

HEALTH LITERACY IN HEART FAILURE PATIENTS

Assessment of health literacy and self-care in heart failure patients

ABSTRACT

Background and objective: Self-care is one of the most important elements of life and success in the treatment of patients with heart failure; on the other hand health literacy is the first and most effective step on self-care, so the aim of this study was to investigate the relationship between health literacy level and self-care in patients with heart failure.

Methods: This study with descriptive-correlation approach was done among 105 patients with heart failure who referred to Imam Khomeini hospital in Mahabad during 1394-95 who were randomly selected. Data were collected by two standard questionnaires self-care of heart failure index (SCHFI V6.2) and Health Literacy for Iranian Adults (HELIA). Data, were analyzed by SPSS software and Pearson tests, chi-Square linear regression.

Results: The average age of participants $12/81 \pm 60/74$ years. Health literacy levels according to the questionnaire HELIA, 6.91 per cent at the intermediate level, 28.6 percent was inadequate and 5.9 percent was favorable. In the area of self-care, respectively, maintaining self-care subscale with an average of 5.24 ± 21.37 , self-confidence in self-care with 3.78 ± 15.39 and self-care management 4.18 ± 15.01 respectively. There was a significant relationship between general health literacy and three subscales of self-care and age, education and occupation ($p < 0/005$). Statistical analysis showed a significant positive correlation between health literacy scale and self-care subscales ($p < 0/001$).

Conclusion: The dimension of assessment and access to health literacy were better predictors of self-care areas. With regard to the relationship between health literacy and areas of self-care in patients with heart failure, creating units in medical centers to identify factors associated with them to identify strengths and weaknesses in the way of self-care is recommended.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health Literacy, Self-care, Heart failure.

Hassan Sheikh Sharafi

* Department of Nursing, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran .(Corresponding Author): Email: hassan.sheikhsharafi@gmail.com

Bayaneh Seyed amini

Department of Nursing, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran

Received: 11 September 2016

Accepted: 31 October 2016

► **Citation:** Sheikh Sharafi H, Seyed amini B. Assessment of health literacy and self-care in heart failure patients. *Journal of Health Literacy*. Winter 2016; 1(4):203-219.

بررسی سطح سواد سلامت و توان خودمراقبتی در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی

چکیده

زمینه و هدف: خودمراقبتی یکی از مهم‌ترین ارکان زندگی و موفقیت در درمان بیماران مبتلابه نارسایی قلبی محسوب می‌گردد. از سوی دیگر، اولین گام و مؤثرترین عامل بر خودمراقبتی، سواد سلامت می‌باشد بنابراین هدف از تحقیق حاضر، بررسی رابطه و سطح سواد سلامت با توان خودمراقبتی در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر با رویکردی توصیفی-همبستگی در بین ۱۰۵ بیمار مبتلابه نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام مهاباد در سال ۹۵-۱۳۹۴ که به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند، انجام گردید. داده‌ها به‌وسیله دو پرسشنامه استاندارد خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی (SCHFI V۶,۲) و سواد سلامت ایرانیان (HELIA) گردآوری شدند. اطلاعات به‌وسیله نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های پیرسون، رگرسیون خطی، Chi square تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان $60.74 \pm 12/81$ سال بود. سطوح سواد سلامت با توجه به پرسشنامه HELIA، ۶۱/۹ درصد در سطح متوسط، ۲۸/۶ درصد ناکافی و ۹/۵ درصد مطلوب بود. در حیطه خودمراقبتی به ترتیب، زیرمقیاس حفظ خودمراقبتی با میانگین $21/37 \pm 5/24$ ، اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی با $15/39 \pm 3/78$ و مدیریت خودمراقبتی با $15/01 \pm 4/18$ بود. بین سواد سلامت کلی و سه زیرمقیاس خودمراقبتی با سن، تحصیلات و شغل رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/005$). آزمون‌های آماری ارتباط مثبت و معنی‌داری بین ابعاد سواد سلامت با زیرمقیاس‌های خودمراقبتی نشان داد ($p < 0/001$). بُعد دسترسی و ارزیابی سواد سلامت پیشگویی‌کننده‌های بهتری برای حیطه‌های خودمراقبتی شناخته شدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط ابعاد سواد سلامت و حیطه‌های خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی، ایجاد واحدهای در مراکز درمانی برای شناسایی فاکتورهای مرتبط با آن‌ها جهت شناخت نقاط قوت و ضعف در نحوه‌ی خودمراقبتی بیماران توصیه می‌شود.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، خودمراقبتی، نارسایی قلبی

حسن شیخ شرفی

* کارشناس پرستاری، گروه پرستاری، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران (نویسنده مسئول)
hassan.sheikhsharafi@gmail.com

به یانه سید امینی

گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران

◀ **استناد:** شیخ شرفی ح، سید امینی ب. بررسی سطح سواد سلامت و توان خودمراقبتی در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی. *فصلنامه سواد سلامت*. زمستان ۱۳۹۵؛ ۱(۴): ۲۰۳-۲۱۹.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰

مقدمه

در آستانه قرن ۲۱ میلادی، برجسته‌ترین واقعه‌ای که جوامع و کادر بهداشتی با آن مواجه‌اند، شیوع روزافزون بیماری‌های مزمن می‌باشد که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد به‌طور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آن‌ها تأثیر دارند (۱). نارسایی مزمن قلبی در حال حاضر یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در افراد بخصوص سالمندان بوده و مهم‌ترین علت بستری آنان در بیمارستان است (۲). نارسایی قلبی، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و عمده‌ترین عامل مرگ‌ومیر در جهان است که با شیوع پیش‌رونده بالا همراه با پذیرش بیمارستانی غیرقابل پیش‌بینی است (۳).

بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن به علت عواقب بیماری و درمان با تغییر در نیازهای مراقبت از خود مواجه خواهند بود لذا مواجهه با مشکلات بیماری نیازمند آگاهی از رفتارهای مراقبت از خود می‌باشند، موضوع تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران از اهمیت به‌سزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود برآسایش، توانایی‌های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند (۴). از سوی دیگر؛ بسیاری از دلایل منتهی به عدم تبعیت از درمان و تشدید نارسایی قلبی با استفاده از مداخلات آموزشی پرستاری قابل پیشگیری است و یادگیری اداره کردن وضعیت‌های مزمن ستون اصلی مراقبت از خود را تشکیل می‌دهد (۵). بنابراین در بیمارانی که دچار نارسایی قلب می‌باشند افزایش آگاهی و عملکرد آن‌ها باید هدف اصلی مراقبت و درمان باشد (۶).

خودمراقبتی مفهوم بسیار مهم در بیماری‌های مزمن به‌ویژه نارسایی قلبی است، که سنجش آن ارزیابی حقیقی از عملکرد و توانایی مراقبت از خود این بیماران را نشان می‌دهد. از سویی دیگر یکی از شکایات عمده که به‌طور مکرر توسط بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ذکر می‌شود کمبود آگاهی از رفتارهای خودمراقبتی است. بیماری‌های مزمن، فرصت آموزشی ایجاد می‌کنند تا بیماران تشویق شوند فعالیت بیشتری در امر مراقبت از خود به عمل بیاورند (۷). در اغلب موارد عدم آگاهی و

نامناسب بودن رفتارهای خودمراقبتی، منجر به بستری شدن مجدد بیماران می‌شوند. افزایش آگاهی بیماران از طریق آموزش، به بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران کمک می‌کند (۸). زمانی می‌توان در مدیریت بیماری‌های مزمن، موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیت‌ها و رفتارهای مراقبت از خود از جمله: مصرف منظم داروها و پیگیری منظم بیماری مشارکت داشته باشد (۹). در سال‌های اخیر، تمرکز بر درمان‌های حمایتی و آموزشی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به‌طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است و تمرکز درمان نیز بیشتر بر روی پذیرش درمان مراقبت از خود است (۱۰). مطالعات نشان می‌دهند که با انجام اقدامات پیشگیری و رفتارهای خودمراقبتی مناسب می‌توان از پیشرفت این بیماری تا حدودی جلوگیری کرد (۱). مراقبت از خود، مهم‌ترین جزء زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است و شامل مراقبت‌هایی است که بیماران جهت حفظ زندگی و خوب بودن انجام می‌دهند (۱۱).

فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شامل متعهد کردن بیمار به پذیرفتن مسئولیت و تنظیم فعالیت‌های مرتبط با سلامتی خود از قبیل چگونگی مصرف مایعات، رژیم غذایی و دارویی و انجام اقدامات درمانی هنگام تشدید علائم بیماری است (۱۲) که از مهم‌ترین استراتژی‌های کنترل بیماری و کلید موفقیت درمان به‌شمار می‌روند (۷). هرگونه پیشرفت در نتایج درمان، بستگی به توانایی بیمار برای مراقبت از خودش و مدیریت پیامدهای درمان دارد. اگر بیمار بتواند مراقبت از خود را به‌طور مناسب انجام دهد، درمان دارویی و برنامه‌های بعد از ترخیص را بپذیرد و حمایت‌های اجتماعی هم در حد مطلوب انجام شود، بیش از پنجاه درصد از موارد بستری مجدد بیماران قابل پیشگیری خواهد بود (۱۳).

