دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هجدهم، شماره ۶، صفحه ۱۲۵۳– ۱۲۴۵ (بهمن و اسفند ۱۳۹۴)

ISMJ 2016;18(6): 1245-1253

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر و شناسایی عوامل مؤثر بر آن

عبدالرسول خسروی [۱]، خدیجه احمدزاده [۲*]

[۱] گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۲] مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس

(دریافت مقاله: ۹۳/۳/۷- پذیرش مقاله: ۹۳/۹/۳)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014]

چکیده

زمینه: سواد سلامت ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات بهداشتی پایه مورد نیاز برای تصمیم‌گیری‌های مناسب بهداشتی است. سواد سلامت علمکردی در طول رویارویی بیمار با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نقش مهمی بازی می‌کند و سطح کارآمدی ارتباط افراد با اهداف نظام مراقبت بهداشتی را تعیین می‌کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر و شناسایی عوامل مؤثر بر آن انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی پیمایشی، در مجموع ۲۵۰ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای خلیج فارس و بیمارستان سلمان فارسی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون هنجاریابی شده سواد سلامت عملکردی بزرگسالان به دست آمد. داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ و آزمون‌های آماری‌تی مستقل، تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به این بیمارستان‌ها با میانگین ۶۹/۲ در سطح مرزی قرار دارد. سطح سواد سلامت با سن، جنس و سطح تحصیلات رابطه معنی‌داری داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد سطح سواد سلامت بیماران موردنظر در سطح مرزی و ناکافی قرار دارد. ناکافی بودن سواد سلامت باعث می‌شود تا پیام‌های بهداشتی به‌طور درست به بیماران انتقال داده نشود. در نتیجه ضروری است که پرسنل بیمارستان از روش‌های درست انتقال اطلاعات استفاده نمایند. به‌طور کلی تهیه منابع آموزشی ساده و قابل فهم برای بیماران از جمله راه‌های افزایش سطح سواد سلامت است.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، بیماران، سواد سلامت عملکردی بزرگسالان، بوشهر

[*] بندرعباس، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

Email: khj_ahmadzadeh@yahoo.com

مقدمه

در پی جنبش حقوق شهروندی و به دنبال آن جنبش‌های مبتنی بر احترام به بیمار و ایجاد بیانیه حقوق بشر، شرکت دادن بیماران در تصمیم‌گیری‌های درمانی یکی از اولویت‌های متخصصان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی شده است (۱).

در نتیجه این امر، در نقش‌ها، انتظارات و روابط پزشک و بیمار تغییر به‌وجود آمده است. در گذشته پزشک در تصمیم‌گیری‌های درمانی نقش غالب را داشت و خود به تنهایی برای بیماران تصمیم‌گیری می‌کرد (۲). اما رویه‌های جدید از بیمار انتظار نقشی فعال در امر درمان دارد. از بیمار انتظار می‌رود تا با پزشک همکاری کند، تبادل اطلاعات نمایند و بر اساس آن با کمک یکدیگر تصمیم درمانی مناسب اتخاذ نمایند. نظام‌های بهداشتی نوین به طور فزاینده‌ای بر مدیریت سلامت افراد توسط خودشان تکیه می‌کنند. توانایی انجام چنین کاری مستلزم مهارت سواد بیماران است تا اطلاعات سواد سلامت را درک کنند. اما مشارکت در چنین امری برای بیماران ممکن است دشوار باشد (۳). از این رو مفهوم سواد سلامت توسعه یافت. سواد سلامت مفهوم جدیدی است که اولین بار در سال ۱۹۷۴ در متون علمی مرتبط با آموزش بهداشت مطرح شد. اما تا دو دهه مورد توجه قرار نگرفت اما در سال ۱۹۹۷ توسط کیکبوش (Kickbusch) وارد عرصه ارتقای سلامت شد (۴).

سواد سلامت ظرفیت کسب، پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری‌های مناسب در زمینه سلامت است (۵). سواد سلامت عنصری مهم در توانایی افراد برای مشارکت در فعالیت‌های مرتبط با سلامتی و تصمیم‌گیری‌های درمانی و همچنین توانایی آن‌ها برای پیشگیری از بیماری‌هاست. بدون داشتن درک کافی از اطلاعات سلامت، تصمیم‌گیری‌های منجر به پیامدهای مطلوب سلامت برای افراد امکان‌پذیر نیست (۶).

