

بررسی ارتباط رفتارهای بهداشتی با وضعیت سلامت در زنان باردار شهری و روستایی ارومیه

سهیلا ربیعی پور^۱، الهام صادقی^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۱/۲۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۴/۰۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: این طرح به منظور تعیین ارتباط رفتارهای بهداشتی با سلامت درک شده در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش به شکل توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۳-۹۴ در شهرستان ارومیه انجام شد. جامعه پژوهش را ۴۱۱ زن باردار تشکیل دادند. در مراکز افراد پژوهش با توجه به معیارهای ورود به طرح، به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه ای محقق ساخته و مشتمل بر سه قسمت: (۱) مشخصات فردی و اجتماعی (۲) وضعیت سلامت درک شده (۳) وضعیت رفتارهای بهداشتی بود.

یافته ها: گروه سنی افراد پژوهش ۱۵-۴۵ سال و میانگین سن حاملگی $9/52 \pm 22/64$ هفته بود. ۴۷ درصد زنان در ۳ ماهه دوم بارداری خود بودند. بین سلامت درک شده و رفتارهای بهداشتی ارتباط آماری معنی دار وجود داشت. به طور کلی در رابطه با رفتارهای بهداشتی، ۲۶/۸ درصد زنان باردار در حاملگی مدت خواب و ۳۸/۴ درصد اشتیهای خود را افزایش یافته گزارش کردند. در رابطه با وضعیت سلامت ۲۴/۸ درصد زنان باردار وضعیت سلامت خود را خیلی خوب گزارش کردند. ۱۱/۴ درصد زنان باردار در مقایسه با دیگر زنان باردار، بیشتر احساس ناراحتی می کردند.

بحث و نتیجه گیری: پژوهش حاضر بیانگر پایین بودن میزان سلامت درک شده و رفتارهای بهداشتی توسط زنان باردار شهرستان ارومیه می باشد. جهت ارتقای سلامت زنان در دوران بارداری و بهبود نتایج حاملگی به آموزش رفتارهای بهداشتی سالم و مراقبت مناسب از خود، از سوی مراقبین بهداشتی در این دوران توصیه می شود.

کلیدواژه ها: زنان، بارداری، رفتارهای بهداشتی، وضعیت سلامت

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره پنجم، پی در پی ۸۲، مرداد ۱۳۹۵، ص ۴۵۴-۴۴۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو ساختمان دانشکده پرستاری و مامایی. کد پستی: ۵۷۵۶۱۱۵۱۱۱، تلفن: ۰۹۱۴۳۴۶۳۲۸۸

Email: elham.sadeghi86@gmail.com

مقدمه

و مشخصات فردی است. تحقیقات نشان داده اند که امتیازدهی افراد از وضعیت سلامت درک شده آن ها، بیشتر بر پایه وضعیت جسمانی و فیزیکی شان است (۲). ارزیابی وضعیت سلامت درک شده اولین بار در سال ۱۹۹۴-۹۵ توسط جمعیت ملی ارزیابی سلامت انجام شد (۳). اینکه فرد توانایی انجام فعالیت های روزمره را بدون محدودیت و کمک دیگران داشته باشد، یک شاخص قوی تعیین کننده وضعیت سلامت درک شده است. ورزش کردن، تغذیه مناسب، دریافت حمایت عاطفی، ارتباط بین فردی خوب و داشتن سبک زندگی سالم به طور مثبتی روی درک سلامت فرد تأثیر می گذارد. وضعیت سلامت درک شده با یک سؤال سنجیده می شود. ولی سیستم نمره دهی آن در کشورهای مختلف، متفاوت است. به گونه ای که بر اساس طیف

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی فقط فقدان بیماری نیست، بلکه سلامتی یک وضعیت خوب بودن و توانایی داشتن عملکرد در مقابل با تغییرات محیطی است. اگرچه وضعیت سلامت در ارتباط قوی با بود نبود بیماری است، اما به عنوان یک وضعیت ذهنی تعریف می شود. از طرفی وضعیت سلامت درک شده یک تعیین کننده مهم نیازهای درک شده برای مراقبت های بهداشتی و دیگر خدمات مرتبط با بهداشت و سلامت است (۱). سلامت درک شده منعکس کننده درک فرد از وضعیت سلامت عمومی خود بوده شامل هر دو بعد فیزیکی و روانی فرد می باشد. سلامت درک شده یک پدیده ذهنی است و تحت تأثیر عواملی چون وضعیت فرهنگی

^۱ استادیار گروه مامایی، دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

لیکرت دو، سه و پنج گزینه‌ای امتیازدهی می‌شود. وضعیت سلامت درک شده پیشگویی‌کننده میزان شیوع بیماری‌های مزمن و میزان مرگ‌ومیر است (۴، ۵).

