

## رفتارهای خودمراقبتی ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

مجتبی آزادبخت<sup>۱</sup>، غلامرضا گرمارودی<sup>۲</sup>، پریسا طاهری تنجانی<sup>۳\*</sup>، رباب صحاف<sup>۴</sup>، داوود شجاعی زاده<sup>۵</sup>، الهام قیسوندی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

<sup>۲</sup> دکتری تخصصی بهداشت مادر و کودک، استادیار گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

<sup>۳</sup> دکتری تخصصی طب سالمندان، استادیار گروه پزشکی داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران.

<sup>۴</sup> دکتری تخصصی سالمندشناسی، استادیار گروه آموزش سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران.

<sup>۵</sup> دکتری تخصصی آموزش بهداشت، استاد گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۸/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۵/۲۸

### چکیده

**مقدمه:** باورهای بهداشتی به طور قابل توجهی در اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت تأثیرگذار هستند. یکی از شناخته شده ترین مدل های مبتنی بر باور، مدل اعتقاد بهداشتی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سازه های این مدل و برخی عوامل جمعیت شناختی با رفتارهای خودمراقبتی ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان انجام گردید.

**مواد و روش ها:** این مطالعه توصیفی تحلیلی با مشارکت ۴۶۵ نفر از سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر تهران با استفاده از روش نمونه گیری چندمرحله ای انجام شد. ابزارهای مورداستفاده شامل پرسشنامه های دموگرافیک، سنجش باورهای بهداشتی، خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی ارتقاء دهنده سلامت بود. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ و بر اساس آزمون های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سنی آزمودنی ها  $68/24 \pm 6/12$  سال و میانگین نمره کلی رفتارهای خودمراقبتی  $1/79 \pm 0/36$  بود. جنسیت ( $P=0/11$ )، وضعیت اقتصادی ( $P<0/001$ )، سطح تحصیلات ( $P<0/001$ ) و سن ( $P=0/008$ ) به طور معناداری با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط داشتند. بر پایه تحلیل رگرسیونی مدل اعتقاد بهداشتی موانع درک شده، خودکارآمدی و شدت درک شده به عنوان تعیین کننده های نهایی رفتار مشخص شدند ( $P<0/001$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش، ضروری است که در طراحی برنامه های ارتقاء سلامت سالمندان بر افزایش خودکارآمدی و شدت درک شده و همچنین بر کاهش موانع درک شده توجه ویژه ای شود.

**واژگان کلیدی:** سالمندی، نگرش، ارتقاء سلامت، خودمراقبتی

### مقدمه

تخمین زده شده است که ۸۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال حداقل از یک بیماری مزمن و ۵۰ درصد آنان از دو بیماری مزمن رنج می برند (۱). بیماری های مزمن به عنوان علت اصلی مرگومیر در سالمندان شناخته شده است و علاوه بر

فرایند پیر شدن جمعیت با افزایش مراقبت ها، افزایش شیوع بیماری های مزمن و نهایتاً افزایش چشمگیر هزینه های بهداشتی درمانی همراه است. در حال حاضر

\* نویسنده مسئول: پریسا طاهری تنجانی، دکتری تخصصی طب سالمندان، استادیار گروه پزشکی داخلی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران  
تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۳۴  
ایمیل: P.taheri@sbm.ac.ir

مداخله در حوزه سلامت از جمله ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان، شناسایی عوامل مرتبط با سلامت و رفتارهای ارتقادهنده سلامت امری بدیهی است، شناسایی اینکه کدام باور بهداشتی نقش بیشتری در اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی دارد بسیار ارزشمند است. در کشور ما مطالعات دقیقی مبنی بر اینکه آیا باورهای بهداشتی سالمندان تأثیری بر رفتار آنان دارد یا خیر، صورت نگرفته است. علاوه بر این به درستی مشخص نشده است که کدام یکی از باورهای بهداشتی در جمعیت سالمندان بیشترین قدرت پیش بینی کنندگی رفتار را دارد. آگاهی از این مسئله، مربیان آموزش بهداشت، پرستاران سالمندان و دیگر مربیان سالمندان را قادر می سازد که در اجرای آموزش بهداشت به سالمندان آموزش کارآمدتری داشته باشند. پژوهش حاضر با دو هدف به بررسی ارتباط بین باورهای بهداشتی و رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر تهران پرداخته است. هدف اول، بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت در سالمندان و هدف دوم تعیین ارتباط سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتارهای خودمراقبتی بود

### مواد و روش ها

جامعه آماری شامل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر تهران بود. پژوهش حاضر که از نوع توصیفی تحلیلی بود در تابستان ۹۳ انجام شد و جمع آوری داده ها ۲ ماه به طول انجامید. حجم نمونه با توجه به فرمول مربوط به مطالعات توصیفی و با در نظر گرفتن  $p=0/5$ ، آلفای  $0/05$  و دقت  $0/05$ ، حداقل ۳۸۶ نفر تخمین زده شد. در پژوهش حاضر برای بالا بردن دقت و جلوگیری از تورش حاصل از ریزش نمونه، ۴۶۵ سالمند وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، سن ۶۰ سال و یا بیشتر، داشتن قدرت تکلم و سواد خواندن و نوشتن، نداشتن مشکلات شناختی و همچنین حضور نداشتن در دیگر مطالعات پژوهشی. در مورد قضاوت نسبت به نداشتن آلزایمر، سالمندان قبل از ورود به مطالعه از طریق آزمون رسم ساعت (Clock

هزینه های مضاعف بهداشتی، موجب ناتوانی سالمندان نیز می شود. در میان عوامل تعیین کننده سلامت، رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت به عنوان اساسی ترین راه پیشگیری از ابتلا به بیماری ها به ویژه بیماری های مزمن شناخته شده است. بنابراین رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت باید به عنوان راهبرد اصلی جهت حفظ و ارتقاء سلامت مورد توجه قرار گیرند (۲، ۳). بررسی های انجام شده در انگلستان حاکی از این است که رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت به طور مستقیم با سلامت سالمندان و کیفیت زندگی آنان ارتباط دارد و موجب کاهش میزان های ابتلا و مرگومیر می گردد (۲). مهم ترین رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت شامل رفتارهای تغذیه ای سالم، فعالیت های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات بین فردی، رشد معنوی و مسئولیت پذیری در قبال وضعیت سلامتی می باشد (۴). ارتباط برخی متغیرها نظیر جنسیت و تحصیلات با رفتارهای خودمراقبتی به اثبات رسیده است، به طوری که میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی در مردان بیشتر است و با سطح تحصیلات نیز ارتباط مستقیمی دارد (۵). برخی شواهد نیز نشان می دهند که باورهای بهداشتی به طور قابل توجهی در اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مزمن تأثیرگذار هستند (۶، ۷)، ولیکن مطالعات اندکی در مورد ارتباط باورهای بهداشتی و رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت به ویژه در سالمندان صورت گرفته است. معروف ترین و پرکاربردترین مدلی که بر اساس باورهای بهداشتی طراحی شده است مدل اعتقاد بهداشتی است. این مدل نخستین بار توسط روزن استاک طراحی شد و سپس توسعه پیدا کرد. این مدل بر شش سازه استوار است: حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده خودکارآمدی درک شده و راهنماهای عمل (۸).

مدل اعتقاد بهداشتی بر این فرض استوار است که میزان انجام رفتارهای بهداشتی از قبیل رفتارهای خودمراقبتی ریشه در باورهای بهداشتی افراد دارد و افراد را به سمت رفتارهای سالم بهداشتی سوق می دهد (۸، ۹). با توجه به اینکه قبل از هر تصمیم گیری، برنامه ریزی و

سنجش سؤالات، لیکرت ۵ گزینه‌ای (خیلی مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، خیلی موافقم) و امتیازدهی آن از ۱ تا ۵ است. بنابراین حداقل و حداکثر نمره برای کل پرسشنامه به ترتیب ۲۶ و ۱۳۰ می‌باشد و برای هر سازه نیز با توجه به تعداد سؤالات آن تعیین می‌گردد. به جز سازه موانع درک شده، در سایر سازه‌ها نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر است. نتایج بررسی روایی و پایایی نشان‌دهنده شاخص روایی محتوای ۰/۷۳ برای کل پرسشنامه بود. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ و همچنین برای سازه‌ها آن از ۰/۶۹ تا ۰/۸۳ متغیر بود. ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (Coefficient Internal Correlation) نیز ۰/۷۴ حاصل شد.

**پرسشنامه خود ارزیاب خودکارآمدی رفتارهای بهداشتی (SRAHPS):** در پژوهش حاضر جهت سنجش خودکارآمدی درک شد که یکی از مهم‌ترین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی است از پرسشنامه Self rated Abilities (SRAHPS) استفاده شد. این ابزار نخستین بار توسط Becker و همکاران (۱۳) در سال ۱۹۹۳ طراحی شد و شامل ۲۸ سؤال است که خودکارآمدی رفتارهای بهداشتی و ارتقا دهنده سلامت را در چهار بعد می‌سنجد (تغذیه، فعالیت فیزیکی، مسئولیت‌پذیری در قبال رفتارهای بهداشتی و سلامت روان، هر کدام ۷ سؤال). گویه‌های هر سؤال به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای می‌باشند (اصلاً، کمی، گاهی اوقات، اغلب اوقات، همیشه) و امتیازدهی آن از صفر تا ۴ می‌باشد، بنابراین حداقل و حداکثر نمره ممکن برای کل پرسشنامه صفر تا ۱۱۲ و برای هر بعد آن صفر تا ۲۸ می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی درک شده بهتر است. با توجه به نتایج بررسی روایی و پایایی ابزارها، شاخص روایی محتوا برای پرسشنامه و تمامی ابعاد آن بالاتر از ۰/۸۲ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای کل ابزار و ابعاد آن از ۰/۷۳ تا ۰/۸۴ متغیر بود. مقدار ICC برای کل ابزار ۰/۷۶ و برای ابعاد آن از ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ متغیر بود.

