مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ زمستان ۱۳۹۹/ ۷۸-۶۹

مقاله پژوهشی
(Original paper)

بررسی سطح سواد سلامت افراد مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامع شهرستان ساوه در سال ۱۳۹۸

ادریس حسین‌زاده[۱*]، نگار توکلی[۱*]، مهدی صفری[۲]

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران

۲- باشگاه پژوهشگران و نخبگان دانشگاه یادگار امام خمینی (ره)، واحد شهر ری، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: تلفن: ۰۸۶۴۲۳۴۳۳۹۵ پست الکترونیک: negartavakoli1374@gmail.com

e.hoseinzadeh@savehums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف تعیین سطح سواد سلامت بزرگسالان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامع موجود در شهرستان ساوه طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار: این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی و تحلیلی در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ انجام شد. ۳۰۰ نفر از افراد تحت پوشش مراکز سلامت جامع موجود در سطح شهر ساوه با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار مطالعه حاضر، پرسشنامه استاندارد سنجش سواد سلامت ایرانیان (HELIA: Health Literacy for Iranian Adults) بود. داده‌های این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون-های آماری آنالیز واریانس یک طرفه، تی‌تست، و آزمون همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سواد سلامت شرکت‌کنندگان در مطالعه در سطح نه چندان کافی (۰/۶۴±۴۲/۲ درصد) بود. نمره برای هر محور شامل خواندن و دسترسی به اطلاعات (به ترتیب ۴۲/۶ و ۴۱/۲ درصد)، فهم اطلاعات (۳۷/۲ درصد)، قضاوت و ارزیابی (۴۲/۲ درصد)، و استفاده از اطلاعات در سطح متوسط (۴۵/۶ درصد) بود. از نظر آماری تفاوت معناداری بین سطح سواد سلامت از نظر گوشی تلفن همراه (P=۰/۰۰۲)، نوع شغل (P<۰/۰۰۱)، رشته تحصیلی (P<۰/۰۰۱)، میزان تحصیلات (P<۰/۰۰۱)، جنسیت (P<۰/۰۰۱) و سن (P=۰/۰۰۲) مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: سواد سلامت بزرگسالان شهر ساوه در سطح "نه چندان کافی" بود. بنابراین، توانمندسازی افراد جامعه و طراحی برنامه‌های متنوع متناسب با متغیرهای جمعیت شناختی با هدف جلب مشارکت برای ارتقاء آگاهی مرتبط با سلامت توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بزرگسال، سواد سلامت، ایران

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

سواد سلامت به معنی میزان آگاهی افراد و جامعه برای دسترسی، فهم، ارزیابی اطلاعات، و خدمات سلامت جهت بهره‌مندی بهینه برای ارتقای سلامت است (۲، ۱). به عبارت دیگر، میزان ظرفیت فرد برای کسب، درک، و تفسیر اطلاعات اولیه و خدمات سلامت به منظور تصمیم‌گیری مناسب است (۳). مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری، و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها سواد سلامت یک فرد را تشکیل می‌دهد (۲). پیشگیری از بیماری‌ها، اصل مهم نظام مراقبت بهداشتی اولیه و یکی از مهمترین اجزای آموزش سلامت است. آموزش سلامت در برگیرنده موقعیت‌ها و فرصت‌های برنامه‌ریزی شده یادگیری جهت ارتقای سطح سواد سلامت و به تبع، ارتقای سلامت همه افراد جامعه است (۴).

با توجه به اهمیت سواد سلامت و نقش آن در ارتقای سلامت جامعه، سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود سواد سلامت را یکی از بزرگترین معیارهای تعیین‌کننده سلامت معرفی و به کشورهای جهان توصیه کرده است که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر جهت پایش و هماهنگی فعالیت-های راهبردی، در خصوص ارتقاء سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجادکنند (۵). نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که در افراد دارای سطح سواد سلامت پایین، مصرف خودسرانه و بی‌رویه داروها، عدم پیروی از دستورات پزشک، کنترل نامطلوب وضعیت قندخون، دانش بهداشتی اندک و عدم ابراز نگرانی‌های سلامتی و بهداشتی، و همچنین ارتباط نامناسب با متولیان بهداشت و درمان از شیوع بیشتری برخوردار است (۶).

همچنین، با تعیین سواد سلامت در جوامع و یا شهرهای کوچک می‌توان به معیار و آمارهای نسبتاً درستی از میزان فهم و آگاهی افراد نسبت به امر بهداشت و درمان دست یافت. در این صورت، با استفاده از این اطلاعات می‌توان برنامه‌های متناسب و هدفمند برای هر جامعه، در راستای آموزش و ارتقای سواد سلامت، و در نتیجه بهبود کیفیت و رفاه زندگی تدوین کرد. افراد دارای سطح سواد سلامت پایین، درباره وضعیت سواد سلامت خود آگاهی کمتری دارند. بنابراین، خدمات پیشگیری کمتری را دریافت می‌کنند و بیماری‌های مزمن در آنها به میزان کمی کنترل می‌شود. همچنین، عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیف‌تری هم دارند و میزان استفاده از واحد اورژانس و خدمات بیمارستانی درمیان آنها بیشتر دیده می‌شود (۷). به طور کلی، هرچه آگاهی افراد یک جامعه بالاتر باشد به همان نسبت سلامت افراد ارتقا و هزینه‌های درمانی به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد.

از طرف دیگر، بررسی سطح سواد سلامت در داخل و خارج کشور در گروه‌های مختلف جمعیتی انجام شده است. برای نمونه، چو (Chew) و همکاران نشان دادند که ارتباط مثبتی میان سطح سواد سلامت بالا و استفاده کمتر از خدمات اورژانس و میزان بستری شدن در بیمارستان وجود دارد (۸). نتایج مطالعه گونر (Güner) و همکاران (۲۰۱۹) در بررسی سطح سواد سلامت در برخی از ایالت‌های آمریکا نشان داد که آموزش مراقبت‌ها و مهارت‌های بهداشتی مورد نیاز افراد با خدمات ارائه شده توسط آنها مطابقت ندارد و به طور کلی استنباط آنها از نحوه دریافت اطلاعات سلامت و بهداشت نیاز به اصلاح و تغییر دارد. همچنین، نتایج مطالعه آنها نماینگر این امر بود که افرادی که در مراکز سلامت جامعه فعالیت می‌کنند توانایی و مهارت لازم برای ارتقا دانش در خصوص مباحث مختلف

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

سلامت در مراجعه‌کننده‌ها را ندارند (۹). بنابراین، توصیه می‌شود که سطح سواد سلامت در گروه‌های مختلف تعیین شود که به عنوان ابزاری مفید جهت تعیین دسترسی کارآمد به اطلاعات بهداشتی و سلامتی به جامعه مورد نظر، و در نتیجه سیاست‌گذاری مطلوب با کمترین اتلاف هزینه به‌کار رود.

در مطالعه انجام شده توسط برجی و همکاران (۱۳۹۶) یافته‌ها نشان داد که ۵۰/۴ درصد سالمندان دارای سواد سلامت ناکافی هستند. بین سواد سلامت با سن، جنس، شغل، تحصیلات، محل زندگی، ابتلا به بیماری مزمن، و سابقه بستری مجدد ارتباط معناداری وجود دارد. اما؛ بین میزان درآمد و سواد سلامت ارتباط معناداری وجود ندارد. سالمندان مستقل که در انجام فعالیت فیزیکی محدودیت نداشتند، از سواد سلامت بالاتری برخوردار هستند (۷). در مطالعه نقیبی و همکاران (۱۳۹۶) میانگین نمره سواد سلامت بزرگسالان ۶۵-۱۸ سال شهر شهریار، ۲۲/۱±۵۸/۲۶ بود. در سطح‌بندی سواد سلامت، ۳۶/۵ درصد دارای اطلاعات ناکافی، ۲۳/۷ درصد اطلاعات نه چندان کافی، ۲۳/۱ درصد کافی، و ۱۴/۴ درصد عالی بودند. در این مطالعه ارتباط معناداری بین متغییرهای سن، تحصیلات، و شغل با ابعاد پنج گانه سواد سلامت مشاهده شد (۵). به طور کلی و بر اساس نتایج مطالعات مختلف، بیش از نصف جمعیت ایران دارای سواد سلامت پایینی هستند و در گروه‌های آسیب‌پذیر، از جمله سالمندان، زنان خانه‌دار، افراد بیکار، و افراد باسواد عمومی محدود، شایع‌تر است. به گونه‌ای که این امر آنان را در معرض خطر در مورد انحراف از سلامت قرار می‌دهد (۱۰). بنابراین، می‌توان گفت بررسی سطح سواد سلامت افراد از اهمیت بالایی برخوردار است.

با توجه به اینکه اطلاعات دقیق و جامعی درمورد سطح آگاهی افراد شهرستان ساوه در دسترس نیست و کیفیت زندگی و سلامت افراد می‌تواند تحت تأثیر آن قرار گیرد، این مطالعه با هدف تعیین سطح سواد سلامت بزرگسالان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامع موجود در شهرستان ساوه طراحی و اجرا شد. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند به ارائه اطلاعات دقیق در خصوص میزان آگاهی افراد از حفظ سلامت خود و اجرای برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای مهارت‌های سواد سلامت کمک کند.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی و تحلیلی است. جامعه آماری این تحقیق افراد ۱۸ تا ۶۵ سال شهرستان ساوه بود که تعداد ۳۰۰ نفر از افراد تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی به طور تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و وارد مطالعه شدند. بدین ترتیب، در مرحله اول جامعه مورد مطالعه به چند منطقه اصلی تقسیم شد (بر اساس مناطقی که مراکز سلامت جامعه در آنجا وجود دارند)، سپس از درون مناطق بزرگ‌تر به طور تصادفی، مناطق کوچک‌تر (بلوک‌ها) انتخاب و از این بلوک‌ها، خانوارها و افراد وارد مطالعه شدند. سواد خواندن و نوشتن، سن ۱۸ تا ۶۵ سال، سکونت در مناطق شهری ساوه، و داشتن رضایت آگاهانه به عنوان معیارهای ورود؛ و ابتلا به بیماری‌های حاد ادراکی، روانی، و تکمیل ناقص پرسشنامه به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. نمونه‌گیری در هشت مرکز سلامت جامعه شهری انجام شد. با توجه به توزیع به نسبت مساوی جمعیت در سطح شهرستان، حجم نمونه با توجه به تعداد مراجعه‌کنندگان به هر درمانگاه به صورت نسبتی اختصاص داده شد. پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی تکمیل شدند و ضمن آموزش نحوه تکمیل پرسشنامه به همه افراد، از آنها خواسته شد که با صداقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سنجش سواد سلامت

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

جمعیت شهری ۱۸ تا ۶۵ ساله ایرانی بود (۱۱). این پرسشنامه دارای ۳۳ سؤال در پنج بعد خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری، و رفتار بود. بر اساس مقیاس مورد نظر، سطح سواد مخاطبان به امتیاز طیف صفر تا صد تبدیل و سپس به چهار دسته عالی (۰-۱۵/۹)، کافی (۱۶-۳۳/۹)، نه چندان کافی (۳۴-۳۴/۹)، و ناکافی (۵۰>) تقسیم شد. در آنالیز داده‌ها، نمره‌ها در بازه یک تا پنج بودند. نمره یک بیانگر سطح عالی، نمره پنج سطح ناکافی، و نمره بازه دو تا سه سطح نه چندان کافی بود. برای محاسبه امتیازها و رتبه‌بندی، امتیاز خام هر فرد در خرده سنج‌ها از جمع جبری امتیازها به دست می‌آید. سپس، برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا صد از فرمول زیر استفاده شد. برای محاسبه امتیاز کل، امتیاز خرده‌سنج‌ها (بر اساس طیف صفر تا صد) جمع و بر تعداد خرده-سنج‌ها (۵) تقسیم شد.

تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و Excel انجام شد و برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار و به منظور بررسی ارتباط و مقایسه میان متغیرها از آمار استنباطی (تی-مستقل، تحلیل واریانس، و پیرسون) استفاده شد. در همه آزمون‌ها سطح معناداری در سطح ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. به منظور رعایت ملاحظه‌های اخلاقی در این پژوهش، از ذکر نام و نام‌خانوادگی افراد امتناع شده است و افراد در صورتی که تمایل خود را به دریافت خدمات مشاوره‌ای اعلام کرده بودند، پژوهشگران آنها را به مسئولان مربوط معرفی کردند. این مطالعه بعد از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده علوم پزشکی ساوه با شماره IR.SAVEHUMS.REC.1398.010 و معرفی نامه-های لازم، با رعایت موازین اخلاقی انجام شد.

یافته‌ها

براساس یافته‌های بدست آمده، بیشتر افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۵-۱۸ سال (۳۷/۳ درصد) بودند و تعداد کمی از آنها سن بالای ۴۵ سال داشتند. حداکثر و حداقل نمره کسب شده به ترتیب در گروه سنی ۴۵-۳۶ سال و بیش از ۴۵ سال مشاهده شد (۰/۸۲±۲/۴۵ در مقابل ۰/۵۸±۱/۹۶). همچنین، ارتباط معناداری بین نمره کسب شده در گروه‌های سنی مختلف وجود داشت (P=۰/۰۰۲). همچنین، بیشتر افراد شرکت کرده در مطالعه خانم بودند که ۵۸/۳ درصد از کل شرکت‌کنندگان را به خود اختصاص دادند. نمره کسب شده در این بخش برای خانم‌ها نسبت به آقایان (۰/۵۷±۱/۹۸ در مقابل ۰/۶۶±۲/۳) بود. تحلیل آماری عدم وجود ارتباط معنادار را بین نمره کسب شده و جنسیت افراد مورد مطالعه نشان داد (P=۰/۰۰). نتایج بررسی داده‌ها از نظر سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه نشان داد که بیشتر این افراد دارای تحصیلات کارشناسی (۴۱/۳ درصد) بودند و کمترین درصد متعلق به گروه بی‌سواد بوده است. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در افراد با تحصیلات دکترا و بالاتر در مقابل افراد بی‌سواد مشاهده شد (۰/۰۲±۱/۰۵ در مقابل ۰/۶±۳/۲۶). بین نمره کسب شده در رده‌های مختلف تحصیلی ارتباط معناداری وجود نداشت (P=۰/۰۰). بیشتر این افراد در رشته تجربی (۴۳/۷ درصد) و تعداد کمی از آنها در رشته ریاضی تحصیل کرده بودند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده در این پارامتر به ترتیب رشته تجربی و فنی بودند (۰/۵۴±۱/۹۴ در مقابل ۰/۶۲±۲/۳۷). همچنین، بین نمره کسب شده در رشته‌های تحصیلی تفاوتی وجود نداشت (P=۰/۰۰).

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

مطابق جدول ۱، بیشتر افراد شاغل (۴۵/۷ درصد) و خانه‌دار(۲۵/۷ درصد) بودند و ۰/۷ درصد از آنها نیز دانش‌آموز بودند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب برای دو گروه دانش‌آموز و بازنشسته (۱/۰۱±۱/۹۶ در مقابل ۰/۵۷±۲/۶) بدست آمد. در این خصوص، بین رشته تحصیلی افراد شرکت کننده و نمره کسب شده تفاوتی وجود نداشت (P=۰/۳۱۸). براساس یافته‌های ارائه شده در جدول ۲، افراد به میزان نسبتاً یکسانی در پژوهش شرکت کرده بودند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در افراد با نوع شغل مرتبط با رشته تحصیلی و افراد با نوع شغل غیر مرتبط با رشته تحصیلی (۰/۵۹±۱/۲ در مقابل ۰/۶۲±۲/۲) بدست آمد. همچنین، از لحاظ آماری ارتباط معناداری بین نمره کسب شده بر حسب نوع شغل مشاهده نشد (P=۰/۰۰).

جدول ۱: میانگین نمره کسب شده افراد مورد مطالعه برحسب شغل

شغل	تعداد	درصد شرکت‌کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معناداری
شاغل	۱۳۷	۴۵/۷	۲/۰۸	۰/۶۴	۴۱/۶	نه چندان کافی	۰/۳۱۸
بیکار	۱۴	۴/۷	۲/۲	۰/۷	۴۴	نه چندان کافی	
خانه‌دار	۷۷	۲۵/۷	۲/۰۸	۰/۴۲	۵۱/۴	ناکافی	
بازنشسته	۷	۲/۳	۲/۶	۰/۵۷	۵۲	ناکافی	
دانش‌آموز	۲	۰/۷	۱/۹۶	۱/۰۱	۳۹/۲	نه چندان کافی	
دانشجو	۶۰	۲۰	۲/۱۸	۰/۵۸	۴۳/۶	نه چندان کافی	
کل	۲۹۹	۹۹/۷	۲/۱۱	۰/۴۷	۴۲/۲	نه چندان کافی	

جدول ۲: میانگین نمره کسب شده افراد مورد مطالعه برحسب نوع شغل

نوع شغل	تعداد	درصد شرکت‌کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معناداری
مرتبط با رشته تحصیلی	۱۱۶	۳۸/۷	۱/۲	۰/۵۹	۲۴	کافی	۰/۰۰
غیر مرتیط با رشته تحصیلی	۱۱۷	۳۹	۲/۲	۰/۶۲	۴۴	نه چندان کافی	
کل	۲۳۳	۷۷/۷	۴/۱۵	۱/۲			

بیشتر افراد شرکت‌کننده در مطالعه متأهل بودند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده در این گروه‌بندی برای افراد متأهل و مجرد به ترتیب ۰/۶۴±۲/۰۶ و ۰/۶±۲/۱۸ بود که به لحاظ آماری ارتباط معناداری بین سواد سلامت و تأهل افراد وجود نداشت (P=۰/۱۲۳). بیشتر افراد شرکت‌کننده بومی ساوه (۶۹/۸ درصد) با نمره سواد سلامت ۰/۶±۲/۱۱ بودند. این مقدار برای افراد غیر بومی ۰/۶±۲/۱۴ به دست آمد (P=۰/۲۶۸). با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، بیشتر افراد مورد مطالعه اطلاعات مورد نیاز مرتبط با سلامت را از طریق پرسش از پزشک و کارکنان بهداشتی (۴۰/۳ درصد) و اینترنت (۴۲ درصد) بدست می‌آوردند و کمتر از شبکه‌های ماهواره‌ای (یک درصد) کسب اطلاعات می‌کردند. با این حال، از لحاظ آماری اختلاف معناداری بین سواد سلامت افراد و منبع اطلاعات وجود نداشت (P=۰/۱۲۲). اکثر افراد دارای پنج ساعت (۱۹/۷ درصد) وقت آزاد در طول شبانه روز بودند و تنها یک درصد آنها ۱۵ ساعت وقت آزاد داشتند. بیشترین و کمترین سواد سلامت به ترتیب در افراد با سه ساعت و هشت ساعت وقت آزاد (۰/۵۴±۱/۲ در مقابل ۰/۶±۲/۶۴) مشاهده شد.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۳: میانگین نمره افراد شرکت‌کننده در مطالعه برحسب منبع اطلاعات

منبع اطلاعات	تعداد	درصد شرکت‌کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معناداری
پزشک و کارکنان بهداشتی	۱۲۱	۴۰/۳	۲/۰۵	۰/۷	۴۱	نه چندان کافی	
اینترنت	۱۲۶	۴۲	۲/۱۸	۰/۵۵	۴۳/۶	نه چندان کافی	
تلفن گویا	۱	۰/۳	۲/۱۹	۰	۴۳/۸	نه چندان کافی	
رادیو و تلوزیون	۳۱	۱۰/۳	۲/۱	۰/۶۱	۴۲	نه چندان کافی	۰/۱۲۲
روزنامه و مجلات	۳	۱	۱/۶	۰/۵	۳۲	کافی	
پرسیدن از دوستان	۶	۲	۲/۶۳	۰/۵	۵۲/۶	ناکافی	
کتابچه و برشورآموزشی	۶	۲	۱/۷۲	۰/۸۸	۳۴/۴	نه چندان کافی	
شبکه‌های ماهواره‌ای	۳	۱	۲/۲۹	۰/۲۳	۴۵/۸	نه چندان کافی	
نمیدانم	۳	۱	۲/۲۹	۰/۲۳	۴۵/۸	نه چندان کافی	

امتیاز کسب شده برحسب نوع گوشی همراه و سیستم عامل آن، نشان داد که بیشتر افراد مورد مطالعه دارای گوشی همراه هوشمند (۸۵ درصد) بودند و ۱۳/۷ درصد آنها از گوشی‌های ساده استفاده می‌کردند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در افراد با گوشی هوشمند و ساده به ترتیب ۰/۵۹±۲/۰۸ در مقابل ۰/۸±۲/۴۱ بود و از لحاظ آماری با هم اختلاف معناداری داشتند (P=۰/۰۰۲). همچنین، سیستم عامل تلفن همراه بیشتر افراد شرکت‌کننده، از نوع اندروید (۷۷ درصد) بود و ۸/۳ درصد افراد از سیستم عامل آی.او.اس (ios) استفاده می‌کردند. نتایج نشان داد بین سواد سلامت افراد بر حسب نوع سیستم عامل تلفن همراه اختلاف معناداری وجود دارد (**P=۰/۰۰**). با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴، بیشترین و کمترین نمره سواد سلامت به ترتیب در گویه‌های فهم و تصمیم‌گیری و رفتار مشاهده شد (۰/۷۸±۱/۸۶ در مقابل ۰/۷۸±۲/۲۸).

جدول ٤: میانگین و درصدهای بدست آمده برای هر گویه

گزینه‌ها	میانگین	انحراف معیار	درصد	سطح
خواندن	۲/۱۳	۰/۸۶	۴۲/۶	نه چندان کافی
دسترسی	۲/۰۶	۰/۵۵	۴۱/۲	نه چندان کافی
فهم	۱/۸۶	۰/۷۸	۳۷/۲	نه چندان کافی
ارزیابی	۲/۱۱	۰/۸	۴۲/۲	نه چندان کافی
تصمیم‌گیری و رفتار	۲/۲۸	۰/۷۸	۴۵/۶	نه چندان کافی
کل	۲/۱۱	۰/۶۴	۴۲/۲	نه چندان کافی

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر سطح سواد سلامت افراد مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامع شهرستان ساوه و عوامل مؤثر بر آن تعیین شد. مطالعه حاضر نخستین مطالعه‌ای بود که سواد سلامت بزرگسالان شهرستان ساوه را با استفاده از ابزار HELIA مورد سنجش قرار داد. بنابر ماهیت این ابزار، پنج مهارت خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری مورد بررسی قرار گرفت که درصد نمره کسب شده در هر بخش به ترتیب برابر ۴۲/۶، ۴۱/۲، ۳۷/۲، ۴۲/۲، ۴۵/۶ بود.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

همانگونه که نتایج نشان داد، بیشتر افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۵-۱۸ قرار داشتند (۳۷/۳ درصد). مقایسه نتایج به دست آمده با سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که میانگین سنی افراد مورد مطالعه نسبت به سایر مطالعات مشابه انجام شده در دیگر شهرهای ایران، پایین‌تر است. زیرا شهرستان ساوه به دلیل وجود شهرک صنعتی کاوه به عنوان بزرگترین شهرک صنعتی کشور، شهری مهاجرپذیر است (۳۱ درصد شرکت‌کنندگان غیر بومی بودند).

یافته‌های این مطالعه نشان داد ارتباط معناداری بین سن شرکت‌کنندگان در مطالعه با سطح سواد سلامت وجود دارد (**P=۰/۰۰۲**) به صورتی که افراد در رده سنی ۳۶ تا ۴۵ سال از بالاترین میزان آگاهی برخوردار بودند و با افزایش سن از سطح سواد سلامت، کاسته می‌شود. با توجه به اینکه افراد در سنین پایین‌تر آمادگی بیشتری برای دریافت اطلاعات دارند، بهتر است برنامه-هایی با توجه به شرایط سنی این افراد (رده سنی ۱۸ تا ۲۵ سال) در مراکز بهداشتی در نظر گرفته شود. در این صورت، نسل‌های آینده سطح بالاتری از اطلاعات مربوط به سلامت را دارند و کیفیت زندگی در آینده به میزان قابل توجهی افزایش می‌یابد. همچنین، افراد با سن بالاتر از ۴۵ سال کمترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده بودند، از این رو افزایش سن باعث ایجاد تغییرات جسمانی، روانی، و اجتماعی می‌شود که وابستگی به کارکنان درمانی- بهداشتی را افزایش می-دهد. به همین دلیل، توانایی مراقبت موثر از خود، تعامل و ارتباط با مراکز بهداشتی و درمانی به سطح قابل قبولی از سواد سلامت نیاز دارد. همچنین، افراد موجود در این رده سنی، بیشتر در معرض بیماری‌های مزمن قلبی- عروقی، فشار خون، و چربی قرار دارند. بنابراین، نیازمند آموزش‌های ویژه هستند. با افزایش سن از میزان سواد سلامت کاسته می‌شود که با یافته‌های صورت گرفته توسط ملاخلیلی و همکاران (۱۲)، طهرانی بنی-هاشمی و همکاران (۱۳)، برجی و همکاران (۷)، افشاری و همکاران (۱۴) مشابه است. مشابه با نتایج حاصل شده از پژوهش حاضر، در مطالعه طهرانی بنی-هاشمی (۱۳) و کمال‌پور و همکاران (۱۵) نیز عدم ارتباط جنسیت با میزان پایین سواد سلامت مشاهده شد.

یافته‌ها در پژوهش حاضر نشان داد افرادی که مدرک تحصیلی بالاتری دارند از سواد سلامت بهتری برخوردارند و اطلاعات و دستورات بهداشتی را بهتر درک می‌کنند و درست‌تر به کار می‌برند. ولی؛ افرادی که سطح تحصیلات پایین‌تری دارند، از سطح سواد سلامت پایین‌تری هم برخوردارند و در فهم و به کار بستن اطلاعات بهداشتی، کاربرد و نحوه مصرف داروها، و فهم دستورهای پزشکی دچار مشکل می-شوند. در نتیجه، این افراد نیازمند آموزش‌های ویژه هستند. این مطالعه عدم ارتباط بین سواد سلامت و میزان تحصیلات را نشان داد که این نتیجه مغایر نتایج حاصل از پژوهش‌های نقیبی و همکاران بود (۵). به دلیل اینکه امروزه برنامه‌های غربالگری و خودمراقبتی در اکثر مراکز خدمات جامعه شهری در حال انجام است و همه افراد فارغ از میزان تحصیلات به این مراکز مراجعه می-کنند، این امر سبب تاثیر کم سطح تحصیلات بر سواد سلامت شده است. همچنین، مطالعه نقیبی و همکاران (۵) مانند پژوهش حاضر، مراجعه به پزشک و اینترنت را از مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات مرتبط با سلامت بیان کردند؛ اما در مطالعه انجام شده توسط طاووسی و همکاران (۳) بیشترین منبع کسب اطلاعات مرتبط با سلامت رادیو، تلویزیون، و سپس پزشکان بوده است. با توجه به اینکه ۸۵ درصد از افراد مورد پژوهش از گوشی‌های هوشمند استفاده می‌کردند، بنابراین اینترنت به عنوان یکی از پرکاربردترین منابع کسب اطلاعات مطرح است. در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

سواد سلامت و وضعیت تأهل مشاهده نشد که با یافته‌های ملاخلیلی و همکاران (۱۲) هم‌راستاست. یکی از دلایل آن توجه همه افراد جامعه فارغ از مسئله تأهل به سلامت خود است. با این‌حال، افراد متاهل مراجعه بیشتری به مراقبان حاضر در مراکز سلامت جامعه دارند.

از یافته‌های دیگر این مطالعه عدم ارتباط معنادار بین سطح سواد سلامت و وضعیت اشتغال است که با یافته‌های رضایی‌اسفهرود و همکاران (۱۶) هم‌راستا نیست. زیرا افراد خانه‌دار و بیکار همانند افراد شاغل و فعال در جامعه نیز به همان نسبت از مسائل مربوط به سلامتی آگاه هستند. بین نمره سواد سلامت با نوع گوشی همراه در سایر مطالعات گزارشی ارائه نشده است، و به طور کلی مورد بحث و پرسش قرار نگرفته است. اما؛ در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین این دو پارامتر مشاهده شد. به دلیل اینکه امروزه شبکه‌های مجازی به صورت گسترده‌ای اطلاعات را به مردم منتقل می‌کنند و باعث افزایش آگاهی افراد می‌شوند، و برخلاف انتظار، ارتباط معناداری بین سواد سلامت و میزان تحصیلات، نوع شغل، و رشته تحصیلی وجود نداشت. افراد با استفاده از گوشی‌های همراه هوشمند و در بستر اینترنت به صورت نسبتاً یکسان به اطلاعات سلامت دسترسی دارند. با توجه به اینکه گوشی‌های هوشمند دارای سیستم عامل اندرویدی هستند، پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی طراحی شوند که به راحتی قابل نصب و استفاده در سیستم عامل اندروید باشند و اطلاعاتی که به افراد در این برنامه‌ها منتقل می‌شوند تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی کشور باشند تا از انتقال اطلاعات غلط جلوگیری شود؛ همچنین امکان به‌روز رسانی آنها نیز وجود داشته باشد.

به طور کلی نتایج بدست آمده از این مطالعه بیانگر پایین بودن و ناکافی بودن سطح سواد سلامت در بزرگسالان شهرستان ساوه و وجود ارتباط معنادار در متغیرهای سن و نوع گوشی همراه بود. سطح سواد سلامت در سطح "نه چندان کافی" قرار داشت. بنابراین، باید در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت توجه بیشتری به سواد سلامت جامعه داشت و به توانمندسازی افراد جامعه و طراحی برنامه‌های متنوع متناسب با متغیرهای جمعیت‌شناختی با هدف جلب مشارکت برای ارتقای آگاهی مرتبط با سلامت توصیه شود. طراحی برنامه‌های آموزشی و آگاهی‌بخشی متناسب و مبتنی بر جمعیت و سطح سواد سلامت توصیه اکید می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که به علت اینکه مکان جمع‌آوری داده‌ها درمانگاه‌ها یا مراکز بهداشتی- درمانی بود و افراد مراجعه‌کننده برای پیگیری امور بهداشتی و مراقبت سلامتی یا بیماری مراجعه می‌کردند، بنابراین، برخی افراد تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند. همچنین، به دلیل اینکه ساوه شهری صنعتی و دارای تعداد قابل توجهی اتباع خارجی است، شماری از مراجعه‌کنندگان مهاجر بودند و از تکمیل فرم خودداری کردند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از همه افرادی که در اجرای این پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری داشتند، همچنین معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی ساوه تشکر و قدردانی نمایند.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

References

1. Yazdi Feyzabadi V, Seyfaddini R, GHandi M, et al. The World Health Organization's definition of health: A short review of critiques and necessity of a shifting paradigm. Iranian Journal of Epidemiology. 2018;13(0):155-65.
2. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, et al. The psychometric properties of health literacy for Iranian adults (HELIA) in medical sciences students. Journal of Research and Health. 2020;10(1):53-8.
3. Tavousi M, Mehrizi A, Solimanian A, et al. Health literacy in Iran: Findings from a national study. Payesh. 2016;15(1):95-102.
4. Mahdavi Zh, Ramezani A, Ghanbari Sh, Khodakarim L. Relationship between health literacy and female cancers preventive behaviors. Payesh. 2017; 16 (5):613-25.
5. Naghibi A, Chaleshgar M, Kazemi A, et al. 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.
6. Saatchi M, Panahi M, Ashraf Mozafari A, et al. Health literacy and its associated factors: A population-based study, Hormuz Island. Iranian Journal of Epidemiology. 2017;13(2):136-44.
7. Borji M, Tarjoman A, Otaghi M, et al. Health literacy level and its related factors among the elderlies in Ilam in 2015. Iran Journal of Nursing. 2017;30(108):33-43.
8. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Health. 2004;11:12.
9. Güner MD, Ekmekci PE. Health literacy level of casting factory workers and Its relationship with occupational health and safety training. Workplace Health Saf. 2019;67(9):452-60.
10. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. Health literacy index: A new tool for health literacy assessment. Hayat. 2018;24 (1):1-6
11. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, et al. Health literacy for Iranian adults (HELIA): Development and psychometric properties. Payesh. 2014;13(5):589-99.
12. Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, et al. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. J Educ Health Promot. 2014;3:66.
13. Tehrani-banihashemi S, Amirkhani M, Haghdoost A, et al. Health literacy in 5 provinces of the country and the factors affecting it. Strides Dev Med Educ. 2007;3:1-9.
14. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, et al. Investigating adult health literacy in Tuyserkan city. J Educ Community Health. 2014;1(2):48-55.
15. Kamalipour M, Mehralizade A, Choobin N, et al. Evaluation of adults health literacy in Jahrom. J Prev Med. 2019;6(1):25-19.
16. Rezaee Esfahrood Z, Haerian ardekani A, Rahmanian M, et al. A survey on health literacy of referred diabetic patients to Yazd diabetes research center. Tolooebehdasht. 2016;15(3):176-86.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

Original paper

Health Literacy and its related factors among adults referring to healthcare centers of Saveh city, Iran

Edris Hoseinzadeh[1*], Negar Tavakoli[1*], Mahdi Safari[2]
1- Student Research Committee, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran
2- Young Researchers & Elite Club, Yadegar-e-Imam Khomeini (RAH), Shar-e-Rey Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Corresponding Author: Tel: 08642343395 **Email:** e.hoseinzadeh@savehums.ac.ir, negartavakoli1374@gmail.com

Abstract

Background and Aim: The aim of the present study was to determine health literacy status and its related factors among adults who referred to healthcare centers in Saveh, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional and descriptive-analytical study was conducted in 2019. To perform, 300 subjects aged 20-60 years were selected using stratified random methods from adults who referred to healthcare centers of Saveh University of Medical Sciences in Saveh city. The standard Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) and demographic questionnaires were used to collect data. Collected data were managed by SPSS (version 21) and analyzed using independent T-test and One-way ANOVA.

Results: The health literacy status of the participants was "borderline". The scores of each health literacy dimension were as follows: reading and having access to health information sources (42.6% and 41.2 %, respectively), understanding and evaluating the contents of health resources (37.2 %), judgment and assessment (42.2 %), decision-making and use (45.6 %). The results showed that the health literacy score was significantly different based on mobile phone type (P= 0.002), employment status (P< 0.001), field of study (P< 0.001), education (P< 0.001), gender (P< 0.001) and age (P= 0.002).

Conclusion: There was a borderline (poor) health literacy status in the studied adults in Saveh. Furthermore, empowering adults in the community by implementing interventions based on designing diverse educational programs and with considering socio–demographic factors and focusing on health awareness promotion are recommended.

Keywords Adult, Health literacy, Iran

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]