مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره نوزدهم، شماره ۳، اسفند ۱۳۹۵، صفحه ۳۷-۲۹

سلامت خودارزیابی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان سنین باروری

ساره باکوئی (MSc)[۱]، فاطمه باکوئی (PhD)[۲*]، هدی احمری طهران (MSc)[۱]، مرضیه رئیسی (MSc)[۱]، حکیمه دهقانی (MSc)[۱]

۱-دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم
۲-گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۵/۹/۲۸، اصلاح: ۹۵/۱۱/۴، پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۶

خلاصه

سابقه و هدف: سلامت خودارزیابی یک شاخص قابل اطمینان از سلامت و همچنین شاخص خوبی برای مرگ‌ومیر و ناخوشی‌ها است که با چندین مولفه مانند فاکتورهای جمعیتی، اجتماعی اقتصادی، رفتاری و روانی مرتبط می‌باشد. این مطالعه با هدف سلامت خودارزیابی زنان سنین باروری و ارتباط آن با رفتارهای ارتقادهنده سلامت و عوامل جمعیتی اجتماعی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۳۰ زن در سنین باروری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر قم در بهار سال ۱۳۹۵ انجام شد. زنان بر حسب سوال سلامت خودارزیابی "به‌طور کلی، سلامت خود را چگونه توصیف می‌نمایید؟" به دو گروه سلامت خوب و ضعیف طبقه‌بندی شدند. برای بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت نیز از پرسشنامه Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) با نمره کل احتمالی پرسشنامه در دامنه ۵۲ تا ۲۰۸ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن زنان مورد مطالعه ۶/۲±۲۹/۶ سال بود. آزمون T-test نشان داد که میانگین نمرات ابعاد مدیریت تنش (۴/۰۲±۱۹/۹۲)، رشد معنوی (۴/۷۶±۲۶/۳۳) و تغذیه (۴/۶۶±۲۵/۹۲) درگروه زنان با وضعیت سلامت خوب بطور معنی‌داری بیشتر از گروه با سلامت ضعیف (به ترتیب: ۴/۶۱±۱۸/۶۵، ۵/۵۵±۲۴/۴۴، ۴/۸۹±۲۴/۳۵) بود. در تحلیل نهایی در مدل رگرسیون لوجستیک فقط کفایت درآمد برای مخارج زندگی (p=۰/۰۰۱، OR=۴/۱۳۶، CI-95%=۱/۷۷۸-۹/۶۲۵) و رشد معنوی (p=۰/۰۴، OR=۰/۹۲۶، CI-95%=۰/۸۷۲-۰/۹۸۵) به عنوان متغیرهای تاثیرگذار معنی‌دار باقی ماندند.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های مطالعه، کفایت درآمد برای مخارج زندگی و میزان رشد معنوی به عنوان شاخص‌های مرتبط با سلامت خودارزیابی زنان سنین باروری می‌باشند.

کلمات کلیدی: سلامت خودارزیابی، سبک زندگی سالم، ویژگی‌های جمعیتی اجتماعی، زنان، سنین باروری.

مقدمه

سلامت خودارزیابی یک معیار قابل اطمینان و ساده از سلامت عمومی (۲و۱) و به عنوان یک شاخص خوب از مرگ‌ومیر و ناخوشی‌ها است (۴و۳) که بطور وسیع در تحقیقات پزشکی و اپیدمیولوژیک استفاده می‌شود (۵). محققان ثابت کردند که درک از سلامت بطور غالب در راستای ارزیابی انجام شده توسط پزشک است (۶). چندین مولفه بر سلامت خودارزیابی نظیر فاکتورهای جمعیتی، اجتماعی اقتصادی، رفتاری، روانی و عوامل مرتبط با بیماری، موثر شناخته شده‌اند (۸و۷و۱). تفاوت‌های زیاد اجتماعی اقتصادی در سلامت خودارزیابی مشاهده شده است، افراد با وضعیت پایین اجتماعی اقتصادی دارای سلامت خودارزیابی ضعیف تری می باشند (۹). اخیرا عادت های مرتبط با سبک زندگی سالم مانند خواب و ورزش مورد توجه مطالعات بین المللی قرار گرفته‌اند (۵). افراد با سبک زندگی پویا سلامت درک شده بالاتری را گزارش می‌کنند (۱۱و۱۰). چندین مطالعه ارتباط رفتارهای سبک زندگی با خود ارزیابی سلامت را به‌خصوص با فعالیت فیزیکی (۱۴-۱۲) و رژیم غذایی سالم یافتند(۱۶و۱۵). سبک زندگی مفهومی است که شامل رفتارها، نگرش و چشم‌انداز زندگی است و رفتارهای سلامت شامل اعمال و یا عدم اعمالی که بطور مستقیم و یا غیرمستقیم بر سلامت موثر می باشند (۱۷).

با این‌وجود مطالعات محدودی وجود دارد که آیا رفتارهای ارتقادهنده سلامت با سلامت خودارزیابی مرتبط می‌باشند (۱۸). درک عوامل مرتبط با سلامت خودارزیابی می تواند به متخصصین حرفه ای در اولویت بندی مداخلات ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها کمک کند (۱۶). با توجه به اینکه قسمت اعظم جمعیت زنان کشور ما را زنان سنین باروری تشکیل می‌دهند (۱۹) و سنین باروری به‌دلیل تاثیرگذاری بر مجموعه تغییرات و انتقال‌های عمده در زندگی زنان از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. بنابراین، انتخاب نوع سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با آن، نه تنها نقش اساسی در سلامت زنان دارد بلکه پیامدها و نتایجی خواهد داشت که می‌تواند بر عملکرد و بهزیستی جسمی، روانی– ذهنی و اجتماعی آن‌ها موثر باشد (۲۰). از طرف دیگر سلامت زنان در این دوره بر سلامت بلندمدت آنها و اعضای خانواده و به‌خصوص کودکانشان تاثیر می‌گذارد (۲۱)، درنتیجه این امکان به‌وجود می‌آید که در آینده نسل‌های سالم‌تری داشته باشیم. کم‌توجهی به سلامت زنان می‌تواند تاثیر ناسازگار بر نسل آینده داشته باشد (۱۸). امروزه با توجه به تغییر الگوهای موثر بر سلامت و بیماری، شناخت عواملی که بر سلامت زنان سنین باروری تاثیر می‌گذارد، از اهمیت بسزایی برخوردار است. در جستجوهای

▣ این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۴۶۴۶ دانشگاه علوم پزشکی قم می باشد.
* مسئول مقاله: دکتر فاطمه باکوئی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه مامایی. تلفن:۳۲۱۹۰۵۹۷-۰۱۱
E-mail: bakouei2004@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.4.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.29]

انجام‌شده مطالعات در مورد مولفه‌های مرتبط با سلامت خودارزیابی در ایران بسیارمحدود می‌باشد، به‌دلیل اهمیت پیشگیری از بیماری‌ها و سلامت در زنان سنین باروری، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت خودارزیابی و ارتباط آن با رفتارهای ارتقادهنده سلامت (سبک زندگی) برحسب عوامل جمعیتی اجتماعی در زنان سنین باروری مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های قم انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه لعوم پزشکی قم با کد MUQ.REC. ۱۳۹۴/۱۶۱ بر روی ۳۳۰ زن در سنین باروری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر قم در بهار سال ۱۳۹۵ انجام شد. ۸ مرکز فعال با بیشترین مراجعه کننده با توجه به شمال، جنوب، غرب و شرق قم به‌طور تصادفی انتخاب شدند تا حداکثر تنوع در متغیرهای جمعیتی اجتماعی درنظر گرفته شده باشد. حجم نمونه با فرمول مقایسه میانگین دو گروه با توجه به مقدار انحراف معیار ۴ در هر گروه (با توجه به یک مطالعه پایلوت) و مقدار اختلاف استاندارد ۲ تعیین شد. خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آزمون نیز ۰/۸ در نظر گرفته شد. افراد با ملیت ایرانی، سکونت در شهر قم، دامنه سنی ۱۵–۴۹ سال، عدم وجود بیماری‌های شناخته‌شده مانند معلولیت شدید ذهنی و اختلالات روانی (که قادر به پاسخگویی به سوالات پرسشنامه نباشند) و عدم بارداری وارد مطالعه شدند. سلامت خودارزیابی با یک سوال "به‌طور کلی، سلامت خود را چگونه توصیف می‌نمایید؟" بر یک طیف لیکرت ۵تایی (عالی=۱، بسیارخوب=۲، خوب=۳، متوسط=۴، بد=۱) اندازه‌گیری شد. در تحلیل این متغیر به دو گروه سلامت خوب (ترکیب عالی، بسیارخوب و خوب) و سلامت ضعیف (ترکیب متوسط و بد) طبقه‌بندی شد. برای بررسی متغیر رفتارهای ارتقادهنده سلامت از پرسشنامه Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) استفاده شد که توسط Walker و همکاران در سال ۱۹۸۷ بر اساس مدل ارتقای سلامت Pender طراحی شده است. این پرسشنامه یک ارزیابی چندبعدی از رفتارهای ارتقای سلامت فراهم می‌کند (۲۲). این ابزار خودگزارشی شامل ۵۲ گویه از رفتارها با نمره‌دهی لیکرت ۴تایی در ۶ بعد مسوولیت‌پذیری سلامت، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، مدیریت تنش و روابط بین فردی است. نمرات در دامنه ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) قرار دارند. نمرات بالا، مشارکت بیشتر در رفتارهای ارتقادهنده سلامت را نشان می‌دهد. این ابزار در مطالعات متعددی استفاده شده و اعتبار و پایایی آن با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۷ تایید شده است (۲۳). ۵۲ گویه موجود در آن شامل ۹ گویه در بعد مسوولیت‌پذیری سلامت، ۸ گویه در بعد فعالیت فیزیکی، ۹ گویه در بعد تغذیه، ۹ گویه در بعد رشد معنوی، ۸ گویه در بعد مدیریت تنش و ۹ گویه در بعد روابط بین فردی می‌باشد. نمره کلی HPLP-II از میانگین نمره ۵۲ گویه محاسبه می‌شود. از مشارکت‌کنندگان خواسته شد که به هر گویه مطابق پاسخ لیکرتی از ۱=هرگز، ۲=گاهی اوقات، ۳=اغلب و ۴=همیشه نمره دهند. میانگین نمره هم در هر یک از ابعاد به‌طور جداگانه و هم در کل ابزار محاسبه شد. نمره کل احتمالی پرسشنامه در دامنه ۵۲ تا ۲۰۸ است. برای بررسی متغیرهای جمعیتی اجتماعی نیز از پرسشنامه طراحی شده توسط تیم محقق شامل: سن، قومیت، سطح تحصیلات، وضعیت ازدواج، وضعیت اشتغال، کفایت درآمد ماهیانه برای هزینه‌های زندگی، تعداد افراد خانوار و تعداد اتاق‌های در اختیار (بدون آشپزخانه، حمام و توالت) (برای تعیین شاخص ازدحام) است. تعداد اتاق بر تعداد اعضای خانواده تقسیم می‌شود و به ۳ سطح طبقه‌بندی می‌شود: کم (یک یا کمتر)، متوسط (۱ تا۲) و زیاد (بیش از ۲) (۲۴). برای ورود شرکت‌کنندگان بعد از داشتن شرایط ورود به مطالعه، ابتدا رضایت‌نامه شفاهی بعد از بیان هدف مطالعه گرفته شد و اطمینان داده شد که هر زمانی که تمایل به خروج از مطالعه را دارند، می‌توانند خارج شوند و اطلاعات آنها حین جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل محرمانه حفظ خواهدشد. پس از تکمیل پرسشنامه، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳ و استفاده از شاخص‌های توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا به توصیف متغیرهای جمعیتی اجتماعی و ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت در زنان پرداخته شد. با استفاده از آزمون کای‌اسکوئر برای بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیتی اجتماعی و آزمون T-test برای بررسی ارتباط رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دو گروه استفاده شد و در مراحل نهایی برای کنترل اثرات فاکتورهای زمینه‌ای (متغیرهای جمعیتی اجتماعی) و همچنین پیشگویی تاثیر رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر سلامت خودارزیابی، متغیرها وارد مدل رگرسیون لوجستیک شدند و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

به‌طور کلی ۳۳۰ زن سنین باروری (۴۹–۱۵ سال) با متوسط سن ۲۹/۶ ± ۶/۲ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. اکثریت آنها متاهل (۹۲/۱٪)، خانه‌دار (۷۱/۳٪)، تحصیلات دبیرستان و یا دانشگاهی (۳۷٪) و قومیت فارس (۶۳/۴٪) بودند. متوسط نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت (HPLP-II) ۱۳۶/۶۴±۲۲/۳۷ بود. بیشترین و کمترین نمره زنان شرکت‌کننده به ترتیب در بعد روابط بین فردی (۲۱/۴±۴/۲۱) و بعد فعالیت فیزیکی (۱۴/۶۶±۴/۶۲) یافت شد (جدول ۱).

گرچه تفاوت‌های جمعیتی اجتماعی در دو گروه سلامت خوب و ضعیف دیده شد، اما این تفاوت‌ها فقط بر حسب کفایت درآمد برای مخارج زندگی معنی‌دار ($p=0/001$) بود و در مورد وضعیت تحصیلات هم به حد معنی‌داری ($p=0/063$) نزدیک بود (جدول ۲). ابعاد مرتبط با سلامت خودارزیابی شامل مدیریت تنش ($p=0/021$)، رشد معنوی ($p=0/004$) و تغذیه ($p=0/012$) در دو گروه خوب و ضعیف با هم اختلاف معنی داری داشتند (جدول ۳).

