

## بررسی ارتباط خودکارآمدی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون با رفتارهای خودمراقبتی

زهره فکری زاده<sup>۱</sup>، محبوبه خورسندی\*<sup>۲</sup>، نسرين روزبهانی<sup>۳</sup>

۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲ دانشیار گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۳ استادیار گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

نشانی نویسنده مسئول: اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، محبوبه خورسندی

E-mail: dr.khorsandi@arakmu.ac.ir

وصول: ۹۲/۱۲/۴، اصلاح: ۹۳/۱/۳۰، پذیرش: ۹۳/۲/۷

### چکیده

**زمینه و هدف:** کنترل میزان پرفشاری خون از طریق رفتارهای خودمراقبتی، موجب کاهش مرگ و میر و ناتوانی ناشی از بیماری‌های قلبی می‌شود. خودکارآمدی، تعیین‌کننده‌ی بسیار قوی برای تغییر و یا ایجاد رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد. این مطالعه، به بررسی ارتباط خودکارآمدی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون با رفتارهای خودمراقبتی شهر قم در سال ۱۳۹۲ پرداخته است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی-تحلیلی در میان ۱۳۰ نفر از سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر قم که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده، انجام گردید. ابزار گردآوری اطلاعات، شامل دستگاه فشارسنج عقربه‌ای و پرسش‌نامه بود. داده‌ها از طریق آزمون‌های ناپارامتریک من ویتنی و کروسکال والیس با نرم‌افزار SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در کل آزمودنی‌ها  $40 \pm 16/2$  درصد کل نمره‌ی خودکارآمدی بوده است. میانگین خودکارآمدی در مردان، به‌طور معناداری بیشتر از زنان بود ( $P=0/03$ ) و بین خودکارآمدی با شغل، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل رابطه‌ی معناداری یافته نشده است ( $P>0/05$ ). خودکارآمدی سالمندان با عملکرد خودمراقبتی ( $P=0/003$ )، فشارخون سیستولی ( $P=0/001$ ) و دیاستولی ( $P=0/004$ ) آنان ارتباط معناداری داشت.

**نتیجه‌گیری:** سالمندان مبتلا به پرفشاری خون، از خودکارآمدی ضعیفی در ارتباط با رفتارهای خودمراقبتی برخوردار بوده و با توجه به این که بین خودکارآمدی و رفتار، ارتباط معناداری وجود دارد، لذا جهت تغییر و یا اتخاذ رفتار، توجه به مقوله‌ی خودکارآمدی قابل توجه است.

**واژه‌های کلیدی:** پرفشاری خون، خودکارآمدی، ارتقاء سلامت، سالمندان.

### مقدمه

چند بیماری مزمن افزایش می‌یابد. به‌طوری که اغلب افراد مسن بالای ۶۰ سال، حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا می‌باشند (۲). بیماری‌های قلبی - عروقی، بخش زیادی از مرگ و میرها در سراسر جهان را به خود اختصاص می‌-

پدیده‌ی افزایش جمعیت سالمندان، یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی قرن ۲۱ به‌شمار می‌آید (۱). با افزایش سن، احتمال ابتلاء به یک یا

دهد و مهم‌ترین علت مرگ و میر در ایالات متحده می‌باشد. (۳) پرفشاری خون، یکی از عوامل خطرزای آن می‌باشد. افزایش سن با افزایش شیوع پرفشاری خون، مرتبط است (۴). پرفشاری خون، بیماری شایع، مزمن، عودکننده (۵) و زمینه‌ساز برای بیماری‌های سکنه‌ی قلبی، حمله‌ی مغزی، نارسایی احتقانی قلب، بیماری کلیوی پیشرفته و بیماری‌های عروق محیطی است (۶). در سال ۲۰۰۰، شیوع جهانی پرفشاری ۲۶/۴ درصد اعلام شده و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۵، حدود ۱/۵۴ میلیارد نفر از بزرگسالان به این بیماری مبتلاء گردند (۷).

