

## سواد سلامت و عوامل مؤثر بر آن در بزرگسالان: یک مطالعه‌ی پیمایشی در جنوب غرب ایران

امید علی غلامی<sup>۱</sup>، جمیل صادقی فر<sup>۲</sup>، بهاره کبیری<sup>۳</sup>، شبتم قاسمیانی<sup>۴</sup>، صادق سرحدی<sup>۵</sup>، رضا جوروند<sup>۶\*</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** سواد سلامت به عنوان یک تعیین‌کننده‌ی سلامت یکی از راهبردهای کلیدی سیاست سلامت همگانی به شمار می‌رود. پژوهش حاضر به منظور بررسی تعیین سطح سواد سلامت و عوامل مؤثر بر آن در بین مراجعان به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان ایلام انجام شده است.

**روش بررسی:** در سال ۱۴۰۱ و در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، تعداد ۴۲۹ نفر از مراجعان ۱۸ تا ۶۵ ساله به مراکز خدمات جامع سلامت منتخب سطح شهرستان ایلام بررسی گردیدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی سواد سلامت بزرگسالان با نام هلیا بود؛ نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و در قالب نه خوشه انجام شد؛ که هر خوشه شامل ۵۰ نمونه بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک‌طرفه با سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج میانگین نمره کلی سواد سلامت  $16/50 \pm 8/16$  بود. در سطح بندی سواد سلامت ۱۸/۹۷ درصد افراد، سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی و ۴۴/۳۹ درصد شرکت‌کنندگان، سواد سلامت عالی داشتند. میانگین نمره‌ی سواد سلامت به تفکیک ابعاد سلامت شامل دسترسی به اطلاعات سلامت ۷۴/۶۵، فهم و درک اطلاعات ۸۱/۸۱، مهارت خواندن اطلاعات ۷۴/۱۲، ارزیابی اطلاعات ۷۵/۰۵ و تصمیم‌گیری و رفتار اطلاعات ۹۲/۶۱ می‌باشد. بین متغیرهای شغل، تحصیلات و درآمد با سواد سلامت کلی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ( $P \leq 0/001$ )؛ در حالی که بین سواد سلامت کلی با سن، جنسیت و محل سکونت ارتباط معناداری مشاهده نشد ( $P \geq 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که افشار آسیب‌پذیر به مراتب از سطح سواد پایین‌تری برخوردار هستند؛ همچنین باتوجه به تأثیر تحصیلات در بالارفتن سطح سواد سلامت افراد، بهتر است با استفاده از ظرفیت رسانه‌های جمعی، شبکه‌های اجتماعی، آموزش از طریق مراکز به گیرندگان خدمت در بهبود سطح سواد به عنوان یک تعیین‌کننده‌ی بالقوه‌ی سلامت جامعه گام برداشت.

**واژه‌های کلیدی:** سواد سلامت، بزرگسال، ایلام

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۲/۷

پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۷/۲۴

\* نویسنده مسئول:

رضا جوروند؛

مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایلام

Email:

Jorvand-R@medilam.ac.ir

۱ کارشناس ارشد آموزش سلامت، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۲ دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات سلامت و محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۳ دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات سلامت و محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۴ دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵ کارشناس ارشد ارگونومی، دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۶ استادیار گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

## مقدمه

در سالهای اخیر مفهوم سواد سلامت، اهمیت زیادی در سلامت عمومی پیدا کرده است (۱ و ۲). سواد سلامت حاصل عملکرد نظام مراقبت‌های سلامت و نظام آموزشی کشور و همچنین عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی مؤثر بر سلامت می‌باشد و بهبود سواد سلامت به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین، اقتصادی‌ترین و مؤثرترین اقدامات برای بهبود سطح سلامت در کل جمعیت شناخته می‌شود (۳). سواد سلامت موضوعی جهانی است و سازمان بهداشت جهانی، سواد سلامت را به‌عنوان مهارت‌های شناختی و اجتماعی تعیین‌کننده‌ی انگیزه و توانایی افراد برای دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات جهت حفظ و ارتقای سلامت، تعریف می‌کند (۴). یکی دیگر از تعاریفی که به‌صورت گسترده به‌عنوان تعریف سواد سلامت به‌کار می‌رود و توسط کتابخانه ملی پزشکی ارائه شده است، بیان می‌کند که سواد سلامت میزان ظرفیت افراد برای به‌دست آوردن، پردازش و درک اطلاعات سلامت پایه و خدمات مورد نیاز برای گرفتن تصمیمات سلامت مناسب است (۱). در تعریفی دیگر، سواد سلامت را مجموعه‌ای از مهارت‌های مورد نیاز برای تصمیم‌گیری مناسب در زمینه‌ی موقعیت‌های سلامت تعریف کرده‌اند؛ این مهارت‌ها شامل خواندن، نوشتن، اعداد، ارتباطات و به‌طور فزاینده‌ای، استفاده از فناوری الکترونیکی است (۵).

سازمان بهداشت جهانی سواد سلامت را به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت معرفی نموده است (۶). این مفهوم در حال تبدیل شدن به عامل تعیین‌کننده‌ی مهم در افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ‌ومیر و همچنین بهبود کیفیت زندگی افراد است (۷-۹ و ۳). ارتباط بین سواد سلامت و وضعیت سلامت به دفعات اثبات شده (۱۰) و تایید شده که سواد سلامت با اصلاح رفاه عمومی افراد ارتباط دارد؛ علاوه بر این، سواد سلامت به هزینه‌های پایین‌تر مراقبت سلامت، افزایش دانش سلامت، کاهش دوره‌ی اقامت بیمارستانی و استفاده‌ی کمتر از خدمات مراقبت سلامت منجر می‌شود (۱). اگرچه مشخص نیست که سواد سلامت تا چه اندازه بر پیامدهای سلامت تأثیر می‌گذارد، اما شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از پیامدهای نامطلوب مرتبط با سلامت به‌دلیل سطوح ناکافی سواد سلامت است (۴).

سواد سلامت پایین اغلب یک چالش بهداشتی مهم در بسیاری از کشورهاست (۱۱ و ۲). هرچند بخش قابل توجهی از جمعیت سواد سلامت پایینی دارند (۱۲)، اما سواد سلامت پایین، اغلب در میان گروه‌های محروم از

نظر اقتصادی-اجتماعی بیشتر است (۱۳ و ۱۱). پایین بودن سطح سواد سلامت به‌عنوان یکی از اولویت‌های کلیدی در سیاست سلامت همگانی با سطح پایین سلامت، نابرابری‌های گسترده و هزینه‌های بالاتر در نظام سلامت، پیامدهای نامطلوب سلامت از جمله مرگ‌ومیر بالاتر، استفاده‌ی بیشتر از خدمات اورژانسی بیمارستانی، کاهش استفاده از خدمات پیشگیرانه و ضعف مهارت‌های مدیریت بیماری‌های مزمن همراه است (۲۱-۱۴ و ۱۰). اگرچه سواد سلامت فرد براساس توانایی یادگیری افراد متفاوت است، اما ممکن است تحت متأثر از عوامل فردی، عوامل فرهنگی-اجتماعی و ... نیز باشد (۲۲).

اطلاعات سلامت در محیط تحت وب به‌طور گسترده‌ای، در دسترس بوده و به روش‌های مختلف تفسیر می‌شود؛ بنابراین می‌تواند تأثیر مثبت یا منفی بر تصمیم و عملکرد افراد برای تامین سلامت داشته باشد (۲۳). موضوع سواد سلامت به وضوح در دورنمای نقشه‌ی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در اقیانوس ۱۴۰۴ نیز بیان شده است (۲۴)؛ در مطالعه‌ی سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی، طاووسی و همکاران به این نتیجه رسیدند که از هر دو ایرانی یک نفر از سواد سلامت محدود برخوردار است (۲۵). سنجش سواد سلامت می‌تواند امر مفیدی باشد تا با آگاهی و طراحی مداخلات جهت افزایش آن از بروز احتمالی خطرات ناشی از سواد سلامت پایین جلوگیری کرد (۲۶)؛ اما به‌رغم اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت در ایران، چندان به موضوع وضعیت سواد سلامت افراد به‌عنوان عامل مهم در چگونگی تصمیم‌گیری و عملکرد آن‌ها در نظام مراقبت‌های سلامت پرداخته نشده است (۲۷). به‌منظور حداقل کردن پیامدهای منفی سواد سلامت ناکافی در جمعیت و ارتقای استانداردهای سلامت عمومی، پرداختن به موضوع سواد سلامت و ابعاد و عوامل مؤثر بر آن می‌تواند به‌عنوان چراغ راهی پیش روی سیاست‌گذاران سلامت باشد، تا با اتکا به تحلیل اطلاعات ناشی از آن، بتوانند راهبردهای مؤثر و مداخلات اجرایی مناسبی را برای ارتقای سطح سلامت جامعه طرح‌ریزی نماید. از این رو با توجه به عدم اجرای پژوهشی جهت سنجش سواد سلامت در جمعیت عمومی استان و شهر ایلام، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین سطح سواد سلامت بزرگسالان ۶۵-۱۸ ساله و عوامل مؤثر بر آن، در شهرستان ایلام اجرا شد.

## روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و در راستای سنجش سواد سلامت

اخذ شده به چهار دسته‌ی عالی، کافی، نه‌چندان کافی و ناکافی تقسیم شده است. نحوه‌ی نمره‌دهی آن به این صورت است که نمره‌های خام حیطه‌های پنج‌گانه‌ی سواد سلامت محاسبه و سپس به نمره استاندارد بین صفر تا صد تبدیل می‌شود؛ به این ترتیب که نمره‌های صفر تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، نمره‌های ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه‌چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی و نمره‌های ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می‌شوند (۱۷).

سکونت در شهرستان ایلام، داشتن سن ۶۵-۱۸ سال و امضای رضایت‌نامه کتبی، شرایط ورود به مطالعه و تکمیل ناقص پرسش‌نامه، معیار خروج بود؛ قبل از تکمیل پرسش‌نامه، به شرکت‌کنندگان توضیحاتی در مورد مطالعه، اهداف و نحوه‌ی اجرا داده شد و از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شده و محقق متعهد گردید که اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه بوده و صرفاً آمار کلی منتشر خواهد شد. تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارشی بود و از همه افراد خواسته شد که با صداقت کامل به سوالات پرسش‌نامه پاسخ دهند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد؛ سطح معناداری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در جدول شماره یک، مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه در زمینه سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، درآمد و محل سکونت آمده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر		میانگین و انحراف معیار
سن		۳۶/۶۲±۹/۷۵
جنسیت		
زن	۱۷۳	۴۰/۳
مرد	۲۵۶	۵۹/۷
سطح تحصیلات		
بی‌سواد	۷	۱/۶۳
ابتدایی	۳۰	۶/۹۹
متوسطه	۱۹۱	۴۴/۵۲
تحصیلات دانشگاهی	۲۰۱	۴۶/۸۵
محل سکونت		
شهر	۲۹۲	۶۸/۰۶
روستا	۱۳۷	۳۱/۹۳

جامعه بر روی ۴۲۹ نفر از مراجعان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان ایلام در مهرماه ۱۴۰۱ صورت گرفت. تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و خطای پنج درصد انجام شد و حجم نمونه‌ی اولیه ۳۸۶ نفر، که با احتساب ۱۵ درصد افزایش به دلیل ریزش احتمالی ۴۵۰ نفر تعیین گردید. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و در چند مرحله انجام شد؛ با توجه به این که هر خوشه شامل ۵۰ نفر بود، ابتدا و به صورت تصادفی (قرعه‌کشی)، نه مرکز از بین ۱۹ مرکز و پایگاه سلامت غیر ضمیمه شهرستان ایلام انتخاب گردید؛ در ادامه با مراجعه به مرکز جامع سلامت و به صورت تصادفی از بین مراجعان به مرکز، نمونه‌ها انتخاب شده و در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه، پرسش‌نامه‌ی طرح را تکمیل می‌کردند.

پرسش‌نامه‌های متفاوتی برای سنجش سواد سلامت وجود دارد، اما ابزار گردآوری داده‌ها در مطالعه حاضر پرسش‌نامه‌ی سنجش سواد سلامت بزرگسالان با نام هلیا بود که توسط منتظری و همکاران طراحی شده و مراحل روایی و پایایی آن، انجام شده است (۲۸). این پرسش‌نامه حاصل پژوهشی اجرا شده توسط پژوهشگاه بهداشتی جهاد دانشگاهی و بر اساس پیشنهادی برای سنجش سواد سلامت عمومی در جمعیت بزرگسال از طرف وزارت بهداشت بود و در سال‌های اخیر به عنوان ابزار سنجش سواد سلامت در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی، استفاده گردید (۲۸). این پرسش‌نامه دارای ۳۳ گویه است و در پنج بعد خواندن (۴ سوال)، دسترسی (۶ سوال)، فهم و درک (۷ سوال)، ارزیابی (۴ سوال) و تصمیم‌گیری و رفتار (۱۲ سوال) سواد سلامت را اندازه‌گیری می‌کند. در این مطالعه بر اساس مقیاس مورد نظر سطح سواد سلامت مخاطبان وفق امتیازات

خانهدار	۱۷۳	۴۰/۳۲
آزاد	۱۰۶	۲۴/۷
دولتی	۱۲۹	۳۰
دانشجو	۱۳	۳/۰۳
بیکار	۸	۱/۸۶
زیر یک میلیون تومان	۳۶	۸/۳۹
بین یک تا دو میلیون	۹۰	۲۰/۹۷
بین دو تا چهار میلیون	۱۵۶	۳۶/۳۶
بین چهار تا هفت میلیون	۱۲۱	۲۸/۲
بالاتر از هفت میلیون	۲۶	۶/۰۶

کل شرکت کنندگان در مطالعه ۴۵۰ نفر بودند که پس از بررسی پرسش نامه‌ها ۴۲۹ پرسش نامه‌ی تجزیه و تحلیل و ۲۱ پرسش نامه به دلیل اطلاعات ناقص، کنار گذاشته شد. میانگین سنی شرکت کنندگان  $36/62 \pm 9/75$  با دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۵ سال بود. ۵۹/۷ درصد شرکت کنندگان در مطالعه مرد بودند و ۴۶/۸۵ درصد

شرکت کنندگان تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۶۸/۰۶ درصد در شهر ساکن بودند. از نظر وضعیت اقتصاد ۴۷/۷۲ درصد جمعیت درآمدی زیر ۴ میلیون تومان داشتند جدول شماره دو نشان می‌دهد شرکت کنندگان از کدام منابع اطلاعات مورد نیاز خود را دریافت کرده بودند.

#### جدول ۲: منبع به دست آوردن اطلاعات بهداشتی شرکت کنندگان در مطالعه

منبع دریافت اطلاعات	تعداد	فراوانی (درصد)
اینترنت	۱۷۵	۴۰
رادیو و تلویزیون	۱۶۲	۳۷
پزشکان و کارکنان بهداشت	۹۲	۲۳
کل	۴۲۹	۱۰۰

این جدول نشان داد که بیشترین راه‌های به دست آوردن اطلاعات سلامت مورد نیاز در این مطالعه، به ترتیب اینترنت (۴۰ درصد)، رادیو و تلویزیون (۳۷ درصد) و پرسیدن از پزشکان و کارکنان سلامت (۲۳ درصد) بوده است.

در جدول شماره سه، سطح بندی سواد سلامت شرکت کنندگان در چهار سطح معلومات ناکافی، معلومات نه چندان کافی، اطلاعات کافی و اطلاعات عالی، آورده شده است.

#### جدول ۳: سطح بندی سواد سلامت شرکت کنندگان

سطح بندی سواد سلامت شرکت کنندگان	تعداد	درصد
سطح معلومات ناکافی	۲۴	۵/۶
سطح معلومات نه چندان کافی	۵۷	۱۳/۳۷
سطح اطلاعات کافی و مناسب	۱۵۷	۳۶/۶۴
سطح اطلاعات عالی	۱۹۱	۴۴/۳۹
کل	۴۲۹	۱۰۰

همان طور که در جدول شماره سه مشاهده می‌کنید؛ در تعیین سطح بندی سواد سلامت شرکت کنندگان در مطالعه، مشخص شد که ۵/۶ درصد شرکت کنندگان اطلاعات ناکافی، ۱۳/۳۷ درصد شرکت کنندگان اطلاعات نه چندان کافی، ۳۶/۶۴ درصد شرکت کنندگان اطلاعات کافی و ۴۴/۳۹ درصد شرکت کنندگان اطلاعات عالی داشتند.

جدول ۴، وضعیت نمره‌های استاندارد شده ابعاد سواد سلامت و سواد سلامت کلی در بین شرکت کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۴: وضعیت نمره‌های استاندارد شده ابعاد سواد سلامت و سواد سلامت کلی در بین شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	انحراف معیار	میانگین
دسترسی به اطلاعات	۱۸/۷۲	۷۴/۶۵
فهم و درک	۱۷/۹۲	۸۱/۸۱
ارزیابی اطلاعات	۱۸/۹۶	۷۵/۰۵
تصمیم‌گیری و رفتار اطلاعات	۱۸/۹۰	۹۲/۶۱
مهارت خواندن اطلاعات	۲۵/۱	۷۴/۱۲
سواد سلامت کلی	۱۶/۵۰	۸۰/۱۶

اطلاعات ۸۱/۸۱±۱۷/۹۲، مهارت خواندن اطلاعات ۷۴/۱۲±۲۵/۱، ارزیابی اطلاعات ۷۵/۰۵±۱۸/۹۶ و تصمیم‌گیری و رفتار مبتنی بر اطلاعات ۹۲/۶۱±۱۸/۹۰ بود. در جدول شماره ۵، ارتباط بین سواد سلامت کلی و متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه بررسی شده است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر که در جدول شماره چهار آمده است؛ میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت شرکت‌کنندگان در مطالعه ۸۰/۱۶±۱۶/۵۰ بود؛ میانگین و انحراف معیار نمره‌ی سواد سلامت در شرکت‌کنندگان در مطالعه به تفکیک ابعاد سواد سلامت شامل: دسترسی به اطلاعات سلامت ۱۸/۷۲±۷۴/۶۵، فهم و درک

جدول ۵: ارتباط بین سواد سلامت کلی و متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	سواد سلامت	P-value
سن	۳۶/۶۲±۹/۷۵	۰/۰۵۷
سطح تحصیلات	میانگین	۸۰/۱۶
	انحراف معیار	۱۶/۵۱
جنسیت	میانگین	۸۰/۰۸
	انحراف معیار	۱۶/۵۳
محل سکونت	میانگین	۸۰/۱۵
	انحراف معیار	۱۶/۵۲
شغل	میانگین	۸۰
	انحراف معیار	۱۶/۴۶
درآمد	میانگین	۸۰/۰۷
	انحراف معیار	۱۶/۵۵

داشته‌های یافته‌های مطالعات محدود انجام شده در ایران سواد سلامت را چندان مثبت ارزیابی نکرده‌اند که با مطالعه‌ی ما هم‌خوانی نداشت. نکویی مقدم و همکاران در کرمان به این نتیجه رسیدند که حدود ۶۰ درصد مردم سواد سلامت پایین دارند (ناکافی و مرزی) و به صورت کلی میانگین سطح سواد سلامت را حدود ۷۴ درصد گزارش کرده‌اند (۲۹). در مطالعه‌ی نقیبی و همکاران میانگین سواد سلامت ۵۸ درصد گزارش شده است. در مطالعه‌ی نقیبی، ۲۳ درصد شرکت‌کنندگان، دارای سواد سلامت کافی بوده و ۱۵ درصد سواد سلامت عالی داشتند (۳۰). در مطالعه‌ی معینی و همکاران ۳۱/۷ درصد از شرکت‌کنندگان سطح سواد کافی، ۳۲/۵ درصد سطح سواد متوسط و ۳۵/۸ درصد سطح سواد ناکافی

بررسی‌ها نشان داد که بین سواد سلامت کلی با سطح تحصیلات رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد ( $P \leq 0/001$ )؛ همچنین بین سواد سلامت کلی با شغل و درآمد نیز رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده شد ( $P \leq 0/001$ ). گفتنی است که در این مطالعه بین سواد سلامت کلی و سن، جنسیت و محل سکونت ارتباط معناداری مشاهده نشد.

## بحث

سواد سلامت کلی در این مطالعه ۸۰/۱۶±۱۶/۵۰ گزارش شد. سطح سواد سلامت بیش از ۳۶ درصد شرکت‌کنندگان کافی بوده و ۴۴ درصد سواد عالی

داشتند؛ که با نتایج این مطالعه همسو نمی‌باشد (۳۱). مطالعه‌ی ریسی و همکاران در پنج استان ایران نشان داد که سواد سلامت ۷۱ درصد افراد ناکافی یا محدود است و فقط ۲۸ درصد افراد سواد سلامت کافی داشتند (۳۲).

صابری‌پور و همکاران در سال ۱۳۹۸ میانگین سواد سلامت را ۶۹ درصد اعلام کردند. در این مطالعه برای ۴۰ درصد نمونه‌های پژوهشی سواد سلامت ضعیف، ۴۰ درصد اطلاعات ضعیف، ۳۴ درصد متوسط و ۲۵ درصد خوب گزارش شد (۲۷). در مطالعه‌ی قوی و همکاران به ترتیب بیش از ۲۵ و ۴۲/۳ درصد افراد شرکت‌کننده در این مطالعه به ترتیب سطح سواد سلامت عالی و کافی داشتند (۳۳). یافته‌های به دست آمده توسط ازدمیر و همکاران در ترکیه نشان داد که بیش از دو سوم افراد سطح سواد پایین یا متوسط داشتند (۳۴). یک بررسی سیستماتیک از ۸۵ مطالعه در آمریکای شمالی نشان داد که حدود ۵۰ درصد جمعیت سواد سلامت ناکافی دارند (۳۵). در هلند، Feransen و همکاران سطح سواد سلامت را ۷۹ درصد در حد ناکافی و متوسط گزارش کردند (۳۶) و نتایج مطالعه‌ی Uysal و همکارانش بین دانشجویان در ترکیه نیز نشان داد که ۴۵ درصد از دانشجویان سطح سواد سلامت ناکافی داشتند (۲۰).

این تفاوت‌ها احتمالاً ناشی از تفاوت در جمعیت مورد مطالعه است. وفق انتظارات در این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات با افزایش سال‌های تحصیل سطح سواد سلامت نیز افزایش داشته است (۳۷ و ۲۹ و ۲۱)؛ همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین میزان سواد سلامت با سطح تحصیلات رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری که هر چه سطح تحصیلات افراد بالاتر می‌رفت، نمره سواد سلامت نیز بالاتر بود. بیشترین نمره‌ی سطح سواد سلامت مربوط به افراد با تحصیلات لیسانس و بالاتر و کمترین نمره‌ی سواد سلامت مربوط به افراد بی‌سواد بود. این یافته‌ها با نتایج ذوالفقاری و همکاران (۳۸)، صابری‌پور و همکاران (۲۷)، معینی و همکاران (۳۱)، قوی و همکاران (۳۳)، جوینی و همکاران (۲۹) و نقیبی و همکاران (۳۰) همسو می‌باشد. آموزش یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده‌ی سواد سلامت در افراد است. افراد با تحصیلات پایین در درک و ارزیابی اطلاعات سلامت مشکل دارند به طوری که سواد سلامت پایینی دارند (۳۹). افرادی که مدرک تحصیلی بالاتر دارند، از سواد سلامت بهتری برخوردار بوده و اطلاعات و توصیه‌های سلامت را بهتر می‌فهمند و بهتر به کار می‌برند. لیکن بیمارانی که سطح تحصیلات و سطح سواد سلامت پایین‌تری دارند، در مورد اقدامات بهداشتی پیشگیرانه و جستجوی اطلاعات بهداشتی

آگاهی کمتری دارند. آن‌ها همچنین به احتمال زیاد با ارایه‌دهندگان خدمات سلامت ارتباط برقرار نمی‌کنند (۴۰). در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین سن و سواد سلامت مشاهده نشد، که با مطالعه‌ی جمالی و همکاران همخوانی داشته (۴۱)، ولی با مطالعه‌ی کهن و همکاران (۴۲)، قوی و همکاران (۳۳) و دادی‌پور و همکاران (۴۳) در ایران همخوانی ندارد. بین سواد سلامت کلی با شغل و درآمد رابطه معنی‌داری مشاهده شد؛ بر این اساس کارمندان دولتی و دانشجویان بالاترین نمره‌ی سواد سلامت و زنان خانه‌دار کمترین نمره‌ی سطح سواد سلامت را داشتند. بین سطح درآمد افراد نیز با سواد سلامت رابطه معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که هر چه میزان درآمد افراد بالاتر بود، نمره‌ی سواد سلامت نیز بالاتر تعیین شد. میزان سواد سلامت در اقشار آسیب‌پذیر پایین‌تر بود که در اکثر مطالعات انجام شده نیز نتیجه کم و بیش مشابهی وجود دارد (۳۹ و ۳۳). در مطالعه قنبری و همکاران نشان داده شده است که میزان سواد سلامت افراد با افزایش درآمد نیز افزایش می‌یابد (۴۴). در مطالعه‌ی جمالی و همکاران سواد سلامت جنسی در زنان با وضعیت اقتصادی بسیار ناراضی نسبت به زنان با وضعیت اقتصادی بسیار راضی کمتر بود (۴۱). در مطالعه‌ی ملاخلیلی و همکاران نیز سواد سلامت افراد بازنشسته و کارگر کمتر از دیگر افراد بود (۲۶). در این مطالعه بین سواد سلامت و جنسیت افراد ارتباطی مشاهده نشد، برخی مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهد که بین جنسیت و سواد سلامت، هیچ ارتباطی وجود ندارد (۳۹ و ۳۴). تفاوت‌های جنسیتی در رابطه با سطح سواد سلامت می‌تواند به دلیل سطح تحصیلات باشد (۳۱).

خودگزارش دهی در تکمیل پرسش‌نامه‌ها و نمونه‌گیری از بین مراجعان به مراکز جامع سلامت که احتمالاً دانش بیشتری در مورد خدمات این مراکز دارند، از محدودیت‌های مطالعه و استفاده از ابزار استاندارد مورد استفاده در مطالعات ملی در کنار حجم نمونه‌ی مناسب، از نقاط قوت مطالعه بودند؛ با وجود این توصیه می‌شود که با توجه به اهمیت سواد سلامت در سلامت عمومی افراد و خانواده‌ها، مطالعات بیشتری و با حجم نمونه‌ی گسترده‌تری در سطح استان انجام شود. افراد، مسئول آگاه بودن و تصمیم‌گیری صحیح در مورد وضعیت سلامت و بیماری خود در هر بخش از زندگی خود هستند. افراد باید بتوانند به اطلاعات اولیه در مورد خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشند؛ درک کنند و از آن‌ها استفاده کنند تا از مراقبت و مدیریت مؤثر سلامت اطمینان حاصل کنند. این مدرک به عنوان سواد سلامت کافی تعریف می‌شود (۲۰). به طور کلی نتایج

سلامت در کوریکولوم‌های درسی در جهت بهبود سطح سواد سلامت و ارتقای مسئولیت‌پذیری افراد در خصوص سلامت خویش، باید در اولویت قرار بگیرد

## تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایلام و طرح پژوهشی با کد A-10-2425-2 و زیر نظر کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایلام اجرا شده و دارای کد اخلاق IR.MEDILAM.REC.1401,124 می‌باشد. هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد و یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

مطالعه‌ی حاضر سطح سواد سلامت را مناسب تر از دیگر مطالعات ارزیابی کرد که مهم‌ترین دلیل آن می‌تواند سطح تحصیلات بالاتر شرکت‌کنندگان در مطالعه باشد. شناسایی عوامل مؤثر بر سواد سلامت به سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت کمک می‌کند تا با در نظر گرفتن سواد سلامت، سیاست‌ها و مداخلات مؤثرتری را در حوزه‌ی سلامت، برنامه‌ریزی و اجرا کنند. با توجه به نقش سواد سلامت در افزایش دانش سلامت و کاهش هزینه‌های نظام سلامت، به نظر می‌رسد که برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات آموزشی با در نظر گرفتن زمینه‌های فرهنگی و آموزشی جامعه و با استفاده از ظرفیت رسانه‌های جمعی، ادغام مفاهیم سواد سلامت در برنامه درسی آموزش عالی، گنجاندن مبحث سواد

## References

1. Bodur AS, Filiz E & Kalkan I. Factors affecting health literacy in adults: A community based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2017; 10(1): 100-9.
2. Liu L, Qian X, Chen Z & He T. Health literacy and its effect on chronic disease prevention: Evidence from China's data. *BMC Public Health* 2020; 20(1): 690.
3. Fan ZY, Yang Y & Zhang F. Association between health literacy and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health* 2021; 79(1): 119.
4. Dehghankar L, Panahi R, Kekefallah L, Hosseini N & Hasannia E. The study of health literacy and its related factors among female students at high schools in Qazvin. *Journal of Health Literacy* 2019; 4(2): 18-26.
5. Hersh L, Salzman B & Snyderman D. Health literacy in primary care practice. *American Family Physician* 2015; 92(2): 118-24.
6. Rajabi E, Dastani M, Hadi-Tavallaee N, Taghizadeh N, Jalali Z & Ameri F. Effect of e-health literacy on mental health of people during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal Modern Medical Information Sciences* 2023; 8(4): 396-407[Article in Persian].
7. Zheng M, Jin H, Shi N, Duan C, Wang D, Yu X, et al. The relationship between health literacy and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2018; 16(1): 201.
8. Rafferty AP, Winterbauer NL, Luo H, Bell RA & Little NRJ. Diabetes self-care and clinical care among adults with low health literacy. *Journal of Public Health Management and Practice* 2021; 27(2): 144-53.
9. Kanejima Y, Shimogai T, Kitamura M, Ishihara K & Izawa KP. Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 2022; 105(7): 1793-800.
10. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L & Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: A cross-sectional survey. *Health Expectations* 2017; 20(1): 112-9.
11. Fleary SA & Ettienne R. Social disparities in health literacy in the United States. *Health Literacy Research and Practice* 2019; 3(1): e47-e52.
12. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 2015; 25(6): 1053-8.



13. Mac-Leod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing* 2017; 38(4): 334-41.
14. Bernstein K, Han S, Park CG, Lee YM & Hong O. Evaluation of health literacy and depression literacy among Korean Americans. *Health Education and Behavior* 2020; 47(3): 457-67.
15. Rootman I & Gordon-El-Bihbety D. A vision for a health literate Canada. Available at: [https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/report\\_e.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/report_e.pdf). 2008.
16. Michou M, Panagiotakos DB & Costarelli V. Low health literacy and excess body weight: A systematic review. *Central European Journal of Public Health* 2018; 26(3): 234-41.
17. Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K & Warady B. Health literacy Impact on national healthcare utilization and expenditure. *International Journal of Health Policy and Management* 2015; 4(11): 747-55.
18. Van-Der-Heide I, Poureslami I, Mitic W, Shum J, Rootman I & Fitz-Gerald JM. Health literacy in chronic disease management: A matter of interaction. *Journal of Clinical Epidemiology* 2018; 102(1): 134-8.
19. Poureslami I, Nimmon L, Rootman I & Fitzgerald MJ. Health literacy and chronic disease management: Drawing from expert knowledge to set an agenda. *Health Promotion International* 2017; 32(4): 743-54.
20. Uysal N, Ceylan E & Koc A. Health literacy level and influencing factors in university students. *Health and Social Care in the Community* 2020; 28(2): 505-11.
21. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M & Merati H. Investigating adult health literacy in Tuyserkan city. *Journal Education Community Health* 2014; 1(2): 48-55.
22. Hamzehgardeshi Z, Shahhosseini Z, Moosazadeh M & Nematzadeh S. Factors associated with sexual and reproductive health literacy: A scoping review. *Journal of Health Research in Community* 2022; 8(3): 96-110 [Article in Persian].
23. Shojaei-Baghini M & Shojaei-Baghini S. The impact of internet health information on patient compliance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Literacy* 2023; 8(3): 79-89.
24. Mohammadi-Farah S, Saati-Asr MH, Kavivani-Manesh A, Barati M, Afshari M & Mohammadi Y. Health literacy level and its related factors among college students of Hamadan university of medical sciences, Hamadan, Iran. *Journal Education Community Health* 2017; 4(2): 11-7.
25. Tavousi M, Haeri-Mehrzi AA, Rafiefar Sh, Solimani A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: Findings from a national study. *Payesh* 2016; 15(1): 95-102 [Article in Persian].
26. Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, Sharifirad Gh & Hasanzadeh A. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. *Journal Education Health Promotion* 2014; 3(4): 66.
27. Abdullahi-Shahvali E, Saberpour B, Elahi N, Rouholamini S & Zamani M. Investigating health literacy Level and Its effective factors of patients referred to Shoushtar hospitals in 2018. *Iranian Journal of Nursing Research* 2019; 14(3): 33-9 [Article in Persian].
28. Montazeri A, Tavousi 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 [Article in Persian].
29. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amir-Esmaili MR & Baneshi MR. Health literacy and utilization of health services in Kerman urban area 2011. *Tolooebehdasht* 2013; 11(4): 123-34 [Article in Persian].
30. Naghibi A, Chaleshgar M, Kazemi A & Hosseini M. Evaluation of health literacy level among 18-65 year-old adults in Shahriar, Iran. *Journal of Health Research in Community* 2017; 3(2): 17-25 [Article in Persian].



31. Moeini B, Rostami-Moez M, Besharati F, Faradmal J & Bashirian S. Adult functional health literacy and its related factors: A cross-sectional study. *International Journal of Epidemiologic Research* 2019; 6(1): 24-9.
32. Reisi M, Javadzade SH, Babae-Heydarabadi A, Mostafavi F, Tavassoli E & Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *Journal of Education and Health Promotion* 2014; 3(1): 119.
33. Ghavi S, Pezeshki P, Sohrabivafa F, Pezeshgi P & Sindarreh S. Assessing the level of health literacy and its related factors in students: A cross-sectional study. *Zanko Journal of Medical Sciences* 2021; 22(72): 24-34.
34. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y & Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Education Research* 2010; 25(3): 464-77.
35. 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(2): 175-84.
36. Fransen MP, Van-Schaik TM, Twickler TB & Essink-Bot ML. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *Journal of Health Communication* 2011; 16(Suppl 3): 134-49.
37. Panahi R, Namdar P, Nayebi N, Anbari M, Yekefallah L & Dehghankar L. Sexual health literacy and the related factors among women in Qazvin, Iran. *Journal Education Community Health* 2021; 8(4): 265-70.
38. Zolfaghari A, Shaker-Ardekani S & Mohammadi-Ahmadabadi N. Investigation of the relationship between health literacy and demographic variables of Yazd city citizens. *Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology* 2019; 2(1): 95-102.
39. Joveini H, Rohban AR, Askarian P, Maheri M & Hashemian M. Health literacy and its associated demographic factors in 18–65-year-old, literate adults in Bardaskan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion* 2019; 8(1): 244.
40. Feinberg I, Tighe EL, Greenberg D & Mavreles M. Health literacy and adults with low basic skills. *Adult Education Quarterly* 2018; 68(4): 297-315.
41. Jamali B, Maasoumi R, Tavousi M & Haeri-Mehrizi AA. Women's sexual health literacy and related factors: A population-based study from Iran. *International Journal Sex Health* 2020; 32(4): 433-42.
42. Kohan S, Mohammadi F, Yazdi M & Dadkhah A. Evaluation of relationship between reproductive health literacy and demographic factors in women. *Journal Health Literacy* 2018; 3(1): 20-9.
43. Dadipoor S, Ramezankhani A, Alavi A, Aghamolaei T & Safari-Moradabadi A. Pregnant women's health literacy in the south of Iran. *Journal of Family and Reproductive Health* 2017; 11(4): 211-8.
44. Ghanbari Sh, Majlessi F, Ghaffari M & Mahmoodi-Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Medicine: Basic and Clinical Research Journal* 2011; 19(97): 1-12[Article in Persian].

# A survey Study :Health Literacy and Affecting Factors of Adults in Southwest Iran

Omidali Gholami<sup>1</sup> (M.S.), Jamil Sadeghifar<sup>2</sup> (Ph.D.), Bahareh Kabiri<sup>3</sup> (Ph.D.),  
Shabnam Ghasemyani<sup>4</sup> (Ph.D.), Sadegh Sarhadi<sup>5</sup> (M.S.), Reza Jorvand<sup>6\*</sup> (Ph.D.)

1 Master of Science in Health Education, Vice-Chancellor of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

2 Associate Professor, Department of Health Services Management. Health and Environment Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

3 Ph.D. in Health Education and Health Promotion, Health and Environment Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

4 Ph.D. in Health Care Management, School of Health Management and Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Master of Science in Ergonomics, Health and Food Safety Secretariat. Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

6 Assistant Professor, Department of Public Health, Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of medical Sciences, Ilam, Iran

## Abstract

Received: 27 Apr. 2023

Accepted: 16 Oct. 2023

**Background and Aim:** Health literacy is recognized as a key determinant of health and is a central focus of public health policy strategies. The present study aimed to assess the health literacy level and identify the factors influencing it among the clients of comprehensive health service centers in Ilam city.

**Materials and Methods:** In 2022, a descriptive-analytical study was conducted to examine 429 clients aged 18-65 years who visited comprehensive selected health service centers in Ilam city. For adults the data collection tool used was the Helia health literacy questionnaire. Sampling was conducted in nine clusters, with each cluster consisting of 50 samples. The data was analyzed using SPSS software, which included descriptive statistical tests, Pearson's correlation coefficient, and one-way analysis of variance, with a significance level set at 0.05.

**Results:** Based on the results, the average health literacy score was  $80.16 \pm 16.50$ . In terms of health literacy, 18.97% of people had inadequate or not very adequate health literacy, while 44.39% of the participants had excellent health literacy. The average health literacy scores across different dimensions are as follows: access to health information 65.74, comprehension of information 81/81, reading information skills 12.74, evaluation of information 05.75, and decision making and behavior based on information 61.92. A significant relationship was observed between job, education, and income variables and various dimensions of average health literacy ( $p$ -value  $\leq 0.001$ ). However, there was no significant relationship between general health literacy and age, gender, and place of residence ( $P \leq 0.05$ ).

**Conclusion:** The results of the present study demonstrate that vulnerable groups have significantly lower literacy levels. Furthermore, given the impact of education on enhancing people's health literacy, it is advisable to leverage mass media, social networks, and educational centers to enhance literacy levels as a potential factor in community health.

**Keywords:** Health Literacy, Adults, Ilam

\* Corresponding Author:

Jorvand R

Email:

Jorvand-R@medilam.ac.ir