

بررسی اثر میانجی اقدامات خود مراقبتی بر رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی قلب باز

مهدی همایونفر^۱ / سیدمحمد زرگر^۲ / ابوالفضل دانایی^۳

چکیده

مقدمه: به میزان توانایی افراد در به دست آوردن، تحلیل کردن و فهمیدن اطلاعات و خدمات اولیه بهداشتی که به آن نیاز دارند تا بتوانند در مورد مسائل مربوط به سلامتی خود مشارکت داشته و تصمیم‌های درستی اتخاذ کنند، سواد سلامت می‌گویند. امروزه سواد سلامت یکی از ارکان سلامت جامعه محسوب می‌شود. هدف از این پژوهش ارائه مدلی برای بررسی تأثیر سواد سلامت و اقدامات خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی پس از انجام عمل قلب باز بود.

روش پژوهش: این پژوهش بر مبنای هدف کاربردی و بر اساس نحوه گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی - پیمایشی است که جامعه آماری تحقیق کلیه بیمارانی بودند که در مرکز قلب تهران عمل جراحی باز قلب را انجام داده بودند و از بین این افراد ۱۳۸ نفر با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای محقق ساخته است که روایی آن از طریق روایی صوری و روایی همگرا و پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ تأیید شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌ها نشان داد سواد سلامت با ضریب مسیر (۰/۶۸۵) تأثیر مثبت و معنی‌داری با اقدامات خود مراقبتی، سواد سلامت با ضریب مسیر (۰/۳۵۰) تأثیر مثبت و معنی‌دار با کیفیت زندگی بیماران دارد و اقدامات خود مراقبتی با ضریب مسیر (۰/۴۱۸) تأثیر مثبت و معنی‌داری با کیفیت زندگی بیماران دارد.

نتیجه‌گیری: با ارتقای سواد سلامت و آموزش رفتارهای خود مراقبتی به بیماران قلبی پس از انجام عمل قلب باز می‌توان شاهد پیشرفت کیفیت زندگی این بیماران پس از عمل و کاهش عوارض پس از جراحی شد.

کلید واژه‌ها: سواد سلامت، اقدامات خودمراقبتی، کیفیت زندگی، بیماری قلبی - عروقی، جراحی قلب باز

۱- استادیار، گروه مدیریت، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲- استادیار، گروه مدیریت، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: m.zargar@Semnaniau.ac.ir

۳- استادیار، گروه مدیریت، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

مقدمه

در میان بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های قلبی - عروقی مهم‌ترین علت مرگ و ناتوانی در کشورهای در حال توسعه تا سال ۲۰۲۰ شمرده می‌شوند [۱]. پیش‌بینی شده است که این دسته از بیماری‌ها تا سال ۲۰۲۰ منجر به مرگ ۲۵ میلیون نفر در جهان شود [۲]. این بیماری‌ها هزینه‌های سنگینی را بر سیستم بهداشتی تحمیل می‌کنند و برآورد شده است که بیش از ۷۰ درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی مربوط به بیماری‌های قلبی باشد [۳]. افزایش هزینه‌های نظام سلامت طی سال‌های گذشته و نگرانی در مورد افزایش این هزینه‌ها باعث شده است تا سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بخش سلامت به بررسی عوامل مؤثر بر هزینه‌های بخش سلامت و تعیین میزان تأثیر هر کدام از این عوامل بپردازند [۴]. پیشگیری، درمان و بازتوانی بیماری‌های قلبی عروقی که از جمله بیماری‌های رایج، جدی و پرهزینه است، قسمت عمده‌ای از بودجه بهداشت و درمان کشور در بیمارستان‌های دولتی را به خود اختصاص می‌دهد [۵].

بیماری قلبی اغلب منجر به نارسایی مزمن قلبی می‌شود که یک بیماری لاعلاج است و با خستگی شدید و پیش‌رونده، ناتوانی در ورزش، احتباس مایعات و تنگی نفس مشخص می‌شود [۶]. امروزه استفاده از تکنیک جراحی قلب باز یکی از روش‌های موثر و با ارزش در درمان بیماری‌های قلبی و عروقی به شمار می‌رود. جراحی‌های قلب و عروق از جراحی‌های متداولی است که با هدف افزایش بقا و ارتقای کیفیت زندگی در بیماران انجام می‌شود [۷]. جراحی قلب اگرچه، زندگی یک بیمار را از مرگ نجات می‌دهد؛ اما مانند بسیاری از عمل‌های جراحی دیگر، پیامدهای نامطلوبی در زندگی فرد به جای می‌گذارد. به دلیل عوارض ناشی از عمل جراحی، بی‌حرکی ناخواسته به وجود آمده و توانایی عملکردی بیماران به میزان قابل‌توجهی پس از عمل کاهش می‌یابد. از برآیندهای عدم بهبود می‌توان به مشکلات تنفسی، سکنه مغزی، قلبی، مشکلات گوارشی، عفونت عمیق استخوان، مشکلات کلیوی که

بعد از عمل جراحی رخ می‌دهند و عمل مجدد به دلیل خونریزی اشاره کرد [۸]. هم‌چنین بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلبی، دچار نگرانی‌های عاطفی کوتاه‌مدت از جمله افسردگی و اضطراب می‌شوند [۹].

برای مقابله با عوارض ناخواسته و ناخوشایند بعد از عمل جراحی، داشتن سواد سلامت اهمیت زیادی دارد. سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی می‌باشد و حاصل تشریح مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانی‌ها و ابعاد سواد در زمینه سلامتی می‌پردازد. ظرفیت یک فرد (شامل پتانسیل ذاتی و مهارت‌های فردی) جزء اساسی برای سواد سلامت است که با آموزش تعدیل می‌شود و کفایت آن تحت تأثیر فرهنگ، زبان و مشخصات موقعیت‌های مرتبط با سلامت است [۱۰]. سواد سلامت شاخصی حیاتی در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی است که عدم بهبود آن موجب استفاده طولانی‌تر از خدمات درمانی می‌گردد [۱۱]. در رویکرد جهانی مراقبت‌های بهداشتی، اطمینان از دسترسی فقیرترین جوامع به مراقبت‌های بهداشتی ضروری می‌باشد [۱۲]. بیماران با اطلاعات کم بهداشتی، دچار مشکلات بیشتری در رابطه با مصرف داروها می‌شوند. بنابراین دستیابی به سواد سلامت بهتر و بیشتر در واقع مقابله با نابرابری‌های حوزه سلامت است [۱۱]. سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده و به کشورهای جهان توصیه کرده است که انجمنی جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک، در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت ایجاد کنند [۱۳].

پیامد مثبت ارتقا سواد سلامت جامعه در بهره‌گیری مناسب از خدمات بهداشتی نمود پیدا می‌کند. چنان که افرادی که دارای سواد سلامت بالایی هستند، با مراکز خدمات بهداشتی همکاری بهتری برقرار می‌کنند و دستورات بهداشتی را به خوبی گوش می‌دهند و نیز

انجام شد. آنها تحقیق کردند که چگونه سواد سلامت، دانش بیمار در خصوص بیماری، سلامت و استفاده از خدمات بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تحقیق در دو بیمارستان دولتی ایالات متحده آمریکا انجام گرفت و نتایج تحقیق نشان داد افراد با سواد سلامت کم در مقابل افراد با سواد سلامت بالا نسبت به حفظ سلامت خود بسیار ضعیف هستند و رابطه سواد بهداشتی و بستری شدن در بیمارستان معنی‌دار بود [۲۱].

چو و همکاران در پژوهشی با عنوان سولاتی مختصر برای شناسایی بیماران با سواد سلامت ناکافی نشان داد که ۴/۵ درصد از شرکت کنندگان دارای سواد سلامت ناکافی و ۷/۵ درصد دارای سواد سلامت حاشیه‌ای بوده‌اند [۲۲]. لی و همکاران در پژوهشی با عنوان سواد سلامت، وضعیت سلامت و به کارگیری مراقبت در بزرگسالان اهل تایوان نشان دادند که ۳۰ درصد از این افراد سواد سلامت پایین داشتند [۲۳].

ویلیام در پژوهشی نشان داد که سواد سلامت اندک خصوصاً در افراد بیمار و مسن، شایع و رایج است. بیماران دارای سواد سلامت کم، مشکلات ارتباطی پیچیده‌ای دارند که ممکن است بر برونداد سلامت موثر باشد [۲۴]. ادوارد و همکاران در پژوهشی با عنوان ایجاد سواد سلامت در بیماران با مشکلات سلامتی طولانی مدت، نشان داد که بیماران با مشکل طولانی مدت می‌توانند مهارت‌های سواد سلامت خود را با تمرین و مشاوره توسعه دهند [۲۵].

رئییسی و همکاران رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی را در بین سالمندان اصفهان بررسی کردند و نتیجه گرفتند که سطح سواد سلامت در سالمندان بسیار ناکافی است [۱۳]. رهنورد و همکاران در تحقیق خود ارتباط معنی‌دار و معکوسی بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی را دریافتند. آنها معتقدند با افزایش مدت ابتلا به بیماری، بیماران مشکلات بیشتری را تجربه کرده و کیفیت زندگی خود را نامطلوب بیان نموده‌اند [۲۶].

سیام و همکاران در تحقیق خود به بررسی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران قلبی پس از جراحی پیوند عروق کرونر قلب در بیمارستان آموزشی حشمت شهر رشت

اجرا می‌کنند. در مقابل، افرادی که دارای مهارت‌های ضعیف سواد سلامت هستند، درباره سلامت آگاهی کمتری دارند، کمتر خدمات پیشگیرانه را دریافت می‌کنند، کنترل بیماری‌های مزمن در آنها بدتر است، عملکرد بهداشتی جسمانی و روانی ضعیف‌تری دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در میان آنها بیشتر دیده می‌شود [۱۴].

