

## بررسی ارتباط وضعیت سواد سلامت با توان خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

سعید مرآمی<sup>۱</sup>، مریم بخشنده باورساد<sup>۱</sup>، ملیحه صبور<sup>۲\*</sup>

۱- گروه آموزشی سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.  
۲- مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

\*نویسنده مسئول: دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکان، پست الکترونیک: Saboor\_Malihe@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۱

### چکیده

**مقدمه:** با پیر شدن جمعیت، بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد و سالمندانی که سواد سلامت ناکافی دارند، یکی از گروه‌های در معرض خطر در ارتباط با پرفشاری خون هستند. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط وضعیت سواد سلامت و توان خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر مطالعه‌ای مقطعی است که بر روی ۳۰۱ سالمند مراجعه‌کننده به پلی‌کلینیک‌های تخصصی تامین اجتماعی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ انجام شد. داده‌ها با روش نمونه‌گیری ساده با استفاده از ابزارهای آزمون کوتاه شده شناختی، پرسشنامه توانایی خودمراقبتی افراد سالمند، پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان جمع‌آوری شد. سپس به‌وسیله آمارهای توصیفی، جدول توزیع فراوانی و آزمون‌های آماری استنباطی و همبستگی با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان  $71/2 \pm 68/88$  سال بود. میانگین و انحراف معیار شاخص خودمراقبتی افراد  $9/1 \pm 58/51$  و میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت  $33/98 \pm 110/74$  است. آنالیز همبستگی پیرسون، ارتباط مثبت و معناداری بین دو متغیر سطح سواد سلامت و توان خودمراقبتی نشان داد ( $P < 0,001$ ). همچنین میانگین نمره سواد سلامت برای مردان به صورت معناداری بالاتر از زنان بود ( $P = 0,001$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج گویای این موضوع است که مداخلات به‌منظور بهبود سواد سلامت برای افزایش توانایی رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مهم است و ارتقای سواد سلامت در سالمندان مبتلا به فشار خون بالا و ارائه مداخله و اطلاعات آموزشی به آنها ضروری است.

**کلید واژگان:** سواد سلامت، توان خودمراقبتی، فشاری خون، سالمند.

### مقدمه

در حال پیر شدن است، این بیماری یکی از نگرانی‌های دوران سالمندی محسوب می‌شود [۱، ۲]. طبق اعلام سازمان ملل در سراسر جهان، تعداد افراد سالمند (۶۰ سال به بالا) احتمالاً از ۹۰۱ میلیون نفر به ۱،۴ میلیارد نفر بین سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۳۰ افزایش می‌یابد و تا سال ۲۰۵۰ جمعیت جهانی افراد سالمند می‌تواند بیش از دو برابر یعنی به نزدیک به ۲،۱ میلیارد برسد [۲].

طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۰، ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را افراد بیش از ۶۰ سال تشکیل می‌دهند و تخمین زده می‌شود این

پرفشاری خون یکی از بزرگ‌ترین مشکلات مزمن بهداشتی جهان، خصوصاً در سالمندان است. براساس مطالعات انجام شده، حدود ۲۵ درصد افراد بالغ در کشورهای مختلف به بیماری پرفشاری خون مبتلا هستند که با افزایش سن، این نسبت نیز بیشتر می‌شود. شیوع این بیماری در ایران ۲۳،۲ درصد برآورد شده و سومین علت مرگ و میر در دنیا است [۱]. سن یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم بیماری‌های مرتبط با فشار خون است و یکی از بیماری‌های شایع در سالمندان است. با توجه به اینکه جمعیت در سراسر جهان

اطلاعات مرتبط با سلامتی هستند که ممکن است بر وضعیت مراقبتی آنها تاثیر گذاشته و باعث مراجعه بیشتر به پزشک و افزایش نیاز به خدمات اورژانسی شود [۸,۹]. با توجه به شیوع بالا بیماری پرفشاری خون در سالمندان و به دلیل توجه ناکافی به رابطه سواد سلامت و خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط وضعیت سواد سلامت و توان خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر مطالعه مقطعی است که جامعه پژوهش، سالمندان مراجعه کننده به پلی کلینیک های تخصصی منتخب تامین اجتماعی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. فواید این پلی کلینیک های تخصصی این است که سالمند به جای مراجعه به پزشکان مختلف برای درمان انواع بیماری ها، در بدو ورود به پلی کلینیک، پزشک متخصص سالمندان را ویزیت کرده و از نظر بیماری های شایع سالمندی غربالگری شود. به منظور محاسبه حجم نمونه با توجه به شیوع ۲۳,۲ درصد در مطالعه انجام شده توسط واحدیان و همکاران [۱۰] و در نظر گرفتن سطح معناداری ۰,۰۵ و سطح اطمینان ۹۵ درصد، و با توجه به در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش در مجموع حجم نمونه برای این مطالعه حدود ۳۰۱ نفر محاسبه شد. روش نمونه گیری در این پژوهش، نمونه گیری تصادفی ساده بود. بدین صورت که از بین ۶ پلی کلینیک تخصصی تامین اجتماعی شهر تهران، دو کلینیک به صورت تصادفی انتخاب شد (پلی کلینیک های قدس شریف و جشنواره). با توجه به سامانه تامین اجتماعی و پرونده های موجود مراجعه کنندگان، نمونه گیری به صورت تصادفی و متناسب با حجم نمونه از بین پرونده های بیماران انتخاب و وارد مطالعه شدند. به هر یک از سالمندان یک کد اختصاص یافت و براساس جدول اعداد تصادفی افراد انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل سالمندان بالای ۶۰ سال، ابتلا به بیماری پرفشاری خون، داشتن توانایی برقراری ارتباط و پاسخگویی به سوالات مطالعه بود و معیار خروج

