

## سطح سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر ایلام در سال ۱۳۹۴

\* معصومه اطاقی<sup>۳</sup>

اسماء ترجمان<sup>۲</sup>

میلااد برجی<sup>۱</sup>

احمدرضا ناصری<sup>۵</sup>

ابراهیم سلیمی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** افراد دارای سواد سلامت پایین، درباره وضعیت سلامت خود آگاهی کمتری دارند، خدمات پیشگیری کمتری را دریافت می‌کنند و بیماری‌های مزمن در آنها کمتر کنترل می‌شود، بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سواد سلامت با وضعیت فعالیت جسمانی سالمندان شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

**روش بررسی:** در پژوهش توصیفی حاضر، ۲۵۰ نفر از سالمندان شهرستان ایلام به روش خوشه‌ای دو مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان، فعالیت روزانه زندگی (ADL) و سوالات مربوط به عملکرد فیزیکی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ بود که در مطالعات قبلی روایی و پایایی آنها تایید شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها، توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری t-test (برای متغیرهای دو گروهی) و ANOVA (برای متغیرهای بیشتر از دو گروه) و آزمون همبستگی انجام شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که ۵۰/۴ درصد از سالمندان مورد مطالعه سواد ناکافی داشتند. بین سواد سلامت با سن، جنس، شغل، تحصیلات، محل زندگی، ابتلا به بیماری مزمن و سابقه بستری مجدد ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/05$ )، اما بین میزان درآمد و سواد سلامت ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. سالمندانی که مستقل بودند و یا در انجام فعالیت فیزیکی محدودیت نداشتند از سواد سلامت بالاتری برخوردار بودند ( $P = 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری کلی:** با توجه به پایین بودن میزان سواد سلامت سالمندان شهر ایلام، بهتر است مداخلات لازم در جهت ارتقای سواد سلامت آنها انجام شود تا زمینه لازم برای بهبود وضعیت سلامت جسمانی و در پی آن بهبود کیفیت زندگی آنها فراهم شود.

**کلید واژه‌ها:** سواد سلامت، سالمند، سلامت جسمانی

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۷/۲۰

۱. ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.  
۲. دانشجوی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.  
۳. دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران. (\*نویسنده مسئول)  
Email: otaghi-m@medilam.ac.ir  
۴. ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.  
۵. دانشجوی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.



## مقدمه

سواد سلامت به معنی میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای سلامتی لازم می‌باشد<sup>(۱)</sup>. سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا ناتوانی خواندن عمومی بر نمی‌گردد<sup>(۲)</sup>. سواد سلامت ناکافی با گزارش فردی وضعیت سلامت در حد ضعیف‌تر، استفاده نامناسب از داروها و پیروی نکردن از دستورات پزشک، کنترل ضعیف‌تر قند خون و افزایش شیوع گزارش فردی از مشکلاتی که از کنترل ضعیف ناشی می‌شوند، دانش بهداشتی کمتر، مشارکت کمتر در تصمیم‌گیری در خصوص درمان، بیان کمتر نگرانی‌های سلامت و ارتباط بدتر با پزشکان همراه است<sup>(۳،۴)</sup>.

افراد دارای سواد سلامت پایین، درباره وضعیت سلامت آگاهی کمتری دارند، خدمات پیشگیری کمتری را دریافت می‌کنند، بیماری‌های مزمن در آنها کمتر کنترل می‌شود، عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیف‌تری دارند و میزان استفاده از واحد اورژانس و خدمات بیمارستانی در میان آنها بیشتر دیده می‌شود<sup>(۵)</sup>. با وجود اهمیت بسیار زیاد شناسایی افراد با سواد سلامت ناکافی، کارکنان سیستم‌های بهداشت و درمان اغلب در این زمینه ضعیف عمل می‌کنند. در ارتباط با بیماران با سواد سلامت ناکافی باید از روش‌هایی خاصی مانند استفاده از بیان ساده و قابل فهم، استفاده از تصاویر، گرفتن بازخورد از فرد بعد از ارایه اطلاعات به وی و محدود کردن اطلاعات ارائه شده به فرد در هر ملاقات استفاده کرد<sup>(۶)</sup>.

مباحث گسترده‌ای در ارتباط با اهمیت سواد سلامت وجود دارد و از سواد سلامت به عنوان یکی از اهداف «بیانیه مردمان سالم ۲۰۱۰» نام برده می‌شود. از نظر بنیاد پزشکی آمریکا، سواد سلامت به عنوان یکی از ۲۰ اولویتی که می‌تواند کیفیت مراقبت را دگرگون سازد، تعریف می‌شود<sup>(۷،۸)</sup>. فرهنگ و قومیت از جمله عواملی

هستند که سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تأثیرات خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، اهمیت حیاتی در شکل‌دهی نگرش‌ها و اعتقادات دارند و چگونگی تعاملات مردم با سیستم سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند<sup>(۹)</sup>.

