

سواد سلامت در افراد مبتلا به بیماری قلبی مراجعه کننده به مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی جنوب استان آذربایجان غربی

امیر مرزنگی^۱، سهیلا آهنگرزاده رضایی*^۲، رسول قره آغاجی اصل^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۸/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۱/۰۹

چکیده

پیش زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ در بیشتر کشورهای جهان از جمله ایران به شمار می‌روند. سطح سواد سلامت پایین با شیوع بالای بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی همراه است. با در نظر گرفتن بار قابل توجه بیماری‌های قلبی، ارتقاء سطح سواد سلامت افراد می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای در پیشگیری و درمان این بیماری‌ها و صرفه‌جویی در منابع محدود گردد. از این رو مطالعه‌ی حاضر باهدف تعیین سواد سلامت در افراد مبتلا به بیماری قلبی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر به صورت مقطعی-تحلیلی بر روی ۳۷۴ بیمار مبتلا به بیماری قلبی مراجعه کننده به بخش‌های داخلی قلب و CCU بیمارستان‌های واقع در شهرستان‌های جنوب استان آذربایجان غربی انجام شد. روش نمونه‌گیری طبقه‌ای بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سواد سلامت از پرسشنامه سنجش سواد سلامت در جمعیت ایرانی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام گرفت.

یافته‌ها: ۵۶/۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش زن بودند. میانگین سنی بیماران ۵۰/۳ سال و همه‌ی آنان در سنین ۳۰-۶۵ سال قرار داشتند. نمره‌ی کلی سواد سلامت در ۴۲ درصد از بیماران قلبی ناکافی بود. میانگین نمره‌ی سواد سلامت ۵۸/۱ با انحراف معیار ۲۴/۳ محاسبه شد.

بحث و نتیجه‌گیری: به‌طور کلی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی از سواد سلامت مطلوبی برخوردار نبودند. وضعیت سواد سلامت بیماران قلبی شهرستان مهاباد نسبت به شهرستان‌های بوکان و میاندوآب بهتر بود. بنابراین برنامه‌ریزی در زمینه بهبود سواد سلامت بیماران قلبی به‌عنوان یکی از شاخص‌های تأثیرگذار بر کنترل و مدیریت بیماری آنان از اولویت‌های سیستم بهداشتی کشور به شمار می‌آید.

کلیدواژه‌ها: بیماری قلبی، بیماری قلبی و عروقی، سواد سلامت

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره اول، پیاپی ۱۰۲، فروردین ۱۳۹۷، ص ۴۵-۵۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: sorezayee@yahoo.com

مقدمه

آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط به وقوع می‌پیوندد (۴،۳). بر اساس برآوردهای صورت گرفته تعداد موارد مرگ ناشی از CVD^۵ در سال ۲۰۳۰ به ۲۳/۶ میلیون نفر خواهد رسید (۵). در حال حاضر بیماری‌های قلبی و عروقی هر ۳۶ ثانیه یک مرگ را به دنبال دارند (۶). این بیماری‌ها از دلایل اصلی مرگ در ایالات متحده آمریکا بوده و جزء پرهزینه‌ترین بیماری‌های مزمن در این کشور می‌باشند (۸)، (۷). در قاره اروپا علی‌رغم کاهش در میزان مرگ ناشی از CVDs،

بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ در بیشتر کشورهای جهان از جمله ایران و مهم‌ترین عامل از کارافتادگی به شمار می‌روند (۱). حدود یک‌سوم کل مرگ‌های سراسر دنیا و ۱۰ درصد تمام سال‌های از دست‌رفته‌ی عمر به دلیل مرگ و ناتوانی^۴ به این بیماری‌ها نسبت داده شده است (۲). این بیماری‌ها سالانه باعث مرگ ۱۸ میلیون نفر در سراسر جهان می‌شوند که بیش از سه‌چهارم

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد گرایش روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ Disability Adjusted Life Years (DALY)

^۵ Cardio Vascular Diseases

سواد سلامت پایین و ۲۰ درصد سطح سواد سلامتی مرزی می‌باشند. البته دامنه تغییرات بسیار وسیع بوده است به طوری که در مطالعه رئیسی و همکاران (۲۰۱۱) حدود ۷۹ درصد از افراد سواد سلامت ناکافی داشته‌اند (۲۶، ۲۵).

بسیاری از مبتلایان به بیماری‌های قلبی و عروقی از وجود بیماری خود اطلاعی ندارند و علائم موجود را نشانه‌ی افزایش سن خود می‌دانند. حال آنکه این علائم به مرور بر عملکرد روزانه زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۲۷). این عدم آگاهی می‌تواند ناشی از پایین بودن سطح سواد سلامت باشد که برخلاف خصوصیات جمعیت-شناسی ثابت و ساختارهای اجتماعی که بدون اقدامات گسترده سیاسی و اجتماعی قابل تغییر نیستند، سواد سلامت قابل تعدیل و تغییر می‌باشد و می‌توان سطح آن را از طریق آموزش بهداشت تقویت کرد (۱۶).

از آنجایی که بهبود سواد سلامت می‌تواند استراتژی مؤثری در ارتقاء وضعیت سلامت و بهره‌گیری از خدمات تندرستی گردد و از طرفی در دسترس بودن مداخلات آموزشی تأثیرگذار و مقرون به صرفه در جهت بالا بردن سطح سواد سلامت افراد و کاهش شیوع بیماری‌های قلبی و بار اقتصادی قابل توجهی که به بیمار و جامعه تحمیل می‌شود، مطالعه حاضر باهدف تعیین سطح سواد سلامت در افراد مبتلا به بیماری قلبی مراجعه‌کننده به مراکز ارائه-دهنده خدمات بهداشتی و درمانی جنوب استان آذربایجان غربی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

بررسی حاضر به صورت مقطعی-تحلیلی بر روی ۳۷۴ بیمار مبتلا به بیماری قلبی بستری در بخش‌های داخلی قلب و CCU بیمارستان‌های واقع در شهرستان‌های جنوب استان آذربایجان غربی (بوکان، مهاباد، میاندوآب) صورت گرفت. واحدهای مورد پژوهش با توجه به تعداد تخت‌های بستری موجود و بیماران هر بیمارستان با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. از آنجایی که مراجعه بیماران قلبی به بخش‌های مذکور در طول سال همگن می‌باشد، بازه‌ی زمانی خرداد تا شهریور سال ۱۳۹۵ انتخاب و بیماران آن بازه‌ی زمانی وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری اطلاعات از بیماران با استفاده از پرسشنامه بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: اخذ رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت در مطالعه، محدوده سنی ۶۵-۳۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، بستری بودن در یکی از بخش‌های داخلی قلب و CCU، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری قلبی در افراد و عدم وجود اختلال شنوایی، بینایی و تکلم منجر به ایجاد مانع در برقراری ارتباط، بود. تنها معیار خروج از مطالعه فوت بیماران بود. ابتدا به شرکت‌کنندگان در مورد اهمیت انجام پژوهش و همچنین

سالانه بیش از چهار میلیون مرگ و بیش از ۱/۴ میلیون مرگ زودرس قبل از ۷۵ سالگی در اثر ابتلا به این بیماری‌ها دیده می‌شود (۹-۱۱). ۴۶/۸ درصد موارد مرگ‌ومیر در ایران به دلیل ابتلا به اشکال مختلف بیماری‌های قلبی و عروقی رخ می‌دهد. بر اساس آمار موجود هم‌اکنون ۱۵ میلیون نفر در ایران از ابتلا به بیماری‌های قلبی رنج می‌برند (۱۲). منابع مالی قابل توجهی هر سال در سراسر جهان به این بیماری‌ها اختصاص داده می‌شود، هزینه‌های سالیانه‌ی بیماری‌های قلبی و عروقی ۳۱۵ میلیارد دلار شامل ۱۹۳ میلیارد دلار هزینه‌ی مراقبت‌های مستقیم پزشکی و ۱۲۲ میلیارد دلار هزینه‌ی ناشی از دست‌رفتن قدرت بهره‌وری در آینده تخمین زده شده است (۱۳، ۱۴). در طی دهه‌های گذشته پیشرفت‌های عمده‌ای در پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماری‌های قلبی و عروقی صورت گرفته است و علیرغم کاهش مرگ‌ومیر این بیماری‌ها هنوز هم سهم عمده‌ای در تعداد موارد مرگ دارند (۱۵). نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که سطح سواد سلامت پایین با شیوع بالای بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی همراه است. با در نظر گرفتن بار قابل توجه بیماری‌های قلبی، ارتقاء سطح سواد سلامت افراد می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در پیشگیری و درمان این بیماری‌ها و صرفه‌جویی در منابع گردد (۱۶، ۱۷). سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل تأثیرگذار در امر سلامت معرفی نموده است (۱۸). سواد سلامت بر توانایی افراد برای دریافت، پردازش و درک اطلاعات اولیه‌ی بهداشتی و خدمات مورد نیاز جهت اتخاذ تصمیم‌گیری بهداشتی مناسب دلالت دارد و شامل به‌کارگیری مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه تحلیل و تصمیم‌گیری در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد (۲۰، ۱۹). سازمان بهداشت جهانی سواد سلامت را مهارت‌های شناختی و اجتماعی که بر انگیزش و توانایی مردم برای دستیابی، دانستن و استفاده از اطلاعات در مسیری که سبب ارتقاء، حفظ و نگهداری بهداشت و سلامت خوب شود، تعریف کرده است (۲۱). نتایج بررسی‌های صورت گرفته حاکی از وجود ارتباط بین سطح سواد سلامت پایین با آگاهی اندک از شرایط بهداشتی، استفاده‌ی محدود از خدمات پیشگیرانه، میزان بالای بستری شدن در بیمارستان، افزایش مرگ‌ومیر و وضعیت تندرستی نامطلوب گزارش شده توسط خود اشخاص می‌باشد (۲۲، ۲۳). همچنین این افراد ۳-۱/۵ برابر بیشتر پیامدهای نامطلوب تندرستی را تجربه می‌کنند (۲۴). با این حال بررسی‌های مختلف طیف گسترده‌ای از سواد سلامت ناکافی را در کشورهای مختلف نشان می‌دهد. یک بررسی سیستماتیک توسط اورلو و همکاران (۲۰۰۵) در آمریکای شمالی روی مطالعات انجام‌شده در این زمینه، نشان داد که حدود ۲۶ درصد از افراد به‌طور کلی دارای

تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 21 استفاده گردید. برای داده‌های کمی میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی فراوانی و درصد گزارش شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری مجذور کای دو^۲، نیکویی برازش کولموگروف-اسمیرنوف^۳، برابری واریانس‌ها^۴، ضریب همبستگی پیرسون^۵، ضریب همبستگی اسپیرمن^۶، آزمون آماری تی مستقل^۷ و آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه^۸ استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر ۴۴/۹ درصد بیماران مربوط به شهرستان مهاباد بودند. سهم شهرستان‌های بوکان و میاندوآب از افراد شرکت‌کننده در مطالعه به ترتیب ۳۱/۳ درصد و ۲۳/۸ درصد بود. ۵۶/۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش مرد بودند. میانگین سنی بیماران ۵۰/۳ سال با انحراف معیار ۹/۶ و همه‌ی آن‌ها در بین سنین ۶۵-۳۰ سال قرار داشتند. میانگین مدت‌زمان طی شده از ابتلا به بیماری قلبی در واحدهای مورد پژوهش ۳/۳ سال با انحراف معیار ۲/۵ بود.

در مورد محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها توضیحات کافی داده شد و از بین افراد بستری، افراد واجد شرایط با اخذ رضایت شخصی مکتوب انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سواد سلامت از پرسشنامه سنجش سواد سلامت در جمعیت ایرانی^۱ استفاده شد (۲۸). این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۳) از نظر روایی و پایایی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نهایی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که پرسشنامه‌ی مذکور با ۳۳ گویه در ۵ حیطة از روایی سازه مطلوب برخوردار است، که مجموعاً ۵۳/۲ درصد از تغییرات مشاهده‌شده را توضیح می‌دهند. میزان آلفای کرونباخ گویه‌ها در سازه‌های آن نیز قابل قبول و بین ۷۲ درصد تا ۸۹ درصد گزارش گردید، بنابراین پایایی پرسشنامه نیز تأیید شد (۲۸). سوالات این پرسشنامه در قالب ۳۳ سؤال و با پاسخ‌هایی در مقیاس لیکرت و در ۵ بعد خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی، تصمیم‌گیری و رفتار طراحی شده است. نمره‌ی هر سؤال بین ۱ تا ۵ و نمره‌ی مربوط به هر بعد از جمع سوالات مربوط به همان بعد به دست می‌آید که نمرات بالاتر گویای سطح سواد سلامت بالا می‌باشد. نمره سواد سلامت کلی از جمع نمرات ابعاد سواد سلامت محاسبه می‌شود. برای

جدول (۱): خصوصیات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش

متغیر	زیرگروه	تعداد	درصد
شهرستان	مهاباد	۱۶۸	۴۴/۹
	بوکان	۱۱۷	۳۱/۳
	میاندوآب	۸۹	۲۳/۸
جنسیت	زن	۱۶۴	۴۳/۹
	مرد	۲۱۰	۵۶/۱
تأهل	هرگز ازدواج نکرده	۷۳	۱۹/۵
	متأهل	۳۰۱	۸۰/۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۴۲	۶۴/۷
	دیپلم و فوق دیپلم	۶۵	۱۷/۴
	کارشناسی و بالاتر	۶۷	۱۷/۹
مصرف سیگار بیماران	دارد	۶۱	۱۶/۳
	ندارد	۳۱۳	۸۳/۷
وضعیت اقتصادی	دخل کم‌تر از خرج	۱۴۳	۳۸/۲
	دخل برابر خرج	۱۷۲	۴۶
	دخل بیشتر از خرج	۵۹	۱۵/۸
BMI	نرمال	۱۴۱	۳۸
	اضافه‌وزن	۱۶۲	۴۳/۳
	چاق	۶۹	۱۸/۳

⁵ Pearson Correlation

⁶ Spearman's rho Correlation

⁷ Independent Sample t test

⁸ One way ANOVA

¹ Health literacy for Iranian Adults (HELIA)

² Chi-squar

³ one-sample Kolmogrov Smirnov

⁴ Leven's Test for Equality of Variances

جدول فوق مبین آن است که افراد متأهل بیشترین سهم را در این مطالعه داشتند (۸۰/۵ درصد). نمایه توده بدنی برای ۶۲ درصد از بیماران غیرنرمال محاسبه شد. ۳۸/۲ درصد واحدهای موردپژوهش از وضعیت اقتصادی پایینی برخوردار بودند. ۱۶/۳ درصد آن‌ها سیگار مصرف می‌کردند. بیشتر واحدهای موردپژوهش دارای سطح سواد زیر دیپلم بودند (۶۴/۷ درصد).

جدول (۲): اطلاعات مربوط به بیماری قلبی در واحدهای موردپژوهش

متغیر	زیرگروه	تعداد	درصد
بیماری قلبی در خانواده	دارد	۱۸۸	۵۰/۳
	ندارد	۱۸۶	۴۹/۷
بیماری همراه	ندارد	۱۱۶	۳۱
	دیابت	۲۲	۵/۹
	فشارخون	۱۱۵	۳۰/۸
	دیابت و فشارخون	۴۱	۱۱
	کلیه و مجاری ادراری	۲۵	۶/۶
	کم‌کاری یا پرکاری تیروئید	۱۱	۲/۹
مراجعه به اورژانس	سایر	۴۴	۱۱/۸
	دارد	۱۸۱	۴۸/۴
بستری در بیمارستان	ندارد	۱۹۳	۵۱/۶
	دارد	۱۱۷	۳۱/۳
	ندارد	۲۵۷	۶۸/۷

بر اساس یافته‌های جدول فوق ۵۰/۳ درصد واحدهای موردپژوهش سابقه‌ی ابتلا به بیماری قلبی در خانواده خود را گزارش کردند. ۵/۹ درصد از آن‌ها علاوه بر بیماری قلبی مبتلا به دیابت و ۳۰/۸ درصد آن‌ها از بیماری فشارخون رنج می‌بردند. ۴۸/۴ درصد آن‌ها سابقه مراجعه به اورژانس بیمارستان به علت عوارض بیماری قلبی خود در طی یک سال گذشته را گزارش دادند. همچنین ۳۱/۳ درصد از آن‌ها در طی یک سال گذشته حداقل یک‌بار به علت بیماری قلبی در بیمارستان بستری شدند.

جدول (۳): میانگین نمرات ابعاد مختلف سواد سلامت در واحدهای موردپژوهش

سواد سلامت	میانگین نمرات	انحراف معیار
بعد خواندن	۵۴/۶	۳۳/۵
بعد دسترسی	۵۵/۶	۲۸/۱
بعد فهم و درک	۶۴/۵	۲۶/۵
بعد ارزیابی	۵۰/۸	۲۹/۳
بعد تصمیم‌گیری و رفتار	۶۴/۵	۲۰/۹
سواد سلامت کلی	۵۸/۱	۲۴/۳

جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین کلی نمره سواد سلامت ۵۸/۱ با انحراف معیار ۲۴/۳ می‌باشد. میانگین نمره‌ی ابعاد فهم و درک و تصمیم‌گیری (۶۴/۵) بیشتر از سایر ابعاد سواد سلامت است. کم‌ترین نمره سواد سلامت مربوط به بعد ارزیابی با ۵۰/۸ می‌باشد.

جدول (۴): وضعیت سواد سلامت واحدهای مورد پژوهش

سواد سلامت	ناکافی تعداد (درصد)	نه چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)
ابعاد سواد سلامت				
بعد خواندن	۱۸۵ (۴۹/۵)	۳۲ (۸/۶)	۶۹ (۱۸/۴)	۸۸ (۲۳/۵)
بعد دسترسی	۱۱۷۶ (۴۷/۱)	۴۸ (۱۲/۸)	۸۵ (۲۲/۷)	۶۵ (۱۷/۴)
بعد فهم و درک	۱۳۱ (۳۵)	۵۹ (۱۵/۸)	۷۶ (۲۰/۳)	۱۰۸ (۲۸/۹)
بعد ارزیابی	۲۰۱ (۵۳/۷)	۵۴ (۱۴/۴)	۶۲ (۱۶/۶)	۵۷ (۱۵/۲)
بعد تصمیم‌گیری و رفتار	۱۱۸ (۳۱/۶)	۷۳ (۱۹/۵)	۱۰۶ (۲۸/۳)	۷۷ (۲۰/۶)
سواد سلامت کلی	۱۵۷ (۴۲)	۶۸ (۱۸/۲)	۸۰ (۲۱/۴)	۶۹ (۱۸/۴)

بر اساس یافته‌های جدول فوق در طی مطالعه‌ی حاضر نمره‌ی کلی سواد سلامت برای ۴۲ درصد بیماران قلبی ناکافی و برای ۱۸/۴ درصد آن‌ها عالی بود.

جدول (۵): مقایسه میانگین نمرات سواد سلامت واحدهای مورد پژوهش برحسب شهرستان

شهرستان	تعداد	میانگین نمرات	انحراف معیار	F	df	P-value
بوکان	۱۱۷	۵۸/۴	۲۴			
مهاباد	۱۶۸	۶۲/۹	۲۲/۸	۱۰/۸	۲	P<۰/۰۰۱
میاندوآب	۸۹	۴۸/۴	۲۵			

همکاران^۹ و دنیسون و همکاران^{۱۰} هم‌خوانی دارد (۲۹، ۲۴). پایین‌ترین سطح سواد سلامت مربوط به ابعاد ارزیابی، دسترسی و خواندن بود، که می‌توان از طریق آموزش بیماران، دادن اطلاعات و توصیه‌های لازم و تقویت روابط بین پزشک، بیماران و افراد درگیر در فرآیند مراقبت، به افزایش سطح سواد سلامت کمک کرد. وضعیت سواد سلامت در شهرستان‌های مهاباد و بوکان در مقایسه با شهرستان میاندوآب مطلوب‌تر بود. اختلاف مشاهده شده می‌تواند ناشی از تأثیر وجود صدا و سیما در شهرستان مهاباد و پخش برنامه‌های مرتبط با سلامت از رادیو و تلویزیون به زبان کردی باشد.

وضعیت سواد سلامت مردان بهتر از زنان بود. بین جنسیت با سواد سلامت ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. دنیسون و همکاران و پترسون و همکاران^{۱۱} در مطالعه خود وجود ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت و جنسیت را رد کردند که با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد (۳۰، ۲۴). بالاتر بودن سواد سلامت در مردان می‌تواند ناشی از بالاتر بودن سطح تحصیلات مردان نسبت به زنان باشد. به این دلیل که مردان بیشتر به مقاطع بالاتر تحصیلی راه پیدا می‌کنند. در واقع پایین‌تر بودن سواد سلامت در زنان، خصوصاً در گروه‌های سنی بالاتر به‌طور عمده مربوط به پایین‌تر بودن سطح تحصیلات در این افراد می‌باشد.

بر اساس یافته‌های جدول فوق میانگین نمرات سواد سلامت در شهرستان مهاباد در مقایسه با شهرستان‌های میاندوآب و بوکان بالاتر بود. اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین نمره سواد سلامت در شهرستان‌های مهاباد، میاندوآب و بوکان مشاهده شد. یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل‌های آماری حکایت از وجود ارتباط آماری معنی‌داری بین سواد سلامت با جنسیت، تأهل، سن، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، مدت‌زمان طی شده از تشخیص بیماری قلبی، بیماری همراه، سابقه مراجعه به اورژانس و بستری در بیمارستان در طی یک سال دارد (P<۰/۰۵). به عبارت دیگر سواد سلامت در مردان، افراد مجرد، جوان‌ترها، وضعیت اقتصادی بهتر، تحصیلات بالاتر، فاصله‌ی کم‌تر از زمان تشخیص بیماری، عدم وجود بیماری همراه، عدم سابقه‌ی مراجعه به اورژانس و بستری در طی یک سال گذشته بالاتر بوده است. بین مصرف سیگار و نمره سواد سلامت واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر حکایت از پایین بودن سطح سواد سلامت در بیماران قلبی دارد. که با نتایج بررسی ماکاباسکو و

¹¹ Peterson et al

⁹ Macabasco et al

¹⁰ Dennison et al

بین سواد سلامت با سن بیماران رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده شد. افراد سنین پایین‌تر دارای سواد سلامت بالاتری بودند و با افزایش سن سواد سلامت کاهش یافته است. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه‌ی دنیسون و همکاران، پترسون و همکاران و ماکاباسکو و همکاران هم‌خوانی دارد (۳۰، ۲۹، ۲۴). در مطالعه‌ی نکویی مقدم و همکاران بین سواد سلامت و سن افراد هیچ‌گونه ارتباطی گزارش نشد که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد (۳۱). در توجیه ارتباط مشاهده شده می‌توان به کاهش تمایل به یادگیری و درگیری با مسئله فراموشی در سنین بالا اشاره کرد. هم‌چنین سطح تحصیلات در سنین بالا پایین‌تر می‌باشد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه میانگین سواد سلامت در افراد متأهل (۶۰) مبتلا به بیماری قلبی نسبت به مجردین (۴۹/۹) بالاتر می‌باشد، که با یافته‌های مطالعه‌ی شجاعی هم‌خوانی ندارد (۳۲). ارتباط آماری معنی‌داری بین وضعیت تأهل بیماران و نمره‌ی کلی سواد سلامت آن‌ها مشاهده شد. تأهل به خودی خود نمی‌تواند سبب کاهش یا افزایش سطح سواد سلامت گردد. شاید اصلی‌ترین دلیل در توجیه رابطه مشاهده شده این باشد که افراد متأهل بیشتر به سلامتی خود اهمیت می‌دهند و خدمات تندرستی را بیشتر طلب می‌کنند در نتیجه انگیزه بیشتری برای کسب اطلاعات در زمینه سلامت و بیماری خواهند داشت.

وضعیت اقتصادی بیماران بر سطح سواد سلامت آن‌ها تأثیرگذار بود به نحوی که کسانی که از نظر وضعیت اقتصادی در سطوح بالاتری قرار داشتند، از سواد سلامت بالاتری برخوردار بودند. نتایج مطالعه نسبت به همکاران^{۱۲} با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد (۳۳). یافته‌های این مطالعه با پژوهش‌های پترسون و همکاران، نکویی مقدم و همکاران و دنیسون و همکاران هم‌خوانی دارد (۳۱، ۳۰، ۲۴). وجود مشکلات اقتصادی در اولویت‌های افراد تغییر ایجاد می‌کند و افراد را مجبور می‌سازد که در محیط‌هایی قرار بگیرند که مناسب با شرایط بیماری آن‌ها نیست. در نتیجه کم‌تر به دنبال کسب اطلاعات و افزایش سطح سواد سلامت خواهند بود.

بین مصرف سیگار با سواد سلامت واحدهای موردپژوهش هیچ ارتباطی مشاهده نشد. در توضیح مطالب گفته شده می‌توان به این نکته اشاره کرد که اکثر افراد با وجود آگاهی از عوارض سوءکشیدن سیگار همچنان به مصرف آن ادامه می‌دهند. پس می‌توان گفت که مشکل اصلی در این افراد سواد سلامت نیست چرا که در حال حاضر همگان از مضرات مصرف سیگار خصوصاً در بیماران قلبی آگاهی دارند.

سطح تحصیلات بر وضعیت سواد سلامت در بیماران قلبی تأثیر گذار می‌باشد. به نحوی که سطح سواد سلامت بیماران که از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، مطلوب‌تر است. نتایج به‌دست آمده با یافته‌های مطالعات نکویی مقدم و همکاران، یزدان بخش و همکاران، دنیسون و همکاران و پترسون و همکاران هم‌خوانی دارد (۳۴، ۳۱، ۳۰، ۲۴). افزایش تعداد سال‌های تحصیل منجر به بالا رفتن دانش و آگاهی فرد در زمینه عملکرد بدن و بیماری‌های مربوط به آن می‌شود. هم‌چنین توجه به مسئله سلامتی و رفتارهایی که تندرستی فرد را به مخاطره می‌اندازد، در افراد دارای سواد بیشتر، در سطوح بالاتری قرار دارد. بنابراین افزایش دانش و آگاهی و به تبع آن افزایش سطح سواد سلامت تمکین بیماران را از توصیه‌ها و رژیم‌های دارویی تجویز شده توسط پزشک معالج افزایش می‌دهد.

سطح سواد سلامت در کسانی که مدت‌زمان بیشتری از تشخیص بیماری در آن‌ها گذشته است، پایین‌تر بود. به دلیل اینکه وجود بیماری مزمن قلبی و نیاز به دریافت دارو و مداخلات درمانی در دراز مدت از لحاظ روانی بر بیماران تأثیر می‌گذارد و سلامت روانی افراد را مختل می‌کند، به نوعی یک احساس ناامیدی حاصل می‌گردد. در نهایت انگیزه‌ی افراد برای دریافت اطلاعات لازم کاهش می‌یابد و به نوعی سازش با وضعیت فعلی به وجود می‌آید. سابقه‌ی وجود بیماری قلبی در خانواده بیماران تأثیری بر سواد سلامت آن‌ها نداشته است.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر وجود بیماری همراه در افراد سطح سواد سلامت بیماران قلبی را در یک روند نزولی قرار داده است. چرا که وجود بیشتر از یک بیماری نیاز به مراقبت و میزان داروی دریافتی را افزایش می‌دهد و مدیریت بیمارهای توأم را دچار مشکل خواهد کرد.

تفسیر نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که کسانی که در طی یک سال گذشته به دلیل عوارض مرتبط با بیماری قلبی خود به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده یا بستری شدند، دارای سواد سلامت پایین می‌باشند. یافته‌های این مطالعه با مطالعه نکویی مقدم و همکاران هم‌خوانی دارد (۳۲، ۳۱). چرا که سواد سلامت پایین میزان تقاضای افراد به دریافت تسهیلات بهداشتی و درمانی را کاهش می‌دهد و این افراد تا زمان وخیم‌شدن بیماری به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه نمی‌کنند. در نتیجه کم‌تر به دنبال کسب اطلاعات لازم در زمینه‌ی بیماری خود هستند.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی از سواد سلامت مطلوبی برخوردار نیستند و لزوم برنامه‌ریزی در خصوص ارتقاء سواد سلامت برای این افراد ضروری به نظر

¹² Nesbitt et al

استخراج گردیده است. محققین بر خود لازم می‌دانند که از بیماران گرامی به جهت شرکت در پژوهش، مسئولین محترم بخش‌ها و سوپروایز آموزشی بیمارستان‌های شهید دکتر قلی پور بوکان، امام خمینی مهاباد و عباسی میاندوآب به خاطر کمک به روند جمع‌آوری داده‌ها و تمامی اشخاصی که آنان را در انجام این پژوهش یاری رساندند تقدیر و تشکر نمایند.

می‌رسد. وضعیت سواد سلامت بیماران قلبی شهرستان مهاباد نسبت به شهرستان‌های بوکان و میاندوآب بهتر بود. بنابراین برنامه‌ریزی در زمینه بهبود سواد سلامت بیماران قلبی به‌عنوان یکی از شاخص‌های تأثیرگذار بر کنترل و مدیریت بیماری آنان از اولویت‌های سیستم بهداشتی کشور به شمار می‌آید.

تشکر و قدردانی

این مطالعه از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد که دارای کد اخلاق به شماره **ir.umsu.rec.1395.108** می‌باشد،

References:

1. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Executive summary. *Circulation* 2012;125(1): 188-97.
2. Sun LY, Lee EW, Zahra A, Park JH. Risk Factors of Cardiovascular Disease and Their Related Socio-Economical, Environmental and Health Behavioral Factors: Focused on Low-Middle Income Countries- A Narrative Review Article. *Iran J Public Health* 2015;44(4): 435-44.
3. Tsolekile LP, Abrahams-Gessel S, Puoane T. Healthcare Professional Shortage and Task-Shifting to Prevent Cardiovascular Disease: Implications for Low- and Middle-Income Countries. *Curr Cardiol Rep* 2015;17(12): 115.
4. Shadmani FK, Karami M. Joint effect of modifying selected risk factors on attributable burden of cardiovascular diseases. *Int J Prev Med* 2013;4(12): 1461-7.
5. Beganlic A, Pavljasevic S, Kreitmayer S, Zildzic M, Softic A, Selmanovic S, et al. Qualitative Evaluation of Cardiovascular Diseases Management in Family Medicine Team in One Year Level. *Med Arch* 2015;69(3): 140-4.
6. Smith PJ, Blumenthal JA. Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Revista Española de Cardiología (English Edition)* 2011;64(10): 924-33.
7. Association A. 2016 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 2016;12(4): 459–509.
8. Writing Group Members, Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2016;133(4): e38-360.
9. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J* 2014;35: 2950–9.
10. Townsend N, Nichols M, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe - epidemiological update 2015. *Eur Heart J* 2015;36: 2696–705.
11. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J* 2016; 37: 3232–45.
12. Saeidi M, Soroush A, Komasi S, Moemeni K, Heydarpour B. Attitudes Toward Cardiovascular Disease Risk Factors Among Patients Referred to a Cardiac Rehabilitation Center: Importance of Psychological Attitudes, Shiraz E-Med J. 2015 ;16(7): e22281.
13. Michaud TL, Abraham J, Jalal H, Luepker RV, Duval S, Hirsch AT. Cost-Effectiveness of a Statewide Campaign to Promote Aspirin Use for Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *J Am Heart Assoc* 2015;4(12).

14. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Baha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129(3): e28.
15. Thompson JM, McFarland GK, Hirsch JE, Tucker SM. *Mosby's Clinical Nursing*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2002: 3.
16. Wang C, Kane RL, Xu D, Meng Q. Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BMC Womens Health* 2015;15: 34.
17. Curtis LM, Wolf MS, Weiss KB, Grammer LC. The impact of health literacy and socioeconomic status on asthma disparities. *J Asthma* 2012;49(2): 178-83.
18. 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.
19. Osborne H. *Health Literacy from A to Z*. Jones & Bartlett Publishers; 2012.
20. Parnell TA. *Health literacy in nursing: Providing person-centered care*. Springer Publishing Company; 2014.
21. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient education and counseling* 2010;79(1): 36-42.
22. Faruqi N, Stocks N, Spooner C, El Haddad N, Harris MF. Research protocol: Management of obesity in patients with low health literacy in primary health care. *BMC Obes* 2015;2: 5.
23. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ* 2012;344: e1602.
24. Dennison CR, McEntee ML, Samuel L, Johnson BJ, Rotman S, Kieley A, et al. Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self-care confidence in hospitalized patients. *J Cardiovasc Nurs* 2011;26(5): 359-67.
25. 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): 175-84.
26. 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)
27. Sharifzadeh S. *Effective techniques in educating patients with CHF*. Tehran: Proceeding of second biannual international heart failure in Iran; 2009. P.64. (Persian).
28. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin Seyed A, Katayoun K, Ebadi M, et al. Health literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh* 2014;13(5): 589-99.
29. 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): 979-86.
30. Peterson PN, Shetterly SM, Clarke CL, Bekelman DB, Chan PS, Allen LA, et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *JAMA* 2011;305(16): 1695-701.
31. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. *Tolue Behdasht J* 2012;11(14): 123-34.
32. Shojaei F. Quality of life in patients with heart failure. *Hayat* 2009;14(2): 5-13.
33. Nesbitt T, Doctorvaladan S, Southard JA, Singh S, Fekete A, Marie K, et al. Correlates of Quality of Life in Rural Patients With Heart Failure. *CLINICAL PERSPECTIVE. Circulation: Heart Failure* 2014;7(6): 882-7.

34. Yazdani-Bakhsh R, Javanbakht M, Sadeghi M, Mashayekhi A, Ghaderi H, Rabiei K. Comparison of health-related quality of life after percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass surgery. *ARYA atherosclerosis* 2016;12(3): 124.

HEALTH LITERACY IN HEART DISEASE COMMUNITY THAT COVERED BY HEALTH SERVICES CENTERS IN SOUTH OF WEST AZARBAIJAN PROVINCE

*Amir Marzangi¹, Soheila Ahangarzadeh Rezaei*², Rasoul Ghareagaji Asl³*

Received: 11 Nov, 2017; Accepted: 29 Jan, 2018

Abstract

Background & Aims: Cardiovascular diseases are the most common cause of death in world, including Iran. Low levels of health literacy are associated with a high prevalence of chronic diseases, including cardiovascular disease. Considering the significant burden of heart disease, improving the level of health literacy can be a determinant factor in preventing and curing these diseases and saving resources. Therefore, this study was designed with the aim of assessment the health literacy in people with heart disease.

Material & Methods: A cross-sectional study was carried out on 374 patients with heart disease referred to hospital of cities located in the south of West Azarbaijan province. The sampling method has been classified. A health literacy questionnaire in Iranian population was used to collect the data. Data analysis was performed using SPSS software version 21.

Results: 56/1% of the units were male. All patients were between the ages of 30-65 years old with a mean age of 50/3 years. The health literacy score for 42% of heart patients was inadequate. The average total score of health literacy was 58/1 with a standard deviation of 24/3.

Conclusion: Generally, patients with heart disease did not have a desirable health literacy. The health literacy status of heart patients in Mahabad city was better than Bokan and Miandoab. Therefore, planning to improve the health literacy in Heart patients as one of the indicators affecting their control and management of their disease is one of the priorities of the health system of the country.

Keywords: Heart disease, Cardiovascular disease, Health literacy

Address: Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: (+98) 4432754961

Email: sorezayee@yahoo.com

¹ MSc Student in Psychiatric Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor, PhD in Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran