

بررسی رابطه بین سواد سلامت و رفتارهای خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه تهران در سال ۱۳۹۸: یک مطالعه مقطعی

تهمینه صالحی^۱، ملیحه نصیری^۲، آرمان میری^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۶/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۸/۱۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: میزان شیوع نارسایی مزمن کلیوی به‌طور چشم‌گیری در سراسر دنیا در حال افزایش است. این بیماری سبب کاهش کیفیت زندگی، افزایش مخارج مراقبت‌های بهداشتی و مرگ می‌شود. سواد سلامت به‌عنوان شاخص حیاتی در نتایج مراقبت‌های بهداشتی و خودمدیریتی به‌عنوان رفتار کنترل بیماری و وضعیت مزمن می‌تواند در این بیماران نقش مهمی را ایفا کنند. بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین ارتباط سواد سلامت و خودمدیریتی در مددجویان با پیوند کلیه انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه مقطعی با تعداد ۱۲۰ شرکت‌کننده، به روش نمونه‌گیری در دسترس و در شهر تهران انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های سواد سلامت و خودمدیریتی مخصوص بیماران پیوند کلیه کوزاکا جمع‌آوری شدند. نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، ارتباط معناداری میان سواد سلامت و خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه وجود دارد. علاوه بر این سواد سلامت با سطح تحصیلات، اشتغال، میزان درآمد و سن ارتباط معنی‌دار آماری داشت. همچنین خودمدیریتی با سن، سطح تحصیلات، اشتغال و درآمد نیز ارتباط معنی‌دار آماری داشت. **بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، ارتباط معنادار آماری میان سواد سلامت با رفتارهای خودمدیریتی یافت شد. لذا می‌توان پیشنهاد کرد که به مقوله سواد سلامت که دانش مددجویان را از وضعیت خود و ارزیابی آن افزایش می‌دهد، توجه بیشتری داشت. همچنین سواد سلامت می‌تواند در برنامه آموزشی این مددجویان چه در مراکز درمانی و چه در انجمن حمایت از بیماران کلیوی و پیوند کلیه گنجانده شود. **کلیدواژه‌ها:** سواد سلامت، پیوند کلیه، خودمدیریتی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۶۹، آبان ۱۴۰۲، ص ۵۸۸-۵۹۹

آدرس مکاتبه: همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده بهداشت، تلفن: ۰۹۱۸۹۹۷۲۰۱۳

Email: armanmiri12@yahoo.com

مقدمه

می‌توان به دودسته سواد سلامت عملکردی-تعاملی و انتقادی تقسیم کرد. این احتمال وجود دارد که توانایی شکل‌گیری درک سلامت به شدت با نحوه استفاده از این اطلاعات در مدیریت بیماری در زندگی روزمره مرتبط باشد (۲). به‌عنوان مثال، سواد سلامت کافی با اعتمادبه‌نفس بالاتر در مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی مرتبط بود (۳). خودمدیریتی جنبه‌های سلامتی، اجتماعی و عاطفی مدیریت بیماری مزمن را در برمی‌گیرد (۴). بارلو^۵ و رایت^۶ (۵) تعریف زیر را که به‌طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد، تدوین کردند: خودمدیریتی عبارت است از توانایی فرد برای مدیریت علائم، درمان،

سواد سلامت در دهه گذشته در مطالعات پزشکی موردتوجه فزاینده‌ای قرار گرفته است. سورنسن^۴ و همکاران (۱) یک تعریف جامع را از سواد سلامت شرح داده‌اند: "سواد سلامت با سواد مرتبط است و مستلزم دانش، انگیزه و شایستگی افراد برای دسترسی، درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات بهداشتی به‌منظور قضاوت و تصمیم‌گیری در زندگی روزمره در مورد مراقبت‌های بهداشتی، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت برای حفظ یا بهبود کیفیت زندگی در طول دوره زندگی است. علاوه بر این، سواد سلامت را

^۱ استادیار مدیریت پرستاری، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بران، تهران، ایران

^۲ استادیار آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

⁴ Sørensen

⁵ Barlow

⁶ Wright

بنابراین احتمال کمتری برای دریافت پیوند داشتند (۱۱، ۱۲). یک مطالعه رابطه بین سواد سلامت و دانش مرتبط با پیوند کلیه و عملکرد کلیه را بررسی کرد (۱۳). آن‌ها در ابتدا رابطه‌ای بین سواد سلامت پایین و سطوح بالای کراتینین سرم (که به‌عنوان کاهش عملکرد کلیه در نظر گرفته می‌شود) پیدا کردند. پس از کنترل مشخصات دموگرافیک، بالینی و داده‌های اجتماعی-اقتصادی تنها بین سواد سلامت و کراتینین سرم رابطه معنی‌داری مشاهده شد. به‌طور خاص، بررسی عوامل قابل‌تغییر، مانند سواد سلامت و خود‌مدیریتی که ممکن است بر نتایج بلندمدت تأثیر بگذارد، یک اولویت است. علیرغم نیاز به چنین تحقیقاتی، این حوزه عمدتاً در کشورهای غربی مورد توجه قرار گرفته است. تحقیقات کمی در مورد سواد سلامت و خود‌مدیریتی در بین گیرندگان پیوند کلیه در کشورهای خاورمیانه وجود دارد که در آن سیستم مراقبت‌های بهداشتی به‌طور قابل‌توجهی با کشورهای غربی متفاوت است. یک مرور سامانمند در میان بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیوی، شامل تنها یک مطالعه بر روی بیمارانی از چندین کشور بود، همه بیماران دیگر از ایالات‌متحده آمریکا بودند (۱۰).

مطالعات کمی در زمینه‌ی میزان رعایت برنامه‌های خود‌مدیریتی در بیماران پیوند کلیه در جامعه ما صورت گرفته است. از سوی دیگر سطح سواد سلامت می‌تواند با خود‌مدیریتی در ارتباط باشد و همان‌گونه که در متون فوق اشاره شد، بیماران تحت پیوند کلیه نیازمند سواد سلامت و خود‌مدیریتی مناسب هستند. از آنجایی که باوجود اهمیت و ضرورت این مفاهیم در بیماران تحت پیوند کلیه، در ایران به ارتباط سواد سلامت در بیماران پیوند کلیه و خود‌مدیریتی آنان کمتر پرداخته شده است و چنین پژوهشی تاکنون در بیماران تحت پیوند کلیه در ایران صورت نگرفته است، لذا انجام پژوهشی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد، و از آنجایی که اکثریت این بیماران عضو انجمن پیوند کلیه شهر تهران بوده و از این طریق قابل‌دسترس هستند، این پژوهش باهدف تعیین ارتباط سواد سلامت و خود‌مدیریتی در مددجویان با پیوند کلیه عضو انجمن پیوند کلیه شهر تهران انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی همبستگی است که ارتباط بین سواد سلامت و رفتارهای خود‌مدیریتی مددجویان بررسی شد و داده‌ها از طریق پرسشنامه به‌صورت خودگزارش دهی جمع‌آوری شدند.

پیامدهای جسمی و روانی اجتماعی و تغییرات سبک زندگی ذاتی در زندگی با یک بیماری مزمن. متعاقباً لوریگ^۱ و همکاران (۴) همچنین توضیح می‌دهند که وقتی بیمار تصمیم می‌گیرد رفتار سالمی نداشته باشد و در مدیریت بیماری فعال نباشد، این نیز نشان‌دهنده سبک مدیریتی است. این نویسندگان پنج حوزه خود‌مدیریتی را توصیف می‌کنند. مهارت‌های ذهنی: حل مسئله، تصمیم‌گیری، استفاده از منابع، ایجاد رابطه بیمار/ ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و اقدام به‌عنوان مثال، بیمارانی که عوارض جانبی دارویی بیشتری را تجربه می‌کنند، ممکن است از سبک عدم مشارکت استفاده کنند و احتمالاً از درمان کناره‌گیری کنند که به‌نوبه خود ممکن است نتایج منفی برای پیامدها از جمله کیفیت زندگی مرتبط با سلامت داشته باشد. توصیف و استفاده از سواد سلامت عملکردی، تعاملی و انتقادی دارای شباهت‌هایی با چندین مهارت خود‌مدیریتی است. هر دو مفهوم سواد سلامت و خود‌مدیریتی شامل جنبه‌هایی از استفاده و تفسیر اطلاعات مرتبط با سلامت و کاربرد برای ارتقای سلامت در زندگی روزمره هستند و به همین ترتیب دارای همپوشانی‌هایی هستند. باین‌حال، می‌توان آن‌ها را به‌عنوان مفاهیم جداگانه متمایز کرد زیرا سواد سلامت بر پردازش اطلاعات متمرکز است در حالی که خود‌مدیریتی گسترده‌تر است زیرا عناصر عاطفی، روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد. هر دو مفهوم برای مقابله با شرایط مزمن مهم هستند و بنابراین ممکن است بر نتایج بالینی تأثیر بگذارند. با توجه به اینکه سواد سلامت احتمالاً با خود‌مدیریتی مرتبط است، بررسی این عوامل با هم جهت در نظر گرفتن تأثیر بر نتایج پزشکی مهم است (۶). بیماری مزمن کلیه یکی از این شرایط است که نیاز به مدیریت طولانی‌مدت دارد. پیوند کلیه کیفیت و امید به زندگی را در مقایسه با سایر درمان‌های بیماری‌های مزمن کلیه بهبود می‌بخشد، باین‌حال، گیرندگان بیماران مادام‌العمر باقی می‌مانند که باید دستورالعمل‌های سبک زندگی و رژیم دارویی سخت‌گیرانه را دنبال کنند. به دلیل پیچیدگی خودمراقبتی پس از پیوند کلیه، بیماران با سواد سلامت پایین و مهارت‌های خود‌مدیریتی ناکافی ممکن است در برابر پیامدهای بدتر آسیب‌پذیر باشند (۷). یک پیامد بالقوه پایبندی ضعیف به رژیم‌درمانی و سبک زندگی، رد پیوند است (۸، ۹) که این عامل اغلب منجر به افزایش بستری شدن مجدد پس از پیوند کلیه می‌شود (۱۰، ۱۱). چندین مطالعه بر سواد سلامت و دسترسی به پیوند کلیه تمرکز دارند، به‌عنوان مثال، بیمارانی که مهارت‌های سواد سلامتی محدودی داشتند کمتر برای پیوند در لیست قرار می‌گرفتند و همچنین احتمال بیشتری داشت که از فهرست پیوند کلیه حذف شوند

¹ Lorig

محیط پژوهش انجمن حمایت از بیماران کلیوی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. دلیل انتخاب این انجمن این است که اکثریت بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه پس از عمل جراحی به این مرکز مراجعه نموده، بیشتر آموزش‌ها و حمایت‌ها در این انجمن انجام می‌گردد و بیماران به‌طور مشخص در دسترس هستند. علاوه بر این فضا و تسهیلات لازم جهت پر کردن پرسشنامه نیز فراهم است. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به‌صورت در دسترس بود و نمونه‌گیری تا تکمیل نمونه‌ها از میان مددجویان دریافت‌کننده پیوند کلیه که واجد شرایط ورود به مطالعه باشند، ادامه داشت. حداقل تعداد نمونه لازم با استفاده از رابطه‌ی آماری ۱۱۳ نفر به دست آمد که به تعداد ۱۲۰ نفر گرد شد. نمونه‌ها با معیارهای ورود افراد ۶۵-۱۸ سال عضو انجمن، دارای مهارت خواندن و نوشتن به زبان فارسی، عدم مواجهه با حوادث استرس‌زا و بحران‌زا در ماه‌های اخیر، عدم وجود اختلال شناختی و روانی مشخص بنا به خود اظهاری مددجو و رؤیت پرونده عضویت در انجمن، تمایل به شرکت در مطالعه، عدم اختلال در تکلم و شنوایی با انجام مصاحبه اولیه و عدم شرکت در دوره یا کارگاه سواد سلامت، خود مدیریتی و خود مراقبتی انتخاب شدند. معیارهای خروج هم همچنین عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

جمع‌آوری داده‌ها:

پژوهشگران مطالعه حاضر پس از دریافت مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد IR.IUMS.REC.1397.714 به انجمن حمایت از بیماران کلیوی شهر تهران مراجعه کرده، پس از تأیید مسئولین مرکز، ضمن معرفی خود به نمونه‌های پژوهش و دادن اطلاعات در مورد اهداف پژوهش، جلب رضایت آن‌ها و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، اقدام به جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از دو پرسش‌نامه، اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خود مدیریتی کردند. پس از امضای رضایت‌نامه‌ها و اطمینان از آگاهی شرکت‌کنندگان از اهداف مطالعه، پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به‌صورت خودگزارش دهی بود. پژوهشگر همواره جهت پاسخگویی به شرکت‌کنندگان در صورت ابهام در طی تکمیل پرسشنامه‌ها در محل حضور داشت.

ابزارهای مطالعه:

الف) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل پرسش‌هایی در زمینه‌ی سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل، شغل و مدت بیماری، زمان پس از پیوند کلیه و ... است.

ب) پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران این پرسشنامه در سال ۱۳۹۳ و پس از بررسی پژوهش‌هایی که تمام

ابزارهای سنجش سواد سلامت را بررسی کرده‌اند طراحی گردیده است. سپس بر اساس تعریف سواد سلامت و مسائل عمومی بهداشتی ایران چارچوبی برای توسعه پرسشنامه اولیه تعیین شد. ابزارها شامل 2 S-TOHFLA، 3 TOHFLA و 3 NVS بودند. روایی پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از اساتید رشته‌های مختلف سنجیده شد. سایکومتری ابزار با تجزیه و تحلیل عامل اکتشافی و سازگاری داخلی انجام شد. ابزار شامل ۵ حیطه و ۳۳ گویه است حیطه اول: دسترسی (۶ گویه)، حیطه دوم: مهارت خواندن (۴ گویه)، حیطه سوم: فهم و درک (۷ گویه)، حیطه چهارم: ارزیابی (۴ گویه) حیطه پنجم: تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) است. به‌منظور نمره‌گذاری این مقیاس ۳۳ ماده‌ای برای هر یک از پنج گزینه «همیشه»، «بیشتر اوقات»، «گاهی از اوقات»، «به‌ندرت» و «هیچ‌وقت» به ترتیب مقادیر ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ در نظر گرفته شد. حداقل نمره این پرسشنامه ۴۲ و حداکثر نمره این پرسشنامه ۱۶۵ است در نهایت نمره سواد سلامت به چهار سطح ناکافی (۰-۵۰)، نه‌چندان کافی (۵۰/۱-۶۶)، کافی (۶۶-۸۴/۱) و عالی (۸۴/۱-۱۰۰/۱) طبقه‌بندی شد (۱۴).

ج) برای ارزیابی خود مدیریتی افراد مورد مطالعه از پرسش‌نامه خود مدیریتی مخصوص بیماران پیوند کلیه کوزاکا^۴ و همکاران (۲۰۱۳) استفاده شد (۱۵). این پرسشنامه جهت سنجش و بررسی رفتارهای خود مدیریتی در بیماران پیوند کلیه طراحی شد. گویه‌های ابزار با مشاوره ۱۷ متخصص بالینی تدوین شدند. با تحلیل عاملی، ۵ مقیاس با ۲۴ گویه مشخص شدند که شامل: خود پایشی (۶ گویه)، رفتارهای خود مراقبتی در زندگی روزانه (۷ گویه)، کشف زود هنگام و تطابق با موارد غیرطبیعی بعد از پیوند کلیه (۴ گویه)، مدیریت استرس (۳ گویه) و مصرف دارو (۴ گویه) است. ارزش هر گویه از ۱ تا ۴ متفاوت است که نمره ۱ به معنای «انجام نمی‌دهم»، نمره ۲ یعنی «به‌ندرت انجام می‌دهم»، ۳ «اغلب گاهی انجام می‌دهم» و نمره ۴ به معنای «همیشه انجام می‌دهم» است. حداقل نمره یعنی ۲۴-۰ در این ابزار نشان‌دهنده‌ی خود مدیریتی سطح پایین، نمره ۶۰-۲۵ خود مدیریتی متوسط و نمره ۶۱-۹۶ خود مدیریتی قوی را نشان می‌دهد.

ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۶۱ تا ۰/۸۷ و برای هر مقیاس از ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ بود. ضریب کاپا برای بخش‌های منفرد از ۰/۷۲ تا ۰/۳۳ متغیر بود. روایی و پایایی ابزار با یک بررسی زمینه‌ای بیمار محور توسط طراح ابزار تأیید شد.

روایی محتوای ابزار: توسط محمودی و همکاران (۱۳۹۶) ترجمه و باز ترجمه شد و به ۱۰ نفر از اساتید متخصص در این زمینه

³ Newest vital signe

⁴ Kozaka's self-management behavior scale

¹ functional health literacy in adult

² Short test of functional health literacy in adult

دهی تکمیل گردید. ۷۰/۸ درصد واحدهای مورد پژوهش مرد و ۲۹/۲ درصد زن بودند. ۵۵/۸ درصد واحدها که بیشترین فراوانی مربوط به متغیر سن را افراد با سن ۵۱ تا ۶۰ ساله تشکیل می‌دادند. از نظر سطح تحصیلات اکثر واحدها را افراد با سطح سواد دیپلم تشکیل می‌دادند. نتایج حاکی از آن بود که بیشتر واحدهای پژوهش متأهل (۸۰ درصد)، شاغل (۴۵/۸ درصد) و با سطح درآمد متوسط (۳۸/۸ درصد) بودند. از نظر مدت‌زمان انجام پیوند بیشترین گروه از ۶ ماه تا ۵ سال از زمان عمل طی شده بود. واحدهای پژوهش در بیشتر موارد اطلاعات پزشکی و مربوط به بیماریشان را از پرسنل و کادر درمان به دست آورده بودند. اینترنت و رادیو و تلویزیون در رتبه‌های بعدی بودند.

در حیطه سواد سلامت بعد خواندن با میانگین ۱۱/۱۸ کمترین میانگین نمره را داشته است. میانگین نمره وضعیت سواد سلامت نیز ۹۹/۷۰ به دست آمده که بالاتر از میانه نمرات ابزار است (جدول ۱).

ارائه شد، سپس با بررسی و اعمال نظرات اساتید و متخصصان روایی ابزار تأمین گردید (۱۶). پایایی ابزار به روش آزمون-آزمون مجدد در مطالعه حاضر انجام شد. ابزار توسط ۱۰ نفر از نمونه‌ها تکمیل و پس از سه هفته مجدداً به نمونه‌ها جهت تکمیل داده شد، سپس ضریب همبستگی (۳۰/۸۷) تعیین گردید که نشان‌دهنده پایایی مناسب این ابزار است. پس از جمع‌آوری داده‌ها و ورود آن‌ها به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰، برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و برای تعیین معنی‌داری از آمار استنباطی (آنالیز واریانس، تی مستقل) استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۱۲۰ نمونه واجد شرایط انتخاب و پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و به روش‌های مصاحبه و خودگزارش

جدول (۱): شاخص‌های عددی وضعیت سواد سلامت و ابعاد آن در واحدهای مورد پژوهش

وضعیت سواد سلامت و ابعاد آن	کمینه	بیشینه	میانگین نمرات	انحراف معیار
بعد خواندن	۴	۲۰	۱۱/۱۸	۳/۹۱
بعد دسترسی	۶	۲۹	۱۸/۸۲	۶/۰۳
بعد فهم و درک	۷	۳۴	۲۱/۲۱	۶/۹۳
بعد ارزیابی	۴	۱۹	۱۱/۲۵	۴/۰۰
بعد تصمیم‌گیری و رفتار	۱۲	۸۴	۳۷/۲۲	۱۰/۶۸
سواد سلامت	۴۱	۱۵۰	۹۹/۷۰	۲۰/۷۶

$\pm 7/66$ به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین میانگین نمره را در بین ابعاد خود مدیریتی کسب کرده‌اند (جدول ۲).

در حیطه خودمدیریتی، رفتار خودمدیریتی در زندگی روزمره با میانگین $4/42 \pm 20/50$ بالاترین و مدیریت استرس با میانگین ۲/۴۴

جدول (۲): توزیع فراوانی خود مدیریتی و ابعاد آن در واحدهای مورد پژوهش

خود مدیریتی و ابعاد	کمینه	بیشینه	میانگین نمرات	انحراف معیار
خود پایشی	۶	۲۵	۱۴/۵۵	۴/۳۲
رفتار خودمدیریتی در زندگی روزمره	۷	۲۸	۲۰/۵۰	۴/۴۲
تشخیص و تطابق زود هنگام با موارد غیرطبیعی بعد از پیوند	۴	۱۶	۱۱/۳۰	۳/۱۶
مدیریت استرس	۳	۱۲	۷/۶۶	۲/۴۴
مصرف دارو	۴	۱۶	۱۲/۵۲	۳/۰۴
خود مدیریتی	۳۸	۹۰	۶۶/۵۴	۱۰/۸۱

در بعد تشخیص و تطابق زود هنگام با موارد غیرطبیعی بعد از پیوند با سواد سلامت در ابعاد خواندن ($p=0/006$) و دسترسی ($p=0/004$) همبستگی مثبت آماری داشته است. خود مدیریتی در بعد مدیریت استرس با سواد سلامت در بعد ارزیابی ($p=0/030$) همبستگی مثبت آماری داشته است. خود مدیریتی به طور کلی با سواد سلامت در ابعاد خواندن ($p=0/033$)، دسترسی ($p=0/005$) و فهم و درک ($p=0/025$) همبستگی مثبت آماری داشته است. همچنین سواد سلامت با خود مدیریتی در ابعاد رفتار خود مدیریتی در زندگی روزمره ($p=0/021$) و تشخیص و تطابق زود هنگام با موارد غیرطبیعی بعد از پیوند ($p=0/004$) همبستگی مثبت آماری داشته است. به طور کلی خود مدیریتی و سواد سلامت همبستگی معنی دار آماری ($p=0/003$) داشتند.

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان‌دهنده آن است که بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش یعنی ۷۵/۸ درصد خود مدیریتی در سطح بالا داشتند. نکته قابل توجه این بود که خود مدیریتی با سطح پایین در مددجویان یافت نشد. همچنین مشاهده می‌شود که اکثر واحدهای مورد پژوهش یعنی ۸۰ درصد سواد سلامت در سطح عالی داشتند. با توجه به نتایج آزمون همبستگی پیرسن که در جدول شماره ۳ آمده است مشاهده می‌شود که خود مدیریتی در بعد زندگی روزمره با سواد سلامت در ابعاد خواندن ($p=0/002$) و دسترسی ($p=0/040$) همبستگی معنی دار مثبت آماری داشته است. یعنی با افزایش نمره رفتار خود مدیریتی در زندگی روزمره، سواد سلامت در ابعاد خواندن و دسترسی نیز افزایش می‌یابد. همچنین خود مدیریتی

جدول (۳): همبستگی سواد سلامت و ابعاد آن با رفتارهای خود مدیریتی و ابعاد آن

سواد سلامت و ابعاد آن	بعد خواندن	بعد دسترسی	بعد فهم و درک	بعد ارزیابی	بعد تصمیم‌گیری و سواد سلامت رفتار
خود پایشی	$r=0/054$ $p=0/557$	$r=0/091$ $p=0/325$	$r=0/116$ $p=0/206$	$r=-0/10$ $p=0/910$	$r=0/112$ $p=0/222$
رفتار خود مدیریتی در زندگی روزمره	$r=0/286$ $p=0/002$	$r=0/188$ $p=0/040$	$r=0/158$ $p=0/085$	$r=0/171$ $p=0/062$	$r=0/210$ $p=0/021$
تشخیص و تطابق زود هنگام با موارد غیرطبیعی بعد از پیوند	$r=0/248$ $p=0/006$	$r=0/264$ $p=0/004$	$r=0/109$ $p=0/236$	$r=0/121$ $p=0/187$	$r=0/259$ $p=0/004$
مدیریت استرس	$r=0/069$ $p=0/456$	$r=0/118$ $p=0/198$	$r=0/159$ $p=0/083$	$r=0/199$ $p=0/030$	$r=0/132$ $p=0/150$
مصرف دارو	$r=0/042$ $p=0/649$	$r=0/129$ $p=0/159$	$r=0/090$ $p=0/330$	$r=0/055$ $p=0/554$	$r=0/107$ $p=0/244$
خود مدیریتی	$r=0/195$ $p=0/033$	$r=0/253$ $p=0/005$	$r=0/204$ $p=0/025$	$r=0/162$ $p=0/078$	$r=0/266$ $p=0/003$

ارتباط سطح تحصیلات با متغیرهای سواد سلامت و خودمدیریتی نتایج حاکی از آن بود که این متغیر با هر دو ارتباط معنادار آماری دارد ($p=0/002$) و با خودمدیریتی ($p<0/001$) ارتباط معنادار داشت. میزان درآمد با سواد سلامت ($p=0/041$) و با خودمدیریتی ($p=0/014$) ارتباط معنادار آماری دارد. سواد سلامت با طول مدت پیوند ارتباط آماری نداشت ($p=0/075$) اما با خودمدیریتی به صورت ($p=0/002$) ارتباط معنادار آماری داشت. به طوریکه با بالا رفتن طول مدت پیوند خودمدیریتی کم می‌شود.

در رابطه با ارتباط سواد سلامت و خودمدیریتی با ویژگی‌های دموگرافیک نتایج پژوهش حاکی از آن بود که جنسیت با هیچکدام از این متغیرها ارتباط معنادار آماری نداشت. اما متغیر سن با سواد سلامت به صورت ($p<0/001$) و ضریب همبستگی ($-0/358$) و با خودمدیریتی به صورت ($p=0/017$) و ضریب همبستگی ($-0/217$) ارتباط معنادار آماری داشتند. با توجه به منفی شدن ضریب همبستگی رابطه معکوس برقرار می‌باشد به طوریکه با بالا رفتن سن متغیرهای سواد سلامت و خودمدیریتی کم می‌شوند. در رابطه با

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش کاملاً همسو با مطالعه می‌باشد که به نظر می‌رسد این همسویی به دلیل محیط پژوهش و ابزار یکسان در دو مطالعه است (۱۶). به‌طور کلی به نظر می‌رسد با توجه به گسترش اینترنت و فضای مجازی و دسترسی آسان و بیشتر مردم به اطلاعات سلامتی، بالا بودن سطح سواد سلامت که در پژوهش حاضر هم یکی از نتایج بود طبیعی به نظر می‌رسد و چون زمینه اکثر مطالعات بیماران مزمن بوده و این گروه بیشتر به دنبال اطلاعات مربوط به بیماری‌شان هستند این سطح بالای سواد سلامت قابل توجهی می‌باشد. در مطالعه علی اضربور و همکاران در سال ۲۰۱۳ که تأثیر آموزش بر خودمدیریتی بیماران صرع را بررسی نمودند، ۷۳/۳ درصد از گروه مداخله و ۵۳/۳ درصد از گروه کنترل خودمدیریتی را در سطح متوسط گزارش کردند که با مطالعه غیر همسو است. دلیل این اختلاف یکسان نبودن جامعه شرکت‌کنندگان به نظر می‌رسد (۲۱). در مطالعه غلامی و همکاران در سال ۲۰۱۸ باهدف بررسی ارتباط بین سواد سلامت و خودمدیریتی بیماران قلبی عروقی در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد میزان خودمدیریتی بیماران بستری به‌طور عمده (۷۰/۲ درصد) به‌صورت متوسط گزارش شد (۲۲). در مطالعه زی^۳ و همکاران در سال ۲۰۱۹ با عنوان خودمدیریتی و متغیرهای روانی اجتماعی در بیماران پیوند کلیه ۷۵/۶۳ درصد بیماران از خودمدیریتی بالا برخوردار بودند که همسو با مطالعه حاضر می‌باشد (۲۳). دلیل این همسویی به نظر یکسان بودن ماهیت بیماران و نیاز این قشر به اطلاعات در زمینه بیماری می‌باشد. در مطالعه وانگ^۴ و همکاران که در سال ۲۰۱۸ باهدف تعیین ارتباط بین سواد سلامت و رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با بیماری مزمن کلیوی انجام شد نتایج حاکی از آن بود که سواد سلامت با رفتارهای خودمدیریتی که برای بیماران مزمن کلیوی مهم است ارتباط معنادار آماری ندارد (۲۴). این مطالعه با پژوهش غیرهمسو بوده و به نظر می‌رسد تفاوت فرهنگی و اجتماعی بین دو کشور می‌تواند تبیین‌کننده این اختلاف باشد. در مطالعه دیگری در همین راستا و با عنوان بررسی ارتباط بین سواد سلامت، خودمدیریتی و پیروی از درمان داروهای خوراکی ضد انعقاد خون در سال ۲۰۱۸ توسط گارسیا^۵ و همکاران به‌صورت مرور نظام‌مند انجام شد. نتایج این پژوهش ارتباط بین سواد سلامت و خودمدیریتی را تأیید کرد که همسو با نتایج مطالعه است (۲۵). با توجه به حضور متغیر پیروی از درمان در هر دو مطالعه این همسویی قابل توجیه است. مطالعه کیم^۶ و همکاران در سال ۲۰۱۴ باهدف بررسی ارتباط بین خودمدیریتی و سواد سلامت در بیماران دیابتیک ارتباط قوی

هدف از انجام مطالعه حاضر تعیین سواد سلامت مددجویان با پیوند کلیه عضو انجمن حمایت از بیماران کلیوی شهر تهران، تعیین رفتارهای خودمدیریتی آن‌ها و ارتباط سواد سلامت و رفتارهای خودمدیریتی آن‌ها بود. بر اساس آمار گردآوری شده ۷۰/۸ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد و ۲۹/۲ درصد زن بودند. ۶/۶ درصد از شرکت‌کنندگان دارای بازه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بودند، ۵ درصد دارای بازه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال، ۱۱/۶ درصد دارای سن بین ۴۱ تا ۵۰ سال، ۵۵/۸ درصد دارای سن ۵۱ تا ۶۰ سال و سن ۲۰/۸ درصد شرکت‌کنندگان بیش از ۶۰ سال بود. با توجه به نتایج این مطالعه بیشترین آمار نارسایی کلیه مربوط به سن بیشتر از ۵۱ سال به بالا بود (۷۶ درصد). نتایج بررسی‌ها نشان داده در بسیار از کشورها، سن ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه ۶۵ سال و بالاتر است (۱۷). در مطالعه‌ای که توسط چن^۱ و همکاران باهدف بررسی سواد سلامت و خودمدیریتی در بیماران با نارسایی‌های قلبی انجام شده بود نتایج نشان داد که ۷۱/۴ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه سواد سلامت کافی داشتند و ۱۶/۳ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند، که هرچند درمقایسه با نتایج مطالعه حاضر سواد سلامت نسبتاً کمتری داشتند ولی همسو با مطالعه حاضر بود (۱۸). در مطالعه درویش پور و همکاران در سال ۲۰۱۶ که با عنوان رابطه بین سواد سلامت و درمان پرفشاری خون، کنترل و پیگیری که بر روی ۲۵۷ بیمار مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی روستایی شهر رشت انجام گرفته، نتایج نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت در آن‌ها در حد مرزی بود و اکثریت بیماران دارای سواد سلامت کافی بودند که کمتر از سطح سواد سلامت در مطالعه حاضر بود (۱۹). با توجه به جامعه پژوهش این مطالعه که از جوامع روستایی بود این تفاوت در میزان سطح سواد سلامت طبیعی به نظر می‌رسد. در مطالعه‌ای که توسط جونز^۲ و همکاران باهدف بررسی مهارت‌های سواد سلامت در بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه در سال ۲۰۱۶ انجام شده بود نتایج نشان داد که حدود ۹۵ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش سواد سلامت کافی داشتند با این حال ۸۶ درصد از نمونه‌ها با حداقل یکی از اصطلاحات مربوط به پیوند کلیه نا آشنا بودند که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۲۰). در مطالعه‌ای که توسط محمودی و همکاران (۱۳۹۶) در شهر تهران انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که ۳۸/۵ درصد از بیماران خودمدیریتی متوسط و ۶۱/۵ درصد از نمونه‌ها خودمدیریتی بالا داشتند و همچنین خودمدیریتی پایین در این مطالعه یافت نشد.

⁴ Wong
⁵ Garcia
⁶ Kim

¹ Chen
² Jones
³ Xie

خودمدیریتی ارتباط مستقیم آماری دارد که با پژوهش کاملاً همسو است (۳۲). در مطالعه لئو^۴ و همکاران نشان داده شد که خودمدیریتی با هیچکدام از متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنادار آماری نداشت و با پژوهش غیرهمسو بود (۳۳). با توجه به شرایط متفاوت دو کشور از نظر فرهنگی و سیستم درمانی این غیر همسویی قابل توجه است.

با توجه به محدودیت زمانی این مطالعه، تعداد نمونه‌ها محدود بود و این می‌تواند تعمیم نتایج را به تمام بیماران پیوند کلیه مشکل سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از تعداد نمونه‌های بیشتری استفاده شود. این مطالعه تنها در شهر تهران انجام شده که در مطالعات آتی می‌توان به دقت و قابلیت اعتماد نتایج کمک کرد. همچنین در این مطالعه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است، استفاده از یک روش نمونه‌گیری تصادفی می‌تواند به تناسب نمونه‌ها و نتایج بهتر کمک کند. تعداد متغیرهای مورد مطالعه در تحقیق محدود بوده و از این رو، ارتباط‌های مختلفی که ممکن است بین متغیرهای دیگر و سواد سلامت وجود داشته باشند، ممکن است نادیده گرفته شده باشند. مطالعه فقط یک نگاه مقطعی به رابطه میان سواد سلامت و رفتارهای خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه ارائه داده است. نیاز به تحقیقات طولانی‌مدت و پیگیری بیماران برای تجزیه و تحلیل بهتر این رابطه و تأثیر تغییرات زمانی بر آن وجود دارد بنابراین پیشنهاد پژوهشگران برای مطالعات آتی انجام یک پژوهش کوهورت برای توانایی تحلیل تغییرات زمانی این دو متغیر می‌باشد. در نهایت اعتماد به اطلاعاتی که توسط شرکت‌کنندگان اعلام شده ممکن است با محدودیت‌هایی همراه باشد. افراد ممکن است به دلیل اجتناب از افشای اطلاعات خصوصی، اطلاعات دقیقی ارائه ندهند.

پیشنهادات کاربردی:

بر اساس نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی و افزایش آگاهی در مورد سواد سلامت به مددجویان پیوند کلیه ارائه شود. این برنامه‌ها می‌توانند در مراکز درمانی و انجمن‌های حمایت از بیماران کلیوی اجرا شوند. برنامه‌های خودمدیریتی برای بیماران پیوند کلیه توصیه می‌شود. این برنامه‌ها می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی و مدیریت بهتر بیماری کلیه کمک کنند. تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام شود تا نتایج تحقیقات قبلی تأیید شوند و مشکلات بیشتری در ارتباط میان سواد سلامت و خودمدیریتی شناسایی شود. نتایج تحقیقات در مقالات علمی منتشر شوند و به

بین این دو متغیر را نشان داد که همسو با مطالعه می‌باشد (۲۶). در مطالعه هودراج^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۸ که باهدف ارتباط بین آگاهی، رفتارهای خودمدیریتی، سواد سلامت و عملکرد کلیوی انجام شد نتایج تحقیق نشان داد که ارتباط معنادار آماری بین دو متغیر سواد سلامت و رفتارهای خودمدیریتی بین نمونه‌ها یافت نشد که با پژوهش غیر همسو می‌باشد (۲۷). این غیر همسویی با توجه به جامعه پژوهش که در مطالعه از افراد با سواد پایین استفاده کرده‌اند قابل توجه است. در مطالعه‌ی استومر^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۹ باهدف بررسی سواد سلامت و ارتباط آن با مشخصات دموگرافیکی و متغیرهای کلینیکی نتایج نشان داد که سطح سواد سلامت با سن رابطه مستقیم آماری دارد اما با سن و سطح تحصیلات و طول مدت بیماری کلیوی ارتباط آماری وجود ندارد که با پژوهش غیر همسو است (۲۸). با توجه به غیر همگن بودن جامعه دو پژوهش و تفاوت‌های فرهنگی این غیر همسویی قابل تبیین است. در مطالعه دیگر در همین راستا، داگ فورد^۳ و همکاران در سال ۲۰۱۵ نشان دادند که سطح سواد سلامت با سطح تحصیلات رابطه مستقیم آماری دارد و با جنسیت ارتباط آماری ندارد که همسو با پژوهش است اما این مطالعه ارتباطی بین سواد سلامت و سن نشان نداد که با پژوهش غیر همسو است (۲۹). در مطالعه هیجمانز^۴ و همکاران در سال ۲۰۱۴ مشخص شد که سواد سلامت با سن ارتباط معکوس آماری، با سطح تحصیلات رابطه مستقیم با سطح درآمد رابطه مستقیم آماری دارد و همچنین با جنسیت رابطه معنادار آماری ندارد که با پژوهش کاملاً همسو می‌باشد (۳۰). ماهیت بیماری‌های کلیوی و نیاز مبرم این بیماران به دانش و مهارت‌های خودمدیریتی برای کاهش عوارض این بیماری‌ها در هر دو پژوهش به صورت کاملاً منطقی این تشابه قابل استناد است. در مطالعه غلامی و همکاران نشان داده شد که هیچ‌گونه ارتباطی بین سواد سلامت و مشخصات دموگرافیک وجود ندارد که با پژوهش غیر همسو است و می‌تواند به علت تفاوت نمونه‌های پژوهش‌ها باشد (۲۲). در مطالعه‌ی خضولو و همکاران در سال ۲۰۱۹ باهدف پیش‌بینی خودمدیریتی در بیماران تحت پیوند کلیه مشخص شد که خودمدیریتی با سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و همچنین طول مدت پیوند رابطه مستقیم آماری دارد که با پژوهش همسو می‌باشد (۳۱). یکسان بودن زمینه بیماران و همچنین بیماری می‌تواند از دلایل این همسویی باشد. از طرفی خودمدیریتی با جنسیت هم ارتباط معنادار آماری دارد که با پژوهش غیر همسو است. مطالعه آسنانیار^۵ در سال ۲۰۱۹ نشان داد که جنسیت تأثیری بر خودمدیریتی بیماران ندارد اما سن با رفتارهای

⁴ Heijmans

⁵ Asnanian

⁶ Liu

¹ Devrij

² Stømer

³ Dageforde

شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از آن رعایت شده است. کداخلاق: IR.IUMS.REC.1397.714

تعارض منافع

هیچگونه تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان نامه با شماره ۱۲۹۸۰ گرفته شده که در دانشگاه علوم پزشکی ایران تأیید شده است. بدینوسیله از انجمن حمایت از بیماران کلیوی ایران و بیماران عزیز شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

افراد مرتبط با مدیریت بهداشت و درمان اطلاع‌رسانی شود تا به تدابیر عملی در این زمینه بپردازند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان اعلام می‌کنند در این پژوهش تمام اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه

References:

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Pub Health* 2012;12:1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
2. Smith SG, Curtis LM, Wardle J, von Wagner C, Wolf MS. Skill set or mind set? Associations between health literacy, patient activation and health. *PloS One* 2013;8(9):75-86. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074373>
3. Chen AM, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health literacy and self-care of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2011;26(6):446. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31820598d4>
4. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26(1):1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
5. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002;48(2):177-87. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
6. Sakraida TJ, Robinson MV. Health literacy self-management by patients with type 2 diabetes and stage 3 chronic kidney disease. *West J Nurs Res* 2009;31(5):627-47. <https://doi.org/10.1177/0193945909334096>
7. Grubbs V, Gregorich SE, Perez-Stable EJ, Hsu CY. Health literacy and access to kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephro* 2009;4(1):195-210. <https://doi.org/10.2215/CJN.03290708>
8. Tielen M, van Exel J, Laging M, Beck DK, Khemai R, van Gelder T, et al. Attitudes to medication after kidney transplantation and their association with medication adherence and graft survival: a 2-year follow-up study. *J Transplant* 2014;2014:55-34. <https://doi.org/10.1155/2014/675301>
9. Nevins TE, Robiner WN, Thomas W. Predictive patterns of early medication adherence in renal transplantation. *J Transplant* 2014;98(8):878. <https://doi.org/10.1097/TP.000000000000148>
10. Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ravanan R, et al. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant* 2018;33(9):1545-58. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx293>
11. Miller-Matero LR, Bryce K, Hyde-Nolan ME, Dykhuis KE, Eshelman A, Abouljoud M. Health literacy status affects outcomes for patients referred for transplant. *Psychosomatics* 2016;57(5):522-8. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.04.001>
12. Kazley AS, Hund JJ, Simpson KN, Chavin K, Baliga P. Health literacy and kidney transplant outcomes. *Prog Transplant* 2015;25(1):90-85. <https://doi.org/10.7182/pit2015463>

13. Gordon EJ, Wolf MS. Health literacy skills of kidney transplant recipients. *Prog Transplan* 2009;19(1): 25-34. <https://doi.org/10.1177/152692480901900104>
14. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh* 2014;13:589-600.
15. Kosaka S, Tanaka M, Sakai T, Tomikawa S, Yoshida K, Chikaraishi T, et al. Development of self-management scale for kidney transplant recipients, including management of post-transplantation chronic kidney disease. *Int. Scholarly Res Not* 2013;2013:148-89. <https://doi.org/10.5402/2013/619754>
16. Mahmoudi A, Mousavi S K, Kamali M, Azizkhani H. Relationship between religious beliefs and self-management behaviors in patients with kidney transplantation. *J Religion Health* 2022;9(2):15-23.
17. Patel N, Jones P, Adamson V, Spiteri M, Kinmond K. Chronic obstructive pulmonary disease patients' experiences of an enhanced self-management model of care. *Qual Res Health* 2016;26(4):568-77. <https://doi.org/10.1177/1049732315573013>
18. Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. Health literacy influences heart failure knowledge attainment but not self-efficacy for self-care or adherence to self-care over time. *Nurs Res Pract* 2013;2013:315-487. <https://doi.org/10.1155/2013/353290>
19. Darvishpour J, Omid S, Farmanbar R. The relationship between health literacy and hypertension treatment control and follow-up. *Caspian J Health Res* 2016;2(1):1-8. <https://doi.org/10.18869/acadpub.cjhr.2.1.1>
20. Jones J, Rosaasen N, Taylor J, Mainra R, Shoker A, Blackburn D, et al., editors. Health literacy, knowledge, and patient satisfaction before kidney transplantation. *Transplant Proc* 2016;15(3):24-88. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2016.07.018>
21. Aliasgharpour M, Nayeri ND, Yadegary MA, Haghani H. Effects of an educational program on self-management in patients with epilepsy. *Seizure* 2013;22(1):48-52. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2012.10.005>
22. Gholami M, Tarrahi MJ, Hossein Pour AH, Valiniaei S, Bazgir Z. The relationship between health literacy and perceived self-efficacy in cardiovascular patients hospitalized in Khorramabad educational hospitals in 1396. *J Nurs Educ* 2018;7(3):14-21.
23. Xie J, Liu J, Liu M, Yan J, Ding S, Ma K, editors. Self-management and related psychosocial variables among renal transplant patients. *Transplant Proc* 2019;20:1-19. <https://doi.org/10.21926/obm.transplant.1903072>
24. Wong KK, Velasquez A, Powe NR, Tuot DS. Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *BMC Nephrol* 2018;19:1-8. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-0988-0>
25. Cabellos-Garcia AC, Martinez-Sabater A, Castro-Sanchez E, Kangasniemi M, Juarez-Vela R, Gea-Caballero V. Relation between health literacy, self-care and adherence to treatment with oral anticoagulants in adults: a narrative systematic review. *BMC Pub Health* 2018;18:1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6070-9>
26. Kim S, Love F, Quistberg DA, Shea JA. Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. *Diabetes Care* 2004;27(12):2980-2. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.12.2980>
27. Devraj R, Borrego M, Vilay AM, Gordon EJ, Pailden J, Horowitz B. Relationship between health literacy and kidney function. *Nephrology* 2015;20(5):360-7. <https://doi.org/10.1111/nep.12425>
28. Stømer UE, Gøransson LG, Wahl AK, Urstad KH. A cross-sectional study of health literacy in patients with chronic kidney disease: associations with demographic and clinical variables. *Nurs Open* 2019;6(4):1481-90. <https://doi.org/10.1002/nop2.350>
29. Dageforde LA, Petersen AW, Feurer ID, Cavanaugh KL, Harms KA, Ehrenfeld JM, et al. Health literacy of

- living kidney donors and kidney transplant recipients. *Transplantation* 2014;98(1):88.
<https://doi.org/10.1097/TP.000000000000027>
30. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns* 2015;98(1):41-8.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>
31. Khezerloo S, Mahmoudi H, Nia HS, Vafadar Z. Predictors of self-management among kidney transplant recipients. *Urol J* 2019;16(4):366.
32. Asnaniar WOS, Safruddin S. Hubungan Self Care Management Diabetes dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe. *Suara Forikes* 2019;10(4):295-8.
33. Liu T, Chen DH, Jia QM, Zhao S, Zuo LY, Huang BY, et al. Effect of hope on self-efficacy and self-management in patients with chronic kidney disease (stages 1-3). *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao* 2019;41(3):367-72.

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS OF TEHRAN IN 2019: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Tahmine Salehi¹, Malihe Nasiri², Arman Miri^{3*}

Received: 16 September, 2023; Accepted: 05 November, 2023

Abstract

Background & Aim: The prevalence of chronic renal failure is increasing dramatically all over the world. This disease causes a decrease in the quality of life, increased health care costs, and death. Health literacy as a vital indicator of health care results, and self-management as a critical indicator of disease control and chronic conditions can play together crucial role in these patients. Therefore, the research aimed to investigate the relationship between health literacy and self-management in patients with a kidney transplant.

Materials & Methods: This cross-sectional study was conducted with 120 participants in Tehran city using a convenience sampling method. Data were collected using a health literacy questionnaire and Kozaka's self-management behavior specific to kidney transplant patients. SPSS ver. 20 used for data analysis.

Results: The results showed a significant relationship between health literacy and self-management in kidney transplant patients. In addition, health literacy had a statistically significant association with education level, employment, income, and age. Also, self-management had a statistically significant relationship with age, education level, employment, and income.

Conclusion: A significant relationship was found between health literacy and self-management behaviors. Thus, it can be suggested to pay more attention to health literacy, which increases the client's knowledge regarding their condition and its evaluation. Health literacy can also be added to their educational program, both in medical centers and The Associations for the Support of Kidney and Kidney Transplant Patients.

Keywords: Health Literacy, Renal Transplantation, Self-Management

Address: School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences

Tel: +989189972013

Email: armanmiri12@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹Assistant Professor of Nursing Management, Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences

²Assistant Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

* Ph.D Student of Health Promotion And Health Education, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, (Corresponding Author)