

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به
بیمارستان های شهر اهواز و عوامل فرهنگی اجتماعی
مؤثر بر آن
(صفحات ۱۲۳ تا ۱۴۸)

DOR:20.1001.1.17358663.1402.18.54.6.4

نوع مقاله: پژوهشی

احمد قنوتی^۱ * سیدناصر حجازی^۲ * محمدعلی چیت ساز^۳

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۲

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۴

چکیده

سواد سلامت به عنوان توانایی فرد در دریافت اطلاعات و خدمات مورد نیاز برای تصمیم گیری مناسب بهداشتی و به عنوان یک پیامد کلیدی در آموزش بهداشت مطرح بوده است. بهره مندی از خدمات بهداشتی، دریافت به موقع این خدمات و کاربرد بهینه منابع سلامتی، صرفاً از طریق سواد سلامت و ارائه آن به جامعه امکان پذیر است. هدف اصلی این پژوهش، بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های شهر اهواز و عوامل فرهنگی - اجتماعی مؤثر بر آن بوده است. روش تحقیق، توصیفی پیمایشی بوده و جامعه آماری کلیه بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ها در شهر اهواز بوده است. روش نمونه گیری، خوشه ای و نمونه آماری با استفاده از نرم افزار سمپل پاور تعداد ۱۷۰ بیمار به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۳۹۳) و پرسشنامه فرهنگ تغذیه قلی زاده و همکاران (۱۳۹۶) استفاده شد. پایایی پرسشنامه ها با استفاده از آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ بوده و مورد تأیید قرار گرفت. داده ها از طریق نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون های پییرسون، اسپیرمن، تی نمونه های مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه در سطح آماری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته های پژوهش نشان داد سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های شهر اهواز با میانگین (۳۴/۳۶) در سطح ناکافی قرار دارد. همچنین متغیرهای سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد و فرهنگ تغذیه ای با سطح سواد سلامت بیماران رابطه داشته است.

واژگان کلیدی: بیماران، سلامت، سواد سلامت، شهر اهواز، فرهنگ تغذیه.

۱. دانشجوی دکتری جامعه شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران
fazeli.mr57@yahoo.com

۲. استادیار جامعه شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران. (نویسنده مسئول).

hejazinaser@yahoo.com

۳. استادیار جامعه شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران. mohammadali.chitsaz.dehaghan@gmail.com

۱- بیان مسئله

امروزه سلامت پدیده‌ای پیچیده است که از رویکردهای متفاوتی می‌توان آن را بررسی نمود. در دهه‌های اخیر دو رویکرد نسبت به مفهوم سلامت مشاهده می‌شود؛ رویکرد پزشکی، مبتنی بر فناوری مداخلات بهداشتی درمانی و رویکردی که سلامت را پدیده‌ای اجتماعی فرهنگی تلقی می‌نماید. مشارکت ذاتی و واقعی در مورد نحوه ارتباط سلامت و بیماری با روندهای اجتماعی فرهنگی اخیراً مطرح شده است. تحقیقات معتبر و قابل اتکا مرتبط با وابستگی سلامت به عوامل اجتماعی فرهنگی و شیوه زندگی قدیمی‌تر از ۳۰-۴۰ سال نیستند. همچنین خود مراقبتی یکی از مهم‌ترین ارکان زندگی و موفقیت در درمان بیماران محسوب بوده، از سوی دیگر، اولین گام و مؤثرترین عامل بر خودمراقبتی، سواد سلامت می‌باشد که هم‌اکنون به‌عنوان یک مسئله و بحث جهانی معرفی شده است. سواد سلامت از عوامل بسیار تأثیرگذار بر سطح آگاهی و در نتیجه کنترل و پیشگیری مؤثرتر از بیماری‌ها، محسوب می‌گردد. سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های مرتبط با بهداشت و سلامتی است.

سواد سلامت توسط انجمن پزشکی آمریکا به‌عنوان مجموعه‌ای از مهارت‌ها، شامل توانایی پایه‌ای خواندن و انجام وظایف عددی که برای عملکردهای مراقبت‌های بهداشتی نیاز است، تعریف شده است. همچنین سواد سلامت عبارت است از مهارت‌های شناختی، اجتماعی و توانایی افراد برای دستیابی به درک و استفاده از اطلاعات موجود در راه ترویج و حفظ سلامتی خوب است (منتظری و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۸۹).

بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، دریافت به‌موقع این خدمات و کاربرد بهینه منابع سلامتی، صرفاً از طریق سواد سلامت و ارائه آن به جامعه امکان‌پذیر است (توسای و همکاران^۱، ۲۰۱۶: ۶). سواد سلامت به‌عنوان یک مهارت اجتماعی و شناختی دارای ابعاد مختلفی از قبیل کسب^۲، پردازش^۳، فهم^۴ و اجرای دانش و اطلاعات سلامت به دست

- 1- Toci & et al
- 2- access
- 3- appraising
- 4- understanding

آمده^۱ می‌باشد (پارک و همکاران^۲، ۲۰۱۱: ۷۵). طبق مطالعات مرکز راهبردهای مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامتی اندک، با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند. نتایج آخرین مطالعه ملی در آمریکا نشان داد که ۳۶ درصد از بالغین، سواد سلامت محدود دارند (شیهه و هاستلد^۳، ۲۰۰۹: ۱۲). مطالعات منتشر شده در فاصله ۱۳۹۷-۱۳۹۰ بیانگر محدود بودن سواد سلامت ۴۴ درصد جمعیت شهری بزرگسال ایران (تقریباً از هر دو نفر یک نفر) در سال است. این مطالعه درصد سواد سلامت محدود در بین زنان و مردان را به ترتیب ۴۲ درصد و ۴۶ درصد برآورد کرده است که از نظر آماری معنادار هستند. طبق نتایج مطالعه مذکور سطح سواد سلامت پایین در بین گروه‌هایی از قبیل افراد بیکار، افراد سنین بالای ۵۵ سال، افراد با سال‌های تحصیل کم (۵ سال و کمتر) و همچنین زنان خانه‌دار بیشتر مشاهده می‌شود. سایر مطالعات نیز که در مجموع ۲۷۹۵۸ نفر، شامل گروه‌های جمعیتی مختلف و یا بیماران را مورد مطالعه قرار داده‌اند عمدتاً پایین بودن سطح سواد سلامت را تأیید می‌کنند. به طوری که بیش از ۵۵ درصد مطالعات (۳۶ مطالعه)، سواد سلامت نمونه‌های بررسی شده را در سطح پایین یا متوسط به پایین و ۱۶ درصد (۱۰ مطالعه) نیز آن را در سطح متوسط ارزیابی کرده‌اند. همچنین تعداد زیادی از این مطالعات، سواد سلامت را در بیماران (همچون بیماران دیابتی، فشارخون و قلبی عروقی) نیز پایین ارزیابی کرده‌اند (رهبری بناب، ۱۳۹۹: ۲۲). همچنین مطالعات نشان می‌دهد که وضعیت سواد سلامت مرتبط با بیماری‌ها در استان خوزستان مطلوب نمی‌باشد، چنانچه مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در خوزستان ۴۳ درصد از کل مرگ‌ها را به خود اختصاص داده است. طبق آخرین پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۹۵، ۲۶.۹ درصد افراد مورد مطالعه دارای فشار خون بالا، ۱۴ درصد افراد مبتلا به قند خون بالا و ۲۴.۴ درصد افراد با کلسترول خون بالا تشخیص داده شدند. همچنین مشخص شد که ۱۲ درصد افراد دخانیات مصرف می‌کنند، ۵۹.۶۸ درصد دارای اضافه وزن و چاقی هستند و ۵۸.۸ درصد نیز فعالیت فیزیکی کم داشته‌اند.

1- apply
2- park & et al
3- Shieh & Halstead

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و

همچنین ۸۴.۷ درصد از جمعیت خوزستان روزانه بیش از میزان مناسب (بیش از ۵ گرم) نمک مصرف می‌کنند؛ اکنون متوسط مصرف روزانه نمک در خوزستان ۹ گرم است و نیز مطالعات نشان می‌دهد که در شهر اهواز نیز سطح سواد سلامت بیماران در وضعیت مطلوبی قرار ندارد، چنانچه در پژوهشی مشخص شد که ۴۶/۷ افراد سواد سلامت نه‌چندان کافی و ۳۹/۵ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند. این پژوهش نشان داد سواد سلامت بیماران دیابت نوع دو در شهر اهواز در حد نه‌چندان کافی می‌باشد (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱).

