

Effect of Education Based on Health Locus of Control Theory on Health Literacy among Older Adult

Hairaty K.¹ MSc, Sadeghmoghadam L.² PhD, Alami A.* MD, PhD, Moshki M.³ PhD

* Social Determinants of Health Research Center; Department of Health, School of Public Health, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

¹ Department of Health Education and Health Promotion, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

² Social Development & Health Promotion Research Center; Department of Nursing, School of Nursing, Gonabad University of Medical Science, Gonabad, Iran.

³ Social Development & Health Promotion Research Center; Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Abstract

Aims: Health literacy is one of the most important variables in maintaining and improving the health of all, especially among elderly people. In addition the Health Locus of Control (HLC) theory, is considered as one of the tools which used in planning health education programs. The aim of this study was to determine the effect of education based on the Health Locus of Control (HLC) theory on health literacy among elderly persons.

Materials & Methods: A parallel, randomized field trial study conducted among seniors 60 to 75 years, residents in Bardaskan in 2017. Using balanced block randomization, the participants were randomly allocated into intervention and control group. The required data were gathered by adult health literacy and HLC questionnaires. The data were entered in SPSS 21 software and were analyzed using χ^2 and T-test (independent, paired).

Findings: We used data from 91 completed questionnaires (intervention group= 46, control group = 45) to perform the analysis. Before intervention, the mean and standard deviation of health literacy in experimental and control group were 52.60 (11.95) and 48.07 (12.54), respectively ($P=0.080$). These amounts were 77.68 (7.60) in intervention group and 51.18 (13.99) in control group after the intervention ($p<0.001$).

Conclusion: The results indicated that educational intervention based on the theory of health locus of control could affect the health literacy of elderly. By recognizing health control beliefs of elderly people, it seems that appropriate educational programs can be developed to educate and develop health literacy of this group.

Keywords:

Aged: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000368>];

Education: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68004493>];

Internal-External Control: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Locus+of+Control>];

Health Literacy: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Health+Literacy>];

*Corresponding Author

Tel: +98 5157220401

Fax: 051- 57223814

Address: School of Public Health, Undersecretary for Education, Gonabad University of Medical Sciences, Asian road, Gonabad, Khorasan Razavi Province

alialami65@hotmail.com

Received: 2018/Nov/20

Accepted: 2018/Jun/12

ePublished: 2019/Jan/27

تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه جایگاه مهار سلامت بر سواد سلامت سالمندان

کلتوم حیرتی MSc

کمیته تحقیقات دانشجویی؛ گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

لیلا صادق مقدم PhD

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت؛ گروه پرستاری سلامت سالمندی و بهداشت روان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

*علی عالمی MD, PhD

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت؛ گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

مهدی مشکی PhD

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت؛ گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

چکیده

اهداف: سواد سلامت یکی از متغیرهای مهم در حفظ و بهبود سلامت همه گروه‌های جامعه به ویژه سالمندان است. جایگاه مهار سلامت همچنین یکی از ابزارهای مورد استفاده در برنامه‌ریزی مداخلات آموزش بهداشت قلمداد می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه جایگاه مهار سلامت بر سواد سلامت سالمندان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع مطالعه کارآزمایی در عرصه بود که بر روی ۹۱ نفر (گروه آزمون = ۴۶، گروه شاهد = ۴۵) از جمعیت سالمند ۶۰ تا ۷۵ ساله شهر بردسکن در سال ۱۳۹۶ به انجام رسید. آزمودنی‌ها به روش تخصیص تصادفی بلوکی به دو گروه آزمون و شاهد تخصیص یافتند. ابزار گردآوری داده، پرسشنامه‌های سواد سلامت بزرگسالان و نظریه جایگاه مهار سلامت بود. داده‌های گردآوری شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ شدند و به کمک آزمون‌های آماری کای دو و تی (مستقل، زوجی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** داده‌های مربوط به ۹۱ آزمودنی (گروه آزمون = ۴۶، گروه شاهد = ۴۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه آزمون ۶۶/۹۴ ± ۴/۴۵ و در گروه شاهد ۶۷/۷۷ ± ۴/۳۹ سال بود. میانگین و انحراف معیار سواد سلامت آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمون و شاهد پیش از انجام مداخله آموزشی به ترتیب برابر ۱۱/۹۵ ± ۵۲/۶۰ و ۱۲/۵۴ ± ۴۸/۰۷ (p = ۰/۰۸۰) و پس از آن برابر ۷۷/۶۰ ± ۷/۶۰ و ۷۷/۹۹ ± ۱۳/۱۸ بود (p < ۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از این بود که مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه جایگاه مهار سلامت می‌تواند بر سواد سلامت سالمندان موثر باشد. بنابراین می‌توان با شناخت باورهای کنترل سلامت، برنامه‌های آموزشی مناسب در جهت آموزش و توسعه سواد سلامت سالمندان را پایه‌ریزی کرد.

کلیدواژه‌ها: سالمندی، آموزش، نظریه جایگاه مهار سلامت، سواد سلامت.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۲۲

*نویسنده مسئول: alialami65@hotmail.com

مقدمه

پیشرفت دانش پزشکی یکی از علل مهمی است که باعث افزایش طول عمر و افزایش جمعیت سالمندان در همه کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه از جمله ایران شده است.^{1,2} بر اساس بررسی‌ها پیش‌بینی می‌شود که ایران در حدود سال ۱۴۱۰ با پدیده انفجار سالمندی مواجه باشد.³ علت توجه به سالمندان به خاطر مشکلات سلامتی در این دوران است.⁴ یکی از چالش‌های مهم سیستم‌های بهداشتی افزایش بیماری‌های مزمن، افزایش میزان بستری شدن و افزایش هزینه‌های مراقبت و درمان است.^{5,6} افزایش هزینه‌های سلامتی، ناشی از کم بودن سواد سلامت در افراد است.⁷ بسیاری از اطلاعات مربوط به سلامت و آموزشها در خصوص بیماری به صورت نوشتاری است که بسیاری از

فصل‌نامه علمی پژوهشی افق دانش

تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه جایگاه مهار سلامت بر سواد سلامت سالمندان شهر بردسکن

افراد با تحصیلات پایین قادر به درک آنها نیستند. افراد با سواد سلامت پایین درک درستی از بیماری، درمان و داروهای تجویز شده توسط پزشک را ندارند.⁸ از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که عواملی مانند توسعه اقتصادی و افزایش سواد سلامت تأثیر مثبتی بر سلامت و رفاه افراد دارند.⁹

امروزه سواد سلامت به عنوان یک مساله مهم به دلیل نقش مهم آن در نحوه تصمیم‌گیری افراد در زمینه سلامتی به عنوان ابزار مهمی جهت ارتقای سطح سلامت افراد مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفته است.¹⁷ سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندنی، شنیدنی، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی بکار بردن این مهارت‌ها برای موقعیتهای سلامتی است.¹⁰ امروزه سواد سلامت به عنوان یک مساله مهم قرن حاضر شناخته شده است، بر این اساس سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را به عنوان تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و بکارگیری اطلاعات، جهت حفظ و ارتقاء سلامت معرفی می‌کند.¹¹

یک بررسی ملی در آمریکا نشان داد که تنها ۱۱ درصد از بزرگسالان سواد سلامت کافی داشتند.¹² مطالعات مختلف همچنین نشان داده‌اند که سطح پایین سواد سلامت با سلامت جسمی و روانی نامطلوب در سالمندان مرتبط است.¹³ به عنوان مثال، یزدی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که سطح ناکافی سواد سلامت در افراد با سن بالا، میزان تحصیلات کمتر، در آمد پایین‌تر و در زنان شایع‌تر است.¹⁴ در مطالعه دیگری رئیسی و همکاران نشان دادند که سطح سواد سلامت ۷۹/۷ درصد از سالمندان در حد ناکافی، ۱۱/۶ درصد مرزی و تنها ۸/۸ درصد از سواد سلامت کافی برخوردار بودند.⁸ تحقیقات بر این فرض استوار است که افرادی که بیشتر به خودشان متکی هستند همکاری ضعیف‌تری با مراقبت‌کنندگان سلامت دارند. موضوعی که از طریق نظریه جایگاه مهار سلامت بررسی می‌شود، ادراک اثر بخشی شخصی و مسوولیت‌پذیری فردی در زمینه سلامت است. تئوری جایگاه مهار (مکان یا محور یا کانون کنترل) سلامت، معیار و میزانی از عقاید شخصی است که سلامت افراد را بوسیله عوامل و علل درونی یا بیرونی کنترل می‌کند.¹⁵ بر اساس نظریه جایگاه مهار سلامت افراد با جایگاه درونی با رفتارهای بهداشتی و سلامت مثبت همراه می‌شوند و در مقابل منابع بیرونی با رفتارهای بهداشتی منفی و ضعیف همراه می‌شوند.¹⁶ مطالعات نشان داده‌اند که با تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب می‌توان گامی موثر برای توسعه سطح سواد سلامت و ارتقای سلامت در جامعه برداشت.¹⁷ آموزش بهداشت با الگوهای مختلف و روشهای آموزشی متفاوت جهت ارتقای رفتارها به کار می‌رود.¹⁸

امروزه جایگاه مهار سلامت به عنوان یک متغیر موثر در توسعه و پیشرفت رفتارهای بهداشتی شناخته شده است که در ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت کاربرد مهمی دارد و در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی از آن استفاده می‌شود. سال‌هاست که تفاوت افراد در برداشت آن‌ها از میزان کنترلی که بر زندگی خود دارند، توجه روانشناسان را به خود جلب کرده است و بر همین اساس بود که مفهوم کانون کنترل یا جایگاه مهار، به عنوان یک ساختار روانی بر پایه تئوری یادگیری اجتماعی راتر در سال ۱۹۵۴ شکل گرفت.¹⁵ ولستون در مقاله‌ای عنوان کرد که هدف تمامی آموزش دهندگان بهداشت و سلامت، ایجاد کنترل درونی در افراد می‌باشد.¹⁵ بر اساس نظریه جایگاه مهار سلامت یادگیری افراد بر پایه تقویت‌های گذشته انجام می‌شود و به دنبال آن انتظارات خاص و عمومی در فرد شکل می‌گیرد.¹⁸

گرچه استفاده از نظریه جایگاه مهار سلامت در مطالعات و پژوهشهای فراوانی در دنیا منجر به کسب یافته‌های بارز زشی در حوزه روانشناسی و سلامت شده است، اما بر اساس جستجوی نسبتاً گسترده محققین، شواهدی مبنی بر انجام مطالعاتی جهت بررسی تأثیر آموزش بر اساس جایگاه مهار سلامت در جهت ارتقاء سطح سواد سلامت در ایران یافت نشد. از طرفی با توجه به اهمیت بسیار زیاد نقش سواد سلامت در

ارتقای سلامت سالمندان و همچنین افزایش جمعیت سالمندان به عنوان قشری حساس و آسیب پذیر در ایران، لزوم انجام چنین مطالعاتی احساس می شود. بنابراین با توجه به مطالب فوق، این مطالعه به بررسی یک برنامه طراحی شده آموزشی به منظور تاثیر نظریه جایگاه مهار سلامت بر سواد سلامت سالمندان در سالمندان شهر بردسکن پرداخته است.

روش مطالعه

مطالعه حاضر از نوع مطالعه کارآزمایی در عرصه است که بر روی سالمندان ۶۰ تا ۷۵ ساله تحت پوشش مراکز سلامت جامعه شهری شهر بردسکن در سال ۱۳۹۶ انجام شد. محققین پس از اخذ مجوزهای لازم و تنظیم چارچوب نمونه گیری از بین هر دو مرکز سلامت جامعه موجود در شهر بردسکن، ۳۰۰ آزمودنی با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای انتخاب و پرسشنامه نیازسنجی مربوطه را تکمیل کردند. سپس از بین این گروه، ۱۰۰ آزمودنی به صورت تصادفی ساده انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از داشتن پرونده بهداشتی، کسب رضایت آگاهانه، نداشتن اختلالات تایید شده در پرونده بهداشتی از نظر جسمی همچون ناشنوایی و مشکلات حرکتی و روانی از قبیل آلزایمر و افسردگی شدید (به عنوان موانع حضور آنها در جلسات آموزشی) بودند. آزمودنی ها به روش تخصیص تصادفی بلوکی (Balanced Block Randomization) (که نوعی روش تخصیص آزمون های با بلوک های چهار تایی و به شیوه تصادفی لایه بندی شده باشد) (Stratified Randomization) بر اساس دو متغیر جنس و نمره جایگاه مهار سلامت، به دو گروه آزمون (۵۰ نفر) و شاهد (۵۰ نفر) تخصیص یافتند. ابزار گردآوری داده شامل پرسشنامه های مربوط به مشخصات دموگرافیک و اطلاعات فردی، سواد سلامت بزرگسالان و نسخه الف ابزار جایگاه مهار سلامت چند وجهی بود. به منظور بررسی سطح سواد سلامت، از پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان که طراحی و روانسنجی آن توسط منتظری و همکاران در ایران انجام گرفته استفاده شد. پرسشنامه شامل ۳۳ گویه در ۵ حیطه می باشد. برای سنجش پایایی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. پایایی برای هر گویه ۰/۷۹ - ۰/۸۲ و تحلیل سازه ۰/۵۲/۲ بوده است. نتایج برای بررسی روایی و پایایی این ابزار نشان داد که این پرسشنامه می تواند ابزار مناسبی برای سنجش میزان سواد سلامت در بزرگسالان باشد استفاده گردید [19].

برای سنجش باورهای کنترل سلامت در این پژوهش از نسخه الف ابزار جایگاه مهار سلامت چند وجهی (Multidimensional Health Locus of Control Scales) (MHLCS)، که به پیشگویی رفتارهای بهداشتی مبتنی بر باور افراد می پردازند استفاده شد. این مقیاس توسط والستون و همکاران در سال ۱۹۹۲ طراحی شده، مشتمل بر هجده گویه در قالب سه مؤلفه (۶ سوالی) تحت عناوین درونی (IHL: Internal HLC)، افراد مؤثر (CHLC: Chance) و شانس (PHLC: Powerful others HLC) است. تمامی گویه های این پرسشنامه دارای ۶ گزینه در مقیاس لیکرت است و از ۱ تا ۶ نمره گذاری می شود. در نتیجه نمره فرد از ۱ تا ۳۶ برای هر مؤلفه متغیر خواهد بود که با یکدیگر جمع نشده و بطور مستقل برآورد می گردد. این ابزار نمره مشخصی به عنوان نقطه برش ندارد بلکه میانگین یا میانه و یا Z-Score برای سنجش به کار می رود [20]. روایی نسخه فارسی ابزار مذکور به روش های صوری، محتوا، همزمان و سازه و پایایی به روشهای دوباره سنجی، آزمون های همتا و ثبات درونی در پژوهش مشکلی و همکاران مورد تایید قرار گرفته است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۶۹ تا ۰/۷۲ و ضریب پایایی فرم های موازی از ۰/۷۰ تا ۰/۷۲ برای مولفه های C, P, I بدست آمده است [18].

روش گردآوری داده به اینصورت بود که پژوهشگر پیش از انجام مداخله

آموزشی و پس از ارائه توضیحات لازم و روشن به آزمودنی ها در خصوص اهداف مطالعه و روش انجام آن و نیز تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه ها را در اختیار آنها قرار داد. در صورتی که برخی از آزمودنی ها قادر به خواندن سوالات نبودند پژوهشگر عین عبارت پرسشنامه را برای آن ها خوانده و پاسخ آن ها را در برگه ها مشخص می کرد. سپس جهت گروه مداخله، برنامه آموزشی تدوین شده بر اساس نظریه جایگاه مهار سلامت اجرا شد. در این جلسات تلاش گردید آزمودنی ها با تکیه بر اعتقاد و باورهای درونی و بیرونی جایگاه مهار سلامت، به نقش و اهمیت سواد سلامت در زندگی پی ببرند و بتوانند ارزشها و توانمندیهای خود را شناخته، نقاط مثبت را در خود تقویت کرده و راههای افزایش اعتماد به نفس و مقابله با مشکلات را پیدا کنند. برنامه مداخله در طول ۶ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه ای به مدت ۲ ماه و به روش سخنرانی و بحث گروهی توسط اعضای تیم تحقیق برگزار شد. علاوه بر برگزاری جلسات آموزشی، پمفلت های آموزشی نیز بین آزمودنی های گروه مداخله توزیع گردید. در این راستا در طول مدت مداخله، برای گروه شاهد هیچ برنامه آموزشی برگزار نگردید و ایشان فقط در برنامه های روتین مراکز شرکت می کردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین اعضای دو گروه، از کلیه افراد گروه آزمون خواسته شد جزوه ها و پمفلت های آموزشی را به افراد گروه شاهد ندهند و در خصوص موارد یاد گرفته شده با آنان صحبت نکنند. در نهایت آزمودنی ها پرسشنامه های مربوطه را پس از اتمام مداخله آموزشی تکمیل نمودند. داده های گردآوری شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ شده، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. همچنین برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان مداخله، کلاس آموزشی فشرده برای گروه شاهد نیز برگزار گردید.

یافته ها

این مطالعه بر روی سالمندان مراجعه کننده به مراکز جامعه سلامت شهری بردسکن انجام گرفت. داده های مربوط به ۹۱ سالمند (۴۶ نفر گروه آزمون - ۴۵ نفر گروه شاهد) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی ها در گروه آزمون (۶۶/۹±۴/۴۵) و در گروه شاهد (۶۷/۷±۴/۳۹) بود ($p < 0/05$). کلیه اطلاعات فردی در دو گروه آزمون و شاهد سنجش شد نتایج نشان داد که تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. جدول شماره ۱ دیگر ویژگی های دموگرافیک آزمودنی ها در دو گروه آزمون و شاهد را نشان می دهد.

