

Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community-Residing Elderly

Hadi Kooshyar¹,
Maryam Shoorvazi²,
Zahra Dalir³,
Masoud Hosseini⁴

¹ Associate Professor, Department of Internal-Surgery, Faculty of Nursing & Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² MSc Student in Internal-Surgery, Faculty of Nursing & Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Lecturer, Department of Internal-Surgery, Faculty of Nursing & Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ PhD Student in Nursing-Medical Education, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received October 2, 2013 ; Accepted January 8, 2014)

Abstract

Background and purpose: Health literacy can be defined as the ability to read, understand and act on health advice. The aim of this study was to determine health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly.

Material and Methods: This descriptive- analytical study was conducted on 300 elderly diabetics (60 years old and older) who referred to health centers in Mashhad. Multi-stage stratified cluster sampling is used. Data were collected using Brief-TOFHLA health literacy, standardized health-related quality of life, HbA1c, BMI and MMAS medication adherence questionnaires. Furthermore, diet and exercise adherence questionnaire was developed by the researchers. Data analyses were done by using One-Way Analysis of Variance (ANOVA), T-student test, and Pearson's correlation test using SPSS (Version 21).

Results: In this study, 70% of elderly with diabetes had inadequate health literacy. Older adult with sufficient health literacy had a higher-quality of life. There was a significant relationship between health literacy and physical and psychological dimensions of quality of life ($P < 0.05$). However, there was not a marked correlation between health literacy and social dimension ($P > 0.05$). The individuals with adequate health literacy had significantly higher medication, diet and exercise adherence with lower HbA1c ($P < 0.05$). It is important to mention that, there was not a considerable relation between health literacy and BMI ($P > 0.05$).

Conclusion: According to the relationship between health literacy with medical adherence and elderly quality of life, there is a need to pay attention to health literacy in health promotion programs.

Keywords: Health literacy, Health-related quality of life, Medical Adherence, Elderly, Diabetes

بررسی رابطه سواد سلامت با تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به دیابت ساکن جامعه

هادی کوشیار^۱

مریم شوروی^۲

زهرا دلیر^۳

مسعود حسینی^۴

چکیده

سابقه و هدف: سواد سلامت را می‌توان به صورت توانایی خواندن، درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه‌های بهداشتی و سلامتی تعریف نمود. هدف از این مطالعه تعیین سواد سلامت و ارتباط آن با تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به دیابت می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی روی ۳۰۰ نفر از سالمندان (۶۰ سال به بالا) مبتلا به دیابت شهر مشهد، انجام شد. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای-خوشه‌ای چند مرحله‌ای از مراجعین مراکز بهداشتی-درمانی انجام شد و داده‌ها با استفاده از ابزار سنجش سواد سلامت (Brief-TOFHL A (Brief-Test of functional health literacy in adults)، ابزار استاندارد شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، تبعیت دارویی (MMAS (Morisky Medication Adherence Scale)، ابزار پژوهشگر ساخته تبعیت از رژیم غذایی و ورزش و هم‌چنین اندازه‌گیری HbA1c و BMI گردآوری شد و سپس با آزمون‌های آماری پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه، توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه ۷۰ درصد سالمندان مبتلا به دیابت، سواد سلامت ناکافی داشتند و افراد با سواد سلامت کافی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند و بین سواد سلامت با بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$) ولی با بعد اجتماعی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). در افراد با سواد سلامت کافی تبعیت دارویی و تبعیت از رژیم غذایی و ورزش بالاتر بود ($p < 0/05$) و میزان HbA1c به طور معنی‌داری کم‌تر بود ($p < 0/05$) ولی بین سواد سلامت و BMI ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

استنتاج: با توجه به ارتباط سواد سلامت بر تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی سالمندان، توجه هر چه بیش‌تر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای سلامت، ضروری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، تبعیت از رژیم درمانی، سالمندان، دیابت

مقدمه

امروزه افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری سبب افزایش تعداد سالمندان در سراسر جهان گردیده است به گونه‌ای که سالمند شدن جهان به یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در سال‌های

E-mail: Shoovazim@gmail.com

مؤلف مسئول: مریم شوروی - مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی

۱. استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد گرایش داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. مربی، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. دانشجوی دکتری پرستاری - آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۱۰/۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۱۰/۱۸

کنونی تبدیل گشته است (۱). در ایران نیز بررسی‌ها و شاخص‌های آماری حکایت از رشد پرشتاب جمعیت سالمند دارد. به طوری که در سرشماری سال ۱۳۹۰ حدود ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (۲). از طرفی با افزایش سن احتمال ابتلای سالمندان به بیماری‌های مزمن به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد (۳). از جمله بیماری‌های مزمن مهم و شایع سالمندی بیماری دیابت است.

