



Correlation of Active Aging and Hypertension Self-Care Behaviors in The Elderly with Hypertension

Omolbanin Hosseini¹, Marzieh Ziaeirad^{2*}

1- MSc Nursing, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Marzieh Ziaeirad, Assistant Professor, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

E-mail: mziaeirad@gmail.com

Received: 23 Feb 2021

Accepted: 5 Sep 2022

Abstract

Introduction: Attention to self-care behaviors is important in the management and control of chronic diseases such as hypertension. The aim of this study was to determine the correlation between active aging and hypertensive self-care behaviors in the elderly with hypertension.

Methods: The present study is descriptive-correlation. The statistical population included all the elderly with hypertension who referred to the specialized clinic of Hazrat Mohammad Rasoolullah Hospital in Mobarakeh in 2020. 125 of them were included in the study by available sampling method. Data were collected using a demographic questionnaire, "Iranian Active Aging Measurement Instrument", and the behavioral component of "Hypertension Self-Care Profile". The content validity of the instruments was calculated by qualitative method and the construct validity was calculated by confirmatory factor analysis and the reliability was calculated by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed in SPSS. 20.

Results: The mean total score of active elderly in the elderly was 118.57 ± 64.20 . The mean total score of hypertensive self-care behaviors in the elderly was 54.10 ± 24.66 . Spearman correlation coefficient test showed a direct, strong and significant correlation between the total score of active aging and the total score of hypertensive self-care behaviors in the elderly ($P < 0.001$, $r = 0.883$).

Conclusions: Active aging status and self-care behaviors in the elderly were above average. There was also a direct, strong and significant correlation between active aging and hypertensive self-care behaviors. It is suggested that the training of hypertensive self-care behaviors for the elderly and attention to active aging in order to promote health, be considered by the treatment team and especially nurses.

Keywords: Self-Care, Behavior; Hypertension, Active aging.



همبستگی سالمندی فعال و رفتارهای خود مراقبتی فشار خون در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

ام البنین حسینی^۱، مرضیه ضیایی راد^{۲*}

۱- کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
۲- استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: مرضیه ضیایی راد، استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: mziaeirad@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۴

چکیده

مقدمه: توجه به رفتارهای خودمراقبتی در مدیریت و کنترل بیماری های مزمن از جمله پرفشاری خون حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی سالمندی فعال و رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی بیمارستان حضرت محمد رسول الله (ص) شهرستان مبارکه در سال ۱۳۹۹ بودند که ۱۲۵ تن از آنها به روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. جمع آوری داده ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، "ابزار اندازه گیری سالمندی فعال ایرانی" (Iranian Active Aging Measurement Instrument)، و مولفه رفتار "نیمرخ خودمراقبتی پرفشاری خون" انجام شد. روایی محتوای ابزارها به روش کیفی، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ محاسبه گردید. داده ها در نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۰ تحلیل شد.

یافته ها: میانگین نمره کل سالمندی فعال در سالمندان $118/57 \pm 64/20$ بود. میانگین نمره کل رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در سالمندان $54/10 \pm 24/66$ بود. آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن همبستگی مستقیم، قوی و معناداری بین نمره کل سالمندی فعال و نمره کل رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در سالمندان نشان داد ($P < 0/001$ ، $T=0/883$).

نتیجه گیری: وضعیت سالمندی فعال و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان بالاتر از حد متوسط بود. همچنین همبستگی مستقیم، قوی و معنادار بین سالمندی فعال و رفتارهای خودمراقبتی پرفشاری خون مشاهده گردید. پیشنهاد می شود، آموزش رفتارهای خودمراقبتی فشارخون به سالمندان و توجه به سالمندی فعال به منظور ارتقای سلامت، مد نظر تیم درمان و به خصوص پرستاران قرار گیرد.

کلیدواژه ها: خودمراقبتی، رفتار، پرفشاری خون، سالمندی فعال.

سال‌مندی سیر طبیعی از مراحل رشد است که در آن تغییرات ویژه جسمی، روانی و اجتماعی رخ می‌دهد. به عبارت دیگر، سال‌مندی تحلیل خود به خود و پیشرونده غیر قابل برگشتی است که در آن قوای جسمی و روحی هر دو به نحو قابل ملاحظه‌ای رو به نقصان می‌گذارد (۱). آخرین سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ نشان می‌دهد که کشور ایران دارای نزدیک به ۵ میلیون سالمند ۶۵ ساله و بالاتر می‌باشد که این میزان معادل ۶/۱ درصد کل جمعیت کشور است. طبق برآوردهای جمعیت‌شناسی، انتظار می‌رود شمار سالمندان ایران در فاصله سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۴۱۰ دو برابر شود (۲). همچنین نتایج پیش‌بینی جمعیت کشور توسط سازمان ملل نشان می‌دهد که در سال ۲۰۴۵ حدود ۷۰ درصد از جمعیت کشور ایران در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله، ۱۴ درصد در گروه‌های سنی بالای ۶۵ سال و بقیه در گروه‌های سنی زیر ۱۵ سال قرار خواهند گرفت و میانگین سنی جمعیت به حدود ۳۹ سال افزایش خواهد یافت (۳).

با افزایش تعداد این قشر از افراد جامعه، مسئله بهداشت، سلامت، تأمین آسایش و رفاه و کیفیت زندگی آن‌ها روز به روز ابعاد گسترده‌تری پیدا می‌کند. از جمله مهم‌ترین مسائل بهداشتی سالمندان بیماری‌های قلبی و عروقی است و پرفشاری خون یکی از مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی و شایع‌ترین علت ایجاد سکته مغزی و نارسایی کلیوی در سالمندان محسوب می‌شود. به طوری که پرفشاری خون علت ۵۱ درصد موارد مرگ ناشی از سکته مغزی و ۴۵ درصد موارد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در این قشر می‌باشد (۳). با این وجود همچنان میزان‌های گزارش شده برای کنترل پرفشاری خون ناامید کننده است (۴).

در زمینه کنترل فشارخون، بیشتر مطالعات به بررسی نقش تمکین دارویی محدود شده‌اند و یافته‌ها در مورد فرآیند تصمیم‌گیری در زمینه خود مراقبتی فشارخون توسط بیمار بسیار ناچیز است. در حالی که واضح است که کنترل فشارخون به درجه معینی از خودمراقبتی نیاز دارد. خودمراقبتی شامل کنترل منظم فشارخون، کاهش نمک مصرفی، عدم مصرف سیگار، انجام ورزش، اجتناب از فشارهای روحی روانی، تغذیه سالم، کاهش وزن و مصرف مرتب دارو طبق تجویز پزشک می‌باشد (۵).

در مطالعات انجام شده به عوامل مختلفی همانند افزایش سطح خودکارآمدی در رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون بالا (۹، ۸، ۷، ۶)، کاهش دادن موانع درک شده در رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون بالا (۶)، افزایش سطح سواد سلامت (۱۰)، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی همسر و سایر اعضای خانواده (۹، ۱۱)، افزایش انجام فعالیت‌های جسمانی (۱۲) و وجود برنامه‌های آموزش رفتارهای خودمراقبتی (۱۳، ۹)، در ارتباط با خودمراقبتی فشارخون اشاره شده است.

