

سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در بزرگسالان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر جهرم در سال ۱۴۰۱

نویسندگان:

فاطمه رضایی^۱، سیده سرور هاشمی^۲، طاهره رحیمی^{۱*}

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.21, No.4, Winter 2024

چکیده:

مقدمه: پیامدهای سواد سلامت ناکافی، افزایش مرگ و میر و بار بیماری و همچنین افزایش هزینه‌های بهداشتی درمانی در افراد بزرگسال خواهد بود. مطالعه حاضر با هدف بررسی سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در بزرگسالان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر جهرم در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه مقطعی تحلیلی بود که روی ۶۴۸ فرد در بازه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال در شهر جهرم انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای و جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از دو پرسش‌نامه استاندارد شده سواد سلامت و مشخصات جمعیت‌شناختی بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از آزمون مربع کای تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت‌کنندگان $48/10 \pm 4/44$ سال بود. از کل شرکت‌کنندگان به ترتیب ۱۹/۳ درصد سواد سلامت ناکافی، ۲۶/۴ درصد سواد سلامت نه چندان کافی، ۳۶/۶ درصد سواد سلامت کافی و ۱۹/۸ درصد سواد سلامت عالی داشتند. سواد سلامت با جنسیت، سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و وضعیت مالی رابطه آماری معناداری نشان داد ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: سواد سلامت در بیش از ۴۵ درصد از جمعیت ۳۰ تا ۶۵ سال شهر جهرم نامطلوب بود. بنابر این، طراحی مداخلات افزایش سواد سلامت در بزرگسالان مبتنی بر متغیرهای جمعیت‌شناختی می‌تواند به ارتقاء سلامت این گروه از افراد کمک کند.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، بزرگسالان، جهرم

Pars J Med Sci 2024;21(4):10-17

مقدمه:

شواهد علمی متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد در جمعیت‌هایی که سواد سلامت آن‌ها پایین و یا ناکافی گزارش شده است، پیامدهای نامطلوب مرتبط با سلامتی از جمله افزایش هزینه‌های بهداشتی درمانی [۴]، افزایش مرگ و میر و بار بیماری [۳]، افزایش نابرابری‌های اجتماعی [۵] و به طور کلی کیفیت زندگی پایین [۶] بیشتر مشاهده می‌شود.

در سراسر جهان مطالعات مختلفی به بررسی سواد سلامت در بزرگسالان پرداخته‌اند که در بسیاری از آن‌ها میزان سواد سلامت پایین یا ناکافی گزارش شده است. نتایج یک بررسی ملی در

امروزه مفهوم سواد سلامت به دلیل مزیت‌های زیاد در سلامت فردی و عمومی، همچنین توسعه و پایداری نظام‌های مراقبت بهداشتی مورد توجه فراوانی قرار گرفته است [۱]. سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را به معنای دستیابی به میزانی از دانش، مهارت‌های شخصی و اعتماد به نفس برای اقدام در راستای ارتقای سلامت فردی و جامعه با تغییر در سبک زندگی شخصی و شرایط زندگی تعریف کرده است [۲]. در حقیقت سواد سلامت افراد تعیین می‌کند که آیا آن‌ها قادر به اتخاذ تصمیمات بهداشتی مناسب و پیروی از دستورالعمل‌های درمانی هستند یا خیر [۳].

* نویسنده مسئول، نشانی: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

پست الکترونیک: t_rahimi20@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۷۱۵۴۳۴۰۴۰۹