در طول حیات هر زن مراحل وجود دارد که تأثیرات عمیقی بر زندگی او بر جای می‌گذارد (۶). یکی از حساس‌ترین دوران زندگی یک زن، بارداری و زایمان است که منجر به القای تغییرات فیزیولوژیک و سایکولوژیک و نقش‌های اجتماعی - خانوادگی می‌شود (۷، ۸). از جمله مهم‌ترین موقعیت‌هایی که رفتارهای سالم بهداشتی اهمیت ویژه‌ای می‌یابند، دوران بارداری است که باعث تغییر در رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی وی می‌شود (۹). از آنجاکه کلیه این تغییرات بر روی درک افراد از وضعیت سلامتی‌اش و اتخاذ رفتارهای بهداشتی‌اش تأثیرگذارند و نیز در ایران پژوهشی در مورد رفتارهای بهداشتی و وضعیت سلامت درک شده در زنان باردار انجام نشده و با توجه به اینکه عده زیادی از زنان، تجربه بارداری را در زندگی خود خواهند داشت، لازم است که جنبه‌های مختلف زندگی زنان باردار، وضعیت رفتارهای بهداشتی و درک سلامتی آن‌ها شناسایی شود تا بتوان توصیه‌ها و مداخلات لازم را به‌موقع انجام داد، لذا این طرح به‌منظور تعیین ارتباط رفتارهای بهداشتی با سلامت درک شده در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش به شکل توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۳-۹۴ در شهرستان ارومیه انجام شد. جامعه پژوهش را زنان بارداری که جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی ارومیه مراجعه کرده و دارای پرونده بهداشتی بودند تشکیل دادند. برای تعیین مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، بعد از اخذ لیست کلیه مراکز شهرستان ارومیه، نقشه شهرستان به ۲ موقعیت جغرافیایی شمال و جنوب تقسیم و از هر موقعیت، یک مرکز بهداشتی درمانی شهری و دو مرکز بهداشتی درمانی روستایی به‌عقدقرعه انتخاب شد. از هر مرکز به تناسب زنان باردار تحت پوشش آن مرکز، حجم‌های نابرابر انتخاب شد. افراد موردپژوهش به‌صورت در دسترس و آسان وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به طرح شامل: عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی - عدم ابتلا به مشکلات مربوط به بارداری کنونی - عدم سابقه سقط‌جنین - عدم سابقه حاملگی‌های پرخطر و دارای عارضه - عدم مصرف دارو بود. زنان باردار، از هر ۳ ماهه حاملگی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه قسمت: (۱) مشخصات فردی - بارداری (۲) وضعیت سلامت درک شده و (۳) وضعیت رفتارهای بهداشتی بود. پرسشنامه

ذکرشده، پس از جلب اعتماد و کسب رضایت آگاهانه از زنان باردار، تکمیل شدند. مشخصات فردی و اجتماعی (جمعیت شناختی) شامل گزینه‌های سن، سن حاملگی، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، تعداد حاملگی‌ها، تعداد سقط، تعداد فرزند زنده، تعداد فرزند مرده، بود. وضعیت سلامت درک شده دارای ۲ سؤال است که شامل: ۱. وضعیت سلامت خود را در حال حاضر چگونه ارزیابی می‌کنید؟ این سؤال دارای ۵ گزینه: خیلی خوب، خوب، نسبتاً خوب، ضعیف و خیلی ضعیف است. ۲. آیا در مقایسه با دیگر زنان حامله مشابه خودتان، بیشتر احساس ناراحتی می‌کنید؟ پاسخ به این سؤال با ۳ گزینه: بلی، خیر و یکسان سنجیده می‌شود. وضعیت رفتارهای بهداشتی نیز دارای ۲ سؤال می‌باشد که شامل: ۱. وضعیت اشتیاق خود را در حال حاضر چگونه ارزیابی می‌کنید؟ ۲. وضعیت خواب خود را در حال حاضر چگونه ارزیابی می‌کنید؟ پاسخ به این دو سؤال با ۳ گزینه: افزایش یافته، کاهش یافته و بدون تغییر سنجیده می‌شود. پرسشنامه توسط محقق برای کلیه زنان باردار به‌صورت مصاحبه تکمیل شد. تمامی پرسشنامه‌ها بعد از کسب رضایت‌نامه آگاهانه برای افراد تکمیل شد.