در این زمینه باید گفت که هر چند نقش رفتارهای خودمراقبتی در کنترل فشارخون واضح و روشن است؛ اما اغلب بیماران از آن تبعیت نمی‌کنند (۵). در این راستا، در سازمان ملل و اتحادیه اروپا، به سالمندی فعال به عنوان زیربنای اصلی راهکارهای حوزه سالمندی اشاره شده است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سالمندی فعال، فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت به منظور بهبود کیفیت زندگی افراد در هنگام سالمندی می‌باشد (۱۴). «سازمان همکاری و توسعه اقتصادی» (Organization for Economic Co-operation and Development) نیز، سالمندی فعال را به عنوان ظرفیت افراد سالمند برای داشتن زندگی مولد در جامعه و اقتصاد تعریف می‌کند. تمرکز این سیاست بر افزایش سالمندان مولد است (۱۵). منظور از واژه فعال، نه تنها ادامه فعالیت بدنی و مشارکت در نیروی کار، بلکه تداوم مشارکت در اجتماع، سیاست، فرهنگ، معنویت و امور شهروندی است (۱۶).

مشارکت سالمندان، به عنوان گروهی سرشار از تجربه، در سطح اجتماع رو به کاهش نهاده و از حضور فعالانه آن‌ها در جامعه کاسته شده است. این مسئله باعث می‌شود تا سالمندان در سطح جامعه کمتر احساس امنیت کرده و کیفیت زندگی آن‌ها کاهش پیدا کند (۱۷) در این راستا باید گفت که سالمندی فعال به مجموعه‌ای از عوامل بستگی دارد که افراد، خانواده‌ها و جوامع را احاطه کرده است. از جمله این عوامل می‌توان به تعیین کننده‌های رفتاری شامل حفظ سبک‌های زندگی سالم در همه‌ی مراحل زندگی، تعیین کننده‌های مرتبط با محیط فیزیکی، عوامل مرتبط با تعیین کننده‌های محیط اجتماعی همانند حمایت اجتماعی، دور از خشونت و بدرفتاری و دسترسی به آموزش بلند مدت، تعیین کننده‌های اقتصادی همانند امنیت درآمدی، دسترسی

به کار در سراسر دوره زندگی و نیز خدمات بهداشتی اشاره نمود (۱۸).

سبک زندگی روشی است که فرد در طول زندگی انتخاب کرده و زیربنای آن در خانواده پی ریزی می شود. سبک زندگی شامل نظام ارتباطی، نظام معیشتی، تفریح و شیوه گذراندن اوقات فراغت، الگوی خرید و مصرف و علاقمندی در فرهنگ مانند دین، خانواده، میهن، هنر، ورزش و امثال آن می شود (۱۹). سبک زندگی ناسالم همانند مصرف سیگار و نداشتن فعالیت فیزیکی است که می تواند به طور گسترده خطر بیماری های قلبی، بیماری های مزمن و معلولیت را در سنین سالمندی افزایش دهند. همچنین زندگی در محیط های ناامن و با موانع فیزیکی متعدد، مشکلات جایجایی سالمندان را افزایش داده و منجر به رنج تنهایی در آن ها خواهد شد که در نهایت این مسایل، سلامت، امنیت و مشارکت اجتماعی سالمندان را تحت تاثیر قرار می دهند (۱۷). در مطالعه محمدی و همکاران و بر اساس تجارب سالمندان، راهکارهای فعال بودن سالمندان شامل عدم خانه نشینی و تعامل گرایی، تداوم نقش آفرینی حرفه ای، فعالیت های داوطلبانه و مشارکت اجتماعی و نهادی، بینش فعال و یادگیری و پویایی جسمی و مدیریت امور و اوقات خانه نشینی، گزارش شده است (۱۵). اهمیت رفتارهای مراقبت از خود در مدیریت و کنترل بیماری های مزمن و نیز بررسی نقش سالمندی فعال در زمینه رفتارهای سلامتی و خودمراقبتی می تواند زمینه برنامه ریزی کلان و شناخت مداخلات لازم در این زمینه را هموار سازد. طبق جستجوهای انجام شده، مطالعه ای در زمینه موضوع مطالعه حاضر یافت نگردید. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی بین سالمندی فعال و رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام گردید.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی-همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی بیمارستان حضرت محمد رسول الله (ص) شهرستان مبارکه در استان اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. دلیل انتخاب این محیط، دسترسی آسان به نمونه های پژوهش بوده است. نویسنده اول مقاله حاضر در محیط فوق مشغول به کار بوده است و لذا نمونه گیری سریعتر صورت گرفت.

نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد و نمونه ها شامل ۱۲۵ تن از سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی بیمارستان حضرت محمد رسول الله (ص) شهرستان مبارکه در استان اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند که شرایط ورود به مطالعه را داشتند.

معیارها ورود به مطالعه شامل: تمایل برای شرکت در پژوهش، سن بالای ۶۰ سال، ابتلا به پرفشاری خون طبق تشخیص پزشک درمانگاه تخصصی بیمارستان حضرت محمد رسول الله (ص) شهرستان مبارکه، سابقه ابتلا به پرفشاری خون برای مدت حداقل یک سال، تحت درمان با داروهای ضد فشارخون بالا، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی و عدم ابتلا به مشکلات شناختی. سالمندان در صورت عدم مصرف داروهای روانپزشکی که از طریق پرسش از آن ها و یا بررسی پرونده بیمار مشخص می گردید؛ به مطالعه وارد می شدند. همچنین عدم ابتلا به مشکلات شناختی از طریق «آزمون رسم ساعت» (Clock Drawing Test) مورد سنجش قرار گرفت. این آزمون، ابزاری معتبر جهت شناسایی و غربالگری اختلالات شناختی شدید و به خصوص آلزایمر است (۲۰). روایی و پایایی این ابزار در مطالعه صادقی پور رودسری و همکاران (۲۰) با بررسی و تایید شده است.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنس، سن، وضعیت تاهل سالمندان و سطح تحصیلات سالمندان بود.

«ابزار اندازه گیری سالمندی فعال ایرانی» (Iranian Active Aging Measurement Instrument)، توسط محمدی و همکاران در شهر تهران در سال ۱۳۹۵ طراحی گردیده است (۲۱). این ابزار دارای ۴۰ عبارت و ۶ مولفه می باشد. نگهداری فعال ذهن (active mind maintenance) شامل ۶ عبارت شامل عبارت های ۱ تا ۶، نگرش عامل (agent attitude)، شامل ۷ عبارت شامل عبارت های ۷ تا ۱۳، فعالیت جسمی-عملکردی (physical-functional activity)، شامل ۸ عبارت شامل عبارت های ۱۴ تا ۲۱، تماس های اجتماعی (social contacts) شامل ۷ عبارت شامل عبارت های ۲۲ تا ۲۸، مشارکت سازنده (productive engagement) شامل ۸ عبارت شامل عبارت های ۲۹ تا ۳۶ و مشارکت اجتماعی-نهادی (social-institutional participation) شامل ۴ عبارت شامل عبارت های ۳۷ تا ۴۰ مربوط به عامل است. پاسخ دهی به صورت لیکرت ۵ درجه ای از فعالیت خیلی زیاد (نمره ۵) تا هیچ گونه فعالیت (نمره ۱) می باشد. عبارت های ۷، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۱ به صورت معکوس نمره گذاری

به گزینه همیشه، نمره ۱ و به گزینه بندرت/هرگز، نمره ۴ تعلق می‌گیرد. دامنه نمره کل هر مولفه بین ۲۰ تا ۸۰ است. دامنه نمره کل مولفه رفتار بین ۲۰ تا ۸۰ می‌باشد. هرچه نمره به دست آمده بیشتر باشد؛ به معنای رفتار خودمراقبتی بهتر است. بر اساس نظر طراحان نیمرخ، سطح بندی ندارد. در مطالعه حاضر فقط از مولفه رفتار «نیمرخ خودمراقبتی پرفشاری خون» استفاده شد. روایی همزمان با همبستگی عبارت های مولفه رفتار را بین ۰/۲۰ تا ۰/۶۳ و همبستگی آن با «مقیاس پذیرش درمان پرفشاری خون هیل بن» (Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale) و «مقیاس تبعیت دارویی موریسکی» (Morisky Medication Adherence Scale) به ترتیب برابر ۰/۴۹۳- و ۰/۳۹۳- گزارش شد. پایایی نیز به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۲۱۳ بیمار با سن ۱۸ سال و بالاتر که تحت درمان با داروهای ضد پرفشاری خون بودند؛ بررسی گردید و مقدار آن برای مولفه رفتار، ۰/۸۳، مولفه انگیزش، ۰/۹۳ و مولفه خودکارآمدی، ۰/۹۱ به دست آمد (۲۳).