در این زمینه مطالعه مانگولیان بابکی و محمدزاده در ایران باهدف تعیین نیازهای آموزشی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب نشان داد که بیماران به میزان ۸۵ درصد در زمینه شناخت ماهیت بیماری، ۹۲/۵ درصد در زمینه رژیم غذایی، ۹۵ درصد

در رابطه با رژیم دارویی، ۸۲/۵ درصد در رابطه با استراحت و فعالیت جنسی و ۸۵ درصد در زمینه ی پیگیری درمان نیاز به آموزش داشتند و هیچ‌یک از آنان در مورد کنترل صحیح نبض آگاهی نداشتند (۱۴). از این رو باید شرایطی را فراهم کرد تا این بیماران بتوانند از خودشان مراقبت نمایند چراکه بر اساس مطالعه‌ای با اجرای یک طرح خودمراقبتی، زمان متوسط تا بستری مجدد طولانی‌تر شده، میزان بقای یک‌ساله افزایش یافته، هزینه‌های درمانی کاهش یافته و در نهایت کیفیت زندگی آن‌ها ارتقاء یافته بود (۱۵). لذا به نظر می‌رسد که آموزش مراقبت از خود به‌طور قابل توجهی باعث افزایش رضایت‌مندی، تداوم مراقبت، ایجاد استقلال در انجام کارهای روزانه، کاهش تنش و در نهایت کاهش ناتوانی بیماران مبتلا به نارسایی قلب می‌شود (۱۶). از این رو ضرورت آموزش مراقبت از خود به این بیماران تأکید می‌شود.

یک اولویت مهم در این میان این است که اطمینان حاصل شود که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از درک و دانش و توانمندی لازم برای برخورد با وضعیتشان برخوردارند. همان‌طور که بیان می‌شود، خودمراقبتی، ارتباط تنگاتنگی با گسترش و استفاده از سواد سلامت ۱ و مهارت‌های سازگارشان با محیط دارد و این دو عامل فردی از تعیین‌کننده‌های مهم سلامت هستند (۱۷).

آگاهی و سواد سلامتی از ملزومات خودمراقبتی می‌باشند بطوریکه یکی از عوامل مؤثر بر کنترل نارسایی قلبی، برخوردار بودن از دانش کافی از بیماری، عوامل مؤثر در بروز آن و نحوه پیشگیری از این بیماری می‌باشد، در عین حال سواد سلامت یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار بر سطح آگاهی و در نتیجه کنترل و پیشگیری مؤثرتر از بیماری، محسوب می‌گردد (۱۸).

از طرفی بسیاری از مداخلات آموزشی و اطلاع‌رسانی در برنامه‌های نظام سلامت، متناسب با سطح درک گروه مخاطب نبوده و دریافت، درک و کاربرد اطلاعات سلامت نیازمند کسب مهارت کافی در خواندن، محاسبات و تصمیم‌گیری خواهد بود (۱۹). این

عدم تناسب منجر به پیدایش مفهوم جدیدی بانام سواد سلامت شد. سواد سلامت یک مفهوم تازه ظهور است که مردم را از دو حیطة سلامت و سواد باهم درگیر می‌نماید. سواد سلامت بر این ایده بنیان نهاده شده که هر دو سلامت و سواد دو منبع مهم برای داشتن زندگی باکیفیت هستند. در واقع، سطح سواد ما نه تنها مستقیماً بر توانایی‌های ما در سلامت‌مان تأثیر می‌گذارد، بلکه بر کنترل بر سلامت افراد دیگر، خانواده و جامعه نیز تأثیرگذار است (۲۰).

سواد سلامت، مفهوم گسترده و پیچیده‌ای است که به شیوه‌های گوناگون تعریف شده است. آنچه در مبنای تمام تعاریف، به وضوح به چشم می‌خورد، این است که همه آن‌ها سواد سلامت را مجموعه‌ای از مهارت‌ها، توانمندی‌ها و ظرفیت‌ها در ابعاد گوناگون می‌دانند و همین امر، این شاخص را از دانش سلامت، متمایز می‌نماید. مهارت‌ها و ظرفیت‌هایی که گاه در بُعد کسب و به دست آوردن اطلاعات پزشکی و سلامت، گاه در بُعد تصمیم‌گیری و به‌کارگیری این اطلاعات بروز می‌نماید و همین مهارت‌ها و ظرفیت‌هاست که مبنای سنجش در ابزارهای سواد سلامت، قرار می‌گیرند (۲۱).

به‌رغم اهمیت روزافزون سواد سلامت در بهبود ارتقای سلامت جامعه، تاکنون مطالعاتی محدودی در کشورهای در حال توسعه در این زمینه صورت گرفته است. در سطح جهانی طی آخرین مرور سیستماتیک در خصوص سواد سلامت که آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی (AHRQ) در سال ۲۰۱۱ انجام داد، گزارش شد که پایین بودن سطح سواد سلامت، مشکلی بزرگ در ایالات متحده است و این مسئله به‌ویژه در افرادی که تحصیلات کمتر از دیپلم دارند بارزتر است؛ بر اساس این گزارش، سال‌های تحصیل، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی در سواد سلامت به شمار می‌روند (۲۲). یک بررسی سیستماتیک توسط Paasche-Orlow و همکاران روی ۸۵ مطالعه مختلف در زمینه ی سواد سلامت که با استفاده از ابزارهای گوناگون انجام گرفت، نتایج حاکی از آن بود که در کل، ۴۶ درصد افراد مورد مطالعه این پژوهش‌ها سواد سلامت

ناکافی یا مرزی داشتند (۲۳).

نموده‌اند (۲۴).

در ایران نیز بر اساس مطالعه‌ای در پنج استان کشور، تنها ۲۸/۱ درصد شرکت‌کنندگان سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند. تحصیلات پایین، سن بالا و وضعیت اقتصادی ضعیف با سواد سلامت ناکافی مرتبط بودند (۲۴). پژوهش رئیسی و همکاران با عنوان بررسی سواد سلامت بزرگسالان بالاتر از ۱۸ سال اصفهان در سال ۱۳۹۱ با توجه به ارزیابی سواد سلامت با دو پرسشنامه نشان داد که اکثر افراد سواد سلامت کافی دارند (۱۹).

با حرکت به سمت بیمار محوری در سیستم‌های مراقبت سلامت به‌عنوان بخشی از تلاش همه‌جانبه برای بهبود کیفیت مراقبت سلامت و کاهش هزینه‌های آن، افراد باید بیش از گذشته، در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامتی‌شان نقش فعال‌تری داشته باشند. برای تحقق این نقش، افراد باید با کسب اطلاعات روزآمد و معتبر و رشد سواد سلامت خود، در این مسیر آگاهانه‌تر گام بردارند.

بدون شک برای بیشتر مردم، منبع اولیه برای کسب اطلاعات سلامت، پزشکان و حرفه‌های بهداشتی هستند. به دلایل مختلف، مانند محدودیت‌های زمانی، فشارهای مشاوره، محیطی که در آن ارتباطات رخ می‌دهد (کمبود محیط خلوت در یک محیط کلینیکی که یک محیط مناسب برای یک ارتباط خوب نیست)، مهارت‌های کم ارتباطی و ... مردم همیشه نمی‌توانند اطلاعاتی را که از حرفه‌های بهداشتی نیاز دارند به دست آورند. علاوه بر پزشکان منابع اطلاعاتی دیگری نیز در این حوزه وجود دارد که می‌توان به رسانه‌های جمعی از جمله تلویزیون، رادیو، روزنامه، مجله، اینترنت و ... اشاره کرد که اطلاعات بهداشتی ضروری را در اختیار عموم افراد قرار می‌دهند. البته باید به این نکته توجه ویژه نمود که همیشه، همه مطالب آموزش داده‌شده تبدیل به سواد سلامت نمی‌شود. منابع یادشده در انتقال اطلاعات سلامت به افراد، به‌ویژه در مواقعی که سلامت و بهداشت عموم جامعه مورد تهدید قرار می‌گیرید، نقش به‌سزایی را در سال‌های اخیر ایفا

در طول دهه گذشته نگرانی‌های مربوط به مهارت‌های سواد و سلامتی، زنگ بیدارباش برای بسیاری از عرصه‌های سلامتی بوده است (۲۴). تحقیقات انجام‌شده بر این اساس نشان داده است که سواد سلامت کم، نمایانگر یک مانع اساسی در آموزش بیماران مبتلایه بیماری‌های مزمن است (۲۵). از طرفی نظام‌های نوین سلامت باعث ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان خود شده‌اند و افراد باید نهایتاً برای اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده نقش‌های جدیدی بر عهده بگیرند که در این زمینه یکی از عوامل بسیار مؤثر، سواد سلامت است. گرچه هنوز به‌درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامت تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است. به‌طوری‌که برخی از محققان معتقدند که سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در رابطه با سلامت است. از این حیث سازمان سلامت جهان در گزارشی، سواد سلامت را به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است. لذا سنجش میزان سواد سلامت امری ضروری است تا از احتمال بروز خطرات ناشی از سواد محدود جلوگیری شود (۲۶). به‌رغم اهمیت نتایج احتمالی سواد سلامت محدود، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی اغلب از توانایی‌های خواندن بیماران آگاهی ندارند (۲۷)؛ ازاین‌رو، سواد سلامت محدود، نه به‌عنوان مشکل بیمار بلکه در مقام چالشی برای تأمین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و سیستم‌های سلامت مطرح است (۲۳). اگر ارائه‌دهندگان خدمات در تلاش‌اند بر آثار نامطلوب سواد سلامت پایین غلبه کنند، توانایی تشخیص بیماران دارای مشکل احتمالی در سواد اهمیت دارد (۲۷)؛ بنابراین اولین گام در اغلب موقعیت‌ها اندازه‌گیری سواد سلامت است. بدون اندازه‌گیری، دانستن اینکه چه وقت و چگونه سواد سلامت ممکن است مرتبط باشد، امکان‌پذیر نیست و به‌سادگی

ممکن است مداخلاتی طراحی شوند که در توجه به عوامل مرتبط به شکست بینجامند (۲۸). واضح است که در میان گروه‌های مختلف جمعیتی، اختلافاتی در سطح سواد و مهارت وجود دارد؛ همچنین ارتباط مستقیمی بین سواد اندک و ضعف سلامتی وجود دارد؛ بنابراین برای کاهش خطر جدایی افراد دارای سواد سلامت اندک از سیستم مراقبت بهداشتی، تحقیق و ارزیابی نقش سواد و سواد سلامت در استفاده از مراقبت سلامتی و اثر آن در پیامدهای سلامتی علی‌الخصوص خودمراقبتی، امری حیاتی است.

لازم به ذکر است تاکنون در هیچ مطالعه‌ای ارتباط دو مقوله توان خودمراقبتی با سطح سواد سلامت مورد بررسی قرار نگرفته است، لذا با توجه به اهمیت آن‌ها در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و درمانی بیماران و همچنین سیاست‌گذاری‌های سلامت جامعه ضرورت آن بیشتر نمایان می‌شود؛ بنابراین اهداف مورد مطالعه در پژوهش حاضر شامل بررسی ارتباط سطح سواد سلامت و توان خودمراقبتی و همچنین شناسایی عوامل تأثیرگذار بر آن‌ها می‌باشد و محققین درصدد هستند که با ارائه راهکارهایی موجبات ارتقای سطح سواد سلامت و خودمراقبتی در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی و همچنین توجه بیشتر سیستم‌های سلامتی به این موضوع مهم را فراهم سازد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی-همبستگی در مقطعی از زمان و با هدفی کاربردی می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا با تشخیص نارسایی قلبی تأیید شده توسط پزشک متخصص، شواهد اختلال عملکرد قلبی ثبت شده در گزارش اکوکاردیوگرافی، کلاس نارسایی قلبی I، II، III بر اساس سیستم دسته‌بندی انجمن قلب نیویورک (New York Heart Association یا NYHA)، بودند (۲۹) که برای پیگیری‌های درمانی خود به‌صورت سرپایی یا بستری در سال ۹۵-۱۳۹۴ به مرکز آموزشی-درمانی بیمارستان امام خمینی (ره) مهاباد مراجعه

کردند. همچنین نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه معتبر بود. پرسشنامه توان رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی و پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان.

پرسشنامه سنجش وضعیت خود مراقبتی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی (۷۶،۲) Self-Care Heart Failure Index یا (SCHFI) که از پرسش‌نامه شاخص مراقبت از خود نارسایی قلبی که توسط Riegel و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شده بود، استفاده گردید؛ پرسش‌نامه SCHFI شامل ۲۲ سؤال در ۳ زیر مقیاس: (۱) حفظ خود مراقبتی (۱۰ سؤال)، (۲) مدیریت خود مراقبتی (۶ سؤال) و (۳) اعتماد به خود در زمینه خود مراقبتی (۶ سؤال)، با پاسخ‌های ۴ و ۵ گزینه‌ای (به ترتیب با امتیاز ۴-۱ و ۴-۰) در طیف لیکرت بود. این ابزار در هر زیرمقیاس به ۱۰۰ نمره تبدیل می‌شود که نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده‌ی خود مراقبتی بهتر می‌باشد، نمره‌های بیشتر از ۷۰ نشان‌دهنده‌ی خود مراقبتی مناسب می‌باشد (۳۰). این پرسشنامه در مطالعات مختلفی تعیین روایی و پایایی شده است، بطوریکه در مطالعه (۳۱) روایی این پرسش‌نامه، CVI آن از بالاتر ۸۳ درصد بود. جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش همبستگی درونی استفاده شده بود که ضریب آلفا کرونباخ آن بالاتر از ۸۰ به‌دست آمده بود. Riegel و همکاران نیز در سال ۲۰۰۹ در مطالعه‌ی خود که در آن پرسشنامه را به‌روزآوری کردند ضریب اطمینان آن را بالاتر از ۷۰ محاسبه کردند (۳۲). Tung و همکاران نیز در مطالعه خود، ضریب اطمینان آن را بالاتر از ۷۰ به دست آوردند (۳۳).

برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به سواد سلامت از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان (Health Literacy for Iranian Adults HELIA) استفاده گردید، این پرسشنامه توسط دکتر علی منتظری و همکاران با بومی‌سازی نسخه اصلی پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان (TAFHLA۲) در سال ۱۳۹۳ تهیه شده است. پرسشنامه مورد استفاده حاوی ۳۳ سؤال بود که در آن سطح سواد

1. Content Validity Index

2. Test of Functional Health Literacy in Adults

این تعداد ۵/۵ درصد مجرد یا مطلقه و ۴۹/۵ درصد متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات اکثر شرکت کنندگان ۴۴/۸ درصد بی سواد بودند و ۱۸/۱ درصد دیپلم، ۲۱/۹۰ درصد ابتدایی- راهنمایی، ۱۵/۲۳ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین میانگین سال تحصیلات شرکت کنندگان در مطالعه $۶/۲۹۷ \pm ۵/۹۴$ سال بود. اکثر بیماران ۳۲/۳۸ درصد بیکار یا خانه دار بودند و ۲۳/۸۱ درصد آزاد و ۱۲/۳۸ درصد بازنشسته بودند.

در خصوص منابع دسترسی به اطلاعات سلامت و بیماری در بیماران مبتلا به HF، به ترتیب ۴۳/۸۱ درصد از بیماران برای دسترسی به منابع سلامت و بیماری از کادر درمانی (دکتر و پرستار) و ۲۲/۸۶ درصد از دوستان و آشنایان و ۹/۵۲ درصد نمی دانستند از کجا در مورد سلامت و بیماری اطلاعات به دست بیاورند، ۷/۶۲ درصد از اینترنت و رادیو و تلویزیون، ۵/۷۱ درصد از کتابچه و بروشور، ۱/۹۰ درصد از مقالات و مجلات و ۰/۹۵ درصد از تلفن گویا اطلاعات مربوط به سلامت و بیماری را به دست می آوردند.

سواد سلامت

میانگین سواد سلامت کلی بیماران مبتلایه نارسایی قلبی $۳۱/۱۸ \pm ۹۲/۶۰$ بود و به ترتیب بعد تصمیم گیری دارای میانگین $۱۱/۱۲ \pm ۳۲/۳۷$ ، بعد درک و فهم $۱۸/۹۳ \pm ۷/۴۷$ ، بعد دسترسی $۱۷/۵۳ \pm ۷/۰۸$ ، بعد مهارت خواندن $۱۱/۸۰ \pm ۴/۳۰$ و بعد ارزیابی با $۱۱/۳۵ \pm ۴/۲۷$ دارای بیشترین میانگین بودند که سطوح متوسط سواد سلامت افراد را در هر پنج بعد نشان دادند.

با توجه به جدول (۱) در مقایسه میانگین سواد سلامت مردان به نسبت زنان، آزمون t-test اختلاف میانگین نمرات بین زن و مرد را به جز در بعد تصمیم گیری معنی دار نشان نداد.

نتایج آزمون آماری Chi-square حاکی از آن بود که بین سطح سواد سلامت کلی با سن، تحصیلات و شغل رابطه مثبت و معنی دار وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین در خصوص ارتباط مشخصات دموگرافیکی با روش به دست آوردن اطلاعات سلامت

سلامت را در ۵ بعد دسترسی شامل ۶ سؤال، مهارت خواندن ۴ سؤال، فهم ۷ سؤال، ارزیابی ۴ سؤال و تصمیم گیری ۱۲ سؤال مورد سنجش قرار داد. پاسخ ها نیز بر اساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت از همیشه تا هیچ وقت مشخص شده اند. محاسبه امتیازات این ابزار به دو صورت "امتیاز خرده سنجش" و "امتیاز کل" می باشد، بدین صورت که امتیازات این ابزار (امتیاز خرده سنجش و امتیاز کل از جمع نمرات گویه ها به دست می آید. طیف امتیازات خرده سنجش بعد خواندن ۲۰-۴، بعد دسترسی ۳۰-۶، بعد فهم و درک ۳۵-۷، بعد ارزیابی ۲۰-۴ و بعد تصمیم گیری و رفتار ۶۰-۱۲ می باشد. امتیاز کل ابزار بدین صورت بود که امتیاز ۶۶-۳۳ ضعیف، ۱۳۲-۶۷ متوسط و ۱۶۵-۱۳۳ مطلوب در نظر گرفته شد.

روایی سازه با استفاده از روش تحلیل عاملی-اکتشافی نشان داد که پرسشنامه مذکور با ۳۳ سؤال در ۵ بعد از روایی مطلوبی برخوردار است که مجموعاً $۵۳/۲$ درصد تغییرات مشاهده شده را توضیح می دهد. همچنین پایایی آن نیز با روش آلفای کرونباخ (۷۲% تا ۸۹%) که دارای پایایی قابل قبولی است مورد تأیید قرار گرفت (۲۱).

در نهایت پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و با محاسبه شاخص های آماری توصیفی (فراوانی، میانگین، واریانس، انحراف معیار، مینیمم و ماکزیمم) و آمارهای استنباطی و آزمون Chi square و پیرسون و رگرسیون خطی و دیگر آزمون های مربوطه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

خصوصیات فردی شرکت کنندگان

در مجموع ۱۰۵ نفر از بیماران مبتلایه نارسایی قلبی با میانگین سنی $۶۰/۷۴ \pm ۱۲/۸۱$ وارد مطالعه شدند. بیشترین درصد شرکت کنندگان ۳۰/۵ درصد در مطالعه در گروه سنی ۴۰-۵۰ و کمترین آن ها ۳/۸ درصد در گروه ۹۰-۸۱ قرار داشتند. بیشتر شرکت کنندگان ۵۰/۵ درصد زن و ۴۹/۵ درصد مرد بودند که از

جدول ۱. مقایسه میانگین ابعاد سواد سلامت به تفکیک جنسیت

*Sig	زن (تعداد = ۵۳) انحراف معیار ± میانگین	مرد (تعداد = ۵۲) انحراف معیار ± میانگین	ابعاد سواد سلامت
۰/۵۷۷	۱۶/۳۶ ± ۷/۰۶	۱۸/۷۳ ± ۶/۹۸	بُعد دسترسی
۰/۲۴۵	۱۰/۸۷ ± ۴/۳۵	۱۲/۷۵ ± ۴/۰۸	بُعد مهارت خواندن
۰/۷۰۶	۱۷/۵۱ ± ۷/۴۴	۲۰/۳۸ ± ۷/۲۹	بُعد درک و فهم
۰/۸۵۲	۱۰/۵۳ ± ۴/۱۳	۱۲/۱۹ ± ۴/۳۰	بُعد ارزیابی
۰/۰۲۳	۳۲/۲۵ ± ۱۲/۲۳	۳۲/۵ ± ۱۰	بُعد تصمیم‌گیری
۰/۱۸۷	۸۸/۰۹ ± ۳۲/۴۳	۹۷/۱۹ ± ۲۹/۴۷	سواد سلامت کلی

From ANOVA*

خود مراقبتی

در زمینه توان خودمراقبتی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی نتایج نشان داد که در حیطه حفظ خودمراقبتی دارای میانگین $15/39 \pm 3/78$ و مدیریت خودمراقبتی $21/37$ و اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی $15/01 \pm 4/18$ بودند که این نتایج نیز سطوح متوسط خود مراقبتی را در بیماران نشان می‌دهد. در مقایسه میانگین نمرات خودمراقبتی زنان به نسبت مردان با توجه به جدول (۲)، آزمون t-test اختلاف میانگین نمرات بین زن و مرد را معنی‌دار نشان نداد ($p < 0/005$).

و بیماری در بیماران مبتلابه HF نشان داده شد که بین متغیرهای سن، تحصیلات شغل رابطه‌ی معنی‌داری با سطح معنی‌داری ($p < 0/01$) با روش به دست آوردن اطلاعات سلامت و بیماری در بیماران مبتلابه HF وجود دارد؛ اما با وضعیت تأهل و جنسیت ارتباطی مشاهده نشد. از دیگر نتایج این آزمون این بود که بین روش‌های به دست آوردن اطلاعات سلامت و بیماری در بیماران مبتلابه HF با پنج بُعد سواد سلامت (مهارت خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری) ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول ۲. مقایسه میانگین ابعاد خودمراقبتی به تفکیک جنسیت

*Sig	زن (تعداد = ۵۳) تعداد (انحراف معیار ± میانگین)	مرد (تعداد = ۵۲) تعداد (انحراف معیار ± میانگین)	ابعاد خودمراقبتی
۰/۸۰۷	۲۸/۵ ± ۵۸/۲۰	۱۴/۵ ± ۱۷/۲۲	حفظ خودمراقبتی
۰/۳۹۳	۱۴/۹۲ ± ۳/۹۴	۹۷/۱۹ ± ۲۹/۴۷	مدیریت خودمراقبتی
۰/۳۰۹	۹۲/۳ ± ۴۹/۱۵	۶۸/۳ ± ۲۹/۱۵	اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی

ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). اما بین مدیریت خودمراقبتی و روش‌های به دست آوردن اطلاعات سلامت و بیماری این ارتباط ضعیف و یا معنی‌دار نمی‌باشد ($p = 0/031$).

سواد سلامت و خود مراقبتی

با توجه به نتایج آزمون رگرسیون خطی جدول (۳) بین سه زیر مقیاس خودمراقبتی و سواد سلامت همبستگی مثبت و معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/001$). همچنین با توجه به نتایج آزمون

در بررسی رابطه مشخصات دموگرافیکی بیماران مبتلابه HF با سه حیطه خود مراقبتی، آزمون آماری Chi-square نشان داد که متغیرهای سن و تحصیلات و شغل با سه حیطه خود مراقبتی با سطح معنی‌داری ($p < 0/01$) ارتباط دارند.

همچنین از دیگر نتایج آزمون Chi-square این بود که بین روش‌های به دست آوردن اطلاعات سلامت و بیماری با دوزیر مقیاس خودمراقبتی (حفظ خودمراقبتی و اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی)

همبستگی پیرسون بین ابعاد مختلف خودمراقبتی همبستگی مثبت و معنی دار مشاهده گردید ($p < 0/001$).

جدول ۳. همبستگی سواد سلامت کلی با زیر مقیاس‌های خودمراقبتی در بیماران مبتلایه HF

متغیر	سواد سلامت کلی	مدیریت خودمراقبتی	حفظ خودمراقبتی	اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی
سواد سلامت کلی	۱			
مدیریت خودمراقبتی	*۰/۴۸۳	۱		
حفظ خودمراقبتی	*۰/۶۲۱	*۰/۵۰۱	۱	
اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی	*۰/۵۸۳	*۰/۶۲۳	*۰/۶۶۳	۱

* $p < 0.001$ (*P-Value for Pearson)

نشان می‌دهد. همچنین به ترتیب در حیطه مدیریت خودمراقبتی بعد دسترسی با ۲۰/۷ درصد و در حیطه حفظ خودمراقبتی بعد ارزیابی با ۳۸ درصد و نیز در حیطه اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی بعد ارزیابی با ۳۳/۴ درصد می‌توانند تغییرات خودمراقبتی را پیش‌گویی کنند.

با توجه به جدول (۴) تمامی ابعاد سواد سلامت با سطح معنی‌داری ($p < 0/001$) رفتارهای خودمراقبتی را در هر سه زیر مقیاس پیشگویی می‌کند. مقدار R به ترتیب شدت همبستگی را در حیطه مدیریت خودمراقبتی بعد دسترسی با ۰/۴۵۵ و در حیطه حفظ خودمراقبتی بعد ارزیابی با ۰/۶۱۶ و نیز در حیطه اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی بعد ارزیابی با ۰/۵۷۸ را

جدول ۴. میزان پیشگویی رفتارهای خودمراقبتی بر اساس ابعاد سواد سلامت

ابعاد سلامت	مدیریت خودمراقبتی			حفظ خودمراقبتی			اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی		
	Sig	R ^۲	R	Sig	R ^۲	R	Sig	R ^۲	R
دسترسی	۰/۰۰۰	۰/۲۰۷	۰/۴۵۵	۰/۰۰۰	۰/۲۷۵	۰/۵۲۴	۰/۰۰۰	۰/۲۱۳	۰/۴۶۲
مهارت	۰/۰۰۰	۰/۱۴۸	۰/۳۸۵	۰/۰۰۰	۰/۲۶۵	۰/۵۱۵	۰/۰۰۰	۰/۲۴۶	۰/۴۹۶
فهم	۰/۰۰۰	۰/۱۸۶	۰/۴۳۱	۰/۰۰۰	۰/۲۹۷	۰/۵۴۵	۰/۰۰۰	۰/۳۱۴	۰/۵۶۰
ارزیابی	۰/۰۰۰	۰/۱۷۷	۰/۴۲۰	۰/۰۰۰	۰/۳۸۰	۰/۶۱۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳۴	۰/۵۷۸
تصمیم‌گیری	۰/۰۰۰	۰/۱۸۹	۰/۴۳۵	۰/۰۰۰	۰/۳۶۴	۰/۶۰۳	۰/۰۰۰	۰/۲۹۲	۰/۵۴۱
امتیاز کل	۰/۰۰۰	۰/۲۳۴	۰/۴۸۳	۰/۰۰۰	۰/۳۸۵	۰/۱۶۲	۰/۰۰۰	۰/۳۴۰	۰/۵۸۳

به نظر می‌رسد منطقی‌ترین نتیجه‌گیری از این پژوهش باشد. در پژوهش Macabasco و همکاران نیز بیماران مبتلایه نارسایی قلبی که سواد سلامت بالاتری داشتند، خودمراقبتی مطلوب‌تری داشتند (۳۴). Williams و همکاران نیز طی پژوهشی نشان دادند که سواد سلامت ناکافی مانعی جدی برای انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران محسوب می‌شود (۲۵). علیرغم وجود مطالعات زیادی که همسو با نتایج پژوهش حاضر بودند، نتایج مطالعه Bains و همکاران، حاکی از عدم وجود ارتباط آماری

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که بین سطوح پنج‌گانه سواد سلامت با زیر مقیاس‌های خودمراقبتی در بیماران مبتلایه نارسایی قلبی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد، بطوریکه افراد با سطح سواد سلامت بالاتر رفتارهای خودمراقبتی بهتری از خود نشان می‌دهند و در زمینه حفظ، مدیریت و اعتماد به توانایی‌های خود در زمینه خودمراقبتی عملکرد بهتری دارند. این یافته با مطالعات دیگر پژوهشگران در یک راستا و همخوانی دارد که

معنی دار میان دو مؤلفه سواد سلامت و خودمراقبتی در بیماران دیابتی بود (۳۵) که بنا به اظهارات محققین دلیل این اختلاف می‌تواند به دلیل ماهیت خود گزارش دهی سؤالات ارزیابی‌کننده خودمراقبتی در بیماران باشد.

سواد سلامت

آزادجایی که ابزارهای متعددی برای ارزیابی سواد سلامت وجود دارد در پژوهش‌های مختلف از ابزارهای متفاوتی جهت سنجش مهارت‌های مرتبط با سواد سلامت در بیماران استفاده شده است به دانش ما مطالعه حاضر اولین پژوهشی است که در ایران پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان (HELIA) را با در نظر گرفتن بومی بودن آن و ابعاد مختلف آن مورد ارزیابی قرار داده است.

نتایج این پژوهش نشان داد سطح سواد سلامت بیماران مبتلابه نارسایی قلبی در هر پنج بُعد متوسط بود. بطوریکه سطح سواد سلامت افراد در پنج بُعد به ترتیب در بُعد مهارت خواندن با میانگین $11/80 \pm 4/30$ در سطح متوسط، بُعد دسترسی با $17/53 \pm 7/08$ ، بُعد درک و فهم $18/93 \pm 7/47$ ، بُعد ارزیابی $11/35 \pm 4/27$ و در بُعد تصمیم‌گیری با میانگین $32/37 \pm 11/12$ در سطح متوسط قرار داشتند همچنین سطح سواد سلامت کلی آنان با میانگین $92/60 \pm 31/18$ نیز در سطح متوسط ارزیابی شد. نتایج مطالعات مختلف در کشورهای جهان نیز به‌طورکلی طیف وسیعی از سواد سلامت ناکافی را گزارش داده‌اند. در یک مرور سیستماتیک که توسط Paasche-Orlow و همکاران در آمریکای شمالی درباره ۸۵ پژوهش انجام شد، حدود ۲۶ درصد از افراد به‌طورکلی دارای سطح پایین سواد سلامت و حدود ۲۰ درصد سطح سواد سلامت متوسط بودند (۳۶). بر اساس نتایج مطالعه Baker و همکاران که با استفاده از پرسشنامه S-TOFHLA صورت گرفت، ۴۶ درصد از افراد، سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (۳۷). مطالعه Wagner و همکاران سطح سواد سلامت متوسط و ضعیف را در بزرگسالان کشور انگلستان $11/4$ درصد بیان نمودند (۳۸). در مطالعه‌ای که بر روی بزرگسالان شهر اصفهان با استفاده از دو پرسشنامه

مطالعه صورت گرفت. بر طبق پرسشنامه S-TOFHLA، $53/5$ درصد افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشته و بر اساس پرسشنامه NVS، $61/5$ درصد شرکت‌کنندگان از سواد سلامت مرزی و ناکافی برخوردار بودند (۳۹). در مطالعه‌ای که توسط قنبری و همکاران در مراکز بهداشتی-درمانی شهر تهران انجام پذیرفت، نتایج نشان داد که $54/6$ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (۴۰). مریم افشاری و همکاران نیز در سال ۱۳۹۳ در چهار بعد سواد سلامت را در بزرگسالان شهر تویسرکان بررسی کرد که با توجه به نتایج وی، اکثر افراد شرکت‌کننده از سطح متوسط و ضعیف سواد سلامت برخوردار بودند (۴۱)؛ اما مطالعه طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران که در آن سواد سلامت و عوامل مؤثر بر آن را در ۱۵ استان کشور بررسی کرد سواد سلامت اکثر ایرانیان $56/6$ درصد) ناکافی ارزیابی شد (۲۴). مهنوش رئیسی نیز در مطالعه خود سواد سلامت اکثر شرکت‌کنندگان را ناکافی ارزیابی کرد (۱۹).

این پژوهش نشان داد که بین سن، سطح تحصیلات و شغل افراد با ابعاد سواد سلامت رابطه مستقیم و مثبتی وجود دارد بطوریکه افراد با سن پایین‌تر (گروه سنی ۵۰-۴۰) و سطح تحصیلات بیشتر از ۸ سال و وضعیت شغلی مناسب (با توجه به درآمد کافی افراد و سطح تحصیلات مرتبط با شغلشان) دارای سطح سواد سلامت مطلوب‌تری به نسبت دیگر افراد بودند؛ که این یافته با بیشتر مطالعات در این زمینه همخوانی داشت (۲۴، ۴۲، ۴۳)

در این مطالعه ارتباطی بین سطح سواد سلامت و جنس در بین بیماران مبتلابه نارسایی قلبی مشاهده نشد که این یافته با مطالعه Paasche-Orlow و همکاران، Baker و همکاران و Lee همسو می‌باشد (۳۶، ۳۷، ۴۴). این یافته را می‌توان به هم‌سطح بودن تحصیلات و همچنین مراجعه بیشتر به پزشک و پرستار (کادر درمان) هر دو جنس جهت کسب اطلاعات بهداشتی ربط داد. ولی در مطالعه افشاری زنان به نسبت مردان از سطح سواد سلامت بالاتری برخوردار بودند (۳۸).

درمان می‌باشد. اینکه چگونه می‌توان آموزش سلامت به بیمار را مؤثرتر و کاربردی‌تر نمود، همچنان مورد بحث و بررسی است. با توجه به محدودیت زمان و امکانات مالی، سرمایه‌گذاری باید در مورد منابع، استراتژی‌ها و فعالیت‌هایی انجام شود که کارایی آن‌ها با شواهد و مدارک به اثبات رسیده است. لذا پیشنهاد می‌شود که بتوان در مراکز درمانی واحدی برای آموزش بیماران در نظر گرفته شود تا نیازهای آموزشی آنان و نحوه‌ی صحیح خودمراقبتی برآورده شود، به نظر می‌رسد این روش از کارایی بالایی برخوردار باشد چراکه ارائه مطالب آموزشی به بیماران و دادن آگاهی کافی، تضمین‌کننده تصمیم‌گیری آگاهانه آن‌ها در مورد مراقبت از خود می‌باشد.

بعد از کادر درمانی ۲۲/۹ درصد از افراد از دوستان و آشنایان برای به دست آوردن اطلاعات سلامت و بیماری استفاده می‌کردند که چه بسا اطلاعات غلط و اشتباه این افراد می‌تواند باعث وخیم‌تر شدن وضع بیماری آنان گردد لذا بازهم آموزش به بیماران برای دسترسی به منابع مطمئن و متخصص نمایان می‌شود. دسترسی به اطلاعات سلامت و بیماری از طریق اینترنت، تلویزیون و رادیو (رسانه‌های اجتماعی) با ۷/۶ درصد در رده سوم قرار دارد که با توجه به استفاده روزافزون از آن و سهولت استفاده و دسترسی آسان به آن باعث بیشتر شدن اهمیت و نقش آن در زندگی افراد می‌باشد که با توجه به منابع مختلف و عدم نظارت لازم به این منابع و نشر آن می‌تواند باعث برداشت نامناسب افراد از مطالب گردد و این کار می‌تواند عوارض غیرقابل‌انتظاری را برای بیماران در پی داشته باشد لذا ارگان‌ها و سازمان‌های مربوطه علی‌الخصوص صداوسیما بایستی حداکثر تلاش خود را برای ارائه مطالب کاملاً علمی، صحیح، روشن و قابل‌فهم برای تمامی اقشار و متناسب با سطح تحصیلات عامه مردم انجام دهد.

