

Older Women's Lived Experience of Health Literacy in Isfahan, Iran: The Intertwining of Healthcare, Family-Centered Reliance, and Digital Marginalization

Zahra Shams-Ghahfarokhi^{1, *}

1. PhD. in Demography, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Zahra Shams-Ghahfarokhi. Email: zahrashams303@gmail.com

Original Article

Abstract

Background and Aim: Along with population aging and the rising prevalence of chronic diseases, health literacy has emerged as a critical public health concern. Nevertheless, older women's lived experiences of health literacy within specific socio-cultural contexts remain under-researched. This study aimed to explore and interpret the lived experiences of older women in Isfahan regarding how health literacy is conceptualized, experienced, and enacted in daily life.

Data and Method: Utilizing an interpretive phenomenological approach, this qualitative study investigated the lived experiences of older adults. Participants comprised fourteen women aged 60 and older residing in Isfahan, selected through purposive sampling. Data were collected using in-depth, semi-structured interviews and analyzed in accordance with interpretative phenomenological analysis (IPA) principles.

Findings: Interpretive analysis revealed several themes reflecting a complex, contextual, and socially embedded experience of health literacy. Core themes included: navigating conflicting health advice, family as the primary health authority, the unheard aging body within healthcare encounters, exhaustion from fragmented care, educational marginalization of older adults, digital health disparities, health as functional independence, and health negotiating structural and economic constraints.

Conclusion: Health literacy among older women is not merely a cognitive capacity, but a relational, lived experience deeply intertwined with faith, social networks, interpersonal trust, and broader structural conditions.

Keywords: Health literacy, Older women, Interpretive phenomenology, Lived experience, Thematic analysis.

Key Message: Health literacy among older women is a relational construct negotiated through interactions with family, the healthcare system, and broader socio-economic conditions; hence, it cannot be reduced to an individual cognitive skill. The findings highlight that the convergence of enduring cultural norms with rapid social and digital transformations fundamentally reshapes the experience of aging. Consequently, health literacy interventions must move beyond functional knowledge to address these social shifts while remaining firmly grounded in the lived realities of older adults.

Received: 03 November 2025

Accepted: 15 February 2026

Citation: Shams-Ghahfarokhi, Z. (2026). Older Women's Lived Experience of Health Literacy in Isfahan, Iran: The Intertwining of Healthcare, Family-Centered Reliance, and Digital Marginalization. *Journal of Social Continuity and Change*, 5(3), 1339. <https://doi.org/10.22034/JSCC.2026.23909.1339>



Extended Abstract

Introduction

Iran is experiencing a rapid demographic transition toward population aging, accompanied by a rising prevalence of chronic diseases. In this context, health literacy has emerged as a crucial determinant of public health. While numerous quantitative studies have documented the prevalence and correlates of limited health literacy in Iran, a nuanced qualitative understanding of how older adults—particularly older women—experience, interpret, and apply health literacy in their daily life remains limited. Older women occupy a unique position at the intersection of gender, aging, socioeconomic conditions, and cultural norms, which profoundly shapes their health experiences. Accordingly, this study aimed to explore and interpret the lived experiences of older women in Isfahan regarding the meaning and application of health literacy in their everyday lives.

Methods and Data

This qualitative study utilized an interpretive phenomenological approach grounded in van Manen's methodology. Fourteen women aged 60 and older residing in Isfahan were selected via purposive sampling, with data collection continuing until thematic saturation was reached. Inclusion criteria encompassed being aged 60 or above, residing in Isfahan, possessing the cognitive and communicative capacity to participate in interviews, and providing informed consent. Data were gathered through in-depth, semi-structured interviews (averaging 50 minutes each), audio-recorded with participant permission, and transcribed verbatim. Data analysis followed van Manen's interpretive principles, involving iterative immersion in the texts, extraction of meaning units, clustering of subthemes, and synthesis of core themes capturing the structure of lived experience, managed via MAXQDA software. Rigor and trustworthiness were established through member checking, thick contextual description, systematic audit trails, and reflexive memoing. Ethical considerations, including voluntary participation, confidentiality, and informed consent, were strictly maintained.

Findings

The analysis of the interviews led to the emergence of eight interrelated interpretive themes that illuminate the lived experience of health literacy among older women as a complex, relational, and contextual phenomenon (See Table 1). Participants described *being lost in the noise of conflicting health recommendations*, as the overwhelming flow of inconsistent information generated confusion, anxiety, and withdrawal from active decision-making. In this context, *family emerged as the ultimate health authority*, with emotionally

grounded trust and peer experiences taking precedence over formal medical expertise. At the same time, many women experienced *the unheard aging body within the healthcare system*, describing clinical encounters marked by insufficient listening, symbolic marginalization, and diminished agency. These experiences were further compounded by *fatigue from incomplete treatment*, characterized by discontinuity of care, inconsistent diagnoses, and frustration with fragmented therapeutic processes.

Participants also articulated a sense of *educational neglect of older adults*, perceiving health education programs and medical explanations as misaligned with their linguistic capacities, generational experiences, and everyday realities. This was closely linked to *falling behind the digital transformation of health*, where technological shifts in healthcare intensified feelings of dependency and generational distance. Importantly, *health as the ability to live* was conceptualized not merely as the absence of disease, but as functional independence, personal dignity, and meaningful participation in daily life. Finally, *health under the shadow of constraints* revealed how financial limitations, limited formal education, and structural inequalities shaped participants' capacity to act upon health information. Collectively, these themes demonstrate that health literacy among older women is an embodied, relational, and structurally conditioned phenomenon rather than a purely cognitive skill.

Conclusion and Discussion

The findings suggest that health literacy among older women cannot be reduced merely to functional reading or comprehension skills. Rather, it is deeply embedded in social relationships, cultural meanings, spiritual interpretations, and structural inequalities.

Effective interventions must, therefore, move beyond mere information dissemination and adopt culturally sensitive, relational, and context-specific strategies. Policies aimed at improving health literacy among older women should prioritize respectful communication in healthcare settings, continuity of care, age-adapted education, reduction of the digital divide, and targeted attention to socioeconomic vulnerabilities.

Ultimately, reconceptualizing health literacy as a lived and meaning-centered phenomenon provides a more comprehensive and nuanced foundation for designing equitable, responsive, and sustainable health promotion programs for aging populations.

Table 1. Main Themes, Subthemes, and the Emergent Phenomenological Meaning of Experience

Interpretive Themes	Interpretive Subthemes	Phenomenological Meaning of the Lived Experience
<i>Lost in the Noise of Health Recommendations</i>	a) Overflow of conflicting information b) Inability to identify trustworthy sources	Older women described health literacy as a state of wandering among competing health messages. Social and mass media were experienced not as empowering tools, but as sources of anxiety, doubt, and withdrawal from active decision-making.
<i>Family as the Ultimate Health Authority</i>	a) Prioritizing emotional trust over medical expertise b) Legitimacy of peer experiences	Health decision-making was experienced as relational rather than purely individual or biomedical. Older women found meaning and security in the advice of family and peers, even when conflicting with professional medical recommendations.
<i>The Unheard Body within the Healthcare System</i>	a) Feeling overlooked during clinical visits b) Experience of symbolic disrespect	Encounters with the healthcare system were described as experiences of silencing and delegitimization of the aging body. This led to mistrust and gradual disengagement from active medical follow-up.
<i>Fatigue from Incomplete Treatment</i>	a) Discontinuity of care b) Contradictory and delayed diagnoses	Frequent changes of physicians and lack of care continuity produced a draining experience of "unfinished treatment," weakening hope for recovery and turning health literacy into a passive practice.
<i>Educational Neglect of Older Adults within the Health System</i>	a) Educational approaches misaligned with aging b) Unfamiliarity with modern health terminology	Older women perceived themselves as excluded from health education systems designed for younger generations, with language and formats misaligned with their lived realities.
<i>Falling Behind the Digital Health Transition</i>	a) Generational technological gap b) Distance from the logic of prevention	The experience of health was intertwined with a sense of being left behind in the digital world. Prevention was perceived as an abstract concept more applicable to younger generations than to the aging body.
<i>Health as the Ability to Live</i>	a) Health as a divine blessing b) Health as functional independence	Health was understood not as the absence of disease, but as the capacity to carry out daily life, preserve personal dignity, and maintain social roles. Health literacy was experienced as embodied, spiritual, and practical wisdom rather than formal knowledge.
<i>Health under the Shadow of Constraints</i>	a) Living under economic limitations b) Shame, silence, and withdrawal from questioning	Financial and educational limitations were experienced as constraints on choice, fear of questioning, and passive acceptance of treatments. Health was lived as a conditional and unequal status rather than a freely chosen state.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines

Ethical considerations in this study were addressed across three interrelated dimensions: respect for participants, researcher responsibility, and social accountability. The study received ethical approval from the Research Ethics Committee of the University of Isfahan (Ethics Approval Code: IR.UI.REC.1402.140). Data collection was conducted based on informed consent and mutual trust. All participants were fully informed about the study's objectives, procedures, and scope prior to their participation. They were assured that their personal information would remain confidential and be used solely for research purposes. Participation was entirely voluntary, and participants retained the right to withdraw from the study at any stage without consequence. Throughout the research process, utmost care was given to safeguarding participants' dignity, privacy, and autonomy. This study did not involve any clinical interventions or human trial procedures.

Acknowledgments

The author expresses sincere gratitude to all the older women who generously shared their time, personal narratives, and valuable lived experiences. The author also extends appreciation to all individuals and institutions who facilitated participant recruitment and provided administrative or logistical support throughout the study.

Funding

This research received no external financial support or funding.

Authors' Contributions

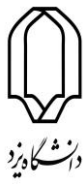
Not applicable.

Conflicts of Interest

The author declared no conflict of interest.

Author's ORCID

Zahra Shams-Ghahfarokhi: <https://orcid.org/0009-0009-5155-7056>



تجربه زیسته زنان سالمند از سواد سلامت در شهر اصفهان: درهم‌تنیدگی مراقبت‌های درمانی، مرجعیت خانواده و بازماندگی از جهان دیجیتال

زهره شمس قهفرخی^{۱*}

۱- دانش‌آموخته دکترای جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: زهره شمس قهفرخی. رایانامه: zahrashams303@gmail.com

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: با افزایش جمعیت سالمندان و شیوع بیماری‌های مزمن، سواد سلامت به یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت عمومی تبدیل شده است. با این حال، درک تجربه زیسته زنان سالمند از سواد سلامت، به‌ویژه در بافت فرهنگی و اجتماعی ایران، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. هدف این پژوهش، فهم و تفسیر تجربه زیسته زنان سالمند شهر اصفهان از مفهوم و کاربرد سواد سلامت است.

روش و داده‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۴ زن سالمند ۶۰ سال و بالاتر ساکن شهر اصفهان بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری و براساس اصول پدیدارشناسی تفسیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها به استخراج مضامین تفسیری منجر شد که نشان‌دهنده تجربه‌ای پیچیده، بافت‌مند و اجتماعی از سواد سلامت بود. مضامین اصلی شامل گم‌شدن در هیاهوی توصیه‌های متناقض، خانواده به‌مثابه مرجع نهایی سلامت، شنیده‌نشدن بدن سالمند در نظام درمان، خستگی از درمان ناتمام، نادیده‌ماندن آموزش سالمندان، عقب‌ماندن از سلامت دیجیتال، سلامت به‌مثابه توان زیستن و سلامت در سایه تنگناهای اجتماعی-اقتصادی بود.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که سواد سلامت در میان زنان سالمند نه صرفاً یک مهارت شناختی، بلکه تجربه‌ای زیسته و معنامند است که با ایمان، روابط اجتماعی، اعتماد و شرایط ساختاری گره خورده است.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، زنان سالمند، پدیدارشناسی تفسیری، تجربه زیسته، تحلیل مضمون.

پیام اصلی: سواد سلامت زنان سالمند در تعامل با خانواده، نظام سلامت و شرایط اجتماعی شکل می‌گیرد و نمی‌توان آن را صرفاً یک توانایی فردی دانست. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که هم‌زمانی تداوم برخی الگوهای فرهنگی با تغییرات اجتماعی و دیجیتالی، تجربه سالمندی را دگرگون کرده است؛ از این رو، برنامه‌های ارتقای سواد سلامت باید متناسب با این تحولات و با تکیه بر تجربه زیسته سالمندان طراحی شوند.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۱۲

ارجاع: شمس قهفرخی، زهره. (۱۴۰۵). تجربه زیسته زنان سالمند از سواد سلامت در شهر اصفهان: درهم‌تنیدگی مراقبت‌های درمانی، مرجعیت خانواده و بازماندگی از جهان دیجیتال. تداوم و تغییر اجتماعی، ۵(۳)، ۱۳۳۹. <https://doi.org/10.22034/JSCC.2026.23909.1339>



مقدمه و بیان مسأله

ایران در حال تجربه گذاری سریع به سوی سالمندی جمعیت است؛ تحولی که هم‌زمان با دگرگونی در ساختار خانواده، روابط بین‌نسلی و نیازهای اجتماعی و سلامت، مسائل تازه‌ای را پیش روی جامعه قرار داده است. هم‌زمان با افزایش جمعیت سالمندان و روند فزاینده بیماری‌های غیرواگیر، اهمیت سواد سلامت به‌عنوان یکی از عوامل اساسی در توانمندسازی سالمندان و ارتقای سلامت عمومی، بیش از پیش احساس می‌شود. سواد سلامت به توانایی فرد در دستیابی، درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات سلامت برای تصمیم‌گیری‌های آگاهانه در زندگی روزمره اطلاق می‌شود (Liu et al., 2020). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که سطح سواد سلامت با پیامدهای مهمی از جمله سلامت جسمی و روانی، خودمراقبتی، مشارکت در مراقبت‌های پیشگیرانه و حتی میزان مرگ‌ومیر ارتباط مستقیم دارد (Wilcox et al., 2007). از این منظر، سواد سلامت فراتر از یک مهارت شناختی صرف بوده و با مسئولیت‌پذیری فردی در مدیریت سلامت و تعامل مؤثر با نظام سلامت پیوند می‌خورد (McQueen et al., 2007).

با وجود این، سواد سلامت در خلأ اجتماعی شکل نمی‌گیرد، بلکه تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، از جمله سطح و کیفیت آموزش، دسترسی به خدمات بهداشتی، ثبات اقتصادی، کیفیت محیط زندگی و برخورداری از منابع حمایتی اجتماعی قرار دارد (Hardeman, 2019). از این منظر، سواد سلامت را نمی‌توان صرفاً ویژگی فردی افراد دانست، بلکه باید آن را در پیوند با شرایط اجتماعی و محیطی آنان درک کرد. شواهد موجود همچنین نشان می‌دهد که سواد سلامت می‌تواند به‌عنوان یکی از سازوکارهای واسطه‌ای، ارتباط میان شرایط ساختاری و اجتماعی و پیامدهای سلامت را تحت تأثیر قرار دهد (Smith, 2021). این مسئله در مورد سالمندان اهمیت بیشتری پیدا می‌کند؛ زیرا آنان در فرایند مواجهه با تغییرات مرتبط با سن، بیماری‌های مزمن و نیازهای فزاینده مراقبتی، بیش از پیش به توانایی دسترسی، درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات سلامت نیاز دارند. از سوی دیگر، پیامدهای سواد سلامت پایین صرفاً به دشواری در دریافت و فهم اطلاعات محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند فرایند تشخیص علائم، تصمیم‌گیری برای مراجعه به مراکز درمانی و مشارکت در مراقبت از خود را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در نتیجه، محدودیت در سواد سلامت با استفاده بیشتر از خدمات اورژانسی، مشارکت کمتر در اقدامات پیشگیرانه و مراجعه در مراحل پیشرفته‌تر بیماری همراه دانسته شده و می‌تواند زمینه‌ساز تشخیص و درمان دیر هنگام و پیامدهای نامطلوب‌تر سلامت شود (Coughlin et al., 2020).

یافته‌های دیگر مطالعات نیز نشان می‌دهد که سواد سلامت پایین در سالمندان با افزایش خطر بیماری‌های مزمن، کاهش استفاده از خدمات پیشگیرانه و افزایش وابستگی به خدمات درمانی همراه است (Li et al., 2023). مطالعات داخلی نیز مؤید این مسئله هستند؛ که ۴۴ درصد از بزرگسالان شهری در کشور دارای سواد سلامت محدود بوده‌اند و بیشترین محدودیت در گروه سنی بالای ۵۵ سال و بالاتر مشاهده شده است (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین، جوادزاده و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که بیش از ۵۰ درصد از جمعیت شهر اصفهان دارای سواد سلامت ناکافی یا مرزی هستند. با وجود این شواهد، هنوز شناخت اندکی از اینکه سالمندان سواد سلامت را چگونه در زندگی روزمره خود تجربه، درک و به کار می‌گیرند، وجود دارد. به‌ویژه، تجربه زیسته زنان سالمند به‌عنوان گروهی که تحت تأثیر هم‌زمان عوامل جنسیتی، فرهنگی، نسلی و ساختاری قرار دارند، کمتر مورد توجه پژوهشگران بوده است. بیشتر مطالعات موجود با رویکردهای کمی و ابزارهای سنجش استاندارد انجام شده‌اند و قادر به آشکارسازی ابعاد معنایی، تفسیری و زمینه‌مند سواد سلامت در بستر زندگی واقعی سالمندان نیستند. این در حالی است که تصمیم‌گیری‌های سلامت، رفتارهای خودمراقبتی و تعامل با نظام سلامت، عمیقاً ریشه در ادراکات، باورها و تجربه‌های زیسته افراد دارند.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تبیین تجربه زیسته زنان سالمند شهر اصفهان از مفهوم و کاربرد سواد سلامت با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری است. پرسش‌های اصلی پژوهش عبارت‌اند از: (۱). زنان سالمند شهر اصفهان سواد سلامت را در زندگی روزمره خود چگونه تجربه و معنا می‌کنند؟ (۲). این تجربه‌ها چگونه در رفتارها و تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت آنان بازتاب می‌یابد؟ در این مطالعه، به منظور تقویت حساسیت نظری پژوهشگر، از ادبیات موجود در حوزه رفتارهای سلامت، از جمله مدل باور سلامت (HBM)، استفاده شد. با این حال، این مفاهیم صرفاً در مرحله تفسیر نهایی یافته‌ها و به عنوان لنزی تحلیلی برای تعمیق فهم تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان به کار گرفته شدند و در فرایند گردآوری و تحلیل داده‌ها نقشی تعیین‌کننده نداشتند.

ادبیات نظری و تجربی

درک مفهوم سواد سلامت در میان سالمندان نیازمند نگاهی چندبعدی است که ابعاد اجتماعی، فرهنگی و تجربی را در کنار عوامل شناختی و آموزشی در نظر گیرد. در سال‌های اخیر، رشد جمعیت سالمند و پیچیدگی نظام‌های مراقبت سلامت، ضرورت درک عمیق‌تر این پدیده را بیش از پیش آشکار ساخته است. شواهد بین‌المللی و داخلی حاکی از آن‌اند که سواد سلامت پایین نه تنها درک اطلاعات پزشکی را دشوار می‌کند، بلکه بر رفتارهای سلامت، خودمراقبتی و حتی عدالت در سلامت تأثیر مستقیم دارد.

سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را «درجه‌ای از توانایی‌های شناختی و اجتماعی برای دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات به منظور ارتقا و حفظ سلامت» تعریف می‌کند (Nutbeam, 2000). در ادبیات پژوهشی، این مفهوم به عنوان شکلی از سرمایه اجتماعی و فرهنگی مطرح است که توزیع نابرابر آن می‌تواند نابرابری‌های سلامت را بازتولید کند. مرور نظام‌مند **برکمن^۱ و همکاران (۲۰۱۱)** بر روی ۹۶ مطالعه کمی و کیفی نشان داد افرادی با سواد سلامت پایین، ۴۰ درصد بیشتر در معرض بستری‌های مکرر قرار دارند، کمتر در برنامه‌های پیشگیرانه شرکت می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش می‌دهند. مطالعات دیگر نیز تصویری مشابه ارائه داده‌اند. در لهستان، ۶۱٫۳ درصد از افراد بالای ۶۵ سال دارای سواد سلامت پایین بودند (Słowska et al., 2015)، در ترکیه ۸۵٫۱ درصد از سالمندان سطح «ناکافی یا مسئله‌دار» داشتند (Bozkurt et al., 2019). این یافته‌ها با نتایج **برکانسکی و یوویچ^۲ (۲۰۱۸)** هم‌راستا است که نشان داد سواد سلامت پایین با بروز بیشتر بیماری‌های مزمن، مراجعه مکرر به اورژانس و کاهش سلامت ذهنی همراه است.

پژوهش‌های کیفی، ابعاد فرهنگی و اجتماعی عمیق‌تری از این پدیده را آشکار کرده‌اند. **ویلکاکس^۳ و همکاران (۲۰۰۷)** در یک مطالعه پدیدارشناختی، سواد سلامت را «فرآیندی پویا و اجتماعی» توصیف کردند که در بستر روابط خانوادگی و تجربیات زیسته شکل می‌گیرد. **لی^۴ و همکاران (۲۰۲۳)** نیز در میان زنان سالمند چینی دریافتند که سواد سلامت نه صرفاً مهارتی شناختی، بلکه نوعی سرمایه عاطفی است که از تعاملات خانوادگی و ایمان مذهبی نیرو می‌گیرد. **کاگلین^۵ و همکاران (۲۰۲۰)** در پژوهشی ترکیبی در اروپا، بی‌اعتمادی به نظام سلامت و شکاف دیجیتال را موانعی جدی در مسیر ارتقای سواد سلامت سالمندان دانستند.

1. Berkman

2. Brcanski & Jović

3. Wilcox

4. Li

5. Coughlin

در ادبیات رفتارهای سلامت، از مدل‌های مفهومی مختلفی برای تبیین رفتارهای سلامت سالمندان استفاده شده است. براساس پژوهش اسمیت و فیلدسند^۱ (۲۰۲۱)، ادراک موانع و خودکارآمدی پایین بیش از سایر سازه‌ها بر سواد سلامت زنان سالمند تأثیر دارد. هاردمن^۲ (۲۰۱۹) نیز این مفهوم را پلی میان نابرابری‌های اجتماعی و نتایج سلامت معرفی می‌کند. با وجود این، بخش عمده پژوهش‌های بین‌المللی بر روش‌های کمی متکی است و مطالعاتی که به بررسی تجربه زیسته و تفسیر فرهنگی سالمندان بپردازد، به‌ویژه در جوامع غیرغربی، همچنان محدود است (McQueen et al., 2007).

در ایران، هم‌زمان با روند فزاینده سالمندی جمعیت و افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، سواد سلامت به یکی از محورهای مهم پژوهش در حوزه سلامت عمومی تبدیل شده است. مطالعات داخلی طی دو دهه اخیر به‌طور فزاینده‌ای به سنجش سطح سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در گروه‌های مختلف جمعیتی، به‌ویژه سالمندان، پرداخته‌اند. مطالعه‌ی جوادزاده و همکاران (۱۳۹۲) در شهر اصفهان حاکی از آن است که بیش از نیمی از سالمندان دارای سواد سلامت ناکافی یا مرزی هستند و سطح سواد سلامت آنان به‌طور معناداری با سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی ارتباط دارد. این یافته‌ها توجه به سالمندان شهری به‌عنوان گروهی آسیب‌پذیر از نظر سواد سلامت را برجسته ساخت. در مطالعه‌ای مقطعی بر روی ۲۰۰ سالمند در شهر کرمان محسنی و همکاران (۱۳۹۴) گزارش کردند که ۵۲.۵ درصد از شرکت‌کنندگان دارای سواد سلامت ناکافی بودند. نتایج آنان نشان داد که سواد سلامت با متغیرهایی نظیر سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی ارتباط معناداری دارد و ارتقای آن می‌تواند به بهبود سلامت جسمی و استقلال عملکردی سالمندان منجر شود.

طاووسی و همکاران (۱۳۹۴) در یک مطالعه گسترده گزارش کردند که ۴۴ درصد از بزرگسالان شهری ایران دارای سواد سلامت محدود هستند و این نسبت در گروه سنی بالای ۵۵ سال به بیش از ۵۰ درصد می‌رسد. این مطالعه یکی از نخستین شواهد ملی در خصوص شیوع بالای محدودیت سواد سلامت در میان سالمندان ایرانی را ارائه داد. رباط سربوشی (۱۳۹۷) در یک مطالعه مروری نشان داد که بیش از نیمی از سالمندان ایرانی از سواد سلامت ناکافی برخوردارند و عوامل جمعیت‌شناختی نظیر سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نقش تعیین‌کننده‌ای در این زمینه دارند.

دلاور و همکاران (۱۳۹۷) با مرور مطالعات داخلی و خارجی، بر ضرورت تفکیک سواد عمومی از سواد سلامت و توجه هم‌زمان به ابعاد شناختی و اجتماعی آن تأکید کرد. وی معرفی شاخص سواد سلامت^۳ توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) را گامی مؤثر در سنجش تناسب آموزش‌های سلامت با سطح درک مخاطبان دانست و خاطر نشان کرد که حدود نیمی از جمعیت ایران دارای محدودیت سواد سلامت‌اند؛ مسئله‌ای که در میان سالمندان، زنان خانه‌دار و افراد کم‌سواد شیوع بیشتری دارد.

رحیمی و همکاران (۱۴۰۴) در پژوهشی در زمینه بهبود دسترسی سالمندان به اطلاعات سلامت نشان دادند که اتکای گسترده به منابع غیررسمی اطلاعات سلامت، از جمله خانواده و رسانه‌های محلی، گاه به تداوم باورهای نادرست و کاهش رفتارهای خودمراقبتی منجر می‌شود. این یافته‌ها بر اهمیت بررسی منابع اطلاعات سلامت در تجربه زیسته زنان سالمند تأکید دارد.

1. Smith & Fieldsend

2. Hardeman

3. Health Literacy Index

[شمس قهفرخی \(۲۰۲۵\)](#) در مطالعه‌ای کیفی با رویکرد نظریه داده‌بنیاد، چالش‌های سالمندان در زمینه سواد سلامت و سواد فناوری را در شهر اصفهان بررسی کرد. مقوله هسته‌ای «سالمندان در حاشیه سواد سلامت دیجیتال» نشان داد که تجربه سالمندان از فناوری‌های سلامت تحت تأثیر هم‌زمان محدودیت‌های فردی، جسمانی و فناورانه و نیز نیاز به حمایت و تسهیل دسترسی قرار دارد. این یافته‌ها بر ضرورت درک سواد سلامت سالمندان در پیوند با توانمندی‌های فناورانه، شرایط اجتماعی و دسترسی آنان به منابع و خدمات سلامت تأکید می‌کند.

