

## آیا بین عملکرد خانواده و خود مراقبتی سلامت در زنان رابطه وجود دارد؟

دکتر پرستو گلشیری<sup>۱</sup>، دکتر غلامحسین صدری<sup>۱</sup>، دکتر زیبا فرج زادگان<sup>۲</sup>، معصومه سادات صحافی<sup>۳</sup>،  
آرش نجیمی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** خود مراقبتی به معنی پیروی از یک شیوه‌ی زندگی سالم به منظور پیش‌گیری از بیماری‌ها و صدمات می‌باشد. در این میان کارکرد خانواده به عنوان یکی از اجزای مهم در خود مراقبتی محسوب می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط خود مراقبتی و عملکرد خانواده انجام شد.

**روش‌ها:** در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، ۲۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌گیری به صورت غیر احتمالی متوالی پذیرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی خود مراقبتی و پرسش‌نامه‌ی عملکرد خانواده‌ی Bloom بود. روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ی خود مراقبتی به وسیله‌ی روایی صوری، روایی محتوا و پایایی درونی ( $\alpha = 0/72$ ) بررسی گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی Pearson و رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** آزمون همبستگی Pearson ارتباط معنی‌داری را بین میانگین نمره‌ی خود مراقبتی با سن ( $r = -0/143$ ،  $P < 0/04$ )، تعداد خانوار ( $r = -0/169$ ،  $P < 0/01$ ) و نمره‌ی کلی عملکرد خانواده ( $r = 0/449$ ،  $P < 0/001$ ) نشان داد. همچنین در آنالیز چند متغیره، خود مراقبتی با متغیرهای جامعه پذیری و شیوه‌ی آزادمنشی خانواده ارتباط مستقیم و با گسستگی روابط ارتباط معکوس نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** مطالعه‌ی حاضر نشان داد عملکرد خانواده‌ها و به خصوص متغیرهای گسستگی روابط زنان در خانواده، آزادمنشی در روابط خانواده و جامعه پذیری آنان نقش مهم و تأثیر گذاری بر خود مراقبتی زنان دارد.

**واژگان کلیدی:** عملکرد خانواده، خود مراقبتی، زنان.

### مقدمه

بسیاری از مشکلات امروزی سلامت (مانند چاقی، بیماری‌های مزمن، سیگار و کم تحرکی) با شیوه‌ی زندگی افراد ارتباط دارد. مراقبت از خود دسته‌ای از اقدامات سالم سازی است که توسط خود فرد به اجرا در می‌آید و به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که افراد برای ارتقای سلامتی، پیش‌گیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ سلامت خود انجام می‌دهند (۳). اهمیت خود مراقبتی زمانی بیشتر نمایان می‌شود که آمار نشان می‌دهد حدود ۷۰ درصد از مراجعه‌های

سلامت زنان یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی از منظر سازمان ملل است؛ چرا که زنان به دلیل شرایط فیزیولوژیک در دوره‌های مختلف زندگی، نیازهای جسمی در ارتباط با تولید مثل و عوارض ناشی از آن، در معرض آسیب بیشتری نسبت به مردان هستند. سلامت زنان زیر بنای خانواده و جوامع می‌باشد و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارد (۱-۲).

<sup>۱</sup> استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

خانواده‌ها تأثیر گذارد. همچنین این مطالعات نشان داده است که در شرایط استرس و بیماری عملکرد طبیعی خانواده ممکن است با مشکل مواجه شود. بدین ترتیب عملکرد خانواده به عنوان یکی از اجزای مهم در پیش‌گیری و حفظ سلامت افراد خانواده محسوب می‌شود (۱۱-۱۰).

با وجود این که برخی مطالعات در مورد بررسی عملکرد و ساختار خانواده و ارتباط آن با خود مراقبتی سلامت افراد انجام شده است (۱۲)، هنوز دانش کمی در زمینه‌ی ارتباط بین عملکرد خانواده‌ها و خود مراقبتی زنان وجود دارد. بر این اساس و با توجه به این که خانواده‌ها اولین هدف در ارتقای سلامت جامعه می‌باشند (۱۳)، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط عملکرد خانواده با خود مراقبتی زنان شهر اصفهان انجام شد.

### روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و به صورت مقطعی انجام پذیرفت و در آن ۲۰۰ نفر از زنان شهر اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌گیری به صورت غیر احتمالی متوالی از مراکز بهداشتی شهر اصفهان انجام شد.

تمایل به شرکت در مطالعه، حداقل ۱ سال سکونت خانواده در شهر اصفهان، اولین ازدواج زوج و گذشت حداقل ۳ سال از تاریخ ازدواج، دارا بودن حداقل یک فرزند تنی و خانواده‌ی هسته‌ای معیارهای ورود افراد به مطالعه منظور گردید و در صورت نیاز به پی‌گیری به علت بیماری و اعتیاد در خانواده افراد از مطالعه خارج شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در مطالعه‌ی حاضر عبارت بود از:

الف: پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی خود مراقبتی

پزشکی غیر ضروری می‌باشد و ۱/۳ از وضعیت‌های پزشکی مختصر، بدون مراجعه به پزشک قابل بهبود می‌باشند. علاوه بر آن خود مراقبتی سبب کاهش بسیاری از هزینه‌های پزشکی می‌شود (۴).

در مطالعات مختلف نیز خود مراقبتی به عنوان عاملی در ارتقای سلامت افراد و خانواده ذکر شده است (۵-۶). این اقدامات اگر چه بدون کمک‌های حرفه‌ایی به اجرا در می‌آید، اما در میزان و چگونگی انجام آن عوامل مختلفی از جمله خانواده افراد مؤثر می‌باشند.

محیط خانواده اولین محیطی است که الگوهای جسمی، عاطفی و شخصیتی فرد در آن پی‌ریزی می‌شود و نقش مهمی را در تأمین بهداشت جسمی و روانی فرد ایفا می‌نماید (۷). اگر چنانچه خانواده به عنوان یک نهاد اجتماعی به ایفای صحیح نقش و کارکردهای خود پردازد نه تنها افرادی سالم و به‌هنگار تحویل جامعه می‌دهد، بلکه بیشترین تأثیر مثبت را بر روی سایر نهادهای اجتماعی مثل آموزش و پرورش، دولت و نظام حقوقی و اقتصادی می‌گذارد (۸-۹).

عملکرد خانواده آن چیزی است که خانواده به عنوان یک واحد انجام می‌دهد که شامل ارتباط برقرار کردن و دستکاری کردن محیط برای حل مشکلات است. عملکرد خانواده به چندین بخش تقسیم شده است: عاطفی، اجتماعی، زاد و ولد، اقتصادی و تأمین سلامتی و عواملی از جمله همبستگی، ابراز بیان خود در نظام خانواده، تعارض، گرایش‌های فرهنگی، گرایش‌های تفریحی، انضباط خانوادگی و جامعه پذیری خانواده را شامل می‌شود (۹). برخی مطالعات نشان داده است که عملکرد خانواده می‌تواند تأثیر زیادی بر سلامت اعضای آن داشته باشد و سلامت اعضای خانواده نیز می‌تواند بر عملکرد طبیعی

