Volume 22, Issue 5 (September- October 2023)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.8.5]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.639]

Health literacy of hypertensive patients and its correlates: A cross sectional study

Samira Vazifeh [1], Nasrin Jafari Varjoshani [2], Soudabeh Mehdizadeh[*] [2], Farzane ahmadi [3]

1. Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
2. Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
4. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Received: 25 February 2023
Accepted for publication: 10 July 2023
[EPub a head of print-21 August 2023]
Payesh: 2023; 22(5): 639- 648

Abstract

Objective(s): Health literacy is the capacity of people to acquire, process and understand basic health information and services needed for health decisions. Considering the importance of health literacy, especially in people with underlying and chronic diseases, this study aimed to investigate the health literacy and related factors in hypertensive patients.

Methods: This was a cross-sectional study conducted on a sample of hypertensive patients aged 18-65 years attending comprehensive urban health centers in Zanjan, Iran, in 2022. The sampling method was a two-stage cluster with systematic random sampling in each cluster. In order to collect data, the demographic information form and the Health Literacy Instrument for Adults (HELIA) was used. The data were analyzed using descriptive statistics.

Results: In all 277 patients entered into the study. The mean age of participants was 55.23 ± 6.75. Most participants (59.6%) were women and married (94.4%), housewives (52%), and 49.5% had inadequate and problematic health literacy score. There was a statistically significant difference between the mean score of health literacy among educated people and illiterate people ($p<0.001$). Also, there was a statistically significant difference between the mean score of health literacy among people who had sufficient income and those who had insufficient income ($p=0.017$). People who were regularly under the supervision of a physician had higher health literacy($p=0.033$).

Conclusion: Considering the undesirable condition of health literacy in hypertensive patients, it is suggested to implement interventions to improve health literacy among this population.

Keywords: Health literacy, Hypertension, related factors

[*] Corresponding author: Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
E-mail: soudabehmehdizadeh@gmail.com

سال بیست و دوم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۴۰۲

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

سواد سلامت در مبتلایان به پرفشاری خون و عوامل مرتبط با آن: یک مطالعه مقطعی

سمیرا وظیفه[۱]، نسرین جعفری ورجوشانی[۲]، سودابه مهدی زاده[۲*]، فرزانه احمدی[۳]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۲. گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۳. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۱۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳۰ مرداد ۱۴۰۲]
نشریه پایش: ۶۴۸- ۶۳۹ :(۵)۲۲؛ ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: سواد سلامت، ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات بهداشتی پایه مورد نیاز برای تصمیم گیری های سلامت است. با توجه به اهمیت سواد سلامت به ویژه در افراد دارای بیماری های زمینه ای و مزمن، این پژوهش با هدف تعیین سواد سلامت در مبتلایان به پرفشاری خون و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که در سال ۱۴۰۱ با مشارکت ۲۷۷نفر از افراد ۶۵-۱۸ ساله مبتلا به بیماری پرفشاری خون تحت پوشش مراکز جامع و پایگاه‌های سلامت شهری شهر زنجان انجام شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای دو مرحله‌ای با نمونه‌گیری تصادفی نظام مند در هر خوشه بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان (HELIA) استفاده گردید. داده-های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی(ضریب همبستگی اسپیرمن، من- ویتنی، کروس کالوالیس) در نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شد.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه (۶/۷۵) ۵۵/۲۳ بود. ۵۹/۶ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه زن و ۹۴/۴ درصد از آن‌ها متأهل و اکثر آنها خانه دار(۵۲٪) و ۴۲/۶ درصد تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند. ۴۹/۵ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه دارای سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی بودند. بین میانگین نمره کل سواد سلامت افراد دارای تحصیلات و افراد بی سواد اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت (P<۰/۰۰۱). همچنین اختلاف آماری معنی‌دار بین میانگین نمره کل سواد سلامت بین افرادی که دارای درآمدکافی بودند با افرادی که درآمد ناکافی داشتند، وجود داشت (P=۰/۰۱۷). افرادی که به طور مرتب تحت نظر پزشک بودند، دارای سواد سلامت بالاتری بودند (P=۰/۰۳۳).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به وضعیت نامطلوب سواد سلامت در مبتلایان به پرفشاری خون، نتایج مطالعه حاضر ضرورت توجه بیشتر از سوی سیاست-گذاران، مدیران و برنامه ریزان بهداشتی را برای بررسی، برنامه ریزی و اجرای راهکارهای مناسب به منظور افزایش سواد سلامت در مبتلایان به پرفشاری خون به ویژه در افراد بی سواد و افراد با وضعیت اقتصادی ناکافی را مطرح می نماید. همچنین به منظور پیگیری ویزیت های پزشکی و بهداشتی توسط مبتلایان به پرفشاری خون، توجه به ارتقای سلامت آنان ضروری است.

کلیدواژه: سواد سلامت، پرفشاری خون، عوامل مرتبط

کد اخلاق: IR.ZUMS.REC.1401.093

* نویسنده پاسخگو: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه
E-mail: soudabehmehdizadeh@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.8.5]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.639]

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، سواد سلامت را به عنوان یکی از مهمترین تعیین کننده های سلامت در قرن ۲۱ معرفی نموده [۱] و سواد سلامت را به عنوان مهارت های شناختی و اجتماعی که بر انگیزش و توانایی مردم برای دستیابی، دانستن و استفاده از اطلاعات در مسیرهایی که سبب ارتقاء، حفظ و نگهداری سلامت مطلوب شود، تعریف کرده است[۲]. سواد سلامت به معنای دستیابی به سطحی از دانش، مهارت‌های شخصی و اعتماد به نفس برای اقدام در جهت بهبود سلامت فردی و جامعه از طریق تغییر سبک زندگی شخصی و شرایط زندگی است [۳]. سواد سلامت، توانایی مردم در شناخت عوامل تهدید کننده سلامت خود و آگاهی از سبک صحیح زندگی و شناخت روش‌هایی است که به وسیله آن‌ها بتوانند سلامت خود را تأمین، حفظ و ارتقاء بخشند. به عبارتی دیگر، سواد سلامت به معنی میزان دانش وآگاهی مردم نسبت به سلامتشان است[۴].

برخی از عوامل از جمله افزایش بیماری های غیر واگیر، حرکت به سوی بیمار محوری و استقرار اطلاعات سلامت در وسایل ارتباط جمعی به خصوص اینترنت از عواملی هستند که در دو دهه اخیر باعث افزایش تقاضا برای مشارکت بیمار در تصمیم گیری شده و اهمیت سواد سلامت را افزایش داده اند[۵]. بررسی سواد سلامت در هشت کشور اروپایی اتریش، بلغارستان، آلمان، یونان، ایرلند، هلند، لهستان و اسپانیا نشان داد تقریباً ۴۷درصد سواد سلامت محدود(ناکافی یا مشکل ساز) داشتند [۶]. همچنین نتایج مطالعه طاووسی و همکاران بیانگر آن بود که ۴۴درصد بزرگسالان ساکن شهرها در ایران، سواد سلامت محدود داشتند [۷]. این در حالی است که افراد مبتلا به فشارخون بالا که سوادسلامت ناکافی دارند، بیشتر در معرض خطر عوارض ناشی از پرفشاری خون هستند [۸]. پرفشاری خون عامل اصلی بیماری های قلبی عروقی و مرگ زودرس در سراسر جهان است و شیوع آن به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط افزایش یافته است[۹]. تقریباً ۶۰ درصد از جمعیت تا ۶۰ سالگی پرفشاری خون دارند و حدود ۶۵ درصد از مردان و ۷۵ درصد از زنان در ۷۰ سالگی به پرفشاری خون مبتلا می‌شوند [۱۰]. میزان شیوع فشار خون بالا در بزرگسالان ایرانی(افراد بالای ۵۰ سال) به ۴۲ درصد رسیده که شیوع آن در بین زنان بزرگسال ایرانی ۴۷ درصد و در بین مردان بزرگسال ۳۸ درصد گزارش شده است[۱۱]. پرفشاری خون به عنوان یکی از علل اصلی مرگ و میر، نیازمند توجه ویژه ای در مطالعات است [۱۲].

از طرفی ارتقای سواد سلامت در پیشگیری و کنترل پرفشاری‌خون موثر است[۱۳]. با توجه به نتایج مطالعه رحمتی و همکاران، مبنی بر پایین بودن سواد سلامت در مبتلایان به پرفشاری خون و ارتباط مستقیم آن با تبعیت درمانی، توجه هرچه بیشتر به امر سواد سلامت و افزایش آگاهی و آموزش های لازم در سطح جامعه در جهت کاهش عوارض ناشی از بیماری‌های مزمن ضروری است. با توجه به این که سطح پایین سواد سلامت در افراد مبتلا به بیماری های مزمن شایع‌تر است؛ این افراد به عنوان گروه های در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت، به شمار می روند [۱۴]. علاوه بر این سطح پایین سواد سلامت در افراد با بیماری زمینه‌ای با کاهش سلامتی به ویژه مشکلات جسمی در ارتباط است[۱۵]. طبق نتایج مطالعه KIM و همکاران نیز مبتلایان به پرفشاری خون بیشتر در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت قراردارند [۱۶]. افراد دارای سواد سلامت ناکافی درباره روش های پیشگیری از بیماری‌ها دانش کمی دارند و در برنامه های مراقبت از بیماری‌های مزمن کمتر مشارکت می کنند [۱۷]. بیماران دارای بیماری های مزمن مانند پرفشاری‌خون با سواد سلامت ناکافی، بیشتر از بیماران دارای سواد سلامت کافی در بیمارستان بستری می‌شوند[۱۸]. رابطه ی مثبتی بین سواد سلامت و آگاهی از بیماری های مزمن وجود دارد و سطح سواد سلامت یک پیش‌بینی‌کننده مستقل برای کنترل بیماری های مزمن است[۱۹]. بنابراین توجه به ارتقای سواد سلامت در افراد مبتلا به پرفشاری خون، یکی از مهم ترین راهکارهای اساسی جهت کنترل بیماری پرفشاری‌خون محسوب می‌شود. مراکز بهداشتی و سازمان های مرتبط با سلامت نیز، ناگزیر از کسب شناخت بنیادین و جامع از مفهوم سواد سلامت می باشند[۲۰]. در این راستا انجام مطالعات پژوهشی با هدف شناسایی میزان سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن کمک کننده خواهد بود. لذا با توجه به شیوع بالای پرفشاری خون در کشور ما و اهمیت سواد سلامت در کنترل بیماری، مطالعه حاضر با هدف تعیین سوادسلامت در مبتلایان به پرفشاری خون و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل مبتلایان به بیماری پرفشاری خون تحت پوشش مراکز جامع و پایگاه‌های سلامت شهری شهر زنجان در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه بر اساس فرمول:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.8.5]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.639]

$n = \left[\frac{(z_{\alpha/2}+z_{\beta})}{0.5\times ln[[1+r]/[1-r]]}\right]^2 + 3 = 194$ محاسبه شد که در آن $\alpha = 0.05 \Rightarrow z_{1-\alpha/2} = 1.96$ و $\beta = 0.20 \Rightarrow z_{1-\beta} = 0.84$ بوده و مقدار همبستگی برابر با ۰/۲۰ در نظر گرفته شد که با در نظرگرفتن ۲۰ درصد بی پاسخی و۲۰ درصد اثر طرح و بر اساس نتایج مطالعه فتحی و همکاران [۲۱] ۲۸۰ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای دو مرحله‌ای با رویکرد تصادفی نظام مند در هر خوشه بود. ابتدا شهر زنجان به ۴ خوشه(شمال، جنوب، شرق و غرب) تقسیم شد. در هر خوشه نام مراکز جامع سلامت لیست گردید و به صورت تصادفی یک مرکز در هر خوشه انتخاب شد(انتخاب تصادفی مرکز در هر خوشه با استفاده از تابع sample در نرم افزار R انجام شد). بعد از تهیه لیستی از شماره پرونده تمام مبتلایان به پرفشاری در ۴ مرکز انتخاب شده، با توجه به اینکه تعداد نمونه‌های مطالعه برابر با ۲۸۰ نفر بود، از هر مرکز ۷۰ نفر به‌صورت تصادفی نظام مند انتخاب گردید(تعداد پرونده های پرفشاری خون در ۴ مرکز انتخاب شده به ترتیب ۴۴۸، ۷۲۰، ۳۸۴ و ۳۰۹ نفر بود). سپس با افراد انتخاب شده تماس تلفنی صورت گرفته و پس از ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف پژوهش، در صورت داشتن سایر معیارهای ورود از ایشان تقاضا می شد جهت شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه ها به مرکز تحت پوشش خود مراجعه نمایند. پس از مراجعه واحدهای پژوهش، ضمن ارائه توضیحات ، در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد و فرم رضایت آگاهانه توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. سپس پرسشنامه های جمع آوری اطلاعات توسط واحدهای پژوهش و یا در صورت نداشتن سواد کافی، به صورت مصاحبه پژوهشگر با ایشان تکمیل گردید. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل داشتن جهت شرکت در مطالعه، قرار داشتن در محدوده سنی ۱۸ الی ۶۵ سال، مبتلابودن به پرفشاری خون که بیماری آنها در مراکز و پایگاه‌های سلامت شهری زنجان ثبت شده باشد، گذشتن بیش از ۶ ماه از زمان تشخیص بیماری پرفشاری خون و نداشتن اختلال روانپزشکی شناخته شده. معیار خروج از مطالعه عدم پاسخ گویی به تمام سؤالات پرسشنامه ها بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ساکن شهرهای ایران (HELIA) استفاده شد [۲۲]. فرم اطلاعات دموگرافیک شامل مشخصات افراد مورد مطالعه از جمله سن، جنسیت، تأهل، تحصیلات، شغل و میزان در آمد، مدت ابتلا به پرفشاری خون، قرار دادشتن تحت نظر پزشک به طور مرتب و وجود بیماری زمینه‌ای دیگر بود. ابعاد پرسشنامه HELIA عبارتند از: خواندن (شامل گویه‌های ۱ الی ۴)، دسترسی(شامل گویه‌های ۵ الی ۱۰)، فهم و درک(شامل گویه‌های ۱۱ الی ۱۷)، ارزیابی(شامل گویه‌های ۱۸ الی ۲۱) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت(شامل گویه‌های ۲۲ الی ۳۳) است. پاسخ به هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای که از همیشه تا به هیچ وجه است، انجام می‌گیرد. امتیاز ۱ برای گزینه به هیچ وجه، امتیاز ۲ برای گزینه به ندرت، امتیاز ۳ برای گاهی اوقات، امتیاز ۴ برای بیشتر اوقات، امتیاز ۵ برای همیشه تعلق می‌گیرد. امتیاز خام هر فرد در هر بعد، از جمع جبری امتیازات به‌دست می‌آید؛ حداقل امتیاز خام در تمام ابعاد ۳۳ و حداکثر امتیاز خام در همه‌ی ابعاد ۱۶۵ است. سپس این امتیاز به طیف صفر تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود. رتبه‌بندی سطح سواد سلامت از امتیاز صفر تا صد: ناکافی (۰ تا۵۰)، نه چندان کافی (۵۰/۱ تا۶۶)، کافی (۶۶/۱ تا ۸۴) و عالی (۸۴/۱ تا۱۰۰) می‌باشد. میزان آلفای کرونباخ گویه‌ها در سازه‌های ذیربط نیز قابل قبول بوده (۰/۷۲ تا ۰/۸۹) و از این حیث پایایی پرسشنامه نیز تایید شده است[۲۲]. جهت تعیین پایایی در مطالعه حاضر، پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از واحدهای پژوهش که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، تکمیل شده و ضریب آلفای کرونباخ در بعد دسترسی برابر با ۰/۸۱۸، در بعد مهارت خواندن برابر با ۰/۸۳۰، در بعد فهم و درک برابر با ۰/۷۴۱، در بعد ارزیابی برابر با ۰/۶۳۱ و در بعد تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت برابر با ۰/۷۱۸ به دست آمد. آلفای کرونباخ کل نیز برابر با ۰/۸۹۰ محاسبه شد.