جدول شماره ۱) ویژگی های دموگرافیک آزمودنی ها در دو گروه آزمون و شاهد

نتیجه آزمون	گروه		
	شاهد	آزمون	
* $p=0/1840$	۲۳ (۵۱/۱)	۲۳ (۴۸/۹)	مرد
	۲۲ (۴۸/۹)	۲۴ (۵۱/۱)	زن
** $p=0/430$	۳۱ (۶۸/۱)	۲۳ (۵۴/۸)	بیسواد
	۱۲ (۲۷/۷)	۱۶ (۳۸/۱)	ابتدایی و راهنمایی
	۲ (۴/۳)	۳ (۷/۱)	دیپلم و بالاتر
* $p=0/420$	۱۰ (۲۲/۴)	۱۴ (۲۹/۸)	بازنشسته
	۱۶ (۳۶/۳)	۲۰ (۴۲/۶)	آزاد
	۱۹ (۴۰/۴)	۱۳ (۲۷/۷)	سایر

* χ^2 **Fisher's Exact Test

نتایج مطالعه بیانگر این مطلب بود که میانگین نمرات زیرمقیاس های مهار سلامت در گروه آزمون و شاهد به ترتیب اولویت مربوط به باورهای درونی، افراد مؤثر و شانس می باشد. بنابراین، اولویت میانگین نمرات زیرمقیاس های مهار سلامت در دو گروه آزمون و شاهد مربوط به باورهای درونی، افراد مؤثر و شانس بود. اما بین نمرات هر یک از زیرمقیاس های مهار سلامت بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری وجود نداشت. میانگین نمرات آزمودنی ها در زیرمقیاس های سطح مهار سلامت به تفکیک دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از انجام مداخله

آموزشی در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است.

جدول شماره ۲ مقایسه میانگین نمرات سطح مهارت سلامت و زیرمقیاسهای آن در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه آزمون	گروه شاهد	نتیجه آزمون آماری
درونی	قبل از مداخله	۲۱/۳۳±۱۱/۴۳	۲۴/۰۴±۱۸/۰۷
	بعد از مداخله	۲۶/۵۱±۱۰/۹۰	۲۲/۰۸±۹/۷۴
افراد موثر	نتیجه آزمون آماری	۰/۰۰۸	۰/۵۵۰
	قبل از مداخله	۱۹/۰۹±۱۰/۷۱	۲۳/۱۱±۱۱/۴۸
شانس	بعد از مداخله	۱۷/۰۲±۱۰/۲۳	۲۱/۶۸±۱۰/۸۲
	نتیجه آزمون آماری	<۰/۰۰۱	۰/۲۷۰
نتیجه آزمون آماری	قبل از مداخله	۱۶/۶۳±۹/۶۵	۱۳/۰۹±۱۰/۱۰
	بعد از مداخله	۹/۱۱±۳/۷۴	۱۴/۸۸±۹/۶۵
نتیجه آزمون آماری	۰/۴۳۰	۰/۸۶۰	<۰/۰۰۱

نتایج همچنین بیانگر این مطلب بود که میانگین±انحراف معیار نمره سواد سلامت آزمودنی های گروه مداخله و گروه شاهد در قبل از مداخله با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشتند اما بعد از مداخله میانگین±انحراف معیار نمره سواد سلامت در گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بود. علاوه بر این در مقایسه درون گروهی نتایج حاکی از آن بود که در گروه شاهد میانگین±انحراف معیار نمره سواد سلامت قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند در حالی که در گروه مداخله میانگین±انحراف معیار نمره سواد سلامت بعد از مداخله به طور معنی داری بیشتر از زمان قبل از مداخله بود. جدول شماره ۳ نشاندهنده میانگین نمرات سواد سلامت آزمودنی ها در گروه های آزمون و شاهد پیش و پس از مداخله آموزشی است.

جدول شماره ۳ میانگین نمرات سطح سواد سلامت در دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله

گروه	گروه مداخله	گروه شاهد	سطح معنی داری
قبل از مداخله	۵۲/۶۰±۱۱/۹۵	۴۸/۰۷±۱۲/۵۴	۰/۰۸۰
بعد از مداخله	۷۷/۶۸±۱۳/۶۰	۵۱/۱۸±۱۳/۹۹	<۰/۰۰۱
	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۰	

