

## Investigate the Relationship Between Self-Care, Health Literacy and Social Support in Patients with Hypertension Referring to the Specialized Heart Clinic of Tohid Hospital in Sanandaj

Rozhin Bahmani<sup>1</sup>, Nazila Olyaie<sup>2</sup>, Sonia Darvishi<sup>3</sup>, Neda Sheikhaeryae<sup>4\*</sup>

1. Student, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
2. Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
3. Statistics Consultant, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
4. Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

### Article Info

Received: 2020/08/03;  
Accepted: 2020/09/06;  
Published Online: 2021/09/21

 [10.30699/ajnmc.29.3.190](https://doi.org/10.30699/ajnmc.29.3.190)

Original Article

Use your device to scan  
and read the article online



### ABSTRACT

**Introduction:** Self-care in hypertension is one of the most significant strategies in order to control the disease; moreover, health literacy and social support are regarded as effective factors in this case. Therefore, considering the necessity and need of society in promoting the level of health literacy and social support, as well as the role and importance of self-care in hypertension, the aim of the present study was to determine the relationship among self-care behavior and health literacy and social support in patients suffering from hypertension.

**Methods:** The descriptive-analytical study was cross-sectional and was conducted on 400 patients with hypertension referring to the specialized heart clinic of Tohid Hospital in Sanandaj, Iran, using the convenience sampling method. The Four-part Demographic Questionnaire, the Self-Care Behavior Assessment Questionnaire, the Health Literacy for Iranian Adults Questionnaire and Social Support Questionnaire were used so as to collect the data. To analyze the data, SPSS software version 21 and parametric tests of Pearson correlation coefficient and non-parametric Kruskal-Wallis analysis were used.

**Results:** The findings indicated that mean and standard deviation of Self-Care Behavior Score and Health Literacy and Social Support were  $38/64 \pm 8/83$ ,  $63/10 \pm 11/16$  and  $91/54 \pm 6/93$ , respectively. There was a Positive significant relationship between Self-Care Behavior and Health Literacy ( $r=0/491$ ,  $P \text{ value}=0/00$ ), Self-Care Behavior and Social Support ( $r=0/322$ ,  $P \text{ value}=0/00$ ), Social Support and Health Literacy ( $r=0/337$ ,  $P \text{ value}=0/00$ ).

**Conclusion:** The results of the present study showed that having health literacy and social support would influence the individual and the occurrence of self-care behaviors, and since these cases are highly effective in preventing and controlling hypertension, it is necessary to train and promote them in the health system.

**Keywords:** Hypertension, Self-care, Health literacy, Social support

### Corresponding Information:

Neda Sheikhaeryae, Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. Email: [n.akaryaie@gmail.com](mailto:n.akaryaie@gmail.com)

Copyright © 2021, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

### How to Cite This Article:

Bahmani R, Olyaie N, darvishi S, Sheikhaeryae N. Investigate the Relationship Between Self-Care, Health Literacy and Social Support in Patients with Hypertension Referring to the Specialized Heart Clinic of Tohid Hospital in Sanandaj. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2021; 29 (3) :190-200

## بررسی ارتباط خودمراقبتی، سواد سلامت و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به فشار خون مراجعه کننده به کلینیک تخصصی قلب بیمارستان توحید سنندج

روژین بهمنی<sup>۱</sup>، نازیلا علیایی<sup>۲</sup>، سونیا درویشی<sup>۳</sup>، ندا شیخ ذکریایی<sup>۴\*</sup>

۱. دانشجو، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پرستاری و مامایی، کردستان، ایران
۲. مربی، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پرستاری و مامایی، کردستان، ایران
۳. مشاور آماری، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پرستاری و مامایی، کردستان، ایران
۴. استادیار، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پرستاری و مامایی، کردستان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p><b>مقدمه:</b> خودمراقبتی در پرفشاری خون، یکی از مهم ترین راهکارهای کنترل این بیماری محسوب می شود که عواملی مانند سواد سلامت و حمایت اجتماعی نیز مؤلفه هایی مؤثر در این راستا هستند. نظر به نیاز جامعه در ارتقای سواد سلامت و حمایت اجتماعی، همچنین نقش و اهمیت خودمراقبتی در پرفشاری خون، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط رفتار خودمراقبتی، سواد سلامت و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شده است.</p> <p><b>روش کار:</b> مطالعه توصیفی - همبستگی حاضر به صورت مقطعی بر روی ۴۰۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک تخصصی قلب بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۸ به روش نمونه گیری دردسترس انجام شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه چهار قسمتی دموگرافیک، پرسشنامه ارزیابی رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، پرسشنامه سواد سلامت و پرسشنامه حمایت اجتماعی استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون های پارامتری ضریب همبستگی پیرسون و آزمون آنالیز ناپارامتریک کروسکال والیس استفاده شد.</p> <p><b>یافته ها:</b> نتایج میانگین و انحراف معیار نمره رفتارهای خودمراقبتی، سواد سلامت و حمایت اجتماعی واحدهای مورد پژوهش به ترتیب <math>8/83 \pm 3/8/664</math>، <math>11/16 \pm 63/10</math> و <math>63/93 \pm 91/54</math> است. همچنین میان ابعاد خودمراقبتی و سواد سلامت (<math>r=0/491</math>، <math>P \text{ value}=0/00</math>)، خودمراقبتی و حمایت اجتماعی (<math>P=0/00</math>)، <math>r=0/322</math>، <math>P \text{ value}=0/00</math>)، حمایت اجتماعی و سواد سلامت (<math>r=0/337</math>، <math>P \text{ value}=0/00</math>) ارتباط معنی داری دیده شد.</p> <p><b>نتیجه گیری:</b> نتایج نشان می دهد که برخورداری از سواد سلامت و حمایت اجتماعی سبب اثرگذاری بر فرد و بروز رفتارهای خودمراقبتی خواهد شد و از آنجا که این موارد در پیشگیری و کنترل بهتر پرفشاری خون بسیار مؤثرند، باید به آموزش و ارتقای آنها در نظام سلامت اقدام کرد.</p> <p><b>کلیدواژه ها:</b> پرفشاری خون، خودمراقبتی، سواد سلامت، حمایت اجتماعی</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۵/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۶ انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۶/۳۰</p> <p><b>نویسنده مسئول:</b> ندا شیخ ذکریایی استادیار، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پرستاری و مامایی، کردستان، ایران پست الکترونیک: <a href="mailto:n.akaryaie@gmail.com">n.akaryaie@gmail.com</a></p> <p>برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.</p> 