سالمندی یکی از بزرگترین چالش‌های قرن حاضر است. پیشرفت‌های پزشکی و بهداشتی باعث افزایش طول عمر انسان‌ها شده و بر جمعیت سالمندان و به دنبال آن تعداد سالمندانی که نیاز به خدمات بهداشتی- درمانی دارند افزوده شده است<sup>(۱۰)</sup>. در ارزیابی واحد جمعیت سازمان ملل، روند جمعیتی سال‌خوردگی رو به گسترش بوده و پیش بینی می‌شود که جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، عربستان، کویت و چین سرعت فوق العاده‌ای داشته و تعداد سالمندان جهان در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر خواهد رسید. در آماری که در سال ۱۳۹۰ ارائه شده است ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را، سالمندان تشکیل داده‌اند<sup>(۱۱)</sup>. با توجه به اهمیت سواد سلامت در سالمندان و همچنین جمعیت رو به افزایش سالمندان در ایران، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سواد سلامت با وضعیت فعالیت جسمانی سالمندان شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

## روش بررسی

در مطالعه‌ی توصیفی- همبستگی حاضر، ۲۵۰ نفر از افراد بالای ۶۵ سال شهرستان ایلام شرکت کردند. معیار ورود به مطالعه شامل سکونت در شهرستان ایلام، داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. افرادی که مشکلات حاد بینایی و شنوایی داشتند و یا مبتلا به اختلال روانی و ادراکی بودند از مطالعه خارج شدند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای دو مرحله‌ای بود. بر این اساس پژوهشگر با مراجعه به ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی موجود در شهر ایلام تعداد ۱۹۱ نفر از سالمندان را به تعداد مساوی از هر مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۵۹ سالمند را به تعداد مساوی از سه خانه بهداشت روستایی از روستاهای اطراف شهر

"خیلی زیاد"، "تا حدودی" و اصلاً محدود نمی‌کند" بوده و امتیازات پاسخ‌ها با هم جمع شده و عدد حاصل به صورت نسبت از ۳۰ تجزیه و تحلیل گردید. امتیاز بیشتر نشان دهنده عملکرد فیزیکی بهتر و بدون محدودیت بود و امتیاز پایین‌تر نشان دهنده عملکرد فیزیکی بدتر با محدودیت شدید بود. در مطالعه محسنی و همکاران<sup>(۱۳)</sup> روی سالمندان شهر کرمان فرم کوتاه این پرسشنامه استفاده شده است. در مطالعه منتظری و همکاران امتیاز بندی سه سطح فعالیت فیزیکی بدین صورت تقسیم بندی شد که امتیاز بین ۳۰-۲۴ به معنی محدودیت در عملکرد فیزیکی، امتیاز بین ۲۳-۱۷ به معنی تا حدی محدود و امتیاز ۱۶-۱۰ به محدودیت شدید یا فعالیت بسیار محدود تقسیم بندی شد. پایایی این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ مورد تأیید قرار گرفته است<sup>(۱۴)</sup> و در این پژوهش برای پایایی فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی، ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه فعالیت روزمره زندگی دارای سوالاتی در توانایی انجام فعالیت‌های روزانه به تنهایی و بدون نیاز به کمک یا نظارت دیگران مانند دوش گرفتن و حمام کردن، لباس پوشیدن، دستشویی رفتن، جابجا شدن در منزل و غذا خوردن می‌باشد برای هر یک از موارد فوق دو پاسخ "بلی" و "خیر" وجود دارد. پاسخ‌ها به پنج سوال فوق، امتیاز بندی و جمع شده و در نتیجه رتبه بندی بر اساس امتیازات کسب شده به صورت وابسته (صفر و یک)، نیازمند کمک (دو و سه)، مستقل (چهار و پنج) بیان گردید و امتیاز بالاتر در پرسشنامه مذکور نشان دهنده استقلال بیشتر فرد سالمند می‌باشد. پژوهشگر پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایلام (کد طرح = 948046/128) اقدام به پرسشگری کرد. به شرکت کنندگان توضیح داده شد که در صورت تمایل می‌توانند در پژوهش شرکت کنند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات ارائه شده از سوی آنها

