

مقاله اصیل	سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	دوره دوم، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۳، صفحات ۵۰ تا ۵۶ http://ch.sbm.ac.ir
---------------	--	---

نگرش و عملکرد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول در زمینه خود مراقبتی

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

۱. کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقاتی و درمانی ام البنین، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

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

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

* نویسنده مسئول: سیده زهرا پژوهیده، دزفول، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دانشکده پرستاری و مامایی

Fatemeh_d_d@yahoo.com

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: دی ۱۳۹۳

نحوه استناد به این مقاله:

Bahrami N, Pajohideh SZ, Mohammadi Shosi Koshte S, Maraghi E. Attitude and Practice towards Self-care in Women Referred to Health Centers in Dezful. Community Health 2015;2(1):50-56.

چکیده

زمینه و هدف: خود مراقبتی شامل تمام فعالیت های مربوط به حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری ها توسط خود فرد می باشد و به میزان زیادی تحت تاثیر خود کارآمدی افراد قرار دارد و لازمه انجام آن اتخاذ رفتارهایی است که متاثر از دانش، ادراکات و باورهای فرد نسبت به خود مراقبتی است. هدف از این مطالعه، تعیین نگرش و عملکرد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول در زمینه خود مراقبتی می باشد.

روش و مواد: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی ۵۵۰ نفر از زنان ۱۸ تا ۵۵ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر دزفول به صورت تصادفی- سهمیه ای مورد بررسی قرار گرفتند. در این تحقیق از پرسشنامه ای شامل بخش های ویژگی های دموگرافیک، نگرش و عملکرد در زمینه خود مراقبتی استفاده شد. جهت روایی و پایایی پرسشنامه به ترتیب از روایی محتوا و روش همسانی درونی استفاده شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن افراد شرکت کننده در مطالعه ۲۸/۰۶ (۸/۸۹) سال بود. میانگین (انحراف معیار) نگرش و عملکرد افراد در زمینه به خود مراقبتی به ترتیب ۱۵/۷۸ (۲/۳۳) و ۷/۷۶ (۲/۶۶) بود. ۶۱/۴٪ و ۷۱/۱٪ از افراد، به ترتیب دارای نمره نگرش و عملکرد بیشتر از میانگین بودند. آزمون همبستگی، ارتباط آماری معنی داری را بین میانگین نمره نگرش در زمینه خود مراقبتی با سن شرکت کنندگان ($r=0.14$)، مدت ازدواج ($r=0.12$) و تعداد فرزندان ($r=0.11$) نشان داد ($p<0.05$).

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که اکثر افراد علی رغم اینکه خود را علاقمند به خود مراقبتی دانسته اند و خود را در امر خود مراقبتی فعال می داند، ولی عملکرد کافی در این زمینه را ندارند.

واژگان کلیدی: خود مراقبتی، نگرش، عملکرد، زنان

مقدمه

زندگی قرار دارد (۱) و شامل تمام فعالیت های مربوط به حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری ها توسط خود فرد می شود (۲). خود مراقبتی به میزان زیادی تحت تاثیر خودکارآمدی افراد قرار دارد. از آنجائی که بیشتر

خود مراقبتی ساختاری چند بعدی است که انجام آن نیازمند رفتارهای دیگری است که خود تحت تأثیر عواملی چون باورهای سلامتی، موقعیت های اقتصادی و وقایع

مطالعات به بررسی تاثیر خود مراقبتی در کنترل بیماری های مختلف می پردازند، آمار دقیقی در مورد میزان خودمراقبتی در افراد سالم در جهت بهبود کیفیت زندگی شان خصوصاً گروه زنان که از اهمیت خاصی در بنیان خانواده دارند، وجود ندارد. شواهد موجود نشان می دهد که حمایت از خود مراقبتی، سودمندی های خاصی را برای سلامتی مردم در پی دارد (۳)، از جمله این سودمندی ها، کاهش تعداد ویزیت های مرتبط با مراقبت های اولیه و مراقبت های فوری است (۴) که متعاقباً منجر به افزایش رضایتمندی بیمار، بهبود کیفیت زندگی وی و در نهایت ارتقاء سیستم بهداشتی می گردد (۳).

