

بررسی ارتباط بین سواد سلامت و میزان خود مراقبتی در جمعیت حاشیه نشین تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار سیداحمد احمدی نسب^{*}، الهام بهنام طلب¹، موسی الرضا عباسپور²

MPH*آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران (نویسنده مسئول: سید احمد احمدی نسب
(a.ahmadinasab@yahoo.com)

1- کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات کنترل عوامل زیان آور محیط و کار، دانشکده بهداشت وایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،

مقدمه

سواد سلامت به ظرفیت کسب، پردازش، درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز جهت تصمیم گیری های مناسب در زمینه سلامت اطلاق می شود (Lupattelli et al . 2014). (1)

تجربیات جهانی نیز گویای این مطلب است که عواملی از قبیل ارتقای سطح آموزش و سواد سلامت، بهبود خدمات اجتماعی و توسعه اقتصادی تاثیر مثبتی بر سلامت و رفاه اجتماعی افراد جامعه خواهد داشت (Kandula et al . 2009 ((2)

مطالعه ای نشان داد، بیماران با سواد سلامت نامطلوب توانایی کمتری برای درک دستورالعمل های پزشکی، برچسب دارو، روش مصرف داروها و مواردی از این قبیل را دارند (Berkman et al 2011) (3)

هدف اصلی پیشبرد سواد سلامت، تسهیل استراتژی های ارتباطی موثر بهداشتی و فناوری اطلاعات سلامت به منظور بهبود پیامدهای سلامتی، کیفیت مراقبتهای بهداشتی و دستیابی به عدالت در سلامت است (4)

دانش ناکافی در مورد یک مسئله بهداشتی خاص، به سبب سواد سلامت ناکافی ممکن است خود کارآمدی افراد در مورد توانایی شان در پایبندی به برنامه مراقبت از خود را تحت تاثیر قرار دهد. اگر افراد فاقد کارآمدی به تصمیم های خود پایبند نباشند نمی توانند به طور مناسبی از خود مراقبت کنند.. (5)

پژوهش هایی که به بررسی رابطه بین سواد سلامت و رفتارهای خود مراقبتی و خود کارآمدی افراد پرداخته اند، نشان داده اند که سواد سلامت در بهبود رفتارهای خود مدیریتی و خود کارآمدی افراد تاثیر مثبت دارد. (4)

عدم داشتن سواد سلامت کافی منجر به ضعف در گزارش وضعیت سلامت فردی، استفاده نامناسب از داروها و عدم پیروی از دستورالعمل های پزشکی و کنترل ضعیف قند خون می گردد و نیز دانش بهداشتی کمتر، مشارکت کمتر در تصمیم گیری در خصوص درمان، بیان کمتر نگرانی های سلامت و ارتباط بدتر با پزشکان را بدنبال دارد. (6)

هم اکنون سواد سلامت به عنوان يك مسأله و بحث جهانی در قرن 21 معرفی شده است. امروزه بیشتر آموزش ها و اطلاعات در سیستم بهداشتی به صورت نوشتاری و در سطحی بالاتر از آن چه برای افراد قابل فهم باشد ارائه میگردد. (7).

سواد سلامت حاصل تشریح مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانی ها و ابعاد سواد در زمینه سلامت می پردازد و به عنوان شاخص حیاتی و مهم در نتایج و هزینه های مراقبت های بهداشتی شناخته شده است. (9 - 8)

در مطالعه جواد زاده و همکاران در شهر اصفهان 5/46 درصد افراد سواد سلامت کافی ، 38 درصد سواد سلامت مرزی و 5/15 درصد افراد سواد سلامت نا کافی داشتند (10) مطالعه ای در برزیل با استفاده از پرسشنامه خلاصه شده سواد سلامت عملکردی بزرگسالان نشان داد ، 32 درصد افراد سواد سلامت مرزی و نا کافی داشتند. (11) خود مراقبتی به معنی پیروی از یک شیوه زندگی سالم به منظور پیشگیری از بیماری ها و صدمات می باشد.

