

بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهرستان تویسرکان

مریم افشاری^{۱*}، سلمان خزایی^۲، معصومه بهرامی^۳، حسنی مراتی^۴

^۱ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
^۲ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
^۳ کارشناس بهداشت حرفه‌ای، مرکز بهداشت تویسرکان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
^۴ کارشناس بهداشت عمومی، مرکز بهداشت تویسرکان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۹/۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۶/۲۶

چکیده

مقدمه: سواد سلامت، ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات بهداشتی پایه موردنیاز برای تصمیم‌گیری‌های سلامتی می‌باشد. این مطالعه باهدف تعیین سطح سواد سلامت بزرگسالان شهرستان تویسرکان طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۳ با مشارکت ۲۸۵ نفر از افراد ۶۰-۲۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان تویسرکان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. جهت سنجش سواد سلامت، از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان استفاده گردید. داده‌ها با استفاده ویرایش ۱۱ نرم‌افزار Stata و با آزمون تی‌مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سن اکثریت افراد بین گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ (۵۲/۳ درصد) بود. ۵۳/۷ درصد از شرکت‌کنندگان مرد و سطح تحصیلات اغلب آنها دیپلم (۵۵/۸ درصد) و شغل غالب آنها دانشجو (۳۱/۹ درصد) بود. شرکت‌کنندگان در دسترسی به اطلاعات ضعیف (۴۲/۱ درصد)، در درک اطلاعات ضعیف (۵۴/۴ درصد)، در قضاوت و ارزیابی متوسط (۶۴/۹ درصد) و در استفاده از اطلاعات در سطح متوسط (۸۸/۸ درصد) بودند.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی سواد سلامت در افراد نامطلوب بود. این موضوع توجه بیشتر به سواد سلامت را در برنامه‌های آموزش و ارتقاء سلامت نشان می‌دهد. لازم است برای بزرگسالانی که از سواد سلامت نامطلوب برخوردارند، طی برنامه‌های جامع، رسانه‌ها و مواد آموزشی ساده و قابل‌فهم طراحی و بکار رود.

واژگان کلیدی: بزرگسال، سواد سلامت، تویسرکان

مقدمه

تصمیم‌گیری درباره بیمه و انتخاب نوع مراقبت انتخاب کنند (۲). سواد سلامت (Health Literacy) عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری مناسب ضروری می‌باشد (۳).

سواد سلامت شامل، توانایی درک دستورالعمل‌های داروهای تجویز شده، بروشورهای آموزش پزشکی، فرم‌های رضایت‌نامه،

افراد هنگام جستجوی اطلاعات سلامتی با چالش‌های متعددی مانند: افزایش شیوع و بروز بیماری‌های مزمن، پیچیدگی سیستم سلامتی، نیاز به حضور در مراقبت‌ها و افزایش اطلاعات قابل‌دسترس روبه‌رو هستند (۱). مردم باید بتوانند مسئولیت‌های جدیدی را در زمینه‌ی جستجوی اطلاعات، درک مسئولیت‌ها، سنجش و پایش سلامتی،