شناسایی عوامل احتمالی مرتبط با سواد سلامت می‌تواند کمک شایانی به برنامه‌ریزی‌های مؤثرتر و انجام مداخلات بهداشتی بهینه متناسب با وضعیت این عوامل در سطح جامعه هدف بنماید و موجب اثربخشی بیشتر این نوع مداخلات گردد (کاسکام و بگسایون، ۲۰۲۱: ۱۵۱). به‌طور کلی رفتارهای فرهنگی پیامدهای مهمی برای سلامتی انسان دارد، چرا که فرهنگ یک سیستم اجتماعی انتقال دانش، اعتقادات یا شیوه‌های مشترک است که در گروه‌ها و جوامع به صورت متفاوت بروز می‌نماید (روشکا و هدلی، ۲۰۰۸: ۶۲).

سلامتی و بیماری مفاهیمی فرهنگی می‌باشند؛ چرا که این دو به مثابه محصول فرایندهای پیچیده فرهنگی - اجتماعی هستند. در کنار عوامل تعیین‌کننده سلامتی و بیماری، فرهنگ می‌تواند دیدگاه بیماران و مراقبان سلامت را نسبت به سلامتی و بیماری تعیین نماید. در سال‌های اخیر مطالعات در مورد نقش عوامل اجتماعی در سلامت به‌شدت رویه گسترش است. چون به این واقعیت پی برد شده است که بسیاری از مسائل موجود در نظام ارائه خدمات سلامت اساساً اجتماعی‌اند و ماهیت اجتماعی فرهنگی اقتصادی دارند بر این اساس بسیاری از بیماری‌های واگیر، غیر واگیر و انواع اختلالات در فرد تحت تأثیر این عوامل قرار دارند (آرمسترونک و توکل، ۲۰۱۲: ۵).

ویژگی‌های فرهنگی هر گروه ممکن است به طور مستقیم یا غیرمستقیم با اولویت‌ها، تصمیمات، رفتارها و یا با پذیرش و اتخاذ برنامه‌ها و پیام‌های آموزش بهداشت و سلامت مرتبط باشد. به‌عنوان مثال، شیوه‌های غذایی سنتی یک گروه فرهنگی می‌تواند

1- Hruschka & Hadley

2- Armstrong & Tavakol

برخی بیماری‌ها را ترویج یا ممانعت کند (محسنی، ۱۳۸۴). عادات تغذیه‌ای یک جامعه تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی مانند فرهنگ که شامل باورها و ارزش‌های درونی افراد است، وضعیت اقتصادی و اهرم‌های سیاسی و پیشینه تاریخی قرار می‌گیرد. این عوامل تا حدی تأثیرگذار هستند که عادات غذایی تا حدود زیادی از اجزا ثابت فرهنگ هر جامعه محسوب می‌شوند و در صورت نقصان در هر یک از موارد یاد شده نتیجه مطلوب عاید برنامه ریزان در این مورد نخواهد شد. سازمان جهانی بهداشت در مورد میزان مرگ و میر، بر اثر بیماری‌های مرتبط با تغذیه خاطر نشان می‌کند ۶۵ درصد از مرگ و میرها، تا سال ۲۰۲۰، با بیماری‌های مرتبط با تغذیه در ارتباط است، لزوم تلاشی گسترده را در جهت آموزش و دادن آگاهی به افراد جامعه در جهت بهبود فرهنگ تغذیه طلب می‌کند و به امری اجتناب‌ناپذیر در جوامع کنونی تبدیل شده است (نوابخش و مثنی، ۱۳۸۹: ۱۶).

تصور عمومی، نقش پژوهش‌های پزشکی در کشف علت‌های زیست‌شناختی بیماری‌ها و یافتن روش‌های درمان مناسب برای آن‌ها را عامل اصلی این تغییر می‌داند. با این که نباید از تأثیر پیشرفت‌های پزشکی در بهبود وضعیت سلامت عمومی افراد چشم‌پوشی کرد، بسیاری از پژوهشگران علوم اجتماعی، وجود این بینش نسبت به سلامت و بیماری را متقاعدکننده نمی‌دانند؛ زیرا نقش مهم تأثیرهای اجتماعی و محیطی را بر الگوهای سلامتی نادیده می‌گیرد (گیدنز، ۱۴۰۰: ۲۱۲).

درآمد کم و نابرابری‌های اقتصادی پیامدهای بسیار نامطلوب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی از جمله بر سلامت دارد. از جمله مقوله‌های مرتبط با درآمد می‌توان به فقر، بیکاری، شغل و ناامنی شغلی، تغذیه و... اشاره نمود. فقر یکی از تعیین‌کننده‌های زمینه‌ای سلامت و بیمارهای است. فقر مانع برخورداری افراد فقیر و خانواده آنان از استانداردهای قابل دستیابی زندگی می‌شود. ارتباط بسیار قوی بین فقر با بیماری‌های عفونی واگیر، بیماری‌های غیر واگیر، مرگ و میر، تغذیه نامطلوب، محیط زندگی نامناسب، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای گروه‌های مختلف سنی وجود دارد (رضا پور و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۸۰).

همچنین حجم بسیار زیادی از مطالعات، ارتباط محکم میان درآمد و بیماری‌ها و مرگ و میر با استفاده از شاخص‌های مختلف درآمد و سلامت را نشان دارند بیکاری و

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و
.....

نامنی شغل زمینه‌ساز ایجاد اختلالات جسمی، روانی، اضطراب، افسردگی، نامنی اجتماعی، شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی و ... و مرگ زودرس می‌شود (اوری و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۸)؛ بنابراین مسئله اصلی در این پژوهش بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و عوامل فرهنگی اجتماعی مؤثر بر آن می‌باشد.

۲. ادبیات پژوهش

۲-۱- ادبیات تجربی

صفاری و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی با هدف ارزیابی سواد سلامت نمونه‌ای از عموم جامعه و بررسی عوامل احتمالی مؤثر بر آن انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کلی سواد سلامت ۳/۴۹ از ۴ نمره با انحراف معیار ۰/۲۸ برآورد گردید. ارزیابی سواد سلامت در گروه هدف نشان داد علی‌رغم این که میانگین نمره سواد سلامت تقریباً در همه ابعاد قابل قبول بود نمره سواد سلامت در بعد رفتار از بقیه ابعاد بالاتر بوده ولی در ابعاد مربوط به ارتباطات و تجزیه و تحلیل از بقیه پایین تر می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که عواملی نظیر سن، جنس، تحصیلات، رشته تحصیلی، و وضعیت اقتصادی دارای ارتباط معنی دار با نمره سواد سلامت شرکت کنندگان دارند.

جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷) در تحقیقی با هدف ارزیابی سطح سواد سلامت و ارتباط آن با سبک زندگی سالم در رابطین بهداشتی انجام دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد که سواد سلامت ۴۴/۶ درصد از رابطین در حد ناکافی، ۳۲/۲ درصد مرزی و ۲۳/۱ درصد در حد کافی بود. در این مطالعه بین سن، سطح تحصیلات و سطح سواد سلامت ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد. بین سطح سواد سلامت با تغذیه، معنویت، مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت فیزیکی، روابط بین فردی و مدیریت استرس همبستگی مثبت و معنی دار مشاهده گردید.

رضایی اسفهرود و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیقی به بررسی سطح سواد سلامت در مراجعان به مرکز تحقیقات دیابت یزد انجام دادند. نتایج نشان داد که افزایش نمره سواد سلامت با افزایش سن و کاهش سال‌های ابتلا به دیابت همراه است. میانگین نمره سواد سلامت به صورت معناداری در آقایان بیشتر از خانم‌ها و در افراد بازنشسته، افراد ساکن

شهر، و دارای وضعیت اقتصادی خوب و متوسط بیشتر از دیگران است. سواد سلامت در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت، ناکافی و در حد مرزی بود. رمضانخانی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به مقایسه سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی دانشگاه‌های شهید بهشتی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که ۲۶/۴ درصد از دانشجویان علوم پزشکی سواد سلامت ناکافی و ۳۱/۲ درصد دارای سواد سلامت کافی بودند. همچنین ۴۴/۸ درصد دانشجویان غیر علوم پزشکی سواد سلامت ناکافی داشتند. بین دو گروه، از نظر میانگین نمره‌ی سواد سلامت، اختلاف معنادار آماری مشاهده شد که نشان داد سواد سلامت در دانشجویان علوم پزشکی نسبت به دانشجویان غیر علوم پزشکی بهتر می‌باشد.

