



مقاله پژوهشی

ارتباط رفتار بیماران مبتلا به سل و سواد سلامت مراقبین مشهد

پریسا رمضان نیا^۱، محمد واحدیان شاهرودی^{۲*}، هادی طهرانی^۲، حبیب الله اسماعیلی^۲

۱- گروه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
۲- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱۰/۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۹/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: رفتار ارتقاء دهنده سلامت و سواد سلامت یکی از اصلی ترین تعیین کننده های سلامت بوده و بهره مندی از آن ها می تواند باعث افزایش رفتارهای بهداشتی، بهبود دسترسی به مراقبت های بهداشتی شود. این مطالعه باهدف بررسی ارتباط رفتار بیماران مبتلا به سل و سواد سلامت مراقبین آن ها در شهر مشهد انجام گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۹ بر روی ۹۰ بیمار مبتلا به سل و ۹۰ مراقب از هر بیمار در شهر مشهد انجام گرفت. جهت نمونه گیری از نمونه گیری چندمرحله ای استفاده شد. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه محقق ساخته سنجش رفتار بیماران انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری توصیفی و استنباطی (همبستگی اسپیرمن و رگرسیون و من ویتنی و کروسکال واریس) انجام گرفت. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: بر اساس نتایج آزمون همبستگی، بین رفتارهای پیشگیری کننده بیماران مبتلا به سل و سواد سلامت مراقبین ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). در این مطالعه میانگین سطح سواد سلامت مراقبین $66/31 \pm 9/8$ بود که ۱۸ نفر (۲۰٪) دارای سواد سلامت کافی، ۴۵ نفر (۵۰٪) سواد سلامت مرزی و ۲۷ نفر (۳۰٪) سواد سلامت ناکافی داشتند و میانگین نمره رفتار بیماران نیز $33/5 \pm 4/2$ بود. افراد باسواد سلامت کافی میانگین رفتارهای پیشگیری کننده بالاتری داشتند.

نتیجه گیری: ارتباط رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سل باسواد سلامت مراقبین معنادار بود، به طوری که افراد با سطح سواد سلامت بالاتر رفتارهای پیشگیری کننده بیشتری را نشان دادند، لذا لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه های ارتقاء سلامت و افزایش رفتارهای پیشگیری کننده الزامی است.

کلمات کلیدی: سواد سلامت، مراقبین، سل

مقدمه

بیماری سل یک بیماری عفونی است که عامل ایجادکننده آن یک باسیل بنام مایکوباکتریوم توبرکلوزیس است. غالباً، این باکتری ریه ها را درگیر می کند اما می تواند هر نقطه دیگری از بدن حتی استخوان ها را درگیر نماید (۱). این بیماری به وسیله بیماران مبتلا و از طریق هوای آلوده منتقل می شود افراد مبتلا به ایدز، سو تغذیه، دیابت، سیگاری و الکلی در معرض خطر

بیماری سل یک بیماری عفونی است که عامل ایجادکننده آن یک باسیل بنام مایکوباکتریوم توبرکلوزیس است. غالباً، این باکتری ریه ها را درگیر می کند اما می تواند هر نقطه دیگری از بدن حتی استخوان ها را درگیر نماید (۱). این بیماری به وسیله بیماران مبتلا و از طریق هوای آلوده منتقل می شود افراد مبتلا به ایدز، سو تغذیه، دیابت، سیگاری و الکلی در معرض خطر

*نویسنده مسئول: محمد واحدیان شاهرودی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
Email: vahedianm@mums.ac.ir
https://otcid.org/0000-0001-6302-3021

اعتماد برای انجام فعالیت‌ها جهت ارتقاء سلامتی می‌شود. سواد سلامت متضمن به دست آوردن سطحی از دانش، مهارت‌های شخصی و اعتماد برای انجام فعالیت‌ها جهت ارتقاء سلامتی شخصی و اجتماعی، به‌وسیله تغییر شیوه‌های زندگی و شرایط زندگی است (۱۶).

در مطالعه شمس، ۵۸ درصد از بیماران در مورد نحوه مراقبت از خود آگاهی ضعیفی داشتند (۱۷). در مطالعه امیری، ۴۳ درصد از آگاهی ضعیف و ۱۸ درصد آگاهی خوب نسبت به بیماری سل داشتند (۱۸). در مطالعه فانگ هوا، نسبت کثیری از افرادی که سرفه طول کشیده بیش از ۳ هفته داشتند از آگاهی محدودی در مورد علت، نحوه انتقال، نشانه‌ها و درمان‌پذیر بودن سل داشتند (۱۹). در مطالعه رئیسی و همکاران که باهدف تعیین سطح سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت انجام شد، رابطه معکوسی که بین سواد سلامت ناکافی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی وجود داشت (۱۹). با بررسی ارتباط رفتارهای پیشگیری‌کننده بیماران و سواد سلامت مراقبین می‌توان راهکارهایی جهت انتقال اطلاعات و ارتقاء سواد سلامت مراقبین و در نتیجه آن بهبود رفتارهای پیشگیری‌کننده از سل شناسایی کرد، به‌این‌ترتیب مطالعه حاضر باهدف بررسی ارتباط رفتار بیماران مبتلا به سل و سواد سلامت مراقبین آن‌ها در شهر مشهد انجام گرفت (۲۰). او و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی سواد سلامت مراقبین انجام داده بودند به این نتیجه رسیدند که مراقبین باسواد سلامت پایین رفتارهای مراقبتی ضعیف‌تر، استفاده بیشتر از خدمات درمانی و تحمل بار مراقبتی بیشتری نسبت به مراقبین باسواد سلامت بالاتر داشتند (۲۱). هم‌چنین نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که اطلاعات و آگاهی مراقبین در مراقبت از بیماران، پیشگیری از بیماری‌ها در آن‌ها و پیگیری درست سلامتی آن‌ها بسیار ضروری و بااهمیت است، مراقبینی که از سطح سواد سلامت و دانش بالاتری برخوردارند، پیامدهای سلامت در بیمارانشان افزایش می‌یابد (۲۲).

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۱۸۰ نفر (۹۰ بیمار مبتلا به سل و ۹۰ مراقب از هر بیمار) انجام گرفت. حجم نمونه با توجه به اطلاعات موجود در مطالعه فرجی و همکاران در خصوص تأثیر طراحی و ارزشیابی برنامه آموزش بهداشت بر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد خانواده بیماران مسلولین شهرستان زابل در

مرگ‌ومیر در جهان بوده است و حدود یک‌میلیون و سیصد هزار نفر بر اثر سل جان خود را در این سال ازدست‌داده‌اند (۴).

از ابتدای قرن اخیر، سازمان بهداشت جهانی از این بیماری با عنوان اورژانس بهداشت جهانی یاد کرده است (۵). ایران به علت هم‌جواری با پاکستان و افغانستان که از جمله آلوده‌ترین مناطق دنیا هستند، در معرض خطر جدی این بیماری قرار دارد (۳). این شرایط برای شهر مشهد که بیشترین مهاجران افغانی، عراقی و ... را به خود اختصاص داده است، بسیار نگران‌کننده به نظر می‌رسد. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته، میزان بروز این بیماری در کشور از ۱۲ تا ۷۳ درصد متفاوت بوده است (۶)؛ و مناطق مرزی خراسان و سیستان و بلوچستان، بالاترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند (۷) نکته مهم‌تر این است که با توجه به انتقال این بیماری از راه تنفس، خطر انتقال این بیماری به سایر افراد بسیار زیاد است. این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و همه ابعاد روزانه زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). این‌گونه بیماری‌ها به‌واسطه افزایش نیازهای خودمراقبتی مستلزم تغییراتی در رفتار هستند، رفتار به معنی پاسخ قابل مشاهده فرد است و شامل طیف وسیعی از پاسخ‌های اجتماعی، روانی و عملکرد جسمانی است (۹). مراقبین با توجه به نقش حساس آن‌ها در توان‌بخشی بیماران قادرند بیماران را در بالا بردن توانایی‌شان یاری کنند (۱۰). مراقبین در امر مراقبت از بیمار خود مستقیماً نقش دارند (۱۱). بیماری یک عضو خانواده، سبک زندگی کل خانواده را تغییر می‌دهد و تعادل خانواده را برهم می‌زند (۱۲). عدم وجود دانش و مهارت کافی در این افراد، باعث کاهش انگیزه برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری و در نتیجه ایجاد یک چرخه معیوب شده که نتیجه نهایی آن، عدم پیشگیری مناسب است (۱۳). از طرفی اهمیت سواد سلامت به‌طور روزافزون در سطوح سواد عمومی و سواد مراقبتی نشان داده‌شده است. سواد سلامت میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است (۱۴). سواد سلامت در اصل برای توصیف و توضیح ارتباط بین سواد سلامت و توانایی برای پیروی از دستورالعمل‌های درمانی، برچسب‌های دارویی و توصیه‌های متخصصین سلامتی معرفی شده است (۱۵). عقیده بر این است که سواد سلامت می‌تواند در تغییر رفتارهای بهداشتی، شناخت و درک بیمار مؤثر واقع شود. سواد سلامت متضمن به دست آوردن سطحی از دانش، مهارت‌های شخصی و

رفتار بیماران، پس از مرور جامعی بر متون و انجام مراحل مختلف گزینش سؤالات، توسط محقق طراحی شد و شامل ۱۱ سؤال با مقیاس لیکرت است که بیشترین نمره این پرسشنامه ۵۵ و کمترین نمره ۵ است. جهت تعیین روایی، پرسشنامه‌ها برای تعدادی از متخصصین آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ارسال شد و نظرات آن‌ها در تعیین روایی صوری و محتوایی، وضوح تناسب زبانی و دامنه پاسخ‌گویی به گویه‌ها و طول ابزار به کار گرفته‌شده، مورد پرسش قرار گرفت. درنهایت ۱۰ نفر از آنان نظرات خود را ارسال کردند که در تنظیم ابزار مطالعه لحاظ گردید. پایایی پرسشنامه نیز با تکمیل ۲۰ پرسشنامه توسط واحدهای پژوهش و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در شروع مطالعه تعیین شد. در این مطالعه شاخص روایی محتوایی پرسشنامه سنجش رفتار بیماران مبتلا به سل ۰/۸۲ و نسبت روایی محتوا نیز قابل قبول بود. برای اندازه‌گیری پایایی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۷۲ و پایایی بیرونی از روش باز آزمایی استفاده شد که میزان آن ۰/۸۹ بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های استنباطی و توصیفی استفاده شد. آزمون همبستگی اسپیرمن و رگرسیون جهت همبستگی و ارتباط متغیرهای دموگرافیک و سواد سلامت و رفتارهای پیشگیرانه استفاده شد و آزمون من ویتنی و کروسکال واریس جهت ارتباط متغیرهای دموگرافیک با سواد سلامت مراقبین و رفتار بیماران استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه در مجموع ۱۸۰ نفر (۹۰ مراقب بیمار مبتلا به سل و ۹۰ بیمار) شرکت کردند. از بین مراقبین، ۴۸ نفر (۵۳/۳٪) زن و سایر افراد (۴۶/۶٪) مرد بودند. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول یک قابل مشاهده است (جدول ۱).

میانگین سنی مراقبین شرکت‌کننده در مطالعه $15/94 \pm$ سال بود. میانگین سطح سواد سلامت افراد $66/3 \pm 9/9$ بود که ۱۸ نفر (۲۰٪) دارای سواد سلامت کافی، ۴۵ نفر (۵۰٪) سواد سلامت مرزی و ۲۷ نفر (۲۷٪) سواد سلامت ناکافی داشتند. میانگین نمره رفتار نیز $4/2 \pm 57/33$ بود.

بر اساس نتایج بین میانه نمره کل سواد سلامت با وضعیت تأهل، از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/05$)، به‌طوری‌که میانه نمرات در نمونه‌های مجرد بیشتر بود. بر اساس

ارتباط با بیماری سل و لحاظ نمودن دقت (d) برابر ۰/۷ و انحراف معیار ۴/۷ و اطمینان ۰/۹۵، تعداد ۱۷۴ نفر بر اساس فرمول زیر تعیین گردید (۲۳).

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma^2}{d^2} = \frac{1.96^2 \times 4.7^2}{0.7^2} = 174$$

روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای بود، به این صورت که به‌طور تصادفی دو مرکز بهداشت از مراکز بهداشتی ۵ گانه مشهد انتخاب و سپس از هر مرکز به‌طور مساوی بیماران مبتلا به سل که تحت درمان دارویی قرار داشتند به‌طور تصادفی ساده برای انجام این پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه بیماران و مراقبین: تمایل برای شرکت در پژوهش، داشتن سواد سلامت حداقل ابتدایی مراقبین بیماران و معیارهای خروج بیماران و مراقبین از مطالعه: عدم تمایل جهت شرکت در مطالعه بود و پاسخ ندادن به سؤالات پرسشنامه بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات فردی، سواد سلامت تافلا فرم کوتاه (سواد سلامت عملکرد بالغین) و پرسشنامه محقق ساخته رفتار بیماران استفاده شد. آزمون سواد سلامت عملکردی شامل دو بخش درک عددی و درک خواندن است. بخش درک خواندن شامل ۱۷ سؤال است که توانایی بیمار در خصوص خواندن و فهمیدن متن را ارزیابی می‌کند. این متن‌ها درباره دستورالعمل آماده شدن برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، حقوق و مسئولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه‌نامه و فرم استاندارد رضایت‌نامه بیمارستان است. نمره فرد در این بخش بین ۰ تا ۵۰ در نظر گرفته می‌شود. بخش درک عددی شامل ۱۰ سؤال است که توانایی فرد برای درک و عمل بر اساس سفارش پزشک که نیاز به محاسبه دارد را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره فرد در این بخش بین ۰ تا ۵۰ در نظر گرفته می‌شود. از مجموع نمرات این بخش نمره کل سواد سلامت که عددی بین ۰ تا ۱۰۰ است به دست می‌آید. نمره ۵۹-۰ به‌عنوان سواد سلامت ناکافی، نمره ۷۴-۶۰ سواد سلامت مرزی و ۱۰۰-۷۴ به‌عنوان سواد سلامت کافی محسوب می‌شود. پرسشنامه سواد سلامت در مطالعه بهزاد و همکاران (۲۰۱۳) تحت عنوان «ارتقاء سطح سلامت و خودکارآمدی بیماران دارای بیماری مزمن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی از طریق آموزش سواد سلامت به کارکنان این مراکز در شهر مشهد سال ۱۳۹۱» مورد استفاده قرار گرفت که ضریب همبستگی این پرسشنامه ۰/۸۹ و مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تعیین گردید (۲۴). پرسشنامه

آزمون بین میانه نمره سواد سلامت ($P < 0.05$) با وضعیت اشتغال در نمونه‌های پژوهش از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت، به‌طوری‌که میان نمرات این بعد در افراد با تحصیلات لیسانس و بالاتر بیشتر از افراد زیر دیپلم بود. سایر اطلاعات در جدول قابل‌مشاهده است (جدول ۱).

جدول ۱- میانه و دامنه میان چارکی سواد سلامت برحسب متغیرهای دموگرافیک در مراقبین بیماران مبتلا به سل

نتیجه آزمون	میانه (دامنه میان چارکی)	درصد	تعداد	سواد سلامت
***0.008	۶۹(۱۰)	۳۰	۲۷	۱۵-۳۰
	۷۲(۲۰)	۳۳/۳	۳۰	۳۱-۴۵
	۶۲(۱۲)	۳۰	۲۷	۴۶-۷۰
	۵۸(۱۱)	۶/۶	۶	۷۱-۹۵
*0.22	۶۲(۱۶)	۵۳/۳	۴۸	زن
	۶۸(۱۶)	۴۶/۶	۴۲	مرد
**0.002	۷۲(۱۴)	۲۴/۴	۲۲	مجرد
	۶۲(۱۴)	۷۵/۵	۶۸	متاهل
***<0.001	۷۸(۱۰)	۱۵/۵	۱۴	کارمند
	۶۵(۱۴)	۳۶/۶	۳۳	آزاد
	۶۴(۱۸)	۷/۷	۷	محصل
	۷۳(۱۱)	۶/۶	۶	بازنشسته
	۶۲(۱۲)	۳۳/۳	۳۰	خانه‌دار
***<0.001	۵۸(۶)	۲۲/۲	۲۰	ابتدایی و سیکل
	۶۲(۱۰)	۳۸/۸	۳۵	دیپلم و فوق دیپلم
	۷۴(۹)	۳۸/۸	۳۵	لیسانس و بالاتر
***<0.001	۸۴(۲۲)	۴/۴	۴	خوب
	۶۸(۱۲)	۷۷/۷	۷۰	متوسط
	۵۸(۶)	۱۷/۷	۱۶	ضعیف
***0.22	۷۰(۱۴)	۴۴/۴	۴۰	حقوق خودم
	۶۲(۱۲)	۵۱/۱	۴۶	خانواده
	۶۸(۱۸)	۴/۴	۴	سایر
***0.12	۶۴(-)	۶/۶	۶	پدر و مادر
	۶۰(۸)	۲/۲	۲	خواهر و برادر
	۵۸(۱۲)	۲۵/۵	۲۳	همسر
	۶۸(۱۴)	۵۴/۴	۴۹	فرزند
	۶۲(۱۳)	۱۱/۱	۱۰	سایر
**0.002	۶۶(۱۳)	۱۴/۴	۱۳	دارد
	۶۴(۱۶)			ندارد
		۸۵/۵	۷۷	
***0.59	۶۸(۱۳)	۲۸/۸	۲۶	۱-۲
	۶۴(۱۶)	۶۰	۵۴	۳-۴
	۶۰(۱۴)	۶/۶	۶	۵-۶

*من ویتنی **کروسکال واریس



میانگین سنی بیماران شرکت کننده در مطالعه $63/9 \pm 15/94$ سال بود. بر اساس نتایج آزمون، بین سن و رفتار ارتباط معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). بر اساس نتایج، بین میانه نمره رفتار ($P = 0/001$) با گروه سنی در نمونه‌های پژوهش از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت، به طوری که میانه نمرات این بعد در گروه سنی ۱۵-۳۰ بیشتر از سایر افراد بود. میانه نمره رفتار ($P = 0/001$) با میزان تحصیلات در نمونه‌های پژوهش از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت، به طوری که میانه نمرات این

جدول ۲- میانه و دامنه میان چارکی رفتار برحسب متغیرهای دموگرافیک در بیماران مبتلا به سل

نتیجه آزمون	میانه (دامنه میان چارکی)	درصد	تعداد	رفتار
***0/001	۳۹(۱/۵)	۶/۶	۶	۱۵-۳۰
	۳۷(۱۳)	۷/۷	۷	۳۱-۴۵
	۳۴(۵)	۴۷/۷	۴۳	۴۶-۷۰
	۳۱(۴)	۳۷/۷	۳۴	۷۱-۹۵
*0/99	۳۳(۶/۵)	۵۴/۴	۴۹	زن
	۳۳(۶)	۴۵/۶	۴۱	مرد
*0/06	۳۷/۵(۵/۵)	۶۴/۴	۳۲	مجرد
	۳۳(۶/۵)	۲۵/۶	۵۸	متاهل
***0/38	۳۳/۵(۱۲/۵)	۶/۷	۶	بیکار
	۳۶/۵(۹/۵)	۱۳/۳	۱۲	کارمند
	۳۳(۳)	۷/۸	۷	آزاد
	۳۴(۶)	۳۰	۲۷	بازنشسته
	۳۳(۴/۵)	۴۲/۲	۳۸	خانه‌دار
***0/001	۳۱(۵)	۵۲/۳	۴۸	ابتدایی و سیکل
	۳۳(۳)	۲۶/۷	۲۴	دیپلم و
	۳۹(۳/۵)	۲۰	۱۸	فوق دیپلم
	-	۰	۰	لیسانس و بالاتر
***0/001	۳۴(۶/۲۵)	۶۵/۶	۵۹	خوب
	۳۱/۵(۴/۲۵)	۳۴/۴	۳۱	متوسط
***0/06	۳۳(۸/۵)	۳۰	۲۷	ضعیف
	۳۲(۵/۵)	۳۶/۷	۳۰	حقوق خودم
	۳۴(۵)	۳۳/۳	۳۳	خانواده
	۳۳(۵)	۸۳/۳	۷۵	سایر
*0/06	۳۶(۷/۵)	۱۵/۶	۱۴	ریوی
	۳۳(۵)	۱۵/۶	۱۴	خارج ریوی
*0/17	۳۵(۸/۵)	۱۵/۵	۱۴	دارد
	۳۳(۵)	۸۴/۴	۷۶	ندارد
*0/36	۳۲(۸/۲۵)	۲۰	۱۸	دارد
	۳۳(۶/۲۵)	۸۰	۷۲	ندارد
***0/06	۳۲(۵)	۴۳/۳	۳۹	۱-۲
	۳۵(۶)	۳۶/۶	۳۳	۳-۴
	۳۴(۶/۵)	۱۲/۲	۱۱	۵-۶
*0/08	۳۳(۶)	۴۵/۶	۴۱	دارد
	۳۴(۷)	۵۲/۲	۴۷	ندارد

*من ویتنی

**کروسکال واریس

مراقبین باسواد سلامت بالا، می‌تواند سبب ارتقاء رفتار بیماران و حساسیت و نگرانی بالاتر آن‌ها در خصوص سلامتی شود. در مطالعه حاضر بیش از ۸۰٪ افراد شرکت‌کننده از سواد سلامت کافی برخوردار نبودند. این در حالی است که به دلیل نیاز به توانایی در مهارت‌ها مراقبتی و انتقال اطلاعات به بیماران، بحث سواد سلامت در این گروه اهمیت دوچندانی می‌یابد. مطالعه طهرانی، بنی‌هاشمی و همکاران (۲۰۰۷) که در ۵ شهر ایران صورت گرفت نشان داد که در مجموع سواد سلامت در ایران پایین است. همچنین در مطالعاتی که بر روی بزرگسالان شهر تویسرکان با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان صورت

بعد در افراد با تحصیلات لیسانس و بالاتر بیشتر از افراد دیپلم و زیر دیپلم بود. سایر اطلاعات در جدول ۲ قابل‌مشاهده است. جدول ۳، نتایج مدل خطی عمومی جهت تعیین ارتباط سواد سلامت مراقبین با رفتار بیماران نشان داد که بین سواد سلامت مراقبین و رفتار بیماران ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. اگر نمره سواد سلامت یک واحد افزایش یابد، رفتار به‌طور متوسط ۰/۲۱ واحد افزایش خواهد داشت. با کنترل متغیرهای مخدوش گر به ازای یک واحد افزایش در نمره سواد سلامت، رفتار بیماران به‌طور متوسط ۰/۲۱ افزایش می‌یابد که از لحاظ آماری نیز معنادار بود ($P < 0.001$).

جدول ۳- نتایج مدل خطی عمومی در تأثیر سواد سلامت مراقبین بر رفتار بیماران مبتلا به سل

متغیر وابسته	متغیر مستقل	β	S.E	t	sig
رفتار	سواد سلامت	۰/۲۱	۰/۰۴	۵/۱	<۰/۰۰۱
	وضعیت تأهل	۰/۲۶	۰/۹۳	۰/۲۸	۰/۷۷
	مجرد	α .	-	-	-
	متاهل	α .	-	-	-
	وضعیت اقتصادی	۳/۱۴	۰/۸۷	۳/۵۹	<۰/۰۰۱
	متوسط	α .	-	-	-
	ضعیف	α .	-	-	-
	گروه سنی	۷/۶۹	۱/۵۷	۴/۸	<۰/۰۰۱
	۱۵-۳۰	۵/۰۲	۱/۴۷	۳/۴	۰/۰۰۱
	۳۱-۴۵	۳/۷	۰/۸۲	۴/۵۵	<۰/۰۰۱
تحصیلات	۴۶-۷۰	α .	-	-	-
	۷۱-۹۵	-۷/۷	۰/۸۵	-۸/۸	<۰/۰۰۱
	ابتدایی و سیکل	-۵/۹	۰/۹۰	-۶/۵۲	<۰/۰۰۱
	دیپلم و فوق‌دیپلم	α .	-	-	-
لیسانس و بالاتر	لیسانس و بالاتر	α .	-	-	-
	لیسانس و بالاتر	α .	-	-	-

α به‌عنوان رفرنس در نظر گرفته شده است.

گرفت، شرکت‌کنندگان در دسترسی اطلاعات در حد متوسط، درک اطلاعات در حد ضعیف، در قضاوت و ارزیابی در حد متوسط و در استفاده از اطلاعات در حد متوسط بودند.

در مطالعه حاضر همبستگی معناداری بین سن و سواد سلامت وجود داشت به‌طوری‌که گروه سنی ۳۱-۴۵ نمره سواد سلامت بالاتری داشتند، این نتیجه ممکن است به این علت باشد که افراد در این گروه سنی مسئولیت‌پذیری بیشتری در برابر گروه سنی زیر ۳۱ سال دارا می‌باشند و همچنین از سلامت فیزیکی بیشتری نسب به گروه سنی بالای ۴۵ سال، جهت مراقبت بیماران برخوردار می‌باشند که با مطالعه پیمان و همکاران و رئیسی و

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر که باهدف ارزیابی سواد سلامت مراقبین و رفتار بیماران مبتلا به سل و بررسی ارتباط این متغیرها صورت گرفت، نشان داد که سواد سلامت مراقبین و رفتار بیماران همبستگی مثبت و معناداری دارند و افزایش سواد سلامت مراقبین باعث بهبود نسبی در بهبود رفتار بیماران می‌شود که با مطالعه اسکوت و همکاران (۲۰۰۲) مشابه بود. استفاده از راهبردهای سواد سلامت در متخصصین سلامتی، سبب بهبود عملکرد بیماران می‌شود و از اهمیت بالایی برخوردار است. همچنین آگاهی

هستند و داشتن تحصیلات خود باعث بهبود عملکرد و رفتار فرد می‌شود.

درواقع ارزیابی سواد سلامت مراقبین یک عامل تعیین‌کننده مهم در تبعیت از رفتارهای پیشگیری‌کننده است.

مطالعه حاضر یک مطالعه پژوهشی مقطعی است، لذا دستیابی و امکان تجزیه و تحلیل روابط علی به خاطر ماهیت مطالعه و محدودیت زمانی و بودجه‌ای امکان‌پذیر نبود و لزوم انجام مطالعات طولی احساس می‌شود. همچنین شرکت‌کنندگان در مطالعه به روش خود گزارشی ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. گرچه تورش به‌عنوان مسئله‌ای همواره با تکمیل پرسشنامه‌ها به شیوه خود ایفا قرین است، اما کارآمدی و اعتبار روش مذکور در مطالعات اثبات‌شده است. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، تأثیر تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های شخصی افراد هنگام پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها، میزان علاقه‌مندی به این برنامه و سایر فعالیت‌های آموزشی بر کسی پوشیده نیست که از کنترل پژوهشگر خارج بود.

به‌طورکلی این مطالعه نشان داد که سواد سلامت مراقبین می‌تواند در بهبود عملکرد رفتار بیماران مؤثر است، به‌طوری‌که افراد که سطح سواد سلامت پایین‌تری داشتند رفتارهای پیشگیری‌کننده کم‌تری را از خود نشان دادند و از آنجاکه نتایج مطالعه سطح سواد سلامتی را ناکافی نشان داد که به‌عنوان هشدار برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی محسوب می‌شود و لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت را در برنامه‌های ارتقاء سلامت می‌رساند. با بررسی ارتباط میان سواد سلامت مراقبین و رفتار بیماران مبتلا به سل می‌توان راهکارهایی جهت انتقال اطلاعات و ارتقاء سواد سلامت مراقبین و در نتیجه آن بهبود رفتارهای بیماران مبتلا به سل شناسایی کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت مشهد است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تمام مشارکت‌کنندگان محترم که انجام پژوهش حاضر را امکان‌پذیر ساختند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ازجمله ملاحظات اخلاقی این مطالعه، ثبت در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد IR.MUMS.REC.1398.264، کسب رضایت از واحدهای پژوهش و تکمیل فرم رضایت آگاهانه،

همکاران مشابه بود؛ و بامطالعه قنبری و همکاران که با افزایش سن افراد مورد مطالعه به بالای ۳۰ سال، سواد سلامت به‌طور چشمگیری کاهش می‌یابد مشابه نبود.

در مطالعه حاضر بین سواد سلامت و جنس همبستگی معناداری مشاهده نشد که بامطالعه موشر و همکاران (۲۰۱۲) مطابقت داشت، اما در مطالعه محمودی و همکاران سطح سود سلامت زنان بالاتر از مردان بود که بامطالعه حاضر مشابه نبود، یکی از دلایل احتمالی این اختلاف، تفاوت در زمینه‌های فرهنگی اجتماعی جمعیت مورد بررسی می‌تواند باشد.

با توجه به نتایج مطالعه، انجام مداخله مؤثر به‌منظور افزایش مشارکت مراقبین با سطح سواد سلامت ناکافی و مرزی، جهت ارتقاء رفتار بیماران ضروری است، زیرا از مشکلات سلامتی از تحمیل هزینه‌های اضافی بر خانواده‌ها و جامعه کاسته خواهد شد و از آنجایی که یافته‌های حاصل از این مطالعه ارتباط سطح سواد سلامت مراقبین با رفتار بیماران مبتلا به سل را نشان می‌دهد می‌تواند در سطح خرد و کلان بکار گرفته شود؛ و تأثیر بسزایی در بهبود رفتار بیماران مبتلا به سل و سطح سلامتی این گروه ایفا می‌کند.

بین میانه نمره سواد سلامت با وضعیت تأهل، از نظری آماری تفاوت معناداری وجود داشت، به‌طوری‌که سواد سلامت در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل بود. طهرانی و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود ارتباط معناداری بین وضعیت تأهل و سواد سلامت پیدا کردند. این امر می‌تواند ناشی از این باشد که مراقبین مجرد وقت بیشتری جهت کمک به بیماران در اختیار دارند و بیشتر با چنین فرم‌هایی سرکار دارند پس در خواندن این فرم‌ها سریع‌تر هستند.

بین میانه نمرات سواد سلامت و وضعیت اشتغال، از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت، به‌طوری‌که میانه نمره سواد سلامت در افراد شاغل بیشتر از سایر افراد بود. بالاتر بودن نمره سواد سلامت در افراد شاغل احتمالاً به این دلیل بود که این افراد از وضعیت تحصیلی و روحی بالاتری نسبت به سایر مراقبین داشتند و داشتن شغل، معیاری جهت بالا بودن سواد سلامت است.

بین میانه رفتار بیماران و تحصیلات، ارتباط معناداری وجود داشت، به‌طوری‌که میانه نمره رفتار در افراد شاغل بیشتر از سایر افراد بود. بالاتر بودن نمره رفتار به این دلیل بود که این افراد از وضعیت جسمی و روحی بالاتری نسبت به سایر افراد برخوردار

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارضی را ذکر نکرده‌اند

محفوظ ماندن محرمانه اطلاعات شرکت کنندگان و محفوظ ماندن حق خروج برای شرکت کنندگان بود.

References

1. Dahuja A, Dahuja G, Kaur R, Bansal K. Isolated tuberculosis of talus: a case report. *Malaysian orthopaedic journal*. 2014;8(1):61.
2. Houben RM, Dodd PJ. The global burden of latent tuberculosis infection: a re-estimation using mathematical modelling. *PLoS medicine*. 2016;13(10):e1002152.
3. Khair Mohammad J, Nakhaei-Moghadam T, Alizadeh-Seiok H, Zareban I. Impact of Educational Intervention on Patients Behavior with Smear-positive Pulmonary Tuberculosis: A Study Using the Health Belief Model. *Materia socio medical*. 2015; 27(4): 229.
4. Organization WH. Global tuberculosis report 2018: World Health Organization; 2018. (available: <https://www.who.int/whr/2018/en/>)
5. Sohn KY, Shrestha S, Khagi A, Malla SS, Pokharel BM, Khanal M, et al. Polymerase chain reaction detection of Mycobacterium tuberculosis from sputum. *J Nepal Med Assoc*. 2003; 42(146):65-70.
6. Hatami H, Khani H, Lotfi M, Atefi A, Falahati M. Epidemiological Study of Tuberculosis in Health Centers of Yazd City during 2005-2014. *Journal of community health research*. 2020;9(3):148-141
7. Saberifar R. Effective Environmental and Demographic Factors on Incidence of Tuberculosis in Mashhad, Iran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017;27 (147):(404-408). [In Persian]
8. Smeltzer Suzanns CC. Bare Brenda G. *Brunner's text book of medical surgical nursing*. Philadelphia, lippincott Williams and Wilkins: 2004;33(2):52-48.
9. White CA. Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd; 2001.
10. Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2005; 112(3):199-201.
11. Bland R, Darlington Y. The nature and sources of hope: perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. *Perspect Psychiatr Care* 2002; 38(2):61-8.
12. Glozman JM. Quality of life of caregivers. *Neuropsychol Rev*. 2004; 14(4):183-96.
13. Timby BK, Smith NE. *Essentials of nursing: care of adults and children*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
14. Arnot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008; 372(9650):1661-9.
15. Baker D. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):878-83
16. Organization WH. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. *health promotion on glossary*. 1998;10:123-135
17. Sh S. Study of education need in Tuberculosis patients and their family and self care in Uremia. *Journal of Uremia Nursing and Midwifery faculty* 2004;2(2):14-20. [In Persian]
18. Wandwalo ER, Mørkve O. Knowledge of disease and treatment among tuberculosis patients in Mwanza, Tanzania. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4(11):1041-6.
19. Phuong Hoa N, EKTA, K Diwan V. Knowledge of tuberculosis and associated health – seeking behavior among rural Vietnamese adults with a cough for at least three weeks. *scand j public health*. 2003;62:59-65.
20. Raeisi M, Javadzade H, Mostafavi F, Tavassoli E. Health Literacy and health promoting behaviors among older adults. *J Health Syst Res*. 2013;9(8):827-36



21. Yuen EY, Knight T, Ricciardelli LA, Burney S. Health Literacy of caregivers of adult car recipients: A systematic scoping review, Health & social care in the community 2018;26(2) e191-206.
22. Dewalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *pediatrics*. 2009;124 (3):S265-74.
23. Faraji O, Ramazani A, Abbaszadeh M, Abdollahzad H, Aliabadi A. The effect of design and evaluation of health education program on knowledge, attitude and performance of patients' family members about tuberculosis disease in Zabol. *Journal of yazd school of health*; 2016; 15 (2):73-81. [In Persian]
24. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Measuring Maternal Health Literacy in Pregnant Women Referred to the Healthcare Centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2018; 6(1): 1157-1162. DOI: 10.22038/JMRH.2017.9613



Original Article

Relationship between the behavior of patients with tuberculosis and the health literacy of Mashhad caregivers

Ramazannia P¹, Vahedian Shahroudi M^{2*}, Tehrani H², Esmaili H²

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

2. Department of Health Education and Health Promotion, Research Center for Social Factor Affecting Health, Social Factors Affecting Health Research Center, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

Received: 02 Nov 2020

Accepted: 03 Dec 2020

Abstract

Background & Objective Health-promoting behavior and health literacy is one of the main determinants of health and benefiting from them can increase health behaviors and improve access to health care. The aim of this study was to investigate the relationship between the behavior of patients with tuberculosis and the health literacy of their caregivers in Mashhad.

Materials & Methods: This descriptive study was performed in 2010 on 90 patients with tuberculosis and 90 caregivers per patient in Mashhad. Multi-stage sampling was used for sampling. Data were collected using a personal information questionnaire and a researcher-made questionnaire to assess patients' behavior. Data were analyzed using SPSS software version 16 and descriptive and inferential statistical tests (Spearman correlation and regression and Mann-Whitney and Kruskal varicose veins). The significance level was considered at $P < 0.05$.

Results: The relationship between tuberculosis prevention behaviors and caregivers' health literacy was significant, so people with higher health literacy levels showed more preventive behaviors. Therefore, it is necessary to pay more attention to health literacy in health promotion programs and increase preventive behaviors.

Conclusion: There was a significant relationship between tuberculosis prevention behaviors and the health literacy of caregivers. Therefore, it is necessary to pay more attention to health literacy in health promotion programs and increase preventive behaviors.

Keywords: Health Literacy, Caregivers, Tuberculosis

***Corresponding Author: Vahedian Shahroudi Mohammad**, Department of Health Education and Health Promotion, Research Center for Social Factor Affecting Health, Social Factors Affecting Health Research Center, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Iran
Email: vahedianm@mums.ac.ir
<https://orcid.org/0000-0001-6302-3021>