An و همکاران (۲۴) نیز در کشور کره مطالعه ای بر روی ۱۹۶ سالمند مبتلا به پرفشاری خون جهت اندازه گیری روایی مولفه رفتار «نیمرخ خودمراقبتی پرفشاری خون» در بیماران با پرفشاری خون انجام دادند. در این مطالعه، روایی سازه با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی بررسی گردید که بر اساس نتایج آن، ۲ عامل رفتار غذایی (diet behavior) و رفتار سلامتی (health behavior) استخراج گردید. این ۲ عامل، ۴۸/۹ درصد از واریانس ها را تشکیل دادند. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با مقدار ۰/۹۲، تایید گردید. به تعداد نمونه و مشخصان آن ها قابل دسترسی نبود.

نسخه فارسی مولفه رفتار «نیمرخ خودمراقبتی پرفشاری خون» توسط قانعی قشلاق و همکاران (۲۵) در تهران ترجمه و روانسنجی شده است. در این مطالعه، پس از کسب اجازه از طراح، مولفه بر اساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت و با استفاده از روش Forward & Backward از زبان انگلیسی به فارسی و سپس مجدداً به زبان انگلیسی برگردانده شد و در نهایت یک تن به عنوان هماهنگ کننده با کنار هم قرار دادن ترجمه های فارسی و انگلیسی، نسخه فارسی نهایی را تهیه کرد که برای طراح ابزار اصلی ارسال و تایید شد (۲۵). جهت تعیین روایی صوری کیفی، نظرات ۱۰

می شوند. دامنه نمره کل، بین ۴۰ تا ۲۰۰ خواهد بود. این ابزار در حال حاضر نقطه برش ندارد و هرچه نمره بیشتر باشد؛ نشاندهنده فعال بودن بیشتر سالمند خواهد بود (۲۱). روایی محتوا و صوری به روش کیفی ابزار از طریق بررسی نگارش، جمله بندی، ظاهر منطقی ابزار و میزان قابل درک بودن عبارت ها توسط ۱۰ تن از متخصصان (محل ذکر نشده است) شامل ابزارسازی، سالمندی، علوم اجتماعی و روش شناسی تایید گردید. همچنین بر اساس نظرات ۱۰ تن از متخصصان مذکور، شاخص روایی محتوای Waltz & Bausell بررسی و میانگین شاخص محتوای کل ابزار، ۰/۹۰ گزارش شد (۲۱). نسبت روایی محتوا Lawshe نیز بر اساس نظرات ۱۰ تن از متخصصان (محل ذکر نشده است) در حیطه های ابزارسازی، سالمندی، علوم اجتماعی و روش شناسی بررسی شد. روایی سازه ابزار نیز به روش تحلیل عاملی اکتشافی با تعداد ۳۷۸ تن از سالمندان وابسته به خانه های سلامت شهرداری تهران انجام شد. نتایج ۶ مولفه فوق را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۱۵ سالمند، ۰/۸۷ و ثبات به روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۲ هفته در نمونه ای متشکل از ۱۵ سالمند از ۰/۷۰ تا ۰/۸۸ گزارش شد (۲۱).

هیچ مطالعه خارجی از ابزار فوق استفاده نکرده است. در ایران، در سید جوادی و پاک فر در مطالعه خود ثبات به روش آزمون-بازآزمون «ابزار اندازه گیری سالمندی فعال ایرانی»، (فاصله در مطالعه ذکر نشده است) ۰/۸۶ گزارش کردند. در مورد تعداد و مشخصات نمونه ها مطلبی ذکر نشده است. اشاره ای به بررسی روایی ابزار نشده است (۲۲). مطالعه داخلی دیگری با استفاده از این ابزار انجام نشده است.

«نیمرخ خودمراقبتی پرفشاری خون» (Hypertension Self-Care Profile)، توسط Han و همکاران در آمریکا در سال ۲۰۱۴ طراحی گردیده است (۲۳). نیمرخ با ۶۰ عبارت در ۳ مولفه؛ انگیزه (motivation) ۲۰ عبارت (عبارت های ۱ تا ۲۰)، رفتار (behavior) ۲۰ عبارت (عبارت های ۲۱ تا ۴۰) و خودکارآمدی (self-efficacy) ۲۰ عبارت (عبارت های ۴۱ تا ۶۰)، برای بررسی خودمراقبتی فشارخون است. این مولفه ها می توانند با یکدیگر و یا به تنهایی مورد استفاده قرار گیرند. پاسخ ها به صورت لیکرت ۴ درجه ای از همیشه (نمره ۴) تا بندرت/هرگز (نمره ۱) طراحی شده اند. نمره دهی ۲ عبارت ۱۲ و ۱۳ معکوس می باشد؛ به طوری که

های مطالعه حاضر (۱۲۵) سالمند مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی بیمارستان حضرت محمد رسول الله (ص) شهرستان مبارکه در استان اصفهان) بررسی شد. ضریب آلفای کرونیخ برای کل «ابزار اندازه گیری سالمندی فعال ایرانی»، ۰/۹۹ و برای مولفه های نگهداری فعال ذهن، ۰/۹۸۲، نگرش عامل، ۰/۹۸، فعالیت جسمی-عملکردی، ۰/۹۷۸، تماس های اجتماعی، ۰/۹۸۱، مشارکت سازنده، ۰/۹۶۲ و مشارکت اجتماعی-نهادی، ۰/۹۴۱ بود. همچنین ضریب آلفا کرونیخ برای کل «نیمرخ خودمراقبتی پرفشاری خون»، ۰/۹۹ و برای عامل های رژیم غذایی و فعالیت، ۰/۹۸، رژیم دارویی، ۰/۹۷، برچسب مواد غذایی، ۰/۹۶ و مدیریت بیماری، ۰/۹۲ بود. برای جمع آوری داده ها، نویسنده اول مقاله، پس از اخذ کد اخلاق و کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و مسئولین محیط پژوهش، در ایام هفته به جز روزهای تعطیل از ساعت ۸ تا ۱۲ در درمانگاه تخصصی بیمارستان حضرت محمد رسول الله (ص) شهرستان مبارکه در استان اصفهان حضور پیدا نمود. سپس از بین سالمندان مبتلا به پرفشاری خون که جهت بررسی های معمول به کلینیک مراجعه می نمودند و در این مرکز دارای پرونده بودند، از سالمندانی که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند؛ برای شرکت و همکاری در انجام مطالعه دعوت نمود. سپس اهداف و روش مطالعه برای آن ها توضیح داده شد و در صورت رضایت، پرسشنامه های پژوهش در اختیار آن ها قرار گرفت. ابزار ها با پرسش از سالمندان، توسط نویسنده اول مقاله حاضر، تکمیل گردیدند. سعی گردید تا ابزار ها پس از انجام معاینات معمول سالمندان و در اتاقی خلوت در درمانگاه ذکر شده فوق تکمیل گردد تا امکان حضور ذهن بیشتر سالمندان و دقت در پاسخگویی به سوالات فراهم شود. داده ها در طی ۲ ماه از ۱۵ آبان ماه تا ۱۵ دی ماه ۹۹ و در محل درمانگاه تخصصی بیمارستان حضرت محمد رسول الله (ص) شهرستان مبارکه در استان اصفهان جمع آوری گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، در ابتدا اهداف پژوهش و روش کار برای سالمندان توضیح داده شد و در صورت تمایل آن ها برای شرکت در پژوهش، رضایت نامه آگاهانه اخذ گردید. همچنین سالمندان برای شرکت در پژوهش و یا انصراف از ادامه آن آزاد بودند. اطلاعات سالمندان نیز به صورت کاملاً محرمانه حفظ گردید. جهت تحلیل داده ها از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد،

تن از بیماران مبتلا به پرفشاری خون در خصوص تناسب، مشکل، ارتباط و ابهام در سوالات ابزار بررسی شد. برای تعیین روایی محتوا به صورت کیفی نیز نظرات ۱۰ تن از متخصصان واجد شرایط در زمینه دستور زبان فارسی، استفاده از واژه های مناسب و قرار گرفتن عبارات در جای مناسب خود بررسی و در نهایت ابزار طبق توصیه ها اصلاح شد. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد. نمونه ها در این قسمت شامل ۳۲۵ بیمار مبتلا به پرفشاری خون بود. در تحلیل عامل اکتشافی این مولفه، ۴ عامل شامل: رژیم غذایی و فعالیت (diet and activity regimen) (عبارت های ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱)، رژیم دارویی (medication regimen) (عبارت های ۱، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰)، برچسب مواد غذایی (food labels) (عبارت های ۲، ۸) و مدیریت بیماری (disease management) (عبارت های ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹) استخراج شدند. این ۴ عامل قادر بودند که ۵۱/۳۹ درصد کل واریانس متغیرهای خودمراقبتی فشارخون را تبیین کنند (۲۵). همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونیخ، با ۳۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون بررسی شد و برای کل مولفه، ۰/۸۶ و برای عامل رژیم غذایی و فعالیت، ۰/۸۰، رژیم دارویی، ۰/۸۱، برچسب مواد غذایی، ۰/۶۵۹ و مدیریت بیماری، ۰/۵۴۱ بود. همچنین ضریب مک دونالد امگا در ۳۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون، برای کل مقیاس، ۰/۷۷ و برای عامل رژیم غذایی و فعالیت، ۰/۷۵، رژیم دارویی، ۰/۸۲، برچسب مواد غذایی، ۰/۸۶ و مدیریت بیماری، ۰/۷۱ بود (۲۵). در مطالعه جمشیدی و همکاران، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونیخ (نمونه در مطالعه ذکر نشده است) مولفه رفتار «نیمرخ خودمراقبتی پرفشاری خون»، ۰/۸۱ گزارش گردید. در مطالعه اشاره ای به چگونگی تعیین روایی نشده است (۵). در مطالعه حاضر، روایی محتوای ابزارها به روش کیفی انجام شد. به این منظور «ابزار اندازه گیری سالمندی فعال ایرانی» و «مولفه رفتار نیمرخ خودمراقبتی پرفشاری خون»، توسط ۵ تن از اعضای هیات علمی گروه پرستاری دارای مدرک دکترای تخصصی در رشته آموزش پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) بررسی و تایید شدند. همچنین روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی بر روی ۱۲۵ سالمند، برای هر ۲ ابزار انجام شد و شاخص های برازش مطلوب مشاهده شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونیخ ابزارها روی آزمودنی

ام البنین حسینی، مرضیه ضیایی راد

درصد) از سالمندان در رده سنی ۶۹-۶۰ سال، ۳۵ تن (۲۸/۰ درصد) در رده سنی ۷۹-۷۰ سال و ۱۰ تن (۸/۰ درصد) در رده سنی ۹۰-۸۰ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۳۵ تن (۲۸/۰ درصد) در سطح تحصیلات ابتدایی، و متوسطه (۳۵ تن، ۲۸/۰ درصد)، ۳۴ تن (۲۷/۲ درصد) بیسواد، ۱۵ تن (۱۲/۰ درصد) دیپلم و ۶ تن (۴/۸ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

آمار توصیفی نمره سالمندان در سالمندی فعال و مولفه های آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل داده ها از آمار استنباطی شامل آزمون همبستگی اسپیرمن و رگرسیون استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش $P \leq 0.05$ تعیین شد. تحلیل آماری در نرم افزار آماری اسپس اس نسخه ۲۰ انجام گردید.

یافته ها

۱۲۵ سالمند شامل ۷۳ زن (۵۸/۴ درصد) و ۵۲ مرد (۴۱/۶ درصد) در مطالعه حضور داشتند. ۱۰۳ تن (۸۲/۴ درصد) از سالمندان متأهل و ۲۲ تن (۱۷/۶ درصد) مجرد بودند. ۸۰ تن (۶۴/۰ درصد)

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره کل سالمندی فعال و مولفه های آن در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

متغیر	تعداد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار
نگهداری فعال ذهن	۱۲۵	۶	۳۰	۱۸/۳۹	۱۰/۱۱
نگرش عامل	۱۲۵	۷	۳۵	۲۱/۶۵	۱۱/۷۰
فعالیت جسمی-عملکردی	۱۲۵	۸	۴۰	۲۴/۳۳	۱۲/۶۸
تماس های اجتماعی	۱۲۵	۷	۳۵	۲۰/۷۳	۱۱/۸۳
مشارکت سازنده	۱۲۵	۸	۴۰	۲۳/۰۷	۱۲/۴۹
مشارکت اجتماعی-نهادی	۱۲۵	۴	۲۰	۱۰/۴۰	۶/۵۷
نمره کل سالمندی فعال	۱۲۵	۴۲	۱۹۷	۱۱۸/۵۷	۶۴/۲۰

میانگین و انحراف معیار نمره کل رفتارهای خودمراقبتی پرفشاری خون و مولفه های آن در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در جدول ۲ ارائه شده است.

مطابق با نتایج جدول ۱، میانگین نمره کل سالمندی فعال در سالمندان $118/57 \pm 64/20$ بود. میانگین و انحراف معیار نمره سالمندان در مولفه های سالمندی فعال در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کل رفتارهای خودمراقبتی پرفشاری خون و مولفه های آن در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

مولفه های رفتارهای خودمراقبتی فشارخون	تعداد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار
رژیم غذایی و فعالیت	۱۲۵	۸	۳۲	۲۱/۳۸	۱۰/۲۱
رژیم دارویی	۱۲۵	۵	۲۰	۱۳/۳۵	۶/۵۷
برچسب مواد غذایی	۱۲۵	۲	۸	۵/۳۰	۲/۶۰
مدیریت بیماری	۱۲۵	۵	۲۰	۱۴/۰۶	۵/۶۴
نمره کل رفتارهای خودمراقبتی	۱۲۵	۲۱	۸۰	۵۴/۱۰	۲۴/۶۶

نگهداری فعال ذهن، نگرش عامل، فعالیت جسمی-عملکردی، تماس های اجتماعی، مشارکت سازنده و مشارکت اجتماعی-نهادی و ابعاد رفتارهای خود مراقبتی فشارخون شامل رژیم غذایی فعالیتی، رژیم دارویی، برچسب مواد غذایی و مدیریت بیماری را نشان می دهد.

بر اساس نتایج جدول ۲، میانگین نمره کل رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان $54/10 \pm 24/66$ بود. میانگین و انحراف معیار نمره سالمندان در مولفه های رفتارهای خودمراقبتی پرفشاری خون در جدول ارائه شده است. جدول ۳، میزان همبستگی بین ابعاد سالمندی شامل

جدول ۳: همبستگی بین ابعاد سالمندی فعال و رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

مولفه رفتارهای خودمراقبتی فشارخون					مولفه های سالمندی فعال
نمره کل رفتارهای خودمراقبتی	مدیریت بیماری	برچسب مواد غذایی	رژیم دارویی	رژیم غذایی فعالیتی	
۰/۸۷۱	۰/۸۸۹	۰/۸۹۷	۰/۸۹۲	۰/۸۷۱	نگهداری فعال ذهن
۰/۹۰۷	۰/۹۰۹	۰/۸۹۹	۰/۹۱۸	۰/۸۸۷	نگرش عامل
۰/۸۶۲	۰/۸۸۵	۰/۸۹۰	۰/۸۹۶	۰/۸۵۱	فعالیت جسمی-عملکردی
۰/۸۷۶	۰/۸۸۸	۰/۹۰۱	۰/۹۱۱	۰/۸۶۰	تماس های اجتماعی
۰/۸۶۵	۰/۸۷۱	۰/۸۵۳	۰/۸۸۳	۰/۸۴۸	مشارکت سازنده
۰/۷۸۳	۰/۸۰۷	۰/۷۹۹	۰/۸۰۳	۰/۷۵۵	مشارکت اجتماعی-نهادی
۰/۸۸۳	۰/۹۰۰	۰/۸۹۹	۰/۹۰۹	۰/۸۶۶	نمره کل سالمندی فعال

به منظور بررسی همبستگی بین سالمندی فعال و رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در سالمندان، همراه با کنترل اثر سایر متغیرهای زمینه ای از مدل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. متغیرهای جنس، سن، وضعیت تاهل، تحصیلات و نمره سالمندی فعال به عنوان متغیرهای مستقل و نمره رفتارهای خودمراقبتی فشارخون به عنوان متغیر وابسته، در یک مدل رگرسیونی همزمان وارد شدند. پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی فشارخون بر اساس امتیاز سالمندی فعال در جدول ۴ نشان داده شده است.

بر اساس یافته های جدول ۳، آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن همبستگی مستقیم، قوی و معناداری بین نمره کل سالمندی فعال و نمره کل رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در سالمندان نشان داد ($r=0/88, P<0/001$). به طوریکه با افزایش نمره سالمندی فعال در سالمندان، وضعیت سالمند در انجام رفتارهای خودمراقبتی فشارخون بهتر بوده است. همچنین همبستگی مستقیم، قوی و معناداری بین تمامی ابعاد سالمندی فعال و ابعاد رفتارهای خودمراقبتی فشارخون مشاهده گردید ($P<0/001$).

جدول ۴: تحلیل واریانس و شاخص های رگرسیون رفتارهای خودمراقبتی فشارخون برای تعیین متغیرهای پیشین

منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P-value
رگرسیون	۷۲۸۹۶/۱۴۰	۷	۱۰۴۱۳/۷۳۴	۴۸۱/۸۳۰	$0/001 >$
باقیمانده	۲۵۲۸/۷۰۸	۱۱۷	۲۱/۶۱۳		
خطا	۷۵۴۲۴/۸۴۸	۱۲۴			

متغیر وابسته: رفتارهای خودمراقبتی فشارخون $R^2=0/966$

سالمندی فعال و سطح تحصیلات در سالمندان بوده است و درصد باقیمانده، مربوط به سایر عوامل خواهد بود. جدول ۵، پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی فشارخون بر اساس متغیرهای پژوهشی و جمعیت‌شناختی را نشان می دهد.

براساس نتایج جدول ۴، با توجه به مقدار F مشاهده شده، معنادار بودن پیش‌بینی نمره رفتارهای خودمراقبتی فشارخون بر اساس متغیرهای مستقل معنادار در الگو در سطح خطای پنج درصد تأیید می شود ($P<0/001$). ضریب تعیین الگو برابر با ۰/۹۶۶ می باشد؛ به عبارت دیگر حدود ۹۷/۰ درصد واریانس نمره رفتارهای خودمراقبتی فشارخون، ناشی از نمره

جدول ۵: جدول ضرایب تاثیر بتا در برازش مدل رگرسیون

متغیر	مقدار بتا	خطای معیار	ضریب بتا استاندارد	آماره تی	P-value
مقدار ثابت	۱۱/۳۷۸	۲/۲۵۹		۵/۰۳۷	> 0.001
سالمندی فعال	۰/۳۶۴	۰/۰۰۹	۰/۹۴۹	۳۹/۶۱۶	> 0.001
سطح تحصیلات					
ابتدایی	۲/۷۶۷	۱/۱۹۷	۰/۰۵۱	۲/۳۱۲	> 0.023
متوسطه	۲/۹۶۲	۱/۴۷۵	۰/۰۵۴	۲/۰۰۹	> 0.047
دیپلم و بالاتر	۳/۶۰۱	۱/۶۵۷	۰/۰۵۵	۲/۱۷۳	> 0.032
سن	-۰/۱۷۶	۰/۶۸۲	-۰/۰۰۵	-۰/۲۵۸	> 0.797
جنس	-۰/۸۲۶	۰/۸۵۰	-۰/۰۱۷	-۰/۹۷۲	> 0.333
تاهل	-۱/۰۸۹	۱/۱۳۲	-۰/۰۱۷	۰/۹۶۲	> 0.338

متغیر وابسته: رفتارهای خودمراقبتی فشارخون

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی سالمندی فعال و رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در سالمندان مبتلا به پر فشاری خون انجام شد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره کل سالمندی فعال در سالمندان تحت مطالعه، بیانگر آن است که وضعیت سالمندی فعال در گروه تحت مطالعه از حد متوسط بالاتر است. موحد و مجیدی (۲۶) در پژوهشی با عنوان «شاخص سالمندی فعال و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر شیراز» به این نتیجه رسیدند که از مجموع ۱۰۰ نمره، میانگین نمره پاسخگویان از شاخص سالمندی فعال، نتایج نشاندهنده متوسط بودن وضعیت سالمندی فعال در گروه تحت مطالعه می باشد. Hsu و همکاران (۲۷) نیز در مطالعه ای که با عنوان «عوامل اجتماعی و اختلافات در سالمندی فعال» در تایوان انجام دادند؛ به این نتیجه رسیدند که میانگین کل نمره پاسخگویان از شاخص سالمندی فعال نشاندهنده متوسط بودن وضعیت سالمندی فعال در این گروه می باشد. نتایج مطالعه Rantanen و همکاران (۲۸) در فنلاند نیز حاکی از آن است که میانگین نمره کل سالمندی فعال در گروه تحت مطالعه بالاتر از حد متوسط بوده است. منتها در مطالعه سیدجوادی و پاک فر (۲۲) که بر روی سالمندان شهر اردبیل انجام گرفت؛ نمره فعال بودن سالمندان کمتر از حد میانگین نمره به دست آمد. همچنین پایین ترین نمره مولفه سالمندی فعال نیز به مولفه مشارکت اجتماعی سالمندان تعلق داشته است. مشابه با همین نتایج، در

بر اساس نتایج جدول ۵، می توان گفت در بین متغیرهای جمعیت شناختی، نمره سالمندی فعال و سطح تحصیلات توان پیش بینی نمره رفتارهای خودمراقبتی فشارخون را دارند؛ همچنین با توجه به مقادیر t و P و لیو این متغیر می توان گفت که نمره سالمندی فعال ($t=39/616, P<0.001$) با نمره رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در سالمندان همبستگی مستقیم و معنادار دارد. به طوری که با افزایش یک واحد در نمره سالمندی فعال، نمره رفتارهای خودمراقبتی فشارخون به اندازه ۰/۳۶ واحد افزایش داشت.

سطح تحصیلات سالمندان نیز همبستگی مستقیم و معنادار بر رفتارهای خودمراقبتی فشارخون داشته است. به طوری که نمره رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان با تحصیلات ابتدایی به طور متوسط ۲/۷۷ بیشتر از سالمندان بیسواد بوده است ($P=0.023$). نمره رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان با تحصیلات متوسطه به طور متوسط ۲/۹۶ بیشتر از سالمندان بیسواد بوده است ($P=0.047$). نمره رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان با تحصیلات دیپلم و بالاتر به طور متوسط ۳/۶۰ بیشتر از سالمندان بیسواد بوده است ($P=0.032$). برای سن ($P=0.797$)، جنس ($P=0.333$) و وضعیت تاهل ($P=0.338$) همبستگی معناداری با رفتارهای خودمراقبتی فشارخون مشاهده نشد.

مقادیر بتا استاندارد نشان داد بیشترین سهم در بین متغیرهای مستقبل در پیش بینی نمره رفتارهای خودمراقبتی فشارخون مربوط به متغیر سالمندی فعال بوده است.

نتایج مطالعه رضانخانی و همکاران (۳۳) با عنوان «بررسی، آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان در مورد شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی» نشان داد که مهمترین آن‌ها در قسمت نگرش شامل عدم تأثیر رژیم غذایی بر کنترل بیماری، دوری از غذاهای مورد علاقه به دلیل رژیم غذایی و هزینه مالی زیاد به خاطر رعایت رژیم غذایی مطابق با نظر کارشناسان تغذیه و در حیطه عملکرد شامل مصرف حبوبات، مصرف سبزیجات و مصرف لبنیات کم چرب بود. براتی و همکاران (۳۴) نیز در بررسی عوامل مرتبط با انجام رفتارهای خودتنظیمی فشارخون در مبتلایان به پرفشاری خون در یک منطقه روستایی، به این نتیجه رسیدند که وضعیت انجام رفتارهای خودتنظیمی فشارخون تنها در بین ۷/۹ درصد از بیماران در سطح مطلوب و قابل قبول می باشد و در کل وضعیت رفتارهای خودتنظیمی فشارخون در این گروه از بیماران در سطح متوسط قرار دارد. همچنین نتایج مطالعه رضوان و همکاران (۳۵) در شهر قم نشان داد که وضعیت خودمراقبتی در بیشتر بیماران مبتلا به فشارخون بالا (۶۸/۶ درصد)، متوسط می باشد. فولادوندی و همکاران (۳۶) نیز وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در بیماران با فشارخون بالا در شهرستان بزم را در وضعیت نامطلوب گزارش نمودند. در مطالعات انجام گرفته در خارج از ایران نیز نتایج حاکی از عملکرد ضعیف سالمندان مبتلا به فشارخون بالا در زمینه رفتارهای خودمراقبتی است. به طور مثال در مطالعه Ademe و همکاران (۳۷) که با عنوان عملکرد خودمراقبتی فشار خون بالا و عوامل مرتبط با آن در بیماران در مراکز بهداشت عمومی شهر دسی اتیوپی انجام گرفت؛ اکثر شرکت کنندگان عملکردهای ضعیف خودمراقبتی را گزارش کردند. Dasgupta و همکاران (۳۸) نیز در پژوهشی که در مناطق روستایی بنگال غربی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که شیوه‌های مراقبت از خود در بیماران فشار خون بالا در سطح مطلوبی نیست و این امر نیازمند افزایش عمیق آگاهی در مورد شیوه زندگی سالم در بین بیماران این گروه از بیماران می باشد. Huang و همکاران (۳۹) نیز شیوع تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی را در میان بیماران مبتلا به فشارخون بالا در میانمار، پایین گزارش نمودند. آن‌ها کمترین میزان تبعیت را مربوط به رعایت رژیم غذایی سالم عنوان نمودند. بنابراین نتایج مطالعه حاضر علیرغم آن که

مطالعه منصوری و همکاران (۲۹) نیز میانگین نمره مشارکت اجتماعی سالمندان در شهر خرم آباد، نشان‌دهنده پایین بودن سطح مشارکت این افراد می باشد. این در حالی است که مشارکت اجتماعی به عنوان یکی از مولفه سالمندی فعال مطرح است (۲۱).

در تفسیر چرایی و مقایسه نتایج مطالعات فوق می توان گفت که علیرغم آن که ابزار مورد استفاده برای بررسی سالمندی فعال در این مطالعات متفاوت می باشد؛ با این وجود، نتایج بیشتر مطالعات بررسی شده و از جمله مطالعات صورت گرفته در ایران همانند مطالعه حاضر، حاکی از آن است که وضعیت سالمندی فعال در کشورهای مختلف چندان مطلوب نمی باشد. در این مطالعات به عوامل مختلف همانند بیماری های دوران سالمندی، هزینه ها و عدم دسترسی به فعالیت های اجتماعی، از دلایل احتمالی کم بودن میزان مشارکت سالمندان و پایین بودن نمره سالمندی فعال آن‌ها اشاره شده است. در مطالعه حاضر نیز می توان گفت که وجود بیماری پرفشاری خون در درجه اول و تأثیر این بیماری هم به شکل مستقیم و هم به شکل غیر مستقیم بر هزینه ها می توانسته بر مشارکت اجتماعی سالمندان و در نتیجه شاخص سالمندی فعال در این گروه از سالمندان اثرگذار بوده باشد.

نتایج این مطالعه حاضر همچنین نشان داد که وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون کمی بالاتر از حد متوسط است. بر اساس یافته های مطالعه بایرامی و همکاران (۳۰) در همدان، ۶۳/۵ درصد از بیماران مبتلا به پرفشاری خون، حداکثر نمره رفتارهای خودمراقبتی را کسب نمودند که نشان‌دهنده وضعیت نسبتاً مطلوب این رفتارها در این گروه از بیماران می باشد. نتایج مطالعه براتی و همکاران (۳۱) نیز که در همدان انجام گرفت، حاکی از آن است که وضعیت خودمراقبتی فشارخون در ۴۵/۰ درصد از بیماران، خوب می باشد. در مطالعه دیگری نیز، همتی و همکاران (۳۲)، آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه ای سالمندان مبتلا به پرفشاری خون را در استان چهارمحال و بختیاری مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سالمندان مورد مطالعه دارای سطح آگاهی متوسط، نگرش خوب و عملکرد نسبتاً خوبی در زمینه رفتارهای تغذیه ای مرتبط با فشارخون بالا بودند.

نتایج مطالعه مرادی و همکاران (۴۳) نیز نشان داد که بین مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد. در مطالعه حیدری و همکاران (۱)، اجرای برنامه ورزشی هوازی کوتاه مدت با شدت و مدت زمان کم، منجر به کاهش فشارخون سیستول و دیاستول در سالمندان با پرفشاری خون شده است.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، وضعیت سالمندی فعال و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان بالاتر از حد متوسط بود. همچنین همبستگی مستقیم، قوی و معنادار بین سالمندی فعال و رفتارهای خودمراقبتی پرفشاری خون مشاهده گردید. بنابراین، پیشنهاد می شود، آموزش رفتارهای خودمراقبتی فشارخون به سالمندان و توجه به سالمندی فعال به منظور ارتقای سلامت، مورد توجه تیم درمان و به خصوص پرستاران قرار گیرد. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به جمع آوری اطلاعات به روش خودگزارشی و استفاده از روش نمونه گیری در دسترس اشاره نمود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشجوی پرستاری ام البنین حسینی است که با راهنمایی خانم دکتر مرضیه ضیایی راد انجام گرفته است. این پایان نامه مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1399.197 و کد پایان نامه به شماره ۲۳۴۷۱ می باشد که در سایت <https://ethics.research.ac.ir/EthicsProposalView.php?id=159879> ثبت شده است. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه سالمندان عزیز و کارکنان محترم درمانگاه تخصصی بیمارستان حضرت محمد رسول الله (ص) شهرستان مبارکه در استان اصفهان که در انجام این پژوهش یاری رساندند؛ اعلام می دارند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منفعی گزارش نکردند.

حاکمی از وضعیت بهتر انجام رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در میان سالمندان تحت مطالعه در مقایسه با دیگر مطالعات می باشد؛ منتها باید در نظر داشت که درصد افرادی که انجام رفتارهای خودمراقبتی را در وضعیت ضعیف گزارش نمودند، نیز نسبتاً بالا بوده است. این امر لزوم اجرای برنامه های آموزشی به منظور تاکید بر جدیت سالمندان در انجام رفتارهای خودمراقبتی برای پیشگیری از عوارض جدی ناشی از پرفشاری خون را نشان می دهد.

سایر یافته های مطالعه حاضر بیانگر همبستگی مستقیم، قوی و معنادار بین نمره کل سالمندی فعال و نمره کل رفتارهای خودمراقبتی پرفشاری خون در سالمندان بود. همچنین در بین متغیرهای پژوهش و متغیرهای جمعیت‌شناختی، بیشترین سهم در پیشبینی نمره رفتارهای خودمراقبتی فشارخون مربوط به متغیر سالمندی فعال بوده است.

از آنجایی که مطالعات مشابه در زمینه بررسی همبستگی بین این دو متغیر یافت نشد؛ نتایج مطالعاتی که تا حدودی به مطالعه حاضر شباهت داشتند مورد بررسی قرار می گیرند. به طور مثال Lee & Park (۴۰) در پژوهشی با عنوان رفتار خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مسن با فشار خون کنترل نشده، نشان دادند که خودکارآمدی بر رفتار خودمراقبتی در گروه فشار خون کنترل نشده تأثیر می گذارد. مشابه با همین نتایج در مطالعه Warren-Findlow و همکاران (۴۱) در آمریکا، بیماران مبتلا به فشارخون که خودکارآمدی خوبی داشتند، به طور معنا داری افزایش در تبعیت از رژیم دارویی، مصرف غذاهای کم نمک، انجام فعالیت های فیزیکی، عدم مصرف سیگار و مدیریت وزن را از خود نشان دادند. در مطالعه Huang و همکاران (۳۹) در میانمار نیز بیمارانی که خودکارآمدی کمتری داشتند، تبعیت کمتری در زمینه رفتارهای خودمراقبتی شامل کنترل وزن و انجام فعالیت فیزیکی داشتند. از طرفی، نتایج مطالعه بایرامی و همکاران (۳۰) حاکی از آن است که بین نمره کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی فشارخون همبستگی مثبت و معنا داری وجود دارد. به طوری که با افزایش انجام رفتارهای خودمراقبتی، وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا در ابعاد عملکرد جسمانی و عملکرد روانی بهبود می یابد. نتایج مشابهی نیز در مطالعه مسرور و همکاران (۴۲) مشاهده گردید.

References

- Hidari H, Bolurchifard F, Yaghmaei F, Naseri N, Hamadzadeh S. The effect of short-term aerobic exercise on the blood pressure in elderly clients with hypertension. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2014;3(1):45-51. file:///C:/Users/marzy/Downloads/3006113930107%20(2).pdf
- Mohamadzadeh M, Rashedi V, Hashemi M, Borhaninejad V. [Relationship between activities of daily living and depression among older adults in Maneh and Samalghan]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2020;15(2):200-211. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1446-fa.html> <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.180>
- Mirzaie M, Darabi S. [Population aging in Iran and rising health care costs]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(2):156-169. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1226-fa.html> <https://doi.org/10.21859/sija-1202156>
- Maghsoudi A, Mohammadi Bavariani F, Salim S, Nejad-Haghighi E, Arabi H, Foruzanfar Z. [The association between health promoting behaviors and quality of life in the elderly people of Ewaz, 2014-2015]. *Navid No*. 2016;19(62):16-23. https://nnj.mums.ac.ir/article_7374_50c302015c61ed35cf6e26306d7bacd4.pdf
- Jamshidi A, Rozbahani N, Nasirian M. [The effect of group discussion on self-care behaviors among hypertensive patients referring to health care centers in Arak city]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2020;24(5):56-68. <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-4940-fa.html> <https://doi.org/10.29252/sjku.24.5.56>
- Hazavehei M, Dashti S, Moeini B, Faradmaj J, Shahrabadi R, Yazdi A H. [Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on Health Belief Model]. *Koomesh*. 2015;17(1):37-44. <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-2154-fa.html>
- Fekrizadeh Z, KHorsandi M, Roozbahani N. [Investigating the relationship between self-efficacy and self-care behaviors in elderly patients with hypertension]. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2014; 21(5):753-760. http://jsums.medsab.ac.ir/article_483_0.html
- Asa kohnforoudi Z, Gholian-Aval M, Tehrani H, Esmaily H. [Evaluation of self-care status and its relationship with self-efficacy of patients with hypertension]. *Iran Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020;8(4):336-347. <http://journal.ihepsa.ir/article-1-1511-fa.html> <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.4.336>
- Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse*. 2017;53(6):607-621. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1368401>
- Mohammad Pour M, Zarifinezhad E, Armand R. [A study of correlation between applied health literacy and self-care behaviors in hypertensive patients of Gachsaran City, 2016 (Iran)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2018; 12(10):55-65. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-2093-fa.html> <https://doi.org/10.29252/qums.12.10.55>
- Arabshahi A, Qarlipour Z, Mohammad Beigi A, Izadizheh F S, Mohebbi S. [Relationship between social supports received from spouse and adherence to self-care behaviors in patients with high blood pressure in Qom]. *Journal of Preventive Medicine*. 2020;7(1):1-12. <http://jpm.hums.ac.ir/article-1-397-fa.html> <https://doi.org/10.29252/jpm.7.1.12>
- Mehrabian F, Farmanbar R, Mahdavi Roshan M, Omidi S, Aghebati R. [Investigation the effect of improving physical activity based on the Theory of Planned Behavior among patients with hypertension referred to Rural Healthcare Centers of Rasht in 2014]. *Iran Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;6(1):53-62. <http://journal.ihepsa.ir/article-1-668-fa.html> <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.53>
- Eghbali T, Salehi SH. [The effect of nursing intervention education on self-care behaviors in patients with high blood pressure referred to Healthcare Centers in Kermanshah Province]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2017;4(1):32-37. <http://ijrn.ir/article-1-282-fa.html>
- Mohammadi M, Mirzaei M, Barati H. [Population attributable fraction of hypertension associated with obesity in elderly of Northwest Iran]. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2017;12(3):35-41. <http://jps.ajaums.ac.ir/article-1-116-fa.html>
- Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H, Fereshtehnejad S M. [Analysis of being active based on older adults' experience: A qualitative study of

- active aging strategies]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017;11(4):504-517. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1142-fa.html> <https://doi.org/10.21859/sija-1104504>
16. Gholipour Z, Mahmoudi Majdabadi M, Riahi Z, Hajnabi K. [Factors affecting the provision of active aging services in Iran]. *Journal of Healthcare Management*. 2019;10(2):61-73. https://jhm.srbiau.ac.ir/article_14748.html?lang=enhttps://jhm.srbiau.ac.ir/article_14748_4a7b2897205e4cfb704738b85cff801b.pdf
17. Motie Haghshenas N. [Evaluation of socio-demographic policies of the active aging in Iran and the challenges ahead]. *Sociological Studied of Iran*. 2011;1(2):133-147. <file:///C:/Users/marzy/Downloads/6012113900207.pdf>
18. Almasi M. [Determinants of the elderly's healthy lifestyle in Ilam]. *Iranian Journal of Nursing*. 2018;31(111):75-85. <file:///C:/Users/marzy/Downloads/729139711108.pdf> <https://doi.org/10.29252/ijn.31.111.75>
19. Momeni Vanani GH, Nasiri E. [Loving God and its effect on the Islamic lifestyle: A review article]. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2020;18(1):160-168. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-747-en.html> <https://doi.org/10.52547/rbs.18.1.17>
20. Sadeghipour Roodsari M, Akbari Kamrani AA, Foroughan M, Mohammadi F, Karimloo M. [Validity and reliability of the Clock Drawing Test in older people]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2013;8(2):48-53. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-666-fa.html>
21. Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H. [Determining psychometric properties of Iranian Active Aging Measurement Instrument]. *Iranian Journal of Aging*. 2018;12(4):414-429. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1287-fa.html> <https://doi.org/10.21859/sija.12.4.414>
22. Seyedjavadi M, Pakfar Z. [The relationship between active aging and mental health in the elderly patients]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2021; 18(11):1-8. <https://jdisabilstud.org/article-1-1525-fa.html>
23. Han HR, Lee H, Commodore-Mensah Y, Kim M. Development and validation of the Hypertension Self-care Profile: A practical tool to measure hypertension self-care. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;29(3): E11-E20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3972381/> <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182a3fd46>
24. An N, Jun Y, Song Y. Psychometric properties of the Hypertension Self-care Behavior Scale for elders with hypertension in Korea. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2017;24(1):1-8. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2017.24.1.1>
25. Ghanei Gheshlagh R, Parizad N, Ghalenoee M, Dalvand S, Farajzadeh M, Ebadi A. [Psychometric properties of Persian version of Hypertension Self-Care Profile in patients with high blood pressure]. *Koomesh*. 2019;21(1):25-32. <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-3921-fa.html>
26. Movahed M, Majidi M. [Active aging index and related factors among aged people in Shiraz in 2019.]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2019; 9 (4):1819-1828. <https://www.sid.ir/fA/Journal/ViewPaper.aspx?id=536895>
27. Hsu HC, Liang J, Luh DL, Chen CF, Wang YW. Social determinants and disparities in active aging among older Taiwanese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(16):3005. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6721230/> <https://doi.org/10.3390/ijerph16163005>
28. Rantanen T, Hassandra M, Pynnönen K, Siltanen S, Kokko K, Karavirta L, Kauppinen M, Sipila S, Milla Saajanaho M, Portegijs E. The effect of individualized, theorybased counselling intervention on active aging and quality of life among older people (the AGNES intervention study). *Aging Clinical and Experimental Research*. 2020; 32 (10): 2081-2090. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01535-x>
29. Mansouri T, Farhadi A, Borhaninejad VR, Kojaie Bidgoli A, Navvabi Rigi SD, Hosseinabadi R. [Factors and barriers affecting the social participation of older people]. *North Khorasan Journal of Medical Sciences*. 2018;9(4):66-73. <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1315-fa.html>
30. Bayrami Sh, Fathi Y, Mohammadinasab S, Barati M, Mohammadi Y. [Relationship between self-care behaviors and quality of life among hypertensive patients visiting comprehensive health centers in Hamadan, Iran]. *Journal of Education and Community Health*. 2017;4(13):20-27. <http://jtech.umsha.ac.ir/article-1-299-fa.html>

- <https://doi.org/10.21859/jech.4.1.20>
31. Barati M, Bayat F, Asadi ZA, Afshari Moshir F, Afshari M. [Relationship between health literacy and self-care behaviors in hypertensive patients]. *Journal of Education and Community Health*. 2020; 7(2):89-96. <http://jech.umsha.ac.ir/article-1-935-fa.html> <https://doi.org/10.29252/jech.7.2.89>
 32. Hemati Z, Ameni F, Pourfarzad Z. [The study of nutrition-related knowledge, attitude and practice of old people suffering from hypertension referring to Farsan Health Centers in Chaharmahal and Bakhtiari Province, 2012]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014;3(3):36-43. http://jcnm.skums.ac.ir/files/site1/user_files_718337/hemati-A-10-75-1-528ae39.pdf
 33. Ramezankhani A, Mohammadi G, Akrami F, Zeinali M. [Knowledge, attitude and practice of the elder residents of Tehran city about healthy lifestyle]. *Journal of Health in the Field*. 2013;1(1):1-5. <https://doi.org/10.22037/jhf.v1i1.4617>
 34. Barati M, Darabi D, Moghimbeigi A, Afsar A. [Self-regulation behaviors of hypertension and related factors among hypertensive patients]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2011;1(3):116-122. <http://jabs.fums.ac.ir/article-1-74-en.html>
 35. Rezvan S, Besharati M, Khodadadpoor M, Matlabi M, Fathi A, Salimi A, Mohebi S. [Self-care assessment of patients with hypertension in Qom City in 2016 (Iran)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2018;12(4):72-80. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-1875-fa.html> <https://doi.org/10.29252/qums.12.4.72>
 36. Fuladvandi M, Safarpour H, Malekyan L, Moayedi S, Mahani MA, Salimi E. The survey of self-regulation behaviors and related factors in elderly with hypertension in South-East of Iran. *Health*. 2017;9(4):592-600. <https://doi.org/10.4236/health.2017.94042>
 37. Ademe S, Aga F, Gela D. Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3880-0>
 38. Dasgupta A, Sembiah S, Paul B, Ghosh A, Biswas B, Mallick N. Assessment of self-care practices among hypertensive patients: A clinic based study in rural area of Singur, West Bengal. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2017;5(1):262-267. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20175794>
 39. Haung Z, Hong SA, Tejavaddhana P, Puckpinyo A, Myint MN. Multiple self-care behaviors and associated factors in community-dwelling patients with hypertension in Myanmar. *Nagoya Journal of Medical Science*. 2020; 82(2): 363-376. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7276404/>
 40. Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse*. 2017;53(6):607-621. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1368401>
 41. Warren-Findlow J, Seymour RB, Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of Community Health*. 2012;37(1):15-24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3179559/> <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9410-6>
 42. Masror Roudsari DD, Dabiri Golchin M, Haghani H. [Relationship between adherence to therapeutic regimen and health related quality of life in hypertensive patients]. *Iran Journal of Nursing*. 2013; 26(85):44-54. <http://ijn.iiums.ac.ir/article-1-1684-fa.html>
 43. Moradi S, Fekrazad H, Mousavi M T, Arshi M. [The study of relationship between social participation and quality of life of old people who are member of Senior Association of Tehran city in 2011]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2013;7(4):41-46. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-655-fa.html>