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰

اصلاح: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۳

سلامت ۵۸/۲۶ و ۲۲/۱ گزارش شده بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و دقت ۱/۷، تعداد ۶۴۸ نفر به دست آمد. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای خوشه‌ای و تصادفی ساده بود. هر مرکز جامع سلامت به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد و از هشت مرکز جامع سلامت، تعداد ۸۱ نفر تحت پوشش در بازه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال از روی لیست موجود در سامانه سیب مرکز استخراج و با روش تصادفی ساده با استفاده از قرعه کشی وارد مطالعه شدند. برای داشتن تعداد مساوی از زنان و مردان، جنسیت به عنوان طبقه در نظر گرفته شد و از نمونه تصادفی طبقه‌ای در انتخاب افراد استفاده شد. جمع آوری داده‌ها با پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه استاندارد شده سواد سلامت انجام شد. پرسش‌نامه سواد سلامت جمعیت شهری ایران (Health Literacy for Iranian Adults, HELIA) که متناسب با خصوصیات فرهنگی-اجتماعی جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال ایران است، توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۹۳ تدوین شده است. این پرسش‌نامه از روایی سازه مطلوب برخوردار بوده و میزان آلفای کرونباخ سازه‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ متغیر است. پایایی پرسش‌نامه نیز مورد تایید قرار گرفته است [۱۶]. پرسش‌نامه سواد سلامت دربردارنده ۳۳ سوال و ۵ حیطه شامل "دسترسی" سوالات ۱ الی ۶، "مهارت خواندن" سوالات ۷ الی ۱۰، "فهم" سوالات ۱۱ الی ۱۷، "ارزیابی" سوالات ۱۸ الی ۲۱ و "تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت" سوالات ۲۲ الی ۳۳ می‌باشد. مقیاس نمره‌دهی به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای است و در سوالات مربوط به "مهارت خواندن" امتیاز ۵ به گزینه کاملاً آسان، امتیاز ۴ به گزینه آسان، امتیاز ۳ به گزینه نه آسان و نه سخت است، امتیاز ۲ به گزینه سخت و امتیاز ۱ به گزینه کاملاً سخت داده می‌شود. در چهار حیطه دیگر امتیاز ۵ به گزینه همیشه، امتیاز ۴ به گزینه بیشتر اوقات، امتیاز ۳ به گزینه گاهی از اوقات، امتیاز ۲ به گزینه به ندرت و امتیاز ۱ به هیچ وجه (یا هیچ وقت) داده می‌شود. برای امتیازدهی این پرسش‌نامه ابتدا امتیاز خام هر فرد برای هر یک از حیطه‌ها تعیین و سپس امتیازهای خام به بازه صفر تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود. برای این کار تفاضل نمره خام حاصل از حداقل نمره خام تقسیم بر تفاضل حداکثر امتیاز از حداقل امتیاز شده و بدین ترتیب امتیاز هر حیطه در بازه صفر تا ۱۰۰ مشخص خواهد شد. برای تعیین امتیاز کل سواد سلامت ابتدا امتیازات همه ابعاد مشخص شده در بازه صفر تا ۱۰۰ با هم جمع شده و تقسیم بر عدد پنج (تعداد پنج بعد) می‌شود. در نهایت، سطح سواد سلامت در چهار دسته شامل سواد سلامت ناکافی (امتیاز ۵۰-۰)، نه چندان کافی (امتیاز ۶۶-۵۰/۱)، کافی (امتیاز ۸۴-۶۶/۱) و عالی (امتیاز ۱۰۰-۸۴/۱) تقسیم بندی می‌شود [۱۵]. در مرحله اجرا، پرسش‌نامه‌ها برای تکمیل در اختیار

ایالات متحده آمریکا نشان داد ۳۶ درصد از بزرگسالان سواد سلامت پایه یا پایین‌تر از پایه دارند [۷]. همچنین در کشورهای اروپایی شیوع سواد سلامت ناکافی از ۲۷ درصد تا ۴۸ درصد برآورد شده است [۸]. نتایج بررسی انجام‌شده روی بزرگسالان با سن ۱۸ سال و بالاتر ایرانی نیز نشان داد ۲۸/۱ درصد از آنان سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکافی دارند [۹].

