

## Original article

**Evaluation of Health Literacy Level among 18-65 Year-Old Adults in Shahriar, Iran**Seyed Abolhassan Naghibi<sup>1</sup>Mosharafeh Chaleshgar Kordasiabi<sup>2\*</sup>Arezoo Kazemi<sup>3</sup>Seyedeh Mahbobeh Hosseini<sup>4</sup>

- 1- Assistant Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Centre, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
- 2- Assistant professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
- 3- BSc student of Public Health, Department of Public Health, Students Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
- 4- Msc, Department of Biostatistics, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

\*Corresponding author: Mosharafeh Chaleshgar Kordasiabi, Department of Public Health, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Email: m.chaleshgar@mazums.ac.ir

Received: 11 September 2017

Accepted: 22 September 2017

**ABSTRACT**

**Introduction and purpose:** Health literacy (HL) is a relatively new emerging concept in public health, which is the capacity of Individuals to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make proper health decisions. This study aimed to assess the level of health literacy among the individuals aged between 18 and 65 years old in Shahriar, Iran.

**Methods:** This analytical cross-sectional study was conducted on 299 participants aged from 18 to 65 years old in 10 city neighborhoods of Shahriar, Iran, during 2015. Data were collected using Iranian Health Literacy Questionnaire and analyzed by one-way analysis of variance in SPSS, version 21.

**Results:** In this study, the mean HL level was  $58.26 \pm 22.1$ . The mean levels of HL dimensions were 61.14, 66.74, 62.87, 54.68, and 45.87 for accessing to health information, understanding the information, information reading skills, analyzing the information, and decision making based on the information, respectively. Given the results, 36.5%, 23.7%, 25.4%, and 14.4% of the participants had low, inadequate, adequate, and high levels of HL. Additionally, there was a significant relationship between age, educational stage, and occupation and the level of five-dimensional HL ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** About 60% of the subjects had low and inadequate levels of HL; therefore, it is recommended to design a program based on demographic variables to promote HL among people in the society.

**Keywords:** Adults, Health literacy, Iranian Health Literacy Questionnaire (HELIA)

► **Citation:** Naghibi SA, Chaleshgar Kordasiabi M, Kazemi A, Hosseini SM. Evaluation of Health Literacy Level among 18-65 Year-Old Adults in Shahriar, Iran. Journal of Health Research in Community. Summer 2017;3(2): 17-25.

## مقاله پژوهشی

## بررسی سواد سلامت بزرگسالان ۶۵-۱۸ سال شهر شهریار

## چکیده

سید ابوالحسن نقیبی<sup>۱</sup>  
 مشرفه چالشگر کردآسیابی<sup>۲\*</sup>  
 آرزو کاظمی<sup>۳</sup>  
 سیده محبوبه حسینی<sup>۴</sup>

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران  
 ۲. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران  
 ۳. دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران  
 ۴. کارشناسی ارشد، گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

\* نویسنده مسئول: مشرفه چالشگر کردآسیابی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

Email: m.chalesghar@mazums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۳۱

**مقدمه و هدف:** سواد سلامت یکی از اجزای مهم سلامت همگانی تلقی می‌گردد و به ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات بهداشتی مورد نیاز به منظور تصمیم‌گیری در زمینه‌های مرتبط با سلامت، سواد سلامت گفته می‌شود. پژوهش حاضر با هدف سنجش سواد سلامت بزرگسالان ۶۵-۱۸ سال شهر شهریار صورت گرفت.

**روش کار:** این مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی و حجم نمونه آن شامل ۲۹۹ نفر از افراد بزرگسال ۶۵-۱۸ سال بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس از ۱۰ محله شهر شهریار انتخاب شدند. ابزار مطالعه حاضر، پرسشنامه سنجش سواد سلامت ایرانیان (HELIA: Health Literacy for Iranian Adults) بود و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 و آزمون آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** در این مطالعه، میانگین نمره سواد سلامت  $54/22 \pm 8/26$  بود. میانگین نمره سواد سلامت به تفکیک ابعاد سلامت شامل دسترسی به اطلاعات  $61/14$ ، فهم و درک اطلاعات  $66/74$ ، مهارت خواندن اطلاعات  $62/87$ ، ارزیابی اطلاعات  $54/68$  و تصمیم‌گیری و رفتار اطلاعات  $45/87$  بوده است. در سطح بندی سواد سلامت،  $36/5$  درصد دارای اطلاعات ناکافی،  $23/7$  درصد نه‌چندان کافی،  $23/1$  درصد کافی و  $14/4$  درصد عالی بودند. در مطالعه حاضر بین متغیرهای سن، تحصیلات و شغل با ابعاد پنج‌گانه سواد سلامت ارتباط معناداری مشاهده گردید ( $P < 0/0001$ ).

**نتیجه‌گیری:** گفتنی است نمره میانگین سواد سلامت در بیش از ۶۰ درصد جمعیت مورد مطالعه در سطح ناکافی و نه‌چندان کافی بوده است؛ بنابراین لزوم توانمندسازی افراد جامعه و طراحی برنامه‌های متنوع متناسب با متغیرهای جمعیت‌شناختی با هدف جلب مشارکت برای ارتقاء آگاهی مرتبط با سلامت توصیه می‌گردد.

**کلمات کلیدی:** بزرگسالان، پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان، سواد سلامت

◀ **استناد:** نقیبی، سید ابوالحسن؛ چالشگر کردآسیابی، مشرفه؛ کاظمی، آرزو؛ حسینی، سیده محبوبه. بررسی سواد سلامت بزرگسالان ۶۵-۱۸ سال شهر شهریار. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، تابستان ۱۳۹۶؛ ۳(۲): ۲۵-۱۷.

## مقدمه

سواد سلامت (Health Literacy) شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی

کره جنوبی براساس NVS (Navodaya Vidyalaya Samiti) انجام شد، ۶۱ درصد مردم، سواد سلامت ناکافی داشتند [۸]. در یک مطالعه در کشور صربستان براساس پرسشنامه STOHFLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults)، ۴۶/۱ درصد افراد مورد مطالعه، سواد سلامت ناکافی و ۵۵ درصد سواد سلامت کافی داشتند [۹]. در ایران درباره سواد سلامت مطالعات بسیار اندکی انجام شده است. براساس یک مطالعه در شهر اصفهان، ۴۶/۵ درصد سواد سلامت کافی، ۳۸ درصد سواد سلامت مرزی و ۱۵/۵ درصد افراد سواد ناکافی داشتند [۱۰].

طبق یک بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۶ در ۵ استان منتخب ایران، ۵۶/۶ درصد مردم سواد سلامت ناکافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۲۸/۱ درصد سواد سلامت کافی داشتند [۱۱]. در مطالعه دیگری که روی زنان ۶۵-۱۸ ساله منطقه بلوچستان انجام شد، ۳۳/۲ درصد زنان سواد سلامت ناکافی و ۳۲/۴ درصد آن‌ها سواد سلامت کافی داشتند. بر این اساس می‌توان گفت سطح سواد سلامت در ایران پایین است [۱۲-۱۴، ۱۰].

سواد سلامت کم موجب ضرر اقتصادی و اجتماعی می‌شود و ممکن است به‌طور کامل از درگیر شدن افراد با جامعه و دستیابی آن‌ها به اهداف زندگی‌شان جلوگیری کند. عواقب اقتصادی سواد پایین سلامت علاوه بر اثرگذاری بر افراد، در جامعه نیز مشاهده می‌شود [۵، ۶]. با وجود اهمیت بسیار زیاد شناسایی افراد با سواد سلامت ناکافی، کارکنان سیستم‌های بهداشت و درمان اغلب در این زمینه ضعیف عمل می‌کنند و بیماران نیز گاهی این واقعیت را کتمان می‌نمایند. این در حالی است که شناسایی این افراد بسیار مهم می‌باشد و به رویکردهای خاصی در فرآیند ارتباط با این افراد نیاز است. در ارتباط با این افراد باید راهبردهایی همچون استفاده از بیان ساده و قابل فهم، استفاده از گراف‌ها و تصاویر، محدود کردن اطلاعات ارائه شده به فرد در هر ملاقات و از همه مهم‌تر گرفتن بازخورد از فرد بعد از ارائه

بکارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامت است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی مربوط نمی‌شود [۱]. هم‌اکنون سواد سلامت مسئله و بحثی جهانی می‌باشد. بر این اساس سازمان بهداشت جهانی (WHO: World Health Organization) در گزارشی سواد سلامت را یکی از بزرگ‌ترین معیارهای تعیین‌کننده امر سلامت معرفی نموده و به کشورهای جهان توصیه کرده است که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های راهبردی، درخصوص ارتقاء سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود [۲]. هنوز به‌درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار می‌باشد؛ اما براساس مطالعات انجام‌شده، بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی در اثر سواد سلامت ناکافی است [۳]. در مطالعه ملی که در ایران انجام شد، ۴۴ درصد افراد، سواد سلامت محدود داشتند. طبق این مطالعه تقریباً از میان هر دو ایرانی، یک نفر سواد سلامت محدود داشت [۴].

در اهداف انسان سالم ۲۰۱۰ بیان شده است که سواد سلامت بسیار به افراد کمک می‌کند تا اطلاعات بهداشتی خود را ارزیابی کنند. به‌عنوان مثال، نتایج یک بررسی در کانادا نشان داد که ۲۲ درصد از کانادایی‌ها قادر به خواندن برچسب دارو بودند و به‌درستی مقدار مورد نیاز دارو را به کودک را محاسبه می‌کردند [۵]. آکادمی ملی جامعه سالمندان آمریکا تخمین زده است که هزینه‌های مازاد مراقبت‌های بهداشتی-درمانی به‌دلیل سواد کم سلامت در حدود ۷۹ بلیون دلار در سال ۱۹۹۸ بوده است. این هزینه‌ها شامل ۳۰ بلیون دلار برای افراد بی‌سواد و ۴۳ بلیون دلار برای کسانی است که سواد حاشیه‌ای سلامت دارند [۶]. در این زمینه مطالعاتی در نقاطی از دنیا صورت گرفته است. Chew و همکاران نشان دادند که ارتباط مثبتی میان سواد سلامت بالا و استفاده کمتر از خدمات اورژانس و میزان بستری شدن در بیمارستان وجود دارد [۷]. در مطالعه‌ای که در

اطلاعات به وی را بکار گرفت [۷].

پرداختن به موضوع سواد سلامت با توجه به اهمیت بسیار زیاد آن، می‌تواند به‌عنوان ابزاری مؤثر به برنامه‌ریزان، مسئولان و متولیان کمک نماید. براساس توضیحات فوق، ضرورت انجام مطالعه‌ای که بتواند تصویری از وضعیت سواد سلامت در شهر شهریار ارائه نماید، کاملاً مشهود است. در این مطالعه سعی شده است با استفاده از ابزارهای معتبر و بعد از تعدیل و اعتبارسنجی، میزان سواد سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت در محدوده سنی ۶۵-۱۸ سال در شهر شهریار بررسی شود.

## روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی می‌باشد که از آغاز فصل پاییز ۱۳۹۴ تا پایان این فصل روی ۲۹۹ نفر از افراد ۶۵-۱۸ سال مراجعه‌کننده به محلات ده‌گانه شهر شهریار صورت گرفت. حجم این نمونه با توجه به مطالعه افشاری و همکاران، ۳۰۰ نفر انتخاب شد [۱۳]. شهر شهریار دارای ۱۰ محله می‌باشد. برای انجام این مطالعه به نسبت مساوی ۳۰ نفر از ۱۰ محله انتخاب شدند و در ادامه داده‌ها از طریق نمونه‌گیری در دسترس و با حضور در مراکز پرتجمع هر محله با پرسش از نمونه‌ها جمع‌آوری شد. از شرایط ورود به مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. افرادی که مشکلات بینایی و شنوایی حاد یا اختلالات روانی و معلولیتی داشتند از مطالعه خارج شدند.

در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های دموگرافیک و سواد سلامت ایرانیان (HELIA: Health Literacy for Iranian Adults) استفاده گردید. در مطالعه منتظری و همکاران، روایی پرسشنامه با استفاده از محتوای کیفی و همچنین روش تحلیل عامل اکتشافی و پایایی آن نیز با محاسبه ضریب همبستگی درونی ارزشیابی شد [۴]. این پرسشنامه شامل ۳۳

گویه (۵ گزینه‌ای) بود و در ۵ بعد، سواد سلامت خواندن (۴ سؤال) جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال) را اندازه‌گیری کرد. ابعاد این پرسشنامه شامل: خواندن (۴ سؤال)، دسترسی (۶ سؤال)، فهم و درک (۷ سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال) و تصمیم‌گیری و رفتار (۱۲ سؤال) بود.

در مطالعه حاضر داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 و آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و براساس مقیاس مورد نظر سطح سواد مخاطبان به امتیاز طیف صفر تا صد تبدیل و سپس به چهار دسته عالی (۱۰۰-۸۴/۱)، کافی (۸۴-۶۶/۱)، نه‌چندان کافی (۶۶-۵۰/۱) و ناکافی (۵۰-۰) تقسیم شد. همچنین به شرکت‌کنندگان یادآور شد که در صورت تمایل می‌توانند در مطالعه شرکت کنند و اطلاعات آن‌ها به‌صورت محرمانه و محفوظ باقی خواهد ماند.

## یافته‌ها

براساس نتایج این مطالعه، میانگین سنی نمونه‌ها  $33/72 \pm 11/15$  بود و ۵۱/۸ درصد زن و ۴۸/۲ درصد مرد بودند. در این پژوهش، ۵۱/۸ درصد از شرکت‌کنندگان تحصیلات راهنمایی و دبیرستان و ۳۲/۱ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. بیشترین گروه سنی جامعه مورد مطالعه، ۴۰-۳۱ سال و ۷ درصد بالاتر از ۵۰ سال، ۵۱/۲ درصد از نمونه‌ها شاغل و ۲۵/۵ درصد خانه‌دار بودند. گفتنی است اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول ۱ آمده است.

براساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره سواد سلامت  $58/26 \pm 22/1$  بود. در سطح‌بندی سواد سلامت، ۳۶/۵ درصد اطلاعات ناکافی، ۲۳/۷ درصد نه‌چندان کافی، ۲۵/۴ درصد در حد کافی و ۱۴/۴ درصد عالی داشتند. میانگین نمره سواد سلامت به تفکیک ابعاد سلامت شامل: دسترسی به اطلاعات سلامت ۶۱/۱۴، فهم و درک اطلاعات ۶۶/۷۴، مهارت خواندن

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه

مشخصات جمعیتی	فراوانی تعداد (درصد)
جنسیت	
زن	۱۵۵ (۵۱/۸)
مرد	۱۴۴ (۴۸/۲)
گروه‌های سنی (سال)	
≤ ۲۰	۴۲ (۱۴)
۲۱-۳۰	۹۱ (۳۰/۴)
۳۱-۴۰	۹۴ (۳۱/۴)
۴۱-۵۰	۵۱ (۱۷/۱)
≥ ۵۰	۲۱ (۷)
تحصیلات	
بی‌سواد - ابتدایی	۴۸ (۱۶/۱)
راهنمایی - دبیرستان	۱۵۵ (۵۱/۸)
دانشگاهی	۹۶ (۳۲/۱)
شغل	
بیکار	۱۸ (۶)
خانه‌دار	۷۶ (۲۵/۴)
بازنشسته	۱۱ (۳/۷)
دانش آموز	۴۱ (۱۳/۷)
شاغل	۱۵۳ (۵۱/۲)

اطلاعات ۶۲/۸۷، ارزیابی اطلاعات ۵۴/۶۸ و تصمیم‌گیری و رفتار اطلاعات ۴۵/۸۷ بوده است. در جدول ۲ میانگین نمره سواد سلامت و سطوح سواد سلامت به تفکیک ابعاد سواد سلامت آورده شده است.

نتایج مطالعه حاضر در مورد ارتباط بین ابعاد سواد سلامت و گروه سنی نشان‌دهنده این است که میانگین نمره دسترسی به اطلاعات در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال بیشترین نمره و در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال با میانگین ۳۸/۸۸، کمترین نمره را داشت که ارتباط از لحاظ آماری معنادار بود ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ). در بعد درک اطلاعات سلامت گروه سنی کمتر از ۲۰ سال با میانگین نمره ۷۴/۲۳، بیشترین نمره میانگین و گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال با میانگین نمره ۴۲/۳۴، کمترین نمره میانگین را داشت که این ارتباط نیز از لحاظ آماری معنادار بود ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ).

در بعد مهارت خواندن بیشترین میانگین نمره مربوط به گروه سنی ۳۰-۲۱ سال با میانگین نمره ۶۸/۵۴ و کمترین نمره مربوط به گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال با میانگین نمره ۴۳/۴۵ بود که این ارتباط از لحاظ آماری معنادار بود ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ). در بعد ارزیابی اطلاعات، بیشترین نمره در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال با میانگین نمره ۶۵/۳۲ و کمترین نمره در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال با میانگین نمره ۳۶/۹۰ مشاهده شد که این ارتباط از لحاظ آماری معنادار بود ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ). در بعد تصمیم‌گیری و رفتار

جدول ۲: میانگین امتیازات سواد سلامت و سطوح سواد سلامت به تفکیک ابعاد سواد سلامت در افراد مورد مطالعه

ابعاد چهارگانه سواد سلامت	ناکافی تعداد (درصد)	نه‌چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
دسترسی به اطلاعات	۱۲۰ (۴۰/۱)	۳۵ (۱۱/۷)	۶۴ (۲۱/۴)	۸۰ (۲۶/۸)	۶۱/۴ ± ۲۶/۵
فهم و درک اطلاعات	۶۴ (۲۱/۴)	۶۲ (۲۰/۷)	۱۰۰ (۳۳/۴)	۷۳ (۲۴/۴)	۶۶/۷۴ ± ۲۱/۴۱
مهارت خواندن اطلاعات	۱۱۰ (۳۶/۸)	۳۵ (۱۱/۷)	۷۸ (۲۶/۱)	۷۶ (۲۵/۴)	۶۲/۸۷ ± ۲۸/۰۴
ارزیابی اطلاعات	۱۳۸ (۴۶/۲)	۳۷ (۱۲/۴)	۶۲ (۲۰/۷)	۶۲ (۲۰/۷)	۵۴/۶۸ ± ۳۰/۸
تصمیم‌گیری و رفتار اطلاعات	۱۷۰ (۵۶/۹)	۶۰ (۲۰/۱)	۶۹ (۲۳/۱)	.	۴۵/۸۷ ± ۲۱/۹۹
سواد کل	۱۹ (۳۶/۵)	۷۱ (۲۳/۷)	۷۶ (۲۵/۴)	۴۳ (۱۴/۴)	۵۸/۲۶ ± ۲۲/۱

و بیشترین آن در افراد با تحصیلات دانشگاهی بوده است. گفتنی است در بین همه ابعاد سواد سلامت با شغل از لحاظ آماری ارتباط معناداری وجود داشت ( $P < 0/0001$ ). براساس یافته‌ها، دانشجویان و دانش‌آموزان از نظر ابعاد سواد سلامت، بیشترین نمره میانگین و زنان خانه‌دار کمترین نمره میانگین را داشتند. در جدول ۳، فراوانی سطوح سواد سلامت به تفکیک

اطلاعات، بیشترین نمره در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال با میانگین نمره ۵۰/۳۴ و کمترین نمره در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال با میانگین نمره ۳۴/۱۲ مشاهده شد که این ارتباط نیز از لحاظ آماری معنادار بود ( $P < 0/0001$ ). در این مطالعه بین همه ابعاد سواد سلامت با متغیر تحصیلات ارتباط آماری معناداری وجود داشت ( $P < 0/0001$ ). پایین‌ترین نمره میانگین سواد سلامت در افراد بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی

جدول ۳: سطح‌بندی سواد سلامت به تفکیک متغیرهای جمعیت‌شناختی در افراد مورد مطالعه

مشخصات جمعیتی	ناکافی تعداد (درصد)	نه‌چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)
جنسیت					
زن	۵۰ (۳۲/۳)	۴۰ (۲۵/۸)	۳۹ (۲۵/۲)	۲۶ (۱۶/۸)	۱۵۵ (۱۰۰)
مرد	۵۹ (۴۱)	۳۱ (۱۰/۴)	۳۷ (۲۵/۷)	۱۷ (۱۱/۸)	۱۴۴ (۱۰۰)
گروه سنی					
≤۲۰	۱۱ (۲۶/۲)	۱۰ (۲۳/۸)	۱۱ (۲۶/۲)	۱۰ (۲۳/۸)	۴۲ (۱۰۰)
۲۱-۳۰	۲۵ (۲۷/۵)	۲۵ (۲۷/۵)	۲۹ (۳۱/۹)	۱۲ (۱۳/۲)	۹۱ (۱۰۰)
۳۱-۴۰	۳۱ (۳۳)	۳۱ (۳۳)	۲۵ (۲۶/۶)	۷ (۷/۴)	۹۴ (۱۰۰)
۴۱-۵۰	۲۷ (۵۲/۹)	۳ (۵/۹)	۹ (۱۷/۶)	۱۲ (۲۳/۵)	۵۱ (۱۰۰)
≥۵۰	۱۵ (۷۱/۴)	۲ (۹/۵)	۲ (۹/۵)	۲ (۹/۵)	۲۱ (۱۰۰)
تحصیلات					
ابتدایی	۳۸ (۷۹/۲)	۲ (۴/۲)	۸ (۱۶/۷)	۰ (۰)	۴۸ (۱۰۰)
راهنمایی - دبیرستان	۶۷ (۴۳/۲)	۴۴ (۲۸/۴)	۳۱ (۲۰)	۱۳ (۸/۴)	۱۵۵ (۱۰۰)
دانشگاهی	۴ (۴/۲)	۲۵ (۲۶)	۳۷ (۳۸/۵)	۳۰ (۳۱/۲)	۹۶ (۱۰۰)
شغل					
بیکار	۷ (۳۸/۹)	۳ (۱۶/۷)	۸ (۴۴/۴)	۰ (۰)	۱۸ (۱۰۰)
خانه‌دار	۴۰ (۵۲/۶)	۲۰ (۲۶/۳)	۱۵ (۱۹/۷)	۱ (۱/۳)	۷۶ (۱۰۰)
بازنشسته	۶ (۵۴/۵)	۱ (۹/۱)	۱ (۹/۱)	۳ (۲۷/۳)	۱۱ (۱۰۰)
دانش‌آموز / دانشجو	۴ (۹/۸)	۱۲ (۲۹/۳)	۹ (۲۲)	۱۶ (۳۹)	۴۱ (۱۰۰)
شاغل	۵۲ (۳۴)	۳۵ (۲۲/۹)	۴۳ (۲۸/۱)	۲۳ (۱۵)	۱۵۳ (۱۰۰)

جوادزاده و همکاران نیز، ۶۱ درصد براساس NVS، بیش از ۵۰ درصد افراد بر مبنای STOHLA، سواد سلامت ناکافی داشتند [۱۰]. همچنین در مطالعه طهرانی بنی هاشمی که سواد سلامت را در افراد بالای ۱۸ سال در ۵ استان تهران، مازندران، قزوین، کرمانشاه و بوشهر ارزیابی نمود، ۲۸/۱ درصد سواد سلامت در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت کافی داشتند [۱۱].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بعد دسترسی به اطلاعات سلامت در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال بیشترین (۷۱/۴۶) و در افراد بالای ۵۰ سال کمترین نمره میانگین را داشت. همچنین افراد با تحصیلات دانشگاهی بیشترین نمره میانگین سواد سلامت را در همه ابعاد و افراد با تحصیلات بی سواد و ابتدایی کمترین نمره میانگین سواد سلامت را در همه ابعاد دارا بود. سن با همه ابعاد سواد سلامت دارای ارتباط آماری معناداری بود و با مطالعات طاووسی و همکاران، بنی هاشمی، Kandula و همکاران و Powell و همکاران همخوانی داشت؛ ولی با مطالعه افشاری و همکاران در تناقض بود. در آن مطالعه زنان با گروه سنی ۵۰-۴۱ سال دارای بیشترین نمره میانگین سواد سلامت بودند [۴،۱۱،۱۳،۱۷،۱۸].

براساس نتایج مطالعه حاضر، میزان سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی در میان زنان خانه دار، افراد بالای ۵۰ سال، افراد بی سواد و با تحصیلات ابتدایی بیشتر از دیگر گروه‌ها بود و این یافته‌ها در دیگر مطالعات نیز نشان داده شده است [۴،۱۳]. در مطالعه ضاربان و همکاران بین شغل و تحصیلات با سواد سلامت ارتباط معناداری مشاهده گردید و با افزایش سن، سطح سواد سلامت افراد افزایش پیدا کرد که با نتایج مطالعه حاضر در تناقض است. علت این مسأله را می توان به افزایش سطح تحصیلات در افراد با سنین بالاتر در آن گروه مورد مطالعه نسبت داد [۱۲].

براساس نتایج این مطالعه، بعد از شاغلان، دانش آموزان و دانشجویان، بیشترین نمره میانگین سواد سلامت را در همه ابعاد داشتند. در مطالعه طاووسی و همکاران و انصاری و همکاران، افراد

متغیرهای جمعیتی آورده شده است. براساس این جدول در گروه سنی ۴۰-۲۱ سال بیشتر از ۵۰ درصد افراد مورد مطالعه سواد ناکافی و نه چندان کافی داشتند. در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال، ۸۱ درصد افراد دارای سواد ناکافی و نه چندان کافی بودند و تنها ۱۹ درصد آن‌ها سواد کافی و عالی داشتند. در افراد بی سواد و با تحصیلات ابتدایی نیز، ۸۳ درصد آن‌ها دارای سواد ناکافی و نه چندان کافی بودند و هیچ کدام سواد عالی نداشتند. همچنین در افراد بیکار هیچ کدام دارای سواد سلامت عالی نبودند. ۷۹ درصد از زنان خانه دار سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی و تنها ۱/۳ درصد از آن‌ها سواد عالی داشتند. گفتنی است ۶۱ درصد از دانش آموزان و دانشجویان نیز، دارای سواد کافی و عالی بودند.

## بحث و نتیجه گیری

سواد سلامت هم‌اکنون یک مسئله و بحث جهانی می‌باشد و به دلیل نقش مهم آن بر نحوه تصمیم‌گیری اشخاص در زمینه‌های مرتبط با سلامت به عنوان یکی از ابزارهای اساسی برای ارتقاء سطح سلامت جامعه و بالابردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی-درمانی مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است [۱۴].

در این مطالعه نشان داده شد که بیش از ۶۰ درصد افراد مورد مطالعه در همه ابعاد سواد سلامت در سطح ناکافی و نه چندان کافی بودند و فقط ۱۴/۴ درصد سواد عالی داشتند. این نتایج با یافته‌های مطالعات انجام شده در ایران که سواد سلامت را نامناسب ارزیابی کرده بودند، همخوانی داشت؛ به گونه‌ای که در مطالعه انصاری و همکاران، ۳۸/۸ درصد از افراد غرب ایران سواد سلامت ناکافی، در مطالعه طاووسی و همکاران ۴۶ درصد و در مطالعه قنبری ۵۴/۶ درصد از افراد تحت مطالعه سواد سلامت محدود داشتند که از مقادیر مطالعه حاضر کمتر است. این تفاوت‌ها احتمالاً ناشی از تفاوت در جمعیت‌های مورد مطالعه می‌باشد [۴،۱۵،۱۶]. در مطالعه

پذیرش اطلاعات و مورد اعتماد بودن از طرف مردم دارند؛ بنابراین آموزش مهارت‌های ارتباطی و آموزش مداوم به جامعه پزشکان و کارکنان بهداشتی تأثیر شگرفی در ارتقاء سلامت جامعه دارد. با توجه به اینکه اینترنت و فضای مجازی از منابع مهم کسب اطلاعات می‌باشند، لازم است سازمان‌های مسئول در سلامت به تأمین اطلاعات سلامت مردم در همه زمینه‌ها توجه ویژه‌ای نشان دهند. ارائه اطلاعات روشن و مناسب برای همه گروه‌های جامعه در حوزه سلامت در وبسایت‌های متعلق به سازمان‌های مرتبط با سلامت (مراکز بهداشتی-درمانی، بیمارستان‌ها و غیره)، راه مناسبی برای بهبود اطلاعات سلامت مردم با استفاده از اینترنت در فضای مجازی می‌باشد.

از آنجا که نمره میانگین سواد سلامت در بیش از ۶۰ درصد جمعیت مورد مطالعه در سطح ناکافی و نه‌چندان کافی بوده است؛ بنابراین لزوم توانمندسازی افراد جامعه و طراحی برنامه‌های متنوع متناسب با متغیرهای جمعیت‌شناختی با هدف جلب مشارکت برای ارتقاء آگاهی مرتبط با سلامت توصیه می‌شود.

## قدردانی

این مطالعه حاصل پروژه پایان دوره دانشجویی کارشناسی بهداشت عمومی در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد. بدین وسیله از همکاری همه عوامل مرتبط در اجرای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

با تحصیلات دانشگاهی دارای سواد سلامت بالایی بودند [۴،۱۵]. در مطالعه ملاحظیلی و همکاران نیز، سواد سلامت افراد بازنشسته و کارگران کمتر از دیگر افراد و سواد سلامت افراد دانشجو بیشتر از دیگر افراد بود [۱۹]. دیگر مطالعات صورت گرفته در حوزه سلامت نشان داده که سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، دارای تحصیلات کمتر، درآمد پایین‌تر و در میان زنان شایع‌تر بوده است [۲۰-۲۲].

با توجه به نتایج این مطالعه، افراد مسن و زنان خانه‌دار که تحصیلات کمتری دارند بیشتر از افراد جوان، دانشجویان و شاغلان که دارای تحصیلات بالاتری هستند به دریافت آموزش و اطلاعات سلامت نیاز دارند. در مطالعه حاضر، بین جنسیت و سواد سلامت رابطه آماری معناداری مشاهده نشد و نتایج با مطالعه ملاحظیلی و همکاران، افشاری و همکاران و طاوسی و همکاران همسو بود [۴،۱۳،۱۹].

براساس نتایج این مطالعه، بیشترین منابع اطلاعات سلامت مردم شامل پزشکان و کارکنان بهداشتی-درمانی و پس از آن اینترنت بود. در پژوهشی که توسط بیگدلی و همکاران در میان جوانان شیراز انجام شد، مراجعه به پزشک و اینترنت از مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات برای جوانان بود [۲۳]. همچنین در مطالعه طاوسی و همکاران، بیشترین منابع اطلاعاتی مردم را رادیو و تلویزیون و پزشکان تشکیل می‌دادند [۴].

براساس نقش مهمی که پزشکان و کارکنان بهداشتی در ترویج رفتارهای بهداشتی و ارتقاء آگاهی عمومی به لحاظ

## References

1. Carollo S. Low health literacy in older women: the influence of patient-clinician relationships. *Geriatr Nurs* 2015; 36(2 Supl):S38-42.
2. WHO Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. 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.
4. Tavousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Solimani A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh* 2016; 15(1):95-102 (Persian).
  5. Kickbusch L, Wait S, Maag D. *Navigating health: the role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK; 2005.
  6. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med* 1998; 158(2):166-72.
  7. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med* 2004; 36(8):588-94.
  8. Jeong SH, Kim HK. Health literacy and barriers to health information seeking: a nationwide survey in South Korea. *Patient Educ Couns* 2016; 99(11):1880-7.
  9. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Which women patients have better health literacy in Serbia? *Patient Educ Couns* 2012; 89(1):209-12.
  10. 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 Prom* 2012; 1(9):540-9.
  11. Tehrani Banihashemi S, Amir Khani A, Haghdoost A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H. Health literacy in five provinces and relative effective factors. *Strid Dev Med Educ* 2007; 4(1):1-9.
  12. Zareban I, Izadirad H, Jadgal K. Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran. *J Health Literacy* 2016; 1(2):71-82 (Persian).
  13. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating adult health literacy in Tuyserkan city. *J Educ Community Health* 2014; 1(2):48-55.
  14. 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.
  15. Ansari H, Almasi Z, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Peyvand M, Hajmohammadi M, et al. Health literacy in older adults and its related factors: a cross-sectional study in Southeast Iran. *Health Scope* 2016; 5(4):e37453.
  16. Ghanbari S, Majlessi 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):1-2.
  17. 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.
  18. 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.
  19. Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, Sharifirad G, HasanZadeh A. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. *J Educ Health Promot* 2014; 3:66.
  20. 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.
  21. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *J Public Health* 2009; 31(4):490-5.
  22. Downey LV, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J Natl Med Assoc* 2008; 100(11):1304-8.
  23. Bigdeli Z, Hayati Z, Heidari GR, Jowkar T. Place of internet in health information seeking behavior: case of young internet users in Shiraz. *Hum Inform Interact* 2016; 3(1):67-78 (Persian).