

سواد سلامت بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*

حمیده ملاخلیلی^۱، احمد پاپی^۲، غلامرضا شریفی‌راد^۳، فیروزه زارع فراشبندی^۴، اکبر حسن‌زاده^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است. هدف از مطالعه حاضر تعیین سواد سلامت بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۱ بوده است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کاربردی به روش پیمایشی تحلیلی است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ی سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان می‌باشد. پایایی پرسشنامه از طریق Cronbach Alpha ۰/۸۹ به دست آمد و روایی آن نیز به تأیید متخصصان مربوطه در رشته‌های کتابداری پزشکی، آمار و آموزش و ارتقای پزشکی رسید. جامعه‌ی مورد پژوهش، کلیه بیماران بستری شده در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۱ می‌باشد. با بزرگ و نامحدود در نظر گرفتن جامعه‌ی پژوهش تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه تعیین گردید و نمونه‌گیری به صورت در دسترس (روش آسان) انجام شد. داده‌ها به روش پرسشگری بر بالین بیماران جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ در سطح توصیفی (توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (آزمون T مستقل، آزمون واریانس یک طرفه و آزمون همبستگی Pearson و همبستگی Spearman) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره سواد سلامت بیماران مورد بررسی در حیطه‌ی محاسبات، در حیطه‌ی درک خواندن تقریباً متوسط بوده و میانگین نمره‌ی کل سواد سلامت در آنان کمی بیشتر از حد متوسط بوده است. اغلب بیماران بررسی شده دارای سواد سلامت ناکافی و حاشیه‌ای بودند. بین متغیرهای جنسیت، درآمد و محل سکونت با سطح سواد سلامت رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشته، در حالی که بین سن با نمره‌ی سواد سلامت و نیز حیطه‌های آن رابطه‌ی معکوس و بین سطح تحصیلات و نمره‌ی سواد سلامت رابطه‌ی مستقیم وجود داشت. بین شغل بیماران و سواد سلامت رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشته است به نحوی که افراد بازنشسته و کارگران دارای سواد سلامت کمتری بوده‌اند.

نتیجه‌گیری: اغلب بیماران مورد بررسی دارای سواد سلامت ناکافی و حاشیه‌ای بوده‌اند. این بیماران برای فهم و به کار بردن اطلاعات بهداشتی نیاز به توضیحات بیشتر دارند و لازم است زمان بیشتری را صرف برقراری ارتباط با کادر درمانی خود جهت کسب اطلاعات به زبان ساده‌تر و قابل فهم‌تر نمایند.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت؛ بیماران بستری؛ بیمارستان‌های آموزشی

پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۴

اصلاح نهایی: ۹۳/۲/۱۷

دریافت مقاله: ۹۲/۶/۱۰

ارجاع: ملاخلیلی حمیده، پاپی احمد، شریفی‌راد غلامرضا، زارع فراشبندی فیروزه، حسن‌زاده اکبر. **سواد سلامت بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۴): ۴۶۴-۴۷۳.

*- این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد رشته کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی و طرح مصوب مرکز تحقیقات فناوری در اطلاعات سلامت می‌باشد.

۱- مربی، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، پژوهشکده علوم انسانی وابسته به بنیاد دایره المعارف اسلامی، تهران، ایران

۲- مربی، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: papi@mng.mui.ac.ir

۳- استاد، آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استادیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی، مرکز تحقیقات فناوری اطلاعات در امور سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- مربی، آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

سواد در برگیرنده یک سری توانمندی‌های پیچیده جهت درک و به کارگیری نظام نمادین یک فرهنگ به منظور تکامل شخصی و توسعه اجتماعی است که به آن به عنوان مجموعه گوناگونی از مهارت‌های مورد نیاز یک فرد بزرگسال جهت فعالیت و رفتار در جامعه نگریسته می‌شود (۱). یکی از این مهارت‌ها سواد سلامت است که شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی می‌باشد و حاصل تشریک مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانی‌ها و ابعاد سواد در زمینه‌ی سلامتی می‌پردازد. ظرفیت یک فرد (شامل پتانسیل ذاتی و مهارت‌های فردی)، جزء اساسی برای سواد سلامت است که با آموزش تعدیل می‌شود و کفایت آن تحت تأثیر فرهنگ، زبان و مشخصات موقعیت‌های مرتبط با سلامت است (۲). چنین سوادی یک مهارت ضروری برای شهروندان عادی است و با اقتصاد سلامت نیز در ارتباط است؛ زیرا عواقب فقدان سواد سلامت می‌تواند تأثیرات اقتصادی مهمی داشته باشد (۳). سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده و به کشورهای جهان توصیه کرده است که انجمنی جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک، در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت ایجاد کنند (۴).

از آن‌جا که سواد سلامت هم اطلاعات مربوط به سلامت است و هم توانایی فهمیدن و به کار بستن این اطلاعات، بین ارتقا سواد سلامت و کیفیت زندگی رابطه‌ای دو طرفه و تنگاتنگ وجود دارد (۵). افراد دارای سواد سلامتی اندک کمتر می‌توانند اطلاعات نوشتاری و گفتاری آرایه شده توسط متخصصان سلامت را درک و به آن عمل می‌کنند، هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند، وضعیت سلامت ضعیف‌تری دارند، میزان بستری شدن و استفاده از خدمات اورژانس بیشتر و مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند (۲). پایین بودن سطح سواد سلامت، عمدتاً باعث مراجعات مکرر و

غیر ضروری به پزشک و نیز طولانی شدن مدت اقامت بیماران در بیمارستان می‌شود که به نوبه خود سبب افزایش هزینه‌ها و باعث به هدر رفتن بخشی از بودجه بخش سلامت می‌شود (۵). بنابراین سواد سلامت شاخصی حیاتی در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی است که عدم بهبود آن موجب استفاده‌ی طولانی‌تر از خدمات درمانی می‌گردد. بیماران با اطلاعات کم بهداشتی، دچار مشکلات بیشتری در رابطه با مصرف داروها می‌شوند. بنابراین دستیابی به سواد سلامت بهتر و بیشتر در واقع مقابله با نابرابری‌های حوزه سلامت است (۶). با توجه به اهمیت این مسأله، پژوهش‌های بسیاری در خارج و پژوهش‌های کمی در داخل ایران در رابطه با سواد سلامت انجام شده است که به برخی از آن‌ها اشاره خواهد شد.

کهن و همکاران در پژوهشی با عنوان «ارتباط سواد بهداشتی مادری با مراقبت‌های دوران بارداری و سرانجام زایمان» به این نتیجه دست یافتند که ۱۸ درصد زنان سطح سواد سلامت خوب، ۴۸ درصد متوسط و ۳۴ درصد سواد سلامت ضعیف داشته‌اند (۷).

نتایج پژوهش رئیسی و همکاران با عنوان «بررسی وضعیت سواد سلامت در سالمندان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰» نشان داد که سطح سواد سلامت در سالمندان بسیار ناکافی است (۸).

نتایج پژوهش قنبری و همکاران با عنوان «بررسی سواد سلامت زنان باردار زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی» نشان داد که سواد سلامت محدود، مشکلی شایع در زنان باردار است و می‌تواند مانع از درک صحیح پیام‌ها و توصیه‌های بهداشتی گردد (۹).

نتایج پژوهش نکویی مقدم و همکاران با عنوان «سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت در جامعه‌ی شهری کرمان، ۱۳۹۰» نشان داد که سواد سلامت در کرمان پایین است (۱۰).

نتایج پژوهش طل و همکاران با عنوان «وضعیت آگاهی و سواد سلامت در زنان دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به

نتایج پژوهش Edwards و همکاران با عنوان «ایجاد سواد سلامت در بیماران با مشکلات سلامتی طولانی مدت: مدل خط سیر سواد سلامت» نشان داد که بیماران با مشکل طولانی مدت می‌توانند مهارت‌های سواد سلامت خود را با تمرین و مشاوره توسعه دهند (۱۸).

تحقیقات انجام‌شده در زمینه سواد سلامت نشان می‌دهد که میزان سواد سلامت هم در داخل ایران و هم در خارج از ایران عموماً ناکافی یا حاشیه‌ای است. اکثر پژوهش‌های انجام شده از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بالغین و یا فرم کوتاه شده آن استفاده کرده‌اند که بر طبق آن سواد سلامت افراد به سه دسته سواد سلامت ناکافی، حاشیه‌ای و کافی طبقه‌بندی می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی با سطح تحصیلات اندک، درآمد اندک، افراد ساکن در روستاها و مناطق کم‌جمعیت، زنان و افراد مسن از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند و این، ضرورت آگاهی‌رسانی عمومی و حرفه‌ای مسأله سواد سلامت آموزش آن را نشان می‌دهد. مطالعه حاضر بر آن بوده است که میزان سواد سلامت بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را در دو بخش درک خواندن و محاسبات بررسی نماید.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی است که به روش پیمایشی تحلیلی انجام شده است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان (Test Of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)) است (۲). این پرسش‌نامه قبلاً توسط مؤسسه پژوهشگران بدون مرز، ترجمه شده و دارای اعتبار کافی می‌باشد. جهت پایایی پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ استفاده شد و تعداد نفرات برای این آزمون ۶۰ نفر بود. پایایی پرسش‌نامه در کل مقدار ۰/۸۹ به دست آمد و روایی آن نیز به تأیید متخصصان مربوطه در رشته‌های آمار و روش تحقیق، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی و آموزش و ارتقای پزشکی رسید. این پرسش‌نامه شامل ۳ قسمت است. بخش اول،

بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران» نشان داده است که زنان دیابتی شرکت کننده در مطالعه دارای سواد سلامت متوسط بودند (۱۱).

نتایج پژوهش طل و همکاران با عنوان «ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی در قالب گروه‌های کوچک بر ارتقاء میزان آگاهی و سواد سلامت بیماران زن دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران» نشان داد که آموزش در گروه مداخله با استراتژی گروه‌های کوچک در مقایسه با آموزش‌های رایج دیابت اثربخش‌تر است (۱۲).

