

Relationship between Health Literacy and Self-care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes

Mosharafeh Chalesghar-kordasiabi^{1*}, Atena Ramezani², Abbas Bakhshavand³

¹ Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Nutrition, Faculty of Health, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ BSc in Public Health, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

* Corresponding Author: Mosharafeh Chalesghar Kordasiabi, Email: m.chalesghar@mazums.ac.ir

Abstract

Received: 24/12/2018

Accepted: 03/07/2019

Keywords:

Diabetes
Health center
Health literacy
Self-care behaviors

Background: Health literacy (HL) is the capacity to obtain, process, and understand basic health information and the required services to make proper health decisions, which empowers the individuals to perform self-care behaviors. This study aimed to determine the relationship between health literacy and self-care in patients with type 2 diabetes.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 390 patients who referred to rural health centers with type 2 diabetes in Babol, Iran, during 2017. The data were collected using Health Literacy for Iranian Adults and the Summary of Diabetes Self-Care Activities. Furthermore, the data were analyzed in SPSS software (version 20) through one-way ANOVA, t-test, and Pearson correlation coefficient.

Findings: According to the results, the mean $\pm$ SD HL of the patients was 48.56 $\pm$ 16.31. Moreover, the results revealed that 55.9% of the patients had an inadequate level of HL. Moreover, the mean $\pm$ SD of self-care score was obtained at 50.77 $\pm$ 15.18 in one week. The results also revealed no significant relationship between HL and self-care behavior ($P=0.064$). However, HL was significantly correlated with gender, age, marital status, educational level, occupational status, socioeconomic status, and disease duration ($P<0.05$). Furthermore, self-care behavior was significantly correlated with the number of family members, educational level, and disease duration ($P<0.05$).

Conclusion: Given that over 50% of the patients have an inadequate level of HL, and considering that demographic characteristics play an important role in HL and performing self-care behavior, it is suggested that health care providers include these issues while developing healthcare programs.

Citation: Chalesghar-kordasiabi M, Ramezani A, Bakhshavand A. Relationship between Health Literacy and Self-care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. J Health Syst Res. 2020; 15(4): 262-271.

بررسی ارتباط بین سواد سلامت و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

مشرّفه چالشگر کردآسیابی^{۱*}، آتنا رضانی^۲، عباس بخشاوند^۳

^۱ استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
^۲ استادیار، گروه تغذیه، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
^۳ کارشناس بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* نویسنده مسئول: مشرفه چالشگر کردآسیابی، ایمیل: m.chaleshgar@mazums.ac.ir

چکیده

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۰۳

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۱۲

واژه‌های کلیدی:

دیابت
رفتارهای خودمراقبتی
سواد سلامت
مراکز بهداشتی-درمانی

مقدمه: سواد سلامتی به ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات بهداشتی مورد نیاز به منظور تصمیم‌گیری در زمینه‌های مرتبط با سلامت اطلاق می‌گردد که باید به گونه‌ای باشد که سبب توانمندی در انجام رفتارهای خودمراقبتی گردد. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش‌ها: مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر در سال ۱۳۹۶ در ارتباط با ۳۹۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو در مراکز روستایی شهر بابل انجام شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی (SDSCA: The Summary of Diabetes Self-Care Activities) و پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (HELIA: Health Literacy for Iranian Adults) استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه، T و همبستگی Pearson در نرم‌افزار SPSS 20 تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت بیماران معادل $48/56 \pm 16/31$ به دست آمد و مشخص شد که ۵۵/۹ درصد از بیماران، سواد سلامت ناکافی دارند. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی طی یک هفته برابر با $50/77 \pm 15/18$ به دست آمد. بین سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی، ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ($P=0/064$). در این مطالعه سواد سلامت با متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و مدت تشخیص بیماری، ارتباط آماری معناداری داشت ($P<0/05$). بین رفتارهای خودمراقبتی با تعداد افراد خانواده، تحصیلات و مدت تشخیص بیماری نیز ارتباط آماری معناداری به دست آمد ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بیش از نیمی از بیماران دارای سواد سلامت ناکافی می‌باشند و نیز از آنجایی که عوامل دموگرافیک نقش مهمی در سواد سلامت و انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند، پیشنهاد می‌شود کارکنان و عوامل بخش بهداشتی-درمانی هنگام طراحی برنامه بهداشتی برای هر بیمار به این عوامل توجه نمایند.

ارجاع: چالشگر کردآسیابی مشرفه، رضانی آتنا، بخشاوند عباس. بررسی ارتباط بین سواد سلامت و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۸؛ ۱۵(۴): ۲۶۲-۲۷۱.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت از آن به عنوان اپیدمی خاموش نام برده است (۲).

شیوع جهانی این بیماری در جمعیت ۷۰-۲۰ سال در حدود ۲۸۵ میلیون نفر تخمین زده شده است. با توجه به آمار WHO (World Health Organization)، بروز دیابت رو به افزایش

دیابت نوع دو یک اختلال متابولیکی چند علیتی است که با هیپرگلیسمی مزمن ناشی از کمبود یا فقدان انسولین مشخص می‌شود (۱). این بیماری تحت تأثیر سبک زندگی و فاکتورهای محیطی و ژنتیکی بوده و به عنوان بزرگ‌ترین مشکل بهداشتی در همه کشورهای جهان شناخته شده است؛ به طوری که