رویارویی با نظام‌های بهداشتی پیچیده برای انسان‌ها حتی با مهارت سواد کافی نیز کاری دشوار است؛ اما افراد با سواد سلامت پایین در این زمینه مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند. ادعا می‌شود که سواد سلامت ناکافی با گزارش فردی وضعیت سلامت در حد ضعیف، استفاده نامناسب از داروها، پیروی نکردن از دستورات پزشک، کنترل ضعیف قند و فشار خون، افزایش شیوع گزارش فردی از مشکلات ناشی از کنترل ضعیف، دانش بهداشتی کمتر، مشارکت کمتر در تصمیم‌گیری‌های درمانی و ارتباط ضعیف بین پزشک و بیمار همراه است. همچنین افراد با سواد سلامت پایین درباره سلامت خود کمتر آگاه هستند، خدمات پیشگیرانه کافی دریافت نمی‌کنند، کنترل بیماری‌های مزمن در آن‌ها مطلوب نیست، عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیف‌تری دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در آن‌ها بیشتر است (۷).

از طرف دیگر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از سواد سلامت و توانایی خواندن بیماران آگاه نیستند و فقط به ارائه اطلاعات بهداشتی اکتفا می‌کنند. متخصصان حرفه سلامت در رویارویی با بیماران و نیز در آموزش‌های خود از واژه‌ها و اصطلاحاتی استفاده می‌کنند که اغلب بیماران معنی آن را درک نمی‌کنند. بنابراین انتقال اطلاعات بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به طور کامل صورت نمی‌گیرد (۳). در نتیجه این امر پیامدهای مطلوب سلامتی به دست نمی‌آید. از این رو اولین گام در این مورد اندازه‌گیری سواد سلامت بیماران است. در طول سه دهه‌ای که مفهوم سواد سلامت به‌وجود آمده، پژوهش‌های زیادی در زمینه اندازه‌گیری

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014]

سطح سواد سلامت و نیز برای پاسخ‌گویی به این سوال که چگونه سواد سلامت روی سلامت افراد تاثیر می‌گذارد، انجام شده است (۸). این پژوهش‌ها به بررسی رابطه بین سواد سلامت و رابطه آن با متغیرهای جمعیت شناختی، خودپنداری از سلامت و وجود شرایط مزمن در بیماران توجه کردند. نتیجه پژوهش آنان نشان داد سواد سلامت علمکردی ارتباط معنی‌داری با منطقه، جنس، سن، میزان درآمد، وضعیت تأهل، اشتغال، وضعیت تحصیلی، خود ادراکی از سلامت و شرایط مزمن بیماری دارد. (۹ و ۱۰).

پژوهش‌های چندی نیز به بررسی سطح سواد سلامت در جامعه ایران، سالمندان و زنان باردار پرداخته‌اند. نتیجه این پژوهش‌ها نشان داد که سطح سواد سلامت در ایران در سطح ناکافی قرار دارد (۶، ۱۱ و ۱۲). بررسی مطالعات پیشین نشان داد که این پژوهش رابطه سواد سلامت بر وضعیت سلامت و نیز نقش سواد سلامت در مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های درمانی را بررسی کرده‌اند. نتایج این پژوهش‌های آنان نشان داده است که سواد سلامت کمک می‌کند که افراد در تصمیم‌گیری‌های درمانی مشارکت بیشتری داشته باشند. همچنین افراد دارای سواد سلامت بالاتر به وضعیت سواد سلامت خود توجه بیشتری دارند. اما در ایران علی رغم اهمیت این موضوع پژوهش‌های بسیار اندکی انجام شده است (۱۲-۶). از این رو پژوهش حاضر به منظور بررسی سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر انجام می‌شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کاربردی با رویکرد توصیفی پیمایشی است که سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر را ارزیابی کرد.

حجم نمونه پژوهش بر اساس فرمول $N=Z21-\alpha/2(P)(1-p /d2)$، ۲۰۰ نفر محاسبه شد.

