J Crit Care Nurs. 2021 August;14(3)

Published online 2021

Research Article

The Relationship Between Health Literacy and Illness Belief in Patients with Heart Failure

Parisa Bozorgzad[1], Tahmineh Salehi[1], Leila Janani[1], Parvaneh Haddadi[1*]

*1. Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

**Corresponding author: Parvaneh Haddadi, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran. E-mail: parvanehaddadi@yahoo.com*

Abstract

Background & Aims: The chronic and complex nature of heart failure has led to raise the need for self-care as the core of care and treatment of the patients. Health literacy and illness belief are factors may affect self-care and the way they can cope with the disease. This study was conducted to determine the association, if any, of health literacy and illness beliefs among patients with heart failure.

Methods: This study is a descriptive-correlational performed on 133 patients with heart failure hospitalized in Cardiac Care Unit in Karaj. They were selected by the convenience sampling method. Data collection method included a demographic questionnaire, the Iranian Health Literacy Questionnaire (Montazeri 2013) and the illness belief (Albert 2007) in heart failure.

Results: The total mean score of the health literacy was 73.01 (±13.08) and the total mean score of the correct belief illness was 3.07 (±0.45). There was no significant association of health literacy with illness belief (r=0.130 and P=0.137).

Conclusion: More than a quarter of the patients had inadequate health literacy, and more than 40 percent had incorrect beliefs about heart failure. Therefore, to improve health behaviors, it is necessary not only to promote health literacy, but also to consider incorrect illness beliefs.

***Keywords**: Health Literacy, ILLNESS Belief, Heart Failure*

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
دوره ۱٤، شماره ۳، ۱٤۰۰
صفحات: ۵۰-٤۰

ارتباط سواد سلامت و باور بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

پریسا بزرگ زاد[۱]، تهمینه صالحی[۱]، لیلا جانانی[۱]، پروانه حدادی[۱*]

*۱. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نویسنده مسوول: پروانه حدادی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. ایمیل: parvanehaddadi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: ماهیت مزمن و پیچیده بیماری نارسایی قلبی موجب شده تا نیاز به خود مراقبتی به عنوان هسته اصلی مراقبت و درمان این بیماران مطرح باشد. سواد سلامت و باور بیماری از فاکتورهای مؤثر بر خود مراقبتی هستند و بر نحوه برخورد بیماران با بیماری تأثیر گذارند. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت و باور بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام شده‌است.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی، از نوع توصیفی- همبستگی است و با مشارکت ۱۳۳ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستانی در کرج انجام شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان (منتظری ۱۳۹۲) و باور بیماری (Albert 2007) در نارسایی قلب جمع‌آوری شدند.

یافته‌ها: سواد سلامت با میانگین (۱۳/۰۸±)۷۳/۰۱ در سطح کافی و نمره باور بیماری نارسایی قلبی با میانگین (۰/۴۵±)۳/۰۷ صحیح بود. ارتباط معناداری بین سواد سلامت و باور بیماری وجود نداشت (r=۰/۱۳۰ و P=۰/۱۳۷).

نتیجه‌گیری: بیش از یک چهارم واحدهای پژوهش سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی و بیش از ۴۰ درصد نیز باور ناصحیح در مورد نارسایی قلبی داشتند و ارتباط معناداری بین سواد سلامت و باور بیماری وجود نداشت. بنابراین لازم است به منظور بهبود رفتارهای بهداشتی، نه تنها به ارتقاء سواد سلامت توجه کرد بلکه باید اصلاح باورهای ناصحیح را نیز مد نظر قرار داد.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، باور بیماری، نارسایی قلبی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]

مقدمه

نارسایی قلبی یک بیماری رایج، پیش‌رونده و مزمن است که با مرگ و میر، کیفیت زندگی پایین و بستری شدن‌های مکرر همراه است. از طرفی به دلیل بروز عوارض متعدد، هزینه‌های بهداشتی بالایی نیز دارد[۱]. در ایالات متحده آمریکا نارسایی قلبی بیشتر از ۶/۲ میلیون نفر در سال را درگیر می‌کند و سالانه ۳۰/۷ بیلیون دلار هزینه در بر دارد[۲]. امروزه به دلیل صنعتی شدن جوامع، افزایش سن و بروز بیماری‌هایی مثل دیابت و فشار خون؛ شیوع نارسایی قلبی و در نتیجه، هزینه‌های درمانی آن رو به افزایش است[۳]. از این‌رو برای سازمان‌های مراقبتی درمان مؤثر، دقیق و کارآمد این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و از اهداف اصلی پروژه‌های تحقیقاتی است[۴]. چرا که با ارایه درمان مناسب و راهکار مطلوب می‌توان تا پنجاه درصد از بستری مجدد بیماران پیشگیری کرد[۵]. در این میان نقص خود مراقبتی، به گواه مطالعات متعدد، یکی از مهمترین دلایل بستری شدن‌های مکرر این بیماران است که در حیطه پرستاری، قرار دارد[۶،۷] و یکی از موانع جدی در خود مراقبتی مناسب بیماران نارسایی قلبی، سطح سواد سلامت ناکافی آنان است[۷] سواد سلامت به صورت ظرفیت و توانایی فرد برای دریافت، تفسیر و نیز درک اطلاعات پایه بهداشتی تعریف شده، و برای شرکت در مدیریت سلامت لازم است. این مفهوم شامل به کارگیری مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه تحلیل و تصمیم‌گیری در موقعیت‌های سلامتی است[۸] نتایج مطالعات نشان داده است افزایش شیوع بیماری‌های مزمن مانند نارسایی قلبی با سطح سواد سلامت پایین مرتبط است و به همین دلیل ارتقاء سطح سواد سلامت در پیشگیری و درمان و کاهش هزینه‌های این بیماران تأثیر به سزایی دارد[۹] همچنین سواد سلامت نقش مهمی در پیامد مداخلات پزشکی دارد. از این‌رو ارزیابی آن برای ارایه برنامه‌های آموزشی مناسب و مدیریت شرایط پیچیده‌ای مثل نارسایی قلبی ضروری است[۶،۱۰،۱۱] رییسی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، بین سواد سلامت و خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت ارتباط وجود دارد و توصیه کردند برای اثربخشی بیشتر آموزش‌ها باید سواد سلامت ارزشیابی و اطلاعات متناسب با آن به بیماران ارایه شود[۱۲]. پس از آن نیز در مطالعات متعدد ارتباط بین سواد سلامت و خودمراقبتی مثبت گزارش شد[۸،۱۳].

با وجود اهمیت سواد سلامت در حوزه خودمراقبتی، این مفهوم به عنوان تنها عامل مؤثر در خود مراقبتی مطرح نیست و در کنار دیگر عوامل می‌تواند بر ارتقاء خود مراقبتی تأثیرگذار باشد[۱۴]، باور بیماری از جمله این عوامل است[۶]. باور بیماری تمام جنبه‌های پیگیری، درمان و خود مراقبتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر اساس آن می‌توان رفتارهای سلامتی افراد را پیش‌بینی کرد[۸،۱۵]. مطالعات نشان می‌دهند، در بیشتر موارد بیماران برای توضیح بسیاری از جنبه‌های بیماری و درمان، از باورهای غیرعلمی استفاده کرده و برای تصمیم‌گیری در مورد سلامتی بر باورهای نادرست تکیه می‌کنند[۱۶]. این در حالی است که باور صحیح بیماری می‌تواند؛ درد و رنج بیمار را کاهش داده و علاوه بر آن حتی می‌تواند باعث بهبودی بیمار شود[۱۷] به علاوه ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی با تطبیق مداخلات درمانی با باور بیماری می‌توانند باعث بهبود رفتارهای سلامتی و در نتیجه کاهش مرگ و میر در بیماران مبتلا به نارسایی قلب شوند[۱]. سواد سلامت و باور بیماری دو فاکتور بالقوه و پر اهمیت در مدیریت موفق رفتارهای خود مراقبتی در بیماری‌های مزمن هستند[۱۸]. با توجه به اهمیت مفهوم سواد سلامت و نقش کلیدی آن در خود مراقبتی، مطالعات بسیاری در زمینه عوامل مؤثر بر ارتقاء سواد سلامت انجام شده‌است، نتایج به دست آمده از این مطالعات مؤید تأثیر دیدگاه‌ها و عادات شخصی و اعتقادات بیماران بر سطح سواد سلامت آنهاست[۱۹،۲۰] Roh و همکاران (۲۰۱۸) نیز بر نقش عوامل فرهنگی در باور سلامت تأکید کردند و خاطر نشان می‌کنند که لازم است در انجام اقدامات پیشگیرانه، باور بیماران مورد توجه قرار گیرند[۲۱]. مطالعات دیگر نیز ارتباط سواد سلامت و باور بیماری را نشان داده‌است. در مطالعه Kale و همکاران (۲۰۱۵) سواد سلامت با باور بیماری ارتباط داشت و عامل پیش‌بینی‌کننده در افزایش تبعیت از درمان بود [۸]. همچنین در مطالعه Kumar و همکاران (۲۰۱۷) سواد سلامت پایین در بیماران نارسایی قلبی شایع بود و با باور بیماری ارتباط داشت[۶]. در مطالعه Aujla و همکاران (۲۰۱۸) باور بیماری با پیش‌بینی بهبودی بعد از سکته مغزی و خلق و خوی بیماران مرتبط بود[۲۲].

با وجود اینکه در مطالعات نقش باور بیماری بر رفتارهای مراقبتی مثبت گزارش شده با این حال، هنوز هم بسیاری از مداخلات آموزشی در مراکز درمانی با باور بیماری متناسب

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]

نیستند[۸] چرا که در مداخلات درمانی باید باورهای نادرست بیماران نیز مورد توجه باشند و صرفاً به آموزش اطلاعات پرداخته نشود[۱۸]، از این‌رو لازم است کلیه کارکنان بهداشتی در همه رده‌ها در این زمینه آگاه باشند و هنگام طراحی و توسعه سیاست‌ها و راه حل‌های درمانی این موضوعات را مد نظر قرار دهند[۲۳].

شناخت دو مفهوم سواد سلامت و باور بیماری می‌تواند نقش به سزایی در چگونگی آموزش و ارائه مراقبت به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی داشته باشد. تمرکز بر مفهوم سواد سلامت در مطالعات متعددی که بر بیماری‌های گوناگون انجام شده است، نشان دهنده اهمیت این موضوع است. از طرفی به نظر می‌رسد شناخت عوامل مرتبط با سواد مانند باور بیماری می‌تواند دانش ما را در این مورد افزایش دهد. با توجه به این که باورها با فاکتورهای فرهنگی در ارتباط هستند و بسترهای متفاوت مراقبتی با شرایط مختلف نتایج متفاوتی را رقم می‌زنند؛ و با توجه به اینکه مطالعه مشابهی در ایران یافت نشد، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت و باور بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلب طراحی و اجرا شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- همبستگی بود که با ۱۳۳ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های CCU و داخلی قلب بیمارستان‌های رجایی و کمالی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز در سال ۱۳۹۹ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه سن بالای ۱۸ سال، ابتلا تأیید شده به نارسایی قلبی توسط پزشک معالج و درج در پرونده بستری، با سواد بودن (در حد توانایی خواندن و نوشتن)، عدم وجود مشکل شنوایی، بینایی، گفتاری، روانی و زوال عقل بر اساس خود اظهاری و عضو نبودن در تیم بهداشتی درمانی بود. برای تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر:

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} S^2}{d^2}$$

و با توجه به یافته‌های Kumar و همکاران (۲۰۱۷) و گزارش همبستگی ۰/۲۵، با فرض حداقل همبستگی خطی ۰/۲۵ بین سواد سلامت و باور بیماری و با در نظر گرفتن سطح احتمال خطای نوع اول پنج درصد و سطح احتمال خطای نوع دوم ۲۰ درصد، تعداد نمونه بر اساس فرمول همبستگی خطی بین دو متغیر کمی برابر ۱۲۳ نفر بدست آمد که با فرض ده درصد ریزش در نهایت تعداد نمونه‌ها ۱۳۶ نفر تعیین شد.

نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت مستمر طی دو ماه تا رسیدن به حد نصاب تعیین شده، انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل دو پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان و باور بیماری نارسایی قلب بود. پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان (Health Literacy for Iranian Adults) که توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۲) طراحی شده و شامل ۳۳ سؤال و پنج بُعد (مهارت خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت)است. نمره کل پرسشنامه به صورت رتبه بندی از مجموع خرده سنجش‌ها به دست می‌آید؛ نمره (صفر-۵۰) سواد ناکافی، (۵۰/۱ -۶۶) سواد نه چندان کافی، (۶۶/۱ - ۸۴) سواد کافی و (۸۴/۱ -۱۰۰) سواد عالی را نشان می‌دهد. پایایی این ابزار توسط طراحان با آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ تأیید شده‌است [۲۴]. پرسشنامه باور بیماری در نارسایی قلبی (Illness Belief In Heart Failure) که اولین بار توسط Albert و همکاران (۲۰۰۷) براساس مدل باور بهداشتی طراحی و استاندارد گردید. این پرسشنامه دارای چهارده گویه است، که هفت گویه باور صحیح و هفت گویه باور ناصحیح را در چهار بُعد ماهیت، مدت زمان، پیامد و کنترل و درمان بیماری مورد بررسی قرار می‌دهد. هر سؤال با مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف پاسخ داده می‌شود و نمره‌دهی در باورهای ناصحیح به روش معکوس است. میانگین نمره سه و بالاتر از مجموع سؤالات نشان دهنده باور صحیح و نمره کمتر از سه نشان دهنده باور ناصحیح است[۲۵].

در مطالعه Ostermiller (2014) با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۳ پایایی این پرسشنامه تأیید شد[۱]. این ابزار برای اولین بار در مطالعه حاضر استفاده شده‌است. به همین منظور جهت تهیه نسخه فارسی ابتدا ترجمه پرسشنامه به روش ترجمه- بازترجمه توسط دو مترجم مسلط به زبان انگلیسی به صورت جداگانه انجام و سپس توسط تیم تحقیق نکات مبهم تصحیح شد. سپس جهت بررسی محتوا، هر دو نسخه فارسی و انگلیسی در اختیار پنج نفر از اعضاء هیئت علمی دانشگاه قرار گرفته و نظرات اصلاحی ایشان جمع‌آوری و در ترجمه اعمال شد و مجدداً با مشورت تیم تحقیق نسخه نهایی آماده شد. بدین ترتیب روایی محتوای ابزار تأیید شد. جهت تعیین پایایی، پرسشنامه در اختیار ۷۰ نفر از بیماران (که جزء نمونه‌های تحقیق نبودند) قرار گرفته و پایایی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]

درونی ابزار از طریق سنجش آلفای کرونباخ بررسی شد. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این ابزار ۰/۷۵ به دست آمد و بدین ترتیب پایایی ابزار تأیید شد. به دلیل همزمانی با همه‌گیری بیماری COVID-19 امکان آزمون– باز آزمون و ارزیابی قابلیت تکرار وجود نداشت. در نهایت داده‌ها به وسیله نرم افزار $SPPS_{22}$ و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل، آنوا و رگرسیون خطی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمامی آزمون‌ها احتمال خطای نوع اول پنج درصد در نظر گرفته شد. پژوهشگر پس از کسب کد اخلاق IR.IUMS.REC.1398.733 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران و سپس ارایه معرفی‌نامه به معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، مجوزهای لازم برای اجرای مطالعه را اخذ نمود و نمونه‌گیری پس از کسب رضایت کتبی و آگاهانه از واحدهای پژوهش و توضیح اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات به آنها انجام شد. تمام مراحل انتخاب نمونه‌ها، جمع‌آوری و ثبت اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس رعایت صداقت انجام شد.

یافته‌ها

هنگام بررسی داده‌ها سه پرسشنامه به دلیل تکمیل نبودن اطلاعات کنار گذاشته شد و در مجموع ۱۳۳ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی وارد مطالعه شدند.

میانگین و انحراف معیار سن واحدهای مورد پژوهش (۱۰/۴۰) ۵۹/۳۴ سال بود. اکثر نمونه‌ها (۵۳/۴ درصد) مرد و (۸۵/۷) متأهل بودند و (۴۵/۹ درصد) بالای ۶۰ سال سن داشتند. سطح تحصیلات اکثر بیماران پایین‌تر از دیپلم بود. تقریباً نیمی از آنها کمتر از پنج سال و نیمی بیشتر از پنج سال بود که به بیماری قلبی مبتلا شدند. پزشکان و کارکنان بهداشتی (۹۱ درصد) و پس از آن رادیو و تلویزیون (۸۵ درصد) مهمترین منبع کسب اطلاعات سلامت بودند (جدول یک).

میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (۱۳/۰۸ درصد) ۷۳/۰۱ بود. در بُعد خواندن کمتر از نیمی ۴۸/۹ در صد از مهارت کافی برخوردار بودند و ۲۴/۱ درصد مهارت نه چندان کافی و ناکافی داشتند، در بُعد دسترسی ۴۱/۴ درصد مهارت کافی و ۴۲/۱ درصد مهارت ناکافی و نه چندان کافی داشتند. در بُعد فهم و درک ۵۹/۴ درصد دارای مهارت عالی و تنها ۱۰/۵درصد مهارت ناکافی و نه چندان کافی داشتند. در بُعد ارزیابی۵۳/۴ درصد مهارت ناکافی و نه چندان کافی و ۴۶/۶ درصد مهارت کافی و عالی داشتند.

در بُعد تصمیم‌گیری (۴۸/۹ درصد) مهارت کافی و ۳۰/۱ درصد نیز مهارت ناکافی و نه چندان کافی داشتند. در کل بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۵۵/۶ درصد) از سطح سواد سلامت کافی برخوردار بودند. (جدول دو)

میانگین و انحراف معیار نمره باور بیماری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (۰/۴۵)۳/۰۷ بود. (۶۱/۷ درصد) در بُعد کنترل، (۷۱/۴ درصد)در بُعد مدت زمان، (۴۲/۹ در صد) در بُعد ماهیت و (۶۰/۲ درصد) در بُعد پیامد بیماری باور صحیح داشتند. در کل (۵۸/۶ درصد) واحدهای مورد پژوهش باور بیماری صحیح در مورد نارسایی قلبی داشتند (جدول سه).

نتایج آزمون آنووا، Post Hoc Multiple Comparisons و آزمون‌های تعقیبی نشان داد بین سواد سلامت با سن، سطح تحصیلات و مدت ابتلا به بیماری، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ارتباط آماری معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود دارد ($P>0/001$). اما با سایر متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت ($P<0/05$).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد بین باور بیماری و جنسیت بیماران ارتباط آماری وجود دارد ($P=0/044$). به این معنا که زنان نسبت به مردان باور صحیح‌تری در مورد بیماری دارند ولی باور بیماری با سایر متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط آماری معناداری نداشت ($P<0/05$). ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با سواد سلامت و باور بیماری در جدول شماره چهار مشخص شده‌است.

ارتباط سواد سلامت و باور بیماری با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد. نتایج نشان داد بین سواد سلامت و باور بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ارتباط آماری معنادار وجود ندارد ($P=0/137$ و $r=0/130$).

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]

جدول یک: توزیع فراوانی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان بر حسب مشخصات جمعیت شناسی

متغیر		تعداد	فراوانی (درصد)
سن(سال)	<۵۰	۱۹	۱۴/۳
	۵۰-۶۰	۵۳	۳۹/۸
	>۶۰	۶۱	۴۵/۹
	انحراف معیار(میانگین)	۵۹/۳۴(۱۰/۴۰)	
	بیشینه- کمینه	۱۸-۸۲	
جنسیت	زن	۶۲	۴۶/۶
	مرد	۷۱	۵۳/۴
میزان تحصیلات(سال)	<۹	۶۶	۴۹/۶
	۹-۱۲	۵۸	۴۳/۶
	>۱۲	۹	۶/۸
	انحراف معیار (میانگین)	۸/۴۵(۳/۶۸)	
	بیشینه- کمینه	۲-۱۶	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۱۴	۸۵/۷
	مجرد	۱۹	۱۴/۳
دریافت مطالب مربوط به سلامت و بیماری (در پاسخ مجاز به انتخاب بیش از یک گزینه بودند)	پرسیدن از پزشک و کارکنان بهداشتی و درمانی	۱۲۱	۹۱
	اینترنت	۶۴	۴۸/۱
	تلفن گویا	۰	۰
	رادیو و تلوزیون	۱۱۳	۸۵
	روزنامه، نشریه و مجله	۵	۳/۸
	پرسیدن از دوستان و آشنایان	۸۲	۶۱/۷
	کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی	۳۴	۲۵/۶
	شبکه‌های ماهواره‌ای	۱۴	۱۰/۵
مدت ابتلا به بیماری (سال)	<۵	۶۸	۵۱/۱
	۵-۱۰	۵۱	۳۸/۳
	>۱۰	۱۴	۱۰/۵
	انحراف معیار (میانگین)	۵/۵۳(۴/۵۸)	
	بیشینه- کمینه	۱-۳۰	
میزان کسر تخلیه‌ای	<۳۰	۳۵	۲۶/۳
	۳۰-۳۵	۲۶	۱۹/۵
	>۳۵	۷۲	۵۴/۱
	انحراف معیار (میانگین)	۳۲/۲۷(۷/۸۹)	
	بیشینه - کمینه	۱۵-۵۰	

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد بین سواد سلامت و باور بیماری ارتباط معناداری وجود ندارد و بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از سطح سواد سلامت کافی برخوردار هستند. در همین راستا، صدقی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای که روی بیماران MS (Multiple Sclerosis) انجام دادند، سواد سلامت این بیماران را در سطح کافی گزارش کردند[۲۶].

ماهیت مزمن بیماری‌ها موجب شده بیماران به دنبال یافتن اطلاعات و ارتقاء سطح دانش خود باشند. بر خلاف مطالعه‌ی حاضر، مرزنگی و همکاران (۲۰۱۸) و Kumar و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود نشان دادند بیماران مبتلا به نارسایی قلبی سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند[۶،۹]. تفاوت در یافته‌های این پژوهش‌ها با پژوهش حاضر می‌تواند به دلیل تفاوت در جامعه مورد مطالعه، ابزار جمع‌آوری اطلاعات و تفاوت‌های فرهنگی و قومیتی باشد.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]

در مطالعه حاضر، بُعد خواندن، دسترسی و تصمیم‌گیری در سطح مطلوب قرار داشتند و واحدهای پژوهش مهارت کافی در خواندن و دسترسی مطلوب به اطلاعات سلامت داشتند. همسو با این یافته‌ها مطالعات صدقی و همکاران (۲۰۱۹) و مطالعه Wong و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند واحدهای مورد پژوهش در بُعد خواندن مهارت کافی دارند[۲۶،۲۷] و نتایج پژوهش اسدنیا و همکاران (۲۰۱۷) دسترسی به اطلاعات سلامت در مراجعین به درمانگاه شهر دیر و بُعد تصمیم‌گیری را در سطح مطلوب ارزیابی کردند[۲۸]. ولی بر خلاف این یافته‌ها در مطالعه شیخ شرفی و همکاران (۲۰۱۷) بیماران در بُعد خواندن مهارت ناکافی داشتند[۱۳] و در پژوهش افشاری و همکاران (۲۰۱۴) سطح دسترسی بزرگسالان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر تویسرکان به اطلاعات سلامت در حد متوسط گزارش شد[۲۹].

جدول دو: سطح سواد سلامت و ابعاد آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان

ابعاد سواد سلامت	(انحراف معیار) میانگین	ناکافی فراوانی (درصد)	نه چندان کافی فراوانی (درصد)	کافی فراوانی (درصد)	عالی فراوانی (درصد)
خواندن	۷۴/۵۷(۱۸/۰۷)	۱۵(۱۱/۲)	۱۷(۱۲/۸)	۶۵(۴۸/۹)	۳۶(۲۷/۱)
دسترسی	۶۷/۵۷(۱۹/۲۰)	۳۱(۲۳/۳)	۲۵(۱۸/۸)	۵۵(۴۱/۴)	۲۲(۱۶/۵)
فهم و درک	۸۴/۲۳(۱۴/۳۸)	۵(۳/۸)	۹(۶/۸)	۴۰(۳۰/۱)	۷۹(۵۹/۳)
ارزیابی	۶۵/۸۳(۱۷/۲۸)	۲۸(۲۱/۱)	۴۳(۳۲/۳)	۵۱(۳۸/۳)	۱۱(۸/۳)
تصمیم‌گیری	۷۲/۸۳(۱۳/۱۸)	۶(۴/۵)	۳۴(۲۵/۵)	۶۵(۴۸/۹)	۲۸(۲۱/۱)
سواد سلامت کلی	۷۳/۰۱(۱۳/۰۸)	۱۰(۷/۵)	۲۵(۱۸/۸)	۷۴(۵۵/۷)	۲۴(۱۸)

با این وجود مطالعه طاووسی و همکاران نشان داد مهارت دسترسی به اطلاعات سلامت در مردم ایران در سطح مطلوبی نیست[۳۰] و شیخ شرفی و همکاران (۲۰۱۷) نیز یافته‌ها را در بُعد تصمیم‌گیری در سطح ناکافی برآورد کردند[۱۳]. باتوجه به این که پزشکان و کارکنان بهداشتی و رادیو و تلویزیون بالاترین منبع کسب اطلاعات سلامت در بین واحدهای پژوهش بودند و دسترسی آسان به این منابع امکان‌پذیر بود، کسب سطح مطلوب

جدول سه: باور بیماری و ابعاد آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان

باور بیماری	(انحراف معیار) میانگین	باور ناصحیح (۳>میانگین) درصد	باور صحیح (۳<میانگین) درصد
کنترل	۲/۹۹(۰/۶۷)	۵۱(۳۸/۳)	۸۲(۶۱/۷)
مدت زمان بیماری	۳/۳۳(۰/۶۶)	۳۸(۲۸/۶)	۹۵(۷۱/۴)
ماهیت بیماری	۲/۸۳(۰/۵۳)	۷۶(۵۷/۱)	۵۷(۴۲/۹)
پیامد بیماری	۳/۱۵(۰/۴۷)	۵۳(۳۹/۸)	۸۰(۶۰/۲)
باور نارسایی قلبی	۳/۰۷(۰/۴۵)	۵۵(۴۱/۴)	۷۸(۵۸/۶)

جدول چهار: ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با سواد سلامت و باور بیماری در واحدهای پژوهش

متغیرها	سواد سلامت		باور بیماری	
	P	ضریب همبستگی*	P	ضریب همبستگی*
سن	<۰/۰۰۱	-۰/۳۴۱	۰/۸۰۲	۰/۰۲۲
تحصیلات	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۷	۰/۱۷۹	۰/۱۱۷
کسر تخلیه‌ای	۰/۲۳۵	۰/۱۰۴	۰/۵۱۱	۰/۰۵۸
مدت ابتلا به بیماری	<۰/۰۰۱	-۰/۳۵۱	۰/۱۲۹	۰/۱۳۲

* ضریب همبستگی پیرسون

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]

در بُعد دسترسی را می‌توان قابل قبول دانست. از این رو به نظر می‌رسد لازم است تدوین برنامه‌های مناسب جهت آموزش و انتقال اطلاعات درمانی به بیماران و همچنین افزایش ظرفیت پاسخ گویی کارکنان بهداشتی و تیم درمان مورد توجه بیشتری قرار گیرد. همچنین نتایج نشان داد، بُعد درک و فهم در سطح عالی، قرار دارد و بیشترین نمره در این بُعد به دست آمد. مطالعه مرزنگی و همکاران (۲۰۱۸) بر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نیز نشان داد بیماران در بُعد درک و فهم بیشترین نمره را کسب کرده‌اند[۹]، اما برخلاف این یافته‌ها، در مطالعه افشاری و همکاران (۲۰۱۴) و مطالعه شیخ شرفی و همکاران (۲۰۱۷) بُعد درک و فهم در سطح ناکافی قرار داشت[۱۳،۲۹]. به نظر می‌رسد اگر اطلاعات مناسب در اختیار بیماران قرار گیرد، آنها توان فهمیدن و درک اطلاعات را خواهند داشت. از آنجا که مشکل در درک اطلاعات سلامت افراد را در معرض بیماری‌ها قرار می‌دهد لازم است توجه بیشتر به آموزش مناسب و قرار دادن اطلاعات به زبان ساده و قابل فهم برای همه بیماران در رأس فعالیت‌های آموزش سلامت قرار گیرد. مطالعات دیگر نیز بر اهمیت پرداختن به این مهم تأکید کرده‌اند[۲۸،۳۱].

در این مطالعه بیماران در بُعد ارزیابی، در سطح نه چندان کافی و مهارت متوسط قرار داشتند. همسو با این یافته‌ها مطالعه افشاری و همکاران (۲۰۱۴) و شیخ شرفی و همکاران (۲۰۱۷) بُعد ارزیابی واحدهای پژوهش‌ها را در سطح متوسط نشان دادند[۱۳،۲۹]. ولی بر خلاف این یافته‌ها مطالعات صدقی و همکاران (۲۰۱۹) و نژادحسین و همکاران (۲۰۱۸) در بُعد ارزیابی نمره کافی به دست آوردند[۲۶, ۳۱]. به نظر می‌رسد برای اینکه بیماران بتوانند مهارت کافی در ارزیابی اطلاعات سلامت داشته باشند، باید منابع اطلاعاتی قابل اعتماد در اختیار آنها باشد. با وجود افزایش دسترسی به اطلاعات، هنوز منابع مختلف و قابل اعتماد برای ارزیابی درستی اطلاعات، در اختیار بیماران نیست که ممکن است موجب ارزیابی و تصمیم گیری نادرست و در نهایت شرایط دشوارتر شود. از این رو جهت بهینه سازی آموزش سلامت باید بیماران در همه زمینه‌ها از جمله چگونگی ارزیابی اطلاعات، توانمند شوند.

نتایج این مطالعه نشان داد بین باور بیماری و سواد سلامت ارتباط معناداری آماری وجود ندارد. این یافته بر خلاف نتایج مطالعه Federman و همکاران (۲۰۱۳) در بیماران مبتلا به آسم[۱۸] و مطالعه Kumar و همکاران (۲۰۱۷) در بیماران نارسایی قلبی، است[۶].

در مطالعه Kale و همکاران (۲۰۱۵) نیز مشخص شد بیمارانی که سواد سلامت پایین‌تر داشتند کمتر باور داشتند که COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) یک بیماری مزمن است[۸]. در تبیین نتایج می‌توان بیان کرد با توجه به نقش فرهنگ در شکل‌گیری باورها و تفاوت‌های فرهنگی موجود بین واحدهای این پژوهش و مطالعات ذکر شده تفاوت‌های موجود قابل توجیه هستند. در این رابطه Roh و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند عوامل فرهنگی بر باور بیماری مؤثر هستند[۲۱]. از آنجایی که مطالعه مشابه در ایران انجام نشده‌است امکان بررسی این موضوع در بیماران با فرهنگ یکسان مهیا نبود.

در این پژوهش سواد سلامت با سن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ارتباط آماری معنادار داشت. اکثر مطالعات در این زمینه نتایج مشابهی به دست آوردند[۶،۹،۱۳]. به علاوه، سواد سلامت با سطح تحصیلات افراد ارتباط مثبت و مستقیم داشت. همسو با این یافته‌ها مطالعات زیادی سطح تحصیلات را قوی‌ترین فاکتور در سطح سواد سلامت شناخته‌اند[۶،۸]. بر خلاف این یافته‌ها مطالعه چارقچیان و همکاران (۲۰۱۷) سطح تحصیلات با سطح سواد سلامت ارتباط معناداری نداشت[۳۲]. با توجه به این که با افزایش تحصیلات میزان آگاهی افراد، دسترسی و توانایی کسب اطلاعات از منابع گوناگون و ارزیابی و به کارگیری این اطلاعات نیز افزایش می‌یابد، این موضوع درو از ذهن نیست که با افزایش تحصیلات سطح سواد سلامت نیز افزایش یابد. نتایج این مطالعه نشان داد ۵۸/۶ درصد نمونه‌ها در مورد نارسایی قلب باور صحیح داشتند. این نتایج با مطالعه میناییان و همکاران (۲۰۱۱) که بیماران، باور قوی درباره‌ی ضرورت درمان خود داشتند همسو است[۳۳]. ولی با نتایج مطالعه Kumar و همکاران (۲۰۱۷) و مطالعه Ostermiller (2014) که باور بیماری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را نادرست ارزیابی کردند، نا همسو است[۱،۶]. همچنین با مطالعه اسدی و همکاران (۲۰۱۶) که ۶۵ درصد سالمندان کرج درباره پوکی استخوان باور نادرست داشتند، ناهمسو است[۳۴]. تفاوت در نتایج می‌تواند با تفاوت در ماهیت بیماری و همچنین تفاوت در جامعه پژوهش مرتبط باشد.

همچنین بر اساس نتایج مطالعه حاضر و بررسی ارتباط باور بیماری و مشخصات جمعیت شناختی، باور بیماری تنها با جنسیت

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]

رابطه معنادار داشت، بدین معنا که زنان نسبت به مردان باور صحیح‌تری داشتند. مطالعه Ostermiller (2014) نیز این یافته را تأیید می‌کند[۱]. احتمالاً این نتایج به دلیل تفاوت دیدگاه زنان و مردان نسبت به بیماری و مسایل مربوط به آن است.

آنالیز گویه‌های پرسشنامه باور بیماری نشان داد بیماران شرکت کننده در این مطالعه باور دارند که هنگامی که علایم بیماری شدیدتر است داروها بیشتر اثر می‌کنند و همچنین بیماری با گذشت زمان بهبود می‌یابد. شاید این موضوع نیز نشأت گرفته از ماهیت بیماری باشد چرا که اکثر مبتلایان به نارسایی قلبی تجربیات مشابهی از بیماری دارند، در ابتدا ممکن است هیچ علامتی نداشته باشند و در مراحل پیشرفته بیماری با بستری شدن و دریافت داروها علایم کاهش می‌یابد. بنابراین تصور می‌کنند که بیماری قابل درمان است و داروها در زمان وجود علایم بیماری بهتر اثر می‌کنند. این باورها می‌تواند منجر به کنترل و درمان نامناسب بیماری شود و این در حالی است که با توجه به ماهیت مزمن بیماری در صورت درمان نامناسب بیماری، کیفیت زندگی بیماران به شدت کاهش می‌یابد و این امر لزوم بررسی باور بیماران و اصلاح باورهای نادرست را بیشتر نمایان می‌کند.

محدودیت‌های پژوهش، ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود که به روش خود گزارش‌دهی پر شد، بر همین اساس داده‌ها تحت تأثیر شرایط روحی و روانی نمونه‌ها در زمان پر کردن پرسشنامه بودند. برای به حداقل رساندن تورش‌ها و برداشت‌های اشتباه از سؤالات پرسشنامه، محقق تلاش کرده ترجمه‌ای روان و قابل درک از آن را در اختیار نمونه‌ها قرار دهد و در زمان‌هایی که نمونه‌ها تمایل برای صحبت و همکاری داشتند به آنها مراجعه کرده است.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه بین سواد سلامت و باور بیماری، بیماران نارسایی قلبی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. به طور کلی سواد سلامت در حد کافی و باور بیماری نیز صحیح بود. اما بیش از یک چهارم واحدهای پژوهش سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی و همچنین بیش از ۴۰ درصد نیز باور ناصحیح در مورد نارسایی قلبی داشتند. با توجه به این که بین باور بیماری و سواد سلامت ارتباطی وجود نداشت، ضرورت دارد در مداخلات درمانی، جهت ارتقاء رفتارهای خود مراقبتی نه تنها به ارتقاء سواد سلامت بلکه به اصلاح باورهای ناصحیح نیز توجه شود، تا نهایتاً به افزایش رفتارهای خود مراقبتی در بیماران و کیفیت بهتر زندگی و بستری شدن کمتر این بیماران و همچنین کاهش هزینه‌ها منجر شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بر اساس پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مراقبت پرستاری ویژه دانشگاه علوم پزشکی ایران طراحی و با حمایت معاونت محترم تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه و پس از کسب کداخلاق IR.IUMS.REC.1398.733 اجرا شد. به این وسیله محققین بر خود واجب می‌دانند از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بیمارستان‌های شهید رجایی و کمالی کرج جهت همکاری و کمک برای انجام این تحقیق و همچنین از بیماران بستری در بخش‌های داخلی قلب و CCU تقدیر و سپاسگزاری به عمل آورند.

تضاد منافع: هیچ گونه تعارض منافع وجود نداشت.

منابع

1. Ostermiller JL. The accuracy of heart failure beliefs in rural Montana and Wyoming: Montana State University (MSU); 2014. Corpus
2. Report of Centers for Disease Control and Prevention. CDC. 2019 January 8:[Available from: http://www.cdc.gov/dhdsp/data_statistics/fact_sheets/fs_heart_failure.
3. Gidding SS, Lloyd-Jones D, Lima J, Ambale-Venkatesh B, Shah SJ, Shah R, et al. Prevalence of American Heart Association Heart Failure Stages in Black and White Young and Middle-Aged Adults. Circ Heart Fail. 2019;12(9):e005730.
4. Ghods R, gorji N, moeini R, ghorbani F. Semiology and management of heart failure according to Traditional Persian Medicine views. complementary Medicine Journal. 2017;7(1):1791-804. [Persian]
5. Mansoreye N, Poursharifi H, Taban sadegi Mr, Seirafi Mr. The Correlation between Social Support and Self-care in Patients with Heart

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]

Failure: The Mediating Role of Illness Perception. Jhpm. 2017;6(5):43-50. [Persian]
6. Kumar VA, Albert NM, Medado P, Mango LM, Nutter B, Yang D, et al. Correlates of Health Literacy and Its Impact on Illness Beliefs for Emergency Department Patients With Acute Heart Failure. Crit Pathw Cardiol. 2017;16(1):27-31.
7. Farghadani Z, Taheri-Kharameh Z, Amiri-Mehra A, Ghajari H, Barati M. The relationship between health literacy and self-care behaviors among patients with heart failure. Hayat. 2018;24(2):186-96. [Persian]
8. Kale MS, Federman AD, Krauskopf K, Wolf M, O'Conor R, Martynenko M, et al. The Association of Health Literacy with Illness and Medication Beliefs among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. PLoS One. 2015;10(4).
9. Marzangi A, Ahangarzadeh Rezaei S, Ghareagaji Asl R. Health Literacy in Heart disease community that covered by Health services centers in south of West Azarbaijan Province. Nursing and Midwifery Journal. 2018;16(1):45-54. [Persian]
10. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. Health literacy index: A new tool for health literacy assessment. Hayat. 2018;24(1):1-6. [Persian]
11. Matsuoka S, Tsuchihashi-Makaya M, Kayane T, Yamada M, Wakabayashi R, Kato NP, et al. Health literacy is independently associated with self-care behavior in patients with heart failure. Patient Educ Couns. 2016;99(6):1026-32.
12. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in Patients with type 2 Diabetes. J Diabetes Meta Disord. 2016;14(3):199-208. [Persian]
13. Sheikh Sharafi H, Seyed amini B. Assessment of health literacy and self-care in heart failure patients. Journal of Health Literacy. 2017;1(4):203-19. [Persian]
14. Larki A, Tahmasebi R, Reisi M. Factors Predicting Self-Care Behaviors among Low Health Literacy Hypertensive Patients Based on Health Belief Model in Bushehr District, South of Iran. International Journal of Hypertension. 2018;2018:9752736. [Persian]
15. Glattacker M, Heyduck K, Meffert C, Jakob T. Illness Beliefs, Treatment Beliefs and Information Needs as Starting Points for Patient Information: The Evaluation of an Intervention for Patients with Depression. J Clin Psychol Med Settings. 2018;25(3):316-33.
16. Namukwaya E, Murray SA, Downing J, Leng M, Grant L. 'I think my body has become addicted to those tablets'. Chronic heart failure patients' understanding of and beliefs about their illness and its treatment: A qualitative longitudinal study from Uganda. Plos one. 2017;12(9):e0182876.
17. Bell JM, Wright LM. The Illness Beliefs Model: Advancing Practice Knowledge About Illness Beliefs, Family Healing, and Family Interventions. J Fam Nurs. 2015;21(2):179-85.
18. Federman AD, Wolf M, Sofianou A, Wilson EAH, Martynenko M, Halm EA, et al. The Association of Health Literacy with Illness and Medication Beliefs Among Older Adults with Asthma. Patient Educ couns. 2013;92(2):273-8.
19. Gupta V, Shivaprakash G, Bhattacherjee D, Udupa K, Poojar B, Sori R, et al. Association of health literacy and cognition levels with severity of adverse drug reactions in cancer patients: a South Asian experience. Int J clin pharm. 2020;42(4):1168-74.
20. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. BMC Public Health. 2020;20(1):565.
21. Roh S, Burnette CE, Lee YS, Jun JS, Lee HY, Lee KH. Breast cancer literacy and health beliefs related to breast cancer screening among American Indian women. Social work in health care. 2018;57(7):465-82.
22. Aujla N, Walker M, Sprigg N, Vedhara K. Do individual versus illness belief schema differ in the prediction of post-stroke recovery? J Health Psychol. 2018.
23. Duggan L, McCarthy S, Curtis L, Wolf M, Noone C, Higgins J, et al. Associations between health literacy and beliefs about medicines in an Irish obstetric population'. Journal of Health Communication. 2014;19:106-14.
24. Haghdoost AA, Rakhshani F, Aarabi M, Montazeri A, Tavousi M, Solimanian A, et al. Iranian Health Literacy Questionnaire (IHLQ): An Instrument for Measuring Health Literacy in Iran. Iran Red Crescent MED Journal. 2015;17(6):e25831. [Persian]
25. Albert N, Zeller R. Development and testing of the Survey of Illness Beliefs in Heart Failure tool. Prog Cardiovasc Nurs. 2007;22(2):63-71.
26. Sedghi S, ashoori mhranjani f, asadzandi s. Health Literacy among Iranian MS patients. Journal of Health Administration. 2019;22(1):78-90. [Persian]
27. Wong KK, Velasquez A, Powe NR, Tuot DS. Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. BMC nephrol. 2018;19(1):196.
28. Asadniya A, Movahediyan G, Khoshkonar M. Study of the health status of patients' health in Deir Clinic during the summer of 1395. Scientific Journal Management System. 2017;3(3):63-82. [Persian]
29. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating Adult Health Literacy in Tuyserkan City. Journal of Education and Community Health. 2014;1(2):48-55. [Persian]
30. Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]

Health literacy in Iran: findings from a national study. payesh. 2016;15(1):95-102. [Persian]
31. Nezhadhossein MR, Barati LS, Faraj S, Lolo S, Parvin S, Nejad Rasouli MA. Health Literacy of Rural and Urban Communities in Behbahan, Iran. Jh r c. 2018;4(3):1-11. [Persian]
32. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Sahebkar M, Moghzi M. Investigating health literacy in patients with type2 diabets referring to the health houses of Chenaran in 2016. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2017;9(2):183-91. [Persian]
33. Minaiyan M, Taheri M, Mirmoghtadaee P, Marasi M. Comparative Role of Demographic Factors and Patient's Belief about Prescribed Medicine on Adherence to Drug Treatment in Chronic Diseases. Journal of Isfahan Medical School. 2011;29(156). [Persian]
34. Asadi Shavaki M, salehi L. Knowledge, belief and practice among elderly about osteoporosis based on Health Belief Model in Karaj city in 2014. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2016;24(2):86-97. [Persian]

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.221/JCC.14.3.40]