Original article

Health Literacy of Rural and Urban Communities in Behbahan, Iran

Mohammad Reza Nezhadhossein[1*]
Leila Sadat Barati[1]
Shokat Faraj[1]
Sadegh Lolo[1]
Somayeh Parvin[2]
Mohammad Ali Nejad Rasouli[1]

1- Behbahan Faculty of Medical Sciences, Behbahan, Iran
2- Instructor, Department of Library and Information Science, Abadan Faculty of Medical Sciences, Abadan, Iran

***Corresponding author:** Mohammad Reza Nezhadhossein, Behbahan Faculty of Medical Sciences, Behbahan, Iran

Email: nejadmreza@yahoo.com

Received: 07 January 2018
Accepted: 26 October 2018

ABSTRACT

Introduction and purpose: Health literacy refers to the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions. This concept is an important element of a person's ability to engage in health promotion activities. Regarding this, the present study was conducted to evaluate health literacy among the urban and rural communities of Behbahan County in Iran.

Methods: This study descriptive analytical study was performed on 794 literate individuals aged 17 years or higher. The study population was selected using cluster sampling method. The data were collected using the Iranian Health Literacy Questionnaire.

Results: The mean age of the subjects was 40.2±14.21% years. About 53% of the subjects were male. In terms of education level, 32.5% and 18.6% of the participants had diploma and bachelor's degrees, respectively. Furthermore, the mean health literacy of urban and rural communities was obtained as 70.22%. The results revealed no significant differences between the urban and rural communities in terms of health literacy (P>0.05).

Conclusion: The findings indicated that overall health literacy was at a desirable level in Behbahan County. However, given a lower health literacy in women, village residents, and elderly and middle-aged groups, health providers should adopt more effective methods for the transmission of information to these people.

Keywords: Health literacy, Health promotion, Demographic factors, Rural community, Urban community

▶ **Citation:** Nezhadhossein MR, Barati LS, Faraj S, Lolo S, Parvin S, Nejad Rasouli MA. Health Literacy of Rural and Urban Communities in Behbahan, Iran. Journal of Health Research in Community. Autumn 2018;4(3): 1-11.

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]

مقاله پژوهشی

سواد سلامت در جامعه شهری و روستایی بهبهان

محمدرضا نژادحسین[1*]
لیلا سادات براتی[1]
شوکت فارجی[1]
صادق لولو[1]
سمیه پروین[2]
محمدعلی نژاد رسولی[1]

۱. دانشکده علوم پزشکی بهبهان، بهبهان، ایران
۲. مربی، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

* نویسنده مسئول: محمدرضا نژادحسین، دانشکده علوم پزشکی بهبهان، بهبهان، ایران

Email: nejadmreza@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۱۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۴

چکیده

مقدمه و هدف: سواد سلامت ظرفیت کسب، پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات ضروری برای تصمیم‌گیری‌های مناسب در زمینه سلامت است و عنصری مهم در توانایی یک فرد برای شرکت در فعالیت‌های ارتقای سلامت محسوب می‌شود. در این ارتباط، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان سواد سلامت در جامعه شهرستان بهبهان انجام شد.

روش کار: در مطالعه توصیفی- تحلیلی حاضر ۷۹۴ نفر از افراد باسواد ۱۷ ساله و بالاتر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. شایان ذکر است که برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد مطالعه ۱۴/۲۱±۴۰/۲ به‌دست آمد. باید عنوان نمود که حدود ۵۳ درصد از افراد مورد مطالعه مرد و مابقی زن بودند. همچنین، ۳۲/۵ درصد از افراد شرکت‌کننده دیپلم و ۱۸/۶ درصد دارای مدرک کارشناسی بودند. میانگین سواد سلامت کل جامعه شهری و روستایی نیز معادل ۷۰/۲۲ به‌دست آمد. شایان ذکر است که اختلاف معناداری میان دو جامعه شهری و روستایی مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که به‌طور کلی میزان سواد سلامت در شهرستان بهبهان مطلوب می‌باشد؛ اما با توجه به پایین‌بودن سواد سلامت در زنان، گروه‌های سنی سالمند و میانسال و ساکنان روستا ضرورت دارد که کارکنان بهداشتی از روش‌های مؤثرتری به‌منظور انتقال اطلاعات به این افراد استفاده نمایند.

کلمات کلیدی: ارتقای سلامت، جامعه روستایی، جامعه شهری، سواد سلامت، عوامل دموگرافیکی

◀ **استناد:** نژادحسین، محمدرضا؛ براتی، لیلا سادات؛ فارجی، شوکت؛ لولو، صادق؛ پروین، سمیه؛ نژاد رسولی، محمدعلی. سواد سلامت در جامعه شهری و روستایی بهبهان. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، پاییز ۱۳۹۷؛۴(۳): ۱۱-۱.

