

## آگاهی، نگرش و عملکرد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر گرگان در خصوص عوامل تعیین کننده انجام خود مراقبتی

سید کمال الدین میرکریمی<sup>۱\*</sup>، محمد آریایی<sup>۲</sup>، عزیز کامران<sup>۳</sup>، حسن فرید<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۲. کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۴. کارشناس علوم اجتماعی، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

پذیرش: ۹۴/۴/۱۵

انجام اصلاحات: ۹۳/۹/۱۶

دریافت: ۹۳/۲/۲۹

نظر

**زمینه و هدف:** خود مراقبتی به معنی توانمند سازی افراد برای مدیریت شرایط خاص مانند ناخوشی، بیماری های مزمن و داشتن کنترل بیشتر بر زندگی می باشد. زنان در مقایسه با مردان بیشتر در معرض عوامل خطر تهدید کننده سلامتی مانند چاقی و اضافه وزن و ... می باشند، لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین آگاهی، نگرش و رفتار زنان در خصوص عوامل تعیین کننده انجام خودمراقبتی در شهر گرگان انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی - تحلیلی ۴۲۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری گرگان، از طریق نمونه گیری تصادفی خوشه ای وارد مطالعه شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه ای استاندارد خود مراقبتی عمومی جمع آوری گردید. اطلاعاتی از قبیل موانع و تسهیل کننده های رفتار خودمراقبتی، دانش، تمایل به انجام رفتار خود مراقبتی، افراد مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آزمون های آماره های توصیفی و آزمون های تحلیلی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** میانگین سنی نمونه ها  $33/07 \pm 12/2$  سال بود. ۴۹ درصد (۲۰۶ نفر) آگاهی مطلوبی در مورد خود مراقبتی داشتند، ۳۶/۴ درصد (۱۵۲ نفر) برای انجام خود مراقبتی تمایل داشتند و ۲۱/۸ درصد (۹۲ نفر) فعالیت های مرتبط با خود مراقبتی را انجام می دادند. رابطه معنی داری بین دانش و انجام خود مراقبتی ( $P=0/0001$ )، نگرش و انجام خود مراقبتی ( $P=0/0001$ ) و بین دانش و رفتار وجود داشت ( $P=0/0001$ ). نتیجه گیری: مداخلات آموزشی مناسب جهت افزایش آگاهی زنان باید مد نظر قرار گرفته و نگرش شرکت کنندگان نیز باید با استفاده از تکنیک های تغییر نگرش مانند مصاحبه عمیق مورد ارزیابی قرار گیرد. متعاقباً به دنبال آن، بهبود عملکرد نیز رخ دهد.

**کلمات کلیدی:** آگاهی، نگرش، عملکرد، عوامل تعیین کننده، خود مراقبتی

نویسنده مسئول: سید کمال الدین میر کریمی

آدرس: ایران، گلستان، گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی

ایمیل: ak.mirkarimi@gmail.com

### مقدمه

رفتارهای مرتبط با خود مراقبتی، باعث افزایش رضایت افراد، کیفیت زندگی و سیستم مراقبت بهداشتی می شوند (۳). زنان در مقایسه با مردان بیشتر در معرض عوامل خطر تهدید کننده سلامتی قرار دارند، به عنوان مثال زنان بیشتر در معرض ابتلا به اضافه وزن و چاقی و عوارض آن (۴، ۵)، ابتلا به بیماری های مقاربتی و عفونت با ویروس ایدز (۶)، اختلالات تغذیه ای (۷) ابتلا به برخی

خود مراقبتی به معنی فرایند حفظ سلامتی از طریق رفتارهای سالم و توجه و مدیریت ناخوشی و بیماری می باشد (۱) که می تواند تحت تاثیر عواملی مانند دانش، نگرش، مهارت ها، موانع و تسهیل کننده ها قرار بگیرد (۲). شواهد نشان می دهند که افزایش خود مراقبتی منجر به ارتقا سلامتی شده و مراقبت های اولیه افراد را کاهش می دهد. همچنین



این موضوع ممکن است بار مالی سنگینی را به سیستم سلامت کشور تحمیل کند. همچنین باید اشاره گردد که مطالعات بسیار کمی در مورد خود مراقبتی انجام شده است، در مقابل، مطالعات زیادی در مورد نقش خود مراقبتی در بیماری های مختلف انجام شده است (مانند دیابت، مشکلات قلبی و...). لذا از آنجا که تاکنون مطالعه جامعی در مورد آگاهی، نگرش و عملکرد افراد در مورد عوامل تعیین کننده خود مراقبتی انجام نشده است مطالعه حاضر با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر گرگان در خصوص عوامل تعیین کننده انجام خود مراقبتی انجام شد.

### روش بررسی:

مطالعه حاضر از نوع مقطعی با رویکرد توصیفی - تحلیلی می باشد. جامعه آماری مطالعه را زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر گرگان در سال ۱۳۹۲ تشکیل می دادند. در مجموع ۴۲۰ زن پس از تکمیل فرم رضایت شرکت در مطالعه، مورد بررسی قرار گرفتند.

برای جمع آوری اطلاعات، پس از تعیین مراکز بهداشتی و درمانی و جمعیت تحت پوشش هر مرکز (۶ مرکز بهداشتی درمانی شهری در کل) هر مرکز به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شدند، سپس ۳ مرکز بطور تصادفی انتخاب شدند، شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱، ۴ و ۵ که جمعیت تحت پوشش هر مرکز به ترتیب ۲۵، ۳۹ و ۱۶ هزار نفر بود که بر اساس روش تسهیم به نسبت تعداد ۱۳۰، ۲۰۵ و ۸۵ نفر به ترتیب از هر مرکز وارد مطالعه شدند. برای تعیین حجم نمونه از مطالعه افتخار و همکاران (۲) با عنوان بررسی خود مراقبتی در تهران استفاده گردید، بر اساس این مطالعه، مقدار  $P=0/7$  و مقدار  $d=0/05$  در نظر گرفته شد، در مجموع ۳۲۰ نمونه به دست آمد که با در نظر گرفتن ضریب تصحیح به میزان ۱/۳، در مجموع ۴۲۰ نفر در نظر گرفته شدند. داده های توصیفی با استفاده از شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و داده های تحلیلی با استفاده از آزمون های آماری استنباطی کای اسکوتر و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. معیار ورود به مطالعه شامل: زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری به هر دلیل از قبیل واکسیناسیون کودک خود، دریافت مراقبت ها و داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه بود. معیاری خروجی برای مطالعه مذکور در نظر گرفته نشد.

