

## The influence of health literacy on self-care in women aged between 69-17 years, who visited municipality cultural centers

### ABSTRACT

**Background and objective:** The purpose of this paper is studying the relation between health literacy, as an independent variable, and self-care, as a dependent variable among women; because women health is basis of health of family and community and it poses a special importance in securing and health continuity

**Methods:** Sample populations in this study were women aged between 17 and 69 years, visited district 2 Municipality Cultural Centers in 1395 and the health literacy questionnaire (HELIA) has been distributed haphazardly between 242 ones of these visitors. The simple cluster sampling was carried out in these cultural centers thus, the areas were divided into regions, regions into neighborhood and finally cultural centers were chosen by chance. The sample populations volume was chosen based on Cochran formula.

**Results:** The highest age prevalence refers to 20 and 29 years old person and age average was 36 years old. Based on Pearson realize, relation intensity between two variables is strong and Positive correlation values demonstrate a direct relationship between them which means the higher level of "decision making and behavior" dimension of health literacy cause their higher self-care, vice versa the lower level of their "decision making and behavior" dimension of health literacy cause the worse their self-care.

**Conclusion:** Regarding the importance of self-care education in reducing burden of disease and sequent disability, we should improve self-care by planning on promoting the health literacy in target groups. This issue can be achieved with training health dimension through an integrated plan for the provision of educational content and tools and presenting them through communication channels such as mass media, training sessions, cultural-artistic and educational centers.

**Paper Type:** Research Article.

**Keywords:** Health literacy, Self-care, Municipality Cultural Centers

► **Citation:** Tira M, Rahvar M. The influence of health literacy on self-care in women aged between 69-17 years, who visited municipality cultural centers. *Journal of Health Literacy*. Winter 2018; 2(4): 237-244.

#### Mandana Tira

Ph.D. student, of communication science Islamic Azad University.

#### Maryam Rahvar

\* Master of social science. (Corresponding Author) Email: maryamrahvar@gmail.com

Received: 2017/03/06

Accepted: 2017/10/21

DOI: 10.29252/jhl.2.4.4

## بررسی تأثیر سواد سلامت بر میزان خودمراقبتی در زنان ۱۷-۶۹ سال: مراجعه کننده به مراکز فرهنگی شهرداری

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه بین سواد سلامت به عنوان متغیر مستقل و خودمراقبتی به عنوان متغیر وابسته در بین زنان است؛ چراکه سلامت زنان زیربنای سلامت خانواده و جوامع می‌باشد و اهمیت ویژه‌ای در تامین و استمرار سلامت دارد.

**مواد و روش‌ها:** جامعه آماری در این پژوهش زنان ۱۷-۶۹ سال مراجعه کننده به مراکز فرهنگی شهرداری منطقه ۲ تهران در سال ۱۳۹۵ بودند که پرسشنامه استاندارد سواد سلامت (HELIA) بین ۲۴۲ نفر از آنان به طور غیرتصادفی در دسترس توزیع شد. نمونه‌گیری مراکز فرهنگی به صورت خوشه‌ای انجام گرفت، ابتدا منطقه به نواحی و سپس نواحی به محلات تقسیم شدند و مراکز فرهنگی در هر محله به طور تصادفی انتخاب شدند. حجم جمعیت نمونه نیز بر اساس فرمول کوکران تعیین شد.

**یافته‌ها:** بیشترین فراوانی سنی مربوط به افراد ۲۰ تا ۲۹ سال و میانگین سنی ۳۶ سال بود. با توجه به مقدار آزمون پیرسون شدت رابطه بین دو متغیر در حد قوی می‌باشد و مقدار مثبت همبستگی نشان از رابطه مستقیم بین دو متغیر است بدین معنا که هر چه میزان و سطح برخورداری افراد نسبت به بعد «تصمیم‌گیری و رفتار» سواد سلامت بیشتر باشد میزان خودمراقبتی آنها بالاتر است و بر عکس هرچه برخورداری نسبت به بعد «تصمیم‌گیری و رفتار» سواد سلامت کمتر باشد میزان خودمراقبتی آنها نیز پایین‌تر است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اهمیت خودمراقبتی در ارتقای سلامت و کاهش بار بیماری‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن، باید با برنامه‌ریزی برای ارتقای سواد سلامت در جمعیت هدف، خودمراقبتی آنان را افزایش داد. این مهم از طریق آموزش ابعاد سلامت با برنامه‌ریزی منسجم برای تهیه محتواها و ابزار آموزشی مناسب و مرتبط و ارائه آن از کانال‌های ارتباطی مانند رسانه‌های جمعی، جلسات آموزشی، در مراکز فرهنگی-هنری و آموزشی، قابل دستیابی است.

