

ADULT HEALTH LITERACY

The study of Health Literacy of adults in Karaj

ABSTRACT

Background and objective: Health literacy represents the cognitive and social skills that determine the motivation and ability of individuals to acquire, access and understand the information to maintain and promote health. This study aimed to assess the health literacy of adults in Karaj.

Methods: In this cross-sectional and descriptive study, 525 subjects aged 18-65 years old were selected using multistage sampling in Karaj. Relevant information was obtained using demographic questionnaire and HELIA questionnaire (18-65 years-old), respectively. Data were analyzed using SPSS and appropriate tests.

Results: The mean age of participants was 33.48 ± 11.39 years old. 48.8% (n=250) the participants were male and 51.2% (n=262) were female. 24.2% (n=124) of the participants had inadequate health literacy, 23.4 % (n=120) not so inadequate health literacy, 37.9 % (n=194) adequate health literacy and 14.5 (n = 74) had higher health literacy. Health literacy was significantly associated with age, gender, marital status, education, BMI, smoking and physical activity ($p < 0.05$).

Conclusion: Due to low health literacy and the importance of adult role in society, it is necessary educational programs aimed at improving their health literacy skills, designed and implemented.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health literacy, Adults, HELIA.

► **Citation:** Sahrayi M, Panahi R, Kazemi S, Rostami Z, Rezaei H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. *Journal of Health Literacy*. Winter 2016; 1(4): 230-238.

Mahdi Sahrayi

Health Network of Abyek city, Qazvin, Iran

Rahman Panahi

*Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran. (Corresponding Author): E-mail: peimanpanahi63@yahoo.com

Seyedeh-somayeh Kazemi

Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

Zahra-Goli Rostami

Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

Heshmatollah Rezaei

Health Network of Khomain city, Arak, Iran

Reza Jorvand

Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

Received: 11 September 2016

Accepted: 31 October 2016

بررسی سواد سلامت در بزرگسالان شهر کرج

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت نشان دهنده مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که انگیزه و توانایی افراد برای کسب، دسترسی و درک روش‌های استفاده از اطلاعات جهت حفظ و ارتقای سلامتی را تعیین می‌کند. این مطالعه با هدف سنجش سواد سلامت بزرگسالان شهر کرج انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۵۲۵ نفر از افراد ۱۸-۶۵ ساله شهر کرج از طریق نمونه گیری چند مرحله ای وارد مطالعه شدند. اطلاعات مربوطه با استفاده از پرسشنامه های دموگرافیک و پرسشنامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸-۶۵ ساله ایرانی (HELIA) به دست آمد. داده‌ها از طریق نرم افزار spss و با به کارگیری آزمون‌های متناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت کنندگان $33/48 \pm 11/39$ سال بود. ۲۴/۲ درصد (۱۲۴ نفر) از افراد مورد مطالعه سواد سلامت ناکافی، ۲۳/۴ درصد (۱۲۰ نفر) سواد سلامت نه چندان ناکافی، ۳۷/۹ درصد (۱۹۴ نفر) سواد سلامت کافی و ۱۴/۵ درصد (۷۴ نفر) سواد سلامت عالی داشتند. سواد سلامت ارتباط معنی داری با سن، جنسیت، تاهل، تحصیلات، BMI، مصرف دخانیات و انجام فعالیت بدنی داشت ($P < 0/05$). **نتیجه گیری:** با توجه به پایین بودن سواد سلامت و اهمیت نقش بزرگسالان در جامعه، لازم است برنامه های آموزشی با هدف ارتقای مهارت های سواد سلامت در آنان، طراحی و اجرا گردند.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.
کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، بزرگسالان، HELIA.

مهدی صحرائی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبیگ، قزوین، ایران

رحمن پناهی

* دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس.
(نویسنده مسئول)

peimanpanahi63@yahoo.com

سیده سمیه کاظمی

دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

زهرا گلی رستمی

دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

حشمت ا... رضایی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان خمین، اراک، ایران

رضا جوړوند

دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰

◀ **استناد:** صحرائی م، پناهی ر، کاظمی س، رستمی ز، رضایی ح، جوړوند ر. بررسی سواد سلامت در بزرگسالان شهر کرج. *فصلنامه سواد سلامت*. زمستان ۱۳۹۵؛ ۱(۴): ۲۳۰-۲۳۸.

مقدمه

در قرن بیست و یکم برای آن که هر فرد، کارکرد مطلوب داشته باشد، باید حائز طیف وسیعی از توانایی ها و شایستگی ها و در اصل بسیاری از سوادها باشد؛ این سوادها از توانایی خواندن یک روزنامه تا درک اطلاعاتی که یک کارمند بهداشتی ارائه کرده، دارای تنوع، پویایی و قابلیت انعطاف هستند (۱). بنا به تعریف، سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب، درک و تفسیر اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم گیری متناسب لازم است (۲). هم اکنون سواد سلامت به عنوان یک مسئله و بحث جهانی معرفی شده است (۳) و بر این اساس سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده های امر سلامتی معرفی نموده است (۴). سواد سلامت ناکافی با گزارش فردی وضعیت سلامت در حد ضعیف، استفاده نامناسب از داروها و عدم پیروی از دستورات پزشک، کنترل ضعیف تر قند خون و افزایش شیوع گزارش فردی از مشکلاتی که از کنترل ضعیف ناشی می شوند، دانش بهداشتی کمتر، مشارکت کمتر در تصمیم گیری در خصوص درمان، بیان کمتر نگرانی های سلامتی و ارتباط بدتر با پزشکان همراه است؛ همچنین این ادعا وجود دارد که افراد دارای مهارت های ضعیف سواد سلامت درباره سلامت کمتر آگاه هستند، کمتر خدمات پیشگیرانه را دریافت می کنند، کنترل بیماری های مزمن در آن ها بدتر است، عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیف تری دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در میان آن ها بیشتر دیده می شود (۵). سازمان جهانی بهداشت در پنجمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت در مکزیک، بیان کرد که سواد سلامت نه فقط به عنوان یک ویژگی و مشخصه فردی، بلکه بایستی به عنوان یک تعیین کننده کلیدی بهداشت و سلامتی در سطح جمعیت در نظر گرفته شود (۶). به عبارتی سواد سلامت یک مولفه اجتماعی سلامت است (۷). فرهنگ و قومیت از جمله عواملی هستند که سلامتی را تحت تاثیر قرار می دهند. تاثیرات خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی اهمیت حیاتی

در شکل دهی نگرش ها و اعتقادات دارند و چگونگی تعامل مردم با سیستم سلامتی را تحت تاثیر قرار می دهند (۸). به زعم اهمیت نتایج احتمالی سواد سلامت محدود، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی اغلب از توانایی های خواندن بیماران آگاهی ندارند (۹). از این رو، سواد سلامت محدود، نه به عنوان مشکل بیمار بلکه در مقام چالشی برای تامین کنندگان مراقبت های بهداشتی-درمانی و سیستم های سلامت مطرح است (۱۰). اگر ارائه دهندگان خدمات در تلاش هستند برآثار نامطلوب سواد سلامت پایین غلبه کنند، توانایی تشخیص بیماران دارای مشکل احتمالی در سواد اهمیت دارد (۹)؛ بنابراین اولین گام در اغلب موقعیت ها اندازه گیری سواد سلامت است. بدون اندازه گیری، ممکن است مداخلاتی طراحی شوند که در توجه به عوامل مرتبط به شکست بینجامد (۱۱). یک بررسی ملی که در سطح گسترده ای در کشور امریکا انجام شد شیوع سواد سلامت ناکافی را ۴۸ درصد برآورد کرد و تنها ۱۱ درصد بزرگسالان از سواد سلامت کافی برخوردار بودند (۱۱). منتظری و همکاران در مطالعه ای ملی به این نتیجه دست یافتند که ۴۴ درصد از جمعیت ۶۵-۱۸ ساله مورد مطالعه از سواد سلامت محدود برخوردارند (۱۲). همچنین در مطالعه جوادزاده و همکاران در شهر اصفهان، ۴۶/۵ درصد از افراد سواد سلامت کافی، ۳۸ درصد سواد سلامت مرزی و ۱۵/۵ درصد افراد سواد سلامت ناکافی داشتند (۱۳). اکثر مطالعات ثابت کرده اند که اغلب افراد ۱۸ تا ۶۵ سال در زمینه مهارت های خواندن، محاسبات و مهارت تصمیم گیری قوی عمل نمی کنند و این موارد از علل سطح پایین سواد سلامت در این گروه محسوب می شود و نشان دهنده توجه بیشتر به سواد سلامت در گروه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال به عنوان گروه مولد جامعه می باشد (۱۴). در ایران اطلاعات کمی در مورد وضعیت سواد سلامت افراد به عنوان عامل مهم چگونگی عملکرد آن ها در نظام سلامت و تصمیم گیری ها وجود دارد (۱۵). با وجود اهمیت زیاد سواد سلامت، تاکنون چنین مطالعه ای در شهر کرج انجام نگرفته است. بنابراین این مطالعه با هدف سنجش سواد سلامت بزرگسالان شهر کرج اجرا گردید. امید

استاندارد بین صفر تا صد تبدیل می شود به این ترتیب که نمرات ۰ تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، نمرات ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی و نمرات ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می شوند. (۱۶).

طبق نظر محققین، شاخص توده بدنی به ۴ دسته لاغر، نرمال، اضافه وزن و چاق تقسیم بندی شد و قبل از توزیع پرسشنامه، توضیحاتی به افراد جهت محاسبه BMI داده شد. همچنین جهت تعیین رابطه بین سن و سطح سواد سلامت، نمونه های تحقیق به ۴ گروه سنی ۳۰-۱۸ سال، ۴۰-۳۱ سال، ۵۰-۴۱ سال و ۶۵-۵۱ سال تقسیم بندی شدند. از نظر انجام فعالیت بدنی در هفته، افراد به ۵ دسته انجام فعالیت بدنی "در هر روز، بیشتر روزها، گاهی، به ندرت و هیچ وقت" طبقه بندی شدند.

تکمیل پرسشنامه ها به صورت خودگزارشی بود و از همه افراد خواسته شد که با صداقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند و اطمینان حاصل شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به طور محرمانه استفاده شود. داده های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون های کای دو و آزمون معناداری P استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه ۵۲۵ بزرگسال وارد مطالعه شدند و ۱۳ نفر به دلیل عدم تکمیل پرسشنامه و عدم تمایل جهت ادامه شرکت در مطالعه از مطالعه حذف گردیدند (میزان پاسخ دهی ۹۷/۵ درصد). در مجموع تعداد ۵۱۲ بزرگسال با میانگین سنی $39/11 + 48/33$ سال وارد مطالعه شدند. حدود ۴۸/۸ درصد (۲۵۰ نفر) از افراد مورد مطالعه مرد و ۵۱/۲ درصد (۲۶۲ نفر) زن بودند. ۵۳/۵ درصد (۲۷۲ نفر) از افراد متأهل بودند، ۴۸/۸ درصد (۲۵۰ نفر) از افراد دارای BMI نرمال بودند و ۳۲/۴ درصد (۱۶۳ نفر) اعلام کردند که دخانیات مصرف می کنند. ۳۵/۵ درصد (۱۸۲ نفر) به

است با شناسایی دقیق گروه های دارای با سواد سلامت محدود، اقدامات لازم برای ترفیع این افراد انجام شود.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می باشد و جامعه آماری در این تحقیق افراد ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر کرج هستند که با توجه به مطالعه مشابه (۱۳)، تعداد ۵۲۵ نفر از بین آن ها به صورت نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند بدین صورت که در مرحله اول، جامعه مورد مطالعه به چند منطقه اصلی تقسیم شد، سپس از درون مناطق بزرگتر به طور تصادفی، مناطق کوچکتر (بلوک ها) انتخاب شدند و از این بلوک ها، نمونه ها وارد مطالعه شدند.

داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن ۱۸ تا ۶۵ سال، تابعیت ایرانی داشتن، سکونت در مناطق شهری کرج و داشتن رضایت آگاهانه به عنوان معیارهای ورود و ابتلا به اختلالات ادراکی و روانی و مشکلات حاد بینایی و شنوایی و همچنین تکمیل ناقص پرسشنامه، به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل دو قسمت شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸ تا ۶۵ ساله ایرانی (HELIA) بود. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، منابع کسب اطلاعات بهداشتی، انجام فعالیت بدنی، وضعیت BMI و مصرف سیگار و دخانیات بود. برای تعیین سطح سواد سلامت از پرسشنامه (HELIA) استفاده شد. منتظری و همکاران طی پژوهشی به طراحی و روان سنجی این ابزار جهت سنجش سواد سلامت جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله ایرانی پرداختند و این پرسشنامه دارای روایی مطلوب و پایایی قابل قبولی می باشد. این پرسشنامه دارای ۳۳ سوال در ۵ بعد می باشد که ابعاد آن عبارتند از: خواندن، دسترسی؛ درک و فهم، ارزیابی و تصمیم گیری و رفتار. نحوه نمره دهی آن به این صورت است که نمره های خام حیثه های ۵ گانه سواد سلامت محاسبه و سپس به نمره

ندرت ورزش می کردند، ۳۸/۳ درصد (۱۹۶ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. رادیو و تلویزیون و پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی، مهم ترین منابعی بودند که به ترتیب ۴۲/۵ و ۳۷/۲ درصد افراد شرکت کننده به صورت معمول اطلاعات بهداشتی خود را از آن ها به دست می آوردند. جدول شماره یک سایر مشخصات

دموگرافیک و مهم آزمودنی ها را نشان می دهد. نتایج این جدول نشان می دهد که در این مطالعه بین سواد سلامت با متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات، تاهل، مصرف دخانیات، انجام فعالیت بدنی و BMI ارتباط معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$).

جدول ۱. مقایسه میزان سواد سلامت بر حسب مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

P-value	سواد سلامت عالی		سواد سلامت کافی		سواد سلامت نه چندان کافی		سواد سلامت ناکافی		متغیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
./000	۴۶	۱۷/۸	۱۱۲	۴۳/۴	۷۰	۲۷/۱	۳۰	۱۱/۶	سن	۳۰-۱۸
	۲۰	۱۵/۹	۵۲	۴۱/۳	۲۲	۱۷/۴	۳۲	۲۵/۴		۳۱-۴۰
	۸	۱۰/۵	۲۸	۳۶/۸	۱۶	۲۱	۲۴	۳۱/۶		۴۱-۵۰
	۰	۰	۲	۳/۹	۲۴	۲۳	۳۸	۷۳		۵۱-۶۵
./013	۵۰	۱۹	۱۰۴	۳۹/۷	۵۶	۲۱/۴	۵۲	۱۹/۸	جنسیت	زن
	۲۴	۹/۶	۹۰	۳۶	۶۴	۲۵/۶	۷۲	۲۸/۸		مرد
./000	۲	۳/۴	۶	۱۰/۴	۱۰	۱۷/۲	۴۰	۶۹	تحصیلات	ابتدایی
	۱۴	۱۱	۳۲	۲۵	۳۰	۲۳/۴	۵۲	۴۰/۶		راهنمایی
	۲۴	۱۸/۵	۵۴	۴۱/۵	۲۸	۲۱/۵	۲۴	۱۸/۵		دیپلم / پیش دانشگاهی
	۳۴	۲۷/۴	۵۲	۴۱/۹	۳۲	۲۵/۸	۶	۴/۸		فوق دیپلم / لیسانس
./000	۱۸	۱۰/۸	۴۰	۲۴	۳۶	۲۱/۷	۷۲	۴۳/۴	مصرف دخانیات	بله
	۵۶	۱۶/۲	۱۵۴	۴۴/۵	۸۴	۲۴/۳	۵۲	۱۵		خیر
./035	۴	۵/۹	۲۸	۴۱/۲	۱۶	۲۳/۵	۲۰	۲۹/۴	BMI	لاغر
	۵۴	۲۱/۶	۱۰۲	۴۰/۸	۵۲	۲۰/۸	۴۲	۱۶/۸		نرمال
	۱۴	۸/۹	۵۶	۳۵/۴	۴۰	۲۵/۳	۴۸	۳۰/۴		دارای اضافه وزن
	۲	۵/۵	۸	۲۲/۲	۱۲	۳۳/۳	۱۴	۳۸/۹		چاق
./000	۸	۲۳/۵	۱۴	۴۱/۲	۲	۵/۹	۱۰	۲۹/۴	انجام فعالیت بدنی در هفته	هر روز
	۱۴	۳۳/۳	۲۲	۵۲/۴	۴	۹/۵	۲	۴/۸		بیشتر روزها
	۳۲	۱۸/۴	۷۲	۴۲/۵	۴۶	۲۶/۴	۲۲	۱۲/۶		گاهگاهی
	۱۲	۶/۶	۷۰	۳۸/۵	۵۲	۲۸/۶	۴۸	۲۶/۴		به ندرت
	۸	۱۰	۱۴	۱۷/۵	۱۶	۲۰	۴۲	۵۲/۵		هیچ وقت
./000	۴۸	۲۱/۶	۱۰۰	۴۵	۴۶	۲۰/۷	۲۸	۱۲/۶	وضعیت تأهل	مجرد
	۲۶	۹/۵	۹۲	۳۳/۶	۷۲	۲۶/۳	۸۴	۳۰/۶		متاهل
	۰	۰	۲	۱۴/۲	۲	۱۴/۲	۱۰	۷۱/۵		متارکه
	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۱۰۰		فوت همسر

S_TOFHLA انجام گرفت نشان داد که ۴۶ درصد از افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشته اند (۲۰) که با نتایج این مطالعه مطابقت دارد. همچنین این نتیجه با نتایج مطالعه ملی منتظری و همکاران که در آن ۴۴ درصد از جمعیت ۶۵-۱۸ ساله مورد مطالعه از سواد سلامت محدود برخوردارند همخوانی دارد (۱۲).

نتایج نشان داد که بین سطح تحصیلات و سواد سلامت ارتباط معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$) به طوری که افرادی که از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند از سواد سلامت بالاتری نیز برخوردار بودند. تحصیلات در دیگر مطالعات نیز به عنوان عاملی مهم در سواد سلامت شناخته شده است (۲۱-۲۳). این ارتباط در بسیاری از مطالعات انجام شده (چه به صورت پژوهش های موردی، چه مروری و چه ملی) مشاهده شده است (۲۴-۲۸ و ۱۱). طی گزارشی که آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت های بهداشتی در سال ۲۰۱۱ انجام داد اعلام شد که پایین بودن سطح سواد سلامت مشکلی بزرگ در ایالات متحده است و سال های تحصیل پیش بینی کننده ای قوی در سواد سلامت به شمار می رود (۲۸).

بین مصرف دخانیات و سواد سلامت نیز ارتباط معنی داری وجود داشت به طوری که افرادی که دخانیات مصرف می کردند سواد سلامت پایین تری داشتند. در مطالعه اشتوارت و همکاران ۲ نیز مشخص شد که سواد سلامت پایین با خطر آگاهی کمتر نسبت به خطرات مصرف و وابستگی بیشتر به مصرف نیکوتین دخانیات همراه است که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد (۲۹).

یافته های این مطالعه، ارتباط معنی داری را بین سن افراد و سطح سواد سلامت آن ها نشان می داد به ویژه با افزایش سن افراد تحت مطالعه به بالای ۳۰ سال، سواد سلامت کافی و عالی به طور چشمگیری کاهش می یافت که تقریباً با نتایج مطالعه قنبری و همکاران که در آن با افزایش سن افراد به بالای ۳۰ سال، سواد سلامت ناکافی افراد افزایش یافته، مطابقت دارد (۳۰).

در مطالعه حاضر بین جنسیت و سواد سلامت نیز ارتباط معنی

میانگین نمره سواد سلامت در افراد مورد مطالعه ۴۸/۹۳+۱۹/۲۴ از ۱۰۰ بود. ۲۴/۲ درصد (۱۲۴ نفر) از افراد مورد مطالعه سواد سلامت ناکافی، ۲۳/۴ درصد (۱۲۰ نفر) سواد سلامت نه چندان ناکافی، ۳۷/۹ درصد (۱۹۴ نفر) سواد سلامت کافی و ۱۴/۵ درصد (۷۴ نفر) سواد سلامت عالی داشتند (جدول شماره دو).

جدول ۲. توزیع فراوانی سطح سواد سلامت افراد مورد مطالعه

ردیف	متغیر	فراوانی تعداد (درصد)
۱	سواد سلامت ناکافی	۱۲۴ (۲۴/۲)
۲	سواد سلامت نه چندان کافی	۱۲۰ (۲۳/۴)
۳	سواد سلامت کافی	۱۹۴ (۳۷/۹)
۴	سواد سلامت عالی	۷۴ (۱۴/۵)
۵	کل	۵۱۲ (۱۰۰)

بحث و نتیجه گیری

سواد سلامت، مسئله ای جهانی است و طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت، نقشی محوری و اساسی در تعیین نابرابری های سلامت، چه در کشورهای غنی و چه در کشورهای ضعیف دارد (۱۷). همچنین سواد سلامت مشکلی پنهان است چرا که اغلب از سوی سیاستگذاران و ارائه کنندگان خدمت نادیده گرفته می شود (۱۸). نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت در افراد مورد مطالعه ۴۸/۹۳ از ۱۰۰ می باشد که این نتیجه حاکی از پایین بودن سواد سلامت می باشد. این نتیجه با نتایج مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران که در آن میانگین نمره سواد سلامت در حدود ۴۲/۷ و پایین بود همخوانی دارد (۱۹). در این پژوهش همچنین مشخص شد که تقریباً نیمی از افراد تحت مطالعه (۴۷/۶ درصد) سواد سلامت ناکافی و یا نه چندان کافی داشتند. نتایج مطالعات مختلف در کشورهای جهان نیز به طور وسیعی از سواد سلامت ناکافی گزارش داده اند، چنان که نتایج مطالعه بیکرا و همکاران که با استفاده از پرسشنامه

داری وجود داشت به طوری که شیوع سواد سلامت کافی و عالی در زنان در مقایسه با مردان بیشتر بود که این نتایج با نتایج پژوهش وون ۱ و همکاران و افشاری و همکاران مطابقت دارد (۱۵،۸). از دلایل احتمالی سطح سواد سلامت بالاتر زنان می توان به مراجعه بیشتر زنان نسبت به مردان به مراکز بهداشتی-درمانی و کسب اطلاعات بیشتر، درک و استفاده از آن ها اشاره نمود (۱۵). یافته های این مطالعه نشان داد که بین BMI و سواد سلامت ارتباط معنی داری وجود داشت به طوری که بزرگسالانی که چاق بودند یا اضافه وزن داشتند از سواد سلامت پایین تری نیز برخوردار بودند که این نتیجه با نتایج مطالعه لام ۲ و همکاران مطابقت دارد (۳۱). اما با نتایج مطالعه کوشیار و همکاران که در آن بین سواد سلامت و BMI ارتباط معنی داری مشاهده نشد، همخوانی ندارد (۳۲). از دلایل احتمالی این ناهمخوانی می توان به وجود فاصله زیاد بین میانگین های سنی در مطالعه ما و مطالعه اخیر اشاره کرد.

در این مطالعه همچنین بین انجام فعالیت بدنی و سواد سلامت نیز ارتباط معنی داری وجود داشت به طوری که بزرگسالانی که ورزش کمتری انجام می دادند از سواد سلامت پایین تری نیز برخوردار بودند که این نتیجه با نتیجه مطالعه کوشیار و همکاران مطابقت دارد (۳۲).

همچنین در این مطالعه بین وضعیت تاهل و سواد سلامت ارتباط معنی داری وجود داشت به طوری که در افرادی که مجرد بودند شیوع سواد سلامت کافی و عالی بیشتر از سایر گروه ها بود که این نتایج با نتایج سایر مطالعات که در آن ها افراد متاهل از سطح سواد سلامت بالاتری برخوردار بودند مطابقت ندارد (۱۹). از دلایل احتمالی این مورد می توان به جوانتر بودن افراد مجرد و بالاتر بودن احتمالی سطح تحصیلات در آن ها اشاره کرد.

همچنین این مطالعه نشان داد که رادیو و تلویزیون و پس از آن، پرسش از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، مهم ترین منابع کسب اطلاعات بهداشتی برای شرکت کنندگان

بوده اند. یافته های مطالعه منتظری و همکاران نیز نشان داد که مخاطبان بیشترین اطلاعات سلامت را به ترتیب ۴۲ درصد از طریق رادیو و تلویزیون و ۴۰/۶ درصد از طریق پرسش از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، کسب کرده اند (۱۲). در مجموع نتایج این مطالعه بیانگر پایین بودن و ناکافی بودن سطح سواد سلامت در بزرگسالان و وجود ارتباط معنی دار بین سواد سلامت و متغیرهای سن، جنسیت، سطح تحصیلات، تاهل، مصرف دخانیات، وضعیت BMI و انجام فعالیت بدنی می باشد. به دانش ما، مطالعه حاضر نخستین مطالعه ای است که سواد سلامت بزرگسالان شهر کرج را با استفاده از این ابزار (HELIA)، مورد سنجش قرار می دهد. بنا بر ماهیت این ابزار، ۵ مهارت خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، مورد بررسی قرار گرفتند. این ابزار نسبت به سایر پرسشنامه های سنجش سواد سلامت (NVS.TOFHLA.S_ (TOFHLA)، سطوح بیشتری را مورد ارزیابی قرار می دهد. نادیده گرفتن مهارت هایی مثل گوش دادن، سخن گفتن و دانش زمینه ای و فرهنگی را می توان به عنوان محدودیت های این مطالعه برشمرد. همچنین عدم وجود بعضی از سوالات جمعیت شناختی مانند میزان درآمد ماهیانه خانواده، شغل افراد و نوع سکونت خانواده از موارد مغفول این مطالعه و جزء محدودیت های آن می باشد.

نتیجه گیری: یکی از مهم ترین نتایج این پژوهش، شیوع نسبتاً بالایی سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی در بزرگسالان بود. براساس نتایج به دست آمده، شرکت کنندگان بیشترین اطلاعات سلامت را از طریق رادیو و تلویزیون دریافت می کردند. بنابراین با توجه به گستردگی این دو رسانه در کشور و ارزان قیمت بودن انتقال اطلاعات از این طریق، باید توجه ویژه ای به این دو رسانه در برنامه های آموزشی بزرگسالان مبذول گردد. در پایان باید یادآور شویم که محدودیت سواد سلامت در افراد با سن بالاتر از ۵۰ سال، افراد با تحصیلات پایین، افراد دارای اضافه وزن و چاقی، افراد مصرف کننده دخانیات و همچنین افراد غیر فعال از نظر فعالیت بدنی، بیشتر است.

1. Von
2. Lam

که در جمع آوری داده ها و انجام این مطالعه یاری رساندند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند از همکاری کلیه کسانی

References:

1. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion, definitions, concepts and examples in Eastern Mediteranean Region. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap: 2009 October 26-30 Nairobi, Kenya.
2. Tehrani H. Media Health Literacy. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(3):141-6.
3. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot* 2000; 15: 183-184.
4. 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.
5. zarrinkolah A, Dashti F, Abedi H, Masoudi SM. A Study of Puberty Health Literacy Level of the First 14-16 Year Girls Grade High School Students in the Eghlid City. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(3):164-71.
6. Kickbusch, I. (2001) Health Literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International* 2001; 16: 289-297.
7. Keleher H, Hagger V. Health literacy in primary health care. *Australian Journal of Primary Health*. 2007; 13(2): 24-30.
8. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *JECH* 2007; 61(12):1086-1090.
9. Chew L D, Bradley K A. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med* 2004;36(8):588-594.
10. Paasche-Orlow M K, Wolf M S. Promoting health literacy research to reduce health disparities. *Journal of Health Communication* 2010; 15(1): 34-41.
11. Downey La Vonne A, Zun Leslie S. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *Journal of the National Medical Association* 2008; 100(11): 1304-1308.
12. Tavousi M, Haeri Mehrizi A A, Rafiee Far Sh, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, Hashemi A, Montazeri A. Health Literacy in Iran: Finding from National Study. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2016; 15(1): 95-102 (Persian)
13. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. [Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran]. *Journal of Health System Research*. 2013; 9(5): 540-549. (Persian).
14. Wengryn MI, Hester EJ. Pragmatic skills used by older adults in social communication and health care contexts: precursors to health literacy. *Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders*. 2011; 38: 41-52.
15. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. [Investigating Adult Health Literacy in Tuyserkan City]. *Journal of Education and Community Health*. 2014; 1(2):48-55.
16. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin S A, Jahangiri K, Ebadi M, Nadermagham Sh, Solimanian A, Sarbandi F, Motamedi A, Naghibi Sistani M M. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): Development And Psychometric properties. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2014 ;13(5):589-599 (Persian)
17. McLaghlin R A. [Association among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting] PhD Dissertation, Health science center university of Tennessee 2009.
18. Nielsen-Bohlman L, Panzer A, Hamlin B ,et al. Health Literacy: A Prescription to End Confusion , Consensus Report of Committee on Health Literacy Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of medicine of the national academies; 2004. Available at www.nap.edu
19. Tehrani Banihashemi S A, Amirkhani MA, Hagh Dust A A, Alavian S M, Asghari Fard H, Baradaran H, Barghamadi M, Parsi nia S, Fathi Ranjbar S, Health Literacy and the Influencing Factors ,A Study in Five Provinces of Iran. *Strides Dev Med Education* 2007;4(1)1-9
20. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurs J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient EducCouns*. 1999; 38(1): 33-42.
21. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care* 2002; 40: 395-404
22. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of General Internal Medicine* 2006; 21: 857-61
23. Elder C, Barber M, Staples M, Osborne RH, Clerehan R, Buchbinder R. Assessing Health Literacy: a new domain for collaboration between language testers and health professionals. *Language Assessment Quarterly* 2012; 9: 205-24
24. Endres L K, Sharp L K, Haney E, Dooley S L. Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care* 2004;Feb 27(2):331-334

25. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Santoro Bahia V, Dozzi Brucki SM, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):631-638
26. Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, Sutton SF, Swinson T, Bonito AJ. Literacy and health outcomes. summary, evidence report/Technology Assessment No. 87 (Prepared by RTI International–University of North Carolina Evidencebased Practice Center under Contract No. 290-02-0016). AHRQ Publication No. 04-E007-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2004. Available at: <http://www.ahrq.gov>
27. Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an Epidemic of limited health literacy: Weathering the perfect storm. *Journal of General Internal Medicine* 2008; 23(8):1273–1276.
28. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Evidence Report/Technology Assesment No. 199. (Prepared by RTI International–University of North Carolina Evidencebased Practice Center under contract No. 290-2007-10056- I. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality March 2011.
29. Stewart dw, Cano MA, Fernandez VC, Spears CA, Li Y, Waters AJ, Wetter DW, Vidrine JI. Lower Health Litracy Predicts Smoking Relapse among Racially/ Ethnically Diverse Smokers With Low Socioeconomic Status. *BMC Public Health* 2014;716(14):1-6
30. Ghanbari SH, Majlesi F, Gafari M, Mahmoodi Majdabadi M. Assessment of Health Litracy Level in Pregnant Women in Shahid Beheshti University, *Journal of Daneshvar*. 2011; 97(19): 1-12(Persian)
31. Lam L, yang L. Is low health litereracy associated with overweight and obesity in adolescents. *Bio Med Center*. 2014; 72(11).
32. kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community-Residing Elderly. *J mazand Med Sci* 2014; 24(supple 1): 134-143.