بیماری‌های مزمن به علت طول مدت و شدت آنها ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی؛ کیفیت زندگی دستخوش تغییر فراوان می‌شود. امروزه بسیاری از دولت‌ها ارتقاء کیفیت زندگی را جزئی لاینفک از توسعه اجتماعی و اقتصادی می‌دانند [۱].

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کنار مداخله‌های درمانی، احساس خوب بودن و رضایت از زندگی را در کانون اهمیت قرار می‌دهد و بر این اساس اگرچه کیفیت زندگی مفهومی وابسته به سلامت است، اما فراتر از آن است [۱۵]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی، نسبت به جمعیت عمومی و نیز نسبت به سایر بیماران مزمن پایین‌تر است [۱۶].

سنجش کیفیت زندگی بویژه در بیماری‌های مزمن از اهمیت خاصی برخوردار است؛ زیرا نه تنها سلامت جسمی، بلکه سلامت روانی و اجتماعی بیمار نیز مورد خطر جدی قرار می‌گیرد و بسیاری از آنان بدون امید به بهبودی زندگی می‌کنند [۱۷].

نتایج مطالعه ماساباسکو و همکاران نشان داده است که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که سواد سلامت بالاتری دارند، خودمراقبتی مطلوب‌تری نشان می‌دهند [۱۸].

خودمراقبتی مهم‌ترین شکل مراقبت اولیه است [۱۹]. سازمان جهانی بهداشت، خودمراقبتی را توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای انجام فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامتی و نیز تطابق با ناخوشی و ناتوانی تعریف می‌نماید. این فعالیت‌ها بر اساس دانش و مهارت‌های حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای بنا شده و توسط افراد به صورت جداگانه و یا با همکاری مشارکتی با افراد حرفه‌ای انجام می‌شود [۲۰].

یکی از اولین مطالعات سیستماتیک که بر عواقب سواد بهداشتی پایین تمرکز کرد، توسط بیکر و همکارانش

سلامت تأثیر معنی‌دار و مثبت بر خودکارآمدی و فعالیت‌های خودمراقبتی دارد و همچنین سواد سلامت اثر غیرمستقیم بر فعالیت‌های خودمراقبتی از طریق خودکارآمدی دارد [۳۰]. بنابر آنچه گفته شد، هدف اصلی این تحقیق بررسی اثر میانجی اقدامات خود مراقبتی بر رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه کمی می‌باشد که از نظر هدف کاربردی است. جامعه آماری متشکل از کلیه بیمارانی هستند که در مرکز قلب تهران عمل قلب باز انجام داده‌اند. تعیین حجم نمونه اهمیت فراوانی در قابلیت تعمیم نتایج آزمون به جامعه دارد. برای تعیین تعداد حجم نمونه در مدل‌یابی معادلات ساختاری، در نظر گرفتن ۵ تا ۱۵ نمونه به ازای هر متغیر آشکار قاعده سرانگشتی خوبی است [۳۱]. بر این اساس حجم نمونه ۱۳۸ نفر تعیین شد که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد در بخش بستری حضور داشتند و حداقل یک هفته از عمل جراحی آنها گذشته بود.

ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه محقق ساخته است. پرسشنامه شامل ۲۱ گویه، که ۷ گویه آن مربوط به سواد سلامت، ۷ گویه مربوط به اقدامات خودمراقبتی و ۷ گویه مربوط به کیفیت زندگی بود. به منظور پاسخگویی به گویه‌ها برای کلیه متغیرهای مدل از طیف پنج گزینه‌ای لیکرت که شامل بسیار بد تا بسیار خوب می‌باشد استفاده شده است. برای تأیید روایی سازه از روایی صوری و روایی همگرا استفاده شده است. به منظور بررسی روایی صوری، پرسشنامه اولیه‌ای در اختیار جمعی از استادان و کارشناسان دانشگاهی قرار داده شد. پس از جمع‌آوری نظرهای اصلاحی اساتید و اعمال آنها، پرسشنامه نهایی طراحی شد. برای تعیین روایی همگرا از AVE استفاده شده که نشان‌دهنده میانگین واریانس به اشتراک گذاشته شده بین هر کدام از ابعاد سازه و گویه‌های مرتبط با آن است. اعتبار همگرا به این اصل بر

پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که دانش رفتارهای خودمراقبتی در اکثر افراد مورد مطالعه ضعیف بود و چون رفتارهای خودمراقبتی به بیماران از اصلی‌ترین وظایف کادر بهداشتی - درمانی مخصوصاً پرستاران است و افراد مبتلا به بیمارهای مزمن نیازمند آموزش مداوم و مستمر هستند، آموزش مراقبت از خود سهم بسزایی در پیشگیری از بروز مجدد بیماری در بیماران قلبی پس از جراحی پیوند عروق کرونر دارد [۲۷]. میری و همکاران در پژوهش خود بدنبال بررسی رابطه سواد اطلاعات سلامت و سرعت بهبود بیماران قلبی - عروقی بعد از جراحی بای پس در بیمارستان قائم مشهد بودند و به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معنی‌داری بین عوارض بعد از عمل جراحی و مدت زمان بستری در بخش جراحی از نظر میزان سواد سلامت وجود دارد. بر اساس نتایج بدست آمده اغلب بیماران مورد بررسی دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بوده‌اند. این بیماران برای فهم و به کار بردن اطلاعات بهداشتی نیاز به توضیحات بیشتر دارند و لازم است زمان بیشتری را صرف برقراری ارتباط با کادر درمانی خود جهت کسب اطلاعات به زبان ساده و قابل فهم‌تر کنند [۷].

حسینی و همکاران به بررسی ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بین بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که سواد سلامت به عنوان پیش‌گویی‌کننده نمره کیفیت زندگی است و سطح سواد سلامت با متغیرهای وضعیت تأهل، جنس، رضایت از وضعیت اقتصادی و مصرف دارو رابطه معنی‌داری دارد [۲۸]. خداینده و همکاران رابطه سواد سلامت، خودکارآمدی درک شده و عملکرد خود مراقبتی را در بین دانش آموزان دختر دوره دوم متوسط مدارس مروج سلامت شهرستان میانه بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که بین سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده و عملکرد خودمراقبتی، همچنین بین مولفه‌های سواد سلامت با مولفه‌های خودمراقبتی ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود دارد [۲۹].

لی و همکاران به بررسی رابطه سواد سلامت با خودکارآمدی و فعالیت‌های خودمراقبتی در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم پرداختند و بیان کردند سواد

می‌گردد که شاخص‌های هر سازه با یکدیگر همبستگی میانه‌ای داشته باشند. مقدار ملاک برای سطح قبولی AVE، ۰/۵ به بالاست. برای تعیین پایایی ابزار گردآوری داده‌ها از آلفای کرونباخ و روش پایایی مرکب (CR) استفاده شد. مقدار آلفای کرونباخ باید بالای ۰/۷ باشد تا پرسش نامه پایایی لازم را داشته باشد. هم‌چنین مقدار ضرایب سازه‌ها با CR بالاتر از ۰/۷ پایایی قابل قبول را نشان می‌دهد و هر چه این مقدار به یک نزدیک‌تر باشد، پایایی آن بیشتر است [۳۲].

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است تمامی سازه‌های تحقیق از روایی و پایایی مناسب برخوردارند. (جدول ۱)

یافته‌ها

هدف از پژوهش پیش‌رو بررسی اثر میانجی اقدامات خودمراقبتی بر رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی بود. برای این منظور با مطالعه و بررسی تحقیقات پیشین مدلی به صورت شکل ۱ طراحی شد. (شکل ۱) طبق مدل طراحی شده سه فرضیه مطرح شد. ۱- سواد سلامت اثر مثبت و معنی‌دار بر کیفیت زندگی دارد. ۲- سواد سلامت اثر مثبت و معنی‌دار بر اقدامات خودمراقبتی دارد. ۳- اقدامات خودمراقبتی اثر مثبت و معنی‌دار بر کیفیت زندگی دارد. در واقع اقدامات خودمراقبتی رابطه میان سواد سلامت و کیفیت زندگی را میانجی‌گری می‌کند. پس از طراحی مدل، پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته که روایی و پایایی آن تأیید شده بود، در میان اعضای جامعه آماری توزیع شد و برای تفسیر داده‌های جمع‌آوری شده از روش مدلیابی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. پرسشنامه طراحی شده شامل دو بخش بود. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک اعضای جامعه آماری و بخش دوم شامل سوالات اصلی تحقیق بود. آمار توصیفی برای تبیین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه تحقیق نشان می‌دهد، ۶۱/۸ درصد از اعضای نمونه را مردان و ۳۸/۲ درصد را زنان تشکیل داده‌اند. بیشتر بیماران

۴۲/۳ درصد) سنی بالای ۴۵ سال داشتند و اکثریت آنها (۳۳/۸ درصد) تحصیلات ابتدایی داشتند. آمار استنباطی رابطه بین متغیرهای تشکیل‌دهنده مدل با یکدیگر ارزیابی شدند. با توجه به اینکه ماتریس همبستگی، پایه تجزیه و تحلیل مدل‌های علی است. جدول ۲ گویای ارتباط مثبت و معناداری بین متغیرهاست. (جدول ۲)

برای آزمون فرضیه‌های مطرح شده از روش تحلیل مسیر استفاده شد. جدول ۳ ضرایب مسیر و سطح معناداری روابط مدل را نشان می‌دهد. ضرایب مسیر روابط مسیری برآورد شده در مدل ساختاری (میان سازه‌ها در مدل) هستند. در سطح معناداری ۹۰ درصد، ۹۵ درصد، ۹۹ درصد، مقدار عدد معناداری به ترتیب با حداقل آماره ۱/۶۴، ۱/۹۶، ۲/۵۸ مقایسه می‌شود. (جدول ۳)

در جدول ۴ شاخص‌های برازش مدل و معیار مقبولیت هر شاخص آورده شده است، که مقادیر به دست آمده نشان می‌دهد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. رایج‌ترین سنجه مورد استفاده برای ارزیابی مدل ساختاری ضریب تعیین R^2 است. این ضریب اثرات ترکیبی سازه‌های برون‌زا بر سازه‌های درون‌زا را نشان می‌دهد. مقادیر ۰/۶۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ برای R^2 به ترتیب مقادیر قابل توجه، متوسط و ضعیف هستند [۳۲]. مقادیر قابل قبول برای CV-Redundancy مقادیر بالای صفر است. (جدول ۴) شکل ۲ مدل پژوهش را در حالت ضرایب مسیر نشان می‌دهد. (شکل ۲) با توجه به شکل ۳ در میان گویه‌های مربوط به کیفیت زندگی "ادارک شخصی بیمار نسبت به کیفیت کلی زندگی"، "میزان سلامتی نسبت به سال قبل" و "کنترل میزان عصبانیت" به ترتیب بیشترین اثرگذاری را دارد. در میان گویه‌های اقدامات خودمراقبتی، "استفاده از غذاهای کم‌نمک"، "ورزش منظم روزانه" و "جلوگیری از افزایش وزن" بیشترین اثرگذاری را دارد. در میان گویه‌های سواد سلامت "درک نحوه مصرف دارو از روی بسته‌بندی دارو"، "عدم قطع دارو بدون اجازه پزشک" و "دریافت

پاسخ سوالات پزشکی خود از کادر پزشکی " بیشترین اثرگذاری را دارد.

بحث و نتیجه گیری

امروزه افراد برای گفتگو و بحث، خواندن اطلاعات بهداشتی، تفسیر نمودارها، استفاده از ابزار پزشکی برای مراقبت‌های بهداشتی شخصی یا خانوادگی از جمله اندازه‌گیری دمای بدن، محاسبه زمان یا دوز مصرف دارو و بیان نظر در خصوص مسائل بهداشتی و زیست محیطی به مهارت‌های سواد سلامت نیاز دارند. هرچند هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است [۳۳]. مراقبت از بیماری‌های مزمن مستلزم آن است که بیماران نقش مهمی در مراقبت‌های خود بازی کنند و پزشکان و سیستم‌های بهداشتی که در آن کار می‌کنند، با چالش همکاری با بیماران برای بهبود نتایج موفقیت آمیز مواجه هستند. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر سواد سلامت و اقدامات خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی پس از انجام عمل قلب باز بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سواد سلامت با اقدامات خود مراقبتی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. به این معنی که هر چه افراد بیشتر قادر به خواندن و درک مطالب مربوط به سلامت باشند، بر اهمیت رفتارها و اقدامات خودمراقبتی بیشتر واقف خواهند بود. همان‌طوری که پیشتر بیان شد بیماری قلبی - عروقی یک بیماری مزمن است و مراقبت از خود در بیماری‌های مزمن امری حیاتی است. این بخش از نتیجه با تحقیقات لی و همکاران [۳۰]، ماساباسکو و همکاران [۱۸]، خدابنده و همکاران [۲۹] مطابقت دارد. رابطه مثبت و معنی‌دار اقدامات خودمراقبتی و کیفیت زندگی پس از انجام عمل قلب باز تأیید شد. بررسی کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی پس از انجام عمل قلب باز اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا تمام ابعاد سلامت فرد را در برمی‌گیرد. بدین معنی که علاوه بر سلامت

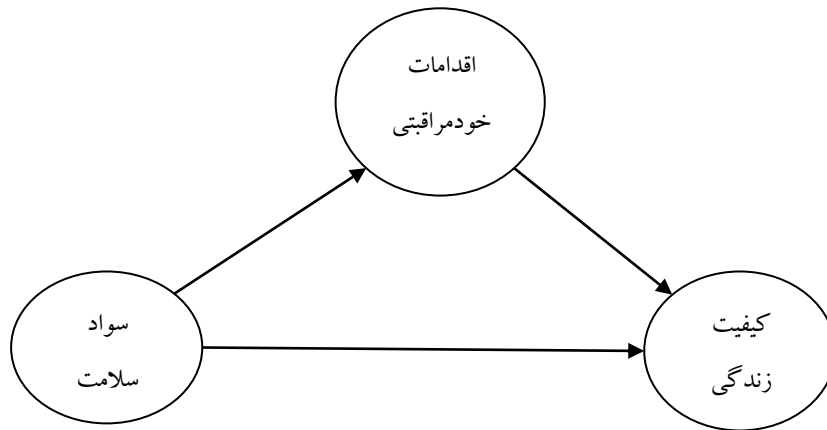
جسمانی، سلامت روانی و اجتماعی فرد مختل خواهد شد. در این زمینه بهبود اقدامات خودمراقبتی موجب افزایش سطح فعالیت و کاهش افسردگی خواهد شد. این بخش از نتیجه با تحقیقات سیام و همکاران [۲۷]، لی و همکاران [۳۰] مطابقت دارد.