**نوع مطالعه:** مطالعه پژوهشی.

**کلیدواژه‌ها:** سواد سلامت، خودمراقبتی، مراکز فرهنگی شهرداری

ماندانا تیرا

دانشجوی دکتری علوم ارتباطات، دانشگاه آزاد اسلامی

مریم راهور

\* کارشناس ارشد برنامه‌ریزی و توسعه منطقه‌ای.

(نویسنده مسئول) ایمیل:

maryamrahvar@gmail.com

◀ **استناد:** تیرا م، راهور م. بررسی تأثیر سواد سلامت بر میزان خودمراقبتی در زنان ۱۷-۶۹ سال: مراجعه کننده به مراکز فرهنگی شهرداری. فصلنامه سواد سلامت. زمستان ۱۳۹۶؛ ۲(۴): ۲۳۷-۲۴۴.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۲۹

## مقدمه

نظام‌های نوین سلامت باعث ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان خود شده‌اند، 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 (۱).

بسیاری از مشکلات امروزی سلامت مانند چاقی، بیماری‌های مزمن، مصرف سیگار و کم‌تحرکی با شیوه زندگی افراد ارتباط دارد. در این میان مراقبت از خود از اقدامات مربوط به سلامت است که توسط خود فرد به اجرا در می‌آید و به فعالیت‌های گفته می‌شود که افراد برای ارتقاء سلامتی، پیشگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود انجام می‌دهند. اهمیت خودمراقبتی زمانی بیشتر نمایان می‌شود که آمار نشان می‌دهد خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن می‌تواند تا حد زیادی استفاده از منابع نظام ارائه خدمات سلامت را کاهش دهد، به طوری که نتیجه آن ۴۰ درصد کاهش در مراجعه به پزشکان عمومی، ۱۷ درصد کاهش در مراجعه به پزشکان متخصص، ۵۰ درصد کاهش در مراجعه به مراکز اورژانس، ۵۰ درصد کاهش در بستری بیمارستانی و ۵۰ درصد کاهش در روزهای غیبت از کار خواهد بود (۲ و ۳).

امروزه سلامت تنها یک وضعیت ایده‌آل فقط برای خود افراد تلقی نمی‌شود بلکه سلامت افراد در سلامت، پویایی و توسعه جهانی نقش عمده و موثری دارد چنانچه در اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد و همچنین در اهداف توسعه پایدار فرا ۲۰۱۵ نیز به سلامت به عنوان یکی از اهداف توجه شده است و از ۱۷ هدف تعیین شده در اهداف توسعه آن هدف سوم آن مشخصاً به موضوع سلامت پرداخته است که شامل تامین زندگی‌های سالم و ترویج و تامین رفاه برای همه در همه سنین می‌باشد. برای دستیابی به چنین هدفی داشتن آگاهی، دانش و تلاش افراد تعیین‌کننده و تاثیرگذار می‌باشد. در این میان زنان با توجه به نقش محوری که در کانون خانواده دارند از اهمیت فراتری برخوردارند (۴).

بنا به تعریف، سواد سلامت میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است. سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد. سازمان جهانی بهداشت در گزارشی سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نمود. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرد که انجمنی متشکل از تمامی افراد متاثر از این امر جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود (۵).

## مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر روش، از نوع همبستگی است و از نظر هدف در ردیف تحقیقات «کاربردی» قرار دارد. در این تحقیق، «سواد سلامت» به عنوان متغیر مستقل و «خودمراقبتی» به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

جامعه آماری این تحقیق را، زنان ۱۷-۶۵ سال مراجعه کننده به مراکز فرهنگی در شهرداری منطقه ۲ تهران؛ سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دهند.

نمونه‌گیری مراکز فرهنگی به صورت خوشه‌ای انجام گرفت، ابتدا منطقه به نواحی و سپس نواحی به محلات تقسیم شدند و مراکز فرهنگی در هر محله به طور احتمالی انتخاب شدند. نمونه‌گیری افراد نیز به شکل غیراحتمالی در دسترس بود و پرسش‌نامه استاندارد شده سلامت نیز در اختیار ۲۴۲ نفر، قرار گرفت.

در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات و دستیابی به اهداف، از دو پرسشنامه HELIA و سنجش خودمراقبتی استفاده شده است.

پرسشنامه اول تحقیق شامل ۳۲ و پرسشنامه دوم شامل ۶۴

۱۸/۶	۴۵	۴۰-۴۹
۱۲/۴	۳۰	۵۰-۵۹
۵	۱۲	۶۰-۶۹
<b>وضعیت تأهل</b>		
۳۹/۳	۹۵	متأهل
۲۶/۹	۶۵	مجرد
۱۸/۲	۴۴	بیوه
۱۵/۷	۳۸	مطلقه
<b>تحصیلات</b>		
۳۹/۳	۹۵	دیپلم و زیر دیپلم
۴۲/۶	۱۰۳	فوق دیپلم
۱۷/۳	۴۲	لیسانس
۰/۸	۲	فوق لیسانس
<b>وضعیت شغل</b>		
۲۵	۶۲	دانشجو یا محصل
۳۴/۷	۸۴	شاغل
۳۹/۳	۹۶	فاقد شغل

سوال پنج گزینه‌ای به ترتیب با کدهای ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ تهیه و تنظیم گردیده است. در ابتدای پرسشنامه سؤالاتی نیز در جهت شناخت ویژگی‌های فردی جامعه آماری مطرح شده است.

سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس ترتیبی و طیف پنج درجه‌ای لیکرت تنظیم گردیده و به صورت طبقه‌بندی شده و بر اساس موضوع فرضیات تحقیق طراحی شده‌اند.

در این پژوهش پس از تهیه پرسشنامه جهت کسب اعتبار صوری به اساتید و صاحب‌نظران مراجعه و نظرات آنان در پرسشنامه اعمال شد. مقدار آلفای کرونباخ آن (۰/۸۶) بالاتر از ۰/۷۰ می‌باشد در نتیجه مقیاس از اعتبار کافی برای سنجش متغیر «سواد سلامت» برخوردار است.

برای بررسی رابطه سواد سلامت با خودمراقبتی، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون پایه‌ای را برای ارائه و آزمون مدل‌ها در میان متغیرهای اندازه‌گیری شده و پنهان مهیا می‌کند. علاوه بر آن همبستگی‌های تفکیکی و نیمه تفکیکی تعریف خاصی از روابط دو متغیره را بین متغیرها امکان پذیر می‌سازند که در آن واریانس صرفاً مشترک بین دو متغیر، در حالی که نفوذ سایر متغیرها کنترل شده است، تبیین می‌شود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

## یافته‌ها

وضعیت دموگرافیک جمعیت نمونه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است؛ بیشترین فراوانی سنی مربوط به افراد ۲۰ تا ۲۹ سال است. و میانگین سنی ۳۶ سال می‌باشد. بیشترین فراوانی مربوط به افراد متأهل است. بیشترین فراوانی مربوط به زنان با مدرک تحصیلی فوق دیپلم است. بیشترین فراوانی مربوط به زنان فاقد شغل است.

### جدول ۱. وضعیت دموگرافیک جمعیت پژوهش

سن	تعداد	درصد
۲۰-۲۹	۸۰	۳۱/۸
۳۰-۳۹	۷۵	۲۹/۸

بر اساس آزمون پیرسون بدست آمده (Pearson=۰/۵۲۰) با قبول خطای کمتر از ۰/۰۱ (sig=۰/۰۰۰) و درجه اطمینان بیش از ۰/۹۹ می‌توان گفت بین میزان برخورداری افراد نسبت به بعد «تصمیم‌گیری و رفتار» سواد سلامت و میزان خودمراقبتی آنها رابطه معناداری وجود دارد و  $H_0$  فرضیه خنثی که نشانگر عدم وجود رابطه است را نمی‌پذیریم و رد می‌کنیم.