برای بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ساخته‌شده از روش روایی محتوا و آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین‌صورت که پرسشنامه با متون علمی مرتبط با این طرح تطبیق داده شد (۳، ۱۰، ۱۱). همین‌طور به ۵ نفر از اعضای هیئت‌علمی گروه زنان و مامایی نیز ارسال شد. درنهایت اصلاحات لازم در پرسشنامه صورت گرفت. با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ نیز پرسشنامه دارای پایایی ۰/۷ بود. برای تحلیل اطلاعات این مطالعه از آمار توصیفی در قالب نمودارها و جداول استفاده شد. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که داده‌های مطالعه حاضر، از توزیع نرمال تبعیت می‌کنند. لذا برای مقایسه داده‌ها از آزمون‌های t -test، آزمون کای دو و Correlation بهره برده شد؛ که این امر با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 قابل اجرا بود. سطح معنی‌داری ($P=0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از تعداد کل ۴۱۱ شرکت‌کننده در این پژوهش ۲۱۳ زن باردار از مراکز بهداشتی درمانی شهری و ۱۹۸ زن باردار از مراکز بهداشتی درمانی روستایی انتخاب شده بودند. گروه سنی افراد پژوهش ۴۵-۱۵ سال بود و میانگین سن زنان باردار شرکت‌کننده در طرح ۲۷/۹۰±۶/۰۳ بود. نتایج نشان داد که ۸۲/۷ درصد افراد در گروه سنی ۱۸-۳۵ سال قرار داشتند. اغلب زنان (۹۰/۵ درصد) خانه‌دار بودند. ۴۶/۷ درصد زنان دارای تحصیلات متوسطه و بالاتر بودند. ۸۳/۵ درصد زنان دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند. میانگین

در رابطه با وضعیت سلامت ۲۴/۸ درصد زنان باردار وضعیت سلامت خود را خیلی خوب و هیچ‌یک از زنان باردار وضعیت سلامت خود را خیلی ضعیف گزارش نکردند. ۱۱/۴ درصد زنان باردار در مقایسه با دیگر زنان باردار، بیشتر احساس ناراحتی می‌کردند. با انجام آزمون کای دو نشان داده شد که بین زنان باردار شهری و روستایی از نظر هر دو حیطة وضعیت سلامت (وضعیت سلامت درک شده و احساس ناراحتی در مقایسه با دیگران) نیز ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P=0.037$).

این بدین معنی است که در مقایسه زنان باردار شهری و روستایی، از نظر وضعیت سلامتی، ۳۰/۵ درصد زنان باردار شهری وضعیت سلامت خود را خیلی خوب گزارش کردند که این میزان در زنان باردار روستایی ۱۸/۷ درصد بود. همین‌طور ۰/۹ درصد زنان باردار وضعیت سلامت خود را خیلی ضعیف درک کرده بودند که این مقدار در زنان باردار روستایی ۰/۵ درصد بود. در حیطة مقایسه وضعیت سلامتی با دیگران، ۹/۴ درصد زنان باردار شهری در مقایسه با دیگر زنان باردار مشابه خودشان بیشتر احساس ناراحتی می‌کردند که این میزان در زنان باردار روستایی ۱۳/۶ درصد بود.

سن حاملگی $9/52 \pm 22/64$ هفته در کل افراد شرکت‌کننده هفته بود که این سن در زنان باردار شهری $8/43 \pm 21/84$ هفته و در زنان باردار روستایی $10/54 \pm 23/50$ هفته بود. در کل پژوهش ۴۷ درصد زنان در ۳ ماهه دوم بارداری خود بودند که این متغیر در زنان باردار شهری و روستایی یکسان بود.

به‌طور کلی در رابطه با رفتارهای بهداشتی، ۲۶/۸ درصد زنان باردار در حاملگی مدت خواب و ۳۸/۴ درصد اشتهای خود را افزایش یافته گزارش کردند.