دادازینسکی و همکاران^۱ در سال (۲۰۲۱) به بررسی سواد سلامت دیجیتال و رفتارهای جستجوی اطلاعات اینترنتی در میان دانشجویان آلمانی در دوران همه‌گیری کووید ۱۹ پرداختند. نتایج نشان داد که مهم‌ترین مشکل شرکت‌کنندگان در استفاده از منابع اطلاعات اینترنتی ارزیابی صحت اطلاعات به دست آمده و بررسی اهداف تجاری یا غیر تجاری اطلاعات می‌باشد. همچنین پاسخ‌دهندگان اذعان نمودند که در یافتن اطلاعات ویژه مورد نظر خود نیز دچار مشکلات جدی هستند.

کوردینا و همکاران^۲ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی سواد سلامت و درمان و تمایل به شرکت در تصمیم‌گیری در زمینه داروسازی مقایسه دو کشور فنلاند و مالت پرداختند. آن‌ها برای بررسی سواد سلامت و دارویی و تمایل به مشارکت در تصمیم‌گیری در مورد مصرف داروها، یک نظرسنجی مبتنی بر جمعیت عمومی در فنلاند (۸۰۰۳ نفر) و در مالت (۲۰۰۰ نفر) انجام دادند. نتایج: ۱۵ درصد از پاسخ‌دهندگان فنلاندی و ۱۶ درصد از مالتی‌ها گزارش دادند که همیشه یا اغلب مشکل درک درج بسته دارند و مردان و پاسخ‌دهندگان در سنین گروه ۶۵ تا ۷۹ سال بیشتر مستعد گزارش چنین سواد دارویی ضعیفی بودند. تمایل به مشارکت در تصمیم‌گیری در مورد داروها در میان زنان و پاسخ‌دهندگان مالتی بیشتر بود. نشان دادند که سواد سلامت و دارو از عوامل مهم در نتایج درمان پزشکی می‌باشد.

1- Dadaczynski & et al

2- Cordina & et al

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و

روبن و همکاران^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی با هدف بررسی سواد سلامت ناکافی در بیماران مبتلا به بیماری عروقی شریانی انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که در مجموع ۲۰۲ بیمار شیوع سواد سلامت ناکافی ۷۶.۷ درصد بود. شیوع قابل توجهی از سلامت ناکافی سواد در بیماران ۶۵ ساله و بیماران با سطح تحصیلات پایین تر مشاهده شد. تفاوت معنی داری بین بیماران زن و مرد و همچنین بین شرکت کنندگان با بیماری انسداد شریانی محیطی و آنوریسم آئورت شکمی شناسایی شدند.

پوردروور و همکاران^۲ (۲۰۱۷) مطالعه‌ای در مورد ارتباط بین عوامل دموگرافیک و رفتارهای سبک زندگی با سواد سلامت را در شهر استوک انگلیس بین ۱۰۴۶ نفر از افراد بالای ۱۸ سال به صورت نمونه گیری تصادفی با استفاده از پرسشنامه NVS انجام دادند که ۲۸.۵٪ نمره سواد سلامت پایین و ۲۳.۵٪ نمره متوسط و ۴۸٪ نمره کافی کسب نموده که سلامت سواد سلامت پایین با سن بالا و سطح تحصیلات پایین و درآمد پایین و سلامت ضعیف و فقدان دسترسی به اینترنت ارتباط داشت. مطالعه وی نشان داد که افرادی که دسترسی به اینترنت ندارند، تقریباً سه برابر بیشتر از افرادی که اینترنت داشته محدودیت سواد سلامت داشتند. وی در یافته‌های خود دریافت که پاسخ‌دهندگان بالای ۶۵ سال و بیشتر احتمال سواد سلامت محدود را داشته که اغلب منجر به کاهش عملکرد شناختی در آن‌ها می‌شود.

منتویل و شولز^۳ (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی سواد بهداشتی پایین و استفاده از خدمات بهداشتی در میان مهاجران و غیر مهاجران در سوئیس پرداختند. یافته‌ها نشان داد که مهاجران بیشتر به دنبال کمک پزشکی در مواقعی که غیر قابل توجیه بودند (استفاده بیش از حد) بودند. پیشینه مهاجرت و تفاوت‌های خرد فرهنگی به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های مهم ظاهر شدند. نتایج حاکی از آن است که سواد سلامت عملکردی به طور مستقیم با استفاده از مراقبت‌های بهداشتی مرتبط است؛ و این تأثیرات با تفاوت‌های فرهنگی (خرد) تقویت می‌شود. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید از تفاوت‌ها در سواد سلامتی آگاه باشند.

1- Ruben et al

2- Protheroe & et al

3- Mantwill & Schulz

راشد و گالا^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که انسان‌شناسی پزشکی به‌عنوان چارچوب نظری بر تأثیرگذاری متغیرهای اجتماعی و فرهنگی کنیا که در بروز و ظهور سلامت و بیماری را با استفاده از رویکرد نسبیّت فرهنگی در انسان‌شناسی پزشکی فراهم سازد که به طور بالقوه می‌تواند چگونگی تأثیر فرایندهای اجتماعی فرهنگی را نشان دهد. در نقد و بررسی سوابق موضوع مورد مطالعه می‌توان مشاهده کرد که اکثر تحقیقات انجام‌شده در زمینه سواد سلامت، جامعه هدف شهروندان دارای وضعیت سالم جسمانی بوده‌اند و تحقیقاتی هم که جامعه آماری آن‌ها بیماران بوده تنها یک بیماری خاص مانند دیابت را مورد بررسی قرار داده‌اند. همچنین در دنیای معاصر جنبه فرهنگی و اجتماعی سلامتی بیش از ابعاد دیگر مورد اقبال پژوهشگران و محققان رشته‌های مختلف شده است همه رفتار بشری به صورت فرهنگی تکمیل یافته است باین حال متغیر فرهنگ به صورت خیلی ضعیف در مطالعات مرتبط با سلامت بررسی شده است. عدم توجه به متغیرهای فرهنگی مؤثر بر سواد سلامت، از دیگر موارد حلقه مفقوده این پژوهش می‌باشد. در این راستا جنبه نوآوری و جدید پژوهش حاضر داشتن طرح جامع از نظر سنجش سواد سلامت در اکثر بیماری‌های شایع مانند بیماری‌های مغز و اعصاب، بیماری‌های قلب و عروق، بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری، دیابت و سایر بیماری‌ها بوده است. همچنین توجه به متغیر فرهنگ تغذیه‌ای، نمونه‌گیری در تمامی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای در شهر اهواز از دیگر جنبه‌های نوآوری و جدید این پژوهش محسوب می‌شود.

۲-۲- ادبیات نظری

اگرچه با تلفیق چارچوب‌های نظری در رشته‌های اجتماعی و رفتاری با مراقبت بهداشتی و سلامت عمومی نیازمند کاربرد درست، روشن و مؤثر مفهوم و فرهنگ برای فهم رفتار انسان و به طور مؤثری نابرابری‌ها و ناعدالتی‌ها در جمعیت‌های مختلف می‌باشد (سینگر و همکاران^۲، ۲۰۱۶: ۲۹). انسان‌ها تصور خودشان را از سلامت و بیماری بر اساس تجارب خودشان از بافت فرهنگی‌شان بسط و توسعه می‌دهند. رویکرد فرهنگ محور برای فهم ادراکات نسبت به سلامتی و سبک زندگی لازم می‌باشد. فرهنگ در این بستر درباره

1- Rashed & gala
2- Singer & et al

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و
.....

