

رابطه بین سواد سلامت مراقبین و رفتار زنان مبتلا به MS

یاسمن جعفری^۱، دکتر محمد واحدیان شاهرودی^{۲*}، دکتر هادی طهرانی^۳، دکتر

حبیب‌الله اسماعیلی^۴، مهدی حارث‌آبادی^۵، دکتر محمد شریعتی^۶

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استاد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۶. متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۷

خلاصه

مقدمه: بیماران به واسطه افزایش نیازهای خودمراقبتی، مستلزم تغییراتی در رفتار هستند. همچنین مراقبین خانوادگی با توجه به نقش حساس آنها در زمینه توان‌بخشی بیماران با ناتوانی جسمی و روانی، قادرند بیماران را در بالا بردن توانایی‌هایشان یاری نمایند. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین سواد سلامت مراقبین و رفتار بیماران مبتلا به MS انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی همبستگی در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۵ بر روی ۷۶ زن مبتلا به MS و ۷۶ مراقب از هر بیمار در شهر بجنورد انجام گرفت. گردآوری داده‌های مربوط به زنان مبتلا به MS با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات فردی، سواد سلامت تافلا و سنجش رفتار بیماران انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های همبستگی پیرسون و اسپیرمن و رگرسیون انجام گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین سطح سواد سلامت $13/95 \pm 64/26$ بود، که ۲۴ نفر (۱۵/۸٪) دارای سواد سلامت کافی، ۴۰ نفر (۵۲/۶٪) سواد سلامت مرزی و ۱۲ نفر (۳۱/۶٪) سواد سلامت ناکافی داشتند و میانگین نمره رفتار نیز $23/67 \pm 5/89$ بود. بر اساس نتایج آزمون همبستگی، بین سواد سلامت مراقبین و رفتار زنان مبتلا به MS ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت ($r=0/35$, $p<0/001$).

نتیجه‌گیری: سطح سواد سلامت اکثر مراقبین در حد مرزی و ناکافی است و هشدار برای مراقبین و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت محسوب می‌شود، لذا لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقاء سلامت الزامی است.

کلمات کلیدی: سواد سلامت، مراقبین خانوادگی، مولتیپل اسکلروزیس

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محمد واحدیان شاهرودی؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۳۱۸۹۲۲۰۲؛ پست الکترونیک: vahedianm@mums.ac.ir

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS)^۱، نوعی بیماری پیشرونده و تحلیل‌برنده غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است (۱). این بیماری اغلب در سنین ۲۰-۴۰ سالگی بروز کرده و ابتلاء در زنان ۲ برابر مردان است (۲). علت این امر هنوز روشن نیست، شاید زنان نسبت به حالات التهابی و تغییرات در ایمنی بدن حساس‌تر هستند (۳). معالجه قطعی برای MS وجود ندارد و به همین دلیل، اساس درمان بر تنظیم ایمنی با بتالینترفرون، کنترل علائم و مداخلات غیردارویی متمرکز شده است (۴). عمده‌ترین عوارض این بیماری خستگی، گرفتگی عضلات، لرزش، عدم تعادل و اختلال در راه رفتن است (۵). بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با مشکلات وابسته به بیماری‌شان روبه‌رو هستند؛ به طوری که شرکت آنان در فعالیت‌هایی که باعث پیشرفت سلامت می‌شود، محدود شده و سبب افزایش عوارض ثانویه می‌گردد (۶).

بدیهی است با توجه به ویژگی مزمن و عودکننده بیماری MS، این بیماری ممکن است به درجات متفاوت بر زندگی شخصی، اعتماد به نفس، خانواده، شغل و آینده بیمار تأثیر بگذارد (۷). دوره متوسط بیماری بیش از ۳۰ سال است و در واقع می‌توان گفت بیماری عمدتاً ناتوان‌کننده است تا کشنده و در صورت مراقبت از بیمار مبتلا، می‌تواند عمری نزدیک به طبیعی داشته باشد (۸). بیمارانی که بیماری‌شان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیر قابل کنترل‌تر می‌دانند، منفعل‌تر می‌شوند، ناتوانی بیشتری را گزارش می‌کنند، کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانی بیشتری دارند (۹). این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و همه ابعاد زندگی روزانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به طوری که بیماران را به سوی فقدان احساس شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد (۱۰).

بیماری‌های مزمن، نگاه به زندگی را به‌عنوان فرآیندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد (۱۱) و بیماری MS نیز مانند هر بیماری مزمن و محدودکننده

دیگر، تأثیر نامطلوبی بر سلامت روانی بیمار و خانواده او دارد و مشکلاتی را در طول عمر برای بیمار، خانواده و نظام درمانی کشور ایجاد می‌کند (۱۲). اینگونه بیماری‌ها، به واسطه افزایش نیازهای خودمراقبتی، مستلزم تغییراتی در رفتار هستند، رفتار به معنای پاسخ قابل مشاهده فرد می‌باشد و شامل طیف وسیعی از پاسخ‌های اجتماعی، روانی و عملکرد جسمانی است (۱۳).

بیماران MS با ناتوانی‌های زیادی در زندگی روبرو می‌شوند. این بیماران حتی برای انجام فعالیت‌های ساده روزمره مانند بلند شدن از رختخواب، لباس پوشیدن و حمام کردن نیاز به کمک افراد خانواده دارند. معمولاً یکی از افراد خانواده نقش مراقبت از بیمار را به عهده می‌گیرد (۱۴). مراقبین خانوادگی^۲ با توجه به نقش حساس آنها در زمینه توان‌بخشی بیماران با ناتوانی جسمی و روانی، قادرند بیماران را در بالا بردن توانایی‌هایشان یاری نمایند (۱۵). مراقبین خانوادگی در امر مراقبت از بیمار خود مستقیماً نقش دارند (۱۶). بیماری یک عضو خانواده، سبک زندگی کل خانواده را تغییر می‌دهد و تعادل خانواده را بر هم می‌زند. انجام مراقبت مداوم، تنش مزمن را برای مراقب به وجود می‌آورد و توانایی‌های وی را برای کمک رساندن کامل و دلخواه محدود می‌کند و در نهایت سلامت جسمی و روانی او را تهدید می‌نماید (۱۷). عدم وجود دانش و مهارت کافی در این افراد، باعث کاهش انگیزه برای اتخاذ روش‌های پیشگیری و در نتیجه ایجاد یک چرخه معیوب شده که نتیجه نهایی آن، عدم پیشگیری مناسب است (۱۸).

از طرفی اهمیت سواد سلامت^۳ به طور روزافزون در سطوح سواد عمومی و سواد مراقبتی نشان داده شده است. سواد سلامت در ارتباط با ظرفیت‌های افراد برای برآوردن نیازهای پیچیده سلامتی در یک جامعه مدرن مورد نیاز می‌باشد (۱۹). سواد سلامت اشاره به ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات بهداشتی پایه مورد نیاز به‌منظور تصمیم‌گیری‌های مناسب بهداشتی دارد (۲۰). سواد سلامت شامل توانایی درک دستورالعمل‌های داروهای تجویز شده، بروشورهای

^۲ Family caregiver

^۳ Health Literacy

^۱ Multiple Sclerosis

آموزش پزشکی، فرم‌های رضایت‌نامه، توانایی بهره‌مندی از سیستم پیچیده پزشکی، مهارت خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی بکارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی مربوط می‌شود (۲۱).

در طول سه دهه‌ای که از پیدایش مفهوم سواد سلامت می‌گذرد، پژوهش‌های زیادی برای پاسخگویی به این سؤال که چگونه سواد سلامت بر روی سلامت افراد تأثیر می‌گذارد، انجام شده است (۲۲).