### مقدمه

در استانه قرن ۲۱ میلادی، یکی از برجسته ترین وقایعی که جوامع و کادر بهداشتی با آن مواجه بوده اند، شیوع روزافزون بیماری های مزمن بوده است که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد به طور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آنها تأثیرگذار بوده است [۱]. این دسته از بیماری ها آسیب های جبران ناپذیری به دنبال دارند و به شدت کیفیت زندگی بیماران

را تحت تأثیر قرار می دهند؛ به طوری که بیمار نه تنها ناچار است برای یک دوره طولانی یا حتی تا پایان عمر این بیماری را تحمل کند، بلکه باید با عوارض ناشی از آن کنار بیاید و خود را با شرایط دشوار آن سازگار کند [۲].

یکی از شایع ترین بیماری های مزمن، پرفشاری خون است که گاهی به آن پرفشاری شریانی نیز گفته می شود؛ بیماری

پرفشاری خون تأثیرگذار باشند. از جمله این عوامل می‌توان به حمایت اجتماعی و سواد سلامت اشاره کرد که ممکن است با خودمراقبتی ارتباط داشته باشند. سواد سلامت، حاصل تشریح مساعی عوامل اجتماعی و فردی است و به نگرانی‌ها و ابعاد سواد در زمینه سلامت می‌پردازد و شاخص حیاتی و مهمی در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است [۱۶، ۱۷] که در مطالعه‌ای مشخص شد تنها ۴۱/۶ درصد از بیماران مبتلا به پرفشاری خون در ایران سطح سواد سلامت کافی داشتند [۱۸].

از سوی دیگر، سواد سلامت ناکافی نیز پیش‌بینی‌کننده رفتارهای بهداشتی کمتر، میزان بالاتر بستری‌شدن در بیمارستان، دشواری در برقراری ارتباط کلامی با ارائه‌دهندگان خدمات و وضعیت ضعیف‌تر سلامت است. یک فرد بدون سواد سلامت کافی ممکن است اطلاعات بهداشتی مکتوب را نفهمد، یا آنچه کارکنان حرفه‌ای بهداشت درباره وضعیت سلامتش به او می‌گویند درک نکند یا نتواند دستورات کتبی و شفاهی را برای مدیریت وضعیت خود دنبال کند، برچسب‌های روی بسته‌های غذا و داروها را بخواند یا اطلاعات بهداشتی ارائه‌شده در پوسترها یا بروشورها را درک کند [۱۹]. همچنین نتایج مطالعه آدیسون و همکاران نیز نشان داد آنهایی که سواد سلامت کافی داشتند میزان پرفشاری خون در آنها کمتر بوده است [۲۰]. در بعضی مطالعات انجام‌شده نیز درباره ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی پرفشاری خون نتایج متفاوتی گزارش شده است؛ برای مثال در مطالعه هوتچیسون و همکاران و اینگرام و همکاران بین سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی ارتباطی دیده نشده است [۲۱].

همچنین اهمیت حمایت اجتماعی برای بیماران در مدیریت بیماری‌های مزمن از دیرباز شناخته شده است. حمایت اجتماعی ادراک‌شده تأثیرات فراوانی بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد دارد [۲۲] و به‌عنوان عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط تنش‌زای زندگی شناخته شده است [۲۳]. نتایج مطالعه امیدوی و همکاران نیز نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی با مدیریت پرفشاری خون رابطه معناداری دارد [۲۴]. اما در مطالعه Chlebony بین حمایت اجتماعی و رفتار خودمراقبتی هم‌بستگی معناداری مشاهده نشد. از طرفی با توجه به اینکه یکی از وظایف پرستار توجه به عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران است، پرستاران باید

مزمنی که در آن فشارخون در شریان‌ها بالا می‌رود. پرفشاری خون به فشارخون سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه اطلاق می‌شود [۱] پرفشاری خون، به‌دلیل نبود نشانه‌های آشکار و قابل تشخیص و عوارض ناخوشایند قلبی-عروقی ناشی از آن، به قاتل خاموش معروف است [۳].

در دنیا تقریباً ۴ نفر از هر ۱۰ نفر بزرگ‌سال بالای ۲۵ سال مبتلا به پرفشاری خون هستند و در بسیاری از کشورها یک نفر از هر ۵ نفر پرفشاری خون دارند. در ایران در افراد ۱۸ سال و بالاتر شیوع این بیماری حدود ۲۶ درصد است [۴] همچنین بررسی‌های مختلف حاکی از افزایش چشمگیر در شیوع پرفشاری خون در خاورمیانه است [۵]. نتایج تحقیق انجام‌شده در سال ۲۰۱۵ نیز نشان می‌دهد که شیوع پرفشاری خون در کشورهای آسیایی بالا و مشابه هم است؛ به‌طوری‌که در کره جنوبی ۳۰ درصد، در مغولستان ۴۷ درصد و در چین ۳۹ درصد [۶] و از طرفی شیوع پرفشاری خون در ایران ۱۳/۹ درصد است [۷] براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی پرفشاری خون سومین دلیل مرگ و میر در دنیا و علت مرگ یک نفر از هر ۸ نفر است [۸]. این بیماری مانند بیشتر بیماری‌های مزمن، با شیوه زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت کنترل‌نشدن به‌موقع و مناسب، موجب بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد ناتوانی قابل‌توجه، کاهش بهره‌وری و درنهایت کاهش کیفیت زندگی مردم می‌شود [۹، ۱۰].

با توجه به اینکه بیماری مزمن نیازمند مراقبت مزمن است، بسیاری معتقدند به‌منظور ساماندهی این بیماران و تسهیل کارها، باید مراقبت‌ها توسط خود افراد انجام گیرد [۱۱]. مفهوم «مراقبت از خود» اولین بار توسط اورم مطرح شد و در سال ۱۹۵۹ انتشار یافت [۱۲] براساس این تعریف، مراقبت از خود رفتارهای آموخته‌شده‌ای هستند که شخص برای حفظ یا ارتقای زندگی، سلامتی، خوب‌بودن، پیشگیری و درمان انجام می‌دهد [۱۳] خودمراقبتی جزئی مهم از کنترل بیماری و فرایندی نسبی است که رفتارها و انتخاب‌های هدفمندی را به همراه دارد و منعکس‌کننده نگرش و دانش هر فرد است [۱۴]. اصل مهم در مراقبت از خود، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است [۱۵].

عوامل متعددی از قبیل عوامل جسمی، اجتماعی، معنوی، روانی و عاطفی می‌توانند بر خودمراقبتی بیماران دارای

تحصیلات، تأهل، اشتغال، بیمه درمانی، سابقه خانوادگی و مدت زمان ابتلا به پرفشاری خون و محل سکونت است. دومین پرسشنامه «ارزیابی رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشار خون» (HTN-SCP)<sup>۱</sup> شامل ۲۰ سؤال با مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای بود که حداقل امتیاز کسب شده ۲۰ و حداکثر امتیاز ۸۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح مطلوب‌تری از خودمراقبتی خواهد بود. این پرسشنامه در سال ۲۰۱۴ توسط Han و همکاران طراحی شده بود و توسط قانعی قشلاق و همکاران در ایران ترجمه و روان‌سنجی شده است. پایایی این پرسشنامه در مطالعات قبلی از روش آزمون-باز آزمون و با آلفای کرونباخ ۰/۷۰ تأیید شده است [۲۶]. سومین پرسشنامه «سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران» (HELIA)<sup>۲</sup> که یکی از معتبرترین پرسشنامه‌های سواد سلامت و شامل ۳۳ گویه و ۵ خرده مقیاس است. درنهایت برای هر فرد نمره‌ای بین ۳۳ تا ۱۶۵ به دست آمد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از سواد سلامت است. پایایی این پرسشنامه در مطالعات قبلی ۷۲ تا ۸۹ درصد قابل قبول به دست آمده بود [۲۷]. چهارمین پرسشنامه «حمایت اجتماعی واکس و همکاران» در سال ۱۹۸۶ ساخته شد که شامل ۲۳ سؤال در ۳ زیرمقیاس حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران با مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای است. محدوده امتیازات بین ۲۳-۱۱۵ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر از حمایت اجتماعی بود [۲۸]. پایایی این پرسشنامه در مطالعات قبلی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تأیید شده است [۲۹].

اطلاعات توسط پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان (398.286 IR.MUK.REC)، کسب مجوز از ریاست و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مراجعه به مدیریت مرکز آموزشی-درمانی توحید شهر سنندج و کسب اجازه از مدیریت مرکز آموزشی-درمانی توحید شهر سنندج، ارائه توضیحات کامل درباره اهداف پژوهش، جلب رضایت آنها و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط بیماران، با حفظ محرمانگی اطلاعات واحدهای مورد پژوهش در تمام مراحل پژوهش، جمع‌آوری شد.

برای تحلیل داده‌های مطالعه از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA) نسخه ۲۲ استفاده شد.

حمایت از بیمار را از وظایف اخلاقی و حرفه‌ای خود بدانند و با اعمال و فعالیت‌های متنوع خود به حمایت اجتماعی بیمار کمک کنند [۲۵].

بنابراین نظر به ضرورت و نیاز جامعه در ارتقای سطح سواد سلامت و حمایت اجتماعی و همچنین نقش و اهمیت خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن به‌ویژه پرفشاری خون و با توجه به اینکه مطالعات درباره سواد سلامت و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در کشورهای دیگر و در کشور ما نتایج متفاوتی داشته است و نظر به اینکه مطالعات محدودی در این زمینه در کشور ما انجام شده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین رفتار خودمراقبتی و ارتباط آن با سواد سلامت و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی قلب بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۸ اجرا شد.

## روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و به‌صورت مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش، همه بیماران مبتلا به پرفشاری خون بودند که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک تخصصی قلب بیمارستان توحید سنندج مراجعه کردند. حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و از میان نمونه‌های واجد شرایط که معیار ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها نیز صورت گرفت. نمونه‌ها شامل ۴۰۰ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی قلب بیمارستان توحید شهرستان سنندج بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مدرک تحصیلی سیکل و بالاتر، دامنه سنی ۱۸ تا ۷۵ سال، داشتن فشارخون اولیه (فشارخون سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه)، گذشت حداقل یک سال از قطعی شدن تشخیص، مصرف حداقل یک نوع دارو برای کنترل پرفشاری خون، مبتلانبودن به بیماری‌های کلیوی و تمایل به شرکت در پژوهش بودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: انصراف از شرکت در مطالعه، پرسشنامه‌های ناقص و بدحال شدن بیمار.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ۴ پرسشنامه استفاده شد که به بیمار برای تکمیل داده شد. پرسشنامه اول شامل مشخصات دموگرافیک از قبیل سن، جنسیت و میزان

<sup>۲</sup> Health Literacy for Iranian Adults (HELIA)

<sup>۱</sup> Hypertension Self-Care Profile

متغیر خودمراقبتی ارتباط معنی داری ( $P \text{ value} < 0/05$ ) وجود ندارد. درخصوص مدت زمان ابتلا به پرفشاری خون، بیشترین نمره خودمراقبتی ( $4/87 \pm 46/44$ ) به بیماران با ابتلای بیشتر از ۱۵ سال و کمترین نمره ( $9/01 \pm 37/26$ ) مربوط به بیماران کمتر از ۵ سال بود. نتایج آزمون آنالیز ناپارامتریک کروسکال والیس نشان می‌دهد که بین مدت زمان ابتلا به پرفشاری خون و متغیر خودمراقبتی ارتباط معنی داری ( $P < \text{value } 0/05$ ) وجود ندارد.

براساس تحلیل آماری بین محل سکونت و متغیر خودمراقبتی، بیشترین نمره خودمراقبتی ( $8/54 \pm 38/78$ ) به بیماران ساکن شهر و کمترین نمره ( $10/26 \pm 37/92$ ) مربوط به بیماران ساکن روستا بود. نتایج آزمون آنالیز ناپارامتریک کروسکال والیس نشان می‌دهد که بین محل سکونت و متغیر خودمراقبتی ارتباط معنی داری ( $P \text{ value} < 0/05$ ) وجود ندارد. بیشترین نمره سواد سلامت ( $11/99 \pm 65/32$ ) به بیماران بالای ۴۵ سال و کمترین نمره ( $8/03 \pm 58/46$ ) مربوط به بیماران کمتر از ۳۵ سال بود. نتایج آزمون آنالیز ناپارامتریک کروسکال والیس نشان می‌دهد که بین سن و متغیر سواد سلامت ارتباط معنی داری ( $P \text{ value} < 0/01$ ) وجود دارد. بیشترین نمره سواد سلامت ( $11/59 \pm 63/8$ ) مربوط به بیماران آقا و کمترین نمره ( $10/84 \pm 62/41$ ) مربوط به بیماران خانم بود. نتایج آزمون آنالیز ناپارامتریک کروسکال والیس نشان می‌دهد که بین جنسیت و متغیر سواد سلامت ارتباط معنی داری ( $\text{value} < 0/05$ ) وجود ندارد. همبستگی میان متغیرهای خودمراقبتی، سواد سلامت و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در جدول ۲ آمده است.

شاخص‌های تمرکز و پراکندگی میزان سواد سلامت و حمایت اجتماعی در رفتار خودمراقبتی به صورت کلی و برحسب متغیرهای زمینه‌ای به همراه فاصله اطمینان ۹۵ درصد آنها برآورد شد. برای تحلیل داده‌ها و بررسی روابط میان متغیرهای مختلف ابتدا از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد، اما به دلیل نرمال نبودن داده‌ها در نهایت از آزمون‌های پارامتری ضریب همبستگی پیرسون و آزمون آنالیز ناپارامتریک کروسکال والیس استفاده شد. سطح معناداری برابر ۵ درصد در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۲۲۹ نفر (۵۷/۳ درصد) از بیماران را زنان و ۱۷۱ نفر (۴۲/۸ درصد) را مردان تشکیل دادند. از نظر سنی، بیشترین درصد نمونه‌ها را افراد بالای ۴۵ سال (۵۸/۵ درصد) تشکیل دادند. تحلیل‌های آماری درباره محل سکونت نشان داد که ۳۳۵ نفر (۸۳/۸ درصد) از بیماران ساکن شهر و ۴۱/۵ درصد آزمودنی‌ها دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. ۲۳۷ نفر (۵۹/۳ درصد) از شرکت‌کنندگان در پژوهش متأهل و ۶۶ نفر (۱۶/۵ درصد) مجرد بودند. براساس یافته‌های حاصل از پژوهش، بیشترین درصد بیماران را زنان خانه‌دار (۳۹/۸ درصد) شامل می‌شدند. ۲۱۷ نفر (۵۴/۳ درصد) دارای سابقه خانوادگی فشارخون بودند. براساس یافته‌های به دست آمده بیشترین تعداد بیماران در این پژوهش (۵۱/۷ درصد) کمتر از ۵ سال به فشارخون مبتلا بودند.

در مطالعه حاضر بیشترین نمره خودمراقبتی ( $8/54 \pm 38/78$ ) مربوط به بیماران ساکن شهر بود. نتایج آزمون آنالیز ناپارامتریک کروسکال والیس نشان داد که بین محل سکونت و

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی قلب بیمارستان توحید

#### سنندج

متغیر تعداد درصد
سن $> 35$ ۱۶/۲۶۵
۲۵-۳۵ ۲۵/۲۱۰
۳۵-۴۶ ۸/۶۳۴
۴۶-۵۶ ۱۷/۵۷۰
۵۶-۶۶ ۳۲/۵۱۳
جنس زن ۵۷/۳۲۲۹
مرد ۴۲/۸۱۷۱
سطح تحصیلات سیکل ۱۶/۵۶۶

متغیر تعداد درصد	
دیپلم	۸/۲۳۳
کاردانی	۳۶/۱۴۴
کارشناسی	۲۸/۱۱۲
ارشد	۸/۵۳۴
دکتری	۲/۸۱۱
وضعیت تأهل مجرد	۱۶/۵۶۶
متاهل	۵۹/۳۲۳۷
مطلقه-بیوه	۲۴/۲۹۷
شغل خانه دار	۳۹/۸۱۵۹
کارمند	۲۲/۸۹۱
آزاد	۱۸/۳۷۳
بیکار	۶/۳۲۵
بازنشسته	۱۲/۸۵۲
وضعیت بیمه دارد	۷۸/۸۳۱۵
ندارد	۲۱/۲۸۵
سابقه خانوادگی دارد	۵۴/۲۲۱۷
فشارخون ندارد	۴۵/۸۱۸۳
مدت زمان ابتلا >۵	۵۱/۷۲۰۷
به فشارخون ۱۰-۱۵	۳۸/۸۱۵۵
۱۵-۲۰	۷/۲۲۹
<۱۵	۲/۳۹۱۵
محل سکونت شهر	۸۳/۸۲۳۵
روستا	۱۶/۲۶۵

جدول ۲. توزیع فراوانی میانگین و انحراف معیار متغیرهای خود مراقبتی، سواد سلامت و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به پرفشاری خون

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	P
خود مراقبتی	۳۸/۶۴	۸/۸۳	۰/۰۰۱
سواد سلامت	۶۳/۱۰	۱۱/۱۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	۹۱/۵۴	۶/۹۳	۰/۰۰۱

براساس نتایج به دست آمده از جدول ۲، میزان خودمراقبتی در واحدهای مورد پژوهش برابر  $۳۸/۶۴ \pm ۸/۸۳$ ، میزان سواد سلامت در واحدهای مورد پژوهش برابر  $۶۳/۱۰ \pm ۱۱/۱۶$  و میزان حمایت اجتماعی در واحدهای مورد پژوهش برابر  $۹۱/۵۴ \pm ۶/۹۳$  بود.

جدول ۳. بررسی هم بستگی میان متغیرهای خودمراقبتی، سواد سلامت و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک تخصصی قلب بیمارستان توحید شهرستان سنندج

متغیرها	خود مراقبتی	سواد سلامت	حمایت اجتماعی
خود مراقبتی	۱	p value=۰/۰۰ r=۰/۴۹۱	p value=۰/۰۰ r=۰/۳۲۲
سواد سلامت	p value=۰/۰۰ r=۰/۴۹۱	۱	p value=۰/۰۰ r=۰/۳۳۷

متغیرها	خود مراقبتی	سواد سلامت	حمایت اجتماعی
حمایت اجتماعی	p value=۰/۰۰ r=۰/۳۲۲	p value=۰/۰۰ r=۰/۳۳۷	۱

خودمراقبتی و حمایت اجتماعی ( $r=۰/۳۲۲$ ,  $P$  value=۰/۰۰) و بین حمایت اجتماعی و سواد سلامت ( $P$  value=۰/۰۰) در سطح ۰/۰۱ هم‌بستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

به‌منظور بررسی هم‌بستگی متغیرهای خودمراقبتی، سواد سلامت و حمایت اجتماعی در بیماران از آزمون هم‌بستگی اسپیرمن استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که بین خودمراقبتی و سواد سلامت ( $r=۰/۴۹۱$ ,  $P$  value=۰/۰۰) و

جدول ۴. نتایج رگرسیون خطی (Backward) برای تأثیر پیشگویی حمایت اجتماعی، سواد سلامت و دموگرافیک بر خودمراقبتی

متغیر	ضریب رگرسیونی	آماره t	Sig.
(ثابت)	۵۰٫۴۲	۵٫۶	۰٫۰۰۰
سطح سواد	-۱٫۶۸	-۳٫۸۲	۰٫۰۰۰
وضعیت تأهل	-۲٫۱۳	-۲٫۴۸	۰٫۰۱
وضعیت اشتغال	۰٫۸۶	۲٫۲۷	۰٫۰۲
وضعیت بیمه	-۵٫۸۷	-۳٫۷	۰٫۰۰۰
سواد سلامت	۰٫۲۹	۶٫۹	۰٫۰۰۰
حمایت اجتماعی	-۰٫۱۹	-۲٫۴۳	۰٫۰۱

R<sup>2</sup>= 0.40

R=0.64

## بحث

جامعه سالمندان مبتلا به پرفشاری خون نیز از یافته‌های مطالعه حاضر حمایت می‌کند [۲۵] با نتایج مطالعه Marzangi، Ahangarzadeh Rezaei و Ghareagaji Asl که بر روی ۳۷۴ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی صورت گرفته بود، هم‌خوانی دارد [۲۶]. در مطالعه Warren و همکاران نیز سواد سلامت در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در آمریکا در سطح مطلوبی نبود [۲۷].

اما نتایج پژوهش Seyedoshohadae و همکاران و Rafiezadeh و همکاران با نتایج حاضر مغایرت داشت که می‌تواند ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش باشد [۲۸، ۲۹]. از آنجا که سواد سلامت در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در حد مطلوبی مشاهده نشد و نبود سواد سلامت مطلوب مانعی برای مدیریت رفتارهای خودمراقبتی است، لازم است بخش‌های جامعه از جمله رسانه‌های گروهی مانند تلویزیون و رادیو با تهیه برنامه‌های آموزشی و دادن اطلاعات سلامت متناسب با نیازها و توان مخاطبان برای ارتقای سواد سلامت همه افراد جامعه بکوشند و با تولید رسانه‌های آموزشی ساده و قابل فهم برای افراد دارای سواد سلامت پایین به آنان کمک کنند تا سطح سواد سلامت خود را بهبود بخشند. علاوه بر این، متخصصان حرفه

براساس نتایج این پژوهش، میانگین و انحراف معیار کلی رفتار خودمراقبتی ( $۳۸/۶۴ \pm ۸/۸۳$ ) در سطح ضعیفی ارزیابی شد که با نتایج مطالعه Shabibi و همکاران که میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی در آن  $۳۱/۳۴ \pm ۸/۸۹$  گزارش شد، مطابقت دارد [۱۹]. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Rahimi و همکاران [۲۰]، Firooz و همکاران [۲۱] و Allahyari و همکاران کاملاً هم‌خوانی دارد [۲۲]. نتایج مطالعه Newell و همکاران نیز رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون را در سطح نامطلوبی گزارش کردند [۲۳] که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد، اما نتایج پژوهش Peyman و همکاران با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارد که می‌تواند ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش و فرهنگ غالب باشد [۲۴].

از نظر پژوهشگر وجود مسائل فرهنگی و اقتصادی در جامعه و فشارهای روانی ناشی از آن و عدم آگاهی‌های موجود درباره عوارض سوء عدم رعایت اصول درمانی و مراقبتی سبب بروز درصد پایین رفتارهای خودمراقبتی در جامعه شده است. در مطالعه حاضر میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت ( $۶۳/۱۰ \pm ۱۱/۱۶$ ) بود که نشان‌دهنده سطح پایین سواد سلامت در جامعه است. نتایج مطالعه Rahmati و همکاران در

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین رفتار خودمراقبتی و حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و به عبارتی افزایش تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی عاملی است که سبب افزایش تقاضای دریافت حمایت اجتماعی خواهد بود که با نتایج مطالعه Taher و همکاران و Mirzaei، Moghimbeigi و Arabi هم‌خوانی دارد [۳۲]. همچنین در مطالعه Alizadeh و همکاران نیز هم‌بستگی مثبت و معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی گزارش شد [۳۳]. از سوی دیگر Alizadeh به نقل از راک ول می‌نویسد که حمایت اجتماعی در رفتارهای خودمدیریتی تأثیری ندارد و برخی هنگام ارائه خدمت از سوی دیگران دچار تنش می‌شوند. این افراد اظهار می‌کنند حمایت بیش‌ازحد، میزان وابستگی آن‌ها به اعضای خانواده و اطرافیان را افزایش می‌دهد [۳۲، ۳۳].

شواهدی وجود دارد که حمایت اجتماعی اثرات محافظت‌کننده‌ای بر بیماران دارد. نبود حمایت اجتماعی عامل پیش‌بینی‌کننده مهمی برای پذیرش مجدد در بیمارستان و مرگ و میر در بیماران است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به حضور مؤثر اعضای خانواده، به‌ویژه همسر در سیر درمان که مهم‌ترین عامل حمایت‌کننده است، با افزایش توجه و محبت به بیماران می‌توان قدرت تطابق با بیماری را در او بیشتر کرد و احتمال عود بیماری را تا حد زیادی کاهش داد و از این طریق حضور بیمار را مانند گذشته در محیط خانواده و اجتماع پررنگ‌تر دید. درواقع افرادی که حمایت اجتماعی مطلوب از طرف خانواده، دوستان و کادر درمانی دریافت می‌کنند، شادکامی و رضایت از زندگی و در کل کیفیت زندگی بهتری دارند و به بیان دیگر حمایت اجتماعی از سوی افراد کلید افزایش احترام به خود، کاهش سرزنش خود، کمتر تهدیدآمیز تلقی کردن بیماری و مشکلات و سازگاری بهتر را به دنبال دارد. در مطالعه حاضر، بین حمایت اجتماعی و سواد سلامت هم‌بستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت، به عبارتی با بالاتر رفتن سواد سلامت، میزان حمایت اجتماعی بیشتری دیده شد که با نتایج حاصل از پژوهش Ziaee و Kamimura و همکاران هم‌خوانی دارد [۳۴]. اما با نتایج Lora و همکاران مغایرت دارد [۳۵] که می‌تواند ناشی از تفاوت فرهنگی غالب باشد.

به عبارت دیگر، ارتقای سلامت، فرایند قادرسازی افراد برای کنترل سلامتی خود و عوامل مؤثر بر آن است. افراد با سواد

سلامت و تولیدکنندگان اطلاعات سلامت نیز باید با شناخت جامعه مخاطب خود و نیازها و توانمندی‌های آنان، منابع آموزشی (از جمله وب‌سایت‌ها و مواد دیداری، شنیداری، بروشورها و یا قالب‌های دیگر منابع) تهیه کنند. انتظار می‌رود با بهبود و ارتقای سطح سواد سلامت افراد جامعه، مشکلات ناشی از سطح سواد سلامت ناکافی کاهش یابد.

براساس نتایج مطالعه حاضر حمایت اجتماعی در جامعه در سطح مطلوب ارزیابی شد ( $6/93 \pm 91/54$ ) که نشان‌دهنده سطح بالای حمایت اجتماعی در جامعه بود که با نتایج مطالعه [۳۰] در یک راستاست، اما در مطالعه Moghimbeigi، Mirzaei و Arabi و Mardanian Dehkordi و Kahangi سطح حمایت اجتماعی در سطح متوسط و پایین بود که می‌تواند ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش باشد [۳۱، ۳۲].

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که بین رفتار خودمراقبتی و سواد سلامت ارتباط معنی‌داری وجود دارد و به عبارتی کسانی که سواد سلامت بالاتری دارند، خودمراقبتی را بیشتر رعایت می‌کنند. Chen و همکاران نیز در مطالعه خود ارتباط مثبتی را میان سواد سلامت و تبعیت از خودمراقبتی گزارش کردند [۳۴]. در مطالعه Wu و همکاران نیز بیماران با سواد سلامت پایین، آگاهی کمتری از نارسایی قلبی، تبعیت از درمان ضعیف‌تر و دریافت سدیم بیشتر را گزارش کردند [۳۵]. همچنین در مطالعه Matsuoka و همکاران سواد سلامت عامل تعیین‌کننده رفتار خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی و دیابت بود و بیمارانی که دارای سواد سلامت پایین بودند، خودمراقبتی ضعیف‌تری از کسانی داشتند که دارای سواد سلامت بالا بودند که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد [۳۶-۳۸]. بدیهی است سواد سلامت بالا محرکی برای کنترل رفتارهای خودمراقبتی و بهبود شرایط بیمار و پیشگیری از عوارض زود هنگام و حتی طولانی‌مدت بیماری خواهد بود. این موضوع نشان می‌دهد توجه به سواد سلامت یکی از عوامل مهم در خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون الزامی است و برنامه‌های آموزش سلامت باید تمرکز بیشتری بر مقوله سواد سلامت داشته باشند. همچنین برای افزایش سطح سواد سلامت افراد باید آموزش کارکنان نظام سلامت مدنظر قرار بگیرد. یکی از مؤثرترین ابزارهای ارتقای سواد سلامت، فضای مجازی و اینترنتی است که به دلیل سهولت دسترسی می‌تواند بستر مناسبی برای رشد و افزایش سواد سلامت بیماران باشد.



سلامت و خودمراقبتی و حمایت اجتماعی و حمایت اجتماعی و سواد سلامت وجود دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت سواد سلامت عامل مهمی برای تعیین شاخص خودمدیریتی شامل تبعیت از رژیم دارویی و غذایی و ورزش است؛ به عبارت دیگر هرچه سواد سلامت فرد بالاتر باشد، درک بالاتری از بیماری و نحوه مراقبت خود دارد که می‌تواند علائم بیماری را تا حد زیادی کنترل کرده و با اعتمادبه‌نفس بیشتری بیماری خود را مدیریت کنند. همچنین حمایت اجتماعی بیمار مبتلا به پرفشاری خون به‌ویژه حمایت خانواده و مراکز مراقبتی و درمانی می‌تواند سبب شود فرد بیمار به توانایی خود برای مدیریت و کنترل بیماری اعتماد کرده و بهتر بتواند رفتارهای خودمراقبتی را انجام دهد و به‌نوعی این حمایت مطلوب به بهبود باور به اثربخشی درمان و مدیریت بهتر پرفشاری خون می‌انجامد.

### سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان است. بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه به‌دلیل حمایت مالی و همچنین از همه عزیزانی که نهایت همکاری را با ما داشته‌اند و ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض در منافع

بین نویسندگان مقاله، تعارض در منافی وجود ندارد.

### منابع مالی

ندارد.

سلامت ناکافی توانایی کمتری در ارزیابی اطلاعات، درک کیفیت اطلاعات و اعتماد به آن داشته و اطلاعات کمتری از وضعیت سلامتی خود دارند و ممکن است با پردازش نادرست اطلاعات مربوط به سلامتی، استفاده نامناسب از داروها، پیروی نکردن از دستورات پزشک و مشارکت کمتر درباره تصمیم‌گیری‌های درمانی موفقیت درمان را کاهش دهند؛ بنابراین ضروری است به‌منظور تلاش برای افزایش سواد سلامت افراد علاوه بر افزایش دسترسی آنها به محتوای آموزشی، اطمینان حاصل شود که افراد این مطالب را درک می‌کنند و توانایی لازم برای تصمیم‌گیری براساس آن را دارند؛ زیرا بدون درک کافی اطلاعات سلامت، تصمیم‌گیری به پیامدهای نامطلوب سلامت و نپذیرفتن مسئولیت‌های مربوط منجر خواهد شد. این امر زمانی امکان‌پذیر است که فرد در سایه حمایت‌های خانواده و جامعه این روند را طی کند. در مجموع می‌توان گفت سواد سلامت و حمایت اجتماعی با رفتارهای ارتقادهنده سلامتی هم‌بستگی مثبت و معناداری دارند و هر دو می‌توانند رفتارهای ارتقادهنده سلامتی را پیش‌بینی کنند، از طرفی مسئله امروز بیشتر دانش‌آموختگان درمان دسترسی به محتوای آموزشی و خواندن آنها نیست، بلکه داشتن مواد آموزشی است که بتوانند آن را به‌راحتی درک کنند و براساس اطلاعات موجود تصمیم‌گیری لازم را درباره کاربرد اطلاعات داشته باشند. توانمندسازی دانشجویان درباره ارزیابی اطلاعات و تصمیم‌گیری براساس آن‌ها و همچنین توانمندسازی آنها در تشکیل و تقویت شبکه اجتماعی حمایتی خود، دو فاکتور مؤثر و قابل‌کنترل بر سلامتی است که می‌تواند پرستاران را در اجرا کردن رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیشتر یاری کند.

### نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های مطالعه حاضر مشخص شد که هم‌بستگی معناداری میان متغیرهای خودمراقبتی، سواد

## References

1. SheikhSharafi H, Seyedamini B. Assessment of health literacy and self-care in heart failure patients. *J. Health Lit.* 2017;1(4):203-19.
2. Avaznejad N, Ravanipour M, Bahreyni M, Motamed N. Comparison of spiritual health in mothers with healthy children and mothers of children with chronic disease in Kerman 2015-2016. *nvj.* 2016;3(8):13-25.
3. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Wolters kluwer india Pvt Ltd; 2018;14 th ed: 884.
4. Farzad F. National Non Communicable Diseases Surveillance Survey. Endocrine & Metabolism Research Institute Tehran University of Medical Sciences. 2016.
5. Lacruz ME, Kluttig A, Hartwig S, Løer M, Tiller D, Greiser KH. Prevalence and Incidence of Hypertension in the General Adult Population:

- Results of the CARLA-Cohort Study. *Medicine*. 2015;94(22):e952. [DOI:10.1097/MD.0000000000000952]
6. Park JB, Kario K, Wang JG. Systolic hypertension: an increasing clinical challenge in Asia. *Hypertension*. 2015;38(4):227-36. [DOI:10.1038/hr.2014.169]
  7. Haghranjbar F, Shirzad M, Taghdisi MH, Sarami GR, Ahadi H. The mediating role of subjective-wellbeing in terms of perceived stress and hypertension. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2016;4(1):50-7. [DOI:10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50]
  8. Gheshlagh RG, Parizad N, Ghalenoee M, Dalvand S, Baghi V, Najafi F, Ebadi A. Psychometric features of the persian version of self-efficacy tool for patients with hypertension. *Int. Cardiovasc. Res. J*. 2018;12(2):50-6.
  9. Patel KV, Li X, Kondamudi N, Vaduganathan M, Adams-Huet B, GC F. Prevalence of apparent treatment-resistant hypertension in the United States according to the 2017 high blood pressure guideline. *Mayo Clin. Proc*. 2019;94(5):776-82. [DOI:10.1016/j.mayocp.2018.12.033]
  10. Matura LA, McDonough A, Carroll DL. Symptom prevalence, symptom severity, and health-related quality of life among young, middle, and older adults with pulmonary arterial hypertension. *Am. J. Hosp. Palliat. Med*. 2016;33(3):214-21. [DOI:10.1177/1049909114554079]
  11. Brown C, Lynch Y, Modes M, Steiner J, Leary P, RA E. Palliative Care Needs and Attitudes of Patients with Pulmonary Arterial Hypertension. *Am J Respir*. 2019;199(1):A1075. [DOI:10.1164/ajrcm-conference.2019.199.1.MeetingAbstracts.A1075]
  12. Banerjee T, Crews DC, Tuot DS, Pavkov ME, Burrows NR, Stack AG, Saran R, Bragg-Gresham J, Powe NR, Powe N, Tuot D. Poor accordance to a DASH dietary pattern is associated with higher risk of ESRD among adults with moderate chronic kidney disease and hypertension. *Kidney Int*. 2019;95(6):1433-42. [DOI:10.1016/j.kint.2018.12.027]
  13. Owayolu OU, Owayolu N, Karadag G. The relationship between self-care agency, disability levels and factors regarding these situations among patients with rheumatoid arthritis. *JCN*. 2012. 21(1): 10-101. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2011.03710.x]
  14. Tanimura C, Matsumoto H, Tokushima Y, Yoshimura J, Tanishima S, Hagino H. Self-care agency, lifestyle, and physical condition predict future frailty in community-dwelling older people. *Nurs Health Sci*. 2018;20(1):31-8. [DOI:10.1111/nhs.12376]
  15. Rezaei H, Jamil DI, Ebadi A, Gheshlagh RG. Psychometric Properties of the Persian Version of the Instrument for Assessing Cardiac Patients' Knowledge, Attitude, and Beliefs regarding Heart Attack. *Int. Cardiovasc. Res. J*. 2019;13(2):62-8.
  16. Rush KL, Hatt L, Janke R, Burton L, Ferrier M, Tetrault M. The efficacy of telehealth delivered educational approaches for patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2018;101(8):1310-21. [DOI:10.1016/j.pec.2018.02.006]
  17. Nam S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL. Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract J*. 2011; 96(1): 1-9. [DOI:10.1016/j.diabres.2011.02.002]
  18. Ingram RR, Ivanov LL. Examining the association of health literacy and health behaviors in African American older adults: does health literacy affect adherence to antihypertensive regimens?. *J Gerontol Nurs*. 2013;39(3):22-32. [DOI:10.3928/00989134-20130201-01]
  19. 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. [DOI:10.18869/acadpub.sjimu.24.2.63]
  20. Rahimi MA, Izadi N, Rezvan Madani F, Eghbalian A. Knowledge and practice level of self-directed care among diabetics in Kermanshah city in 2014: a short report. *J. Rafsanjan Univ. Med. Sci. Health Serv*. 2015;14(2):167-72.
  21. Firooz M, Hosseini SJ, Mazlom SR, Hasan Zadeh F, Kimiyae SA. Self-care of patient with diabetes type II. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2016;22(6):1018-25.
  22. Allahyari J, Shirani N, Sargolzaei MS, Jafari J, Afshari J. Self-care behavior and related factors of patients with diabetes type II in Saravan in 2017. *J. Diabetes Nurs*. 2018 Oct 10;6(3):550-7.
  23. Newell M, Modeste N, Marshak HH, Wilson C. Health beliefs and the prevention of hypertension in a black population living in London. *Ethn. Dis*. 2009 1;19(1):35-41.
  24. Peyman T, Pirzadeh A, Hasnzadeh A, Mostafavi F. The Relationship of Self-Care Behaviors and Health Literacy in Patients with Hypertension in Isfahan City, Iran, in 2015-2016. *J Health Syst Res*. 2017;13(3):381-7.
  25. Rahmati M, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrissi D. Investigating the Relationship between Health Literacy and Adherence with Treatment Regimen in the Elderly with Hypertension. *IJNR*. 2018;13(5):15-21.
  26. Marzangi A, Ahangarzadeh Rezaei S, Ghareagaji Asl R. Health Literacy In Heart Disease Community Coverd By Health Services Centers In South Of West Aarbajjan Province. *J Clin Nurs Midwifery*. 2018;16(1):45-54.
  27. Warren-Findlow J, Hutchison J, Patel P, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Assessing health literacy of hypertensive patients in a primary care setting

- using a self-administered questionnaire. *J Health Care Poor Underserved*. 2014; 25(4): 1833-43. [DOI:10.1353/hpu.2014.0187]
28. Seyedoshohadaee M, Barasteh S, Jalalinia F, Eghbali M, Nezami M. The relationship between health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iran J Nurs Res*. 2016;4(10):43-51.
29. Rafiezadeh GS, Tabarsy B, Hassanjani S, Razavi M, Amjady M, Hojjati H. Relationship between the health literacy with self-efficacy of the diabetic patient's type 2 referred to Gorgan city clinic in. *J Diabetes Nurs*. 2014;2(2):30-42.
30. Saadati M, Guidance M. Relation between family social support & coping strategies in recovery breast cancer. *Iran J Breast Dis*. 2014; 6(4):35-40.
31. Mirzaei Z, Moghimbeigi A, Arabi A. The correlation between social support and management of hypertension in menopausal females at the Farshchian hospital, Hamadan. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2017 Jul 10;25(2):75-83. [DOI:10.21859/nmj-250210]
32. Mardanian Dehkordi L, Kahangi LS. Relationship between structural and contextual dimensions in organizational structure of Zahedan Khatamolanbia hospital. *J Health Syst Res*. 2015; 11(2):229-38.
33. Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, Plake KS. 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]
34. Lora CM, Gordon EJ, Sharp LK, Fischer MJ, Gerber BS, Lash JP. Progression of CKD in Hispanics: Potential roles of health literacy, acculturation, and social support. *Am J Kidney Dis*. 2011;58(2):282-90. [DOI:10.1053/j.ajkd.2011.05.004]