ارزش‌های مشترک هنجارها و کدهایی تعریف می‌شود که با همدیگر نگرش‌ها رفتارها و ادراک را نسبت به وزن و سلامتی به واسطه کنش متقابل با دیگران شکل می‌دهد. فرهنگ نقش مهمی در طراحی مسائل و راه‌حل‌های سلامتی دارد (روزن^۱، ۲۰۱۵: ۷).

وقتی سواد سلامت پایین باشد استراتژی‌های پوشش سلامت عمومی به هدف خود نمی‌رسند، درحالی‌که با داشتن بیش از مرتب با عناصر فرهنگی اجتماعی سواد سلامت استراتژی‌ها که نابرابری‌های سواد سلامتی و تقویت استراتژی پوشش سلامت عمومی را هدف قرار می‌دهند تقویت می‌شوند (آدوسی و همکاران^۲، ۲۰۱۸: ۴۰). اسناد سلامت به وسیله فرهنگ شکل می‌گیرد. متغیرهای فرهنگی اجتماعی نظیر مهاجرت فرهنگ پذیری و حمایت اجتماعی نقش مهمی را در سندهای سلامتی و پیوستار پزشکی بازی می‌کند (ورگان و همکاران^۳، ۲۰۱۶: ۳۹).

وبر مطرح می‌کند افراد سبک زندگی خود را انتخاب می‌کنند و فعالیت‌هایی را که مشخصه آن است انجام می‌دهند، اما انتخاب‌های آن‌ها به وسیله موقعیت‌های اجتماعی آن‌ها تحت فشار قرار می‌گیرد. به نظر وبر سبک‌های زندگی سلامت‌محور الگوهای جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامت‌اند که متکی بر گزینش اختیاراتی هستند که طبق شانس‌های زندگی آن‌ها در دسترس است. این شانس‌های زندگی عبارت‌اند از: طبقه سن جنس و دیگر متغیرهای ساختاری مناسب که انتخاب‌های سبک زندگی خود مراقبتی را شکل می‌دهند (علیزاده اقدم، ۱۳۸۸)؛ بنابراین با توجه تئوری وبر و نقش متغیرهای ساختاری مانند سن و جنس در سبک زندگی خودمراقبتی فرضیه زیر مطرح شده است:

فرضیه اول: بین سن و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد.

از نظر پندر (۲۰۱۲) دو جنبه تکمیلی شیوه زندگی سالم را که ممکن است مبانی انگیزشی متفاوتی داشته باشند، می‌توان توصیف نمود: حفاظت یا پیشگیری بهداشتی همراه با پرهیز از بیماری یا آسیب به‌عنوان مشوق عمل و ارتقاء سلامت همراه با تمایل به رفاه فراوان به‌عنوان محرک اولیه رفتار. پندر مدل اعتقاد بهداشتی را به‌عنوان نمونه‌ای کاربردی برای جنبه اول معرفی نمود و مدل ارتقاء سلامت را به‌عنوان چارچوب

1- Rosen

2 - Adusei & et al

3- Vaughn & et al

سلامت محوری برای توضیح و پیش‌بینی، جزو ارتقاء دهنده سلامت زندگی مطرح ساخت. این دو مدل تئوریک در زمینه ساختار عوامل تعیین‌کننده رفتارهای ارتقاء سلامت مانند هم می‌باشند و به متغیرهای ادراکی شناختی، متغیرهای تعدیل‌گر و علت کنش اشاره می‌کنند. این مدل که از تئوری‌های ارزش-انتظار و شناخت اجتماعی نشأت می‌گیرد، جهت پیش‌بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به وجود آمده است. این مدل سعی می‌کند انتظارات و ویژگی‌های فردی مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات و این که چگونه رفتارهای ویژه شناخته می‌شوند و بر خروجی‌های رفتاری مؤثرند، را توضیح و تبیین کند. طبق مدل مذکور، دو نوع از ویژگی‌ها و انتظارات فردی وجود دارد که بر خروجی‌های رفتاری مؤثرند: ۱- رفتارهای پیشین فرد که جزو متعلقات فرد به حساب می‌آید. ۲- ویژگی‌های شخصی که متشکل از تجارب فرهنگی-اجتماعی، روان‌شناختی و بیولوژیکی (سن و جنسیت) است؛ بنابراین، با توجه به نقش جنسیت در شکل‌گیری تجارب فرهنگی از جمله سواد سلامت، می‌توان فرضیه زیر را مطرح نمود:

فرضیه دوم: بین میانگین نمره سطح سواد سلامت مردان و زنان تفاوت وجود دارد.

فرگوسن و باربارا (۲۰۰۸) معتقدند که افراد با سبک زندگی نامطلوب (تحصیلات پایین، درآمد کم) و سواد سلامت ناکافی در سطح پایین‌تری از سلامت می‌باشند، درک نادرستی از اطلاعات بهداشتی را دارند، اغلب به مدت طولانی‌تری منتظر می‌مانند و زمانی به جستجوی کمک‌های درمانی می‌پردازند که مشکل آن‌ها به وضعیت بحرانی رسیده باشد؛ بنابراین، می‌توان فرضیات زیر را مطرح نمود:

فرضیه سوم: بین میزان تحصیلات و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد.

فرضیه چهارم: بین میزان درآمد و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد.

گیدنز (۲۰۰۲) بر این باور است سبک زندگی کردارهایی هستند که به جریان عادی زندگی روزمره تبدیل شده‌اند. جریان‌هایی که در لباس پوشیدن، غذا خوردن، شیوه‌های کنش جلوه می‌کنند؛ چنین رفتارهایی بازتاب‌کننده هویت‌های شخصی، گروهی و اجتماعی است وی از اشکال منتخبی از مصرف‌گرایی سخن می‌گوید که سبک زندگی افراد را مشخص می‌کند و متضمن انتخاب انواع خاصی از غذا، پوشاک، مسکن، اتومبیل، عادات کاری، اشکال گوناگون تفریح یا فراغت و انواع دیگری از رفتار منزلت‌جویانه است که باین حال، توسط موقعیت اجتماعی افراد و امکان و میزان دسترسی آنان به منابع

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و

اقتصادی مانند میزان درآمد و فرهنگی مشروط می‌شود.

به نظر بوردیو، موقعیت عامل در زمینه اجتماعی بستگی به حجم و میزان سرمایه (سرمایه اقتصادی، سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی وی دارد)؛ یعنی هر قدر سرمایه فرد بیشتر باشد، در فضای اجتماعی در موقعیت بالاتری قرار می‌گیرد و این خود، رفتار و سبک زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بوردیو سرمایه بدنی را به مثابه یکی از انواع فرعی سرمایه فرهنگی، نوعی منبع فرهنگی می‌داند که در بدن سرمایه‌گذاری شده است. تولید سرمایه جسمانی به شکل‌های اجتماعی بدن‌ها توسط افراد از طریق ورزش فراغت و دیگر فعالیت‌های اشاره دارد که خود ریشه در عادت واره‌های افراد دارد این شکل‌های به گونه‌ای که منطبق با جایگاه طبقاتی افراد است و ارزش منزلتی ویژه به آن‌ها می‌بخشد (ذکایی، ۱۳۸۷: ۱۱۷).

طبق نظریه الگوی آستانه، فرهنگ تعیین کننده آستانه پریشانی روانی و مشکلات روانی افراد می‌باشد؛ یعنی سواد سلامت در فرهنگ‌های مختلف نسبت به آستانه و مرزهای مشکلات و بیماری‌ها متفاوت است. همچنین متغیرهای فرهنگی در تعیین مرزهای مشکلات رفتاری و عاطفی افراد نقش اساسی ایفا می‌کنند (دبیری نسب، ۱۳۹۰). فرهنگ، واقعیتی مستقل و مؤثر در هر جامعه است و داشتن سواد مربوط بدان نیز امری مهم و ضروری است (محقق، ۱۳۹۹: ۸۷)؛ بنابراین، با در نظر گرفتن تئوری بوردیو و نیز نظریه الگوی آستانه، فرضیات زیر مطرح شده است:

فرضیه پنجم: بین فرهنگ تغذیه و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد.