این بیماری در دهه گذشته شیوع نگران‌کننده‌ای داشته و به سرعت نیز در حال افزایش می‌باشد و در طی ده سال گذشته ۵۰ درصد افزایش داشته است (۴) و یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده مرگ و ناتوانی در سالمندان می‌باشد (۵). به طور کلی بیماری‌های مزمن، از جمله دیابت مشکلات بالینی، اجتماعی و روانی فراوانی را به دنبال خواهد داشت که این مشکلات به نوبه خود سبب محدودیت فعالیت‌های جسمانی و روانی افراد سالمند شده و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت (۶) این درحالی است که زندگی با کیفیت برتر از چالش‌های محققان و پژوهشگران در قرن حاضر می‌باشد. در واقع هسته مرکزی کیفیت زندگی، سلامتی می‌باشد و از آنجایی که در نظام سلامت نمی‌توان به طور کامل پدیده کیفیت زندگی را مورد توجه قرارداد، مفهوم سلامتی را در ارتباط با کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار می‌دهند که در قالب مفهوم "کیفیت زندگی مرتبط با سلامت" تعریف می‌شود (۷). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زیر مجموعه‌ای از کیفیت زندگی کلی است که شامل احساس رفاه ذهنی، عاطفی، اجتماعی و فیزیکی بوده و منعکس‌کننده ارزیابی ذهنی بیماران و نحوه پاسخ آن‌ها به بیماری است (۸) در واقع کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آرمان و شاخص نوین ارائه خدمات بهداشتی درمانی مراقبتی به گروه‌های مختلف جمعیتی و به ویژه سالمندان می‌باشد که ارتقاء آن همواره از مهم‌ترین وظایف پرستاران در خصوص سالمندان می‌باشد (۹) در ارتباط با دیابت نیز می‌توان گفت کیفیت

زندگی به عنوان یک پیامد طولانی مدت در ارزیابی و بررسی اثرات دیابت در جوامع محسوب می‌شود و در مطالعات متعدد نشان داده شده است که کیفیت زندگی در افراد دیابتی نسبت به افراد غیر دیابتی کاهش می‌یابد زیرا احساس مسئولیت و سختی ناشی از محدودیت غذایی همراه با ناسازگاری بین انجام نقش‌های اجتماعی و لزوم حفظ رفتار خود مدیریتی، اثر قابل ملاحظه‌ای در کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارد (۱۰) به طوری که در مطالعه کسبخی و همکاران نیز کیفیت زندگی بیماران دیابتی نسبت به افراد غیر دیابتی کاهش چشمگیری داشته است و ۶۱/۴ درصد از بیماران دیابتی کیفیت زندگی نامطلوبی داشتند (۱۱).

در مطالعه قاسمی پور و همکاران نیز ۵۸/۳ درصد از بیماران مبتلا به دیابت از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردار بوده‌اند (۱۲). از طرف دیگر، با توجه به شیوع بالای ابتلا به بیماری دیابت در جهان و عوارض ناشی از آن می‌توان گفت که شکست در دستیابی به نتایج مطلوب درمان دیابت، معظلی است که همواره افراد بشر با آن مواجه بوده‌اند (۱۳) و از آنجایی که دیابت بیماری مزمن و غیر قابل درمان می‌باشد، بنابراین فرد دیابتی در تمام طول عمر نیاز به مراقبت از خود و تغییر در شیوه زندگی دارد (۱۴). از این رو تبعیت بیماران دیابتی از رژیم‌های توصیه شده درمانی، موضوعی است که توجه بسیاری از درمان‌گران را به خود معطوف داشته است (۱۳). به طوری که حدود نیمی از افراد مبتلا به یک بیماری مزمن در تبعیت از رژیم‌های تجویز شده، شکست می‌خورند (۱۵). در مطالعه گانیو و همکاران نیز نیمی از بیماران دیابتی تحت مطالعه عدم تبعیت از رژیم غذایی و بیش از ۳۳ درصد آن‌ها عدم تبعیت از ورزش را نشان دادند (۱۶). این مسأله، خود ممکن است متأثر از عوامل زیادی باشد که سواد سلامت سالمندان می‌تواند یکی از عوامل احتمالی آن باشد.

