

دیدگاه‌های مردم جنوب شهر تهران در مورد خود مراقبتی: مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت

حسن افتخار^۱، کاظم محمد^۲، صدیقه السادات طوافیان^۳، کمال میر کریمی^۴، افسانه رمضان زاده^۵

^۱ استاد، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ استادیار، دانشگاه تربیت مدرس، گروه آموزش بهداشت، تهران و پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده رابط: حسن افتخار، نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. تلفن: ۸۹۵۵۸۸۸، پست الکترونیک:

eftkhara@sina.tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۰۳/۰۶؛ پذیرش: ۱۳۸۷/۱۲/۱۷

مقدمه و اهداف: مراقبت از خود یک ساختار چند بعدی است که لازمه انجام آن اتخاذ رفتارهایی است که خود متأثر از دانش، ادراکات و باورهای فرد نسبت به خود مراقبتی است. هدف از این مطالعه بررسی دیدگاه‌ها و نظرات مردم جنوب شهر تهران نسبت به خود مراقبتی است.

روش کار: با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۱۲۰۰ نفر از افراد بالای ۱۵ سال با استفاده از برگ مصاحبه مشتمل بر اطلاعات جمعیت شناختی، رضایت از سلامت عمومی، عوامل ممانعت کننده و قادرکننده خود مراقبتی و منابع اطلاعاتی خود مراقبتی، مورد مصاحبه قرار گرفتند. روایی این ابزار از طریق اعتبارمحتوی و پایایی آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $5/2 \pm 27/9$ سال بود که ۹۳۵ نفر (۸۲٪) از وضعیت سلامتی خود در شش ماه گذشته راضی بودند، ۶۵۸ نفر (۵۵٪) اظهار داشتند دارای دانش خود مراقبتی نیستند، ۹۸۶ نفر (۸۲٪) علاقه‌مند به خود مراقبتی بوده و ۱۰۳۵ نفر (۸۶٪) خود را در امر خود مراقبتی فعال می‌دانستند. کمتر از ۵٪ افراد دارای سبک زندگی سالم از نظر رژیم غذایی و فعالیت جسمانی منظم بودند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد، علیرغم اینکه اکثریت افراد خود را علاقه‌مند و فعال در امر خود مراقبتی می‌دانستند، اظهار می‌کردند که دارای دانش خود مراقبتی نیستند و درصد کمی از آنان دارای عملکرد صحیح خود مراقبتی هستند.

واژگان کلیدی: خود مراقبتی، آگاهی، نگرش، عملکرد، مطالعه مبتنی بر جمعیت، ایران

مقدمه

خود مراقبتی ساختاری چند بعدی است که انجام آن نیازمند رفتارهای دیگری است که خود تحت تأثیر عواملی چون باورهای سلامتی، موقعیت‌های اقتصادی و وقایع زندگی قرار دارد (۱) و شامل تمام فعالیت‌های مربوط به حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری‌ها توسط خود فرد می‌شود (۲). شواهد موجود نشان می‌دهند که حمایت از خود مراقبتی،

سودمندی‌های خاصی را برای سلامتی مردم در پی دارد (۳). از جمله این سودمندی‌ها، کاهش تعداد ویزیت‌های در ارتباط با مراقبت‌های اولیه و مراقبت‌های فوری (۴) است که متعاقباً منجر به افزایش رضایت‌مندی بیمار، افزایش کیفیت زندگی وی و در نهایت ارتقاء سیستم بهداشتی می‌گردد (۳). مدیریت سبک زندگی سالم، درمان ناخوشی‌های جزئی،