نتایج پژوهش Williams و همکارانش با عنوان «نقش سواد سلامت در ارتباط پزشک و بیمار» نشان داد که سواد سلامت اندک خصوصاً در افراد بیمار و مسن، شایع و رایج است. بیماران دارای سواد سلامت کم، مشکلات ارتباطی پیچیده‌ای دارند که ممکن است بر برونداد سلامت مؤثر باشد (۱۳).

نتایج پژوهش Chew و همکاران با عنوان «سؤالاتی مختصر برای شناسایی بیماران با سواد سلامت ناکافی» نشان داد که ۴/۵ درصد از شرکت‌کنندگان دارای سواد سلامت ناکافی و ۷/۵ درصد، دارای سواد سلامت حاشیه‌ای بوده‌اند (۱۴).

نتایج پژوهش Fang و همکاران با عنوان «سواد سلامت و برونداد مرتبط با داروهای ضد انعقاد خون در بین بیماران مصرف‌کننده وارفارین» نشان داد که سواد سلامت با کمبود دانش مربوط به وارفارین در ارتباط است (۱۵).

نتایج پژوهش Lee و همکاران با عنوان «سواد سلامت، وضعیت سلامت و به کارگیری مراقبت در بزرگسالان اهل تایوان» نشان داد که تقریباً ۳۰ درصد از این افراد سواد سلامت پایین داشتند (۱۶).

نتایج پژوهش Jovic-Veranes و همکاران با عنوان «سواد سلامت در بیماران درگیر مراقبت‌های بهداشتی اولیه در بلگراد، صربستان» نشان داد که بیماران مهارت‌های ضروری سواد سلامت برای عمل کردن در محیط‌های مراقبت بهداشتی را به اندازه‌ی کافی ندارند (۱۷).

ترخیص می‌شوند، تعداد جامعه پژوهش بسیار زیاد و تقریباً نامشخص است، بنابراین نمونه‌گیری از بیماران بر اساس جامعه بزرگ و نامحدود انجام شد و تعداد نمونه با توجه به رابطه $n = Z^2 * S^2 / d^2$ ، $n = 384$ نفر به دست آمد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس (convenient) انجام گرفت. قبل از شروع به گردآوری داده‌ها هماهنگی‌ها و مکاتبات لازم با معاون پژوهش دانشکده محل تحصیل پژوهشگر، ریاست و مدیریت هر بیمارستان، رؤسای هر یک از بخش‌ها و نیز حراست بیمارستان‌های مورد نظر، مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش اخذ گردید. در نهایت با مراجعه حضوری به هر بیمارستان و رفتن بر بالین هر یک از بیماران، پس از کسب رضایت از ایشان و اطمینان از رضایت آن‌ها، داده‌ها در دو بخش محاسبات و درک خواندن به روش پرسشگری بر بالین بیمار جمع‌آوری گردید. در ضمن در جریان جمع‌آوری داده‌ها، بیماران مختار بودند در صورت عدم تمایل یا توان ادامه همکاری، در خلال تکمیل پرسشنامه از همکاری اجتناب کنند. در این صورت بیمار دیگری جایگزین می‌شد. بنابراین تمامی مسایل اخلاقی سروکار داشتن با بیماران توسط پژوهشگر رعایت شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین، انحراف معیار و جداول توزیع فراوانی و در سطح استنباطی از آزمون‌های آماری T مستقل برای ارتباط جنسیت و وضعیت تأهل با سواد سلامت، آزمون واریانس یک طرفه برای ارتباط گروه‌های شغلی و محل سکونت، آزمون همبستگی پیرسون برای ارتباط سن و درآمد و اسپیرمن برای ارتباط سطح تحصیلات با سواد سلامت در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید.

یافته‌ها

بیشترین تعداد بیماران بررسی شده (۴۴/۵ درصد) از بیمارستان الزهرا و کمترین آن (۱۳ درصد) از بیمارستان شهید چمران بوده است. ۴۷/۷ درصد از بیماران مورد بررسی دارای محدوده سنی بین ۲۰-۳۰ سال و ۹/۱ درصد بالای ۵۰ سال بودند. هم‌چنین، ۳۲/۳ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۱/۲

شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی است. بخش دوم، بخش محاسبات است. این بخش داری ۱۰ توضیح یا دستور بهداشتی در زمینه داروهای تجویز شده، زمان مراجعه به پزشک، مراحل استفاده از کمک‌های مالی و یک مثال از نتیجه یک آزمایش طبی است و توانایی فرد را برای درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه‌هایی که پزشکان و آموزش‌دهندگان امر سلامت به وی می‌دهند و نیاز به محاسبات دارد، مورد سنجش قرار می‌دهد. بخش سوم، درک خواندن است که شامل ۳ متن است و در آن، توانایی شرکت‌کنندگان در خصوص خواندن و فهمیدن این ۳ متن که تحت عناوین دستورالعمل آماده شدن برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، حقوق و مسؤولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه‌نامه و فرم استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی، است، مورد سنجش قرار می‌گیرد. در هر یک از این دو بخش نمره فرد بین صفر تا ۵۰ در نظر گرفته شده است. از مجموع نمرات این دو بخش، نمره کل سواد سلامت که عددی بین صفر تا ۱۰۰ است، محاسبه می‌شود. در نهایت نمره سواد سلامت عملکردی هر فرد به سه سطح ناکافی (۵۹-۰)، حاشیه‌ای (مرزی) (۷۴-۶۰) و کافی (۱۰۰-۷۵) تقسیم گردید (۲).

جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران بستری شده در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در نیمه دوم سال ۱۳۹۱ بودند که دارای توانایی همکاری و نیز تمایل به همکاری در پژوهش بوده و دارای بازه سنی ۲۰ تا ۶۵ سال بوده‌اند. بیمارستان‌های مورد بررسی شامل بیمارستان‌های الزهرا، نور و علی اصغر، آیت‌الله کاشانی، فیض، فارابی، سیدالشهدا، شهید بهشتی، عیسی بن مریم، موسی کاظم (ع)، شهید چمران و بیمارستان امین بود. با توجه به موقعیت جغرافیایی، بیمارستان‌های الزهرا از جنوب، فیض از شمال، شهید چمران از شرق، شهید بهشتی از غرب و آیت‌الله کاشانی از مرکز شهر اصفهان انتخاب شدند. با در نظر گرفتن این مطلب که در بازه زمان پژوهش، یعنی نیمه دوم سال ۱۳۹۱ بیماران به صورت مکرر بستری شده و

تفاوت معنی‌داری داشته است ($P < 0/05$). به نحوی که افراد متأهل دارای سطح سواد سلامت پایین‌تری بودند.

جدول ۱ رابطه بین نمره سواد سلامت با سن و میزان درآمد بیماران مورد بررسی را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سن با نمره کلی سواد سلامت و نیز حیطه‌های آن رابطه معکوس وجود داشت. درحالی‌که بین درآمد با نمره کلی سواد سلامت و حیطه‌های آن رابطه‌ای وجود نداشته است.

جدول ۲ رابطه سواد سلامت و مدرک تحصیلی بیماران بررسی شده را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان داد که بین سطح تحصیلات افراد با نمره کلی سواد سلامت و حیطه‌های آن رابطه معنی‌دار و مستقیمی وجود داشت ($P < 0/001$). به نحوی که هرچه مدرک تحصیلی افراد بالاتر باشد، میزان سواد سلامت آن‌ها بیشتر بوده است.

جدول ۳ رابطه سواد سلامت را با شغل و محل سکونت بیماران نشان می‌دهد. آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین سواد سلامت و شغل بیماران رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشته است ($P < 0/001$). به نحوی که بیشترین نمره سواد سلامت مربوط به دانشجویان و کمترین نمره آن مربوط به افراد بازنشسته و کارگران بود. درحالی‌که بین محل سکونت و سواد سلامت کلی بیماران و حیطه‌های آن رابطه معنی‌داری وجود نداشت ($P < 0/05$).

با استفاده از آزمون توکی تفاوت بین گروه‌های شغلی به دست آمد. به این صورت که بین گروه شغلی آزاد با کارمند و دانشجو، گروه شغلی کارمند با خانه‌دار و بازنشسته و همچنین بین گروه شغلی دانشجو با کارگر و بازنشسته تفاوت معنی‌دار وجود داشت.

درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. ۲۵/۳ درصد از بیماران بررسی شده مجرد و مابقی متأهل بودند.

بیشترین دسته شغلی مختص شغل خانه‌دار (۳۶/۵ درصد) و کمترین آن مربوط به بازنشستگان (۳/۴ درصد) بود. همچنین، ۵۰/۳ درصد از این افراد، بدون درآمد و ۳/۶ درصد بیشتر از یک میلیون در ماه درآمد داشتند. ۴۷/۷ درصد از افراد مورد مطالعه ساکن اصفهان و ۱۳/۸ درصد ساکن سایر شهرها و استان‌ها بودند.

میانگین نمره سواد سلامت بیماران در بخش محاسبات، ۳۱/۳۵ و در بخش درک خواندن، ۳۱/۹۴ بوده است. نمره هر یک از این دو بخش، نمره‌ای بین صفر تا ۵۰ در نظر گرفته شده است. نمره کل سواد سلامت بیماران عددی بین صفر تا صد در نظر گرفته شده که در پژوهش حاضر میانگین این نمره در بیماران مورد بررسی ۶۳/۲۹ به دست آمده است. همان‌طور که گفته شد، در یک تقسیم‌بندی کلی، سواد سلامت را به سه دسته سواد سلامت کافی، حاشیه‌ای یا مرزی و ناکافی دسته‌بندی کرده‌اند. بر این اساس، ۴۱/۱ درصد (۱۵۸ نفر) از بیماران دارای سواد سلامت ناکافی، ۲۵ درصد (۹۲ نفر) سواد سلامت حاشیه‌ای و تنها ۳۳/۹ (۱۳۰ نفر) از این بیماران دارای سواد سلامت کافی بودند.

