

DOI: 10.29252/joge.4.2.54



## The relationship between health literacy level and self-care ability in the elderly

TamizKar P<sup>1</sup>, Mohammadi M<sup>2</sup>, Fathnezha-kazemi A<sup>3</sup>, \*Marami S<sup>4</sup>

1- Student Research Committee, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.

2- Student Research Committee, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.

3- Ph. D of Reproductive Health, Department of Midwifery, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

4- Student Research Committee, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran (**Corresponding author**)

**Email:** somayehmaramid@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** Elderly people with low levels of health literacy are one of at-risk groups because they have difficulty understanding and reading health information that may affect their health care. The aim of this study was to determine the relationship between health literacy status and self-care ability in the elderly in Tabriz.

**Method:** This cross-sectional descriptive-analytical study was conducted in 2019 with the participation of 165 elderly people in the Tabriz Retirement Center. Sampling was done randomly and considering the inclusion criteria. The tools were used consisted of three sections: demographic characteristics, health literacy and self-care questionnaire. Data were analyzed by SPSS v.21 and the level of significance considered was ( $P < 0.05$ ).

**Results:** The mean (standard deviation) age and body mass index were 66.47 (5.44) and 26.75 (1.90) and 52.7% of the male participants, respectively. The mean (standard deviation) score of health literacy and self-care ability were 79.58 (11.80) and 68.95 (6.37), respectively. Most of the elderly 143 (86.7%) had adequate and higher level of health literacy. Also 83 (50.3%) had low self-care ability. There was a positive and significant relationship ( $P < 0.05$ ) between health literacy and self-care ability, although this relationship was weak ( $r = 0.20$ ).

**Conclusion:** Although the level of health literacy was moderately high, however many people had insufficient self-care ability. Indicates the need to pay attention to the relevant factors in order to plan and take measures to improve the self-care capacity of the relevant authorities.

**Keywords:** literacy, Health, Self-care, Aged.

Received: 24 November 2019

Accepted: 7 September 2019

## ارتباط سطح سواد سلامت با توان خودمراقبتی در سالمندان

پوریا تمیزکار<sup>۱</sup>، میلاد محمدی<sup>۲</sup>، آریتا فتح نژاد کاظمی<sup>۳</sup>، \* سمیه مرامی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.

۲- دانشجوی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.

۳- دکترای بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.

۴- دانشجوی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)  
پست الکترونیکی: somayehmaramid@gmail.com

نشریه سالمندشناسی دوره ۴ شماره ۲ پاییز ۱۳۹۸، ۶۲-۵۴

### چکیده

**مقدمه:** افراد سالمند با سطح سواد سلامت پایین، یکی از گروه‌های در معرض خطر هستند زیرا دارای مشکلاتی در فهم و ادراک و خواندن اطلاعات مرتبط با سلامتی هستند؛ که ممکن است بر وضعیت مراقبتی آنها تاثیر داشته باشد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط وضعیت سواد سلامت و توان خودمراقبتی در سالمندان شهر تبریز انجام شد.

**روش:** این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۸ با مشارکت ۱۶۵ نفر از سالمندان کانون بازنشستگان آموزش و پرورش در شهر تبریز انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت تصادفی و با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه انجام شد. ابزار مورد استفاده شامل سه بخش مشخصات فردی اجتماعی، پرسشنامه سواد سلامت و توان خودمراقبتی سالمندان بود که به شکل خودگزارشی تکمیل گردید. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS ۷.۲۱ و با سطح معنی داری  $P < 0/05$  تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین (انحراف معیار) سنی و شاخص توده بدنی به ترتیب  $66/47 (5/44)$  و  $26/75 (1/90)$  و  $52/7$  درصد از مشارکت کنندگان مرد بودند. میانگین (انحراف معیار) نمره سواد سلامت و توان خود مراقبتی به ترتیب  $79/58 (11/80)$  و  $68/95 (6/37)$  به دست آمد. اکثر سالمندان ۱۴۳ نفر ( $86/7$  درصد) دارای سطح سواد سلامت کافی و بالاتر بودند. همچنین ۸۳ نفر ( $50/3$ ) از توان خودمراقبتی پایینی برخوردار بودند. ارتباط مثبت و معنی داری ( $P < 0/05$ ) بین سواد سلامت و توان خودمراقبتی بدست آمد هر چند این ارتباط ضعیف بود ( $r = 0/20$ ).