سلامت زنان که شامل ۸ سؤال در زمینه‌ی متغیرهای دموگرافیک و ۱۷ سؤال در زمینه‌های مراقبت از دندان‌ها، واکسیناسیون، مراجعه به پزشک، برنامه‌ی غذایی، تبعیت از درمان و انجام فعالیت فیزیکی بود. از کل سؤالات فوق، ۱۰ سؤال به صورت چند گزینه‌ای بود که در صورت انتخاب هر گزینه توسط فرد نمره‌ی ۱ و در صورت عدم انتخاب نمره‌ی صفر تعلق می‌گرفت. ۷ سؤال نیز به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (هیچ وقت، به ندرت، گاهی، اغلب، همیشه) بود و به هر عبارت نمره‌ای بین ۱ تا ۵ اختصاص داده شد. نمره‌ی کلی پرسش‌نامه از مقیاس ۱۰۰ در نظر گرفته شد. اعتبار محتوای پرسش‌نامه به روش کیفی با استفاده از نظر کارشناسی استادان مربوطه و بررسی متون و در نظر گرفتن تمامی ابعاد موضوع تأمین شد. اعتبار صوری پرسش‌نامه نیز در مطالعه‌ی مقدماتی توسط برخی از زنان (همگون و غیر مشارکت کننده در مطالعه) مورد بررسی قرار گرفت. پایایی ابزار نیز با استفاده از روش همسانی درونی ( $\alpha = 0/72$ ) سنجیده شد.

ب- مقیاس عملکرد خانواده: این مقیاس توسط Bloom برای ارزیابی عملکرد نظام درونی خانواده تهیه و تدوین شد. این آزمون دارای ۷۵ سؤال و عبارت توصیفی درباره‌ی ویژگی‌های خانواده است که Bloom آن‌ها را ضمن انجام تحلیل عاملی در پانزده حیطه که به طور معنی‌داری مستقل از هم بودند، طبقه بندی نمود. این ابعاد شامل همبستگی، ابراز و بیان خود در نظام خانواده، تعارض، گرایش‌های فرهنگی، گرایش‌های تفریحی، فعال، مذهبی، انضباط خانوادگی، جامعه پذیری خانواده، منبع کنترل بیرونی، آرمان خانواده، گسستگی، آزادمنش، بی‌بند و بار، مستبد و فقدان استقلال می‌باشد. این آزمون یک ابزار خود توصیفی به

شمار می‌رود که توسط آزمودنی با انتخاب یکی از چهار گزینه‌ی همیشه، معمولاً، گاهی اوقات یا هرگز پاسخ داده می‌شود. ترتیب نمره دهی نیز در این چهار گزینه به صورت چهار، سه، دو و یک بود. بدین ترتیب، پرسش‌نامه دارای یک نمره‌ی کل از ۷۵ تا ۳۰۰ است و هر یک از پانزده بعد آن نیز نمره‌ای با دامنه‌ی ۵ تا ۲۰ را دارا می‌باشد. در این آزمون ۳۴ ماده آن به صورت معکوس و مابقی به صورت مستقیم نمره گذاری می‌شود. ماده‌های مربوط به هر زیرمقیاس، پشت سر هم آورده شد (۱۴-۱۵). پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی حاضر  $\alpha = 0/78$  محاسبه گردید.

پس از اطمینان از روایی و پایایی ابزار مطالعه ضمن هماهنگی با مسئولین مراکز بهداشتی و درمانی با انتخاب افراد شرکت کننده در مطالعه و اخذ رضایت شرکت در مطالعه، اطلاعات آنان توسط محققین جمع‌آوری گردید. جمع‌آوری اطلاعات در اسفند ماه سال ۱۳۸۹ و در فاصله‌ی زمانی ۳ هفته انجام پذیرفت. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۵ (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL)، آمار توصیفی و ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شد. برای همه‌ی آزمون‌ها سطح معنی‌داری  $\alpha < 0/05$  در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

میانگین سنی ۲۰۰ نفر شرکت کننده در طرح  $10/11 \pm 36/72$  با حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۵ سال بود. میانگین تعداد افراد خانواده  $1/20 \pm 4/07$  و  $85/5$  درصد افراد شرکت کننده در مطالعه خانه‌دار بودند. ۹ درصد (۱۸ نفر) دارای سطح تحصیلات ابتدایی، ۲۵ درصد راهنمایی،  $48/5$  درصد متوسطه و  $17/5$  درصد

دارای تحصیلات دانشگاهی بودند (جدول ۱).