* نویسنده مسئول: مریم افشاری، مرکز بهداشت شهرستان تویسرکان، واحد

تغذیه و بهداشت خانواده

ایمیل: afshari_m20@yahoo.com

تلفن: ۰۸۱-۳۴۹۲۸۶۵۲

شواهد بسیار در زمینه‌ی اهمیت و نتایج سواد سلامتی ناکافی در افراد، بسیاری از پزشکان و آموزش‌دهندگان سلامتی یا از این مسئله آگاهی نداشته و یا در برخورد با بیماران، مهارت و اعتماد لازم برای رویکرد به این موضوع را ندارند. همچنین در حال حاضر هیچ استاندارد کیفی برای طراحی و ساخت مطالب آموزشی متناسب با بیمار و یا مهارت‌آموزی پزشکان وجود ندارد (۱). تعریف واحدی از سواد سلامت وجود ندارد و این موضوع سنجش آن را با مشکلاتی روبه‌رو می‌کند (۱۰). جمعیت متخصصان انجمن پزشکی ابعاد سواد سلامت را در چهار گروه تقسیم مطرح کرده‌اند که شامل دانش مفهومی و فرهنگی، سواد شفاهی، سواد کتبی و سواد محاسباتی است. به دلیل اینکه سواد سلامت تعاریف و ساختار متنوعی دارد، پژوهشگران ابزارهای متفاوتی را برای سنجش سواد سلامت طراحی کرده‌اند، که هر ابزار بعدی از آن را مورد سنجش قرار می‌دهد (۱۵-۱۳). امروزه بیشتر آموزش‌ها و اطلاعات در سیستم بهداشتی به صورت نوشتاری و در سطحی بالاتر از آنچه برای افراد قابل فهم باشد منتشر می‌گردد (۱۶، ۱۷). بنابراین یادگیری و درک اطلاعات جدید سلامتی نیازمند مهارت زیادی در خواندن، محاسبات و مهارت تصمیم‌گیری است. در حالی که اکثر مطالعات ثابت کرده‌اند که اغلب افراد ۱۸ تا ۶۰ سال در این سه زمینه مهارت مناسب را نداشته و قوی عمل نمی‌کنند. این موارد از علل سطح پایین سواد سلامت در این گروه محسوب می‌شود و نشان‌دهنده توجه بیشتر به سواد سلامت در گروه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال به‌عنوان گروه مولد جامعه می‌باشد (۱۸). در ایران اطلاعات کمی در مورد وضعیت سواد سلامت افراد به‌عنوان عامل مهم چگونگی عملکرد آن‌ها در نظام سلامت و تصمیم‌گیری‌ها وجود دارد. بنابراین این مطالعه باهدف تعیین سطح سواد سلامت بزرگسالان شهرستان تویسرکان اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد که در ابتدای اردیبهشت‌ماه لغایت اواخر تیرماه ۱۳۹۳، بر روی ۲۸۵ نفر از افراد ۶۰-۲۰ ساله

توانایی بهره‌مندی از سیستم پیچیده پزشکی، مهارت خواندن، شنیدن و تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی مربوط می‌شود که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی مربوط نمی‌شود (۴). بر این اساس سازمان جهانی بهداشت اخیراً در گزارشی، سواد سلامت را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت مشخص نموده است (۵). اگرچه هنوز به‌درستی مشخص نیست که سواد سلامت تا چه اندازه بر سلامتی اثر می‌گذارد، اما دلایل متعددی نشان‌دهنده آن است که بسیاری از نتایج نامطلوب وابسته به سلامتی، در اثر سواد سلامت ناکافی می‌باشد (۶).

بر اساس مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامت کم، اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه‌شده توسط تیم سلامت را درک نکرده و به توصیه‌های داده‌شده عمل نمی‌کنند، وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند و هزینه‌های بیشتری را متحمل می‌شوند (۷). برخی از عوامل از جمله پیشرفت‌های دارویی برای تولید داروهای جدید، افزایش بیماری‌های غیر واگیر، حرکت به‌سوی مشتری‌مداری و بیمار محوری، استقرار اطلاعات سلامتی در وسایل ارتباط جمعی به‌خصوص اینترنت از عواملی هستند که در دو دهه‌ی اخیر باعث افزایش تقاضا برای مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و مدیریت بیماری شده‌اند و اهمیت سواد سلامت را افزایش داده‌اند (۸). سواد سلامت مجموعه‌ای از ظرفیت‌های فردی است که به شخص کمک می‌کند تا اطلاعات جدید را کسب کند و در عمل به کار گیرد (۹). در مطالعه جواد زاده و همکاران در شهر اصفهان ۴۶/۵ درصد افراد سواد سلامت کافی، ۳۸ درصد سواد سلامت مرزی و ۱۵/۵ افراد سواد ناکافی داشتند (۱۰). مطالعه‌ای در برزیل با استفاده از پرسشنامه خلاصه‌شده سواد سلامت عملکردی بزرگسالان نشان داد، ۳۲ درصد افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (۱۱). برخی از محققان بر این باورند که اگر سواد سلامت، توانایی عملکرد درست افراد در سیستم‌های بهداشتی باشد، این مفهوم را باید با ویژگی‌های افراد و سیستم بهداشتی، هر دو مربوط دانست (۱۲). علی‌رغم

شامل ۲۴ سؤال بود (۳۲-۰-ضعیف، ۶۴-۳۳ متوسط، بیش از ۶۴ خوب)، معیار نمره دهی بر اساس مقیاس لیکرت در نظر گرفته شد و از نظر چهار حیطه فوق افراد در سه دسته خوب، متوسط و ضعیف دسته‌بندی شدند.

با استفاده از آمار توصیفی شامل جداول، فراوانی و درصدها و همچنین آمار تحلیلی شامل آزمون کای اسکوئر، آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس به مقایسه معناداری اختلاف میانگین سواد سلامت بین زیرگروه‌های تحت مطالعه پرداخته شد. در تمامی مراحل مطالعه سطح معنی‌داری برای تمامی آزمون‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Stata نگارش ۱۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه از مجموع ۲۸۵ فرد مورد مطالعه ۱۵۳ نفر (۵۳/۷ درصد) آنها مرد بودند. ۵۰/۹ درصد آنها ساکن روستایی و مابقی در شهر سکونت داشتند. عمده آنها یعنی ۵۵/۸ درصد افراد دارای تحصیلات در حد دبیرستان بودند و فقط ۳/۹ درصد آنها تحصیلات ابتدایی داشتند. از نظر سنی ۵۲/۳ درصد افراد در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال قرار داشتند و فقط ۱۴/۸ درصد آنها سن بالای ۴۰ سال داشتند.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی افراد تحت مطالعه

فراوانی		متغیرها	
درصد	تعداد		
۵۳/۷	۱۵۳	مرد	جنسیت
۴۶/۳	۱۳۲	زن	
۳۱/۹	۹۱	دانشجو	شغل
۳۰/۹	۸۸	خانه‌دار	
۲/۱	۶	بازنشسته	
۵/۳	۱۵	بیکار	
۲۲/۱	۶۳	شغل دائم	
۷/۷	۲۲	شغل مقطعی	
۴۹/۱	۱۴۰	شهر	محل سکونت
۵۰/۹	۱۴۵	روستا	
۳/۹	۱۱	ابتدایی	تحصیلات
۴/۶	۱۳	راهنمایی	
۵۵/۸	۱۵۹	دبیرستان	
۳۵/۷	۱۰۲	دانشگاه	
۵۲/۳	۱۴۹	۲۰-۳۰	سن (به سال)
۳۳	۹۴	۳۱-۴۰	
۹/۴	۲۷	۴۱-۵۰	
۵/۳	۱۵	۵۱-۶۰	

مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان تویسرکان انجام شد. در شهرستان تویسرکان در مجموع ۱۶ مرکز بهداشتی-درمانی (۱۰ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۶ مرکز بهداشتی درمانی شهری) وجود دارد. با توجه به توزیع نسبتاً مساوی جمعیت در شهر و روستا در سطح شهرستان، ابتدا به صورت روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرکز شهری و دو مرکز روستایی انتخاب شد. در مراکز روستایی با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، متناسب با حجم نمونه اختصاص یافته به هر مرکز و خانه‌های بهداشت تحت پوشش، تعداد نمونه مورد نظر اختصاص داده شد. در ادامه از طریق نمونه‌گیری در دسترس نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها از افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی و خانه‌های بهداشت انتخاب شده اقدام شد. شرایط ورود به مطالعه جهت مراجعین شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. افرادی که مشکلات حاد بینایی و شنوایی داشتند و یا مبتلا به اختلالات روانی و ادراکی بودند از مطالعه خارج شدند. به منظور رعایت اخلاق پژوهش در ابتدای مطالعه برای افراد مورد پژوهش اهداف مطالعه تشریح و پس از کسب رضایت آگاهانه نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام شد. میزان پاسخگویی افراد ۹۱/۲ درصد بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان (طرح تحقیقاتی ملی سنجش سواد سلامت ایرانیان) استفاده گردید، این طرح تحقیقاتی توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت با همکاری مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، در هفت استان منتخب و در برخی استان‌ها به صورت داوطلب اجرا می‌شود. پایایی و روایی این پرسشنامه مورد تأیید کارشناسان مربوطه قرار گرفته است. پرسشنامه مورد استفاده حاوی ۷۱ سؤال چهار بعد سواد سلامت شامل دسترسی و کسب اطلاعات بهداشتی شامل ۱۱ سؤال (۱۸-۰-ضعیف، ۳۶-۱۸ متوسط، بالای ۳۶ خوب)، درک اطلاعات شامل ۱۹ سؤال (۲۵-۰-ضعیف، ۵۰-۲۵ متوسط، بیش از ۵۰ خوب)، قضاوت و ارزیابی شامل ۸ سؤال (۱۱-۰-ضعیف، ۲۲-۱۲ متوسط، ۳۲-۲۳ خوب) و استفاده از اطلاعات

جدول شماره ۲- وضعیت سطح سواد افراد تحت مطالعه برحسب ابعاد

چهارگانه سواد سلامت			
ابعاد چهارگانه سواد سلامت	ضعیف تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	خوب تعداد(درصد)
دسترسی به اطلاعات سلامت	۱۲۰ (۴۲/۱)	۱۲۷ (۴۴/۶)	۳۸ (۱۳/۳)
درک اطلاعات سلامت	۱۵۵ (۵۴/۴)	۱۲۵ (۴۳/۹)	۵ (۱/۷)
قضاوت و ارزیابی استفاده از اطلاعات	۱۰۰ (۳۵/۱)	۱۸۵ (۶۴/۹)	—
	—	۲۵۳ (۸۸/۸)	۳۲ (۱۱/۲)

در جدول شماره ۳ میانگین نمرات سطح سواد افراد تحت مطالعه برحسب ابعاد چهارگانه سواد سلامت نمایش داده شده است. در خصوص دسترسی به اطلاعات سلامت از حداکثر نمره ۵۵، میانگین نمرات افراد $۲۲/۳ \pm ۰/۸۸$ ، درک اطلاعات از حداکثر نمره ۷۶، میانگین نمرات افراد $۲۴/۲ \pm ۰/۶۲$ ، قضاوت و ارزیابی از حداکثر نمره ۳۲، میانگین نمرات افراد $۱۴/۱ \pm ۰/۲۵$ و استفاده از اطلاعات از حداکثر ۹۶ نمره میانگین نمرات افراد $۵۲ \pm ۰/۵۲$ بود.

جدول شماره ۳- میانگین نمرات سطح سواد افراد تحت مطالعه برحسب ابعاد چهارگانه سواد سلامت

ابعاد سواد سلامت	مجموع کل میانگین(±انحراف معیار)	سطح ضعیف میانگین(±انحراف معیار)	سطح متوسط میانگین(±انحراف معیار)	سطح خوب میانگین(±انحراف معیار)
دسترسی به اطلاعات سلامت (۱۱ سؤال، حداکثر نمره ۵۵)	۲۲/۳(±۰/۸۸)	۷/۴(±۰/۴۶)	۲۸/۷(±۰/۳۶)	۴۸/۷(±۰/۷۵)
درک اطلاعات (۱۹ سؤال، حداکثر نمره ۷۶)	۲۴/۲(±۰/۶۲)	۱۶/۲(±۰/۳۸)	۳۲/۷(±۰/۳۷)	۶۰/۴(±۳/۵)
قضاوت و ارزیابی (۸ سؤال، حداکثر نمره ۳۲)	۱۴/۱(±۰/۲۵)	۹/۸(±۰/۱۲)	۱۶/۴(±۰/۲۵)	----
استفاده از اطلاعات (۲۴ سؤال، حداکثر نمره ۹۶)	۵۲(±۰/۵۲)	----	۴۹/۹(±۰/۴۴)	۶۸/۲(±۰/۶۷)

مطلوب‌تری داشتند ولی اختلاف میانگین دو گروه معنادار نبود. در گروه‌های سنی ۵۰-۳۰ سال وضعیت دسترسی به اطلاعات سلامت مناسب‌تر بود و کمترین نمره مربوط به گروه سنی ۳۰-۲۰ سال با $۱۷/۶$ بود. آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه اختلاف معناداری بین میانگین نمره دسترسی به خدمات سلامتی و گروه‌های سنی نشان نداد ($P=۰/۰۹$). در خصوص قضاوت و ارزیابی نیز اختلاف معنادار مشاهده نشد ($P=۰/۱۲۱$).

در خصوص درک اطلاعات سلامت گروه سنی ۵۰-۴۱ سال

از نظر وضعیت اشتغال $۳۱/۹$ درصد آنها دانشجو و $۳۰/۹$ درصد آنها خانه‌دار بودند. خصوصیات جمعیت شناختی جمعیت مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲ وضعیت سطح سواد افراد تحت مطالعه برحسب ابعاد چهارگانه سواد سلامت را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود از نظر دسترسی به اطلاعات سلامت، $۴۲/۱$ درصد افراد دسترسی ضعیف، $۴۴/۶$ درصد آنها دسترسی متوسط و فقط $۱۳/۳$ درصد افراد دسترسی مطلوب داشتند. در خصوص درک اطلاعات سلامت نیز فقط $۱/۷$ درصد افراد درک خوبی از سلامت داشتند. در خصوص قضاوت و ارزیابی هیچ‌کدام وضعیت خوبی نداشتند. در خصوص استفاده از اطلاعات سلامت، افراد وضعیت بهتری داشتند، $۸۸/۸$ درصد افراد در وضعیت متوسط و در $۱۱/۲$ درصد آنها استفاده از اطلاعات سلامت خوب بود.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره دسترسی به اطلاعات سلامت در زنان نسبت به مردان وضعیت مناسب‌تری داشت (۲۵ به $۱۹/۹۳$) که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($P=۰/۰۰۳$). در خصوص استفاده از اطلاعات سلامت نیز میانگین نمره زنان وضعیت بهتری داشت و برابر $۵۴/۳$ بود در حالی که در مردان $۵۰/۴$ بود که این اختلاف میانگین نیز از نظر آماری معنادار بود ($P<۰/۰۰۱$). در خصوص درک اطلاعات سلامت و همچنین قضاوت و ارزیابی با وجودی که زنان وضعیت

کمترین میانگین نمره مربوط به گروه سنی ۳۱-۴۰ سال با میانگین ۴۷/۳ بود. اختلاف میانگین استفاده از اطلاعات سلامت برحسب گروه‌های سنی نیز از نظر آماری معنادار بود ($P=0/015$).

با ۳۶/۶ بیشترین نمره و گروه سنی ۲۰-۳۰ سال با نمره ۱۹/۸ کمترین میانگین نمره را داشتند که این اختلاف میانگین بین گروه‌های سنی از نظر آماری معنادار بود ($P<0/001$). در خصوص استفاده از اطلاعات سلامت

شماره ۴- ارتباط بین ابعاد چهارگانه سواد سلامت و متغیرهای جنسیت و گروه سنی

جنسیت	گروه سنی (سال)	دسترسی		درک اطلاعات		قضاوت و ارزیابی		استفاده از اطلاعات	
		میانگین	(±انحراف معیار)	میانگین	(±انحراف معیار)	میانگین	(±انحراف معیار)	میانگین	(±انحراف معیار)
مرد	۲۰-۳۰	۱۹/۹	(±۱/۱)	۲۳/۹	(±۰/۷)	۱۳/۶	(±۰/۴)	۵۰/۱	(±۰/۶)
	۳۱-۴۰	۲۵	(±۱/۳)	۲۴/۸	(±۰/۸)	۱۴/۶	(±۰/۳)	۵۴/۳	(±۰/۸)
زن	۲۰-۳۰	۱۷/۶	(±۱/۱)	۱۹/۸	(±۱/۲)	۱۴/۸	(±۰/۳)	۵۴	(±۰/۶)
	۳۱-۴۰	۲۸	(±۱/۴)	۲۸/۳	(±۲/۶)	۱۲/۱	(±۰/۴)	۴۷/۳	(±۰/۷)
مرد	۴۱-۵۰	۲۸/۵	(±۳/۱)	۳۶/۶	(±۱/۶)	۱۵/۲	(±۰/۷)	۵۵/۶	(±۱/۲)
	۵۱-۶۰	۲۱/۳	(±۲/۱)	۲۴/۹	(±۰/۶)	۱۷/۸	(±۰/۶)	۵۵/۵	(±۱/۳)

نیز به‌طور کلی طیف وسیعی از سواد سلامت ناکافی را گزارش داده‌اند. در یک مرور سیستماتیک که توسط Paasche-Orlow و همکاران در آمریکای شمالی درباره ۸۵ پژوهش انجام شد، حدود ۲۶ درصد از افراد به‌طور کلی دارای سطح پایین سواد سلامت و حدود ۲۰ درصد سطح سواد سلامت متوسط بودند (۲۰). بر اساس نتایج مطالعه Baker و همکاران که با استفاده از پرسشنامه S-TOFHLA صورت گرفت، ۴۶ درصد از افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (۲۱). مطالعه Wagner و همکاران سطح سواد سلامت متوسط و ضعیف را در بزرگسالان کشور انگلستان ۱۱/۴ درصد بیان نمودند (۲۲). در مطالعه‌ای بر روی بزرگسالان شهر اصفهان با استفاده از دو پرسشنامه مطالعه صورت گرفت. بر طبق پرسشنامه S-TOFHLA، ۵۳/۵ درصد افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشته و بر اساس پرسشنامه سواد سلامت NVS، ۶۱/۵ درصد شرکت‌کنندگان از سواد سلامت مرزی و ناکافی برخوردار بودند (۱۰). در مطالعه‌ای که توسط قنبری و همکاران در مراکز بهداشتی-درمانی شهر تهران انجام پذیرفت، نتایج نشان داد که ۵۴/۶ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت

بحث

سواد سلامت، موضوعی جهانی می‌باشد و بر اساس بیانیه سازمان جهانی بهداشت نقش اساسی در تعیین نابرابری‌های سلامت، در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه دارد (۱۹). بر اساس نتایج، شرکت‌کنندگان مورد مطالعه در دسترسی اطلاعات در حد متوسط (۴۴/۶ درصد) و در درک اطلاعات در حد ضعیف (۵۴/۴ درصد) و در قضاوت و ارزیابی در حد متوسط (۶۴/۹ درصد) و در استفاده از اطلاعات در حد متوسط (۸۸/۸ درصد) بودند. میانگین کل شرکت‌کنندگان در دسترسی به اطلاعات سلامت (۱۱ سؤال، حداکثر نمره ۵۵) ۲۲/۳، درک اطلاعات (۱۹ سؤال، حداکثر نمره ۷۶) ۲۴/۲، قضاوت و ارزیابی (۸ سؤال، حداکثر نمره ۳۲) ۱۴/۱ و استفاده از اطلاعات (۲۴ سؤال، حداکثر نمره ۹۶) ۵۲ بود.

نتایج این پژوهش نشان داد که بر اساس پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان، شرکت‌کنندگان در دسترسی اطلاعات در حد متوسط، در درک اطلاعات در حد ضعیف، در قضاوت و ارزیابی در حد متوسط و در استفاده از اطلاعات در حد متوسط بودند. نتایج مطالعات مختلف در کشورهای جهان

افراد برحسب گروه‌های سنی، جنسی و تحصیلاتی داشته باشد.

مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای است که سواد سلامت بزرگسالان شهرستان تویسرکان را با پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان مورد بررسی قرار داده است. این پرسشنامه با دارا بودن چهار بخش دسترسی، درک اطلاعات، قضاوت و ارزیابی و استفاده از اطلاعات بیشتر از سایر پرسشنامه‌های سنجش سواد سلامت شامل NVS، S-TOFHLA و TOFHLA و سطوح بیشتری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۱۰، ۱۲، ۱۵).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نادیده گرفتن سایر مهارت‌ها و زمینه‌های فرهنگی افراد در مورد سواد سلامت با استفاده از پرسشنامه اشاره نمود. مهارت‌هایی مانند صحبت کردن، گوش دادن و برخورداری از دانش زمینه‌ای و فرهنگی افراد نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج این مطالعه سطح سواد سلامتی را ناکافی نشان داد، بنابراین باید در برنامه‌های آموزش بهداشت ارتقاء سلامت توجه بیشتری به سواد سلامت جامعه داشت. جهت افزایش سطح سواد سلامت افراد، ابتدا باید آموزش کارکنان نظام سلامت مورد توجه باشد. همچنین در این راستا لازم است از مواد آموزشی نوشتاری به همراه سایر رسانه‌های آموزشی در افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری کارکنان محترم مرکز بهداشت شهرستان تویسرکان که در جمع‌آوری داده‌ها محققین را یاری رساندند، تشکر و قدردانی به‌عمل آورند. منافع شخصی نویسندگان مقاله با نتایج این تحقیق ارتباطی نداشته است.

مرزی و ناکافی داشته‌اند (۲۳). در مطالعه حاضر بین سطح سواد سلامت و سن در بخش درک اطلاعات و استفاده از اطلاعات ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد. همچنین بین سطح سواد سلامت و جنس در بخش دسترسی، قضاوت و ارزیابی و استفاده از اطلاعات ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد. میانگین سطح سواد سلامت در زنان و همچنین گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بیشتر از سایر گروه‌های جنسی و سنی بود. که این نتایج با مطالعه‌های دیگر متناقض می‌باشد که در اکثر آن مطالعات، مردان و گروه‌های سنی جوان‌تر سطح سواد سلامت بالاتر داشتند (۱، ۲۴، ۲۵). از دلایل احتمالی سطح سواد سلامت بالاتر زنان، می‌توان به مراجعه بیشتر زنان نسبت به مردان به مراکز بهداشتی-درمانی و کسب اطلاعات بیشتر، درک و استفاده از آن‌ها اشاره نمود. بالاتر بودن سطح سواد سلامت در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال در این مطالعه به علت کم بودن شرکت‌کنندگان در این گروه سنی بود. در نحوه کسب اطلاعات بهداشتی بیشتر شرکت‌کنندگان به منابع اطلاعاتی که شامل پزشک و کارکنان بهداشتی و درمانی، اینترنت، رادیو و تلویزیون و روزنامه، نشریات و مجلات بود دسترسی نداشتند. این در صورتی است که رسانه‌های غیر چاپی یکی از راه‌های مؤثر برای ارائه پیام سلامتی به کسانی است که سواد سلامتی کم دارند. بسیاری از پزشکان و آموزش‌دهندگان یا از مسائل سلامتی آگاهی کافی ندارند و یا از مهارت و اعتماد لازم برای ارائه مطالب به مراجعین برخوردار نیستند. همچنین یک استاندارد کیفی مطلوب برای طراحی و ساخت مطالب آموزشی به کارکنان بهداشتی و درمانی وجود ندارد (۲۶). در این زمینه می‌توان در برنامه‌های ارتقاء سلامت ایرانیان توجه بیشتری به سواد سلامت افراد داشت. همین‌طور می‌توان با همکاری سایر بخش‌ها همچون رسانه‌های جمعی، بخش سلامت برنامه‌های کامل و جامعی برای ارتقای سطح سواد سلامت

References

1. Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. [Health Literacy and the Affecting Factors: A Study in Five Provinces of Iran].

- Strides in Development of Medical Education*. 2007; 4(1):1-9. (Persian)
2. North Carolina Institute of Medicine. Just what did the doctor order? Addressing low health literacy in North Carolina. NCIOM Web Site; 2007 [updated 18 August, 2014; cited 25 November,

- 2014]; Available from: http://www.nciom.org/wpcontent/uploads/NCIO_M/projects/health_literacy/Preface.pdf
3. Sihota S, Lennard L. Health literacy: being able to make the most of health. London: National Consumer Council; 2004: 11 Available from: http://www.ncc.org.uk/nccpdf/poldocs/NCC064_health_literacy.pdf
 4. Kickbusch L, Wait S, Maag D. Navigating Health: the Role of Health Literacy. Kickbusch Health Consult Web Site: 2006 [updated 18 June, 2014; cited 25 November, 2014]; Available from: <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/NavigatingHealth.pdf>
 5. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. WHO Web Site; 2008 [updated 29 October, 2014; cited 12 November, 2014]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1
 6. Arozullah AM, Lee SY, Khan T, Kurup S, Ryan J, Bonner M, et al. The Roles of Low Literacy and Social Support in Predicting the Preventability of Hospital Admission. *J Gen Intern Med*.2006; **21**(2): 140-5.
 7. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.2012; **12**:80.
 8. Tsai TI, Lee SY, Tsai YW, Kuo KN. Methodology and Validation of Health Literacy Scale Development in Taiwan. *J Health Commun*.2011; **16**(1): 50-61.
 9. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*.2006; **21**(8): 878-83.
 10. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. [Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran]. *Journal of Health System Research*.2013; **9**(5): 540-9. (Persian)
 11. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica*.2009; **43**(4):631-8.
 12. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res*.2010; **25**(3): 464-77.
 13. Yost KJ, Webster K, Baker DW, Choi SW, Bode RK, Hahn EA. Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: Development and pilot testing. *Patient Educ Couns*.2009; **75**(3):295-301.
 14. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. 1th ed. Washington: National Academies Press; 2004.
 15. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*.2005; **3**(6): 514-22.
 16. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Which women patients have better health literacy in Serbia?. *Patient Educ Couns*.2012; **89**(1): 209-12.
 17. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad Gh. [The Relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan]. *Journal of Health System Research*.2011; **7**(4):469-70. (Persian)
 18. Wengryn MI, Hester EJ. Pragmatic skills used by older adults in social communication and health care contexts: precursors to health literacy. *Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders*.2011; **38**: 41-52.
 19. Downey LV, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J Natl Med Assoc*.2008; **100**(11):1304-8.
 20. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*.2005; **20**(2):175-84.
 21. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*.1999; **38**(1): 33-42.
 22. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*.2007; **61**(12):1086-90.
 23. Ghanbari S, Majlessi F, Ghafari M, Mahmoudi-Majdabadi M. [Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University]. *Daneshvar Medicine*.2011; **19**(97):1-13. (Persian)
 24. Kandula NR, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei CP, Glass S, et al. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient Educ Couns*.2009; **75**(3): 321-7.
 25. Powell CK, Hill EG, Clancy DE. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *Diabetes Educ*.2007; **33**(1):144-51.
 26. Tol A, Pourreza A, Rahimi-Foroshani A, Tavassoli E. [Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences]. *Razi Journal of Medical Sciences*.2013; **19**(104):10-9. (Persian)

*Research Article***Investigating Adult Health Literacy in Tuyserkan City****Mariam Afshari (MSc)^{1*}, Salman Khazaei (MSc)², Masome Bahrami (BSc)³, Hosna Merati (BSc)⁴**

¹ MSc of Health Education, Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

² MSc of Epidemiology, Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ BSc of Occupational Health, Health Center of Tuyserkan, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

⁴ BSc of Public Health, Health Center of Tuyserkan, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received 17 Sep. 2014**Accepted** 30 Nov. 2014**Abstract**

Introduction: Health literacy is the capacity of individuals to obtain, process and understand basic health information and services needed to make healthy decisions. Therefore, this study was designed to determine health literacy of adults Tuyserkan district.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study was performed on 285 subjects aged 20-60 years attending Tuyserkan health centers through convenience sampling method in 2014. Iranian health literacy questionnaire was used to collect data. Data was analyzed using Stata-11 by Independent T-test and one way ANOVA.

Results: Most participants aged 20 to 30 years (52.3%) and 53.7 % were males. Most participants had postgraduate diploma level (55.8 %) and were students (31.9 %). Participants had a weak level to access information (42.1%), weak level to perceive data (54.4%), moderate in judgment and assessment (64.9%) and moderate in use of information (88.8%).

Conclusions: Overall, there was a poor health literacy in adults. This indicates the need for more attention to health education and health promotion programs. It seems necessary to design and implement comprehensive plans using media and simple training methods for adults with a low level of health literacy.

Keywords: Adult; Health literacy; Tuyserkan

Corresponding Author: Afshar Maryam, Health Center of Tuyserkan, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: afshari_m20@yahoo.com, Tel: +988134928652