خود مراقبتی شامل سه سطح مراقبت های اولیه بهداشتی می گردد (۵و۶). اهمیت خود مراقبتی زمانی بیشتر نمایان می شود که آمار نشان می دهد که هفتاد درصد از مراجعه های پزشکی غیر ضروری می باشد و ۱/۳ درصد از وضعیت های پزشکی مختصر، بدون مراجعه به پزشک قابل بهبود می باشند. علاوه بر آن، خود مراقبتی سبب کاهش بسیاری از هزینه های پزشکی می شود (۶). خود مراقبتی به عنوان عاملی در ارتقای سلامت افراد و خانواده ذکر شده است (۷و۸). این اقدامات اگرچه بدون کمک های حرفه ای به اجرا در می آید، اما در میزان و چگونگی انجام آن عوامل مختلفی از جمله خانواده افراد مؤثر می باشند (۹). امروزه در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، خود مراقبتی یکی از مهم ترین اشکال مراقبت اولیه است و تقریباً ۶۵ تا ۸۵ درصد از فعالیت های مراقبتی توسط خود افراد یا اعضای خانواده و بدون کمک پزشک انجام می گیرد (۱۰و۱۱). در بعضی مطالعات برخی پیامدهای نامطلوب هم برای خود مراقبتی عنوان شده است، از جمله اینکه فردی که باید از خود مراقبت نماید ممکن است به طور دقیق ماهیت مشکل خود را درک نکرده باشد و آن را تشخیص نداده باشد. دوم اینکه راه های برخورد با مشکلش را به خوبی شناسد و سوم آن که انگیزه ای برای خود مراقبتی نداشته باشد (۱۲). بررسی مطالعات مرتبط با خود مراقبتی، نشان داد که خود مراقبتی در برخی از موارد به دنبال نگرش های 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 (۱۳). 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 (۱۴). سلامت زنان یکی از شاخص های توسعه یافتگی از منظر سازمان ملل است. همچنین زنان زیر بنای خانواده و جوامع می باشد و اهمیت ویژه ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارند (۱۵و۱۶). نقش زنان در مراقبت از خود و کودکان، سالمندان، بیماران و معلولان در منزل بسیار با اهمیت بوده و حضور گسترده آنان در فعالیت های بهداشتی رسمی، مردمی و داوطلبانه نقش مؤثری در ارتقای سلامت 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 (۱۷و۱۸). به دلیل نقش موثر زنان در کیفیت زندگی خود، خانواده و جامعه و همچنین بررسی مطالعات محدود بر روی این گروه از جامعه، این مطالعه با هدف تعیین میزان نگرش و عملکرد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول در زمینه خود مراقبتی در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش و مواد

این پژوهش به روش توصیفی- تحلیلی انجام شد. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان ۱۸ تا ۵۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی دزفول بودند که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی- سهمیه ای تعداد ۵۵۰ نفر از آنها به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. روش نمونه گیری بدین صورت بود که ابتدا سعی شد کلیه مرکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول تحت پوشش قرار گیرند. سپس متناسب با تعداد جمعیت تحت پوشش آنان، تعداد نمونه مورد نیاز از زنان به طور تصادفی انتخاب شدند. داده های این پژوهش از طریق مصاحبه برای تکمیل پرسشنامه ای سه قسمتی شامل مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه نگرش و عملکرد افراد در زمینه خود مراقبتی جمع آوری شدند. مبنای پرسشنامه بکار رفته در این مطالعه، پرسشنامه ای

بود که در مطالعه قبلی انجام شده در انگلستان در سال ۲۰۰۵ میلادی در خصوص نگرش مردم در زمینه خود مراقبتی بکار رفت (۳). جهت تدوین این پرسشنامه، 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 روایی و پایایی پرسشنامه به ترتیب از روایی محتوی و آزمون مجدد استفاده شد که با توجه به ضریب آلفای کرونباخ 0.93 برای آن، پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. قبل از اجرای پژوهش، از شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی برای مشارکت اخذ شد و توضیحات لازم در زمینه پژوهش و اهداف و منافع آن داده شد. سپس مصاحبه ها انجام شد و از طریق آن پرسشنامه ها توسط پژوهشگران تکمیل شد. داده های جمع آوری شده در نرم افزار آماری SPSS وارد شدند و از آزمون های آماری توصیفی و تحلیلی برای تحلیل داده ها استفاده شد.

جدول شماره ۱- ویژگی های جمعیت

شناختی زنان مورد پژوهش		
متغیر جمعیت شناختی	فراوانی (درصد)	
سن (سال)	۱۸-۲۹/۹	۳۷۱ (۶۷/۵)
	۳۰-۳۹/۹	۹۶ (۱۷/۴)
	۴۰-۵۵	۸۳ (۱۵/۱)
وضعیت	مجرد	۲۶۰ (۴۷/۳)
تاهل	متاهل	۲۹۰ (۵۲/۷)
محل سکونت	شهر	۴۷۶ (۸۶/۵)
	روستا	۷۴ (۱۳/۵)
	بیسواد	۲۱ (۳/۸)
سطح تحصیلات	راهنمایی	۴۵ (۸/۲)
	متوسطه	۱۳۴ (۲۴/۴)
	دانشگاهی	۳۵۰ (۶۳/۶)

یافته ها

در این پژوهش ۵۵۰ نفر از زنان ۱۸ تا ۵۵ ساله مشارکت داشتند که میانگین (انحراف معیار) سنی آنها $28/06$ ($8/89$) سال بود. $92/4$ درصد زنان ساکن شهر بودند. اکثر شرکت کنندگان ($52/7$ ٪) متاهل بودند. در زمینه وضع اجتماعی نیز اکثر افراد دارای سطح تحصیلات دانشگاهی و خانه دار بودند ($63/6$ ٪ و $66/4$ ٪ به ترتیب). توزیع ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان در این

پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است. میانگین (انحراف معیار) نمره نگرش زنان شرکت کننده در پژوهش در زمینه خود مراقبتی $15/78$ ($2/33$) و میانگین (انحراف معیار) نمره عملکرد آنان در زمینه خود مراقبتی $7/76$ ($2/66$) بود. نمره نگرش $61/4$ درصد از افراد شرکت کننده بیش از نمره میانگین کلی نگرش بود، همچنین نمره عملکرد $71/1$ درصد بیش از نمره میانگین کلی عملکرد بود. آزمون همبستگی پیرسون، ارتباط آماری معنی داری را بین میانگین نمره نگرش در زمینه خود مراقبتی با سن آنها ($r=0.14$)، مدت ازدواج ($r=0.12$) و تعداد فرزندان نشان داد ($r=0.11$) نشان داد ($p<0.05$). همچنین پژوهش نشان داد که فقط $38/7$ درصد از کل افراد شرکت کننده در مطالعه بیان کردند که بر روی زندگی خود کنترل دارند و نقش فعالی در هدایت سبک زندگی خود در زمینه رفتارهای سالم از قبیل انجام تمرینات بدنی منظم، الگوی تغذیه ای سالم خصوصا مصرف حداقل پنج واحد میوه و سبزی در روز و نوشیدن آب به اندازه کافی در روز دارند. $61/6$ درصد از شرکت کنندگان، نبود وقت را بیشترین عامل بازدارنده انجام رفتارهای خود مراقبتی عنوان کردند. در جدول شماره ۲ برخی از عوامل قادر کننده و تقویت کننده اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی آمده است. در زمینه عوامل قادر کننده انجام خود مراقبتی، $80/7$ درصد از زنان مورد مطالعه، داشتن مهارت کافی و مناسب در زمینه خود مراقبتی و در رتبه بعدی، داشتن تجهیزات مرتبط با خود مراقبتی در منزل ($58/5$ ٪) را به عنوان مهمترین عوامل قادر کننده بالفعل برای مراقبت از خود بیان کردند. در زمینه منابع اطلاعاتی در زمینه خود مراقبتی، اکثر شرکت کنندگان در مطالعه (69 ٪)، خویشاوندان، دوستان و همکاران را اصلی ترین منبع دریافت اطلاعات در زمینه خود مراقبتی معرفی کردند، هرچند معتقد بودند که حمایت بیشتر از طرف پزشک و تیم بهداشتی، در صورت تحقق این حمایت، اولین عامل قادرکننده جهت ارتقاء خود مراقبتی خواهد بود.

بحث

در این مطالعه، نگرش و عملکرد زنان در زمینه خود مراقبتی مورد بررسی قرار گرفت. خود مراقبتی را می توان به کارگیری شیوه زندگی سالم با هدف پیشگیری از

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی پاسخ به سوالات مربوط به عوامل قادر کننده و تقویت کننده خود مراقبتی در زنان مورد پژوهش

عوامل قادرکننده و تقویت کننده خود مراقبتی		بلی	خیر
مراقبتی		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
تشویق اطرافیان و ارائه دهندگان خدمت		۴۲۷ (۷۷/۶)	۱۱۷ (۲۱/۲)
وجود تجهیزات در منزل جهت خود مراقبتی		۳۲۲ (۵۸/۵)	۲۲۸ (۴۱/۴)
داشتن مهارت خود مراقبتی		۴۴۴ (۸۰/۷)	۱۰۶ (۱۹/۲)

بیماری ها و صدمات بیان نمود که می تواند نقش مهمی نیز در کاهش استفاده از خدمات بهداشتی داشته باشد (۱۸). مطالعه نشان داد که نمره نگرش ۶۱/۴ درصد زنان شرکت کننده بیش از نمره میانگین کلی نگرش بود، همچنین ۷۱/۱ درصد از آنان نیز نمره عملکرد بیش از نمره میانگین کلی عملکرد داشتند که این دو یافته می تواند حاکی از این باشد که اکثر افراد شرکت کننده در این مطالعه، وضعیت نگرشی و عملکردی قابل قبولی در زمینه مقوله خود مراقبتی داشتند. در این مطالعه، اکثر شرکت کنندگان دارای سطح تحصیلات دانشگاهی بودند اما ارتباط معنی داری بین سطح تحصیلات و نگرش و عملکرد شرکت کنندگان مشاهده نشد. هرچند ارتباط بین سطح تحصیلات و سلامت زنان در مطالعات مختلف ذکر شده است (۱۹). به طوری که تحصیلات را یکی از عوامل موثر در توانمندسازی زنان ذکر نمودند (۲۰). مطالعه وضعیت سلامت مادران سوئد نشان داد که تحصیلات کمتر با افزایش میزان مرگ و میر، فقر، مسکن نامناسب و رفتارهای نامطلوب بهداشتی همراه بوده است (۲۱). از طرفی، رابطه بین نگرش و قصد رفتاری و نهایتاً انجام رفتارهای سالم در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۲۲). به طور مثال مطالعه دیدارلو و همکاران حاکی از آن بود که بین نگرش بیماران دیابتی و قصد رفتاری آنها به لحاظ آماری ارتباط مثبت معنی داری وجود دارد که این امر بیانگر این موضوع بود که هرچه اعتقادات فرد به رفتارهای خود مراقبتی دیابت افزایش یابد و بتواند منجر به ایجاد قصد رفتاری شود، میزان رفتارهای سالم نیز افزایش می یابد. به عبارت دیگر، اثر نگرش ها روی رفتار به وسیله قصدها میانجیگری می شوند و روی رفتار به طور غیرمستقیم اثر می گذارد (۲۳). لذا بهبود نگرش گروه های هدف مختلف در زمینه

انجام رفتارهای خود مراقبتی ضروری به نظر می رسد. هرچند وجود برخی از عوامل قادر کننده و تقویت کننده برای تبدیل قصد رفتاری به رفتار بالفعل نیز ضروری به نظر می رسد. مطابق یافته های این پژوهش، سن عامل تاثیرگذاری بر سطح توان خود مراقبتی به شمار می رود و واحدهای پژوهش با سن کمتر، عملکرد خود مراقبتی بهتری داشتند. اورم معتقد است که توانمندی ها و نیازهای مراقبت از خود در یک فرد سالم، متناسب با سطح رشدی که سن آن را مشخص می کند متفاوت است (۲۴). مطالعات مشابه دیگری نیز در زمینه تاثیر سن بر اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی، به نتایج مشابه بالین پژوهش رسیده اند (۲۵-۲۷). در این پژوهش، افراد متاهل دارای عملکرد خودمراقبتی بهتری نسبت به افراد غیرمتاهل بودند که با مطالعه شجاعی و همکاران مشابه بود (۲۸). ابوطالبی نیز در مطالعه خود با هدف تعیین توان خود مراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، نتایج مشابهی را گزارش کرده است (۲۹). به نظر می رسد تاهل با توجه به 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 خود مراقبتی افراد تاثیر می گذارد (۳۰).

همان گونه که مطالعه حاضر نشان داد، نبود وقت به عنوان عامل اصلی باز دارنده برای اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی بود، در حالی که اگر منافع درک شده انجام خود مراقبتی از طریق آگاه سازی جامعه، بیش از موانع درک شده از جمله نبود وقت احساس شود، اتخاذ رفتارهای سالم تا حد زیادی تسهیل خواهد شد. در این مطالعه افراد فامیل، دوستان و همکاران مهمترین منابع کسب اطلاعات در خصوص خود مراقبتی برای افراد بودند، درحالی که پزشکان در ردیف دوم اولویت قرارداشتند،

در هر حال، اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی در افراد جامعه نیازمند فراهم ساختن شرایطی جهت بالفعل شدن این رفتارها می باشد. افزایش آگاهی ها و بهبود نگرش افراد جامعه در خصوص اهمیت انجام این رفتارها و منافع آن از یک سو و فراهم آوردن مکان ها، افراد و سازمان ها و منابع اطلاعاتی معتبر برای توانمند سازی جامعه در اتخاذ این رفتارها ضروری به نظر می رسد.

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، سپاسگزاری می نمائیم.

حال آنکه در برخی از مطالعات مشابه در کشورهای اروپایی از جمله انگلستان مشخص شد که پزشکان عمومی مهمترین منبع اطلاعاتی درک شده مردم هستند (۱۷). انتخاب اقوام و دوستان به عنوان منبع اطلاعاتی ممکن است منجر به دستیابی به اطلاعات نادرست شده و بعضا منجر به بروز اختلال در روند پیشگیری و درمان بیماری شود. از طرفی این اعتقاد بین افراد شرکت کننده در مطالعه وجود داشت که در صورت وجود حمایت بیشتر از طرف پزشک و تیم بهداشتی، این افراد می توانند اولین عامل قادرکننده جهت ارتقاء خود مراقبتی باشند. این اظهار نظر ممکن است به این دلیل باشد که در نظام بهداشتی درمانی کنونی، آموزش و مهارت آموزی بیماران و مددجویان در خصوص خود مراقبتی هنوز به جایگاه واقعی خود دست نیافته و این خلا تا حدودی احساس می شود. نقش حمایت و آموزش پزشکان در ارتقاء خود مراقبتی در مطالعه دیگران نیز نشان داده شده است (۳۰).

REFERENCES

1. Stys AM, Kulkarni K. Identification of self-care behaviors and adoption of lifestyle changes result in sustained glucose control and reduction of comorbidities in Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectrum* 2007;20(1):55-8.
2. 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.
3. Department of Health. Support for self care in general practice and urgent care settings. A baseline study. 2006. Jun, [Last accessed 2008 Jun 30]. Available at: <http://www.dh.gov.uk>.
4. Department of Health. Self care - A real choice. Self care support - A practical option 2005, Available at: <http://www.dh.gov.uk/prod> (Accessed in July 2008).
5. 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. (Text in Persian)
6. Wellness Councils of America. Self-Care Managing Your Healthcare and Living Well. CDC and NCHC; 2003.
7. Acton GJ. Health- promoting self-care in family caregivers. *West J Nurs Res* 2002;24(1):73-86.
8. Skinner TC, Hampson SE. Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control. A prospective study in adolescence. *Diabetes Care* 2001;24(5):828-33.
9. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002;128(2):330-66.
10. Ahmadi B, Farzadi F, Shariati B, Alimohamadian M, Mahmoudi M. Women's health profile: case study in Iran. 1st Edition, Women's Socio-Cultural Council publications: Tehran, 2008. (In Persian)
11. Paolisso M, Leslie J. Meeting the changing health needs of women in developing countries. *Social Science and Medicine* 1995;40:55-65.
12. Morris M. Shaping Women's Health Research: Scope and Methodologies, prepared for made to measure: Designing research, policy and action approaches to eliminate gender inequality, Canadian Research Institute for the Advancement of Women, National Symposium, Hall fax, Nova Scotia;1999.
13. Eftekhar H, Mohammad K, Tavafian S, Mirkarimi K, Ramezanzadeh A. The Perceived of Self Care among General People Living in South of Tehran, Iran. *IRJE* 2009;5(1):33-9. (Full Text in Persian)
14. Cohen M. Towards a framework for women's health. *Patient Education and Counseling* 1998;33:187-97.
15. World Health Organization. Women's Health WHO Position Paper. World Health Organization: Geneva, 1995.