شواهد علمی نشان می‌دهد طیف وسیعی از عوامل جمعیت‌شناختی، متغیرهای اجتماعی- فرهنگی و اقتصادی، عوامل روان‌شناختی و سطح سلامت کنونی می‌تواند با میزان سواد سلامت بزرگسالان در ارتباط باشد [۱۰]. به عنوان مثال، نتایج مطالعه سورسن و همکاران نشان داد سواد سلامت با عوامل جمعیتی همچون وضعیت مالی، موقعیت اجتماعی، تحصیلات و سن مرتبط است [۱۱]. از طرف دیگر، زبان مادری، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، جنسیت، نژاد و قومیت همراه با فرهنگ جمعی که با انتشار اخبار، تبلیغات، بازاریابی، و انبوهی از منابع اطلاعاتی بهداشتی در دسترس، از طریق کانال‌های الکترونیکی ارائه می‌شوند نیز مرتبط با چشم‌انداز اجتماعی- فرهنگی سواد سلامت هستند [۱۲]. در مطالعه فرناندز و همکاران روی بزرگسالان بالای ۵۰ سال آمریکایی مشخص شد که برخی ادراکات روان‌شناختی از جمله کنترل درک‌شده سلامت و جایگاه اجتماعی درک‌شده، سواد سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۱۳]. نتایج مطالعات انجام شده در بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها نیز نشان داده است که ۴۴ درصد سواد سلامت محدود دارند و سواد سلامت زنان بیشتر از مردان است [۱۴]. باتوجه به اهمیت نقش سواد سلامت به عنوان یک عامل بالقوه قابل تغییر که به وسیله آن می‌توان تفاوت‌هایی در سبک زندگی افراد و به دنبال آن کاهش میزان عوارض و مرگ و میر بیماری‌ها در جوامع ایجاد کرد و همچنین از آن جایی که تاکنون مطالعه‌ای در شهر جهرم به بررسی سواد سلامت با استفاده از یک ابزار متناسب با خصوصیات فرهنگی- اجتماعی جمعیت شهری انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی سواد سلامت و عوامل مرتبط در بزرگسالان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر جهرم در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی تحلیلی بود که با هدف تعیین سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در بزرگسالان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر جهرم انجام شد. برای تعیین حجم نمونه از مطالعه نقیبه و همکاران [۱۵] به عنوان مرجع استفاده شد. در مطالعه مذکور میانگین و انحراف معیار امتیاز سواد

امتیاز ناکافی و ۱۴/۷ درصد امتیاز نه چندان کافی دریافت نمودند. در حیطه مهارت خواندن اطلاعات بیشتر افراد (۳۸ درصد) امتیاز ناکافی و سپس ۲۴/۵ درصد امتیاز کافی، ۲۴/۱ درصد امتیاز عالی و ۱۳/۴ درصد امتیاز نه چندان کافی به دست آوردند. در حیطه ارزیابی اطلاعات بیشتر افراد (۳۸ درصد) امتیاز ناکافی، و در رتبه‌های بعد، ۲۷/۳ درصد امتیاز کافی، ۱۹ درصد امتیاز عالی و ۱۵/۷ درصد امتیاز نه چندان کافی داشتند. همچنین در حیطه تصمیم‌گیری و رفتار اطلاعات بیشتر افراد (۳۰/۱ درصد) امتیاز کافی و در سایر سطوح به ترتیب ۲۵/۶ درصد امتیاز نه چندان کافی، ۲۳ درصد امتیاز عالی و ۲۱/۳ درصد امتیاز ناکافی کسب کردند. در خصوص سواد سلامت کل نیز بیشترین امتیاز (۳۴/۶ درصد) مربوط به سطح سواد سلامت کافی بود.

در جدول ۳، سطح بندی سواد سلامت به تفکیک متغیرهای مورد بررسی نشان داده شده است. سواد سلامت ناکافی در مردان بیشتر از زنان بود (۷۰/۴ درصد در برابر ۲۹/۶ درصد). از نظر سنی، ۵۰ درصد افراد ۳۰ تا ۴۰ سال، ۳۵/۲ درصد افراد ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۴/۸ درصد افراد بیشتر از ۵۰ سال سطح سواد سلامت عالی داشتند. همچنین ۲۱/۹ درصد افراد با تحصیلات دیپلم و کمتر و ۷۸/۱ درصد افراد با تحصیلات دانشگاهی سطح سواد سلامت عالی داشتند. نتایج نشان داد که ۴۳/۸ درصد افراد با وضعیت مالی خوب، ۵۲/۳ درصد با وضعیت مالی متوسط و ۳/۹ درصد افراد با وضعیت مالی ضعیف، از سطح سواد سلامت عالی برخوردارند. سطح سواد سلامت عالی در متاهلین بیشتر از سایرین بود (۷۵ درصد در برابر ۲۵ درصد). بر اساس نتایج آزمون مربع کای، ابعاد سواد سلامت بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت مالی تفاوت آماری معناداری داشت ($p < 0/01$).