از انواع مشکلات قلبی - عروقی (۸)، دیابت (۹) می باشند. ابعاد خود مراقبتی شامل سبک سالم زندگی، درمان ناخوشی های جزئی، مدیریت بیماری مزمن و تامین مراقبت ها بعد از ترخیص از بیمارستان می باشد (۲). سیستم های بهداشتی در سراسر به دنبال بیماری های مزمن با چالش های متعددی مواجه خواهند شد. بیماری های مزمن در کشورهای فقیر و ثروتمند بار مالی سنگینی را به جوامع تحمیل می کنند. نه تنها بار ناشی از بیماری های مزمن بسیار مهم است بلکه پیامدهای انسانی و عوارض آن نیز غیر قابل انکار می باشند. به منظور دستیابی به نتایج مطلوب، اجرای اقدامات پیشگیرانه و افزایش مهارت های خود مراقبتی و تقویت افراد، نسبت به سایر اقدامات از اثربخشی بیشتری برخوردار می باشد (۱۰).

موانع (مانند هزینه بر بودن، زمان بر بودن و کمبود دانش) و عوامل تسهیل کننده ای (مانند حمایت خانواده و دوستان و دسترسی به اینترنت) برای انجام خود مراقبتی به شیوه ای مناسب وجود دارد. بنابراین برخورداری از درک صحیح از موانع و تسهیل کننده های خود مراقبتی، می تواند افراد را به انجام جدی تر خود مراقبتی ترغیب نماید (۱۱).

سبک زندگی به شدت با خود مراقبتی در ارتباط می باشد که از طریق فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی قابل ارتقاء می باشد (۲). شیوع چاقی عمومی و مرکزی در ایران، ۳۶/۵ و ۷۶/۷ درصد در زنان و ۱۵/۸ و ۳۱/۳ درصد در مردان می باشد (۱۲) که تقریباً در زنان ۲ برابر مردان می باشد. بسیاری از جنبه های سلامت زنان، بر روی چاقی و اضافه وزن تاثیر می گذارد که این تفاوت ممکن است به علت نوسانات در هورمون های تولید مثل و بارداری و فعالیت فیزیکی ناکافی باشد (۱۳). همچنین برخی عوامل پایه (مانند سن، جنس، سیستم مراقبت بهداشتی، آموزش و الگوهای زندگی) و نیازمندی های جهانی خود مراقبتی (مانند هوا، آب، غذا، فعالیت، استراحت و تعامل اجتماعی، تنهایی) روی فعالیت های مرتبط با خود مراقبتی افراد تاثیر می گذارد (۱۴). علاوه بر موارد نام برده شده، منابع ضروری و مناسب و برخی زیرساخت های ضروری مانند آموزش، حمایت مالی، روش های انتقال اطلاعات، تعامل اجتماعی، تسهیل کننده ها و موانع نیز باید مورد توجه قرار گیرند. همان طور که به آن اشاره گردید، نتایج نشان می دهند که در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، مهمترین شکل مراقبت های اولیه، خود مراقبتی می باشد که ۶۵-۸۵ درصد آن توسط افراد و خانواده های آنها اجرا می گردد (۲). با این وجود، مشکلات و موانع زیادی در سیستم مراقبت بهداشتی ایران وجود دارد. به عنوان مثال بسیاری از افراد به جای مراجعه به پزشکان عمومی و خانواده، به پزشک متخصص مراجعه می کنند.

زنان شاغل در بخش دولتی با درآمد ثابت و زنان بیکار به ترتیب ۱۷ درصد (۷۱ نفر)، ۵۸ درصد (۲۴۴ نفر) و ۲۵ درصد (۱۰۵ نفر) را تشکیل می دادند. ۴۹ درصد (۲۰۶ نفر) از زنان، آگاهی مطلوبی در مورد خود مراقبتی داشتند.