ایلام انتخاب می‌کرد. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان، فرم کوتاه ۱۰ سوالی پرسشنامه SF-۳۶ و پرسشنامه فعالیت روزمره زندگی (ADL) بود. برای جمع آوری داده‌ها در مورد سواد سلامت از پرسشنامه سنجش سواد سلامت عملکردی بزرگسالان استفاده شد که اعتبار سنجی آن به فارسی توسط طهرانی بنی هاشمی و همکاران انجام شده است<sup>(۱۲)</sup>. این پرسشنامه شامل دو بخش محاسباتی و درک خواندن است. بخش درک خواندن توانایی بیمار را در خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت سلامتی مورد بررسی قرار می‌دهد که دارای ۵۰ سوال است. بخش محاسباتی، توانایی فرد را برای درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه‌های که پزشکان و آموزش دهندگان امر سلامت به وی می‌دادند و نیاز به محاسبات دارد را مورد سنجش قرار می‌دهد. 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 می‌باشد. سوالات بخش درک خواندن هر یک دارای یک امتیاز (در مجموع ۵۰ امتیاز) بودند و امتیاز ۱۷ پرسش محاسباتی نیز با اعمال ضریب به ۵۰ رسانده شد و در کل امتیاز پرسشنامه از ۱۰۰ محاسبه گردید. بر اساس نقطه جداسازی ۵۹ و ۷۴، سواد سلامت افراد در سه سطح ناکافی، مرزی و کافی طبقه بندی شد. این نقاط بر اساس پیشنهاد طراحان ابزار، در نظر گرفته شد<sup>(۱۲)</sup>. پایایی این پرسشنامه در مطالعه رئیسی برای سالمندان اصفهان در بخش محاسباتی ۰/۷۹ و برای بخش خواندن ۰/۸۸ بدست آمد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آزمون مجدد در بخش محاسباتی ۰/۸۶ و در بخش خواندن ۰/۹۰ بدست آمد<sup>(۱۴)</sup>. به منظور اندازه گیری عملکرد فیزیکی افراد مورد مطالعه، از یکی از ابعاد هشت گانه پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ به نام بعد عملکرد فیزیکی که دارای ۱۰ سوال است، استفاده گردید. این سوالات شامل ۱۰ سوال در مورد انجام فعالیت‌های شدید و متوسط در محدوده

**یافته‌ها**

یافته‌ها نشان داد که بیشتر افراد مورد پژوهش زن ۱۴۳ (۵۷/۲٪)، در دامنه سنی ۸۰-۷۶ سال ۸۴ (۳۳/۶٪)، با میانگین سنی ۷۴ سال، تحصیلات پنجم ابتدایی ۱۰۳ (۴۱/۲٪)، دارای بیماری مزمن ۱۳۵ (۵۴٪) و محل سکونت شهری (۷۶/۴٪) ۱۹۱ بودند (جدول شماره ۱).

به صورت کاملاً محرمانه خواهد بود و نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی در پرسشنامه نمی‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و با استفاده از آزمون های آماری t-test (برای متغیرهای دو گروهی) و ANOVA (برای متغیرهای بیشتر از دو گروه) انجام شد. برای تحلیل همه متغیرها مقدار  $P \leq 0/05$  معنی دار در نظر گرفته شد.

**جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی سالمندان شهر ایلام**

متغیرهای جمعیت شناختی	زیر مجموعه ها	تعداد	درصد
سن	۶۵-۷۰ سال	۶۸	۲۷/۲
	۷۱-۷۵ سال	۶۰	۲۴
	۷۶-۸۰ سال	۸۴	۳۳/۶
	۸۱-۸۵ سال	۳۰	۱۲
	بالاتر از ۸۶ سال	۸	۳/۲
میزان تحصیلات	ابتدایی	۱۹۴	۷۷/۶
	راهنمایی	۳۱	۱۲/۴
	دبیرستان	۱۶	۶/۴
	دانشگاهی	۹	۳/۶
میزان درآمد	کمتر از ۱۰۰ هزار	۹۶	۳۸/۴
	بین ۱۰۰ تا ۵۰۰ هزار	۱۱۴	۴۵/۶
	بیش از ۵۰۰ هزار	۴۰	۱۶
شغل قبلی	خانه دار	۱۵۴	۶۱/۶
	شاغل	۲۶	۱۰/۴
	بازنشسته	۷۰	۲۸

**جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمرات سواد سلامت سالمندان مورد پژوهش**

سطح سواد سلامت	فراوانی	درصد فراوانی
سواد سلامت ناکافی	۱۲۶	۵۰/۴
سواد سلامت مرزی	۶۲	۲۴/۸
سواد سلامت کافی	۶۲	۲۴/۸
جمع کل	۲۵۰	۱۰۰

یافته‌ها نشان داد که بیشتر سالمندان مورد پژوهش (۵۰/۴) دارای سطح سواد سلامت ناکافی بودند (جدول شماره دو). همچنین بین سواد سلامت با سن ( $P=0/001$ )، جنس ( $P=0/000$ )، شغل ( $P=0/001$ )، تحصیلات ( $P=0/000$ )، محل زندگی ( $P=0/004$ )، ابتلا به بیماری مزمن

ارتباط ( $P=0/003$ ) و سابقه بستری مجدد ( $P=0/001$ ) ارتباط آماری معنی‌داری داشت اما بین میزان درآمد و سواد سلامت ارتباطی وجود نداشت ( $P>0/05$ ) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه‌ی میانگین سواد سلامت و ابعاد آن با مشخصات جمعیت شناختی سالمندان مورد پژوهش