16. World Health Organization. World Health Report 2000: Health systems improving performance. WHO: Geneva, 2000.
17. Department of Health. Public attitudes to self-care. Baseline survey. February 2005. Available at: <http://www.dh.gov.uk/prod> (Accessed in August 2008).
18. Wellness Councils of America. Self-Care managing Your Health care and Living Well. CDC & NCHC; 2003.
19. 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.
20. Ketabi M, Yazdkhasti B, Farokhi Z. Empowering women to participate in the development. Women's Research 2003;1(7):5-30.
21. Frizzell S, Ringbäck Weitoft G, Frizzell J, Burström 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.
22. Crano WD, Prislin R. Attitude and Attitude change. London: Taylor & Francis Group, 2008; P 74-305.
23. Didarloo A, Shojaeizadeh D, Eftekhari Ardebili H, Niknami SH. Assessment of factors affecting self-care behavior among women with type2 diabetes in Khoy City. Diabetes Clinic using the extended theory of reasoned action. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2011;9(2):79-92. (Full Text in Persian)
24. Coyle R L. Information retrieval of self- care and dependent care agents using net wellness, The thesis for the degree of doctorate of philosophy, The college of nursing, Cincinnati university. 2000.
25. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarah, Yarah S, Akkus S. Self- care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. Journal of clinical nursing 2007;16(4): 679-87.
26. Dashiff CJ, Mccaleb A, Cull V. Self-care of young adolescents with type 1 diabetes. Journal of pediatric nursing 2006;21(3):222-32.
27. 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):161-72.
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):203-8. (Text in Persian)
29. Abootalebi Gh. The study of self- care agency based on Orem's theory in individuals with hypertension admitted to the selected hospitals of Ardebil (dissertation). (Dissertation), Tehran. Islamic Azad university medical sciences branch; 2009.
30. Jaarsma T, Halfens R, Huijter Abu-Saad H, Dracup K, Gorgels T, Van Ree J, Stappers J. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. European Heart Journal 1999;20(9):673-82.

Original Article

Attitude and Practice towards Self-care in Women Referred to Health Centers in Dezful**Nosrat Bahrami¹, Zahra Pajohideh^{2*}, Solmaz Mohammadi Shosi Koshte³, Elham Maraghi⁴**

1. MSc in Midwifery, OM-AL-BANIN Research and Clinical Center for Infertility, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.

2. MSc in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.

3. MSc in Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

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

* **Corresponding Author:** Zahra Pajohideh, Faculty of Nursing and Midwifery, Dezful University of Medical Sciences, Azadegan Blv, Dezful, Iran.

Email: Fatemeh_d_d@yahoo.com

How to cite this article:

Bahrami N, Pajohideh SZ, Mohammadi Shosi Koshte S, Maraghi E. Attitude and Practice towards Self-care in Women Referred to Health Centers in Dezful. Community Health 2015;2(1):50-56.

Abstract

Background and Objective: Self-care includes all activities related to health care, prevention and treatment of disease by themselves people and greatly affect by their self-efficacy. Doing it requires adopt behaviors that are influenced by knowledge, perceptions and beliefs of the people towards self care. The purpose of this study was to determine the attitude and practice towards self-care in women referred to health centers in Dezful.

Materials and Methods: In this descriptive-analytic study, 550 women aged 18-55 years old participated. They were selected through random-quota sampling. The research data were collected using demographic characteristics, attitude and practice towards self-care. The validity and reliability of the questionnaire were provided by content and face validity and internal consistency.

Results: The mean (S.D) age of participants was 28.06(8.89) years. The mean (S.D) scores of attitude and practice towards self-care in women were 15.78(2.33) and 15.78(2.66), respectively. The majority of women (61.4% and 71.1%) had attitude and practice scores more than total mean. Correlation test showed that there is a significant relationship between the mean of attitude score towards self-care and age ($r=0.14$), marriage duration ($r=0.12$) and number of children ($r=0.11$) ($p<0.05$).

Conclusion: The findings indicated that although most people were interested in self-care activities, but they did not have appropriate practice towards Self-care.

Keywords: Self-care, Attitude, Practice, Women