نسبت در سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ درصد و در سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد خواهد رسید که این رشد، توجه به مشکلات مختلف سالمندان را برجسته می کند [۳,۴]. افزایش طول عمر انسان ها و اضافه شدن جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن جاری بوده است [۳]. امروزه یک مسئله تهدیدکننده سلامت جامعه، شیوع روزافزون بیماری های مزمن است که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد به طور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آنها تاثیر دارد [۵]. با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماری های مزمن از جمله پرفشاری خون افزایش می یابد [۶].

خودمراقبتی فرآیندی فعال است و عملی است که هر فردی برای حفظ سلامت، پیشگیری از بیماری و و اقدامات درمانی مناسب برای بهبود و مراقبت خود به کار می گیرد، خودمراقبتی<sup>۱</sup> یکی از مهم ترین ارکان زندگی و موفقیت در درمان بیماران مبتلا به پرفشاری خون محسوب می شود. همچنین یکی از عوامل مؤثر بر پیشگیری و کنترل فشار خون، بر خورداری از آگاهی کافی از بیماری، عوامل مؤثر در بروز آن و نحوه پیشگیری از این بیماری و توان خودمراقبتی است [۱]. این در حالی است که یکی از عوامل تاثیرگذار بر سطح آگاهی و در نتیجه کنترل و پیشگیری مؤثرتر بیماری پرفشاری خون، سواد سلامت است [۷].

سواد سلامت ناکافی در حقیقت به توانایی ضعیف افراد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی که برای تصمیم گیری در حیطه سلامتی ضروری است، گفته می شود. سطح پایین سواد سلامت در سالمندان، با پیامدهایی چون افزایش میزان مرگ و میر، کاهش توانایی شناختی، کاهش سلامت جسمی، افزایش خطر دمانس و به طور کلی با عوامل خطر ساز بیماری های مزمن در این گروه مرتبط است [۱]. بر اساس مطالعات انجام شده، سالمندانی که سواد سلامت ناکافی دارند، یکی از گروه های در معرض خطر هستند و بیشتر از دیگران از بیماری پرفشاری خون رنج می برند، زیرا دارای مشکلاتی در فهم، ادراک و خواندن

1. self-care

ارزیابی ۰/۷۷۷، تصمیم‌گیری ۰/۸۹۰ است. مقیاس نمره‌دهی برای سوالات بین صفر و ۴ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده سواد سلامت بالاتر است. افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند بعد از تکمیل فرم رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. پرسشنامه‌ها طی یک مرحله توسط سالمندان و تحت نظارت پرسشگرها، تکمیل شد، پرسشگرها شامل خود محقق (پزشک) و ۳ پرستار بودند که قبل از جمع‌آوری داده‌ها آموزش‌های لازم در خصوص چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها را دیده بودند.

#### یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $7/2 \pm$  ۶۸/۸۸ سال بود. ۵۰٫۲ درصد از شرکت‌کنندگان سالمند زن و ۴۹٫۸ درصد زن بودند. جمعیت غالب یعنی ۸۸/۴ درصد متاهل بودند و تنها ۱۵ نفر (۵ درصد) از سالمندان وضعیت اقتصادی عالی داشتند، ۳۱٫۲ درصد تحصیلات ابتدایی و ۱۵ درصد سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. طبق نتایج جدول ۲، شاخص خودمراقبتی افراد نمره ۲۰ تا ۸۱ را میانگین و انحراف معیار  $9/1 \pm 58/51$  را شامل می‌شود و نمره سواد سلامت نیز که بازه ۳۳ تا ۱۶۵ را شامل می‌شود، دارای میانگین و انحراف معیار  $33/98 \pm 110/74$  است. میانگین فشار خون سیستولیک ۱۴۴٫۲۴ و میانگین فشار خون دیاستولیک ۸۴٫۲۴ بر آورد شد.

