



# پژوهش پرستاری

انجمن علمی پرستاری ایران

دوره دهم شماره ۴ (پیاپی ۳۹) زمستان ۱۳۹۴ - شماره استاندارد بین المللی ۱۷۳۵-۷۰۱۲

- ۱..... اتیدگی شغلی و ابعاد آن در پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران
- ۱۲..... سنجش میزان هوش هیجانی دانشجویان پرستاری
- ۲۰..... نقد و بررسی گزارش مطالعات مورد-شاهدی لانه گزیده بر اساس بیابیه STORBE
- ۳۲..... بررسی نقش اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب بر سلامت روان و سلامت صومی دانشجویان پرستاری
- ۳۴..... بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲
- ۵۲..... بررسی رشد جسمی کودکان کارکنان آقماری و غیر آقماری شرکت ملی حفاری ایران در شهرستان اهواز
- ۵۸..... ارتباط سبک های مدیریت تمارض و مهارت های تفکر انتقادی پرستاران در محیط های بالینی
- ۶۷..... مروری بر نسخه نویسی در پرستاری
- ۷۶..... کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج ها
- ۸۸..... هویت حرفه ای پرستاران و عوامل مرتبط با شکل گیری آن: یک مقاله مروری
- ۹۸..... بررسی تاثیر حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم (EMDR) بر کاهش اضطراب قبل از عمل جراحی بیماران
- ۱۰۵..... تجربه زیسته پدیری در مردان ایرانی: یک مطالعه پدیدارشناسی
- ۱۱۷..... موانع عملکرد مبتنی بر شواهد از دیدگاه دانشجویان کارشناسی پرستاری: تحلیل محتوای کیفی
- ۱۲۷..... سلامت منوی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مراجعه کننده به پارک های شهر خنخل
- ۱۳۶..... بررسی دلایل عدم حضور دانشجویان رشته پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان در کلاس درس ۹۲-۱۳۹۳
- ۱۳۵..... رابطه سلامت منوی با اضطراب در سالمندان مبتلا به تارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهرتهران در سال ۱۳۹۳

**به نام خداوند جان و خرد**  
**مجله پژوهشی پرستاری**  
**فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران**  
**دوره دهم - شماره ۴ (پیاپی ۳۹) - زمستان ۱۳۹۴**

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- سردبیر: دکتر زهره پارسا یکتا
- معاون سردبیر: افسانه صدوقی اصل - دکتر شهرزاد پاشایی پور
- شماره پروانه انتشار: ۱۲۴/۲۶۱۵ مورخ ۸۵/۵/۱۸
- شماره بین‌المللی منبع: ۱۷۳۵-۷۰۱۲
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۱۷۳۵-۹۰۷۴

**• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):**

- دکتر فضل ا... احمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهدی رهگذر، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکناز، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علی محمدپور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

**• ویراستار انگلیسی: دکتر منیر مظاهری**

**• ویراستار فارسی: دکتر زهره پارسا یکتا**

**• حروفچینی و صفحه‌آرایی: اکرم پورولی**

**• طراح جلد: اکرم پورولی**

**• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران**

**• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران**

**• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵**

**E-mail: info@ijnr.ir , Website: www.ijnr.ir**

## بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

مهناز سیدالشهدایی<sup>۱</sup>، \*سلیمان برسته<sup>۲</sup>، سیده فاطمه جلالی نیا<sup>۳</sup>، محمد اقبالی<sup>۴</sup>، محسن نظامی قلعه نوئی<sup>۵</sup>

- ۱- کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۲- کارشناسی ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)  
پست الکترونیکی: s.barasteh@gmail.com
- ۳- دکتری تخصصی پرستاری، استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۴- دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۵- دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره ۱۰ شماره ۴ زمستان ۱۳۹۴ ۴۳-۵۱

### چکیده

**مقدمه:** دیابت نوع ۲ یکی از مهمترین چالش های سلامت عمومی است. یکی از اهداف مهم در کنترل آن، توانمندسازی بیماران در انجام خود مراقبتی می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

**روش:** این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی است. نمونه های این پژوهش را ۲۰۰ بیمار مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل می دادند. بیمارانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار جمع آوری داده ها شامل: مشخصات فردی، پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA) و پرسشنامه خلاصه رفتارهای خودمراقبتی دیابت (SDSCA) بود. داده ها بوسیله روش آمار توصیفی، جدول توزیع فراوانی و آزمون های آماری (آزمون t, ANOVA) و نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت و خود مراقبتی به ترتیب  $14/01 \pm 71/09$  و  $13/17 \pm 70/96$  بود. ارتباط معنی داری بین سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی مشاهده نشد ( $P=0.027$  و  $P=0.705$ ). سواد سلامت با دو بعد خودمراقبتی شامل پیروی از رژیم غذایی ( $P=0.003$ ) و همچنین پیروی از رژیم دارویی ( $P=0.004$ )، ارتباط آماری معنی داری داشت.