### جدول شماره ۱: وضعیت سلامت از دیدگاه زنان بر حسب مشخصات جمعیتی شناختی

مشارکت در سبک سالم زندگی تعداد (درصد)	احساس رضایت از وضعیت عمومی سلامت تعداد (درصد)			بندرت	گاهی	همیشه/اکثر اوقات	بندرت	گاهی	همیشه/اکثر اوقات	گروه سنی (سال)
	بندرت	گاهی	همیشه/اکثر اوقات							
۹ (۷/۸)	۳۲ (۲۷/۶)	۷۵ (۶۴/۶)	۱۱ (۹/۵)	۴۷ (۴۰/۵)	۵۸ (۵۰)	<۲۵				
۱۵ (۸/۶)	۴۴ (۲۵/۱)	۱۱۶ (۶۶/۳)	۱۶ (۹/۱)	۶۸ (۳۸/۹)	۹۱ (۵۲)	۲۵-۳۵				
۷ (۱۰/۹)	۱۸ (۲۸/۲)	۳۹ (۶۰/۹)	۵ (۷/۸)	۳۱ (۴۸/۴)	۲۸ (۴۳/۸)	۳۵-۴۴				
---	(۱۲) ۳	(۸۸) ۲۲	---	(۲۸) ۷	(۷۲) ۱۸	۴۵-۵۴				
(۵) ۲	۱۱ (۵/۲۷)	۲۷ (۶۷/۵)	(۵) ۲	۱۹ (۴۷/۵)	۱۹ (۴۷/۵)	>۵۵				
سطح تحصیلات										
۵ (۱۴/۷)	۱۳ (۳۸/۲)	۱۶ (۴۷/۱)	۱۰ (۲۹/۴)	۱۹ (۵۵/۹)	۵ (۱۴/۷)	بیسواد				
(۶/۲) ۷	۲۲ (۱۹/۵)	۸۴ (۷۴/۳)	(۸) ۹	۵۴ (۴۷/۸)	۵۰ (۴۴/۲)	خواندن و نوشتن				
(۸/۷) ۱۷	۵۳ (۲۷/۲)	۱۲۵ (۶۴/۱)	۹ (۴/۷)	۷۴ (۳۷/۹)	۱۱۲ (۵۷/۴)	دیپلم				
(۵/۳) ۴	(۲۵) ۱۹	۵۳ (۶۹/۷)	۶ (۷/۹)	۲۵ (۳۲/۹)	۴۵ (۵۹/۲)	دانشگاهی				
وضعیت تاهل										
۲۲ (۶/۵)	۸۶ (۲۵/۴)	۲۳۰ (۶۸)	۲۵ (۷/۴)	۱۳۷ (۴۰/۵)	۱۷۶ (۵۲/۱)	مجرد				
(۱۲/۱) ۸	۱۸ (۲۷/۳)	۴۰ (۶۰/۶)	۵ (۷/۶)	۲۹ (۴۳/۹)	۳۲ (۴۸/۵)	متاهل				
(۱۸/۸) ۳	(۲۵) ۴	(۵۶/۲) ۹	(۲۵) ۴	(۳۷/۵) ۶	(۳۷/۵) ۶	مطلقه و بیوه				

ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه استاندارد خودمراقبتی عمومی بود که در مطالعه افتخار و همکاران (۲) مورد استفاده قرار گرفته است. مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه فوق ۰/۷۹ گزارش شد (۲). با توجه سوالات زیاد پرسشنامه، از روش مصاحبه برای تکمیل پرسشنامه ها استفاده گردید (زمان تکمیل هر پرسشنامه بین ۲۵ تا ۳۵ دقیقه بود). این پرسشنامه از ۵۵ سوال تشکیل شده است شامل اطلاعات دموگرافیک (مانند سن، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل)، دانش (۶ سوال)، نگرش (۱۴ سوال)، عملکرد (۲۵ سوال)، موانع (۱ سوال با ۱۵ گزینه)، تسهیل کننده ها (۱ سوال با ۱۵ گزینه) و سایر سوالات (مانند منابع اطلاعاتی ۹ سوال) می باشد. سوال آگاهی مانند «تا چه اندازه اطمینان دارید که اطلاعات لازم را در مورد داشتن سبک سالم زندگی دارید؟» بصورت طیف لیکرت ۵ درجه ای بود از کاملاً مطمئن تا نمی دانم، سوال نگرشی مانند «تا چه اندازه علاقمند هستید تا بطور روزمره ورزش کنید؟» بصورت طیف لیکرت ۶ درجه ای بود شامل همیشه تا بندرت و سوال عملکردی نیز مانند «چه مقدار در روز ورزش می کنید؟» بصورت طیف لیکرت ۶ درجه ای بود شامل همیشه تا بندرت، گزینه های مربوط به موانع مانند «نداشتن پول، دانش و اعتماد به نفس» بصورت گزینه های بلی - خیر و گزینه های تسهیل گرها شامل «برخورداری از دانش و آگاهی بیشتر و توصیه های بیشتر از جانب متخصصان و پرسنل بهداشتی» بصورت گزینه های بلی - خیر بود. تفسیر این بخش بر اساس درصد فراوانی گزینه های بله - خیر صورت گرفته است و تنها بر مبنای درصد بیان گردید. در جدول شماره ۱، دو سوال اصلی مطالعه گنجانده شده اند که یک سوال مربوط به نگرش (احساس رضایت از وضعیت عمومی سلامتی) و دیگری مربوط به عملکرد است (مشارکت در سبک سالم زندگی). می باشد که هر کدام دارای چند آیتم مجزا می باشند. نحوه طبقه بندی آگاهی، نگرش و عملکرد (خوب، متوسط و ضعیف) بر اساس مطالعه افتخار اردبیلی (۲)، به این صورت بود که نمرات کمتر از ۵۰ به عنوان بد/نامطلوب، نمره ۵۰ تا ۷۵ به عنوان متوسط و نمره بالاتر از ۷۵ به عنوان آگاهی، نگرش و عملکرد خوب یا مطلوب در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در مجموع، ۴۲۰ زن با میانگین سنی  $33.07 \pm 12.2$  سال مورد بررسی قرار گرفتند. ۸/۱ درصد (۳۴ نفر) بی سواد، ۲۷ درصد (۱۱۳ نفر) سواد خواندن و نوشتن، ۴۶/۷ درصد (۱۹۵ نفر) دیپلم و ۱۸/۲ درصد (۷۶ نفر) دارای مدرک دانشگاهی بودند. قسمت اعظم نمونه ها ۸۰/۵ درصد (۳۳۸ نفر) متاهل و ۱۵/۷ درصد (۶۶ نفر) مجرد بودند. زنان خانه دار،