با بررسی ارتباط میان سواد سلامت مراقبین و رفتار بیماران مبتلا به MS می‌توان راهکارهایی جهت انتقال اطلاعات و ارتقاء سواد سلامت مراقبین و در نتیجه آن بهبود رفتارهای بیمارهای مبتلا به MS شناسایی کرد، به این ترتیب مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین رفتار زنان مبتلا به MS و سواد سلامت مراقبین آنها در شهر بجنورد انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی همبستگی در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۵ بر روی ۷۶ زن مبتلا به MS و ۷۶ مراقب از هر بیمار انجام گرفت. روش نمونه‌گیری سرشماری بود و تمام مراقبین و زنان مبتلا به MS که واجد شرایط بودند، وارد مطالعه شدند. تعداد کل بیماران زن ثبت‌نام شده در انجمن و دارای پرونده در مطب پزشک، ۸۳ نفر بود که ۷ نفر به دلیل عدم صلاحیت در معیارهای ورود یا دارا بودن معیارهای خروج، از مطالعه خارج شدند. برای دسترسی به نمونه‌های پژوهش، از افرادی که در انجمن MS و یکی از مطب‌های مغز و اعصاب سطح شهر (که بیشترین مراجعه کننده بیمار مبتلا به MS را داشت) ثبت‌نام کرده بودند، استفاده شد (تمام افراد مبتلا به MS پس از تشخیص بیماریشان ملزم به ثبت‌نام در انجمن MS می‌باشند) و از تمام افراد ثبت‌نام شده جهت شرکت در مطالعه دعوت شد و افرادی که قادر به مراجعه به انجمن نبودند، در صورت رضایت ایشان به درب منزل مراجعه شد و پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. مراجعه بیماران به انجمن MS هر روز از صبح تا ساعت ۱۳ بود و جمع‌آوری نمونه در همین زمان صورت می‌گرفت. معیارهای ورود به مطالعه برای مراقبین شامل: زندگی با

بیمار، استحقاق تصمیم‌گیری مربوط به درمان و داروی بیمار و مسئولیت مراقبت روزانه از بیمار بود و معیار خروج ایشان از مطالعه شامل: عدم تمایل جهت شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج بیماران از مطالعه شامل: داشتن سابقه بیماری نظیر اختلالات روانی، اختلالات شناختی، سابقه اعتیاد به مواد و سایر اختلالات عصبی و انصراف از ادامه مشارکت در مطالعه بود. در صورت خروج هر بیمار از مطالعه، مراقب ایشان نیز از مطالعه خارج می‌شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اطلاعات فردی، پرسشنامه سواد سلامت تافلا (TOFHLA)^۱ و پرسشنامه رفتار بیماران که پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود، استفاده شد. آزمون سواد سلامت عملکردی بزرگسالان شامل ۲ بخش درک عددی و درک خواندن است. بخش درک خواندن، 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 ۵۰-۰ در نظر گرفته می‌شود. بخش درک عددی، توانایی فرد برای درک و عمل بر اساس سفارش پزشک که نیاز به محاسبه دارد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این بخش دارای ۱۰ توضیح یا دستور بهداشتی در زمینه داروهای تجویز شده، زمان مراجعه به پزشک، مراحل استفاده از کمک‌های مالی و یک مثال از نتیجه یک آزمایش طبی است. نمره فرد در این بخش بین ۵۰-۰ در نظر گرفته می‌شود. این بخش حاوی ۱۷ سؤال است. از مجموع نمرات این دو بخش، نمره کل سواد سلامت که عددی بین ۱۰۰-۰ 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 (۲۳). این پرسشنامه در مطالعه بهزاد و همکاران (۲۰۱۳) تحت عنوان «ارتقاء سطح سلامت و خودکارآمدی بیماران دارای بیماری مزمن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی از طریق آموزش سواد سلامت به کارکنان این مراکز در شهر مشهد سال ۱۳۹۱» مورد استفاده قرار

¹ Test of Functional Health Literacy in Adult

از جمله ملاحظات اخلاقی این مطالعه، ثبت در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد IR.MUMS.REC.1396.107 کسب رضایت از واحدهای پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه، محفوظ ماندن محرمانه اطلاعات شرکت‌کنندگان، توضیح کامل اهداف پژوهش به نمونه‌ها، محفوظ ماندن حق خروج از مطالعه برای شرکت‌کنندگان، پیش‌بینی تدابیر لازم برای تهیه پذیرایی از شرکت‌کنندگان بود.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۷۶ مراقب بیمار مبتلا به MS و ۷۶ بیمار شرکت کردند. از بین مراقبین، ۵۴ نفر (۷۱/۱٪) زن و سایر افراد (۲۸/۹٪) مرد بودند (جدول ۱).

میانگین سنی مراقبین شرکت‌کننده در مطالعه، ۴۰/۹±۸/۳ سال بود. میانگین سطح سواد سلامت افراد ۶۴/۲۶±۱۳/۹۵ بود که ۲۴ نفر (۱۵/۸٪) دارای سواد سلامت کافی، ۴۰ نفر (۵۲/۶٪) سواد سلامت مرزی و ۱۲ نفر (۳۱/۶٪) نیز سواد سلامت ناکافی داشتند. میانگین نمره رفتار نیز ۲۳/۶۷±۵/۸۹ بود.

اطلاعات مربوط مراقبین

متغیرهای کمی در گروه مراقبین از توزیع نرمال پیروی می‌کردند و برای تحلیل آنها از آزمون‌های پارامتری استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین سن و سواد سلامت ارتباط معناداری وجود نداشت ($r = -0.33$, $p = 0.779$). برای مقایسه سواد سلامت بر حسب متغیرهای کیفی چندحالتی از آزمون آنالیز واریانس و برای متغیرهای کیفی دوحالتی از آزمون تی مستقل استفاده گردید. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس و تی مستقل، میانگین سواد سلامت در هیچ یک سطوح متغیرهای فردی تفاوت معناداری نداشت (جدول ۱).

گرفت که ضریب همبستگی این پرسشنامه ۸۹٪ و مقدار آلفای کرونباخ ۷۵٪ تعیین گردید (۲۴). همچنین این پرسشنامه در مطالعات متعدد دیگر مانند مطالعه خسروی و همکار (۲۰۱۴) نیز آزمون شده است. برای تعیین روایی پرسشنامه از نظرات ۱۰ نفر از متخصصین استفاده شد و پایایی آن با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد ۰/۹۹ به دست آمد (۲۵).

پرسشنامه رفتار بیماران، پس از مرور جامعی بر متون موجود و انجام مراحل مختلف گزینش سؤالات، توسط محقق طراحی شد و شامل ۸ سؤال با مقیاس لیکرت است که بیشترین نمره این پرسشنامه ۴۰ و کمترین نمره آن ۵ می‌باشد. جهت تعیین روایی، پرسشنامه‌ها برای تعدادی از متخصصان آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در سراسر کشور ارسال شد و نظرات آنها در تعیین روایی محتوایی و صوری، وضوح تناسب زبانی و دامنه پاسخ‌گویی به گویه‌ها و طول ابزار به کار گرفته شده، مورد پرسش قرار گرفت. در نهایت ۱۰ نفر از آنها نظرات خود را ارسال کردند که در تنظیم ابزار مطالعه لحاظ گردید. پایایی ابزار نیز با تکمیل ۳۰ پرسشنامه توسط واحدهای پژوهش و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در شروع مطالعه تعیین شد. در این مطالعه شاخص روایی محتوایی^۱ پرسشنامه سنجش رفتار بیماران مبتلا به MS ۰/۹۱ و نسبت روایی محتوا^۲ نیز قابل قبول بود. برای اندازه‌گیری پایایی درونی از آلفای کرونباخ و پایایی بیرونی از روش بازآزمایی^۳ استفاده شد که نمرات به ترتیب ۰/۷۲۸ و ۰/۹۸۳ بودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. در بررسی روابط بین متغیرهایی که از توزیع نرمال پیروی می‌کردند، از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون و در مورد متغیرهایی که از توزیع نرمال پیروی نمی‌کردند، از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

¹ Content Validity Index

² Content Validity Ratio

³ Test-retest

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت مراقبین بر حسب عوامل فردی

متغیر	تعداد	درصد	سواد سلامت	
			میانگین \pm انحراف معیار	نتیجه آزمون
جنس	زن	۵۴	۶۲/۳ \pm ۱/۲	$p=0/424$
	مرد	۲۲	۶۵/۵ \pm ۱/۷	$t=-0/726$
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۳۰	۶۳/۴ \pm ۱۲/۵	$p=0/469$
	شاغل	۳۶	۶۵/۲ \pm ۱۵/۹	$f=0/766$
	سایر	۱۰	۱۱/۰۵ \pm ۶۴/۸	
وضعیت تأهل	متأهل	۶۷	۶۵/۴ \pm ۱۲/۴	$p=0/386$
	مجرد	۹	۵۷/۰۷ \pm ۲۲/۹	$t=0/873$
منبع درآمد	حقوق خودم	۳۰	۶۴/۷ \pm ۱۶/۵	$p=0/107$
	خانواده	۴۰	۶۲/۶ \pm ۱۱/۴	$f=2/3$
	سایر	۶	۷۴/۴ \pm ۱۵/۴	
وضعیت اقتصادی	خوب	۲۶	۶۳/۱ \pm ۲۴/۲	$p=0/176$
	متوسط	۴۴	۶۲/۰۲ \pm ۱۳/۱	$f=1/77$
	ضعیف	۶	۶۵/۰۵ \pm ۱۱/۷	
تحصیلات	ابتدایی	۱۱	۶۰/۵۴ \pm ۱۳/۳۵	$p=0/541$
	سیکل	۱۲	۷۰/۳۳ \pm ۱۱/۰۱	$f=0/781$
	دیپلم	۲۳	۶۳/۴۷ \pm ۱۱/۷۷	
	فوق دیپلم	۲۲	۶۳/۹ \pm ۱۸/۳۱	
نسبت	کارشناسی و بالاتر	۸	۶۳/۵ \pm ۱۰/۵۶	
	پدر و مادر	۱۰	۶۲/۹ \pm ۱۵/۷	$p=0/285$
	خواهر و برادر	۵	۶۱/۲ \pm ۲۷/۲	$f=1/28$
	همسر	۵۹	۶۳/۶ \pm ۱۱/۸	
	فرزند	۲	۴۵/۳ \pm ۱۷/۴	

نداشت ($p=0/703$, $t=0/042$). با توجه به اینکه برای متغیرهای کیفی چندحالتی از آزمون آنالیز واریانس و برای متغیرهای کیفی دوحالتی از آزمون تی مستقل استفاده گردید، فقط بین وضعیت اشتغال و رفتار بیماران ارتباط معناداری وجود داشت ($p=0/049$) و سایر متغیرها تفاوت معنی‌داری با رفتار بیماران نداشت ($p>0/05$) (جدول ۲).

اطلاعات بیماران

فراوانی متغیرهای فردی بیماران در جدول ۲ ذکر شده است. در گروه بیماران، تمام متغیرهای کمی از توزیع نرمال پیروی می‌کردند که از آزمون‌های پارامتری استفاده شد. میانگین سنی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه $42 \pm 9/7$ سال بود. بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین سن و رفتار ارتباط معناداری وجود

جدول ۲- میانگین نمره رفتار بیماران بر حسب عوامل فردی

متغیر	تعداد	درصد	رفتار بیماران	
			میانگین \pm انحراف معیار	نتیجه آزمون
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۴۱	۲۳ \pm ۶/۰۹	$p=0/049$
	شاغل	۳۱	۲۵ \pm ۵/۴۴	$f=1/23$
	از کار افتاده	۴	۲۰/۲۵ \pm ۶/۱۳	
وضعیت تأهل	متأهل	۵۷	۲۳/۵۷ \pm ۶/۱	$p=0/815$
	مجرد	۱۹	۲۳/۹۴ \pm ۵/۳۵	$t=-0/23$

	۲۱±۴/۸۱	۱۰/۵	۸	خوب	
$p=۰/۱۶۴$	۲۳/۲۵±۵/۸۸	۵۶/۶	۴۳	متوسط	وضعیت اقتصادی
$f=۱/۸۵$	۲۵/۲۴±۶	۳۲/۹	۲۵	ضعیف	
	۲۲/۷۴±۵	۴۶/۱	۳۵	زیر دیپلم	
$p=۰/۱۴۸$	۲۴/۴۶±۶/۵۱	۵۳/۹	۴۱	بالای دیپلم	تحصیلات
$t=-۱/۴۸$					

آنجا که متغیرهای دیگر نیز می‌توانند بر رابطه بین سواد سلامت و رفتار تأثیر داشته باشد، از مدل خطی عمومی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین سواد سلامت مراقبین و رفتار زنان مبتلا به MS همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$, $p = ۰/۳۵$). از

جدول ۳- نتایج مدل خطی عمومی در تأثیر سواد سلامت مراقبین بر رفتار بیماران مبتلا به MS با کنترل وضعیت اشتغال

متغیر وابسته	متغیر مستقل	β	t	سطح معنی‌داری
رفتار	سواد سلامت	۱۴/۷۷۲	۳/۲۴	۰/۰۰۲
	وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۰/۷۵۶	۰/۴۵۲
		شاغل	۲/۹۱	۱/۴۸۲
		از کار افتاده	a.	-

a به‌عنوان رفرنس در نظر گرفته شده است.

نتایج مطالعات مختلف نیز طیف وسیعی از سواد سلامت ناکافی را نشان دادند.

مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکار (۲۰۰۷) که در ۵ شهر ایران صورت گرفت، نشان داد که در مجموع، سواد سلامت در ایران پایین است (۲۷، ۲۸). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی بزرگسالان شهر تویسرکان با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان صورت گرفت، شرکت‌کنندگان در دسترسی اطلاعات در حد متوسط، در درک اطلاعات در حد ضعیف، در قضاوت و ارزیابی در حد متوسط و در استفاده از اطلاعات در حد متوسط بودند (۲۷).

در مطالعه حاضر همبستگی مثبت و معناداری بین سن و سواد سلامت وجود نداشت که با مطالعه پیمان و همکار (۲۰۱۶) (۲۹) و رئیسی و همکاران (۲۰۱۲) (۳۰) همخوانی نداشت که احتمالاً به دلیل تفاوت در نمونه‌ها بود. در مطالعه قنبری و همکاران (۲۰۱۲) با افزایش سن افراد مورد مطالعه به بالای ۳۰ سال، سواد سلامت کافی به‌طور چشمگیری کاهش می‌یافت (۳۱). در مطالعه حاضر نیز همبستگی بین سواد سلامت و سن منفی بود و با افزایش سن، نمره سواد سلامت کاهش می‌یافت، ولی این همبستگی معنی‌دار نبود.

بر اساس نتایج مطالعه، با کنترل متغیر وضعیت اشتغال، ارتباط معناداری بین سواد سلامت مراقبین و رفتار بیماران مبتلا به MS وجود داشت؛ به‌طوری‌که با افزایش هر ۱۰ نمره بر سواد سلامت مراقبین به‌طور متوسط ۱۴/۷ بر نمره رفتار بیماران اضافه می‌شد.

بحث

مطالعه حاضر که با هدف ارزیابی سواد سلامت مراقبین و رفتار زنان مبتلا به MS 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 نمره رفتار بیماران می‌شود که با مطالعه اسکوت و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی داشت (۲۶). استفاده از راهبردهای سواد سلامت در متخصصین سلامتی، سبب بهبود عملکرد بیماران می‌شود و از اهمیت بالایی برخوردار است. همچنین آگاهی مراقبین با سواد سلامت بالا، می‌تواند سبب ارتقاء رفتار بیماران و حساسیت و نگرانی بالاتر آنها در خصوص سلامتی شود. در مطالعه حاضر بیش از ۸۰٪ از افراد شرکت‌کننده، از سواد سلامت کافی برخوردار نبودند. این در حالی است که به دلیل نیاز به توانایی در مهارت‌های مراقبتی و انتقال اطلاعات به بیماران، بحث سواد سلامت در این گروه اهمیت دوچندانی می‌یابد.

حاصل از این مطالعه به‌عنوان اولین پژوهش در ایران ارتباط سطح سواد سلامت مراقبین با رفتار زنان مبتلا به MS را مورد بررسی قرار داد، می‌تواند در سطح خرد و کلان به کار گرفته شود و تأثیر بسزایی در بهبود رفتارهای بیماران مبتلا به MS و سطح سلامتی این گروه ایفا کند.

از محدودیت‌های این مطالعه، خودگزارش‌دهی بودن پاسخ‌ها و اطلاعات جمع‌آوری شده و تعداد محدود بیماران و مراقبین بود که پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در سطوح بالاتر برای دستیابی به نتایج بیشتر صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه بین سواد سلامت مراقبین و رفتار زنان مبتلا به MS همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد و به‌طور کلی نتایج این مطالعه سطح سواد سلامتی را ناکافی نشان داد که به‌عنوان هشدار برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت محسوب می‌شود و لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت را در برنامه‌های ارتقاء سلامت می‌رساند.

تشکر و قدردانی

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

در مطالعه حاضر بین سواد سلامت و جنس همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد که با مطالعه موشر و همکاران (۲۰۱۲) مطابقت داشت (۳۲)، اما در مطالعه محمودی و همکار (۲۰۱۵) سطح سواد سلامت زنان بالاتر از مردان بود که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۳۳)، یکی از دلایل احتمالی این اختلافات، تفاوت در زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی جمعیت‌های مورد بررسی و همچنین تعداد پایین نمونه‌های مطالعه حاضر نسبت به مطالعات دیگر می‌باشد که به‌دلیل اینکه از هر بیمار زن مبتلا به MS یک مراقب در مطالعه شرکت کرده بود و تعداد بیماران مبتلا به MS محدود می‌باشد، قابل توجیه است. در مطالعه حاضر تفاوت معناداری بین میانگین نمره رفتار در بیماران مبتلا به MS به تفکیک وضعیت اشتغال وجود داشت که با مطالعه جعفریان و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی نداشت (۳۴). می‌توان نتیجه گرفت که عدم برخورداری از شغل و یا هر وسیله تأمین درآمد به نوبه خود مانع از دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب و همچنین به دلیل ایجاد تنش روان‌شناختی، مانع از رفتارهای مطلوب می‌شود. همچنین بالاتر بودن نمره رفتار در افراد شاغل احتمالاً به این دلیل است که این افراد از وضعیت جسمی و روحی بالاتری نسبت به سایر بیماران برخوردار هستند و داشتن شغل، خود باعث بهبود رفتار و عملکرد فرد می‌شود.

با توجه به نتایج مطالعه، انجام مداخلات 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 خانواده و جامعه کاسته خواهد شد و از آن‌جایی که یافته‌های

منابع

1. McCabe MP. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res* 2005; 59(3):161-6.
2. Spiro DB. Early onset multiple sclerosis: a review for nurse practitioners. *J Pediatr Health Care* 2012; 26(6):399-408.
3. Petajan JH, Gappmaier E, White AT, Spencer MK, Mino L, Hicks RW. Impact of aerobic training on fitness and quality of life in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1996; 39(4):432-41.
4. Bahari F, Sanatkaran A, Pashang S. The effects of water exercises on the quality of life in patients with multiple sclerosis. *Anatom Sci J* 2015; 12(3):121-8.
5. Shnazeri Z, Mardani SM, Shayegannejad V. The effect of pilates exercises and aquatic training on walking speed in sclerosis. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2013; 11(2):10-7.
6. Fraser C, Morgante L, Hadjimichael O, Vollmer T. A prospective study of adherence to glatiramer acetate in individuals with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2004; 36(3):120-9.

7. Thornton E, Tedman S, Rigby S, Bashforth H, Young C. Worries and concerns of patients with multiple sclerosis: development of an assessment scale. *Mult Scler* 2006; 12(2):196-203.
8. Nabavi S, Poorfarzam S, Ghassemi H. Clinical course and prognosis of 203 patients with MS in shahid Mostafa Khomeini Hospital, Tehran 2002. *Tehran Univ Med J* 2006; 64(7):90-7. (Persian).
9. Juvet JP, Verçosa N. Depression in patients with advanced cancer and pain. *Rev Bras Anesthesiol* 2008; 58(3):287-98.
10. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K, Townsend MC, Gould B. Brunner and Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2008.
11. Scandlyn J. When AIDS became a chronic disease. *West J Med* 2000; 172(2):130-3.
12. Rasouli N, Ahmai F, Nabavi SM, Hajizadeh E. Efficacy of energy conservation techniques on fatigue in women with multiple sclerosis. *Rehabilit J* 2006; 7(1):43-8.
13. White CA. Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd; 2001.
14. Buhse M. Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2008; 40(1):25-31.
15. Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2005; 112(3):199-201.
16. 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.
17. Glozman JM. Quality of life of caregivers. *Neuropsychol Rev* 2004; 14(4):183-96.
18. Timby BK, Smith NE. Essentials of nursing: care of adults and children. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
19. Marmot 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.
20. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int* 2005; 20(2):195-203.
21. Kickbusch I, Wait S, Maag D, Banks I. Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre; 2006.
22. Smith SK, Dixon A, Trevena L, Nutbeam D, McCaffery KJ. Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Soc Sci Med* 2009; 69(12):1805-12.
23. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10(10):537-41.
24. Peyman N, Behzad F, Taghipour A, Esmaily H. Promoting level of health literacy & self efficacy of chronic patients referred to health centers through educating health literacy for the staffs of health centers in Mashhad, 2013. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences School of Health; 2013.
25. Khosravi A, Ahmadzadeh K. Investigating health literacy level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. *ISMJ* 2014; 18(6):1245-53.
26. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care* 2002; 40(5):395-404.
27. Afshari M, Khazaei S, Bahrani M, Merati H. Investigating adult health literacy in Tuyserkan City. *J Educ Community Health* 2014; 1(2):48-55. (Persian).
28. Banihashemi SA, Amirkhani MA. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *J Med Educ Dev* 2007; 4(1):1-9. (Persian).
29. Peyman N, Abdollahi M. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. *J Health Literacy* 2016; 1(1):5-12.
30. 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. *J Educ Health Promot* 2012; 1(1):31.
31. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar*. 2012;19(97):1-12.
32. Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *J Health Commun* 2012; 17(Suppl 3):241-51.
33. Mahmoudi H, Taheri A. Relation between information literacy and health literacy of students in Ferdowsi University of Mashhad. *Hum Inform Interact* 2015; 2(2):31-41.
34. Jafarian AS, Zabihi A, Babaieasl F, Eshkevari N, Bijani A. Self care behaviors in diabetic patients referring to diabetes clinics in Babol city, Iran. *J Babol Uni Med Sci* 2010; 12:72-8. (Persian).
- 35.