**نتیجه گیری:** با توجه به این که نتایج مطالعه نشان داد که بین سواد سلامت و خودمراقبتی ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد، آموزش این دو مفهوم و گنجاندن آن در منابع درسی جهت بهبود وضعیت سلامت افراد جامعه پیشنهاد می گردد.

**کلید واژه ها:** سواد سلامت، رفتارهای خودمراقبتی، دیابت نوع ۲.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۳۰

## مقدمه

دیابت نوع ۲ یک معضل مهم برای سلامت عمومی است که بیش از ۲۸۵ میلیون نفر در دنیا به آن مبتلا هستند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۰۰ میلادی تقریباً ۲ میلیون ایرانی مبتلا به دیابت بوده اند. پیش بینی شده است تا سال ۲۰۳۰ تعداد افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ به ۶/۴ میلیون نفر افزایش یابد (۱). دیابت درمان پذیر نیست اما می توان آن را کنترل کرد (۲). بسیاری از صاحب نظران، کنترل و مراقبت از دیابت را وظیفه اصلی فرد و خانواده می دانند و معتقدند مددجویان باید مسئولیت کنترل بیماری خود را بپذیرند (۳). یکی از اهداف مهم در کنترل دیابت، توانمندسازی بیماران در انجام خود مراقبتی است (۴).

خود مراقبتی موجب ارتقای کیفیت زندگی شده و در کاهش هزینه های درمانی نیز مؤثر است (۵). از طرف دیگر خودمراقبتی تحت تأثیر باورها، نگرش ها و اعتقادات فردی و همچنین ارزشها و فرهنگ جامعه ای که فرد در آن زندگی می کند، قرار دارد (۶). ارتقاء خود مراقبتی توسط آموزش امکان پذیر بوده و آموزش به بیمار جزء اساسی در کنترل دیابت است (۷). مطالعات انجام شده در سال های اخیر نشان می دهد با وجود برنامه های آموزشی، درک اشتباه از بیماری و کنترل آن در بین مبتلایان به دیابت امری شایع است (۸). بر اساس بررسی های انجام شده، مهمترین عامل زمینه ساز مرگ و میر در بیماران دیابتی عدم انجام خودمراقبتی است (۹). منظور از خود مراقبتی در بیماری دیابت، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، انجام فعالیت های ورزشی منظم، شناسایی علائم افزایش یا کاهش قند خون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است (۱۰).

تجربیات جهانی گویای این مطلب است که عواملی مثل توسعه اقتصادی، ارتقای سطح آموزشی، سواد و بهبود خدمات اجتماعی، تأثیر مثبتی بر سلامت و رفاه اجتماعی افراد جامعه خواهد داشت (۱۱). با توجه به موارد مذکور مشخص است که یکی از عوامل مؤثر بر پیشگیری و کنترل دیابت، برخورداری از آگاهی کافی از بیماری، عوامل مؤثر در بروز آن و نحوه ی پیشگیری از این بیماری می باشد، در عین حال یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار بر سطح آگاهی و در نتیجه کنترل و پیشگیری مؤثر تر بیماری دیابت سواد سلامت است (۱۲).

سواد سلامت عبارت است از ظرفیت انجام کار، پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز برای تصمیم گیری های مناسب در زمینه سلامت (۱۳). سواد سلامت واژه ای است که در

سال ۱۹۷۰ معرفی شد و اهمیت آن به طور روز افزون در سطوح سواد عمومی و سواد مراقبتی نشان داده شد. که در ارتباط با ظرفیت های افراد برای برآوردن نیازهای پیچیده سلامتی در یک جامعه مدرن مورد نیاز می باشد. به تازگی سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده های امر سلامت معرفی کرده است. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرده که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر را جهت پایش و هماهنگی فعالیت های استراتژیک، در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف تشکیل دهند (۱۴).

طبق مطالعات مرکز استراتژی های مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامتی اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می کنند. بنابراین وضعیت سلامتی ضعیف تری دارند (۱۵).

نتایج آخرین مطالعه ملی در آمریکا نشان داد که ۳۶ درصد از بالغین، سواد سلامت محدود (سواد سلامت کافی یا مرزی) دارند (۱۶). در مطالعه ای که توسط تهرانی و همکاران در ایران انجام گرفت، ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد دارای سواد سلامت ناکافی بودند (۱۷). سطح پایین سواد سلامت در گروه سالمندان، جمعیت مهاجر، افراد بی سواد، افراد کم درآمد، افراد با سلامت روان پایین و افراد مبتلا به بیماریهای مزمن مانند دیابت نوع دو و فشارخون شایع تر است. در نتیجه این افراد به عنوان گروه های در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت قرار دارند (۱۸).

با توجه به اینکه مطالعات متعددی در حوزه تأثیر آگاهی مطلوب در پیامدهای بیماری دیابت به انجام رسیده است، جای هیچ شک و تردیدی نیست که پیامدهای دیابت ارتباط مستقیمی با کنترل دیابت دارد که میتواند بر بهبود شاخص سلامت بیماران مؤثر باشد (۹). همچنین با توجه به اهمیت بیماری دیابت در ایران و تأثیر سواد سلامت در کیفیت زندگی و کنترل بیماری دیابت و نظر به اینکه تاکنون در ایران به این موضوع پرداخته نشده و آمار و شواهدی در دست نیست، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت و خود مراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

## روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود که محیط پژوهش مرکز تحقیقات دیابت دانشگاه علوم پزشکی تهران بود و جامعه پژوهش را کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به این

تقسیم بندی می شود. بخشهای دیگر رفتارهای خود مراقبتی مربوط به فعالیت بدنی و کنترل قند خون است که محدوده امتیازات کسب شده به سه قسمت نامطلوب (۰-۲)، تا حدودی مطلوب (۳-۴) و مطلوب (۵-۷) تقسیم می شود. قسمت دیگر رفتارهای مراقبت از پا را می سنجد که شامل سه سوال، و محدوده امتیازات آن از (۰-۲۱) بود که به سه قسمت نامطلوب (۰-۶)، تا حدودی مطلوب (۷-۱۲) و مطلوب (۱۳-۲۱) تقسیم می شود. در نهایت دو سوال میزان تبعیت دارویی بیماران را می سنجد. محدوده امتیازات در این قسمت از ۰-۱۴ و به سه قسمت نامطلوب (۰-۴)، تا حدودی مطلوب (۵-۸) و نامطلوب (۹-۱۴) تقسیم بندی می شود. در تحقیق مهنوش رئیس و همکاران (۱۳۸۷) پایایی پرسشنامه در بخش محاسبات ۰/۷۹ و در بخش درک خواندن ۰/۸۸ بدست آمد. همچنین روایی و پایایی ابزار رفتارهای خود مراقبتی قبلا در پایان نامه حمید صالحی و همکاران محاسبه گردید. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها از روایی محتوا استفاده شد. بدین صورت که با استفاده از کتاب ها و مقالات منتشر شده، ابزار تهیه شد و سپس به منظور تعیین روایی محتوا در اختیار ۱۲ تن از اساتید متخصص و صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داده شد تا از نظر اصلاحی آنها در تنظیم نهایی ابزار استفاده شود. جهت تعیین پایایی این ابزار نیز از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. برای این پرسشنامه مقدار آلفا ۰/۸۸ بدست آمد که نشان دهنده این است که پایایی سوالات در حد بالایی است.

پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه از دانشکده پرستاری مامایی تهران و مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه به مرکز تحقیقات دیابت دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرده، پس از تایید مسئولین مرکز، ضمن معرفی خود به نمونه های پژوهش و دادن اطلاعات در مورد اهداف پژوهش، جلب رضایت آنها و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، اقدام به جمع آوری اطلاعات کرد. سپس پرسشنامه های تکمیل شده توسط پژوهشگر جمع آوری شدند. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و روش های آمار توصیفی، جدول توزیع فراوانی و آزمون های آماری (آزمون ANOVA، t، و ضریب همبستگی پیرسون) در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

داده ها نشان داد که میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه ۵۱/۸۵±۸/۸۱ (۶۵-۲۷ سال) بود. ۶۵ درصد زن و ۳۵ درصد مرد بودند. حدود ۹۰ درصد شرکت کنندگان متاهل و بقیه مجرد، بیوه

مرکز تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به دیابت نوع ۲، حداقل سن ۱۸ سال، توانایی در صحبت کردن، خواندن و نوشتن متون فارسی، گذشت حداقل شش ماه از قطعی شدن تشخیص و سابقه درمان دارویی دیابت بود. همچنین بیمارانی که تمایل به ادامه درمان نداشته و دارای مشکلات شناختی بودند از مطالعه خارج شدند. ۲۰۰ بیمار که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به روش نمونه گیری آسان وارد مطالعه شدند. داده ها به وسیله سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سواد سلامت و پرسشنامه خود مراقبتی جمع آوری شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل پرسش هایی در زمینه سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تاهل، شغل و مدت بیماری بود. برای ارزیابی سواد سلامت افراد مورد مطالعه از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA) استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو بخش محاسبات و درک خواندن می باشد. بخش محاسبات توانایی فرد را برای درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه هایی که آموزش دهندگان امر سلامت به بیمار می دهند و نیاز به محاسبات دارد، مورد سنجش قرار می گیرد. این بخش دارای ۱۰ نکته و توصیه بهداشتی در زمینه داروهای تجویز شده، زمان مراجعه به پزشک، مراحل استفاده از کمک مالی و یک مثال در مورد نتیجه آزمایش طبی است. این نکته ها در قالب کارتهایی به هر فرد تحویل و سپس از وی سوالات مربوطه پرسیده می شد. نمرات این بخش از ۰-۵۰ در نظر گرفته شد. بخش درک خواندن توانایی بیمار را در ۳ بخش خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت سلامتی مورد امتحان قرار می دهد و شامل ۵۰ سؤال است. متون شامل دستورات آمادگی برای عکسبرداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسؤلیتهای بیمار در فرم های بیمه نامه و فرم استاندارد رضایت نامه بیمارستانی است. در نهایت نمرات این بخش ۰-۵۰ خواهد بود و در مجموع نمرات دو بخش درک خواندن و محاسبه، نمره ای بین ۰-۱۰۰ خواهد داشت که در سه سطح سواد ناکافی (۰-۵۹)، مرزی (۶۰-۷۴) و سواد کافی (۷۵-۱۰۰) تقسیم بندی شد. پرسشنامه خلاصه رفتارهای خودمراقبتی دیابت SDSCA به بررسی رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی می پردازد که شامل ۱۵ سوال در حیطه رژیم غذایی، فعالیت بدنی، آزمایش قند خون، مراقبت از پا و مصرف داروها می باشد. به هر سوال بر حسب تعداد روزهایی که فرد در هفته گذشته رفتار خودمراقبتی انجام داده از ۰-۷ امتیاز داده می شود. تعداد سوالات مربوط به رفتارهای تغذیه ای هشت سوال است و محدوده امتیازات از ۰-۵۶ است که بر اساس نمرات کسب شده به سه قسمت نامطلوب (۰-۱۶)، تا حدودی مطلوب (۱۷-۳۲) و مطلوب (۳۳-۵۶)

و وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنی دار داشت ( $P < 0/05$ ) جدول شماره ۲. میانگین نمره خودمراقبتی  $13/17 \pm 70/96$  بود که ۷ درصد شرکت کنندگان از خودمراقبتی ضعیف،  $54/5$  درصد متوسط و  $38/5$  درصد خودمراقبتی خوب برخوردار بودند. خودمراقبتی با شغل و سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی داری داشت ( $P < 0/05$ ) جدول شماره ۳. اگر چه بین سواد سلامت و رفتارهای خود مراقبتی ارتباط آماری معنی دار مشاهده نشد، اما سواد سلامت با دو بعد پیروی از رژیم غذایی و همچنین پیروی از رژیم دارویی ارتباط آماری معنی دار دارد ( $P < 0/05$ ).

و یا مطلقه بودند. به طور کلی حدود ۶۰ درصد وضعیت اقتصادی خود را متوسط، ۳۲ درصد ضعیف و ۸ درصد خوب عنوان کرده بودند. از نظر سطح تحصیلات ۲۰ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۴۹ درصد دیپلم و ۳۱ درصد تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند.  $37/5$  درصد افراد مورد مطالعه خانه دار، ۲۲ درصد شغل آزاد، ۱۸ درصد کارمند و  $22/5$  درصد بازنشسته بودند. میانگین نمره سواد سلامت  $14/01 \pm 71/09$  بود. ۲۴ درصد شرکت کنندگان سواد سلامت ناکافی، ۳۴ درصد سواد سلامت مرزی و ۴۲ درصد سواد سلامت کافی داشتند (جدول شماره ۱). سواد سلامت با متغیرهای سن، سطح تحصیلات

**جدول ۱:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی سواد سلامت و خودمراقبتی بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۹۲

سواد سلامت	فراوانی (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار
ناکافی (۵۹-۰)	۴۸ (۲۴)	$71/09 \pm 14/01$
مرزی (۶۰-۷۴)	۶۸ (۲۴)	
کافی (۷۵-۱۰۰)	۸۴ (۴۲)	
جمع کل	۲۰۰ (۱۰۰)	
خود مراقبتی	فراوانی (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار
۵۰-۰	۱۴ (۷)	$70/96 \pm 13/17$
۷۵-۵۱	۱۰۹ (۵۴/۵)	
۱۰۵-۷۶	۷۷ (۳۸/۵)	
مجموع	۲۰۰ (۱۰۰)	

**جدول ۲:** ارتباط سواد سلامت با متغیرهای دموگرافیک بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۹۲

متغیر	سواد سلامت	خود مراقبتی	آزمون بکار رفته
سن	$P = 0/001$	$P = 0/251$	ANOVA
جنس	$P = 0/007$	$P = 0/921$	آزمون t
تحصیلات	$P = 0/001$	$P = 0/762$	ANOVA
شغل	$P = 0/409$	$P = 0/001$	ANOVA
مدت بیماری	$P = 0/903$	$P = 0/003$	ANOVA
وضعیت تاهل	$P = 0/072$	$P = 0/525$	آزمون t
وضعیت اقتصادی	$P = 0/001$	$P = 0/251$	ANOVA

**جدول ۳:** ارتباط سواد سلامت با ابعاد خودمراقبتی بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۹۲

متغیر	خودمراقبتی	ضریب پیرسون	P- value
سواد سلامت	رژیم غذایی	$r = -0/208$	$P = 0/001$
	فعالیت بدنی	$r = -0/05$	$P = 0/486$
	آزمایش قند خون	$r = -0/05$	$P = 0/479$
	مراقبت از پا	$r = 0/015$	$P = 0/835$
	مصرف داروها	$r = 0/202$	$P = 0/004$
	نمره کل خودمراقبتی	$r = 0/277$	$P = 0/705$

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۵۸ درصد بیماران دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی می باشند که این یافته با نتایج مطالعه های Kim و همکاران (۲۰)، Gazmararian و همکاران (۲۱) و جوادزاده و همکاران (۲۳) همسو می باشد. اما با مطالعات Peterson و همکاران (۴۱)، طهرانی بنی هاشمی و همکاران (۱۷) و Powell و همکاران (۴۲) همسو نمی باشد. در رابطه با خودمراقبتی نتایج نشان داد که حدود ۴۰ درصد از بیماران دارای خودمراقبتی خوب بودند. در پژوهش های مروتی شریف آباد و روحانی تنکابنی (۵)، جوادی و همکاران (۲۳) افراد مورد مطالعه رفتارهای خود مراقبتی را در حد متوسط انجام می دادند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارند. همچنین در مطالعه جعفریان امیری و همکاران (۲۷) میانگین نمره خودمراقبتی در مردان  $14/64 \pm 44/41$  و در زنان  $12/26 \pm 40/86$  بود.

تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که خود مراقبتی با سن بیماران دیابتی ارتباط معنی دار آماری دارد ( $F=1/52$  و  $P=0/044$ ). همچنین خود مراقبتی با تحصیلات بیماران دیابتی ارتباط آماری معنی داری داشت ( $F=2/91$  و  $P=0/015$ ). به طور کلی بیماران با سطح تحصیلات بالاتر نسبت به عوارض بیماری، مراقبت از خود و چگونگی مصرف دارو و رعایت رژیم غذایی آگاهی بیشتری داشته و به منابع آموزشی دسترسی بیشتری دارند (۲۷). میزان تحصیلات پایین فرایند خودمدیریتی را با مشکلات جدی مواجه می سازد. در حالی که برخورداری از تحصیلات بالا خودمدیریتی بیماران را تسهیل می کند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که خود مراقبتی با شغل بیماران دیابتی ارتباط دارد ( $P=0/002$ ) و اما با نتایج این مطالعه با مطالعه رحیمیان بوگر همسو می باشد.  $F=4/44$  اما با نتایج مطالعه جعفریان امیری (۲۷) همسو نمی باشد. می توان نتیجه گرفت که عدم برخورداری از شغل و یا هر وسیله تامین درآمد به نوبه خود مانع از دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب و همچنین به دلیل ایجاد تنش روانشناختی مانع از رفتارهای خودمراقبتی مطلوب می شود.

همچنین بین سواد سلامت و سن بیماران مبتلا به دیابت ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $F=0/651$  و  $P=0/001$ ). به طوری که این نتایج با مطالعات Gazmararian (۲۱)، Williams (۲۴)، Paasche-Orlow (۲۲)، Downey (۱۳) همسو بود. چندین دلیل وجود دارد که با افزایش سن، خواندن این متون سخت تر به نظر می رسد: ۱- افراد با سن بالاتر بیشتر در معرض

بیماری های شناختی هستند ۲- خواندن و پر کردن پرسشنامه در زمان معین برای آنها سخت تر می باشد ۳- پرسشنامه سواد سلامت پس از دو پرسشنامه دیگر می باشد و ممکن است که این افراد نسبت به افراد جوان تر زودتر خسته شوند و نسبت به پر کردن پرسشنامه سواد سلامت رغبت کافی نداشته باشند. ۴- شیوع بی سوادی در کشور ایران در سالهای قبل نسبت به سالهای اخیر بیشتر بوده است. از این رو به نظر می رسد این افراد سخت تر بتوانند به پرسشنامه جواب بدهند. همچنین بین سواد سلامت و سطح تحصیلات تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد ( $F=5/11$  و  $P=0/001$ ) که با نتایج مطالعه Halpin و Sentell (۴۰) همسو بود. در مطالعه Carthery-Goulart MT و همکاران (۳۶) بین سواد سلامت و تعداد سالهای تحصیل ارتباط آماری مستقیمی وجود داشت. در این مطالعه سطح تحصیلات نسبت به سن متغیر پیشگویی کننده بهتری می باشد. همچنین به ازای هر سال اشتغال بیشتر در مدرسه  $3/877$  نمره در سواد سلامت بر اساس پرسشنامه S-T-FHLA افزوده می شود. در مورد سواد سلامت مواردی از قبیل عوامل اجتماعی اقتصادی، عادات خواندن و نوشتن، شغل و ... و همچنین مشخص کردن رابطه سواد و مقیاس های شناختی در بخش های مراقبتی حایز اهمیت هستند. روشهای جایگزین در آموزش سلامتی از قبیل ویدیو ممکن است مفید باشد. این نوع از مواد آموزشی دارای ورودی تصویری و صوتی می باشند که در ارتقاء آموزش مؤثر می باشند. به نظر می رسد غربالگری بیماران از نظر سطح سواد سلامت در بخشهای مراقبتی ممکن است در جهت مشخص کردن بیماران با نیازهای خاص مفید باشد.

به نظر می رسد که تفاوت در وضعیت خودمراقبتی بیماران در پژوهش های مختلف ناشی عوامل مختلفی از قبیل تفاوت در برنامه های آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی، تفاوت در میزان دانش و نگرش به خودمراقبتی در بیماران و همچنین تفاوت در نحوه اندازه گیری خودمراقبتی بیماران باشد که باعث می شود بیماران دیابتی از نظر خودمراقبتی در کشورهای مختلف و حتی مناطق مختلف یک کشور با یکدیگر متفاوت باشند. کنترل منظم قند خون یکی از ابعاد خودمراقبتی است که نیازمند در دسترس بودن گلوکومتر و یا دسترسی راحت به مراکز بهداشتی درمانی است و می توان علت رعایت نکردن اندازه گیری منظم قند خون را در نمونه های این پژوهش به علت هزینه های بالای کنترل منظم قندخون و عدم توانایی بیماران در پرداخت این هزینه ها دانست. از آنجا که رفتارهای خودمراقبتی نقش بسیار مهمی در پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس بیماری و افزایش طول عمر

و برچسب های غذایی را بخوانند (۳۵).

### نتیجه گیری

یافته های حاصل از مطالعه حاضر نشان می دهد بیش از نیمی از شرکت کنندگان در مطالعه حاضر از سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی کافی برخوردار نیستند که حاکی از نیاز جامعه به آموزش می باشد تا سطح سواد سلامت جامعه بهبود یافته و خودمراقبتی از سطح مطلوبی برخوردار گردد. برای تحقق این هدف به نظر می رسد نیاز است در زمینه آموزش خودمراقبتی و همچنین فرهنگ سازی مراقبت از خود تلاش های بیشتری صورت گیرد. نتیجه نهایی این مطالعه نشان داد بین سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابت نوع دو ارتباط معنی داری وجود ندارد اما سواد سلامت با دو بعد از خودمراقبتی یعنی رژیم غذایی و همچنین تبعیت از رژیم دارویی ارتباط آماری معنی دار دارد. دانشکده های پرستاری و بهداشت می توانند با مد نظر قرار دادن سواد سلامت و خودمراقبتی به عنوان وسیله ای جهت بهبود و اثر بخش قرار دادن کیفیت و نوع آموزش به افراد جامعه جهت کمک به بهبود وضعیت سلامت جامعه کمک نموده و ابعاد جدید تری از اهمیت خودمراقبتی در بیماری های مزمن از قبیل دیابت را به جامعه عرضه نمایند و با آموزش این دو مفهوم و گنجاندن آن در منابع درسی می تواند منجر به بهبود وضعیت سلامت افراد جامعه گردند.

### تشکر و قدردانی

به این وسیله از کلیه بیماران شرکت کننده در این مطالعه و جناب آقای دکتر آرش تهرانی بنی هاشمی و همچنین پرسنل مرکز تحقیقات دیابت دانشگاه علوم پزشکی تهران و اساتید محترم دانشگاه های علوم پزشکی تهران و ایران که صمیمانه با پژوهشگر همکاری داشتند تشکر و قدردانی می گردد.

بیماران دارد، لازم است پرستاران هنگام انجام مداخلات درمانی با بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران، نیازهای مراقبتی آنها را شناسایی نموده و با همکاری سایر اعضای گروه درمانی، آموزش های برنامه ریزی شده ای را به منظور ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران تدوین و اجرا نمایند (۲۹).

بین سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی دار مشاهده نشد. سواد سلامت فقط با دو بعد از ابعاد رفتارهای خودمراقبتی، تبعیت از رژیم غذایی و تبعیت از رژیم دارویی ارتباط آماری معنی دار داشت. نتایج مطالعه Zoellner و همکاران (۳۰) در سال ۲۰۱۱ نشان داد افزایش یک نمره در سواد سلامت شمارشی باعث افزایش ۲۱ درصد در نمره مقیاس سلامت غذایی شده است. همچنین در مطالعه Huizinga و همکاران (۳۳) بین سواد سلامت شمارشی و مصرف میوه و سبزی ارتباط مثبت یافت شد. در مطالعه مروری Ngoh و همکاران (۳۲) در سال ۲۰۰۹ بین سواد سلامت پایین با سطح سلامت پایین، عدم پیروی از رژیم غذایی، خطاهای دارویی، افزایش هزینه های دارویی و افزایش بستری در بیمارستان ارتباط معنی دار مشاهده شد. سواد سلامت پایین یک عامل خطر برای شناسایی نادرست از داروها (۳۱)، تعبیر نادرست از دستورالعمل برچسب داروها (۳۶) و درک سخت هشدارهای برچسب دارو (۳۷) است. علاوه بر این، بیماران با سواد پایین اغلب بر اساس دستورالعمل های کلامی در مورد داروهای خود تکیه می کنند (۳۴). همچنین جهت مراقبت بهتر از خود، مراقبت های پیشگیرانه و به طور کلی بهداشت، سواد سلامت ممکن است بر رژیم غذایی و رفتار تغذیه فرد تاثیر بگذارد. بزرگسالان با سواد سلامت محدود ممکن است به سختی وظایف مرتبط با تغذیه، مانند توصیه های غذایی دست اندرکاران بهداشت، خواندن برچسب های مواد غذایی و تصمیم گیری آگاهانه در انتخاب مواد غذایی را مورد توجه قرار دهند. علاوه بر این، شواهدی وجود دارد که افراد با سطوح پایین سواد سلامت احتمال دارد کمتر به مقدار توصیه شده از میوه ها و سبزیجات استفاده کنند.

### References

- 1- Saremi, A. 2011. Sporting exercis and diabetes mellitus type2: A review on evidences. Journal of cell.
- 2- Phipps, W. J. 2003. Medical-surgical nursing: health and illness perspectives, Mosby.
- 3- Funnell, M. M. & Anderson, R. M. 2004. Empowerment and self-management of diabetes. Clinical diabetes, 22, 123-127.
- 4- Gillibrand, R. & Stevenson, J. 2006. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. British Journal of Health Psychology, 11, 155-169.
- 5- Morowaty, M. .Rouhani, N. 2009. Determinants of Diabetes self-care model in admitted patients



to Diabetes Research Center of Yazd. Daneshvar Medicine

6-Díaz-Apodaca, B. A, DE Cosío, F. G., Canela-Soler, J., RUIZ-Holguín, R. & Cerqueira, M. T. 2010. Quality of diabetes care: a cross-sectional study of adults of Hispanic origin across and along the United States-Mexico border. *Revista Panamericana de Salud to improve care. Hong Kong medical journal.* 8, 372. Pública, 28, 207-213.

7-Lau, D. 2002. Patient empowerment a patient-centered approach.

8- Holmstrom, I. M. & Rosenqvist, U. 2005. Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing.* 49, 146-154.

9-Landim, C. A, Zanetti, M. L., Santos, M. A, Andrade, T. A. & Teixeira, C. R. 2011. Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. *Journal of clinical nursing,* 20, 3394-3403.

10- Vasli, P. & Eshghbaz, F. 2009. Survey condition regarding self-caring of children suffering from diabetes type 1 and it's relation with family reaction. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences,* 18, 38-44.

11- Kandula, N.R., Nsiah-Kumi, P.A., Makoul, G., Sager, J., Zel, C.P., Glass, S., Stephens, Q. & Baker, D. W. 2009. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient education and counseling,* 75, 321-327.

12- Ratzan, S. 2000. Introduction. Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM In: *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy.* Vol. NLM Pub. No. CBM, 1

13-Doweny La Vonne A, Zun Leslie S. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *Journal of the National Medical Association* 2008;100(11):1304-1308

14- Marmot, M., Frial, S., Bell, R., Houwelig. T.A. & Taylor, S. 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet,* 372, 1661-1669.

15-Reisi, M., Mostafavi, F., Hasanzadeh, A. & Sharifirad, G. R. 2011. The relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan. *Health System Research,* 7, 0-0.

16- Shieh, C. & Halstead, J. A. 2009. Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing,* 38, 601-612.

17- Tehrani Et Al. 1386. Health Literacy in 5 provinces and its influencing factor. *Strides in Development of Medical Education, Medical Education Development Center, Volume IV: Vol. Pp 9-1,* 1386.

18- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M. & Kindig, D. A. 2004. *Health literacy: a prescription to end confusion,* National Academies Press.

19- Shojaezadeh, D., Tol, A., Sharifirad, G. & Alhani, F. 2013. Effect of education program based on empowerment model in promoting self-care among type 2 diabetic patients in Isfahan. *Razi Journal of Medical Sciences,* 20, 18-31.

20- Kim, S., Love, F., Quistberg, D. A. & Shea, J. A. 2004. Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. *Diabetes Care,* 27, 2980-2982.

21- Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J. & Baker, D. W. 2003. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient education and counseling,* 51, 267-275.

22- Paasche-Orlow, M. K. & Wolf, M. S. 2010. Promoting health literacy research to reduce health disparities. *Journal of health communication,* 15, 34-41.

- 23- Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli Erajati, F. Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2013; 9(5): 540-9.
- 24- Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M. & Nurss, J. R. 1998. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of internal medicine*, 158, 166-172.
- 25- Jafarian, A. S., Zabihi, A., Babaieasl, F., Eshkevari, N. & Bijani, A. 2010. Self Care Behaviors in Diabetic Patients Referring to Diabetes Clinics in Babol City, Iran. *Journal Of Babol University Of Medical Sciences (Jbums)*.
- 26- Vosoghi Karkazloo, N., Abootalebi Daryasari, G., Farahani, B., Mohammadnezhad, E. & Sajjadi, A. 2012. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil). *Modern Care Journal*, 8, 197-204.
- 27- Zoellner, J., You, W., Connell, C., Smith-Ray, R. L., Allen, K., Tucker, K. L., Davy, B. M. & Estabrooks, P. 2011. Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugar-sweetened beverage intake: findings from the rural Lower Mississippi Delta. *Journal of the American Dietetic Association*, 111, 1012-1020.
- 28- Kripalani, S. & Weiss, B. D. 2006. Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 888-890.
- 29- Ngoh, L. N. 2009. Health literacy: A barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, 49, e132-e149.
- 30- Huizinga, M. M., Elasy, T. A., Wallston, K. A., Cavanaugh, K., Davis, D., Gregory, R. P., Fuchs, L. S., Malone, R., Cherrington, A. & Dewalt, D. A. 2008. Development and validation of the Diabetes Numeracy Test (DNT). *BMC health services research*, 8, 96.
- 31- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A. & Piette, J. 2004. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient education and counseling*, 52, 315-323.
- 32- Speirs, K. E., Messina, L. A., Munger, A. L. & Grutzmacher, S. K. 2012. Health literacy and nutrition behaviors among low-income adults. *Journal of health care for the poor and underserved*, 23, 1082-1091.
- 33- Powell, C. K., Hill, E. G. & Clancy, D. E. 2007. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *The diabetes educator*, 33, 144-151.
- 34- Peterson, N. B., Dwyer, K. A., Mulvaney, S. A., Dietrich, M. S. & Rothman, R. L. 2007. The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *Journal of the National Medical Association*, 99, 1105.
- 35- Carthery-Goulart, M. T., Anghinah, R., Areza-Fegyveres, R., Bahia, V. S., Brucki, S. M. D., Damini, A., Formigoni, A. P., Frota, N., Guariglia, C. & Jacinto, A. F. 2009. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Revista de Saúde Pública*, 43, 631-638.
- 36- Sentell, T. L. & Halpin, H. A. 2006. Importance of adult literacy in understanding health disparities. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 862-866.
- 37- Davis, T. C., Wolf, M. S., Bass, P. F., Middlebrooks, M., Kennen, E., Baker, D. W., Bennett, C. L., Durazo-Arvizu, R., Bocchini, A. & Savory, S. 2006. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 847-851.

## The relationship between health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes

Seyedoshohadaee M<sup>1</sup>, \*Barasteh S<sup>2</sup>, Jalalinia F<sup>3</sup>, Eghbali M<sup>4</sup>, Nezami M<sup>5</sup>

1-Senior Lecturer in Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical

2-Master in Medical-Surgical Nursing Baqiyatallah University of Medical Sciences, Nursing Faculty, Tehran, Iran

(Corresponding Author)

Email: s.barasteh@gmail.com

Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

3- Ph.D in Nursing Education, Faculty Member, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4-PhD Student in Nursing. Department of Medical-Surgical. Faculty of Nursing and Midwifery. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Tehran, Iran.

5-Master Student in Critical Care Nursing. Nursing and Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Type 2 diabetes mellitus is a major public health problem which is a key goal in managing diabetes is to enable patients to perform self-care. The purpose of this study was to investigate the relationship between health literacy and self-care behaviors in type 2 diabetic patient in the year 1392.

**Method:** This cross-sectional study was done on 200 patients referred to the Diabetes Research Center, Tehran University of Medical Sciences in 1392. Sampling was simple and based on inclusion criteria. Data were collected using three questionnaires: demographic characteristics, health literacy, diabetes self-care behaviors and using SPSS version 16. Data analyzed by using descriptive statistics, frequency tables, statistical tests (t test, ANOVA) and SPSS version 16.

**Result:** Average health literacy score was  $71.09 \pm 14.01$ , 24% of participants have inadequate, 34% borderline and 42% had adequate health literacy. Average score for health literacy and self-care was  $71.09 \pm 14.01$  and  $70.96 \pm 13.17$ . There was no significant association between health literacy and self-care behavior ( $r = 0.027$  and  $p = 0.705$ ). Health literacy only significantly associated with dimensions diet ( $p = 0.0003$ ) and adherence to medication regimen ( $p = 0.004$ ).

**Conclusion:** Since the study results showed no significant relationship between health literacy and self-care, teaching of this two concepts and inclusion in the school resources to improve public health proposed.

**Key words:** Health literacy, self-care, type 2 diabetes.

Received: 19 APRIL 2015

Accepted: 14 November 2015



**Iranian Nursing  
Scientific Association**

# Iranian Journal of Nursing Research

**Vol. 10 No.4 (Serial 39) Winter 2015 ISSN:1735-7012**

Occupational stress and its dimensions in nurses employed in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences .....	11
Measuring emotional intelligence of nursing student .....	19
Critical appraisal on the reporting of Nested Case-Control Studies according to the STROBE statement .....	31
The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of mental and general health in Nursing Students .....	42
The relationship between health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes .....	51
An investigation on physical growth of the children of offshore and based staff working in Iranian National Drilling Company in Ahvaz, Iran .....	57
Relationship between nurses' conflict management styles and critical thinking skills in the clinical setting .....	66
A review on prescribing in nursing .....	75
The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reducing Couple Burnout of Couples .....	87
Nurses' professional identity and Related Factors in formation it: A review article .....	97
Effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Intervention on pre operative anxiety in patients undergoing surgery .....	104
Paternal experiences in Iranian men: a phenomenological study .....	116
Nursing students' perceptions of barriers to evidence-based practice: Qualitative content analysis .....	126
Factors related and Spiritual Well-being among elderly referring to city parks of Khalkhal .....	135
Investigating the reasons of nursing students absence from class at Islamic Azad university Hamedan branch, 2014-2015 .....	144
Relationship between spiritual wellbeing with Anxiety in Elderly Patients with Chronic Heart Failure who referred to allocated hospitals in Tehran city (2015).....	154