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین نمره‌ی خود مراقبتی و ابعاد عملکرد خانواده

متغیر	ضریب همبستگی	مقدار P
همبستگی	۰/۲۵۴	< ۰/۰۰۱
ابراز بیان	۰/۳۳۰	< ۰/۰۰۱
تعارض	-۰/۲۵۳	< ۰/۰۰۱
گرایش فرهنگی	۰/۲۵۱	< ۰/۰۰۱
گرایش تفریحی	۰/۱۹۲	< ۰/۰۰۷
گرایش مذهبی	۰/۱۰۷	۰/۱۳
انضباط خانواده	۰/۲۱۴	< ۰/۰۰۲
جامعه پذیری خانواده	۰/۳۶۸	< ۰/۰۰۱
منع کنترل بیرونی	۰/۳۱۷	< ۰/۰۰۱
آرمان خانواده	۰/۳۰۷	< ۰/۰۰۱
گسستگی	-۰/۳۷۴	< ۰/۰۰۱
آزادمنش	۰/۳۸۷	< ۰/۰۰۱
بی بند و بار	۰/۰۶۴	۰/۳۷
مستبد	-۰/۲۲۷	< ۰/۰۰۱
فقدان استقلال	۰/۰۳۷	۰/۶۰

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده

در مطالعه		متغیر
سن*		۳۶/۷۲ ± ۱۰/۱۱
تعداد خانوار*		۴/۰۷ ± ۱/۲۰
خانه‌دار	۱۷۱ (۸۵/۵)	
وضعیت اشتغال**	کارمند	۱۳ (۶/۵)
	آزاد	۱۶ (۸)
	ابتدایی	۱۸ (۹)
	راهنمایی	۵۰ (۲۵)
وضعیت تحصیلی**	متوسطه	۹۷ (۴۸/۵)
	دانشگاهی	۳۵ (۱۷/۵)

\*: انحراف معیار ± میانگین \*\* (درصد) تعداد

میانگین نمره‌ی خود مراقبتی در زنان  $48/58 \pm 9/59$

بود. میانگین نمره‌ی خود مراقبتی ارتباط معنی‌داری با سطح تحصیلات زنان مورد مطالعه داشت ( $P < 0/001$ )، این در حالی بود که آزمون تعقیبی (Post hoc) نشان داد که فقط اختلاف معنی‌داری بین زنان دارای تحصیلات دانشگاهی با زنان دارای سطح تحصیلات ابتدایی ( $P < 0/01$ )، راهنمایی ( $P < 0/001$ ) و متوسطه ( $P < 0/005$ ) دیده شد. بین میانگین نمره‌ی خود مراقبتی و وضعیت اشتغال افراد مورد مطالعه نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید.

آزمون همبستگی Pearson ارتباط معنی‌داری را بین میانگین نمره‌ی خود مراقبتی با سن ( $r = -0/143$ )، تعداد افراد خانوار ( $r = -0/169$ )،  $P < 0/04$  و نمره‌ی کلی عملکرد خانواده ( $r = 0/449$ )،  $P < 0/001$  نشان داد. ارتباط بین میانگین نمره‌ی خود مراقبتی با حیطه‌های مختلف عملکرد خانواده در جدول ۲ مشخص شده است.

در مدل رگرسیون خطی به منظور پیش بینی عوامل مؤثر بر خود مراقبتی سلامت زنان تنها متغیرهای جامعه پذیری، گسستگی روابط و شیوه آزادمنشی خانواده سهم معنی‌داری در تبیین واریانس متغیر خود مراقبتی به خود اختصاص دادند. در مجموع مدل توانست با مقدار حدود ۲۰/۵ درصد، کل واریانس خود مراقبتی در زنان را تبیین نماید. همچنین نتایج آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که مدل رگرسیون معنی‌دار ( $P < 0/001$ ) است (جدول ۳).

### بحث

خود مراقبتی را می‌توان به کارگیری شیوه‌ی زندگی سالم با هدف کمک به پیش‌گیری از بیماری‌ها و صدمات بیان نمود که نقش مهمی نیز در کاهش استفاده از خدمات بهداشتی دارد (۴).

نتایج نشان داد که زنان دارای تحصیلات دانشگاهی

جدول ۳. مدل‌های رگرسیون خطی چند متغیره به منظور برآورد میزان مراقبت از خود در زنان مورد بررسی

متغیرها	ضریب رگرسیون خطی چند متغیره	SEM*	ضریب استاندارد شدهی رگرسیون خطی چند متغیره	مقدار P
سن	۰/۱۰	۰/۰۷۸	۰/۱۰	۰/۹
تعداد خانوار	-۰/۶۲۵	۰/۶۶۱	-۰/۰۷۸	۰/۳۴
گسستگی روابط	-۴/۲۹۱	۱/۳۱۴	-۰/۲۴۶	< ۰/۰۰۱
آزادمنشی در روابط	۰/۶۶۴	۰/۳۰۵	۰/۲۱۸	< ۰/۰۳
جامعه پذیری	۰/۴۹۱	۰/۲۶۶	۰/۱۷۲	< ۰/۰۴
همبستگی	-۰/۰۹۰	۰/۲۵۴	-۰/۰۳۳	۰/۷۲
ابراز بیان	۰/۱۰۲	۰/۲۸۴	۰/۰۳۸	۰/۷۱
تعارض	-۰/۱۱۶	۱/۲۱	-۰/۰۰۸	۰/۹۲
گرایش فرهنگی	-۰/۱۰۱	۰/۲۳۶	-۰/۰۳۵	۰/۶۶
گرایش تفریحی	۰/۳۴۰	۰/۲۲۵	۰/۱۱۴	۰/۱۳
گرایش مذهبی	۰/۰۱۳	۰/۲۳۰	۰/۰۰۴	۰/۹۵
انضباط خانواده	-۰/۲۲۰	۰/۲۷۹	-۰/۰۶۸	۰/۴۳
منع کنترل بیرونی	۰/۳۰۰	۰/۲۶۸	۰/۳۰۰	۰/۲۶
آرمان خانواده	-۰/۱۳۰	۰/۲۲۶	-۰/۰۵۳	۰/۵۶
شیوه مستبدانه	۰/۰۷۰	۱/۳۳۶	۰/۰۰۴	۰/۹۵

\* SEM: Standard error of mean

Total R<sup>2</sup>= ۰/۲۶۹, F= ۴/۲۰۱, P< ۰/۰۰۱, Adj.R<sup>2</sup>= ۰/۲۰۵

وضعیت سلامت زنان بیان می‌نمایند (۱۹). برخی دیگر از مطالعات ضمن اشاره به مشکلات اشتغال زنان از جمله تنش‌های روانی و جسمی، کار در مشاغل پایین‌تر، درآمد کمتر، کنترل کمتر بر شغل خود و سطح حرفه‌ای پایین‌تر (۲۰) این عوامل را سبب تأثیرات منفی بر حفظ سلامت زنان ذکر می‌نمایند؛ این در حالی است که در مطالعه‌ی حاضر ارتباط معنی‌داری بین وضعیت اشتغال افراد و خود مراقبتی آنان دیده نشد.

نتایج مطالعه‌ی حاضر همبستگی معنی‌داری را بین نمره‌ی کلی عملکرد خانواده و خود مراقبتی زنان مورد مطالعه نشان داد. مطالعه‌ی Musil و همکاران نیز همسو با مطالعه‌ی حاضر، عملکرد خانواده را عامل مهم و تأثیر گذار بر تصورات و همچنین مراقبت‌های سالمندان مورد مطالعه ذکر می‌نماید (۲۱). عملکرد خانواده علاوه بر تأثیر بر خود مراقبتی و سلامت زنان

میانگین نمره‌ی خود مراقبتی بالاتری را کسب نمودند. ارتباط سطح تحصیلات و سلامت زنان در مطالعات مختلف ذکر شده است (۱۶). کتابی و همکاران، تحصیلات را یکی از عوامل مؤثر در توانمند سازی زنان ذکر نمودند (۱۷). در مطالعه‌ی وضعیت سلامت مادران در سوئد، نتایج نشان دهنده‌ی این امر می‌باشد که تحصیلات کمتر با افزایش میزان مرگ و میر، فقر، مسکن نامناسب و رفتارهای نامطلوب بهداشتی همراه بوده است (۱۸).

رابطه‌ی بین وضعیت اشتغال و سلامت زنان امری است که با ارزیابی‌های گوناگون در مطالعات مختلف همراه بوده است. در برخی از مطالعات با توجه به دیدگاه زنان، داشتن شغل به عنوان عاملی مؤثر بر سلامت آنان در سنین مختلف ذکر شده است و اشتغال مناسب را یکی از عوامل اجتماعی تسهیل کننده‌ی

سالم در افراد بیمار نیز با اهمیت می‌باشد (۲۲). در مطالعه‌ی Northouse و همکاران، کیفیت زندگی ۹۸ زن آمریکایی آفریقایی تبار دچار سرطان پستان بررسی شد. نتایج آن‌ها نشان داد که عملکرد خانواده نقش مهم و تأثیر گذاری بر ارزیابی بیماری و همچنین کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه داشت. در این مطالعه عملکرد خانواده به عنوان عامل پیش بینی کننده در کیفیت زندگی مطرح شد (۲۳).

اگر چه نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که متغیرهای جمعیت شناختی (سن و تعداد خانوار) با حیطه‌های مختلف عملکرد خانواده شامل همبستگی، ابراز بیان، گرایش فرهنگی، گرایش تفریحی، انضباط خانواده، جامعه پذیری خانواده، منبع کنترل بیرونی، آرمان خانواده و آزادمنشی، تعارض، گسستگی روابط و شیوه‌ی مستبدانه در خانواده رابطه‌ی معنی‌داری داشت، اما این سؤال مطرح شد که آیا متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای عملکرد خانواده می‌تواند بر خود مراقبتی سلامت زنان تأثیر گذارد. بر اساس نتایج آنالیزهای چند متغیره در خصوص عملکرد خانواده حیطه‌ی آزادمنشی در روابط خانواده و جامعه پذیری ارتباط مثبت و حیطه‌ی گسستگی روابط ارتباط منفی معنی‌داری را نشان داد. این امر مشخص می‌کند که ساختار دموکراتیک خانواده (آزادمنشی)، می‌تواند نقش مؤثرتری را در ارتقای خود مراقبتی زنان ایفا نماید. همچنین جامعه پذیری به عنوان مهارت‌های اجتماعی لازم برای مشارکت مؤثر و فعال در زندگی گروهی و اجتماعی و نیز همبستگی روابط خانوادگی که سبب دریافت حمایت‌های اجتماعی از طرف خانواده می‌شود، بیش از سایر عوامل در خود مراقبتی زنان نقش دارند.

مطالعه‌ی وحیدا و همکاران نیز نشان داد که

عملکرد خانواده و به خصوص حمایت اجتماعی آنان نقش مهمی در میزان مشارکت زنان در فعالیت‌های مرتبط با سلامت دارد (۲۴). در مطالعه‌ی Ganz و همکاران نیز روابط زنان به عنوان یکی از عوامل مهم و پیش‌بینی کننده در مراقبت از سلامت آنان مطرح شده است (۲۵). Murphy و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که همبستگی ارتباطات در خانواده و جامعه پذیری از عوامل مهم و معنی‌داری در مراقبت سلامت روان زنان مبتلا به بیماری سندرم نقص ایمنی می‌باشد (۲۶). در مطالعه‌ی حاضر مشخص شد که گسستگی روابط و عدم دریافت حمایت اجتماعی لازم از طرف خانواده به عنوان مهم‌ترین عامل بازدارنده در خود مراقبتی بود.