سواد سلامت عبارت است از ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و نیز درک اطلاعات اولیه خدمات

سلامتی، که برای تصمیم‌گیری مناسب، لازم می‌باشد و نیز شامل به کارگیری مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه تحلیل و تصمیم‌گیری در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد (۱۷) هم اکنون سواد سلامت به عنوان یک مسأله و بحث جهانی در قرن ۲۱ معرفی شده است بر این اساس سازمان جهانی بهداشت به تازگی در گزارشی سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است این سازمان هم‌چنین در کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت در مکزیک، سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی معرفی نمود که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات می‌باشد به گونه‌ای که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها می‌شود (۱۸) ولی با این حال بررسی‌های مختلف طیف گسترده‌ای از سواد سلامت ناکافی را در کشورهای مختلف نشان می‌دهد. یک بررسی سیستماتیک توسط اورلو و همکارانش در آمریکای شمالی روی مطالعات انجام شده در این زمینه، نشان داد که حدود ۲۶ درصد از افراد به طور کلی دارای سواد سلامت پایین و ۲۰ درصد سطح سواد سلامتی مرزی داشتند (۱۹). البته دامنه تغییرات بسیار وسیع بوده است به طوری که در مطالعه رئیسی و همکاران حدود ۷۹ درصد از سالمندان سواد سلامت ناکافی داشتند (۲۰) با توجه به اهمیت سواد سلامت، هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تاچه حد بر نتایج سلامتی سالمندان تاثیر گذار است (۱۸). از طرفی تغییرات حسی و ادراکی همراه با سالمندی می‌تواند توانایی سالمندان در خواندن و درک اطلاعات بهداشتی را تحت تأثیر قرار دهد، لذا لزوم توجه بیش‌تر به امر سواد سلامت در سالمندان ضروری به نظر می‌رسد (۲۰) اگر چه در زمینه ارتباط سواد سلامت با سایر نتایج سلامتی به خصوص کیفیت زندگی بیماران در جوامع دیگر کم و بیش مطالعاتی انجام شده است. ولی اطلاعات پایه‌ای در زمینه

سواد سلامت سالمندان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان و ارتباط سواد سلامت با بیماری‌های مزمن سالمندی، به خصوص دیابت در ایران وجود ندارد با توجه به این که سواد سلامت می‌تواند تحت تأثیر عوامل زیادی از جمله عوامل فردی (مثل سن، جنس، نژاد، تحصیلات و...)، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زبان قرار گیرد و نتایج متفاوتی از آن در بین جوامع مختلف گزارش گردیده است (۲۱). پژوهش حاضر با هدف تعیین سواد سلامت و ارتباط آن با تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان دیابتی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی روی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی انجام شده است. روش نمونه‌گیری طبقه‌ای خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است به این ترتیب که ابتدا پنج مرکز بهداشتی موجود در سطح شهر مشهد به عنوان طبقه در نظر گرفته شدند و به طور تصادفی نیمی از مراکز بهداشتی-درمانی تحت پوشش که دارای واحد سالمندان بودند به عنوان خوشه انتخاب شدند و تمامی این مراکز تحت مطالعه قرار گرفتند. سپس نمونه‌گیری در بین سالمندان مراجعه‌کننده به این مراکز که دارای معیارهای ورود به پژوهش بوده‌اند، صورت گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل: رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت در مطالعه، سن بالای ۶۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، ابتلا به دیابت نوع دو، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص دیابت آن‌ها، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن مثل بیماری‌های کلیوی، سرطان، نارسایی قلبی، عدم وجود اختلال شنوایی، بینایی و تکلم به نحوی که قادر به برقراری ارتباط نباشد، عدم ابتلا به اختلال شناختی بر اساس آزمون MMSE^۱ و کسب نمره بالاتر از ۲۱ و عدم وجود حوادث استرس‌زا

1. Mini Mental Status Examination

در طی ۶ ماه اخیر بود. تعداد واحدهای پژوهش از طریق انجام مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه محاسبه شد. بیشترین حجم نمونه مربوط به همبستگی بین سواد سلامت و کیفیت زندگی بود، به طوری که همبستگی بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برابر با ۰/۱۸ بود که با لحاظ ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، حجم نمونه ۲۴۵ به دست آمد که جهت افزایش دقت مطالعه و کنترل اثر متغیرهای مداخله گر پژوهش، ۳۰۰ سالمند جهت نمونه گیری در نظر گرفته شد.

روش جمع آوری داده‌ها در این مطالعه به شیوه مصاحبه حضوری با واحدهای پژوهش بوده است. در این مطالعه جهت سنجش سواد سلامت از ابزار 'Brief TOFHLA استفاده شد که یکی از معتبرترین پرسشنامه‌های سنجش سواد سلامت در سطح جهان می‌باشد که شامل دو بخش خواندن و محاسبه می‌باشد. جهت سنجش پایایی ابزار از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد که پایایی پرسش‌نامه برای بخش محاسبات ۰/۷۷ و برای بخش درک خواندن ۰/۷۱ به دست آمد. بخش محاسبات، توانایی فرد را برای درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه‌هایی که پزشکان و آموزش دهندگان امر سلامت به وی داده‌اند و نیاز به محاسبات دارد، مورد سنجش قرار می‌دهد. این بخش شامل چهار توضیح یا دستور بهداشتی در زمینه داروهای تجویز شده، زمان مراجعه به پزشک و یک مثال از نتیجه یک آزمایش طبی می‌باشد. این توضیحات در قالب کارتهایی در اختیار آزمودنی قرار گرفت و سؤالات مربوطه از فرد پرسیده شد. نمره فرد در این بخش بین صفر تا ۲۸ در نظر گرفته شد. در بخش درک خواندن، توانایی واحدهای پژوهش در خصوص خواندن و فهمیدن دو متن مورد سنجش قرار گرفت متن اول تحت عنوان دستورالعمل آماده شدن برای عکس برداری از

دستگاه گوارش فوقانی و متن دوم با عنوان حقوق و مسئولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه نامه است. این بخش شامل ۳۶ سؤال است که هر سؤال دو امتیاز دارد و نمره آن بین صفر تا ۷۲ می‌باشد. نمره کل این ابزار شامل جمع این دو بخش می‌باشد که نمره صفر تا ۱۰۰ در نظر گرفته شده است که بر اساس آن سواد سلامت به سه سطح، سواد سلامت ناکافی (صفر تا ۵۳)، سواد سلامت مرزی (۵۴-۶۶)، سواد سلامت کافی (۶۷-۱۰۰) تقسیم‌بندی می‌شود (۲۲).

جهت سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از ابزار استاندارد شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت استفاده شد که تلفیقی از دو ابزار کیفیت زندگی عمومی SF-36 و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سوئدی (SWED-QUA) می‌باشد (۲۴، ۲۳) و روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد ثابت شده است و شامل سه بعد: جسمی (عملکرد جسمی، درد، فعالیت روزمره، خواب و سلامت کلی)، بعد روانی (احساسات) و بعد اجتماعی (ارتباط با نزدیکان) می‌باشد. در این مطالعه پایایی با آزمون آلفا کرونباخ تعیین شد که ضریب آلفای آن برای بعد جسمی ۰/۹۱، بعد اجتماعی ۰/۸۷، بعد روانی ۰/۷۱ و برای کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ۰/۹۱ به دست آمد.

2. Body Mass Index (BMI)
3. Morisky Medication Adherence Scale

1. brief -Test of functional health literacy in adults

تبعیت متوسط و نمره صفر تبعیت بالا در نظر گرفته شد. جهت سنجش تبعیت از رژیم غذایی و ورزش از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده شد که شامل ۲۶ سؤال به صورت مقیاس لیکرت (هرگز، به ندرت، اغلب اوقات، همیشه) می‌باشد و برای نمایش بهتر نتایج، نمره آن به ۱۰۰ رسانده شد و نمرات آن بر اساس تفاضل حداکثر و حداقل نمره کسب شده توسط واحدهای پژوهش تقسیم بر تعداد دسته (در این مطالعه تعداد دسته‌ها چهار دسته در نظر گرفته شد) محاسبه شد که عدد به دست آمده دامنه دسته‌ها می‌باشد و بر اساس آن، نمره تبعیت از رژیم غذایی و ورزش به چهار دسته تبعیت ضعیف (۶۵-۵۵)، متوسط (۷۶-۶۶)، خوب (۸۷-۷۷) و بسیار خوب (۹۸-۸۸) تقسیم‌بندی شد. پایایی ابزار از طریق آزمون آلفا کرونباخ ۰/۸۸ تعیین گردید.

جهت سنجش حمایت اجتماعی از ابزار سنجش حمایت اجتماعی دوک استفاده شد. این ابزار شامل دو بعد خانوادگی و غیر خانوادگی می‌باشد و شامل ۱۲ سؤال است که شش سؤال آن بعد خانوادگی و شش سؤال دیگر بعد غیر خانوادگی را می‌سنجد، ده سؤال اول به صورت لیکرت سه نمره‌ای (صفر: هیچ مقدار یا چنین شخصی وجود ندارد، یک: کمی، دو: به مقدار زیاد) نمره گذاری می‌شود. دو سؤال آخر به صورت (بله) و (خیر) پاسخ داده می‌شود که برای پاسخ بله: نمره یک و برای خیر، نمره صفر منظور می‌شود. دامنه نمرات کلی بین صفر تا ۱۰۰ می‌باشد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تعیین شد.

برای تعیین روایی کلیه پرسشنامه‌ها از روایی محتوا استفاده شد. بدین صورت که ابزارهای مطالعه در اختیار ده نفر از اساتید مجرب دانشکده پرستاری و مامایی گذاشته شد و نظرات پیشنهادی آن‌ها اعمال گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و توزیع فراوانی متغیرها) و آمار تحلیلی (آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و همبستگی پیرسون)

مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. از روش تبدیل متغیرها، در متغیرهای تبعیت دارویی و HbA1c که توزیع غیر نرمال داشتند، استفاده شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی واحدهای پژوهش ۶۴/۹۲±۵/۲۲ سال بود که حداقل و حداکثر سن افراد به ترتیب ۶۰ و ۸۲ سال بوده است. ۱۹۷ نفر (۶۵/۷ درصد) از سالمندان مورد مطالعه زن و ۱۰۳ نفر (۳۴/۳ درصد) آن‌ها مرد بودند. ۲۴۰ نفر (۸۰ درصد) از سالمندان مورد مطالعه متأهل و تحصیلات ۱۲۷ نفر (۴۲/۳ درصد) آن‌ها در سطح ابتدایی بود و ۱۹۱ نفر (۶۳/۷ درصد) آن‌ها خانه‌دار بودند. میانگین و انحراف معیار میزان درآمد ماهیانه سالمندان مورد مطالعه ۳۳۲/۴۲±۵۹۹ هزار تومان بود. میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی آن‌ها ۴۶/۲۴±۱۹/۸۲ بود. میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت سالمندان مورد مطالعه ۵۲/۸۲±۱۳/۲۵ بود، که نتایج آن به تفکیک در سه گروه با سواد سلامت کافی، مرزی و ناکافی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی سطح سواد سلامت سالمندان مبتلا به دیابت

متغیر	فراوانی تعداد (درصد)
سواد سلامت ناکافی	۲۱۰ (۷۰)
سواد سلامت مرزی	۴۴ (۱۴)
سواد سلامت کافی	۴۶ (۱۵/۳)
کل	۳۰۰ (۱۰۰)

نتایج آزمون پیرسون نشان داد که سواد سلامت با سن ارتباط معکوس و معنی داری دارد ($t=0/12$ ، $p<0/05$) و بین سواد سلامت با میزان درآمد ماهیانه سالمندان ارتباط مستقیم و معنی داری وجود دارد ($t=0/48$ ، $p<0/05$). ولی با میزان حمایت اجتماعی سالمندان ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد ($p>0/05$). نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که سواد

نتایج این مطالعه هم‌چنین نشان داد که میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان $11/01 \pm 57/56$ بود و میانگین بعد جسمی روانی و اجتماعی آن‌ها به ترتیب $12/35 \pm 56/95$ ، $10/79 \pm 54/08$ و $27/10 \pm 63/89$ بوده است.

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره سواد سلامت و بعد جسمی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ($r = 0/59$ ، $p < 0/05$) و بعد روانی مرتبط با سلامت ($r = 0/48$ ، $p < 0/05$) سالمندان مبتلا به دیابت ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد ولی با بعد اجتماعی ($r = 0/1$ ، $p > 0/05$) ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. هم‌چنین بین نمره سواد سلامت و نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد ($r = 0/6$ ، $p < 0/05$).

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین نمره سواد سلامت و میزان HbA1c ($r = -0/25$ ، $p < 0/05$) و نمره تبعیت از رژیم دارویی ($r = 0/41$ ، $p < 0/05$) ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین با نمره تبعیت از رژیم غذایی و ورزش ارتباط مستقیم و معنی‌داری مشاهده شد ($r = 0/64$ ، $p < 0/05$) ولی بین نمره سواد سلامت و میزان BMI ($r = 0/07$ ، $p > 0/05$) سالمندان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح سواد سلامت در گروه سالمندان ناکافی می‌باشد و سطح سواد سلامت حدود ۷۰ درصد از سالمندان ناکافی می‌باشند. نتایج مطالعات دیگر نیز طیف وسیعی از سواد سلامت ناکافی در سالمندان را نشان می‌دهد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه رئیسی و همکاران (۱۳۹۰) هم‌خوانی دارد در مطالعه مذکور حدود ۷۹ درصد از سالمندان دارای سواد سلامت ناکافی بودند (۲۰). هم‌چنین با مطالعه کوتتر و همکاران (۲۰۰۶) که به بررسی سواد سلامت در بالغین در سطح ملی در کشور

سلامت در مردان به طور معنی‌داری بیش‌تر از زنان است ($p < 0/05$). نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نیز نشان داد که بین سواد سلامت با وضعیت تأهل، تحصیلات و اشتغال ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$). میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر مقدار آیت‌های اندازه‌گیری شده برای تعیین میزان تبعیت از رژیم درمانی در سالمندان دیابتی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که بیش‌ترین درصد (۵۶) سالمندان مبتلا به دیابت مورد مطالعه از نظر میزان تبعیت دارویی در محدوده متوسط قرار دارند (جدول شماره ۳).

نتایج این مطالعه بیانگر آن است که بیش‌ترین درصد (۴۲) سالمندان مبتلا به دیابت از نظر میزان تبعیت از رژیم غذایی و ورزش در محدوده ضعیف قرار دارند (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار، حداقل و حداکثر آیت‌های تبعیت از رژیم درمانی در سالمندان مبتلا به دیابت

متغیر	میانگین و انحراف معیار	حداقل و حداکثر
BMI	$27/22 \pm 4/16$	۱۷/۹ - ۳۸/۷
HbA1c	$7/77 \pm 1/19$	۵/۳ - ۱۴
تبعیت دارویی	$2 \pm 1/35$	۰ - ۷
تبعیت از رژیم غذایی و ورزش	$68/72 \pm 8/50$	۵۵ - ۹۶

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی میزان تبعیت دارویی سالمندان مبتلا به دیابت

تبعیت دارویی	تعداد (درصد)
ضعیف	۳۱/۷۹۵
متوسط	۵۶/۱۶۸
بالا	۱۲/۳۷
کل	۱۰۰/۳۰۰

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی تبعیت از رژیم غذایی و ورزش در سالمندان مبتلا به دیابت

تبعیت از رژیم غذایی و ورزش	تعداد (درصد)
ضعیف	۱۲۶/۴۲
متوسط	۱۱۷/۳۹
خوب	۳۹/۱۳
بسیار خوب	۱۸/۶
کل	۳۰۰/۱۰۰

آمریکا پرداخته بودند، نیز هم‌سو می‌باشد در مطالعه کوتتر، تنها سه درصد از سالمندان از سطح سواد سلامت بالا برخوردار بودند (۲۵). در مطالعه کیم (۲۰۰۹) نیز سطح سواد سلامت اکثر سالمندان در سطح ناکافی بوده است (۲۶).

هم‌چنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افراد با سواد سلامت کافی میزان HbA1c کم‌تری داشته و میزان تبعیت دارویی و تبعیت رژیم غذایی و ورزش بالاتری دارند، ولی بین سواد سلامت با BMI سالمندان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. Schillinger و همکاران (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بیمارانی که از سواد سلامت کافی برخوردار بودند، کنترل قند خون آن‌ها بهتر از بیمارانی بود که سواد سلامت ناکافی داشتند، به عبارت دیگر بیماران با سواد سلامت کافی میزان HbA1c کم‌تر از ۷/۲ داشتند و بین سواد سلامت و میزان HbA1c ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲۷). این نتایج با نتایج مطالعه موشر و همکاران (۲۰۱۲) هم‌خوانی ندارد، نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که بین سواد سلامت و دانش و آگاهی از داروها ارتباط معنی‌داری وجود دارد ولی بین سواد سلامت و تبعیت دارویی از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری دیده نشد (۲۸). یکی از علل تفاوت بین مطالعه موشر با مطالعه حاضر ممکن است، به دلیل تفاوت در ابزار مورد استفاده جهت سنجش سواد سلامت واحدهای پژوهش باشد. در مطالعه موشر از ابزار REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) برای سنجش سواد سلامت استفاده شده بود، در واقع این ابزار یک آزمون شناخت کلمه است که سایر جنبه‌ها و مهارت‌های مختلف سواد سلامت از جمله قدرت محاسبه و تجزیه و تحلیل واحدهای پژوهش را نمی‌سنجد، ولی در مطالعه حاضر از ابزار Brief-TOFHLA استفاده شد که نسبت به ابزار REALM، کامل‌تر می‌باشد علاوه بر آن در مطالعه موشر برای سنجش تبعیت تنها از روش خود گزارش‌دهی واحدهای پژوهش استفاده شد و از

سایر روش‌های مشاهده‌ای برای سنجش تبعیت واحدهای پژوهش استفاده نشده است. علاوه بر این نتایج مطالعه ما و بسیاری از مطالعات دیگر نشان داد که سواد سلامت در دو جنس تفاوت آماری معنی‌داری دارد اما در مطالعه موشر و همکارانش اکثر واحدهای پژوهش (۹۷/۱ درصد) را مردان تشکیل دادند که این مسأله ممکن است تعمیم‌پذیری آن را به سایر افراد جامعه محدود نماید و می‌تواند علت تفاوت نتایج آن با مطالعه حاضر نیز باشد. Osborn و همکارانش (۲۰۱۱) نیز به این نتیجه رسیدند که بین نمره سواد سلامت و میزان تبعیت دارویی در بین بیماران دیابتی از لحاظ آماری ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو می‌باشد (۲۹).

نتایج مطالعه حاضر هم‌چنین نشان داد که افراد با سواد سلامت کافی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری برخوردار بودند که با نتایج مطالعه ژانک و همکاران (۲۰۰۹)، هم‌خوانی ندارد نتایج حاصل از مطالعه ژانک نشان داد که سواد سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به بیماری‌های روماتوئیدی تأثیری نداشته ولی اثر ضعیفی بر عملکرد فیزیکی بیماران مبتلا به بیماری‌های روماتوئیدی دارد و هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر بین سواد سلامت با عملکرد اجتماعی واحدهای پژوهش ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (۳۰). علت تفاوت نتایج ژانک با نتایج مطالعه حاضر ممکن است مرتبط با ابزار SF-36 باشد که برای سنجش کیفیت زندگی استفاده شد. اگر چه SF-36 ابزار عمومی معتبری برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت بیماران است ولی ممکن است به دقت سایر ابزارهای اختصاصی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، برای بیماران خاص نباشد. علاوه بر این، در مطالعه آن‌ها از ابزار REALM برای سنجش سواد سلامت استفاده شد، استفاده از این ابزار برای ارزیابی قابلیت درک بیماران که همان سواد سلامت عملکردی بیماران است هنوز جای بحث و تردید دارد. هم‌چنین با

همان‌طور که ملاحظه می‌شود سواد سلامت بر جنبه‌های مختلف زندگی سالمندان به خصوص کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن تأثیر به‌سزایی دارد. بنابراین طیف وسیع سواد سلامت ناکافی در سالمندان، هشدار برای مسئولین، سیاست‌گذاران بخش سلامت و متولیان امر سلامت محسوب می‌شود. این مسأله لزوم توجه بیش‌تر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای سلامت را می‌رساند. در واقع به منظور افزایش سطح سواد سلامت افراد جامعه نه تنها استفاده از رویکردهایی مانند ساده کردن اطلاعات و استفاده از مواد آموزشی ساده و قابل فهم می‌تواند کمک کننده باشد بلکه استفاده از راهبردهای ارتباطی و کمک گرفتن از متخصصان آموزش بهداشت به منظور برنامه‌ریزی و طراحی برنامه‌های آموزشی مفید در این زمینه متناسب با گروه‌های هدف نیز مؤثر می‌باشد تا با در نظر گرفتن سطح توانایی‌ها و مهارت‌های افراد، بهترین رویکردهای آموزشی را انتخاب نموده و برای توسعه مهارت‌های سواد سلامت در جامعه گامی مؤثر برداشت.

سیاسگزاری

این مقاله از رساله کارشناسی ارشد با کد ۹۱۱۲۰۵ مصوب در تاریخ ۱۳۹۲/۴/۶ حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد استخراج شده است. بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل تأمین اعتبار این تحقیق، از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی و مسئولین محترم معاونت بهداشتی استان و مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد به خاطر همکاری صمیمانه، تشکر می‌شود.

References

1. Islam A, Zaffar Tahir M. Health sector reform in South Asia new challenges and constraints. J Health Policy 2002; 60(2): 151-169.
2. Statistical Center of Iran. The detailed results of Iran 2011 national population and housing census [Online] 2011; Available from: URL:

توجه به این که نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات نشان داد که سواد سلامت با سن واحدهای پژوهش ارتباط معنی‌داری دارد، بنابراین یکی از علل تفاوت مطالعه حاضر با مطالعه ژانک ممکن است مربوط به سن واحدهای پژوهش باشد به طوری که در مطالعه ژانک سن واحدهای پژوهش ۱۸ سال به بالا بوده است ولی واحدهای پژوهش مطالعه حاضر را سالمندان (۶۰ سال به بالا) تشکیل می‌دهند. از طرفی فرهنگ و قومیت افراد از جمله عواملی هستند که سلامتی و سواد سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۳۱،۲۹). به طوری که تأثیرات خانوادگی و فرهنگی و اجتماعی، اهمیت حیاتی در شکل‌گیری نگرش‌ها و اعتقادات افراد داشته و چگونگی تعامل مردم با سیستم سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۱) بنابراین یکی از علل مهم این تفاوت‌ها می‌تواند تفاوت فرهنگی باشد. در مطالعه Macabasco-o'Connell و همکارانش (۲۰۱۱) ارتباط آماری معنی‌داری بین سواد سلامت و با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مشاهده شد به طوری که همانند مطالعه حاضر بیماران با سواد سلامت کافی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند که با نتایج مطالعه حاضر هم سو می‌باشد (۳۲).

نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Song و همکارانش (۲۰۱۲) که به بررسی ارتباط سواد سلامت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان پروستات پرداخته بودند، هم‌خوانی دارد. Song و همکارانش به این نتیجه رسیدند که سطح سواد سلامت کافی به طور معنی‌داری با افزایش نمرات بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی واحدهای پژوهش همراه بوده است (۳۳).