شرکت‌کنندگان قرار داده شد. قبل از تکمیل پرسش‌نامه، اهداف مطالعه توسط پژوهشگر برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد و فرم رضایت آگاهانه از آنان دریافت شد. همچنین به آن‌ها در خصوص بی‌نام و محرمانه بودن اطلاعاتشان اطمینان داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده کدگذاری و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون مربع کای برای بررسی تفاوت متغیرهای گروه بندی شده مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در این بررسی ۴۹/۲ درصد افراد شرکت‌کننده مرد بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان $10/48 \pm 44/68$ سال بود. ۴۳/۹ درصد مردان و ۴۸ درصد زنان تحصیلات بیشتر از دیپلم داشتند. حدود ۸۲ درصد مردان و زنان متاهل بودند. ۲۵/۶ درصد بیان کردند که وضع مالی خوب و ۱۶/۷ درصد وضع مالی ضعیف دارند. ۷۹/۳ درصد مردان و ۴۳/۳ درصد زنان شاغل بودند. جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۲، توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان سواد سلامت و همچنین میانگین و انحراف معیار سواد سلامت و حیطه‌های آن را نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات این جدول بیشترین میانگین نمره مربوط به حیطه فهم و درک اطلاعات با $2/1 \pm 73/36$ و کمترین میانگین نمره مربوط به حیطه ارزیابی اطلاعات با $4/1 \pm 61/2$ بود. در حیطه دسترسی به اطلاعات، بیشتر افراد (۳۳ درصد) امتیاز کافی و سپس به ترتیب ۲۸/۵ درصد امتیاز ناکافی، ۲۱/۹ درصد امتیاز عالی و ۱۶/۵ درصد امتیاز نه چندان کافی کسب کردند. در حیطه فهم و درک اطلاعات، بیشتر افراد (۳۸/۳ درصد) امتیاز عالی و سپس ۲۸/۲ درصد امتیاز کافی، ۱۸/۴ درصد

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه

متغیر	مرد نفر ۳۱۹	زن نفر ۳۲۹	کل نفر ۶۴۸
سن (میانگین \pm انحراف معیار)	۴۶،۱۱ \pm ۲۰،۳۹	۳۰،۲۱ \pm ۹،۴۳	۶۸،۴۸ \pm ۴۴،۱۰
وضعیت تاهل	۲۶۴ (۸۲،۸)	۲۷۱ (۸۲،۴)	۵۳۵ (۸۲،۶)
مجرد	۵۵ (۱۷،۲)	۵۸ (۱۷،۶)	۱۱۳ (۱۷،۴)
میزان تحصیلات	۱۷۹ (۵۶،۱)	۱۷۱ (۵۲،۰)	۳۵۰ (۵۴،۰)
بیشتر از دیپلم	۱۴۰ (۴۳،۹)	۱۵۸ (۴۸،۰)	۲۹۸ (۴۶،۰)
شاغل	۲۵۳ (۷۹،۳)	۱۱۳ (۳۴،۳)	۳۶۶ (۵۶،۵)
غیر شاغل	۶۶ (۲۰،۷)	۲۱۶ (۶۵،۷)	۲۸۲ (۴۳،۵)
گروه سنی	۱۲۸ (۴۰،۱)	۱۴۸ (۴۵،۰)	۲۷۶ (۴۲،۶)
	۷۶ (۲۳،۸)	۱۱۶ (۳۵،۲)	۱۹۲ (۲۹،۶)
	۱۱۵ (۳۶،۱)	۶۵ (۱۹،۸)	۱۸۰ (۲۷،۸)
وضعیت مالی	۵۷ (۱۷،۹)	۵۱ (۱۵،۵)	۱۰۸ (۱۶،۷)
متوسط	۲۰۲ (۶۳،۳)	۱۷۲ (۵۲،۳)	۳۷۴ (۵۷،۷)
خوب	۶۰ (۱۸،۸)	۱۰۶ (۳۲،۲)	۱۶۶ (۲۵،۶)

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیاز سواد سلامت به تفکیک ابعاد سواد سلامت در افراد مورد مطالعه