**نتیجه‌گیری:** با وجود آن که سطح سواد سلامت در حد متوسط به بالا بود؛ با این وجود بسیاری از افراد از توان خودمراقبتی ناکافی برخوردار بودند. که نشان دهنده لزوم توجه به عوامل مرتبط با این موضوع می باشد؛ تا برنامه ریزی و اقدامات لازم در خصوص بهبود وضعیت توان خودمراقبتی از سوی مسئولین مربوطه صورت گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** سواد، سلامت، خودمراقبتی، سالمند.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۳

### مقدمه

نفر برسد (۴). پدیده سالمندی نتیجه سیر طبیعی زمان است که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی می شود (۵). سالمندان به علت تغییرات فیزیولوژیکی که با بالارفتن سن رخ می دهد؛ بیش از سنین دیگر به بیماری های گوناگون مبتلا می شوند (۶،۷). با افزایش قابل توجه سالمندان، بهبود کیفیت زندگی و حفظ سلامتی فیزیکی افراد سالمند اهمیت فراوانی می یابد (۸).

مطالعات اخیر روی سالمندان نشان داده اند، که سواد سلامت کم با خودارزیابی از وضعیت سلامت پایین و همچنین افزایش مرگ ومیر سالمندان مرتبط است (۱،۵). سواد سلامت میزان ظرفیت فرد

افزایش چشمگیر جمعیت سالمندی در سراسر دنیا، پدیده ای است که از قرن بیستم آغاز شده است (۱). سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۶ تعداد کل افراد سالمند جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر ذکر کرده است که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید (۲،۳). براساس آخرین آمار وزارت بهداشت (۱۳۹۰) ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند (۲). پیش بینی می شود تا سال ۴۰۰ جمعیت افراد بالای ۶۰ سال ایران به رقمی حدود ده میلیون

کلی ۶۰ درصد از هزینه مراقبت های پزشکی توسط این گروه سنی مصرف می شود (۱۸،۱۹). مطالعات دیگر نشان می دهند که حدود ۴۰ درصد بیماران سالمند در دوران بستری، افت سطح عملکردی را تجربه می نمایند (۲۰). این افراد به دلیل کمبود آگاهی از بیماری، درمان و همچنین نحوه مراقبت از خود، ناتوانی های جسمی و مشکلات روانی اجتماعی بیشتری را تجربه نمایند (۱۹). با وجود اهمیت بسیار زیاد امر سواد سلامت و خودمراقبتی سالمندان ساکن جامعه، متأسفانه به اندازه کافی به این موضوع توجه کافی نشده است و علی رغم رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور، هنوز بر نیازهای سالمندان به عنوان یک گروه آسیب پذیر جامعه تمرکز نشده است. این پژوهش با هدف تعیین وضعیت و ارتباط سطح سواد سلامت و توان خود مراقبتی در سالمندان کانون بازنشستگان آموزش و پرورش شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ طراحی شد.

### روش مطالعه

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی از ابتدای تیر تا اواخر مرداد ۱۳۹۸ در کانون بازنشستگان آموزش و پرورش در شهر تبریز انجام گرفت. جامعه آماری شامل تمام سالمند کانون بازنشستگان آموزش و پرورش بود. ۱۶۵ نفر از افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه وارد مطالعه شدند. پس از کسب مجوز برای نمونه گیری، تمام افراد واجد شرایط لیست شده و به هر نفر شماره ای تعلق گرفت. سپس افراد به صورت تصادفی ساده، با استفاده از رایانه و نرم افزار Randomizer انتخاب شدند. سپس با تماس تلفنی از افراد خواسته شد در صورت مشارکت در جلسات کانون که هر هفته یک بار صورت می گیرد؛ جهت مشارکت در مطالعه اعلام آمادگی کنند. سپس پژوهشگر در روز برگزاری جلسات حاضر شده و پس از بررسی دوباره از نظر معیارهای ورود و پس از کسب رضایت نامه کتبی از مشارکت کنندگان و توضیح در مورد مطالعه از آنها می خواست تا پرسشنامه ها رو به صورت خودگزارشی تکمیل نمایند. در ضمن به افراد مورد مطالعه این اطمینان داده شد؛ که کلیه اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. در صورت عدم دسترسی به افراد منتخب و یا عدم تمایلی به شرکت در مطالعه، نفر بعدی که به صورت تصادفی در فهرست قرار می گرفت و جایگزین می شد. نمونه گیری تا رسیدن

برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات بهداشتی است که برای تصمیم گیری مناسب لازم است و شامل مجموعه ای از مهارت های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیت های سلامتی است که لزوماً به سالهای تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی گردد (۹،۱۰). کم بودن سواد سلامت با سطح پایین سلامت، نابرابری های گسترده تر و هزینه های بالاتر نظام سلامت همراه است (۱). از طرفی متأسفانه سطح پایین سواد سلامت در گروه سالمندان شایع تر است (۱۱،۱۲)، در نتیجه این افراد به عنوان گروه های در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت به شمار می روند (۱). متأسفانه امروزه بسیاری از آموزش ها و اطلاعات سلامت در سیستم بهداشتی به صورت نوشتاری است که متن آنها قابل فهم برای بسیاری از افراد به خصوص سالمندان نیست (۱۲)، بنابراین آموختن و درک اطلاعات جدید بهداشتی نیازمند مهارت بالایی در خواندن، محاسبات و مهارت تصمیم گیری است و بسیاری از پزشکان بر این باورند که بیماران توانایی خواندن و نیز درک تمام دستورالعمل های سلامت را ندارند (۱). این در حالی است که مطالعات ثابت کردند، که اغلب سالمندان در این سه زمینه مهارت کافی ندارند و ضعیف عمل می کنند که این موارد خود از علل سطح پایین سواد سلامت در این گروه آسیب پذیر محسوب می شود (۹،۱۳). از آنجایی که در اغلب جوامع، سالمندان با بیشترین خطر ابتلا به بیماریها و کاهش توانایی روبرو هستند (۱۴)؛ توجه به خود مراقبتی و مسئولیت پذیری سالمندان در قبال بیماری های مختلف یکی از راهکارهای حمایتی به شمار می آید که نیازمند سطح بالایی از سواد سلامت است (۱۵). اصل مهم در مراقبت از خود، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار، داشتن توانایی برای انجام دادن فعالیت های مراقبت از خود و توانایی درک و شناخت این فعالیت هاست (۱۶). توان خودمراقبتی تحت تاثیر عوامل مختلفی همچون سن، جنس، وضعیت تکاملی، وضعیت سلامتی، تجربیات زندگی، آگاهی های اجتماعی - فرهنگی می باشد (۱۷). در ایران بررسی ها نشان می دهد، ۱۵ درصد از مراجعین به مطب پزشکان متخصص، ۳۴ درصد از معالجات سرپایی در بیمارستان ها و ۸۹ درصد از تخت های مؤسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص می دهند و به طور

به حجم نمونه محاسبه شده ادامه یافت.

ابزار مورد استفاده

چک لیست مشخصات دموگرافیک: شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، قد و وزن و منابع دریافت اطلاعات بهداشتی بود.

پرسشنامه توانایی خود مراقبتی افراد سالمند Self-care Ability Scale (SASE): این پرسشنامه مشتمل بر ۱۷ سؤال برای ارزیابی توانایی خود مراقبتی افراد سالمند است. پاسخ هر سؤال براساس مقیاس لیکرت است که امتیازات بین ۱ تا ۵ تقسیم بندی شده است. پاسخ به سؤالات به صورت کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم می باشد، ۴ آیتیم بار منفی دارند؛ که شامل سؤالهای ۶، ۱۴، ۱۶ و ۱۷ است. بالاترین امتیاز ۸۵ و پایین ترین امتیاز ۱۷ می باشد. نمره کمتر از ۶۹ نشان دهنده توان خودمراقبتی پایین و نمره مساوی و بیشتر از ۶۹ نشان دهنده توان خودمراقبتی بالا می باشد. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مؤید همسانی درونی بالای پرسشنامه (۸۶/۴۰) بوده است (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در مطالعه حاضر نیز، پایا بودن آن را مجدداً تایید کرد (۰/۸۰).

پرسشنامه سطح سواد سلامت: این پرسشنامه دارای ۳۳ گویه اصلی است و توانایی افراد را در ابعاد مختلف سواد سلامت شامل مهارت خواندن) ۴ سؤال

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	ماگزیمم	مینیمم
-------	---------------------------	---------	--------

(دسترسی) ۶ سؤال (درک و فهم ۷ سؤال، ارزیابی ۴ سؤال و تصمیم گیری و به کارگیری اطلاعات سلامت ۱۲ سؤال می سنجد. مقیاس نمره دهی این پرسشنامه بصورت لیکرت ۵ گزینه ای می باشد و امتیازات از ۱ تا ۵ می باشد. نحوه امتیازدهی در این ابزار بدین شکل می باشد که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هر یک از حیطه ها از جمع جبری امتیازات به دست می آید. سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا ۱۰۰ از فرمول تفاضل نمره خام به دست آمده از حداقل نمره خام ممکن تقسیم بر تفاضل حداکثر امتیاز ممکن از حداقل امتیاز ممکن استفاده می شود. در نهایت برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات تمامی ابعاد براساس طیف ۰ تا ۱۰۰ جمع شده و بر تعداد ابعاد ۵ بعد تقسیم می گردد که نمرات ۰ تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، نمرات ۵۰ تا ۶۶ سواد سلامت نه چندان کافی، ۶۶ تا

۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی، ۸۴ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می شوند (۲۱). منتظری و همکاران طی پژوهشی به طراحی و روانسنجی این ابزار پرداختند و آن را دارای روایی مطلوب و پایایی قابل قبول (۰/۸۹-۰/۷۲) دانستند (۲۲).

محاسبه حجم نمونه

پس از کنترل اهداف تحقیق جهت تعیین حجم نمونه، بیشترین حجم نمونه محاسبه شد. به طوری که براساس مطالعه فتیحی و همکاران (۷) و با در نظر گرفتن ۶ درصد و با در نظر گرفتن P برابر با ۳۸/۳۴، توان ۸۰ درصد و خطای ۰/۰۸ و با استفاده از فرمول محاسبه نسبت ها\* حجم نمونه اولیه ۱۴۶ نفر برآورد شد و در نهایت با در نظر گرفتن ۱۰ درصد افت حجم نمونه نهایی ۱۶۵ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{a}{2} \cdot p(1-p)}{d^2}$$

آنالیز داده ها

جهت تجزیه و تحلیل داده ها برای داده های کمی از میانگین و انحراف معیار و برای داده های کیفی از درصد و فراوانی استفاده شد. همچنین پس از کنترل نرمال بودن داده ها از آمار تحلیلی برای داده های کمی از تی مستقل و ANOVA استفاده شد. جهت بررسی ارتباط بین دو متغیر اصلی، همبستگی پیرسون مورد استفاده قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. سطح معنی داری ۰,۰۵ < معنی دار تلقی شد.

### یافته ها

نمونه گیری تا رسیدن به ۱۶۵ نفر ادامه یافت. تعداد ۴۵ نفر حاضر به مشارکت در مطالعه نشدند. بررسی داده ها نشان داد که بیشتر مشارکت کنندگان جنسیت مرد داشته و اکثریت آنها (۵۴/۴ درصد) ۳۶ نفر بالای ۷۵ سال بودند. همچنین از نظر تحصیلات بیشتر مشارکت کنندگان دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم (۸۲/۷ درصد) بودند. ۱۲ نفر (۷/۳ درصد) پس از بانستستگی نیز شاغل بودند (جدول ۱).

**جدول ۱: ویژگی‌های فردی و اجتماعی سالمندان شرکت کننده در این مطالعه**

سن (سال)	شاخص توده بدن	قد (سانتی متر)	وزن (کیلوگرم)
۶۰	۸۸	۶۶/۴۷ (۵/۴۴)	۲۰/۵۷
۱۵۵	۱۷۵	۲۶/۷۵ (۱/۹۰)	۵۶
۵۶	۹۰	۱۶۴/۳۷ (۳/۵۹)	
		۷۲/۳۱ (۵/۷۱)	
متغیر		تعداد (درصد)	
جنس	مرد	۸۷ (۵۲/۷)	
وضعیت تاهل	زن	۷۸ (۴۷/۳)	
	متاهل	۱۲۵ (۷۵/۸)	
	بیوه	۱۶ (۹/۷)	
	مجرد	۲۴ (۱۴/۵)	
تحصیلات	ابتدایی	۱ (۰/۶)	
	راهنمایی	۱ (۰/۶)	
	دبیرستان	۱۰ (۶/۱)	
	دیپلم	۳۶ (۲۱/۸)	
	دانشگاهی	۱۱۷ (۷۰/۹)	
	پرسیدن از پزشک و کارکنان بهداشتی و درمانی	۵۷ (۳۴/۵)	
	اینترنت	۴۸ (۲۱/۹)	
	تلفن گویا	۵ (۳/۰)	
	رادیو و تلویزیون	۲۱ (۱۲/۷)	
منابع کسب اطلاعات مربوط به سلامتی و بیماری	روزنامه، نشریه و مجلات	۱۱ (۶/۷)	
	پرسیدن از دوستان و آشنایان	۷ (۴/۲)	
	کتابچه، جزوه، ...	۱۱ (۶/۷)	
	شبکه های ماهواره ای	۴ (۲/۴)	
	نمیدانم باید از کجا اطلاعات را به دست بیاورم	۱ (۰/۶)	

درصد افراد سطح سواد سلامت کافی و بالاتر داشتند. بررسی نتایج کسب شده از پرسشنامه توان خودمراقبتی، نشان داد که میانگین نمره این مقیاس ۶۸/۴۵ و ۸۳ نفر از افراد شرکت کننده توان خودمراقبتی پایینی داشتند (جدول ۲).

میانگین نمره کل سواد سلامت در افراد مورد مطالعه ۷۹/۵۸ از ۱۰۰ بود و بیشترین و کمترین نمره به ترتیب مربوط به حیطه های درک و فهم و توانایی ارزشیابی به دست آمد. آنچه بررسی داده ها نشان داد؛ حاکی از آن بود که اکثریت افراد از نظر سطح سواد سلامت در وضعیت مناسبی قرار داشتند. به طوری که ۸۶/۷

**جدول ۲: وضعیت سطح سواد سلامت و توان خود مراقبتی افراد مشارکت کننده (N=۱۶۵)**

سواد سلامت	میانگین (انحراف معیار)	بیشینه	کمینه
توانایی خواندن	۷۷/۵۳ (۱۷/۰۸)	۱۰۰	۲۵
دسترسی	۷۶/۹۶ (۱۴/۸۸)	۱۰۰	۸/۳۳
فهم و درک	۸۳/۸۳ (۱۲/۵۶)	۱۰۰	۴۲/۸۶
توانایی ارزشیابی	۷۱/۴۳ (۱۸/۸۵)	۱۰۰	۰
تصمیم گیری و رفتار	۸۱/۸۰ (۱۴/۴۴)	۱۰۰	۲۰/۸۳
نمره کلی سواد سلامت	۷۹/۵۸ (۱۱/۸۰)	۱۰۰	۴۴/۷۰
سطوح سطح سواد سلامت	تعداد (درصد)		
ناکافی	۲ (۱/۲)		
نه چندان کافی	۲۰ (۱۲/۱)		
کافی	۷۸ (۴۷/۳)		
عالی	۶۵ (۳۹/۴)		
توانایی خود مراقبتی	میانگین (انحراف معیار)	بیشینه	کمینه
نمره کلی توانایی خود مراقبتی	۶۸/۹۵ (۶/۳۷)	۸۱	۲۷
سطوح توان خودمراقبتی	تعداد (درصد)		
پایین	۸۳ (۵۰/۳)		
بالا	۸۲ (۴۹/۷)		

آنالیز همبستگی پیرسون، ارتباط مثبت و معنی داری بین دو متغیر سطح سواد سلامت و توان خودمراقبتی نشان داد ( $P < 0.05$ ). با وجود آن که این ارتباط همبستگی ضعیفی ( $r = 0.20$ ) داشت. همچنین ارتباط مثبت و معنی داری بین حیطه تصمیم گیری رفتار با توان خودمراقبتی مشاهده شد ( $P < 0.001$ ) این ارتباط نیز در حد ضعیفی بود ( $r = 0.23$ ) (جدول ۳).

جدول ۳: ارتباط بین سطح سواد سلامت و زیرمقیاس ها با توان خود مراقبتی

متغیر	نمره کل		توانایی خواندن		دسترسی		فهم و درک		توانایی ارزشیابی		تصمیم گیری و رفتار	
	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r
توان خودمراقبتی	0.01	0.20	0.29	0.084	0.074	0.34	0.001	0.229	0.41	0.064	0.001	0.23

تجزیه و تحلیل داده ها حاکی از آن بود که اختلاف معنی داری بین مشخصات دموگرافیک با نمره کل و زیر مقیاس های سواد سلامت و با نمره کل توان خود مراقبتی وجود نداشت (جدول ۴). با این وجود با افزایش سطح تحصیلات نمره کل سواد سلامت بیشتر بود همچنین نمره کل سواد سلامت در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود.

جدول ۴: ارتباط مشخصات دموگرافیک با نمره کل و سطوح مختلف سطح سواد سلامت و خودمراقبتی

متغیر	نمره کل احساس پیری	توانایی خواندن	دسترسی	فهم و درک	توانایی ارزشیابی	تصمیم گیری و رفتار	توان خود مراقبتی	جنس*		وضعیت تاهل**		سطح تحصیلات**	
								مرد	زن	متاهل	بیوه	مجرد	زیر دیپلم
	۷۹/۸۶(۴۱/۱۱)	۷۶/۰۰(۱۷/۱۷)	۷۶/۸۶(۱۳/۱۸)	۸۴/۰۳(۱۱/۹۰)	۷۱/۲۶(۱۸/۲۳)	۸۳/۰۹(۱۴/۲۸)	۶۹/۴۷(۵/۷۴)	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۲۷
	۷۹/۲۶(۱۲/۲۹)	۷۹/۲۴(۱۶/۹۲)	۷۷/۰۸(۱۶/۶۶)	۸۳/۶۰(۱۳/۳۴)	۷۱/۶۳(۱۹/۶۰)	۸۰/۳۶(۱۴/۵۷)	۶۸/۳۷(۷/۰)	۰/۲۲	۰/۲۲	۰/۲۲	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۲۷
	۸۰/۰۹(۱۱/۵۵)	۷۷/۵۰(۱۶/۸۵)	۷۷/۶۶(۱۴/۲۵)	۸۳/۷۱(۱۲/۸۲)	۷۲/۴۵(۱۶/۹۳)	۸۲/۶۰(۱۳/۹۹)	۶۹/۱۸(۵/۳۶)	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۲۷
	۷۸/۶۹(۱۲/۵۸)	۷۶/۵۶(۱۷/۱۵)	۷۷/۸۶(۱۹/۸۷)	۸۳/۰۳(۹/۸۸)	۷۳/۴۳(۲۰/۴۷)	۷۹/۰۳(۹/۸۸)	۶۶/۵(۱۱/۸۲)	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۲۷
	۷۷/۵۲(۱۲/۷۹)	۷۸/۳۸(۱۸/۸۸)	۷۲/۷۴(۱۴/۳۲)	۸۴/۹۷(۱۳/۱۸)	۶۸/۸۴(۲۵/۷۲)	۷۹/۰۳(۱۴/۸۲)	۶۹/۴۲(۶/۱۹)	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۲۷
	۷۸/۱۵(۹/۵۴)	۷۷/۰۸(۱۵/۱۵)	۷۶/۰۴(۱۲/۳۲)	۸۳/۰۳(۱۰/۸۸)	۷۴/۹۵(۹/۴۰)	۷۷/۹۵(۱۴/۹۵)	۶۹/۱۷(۴/۹۱)	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۲۷
	۷۹/۲۷(۱۰/۴۷)	۷۷/۹۵(۱۴/۹۰)	۷۵/۲۳(۱۲/۱۹)	۸۶/۰۱(۱۰/۳۹)	۷۰/۱۳(۲۲/۹۵)	۸۰/۴۹(۱۲/۳۲)	۶۹/۶۷(۵/۳۰)	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۲۷
	۷۹/۸۲(۱۳/۴/۴)	۷۷/۴۵(۱۷/۹/۹)	۷۷/۵۹(۱۵/۸۹)	۸۳/۲۴(۱۳/۳۲)	۷۱/۵۲(۱۸/۲۶)	۸۲/۴۹(۱۵/۰۲)	۶۸/۷۱(۶/۸۱)	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۷۴	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۲۷

\* T test

\*\* ANOVA

تنها عامل تاثیرگذار بر توان خودمراقبتی سالمندان نمی تواند باشد و سایر عوامل نیز می توانند بر این عامل تاثیرگذار باشند که نیاز به بررسی در این زمینه می باشد.

بررسی وضعیت سطح سواد سلامت حاکی از کسب نمرات متوسط به بالا در سالمندان تحت مطالعه بود. به طوری که میانگین نمره کل ۷۹/۵۸ بود. همچنین طبق نتایج کسب شده ۷۸ نفر (۴۷/۳٪) سواد سلامت کافی و ۶۵ نفر (۳۹/۴٪) در حد عالی بود و تنها در ۱/۲ درصد افراد سواد سلامت ناکافی بود. این نتایج با مطالعات انجام یافته در انگلیس (۱۳) و اصفهان (۲۴) هم خوانی دارد. به طوری که مطالعه انجام یافته در انگلیس توسط بوستوک که از فرم کوتاه سواد سلامت استفاده نموده اند؛ یافته های آنها نشان داد که ۶۷/۲ درصد سالمندان دارای سواد سلامت بالا، ۲۰/۳ درصد سواد سلامت متوسط و ۱۲ درصد سواد سلامت پائین داشتند. همچنین در

## بحث

این پژوهش به منظور بررسی ارتباط سواد سلامت و توان خود مراقبتی در سالمندان مراجعه کننده به کانون بازنشستگان آموزش و پرورش بود. نتایج حاکی از وجود ارتباط مثبت اما ضعیفی بین این دو متغیر بود. این یافته در راستای سایر مطالعات است. به عنوان مثال محسنی و همکاران در کرمان با بررسی ارتباط سطح سواد سلامت با توانایی انجام فعالیت های روزانه ارتباط آماری معنی دار یافتند. از نظر آنها سواد سلامت بالا نقش مهمی در تقویت خودمراقبتی، خودمدیریتی و خودکارآمدی سالمندان دارد؛ که سبب توانایی بیشتر آنها در انجام فعالیت های روزمره می شود (۲۳). براساس مطالعه رئیس و همکاران، سواد سلامت، عامل مهمی در اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان می باشد (۱۵). اما با وجود ارتباط ضعیف بین دو متغیر، احتمال داده می شود که؛ سطح سواد سلامت



رشت با عنوان رفتارهای خود مراقبتی و عوامل مرتبط با آن همخوانی نداشت. میانگین نمره توان خود مراقبتی واحدهای مورد پژوهش آنها (۵/۴) ۳۷/۹ بود (۲۴). هرچند تعداد نمونه در مطالعه آنها ۳۳ نفر بود، همچنین واحدها مورد پژوهش آنها شامل سالمندان دارای بیماری قلبی بودند. همچنین تعداد نمونه کمتر و تفاوت در میانگین سنی نمونه ها، در پایین بودن نتیجه تاثیر داشته باشد. با توجه به پایین بودن درصد توان خودمراقبتی بالا در سالمندان کانون بازنشستگان شهر تبریز و وجود ارتباط ضعیف با سطح سواد سلامت، به نظر می رسد سایر عوامل نیز می توانند در توان خودمراقبتی سالمندان دخیل باشند که توصیه می شود عوامل موثر بر توان خود مراقبتی مورد بررسی قرار گرفته و تلاش های بیشتری برای برنامه ریزی و انجام اقدامات لازم برای بهبود وضعیت توان خود مراقبتی سالمندان جامعه مورد پژوهش صورت گیرد. در این راستا آموزش در مورد اهمیت و نحوه انجام رفتارهای خودمراقبتی در ارتقاء این رفتارها و در نتیجه کاهش میزان مرگ و میر و هزینه های بستری شدن، می تواند بسیار باشد.

### نتیجه گیری

در مطالعه حاضر، با وجود ارتباط ضعیف، بین سواد سلامت و توان خودمراقبتی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. همچنین از نظر سواد سلامت افراد سالمند وضعیت متوسط به بالا داشتند اما از نظر توان خود مراقبتی، وضعیت مطلوبی نداشتند. توصیه می شود عوامل مؤثر بر توان خود مراقبتی بررسی و برنامه ریزی و اقدامات لازم در خصوص بهبود وضعیت توان خودمراقبتی از سوی مسئولین مربوطه صورت پذیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام مسئولین محترم کانون بازنشستگان صدا و سیما تبریز که امکان پژوهش را برای محقق فراهم نمودند و بویژه سالمندان گرانقدری که صمیمانه در این مطالعه شرکت کردند؛ تقدیر و تشکر می گردد.

### References

1. Sabooteh S, Shahnazi H, Mostafavi F. Health Literacy Status and Its Related Factors in the Elderlies in Dorood, Iran. 2019.
2. Hemmati Maslak Pak M, Hashemlo L. Design and psychometric properties of a self-care questionnaire for the elderly. Iranian Journal of Ageing. 2015; 10 (3): 120 - 31.

پژوهش جوادزاده و همکاران نیز که در اصفهان و در افراد بالای ۱۸ سال انجام شد؛ نتایج حاکی از این بود که به ترتیب ۴۶/۵ درصد، ۳۸ درصد و ۱۵/۵ درصد از افراد تحت مطالعه آنها دارای سواد سلامت کافی، مرزی و ناکافی بودند (۲۴). با این وجود نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات انجام یافته در کرمان (۲۳) و اصفهان (۱۵) در یک راستا نمی باشد. به طوری که در مطالعه محسنی و همکاران در کرمان، بیشتر سالمندان مورد مطالعه آنها از سطح سواد ناکافی (۵۲ درصد) برخوردار بودند و تنها ۱۷ درصد سواد سلامت کافی داشتند (۲۳). همچنین در مطالعه رئیسی و همکاران که در بین سالمندان اصفهانی انجام گرفته است. ۷۹ درصد از سالمندان مورد مطالعه دارای سواد سلامت ناکافی و ۱۱/۶ درصد دارای سواد سلامت مرزی بودند و تنها در ۸/۸ درصد دارای سواد سلامت کافی بود. یکی از دلایل این تفاوت می تواند؛ ناشی از تفاوت در ویژگی های افراد مورد مطالعه در مطالعات ذکر شده باشد؛ زیرا اکثر مشارکت کنندگان در مطالعه ما دارای سطح تحصیلات بالا بودند؛ در حالی که در مطالعات مذکور اکثر نمونه های مورد پژوهش سطح تحصیلات بی سواد یا در حد خواندن و نوشتن بود. همچنین این مطالعات مبتنی بر جمعیت بوده که می تواند تورش ناشی از انتخاب نمونه ها را کاهش دهد. همچنین به نظر می رسد؛ سواد سلامت ناکافی سالمندان را می تواند ناشی از تغییرات مختلف روانی، شناختی، فیزیولوژیکی و اقتصادی همزمان با دوره سالمندی نسبت داد (۲۵).

از نظر توان خودمراقبتی میانگین نمره کل تقریباً ۶۹ بدست آمد که در حد متوسطی می باشد که با مطالعه سنگ سفیدی و همکاران در بجنورد در یک راستا می باشد. آنها در مطالعه خود میانگین نمره توان خود مراقبتی را (۶/۲۳) ۶۵/۴۴ گزارش نمودند. طبق گزارش آنها در پژوهش حاضر ۴۵ نفر (۲۵ درصد) از سالمندان مورد پژوهش، توان خودمراقبتی بالا و ۱۳۵ نفر (۷۵ درصد) توان خود مراقبتی پایین داشتند. توان خودمراقبتی پایین به خصوص در بین زنان تحت مطالعه آنها بیشتر بود (۱۹). در مطالعه ما نیز بیش از ۵۰ درصد افراد توان خودمراقبتی پایین گزارش نمودند؛ که با مطالعه آنها در یک راستاست. این یافته ها با مطالعه صالح زاده و همکاران در

3. Mellor D, Russo S, McCabe MP, Davison TE, George K. Depression training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation. Journal of gerontological nursing. 2008; 34 (9): 8-15.
4. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. BMC public

- health. 2008; 8 (1): 323.
5. Sachdev PS, Brodaty H, Reppermund S, Kochan NA, Trollor JN, Draper B, et al. The Sydney Memory and Ageing Study (MAS): methodology and baseline medical and neuropsychiatric characteristics of an elderly epidemiological non-demented cohort of Australians aged 70 – 90 years. *International Psychogeriatrics*. 2010; 22 (8):1248 - 64.
  6. 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).
  7. Fathi F, RezaeeSofi M. The relationship between health literacy and physical activity level of elderly women in the city of Urmia. *Journal of Health Literacy*. 2017; 2 (1): 12-21.
  8. Saeid M, Makarem A, Khanjani S, Bakhtyari V. Comparison of Social Health & Quality of Life Between Residential & Non-Residential Elderlies in Tehran. *Iranian Journal of Ageing*. 0-
  9. 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.
  10. Panahi R, Ebrahimi G, Ahmadi A. Health Literacy: A Key Component of Controlling Social Determinants of Health. *J Educ Community Health*. 2018; 5 (1): 1-3.
  11. 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 public health*. 2012; 12 (1): 80.
  12. Ferguson LA, Pawlak R. Health literacy: the road to improved health outcomes. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2011; 7 (2): 123 - 9.
  13. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *Bmj*. 2012; 344: e1602.
  14. De Visschere LM, Grooten L, Theuniers G, Vanobbergen JN. Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions—a cross-sectional study. *Gerodontology*. 2006; 23 (4): 195 - 204.
  15. 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.
  16. BIDI F, HASSANPOUR K, Ranjbarzadeh A, ARAB KA. Effectiveness of educational program on knowledge, attitude, self care and life style in patients with type II diabetes. 2013.
  17. Didarloo A, Shojaeizadeh D, Asl RG, Habibzadeh H, Niknami S, Pourali R. Prediction of self-management behavior among Iranian women with type 2 diabetes: application of the theory of reasoned action along with self-efficacy (etra). *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2012; 14 (2): 86.
  18. Habibi A, Nemadi-Vosoughi M, Habibi S, Mohammadi M. Quality of life and prevalence of chronic illnesses among elderly people: A cross-sectional survey. *Journal of Health*. 2012; 3 (1): 58 - 66.
  19. SangSefidi S, Ghanbari Moghaddam A, Mohamadzadeh M, Karbalaee Z, Mohammadi M. Self-care and its predictive role in the quality of life of the elderly living in the community. *Journal of Gerontology*. 2018; 2 (4): 64 - 70.
  20. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *New England Journal of Medicine*. 1995; 332 (20): 1338-44.
  21. Panahi R, Osmani F, Sahraei M, Ebrahimi S, Shamsizadeh Nehadghashti M, Javanmardi E. Relationship of Health Literacy and Quality of Life in Adults Residing in Karaj, Iran. *J Educ Community Health*. 2018; 4 (4): 13 - 9.
  22. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. 2014.



23. 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.
24. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2011; 1:31.
25. Salehzadeh A, Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht.. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2013; 23 (1): 22 - 9.