نتایج آزمون t مستقل independent t-test نشان داد که بین جنسیت و سطح سواد سلامت و حیطه‌های آن در بیماران بستری شده در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رابطه معنی‌داری وجود نداشته است ($P > 0/05$). میانگین سواد سلامت در مردان ۶۳/۱۴ و در زنان ۶۳/۴۸ بوده است. همچنین، آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت و حیطه‌های آن بین افراد مجرد و متأهل

جدول ۱: ضریب همبستگی پیرسون بین سن و درآمد با نمره سواد سلامت بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

درآمد		سن		حیطه‌های سواد سلامت
P-value	r	P-value	R	
۰/۶۲	۰/۲۵	<۰/۰۰۱	-۰/۴۰۴	نمره محاسبات
۰/۶۷	۰/۰۲	<۰/۰۰۱	-۰/۳۶۹	نمره درک خواندن
۰/۶۲	۰/۰۳	<۰/۰۰۱	-۰/۴۱۹	نمره کل

جدول ۲: ضرایب همبستگی اسپیرمن بین سطح تحصیلات با سواد سلامت بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

حیطه‌های سواد سلامت	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون	
			P-value	R
نمره حیطه محاسبات	۳۱/۳۵	۹/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
نمره حیطه درک خواندن	۳۱/۹۴	۱۰/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۶
نمره کل	۶۳/۲۹	۱۸/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۱

جدول ۳: میانگین نمره سواد سلامت و حیطه‌های آن به تفکیک شغل و محل سکونت بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

شغل	نمره حیطه محاسبات		نمره حیطه درک خواندن		نمره کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزاد	۳۰/۵۳	۹/۶۲	۳۰/۷۶	۹/۸۹	۶۱/۲۹	۱۷/۹۲
کارمند	۳۵/۷۷	۷/۶۲	۳۹/۶۷	۷/۷۹	۷۵/۴۵	۱۴/۲۵
کارگر	۲۸/۸۳	۶/۷۵	۲۶/۷۷	۸/۵۸	۵۵/۶۱	۱۴/۵۷
بیکار	۳۲/۵۲	۱۰/۴۳	۳۲/۵۵	۸/۷۹	۶۵/۱۳	۱۷/۶۰
خانه‌دار	۳۰/۳۲	۹/۲۳	۳۰/۹۲	۱۰/۱۱	۶۱/۲۴	۱۷/۵۶
بازنشسته	۲۴/۰۷	۱۰/۱۶	۲۴/۴۶	۷/۴۶	۴۸/۵۳	۱۵/۹۲
دانشجو	۴۱/۵۸	۴/۹۲	۴۱/۰۰	۸/۳۹	۸۲/۵۶	۱۱/۶۶
نتیجه Anova	F	۷/۰۸		۹/۶۷		۹/۷۷
	P-Value	<۰/۰۰۱		<۰/۰۰۱		<۰/۰۰۱
محل سکونت	نمره حیطه محاسبات		نمره حیطه درک خواندن		نمره کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مرکز اصفهان	۳۲/۰۸	۹/۴۲	۳۲/۲۸	۱۰/۵۱	۶۴/۳۶	۱۸/۶۵
شهرهای تابعه اصفهان	۳۰/۴۲	۹/۶۲	۳۱/۸۵	۹/۶۴	۶۲/۲۷	۱۷/۳۴
سایر شهرها	۳۱/۴۵	۹/۷۱	۳۱/۰۱	۱۰/۲۰	۶۲/۴۷	۱۸/۵۲
نتیجه Anova	F	۱/۲۳		۰/۳۲۹		۰/۶۰۶
	P-Value	۰/۲۹۲		۰/۷۱۹		۰/۵۶۴

و همکاران (۴)، کهن، قاسمی و دودانگه (۷)، قنبری و همکاران (۹)، نکویی مقدم و همکاران (۱۰) در داخل کشور و Williams و همکاران (۱۳)، Chew و همکاران (۱۴)، Lee و همکاران (۱۶) و Jovic-Veranes و همکاران (۱۷) در خارج از کشور همسو می‌باشد. این در صورتی است که سواد سلامت کافی برای مشارکت بیمار در سیستم‌های مراقبت بهداشتی و اخذ تصمیمات مناسب بهداشتی کاملاً

بحث

یافته‌های این مطالعه در رابطه با بررسی سواد سلامت بیماران نشان داد که از بیماران بررسی شده، بیشتر این افراد دارای سواد سلامت ناکافی و حاشیه‌ای بوده و تنها تعداد کمی از ایشان، سواد سلامت کافی داشتند. این یافته با یافته‌های اغلب پژوهش‌های انجام شده قبلی مانند یافته‌های طهرانی بنی هاشمی و همکاران در سال ۱۳۸۶ خورشیدی (۲)، رئیسی

نسبت به افراد مجرد، سطح سواد سلامت پایین‌تری داشته‌اند. این تفاوت احتمالاً می‌تواند متأثر از سن و سطح تحصیلات افراد باشد، چرا که غالباً افراد مجرد، جوان‌تر بوده و از سطح تحصیلات بالاتری نسبت به افراد متأهل برخوردارند. همچنین معمولاً افراد جوان‌تر دارای دقت، توجه و تمرکز بیشتری نسبت به افراد مسن می‌باشند و این می‌تواند باعث دادن پاسخ‌های دقیق‌تر به سؤالات پرسش‌نامه شود. بنابراین طبق پژوهش حاضر افراد مجرد در محیط‌ها و موقعیت‌های بهداشتی به صورت مؤثرتری نسبت به افراد متأهل عمل می‌کنند. از دیگر دلایل احتمالی این موضوع می‌تواند این باشد که افراد متأهل به علت مسئولیت‌های خانوادگی بیشتر و توجه به همسر و فرزندان و نیز تمرکز بر یک سری از مشکلات و مسائل زندگی، توجه کمتری به اطلاعات و شیوه‌های صحیح کسب اطلاعات دارند و این بی‌دقتی و عدم توجه کافی طبیعتاً در مورد اطلاعات و دستورات پزشکی و بهداشتی هم صادق است. لذا افراد متأهل نسبت به مجردها در تکمیل فرم‌های پزشکی، عمل به دستورالعمل‌های دارویی و دیگر اطلاعات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی با دقت کمتری در محیط‌های بهداشتی عمل می‌کنند.