وسیع دارند و با توجه به اینکه سطح سواد سلامت بر پیامدهای این بیماری اثرگذار است، در نظر داشتن ارتباط سواد سلامت و خودمراقبتی اهمیت دارد (۱۵). در این زمینه، نتایج متفاوتی از مطالعات مختلف حاصل شده است. نتایج برخی از پژوهش‌های انجام‌شده در مورد بررسی رابطه بین سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی و خودکارآمدی بیماران نشان می‌دهند که سواد سلامت بر بهبود رفتارهای خودمدیریتی و خودکارآمدی بیماران تأثیر مثبت دارد. این مطالعات حاکی از آن هستند که توجه پزشک به سطح سواد سلامت بیماران، کلاس‌های آموزشی و استفاده از رسانه‌های مختلف دیداری- شنیداری برای انتقال اطلاعات درباره بیماری بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی، خودکارآمدی و درک پیچیدگی‌های شرایط بیماری دیابت اثرگذار می‌باشد؛ این تأثیر در افراد با سواد سلامت پایین، مشهودتر است (۱۸-۱۵). در پژوهشی که در سال ۱۳۸۵ انجام شد نشان داد که سواد سلامت اثر خود را به واسطه دانش دیابت اعمال نموده و به شکل غیرمستقیم با خودمراقبتی ارتباط دارد (۲۲). با توجه به اینکه مطالعات متعددی در حوزه تأثیر آگاهی مطلوب بر پیامدهای بیماری دیابت انجام شده است، جای هیچ شک و تردیدی باقی نمی‌ماند که پیامدهای دیابت، ارتباط مستقیمی با کنترل دیابت دارند و این امر می‌تواند بر بهبود شاخص سلامت بیماران اثرگذار باشد. از سوی دیگر با توجه به اهمیت بیماری دیابت در ایران و تأثیر سواد سلامت و خودمراقبتی بر کنترل این بیماری، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهرستان بابل انجام شد.

روش‌ها

پژوهش توصیفی- تحلیلی حاضر که از نوع مقطعی می‌باشد، در سال ۱۳۹۶ در ارتباط با ۳۹۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی روستایی شهرستان بابل انجام شد. شرکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده طی ماه‌های دی تا اسفند سال ۱۳۹۶ از میان بیماران مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی روستایی انتخاب شدند.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 p(1-p)}{d^2} = \frac{(1/96)^2 \times 53\%(47\%)}{(0/05)^2} = 390$$

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن بیشتر از ۴۰ سال، گذشتن حداقل یک سال از تشخیص بیماری، داشتن پرونده در خانه بهداشت و تمایل داشتن نسبت به شرکت در مطالعه. پژوهشگر پس از کسب معرفی‌نامه از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مازندران و اخذ مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه، اقدام به جمع‌آوری اطلاعات نمود. داده‌ها

بوده و احتمالاً تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۹ میلیون نفر در جهان برسد (۳). میزان شیوع دیابت در ایران معادل ۸/۵ درصد گزارش شده است (۴). عواملی همچون سن بالا، چاقی، سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت نوع دو، سابقه قبلی دیابت حاملگی، سابقه تولد نوزاد با وزن چهار کیلوگرم یا بیشتر و بی‌حرکی به عنوان عوامل خطر در دیابت نوع دو شناخته می‌شوند (۱). با پیشرفت بیماری دیابت، به تدریج طیف گسترده‌ای از عوارض غیر قابل برگشت در بیمار ظهور می‌یابد (۵). این بیماری همانند هر بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دیگری، فرد مبتلا را با مشکلاتی مواجه می‌سازد که بار اجتماعی و اقتصادی آن موجب نگرانی سیستم سلامت در بسیاری از کشورها می‌شود (۶). خوشبختانه، مطالعات تجربی اخیر در مورد پیشگیری از دیابت نوع دو نشان می‌دهند که افراد در معرض خطر این بیماری می‌توانند با تغییر سبک زندگی از جمله کاهش وزن و انجام ورزش منظم از ابتلا به دیابت نوع دو پیشگیری کنند و یا آن را به تأخیر بیندازند (۷).

باید خاطرنشان ساخت که کنترل قند خون در دامنه طبیعی، مهم‌ترین استراتژی برای مدیریت این بیماری محسوب می‌شود (۸،۹). شایان ذکر است که مدیریت اثربخش، مستلزم مسئولیت‌پذیری بیمار در زمینه انجام رفتارها و فعالیت‌هایی به طور مداوم و مستمر می‌باشد که تحت عنوان خودمراقبتی تلقی می‌گردد (۱۰).

خودمراقبتی فرایندی است که در آن بیمار از آگاهی و مهارت‌های خود برای انجام رفتارهای توصیه شده به وی بهره می‌گیرد؛ بنابراین بیماران نه‌تنها قادر هستند اطلاعات کافی در زمینه بیماری خود و چگونگی انجام مراقبت‌های لازم را کسب کنند؛ بلکه می‌توانند از دانش خود در موقعیت‌ها و شرایط مختلف استفاده نمایند (۱۱). رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت عبارت هستند از: پایش قند خون، پیروی از رژیم غذایی مناسب، انجام فعالیت‌های فیزیکی، رعایت رژیم دارویی و مراقبت از پاها (۱۲).

یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار بر سطح آگاهی و در نتیجه کنترل و پیشگیری مؤثر بیماری دیابت، سواد سلامت می‌باشد. سواد سلامت درجه‌ای است که در آن افراد دارای ظرفیت و توانایی کسب، پردازش و درک اطلاعات مربوط به مسائل بهداشتی و خدماتی که در مورد آن‌ها نیاز به تصمیم‌گیری مناسب در ارتباط با سلامت خود را دارند، می‌باشند (۱۳). سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده و به کشورهای جهان توصیه می‌کند انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر را به منظور پایش و هماهنگی فعالیت‌های راهبردی در راستای ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف تشکیل دهند (۱۴).

از آنجایی که بیماران مبتلا به دیابت نیاز به خودمراقبتی

مدت زمان تشخیص بیماری نیز $8/86 \pm 5/9$ سال بود (جدول ۱). در این مطالعه میانگین نمره سواد سلامت در بیماران معادل $48/56 \pm 16/31$ به دست آمد. بر مبنای نتایج، ۲۱۸ نفر از بیماران ($55/9$ درصد) سواد سلامت ناکافی، ۱۱۳ نفر (29 درصد) سواد سلامت نه‌چندان کافی و ۷ نفر ($1/8$ درصد) سلامت سواد عالی داشتند. در پژوهش حاضر میانگین نمره خودمراقبتی معادل $50/77 \pm 15/18$ به دست آمد. بر این اساس، $2/1$ درصد از بیماران دارای خودمراقبتی ضعیف و $53/1$ درصد دارای خودمراقبتی مطلوب بودند. میانگین نمره سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی به تفکیک ابعاد سواد سلامت در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۳ می‌توان گفت که بین سواد سلامت و نمره رفتارهای خودمراقبتی کل، ارتباط آماری معناداری وجود ندارد؛ اما سواد سلامت با ابعاد خودمراقبتی شامل: ورزش،

توسط پرسشنامه‌های بدون نام گردآوری شدند که جهت تکمیل آن‌ها از بهورزان خانه بهداشت کمک گرفته شد. بهورزان هدف از اجرای پژوهش را بیان نموده و به شرکت‌کنندگان اطمینان می‌دادند که تمام پرسشنامه‌ها ضمن حفظ محرمانه بودن، تنها برای گردآوری اطلاعات و تحلیل آماری مورد استفاده قرار می‌گیرند. شایان ذکر است که افراد مورد نظر با تمایل و پس از تکمیل نمودن رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند.

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های سواد سلامت بزرگسالان (HELIA) و خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت (SDSCA) گردآوری گردید. این پرسشنامه‌ها استاندارد بوده و روایی و پایایی آن‌ها در مطالعات مشابه توسط پژوهشگران مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است ($19, 17-21$).

پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی دیابت به بررسی رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت پرداخته و شامل ۱۵ سؤال در حیطه رژیم غذایی (پنج سؤال با نمره‌ای بین ۰ تا ۳۵)، فعالیت بدنی (دو سؤال با نمره‌ای بین ۰ تا ۱۴)، آزمایش قند خون (دو سؤال با نمره‌ای بین ۰ تا ۱۴)، مراقبت از پا (چهار سؤال با نمره‌ای بین ۰ تا ۲۸)، مصرف داروها (یک سؤال با نمره‌ای بین ۰ تا ۷) و سیگار کشیدن (یک سؤال با نمره‌ای بین ۰ تا ۱) می‌باشد. به هر سؤال بر حسب تعداد روزهایی که فرد در هفته گذشته رفتار خودمراقبتی انجام داده است، امتیازی بین ۰-۷ تعلق می‌گیرد و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمرات هر سؤال به دست می‌آید. امتیاز کلی مقیاس بین ۰ تا ۹۹ می‌باشد. پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان شامل ۳۳ گویه در پنج حیطه دسترسی (شش گویه)، مهارت خواندن (چهار گویه)، فهم (هفت گویه)، ارزیابی (چهار گویه) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) است. در این ابزار، نمرات از مقیاس خطی به مقیاس رتبه‌ای تبدیل شده و جهت تعیین سطوح سواد بهداشتی مشخص گردیدند (نمره بین ۵۰-۰ = سواد سلامت ناکافی، ۶۶-۵۰/۱ = نه‌چندان کافی، ۸۴-۶۶/۱ = کافی و ۹۹-۸۴/۱ = سواد سلامت عالی در نظر گرفته شد). پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده توسط روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری T مستقل و همبستگی Spearman با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

از مجموع ۳۹۰ بیمار شرکت‌کننده در مطالعه، ۲۶۴ نفر ($67/7$ درصد) زن و ۳۲۸ نفر ($84/1$ درصد) متأهل با میانگین سنی $58/53 \pm 10/11$ سال بودند. همچنین ۱۷۹ نفر از شرکت‌کنندگان ($40/9$ درصد) بیسواد و ۱۰۷ نفر ($27/4$ درصد) دارای سواد در سطح ابتدایی/راهنمایی بودند. بر مبنای اطلاعات به دست آمده، ۱۵۵ نفر ($39/7$ درصد) خانه‌دار بودند و ۲۰۶ نفر ($52/8$ درصد) از آن‌ها شغل دولتی و خصوصی داشتند. میانگین

جدول ۱: ویژگی‌های کلی بیماران مبتلا به دیابت

متغیر	تعداد
سن	$58/53 \pm 10/11$
جنس	
مرد	۱۲۶ (۳۲/۳)
زن	۲۶۴ (۶۷/۷)
وضعیت تأهل	
مجرد	۵ (۱/۳)
متأهل	۳۲۸ (۸۴/۱)
بیوه	۷ (۱/۸)
مطلقه	۵۰ (۱۲/۹)
شغل	
آزاد/کارمند	۲۰۶ (۵۲/۸)
خانه‌دار	۱۵۵ (۳۹/۷)
مدت تشخیص بیماری	$8/86 \pm 5/9$
تعداد افراد خانواده	
۱-۲	۱۱۷ (۳۰)
۳-۴	۲۱۱ (۵۴/۱)
>۵	۶۲ (۱۵/۹)
تحصیلات	
بیسواد	۱۷۹ (۴۵/۹)
ابتدایی/راهنمایی	۱۰۷ (۲۷/۴)
دبیرستان/دیپلم	۴۲ (۱۰/۸)
دانشگاه	۵ (۱/۳)
سواد سلامت	
دسترسی به اطلاعات	$54/07 \pm 23/90$
درک اطلاعات سلامت	$54/07 \pm 22/91$
مهارت خواندن	$54/07 \pm 25/15$
ارزیابی اطلاعات	$54/07 \pm 27/29$
تصمیم‌گیری اطلاعات	$54/07 \pm 17/18$

جدول ۲: توزیع فراوانی سواد سلامت و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر بابل

متغیر	فراوانی (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سواد سلامت	۲۱۸ (۵۵/۹)	
ناکافی	۱۱۳ (۲۹)	
نه‌چندان کافی	۵۱ (۱۳/۱)	۴۸/۵۶ $\pm$ ۱۶/۳۱
کافی	۷۱ (۱/۸)	
عالی		
خودمراقبتی	۸ (۲/۱)	
ضعیف	۱۷۵ (۴۴/۹)	۵۰/۷۷ $\pm$ ۱۵/۱۸
متوسط	۲۰۷ (۵۳/۱)	
مطلوب		

جدول ۳: ارتباط سواد سلامت با ابعاد رفتارهای خودمراقبتی در بیماران

متغیر	رفتارهای خودمراقبتی	ضریب همبستگی	سطح معناداری
سواد سلامت	رژیم غذایی	$R=0/0740$	۰/۱۴۲
	ورزش	$R=0/0123$	۰/۰۱۵
	آزمایش قند خون	$R=0/0159$	۰/۰۰۲
	مراقبت از پا	$R=0/024$	۰/۶۳۱
	مصرف دارو (انسولین)	$R=0/0112$	۰/۰۲۷
	استعمال سیگار	$R=0/047$	۰/۳۵۲
	نمره کل	$R=0/094$	۰/۰۶۴

جدول ۴: ارتباط سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت با متغیرهای دموگرافیک

متغیر	سواد سلامت	خودمراقبتی	آزمون آماری
جنس	$P<0/013$	$P=0/082$	t-test
سن	$P<0/001$	$P=0/204$	ANOVA
وضعیت تأهل	$P=0/017$	$P=0/235$	ANOVA
تحصیلات	$P<0/001$	$P=0/042$	ANOVA
شغل	$P<0/001$	$P=0/575$	ANOVA
تعداد افراد خانواده	$P<0/047$	$P<0/001$	ANOVA
وضعیت اقتصادی (درآمد)	$P=0/036$	$P=0/323$	ANOVA
مدت زمان تشخیص بیماری	$P=0/004$	$P=0/004$	ANOVA

سلامت و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی شهرستان بابل طراحی گردید. پرداختن به این موضوع و ابعاد آن می‌تواند به عنوان ابزاری مؤثر برای برنامه‌ریزان، مسئولان و متولیان حوزه سلامت محسوب شود. در این مطالعه میانگین سواد سلامت در بیماران مبتلا به دیابت، ناکافی معادل $48/56 \pm 16/31$ به دست آمد. در برخی از مطالعات دیگر نیز سواد سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ناکافی گزارش شده است (۲۲-۱۸). در این راستا، نتایج مطالعات طهرانی بنی‌هاشم و همکاران، انصاری و همکاران، طاوسی و همکاران و Williams و همکاران نشان‌دهنده آن بودند که سطح سواد سلامت در جامعه مورد بررسی آن‌ها، ناکافی و مرزی بوده است (۲۶-۲۳). در این پژوهش بین سواد سلامت و سن بیماران مبتلا به

آزمایش قند خون و مصرف انسولین دارای همبستگی بوده و ارتباط آن‌ها معنادار می‌باشد ($P=0/05$). علاوه بر این سواد سلامت با متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و مدت بیماری، ارتباط آماری معناداری دارد ($P=0/05$). رفتارهای خودمراقبتی نیز با تعداد افراد خانواده، تحصیلات و مدت تشخیص بیماری، ارتباط آماری معناداری دارند ($P=0/05$). همان‌طور که مشاهده می‌شود، میزان سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی در زنان بیشتر از مردان است (جدول ۴).

بحث

با توجه به اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه سواد

دیابت، ارتباط آماری معناداری مشاهده گردید که این یافته با نتایج مطالعات Gazmarian (۲۰۰۳)، Paasche-Orlow، La Vonn (۲۰۰۸) و نقیبی (۲۰۱۷) همسویی دارد (۲۷-۳۰). با افزایش سن بیماران مبتلا به دیابت، میزان سواد سلامت در آن‌ها کاهش می‌یابد؛ زیرا با افزایش سن، خواندن متون سخت‌تر به نظر می‌رسد. علاوه بر این، افراد در سنین بالاتر در معرض بیماری‌های شناختی قرار داشته و تکمیل نمودن پرسشنامه برای آن‌ها سخت‌تر به نظر می‌رسد. در این راستا، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات طل و همکاران، Sun، Fang و همکاران و Lee و همکاران مغایر بودند (۳۱-۳۳). از سوی دیگر در پژوهش حاضر بین سواد سلامت و سطح تحصیلات، تفاوت آماری معناداری مشاهده شد که این موضوع با نتایج مطالعات طل (۲۰۱۳)، رخشانی (۲۰۱۶) و Halpin و Sentell (۲۰۰۶) همسو می‌باشد (۱۳، ۱۸، ۳۴). نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بودند که زنان از سطح سواد بالاتری برخوردار می‌باشند که این امر را می‌توان ناشی از تحصیلات بالاتر زنان نسبت به مردان در این پژوهش دانست. نتایج مطالعات Kleindl و Lindstrom نیز نشان‌دهنده بالاتر بودن سطح سواد سلامت در زنان نسبت به مردان بودند (۳۵، ۳۶)؛ اما در مطالعات رئیسی و خسروی، نتایجی مغایر با این مهم ارائه گردید و بیان شد که سواد سلامت در مردان نسبت به زنان بالاتر می‌باشد که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد (۲۱، ۳۷). شایان ذکر است که بالا بودن سطح سواد سلامت در افراد با تحصیلات بالاتر، تأییدکننده نقش تحصیلات در سواد سلامت بیماران می‌باشد. بر این اساس توصیه می‌شود که پزشکان و کادر درمانی، سطح سواد بیماران را در نظر بگیرند. در این راستا، کارگروه ملی سواد و سلامت آمریکا پیشنهاد نموده است که مطالب مرتبط با سلامت در سطح کلاس پنجم نوشته شوند؛ این سطح هنوز برای یک‌چهارم درصد از جمعیت دشوار می‌باشد (۲۳، ۳۸). علاوه بر این، می‌توان بیان نمود که رسانه‌های غیرچاپی (مکتوب) یکی از راه‌های مؤثر برای ارائه پیام سلامت به افرادی است که سواد عملی اندکی دارند. این رسانه‌ها ممکن است شامل: تصاویر و نوارهای رادیویی و یا برنامه‌های کامپیوتری تعاملی باشند؛ زیرا حتی بیمارانی که به راحتی توانایی خواندن دارند، مواد غیرنوشتاری همچون کتاب‌های مصور، نوارهای ویدئویی، نوارهای صوتی و غیره را ترجیح می‌دهند (۲۳).

بر مبنای نتایج مطالعه حاضر، ارتباط معناداری بین وضعیت تأهل با سواد سلامت در افراد مشاهده گردید؛ به گونه‌ای که افراد مجرد نسبت به افراد متأهل دارای سواد سلامت کمتری بودند. این مهم با یافته‌های مطالعات طل و همکاران (۲۰۱۳) (۸) و ملاخلیلی و همکاران (۲۰۱۳) (۱۳) همخوانی ندارد. علت این امر را احتمالاً می‌توان به بازه سنی افراد مورد مطالعه و متأهل بودن اکثر آن‌ها در این گروه سنی نسبت داد. یافته دیگر این مطالعه، وجود ارتباط معنادار بین وضعیت اشتغال با سواد سلامت

افراد بود؛ به نحوی که افراد بیکار نسبت به افراد شاغل و بازنشسته دارای سواد سلامت کمتری بودند. نتایج مطالعات خسروی (۲۰۱۵) و Jovic-Vranes (۲۰۰۹) نیز نشان‌دهنده ارتباط بین شغل و سواد سلامت بیماران بودند (۲۱، ۳۹). یکی دیگر از اهداف این مطالعه، بررسی رابطه بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سواد سلامت بود. در این راستا، نتایج حاکی از وجود رابطه معنادار بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سواد سلامت بیماران بودند که این مهم همسو با نتایج مطالعه طهرانی (۲۰۰۷) بیانگر آن است که هرچه وضعیت اقتصادی-اجتماعی بهتر شود، میانگین سطح سواد سلامت آن‌ها نیز افزایش می‌یابد (۲۳). با این وجود، در مطالعات دیگر بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سواد سلامت ارتباط معناداری گزارش نگردیده است (۲۱، ۳۶). از سوی دیگر، در پژوهش حاضر بین مدت زمان تشخیص بیماری با سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی رابطه مشاهده شد. این امر بدین معنا است که با افزایش سال‌های ابتلا به بیماری، آگاهی افراد نسبت به عوارض بیماری، درمان و مسائل مرتبط با آن بیشتر شده و افراد سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی بیشتری خواهند داشت.

نتایج در ارتباط با خودمراقبتی نشان دادند که حدود ۵۳/۱ درصد از بیماران، خودمراقبتی مطلوبی دارند. در مطالعات برسته و همکاران (۲۰۱۶) نیز مشخص شد که افراد مورد مطالعه، رفتارهای خودمراقبتی را در حد متوسط انجام می‌دادند که این مهم با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۹، ۲۰، ۴۰). این در حالی است که نتایج مطالعات شکیبازاده (۲۰۰۹) و جعفریان (۲۰۱۰) حاکی از آن بودند که خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت، مطلوب نمی‌باشد (۱۷، ۴۱، ۴۲). تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر مشخص نمود که خودمراقبتی، ارتباط آماری معناداری با سن بیماران مبتلا به دیابت دارد. در این مطالعه بین تحصیلات بیماران مبتلا به دیابت و رفتارهای خودمراقبتی، ارتباط آماری معناداری به دست آمد. در این راستا در مطالعه برسته و همکاران (۲۰۱۶)، ارتباط آماری معناداری بین رفتارهای خودمراقبتی بیماران با سن و تحصیلات آن‌ها مشاهده شد (۲۰). در این زمینه می‌توان بیان نمود که بیماران با تحصیلات و سواد بالاتر، آگاهی بیشتری نسبت به عوارض بیماری، مراقبت از خود و چگونگی مصرف دارو و رعایت رژیم غذایی داشته و به منابع آموزشی مرتبط دسترسی دارند. در مقابل، تحصیلات پایین، انجام رفتارهای خودمراقبتی را سخت‌تر نموده و آن را با مشکلات جدی مواجه می‌سازد. این در حالی است که تحصیلات بالاتر، فرایند رفتارهای خودمراقبتی را تسهیل می‌نماید (۴۳).

علاوه بر این، نتایج نشان دادند که خودمراقبتی با تعداد افراد خانواده مرتبط می‌باشد. در حقیقت با بیشتر شدن تعداد افراد خانواده، انجام رفتارهای خودمراقبتی افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند ناشی از تأثیر حمایت اجتماعی خانواده بر انجام رفتارهای خودمراقبتی باشد. در این راستا در مطالعه مروتی و همکاران (۲۰۰۴) بر نقش حمایت اجتماعی در انجام رفتارهای

مطالعه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

بیماران مبتلا به دیابت برای کنترل موفقیت‌آمیز بیماری خود نیازمند آگاهی و نگرش مناسب به منظور ارتقای توانایی خودمراقبتی هستند. در این راستا پیشنهاد می‌شود در زمینه طراحی برنامه‌های ارتقای سلامت، به موضوع سواد سلامت بیماران توجه بیشتری شود و اطلاعات و آموزش‌ها به شیوه‌ای قابل فهم و ساده در اختیار مددجویان قرار گیرد که این امر تنها با همکاری بخش‌ها و سازمان‌های مختلف (همچون رسانه‌های عمومی) امکان‌پذیر خواهد بود.

به نظر می‌رسد که تفاوت در وضعیت خودمراقبتی بیماران در پژوهش‌های مختلف می‌تواند متأثر از عوامل مختلفی همچون تفاوت در برنامه‌های آموزش خودمراقبتی به بیماران مبتلا به دیابت، تفاوت در میزان دانش و نگرش نسبت به خودمراقبتی در بیماران و همچنین تفاوت در نحوه اندازه‌گیری خودمراقبتی بیماران باشد که باعث می‌شود بیماران مبتلا به دیابت از نظر خودمراقبتی در کشورهای مختلف و حتی در مناطق مختلف یک کشور با یکدیگر تفاوت داشته باشند. از آنجایی که رفتارهای خودمراقبتی نقش بسیار مهمی را در پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس بیماری و نیز افزایش طول عمر بیماران ایفا می‌کنند، لازم است پرستاران هنگام انجام مداخلات درمانی از طریق بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران، نیازهای مراقبتی آن‌ها را شناسایی نموده و با همکاری سایر اعضای گروه درمانی، آموزش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای را به منظور ارتقای این رفتارها در بیماران تدوین و اجرا نمایند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاصل برگرفته از طرح پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد طرح S-34 می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از زحمات تمامی کارشناسان بهداشتی و بهورزان مراکز بهداشتی روستایی بابل که با پژوهشگران همکاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی نماید.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد و منافع در نگارش و چاپ این مقاله با یکدیگر ندارند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاق ۱۳۹۸، ۱۸۸ می‌باشد.

خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت تأکید گردید (۴۰).

به طور کلی، در این مطالعه بین سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارتباط معناداری مشاهده نگردید و سواد سلامت تنها با ابعاد انجام ورزش، آزمایش قند خون و مصرف انسولین، همبستگی و ارتباط آماری معناداری داشت. در این راستا، در مطالعه سیدالشهدایی و همکاران (۲۰۱۶) سواد مشخص شد که سلامت با دو بعد از رفتارهای خودمراقبتی و تبعیت از رژیم غذایی و دارویی، ارتباط آماری معناداری دارد (۲۰). نتایج مطالعه Zoellner و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان دادند که افزایش یک نمره در سواد سلامت شمارشی باعث افزایش ۲۱ درصدی در نمره مقیاس غذایی شده است. سواد سلامت پایین یک عامل خطر برای شناسایی نادرست داروها، تعبیر نادرست دستورالعمل برچسب داروها و درک سخت هشدارهای برچسب آن‌ها می‌باشد؛ بنابراین می‌توان بیان نمود که بیماران با سواد سلامت پایین، اغلب براساس دستورالعمل‌های کلامی در مورد داروهای خود تکیه می‌کنند (۳۴، ۴۳، ۴۴).

علاوه بر این، در مطالعات خسروی و همکاران (۲۰۱۵) و براتی و همکاران (۲۰۱۱) که در ارتباط با موضوع سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت و فشار خون انجام شد، دستاوردهایی مشابه با یافته‌های پژوهش حاضر گزارش گردید (۲۱، ۴۵). از بین رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با بیماری دیابت، مصرف مرتب انسولین یا قرص‌های کاهنده قند خون، کنترل وزن و معاینه پاها به منظور بررسی تاول یا خراش، فراوانی بیشتری دارند. این در حالی است که اقدام به اندازه‌گیری شخصی قند خون در پایین‌ترین سطح جای دارد. لازم به ذکر است که بیماران دلایلی چون در اختیار نداشتن دستگاه اندازه‌گیری قند خون و عدم توانایی در به‌کارگیری این دستگاه را برای توضیح عدم اندازه‌گیری شخصی قند خون ذکر نمودند. از آنجایی که رفتارهای خودمراقبتی در بیماری دیابت یک نیاز اساسی و ویژه در طول عمر محسوب می‌شود؛ لازم است در تدوین برنامه‌های آموزشی با در نظر گرفتن مسائل فوق، بر شدت و جدیت این رفتارها و عوارض احتمالی آن‌ها برای فرد تأکید گردد (۴۵). در انتها، در ارتباط با محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به تکمیل نمودن پرسشنامه اشاره نمود؛ زیرا پرسشنامه مورد استفاده بیشتر بر مهارت‌های مربوط به ابعاد سواد سلامت (توانایی‌های خواندن، فهمیدن، ارزیابی و تصمیم‌گیری) تأکید داشت. این در حالی است که سن بیشتر بیماران بالای ۵۰ سال بود و آن‌ها در انجام این مهارت‌ها ضعیف بودند. باید خاطرنشان ساخت که انجام پژوهش و بررسی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی روستایی جهت ارزیابی برنامه پزشک خانواده روستایی در راستای کنترل بیماری دیابت از نقاط قوت این

References

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2013; 36(Supplement 1): S67-74.
2. Abdoli SA, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi SO. Barriers to and Facilitators of Empowerment in People with Diabetes. *Iran J Endocrinol Metab* 2009; 10(5): 455-64.
3. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87(1): 4-14.
4. Esteghamati A, Etamad K, Koohpayehzadeh J, Abbasi M, Meysamie A, Noshad S, et al. Trends in the prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in association with obesity in Iran: 2005–2011. *Diabetes Res Clin Pract* 2014; 103(2): 319-27.
5. Williams R, Airey M, Baxter H, Forrester JK, Kennedy-Martin T, Girach A. Epidemiology of diabetic retinopathy and macular oedema: a systematic review. *Eye* 2004; 18(10): 963-83.
6. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill Companies; 2005.
7. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6): 393-403.
8. Advance Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 358(24): 2560-72.
9. Domurat ES. Diabetes managed care and clinical outcomes: the Harbor City, California Kaiser Permanente diabetes care system. *Am J Manag Care* 1999; 5(10): 1299-307.
10. Wu SF. Effectiveness of self-management for persons with type 2 diabetes following the implementation of a self-efficacy enhancing intervention program in Taiwan. [Doctoral Dissertation]. Brisbane, Australia: Queensland University of Technology; 2007.
11. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002; 48(2): 177-87.
12. Tan MY, Magarey J. Self-care practices of Malaysian adults with diabetes and sub-optimal glycaemic control. *Patient Educ Couns* 2008; 72(2): 252-67.
13. Tol A, Pourreza A, Foroshani R, Tavassoli E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi J Med Sci* 2013; 19(104): 9-10.
14. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; 372(9650): 1661-9.
15. Kim S, Love F, Quistberg DA, Shea JA. Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(12): 2980-2.
16. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care* 2006; 29(4): 823-9.
17. Shabibi P, Mansourian M, Abedzadehzavareh M, Sayehmiri K. The status of self-care behaviors in patients with type 2 diabetes in the city of Ilam in 2014. *J Ilam Univ Med Sci* 2016; 24(2): 63-71.
18. Rakhshani F, Maleki S, Masoudi G, Ansary-Moghaddam A. Health literacy, knowledge and relevant factors in patients with type 2 diabetes presenting to a diabetes clinic in Zahedan in 2014. *Caspian J Health Res* 2016; 2(2): 9-17.
19. Ghaedi M, Banihashemi F, Latifi M, Soleymaninejad M. The relationship between health literacy and self-care among patients with type 2 diabetes residing in the city of Bastak. *Iran J Endocrinol Metab* 2016; 18(2): 90-6.
20. Seyedoshohadaee M, Kaghazizade M, Nezami M, Hamedani B, Barasteh S. The relationship between health literacy and general health in patients with type 2 diabetes. *Iran J Diabetes Metab* 2016; 15(5): 312-9.
21. Khosravi A, Ahmadzadeh K, Arastooipoor S, Tahmasbi R. Health literacy levels of diabetic patients referred to Shiraz health centers and its effective factors. *Health Inf Manage* 2015; 12(2): 205.
22. Mahmood K, Aamir AH. Glycemic control status in patients with type-2 diabetes. *J Coll Phys Surg Pak* 2005; 15(6): 323-5.
23. Tehrani Banihashemi S, Amir Khani A, Haghdoust A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H. Health literacy in five province and relative effective factors. *Strid Dev Med Educ* 2007; 4(1): 1-9.
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. *Arch Internal Med* 1998; 158(2): 166-72.
25. Ansari H, Almasi Z, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Peyvand M, Hajmohammadi M, et al. Health literacy in older adults and its related factors: a cross-sectional study in Southeast Iran. *Health Scope* 2016; 5(4): e37453.
26. Tavousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh* 2016; 15(1): 95-102.
27. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns* 2003; 51(3): 267-75.
28. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. Promoting health literacy research to reduce health disparities. *J Health Commun* 2010; 15(S2): 34-41.
29. La Vonne AD, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J National Med Assoc* 2008; 100(11): 1304-8.
30. Naghibi A, Chalesghar M, Kazemi A, Hosseini M. Evaluation of health literacy level among 18-65 year-old adults in Shahriar, Iran. *J Health Res Community* 2017; 3(2): 17-25.
31. Fang MC, Machtinger EL, Wang F, Schillinger D. Health literacy and anticoagulation-related outcomes among patients taking warfarin. *J Gen Internal Med* 2006; 21(8): 841-6.
32. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health* 2013; 13(1): 261.
33. 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(1): 614.
34. Sentell TL, Halpin HA. Importance of adult literacy in understanding health disparities. *J Gen Internal Med* 2006; 21(8): 862-6.
35. Kleindl JA. Reading ability of patients versus the readability of patient education material [Doctoral Dissertation]. North Dakota: North Dakota State University; 2007.
36. Lindstrom AK. Patient health literacy levels and the readability of patient education materials. [Doctoral Dissertation]. North Dakota: North Dakota State University; 2008.
37. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifrad G, Radjati F, Hasanazade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Prom* 2012; 1(1): 31.
38. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Prom Int* 2000; 15(4): 277-83.
39. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *J Public Health* 2009; 31(4): 490-5.
40. Morowatisharifabad M, Tonekaboni NR. Social support and self care behaviors in diabetic patients referring to Yazd diabetes research center. *Zahedan J Res Med Sci* 2008; 9(4): 275-84.
41. Jafarian Amiri SR, Zabihi A, Babaieasl F, Eshkevari N, Bijani A. Self care behaviors in diabetic patients referring to diabetes clinics in Babol city, Iran. *J Babol Univ Med Sci*

- 2010; 12(4): 72-8.
42. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar MH, Shahanjarini AK. Perceived barriers and self-efficacy: impact on self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. Hayat 2009; 15(4): 78-69.
43. Peterson NB, Dwyer KA, Mulvaney SA, Dietrich MS, Rothman RL. The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. J National Med Assoc 2007; 99(10): 1105.
44. Zoellner J, You W, Connell C, Smith-Ray RL, Allen K, Tucker KL, et al. Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugar-sweetened beverage intake: findings from the rural Lower Mississippi Delta. J Am Dietetic Assoc 2011; 111(7): 1012-20.
45. Barati M, Darabi D, Moghimbeigi A, Afsar A. Self-regulation behaviors of hypertension and related factors among hypertensive patients. J Fasa Univ Med Sci 2011; 1(3): 116-22.

پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان HELIA

برای هریک از سؤالات زیر، فقط یک گزینه را انتخاب نمایید.

	همیشه	بیشتر اوقات	گاهی از اوقات	به ندرت	به هیچ وجه
۱	۱	۲	۳	۴	۵
من می توانم اطلاعات بهداشتی و درمانی مورد نیاز خود را از منابع مختلف به دست آورم.					
۲	۱	۲	۳	۴	۵
من می توانم اطلاعات مربوط به تغذیه سالم را به دست آورم.					
۳	۱	۲	۳	۴	۵
من می توانم اطلاعات مربوط به سلامت روان مثل افسردگی و استرس را به دست آورم.					
۴	۱	۲	۳	۴	۵
من می توانم اطلاعات مربوط به بیماری مورد نظر خود را به دست آورم.					
۵	۱	۲	۳	۴	۵
من می توانم اطلاعات مورد نیاز در خصوص برخی مشکلات مربوط به سلامتی و بیماری ها مثل فشارخون بالا و نیز قند و چربی خون بالا را به دست آورم.					
۶	۱	۲	۳	۴	۵
من می توانم اطلاعات مربوط به مضرات و خطرات مصرف دخانیات را به دست آورم.					
کاملاً آسان است	آسان است	سخت است	کاملاً سخت است	نه آسان است، نه سخت	نه آسان است، نه سخت
۷	۱	۲	۳	۴	۵
خواندن مطالب آموزشی در خصوص بهداشت و سلامت (کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی) برای من آسان است.					
۸	۱	۲	۳	۴	۵
خواندن دستورات کتبی خاصی که پزشکان، دندانپزشکان و کارکنان بهداشتی در مورد بیماری ام به من می دهند برای من آسان است.					
۹	۱	۲	۳	۴	۵
خواندن فرم های پزشکی و دندانپزشکی (مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان ها و مراکز درمانی) برای من آسان است.					
۱۰	۱	۲	۳	۴	۵
خواندن نوشته های برگه راهنما و آمادگی قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی برای من آسان است.					
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی از اوقات	به ندرت	به هیچ وجه	
۱۱	۱	۲	۳	۴	۵
توصیه های مربوط به تغذیه سالم را متوجه می شوم.					
۱۲	۱	۲	۳	۴	۵
توضیحاتی را که پزشک در خصوص بیماری ام ارائه می دهد را متوجه می شوم.					
۱۳	۱	۲	۳	۴	۵
معنی و مفهوم مطالب نوشته شده در فرم های پزشکی و دندانپزشکی (مانند فرم پذیرش بیمار، رضایتنامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان و مراکز درمانی) را متوجه می شوم.					
۱۴	۱	۲	۳	۴	۵
معنی و مفهوم علایم و مطالب نوشته شده روی تابلوهای راهنما در بیمارستان ها، درمانگاه ها و مراکز بهداشتی را متوجه می شوم.					

۱۵	نحوه ی مصرف دارو که روی بسته بندی داروها نوشته شده را متوجه می شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	مزایا، و معایب روش های درمانی تجویز شده توسط پزشک را متوجه می شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	معنی و مفهوم مطالب نوشته شده در برگه راهنمای قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی را متوجه می شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
		همیشه	بیشتر اوقات	گاهی از اوقات	به ندرت	هیچ وقت
۱۸	درستی اطلاعات ارائه شده مرتبط با سلامتی در اینترنت را می توانم ارزیابی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	درستی اطلاعات ارائه شده در مورد سلامتی توسط تلویزیون و رادیو را می توانم ارزیابی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	درستی توصیه هایی که دوستان و بستگان در مورد سلامتی به من ارائه می دهند را می توانم ارزیابی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱	می توانم اطلاعات بهداشتی را که آموخته ام به دیگران منتقل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
		همیشه	بیشتر اوقات	گاهی از اوقات	به ندرت	هیچ وقت
۲۲	با دیدن علائم بیماری می دانم به کجا و یا به چه کسی مراجعه کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳	وقتی دکتر توصیه می کند که "کپسول آنتی بیوتیک را سه بار در روز و سر ساعت مصرف کنید"، فاصله زمانی ۸ ساعته را رعایت می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴	داروهایی که پزشک برای بیماری ام تجویز نموده است را بدون اجازه او قطع نمی کنم، حتی اگر علائم بیماری از بین رفته باشد.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۵	اگر فرد یا افرادی از بستگان درجه اول من به برخی سرطان ها (مانند سرطان پروستات، پستان، دهانه رحم و روده بزرگ و غیره) مبتلا شده باشند، برای معاینه به پزشک مراجعه می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۶	از انجام کارها و یا مصرف موادی که باعث افزایش فشارخون می شود، پرهیز می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۷	من حتی اگر علامتی از بیماری نداشته باشم، برای چکاپ (معاینات دوره ای) سالانه به پزشک مراجعه می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۸	در هر کار و موقعیتی، مراقب سلامتی خود هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۹	اگر در خصوص بیماری خود سوآلی برایم پیش بیاید، از کادر پزشکی و بهداشتی-درمانی می پرسم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۰	لبنیات (شیر، ماست، پنیر و غیره) را با توجه به درصد چربی موجود در آن خریداری می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۱	از انجام کارها و یا مصرف موادی که باعث افزایش وزن می شود، پرهیز می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۲	در طول رانندگی از کمربند ایمنی استفاده می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۳	هنگام خرید مواد غذایی به ارزش غذایی آن ها توجه می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵

با تشکر