## جدول شماره ۲: موانع و عوامل تسهیل کننده انجام خود مراقبتی از دیدگاه زنان

سوال	پلی تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)
<b>موانع انجام خود مراقبتی</b>		
کمبود وقت	۲۱۱ (۵۰/۲)	۲۰۹ (۴۹/۸)
عدم حمایت از طرف پزشکان، متخصصان و پرسنل بهداشتی	۱۶۸ (۴۰)	۲۵۲ (۶۰)
کمبود پول	۱۵۴ (۳۶/۷)	۲۶۶ (۶۳/۳)
عدم برخورداری از مهارت های لازم برای انجام خود مراقبتی	۱۴۲ (۳۳/۸)	۲۷۸ (۶۶/۲)
کمبود تجهیزات پزشکی در منزل (مانند دستگاه اندازه گیری فشار خون)	۱۳۰ (۳۱)	۲۹۰ (۶۹)
<b>عوامل تسهیل گر</b>		
حمایت از طرف سازمانهای بهداشتی و موسسات مرتبط با بخش سلامت	۳۲۱ (۷۶/۴)	۹۹ (۲۳/۶)
حمایت از طرف افرادی که مشکلاتی مشابه مشکلات من دارند	۲۸۴ (۶۷/۶)	۱۳۶ (۳۲/۴)
داشتن دانش بیشتر و بهتر در مورد انجام خود مراقبتی در ارتباط با ناخوشی های جزئی یا بیماریهای مزمن	۱۸۷ (۴۴/۵)	۲۳۳ (۵۵/۵)
حمایت از طرف پزشک یا پرسنل بهداشتی به منظور افزایش اعتماد به نفس	۸۶ (۲۰/۵)	۳۳۴ (۷۹/۵)
کتاب، روزنامه، تلویزیون و اینترنت	۸۱ (۱۹/۳)	۳۳۹ (۸۰/۷)

### بحث و نتیجه گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که زنان با تحصیلات بالاتر از دیپلم، علاقه بیشتری به انجام خود مراقبتی از خود نشان دادند و در رفتارهای مرتبط با آن بیشتر مشارکت داشتند. مطالعه افتخار اردبیلی نیز این یافته را تایید می کند (۲). در بررسی حاضر، افرادی که دارای مدرک زیر دیپلم بودند در مقایسه با افراد با مدرک بالاتر از آن، وضعیت نامناسب تری را از نظر خود مراقبتی (آگاهی از بیماری ها و سازمان های ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی، تمایل به انجام خود مراقبتی و اجرای خود مراقبتی مانند فعالیت بدنی یا مراجعه به پزشک در زمان بیماری و ...) نشان دادند که این یافته نیز، در ارتباط با سایر مطالعات بود که بیانگر انجام فعالیت های کم مرتبط با خود مراقبتی در افراد مسن تر و با سطح تحصیلات پایین تر می باشد (۱۵، ۱۶)، همچنین در مطالعه انجام شده توسط Elizabet و همکاران در مورد موانع

در رابطه با نگرش، ۳۶/۴ درصد (۱۵۲ نفر) نگرش مثبتی به انجام خود مراقبتی داشتند، همچنین ۲۱/۸ درصد (۹۲ نفر) در فعالیت های مرتبط با خود مراقبتی مشارکت کردند. رابطه آماری معنی داری بین آگاهی و خود مراقبتی ( $P=0/001$ )، نگرش و خود مراقبتی ( $P=0/001$ ) و در نهایت بین دانش و عملکرد وجود داشت ( $P=0/001$ ).

گروه سنی ۲۵-۳۴ سال در مقایسه با سایر گروه های سنی، نگرش مطلوب تری نسبت به وضعیت سلامتی خود داشته و همچنین در فعالیت های خود مراقبتی نیز بیشتر مشارکت داشتند، در حالی که در طرف مقابل، گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال در مقایسه با سایر گروه ها نگرش نامطلوب تری داشتند و متعاقباً کمتر در فعالیت های خود مراقبتی مشارکت می کردند (جدول شماره یک). آزمون آماری کای دو، اختلاف آماری معنی داری بین گروه سنی و رضایت از وضعیت سلامتی ( $P=0/001$ ) و بین وضعیت تاهل با رضایت از وضعیت سلامتی ( $P=0/001$ ) را نشان داد.

۵۰/۲ درصد (۲۱۱ نفر) نمونه ها، عدم برخورداری از زمان کافی، را به عنوان مهمترین مانع مطرح کردند. کمبود دانش ۱۶/۲ درصد (۶۸ نفر) و مهارت ۱۶/۲ درصد (۶۸ نفر) از کم اهمیت ترین موانع انجام خود مراقبتی بودند. اکثریت غریب به اتفاق شرکت کنندگان در مطالعه، ۷۶/۴ درصد (۳۲۱ نفر) اعلام کردند که دریافت حمایت از موسسات و سازمان های مربوطه، به عنوان مهمترین تسهیل گر می باشد. در مقابل، ۱۶ درصد (۶۷ نفر) و ۱۶/۹ درصد (۷۱ نفر) از نمونه های مورد بررسی به ترتیب اعلام کردند که داشتن امکانات لازم برای انجام خود مراقبتی شخصی مانند دستگاه اندازه گیری فشارخون در منزل و مشارکت در جلسات آموزشی مربوط به خود مراقبتی، کم اهمیت ترین تسهیل گرهای انجام خود مراقبتی می باشند (جدول شماره ۲).

تقریباً نیمی از شرکت کنندگان (۴۹ درصد)، آگاهی مطلوبی در مورد خود مراقبتی داشتند. ۳۶/۴ درصد نمونه ها تمایل خود را به انجام خود مراقبتی نشان دادند و تنها ۲۱/۸ درصد نمونه ها، در فعالیت های مربوط به خود مراقبتی مشارکت داشتند. در مورد فعالیت بدنی و رژیم غذایی، باید اشاره گردد که تنها نمونه های بسیار اندکی، مطابق دستورالعمل های استاندارد رفتار می کردند (جدول شماره ۳).

## جدول شماره ۳: دانش، دیدگاه، رفتار و برخی فعالیت های مرتبط با خود مراقبتی از دیدگاه زنان

نمی دانم تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	بلی تعداد (درصد)	سوالات
			<b>داشتن دانش در زمینه ...</b>
۲۳ (۵/۵)	۲۳۴ (۷/۵۵)	۱۶۳ (۸/۳۸)	گروه ها و سازمانهای حمایت کننده از فعالیت های خود مراقبتی
۵ (۱/۲)	۳۴۳ (۸۱/۹)	۷۱ (۱۶/۹)	سازمانهای دولتی و غیر دولتی
			<b>داشتن اعتماد در مورد اجرای...</b>
۳۳ (۷/۹)	۲۰۶ (۴۹)	۱۸۱ (۴۳/۱)	سبک سالم زندگی
۲۷ (۶/۴)	۲۵۵ (۶۰/۷)	۱۳۸ (۳۲/۹)	خود مراقبتی ناخوشی های جزئی
۴۰ (۹/۵)	۲۴۹ (۵۹/۳)	۱۳۱ (۳۱/۲)	خود مراقبتی بیماریهای مزمن
			<b>علاقتمندی برای انجام فعالیت های مرتبط با خود مراقبتی...</b>
۳ (۰/۷)	۱۱ (۲/۶)	۴۰۶ (۹۶/۷)	سبک سالم زندگی
۴ (۱)	۴۳ (۱۰/۲)	۳۷۳ (۸۸/۸)	انجام ورزش بطور منظم
۸ (۱/۹)	۳۴ (۸/۱)	۳۷۸ (۹۰)	داشتن رژیم غذایی مناسب و متعادل
۳۶ (۸/۷)	۳۵ (۸/۳)	۶۵ (۱۵/۵)	ترک سیگار و دخانیات
			<b>مشارکت داشتن در فعالیت های مرتبط با خود مراقبتی...</b>
۱۱ (۲/۶)	۱۳۰ (۳۱)	۲۷۹ (۶۶/۴)	اجرای سبک سالم زندگی مانند رژیم غذایی مناسب، عدم مصرف دخانیات و اجرای ورزش بصورت منظم
۳ (۰/۷)	۲۴۳ (۵۷/۹)	۱۷۴ (۴۱/۴)	انجام خود مراقبتی در مورد ناخوشی های جزئی
۱۹ (۴/۶)	۲۹۸ (۷۰/۹)	۱۰۳ (۲۴/۵)	انجام خود مراقبتی در مورد بیماریهای مزمن
			<b>رفتار سالم تغذیه ای...</b>
-	۲۹۱ (۶۹/۳)	۱۲۹ (۳۰/۷)	مصرف روزانه ۳ لیوان آب یا کمتر
-	۱۳۱ (۳۱/۲)	۲۸۹ (۶۸/۸)	مصرف روزانه ۳ تا ۵ لیوان آب
-	۴۱۸ (۹۹/۵)	۲ (۰/۵)	مصرف روزانه ۶ لیوان آب یا بیشتر
-	۳۶۶ (۸۷/۱)	۵۴ (۱۲/۹)	مصرف روزانه ۳ واحد میوه جات یا کمتر
-	۷۱ (۱۷)	۳۴۹ (۸۳)	مصرف روزانه ۳ تا ۵ واحد میوه جات
-	۴۰۳ (۹۶)	۱۷ (۴)	مصرف روزانه ۶ واحد میوه جات یا بیشتر
			<b>انجام فعالیت بدنی...</b>
-	۳۸۳ (۹۱/۲)	۳۷ (۸/۸)	عدم پیاده روی
-	۱۸۴ (۴۳/۸)	۲۳۶ (۵۶/۲)	پیاده روی به مدت یک ساعت یا کمتر در هفته
-	۳۴۴ (۸۱/۹)	۷۶ (۱۸/۱)	پیاده روی به مدت یک تا سه ساعت در هفته
-	۳۴۹ (۸۳/۱)	۷۱ (۱۶/۹)	پیاده روی به مدت سه ساعت یا بیشتر در هفته
-	۲۹۴ (۷۰)	۱۲۶ (۳۰)	ورزش نکردن
-	۱۹۶ (۴۶/۶)	۲۲۴ (۵۳/۴)	ورزش کردن بطور منظم به مدت یک ساعت یا کمتر در هفته
-	۳۷۰ (۸۸/۱)	۵۰ (۱۱/۹)	ورزش کردن بطور منظم به مدت یک ساعت تا ساعت در هفته
-	۴۰۰ (۹۵/۲)	۲۰ (۴/۸)	ورزش کردن بطور منظم به مدت سه ساعت یا بیشتر در هفته

بطور منظم ورزش می کنند. این یافته ها مطابق نتایج مطالعات یافت شده در مطالعه افتخار می باشد (۲) که مانند مطالعه حاضر، افراد به اندازه دستورالعمل توصیه شده، فعال نمی باشند. نمونه ها در هر دو مطالعه گزارش کردند که اطمینان لازم برای انجام خود مراقبتی را دارند، با این وجود، آنها در زمینه انجام خود مراقبتی، مطابق دستورالعمل توصیه شده، فعال نبودند. همان طور که در بالا به آنها اشاره شد، ارتقاء دانش افراد ضروری به نظر می رسد و حتی مهمتر از آن، می بایست نگرش افراد نسبت به خود مراقبتی، با استفاده از روش ها و تکنیک های موثر، مانند مصاحبه انگیزشی و بحث گروهی بهبود یابد. این نتایج مشابه یافته های مطالعاتی هستند که بر روی تغییر نگرش با استفاده از مصاحبه انگیزشی (۲۰) و برقراری ارتباط بین خود مراقبتی و سیستم های آموزشی به منظور ارتقاء دانش تاکید می کنند (۲۱)، (۲۲). مطالعه حاضر، وضعیت کلی سلامت زنان را نسبت به خود مراقبتی ارزیابی می کند. در حدود ۷۵ درصد نمونه ها، همیشه یا اکثر اوقات از وضعیت کلی سلامتی اشان احساس رضایت می کردند، در مقابل، ۲۵ درصد آنها پاسخی که دادند شامل گزینه های گاهی اوقات، به ندرت و هرگز می باشد که به این معنی است که آنها به ندرت از وضعیت سلامتی خود احساس رضایت می کردند. افراد مسن تر و با تحصیلات کمتر نسبت به سایر افراد، کمتر از سلامتی خود احساس رضایت می کردند. این یافته ها مانند مطالعاتی است که در انگلستان و ایران انجام شدند که در آن مطالعات نیز ۷۶ درصد نمونه ها، رضایت خود را در مورد وضعیت عمومی سلامت خود نشان دادند، در ضمن در یافته های مطالعه حاضر، زنان مسن و با تحصیلات پایین، کمتر از وضعیت عمومی سلامت خود احساس رضایت می کردند (۲). بسیار حائز اهمیت است بدانیم که خود مراقبتی سالم به وضعیت اقتصادی اجتماعی وابسته است، و اگرچه نتایج قابل مقایسه هستند، ممکن است افراد درک متفاوتی از کلمه سالم داشته باشند (۲۳-۲۵). اگرچه اغلب زنان در رفتارها و سبک زندگی سالم مشارکت نمی کردند، اما احساس سالم بودن خود را گزارش کردند. نتایج سایر مطالعات مانند مطالعه ما نیز نشان می دهد که سلامتی عمومی می تواند توسط بیماری یا ناخوشی تحت تاثیر قرار گیرد (۲۶، ۲۷). علیرغم این مساله که حدود ۵۰ درصد نمونه ها آگاهی نسبتا مطلوبی داشتند، زنان بسیار کمی در رفتارهای توصیه شده خود مراقبتی (مانند نوشیدن آب کافی بطور روزانه، مصرف میوه جات و سبزیجات به اندازه کافی بطور روزانه) مشارکت داشتند، بنابراین مطالعات بیشتری می بایست انجام شوند. زنان با سطح

انجام خود مراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، آگاهی پایین، محدودیت های مالی و بدنی از موانع انجام خود مراقبتی بودند (۱۷). همان طور که در بالا به آن اشاره شد، مطالعه حاضر بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری انجام گرفت، اغلب خدمات ارائه شده در این مراکز بصورت رایگان می باشد و اکثر افرادی که به این مراکز مراجعه می کنند از وضعیت اقتصادی چندان مطلوبی برخوردار نبوده و متعاقبا از تحصیلات زیادی نیز برخوردار نمی باشند، علیرغم این موضوع، این افراد، کمبود زمان و نداشتن وقت را به عنوان مهمترین مانع انجام خود مراقبتی نام بردند که این مساله می تواند نشأت گرفته از سطح تحصیلات پایین زنان و عدم توجه به ضرورت انجام خود مراقبتی باشد، این یافته با نتیجه مطالعه افتخار و همکاران (۲) و مطالعه Deborah Cook و همکاران (۱۸) همخوانی ندارد. در حالیکه در مطالعه Mead و همکاران، سطح آگاهی پایین، کمبود حمایت اجتماعی و مشکلات مالی از موانع پیش روی انجام خود مراقبتی بیماران مبتلا به مشکلات قلبی - عروقی می باشد (۱۹). اگرچه در مطالعه کنونی، تعداد قابل توجهی از نمونه ها اعلام کردند که پول برای انجام خود مراقبتی مهم نیست، اما افراد بسیار کمی در این فعالیت ها مشارکت نمودند. بر اساس اطلاعات و نتایج به دست آمده، به منظور تشخیص متغیرهای جمعیت شناختی، انجام تحقیقات و مطالعات بیشتر ضروری به نظر می رسد.

در این مطالعه، دانش زنان در مورد انجام خود مراقبتی نسبتا مطلوب بود، در مقابل، زنان نگرش مثبتی نسبت به خود مراقبتی نداشتند. همچنین، میزان انجام فعالیت های خود مراقبتی مطلوب نبود. دانش و نگرش در مطالعه ما با مطالعه افتخار و همکاران همخوانی ندارد، اما رفتارهای خود مراقبتی با مطالعه افتخار مشابه بود (۲). سایر متغیرها مانند فعالیت بدنی منظم، پیاده روی، نوشیدن روزانه آب و رژیم غذایی متعادل (مصرف روزانه سبزیجات و میوه جات) نیز مورد پرسش قرار گرفت. پاسخ های زنان به این سوالات با عملکرد آنان در زمینه خود مراقبتی مرتبط بود. نمونه ها به اندازه دستورالعمل فعال نبودند (۲). تنها ۲ درصد زنان ۷ لیوان و بیشتر بطور روزانه آب می نوشند، ۴ درصد نمونه ها، بیش از ۶ واحد میوه جات در روز مصرف می کردند که هر دو مقدار، بسیار ناچیز می باشند، علیرغم این موضوع، مصرف سبزیجات تا حدودی مناسب بود، تا آنجا که حدود ۱۸ درصد نمونه ها، روزانه ۶ واحد از آن را مصرف می کردند. همچنین، در مورد فعالیت بدنی، ۱ درصد زنان، بیش از ۳ ساعت در هفته

عنوان مهمترین حامی زنان در این مطالعه معرفی شدند، این مساله ممکن است به دلیل تامین خدمات بهداشتی رایگان (واکسیناسیون، تنظیم خانواده و ...) توسط مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی در ایران باشد، بنابراین، باید بر نقش سازمان های و مراکز بهداشتی مرتبط و سیاست گذاران برای تعریف استراتژی های حمایت کننده خود مراقبتی در آینده، تاکید شود. بر اساس مطالعه ما، نقش کتاب، مجلات، پوستر و وسایل ارتباط جمعی در دریافت اطلاعات خود مراقبتی بسیار کم رنگ بود، بنابراین، تنظیم اهداف مناسب و کاربردی برای تقویت نقش وسایل ارتباطی، سودمند می باشد. البته در مطالعه حاضر، تنها زنان مورد بررسی قرار گرفتند که این مساله تعمیم پذیری نتایج مطالعه را محدود می سازد. از طرف دیگر کمبود مطالعات مشابه که وضعیت عمومی خود مراقبتی (مانند مطالعه افتخار و همکاران) را ارزیابی نمایند، امکان انجام مقایسات دقیق و مناسب برای محقق فراهم نبود و اغلب مطالعات بر روی شرایط بالینی خاص تمرکز دارند.

### تقدیر و تشکر:

محقق مراتب سپاس و تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان به دلیل حمایت مالی از طرح فوق با کد ۹۲۰۵۰۱۴۶ و زنان شرکت کننده در مطالعه اعلام می دارد.

تحصیلات پایین، مجرد یا طلاق گرفته، بیشتر احساس ناخوشایند بودن را نشان دادند. جای تعجب نیست که این نتایج به دست آمده اند، زیرا اغلب آنها زنان خانه داری بودند که به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کردند که اغلب خدمات رایگانی را در اختیار افراد قرار می دهند، بنابراین می توان نتیجه گرفت که اغلب آنها متعلق به طبقه پایین اقتصادی-اجتماعی می باشند. همچنین، تاثیر آموزش بر روی افزایش رفتارهای خود مراقبتی در مطالعات قبلی مورد تایید قرار گرفته است. حمایت پرستاران در بیمارستان و خانه و آموزش به افراد، رفتار خود مراقبتی را در بیماران مبتلا به مشکلات قلبی-عروقی افزایش می دهد، در مقابل، اثر مهمی در مورد کاربرد منابع اطلاعاتی در مورد خود مراقبتی مشاهده نشده است (۱). بر اساس این یافته ها، به منظور آشنایی بیشتر در مورد وضعیت اقتصادی-اجتماعی و آموزش در مورد خود مراقبتی، مطالعات بیشتری می بایست در زنان ایرانی و بطور کلی در تمام جمعیت انجام گیرد.

در مطالعه حاضر همانند مطالعه انجام شده در انگلستان، پزشکان مهمترین منبع اطلاعاتی برای انجام خود مراقبتی بودند، همچنین اینترنت، منبع اطلاعاتی مهمی در این زمینه نبود، زیرا تنها ۶ درصد افراد اطلاعات شان را از آن بدست می آوردند که این مساله چندان جای تعجب ندارد زیرا اغلب زنان تحصیلات پایینی داشتند و خانه دار بودند که امکان دسترسی به کامپیوتر و اینترنت برای آنها میسر نبود، در طرف مقابل، در مطالعه انجام شده مشابه در کشور انگلستان، اینترنت و تلویزیون، نقش مهمی را در دریافت اطلاعات در زمینه خود مراقبتی ایفا می کردند (۲). متأسفانه، تعداد اندکی از نمونه ها ۱۶/۲ درصد، اطلاعات شان را از سازمانهای مربوط (مانند سازمان ها و مراکز بهداشتی) دریافت می کردند که از طریق تغییر در سیاست های بهداشتی کنونی در مورد خود مراقبتی، قابل ارتقاء می باشد.

همچنین یافته های مطالعه حاضر نشان داد که اغلب زنان، کتاب را به عنوان منبع مهم کسب اطلاعات در مورد خود مراقبتی نمی دانستند که این مساله می تواند به دلیل عادت کتابخوانی کم ایرانیان باشد که بسیار اندک می باشد. بنابراین، ترغیب افراد برای انجام مطالعه بیشتر ضروری است و این موضوع می بایست توسط سیاست گذاران مورد توجه جدی قرار بگیرد.

در مطالعه کنونی، کمبود زمان به عنوان مهمترین مانع انجام خود مراقبتی نامبرده شد که ممکن است به دلیل نگرش نامطلوب در مورد خود مراقبتی باشد. از آنجا که نیمی از نمونه ها، نشان دادند که آگاهی خوبی در زمینه خود مراقبتی دارند، بنابراین به نظر میرسد که نگرش زنان باید با استفاده از تکنیک های مناسب و کاربردی مانند مصاحبه انگیزشی و عمیق تغییر داده شده و ارتقاء یابد. سازمان های بهداشتی به



