



Health Literacy Status and Its Related Factors in the Elderlies in Dorood, Iran

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Sabooteh S.¹ MSc,
Shahnazi H.*¹ PhD,
Mostafavi F.¹ PhD

How to cite this article

Sabooteh S, Shahnazi H, Mostafavi F. Health Literacy Status and Its Related Factors in the Elderlies in Dorood, Iran Journal of Education and Community Health. 2019;6(1):41-47.

ABSTRACT

Aims Elderly people with low levels of health literacy, as one of the most at-risk groups, have some problems regarding the perception of information related to their health. This study was conducted with the aim of determining health literacy status in elderly population of Dorood, Iran.

Materials & Methods This cross sectional descriptive-analytical study was conducted on 220 elderly people referring to health centers in Dorood in 2017. The sampling method was first stratified random sampling. To collect information, the Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) was used as self-report. Data were analyzed by SPSS 20 software, using Pearson correlation coefficient, Spearman correlation, independent t-test, and one-way ANOVA.

Findings The mean age of participants in this study was 66.29 ± 7.57 years. The results of this study showed that the mean of health literacy score in the subjects was 56.45 ± 19.9 from 100 and the health literacy of 57.2% of the elderly was insufficient. This study showed that there is a significant relationship between health literacy with age, education level and income ($p < 0.05$).

Conclusion The health literacy of elderlies is low in Dorood and the level of inadequate health literacy is less common in people with older ages, lower education, and lower income levels.

Keywords Elderly; Health Literacy; Health Promotion

CITATION LINKS

[1] The relationship between loneliness and life ... [2] Communication barriers among nurses and elderly ... [3] People attitude toward elderly in Golestan ... [4] The severity of old age disability and its related ... [5] Methodology and validation of health literacy scale development ... [6] The impact of health and financial literacy on decision ... [7] Health literacy being able to make the most of ... [8] Health literacy: a key component of controlling social ... [9] Health literacy and the influencing factors: a study in five ... [10] Promoting Health and Development: Closing the Implementation ... [11] Health literacy: the road to improved health ... [12] Evaluation of health literacy of pregnant women in urban ... [13] Health literacy and preventive health care use among Medicare ... [14] Association between low functional health literacy and mortality in older ... [15] Just What Did the Doctor Order? Addressing ... [16] The relationship between health literacy, health status ... [17] The relationship of health literacy with health status ... [18] Health literacy and its relationship with medical adherence ... [19] The relationship between health literacy and health status ... [20] Using the pregnancy perception of risk questionnaire to assess ... [21] Health literacy in Iran: findings from a national ... [22] Health literacy among adults of Isfahan ... [23] The study of health literacy of staff about risk factors of ... [24] Health literacy and utilization of health services in Kerman ... [25] Comparison of health literacy between medical and non-medical students ... [26] The health literacy of America's adults: Results from the 2003 ... [27] Health literacy: the sixth vital ... [28] Functional health literacy and health-promoting ... [29] A survey on health literacy of inpatients educational hospitals ... [30] Investigating health literacy Level of patients referred ... [31] The relationship between health literacy and general health ... [32] When language, health literacy, and miscommunication ... [33] Health literacy and ophthalmic patient ... [34] Health literacy, health status, and healthcare utilization ... [35] The association between health literacy and health status ...

¹Health Education & Promotion Department, Health Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*Correspondence

Address: Health Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Hezarjerib Street, Isfahan, Iran. Postal Code:8144504500
Phone: +98 (31) 37923243
Fax: +98 (31) 36682509
h_shahnazi@yahoo.com

Article History

Received: August 27, 2018
Accepted: November 10, 2018
ePublished: March 19, 2019

وضعیت سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهرستان دورود

سحر سابوته MSC

گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

حسین شهنازی * PhD

گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

فیروزه مصطفوی PhD

گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

اهداف: افراد سالمندی که سطح سواد سلامت پایینی دارند به عنوان یکی از گروه‌های در معرض خطر، دارای مشکلاتی در فهم و ادراک و خواندن اطلاعات مرتبط با سلامتی خود هستند. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر دورود انجام شد.

ابزار و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که روی ۲۲۲ نفر از سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر دورود در سال ۱۳۹۶ انجام شد. شیوه نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای بود. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA) به شیوه خودگزارش‌دهی استفاده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS 20 و با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و اسپیرمن، T مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره سواد سلامت سالمندان $56/45 \pm 19/90$ از ۱۰۰ به دست آمد و ۷۷/۵٪ سالمندان دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند. بین نمره سواد سلامت با سن، سطح تحصیلات و میزان درآمد همبستگی معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: سطح سواد سلامت در سالمندان شهر دورود بسیار پایین است و سطح سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، تحصیلات پایین‌تر و میزان درآمد کمتر شایع‌تر است.

کلیدواژه‌ها: سالمند، سواد سلامت، ارتقای سلامت

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۹

* نویسنده مسئول: h_shahnazi@yahoo.com

مقدمه

افزایش چشمگیر جمعیت سالمندی در سراسر دنیا پدیده‌ای است که از قرن بیستم آغاز شده است [1]. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) افراد ۶۰ ساله و بالاتر به عنوان سالمند محسوب می‌شوند [2]. براساس آمارهای این سازمان، سالمندان سریع‌ترین نرخ رشد جمعیت را در بین گروه‌های مختلف سنی دارند (۲/۴٪ در سال)، که به وضوح بیشتر از نرخ رشد کلی جمعیت است [3]. پیش‌بینی‌های جمعیتی حاکی از آن است که در ایران نسبت سالمندان به کل جمعیت رو به افزایش است و این میزان در فاصله ۵۰ سال، ۲/۲۷ برابر شده است. بر همین اساس شمار سالخوردگان در سال ۲۰۵۰ نسبت به کل جمعیت به حدود ۲۶٪ خواهد رسید [2]. طبق گزارش‌های موجود، در ایران میزان تقاضا برای خدمات درمانی در سالمندان بیش از سه برابر جمعیت غیرسالمند بوده و با افزایش سن سالمندان این تقاضا بیشتر هم می‌شود [4]. سالمندان به علت تغییرات فیزیولوژیک که با بالا رفتن سن رخ می‌دهد بیش از سنین دیگر به بیماری‌های گوناگون مبتلا می‌شوند [5]. نتایج یک مطالعه در ایران نشان می‌دهد که بیش از ۴۰٪ سالمندان ایرانی دارای مشکلات متعدد در سیستم‌های مختلف بدن هستند [4].

سواد سلامت به عنوان توانایی دسترسی، فهم و استفاده از اطلاعات و مفاهیم بهداشتی به طوری که منجر به پیامدهای مفید در سلامت فرد شود تعریف شده است [6]. به بیانی دیگر، سواد سلامت میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات بهداشتی است که برای تصمیم‌گیری مناسب لازم است و شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد [7]. کم بودن سواد سلامت با سطح پایین سلامت، نابرابری‌های گسترده‌تر و هزینه‌های بالاتر نظام سلامت همراه است [8]. این افراد درباره سلامت کمتر آگاهی دارند، کمتر خدمات پیشگیرانه را دریافت می‌کنند، کنترل بیماری‌های مزمن در آنها بدتر است، عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیف‌تری دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در میان آنها بیشتر دیده می‌شود [9]. محدودیت سواد سلامت زمانی رخ می‌دهد که افراد نتوانند به اطلاعات و خدمات بهداشتی مورد نیاز خود دست یافته یا از آن استفاده کنند که باعث ناتوانی در خودمراقبتی، مشکل در درک دستورالعمل داروها و انجام درمان، عدم پیروی از دستورات پزشک، افزایش میزان بستری شدن در بیمارستان و ناتوانی در ارتباط با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌شود [10].

از طرفی متأسفانه سطح پایین سواد سلامت در گروه سالمندان شایع‌تر است، در نتیجه این افراد به عنوان گروه‌های در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت به شمار می‌روند [11]. مطالعات اخیر روی سالمندان نشان داده‌اند که سواد سلامت کم با خودارزیابی از وضعیت سلامت پایین و همچنین افزایش مرگ‌ومیر سالمندان مرتبط است [12, 13]. نتایج مطالعه بوستوک و استپتو نشان داد که افراد سالمند دارای مشکلاتی در فهم و ادراک و خواندن اطلاعات مرتبط با سلامتی خود هستند و این ضعف با میزان مرگ‌ومیر بالاتر رابطه دارد [14]. امروزه بسیاری از آموزش‌ها و اطلاعات سلامت در سیستم بهداشتی به صورت نوشتاری است که متن آنها قابل فهم برای بسیاری از افراد به خصوص سالمندان نیست [11]. بنابراین آموختن و درک اطلاعات جدید بهداشتی نیازمند مهارت بالایی در خواندن، محاسبات و مهارت تصمیم‌گیری است [15] و بسیاری از پزشکان بر این باورند که بیماران توانایی خواندن و نیز درک تمام دستورالعمل‌های سلامت را ندارند [11]. این در حالی است که مطالعات ثابت کردند که اغلب سالمندان در این سه زمینه مهارت کافی ندارند و ضعیف عمل می‌کنند. این موارد خود از علل سطح پایین سواد سلامت در این گروه آسیب‌پذیر محسوب می‌شود و نشان‌دهنده لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در گروه سالمندان است [6]. امروزه تأکید بر این است که بیمار نقش مهم‌تری نسبت به ارائه‌دهنده خدمات سلامت در کنترل سلامتی خود دارد. بنابراین باید به عنوان یک فرد مطلع در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی و درمانی خود شرکت کند [16]. در مطالعه‌ای که تحت عنوان "تأثیر سواد سلامت بر قدرت تصمیم‌گیری در سالمندان" توسط جیمز و همکاران در شیکاگو انجام شد، نتیجه نشان داد که که نمره سواد سلامت سالمندان همبستگی مثبتی با نمره کل تصمیم‌گیری دارد [6].

در مطالعه طهرانی و همکاران ۶/۵۶٪ افراد سواد سلامت ناکافی داشتند و تنها ۱/۲۸٪ افراد از سطح بالای سواد سلامت برخوردار بودند [9]. در مطالعه رئیسی و همکاران نیز سواد سلامت ۶/۷۹٪ سالمندان در حد ناکافی و ۶/۱۱٪ در حد مرزی بوده و تنها ۸/۸٪

مسئولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه‌نامه و فرم استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی بود، مورد سنجش قرار گرفت. بخش محاسبات شامل توضیحاتی در زمینه داروهای تجویز شده و وقت ویزیت بود و توانایی فرد را برای درک کردن و عمل کردن براساس توصیه‌هایی که پزشکان و آموزش‌دهندگان امر سلامت به وی می‌دادند و نیاز به محاسبات داشت، مورد سنجش قرار می‌داد. این بخش دارای ۱۰ توضیح یا دستور بهداشتی در زمینه داروهای تجویز شده، زمان مراجعه به پزشک، مراحل استفاده از کمک‌های مالی و یک مثال از نتیجه یک آزمایش طبی بود. این توضیحات در قالب کارت‌هایی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و سئوالات مربوطه از فرد پرسیده شد. نمره فرد در این بخش بین صفر تا ۵۰ در نظر گرفته شد و در کل، امتیاز پرسش‌نامه از ۱۰۰ محاسبه شد. نمره کل سواد سلامت به سه سطح ناکافی (۵۹-۰)، مرزی (۷۴-۶۰) و کافی (۱۰۰-۷۵) تقسیم شد [16]. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه رئیس‌ی و همکاران در بخش محاسبات با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و در بخش درک خواندن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تایید شده است [16].

روش انجام کار به این شکل بود که با مراجعه به مراکز بهداشتی انتخاب شده، پرسش‌نامه توسط سالمندان منتخب تکمیل شد. در مواردی که سالمندان در خواندن و تکمیل پرسش‌نامه مشکل داشتند، از روش مصاحبه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. در تمام مراحل تکمیل پرسش‌نامه یکی از اعضای تیم تحقیق در کنار سالمند حضور داشت تا در صورت نیاز به وی راهنمایی‌های لازم را ارائه دهد.

داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS 20 و با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و اسپیرمن، T مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶۶/۲۹±۷/۵۷ سال در دامنه ۶۰ تا ۹۲ سال بود. ۵۱/۴٪ شرکت‌کنندگان زن و بیشتر آنها متاهل (۷۶/۱٪) بودند. بیشترین سطح تحصیلات (۸۱/۱٪) زیر دیپلم بود. از نظر وضعیت اقتصادی، ۷۴/۴٪ سالمندان درآمد زیر ۸۰۰ هزار تومان داشتند.

بین جنسیت و وضعیت تاهل با سواد سلامت رابطه معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$)، ولی بین سطح تحصیلات و میزان درآمد با سطح سواد سلامت رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/05$; جدول ۱).

میانگین نمره کل سواد سلامت در افراد مورد مطالعه ۵۶/۴۵±۱۹/۹۰ بود و میانگین نمره سواد سلامت سالمندان در بخش محاسبات ۲۱/۹۵±۱۳/۹۰ و در بخش درک خواندن ۳۴/۵۰±۱۰/۳۰ به دست آمد. سواد سلامت ۱۳۳ نفر (۵۹/۹٪) از سالمندان مورد مطالعه در حد ناکافی، ۳۹ نفر (۱۷/۶٪) در حد مرزی و ۵۰ نفر (۲۲/۵٪) در حد کافی بود.

سن با نمره کلی سواد سلامت و حیطه‌های آن همبستگی معکوس و معنی‌دار داشت، به طوری که سطح سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، شایع‌تر بود. بین سطح سواد سلامت با میزان درآمد خانوار و سطح تحصیلات همبستگی مثبت معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که سطح سواد سلامت ناکافی در افراد با تحصیلات پایین‌تر و میزان درآمد کمتر بیشتر بود (جدول ۲).

از نظر منبع کسب اطلاعات سلامت و بیماری، ۵۱/۴٪ سالمندان اطلاعات بهداشتی خود را از طریق رادیو و تلویزیون، ۲۸/۴٪ از

شرکت‌کنندگان از سواد سلامت کافی برخوردار بودند [16]. مطالعه *ایزدی‌راد و ضاریان* نشان داد که تنها ۳۲٪ شرکت‌کنندگان سواد سلامت کافی داشتند و این میزان با بالارفتن سن کاهش داشت [17].

سواد سلامت هم‌اکنون به‌عنوان یک مساله و بحث جهانی معرفی شده و به دلیل نقش مهم آن بر نحوه تصمیم‌گیری افراد در زمینه‌های مرتبط با سلامت به‌عنوان یکی از ابزارهای اساسی در جهت ارتقای سلامت جامعه و بالابردن کیفیت آرایه خدمات بهداشتی و درمانی مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است. برخی محققان معتقدند که سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مثل سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در رابطه با سلامت است [18].

اهمیت بررسی سواد سلامت در گروه سالمندان آنجا پررنگ می‌شود که بدانیم در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران تحول از یک جامعه جوان به جامعه پیر و سالخورده در ۲ تا ۳ دهه آینده به وقوع خواهد پیوست و تطابق با این روند سریع تحول، نیازمند تغییرات اساسی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است تا ضمن غلبه بر مشکلات ناشی از آن بتوان بستر مناسبی برای رشد، تعالی و سلامت سالمندان ایجاد نمود [19]. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر دورود انجام شد.

ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۶ روی سالمندان شهر دورود انجام شد. شیوه نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای بود و ۲۲۲ سالمند ۶۰ سال و بالاتر وارد مطالعه شدند. تعداد نمونه با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات مقطعی حداقل ۱۹۷ نفر به دست آمد که با احتمال ۱۵٪ ریزش ۲۳۲ نفر انتخاب شدند. ۱۰ نفر به دلیل تکمیل ناقص پرسش‌نامه از مطالعه خارج شدند و نهایتاً ۲۲۲ نفر در مطالعه باقی ماندند.

شهرستان دورود دارای ۷ مرکز بهداشتی و درمانی است که از این تعداد ۴ مرکز به تصادف انتخاب شده و هر مرکز یک طبقه در نظر گرفته شد و از سالمندان مراجعه‌کننده برای مراقبت روتین در هر مرکز ۵۵ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه داشتن سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسش‌نامه بود. سالمندانی که مشکلات ادراکی یا روانی داشتند یا سالمندانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند، وارد مطالعه نشدند. در مورد هدف از انجام پژوهش و اختیاری بودن شرکت در مطالعه به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و آنها با رضایت شخصی وارد مطالعه شدند. تکمیل پرسش‌نامه‌ها به شیوه خودگزارش‌دهی در مراکز بهداشتی-درمانی منتخب انجام شد.

اطلاعات دموگرافیک سالمندان شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. به منظور سنجش سواد سلامت از پرسش‌نامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA) استفاده شد [16] که از جامع‌ترین و رایج‌ترین ابزارهای استاندارد موجود در زمینه سنجش سواد سلامت است. این پرسش‌نامه شامل دو بخش محاسبات و درک خواندن است. در بخش درک خواندن هر سؤال دارای یک امتیاز (در مجموع ۵۰ امتیاز) بوده و توانایی شرکت‌کنندگان در خصوص خواندن و فهمیدن ۳ متن که تحت عناوین دستورالعمل آماده‌شدن برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، حقوق و

طریق خانواده و دوستان، ۱۴٪ از کارکنان بهداشتی و ۶/۳٪ از روزنامه و مجله به دست آورده بودند. به این ترتیب، رادیو و تلویزیون و بعد خانواده و دوستان به عنوان مهم ترین منابع کسب اطلاعات سلامت و بیماری در سالمندان عنوان شدند (جدول ۳).

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات جمعیت شناختی و بررسی ارتباط آنها با سطح سواد سلامت در سالمندان شهرستان دورود (تعداد کل نمونه ۲۲۲ نفر؛ اعداد داخل پرانتز درصد هستند)

مشخصات جمعیت شناختی	کل	سواد سلامت کافی	سواد سلامت مرزی	سواد سلامت ناکافی	سطح معنی داری
جنس					
مرد	(۴۸/۶) ۱۰۸	(۲۰/۴) ۲۲	(۱۹/۴) ۲۱	(۶۰/۲) ۶۵	۰/۴۸۱
زن	(۵۱/۴) ۱۱۴	(۲۴/۶) ۲۸	(۱۵/۸) ۱۸	(۵۹/۶) ۶۸	
وضعیت تاهل					
متاهل	(۷۶/۱) ۱۶۹	(۲۵/۴) ۴۳	(۱۷/۸) ۳۰	(۵۶/۸) ۹۶	۰/۱۳۴
مجرد	(۳/۶) ۸	(۲۵/۰) ۲	(۲۵/۰) ۲	(۵۰/۰) ۴	
مطلقه	(۱/۸) ۴	۰	۰	(۱۰۰) ۴	
همسر فوت شده	(۱۸/۵) ۴۱	(۱۲/۲) ۵	(۱۷/۱) ۷	(۷۰/۷) ۲۹	
سطح تحصیلات					
زیر دیپلم	(۸۱/۱) ۱۸۰	(۱۸/۳) ۳۳	(۱۵/۶) ۲۸	(۶۶/۱) ۱۱۹	۰/۰۰۰۱
دیپلم	(۱۱/۳) ۲۵	(۳۶/۰) ۹	(۳۶/۰) ۹	(۲۸/۰) ۷	
دانشگاهی	(۷/۷) ۱۷	(۴۷/۱) ۸	(۱۱/۸) ۲	(۴۱/۲) ۷	
میزان درآمد (تومان)					
۵۰۰ هزار و کمتر	(۵۵/۹) ۱۲۴	(۲۷/۴) ۳۴	(۱۸/۵) ۲۳	(۵۴/۰) ۶۷	۰/۰۱۲
۵۰۰ تا ۸۰۰ هزار	(۱۸/۵) ۴۱	(۹/۸) ۴	(۹/۸) ۴	(۸۰/۵) ۳۳	
۸۰۰ هزار تا یک میلیون	(۱۰/۸) ۲۴	(۸/۳) ۲	(۲۵/۰) ۶	(۶۶/۷) ۱۶	
بیشتر از یک میلیون	(۱۴/۹) ۳۳	(۳۰/۳) ۱۰	(۱۸/۲) ۶	(۵۱/۵) ۱۷	