بحث

این مطالعه مداخله ای با هدف تاثیر آموزش مبتنی بر نظریه جایگاه مهارت سلامت بر سواد سلامت سالمندان شهر بردسکن انجام شد. یافته های مطالعه نشان داد که سطح نمره میانگین سواد سلامت سالمندان پیش از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری وجود نداشت، اما بعد از مداخله آموزشی، بین میانگین نمره سواد سلامت آزمودنی های گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری مشاهده شد.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت نقش مهمی در تعیین نابرابری های سلامت در جهان دارد [20, 21]. سواد سلامت در کاهش هزینه های مراقبت و درمان در جامعه به خصوص در سالمندان موثر است [6]. نظریه جایگاه مهارت سلامت یکی از عمده ترین شاخص های اعتقاد بهداشتی در فهم و پیش بینی رفتارهای بهداشتی شناخته شده است باور درونی با آگاهی و نگرش مثبت و در مقابل باور بیرونی با رفتارهای بهداشتی منفی و ضعیف همراه می شود [8]. با توجه به هدف این مطالعه، نتایج نشان دادند که سطح سواد سالمندان پیش از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون قبل از مداخله در حد ناکافی و مرزی بود. این نتایج با نتایج مطالعه انجام شده توسط رئیس و همکاران که نشان دادند سطح سواد سلامت در گروه سالمندان بسیار پایین است به طوری که حدود ۷۹ درصد از سالمندان دارای سواد ناکافی می باشند همخوانی دارد [8]. وون و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند سطح سواد سلامت در حدود ۳۰ درصد از افراد بالای ۶۰ سال ناکافی می باشد [21]. همچنین *طهرانی* و همکاران نیز نشان دادند که بین سطح سواد سلامت

فصل نامه علمی پژوهشی افق دانش

تاثیر آموزش مبتنی بر نظریه جایگاه مهارت سلامت بر سواد سلامت سالمندان شهر بردسکن

با سن، جنس، تحصیلات و درآمد ارتباط معنی داری وجود دارد [22]. نتایج حاصل از این پژوهش نشان دهنده ارتقای و بهبود سواد سلامت سالمندان، پس از اجرای برنامه آموزشی در گروه آزمون بود، به طوری که سالمندان دارای اعتقاد و کنترل درونی انگیزه بیشتری در روند کمک به خود خواهند داشت. به عبارت دیگر سالمندان گروه مداخله بعد از آموزش با کاهش اعتقاد به اثر شانس و تقدیر بر سلامت، از ارتقا سواد سلامت بهره مند شدند. در حالی که گروه شاهد قبل و بعد از مداخله از چنین شرایط مطلوبی برخوردار نبودند این نتایج می تواند نشان بدهد که به کارگیری نظریه جایگاه مهارت سلامت در افزایش میانگین نمره سواد سلامت موثر واقع شده و در پیگیری های پس از مداخله ای آموزشی افزایش معنی داری در میانگین نمره سواد سلامت سالمندان در گروه آزمون ایجاد شده است. این نتایج با نتایج مطالعه پیمان و همکاران که نشان دادند انجام برنامه آموزشی در بیماران می تواند باعث افزایش میانگین سطح سواد سلامت در سالمندان شود، همسو می باشد [6]. در تایید این یافته *طلح* و همکاران نیز در مطالعه ای با هدف ارزیابی تاثیر برنامه آموزشی در قالب گروه های کوچک بر ارتقاء میزان آگاهی و سواد سلامت بیماران زن دیابتی نشان دادند که اختلاف معناداری از لحاظ سطح نمره سواد سلامت قبل و بعد از مداخله، در هر دو گروه مداخله و مقایسه وجود دارد و آموزش در قالب گروه های کوچک اثربخش تر از آموزش های رایج می باشد [23]. همچنین *شارپ* در مطالعه خود نشان داد که بیماران بعد از دریافت آموزش از سواد بهداشتی کافی برخوردار شدند [24]. *کاندولا* نیز در مطالعه خود به نتایج مشابه مطالعه حاضر دست یافتند، به طوری که در ۷۹ درصد بیماران بعد از انجام مداخله آموزشی میانگین نمره سواد سلامت افزایش معنی داری داشته است [25]. همچنین *کمالی* و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که میانگین نمره سواد سلامت قبل و بعد از انجام مداخله در گروه مداخله اختلاف آماری معنی داری داشته است که نتیجه مطالعه حاضر را تایید می کند [11].

نتایج پژوهش حاضر در بررسی تعیین وضعیت جایگاه مهارت سلامت در سالمندان قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد، نشان داد که قبل از مداخله باور شانس، افراد موثر و باور درونی متغیرهایی بودند که تاثیرات مثبتی بر سواد سلامت داشتند به طوری که با اعتقاد بیشتر یا کمتر سالمندان به شانس و افراد موثر، وضعیت سواد سلامت آنها نیز بهتر یا بدتر می گردید در حالی که بعد از انجام مداخله آموزشی با تقویت باور درونی (اعتماد به نفس، ارزش گذاری به خود و خصوصیات شخصی) باعث افزایش سطح سواد سلامت در سالمندان شد. نتایج این مطالعه با مطالعه *آفامولایی* و همکاران [26] که در مطالعه خود نشان دادند کانون کنترل سلامت مربوط به کانون کنترل درونی و قدرت دیگران بیشترین تاثیر را بر ارتقاء رفتارهای سلامتی داشت، در حالیکه شانس و عدم کنترل عوامل بیرونی دارای کمترین تاثیر و قدرت پیش بینی کننده بود، قابل مقایسه است. همچنین نتایج این مطالعه حاکی است با بالا رفتن سن باور به کنترل درونی و قدرت دیگران افزایش می یابد، اما کانون کنترل شانس با سن ارتباط نداشت. مشکی و همکاران نیز گزارش کردند بین ابعاد باورهای کنترل سلامت و سبک زندگی در دوران بارداری ارتباط وجود دارد و بین باور کنترل سلامت درونی و ابعاد تغذیه و ایمنی سبک زندگی در دوران بارداری رابطه معنی داری وجود دارد [15]. گنججو و همکاران نیز بر اساس نتایج تحقیق خود عنوان نمودند که دانشجویان به نقش عوامل درونی در کنترل سلامتی خود اعتقاد داشتند و نقش عوامل بیرونی مثل شانس و تقدیر را در حفظ و ارتقای سلامتی خویش کمتر می دانستند [9]. در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که سالمندان در گروه مداخله هر چه دارای ارزش گذاری و اعتماد به نفس بیشتری درباره خودشان داشته باشند، باورشان به شانس و افراد صاحب نفوذ و اثر گذار بر سلامت مانند پزشکان و کادر بهداشتی به عنوان عوامل بیرونی کمتر و در عوض باور درونی تقویت شده است. این وضعیت می تواند حاکی از اثر بخشی مداخله یا همان برنامه آموزشی باشد.

دوره ۲۵، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۷

- 3- Mohamadi Shahbalaghi F. Self- efficacy and caregiver strain in alzheimer's caregivers. Iranian Journal of Ageing. 2006;1(1):26- 33.
- 4- Chan A, Matchar DB, Tsao MA, Harding S, Chiu C-T, et al. Self-Care for Older People (SCOPE): A cluster randomized controlled trial of self-care training and health outcomes in low-income elderly in Singapore. Contemporary clinical trials. 2015;41:313- 24.
- 5- Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014;23(1):134- 43.
- 6- Peyman N, Behzad F, Taghipour A, Esmaily H. Evaluation of communication between healthcare workers and patients with chronic diseases according to their levels of health literacy. Journal of Research and Health. 2014;4(1):599- 607.
- 7- Tavousi M, Ebadi M, Azin A, Shakerinejad G, Hashemi A, et al. Definitions of health literacy: a review of the literature. PAYESH, 2014; 13(1): 119- 124.
- 8- Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifrad G, Radjati F, et al. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. Journal of Education and Health Promotion, 2012;1(1):3- 10.
- 9- Ganjoo M, Kamal F, Hashemi S, Nasiri M. Assessment of Health Locus of Control among Students of Bushehr University of Medical Sciences: A Short Report. JRUMS, 2014; 12 (12) :1033- 1042.
- 10- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A prescription to end confusion. 2004. The national academics Press. Washington DC, USA. P. 4.
- 11- Kamali Z, Abedian Z, Saber-Mohammad A, Mohebbi-Dehnavi Z. The effect of small-group teaching on health literacy in pregnant females with nausea and vomiting: A clinical trial. Journal of Nursing Education (JNE)2018;6(6):25- 31.
- 12- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. American journal of public health. 2002;92(8): 78- 83.
- 13- Noroozian M. The elderly population in Iran: An ever growing concern in the health system. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences.

این مطالعه مانند تمام مطالعات دیگر دارای نقاط قوت و محدودیت‌هایی بود. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به طراحی و تدوین بسته آموزشی مبتنی بر نیازسنجی و حجم نمونه مناسب اشاره کرد. از طرفی از آنجا پژوهش حاضر یکی از نخستین تحقیق‌های انجام یافته در این زمینه می‌باشد، به نظر می‌رسد نتایج این مطالعه می‌تواند مورد استفاده مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سالمندی کشور قرار گیرد... سواد ناکافی سالمندان، نحوه گردآوری داده‌ها و تکمیل پرسشنامه که گاهی خودایفا نبود و باید توسط محقق تکمیل می‌شد، همچنین کمبود مطالعات مشابه در ایران می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه قلمداد شود. همچنین این مطالعه روی سالمندان ساکن در شهر انجام شد؛ بنابراین در زمینه تعمیم نتایج به سالمندان روستایی باید احتیاط نمود.

نتیجه‌گیری

باتوجه به افزایش جمعیت سالمندان در ایران و چالش‌های ناشی از آن از جمله پایین بودن سطح سواد سلامت در سالمندان این مطالعه تاثیر به سزای یک برنامه آموزشی در قالب یک پروژه گسترده و بدیع با استفاده از نظریه جایگاه مهار سلامت، بر ارتقا سطح سواد سلامت در سالمندان کشورمان را مورد ارزیابی قرار داد تا بدین وسیله بتوانند سازی این افراد با استفاده از نظریه جایگاه مهار سلامت بتوان سواد سلامت را افزایش داد. همچنین مطالعه حاضر نشان داد، انجام مداخلات آموزشی برای افزایش مشارکت سالمندان در زمینه افزایش سطح سواد سلامت که می‌تواند در کاهش بار مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و کاهش هزینه‌های نظام سلامت موثر باشد، امری ضروری می‌باشد. نمونه‌های این مطالعه نمی‌توانند نماینده تمامی سالمندان کشور به لحاظ تنوع و پراکندگی فرهنگی، اجتماعی و قومیتی باشند و این در حالی است که تاکنون مطالعات محدودی در این راستا در کشور انجام شده است. این مطالعه اولین پژوهشی است که به بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر نظریه جایگاه مهار سلامت بر سواد سلامت در سالمندان پرداخته است

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی سالمندان شرکت کننده در پژوهش و همچنین حوزه معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد، کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش، واحد تحصیلات تکمیلی و مدیریت امور پژوهشی دانشگاه تشکر و قدردانی می‌شود.

تاییدیه اخلاقی: تاییدیه اخلاقی این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد با کد IR.GMU.REC.1395.113 و در پایگاه ثبت کارآزمایی بالینی IRCT با کد ۳۲۱۷۲ ثبت شد.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان: کلثوم حیرتی (نگارش پروپوزال، انجام مطالعه، نگارش مقاله)، علی عالمی (نگارش پروپوزال، نظارت بر فرآیند انجام مداخله، تجزیه و تحلیل، نگارش مقاله)، مهدی مشکی (نگارش پروپوزال، نظارت بر انجام مداخله، نگارش مقاله)، لیلا صادق مقدم (نگارش پروپوزال، نظارت بر انجام مداخله، نگارش مقاله).

منابع مالی: این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دانشجویی، مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول از دانشگاه علوم پزشکی گناباد است.

منابع

- 1- Heidari M, Shahbazi S. Effect of self-care training program on quality of life of elders. Iran Journal of Nursing. 2012;25(75):1- 8.
- 2- Gavrilov LA, Heuveline P. Aging of population. The encyclopedia of population. 2003;1:32- 7.

and distress in low-income African-American women seeking colposcopy. *Ethnicity and Disease*. 2002;12(4): 41-65.

25- Kandula NR, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei CP, Glass S, Stephens Q, Baker DW. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient education and counseling*. 2009;75(3): 21-37.

26- Aghamolaei T, Tavafian S, Ghanbarnejad A. Health locus of control and Its relation with health-promoting behaviors among people over 15 in Bandar Abbas, Iran. *Journal of Health Administration*. 2014;17(55):7- 16.

2012;6(2):1-9.

14- McGuire LC, Strine TW, Okoro CA, Ahluwalia IB, Ford ES. Peer reviewed: Healthy lifestyle behaviors among older US adults with and without disabilities, behavioral risk factor surveillance system, 2003. *Preventing chronic disease*. 2007;4(1): 12-25.

15- Moshki M, Tavakolizadeh J, Bahri N. The relationship between health locus of control and life style in pregnant women. *Armaghane danesh*. 2010;15(2):161- 170.

16- Malcarne VL, Drahota A, Hamilton NA. Children's health-related locus of control beliefs: ethnicity, gender, and family income. *Child Health Care*. 2005; 34 (1): 47- 59.

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

18- Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public health*. 2007;7(1):29-35.

19- Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA. Health Literacy For Iranian Adults (HELIA). *Development And Psychometric Propertise*. 2014;9(8):78- 94.

20- Watson WJ, Stewart D. Postpartum adjustment: Helping couples survive during the first year. *Patient Care*. 2005; 16: 58- 64.

21- Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007;61(12): 86- 90.

22- Tehrani Banihashemi S-A, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian S-M, Asgharifard H, et al. Health literacy and the influencing factors: A study in five provinces of Iran. *Strides in Development of Medical Education*. 2007;4(1):1- 9.

23- Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavassoli E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013;19(4):11- 25.

24- Sharp LK, Zurawski JM, Roland PY, O Toole C, Hines J. Health literacy, cervical cancer risk factors,