خود مراقبتی شامل رفتارهای بهداشتی است که هدف آن بهبود رفاه جسمی یا حفظ سلامت از طریق اقداماتی مثل رعایت رژیم غذایی ، ورزش و جستجوی خدماتی برای پیشگیری یا درمان بیماری و همچنین بکارگیری درمانهای پزشکی تجویز شده است. (12) فراگیری مراقبتهای خود مراقبتی میتواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد ، سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد ، توان مراقبت از خود را در افراد بیشتر کند و میان ناتوانی و از کار افتادگی بیماران و هزینه های درمانی را کاهش دهد. (14-13) عنایت به وضعیت اجتماعی ، اقتصادی و فرهنگی ناموزون حاشیه نشینان از یک سو و اوضاع نامطلوب مناطق حاشیه ای از طرف دیگر زمینه ایجاد انواع آسیب از جمله فاصله از حدود مورد انتظار سلامت را برای ساکنین این مناطق فراهم می سازد.

شهر سبزوار نیز که یک چهارم جمعیت آن بر اساس سرشماری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در مناطق حاشیه ساکن می باشند (54300 نفر) از این قاعده مستثنی نبوده و لذا این مطالعه باهدف تعیین ارتباط بین سطح سواد سلامت و انجام اقدامات خود مراقبتی در جمعیت عمومی 60 - 18 ساله تحت پوشش پایگاه ها حاشیه شهر سبزوار انجام تا وضعیت رفتارهای بهداشتی و همچنین اتخاذ رفتارهای پیش گیرانه در محلات حاشیه نشین بر اساس سطح سواد سلامت آنان سنجیده شود.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی می باشد که در شهر سبزوار با مشارکت جمعیت عمومی ساکن در حاشیه شهر (کلیه جمعیت مردان و زنان 60-18 ساله) انجام شد. مناطق حاشیه نشین بر اساس نقشه و موقعیت جغرافیایی آرایه شده توسط ستاد باز آفرینی محلات حاشیه نشین (سکونتگاه های غیر رسمی) شهرستان سبزوار با مسوولیت فرماندار شهرستان و تایید وزارت کشور تعیین شده است. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار جهت آرایه خدمات بهداشتی درمانی به 54300 نفر ساکنین این محلات (جمعیت سرشماری شده در ابتدای سال 1395) پنج پایگاه سلامت و دو مرکز خدمات جامع سلامت شهری از سال 1393 راه اندازی نموده است که این مطالعه نیز در جمعیت تحت پوشش این دو مرکز و پنج پایگاه سلامت انجام

شد. در این پژوهش، داده ها و اطلاعات به روش پرسشگری درب منازل جمع آوری شد. روش نمونه گیری به صورت چند مرحله ای (نمونه گیری طبقه ای و خوشه ای) بود. نواحی در نظر گرفته شده بر اساس برنامه یزشك خانواده شهری که مشتمل بر پنج ناحیه می باشد بعنوان طبقه های مطالعه در نظر گرفته شدند. با توجه به اینکه در هر ناحیه بلوک های مربوطه از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی بهم شبیه می باشند تعداد 3 بلوک بعنوان خوشه های ما در هر ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شدند. در هر خوشه تعداد بیست و پنج پرسشنامه از اعضای واجد شرایط خانوار تکمیل گردید. لازم به ذکر است که در هر خوشه نیز نمونه گیری تصادفی سیستماتیک انجام گرفت. به طوری که هر کدام از خانه ها به صورت یک در میان مورد پرسش قرار می گرفتند. ملیت ایرانی ، سن بالای 18 سال و حضور در ساعت پرسشگری بعنوان معیار ورود در نظر گرفته شد. همچنین عدم تمایل به همکاری در طرح مذکور بعنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

لازم به ذکر است که در هر خانوار از کلیه اعضای واجد شرایط مطالعه آن خانوار پرسشنامه تکمیل گردید. قبل از اجرای مطالعه ، به افراد ، در مورد اهداف مطالعه ، دلایل جمع آوری اطلاعات ، شیوه اجرای مطالعه و اجازه خواستن از آنها به منظور شرکت در این پژوهش و محرمانه بودن اطلاعاتشان توضیحات لازم داده شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش دو پرسشنامه بود.

1 - پرسشنامه سنجش سطح سواد سلامت ایرانیان (طرح تحقیقاتی ملی سنجش سواد سلامت ایرانیان) استفاده گردید. این طرح تحقیقاتی توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت با همکاری مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، در هفت استان منتخب و در برخی استان ها به صورت داوطلب اجرا می شود. این پرسشنامه یک پرسشنامه محقق ساخته جهت سنجش سواد سلامت در سطح جامعه است. پایایی و روایی این پرسشنامه مورد تایید کارشناسان مربوطه قرار گرفته و در مطالعات قبلی بررسی شده است. پرسشنامه مورد استفاده حاوی 71 سوال چهار بعد سواد سلامت شامل دسترسی و کسب اطلاعات بهداشتی شامل 11 سوال ، درک اطلاعات شامل 19 سوال ، قضاوت و ارزیابی شامل 8 سوال و استفاده از اطلاعات شامل 24 سوال بود. سایر سوال ها مربوط به اطلاعات دموگرافیک افراد تحت مطالعه بود. این پرسشنامه با دارا بودن چهار بخش دسترسی ، درک اطلاعات ، قضاوت و ارزیابی و استفاده از اطلاعات بیشتر از سایر پرسشنامه های سنجش سواد سلامت شامل S-TOFHL-A ، NVS و TOFHL-A سطوح بیشتری را مورد ارزیابی قرار می دهد. (10 ، 15 ، 16).

معیار نمره دهی بر اساس مقیاس لیکرت در نظر گرفته شد و از نظر چهار حیطة فوق افراد در سه دسته الف :کافی(بالا،خوب) با امتیاز 5/83 و بالاتر ب:

مرزی (متوسط) با امتیاز 5/83 - 5/65 و ج: ناکافی (پایین، ضعیف) با امتیاز 5/65 - 0 دسته بندی شدند. (17)

2 - : پرسشنامه خود مراقبتی توبرتو گلاسکو: پرسشنامه مورد استفاده حاوی 34 سوال هشت بعد خود مراقبتی الف: بعد فعالیت فیزیکی شامل ده سوال ب: بعد موانع سلامت جسمی شامل چهار سوال پ: بعد مشکلات روحی و روانی شامل 3 سوال ت: بعد تحرک شامل چهار سوال ث: بعد احساس خوشحالی شامل 5 سوال ج: بعد عملکرد های اجتماعی شامل 2 سوال چ: بعد درد شامل 2 سوال و ه: بعد سلامتی عمومی شامل 4 سوال بود. معیار نمره دهی براساس مقیاس لیکرت در نظر گرفته شد و از نظر هشت بعد فوق الذکر در سه دسته نامطلوب (ضعیف)، نیمه مطلوب (متوسط)، و مطلوب (قوی) دسته بندی شدند.

روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات قبلی بررسی و تایید شده و ضریب آلفای کرونباخ آن 68 درصد برآورده شده است. (18-19).

برای تعیین سطح مطلوبیت وضعیت خود مراقبتی علاوه بر مقایسه میانگین نمرات، دامنه نمرات کسب شده که بین 0-70 بوده است به عنوان وضعیت نامطلوب، بین 24-47 بعنوان نیمه مطلوب و نمرات بین 48-70 به عنوان وضعیت مطلوب در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن سطح اطمینان 95% و سطح خطای نسبی 5% ما در این مطالعه 359 نفر را مورد بررسی قرار دادیم. پژوهشگر با ارائه معرفی از دانشگاه و اطمینان دادن به محرمانه بودن نام و اطلاعات مشارکت کنندگان در تحقیق و کسب رضایت آگاهانه از واحد های پژوهش جهت تکمیل پرسشنامه و برخورداری از حق کناره گیری در هر مرحله از تحقیق برای واحد های پژوهش اقدام به جمع آوری اطلاعات نمود. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS16 (آمار توصیفی و تحلیلی) با آزمون های همبستگی و T test و ANOVA تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

افراد مورد مطالعه را زنان را با 244 نفر (68 درصد) و مردان با 115 نفر (32 درصد) تشکیل می دادند. داده ها نشان داد که بیشترین افراد در گروه سنی 20-30 سال با 158 نفر (44 درصد) و کمترین افراد در گروه سنی 40 سال و بالاتر با 77 نفر و 21 درصد قرار داشتند. همچنین بیشترین سطح تحصیلات افراد شرکت کننده در مقطع تحصیلی راهنمایی و دبیرستان با 111 نفر (31 درصد) و کمترین میزان تحصیلات در مقطع تحصیلات دانشگاهی با 51 نفر (14 درصد) قرار داشتند. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب دسترسی و استفاده از منابع در یک ماه گذشته در جدول 1 آورده شده است.

جدول 1: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب دسترسی و استفاده از منابع در یک ماه گذشته

میانگین	تعداد	منابع	
62/87	208	بلی	دسترسی به پزشک

67/83	148	خیر	
90/90	109	بلی	دسترسی به اینترنت
83/8	247	خیر	
88/8	201	بلی	دسترسی به رادیو و تلویزیون
83/31	155	خیر	
84/51	67	بلی	دسترسی به روز نامه و مجلات
92/68	289	خیر	
92/68	101	بلی	دسترسی به کتابچه و بروشور
83/32	255	خیر	
87/63	197	بلی	استفاده از پزشک و پرسنل بهداشتی
83/93	159	خیر	
87/03	215	بلی	استفاده از دوستان و آشنایان
84/36	141	خیر	
86/73	180	بلی	استفاده از تلویزیون و رادیو
85/2	176	خیر	
92/97	76	بلی	استفاده از روزنامه و مجلات
84/08	280	خیر	
93/2	90	بلی	استفاده از اینترنت
83/53	266	خیر	
93/94	88	بلی	استفاده از کتابچه و بروشور
83/36	268	خیر	

بیشترین افراد مورد مطالعه از سطح سواد سلامت کافی با 9/54 درصد برخوردار بودند و فقط 5/7 درصد افراد سطح سواد سلامت ناکافی داشتند. ضمن اینکه 6/37 درصد افراد نیز دارای سطح سواد سلامت مرزی بودند. از مجموع 359 نفر مورد مطالعه، امتیاز خود مراقبتی بیشترین افراد با تعداد 206 نفر (4/57 درصد) در حد متوسط بوده و مابقی افراد با تعداد 153 نفر (6/42 درصد) در حد ضعیف بوده و هیچکدام از افراد امتیاز در حد قوی را کسب ننموده اند (جدول 2).

جدول 2- وضعیت سواد سلامت و خود مراقبتی در افراد مورد مطالعه (n = 359)

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد
سواد سلامت	ناکافی (0 - 5/65)	27	5/7
	مرزی (5/65 - 5/83)	135	6/37
	کافی 5/83 و بالاتر	197	9/54
خود مراقبتی	نامطلوب (ضعیف) 0-23	153	6/42
	نیمه مطلوب (متوسط) 24-47	206	4/57
	مطلوب (قوی) 48-76	0	0/0

بین سواد سلامت کل و خود مراقبتی کل ارتباط معنی داری وجود نداشت ولی بین سواد سلامت کل با ابعاد از خود مراقبتی شامل تحرک / خستگی، احساس خوشحالی، عملکرد اجتماعی و درد ارتباط معنی داری وجود داشت. همچنین خود مراقبتی کل فقط با بعد مهارت انجام فعالیت از ابعاد سواد سلامت ارتباط معنی داری داشت و با سایر ابعاد آن ارتباط معنی داری را نداشت. (جدول 3)

خود مراقبتی کل	ابعاد خود مراقبتی								متغیر	
	سلامت عمومی	درد	عملکرد اجتماعی	احساس خوشحالی	تحرکات / خستگی	مشکلات روحی و روانی	موانع سلامت جسمی	فعالیت فیزیکی		
R=0/061 P=248	R=-.116 P=.028	R=.173 P<./001	r=0/182 P<0/001	R=-.177 P<001	R=./205 P<0001	r=-.009 P=861	R=0/013 P=801	R=-.25 P=637	خواندن	ابعاد سواد

R=-.006 P=912	R=-0/051 P=0/340	R=0/95 P=0/072	R=0/075 P=0/156	R=-0/130 P=0/014	R=-.136 P=0/01	R=-.033 P=534	R=-0/04 P=451	R=-.041 P=442	درک	سلامت
R=0/32 P=544	R=-.073 P=0/169	R=0/110 P=0/037	R=0/064 P=0/229	R=0/153 P<0/001	R=146 P<0/001	R=-.19 P=721	R=-.002 P=964	R=-.047 P=375	قدرت تفسیر مفاهیم	
R=-.014 P=794	R=-.062 P=.242	R=0/138 P=0/009	R=0/138 P=0/009	R=-.180 P<0/001	R=188 P<0/001	R=-.04 P=429	R=-0/001 P=989	R=-.071 P=183	توانایی انجام خود ارزیابی	
R=-.113 P=0/032	R=-.026 P=0/619	R=0/025 P=0/642	R=0/025 P=642	R=-.182 P<0/001	R=-.96 P=0/068	R=-.152 P<0/004	R=-.08 P=131	R=-.085 P=108	مهارت انجام فعالیت	
R=-.002 P=.97	R=0/091 P=0/086	R=145 P=0/006	R=0/136 P=0/01	R=-.218 P<0/001	R=-.209 P<0/001	R=-.068 P=.198	R=-0/031 P=0/56	R=-.046 P=382	سواد سلامت کل	

جدول 3- ارتباط بین سواد سلامت و ابعاد آن با خود مراقبتی و ابعاد آن

بحث

در مطالعه حاضر بیشترین افراد مورد مطالعه از سطح سواد سلامت کافی با 9/54 درصد برخوردار بودند و فقط 5/7 درصد افراد سطح سواد سلامت ناکافی داشتند. ضمن اینکه 6/37 درصد افراد نیز دارای سطح سواد سلامت مرزی بودند. از مجموع 359 نفر مورد مطالعه، امتیاز خود مراقبتی بیشترین افراد با تعداد 206 نفر (4/57 درصد) در حد متوسط بوده و مابقی افراد با تعداد 153 نفر (6/42 درصد) در حد ضعیف بوده و هیچکدام از افراد امتیاز در حد قوی را کسب ننموده اند. در یک بررسی سیستماتیک که توسط دکتر اورلو و همکارانش در آمریکای شمالی بر روی 85 مطالعه انجام شده است، حدود 26 درصد از افراد به طور کلی دارای سطح پائین سواد سلامت (ناکافی) و حدود 20 درصد سطح سواد سلامتی مرزی داشتند. البته دامنه تغییرات بسیار وسیع بوده است، به طوری که بعضی از مطالعات تا 68 درصد، سطح سواد سلامتی ناکافی را نشان داده اند (20) که تایید کننده ی شواهد بدست آمده از این مطالعه می باشد. در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران در سال 1386 انجام شده، سواد سلامت 1086 نفر از افراد 18 سال و بالاتر در 5 استان از استان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد، 1 / 28 درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت در حد کافی، 15.3 درصد سواد سلامت مرزی و 56.6 درصد در حد سواد سلامت ناکافی قرار داشتند. (18) که در راستای نتایج فوق می باشد. همچنین در مطالعه ای که توسط قنبری و همکاران (90) با هدف بررسی سواد سلامت زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد 30 درصد افراد سواد سلامت ناکافی، 5/24 درصد سواد سلامت مرزی و 5/45 درصد سطح سواد سلامت کافی داشتند. (21) که تایید کننده ی یافته های پژوهش می باشد.

در مطالعه ای که توسط افشاری و همکاران در سال 1393 با هدف بررسی سواد سلامت گروه سنی 60-20 ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان تویسرکان با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان صورت گرفت، میانگین سواد سلامت در زنان بیشتر از مردان بود (17) که تایید کننده یافته های پژوهش می باشد. از دلایل احتمال سطح سواد سلامت بالاتر زنان، می توان به مراجعه بیشتر زنان نسبت به مردان به مراکز بهداشتی درمانی و کسب اطلاعات بیشتر، درک و استفاده از آن ها اشاره نمود.

همچنین مطالعه ای عنبری و همکاران در خصوص خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی شهر خرم آباد یافته هان نشان داد که وضعیت مطلوبی ندارد که این یافته ها با سایر یافته های مطالعات انجام شده در این زمینه و یافته های پژوهشگر همخوانی دارد بنابراین توانمندسازی بیماران در زمینه خودمراقبتی بایستی مورد توجه قرار گیرد. (18)

بر اساس یافته های مطالعه حاضر بین سواد سلامت کل و خود مراقبتی کل ارتباط معنی داری وجود نداشت ولی بین سواد سلامت کل با ابعادی از خود مراقبتی شامل تحرک / خستگی، احساس خوشحالی، عملکرد اجتماعی و درد ارتباط معنی داری وجود داشت. همچنین خود مراقبتی کل فقط با بعد مهارت انجام فعالیت از ابعاد سواد سلامت ارتباط معنی داری داشت و با سایر ابعاد آن ارتباط معنی داری را نداشت. در مطالعه ای که توسط سلمان برسته و همکاران با موضوع بررسی ارتباط بین سواد سلامت با رفتار های خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 در 200 نفر از بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال 1394 صورت گرفت، بین سواد سلامت و رفتار های خود مراقبتی ارتباط معنی داری مشاهده نشد، سواد سلامت فقط با دو بعد از ابعاد رفتار های خود مراقبتی ارتباط آماری معنی داری داشت. (22) که تایید کننده شواهد بدست آمده از این مطالعه می باشد.

نتیجه گیری

در بررسی انجام شده مشخص گردید که هر چند بین سواد سلامت کل و خود مراقبتی کل ارتباط معنی داری وجود نداشت ولی بین سواد سلامت کل با ابعادی از خود مراقبتی شامل تحرک / خستگی، احساس خوشحالی، عملکرد اجتماعی و درد ارتباط معنی داری وجود داشت. به عبارتی هر چند با افزایش سطح سواد سلامت افزایش میزان خود مراقبتی به طور کامل اتفاق نخواهد افتاد لیکن افزایش میزان سواد سلامت باعث افزایش ابعادی از خود مراقبتی شامل احساس خوشحالی، بهبود عملکرد اجتماعی، افزایش تحرک و خستگی و کاهش میزان درد خواهد گردید. از طرفی بر اساس یافته های حاصل از مطالعه حاضر، تنها نیمی از افراد سواد سلامت کافی داشتند و هیچیک از افراد از وضعیت خود مراقبتی مطلوبی برخوردار نبودند که این موضوع حاکی از نیاز جامعه به آموزش می باشد تا سطح سواد سلامت جامعه بهبود یافته و خود مراقبتی از سطح مطلوبی برخوردار گردد، بنابراین انجام اقدامات

موثر در افزایش میزان سواد سلامت افراد بر برخی از مولفه های موثر بر میزان خود مراقبتی تاثیر مثبت دارد که این امر در نهایت می تواند باعث ارتقای سطح سلامت جامعه از این مسیر گردد. لذا انجام اقدامات لازم در افزایش میزان سواد سلامت افراد ، آموزش خود مراقبتی و همچنین فرهنگ سازی مراقبت از خود در راستای ارتقای سطح سلامت جامعه توصیه می گردد. **پیشنهاد می گردد** با توجه به مطالعات انجام شده و سابقه موضوع طراحی برنامه های آموزشی خودمراقبتی برای گروه های بیماران (سطح پیشگیری ثانویه) انجام شده است؛ مطالعات آینده در خصوص خود مراقبتی معطوف به سطح اولیه پیشگیری و برای گروه های هدف جامعه انجام گیرد تا با استفاده از نتایج حاصله بتوان ؛ بسته آموزشی خودمراقبتی و همچنین ارتقاء سطح سواد سلامت جامعه دست یافت.

تشکر و قدردانی

از کلیه واحدهای شرکت کننده در پژوهش و همچنین پرسنل پایگاههای حاشیه و اساتید محترم که صمیمانه با پژوهشگر همکاری داشتند تشکر و قدردانی به عمل می آید. این مطالعه منتج از پایان نامه دوره های عالی بهداشت عمومی (MPH) در دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی باشد.

References:

- 1 – Lupattelli, A., Picinardi, M., Einarson, A. and Nordeng, H., 2014. Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient education and counseling*, 96, pp.171-178.
- 2 – Kandula, N.R., Nsiah-Kumi, P.A., Makoul, G., Sager, J., Zei, C.P., Glass, S., Stephens, Q. and Baker, D.W., 2009. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient education and counseling*, 75, pp. 321-327.
- 3 - Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. and Crotty, K., 2011. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155, pp. 97-107.
- 4 - Peyman N, Abdollahi M. The relationship between health literacy and physical activity self-efficacy in women after childbirth. *Journal of health literacy* 2016; 1 (1): 5-12.
- 5- Aleda M, Chen H. Health literacy influences Heart Failure knowledge attainment but Not self-efficacy for self-care or Adherence to self-care over time. *Nursing Research and Practice* 2013; 1-8.
- 6 - Ghanbari S, Majlessi F, et al. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar* 2012; 19(97): 1-12.
7. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
- 8 - Nama S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL. Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 93:1
- 9 - Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavassoli E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi J Med Sci* 2013; 19:104. (Persian)
10. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. [Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran]. *Journal of Health System Research*. 2013; 9(5): 540-9. (Persian)
11. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(4):631-8.

- 12- Group DPPR. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England journal of medicine*. 2002;346(6):393
- 13 - Aovisi S, Aimanzade N, Basir Z, Jovadi Z. *Fundamental nursing*. Potter and Perry. Tehran: Salami; 2003. P. 182
- 14 -Oreizy HR, Farahani HA. *Applied research methods in clinical psychology*. Tehran: Danzhh; 2009. (Persian)
- 15 - Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res*.2010; 25(3): 464-77
- 16 - Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*.2005; 3(6): 514-22.
- 17 - افشاری مریم و همکاران ، بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهرستان تویسرکان ، مجله -
آموزش و سلامت جامعه دوره اول، شماره 2 ، تابستان 1393 ، صفحات 48-55
- 18- عنبری خ و همکاران. خود مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی شهر خرم آباد، فصلنامه علمی پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره چهاردهم، شماره چهار، پاییز 1391، ص 49-57.
- 19- FadaeiVatan R, The Relationship between Diabetic Knowledge and Self-Care Performance in Elderly Diabetics in Kerman, Elderly Research Center, *Epidemiology Journal*, No. 1, Volume 3, Pages 10-1, winter 2016
- 20 - Mitchell,S.E.,Sadikova,E.,Jack,B.W.andPasche-ORLOW,M.K.HealthLiteracy and30-aypostdischargehospital utilization.*Journal of health communication* 2012,17:suppl3:325-338.
- 12- قنبری ش و همکاران. بررسی سواد سلامت زنان باردار زیر پوشش مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، نشریه دانشور پزشکی، شماره 97، صفحات 43-51، زمستان 1394
- 22- .Salman B, The relationship between health literacy and self-care behaviors in type 2 diabetic patients, MSc nursing, *Journal of Nursing Research*, Vol. 10, No. 4, Pages 43-51, winter 2015.
- 23 - Toobert DS, Hampson SE , Glasgow RE , The Summary of diabetes self-care activities measure : results form 7 studies and a revised scale.*Diabetes care* .2000: 12 (7) : 43-50
-