p-value	نمره سواد سلامت			سواد سلامت کافی		درک عددی		درک خواندن		زیر مجموعه‌ها
	کافی	مرزی	ناکافی	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار			
/۰۰۱	۴۴	۲۵	۳۸	۶۲/۷۸ ± ۲۱/۰۶	۲۹/۱۱ ± ۱۰/۱۳	۳۳/۶۷ ± ۱۱/۲۳	مرد	جنسیت		
	۱۸	۳۷	۸۸	۵۲/۱۶ ± ۱۷/۸۷	۲۳/۵۸ ± ۸/۳۸	۲۸/۵۸ ± ۹/۹۶	زن			
/۰۰۱	۲۵	۱۰	۳۳	۵۷/۱۷ ± ۲۱/۹۵	۲۶/۵۸ ± ۱۰/۳۷	۳۰/۵۸ ± ۱۱/۸۸	۶۵-۷۰	گروه سنی		
	۲۱	۹	۳۰	۵۷/۰۱ ± ۲۲/۱۶	۲۶/۲۵ ± ۱۰/۶۷	۳۰/۷۶ ± ۱۱/۹۲	۷۱-۷۵			
/۰۰۱	۱۴	۳۲	۳۸	۵۷/۶۵ ± ۱۸/۶۰	۲۶/۲۶ ± ۸/۷۶	۳۱/۴۰ ± ۱۰/۱۷	۷۶-۸۰	بیش از ۸۶		
	۱	۱۱	۱۸	۵۵/۲۳ ± ۱۵/۲۹	۲۴/۵۰ ± ۷/۷۰	۳۰/۷۳ ± ۸/۲۸	۸۱-۸۵			
	۱	۰	۷	۴۶/۰۰ ± ۱۴/۱۳	۲۰/۵۰ ± ۷/۲۵	۲۵/۵ ± ۷/۱۵				
/۰۰۱	۱۹	۳۹	۹۶	۵۲/۰۵ ± ۱۷/۷۱	۲۳/۵۱ ± ۸/۲۷	۲۸/۵۴ ± ۹/۸۸	خانه دار	شغل		
	۱۳	۸	۵	۶۹/۲۶ ± ۱۶/۲۵	۳۰/۹۶ ± ۹/۰۸	۳۸/۳۰ ± ۷/۹۴	شاغل			
/۰۰۱	۳۰	۱۵	۲۵	۶۲/۲۷ ± ۲۲/۵۴	۲۹/۴۴ ± ۱۰/۶۲	۳۲/۸۲ ± ۱۲/۰۳	بازنشسته	ابتدایی		
	۹	۶۰	۱۲۵	۴۶/۶۳ ± ۱۶/۷۲	۲۲/۲۹ ± ۷/۴۴	۲۷/۳۴ ± ۹/۷۵				
/۰۰۱	۲۹	۱	۱	۷۹/۳۵ ± ۷/۴۹	۳۷/۶۷ ± ۳/۷۹	۴۱/۶۷ ± ۳/۸۵	تحصیلات	راهنمایی		
	۱۶	۰	۰	۸۴/۱۲ ± ۱/۳۱	۳۹/۸۷ ± ۰/۵	۴۴/۲۵ ± ۱/۱۸	دیپستان			
	۸	۱	۰	۸۲/۳۳ ± ۳/۲۷	۳۹/۴۴ ± ۲/۶۶	۴۲/۸۸ ± ۱/۷۶	دانشگاهی			
/۰۰۱	۲۴	۲۳	۴۹	۵۷/۶۹ ± ۱۸/۵۰	۲۶/۱۱ ± ۹/۰۴	۳۱/۵۸ ± ۹/۹۱	کمتر از ۱۰۰	میزان درآمد		
	۲۵	۲۸	۶۱	۵۵/۲۰ ± ۲۰/۸۱	۲۵/۶۱ ± ۹/۸۱	۲۹/۵۸ ± ۱۱/۱۷	۱۰۰ تا ۵۰۰			
/۰۰۳	۱۳	۱۱	۱۶	۵۸/۶۲ ± ۲۱/۰۷	۲۶/۵۰ ± ۱۰/۸۰	۳۲/۱۲ ± ۱۱/۶۶	بیش از ۵۰۰	بیماری مزمن		
	۴۹	۲۳	۴۹	۶۲/۰۷ ± ۱۹/۸۵	۲۸/۴۷ ± ۹/۸۷	۳۳/۶۰ ± ۱۰/۳۷	دارد			
/۰۰۴	۱۳	۳۹	۷۷	۵۱/۶۷ ± ۱۸/۸۰	۲۳/۵۷ ± ۸/۶۳	۲۸/۱۰ ± ۱۰/۵۵	ندارد	محل سکونت		
	۵۳	۵۰	۸۸	۵۸/۷۳ ± ۲۰/۰۵	۲۷/۰۰ ± ۹/۶۷	۳۱/۷۳ ± ۱۰/۷۳	شهر			
/۰۰۴	۹	۱۲	۳۸	۵۰/۱۳ ± ۱۸/۳۴	۲۲/۵۴ ± ۸/۳۶	۲۷/۵۹ ± ۱۰/۴۹	روستا			

انجام فعالیت‌های روزمره زندگی مستقل بوده و همچنین عملکرد فیزیکی بهتری را داشته‌اند از سواد سلامت بالاتری برخوردار بوده‌اند.

جدول شماره چهار نشان می‌دهد که بین فعالیت روزمره زندگی و عملکرد فیزیکی با سواد سلامت سالمند ارتباط آماری معنی‌داری دارد (P=۰/۰۰۱) و سالمندانی که در

جدول شماره ۴: میانگین نمرات سواد سلامت بر حسب سلامت جسمی سالمندان مورد پژوهش

p-value	نمرات سواد سلامت		متغیر
	میانگین و انحراف معیار	فراوانی (درصد)	
/۰۰۰۱	۳۵/۳۵ ± ۵/۸۴	۹۶ (%/۳۴/۸)	وابسته
	۶۱/۵۳ ± ۱۰/۵۰	۸۷ (%/۳۴/۸)	نیازمند کمک
	۸۱/۰۴ ± ۴/۰۲	۶۷ (%/۲۶/۸)	مستقل
/۰۰۰۱	۲۹/۸۱ ± ۰/۹۱	۴۲ (%/۱۶/۸)	محدودی زیاد
	۵۵/۵۳ ± ۱۴/۶۵	۱۵۸ (%/۶۳/۲)	محدودیت متوسط
	۸۳/۰۴ ± ۲/۳۴	۵۰ (%/۲۰)	بدون محدودیت

**بحث و نتیجه‌گیری**

نتایج این پژوهش نشان داد که بیشتر سالمندان مورد پژوهش سواد سلامت ناکافی داشتند و تنها ۲۴/۸ درصد آنها دارای سواد سلامت کافی بودند. نتایج مطالعات مختلف در ایران و سایر کشورها طیف وسیعی از سواد سلامت ناکافی را گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای ملی که توسط طاووسی و همکاران روی افراد ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن شهرها انجام شد، تقریباً از هر دو نفر ایرانی، یک نفر از سواد سلامت محدود برخوردار بود<sup>(۱۵)</sup>. در مطالعه ملاخلیلی و همکاران روی ۳۸۴ بیمار بستری در بیمارستان‌های اصفهان که از پرسشنامه سنجش سواد عملکردی بزرگسالان استفاده کرده بود، نتایج نشان داد که میانگین نمره کل سواد سلامت افراد کمی بیشتر از حد متوسط بوده و اغلب بیماران دارای سواد سلامت ناکافی بودند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد<sup>(۱۶)</sup>. در مطالعه جواد زاده و همکاران روی بزرگسالان اصفهان نتایج نشان داد که ۵۰ درصد از افراد بر اساس S-TOFHLA (Short test of functional health literacy in adults) و ۶۱ درصد از افراد بر اساس NVS (Newest vital signe) سواد سلامت مرزی یا ناکافی داشتند. در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران روی افراد ۱۸ سال و بالاتر در ۵ استان بوشهر ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند<sup>(۱۲)</sup>. به نظر می‌رسد که سواد سلامت در مطالعات انجام شده پایین می‌باشد و به همین دلیل مداخلات مناسب در این زمینه بر ارتقاء وضعیت سلامت سالمندان مناسب می‌باشد.

در این مطالعه بین جنسیت سالمند و سواد سلامت ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده گردید به طوری که سالمندان مرد سواد سلامت بهتری را داشتند که با یافته‌های طهرانی بنی هاشمی و همکاران که سواد سلامت مردان بالاتر بود همخوانی دارد<sup>(۱۲)</sup>. در پژوهش افشار و همکاران در بررسی سواد سلامت بزرگسالان و مطالعه ملی که توسط طاووسی و همکاران بر روی جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال

ایرانی انجام شده بود نشان داده شد که سواد سلامت زنان بیشتر از مردان است که با نتایج پژوهش حاضر مغایر می‌باشد<sup>(۱۵،۱۷)</sup>. همچنین در مطالعه ملاخلیلی و همکاران بر روی بیماران بستری در بیمارستان<sup>(۱۶)</sup> و مطالعه مظفری و همکاران روی سواد سلامت والدین دارای کودک دبستانی، ارتباط آماری معنی‌داری بین جنسیت و سواد سلامت یافت نشد. از علت‌های این مغایرت می‌توان به تفاوت در جامعه مورد پژوهش و پرسشنامه مورد استفاده اشاره کرد. به طوری که در پژوهش مظفری و همکاران از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد<sup>(۱۸)</sup>، در حالی که در پژوهش حاضر از پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان استفاده شده است. همچنین در مطالعه ذکر شده، سواد سلامت والدین سنجیده شده است و به نظر می‌رسد والدین بر رفتارهای بهداشتی یکدیگر تاثیر گذاشته و به همین دلیل سواد سلامت یکسانی را داشته باشند. در حالی که در پژوهش‌های حاضر، با توجه به اینکه در پژوهش‌های حاضر سلامت سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است ممکن است که مردان و زنان مورد بررسی همسر نبوده باشند و یا اینکه به دلیل کهولت سن، همسر سالمند فوت کرده باشد.

در پژوهش حاضر با افزایش سن از میزان سواد سلامت سالمندان کاسته می‌شد که با یافته‌های صورت گرفته توسط ملاخلیلی و همکاران<sup>(۱۶)</sup>، طهرانی بنی هاشمی و همکاران<sup>(۱۲)</sup>، طل و همکاران و مرکز استراتژی مراقبت‌های بهداشتی آمریکا مشابه می‌باشد. افزایش سن باعث ایجاد تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی می‌شود که وابستگی به کارکنان بهداشتی درمانی را افزایش می‌دهد. به همین دلیل توانایی مراقبت موثر از خود، تعامل و ارتباط با مراکز بهداشتی-درمانی به سطح قابل قبول از سواد سلامت نیاز دارد.

یافته‌ها نشان داد که با افزایش تحصیلات بر سواد سلامت سالمندان افزوده می‌شد که با نتایج پژوهش ملاخلیلی و همکاران<sup>(۱۶)</sup>، نکویی مقدم<sup>(۱۹)</sup>، طهرانی بنی هاشمی، Iii و همکاران<sup>(۲۰)</sup> و همچنین یافته‌های مرکز استراتژی

اصفهان، سواد سلامت با محل زندگی ارتباطی نداشت. از علل مغایرت نتایج مطالعه حاضر می‌توان به تفاوت در تقسیم بندی محل سکونت در مطالعه حاضر و مطالعه ملاخلیلی و همکاران اشاره کرد<sup>(۱۶)</sup>. به طوری که در مطالعه حاضر سالمندان به دو دسته سالمند ساکن در شهر و روستا تقسیم بندی شده بودند، در حالی که در مطالعه ملاخلیلی و همکاران بیماران در دسته‌های مرکز اصفهان، شهرهای اطراف اصفهان و یا سایر شهرها و استان‌ها دسته‌بندی شده بودند<sup>(۱۶)</sup>.

بین ابتلا به بیماری مزمن و بستری مجدد سالمند با سواد سلامت ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده گردید، به طوری که میانگین سواد در سالمند مبتلا به بیماری مزمن و در سالمندانی که سابقه بستری مجدد در بیمارستان را داشتند، بیشتر بود. به نظر می‌رسد این افراد به دلیل بیماری خود و یا سابقه مکرر بستری در بیمارستان به طور تجربی سواد سلامت آنها افزایش پیدا کرده است. در پژوهشی که خسروی و همکاران<sup>(۳۳)</sup> بر روی بیماران بستری انجام دادند، یافته‌ها نشان داد که بیشتر بیماران بستری سواد سلامت مرزی داشتند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد.

در خصوص وضعیت فعالیت جسمانی در انجام فعالیت روزمره، بیشتر سالمندان مورد پژوهش وابسته بودند. در پژوهش نجاتی و همکاران<sup>(۳۳)</sup> در قم در ارتباط با انجام فعالیت‌های روزمره درصد بسیار بالایی از سالمندان مستقل بودند. در پژوهش علی زاده و همکاران روی سالمندان شهر تهران، ۸۳ درصد از سالمندان مستقل، ۱۴/۳ درصد، نیمه مستقل و ۲۸ درصد وابسته بودند. در پژوهش محسنی<sup>(۱۳)</sup> روی سالمندان شهر کرمان بیش از نیمی از سالمندان مستقل بودند. در مطالعه برجی و همکاران روی فعالیت بدنی سالمندان مبتلا به بیماری قلبی عروقی، تنها پنج درصد از سالمندان، فعالیت بدنی مناسبی را طبق رده‌بندی سازمان جهانی بهداشت داشتند. در ارتباط با اختلاف نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های صورت گرفته در شهرهای دیگر می‌توان به این مورد

مراقبت‌های بهداشتی آمریکا همخوانی دارد. در پژوهش قنبری و همکاران<sup>(۲۱)</sup> بر روی بیماران دیابتی سواد سلامت همبستگی مثبتی با سطح تحصیلات داشت اما در گروه‌های با تحصیلات بالاتر نیز، درصد قابل توجهی از سواد سلامت محدود مشاهده شد، به طوری که ۲۵ درصد از افراد دارای مدرک دیپلم و پیش دانشگاهی، سواد سلامت در حد ناکافی و مرزی داشتند.

یافته‌ها نشان داد بین میزان درآمد سالمند و سواد سلامت ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد که با نتایج ملاخلیلی و همکاران<sup>(۱۶)</sup> بر روی بیماران بستری، نکویی مقدم و همکاران<sup>(۱۹)</sup> همخوانی دارد اما با نتایج پژوهش lii و همکاران<sup>(۲۰)</sup> و همچنین یافته‌های مرکز استراتژی مراقبت‌های بهداشتی آمریکا مغایر می‌باشد. از علل مغایرت پژوهش حاضر با مطالعات مشابه می‌توان به تفاوت وضعیت اقتصادی سالمندان مورد پژوهش با سالمندان مطالعه lii و همکاران<sup>(۲۰)</sup> اشاره کرد.

در این مطالعه بین سواد سلامت و شغل ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده گردید که با نتایج پژوهش محسنی و همکاران<sup>(۱۳)</sup> روی سالمندان شهر کرمان همخوانی دارد. محسنی در این رابطه می‌نویسد که به نظر می‌رسد توانایی‌های جسمی، ذهنی و روحی، موقعیت‌های محیطی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد وابسته به شغلی باشد که در آن به ایفای نقش می‌پردازند، در نتیجه با این فرض دارا بودن شغل مناسب به دلیل ایجاد فرصت بیشتر برای برقراری تماس‌های اجتماعی می‌توان بر سلامت افراد تاثیر گذار باشد.

در پژوهش حاضر، بین محل سکونت سالمند با سواد سلامت ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده گردید و سالمندانی که در شهر ساکن بودند نسبت به سالمندان روستایی سواد سلامت بیشتری داشتند. در پژوهش طهرانی بنی هاشمی<sup>(۱۲)</sup> روی بزرگسالان پنج استان کشور سواد سلامت افراد روستایی کمتر از افراد شهری بوده است که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. در مطالعه ملاخلیلی و همکاران<sup>(۱۶)</sup> روی بیماران بستری در



پژوهشی که روی بزرگسالان بریتانیایی انجام شد، نتایج نشان داد که بین سواد سلامت و وضعیت فیزیکی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. به نظر می‌رسد سواد سلامت با تقویت خود مراقبتی، خود مدیریتی و خودکارآمدی سالمندان باعث افزایش فعالیت روزمره و عملکرد فیزیکی آنها می‌شود.

از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به بررسی سواد سلامت سالمندان شهری و روستایی اشاره کرد که در پژوهش‌های قبلی به این امر پرداخته نشده است و فقط سواد سلامت سالمندان ساکن در شهرها مورد بررسی قرار گرفته است. از نقاط ضعف پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری آن اشاره کرد. به طوری که پژوهشگر، ۱۰ مراکز بهداشتی درمانی و سه خانه بهداشت را مورد بررسی قرار داده است، به همین دلیل نتایج پژوهش حاضر به خوبی می‌تواند نشان دهنده وضعیت سالمندان شرکت کننده در شهرستان ایلام باشد و بسیاری از سالمندان که به دلایل مختلف (ناتوانی و ...) به درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نکرده‌اند، مورد پژوهش قرار نگرفته‌اند.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی سالمندان گرامی به خاطر صبر و حوصله‌ایی که برای شرکت در این مطالعه به خرج داده‌اند و از کارشناس محترم کمیته تحقیقات دانشجویی تقدیر و تشکر می‌گردد. این طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایلام (کد طرح=948046/128) می‌باشد و از حمایت‌های مالی این مرکز تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

اشاره کرد که سالمندان شهر ایلام دارای کیفیت زندگی پایین‌تر و سوء رفتار درک شده و اختلالات خواب بیشتری هستند که موارد گفته شده می‌تواند در وابسته بودن وضعیت فعالیت جسمانی سالمند موثر باشد<sup>(۲۴)</sup>.

در پژوهشی میزان وابستگی از نظر توانایی انجام فعالیت روزمره در سالمندان کشورهای فرانسه (۱۰٪)، ایتالیا (۱۴٪)، کانادا (۶٪) و در سوئد ۱۱ درصد گزارش گردید. در خصوص فعالیت فیزیکی بیش از نیمی از سالمندان مورد پژوهش دارای وضعیت فعالیت فیزیکی دارای محدودیت متوسط بودند. در پژوهش محسنی و همکاران<sup>(۱۳)</sup> بیش از نیمی از سالمندان دارای محدودیت متوسط بودند. در پژوهش افتخار اردبیلی<sup>(۲۵)</sup> و در پژوهش علیزاده و همکاران بیشتر سالمندان مورد مطالعه در فعالیت فیزیکی شدید دچار محدودیت بودند.

رابطه بین سواد سلامت با سطح توانایی انجام فعالیت روزمره و عملکرد فیزیکی از نظر آماری معنی‌دار بود به نحوی که میانگین نمره سواد سلامت در افرادی که از نظر انجام فعالیت روزه خود مستقل بوده و همچنین در انجام عملکرد فیزیکی خود محدودیت نداشتند، بیشترین مقدار را به خود اختصاص داد. در پژوهش محسنی و همکاران<sup>(۱۳)</sup> بین سواد سلامت و انجام فعالیت روزمره ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت اما ارتباطی بین سواد سلامت و عملکرد فیزیکی مشاهده نشد که از علل اختلاف نتایج مطالعه حاضر با نتایج محسنی می‌توان به متفاوت بودن جامعه مورد پژوهش اشاره کرد. در مطالعه حاضر هم سالمندان شهری و هم روستایی مورد بررسی قرار گرفته بود، در حالی که در مطالعه محسنی فقط سالمندان شهری در نظر گرفته شده است. در مطالعه ریسی و همکاران سواد سلامت بر عملکرد فیزیکی سالمند تاثیر گذاشته و به عنوان فاکتوری موثر در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان تاثیر می‌گذارد به طوری که سالمندانی که سواد سلامت بالاتری را داشتند بیش از سایرین به انجام فعالیت فیزیکی پرداخته و عملکرد فیزیکی بهتری داشتند<sup>(۴)</sup>. از طرفی در

## فهرست منابع

1. SaeediKoupai M, Motaghi M. [Comparing Health Literacy in High School Female Students and Their Mothers Regarding Womens Health]. *Journal of Health Literacy*. 2017;1(4):220-9. Persian
2. Mozafari M, Borji M. [Assessing the health literacy level of parents in School children ilam in 2015]. *J Nurs Educ*. 2017;5(6):53-61. Persian
3. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion: National Academies Press; 2004.
4. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati F, Hasanzade A. [Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran]. *Journal of Education and Health Promotion*. 2012;1(1):31. Persian
5. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health promotion international*. 2009;24(3):285-96.
6. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Health (N Y)*. 2004;11:12.
7. Corrigan JM, Adams K. Priority areas for national action: transforming health care quality: National Academies Press; 2003.
8. Chehri M, Najafi Mehri S, Ebadi A, Sarhangi F. [Assessing the health literacy level of parents of preschool children]. *Iran J Pediatr Nurs*. 2015;4(1):1-10. Persian
9. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(12):1086-90.
10. Eshaghi SR, Shahsanai A, Ardakani MM. [Assessment of the Physical Activity of Elderly Population of Isfahan, Iran]. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011;29(147). Persian
11. Seyedrasooli E, Valizadeh L, Nasiri K, Zamanzadeh V, Goljariyan S, Ghasemi O. [The effect of reflexology on sleep quality of elderly: a single-blind clinical trial]. 2013. Persian
12. Tehrani Banihashemi S, Amirkhani M, Haghdoost A, Alavian S, Asgharifard H, Baradaran H. [Health literacy in the five provinces of the country and its effective factors]. *Journal of Medical Education Development Center*. 2007;4(1):1-9. Persian
13. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad VR. [The Relationship Between Health Literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman]. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(2):146-55. Persian
14. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. [The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version]. *Qual Life Res*. 2005;14(3):875-82. Persian
15. Tavousi M, Haeri Ma, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. [Health literacy in Iran: findings from a National study]. 2016.
16. Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, Sharifirad G, HasanZadeh A. [A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012]. *Journal of education and health promotion*. 2014;(3):66. Persian
17. Afshari M, Khzaei S, Bahrami M, Merati H. [Investigating adult health literacy in Tuyserkhan City]. *J Educ Community Health*. 2014;1(2):48-55. Persian
18. Mozafari M, Borji M. [Assessing the health literacy level of parents in School children ilam in 2015]. *J Nurs Educ*. 2017;5(6):53-61. Persian
19. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. [Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011]. *Tolue Behdasht Journal*. 2012;11(14):123-34. Persian
20. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health*. 2010;10(1):614.
21. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. [Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University]. *Daneshvar*. 2012;19(97):1-12. Persian
22. Khosravi A, Ahmadzadeh K. [Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors]. *ISMJ*. 2016;18(6):1245-53. Persian
23. Nejadi V. [Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (2007)]. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2009;13(1):67-73. Persian

24. Borji M, Bastami M, Bastami Y, Azami M, Tavan H. [Physical activity among elderly people with heart disease]. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;4(2):54-61. Persian
25. Ardebili HE, Ardebili HE, Khatti Deizabadi F, Batebi A, Shojaiezadeh D, Yazdani Cherati J. [Frequency of Functional and Cognitive Impairment and Relevant Factors in Aging]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013;22(96):115-25. Persian

## Health Literacy Level and its Related Factors among the Elderlies in Ilam in 2015

Borji M. MS<sup>1</sup>

Tarjoman A. BS<sup>2</sup>

\*Otaghi M. PhD<sup>3</sup>

Salimi E. MS<sup>4</sup>

Naseri A. BS<sup>5</sup>

### Abstract

**Background & Aim:** People with low health literacy have less knowledge about their health status, receive fewer preventive services, and their chronic diseases are less controlled. This study aimed to investigate the relationship between health literacy and physical health status of the elderlies in Ilam in 2015.

**Materials & Methods:** In this descriptive study, 250 elderlies were selected by two-stage cluster sampling in Ilam. The tools were Adult Health Literacy Questionnaire, Activities of Daily Living (ADL), And questions about the physical performance of the SF-36 Quality of Life Questionnaire. Validity and reliability of these tools have been confirmed in previous studies. Data were analyzed by SPSS version 16, statistical t-test (for variables in the two groups) and ANOVA (for variables more than the two groups).

**Results:** The results showed that 50.4% of the elderlies had inadequate health literacy. There were significant relationships between health literacy and age, sex, occupation, education, residence, previous chronic disease and readmission ( $P < 0.05$ ); however, there was no significant relationship between health literacy and income. The elderlies who were independent or had any limitations in physical activity had higher health literacy ( $P = 0.001$ ).

**Conclusion:** Regarding the low level of health literacy of older people in Ilam, it is necessary to implement interventions to enhance their health literacy for improving their physical health status and, consequently, the quality of their lives.

**Key word:** Health literacy, Health Status, Eldery

Received: 12 Jul 2017

Accepted: 12 Oct 2017

---

<sup>1</sup>. MS in Nursing, Nursing Department, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

<sup>2</sup>. Nursing Student, Student Research Committee, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

<sup>3</sup>. PhD Candidate in Nursing, Nursing Department, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. (\*Corresponding Author) Tel: 09183450601 Email:otaghi-m@medilam.ac.ir

<sup>4</sup>. MS in Nursing, Nursing Department, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

<sup>5</sup>. Nursing Student, Student Research Committee, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.