در مطالعه‌ی Dunbar و همکاران گسستگی در روابط خانوادگی سبب کاهش میزان مراقبت از خود در افراد دارای مشکلات قلبی ذکر شده است (۲۷). سایر مطالعات نیز همبستگی روابط خانوادگی را یکی از عوامل مهم در مراقبت از خود در افراد مورد مطالعه ذکر نموده‌اند (۲۸-۲۹).

مطالعه‌ی حاضر دارای چندین محدودیت بود. تعداد محدود افراد شرکت کننده در مطالعه، نمونه‌گیری غیر تصادفی و همچنین روش خود گزارش دهی در خصوص مراقبت از خود در زنان از مواردی بود که احتیاط بیشتر در نتیجه‌گیری از نتایج را طلب می‌نماید.

در نهایت با توجه به مسؤولیت‌های سنگین زنان و محوری بودن نقش آن‌ها در جامعه، توجه بیشتر به عملکرد خانواده‌ها و به خصوص گسستگی روابط زنان در خانواده، آزادمنشی در روابط خانواده و جامعه پذیری آنان به عنوان عوامل تأثیر گذار بر خود مراقبتی می‌تواند با ظرفیت سازی و توانمند سازی زنان برای مشارکت در

۳۸۹۴۵۲ بود. نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از کلیه بانوان شرکت کننده در مطالعه اعلام می‌نمایند. همچنین بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی به سبب حمایت مالی این پژوهش قدردانی می‌گردد.

برنامه‌های بهداشتی، پیش‌نیاز اصلی برای ارتقای بهداشت و نیل به اهداف سلامت جامعه را تأمین نماید.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه به شماره‌ی تحقیقاتی

### References

1. International Sexual and Reproductive Rights Coalition. Trafficking and Girls Fact Sheet [Online] 2001. [cited Sep 2001]; Available from: URL: [http://www.iwhc.org/storage/iwhc/docUploads/ISR\\_RC\\_TraffickingGirlsfactsheet.pdf?documentID=73](http://www.iwhc.org/storage/iwhc/docUploads/ISR_RC_TraffickingGirlsfactsheet.pdf?documentID=73)
2. MacKian SC. What the papers say: Reading therapeutic landscapes of women's health and empowerment in Uganda. *Health Place* 2008; 14(1): 106-15.
3. Park K, Park JE. Textbook of Preventive and Social Medicine. 15<sup>th</sup> ed. Jabalpur: Banarsidas Bhanot; 1997.
4. Wellness Councils of America. Self-Care Managing Your Healthcare and Living Well. CDC & NCHC; 2003.
5. Acton GJ. Health-promoting self-care in family caregivers. *West J Nurs Res* 2002; 24(1): 73-86.
6. Skinner TC, Hampson SE. Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control. A prospective study in adolescence. *Diabetes Care* 2001; 24(5): 828-33.
7. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002; 128(2): 330-66.
8. Portes PR, Howell SC, Brown JH, Eichenberger S, Mas CA. Family functions and children's postdivorce adjustment. *Am J Orthopsychiatry* 1992; 62(4): 613-7.
9. Wood D, Valdez RB, Hayashi T, Shen A. Homeless and housed families in Los Angeles: a study comparing demographic, economic, and family function characteristics. *Am J Public Health* 1990; 80(9): 1049-52.
10. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288(19): 2469-75.
11. Palmer S, Glass TA. Family function and stroke recovery: A review. *Rehabil Psychol* 2003; 48(4): 255-65.
12. Lima FE, de Araujo TL. Correlation of basic conditioning factors for selfcare of patients who underwent coronary bypass. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(5): 519-23.
13. Seeman TE. Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *Am J Health Promot* 2000; 14(6): 362-70.
14. Bloom BL. A factor analysis of self-report measures of family functioning. *Fam Process* 1985; 24(2): 225-39.
15. Stark KD, Humphrey LL, Crook K, Lewis K. Perceived family environments of depressed and anxious children: child's and maternal figure's perspectives. *J Abnorm Child Psychol* 1990; 18(5): 527-47.
16. Zajacova A. Education, gender, and mortality: does schooling have the same effect on mortality for men and women in the US? *Soc Sci Med* 2006; 63(8): 2176-90.
17. Ketabi M, Yazdkhasti B, Farohki Z. Empowering women to participate in the development. *Women's Research* 2003; 1(7): 5-30. [In Persian].
18. Fritzell S, Ringback WG, Fritzell J, Burstrom B. From macro to micro: the health of Swedish lone mothers during changing economic and social circumstances. *Soc Sci Med* 2007; 65(12): 2474-88.
19. Forssen AS, Carlstedt G. Health-promoting aspects of a paid job: findings in a qualitative interview study with elderly women in Sweden. *Health Care Women Int* 2007; 28(10): 909-29.
20. Shadi Talab Z, Garaee Nejad A. The poverty of Head family women. *Women's Research* 2004; 2(1): 49-70. [In Persian].
21. Musil CM, Warner CB, Zauszniewski JA, Jeanblanc AB, Kercher K. Grandmothers, caregiving, and family functioning. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61(2): S89-S98.
22. Kaugars AS, Klinnert MD, Bender BG. Family influences on pediatric asthma. *J Pediatr Psychol* 2004; 29(7): 475-91.
23. Northouse LL, Caffey M, Deichelbohrer L, Schmidt L, Guziattek-Trojniak L, West S, et al. The quality of life of African American women with breast cancer. *Res Nurs Health* 1999; 22(6): 449-60.
24. Vahida F, Arizi F, Parsamehr M. The effect of social support on women's participation in physical activity. *movement sciences and exercise* 2006; 4(7): 53-62. *Movement Sciences and Exercise* 2006; 4(7): 53-62. [In Persian].
25. Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in