متغیر	ناکافی تعداد (درصد)	نه چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار
دسترسی به اطلاعات	۱۸۵(۲۸,۵)	۱۰۷(۱۶,۵)	۲۱۴(۳۳)	۱۴۲(۲۱,۹)	۶۵,۷ \pm ۲۴,۷
فهم و درک اطلاعات	۱۱۹(۱۸,۴)	۹۵(۱۴,۷)	۱۸۳(۲۸,۲)	۲۵۱(۳۸,۸)	۷۳,۲ \pm ۳۶,۱
مهارت خواندن اطلاعات	۲۴۶(۳۸,۰)	۸۷(۱۳,۴)	۱۵۹(۲۴,۵)	۱۵۶(۲۴,۱)	۶۱,۳ \pm ۲۷,۸
ارزیابی اطلاعات	۲۴۶(۳۸,۰)	۱۰۲(۱۵,۷)	۱۷۷(۲۷,۳)	۱۲۳(۱۹,۰)	۶۱,۲ \pm ۲۴,۱
تصمیم گیری و رفتار اطلاعات	۱۳۸(۲۱,۳)	۱۶۶(۲۵,۶)	۱۹۵(۳۰,۱)	۱۴۹(۲۲,۰)	۶۷,۲ \pm ۲۵,۴
سواد سلامت کل	۱۲۵(۱۹,۳)	۱۷۱(۲۶,۴)	۲۲۴(۳۴,۶)	۱۲۸(۱۹,۸)	۶۷,۰ \pm ۱۹,۹

جدول ۳: سطح بندی سواد سلامت به تفکیک متغیرهای مورد بررسی

متغیر	ناکافی تعداد (درصد)	نه چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)	P-value
جنسیت					
مرد	۸۸(۷۰,۴)	۹۰(۵۲,۶)	۹۹(۴۴,۲)	۴۲(۳۲,۸)	<۰,۰۱
زن	۳۷(۲۹,۶)	۸۱(۴۷,۴)	۱۲۵(۵۵,۸)	۸۶(۶۷,۲)	
گروه سنی					
۳۰-۴۰	۲۰(۱۶,۰)	۷۴(۴۳,۳)	۱۱۸(۵۲,۷)	۶۴(۵۰,۰)	<۰,۰۱
۴۱-۵۰	۲۶(۲۰,۸)	۵۴(۳۱,۶)	۶۷(۲۹,۹)	۴۵(۳۵,۲)	
بیشتر از ۵۰	۷۹(۶۳,۳)	۴۳(۲۵,۱)	۳۹(۱۷,۴)	۱۹(۱۴,۸)	
تحصیلات					
دیپلم و کمتر	۱۰۷(۸۵,۶)	۱۱۲(۶۵,۵)	۱۰۳(۴۵,۹)	۲۸(۲۱,۹)	<۰,۰۱
دانشگاهی	۱۸(۱۴,۴)	۵۹(۳۴,۵)	۱۲۱(۵۴,۰)	۱۰۰(۷۸,۱)	
وضعیت تاهل					
متاهل	۱۱۲(۸۹,۶)	۱۳۸(۸۰,۷)	۱۸۹(۸۴,۴)	۹۶(۷۵,۰)	۰,۰۱
مجرد	۱۳(۱۰,۴)	۳۳(۱۹,۳)	۳۵(۱۵,۶)	۳۲(۲۵,۰)	
شغل					
شاغل	۶۶(۵۲,۸)	۹۳(۵۴,۴)	۱۲۷(۵۶,۹)	۸۰(۶۲,۵)	۰,۰۲
غیر شاغل	۵۹(۴۷,۲)	۷۸(۴۵,۶)	۹۶(۴۳,۱)	۴۸(۳۷,۵)	
وضعیت مالی					
خوب	۲۱(۱۶,۸)	۳۶(۲۱,۱)	۵۳(۲۳,۷)	۵۶(۴۳,۸)	<۰,۰۱
متوسط	۶۳(۵۰,۴)	۱۰۲(۵۹,۶)	۱۴۲(۶۳,۴)	۶۷(۵۲,۳)	
ضعیف	۴۱(۳۲,۸)	۳۳(۱۹,۳)	۲۹(۱۲,۹)	۵(۳,۹)	

بحث:

هدف از مطالعه حاضر بررسی سواد سلامت و عوامل مرتبط بر آن در بزرگسالان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر جهرم بود. نتایج نشان داد به طور کلی میانگین سواد سلامت در افراد مورد مطالعه، ۶۷ از ۱۰۰ است که از میزان متوسط بالاتر و کافی به نظر می‌رسد. همچنین سطح سواد سلامت در ۱۹/۳ درصد ناکافی، ۲۶/۴ درصد نه چندان کافی، ۳۴/۶ درصد کافی و ۱۹/۸ درصد عالی بود. در مطالعات مختلف داخلی و خارجی میزان سواد سلامت و حیطه های مختلف آن در بزرگسالان متفاوت گزارش شده است. مشابه مطالعه حاضر نتایج مطالعه جوینی و همکاران روی بزرگسالان بردسکان در استان خراسان رضوی نشان داد میانگین نمرات کلی سواد سلامت و خرده مقیاس‌های آن در محدوده کافی (۶۶/۱-۸۴) قرار داشته و سطح سواد سلامت ۱۸/۱ درصد از شرکت‌کنندگان ناکافی، ۲۷/۷ درصد نه چندان کافی، ۳۹/۴ درصد کافی و ۱۴/۷ درصد عالی بود. در این مطالعه نیز مشابه پژوهش حاضر بیش از ۴۵ درصد افراد دارای سواد سلامت نامناسب بودند [۱۷]. همچنین میانگین نمره سواد سلامت در مطالعه انجام شده توسط صحرائی و همکاران روی ۵۲۵ بزرگسال ۱۸ تا ۶۵ سال شهر کرج پایین بود (۴۸/۹۳ از ۱۰۰) و ۲۴/۲ درصد از شرکت‌کنندگان سواد سلامت ناکافی، ۲۳/۴ درصد سواد سلامت نه چندان کافی، ۳۷/۹ درصد سواد سلامت کافی و ۱۴/۵ درصد سواد سلامت عالی داشتند [۱۸]. در مطالعه دیگر، معینی و همکاران گزارش کردند میانگین نمره سواد سلامت در مراجعه کنندگان بالای ۱۸ سال به مراکز بهداشتی درمانی

همدان نزدیک به مطالعه حاضر و ۶۴/۵۸ است. همچنین آن‌ها اعلام کردند که ۳۱/۷ درصد از شرکت‌کنندگان سطح سواد سلامت کافی، ۳۲/۵ درصد سطح سلامت مرزی و ۳۵/۸ درصد سطح سواد سلامت ناکافی دارند [۱۹]. در میان مطالعات خارج از ایران، یافته‌های پروتیرو و همکاران نشان داد که در جمعیت بزرگسال انگلیسی، ۲۸/۵ درصد دارای سطح سواد سلامت ناکافی، ۲۳/۵ درصد دارای سطح سواد سلامت مرزی و ۴۸ درصد دارای سواد سلامت کافی بودند [۲۰]. تفاوت نتایج مطالعات مختلف می‌تواند ناشی از تفاوت در نمونه‌ها و یا ابزار پژوهش باشد. به عنوان مثال، در برخی مطالعات، ابزار اندازه گیری سواد سلامت پرسش‌نامه سواد سلامت جمعیت شهری (HELIA) و در برخی دیگر سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان (TUGHLAQ-Test of functional health literacy in adults) بوده که باعث ایجاد تغییر در میزان سواد سلامت و حیطه های مرتبط خواهد شد. همچنین جامعه پژوهش مطالعه حاضر افراد بالای ۳۰ سال بودند که احتمالاً به دلیل داشتن سواد بالاتر و نیز داشتن ثبات شغلی و تجربه بیشتر از سیستم بهداشتی درمانی نسبت به گروه شرکت‌کنندگان ۱۸ سال و بالاتر، میانگین نمره سواد سلامت بالاتری نسبت به سایر مطالعات داخلی کسب کرده‌اند. از سوی دیگر، بیش از ۸۰ درصد شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر متأهل بودند و طبق شواهد موجود که میانگین سواد سلامت را در افراد متأهل بالاتر گزارش می‌کنند [۱۷، ۱۸]، میانگین سواد سلامت در حد کافی برای مطالعه حاضر قابل توجیه است.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی اشاره کرد. به بیان دیگر، پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در این نوع ابزار پژوهش ممکن است تابع تفسیر شخصی آن‌ها از گویه‌های پرسش‌نامه باشد. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر همگی ساکن شهر بوده و مطالعه روی افراد ساکن روستا احتمالاً به دلیل قرارگیری در محیط زندگی متفاوت، ممکن است نتایج دیگری در پی داشته‌باشد.

نتیجه‌گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیش از نیمی از افراد مورد بررسی سواد سلامت کافی و عالی داشتند. سواد سلامت با عوامل جمعیت‌شناختی همچون جنسیت، سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و وضعیت مالی مرتبط است. از آن‌جایی که سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن، کلید موفقیت اقدامات پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن به ویژه در سنین بزرگسالی خواهد بود، کارشناسان حوزه سلامت می‌توانند با بهره‌گیری از مداخلاتی مبتنی بر متغیرهای جمعیت‌شناختی به ارتقاء سلامت این گروه از افراد کمک کنند. انجام مطالعات بیشتر در آینده در جمعیت‌های بزرگتر و در مکان‌های جغرافیایی متفاوت یا شامل طیف وسیع تری از گروه‌های سنی توصیه می‌شود. همچنین برای به دست آوردن بینش عمیق‌تر در مورد سواد سلامت افراد بزرگسال، رویکردهای پژوهشی از نوع کیفی نیز می‌تواند کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی:

مطالعه حاضر برگرفته از نتایج پایان نامه دکتری حرفه‌ای است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی چهرم با کد اخلاق IR.JUMS.REC.1401.031 تصویب شده‌است. نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمام افراد شرکت‌کننده در مطالعه ابراز می‌دارند.

تضاد منافع:

نویسندگان اعلام می‌دارند که تضاد منافی ندارند.

به هر حال، سنجش سواد سلامت در جوامع گوناگون امری ضروری به نظر می‌رسد که می‌تواند سیاست‌گذاران، برنامه ریزان، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی، سازمان‌های مرتبط با بیمه و سلامت اجتماعی را به سمت اتخاذ سیاست‌هایی هدایت کند که ناسازگاری‌های بین نیازهای افراد و خواسته‌های سیستم‌های بهداشتی ناشی از عدم آگاهی و درک مناسب از اطلاعات بهداشتی را برطرف کند.

سایر یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از وجود ارتباط معناداری بین سواد سلامت با جنسیت، سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت مالی بود. در سایر مطالعات نیز به عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با سواد سلامت در جمعیت‌های مختلف اشاره شده‌است [۱۷-۲۰]. مشابه نتایج مطالعه حاضر، الاحمدی در مطالعه خود روی بزرگسالان در عربستان سعودی نشان داد سواد سلامت در زنان، افراد متأهل، گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال و دارای تحصیلات دانشگاهی از میزان بالاتری برخوردار است [۲۱]. در مطالعه معینی و همکاران روی افراد بالای ۱۸ سال همدانی، تحصیلات بالاتر با سواد سلامت مرتبط بود، ولی مردان به طور قابل توجهی نمرات سواد سلامت بیشتری را نسبت به زنان داشتند [۱۹]. در مطالعه استارماک و همکاران وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، به ویژه میزان تحصیلات پایین، مهمترین عامل تعیین کننده سواد سلامت شناخته شده [۲۲] و ون‌واگنر و همکاران نیز سواد سلامت پایین را با نداشتن شغل و درآمد کمتر مرتبط دانسته‌اند [۲۳]. توجه به عوامل جمعیت‌شناختی در راستای ارتقاء سواد سلامت بسیار حائز اهمیت است. بهبود سواد سلامت منجر به بهبود استفاده از خدمات پیش‌گیرانه، پیروی از دستورات پزشکی و مشارکت در تصمیم‌گیری برای سلامت می‌شود [۲۴]. بنابر این، مداخلاتی که برای بهبود سواد سلامت طراحی می‌شوند باید عوامل اجتماعی و اقتصادی تعیین کننده سلامت در سطح فردی و اجتماعی را مد نظر قرار دهند. به طور نمونه، مداخلات مؤثر برای بهبود سواد سلامت باید شامل مداخلاتی برای بهبود دسترسی، درک و فهم اطلاعات بهداشتی و استفاده بهتر از مراقبت‌های بهداشتی یا توسعه مهارت‌های سلامت در زیرگروه‌های مردان، افراد کم سواد و یا در گروه‌های اجتماعی اقتصادی پایین باشد.

References:

- Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*. 2020 May;8(2): e000351.
- World Health Organization. Health Promotion Glossary. Available from: (http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)
- Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 2009;54:303-5.
- Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2016;99:1079-86.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess* 2011;(199):1-941.
- Hickey KT, Masterson Creber RM, Reading M, Sciacca RR, Riga TC, Frulla AP, et al. Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice. *Nurse Pract* 2018;43(8):49-55.
- Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention. *A Scientific Statement from the American Heart Association*. *Circulation* 2018; 138(2): 48-74.
- Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, et al. What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2021 Mar;36(3):753-761.
- Tehrani Banihashemi S, Haghdoost AA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian S, Asgharifard 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): 1-9. [in Persian]

10. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Aug 18;12(8):9714-25.
11. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
12. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004.
13. Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC Public Health*. 2016 19;16:596.
14. Tavousi M, Haeri Mehrizi A, 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. [in Persian]
15. Naghibi A, Chalesghar M, Kazemi A, Hosseini M. Evaluation of Health Literacy Level among 18-65 Year-Old Adults in Shahriar, Iran. *J Health Res Commun* 2017; 3 (2) :17-25[in Persian]
16. Ali Montazeri, Mahmoud Tavousi, Fateme Rakhshani, Seyed Ali Azin, Katayoun Jahangiri, Mahdi Ebadi, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh* 2014; 13 (5) :589-599. [in Persian]
17. Joveini H, Rohban A, Askarian P, Maheri M, Hashemian M. Health literacy and its associated demographic factors in 18-65-year-old, literate adults in Bardaskan, Iran. *J Educ Health Promot*. 2019 31;8: 244.
18. Sahrayi M, Panahi R, Kazemi S, Rostam Z, Rezaei H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. *J Health Lit* 2017; 1(4): 230-8. [in Persian]
19. Moeini B, Rostami-Moez M, Besharat F, Faradmal J, Bashirian S. Adult Functional Health Literacy and its Related Factors: A Cross-Sectional Study *Int J Epidemiol Res* 2019;6(1): 24-29.
20. 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 Expect*. 2017;20(1):112-119.
21. Alahmadi YM. Evaluation of Health Literacy and Associated Factors Among Adults Living in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Inquiry*. 2023;60: 469580231161428.
22. Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int* 2019 34(5): 1–17.
23. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(12): 1086–90.
24. Fleary SA, Ettienne R Social disparities in health literacy in the United States. *Health Lit Res Pract* 2019; 3(1): 47–52.

Investigation of health literacy and related factors among the clients of comprehensive health service centers in Jahrom city in 2023

Fatemeh Rezaei¹, Seyedeh Soroor Hashemi², Tahereh Rahimi*¹

Received: 2024.01.15

Revised: 2024.02.14

Accepted: 2024.03.10

1. Research Center for Social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.21, No.4, Winter 2024

Pars J Med Sci 2024;21(4):10-17

Abstract:

Introduction:

Inadequate health literacy will lead to an increase in mortality and disease burden, as well as an increase in healthcare costs in adults. The aim of the present study was to investigate health literacy and related factors among the clients of comprehensive health service centers in Jahrom city in 2023.

Materials & Methods:

The present study was an analytical cross-sectional study that was conducted on 648 people aged 30 to 65 in Jahrom city. Multi-stage sampling was used in this study. A standardized health literacy questionnaire and demographic characteristics were used to collect information. The collected data were analyzed using SPSS22 software using Chi-Square test. A significance level of $p < 0.05$ was considered.

Results:

The average age of the participants was 10.48 ± 44.68 . Of the total participants, 19.3% had inadequate health literacy, 26.4% had limited health literacy, 36.6% had adequate health literacy, and 19.8% had excellent health literacy. Health literacy showed a statistically significant relationship with gender, age, marital status, education level and financial status ($p < 0.01$).

Conclusion:

Health literacy was reported to be unfavorable in more than 45% of the population aged 30 to 65 in Jahrom city. Therefore, designing interventions to increase health literacy in adults based on demographic variables can help improve the health of this group of people.

Keywords: Health Literacy, Adults, Jahrom

* Corresponding author Email: t_rahimi20@yahoo.com