معیار ورود به مطالعه داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود و با توجه به اینکه این پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان را می‌سنجد، بیماران ۱۸ سال به بالا برای ورود به پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس در دو بیمارستان شهدای خلیج‌فارس و بیمارستان تأمین اجتماعی بوشهر انجام گرفت. سعی شد که به نسبت بیماران موجود در هر بخش، نمونه انتخاب شود اما با توجه به اینکه وضعیت جسمی بیماران در برخی بخش‌ها مساعد نبود و درد داشتند، قادر به همکاری در تکمیل پرسشنامه نبودند، بنابراین این نسبت رعایت نشد و بیشتر بیماران در بخش‌هایی انتخاب شدند که وضعیت جسمی بهتری داشتند.

برای گردآوری داده‌ها از آزمون سواد سلامت علمکردی بزرگسالان استفاده شد. این پرسشنامه توسط طهرانی بنی‌هاشمی (۱۱) در ایران هنجاریابی شد. آزمون سواد سلامت عملکردی بزرگسالان شامل ۲ بخش درک عددی و درک خواندن است. بخش درک خواندن، توانایی بیمار در خصوص خواندن و فهمیدن متن را ارزیابی می‌کند. این متن‌ها درباره دستورالعمل آماده شدن برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، حقوق و مسئولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه‌نامه و فرم استاندارد رضایت‌نامه بیمارستان است. نمره فرد در این بخش بین ۰ تا ۵۰ در نظر گرفته می‌شود. ۱۵ نمره برای درک دستورالعمل آماده شدن برای عکس برداری از دستگاه گوارش فوقانی، ۱۴ نمره برای متن دوم شامل درک حقوق و مسئولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه‌نامه و ۲۰ نمره نیز برای درک فرم استاندارد رضایت‌نامه بیمارستان است. بخش درک عددی توانایی فرد برای

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014]

درک و عمل بر اساس سفارش پزشک که نیاز به محاسبه دارد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این بخش دارای ۱۰ توضیح یا دستور بهداشتی در زمینه داروهای تجویزشده، زمان مراجعه به پزشک، مراحل استفاده از کمک‌های مالی و یک مثال از نتیجه یک آزمایش طبی است. نمره فرد در این بخش بین ۰ تا ۵۰ در نظر گرفته می‌شود. این بخش حاوی ۱۷ سوال است. دوازده سوال مربوط به مصرف دارو است که دارای ۳۶ نمره است، دو سوال مربوط به زمان مراجعه به پزشک داری ۶ نمره، دو سوال مربوط به استفاده از کمک های مالی داری ۵ نمره و یک سوال مربوط به نتیجه آزمایش طبی داری ۳ نمره است. از مجموع نمرات این دو بخش نمره کل سواد سلامت که عددی بین ۰ تا ۱۰۰ است به دست می‌آید. نمره ۵۹-۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، نمره ۷۴-۶۰ سواد سلامت مرزی و ۱۰۰-۷۵ به عنوان سواد سلامت کافی محسوب می‌شود (۱۳). برای تعیین روایی پرسشنامه از نظرات ده نفر متخصص استفاده شد و پایایی آن با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد ۰/۹۹ به‌دست آمد.

افراد برای شرکت در پژوهش آزاد بودند. پرسشنامه در صورت رضایت، توسط آنان تکمیل شد. برای آنان توضیح داده شد که نیازی به نوشتن مشخصات (نام و نام خانوادگی) وجود ندارد و اطلاعات به صورت محرمانه نزد پژوهشگر خواهد ماند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc، Chicago، Il، USA) ویرایش ۲۰ انجام شد. در بررسی روابط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون و برای مقایسه میانگین‌ها از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها

۵۲ درصد شرکت‌کنندگان پژوهش زن و ۴۸ درصد مرد بودند. میانگین سن افراد مورد بررسی ۴۲ سال با انحراف معیار ۱۳/۹ و دامنه آن از ۱۸ تا ۶۹ سال متغیر بود. از نظر وضعیت تحصیلی، ۲۶/۴ درصد بیماران دارای تحصیلات دیپلم بودند. تحصیلات کاردانی و کارشناسی به بالا و زیر دیپلم به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار داشتند.

داده‌های حاصل از بررسی نمره‌های بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، نشان داد که میانگین درک خواندن ۳۴/۷ با انحراف معیار ۷/۷ و حداقل نمره‌ای که بیماران در بخش درک خواندن به دست آورده‌اند ۱۱ و حداکثر نمره ۴۸ می‌باشد. در بخش درک عددی با میانگین ۳۴/۵ و انحراف معیار ۸/۹ حداقل نمره ۳ و حداکثر نمره ۵۰ است. میانگین نمره سطح سواد سلامت بیماران به طور کلی ۶۹/۲ با انحراف معیار ۱۴/۰ و دامنه آن از ۲۳ تا ۹۸ متغیر بود.

با توجه به دامنه تغییرات نمره سواد سلامت، بیماران در سه سطح سواد سلامت کافی (نمره بیش از ۷۴)، مرزی (نمره بین ۶۰ تا ۷۴) و ضعیف (نمره کمتر از ۶۰) دسته‌بندی شدند. ۲۲/۸ درصد دارای سواد سلامت کافی، ۳۸/۰ درصد دارای سواد سلامت مرزی و ۳۹/۲ درصد دارای سواد سلامت ضعیف بودند.

در مقایسه میانگین نمره سواد سلامت و ابعاد آن (درک خواندن و درک عددی)، در دو جنس مشخص شد که مردان (۷۳/۶) سطح سواد سلامت بالاتری نسبت به زنان (۶۵/۲) دارا هستند (P=۰/۰۰۰). این تفاوت در بخش درک عددی و جنس معنی‌دار است (P=۰/۰۰۰).

در بررسی رابطه بین سن و سواد سلامت و ابعاد آن مشخص شد که با بالارفتن سن، سطح سواد سلامت پایین می‌آید. از نظر گروه سنی بالاترین نمره سواد

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014]

سلامت مربوط به گروه سنی زیر ۲۰ سال و کمترین نمره سواد سلامت در گروه سنی ۶۰ سال به بالا بود. این رابطه با آزمون همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت و رابطه معکوس و معنی‌داری به دست آمد (P=۰/۰۰۰).

مقایسه میانگین نمره سواد سلامت در مقاطع تحصیلی متفاوت با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که افراد در مقاطع تحصیلی بالاتر نمره سواد سلامت بالاتری به دست آورده‌اند. به طوری که میانگین سطح سواد سلامت بیماران مقطع کارشناسی به بالا ۷۳/۴ با انحراف معیار ۱۱/۷ به دست آمد (P=۰/۰۰۰)(جدول ۱).

جدول ۱) مقایسه میانگین سواد سلامت و ابعاد آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر بوشهر

نوع متغیر		سواد سلامت عملکردی						سطوح سواد سلامت						P.value
		درک خواندن		درک عددی		نمره کل		سواد سلامت کافی		سواد سلامت مرزی		سواد سلامت ناکافی		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	زن	۳۴/۵	۷/۵	۳۰/۹	۷/۴	۶۵/۲	۱۲/۴	۲۶	۲۰/۰	۶۷	۵۱/۵	۳۷	۳۸/۵	۰/۰۰۰
	مرد	۳۴/۹	۷/۹	۳۸/۴	۸/۸	۷۳/۶	۱۴/۴	۷۲	۶۰/۰	۲۸	۲۳/۳	۲۰	۱۶/۷	
سن	<۲۰	۴۰/۴	۶/۲	۴۲/۴	۶/۵	۸۳/۸	۱۱/۴	۸	۸۰/۰	۲	۲۰/۰	۰	۰	۰/۰۰۰
	۲۱-۳۰	۳۵/۰	۶/۶	۳۴/۹	۷/۸	۷۰/۰	۱۱/۵	۱۶	۳۲/۰	۲۶	۵۲/۰	۸	۱۴/۳	
	۳۱-۴۰	۳۶/۰	۶/۴	۳۶/۳	۸/۸	۷۲/۵	۱۲/۷	۲۶	۴۹/۱	۱۸	۳۴/۰	۹	۱۷/۰	
	۴۱-۵۰	۳۵/۰	۶/۷	۳۴/۲	۸/۲	۶۹/۲	۱۱/۷	۱۷	۳۹/۵	۱۷	۳۹/۵	۹	۲۰/۹	
	۵۱-۶۰	۳۲/۷	۹/۱	۳۲/۷	۸/۶	۶۵/۳	۱۵/۱	۱۸	۳۱/۰	۲۰	۳۴/۵	۲۰	۳۴/۵	
	۶۰<	۳۲/۷	۹/۲	۳۰/۴	۸/۸	۶۲/۸	۱۵/۶	۷	۲۵/۹	۱۰	۳۷/۰	۱۰	۳۷/۰	
تحصیلات	سواد خواندن و نوشتن	۲۶/۰	۹/۸	۲۸/۸	۸/۶	۵۵/۱	۱۵/۶	۴	۱۷/۴	۵	۲۱/۷	۱۴	۶۰/۹	۰/۰۰۰
	ابتدایی	۳۴/۸	۵/۵	۲۷/۲	۱۰/۰	۶۰/۸	۱۲/۹	۵	۲۰/۰	۱۰	۴۰/۰	۱۰	۴۰/۰	
	سیکل	۳۳/۷	۷/۹	۳۳/۱	۷/۵	۶۶/۸	۱۳/۵	۱۰	۲۵/۰	۱۹	۴۷/۵	۱۱	۲۷/۵	
	دیپلم	۳۷/۳	۷/۳	۳۷/۵	۷/۹	۷۵/۲	۱۲/۹	۳۸	۵۲/۸	۲۶	۳۶/۱	۸	۱۱/۱	
	فوق دیپلم	۳۴/۲	۵/۵	۳۳/۷	۸/۹	۶۸/۰	۱۱/۶	۳۱	۵۸/۵	۱۴	۲۶/۴	۸	۱۵/۱	
	لیسانس	۳۵/۶	۷/۰	۳۷/۷	۸/۳	۷۳/۴	۱۱/۷	۳۱	۵۸/۵	۱۴	۲۶/۴	۸	۱۵/۱	

بحث

سواد سلامت مفهومی است که توانایی بیمار در درک اطلاعات و منابع تهیه شده توسط پزشک و متخصصان حرفه سلامت را توصیف می‌کند (۱۴) و شامل طیفی از مهارت‌های پیچیده و ساده است که به افراد اجازه می‌دهد تا در تصمیم‌گیری‌های درمانی مشارکت داشته باشند و از خود، خانواده و جامعه خود در برابر بیماری‌ها حفاظت کنند (۵).

همان‌طور که در قسمت یافته‌ها بیان شد، میانگین سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر ۶۹/۲ به دست آمد که نشان می‌دهد متوسط بیماران در سطح سواد سلامت مرزی قرار دارند. افراد

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014]

با این سطح سواد سلامت اغلب برداشت اشتباهی از اطلاعات ثبت‌شده روی جعبه‌های دارو داشته و در درک متن‌های مربوط به حقوق و مسئولیت خود مشکل دارند. بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر نشان داد که تنها ۲۲/۸ درصد بیماران دارای سواد سلامت کافی هستند و بقیه سواد سلامت مرزی یا ضعیف دارند. این افراد هم دارای تحصیلات بیشتری بودند و هم سن پایین‌تری داشتند. همچون نتایج حاصل از مطالعه حاضر، مطالعات مختلف نیز به طور کلی طیف گسترده‌ای از سواد سلامت ناکافی را نشان می‌دهد. ارزیابی ملی سواد بزرگسالان در آمریکا در سال ۲۰۰۳ نشان داد که ۳۶ درصد بزرگسالان از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند (۱۵). همچنین پژوهش‌های طهرانی‌بنی‌هاشمی (۱۱) و رییسی (۱۲) نیز سطح سواد سلامت در ایران را پایین گزارش کرده‌اند.

سطح سواد سلامت در افراد دارای تحصیلات بالاتر مؤید نقش تحصیلات در سطح سواد سلامت است. زیرا سواد عمومی پایه‌ای برای سطح سواد سلامت محسوب می‌شود. افراد دارای تحصیلات بالاتر نیز سطح سواد سلامت بالاتری داشتند. پژوهش‌های دیگری نیز به این نتیجه دست یافته‌اند (۶، ۱۴-۱۱ و ۲۰-۱۶).

نتایج نشان داد مردان از سطح سواد سلامت بالاتری برخوردار هستند. به خصوص تفاوت میانگین سطح سواد سلامت بین زنان و مردان در بخش درک عددی رابطه معنی‌دار قوی نشان داد. بدین معنی که میانگین نمره سواد سلامت مردان در بخش درک عددی بالاتر از میانگین نمره در زنان بود. این امر می‌تواند ناشی از این باشد که چون مردان به عنوان اداره‌کننده خدمات بیرونی و نیازهای خارج از خانه با چنین فرم‌هایی بیشتر سر و کار دارند، در خواندن این فرم‌ها ماهرتر هستند. علاوه‌بر این مردان نسبت به زنان سطح تحصیلات بالاتری داشتند. در واقع سواد پایه بالاتر زمینه ارتقا سطح سواد سلامت بالاتر مردان شده است همانند نتایج این مطالعه، پژوهش‌های رئیسی (۱۲) و چو (Cho) و همکاران (۱۷) نیز نشان داد که مردان سطح سواد سلامت بالاتری داشته‌اند. اما پژوهش‌های کلایندل (Kleindl) (۱۸) و لیندستروم (Lindstrom) (۱۹) نتیجه‌ای عکس را نشان دادند. در پژوهش آنان زنان نسبت به مردان سواد سلامت بیشتری داشتند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. دلیل این ناهمخوانی شاید نوع آزمون استفاده شده است. آنان از ابزار آزمون تخمین سریع سواد پزشکی بزرگسالان (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) استفاده کردند که فهرستی از کلمات به بیماران نشان داده می‌شود و بیماران باید آن‌ها را با صدای بلند بخوانند و به ازای هر کلمه‌ای که صحیح تلفظ شود امتیاز دریافت می‌کنند.

علاوه‌بر این، بین سن و سطح سواد سلامت، رابطه معنی‌دار و معکوس وجود دارد و با افزایش سن درک خواندن و در نتیجه سطح سواد سلامت کاهش می‌یابد. پایین تر بودن سواد سلامت در زنان و گروه‌های سنی بالاتر مربوط به پایین‌تر بودن سطح تحصیلات در این گروه‌ها بود. این نتایج با نتایج پژوهش آرتینین (۹) و رئیسی (۱۲) همخوانی دارد.

به طور کلی این پژوهش نشان داد که سواد سلامت بیماران در حد مطلوب نیست و نیازمند برنامه‌ریزی جهت ارتقای سطح سواد سلامت جامعه است. همه بخش‌های جامعه از جمله رسانه‌های گروهی مانند تلویزیون و رادیو با تهیه برنامه‌های اطلاعات سلامت متناسب با نیازها و توان مخاطبان در جهت ارتقای

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014]

سواد سلامت همه افراد جامعه بکوشند و با تولید رسانه‌های آموزشی ساده و قابل فهم برای افراد دارای سواد سلامت پایین به آنان کمک کنند تا سطح سواد سلامت خود را بهبود بخشند. علاوه‌بر این متخصصان حرفه سلامت و تولیدکنندگان اطلاعات سلامت نیز با شناخت جامعه مخاطب خود و نیازها و توانمندی‌های آنان اقدام به تهیه منابع آموزشی (از جمله وب‌سایت‌ها و مواد دیداری شنیداری، بروشورها و یا قالب‌های دیگر منابع) نمایند. انتظار می‌رود با بهبود و ارتقای سطح سواد سلامت افراد جامعه، مشکلات ناشی از سواد سلامت ناکافی کاهش یابد.

یکی از مشکلات این مطالعه مربوط به اندازه‌گیری سطح سواد سلامت با استفاده از پرسشنامه مورد استفاده در این طرح است. این پرسشنامه بر جنبه خواندن و محاسبه تأکید دارد که این مهارت‌ها تنها بخشی از مهارت‌های تشکیل‌دهنده سواد سلامت است. در حالی‌که مهارت‌های دیگری نیز در سطح سواد سلامت مؤثر هستند.

پایین بودن حجم نمونه مطالعه و همچنین شیوه نمونه‌گیری به صورت در دسترس نیز تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش را مشکل می‌نماید.

سپاس و قدردانی

از تمام عزیزانی که در پیشبرد اهداف این پژوهش با ما همکاری نمودند و نیز از تمام بیماران که صبورانه و مشتاقانه در تکمیل پرسشنامه ما را همراهی نمودند سپاسگزاری می‌نماییم.

References:

1.Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997; 44: 681-92.

2.Rudd RE, Moeykens BA, Colton TC. Health and literacy: a review of medical and public health literature. Ann Rev Adult learn lit 1999; 1: 158-99.

3.Helitzer D, Hollis C, Oestreicher N. Health literacy demands of written health information materials: an assessment of cervical cancer prevention materials. Cancer control 2009; 16: 70-8.

4.Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: National Academies Press, 2004, 31-50.

5.Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promot Int 2005; 20: 195-203.

6.Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, et al. Evaluation of health literacy of pregnant woman in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. Daneshvar Med 2012; 19: 1-12. (Persian)

7.Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Health 2004; 11: 588-94.

8.Smith SK, Dixon A, Trevena L, et al. Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. Soc Sci Med 2009; 69: 1805-12.

9.Artinian N, Lange M, Templin T, et al. Functional health literacy in an urban primary care clinic. Internet J Adv Nurs Pract 2003; 5: 2.

10.Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. J Public Healt 2009; 31: 490-95.

11.Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. J Strid Dev Med Edu 2007; 4: 1-9. (Persian).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014]

12.Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, et al. The relationship between health liiteracy, health status and healthy behaviours among elderly in Isfahan. Health Sys Res 2011; 7: 1-12. (Persian)
13.Parker RM, Baker DW, Williams MV, et al. The test of functional health literacy in adults. J Gen Intern Med 1995; 10: 537-41.
14.Noblin AM, Wan TTH, Fottler M. The impact of health literacy on a patient's decision to adopt a personal health record. Perspect Health Inf Manag 2012; 9: 1-13.
15.Kutner M, Greenburg E, Jin Y, et al. The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington (DC): United States Department of Education, 2006, p 76-80.
16.Muir KW, Lee PP. Health literacy and ophthalmic patient education. Surv Ophthalmol 2010; 55: 454-59.
17.Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, et al. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Soc Sci Med 2008; 66: 1809-16.
18.Kleindl JA. Reading ability of patients versus the readability of patient education material [dissertation]. North Dokota :North Dokota State University; 2007.
19.Lindstrom AK. Patient health literacy levels and the readability of patient education materials [dissertation]. North Dakota: North Dokota State University; 2008.
20.Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. J Am Geriatr Soc 2006; 54: 770-6.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014]

ISMJ 2016; 18(6): 1245-1253

Original Article

Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors

A. Khosravi [1], Kh.Ahmadzadeh [2]*

[1] Department of Library and Information Science Medicine, Faculty of Paramedical, Bushehr University of Medical Sciences, Iran

[2] Health Information Management Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

(Received 28 May, 2014 Accepted 24 Nov, 2014)

Abstract

Background: Health literacy is defined as the degree of Individual's capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions. Functional health literacy is critically important during the typical patient–provider encounter According to this, current research aimed to investigate the level of the health literacy of patients referred to Bushehr's hospital (Iran) and recognizing its effective factors.

Material and Methods: In this descriptive survey, 250 patients refers to Bushehr's hospital (Iran) were selected as a sample study. Health literacy was measured by Normalized Test of Functional Health Literacy in Adults. Data were analyzed using SPSS and Independent t-tests, One Way ANOVA and Pearson correlation at a significant level (p.value>0.05).

Results: The findings showed that the level of the health literacy of these patients was in marginal level (69.2). Health literacy was associated by sexuality, age and education.

Conclusion: Generally, this research shows that the health literacy level is not adequate among patients. This result determines it is important to that notice health literacy and trying to improve it. Providing easy and readable educational resources for patients, educational classes for them and so on are some ways to improve health literacy.

Keywords: Health Literacy, Patient, Functional Health Literacy, Bushehr

**Address for correspondence*: Health Information Management Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, BandarAbbas, IRAN; E-mail: khj_ahmadzadeh@yahoo.com

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014]