در تحلیل نهایی پس از ورود متغیر کفایت درآمد برای مخارج زندگی (عامل معنی‌دار در تحلیل اولیه) و این سه بعد از رفتارهای ارتقادهنده سلامت در مدل رگرسیون لوجستیک فقط کفایت درآمد برای مخارج زندگی و رشد معنوی به عنوان متغیرهای تاثیرگذار معنی‌دار باقی ماندند و یافته ها نشان دادند که زنان با جواب "خیر" به سوال "آیا درآمد ماهیانه خانواده، کفایت تامین مخارج زندگی شما را می‌کند؟" نسبت به زنان با جواب " بلی" بطور معنی‌داری حداقل چهار برابر سلامت ضعیف تری داشتند ($p=0/001$ و $OR=4/136$) و همچنین در مورد بُعد رشد معنوی به ازای هر یک نمره افزایش این بعد در زنان، حدود ۸ درصد کمتر سلامت ضعیف ($p=0/04$ و $OR=0/926$) دیده شده بود (جدول ۴).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.4.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.29]

جدول۱: ویژگی‌های جمعیتی اجتماعی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت (*HPLP-II*) زنان سنین باروری مورد مطالعه

ویژگی‌های جمعیتی اجتماعی	تعداد (درصد)	ویژگی‌های جمعیتی اجتماعی	تعداد(درصد)
گروه سنی (سال)		**کفایت درآمد برای مخارج**	
۲۵ -۱۵	۸۲(۲۴/۹)	خیر	۵۶(۱۷/۲)
۳۵-۲۶	۱۸۰(۵۴/۷)	تاحدی	۱۶۲(۵۰)
۴۹-۳۶	۶۷(۲۰/۴)	بلی	۱۰۷(۳۲/۸)
وضعیت تاهل		**شاخص ازدحام**	
متاهل	۳۰۳(۹۲/۱)	کم	۵۵(۱۵/۱)
بیوه/مطلقه	۹(۲/۷)	متوسط	۱۴۸(۴۷/۳)
مجرد	۱۷(۵/۲)	زیاد	۱۲۰(۳۷/۷)
قومیت		**بعد خانواده (نفر)**	
فارس	۲۰۱(۶۳/۴)	کمتر از ۴	۱۶۱(۵۰/۳)
آذری	۶۳(۱۹/۹)	۵-۴	۱۳۵(۴۲/۲)
سایر	۵۳(۱۶/۷)	بیش از ۵	۲۴(۷/۵)
وضعیت تحصیلات		**رفتارهای ارتقادهنده سلامت**	**Mean±SD**
بی‌سواد/ابتدایی	۳۷(۱۱/۳)		
متوسطه	۴۳(۱۳/۱)	تغذیه	۲۵/۵۱±۴/۷۵
دبیرستان	۱۲۴(۳۷/۹)	فعالیت فیزیکی	۱۴/۶۶±۴/۶۲
دانشگاه	۱۲۳(۳۷/۶)	مسوولیت‌پذیری سلامت	۲۳/۶۴±۵/۲۳
وضعیت شغلی		رشد معنوی	۲۵/۸۵±۵/۰۵
خانه‌دار	۲۲۶(۷۱/۳)	روابط بین فردی	۲۶/۴۳±۴/۲۱
شاغل	۵۸(۱۸/۳)	مدیریت تنش	۱۹/۶۰±۴/۲۱
دانشجو	۳۳(۱۰/۴)	نمره کل	۱۳۶/۶۴±۲۲/۳۷

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیتی اجتماعی زنان در دو گروه بر حسب سلامت خود ارزیابی (*Self Rated Health*)

سلامت خود ارزیابی متغیر	خوب تعداد(درصد)	ضعیف تعداد(درصد)	P-value	سلامت خود ارزیابی متغیر	خوب تعداد(درصد)	ضعیف تعداد(درصد)	P-value
گروه سنی (سال)				**وضعیت شغلی**			
۲۵ -۱۵	۵۹ (۷۲/۸)	۲۲ (۲۷/۲)	۰/۲۵	خانه‌دار	۱۶۵ (۷۳)	۶۱ (۲۷)	۰/۸۱
۳۵-۲۶	۱۳۷ (۷۶/۱)	۴۳ (۲۳/۹)		شاغل	۴۲ (۷۲/۴)	۱۶ (۲۷/۶)	
۴۹-۳۶	۴۴ (۶۵/۷)	۲۳ (۳۴/۳)		دانشجو	۲۵ (۷۸/۱)	۷ (۲۱/۹)	
وضعیت تاهل				**کفایت درآمد برای مخارج**			
متاهل	۲۲۰ (۷۳/۳)	۸۰ (۲۶/۷)	۰/۸۸	خیر	۲۹ (۵۱/۸)	۲۷ (۴۸/۲)	۰/۰۰۱
بیوه/مطلقه	۶ (۶۶/۷)	۳ (۳۳/۳)		تاحدی	۱۲۱ (۷۴/۷)	۴۱ (۲۵/۳)	
مجرد	۱۲ (۷۰/۶)	۵ (۲۹/۴)		بلی	۸۷ (۸۱/۳)	۲۰ (۱۸/۷)	
قومیت				**شاخص ازدحام**			
فارس	۱۴۹ (۷۴/۱)	۵۲ (۲۵/۹)	۰/۸۷	کم	۳۴ (۷۷/۳)	۱۰ (۲۲/۷)	۰/۸۳
آذری	۴۵ (۷۱/۴)	۱۸ (۲۸/۶)		متوسط	۱۰۱ (۷۳/۲)	۳۷ (۲۶/۸)	
سایر	۴۰ (۷۵/۵)	۱۳ (۲۴/۵)		زیاد	۸۳ (۷۵/۵)	۲۷ (۲۴/۵)	
وضعیت تحصیلات				**بعد خانواده (نفر)**			
بی‌سواد/ابتدایی	۲۳ (۶۲/۲)	۱۴ (۳۷/۸)					
متوسطه	۲۹ (۶۷/۴)	۱۴ (۳۲/۶)	۰/۰۶۳	کمتر از ۴	۱۲۰ (۷۴/۵)	۴۱ (۲۵/۵)	۰/۷۸
دبیرستان	۸۸ (۷۱)	۳۶ (۲۹)		۵-۴	۹۶ (۷۱/۱)	۳۹ (۲۸/۹)	
دانشگاه	۹۹ (۸۱/۱)	۲۳ (۱۸/۹)		بیش از ۵	۱۷ (۷۰/۸)	۷ (۲۹/۲)	

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.4.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.29]

جدول ۳. مقایسه ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان در دو گروه بر حسب سلامت خود ارزیابی

سلامت خود ارزیابی / متغیر	خوب Mean±SD	ضعیف Mean±SD	P-value
روابط بین فردی	۲۶/۴۰±۴/۱۸	۲۶/۴۸±۴/۳۵	۰/۸۹۵
مدیریت تنش	۱۹/۹۲±۴/۰۲	۱۸/۶۵±۴/۶۱	۰/۰۲۱
رشد معنوی	۲۶/۳۳±۴/۷۶	۲۴/۴۴±۵/۵۵	۰/۰۰۴
تغذیه	۲۵/۹۲±۴/۶۶	۲۴/۳۵±۴/۸۹	۰/۰۱۲
فعالیت فیزیکی	۱۴/۸۶±۴/۴۴	۱۴/۱۱±۵/۱۳	۰/۲۲۵
مسوولیت‌پذیری سلامت	۲۳/۷۸±۵/۲۳	۲۳/۲۶±۵/۲۷	۰/۴۴۴

جدول ۴. رگرسیون لوجستیک چندمتغیره؛ ارتباط سلامت خودارزیابی با رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان و متغیرهای جمعیتی اجتماعی

متغیر پیشگویی کننده	سلامت خود ارزیابی OR	CI-95%	P-value
کفایت درآمد برای مخارج			
بلی	-	–	–
تاحدی	۱/۴۲۲	۰/۷۳۵-۲/۷۴۹	۰/۲۹۶
خیر	۴/۱۳۶	۱/۷۷۸-۹/۶۲۵	۰/۰۰۱
مدیریت تنش*	۱/۰۳۵	۰/۹۳۳-۱/۱۴۷	۰/۵۱۶
رشد معنوی*	۰/۹۲۶	۰/۸۷۲-۰/۹۸۵	۰/۰۴
تغذیه*	۰/۹۸۴	۰/۹۱۰-۱/۰۶۴	۰/۶۹۰

***متغیرهای کمی**

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر، بیشترین درصد شرکت‌کنندگان (۷۳/۱ درصد) در گروه با سلامت خودارزیابی خوب قرار گرفته بودند که مشابه مطالعه‌ای در زنان سنین باروری در تهران (۲۵) و جمعیت مالیایی (۱۶) بوده است. در مطالعه ما سلامت خودارزیابی زنان مجرد با زنان متاهل تفاوت معنی‌دار نداشت. در مطالعات دیگر وضعیت سلامت در زنان متاهل بطور معنی‌داری بهتر از زنان مجرد بود (۲۷و۲۶). تاثیر وضعیت تاهل بر سلامت در زمینه‌های فرهنگی متفاوت است. زنان متاهل ایرانی به علت مسوولیت زیاد در انجام وظایف خانه‌داری از محدودیت در فعالیت بدنی، تغذیه ناسالم و عدم توجه به سلامت فردی برخوردارند (۲۸). یافته‌های مطالعه D'Souza و همکاران نیز نشان داد که زنان متاهل در جامعه هندی ابتدا نقش همسری، مادری و ارایه دهنده مراقبت در خانواده را ایفا می‌کنند و در نهایت به سلامت خود توجه دارند (۲۹).

بر حسب سطح تحصیلات، میزان سلامت خودارزیابی با افزایش سطح تحصیلات بیشتر شده بود، بطوریکه این میزان در زنان با تحصیلات دانشگاهی بهتر بود و نزدیک به سطح معنی‌داری بود. در مطالعه بر زنان و مردان سوئدی نیز یافته‌ها نشان دادند که در مردان سلامت خودارزیابی ضعیف با سطح تحصیلات پایین ارتباط معنی‌داری دارد اما در میان زنان مرتبط نبود (۳۰). در مطالعات دیگر تحصیلات دانشگاهی عامل موثر بر سلامت زنان شناخته شد (۳۱و۳۲). در مورد وضعیت شغلی، زنانی که در حال تحصیل (دانشجو) بودند دارای سلامت خودارزیابی بهتری بودند؛ اما ارتباط معنی‌داری بین وضعیت شغلی و سلامت خودارزیابی وجود نداشت. یافته‌های این مطالعه سازگار با نتایج مطالعات دیگر انجام شده در ایران است (۳۳و۳۴). با وجود اینکه شغل یکی از فاکتورهای موثر بر سلامت زنان است و انتظار می‌رود که وضعیت شغلی زنان تاثیر مثبت بر توانمندی زنان و بنابراین بر سلامت آنها داشته باشد، این عدم تفاوت آماری بین ابعاد سلامت زنان شاغل و خانه‌دار ممکن است ناشی از توزین تعادلی فاکتورهای مثبت و منفی مرتبط با کار مانند اعتماد به نفس و افزایش استرس باشد. زنان با مشاغل فعال و استرس بالا مشکلات سلامت بیشتری را گزارش می‌کنند (۳۵). بر حسب متغیر کفایت درآمد برای مخارج زندگی، سلامت خودارزیابی با متغیر کفایت درآمد برای مخارج زندگی ارتباط معنی‌داری داشت؛ یعنی میزان سلامت خودارزیابی زنان با پاسخ بلی در مورد این سوال نسبت به زنان با پاسخ خیر بطور معنی‌داری بالاتر بود. در مطالعات دیگر نیز سلامت با دارایی افراد ارتباط معنی‌داری داشت (۲۷و۳۱). درآمد پایین افراد را در معرض استرسورهای بیشتر نظیر شرایط زندگی ضعیف یا فشار اقتصادی قرار می‌دهد که آنها را مستعد مشکلات روانی می‌کند که ارایه خدمات مراقبت روان ممکن است مفید و کمک‌کننده باشد (۲۶). میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان در مطالعه ما ۱۳۶/۶۴ بود که مشابه مطالعه‌ای در تهران بر زنان سنین باروری است (۲۳) و بیشتر از زنان ترکیه ۶۴-۱۸ سال (۳۶) و زنان شهری چین (۱۸) می‌باشد. بیشترین نمره در بعد روابط بین فردی و بعد رشد معنوی و کمترین نمره در بعد فعالیت فیزیکی بوده است که مشابه مطالعات دیگر است (۲۳و ۳۷).

باتوجه به هدف اصلی مطالعه بر اساس تحلیل نهایی داده‌ها در مدل رگرسیون لوجستیک، از عوامل جمعیتی اجتماعی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت فقط درآمد و بعد رشد معنوی با سلامت خودارزیابی ارتباط معنی‌داری نشان دادند. مطالعه ای در زنان چین نیز یافتند، رشد معنوی و مدیریت تنش در حفظ سلامت خوب اساسی می‌باشند که می‌تواند به علت ارتباط تنش‌ها با بیماری‌هایی مانند

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.4.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.29]

فشارخون بالا، بیماری قلبی، مقاومت انسولین و اختلال سیستم ایمنی باشد. رشد معنوی نیز انعکاس توانایی افراد و قادر بودن در انجام کارها می باشد. در مطالعه‌ای به ارتباط رشد معنوی کم با اضطراب اشاره شده است (۱۸). در مطالعه کیفی انجام شده بر زنان ایرانی نیز نتایج نشان داد که تقویت رشد معنوی با سلامت آنها ارتباط مستقیمی دارد (۳۸). یافته‌های این مطالعه نشان داد که رشد معنوی و سطح درآمد با سلامت خودارزیابی زنان سنین باروری مرتبط است. باتوجه به یافته های مطالعه حاضر، سیاست‌گذاران ارتقای سلامت باید در جوامع به خصوص با سطح درآمد پایین به ارتباط رشد معنوی در سلامت خودارزیابی به عنوان یک شاخص مهم مرتبط با سلامت توجه داشته باشند و برای افزایش آن در افراد با مداخلات هدفمند برنامه‌ریزی کنند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم به خاطر حمایت مالی این طرح، خانم دکتر سمیه مومنیان مشاور آماری این مطالعه و همچنین زنانی که در این مطالعه شرکت نمودند، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.4.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.29]

Self-reported Health and Health-promoting Behaviors in Women of Reproductive Age

S. Bakouei (MSc)[1], F. Bakouei (PhD)[2*], H. Ahmari Tehran (Msc)[1], M. Raisi (Msc)[1], H. Dehghani (MSc)[1]

1.Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, I.R.Iran
2.Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 19(3); Mar 2017; PP: 29-37
Received: Dec 18th 2016, Revised: Jan 23th 2017, Accepted: Feb 14th 2017.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Self-reported health is a reliable indicator of health and a good indicator of mortality and morbidity, which is associated with several factors including demographic, socioeconomic, behavioral and psychological factors. This study aims to investigate self-reported health in women of reproductive age and its relationship with health-promoting behaviors and socio-demographic factors.

METHODS: This cross-sectional study was conducted among 330 women of reproductive age admitted to selected health care centers in Qom in spring 2016. The women were categorized in two groups of good and poor health based on the self-reported health question "how would you describe your general health?". The health-promoting lifestyle profile II (HPLP II) questionnaire was used to assess health-promoting behaviors with the total possible score ranging from 52 to 208.

FINDINGS: The mean age of the studied women was 29.6 ± 6.2 years. T-test demonstrated that the mean scores of stress management (19.92±4.02), spiritual growth (26.33 ± 4.76) and nutrition (25.92 ± 4.66) in the women with good health were significantly higher compared to women with poor health (18.65 ± 4.61, 24.44 ± 5.55, 24.35 ± 4.89, respectively). In the final analysis based on the logistic regression model, only the factors of income adequacy for living expenses (CI=1.778-9.625, OR=4.136, P.V=0.001) and spiritual growth (CI=0.872-0.985, OR=0.926, P.V=0.04) remained as significant factors.

CONCLUSION: Considering the results of this study, income adequacy for living expenses and spiritual growth are the indicators associated with self-reported health in women of reproductive age.

KEY WORDS: *Self-report health, Healthy lifestyle, Socio-demographic characteristics, Women, Reproductive age.*

Please cite this article as follows:
Bakouei S, Bakouei F, Ahmari Tehran H, Raisi M, Dehghani H. Self-reported Health and Health-promoting Behaviors in Women of Reproductive Age. J Babol Univ Med Sci. 2017;19(3):29-37.

***Corresponding author: F. Bakouei (PhD)**
Address: Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
Tel: +98 11 32190597
E-mail: bakouei2004@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.4.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.29]

References

1.Sharma B, Nam EW, Kim D, Yoon YM, Kim Y, Kim HY. Role of gender, family, lifestyle and psychological factors in self-rated health among urban adolescents in Peru: a school-based cross-sectional survey. BMJ Open. 2016 Feb 3; 6(2):e010149.

2.Burström B, Fredlund P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? J Epidemiol Community Health 2001;55:836–40.

3.Nielsen AB, Siersma V, Hiort LC, Drivsholm T, Kreiner S, Hollnagel H. Self-rated general health among 40-year-old Danes and its association with all-cause mortality at 10-, 20-, and 29 years' follow-up. Scand J Public Health. 2008 Jan; 36(1):3-11.

4.Heshmat R, Qorbani M, Safiri S, Eslami-Shahr Babaki A, Matin N, Motamed-Gorji N, et al. Association of passive and active smoking with self-rated health and life satisfaction in Iranian children and adolescents: the CASPIAN IV study. BMJ Open. 2017 Feb 14; 7(2):e012694. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012694.

5.Darviri C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. BMC Public Health. 2011 Aug 4; 11:619.

6.Szwarcwald CL, Damacena GN, de Souza Júnior PR, de Almeida Wda S, de Lima LT, Malta DC, et al. Determinants of self-rated health and the influence of healthy behaviors: results from the National Health Survey, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015 Dec; 18 Suppl 2:33-44.

7.Von dem Knesebeck O, Geyer S. Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. BMC Public Health. 2007 Oct 1; 7:272.

8.Pappa E, Niakas D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. BMC Health Serv Res. 2006 Nov 2; 6:146.

9.van Lenthe FJ, Schrijvers CT, Droomers M, Joung IM, Louwman MJ, Mackenbach JP. Investigating explanations of socio-economic inequalities in health: the Dutch GLOBE study. Eur J Public Health. 2004 Mar; 14(1):63-70.

10.Halford C, Ekselius L, Anderzen I, Arnetz B, Svärdsudd K. Self-rated health, life-style, and psychoendocrine measures of stress in healthy adult women. Ups J Med Sci. 2010 Nov; 115(4):266-274.

11.Girón P. Determinants of self-rated health in Spain: differences by age groups for adults. Eur J Public Health. 2012 Feb; 22(1):36-40.

12.Pisinger C, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Jørgensen T. The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population: the Inter99 study. Prev Med. 2009 Nov; 49(5):418-423.

13.Han MA, Kim KS, Park J, Kang MG, Ryu SY. Association between levels of physical activity and poor self-rated health in Korean adults: The Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES), 2005. Public Health. 2009 Oct; 123(10):665-669.

14.Li CC, Meng XH, Wang JR, Ma HJ, Chen C, Liu YQ. Association between sociodemographic, psychosocial, lifestyle factors, and self-reported health among migrant laborers in China. J Chin Med Assoc. 2017 Feb 12. pii: S1726-4901(17)30003-5. doi: 10.1016/j.jcma.2016.10.011. [Epub ahead of print].

15.Zarini GG, Vaccaro JA, Canossa Terris MA, Exebio JC, Tokayer L, Antwi J, et al. Lifestyle behaviors and self-rated health: the living for health program. J Environ Public Health. 2014; 2014:315042.

16.Chan YY, Teh CH, Lim KK, Lim KH, Yeo PS, Kee CC, et al. Lifestyle, chronic diseases and self-rated health among Malaysian adults: results from the 2011 National Health and Morbidity Survey (NHMS). BMC Public Health. 2015 Aug 6; 15:754.

17.Alverson EM, Kessler TA. Relationships between lifestyle, health behaviors, and health status outcomes for underserved adults. J Am Acad Nurse Pract. 2012 Jun; 24(6):364-74.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.4.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.29]

18.Cheng J, Wang T, Li F, Xiao Y, Bi J, Chen J, et al. Self-rated health status and subjective health complaints associated with health-promoting lifestyles among urban Chinese women: a cross-sectional study. PLoS One. 2015 Feb 11; 10(2):e0117940.

19.Statistical center of Iran.2011. Available at www.amar.org.ir/Portals/1/Iran/census-2.pdf.

20.Ahmadipour H, Kiarash G. Promoting Healthy Lifestyles for Women in Kerman, Iran: A Population-Based Study. Women's Health Bulletin. 2016; 3: e33612. (Persian).

21.Ranji, UR, Salganicoff A. Women's Health Care Chart book, Key Findings from the Kaiser Women's Health Survey. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation, 2011. http://www.kff.org/womenshealth/upload/8164.pdf.

22.Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987 Mar-Apr; 36(2):76-81.

23.Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S, Mohammadi E, Charandabi SM, Majdzadeh R. A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age. Health Promot Int. 2015 Sep; 30(3):586-594.

24.Baheiraei A, Bakouei F, Mohammadi E, Montazeri A, Hosseni M. The Social Determinants of Health in Association with Women's Health Status of Reproductive Age: A Population-Based Study. Iran J Public Health. 2015 Jan; 44(1):119-129.

25.Baheiraei A, Bakouei F, Bakouei S, Eskandari N, Ahmari Tehran H. Social Capital as a Determinant of Self-Rated Health in Women of Reproductive Age: A Population-Based Study. Glob J Health Sci. 2015 Jul 19; 8(2):273-280.

26.Murata C, Kondo K, Hirai H, Ichida Y, Ojima T. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). Health Place. 2008 Sep; 14(3):406-414.

27.Daher AM, Ibrahim HS, Daher TM, Anbori AK. Health related quality of life among Iraqi immigrants settled in Malaysia. BMC Public Health. 2011 May 30; 11:407.

28.Azizi F, Ainy E. Women, occupation, marital status and non-communicable disease risk factors: findings from the Tehran Lipid and Glucose Study. Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2008; 7(1): 11-15. (Persian)

29.D'Souza MS, Karkada SN, Somayaji G. Factors associated with health-related quality of life among Indian women in mining and agriculture. Health Qual Life Outcomes. 2013 Jan 22; 11:9.

30.Molarius A, Berglund K, ErikssonC, Lambe M, Nordstro¨m E, Eriksson HG, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. European Journal of Public Health. 2006; 17(2): 125–133.

31.Hosseinpoor AR, Stewart Williams J, Amin A, Araujo de Carvalho I, Beard J, Boerma T, et al. Social determinants of self-reported health in women and men: understanding the role of gender in population health. PLoS One. 2012; 7(4):e34799.

32.Li YH, Nie XQ, Yang C, Pang J, Zhang G, Tao MX. Study on lifestyle and self-rated health among 5 kinds of occupational populations in 6 provinces in China .Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi. 2012 Mar; 46(3):214-219.

33.Ahmad-Nia S. Women's work and health in Iran: a comparison of working and non-working mothers. Soc Sci Med . 2002; 54(5); 753–765.

34.Saravi FK, Navidian A, Rigi SN, Montazeri A. Comparing health-related quality of life of employed women and housewives: a cross sectional study from southeast Iran. BMC Womens Health. 2012 Nov 23; 12:41.

35.Slopen N, Glynn RJ, Buring JE, Lewis TT, Williams DR, Albert MA. Job strain, job insecurity, and incident cardiovascular disease in the Women's Health Study: results from a 10-year prospective study. PLoS One. 2012; 7(7):e40512.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.4.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.29]

36.Sonmezer H, Cetinkaya F, Nacar M. Healthy life-style promoting behaviour in Turkish women aged 18-64. Asian Pac J Cancer Prev. 2012; 13(4):1241-1245.
37.Wu TT, Chen IJ, Cho SL, Chiou AF. The Relationship between Health-Promoting Behaviors and Metabolic Syndrome in Community-Dwelling Older Adults. Biol Res Nurs. 2016 Oct; 18(5):549-557.
38.Baheiraei A, Bakouei F, Mohammadi E. Explaining the Effect of Cooperation and Collective Action on Women's Health. J Babol Univ Med Sci. 2016; 18(9):26-31.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.4.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.29]