

سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها: یک مطالعه ملی

محمود طاووسی^۱، علی اصغر حائری مهریزی^۱، شهرام رفیعی فر^۲، آتوسا سلیمانیان^۲، فاطمه سربندی^۲، مناسادات اردستانی^۲، اکرم هاشمی^۱، علی منتظری^{۱*}

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی، تهران، ایران
۲. دفتر آموزش و ارتقای سلامت، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲۲

سال پانزدهم شماره اول، بهمن - اسفند ۱۳۹۴ صص ۹۵-۱۰۲

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۸ دی ۹۴]

چکیده

سواد سلامت به دلیل تاثیر بر نحوه تصمیم گیری اشخاص در مورد سلامت، به عنوان یکی از موضوعات مهم برای ارتقای سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفته است. پژوهش حاضر به منظور سنجش سواد سلامت ایرانیان بزرگ سالان ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن شهرها انجام شد. در این مطالعه تعداد ۲۰۵۷۱ شهروند ایرانی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه سنجش سواد سلامت (HELIA) بود. میانگین (انحراف معیار) سن افراد مورد مطالعه (۱۱/۸۰) ۳۴/۹۲ سال بود. حدود ۵۱ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه زن و حدود ۴۹ درصد مرد بودند. بر اساس نتایج این مطالعه میانگین (انحراف معیار) امتیاز سواد سلامت جمعیت بزرگ سال با سواد شهرنشین کشور از ۱۰۰ امتیاز، (۱۵/۱۶) ۶۸/۳۲ بود. نتایج نشان داد حدود ۴۴ درصد از جمعیت مورد مطالعه از سواد سلامت محدود برخوردارند. همچنین به رغم اختلاف ناچیز میانگین امتیاز سواد سلامت مردان ۶۷/۶۰ و زنان ۶۹/۰۲، این تفاوت از نظر آماری معنادار نشان داد ($P < 0.05$). سواد سلامت محدود در طیف سنی ۵۵ سال به بالا بیشترین و در طیف سنی ۳۵ تا ۴۴ سال کمترین میزان را داشت. بیشترین میزان سواد سلامت محدود در افراد با تحصیلات ۱ تا ۵ سال و کمترین میزان سواد سلامت محدود در افراد با تحصیلات ۱۳ سال به بالا بود. یافته های این مطالعه همچنین نشان داد، مخاطبان برای کسب اطلاعات سلامت به ترتیب از "رادیو و تلویزیون" ۴۲٪، "پزشکان و کارکنان بهداشتی و درمانی" ۴۰/۶٪ و "اینترنت" ۳۲/۹٪ بیشترین بهره گیری را داشته اند. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که حدود نیمی از افراد مورد مطالعه دارای سواد سلامت محدود بوده و این امر غالباً در گروه های آسیب پذیر مشاهده شد. حرکت به سوی عدالت در سلامت ایجاب می کند، ضمن شناسایی دقیق این گروه ها، اقدام لازم برای رفع این محدودیت و محرومیت به عمل آید.

کلیدواژه: سواد سلامت، مطالعه جمعیتی، ایران

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳

تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴

E-mail: montazeri.acecr. ac.ir

مقدمه

نظام های نوین سلامت باعث ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان خود شده اند، و افراد باید نهایتاً برای اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده نقش های جدیدی بر عهده بگیرند، که در این زمینه یکی از عوامل بسیار مؤثر، سواد سلامت است [۱]. سواد سلامت امروزه به عنوان یک مسئله و بحث فراگیر معرفی شده [۲]، و به دلیل نقش مهم آن بر نحوه تصمیم گیری اشخاص در زمینه های مرتبط با سلامت به عنوان یکی از ابزارهای اساسی در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفته است [۳-۴]. سواد سلامت، مفهوم گسترده ای است که به شیوه های گوناگونی تعریف شده و از حدود سال ۱۹۷۰ در متون سلامت مورد استفاده قرار گرفته است [۵]. از بین تعاریف گوناگون سواد سلامت، تعریف ارائه شده توسط Ratzan (2000) از مقبولیت بیشتری برخوردار بوده و در بیشتر منابع نیز مورد استناد قرار گرفته است. وی سواد سلامت را این چنین تعریف کرده است: «میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات پایه و خدمات سلامت که برای تصمیم گیری مناسب لازم است» [۶]. گرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است [۷]. برخی از محققان معتقدند سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد پیش بینی کننده قوی تری در رابطه با سلامت است [۸]. پاره ای از پیامدهای ناشی از کم سوادی افراد در حوزه سلامت عبارتند از: استفاده کمتر از خدمات پیشگیری، تأخیر بیشتر در تشخیص ها، پایبندی کمتر به دستورالعمل های پزشکی، افزایش خطر بستری شدن، افزایش خطر مرگ و هزینه های مراقبت سلامت بیشتر، و غیره [۹]. به هر حال این موضوع چنان اهمیت یافته است که سازمان سلامت جهان به همه کشورها توصیه کرده است که انجمنی متشکل از افراد ذی نفوذ جهت پایش و هماهنگی فعالیت های راهبردی، در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود [۱۰]. تعداد مطالعات در خصوص سنجش سواد سلامت در ایران بسیار کم بوده و غالب موارد انجام شده نیز گستردگی لازم را نداشته اند. ضمن این که با توجه به رویکرد تدوین ابزارهای سنجش در برخی از مطالعات مقایسه و

تحلیل را بسیار دشوار شده است. در مطالعه ای در سال ۱۳۹۱ برای سنجش سواد سلامت ۵۲۵ نفر از افراد بزرگسال (بالای ۱۸ سال) شهر اصفهان، نتایج نشان داد بر اساس S-TOFHLA و ۶۱ درصد افراد بر اساس NVS بیش از ۵۰ درصد افراد سواد سلامت مرزی یا ناکافی داشتند [۱۱]. در مطالعه دیگری در شهر اصفهان نشان داده شد که میانگین نمره سواد سلامت شرکت کنندگان کمی بیشتر از حد متوسط است [۱۲]. در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران در سال ۱۳۸۶ که با استفاده از نسخه فارسی ابزار سنجش سواد سلامت عملکردی بالغان TOFHLA انجام شد، نتایج مطالعه نشان داد، ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند [۱۳]. با توجه به این که تاکنون هیچ مطالعه ای در سطح ملی برای سنجش سواد سلامت در ایران انجام نشده، محققان در این مطالعه بر آن شدند تا با استفاده از یک ابزار روا و پایای بومی سواد سلامت ایرانیان ساکن شهرها را مورد سنجش قرار دهند.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه جمعیتی بود، که به صورت مقطعی (توصیفی - تحلیلی) و در میان جمعیت ایرانیان بالغ (سنین ۱۸ تا ۶۵) ساکنان شهرها (مراکز استان ها و یک شهر با انتخاب تصادفی در هر استان) انجام شد. معیارهای ورود مطالعه شامل «ایرانی بودن، عضو خانوار مورد مراجعه، باسواد بودن (سواد خواندن و نوشتن)»، و معیارهای خروج شامل «عدم رضایت به ادامه کاری و تکمیل ناقص پرسشنامه» بود.

در این مطالعه اندازه نمونه با در نظر گرفتن نسبت (p) ۵۰ و اطمینان ۹۵ و خطای نسبی (r) محاسبه شد. برای برآورد نسبت معینی مانند p با خطای نسبی r در روش نمونه گیری تصادفی ساده از فرمول زیر استفاده شد.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p \cdot q}{(rp)^2}$$

از آن جا که در عمل از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد، اندازه نمونه ها در اثر طرح هم ضرب شد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه سنجش سواد سلامت منتظری و همکاران (HELIA) [۱۴] بود. این پرسشنامه دارای ۳۳ گویه (۵ گزینه ای) بوده و در ۵ بعد، سواد سلامت جمعیت شهری ایران

- این میانگین برای مردان (۶۷/۶۰) و برای زنان (۶۹/۰۲) بود و تفاوت موجود بین این دو با توجه به حجم نمونه بالا از نظر آماری ($P < ۰/۰۵$) معنادار شد.

- میانگین امتیاز سواد سلامت کل در گروه های شغلی به ترتیب در افراد بی کار، ۶۵/۹۸؛ افراد خانه دار، ۶۷/۱۶؛ افراد بازنشسته، ۷۰/۰۰؛ افراد دانش آموز/ دانشجو ۶۹/۵۲ و افراد شاغل، ۶۹/۱۸ بود.

- میانگین سواد سلامت کل در گروه های سنی به ترتیب در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال، ۶۷/۹۳؛ گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، ۶۹/۰۶؛ گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال، ۶۹/۲۲؛ گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال، ۶۷/۳۹؛ افراد در گروه سنی ۵۵ سال و بالاتر، ۶۵/۵۳ بود.

- میانگین سواد سلامت کل در گروه های تحصیلی به ترتیب در افراد با تحصیلات ۱ تا ۵ سال، ۵۸/۳۲؛ با تحصیلات ۶ تا ۹ سال، ۶۴/۳۹؛ با تحصیلات ۱۰ تا ۱۲ سال، ۶۸/۴۲؛ با تحصیلات ۱۳ سال به بالا، ۷۲/۴۴ بود (جدول شماره ۳ و ۴).

۲- ابعاد سواد سلامت:

- میانگین امتیاز سواد سلامت به ترتیب در بعد خواندن ۶۶/۳۵، در بعد دسترسی ۶۴/۷۵، در بعد فهم و درک، ۷۴/۰۷، در بعد ارزیابی سواد سلامت ۶۴/۱۱ و در بعد تصمیم گیری و رفتار سواد سلامت در کشور ۶۸/۸۱ بود (جدول شماره ۲).

۳- منابع کسب اطلاعات سلامت: یافته های این مطالعه همچنین نشان داد مخاطبان بیشترین اطلاعات سلامت را به ترتیب از "رادیو و تلویزیون" ۴۲٪، پرسش از "پزشکان و کارکنان بهداشتی و درمانی" ۴۰/۶٪ و "اینترنت" ۳۲/۹٪ کسب می کنند. منابع کسب اطلاعات دیگر همچون "پرسش از دوستان و آشنایان" ۱۶/۴٪، "روزنامه، نشریات و مجلات" ۹/۳٪، کتابچه ۸/۱٪، تلفن گویا ۱/۴٪ و سایر ۵/۵٪ در اولویت های بعدی گزارش شدند.

(۱۸ تا ۶۵ سال) را اندازه گیری می نماید. سطح تحلیل در مطالعه حاضر ملی در نظر گرفته شده و داده ها با استفاده از روش های آماری متناسب و در محیط نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه بر اساس مقیاس مورد نظر، سطح سواد سلامت مخاطبان وفق امتیازات اخذ شده به چهار دسته "عالی"، "کافی"، "نه چندان کافی" و "ناکافی" تقسیم شد. براساس نظر محققان از مجموع دو دسته "نه چندان کافی" و "ناکافی" دسته "سواد سلامت محدود" و از مجموع دو دسته "عالی" و "کافی" دسته "سواد سلامت مطلوب" استخراج شده و در مطالعه گزارش شد. همچنین به شرکت کنندگان توضیح داده شد که می توانند در صورت تمایل در مطالعه شرکت کنند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات ارائه شده از سوی آنان کاملاً محرمانه و محفوظ باقی خواهد ماند و نام و نام خانوادگی آنان در پرسشنامه ذکر نخواهد شد

یافته ها

تعداد ۲۰۵۷۱ نفر در این مطالعه جمعیتی شرکت کردند (جدول شماره ۱). ۵۰/۷ درصد (۱۰۴۳۶ نفر) از شرکت کنندگان زن و ۴۹/۳ درصد (۱۰۱۳۵ نفر) مرد بودند. میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت کنندگان (۱۱/۸۰) ۳۴/۹۲ سال و میانگین سال های تحصیل آن ها (۳/۷۹) ۱۱/۹۶ سال بود. نتایج مربوط به سواد سلامت از قرار زیر بود:

۱- امتیاز سواد سلامت کل: میانگین امتیاز (انحراف معیار) سواد سلامت کل (از ۱۰۰ امتیاز) در جمعیت مورد مطالعه (۱۵/۱۶) ۶۸/۳۲ بود (جدول شماره ۲).

میانگین امتیاز (انحراف معیار) سواد سلامت کل در زنان و مردان و گروه های شغلی و سنی، و نیز گروه های مربوط به سال های تحصیل از قرار زیر محاسبه شد:

جدول ۱: نمونه برآورد شده و نمونه اجرا شده برای هر استان

اندازه نمونه برآورد شده بر اساس جمعیت تقریبی ۶۵-۱۸ سال برای هر استان	اندازه نمونه اجرا شده بر اساس جمعیت تقریبی ۶۵-۱۸ سال برای هر استان	
۵۰۰	۴۸۰	۱ استان‌های کهگیلویه و بویر احمد، خراسان جنوبی، ایلام، خراسان شمالی، چهارمحال و بختیاری، سمنان، گلستان، بوشهر، زنجان، اردبیل، هرمزگان، قزوین
۶۲۰	۵۹۵	۲ استان‌های یزد، کردستان، لرستان، مرکزی، قم، سیستان و بلوچستان، همدان، کرمانشاه، گیلان، البرز
۷۸۵	۷۵۵	۳ کرمان، آذربایجان غربی، مازندران، آذربایجان شرقی، فارس، اصفهان
۱۰۲۰	۹۸۰	۴ خوزستان
۱۴۰۰	۱۳۴۰	۵ خراسان رضوی، تهران
۲۰۷۳۰	۱۹۹۰۰	اندازه کل نمونه کشور
۲۰۵۷۱		تعداد نمونه شرکت داده شده

جدول ۲: میانگین امتیاز (از ۱۰۰) و سطوح سواد سلامت به تفکیک ابعاد سواد سلامت

میانگین (انحراف معیار)	ناکافی (درصد)	نه چندان کافی (درصد)	کافی (درصد)	عالی (درصد)
بعد خواندن	۵۷/۱۹ (۲۷/۸)	۳۴/۵۲ (۱۶/۸)	۶۵/۵۲ (۳۱/۹)	۴۸/۴۸ (۲۳/۶)
بعد دسترسی	۵۵/۹۱ (۲۷/۲)	۵۷/۹۹ (۲۸/۳)	۵۶/۵۴ (۲۷/۵)	۳۵/۲۷ (۱۷/۱)
بعد فهم و درک	۲۷/۰۷ (۱۳/۲)	۳۵/۷۶ (۱۷/۴)	۷۲/۳۷ (۳۵/۲)	۷۰/۵۱ (۳۴/۳)
بعد ارزیابی	۵۹/۲۸ (۲۸/۸)	۴۶/۰۲ (۲۲/۴)	۶۶/۷۱ (۳۲/۴)	۳۳/۷۰ (۱۶/۴)
بعد تصمیم‌گیری و رفتار	۳۴/۱۳ (۱۶/۶)	۵۸/۴۵ (۲۸/۴)	۷۰/۹۰ (۳۴/۵)	۴۲/۲۳ (۲۰/۵)
سواد سلامت کل	۲۴/۷۰ (۱۲/۰)	۶۶/۵۸ (۳۲/۴)	۸۲/۰۲ (۳۹/۹)	۳۲/۴۱ (۱۵/۸)
بعد خواندن	۹۱/۷۱ (۴۴/۶)	۱۱۴/۰۰ (۵۵/۵)	سواد سلامت مطلوب تعداد (درصد)	
بعد دسترسی	۱۱۳/۹۰ (۵۵/۴)	۹۱/۸۱ (۴۴/۶)		
بعد فهم و درک	۶۲/۸۳ (۳۰/۶)	۱۴۲/۸۸ (۶۹/۵)		
بعد ارزیابی	۱۰۵/۳۰ (۵۱/۲)	۱۰۰/۴۱ (۴۸/۸)		
بعد تصمیم‌گیری و رفتار	۹۲/۵۸ (۴۵/۰)	۱۱۳/۱۳ (۵۵/۰)		
سواد سلامت کل	۹۱/۲۸ (۴۴/۴)	۱۱۴/۴۳ (۵۵/۷)		

جدول ۳: میانگین (انحراف معیار) امتیاز سواد سلامت به تفکیک متغیرهای جمعیت

میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	گروه‌های سنی
۶۹/۰۲ (۱۵/۱۶)	۱۸-۲۴	۶۷/۹۳ (۱۴/۰۳)
۶۷/۶۰ (۱۵/۱۳)	۲۵-۳۴	۶۹/۰۶ (۱۴/۵۴)
۶۵/۹۸ (۱۵/۴۷)	۳۵-۴۴	۶۹/۲۲ (۱۵/۴۷)
۶۷/۱۶ (۱۵/۴۸)	۴۵-۵۴	۶۷/۳۹ (۱۶/۳۲)
۷۰/۰۰ (۱۵/۷۷)	۵۵ و بالاتر	۶۵/۵۳ (۱۷/۲۲)
۶۹/۵۲ (۱۳/۶۶)	گروه‌های شغلی	۶۵/۹۸ (۱۵/۴۷)
۶۹/۰۸ (۱۵/۰۶)	بیکار	۶۷/۱۶ (۱۵/۴۸)
۵۸/۳۲ (۱۶/۹۵)	دار خانه	۶۷/۱۶ (۱۵/۴۸)
۶۴/۳۹ (۱۵/۱۶)	بازنشسته	۷۰/۰۰ (۱۵/۷۷)
۶۸/۴۲ (۱۴/۱۴)	دانشجو/آموز دانش	۶۹/۵۲ (۱۳/۶۶)
۷۲/۴۴ (۱۳/۹۰)	شاغل	۶۹/۰۸ (۱۵/۰۶)
		سال‌های تحصیل
		۱-۵
		۶-۹
		۱۰-۱۲
		۱۳ و بالاتر

جدول ۴: سطوح سواد سلامت به تفکیک متغیرهای جمعیتی

جنسیت	ناکافی	نه چندان کافی	کافی	عالی	کل
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
زن	۱۱۷۳ (۱۱/۲)	۳۲۴۳ (۳۱/۱)	۴۲۵۶ (۴۰/۸)	۱۷۶۴ (۱۶/۹)	۱۰۴۳۶ (۱۰۰/۰)
مرد	۱۲۹۷ (۱۲/۸)	۳۴۱۵ (۳۳/۷)	۳۹۴۶ (۳۸/۹)	۱۴۷۷ (۱۴/۶)	۱۰۱۳۵ (۱۰۰/۰)
گروه های سنی					
۱۸-۲۴	۴۹۶ (۱۰/۸)	۱۶۵۶ (۳۶/۱)	۱۸۲۴ (۳۹/۸)	۶۰۸ (۱۳/۳)	۴۵۸۴ (۱۰۰/۰)
۲۵-۳۴	۷۱۶ (۱۰/۳)	۲۲۷۴ (۳۲/۶)	۲۸۴۰ (۴۰/۷)	۱۱۴۷ (۱۶/۴)	۶۹۷۷ (۱۰۰/۰)
۳۵-۴۴	۵۰۱ (۱۱/۵)	۱۳۱۷ (۳۰/۳)	۱۷۵۰ (۴۰/۳)	۷۸۵ (۱۸/۰)	۴۳۵۳ (۱۰۰/۰)
۴۵-۵۴	۴۴۱ (۱۴/۵)	۹۳۶ (۳۰/۸)	۱۱۹۲ (۳۹/۲)	۴۷۴ (۱۵/۶)	۳۰۴۳ (۱۰۰/۰)
۵۵ و بالاتر	۳۱۵ (۱۹/۷)	۴۷۱ (۲۹/۴)	۵۹۰ (۳۶/۹)	۲۲۵ (۱۴/۱)	۱۶۰۱ (۱۰۰/۰)
گروه های شغلی					
بیکار	۲۵۳ (۱۵/۰)	۵۷۵ (۳۴/۱)	۶۳۸ (۳۷/۹)	۲۱۸ (۱۲/۹)	۱۶۸۴ (۱۰۰/۰)
دار خانه	۹۱۰ (۱۳/۸)	۲۰۳۳ (۳۰/۹)	۲۷۲۳ (۴۱/۴)	۹۰۸ (۱۳/۸)	۶۵۷۴ (۱۰۰/۰)
بازنشسته	۱۴۱ (۱۱/۵)	۳۰۹ (۲۵/۱)	۵۴۵ (۴۴/۳)	۲۳۴ (۱۹/۰)	۱۲۲۹ (۱۰۰/۰)
دانشجو / آموز دانش	۲۶۴ (۸/۷)	۹۷۷ (۳۲/۱)	۱۳۳۰ (۴۳/۶)	۴۷۷ (۱۵/۶)	۳۰۴۸ (۱۰۰/۰)
شاغل	۸۵۵ (۱۱/۱)	۲۳۰۶ (۲۹/۹)	۳۲۲۲ (۴۱/۷)	۱۳۳۸ (۱۷/۳)	۷۷۲۱ (۱۰۰/۰)
سال های تحصیل					
۱-۵	۶۶۷ (۳۱/۵)	۷۸۵ (۳۷/۱)	۵۳۴ (۲۵/۲)	۱۳۲ (۶/۲)	۲۱۱۸ (۱۰۰/۰)
۶-۹	۵۲۳ (۱۷/۴)	۱۱۲۰ (۳۷/۲)	۱۰۸۳ (۳۵/۹)	۲۸۸ (۹/۶)	۳۰۱۴ (۱۰۰/۰)
۱۰-۱۲	۸۰۲ (۱۰/۶)	۲۵۵۵ (۳۳/۶)	۳۱۷۹ (۴۱/۹)	۱۰۵۶ (۱۳/۹)	۷۵۹۳ (۱۰۰/۰)
۱۳ و بالاتر	۴۷۷ (۶/۱)	۲۱۹۸ (۲۸/۰)	۳۴۰۶ (۴۳/۴)	۱۷۶۵ (۲۲/۵)	۷۸۴۶ (۱۰۰/۰)

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه نشان داده شد که تقریباً از هر دو نفر ایرانی، یک نفر از سواد سلامت محدود برخوردار است. یافته های مطالعات محدود انجام شده در ایران نیز سواد سلامت مردم نقاط مختلف کشور را چندان مناسب ارزیابی نکرده اند. در مطالعه جواد زاده و همکاران نتایج نشان داد بیش از ۵۰ درصد افراد بر اساس S-TOFHLA و ۶۱ درصد افراد بر اساس NVS سواد سلامت مرزی یا ناکافی داشتند. در آزمون S-TOFHLA، ۴۶/۵ درصد افراد سواد سلامت کافی، ۳۸ درصد سواد سلامت مرزی و ۱۵/۵ درصد افراد سواد سلامت ناکافی و در آزمون NVS ۳۸ درصد از افراد سواد سلامت کافی، ۳۶/۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۲۵/۴ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند [۱۱]. همچنین در مطالعه ملاخلیلی و همکاران در سال ۱۳۹۱ روی ۳۸۴ بیمار بستری در بیمارستان های اصفهان با استفاده از سنجش سواد سلامت عملکردی بزرگسالان، نتایج نشان داد که میانگین نمره کل سواد سلامت افراد کمی بیشتر از حد متوسط بوده؛ و اغلب آن ها دارای سواد سلامت ناکافی بودند [۱۲]. در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران نیز که در سال ۱۳۸۶ که با استفاده از نسخه ایرانی (فارسی) ابزار سنجش

سواد سلامت عملکردی بالغان TOFHLA انجام شد، سواد سلامت ۱۰۸۶ نفر از افراد ۱۸ سال و بالاتر در ۵ استان بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران (۱ شهر و ۱ روستا از هر استان) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه یاد شده نشان داد، ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامتی مرزی و ۵۶/۶ درصد در حد سواد سلامتی ناکافی قرار داشتند [۱۳].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین امتیاز سواد سلامت کل برای مردان (۶۷/۶) و برای زنان (۶۹/۰۲) بوده و این تفاوت با توجه به حجم نمونه بالا از نظر آماری ($P < 0.05$) معنادار بود. ضمن این که درصد سواد سلامت محدود به ترتیب در زنان حدود ۴۲ درصد و در مردان حدود ۴۶ درصد بود. نتایج برخی از مطالعات نیز مانند یافته های این مطالعه، وضعیت زنان در سواد سلامت را به طور نسبی بهتر از مردان گزارش کرده اند؛ اگرچه نتایج متناقضی هم در برخی از مطالعات در این خصوص ملاحظه شده است. در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران سطح سواد سلامت در زنان بالاتر بود [۱۳]؛ اما در مطالعه جوادزاده و همکاران سواد سلامت ناکافی در زنان شایع تر بود [۱۱]. این تفاوت ها احتمالاً ناشی از تفاوت در جمعیت مورد مطالعه بوده است.

وفق انتظارات در این مطالعه و نیز مانند سایر مطالعات، با افزایش سال های تحصیل، سطح سواد سلامت نیز افزایش داشته است [۱۳-۱۱]. از دیگر نتایج این مطالعه میزان نامطلوب سواد سلامت در اقشار آسیب پذیر بود. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان سواد سلامت محدود در میان افراد بی کار، افراد ۵۵ سال به بالا، افراد با سال های تحصیل ۱ تا ۵ سال و در درجه بعدی، زنان خانه دار از دیگر گروه ها و اقشار بیش تر است. این یافته کم و بیش در برخی از مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است؛ به طوری که در مطالعه جوادزاده و همکاران سواد سلامت ناکافی در افراد با قشر کم درآمد شایع تر بود [۱۱]. در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران نیز سواد سلامت محدود، با وضعیت اقتصادی پائین ارتباط آماری معنی دار نشان داد [۱۳]. در مطالعه ملاخیلی نیز سواد سلامت افراد بازنشسته و کارگران کمتر از دیگر افراد بود [۱۲]. به هر حال در مطالعه حاضر تلاش ما بر این بود تا با سئوالات ساده و قابل فهم و در عین حال مرتبط با مشکلات و معضلات مهم حوزه سلامت در کشور، سواد سلامت مردم سنجیده شود تا کاستی ها و گروه های آسیب پذیر مشخص شوند. از این جهت لازم است یاد آوری نمائیم که سنجش سواد سلامت، آزمون اطلاعات عمومی مردم نیست و هیچگاه نباید با چنین رویکردی به آن نگاه شود. سواد سلامت در واقع نوعی از ظرفیت و مهارت فردی، اجتماعی و شناختی است که به مردم این توان را می دهد تا با دسترسی به اطلاعات سلامت و فهم و در نهایت عمل به آن ها در جهت سلامتی خود گام بردارند. از این منظر سنجش سواد سلامت در جوامعی همچون ایران بسیار ارزشمند و راهگشا خواهد بود. یافته های این مطالعه در واقع پایه ای را برای سنجش های بعدی فراهم کرده است. همان طور که در یافته های این مطالعه دیده شد رادیو و تلویزیون در میان مخاطبان شهرنشین ایرانی از ضریب نفوذ نسبتاً بالایی برخوردار بوده است. بر اساس گزارش شرکت کنندگان بیشترین اطلاعات سلامت توسط این دو رسانه به ایشان منتقل شده و این حیث موقعیتی خاص و ذی قیمت به این دو رسانه داده شده است؛ چه این که از این طریق می توان اطلاعات سلامت صحیح، دقیق و مستمر را به طیف وسیعی از مخاطبان ارائه داده و میزان سواد سلامت آن ها را ارتقا داد. گستردگی این دو رسانه در کشور، ارزان قیمت بودن انتقال اطلاعات از این طریق، پایش دقیق صحت و استمرار اطلاعات از مزایای مهم رادیو و تلویزیون در انتقال اطلاعات سلامت است. وفق نتایج، دومین منبع انتقال اطلاعات سلامت، پرسش از پزشکان و دست اندرکاران حوزه سلامت بوده است.

به نظر می رسد تأکید بر اصول روابط انسانی و ارتباط موثر در آموزش پزشکی کشور و ارتقای ظرفیت پاسخگویی این قشر، منبعی بسیار موثر برای انتقال اطلاعات سلامت ارائه خواهد داد. دست اندرکاران حوزه سلامت باید توجیه باشند که شهرنشینان ایرانی پاسخ های آنان را به عنوان مرجع کسب اطلاعات سلامت در نظر می گیرند لذا لازم است ضمن حفظ آمادگی علمی؛ با صبر و حوصله در خور به این وظیفه به خوبی عمل کنند. در پایان ضمن اشاره به یافته مهم مطالعه مبنی بر سواد سلامت محدود حدود نیمی از جمعیت مورد مطالعه در کشور باید یادآور شد که محدودیت سواد سلامت در گروه هایی که به نظر می رسد از درجه آسیب پذیری بالاتری نسبت به دیگران برخوردارند؛ از جمله افراد بالای ۵۵ سال، افراد با تحصیلات کم و افراد بی کار، بیشتر است؛ لذا حرکت به سوی عدالت در سلامت ایجاب می کند، ضمن شناسایی گروه های آسیب پذیر ملاحظات لازم برای رفع این محدودیت و محرومیت به عمل آید.

سهم نویسندگان

محمود طاووسی: همکاری در اجرای طرح و نگارش مقاله
علی اصغر حائری مهریزی: همکاری در اجرای و انجام تحلیل آماری
شهرام رفیعی فر: همکاری در اجرای طرح
آتوسا سلیمانیان: همکاری در اجرای طرح
فاطمه سربندی: همکاری در اجرای طرح
مناسادات اردستانی: همکاری در اجرای طرح
اکرم هاشمی: مشارکت در نگارش مقاله
علی منتظری: مجری طرح، نویسنده مسئول

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت موسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شد، لذا تیم تحقیق از جناب آقای دکتر مجدزاده رییس محترم و همکاران ارجمند آن موسسه قدردانی می نمایند. همچنین لازم است از اعضای هیأت علمی و کارشناسان محترم پژوهشکده علوم بهداشتی، شهروندان ایرانی مشارکت کننده در مطالعه به ویژه مدیریت و اعضای ارجمند مرکز افکار سنجی دانشجویان جهاد دانشگاهی - ایسپا و واحدهای استانی جهاد دانشگاهی (که پرسشگری و گردآوری اطلاعات را به عهده داشتند) صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل آید.

منابع

1. Bohlman LN, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC). 1st Edition, National Academies Press: USA 2004
2. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot* 2000; 15: 183-4
3. 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
4. WHO region office for Europe. Ilona Kickbusch JMP, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros. Health literacy The solid facts.
[available at: <http://www.euro.who.int/pubrequest>. 2013
5. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *The Journal of American Medical Association* 1999; 281: 552-7
6. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*. 2010; 15: 9-19
7. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Coates W, Nurss J. The impact of inadequate functional health literacy on patients' understanding of diagnosis, prescribed medications, and compliance. *Academic Emergency Medicine* 1995; 2: 386
8. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, et al. Health literacy--a new concept for general practice? *Aust Fam Physician* 2009; 38: 144-7
9. Benjamin J, Jane V, Hayden B. Can This Patient Read and Understand Written Health Information? *The Journal of the American Medical Association* 2010; 304: 76-84
10. 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
11. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran. *Journal Health System Research* 2013; 9: 540-9
12. Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad Gh, Zare Farashbandi Z, HasanZadeh H. A Survey on Health Literacy of Inpatients Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. *Health Inf Manage* 2014; 11: 473 [In persian]
13. Tehrani Banihashemi SA, Amir Khani A, Haghdoust A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H, et al. Health literacy in five province and relative effective factors. *Strides in Development of Medical Education* 2007; 4: 1-9 [In persian]
14. Montazeri A, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh* 2014; 13: 589-600 [In persian]
15. Kristine Sørensen¹, Juergen M. Pelikan², Florian Rothlin², Kristin Ganahl, Zofia Slonska, Gerardine Doyle, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health Advance Access published* 2015; 5: 1-6
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 medicine* 2012 ; 19: 1-12 [In persian]
17. Karimi S, Masodian Y, Yaghoubi M, Hosseini M, Sadeghifar J. Patient satisfaction with provided services and facilities in educational hospitals of isfahan, iran, from admission to discharge. *Health information management* 2013; 9: 780-785 [In persian]
18. Tol A, Shojaezadeh D, Eslami AA, Alhani F, Mohajeri Tehrani MR, Sharifirad GhR. Analyses of some relevant predictors on self-management of type 2 diabetic patients. *Hospital* 2011; 1038: 45-52 [In persian]

ABSTRACT

Health literacy in Iran: findings from a national study

Mahmoud Tavousi¹, Aliasghar Haeri Mehrizi¹, Shahram Rafieifar², Atoosa Solimanian², Fateme Sarbandi², Mona Ardestani²
Akram Hashemi¹, Ali Montazeri^{1*}

1. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

2. Health Education & Promotion office, Health Departments, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Payesh 2016; 1: 95-102

Accepted for publication: 13 December 2015

[EPub a head of print-18 January 2016]

Objective (s): A population-base study was conducted to measure health literacy among Iranian adult aged 18-65.

Methods: The Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) was used to assess health literacy. The questionnaire contained 33 items on access to health information, reading, understanding, appraisal, and behavioral intention. Each item was rated on a 5-point scale giving a total score ranging from 0 (the worse) to 100 (the best).

Results: In all 20571 individuals entered into the study. The mean age of participant was 34.92 (SD = 11.80) and 51% were female. The mean year education of participants was 11.96 (SD = 3.79). Overall the mean score for health literacy was 68.32 (SD = 15.16) and that 44% of participants had limited health literacy.

Conclusion: In general the findings suggest that health literacy among Iranian adults was relatively acceptable. However, about half of participants had limited health literacy and this was more evident among vulnerable groups. Indeed planning and implementing educational interventions are recommended to improve health literacy among Iranian adults.

Key Words: Health literacy, HELIA, Adult, Iran

* Corresponding author: Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
Tel: 66480804
E-mail: montazeri@acecr.ac.ir