**پرسشنامه شرح حال رفتارهای ارتقا دهنده سلامت (HPLP-۵۲):** در پژوهش حاضر جهت سنجش

(Drawing Test) مورد سنجش قرار گرفتند. آزمون ساعت که برای سالمندان ایرانی روا و پایا شده است (۱۴)، ابزاری معتبر جهت شناسایی و غربالگری اختلالات شناختی شدید و به‌ویژه آلزایمر است (۱۰).

روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای بود، به طوری که شهر تهران به پنج منطقه جغرافیایی تقسیم شد و از هر منطقه یک فرهنگسرا به طور تصادفی انتخاب شد، سپس با مراجعه به فرهنگسراها سالمندان به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. ضمن ارائه توضیحات لازم از آنان خواسته می‌شد که بر روی یک صندلی و در حالت آرام بنشینند و به سؤالات پاسخ دهند. با توجه به زیاد بودن تعداد سؤالات، از سالمندان خواسته می‌شد تا در وسط پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه کمی استراحت نماید تا با دقت بیشتری به سایر پرسش‌ها پاسخ دهند. در ضمن رضایت کتبی از آزمودنی‌ها اخذ شد و به کلیه سالمندان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنان به صورت کاملاً محرمانه محفوظ می‌ماند.

**ابزارها:** علاوه بر سنجش برخی اطلاعات دموگرافیک (سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی) به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نظر از سه ابزار استفاده شد که به ترتیب عبارت‌اند از پرسشنامه سنجش باورهای بهداشتی (به استثنای خودکارآمدی درک شده)، پرسشنامه ارزیابی خودکارآمدی رفتارهای بهداشتی و همچنین نسخه دوم پرسشنامه شرح حال رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت. هر کدام از این پرسشنامه‌ها به ترتیب دارای ۲۶، ۲۸ و ۵۲ گویه بودند.

**پرسشنامه سنجش باورهای بهداشتی در مورد رفتارهای خودمراقبتی ارتقا دهنده سلامت:** به منظور سنجش ۵ مورد از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی از پرسشنامه آنتونیکا (۱۲) استفاده شد. این ابزار به منظور سنجش باورهای بهداشتی در مورد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت (به استثنای سازه خودکارآمدی درک شده) مورد استفاده قرار گرفته است و دارای ۲۶ سؤال است (حساسیت درک شده ۶ سؤال، شدت درک شده ۶ سؤال، منافع درک شده ۵ سؤال، موانع درک شده ۵ سؤال و راهنماهای عمل ۴ سؤال). در این پرسشنامه مقیاس

میانگین کلی رفتارهای خودمراقبتی  $1/79 \pm 0/36$  بود. میانگین نمره خرده مقیاس‌های HPLP-52 عبارت بودند از: مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت  $1/64 \pm 0/51$ ، فعالیت فیزیکی  $1/37 \pm 0/49$ ، تغذیه  $1/82 \pm 0/42$ ، مدیریت استرس  $1/74 \pm 0/29$ ، روابط بین فردی  $1/75 \pm 0/37$  و رشد معنوی  $2/13 \pm 0/39$ .

آزمون تی‌مستقل نشان داد که میانگین نمره کل رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت در مردان به‌طور معناداری بیشتر از زنان بود ( $P=0/011$ ). آنالیز واریانس نشان داد که بین رفتارهای خودمراقبتی و متغیرهای سن ( $P=0/008$ )، نحوه زندگی ( $P<0/001$ )، میزان تحصیلات ( $P<0/001$ ) و وضعیت اقتصادی ( $P<0/001$ ) ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی (Post-hoc) آنالیز واریانس یک‌طرفه گویای این بود که میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت در گروه سنی 69-60 به‌طور معنی‌داری بیشتر از سایر گروه‌های سنی بود. سالمندان با تحصیلات "دیپلم و بالاتر" نمره بیشتری را نسبت به سایر گروه‌های تحصیلی کسب کرده بودند. سالمندانی که تنها زندگی می‌کردند دارای میانگین نمره ضعیف‌تری بودند و بالاخره سالمندانی که وضعیت اقتصادی خود را "خوب" و "متوسط" گزارش کرده بودند نمرات بهتری نسبت به سالمندان با وضعیت اقتصادی "بد" و "خیلی بد" کسب کرده بودند (جدول شماره ۱).

در بررسی همبستگی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتارهای خودمراقبتی، ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که تمامی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی دارای ارتباط معناداری با رفتارهای خودمراقبتی هستند که البته این همبستگی در مورد خودکارآمدی ( $t=0/44, P<0/001$ ) و موانع درک شده ( $t=-0/52, P<0/001$ ) از قوت بیشتری برخوردار بود. به‌منظور مشخص نمودن تعیین‌کننده‌های رفتارهای خودمراقبتی، اجزای مدل اعتقاد بهداشتی وارد مدل رگرسیون خطی شدند که با توجه به نتایج مدل نهایی تحلیل رگرسیونی، سازه‌های موانع درک شده، خودکارآمدی

رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت، نسخه دوم پروفایل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (Health Promoting Behavior Profile II) مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار، نخستین بار توسط والکر و همکاران طراحی گردید (۴). با توجه به اینکه پرسشنامه HPLP-52 قبلاً توسط زیدی و همکاران (۱۴) برای گروه بزرگ‌سال ایرانی روا و پایا شده است ضمن کسب اجازه، در فرآیند روایی و پایایی از ترجمه آن صرف‌نظر شد. نسخه اصلی این پرسشنامه شامل ۵۲ سؤال است که رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در شش بعد می‌سنجد (تغذیه ۹ سؤال، فعالیت فیزیکی ۸ سؤال، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت ۹ سؤال، مدیریت استرس ۸ سؤال، روابط بین فردی ۹ سؤال و رشد معنوی ۹ سؤال). گویه‌های هر سؤال به‌صورت لیکرت چهارگزینه‌ای می‌باشد (هرگز، گاهی اوقات، اغلب مواقع و روزانه و همیشه) و نمره دهی آن از ۱ تا ۴ است. به‌طور کلی نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و نمره ابعاد رفتاری با استفاده از میانگین پاسخ‌ها برای کل ۵۲ سؤال و برای هر خرده مقیاس (۸ یا ۹ سؤال) محاسبه می‌شود.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ شدند. جهت توصیف وضعیت آزمودنی‌ها از آمار توصیفی از جمله میانگین، درصد و انحراف معیار استفاده شد. به‌منظور بررسی ارتباط بین رفتارهای خودمراقبتی و عوامل دموگرافیک از آزمون‌های تی‌مستقل و آنالیز واریانس به‌صورت یک دامنه استفاده شد. برای بررسی همبستگی بین رفتارهای خودمراقبتی و باورهای بهداشتی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد و نهایتاً برای مشخص کردن تعیین‌کننده‌های رفتارهای خودمراقبتی از رگرسیون خطی چندمتغیره و روش قدم‌به‌قدم (Step wise) استفاده شد. سطح معنی‌داری برای آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

تعداد کل آزمودنی‌ها، ۴۶۵ نفر با میانگین سنی  $68/24 \pm 6/12$  سال بود. سایر مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها به همراه میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی آنان در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱- وضعیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ویژگی‌های برحسب جمعیت شناختی واحدهای پژوهش (n=۴۶۵)

متغیرها	تعداد (درصد)	میانگین (± انحراف معیار)	سطح معنی داری
جنسیت	زن	۰/۳۷±۱/۷۱	P=۰/۰۱۱
	مرد	۰/۴۱±۱/۸۶	
سن (به سال)	۶۹-۶۰	۰/۳۹±۱/۸۶	P=۰/۰۰۸
	۷۹-۷۰	۰/۴۱±۱/۷۲	
	۸۹-۸۰	۰/۴۴±۱/۵۹	
وضعیت تأهل	متأهل	۰/۴۴±۱/۸۶	P=۰/۲۱۲
	بیوه	۰/۳۹±۱/۷۱	
	مطلقه	۰/۵۱±۱/۷۸	
وضعیت شغلی	بازنشسته	۰/۴۱±۱/۸۰	P=۰/۱۸۴
	شاغل	۰/۳۵±۱/۷۹	
	بدون شغل	۰/۳۶±۱/۷۲	
مدرک تحصیلی	ابتدایی	۰/۳۹±۱/۶۷	P<۰/۰۰۱
	راهنمایی	۰/۴۰±۱/۷۲	
	دیپلم و بالاتر	۰/۳۱±۲/۱۷	
وضعیت اقتصادی	خوب	۰/۳۵±۲/۰۶	P<۰/۰۰۱
	متوسط	۰/۳۹±۱/۸۴	
	بد	۰/۵۳±۱/۶۸	
	خیلی بد	۰/۴۲±۱/۵۰	

درک شده و شدت درک شده به‌عنوان تعیین‌کننده‌های نهایی رفتارهای خودمراقبتی مشخص گردیدند. این سه سازه در مجموع قادر به پیش‌بینی ۳۷ درصد از تغییرات رفتار بودند ( $R^2=۰/۳۷$ ) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- نتایج مدل نهایی تحلیل رگرسیونی برای پیش‌گویی رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت

متغیرهای مدل	ضریب رگرسیونی	شیب خط ( $\beta$ )	مقدار t	سطح معنی داری	ضریب تبیین ( $R^2$ ) <sup>*</sup>
موانع درک شده	-۰/۲۳۳	-۰/۳۱۱	-۳/۲۱۱	۰/۰۰۱	۳۷ درصد
خودکارآمدی درک شده	۰/۱۹۸	۰/۲۵۱	۲/۹۹۵	۰/۰۰۱	
شدت درک شده	۰/۱۲۱	۰/۱۹۹	۲/۳۳۲	۰/۰۰۱	
مقدار ثابت	۰/۷۴۵		۲/۱۱۲	۰/۰۰۱	

\* نتایج مربوط به مرحله سوم آنالیز رگرسیون خطی به روش قدم‌به‌قدم (Step wise) می‌باشد.

## بحث

(۱۶) نشان می‌دهد که فقط ۳۸ درصد از سالمندان بالای ۶۵ سال فعالیت‌های منظم ورزشی متوسط تا سنگین را گزارش کرده بودند. توجیهی که برای این اختلاف می‌توان ارائه داد این است که در کشورهای در حال توسعه عواملی مانند توسعه فرهنگ ورزشی در سالمندان، ایجاد امکانات ورزشی در سطح شهر و مشکلات تردد سالمندان در بافت شهر از سطح پایین‌تری نسبت به کشورهای پیشرفته قرار دارد (۱۵). در پژوهش حاضر، رشد معنوی نسبت به سایر ابعاد رفتارهای خودمراقبتی وضعیت بهتری داشت که این مسئله به دلیل فرهنگ مذهبی و اسلامی در کشور ایران می‌باشد.

پژوهش حاضر با هدف بررسی رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت در سالمندان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر تهران و ارتباط آن با باورهای بهداشتی صورت گرفت. میانگین رفتارهای ارتقادهنده سلامت  $۱/۷۹ \pm ۰/۳۶$  حاصل شد. با توجه به اینکه حداقل و حداکثر نمره ممکن صفر تا ۴ می‌باشد، لذا این وضعیت نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان است. از بین ابعاد رفتارهای خودمراقبتی، فعالیت فیزیکی نسبت به سایر ابعاد از وضعیت ضعیف‌تری برخوردار بود. سالمندان رفتارهای ورزشی منظمی داشتند. پژوهش دیگری در کشور

پژوهش حاضر نشان‌دهنده میانگین بالاتر رفتارهای خودمراقبتی مردان (۱/۸۶) نسبت به زنان (۱/۷۱) بود. باقیانی مقدم (۱۷) در پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون به این نتیجه رسید که عملکردهای خودمراقبتی مردان بیشتر از زنان می‌باشد. عملکرد خودمراقبتی بهتر در مردان احتمالاً به دلیل خودکارآمدی بیشتر و موانع درک شده کمتر نزد آنان می‌باشد. مردان به دلیل عوامل اجتماعی، نقش‌ها و برخورداری از فرصت‌ها، خودکارآمدی بالاتری دارند و در نتیجه رفتارهای خودمراقبتی آنان بیشتر است (۱۸).

پژوهش حاضر نشان داد که میزان رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان با تحصیلات دیپلم و بالاتر به‌طور معناداری بیشتر از سالمندان با تحصیلات پایین‌تر است. این یافته در مطالعه فراومن (۱۹) و سونگ (۵) نیز به چشم می‌خورد. افزایش تحصیلات با افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری و قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری همراه است و فرد را به سمت مشارکت در فعالیتهای بهداشتی سوق می‌دهد. هر جا آگاهی وجود داشته باشد انتظار می‌رود عملکرد بهتری وجود داشته باشد (۵، ۲۰).

در پژوهش حاضر، وضعیت اقتصادی گزارش‌شده توسط سالمندان نیز به‌طور مستقیم با رفتارهای خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت ارتباط داشت. سالمندانی که وضعیت اقتصادی خود را خوب و یا متوسط گزارش کرده بودند نمره بهتری از رفتارهای خودمراقبتی را نسبت به سالمندان با وضعیت اقتصادی بد و خیلی بد کسب کردند. اگرچه این یافته با مطالعه اسمیت و دافی (۲۱) همخوانی دارد اما به‌درستی مشخص نیست که آیا وضعیت اقتصادی مطلوب موجب تأمین سلامت می‌شود و یا اینکه سلامت افراد موجب فعالیت اقتصادی بیشتر و کسب درآمد بیشتر می‌گردد (۲۱). هرچند بدیهی است که عامل اقتصادی موجب دسترسی راحت‌تر سالمندان به خدمات بهداشتی می‌شود و از سوی دیگر وضعیت اقتصادی به سالمندان کمک می‌کند که راحت‌تر تنوع غذایی سالم‌تری را انتخاب کنند و از سرگرمی‌ها، مشارکت اجتماعی و تعطیلات لذت بیشتری ببرند درحالی‌که سالمندان با وضعیت اقتصادی

معمولاً ضعیف از بیماری‌های مزمن بیشتری رنج می‌برند و همین مسئله بر فعالیت فیزیکی آنان تأثیر می‌گذارد (۲۲)، (۲۳).

عامل دیگری که با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط مستقیمی داشت، عامل سن بود. پژوهش حاضر گویای این مطلب بود که سالمندان گروه سنی ۶۹-۶۰ نمره بهتری از رفتارهای خودمراقبتی کسب کرده بودند. این یافته اگرچه با مطالعه سونگ (۵) و رابینسون (۶) همخوانی ندارد اما حیدری و همکاران (۲۴) در مطالعه‌ای که بر روی سالمندان شهر قم انجام دادند به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی سالمندان ایرانی با افزایش سن آنان به‌طور معناداری کاهش می‌یابد. به نظر می‌رسد کیفیت زندگی پایین در سالمندان ایران با رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی آنان مرتبط است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که از بین اجزای مدل اعتقاد بهداشتی، موانع درک شده به‌عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان بود (Beta = -۰/۳۱). موانع درک شده عبارت است از مواردی که فرد سالمند آن‌ها را به‌عنوان مانع جهت اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی در نظر می‌گیرد. تان در سال ۲۰۰۴ نشان داد که موانع درک شده موجب پیروی کمتر از دستورات پزشکی نظیر مصرف منظم داروهای کنترل پرفشاری خون می‌گردد (۲۵). چائو در سال ۲۰۰۵ گزارش کرد که بین موانع درک شده و رفتارهای بهداشتی رابطه‌ای معکوس وجود دارد، یعنی هرچه موانع درک شده کمتر باشد احتمال بروز رفتارهای بهداشتی بیشتر است (۲۶). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که وجود موانع درک شده به‌طور معناداری موجب کاهش رفتارهای خودمراقبتی می‌گردد (۲۷، ۲۸). رابینسون نیز نشان داد که موانع درک شده به‌عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مطرح است (۶).

پس از سازه موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده به‌عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودمراقبتی تعیین شد (Beta = ۰/۲۵). مفهوم خودکارآمدی درک شده نخستین بار توسط آلبرت بندورا مطرح شد. بندورا

محدودیت‌های اجتماعی و فیزیکی هستند از مطالعه حذف شده‌اند که از تعمیم‌پذیری مطالعه به سالمندان ساکن در منزل و یا خانه‌های سالمندان کاسته شده است. لذا توصیه می‌شود در مطالعات آتی سالمندانی که در منزل و یا خانه‌های سالمندان زندگی می‌کنند مورد توجه قرار گیرند.

### نتیجه‌گیری

به طور کلی پژوهش حاضر نشان داد که عواملی نظیر سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سن و جنسیت با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری دارند و تمام سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی به‌طور مستقیم و معناداری با رفتارهای خودمراقبتی در ارتباط هستند اما هنگامی که تمام سازه‌ها وارد تحلیل رگرسیونی شدند، فقط سازه‌های شدت، موانع و خودکارآمدی درک شده به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار تعیین شدند که موانع درک شده و خودکارآمدی درک شده از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری برخوردار بودند. توصیه می‌گردد در مطالعات آتی دیگر عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی موردبررسی قرار گیرند و با توجه به اینکه موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده و شدت درک شده به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای خودمراقبتی تعیین گردیدند، ضروری است که در دیگر پژوهش‌ها این عوامل با جزئیات بیشتری مطالعه گردند و مداخلات مناسب جهت افزایش این پیش‌بینی‌کننده‌ها موردبررسی قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران است و با پشتیبانی مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه انجام پذیرفته است که بدین‌وسیله نهایت سپاس و قدردانی به عمل می‌آید. از کلیه سالمندانی که در این مطالعه همکاری لازم را نمودند و همچنین از مسئولین محترم فرهنگسراهای شهر تهران کمال تشکر را داریم.

خودکارآمدی را قضاوت فرد در مورد توانایی‌های خود در انجام عملی مشخص، می‌داند. وی همچنین معتقد است که خودکارآمدی، عامل پیش‌بینی‌کننده مهمی در قصد افراد جهت انجام رفتارهای بهداشتی می‌باشد (۲۹). رابینسون (۶) خودکارآمدی را به‌عنوان یک عامل مهم جهت اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مزمن عنوان نمود. خودکارآمدی پیش‌شرطی مهم برای خود مدیریت در تغییر رفتار است و افزایش آن موجب ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی می‌گردد (۳۰). بسیاری از مطالعات دیگر نیز خودکارآمدی را مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده فعالیت‌های جسمانی بزرگسالان و سالمندان دانسته‌اند (۳۱-۳۴). به نظر می‌رسد مراقبین سالمندان باید در جهت ارتقای خودکارآمدی سالمندان در راستای اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی تلاش کنند.

شدت درک شده، دیگر عامل تعیین‌کننده رفتارهای خودمراقبتی در پژوهش حاضر بود ( $\text{Beta} = 0/19$ ) اگرچه توان همبستگی این سازه به اندازه موانع و خودکارآمدی درک شده نبود اما پژوهش حاضر نشان داد که چنانچه سالمندان پیامدهای ناشی از عدم انجام رفتارهای خودمراقبتی نظیر وابستگی، انتقال آنان به خانه‌های سالمندان، هزینه‌های درمانی سنگین را درک کنند احتمال اتخاذ رفتارهای بهداشتی در آنان بیشتر می‌گردد. در طراحی برنامه‌های آموزشی برای سالمندان، توجه به عواقب ناشی از عدم رفتارهای بهداشتی به‌طور معنی‌داری می‌تواند آنان را به سمت اتخاذ رفتار سالم سوق دهد.

نخستین محدودیت مطالعه حاضر این بود که سالمندان بی‌سواد وارد مطالعه نشده‌اند. جمع‌آوری اطلاعات از سالمندان بی‌سواد نیاز به روش مصاحبه را ضروری می‌ساخت، ولیکن با توجه به محدودیت بودجه و زمان، سالمندان بی‌سواد وارد مطالعه نشدند. لذا توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی سالمندان بی‌سواد نیز موردبررسی قرار گیرند. محدودیت دیگر این مطالعه این بود که جامعه آماری پژوهش حاضر سالمندان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای تهران بودند و در نتیجه سالمندانی که دارای

## References

1. Wilcox S, Sharkey JR, Mathews AE, Laditka JN, Laditka SB, Logsdon RG, et al. Perceptions and beliefs about the role of physical activity and nutrition on brain health in older adults. *Gerontologist*.2009; **49**(S1):S61-71.
2. Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nurs stand*.2011; **25**(19):43-9.
3. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*.1988; **15**(4):351-77.
4. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res*.1987; **36**(2):76-81.
5. Sohng KY, Sohng S, Yeom HA. Health-Promoting Behaviors of Elderly Korean Immigrants in the United States. *Public Health Nurs*.2002; **19**(4):294-300.
6. Robinson TD. Hypertension Beliefs and Behaviors of African Americans in Selected Cleveland Public Housing [PhD thesis]. USA: Kent State University; 2012.
7. Bonds DE, Camacho F, Bell RA, Duren-Winfield VT, Anderson RT, Goff DC. The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BMC Fam Pract*.2004; **5**(1):26.
8. Strecher VJ, Champion VL, Rosenstock IM, Gochman DS. The health belief model and health behavior. 1th ed. New York: Plenum Press publisher; 1997.
9. Newell MA. Knowledge, perceptions, beliefs and behaviors related to the prevention of hypertension among Black Seventh-day Adventists living in London [PhD thesis]. California: Loma Linda University; 2008.
10. Aprahamian I, Martinelli JE, Neri AL, Yassuda MS. The clock drawing test: a review of its accuracy in screening for dementia. *Dement and Neuropsychol*.2009; **3**(2):74-81.
11. Meihan L, Chung-Ngok W. Validation of the psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile in a sample of Taiwanese women. *Qual Life Res*.2011; **20**(4):523-8.
12. Antonacci CB. The effect of health beliefs on health-promoting behavior in the rural elderly [PhD thesis]. Binghamton: State University of New York; 2002.
13. Becker H, Stuijbergen A, Oh HS, Hall S. Self-rated abilities for health practices: A health self-efficacy measure. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education & Promotion*.1993; **17**(5):42.
14. Mohammadi-Zeidi I, Pakpour-Hajiagha A, Mohammadi-Zeidi B. [Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*.2012; **21**(1):102-13. (Persian)
15. Sargazi M, Salehi S, Naji SA. [A Study on the Health Promoting Behaviors Regarding Hospitalized Older Adults' Health in Zahedan]. *Journal of Zabol University of Medical Sciences and Health Services*.2012; **4**(2):73-84. (Persian)
16. Sarkisian CA, Prohaska TR, Wong MD, Hirsch S, Mangione CM. The relationship between expectations for aging and physical activity among older adults. *J Gen Intern Med*.2005; **20**(10):911-5.
17. Baghianimoghadam M, Aivazi S, Mzloomy SS, Baghianimoghadam B. Factors in relation with self-regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city. *J Med Life*.2011; **4**(1):30-5.
18. Morowatisharifabad M, Tonekaboni NR. [Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*.2009; **15**(4):91-9. (Persian)
19. Frauman AC, Nettles-Carlson B. Predictors of a health-promoting life-style among well adult clients in a nursing practice. *J Am Acad Nurse Pract*.1991; **3**(4):174-9.
20. Namdar A, Bigizadeh S, Naghizadeh MM. [Measuring Health Belief Model components in adopting preventive behaviors of cervical cancer]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*.2012; **2**(1):34-44. (Persian)
21. Smith JP. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *J Econ Perspect*.1999; **13**(2):144-66.
22. Newhouse JP. Free for all?: lessons from the RAND health insurance experiment: Harvard University Press; 1993. [updated 18 August, 2014; cited 22 November, 2014]; Available from: [http://www.rand.org/pubs/commercial\\_books/CB199.html](http://www.rand.org/pubs/commercial_books/CB199.html)
23. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. [Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey]. *Iran Journal of Nursing*.2008; **21**(53):29-39. (Persian)
24. Heidari S, Gholizadeh LM, Asadolahi F, Abedini Z. [Evaluation of health status of elderly in Qom city, 2011, Iran]. *Qom University of Medical Sciences Journal*.2013; **7**(4):71-80. (Persian)
25. Tan MY. The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract*.2004; **66**(1):71-7.
26. Chao J, Nau DP, Aikens JE, Taylor SD. The meditation role of health beliefs in the relationship between depressive symptoms and medication adherence in persons with diabetes. *Res Social Adm Pharm*.2005; **1**(4):508-25.

27. Tanner-Smith EE, Brown TN. Evaluating the Health Belief Model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Soc Theory Health*.2010; **8**(1):95-125.
28. Dijkstra A, Okken V, Niemeijer M, Cleophas T. Determinants of perceived severity of hypertension and drug-compliance in hypertensive patients. *Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets*.2008; **8**(3):179-84.
29. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy?. *Diabetes care*.2006; **29**(4):823-9.
30. Courtney M, Tong S, Walsh A. Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *Int J Nurs Pract*.2000; **6**(2):62-9.
31. Ghahremani L, Nazari M. [Comparing prediction power of exercise intention and behavior based on self-efficacy and theory of planned behavior]. *PAYESH*.2013; **12**(1):99-107. (Persian)
32. Terry D, O'Leary J. The theory of planned behavior: the effects of perceived behavioral control and self-efficacy. *Br J Health Psychol*.1995; **34**(2):199-220.
33. Povey R, Conner M, Sparks P, James R, Sheperd R. Application of the theory of planned behavior to two dietary behaviors: roles of perceived control and self-efficacy. *Br J Health Psychol*.2000; **5**(2):121-39.
34. Conn VS. Older adults and exercise: path analysis of self-efficacy related constructs. *Nurs Res*. 1998; **47**(3):180-9.

*Research Article***Health Promoting Self-Care Behaviors and Its Related Factors in Elderly: Application of Health Belief Model**

Mojtaba Azadbakht (MSc)<sup>1</sup>, Gholamreza Garmaroudi (PhD)<sup>2</sup>, Parisa Taheri Tanjani (PhD)<sup>3\*</sup>, Robab Sahaf (PhD)<sup>4</sup>, Davood Shojaeijadeh(PhD)<sup>5</sup>, Elham Gheivandi (MSc)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MSc student of Health Education, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor of Maternal and Child Health, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Assistant Professor of Geriatric Medicine, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Assistant Professor of Gerontology, Department of Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran .

<sup>5</sup> Professor of Health Education, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received 19 Aug. 2014

Accepted 16 Nov. 2014

**Abstract**

**Introduction:** Health beliefs significantly affect health promoting self-care behaviors. The most important model designed based on health beliefs is the Health Belief Model. This study examined the association between health belief model constructs and demographic factors with behaviors in elderly.

**Materials and Methods:** This descriptive-analytical study was performed on 465 elders referring to Tehran's cultural centers recruited with a multi-stage sampling method. Study instruments were questionnaires regarding demographic information, health beliefs, self-efficacy and health-promoting self-care behaviors. Data analysis was performed using SPSS-22 software by Independent T-test, one-way ANOVA, Pearson correlation and Multiple linear regressions.

**Results:** The mean ( $\pm$ SD) age of subjects was 68.24 $\pm$ 6.12 years and the mean of general self-care score was 1.79 $\pm$ 0.36. Gender (P=0.011), economy (P<0.001), education level (P<0.001) and age (P=0.008) were significantly associated with self-care behaviors. Regression analysis showed that perceived barriers, self-efficacy and perceived severity were determinants of behavior (P<0.001).

**Conclusions:** According to the results of this study, it is essential to pay special attention to self-efficacy, perceived severity and perceived barriers to design health education for elderly.

**Keywords:** Aged; Attitude; Health Promotion; Self Care

**Corresponding Author:** Parisa Taheri Tanjani, Ph.D. in Geriatric Medicine, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: P.taheri@sbmu.ac.ir, Tel:-9821-88989134

**Please cite this article as:** Azadbakht M, Garmaroudi GH, Taheri Tanjani P, Sahaf R, Shojaeijadeh D, Gheivandi E. [Health Promoting Self-Care Behaviors and Its Related Factors in Elderly: Application of Health Belief Model]. *Journal of Education and Community Health*.2014; 1(2):20-29.