مقدمه

سلامت شرط ضروری برای ایفای نقش‌های فردی و اجتماعی افراد است. انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]

باشند که هم خود را سالم بدانند و هم جامعه آن‌ها را سالم بداند و در جامعه‌ای سالم زندگی کنند. هرچند از دیدگاه قرآن کریم انسان موجودی می‌باشد که در بهترین صورت ممکن آفریده شده است (سوره تین، آیه ۴)؛ اما هر جامعه به‌عنوان بخشی از فرهنگ خود تعریف خاصی از سلامتی دارد [۱]. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، سلامتی عبارت است از: برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه‌تنها نداشتن بیماری و نقص عضو. بیش از ۴۰ سال از مطرح‌شدن سواد سلامت به‌عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت می‌گذرد [۲،۳]. این مسأله که ارتقای سواد سلامت به‌عنوان یکی از مسائل ضروری برای دستیابی به اهداف مردم سالم در سال ۲۰۱۰ معرفی گردید و به‌عنوان یک راه‌کار مؤثر در راستای دستیابی به اهدافی همچون افزایش سال‌های زندگی سالم و بهبودکیفیت زندگی و نیز عاملی برای حذف نابرابری‌های موجود در سلامت در نظر گرفته شد، نشان‌دهنده نقش کلیدی آن در موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت می‌باشد [۴]. تاکنون تعاریف متعددی برای سواد سلامت ارائه شده است. سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را شامل: توانایی فرد برای کسب، درک و به‌کارگیری اطلاعات مرتبط با سلامت که برای تصمیم‌گیری متناسب در این زمینه لازم است می‌داند [۵]. سواد سلامت به معنای میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی که برای سلامتی لازم هستند، می‌باشد [۶]. علاوه‌براین، سواد سلامت دربرگیرنده مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است و لزوماً به سال‌های تحصیل و یا ناتوانی در خواندن عمومی بازنمی‌گردد [۷]. ارزیابی‌ها نشان داده‌اند که شیوع سواد سلامت ناکافی در بسیاری از کشورها از هر دو دیدگاه جمعیت و افراد بیمار وجود دارد [۸]. سواد سلامت پایین منجر به سلامت کمتر، عوارض بیشتر، بستری‌شدن و هزینه‌های بیشتر در جهت مراقبت از سلامتی می‌شود. از سوی دیگر، سواد سلامت ناکافی با وضعیت نامطلوب سلامت افراد، استفاده نادرست از داروها و پیروی‌نکردن از دستورات دارویی، آگاهی کمتر از مسائل سلامتی، همکاری کمتر در جهت تصمیم‌گیری برای نوع درمان، ابراز نگرانی کمتر در مورد سلامت و ارتباط نامطلوب با نیروهای بهداشتی- درمانی همراه می‌باشد [۹]. در دورنمای نقشه نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق سال ۱۴۰۴ سواد سلامت به صراحت ذکر شده است و در راستای تحقق اهداف ۲۰ ساله کشور در سال ۱۴۰۴، جامعه ایران سالم و توانمند خواهد شد و مردم از توانایی لازم جهت دسترسی، تحلیل و تصمیم‌گیری در مورد اطلاعات مربوط به سلامتی بهره‌مند بوده و سرمایه اجتماعی لازم و کافی را کسب خواهند نمود [۱۰]. در این ارتباط، در بررسی انجام‌شده در آمریکا اغلب افراد بالای ۱۶ سال (۵۳ درصد) از سطح سواد سلامت متوسطی برخوردار بودند و تنها ۱۲ درصد سواد سلامت مناسبی داشتند [۱۱]. پژوهش ملی انجام‌شده در ایران نیز نشان داد که تقریباً نیمی (۴۴ درصد) از مردم ایران از سواد سلامت محدودی برخوردار هستند [۱۲]. نتایج پژوهش دیگری که در پنج استان کشور صورت گرفت، گویای آن بود که به‌طور کلی سطح سواد سلامت در کشور پایین است [۱۳]. در بررسی‌های به‌عمل‌آمده در زمینه عوامل تأثیرگذار، سن، جنس، سطح درآمد و سطح تحصیلات از عواملی بودند که با سطح سواد سلامت ارتباط معناداری داشتند [۱۴]. بدین‌معنا که معمولاً زنان، افراد مسن و افراد دارای سطح درآمد و تحصیلات پایین‌تر به احتمال بیشتری با عدم کفایت سواد سلامت مواجه هستند [۱۵]. براساس این شواهد به نظر می‌رسد که سطح سواد سلامت در مردم ایران از کفایت لازم برخوردار نمی‌باشد. با توجه به اینکه تاکنون توجه چندانی به مسأله سواد سلامت در استان خوزستان نشده است و مطالعات چندانی در این زمینه صورت نگرفته‌اند و نیز از آنجایی که پیش از انجام هرگونه مداخله‌ای در زمینه سواد سلامت، آگاهی از وضعیت موجود ضروری به نظر می‌رسد، پژوهش حاضر با هدف بررسی سواد

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]

سلامت جامعه شهری و روستایی شهرستان بهبهان انجام شد.

روش کار

پژوهش توصیفی- تحلیلی حاضر به روش مقطعی انجام شد. براساس اطلاعات مرکز بهداشت شهرستان بهبهان، در مجموع ۱۱ پایگاه و مرکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی و نه مرکز روستایی در این شهرستان مشغول به فعالیت هستند. انتخاب این مراکز به این دلیل بود که تمام خانوارهای ساکن در شهرستان بهبهان و مناطق جغرافیایی تحت پوشش پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی- درمانی قرار داشتند؛ از این رو می‌توان انتظار داشت که کل جامعه در این پژوهش تحت بررسی قرار گیرد. در مرحله بعد با توجه به بعد جغرافیایی و جمعیت تحت پوشش هر مرکز، تعداد نمونه در هریک از مناطق تعیین گردید و در نهایت از هر پلاک شهرداری در هر منطقه، یک واحد مسکونی به‌طور تصادفی وارد طرح شد و با حرکت به سمت راست در هنگام خروج از درب هر خانه، تعداد واحد مسکونی متناسب با تعداد نمونه تعیین گردید. در هر خانه تعداد افراد خانواده متناسب با حجم نمونه، انتخاب شدند؛ لذا در کل منطقه بدین صورت پرسشگری انجام شد.

شایان ذکر است که پرسشنامه‌های افراد سالمند، کم‌سواد و یا بی‌سواد روستایی توسط پرسشگران تکمیل شدند. به دلیل برخی از ملاحظات آماری و امکان عدم پاسخگویی، ناخوانابودن پرسشنامه برخی از افراد و غیره، تعدادی از پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج شدند و در نهایت، ۷۹۴ نفر از افراد باسواد ۱۷ ساله و بالاتر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مورد پرسش قرار گرفتند. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول برآورد نسبت (فرمول ۱) استفاده شد.

فرمول ۱

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2} = \frac{1.96^2(0.3)(0.7)}{(0.03)^2} \cong 900$$

ابزار گردآوری داده‌ها نیز پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان بود. باید خاطرنشان ساخت که روایی و پایایی این ابزار مورد بررسی قرار گرفته و آلفای کرونباخ سواد سلامت معادل ۰/۸۳۹ به‌دست آمده است. از سوی دیگر، در راستای تجزیه و تحلیل اطلاعات و ارتباط بین متغیرها از آزمون آماری کای دو، T-test، آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون خطی استفاده شد. لازم به ذکر است افرادی که برای شرکت در این پژوهش رضایت نداشتند از مطالعه خارج شدند.

شهرستان بهبهان از نظر جغرافیایی در جنوب شرقی استان خوزستان قرار گرفته و مرکز آن شهر بهبهان است. سردشت، زیدون، منصوریه و تشان شهرهای دیگر آن هستند. علاوه‌براین، شهرستان بهبهان از سمت شمال و شمال شرق به استان کهگیلویه و بویراحمد و از سمت جنوب به استان بوشهر محدود می‌شود. همچنین، این شهرستان از سمت غرب با شهرستان آغاجاری و شهرستان امیدیه و از سمت جنوب با شهرستان هندیجان همسایه می‌باشد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۷۹۴ نمونه مورد بررسی قرار گرفتند که براساس جدول ۱، ۵۳ درصد از افراد مورد مطالعه مرد و ۴۷ درصد زن بودند. همچنین، ۴۰ درصد از افراد در گروه سنی جوان، ۳۳ درصد در گروه میانسال و ۲۷ درصد در گروه سالمند قرار داشتند. در این مطالعه ۳۲/۵ درصد از افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۱۸/۶ درصد دارای مدرک کارشناسی بودند. علاوه‌براین، حدود ۴/۳ درصد از شرکت‌کنندگان بیکار، ۵/۳ درصد دانشجو، ۱ درصد دانش‌آموز، ۳۸/۸ درصد خانه‌دار و ۳۵/۹ درصد شاغل بودند. در ارتباط با وضعیت اشتغال در شهر نیز باید گفت که ۳۵/۵ درصد از افراد خانه‌دار، ۱۸/۸ درصد بازنشسته و ۱۸/۶ درصد شاغل موقت بودند. این شاخص در روستا در ارتباط با افراد خانه‌دار، شاغل موقت و شاغل دائم به‌ترتیب عبارت بود از: ۴۸/۹، ۲۲/۶ و ۱۶/۵ درصد. علاوه‌براین، یافته‌ها در مورد وضعیت تحصیلات در شهر نشان دادند که ۳۲ درصد از

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد بررسی به تفکیک شهر و روستا

متغیر		شهر		روستا	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات	بی‌سواد	۰	۰	۵	۲/۵
	ابتدایی	۸۴	۱۴	۲۷	۱۳/۹
	راهنمایی	۷۳	۱۲/۲	۳۸	۱۹/۶
	دبیرستان	۴۰	۶/۶	۱۹	۹/۸
	دیپلم	۱۹۲	۳۲	۶۶	۳۴
	فوق‌دیپلم	۱۶۱	۱۰/۱	۱۶	۸/۲
	کارشناسی	۱۲۷	۲۱/۱	۲۱	۱۰/۸
	کارشناسی ارشد	۲۳	۳/۸	۲	۱
جنس	مرد	۳۰۰	۵۰	۱۲۱	۶۲/۴
	زن	۳۰۰	۵۰	۷۳	۳۷/۶
سن	جوان	۲۰۷	۳۴/۵	۱۱۲	۵۷/۷
	میانسال	۱۹۵	۳۲/۵	۶۵	۳۵/۵
	سالمند	۱۹۸	۳۳	۱۳	۶/۷
اشتغال	دانش‌آموز	۵	۸	۳	۱/۵۴
	دانشجو	۳۶	۶	۶	۳/۱
	خانه‌دار	۲۱۳	۳۵/۵	۹۵	۴۸/۹
	بازنشسته	۱۱۳	۱۸/۸	۴	۲/۱
	بیکار	۲۴	۴	۱۰	۵/۱
	شاغل دائم	۹۷	۱۶/۲	۶۴	۲۲/۶
	شاغل موقت	۱۱۲	۱۸/۶	۳۲	۱۶/۵

افراد دارای مدرک دیپلم، ۲۱/۱ درصد مدرک کارشناسی و ۱۴ درصد دارای تحصیلات در سطح ابتدایی می‌باشند. این شاخص در روستا به‌ترتیب عبارت بود از: دیپلم ۳۴ درصد، تحصیلات در سطح راهنمایی ۱۹/۶ درصد و ابتدایی ۱۳/۹ درصد.

براساس جدول ۲ میانگین و انحراف معیار سواد سلامت جمعیت

جدول ۲: میانگین سواد سلامت کل

	کل	شهر	روستا
میزان سواد سلامت	۷۰/۲۲	۷۱/۰۱	۶۹/۴۳
میانگین±انحراف معیار		۸۱/۰۶	۱۰/۶۱

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]

جدول ۳: میانگین سواد سلامت در جامعه شهری به تفکیک مراکز

مرکز	مرکز سه شهری	مرکز دو شهری	مرکز چهار شهری
میانگین سواد سلامت	۷۲/۳۷	۷۱/۶	۷۱/۲۷

جدول ۴: میانگین سواد سلامت در جامعه روستایی به تفکیک مراکز

مرکز	سردشت	تشان	آب امیری
میانگین سواد سلامت	۷۴/۹	۷۲/۵	۷۱/۱۵

جدول ۵: مقایسه میانگین سواد سلامت در جامعه شهری و روستایی

مراکز	شهری			روستایی		
سواد سلامت	مرکز شماره سه	مرکز شماره دو	مرکز شماره چهار	سردشت	تشان	آب امیری
میانگین	۷۲/۳۷	۷۱/۶	۷۱/۲۷	۷۴/۹	۷۲/۵۰	۷۱/۱۵

۶۵-۱۸ سال باسواد شهری و روستایی به‌ترتیب ۸۱/۰۶±۷۱/۰۱ و ۱۰/۶۱±۶۹/۴۳ به‌دست آمد. همان‌طور که در جدول ۳ آمده است بیشترین میانگین سواد سلامت در سه مرکز شهری سه، دو و چهار به‌ترتیب عبارت بودند از: ۷۲/۳۷، ۷۱/۶ و ۷۱/۲۷. کم‌ترین میانگین سواد سلامت (۶۸/۶۶) نیز به مرکز شهری شماره یک اختصاص داشت. علاوه‌براین، جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین سواد سلامت جمعیت ۶۵-۱۸ سال باسواد روستایی معادل ۶۹/۴۳ درصد به‌دست آمد. بیشترین میانگین سواد سلامت نیز از آن سه مرکز روستایی سردشت زیدون (۷۴/۹ درصد)، تشان (۷۲/۵ درصد) و آب امیری (۷۱/۱۵ درصد) بود (جدول ۵).

در ادامه به بررسی شش بعد اصلی پرسشنامه پرداخته شده است. همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، شش بعد اصلی عبارت هستند از: دسترسی به منابع اطلاعات، استفاده از این منابع، میزان خوانایی، فهم، درک و تفسیر و ارزیابی منابع اطلاعات.

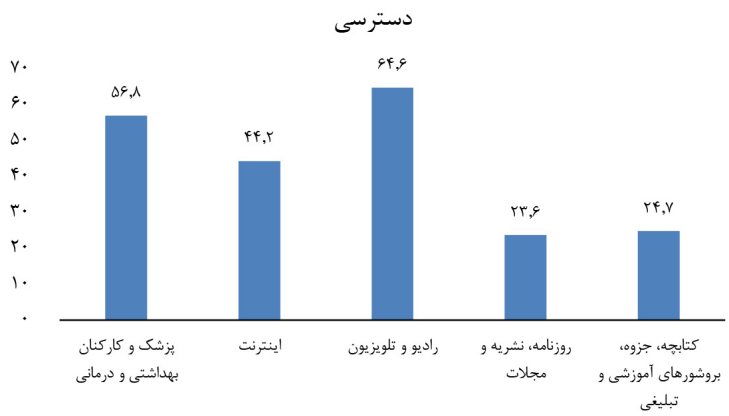
در ارتباط با سطح دسترسی به منابع اطلاعاتی، شرکت‌کنندگان مورد مطالعه بیشتر به رادیو و تلویزیون جهت کسب اطلاعات مورد نیاز دسترسی داشتند (۴۶/۶ درصد) و پس از آن پزشکان و کارکنان بهداشتی- درمانی (۵۶/۸ درصد) در رده دوم جای گرفتند. همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، کمترین دسترسی مربوط به روزنامه‌ها، نشریات و مجلات (۲۳/۶ درصد) می‌باشد.

همان‌طور که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، سطح دسترسی و استفاده از منابع مطابق با یکدیگر هستند. به عبارت دیگر، سطح دسترسی به هرکدام از گروه‌های منابع اطلاعاتی که راحت‌تر امکان‌پذیر باشد، میزان استفاده از آن نیز بیشتر است. در این راستا، رادیو و تلویزیون با بالاترین درصد استفاده در رتبه اول قرار دارند و پس از آن پزشکان و کارکنان بهداشتی در جایگاه بعدی می‌باشند. روزنامه‌ها، نشریات و مجلات نیز در رتبه آخر قرار دارند.

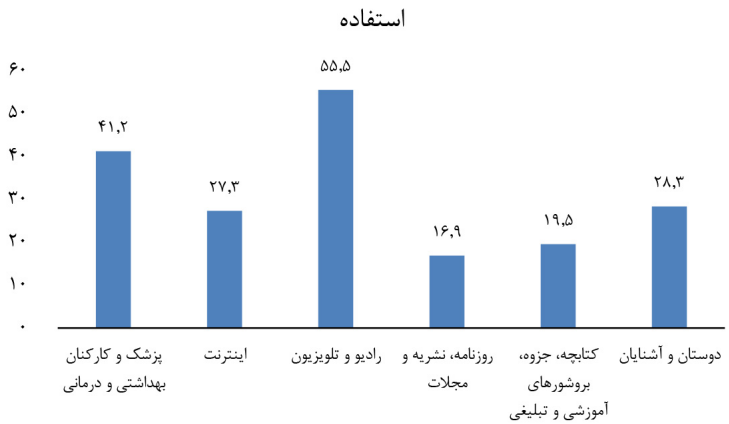
براساس نمودار ۳، دو دسته از منابع اطلاعاتی میزان خوانایی بالایی داشتند که عبارت بودند از: برگه‌های راهنما و آمادگی

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]

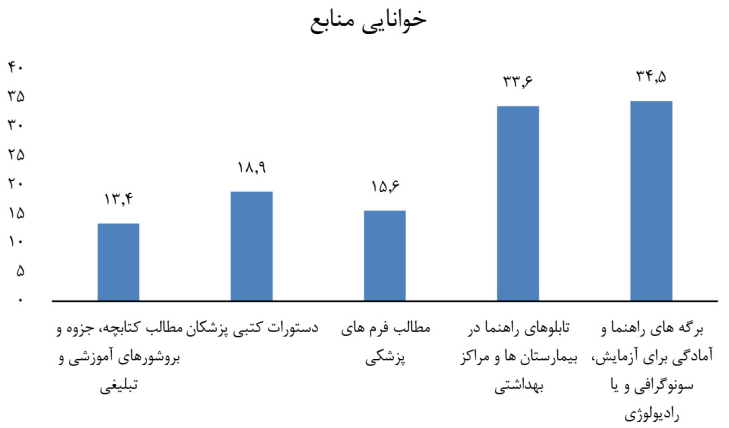
[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]



نمودار ۱: سطح دسترسی به منابع کسب اطلاعات



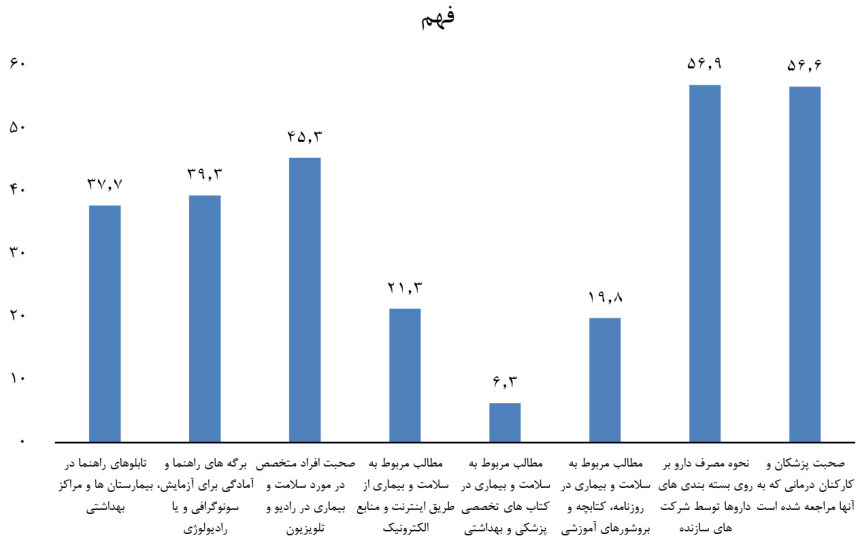
نمودار ۲: سطح استفاده از منابع اطلاعات



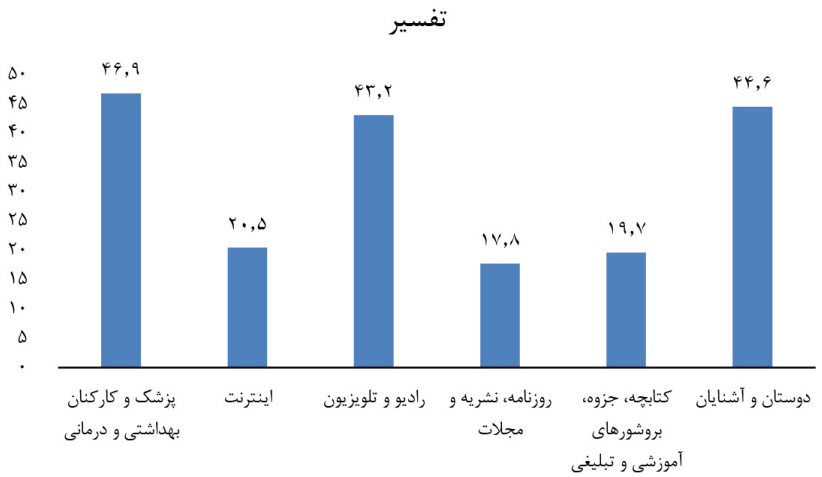
نمودار ۳: میزان خوانایی منابع اطلاعاتی

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]



نمودار ۴: میزان فهم منابع اطلاعاتی



نمودار ۴: تفسیر منابع اطلاعاتی

برای آزمایش، سونوگرافی و رادیولوژی و تابلوهای راهنما در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی. شایان ذکر است که خواندن مطالب کتابچه‌ها، جزوات و بروشورهای آموزشی نسبتاً سخت‌تر از سایر منابع کسب اطلاعات بود که بی‌شک این مهم نیازمند توجه تیم آموزش بیمارستان‌ها و مراکز می‌باشد تا در زمینه خوانایی این دسته از منابع کوشش بیشتری نمایند.

در مورد فهم و درک منابع کسب اطلاعات، بیشترین امتیاز به صحبت با پزشکان و کارکنان تیم درمانی و همچنین بسته‌بندی داروها از سوی شرکت‌ها اختصاص داشت (نمودار ۴) و مصاحبه‌های تلویزیونی با متخصصان حوزه سلامت در جایگاه

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]

جدول ۶: میانگین و انحراف معیار سطح ارزیابی

شاخص	حداکثر	حداقل	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی	۳۲	۱۰	۱۹/۴۲	۳/۱۴

بعدی قرار گرفت. کمترین امتیاز (۶/۳ درصد) نیز از آن مطالب مربوط به سلامت و بیماری در روزنامه، کتابچه و بروشورهای آموزشی بود .

نتایج در ارتباط با تفسیر منابع اطلاعاتی گویای آن بودند که صحبت آشنایان و دوستان، برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی و توصیه‌های پزشکان و کارکنان حوزه سلامت دارای بیشترین امتیاز هستند. کمترین امتیاز نیز به روزنامه‌ها، نشریات و مجلات اختصاص دارد.

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، حد متوسط میانگین ارزیابی منابع ۱۶ می‌باشد که عدد به‌دست‌آمده (۱۹/۴۲) بالاتر از حد متوسط است. به عبارت دیگر، شرکت‌کنندگان تقریباً می‌توانند درک، تفسیر و ارزیابی خوبی از منابع داشته باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

در طول دهه‌های گذشته نگرانی‌های مربوط به مهارت‌های سواد و سلامتی، هشداری جدی برای بسیاری از نظام‌های ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی بوده است. بر این اساس، آموزش مردم و توانمندسازی جامعه جهت پیشگیری و مراقبت از بیماری‌ها به یک اصل مهم تبدیل شده است. در این راستا، ارتقای سواد سلامت اقشار مختلف جامعه و شناسایی عوامل مؤثر و هم‌بسته با آن از اهداف مهم نظام سلامت محسوب می‌شود. با توجه به اهمیت این موضوع، پژوهش حاضر با هدف اندازه‌گیری میزان سواد سلامت جامعه شهری و روستایی بهبهان صورت گرفت. نتایج نشان دادند که میانگین امتیاز سواد سلامت جامعه شهری مورد مطالعه ۷۱/۰۱ از ۱۰۰ و در جامعه روستایی ۴۳/۶۹ از ۱۰۰ می‌باشد و اختلاف معناداری در ارتباط با سواد سلامت در جامعه شهری و روستایی مشاهده نمی‌شود که این نتایج حاکی از بالابودن سواد سلامت هستند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات Kutner و همکاران و Orlow و همکاران همخوانی ندارد [۱۱،۱۶].

مطابق با نتایج به‌دست‌آمده، سواد سلامت در جامعه شهری و روستایی بهبهان در سطح مطلوبی می‌باشد که به اعتقاد پژوهشگران این مطلوبیت می‌تواند به دلیل دسترسی آسان‌تر به مراکز بهداشتی- درمانی و همچنین تبلیغات و آموزش‌های مفید و کاربردی توسط کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی در مورد بهداشت، بیماری‌ها و سلامت افراد و جامعه باشد. علاوه‌براین، یافته‌های مطالعه حاضر نشان‌دهنده وجود ارتباطی معنادار هم در جامعه شهری و هم در جامعه روستایی بین سن افراد و میزان سلامت آن‌ها بود؛ به‌گونه‌ای که گروه سنی جوان نسبت به گروه میانسال و سالمند از سواد سلامت بیشتری برخوردار بودند که این یافته با نتایج مطالعه Lee و همکاران همسو می‌باشد [۱۷]. می‌توان گفت که افراد جوان‌تر در فهمیدن و درک اطلاعات بهداشتی- درمانی نسبت به افراد میانسال و سالمند با مشکلات کمتری مواجه هستند و همان‌گونه که بیان شد، دقت و توجه بیشتری نسبت به آن‌ها دارند. شایان ذکر است که در مطالعه حاضر بین جنسیت و سواد سلامت در جامعه شهری تفاوت معناداری به‌دست نیامد. نتایج پژوهش Orlow و همکاران عدم ارتباط جنسیت با میزان سواد سلامت را تأیید می‌کنند [۱۶]. از سوی دیگر، در پژوهش حاضر بین جنسیت و سواد سلامت در جامعه روستایی تفاوت معناداری مشاهده گردید و مردان نسبت به زنان از سواد سلامت بالاتری برخوردار بودند که این نتایج با یافته‌های پژوهش باقری یزدی مشابهت دارد [۱۸]. علاوه‌براین، در پژوهش حاضر بین میزان تحصیلات و سواد سلامت در جامعه شهری و روستایی تفاوت معناداری مشاهده گردید که

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]

این مهم با یافته‌های مطالعات Kutner و همکاران و باقری یزدی همسویی دارد و بیانگر تأثیر میزان تحصیلات بر سواد سلامت می‌باشد. افرادی که مدرک تحصیلی بالاتری دارند، از سواد سلامت بهتری برخوردار هستند و اطلاعات و دستورات بهداشتی- درمانی را بهتر می‌فهمند و به شکل صحیح‌تر به کار می‌برند [۱۱،۱۸]. در مطالعه حاضر نشان داده شد که بین اشتغال و سواد سلامت در جامعه شهری ارتباط معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش Orlow همخوان می‌باشد [۱۶]. می‌توان گفت که بیشترین میزان سواد سلامت مربوط به شاغلین دائم بوده و کمترین آن به شاغلین موقت اختصاص دارد. لازم به ذکر است که بر مبنای نتایج بین اشتغال و سواد سلامت در جامعه روستایی تفاوت معناداری وجود نداشت. از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که در مجموع وضعیت سواد سلامت در شهرستان بهبهان مطلوب است. بر مبنای یافته‌ها، میزان تحصیلات قوی‌ترین ارتباط را با سواد سلامت داشت و پایین‌تربودن سواد سلامت در گروه‌های سنی سالمند و میانسال شهری و روستایی و در زنان ساکن روستا به‌طور کلی مربوط به پایین‌تربودن سطح تحصیلات در این گروه‌ها بود. از آنجایی که در زمینه دسترسی به منابع اطلاعاتی، شرکت‌کنندگان در مطالعه بیشتر به رادیو و تلویزیون جهت کسب اطلاعات مورد نیاز دسترسی داشتند، لازم است مسئولان به این مورد توجه ویژه نمایند و در جهت افزایش سطح سواد سلامت از طریق رسانه‌های همگانی، اطلاع‌رسانی لازم را به عمل آورند. باید توجه داشت که سطح دسترسی و استفاده از منابع مطابق با یکدیگر هستند. به عبارت دیگر، سطح دسترسی به هرکدام از گروه‌های منابع اطلاعاتی که راحت‌تر امکان‌پذیر باشد، میزان استفاده از آن نیز بیشتر است. در این راستا، رادیو و تلویزیون با بالاترین میزان استفاده در رتبه اول قرار دارند. بر مبنای نتایج به‌دست‌آمده، دو گروه از منابع اطلاعاتی میزان خوانایی بالایی داشتند که عبارت بودند از: برگه‌های راهنما و آمادگی برای آزمایش، سونوگرافی و رادیولوژی و تابلوهای راهنما در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی. باید خاطرنشان ساخت که خواندن مطالب کتابچه‌ها، جزوات و بروشورهای آموزشی نسبتاً سخت‌تر از سایر منابع کسب اطلاعات بود که بی‌شک این مهم نیازمند توجه تیم آموزش بیمارستان‌ها و مراکز می‌باشد تا در زمینه خوانایی این دسته از منابع کوشش بیشتری نمایند. آنچه از نتایج برآمد این بود که در زمینه فهم و درک منابع کسب اطلاعات، بیشترین امتیاز به صحبت با پزشکان و کارکنان تیم درمانی و همچنین بسته‌بندی داروها از سوی شرکت‌ها اختصاص یافته است و مصاحبه‌های تلویزیونی با متخصصان حوزه سلامت در جایگاه بعدی قرار دارند. کمترین امتیاز (۳/۶ درصد) نیز به مطالب مربوط به سلامت و بیماری در روزنامه، کتابچه و بروشورهای آموزشی مربوط می‌شود. در این ارتباط، ضروری است مسئولان به مطالب درج‌شده در این کتابچه‌ها با دقت بیشتری توجه نمایند.

از سوی دیگر در ارتباط با تفسیر منابع اطلاعاتی، صحبت آشنایان و دوستان، برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی و توصیه‌های پزشکان و کارکنان حوزه سلامت دارای بیشترین امتیاز بودند. کمترین امتیاز نیز به روزنامه‌ها، نشریات و مجلات اختصاص داشت. همچون موارد پیشین، این مهم نیز می‌بایست با توجه بیشتری درخور فهم، درک و تفسیر عموم مردم و نه‌تنها متخصصان نگاشته شود. بر مبنای نتایج به‌دست‌آمده، سطح ارزیابی منابع بالاتر از حد متوسط است. به عبارت دیگر، شرکت‌کنندگان می‌توانند درک، تفسیر و ارزیابی نسبتاً خوبی از منابع داشته باشند. از آنجایی که سواد سلامت پایین می‌تواند مانعی برای درک صحیح پیام‌ها و توصیه‌های بهداشتی باشد، ضرورت دارد که کارکنان مراکز بهداشتی از روش‌های مؤثرتری برای انتقال اطلاعات برای این افراد استفاده کنند.

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]

قدردانی

پژوهش حاضر با حمایت مالی معاونت آموزش، تحقیقات و دانشجویی- فرهنگی دانشکده علوم پزشکی بهبهان با شماره طرح تحقیقاتی ۹۴۰۳ انجام شده است. بدین‌وسیله پژوهشگران از معاونت مذکور و همچنین از افراد شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Hamidzadeh Arbabi E. The dimensions of health from the point of view of the Holy Qur'an, centered on surah al-Kahf. The First National Health Conference in the Holy Quran, Razi Conferences Center, Tehran, Iran; 2010.
2. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA 1999; 281(6):552-7.
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000; 15(3):259-67.
4. Perlow E. Accessibility: global gateway to health literacy. Health Promot Pract 2010; 11(1):123-31.
5. World Health Organization. Health litreracy, the solid facts. Denmark: Regional Office for Europe. Available at: URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf; 2013.
6. Saeedi Koupai M, Motaghi M. Comparing health literacy in high school female students and their mothers regarding womens health. J Health Literacy 2017; 1(4):220-9 (Persian).
7. Mozafari M, Borji M. Assessing the health literacy level of parents in school children Ilam in 2015. J Nurs Educ 2017; 5(6):53-61 (Persian).
8. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts. Geneva: World Health Organization; 2013.
9. Bailey SC, McCormack LA, Rush SR, Paasche-Orlow MK. The progress and promise of health literacy research. J Health Commun 2013; 18(Suppl 1):5-8.
10. Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian Jazi M, Khorasani E. Health literacy, health status, health services utilization and their relationships in adults in Isfahan. Health Inf Manage 2014; 10(6):862-75 (Persian).
11. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy. NCES 2006-483. Washington, D.C: National Center for Education Statistics; 2006.
12. Tavousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. Payesh 2016; 15(1):95-102 (Persian).
13. Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. Strides Dev Med Educ 2007; 4(1):1-9 (Persian).
14. Khosravi A, Ahmadzadeh K. Investigating health literacy level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. Iran South Med J 2016; 18(6):1245-53 (Persian).
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Bagheri Yazdi SA, Bolhari J, Peyravi H. Mental health status of newly admitted students to Tehran university at 1994-1995 academic year. Iran J Psychiatry Clin Psychol 1995; 1(4):30-9 (Persian).

[Downloaded from jhc.mazums.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.24236772.1397.4.3.1.0]