## References:

1. Lee J-E, Han H-R, Song H, Kim J, Kim KB, Ryu JP, et al. Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2010;47(4):411-7.
2. Eftekhar H, Mirkamali SK, Tavafian SS, Mohammad K, Shahnazazi H, Sharifirad G. Exploring self care in Tehran, Iran: A population based study. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2012;17(12):1144.
3. Eftekhar H MK, Tavafian SA, Mirkarimi K, Zadeh AR. Attitudes toward self-care among people who are living in south of Tehran, population based study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2009;1(5):9-33.
4. Wolongevicz DM, Zhu L, Pencina MJ, Kimokoti RW, Newby P, D'Agostino RB, et al. Diet quality and obesity in women: the Framingham Nutrition Studies. *British journal of nutrition*. 2010;103(08):1223-9.
5. Ryan D. Obesity in women: a life cycle of medical risk. *International Journal of Obesity*. 2007;31:S3-S7.
6. Cheng S-T, Siankam B. The impacts of the HIV/AIDS pandemic and socioeconomic development on the living arrangements of older persons in sub-Saharan Africa: A country-level analysis. *American journal of community psychology*. 2009;44(1-2):136-47.
7. Najam N, Ashfaq H. Gender Differences in Physical Fitness, Body Shape Satisfaction, and Body Figure Preferences. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 2012;27(2).
8. Fano V, Pezzotti P, Gnani R, Bontempi K, Miceli M, Pagnozzi E, et al. The role of socio-economic factors on prevalence and health outcomes of persons with diabetes in Rome, Italy. *The European Journal of Public Health*. 2012;cks168.
9. Chinedu SN, Iweala EE, Afolabi IS, Ogunlana OO, Azuh DE, Osamor VC, et al. Propensity for Diabetes and Correlation of its Predisposing Factors in Ota, Nigeria. *Journal of Medical Sciences* 2013;13(8):809-813.
10. Karimi S, Javadi M, Jafarzadeh F. Economic burden and costs of chronic diseases in Iran and the world. *Director General*. 2012;8(7):996.
11. Fard JS NH, Moghadam MHB, Abad SSMM, Sanati HR, Shahi MA. Education effect on self-care behavior and its benefits and barriers among patients with coronary heart disease in Tehran. *Salamat, Payavard*. 2008;4(2):43-55.
12. Hosseinpanah F, Barzin M, Eskandary PS, Mirmiran P, Azizi F. Trends of obesity and abdominal obesity in Tehranian adults: a cohort study. *BMC Public Health*. 2009;9(1):426.
13. Mohammadi F MP, Verdian SA, Sarbazi N, Azizi F. Gender differences of dietary intakes and anthropometry among adults. *Teb va Tazkiyeh*. 2002;47(5):45-51.
14. Benzel-Lindley JA. *Exploration of Factors Impacting the Self-Care of Elders with Diabetes*: University of Arizona; 2005.
15. West JD, Goldberg KL. Diabetes self-care knowledge among outpatients at a Veterans Affairs medical center. *American journal of health-system pharmacy*. 2002;59(9):849-52.
16. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 2005;14(3):875-82.
17. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *The Annals of Family Medicine*. 2003;1(1):15-21.
18. Cook D, Duffett M, Lauzier F, Ye C, Dodek P, Paunovic B, et al. Barriers and facilitators of thromboprophylaxis for medical-surgical intensive care unit patients: A multicenter survey. *Journal of critical care*. 2014;29(3):471. e1- e9.
19. Mead H, Andres E, Ramos C, Siegel B, Regenstein M. Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience. *Patient education and counseling*. 2010;79(1):69-76.
20. Navidian A AMR, Baghban I, Fatehizadeh M.A.S, Poursharifi H. Effect of motivational interviewing on the weight self-efficacy lifestyle in men suffering from overweight and obesity. *JOURNAL OF BEHAVIORAL SCIENCES*. 2010;4(2):149-54.
21. Kara Kaşıkçı M, Alberto J. Family support, perceived self efficacy and self care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(8):1468-78.
22. Sessa A, Abbate R, Di Giuseppe G, Marinelli P, Angelillo IF. Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy. *BMC cancer*. 2008;8(1):171.
23. Williams K, Taylor C, Wolf K, Lawson R, Crespo R. Cultural perceptions of healthy weight in rural Appalachian youth. *Rural Remote Health*. 2008;8(2):932.
24. Smith SL, Tessaro IA. Cultural perspectives on diabetes in an Appalachian population. *American Journal of Health Behavior*. 2005;29(4):291-301.
25. Brown SL, Teufel JA, Birch DA. Early Adolescents Perceptions of Health and Health Literacy\*. *Journal of School Health*. 2007;77(1):7-15.
26. Steca P, Greco A, Monzani D, Politi A, Gestra R, Ferrari G, et al. How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychology & health*. 2013;28(7):765-83.
27. Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Quality of life and illness perception in working and sick-listed chronic RSI patients. *International archives of occupational and environmental health*. 2008;81(4):495-501.





Original Article

Mirkarimi &amp; Colligues...

## Knowledge, attitude and practice of women referred to health centers of Gorgan on the determining factors of self-care

Seyyed Kamaloddin Mirkarimi<sup>1\*</sup>, Mohammad Aryaie<sup>2</sup>, Aziz Kamran<sup>3</sup>, Hasan Farid<sup>4</sup>

1. PhD student in Health Education and Promotion, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
2. MSc in Epidemiology, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3. PhD student in Health Education and Promotion, School of Public Health, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
4. Bachelor of Social Sciences, Department of Research and Technology, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Received: 2014.4.19

Revised: 2015.1.6

Accepted: 2015.7.5

Abstract

**Background & Objective:** Self-care means enabling individuals to manage special circumstances, such as illness, chronic diseases and having more control over life. Women are more susceptible to serious health risks such as obesity and overweight compared to men, therefore this study was conducted in the city of Gorgan to determine the knowledge, attitude and behavior of women regarding the self-care behavior.

**Method:** In this descriptive- analytical study, 420 women referred to health centers of Gorgan were recruited through cluster random sampling. Data were collected using the standard general self-care questionnaire. Information such as barriers and facilitators of self-care behavior, knowledge, desire and performing self-care behaviors of individuals were evaluated. Data were then analyzed using descriptive statistics and analytical tests in SPSS software (version16).

**Results:** The mean age of samples was  $33.07 \pm 12.2$  years. Among all the tested individuals, 49% (n=206) had a satisfactory knowledge about Self-care, 36.4% (n=152) had a tendency to perform self-care and 21.8 percent (n=92) were performing self-care related activities. There was a significant relationship between knowledge and performing self-care (P= 0.0001), attitudes and performing self-care (P=0.0001) and between knowledge and behavior (P=0.0001).

**Conclusion:** Due to the relative knowledge, attitude and unfavorable performance of individuals, appropriate educational interventions are recommended to increase knowledge. Moreover the awareness and attitude of the participants should also be changed using attitude change techniques such as in-depth interviews and subsequently its improvements will occur.

**Keywords:** Knowledge, Attitude, Practice, Determining Factors, Self-Care

Corresponding Author: Seyyed Kamaloddin Mirkarimi

Address: Iran, Gorgan, Golestan University of Medical Sciences, Health Management and Social Development Research Center

Email: akmirkarimi@gmail.com

Please cite this paper as: Mirkarimi S.K, Aryaie M, Kamran A, Farid H. Knowledge, attitude and practice of women referred to health centers of Gorgan on the determining factors of self-care. Hakim Jorjani J. 2015; 2(2): 50-58.