جدول ۲) ضرایب همبستگی متغیرهای جمعیت شناختی با نمرات سواد سلامت و حیطه های آن

متغیرها	سن	سطح تحصیلات	میزان درآمد
نمره کل	-۰/۱۹**	۰/۲۶***	۰/۱۶*
نمره محاسبات	-۰/۱۳*	۰/۱۷*	۰/۰۱۲
نمره درک خواندن	-۰/۱۹**	۰/۳۶***	۰/۱۷**

p<۰/۰۰۱***; p<۰/۰۱**; p<۰/۰۵*

جدول ۳) توزیع فراوانی مطلق و نسبی روش های کسب اطلاعات بهداشتی در سالمندان (تعداد کل نمونه ۲۲۲ نفر؛ اعداد داخل پرانتز درصد هستند)

اطلاعات بهداشتی	سواد سلامت	ناکافی	مرزی	کافی
رادیو و تلویزیون	(۵۱/۴) ۱۱۴	(۶۲/۳) ۷۱	(۱۴/۹) ۱۷	(۲۲/۸) ۲۶
خانواده و دوستان	(۲۸/۴) ۶۳	(۵۵/۶) ۳۵	(۱۷/۵) ۱۱	(۲۷/۰) ۱۷
کارکنان بهداشتی	(۱۴/۰) ۳۱	(۶۷/۷) ۲۱	(۲۲/۶) ۷	(۹/۷) ۳
مجله و روزنامه	(۶/۳) ۱۴	(۴۲/۸) ۶	(۲۸/۶) ۴	(۲۸/۶) ۴

بحث

یکی از اهداف جامع برنامه Healthy people 2020، در کنار افزایش سال های عمر و کیفیت زندگی، حذف نابرابری هاست. امروزه نابرابری های سلامت با پیچیدگی های سیستم بهداشت و درمان، سال خوردگی جمعیت، نرخ سواد سلامت کم و افزایش میزان

بیماری های مزمن تشدید شده اند. سواد سلامت به عنوان یکی از اولویت های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی مطرح شده و نقشی کلیدی در ارتقای کیفیت زندگی، کیفیت مراقبت های بهداشتی و پیامدهای سلامتی دارد [20]. با توجه به اهمیت این مساله، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر دورود انجام شد.

در این مطالعه میانگین نمره سواد سلامت سالمندان ۵۶/۴۵ از ۱۰۰ به دست آمد. براساس این نتیجه، ۷۷/۵٪ سالمندان دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند که بیانگر سواد سلامت بسیار پایین در این گروه است. تغییرات حسی و ادراکی که همراه با سالمندی به وقوع می پیوندد، بر توانایی آنها در خواندن و درک اطلاعات بهداشتی تاثیر می گذارد. علاوه بر آن، افزایش سن تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی را سبب می شود و وابستگی به خدمات و کارکنان مراقبت های بهداشتی- درمانی را افزایش می دهد؛ در چنین شرایطی، توانایی مراقبت موثر از خود، تعامل و ارتباط با مراکز بهداشتی- درمانی به سطحی قابل قبول از سواد سلامت نیاز دارد [16] که متاسفانه در این گروه آسیب پذیر بسیار نگران کننده است و لزوم توجه بیشتر به این مساله را می طلبد. این نتیجه با نتایج اغلب پژوهش های انجام شده قبلی همسو است. مطالعه طاووسی و همکاران نشان داد از هر دو نفر ایرانی یک نفر سواد سلامت محدود دارد [21]. در مطالعه کوشیار و همکاران سواد سلامت حدود ۷۰٪ سالمندان ناکافی بود [18]. در مطالعه محسنی و همکاران سالمندان شهر کرمان [19] ۵۲/۵٪ و در پژوهش رئیس و همکاران در سالمندان اصفهانی [16] ۷۹/۷٪ آنها سواد سلامت ناکافی داشتند. یافته های مطالعه طهرانی و همکاران [9]، جوادزاده و همکاران [22]، اثنی عشری و همکاران [23]، ایزدی راد و ضاریان [17]، نکویی مقدم و همکاران [24] و رمضانخانی و همکاران [25] همگی بیانگر سواد سلامت ناکافی در افراد تحت مطالعه در ایران بودند. همچنین مطالعه کاتر در سطح ملی آمریکا حاکی از این بود که تنها ۳٪ سالمندان از سواد سلامت کافی برخوردارند [26]. در مطالعه هینریچ، دوسوم افراد تحت مطالعه سواد سلامت محدود داشتند [27]. مطالعه ون واگنر و همکاران نیز نشان داد که ۳۰٪ سالمندان سواد سلامت ناکافی داشتند [28].

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و سن همبستگی معنی داری مشاهده شد. مطالعه قنبری و همکاران [12]، رئیس و همکاران [16]، طهرانی و همکاران [9]، جوادزاده و همکاران [22]، کوشیار و همکاران [18] و ملاخلیلی و همکاران [29]، ارتباط آماری معنی داری را میان سن افراد و سطح سواد سلامت آنها نشان داد. در حالی که در مطالعه محسنی و همکاران [19] و نکویی مقدم و همکاران [24] بین سن و سواد سلامت رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد که محقق علت آن را میزان کمتر پاسخگویی صحیح و کامل سالمندان به ابزار مورد استفاده در پژوهش عنوان کرده است.

نتایج مطالعه حاضر بین سطح سواد سلامت و تحصیلات همبستگی معنی داری نشان داد، به طوری که در افراد تحصیل کرده، سطح سواد سلامت بالاتر بود. براساس مرور سیستماتیک آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت های بهداشتی (AHRQ) در سال ۲۰۱۱، گزارش شد که سال های تحصیل، پیش بینی کننده ای قوی در سواد سلامت افراد به شمار می رود و پایین بودن سطح سواد سلامت به ویژه در افرادی با تحصیلات کمتر از دیپلم بارزتر است [30]. نتایج مطالعه طهرانی و همکاران [9]، جوادزاده و همکاران [22]، اثنی عشری و همکاران [23]، قنبری و همکاران [12]، رئیس و همکاران [16]، ملاخلیلی و همکاران [29]، محسنی و همکاران [19]، خسروی و

بالاتری برای کسب اطلاعات از منابع غیرچاپی و غیرنوشتاری دارند که در این میان رادیو و تلویزیون و دوستان و خانواده بهترین گزینه به نظر می‌رسند. مساله مهم این است که افراد برای تصمیم‌گیری مناسب در خصوص سلامت باید بتوانند اطلاعات کافی را که در محیط‌های اختصاصی سلامت به آنها ارایه می‌شوند، درک و از آنها استفاده نمایند. ارایه‌دهندگان خدمات باید از توانایی‌های بیماران برای پردازش اطلاعات سلامت به‌منظور بهبود پیامدهای بیماری خود آگاه باشند، همچنین باید بتوانند اطلاعات را به بیماران با سطح سواد سلامت مختلف منتقل کنند [32]. این در حالی است که بسیاری از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی برای تقویت یا توضیح بیشتر اطلاعات مورد بحث در حین ملاقات با بیماران، از مطالب نوشتاری استفاده می‌کنند که به‌صورت بروشور یا پمفلت برای مطالعه در خانه در اختیار بیماران قرار داده می‌شود؛ در حالی که در بیشتر اوقات، این اطلاعات در سطحی بسیار بالاتر از درک و فهم اغلب بیماران است یا از توضیحاتی استفاده می‌کنند که سالمندان قادر به فهم آنها نیستند. بنابراین توصیه می‌شود که مطالب آموزشی ارایه‌شده کوتاه، روشن، ساده و حاوی عکس و تصویر باشند [12]. رسانه‌های غیرچاپی، یکی از راه‌های موثر برای ارایه پیام سلامتی به کسانی هستند که سواد سلامت اندک دارند. این رسانه‌ها ممکن است شامل تصاویر و نوارهای ویدیویی یا برنامه‌های کامپیوتری تعاملی باشند. حتی بیمارانی که مشکلی برای خواندن ندارند، مواد غیرنوشتاری مانند کتاب‌های مصور، نوارهای ویدیویی، نوارهای صوتی یا نمایش‌های چندرسانه‌ای را ترجیح می‌دهند [9]. مطالعه قبیری و همکاران نشان داد که تلویزیون و پس از آن، کارکنان بهداشتی، مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی برای پاسخگویان هستند [12]. در مطالعه *یزدی‌راد* و *ضاریان*، کارکنان بهداشتی درمانی و پس از آن تلویزیون و رادیو [17] و در مطالعه *طاووسی* و همکاران، رادیو و تلویزیون و بعد کارکنان بهداشتی [21]، مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات سلامت برای پاسخگویان بودند که این تفاوت با توجه به گروه هدف مطالعات مختلف، منطقی است.

بخشی از جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش به‌صورت خودگزارشی انجام شد که می‌تواند به‌عنوان محدودیت مطالعه حاضر در نظر گرفته شود.

با توجه به اهمیت سواد سلامت و ارتباط آن با خودمراقبتی در سالمندان، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با موضوع مشابه در سایر شهرهای ایران انجام شود تا بتوان از نتایج این مطالعات و استخراج عوامل تأثیرگذار در سواد سلامت در طراحی مداخلات موثر به‌منظور ارتقای سواد سلامت سالمندان استفاده نمود.

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان ایران و چالش‌های ناشی از آن برای نظام ارایه‌دهنده خدمات سلامت در کشور و از آنجا که هر چه سالمندان سواد سلامت پایین‌تری داشته باشند، احتمال درک درست از خدمات بهداشتی و ارتباط مفید با سیستم سلامت در آنها کمتر است، لذا نیاز به تدوین سیاست‌های جدیدی در زمینه افزایش سواد سلامت و همچنین طراحی مداخلات آموزشی برای افزایش سواد سلامت سالمندی و در نتیجه ارتقای کیفیت مراقبت‌های ارایه‌شده به آنها احساس می‌شود.

نتیجه‌گیری

سطح سواد سلامت در سالمندان شهر دورود بسیار پایین است و سطح سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، تحصیلات پایین‌تر و میزان درآمد کمتر شایع‌تر است.

احمدزاده [30]، *طاووسی* و همکاران [21] و *سید/شهبازی* و همکاران [31] با مطالعه ما هم‌راستا است. همچنین نتایج مطالعه *سورلی* و *لوپز* [32] و مطالعه *موری* و *لی* [33] که نشان دادند میزان سواد سلامت با افزایش سطح تحصیلات افزایش می‌یابد، با مطالعه ما همخوانی دارد. البته مساله‌ای که جای تعمق دارد این است که در این مطالعه، ۴۱/۲٪ افراد با تحصیلات دانشگاهی هم سواد سلامت ناکافی داشتند. بنابراین می‌توان گفت که سال‌های تحصیل به‌تنهایی، شاخصی به‌طور کامل معتبر برای مهارت‌های درک خواندن محسوب نمی‌شوند و ارزیابی سواد سلامت براساس آخرین مدرک تحصیلی، کاری اشتباه به نظر می‌رسد [12].

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و میزان درآمد همبستگی معنی‌داری مشاهده شد، به این معنی که افراد با درآمد بالاتر، از سواد سلامت بالاتری برخوردار بودند. احتمالاً در افراد با وضعیت اقتصادی بالاتر، امکان تحصیلات و دسترسی به آموزش‌های مرتبط با سلامت بیشتر است. نتایج مطالعه *قنبری* و همکاران [12]، همچنین مطالعه *رئبسی* و همکاران [16]، *جو/زاده* و همکاران [22]، *ملاخلیلی* و همکاران [29]، *طاووسی* و همکاران [21] و مطالعه *لی* و همکاران [34] با مطالعه ما در این خصوص همسو هستند. اما در مطالعه *ملاخلیلی* و همکاران [29] و *سید/شهبازی* و همکاران [31] میان سطح سواد سلامت با میزان درآمد بیماران رابطه آماری معنی‌دار گزارش نشد.

براساس یافته‌های این مطالعه بین جنس با سواد سلامت رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج مطالعات *محسنی* و همکاران [19]، *سید/شهبازی* و همکاران [31] و *ملاخلیلی* و همکاران [29] با مطالعه ما همسو بود. این در حالی است که در مطالعه *رئبسی* و همکاران [16] شیوع سواد سلامت ناکافی در زنان در مقایسه با مردان بیشتر گزارش شده بود. مطالعه *طهرانی* و همکاران [9] و *خسروی* و *احمدزاده* [30] هم پایین‌بودن سواد سلامت در زنان را تایید کرده است. اما نتایج مطالعه *اثنی‌عشری* و همکاران حاکی از بیشتربودن سواد سلامت در زنان بود [23]. مطالعه *لی* و همکاران [34]، *ون‌واگنر* و همکاران [28]، *جو/زاده* و همکاران [22] و *کوشیار* و همکاران [18] نیز این ارتباط را تایید کردند. یکی از دلایل احتمالی این اختلافات می‌تواند تفاوت در زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی جمعیت‌های مورد بررسی نسبت به موضوع سلامت باشد. صرف نظر از جنسیت، شاید بتوان گفت تأثیرات خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی، اهمیت حیاتی در شکل‌گیری نگرش‌ها و اعتقادات افراد و چگونگی تعامل آنها با سیستم سلامتی دارد [30].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین وضعیت تاهل با سواد سلامت رابطه معنی‌داری وجود ندارد که با نتایج مطالعه *محسنی* و همکاران [19] و *سید/شهبازی* و همکاران [31] هم‌راستا است. در حالی که مطالعه *رئبسی* و همکاران [16]، *ملاخلیلی* و همکاران [29] و *قنبری* و همکاران [35] ارتباط معنی‌دار بین سواد سلامت با وضعیت تاهل را گزارش کردند. به نظر می‌رسد اختلاف در یافته‌ها با تفاوت در جامعه مورد پژوهش و عوامل مختلف فرهنگی و اجتماعی ارتباط دارد.

از نظر منبع کسب اطلاعات سلامت و بیماری، براساس نتایج مطالعه حاضر، به ترتیب رادیو- تلویزیون و بعد خانواده و دوستان به‌عنوان مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات سلامت عنوان شدند و در این میان سهم روزنامه و مجله از همه کمتر بود. همچنین تنها ۱۴٪ سالمندان، کارکنان بهداشتی و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت را برای کسب اطلاعات بهداشتی نام برده بودند. آنچه که روشن است افراد با تحصیلات پایین به‌ویژه سالمندان معمولاً تمایل

women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Med.* 2012;19(97):1-12. [Persian]

13- Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care.* 2002;40(5):395-404.

14- Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *Br Med J.* 2012;344(3):2-10.

15- North Carolina Institute of Medicine. Just What Did the Doctor Order? Addressing Low Health Literacy in North Carolina [Internet]. Morrisville, North Carolina: North Carolina Institute of Medicine; 2007 [cited 2018 Nov 22]. Available from: <http://nciom.org/what-did-the-doctor-order-addressing-low-health-literacy-in-north-carolina/>

16- Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifi Rad Gh. The relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan. *J Health Syst Res.* 2011;7(4):469-80. [Persian]

17- Izadi Rad H, Zareban I. The relationship of health literacy with health status, preventive behaviors and health services utilization in Baluchistan, Iran. *J Educ Community Health.* 2015;2(3):43-50. [Persian]

18- Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2014;23(1):134-43. [Persian]

19- Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad VR. The relationship between health literacy and health status among elderly people in Kerman. *Salmand.* 2015;10(2):146-55. [Persian]

20- Headley AJ, Harrigan J. Using the pregnancy perception of risk questionnaire to assess health care literacy gaps in maternal perception of prenatal risk. *J Natl Med Assoc.* 2009;101(10):1041-5.

21- Tavousi M, Haeri Mehrizi AA, Rafieifar Sh, Soleimani A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh.* 2016;15(1):95-102. [Persian]

22- Javadzade H, Sharifi Rad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults of Isfahan, Iran. *J Health Syst Res.* 2013;9(5):540-9. [Persian]

23- Asna Ashari F, Pirdehghan A, Rajabi F, Sayyarifard A, Ghadirian L, Rostami N, et al. The study of health literacy of staff about risk factors of chronic diseases in 2014. *Avicenna J Clin Med.* 2015;22(3):248-54. [Persian]

24- Nekoei Moghadam M, Parva S, Amiresmaeili, Baneshi M. Health literacy and utilization of health services in Kerman urban area 2011. *Toloo-e-behdasht.* 2013;11(4):123-34. [Persian]

25- Ramezankhani A, Ghaffari M, Rakhshani F, Ghanbari Sh, Azimi S. Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic. *Pajoohandeh.* 2015;20(2):78-85. [Persian]

26- Kutner MA, National Center for Education Statistics. The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington D.C.: Department of Education, National Center for Education Statistics; 2006.

27- Heinrich C. Health literacy: the sixth vital sign. *J Am Acad Nurse Pract.* 2012;24(4):218-23.

28- von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد ۳۹۶۵۷۸ است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی عزیزانی که محققان را در اجرای پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

تعارض منافع: نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافع بین آنها وجود ندارد.

تأییدیه اخلاقی: مطالعه حاضر مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاقی IR.MUI.REC.1396.1.075 است.

سهم نویسندگان: سحر سابوته (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۵۰٪)؛ حسین شهنازی (نویسنده دوم)، روش‌شناس/پژوهشگر کمکی (۳۰٪)؛ فیروزه مصطفوی (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی/تحلیلگر آماری (۲۰٪) **منابع مالی:** این پروژه تحقیقاتی با حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

منابع

- Hojjati H, Koochaki G, Sanagoo A. The relationship between loneliness and life satisfaction of the elderly in Gorgan and Gonbad cities. *J Res Dev Nurs Midwifery.* 2012;9(1):61-8. [Persian]
- Aghamolaei T, Hasani L. Communication barriers among nurses and elderly patients. *Hormozgan Med J.* 2011;14(4):312-8. [Persian]
- Sanagoo A, Bazyar A, Chehrehgosha M, Gharanjic S, Noroozi M, Pakravanfar S, et al. People attitude toward elderly in Golestan province, 2009. *J Res Dev Nurs Midwifery.* 2012;8(2):24-9. [Persian]
- Adib Hajbagheri M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. *Feyz.* 2009;13(3):225-34. [Persian]
- Tsai TI, Lee SY, Tsai YW, Kuo KN. Methodology and validation of health literacy scale development in Taiwan. *J Health Commun.* 2011;16(1):50-61.
- James BD, Boyle PA, Bennett JS, Bennett DA. The impact of health and financial literacy on decision making in community-based older adults. *Gerontology.* 2012;58(6):531-9.
- Sihota S, Lennard L. Health literacy being able to make the most of health. London: National Consumer Council; 2004.
- Panahi R, Ebrahimi Gh, Ahmadi A. Health literacy: a key component of controlling social determinants of health. *J Educ Community Health.* 2018;5(1):1-3. [Persian]
- Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *Strides Dev Med Educ.* 2007;4(1):1-9. [Persian]
- Kanj M, Mitic W. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. The 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi, Kenya: World Health Organization; 2009.
- Ferguson LA, Pawlak, R. Health literacy: the road to improved health outcomes. *J Nurse Pract.* 2011;7(2):123-9.
- Ghanbari Sh, Majlesi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant

diabetes. Iran J Diabetes Metabol. 2016;15(5):312-9. [Persian]

32- Sorlie V, Lopez RA. When language, health literacy, and miscommunication collide: tremors versus seizures. Fam Med. 2011;43(1):48-50.

33- Muir KW, Lee PP. Health literacy and ophthalmic patient education. Surv Ophthalmol. 2010;55(5):454-9.

34- Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. BMC Public Health. 2010;10:614.

35- Ghanbari A, Rahmatpour P, Khalili M, Barari F. The association between health literacy and health status among the staff of Guilan University of Medical Sciences, Iran. J Health Syst Res. 2016;12(3):381-7. [Persian]

Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health. 2007;61(12):1086-90.

29- Mollakhalili H, Papi A, Sharifi Rad Gh, Zare Farashbandi Z, Hasanzadeh H. A survey on health literacy of inpatients educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. Health Inf Manage. 2014;11(4):464-73. [Persian]

30- Khosravi A, Ahmadzadeh Kh. Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. Iran South Med J. 2016;18(6):1245-53. [Persian]

31- Seyedoshohadaei M, Kaghanizadeh M, Nezami M, Hamedani B, Barasteh S. The relationship between health literacy and general health in patients with type 2