پرسشنامه های مربوط به ۳ نفر از واحدهای پژوهش، به دلیل عدم تکمیل کامل، مورد بررسی قرار نگرفته و در نهایت داده های مربوط به پرسشنامه های ۲۷۷ نفر با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی(ضریب همبستگی اسپیرمن، من-ویتنی، کروس کالوالیس) در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند. برای کلیه آزمون‌های آماری، سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه از مجموع ۲۷۷نفر، ۱۶۵نفر زن بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه(۶/۷۵)۵۵/۲۳ بود. اکثر شرکت کنندگان در مطالعه(۴۲/۶ درصد)، تحصیلات زیر دیپلم داشتند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.8.5]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.639]

۹۴/۴ درصد از شرکت کنندگان متأهل بودند. از نظر وضعیت اشتغال، اکثر شرکت کنندگان در مطالعه (۵۲ درصد) خانه دار بودند. ۵۱/۶ درصد از شرگت کنندگان درآمد نسبتا کافی داشتند. از نظر سنی کمترین سن ۳۲سال و بیشترین سن نیز ۶۵ سال بود. اکثر شرکت کنندگان در مطالعه (۷۹/۸ درصد)، به طور مرتب تحت نظر پزشک بودند. بیشترین مدت ابتلا به پرفشاری‌خون ۳۴ سال بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سال های ابتلا به پرفشاری خون در بین شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۵/۷۵ ± ۷/۷۷ بود. ۳۹/۷ از شرکت‌کنندگان علاوه بر پرفشاری خون، دچار بیماری زمینه‌ای دیگری بودند. اطلاعات مربوط به خصوصیات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. در جدول۲، میانگین نمرات سطح سوادسلامت افراد تحت مطالعه نشان داده شده است. ۴۹/۵ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه دارای سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی بوده و هیچ کدام از آنها سواد سلامت عالی نداشتند. کمترین نمره سواد سلامت در بعد خواندن با میانگین ۵۳/۹۰ بود. ارتباط معنی‌دار بین سواد سلامت با متغیرهای تحصیلات($P<۰/۰۰۱$)، درآمد($P=۰/۰۱۷$)، شغل ($P=۰/۰۴۲$) و تحت نظر پزشک بودن ($P=۰/۰۳۳$) وجود داشت.

با توجه به معنی داری آزمون کروسکال-والیس برای متغیرهای تحصیلات، درآمد و شغل آزمون تعقیبی من-ویتنی با تصحیح بن فرونی انجام شد. نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که سواد سلامت به طور معنی‌دار در بین افراد بی سواد کمتر از سایر سطوح تحصیلی بود($P<۰/۰۰۱$). همچنین اختلاف آماری معنی‌دار بین میانگین نمره کل سواد سلامت در بین افرادی که دارای درآمدکافی بودند با افرادی که درآمد ناکافی داشتند، وجود داشت($P=۰/۰۱۴$) و سطح سواد سلامت در افراد با درآمد کافی بالاتر و در افراد با درآمد ناکافی پایین بود. با وجود اینکه اختلاف معنی‌دار براساس آزمون کروسکال- والیس برای سواد سلامت و شغل دیده شد، اما ارتباطی بین هیچ کدام از مقایسه های دو به دو در سطوح مختلف شغل و نمره کل سواد سلامت وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). همچنین، افرادی که به طور مرتب تحت نظر پزشک بودند، دارای نمره سواد سلامت بالاتری نسبت به سایرین بودند ($P=۰/۰۳۳$). (جدول۳).
آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن بین سواد سلامت با سن و سال-های ابتلا به پرفشاری خون ارتباط آماری معنی دار نشان نداد($P > ۰/۰۵$). (جدول ۴)

جدول۱: خصوصیات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش

	تعداد	درصد
جنسیت		
زن	۱۶۵	۵۹/۶
مرد	۱۱۲	۴۰/۴
تحصیلات		
بی سواد	۳۲	۱۱/۶
خواندن و نوشتن	۱۶۴	۲۳/۱
زیردیپلم	۱۱۸	۴۲/۶
تحصیلات دانشگاهی	۶۳	۲۲/۷
تاهل		
مجرد	۴	۱/۴
متاهل	۲۶۱	۹۴/۲
مطلقه	۱	۰/۴
بیوه	۱۱	۴/۰
شغل		
شاغل	۴۱	۱۴/۸
بازنشسته	۹۲	۳۳/۲
خانه دار	۱۴۴	۵۲/۰
درآمد		
کافی	۳۴	۱۲/۳
نسبتا کافی	۱۴۳	۵۱/۶
ناکافی	۱۰۰	۳۶/۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.8.5]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.639]

تحت نظر پزشک بودن		
بله	۲۲۱	۷۹/۸
خیر	۵۶	۲۰/۲
بیماری زمینه ای دیگر		
بله	۱۱۰	۳۹/۷
خیر	۱۶۷	۶۰/۳

جدول۲: میانگین، انحراف معیار و رتبه بندی سطح سواد سلامت و ابعاد آن در واحدهای پژوهش

سواد سلامت	ناکافی تعداد (درصد)	نه چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد(درصد)	انحراف معیار ± میانگین
خواندن	۱۰۲(۳۶/۸)	۶۱ (۲۲)	۱۱۴(۴۱/۲)	۵۳/۹۰ ± ۲۶/۶۵
دسترسی	۵۹ (۲۱۱/۳)	۶۰ (۲۱/۷)	۱۵۸(۵۷/.)	۶۲/۶۲ ± ۲۰/۲۸
فهم و درک	۳۵ (۱۲/۶)	۶۰ (۲۱/۷)	۱۸۲(۶۵/۷)	۶۹/۰۱ ± ۱۳/۸۱
ارزیابی	۶۴ (۲۳/۱)	۱۰۸ (۲)	۱۰۵(۳۷/۹)	۶۱/۴۶ ± ۱۷/۱۸
تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت	۱۴ (۵/۱)	۶۸(۲۴/۵)	۱۹۵(۷۰/۴)	۶۹/۰۸ ± ۹/۷۵
نمره کل	۴۱ (۱۴/۸)	۹۶(۳۴/۷)	۱۴۰(۵۰/۵)	۶۳/۲۲ ± ۱۲/۷۵

جدول ۳ : نتایج بررسی ارتباط سوادسلامت با متغیر های جمعیت شناختی و زمینه ای واحدهای پژوهش

متغیر	میانه	دامنه میان چارکی	آماره آزمون	P- value
جنسیت				
زن	۶۵/۶۶	۲۰/۴۳	۱۰۱۱۵/۰۰	۰/۱۸۱
مرد	۶۷/۱۴	۱۷/۴۸		
تحصیلات				
بی سواد	۴۷/۰۰	۱۶/۹۸		
خواندن و نوشتن	۶۲/۶۴	۱۷/۰۰	۵۸/۱۱	<۰/۰۰۱
زیردیپلم	۷۰/۶۴	۱۸/۵۴		
تحصیلات دانشگاهی	۶۷/۷۱	۱۱/۷۶		
درآمد				
کافی	۷۲/۳۸	۱۵/۸۸	۸/۱۲	۰/۰۱۷
نسبتاکافی	۶۵/۶۶	۱۶/۶۷		
ناکافی	۶۲/۴۲	۲۰/۲۷		
تاهل				
متاهل	۶۶/۶۷	۱۸/۵۵	۲۳۹۳/۵۰	۰/۳۲۶
سایر	۶۱/۸۱	۲۲/۷۷		
شغل				
شاغل	۶۹/۰۰	۱۲/۷۱	۶/۳۵	۰/۰۴۲
بازنشسته	۶۷/۱۹	۱۶/۸۰		
خانه دار	۶۲/۲۸	۲۱/۶۳		
بیماری زمینه ای				
خیر	۶۶/۶۷	۲۰/۰۰	۹۰۳۷/۵۰	۰/۸۲۱
بله	۶۶/۰۰	۱۷/۴۵		
تحت نظرپزشک بودن				
بله	۶۷/۰۹	۱۹/۶۲	۵۰۴۴/۰۰	۰/۰۳۳
خیر	۶۲/۲۸	۱۵/۵۵		

جدول۴: نتایج همبستگی بین سن و مدت ابتلا به پرفشاری خون با سواد سلامت

متغیر	ضریب همبستگی اسپیرمن	P-value
سن	-۰/۰۹۱	۰/۱۳۲
مدت ابتلا به فشارخون	-۰/۰۵۲	۰/۳۹۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.8.5]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.639]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۴۹/۵درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه دارای سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی بوده و هیچ کدام از آنها سواد سلامت عالی نداشتند. در مطالعه چجایی و همکاران که در آن رابطه سواد سلامت و آگاهی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در استان اصفهان مورد بررسی قرار گرفته بود، بیش از سه چهارم شرکت‌کنندگان (۷۵/۵٪) سواد سلامت ناکافی و تاحدی کافی داشتند[۲۳] که در مقایسه با مطالعه حاضر وضعیت سواد سلامت در آن مطالعه کمتر بود. شاید یکی از علل عمده آن این باشد که ۵۴/۵ درصد شرکت کنندگان آن مطالعه بی سواد بوده اند در حالی که در مطالعه حاضر تنها ۱۱/۶ درصد افراد بی سواد بودند. نتایج مطالعه رحمتی و همکاران نشان داد که ۶۷/۷ درصد از مبتلایان به پرفشاری خون سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند[۱۴]. از علل مغایرت نتایج مطالعه حاضر با آن مطالعه می توان به تفاوت در ابزار مورد استفاده برای سنجش سواد سلامت، محدوده سنی شرکت کنندگان و محیط پژوهش دو مطالعه اشاره نمود. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، در مطالعه براتی و همکاران در شهر همدان نیز میزان سواد سلامت در ۲۹/۲ درصد مبتلایان به پرفشاری خون، ناکافی و در ۲۷/۹ درصد نه چندان کافی بوده است[۲۴]. نتایج مطالعه هیزومی و همکاران، همچنین بیانگر سواد سلامت ضعیف در مبتلایان به پرفشاری خون در شهر هریس بود[۲۵]. مطالعه درویش‌پور و همکاران که با هدف بررسی ارتباط بین سواد سلامت و کنترل و پیگیری درمان فشار خون بالا انجام شد، نشان داد تنها ۴۱/۸درصد از بیماران مبتلا به پرفشاری خون در شهر رشت سواد سلامت کافی داشتند[۲۶]. براساس مطالعه Cilikو همکاران در قبرس، سواد سلامت در مبتلایان به پرفشاری خون، پایین گزارش شد [۲۷]. در مطالعه انجام شده توسط Findlowو همکاران تنها ۲۸/۴ درصد از بیماران مبتلا به فشار خون بالا در ایالات متحده، سواد سلامت کافی داشتند[۲۸]. بیماران مبتلا به پرفشاری خون در ایران و سایر کشورها، اغلب سطح تحصیلات پایینی دارند و سطح سواد سلامت نیز در آنان پایین است[۲۴]. در مطالعه حاضر نیز، از میان ابعاد پرسشنامه سواد سلامت، کمترین نمره مربوط به بعد خواندن بود. طبق مطالعات مرکز راهبردهای مراقبت سلامت آمریکا، افراد دارای سواد سلامت اندک، کمتر اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده توسط متخصصان سلامت را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند و وضعیت سلامت نامطلوب‌تری دارند، میزان بستری شدن و مراجعه به پزشک در آن‌ها بیشتر است، در مهارت‌های خود مراقبتی ضعیف‌تر عمل می‌کنند، مراقبت پیشگیرانه‌ی کمتری دارند و در نتیجه هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند [۲۹]. نتایج مطالعهShibuya و همکاران حاکی از وجود ارتباط معنادار بین سواد سلامت پایین با افزایش شیوع پرفشاری خون در میانسالان ژاپنی بود[۳۰]. نتایج مطالعه KIM و همکاران نیز نشان داد که مبتلایان به پرفشاری خون بیشتر در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت قراردارند[۱۶]. این در حالی است که مطالعه Shi و همکاران بیانگر آن است که بیماران با سواد سلامت بالا، کنترل بهتر فشار خون و خطر کمتر بیماری قلبی عروقی ایسکمیک داشتند و اندازه گیری فشار خون و مصرف منظم داروهای ضد فشار خون به‌طور قابل توجهی با سواد سلامت مرتبط است[۳۱].

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌دار بین سواد سلامت با متغیرهای تحصیلات و درآمد وجود داشت به‌طوری که میانگین نمره سواد سلامت به‌طور معنی‌دار در بین افراد بی سواد کمتر از سایر سطوح تحصیلی بود و سواد سلامت در افراد با درآمد کافی بالاتر و در افراد با درآمد ناکافی پایین بود. نتایج مطالعه طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران با هدف بررسی سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل موثر بر آن نشان داده اند که سواد سلامت در افراد با تحصیلات پایین و افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف پایین است که همسو با نتایج مطالعه حاضر است [۳۲]. در مطالعه اثنی عشری و همکاران نیز بین میزان تحصیلات و سطح سواد سلامت ارتباط مستقیم وجود داشت[۳۳]. نتایج مطالعهFleary و همکاران با هدف بررسی تفاوت های اجتماعی در سواد سلامت در ایالات متحده نشان داد ارتباط معنی دار بین سواد سلامت و درآمد وجود دارد[۳۴]. در پژوهش مروری نظام مند ارزیابی سواد سلامت انجام شده توسط آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی گزارش شده که پایین بودن سواد سلامت ناکافی مشکل بزرگی در ایالات متحده بوده است. در این گزارش آمده است که سال‌های تحصیل نقش یک پیش‌بینی کننده قوی را برای سواد سلامت داشت و افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم سواد سلامت ناکافی داشته اند[۳۵]. نتایج مطالعه Van Der Heide و همکاران نشان داد که افراد با سطح تحصیلات پایین نه تنها از سلامت کمتری برخوردار بودند، بلکه توانایی کمتری برای مقابله با بیماری‌های مزمن داشتند،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.8.5]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.639]

دانش کمتری در مورد سلامتی داشتند و در خواندن و درک اطلاعات بسته‌های دارو یا فرم‌های بیمارستانی مشکل داشتند[۳۶]. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر توجه بیشتر از سوی مدیران و برنامه ریزان بهداشتی و بررسی و اجرای راهکارهای مناسب به منظور افزایش سواد سلامت در افراد بی سواد و افراد با وضعیت اقتصادی نامطلوب، ضروری به نظر می‌رسد.

در مطالعه حاضر افرادی که به طور مرتب تحت نظر پزشک قرار داشتند، دارای نمره سواد سلامت بالاتری نسبت به افرادی بودند که برای بیماری پرفشاری خون تحت نظر پزشک قرار نداشتند. مطالعه درویش پور و همکاران نشان داد ارتباط معنا دار بین سواد سلامت با کنترل و تحت نظر بودن پزشک وجود دارد و بیماران با سواد سلامت بالا در کنترل و درمان بیماری پرفشاری خون موفق تر هستند[۲۶]. مطالعه رحمتی و همکاران حاکی از آن بود که با افزایش سواد سلامت، تبعیت از رژیم درمانی افزایش می یابد[۱۴]. نتایج مطالعه دیگری نشان داد که اندازه گیری فشار خون و مصرف منظم داروهای ضد فشار خون به‌طور قابل توجهی با سواد سلامت مرتبط است[۳۱]. به نظر می‌رسد افراد دارای سواد سلامت بالاتر از اهمیت کنترل بیماری، آگاهی بیشتری دارند. مطالعات نشان داده اند که احتمال آنکه افراد، اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده توسط متخصصان سلامت را به خوبی درک کرده و به درستی به دستورات داده شده عمل کنند در کسانی که سطح سواد سلامت بالاتری دارند، بیشتر است [۳۳]. نتایج مطالعات فوق و یافته‌های مطالعه حاضر، ضرورت بررسی و اجرای راهکارهای مناسب در جهت افزایش سواد سلامت و فواید ناشی از آن را به منظور پیگیری ویزیت های پزشکی و بهداشتی توسط مبتلایان به پرفشاری خون، مطرح می نماید. براساس یافته های مطالعه حاضر مبنی بر وضعیت نامطلوب سواد سلامت در مبتلایان به پرفشاری خون، توجه بیشتر از سوی سیاست‌گذاران، مدیران و برنامه ریزان بهداشتی برای بررسی، برنامه ریزی و اجرای راهکارهای مناسب به منظور افزایش سواد سلامت در این بیماران، ضروری است. همچنین طراحی و اجرای انواع مداخلات آموزشی در ارتباط با ارتقای سطح سواد سلامت در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و انجام تحقیقات وسیع-تر در زمینه تدوین مداخلات جامعه محور جهت ارتقای سواد سلامت در مبتلایان به بیماری‌های مزمن پیشنهاد می گردد. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر تعداد و نوع داروهای مصرفی و میانگین فشار خون بیماران، وجود بیماری‌های قلبی یا مغزی عروقی بررسی نشد، پیشنهاد می شود ارتباط این متغیرها با سواد سلامت در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد. همچنین توصیه می شود در مطالعات بعدی از ابزارهای اختصاصی سنجش سواد سلامت در بیماران مبتلا به پرفشاری خون استفاده شود. مشکلات مربوط به خودگزارشی از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر به دلیل استفاده از پرسشنامه بود.

سهم نویسندگان

سمیرا وظیفه: مشارکت در نگارش طرح نامه، جمع آوری داده ها، مشارکت در تهیه و تدوین مقاله

نسرین جعفری ورجوشانی: مشارکت در نگارش طرح نامه، مشارکت در تدوین مقاله

سودابه مهدی زاده: مدیریت و مشارکت در نگارش طرح نامه، مشارکت در تهیه و تدوین مقاله

فرزانه احمدی: مشارکت در نگارش طرح نامه، تحلیل آماری

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی زنجان بود. بدین وسیله نویسندگان از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان سپاس‌گزاری می نمایند.

منابع

1. Saatchi M, Panahi MH, Mozafari AA, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V, Naieni KH. Health literacy and its associated factors: a population-based study, Hormuz Island. Iranian Journal of Epidemiology 2017;13:136-144 [Persian]

2. Frisch AL, Camerini L, Diviani N, Schulz PJ. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains?. Health Promotion International 2012;1;27:117-26

3.Who D. Health literacy. [cited 2022 Mar 6]. Available from: https://www.who.int/

4.Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, Kripalani S, Elasy TA, Rothman RL, et al. Health literacy explains racial disparities in diabetes medication adherence. Journal of Health Communication 2011;16:268-78

5.Tsai T-I, Lee S-YD, Tsai Y-W, Kuo KN. Methodology and validation of health literacy scale

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.8.5]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.639]

development in Taiwan. Journal of Health Communication 2010;16:50-61
6.Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health 2015;25:1053-8
7.Mahmoud Tavousi, AliasgharHaeri Mehrizi, shahram Rafiefar, Atoosa Solimanian, Fateme Sarbandi, Mona Ardestani, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. Payesh (Health Monitor) 2016;15:95-102[Persian]
8. Costa VRS, Costa P, Nakano EY, Apolinário D, Santana ANC. Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. Revista Brasileira De Enfermagem 2019;72:266-73
9. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Nature Reviews Nephrology 2020;16:223-37
10.Franklin SS, Larson MG, Khan SA, Wong ND, Leip EP, Kannel WB, et al. Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging? The Framingham Heart Study. Circulation 2001;103:1245-9
11.Lloyd-Jones DM, Evans JC, Levy D. Hypertension in adults across the age spectrum: current outcomes and control in the community. The Journal of The American Medical Association 2005;294:466-72
12. Gangi S, Peyman N, Meysami bonab S, Esmaily H. Investigating the effect of self-care training on the quality of life and health literacy of patients with hypertension. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2018;60:792-803[Persian]
13. Mohammadpour M, Zarifinezhad E, Armand R. A Study of Correlation between Applied Health Literacy and Self-Care Behaviors in Hypertensive Patients of Gachsaran City, 2016. Qom University Medical Sciences Journal 2018; 12:55-65[Persian]
14. Rahmati M, Rejeh N, Heravi Karimooi M, Tadrisi SD. Investigating the relationship between health literacy and adherence with treatment regimen in the elderly with hypertension. Iranian Journal of Nursing Research 2019;13:15-22[Persian]
15. .Lippi G, Wong J, Henry BM. Hypertension and its severity or mortality in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): a pooled analysis. Polish Archives of Internal Medicine 2020;130:304-9
16. Kim MT, Song H-J, Han H-R, Song Y, Nam S, Nguyen TH, et al. Development and validation of the high blood pressure-focused health literacy scale. Patient Education and Counseling 2012;87:165-70
17. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. 1st Edition, National Academies Press: Washington, 2004
18. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC Family Practice 2012;13:1-12
19. Ganiyu AB, Mabuza LH, Malete NH, Govender I, Ogunbanjo GA. Non-adherence to diet and exercise recommendations amongst patients with type 2 diabetes mellitus attending Extension II Clinic in Botswana. African Journal of Primary Health Care and Family Medicine 2013;5:1-6
20. Shrestha A, Singh SB, Khanal VK, Bhattarai S, Maskey R, Pokharel PK. Health literacy and knowledge of chronic diseases in Nepal. HLRP: Health Literacy Research and Practice 2018;2:e221-e30
21.Fathi k, Shirmardi S, Shiralinia K. Predicting Preventive Covid-19 Disease Behaviors Based on Health Literacy With the Mediating Role of Media and Social Responsibility in Adults Living in Ahvaz. Jundishapur Scientific Medical Journal 2021;20:390-9[Persian]
22. Montazeri AL, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. Payesh (Health Monitor) 2014:13:589-99 [Persian]
23. Chajaee F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. Electronic Physician 2018;10:6470
24. Barati M, Bayat F, Asadi ZA, Moshir FA, Afshari M. Relationship between health literacy and self-care behaviors in hypertensive patients. Journal of Education and Community Health 2020;7:89-96[Persian]
25. Heizomi H, Iraji Z, Vaezi R, Bhalla D, Morisky DE, Nadrian H. Gender differences in the associations between health literacy and medication adherence in hypertension: a population-based survey in Heris County, Iran. Vascular Health and Risk Management 2020;16:157[Persian]
26. Darvishpour J, Omidi S, Farmanbar R. The relationship between health literacy and hypertension treatment control and follow-up. Caspian Journal of Health Research 2016;2:1-8[Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.8.5]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.639]

27. Kilic HF, Dag S. The relationship between health literacy and medication adherence in a hypertensive patient population. International Journal of Caring Sciences 2020;13:101-107
28. Warren-Findlow J, Hutchison J, Patel P, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Assessing health literacy of hypertensive patients in a primary care setting using a self-administered questionnaire. Journal of Health Care for The Poor and Underserved 2014;25:1833-43
29. National Health Education Standards: Model Guidance for Curriculum and Instruction (3Th Edition) 2022. available from: www.schoolhealtheducation.org
30. Shibuya A, Inoue R, Ohkubo T, Takeda Y, Teshima T, Imai Y, et al. The relation between health literacy, hypertension knowledge, and blood pressure among middle-aged Japanese adults. Blood Pressure Monitoring 2011;16:224-30
31. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R, et al. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. Internal and Emergency Medicine 2017;12:765-76
32. Tehrani Banihashemi S-A, Haghdoost AA, Amirkhani MA, Alavian S-M, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. Strides In Development of Medical Education 2007;4:1-9[Persian]
33. Esna Ashari F, Pirdehghan A, Rajabi F, Sayarifard A, Ghadirian L, Rostami N, et al. The Study of Health Literacy of Staff about Risk Factors of Chronic Diseases in 2014. Avicenna Journal of Clinical Medicine 2015;22:248-54
34. Fleary SA, Ettienne R. Social disparities in health literacy in the United States. HLRP: Health Literacy Research and Practice 2019;3:e47-e52
35. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? Journal of Health Communication 2010;15:9-19
36. Van Der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. Journal of Health Communication 2013;18:172-84

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.8.5]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.639]