



## Health Literacy level of Adults in Neyshabur City: A Cross-Sectional Study

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Descriptive Study

#### Authors

Jahani Eftekhari M.<sup>\*1</sup> MSc,  
Rahimnia M.<sup>2</sup> PhD,  
Esfahanian H.<sup>1</sup> MSc,  
Bazoobandi B.<sup>1</sup> MSc,  
Shams M.<sup>1</sup> Bs

#### How to cite this article

Jahani Eftekhari M, Rahimnia M, Esfahanian H, Bazoobandi B, Shams M. Health Literacy level of Adults in Neyshabur City: A Cross-Sectional Study. Iran Journal of Education and Community Health. 2019;6(3):161-167.

<sup>1</sup>Health Education & Health Promotion Department, Neyshabur Faculty of Medical Sciences, Neyshabour, Iran

#### \*Correspondence

Address: Neyshabur Faculty of Medical Sciences, Moallem Square, Neyshabour, Iran. Postal Code: 9318614139  
Phone: +98 (51) 43348141  
Fax: -  
m91.eftekhari@yahoo.com

#### Article History

Received: February 16, 2019

Accepted: July 17, 2019

ePublished: September 21, 2019

### ABSTRACT

**Aims** Considering that the health literacy is one of the pillars of the health evolution system, measuring the health literacy is essential to improving the health of individuals in the community. The aim of this study was to investigate the health literacy level of adults in Neyshabur city, Iran.

**Instruments & Methods** This cross-sectional research is a descriptive-analytical study. This research was carried out on 385 people aged 18-65, who referred to the health centers in Neyshabour city in 2016-2017. The subjects were selected using the convenience sampling method. Data were collected by demographic characteristics questionnaire and the questionnaire of health literacy assessment of urban population aged 18-65 (HELIA). Data were analyzed using SPSS 16 software through descriptive statistics and Chi-square test.

**Results** The mean score of health literacy in the subjects was  $49.99 \pm 23.16$ . The health literacy level in 33.0%, 33.5%, 27.0% and 6.5% of the subjects were inadequate, not adequate, adequate and high, respectively. There was a significant relationship between the health literacy level with age, gender, education, and job status ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion** The health literacy level was inadequate in the adults of Neyshabur city and the health literacy level in most of the subjects was inadequate and not adequate.

**Keywords** Health Literacy; Adults; Iran

### CITATION LINKS

[1] Assessing adult health literacy in urban healthcare ... [2] Health literacy: being able to make the most of ... [3] Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviors and health ... [4] Map of health system 1404 of the Islamic ... [5] Health literacy revisited: what do we mean and why does it ... [6] Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results ... [7] The relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among ... [8] Advancing health literacy: a global challenge for the 21st ... [9] Association among health literacy levels and Health outcomes in pregnant women ... [10] Methodology and validation of health literacy scale development in ... [11] Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare ... [12] Health literacy functional and health status among older ... [13] Investigating adult health literacy in Tuyserkan ... [14] Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related ... [15] Integrated care guidelines for middle ... [16] Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric ... [17] Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors ... [18] Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces ... [19] Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of ... [20] The prevalence of limited health ... [21] Prevalence of limited health literacy and compensatory strategies used by ... [22] The relationship between health, education, and health literacy: results from the ... [23] Health literacy of employees of Hamadan university of medical sciences and related ... [24] Health literacy in Iran: findings from a national ... [25] Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the ... [26] Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid ... [27] The study of Health Literacy of adults in ... [28] Association of health literacy with diabetes ... [29] Examining the relation of health literacy with outcomes of diabetes among... [30] Health literacy and utilization of health services in Kerman urban ... [31] The relationship between health literacy and health status among elderly people ... [32] Association between Health Literacy and Life Style in Married ... [33] Evaluation of health literacy and its influencing factors on dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences ...

## سطح سواد سلامت بزرگسالان شهر نیشابور: یک مطالعه مقطعی

معصومه جهانی افتخاری<sup>\*</sup> MSc

گروه آموزش و ارتقا سلامت، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

مهدی رحیم‌نیا PhD

گروه آموزش و ارتقا سلامت، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

حمیده اصفهانیان MSc

گروه آموزش و ارتقا سلامت، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

بهناز بازوبندی MSc

گروه آموزش و ارتقا سلامت، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

معصومه شمس Bs

گروه آموزش و ارتقا سلامت، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

### چکیده

**اهداف:** با توجه به این که سواد سلامت یکی از محورهای نظام تحول سلامت است، سنجش سواد سلامت امری ضروری در راستای ارتقای سلامت افراد جامعه است. این مطالعه با هدف بررسی سطح سواد سلامت بزرگسالان شهر نیشابور انجام شد.