فرضیه ششم: بین میانگین نمره سواد سلامت بیماران در انواع بیماری‌ها تفاوت وجود دارد.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها:

الف) تعاریف مفهومی

سلامت: سازمان جهانی بهداشت در تعریف سلامت چنین می‌گوید: سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه فقط نبودن بیماری و نقص عضو به این ترتیب کسی را که تنها بیماری جسمی نداشته باشد، نمی‌توان فرد سالمی دانست، بلکه شاخص سالم کسی است که از سلامت روح نیز برخوردار است (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۰۵).

1- who

فرهنگ: مجموعه به هم پیوسته‌ای از اندیشه‌ها و احساسات و اعمال کم‌وبیش صریحی است که به وسیله اکثریت افراد یا گروه پذیرفته شده و منتشر می‌شود (روح‌الامینی، ۱۳۸۰).

سواد سلامت: سواد سلامت را می‌توان طیف وسیعی از دانش و مهارت‌های لازم در زمینه کسب، پردازش، فهم و به کارگیری اطلاعات بهداشتی توصیف نمود (الواردو، ۲۰۲۰: ۲۶۹).

(ب) تعاریف عملیاتی

جدول ۱: تعریف عملیاتی متغیر سواد سلامت

متغیر	مؤلفه	معرف	گویه
سواد سلامت	خواندن	خواندن مطالب پزشکی	خواندن مطالب آموزشی در خصوص بهداشت و سلامت (کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی) برای من آسان است. خواندن دستورات کتبی خاصی که پزشکان، دندان‌پزشکان و کارکنان بهداشتی در مورد بیماری‌ام به من می‌دهند برای من آسان است. خواندن فرم‌های پزشکی و دندانپزشکی (مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی) برای من آسان است.
	دسترسی	دسترسی به منابع سلامتی	من می‌توانم اطلاعات بهداشتی و درمانی مورد نیاز خود را از منابع مختلف به دست آورم. من می‌توانم اطلاعات مربوط به تغذیه سالم را به دست آورم. من می‌توانم اطلاعات مورد نیاز در خصوص برخی مشکلات مربوط به سلامتی و بیماری‌ها مثل فشارخون بالا و نیز قند و چربی خون بالا را به دست آورم.

1- Alvarado

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و

توصیه‌های مربوط به تغذیه سالم را متوجه می‌شوم. توضیحاتی را که پزشک در خصوص بیماری‌ام ارائه می‌دهد، متوجه می‌شوم. معنی و مفهوم مطالب نوشته‌شده در فرم‌های پزشکی و دندانپزشکی (مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان و مراکز درمانی) را متوجه می‌شوم.	فهم توصیه‌های پزشکی	فهم و درک	
درستی اطلاعات ارائه شده مرتبط با سلامتی در اینترنت را می‌توانم ارزیابی کنم. درستی اطلاعات ارائه شده در مورد سلامتی توسط تلویزیون و رادیو را می‌توانم ارزیابی کنم. درستی توصیه‌هایی که دوستان و بستگان در مورد سلامتی به من ارائه می‌دهند را می‌توانم ارزیابی کنم.	ارزیابی اطلاعات پزشکی	ارزیابی	
با دیدن علائم بیماری می‌دانم به کجا و یا به چه کسی مراجعه کنم. داروهایی که پزشک برای بیماری‌ام تجویز نموده است را بدون اجازه او قطع نمی‌کنم، حتی اگر علائم بیماری از بین رفته باشد. من حتی اگر علامتی از بیماری نداشته باشم، برای چکاپ (معاینات دوره‌ای) سالانه به پزشک مراجعه می‌کنم.	تصمیمات پزشکی	تصمیم‌گیری و رفتار	

۳. روش پژوهش

این پژوهش بر اساس هدف از نوع تحقیقات کاربردی می‌باشد که برای حل مسائل اجرایی و واقعی به کار می‌رود. هدف تحقیق کاربردی توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است. همچنین برحسب نوع داده‌ها و نحوه اجرا تحقیق توصیفی پیمایشی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مراجعه کننده به ۲۰ بیمارستان وابسته به بهداشت درمان و آموزش پزشکی در شهر اهواز می‌باشد. میزان حجم نمونه در پژوهش

حاضر بر اساس نرم افزار آماری سمپل پاور^۱ با در نظر گرفتن شرایط سطح معنی داری (۰/۰۱)، توان آزمون (۹۰٪) و R-squared (۱۰٪) حجم نمونه تعداد ۱۷۰ نفر به دست آمده است. نتایج در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. در این تحقیق جهت نمونه گیری، از روش نمونه گیری خوشه ای استفاده شده است. در این پژوهش بر اساس روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای، ابتدا فهرستی از تمامی بیمارستان های شهر اهواز تهیه و سپس از میان آن ها بر اساس روش نمونه گیری تصادفی ساده چهار بیمارستان (مهر، گلستان، آپادانا و امیرالمؤمنین) انتخاب شده و در مرحله بعد، در درون بیمارستان انتخاب شده مجدداً بر اساس روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۱۷۰ بیمار به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند.

جدول ۲: برآورد حجم نمونه بر اساس نرم افزار سمپل پاور

Power as a Function of Sample Size, Alpha																										
Tails = 2																										
Alpha	N1=	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250
	N2=	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250
0.010		0.027	0.070	0.129	0.199	0.276	0.356	0.436	0.512	0.584	0.649	0.707	0.758	0.802	0.839	0.870	0.897	0.918	0.935	0.949	0.961	0.970	0.977	0.982	0.986	0.990
0.030		0.071	0.152	0.244	0.339	0.433	0.522	0.602	0.674	0.735	0.788	0.831	0.867	0.896	0.920	0.938	0.953	0.964	0.973	0.980	0.985	0.989	0.992	0.994	0.996	0.997
0.050		0.110	0.213	0.320	0.424	0.521	0.608	0.684	0.748	0.801	0.845	0.880	0.906	0.930	0.947	0.960	0.970	0.978	0.984	0.988	0.991	0.994	0.995	0.997	0.998	0.998
1																										

در این پژوهش علاوه بر سوالات مربوط به متغیرهای زمینه ای مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، محل سکونت، میزان تحصیلات و میزان درآمد و نوع بیماری از پرسشنامه ۱۵ سوالی فرهنگ تغذیه ای قلبی زاده و همکاران (۱۳۹۶) و پرسشنامه تعدیل یافته سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۳۹۳) استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال با طیف لیکرت و دارای خرده مقیاس های خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی، تصمیم گیری و رفتار می باشد. پایایی پرسشنامه ها از طریق آزمون آلفای کرونباخ محاسبه شده که نتایج نشان داد که مقدار آلفای محاسبه شده برای پرسشنامه فرهنگ تغذیه ۰/۸۸۴ و برای تمامی مؤلفه های سواد سلامت بالای ۰/۷ می باشد که در سطح مطلوب قرار دارد. نتایج در جدول ۳ مشاهده می شود.

1- Sample power

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و

جدول ۳: نتایج قابلیت اعتماد و روایی متغیر سواد سلامت

مقدار واریانس تبیین یافته	تحلیل عاملی				پایایی	متغیر
	سطح معناداری	درجه آزادی	آزمون بارتلت	KMO	آلفای کرونباخ	
۰/۵۴	۰/۰۰۱	۱۰۵	۱۹۷۰	۰/۹۳۱	۰/۹۴۶	سواد سلامت

بر اساس نتایج جدول ۳ مقدار آلفای متغیر سواد سلامت (۰/۹۷۳) به دست آمده است. همچنین مقدار آزمون KMO برای سواد سلامت برابر با (۰/۹۳۱) بوده است، مقدار آزمون بارتلت در سطح خطای (۰/۰۵) معنی دار بوده است. در این تحقیق پس از گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ها؛ کدها بر روی کدبرگ‌هایی ثبت شده و آنگاه اعداد ثبت شده از طریق نرم‌افزار SPSS 23 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

۴. تحلیل تجربی

الف) یافته‌های توصیفی

یافته‌های توصیفی تحقیق نشان می‌دهد که میانگین سن بیماران مورد مطالعه (۴۶/۹۴) سال و دامنه سنی آن‌ها بین (۲۰-۷۸) سال بوده است. از میان بیماران مورد بررسی (۵۴/۱۱) درصد مرد و (۴۵/۸۸) درصد زن بوده‌اند. همچنین برحسب وضعیت تأهل (۵۶/۴۷) درصد مجرد و (۴۳/۵۲) متأهل بودند. از میان بیماران مورد بررسی (۲۴) درصد دچار بیماری‌های مغز و اعصاب، (۴۲) درصد بیماری‌های قلب و عروق، (۱۶/۵) درصد بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری، (۱۱/۲) درصد مبتلا به بیماری دیابت و (۵/۹) درصد به سایر بیماری‌ها مبتلا بودند.

