

بررسی ارتباط عوامل دموگرافیک با میزان آگاهی و عملکرد زنان در زمینه خودمراقبتی- یک مطالعه توصیفی تحلیلی

نصرت بهرامی^۱، سلماز محمدی شوسی کشته^۲ سیده زهرا پژوهیده^۳، الهام مراغی^۴، سمیه بهرامی^{۵*}

۱. کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران

۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

۴. دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵. نویسنده مسئول، دانشجوی کارشناسی ارشد آمار زیستی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۸/۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۴/۱۵

چکیده

مقدمه: امروزه توانمندسازی افراد در چشم انداز مراقبت های بهداشتی نقش بسزایی دارد و مبتنی بر مشارکت فرد در روند درمان است. خودمراقبتی یک ساختار چند بعدی است که لازمه انجام آن اتخاذ رفتارهایی است که متاثر از دانش، ادراکات و باورهای فرد نسبت به خود مراقبتی است. هدف از این مطالعه تعیین میزان ارتباط عوامل دموگرافیک با میزان آگاهی و عملکرد زنان در زمینه خودمراقبتی در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۳ می باشد.

مواد و روش: تحقیق حاضر به روش توصیفی تحلیلی انجام شد. روش نمونه گیری بصورت تصادفی-سهمیه ای بود. در این مطالعه ۵۵۰ نفر از زنان شرکت داشتند. ابزار گردآوری داده ها فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه نگرش مردم در مورد خود مراقبتی بود. جهت اعتبار و پایایی پرسشنامه به ترتیب از اعتبار محتوا و روش همسانی درونی استفاده شد و میزان آلفای کرونباخ آن ۰.۹۳ گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از SPSS نسخه ۲۰ و روشهای آمار توصیفی و تحلیلی در سطح معنی داری ($P < 0.05$) استفاده گردید.

یافته ها: میانگین آگاهی و عملکرد افراد نسبت به خودمراقبتی بترتیب 15.78 ± 3.14 و 7.76 ± 2.33 بدست آمد. آزمون همبستگی، ارتباط آماری معنی داری را بین میانگین نمره آگاهی در زمینه خودمراقبتی با مدت ازدواج آنان ($P = 0.01$) و تعداد فرزندان ($P = 0.03$) نشان داد، ارتباط آماری معنی داری بین میانگین عملکرد و عوامل دموگرافیک دیده نشد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که توجه به آموزش رفتارهای خودمراقبتی و خودکارآمدی به منظور ارتقا توانمندی بیماران ضروری به نظر می رسد. لذا پیشنهاد می شود که جهت ارتقاء عملکرد خودمراقبتی باید دانش افراد را افزایش داد.

کلیدواژه: خودمراقبتی، آگاهی، عملکرد

انجام دهند (۱۱). در بعضی منابع مضراتی هم برای خود مراقبتی عنوان شده است از جمله اینکه فردی که باید از خود مراقبت نماید ممکن است بطور مناسبی ماهیت مشکل خود را درک نکرده باشد و آن را تشخیص نداده باشد، دیگر اینکه راه های برخورد با مشکلش را بخوبی نشناسد و سوم آن که انگیزه خود مراقبتی نداشته باشد (۱۲، ۱۳). بررسی مقالات مربوط به خود مراقبتی، نشان داد که خود مراقبتی در برخی از موارد بدنبال نگرشهای منفی نظیر احساس بی کسی، نداشتن همدردی و حمایت اجتماعی و اختلاف زیاد بین تقاضا و خدمات در دسترس ایجاد می شود و تبعات خاص خود را دارد (۱۴). امروزه سلامت و رفاه اجتماعی زنان که نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می دهند، نه تنها به عنوان یک حق انسانی شناخته شده، بلکه تأثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روزافزون یافته است (۱۵). سلامت زنان یکی از شاخصهای توسعه یافتگی از منظر سازمان ملل است. چرا که زنان به دلیل شرایط فیزیولوژیک در دوره های مختلف زندگی، نیازهای جسمی در ارتباط با تولید مثل و عوارض ناشی از آن، در معرض آسیب بیشتری نسبت به مردان هستند. همچنین زنان زیر بنای خانواده و جوامع می باشد و اهمیت ویژه ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارد (۱۵، ۱۶). نقش زنان در مراقبت از خود و در منزل از کودکان، سالمندان، بیماران و معلولان بسیار با اهمیت بوده و حضور گسترده آنان در فعالیت های بهداشتی رسمی، مردمی و داوطلبانه نقش مؤثری در موفقیت های بهداشتی جامعه دارد. محققان بر این باورند که دستیابی به سلامت در جهان بدون توجه به اهمیت سلامت زنان و در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی و همچنین اجرای برنامه های توانمند سازی و پیشرفت زنان ممکن نیست (۱۶، ۱۷). بدلیل نقش موثر زنان در کیفیت زندگی خود، خانواده و جامعه و همچنین بررسی مطالعات محدود بر روی این قشر از جامعه، این مطالعه با هدف تعیین میزان ارتباط عوامل دموگرافیک با میزان آگاهی و عملکرد زنان در زمینه خودمراقبتی در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

خودمراقبتی شامل اقداماتی است که افراد برای مراقبت از خود، فرزندان و خانواده و به منظور تأمین سلامت جسمی و روانی، تأمین نیازهای اجتماعی و روانشناختی، پیشگیری از بیماری ها و سوانح، پیشگیری از بیماری های کم اهمیت و یا مزمن و بازگشت به وضعیت، سلامت بعد از بیماری حاد یا مرخصی از بیمارستان انجام می دهند (۱). آموزش رفتارهای خودمراقبتی به بیمار و خانواده باعث افزایش رضایت مددجو، بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، افزایش شرکت در برنامه های مراقبت بهداشتی و افزایش استقلال مددجو در انجام فعالیتهای روزمره می شود (۲، ۳). تخمین زده می شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت های سلامتی به وسیله خود شخص و خانواده اش، بدون دخالت متخصصین اعمال می شود که در آن از روش های سنتی و غیر طبی یا طب رایج استفاده می شود. به نظر می رسد خود مراقبتی دربرگیرنده فعالیت هایی مشتمل بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان بیماری و مصدومیت ها و درمان و توان بخشی بیماری های مزمن است (۱). خودمراقبتی به میزان زیادی تحت تأثیر خودکارآمدی افراد قرار دارد (۴). خودمراقبتی ساختاری چند بعدی است که انجام آن نیازمند رفتارهای دیگری است که خود تحت تأثیر عواملی چون باورهای سلامتی، موقعیت های اقتصادی و وقایع زندگی قرار دارد (۵). اخیراً نقش و مسئولیت بیمار در فرآیند مراقبت از خود بسیار مورد توجه قرار گرفته است به حدی که مدل های جدید مراقبت از بیماران مزمن از قبیل برنامه توانمندسازی، بر پایه نقش و مسئولیت بیمار در مراقبت روزانه از خود بنا شده است (۴). امروزه بیان می شود که بهترین نتایج مراقبت بهداشتی زمانی حاصل می شود که بیماران به طور فعال در مراقبت خود درگیر باشند. خودمراقبتی شامل انجام برخی جنبه های مراقبت جسمی است و شرکت فعالانه بیمار در روند مراقبت از خود مانند پیگیری پیشرفت درمان، مانیتورینگ علائم، بررسی عوارض جانبی، پیگیری رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت از قبیل داشتن یک رژیم سالم، ورزش منظم و بهبود سلامت عمومی بیمار می باشد که در نهایت کاهش هزینه های درمانی را در پی خواهد داشت (۶، ۷، ۸). مدیریت سبک زندگی سالم، درمان ناخوشی های جزئی، مدیریت بیماری های مزمن طولانی مدت و مراقبت بعد از ترخیص از بیمارستان، چهار جزء مهم خود مراقبتی هستند (۹). بنابراین خود مراقبتی شامل سه سطح مراقبت های اولیه بهداشتی می گردد (۱۰). لذا افرادی که احساس اطمینان بر توانمندی های خود برای انجام خود مراقبتی دارند، بیشتر مایل اند که این وظایف خود مراقبتی را

روش کار

این پژوهش به روش توصیفی-تحلیلی انجام شد. جامعه آماری آن کلیه زنان 18 تا 55 سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی دزفول بودند که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی- سهمیه ای تعداد 550 نفر از آنها به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. روش نمونه گیری بدین صورت بود که ابتدا سعی شد کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول تحت پوشش قرار گیرند. سپس متناسب با تعداد جمعیت آنها، تعدادی از زنان بطور تصادفی انتخاب شدند. داده های مورد نیاز در این پژوهش از طریق پرسشنامه ای دو قسمتی شامل مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه نگرش مردم در مورد خود مراقبتی بدست آمدند.

مبنای پرسشنامه به کار رفته در این مطالعه پرسشنامه ای بود که در مطالعه قبلی انجام شده در انگلستان در سال ۲۰۰۵ در خصوص نگرش مردم در مورد خود مراقبتی بکار رفت (۳). جهت تهیه این سوالات ابتدا پرسشنامه اصلی به فارسی ترجمه شد و سپس به انگلیسی برگردان شد و تفاوت های جزئی که بین نسخه اصلی وجود داشت، برطرف گردید (۱۸). جهت تعیین اعتبار و پایایی پرسشنامه به ترتیب از اعتبار محتوی و آزمون مجدد استفاده شد که با آلفای کرونباخ ۰.۸۴ پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. از شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی اخذ شد و لذا مصاحبه انجام و پرسشنامه مربوطه توسط پژوهشگران تکمیل شد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS بررسی شدند و از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی استفاده گردید.

یافته ها

در این پژوهش ۵۵۰ نفر از زنان مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین سنی آنها 28.06 ± 8.89 سال بودند. ۹۲.۴ درصد افراد ساکن شهر بودند، سایر اطلاعات دموگرافیک افراد تحت مطالعه در جدول شماره ۱ ذکر شده اند.

نتایج این مطالعه نشان داد میانگین نمره آگاهی زنان شرکت کننده در پژوهش در زمینه خودمراقبتی 15.78 ± 3.14 و میانگین نمره عملکرد زنان شرکت کننده در پژوهش در زمینه خودمراقبتی 7.76 ± 2.33 بوده است. آزمون همبستگی، ارتباط آماری معنی داری را بین میانگین نمره آگاهی در زمینه خودمراقبتی با مدت ازدواج آنان ($P=0.01$)، تعداد فرزندان ($P=0.03$) نشان داد اما هیچ ارتباط آماری معنی دار بین عملکرد و عوامل دموگرافیک دیده نشد.

یافته های پژوهش همچنین نشان داد که فقط ۳۸.۷ درصد از

کل افراد شرکت کننده در مطالعه بیان کردند که بر روی زندگی خود کنترل دارند و نقش فعالی در هدایت شیوه زندگی خود دارند که فعالیتهای در زمینه هدایت شیوه زندگی شامل ورزش منظم، غذاهای سالم که شامل خوردن بیش از هفت لیوان آب در روز، خوردن بیش از پنج قطعه میوه یا سبزی در روز و فعالیتهای ورزشی منظم نظیر سه ساعت در هفته اشاره کرد. ۶۱.۶ درصد شرکت کنندگان، نبود وقت را بیشترین عامل ممانعت کننده و ۸۰.۷ درصد از آنها داشتن مهارت کافی و مناسب را قادر کننده نسبت به مراقبت خود بیان کردند، عوامل قادر کننده نسبت به خودمراقبتی در جدول شماره ۲ بیان شده اند. همچنین شرکت کنندگان در مطالعه بیشترین منابع دریافت اطلاعات در زمینه خودمراقبتی (۶۹ درصد) را خویشاوندان، دوستان و همکاران اظهار داشتند.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، آگاهی و عملکرد و ارتباط آنها با عوامل دموگرافیک زنان در خصوص خود مراقبتی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد ۵۹.۳ درصد افراد شرکت کننده آگاهیشان بیش از نمره میانگین آگاهی بدست آمد و همچنین ۷۱.۱ درصد نیز عملکردشان بیش از نمره میانگین عملکرد ذکر شد.

خودمراقبتی را می توان به کارگیری شیوه زندگی سالم با هدف کمک به پیشگیری از بیماریها و صدمات بیان نمود که نقش مهمی نیز در کاهش استفاده از خدمات بهداشتی دارد (۱۹). ارتباط سطح تحصیلات و سلامت زنان در مطالعات مختلف ذکر شده است (۲۰). کتابی و همکاران، تحصیلات را یکی از عوامل موثر در توانمندسازی زنان ذکر نمودند (۲۱). مطالعه وضعیت سلامت مادران سوئد، نتایج نشان داد که تحصیلات کمتر با افزایش میزان مرگ و میر، فقر، مسکن نامناسب و رفتارهای نامطلوب بهداشتی همراه بوده است (۲۲). در مطالعه بیدارلو و همکاران نشان داد که بین نگرش بیماران دیابتی با و قصد رفتاری آنها به لحاظ آماری ارتباط مثبت معنی داری دیده شد که این امر بیانگر این موضوع است که هرچه اعتقادات فرد به رفتارهای خودمراقبتی دیابت افزایش می یابد و به نوبه خود قصد نیز منجر به رفتار می شود. به عبارت دیگر اثر نگرشها روی رفتار بوسیله قصدها میانجیگری میشوند به این معنا که روی رفتار بطور غیرمستقیم اعمال اثر می کنند (۲۳).

مطابق یافته های پژوهش، سن عامل تاثیرگذاری بر سطح توان خودمراقبتی به شمار می رود و واحدهای پژوهش با سن کمتر، توان خودمراقبتی بهتری داشتند. اورم معتقد است که توانمندی ها و نیازهای مراقبت از خود در یک فرد سالم، متناسب با سطح

منابع

1. Rafiee Sh, Atarzadeh M, Ahmadzadeh M. Comprehensive system to empower people to take care of your health. 1st edition. Tehran: Mehrravesh publication; 2005. 251-280.
2. Koshyar H. Nursing Theory and Theorists. 1st edition. Tehran: Andishe Rafi publication; 2009. 17-20.
3. Toloei M, Dehghan nayeri N, Faghihzadeh S, Sadooghi Asl A. The nurses' motivating factors in relation to patient training. hayat. 2006; 12 (2) :43-51
4. Anderson R, Bulter P. Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. Diabetes Care. 1995; 18 (6): 412-15.
5. Stys AM, Kulkarni K. Identification of self-care behaviors and adoption of lifestyle changes result in sustained glucose control and reduction of co morbidities in Type 2 Diabetes. Diabetes Spectrum. 2007; 20: 55-58.
6. Longo DL, Harrison TR. Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
7. Aghighi M, Rouchi H A, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Norouzi SH, Rajolani H, et al. IJKD.2008; 2 (1): 11-15. (Persian)
8. Hawells LAL. Self-efficacy and diabetes: Why is emotional education important and how can it be achieved? Horm Res 2002; 57 (17): 69-71
9. Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip GYH, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. BMC Complementary and Alternative Medicine 2008, 8: 4.
10. Park K, Park JE. Text Book of Preventive and Social Medicine Treatise of Community Health- Part II. Translation Shojaeetehrani H, Malekafzali H. 17th Ed. Tehran: Nashre Samat; 2002. 25-45.
11. Lev EL, Owen SV. A prospective study of adjustment to hemodialysis. ANNA. 1998; 25 (5): 495-503.
12. Morris M. Shaping Women's Health Research: Scope and Methodologies, prepared for made to ve of SImeasure: Designing research, policy and action approaches to eliminate gender inequality, Canadian Research Institute for the Advancement

رشدی که سن معین می کند متفاوت است (۲۴). آکیول و همکاران، دشیف و همکاران و بالاخره آرتینان و همکاران هم در مطالعات خود به نتایج مشابه رسیده بودند (۲۵، ۲۶، ۲۷). در این پژوهش، واحدهای متاهل دارای توان خودمراقبتی بهتری نسبت به افراد غیرمتاهل بودند که با نتایج مطالعه شجاعی و همکاران مشابه بود (۲۸). ابوطالبی نیز در مطالعه خود در خصوص توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، نتایج مشابه را گزارش نموده است (۲۹). به نظر می رسد تاهل با توجه با نقشی که همسر می تواند در کاهش استرس های شغلی از طریق حمایت عاطفی و همچنین کمک به تغییر شیوه زندگی داشته باشد، بر توان خودمراقبتی افراد تاثیر گذارد (۳۰).

این مطالعه نشان داد که افراد فامیل، دوستان و همکاران متداول ترین منبع کسب اطلاعات در خصوص خودمراقبتی برای افراد هستند؛ در حالی که پزشکان در ردیف دوم قرار دارند، در حالی که در مطالعه انجام شده در انگلستان نشان داده شد که پزشکان عمومی مهمترین منبع اطلاعاتی مردم هستند (۱۸)، بنابراین کسب اطلاعات در خصوص خودمراقبتی از طریق اقوام و دوستان، ممکن است موجب کسب اطلاعات غیر استاندارد و غیر صحیح شود.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه بر این دلالت دارد که اکثر افراد علیرغم اینکه خود را علاقمند به خود مراقبتی دانسته اند و خود را در امر خودمراقبتی فعال می دانند ولی اظهار داشتند که دارای دانش خودمراقبتی نیستند. طبق این مطالعه پیشنهاد می شود که جهت ارتقاء عملکرد خودمراقبتی باید دانش افراد را افزایش داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل کار تحقیقاتی مصوب شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول با کد DUR111 می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول تشکر و قدردانی به عمل می آید. همچنین از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه که با پاسخ های صادقانه خویش انجام این تحقیق را سبب شدند، سپاسگزار می نمایم.

- of Women, National Symposium, Hall fax, Nova Scotia, 1999. 57-60.
- Eftekhari H, Mohammad K, Tvaifyan P, Mirkarimi K, Ramezanzade A. People care about their views of downtown Tehran. *Journal of Epidemiology Research*, 2008; 5(1): 1-8. (in Persian)
13. Cohen M. Towards a framework for women's health. *Patient Education and Counseling*. 1998; 33: 187-97.
 14. WHO. Women's Health WHO Position Paper. World Health Organization: Geneva, 1995. 30.
 15. World Health Organization. World Health Report 2000: Health systems improving performance. WHO: Geneva, 2000. 12.
 16. Department of Health. Public attitudes to self-care. Baseline survey. February 2005. Available at: <http://www.dh.gov.uk/prod> (Accessed in August 2008).
 17. Wellness Councils of America. Self-Care Managing Your Healthcare and Living Well. CDC & NCHC; 2003.
 18. Zajacova A. Education, gender, and mortality: does schooling have the same effect on Mortality for men and women in the US? *Soc Sci Med* 2006; 63(8): 2176-90.
 19. Ketabi M, Yazdkhasti B, Farohki Z. Empowering women to participate in the development. *Women's Research* 2003; 1(7):5-30.
 20. Fritzell S, Ringback WG, Fritzell J, Burstrom B. From macro to micro: the health of Swedish lone mothers during changing economic and social circumstances. *Soc Sci Med* 2007; 65(12): 2474-88.
 21. Didarloo A, Shojae Zadeh D, Eftekhari Ardebili H, Niknami SH. Factor's affecting self-care behaviors in women with diabetes referred to the diabetes clinics Khoy based on the theory of a developed logical action. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2011; 9(2):79-92. (in Persian)
 22. Coyle R L. Information retrieval of self – care and dependent care agents using netwellness, The thesis for the degree of doctorate of philosophy, The college of nursing, Cincinnati university. 2000. 53-60.
 23. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarah S, Akkus S. Self – care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *Journal of clinical nursing*. 2007; 16(4): 679-687.
 24. Dashiff CJ, Mccaleb A, Cull V. Self-care of young adolescents with type 1 diabetes. *Journal of pediatric nursing*. 2006; 21(3): 222-232.
 25. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange P, Michigan D. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2002; 31(3):161-172.
 26. Shojaei F, Asemi S, Njafiarandi A, Hoseini F. Self– care behaviour of patients with heart failure. *Quarterly journal of paiesh*. 2009; 8(4):361-69. (in Persian)
 27. Abotalebi G. The study of self- care agency based on orem's theory in individuals with hypertension admitted to the selected hospitals of Ardebil [dissertation]. the thesis for the degree of M.S.C in medical surgical nursing, Tehran. Islamic azad university medical sciences branch, 2009. (in Persian)
 28. Abootalebi Daryasari GH, Vosoghi Karkezloo N, Mohammadnejad E, Namadi Vosooghi M, Akbari Kagi M. Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2012;4(4); 203-208. (in Persian)
 29. Jaarsma T, Halfens R, Huijter Abu-Saad H, Dracupb K. Gorgelsc T. Van Reea J. Stappersc J. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *European Heart Journal*; 1999, 20: 673-82.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی دزفول

متغیر جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
سن	<۳۰	۳۷۱
	۳۰-۴۰	۹۶
	>۴۰	۸۳
تاهل	مجرد	۲۶۰
	متاهل	۲۹۰
محل سکونت	شهر	۴۷۶
	روستا	۷۴
سطح تحصیلی	بی سواد	۲۱
	راهنمایی	۵۰
	متوسطه	۱۳۴
	دانشگاهی	۳۵۰
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۸۵
	خانه دار	۳۶۵

جدول شماره ۲- تعیین منابع اطلاعات خودمراقبتی در زنان سنین باروری

منابع اطلاعات	بله N(%)	خیر N(%)
خویشان، دوستان و همکاران	۴۰۷(۷۵)	۸۹(۱۶.۱)
پزشکان و ارائه کنندگان خدمات سلامتی	۳۸۰(۶۹)	۱۱۸(۲۱.۴)
جزوه آموزشی و پوستر	۳۴۴(۶۲.۵)	۱۴۲(۲۵.۸)
اینترنت، سازمانهای متوالی سلامت	۳۱۵(۵۷.۲)	۱۶۵(۳۰)
وسایل ارتباط جمعی	۳۰۳(۵۵)	۱۷۹(۳۲.۵)
سایر موارد	۲۰۴(۳۷)	۱۷۴(۳۱.۶)

Studying the relationship between demographic factors and the knowledge and practice of self-care - A Descriptive - Analytic Study

Nosrat Bahrami ¹, Solmaz Mohammadi Shosi Koshte ², Seyed Zahra Pazhohideh ³

Elham Maraghi ⁴, Somayeh Bahrami^{5*}

1- Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

2- Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3- Faculty of Nursing and Midwifery, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

4- PhD Candidate in Biostatistics, Department of Epidemiology and Biostatistics School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5-MS Students of Biostatistics, Student Research Committee, Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

* Corresponding author: Somayeh Bahrami, Azadegan Blv, Dezful, Iran. Dezful University of Medical Sciences.

Postal Code: 6461653476. Tel: +98 9166459982; E-mail: Bahrami.n@dums.ac.ir

Abstract

Introduction: Nowadays empowerment of person has a main role in health care and it is based on individual's partnership in treatment process. Self-care is a multidimensional structure that is influenced by the knowledge, perceptions and beliefs in relation to self-care. The aim of this study was to determine correlation demographic factors with knowledge and Practice about Self-care in women referred to health centers in 2014.

Materials and Methods: This study is a descriptive-analytical study. The population was 550 women with random sampling- quota being selected. The research data were collected using demographic characteristics, knowledge and Attitude about Self-care Questionnaire. The validity and reliability of the questionnaire was provided by content validity and internal consistency, and Cronbach's alpha level of 0.93 reported. Data were analyzed by SPSS-20 software using descriptive and inferential statistics at the significant level ($p < 0.05$).

Results: The mean of knowledge and practice about its Self-care was 15.78 ± 3.14 and 2.33 ± 7.76 . The majority of women (61.4%) and (71.1% had knowledge and practice mean more than total mean. Correlation Test showed that there is a significant relationship between the knowledge mean about Self-care with marriage duration) $P = 0.01 = r(0.12 =$ and living child) $r(0.11 =$ But Correlation Test doesn't show that there is a significant relationship between the practice mean and demographic factors.

Conclusion : This study showed that it is necessary to pay attention to self-care and self-efficacy education in order to improve of empowering. We suggest to increase their knowledge improve levels of self-care should.

Keywords : Self-care, knowledge, Practice