

Socio-demographic Predictors of Health literacy among the Elderly: A Correlational Study

Fatemeh Sharifnia¹, Mohtasham Ghaffari², Ali Ramezankhani³, Sakineh Rakhshanderou^{4*}

1. Master of Elderly Health Student, school of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Associate Professor of Health Education & Health Promotion, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Professor of Health Education & Health Promotion, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor of Health Education & Health Promotion, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** Sakineh Rakhshanderou, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: s_rakhshanderou@sbmu.ac.ir

Received: 18 July 2018

Accepted: 28 August 2018

Published: 31 December 2019

How to cite this article:

Sharifnia F, Ghaffari M, Ramezankhani A, Rakhshanderou S. Socio-demographic Predictors of Health literacy among the Elderly: A Correlational Study. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2020; 7(2):116-126.
DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v7i2.22204>.

Abstract

Background and Objective: The elderly people, as one of the most groups at high risk for diseases, need to have a high level of health literacy to having an improved level of health. The aim of this study was to investigate the predictors of health literacy among elderly at health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Materials and Methods: In this descriptive-analytic study, 270 elderly people were selected via cluster random sampling from health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. To collect data, a short form of the S-TOHFLA standard questionnaire was used to measure health literacy. Data were analyzed by SPSS software version 16 via independent t-test, ANOVA, Kendall correlation and multiple regressions.

Results: The mean (SD) age of participants was 67 (5/6). The health literacy of the elderly with university education with a mean (SD) 28.2 (7) and the age group of 60-65 years with a mean (SD) 32.6 (4.9), was significantly higher than the other groups ($P < 0.001$). The strongest predictor of health literacy was education, as with an increase in the level of education, the individual's health literacy increased by 0.4 units. In addition, variables such as education, age, economic status and occupation in the regression model were able to predict 45% of health literacy.

Conclusion: The study showed that the health literacy score positively correlated with age, female gender, education, education of spouse, employment status, and economic status. The level of education was the strongest predictor of health literacy.

Keywords: Health Literacy; Demographic variables; Old Age.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.SBMU.PHNS.1396.85.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

پیش بینی کننده های جمعیت شناختی سواد سلامت در سالمندان: یک مطالعه همبستگی

فاطمه شریف نیا^۱، محتشم غفاری^۲، علی رمضانخانی^۳، سکینه رخشنده رو^{۴*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت سالمندی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استاد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: سکینه رخشنده رو، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Email: s_rakhshanderou@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: تیر ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: شهریور ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: سالمندان به عنوان یکی از مهم ترین گروه های در معرض خطر بیماری، جهت داشتن سطح بالای سلامت نیازمند دارا بودن سطح بالایی از سواد سلامت می باشند. این مطالعه با هدف تعیین پیش بینی کننده های سواد سلامت در سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام گردید.

روش و مواد: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، تعداد ۲۷۰ سالمند روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای، از مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از فرم کوتاه پرسشنامه استاندارد S-TOHFLA، جهت سنجش سواد سلامت استفاده شد. داده ها به کمک نرم افزار SPSS-16 و آزمون های آماری t مستقل، ANOVA و همبستگی کندال و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن سالمندان شرکت کننده (۵/۶) ۶۷ سال بود. سواد سلامت در سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی با میانگین (انحراف معیار) (۷) ۲۸/۲ و گروه سنی ۶۵-۶۰ با میانگین (انحراف معیار) (۴/۹) ۳۲/۶ به طور معناداری بیشتر از سایر گروه ها بود ($P < 0.001$). همچنین قوی ترین پیش بینی کننده سواد سلامت، تحصیلات می باشد، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، ۰/۴ واحد سواد سلامت فرد افزایش می یابد. همچنین متغیرهای تحصیلات، سن، وضعیت اقتصادی و شغل ۴۵ درصد از سواد سلامت را پیش بینی می کنند.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که نمره سواد سلامت با افزایش سن، جنس زن، تحصیلات پایین تر سالمند، تحصیلات پایین تر همسر، افراد غیر شاغل و وضعیت اقتصادی ضعیف کاهش می یابد. سطح تحصیلات قوی ترین پیش بینی کننده سواد سلامت بود.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، متغیرهای جمعیت شناختی، سالمندان.

مقدمه

سواد سلامت میزان ظرفیت فرد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات اولیه و خدمات بهداشتی است که برای تصمیم‌گیری مناسب لازم است و شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامت است که لزوماً به سال‌های تحصیل و یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد (۱). یکی از عواملی که به نقش فعال‌تر بیمار در درمان خود کمک می‌کند، سواد سلامت است. به طوری که متخصصین بهداشت بر این باورند سواد سلامت از طریق دانش بیماری، رفتار سلامت، مراقبت پیشگیرانه و انطباق داروها، بر روی وضعیت سلامت تأثیر مستقیم دارد (۲). سواد سلامت یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های وضعیت سلامت است، به طوری که اثر آن بر روی سلامت بالاتر از فاکتورهایی مانند درآمد، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و گروه‌های قومی و نژادی می‌باشد (۳).

سطح پایین سواد سلامت عواقب منفی بر روی سلامت و جذب خدمات سیستم بهداشتی دارد و با افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، خطاهای دارویی و فقدان دانش در زمینه مدیریت بیماری‌های مزمن مرتبط است (۴). برخی از مطالعات حاکی از آن می‌باشند که سواد سلامت پایین با خطر بالاتر بستری، احتمال بستری مجدد طی ۳۰ روز بعد از ترخیص از بیمارستان و نیاز به منابع بیشتری برای خدمات اورژانس پزشکی همراه می‌باشد (۵) و همچنین خطر بیماری ایسکمیک قلبی و سفتی عروق را در بیماران با فشار خون بالا به مدت ۱۰ سال، افزایش می‌دهد. بهبود سواد سلامت بایستی به عنوان یک بخش مهمی از مدیریت فشار خون مورد توجه قرار بگیرد (۶). سطح پایین سواد سلامت در سالمندان، جمعیت مهاجر، افراد بی‌سواد، کم‌درآمد، افراد با سلامت روان پایین و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل دیابت نوع دو و فشار خون شایع‌تر است. در نتیجه این افراد به عنوان گروه‌های در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت به شمار می‌آیند (۷ و ۸).

سالمندی فرآیندی زیستی است که در طی دوران رشد طبیعی به وجود می‌آید و ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است (۹). آمارها در ایران حاکی از افزایش سهم جمعیت سالمند با سن بیش از ۶۵ سال از ۵/۷٪ در سال ۱۳۹۰ به ۶/۸٪ در سال ۱۳۹۵ است (۱۰). در اغلب جوامع، سالمندان با بیشترین خطر کاهش توانایی‌های جسمی، روانی و شناختی روبرو هستند و به احتمال بیشتری جهت حفظ سلامت، عملکرد و خودکفایی به حمایت‌های رسمی و غیررسمی وابسته می‌شوند (۱۱). همراه با افزایش سن، شیوع بیماری‌های مزمن به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. ۸۰٪ سالمندان حداقل یک بیماری مزمن دارند (۱۲). بار بیماری‌های مزمن بر روی سیستم‌های بهداشتی زیاد و قابل تأمل می‌باشد و از طرفی در مدیریت‌های بهداشتی باید مسئله خود مراقبتی و مسئولیت بیماران و همچنین شبکه‌های اجتماعی بیماران در قبال سلامت مد نظر واقع گیرد (۱۳ و ۱۴). مطالعات انجام شده در خصوص سواد سلامت نشان داد که بین سواد سلامت با سطح تحصیلات و شغل (۱۵)، سطح تحصیلات همسران (۱۶)، سن، جنس و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۷).

با توجه به اهمیت سواد سلامت در سالمندان و همچنین جمعیت رو به افزایش سالمندان در ایران و به دنبال آن افزایش بیماری‌های مزمن و افزایش هزینه‌ها بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی، اطلاع از پیش‌بینی‌کننده‌های سواد سلامت امری ضروری است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های جمعیت شناختی سواد سلامت در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام گردید.

روش و مواد

مطالعه حاضر به صورت توصیفی-تحلیلی صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش کلیه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. تعداد نمونه با در نظر گرفتن خطای ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۹۵٪ و با احتساب ۱۰٪ ریزش ۲۷۰ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت تصادفی خوشه‌ای بود. بدین ترتیب که ابتدا با مراجعه به ستادهای شمال، شرق و شمیرانات لیست مراکز تحت

پوشش تهیه گردید و از هر ستاد یک مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و نمونه ها در هر مرکز بر اساس تعداد نمونه به صورت تصادفی سیستماتیک از روی شماره پرونده های خانوار انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه تمایل به شرکت در پژوهش، حداقل سواد خواندن و نوشتن، دارای پرونده خانوار در مراکز بهداشتی و سالمندانی که قادر به تکمیل پرسشنامه باشند و معیارهای خروج از مطالعه، عدم تمایل سالمند به ادامه همکاری و تکمیل ناقص پرسشنامه می باشد. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که با هماهنگی مسئول هر مرکز، از سالمندان برای شرکت در پژوهش دعوت شد. پس از معرفی خود و جلب همکاری داوطلبانه آنان و توضیحاتی درباره نحوه تکمیل پرسشنامه، پرسشنامه های سواد سلامت (۳۶ سؤالی) و مشخصات دموگرافیک در میان آنان توزیع شد و از آنان خواسته شد جهت تکمیل پرسشنامه ها در مرکز اقدام کنند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند که شرکت افراد داوطلبانه بود و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می ماند. قبل از ارائه پرسشنامه، به مشارکت کنندگان هدف از انجام تحقیق بیان شد و رضایت سالمندان جلب شد.

برای ارزیابی سواد سلامت در افراد مورد مطالعه در این پژوهش فرم کوتاه پرسشنامه استاندارد S-TOFHLA استفاده شد. طراح این پرسشنامه Baker و همکارانش در سال ۱۹۹۹ می باشند (۱۸). این پرسشنامه از رایج ترین و جامع ترین ابزارهای استاندارد عمومی موجود در زمینه اندازه گیری سواد سلامت است که از دو بخش (سنجش مهارت محاسبات و درک خواندن) تشکیل شده است. فرم خلاصه شده این پرسشنامه با استفاده از ۳۶ سوال در بخش درک خواندن و چهار سؤال در بخش محاسبات سواد سلامت را اندازه گیری می کند. زمان پر کردن این پرسشنامه بالای هفت دقیقه می باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط جوادزاده و همکاران سنجیده شده است و ثبات درونی آن برای بخش درک خواندن ۰/۷۸ و برای بخش محاسبات ۰/۶۹ محاسبه شد (۱۷). نمرات افراد در این پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ محاسبه می گردد و نمرات کمتر از ۵۳ به عنوان سواد سلامت ناکافی قلمداد می شود (۱۸). آلفای به دست آمده در مطالعه حاضر نیز ۰/۷۸ محاسبه شد.

پس از تکمیل پرسشنامه ها، داده های جمع آوری شده با نرم افزار SPSS-16 و با استفاده از آزمون های آماری آزمون های t مستقل، ANOVA و همبستگی کندال و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت.

یافته ها

اکثریت سالمندان در گروه سنی ۶۵ - ۶۰، با تعداد ۱۱۳ (۴۱/۹٪) نفر می باشند. ۱۴۳ (۵۳٪) نفر زن و ۱۲۷ (۴۷٪) نفر مرد بودند. با توجه به بررسی متغیر تحصیلات، بیشترین درصد مربوط به تحصیلات ابتدایی به تعداد ۱۶۰ (۵۹/۳٪) نفر بود و تنها ۲۱ (۷/۸٪) نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند. در بررسی تحصیلات همسران سالمندان نیز نشان داده شد که ۱۶۷ (۶۱/۹٪) نفر تحصیلات ابتدایی داشتند. بررسی فراوانی شغل نیز نشان داد که ۱۳۷ (۵۰/۷٪) شاغل یا بازنشسته و ۱۳۳ (۴۹/۳٪) نفر غیر شاغل بودند. همچنین ۱۵۹ (۵۸/۹٪) نفر وضعیت اقتصادی متوسط و ۱۱۱ (۴۱/۱٪) نفر وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند (جدول شماره ۱).

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، سواد سلامت در گروه سنی ۶۵ - ۶۰ با میانگین (انحراف معیار) (۷) ۲۸/۲ به طور معناداری بیشتر از سایر گروه هاست ($P < 0/001$). چنانچه در جدول شماره ۳ ملاحظه می شود، بین گروه سنی ۶۵ - ۶۰ و گروه سنی ۷۰ - ۶۵ با اختلاف میانگین ۱۰/۹ تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$). بین گروه سنی ۶۵ - ۶۰ و گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر با اختلاف میانگین ۱۷/۴ تفاوت معنی داری را نشان داد ($P < 0/001$) اما این آزمون بین گروه سنی ۶۵ - ۷۰ و گروه سنی ۷۰ و بیشتر تفاوت معنی داری نشان نداد. با توجه به جدول شماره ۲، میانگین (انحراف معیار) سواد سلامت در بین مردان (۷/۶) ۲۶/۲ بیشتر از زنان (۷/۹) ۲۳/۸ محاسبه شد و تفاوت بین میانگین سواد سلامت در دو جنس معنی دار بود ($P = 0/014$).

همچنین در جدول شماره ۲ نیز مشاهده می شود، میانگین (انحراف معیار) سواد سلامت در بین گروه شاغلین (۷/۵) ۲۶/۷ بیشتر از گروه غیر شاغل (۷/۸) ۲۳/۲ بود ($P < 0/001$). همچنین میانگین (انحراف معیار) سواد سلامت در وضعیت اقتصادی

متوسط (۷/۱) ۲۷/۶ بالاتر از میانگین (انحراف معیار) سواد سلامت در وضعیت اقتصادی ضعیف (۷/۴) ۲۱/۲ محاسبه شد (P<۰/۰۰۱).

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت شناختی سالمندان مورد مطالعه

متغیر	زیر گروه	تعداد	درصد
سن	۶۰-۶۵	۱۱۳	۴۱/۹
	۶۵-۷۰	۷۸	۲۸/۹
	۷۰ و بیشتر	۷۹	۲۹/۲
جنس	مرد	۱۲۷	۴۷
	زن	۱۴۳	۵۳
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۶۰	۵۹/۳
	سیکل	۳۹	۱۴/۴
	دیپلم	۵۰	۱۸/۵
	دانشگاهی	۲۱	۷/۸
تحصیلات همسر	ابتدایی	۱۶۷	۶۱/۹
	سیکل	۳۵	۱۳
	دیپلم	۴۸	۱۷/۸
	دانشگاهی	۲۰	۷/۴
شغل	شاغل یا بازنشسته	۱۳۷	۵۰/۷
	غیر شاغل	۱۳۳	۴۹/۳
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۱۱	۴۱/۱
	متوسط	۱۵۹	۵۸/۹

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) سواد سلامت سالمندان مورد مطالعه بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	زیر گروه	میانگین (انحراف معیار)	P
سن	۶۵-۶۰	۲۸/۲ (۷)	<۰/۰۰۱
	۷۰-۶۵	۲۳/۹ (۷/۲)	
	۷۰ و بیشتر	۲۵ (۷/۹)	
جنس	مرد	۲۶/۲ (۷/۶)	۰/۰۱۴
	زن	۲۳/۸ (۷/۹)	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۲۱/۳ (۷/۲)	<۰/۰۰۱
	سیکل	۲۷/۹ (۵/۶)	
	دیپلم	۳۱ (۴/۹)	
	دانشگاهی	۳۲/۶ (۴/۹)	
تحصیلات همسر	ابتدایی	۲۲/۲ (۷/۶)	<۰/۰۰۱
	سیکل	۲۷/۷ (۶/۴)	
	دیپلم	۲۹/۴ (۶/۱)	
	دانشگاهی	۳۲/۱۵۰ (۴/۷۶۰)	
شغل	شاغل یا بازنشسته	۲۶/۷ (۷/۵)	<۰/۰۰۱
	غیر شاغل	۲۳/۲ (۷/۸)	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۲۱/۲ (۷/۴)	<۰/۰۰۱
	متوسط	۲۷/۶ (۷/۱)	

همان طور که در جدول شماره ۲ نیز مشاهده می شود، سواد سلامت در سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی با میانگین (انحراف معیار) $۳۲/۶$ ($۴/۹$) و سالمندان با همسران دارای تحصیلات دانشگاهی با میانگین (انحراف معیار) $۳۲/۲$ ($۴/۸$) به طور معناداری بیشتر از سایر گروه هاست ($P < ۰/۰۰۱$). چنانکه در جدول شماره ۳ ملاحظه می شود، تفاوت سواد سلامت بین سالمندانی که سواد ابتدایی داشتند با سالمندان گروه های دیگر شامل سطح تحصیلات سیکل با اختلاف میانگین $۱۶/۶$ ، دیپلم با اختلاف میانگین $۲۴/۲$ و دانشگاهی با اختلاف میانگین $۲۸/۱$ معنی دار بود ($P < ۰/۰۰۱$). اما بین سواد سلامت سه گروه با سطح تحصیلات سیکل، دیپلم و دانشگاهی تفاوت معنی داری به دست نیامد.

جدول شماره ۳- مقایسه اختلاف میانگین سواد سلامت سالمندان مورد مطالعه در گروه های سنی و تحصیلات

گروه	زیر گروه	اختلاف میانگین	انحراف معیار	P
۶۰-۶۴/۹	۶۵-۶۹/۹	۱۰/۹	۲/۷	<۰/۰۰۱
	۷۰ و بیشتر	۱۷/۴	۲/۷	<۰/۰۰۱
۶۵-۶۹/۹	۶۰-۶۴/۹	-۱۰/۹	۲/۷	<۰/۰۰۱
	۷۰ و بیشتر	۶/۵	۲/۹	۰/۰۸۶
۷۰ و بیشتر	۶۰-۶۴/۹	-۱۷/۴	۲/۷	<۰/۰۰۱
	۶۵-۶۹/۹	-۶/۵	۲/۹	۰/۰۸۶
ابتدایی	سیکل	-۱۶/۶*	۲/۹	<۰/۰۰۱
	دیپلم	-۲۴/۲*	۲/۶	<۰/۰۰۱
	دانشگاهی	-۲۸/۱*	۳/۷	<۰/۰۰۱
سیکل	ابتدایی	۱۶/۶*	۲/۹	<۰/۰۰۱
	دیپلم	-۷/۷	۳/۴	۰/۱۷۷
	دانشگاهی	-۱۱/۶	۴/۴	۰/۰۷۴
دیپلم	ابتدایی	۲۴/۲*	۲/۶	<۰/۰۰۱
	سیکل	۷/۷	۳/۴	۰/۱۷۷
	دانشگاهی	-۳/۹	۴/۲	۰/۸۳۶
دانشگاهی	ابتدایی	۲۸/۱*	۳/۷	<۰/۰۰۱
	سیکل	۱۱/۶	۴/۴	۰/۰۷۴
	دیپلم	۳/۹	۴/۲	۰/۸۳۶

*اختلاف میانگین در سطح معنی داری ۰/۰۵

جدول شماره ۴- ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و سواد سلامت سالمندان مورد مطالعه

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
						۱- سن
					۱	۲- جنس
				۱	-۰/۲۲**	۳- تحصیلات
			۱	۰/۶۹**	-۰/۰۴	۴- تحصیلات همسر
		۱	-۰/۱۵*	-۰/۳۳**	۰/۷۷**	۵- شغل
	۱	-۰/۱۲	۰/۳۰**	۰/۳۴**	-۰/۰۳	۶- وضعیت اقتصادی
۱	۰/۴۰**	-۰/۲۴**	۰/۴۵**	۰/۵۶**	-۰/۱۵*	۷- سواد سلامت

* همستگی در سطح معنی داری ۰/۰۵

** همبستگی در سطح معنی داری ۰/۰۱

همان طور که در جدول شماره ۴ نیز ملاحظه می شود، رابطه منفی معنی داری بین سواد سلامت با سن ($P < ۰/۰۰۱$)، جنس ($P = ۰/۰۱۴$) و شغل ($P < ۰/۰۰۱$) مشاهده شد، به طوری که نمره سواد سلامت با افزایش سن، جنس زن و سالمندان

غیر شاغل کاهش می یابد. همچنین بین سواد سلامت با تحصیلات ($P < 0/001$)، تحصیلات همسر ($P < 0/001$) و وضعیت اقتصادی ($P < 0/001$) رابطه مستقیم وجود دارد، به این معنی که نمره سواد سلامت با تحصیلات بالاتر سالمند و تحصیلات بالاتر همسر سالمند و همچنین با وضعیت اقتصادی بالاتر افزایش می یابد.

همان طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود، در حضور متغیرهای همراه شامل سن، وضعیت اقتصادی و شغل بین تحصیلات و سواد سلامت فرد ارتباط معنا داری وجود دارد ($P < 0/001$). قوی ترین پیش بینی کننده تحصیلات می باشد، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، $0/41$ واحد سواد سلامت فرد افزایش می یابد. همچنین در حضور متغیرهای همراه شامل تحصیلات، وضعیت اقتصادی و شغل بین سن و سواد سلامت فرد ارتباط معنا داری وجود دارد ($P < 0/001$). به طوری که با افزایش سن، $0/29$ واحد سواد سلامت فرد کاهش می یابد. ارتباط معنا داری نیز بین وضعیت اقتصادی و سواد سلامت فرد نیز در حضور متغیرهای همراه شامل تحصیلات، سن و شغل وجود دارد ($P < 0/001$). به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، $0/4$ واحد سواد سلامت فرد افزایش می یابد. همچنین یک ارتباط معنادار معکوس در حضور متغیرهای همراه شامل تحصیلات، سن و وضعیت اقتصادی بین شغل و سواد سلامت فرد نیز وجود دارد ($P = 0/014$). به طوری که در سالمندان غیر شاغل، $0/12$ واحد سواد سلامت فرد کاهش می یابد. همچنین متغیرهای تحصیلات، سن، وضعیت اقتصادی و شغل در مدل رگرسیون توانسته اند ۴۵ درصد از سواد سلامت را پوشش بدهند.

جدول شماره ۵- پیش بینی کننده های سواد سلامت سالمندان مورد مطالعه بر اساس رگرسیون چندگانه

R square	R	P	t	ضرایب غیر استاندارد		مدل
				Beta	Std. Error	
0/32	0/56 ^۱	<0/001	9521		0/79	مقدار ثابت
		<0/001	11/11	0/56	0/39	تحصیلات
0/39	0/63 ^۲	<0/001	9/56		4/62	مقدار ثابت
		<0/001	10/78	0/52	0/37	تحصیلات
		<0/001	-5/88	-0/28	0/07	سن
0/43	0/66 ^۳	<0/001	8		4/71	مقدار ثابت
		<0/001	9/16	0/45	0/38	تحصیلات
		<0/001	-5/59	-0/26	0/07	سن
		<0/001	4/36	0/21	0/78	وضعیت اقتصادی
0/45	0/67 ^۴	<0/001	8/22		5/40	مقدار ثابت
		<0/001	7/89	0/41	0/40	تحصیلات
		<0/001	-0/04	-0/29	0/07	سن
		<0/001	4/31	0/21	0/78	وضعیت اقتصادی
		0/014	-2/47	-0/12	0/62	شغل

۱. پیش بینی کننده تحصیلات

۲. پیش بینی کننده تحصیلات، سن

۳. پیش بینی کننده تحصیلات، سن، وضعیت اقتصادی

۴. پیش بینی کننده تحصیلات، سن، وضعیت اقتصادی، شغل

بحث

مطالعه نشان داد که، سواد سلامت در سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی با میانگین (انحراف معیار) (۷) ۲۸/۲ و گروه سنی ۶۵-۶۰ با میانگین (انحراف معیار) (۴/۹) ۳۲/۶ به طور معنا داری بیشتر از سایر گروه ها بود. همچنین میانگین (انحراف معیار) سواد سلامت در بین گروه شاغلین (۷/۵) ۲۶/۷ و وضعیت اقتصادی متوسط (۷/۱) ۲۷/۶ بیشتر از میانگین (انحراف معیار) سواد سلامت گروه غیر شاغل (۷/۸) ۲۳/۲ و وضعیت اقتصادی ضعیف (۷/۴) ۲۱/۲ محاسبه شد ($P < 0/001$). قوی ترین پیش بینی کننده سواد سلامت، تحصیلات می باشد، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، $0/41$ واحد سواد

سلامت فرد افزایش می یابد. همچنین متغیرهای تحصیلات، سن، وضعیت اقتصادی و شغل ۴۵ درصد از سواد سلامت را پیش بینی می کنند.

در این مطالعه بین سواد سلامت و سن ارتباط معناداری به دست آمد و این ارتباط معکوس می باشد. طبق نتایج تفاوت معنی داری از لحاظ سواد سلامت در بین گروه های سنی مختلف دیده شد. به عبارت دیگر میانگین و انحراف معیار سواد سلامت در گروه سنی ۶۵-۶۰، به طور معناداری بیشتر و در گروه سنی ۷۰ و بالاتر، کمتر از سایر گروه ها بود. همچنین یافته های مطالعه نشان داد با افزایش سن در سالمندان، ۰/۲۹ واحد سواد سلامت فرد کاهش می یابد. به نظر می رسد به دلیل محدودیت های جسمی و شناختی در سالمندی، افزایش سن از عوامل تأثیر گذار بر سواد سلامت افراد می باشد. در مطالعه ای که توسط Baker و همکارانش در خارج از کشور جهت بررسی ارتباط سواد سلامت و سن در میان سالمندان انجام شد، نشان داد که با هر سال افزایش سن، ۱/۴ میانگین نمرات S-TOFHLA کاهش یافته است (۱۹). یافته های جواد زاده و همکارانش (۱۷)، رئیسی و همکارانش (۲۰)، برجی و همکارانش (۲۱) در داخل کشور نیز نشان دهنده ارتباط معنادار بین سطح سواد سلامت و سن می باشد، به طوری که سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر شایع تر بود. یافته های مطالعه حاضر همسو با مطالعات مذکور می باشد.

یافته ها نیز نشان داد سواد سلامت زنان سالمند کمتر از مردان سالمند است. این نتیجه با یافته های جوادزاده و همکارانش (۱۷) و برجی و همکارانش (۲۱) همسو می باشد. برخی مطالعات دیگر نیز سطح سواد سلامت ناکافی در زنان را نشان می دهد (۲۰ و ۲۲). در حالی که در مطالعات محسنی و همکارانش (۱۵) و ملاخلیلی و همکارانش (۲۳) ارتباط معنا داری بین سواد سلامت و جنس مشاهده نشد. در گذشته به تحصیل و آموزش دختران و زنان کمتر توجه می شد و محدودیت های فرهنگی در این رابطه بیشتر بود. از آنجایی که تحصیل و آموزش تأثیر بسزایی بر بالا بردن سطح آگاهی، درک و تصمیم گیری مناسب سلامتی دارد، زنان سالمند که دارای محدودیت تحصیلی بودند، سطح سواد سلامت پائین تری دارند.

همچنین بین سواد سلامت با تحصیلات ارتباط مستقیم وجود دارد. طبق نتایج میانگین و انحراف معیار سواد سلامت در گروه ابتدایی و در سیکل و بیشتر محاسبه شد. به عبارت دیگر نمره سواد سلامت با تحصیلات بالاتر بیشتر می باشد. تحصیلات پایین به دلیل مشکل در ارتباطات نوشتاری و آشنایی محدود با اصطلاحات پزشکی، می تواند به توانایی سالمندان جهت ارتباط با نظام مراقب سلامت آسیب برساند. در پژوهش های مشابه شامل مطالعات محسنی و همکاران (۱۵)، رئیسی و همکاران (۲۰)، انصاری و همکاران (۱۶)، جوادزاده و همکاران (۱۷)، برجی و همکاران (۲۱) و ملاخلیلی و همکاران (۲۳) در داخل کشور و مطالعات Di shi و همکاران (۶)، Eyles و همکاران (۲۴) و Debnath و همکاران (۲۵) در خارج از کشور این ارتباط نیز مشاهده شده است. تفاوت معنی داری نیز بین میانگین و انحراف معیار سواد سلامت سالمندان در دو مقطع تحصیلی همسران سالمندان دیده شد. طبق نتایج بین سواد سلامت سالمندان و تحصیلات همسرانشان ارتباط مستقیم وجود داشت. این نتایج همسو با مطالعه انصاری و همکاران می باشد (۱۶).

در این مطالعه سواد سلامت در بین گروه شاغل بیشتر از گروه غیرشاغل محاسبه شد. افراد با دارا بودن شغل مناسب به دلیل ایجاد فرصت بهتر جهت برقراری ارتباطات اجتماعی دارای سواد سلامت بالاتری می باشند که نشان دهنده تأثیر شغل بر سواد سلامت افراد می باشد. این نتیجه با مطالعه محسنی و همکارانش همسو می باشد (۱۵). در مطالعه برجی نیز بین سواد سلامت و شغل ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (۲۱). همچنین مطالعه ملاخلیلی و همکارانش نشان داد که افراد بازنشسته و کارگران دارای سواد سلامت کمتری بودند (۲۳).

یافته ها همچنین نشان داد، سواد سلامت سالمندان با وضعیت اقتصادی متوسط بالاتر از سواد سلامت سالمندان با وضعیت اقتصادی ضعیف می باشد. به نظر می رسد وضعیت اقتصادی بالاتر به دلیل امکان دسترسی بهتر به امکانات بهداشتی از عوامل تأثیر گذار دیگر بر سواد سلامت افراد باشد. این نتایج با مطالعات جواد زاده و همکاران (۱۷)، انصاری و همکاران (۱۶)، رئیسی و همکاران (۲۰) در داخل کشور و مطالعه Tiller و همکاران (۲۲) در خارج از کشور همسو بود.

بررسی پیش بینی کننده های سواد سلامت سالمندان نشان داد که قوی ترین پیش بینی کننده تحصیلات می باشد. در حضور متغیرهای همراه شامل سن، وضعیت اقتصادی و شغل بین تحصیلات و سواد سلامت فرد ارتباط معناداری وجود دارد. به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، ۰/۴۱ واحد سواد سلامت فرد افزایش می یابد. نتایج مطالعه پهرانی و همکارانش (۲۶) و انصاری و همکارانش (۱۶) نیز نشان داد که سطح تحصیلات قوی ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت داشت. به نظر می رسد سطح تحصیلات به دلیل تأثیر قابل توجه بر بالا بردن آگاهی و آشنایی با اصطلاحات پزشکی و حساس کردن افراد به سلامتی، نسبت به عوامل دیگر قوی ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت داشته باشد.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد نمره سواد سلامت با افزایش سن، جنس زن، تحصیلات پایین تر، تحصیلات پایین تر همسر، افراد غیرشاغل و وضعیت اقتصادی ضعیف کاهش می یابد. همچنین سطح تحصیلات قوی ترین پیش بینی کننده سواد سلامت بود. بنابراین با توجه شواهد بسیار در زمینه اهمیت سواد سلامت ناکافی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان و عواقب آن و با توجه به پایین بودن سطح تحصیلات سالمندان در این مطالعه، این افراد جهت کسب، پردازش و درک اطلاعات اولیه خدمات بهداشتی درمانی جهت تصمیم گیری مناسب نیاز به دریافت اطلاعات ساده و قابل فهم و زمان بیشتر جهت برقراری ارتباط و درک اطلاعات سلامت دارند. در این راستا کارکنان بهداشتی، بهورزان و پزشکان بایستی به این امر مهم توجه نموده و زمان بیشتری را جهت تفهیم دستورالعمل های بهداشتی درمانی به شکلی ساده و در شرایطی مناسب به سالمندان اختصاص دهند.

محدودیت ها

- ۱- با توجه به اینکه گروه هدف سالمندان با حداقل سواد خواندن و نوشتن بود، این مطالعه سالمندان بی سواد را بررسی نکرد. بنابراین جهت تعمیم نتایج به افراد دیگر باید تمامی سالمندان باسواد و بی سواد در مطالعه مشارکت کنند.
- ۲- انگیزه کافی در سالمندان برای تکمیل پرسشنامه وجود نداشت. اجرای برنامه های آموزشی و ارائه خدماتی از قبیل گرفتن فشار خون و محاسبه BMI می تواند در ایجاد انگیزه سالمندان مؤثر باشد.
- ۳- مشکل دسترسی به سالمندان و عدم همکاری آنان جهت مراجعه به مراکز به دلیل مشکلات فیزیولوژیکی وجود داشت. پیشنهاد می شود در مواردی که سالمند توانایی خروج از منزل را ندارد، به درب منازل آنان جهت جمع آوری اطلاعات مراجعه شود.
- ۴- محدودیت زمانی و منابع برای انجام مطالعه جامع تر و وسیع تر که باعث گردید پژوهش حاضر سالمندان روستایی را مورد پوشش قرار ندهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد در رشته سلامت سالمندی نویسنده اول و با کد اخلاق IR.SBMU.PHNS.1396.85 از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد. بدین وسیله نویسندگان از اساتید عزیز گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در پیشبرد این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، کمال تشکر را اعلام می دارند. همچنین از تمامی سالمندان عزیزی که صبورانه در همه مراحل همراهی نمودند، سپاسگزاری به عمل می آید.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Sihota S, Lennard L. Health Literacy: being able to Make the ost of Health: National Consumer Council; 2004. Available From: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20043140657>. (Accessed 16 Apr. 2017).

2. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of Health Literacy on Health Status And Health Service Utilization Amongst The Elderly. *Social Science & Medicine*. 2008;66(8):1809-16.
3. Weiss BD. Help Patients Understand. Manual for Clinicians AMA Foundation. 2007.
4. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCEES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006. Available From: [.Http://ies.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483](http://ies.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483). (Accessed 16 Apr. 2017)
5. Kripalani S, Goggins K, Nwosu S, Schildcrout J, Mixon AS, Mcnaughton C, Et Al. Medication Nonadherence Before Hospitalization For Acute Cardiac Events. *Journal of Health Communication*. 2015;20(Sup2):34-42.
6. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R, Et Al. Association Between Health Literacy And Hypertension Management In A Chinese Community: A Retrospective Cohort Study. *Internal And Emergency Medicine*. 2017;12(81):1-12.
7. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Et Al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *Jama*. 2002;288(4):475-82.
8. Kalichman SC, Benotsch E, Suarez T, Catz S, Miller J, Rompa D. Health Literacy And Health-Related Knowledge Among Persons Living With HIV/AIDS. *American Journal of Preventive Medicine* 2000;18(4):325-31.
9. Qeysrayan A. Survey Of Social, Economic Dimensions of Aging Phenomenon In Iran. *Journal of Populatio*. 2009;69(70):1-28. (Full Text in Persian)
10. Statistical Centre of Iran. The Overall Results of The General Census of Population and Housing 2017. Available From: [Http://www.iribnews.ir/fa/news/1634026/](http://www.iribnews.ir/fa/news/1634026/). (Accessed 16 Apr. 2017). (Full Text in Persian.)
11. Morovatisharifabad M, Ghofranipour F, Heydarnia A, Babaeirochi G. Perceived Religious Support of Health Promoting Behavior And Status Doing These Behaviors in Aged 65 Years And Older in Yazd. *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2004;12(1):23-9 (Full Text in Persian).
12. Shi L, Shu X-O, Li H, Cai H, Liu Q, Zheng W, Et Al. Physical Activity, Smoking, And Alcohol Consumption in Association With Incidence of Type 2 Diabetes Among Middle-Aged And Elderly Chinese Men. *Plos One*. 8(11); E77919.
13. Barry MM, D'Eath M, Sixsmith J. Interventions For Improving Population Health Literacy: Insights From A Rapid Review of The Evidence. *Journal of Health Communication*. 2013;18(12):1507-22.
14. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of Communicative And Critical Health Literacy on Understanding of Diabetes Care And Self-Efficacy In Diabetes Management: A Cross-Sectional Study of Primary Care In Japan. *BMC Family Practice*. 2013;14(1):40.
15. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad VR. The Relationship Between Health Literacy And Health Status Among Elderly People In Kerman. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(2):149-58. (Full Text in Persian.)
16. Ansari H, Almasi Z, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Peyvand M, Hajmohammadi M, Et Al. Health Literacy in Older Adults And Its Related Factors: A Cross-Sectional Study In Southeast Iran. *Health Scope*. 2016;5(4): E37453. (Full Text in Persian).
17. Javadzade H, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy Among Adults of Isfahan. *Iran J Health Syst Res*. 2013;9(5):540-9. (Full Text in Persian).
18. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of A Brief Test to Measure Functional Health Literacy. *Patient Education and Counseling*. 1999;38(1):33-42.
19. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The Association Between Age And Health Literacy Among Elderly Persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences And Social Sciences*. 2000;55(6):S368-S74.

20. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad GR. The Relationship Between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors Among Elderly In Isfahan. 2011. (Full Text in Persian).
21. Borji M, Tarjoman A, Otaghi M, Salimi E, Naseri A. Health Literacy Level And Its Related Factors Among The Elderlies In Ilam In 2015. Iran Journal of Nursing. 2017;30(108):33-43. (Full Text in Persian).
22. Tiller D, Herzog B, Kluttig A, Haerting J. Health Literacy In An Urban Elderly East-German Population—Results From The Population-Based CARLA Study. BMC Public Health. 2015;15(1):883.
23. Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad G, Zare Ff, Hasanzadeh A. A Survey on Health Literacy of Inpatients Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. Health Inf Manage. 2014;11(4):473. (Full Text in Persian).
24. Eyles HC, Mhurchu CN. Does Tailoring Make A Difference? A Systematic Review of The Long-Term Effectiveness of Tailored Nutrition Education for Adults. Nutrition Reviews. 2009;67(8):464-80.
25. Debnath P, Natasha K, Ali L, Bhaduri T, Roy TK, Bera S, Et Al. Ayur Pharmacoepidemiology Perspective: Health Literacy (Knowledge And Practice) Among Older Diabetes Patients Visiting Ayurveda Teaching Hospitals In India. Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine. 2017;22(2):242-50.
26. Tehrani Banihashemi S, Amirkhani M, Haghdoost A, Alavian S, Asgharifard H, Baradaran H. Health Literacy in the Five Provinces of the Country and Its Effective Factors. Journal of Medical Education Development Center. 2007;4(1):1-9. (Full Text in Persian)

پرسشنامه سواد سلامت

بخش درک خواندن

متن الف:

پزشکتان شما را برای گرفتن عکس از به مرکز رادیولوژی فرستاده است.

الف: معده

ب: دیابت

ج: بخیه جراحی

د: عفونت

زمانی که برای عکسبرداری می کنید باید معده تان باشد.

الف: اطلاع رسانی

الف: زخمی

ب: مراجعه

ب: دارای نفخ

ج: درد

ج: تنگی نفس

د: ملاحظه

د: خالی

احتمالاً عکس رادیولوژی ۱ تا ۳ طول خواهد کشید.

الف: آزمایش

الف: مرتبه

ب: دیدن

ب: شبانه روز

ج: نمونه گیری

ج: وعده

د: گرفتن

د: ساعت

روز قبل از گرفتن عکس

برای شام فقط میوه، و ماست بخورید.

الف: اندکی

الف: ران

ب: آبگوشت

ب: شستشو

ج: حالت تهوع

ج: نان

د: مقدار زیادی

د: پخته شده

بعد از شما نباید

الف: چند دقیقه

ب: نیمه شب

ج: اذان صبح

د: کسالت

الف: اصلاً

ب: هرکدام

ج: زمانی

د: احساسی

غذا و یا مصرف نمایند تا وقتی که عکستان را..... .

- | | |
|---------------|----------------|
| الف: تلویزیون | الف: دارید |
| ب: نوشیدنی | ب: انتخاب کنید |
| ج: نوشته | ج: بگیریید |
| د: شنیدنی | د: بود |

روز گرفتن عکس

شما نباید بخورید، حتی هم

- | | | |
|------------------|----------|------------|
| الف: قرار ملاقات | الف: صدا | الف: نکشید |
| ب: قدم | ب: آب | ب: نپوشید |
| ج: صبحانه | ج: نفس | ج: ننوشید |
| د: غصه | د: گرم | د: ندهید |

اگر هرگونه داشتید، با با شماره ۶۱۶۴۵۰۰ تماس بگیرید.

- | | |
|------------|------------------|
| الف: پاسخی | الف: داروخانه |
| ب: ورزشی | ب: دندانپزشک |
| ج: دستگاهی | ج: بخش رادیولوژی |
| د: سؤالی | د: تلفن عمومی |

متن ب

بدینوسیله اطلاعات صحیح خود را به منظور خدمات مددکاری بیمارستان ارائه می کنم.

- الف: ارسال
ب: پرداخت
ج: دریافت
د: غرامت

همچنین می کنم تا مدارک لازم برای اظهاراتم را

- | | |
|-------------|------------|
| الف: موافقت | الف: پرورش |
| ب: مناسبت | ب: پنهان |
| ج: تشکر | ج: پرداخت |
| د: ملاقات | د: اثبات |

در این ارائه دهم و بدینوسیله اجازه تا

- | | |
|-----------|-------------|
| الف: کوشش | الف: می دهد |
| ب: فرم | ب: می خواهد |
| ج: وسیله | ج: می خواهم |
| د: روش | د: می دهم |

اداره مددکاری لازم برای اثبات مطالبم را انجام دهد.

الف: داوری

- ب: تخفیف
ج: تحقیقات
د: تشکرات

من می دانم که باید در صورت هر گونه در وضعیت ام،

- | | |
|------------|-------------|
| الف: تغییر | الف: سرگرمی |
| ب: دارو | ب: شیوع |
| ج: سواد | ج: راضی |
| د: شباهتی | د: کنونی |

طی (۱۰) روز اطلاعات جدید را به اداره مددکاری دهم.

- | | |
|---------|------------|
| الف: سه | الف: اطلاق |
| ب: ده | ب: اطعام |
| ج: یک | ج: اطلاع |
| د: پنج | د: انطباق |

همچنین می دانم که اگر از که برای من در نظر گرفته شده است نباشم،

- | | |
|---------------|-----------|
| الف: تنبیهاتی | الف: کامل |
| ب: اشتباهاتی | ب: پاسخگو |
| ج: تحقیقاتی | ج: متقاضی |
| د: تصمیماتی | د: راضی |

این را دارم که رسیدگی عادلانه ای را داشته باشم.

- | | |
|------------|------------|
| الف: حق | الف: درآمد |
| ب: استحقاق | ب: انکار |
| ج: حقوق | ج: درخواست |
| د: نذر | د: خواهش |

من می توانم این تقاضا را بصورت کتبی یا از دادگاه پزشکی بنمایم.

- الف: محاسباتی
ب: تلفنی
ج: شمارشی
د: شنوایی

اگر من که از خدمات مددکاری برای هر یک از افراد استفاده کنم،

- | | |
|----------------|---------------|
| الف: مایل باشم | الف: مطلوب |
| ب: مخفی کنم | ب: عضوتان |
| ج: بخواهید | ج: سنگین |
| د: بشویم | د: خانواده ام |

باید تقاضای دیگری را نمایم.

الف: خالی

ب: استنشاق

ج: تکمیل

د: تکامل

برای استفاده از این خدمات، مددکاری بر اساس این فرم من را تعیین خواهد کرد.

الف: ریه

الف: پوکی استخوان

ب: تاریخ

ب: صلاحیت

ج: قرار

ج: اضطراری

د: معده

د: قند بالای

بخش محاسباتی

توضیح ۱	۱- اگر اولین کپسول را ۷ ساعت پیش خورده باشید، کپسول دوم را در چه ساعتی باید میل نمایید؟
توضیح ۲	۲- آیا بر این اساس قند خون شما طبیعی است؟
توضیح ۳	۳- تاریخ ویزیت بعدی شما چه زمانی است؟
توضیح ۴	۴- اگر شما قصد داشته باشید ناهار را در ساعت ۱۲ ظهر میل نمایید، بایست چه ساعتی قبل از غذا کپسول را بخورید؟

توضیح ۱:	توضیح ۲:
کپسول آمپی سیلین ۲۵۰ میلی گرمی، هر ۶ ساعت یک کپسول میل شود	قند خون طبیعی: بین ۶۰ تا ۱۱۰، مقدار قند خون گزارش شده در جواب آزمایش شما: ۱۶۰
توضیح ۳:	توضیح ۴:
ویزیت بعدی: درمانگاه دیابت- طبقه سوم روز ۵ شنبه- ۲۶ بهمن ماه- ۱۰:۲۰ بامداد	کپسول داکسی سیلین ۱۰۰ میلی گرمی این قرص را با معده خالی یک ساعت قبل از غذا و یا ۲ تا ۳ ساعت بعد از غذا میل نمایید.