علاوه بر این رابطه مثبت و معنی‌دار سواد سلامت و کیفیت زندگی بیماران پس از عمل قلب باز تأیید شد. به این معنی که افراد با سواد سلامت کافی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند که با نتایج تحقیق سانگ و همکاران [۳۴]، لی و همکاران [۳۰]، حسینی و همکاران [۲۸] مطابقت دارد.

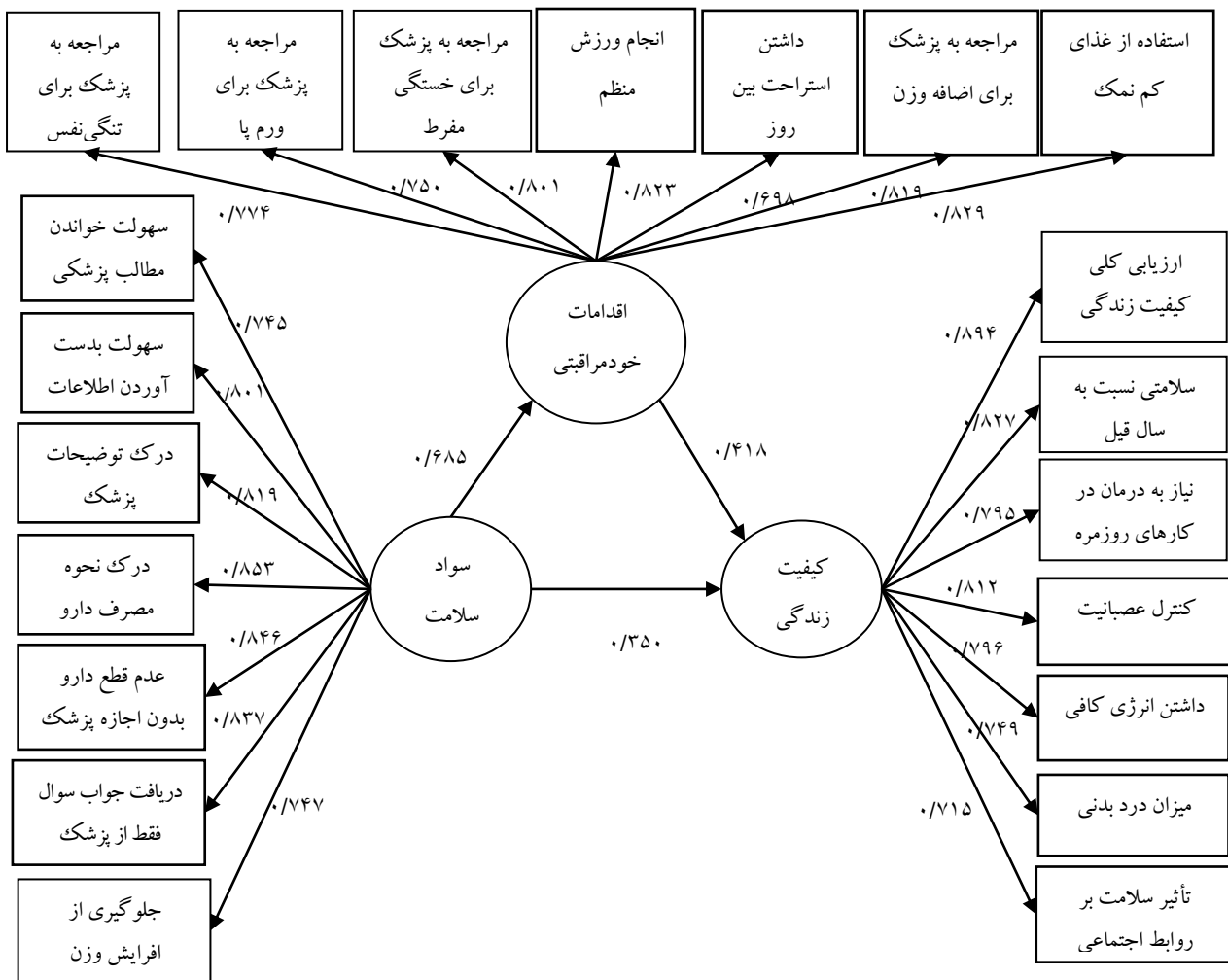
با بررسی یافته‌های تحقیق به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران خواهد شد. لذا سواد سلامت و آموزش رفتارها و اقدامات خودمراقبتی برای ایجاد زندگی سالم و بهبود کیفیت زندگی باید مورد توجه قرار گیرد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که اثر اقدامات خودمراقبتی را بر دیگر بیماری‌های مزمن بررسی کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در خصوص سایر متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران تحقیق و بررسی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات مدیریت و کارکنان مرکز قلب تهران و اساتید محترم دانشگاه علوم پزشکی تهران به خاطر همکاری صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.