### جدول ۱. رابطه میزان برخورداری افراد نسبت به بعد تصمیم‌گیری و رفتار سواد سلامت و خودمراقبتی آنان

برخورداری افراد نسبت به بعد «تصمیم‌گیری و رفتار» سواد سلامت		
۰/۵۲۰ <sup>(**)</sup>	Pearson Correlation	خودمراقبتی افراد
۰/۰۰۰	Sig. (-۲tailed)	

لازم به ذکر است با توجه به مقدار آزمون پیرسون شدت رابطه بین دو متغیر در حد قوی می‌باشد و مقدار مثبت همبستگی نشان

جدول ۳. رابطه بین منبع کسب اطلاعات سلامت (پزشک، رسانه، دوستان و...) و میزان سواد سلامت افراد

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	.Sig
Between Groups	۹۳۰/۴۲۹	۳	۳۱۰/۱۴۳	۱/۷۳۸	۰/۱۶۷
Within Groups	۱۳۰۳۰/۳۷۶	۷۳	۱۷۸/۴۹۸		
Total	۱۳۹۶۰/۸۰۵	۷۶			

### بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین سواد سلامت به عنوان متغیر مستقل و خودمراقبتی به عنوان متغیر وابسته در بین زنان انجام شد؛ چرا که ارتقای سلامت زنان به معنی ارتقای سلامت خانواده به طور خاص و تأمین و استمرار سلامت در جامعه به طور کل است. نمره کلی سواد سلامت در بین جمعیت نمونه حاکی از آن است که سطح سواد سلامت متوسط و پایین است. با توجه به مقدار آزمون پیرسون شدت رابطه بین دو متغیر در حد قوی می باشد و مقدار مثبت همبستگی نشان از رابطه مستقیم بین دو متغیر است بدین معنا که هر چه میزان و سطح برخورداری افراد از سواد سلامت بیشتر باشد میزان خودمراقبتی آن ها بالاتر است و بر عکس هر چه برخورداری از سواد سلامت کمتر باشد میزان خودمراقبتی آن ها نیز پایین تر است؛ با توجه به اهمیت خودمراقبتی در ارتقای سلامت و کاهش بار بیماری ها و ناتوانی های ناشی از آن، باید با برنامه ریزی برای ارتقای سواد سلامت در جمعیت هدف، خودمراقبتی آنان را افزایش داد. این مهم از طریق آموزش ابعاد سلامت با برنامه ریزی منسجم برای تهیه محتواها و ابزار آموزشی مناسب و مرتبط و ارائه آن از کانال های ارتباطی مانند رسانه های جمعی، جلسات آموزشی، در مراکز فرهنگی-هنری و آموزشی، قابل دستیابی استنتایج این پژوهش می تواند به برنامه ریزان و متولیان حوزه سلامت و پزشکی اجتماعی کمک کند تا با ارتقاء سواد سلامت و در نتیجه خودمراقبتی، ارتقای سلامت را سرعت بخشند

از رابطه مستقیم بین دو متغیر است بدین معنا که هر چه میزان و سطح برخورداری افراد نسبت به بعد «تصمیم گیری و رفتار» سواد سلامت بیشتر باشد میزان خودمراقبتی آنها بالاتر است و بر عکس هر چه برخورداری نسبت به بعد «تصمیم گیری و رفتار» سواد سلامت کمتر باشد میزان خودمراقبتی آنها نیز پایین تر است براساس آزمون پیرسون بدست آمده ( $Pearson=0/539$ ) با قبول خطای کمتر از  $0/01$  ( $sig=0/000$ ) و درجه اطمینان بیش از  $0/99$  می توان گفت بین میزان برخورداری افراد از سواد سلامت و میزان خودمراقبتی آنها رابطه معناداری وجود دارد و  $H_0$  فرضیه خنثی که نشانگر عدم وجود رابطه است را نمی پذیریم و رد می کنیم.

لازم به ذکر است با توجه به مقدار آزمون پیرسون شدت رابطه بین دو متغیر در حد قوی می باشد و مقدار مثبت همبستگی نشان از رابطه مستقیم بین دو متغیر است بدین معنا که هر چه میزان و سطح برخورداری افراد از سواد سلامت بیشتر باشد میزان خودمراقبتی آنها بالاتر است و بر عکس هر چه برخورداری از سواد سلامت کمتر باشد میزان خودمراقبتی آنها نیز پایین تر است. (جدول ۲).

جدول ۲. رابطه بین میزان برخورداری افراد از سواد سلامت و میزان خودمراقبتی آن ها

برخورداری افراد از سواد سلامت		
خودمراقبتی افراد	Pearson Correlation	$0/539^{**}$
	Sig. (-2tailed)	$0/000$

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

طبق مقدار آزمون تحلیل واریانس یک طرفه ( $F=1/738$ ) با قبول خطای بیشتر از  $0/05$  ( $sig=0/167$ ) و درجه اطمینان کمتر از  $0/95$  می توان گفت بین منبع کسب اطلاعات سلامت (پزشک، رسانه، دوستان و...) و میزان سواد سلامت افراد رابطه معناداری وجود ندارد و  $H_0$  فرضیه خنثی که نشانگر عدم وجود رابطه است را پذیرفته و نمی توانیم رد کنیم (جدول ۳).

منتظری و همکاران در پژوهشی با عنوان «طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران» (۱۳۹۳) تلاش کردند تا ابزاری برای سنجش سواد سلامت در جمعیت عمومی ۱۸-۶۵ سال ایران تهیه کنند که متناسب با خصوصیات فرهنگی-اجتماعی ایران باشد و بتوان از آن در مطالعات دیگر استفاده کرد. در این پژوهش، پس از بررسی اسناد مختلف علمی در خصوص سواد سلامت، تعاریف مربوط برای تدوین چارچوب مفهومی ابزار مشخص شد و با توجه به اولویت‌های حوزه سلامت در کشور و نیز برخی اطلاعات مهم عمومی مربوط به سلامت، بانک سوالات فراهم شد. سپس در موضوعات فوق‌الذکر گویه‌های متعدد مبتنی بر مفاهیم دریافتی در ابعاد سواد سلامت شامل دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و به کارگیری اطلاعات سلامت با استفاده از ابزارهای موجود و نیز نشست با متخصصان طراحی شد. روایی محتوایی کیفی ابزار توسط ۱۵ نفر از متخصصان رشته‌های گوناگون سلامت مورد بررسی قرار گرفت و اصلاحات توصیه شده لازم اعمال شد. این ابزار با ۴۷ سوال نهایی شده و پس از جمع‌آوری اطلاعات، از ۳۳۶ نفر که به صورت تصادفی از مناطق ۲۲ گانه تهران انتخاب شده بودند، روایی سازه (با استفاده از روش تحلیلی عاملی اکتشافی) و پایایی (با محاسبه ضریب همبستگی درونی) آن ارزیابی شد. نتایج نهایی تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که پرسشنامه مزکور با ۳۳ گویه در ۵ حیطه از روایی سازه مطلوب برخوردار است، که مجموعاً ۵۳٫۲٪ از تغییرات مشاهده شده را توضیح می‌دادند. یافته‌های این مطالعه قابلیت ابزار یاد شده برای سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران را نشان داد (۶ و ۷).

مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۴ نشان داد که بخش عمده سال‌های از دست رفته عمر در کشور ما به سبب مرگ زودرس و معلولیت ناشی از حوادث، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری و همچنین بیماری‌های قلبی است. کاهش بار این بیماری‌ها قطعاً مستلزم ارتقای سطح آگاهی مردم و تغییر رفتار سلامت آن‌ها است. منبع

اطلاعات بیشتر مردم در حوزه سلامت معمولاً نشریات، اینترنت و تلویزیون است؛ این در حالی است که متأسفانه فقط کسر کوچکی از این اطلاعات، مستند و قابل اعتمادند (۸).

از تمامی تعاریف ارائه شده پیرامون مفهوم سواد سلامت، چنین برمی‌آید که این مفهوم فراتر از توانایی خواندن، نوشتن و درک معانی و مفاهیم کلمات و اعداد در محیط‌های سلامت است. در تعاریف ارائه شده از این شاخص به چند بعدی بودن سواد سلامت اشاره شده و به توانایی‌هایی شناختی افراد به منظور درک و تفسیر معانی و مفاهیم اطلاعات سلامت در اشکال گوناگون تأکید شده است.

خودمراقبتی اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و همدفداری است که فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش انجام می‌دهد. خودمراقبتی قسمتی از زندگی روزانه مردم و شامل مراقبتی است که به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان و اجتماعات محلی نیز گسترش می‌یابد (۸).

در واقع خودمراقبتی شامل اعمالی است که مردم انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را بهبود بخشند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد و یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند. خودمراقبتی در برگیرنده فعالیت‌هایی مشتمل بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان بیماری و مصدومیت‌ها و درمان و توان‌بخشی بیماری‌های مزمن است. گزارش‌های وزارت بهداشت بیانگر تاثیر خودمراقبتی بر بهبود پیامدهای سلامت و کاهش هزینه‌ها در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است (۸).

جواد شجاع فرد و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی تاثیر آموزش بر رفتار خودمراقبتی و منافع و موانع انجام آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در شهر تهران» نشان دادند که با توجه به اینکه رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دارای اهمیت

معنی وضعیت کسی است که ساختار انسانی و عملکرد جسمی و ذهنی او رشد یافته، کامل و بی‌عیب و نقص است (۱۱ و ۱۲). تندرستی به معنی وضعیتی است که با تجربه رضایت، لذت و انواع شادی‌ها و نیز تجربه معنوی، حرکت به سوی تحقق بخشیدن به ایده‌آل‌های فردی و درونی سازی مستمر آن‌ها توصیف می‌شود. تندرستی با سلامت، موفقیت در تلاش‌های فردی و کفایت منابع در ارتباط است اگر چه افرادی هستند که ممکن است تندرستی را تجربه کنند یا وجود آن‌ها مظهر اشکالی از تندرستی باشد و در عین حال دچار کمبودهایی از لحاظ ساختار و عملکرد انسانی باشند.

ایده اصلی این تئوری این است که خودمراقبتی یک عملکرد تنظیمی نوع بشر است که برای تأمین و تداوم لوازم و تجهیزات لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمانی و روانی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می‌شود. خودمراقبتی به عنوان یک عملکرد تنظیمی، متفاوت از سایر عملکردهای تنظیمی نوع بشر مانند تنظیم نور و آندوکراین است چرا که خودمراقبتی باید آموخته شده، آگاهانه، مستمر و متناسب با نیازهای تنظیمی افراد باشد؛ به عنوان مثال متناسب با مرحله رشد و تکامل، وضعیت سلامت جسمانی، جنبه‌های خاص سلامت یا رشد مسایل محیطی و میزان مصرف انرژی آن‌ها.

محدودیت این مطالعه فقدان مطالعات مابه در زمینه ارتباط سواد سلامت با خودمراقبتی در بین زنان است.

**نتیجه گیری:** با توجه به اهمیت خودمراقبتی در کاهش بار بیماری‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن، باید با برنامه‌ریزی برای ارتقای سواد سلامت در جمعیت هدف، خودمراقبتی آنان را افزایش داد. عدم رابطه معنادار بین بعد خواندن در متغیر سواد سلامت با خودمراقبتی به این معنا است که به جای صرف هزینه بر تولید محتوای آموزشی به شکل مکتوب باید آموزش را در قالب آموزش‌های چهره به چهره، جلسات آموزشی و کارگاهی با حضور تسهیلگر، در دسترس جمعیت عمومی قرار داد.

زیادی است و نیز بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مورد مطالعه در این بررسی و بالطبع بیماران مبتلا در سطح کشور دارای سطح متوسطی از انجام این رفتارها هستند، تلاش‌های مداخله‌ای در راستای ارتقای این رفتارها در این بیماران جهت کنترل بیماری و جلوگیری از بروز عوارض آن و پذیرش و بستری شدن مجدد و نهایتاً مرگ و میر زودرس، مهم و ضروری می‌باشد. جهت ارتقای رفتار خودمراقبتی و نهایتاً کنترل بیماری نارسایی قلبی، به‌کارگیری برنامه آموزشی که در این مطالعه طراحی و به‌کار گرفته شده است به عنوان یک الگو توصیه می‌شود و مورد تأکید قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که استفاده از کارشناسان آموزش بهداشت و سلامت در مراکز بهداشتی درمانی یا در برنامه‌های آموزشی رسانه‌های گروهی و همچنین در تهیه کتاب‌ها و جزوات آموزشی برای این بیماران و خانواده‌های آن‌ها، بیش از پیش به ارتقاء خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی کمک خواهد کرد چرا که اولین گام برای انجام هر اقدامی کسب اطلاعات و داشتن آگاهی لازم در زمینه مورد نظر می‌باشد (۹).

کاترین دین<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) در مطالعه «مولفه‌های خود مراقبتی در سبک زندگی: اهمیت جنسیت، گرایش و موقعیت اجتماعی»<sup>۲</sup> بیان داشت: تمرین‌های خودمراقبتی فردی مربوط به عوامل سلامت در روش‌های زندگی است. برای درک عوامل موثر بر تشکیل و انجام خودمراقبتی در رفتارهای مربوط به حفظ سلامتی و توانایی‌های عملی، بررسی چارچوب‌ها برای مطالعه موقعیت‌های اجتماعی که مردم در آن زندگی می‌کنند و میزان تأثیر بر نیازهایشان لازم است. این مقاله حاکی از آن است که جنسیت مهمترین اثر مستقل بر الگوهای برقراری رفتارهای سلامت است زمانی که شبکه‌ی اجتماعی متغیر تظاهر بر اهمیت‌های خودمراقبتی بر بیماری‌ها می‌کنند (۱۰).

تئوری اُرم<sup>۳</sup> در این مدل سلامت و تندرستی به دو وضعیت انسانی مختلف اما در ارتباط با یکدیگر اشاره دارد؛ سلامت به

1. Dean, K.

2. Institute of Social Medicine, University of Copenhagen, Panum Institute, Blegdamsvej 3, DK-2200 Copenhagen, Denmark

3. Dorothea Orem

نتایج این پژوهش می‌تواند به برنامه‌ریزان و متولیان حوزه سلامت و پزشکی اجتماعی کمک کند تا با ارتقاء سواد سلامت و در نتیجه خودمراقبتی، ارتقای سلامت را سرعت بخشند.

### سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان‌نامه‌ی دانشجویی کارشناسی ارشد با

عنوان "بررسی تاثیر سواد سلامت بر خودمراقبتی در بین زنان؛ مطالعه موردی زنان مراجعه کننده به مراکز فرهنگی شهرداری منطقه دو تهران" (۱۳۹۴) با راهنمایی جناب دکتر عادل عبداللهی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات است؛ از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری کرده‌اند سپاسگزاری می‌کنیم.

### References:

1. Bohlman LN. A prescription to end confusion. Panzer AM, Kindig DA. Health literacy Washington (DC): National Academies Press. (2004).
2. Rafeefar SH. Self-care educational and informational package. (2014).
3. Rakhshani F, Shams M. Pariani A. Health promotion and training. Ministry of Health and Medical Education. (2010); (8)
4. [http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview/mdg\\_goals/post-2015-development-agenda.html](http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview/mdg_goals/post-2015-development-agenda.html).
5. Mohajer T. Training the patient: A Guide to Patient education for all health care team members. (2002); 11
6. Montazeri A. psychometric questionnaire health literacy of adults living in Iran (HELIA) in the urban area of Balochistan, (2014); 13(5), 589-599
7. Montazeri A. Health Literacy Iranian adults living in cities: a national study. (2015); 15 (1), 95-102
8. Rafeefar Sh. Comprehensive system of empowering people for self-care, Education & Health Promotion office. IR IRAN MOH, (2005); 8.
9. Shojaeifard J. Effects of education on self-care behavior and the benefits and barriers in patients with heart failure in Tehran. Journal of Payavard Salamat.(2008); 2 (4), 43-55.
10. Dean K. Self-care components of lifestyle: the importance of gender, attitudes and the social situation. Social science Med. 1989; 29(2):137-52.
11. McLaughlin Renpenning K, Taylor S. Self-Care Theory in Nursing Selected Papers of Dorothea Orem. Springer Publishing Company (2003).
12. Bazrafshan M. Evaluation of existing theories: for graduate students and doctoral nursing. (2012).