پرفشاری خون، به دو دسته تقسیم می‌شود: ۹۰ تا ۹۵ درصد آن از نوع اولیه است که تحت تاثیر عواملی مانند عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیک، عوامل خطر قابل اصلاح مانند چاقی، افزایش نمک مصرفی، الکل، سبک زندگی کم‌تحرک، استرس، رژیم غذایی و عوامل خطر غیرقابل اصلاح مانند وراثت، سن، جنس و نژاد است و فقط ۵ تا ۱۰ درصد، ثانویه و ناشی از سایر اختلال‌های کلیوی، عروقی، غدد درون‌ریز، عصب‌شناختی، حاملگی و واکنش به داروهاست (۸).

کنترل منظم پرفشاری خون، از عوارض شایع آن پیشگیری کرده، یا آن‌ها را به‌تعویق می‌اندازد (۹). همچنین موجب کاهش مرگ و میر و ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های قلبی می‌شود (۱۰، ۱۱). برنامه‌ریزی صحیح جهت انجام رفتارهای کنترل‌کننده‌ی پرفشاری خون از قبیل کنترل منظم فشارخون، کنترل رژیم غذایی از راه کاهش مصرف نمک، محدودیت کالری برای جلوگیری از چاقی، کم‌کردن مصرف کلسترول و چربی‌های اشباع‌شده، از بین بردن استرس‌های روحی و محیطی، انجام ورزش‌های منظم و کنترل دوره‌های فشارخون، می‌تواند تا حدود زیادی از عوارض و ابتلای آن در جامعه جلوگیری کند (۱۲). اگر بیماران به توانمندیشان در تغییر و ارتقای وضعیت سلامتشان از طریق مشارکت خود، اعتقادی نداشته‌باشند، دستیابی به آن غیرممکن خواهد بود (۱۳).

خودکارآمدی که نخستین بار توسط بندورا ارائه‌گردیده، به‌عنوان باور فرد در انجام یک رفتار خاص و تعیین‌کننده‌ی بسیار قوی برای عملکرد بهداشتی و رفتارهای کنترل‌کننده‌ی پرفشاری خون مطرح می‌باشد (۱۴). (۱۵). افزایش خودکارآمدی، باعث ارتقای خودمراقبتی در بیماران می‌شود (۸). خودکارآمدی، برای کنترل بیماری‌های مزمن، قابل اجراء می‌باشد. چون اگر شخصی، خودکارآمدی بالایی برای اجرای تغییرات در شیوه‌ی زندگی خود داشته‌باشد، می‌تواند بیماری مزمن خود را کنترل نماید و در نتیجه، احتمال موفقیت وی بیشتر خواهد بود (۱۶).

داده‌های حاصل از ۸۷ بررسی قبلی، نشان‌دهنده‌ی این است که مداخلات خودتنظیمی و رفتارهای خودمراقبتی در کنترل و کاهش پرفشاری خون و همچنین کاهش مرگ و میر ناشی از آن بسیار موثر بوده است (۱۷-۱۹). از سوی دیگر، با افزایش سن، میزان رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلاء به پرفشاری خون کاهش می‌یابد (۱۸-۲۰). لذا به دنبال ایجاد پرفشاری خون، کنترل پرفشاری و انجام رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط خودکارآمدی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون با رفتارهای خودمراقبتی در شهر قم بود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مقطعی - تحلیلی است. با توجه به مطالعات قبلی، در سال ۱۳۹۲، حجم نمونه‌ی ۱۳۰ نفر از سالمندان ۶۰ تا ۶۵ سال شهر قم در نظر گرفته شد (۲۱). نمونه‌گیری، به‌روش در دسترس انجام شد. معیارهای ورود، شامل داشتن سن ۶۰ تا ۶۵ سال، ابتلاء به پرفشاری خون، رضایت آگاهانه، نداشتن اختلال شناختی و دمانس بود. معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم تمایل برای شرکت در جلسه‌ی آموزشی و وقوع بیماری خاص در افراد شرکت‌کننده بود.

نیز به صورت درصد بیان گردید.

در مورد تمام بخش‌های پرسش‌نامه، نمرات هربخش برحسب نمره از صد بیان گردید. همچنین به منظور مقایسه‌ی کیفی، نمرات هربخش برحسب صدک‌ها، در سه گروه «ضعیف» (کمتر از ۵۰ درصد نمره کل)، «متوسط» (۵۰ تا ۷۵ درصد نمره کل) و «مطلوب» (بیشتر از ۷۵ درصد نمره کل) طبقه‌بندی شدند (۲۳).

برای سنجش پرفشاری خون نیز از معیار JNC VII استفاده گردید (۴). مطابق این معیار، پرفشاری خون به فشارخون سیستولی ۱۴۰ میلی مترجیوه و بیشتر یا فشارخون دیاستولی ۹۰ میلی مترجیوه و بیشتر و یا مصرف داروهای ضد فشارخون در یک‌ماه گذشته، اطلاق می‌گردد. در مورد داروهای ضد پرفشاری خون از خود افراد سوال پرسیده شد و پاسخ‌های آنان ثبت گردید. در هنگام سنجش فشار خون سالمندان به وسیله‌ی دستگاه فشار سنج عقربه‌ای، فشار خون آنان بعد از ده دقیقه استراحت از دست غالب آنان، در حالت نشسته گرفته شد به طوری که بازوی فرد در سطح قلب روی یک تکیه‌گاه سخت قرار گرفت.

جهت تکمیل پرسشنامه به طریق مصاحبه از دو نفر کارشناس ارشد آموزش بهداشت استفاده شد. به این افراد به منظور یکسان سازی در روش مصاحبه با سالمندان (با سواد و بی سواد) و کاهش خطا آموزش‌های لازم قبل از مصاحبه داده شد.

پرسشگران که شامل دو نفر کارشناس ارشد آموزش بهداشت بودند و دوره‌های لازم برای پرسشگری و مصاحبه را دیده بودند، به منظور یکسان کردن شیوه‌ی خود برای تمام سالمندان (باسواد و بی سواد) از مصاحبه استفاده کردند.

اطلاعات کلیه‌ی افراد در نرم‌افزار spss-18 وارد گردید. آمار توصیفی نظیر درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار لحاظ گردید و باتوجه به این که آزمون کولموگراف اسمیرنو کمتر از ۰/۰۵ به دست آمد، از آزمون-

ابزار به کارگرفته در پژوهش حاضر، پرسش‌نامه‌ی ماکسین نویل (۲۲) بود که جهت سنجش باورهای بهداشتی سالمندان در مورد رفتارهای کنترل‌کننده پرفشاری خون طراحی شده بود. سپس روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. اعتبار محتوای پرسش‌نامه با نظرسنجی از ۸ نفر از متخصصان آموزش بهداشتی مورد ارزیابی قرار گرفت. اصلاحات مورد نظر ایشان، اعمال و اشکالات پرسش‌نامه برطرف شد و نهایتاً، شاخص روایی پرسش‌نامه ۰/۸۱ به دست آمد که به منظور محاسبه‌ی این شاخص، از رویکرد لاواشه استفاده شد. سنجش پایایی پرسش‌نامه از طریق آزمون- بازآزمون محاسبه شد به طوری که پرسش‌نامه در دو مرحله به فاصله‌ی دو هفته، در اختیار ۳۰ نفر سالمند ۶۰ تا ۶۵ ساله قرار گرفت و همبستگی این دو مرحله ۰/۶۸ به دست آمد. این پرسش‌نامه، در سه بخش شامل اطلاعات دموگرافیک، خودکارآمدی و عملکرد خودمراقبتی طرح‌ریزی گردید. اطلاعات دموگرافیک، جنسیت، میزان تحصیلات، تأهل، شغل و میزان فشارخون افراد در آخرین اندازه‌گیری را مورد ارزیابی قرار داد. بخش بعدی پرسش‌نامه، مربوط به خودکارآمدی بود که شامل چهارگویه بود که به محدود کردن مصرف نمک، چک کردن مرتب فشارخون، فعالیت جسمانی و مصرف مرتب و به موقع داروها مربوط بود. پاسخگویی به این گویه‌ها در غالب مقیاس طیف لیکرتی و نمره‌گذاری آن به صورت ۱ تا ۵ بود. بنابراین، حداقل و حداکثر نمره‌ی ممکن برای خودکارآمدی، ۰ تا ۲۰ (صفر تا ۱۰۰ درصد) می‌باشد.

عملکرد خودمراقبتی نیز دارای ۵ سوال بود و هر سوال دارای گویه‌های «بله»، «خیر» و «به یاد نمی‌آورم» بود. پاسخ «بله» از سوی افراد، نشان‌دهنده‌ی عملکرد مثبت و بهداشتی بود. لذا نمره‌گذاری عملکرد خودمراقبتی این-گونه بود که به گویه‌ی «بله»، ۱ امتیاز و به گویه‌های «خیر» و «به یاد نمی‌آورم»، صفر امتیاز تعلق گرفت. بدین ترتیب دامنه‌ی نمره‌ی عملکرد خودمراقبتی برای هر آزمودنی، حداقل ۰ و حداکثر ۲۵ می‌باشد که همانند خودکارآمدی

( $P=0/003$ ). به طوری که میانگین نمره‌ی عملکرد افراد در گروه‌های با خودکارآمدی ضعیف، متوسط و خوب به ترتیب  $29/4$ ،  $43/4$  و  $60$  درصد بود. آزمون کای اسکوئر نشان داد که خودکارآمدی بیماران با فشارخون سیستولی ( $P=0/0001$ ) و دیاستولی ( $P=0/0004$ ) آنان نیز دارای رابطه‌ی معنادار، ولیکن معکوسی بود. میانگین فشارخون سیستولی افراد در گروه‌های با خودکارآمدی ضعیف، متوسط و خوب به ترتیب  $111/9 \pm 131/6$ ،  $109/8 \pm 126/09$  و  $110/7 \pm 117/5$  بود. از سوی دیگر، میانگین فشارخون دیاستولی افراد در گروه‌های با خودکارآمدی ضعیف، خوب و متوسط، به ترتیب  $85/9 \pm 87/9$ ،  $83/2 \pm 7/8$  و  $78/7 \pm 8/1$  بود.

که این نتایج نشان می‌دهند هر چه خودکارآمدی مطلوبتر باشد، میزان عملکردهای خودمراقبتی بیشتر و میزان فشارخون سیستولی و دیاستولی کمتر می‌باشد (جدول شماره ۳).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها به همراه میانگین نمره‌ی خودکارآمدی آن‌ها

مقدار P	میانگین نمره خودکارآمدی (انحراف معیار)	تعداد (درصد)		
0/03	36/4 ± 14/1	(38/5)50	زن	جنسیت
	42/6 ± 16/9	(61/5)80	مرد	
0/35	41/4 ± 17/03	(70)91	متاهل	وضعیت تاهل
	33 ± 13/03	(3/8)5	مطلقه	
	37/7 ± 13/8	(26/2)34	بیوه	
	37/5 ± 18/1	(20/8)27	بی‌سواد	
0/15	39/8 ± 16/1	(28/5)37	ابتدایی	میزان تحصیلات
	43/4 ± 15/1	(36/9)48	راهنمایی و متوسطه	
	36/1 ± 15/2	(13/8)18	دیپلم و بالاتر	
0/67	41/5 ± 17/1	(46/2)60	بازنشسته	شغل
	39/03 ± 16/6	(20)26	شاغل	
	39/09 ± 14/7	(33/8)44	بیکار	

های ناپارامتریک تحلیلی مانند کروسکال والیس، من-ویتنی و کای اسکوئر در سطح معناداری  $0/05$  مورد آزمون قرار گرفتند.

گفتنی است این مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک به تصویب رسید. داده‌ها با رضایت آگاهانه از همه‌ی شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۳۰ سالمند ۶۰ تا ۶۵ ساله با میانگین سنی  $1/3 \pm 62/26$  مورد مطالعه قرار گرفتند. ۵۰ نفر ( $38/5$  درصد) از بیماران، زن و ۸۰ نفر ( $61/5$  درصد) مرد و اکثر آنان متاهل بودند ( $70$  درصد). نمای کلی مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها، به همراه میانگین نمره‌ی خودکارآمدی آنان در جدول شماره ۱ آمده است.

میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در کل آزمودنی‌ها،  $40$ ٪ کل نمره‌ی خودکارآمدی بود. از نظر کیفی،  $65/4$  ( $85$  نفر) درصد بیماران دارای خودکارآمدی ضعیف،  $31/5$  ( $41$  نفر) درصد خودکارآمدی متوسط و  $3/1$  درصد ( $4$  نفر) دارای خودکارآمدی خوب بودند. در میان اجزای خودکارآمدی، مصرف مرتب داروها، بیشترین میانگین و محدود کردن مصرف نمک، کمترین میانگین را به خود اختصاص دادند (جدول شماره ۲).

میانگین نمره‌ی خودکارآمدی مردان در مقایسه با زنان، به طور معناداری بیشتر بود ( $P=0/003$ ). میانگین نمره‌ی خودکارآمدی بیماران متاهل، اگرچه بیشتر از سایر گروه‌ها (مطلقه و بیوه) بود، اما آزمون کروسکال والیس این تفاوت را معنادار نشان نداد ( $P=0/2$ ). بین خودکارآمدی بیماران و دیگر متغیرهای دموگرافیک نظیر میزان تحصیلات و شغل آنان، ارتباط معناداری یافت نگردید ( $P=0/9$ ).

خودکارآمدی بیماران با میزان رفتارهای خودمراقبتی آنان دارای ارتباط مستقیم و معناداری بود

جدول ۲: توزیع فراوانی و میانگین اجزای خودکارآمدی

میانگین و انحراف معیار	طبیف نمره	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	رفتار خودکارآمدی
۱/۹۹±۰/۸۶	۱-۵	-	(۰/۳/۲)۴	(۰/۲۷/۷)۳۶	(۰/۳۴/۶)۴۵	(۰/۳۴/۶)۴۵	چک کردن مرتب فشارخون
۱/۹۶±۰/۹	۱-۵	(۰/۱/۵)۳	(۰/۲/۳)۳	(۰/۲۳/۱)۳۰	(۰/۳۷/۷)۴۹	(۰/۳۵/۴)۴۶	محدود کردن مصرف نمک
۳±۰/۹۶	۱-۵	(۰/۲/۳)۳	(۰/۳/۱)۴	(۰/۲۳/۱)۳۰	(۰/۳۵/۴)۴۶	(۰/۳۶/۲)۴۷	فعالیت جسمانی
۲/۰۷±۰/۹۲	۱-۵	(۰/۰/۸)۱	(۰/۶/۹)۹	(۰/۲۱/۵)۲۸	(۰/۴۰/۸)۵۳	(۰/۳۰)۳۹	مصرف مرتب داروها

جدول ۳: بررسی میانگین عملکرد خودمراقبتی و فشارخون سیستولی و دیاستولی در سطوح مختلف خودکارآمدی

متغیرها	سطوح خودکارآمدی	خودکارآمدی ضعیف	خودکارآمدی متوسط	خودکارآمدی مطلوب	مقدار P
میانگین عملکرد	۲۹/۴±۱۵/۹	۴۳/۴±۱۴/۱	۶۰±۱۲/۳	۰/۰۰۳	
میانگین فشارخون سیستولی	۱۳۱/۶±۱۱/۹	۱۲۶/۰۹±۱۰/۸	۱۱۷/۵±۱۰/۷	۰/۰۰۰۱	
میانگین فشارخون دیاستولی	۸۵/۹±۸/۹	۸۳/۲±۷/۸	۷۸/۷±۸/۱	۰/۰۰۴	

## بحث

خودکارآمدی این مطالعه، به این علت باشد که گروه هدف این مطالعه افراد با گروه سنی ۳۰ سال به بالا بوده‌اند. در این مطالعه، بیماران مبتلا به پرفشاری خون نشان دادند که درک خودکارآمدی بالایی نسبت به مصرف مرتب داروها دارند که این با مطالعه‌ی مولارسیک و میرزایی علویجه (۸، ۱۶)، همخوانی دارد. بارزکی بیان کرد که یک مانع برای کنترل فشارخون بالا این است که بیماران داروهای ضد فشارخون خود را آن‌طور که پزشک توصیه کرده مصرف نمی‌کنند (۲۹). بنابراین خودکارآمدی مصرف مرتب و به موقع داروهای ضد فشارخون هرچه بالاتر باشد، مبتلایان به فشارخون بالا، بهتر می‌توانند فشارخون خود را کنترل نمایند. خودکارآمدی محدود کردن مصرف نمک در سطح پایینی قرار داشت که این با مطالعه‌ی میرزایی علویجه (۸)، همخوانی ندارد.

در مطالعه‌ی حاضر، خودکارآمدی مردان به طور معناداری بیشتر از زنان بود که این با مطالعه‌ی مروتی شریف آباد و میرزایی علویجه (۸، ۳۰)، همخوانی دارد. زیرا مردان به دلیل عوامل اجتماعی، نقش‌ها و فرصت‌هایی که دارند از خود کارآمدی درک شده‌ی بالاتری برخوردارند. لذا رفتارهای خود مراقبتی نزد آنان بیشتر است (۳۰).

رفتارهای خودمراقبتی به طور معناداری در این

این مطالعه، نتایجی را در مورد خودکارآمدی رفتارهای بهداشتی (محدود کردن نمک، فعالیت جسمانی، چک کردن مرتب فشارخون، مصرف مرتب داروها) به منظور کنترل فشارخون نشان می‌دهد.

بسیاری از مطالعات دیگر (۲۴-۲۷)، خودکارآمدی را مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتارهای بهداشتی بزرگسالان و سالمندان دانسته‌اند. این مطالعه که با هدف بررسی میزان خودکارآمدی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در رابطه با رفتارهای خودمراقبتی انجام گرفت، نشان داد که میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در کل آزمودنی‌ها ۶۵/۴٪ کل نمره‌ی خودکارآمدی بود. از نظر کیفی، ۳۱/۵ درصد بیماران دارای خودکارآمدی ضعیف، ۳/۱ درصد دارای خودکارآمدی متوسط و ۳/۱ درصد دارای خودکارآمدی خوب بودند.

در مطالعه‌ی برنال و همکاران (۲۸) که در زمینه‌ی ارتباط خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی دیابتی‌ها انجام شد، نیز خودکارآمدی در حد ضعیف و متوسط گزارش گردید، اما در مطالعه‌ای که میرزایی علویجه و همکارانش (۸) در گروه میانسالان انجام دادند، میانگین میزان خودکارآمدی ۶۱٪ گزارش شد که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد. احتمال می‌رود بیشتر بودن نمره‌ی

اعتقاد، فرد می‌تواند موانع را برطرف کند و در نهایت، آنجاست که رفتار صورت خواهد گرفت.

افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، از خودکارآمدی ضعیفی در ارتباط با رفتارهای خودمراقبتی پرفشاری خون برخوردار بودند. از این رو، با استفاده از برنامه‌های آموزشی مناسب، می‌توان تاثیرات لازم و بایسته‌ای را بر افزایش خودکارآمدی سالمندان گذاشت.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، کم بودن حجم نمونه بود که امیداست با استفاده از نتایج این مطالعه و حجم نمونه‌ی بیشتر، بتوان نتایج بهتری را در مطالعات مشابه پیش‌بینی کرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاون محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که با حمایت مالی و امکانات لازم، انجام این پژوهش را میسر نمودند و همچنین از کلیه‌ی سالمندان شرکت‌کننده در این طرح تشکر و قدردانی می‌گردد.

پژوهش، دارای خودکارآمدی مطلوبی بودند. افراد مورد مطالعه هرچه بیشتر به کارایی و توانایی خود در جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی اعتماد داشته باشند، رفتار موردنظر را بیشتر انجام می‌دهند (۳۰) که این در مطالعات دیگر (۲۸، ۳۱، ۳۲) نیز گزارش شده است.

فشارخون سیستولی و دیاستولی با خودکارآمدی مطلوب در مطالعه‌ی حاضر، رابطه‌ی معناداری داشتند. بنابراین، هرچه خودکارآمدی مطلوب‌تر باشد، فشارخون سیستولی و دیاستولی نیز وضعیت بهتری خواهند داشت که این با مطالعه‌ی میرزایی علویجه (۸)، همخوانی دارد.

خودکارآمدی، یک جزء از اجرای تغییرات سبک زندگی است که می‌تواند باعث بهبود بیماری‌های مزمن از جمله فشارخون بالا شود. افراد با خودکارآمدی بالا، معتقدند که می‌توانند تغییرات خاصی را برای ترویج بهبود سلامتشان ایجاد کنند، درحالی‌که کسانی که خودکارآمدی پایین دارند، باور کمی دارند که می‌توانند تغییری در رفتارهای بهداشتی‌شان ایجاد کنند (۳۳). افراد مبتلا به فشارخون بالا، باید به این اعتقاد برسند که می‌توانند رفتارهای مراقبت از خود را انجام دهند. با رسیدن به این

### References

1. Kashfi S, Jeihooni A, Farhadi S. The relationship between socio-demographic factors and the prevalence of depression among the elderly aged 60 years covered by the welfare centers in Shiraz. *Hormozgan Medical Journal*. 2010;4(4):319-25.
2. Aldrich N, Benson WF. Peer Reviewed: Disaster Preparedness and the Chronic Disease Needs of Vulnerable Older Adults. *Preventing Chronic Disease*. 2008;5(1).
3. Cannon CP. Cardiovascular disease and modifiable cardiometabolic risk factors. *Clinical cornerstone*. 2007;8(3):11-28.
4. SHarifi F, Mirarefin M, Fakhrzadeh H, Saadat S, GHaderpanahi M, Badamchizadeh Z, et al. The prevalence of hypertension and diabetes in elderly Kahrizak nursing home. *Elderly Journal*. 2009;4(11):16-29.
5. Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*. 2009;52(1):209-16.
6. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*. 1995;25(3):305-13.
7. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*. 2005;365(9455):217-23.
8. Mirzaei Alavijeh M, Nasirzadeh M, Jalilian F, Mostafavei F, Hafezi M. Self-efficacy of health promotion behaviors in hypertensive patients. *Daneshvar(medicine) shahed University*. 2012;19(98).
9. Abasi M, Salemi S, Seied Fatemi N, Hoseini F. Examine how adherence of drug regimen and its related health beliefs for hypertension. *Iranian Journal of Nursing*. 2005;18(41-42):61-7.
10. Zhao Y, Yan H, Marshall RJ, Dang S, Yang R, Li Q, et al. Trends in Population Blood Pressure and Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension among Middle-Aged and Older Adults in a

- Rural Area of Northwest China from 1982 to 2010. *PloS one*. 2013;8(4):e61779.
11. Applegate WB. Hypertension in elderly patients. *Annals of internal medicine*. 1989;110(11):901-15.
  12. Goodarzi M, Ghanbari M, Badakhsh M, Masinaei Nezhad N, Abbas Zadeh M. A study on hypertension in Zabol population over 18 years old. *Tabib SHargh*. 2002;4(4):183-90.
  13. Vrijhoef H, Diederiks J, Spreeuwenberg C, Wolffenbuttel B, Van Wilderen L. The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: effects on patient outcomes. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39(4):441-51.
  14. Warren-Findlow J, Seymour RB, Huber LRB. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of community health*. 2012;37(1):15-24.
  15. Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model: Hemisphere Publishing Corp; 1992.
  16. Mularcik KA. Self-Efficacy Toward Health Behaviors to Improve Blood Pressure in Patients Who Receive Care in a Primary Care Network[for the Degree of Master of Science in the]: Ohio State University; 2009.
  17. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of internal medicine*. 2005;143(6):427-38.
  18. Barati M, Darabi D, Moghim beigi A, Afsar A. Investigate the factors associated with self-regulatory behaviors on blood pressure in patients with hypertension city Bahar in the 2010. *Fasa University of Medical Sciences*. 2011;1(3):60-5.
  19. Azizi F. Epidemiology of common diseases in Iran: SHahid Beheshti University of Medical Sciences; 1992. 53-61 p.
  20. Robinson T. Hypertension Beliefs and behaviors of African Americans in selected cleveland public housing Kent State University; 2012.
  21. CHarkazi A, Koochaki GM, Badeleh MT, GHazi S, Ekrami Z, Bakhsha F. Effect of education on knowledge, attitude and practice of nursing personnel in hypertension. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2007;9(1):43-8.
  22. Newell MA. Knowledge, perceptions, beliefs and behaviors related to the prevention of hypertension among Black Seventh-day Adventists living in London: ProQuest; 2008.
  23. Taghdisi M, Nejad Sadeghi E. Assess the knowledge, attitude and behavior of pregnant women with urinary tract infections, based on Health Belief Model. *Scientific Journal of nursing and midwifery, Birjand University of medical science*. 2011;8(3):143-51.
  24. GHahremani L, Nazari M. Comparison of the prediction of exercise intention and behavior based on self-efficacy theory and the theory behavior planned. *Quarterly monitoring*. 2012;12(1):99-107.
  25. Terry D, O'Leary J. The theory of planned behavior: the effects of perceived behavioral control and self-efficacy. *British Journal of Social Psychology*. 1995;34:199-220.
  26. Povey R, Conner M, Sparks P, James R, Shepperd R. Application of the theory of planned behavior to two dietary behaviors: roles of perceived control and self-efficacy. *British Journal of Health Psychology*. 2000;5:121-37.
  27. Conn VS. Older adults and exercise: path analysis of self-efficacy related constructs. *Nursing research*. 1998;47(3):180-9.
  28. Bernal H, Woolley S, Schensul JJ, Dickinson JK. Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *The Diabetes Educator*. 2000;26(4):673-80.
  29. Borzecki AM, Oliveria SA, Berlowitz DR. Barriers to hypertension control. *American heart journal*. 2005;149(5):785-94.
  30. Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2008;15(4):91-100.
  31. Aalto A-M, Uutela A. Glycemic control, self-care behaviors, and psychosocial factors among insulin treated diabetics: a test of an extended health belief model. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997;4(3):191-214.
  32. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 2003;30(6):980-93.
  33. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior*. 2004;31(2):143-64.

# Self-efficacy of self-care behaviors of elderly patients with hypertension

**Zohreh Fekrizadeh,**

Master of science of health education, School of Public Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

**Mahboobeh KHorsandi,**

Department of Health Education & Health Promotion, School of Public Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

**Nasrin Roozbahani,**

Department of Health Education & Health Promotion, School of Public Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Received:23/02/2014, Revised:19/04/2014, Accepted:27/04/2014

---

## Correspondence author:

Mahbobeh Khorsandi,  
Arak University of Medical  
Sciences, Arak, Iran.  
E-mail:  
dr.khorsandi@arakmu.ac.ir

## Abstract

**Background:** Controlling hypertension by self-care behaviors cause to reduce mortality and disability from heart disease. Self-efficacy is a strong determinant for changing or creating self-care behaviors. The aim of this study was to determine self-efficacy of self-care behaviors of elderly patients with hypertension in the Qom city in 2013.

**Materials and Methods:** This descriptive - analytical study was performed on 130 cases of hypertensive patients in Qom city that were selected in Snowball sampling. The data collection was a Blood pressure device questionnaire including demographic information, Self-efficacy and Performance. Data were analyzed by SPSS-18.

**Results:** average self-efficacy score was 40%. Self-efficacy was significantly higher in men than women ( $P=0/03$ ) and between self-efficacy and marital status, job and education level had no significant relation. Self-efficacy Elderly with Self-care performance ( $P=0/003$ ), average systolic pressure ( $P=0/0001$ ) and diastolic ( $P= 0/004$ ) had a significant relationship.

**Conclusion:** Elderly patients with hypertension were poor level of perceived self-efficacy related to self-care behaviors and considering that there is a significant relationship between self-efficacy and behavior, therefore, to change or adoption behavior attention to self-efficacy is remarkable.

**Keywords:** hypertension, self- efficacy, health promotion, elderly.