با انجام آزمون کای دو نشان داده شد که بین زنان شهری و روستایی از نظر هر دو حیطة رفتار بهداشتی (مدت خواب، وضعیت اشتها) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P=0.000$). در مقایسه زنان باردار شهری و روستایی از نظر رفتارهای بهداشتی، ۳۱ درصد زنان شهری و ۲۲/۲ درصد زنان روستایی مدت خواب خود را افزایش یافته گزارش کردند. همین‌طور ۴۹/۳ درصد زنان باردار شهری و ۲۶/۸ درصد زنان باردار روستایی وضعیت اشتهای خود را افزایش یافته گزارش کردند.

جدول (۱): ارتباط بین رفتارهای بهداشتی با خصوصیات فردی - اجتماعی زنان باردار ($N = 411$)

فاکتورها	افزایش یافته	کاهش یافته	بدون تغییر	افزایش یافته	کاهش یافته	بدون تغییر
فراوانی	۱۵۸ (٪۳۸/۴)	۱۳۱ (٪۳۱/۹)	۱۲۲ (٪۲۹/۷)	۱۱۰ (٪۲۶/۸)	۱۲۶ (٪۳۰/۶)	۱۷۵ (٪۴۲/۶)
سن (میانگین \pm انحراف معیار)	*			**		
	$6/03 \pm 27/90$					
سن حاملگی (میانگین \pm انحراف معیار)	**			**		
	$9/52 \pm 22/64$					
تعداد حاملگی (میانگین \pm انحراف معیار)	*			*		
	$1/37 \pm 1/17$					
تحصیلات	***			***		
وضعیت اشتغال	***			***		
وضعیت اقتصادی	***			***		

p-value = 0/05

* با استفاده از آزمون‌های آماری Kruskal - Wallis

** با استفاده از آزمون‌های آماری One Way ANOVA

*** با استفاده از آزمون‌های آماری Chi-Square, crosstabs

طبق نتایج موجود در جدول ۱، در بررسی ارتباط مشخصات جمعیتی شناختی زنان باردار مورد پژوهش با رفتارهای بهداشتی آن‌ها، با استفاده از آزمون‌های آماری مربوطه، بین وضعیت خواب و سن زنان، سن حاملگی زنان، تعداد حاملگی‌ها و تحصیلات زنان اختلاف معنی‌دار وجود داشت. از طرفی وضعیت اشتها فقط با سن حاملگی، تحصیلات و وضعیت اقتصادی زنان باردار در ارتباط بود.

جدول (۲): ارتباط بین وضعیت سلامت با خصوصیات فردی - اجتماعی زنان باردار (N= ۴۱۱)

وضعیت سلامت		احساس ناراحتی در مقایسه با دیگران		سلامت درک شده		فاکتورها
ضعیف و خیلی ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	یکسان	خیر	بلی
۳ (٪۰/۷)	۷۷ (٪۱۸/۷)	۲۲۹ (٪۵۵/۷)	۱۰۲ (٪۲۴/۸)	۸۱ (٪۱۹/۷)	۲۸۳ (٪۶۸/۹)	۴۷ (٪۱۱/۴)
P= 0/186*		P= 0/000**				سن (میانگین ± انحراف معیار) (۲۷/۹۰ ± ۶/۰۳)
P= 0/114*		P= 0/344*				سن حاملگی (میانگین ± انحراف معیار) (۲۲/۶۴ ± ۹/۵۲)
P= 0/050*		P= 0/000*				تعداد حاملگی (میانگین ± انحراف معیار) (1/17 ± 0/37)
p= 0/003	***	p= 0/000	***			تحصیلات
p= 0/511	***	p= 0/026	***			وضعیت اشتغال
p= 0/561	***	p= 0/000	***			وضعیت اقتصادی

p-value = 0/05

*با استفاده از آزمون‌های آماری Kruskal – Wallis

**با استفاده از آزمون‌های آماری One Way ANOVA

*** با استفاده از آزمون‌های آماری Chi-Square, crosstabs

اشتغال اختلاف معنی‌دار داشت. در مقایسه وضعیت سلامتی زنان باردار با زنان باردار مشابه خودشان، ارتباط آماری معنی‌داری با مشخصات جمعیتی شناختی (به جز تحصیلات) وجود نداشت.

با توجه به جدول ۲، در بررسی ارتباط مشخصات جمعیتی شناختی زنان باردار مورد پژوهش با وضعیت سلامت درک شده آن‌ها، با استفاده از آزمون‌های آماری مربوطه، وضعیت سلامت درک شده با همه متغیرهای جمعیتی شناختی به جز سن حاملگی و وضعیت

جدول (۳): ارتباط وضعیت سلامت و رفتارهای بهداشتی در زنان باردار (N = 411)

سلامت درک شده						
P-value	جمع	ضعیف و خیلی ضعیف	نسبتاً خوب	خوب	خیلی خوب	
	۱۵۸ (%۱۰۰)	۱ (%۰/۶)	۲۷ (%۱۷/۱)	۹۰ (%۵۷)	۴۰ (%۲۵/۳)	افزایش یافته
0/699*	۱۳۱ (%۱۰۰)	۲ (%۱/۵)	۲۸ (%۲۱/۴)	۶۷ (%۵۱/۱)	۳۴ (%۲۶)	وضعیت کاهش یافته
	۱۲۲ (%۱۰۰)	۰	۲۲ (%۱۸)	۷۲ (%۵۹)	۲۸ (%۲۳)	بدون تغییر
	۱۱۰ (%۱۰۰)	۰	۱۲ (%۱۰/۹)	۵۹ (%۵۳/۶)	۳۹ (%۳۵/۵)	افزایش یافته
0/009*	۱۲۶ (%۱۰۰)	۱ (%۰/۸)	۲۷ (%۲۱/۴)	۶۸ (%۵۴)	۳۰ (%۲۳/۸)	وضعیت کاهش یافته
	۱۷۵ (%۱۰۰)	۲ (%۱/۱)	۳۸ (%۲۱/۷)	۱۰۲ (%۵۸/۳)	۳۳ (%۱۸/۹)	بدون تغییر

p-value = 0/05

* با استفاده از آزمون‌های آماری Chi-Square, crosstabs

با استفاده از آزمون کای دو، فقط وضعیت خواب زنان باردار شرکت کننده در طرح حاضر، با وضعیت سلامت درک شده در ارتباط آماری معنی دار بود.

جدول (۴): مقایسه وضعیت سلامت و رفتارهای بهداشتی در زنان باردار شهری و روستایی (N=411)

P-VALUE	زنان باردار روستایی	زنان باردار شهری	
	۳۷ (%۱۸/۷)	۶۵ (%۳۰/۵)	خیلی خوب
	۱۲۲ (%۶۱/۶)	۱۰۷ (%۵۰/۲)	خوب
0.037*	۳۸ (%۱۹/۲)	۳۹ (%۱۸/۳)	نسبتاً خوب
	۱ (%۰/۵)	۲ (%۰/۹)	ضعیف و خیلی ضعیف

* با استفاده از آزمون آماری Chi-Square, crosstabs

P-VALUE	زنان باردار روستایی	زنان باردار شهری	
	۵۳ (%۲۶/۸)	۱۰۵ (%۴۹/۳)	افزایش یافته
0.000*	۶۶ (%۳۳/۳)	۶۵ (%۳۰/۵)	وضعیت اشتها کاهش یافته
	۷۹ (%۳۹/۹)	۴۳ (%۳۵/۷)	بدون تغییر
	۴۴ (%۲۲/۲)	۶۶ (%۳۱)	افزایش یافته
0.000*	۵۵ (%۲۷/۸)	۷۱ (%۳۳/۳)	وضعیت خواب کاهش یافته
	۹۹ (%۵۰)	۷۶ (%۳۵/۷)	بدون تغییر

* با استفاده از آزمون آماری Chi-Square, crosstabs

بحث و نتیجه گیری

سلامت درک شده نیز می پردازند (۱۳). رفتارهای بهداشتی جزئی از سبک زندگی هستند. سبک زندگی دارای ابعاد مختلفی چون عادات غذایی و عادات خواب می باشد (۱۴). در این مطالعه بین وضعیت سلامت درک شده به عنوان توصیفی از کیفیت زندگی فرد و وضعیت خواب (بخشی از رفتارهای بهداشتی) به عنوان جزئی از سبک زندگی فرد ارتباط آماری معنی دار و مثبتی

اگرچه جنبه عینی در توصیف میزان سلامت فرد مهم است، اما انتظارات و دریافت های ذهنی فرد است که بیانگر کیفیت زندگی واقعی تجربه شده توسط اوست (۱۲). کیفیت زندگی اغلب به عنوان یک اصطلاح رایج در خدمات سلامتی و مراقبتی بکار می رود. وقتی در مورد کیفیت زندگی صحبت می شود، اغلب محققین به وضعیت

مثبت‌تری از وضعیت سلامت در دوران بارداری می‌شود؛ و به احساس سلامت بهتر و رضایت از دوران بارداری کمک می‌کند. از طرفی در مطالعه حاضر، بین سن بارداری و وضعیت رفتارهای بهداشتی اختلاف معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی با افزایش سن بارداری، وضعیت رفتارهای بهداشتی بهتر می‌شود. در مطالعاتی که بر روی کیفیت زندگی زنان باردار انجام گرفته است، نیز بین سن حاملگی و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد (۱۸، ۲۲). این ارتباط نشان‌دهنده این موضوع است که با افزایش سن بارداری، میزان شکایات و ناراحتی‌های زن باردار نیز مثل کاهش تحرک، کاهش ساعات خواب، احساس سوزش سر دل، کاهش حرکات روده‌ای و غیره افزایش می‌یابد که کلیه این مشکلات باعث افزایش و بهبود رفتارهای بهداشتی و مراقبتی زن باردار، برای رفع مشکلات دوران بارداری‌اش می‌شود.

با آزمون‌های آماری انجام‌گرفته بین اشتغال زنان باردار و وضعیت رفتارهای بهداشتی آن‌ها ارتباط آماری وجود نداشت. نتایج پژوهش یداللهی و همکاران نشان داد که بین شغل زنان باردار با سبک زندگی آن‌ها همبستگی وجود دارد (۲۳). مطالعه چن و همکاران نیز نشان داد زنان باردار شاغل، سبک زندگی مطلوب‌تری دارند (۲۴). دلیل این اختلافات می‌تواند حجم کم زنان شاغل (۹/۵ درصد) در پژوهش حاضر باشد.

در پژوهش حاضر بین وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت درک شده ارتباط آماری معنی‌دار و مثبتی وجود داشت. همسو با نتایج حاضر، در مطالعه‌ای که توسط Hass و همکاران انجام شده است نشان داده شد که وضعیت پول ناکافی در جهت تهیه غذا و مسکن با وضعیت سلامت در طی حاملگی ارتباط معنی‌دار دارد (۲۵). همین‌طور در مطالعه‌ای در انگلستان با عنوان "اثرات وضعیت اقتصادی و اجتماعی بر وضعیت سلامتی" نشان داده شد که وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین با وضعیت سلامت ضعیف همراه است (۲۰).

به‌طورکلی از آنجاکه نتیجه پژوهش حاضر بیانگر پایین بودن میزان سلامت درک شده و رفتارهای بهداشتی توسط زنان باردار می‌باشد، درنهایت با توجه به دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت که ارتقای وضعیت سلامت و انجام رفتارهای بهداشتی در افراد تا سال ۲۰۲۰ می‌باشد، پیشنهاد می‌شود در جهت ارتقا وضعیت سلامت زنان باردار به آموزش در زمینه بهبود رفتارهای بهداشتی و وضعیت سلامت، از طریق مراکز مراقبت‌های دوران بارداری و کارکنان بهداشت و درمان و نیز پیام‌های سلامتی از طریق رسانه‌ها پرداخته شود تا سلامت زنان و در نتیجه خانواده حاصل گردد. جهت کمک به ارتقای سلامت زنان در دوران بارداری و بهبود نتایج حاملگی به آموزش رفتارهای بهداشتی سالم و مراقبت مناسب از

وجود داشت. در مطالعه‌ای که توسط نقیبی و همکاران انجام‌شده نیز بین سبک زندگی با کیفیت زندگی، ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری وجود داشت (۱۵). به‌گونه‌ای که هر چه نمره ابعاد سبک زندگی در فرد افزایش می‌یافت، کیفیت زندگی ارتقاء می‌یافت. در مطالعه حاضر نیز، افرادی که سلامت خود را خوب ارزیابی کرده بودند، وضعیت خوابشان به‌عنوان یک رفتار بهداشتی بدون تغییر باقی‌مانده بود. زیرا افزایش و کاهش میزان خواب می‌تواند پیشگویی‌کننده مسائل و مشکلات خاصی باشد.

در مطالعه حاضر بین وضعیت اقتصادی و سلامت درک شده ارتباط معنی‌دار و مثبتی وجود دارد ($P=0/000$). در مطالعه سیمون و همکاران نیز این رابطه اثبات شده است (۱۶). به‌نحوی که وضعیت نسبتاً خوب تا ضعیف سلامت درک شده، در بین افراد با وضعیت اقتصادی پایین، بیشتر از افراد با وضعیت اقتصادی متوسط و بالا است.

در این مطالعه بین سن زنان باردار و وضعیت سلامت درک شده آن‌ها اختلاف معنی‌دار و منفی وجود دارد ($P=0/000$). همسو با نتایج مطالعه حاضر، در دیگر مطالعات نیز با افزایش سن، افراد وضعیت سلامت خود را رو به پایین و ضعیف گزارش کرده‌اند (۱۱، ۱۷). در مطالعه عباس زاده و همکاران نیز با عنوان "کیفیت زندگی در بارداری" با افزایش سن زنان باردار کیفیت زندگی آن‌ها کاهش یافته است (۱۸). یکی از دلایل این یافته می‌تواند این باشد که با افزایش سن مشکلات جسمانی نیز افزایش می‌یابد. از طرفی با افزایش سن احتمال بارداری ناخواسته نیز افزایش می‌یابد که یک دلیل اصلی برای کاهش وضعیت سلامت درک شده است.

با استفاده از آزمون‌های آماری مربوطه بین اشتغال زنان باردار و وضعیت سلامت درک شده آن‌ها، ارتباط آماری معنی‌دار یافته شد ($P=0/026$). در مطالعه بارت و همکاران نیز نتیجه مشابه گزارش شده است. افرادی که شاغل نیستند و غیرفعال‌اند، وضعیت سلامت خود را ضعیف یا بسیار ضعیف گزارش می‌کنند (۱۷). دلیل این ارتباط احتمالاً این است که افرادی که خود را مفید نمی‌دانند وضعیت سلامتی خود را منفی درک می‌کنند.

در پژوهش حاضر بین میزان تحصیلات زنان باردار و وضعیت سلامت درک شده توسط آن‌ها ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت ($P=0/000$). در دیگر مطالعات نیز محققان به نتیجه مشابهی دست یافته‌اند، به‌نحوی که مردم با سطح سواد کم، وضعیت سلامتی خود را ضعیف گزارش می‌کنند (۱۹، ۲۰). همسو با این نتایج، در مطالعه‌ای مشابه، بین وضعیت سلامت با سطح تحصیلات مادر ارتباط یکسانی وجود داشت (۲۱). این یافته می‌تواند بیانگر این موضوع باشد که تحصیلات به‌عنوان عاملی مثبت باعث درک بهتر و

سنجیده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی به شماره umsu.rec.1393254 می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، همکاری و مساعدت کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی مورد پژوهش، همین‌طور کلیه زنان باردار که با صبر و حوصله به سؤالات محقق پاسخ داده‌اند، تشکر و قدردانی می‌نماییم. نویسندگان متعهد می‌شوند که هیچ‌گونه منابع مالی یا منافی که ممکن است موجب سوگیری در نتایج تحقیق شود ندارند.

References:

1. WHO. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. 2005 [cited 2016 Aug 17]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>
2. Blaxter M. Health and lifestyles: Routledge; 2003.
3. Béland Y, Bailie L, Catlin G, Singh M, editors. CCHS and NPHS—an improved health survey program at Statistics Canada. Proceedings of the American Statistical Association Meeting. Survey Research Methods 2000; 50(5): 517-24.
4. Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, D COHEN R, Salonen R, Tuomilehto J, et al. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *Int J Epidemiol* 1996;25(2): 259-65.
5. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(5): 517.
6. Furuzandeh N, Dasht B. The prevalence of postpartum depression in pregnant women 1995;22(5): 869-77.
7. Correia LL, Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;15(4):677-83.

خود، از سوی مراقبین بهداشتی در این دوران توصیه می‌شود تا بتوان سطح درک سلامتی زنان باردار را ارتقا داد. از آنجاکه هیچ پژوهشی در مورد میزان رفتارهای بهداشتی و وضعیت سلامت بخصوص سلامت درک شده در دوران بارداری، در کشور انجام نشده است، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های لازم در این موارد انجام شود. یکی از اساسی و اصلی‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم دسترسی محقق به پژوهش مرتبط با بررسی وضعیت سلامت درک شده و وضعیت رفتارهای بهداشتی، در دوران بارداری بود تا بتوان برای مقایسه بهتر داده‌ها از آن بهره برد. از طرفی وضعیت سلامت درک شده بر اساس اظهارنظر زنان باردار ثبت شده است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی این متغیر با برخی نشانگرهای عینی نیز

8. Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod* 2007;22(3): 869-77.
9. Moshki M, Tavakolizadeh J, Bahri N. The relationship between health locus of control and life style in pregnant women. *Armaghan Danesh* 2010;3(4): 255-7.
10. Lin Y-H, Tsai E-M, Chan T-F, Chou F-H, Lin Y-L. Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung Med J* 2009;32(6): 650-61.
11. Shields M, Shooshtari S. Determinants of self-perceived health. *Health Rep*. 2001;13(1): 35-52.
12. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC pregnancy and childbirth* 2009;9(1): 4.
13. Moons P. Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? *Eur J Cardiovas Nurs* 2004;3(4): 275-7.
14. Bruhn JG. Life-style and health behavior. *Health behavior Springer*; 1988. p. 71-86..
15. Naghibi F, Golmakani N, Esmaily H, Moharari F. The relationship between life style and the health related quality of life among the girl students of high schools in Mashhad, 2012-2013. *Iran J Obstetrics Gynecol Infertil* 2013;16(61): 9-19.

16. Simon PA, Wold CM, Cousineau MR, Fielding JE. Meeting the data needs of a local health department: the Los Angeles County Health Survey. *Am J Public Health* 2001;91(12): 1950-2.
17. Baert K, De Norre B. Perception of Health and Access to Health Care in the EU-25 in 2007. *Eurostat Statistics in Focus* 24/2009. 2009;17(57): 13-9.
18. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of Life among Pregnant women. *Hayat* 2009;15(1): 41-8.
19. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358(23): 2468-81.
20. Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R, Marmot M. The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *Am J Public Health* 1997;87(9): 1484-90.
21. Sehhatie Sbfai F, Sheybaei F. Lifestyle and its relation with pregnancy outcomes in pregnant women referred to Tabriz Teaching hospitals. *Iran J Obstetrics Gynecol Infertil* 2015;17(131): 13-9. (Persian)
22. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract* 1998;15(1): 25-31.
23. Yadollahi P, Davazdahemami S, Bromandfar K, Fathizadeh N. The relationship between life style and individual reproductively characteristics of pregnant woman. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2008;14(6): 15-22.
24. Chen MY, James K, Hsu LL, Chang SW, Huang LH, Wang EK. Health-Related Behavior and Adolescent Mothers. *Public Health Nurs* 2005;22(4): 280-8.
25. Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med* 2005;20(1): 45-51.

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BEHAVIORS WITH HEALTH STATUS AMONG URBAN AND RURAL PREGNANT WOMEN IN URMIA

Soheila Rabiepur¹, Elham Sadeghi^{2}*

Received: 18 Apr, 2016; Accepted: 24 June, 2016

Abstract

Background& Aims: The aim of this study was to determine the relationship between health behaviors with perceived health status among pregnant women referred to health centers of Urmia.

Materials& Methods: This research is a descriptive study was done in 2015. The research included 411 pregnant women. In each of health center, participants were studied according to some criteria. Data were collected using a questionnaire developed by the researchers in this study consisted of three parts: 1) socio-demographic characteristics, 2) perceived health status 3) health behaviors status.

Results: Participants age group were 15-45 years. The mean gestational age was 22.64 ± 9.52 weeks. 47% of women were in the second trimester of pregnancy. Between perceived health status and health behaviors (sleep habits), there was a statistically significant relationship. Generally, in relation to health behaviors, 26.8% and 38.4% of pregnant women reported increased their sleep duration and appetite during pregnancy (respectively). In relation to the health status 24.8% of pregnant women reported very good health status. 11.4% of pregnant women discomfort more than other pregnant women.

Conclusion: Results of this study indicate low levels of perceived health status and health behaviors among pregnant women in urban and rural areas. To improve the health of women during pregnancy and pregnancy outcomes, education normal health behaviors and proper care, by healthcare providers, is recommended at this time.

Keywords: women, pregnancy, health behaviors, health status

Address: nursing and midwifery faculty, Urmia University of Medical Sciences, Campus Nazlu, 11KM Road Sero, Urmia, West Azarbaijan, IRAN.

Tel: (+98) 9143463288

Email: elham.sadeghi65@yahoo.com

¹ Reproductive health PhD. Midwifery department, Reproductive Health Research Centre, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

² Master of midwifery counseling student, Nursing & Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. (Corresponding Author)