- women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 1999; 17(8): 2371-80.
26. Murphy DA, Marelich WD, Dello Stritto ME, Swendeman D, Witkin A. Mothers living with HIV/AIDS: mental, physical, and family functioning. *AIDS Care* 2002; 14(5): 633-44.
27. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *J Cardiovasc Nurs* 2008; 23(3): 258-65.
28. Kang SH, Bloom JR. Social support and cancer screening among older black Americans. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85(9): 737-42.
29. Skinner TC, John M, Hampson SE. Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: a longitudinal study of adolescents with diabetes. *J Pediatr Psychol* 2000; 25(4): 257-67.



## Is There Any Association between Family Function Self Care in Women?

Parastoo Golshiri MD<sup>1</sup>, Gholamhossein Sadri MPH<sup>1</sup>, Ziba Farajzadegan MD<sup>2</sup>,  
Masoumeh Sahafi<sup>3</sup>, Arash Najimi MSc<sup>4</sup>

### Abstract

**Background:** Self-care means following a healthy lifestyle to help prevent illnesses and injuries. Understanding family function is an important aspect of self-care. The purpose of the present study was to determine the relationship between family function and self care.

**Methods:** In this descriptive-analytical study, 200 woman who referred to health centers in Isfahan were selected. Data was collected by health care questionnaire and Bloom's family functioning questionnaire. The validity and reliability of the health care questionnaire was confirmed by using content validity, face validity and internal reliability ( $\alpha = 0.72$ ). The collected data was analyzed using Pearson's correlation and multivariate regression tests.

**Findings:** Our findings showed significant association between mean scores of self care and age ( $r = 0.143$ ;  $P = 0.04$ ), number of family members ( $r = 0.169$ ;  $P = 0.01$ ) and family function scores ( $r = 0.449$ ;  $P < 0.001$ ). In the multivariate analysis, self care was directly correlated with family sociability and democratic family style. In addition, self care was inversely correlated with disengagement.

**Conclusion:** This study showed that family function, and especially sociability and democratic family and disengagement, influence women's self care.

**Keywords:** Family function, Self care, Women.

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>3</sup> Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>4</sup> Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Gholamhossein Sadri MPH, Email:sadri@mui.ac.ir