در خصوص ارتباط روش به دست آوردن اطلاعات سلامت و بیماری با مشخصات دموگرافیکی در بیماران مبتلابه HF نشان داده شد که بین متغیرهای سن، تحصیلات و شغل رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.01$)؛ بطوریکه بیماران با محدوده

با توجه به آمار توصیفی این پژوهش، بیشترین درصد بیماران (۳۰/۵ درصد) در گروه سنی ۴۰-۵۰ قرار داشتند که علی‌رغم سطح سواد سلامت و تحصیلات بالاتر، شیوع و پیشرفت بیماری نارسایی قلبی را در این گروه سنی نشان می‌دهد. در دیگر مطالعات نیز میانگین سنی شرکت‌کنندگان حاکی از کاهش سن افراد مبتلابه نارسایی قلبی می‌باشد (۴،۴۵)؛ که این می‌تواند در درجه اول ناشی از عدم رعایت رفتارهای خودمراقبتی در مواجهه با این بیماری و علائم آن باشد. از طرفی زندگی شهرنشینی و استرس‌های روزمره، فشارهای روحی روانی و تغذیه نامناسب و کاهش فعالیت‌های بدنی بخصوص ورزش که به خاطر مشکلات زندگی اعم از وضعیت ضعیف اقتصادی و غیره کم‌کم جایگاه خود را در زندگی افراد از دست داده و استعمال دخانیات و مصرف مواد الکلی بیشتر شده است، لذا در این خصوص ضرورت فرهنگ‌سازی و اهمیت ورزش و فعالیت‌های بدنی نمایان می‌شود که در این راستا کلیه ارگان‌ها موظف بر ارائه راهکارهای مناسب می‌باشند تا نیروی انسانی سالم که محور توسعه پایدار می‌باشد از این آسیب‌ها در امان باشند به‌طوریکه تضمینی برای آینده‌ای بهتر برای جامعه باشند.

در این مطالعه تعداد زنان مبتلابه نارسایی قلبی نسبت به مردان بیشتر بود (۵۰/۵ درصد زن و ۴۹/۵ درصد مرد) که با توجه به اهمیت نقش زنان در ارکان زندگی و اجتماع، اهمیت توجه به این قشر از جامعه را آشکار می‌سازد.

در مورد نحوه‌ی دسترسی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی به اطلاعات سلامت و بیماری، ۴۳/۸ درصد از افراد از پزشک، پرستار و کادر درمانی استفاده می‌کردند که این یافته با مطالعه قهرمانی همسو می‌باشد (۴۶). ولی در مطالعه افشاری اکثر شرکت‌کنندگان به هیچ‌یک از منابع اطلاعات بهداشتی دسترسی کافی نداشتند (۳۸). این یافته نشان از اهمیت آموزش این بیماران بخصوص در مراکز درمانی دارد که با توجه به سطح سواد سلامت افراد بیشترین و مؤثرترین منبع برای به دست آوردن اطلاعات درست و مطمئن مربوط به سلامت و بیماری، کادر

سنی ۵۰-۸۰ سال و با سطح تحصیلات پایین (بی‌سواد) و با وضعیت شغلی نامناسب (بیکار یا خانه‌دار)، بیشتر از کادر درمان برای به دست آوردن اطلاعات سلامت و بیماری بهره می‌گیرند که این یافته از جهت قابل قبول بودن منبع اطلاعات، مهم می‌باشد اما می‌توان چنین نیز استنباط کرد که پایین بودن سطح سواد سلامت بیشتر باعث مراجعات مکرر و غیرضروری مردم به پزشک و نیز طولانی شدن مدت اقامت بیماران در بیمارستان می‌شود. این امر به نوبه خود سبب افزایش هزینه‌ها و یا به عبارت دیگر باعث هدر رفتن بخشی از بودجه بخش سلامت می‌شود (۵۱، ۵۰) این یافته در دیگر مطالعات بررسی و تأیید شده است (۳۷، ۴۷).

در این مطالعه بین روش‌های به دست آوردن اطلاعات سلامت و بیماری در بیماران مبتلا به HF با پنج بُعد سواد سلامت (مهارت خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری) ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$). بدیهی است افرادی که از منابع معتبر، اطلاعات بهداشتی را کسب می‌کنند، سطح سواد سلامت بهتری دارند و برعکس؛ بنابراین منبع اطلاعات بهداشتی یکی از مهم‌ترین فاکتورها در ارزیابی سطح سلامت افراد می‌باشد.

توجه به این نکته نیز ضروری است که حتی با دسترسی به اطلاعات و خدمات، ممکن است تفاوت‌های موجود در سلامت همچنان باقی بماند چراکه سواد سلامت بسیاری از مردم پایین است. ضرورت توسعه سواد سلامت برای کمک به مردم در پیش بردن سیستم‌های پیچیده سلامت و مدیریت بهتر سلامت خودشان روز به روز بیشتر می‌شود. تفاوت‌های موجود در توانایی مطالعه و درک مواد تولید شده در زمینه سلامت فردی و نیز در زمینه پیش بردن سیستم سلامت، در تفاوت‌های موجود در زمینه سلامت نیز دخیل است. ضعف سلامت، داشتن درک ناقص از مشکلات سلامت و درمان خود و خطر بیشتر بستری شدن به دلیل بیماری در افرادی که از سواد سلامت کمتری برخوردارند، خیلی بیشتر گزارش می‌شود. میزان هزینه‌های سالانه مراقبت از سلامت افرادی که سواد سلامت آن‌ها خیلی کم است (عمدتاً سواد

خواندن تا دو کلاس و پایین‌تر) تا چهار برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. در ایالات متحده، برآورد شده که ۷۵ درصد از بیماران دچار بیماری‌های مزمن جسمی و روانی در این سطح از سواد سلامت قرار دارند. مشاهده شده است که دانش بیماران کم‌سواد (از نظر مهارت‌های خواندن) دچار بیماری آسم، پرفشاری خون و دیابت، درباره بیماری مزمنشان نسبت به بیماران دچار همان بیماری اما با سواد بالاتر، کمتر است. همین‌طور در جمعیت سالمندان ایالات متحده، سواد بهداشتی کم در بین سالمندان یک مشکل بزرگ بالقوه می‌باشد. مهارت‌های خواندن در قریب به نیمی از سالمندان کم است و توانایی خواندن با افزایش سن کاهش می‌یابد. مطالعه‌ای در مورد بیماران ۶۰ سال و بالاتر در یک بیمارستان عمومی، نشان داد که ۸۱ درصد از بیماران نمی‌توانستند اطلاعات پایه ارائه شده نظیر برچسب‌های دارو و قرارهای ملاقات را بخوانند و درک کنند و این در صورتی است که یکی از دلایل به کارگیری آموزش و بالا بردن سطح سواد سلامت افراد، لزوم انجام خود مدیریتی بیمار در بیماری‌های مختلف از جمله نارسایی قلبی است (۴۸).

خودمراقبتی

در زمینه خودمراقبتی اکثر بیماران در هر سه زیر مقیاس حفظ خودمراقبتی، مدیریت خودمراقبتی و اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی در سطح متوسط قرار داشتند که این یافته با پژوهش‌های مهنوش خوش‌تراش و همکاران (۴۹)، ابوطالبی و همکاران همخوانی داشت (۴۵). در تحقیق شجاعی که باهدف بررسی رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به نارسایی قلب انجام شد، میزان رفتارهای خودمراقبتی مطلوب بیشتر بود، به طوری که ۲۶ درصد بیماران رفتارهای خودمراقبتی مناسبی داشتند و دیگر بیماران در سطح متوسط و ضعیف از رفتارهای خود مراقبتی برخوردار بودند (۴). در تحقیق آذریاد نیز که در مورد ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با نیازهای خودمراقبتی در مبتلایان به نارسایی قلبی انجام شد، نیمی از بیماران رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط داشتند (۵۲). همچنین در مطالعه اوکسل

اطلاعات سلامت و بیماری این ارتباط ضعیف و یا معنی‌دار نبود ($p < 0.05$). می‌توان چنین استنباط کرد، افرادی که از منابع مهم و معتبر برای به دست آوردن اطلاعات سلامت و بیماری استفاده می‌کنند رفتارهای خودمراقبتی بهتری از خود نشان می‌دهند بطوریکه در زمینه حفظ خودمراقبتی و اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی توان بیشتری برای انجام این رفتارها پیدا می‌کنند.

مهارت بهره‌مندی از منابع که یکی از محورهای اصلی در خودمراقبتی می‌باشد، اغلب در برنامه‌های سنتی ارتقای سلامت و آموزش به بیمار نادیده گرفته می‌شود. ارائه‌دهندگان خدمات بسیاری از برنامه‌ها را به شرکت‌کنندگان معرفی می‌کنند اما نحوه استفاده از کتابچه، تلفن، اینترنت، کتابخانه و سایر راهنماها را به آن‌ها نمی‌آموزند. علاوه بر آموزش به مردم در مورد اینکه چگونه باید از منابع خودمراقبتی استفاده کنند، باید به مردم بیاموزد که این اطلاعات را می‌توانند از منابع مختلف به دست بیاورند. هنگام جستجوی منابع، بیشتر افراد فقط با یک منبع تماس می‌گیرند و منتظر اطلاعات می‌مانند. اگر از آن به نتیجه نرسیدند، به دنبال راه دیگری می‌روند. برای دستیابی به نتایج بهتر مهم است که به‌طور هم‌زمان با چندین منبع بالقوه تماس گرفت تا شبکه‌ای برای کسب اطلاعات پایه‌ریزی شود. افراد برای رسیدن به بهترین نتیجه باید بتوانند از چند منبع بالقوه مختلف به‌طور هم‌زمان برای کسب اطلاعات دقیق و لازم استفاده کنند (۴۸)؛ با این وجود، بیماران نه‌تنها آموزشی در این زمینه جهت شناسایی منابع اطلاعات بهداشتی نمی‌بینند؛ بلکه هیچ ارگان و یا منبعی برای آموزش و معرفی آن مشخص نشده است که بیماران با مراجعه به آن، بدانند که به کجا مراجعه کنند؛ لذا در این خصوص بایستی اقدامی جهت آشکارسازی و معرفی چنین منابعی انجام شود که این امر همکاری بین ارگان‌های همچون وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و بیمارستان‌ها و کلینک‌های درمانی و حتی رسانه‌های جمعی را می‌طلبد.

باید به این نکته مهم توجه داشت که تلاش برای افزایش سطح

(OkseI) در ترکیه، توان خودمراقبتی مبتلایان به نارسایی قلبی، ضعیف گزارش شده است (۵۳).

بین سن، سطح تحصیلات و شغل افراد با سه زیر مقیاس خودمراقبتی رابطه مستقیم و مثبتی وجود دارد این ارتباط بین ابعاد سواد سلامت نیز مشهود بود بطوریکه افراد با سن پایین‌تر و سطح تحصیلات بیشتر و وضعیت شغلی مناسب، دارای سطح خودمراقبتی مطلوب‌تر و رفتارهای خودمراقبتی بهتری به نسبت دیگر بیماران بودند؛ که این یافته با مطالعه خوش‌تراش و همکاران همخوانی ندارد (۴۷)؛ اما به نظر می‌رسد که مشخصات دموگرافیکی بخصوص سن و تحصیلات و شغل افراد بر سطح خودمراقبتی و رفتارهای افراد بی‌تأثیر نباشد همان‌طور که بر سطح سواد سلامت نیز بی‌تأثیر نبودند. در مطالعات ابوطالبی، شجاعی، آذرباد و آرتینین، سن عامل تأثیرگذاری در خودمراقبتی بیماران بود به‌گونه‌ای که واحدهای پژوهش با سن کمتر، توان خودمراقبتی بهتری داشتند (۴۵،۵۲،۵۴). آکیول (Akyol) و دشیف (Dashiff) نیز که توان خودمراقبتی را به ترتیب در مبتلایان به پرفشاری خون و دیابت نوع یک بررسی کرده‌اند، به نتایج مشابهی دست یافتند (۵۵،۵۶).

ریگل و همکاران بیان کردند عوامل زیادی بر انجام رفتارهای خودمراقبتی مؤثر هستند که از جمله آن‌ها می‌توان به مواردی نظیر کمبود اطلاعات، محدودیت‌های جسمی، عدم سازگاری با درمان‌های متعدد، مشکلات عاطفی و همچنین عدم اعتقاد به تأثیر مثبت رفتار روی علائم اشاره کرد (۵۷). در تحقیق حاضر نیز کمبود اطلاعات به علت پایین بودن سطح سواد افراد و نداشتن منبع اطلاعات مطمئن و در دسترس، مشکلات عاطفی و محدودیت‌های جسمی در ارتباط با بالا رفتن سن در این بیماران از عوامل مؤثر بر خود مراقبتی بودند.

بین روش‌های به دست آوردن اطلاعات سلامت و بیماری با دو زیر مقیاس حفظ خودمراقبتی و اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.01$)؛ اما بین مدیریت خودمراقبتی و روش‌های به دست آوردن

سواد سلامت در بیماران بخصوص در بیماری‌های مزمن باهدف اصلی توانمندسازی آنان در جهت کسب مهارت‌های خودمراقبتی صورت می‌گیرد؛ و در این راستا نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که سواد سلامت با پنج بُعد دسترسی، مهارت خواندن، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری مهم‌ترین پیشگویی‌کننده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد که به تفکیک ابعاد، بُعد دسترسی در حیطه مدیریت خودمراقبتی و بُعد ارزیابی در دو حیطه حفظ خودمراقبتی و اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی بیشترین میزان پیشگویی را داشتند. در این راستا مطالعه Lai و همکاران نیز سواد سلامت، به‌خصوص سواد سلامت ارتباطی را مهم‌ترین پیشگویی‌کننده برای رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی ارزیابی کرد (۵۸)؛ بنابراین توجه به سواد سلامت به‌عنوان اولین گام جهت شناسایی توان خود مراقبتی و کسب بهترین نتایج در رفتارهای خودمراقبتی بیماران بخصوص بیماران مزمن از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

گفتن این مطلب که این مطالعه اولین پژوهشی بود که سواد سلامت را در پنج بُعد با پرسشنامه بومی HELIA بررسی کرد و همچنین ارتباط دو مؤلفه سواد سلامت و خودمراقبتی را در بیماری مزمنی همچون نارسایی قلبی ارزیابی کرد حائز اهمیت می‌باشد ولی بالاتر از این مسئله لزوم اقدام در این خصوص و بکار بستن نتایج آن را در عرصه عمل بیش از همه‌چیز نشان می‌دهد و لازم است که تمامی دستگاه‌های اجرایی در این امر مهم گامی روبه‌جلو بردارند.

نتیجه‌گیری: به‌طورکلی نتایج این مطالعه سطح سواد سلامت و همچنین خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را متوسط نشان داد، در این خصوص باید به مقوله سواد سلامت به‌عنوان مهم‌ترین فاکتور در ارزیابی رفتارهای خودمراقبتی توجه بیشتری شود و در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت تأکید بیشتری به سواد سلامت جامعه داشت. همچنین جهت افزایش سطح سواد سلامت افراد، ابتدا باید آموزش کارکنان نظام سلامت موردتوجه باشد. در این راستا لازم است از مواد آموزشی نوشتاری

به همراه سایر رسانه‌های آموزشی و به‌طور کل از چندین منبع قابل فهم و بالقوه در افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی استفاده شود تا به بهترین نتیجه در این زمینه دست یابند و نیز تمهیداتی جهت ایجاد واحدهای در این مراکز، جهت آموزش و رفع نیازهای خودمراقبتی از طریق افزایش آگاهی و دانش سواد سلامت بیماران، در اختیار مراکز بهداشتی-درمانی قرار گیرد.

از طرفی با توجه به افزایش روزافزون بیماری‌های مزمن به‌خصوص بیماری‌های قلبی و در نتیجه روبه‌رو شدن با این چالش در آینده‌ای نه‌چندان دور، لزوم سیاست‌گذاری‌های سلامت در خصوص تخصیص منابع و تشریک‌مساعی بین سازمانی را به‌عنوان امری حیاتی را نمایان می‌کند. در این راستا بایستی گامی روبه‌جلو، برای ارتقاء سلامت جامعه با تدوین برنامه‌های برای بهبود و ارتقاء سطح سواد سلامت و در نتیجه ارتقاء سطح خودمراقبتی بیماران برداشته شود.

پیشنهادهایی برای مطالعات آتی

- بررسی کار آیی برنامه‌های نظام سلامت بر وضعیت سواد سلامت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن
- بررسی تأثیر آموزش بیماران در واحدهای آموزشی مستقر در مراکز بهداشتی-درمانی بر ارتقاء سطح سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی
- بررسی رابطه کیفیت زندگی با سطح سواد سلامت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی
- درک و آگاهی و عملکرد پرسنل شاغل در مراکز آموزشی-درمانی از سواد سلامت و نحوه‌ی انتقال مطالب آموزشی به بیماران

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی و با استفاده از اعتبارات انجمن علمی تخصصی پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد می‌باشد که در شورای پژوهشی واحد مهاباد با شماره مجوز ۰۲-۲۹-۵/۲۰۱۵۰ مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۸ به تصویب رسیده است.

گروه محترم پرستاری و اعضای هیئت علمی پرستاری که همکاری خود را در راستای اجرای طرح در پی نمودند را دارم.

بدین وسیله کمال سپاس و قدردانی را از معاونت محترم پژوهش و فناوری، مسئول مرکز انجمن‌های علمی، ادبی و فرهنگی، مدیر

References:

1. Tehrani H, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Kabootarkhani MH. Applying Socioecological Model to Improve Women's Physical Activity: A Randomized Control Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18(3).
2. Salehi Tali S, Mehralian H, Imani R, Khaledi A, Hatami Pour K. Effect of continuous caring and educational intervention (home visit) on quality of life in the congestive heart failure patients. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2008; 10(1):14-19
3. Kamrani F, Zohor A, Gahremani A. Assessing the effect of self-care education on knowledge, practice and re hospitalisation among patients with heart failure in selected hospitals of Ardebil. Abstract of 17th international congress of heart association, 2011.
4. Mazloomi Mahmoodabad SS, Tehrani H, Gholian-aval M, Gholami H, Nematy M. The effect of social class on the amount of salt intake in patients with hypertension. *Blood pressure*. 2016;25(6):360-3. Haery SM, Tehrani H, Olyaeimanesh A, Nedjat S. Factors Influencing the Social Health of Employees of the Ministry of Health and Medical Education in Iran. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2016;3(4):311-8.
5. Loghmani L, Abbaszadeh A. assessing the effect of self-care education on knowledge and practice among patients with heart failure in hospitals in Kerman City. *Teb va Tazkieh*. 2007; 15(64, 65): 8-13.
6. Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y, et al. Factors associated with self-care behavior of heart failure patients assessed with the European heart failure self-care behavior Japanese version. *Journal of Cardiac Failure*. 2007; 13(6): 76.
7. Bastable SB. *Essentials of patient education*. 1st ed. USA: Jones and Bartlett Learning; 2006.
8. Forbes Angus, While Alison. The nursing contributing to chronic disease management. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(1): 120-131.
9. Gonzalez B, Luopn J, Urrutia A, Altimir S, Coll R. Patient education by nurse: what we really do achieve? *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 4: 107-11
10. Shuldham Caroline, Theaker Chris, Jaarsma Tiny, Cowie Martin R. Evaluation of the European heart failure self-care behavior scale in a United Kingdom population. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60(1): 87-95.
11. Cameron J Worrall-Carter L Page K Stewart S. Self-care behaviors and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010; 9: 92-100.
12. Jaarsma T, Halfens R, Abu-Saad H H, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *HEART & LUNG VOL.2000*; 29(5):319-30.
13. Mangolian Shahre Babaki P, Mohammadzadeh SH. [Assessment of educational needs of patient with heart failure]. The second biannual international heart failure summit. Tehran, Iran may 2009:15. [Persian]
14. Krumholz H, Chen Y, Wang Y, Vaccarino V, Radford M, Horwitz R. Predictors of readmission among elderly survivors of admission with heart failure. *Am Heart J* 2000; 139 (1 Pt 1): 72-7.
15. Klimm F, Campbell S, Schellberg D and Gelbrich G, Primary care-based multifaceted, interdisciplinary medical educational intervention for patients with systolic heart failure: lessons learned from a cluster randomised controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009; 65(10): 2239-2248.
16. Rafeifar SH, Attar zadeh M, Ahmad zadeh M, et al, Comprehensive system of empowerment of people to take care of their health, Tehran, Department of Community and Health Education, 3rd, 2004.
17. Mamianloo H, Tol A, Khatibi NKH, Ahmadi Komoleleh S, Mohebbi B, Assessing the effect of small group intervention program on knowledge and health literacy among patients with heart failure, *Nursing Education*, 2014; 3 (3) Successive 9: 34-41
18. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzade A, Sharifirad GR. The relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan, Iran. *Journal of Health System Research* 2011; 7(4): 469-70.
19. Bedworth DA, Bedworth AE. *The dictionary of health education*. New York: Oxford University Press; 2010; 238.
20. Montazeri A, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh* 2014; 085:31:11
21. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Evidence Report/Technology Assessment No. 199. Prepared by RTI International—University of North Carolina Evidence based Practice Center under contract No. 290-2007-10056- I. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2011
22. Paasche-Orlow M K, Wolf M S. Promoting health literacy research to reduce health disparities. *Journal of Health Communication* 2010; 15(1):34-41.
23. Banihashemi S A, Amirkhani M A, Haghdoost A A, Alavian S M, Asgharifard H, Baradaran H, et al. [Health literacy

- and the affecting factors: a study in five provinces of Iran]. *Journal of Medical Education Development Center*. 2007; 4(1):1-9. (Persian)
24. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine* 1998; 158: 166-72
 25. Web sait: <http://health.kaums.ac.ir/Default.aspx?PageID=486&NewsID=1400/available> 2016/06
 26. Chew L D, Bradley K A. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *FAM Med* 2004; 36(8):588-594.
 27. Downey La Vonne A, Zun Leslie S. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *Journal of the National Medical Association* 2008; 100(11):1304-1308.
 28. Raphael C, Briscoe C, Davies J, Ian Whinnett Z, Manisty C, Sutton R, et al. Limitations of the New York heart association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. *Heart* 2007; 93: 476-82.
 29. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD & Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J Card Fail* 2004; 10(4): 350-60.
 30. Moadab F, Ghanbari A, Salari A, Kazemnejad E, Sadaghi Sabet M, Pariad E. Study Status Of Self-Care Behaviors And Gender Differences In Patients With Heart Failure. *Payavard*. 2014; 8 (3):220-234
 31. Riegel B, Lee Ch, Dickson V, Carlson B. An Update on the Self-Care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009; 24(6): 485-497. doi:10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0.
 32. Tung HH, Chen SC, Yin WH, et al. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012; 11:175-182.
 33. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, selfcare behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *Journal of general internal medicine*. 2011; 26(9):979-86.
 34. Bains SS, Egede LE. Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes. *Diabetes technology & therapeutics*. 2011; 13(3):335-41.
 35. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med* 2005; 20(2): 175-84.
 36. Baker DW, Parker RM, Williams MV, et al. Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine* 1998; 13(12):791-8.
 37. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(12):1086-90.
 38. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2013; 9(5): 540-9.
 39. Ghanbari S, Majlessi F, Ghafari M, Mahmoudi-Majdabadi M. [Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Sha-hid Beheshti Medical University]. *Daneshvar Medicine*. 2011; 19(97):1-13. (Persian)
 40. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. [Investigating Adult Health Literacy in Tuyserkan City]. *Journal of Education and Community Health*. 2014; 1(2):48-55.
 41. Kandula NR1, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei CP, Glass S, et al. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient Education and Counseling*. 2009; 75(3): 321-7.
 42. Powell CK, Hill EG, Clancy DE. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *Diabetes Educ*. 2007 Jan-Feb; 33(1):144-51.
 43. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health* 2010; 10: 614.
 44. Abootalebi Daryasari Gh, and et al, Study of the self-care agency in patients with heart failure, *Iranian Journal of Critical Care Nursing Vol. 4. No. 4, winter 2012, Pages: 203 – 208*
 45. Ghahramani A, Kamrani F, Mohamadzadeh Sh, Namadi M, Effect of self-care education on knowledge, performance and readmission of heart failure patients admitted in city hospitals of Ardabil, *J nursig research*, 2013, 8(29), 65-72.
 46. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health* 2002; 92(8): 1278-83
 47. Rafeifar SH, ahmadzadehasl M, sharifi MH and et al. Systematic health education to patients in Iran, *Community Health Education Department and Health Department, Ministry of Health and Medical Education*. 2005.
 48. Khoshtarash M, Momeni M, Ghanbari A, Salehzadeh AH, Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht.. *Holist Nurs Midwifery*. 2013; 23 (1):22-29 URL: <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-166-en.html>
 49. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, et al. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine* 2008; 66(8):1809-16.
 50. Arozullah AM, Lee SY, Khan T, Kurup S, Ryan J, Bonner M, et

- al. The roles of low literacy and social support in predicting the preventability of hospital admission. *J Gen Intern Med* 2006; 21(2): 140-5.
51. Azarbad M. The survey of the relationship between self-care behaviors and self-care needs in patient with heart failure referred to Shahid Rajaei's medical - educational and research center of cardiovascular 2005. MSc thesis. Nursing and midwifery faculty, Iran University of Medical Sciences [Persian]
52. Oksel E, Akbiylk A, Kocak G. Self-care behavior analysis of patients with chronic heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*. 2009; 31(8): p s22
53. Artinian NT, Magnan M, Christian W, Lange MP. What do patient know about their heart failure? *Applied Nursing research*. 2002; 15(4): 80-200.
54. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarah S, Akkus S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *Jornal of clinical nursing*. 2007; 687: (4) 16.
55. Dashiff CJ, Mccaleb A, Cull V. Self-care of young adolescents with type 1 diabetes. *Journal of pediatric nursing*. 2006; 21(3):222-232
56. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Educ Couns* 2002; 46(4): 287-95.
57. Lai AY, Ishikawa H, Kiuchi T, Mooppil N, Griva K. Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. *Patient education and counseling*. 2013; 91(2):221-7.