**ابزار و روش‌ها:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۵-۹۶ در بین ۳۸۵ نفر از افراد ۱۸-۶۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر نیشابور انجام شد. این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات مربوطه از طریق پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸-۶۵ ساله ایرانی (HELIA) جمع‌آوری شد و توسط نرم‌افزار SPSS 16 و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آماری کای اسکور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمره سواد سلامت در افراد مورد مطالعه ۲۳/۱۶±۹/۹۹ محاسبه شد. ۳۳/۰٪ افراد سطح سواد سلامت ناکافی، ۳۳/۵٪ سواد سلامت نه‌چندان کافی، ۲۷/۰٪ سواد سلامت کافی و ۶/۵٪ سواد سلامت عالی داشتند. سطح سواد سلامت با مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان شامل سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی ارتباط معنی‌داری داشت ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** سطح سواد سلامت بزرگسالان شهر نیشابور در حد ناکافی است و اکثریت افراد سواد سلامت ناکافی و نه‌چندان کافی دارند.

**کلیدواژه‌ها:** سواد سلامت، بزرگسالان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۲۶

\* نویسنده مسئول: m91.eftkhari@yahoo.com

### مقدمه

سواد سلامتی میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است [1]. سواد سلامتی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد [2]. سواد سلامت به‌طور وسیعی به‌عنوان یک تعیین‌کننده سلامت و یک اولویت در دستور کار سیاست سلامت همگانی در نظر گرفته می‌شود. کم‌بودن سواد سلامت با سطح پایین سلامت، نابرابری‌های گسترده‌تر و هزینه‌های بالاتر نظام سلامت همراه است [3]. موضوع سواد سلامت

و در همین راستا داشتن جامعه‌ای سالم و توانمند در تحقق چشم‌انداز ۲۰ ساله در دوزنمای نقشه نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران تا سال ۱۴۰۴ نیز بیان شده است [4]. مطالعه‌های مختلف نشان دادند که سطح پایین سواد سلامت با خودگزارشی ضعیف‌تر بیماری‌های مزمن و عملکرد سلامتی فیزیکی و روانی ضعیف‌تر [5]، افزایش استفاده از خدمات اورژانس، افزایش میزان بستری‌شدن در بیمارستان [6]، افزایش بروز بیماری‌های مختلف و در نهایت افزایش میزان مرگ‌ومیر در افراد [7] همراه است.

هم‌اکنون سواد سلامت به‌عنوان یک مساله و بحث جهانی معرفی شده است [8]. طبق بیانیه سازمان بهداشت جهانی سواد سلامت نقش محوری در تعیین نابرابری‌های سلامت، چه در کشورهای غنی و چه در کشورهای ضعیف دارد [9]. برخی از عوامل از جمله پیشرفت‌های دارویی، تولید داروهای جدید، رشد بیماری‌های مزمن، استقرار اطلاعات سلامتی در اینترنت و غیره از عواملی هستند که در دو دهه اخیر باعث افزایش تقاضا برای مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و مدیریت بیماری شده‌اند و اهمیت سواد سلامت را افزایش داده‌اند [10]. سواد سلامت ناکافی به‌شدت بر دانش بیماران، خودمراقبتی در بیماری‌های قلبی، وضعیت سلامت و ریسک بستری‌شدن اثر می‌گذارد [11]. در مطالعه *ولف* و همکاران افراد با سطح سواد سلامت ناکافی به‌طور معنی‌داری میانگین سلامت فیزیکی و روانی خود را کمتر گزارش نمودند. بنابراین ارتباط بین سواد سلامت ناکافی و سلامت فیزیکی ضعیف‌تر افزایش می‌یابد [12]. در پژوهش *افشاری* و همکاران روی افراد بزرگسال شهر تویسرکان نیز سطح سواد سلامت در آنان پایین گزارش شد [13].

سواد سلامت هم‌اکنون به‌دلیل نقش مهم آن بر نحوه تصمیم‌گیری افراد در زمینه‌های مرتبط با سلامت به‌عنوان یکی از ابزارهای اساسی در جهت ارتقای سلامت جامعه و بالابردن کیفیت آرایه خدمات بهداشتی و درمانی مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است. برخی محققان معتقدند که سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مثل سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در رابطه با سلامت است [14].

انتخاب بزرگسالان به‌عنوان جامعه مورد هدف این مطالعه به سه علت صورت گرفت: اول این که این گروه سنی نیمی از جمعیت کشورهای در حال توسعه را تشکیل می‌دهد و به‌طور روزافزونی جمعیت آنان در حال افزایش است؛ دوم این که این گروه یا به عبارت دیگر والدین، محور سلامت خانواده بوده و مرگ‌ومیر، ناتوانی و رفتارهای آنها، همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ سوم این که چهره سلامت و بیماری در این گروه سنی متفاوت با سایر گروه‌های سنی است و مداخله برای کاهش بار بیماری‌ها در آنان به‌سادگی کنترل بیماری‌های واگیردار نیست و به‌شدت به مسایل فرهنگی، اجتماعی و عادات شیوه زندگی بستگی دارد. با توجه به این که اطلاعات در خصوص میزان سطح سواد سلامت بزرگسالان شهر نیشابور ناکافی بوده و این موضوع در برنامه‌ریزی، آموزش و ارتقای سلامت جامعه حائز اهمیت است [15].

می‌یابد. در مورد چهار بعد دیگر سواد سلامت، امتیاز ۵ به گزینه "همیشه"، امتیاز ۴ به گزینه "بیشتر اوقات"، امتیاز ۳ به گزینه "گاهی از اوقات"، امتیاز ۲ به گزینه "به ندرت" و امتیاز یک به گزینه "به هیچ وجه" یا "هیچ وقت" اختصاص داده شده است. نحوه امتیازدهی در این ابزار به این صورت است که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هر یک از حیطه‌ها از جمع جبری امتیازات به دست می‌آید. سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا ۱۰۰ از فرمول تفاضل نمره خام به دست آمده از حداقل نمره خام ممکن تقسیم بر تفاضل حداکثر امتیاز ممکن از حداقل امتیاز ممکن استفاده می‌شود. نهایتاً برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات همه ابعاد (براساس طیف صفر تا ۱۰۰) جمع شده و بر تعداد ابعاد (عدد ۵) تقسیم می‌شود. نمرات صفر تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی و ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می‌شوند.

اطلاعات پرسش‌نامه‌ها پس از تکمیل شدن توسط نرم‌افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف مشخصات فردی-اجتماعی از آمار توصیفی مانند توزیع فراوانی مطلق و نسبی و همچنین شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها از آزمون کای اسکور استفاده شد.

### یافته‌ها

۴۰۰ بزرگسال وارد مطالعه شدند که ۱۵ نفر به دلیل تکمیل ناقص پرسش‌نامه از مطالعه حذف شدند و در نهایت اطلاعات ۳۸۵ نفر مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن افراد مورد پژوهش ۳۴/۶۱±۱۰/۶۹ سال بود و ۵۹/۶٪ آنها زن و ۴۰/۴٪ مرد بودند. ۹۹/۸٪ افراد مورد مطالعه تحصیلات دانشگاهی، ۲۶/۵٪ تحصیلات دیپلم و ۳۴/۶٪ تحصیلات راهنمایی و ۲۹/۱٪ تحصیلات ابتدایی داشتند. از نظر وضعیت اشتغال نیز ۴۹/۶٪ خانه‌دار و ۳۵/۵٪ شاغل بودند. از نظر منبع دریافت اطلاعات سلامت، ۲۱۳ نفر (۵۵/۳٪) از پزشکان و کارکنان مراکز، ۶۵ نفر (۱۶/۹٪) از رادیو و تلویزیون، ۶۵ نفر (۱۶/۹٪) از اینترنت، ۱۶ نفر (۴/۱٪) از دوستان، ۱۱ نفر (۲/۸٪) از طریق کتابچه و ۱۱ نفر (۲/۸٪) از طریق ماهواره کسب اطلاع می‌کردند. میانگین نمره سواد سلامت در افراد مورد مطالعه ۴۹/۹۹±۲۳/۱۶ محاسبه شد و اکثریت افراد دارای سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی بودند (جدول ۱).

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح سواد سلامت افراد مورد مطالعه (۳۸۵ نفر)

| سطح سواد سلامت           | تعداد | درصد |
|--------------------------|-------|------|
| سواد سلامت ناکافی        | ۱۲۷   | ۳۳/۰ |
| سواد سلامت نه چندان کافی | ۱۲۹   | ۳۳/۵ |
| سواد سلامت کافی          | ۱۰۴   | ۲۷/۰ |
| سواد سلامت عالی          | ۲۵    | ۶/۵  |
| کل                       | ۳۸۵   | ۱۰۰  |

این مطالعه با هدف بررسی سطح سواد سلامت بزرگسالان شهر نیشابور انجام شد.

### ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است که در سال ۹۶-۱۳۹۵ به منظور تعیین سطح سواد سلامت در جمعیت ۱۸-۶۵ ساله ساکن شهر نیشابور انجام شد. با توجه به این که گروه هدف مورد مطالعه افراد بزرگسال بودند و دسترسی به آنها به سادگی ممکن بود، ۴۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از مناطق شهری نیشابور وارد پژوهش شدند. بدین منظور متناسب با جمعیت هر یک از مناطق شهری نیشابور، تعداد نمونه مورد نیاز انتخاب شد. شهر نیشابور دارای ۱۱ مرکز خدمات جامع سلامت است و هر مرکز دو پایگاه سلامت تحت پوشش دارد که جمعیت تحت پوشش هر پایگاه براساس تقسیمات گسترش شبکه حدوداً ۲۵۰۰ نفر است. در این مطالعه از جمعیت تحت پوشش هر مرکز ۴۰ نفر انتخاب (به صورت تقریباً برابر از هر پایگاه) شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن و تابعیت ایرانی و معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلالات ادراکی و روانی و مشکلات حاد بینایی و شنوایی و همچنین تکمیل ناقص پرسش‌نامه بود. با توجه به این که در متون و تحقیقات مشابه، میانگین سطح سواد سلامت ۵۳/۴٪ از ۱۰۰ گزارش شده بود<sup>[15]</sup>، به طور تقریبی نسبت سواد سلامت ۵۰٪ در نظر گرفته شد و با ضریب اطمینان ۹۵٪ و میزان خطای ۵٪ حجم نمونه ۳۸۳ نفر تعیین شد که برای اطمینان بیشتر حجم نمونه به ۴۰۰ نفر افزایش یافت.

در ادامه، داده‌ها با حضور در مراکز و تکمیل پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شد. تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارشی بود و از همه افراد خواسته شد که با صداقت کامل به سئوالات پرسش‌نامه پاسخ دهند و اطمینان حاصل شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسش‌نامه به طور محرمانه استفاده شود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۶۵-۱۸ ساله ایرانی (HELIA) بود که روایی و پایایی آن توسط منتظری و همکاران انجام شده است<sup>[16]</sup>. این پرسش‌نامه شامل دو قسمت است: الف) پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی پاسخگویان شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و منابع کسب اطلاعات مربوط به سلامت و بیماری و ب) بخش اصلی دربرگیرنده ۳۳ آیتم که افراد را در پنج بعد شامل مهارت خواندن (با ۴ سؤال)، دسترسی (با ۶ سؤال)، درک و فهم (با ۷ سؤال)، ارزیابی (با ۴ سؤال) و تصمیم‌گیری و به کارگیری اطلاعات سلامت (با ۱۲ سؤال) مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس نمره‌دهی این پرسش‌نامه به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای است، بدین صورت که در سئوالات مربوط به مهارت خواندن امتیاز ۵ به گزینه "کاملاً آسان"، امتیاز ۴ به گزینه "آسان"، امتیاز ۳ به گزینه "نه آسان است نه سخت"، امتیاز ۲ به گزینه "سخت" و امتیاز یک به گزینه "کاملاً سخت" اختصاص

همچنین در ارزیابی ابعاد سواد سلامت، بیشترین فراوانی سواد سلامت مطلوب به ترتیب در ابعاد فهم و درک، خواندن، تصمیم‌گیری، ارزیابی و دسترسی بود (جدول ۲).

سطح سواد سلامت با مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان شامل سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی ارتباط معنی‌داری داشت ( $p < 0.05$ ; جدول ۳).

**جدول ۲** میانگین آماری نمرات ابعاد سواد سلامت و توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطوح مختلف سواد سلامت به تفکیک ابعاد سواد سلامت در افراد مورد مطالعه (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند)

| ابعاد سواد سلامت | نمرات       | سواد سلامت ناکافی | سواد سلامت نه‌چندان کافی | سواد سلامت کافی | سواد سلامت عالی | سواد سلامت محدود | سواد سلامت مطلوب |
|------------------|-------------|-------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
| خواندن           | ۱۵/۰۸±۴/۳۰  | ۹۶ (۲۴/۹)         | ۴۸ (۱۲/۵)                | ۱۳۶ (۳۵/۳)      | ۱۰۴ (۲۷/۵)      | ۱۴۴ (۳۷/۴)       | ۲۴۱ (۶۲/۶)       |
| دسترس‌ی          | ۲۰/۹۲±۵/۱۰  | ۱۲۸ (۳۳/۲)        | ۷۸ (۲۰/۳)                | ۱۲۶ (۳۲/۷)      | ۵۳ (۱۳/۸)       | ۲۰۶ (۵۳/۵)       | ۱۷۹ (۴۶/۵)       |
| فهم و درک        | ۲۶/۸۱±۶/۶۰  | ۷۰ (۱۸/۲)         | ۵۷ (۱۴/۸)                | ۱۲۹ (۳۳/۵)      | ۱۲۹ (۳۳/۵)      | ۱۲۷ (۳۳/۵)       | ۲۵۸ (۶۷/۵)       |
| ارزیابی          | ۱۴/۴۵±۴/۵۰  | ۱۱۰ (۲۸/۶)        | ۶۹ (۱۷/۹)                | ۱۳۱ (۳۴/۵)      | ۷۵ (۱۹/۵)       | ۱۷۹ (۴۶/۵)       | ۲۰۶ (۵۳/۵)       |
| تصمیم‌گیری       | ۴۳/۳۷±۱۰/۸۳ | ۱۰۱ (۲۶/۲)        | ۷۴ (۱۹/۲)                | ۱۳۱ (۳۴/۵)      | ۷۹ (۲۰/۵)       | ۱۷۵ (۴۵/۵)       | ۲۱۰ (۵۴/۵)       |

**جدول ۳** مقایسه میزان سواد سلامت بر حسب مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند)

| متغیرهای دموگرافیک | سواد سلامت ناکافی | سواد سلامت نه‌چندان کافی | سواد سلامت کافی | سواد سلامت عالی | سطح معنی‌داری |
|--------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|---------------|
| <b>گروه سنی</b>    |                   |                          |                 |                 |               |
| ۱۸-۲۹ سال          | ۳۳ (۲۱/۹)         | ۴۴ (۲۹/۱)                | ۶۰ (۳۹/۷)       | ۱۴ (۹/۳)        | ۰/۰۰۱         |
| ۳۰-۳۹ سال          | ۴۶ (۳۸/۳)         | ۳۶ (۳۰/۵)                | ۳۲ (۲۶/۷)       | ۶ (۵/۵)         |               |
| ۴۰-۴۹ سال          | ۳۲ (۴۷/۸)         | ۲۵ (۳۷/۳)                | ۷ (۱۰/۴)        | ۳ (۴/۵)         |               |
| ۵۰ سال و بیشتر     | ۱۶ (۳۴/۵)         | ۲۴ (۵۱/۱)                | ۵ (۱۰/۶)        | ۲ (۴/۳)         |               |
| <b>جنسیت</b>       |                   |                          |                 |                 |               |
| زن                 | ۶۵ (۲۸/۳)         | ۷۶ (۳۳/۵)                | ۷۱ (۳۰/۹)       | ۱۸ (۷/۸)        | ۰/۰۳          |
| مرد                | ۶۲ (۴۰/۵)         | ۵۳ (۳۴/۲)                | ۳۳ (۲۱/۳)       | ۷ (۴/۵)         |               |
| <b>سطح تحصیلات</b> |                   |                          |                 |                 |               |
| ابتدایی            | ۵۸ (۵۱/۸)         | ۴۷ (۴۲/۵)                | ۷ (۶/۲)         | ۰               | ۰/۰۰۱         |
| راهنمایی           | ۵۵ (۴۱/۴)         | ۴۸ (۳۶/۱)                | ۲۶ (۱۹/۵)       | ۴ (۳/۵)         |               |
| دیپلم              | ۱۲ (۱۱/۸)         | ۳۴ (۳۳/۳)                | ۴۹ (۴۸/۵)       | ۷ (۶/۹)         |               |
| دانشگاهی           | ۲ (۵/۳)           | ۰                        | ۲۲ (۵۷/۹)       | ۱۴ (۳۶/۸)       |               |
| <b>وضعیت شغلی</b>  |                   |                          |                 |                 |               |
| شاغل               | ۴۹ (۳۵/۵)         | ۴۴ (۳۱/۹)                | ۳۸ (۲۷/۵)       | ۷ (۵/۱)         | ۰/۰۲          |
| بیکار              | ۱۰ (۴۱/۷)         | ۱۰ (۴۱/۷)                | ۳ (۱۲/۵)        | ۱ (۴/۲)         |               |
| خانه‌دار           | ۵۹ (۳۰/۷)         | ۶۶ (۳۴/۴)                | ۵۷ (۲۹/۷)       | ۱۰ (۵/۲)        |               |
| محصل               | ۹ (۲۹/۵)          | ۹ (۲۹/۵)                 | ۶ (۱۹/۴)        | ۷ (۲۲/۶)        |               |

### بحث

با توجه به این که سواد سلامت نقش مهمی در توانمندسازی مردم با محور خودمراقبتی، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سطح سلامت جامعه دارد، این مطالعه به منظور ارزیابی و بررسی سواد سلامت در افراد ۱۸-۶۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر نیشابور انجام شد.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که سطح سواد سلامت در بزرگسالان مطلوب نبود. در مطالعه *جوادرده* و همکاران نیز نتایج نشان داد بیش از ۵۰٪ افراد سواد سلامت مرزی یا ناکافی داشتند [17]. مطالعه *تهرانی بنی‌هاشمی* و همکاران در پنج شهر ایران نشان داد که ۵۶/۶٪ افراد سواد سلامت ناکافی داشته و تنها ۲۸/۱٪ از سطح سواد سلامت کافی برخوردار بودند [18]. نتایج مطالعات مختلف در دیگر کشورهای دنیا نیز به طور کلی طیف گسترده‌ای از

سواد سلامت ناکافی را نشان می‌دهد؛ به‌عنوان مثال در مطالعه *ون‌وگنر* و همکاران، سطح سواد سلامت ناکافی و مرزی در بالغین انگلستان ۱۱/۴٪ گزارش شد [19]. در بررسی سیستماتیک *پاسچه-ورلو* و همکاران روی ۸۵ مطالعه مختلف در زمینه سواد سلامت نیز نتایج حاکی از این بود که در کل، ۴۶٪ افراد مورد مطالعه این پژوهش‌ها سواد سلامت ناکافی یا مرزی داشتند [20]. همچنین در پژوهش *موریس* و همکاران روی بیماران بستری در بیمارستان، ۶۰٪ بیماران سواد سلامت محدود داشتند [21]. در مطالعه *وان‌درهید* و همکاران در بزرگسالان هلند نیز ۴۳/۴٪ افراد سواد سلامت ضعیف داشتند [22]. ابزارهای مختلف مورد استفاده در سنجش سطح سواد سلامت و تفاوت در گروه‌های سنی و جمعیتی می‌تواند باعث نتایج متفاوت در مطالعات شود، اما نکته حائز اهمیت آن است که فراوانی بالای سطح سواد سلامت ناکافی در مطالعات مختلف از جمله

معاینات دوره‌ای و علاقه بیشتر زنان به یادگیری و کسب اطلاعات بهداشتی اشاره کرد.

یافته‌های این مطالعه، ارتباط معنی‌داری را بین سن افراد و سطح سواد سلامت آنها نشان داد که با نتایج مطالعه محمودی و همکاران همخوانی داشت<sup>[29]</sup>. ولی نکویی‌مقدم و همکاران در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری را میان سن و سواد سلامت نیافتند که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد<sup>[30]</sup>. در حقیقت با افزایش سن، قابلیت‌های خواندن، درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری به دلیل کاهش عملکرد شناختی، حسی و فیزیکی با محدودیت مواجه می‌شوند که این امر می‌تواند بر سطح سواد سلامت تاثیر منفی داشته باشد.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بین سواد سلامت و شغل ارتباط معنی‌دار وجود داشت که همسو با آن در مطالعه محسنی و همکاران نیز رابطه بین سواد سلامت و شغل معنی‌دار بود<sup>[31]</sup>. اما در مطالعه سجادی و همکاران بین سطح سواد سلامت با شغل رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد<sup>[32]</sup>، که کم‌بودن تعداد افراد شاغل در مطالعه مورد نظر شاید یکی از دلایل معنی‌دار نشدن این ارتباط باشد و همچنین اکثر زنان تحت مطالعه خانه‌دار بودند.

در مطالعه حاضر پرسش از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی و پس از آن، رادیو و تلویزیون و اینترنت مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات بهداشتی برای شرکت‌کنندگان بود. ولی یافته‌های مطالعه منتظری و همکاران نشان داد که مخاطبان بیشترین اطلاعات سلامت را از طریق رادیو و تلویزیون و پرسش از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی کسب کرده‌اند<sup>[16]</sup>. در مطالعه پناهی و همکاران اینترنت و سپس تعامل با دوستان و آشنایان مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات مربوط به سلامتی بوده‌اند<sup>[33]</sup>. علی‌رغم شواهد بسیار در زمینه اهمیت و نتایج سواد سلامت، بسیاری از کارکنان بهداشتی-درمانی یا از اهمیت موضوع آگاهی نداشته یا مهارت و وقت کافی در برخورد با بیماران با رویکرد سواد سلامت را ندارند. با تامین نیروی انسانی توانمند، آشنا با مقوله سواد سلامت و دارا بودن مهارت‌های ارتباطی و آموزشی در نظام سلامت کشور، ارتباط منظم دست‌اندرکاران بهداشتی-درمانی با دریافت‌کنندگان خدمات و صرف وقت بیشتر و موثرتر براساس سطح سواد سلامت آنها، طراحی مداخلات آموزشی تئوری محور با کمک متخصصان آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، آموزش و فرهنگ‌سازی از طریق رسانه‌های جمعی به‌خصوص تلویزیون و رادیو می‌تواند گامی موثر برای توسعه مهارت‌های سواد سلامت و همچنین استفاده صحیح و اصولی از خدمات بهداشتی-درمانی در جامعه برداشت.

مطالعه حاضر نخستین مطالعه‌ای است که سواد سلامت بزرگسالان شهر نیشابور را با استفاده از ابزار (HELIA) مورد سنجش قرار می‌دهد. این ابزار، مهارت خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت را مورد بررسی قرار می‌دهد و نسبت به سایر پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در این زمینه ابعاد بیشتری را ارزیابی می‌کند.

مطالعه حاضر را نمی‌توان نادیده گرفت.

در بررسی نمرات ابعاد سواد سلامت، یافته‌ها نشان داد که بیشترین فراوانی سواد سلامت مطلوب، در بعد فهم و درک (۷۰٪) و کمترین فراوانی در بعد دسترسی (۶۰٪) بود. در مطالعه خوش‌روش و همکاران نیز بعد فهم شرایط مطلوب‌تری نسبت به سایر ابعاد سواد سلامت داشت<sup>[23]</sup>. در مطالعه طاووسی و همکاران که با استفاده از ابزار مشابه به سنجش سواد سلامت ملی بزرگسالان ایرانی پرداخته بود نیز بیشترین فراوانی سواد سلامت مطلوب در بعد فهم و درک و کمترین آن در بعد دسترسی بود<sup>[24]</sup>.

در این مطالعه بین سواد سلامت و تحصیلات افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌داری وجود داشت. مطالعات مختلف که در زمینه سواد سلامت صورت گرفته نیز بیانگر این هستند که با افزایش سطح تحصیلات، سواد سلامت افراد بالاتر می‌رود؛ به‌عنوان مثال در پژوهش چو و همکاران نیز تحصیلات از متغیرهای موثر بر سواد سلامت معرفی شد<sup>[25]</sup>.

طی آخرین مرور سیستماتیک در خصوص سواد سلامت که آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی (AHRQ) در سال ۲۰۱۱ انجام داد، گزارش شده که پایین بودن سطح سواد سلامت، مشکلی بزرگ در ایالات متحده است و این مساله به‌ویژه در افرادی که تحصیلات کمتر از دیپلم دارند بارزتر است. براساس این گزارش، سال‌های تحصیل، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی در سواد سلامت به شمار می‌روند. در مطالعه ملی سواد سلامت ایالات متحده بیش از سه‌چهارم پاسخگویانی که دبیرستان را تمام نکرده بودند، امتیاز سواد سلامت کمتر از "حد پایه" یا در "حد پایه" داشتند، در حالی که این میزان در افراد دارای تحصیلات چهارساله دانشگاهی، ۱۳٪ بود<sup>[26]</sup>. تحصیلات پایین، مشکل در ارتباطات نوشتاری، یا آشنایی محدود با اصطلاحات پزشکی، احتمالاً خصوصیتی هستند که به توانایی افراد در تعامل موفقیت‌آمیز با نظام مراقبت سلامت آسیب می‌رسانند. در نتیجه کارکنان نظام سلامت لازم است ارتباط خود را با افراد مراجعه‌کننده براساس سواد سلامت واقعی آنها متناسب کنند. در این خصوص می‌توان از برخی تکنیک‌های ساده از قبیل به‌کاربردن زبان ساده و قابل فهم، سرعت بیان مناسب و همچنین مشارکت همراه بیمار در بحث‌های مربوط به سلامتی آنها نام برد.

در مطالعه حاضر بین جنسیت و سواد سلامت ارتباط معنی‌داری وجود داشت. همسو با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه صحرايي و همکاران بین جنسیت و سواد سلامت ارتباط معنی‌داری مشاهده شد، به‌طوری که شیوع سواد سلامت کافی و عالی در زنان در مقایسه با مردان بیشتر بود<sup>[27]</sup>. برخلاف مطالعه حاضر در مطالعه لی و همکاران میانگین سطح سواد سلامت در مردان بیشتر از زنان بود<sup>[6]</sup>. اما در مطالعه اسچلیپینگر و همکاران روی بیماران دیابتی ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت و جنس دیده نشد<sup>[28]</sup>. از دلایل احتمالی سطح سواد سلامت بالاتر در زنان می‌توان به رعایت بیشتر اصول بهداشتی، پیروی بیشتر از توصیه‌های پزشکی مانند انجام

the most of health. London: National Consumer Council; 2004.

3- Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviors and health risks. Arch Public Health. 2014;72(1):15.

4- Ministry of Health and Medical Education. Map of health system 1404 of the Islamic Republic of Iran [Internet]. Tehran: behdasht; 2011 [cited 2018 Feb 7]. Available from: [http://it.behdasht.gov.ir/uploads/101\\_1754\\_Health\\_Map-IT\\_1st\\_Report\\_v.1.8.pdf](http://it.behdasht.gov.ir/uploads/101_1754_Health_Map-IT_1st_Report_v.1.8.pdf). [Persian]

5- Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot Int. 2009;24(3):285-96.

6- Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. BMC Public Health. 2010;10:614.

7- Raeisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad G. The relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan. J Health Syst Res. 2011;7(4):469-80. [Persian]

8- Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):183-4.

9- McLaglin RA. Association among health literacy levels and Health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting [Dissertation]. Knoxville: University of Tennessee; 2009.

10- 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.

11- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. Am J Public Health. 2002;92(8):1278-83.

12- Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy functional and health status among older adults. Arch Intern Med. 2005;165(17):1946-52.

13- Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating adult health literacy in Tuyserkhan city. J Educ Community Health. 2014;1(2):48-55. [Persian]

14- Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014;23(1):134-43. [Persian]

15- Motlagh M, Alameh M, Farahani A, Tabatabaie M. Integrated care guidelines for middle aged. Qom: Andisheh Mandegar; 2015. [Persian]

16- Montazeri A, Tavooosi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. Payesh. 2014;13(5):589-99. [Persian]

17- Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. J Educ Health Promot. 2012;1:31.

18- Tehrani Banihashemi S, Amirkhani A, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. Strid Dev Med Educ. 2007;4(1):1-9. [Persian]

19- Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behavior

از محدودیت‌های این مطالعه، عدم توجه به مهارت‌هایی از قبیل صحبت کردن و گوش‌دادن افراد شرکت‌کننده در مطالعه بود. همچنین این مطالعه در جمعیت بزرگسال شهر انجام شده و یافته‌های آن قابل تعمیم به همه افراد نیست. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به روش خودگزارش‌دهی در تکمیل پرسش‌نامه اشاره کرد، چرا که ممکن است نتایج حاصله در زمینه تعیین رفتارهای افراد پرسش‌شونده نتواند از قدرت کافی برخوردار باشد.

پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با موضوع مشابه در سایر گروه‌های سنی انجام شود تا بتوان از نتایج این مطالعات و استخراج عوامل تاثیرگذار در سواد سلامت در طراحی مداخلات موثر به‌منظور ارتقای سواد سلامت استفاده نمود.

با توجه به نتایج پژوهش، افزایش آگاهی مسئولان و برنامه‌ریزان از تاثیر سواد سلامت در ارتقای سلامت، آموزش کارکنان در انتقال صحیح اطلاعات با استفاده از رسانه‌های آموزشی سمعی و بصری و توجه ویژه به رادیو و تلویزیون با توجه به گستردگی این دو رسانه در کشور و ارزان‌قیمت بودن انتقال اطلاعات از این طریق از اهمیت بسیاری برخوردار است.

## نتیجه‌گیری

سطح سواد سلامت بزرگسالان شهر نیشابور در حد ناکافی است و اکثریت افراد سواد سلامت ناکافی و نه‌چندان کافی دارند.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند، از تمامی عزیزان که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

**تاییدیه اخلاقی:** مقاله حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی نیشابور به شماره MB1 و کد اخلاق IR.NUMS.REC.1395.5 است.

**تعارض منافع:** نویسندگان اعلام می‌دارند که تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

**سهم نویسندگان:** معصومه جهانی افتخاری (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۵۰٪)؛ مهدی رحیم‌نیا (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی (۱۵٪)؛ حمیده اصفهانیان (نویسنده سوم)، نگارنده مقدمه (۱۵٪)؛ بهناز بازوبندی (نویسنده چهارم)، پژوهشگر کمکی (۱۰٪)؛ معصومه شمس (نویسنده پنجم)، پژوهشگر کمکی (۱۰٪)

**منابع مالی:** این پروژه تحقیقاتی با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی نیشابور انجام شده است.

## منابع

1- Downey LV, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. J Natl Med Assoc. 2008;100(11):1304-8.

2- Sihota S, Lennard L. Health literacy: being able to make

[Persian]

27- Sahrayi M, Panahi R, Kazemi S, Rostami Z, Rezaei H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. *J Health Literacy*. 2017;1(4):230-8. [Persian]

28- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *J Am Med Assoc*. 2002;288(4):475-82.

29- Mahmoodi H, Negarandeh R, Javaheri M, Sharifi P, Ghanei R, Aminpour A, et al. Examining the relation of health literacy with outcomes of diabetes among type 2 diabetes patients in Saqez, Western Iran, 2011. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2014;12(1):56-62. [Persian]

30- Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili MR, Baneshi MR. Health literacy and utilization of health services in Kerman urban area 2011. *Tolo-e Behdasht*. 2013;11(4):123-34. [Persian]

31- Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad VR. The relationship between health literacy and health status among elderly people in Kerman. *Salmand Iran J Ageing*. 2015;10(2):146-55. [Persian]

32- Sajjadi H, Hosseinpour N, Sharifian Sani M, Mahmoodi Z. Association between Health Literacy and Life Style in Married Rural Women in Izeh, Iran. *J Health*. 2016;7(4):479-89. [Persian]

33- Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Ghazanfari E, Niknami S. Evaluation of health literacy and its influencing factors on dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. *J Educ Community Health*. 2016;3(3):30-6. [Persian]

in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(12):1086-90.

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- Morris NS, Grant S, Repp A, MacLean C, Littenberg B. Prevalence of limited health literacy and compensatory strategies used by hospitalized patients. *Nurs Res*. 2011;60(5):361-6.

22- 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. *J Health Commun*. 2013;18(1):172-84.

23- Khoshrovesh S, Moeini B, Rezapour Shahkolaei F, Taheri Kharameh Z, Bandehelahi K. Health literacy of employees of Hamadan university of medical sciences and related demographic factors. *J Educ Community Health*. 2018;5(1):19-26. [Persian]

24- Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Rafieifar S, Soleimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh*. 2016;15(1):95-102. [Persian]

25- Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med*. 2008;66(8):1809-16.

26- Ghanbari S, Majlesi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar*. 2012;19(97):1-12.