اما در مورد تفاوت سطح سواد سلامت در افراد با شغل‌های مختلف باید گفت که این مورد هم می‌تواند به سطح تحصیلات و سن افراد بستگی داشته باشد. به این دلیل که در نتایج این پژوهش مشاهده شد که رده شغلی دانشجوی و پس از آن کارمندان بیشترین میزان سواد سلامت را داشته و کمترین آن، مربوط با بازنشستگان و پس از آن کارگران بود. بنابراین افراد متأهل، مسن، کارگران و افرادی که تحصیلات کمتری دارند بیش از افراد جوان‌تر، مجرد و دارای رده‌های شغلی بالاتر نیازمند آموزش، ارائه اطلاعات به زبان ساده و قابل فهم، صرف زمان بیشتر در برقراری ارتباطات بهداشتی و توجه و کمک بیشتری در زمینه سیستم‌ها و اطلاعات بهداشتی مانند نحوه مصرف داروها، می‌باشند

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از عدم وجود رابطه معنی‌دار بین سواد سلامت با جنسیت و محل سکونت

ضروری است و منجر به توانمندسازی مردم در به کار بستن اطلاعات و دستورالعمل‌های مربوط به سلامت می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین میزان سواد سلامت با سطح تحصیلات رابطه معنی‌داری وجود دارد. این یافته با یافته‌های طهرانی بنی هاشمی (۲)، نکویی مقدم (۱۰)، لی و همکاران (۱۶)، Fang و همکاران (۱۵)، Sun و همکاران (۱۹) و یافته‌های پژوهشی که مرکز استراتژی‌های مراقبت‌های بهداشتی آمریکا انجام داده است، همسو می‌باشد. افرادی که مدرک تحصیلی بالاتر دارند، از سواد سلامت بهتری برخوردار بوده و اطلاعات و دستورات بهداشتی را بهتر می‌فهمند و درست‌تر به کار می‌برند. لکن بیمارانی که سطح تحصیلات پایین‌تری دارند، سطح سواد سلامت پایین‌تری هم داشته و در درک و به کار بستن اطلاعات بهداشتی، کاربرد و نحوه مصرف داروها و فهم دستورات پزشکی دچار مشکل می‌گردند. لذا نیازمند آموزش و توجه ویژه می‌باشند.

یافته‌ها نشان داد که سواد سلامت با سن رابطه معکوس دارد. به نحوی که افراد دارای سن کمتر، دارای سطح سواد بالاتری بودند. این یافته با یافته‌های طهرانی بنی هاشمی و همکاران (۲)، طل و همکاران (۱۲)، Lee و همکاران (۱۶)، Fang (۱۵) Sun و همکاران (۱۹) و مرکز استراتژی‌های مراقبت‌های بهداشتی آمریکا همسو می‌باشد. افراد جوان‌تر در فهمیدن و درک اطلاعات پزشکی و بهداشتی نسبت به مسن‌ترها با مشکلات کمتری مواجه‌اند و همان‌طور که گفته شد، دقت و توجه بیشتری نسبت به مسن‌ترها دارند. یادآوری می‌شود که سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل به نحوی بر یکدیگر اثرگذار هستند. بنابراین مسؤولان ذی‌ربط باید تدابیری در جهت ارائه مناسب اطلاعات بهداشتی به نحوی که برای افراد مسن ساده و قابل فهم باشد، به ایشان بیندیشند.

از دیگر یافته‌های به دست آمده در این مطالعه، وجود رابطه معنی‌دار بین سواد سلامت با وضعیت تأهل و شغل است که این مورد با یافته‌های طل و همکاران (۱۲) همسو می‌باشد. در پژوهش‌های انجام شده پیشین به ارتباط سواد سلامت با رده شغلی وضعیت تأهل کمتر پرداخته شده است. افراد متأهل

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اغلب بیماران، دارای سواد سلامت ناکافی و حاشیه‌ای (مرزی) بوده‌اند. لذا این بیماران برای فهم و به کار بردن دستورات پزشکان و سایر اطلاعات بهداشتی نیاز به توضیحات بیشتر کادر درمانی دارند و لازم است زمان بیشتری را به برقراری ارتباط با پزشک و پرستار خود و کسب اطلاعات به زبان ساده‌تر و قابل فهم، اختصاص دهند. همچنین مسؤلان و مراقبان بهداشتی بایستی به این مهم، توجه نموده و زمان بیشتری را به تفهیم دستورالعمل‌های درمانی به این دسته از بیماران اختصاص دهند. سواد سلامت منجر به توانمندسازی مردم در به کار بستن اطلاعات و دستورالعمل‌های مربوط به سلامت می‌شود.

از آنجایی که سابقه تحصیلی افراد به طور مستقیم و معنادار با سواد سلامت ایشان در ارتباط است، ضروری است به امر آموزش و سواد آموزی در جامعه، علی‌الخصوص در زمینه اطلاعات بهداشتی، توجهی به مراتب بیش از پیش داشت. همچنین از آنجا که طبق یافته‌های پژوهش حاضر، سواد سلامت با جنسیت بیماران رابطه نداشت، میزان و چگونگی ارائه اطلاعات بهداشتی در زنان و مردان تفاوتی نداشته و هر دو گروه نیازمند توجه مسؤلین ذیربط در این زمینه می‌باشند. تدوین برنامه‌های مناسب بهداشتی، تهیه مواد آموزشی ساده و قابل فهم، صرف زمان بیشتر و داشتن گفتگوهایی با سرعت کمتر در ارتباط پزشک و کادر درمانی با بیماران، از جمله راهکارهای کمک به بیماران با سطح سواد سلامت پایین و بهبود سواد سلامت ایشان می‌باشد.

همچنین نتایج این پژوهش بر اهمیت آگاهی‌رسانی‌های بهداشتی در میان مردم جامعه به ویژه بیماران بستری تأکید می‌کند.

پیشنهادها

۱. لزوم ایجاد تسهیلاتی جهت آموزش سواد سلامت به بیماران بستری دارای سطح سواد سلامت ناکافی یا حاشیه‌ای توسط متولیان امور بهداشتی؛

می‌باشد. یافته‌های طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران (۲) نشان دهنده پایین بودن سواد سلامت در زنان و همچنین ساکنین روستاهاست که این به معنی مربوط بودن سواد سلامت به محل سکونت است. این مورد با یافته پژوهش فوق مغایر است. به این دلیل که در پژوهش حاضر منظور از محل سکونت به طور مشخص شهر یا روستا نبوده است. بلکه منظور دسته‌بندی افراد به ساکن بودن در یکی از دسته‌های مرکز اصفهان، شهرهای اطراف اصفهان و یا سایر شهرها و استان‌ها بوده است. بیماران مورد بررسی، اغلب ساکن شهرهای مختلف بوده‌اند، نه روستا و لذا تفاوتی بین سطح سواد سلامت آن‌ها مشاهده نشده است. درحالی‌که در پژوهش‌های پیشین مانند پژوهش طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران (۲)، منظور از محل سکونت، تفاوت بین روستاها و مراکز شهرها بوده است و همان‌گونه که انتظار می‌رود سواد سلامت افراد روستایی کمتر از افراد ساکن در شهرها می‌باشد. همچنین طهرانی بنی‌هاشمی در مطالعه خود به این نکته هم اشاره کرده است که علت پایین بودن سواد سلامت زنان و ساکنان روستا مربوط به پایین بودن سطح سواد آن‌ها بوده است.

علاوه بر این، یافته‌های به دست آمده نشان داده است که میزان سواد سلامت با درآمد بیماران رابطه ندارد. این یافته با یافته‌های نکویی مقدم همسو و با یافته‌های Lee و همکاران (۱۶)، Sun و همکاران (۱۹) و مرکز استراتژی‌های مراقبت بهداشتی آمریکا مغایر می‌باشد. به دست آمدن این یافته شاید به این علت باشد که در این مطالعه، درآمد به سه دسته بدون درآمد، کمتر از یک میلیون و بیشتر از یک میلیون در ماه تقسیم شده است. این درحالی است که دانشجویان که دارای تحصیلات و سواد سلامت بیشتری هستند در دسته بدون درآمد قرار می‌گیرند و کارگران که شاید از سطح تحصیلات و سواد سلامت کمتری برخوردارند، به هر حال دارای درآمد می‌باشند. دسته بدون درآمد در این مطالعه شامل زنان خانه‌دار، دانشجویان، جوانان بیکار و افرادی که به علت بیماری توانایی کار کردن را ندارند می‌باشد.

۲. پیش‌بینی آموزش‌های سلامت لازم به افراد مسن جامعه، متأهلین، افراد دارای سطح تحصیلات کم، کارگران و افراد بازنشسته؛
 ۳. توزیع بروشورهای حاوی اطلاعات اولیه پزشکی و بهداشتی به افراد جامعه و بیماران بستری توسط متولیان امور بهداشتی (پرستاران، پزشکان، کتابداران پزشکی و ...);
 اهمیت آموزش لازم به کادر درمانی در مورد ارتباط با بیماران بستری و توجه به لزوم توضیحات بیشتر در مورد دستورالعمل‌های پزشکی به بیماران دارای سواد سلامت کمتر.

