بررسی وضعیت خودمراقبتی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی

سحر شیخی‌زاده اناری[1*]، حبیبه احمدی پور[2]

• دریافت مقاله: ۹۴/۱۱/۱۸ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۵/۳/۱۹ • پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۲۲

چکیده

مقدمه: خود مراقبتی، یکی از ابعاد سبک زندگی سلامت محور است که به معنای پیروی از شیوه زندگی سالم به منظور پیشگیری از بیماری‌ها می‌باشد. با توجه به اهمیت خودمراقبتی، پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت خودمراقبتی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ انجام گردید.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است که به صورت مقطعی بر روی ۲۴۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۹۴انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای بود. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه خودگزارش‌دهی محقق ساخته بود که بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل ۱۷ سؤال در خصوص خودمراقبتی جسمی و۱۰ سؤال غربالگری بود. آزمون آماری تحلیلی نظیر کای اسکوئر مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه۲۰ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: ابعاد خودمراقبتی جسمی با شغل، درآمد و تحصیلات ارتباط معنی‌داری نداشتند (P>۰/۰۵). تنها وضعیت خواب در زنان خانه‌دار بهتر از شاغلین بود (P= ۰/۰۲). در غربالگری‌ها، انجام پاپ اسمیر در زنان شاغل (P= ۰/۰۰۶)، با تحصیلات و درآمد بالاتر (P= ۰/۰۰۴) و همچنین غربالگری چربی خون در زنان با درآمد بالاتر (P= ۰/۰۰۱) بیشتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد وضعیت فعالیت فیزیکی و همچنین غربالگری سرطان‌های شایع در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی چندان مطلوب نمی‌باشد. بنابراین توجه به مداخلات آموزشی جهت ارتقاء آگاهی افراد و همچنین شناخت موانع موجود در این خصوص ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: خودمراقبتی، زنان، غربالگری، مراکز بهداشتی و درمانی

•**ارجاع:** شیخی زاده اناری سحر، احمدی پور حبیبه. بررسی وضعیت خودمراقبتی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۵؛ ۲(۱):۶۷-۵۵.

۱. پزشک عمومی، MPH، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی افضلی‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

****نویسنده مسؤول:** کرمان، انتهای بلوار ۲۲ بهمن، دانشکده پزشکی افضلی پور، گروه پزشکی اجتماعی*

تلفن: ۰۳۴- ۳۳۲۵۷۶۶۰ **Email:** ahmadipour@kmu.ac.ir

مقدمه

خودمراقبتی شامل اقدامات مبتنی بر آگاهی و هدف دار می‌باشد که افراد برای تأمین، نگهداری و ارتقاء سلامت خود و خانواده انجام می‌دهند (۱). مهم‌ترین رفتارهای خودمراقبتی شامل رفتارهای سالم تغذیه ای، داشتن فعالیت جسمی مناسب و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامت می‌باشد. این رفتارها به عنوان مهم‌ترین راه برای پیشگیری از بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های غیر واگیر شناخته شده و می توانند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهند (۲). در اتخاذ یا عدم اتخاد رفتارهای خودمراقبتی، سه مؤلفه مهم و تأثیرگذار وجود دارد که شامل عوامل فردی، رفتاری و اجتماعی می‌باشند. عوامل فردی در واقع ارزشی است که فرد برای خود قائل است و به خاطر همین ارزش از خود مراقبت نموده و یا به دنبال بهبود وضعیت زندگی خود می‌باشد. باور فرد در مورد کنترل نیز اهمیت دارد این که فرد سرنوشت سلامت خود را منوط به عوامل بیرونی مانند شانس و اقبال می‌داند یا این که معتقد است که در تعیین وضعیت سلامت خود او است که نقش و مسئولیت اساسی را برعهده دارد (۳). برخی مطالعات نشان می دهند که باورهای بهداشتی افراد در اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی مؤثر می‌باشند (۲). عوامل رفتاری شامل مهارت‌هایی است که فرد در زمینه سلامت کسب می نماید و در نهایت عوامل اجتماعی شامل عوامل محیطی و شبکه حمایت اجتماعی می‌باشند (۳). مطالعات مختلف در سطح جهان نشان دهنده این موضوع است که خودمراقبتی هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای توسعه یافته مهم ترین شکل مراقبت اولیه محسوب شده و تلاش‌های زیادی در حال انجام است که از طرق مختلف مانند طراحی نرم‌افزارهای مرتبط با سلامت، تشکیل گروه های حمایتی الکترونیکی و غیره بتوان افراد را برای انجام خودمراقبتی تشویق نمود (٤). آمارها نشان می‌دهند که حدود سه چهارم مراجعات پزشکی، غیر ضروری است. این آمارها اهمیت خودمراقبتی را بیشتر آشکار می‌نمایند و بیانگر این موضوع می‌باشند که با خودمراقبتی مناسب می‌توان هزینه‌های پزشکی را کاهش داد (۵).

مطالعاتی که در کشور در خصوص خودمراقبتی صورت گرفته است نمایانگر وضعیت نه چندان مطلوب آن می‌باشند. مطالعه آزاد بخت و همکاران بر روی سالمندان شهر تهران نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان وضعیت نامطلوب داشته و فعالیت فیزیکی ضعیف‌ترین وضعیت را در بین ابعاد خودمراقبتی به خود اختصاص می‌داد (۲). میرزائیان و همکاران با بررسی وضعیت خودمراقبتی دانشجویان دانشگاه تبریز و علوم پزشکی تبریز نشان دادند بیش از دو سوم دانشجویان وضعیت خودمراقبتی متوسط و ضعیف داشتند که می‌تواند در آینده مشکلاتی را برای سلامتی آن‌ها ایجاد نماید (٦). مطالعه افتخار و همکاران در خصوص دیدگاه مردم در خصوص خودمراقبتی در جنوب شهر تهران نشان داد با وجود این که اکثر افراد به خودمراقبتی علاقمند بودند اما بیان نمودند که از دانش خودمراقبتی برخوردار نیستند و تنها درصد کمی از آن‌ها عملکرد مناسب در زمینه خودمراقبتی داشتند (۷). فاکتورهای متعددی بر رفتارهای خود مراقبتی افراد تأثیر دارند. بررسی‌ها نشان دادند که سن افراد به صورت منفی و طبقه اجتماعی افراد به صورت مثبت روی خود مراقبتی تأثیر می‌گذارند (۸). همچنین افرادی که سطوح بالاتری از سلامت درک شده دارند، بیشتر در

فعالیت‌های خودمراقبتی مشارکت دارند (۹). بر اساس فرضیه اورم خود مراقبتی یک رفتار آموخته شده است که تابعی از برخی عوامل مانند ویژگی‌های جمعیت شناختی، خانواده و محیط می‌باشد (۸).

اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی در زنان می‌تواند به صورت غیر مستقیم بر رفتار فرزندان خانواده تأثیرگذار باشد. به دلیل اهمیت این موضوع و همچنین با توجه به اهمیت خودمراقبتی به عنوان یکی از ابعاد مهم سبک زندگی سلامت محور و نیز با توجه به اهمیت سلامت زنان و نقش بسیار مهم آن‌ها در ایجاد یک جامعه سالم، پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت خودمراقبتی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۹٤ طراحی گردید.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مقطعی بر روی ۲٤۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهری کرمان در سال ۱۳۹٤ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داوطلب بودن و تمایل به شرکت در مطالعه و سن بین ۱۵ تا ٦٤ سال. روش نمونه‌گیری به صورت دو مرحله‌ای بود. ده مرکز بهداشتی و درمانی شهری در شهر کرمان که لیست آن‌ها از مرکز بهداشت شهرستان اخذ شده بود به روش تصادفی انتخاب و نمونه‌ها به روش غیر احتمالی آسان از زنان مراجعه‌کننده به این مراکز انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه خود گزارش‌دهی محقق ساخته بود. بخش اول پرسشنامه در برگیرنده اطلاعات دموگرافیکی شامل سن، وضعیت اشتغال، تحصیلات و درآمد خانوار و بخش دوم آن شامل۲۷ سؤال بود که ۱۷ سؤال در زمینه خودمراقبتی جسمی و۱۰ سؤال در زمینه غربالگری بر اساس بررسی متون طراحی گردید (۲،۳،۵،۷،۱۰). چهار سؤال چند گزینه‌ای در مورد وضعیت خواب، فعالیت فیزیکی، تماشای برنامه‌های تلویزیون و کار با کامپیوتر بود که پاسخ‌دهندگان می بایست از بین گزینه‌های ارائه شده، یکی را انتخاب می‌نمودند. ۱۱ سؤال نیز مربوط به رژیم غذایی بود که به صورت بلی و خیر پاسخ داده می‌شد. همچنین ۲ سؤال نیز در خصوص پرسیدن از افراد متخصص در مورد نحوه مراقبت درست از خود و گزارش نشانه های غیر معمول به پزشک یا سایر پرسنل بهداشتی که این سؤالات نیز به صورت بلی و خیر پاسخ داده می شد. در پایان هم ۱۰ سؤال در مورد نحوه انجام غربالگری‌های توصیه شده در زنان با توجه به سن آن‌ها وجود داشت. غربالگری‌های مذکور شامل انجام انجام پاپ اسمیر در خانم‌های حداقل یک‌بار ازدواج کرده ۲۱ تا ٦۵ سال، خودآزمایی پستان بعد از سن بلوغ، معاینه بالینی پستان از ۲۰ سالگی، ماموگرافی از ٤۰ سالگی، معاینه لگن از ۲۰ سالگی، غربالگری دیابت از ۳۰ سالگی، پرفشاری خون از ۱۸ سالگی و اختلال چربی خون از ۲۰ سالگی است (۱۳-۱۰). این سؤالات نیز به صورت چند گزینه‌ای بود. از شرکت کنندگان خواسته شد تا گزینه‌ای که مشخص کننده وضعیت آن‌ها در انجام غربالگری مورد نظر است را انتخاب نمایند. پرسشنامه بدون نام و نام خانوادگی تکمیل شد. اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه و تنها برای پژوهش مورد استفاده قرار خواهند گرفت. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه مورد تأیید کارشناسان قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از مطالعه پایلوت و بر اساس آلفای کرونباخ ۰/٦۲ تعیین گردید. جهت تعیین حجم نمونه

در جمعیت مورد مطالعه با استفاده از فرمول برآورد نسبت و در نظر گرفتن اطمینان آماری ۹۵٪ و همچنین دقت (p=۰/۱۵) و فراوانی (p) ۵۰٪ اندازه نمونه لازم برای انجام این مطالعه ۱۰۰ نفر محاسبه گردید. با توجه به نوع مطالعه و در نظر گرفتن ضریب ۲ برای اثر طرح در نمونه‌گیری چند مرحله‌ای (۱٤) و همچنین ریزش ۲۰ درصد در نهایت ۲٤۰ نفر وارد مطالعه شدند. نتایج حاصل از این پژوهش با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آمار توصیفی (درصد و میانگین) و آزمون تحلیلی نظیر مجذورکای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت کنندگان در مطالعه، ۳۱/٦۷±۷/۷۰۳ بود. ۲۳۷ نفر(۹۸/۷ درصد) متأهل، ۱۰۵ نفر (٤۳/۸ درصد) با مدرک تحصیلی دیپلم، ۲۰۱ نفر (۸۳/۷ درصد) خانه‌دار و ۱۱۵ نفر (٤۷/۹ درصد) با درآمد خانوار بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان در ماه بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان

ویژگی‌های دموگرافیک	آماره توصیفی	فراوانی (درصد)
گروه سنی	کمتر از ۲۰ سال	۸(۳/۳)
	۲۰ تا ۲۹ سال	۸۷(۳۶/۳)
	۳۰ تا ۳۹ سال	۱۰۸(۴۵/۰)
	۴۰ سال و بالاتر	۳۷(۱۵/۴)
وضعیت تأهل	مجرد	۳(۱/۳)
	متأهل	۲۳۷(۹۸/۷)
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۲۰۱(۸۳/۷)
	شاغل	۳۹(۱۶/۳)
وضعیت تحصیلات	بی‌سواد	۲(۰/۸)
	زیر دیپلم	۷۱(۲۹/۶)
	دیپلم	۱۰۵(۴۳/۸)
	دانشگاهی	۶۲(۲۵/۸)
وضعیت درآمد خانوار / ماه	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۸۰(۳۳/۳)
	۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان	۱۱۵(۴۷/۹)
	بیشتر از یک میلیون تومان	۴۵(۱۸/۸)

در بین ابعاد خود مراقبتی جسمی، ۱٤۸ نفر (٦۱/۷ درصد) گزارش کردند که در طول شب حداقل ۷ ساعت می‌خوابند. ۲۳٦ نفر (۹۸/۳ درصد) بدون سابقه مصرف سیگار بودند. ۱۵۱ نفر (٦۲/۹) بیان نمودند که در طول هفته اصلاً ورزش نمی‌کنند. ۱۳۲ نفر (۵۵ درصد) هم بیشتر از ۲ ساعت در طول روز تماشای تلویزیون و یا کار با کامپیوترداشتند (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی خودمراقبتی جسمی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان

رفتارهای خودمراقبتی / گزینه‌های مرتبط	آماره توصیفی	فراوانی (درصد)	
وضعیت خواب	کمتر از ۷ ساعت در طول شب	۹۲(۳۸/۳)	
	حداقل ۷ ساعت در طول شب	۱۴۸(۶۱/۷)	
وضعیت مصرف سیگار	مصرف سیگار در حال حاضر	۰(۰)	
	سابقه مصرف سیگار در گذشته	۴(۱/۷)	
	بدون سابقه مصرف سیگار	۲۳۶(۹۸/۳)	
وضعیت فعالیت فیزیکی	حداقل ۳ بار در طول هفته به مدت نیم ساعت ورزش (پیاده روی تند)	۷۸(۳۲/۵)	
	حداقل ۱ تا ۲ بار در طول هفته به مدت نیم ساعت ورزش (پیاده روی تند)	۱۱(۴/۶)	
	هرگز	۱۵۱(۶۲/۹)	
تماشای تلویزیون و یا کار با کامپیوتر	کمتر از ۲ ساعت در طول روز	۱۰۸(۴۵)	
	بیشتر از ۲ ساعت در طول روز	۱۳۲(۵۵)	
وضعیت تغذیه	خوردن صبحانه هر روز	بلی	۲۰۲(۸۴/۲)
		خیر	۳۸(۱۵/۸)
	محدود کردن استفاده از شکر و شیرینی‌ها	بلی	۹۲(۳۸/۳)
		خیر	۱۴۸(۶۱/۷)
	محدود کردن استفاده از نمک	بلی	۱۱۲(۴۶/۷)
		خیر	۱۲۸(۵۳/۳)۱۲۸
	محدود کردن استفاده از غذاهای آماده مثل ساندویچ وغیره	بلی	۱۶۲(۶۷/۵)
		خیر	۷۸(۳۲/۵)
	مصرف روزانه سبزی	بلی	۱۸۵(۷۷/۱)
		خیر	۵۵(۲۲/۹)
	مصرف روزانه میوه	بلی	۲۲۲(۹۲/۵)
		خیر	۱۸(۷/۵)
	مصرف روزانه لبنیات (شیر، ماست یا پنیر)	بلی	۲۰۶(۸۵/۸)
		خیر	۳۴(۱۴/۲)
	انتخاب رژیم غذایی کم چرب	بلی	۱۳۶(۵۶/۷)
		خیر	۱۰۴(۴۳/۳)
	توجه به برچسب مواد غذایی بسته‌بندی مانند کنسروها و غیره	بلی	۲۱۴(۸۹/۲)
		خیر	۲۶(۱۰/۸)
	خوردن ۸ لیوان آب در روز	بلی	۱۷۴(۷۲/۵)
		خیر	۶۶(۲۷/۵)
	اندازه گیری و کنترل وزن به طور منظم	بلی	۱۱۹(۴۹/۶)
		خیر	۱۲۱(۵۰/۴)

بین وضعیت خواب، مصرف سیگار، فعالیت فیزیکی و تماشای تلویزیون با تحصیلات و درآمد خانوار ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نگردید (P>۰/۰۵). در بین ٤ بُعد خود مراقبتی جسمی، تنها وضعیت خواب حداقل ۷ ساعت در شب در زنان خانه‌دار بیشتر از زنان شاغل بود (P=۰/۰۲). به این معنا که حداقل ۷ ساعت خواب در طول شب در زنان خانه‌دار نسبت به خانم‌های شاغل بیشتر بود. بین مصرف سیگار، فعالیت فیزیکی و تماشای تلویزیون با شغل افراد ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد (P>۰/۰۵). بین وضعیت تغذیه سالم در افراد براساس تحصیلات، درآمد خانوار و شغل، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵).

تنها ۸۹ نفر (۳۷/۱ درصد) از زنان گزارش کردند که در مورد نحوه مراقبت درست از خود از افراد متخصص سؤال نمودند. در صورتی که ۱۹۸ نفر

(۸۲/۵ درصد) اظهار کردند که نشانه‌های غیر معمول را به پزشک یا سایر پرسنل بهداشتی گزارش می‌کنند. در مورد انجام تست پاپ‌اسمیر، ۱۳۵ نفر (۵۷ درصد) هرگز این تست را انجام نداده بودند. در خصوص تست‌های غربالگری سرطان پستان به ترتیب ۵۳/۳، ٦٧/٥ و ٧٤/٤ درصد از افراد گزارش کردند که هرگز خودآزمایی پستان، معاینه بالینی پستان و ماموگرافی انجام نداده بودند (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی غربالگری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان

وضعیت غربالگری / آماره توصیفی	گزینه‌ها	فراوانی (درصد)	جمع کل
پرسیدن اطلاعات از افراد متخصص در مورد نحوه مراقبت درست از خود	بلی	۸۹ (۳۷/۱)	۲۴۰(۱۰۰)
	خیر	۱۵۱ (۶۲/۹)	
گزارش دادن نشانه‌های غیر معمول به پزشک یا سایر پرسنل بهداشتی	بلی	۱۹۸(۸۲/۵)	۲۴۰(۱۰۰)
	خیر	۴۲(۱۷/۵)	
انجام تست پاپ اسمیر (متأهل و سن ≤۲۱سال)	هرگز	۱۲۷(۵۵/۴)	۲۲۹(۱۰۰)
	هر ۱ تا ۳ سال	۸۷ (۳۷/۹)	
	بیش از ۵ سال	۱۵(۶/۷)	
انجام خودآزمایی پستان	هرگز	۱۲۸(۵۳/۳)	۲۴۰(۱۰۰)
	هر چندماه	۵۱(۲۱/۳)	
	هرماه	۶۱(۲۵/۴)	
معاینه بالینی پستان(سن ≤۲۰ سال)	هرگز	۱۵۴(۶۶/۴)	۲۳۲(۱۰۰)
	هر ۲ تا ۳ سال	۵۸(۲۵/۰)	
	هر سال	۲۰(۸/۶)	
انجام ماموگرافی (سن≤ ۴۰ سال)	هرگز	۲۵(۶۷/۶)	۳۷(۱۰۰)
	هر ۲ تا ۳ سال	۸(۲۱/۶)	
	هر سال	۲ (۵/۴)	
انجام معاینه لگن (سن ≤۲۰ سال)	هرگز	۱۷۳(۷۴/۵)	۲۳۲(۱۰۰)
	هر ۱ تا ۳ سال	۵۵(۲۳/۷)	
	بیش از ۵ سال	۴(۱/۸)	
اندازه‌گیری فشار خون	هرگز	۲۲(۹/۲)	۲۴۰(۱۰۰)
	کمتر از یک‌سال	۲۰۸(۸۶/۷)	
	هر ۱ تا ۲ سال	۹(۳/۸)	
	بیش از ۲ سال	۱(۰/۴)	
اندازه گیری قند خون (سن≤۳۰ سال)	هرگز	۲۹(۲۰/۰)	۱۴۵(۱۰۰)
	کمتر از یک‌سال	۷۸(۵۳/۸)	
	هر ۱ تا ۳ سال	۲۹(۲۰/۰)	
	بیش از ۳ سال	۹(۶/۲)	
اندازه گیری چربی خون (سن ≤۲۰ سال)	هرگز	۷۲(۳۱)	۲۳۲(۱۰۰)
	کمتر از یک‌سال	۱۲۰(۵۱/۷)	
	هر ۱ تا ۵ سال	۳۹(۱۶/۸)	
	بیش از ۵ سال	۱(۰/۵)	
مدت زمان گذشته از آخرین نوبت تزریق واکسن کزاز	کمتر از ۱۰ سال	۱۴۶(۶۰/۸)	۲۴۰(۱۰۰)
	بیش از ۱۰ سال	۹۴(۳۹/۲)	

*تعداد افراد در ستون جمع کل مربوط به افرادی است که واجد شرایط انجام غربالگری مربوطه می‌باشند به همین دلیل در برخی موارد از تعداد حجم نمونه مطالعه کمتر می‌باشند.

گزارش نشانه‌های غیر معمول به پزشک یا سایر پرسنل بهداشتی در افراد با تحصیلات بالای دیپلم بیشتر از زنان با تحصیلات زیر دیپلم بود (P=۰/۰۲). به این معنا که هرچه تحصیلات خانم‌ها بالاتر باشد نشانه‌های غیر معمول را بیشتر به پزشک یا سایر پرسنل بهداشتی گزارش می‌کردند. گزارش نشانه‌های غیر معمول به پزشک یا سایر پرسنل بهداشتی ارتباطی با درآمد خانوار و شغل نداشت (P>۰/۰۵). همچنین پرسیدن اطلاعات از افراد متخصص در مورد نحوه مراقبت درست از خود در افراد شاغل با تفاوت آماری معنی‌داری بیشتر از زنان خانه‌دار بود (P=۰/۰٤) اما با درآمد خانوار و تحصیلات فرد، رابطه معنی‌داری نداشت (P>۰/۰۵).

انجام نمونه‌برداری از دهانه رحم (تست پاپ اسمیر) در زنان متأهل شاغل و با تحصیلات بالای دیپلم و درآمد خانوار بالای یک میلیون تومان با تفاوت آماری معنی‌دار بیشتر از زنان متأهل خانه‌دار، زیر دیپلم و درآمد خانوار کمتر از ۵۰۰ هزار تومان بود (P=۰/۰۰٤). بین انجام خودآزمایی پستان و معاینه بالینی پستان با سطح تحصیلات، درآمد خانوار و شغل اختلاف آماری معنی‌داری دیده نشد (P>۰/۰۵). هر چند انجام ماموگرافی در زنان بالای ٤۰ سال با درآمد و تحصیلات بالاتر و زنان شاغل بیشتر بود اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵).

بین انجام معاینه لگن، اندازه‌گیری فشار خون در زنان بالای ۱۸ سال، اندازه گیری قند خون در زنان بالای ۳۰ سال و تزریق آخرین نوبت واکسن کزاز با سطح تحصیلات (زیردیپلم و بالای دیپلم)، درآمد خانوار و شغل تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). بین اندازه‌گیری چربی خون در زنان بالای ۲۰ سال با سطح تحصیلات (زیر دیپلم و بالای دیپلم) و شغل تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵) اما انجام غربالگری اختلالات چربی خون در زنان با درآمد خانوار بالای یک میلیون با تفاوت آماری معنی‌دار، بیشتر از بقیه گروه‌های درآمـدی بود (P=۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر وضعیت خودمراقبتی جسمی و غربالگری‌ها را در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۹٤ مورد بررسی قرار داد. نتایج بیانگر این موضوع بود که در بین ابعاد مختلف وضعیت خودمراقبتی جسمی، از نظر میزان حداقل خواب شبانه، بیش از ٦۰ درصد زنان گزارش کردند که حداقل ۷ ساعت خواب شبانه دارند که در زنان خانه‌دار بیشتر از زنان شاغل و از نظر آماری معنی‌دار بود که این نتایج با پژوهش‌های گذشته که نشان‌دهنده مشکل کم‌خوابی در بین شاغلین به خصوص شاغلین نوبت کار است، مطابقت دارد (۱۵). زنان شاغل با توجه به مسئولیت‌های چندگانه در محیط منزل، مراقبت از فرزندان و همچنین مسئولیت‌های شغلی در مقایسه با خانم‌های خانه دار فرصت کمتری برای استراحت دارند که این مسأله خواب شبانه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. کمتر از ۲ درصد زنان مورد بررسی اظهار داشتند که در گذشته مصرف سیگار داشتند. این وضعیت با مطالعه کشوری بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در سال ۱۳۸۸ در استان کرمان مطابقت دارد که فراوانی مصرف سیگار در زنان استان کرمان ۱/۰٦ درصد گزارش گردید (۱٦). بررسی دیگر، شیوع مصرف دخانیات را در مردان ایرانی۲۷/۲ درصد و در

زنان ایرانی ٤/٣ درصد گزارش کرد (١٧). با توجه به ارتباط مصرف سیگار با بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی- عروقی و انواع سرطان‌ها و از طرف دیگر شیوع کنونی اندک این عامل خطر در میان زنان ایرانی، تأکید بر مداخلات آموزشی برای پیشگیری از ایجاد این عامل خطر در آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

در خصوص فعالیت فیزیکی مطالعه حاضر نشان داد که در بیش از نیمی (٥٥ درصد) از زنان مورد بررسی، مدت زمان فعالیت‌های نشسته (تماشای تلویزیون و یا کار با کامپیوتر) بیش از دو ساعت در روز بود در صورتی که تقریباً دو سوم (٦٣ درصد) آن‌ها گزارش کردند که در طول هفته هیچ فعالیت فیزیکی نداشتند. همچنین وضعیت فعالیت جسمانی براساس سطح تحصیلات (زیر دیپلم و بالای دیپلم)، درآمد خانوار و شغل (شاغل، خانه‌دار) افراد تفاوتی نداشت. نتایج بررسی عوامل خطر در بیماری‌های غیر واگیر در سال ١٣٨٨ در استان کرمان نیز نشان داد که بیش از نیمی از زنان استان کرمان، فعالیت جسمانی کمی در طول هفته دارند (١٦). مطالعه دیگر در شهر کرمان در سال ١٣٩٢ بیانگر این موضوع بود که فعالیت فیزیکی در زنان مراجعه کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی شهر کرمان پایین‌ترین نمره را در بین ابعاد سبک زندگی داشت (١٨). استقامتی و همکاران نیز نشان دادند که حدود نیمی از زنان ایرانی فعالیت فیزیکی کمی دارند (١٩). با توجه به اهمیت فعالیت جسمانی در پیشگیری از بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های غیرواگیر نیاز است که در برنامه‌های آموزش خودمراقبتی توجه بیشتری به این فعالیت‌ها داشته باشیم و از طریق بررسی عوامل مؤثر بر عدم مشارکت زنان در فعالیت‌های ورزشی بتوان این بُعد از شیوه زندگی را در جامعه تا حد امکان بهبود داد.

از نظر وضعیت تغذیه، مطالعه حاضر نشان داد که غیر از وضعیت مصرف نمک و شکر که کمتر از نیمی (٤٧ و ٣٨ درصد) از افراد مورد بررسی گزارش کردند که مصرف این مواد را در رژیم غذایی روزانه خود محدود می‌کنند. در خصوص بقیه موارد مرتبط با تغذیه سالم مانند خوردن هر روز صبحانه، نوشیدن آب کافی در روز، مصرف روزانه میوه و سبزی و لبنیات، محدود کردن مصرف غذاهای آماده و چرب، توجه به برچسب مواد غذایی و کنترل وزن بیش از نیمی از افراد گزارش کردند که رفتارهای تغذیه‌ای مذکور را رعایت می‌کنند. در مطالعه دیگری در شهر کرمان، تغذیه بالاترین امتیاز را در بین ابعاد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت به خود اختصاص داده بود (١٨). بین وضعیت تغذیه با سطح تحصیلات، درآمد خانوار و شغل زنان مورد بررسی اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج مطالعه شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در سال ١٣٨٨ در استان کرمان نشان داد که حدود ٩٥ درصد زنان استان کرمان کمتر از ٥ واحد میوه و سبزی در طول روز استفاده می‌کنند و میانگین تعداد واحد مصرف میوه و سبزی در این افراد به ترتیب ٠/٩٤ و ١/٠٩ واحد بود (١٦). مطالعه رستمی و همکاران نیز نشان داد که میانگین مصرف میوه و سبزی در زنان بیشتر از مردان می‌باشد (٢٠). مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعه کشوری گویای این مطلب است که در مطالعه حاضر وضعیت تغذیه توسط افراد مورد بررسی، بهتر گزارش گردیده است. معمولاً در مطالعاتی که افراد مورد پرسشگری قرار می‌گیرند سعی می‌کنند که شیوه زندگی خود را سالم‌تر نشان دهند هر چند که مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است نشان

دهنده این موضوع است که زنان در مقایسه با مردان توجه بیشتری به نحوه تغذیه سالم دارند.

مطالعه حاضر نشان داد بیش از سه چهارم (۸۲/۵ درصد) افراد گزارش کردند که در صورت بروز نشانه های غیر معمول به پزشک یا سایر پرسنل بهداشتی مراجعه می‌نمایند به ویژه افراد با تحصیلات بالای دیپلم. در صورتی که درآمد خانوار و شغل فرد تفاوت معنی‌داری در گزارش نشانه‌های غیر معمول ایجاد نمی‌کرد. این نتیجه گویای این مطلب است که سطح تحصیلات بالاتر سبب افزایش سطح آگاهی افراد در زمینه سلامت می‌گردد و افراد با آگاهی بالاتر نشانه‌های غیرمعمول را سریع‌تر گزارش می کنند. کمتر از ٤٠ درصد زنان مورد مطالعه گزارش کردند که در مورد نحوه مراقبت درست خود از افراد متخصص سؤال می‌نمایند. با توجه به دسترسی ساده تر به اینترنت به نظر می‌رسد که این منبع اطلاعاتی در حال حاضر به عنوان عمده‌ترین منبع کسب اطلاعات در مورد نحوه مراقبت درست از خود محسوب گردیده و سبب می‌گردد که پرسیدن از افراد متخصص سهم کمتری داشته باشد.

بیش از نیمی(۵۷ درصد) از زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر اظهار نمودند که هرگز تست پاپ اسمیر را انجام نداده‌اند و کمتر از ٤٠ درصد آن‌ها گزارش نمودند که این تست را به صورت منظم انجام می‌دهند. علی‌رغم اهمیت تست پاپ اسمیر در غربالگری سرطان دهانه رحم، متأسفانه تعداد زیادی از زنان واجد شرایط به دلایل مختلف برای انجام تست پاپ اسمیر مراجعه نمی‌کنند. از مهم‌ترین علل عدم انجام تست پاپ اسمیر می‌توان به عدم آگاهی از اهمیت و ضرورت آن، احساس شرم و خجالت از انجام آن و همچنین اضطراب و ترس ناشی از مثبت بودن نتیجه اشاره نمود (۲۱). جلیلیان و همکاران گزارش کردند تنها ۱۷/۵ درصد از زنان در اراک پاپ اسمیر را به طور منظم انجام می‌دهند (۲۲). صابری و همکاران نیز نشان دادند بیشتر زنان شهر کاشان این تست را در فواصل استاندارد انجام نمی‌دهند (۲۱). مطالعه سادات جدی آرانی و همکاران نیز نشان داد تنها ۳۵ درصد زنان شهری پاپ اسمیر را به طور منظم انجام می‌دهند (۲۳). در مطالعه حاضر زنان شاغل با سطح تحصیلات و درآمد خانوار و سن بالاتر، تمایل بیشتری به انجام تست پاپ اسمیر داشتند. در مطالعه صابری و همکاران نیز بین تحصیلات و درآمد و انجام تست پاپ اسمیر ارتباط معنی‌دار وجود داشت، در صورتی که این ارتباط برای سن و شغل زنان مشاهده نگردید (۲۱). در مطالعه سادات جدی آرانی انجام تست پاپ اسمیر در زنان با سن بالاتر بیشتر بود (۲۳). دلیل این امر شاید بالاتر بودن سواد سلامت در زنان شاغل با سطح تحصیلات و درآمد خانوار و سن بالاتر باشد.

بیش از نیمی (۵۳ و ٦٧/٥ درصد) از زنان بالای ۲۰ سال در مطالعه حاضر اظهار نمودند که خودآزمایی پستان و معاینه بالینی توسط پزشک و یا پرسنل بهداشتی را هرگز انجام نداده‌اند.در مطالعه رئیسی و همکاران حدود ٤٠ درصد افراد مورد بررسی گزارش نمودند که خودآزمایی پستان را به صورت منظم هر ماه انجام می‌دهند (٢٤) این غربالگری با سطح تحصیلات، درآمد خانوار و شغل نیز بین گروه‌های مختلف اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. بین انجام خودآزمایی پستان و سن و میزان تحصیلات ارتباط معنی‌دار وجود داشت (٢٤). بیش از نیمی (٦٨ درصد) از شرکت‌کنندگان بالای ٤٠ سال در پژوهش حاضر هرگز ماموگرافی انجام نداده بودند. در مطالعه

مختاری و همکاران (۲۵) و همچنین نقیبی و همکاران (۲۷، ۲٦) نیز نتایج مشابهی در خصوص انجام ماموگرافی گزارش گردید. به نظر می‌رسد با توجه به اهمیت ماموگرافی در غربالگری سرطان پستان از یک طرف و مراجعه کم افراد واجد شرایط، نیاز است که توجه بیشتری به آموزش‌های سلامت در زمینه افزایش سطح آگاهی زنان و ایجاد انگیزه در آن‌ها جهت اتخاذ این رفتار بهداشتی داشت. در مطالعه حاضر بین انجام ماموگرافی در زنان بالای ٤٠ سال با درآمد و تحصیلات بالاتر و شاغل بودن زنان، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه مختاری و همکاران نیز شغل و تحصیلات با انجام ماموگرافی ارتباط نداشت و تنها بین سن افراد و انجام ماموگرافی همبستگی معنی‌دار مشاهده شد (۲۵). در مطالعه نقیبی و همکاران نیز سن و تأهل با عملکرد ماموگرافی ارتباط داشتند (۲۷). دلیل عدم مشاهده ارتباط معنی دار انجام ماموگرافی در زنان بالای ٤٠ سال بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک ممکن است پایین بودن تعداد زنان بالای ٤٠ سال در مطالعه حاضر باشد.

در خصوص انجام معاینه لگن اکثر افراد (۷۵ درصد) گزارش کردند که این غربالگری را هرگز انجام ندادند و تحصیلات، درآمد خانوار و شغل نیز ارتباطی با انجام این غربالگری نداشتند. این موضوع حاکی از این است که در مداخلات آموزشی جهت افزایش آگاهی زنان در خصوص غربالگری باید تأکید بیشتری بر انجام این غربالگری داشت. کمتر از ۱۰ درصد افراد مورد بررسی هرگز اندازه‌گیری فشار خون نداشتند و این عدد در مورد اندازه‌گیری قند خون حدود ۲۰ درصد و در مورد اندازه‌گیری چربی خون حدود ۳۰ درصد افراد را شامل می‌شد. بین انجام غربالگری‌های مذکور با شغل و تحصیلات و درآمد خانوار ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. تنها اندازه‌گیری چربی خون با درآمد خانوار ارتباط داشت که زنان با درآمد خانوار بالاتر، بیشتر برای این غربالگری مراجعه می‌کنند. این نتیجه ممکن است نشان دهنده این موضوع باشد که آگاهی افراد در سطح جامعه نسبت به این غربالگری‌ها بیشتر می باشد. بیش از یک سوم (۳۹ درصد) افراد مورد بررسی از آخرین نوبت واکسن کزاز بیش از ۱۰ سال می‌گذشت که نیاز است در برنامه‌های آموزشی تأکید بیشتری روی این موضوع داشت. مجاهد و همکاران نشان دادند که وضعیت ایمن‌سازی کزاز زنان باردار مراجعه کننده به مراکز زایمانی یزد در ٦٥ درصد موارد کامل و در ۳۵ درصد موارد این ایمن‌سازی ناقص بود(۲۸). مطالعه رزاقی و همکاران نشان داد که ٦٥ درصد از افراد بالای ۵۰ سال در کاشان ایمنی محافظت کننده علیه کزاز نداشتند (۲۹). بنابراین به نظر می‌رسد با افت سطح ایمنی کزاز با افزایش سن نیاز است که در برنامه‌های سلامت به این موضوع نیز توجه بیشتری مبذول گردد.

نتایج پژوهش نشان داد در بین ابعاد خودمراقبتی جسمی فعالیت فیزیکی مانند سایر مطالعات مشابه، وضعیت نامناسبی در بین زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهری کرمان دیده می‌شود. با توجه به اهمیت فعالیت جسمانی در پیشگیری از بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های غیر واگیر، نیاز است در برنامه‌های آموزشی توجه بیشتری به این فعالیت‌ها شود و از طریق بررسی عوامل مؤثر بر عدم مشارکت زنان در فعالیت‌های ورزشی، این بعد از شیوه زندگی تا حد امکان در جامعه بهبود یابد. در خصوص غربالگری های مختلف نیز به نظر می‌رسد با توجه به آموزش

هایی که در زمینه لزوم و اهمیت اندازه‌گیری فشار خون، قند خون و چربی خون در سطح جامعه و از طریق رسانه‌ها صورت می‌گیرد، وضعیت بهتری در این ابعاد غربالگری مشاهده می‌گردد. در صورتی که غربالگری سرطان‌های شایع در زنان به دلایل مختلفی مانند ترس از نتیجه مثبت، احساس شرم و خجالت از انجام آن و یا شاید عدم آگاهی از لزوم اهمیت آن‌ها، وضعیت مناسبی ندارند. از محدودیت‌ها این پژوهش این بود که مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بود و امکان تعیین رابطه زمانی بین عوامل مورد بررسی وجود نداشت. محدودیت دیگر این که پاسخ شرکت‌کنندگان به صورت خود گزارش‌دهی بود که ممکن است افراد شرکت‌کننده وضعیت خودمراقبتی و انجام غربالگری‌ها را بهتر از واقعیت گزارش نمایند.

پیشنهادها

با توجه به نامناسب بودن عملکرد بانوان کرمانی در خصوص انجام غربالگری سرطان‌های شایع، پیشنهاد می‌گردد تا در مطالعات آینده علل عدم مراجعه آن‌ها از طریق مطالعات کیفی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹٤بود که با حمایت معاونت پژوهشی این دانشگاه اجرا شده است. نویسندگان مقاله بدین وسیله از پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان و همچنین زنان شرکت کننده در مطالعه جهت همکاری کمال تشکر را دارند.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Shakibazadeh E. Using commercial marketing approach to deliver health and prevention: helping to promote self-care. Hayat. 2014;20(3):1-5. Persian.

2. Azadbakht M, Garmaroudi G, Tanjani PT, Sahaf R, Shojaeijadeh D, Gheisvandi 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):20-9. Persian.

3. Ministry of Health and Medical Education, The Office of Health Promotion and Education. Component to empower people to self care; 2014:

4. Khankolabi M, Rahimi F, Soleimaninejad M, Shirvandehi S. What is the role of internet on self care in women staffs of Tehran Medical Science University? Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2014;6(2): 277-87. Persian.

5. Golshiri P, Sadri G, Farajzadegan Z, Sahafi M, Najimi A. Is there any association between family function Self Care in Women? Journal of Isfahan Medical School. 2012;29(166):2253-61. Persian.

6. Mirzaeian R, Fathi-Azar E, Mobasheri M, Shirvani M, Ghoddousi M, Shohani M. Assessment and Comparison of Self-Care Status among Students of Tabriz University of Medical Sciences and Tabriz University. J Ilam Univ Med Sci. 2013;21(6):50-6. Persian.

7. Eftekhar H, Mohammad K, Tavafian SS, Mirkarimi K, Ramezanzadeh A.The Perceived of Self Care among General People Living in South of Tehran, Iran. Iranian Journal of Epidemiology 2009;5(1):29-33.Persian.

8. Wang HH, Laffrey SC. A Predictive Model of well-Being and Self-Care for rural elderly women in Taiwan. Res Nurs Health. 2001;24(2):122-32.

9. Wang HH, Shieh C, Wang RH. Self care and well-being model for elderly women: a comparison of rural and urban areas. Kaohsiung J Med Sci. 2004;20(2):63-9.

10. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Preventive Service Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services 2014.

11. U.S National Library of Medicine. Health screening - women - ages 18 to 39. Available from: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007462.htm

12. Khorasani P, Eskandari M. Comprehensive Epidemiology in Health Sciences. 2th ed.Tehran: Jameenegar; 2013.Persian.
13. Rafati M, Ghotbi M, Ahmadnia H. Principles of diseases prevention and surveillance, Non-communicable diseases surveillance system.Tehran: Sepid; 2008. Persian.
14. Haghdoost AA, Baneshi MR, Marzban M. How to Estimate the Sample Size in Special Conditions? (Part two). Iran J Epidemiol. 2011; 7(2): 67-74. Persian.
15. Farvaresh E, Monazam MR, Abbassinia M, Asghari M, Sadeghi, Mohammadian A. Investigation the relationship between sleepiness and general health of shift workers in the automobile industry. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2012;4(2):221-6. Persian.
16. Risk factors of non communicable diseases. [cited 2015 Dec 3]. Available from: http://www.ncdinfobase.ir/files/docs/Kerman-88.pdf.
17. Ahmadi J, Khalili H, Jooybar R, Namazi N, Mohammadagaei P. Prevalence of cigarette smoking in Iran. Psychol Rep. 2001;89(2):339-41.
18. Ahmadipour H, Kiarash G. Promoting Healthy Lifestyles for Women in Kerman, Iran: A Population-Based Study. Women's Health Bulletin. 2016; e33612.
19. Esteghamati A, Khalilzadeh O, Rashidi A, Kamgar M, Meysamie A, Abbasi M. Physical activity in Iran: results of the third national surveillance of risk factors of non-communicable diseases (SuRFNCD-2007). J Phys Act Health. 2011;8(1):27-35.
20. Rostami H, Tavakoli HR, Jonaidi N, Hashemi G, Homauoni F, Naghavi S. Surveying fruit and vegetable consumption and their associated factors in the staff of the health centers of a Medical military University in 2011. Journal of Military Medicine. 2014;16(3):133-9. Persian.
21. Saberi F, Sadat Z, Abedzadeh M. Factors associated with cervical cancer screening and its barriers among women: Kashan, Iran Payesh. 2012;11(3):351-8.Persian.
22. Jalilian F, Mirzaei Alavijeh M, Emdadi S, Barati M, Nasirzadeh M, Hatamzadeh N. Predicting factors related with Pap smear results among women based on health belief model. J Health Syst Res. 2011;7(6):1226-34.Persian.
23. Sadatjediarani T, Akbari H, Hasanbeigi O, Askari Z. The study of preventive and impeller factors of prevalent cancers screening tests in Women in Kashan during 2013. Sci J Ilam Univ Med Sci. 2015;22(7):56-66. Persian.
24. Reisi M, Javadzadeh S, Sharifirad GR, Yarmohammadi P. Knowledge, attitudes and practice of Breast Self- Examination among female health workers in Isfahan 2010, Iran. J Health Syst Res. 2011;7(2):180-8. Persian.
25. Mokhtari L, Khorami-Markani A, Habibpoor Z. Correlation between health beliefs and breast cancer early detection behaviors among females referring to health centers in Khoy city, Iran. Journal of Health Promotion Management 2014;3(4):56-65.Persian.
26. Naghibi SA, Shojaizadeh D, Montazeri A, Yazdani-Cherati Y. Evaluating the performance rate of breast cancer screening methods and its relationship with breast cancer risk factors in Mazandaran province, Iran. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014; 23(110): 118-23.
27. Naghibi SA, Shojaizadeh D, Yazdani-Cherati Y, Montazeri A. Breast cancer preventive behaviors among Iranian women: a systematic review. Payesh. 2015;14(2):181-91. Persian.
28. Mojahed S, Zareh F, Bokaei M, Enjezab B. Evaluation of Tetanus Vacination Status of Pregnant Mothers Referring to Delivery Wards, Yazd. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2005; 13 (3) :67-72. Persian.
29. Razzaghi R, Khalifesoltani A, Heravi MM, Akbari H. Tetanus immunity in individuals aged 50 years or older in Kashan, Iran. Acta Med Iran. 2011;49(6):379-82.

Self-care Activities among Women Referred to Health Care Centers in Kerman

Sheikhizade Sahar[1]*, Ahmadipour Habibeh[2]

• Received: 07. 02. 2016 • Revised: 08. 06. 2016 • Accepted: 11. 06. 2016

Abstract

Introduction: Self-care, an important aspect of healthy lifestyle, means to follow a healthy life style to prevent diseases. Given the importance of self-care, this study aimed to evaluate self-care activities among women referred to health care centers in Kerman during 2015.
Methods: This is a descriptive – analytic and cross-sectional study performed on 240 women who referred to health care centers in Kerman during 2015. They were selected using multistage sampling method. Data were collected using a two-part researcher-made questionnaire. The first part included demographic data and the second, 17 questions on screening performance. Data were statistically analyzed by SPSS 20 and Chi-square.
Results: The results show that there was no significant relationship between different aspect of physical self-care and education, job, and income (P>0.05) but sleep quality was better in housekeepers (P=0.02) compared to the employed women. Screening analysis show that Pap smear in employed working (P=0.006), and in women with high education and income (P=0.004) and also lipid profile screening in women with high income (P=0.001) compared to the housekeepers were significantly performed.
Conclusion: Considering the results, it is concluded that physical activity as well as screening common cancers among studied women is not satisfactory. Therefore, educational programs should be considered in order to enhance public awareness as well as finding out the inhibiting factors for self-care activities.

Keywords: Self-care, Women, Screening, Health Care center.

• **Citation:** Sheikhizade S, Ahmadipour H. Self-care Activities among Women Referred to Health Care Centers in Kerman. Journal of Health Based Research 2016; 2(1): 55-67.

1. MD, MPH, Department of Social Medicine, Afzalipour School of Medical, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
2 Assistant Professor, Department of Community Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
****Correspondence:*** *Department of Community Medicine, Afzalipour School of Medical, Blv. 22 Bahman, Kerman, Iran*
Tel: *034-33257660* ***Email:*** *ahmadipour@kmu.ac.ir*