-
- <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=437>. (Persian). Accessed July 12, 2012.
- Prakash R, Choudhary SK, Singh US. A study of morbidity pattern among geriatric population in an urban area of Udaipur Rajasthan. *Indian J Community Med* 2004; 29(1): 35-40.
 - Metzger BE. *American Association Guide to Living with Diabetes: Preventing and Treating Type 2 Diabetes*. United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd; 2007.
 - Maclean D, Lo R. The non-insulin-dependent diabetic: Success and failure in compliance. *Aust J Adv Nurs* 1998; 15(4): 33-42.
 - Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic disease and quality of life in elderly people in Samsun. *Turk J Med Sci* 2003; 33(5): 335-340.
 - Bowling A. *Measuring Disease: A Review of Disease Specific Quality of Life Measurement Scales*. 2nd ed. United Kingdom: Open University Press; 2001
 - Lee GK, Chronister J, Bishop M. The effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain. *Rehabil Couns Bull* 2008; 51(3): 177-189.
 - Farquhar M. Elderly peoples definitions of quality of life. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1439-1446.
 - Arian V, Farvid M, Montazeri A, Yavari P. Association Between Health-Related Quality of Life and Glycemic Control in Type 2 Diabetics. *J Endocrinol Metab* 2012; 14(4): 318-324 (Persian).
 - Sedaghati kasbakhi M, Ehsani M, Ghanbari A. Quality of life in patients with type 2 diabetes and non-diabetic. *J Babol Univ Med Sci* 2007; 9(5): 55-60 (Persian).
 - Ghasemipour M, Ghasemi V, Zamani AR. Quality of life in diabetic patients referred to Shohada hospital in Khorramabad. *Yafteh J* 2010; 11(3): 125-133.
 - Chan YM, Molassiotis A. The relationship between diabetes knowledge and compliance among chines with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong kong. *J Adv Nurs* 1999; 30(2): 431-438.
 - Kyngas H, Hentinen M, Barlow H. Adolescents perceptions of physician, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self care. *J Adv Nurs* 1998; 27(4): 760-769.
 - Hernandez A. The development and pilot testing of the diabetes activities questionnaire (TDAQ). *Appl Nurs Res* 1997; 10(4): 202-211.
 - Ganiyu AB, Mabuza LH, Maletse NH, Govender I, Ogunbanjo GA. Non-adherence to diet and exercise recommendations amongst patients with type 2 diabetes mellitus attending Extension II Clinic in Botswana. *Afr J Prim HealthCare Fam Med* 2013; 5(1): 1-6.
 - Downey LV, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J Natl Med Assoc* 2008; 100(11): 1304-1308.
 - Mellor D, Russo S, McCabe M, Davison T, George K. Depression training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation. *J Gerontol Nurs* 2008; 34(9): 8-15.
 - Asche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielson-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med* 2005; 20(2): 175-184.
 - Reisi M, Mostafavi F, Hassanzadeh A, Sharifirad GH. Relationship between health literacy and general health status and health behavior of the elderly. *J Health Care* 2011; 7(4): 1-11 (Persian).

21. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health promoting behaviour in a national sample of British adults. *J EpidemiolCommunity Health* 2007; 61(12): 1086-1090.
22. Quinlan P. The relationship between health literacy, health knowledge and adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis. [Ph.D Thesis]. Columbia University; 2009.
23. Brorsson B, Ifver J, Hays RD. Swedish Health-Related Quality of Life Survey (SWED-QUAL). *Qual Life Res* 1993; 2(1): 33-45.
24. Wandell PE, Brorsson B, Aberg H. Quality of life in diabetic patients registered with primary health care services in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15(2): 97-102.
25. Kutner M, Greenberg E, Yin J, Paulsen C, White S. The health literacy of American's adults: Results from the 2003 national assessment to fadultliteracy. Washington: U.S. Department of Education; 2006.
26. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *J Clin Nurs* 2009; 18(16): 2337-2343.
27. Schilinger D, Grumbach K, Pitte J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *J Am Med Assoc* 2002; 288(4): 475-482.
28. Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *J Health Commun* 2012; 17(Suppl 3): 241-251.
29. Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, Kripalani S, Elasy TA, Rothman RL, et al. Health literacy explains racial disparities in diabetes medication adherence. *J Health Commun* 2011; 16(Suppl 3): 268-278.
30. Zhang XH, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The impact of health literacy on health-related quality of life (HRQoL) and utility assessment among patients with rheumatic diseases. *Value Health* 2009; 12(suppl 3): 106-109.
31. Shaw SJ, Huebner C, Armin J, Orzech K, Vivian J. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *J Immigr Minor Health* 2009; 11(6): 460-467.
32. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med* 2011; 26(9): 979-986.
33. Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafl GJ, Blackard B, et al. How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer. *Cancer* 2012; 118(15): 3842-3851.