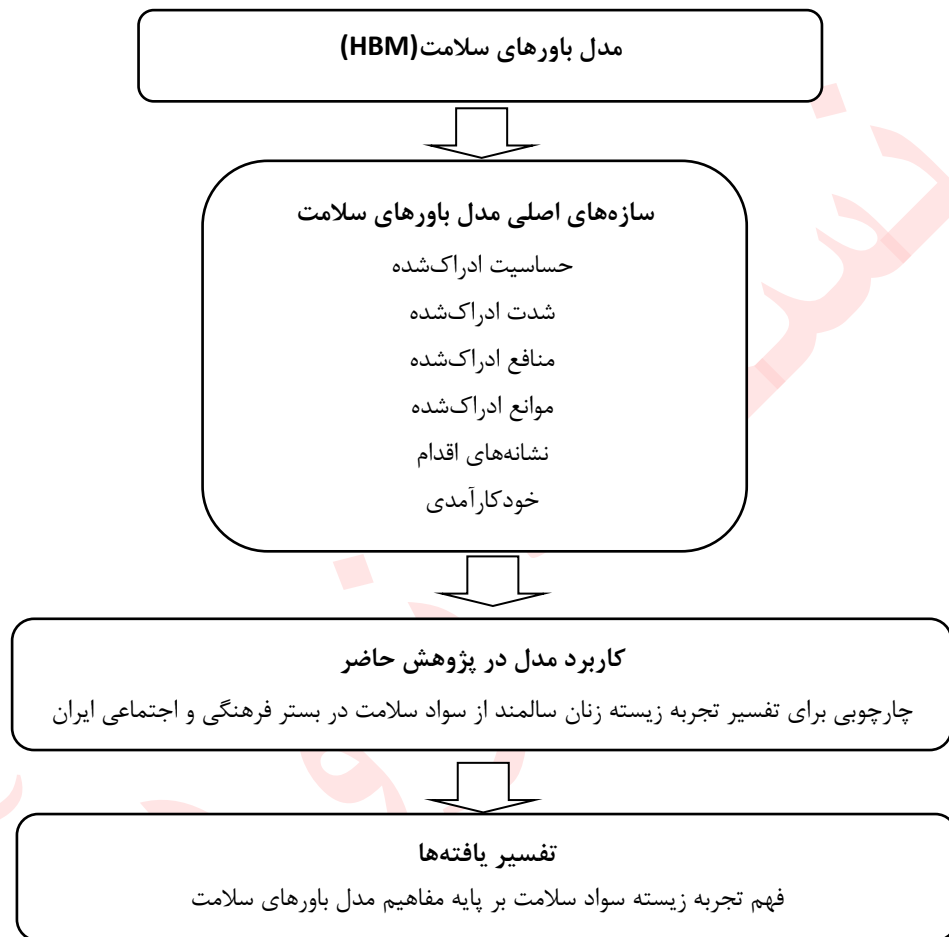
در جمع‌بندی، شواهد بین‌المللی و داخلی حاکی از آن است که سطح سواد سلامت در میان سالمندان به‌طور کلی پایین است و این مسئله نه تنها ریشه در محدودیت‌های شناختی دارد، بلکه به عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی نیز وابسته است. از این رو، طراحی مداخلات آموزشی و فرهنگی محور که متناسب با سطح سواد، زبان، تجربه زیسته و ساختار خانوادگی سالمندان باشد، ضرورتی انکارناپذیر به نظر می‌رسد. با وجود شواهد گسترده درباره پیامدهای سواد سلامت پایین در سالمندان، بیشتر مطالعات موجود - در سطح جهانی و ایران - رویکردی کمی داشته و عمدتاً به سنجش سطح سواد سلامت محدود شده‌اند. این مطالعات، اگرچه شیوع و عوامل مرتبط را نشان می‌دهند، اما قادر به تبیین چگونگی تجربه و معناپردازی سالمندان از سلامت در بستر زندگی روزمره و روابط اجتماعی نیستند. از سوی دیگر، پژوهش‌های کیفی محدود موجود، کمتر به تجربه خاص زنان سالمند پرداخته‌اند؛ در حالی که زنان سالمند شهری در ایران در تقاطع عوامل جنسیتی، نسلی، فرهنگی و اقتصادی قرار دارند که می‌تواند تجربه سواد سلامت آنان را به‌طور معناداری متمایز سازد. همچنین نقش خانواده، ایمان مذهبی و تعامل با نظام سلامت غالباً به‌عنوان عوامل زمینه‌ای بررسی شده و نه به‌مثابه اجزای درونی مفهوم سواد سلامت. بر این اساس، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از رویکرد پدیدارشناسی تفسیری، در پی فهم عمیق تجربه زیسته زنان سالمند شهر اصفهان از سواد سلامت است و سواد سلامت را به‌عنوان پدیده‌ای اجتماعی، فرهنگی و معنامحور بررسی می‌کند. این مطالعه می‌کوشد شکاف موجود در ادبیات را با ارائه تبیینی مبتنی بر تجربه زیسته پر کرده و مبنایی برای طراحی مداخلات فرهنگی، خانواده‌محور و بافت‌محور در ارتقای سلامت زنان سالمند فراهم سازد.

در این پژوهش، تحلیل داده‌ها بر پایه رویکرد پدیدارشناسی تفسیری و با تمرکز بر فهم و تفسیر تجربه زیسته زنان سالمند انجام شد. در این رویکرد، پژوهشگر ضمن حفظ وفاداری به روایت‌های مشارکت‌کنندگان، با اتکا به حساسیت نظری و بهره‌گیری از ادبیات مرتبط، تلاش کرد معانی نهفته در تجربه‌های آنان را در بستر فرهنگی و اجتماعی زندگی‌شان آشکار سازد.

مدل باورهای سلامت^۱ که نخستین بار توسط روزن‌استاک مطرح شد و بعدها با توسعه سازه‌هایی مانند خودکارآمدی تکمیل گردید، یکی از شناخته‌شده‌ترین چارچوب‌های نظری برای تبیین رفتارهای مرتبط با سلامت است (Rosenstock, 1974; Bandura 1977; Glanz et al., 2015). این مدل بر این فرض استوار است که باورهای افراد درباره تهدیدهای سلامتی (مانند حساسیت و شدت بیماری) و ارزیابی فواید و موانع اقدامات پیشگیرانه، بر نیت و رفتارهای سلامت‌محور آنان تأثیر می‌گذارد. مدل باورهای سلامت نه تنها عوامل فردی مانند ادراک تهدید را در نظر می‌گیرد، بلکه عناصری مانند نشانه‌های اقدام (محرک‌های خارجی یا داخلی برای تغییر رفتار) و خودکارآمدی (باور به توانایی اجرای رفتار) را نیز برجسته می‌سازد، که بعدها توسط [باندورا \(۱۹۷۷\)](#) به مدل افزوده شد. این مدل، رفتار

1. Health Belief Model

سلامت را براساس تعامل میان شش سازه‌ی اصلی - حساسیت، شدت، منافع، موانع ادراک‌شده، نشانه‌های اقدام و خودکارآمدی - توضیح می‌دهد ([Rosenstock, 1974](#); [Glanz et al., 2015](#)).



شکل ۱. چارچوب مفهومی پژوهش براساس مدل باورهای سلامت

منبع: طراحی پژوهشگر با اقتباس از: [Rosenstock \(1974\)](#), [Glanz et al. \(2015\)](#), [Bandura \(1977\)](#)

در پژوهش حاضر، مدل باورهای سلامت نقش چارچوب تحلیلی یا ابزار کدگذاری داده‌ها را نداشت، بلکه صرفاً در مرحله تفسیر یافته‌ها به عنوان یک لنز نظری مورد استفاده قرار گرفت. بدین معنا که مضامین و مفاهیم ابتدا براساس اصول پدیدارشناسی تفسیری و از دل روایت‌های مشارکت‌کنندگان استخراج شدند و سپس برای تبیین با مفاهیم این مدل مقایسه و تفسیر شدند. بنابراین، سازه‌های مدل باورهای سلامت تنها به فهم عمیق‌تر تجربه‌های زیسته زنان سالمند و تبیین ابعاد مختلف آن‌ها در پرتو ادبیات نظری رفتار سلامت کمک کردند. از این رو، تحلیل نهایی پژوهش همچنان ماهیتی داده‌محور، زمینه‌مند و وفادار به تجربه‌های مشارکت‌کنندگان داشت و مدل باورهای سلامت صرفاً نقش تبیینی و تفسیری ایفا کرد.

روش و داده‌های پژوهش

پژوهش حاضر با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری و براساس دیدگاه ون‌مان^۱ (۱۹۹۰) انجام شد. این رویکرد برای مطالعه حاضر مناسب بود، زیرا هدف آن فهم و تفسیر تجربه زیسته زنان سالمند از سواد سلامت در بستر زندگی روزمره و زمینه فرهنگی و اجتماعی آنان است. در پدیدارشناسی تفسیری، تجربه انسانی صرفاً بازتاب واقعیت‌های عینی نیست، بلکه معنای آن در تعامل فرد با جهان اجتماعی، فرهنگی و تاریخی پیرامونش شکل می‌گیرد (van Manen, 1990). در پژوهش‌های کیفی، پدیده‌ها در بستر طبیعی زندگی افراد مطالعه می‌شوند و پژوهشگر می‌کوشد آن‌ها را از منظر معانی‌ای که مشارکت‌کنندگان به تجربه‌های خود نسبت می‌دهند، فهم و تفسیر کند (Creswell, 2017 & Poth). از این منظر، پدیدارشناسی تفسیری امکان می‌دهد تجربه‌های زیسته مشارکت‌کنندگان با کمترین پیش‌فرض و از خلال روایت‌های آنان آشکار شود. در این رویکرد، پژوهشگر نیز بخشی از فرایند فهم است و با تأمل مستمر بر پیش‌فهم‌های خود، در شکل‌گیری تفسیر نهایی مشارکت می‌کند (van Manen, 1990).

مشارکت‌کنندگان این پژوهش، ۱۴ زن سالمند ۶۰ سال و بالاتر ساکن شهر اصفهان بودند که توانایی برقراری ارتباط کلامی و شناختی داشتند و با آگاهی کامل، رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. معیارهای ورود شامل سن ۶۰ سال و بیشتر، سکونت در شهر اصفهان، توانایی برقراری ارتباط مؤثر و تمایل به مشارکت در پژوهش بود. زنانی که دچار اختلالات شدید شناختی یا روانی بودند یا در هر مرحله تمایلی به ادامه همکاری نداشتند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و انتخاب مشارکت‌کنندگان تا دستیابی به اشباع معنایی ادامه یافت. اشباع پس از انجام ۱۴ مصاحبه حاصل شد؛ به‌گونه‌ای که در مصاحبه‌های پایانی مضمون یا مفهوم جدیدی به دست نیامد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و عمیق گردآوری شدند. پرسش‌های مصاحبه به صورت باز طراحی شدند تا مشارکت‌کنندگان بتوانند تجربه‌های خود را درباره سلامت، شیوه کسب و درک اطلاعات سلامت، منابع اطلاعاتی، تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت و موانع یا تسهیل‌کننده‌های به‌کارگیری اطلاعات سلامت آزادانه بیان کنند. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه و به طور میانگین حدود ۵۰ دقیقه بود. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط، سپس به صورت واژه‌به‌واژه پیاده‌سازی و برای تحلیل آماده شدند.

جدول ۱ مشخصات جمعیتی و بالینی ۱۴ زن سالمند شرکت‌کننده در مطالعه را توصیف می‌کند. شرکت‌کنندگان با میانگین سنی ۶۹.۲۱ سال (انحراف معیار ۶.۵۸؛ محدوده ۶۰-۸۳ سال) نماینده گروه سنی سالمندی متوسط تا پیشرفته هستند. سطوح تحصیلات عمدتاً پایین است (۵۷ درصد بی‌سواد یا ابتدایی / راهنمایی)، که با الگوهای فرهنگی-اجتماعی زنان سالمند ایرانی همخوانی دارد و می‌تواند بر تجربیات سواد سلامت تأثیرگذار باشد. از نظر وضعیت تأهل، ۵۷ درصد متأهل، ۲۹ درصد بدون همسر به‌خاطر مرگ همسر و ۷ درصد طلاق گرفته گزارش شده است، که تنوعی در حمایت‌های اجتماعی را نشان می‌دهد. همچنین، ۷۹ درصد شرکت‌کنندگان با بیماری‌های مزمن (مانند فشار خون بالا و دیابت؛ میانگین مدت ابتلا ۱۰.۵۵ سال) مواجه هستند، در حالی که ۱۴ درصد خود را سالم توصیف کرده‌اند، و این تنوع امکان کاوش تجربیات زیسته متنوع از مدیریت سلامت را فراهم می‌آورد.

1. van Manen

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان

نام	سن (سال)	وضعیت تأهل	سطح تحصیلات	وضعیت سلامت (خود اظهاری)	مدت ابتلا به بیماری مزمن (سال)
مریم	۶۸	بدون همسر بر اثر فوت	ابتدایی	فشار خون بالا	۱۰
عفت	۷۰	متاهل	بی سواد	دیابت	۸
شهین	۷۴	بدون همسر بر اثر فوت	راهنمایی	قلبی-عروقی	۱۲
بلقیس	۷۷	متاهل	ابتدایی	فشار خون بالا	۱۰
صدیقه	۸۱	متاهل	ابتدایی	دیابت، فشار خون بالا	۲۰
فرشته	۷۲	متاهل	لیسانس	دیابت	۱۲
زهره	۶۲	متاهل	دیپلم	سلامت	---
ناهید	۶۵	متاهل	دیپلم	دیسک کمر، فشار و دیابت	۳
فرزانه	۶۰	متاهل	لیسانس	کم شنوایی	۵
گلی	۶۶	بدون همسر بر اثر فوت	ابتدایی	فشار خون بالا	۵-۶
زیبا	۶۱	بدون همسر بر اثر طلاق	دیپلم	سالم	---
میترا	۶۴	متاهل	دیپلم	آرتروز	۳
مائده	۶۶	متاهل	راهنمایی	دیابت	۱
مهین	۸۳	بدون همسر بر اثر فوت	بی سواد	فشار خون بالا	۲۵

یادداشت: به منظور حفظ محرمانگی و رعایت اصول اخلاق پژوهش، نام تمامی مشارکت‌کنندگان با نام‌های مستعار جایگزین شده است.

تحلیل داده‌ها براساس اصول پدیدارشناسی تفسیری [ون مانن \(۱۹۹۰\)](#) انجام شد. پژوهشگر در گام نخست، متن هر مصاحبه را چندین بار با رویکردی تأملی مطالعه کرد تا درکی جامع از تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان به دست آورد. سپس، متن مصاحبه‌ها با بهره‌گیری از سه شیوه خوانش پیشنهادی ون مانن شامل خوانش کل نگر^۱، خوانش انتخابی^۲ و خوانش جزءبه‌جزء^۳ بررسی شد تا عبارات، روایت‌ها و بخش‌های معنادار شناسایی شوند ([van Manen, 1990](#)).

1. Holistic Reading
2. Selective Reading
3. Detailed Reading

در ادامه، واحدهای معنایی استخراج و برای تسهیل مدیریت داده‌ها در نرم‌افزار MAXQDA 2022 سازمان‌دهی و کدگذاری اولیه شدند. کدهای دارای قرابت مفهومی با مقایسه مستمر در قالب مضامین فرعی و سپس مضامین اصلی سامان یافتند. با این حال، در رویکرد پدیدارشناسی تفسیری، تحلیل صرفاً به کدگذاری داده‌ها محدود نمی‌شود؛ بلکه نوشتن، بازنوشتن، تأمل مستمر و حرکت رفت‌وبرگشتی میان متن، مضامین و تجربه‌های مشارکت‌کنندگان بخش جدایی‌ناپذیر فرایند تحلیل است و به فهم عمیق‌تر معنای تجربه‌ها می‌انجامد.

به منظور افزایش دقت و استحکام یافته‌ها، از معیارهای چهارگانه [لینکلن و گوبا \(۱۹۸۵\)](#) شامل قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال، قابلیت وابستگی و تأییدپذیری استفاده شد. برای قابلیت اعتماد، یافته‌های اولیه و تفاسیر پژوهشگر در چند مرحله با برخی از مشارکت‌کنندگان در میان گذاشته شد تا میزان هم‌خوانی آن‌ها با تجربه زیسته ایشان بررسی و اصلاح شود (بازبینی اعضا). قابلیت انتقال از طریق ارائه توصیف غنی از ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، زمینه فرهنگی - اجتماعی پژوهش و فرایند گردآوری داده‌ها تأمین شد تا امکان قضاوت خواننده درباره تعمیم‌پذیری یافته‌ها فراهم شود. به منظور قابلیت وابستگی، تمامی مراحل پژوهش از طراحی، مصاحبه، کدگذاری تا استخراج مضامین به صورت نظام‌مند مستندسازی شد و مسیر تحلیل به روشنی ثبت گردید. در راستای تأییدپذیری، پژوهشگر با ثبت یادداشت‌های تأملی و بازاندیشانه تلاش کرد تأثیر پیش‌فرض‌ها و سوگیری‌های شخصی را به حداقل رسانده و پیوند یافته‌ها با داده‌های خام را حفظ کند.

پیش از انجام مصاحبه‌ها، هدف و ماهیت پژوهش به طور کامل برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از آنان اخذ گردید. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و افراد می‌توانستند در هر مرحله بدون هیچ گونه پیامد از ادامه همکاری انصراف دهند. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات و اظهارات آنان محرمانه باقی می‌ماند و داده‌ها صرفاً برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای حفظ حریم خصوصی، از ثبت هرگونه اطلاعات هویتی خودداری شد و داده‌ها به صورت کدگذاری شده تحلیل شدند. با توجه به ماهیت کیفی و غیرمداخله‌ای پژوهش، تمامی مراحل مطابق اصول اخلاق پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی انجام شد.

یافته‌های پژوهش

تحلیل داده‌ها نشان داد که تجربه سواد سلامت زنان سالمند، حاصل تعامل میان تجربه‌های فردی و زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و نهادی است و در بستر روابط خانوادگی، نظام سلامت و تغییرات شیوه‌های دسترسی به اطلاعات معنا می‌یابد. براساس تحلیل پدیدارشناختی، هشت مضمون اصلی و شانزده زیرمضمون استخراج شد که ابعاد مختلف این تجربه زیسته را تبیین می‌کنند. جدول ۲ خلاصه مضامین اصلی، زیرمضامین و تفسیر پدیدارشناختی آن‌ها را ارائه می‌کند.

جدول ۲. مضامین اصلی، فرعی و تفسیر و معنای پدیدار شده

مضامین تفسیری	زیرمضامین تفسیری	معنای پدیدارشناختی تجربه
گم‌شدن در هیاهوی توصیه‌ها	الف) سرریز اطلاعات متناقض ب) ناتوانی در تشخیص مرجع قابل اعتماد	زنان سالمند تجربه سواد سلامت را به‌صورت سرگردانی میان صداهای متعارض سلامت توصیف می‌کردند. فضای مجازی و رسانه‌ها نه ابزار توانمندسازی، بلکه منبع اضطراب، تردید و کناره‌گیری از تصمیم‌گیری فعال شده بود.
خانواده به‌مثابه مرجع نهایی سلامت	الف) تقدم اعتماد عاطفی بر تخصص پزشکی ب) مشروعیت تجربه همسالان	تصمیم‌گیری سلامت بیش از آن که کنشی فردی یا پزشکی باشد، تجربه‌ای رابطه‌محور بود. زنان سالمند معنا و امنیت را در توصیه‌های خانواده و همسالان می‌یافتند، حتی زمانی که این توصیه‌ها با توصیه‌های تخصصی در تعارض بود.
شنیده‌نشدن بدن در نظام درمان	الف) احساس نادیده‌گرفته‌شدن در ویزیت‌ها ب) تجربه بی‌احترامی نمادین	مشارکت‌کنندگان مواجهه با نظام سلامت را تجربه‌ای از حذف صدا و بی‌اعتباری بدن سالمندان توصیف می‌کردند. این تجربه، بی‌اعتمادی و فاصله‌گیری تدریجی از پیگیری مراقبت پزشکی را در پی داشت.
خستگی از درمان ناتمام	الف) گسست در تداوم مراقبت ب) تشخیص‌های متناقض و تأخیری	تغییر مکرر پزشک و نبود تداوم مراقبت، تجربه‌ای فرساینده از «درمان ناتمام» ایجاد کرده بود؛ وضعیتی که امید به بهبود را تضعیف و سواد سلامت را به کنشی منفعلانه تبدیل می‌کرد.
نادیده‌ماندن آموزشی سالمندان در نظام سلامت	الف) آموزش‌های نامتناسب با سالمندی ب) ناآشنایی با زبان نوین سلامت	زنان سالمند خود را بیرون‌مانده از نظام‌های آموزشی سلامت می‌دانستند؛ آموزش‌هایی که برای نسل جوان طراحی شده و زبان آن‌ها با تجربه زیسته سالمندان هم‌خوان نبود.
عقب‌ماندن از قطار سلامت دیجیتال	الف) شکاف نسلی فناورانه ب) فاصله با منطق پیشگیری	تجربه سلامت با احساس واماندگی از جهان دیجیتال گره خورده بود. پیشگیری مفهومی انتزاعی تلقی می‌شد که بیشتر به نسل جوان تعلق دارد تا به بدن سالمندان.
سلامت به‌مثابه توان زیستن	الف) سلامت به‌عنوان نعمت الهی ب) سلامت به‌عنوان استقلال عملکردی	سلامت در تجربه زنان سالمند، نه فقدان بیماری، بلکه توان انجام زندگی روزمره، حفظ شأن فردی و ایفای نقش اجتماعی بود. سواد سلامت دانشی رسمی نبود، بلکه خردی زیسته، معنوی و عملی تلقی می‌شد.
سلامت در سایه تنگنا	الف) زندگی با محدودیت اقتصادی ب) شرم، سکوت و کناره‌گیری از پرسشگری	محدودیت مالی و تحصیلی به‌صورت تجربه‌ای زیسته از ناتوانی در انتخاب، ترس از پرسیدن و پذیرش منفعلانه درمان‌ها معنا می‌یافت. سلامت امری مشروط و نابرابر تجربه می‌شد، نه انتخابی آزادانه.

(۱) گم‌شدن در هیاهوی توصیه‌ها

برای زنان سالمند، مواجهه با اطلاعات سلامت نه تجربه‌ای روشنگرانه، بلکه اغلب تجربه‌ای آشفته و فرساینده بود. آنان خود را در میان انبوهی از توصیه‌های متناقض، ناپایدار و گاه هشداردهنده می‌یافتند؛ توصیه‌هایی که هر روز تغییر می‌کرد و قطعیتی در آن‌ها احساس نمی‌شد. در این وضعیت، اطلاعات سلامت به‌جای آن که به تصمیم‌گیری آگاهانه بینجامد، احساس بلاتکلیفی و درماندگی ایجاد

می‌کرد. این «هیاوهی توصیه‌ها» تجربه‌ای صرفاً شناختی نبود، بلکه تجربه‌ای وجودی از گم‌گشتگی بود؛ گم‌شدن میان صداهای متعدد، بدون آن که مرجعی مطمئن برای اتکا وجود داشته باشد.

۱-۱ سرریز اطلاعات متناقض

مشارکت‌کنندگان بارها به مواجهه روزمره خود با توصیه‌های متضاد در رسانه‌ها، شبکه‌های اجتماعی و گفت‌وگوهای غیررسمی اشاره کردند. این اطلاعات متناقض، به تدریج ظرفیت فهم و اعتماد آنان را فرسوده کرده و تجربه‌ای از خستگی ذهنی ایجاد کرده است. ناهید ۶۵ ساله با سابقه سه سال بیماری مزمن، چنین روایت می‌کند:

"هر روز یک چیز تازه می‌شنویم؛ یک روز می‌گویند فلان چیز مفید است، یک روز دیگر می‌گویند ضرر دارد. یه مدت برای فشار خونم گفته بودند سیاه‌دانه را آسیاب کنم با عسل بخورم، بعد گفتند نه، خوب نیست. یه روز می‌گویند قهوه برای قلب خوبه، یه روز می‌گن خوب نیست؛ آخرش آدم می‌ماند چه کار کند"

در این تجربه، انباشت اطلاعات نه تنها به افزایش آگاهی منجر نمی‌شود، بلکه معنا و کارکرد خود را از دست می‌دهد و به عاملی برای تعلیق کنش سلامت بدل می‌شود.

۲-۱ سردرگمی در تشخیص اطلاعات درست از نادرست

بسیاری از زنان در مواجهه با توصیه‌های متناقض احساس بالاتکلیفی و اضطراب داشتند. آنان نمی‌توانستند تشخیص دهند کدام اطلاعات علمی و کدام غیرقابل اعتماد است. گلی ۶۶ ساله و دارای فشار خون بالا بیان کرد:

"گاهی که تلویزیون یا اینترنت را نگاه می‌کنم، هر روز یک توصیه جدید می‌شنوم. یکی می‌گوید این غذا خوب است، دیگری می‌گوید اصلاً نخورید. داروها را که نگاه می‌کنم، هر دکتر یک چیز می‌گوید. واقعاً نمی‌دانم به چه چیزی اعتماد کنم. بدتر اضطراب می‌گیرم، چون نمی‌خواهم اشتباه کنم و سلامت‌م را به خطر بیندازم. بعضی وقت‌ها دیگر از خواندن یا پرسیدن چیزی منصرف می‌شوم، چون نمی‌توانم فرق بین اطلاعات درست و نادرست را بفهمم"

۲) خانواده به مثابه مرجع نهایی سلامت

در تجربه زیسته زنان سالمند، تصمیم‌گیری سلامت نه کنشی فردی و نه صرفاً مبتنی بر عقلانیت پزشکی بود، بلکه فرایندی عمیقاً رابطه‌محور و عاطفی تلقی می‌شد. خانواده در زیست‌جهان آنان جایگاهی فراتر از یک منبع اطلاعاتی داشت و به مثابه مرجع نهایی معنا، اعتماد و امنیت در مواجهه با مسائل سلامت عمل می‌کرد. در این چارچوب، توصیه‌های فرزندان، همسر یا نزدیکان، حتی در صورت تعارض با نظر پزشک، از مشروعیت بیشتری برخوردار بود؛ چراکه این توصیه‌ها در بستر پیوندهای عاطفی، تجربه مشترک و دغدغه مراقبت شکل می‌گرفت.

۲-۱- تقدم اعتماد عاطفی بر تخصص پزشکی

زنان سالمند اعتماد خود را نه بر پایه دانش تخصصی، بلکه براساس «شناخت عاطفی» بنا می‌کردند. پزشک، هرچند صاحب دانش علمی، اغلب فردی ناآشنا و گذرا در زندگی آنان بود؛ درحالی که خانواده، حضوری مداوم، مراقب و همدل داشت. از این منظر، گوش سپردن به توصیه‌های فرزندان یا همسر، نوعی اطمینان وجودی ایجاد می‌کرد که فراتر از اطمینان فنی پزشکی بود. سلامت در این تجربه، امری بود که باید در فضای اعتماد زیسته شود، نه صرفاً براساس نسخه و دستور. عفت ۷۰ ساله دارای سابقه دیابت بیان داشته که:

"من خودم که چیزی سر در نمی‌آورم. دکتر یک چیزی می‌نویسد و می‌دهد دستم، اما نمی‌دانم واقعاً برای من خوب است یا نه. اول صبر می‌کنم دخترم بیاید، نسخه را می‌بیند، برایم توضیح می‌دهد، می‌گوید این را کی بخور، آن را نخور. بدون نظر او اصلاً دارو نمی‌خورم. خیال من وقتی راحت می‌شود که او بگوید اشکالی ندارد."

از منظر پدیدارشناختی، گوش سپردن به نظر فرزند، کنشی از سر ناآگاهی یا انفعال نیست، بلکه راهبردی زیسته برای کاهش اضطراب، پیشگیری از خطا و معنا بخشیدن به تصمیم‌های سلامت در جهانی است که برای زنان سالمند پیچیده، تخصصی و گاه بیگانه شده است.

۲-۲- مشروعیت تجربه همسالان

تجربه‌های زیسته همسالان نیز در نظام معنایی زنان سالمند از اعتبار بالایی برخوردار بود. توصیه‌هایی که از سوی دوستان یا همسایگان با تجربه مشابه بیماری ارائه می‌شد، «واقعی»، «آزموده‌شده» و «قابل لمس» تلقی می‌گردید. این تجربه‌ها، برخلاف زبان تخصصی پزشکی، به زبان زندگی روزمره بیان می‌شد و امکان همانندسازی بیشتری فراهم می‌کرد. در نتیجه، تجربه همسالان نه به‌عنوان جایگزین دانش پزشکی، بلکه به‌عنوان دانشی زیسته و معتبر در زیست‌جهان سالمندی معنا می‌یافت. صدیقه ۸۱ ساله با سابقه فشار خون بالا، در توصیف اتکای خود به تجربه همسالان چنین روایت می‌کند:

"وقتی کسی هم‌سن خودم چیزی را تجربه کرده، حرفش برای من قابل قبول‌تر است. مثلاً فلانی هم فشار خون داشت، هم‌درد من بود، دارو را خورد، دید حالش بهتر شد، من هم دلم قرص می‌شود. می‌گویم اگر برای او جواب داده، شاید برای من هم بد نباشد"

در این روایت، تجربه همسال نه صرفاً منبع اطلاعات، بلکه معیاری برای سنجش امکان‌پذیری و زیست‌پذیری توصیه‌های سلامت است. زنان سالمند از خلال مقایسه خود با دیگران مشابه، تصمیم می‌گیرند؛ گویی سلامت در آیین تجربه دیگری معنا پیدا می‌کند. شنیدن روایت‌های همسالان، احساس تنها نبودن در بیماری را تقویت می‌کند و به تجربه سلامت بُعدی جمعی و همدلانه می‌بخشد.

از منظر پدیدارشناختی، مشروعیت تجربه همسالان ریشه در «شباهت زیسته» دارد. توصیه‌ای که از دل رنج مشترک برآمده باشد، معتبرتر از دانشی تلقی می‌شود که فاقد تجربه بدنی و عاطفی است. در چنین بستری، زنان سالمند با تکیه بر روایت‌های همسالان، میان دانش رسمی و واقعیت زیسته خود پل می‌زنند و سلامت را نه به‌مثابه امر تخصصی دور از دسترس، بلکه به‌عنوان دانشی قابل لمس و زندگی‌شده تجربه می‌کنند.

۳) شنیده نشدن بدن در نظام درمان

برای بسیاری از زنان سالمند، مراجعه به مراکز درمانی نه صرفاً تلاشی برای بهبود جسم، بلکه مواجهه‌ای عاطفی و وجودی با نظامی بود که بدن سالمندانه آنان را به رسمیت نمی‌شناخت. آنان تجربه درمان را همچون فرآیندی توصیف می‌کردند که در آن بدنشان سخن می‌گوید، اما شنیده نمی‌شود. این احساس «نادیده‌ماندن»، به تدریج به بی‌اعتمادی، سکوت و فاصله‌گیری از پیگیری مراقبت پزشکی انجامیده بود. در این تجربه، مسئله اصلی فقدان دارو یا فناوری نبود، بلکه غیبت گفت‌وگو، فقدان گوش سپردن و بی‌اعتنایی به روایت بدن سالمند بود؛ بدنی که سال‌ها زیسته، رنج کشیده و اکنون خواهان دیده‌شدن و فهمیده‌شدن است.

۳-۱ احساس نادیده گرفته‌شدن در ویزیت‌ها

زنان سالمند مکرراً اشاره می‌کردند که در زمان ویزیت، فرصت کافی برای بیان مشکلات خود ندارند و پزشک پیش از شنیدن کامل شرح حال، به نوشتن نسخه می‌پردازد. فرزانه ۶۰ ساله دارای افت شنوایی چنین روایت می‌کند:

"تا می‌خواهم بگویم درد من از کی شروع شده، دکتر می‌گوید خوب، خوب، معلوم است... بعد نسخه را می‌نویسد. من حس می‌کنم اصلاً حرفم مهم نیست. انگار بدن پیر ارزش توضیح ندارد."

در این تجربه، بدن سالمند به «موضوع پزشکی سریع» تقلیل می‌یابد و روایت شخصی بیماری جای خود را به تشخیص‌های شتاب‌زده می‌دهد. زنان سالمند این وضعیت را نوعی حذف تدریجی صدا می‌دانستند؛ گویی حق سخن گفتن درباره بدن خود را از دست داده‌اند. پیامد این تجربه، کاهش تمایل به مراجعه مجدد و تردید نسبت به فایده پیگیری درمان بود.

۳-۲ تجربه بی‌احترامی نمادین

فراتر از نادیده گرفته‌شدن کلامی، برخی زنان سالمند از نوعی بی‌احترامی پنهان و نمادین سخن می‌گفتند؛ بی‌احترامی‌ای که در لحن، نگاه، یا رفتار کارکنان نظام سلامت متجلی می‌شد. بلقیس ۷۷ ساله با سابقه فشار خون بالا چنین بیان می‌کند:

"طوری با من حرف می‌زنند که انگار چیزی نمی‌فهمم. آرام‌آرام، با تحکم. حس می‌کنم فقط چون پیرم، فکر می‌کنند عقل درست و حسابی ندارم، رفتم دندان‌پزشکی درد داشتم حالم بد بود تنها هم رفته بودم، دکتر به من میگه مگه دختر ۱۴ ساله‌ای آن قدر ناز داری، دلم خیلی شکست مگه حالم دست خودم بود"

این برخوردها، حتی اگر آگاهانه یا عمدی نباشند، برای زنان سالمند معنایی عمیق و آسیب‌زا داشت. آنان این رفتارها را نشانه‌ای از بی‌ارزشی اجتماعی بدن سالمندانه تلقی می‌کردند. در چنین تجربه‌ای، سالمندی نه مرحله‌ای طبیعی از زندگی، بلکه نشانه‌ای از ناتوانی و کم‌اعتباری فرض می‌شود. از منظر پدیدارشناختی، این بی‌احترامی نمادین به فروپاشی احساس شأن و عاملیت می‌انجامد و زنان سالمند را به عقب‌نشینی از تعامل فعال با نظام سلامت سوق می‌دهد. در نتیجه، سکوت، تحمل درد و اتکای بیشتر به منابع غیررسمی، جایگزین گفت‌وگوی درمانی می‌شود.

۴) خستگی از درمان ناتمام

برای بسیاری از زنان سالمند، مسیر درمان تجربه‌ای پیوسته و اطمینان‌بخش نبود، بلکه به‌صورت زنجیره‌ای از شروع‌های ناتمام، توقف‌های ناخواسته و بازگشت‌های مکرر به نقطه آغاز تجربه می‌شد. آنان درمان را نه به‌عنوان فرآیندی معنادار با افق بهبود، بلکه به‌مثابه چرخه‌ای فرساینده توصیف می‌کردند که در آن امید، انرژی و انگیزه به‌تدریج تحلیل می‌رود. در این تجربه، مسئله اصلی صرفاً بیماری یا شدت علائم نبود، بلکه گسست در تداوم مراقبت و بی‌ثباتی در تصمیم‌های درمانی بود؛ وضعیتی که زنان سالمند آن را «درمان ناتمام» می‌نامیدند. درمانی که هر بار آغاز می‌شود، اما هرگز به سرانجامی روشن نمی‌رسد.

۴-۱ گسست در تداوم مراقبت

بسیاری از مشارکت‌کنندگان از تغییر مکرر پزشک، جابه‌جایی بین مراکز درمانی و فقدان یک مرجع ثابت مراقبتی گلایه داشتند. این تغییرها آنان را ناگزیر می‌کرد بارها روایت بیماری خود را از ابتدا بازگو کنند. میترا ۶۴ ساله با سابقه آرتروز چنین می‌گوید:

"هر بار که دکترم عوض می‌شود، انگار همه‌چیز از اول شروع می‌شود. باید دوباره بگویم چه دارویی خوردم، چه دردی دارم. خسته می‌شوم، آدم حس می‌کند درمانش نیمه‌کاره مانده"

این گسست‌ها مانع شکل‌گیری رابطه اعتماد میان بیمار و پزشک می‌شد و احساس ناامنی درمانی را تشدید می‌کرد. از منظر زنان سالمند، نبود تداوم مراقبت به معنای نبود کسی بود که «بدن آنان را بشناسد» و سیر بیماری‌شان را به‌خاطر بسپارد. در نتیجه، درمان از یک مسیر معنادار به مجموعه‌ای از اقدامات پراکنده تقلیل می‌یافت.

۴-۲ تشخیص‌های متناقض و تأخیری

تجربه برخی زنان سالمند حاکی از آن بود که برای یک مشکل واحد، تشخیص‌های متفاوت و گاه متناقض دریافت کرده‌اند. این وضعیت، سردرگمی و تردید عمیقی در آنان ایجاد کرده بود. فرزانه ۶۰ ساله دارای افت شنوایی در این باره چنین روایت می‌کند:

"یک دکتر می‌گفت چیزی نیست، یکی می‌گفت خطرناک است. آخرش دیگر نفهمیدم کدام درست است. آدم دل‌سرد می‌شود، می‌گوید ولش کن، رفته بودم برای شنوایی سنجی دکتر نتیجه را دید گفت خطرناکه احتمالاً تومور باشه برو MRI تا یک هفته خودما خوانوادم مردیم و زنده شدیم از استرس رفتم دکتر دیگه فرستاد دوباره شنوایی سنجی توی مرکز دیگه آخرش گفتند گوش چپ سنگین فقط سمعک می‌خوای دیگه نگفت برو MRI نگفت تومور داری"

در مواردی نیز تأخیر در تشخیص یا تغییر مداوم نظر پزشکی، احساس بی‌پناهی و رهاشدگی را در زنان سالمند تقویت می‌کرد. آنان این تجربه را نشانه‌ای از ناتوانی نظام سلامت در درک بدن سالمندانه می‌دانستند؛ بدنی که علائمش پیچیده‌تر است و نیاز به توجه، زمان و پیگیری مستمر دارد. در مجموع، مضمون «خستگی از درمان ناتمام» نشان می‌دهد که سواد سلامت زنان سالمند نه به دلیل فقدان آگاهی، بلکه در اثر فرسودگی ناشی از تجربه‌های درمانی ناپیوسته و متناقض، به کنشی منفعلانه تبدیل می‌شود. هنگامی که درمان به تجربه‌ای بی‌سرانجام بدل می‌گردد، زنان سالمند به‌تدریج از جست‌وجوی فعال اطلاعات، پیگیری مراقبت و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های سلامت فاصله می‌گیرند و نوعی «کناره‌گیری خاموش» جایگزین آن می‌شود.

۵) نادیده ماندن آموزشی سالمندان در نظام سلامت

برای بسیاری از زنان سالمند، مواجهه با آموزش‌های سلامت نه تجربه‌ای توانمندساز، بلکه تجربه‌ای از بیرون ماندن و بیگانگی بود. آنان احساس می‌کردند که نظام سلامت، آموزش‌های خود را براساس نیازها، توانایی‌ها و زبان نسل جوان طراحی کرده و سالمندان را به طور ضمنی از دایره مخاطبان اصلی کنار گذاشته است. در این تجربه، آموزش سلامت نه پلی برای فهم بهتر، بلکه دیواری نامرئی بود که فاصله آنان را با نظام سلامت بیشتر می‌کرد. زنان سالمند این وضعیت را به صورت «جا نداشتن» خود در کلاس‌ها، بروشورها، برنامه‌های رسانه‌ای و حتی توضیحات پزشکان توصیف می‌کردند؛ گویی نظام سلامت، بدن سالمندان را در برنامه‌ریزی آموزشی خود به رسمیت نمی‌شناسد.

۱-۵. آموزش‌های نامتناسب با سالمندی

بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که آموزش‌های ارائه شده از نظر محتوا، سرعت، شیوه بیان و حتی محیط آموزشی با توانایی‌ها و نیازهای آنان همخوان نیست. اصطلاحات تخصصی، توضیحات سریع و فرض‌آشنایی قبلی با مفاهیم جدید، آنان را از مشارکت فعال بازمی‌داشت. فرشته ۷۲ ساله با سابقه دیابت چنین روایت می‌کند:

"کلاس گذاشته بودن داخل مرکز بهداشت که با یک سری از وسیله‌های و برنامه‌ها مربوط به سلامت آشنا بشیم و نحوه کار را یاد بگیریم، کلاس‌طوری بود که انگار برای جوون‌هاست. تند حرف می‌زنند، کلمه‌هایی می‌گفتند که ما نمی‌فهمیدیم. آخرش آدم ساکت می‌ماند که نکند مسخره‌اش کنند."

در این تجربه، ناتوانی در دنبال کردن آموزش‌ها نه به عنوان محدودیت فردی، بلکه به مثابه ناتوانی نظام آموزشی در تطبیق با سالمندی درک می‌شد. این امر به احساس شرم، عقب‌نشینی و در نهایت کناره‌گیری از آموزش‌های سلامت منجر می‌گردید.

۲-۵. ناآشنایی با زبان نوین سلامت

زنان سالمند بارها به بیگانگی خود با "زبان جدید سلامت" اشاره کردند؛ زبانی که آکنده از واژگانی مانند غربالگری، پیشگیری ثانویه، مدیریت بیماری مزمن و خودمراقبتی ساختاریافته بود. این مفاهیم، اگرچه در ادبیات رسمی سلامت رایج‌اند، اما برای بسیاری از سالمندان فاقد پیوند با تجربه زیسته روزمره بودند. مائده ۶۶ ساله با سابقه دیابت گفت:

"وقتی دکتر صحبت می‌کند، هی می‌گوید غربالگری، خودمراقبتی، سامانه نمی‌دونم چی نوبت می‌خای بگیري برو نمی‌دونم توسایت میرم داروخانه میگه برو از دستگاه نوبت بگیر اصلا کار با دستگاه را بلد نیستم منتظر میشم یه نفر بیاد برام وارد کنه که کد ملی بزنه کد پیگیری را بزنه تایه شماره بده بشینم تو نوبت خوب نسخه را بگیرد دارو بدید دیگه این چه کاریه. من توی دلم می‌گویم این‌ها یعنی چی برای زندگی من؟ من که فقط می‌خواهم بدانم چی بخورم حالم بدتر نشود، کی دارویم را عوض کنم. آدم حس می‌کند این‌ها مال دنیای ما نیست، مال آدم‌های باسواد و جوون‌تر است"

در نتیجه، سواد سلامت در تجربه زنان سالمند در سطحی عملی، تجربی و مبتنی بر عادت‌های آشنا باقی می‌ماند و مفاهیم نوین سلامت به دلیل فقدان ترجمه معنایی به زندگی روزمره، جذب نمی‌شدند. در مجموع، مضمون "نادیده ماندن آموزشی سالمندان در نظام

سلامت" نشان می‌دهد که سواد سلامت نه صرفاً به دسترسی به اطلاعات، بلکه به "قابل فهم بودن" و "به رسمیت شناخته شدن" مخاطب وابسته است. زمانی که آموزش‌های سلامت با زبان، سرعت و منطق زیسته سالمندان همخوان نباشد، نتیجه نه توانمندسازی، بلکه طرد آموزشی و بازتولید نابرابری در سواد سلامت خواهد بود.

۶) عقب ماندن از قطار سلامت دیجیتال

برای بسیاری از زنان سالمند، سلامت در سال‌های اخیر با جهانی دیجیتال گره خورده است که آنان خود را در حاشیه آن می‌یابند. برنامه‌های تلفن همراه، سامانه‌های نوبت‌دهی، پیامک‌های پزشکی و توصیه‌های آنلاین، به بخشی از تجربه روزمره سلامت تبدیل شده‌اند؛ اما این تحول برای زنان سالمند نه الزاماً نشانه پیشرفت، بلکه یادآور فاصله‌ای فزاینده با نظام سلامت است. آنان این وضعیت را به صورت نوعی "جا ماندن" یا "نرسیدن به قطار" توصیف می‌کردند؛ گویی سلامت در حال حرکت است و بدن سالمندان توان همراهی با آن را ندارد. در این تجربه، دیجیتالی شدن سلامت بیش از آن که امکان ساز باشد، احساس ناتوانی، وابستگی و حذف تدریجی را بازتولید می‌کرد.

۶-۱. شکاف نسلی فناورانه

زنان سالمند بارها به ناتوانی خود در استفاده از ابزارهای دیجیتال اشاره کردند؛ ناتوانی‌ای که نه صرفاً فنی، بلکه عاطفی و هویتی نیز بود. آنان خود را در مقایسه با نسل جوان، به‌ویژه فرزندان و نوه‌ها، "عقب افتاده" می‌دیدند. صدیقه ۸۱ ساله با سابقه فشار خون چنین روایت کرد:

"توهم با گوشی‌اش دکتر می‌گیرد، جواب آزمایش می‌بیند، من حتی بلد نیستم پیام را باز کنم. آدم احساس می‌کند دیگر به این دنیا نمی‌خورد."

این شکاف فناورانه، احساس بی‌قدرتی در مدیریت سلامت را تشدید می‌کرد و وابستگی به دیگران را افزایش می‌داد؛ وابستگی‌ای که با تمایل سالمندان به حفظ استقلال در تعارض قرار داشت.

۶-۲. فاصله با منطق پیشگیری

برای بسیاری از زنان سالمند، مفهوم پیشگیری به عنوان هسته اصلی گفتمان سلامت نوین، مفهومی انتزاعی و دور از تجربه زیسته بود. پیشگیری در روایت آنان بیشتر به توصیه‌های کلی یا برنامه‌هایی مربوط می‌شد که برای "جوان‌ترها" معنا دارد؛ کسانی که هنوز بدن‌شان سالم است و آینده‌ای طولانی پیش‌رو دارند. ناهید ۶۵ ساله سابقه دیسک کمر، فشار خون و دیابت و ... گفت:

"پیشگیری یعنی قبل از مریضی، ولی ما که عمرمان گذشته، حالا فقط می‌خواهیم درد کمتر باشد. می‌گویند پیشگیری، ولی نمی‌گویند من پیر دقیقاً چه کار باید بکنم. حرف‌ها قشنگ است، ولی به زندگی ما نمی‌خورد، ورزش کن اینا بخور اونا نخور من که قند دارم کلسترول دارم فشار دارم الان دیگه چه پیشگیری، الان بیشتر باید یادم بدن من چطوری متوجه خودم بشم (چطور مراقب خودم باشم)"

در نگاه آنان، سلامت بیش از آنکه به پیشگیری از مخاطرات آینده معنا یابد، به حفظ توانایی‌های باقی‌مانده و ادامه زندگی روزمره گره خورده بود. از همین رو، الگوی پیشگیری مبتنی بر فناوری‌های دیجیتال با تجربه زیسته سالمندی فاصله داشت؛ تجربه‌ای که بر سازگاری با تغییرات، تاب‌آوری در برابر دشواری‌ها و تداوم زندگی روزانه استوار بود.

۷) سلامت به مثابه توان زیستن

در تجربه زیسته زنان سالمند، سلامت مفهومی پزشکی یا مبتنی بر شاخص‌های بالینی نبود، بلکه کیفیتی وجودی تلقی می‌شد که امکان «زیستن» را فراهم می‌کرد. سلامت زمانی معنا داشت که بدن هنوز پاسخ‌گو بود، استقلال نسبی حفظ می‌شد و فرد می‌توانست نقش‌های روزمره خود را، هرچند محدودتر از گذشته، ایفا کند. در این معنا، بیمار بودن الزاماً به معنای ناسالم بودن نبود؛ آنچه اهمیت داشت، توان ادامه زندگی با شأن، معنا و آرامش بود. از این منظر، سواد سلامت نه دانشی رسمی و اصطلاح‌محور، بلکه نوعی خرد زیسته، تدریجی و درهم‌تنیده با تجربه، ایمان و سازگاری با بدن سالمندانه بود.

۱-۷. سلامت به عنوان نعمت الهی

بخش قابل توجهی از زنان سالمند سلامت را در چارچوبی معنوی و دینی تفسیر می‌کردند. سلامت "نعمت خداوندی" بود؛ نعمتی که حفظ آن بیش از آن که نتیجه دانش پزشکی باشد، به شکرگزاری، صبر و توکل وابسته تلقی می‌شد. مهین ۸۳ ساله با سابقه فشار خون بالا چنین بیان کرد:

"سلامتی دست خداست. همیشه هم دیدیم و شنیدیم که تا وقتی سلامتی را از دست ندادیم قدرش را نمی‌دونیم آدم هر کاری هم بکند، آخرش تقدیر است. ما فقط باید قدر سلامتی را تا داریم بدانیم و شکر کنیم"

در تجربه این زنان، باورهای معنوی بخشی جدایی‌ناپذیر از درک سلامت بود و به آن‌ها امکان می‌داد بیماری و تغییرات جسمی دوران سالمندی را با آرامش بیشتری معنا کنند. از این منظر، سواد سلامت صرفاً در آگاهی از توصیه‌های علمی خلاصه نمی‌شد، بلکه در کنار آن، پذیرش ناپایداری بدن، توکل به خداوند و تلاش برای مراقبت از خود در حد توان نیز جایگاهی اساسی داشت.

۲-۷. سلامت به عنوان استقلال عملکردی

در کنار معنای معنوی، سلامت برای زنان سالمند پیوندی عمیق با استقلال در انجام امور روزمره داشت. توانایی راه رفتن، انجام کارهای خانه، مراقبت از خود و عدم وابستگی به دیگران، شاخص‌های اصلی سلامت تلقی می‌شد. زیبا ۶۱ ساله بدون سابقه بیماری مزمن گفت:

"تا وقتی خودم بتوانم لباس بپوشم و کارهای روزانه‌ام را بکنم، یعنی هنوز سالمم، حتی اگر چند تا قرص بخورم، الهی آدم از خودش در نمونه، همین که احتیاجت به کسی نباشه باید خدا را شکر کنی"

در تجربه این زنان، بیماری زمانی معنا پیدا می‌کرد که استقلال و توان انجام کارهای روزمره را به خطر می‌انداخت، نه صرفاً با دریافت یک تشخیص پزشکی. از این رو، سواد سلامت برای آنان بیش از آنکه مجموعه‌ای از اطلاعات پزشکی باشد، توانایی حفظ کیفیت زندگی،

سازگاری با محدودیت‌های ناشی از سالمندی و ادامه زندگی با اتکا به خود بود؛ توانایی‌ای که در گذر زمان و از خلال تجربه‌های زیسته و مواجهه با چالش‌های زندگی شکل گرفته بود. در مجموع، مضمون «سلامت به مثابه توان زیستن» نشان می‌دهد که زنان سالمند سلامت را نه صرفاً به عنوان نبود بیماری، بلکه به عنوان توان ادامه زندگی، حفظ استقلال، ایفای نقش‌های روزمره و حفظ کرامت فردی معنا می‌کنند. از این منظر، سواد سلامت بیش از آنکه مجموعه‌ای از اطلاعات تخصصی باشد، بخشی از تجربه زیسته آنان برای کنار آمدن با محدودیت‌های سالمندی، مراقبت از خود و حفظ کیفیت زندگی است. این یافته بر اهمیت توجه به تجربه‌های زیسته سالمندان در فهم و ارتقای سواد سلامت تأکید دارد.

۸) سلامت در سایه تنگنا

برای بسیاری از زنان سالمند، سلامت نه عرصه‌ای برای انتخاب آگاهانه، بلکه میدانی محدود و پرهزینه بود که در آن امکان تصمیم‌گیری همواره در سایه تنگناهای اقتصادی و اجتماعی قرار داشت. تجربه سلامت، تجربه‌ای مشروط بود؛ مشروط به توان مالی، سطح سواد، و جایگاه اجتماعی. در این بستر، بدن سالمندانه نه به عنوان موضوعی قابل مراقبت فعالانه، بلکه به عنوان بدنی که باید با حداقل‌ها «سر کرد» تجربه می‌شد. در این معنا، سواد سلامت به جای آن که ابزار توانمندسازی باشد، اغلب به یادآوری ناتوانی‌ها و فاصله با وضعیت ایده‌آل سلامت تبدیل می‌شد.

۸-۱. زندگی با محدودیت اقتصادی

محدودیت مالی در روایت زنان سالمند حضوری پررنگ و تعیین‌کننده داشت. هزینه‌های ویزیت، دارو، آزمایش و حتی رفت‌وآمد به مراکز درمانی، مرزهای مراقبت از سلامت را مشخص می‌کرد. بسیاری از زنان ناچار بودند میان نیازهای روزمره زندگی و پیگیری درمان یکی را انتخاب کنند. مریم ۶۸ ساله چنین بیان کرد:

"وقتی پولش نیست، آدم خودش را قانع می‌کند که دردش مهم نیست. می‌گویم حالا صبر می‌کنم، شاید خوب شد، خوب که نمی‌شه روز به روز بدتر می‌شه ولی چاره چیه به مستمری بازنشستگی شوهرم هست که اونم به هیچی نمیرسه فقط بتونم خوردا خوراک را تامین کنم دوا دکتر هم که هزینه‌هاش سر به بیابون میذاره، چند ماه پیش به آزمایش رفتم با اینکه بیمه بودم ۸۰۰ هزار تومن دادم، دارو رفتم بگیرم به قلمش یک میلیون بوده "

در این تجربه، سلامت تنها به آگاهی از بیماری یا شناخت راه‌های درمان وابسته نبود، بلکه به امکان عملی مراقبت از خود نیز گره خورده بود. زنان سالمند بارها از فاصله میان آنچه می‌دانستند باید انجام دهند و آنچه در عمل قادر به انجام آن بودند سخن گفتند. در چنین شرایطی، محدودیت‌های اقتصادی نه تنها انتخاب‌های درمانی آنان را محدود می‌کرد، بلکه تجربه سواد سلامت را نیز تحت تأثیر قرار می‌داد و آن را به تجربه‌ای آمیخته با ناچاری، سازگاری و چشم‌پوشی از بخشی از نیازهای درمانی تبدیل می‌کرد.

۸-۲. شرم، سکوت و کناره‌گیری از پرسشگری

سطح پایین تحصیلات و تجربه‌های پیشین از بی‌توجهی یا تحقیر، بسیاری از زنان سالمند را به سکوت در مواجهه با پزشک و نظام سلامت سوق داده بود. پرسیدن سؤال، توضیح خواستن یا بیان ناآگاهی، با احساس شرم همراه بود. عفت ۷۰ ساله سابقه دیابت گفت:

"من خانم سوادم زیاد نیست، دکتر حرف می‌زند، من سرم را تکان می‌دهم. خجالت می‌کشم بگویم نفهمیدم، گاهی تا برسم خونه اصلاً یادم رفته که دکتر در باره مراقبت و دارو کی بخورم و چکار کنم چی گفته بهم"

این سکوت، به پذیرش منفعلانه درمان‌ها می‌انجامید؛ درمان‌هایی که گاه بدون فهم کامل، صرفاً تحمل می‌شدند. در اینجا، ناتوانی در پرسشگری نه فقدان علاقه، بلکه تجربه‌ای زیسته از نابرابری قدرت و دانش بود. سواد سلامت به‌جای آن که به گفت‌وگو و مشارکت منجر شود، به اطاعت خاموش فروکاسته می‌شد. در مجموع، مضمون "سلامت در سایه تنگنا" نشان می‌دهد که سلامت برای زنان سالمند در بستر نابرابری‌های اقتصادی و آموزشی تجربه می‌شود. در این بستر، سواد سلامت نه انتخابی آزادانه، بلکه کنشی محدود، محتاطانه و گاه خاموش است. این یافته بر ضرورت توجه به ابعاد ساختاری سلامت و طراحی مداخلاتی تأکید می‌کند که کرامت، امکان پرسشگری و حق انتخاب سالمندان را به رسمیت بشناسد.

۹) تفسیر کلی مضامین

تحلیل پدیدارشناختی تجربه زیسته زنان سالمند شهر اصفهان نشان داد که سواد سلامت در این گروه نه یک مهارت فردی و شناختی، بلکه تجربه‌ای زیسته، رابطه‌مند و عمیقاً زمینه‌مند است که در پیوند با ایمان، بدن سالمندانه، روابط خانوادگی و ساختارهای اجتماعی معنا می‌یابد. زنان سالمند سواد سلامت را نه به‌عنوان توانایی صرف در خواندن یا فهم اطلاعات پزشکی، بلکه به‌مثابه "توان زیستن با بدن سالمندانه" در جهانی متغیر و گاه نامطمئن تجربه می‌کنند.

یافته‌ها نشان داد که زنان سالمند در مواجهه با نظام معاصر سلامت، اغلب خود را در وضعیت "گم‌شدگی اطلاعاتی" می‌یابند؛ وضعیتی که در آن سرریز توصیه‌های متناقض و ناتوانی در تشخیص مرجع قابل اعتماد، تصمیم‌گیری آگاهانه را دشوار می‌سازد. در چنین فضایی، اطلاعات سلامت به‌جای آن که منبع توانمندسازی باشد، به تجربه‌ای فرساینده و اضطراب‌آور تبدیل می‌شود و سواد سلامت به کنشی محتاطانه یا حتی منفعلانه فروکاسته می‌گردد. در سطح روابط، سلامت برای زنان سالمند بیش از آن که امری پزشکی باشد، تجربه‌ای عاطفی و رابطه‌محور است. خانواده و همسالان به‌مثابه مرجع نهایی سلامت عمل می‌کنند؛ جایی که اعتماد عاطفی و تجربه زیسته، مشروعیتی فراتر از دانش تخصصی پزشکی می‌یابد. این اتکا اگرچه احساس امنیت و معنا ایجاد می‌کند، اما در برخی موارد به تعارض با توصیه‌های تخصصی و بازتولید اطلاعات غیرعلمی می‌انجامد.

یافته‌ها همچنین از تجربه مکرر "شنیده‌نشدن بدن سالمندانه" در نظام درمان حکایت دارد. زنان سالمند احساس می‌کردند صدا، درد و نگرانی‌هایشان در ویزیت‌های پزشکی به رسمیت شناخته نمی‌شود. این تجربه نمادین حذف، همراه با گسست در تداوم مراقبت و مواجهه با تشخیص‌های متناقض یا تأخیری، به شکل‌گیری احساس «خستگی از درمان ناتمام» انجامیده و فاصله‌گیری تدریجی از پیگیری فعالانه مراقبت سلامت را در پی داشته است. از منظر ساختاری، زنان سالمند خود را در نظام‌های آموزشی سلامت طرد شده می‌دانستند؛ آموزش‌هایی که عمدتاً برای نسل جوان طراحی شده و زبان، قالب و محتوای آن با تجربه زیسته سالمندی هم‌خوان نیست. این نابرابری آموزشی، در کنار شکاف نسلی فناورانه، احساس "عقب‌ماندن از قطار سلامت دیجیتال" و ناتوانی در درک منطق پیشگیری را تقویت می‌کرد. پیشگیری برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان مفهومی انتزاعی و دور از بدن سالمندانه تلقی می‌شد.

در نهایت، تجربه سلامت در سایه تنگنایهای اقتصادی و اجتماعی شکل می‌گرفت. محدودیت مالی، سطح پایین تحصیلات و حمایت اجتماعی ناکافی، سواد سلامت را به تجربه‌ای نابرابر بدل می‌کرد؛ تجربه‌ای که با شرم از پرسشگری، سکوت در مواجهه با پزشک و پذیرش منفعلانه درمان‌ها همراه بود. در این زمینه، سلامت نه انتخابی آزادانه، بلکه امری مشروط و وابسته به شرایط زیسته تلقی می‌شد. در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که سواد سلامت در میان زنان سالمند مفهومی پویا، چندلایه و عمیقاً اجتماعی - فرهنگی است که در تقاطع بدن، ایمان، روابط و ساختارهای نهادی شکل می‌گیرد. ارتقای سواد سلامت در این گروه مستلزم بازاندیشی در منطق آموزش سلامت، به رسمیت شناختن تجربه زیسته سالمندان، کاهش شکاف دیجیتالی و تقویت رابطه مبتنی بر اعتماد و احترام متقابل میان سالمندان و نظام سلامت است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، با اتکا به رویکرد پدیدارشناسی تفسیری، سواد سلامت را در تجربه زیسته زنان سالمند شهر اصفهان به عنوان پدیده‌ای پیچیده، زمینه‌مند و عمیقاً اجتماعی-فرهنگی آشکار می‌سازد. این مفهوم فراتر از یک مهارت شناختی فردی، نوعی "دانش زیسته"^۱ است که در بستر روابط خانوادگی، باورهای دینی، تجربه بیماری و تعامل با نظام سلامت معنا می‌یابد. یافته‌ها، در حالی که با شواهد پیشین هم‌راستا هستند، لایه‌های معنایی نوینی را برملا می‌کنند که در مطالعات کمی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند.

همچنان که در مطالعات پیشین اشاره شده است، سطح سواد سلامت در سالمندان پایین است و با پیامدهایی چون سردرگمی اطلاعاتی، کاهش مشارکت در مراقبت‌های پیشگیرانه و افزایش وابستگی به دیگران همراه است (Berkman et al., 2011; Słowska et al., 2019). با این حال، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که این "پایین بودن" نه صرفاً ناتوانی شناختی، بلکه تجربه‌ای زیسته از "گم‌شدن در هیاهوی توصیه‌ها"، "بی‌اعتمادی نهادی" و "کناره‌گیری از پرسشگری" است. زنان سالمند میان دانش رسمی پزشکی و تجارب غیررسمی خانوادگی، نوعی "ترکیب معنادار" ایجاد می‌کنند؛ پدیده‌ای که با مفهوم سواد سلامت به مثابه عمل اجتماعی^۲ در دیدگاه **نوتبیام**^۳ (۲۰۱۹) هم‌خوانی دارد. این الگوی ترکیبی، سواد سلامت را به کنشی اجتماعی و رابطه‌محور بدل می‌سازد؛ یافته‌ای که با نتایج مطالعات کیفی **ویلکاکس و همکاران** (۲۰۰۷) و **لی و همکاران** (۲۰۲۳) هم‌خوان است و در بافت ایران نیز با گزارش **رحیمی و همکاران** (۱۴۰۴) درباره اتکای زنان سالمند به منابع غیررسمی اطلاعات سلامت تأیید می‌شود.

از منظر نظری، یافته‌ها با مدل باور سلامت^۴ قابل تبیین هستند، اما سازه‌های این مدل در تجربه زیسته سالمندان، معنایی فرهنگی شده و موقعیت‌مند می‌یابند. ادراک حساسیت و شدت، بیش از تمرکز بر تشخیص‌های زیست‌پزشکی، با ترس از دست دادن استقلال و وابستگی عملکردی پیوند خورده است. ادراک منافع، زمانی معنادار می‌شود که رفتارهای سلامت‌محور به حفظ نقش خانوادگی و آرامش روانی کمک کند، که این امر تعریفی زمینه‌مند از منفعت ارائه می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که برجسته‌ترین موانع تجربه سواد سلامت، ریشه در عوامل ساختاری و نهادی دارند؛ عواملی مانند بی‌اعتمادی به نظام سلامت، نادیده گرفته شدن صدای سالمندان در

1. Lived knowledge

2. Health literacy as a social practice

3. Nutbeam

4. Health Belief Model - HBM

فرایند درمان، نبود تداوم در مراقبت، نابرابری در آموزش‌های سلامت و شکاف دیجیتال. این موانع، سواد سلامت را از کنشی فعال به واکنشی منفعلانه تقلیل می‌دهند و با تحلیل‌های [هاردمن \(۲۰۱۹\)](#) درباره پیوند سواد سلامت و نابرابری‌های اجتماعی هم‌خوانی دارند.

در ارتباط با راهنماهای کنش^۱، یافته‌های این پژوهش نشان داد که تصمیم‌های مرتبط با سلامت در میان زنان سالمند، بیش از آنکه تحت تأثیر پیام‌های رسمی نظام سلامت باشد، در بستر روابط خانوادگی و شبکه‌های اجتماعی نزدیک شکل می‌گیرد. توصیه‌های فرزندان، همسر، خواهران یا دوستان هم‌سن، برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان از اعتبار و اطمینان بیشتری نسبت به اطلاعات رسمی برخوردار بود و در بسیاری از موارد، تصمیم آنان برای مراجعه به پزشک، مصرف دارو یا تغییر رفتارهای سلامت را تحت تأثیر قرار می‌داد. این یافته نشان می‌دهد که در تجربه این زنان، اعتماد عاطفی نقش مهمی در هدایت رفتارهای سلامت دارد و گاه حتی بر توصیه‌های تخصصی پزشکان نیز پیشی می‌گیرد.

یافته‌ها همچنین نشان داد که احساس توانمندی در تصمیم‌گیری‌های سلامت، تنها به ویژگی‌های فردی وابسته نیست، بلکه تحت تأثیر شرایط اجتماعی و اقتصادی نیز قرار دارد. محدودیت‌های مالی، سطح تحصیلات پایین، دشواری استفاده از فناوری‌های دیجیتال و احساس خجالت یا تردید در طرح پرسش از پزشکان، باعث می‌شد برخی از زنان سالمند نتوانند از اطلاعات سلامت به‌طور مؤثر استفاده کنند. در مقابل، زنانی که از تحصیلات بالاتر، حمایت خانوادگی یا شبکه‌های اجتماعی گسترده‌تری برخوردار بودند، دسترسی آسان‌تری به اطلاعات معتبر داشتند و با اطمینان بیشتری درباره سلامت خود تصمیم می‌گرفتند. این یافته‌ها را می‌توان با مفهوم سرمایه فرهنگی بورديو تبیین کرد؛ بدین معنا که برخورداری از منابع آموزشی، اقتصادی و اجتماعی، فرصت افراد را برای دسترسی، فهم و به‌کارگیری اطلاعات سلامت افزایش می‌دهد، در حالی که محدودیت در این منابع، وابستگی به تجربه‌های شخصی و شبکه‌های غیررسمی را تقویت می‌کند.

در سطح تجربه زیسته، معناهای مذهبی نقش مهمی در درک سلامت ایفا می‌کنند؛ به گونه‌ای که سلامت به‌عنوان نعمتی الهی و بیماری به‌مثابه آزمونی از سوی خداوند معنا می‌شود. در این چارچوب، سواد سلامت با صبر، توکل، تاب‌آوری و پذیرش شرایط زندگی پیوند می‌یابد. این معناپردازی به زنان سالمند کمک می‌کند تا با چالش‌های ناشی از بیماری و سالمندی کنار بیایند؛ از این‌رو، نادیده گرفتن این بعد معنایی می‌تواند اثربخشی مداخلات ارتقای سواد سلامت را کاهش دهد.

در مجموع، مقایسه با پیشینه نشان می‌دهد که مطالعات پیشین بر شیوع پایین سواد سلامت تأکید کرده‌اند، اما رویکرد پدیدارشناختی این پژوهش، آن را به تجربه‌ای از نابرابری، حذف آموزشی، اعتماد عاطفی و معنایی تبدیل می‌کند. تلفیق مدل‌های باور سلامت با پدیدارشناسی تفسیری، چارچوبی انعطاف‌پذیر برای فهم این پدیده فراهم می‌آورد و افقی جدید برای تبیین نظری می‌گشاید.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که سواد سلامت در تجربه زنان سالمند، صرفاً به توانایی دسترسی، درک یا استفاده از اطلاعات سلامت محدود نمی‌شود، بلکه در بستر زندگی روزمره و در پیوند با روابط خانوادگی، باورهای دینی، شرایط اقتصادی و تجربه تعامل با نظام سلامت معنا پیدا می‌کند. برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان، سلامت بیش از آنکه صرفاً به پیشگیری از بیماری یا تبعیت از توصیه‌های پزشکی مربوط باشد، با حفظ استقلال، تداوم زندگی روزمره و دستیابی به احساس آرامش در مواجهه با سالمندی گره خورده

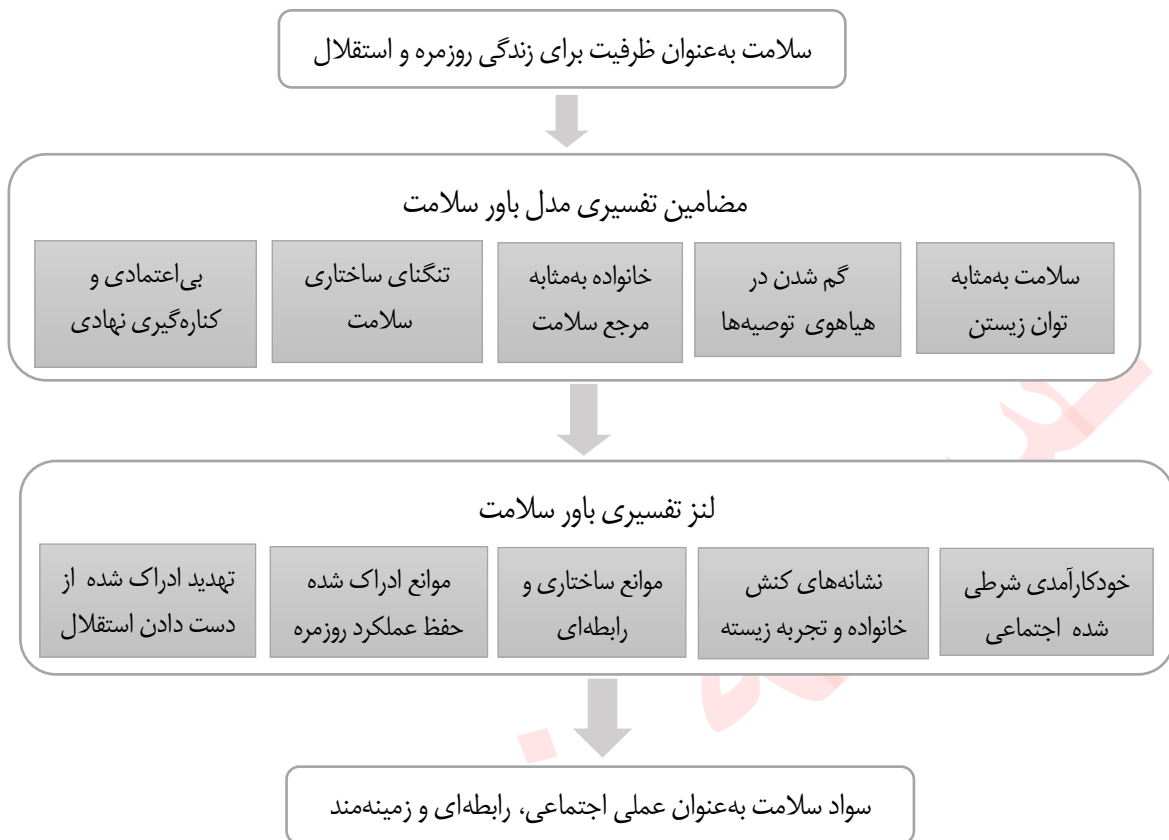
1. Cues to action

بود. این برداشت با یافته‌های سجودی و همکاران (۱۴۰۱) هم‌راستا است؛ آنان نیز نشان دادند که کیفیت زندگی سالمندان تنها به ابعاد جسمانی محدود نمی‌شود و مؤلفه‌های روانی و ذهنی، از جمله سلامت روان، رضایت از زندگی، شادابی و نشاط و تجربه هیجانات و احساسات، در تجربه کیفیت زندگی سالمندان اهمیت دارند. بر این اساس، می‌توان استدلال کرد که درک و به‌کارگیری اطلاعات سلامت در دوره سالمندی، زمانی برای فرد معنادار می‌شود که بتواند به حفظ استقلال، سازگاری با تغییرات و چالش‌های این دوره و تداوم زندگی روزمره کمک کند. از این رو، سواد سلامت در تجربه زنان سالمند را می‌توان نه صرفاً به‌عنوان مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی، بلکه به‌مثابه ظرفیتی برای مواجهه سازگارانه با تغییرات سالمندی و حفظ کیفیت زندگی در بستر واقعی زندگی در نظر گرفت. این یافته‌ها نشان می‌دهد که برنامه‌های ارتقای سواد سلامت، زمانی اثربخش خواهند بود که با تجربه‌ها و نیازهای واقعی سالمندان هم‌خوان باشند. در این زمینه، توجه به نقش خانواده در تصمیم‌گیری‌های سلامت، استفاده از آموزش‌هایی متناسب با ویژگی‌های سالمندان، ساده‌سازی ارتباطات و اطلاعات سلامت و کاهش موانعی مانند دشواری‌های اقتصادی، آموزشی و دیجیتال می‌تواند زمینه مشارکت فعال‌تر سالمندان در مراقبت از سلامت خود را فراهم کند.

همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تجربه سواد سلامت را نمی‌توان صرفاً براساس ویژگی‌های فردی توضیح داد، بلکه این تجربه در تعامل با شرایط اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد. از این رو، سیاست‌ها و برنامه‌های ارتقای سواد سلامت لازم است علاوه بر آموزش مهارت‌های فردی، به بهبود کیفیت ارتباط میان سالمندان و نظام سلامت، تقویت حمایت‌های خانوادگی و کاهش نابرابری‌های موجود نیز توجه داشته باشند.

در نهایت، این پژوهش با تبیین تجربه زیسته زنان سالمند، درک عمیق‌تری از ابعاد اجتماعی و فرهنگی سواد سلامت ارائه می‌دهد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده، تجربه گروه‌های دیگر سالمندان، از جمله مردان سالمند و سالمندان ساکن مناطق مختلف کشور را نیز بررسی کنند و اثربخشی مداخلاتی را که بر پایه این تجربه‌های زیسته طراحی می‌شوند، مورد ارزیابی قرار دهند.

به‌منظور جمع‌بندی تبیینی یافته‌ها و نشان دادن نحوه پیوند مفاهیم زیسته استخراج‌شده با ادبیات رفتارهای سلامت، در شکل ۲، نقشه مفهومی ارائه می‌شود. این نقشه، چارچوب تحلیلی پژوهش نبوده، بلکه بازنمایی تفسیری پسینی از یافته‌ها با الهام از مدل باور سلامت است. این نقشه مفهومی براساس مضامین پدیدارشناختی استخراج‌شده از تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان و در مرحله تفسیر نهایی پژوهش، با هدف تعمیق فهم نظری یافته‌ها ترسیم شده است. نقشه مفهومی تبیین تجربه زیسته زنان سالمند از سواد سلامت، با الهام تفسیری از مدل باور سلامت، نشان می‌دهد که چگونه مضامین تفسیری پژوهش، در تعامل با بازخوانی زمینه‌مند سازه‌های این مدل، به فهم سواد سلامت به‌عنوان کنشی اجتماعی، رابطه‌محور و زیسته در بستر سالمندی منجر می‌شوند. در این چارچوب، سواد سلامت صرفاً به توانایی فرد در دریافت و درک اطلاعات سلامت محدود نمی‌شود، بلکه در تعامل با روابط خانوادگی، تجربه‌های پیشین، زمینه اجتماعی و نحوه ارتباط با نظام سلامت شکل می‌گیرد.



شکل ۲. نقشه مفهومی تبیین یافته‌های پژوهش با الهام از مدل باور سلامت

یافته‌ها نشان می‌دهند که ارتقای سواد سلامت زنان سالمند نمی‌تواند صرفاً بر آموزش فرد سالمند متمرکز باشد؛ زیرا خانواده، به‌ویژه فرزندان و مراقبان خانگی، در فرایند تفسیر اطلاعات، تصمیم‌گیری و اقدام در زمینه سلامت نقش مهمی ایفا می‌کنند. از این رو، مداخلات ارتقای سواد سلامت در این گروه سنی می‌تواند با رویکردی خانواده‌محور طراحی شود و اعضای خانواده نیز در فرایند آموزش و ارتباطات سلامت مشارکت داده شوند. همچنین، دشواری مشارکت‌کنندگان در مواجهه با اطلاعات پیچیده سلامت، ضرورت بازنگری در شیوه ارائه اطلاعات به سالمندان را برجسته می‌کند. بر این اساس، اطلاعات سلامت باید با استفاده از زبان ساده، ساختار روشن و ابزارهای دیداری و متناسب با تجربه، نیازها و زمینه زندگی سالمندان ارائه شود تا فاصله میان «دسترسی به اطلاعات» و «توانایی استفاده از آن در زندگی روزمره» کاهش یابد. این یافته‌ها همچنین بر اهمیت توجه به زمینه اجتماعی و فرهنگی سالمندان در طراحی برنامه‌های ارتقای سواد سلامت تأکید دارند؛ به گونه‌ای که مداخلات سلامت‌محور صرفاً بر انتقال اطلاعات متمرکز نباشند، بلکه ظرفیت سالمندان برای تفسیر، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات در بستر واقعی زندگی را نیز تقویت کنند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن تنوع مشارکت‌کنندگان از نظر جنسیت و محل سکونت اشاره کرد؛ به گونه‌ای که تجربه زنان سالمند شهرنشین در کانون مطالعه قرار داشت. از این رو، یافته‌ها باید با توجه به زمینه اجتماعی و فرهنگی مشارکت‌کنندگان تفسیر شوند و انتقال‌پذیری آنها به سایر گروه‌های سالمند نیازمند توجه به تفاوت‌های زمینه‌ای است. با توجه به ماهیت

پدیدارشناختی پژوهش، هدف مطالعه تعمیم آماری نبوده است، بلکه تلاش شده است ابعاد معنادار تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان آشکار و تفسیر شود. پژوهش‌های آینده می‌توانند با بررسی تجربه سواد سلامت در مردان سالمند، سالمندان ساکن مناطق روستایی و نیز مقایسه گروه‌های سالمند در زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی متفاوت، به درک جامع‌تری از چگونگی شکل‌گیری و تجربه سواد سلامت در دوره سالمندی دست یابند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی زنان سالمندی که با سخاوت، صداقت و شکیبایی تجربه‌های زیسته خود را در اختیار پژوهشگر قرار دادند، صمیمانه قدردانی می‌شود. مشارکت داوطلبانه آنان در مصاحبه‌های عمیق و اعتمادشان در بیان روایت‌های شخصی از سلامت و زندگی، اساس شکل‌گیری این پژوهش را فراهم ساخت. بی‌تردید بدون همراهی ارزشمند این بانوان، امکان دستیابی به درکی عمیق از تجربه زیسته سواد سلامت در بستر سالمندی فراهم نمی‌شد.

منابع

- جوادزاده، سیدهمام‌الدین؛ شریفی‌راد، غلامرضا؛ ریسی، مهنوش؛ توسلی، الهه؛ رجعتی، فاطمه. (۱۳۹۲). بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان. <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-630-fa.html>. ۵۴۹-۵۴۰، ۵(۵).
- دلاور، فرزانه؛ پاشایی‌پور، شهرزاد؛ نگارنده، رضا. (۱۳۹۷). شاخص سواد سلامت: ابزاری نو برای ارزیابی سواد سلامت. *حیات*، ۱(۲۴)، ۶-۱. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2200-fa.html>
- رباط سرپوشی، داود؛ توکلی‌ثانی، سیده‌بلین؛ عزیزاده سیوکی، هادی؛ پیمان، نوشین. (۱۳۹۷). ارزیابی مطالعات سواد سلامت در ایران: یک مرور نظام‌مند. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۵(۶)، ۸۰۷-۷۹۳. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1142.html
- رحیمی، علیرضا؛ اعلائی، سمیه؛ کشوری، ماهرخ؛ طراچی، محمد جواد. (۱۴۰۴). بهبود دسترسی سالمندان به اطلاعات سلامت: راهکارهایی برای سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۴۳(۸۰۷)، ۲۱۵-۲۱۸. <https://doi.org/10.48305/jims.v43.i807.0215>
- سجودی، عادل؛ نیازی، محسن؛ فرهادیان، علی. (۱۴۰۱). طراحی الگوی مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان در پرتو تغییرات اجتماعی در ایران. *تداوم و تغییر اجتماعی*، ۱(۱)، ۱۸۵-۲۰۰. <https://doi.org/10.22034/jssc.2022.2698>
- طاووسی، محمود؛ حائری‌مهریزی، علی اصغر؛ رفیعی‌فر، شهرام؛ سلیمانیان، آتوسا؛ سربندی، فاطمه؛ اردستانی، مناسادات؛ هاشمی، اکرم؛ منتظری، علی. (۱۳۹۴). سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها: یک مطالعه ملی. *پایش*، ۱۵(۱)، ۹۵-۱۰۲. <http://payeshjournal.ir/article-1-199-fa.html>
- محسنی، محبت؛ خانجانی، نرگس؛ ایرانپور، عابدین؛ تابع، راحله؛ برهانی‌نژاد، وحیدرضا. (۱۳۹۴). رابطه سواد سلامت و وضعیت سلامت جسمانی در سالمندان شهر کرمان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۰(۲)، ۱۴۶-۱۵۵. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-790-fa.html>

- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191. DOI: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bozkurt, H., & Demirci, H. (2019). Health literacy among older persons in Turkey. *The Aging Male*, 22(4), 272–277. <https://doi.org/10.1080/13685538.2018.1437901>
- Brcanski, J., & Jović, V. A. (2018). Health literacy in the elderly. *Medicinska Istraživanja*, 52(3), 28–30. <https://doi.org/10.5937/MedIst1803028B>
- Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of Environment and Health Sciences*, 6(1), 3061. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7889072/>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Delavar, F., Pashaeypoor, S., & Negarandeh, R. (2018). Health literacy index: A new tool for health literacy assessment. *Journal of Hayat*, 24(1), 1–6. [In Persian]. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2200-en.html>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Hardeman, R. (2019, May 3). *Disparities and social determinants of maternal mortality* [Lecture presentation]. Maternal Mortality in the United States: Future Research Directions Workshop, Rockville, MD, United States.
- Javadzade, S. H., Sharifirad, G., Reisi, M., Tavassoli, E., & Rajati, F. (2013). Health literacy among adults in Isfahan, Iran. *Journal of Health System Research*, 9(5), 540–549. [In Persian]. <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-630-en.html>
- Li, S., Cui, G., Yin, Y., & Xu, H. (2023). Associations between health literacy, digital skill, and eHealth literacy among older Chinese adults: A cross-sectional study. *Digital Health*, 9, 1–12. <https://doi.org/10.1177/20552076231178431>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2), e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>

- McQueen, D. V., Kickbusch, I., Potvin, L., Pelikan, J. M., Balbo, L., & Abel, T. (2007). *Health and modernity: The role of theory in health promotion*. Springer.
- Mohseni, M., Khanjani, N., Iranpour, A., Tabe, R., & Borhaninejad, V. R. (2015). The relationship between health literacy and health status among elderly people in Kerman. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 10(2), 146–155. [In Persian]. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-790-en.html>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2019). Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal*, 78(6), 705–709. <https://doi.org/10.1177/0017896918770215>
- Rahimi, A., Alaei, S., Keshvari, M., & Tarahi, M. J. (2025). Improving access to health information for the elderly: Strategies for policymakers and health service providers. *Journal of Isfahan Medical School*, 43(807), 215–218. [In Persian]. <https://doi.org/10.48305/jims.v43.i807.0215>
- Robatsarpooshi, D., Tavakoly Sany, S. B., Alizadeh Siuki, H., & Peyman, N. (2019). Assessment of health literacy studies in Iran: Systematic review. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 25(6), 793–807. [In Persian]. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1142.html
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Shams-Ghahfarokhi, Z. (2025). Challenges in health and technological literacy of older adults: A qualitative study in Isfahan. *BMC Geriatrics*, 25, Article 247. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05893-x>
- Słońska, Z. A., Borowiec, A. A., & Aranowska, A. E. (2015). Health literacy and health among the elderly: Status and challenges in the context of the Polish population aging process. *Anthropological Review*, 78(3), 297–307. <https://doi.org/10.1515/anre-2015-0023>
- Smith, G. D. (2021). Health literacy: A nursing perspective. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), Article e21ED8. <https://doi.org/10.12707/RV21ED8>
- Smith, J. A., & Fieldsend, M. (2021). Interpretative phenomenological analysis. In P. M. Camic (Ed.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (2nd ed., pp. 147–166). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000252-008>
- Sojoodi, A., Niazi, M., & Farhadian, A. (2022). Designing a model on quality of life components for the elderly based on social changes in Iran. *Journal of Social Continuity and Change*, 1(1), 185–200. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jssc.2022.2698>

- Tavousi, M., Haeri Mehrizi, A., Rafiefar, Sh., Solimanian, A., Sarbandi, F., Ardestani, M., Hashemi, A., & Montazeri, A. (2016). Health literacy in Iran: Findings from a national study. *Payesh*, 15(1), 95-102. [In Persian]. <http://payeshjournal.ir/article-1-199-fa.html>
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. State University of New York Press.
- Wilcox, S., Laken, M., Anderson, T., Bopp, M., Bryant, D., Carter, R., Gethers, O., Jordan, J., McClorin, L., O'Rourke, K., Parrott, A. W., Swinton, R., & Yancey, A. (2007). The health-e-AME faith-based physical activity initiative: Description and baseline findings. *Health Promotion Practice*, 8(1), 69-78. <https://doi.org/10.1177/1524839905278902>