است و به علاوه هنوز در ایران مطالعه‌ای در این خصوص که جمعیت عمومی در مورد خود مراقبتی چه دیدگاهی دارند و آیا دانش لازم برای خود مراقبتی و نگرش مثبت نسبت به آن را دارند یا خیر انجام نشده است. لذا این مطالعه به بررسی دیدگاه‌های مردم در مورد خود مراقبتی، عوامل ممانعت کننده و تسهیل کننده آن و همچنین منابع اطلاعاتی مردم در خصوص خود مراقبتی می‌پردازد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی مبتنی بر جمعیت، دیدگاه‌های افراد ۱۵ سال به بالای ساکن در منطقه ۱۷ جنوب شهر تهران در خصوص خود مراقبتی، در سال ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفت. برای بدست آوردن نمونه‌ای که نماینده جمعیت ۲۷۰ هزار نفری ساکن این منطقه باشد از نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد؛ به این ترتیب که ابتدا ۴۰ خوشه انتخاب گردید و سپس از هر خوشه ۱۰ خانواده به طور تصادفی انتخاب شدند و از میان آنان ۳ نفر که واجد شرایط بودند (سن ۱۵ سال یا بالاتر، فهم زبان فارسی براحتی و رضایت به مطالعه) مورد مصاحبه قرار گرفتند. برای کسانی که در اولین مراجعه در منزل حضور نداشتند، یک وقت اختصاصی دیگر جهت مصاحبه ترتیب داده می‌شد و در صورتی که تعداد اعضای خانواده کمتر از ۳ نفر بود، جهت تکمیل تعداد مصاحبه به منزل مجاور مراجعه می‌شد. در این مطالعه مجموعاً ۱۳۵۴ نفر واجد شرایط بودند که از بین آنان ۱۲۰۰ نفر رضایت به شرکت در مطالعه داشتند و فرم رضایت نامه را امضاء نمودند. لذا میزان پاسخگویی به این پرسشنامه در این مطالعه ۸۸/۶ درصد بوده است که با توجه به حجم نمونه، درصد قابل قبولی است. مصاحبه از طریق برگ راهنمای مصاحبه صورت می‌گرفت که مشتمل بر پنج قسمت مشخصات جمعیت شناختی، رضایت از وضعیت سلامتی، عوامل ممانعت کننده و قادرکننده خود مراقبتی و منابع اطلاعاتی خود مراقبتی بود. قبل از انجام مصاحبه، اهداف، شیوه انجام پژوهش، استفاده‌کنندگان از نتایج پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات برای افراد توضیح داده می‌شد و در صورتی که فردی راضی به شرکت در مطالعه بود، بعد از اخذ رضایت نامه کتبی وارد مطالعه می‌شد. مبنای برگ مصاحبه بکار رفته در این مطالعه پرسشنامه‌ای بود که در مطالعه قبلی انجام شده در انگلستان در سال ۲۰۰۵ در خصوص نگرش مردم در مورد خود مراقبتی بکار رفت (۶). جهت تهیه این سوالات ابتدا پرسشنامه اصلی به فارسی ترجمه شد و سپس به انگلیسی برگردان شد و تفاوت‌های جزئی که بین نسخه

مدیریت بیماری‌های مزمن طولانی مدت و مراقبت بعد از ترخیص از بیمارستان، چهار جزء مهم خود مراقبتی هستند (۲). بنا بر این خود مراقبتی شامل سه سطح مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌گردد (۵،۶) و باعث شود تا مردم توانایی لازم را برای مدیریت بر بیماری جزئی و مزمن کسب نموده و روی سلامت خود کنترل بیشتری داشته باشد (۲). توسعه راهبردهای مراقبتی، هم برای مددجویان و هم برای ارائه دهندگان دارای مزایایی است که متعاقباً باعث ارتقاء کل سیستم بهداشتی از طریق بهبود سلامت مردم و کیفیت زندگی آنان، افزایش انتظار زندگی و بهره‌وری در زندگی می‌گردد. همچنین خود مراقبتی باعث افزایش هزینه اثر بخشی از طریق کاهش منابع مصرف شده جهت ارائه خدمات سلامتی می‌شود و نهایتاً به پزشکان این اجازه را می‌دهد تا روی بیماری‌های مهم‌تر تمرکز کنند. در هر جامعه‌ای که هدف آن توسعه خود مراقبتی است لازم است تا منابع و زیر ساخت‌ها نظیر سیاست‌ها، بودجه‌ها، مشارکت اجتماعی، امکانات آموزشی، ظرفیت‌های اینترنتی، برنامه‌های راهبردی و عملیاتی مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین همکاری بین بخشی بین همه سیستم بهداشتی نظیر سیاستگذاران، ارائه دهندگان خدمت و مصرف کنندگان خدمت برای موفقیت خود مراقبتی ضروری است (۷). یکی از منابع اساسی و زیربنایی برای انجام فعالیت‌های خود مراقبتی، دانش و نگرش و مهارت‌های انجام خود مراقبتی است.

اگرچه شواهد زیادی وجود دارند که امروزه در بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، خود مراقبتی یکی از مهم‌ترین اشکال مراقبت اولیه است و تقریباً ۶۵ تا ۸۵ درصد فعالیت‌های مراقبتی توسط خود افراد یا اعضای خانواده و بدون کمک پزشک (۹،۸) انجام می‌گیرد؛ ولی 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 راه‌های برخورد با مشکلش را بخوبی نشناسد و سوم آن که انگیزه خود مراقبتی نداشته باشد (۱۰). مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ با بررسی مروری مقالات مربوط به خود مراقبتی انجام شد، نشان داد که خود مراقبتی در برخی از موارد بدنال نگرش‌های منفی نظیر احساس بی‌کسی، نداشتن همدردی و حمایت اجتماعی و اختلاف زیاد بین تقاضا و خدمات در دسترس ایجاد می‌شود و تبعات خاص خود را دارد (۱۱). نظر به اینکه هنوز در ایران در خصوص حمایت و تشویق خودمراقبتی توسط مردم و تلاش در جهت درک تاثیر آن بر سلامتی و همچنین کاهش اتلاف منابع، تاکید و تمرکز نشده

جدول ۱- نظرات افراد مورد مطالعه در خصوص احساس رضایت از سلامتی برحسب جنس، سن و تحصیلات

*p	تعداد کل (درصد کل) ۱۲۰۰(۱۰۰)	بندرت/ هرگز	بعضی اوقات	همیشه/ بیشتر مواقع	جنسیت
		تعداد (درصد در سطر)	تعداد (درصد در سطر)	تعداد (درصد در سطر)	
۰/۱۵		۲۹ (۴/۸)	۸۳(۱۳/۸)	۴۹۱ (۸۱/۴)	زن
		۳۰(۵/۲)	۸۳(۱۳/۸)	۴۸۴ (۸۱)	مرد
۰/۰۰۱		۱۴(۳/۳)	۳۰(۷)	۳۸۱(۸۹/۷)	سطوح سنی
		۴۲۵(۱۰۰)	۶۱(۱۲/۹)	۳۹۲(۸۲/۳)	۲۴-۱۴ سال
		۴۷۶(۱۰۰)	۴۲(۲۲/۶)	۱۳۵(۷۲/۶)	۲۵-۳۹
		۱۸۶(۱۰۰)	۳۳(۲۹/۲)	۶۷(۵۹/۳)	۴۰-۵۴
		۱۱۳(۱۰۰)	۱۴(۸/۸)	۱۴۰(۸۷/۵)	≥۵۵
۰/۰۰۱		۱۷(۱۵/۹)	۳۲(۲۹/۹)	۵۸(۵۴/۲)	سطوح تحصیلات
		۴۰۶(۱۰۰)	۷۱(۱۷/۵)	۳۲۲(۷۹/۳)	بی سواد
		۵۲۴(۱۰۰)	۴۹(۹/۳)	۴۵۲(۸۶/۳)	ابتدایی
		۱۶۰(۱۰۰)	۱۴(۳/۷)	۱۴۰(۸۷/۵)	متوسطه
		۱۶۰(۱۰۰)	۶(۳/۷)	۱۴(۸/۸)	دانشگاهی

P Value تفاوت سطوح مختلف متغیرهای جنس، سن و تحصیلات را نشان می‌دهد.

برحسب برخی مشخصات جمعیت شناختی نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های این جدول، افراد مسن‌تر و کم سوادتر نسبت به افراد جوان‌تر و افراد با تحصیلات بیشتر بطور معنی‌داری احساس رضایت کمتری از وضعیت سلامتی خود داشتند؛ در صورتی که بین زن و مرد از این نظر تفاوتی وجود ندارد.

جدول شماره ۲، دانش، علائق، خود ارزیابی و عملکرد مشارکت کنندگان در مطالعه را در خصوص فعالیت‌های خود مراقبتی نشان می‌دهد. براساس یافته‌های این جدول، غالب شرکت‌کنندگان بیان کردند که در خصوص ارائه سبک زندگی سالم، مراقبت از ناخوشی‌های کوتاه مدت و بیماری‌های مزمن آگاهی ندارند. همچنین بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که نسبت به خود مراقبتی دارای نگرش مثبت هستند و خود را در این زمینه فعال می‌دانستند. تنها تعداد کمی از افراد مورد پژوهش (کمتر از پنج درصد) به طور فعال در داشتن رژیم غذایی سالم نظیر خوردن بیش از هفت لیوان آب در روز، خوردن بیش از پنج قطعه میوه یا سبزی در روز و فعالیت‌های ورزشی منظم نظیر پیاده‌روی منظم سه ساعت در هفته، مشارکت می‌کردند.

در این مطالعه افرادی که یکی از این رفتارهای نوشیدن بیش از هفت لیوان آب در روز، خوردن بیش از پنج قطعه میوه در روز و یا انجام بیش از سه ساعت پیاده روی در هفته را داشتند، افرادی تلقی شدند که دارای عملکرد صحیح در خصوص سبک زندگی سالم هستند. جهت تعیین ارتباط بین آگاهی افراد نسبت به سبک

ترجمه شده و اصلی وجود داشت برطرف گردید و سپس جهت تعیین اعتبار محتوی، به ده نفر از جمله پنج نفر پزشک، سه نفر پرستار و دو نفر از ارائه دهندگان خدمت که در زمینه خود مراقبتی دارای تجربه کافی بودند داده شد و نظرات اصلاحی آنان اعمال شد. پایایی این برگ مصاحبه از طریق آزمون آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد که مقدار بیش از ۰/۷ قابل قبول فرض شد و در این مطالعه این میزان ۰/۷۹ بود. از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۱ و آزمون‌های توصیفی و تحلیلی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده می‌شد.

این مطالعه توسط کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تایید قرار گرفته است.

یافته‌ها

در مجموع ۱۲۰۰ نفر وارد مطالعه شدند که میانگین سنی آنان $27/9 \pm 5/2$ و دامنه سنی آن‌ها بین ۱۷ تا ۴۵ سال بود. از میان کل افراد شرکت کننده در مطالعه ۶۰۳ نفر (۵۰/۲٪) زن بودند. در مجموع ۶۴۸ نفر (۵۴٪) متاهل، ۵۱۷ نفر (۴۳٪) بی سواد و یا دارای سواد کمتر از ۶ سال بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان یعنی ۷۶۹ نفر (۶۵/۴٪) خانه‌دار و یا بی‌کار، ۱۰۷ نفر (۹/۱٪) شاغل و ۲۹۹ نفر (۲۴/۹٪) روزمزد بودند.

جدول شماره ۱ نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه در خصوص احساس رضایت از وضعیت سلامتی خود در ۶ ماه گذشته را

جدول ۲- توزیع فراوانی و نسبی نظرات افراد مورد پژوهش در خصوص متغیرهای مورد مطالعه

نمی‌دانم		خیر		بلی		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۹	۱۱۱	۵۵	۶۵۸	۳۶	۴۳۱	در باره کدامیک از موارد زیر به دانش و آگاهی خود اطمینان دارید (آگاهی)
۱۰	۱۲۰	۶۲	۷۴۷	۲۸	۳۳۲	هدایت شیوه زندگی سالم
۱۴	۱۵۹	۶۰	۷۱۴	۲۶	۳۱۵	مراقبت از خود در ناخوشی‌های جزئی
						مراقبت از خود در بیماری‌های مزمن
						نسبت به کدامیک از موارد زیر دارای نگرش و نظر مثبت هستید (نگرش)
		۱۸	۲۱۴	۸۲	۹۸۶	هدایت شیوه زندگی سالم
		۲۹	۳۷۴	۷۱	۸۵۳	انجام فعالیت جسمانی منظم
		۲۸	۳۴۳	۷۲	۸۵۷	داشتن رژیم غذایی سالم و متعادل
		۱۹	۲۳۸	۸۱	۹۶۲	پذیرش مسئولیت در قبال سلامتی خود
		۲۸	۳۴۲	۷۲	۸۵۸	مشارکت در مراقبت از ناخوشی‌های جزئی
						در کدامیک از رفتارهای زیر فعال هستید
		۱۳	۱۶۵	۸۶	۱۰۳۵	هدایت شیوه زندگی سالم
		۳۰	۳۵۵	۷۰	۸۴۵	مراقبت از خود در ناخوشی‌های جزئی
		۶۵	۷۸۰	۳۵	۴۲۰	مراقبت از خود در بیماری‌های جزئی
						کدامیک از رفتارهای زیر را انجام می‌دهید (عملکرد)
		۷۸	۹۴۱	۲۲	۲۵۹	نوشیدن کمتر از سه لیوان آب در روز
		۲۶	۳۱۲	۷۴	۸۸۸	نوشیدن سه تا شش لیوان آب در روز
		۹۶	۱۱۴۷	۴	۵۳	نوشیدن بیش از هفت لیوان آب در روز
		۲۲	۲۷۷	۷۸	۹۲۳	خوردن کمتر از سه قطعه میوه در روز
		۸۱	۹۶۹	۱۹	۲۳۱	خوردن بین سه تا پنج قطعه میوه در روز
		۹۷	۱۱۶۹	۳	۳۱	خوردن بیش از پنج قطعه میوه در روز
		۸۹	۱۰۷۲	۱۱	۱۲۸	عدم پیاده‌روی
		۴۰	۸۴۰	۶۰	۷۲۰	پیاده‌روی کمتر از یک ساعت در هفته
		۸۳	۱۰۰۳	۱۷	۱۹۷	پیاده‌روی بین یک تا سه ساعت در هفته
		۸۷	۱۰۴۸	۱۳	۱۵۲	پیاده‌روی بیش از سه ساعت در هفته
		۶۷	۷۹۸	۳۳	۴۰۲	عدم انجام ورزش منظم
		۴۷	۵۶۳	۵۳	۶۳۷	ورزش منظم زیر یک ساعت در هفته
		۹۱	۱۰۹۰	۹	۱۱۰	ورزش منظم یک تا سه ساعت در هفته
		۹۶	۱۱۴۹	۴	۵۱	ورزش منظم بیش از سه ساعت در هفته

P Value تفاوت سطوح مختلف متغیرهای جنس، سن و تحصیلات را نشان می‌دهد.

مراقبتی را از طریق افراد فامیل، دوستان و همکاران بدست می‌آوردند و تنها ۲۳ نفر (۲٪) اظهار کردند که جهت کسب اطلاعات در خصوص خود مراقبتی به اینترنت مراجعه می‌کردند.

بحث:

در این مطالعه، نظرات مردم جنوب شهر تهران در خصوص احساس رضایت از وضعیت سلامتی‌شان و همچنین دیدگاه‌های آنان در مورد خود مراقبتی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که بیش از دو سوم از شرکت‌کنندگان در اکثر مواقع و یا

زندگی سالم که خود بیان کرده بودند و عملکرد واقعی آنان در مورد سبک زندگی سالم، آزمون مربع کای انجام شد و دیده شد که بین آگاهی و عملکرد افراد و سبک زندگی سالم رابطه معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$).

جدول شماره ۳، عوامل ممانعت‌کننده و قادرکننده را نشان می‌دهد. برطبق این جدول مهم‌ترین مانع بر سر خود مراقبتی نبود آگاهی و شایع‌ترین عامل قادرکننده جهت انجام خود مراقبتی تشویق افراد از سوی متخصصین حرف‌به‌داشته بود. در این مطالعه ۷۱۷ نفر (۶۰٪) اظهار داشتند که اطلاعات مربوط به خود

جدول ۳- عوامل ممانعت کننده، قادر کننده و منابع اطلاعاتی خود مراقبتی از نظر افراد مورد مطالعه

خیبر		بلی		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	عوامل ممانعت کننده انجام خود مراقبتی
۵۴	۶۵۷	۴۶	۵۴۳	عدم آگاهی
۵۸	۶۹۵	۴۲	۵۰۵	عدم حمایت اطرافیان، دوستان و جامعه
۶۷	۸۰۹	۳۳	۳۹۱	عدم نگرش مثبت
۷۱	۸۵۶	۲۹	۳۴۴	نبود وقت
۷۸	۹۳۴	۲۲	۲۶۶	عدم امکانات مالی
عوامل قادر کننده انجام خود مراقبتی				
۱۹	۲۳۱	۸۱	۹۶۹	تشویق اطرافیان و ارائه دهندگان خدمت
۲۱	۲۵۱	۷۹	۹۴۹	نیاز به تجهیزات در منزل جهت خود مراقبتی
۲۲	۲۶۶	۷۸	۹۳۴	مهارت خود مراقبتی
منابع اطلاعاتی خود مراقبتی				
۴۰	۴۸۳	۶۰	۷۱۷	خویشان، دوستان و همکاران
۵۰	۶۰۱	۵۰	۵۹۹	جزوه آموزشی و پوستر
۵۷	۶۸۲	۴۳	۵۱۸	وسایل ارتباط جمعی
۸۵	۱۰۲	۱۵	۱۷۹	کتاب، مجله
۹۵/۵	۱۱۹۳	۶/۵	۷۸	پزشکان و ارائه دهندگان خدمت
۹۸	۱۱۷۷	۲	۲۳	اینترنت، سازمان‌های متولی سلامت

سطح سلامت خود ابراز رضایت می‌نمودند. علت تفاوت در این دو مطالعه ممکن است به دلیل تفاوت در ابزارهای بکار گرفته شده باشد.

بیش از نیمی از افراد شرکت کننده در این مطالعه اظهار داشتند که دارای معلومات کافی جهت انجام خود مراقبتی نیستند و درعین حال نبود معلومات را یکی از موانع انجام خودمراقبتی می‌دانستند. لذا به نظر می‌رسد که دادن اطلاعات و آگاهی به مردمی که معتقدند عدم آگاهی باعث عدم موفقیت در انجام خود مراقبتی می‌شود، می‌تواند باعث ارتقا انجام خود مراقبتی در آن‌ها گردد. این یافته با نتیجه مطالعه انجام شده در انگلیس در خصوص خود مراقبتی (۶) و سایر مطالعات (۱۱،۱۴) همخوانی دارد ولی با این تفاوت که در مطالعه انگلیس، با وجود اینکه نبود دانش و اطلاعات از نظر مردم، از عوامل مهم قادر کننده در خصوص خود مراقبتی عنوان شد، ولی اکثر مردم انگلیس، خود احساس می‌کردند که دارای معلومات و درک کافی مربوط به خود مراقبتی هستند. همانطور که نتایج مطالعه حاضر نشان داد، از نظر مشارکت کنندگان در مطالعه، حمایت بیشتر از طرف پزشکان و تیم بهداشت، اولین عامل قادر کننده جهت ارتقاء خود مراقبتی عنوان شد. این اظهار نظر ممکن است به این دلیل باشد که در سیستم بهداشتی درمانی ایران، آموزش و مهارت‌آموزی بیماران و مددجویان در خصوص خود مراقبتی هنوز جایگاه واقعی خود را

تمام اوقات از سلامتی خود در شش ماه گذشته احساس رضایت می‌کردند و تنها ۵ درصد از آن‌ها از سلامتی خود رضایت نداشتند. همچنین افراد مسن‌تر و دارای تحصیلات کمتر نسبت به افراد جوان‌تر و تحصیل کرده‌تر رضایت کمتری از سلامت خود داشتند. این نتایج در برخی از جنبه‌ها شبیه مطالعه‌ای است که در انگلستان در خصوص نگرش عموم مردم این کشور نسبت به خود مراقبتی انجام شد. در مطالعه قبلی مردم مسن‌تر و دارای سطح اجتماعی اقتصادی پایین‌تر از رضایت کمتری نسبت به سلامتی خود برخوردار بودند (۶). در مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۲ نشان داده شد که سلامت عمومی افراد تاثیر مستقیم روی رضایت از کیفیت زندگی ندارد ولی تاثیر غیر مستقیم روی رضایت از سلامتی دارد. همین مطالعه اضافه می‌نماید که سلامت عمومی تا ۵۱٪ رضایت از سلامتی و تا ۳۰٪ رضایت از کیفیت زندگی را تامین می‌کند (۱۲) لذا به نظر می‌رسد افرادی که رضایت کمتری از سلامتی خود دارند در واقع از سلامتی کمتری هم برخوردارند. در مطالعه ما سطح اجتماعی اقتصادی افراد مورد بررسی قرار نگرفت ولی سطح تحصیلات آنان بررسی شد و نشان داده شد که افراد با سوادتر دارای رضایت بیشتری از سطح سلامت خود هستند. اگرچه در مطالعه قبلی که در تهران انجام شد، دیده شد که زنان نسبت به مردان از رضایت کمتری نسبت به سلامتی خود برخوردارند (۱۳) ولی در مطالعه حاضر زنان به میزان مردان از

اطلاع می‌کردند؛ در حالی که در مطالعه انگلستان نشان داده شد پزشکان عمومی مهم‌ترین منبع اطلاعاتی مردم هستند و به علاوه اینترنت و دیگر وسایل ارتباطی نظیر تلویزیون‌های دیجیتال از ابزارهای ارزشمند برای حمایت مردم بودند (۶). بنابر این کسب اطلاعات در خصوص خود مراقبتی از طریق اقوام و دوستان، ممکن است موجب کسب اطلاعات غیر استاندارد و غیر صحیح شود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد علی‌رغم این که از نظر مردم عدم اطلاعات و آگاهی از عوامل اساسی و کلیدی عدم انجام خود مراقبتی است، ولی همین مطالعه نیز نشان داد که پزشکان و متخصصین بهداشتی نقش فعالی را در خصوص آگاهی مردم بازی نمی‌کنند؛ بطوریکه از نظر شرکت کنندگان در مطالعه آنها رتبه پنجم را در آگاه‌سازی مردم دارند. این یافته دلالت بر این دارد که در سیستم بهداشتی ایران هنوز به طور کافی به خود مراقبتی توجه نمی‌شود و خود مراقبتی جایگاه واقعی خود را کسب نکرده است. لذا این نکته مهم باید مورد توجه سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیران و برنامه‌ریزان بهداشتی و کل سیستم مراقبتی قرار گیرد.

از نقاط قوت این مطالعه این بود که اطلاعات از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد؛ لذا هیچگونه سوآلی بدون پاسخ نماند و از طرفی دیگر نمونه‌گیری وسیع از نقاط مختلف منطقه ۱۷ به طریق خوشه‌ای موجب فراهم نمودن نمونه‌ای شد که می‌تواند نماینده ترکیب واقعی جمعیت منطقه ۱۷ باشد.

از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه این که ترکیب جمعیتی این منطقه ممکن است با مناطق دیگر تهران متفاوت باشد؛ لذا نمی‌توان نتایج این مطالعه را به جمعیت کل تهران تعمیم داد. پیشنهاد می‌شود این محدودیت در مطالعات آتی برطرف شده و مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر و در گروه‌های مختلف جمعیتی اجرا گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه بر این دلالت دارد که اکثر افراد علی‌رغم اینکه خود را علاقمند به خود مراقبتی دانسته و خود را در امر خود مراقبتی فعال می‌دانند ولی اظهار داشتند که دارای دانش خود مراقبتی نیستند و درصد کمی از این افراد دارای عملکرد صحیح خود مراقبتی هستند. این مطالعه پیشنهاد می‌کند که جهت ارتقاء عملکرد خود مراقبتی باید دانش افراد را افزایش داد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی

ندارد و بنابراین مردم این خلأ را به خوبی احساس می‌کنند. نقش حمایت و آموزش پزشکان در ارتقاء خود مراقبتی در مطالعه دیگران نیز نشان داده شده است (۱۵).

نظر به اهمیت وجود علاقه در ایجاد خود مراقبتی، در این مطالعه از مردم در خصوص علاقه آن‌ها به خود مراقبتی پرسیده شد که دو سوم آن‌ها بیان نمودند که به مراقبت از خودشان علاقه‌مندند. لذا به نظر می‌رسد مردم به خوبی نسبت به اثرات مثبت مراقبت از خود واقف هستند و جایگاه آن را می‌دانند و به همین دلیل اکثر آن‌ها گفتند ما به هدایت زندگی سالم، انجام ورزش منظم، خوردن رژیم غذایی سالم و مراقبت از خود علاقه‌مندیم و بیش از دو سوم از آن‌ها حاضر به پذیرش مسولیت بیشتر در حیطة سلامت خود بودند.

نتایج این مطالعه نشان داد که علی‌رغم این که سه چهارم شرکت کنندگان خود را هدایت کننده سبک زندگی سالم می‌دانستند ولی در عمل خلاف آن را نشان دادند؛ بنحوی که تنها کمتر از ۵٪ از افراد بیشتر از ۷ لیوان آب و یا بیشتر از ۵ قطعه میوه در روز مصرف می‌کردند و یا بیشتر از ۳ ساعت در هفته پیاده‌روی کردند. لذا این یافته‌ها دلالت بر آن دارد که علی‌رغم تصدیق شرکت کنندگان مبنی بر فعال بودن در مورد خود مراقبتی، دارای عملکرد استاندارد و صحیح نیستند و بین آنچه که عمل می‌کنند با آنچه که باید وجود داشته باشد تفاوت وجود دارد. نتایج این مطالعه شبیه مطالعه‌ای (۶) است که در آن اقلیت مردم عادی که خود را در امر خود مراقبتی فعال می‌دانستند به طور واقعی توصیه‌های استاندارد در مورد سبک زندگی را رعایت نمی‌کردند. تفاوت بارز بین این دو مطالعه در این است که در انگلستان اکثر مردم خود را در خصوص خود مراقبتی آگاه می‌دانستند در حالی که در مطالعه حاضر اکثر مردم خود را ناآگاه می‌دانستند.

با توجه به این یافته مطالعه که ارتباط معنی‌داری بین آگاهی و عملکرد در خصوص سبک زندگی سالم دیده شد، می‌توان اینگونه دلالت نمود که آگاهی، آموزش و مهارت آموزی بیشتر مردم می‌تواند باعث افزایش سطح قابل قبول خود مراقبتی، حداقل در داشتن سبک زندگی سالم شود.

مطالعه ما نشان داد که افراد فامیل، دوستان و همکاران متداول‌ترین منبع کسب اطلاعات در خصوص خود مراقبتی برای افراد هستند؛ در حالی که پزشکان در ردیف پنجم و رسانه‌های جمعی در ردیف سوم اهمیت قرار دارند. یکی از یافته‌های جالب دیگر این بود که تنها ۲ درصد از مردم از طریق اینترنت کسب

دانشگاه به جهت حمایت مالی از این پروژه ابراز می‌دارند.

منابع

7. Australian self-medication industry Inc. Self care in Australia. July 2007. Available at: <http://www.asmi.com.au/Self-careInAustralia.pdf>. (Accessed in July 2008).
8. Nilvaranykal K, Wongprom J, Tumnong C, Supornpun A, Surit P, Srihongchal N. Strengthening in self cares women working in the informal sector. Local fabric wearing in khon kaen, Thailand (phase1). *Industrials Health*, 2006; 44: 101- 107.
9. Yeom HA. Self care in elders with dementia: a concept analysis, *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 2002; 34: 1402-8.
10. Dombeck M, Wells-Moran J. Disadvantages of Self-help. Available at: [www. Mentalhelp.com](http://www.Mentalhelp.com) retrieved on Nov18, 2008.
11. Hoy B, wagner L, Hal E.O.C. self care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Journal Compilation* 2007, doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00491
12. Michalos AC, Zumbo BD. Healthy Days, Health Satisfaction and Satisfaction with the Overall Quality of Life. *Social Indicators Research*, 2002, 59: 321-38.
13. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*, 2005, 14: 875-82.
14. Phinney A. Promoting self-care through knowledge translation: a way to reach people with early-stage dementia. *Can J Nurs Res*. 2008; 40: 135-9.
15. Jaarsma T, Halfens R, Huijer 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.
1. 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.
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. doi: 10.1186/1472-6882-8-4
3. Department of Health. Support for self care in general practice and urgent care settings. A baseline study .Jun 2006. Available at: <http://www.dh.gov.uk> (Accessed in July 2008).
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. Department of health. Supporting people with long term conditions to self care. A guide to developing local strategies and good practice. February 2006. Available at: <http://www.dh.gov.uk/prod> (Accessed in July 2008).
6. Department of Health. Public attitudes to self care. Baseline survey. February 2005. Available at: <http://www.dh.gov.uk/prod> (Accessed in August 2008).