References

- Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, Sharifirad Gh, HasanZadeh A. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. *Educ Health Promot* 2014; 3: 66.
- Tehrani Banihashemi A, Amirkhani M, Hagh dust A, Alavian M, et al. Health literacy in five provinces of the country and its determinants. *Strides in Development of Medical Education* 2007; 1(7):1-9.[In Persian]
- Kickbush I. Health literacy: an essential skill for the twenty- first century. *Health Educational* 2008; 108(2): 101-04.
- Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad Gh. The Relationship between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors among Elderly in Isfahan. *Journal of Health Systems Research* 2011; 7(4): 1-12.[In Persian]
- Jam-e-Jam Newspaper Office. Health literacy: a necessity. [On Line]. 2007; Available from: URL: <http://www.jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsnum=100004064059>. [In Persian]
- Iranian Health Center. Health literacy movement. [On Line]. 2009; Available from: <http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?id=33479>. Accessed January 15, 2013. [In Persian]
- Kohan Sh, Ghasemi S, Dodange M. The relationship between health literacy and maternal prenatal care and Labor. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research* 2006; 3(32): 33-42.
- Reisi M. A Survey on Health Literacy among Elderly in Isfahan in 2011. [MSc]. Isfahan, Isfahan University of Medical Sciences; 2011.[In Persian]
- Ghanbari Sh, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoudi Majdabadi M. Survey on Health Literacy of Pregnant women in Health Centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Med J* 2011; 19:1-13. [In Persian]
- Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. *Tolue Behdasht Journal* 2012; 11(14): 123-34.[In Persian]
- Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimi Foroshani A. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *Hospital Quarterly* 2012; 11(3): 45-52.[In Persian]
- Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavasoli E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi Journal of Medical Sciences* 2012; 19(104):10-19.[In Persian]
- Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The Role of Health Literacy in Patients – physician Communication. *Fam Med* 2002; 34(5):383-9.
- Chew LD, Bradley KA, Boyko E J. Brief Questions to Identify Patients with Inadequate Health Literacy. *Fam Med* 2004; 36(8):588-94.
- Fang MC, Machtinger EL, Wang F. Health Literacy and Anticoagulation-Related Outcomes among Patients Taking Warfarin. *J Gen Intern Med* 2006; 21(8): 841-46.
- Lee S.D, Tsai T, Tsai Y, Kuo K. N. Health Literacy, Health Status, and Healthcare Utilization of Taiwanese Adults: Results from a National Survey. *BMC Public Health* 2010; 10(614): 1-8.
- Jovic-Veranes A., Bejgovic- Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a Population of Primary Healthcare Patients in Belgrade, Serbia. *Int J Public Health* 2011; 56(2):201-7.
- Edwards M, Wood F, Davies M., Edwards A. The Development of health Literacy in Patients with Long-term Health Condition: the Health Literacy Pathway Model. *BMC Public Health* 2012; 12:130.
- Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health* 2013; 13:261.

A Survey on Health Literacy of Inpatients Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences *

Hamideh Mollakhalili¹, Ahmad Papi², Gholamreza Sharifirad³,
Firoozeh Zare Farashbandi⁴, Akbar HasanZadeh⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Health literacy is a necessary skill for every member of society and helps normal citizens to obtain the knowledge needed to maintain their health. Health literacy is a set of skills in reading, listening, analysis, decision making and the ability to apply these skills to health situations. The purpose of this study was to assess health literacy level in Inpatients of educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012.

Methods: the statistical population was the inpatients of educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences among which 384 patients were selected as sample based on the assumption of a statistical population with unlimited size. Health literacy was measured by the Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA). Reliability of Questionnaire was obtained through Cronbach's alpha which was calculated to be 0.89 and its validity was confirmed by related experts. The data was collected in clinical inquiry and was analyzed using SPSS 20 software using Descriptive (Frequency distribution, mean, standard deviation) and analytical statistics (Independent T-test, ANOVA and Pearson correlation test and Spearman correlation test).

Results: The average of Health literacy scores in Inpatients was 31.35 in Numeracy test and 31.94 in Reading Comprehension test. The mean total score of health literacy of the patients was 63.29. Thus, the Most of these Inpatients were found to have inadequate health literacy. There were no significant relations between health literacy with gender and monthly income of the patients. On the other hand, health literacy was inversely proportional to the patients' age. Also the mean of health literacy score and its related domains was meaningfully lower in married patients compared to single ones. There was also a direct relation between educational level and health literacy and a meaningful relation was observed between health literacy and the patients' occupation in a way that retired patients and laborers had the lowest health literacy. Also there was no meaningful relation between health literacy of the patients and their place of residence.

Conclusion: The results showed that the health literacy was adequate in only 130 patients and most of the patients had poor or marginal health literacy. These patients require more help and time from the medical staff in order to understand the doctors' instructions and other health information. Therefore doctors and nurses must spend more time communicating with them in a simpler and easier to understand language.

Keywords: Health Literacy; Inpatients; Hospitals, Teaching

Received: 1 Sep, 2013

Accepted: 25 May, 2014

Citation: Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad Gh, Zare Farashbandi Z, HasanZadeh H. **A Survey on Health Literacy of Inpatients Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences.** Health Inf Manage 2014; 11(4):473.

*. This article resulted from MSc Thesis.

1- Lecturer, Medical Library and Information Science, Humanities Research Institute, Organization of the Islamic Encyclopedia, Tehran, Iran

2- Lecturer, Knowledge and Information Science, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

Email: Papi@mng.mui.ac.ir

3- Professor, Health Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Assistant Professor, and Information Science, Health Information and Technology Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Lecturer, Biostatistics and Epidemiology Department, Health School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran