

سواد سلامت و عوامل مؤثر بر آن: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت جزیره هرمز

محمد ساعتچی^۱، محمد حسین پناهی^۱، علی اشرف مظفری^۱، محمد صاحبکار^۱، علی آذریپکان^۲، ولی اله بایگی^۱، کورش هلاکوئی نائینی^۳

^۱ دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ دانشجوی دکتری پژوهشی مدیریت حوادث، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، مدیر بحران معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
^۳ استاد اپیدمیولوژی، ایستگاه تحقیقات بهداشتی بندرعباس، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
نویسنده رابط: کورش هلاکوئی نائینی، نشانی: تهران، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۲، پست الکترونیک: holakoik@hotmail.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۳/۰۸؛ پذیرش: ۹۵/۰۷/۰۳

مقدمه و اهداف: آگاهی از میزان دانش بهداشتی یک جمعیت و نقاط ضعف سواد سلامت مردم برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی الزامی است. مطالعه حاضر یک مطالعه ارزیابی جامعه است که به منظور ایجاد زیربنایی مناسب جهت برنامه‌ریزی‌های آموزشی، به بررسی سطح سواد سلامت ساکنین جزیره هرمز منجر شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی تحلیلی است که روی افراد بالای ۱۸ سال و در تابستان ۱۳۹۴ در جزیره هرمز انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات با دو پرسشنامه اطلاعات پایه‌ای شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سن ازدواج و سؤالات غیرمستقیم جهت سنجش وضعیت اقتصادی افراد همچنین فرم کوتاه پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان برای اندازه‌گیری توانایی بیماران در خواندن و درک مفاهیم مرتبط با سلامت انجام شد. تجزیه و تحلیل با رگرسیون خطی انجام شد.

یافته‌ها: اطلاعات ۴۸۶ نفر در این مطالعه تجزیه و تحلیل شد. میانگین سنی افراد ۳۹ سال (۷۹-۱۸) و ۴۸ درصد زن بودند. میانگین بعد خانوار ۴/۵ نفر به دست آمد. میانگین نمره کسب شده افراد تحت بررسی ۵۸/۰۶ به دست آمد. ۳۵ درصد سواد سلامت نه چندان کافی، ۱۸/۲۱ درصد سواد سلامت کافی، ۱۲/۲۹ درصد سواد سلامت ناکافی و ۷/۱۴ درصد سواد سلامت عالی داشتند. سطح تحصیلات ($P < 0/001$)، وضعیت اقتصادی ($P < 0/001$) و سن ($P < 0/001$) متغیرهای اصلی تأثیرگذار بر سواد سلامت در نمونه مورد بررسی بودند.

نتیجه‌گیری: ارزیابی جامعه نشان داد گروه‌های سنی مسن‌تر از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند. وضعیت بد اقتصادی در کنار سطح پایین سواد باعث تمایل کمتر افراد برای یادگیری دانش سلامت و در نتیجه پایین بودن سطح سواد سلامت در جزیره هرمز است.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، ارزیابی جامعه، مطالعه مبتنی بر جمعیت

مقدمه

اولیه و خدمات سلامتی که برای تصمیم‌گیری مناسب لازم است تعریف کرده‌اند (۳). مهم‌ترین اجزای تشکیل‌دهنده سواد سلامت عبارت‌اند از مهارت‌های خواندن، شنیدن و تجزیه و تحلیل تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها برای اهداف پیشگیری و درمانی در حوزه سلامت فردی و اجتماعی (۴). Nutbeam و همکاران سواد سلامت را در سه گروه عمده، سواد سلامت پایه‌ای/ عملکردی، سواد سلامت ارتباطی و سواد سلامت انتقادی تقسیم‌بندی می‌کنند که به ترتیب شامل توانایی در خواندن و نوشتن، توانایی استخراج اطلاعات و معانی از کانال‌های ارتباطی و در نهایت تسلط افراد در کنترل رویدادهای زندگی است (۵). با توجه به اهمیت سواد سلامت، سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را در قرن ۲۱ به‌عنوان یکی از مهم‌ترین

ارزیابی جامعه مجموعه اقداماتی است در جهت آگاهی و درک معضلات و اولویت‌های سلامتی، اقتصادی و اجتماعی یک جامعه که از طریق جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل و انتشار نتایج برای مردم و سیاست‌گذاران کلان جامعه صورت می‌گیرد (۱). در میان انواع اهداف ارزیابی جامعه، اندازه‌گیری میزان دانش و آگاهی جمعیت تحت بررسی از وضعیت سلامت خود و میزان فهم و درکی که از جنبه مختلف سلامت فردی و عواملی که می‌تواند سلامت شخص را تحت تأثیر قرار دهد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. سواد سلامت مقوله‌ای از جنبه‌های ارزیابی جامعه است که نتایج میزان آن و عوامل مؤثر بر آن می‌تواند به‌عنوان ابزاری قابل‌اعتماد در اختیار برنامه‌ریزان و متولیان امر سلامت باشد (۲). سواد سلامت را توانایی فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات

مراجعه کرده و به صورت یک‌درمیان با یک مرد یا زن بالای ۱۸ سال مصاحبه شد. به این ترتیب در پایان با تعداد مساوی مرد و زن در هر خوشه مصاحبه شد. با توجه به تصادفی بودن نمونه‌گیری همچنین سعی محققان در مصاحبه با زنان و مردان به تعداد مساوی به نظر می‌رسد تعمیم‌پذیری نتایج به خوبی انجام خواهد شد.

سپس با استفاده از بحث گروهی متمرکز و مصاحبه عمیق با مردم اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شد و سپس با استفاده از روش گروه اسمی مشکلات و معضلاتی که توسط مسئولین و مردم ارائه شد رتبه‌بندی شدند (۱۰).

پس از جمع‌بندی مشکلات و حذف مشکلاتی که در جلسات مختلف بیان شده بود، فهرست کاملی از مشکلات تهیه گردید. سپس جلسه مشارکتی به منظور اولویت‌بندی مشکلات با حضور تیم ارزیابی، رابطین بهداشتی، نماینده جوانان و بسیج، پیش‌نماز مسجد و غیره تشکیل شد و اولویت‌بندی مشکلات به روش امتیازدهی از صفر تا ۱۰ برای هر مشکل بر اساس اندازه تاثیر مشکل بر مردم در حال و آینده، بار اقتصادی و اجتماعی مشکل و قابلیت حل مشکل با توجه به منابع در دسترس (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- فهرست پنج مشکل عمده جمعیت جزیره هرمز به ترتیب

اولویت-تابستان ۱۳۹۴

| امتیاز کسب شده برای تعیین اولویت | فهرست مشکلات |
|----------------------------------|------------------------------------|
| ۸۹ | بیکاری |
| ۸۸ | اعتیاد |
| ۸۲ | مشکلات مربوط به زباله در سطح جزیره |
| ۷۹ | بی کیفیت بودن آشامیدنی |
| ۷۳ | فقدان پزشکان متخصص |

همچنین اطلاعات جهت بررسی سواد سلامت مردم جزیره و عوامل مؤثر بر آن شامل دو بخش است.

بخش اول: مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سن ازدواج و سؤالات غیرمستقیم جهت سنجش وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد (حمام جدا، کامپیوتر،

تعیین‌کننده‌های سلامتی معرفی کرده است (۶). زیرا مطالعات نشان می‌دهد که در افراد دارای سواد سلامت پایین مصرف خودسرانه و بی‌رویه داروها، عدم پیروی از دستورات پزشک، کنترل نامطلوب وضعیت قند خون، دانش بهداشتی اندک و عدم ابراز نگرانی‌های سلامتی و بهداشتی و همچنین ارتباط نامناسب با پزشکان از شیوع بیشتری برخوردار است (۸، ۷). جنسیت، سطح تحصیلات، محل زندگی و وضعیت اقتصادی از مهم‌ترین عواملی بوده است که در مطالعات مختلف و بر روی گروه‌های جمعیتی متفاوت بررسی شده و در بیشتر مطالعات از سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی به عنوان دو عامل مؤثر بر سواد سلامت یاد شده است (۹، ۲). برای توسعه سلامت در هر منطقه آگاهی از میزان دانش بهداشتی و نقاط ضعف سواد سلامت افراد آن جمعیت جهت برنامه‌ریزی‌های آموزشی الزامی است. بنابراین با آگاهی نسبت به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر به عنوان بخشی از یک ارزیابی جامعه جزیره هرمز به منظور ایجاد یک پایه و اساس مناسب جهت برنامه‌ریزی‌های آموزشی، به بررسی سطح سواد سلامت افرادی بالای ۱۸ سال جزیره هرمز با استفاده از پرسشنامه S-TOFLHA می‌پردازد.

روش کار

مطالعه حاضر بخشی از ارزیابی جامعه جزیره هرمز و یک مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت است که روی افراد بالای ۱۸ سال جزیره انجام گرفت. ارزیابی جامعه بر اساس مدل کارولینای شمالی و مدل بومی شده آن انجام شد. در ابتدا تیم ارزیابی جامعه که متشکل از دانشجویان مقطع دکتری اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران بود تشکیل شد. سپس با توجه به مصاحبه‌ای که توسط محققین این طرح با افراد منطقه هرمز انجام شد به نظر رسید که حداکثر ۰/۰۵ عدم پاسخ‌دهی در این جمعیت وجود داشته باشد. بنابراین با در نظر گرفتن آن حجم نمونه ۴۰۵ نفر تعیین شد. با توجه به استفاده از نمونه خوشه‌ای تصادفی یک مرحله‌ای با محاسبه اثر طرح ۱/۲، حجم نمونه مورد نظر ۴۸۶ نفر در نظر گرفته شد که با توجه به خوشه‌های ۲۰ نفری، ۲۵ سرخوشه در نظر گرفته شد.

با توجه به اینکه تمام خانوارهای هرمز در مرکز بهداشت پرونده خانوار دارند با استفاده از این پرونده خانوار، از بین خانواده‌ها ۲۵ سرخوشه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس با مراجعه به این سرخوشه‌ها، اطلاعات یک مرد یا زن از خانوار (به صورت تصادفی) انتخاب شد سپس از سمت راست این خانه به ۱۹ خانوار دیگر

۵۲ درصد مرد بودند گروه سنی ۲۶-۳۵ سال با ۳۱ درصد کل افراد نمونه بیشترین فراوانی را داشت. ۱۰ درصد افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، ۵۶ درصد افراد نمونه دارای سواد راهنمایی و ابتدایی و ۱۴ درصد بی سواد بودند. میانگین بعد خانوار در نمونه ۴/۵ فرد در هر خانوار بود. اعتیاد، بیکاری و مشکلات مربوط به زباله در سطح جزیره مشکلات اولویت دار جامعه انتخاب شدند.

با توجه به دامنه نمره سواد سلامت در پرسشنامه که بین ۱۰۰-۰ است، میانگین نمره کسب شده برای افراد ۵۸/۰۶ به دست آمد. سطح سواد سلامت برحسب رتبه‌های مختلف برای متغیرهای توصیفی در جدول شماره (۲) نشان داده شده است که با توجه به رتبه‌بندی سواد سلامت، رتبه کلی سواد سلامت نه "چندان کافی" به دست آمد. چهل و یک درصد افراد نمونه دارای سطح اقتصادی پایین، ۴۰ درصد سطح بالا و ۲۰ درصد سطح متوسط را گزارش کرده بودند. ۵ درصد نمونه بیوه یا طلاق گرفته بودند. ۸۴ درصد متأهل و ۱۱ درصد مجرد بودند.

ارتباط متغیرهای مستقل با نمره کلی سواد سلامت بررسی گردید. در تجزیه و تحلیل دومتغیره (جدول شماره ۳) نمره کلی سواد سلامت با جنس نشان داده شد که جنس مرد ضریب رگرسیون ۷/۹۲ و معنی دار به دست آمد ($P < 0.002$) و نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت مردان تقریباً ۸ نمره از زنان بیشتر است. گروه‌های سنی ۴۶ تا ۵۵ ($P < 0.002$) و بیشتر از ۵۶ سال ($P < 0.001$) نسبت به گروه سنی مرجع ۲۶ تا ۳۵ سال با سواد سلامت ارتباط معنی دار نشان داد. ضریب رگرسیون برای گروه سنی ۴۶ تا ۵۵ سال برابر با (۲۶/۰۲-) به دست آمد یعنی این گروه سنی به طور متوسط ۲۶ نمره نسبت به گروه مرجع، سواد سلامت پایین تری دارند. به این ترتیب با افزایش سن از ۴۵ سال به بالا ارتباط بین سن و سواد سلامت معنی دار و معکوس است ($P < 0.001$) یعنی بالاترین گروه سنی از پایین ترین نمره سواد سلامت برخوردار است و به طور کلی با افزایش هر سال سن مقدار ۰/۷۴ از نمره سواد سلامت کاهش پیدا می کند ($P < 0.001$). رابطه بین سواد سلامت و وضعیت تأهل در سه سطح بررسی شد و جدا شده یا بیوه به عنوان سطح مبنا یا رفرنس در نظر گرفته شد و در تجزیه و تحلیل دومتغیره، متأهل و مجرد بودن هر دو، رابطه معنی داری با سواد سلامت نشان دادند و در افراد مجرد نمره کلی سواد سلامت به طور متوسط ۳۲ نمره نسبت به گروه مبنا بیشتر بود و افراد متأهل به طور متوسط ۳۰ نمره از گروه مبنا نمره سواد سلامت بیشتری داشتند. رابطه بین سطح تحصیلات و سواد سلامت در چهار سطح تحصیلات دانشگاهی، دیپلم، راهنمایی یا

آشپزخانه مستقل، جاروبرقی، فریزر، ماشین لباسشویی، زیربنای منزل) است. برای تعیین وضعیت اقتصادی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی روی دارایی‌های یاد شده، استفاده شد. افراد از نظر اقتصادی در یکی از سه سطح ضعیف، متوسط و بالا قرار گرفتند. در تجزیه و تحلیل آماری سطح اقتصادی پایین به عنوان سطح مبنای مقایسه قرار گرفت.

بخش دوم: در بخش دوم با استفاده از پرسشنامه ۳۳ سؤالی سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان S-TOFHLA به اندازه‌گیری توانایی افراد در خواندن و درک مفاهیم مرتبط با سلامت پرداخته شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات قبلی سنجیده شده است (۱۱). این پرسشنامه سواد سلامت افراد را در سه حیطه خواندن، فهم و درک و تصمیم‌گیری و رفتار افراد مورد سنجش قرار می‌دهد. دامنه نمرات خام برای تمام ابعاد پرسشنامه از نمره ۳۳ - ۱۶۵ ولی دامنه نمرات برحسب رتبه‌های حیطه‌ها بین ۰ - ۱۰۰ و به صورت (۰ - ۵۰) ناکافی، (۵۰/۱ - ۶۶) نه چندان کافی، (۶۶/۱ - ۸۴) کافی و (۸۴/۱ - ۱۰۰) عالی است.

پرسشنامه‌ها بعد از کسب رضایت آگاهانه تکمیل شد و به کلیه افراد تأکید شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند و هیچ‌گونه نگرانی از بابت افشای اطلاعات خصوصی آن‌ها وجود ندارد و در ضمن می‌توانند از نتایج پژوهش آگاه شوند. در صورتی که افراد تحت مصاحبه علاقه‌مند به دانستن وضعیت سواد سلامت، سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی خود بودند، وضعیت افراد بر اساس پاسخ به پرسشنامه‌ها به آن‌ها اطلاع داده می‌شد و در صورت داشتن مشکلات در افراد مطالعه به آن‌ها توصیه شد که به روان‌پزشک مراجعه نمایند. ضمناً ثبت اطلاعات بیماران بدون ذکر نام و نام خانوادگی و بر اساس کد صورت گرفت.

نمره کلی سواد سلامت و زیر مقایسه‌های آن به صورت کمی در مدل رگرسیون خطی وارد شد. کلیه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته سواد سلامت با روش رگرسیون خطی، در نرم‌افزار استاتا ۱۲ تجزیه و تحلیل شدند. ابتدا تجزیه و تحلیل دومتغیره انجام شد و کلیه متغیرهای معنادار در سطح خطای ۰/۰۵ وارد مدل نهایی چند متغیره شدند.

یافته‌ها

به طور کلی ۴۸ درصد نمونه را زنان و ۵۲ درصد را مردان تشکیل دادند. میانگین گروه سنی نمونه 39 ± 0.71 سال بود. حداقل سن در نمونه ۱۸ و حداکثر سن ۷۹ سال بود. ۸۳ درصد افراد متأهل و

متوسط و پایین به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی مبتنی بر دارایی‌های خانوار تشکیل شد و ارتباط آن با سواد سلامت بررسی شد و سطح پایین اقتصادی مبنای مقایسه قرار گرفت. نمره سواد سلامت افراد با سطح بالای اقتصادی ۲۲ نمره و در افراد متوسط ۷ نمره، نسبت به سطح پایین، بیشتر بود. در واقع با کاهش سطح اقتصادی خانواده، میانگین نمره سواد سلامت کاهش پیدا می‌کرد. بعد خانوار و یا تعداد افراد خانواده با سواد سلامت رابطه‌ای نشان نداد (جدول شماره ۴).

ابتدایی و بی‌سواد بررسی شد. طبقه بی‌سواد مبنای مقایسه قرار گرفت. در افرادی که تحصیلات دانشگاهی، دیپلم و یا راهنمایی و ابتدایی داشتند ارتباط معنی‌دار بود. به طوری که افرادی که دارای تحصیلات راهنمایی یا ابتدایی بودند نسبت به افراد بی‌سواد ۳۶ نمره سواد سلامت بیشتر داشتند. همچنین افراد دیپلم به‌طور متوسط ۵۷ نمره نسبت به گروه بی‌سواد، سواد سلامت بالاتری داشتند. در رابطه بین وضعیت اقتصادی و سواد سلامت، افرادی با سطوح پایین اقتصادی از میانگین نمره سواد سلامت پایین‌تری برخوردار بودند. ارتباط متغیر وضعیت اقتصادی در ۳ سطح: بالا،

جدول شماره ۲ - توزیع رتبه‌های سطح سواد سلامت برحسب درصد برای متغیرهای توصیفی افراد بالای ۱۸ سال جزیره هرمز، تابستان ۱۳۹۴

| متغیر | ناکافی | نه‌چندان کافی | کافی | عالی |
|---------------------|--------|---------------|-------|-------|
| گروه‌های سنی | | | | |
| ۱۸ - ۲۵ | ۱۸/۶۰ | ۲۳/۲۶ | ۴۸/۸۴ | ۹/۳۰ |
| ۲۶ - ۳۵ | ۲۲/۱۲ | ۲۳/۰۸ | ۳۳/۶۵ | ۲۱/۱۵ |
| ۳۶ - ۴۵ | ۲۹/۴۷ | ۲۴/۲۱ | ۳۰/۵۳ | ۱۵/۷۹ |
| ۴۶ - ۵۵ | ۵۰/۰۰ | ۱۴/۵۸ | ۲۲/۹۲ | ۱۲/۵۰ |
| بالای ۵۶ | ۷۲/۰۰ | ۱۶/۰۰ | ۶/۰۰ | |
| وضعیت تأهل | | | | |
| بیوه یا جدانشده | ۸۲/۳۵ | ۵/۸۸ | ۱۱/۷۶ | ۰/۰۰ |
| مجرد | ۲۲/۲۲ | ۳۰/۵۶ | ۴۴/۴۴ | ۲/۷۸ |
| متأهل | ۳۳/۸۰ | ۲۰/۹۱ | ۲۸/۲۲ | ۱۷/۰۷ |
| سطح اقتصادی | | | | |
| پایین | ۵۲/۹۰ | ۲۱/۰۱ | ۱۹/۵۷ | ۶/۵۲ |
| متوسط | ۳۶/۷۶ | ۲۶/۴۷ | ۲۶/۴۷ | ۱۰/۲۹ |
| بالا | ۱۵/۷۹ | ۱۸/۸۰ | ۳۹/۸۵ | ۲۵/۵۶ |
| سطح تحصیلات | | | | |
| بی‌سواد | ۱۰۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ |
| راهنمایی یا ابتدایی | ۳۶/۱۳ | ۳۰/۳۷ | ۲۷/۷۵ | ۵/۷۶ |
| دیپلم | ۱/۴۳ | ۱۵/۷۱ | ۴۸/۵۷ | ۳۴/۲۹ |
| دانشگاهی | ۶/۲۵ | ۹/۳۸ | ۳۷/۵۰ | ۴۶/۸۸ |
| جنس | | | | |
| زن | ۴۲/۹۴ | ۱۸/۴۰ | ۲۶/۹۹ | ۱۱/۶۶ |
| مرد | ۲۷/۶۸ | ۲۳/۷۳ | ۳۱/۰۷ | ۱۷/۵۱ |

جدول شماره ۳ - تجزیه و تحلیل رگرسیون خطی دومتغیره متغیرهای مستقل و وابسته سواد سلامت افراد بالای ۱۸ سال جزیره هرمز، تابستان ۱۳۹۴

| متغیر | ضریب رگرسیون | خطای استاندارد | مقدار معنی داری ۰/۰۵ | فاصله اطمینان ۹۵٪ |
|---------------------|--------------|----------------|----------------------|-------------------|
| وضعیت تأهل | | | | |
| بیوه یا جداشده* | ۱ | - | - | - |
| مجرد | ۳۱/۵۰ | ۶/۷۳ | ** ۰/۰۰۰ | ۱۸/۲۵ - ۴۴/۷۴ |
| متأهل | ۲۹/۹۶ | ۵/۷۱ | ** ۰/۰۰۰ | ۱۸/۲۷ - ۴۱/۱۹ |
| سطح اقتصادی | | | | |
| پایین* | ۱ | - | - | - |
| متوسط | ۷/۰۱ | ۳/۲۲ | ** ۰/۰۰۳ | ۰/۶۸ - ۱۳/۳۵ |
| بالا | ۲۱/۴۸ | ۲/۶۴ | ** ۰/۰۰۰ | ۱۶/۲۹ - ۲۶/۶۹ |
| سطح تحصیلات | | | | |
| بی سواد* | ۱ | - | - | - |
| راهنمایی یا ابتدایی | ۳۶/۱۴ | ۲/۵۷ | ** ۰/۰۰۰ | ۳۱/۰۸ - ۴۱/۲۰ |
| دیپلم | ۵۷/۰۴ | ۲/۹۸ | ** ۰/۰۰۰ | ۵۱/۱۸ - ۶۲/۹۰ |
| دانشگاهی | ۵۸/۴۵ | ۳/۶۲ | ** ۰/۰۰۰ | ۵۱/۳۲ - ۶۵/۵۷ |
| سن | -۰/۷۴ | ۰/۰۹ | ** ۰/۰۰۰ | -۰/۵۶ - -۰/۹۲ |
| جنس | | | | |
| زن* | ۱ | - | - | - |
| مرد | ۷/۹۲ | ۲/۵۵ | ** ۰/۰۰۲ | ۲/۱۹ - ۱۲/۹۲ |
| بعد خانوار | - ۰/۴۴ | ۰/۷۵ | ۰/۵۶ | -۱/۹۲ - ۱/۰۴ |

* طبقه مبنای مقایسه یا رفرنس

** معنی داری در سطح خطای ۰/۰۵

جدول شماره ۴ - تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره مدل نهایی عوامل مؤثر بر سواد سلامت افراد بالای ۱۸ سال جزیره هرمز، تابستان ۱۳۹۴

| متغیر | ضریب رگرسیون | خطای استاندارد | مقدار معنی داری ۰/۰۵ | فاصله اطمینان ۹۵٪ |
|---------------------|--------------|----------------|----------------------|-------------------|
| سطح اقتصادی | | | | |
| پایین* | ۱ | - | - | - |
| متوسط | -۰/۰۱۴ | ۲/۲۶ | ۰/۹۹ | -۴/۴۶ - ۴/۴۳ |
| بالا | ۶/۹۳ | ۱/۹۹ | ** ۰/۰۰۱ | ۲/۹۹ - ۱۰/۸۶ |
| سطح تحصیلات | | | | |
| بی سواد* | ۱ | - | - | - |
| راهنمایی یا ابتدایی | ۳۰/۰۷ | ۲/۷۲ | ** ۰/۰۰۰ | ۲۴/۲۷ - ۳۵/۴۳ |
| دیپلم | ۴۷/۹۲ | ۳/۳۳ | ** ۰/۰۰۰ | ۴۱/۳۸ - ۵۴/۴۷ |
| دانشگاهی | ۴۸/۴۸ | ۳/۹۲ | ** ۰/۰۰۰ | ۴۰/۷۶ - ۵۶/۲۰ |
| سن | -۰/۲۸ | ۰/۰۷ | ** ۰/۰۰۰ | -۰/۱۳ - -۰/۴۲ |
| وضعیت تأهل | | | | |
| بیوه یا جداشده* | ۱ | - | - | - |
| متأهل | ۶/۴۹ | ۴/۱۹ | ۰/۱۲ | -۱/۷۶ - ۱۴/۷۴ |
| مجرد | -۱/۹۲ | ۵/۰۷ | ۰/۷۰ | -۱۱/۰۹ - ۸/۰۶ |
| جنس | | | | |
| زن | ۱ | - | - | - |
| مرد | ۲/۶۲ | ۱/۶۸ | ۰/۱۲ | -۰/۶۸ - ۵/۹۳ |

* مبنای مقایسه یا رفرنس

** معنی داری در سطح خطای ۰/۰۵

بحث

بررسی حاضر نخستین مطالعه مبتنی بر جمعیت بررسی سواد سلامت در ایران است که در جزیره هرمز در زمینه اجرای برنامه ارزیابی جامعه مردم جزیره اجرا شد.

با توجه به هدف مطالعه، میزان سواد سلامت در نمونه‌ای گویا از مردم جزیره تعیین شد. میانگین نمره کلی برای این نمونه مورد بررسی ۵۸/۰۶ با دامنه اطمینان (۶۰/۶۰-۵۵/۵۳) به دست آمد که معادل رتبه "نه‌چندان کافی" است. در این مطالعه میزان سواد سلامت ناکافی ۳۵٪، سواد سلامت نه‌چندان کافی ۲۱/۱۸٪، سواد سلامت کافی ۲۹/۱۲ درصد و سواد سلامت عالی ۱۴/۷۱ درصد به دست آمد. نتایج مطالعات مختلف سواد سلامت با توجه به گروه‌های جمعیتی و ابزارهای اندازه‌گیری متفاوت نتایج گوناگونی را ارائه کرده‌اند. در مطالعه طهرانی و همکاران که در ۵ استان کشور و بر روی افراد بالای ۱۸ سال انجام شد میزان سواد سلامت ناکافی ۵۶/۵ درصد گزارش شده است که بیشتر از یافته‌های مطالعه ما است (۲). در مطالعه متاآنالیزی که سال ۲۰۰۵ انجام شد، ۸۵ مطالعه منطقه آمریکای شمالی را بررسی گردید. این مطالعه نشان داد ۲۶ درصد افراد سطح سواد سلامت ناکافی و ۲۰ درصد سواد سلامت مرزی داشته‌اند (۱۲). آخرین مطالعه ملی ارزیابی سواد سلامت در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۶ نشان داد که ۳۶ درصد از بالغان سواد سلامت محدود (سواد سلامت ناکافی یا مرزی) دارند. به عبارت دیگر این افراد تنها می‌توانند یک بخش از اطلاعات را از یک متن کوتاه و ساده (کمتر از سواد سلامت پایه‌ای) شناسایی یا در متون طولانی‌تر فقط در صورت واضح بودن متن، می‌توانند اطلاعات را بیابند (سواد سلامت پایه) (۱۲). شباهت یا تفاوت نتایج مطالعه ما با سایر مطالعات احتمالاً به دلیل تفاوت در گروه‌های جمعیتی و ابزارهای اندازه‌گیری متفاوت است، که نتایج گوناگونی را ارائه کرده‌اند. یافته‌های ما نشان داد که گروه سنی جوان دارای بیشترین سطح سواد سلامت عالی هستند به طوری که، حدود ۷۵ درصد گروه سنی ۲۶ تا ۴۵ سال دارای سطح سواد سلامت عالی هستند. همچنین در تجزیه و تحلیل تک متغیره با افزایش سن یک ارتباط معنادار و معکوس بین افزایش سن و سواد سلامت مشاهده شد به طوری که با افزایش سن شاهد کاهش سواد سلامت بودیم. این یافته و ارتباط سن بالا با کاهش سطح سواد سلامت عالی در مطالعات دیگر نیز مشاهده شده است. مطالعه افشاری و همکاران (۱۴) نشان داد با افزایش سن افراد تحت مطالعه، به بالای ۴۵

سال، سواد سلامت ناکافی به طوری چشمگیر افزایش یافته است. جوادزاده و همکاران (۱۵) در مطالعه‌ای که بر روی افراد بالای ۶۰ سال اصفهان انجام دادند بیش از ۷۹ درصد افراد تحت بررسی سواد سلامت ناکافی داشتند. نتایج دیگر مطالعات در کشورهای مختلف نشان داده که طیف مختلفی از سطح سواد سلامت در گروه‌های سنی بالا مشاهده شده است. در مطالعه von wanger و همکاران که بر روی افراد ۱۸ تا ۹۰ سال انجام شد نشان داده به ازای هر یک سال افزایش سن شانس داشتن سواد سلامت ناکافی ۴ درصد افزایش می‌یابد (۳). در این مطالعه از کلیه گروه‌های سنی اطلاعات سواد بهداشتی جمع‌آوری شده است که از این حیث با یافته‌های ما که در افراد بالای ۱۸ سال انجام شد، مشابه است. با توجه به افزایش امید به زندگی و افزایش جمعیت مسن در کشور یافته‌های فوق اهمیت توجه بیشتر به آموزش بهداشت و سلامت به خصوص در گروه‌های سنی بالا را بیش‌ازپیش نشان می‌دهد. زیرا با توجه به در معرض خطر بودن، میانسالان و کهنسالان برای ابتلا به انواع بیماری‌ها، عدم آگاهی و دانش پایین سلامت، این افراد را در معرض خطرهای جدی و گاهی جبران‌ناپذیر قرار خواهد داد.

یافته‌های ما نشان داد که حدود ۹۸ درصد افراد دارای سطح تحصیلات راهنمایی و کمتر سواد سلامت ناکافی دارند که می‌تواند بسیار نگران‌کننده باشد. بر اساس نتایج ما تحصیلات در هر ۳ سطح ارتباط معناداری با نمره کلی سواد سلامت داشت و قدرت این ارتباط با افزایش سطح تحصیلات بیشتر می‌شد و این یافته در اکثر مطالعات تکرار شده است. به طوری که، سطح تحصیلات دانشگاهی بیشترین قدرت ارتباط را با این حیطه‌های سواد سلامت نشان داد. در مطالعه رئیسی و همکاران نیز تفاوت زیادی بین سواد سلامت عالی تحصیل کرده‌ها و افراد بی‌سواد مشاهده شد (۱۶). با توجه به اینکه مردم جزیره، کارکنان بهداشتی را یکی از مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات سلامتی معرفی کرده بودند و با توجه به آمار بالای بی‌سوادی و تحصیلات پایین در جزیره، پرهیز هر چه بیشتر از آموزش‌های مبتنی بر چاپ تراکت و بروشور و پمفلت ضروری به نظر می‌رسد و آموزش‌های رودررو و مبتنی بر جلسات گروهی اقدام مناسب در مناطقی است که سطح تحصیلات پایین است.

یافته‌های ما نشان داد ۶۸ درصد مردان دارای سلامت سواد عالی هستند. ارتباط جنس و سواد سلامت در مطالعات مختلف بررسی شده است اما نتایج متناقضی ارائه شده است. در مطالعه ریسی و همکاران در اصفهان (۱۷) به صورت معناداری سواد

یک عامل تعیین‌کننده اساسی در دارا بودن سواد سلامت عالی نیست و درواقع در کنار عوامل مهمی مانند سطح تحصیلات و وضعیت آموزش می‌تواند نقش تسهیل‌کننده‌ای در افزایش سواد سلامت داشته باشد. به نظر می‌رسد سطح اقتصادی بالا از طریق عوامل دیگری می‌تواند بر افزایش سطح سواد سلامت مؤثر باشد عواملی مثل تمکن مالی در جستجوی بیشتر برای حل مشکل سلامتی، دسترسی بهتر به مراکز مجهزتر بهداشتی درمانی، و به طبع آن آشنایی بیشتر با امور مربوط به بهداشت و درمان، موجب افزایش سطح سواد سلامت در مطالعه ما و دیگر مطالعات شده است.

نتیجه‌گیری

بر اساس بیانیه سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت نقش اساسی در تعیین نابرابری‌های سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه دارد. مطالعه حاضر نشان داد گروه‌های سنی مسن‌تر که درصد کمی از افراد نمونه را تشکیل می‌دهند از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند و با توجه به افزایش بروز بیماری‌ها در این گروه سنی توجه بیشتر سیستم بهداشتی به آموزش این گروه سنی الزامی است. وضعیت بد اقتصادی در کنار سطح پایین سواد در جزیره هرمز باعث تمایل کمتر ساکنین جزیره برای یادگیری دانش سلامت است. بنابراین این محدودیت‌های مالی و تحصیلی مسئولیت متولیان سلامت در استان هرمزگان و جزیره هرمز را برای افزایش انگیزه‌های یادگیری و به کار بردن روش‌های آموزشی متناسب با فرهنگ و سطح سواد مردم جزیره سنگین‌تر کرده است. در غیر این صورت ساکنین جزیره در طی زمان با مشکلات جدی سلامت روبه‌رو خواهند شد.

سلامت در مردان بیشتر از زنان گزارش شد. این در حالی است که مطالعه von wanger و همکاران و همچنین تهرانی و همکاران نشان داد سواد سلامت در زنان بیش از مردان است (۹، ۲). به نظر می‌رسد تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی قومیت‌های مختلف و همچنین تفاوت در میزان تحصیلات بین زنان و مردان در مطالعات مختلف از مهم‌ترین علل تفاوت جنسیتی در سطح سواد سلامت در مطالعات مختلف است. در مطالعه ما در زمان انجام مصاحبه بسیاری از مردان مسن‌تر و با سطح تحصیلات پایین‌تر به صیادی مشغول بودند و سهم بیشتری از افرادی که مورد مصاحبه ما قرار گرفتند از گروه سنی زیر ۳۰ سال بودند و قاعدتاً این افراد از سطح تحصیلات بالایی برخوردار بوده‌اند. بنابراین می‌توان در این مطالعه بالاتر بودن سواد سلامت در مردان نسبت به زنان را به این موضوع نسبت داد.

مطابق یافته‌های ما ۶۸ درصد افراد دارای سطح اقتصادی بالا دارای سواد سلامت عالی بودند. به نظر می‌رسد سطوح بالای وضعیت اقتصادی - اجتماعی رابطه مستقیم و معنی‌داری با سواد سلامت دارد و با بالا رفتن وضعیت اقتصادی - اجتماعی نمره سواد سلامت نیز بیشتر می‌شود، به طوری که در مدل نهایی، افراد با سطح بالای اقتصادی نسبت به پایین‌ترین سطح اقتصادی - اجتماعی به‌طور متوسط، ۷ نمره بیشتر داشتند. در مطالعاتی مشابه قنبری و همکاران (۱۸) و همچنین تهرانی و همکاران (۲) نشان دادند که با افزایش سطح درآمدی خانوار، سطح سواد سلامت نیز افزایش می‌یابد. Tiller و همکاران در آلمان وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد بزرگسال را یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سطح سواد سلامت نشان دادند (۱۹). نتایج اکثر مطالعات نشان می‌دهد وضعیت اقتصادی یک عامل مهم در پیامدهای سلامتی است ولی بررسی‌ها نشان می‌دهد که وضعیت اقتصادی

منابع

- Minkler M, Wallerstein N. Community-based participatory research for health: From process to outcomes: John Wiley & Sons; 2011.
- Tehrani 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 in Development of Medical Education*. 2007; 4: 1-9.
- Bohman LN, Panzer AM. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington National Academies Press; 2004.
- Sihota S. Health literacy: being able to make the most of health. London: National Consumer Council; 2004.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, Oxford. 2000; 15: 259-67.
- WHO. 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.
- Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health promotion international*. 2009; 24: 285-96.
- Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006; 54: 770-6.
- von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of epidemiology and community health*. 2007; 61: 1086-90.
- Holakouie Naieni K, Ahmadvand A, Ahmadnezhad E, Alami

- A. A Community Assessment Model Appropriate for the Iranian Community. *Iranian J Publ Health*. 2014; 43: 323-30.
11. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin S.A, Jahangiri K, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh*. 2014; 13: 589-99.
 12. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2005; 20: 175-84.
 13. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*. 2009; 38: 601-10; quiz 10-2.
 14. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating Adult Health Literacy in Tuyserkan City. *J Educ Community Health*. 2014; 1: 48-5
 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. *Journal of education and health promotion*. 2012;1:31.
 16. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *ijdd*. 2016; 14 :199-208
 17. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzade A, Sharifira G. the Relationship between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors among Elderly in Isfahan, Iran. *jhrs*. 2011; 7: 469-80.
 18. 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 . *daneshvarmed*. 2012; 19: 1-12
 19. Tiller D, Herzog B, Kluttig A, Haerting J. Health literacy in an urban elderly East-German population- results from the population-based CARLA study. *BMC public health*. 2015; 15: 883.

Health Literacy and Its Associated Factors: A Population-Based Study, Hormuz Island

Saatchi M¹, Panahi MH¹, Ashraf Mozafari A¹, Sahebkar M¹, Azarpakan A², Baigi V¹, Holakouie Naieni K³

1- PhD Student of Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- PhD Candidate of Disaster Management, Social Determinants on Health Promotion Research Center, Disaster Manager, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

3- Professor of Epidemiology, Bandar Abbas Health Research Station, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding author: Holakoie K, holakoik@hotmail.com

(Received 28 May 2016; Accepted 24 September 2016)

Background and Objectives: The awareness of the health knowledge level of a population and the weaknesses in people's health literacy is essential for educational planning. This community assessment study, which was conducted to develop an appropriate infrastructure for educational planning, examined the level of health literacy in Hormuz Island's residents.

Methods: This analytical cross-sectional study was done on a sample of people over 18 years in Hormuz Island. Data were collected by two questionnaires which included basic information such as age, sex, marital status, age at marriage, and also indirect questions regarding the economic status of the individuals. Also, the Short Test of Functional Health Literacy in Adult (S-TOFLHA) was used to measure the patient's ability to read and understand health-related concepts. The linear regression analysis was performed.

Results: The data provided by 486 individuals were analyzed in this study. The mean age was 39 years (18-79) and 48% were female. The mean household size was 4.5 people. The mean score of the subjects was 58.06. Thirty-five percent had less-than-sufficient health literacy, 18.21% had sufficient health literacy, 12.29% had insufficient, and 7.14% had higher health literacy. Education level ($P<0.001$), economic status ($P<0.001$), and age ($P<0.001$) were the main variables influencing health literacy in the sample.

Conclusion: Community assessment showed that older age groups did not have sufficient health literacy. Low economic status accompanied by low levels of literacy makes individuals less motivated to improve their health knowledge and, consequently, leads to low levels of health literacy in Hormuz.

Keywords: Health literacy, Community assessment, Population-based study