شکل ۱ - مدل مفهومی تحقیق



شکل ۲ - مدل پژوهش در حالت ضرایب مسیر

جدول ۱ - روایی و پایایی سازه های متغیر

سازه های متغیر	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب پایایی	روایی همگرا
اقدامات خود مراقبتی	۰/۸۹۶	۰/۹۱۸	۰/۶۱۸
کیفیت زندگی	۰/۸۹۸	۰/۹۲۰	۰/۶۲۳
سواد سلامت	۰/۹۱۰	۰/۹۲۹	۰/۶۵۲

جدول ۲: خلاصه همبستگی بین متغیرهای پژوهش

سیستم آموزش	فرهنگ جامعه	سلامت جامعه
سیستم آموزش	۱/۰۰۰	
سواد اطلاعاتی	۰/۶۵۸	۱/۰۰۰
سلامت جامعه	۰/۶۸۵	۰/۶۳۶

جدول ۳: ضرایب مسیر و سطح معناداری

شماره فرضیه	روابط	ضرایب مسیر	سطح معنی داری	نتیجه
۱	سواد سلامت با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری دارد	۰/۳۵۰	۳/۴۵۵	تأیید
۲	سواد سلامت با اقدامات خودمراقبتی رابطه مثبت و معنی داری دارد	۰/۶۸۵	۱۳/۶۰۸	تأیید
۳	اقدامات خودمراقبتی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری دارد	۰/۴۱۸	۴/۰۵۹	تأیید

جدول ۴ - ضریب تعیین سازه های مدل

سازه	R ²	CV- Redundancy	نتیجه برازش
اقدامات خودمراقبتی	۰/۴۶۹	۰/۲۸۸	مطلوب
کیفیت زندگی	۰/۴۹۸	۰/۲۳۰	مطلوب

Reference:

- 1- Dehdari T, Hashemifard T, Heidarnia AR, Kazemnejad A. The longitudinal effect of health education on health-related quality of life in patients with coronary artery bypass surgery. *MEDICAL SCIENCES*, 2005; 15(1): 41-46.
- 2- Sabahi A, Ahmadian L, Ansari R, Salehi F, Mirzaei M. The Viewpoint of Patients with Cardiovascular Disease Regarding the Importance of Health Knowledge Acquisition and Its Role in the Treatment Process. *Health Inf Manage*, 2017; 13(6): 394-8.
- 3- Fuchs FS, Pittarelli A, Hahn EG, Ficker JH. Adherence to continuous positive airway pressure therapy for obstructive sleep apnea: impact of patient education after a longer treatment period. *Respiration*, 2010; 80(1): 32-7.
4. Golkhandan A., Sahraei S. The Prediction of Iran's Per Capita Health Expenditures up to 2041 Horizon Using the Genetic and Particle Swarm Optimization Algorithms. *Journal of healthcare management*, 2019; 9(4): 53-66.
5. Maharlou H, Barati O, Maher M. The Study of Inpatient Services Costs Provided to Cardiovascular Patients Referred to Al-Zahra Heart Hospital in Shiraz During 2ndHalf of 2013 and Compare to the Same Time After Iranian Health Transformation Plan Implementation. *Journal of healthcare management*, 2017; 7(2): 31-38.
- 6- Howlett JG. Palliative care in heart failure: addressing the largest care gap. *Curr Opin Cardiol*, 2011; 26(2): 144-8.
- 7- Montazer Ghaem H, Asar O, Safaei N. Assessing patient's quality of life after open heart surgery in Bandar Abbass, Iran. *MEDICAL JOURNAL OF HORMOZGAN UNIVERSITY*, 2012; 15(4): 254: 59.
- 8- Miri A, Ghanbari MA, Najafi A. The relationship between health literacy and the recovery rate of cardiovascular patients after bypass surgery. *J Health Lit*, 2016; 1(2): 83-91. URL: <http://literacy.ihepsa.ir/article-1-37-fa.html>
- 9- Foruzandeh N, Delaram M, Foruzandeh M, Darakhshandeh S. Study of mental health status of cardiovascular diseases patients and determination of some effective factors on it in the patients hospitalized in CCU and cardiology wards of Hajar Hospital, Shahrekord. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 2013; 2(2): 18-25.
- 10- Mahmoudi H, Taheri A. Relation between Information Literacy and Health Literacy of Students in Ferdowsi University of Mashhad. *Human Info Interact*, 2015; 2(2): URL: <http://hii.khu.ac.ir/article-1-2488-fa.html>. (In Persian).
- 11- Iranian Health Center. Health literacy movement. [On Line]. 2009; Available from: <http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?id=33479>. Accessed January 15, 2013. [In Persian]
- 12- Rezapour A., Alipour S, Alipour V, Soleymani Movahed M. Convergence of Per Capita Health Expenditures and Health Outcomes in Countries of the Economic Cooperation Organization. *Journal of healthcare management*, 2019; 9(4): 27-40.
- 13- Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad Gh. The Relationship between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors among Elderly in Isfahan. *Journal of Health Systems Research*, 2011; 7(4): 1-12. [In Persian]
- 14- Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 2009; 24: 285-96.
- 15- Ferrans C, Powers M. Quality of life index: development and

- psychometric properties. *Rech Soins Infirm*, 2007; (88): 32-7.
- 16- Comin-Colet J, Lainscak M, Dickstein K, Filippatos GS, Johnson P, Lüscher TF, et al. The effect of intravenous ferric carboxymaltose on health-related quality of life in patients with chronic heart failure and iron deficiency: a subanalysis of the FAIR-HF study. *Eur Heart J*, 2013; 34(1): 30-8.
- 17- Bahador R MS, Nouhi E, Jahani Y, Quality of Life and its Related Factors in Patients with CHF, Referring to Jiroft Imam Khomeini Hospital, *Iran Journal of Nursing (IJN)*, 2017; 30(105): 23-33.
- 18- Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med*, 2011; 26(9): 979-86.
- 19- Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *Journal of health communication*, 2012; 17(3): 241-51.
20. Peyman N, Abdollahi M. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. *Journal of Health Literacy*, 2016; 1(1): 5-12.
- 21- Baker D W, Gazmararian J A, Williams M V, Scott T, Parker R M, Green D, Ren J, Peel J. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 2002; 92(8): 1278-1283
- 22- Chew LD, Bradley KA, Boyko E J. Brief Questions to Identify Patients with Inadequate Health Literacy. *Fam Med*, 2004; 36(8): 588-94.
- 23- Lee S.D, Tsai T, Tsai Y, Kuo K. N. Health Literacy, Health Status, and Healthcare Utilization of Taiwanese Adults: Results from a National Survey. *BMC Public Health*, 2010; 10(614): 1-8.
- 24- Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The Role of Health Literacy in Patients – physician Communication. *Fam Med*, 2002; 34(5): 383-9.
- 25- Edwards M, Wood F, Davies M., Edwards A. The Development of health Literacy in Patients with LongtermHealth Condition: the Health Literacy Pathway Model. *BMC Public Health*, 2012; 12: 130.
- 26- Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour K. [An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure]. *Journal of hayat*, 2006; 12(1): 77-86. [In Persian]
- 27- Seyam S, Heidarnia A R, Tavafian S S. Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. *J Birjand Univ Med Sci*, 2013; 19(6): 33-41. URL: <http://journal.bums.ac.ir/article-1-1227-fa.html>
- 28- Hosieni F, Mirzaei T, Ravari A, Akbary A. The relationship between health literacy and quality of life in retirement of Rafsanjan University of Medical Sciences. *J Health Lit*, 2016; 1(2): 92-99. URL: <http://literacy.ihepsa.ir/article-1-32-fa.html>
- 29- Khodabandeh M, Avarasin S M, Nikniaz L. The Relationship between Health Literacy, Perceived Self-efficacy and Self-care Performance of Female Senior High School Students in Health Promoting Schools of Miyaneh, 2016-2017. *J Health Lit*, 2017; 2(3): 164-176.
- 30- Lee E H, Lee Y W, Moon S H, A Structural Equation Model Linking Health Literacy to Self-efficacy, Self-care Activities, and Health-related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes, *Asian Nursing Research*, 2016, 10: 82-87.
- 31- Hooman HA. Modeling structural equations using LISREL software.

Tehran; Samt Publication; 2005. [In Persian]

32- Hair J, Hult TM, Ringle CM & Sarstedt M. partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM); 2013. Sage publishing

33- Zareban I, Izadirad H, jadgal K. Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran. J Health Lit, 2016; 1(2): 71-82. URL: <http://literacy.ihepsa.ir/article-1-26-fa.html>

34- Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafl GJ, Blackard B, et al. How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer? Cancer, 2012; 118(15).

The Mediating Effect of Self-Care Measures on the Relationship between Health literacy and Quality of life of Patients after Open Heart Surgery

Homayounfar M¹, Zargar SM², Danaei A³

Abstract

Introduction: Health literacy refers to the ability of individuals to acquire, analyze and understand the information and basic health services they need to contribute to their health issues and make the right decisions. Today, health literacy is one of the pillars of community health. The purpose of this study was to provide a model for assessing the effect of health literacy and self-care measures on the quality of life of cardiovascular patients after open heart surgery.

Methods: This study is an applied research and based on the method of data collection is a descriptive-survey type that the statistical population of the study was all patients who had open heart surgery at the Tehran heart center and among them, 138 people were selected by available sampling. Data gathering tool was a researcher-made questionnaire whose validity was confirmed by face validity and convergent validity and reliability of the questionnaire was confirmed by Cronbach's alpha. Structural equation method was used to analyze the collected data.

Results: The results of hypothesis testing showed Health literacy with path coefficient (0.685) has a positive and significant effect on self-care measures, Health literacy with path coefficient (0.350) has a positive and significant effect on patients' quality of life, and self-care measures with path coefficient (0.418) have a positive and significant effect on patients' quality of life.

Conclusion: Improvement of health literacy and self-care behaviors in cardiac patients after open heart surgery can improve the quality of life of these patients after surgery and reduce complications after surgery.

Keywords: health literacy, self-care measures, quality of life, cardiovascular patients, open heart surgery.

1- Assistant Professor, Department of Management, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

2- Assistant Professor, Department of Management, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran, (Corresponding Author), rezghih@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Management, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran