



# The Relationship between Health Literacy and Perceived Self-efficacy in Cardiovascular Patients Hospitalized in Khorramabad Educational Hospitals in 1396

Seyede Saba Seif<sup>1</sup>, Mohammad Gholami<sup>2\*</sup>, Mohammad Javad Tarrahi<sup>3</sup>, Amir Hossein Hossein Pour<sup>4</sup>, Shadi Valiniaei<sup>1</sup>, Zahra Bazgir<sup>1</sup>

<sup>1</sup> BSc, Department of Nursing (BSN), Student Research Committee, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics School Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>4</sup> Nursing Student (BSN), School of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

\* **Corresponding author:** Mohammad Gholami, Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran. E-mail: mohammad13565@yahoo.com

Received: 02 Dec 2017

Accepted: 08 Aug 2018

## Abstract

**Introduction:** Inadequate health literacy and lack of information related to disease management can affect self-efficacy in care. The aim of this study was to determine the relationship between health literacy and self-efficacy in patients with cardiovascular disease.

**Methods:** In this descriptive study, 161 cardiovascular patients were selected using convenience sampling method from patients referring to two educational hospitals in Khorramabad city, in 1396. In this study the data collection was used personal and social information form, health literacy questionnaire and self-efficacy questionnaire. Descriptive statistics and Pearson or Spearman correlation coefficients were used for data analysis in SPSS software.

**Results:** The mean age of participants was  $59.97 \pm 12.68$  years. Most of them were women (59%) and married (71.4%). most of them had less education than a diploma (78.9%). The findings showed that most of the subjects had a level of health literacy at the borderline / moderate level (75.2%). They also had a level self-efficacy at the borderline / moderate (70.2%). The main findings showed that there is a significant relationship between the total health literacy score and the self-efficacy ( $r = 0.001$ ,  $P = 0.00$ ), so that people with higher levels of health literacy had more self-efficacy.

**Conclusions:** The findings of this study showed that cardiovascular patients have a level of health literacy and self-efficacy at the borderline level. Considering the significant relationship between health literacy and self-efficacy, nursing interventions are needed to increase self-efficacy and health literacy for health behaviors.

**Keywords:** Cardiovascular Disease, Self-efficacy, Health Literacy



## ارتباط سواد سلامت با درک از خودکارآمدی در بیماران قلبی عروقی بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۶

سیده صبا سیف<sup>۱</sup>، محمد غلامی<sup>۲\*</sup>، محمدجواد طراحي<sup>۳</sup>، امیرحسین حسین پور<sup>۴</sup>، شادی والی نیایی<sup>۱</sup>  
زهرا بازگیر<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس، گروه پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران  
<sup>۲</sup> دکتری تخصصی، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران  
<sup>۳</sup> دکتری تخصصی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی، گروه پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران  
\* نویسنده مسئول: محمد غلامی، دکتری تخصصی، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران. ایمیل: mohammad13565@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** سواد سلامت ناکافی و کمبود اطلاعات مرتبط با مدیریت بیماری، می‌تواند خودکارآمدی در مراقبت را متأثر سازد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت با خودکارآمدی در بیماران قلبی-عروقی انجام شد.  
**روش کار:** در این مطالعه توصیفی، همبستگی ۱۶۱ بیمار قلبی عروقی مراجعه کننده به دو بیمارستان آموزشی شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۶ با استفاده از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی، برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم اطلاعات فردی و اجتماعی، پرسشنامه سواد سلامت و پرسشنامه خودکارآمدی بود. از شاخص‌های آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون یا اسپیرمن برای تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.  
**یافته‌ها:** میانگین سنی مشارکت کننده‌ها  $59/97 \pm 12/68$  سال بود. بیشتر آنها زن (۵۹٪) و متأهل (۷۱/۴٪) بودند. بیشترین آنها دارای تحصیلات کمتر از دیپلم بودند (۷۸/۹٪). یافته‌ها نشان داد، بیشتر افراد مورد مطالعه دارای میزان سواد سلامت خودکارآمدی در حد مرزی/متوسطی (۷۵/۲٪) و (۷۰/۲٪) برخوردار بودند. یافته‌های اصلی نشان داد، بین نمره کل سواد سلامت با خودکارآمدی ارتباط معناداری وجود دارد ( $P = 0/001$ ،  $r = 0/65$ ) به طوری که افراد با میزان سواد سلامت بالاتر، دارای خودکارآمدی بیشتری بودند.  
**نتیجه گیری:** یافته‌های مطالعه کنونی نشان داد، بیماران قلبی عروقی دارای میزان سواد سلامت و خودکارآمدی در حد مرزی هستند و با توجه به ارتباط معنادار سواد سلامت با خودکارآمدی نیاز به مداخلات پرستاری برای افزایش خودکارآمدی و سواد سلامت جهت اتخاذ رفتارهای سلامت وجود دارد.  
**کلیدواژه‌ها:** بیماری قلبی عروقی، سواد سلامت، خودکارآمدی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

می‌برند [۱]. همچنین بیماری‌های قلبی عروقی، علت اصلی از دست دادن سال‌های زندگی مرتبط با ناتوانی در دنیا است [۲]. تخمین زده شده، بیماری قلبی عروقی ۲۰٪ از علل مرگ و میر در دنیا و ۳۵٪ مرگ

بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر در بیشتر کشورهای جهان از جمله ایران است. در آمریکا حدود ۷۹ میلیون نفر یا به عبارتی ۱/۳ نفر جمعیت بزرگسالان، از بیماری‌های قلبی رنج

مدت، با دانش نارسایی قلبی ارتباط دارد اما با تبعیت از خودکارآمدی ارتباطی ندارد از سویی شواهد نشان می‌دهد، اگر افراد فاقد خودکارآمدی در مورد تصمیمات درمانی باشند، قادر به خود-مراقبتی نخواهند بود. همچنین در دیگر تحقیقات مطرح شده، عدم خودکارآمدی بیمار، تبعیت از رژیم خود-مراقبتی را تغییر نمی‌دهد این درحالی است که تأثیر مداخلات آموزشی برای بیماران قلبی با سواد سلامت ناکافی، بر بهبود دانش بیماری، تقویت خودکارآمدی، اندازه گیری روزانه وزن و تبعیت دارویی، مشخص شده است [۳]. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، تمرکز مطالعات قلبی روی سواد سلامت ناکافی، بوده ولی روی بیماران قلبی با سطوح مختلف سواد سلامت، کمتر مطالعه شده است [۲]. در مورد نقش خودکارآمدی در مسیر سواد سلامت تا انواع رفتارهای سلامت، یافته‌ها متناقض است، البته شواهدی در مورد برخی رفتارها نظیر مشارکت در غربالگری سرطان کولورکتال، فعالیت فیزیکی و تبعیت از داروها برای مبتلایان به ایدز در دسترس است [۱۰]. اما اغلب این مطالعات در بزرگسالان مبتلا به بیماری قلبی عروقی نبوده و قابل تعمیم به این جمعیت نیست لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت با خودکارآمدی در بیماران قلبی عروقی انجام شد. بینش در مورد ارتباط سواد سلامت و خودکارآمدی می‌تواند مداخلات لازم برای بهبود سواد سلامت و رفتارهای سلامت را حمایت کند.

## روش کار

در این پژوهش، توصیفی-همبستگی که در سال ۱۳۹۶ انجام شد، نمونه‌ها، با استفاده از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه و تمایل به شرکت در مطالعه، انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و با فرض اینکه ضریب همبستگی بین سواد سلامت با خود-کارآمدی حداقل  $r = 0/2$  است، با استفاده از فرمول زیر محاسبه و در نهایت ۱۶۱ نفر به عنوان حجم نمونه برآورد شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} - Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

$$d = \frac{1}{2} L_n \frac{1+R}{1-R}$$

محیط پژوهش، شامل بخش‌های بستری قلب و مراقبت ویژه قلبی در بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی لرستان واقع در شهر خرم‌آباد شامل بیمارستان شهید مدنی و شهید رحیمی بود که به دلیل سهولت دسترسی به نمونه‌ها، این محیط‌ها انتخاب شد. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه شامل: سن ۱۸-۶۵ سال، تأیید تشخیص بیماری توسط پزشک معالج، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری، مصرف حداقل یک داروی قلبی توسط بیمار، نداشتن اختلال درکی حسی یا عقب ماندگی ذهنی، قابلیت تکلم و درک زبان فارسی توسط بیمار و یا مراقب خانوادگی وی بود. همچنین عدم ابتلاء به بیماری زمینه‌ای سخت و در مرحله شدید (از قبیل سرطان متاستاتیک، نارسایی کلیه (و عدم ثبات وضعیت همودینامیک به عنوان سایر معیارهای ورود در نظر گرفته شد. معیارهای خروج شامل عدم تمایل برای شرکت در مطالعه و احساس خستگی بیمار از تکمیل پرسشنامه‌ها بود. پس از اخذ معرفی‌نامه‌های لازم از معاونت تحقیقات

و میر در ایران را بخود اختصاص می‌دهد و با توجه به روند افزایش بیماری‌های قلب و عروق در کشور، لازم است در زمینه پیشگیری، کنترل، درمان و ارتقاء خود-مدیریتی بیماران قلبی، اقدام ضروری انجام شود [۲]. بیماران قلبی باید بتوانند بیماری خود، داروها، مایعات دریافتی، فعالیت فیزیکی و علائم خود را مدیریت و مراقبت خود را از طریق مشاوره و ویزیت مراقبین سلامت پیگیری کنند. از سویی تبعیت از توصیه‌های مراقبین سلامت و رژیم‌های خود-مراقبتی، نیازمند تجهیز و بکارگیری اصول آموزش و دانش، برای زمان تصمیم‌گیری‌های مراقبتی و مدیریت موقعیت‌ها است. البته تحقیقات نشان داده، بیماران قلبی، حتی اگر آموزش کافی در زمینه خود-مدیریتی بر اساس دستورالعمل‌های بالینی را دریافت کنند، اما سواد سلامت ناکافی، به عنوان مانعی بالقوه در دست‌یابی به دانش و مهارت‌های خود-مدیریتی عمل می‌کند [۳]. سواد سلامت ناکافی که تقریباً ۴۰٪ از بزرگسالان آمریکایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، یک عامل خطر برای مدیریت دارویی ضعیف و عدم تبعیت از مراقبت‌ها و رفتارهای سلامت، مطرح شده است [۴]. بنابراین یکی از عوامل مؤثر که اخیراً در مدیریت بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی مورد توجه قرار گرفته، سواد سلامت است که به عنوان یک ابزار مؤثر در پیشگیری و آموزش سلامت مطرح است [۵]. سواد سلامت را می‌توان به صورت توانایی خواندن، درک و عمل کردن، شنیدن، بکار بستن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری بر اساس توصیه‌های بهداشتی و سلامتی تعریف کرد [۶، ۷]. سازمان جهانی بهداشت در پنجمین کنفرانس جهانی و ارتقای سلامت در مکزیك، سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد در دست‌یابی به درک و بکارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آنها گردد، معرفی نمود. در این کنفرانس بیان شد، سواد سلامت نه فقط به عنوان یک ویژگی و مشخصه فردی، بلکه بایستی به عنوان یک تعیین‌کننده کلیدی در سلامت جامعه در نظر گرفته شود [۷]. سواد سلامت به افراد اجازه می‌دهد تا بتوانند بروشورهای راهنمای داروها، فرم‌های رضایت بیمار، کتابچه‌های مراقبت در منزل و ریزه کاری‌های برنامه‌های مراقبت سلامت را درک کنند و با توجه به ارتباط سواد سلامت با پیامدهای سلامت، اخیراً، قانون مراقبت مقرون به صرفه و محافظت بیمار، توجه بیشتر به سواد سلامت از طریق ارتباطات روشن و انتقال روشن اطلاعات سلامت، محوریت بیمار، تضمین برابری و صلاحیت‌های فرهنگی و مراقبت بهینه را مورد تأکید قرار داده‌اند [۵]. طبق مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامت آمریکا، افراد دارای سواد سلامت اندک با احتمال کمتری، اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند [۷]. کمبود اطلاعات راجع به بیماری، می‌تواند اعتماد به نفس یا خودکارآمدی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد [۸]. مفهوم خودکارآمدی از تئوری شناخت اجتماعی بندورا گرفته شده است و شامل اعتماد و اطمینان فرد از توانا بودن در انجام کارهای مراقبت از خود به صورت مطلوب است. به طوری که، از این طریق، فرد به نتایج مطلوب‌تری از مراقبت خود دست می‌یابد. به نظر می‌رسد در بیماران قلبی، ارتقای رفتارهای خود-مراقبتی، از طریق تقویت سواد سلامت و خودکارآمدی، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و کاهش دفعات بستری آنها منجر شود [۹]. یافته‌های یک مطالعه نشان می‌دهد، سواد سلامت در طولانی

دانشگاه علوم پزشکی لرستان دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد، پژوهش‌گر به محیط پژوهش مراجعه کرده و برای جمع‌آوری داده‌ها در شیفت صبح‌هفته روزهای هفته (به جز روزهای تعطیل) در بخش‌های داخلی قلب و مراقبت ویژه قلبی بیمارستان‌های شهید رحیمی و شهید مدنی حضور یافت و پس از انتخاب نمونه‌های واجد شرایط و معرفی خود، توضیح هدف پژوهش برای واحدهای مورد نظر و کسب موافقت کتبی آن‌ها برای شرکت در مطالعه و دادن اطمینان به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار داد تا آن را در مکان خلوتی تکمیل نمایند. پژوهشگر در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها به منظور پاسخگویی یکسان و یکنواخت به سؤالات احتمالی نمونه‌ها، در کنار آنها حضور داشت و در صورتی که شرکت‌کنندگان قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند سؤالات را برای آنها قرائت کرده و نظرات آنها را دقیقاً در پرسشنامه، منعکس می‌کرد. به طور متوسط ۲۰-۳۰ دقیقه زمان جهت پاسخ‌گویی به سؤالات مورد نیاز بود. در پایان از مسئولین محیط‌های پژوهشی و نمونه‌های پژوهش‌گرددانی به عمل آمد و به آنها اطمینان داده شد که نتایج محرمانه بوده و در صورت تمایل در آینده به آنها اعلام خواهد شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم اطلاعات فردی و اجتماعی، پرسشنامه سواد سلامت و پرسشنامه خودکارآمدی بود. فرم اطلاعات فردی و اجتماعی شامل متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، محل سکونت، درآمد، شاخص توده بدنی، مدت زمان تشخیص بیماری، وجود فرد دیگر مبتلا به بیماری قلبی در خانواده و نسبت وی با بیمار، داشتن اطلاعات قلبی در مورد بیماری قلبی و رژیم دارویی و منبع کسب این اطلاعات، و نحوه کنترل بیماری (تعدیل سبک زندگی یا دارو) بود. پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان توسط منتظری و همکاران برای جامعه ایرانی ۱۸-۶۵ سال و متناسب با خصوصیات فرهنگی و اجتماعی ایران تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۳۳ گزاره و در ۵ حیطه شامل، دسترسی به اطلاعات سلامت (۶ سؤال)، خواندن (۴ سؤال)، درک و فهم (۷ سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال) و تصمیم‌گیری و رفتار (۱۲ سؤال) می‌باشد. این پرسشنامه بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۱) امتیاز) تا همیشه (۵ امتیاز) درجه بندی شده است. نمره بین ۳۳-۶۶ به عنوان سواد سلامت ضعیف همچنین نمرات بین ۶۷-۱۳۲ و ۱۳۳-۱۶۵ به ترتیب به عنوان سواد سلامت متوسط و مطلوب در نظر گرفته می‌شود. میزان آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های پرسشنامه سواد سلامت توسط منتظری بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ تعیین شده است [۱۱]. برای تعیین روایی این پرسشنامه، در اختیار ۷-۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری-مامایی خرم آباد قرار گرفت و بدون تغییر خاصی در مطالعه کنونی استفاده شد.

پرسشنامه سوم، پرسشنامه‌ای جهت ارزیابی خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری قلبی می‌باشد که با الگو قرار دادن و اقتباس از سه پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی تبعیت از رژیم درمانی بیماران پرفشاری خون [۱۲، ۱۳]، پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی [۱۴] و پرسشنامه استراتژی‌های ارتقاء سلامتی (SUPPH: Strategies Used by People to Promote Health) در بیماری‌های مزمن [۱۵]، توسط پژوهش‌گر استفاده شد. روایی این پرسشنامه در مطالعه کاوه و همکاران به روش صوری و محتوایی و پایایی آن به روش آلفای

کرونباخ (۰/۹۲) تعیین شده است [۱۲]. در این پرسشنامه از بیماران سؤال شد که چقدر اطمینان دارند که بتوانند عمل یا کار خاصی را در ارتباط با بیماری قلبی انجام دهند. تعداد ۲۹ سؤال در این پرسشنامه در نظر گرفته شده است که بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم امتیاز ۱ و خیلی زیاد امتیاز ۵) نمره‌گذاری می‌گردد، که نمرات ۶۷-۳۸ (خودکارآمدی ضعیف)، ۱۰۶-۶۸ (خودکارآمدی متوسط) و نمرات ۱۴۵-۱۰۷ (خودکارآمدی بالا) هستند. نمرات بالاتر، نشان دهنده خودکارآمدی بهتر است. برای تعیین روایی محتوی این پرسشنامه، در اختیار ۷-۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری-مامایی خرم آباد قرار گرفت و روایی کیفی محتوی پس از اعمال نظر متخصصین، انجام گرفت. در تعیین روایی محتوا، عمده اصلاحات در پرسشنامه شامل حذف کلمات «بیماری پرفشاری خون» و جایگزین کردن آن با کلمات «بیماری قلبی» همچنین حذف کلمه «دارو» و جایگزینی آن به کلمات «داروهای قلبی بود». در مطالعه کنونی، پایایی ابزار خود-کارآمدی به روش بازآزمون ۰/۷۸ تعیین شد. ملاحظات اخلاقی: از همه بیماران رضایت کتبی شرکت در مطالعه دریافت شد و داده‌ها با حفظ بی‌نامی شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان با کد ۱۳۹۵.۱۱۰۵.LUMS.REC مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۲۰ تصویب شده است. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات: از شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شد و با توجه به توزیع متغیرهای تحت مطالعه از ضریب همبستگی پیرسون یا اسپیرمن برای ارتباط بین متغیرها استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل گردید.

## یافته‌ها

تعداد بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه ۱۶۱ نفر بودند که میانگین سنی آنها  $59/97 \pm 12/68$  سال بود. یافته‌ها نشان داد که بیشتر آنها زن (۵۹٪) و متأهل (۷۱/۴٪) بودند. از لحاظ تحصیلات، بیشتر آنها دارای تحصیلات کمتر از دیپلم بودند (۷۸/۹٪). بیشتر آنها خانه دار (۵۹٪) بودند و ۴۱٪ آن‌ها گزارش کردند، درآمد ماهیانه کافی ندارند. برای بیشتر بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه، پرسش سؤال از پزشک و کارکنان سلامت به عنوان بیشترین منبع کسب اطلاعات ذکر شد (۶۵/۸٪). همچنین ۶۲/۱٪ آن‌ها روش کنترل بیماری را تعدیل سبک زندگی همراه با دارودرمانی گزارش کرده بودند (جدول ۱).

یافته‌ها نشان داد، بیشتر افراد مورد مطالعه دارای میزان سواد سلامت در حد مرزی/متوسطی بودند (۷۵/۲٪). همچنین از خودکارآمدی مرزی/متوسطی برخوردار بودند (۷۰/۲٪). مطلوب‌ترین و نامطلوب‌ترین میزان سواد سلامت به ترتیب مربوط به زیر مقیاس‌های خواندن و درک/فهم بود (جدول ۲).

یافته‌ها نشان داد که بین نمره کل سواد سلامت با خودکارآمدی ارتباط معناداری وجود دارد ( $r = 0/65$ ,  $P = 0/001$ ) به طوری که افراد با میزان سواد سلامت بالاتر، دارای خودکارآمدی بیشتری بودند. همچنین مشخص شد، بیشترین و کمترین همبستگی بین زیرمقیاس‌های سواد سلامت با خودکارآمدی، به ترتیب مربوط به تصمیم‌گیری-رفتار (۰/۶۱) است ( $r = 0/001$ ,  $P = 0/49$ ) و خواندن (۰/۴۹) است (جدول ۳). از طرفی بین مشخصات فردی و بالینی با سواد سلامت و خودکارآمدی ارتباط معناداری مشخص نشد.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر اساس مشخصات فردی-بالینی

متغیر	(درصد) فراوانی
	تعداد = ۱۶۱
<b>جنس</b>	
مرد	۶۶(۴۱)
زن	۹۵(۵۹)
<b>وضعیت تأهل</b>	
مجرد	۵(۳/۱)
متأهل	۱۱۵(۷۱/۴)
همسر فوت شده	۴۱ (۲۵/۵)
<b>محل سکونت</b>	
شهر	۱۲۱(۷۵/۲)
روستا	۴۰(۲۴/۸)
<b>شغل</b>	
خانه دار	۹۵(۵۹)
آزاد	۲۲(۱۳/۷)
کارمند	۱۶(۹/۹)
بازنشسته	۱۴(۸/۷)
بیکار	۹(۵/۶)
سایر	۵(۳/۱)
<b>میزان تحصیلات</b>	
کمتر از دیپلم	۱۲۷(۷۸/۹)
دیپلم	۲۶(۱۶/۱)
لیسانس و بالاتر	۸(۵)
<b>میزان درآمد ماهیانه</b>	
کفایت می کند	۳۷(۲۳)
تا حدودی کفایت می کند	۵۸(۳۶)
کفایت نمی کند	۶۶(۴۱)
<b>منبع کسب اطلاعات سلامت</b>	
پزشک و کارکنان سلامت	۱۰۶(۶۵/۸)
تلفن گویا	۲(۱/۲)
اینترنت	۴(۲/۵)
رادیو و تلویزیون	۳۰(۱۸/۶)
شبکه دوستان و آشنایان	۱۵(۹/۳)
<b>نشریات</b>	
مدت زمان تشخیص بیماری (سال)	۴(۲/۵)
کمتر از ۲	۵۷(۳۵/۴)
۲-۵	۴۳(۲۶/۷)
۶-۱۰	۳۳(۲۰/۵)
بیش از ۱۰	۲۸(۱۷/۴)
<b>سابقه بیماری در بستگان درجه یک</b>	
بلی	۸۸(۵۴/۷)
خیر	۷۳(۴۵/۳)
<b>روش کنترل بیماری</b>	
تعدیل سبک زندگی	۱۶(۹/۹)
دارو درمانی	۴۵(۲۷/۹)
تعدیل سبک زندگی همراه با دارودرمانی	۱۰۰(۶۲/۱)

## بحث

شده است. به طوری که در کشورهای توسعه یافته غربی، میزان سواد سلامت ناکافی حدود ۳۶٪ و ۴۷٪ گزارش شده است. در این مطالعات، میزان سواد سلامت در دو سطح کافی و ناکافی تعریف شده است و سواد سلامت ناکافی در بزرگسالان با سنین بالاتر، درآمد پایین و سطوح تحصیلی پایین تر، بیشتر بوده است [۱۰].

یافته‌های مطالعه کنونی نشان داد که همبستگی معناداری بین سواد سلامت و درک از خودکارآمدی در بیماران قلبی-عروقی وجود دارد. از سویی بیشتر نمونه‌ها دارای سواد سلامت (۷۵/۲٪) و خودکارآمدی (۷۰/۲٪) در سطح مرزی/متوسط بودند. اما در برخی مطالعات، میزان سواد سلامت برای اغلب بزرگسالان و بیماران مزمن، ناکافی گزارش

جدول ۲: فراوانی مطلق و نسبی سواد سلامت/ابعاد آن و خودکارآمدی در بیماران قلبی عروقی بستری در بیمارستانهای آموزشی شهر خرم آباد سال ۱۳۹۶

خودکار-آمدی		سواد سلامت کل و ابعاد				
کل	تصمیم گیری-رفتار	ارزیابی	درک و فهم	خواندن	دسترسی	کل
(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی
۲۸(۱۷/۴)	۲۰(۱۲)	۲۱(۱۳)	۲۹(۱۸)	۲۳(۱۴)	۳(۰/۰۱)	۹(۵/۶)
۱۱۳(۷۰/۲)	۱۱۶(۷۲)	۱۰۸(۶۷)	۹۴(۵۸)	۹۸(۶۱)	۱۲۲(۷۵)	۱۲۱(۷۵/۲)
۲۰(۱۲/۴)	۲۵(۱۵)	۳۲(۲۰)	۳۸(۲۳)	۴۰(۲۵)	۳۶(۲۲)	۳۱(۱۹/۳)
۱۶۱(۱۰۰)	۱۶۱(۱۰۰)	۱۶۱(۱۰۰)	۱۶۱(۱۰۰)	۱۶۱(۱۰۰)	۱۶۱(۱۰۰)	۱۶۱(۱۰۰)

جدول ۳: ارتباط سواد سلامت و ابعاد آن با خودکارآمدی در بیماران قلبی عروقی بستری در بیمارستانهای آموزشی شهر خرم آباد سال ۱۳۹۶

خودکارآمدی	سواد سلامت و ابعاد آن
ضریب همبستگی (r)	P value
۰/۵۱۷	P < ۰/۰۰۰
۰/۴۹۵	P < ۰/۰۰۰
۰/۵۷۶	P < ۰/۰۰۰
۰/۵۴۱	P < ۰/۰۰۰
۰/۶۱۳	P < ۰/۰۰۰
۰/۶۵۶	P < ۰/۰۰۰

خودکارآمدی عمومی، متوسطی دارند [۱۸]. این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از ابزارهای متفاوت جهت سنجش خودکارآمدی در مطالعات باشد.

در اغلب مطالعات، خودکارآمدی به عنوان یک میان‌جی شناختی بین رفتارهای سلامت و پیامدهای سلامت شناخته شده است به طوری که در مطالعه جیورس و همکاران مشخص شد، خودکارآمدی در مقایسه با نگرش و درک خطر، یک میان‌جی مهم در خط مسیر سواد سلامت تا فعالیت فیزیکی است [۱۰]. در مطالعه بیماران نارسایی مزمن قلبی در سنگاپور، آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین خودکارآمدی قلبی و بعد فیزیکی کیفیت زندگی، بعد عاطفی و کیفیت زندگی کلی، همبستگی منفی معناداری وجود دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد، سطوح بالاتر خودکارآمدی قلبی، پیش‌بینی کننده سطوح بالاتر کیفیت زندگی است. در واقع ابعاد خودکارآمدی شامل اعتماد درک شده در مدیریت علائم و حفظ عملکرد، می‌تواند نشان دهنده شاخص بهتری از بهبود کیفیت زندگی در مقایسه با وضعیت سلامت واقعی باشد و قادر بودن به انجام وظایف روزمره خود، می‌تواند حس تسلط بر زندگی را در بیماران افزایش دهد [۱۹]. بیمارانی که به خاطر اثرات بیماریشان احساس بی‌قدرتی می‌کنند یا آنهایی که انتظار داشته‌اند که کارکنان سلامت اکثر مراقبت‌ها را برای آن‌ها ارائه دهند، ممکن است خودکارآمدی قلبی بدتری داشته باشند و احتمالاً راهبردهای تطابقی ضعیف‌تر را بکار می‌گیرند و به دنبال حوادث قلبی، تغییرات کمتری در سبک زندگی خود ایجاد می‌کنند [۲۰]. سطح خودکارآمدی یک فرد روی تبعیت از اهداف و پاسخ به چالش‌ها تأثیر می‌گذارد. اگر افراد به تصمیمات خود اعتماد نداشته باشند، خود-مراقبتی مناسب اتفاق نمی‌افتد [۲۱]. در واقع خودکارآمدی قلبی می‌تواند برای برخی بیماران قلبی به عنوان یک ایده خود-مدیریتی قلبی، بیگانه باشد بویژه برای کسانی که مدیریت شرایط خود را منحصراً توسط پزشکان می‌بینند [۲۰]. تجربه انجام خود-مراقبتی و مدیریت علائم می‌تواند خودکارآمدی را طی دوره زمانی طولانی‌تری بهبود بخشد. موفقیت در انجام خود-مراقبتی از طریق دیدن اینکه فعالیت‌ها می‌تواند نتایج

در مطالعه کنونی، میزان سواد سلامت در سه سطح کافی، مرزی و ناکافی تعریف شده است و با اینکه ارتباطی بین مشخصات فردی با سواد سلامت وجود نداشت اما میانگین سنی آنها در حدود دوره سالمندی بود. در یک مطالعه ذکر شده سواد سلامت در طی زمان برای افراد بالای ۶۵ سال کاهش می‌یابد [۱۰]. برخی شواهد نشان می‌دهند، سواد سلامت یک تعدیل کننده برای ارتباط بین شاخص توده بدنی و فعالیت فیزیکی و همچنین بین کنترل دیابت و مراقبت پا است. در واقع سواد سلامت به عنوان یک منبع تعدیل گر جهت چالش‌های مرتبط با خود-مدیریتی بیماری‌های مزمن معرفی شده است و افراد با سواد سلامت ناکافی در مقایسه با بیماران دارای سواد سلامت کافی، در معرض خطر برای ارتباطات ضعیف بیمار-پزشک قرار می‌گیرند و تمایل بیشتری به الگوی ارتباطی والدگرا دارند [۱۶]. در یک مطالعه تحلیلی، داده‌ها نشان داد، بیماران روستایی مبتلا به نارسایی مزمن قلبی با سواد سلامت ناکافی و مرزی، به ترتیب ۱/۹۴ و ۱/۹۱ برابر احتمال دارد، پیامدهای مرگ و بستری مجدد را تجربه کنند. در همین مطالعه بعد از تعدیل متغیرها، مشخص شد، سواد سلامت در مقایسه با کلاس عملکردی انجمن قلب نیویورک، بار بیماری همراه و افسردگی، به عنوان تنها پیش‌بینی کننده پیامدها می‌باشد و این یافته‌ها مطرح کننده این بود که سواد سلامت ناکافی و مرزی یک عامل خطر برای بستری مجدد نارسایی قلبی یا همه علل مرگ و میر در بیماران روستایی مبتلا به نارسایی قلبی است. در سایر مطالعات در بیماران نارسایی قلبی مشخص شده که سواد سلامت ناکافی با سطوح پایین دانش مرتبط با وضعیت، تبعیت ضعیف از رژیم درمانی، خود-مراقبتی ضعیف، خود-کارآمدی پایین و استفاده مکرر از دپارتمان اورژانس برای حوادث نارسایی قلبی ارتباط دارد [۱۷]. یکی دیگر از یافته‌های مطالعه کنونی این بود که بیشتر بیماران دارای سطح خودکارآمدی متوسط-مرزی بودند. اما در یک مطالعه، سطح خودکارآمدی قلبی در بیماران تحت آنژیوپلاستی عروق کرونر پایین گزارش شده است. در مطالعه برومند و همکاران مشخص شد، سطح خودکارآمدی بیشتر بیماران ایسکمیک قلبی، بالاست اما در مطالعه جلیلیان و همکاران مشخص شد، سطح

مطالعه مقطعی به ما اجازه تفسیر رابطه علیتی را نمی‌دهد، بنابراین تأیید رابطه علیتی بین سواد سلامت و خودکارآمدی نیاز به مطالعات دیگر با طرح‌های با کیفیت و مداخله‌ای و تحلیل‌های جامع‌تر نظیر آنالیز رگرسیون دارد. از سویی، مطالعه فقط در بیماران قلبی عروقی انجام شده است اما با توجه به نقش تعیین کننده‌های سلامت نظیر دست‌یابی به اطلاعات و خدمات سلامت، نیاز به مطالعه بیشتر در اقلیت‌ها و سایر جمعیت‌ها وجود دارد. لازم به ذکر است، در مطالعه کنونی پرسشنامه‌های مورد استفاده جهت ارزیابی سواد سلامت و خودکارآمدی، بطور اختصاصی برای بیماران قلبی عروقی طراحی نشده‌اند لذا در مطالعات آینده نیاز به پرسشنامه‌های معتبر و روا جهت ارزیابی مفاهیم مذکور وجود دارد.

### نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه کنونی نشان داد، بیماران قلبی عروقی دارای میزان سواد سلامت و خودکارآمدی در حد مرزی هستند و با توجه به ارتباط معنادار سواد سلامت با خودکارآمدی نیاز به مداخلات پرستاری برای افزایش خودکارآمدی و سواد سلامت جهت اتخاذ رفتارهای سلامت وجود دارد. خودکارآمدی پیش بینی کننده عملکرد قلبی، سلامت جسمی-ذهنی بهتر [۲۰] و سواد سلامت پیش بینی کننده سبک زندگی سالم هستند [۱۰]، لذا پرستاران باید ارتقاء سواد سلامت و خود-مدیریتی بیماری را در برنامه‌های روانی-آموزشی جهت ارتقا خود-اتکایی، استقلال و خودکارآمدی بیماران بگنجانند [۱۹].

### سپاسگزارى

این مطالعه به عنوان طرح پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی لرستان با شماره ۹۴/۱۲۵ در سال ۱۳۹۴ تصویب شده است. از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی لرستان جهت حمایت مالی از طرح، همچنین از بیماران شرکت کننده در مطالعه، تشکر می‌شود.

### References

- Baljani E, Rahimi Z, Heidari S, Azimpour A. [The effect of self management interventions on medication adherence and life style in cardiovascular patients]. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2012;20(3):58-68.
- Lounsbury P, Elokda AS, Gylten D, Arena R, Clarke W, Gordon EEI. Text-messaging program improves outcomes in outpatient cardiovascular rehabilitation. *Int J Cardiol Heart Vasc.* 2015;7:170-5. doi: 10.1016/j.ijcha.2015.04.002 pmid: 28785669
- Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. Health Literacy Influences Heart Failure Knowledge Attainment but Not Self-Efficacy for Self-Care or Adherence to Self-Care over Time. *Nurs Res Pract.* 2013;2013:353290. doi: 10.1155/2013/353290 pmid: 23984058
- Kripalani S, Gatti ME, Jacobson TA. Association of age, health literacy, and medication management strategies with cardiovascular medication adherence. *Patient Educ Couns.* 2010;81(2):177-81. doi: 10.1016/j.pec.2010.04.030 pmid: 20684870

مثبتی داشته باشد، خودکارآمدی را بهبود می‌بخشد [۲۱]. از سویی مشخص شده که خودکارآمدی در بیماری قلبی عروقی، پیش‌بینی کننده بهتری برای پیامدهایی نظیر استفاده از ضد درد، فعالیت فیزیکی و برگشت به کار در مقایسه با سایر متغیرها مثل سن و وضعیت طبی است [۲۰]. در مورد ارتباط بین سواد سلامت و خودکارآمدی مطالعات کمتری انجام شده است و هم‌راستا با مطالعه کنونی در یک مطالعه با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری مشخص شد، سواد سلامت هم به طور غیرمستقیم و هم مستقیم با خودکارآمدی و خود-مراقبتی در بیماران نارسانی قلبی ارتباط دارد [۲۰]. در مطالعه دیگر، بعد از تعدیل متغیرهای مخدوش کننده، سواد سلامت ناکافی بطور قابل ملاحظه‌ای با پیروی ضعیف از دستورالعمل‌های فعالیت فیزیکی ارتباط داشت اما با تبعیت از دستورالعمل‌های مربوط به مصرف میوه و سبزیجات ارتباط نداشت. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد، خودکارآمدی، ۲۲٪ از ارتباط بین سواد سلامت با پیروی از دستورالعمل‌های مربوط به فعالیت فیزیکی را توضیح می‌دهد [۱۰]. در برخی مطالعات ارتباط بین سواد سلامت با رفتارهای سلامت مشخص شده است، به عنوان مثال در مطالعه برکمن و همکاران ۲۰۱۱، مشخص شد که سواد سلامت ناکافی با چندین عارضه پیامدهای سلامت نظیر مرگ و میر، بستری شدن و ویزیت‌های مراقبت اورژانس ارتباط دارد [۹]. برخی مطالعات پیمایشی مقطعی ارتباط بین سواد سلامت و رفتارهای خطر سلامت نظیر سیگار کشیدن، استفاده از الکل، فعالیت فیزیکی ناکافی و مصرف ناکافی میوه و سبزیجات را بررسی کرده‌اند و ارتباط اینها با هم مشخص شده است [۲۲].

### محدودیت‌ها

مطالعه کنونی دارای ماهیت توصیفی-مقطعی بوده و طی زمان و شرایط محیطی میزان سواد سلامت و خودکارآمدی ممکن است، تغییر کند لذا تعمیم پذیری یافته‌های مطالعه کنونی محدود می‌شود. همچنین

- Zhang NJ, Terry A, McHorney CA. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother.* 2014;48(6):741-51. doi: 10.1177/1060028014526562 pmid: 24619949
- Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. [Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly]. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014;23(1):134-43.
- Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad GR. [The relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan]. *J Health Syst Res.* 2011;7(4):1-11.
- Dennison CR, McEntee ML, Samuel L, Johnson BJ, Rotman S, Kielty A, et al. Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self-care confidence in hospitalized patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2011;26(5):359-67. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181f16f88 pmid: 21099698

9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005 pmid: 21768583
10. Geboers B, de Winter AF, Luten KA, Jansen CJ, Reijneveld SA. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *J Health Commun.* 2014;19 Suppl 2:61-76. doi: 10.1080/10810730.2014.934933 pmid: 25315584
11. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. [Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties]. *Payesh* 2014;13(5):589-99.
12. Kaveh Savadkooh O, Zakerimoghadam M, Gheyasvandian S, Kazemnejad A. [Effect of self-management program on self-efficacy in hypertensive patients]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2012;22(92):19-28.
13. Gozum S, Hacıhasanoğlu R. Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009;8(2):129-36. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2008.10.006 pmid: 19046930
14. Fors A, Ulin K, Cliffordson C, Ekman I, Brink E. The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015;14(6):536-43. doi: 10.1177/1474515114548622 pmid: 25149667
15. Yuan C, Qian H, Wang J, Lev EL, Yuan A, Hinds PS. Factorial structure of a scale: Strategies Used by People to Promote Health--Chinese version. *Cancer Nurs.* 2015;38(1):E13-20. doi: 10.1097/NCC.0000000000000151 pmid: 24945261
16. Hahn EA, Burns JL, Jacobs EA, Ganschow PS, Garcia SF, Rutsohn JP, et al. Health Literacy and Patient-Reported Outcomes: A Cross-Sectional Study of Underserved English- and Spanish-Speaking Patients With Type 2 Diabetes. *J Health Commun.* 2015;20 Suppl 2:4-15. doi: 10.1080/10810730.2015.1061071 pmid: 26513026
17. Moser DK, Robinson S, Biddle MJ, Pelter MM, Nesbitt TS, Southard J, et al. Health Literacy Predicts Morbidity and Mortality in Rural Patients With Heart Failure. *J Card Fail.* 2015;21(8):612-8. doi: 10.1016/j.cardfail.2015.04.004 pmid: 25908018
18. Salari A, Balasi LR, Moaddab F, Zaersabet F, Saeed AN, Nejad SH. Patients' Cardiac Self-Efficacy After Coronary Artery Angioplasty. *Jundishapur J Chron Dis Care.* 2016;5(2).
19. Loo DW, Jiang Y, Koh KW, Lim FP, Wang W. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. *Appl Nurs Res.* 2016;32:148-55. doi: 10.1016/j.apnr.2016.07.007 pmid: 27969020
20. O'Neil A, Berk M, Davis J, Stafford L. Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. *Health.* 2013;5(7):6-14.
21. Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Res Social Adm Pharm.* 2014;10(2):378-86. doi: 10.1016/j.sapharm.2013.07.001 pmid: 23953756
22. Adams RJ, Piantadosi C, Ettridge K, Miller C, Wilson C, Tucker G, et al. Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. *Patient Educ Couns.* 2013;91(2):206-12. doi: 10.1016/j.pec.2012.12.001 pmid: 23276386