همچنین میانگین نمره سواد سلامت بیماران (۳۴/۳۶) با انحراف معیار (۱۳/۹۹) به دست آمد که با توجه به استاندارد نمره سواد سلامت در سطح ناکافی می‌باشد. میانگین نمره سواد سلامت بین ۰ تا ۵۰/۱ ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶/۱ نه‌چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴/۱ کافی و ۸۴/۱ تا ۱۰۰ عالی تقسیم شده است. چنانچه در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود میانگین نمره سواد سلامت بیماران برحسب نوع بیماری در انواع بیماری‌های مغز و اعصاب، قلب و عروق، کلیه و مجاری ادراری، دیابت و سایر بیماری‌ها در سطح ناکافی قرار دارد.

جدول ۴: میانگین نمره سواد سلامت بیماران برحسب نوع بیماری

نوع بیماری	میانگین سواد سلامت	انحراف معیار
بیماری‌های مغز و اعصاب	۳۴/۰۹	۱۶/۰۶
بیماری‌های قلب و عروق	۳۰/۲۵	۹/۴۱
بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری	۲۹/۱۰	۵/۴۳
دیابت	۴۲/۳۶	۱۲/۶۴
سایر بیماری‌ها	۴۴/۶۰	۶/۹۳

(ب) یافته‌های استنباطی

فرضیه اول: بین سن و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت آزمون فرضیه فوق از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده و همان طور که در جدول شماره ۵ نشان داده شده است، چون سطح معنی داری به دست آمده (۰/۰۲۴) کوچکتر از سطح معنی داری (۰/۰۵) می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین سن و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت این رابطه معکوس می‌باشد، یعنی این که با افزایش سن بیماران، نمره سواد سلامت آنان نیز کاهش پیدا می‌کند.

جدول ۵: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون

متغیر (سن - سواد سلامت)	شاخص
ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۷۵۴
سطح معنی داری	۰/۰۲۴
تعداد	۱۷۰

فرضیه دوم: بین میانگین نمره سطح سواد سلامت مردان و زنان تفاوت وجود دارد. جهت سنجش فرضیه فوق از آزمون تی نمونه‌های مستقل استفاده شده است و نتایج زیر به دست آمد:

جدول ۶: نتایج آزمون تی نمونه‌های مستقل

متغیر	آزمون لون			آزمون برای میانگین‌ها		
	آزمون F	Sig	t	df	معناداری	تفاوت میانگین‌ها یا رد
سواد سلامت	۰/۴۱۷	۰/۳۵۶	۱/۵	۱۶۸	۰/۳۶۹	۲
	مرد	تعداد: ۹۲			میانگین: ۳۵	انحراف معیار: ۱۱
زن	تعداد: ۷۸				میانگین: ۳۳	انحراف معیار: ۱۰

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری به دست آمده (۰/۳۶۹) بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری (۰/۰۵) می‌باشد؛ بنابراین نمی‌توان ادعا نمود که بین میانگین نمرات سواد سلامت زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

فرضیه سوم: بین میزان تحصیلات و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد.

جهت آزمون فرضیه فوق از ضریب همبستگی اسپیرمن^۱ استفاده شده است. نتایج در جدول شماره ۷ نشان داد که سطح معنی‌داری به دست آمده (۰/۰۰۱) کوچک‌تر از سطح معنی‌داری (۰/۰۵) می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان تحصیلات و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت این رابطه مثبت می‌باشد، یعنی این که با افزایش میزان تحصیلات بیماران، نمره سواد سلامت آنان نیز افزایش پیدا می‌کند.

جدول ۷: نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن

شاخص	متغیر (تحصیلات - سواد سلامت)
۰/۷۱۵	ضریب همبستگی اسپیرمن
۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری
۱۷۰	تعداد

فرضیه چهارم: بین میزان درآمد و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد.

جهت آزمون فرضیه فوق، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده و نتایج در جدول شماره ۸ نشان داد که سطح معنی‌داری به دست آمده (۰/۰۰۱) کوچک‌تر از سطح معنی‌داری (۰/۰۵) می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان درآمد و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت این رابطه مثبت می‌باشد، یعنی این که با افزایش میزان درآمد بیماران، نمره سواد سلامت آنان نیز افزایش پیدا می‌کند.

جدول ۸: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون

شاخص	متغیر (درآمد - سواد سلامت)
۰/۴۶۶	ضریب همبستگی پیرسون
۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری
۱۷۰	تعداد

1- Spearman

فرضیه پنجم: بین فرهنگ تغذیه و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت آزمون فرضیه فوق از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده و نتایج در جدول شماره ۹ نشان داد که سطح معنی داری به دست آمده (۰/۰۰۱) کوچک تر از سطح معنی داری (۰/۰۵) می باشد؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین فرهنگ تغذیه و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد.

جدول ۹: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون

شاخص	متغیر (فرهنگ تغذیه - سواد سلامت)
۰/۶۵۳	ضریب همبستگی پیرسون
۰/۰۰۱	سطح معنی داری
۱۷۰	تعداد

فرضیه ششم: بین میانگین نمره سواد سلامت بیماران در انواع بیماری ها تفاوت وجود دارد.

جهت سنجش فرضیه فوق از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه^۱ استفاده گردید.

جدول ۱۰: شاخص های توصیفی آزمون تحلیل واریانس

بیماری	فراوانی	میانگین سواد سلامت	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪	
				حد پایین	حد بالا
قلب و عروق	۴۱	۳۴/۰۹	۱۶/۰۶	۲۹/۰۲	۳۹/۱۶
مغز و اعصاب	۷۲	۳۰/۲۵	۹/۴۱	۲۸/۰۳	۳۲/۴۶
کلیه و مجاری ادراری	۲۸	۲۹/۱۰	۵/۴۳	۲۶/۹۹	۳۱/۲۱
دیابت	۱۹	۴۲/۳۶	۱۲/۶۴	۳۶/۲۷	۴۸/۴۶
سایر	۱۰	۴۴/۶۰	۶/۹۳	۵۹/۶۴	۶۹/۵۵
مجموع	۱۷۰	۳۴/۳۶	۱۳/۹۹	۳۲/۲۴	۳۶/۴۸

همان طور که در جدول شماره ۱۰ مشاهده می شود، میانگین نمرات سواد سلامت به ترتیب در بیماری های قلب و عروق (۳۴/۰۹)، مغز و اعصاب (۳۰/۲۵)، کلیه و مجاری ادراری (۲۹/۱۰)، دیابت (۴۲/۳۶) و سایر بیماری ها (۴۴/۶۰) به دست آمده است که این میانگین های به دست آمده، از سطح ناکافی سواد سلامت بیماران حکایت دارد.

1- Anova

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و

جدول ۱۱: نتایج آزمون فرض برابری واریانس‌ها

شاخص لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۲/۷۲	۴	۱۶۵	۰/۱۳۴

بر طبق جدول شماره ۱۱ فرض برابری واریانس‌ها، چون سطح معنی داری بیشتر از (۰/۰۵) شده است (۰/۱۳۴)، بنابراین مشخص می‌شود که واریانس گروه‌ها با هم برابر است.

جدول ۱۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس (ANOVA)

شاخص	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۱۲۳۵۴/۷۷	۵	۳۰۸۸/۶۹	۲۴/۵۸۸	۰/۰۰۱
درون گروهی	۲۰۷۲۶/۶۰	۱۶۵	۱۲۵/۶۱		
کل	۳۳۰۸۱/۳۸	۱۶۹			

در جدول شماره ۱۲ تحلیل واریانس مقدار F برابر با (۲۴/۵۸۸) به دست آمده و سطح معنی داری نیز از (۰/۰۵) کمتر است؛ بنابراین می‌توان گفت که بین میانگین نمره سواد سلامت بیماران در انواع بیماری‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد و فرضیه تأیید می‌شود.

۵. نتیجه گیری

سواد سلامت مفهومی است که توانایی بیمار در درک اطلاعات و منابع تهیه شده توسط پزشک و متخصصان حرفه سلامت را توصیف می‌کند 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 (نوبلین و همکاران^۱: ۱۳). نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان می‌دهد که میانگین نمره سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز (۳۴/۳۶) با انحراف معیار (۱۳/۹۹) است که در سطح ناکافی قرار دارد. این یافته با نتایج تحقیقات جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷)، رضایی اسفهرود و همکاران (۱۳۹۵)، رمضانخانی و همکاران (۱۳۹۴)، دادازبسکی و همکاران (۲۰۱۸)، روبن و همکاران (۲۰۲۱)، پرودور و همکاران (۲۰۱۷) و مانتویل و شولز (۲۰۱۷) همسو و هماهنگ است؛ بنابراین، می‌توان گفت که

1- noblin & et al

سطح سواد سلامت بیماران در اهواز بسیار پایین بوده و سواد سلامت ناکافی دارند و این وضعیت چالش بهداشتی را در این شهر دوچندان کرده است. نکته مهم در این همین ارتباط این است که اگر جامعه از سواد سلامت کافی برخوردار نباشد، در مقابله با انواع بیماری‌ها و به خصوص بحران کرونا، بیشتر آسیب‌پذیر خواهد بود.

همچنین نتایج نشان داد که بین سن و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت این رابطه معکوس می‌باشد؛ یعنی این که با افزایش سن بیماران نمره سواد سلامت آنان کاهش پیدا می‌کند. این یافته با نتایج تحقیقات صفایی و همکاران (۱۴۰۰)، جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷)، کوردینا و همکاران (۲۰۱۸)، روبن و همکاران (۲۰۱۸)، پرودرور و همکاران (۲۰۱۷) همسو و هماهنگ است. از دیگر نتایج به دست آمده در این تحقیق این است که بین میزان تحصیلات و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت این رابطه مثبت می‌باشد؛ یعنی این که با افزایش میزان تحصیلات بیماران نمره سواد سلامت آنان نیز افزایش پیدا می‌کند. این یافته با نتایج تحقیقات صفایی و همکاران (۱۴۰۰)، جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷)، روبن و همکاران (۲۰۱۸)، پرودرور و همکاران (۲۰۱۷) همسو و هماهنگ است. فانسکا و همکاران (۲۰۲۰) با مطالعه بیش از چهل کشور اروپایی دریافتند که تحصیلات بیشتر سلامت بهتری را برای افراد در پی خواهد داشت. یک سال تحصیلات بیشتر منجر به کاهش $\frac{6}{85}$ درصدی ناخوشی افراد می‌گردد. همچنین منجر به کاهش $\frac{3}{4}$ درصدی حملات قلبی و 7 درصدی آرتروز در بین میان‌سالان می‌گردد؛ به بیان دیگر، اگر سال‌های تحصیل بیشتر گردد، منفعت بسیار زیادی برای سلامتی افراد دارد (فونسکا و همکاران؛ ۲۰۲۰: ۸۳)؛ بنابراین، می‌توان گفت افراد با سواد سلامت کم، معمولاً از بدن خود به خوبی مراقبت نمی‌کنند و این که افراد تحصیل کرده به خاطر بیشتر بودن سرانه مطالعه، از سلامت خود مراقبت بیشتری کرده و به رژیم غذایی و انجام ورزش منظم اهمیت می‌دهند و در نتیجه، کمتر دچار دردهای مزمن و انواع بیماری‌ها می‌شوند.

یافته‌های دیگر تحقیق نشان داد که بین میزان درآمد و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. جهت این رابطه مثبت می‌باشد؛ یعنی این که با افزایش میزان درآمد بیماران،

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و

نمره سواد سلامت آنان نیز افزایش پیدا می‌کند؛ این یافته با نتایج تحقیقات صفایی و همکاران (۱۴۰۰)، رضایی اسفهرود و همکاران (۱۳۹۵)، پرودرور و همکاران (۲۰۱۷) همسو و هماهنگ است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، بار بیماری‌ها برحسب میزان درآمد کشورها متفاوت بوده و بیشترین بار بیماری‌ها مربوط به کشورهای با درآمد پایین می‌باشد (مادرز و همکاران: ۲۰۰۸). افراد فاقد توان اقتصادی از یکسو امکان تغذیه مناسب، کسب آموزش کافی در زمینه بهداشت و تأمین سلامت خود و خانواده خود را نداشته و سلامتی آن‌ها به مخاطره می‌افتد و از سوی دیگر، اختلال در سلامتی می‌تواند ضمن تحمیل هزینه زیاد، موقعیت شغلی او را متزلزل‌تر کرده و فرد و خانواده را در یک چرخه معیوب گرفتار نماید. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین فرهنگ تغذیه و سواد سلامت بیماران رابطه وجود دارد. بسترهای فرهنگی در برداشت انسان‌ها از سلامتی‌شان تأثیرگذار بوده و با اندکی مسامحه، می‌توان گفت که ذهنیت انسان‌ها در خصوص بهداشت و سلامت انعکاسی از بافت فرهنگی‌شان می‌باشد (لاغوثی، ۱۳۹۹: ۶۳).

به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که وضعیت سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های کلان‌شهر اهواز در سطح ناکافی قرار دارد؛ این پایین بودن سطح سواد سلامتی در بیماری‌های مختلف قلب و عروق، مغز و اعصاب، کلیه و بیماری‌های مجاری ادراری، دیابت و سایر بیماری‌ها نمایان است. همچنین رابطه آماری معناداری بین متغیرهای جمعیت شناختی بیماران مراجعه کننده و میزان سطح سواد سلامت وجود داشت؛ بنابراین، لازم است با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت شناختی هر گروه از بیماران و با هدف توانمندسازی این افراد در زمینه سواد سلامت، مداخلات متناسب در هر گروه طراحی و اجرا گردد. همچنین نیاز است وسایل ارتباط جمعی، نظیر تلویزیون و مجلات و نیز متخصصان حرفه سلامت با تهیه برنامه‌ها و گزارش‌های متنوع، اطلاعات سلامت متناسب با نیازهای افراد را در جهت افزایش سواد سلامت افراد جامعه فراهم نمایند.

منابع

- جهانی افتخاری، معصومه؛ پیمان، نوشین؛ دوستی، حسن (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سواد سلامت و سبک زندگی سالم در داوطلبان سلامت شهرستان نیشابور، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۶، شماره ۳: ۷-۱۵.
- دبیری نسب، گک (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی و رضایت جنسی زنان نابارور و بارور در شهرستان شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- ذکایی، محمد سعید (۱۳۸۷). جوانان، بدن و فرهنگ تناسب اندام، فصلنامه تحقیقات فرهنگی، پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، سال اول، شماره ۱: ۱۱۷-۱۴۱.
- رضایپور، عزیز؛ عبادی فرد، آذر؛ یوسف زاده، نگار؛ حسن‌پور، فاطمه؛ باقری فرادبه، حسین و دیگران (۱۳۹۴). عوامل اجتماعی- اقتصادی تعیین کننده‌ی وضعیت بهره‌مندی خانوارها از خدمات سلامت: یک مطالعه مقطعی در کلان شهر تهران، مجله پی‌اورد سلامت، دوره ۹، شماره ۲: ۱۸۰-۱۹۱.
- رضایی اسفهرود، زینب؛ حائریان اردکانی، احمد؛ رحمانیان، مسعود؛ غفاری طرقي، مهرداد (۱۳۹۵). بررسی سطح سواد سلامت در بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد، مجله سلامت طلوع یزد، دوره ۱۵، شماره ۳: ۱۷۶-۱۸۶.
- رمضانخانی، علی؛ غفاری، محتشم؛ رخشانی، فاطمه؛ قنبری، شهلا؛ عظیمی، سمیه (۱۳۹۴). مقایسه سواد سلامت دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه‌های شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۲-۹۳، دو فصلنامه محقق، دوره ۲۰، شماره ۲: ۷۸-۸۵.
- رهبری بناب، مریم؛ بختیاری علی‌آباد، محمد؛ موسوی خطاط، سید محمد (۱۳۹۹). وضعیت سواد سلامت در جامعه ایران، مرکز پژوهش‌های مجلس، شماره مسلسل ۱۷۱۴۵.
- روح‌الامینی، محمود (۱۳۸۰). مبانی انسان‌شناسی، تهران: عطار.
- صفاری، محسن؛ سنایی نسب، هرمز؛ رشیدی جهان، حجت؛ رحمتی، فاطمه؛ پاکپور حاجی آقا، امیر (۱۴۰۰). عوامل مرتبط با سواد سلامت در پیشگیری و کنترل بیماری کووید-۱۹: مطالعه مقطعی مجله ارتقاء سلامت نظامی، دوره ۲، شماره ۱: ۲۵۶-۲۶۶.
- عزیززاده اقدم، محمدباقر (۱۳۸۸). مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان، امیدها و بیم، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه

بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و
اصفهان.

- قلی زاده، حیدر؛ رستمیان مطلق، زهره؛ بادسار، محمد (۱۳۹۶). فرهنگ و دانش تغذیه‌ای و ارتباط آن با ناامنی غذایی در خانوارهای روستایی شهرستان کرمانشاه، فصلنامه پژوهش‌های روستایی، پیاپی ۲۹، شماره ۱: ۵۵-۶۴.

- گیدنز، آنتونی (۱۴۰۰). جامعه‌شناسی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نی.

- لاغوثی، دلارا؛ بوداقتی، علی؛ عباس زاده، محمد؛ قاسم‌زاده، داود (۱۳۹۶). واکاوی تعیین گره‌های فرهنگ سلامت با رویکرد کیفی، دوره ۹، شماره ۳۶: ۶۳-۸۶.

- محسنی، منوچهر (۱۳۸۸). جامعه‌شناسی پزشکی، چاپ پنجم، تهران: کتابخانه طهوری.

- محقق، فاطمه؛ امام‌جمعه، فرهاد؛ موسویان، سید مرتضی؛ درمان، فائزه (۱۳۹۹). رویکرد فعال و کاربردی به سواد فرهنگی دانشجویان، بازآفرینی ادراک فرهنگی، مجله مطالعات میان فرهنگی، دوره ۱۵، شماره ۴۲: ۸۷-۱۱۵.

- منتظری، علی؛ طاووسی، محمود؛ رخشانی، فاطمه؛ آذین، سید علی؛ جهانگیری، کتابیون؛ عبادی، مهدی (۱۳۹۳). طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال)، پایش ۱۳: ۵۸۹-۵۹۹.

- نوابخش، مهرداد؛ مثنی، ابوذر (۱۳۹۰). بررسی جامعه‌شناختی تحولات تغذیه در جوامع معاصر، علوم غذایی و تغذیه، دوره ۹، شماره ۱: ۳۳-۴۸.

- نوروزی، مدمولی، دریکوندی، ساکی، (۱۳۹۸). بررسی میزان سواد سلامت و ارتباط آن با برخی عوامل دیابت نوع ۲ در اهواز، فصلنامه سواد سلامت، دوره ۴، شماره ۱.

- Adusei, A., Padmore, P. & David, R. (2018). Health literacy and Health: rethinking the strategies for universal health coverage in Ghana. Public health, 159, 40-49.

- Alvarado-Little, W. (2020). Health Literacy Initiatives and Lessons Learned within Public Health Agencies. Studies in health technology and informatics. 2020 Jun 25; 269:294-302.

- Armstrong, D. & Tavakol, M. (2012). Medical Sociology. 3rd, editor. Tehran: Sina Cultural and Legal Institute, Shahid Beheshti University. 2012; 5-50

- Constitution of the World Health Organization. (2005). In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva: World Health

Organization.

- Cordina, M., Hämeen-Anttila, K., Lauri, J., Tabone, S. & Enlund, H. (2018). Health and medication literacy and the desire to participate in pharmacotherapy decision making - comparison of two countries, Journal: Research in Social and Administrative Pharmacy - Volume 14, Issue 9, September 2018, Pages 817-823.
- Coskun, S., Bagcivan, G. (2021). Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with healthliteracy. Applied nursing research: ANR. 2021 Feb; 57:151.
- Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M., Leun, AYM. & Rosario R, Darlington E, et al. (2021). Digital Health Literacy and Web-Based Information- Seeking Behaviors of University Students in Germany during the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. Journal of medical Internet research. 2021 Jan15; 23(1):e24097.
- Ferguson, Barbara. (2008). "Health literacy and health disparities: The role they play in maternal and child health." Nursing for women's health 12.4 (2008): 286-298.
- Fonseca, R. Michaud, p. Zheng, Y. (2020). The effect of education on health: evidence from national compulsory schooling reforms. Journal of Spanish Economic Association.11: 83-103.
- Giddens, A. (2002). Modernity and Self-Identity: Self and Society in Late Modern Age, Translated by N.S Moafaghyan, Nashreney, (Persian).
- Hruschka, D.J. & Hadley, C. (2008). A glossary of culture in epidemiology. J Epidemiol Commun Health 2008; 62:947-51.
- Inst. Med. (2002). Speaking of Health: Assessing Health Communication Strategies for Diverse Populations. Washington, DC: Natl. Acad. Press 7. Inst. Med. 2003. The Future of the Public's Health in the 21st Century. Washington, DC: Natl. Acad. Press.
- Mantwill, S. & Schulz, P. J. (2017). Low health literacy and healthcare utilization among immigrants and non-immigrants in Switzerland, Journal: Patient Education and Counseling - Volume 100, Issue 11, November 2017, Pages 2020-2027.
- Mathers, C., Fat, D.M. & Boerma, J. (2008). The global burden of disease: 2004 update: World Health Organization; 2008.
- Noblin, A.M., Wan, T.T.H. & Fottler, M. (2012). The impact of health literacy on a patient's decision to adopt a personal health record. Perspect Health in Manag 2012; 9:1-13.
- Ori, G., Elizabeth, K., Tan, Y., Virendra, P. & Scott, B. (2010). Rethinking Health Planning: A Framework for Organising Information to Underpin Collaborative Health Planning. Health Information

..... بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و

- Management Journal. 2010; 39(2):18-29.
- Park, J.Y, & June, K.J. (2011). Influencing factors on functional health literacy among the rural elderly. J Korean Acad Community Health Nurs. 2011 Mar; 22(1): 75-85.
 - Pender, N. (2012). Health promotion model. Available on: www.nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender.
 - Protheroe, J., Whittle, R., Bartlam, B., Es tacio, E., Clark, L. & Kurth, J. (2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. Health Expectations. 2017; 20: 112-9.
 - Rashed, T. G. & Galal, M. (2015). Culture and Health: A study in Medical Anthropology of Kenya. The 30 Th International Annual Conference in Institute of African Research and Studies Human Security in Africa.
 - Rosen, I. (2015). The impact of culture on health, Bachelors Thesis, Sodertorn University, School of Natural Science. Technology and Environmental Studies.
 - Ruben, M. S., Willem, H.J., Ronald F.F., Bart, A.N. & Olivier, H.J. (2018). Inadequate Health Literacy in Patients with Arterial Vascular Disease Journal: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery - Volume 56, Issue 2, August 2018, Pages 239-245.
 - Shieh, C. & Halstead, J.A. (2009). Understanding the impact of health literacy on women's health. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2009; 38(5):601-12.
 - Singer, M. K., Dressler, W., George, S., Baquet, C. R., Bell, R. A. ... & Gravlee, C. C. (2016). Culture: The missing link in health research. Social science & medicine, 170, 237-246.
 - Times. The New York (2020-01-30). "Coronavirus Live Updates: W.H.O. Declares a Global Health Emergency". ISSN 0362-4331. Retrieved 2020-01-30.
 - Toci E. Burazeri G. Myftiu S. Sorensen K. Brand H. (2016). Health literacy in a population-based sample of adult men and women in a South Eastern European country. J Public Health; 38(1): 6-13.
 - Verhagen, H. & van Loveren, H. (2016). Status of nutrition and health claims in Europe by mid 2015. Trends in Food Science & Technology, 56, 39-45.