نتایج آزمون تی تست طبق جدول ۳ نشان داد که میانگین شاخص خودمراقبتی افراد سالمند در بین زنان و مردان تفاوت معناداری نداشت. اما میانگین نمره سواد سلامت برای مردان به صورت معناداری بالاتر از زنان بود ( $P=0,001$ ). میانگین نمره خودمراقبتی برای افراد سالمند متاهل به طور معناداری بیشتر از سالمندان مجرد بود و رابطه معناداری بین نمره خودمراقبتی و وضعیت تاهل دیده شد. اما میانگین نمره سواد سلامت تفاوت معناداری با وضعیت تاهل نداشت ( $P=0,212$ ).

مقایسه دو به دوی میانگین شاخص خودمراقبتی در سطوح تحصیلات با استفاده از آزمون توکی HSD در جدول ۴ نشان

از مطالعه داشتن اختلال شناختی در سالمندان و بی‌میلی به شرکت در مطالعه بود. اطلاعات توسط پرسشنامه‌های استاندارد جمع‌آوری شد که شامل:

#### آزمون کوتاه شده شناختی<sup>۲</sup>

این پرسشنامه ۱۰ سؤالی اولین بار توسط Hodkinson در سال ۱۹۷۲ تدوین شد [۱۱]. آزمون کوتاه شده شناختی به منظور بررسی اختلال شناختی در سالمندان استفاده شده، این آزمون در سال ۱۳۹۳ در تهران در پژوهشی تحت عنوان اعتبارسنجی نسخه فارسی آزمون کوتاه شناختی در سالمندان توسط بختیاری و همکاران بر روی ۱۷۶ سالمند انجام شد. این مطالعه نشان داد که آزمون کوتاه شناختی فارسی از روایی و پایایی خوبی در سالمندان ایرانی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ بود [۱۲].

#### پرسشنامه توانایی خودمراقبتی افراد سالمند<sup>۳</sup>

این پرسشنامه توسط سودرهام و همکاران (۱۹۹۶) طراحی شده است [۱۲]. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۷ سوال برای ارزیابی توانایی خودمراقبتی افراد سالمند است. پاسخ هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت است. به مطلوب‌ترین پاسخ از نظر توانایی خودمراقبتی نمره ۵ و به نامطلوب‌ترین پاسخ نمره ۱ تعلق می‌گیرد. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی خودمراقبتی توسط هاشم‌لو و همکاران بر روی ۵۰ فرد سالمند بررسی شده که ضریب آلفای آن ۰/۸۹ تعیین شد [۱۳].

#### پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان<sup>۴</sup>

برای اندازه‌گیری سواد سلامت از پرسشنامه استاندارد و روا و پایای منتظری و همکاران (۱۳۹۳) که دارای ۳۳ سوال ۵ گزینه‌ای است، استفاده شد. این پرسشنامه از ۵ عامل مهارت خواندن (۴گویه)، دسترسی (۶گویه)، فهم (۷گویه)، ارزیابی (۴گویه) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲گویه) تشکیل شده است. میزان آلفای کرونباخ برای مهارت خواندن ۰/۷۲۲، دسترسی ۰/۷۹۱، فهم ۰/۸۶۹،

2. Abbreviated Mental Test

3. Self-care Ability Scale for the Elderly

4. Health Literacy for Iranian Adults

فشار خون دیاستولیک و تاهل با توان خودمراقبتی معنادار شده است، به طوری که با افزایش ۱۰ واحدی فشار خون دیاستولیک توان خودمراقبتی افراد سالمند تقریباً ۰/۸ واحد افزایش پیدا خواهد کرد. همچنین توان خودمراقبتی افراد سالمند مجرد نسبت به افراد سالمند متاهل ۵/۱۶ واحد کمتر گزارش شد. همچنین رابطه مستقیم معناداری بین سواد سلامت با توان خودمراقبتی وجود دارد، به عبارتی افرادی که سطح سلامت بالاتری دارند از توان خودمراقبتی بیشتری هم برخوردارند.

داد که میانگین نمره شاخص خودمراقبتی برای سالمندان بی‌سواد، به صورت معناداری پایین‌تر از سالمندان با سطح سواد راهنمایی، متوسطه و دانشگاهی بود. نتایج بیشتر نیز نشانگر این بود که میانگین نمره شاخص خودمراقبتی برای سالمندان با سطح سواد ابتدایی به صورت معناداری پایین‌تر از سالمندان با سطح سواد متوسطه بود.

نتایج جدول ۵ ارتباط سواد سلامت در حضور متغیرهای جمعیت شناختی روی توان خودمراقبتی با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه را نشان می‌دهد. اثر متغیرهای

جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	سطح	تعداد	درصد	متغیر	سطح	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۵۱	۵۰٫۲	وضعیت دسترسی به اطلاعات	کادر بهداشتی و پزشک	۱۲۸	۴۲٫۵
	مرد	۱۵۰	۴۹٫۸		اینترنت	۲۱	۷٫۰
	شاغل	۴۵	۱۵٫۰		تلفن گویا	۱	۰٫۳
شغل	بی‌کار	۱۳	۴٫۳	راديو و تلویزیون	۴۹	۱۶٫۳	
	خانه‌دار	۱۲۱	۴۰٫۲	روزنامه و نشریات	۱	۰٫۳	
	بازنشسته	۱۱۶	۳۸٫۵	دوستان	۱۵	۵٫۰	
	دانشجو	۲	۰٫۷	کتابچه	۲	۰٫۷	
	سایر موارد	۴	۱٫۳	ماهواره	۲۷	۹٫۰	
وضعیت تاهل	متاهل	۲۶۶	۸۸٫۴	نمی‌دانم	۵۷	۱۸٫۹	
	مجرد	۳۵	۱۱٫۶	بی‌سواد	۵۴	۱۷٫۹	
وضعیت اقتصادی	عالی	۱۵	۵٫۰	ابتدایی	۹۴	۳۱٫۲	
	خوب	۹۴	۳۱٫۲	راهنمایی	۳۹	۱۳٫۰۱	
	متوسط	۱۰۳	۳۴٫۲	متوسط	۶۹	۲۲٫۹	
	ضعیف	۸۹	۲۹٫۶	دانشگاهی	۴۵	۱۵٫۰	

جدول ۲- توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی کمی و شاخص‌های مطالعه

متغیر	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین
سن	۸۹	۶۰	۶٫۶۴	۶۸٫۸۸
فشار خون سیستولیک	۲۰۰	۹۰	۱۹٫۳۷	۱۴۴٫۲۴
فشار خون دیاستولیک	۱۴۵	۶۰	۱۴٫۸۶	۸۴٫۲۴
توان خودمراقبتی	۸۱	۲۰	۹٫۱۰	۵۸٫۵۱
سواد سلامت	۱۶۵	۳۳	۳۳٫۹۸	۱۱۰٫۷۴

جدول ۳- مقایسه شاخص‌های مورد مطالعه با وضعیت تاهل و جنسیت

شاخص	متغیر	میانگین	آماره آزمون	درجه آزادی	سطح معناداری
خودمراقبتی	متاهل	۵۸,۹۹	۲,۵۴۵	۲۹۹	۰,۰۱۱
	مجرد	۵۴,۸۶			
	زن	۵۷,۷۶	-۱,۴۳۷	۲۹۹	۰,۱۵۲
	مرد	۵۹,۲۶			
سواد سلامت	متاهل	۱۰۶,۶۲	-۱,۲۵۱	۲۹۹	۰,۲۱۲
	مجرد	۱۱۴,۰۰			
	زن	۱۰۱,۱۵	-۳,۴۰۹	۲۹۹	۰,۰۰۱
	مرد	۱۱۳,۸۴			

جدول ۴- مقایسه دو به دوی میانگین شاخص خودمراقبتی در سطوح تحصیلات

سطح معناداری	تفاوت (J) - (I)		سطح (J)	سطح (I)
	SD	میانگین		
۰,۲۴۴	۱,۶۷	-۳,۴۳	ابتدایی	بی‌سواد
۰,۰۰۸	۱,۶۳	-۵,۴۸	راهنمایی	
<۰,۰۰۱	۱,۵۰	-۸,۰۸	متوسطه	
<۰,۰۰۱	۱,۷۵	-۷,۳۱	دانشگاهی	ابتدایی
۰,۷۱۸	۱,۶۳	-۲,۰۵	راهنمایی	
۰,۰۱۷	۱,۵۰	-۴,۶۶	متوسطه	
۰,۱۷۶	۱,۷۵	-۳,۸۹	دانشگاهی	راهنمایی
۰,۳۸۴	۱,۴۶	-۲,۶۰	متوسطه	
۰,۸۲۴	۱,۷۲	-۱,۸۳	دانشگاهی	
۰,۹۸۹	۱,۵۹	۰,۷۷	دانشگاهی	متوسطه

جدول ۵- ارتباط سواد سلامت در حضور متغیرهای جمعیت شناختی روی توان خودمراقبتی با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه

متغیر	برآورد ضریب	انحراف استاندارد	آماره	سطح معناداری
سواد سلامت	۰,۰۲	۰,۰۲	۰,۸۵	۰,۴۰
سن	-۰,۰۸	۰,۰۹	-۰,۸۸	۰,۳۸
فشار خون سیستولیک	-۰,۰۱	۰,۰۳	-۰,۴۵	۰,۶۵
فشار خون دیاستولیک	۰,۰۸	۰,۰۴	۲,۰۹	۰,۰۴
تحصیلات	۰,۱۹	۰,۱۴	۱,۴۲	۰,۱۶
تاهل	-۵,۱۶	۱,۴۶	-۳,۵۴	<۰,۰۰۱

## بحث

بر اساس مطالعات انجام شده، سالمندانی که سواد سلامت ناکافی دارند، یکی از گروه‌های در معرض خطر هستند زیرا سواد سلامت ناکافی بر وضعیت مراقبتی آنها تاثیر گذاشته و باعث مراجعه بیشتر به پزشک و افزایش نیاز به خدمات اورژانسی می‌شود [۸].

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره خودمراقبتی در سالمندان مورد بررسی  $9/1 \pm 58/51$  برآورد شد که متوسط رو به بالا بود، در مطالعه آوازه و همکاران [۱۱]، ۸۶ درصد از سالمندان، توان خودمراقبتی نامطلوب داشتند و تنها ۱۴ درصد از توان خودمراقبتی مطلوب برخوردار بودند. بررسی نتایج مطالعه تمیزکار و همکاران [۱۴] نشان داد که از نظر توان خودمراقبتی میانگین نمره کل تقریباً ۶۹ به دست آمد که در حد متوسطی است. مطالعه ابوطالبی و همکاران توان خودمراقبتی شرکت‌کنندگان مورد مطالعه را ضعیف گزارش کرده و ارتقای رفتارهای مراقبت از خود بیماران را حائز اهمیت برشمردند [۱۵]. در واقع خودمراقبتی، ساختاری چندبعدی است که انجام آن نیازمند رفتارهای دیگری است که خود تحت تأثیر عواملی چون باورهای سلامتی، موقعیت‌های اقتصادی و وقایع زندگی قرار دارد [۱۶]. خودمراقبتی باعث می‌شود تا مردم توانایی لازم برای مدیریت بر بیماری مزمن را کسب کرده و روی سلامت خود کنترل بیشتری داشته باشند [۱۷].

در یافته‌های مطالعه حاضر، میانگین شاخص خودمراقبتی افراد سالمند در بین زنان و مردان تفاوت معناداری از خود نشان نداده، اما در برخی از مطالعات، توان خودمراقبتی تحت تأثیر سن، جنس، وضعیت تکامل، وضعیت سلامت، تجربیات زندگی، آگاهی‌های اجتماعی-فرهنگی، عوامل مرتبط با سیستم مراقبت مثل تشخیص‌های پزشکی و چگونگی درمان، الگوی زندگی، عوامل خانوادگی، عوامل محیطی و منابع در دسترس است [۱۸]. در مطالعه آوازه و همکاران [۱۱] زنان سالمند، توان خودمراقبتی بهتری نسبت به مردان داشتند. همچنین نتایج مطالعه شجاعی و همکاران نشان داد که مردان نسبت به زنان،

رفتار خودمراقبتی مناسب‌تری داشتند [۱۹]. اسماعیلی و همکاران در مطالعه خود روی بیماران تحت همودیالیز نشان دادند که میانگین امتیاز خود کارآمدی مردان بالاتر از زنان بوده و بیماران مذکر به توانایی خود در اجرای رفتار خودمراقبتی، اطمینان بیشتری داشتند [۲۰]. با این حال، مطالعات مومنی و همکاران [۲۱]، شیخ‌شرفی و همکاران [۲۲] و درباساری و همکاران [۱۵] ارتباط معناداری را بین جنس و خودمراقبتی نشان نداد. به نظر می‌رسد تاثیر تفاوت جنسیتی بر توان خودمراقبتی، می‌تواند متأثر از متغیرهای دیگر از جمله سطح دانش یا وضعیت فیزیکی، روانی و رفتاری سالمندان باشد [۲۳].

طبق نتایج حاصله در پژوهش حاضر، میانگین نمره شاخص خودمراقبتی افراد سالمند، برحسب سطح تحصیلات، تفاوت معناداری را از خود نشان داد. در واقع میانگین نمره شاخص خودمراقبتی برای سالمندان بی‌سواد، به صورت معناداری پایین‌تر از سالمندان با سطح سواد راهنمایی، متوسطه و دانشگاهی بود. شجاعی و همکاران [۱۹] بین رفتارهای خودمراقبتی و تحصیلات، ارتباط آماری معناداری مشاهده کردند. ابوطالبی و همکاران [۱۶] و باقری نسامی و همکاران [۲۴] نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. در مطالعه Chen و همکاران [۲۵] نیز میزان سال‌های تحصیل با خودمراقبتی ارتباطی نداشت. باتوجه به اینکه داشتن سواد و تحصیلات، منجر به افزایش آگاهی، تغییر نگرش و نهایتاً تغییر رفتار می‌شود، سالمندان مبتلا به پرفشاری خون که باسوادند، اطلاعات بیشتری راجع به مراقبت و نحوه انجام آن دارند. هرچند که داشتن سواد لزوماً منجر به خودمراقبتی بالا نمی‌شود.

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، میانگین شاخص خودمراقبتی افراد سالمند در بین سالمندان متاهل و مجرد تفاوت معناداری از خود نشان داد، به گونه‌ای که میانگین نمره خودمراقبتی برای افراد سالمند متاهل به صورت معناداری بیشتر از سالمندان مجرد بود. در مطالعه آوازه و همکاران [۱۱]، بیماران متاهل و مطلقه نسبت به افراد مجرد، توان خودمراقبتی نامطلوبی داشتند. در مطالعه Bohanny و



مردان به صورت معناداری بالاتر از زنان قرار داشت. در در مطالعه فرقانی و همکاران [۲۷]، Liu و همکاران [۷]، ارتباط معناداری بین جنس و سواد سلامت مشاهده شد و در این مطالعات نیز میانگین نمره سواد سلامت در مردان بیشتر از زنان بود. به نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین دلایل پایین بودن نمره سواد سلامت در زنان سالمند، پایین بودن سطح سواد آنها است.

آنالیز همبستگی پیرسون، ارتباط مثبت و معناداری بین دو متغیر سطح سواد سلامت و توان خودمراقبتی نشان داد، جی‌های و همکاران در کره، مطالعه‌ای به منظور بررسی سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مسن مبتلا به پرفشاری خون در جامعه و بررسی روابط و عوامل تأثیرگذار آنها در سال ۲۰۱۷ انجام دادند، نتایج این مطالعه حاکی از آن است که مداخلات برای بهبود سواد سلامت برای افزایش توانایی رفتارهای مراقبت از خود سالمند مهم است [۲۸]. در مطالعه رهایی و همکاران در یزد، همبستگی مثبت و معناداری بین خودمراقبتی و سواد سلامت وجود داشت [۳۰]. به عقیده ویلیامز<sup>۵</sup> و همکاران [۳۱]، سواد سلامت ناکافی به‌عنوان یک مانع برای انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی محسوب می‌شود. در مطالعه فرقانی و همکاران [۲۷]، بین سواد سلامت با توان خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت همبستگی معناداری وجود داشت. در مطالعه اوه<sup>۶</sup> و همکاران [۲۸]، سواد سلامت، رفتارهای خودمراقبتی را پیش‌بینی کرد. بیمارانی که سواد سلامتی بالاتری دارند ممکن است از توانایی خود در انجام رفتارهای مراقبت از خود اطمینان بیشتری داشته باشند و احتمالاً آنها را عملاً انجام دهند.

در مطالعه بوهانی<sup>۷</sup> و همکاران [۲۶] و کیم<sup>۸</sup> و همکاران [۳۲]، ارتباطی بین سواد سلامت با خودمراقبتی مشاهده نشد. تفاوت‌های فرهنگی و جغرافیایی، نوع بیماری، جمعیت

همکاران [۲۶]، رفتارهای خودمراقبتی در بیماران متاهل بیشتر از بیماران مجرد بود. به نظر می‌رسد سالمندان متاهل به دلیل داشتن یک همراه، حامی (همسر) در منزل و وجود یک پشتیبان انگیزه بیشتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند. بررسی‌ها نشان داد بین توان خودمراقبتی سالمندان با نوع تأهل آنها ارتباط معناداری وجود دارد، به طوری که توان خودمراقبتی افراد متأهل بیشتر از سایر افراد بود که با نتایج حاصل از مطالعه ما همخوانی دارد. به نظر می‌رسد تأهل با توجه به نقشی که همسر می‌تواند در کاهش استرس‌های دوران پیری از طریق حمایت عاطفی و همچنین کمک به تغییر شیوه زندگی داشته باشد، بر توان خودمراقبتی سالمندان تأثیر می‌گذارد. به عبارتی با توجه به ماهیت مزمن و مادام‌العمر بودن بیماری پرفشاری خون، حضور حامی و نقش او به عنوان مشوق در انجام رفتار خودمراقبتی بسیار مؤثر است [۲۷].

در پژوهش حاضر، نمره سواد سلامت دارای میانگین و انحراف معیار  $33/98 \pm 110/74$  بود که در سطح متوسط بود. در مطالعه تمیزکار و همکاران [۱۴] اکثریت افراد از نظر سطح سواد سلامت در وضعیت مناسبی قرار داشتند. به طوری که ۸۶/۷ درصد افراد سطح سواد سلامت کافی و بالاتر داشتند. در 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 [۲۸]. همچنین در مطالعه رئیسی و همکاران که در بین سالمندان اصفهانی انجام گرفت، ۷۹ درصد از سالمندان مورد مطالعه دارای سواد سلامت ناکافی و ۱۱/۶ درصد دارای سواد سلامت مرزی بودند [۲۹]. در واقع مداخلات برای بهبود سواد سلامت برای افزایش توانایی رفتارهای مراقبت از خود سالمند مهم است. درک سواد سلامت بیماران سالمند مبتلا به فشار خون بالا قبل از ارائه مداخله و اطلاعات آموزشی به آنها و تهیه مواد آموزشی مناسب و برنامه‌های مداخله ضروری است.

طبق نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره سواد سلامت برای

5. Williams

6. Oh

7. Bohanny

8. Kim

شدن هر چه بیشتر برنامه‌ها و سیاست‌ها با حیطه‌های مذکور رفع کنند، نتایج قابل ملاحظه‌ای در بهبود وضعیت و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ایجاد خواهد شد.

**تشکر و قدر دانی:** از کلیه کارشناسان پلی‌کلینیک‌های تخصصی منتخب تامین اجتماعی تهران و شرکت‌کنندگان که اطلاعات ارزشمندی را در اختیار پژوهشگران قرار دادند و در انجام این پژوهش آنها را یاری کردند، سپاس و قدردانی می‌شود.

**پشتیبانی مالی:** این مطالعه بخشی از پایان نامه مقطع MPH رشته سالمندشناسی بود که توسط دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی پشتیبانی شد.

**تعارض منافع:** هیچ تضادی در منافع برای مطالعه حاضر توسط نویسندگان اعلام نشد.

**ملاحظات اخلاقی:** این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران کد اخلاق با شماره IR.USWR.REC.1400.032 دریافت کرده است. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، کلیه اطلاعات دریافتی، محرمانه بوده و صرفاً برای دستیابی به اهداف مطالعه استفاده شد، علاوه بر این ذکر نشدن نام شرکت‌کننده و دریافت رضایتنامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان برای رعایت اصول اخلاقی در این مطالعه انجام شد.

**روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:** یافته‌های پژوهش براساس نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ در دو بخش توصیفی ( میانگین، انحراف معیار، جدول توزیع فراوانی) و تحلیلی شامل آزمون‌های آمار استنباطی (تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون تی مستقل و رگرسیون) در سطح معناداری کمتر یا مساوی ۰/۰۵ استفاده شد.

هدف و شرایط و ویژگی‌های سالمندان را می‌توان از دلایل تفاوت‌های مشاهده شده بین نتایج در نظر گرفت. در حالی که سواد سلامت به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای سلامت طولانی مدت در نظر گرفته می‌شود، در نظر گرفتن عوامل زمینه‌ای که در ارتباط بین سواد سلامت و مشارکت در فعالیت‌های مراقبت از خود به عنوان واسطه عمل می‌کنند، بسیار مهم است. چنین اطلاعاتی تحقیقات آینده را راهنمایی می‌کند و بینش‌هایی را در مورد نحوه مداخله تیم‌های مراقبت بهداشتی برای ارتقای مشارکت بیماران در رفتارهایی که پیشرفت بیماری مزمن پرفشاری خون و بهبود کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد، ارائه می‌دهد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بین دو متغیر سطح سواد سلامت و توان خودمراقبتی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. درک سواد سلامت بیماران مسن مبتلا به فشار خون بالا و ارائه مداخله و اطلاعات آموزشی به آنها و تهیه مواد آموزشی مناسب می‌تواند به ارتقای رفتارهای خودمراقبتی کمک کند. برای دستیابی به این هدف، نیاز به تلاش‌های بیشتر در زمینه آموزش سواد سلامت و همچنین تقویت فرهنگ مراقبت از خود است. دانشکده‌های پرستاری و بهداشت می‌توانند با در نظر گرفتن سواد سلامت و مراقبت از خود به عنوان ابزاری برای ارتقای کیفیت و نوع آموزش ارائه شده به سالمندان، در مسیر ارتقای سلامت عمومی گام بردارند.

**کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت** یافته‌های این پژوهش نشان داد که برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در راستای کمک به کیفیت زندگی سالمندان باید با توجه به اولویت‌ها و بر اساس نیازها صورت گیرد. بنابراین اگر دولت و سایر ارگان‌های مذکور بر بهبود مولفه‌های موثر بر سلامت سالمندان و تدوین و طراحی مداخلات آموزشی مرتبط با سواد سلامت در سالمندان تمرکز کنند و موانع و مشکلات موجود را برای هم‌راستا



## References

1. Avazeh M, Babaei N, Farhoudi S, Kalteh E, Gholizadeh B. The study of self-care and related factors in the elderly with chronic diseases in 2018. *Journal of Health and Care*. 2019;21(2):135-44.
2. Mansfield, Louise, et al. "Community sport and the politics of aging: co-design and partnership approaches to understanding the embodied experiences of low-income older people." *Frontiers in Sociology* 4 (2019): 5.
3. Ansari M, Doulatshahi B, Sahaf R. Comparing Negative Emotional Components in Older People With Normal and Poor Quality of Sleep. *Iranian Journal of Ageing*. 2019;14(2):200-11.
4. Ahmadi F, Taheri Tanjani P, Qolami Fesharaki M. The effect of Orem self-care model with a focus on systematic medicine usage on the hypertension of the elderly. *Journal of Gerontology*. 2018;2(3):28-35.
5. TEHRANI, Hadi, et al. Applying socioecological model to improve women's physical activity: a randomized control trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2016, 18.3.
6. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC public health*. 2008;8(1):1-8.
7. Liu Y-b, Xue L-l, Xue H-p, Hou P. Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents. *Health Education Journal*. 2018;77(3):303-11.
8. La Vonne AD, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *Journal of the National Medical Association*. 2008;100(11):1304-8.
9. Kakavand A, Damercheli N. The role of mediator of perceived stress in the relationship between personality traits and hypertension among the elderly. *Ageing Psychology*. 2017;2(4):271-9.
10. Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani S, Naderi A, Hajiesmaeili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. *Journal of Nursing Education*. 2015;4(1):8-21.
11. Hodkinson H. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age and ageing*. 1972;1(4):233-8.
12. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. Validation of the Persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak charity foundation. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*. 2014;13(6):487-94.
13. Hashemlo, I.; Hemmati Maslakpak, M.; Khalkhali, H. R. The effect of Orem self-care program performance on the self-care ability in elderly. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*, 2013, 11.2.
14. FLORES, Mario, et al. Prevalence and correlates of mental health outcomes during the SARS-Cov-2 epidemic in Mexico City and their association with non-adherence to stay-at-home directives, June 2020. *International Journal of Public Health*, 2021, 35.
15. Daryasari GA, Karkezzoo NV, Mohammadnejad E, Vosoughi MN, Kagi MA. Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Iran J Crit Care Nurs*. 2012;4:203-8.
16. Stys AM, Kulkarni K. Identification of self-care behaviors and adoption of lifestyle changes result in sustained glucose control and reduction of comorbidities in type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2007;20(1):55-8.
17. Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip GY, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC complementary and alternative medicine*. 2008;8(1):1-9.
18. Sakhayi S. The study of applying rate of life style healthy promotion method in medical personal. *Tabibeshargh Journal*. 2005;7(2):95-100.
19. Shojaei F, Asemi S, NAJAF YA, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with heart failure. 2009.
20. Smaeli M, Alikhani M, Hosseini F. The quality of life and self efficacy of the patients under hemodialysis. *Iran Journal of Nursing*. 2005;18(41):77-84.
21. 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.
22. SheikhSharafi H, Seyedamini B. Assessment of health literacy and self-care in heart failure patients. *Journal of Health Literacy*. 2017;1(4):203-19.
23. Süderhamn O, Ek A-C, Pürn I. The self-care ability scale

- for the elderly. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 1996;3(2):69-78.
24. Bagheri Nesami M, Ardeshiri M, Holari B. Self-care behavior and its related factors in the community-dwelling elderlies in Sari, 2014. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016;4(4).
25. Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2014;10(2):378-86.
26. Bohanny W, Wu SFV, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2013;25(9):495-502.
27. Forghani T, Hasanzadeh T, Ghahhar M-R, Panahi S, Alizadeh M. The Relationship Between Health Literacy and Self-Care Behaviors in Diabetic Type 2 Elderly People. *Journal of Health Literacy*. 2020;5(2):46-53.
28. Oh JH, Park E. The impact of health literacy on self-care behaviors among hypertensive elderly. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2017;34(1):35-45.
29. 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.
30. Rahaei Z, Mehrjooyan N, Barzegar F, Anbari-Nogyni Z. Is Higher Health Literacy Associated with Better Self-Care in the Elderly? *Journal of Health Literacy*. 2020;5(3):26-35.
31. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*. 1998;114(4):1008-15.
32. Kim S, Love F, Quistberg DA, Shea JA. Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. *Diabetes care*. 2004;27(12):2980-2.

## Investigating the relationship between health literacy status and self-care ability among elderly with hypertension referred to selected specialized social security polyclinics

Saeed Marami<sup>1</sup>, Maryam Bakhshandeh Bavarsad<sup>1</sup>, Malihe Sabour<sup>1,2\*</sup>

1-Gerontology Department Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2-Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

**Introduction:** As the population ages, chronic diseases increase and the elderly who have insufficient health literacy are one of the risk groups related to high blood pressure. This study was conducted with the aim of determining the relationship between health literacy and self-care ability in the elderly with hypertension.

**Methods:** The current study is a cross-sectional study that was conducted on 301 elderly people who referred to specialized polyclinics of social security in Tehran in 2021. The data was collected by simple sampling method using short cognitive test tools, self-care ability questionnaire of elderly people, health literacy questionnaire of Iranians. Then it was analyzed by descriptive statistics, frequency distribution table and inferential and correlation statistical tests with SPSS version 22 software.

**Results:** The mean and standard deviation of the age of the participants was  $68.88 \pm 7.2$  years. The mean and standard deviation of the self-care index of people is  $58.51 \pm 9.1$  and the mean and standard deviation of the health literacy score is  $110.74 \pm 33.98$ . Pearson correlation analysis showed a positive and significant relationship between the two variables of health literacy level and self-care ability ( $p > 0.001$ ). Also, the average score of health literacy for men was significantly higher than that of women ( $P = 0.001$ ).

**Conclusion:** The results show that interventions to improve health literacy are important to increase the ability of self-care behaviors in the elderly, it is necessary to improve health literacy in the elderly with high blood pressure and provide them with intervention and educational information.

**Keywords:** Health Literacy, Self-Care Ability, Blood Pressure, Elderly.

---

### Please cite this article as follows:

Marami S, Bakhshandeh Bavarsad M, Sabour M. Investigating the relationship between health literacy status and self-care ability among elderly with hypertension referred to selected specialized social security polyclinics. *Hakim Health Sys Res.*2021;24(3):253-263

---

\*Corresponding Author: kodakyar Ave., daneshjo Blvd., Evin, Tehran.Iran. Saboor\_Malihe@yahoo.com