

بررسی میزان سواد سلامت کارمندان در رابطه با عوامل خطر بیماریهای مزمن در سال ۱۳۹۳

دکتر فرزانه اثنی عشری*، دکتر آذر پیردهقان*، دکتر فاطمه رجبی**، دکتر آزاده سیاری فرد***، دکتر لاله قدیریان****
دکتر نرگس رستمی****، معصومه پیردهقان*****

دریافت: ۹۴/۲/۱۸ پذیرش: ۹۴/۵/۲۴

چکیده:

مقدمه و هدف: سواد سلامتی میزان ظرفیت هر فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری مناسب لازم می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان سواد سلامت کارمندان دانشگاه بوعلی سینا همدان در رابطه با عوامل خطر بیماریهای مزمن، جهت مداخلات بعدی توسط سیاست‌گذاران نظام سلامت است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، سواد سلامت ۲۰۶ نفر از کارمندان با استفاده از ابزار محقق ساخته اندازه‌گیری گردید. سواد سلامت در مورد عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و دیابت در ۷ حیطه نگرش به سلامت، درک اطلاعات، حمایت اجتماعی، شرایط اقتصادی اجتماعی، دسترسی به سرویس سلامت، ارتباط با متخصص سلامت و به کار بستن اطلاعات سلامتی اندازه‌گیری شد.

نتایج: میان سطح کلی سواد سلامت در شناخت عوامل خطر هر سه بیماری، ۳/۷ و میان سطح سواد سلامت در شناخت عوامل خطر بیماری‌های قلبی، دیابت و سرطان به ترتیب ۳/۵۳، ۳/۴۴، ۳/۵۸ گزارش شد. بجز در حوزه سرطان، سطح سواد در شناخت عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت در زنان به طور معنی‌داری بیش از مردان بود ($P=0/02$). با افزایش سطح تحصیلات نیز فراوانی سواد سلامت کافی بطور معنی‌داری افزایش نشان می‌داد ($P=0/008$).

نتیجه نهایی: در مجموع ۷۵/۲٪ از افراد در مورد شناخت عوامل خطر هر ۳ بیماری سواد سلامت ناکافی داشتند. کمترین سطح سواد مربوطه به بکار بستن اطلاعات سلامت بود. با توجه به اهمیت موضوع سواد سلامت و ارتباط آن با پیامدهای مرتبط با سلامت، به نظر می‌رسد در برنامه‌ریزی‌های آینده توسط سیاست‌گذاران سلامت توجه بیشتری به ارتقای سواد سلامت به خصوص در حوزه بکار بستن اطلاعات سلامت مورد نیاز می‌باشد.

کلید واژه‌ها: بیماری مزمن / سواد سلامت / عوامل خطر / کارمندان

مقدمه:

اطلاعات سلامت است تا بتواند قضاوت‌های درستی داشته و تصمیم‌های زندگی روزانه‌اش را با توجه به سلامت، پیشگیری از بیماریها و ارتقای سلامت جهت حفظ یا بهبود کیفیت زندگی طی عمر، اتخاذ نماید (۵-۱). با توجه به ابعاد مختلف سواد سلامت، هر فرد به ۴ نوع شایستگی احتیاج دارد: (۱) دسترسی به مفهوم توانایی

سواد سلامتی میزان ظرفیت هر فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری مناسب لازم می‌باشد. سواد سلامت با سطح سواد افراد پیوند دارد و شامل دانش، انگیزه و صلاحیت فرد در دسترسی، درک، ارزیابی و بکارگیری

* استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (pirdehghan93@gmail.com)

** استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**** استادیار پزشکی اجتماعی، شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

***** کارشناس مدیریت دولتی، اداره ورزش و جوانان استان همدان

در مطالعاتی که در دیگر نقاط جهان انجام شده است میزان سواد سلامت ناکافی از ۲۵٪ تا ۴۹٪ گزارش گردیده است (۱۸،۱۹). در مطالعه ای که در ۵ استان ایران انجام شد تنها ۲۸/۸٪ افراد سواد سلامت کافی داشتند (۲۰).

با توجه به شناخت رو به افزایش سواد سلامت به عنوان یکی از اهداف سلامت عمومی و ارتباط سواد سلامت با سطح سلامت و میزان تحمیل هزینه های بیشتر به بیماران و سیستم سلامت و نقش مهم سواد سلامت در دستیابی به عدالت در سلامت به عنوان یکی از محورهای توسعه پایدار، هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان سواد سلامت کارمندان در رابطه با عوامل خطر بیماریهای مزمن به عنوان گام اول در شناخت ابعاد مختلف این مهم جهت برنامه ریزی های دقیقتر مداخلات بعدی توسط سیاستگذاران سیستم سلامت بوده است.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است که در پاییز سال ۱۳۹۳ بر روی ۲۰۶ نفر از کارمندان دانشگاه بوعلی سینا شهر همدان اجرا گردید. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و انتخاب تصادفی ۳ دانشکده (کشاورزی، علوم پایه و فنی مهندسی) از بین دانشکده های موجود در دانشگاه بود. سپس کارمندان به صورت تصادفی از دانشکده‌های منتخب وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. پرسشنامه شامل ۷ حیطه نگرش به سلامت، درک اطلاعات، حمایت اجتماعی، شرایط اقتصادی اجتماعی، دسترسی به سرویس سلامت و به کار بستن اطلاعات سلامتی بود که به جز در حیطه اول و آخر (نگرش به سلامت و بکار بردن اطلاعات سلامت) سوالات ارزیابی بقیه حیطه‌ها در شناخت عوامل خطر ۳ حوزه سرطان، بیماری قلبی عروقی و دیابت یکسان بود. پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال می باشد که ۲۴ سؤال بین ۳ حوزه مذکور مشترک بوده و ۱۰ سؤال مربوطه به ارزیابی سطح سواد در شناخت عوامل خطر بیماری سرطان، ۲۰ سؤال مربوط به بیماری قلبی و ۱۰ سؤال به طور اختصاصی مربوط به دیابت می‌باشد. ۳ سؤال باقیمانده هم به طور مشترک بیماری قلبی عروقی و دیابت را پوشش می‌دهد. جهت بررسی روایی سوالات پرسشنامه با تشکیل جلسات متعدد کارشناسی با حضور متخصصین پزشکی اجتماعی، قلب و عروق، داخلی و سرطان، سوالات مناسب انتخاب گردید. جهت سنجش پایایی

جستجو، یافتن و کسب اطلاعات سلامت (۲) درک به معنی توانایی ادراک اطلاعات سلامتی در دسترس (۳) ارزیابی به معنی توانایی تفسیر، فیلتر کردن، قضاوت و ارزیابی اطلاعات سلامت در دسترس (۴) بکارگیری به معنی توانایی ایجاد ارتباط و استفاده از اطلاعات جهت اخذ تصمیماتی که منجر به حفظ و بهبود سلامت می‌شود (۶). سواد سلامت، رفتارهای سلامت و استفاده از خدمات سلامتی را تحت تاثیر قرار داده و همچنین بر پیامدهای سلامتی و هزینه‌های سلامت در اجتماع، تاثیرگذار است (۷،۸).

در مطالعات مختلف سطح سواد سلامت پایین با میزان بستری بیشتر مراقبتهای پیشگیرانه کمتر در افراد و هزینه های سلامت بالاتر در ارتباط بوده است (۹-۱۱). در سطح فردی ارتباط غیراثربخش به دلیل سواد سلامت پایین منجر به خطا، کیفیت پایین و خطر برای ایمنی بیماران در دریافت خدمات مراقبتهای بهداشتی می‌شود. در سطح جمعیت، افراد با سواد سلامت مطلوب قادر خواهند بود در مباحثات عمومی و خصوصی درخصوص سلامت، پزشکی، دانش علمی و باورهای فرهنگی مشارکت داشته باشند. بنابراین، منافع سواد سلامت همه فعالیتهای زندگی (درخانه، محل کار، جامعه و فرهنگ) را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سواد سلامت پیشرفته تر منجر به استقلال بیشتر فرد و توانمندی بیشتر او می‌شود. فرایند سواد سلامت می تواند به عنوان بخشی از توسعه افراد به سمت بهبود کیفیت زندگی دیده شود. در جامعه سواد سلامت همچنین منجر به عدالت و پایداری تغییرات در بهداشت عمومی می شود. در نهایت سواد سلامت پایین با آموزش افراد و تبدیل آنها به منابع مفیدتر (مانند افزایش سواد سلامت افراد) قابل رفع شدن است (۶،۷).

مطالعات مختلفی توسط دولت و افراد جهت تعیین سواد سلامت انجام شده است اما هنوز بر سر ابزارهای مختلف سنجش سواد سلامت توافق نظر کلی وجود ندارد (۱۲-۱۶). سطح سواد به ویژگی‌های فردی و میزان تماس افراد با نظام بهداشتی بستگی دارد. بنابراین، برای گروه‌های مختلف سنی و مراحل مختلف زندگی ابزارهای مختلفی مورد نیاز است. سطح سواد سلامت و نیازهای اطلاعاتی یک زن حامله، با یک فردی که به تازگی دیابت نوع ۲ در او تشخیص داده شده است کاملاً متفاوت است و بایستی در اندازه‌گیری سواد سلامت به این مهم توجه شود (۱۶،۱۷).

۲: خیلی کم، ۳: کم، ۴: زیاد، ۵: خیلی زیاد) توجه به امتیاز کمتر از ۴ به عنوان سطح سلامت غیر کافی و مساوی یا بیشتر از ۴ سطح سلامت کافی در نظر گرفته شد. برای محاسبه امتیاز کل در هر فیلد (سرطان- قلبی عروقی- دیابت)، مجموع امتیازات ۷ حیطه در هر فیلد محاسبه گردید و نهایتاً سطح سواد کلی بر اساس مجموع سوالات در پرسشنامه (۴۰ سوال) مورد ارزیابی قرار گرفت. داده ها پس از ورود به نرم افزار Spss.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از آنالیز توصیفی، برای بررسی ارتباط سطح سلامت با فاکتورهای دموگرافیک از آزمون t-student و کای اسکوئر استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در همه موارد در نظر گرفته شد.

نتایج:

تعداد ۲۰۶ نفر کارمند با میانگین سنی $37/4 \pm 8/1$ سال وارد مطالعه شدند. حداقل و حداکثر سن افراد به ترتیب ۱۹ و ۶۰ سال بود. ۱۴۱ نفر (۶۸/۴٪) از افراد مورد مطالعه مرد و ۶۵ نفر (۳۱/۶٪) زن بودند. بیشتر آزمودنی ها ۱۶۸ نفر (۸۴٪) متاهل بودند. مردان مورد مطالعه از نظر سطح تحصیلات به ترتیب در مقاطع زیر دیپلم، دیپلم، کاردانی، لیسانس و فوق لیسانس و یا بالاتر ۷ (۵/۲٪)، ۳۷ (۲۷/۶٪)، ۲۷ (۲۰/۱٪)، ۳۷ (۲۷/۶٪)، ۲۶ (۱۹/۴٪) نفر را تشکیل می دادند. زنان مورد مطالعه سطح تحصیلات بالاتری داشتند ($P=0/008$) به نحوی که به ترتیب فوق صفر درصد در گروه زیر دیپلم، ۱۳ (۲۰٪)، ۵ (۷/۷٪)، ۲۶ (۴۰٪) و ۲۱ (۳۲/۳٪) را شامل بودند. میانگین سطح کلی سواد سلامت در شناخت عوامل خطر هر ۳ بیماری، ۳/۷ و میانگین سطح سواد سلامت در شناخت عوامل خطر بیماریهای قلبی، دیابت و سرطان به ترتیب ۳/۵۳، ۳/۴۴، ۳/۵۸ گزارش شد. در جدول ۱ سطح سواد سلامت به تفکیک جنس نشان داده شده است.

پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که در ۷ حیطه مذکور به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۶۹، ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۴۷ بوده است. در تمامی حیطه ها به غیر از حیطه به کار بستن اطلاعات سلامت قابل قبول بود. که مورد اخیر به علت ماهیت پرسش در رابطه با انجام غربالگری بر اساس گاید لاین های استاندارد موجود بوده است.

در حیطه اول سؤالاتی در ارتباط به اهمیت اختصاص دادن وقت برای اطلاع از عوامل خطر و یا ضروری دانستن اقداماتی جهت پیشگیری از عوامل خطر سرطان، بیماری قلبی عروقی و دیابت مورد سنجش قرار می گرفت. حیطه دوم توانایی درک و فهم افراد از اطلاعات عوامل خطر بیماری مذکور که از طریق اینترنت، رسانه و روزنامه دریافت می شود، مورد سوال قرار گرفته است. حیطه سوم سؤالاتی درباره میزان حمایت بستگان در بدست آوردن اطلاعات مربوط به عوامل خطر و یا انجام اقداماتی جهت پیشگیری را شامل میشود. سوالات مورد بحث در حیطه چهارم، شرایط اقتصادی اجتماعی و توانمندی مالی افراد در پرداخت هزینه های سلامت میباشد. در حیطه پنجم چگونگی دسترسی افراد به سرویس های سلامت نظیر رادیو- تلویزیون- روزنامه- اینترنت پزشکان به عنوان منبع شناخت عوامل خطر بیماری های مذکور مورد سؤال قرار گرفته است. حیطه ششم داشتن مهارت کافی در بدست آوردن اطلاعات را از سرویس های مختلف و نهایتاً حیطه هفتم انجام اقدامات عملی در پیشگیری از عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی نظیر غربالگری، انجام آزمایش و ... انجام ارزش مستمر را مورد پوشش قرار می دهد.

سوالات پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شدند و برای محاسبه امتیاز در هر حیطه مجموع امتیاز سوالات حیطه محاسبه شد و بر تعداد سوالات تقسیم گردید. حاصل عددی بین ۱ و ۵ (به ترتیب ۱: هرگز،

جدول ۱: فراوانی سواد سلامت در شناخت عوامل خطر بیماریهای قلبی عروقی، دیابت و سرطان به تفکیک جنس

ارزش P	جمع		سطح سواد سلامت زنان		سطح سواد سلامت مردان		
	کافی	ناکافی	کافی	ناکافی	کافی	ناکافی	
۰/۰۲۰	۳۹ (۲۴/۸)	۱۱۸ (۷۵/۲)	۱۸ (۳۶/۷)	۳۱ (۶۳/۳)	۲۱ (۱۹/۴)	۸۷ (۸۰/۶) *	شناخت عوامل خطر هر ۳ بیماری
۰/۰۱۱	۳۵ (۱۸/۹)	۱۵۰ (۸۱/۱)	۱۷ (۲۹/۸)	۴۰ (۷۰/۲)	۱۸ (۱۴/۱)	۱۱۰ (۸۵/۹)	شناخت عوامل خطر دیابت
۰/۰۲۱	۳۶ (۲۰/۱)	۱۴۳ (۷۹/۹)	۱۷ (۳۰/۴)	۳۹ (۶۹/۶)	۱۹ (۱۵/۴)	۱۰۴ (۸۴/۶)	شناخت عوامل خطر بیماری قلبی عروقی
۰/۱۴۶	۳۶ (۲۱/۴)	۱۳۲ (۷۸/۶)	۱۵ (۲۸/۳)	۲۸ (۷۱/۷)	۲۱ (۱۸/۳)	۹۴ (۸۱/۷)	شناخت عوامل خطر بیماری سرطان

* کلیه اعداد داخل پرانتز درصد می باشد

بحث:

در مطالعه حاضر به طور کلی ۷۵/۲٪ از افراد مورد مطالعه دارای سطح سلامت ناکافی در مورد شناخت عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی، سرطان و دیابت بودند. از ۷ حیطه مورد بررسی در سواد سلامت بالاترین فراوانی سواد کافی مربوط به نگرش سواد به سلامت و کمترین فراوانی مربوطه به به کار بستن اطلاعات سلامت بود.

در بسیاری از نتایج مطالعات دیگر نقاط جهان نیز طیف گسترده ای از سواد سلامت ناکافی نشان داده شده است در یک مطالعه مرور سیستماتیک حدود ۵۰٪ از افراد به طور کلی سواد سلامت ناکافی و یا مرزی داشتند (۱۸). گزارش میزان سواد سلامت در کشورهای مختلف دنیا در طیف وسیعی قرار دارد. واگنر و همکاران در یک مطالعه در انگلیس ۸۸/۶٪ افراد را دارای سواد کافی سلامت را گزارش نمودند (۲۱). در مطالعه ای که توسط طهرانی و همکاران انجام شد تنها ۲۸/۸٪ افراد از سواد سلامت کافی برخوردار بودند (۲۰)، در مطالعه ای که توسط قنبری و همکاران انجام شد ۴۵/۴٪ از افراد سواد کافی داشتند (۲۲) و در مطالعه رئیسی و همکاران ۸/۸٪ از سالمندان از سواد کافی برخوردار بودند (۲۳). تنوع مشاهده شده در این میان به تفاوت جمعیت هدف مورد مطالعه در مناطق مختلف، تفاوت در گروههای سنی و ابزارهای مختلف مورد استفاده در سنجش سطح سلامت مربوط می باشد اما نکته حائز اهمیت آن است که فراوانی بالای سطح سواد سلامت ناکافی در مطالعات مختلف داخل کشور از جمله مطالعه حاضر را نمی توان نادیده گرفت.

در مطالعه انجام شده سواد سلامت در شناخت عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی و دیابت و به طور ویژه در حیطه بکار بستن اطلاعات در زنان به شکل معناداری بالاتر از مردان بود. در مطالعات متعدد گزارشات متنوعی از ارتباط جنسیت با سواد سلامت نشان داده شده است در مطالعه واگنر و همکاران مشابه با نتایج این مطالعه به بیشتر بودن سواد سلامت در زنان اشاره شده است (۲۱)، اما نتایج مطالعه لی و همکاران و نیز مطالعه ای که توسط تهرانی و همکاران انجام شده است به عدم وجود ارتباط جنسیت و سواد سلامت اشاره گردیده است (۲۴، ۲۰). در برخی مطالعات نیز به بیشتر بودن سطح سواد سلامت در مردان اشاره گردیده است (۲۴، ۲۳). در مطالعه حاضر سطح تحصیلات بالاتر زنان نسبت به مردان و در نظر گرفتن

همانطور که مشاهده می شود بجز در حوزه سرطان، سطح سواد در شناخت عوامل خطر بیماری قلبی عروقی و دیابت در زنان به طور معنی داری بیش از مردان است. میانگین سنی افراد مورد مطالعه در دو گروه با سواد سلامت کافی و غیر کافی به ترتیب $38/5 \pm 7/3$ و $37/5 \pm 8$ سال بود که تفاوت معنی داری نداشتند.

در جدول ۲ سطح سواد سلامت به تفکیک سطح تحصیلات نشان داده شده است. با افزایش مقطع تحصیلی سطح سواد سلامت بطور معنی داری افزایش می یابد ($P=0/009$) و در جدول ۳ نیز سطح سواد سلامت در حیطه های مختلف ارائه گردیده است.

جدول ۲: فراوانی سواد سلامت در شناخت عوامل خطر بیماریهای قلبی عروقی، دیابت و سرطان برحسب میزان تحصیلات

	سطح سواد سلامت	
	کافی	ناکافی
جمع	۷	۷
کمتر از دیپلم	۰*	(۱۰۰)
دیپلم	۳	۲۹
	(۹/۴)	(۹۰/۶)
کاردانی	۳	۱۸
	(۱۴/۳)	(۸۵/۷)
لیسانس	۱۶	۳۵
	(۳۱/۴)	(۶۸/۶)
فوق لیسانس	۱۷	۲۲
	(۴۳/۶)	(۵۶/۴)

* کلیه اعداد داخل پرانتز درصد می باشد

جدول ۳: فراوانی سواد سلامت به تفکیک حیطه سواد سلامت

	سطح سواد سلامت	
	کافی	ناکافی
جمع	۵۴	۱۱۷
نگرش بیماران به سلامت	(۳۱/۶)*	(۶۸/۴)
سرطان	۶۵	۱۱۸
	(۳۵/۵)	(۶۴/۵)
قلبی عروقی	۶۴	۱۲۷
	(۳۳/۵)	(۶۶/۵)
دیابت	۸۰	۱۱۹
	(۴۰/۲)	(۵۹/۸)
درک اطلاعات	۱۲۱	۸۱
	(۵۹/۹)	(۴۰/۱)
حمایت اجتماعی	۱۵۶	۴۷
	(۷۶/۸)	(۲۳/۲)
شرایط اقتصادی اجتماعی	۱۸۲	۲۰
	(۹۰/۱)	(۹/۹)
دسترسی به سرویس سلامت	۸۱	۱۲۲
	(۳۹/۹)	(۶۰/۱)
ارتباط با متخصص سلامت	۱۵۴	۵۲
	(۷۴/۸)	(۲۵/۲)
بکار بردن اطلاعات سلامت	۱۷۹	۱۲
	(۹۳/۷)	(۶/۳)
سرطان	۱۷۵۷	۱۸
	(۹۰/۷)	(۹/۳)
قلبی عروقی	۱۸۱	۱۷
	(۹۱/۴)	(۸/۶)
دیابت	۱۸۱	۱۷
	(۹۱/۴)	(۸/۶)

* کلیه اعداد داخل پرانتز درصد می باشد

پایین بودن سواد سلامت در حیطة بکار بستن اطلاعات در مقایسه با سایر حیطة‌ها که به دلیل وجود شرایط اقتصادی- اجتماعی نامناسب است، منجر می‌شود که اقدامات مناسب در به کار گرفتن دانش سلامتی انجام نگیرد. بنابراین اگر درصد ارتقای سلامت جامعه هستیم باید علاوه بر افزایش آگاهی و دانش جامعه به سایر موارد که نیازمند مداخله بیشتر هستند همانند شرایط اقتصادی- اجتماعی توجه ویژه نمود تا در نهایت کاربست دانش کسب شده افزایش یابد. علیرغم اهمیت موضوع سواد سلامت در مطالعه حاضر محدودیتهای ذیل قابل ذکر می‌باشد: جامعه آماری این مطالعه تنها در بر گیرنده کارمندان می‌باشد که سبب کاهش تعمیم پذیری آن شده است. همچنین تعداد نمونه کم نیز از دیگر ضعف‌های مطالعه محسوب می‌شود.

سپاسگزاری:

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران میباشد. بدینوسیله از زحمات و همکاری پرسنل محترم دانشگاه بوعلی سینا و اداره ورزش و جوانان همدان تشکر و قدردانی میگردد. ضمناً منافع نویسندگان با نتایج این مطالعه هیچگونه تعارضی ندارد.

ارتباط مستقیم بین میزان تحصیلات و سطح سواد سلامت و نیز حساسیت بیشتر زنان به سلامت شاید بتواند دلیلی بر بالاتر بودن سطح سواد سلامت در زنان نسبت به مردان باشد. بعلاوه در مطالعات مختلف ابزارهای سواد سلامت و گروه‌های هدف متنوع بوده و بنابراین تنوع در نتایج حاصله دور از ذهن نمی‌باشد. در مطالعه انجام شده با افزایش سطح تحصیلات فراوانی سواد سلامت کافی نیز به شکل معناداری بالاتر می‌رفت. ارتباط مذکور به طور مشابه در مطالعات متعددی اشاره گردیده است (۲۱، ۲۵، ۲۶).

نتیجه نهایی:

به طور کلی مطالعه انجام شده سواد سلامت را در کارمندان ادارات دولتی شهرستان همدان ناکافی نشان داد. لذا با توجه به اهمیت موضوع سواد سلامت و ارتباط آن با پیامدهای مرتبط با سلامت و هزینه‌های مربوطه، به نظر می‌رسد در برنامه ریزی‌های آینده توسط سیاستگذاران سلامت توجه بیشتری به این موضوع مورد نیاز بوده و بدیهی است که همکاری سایر بخشها از جمله رسانه‌های عمومی و سازمان آموزش و پرورش و تلاش بیشتر کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی بخشهای دولتی نیز در این خصوص ضروری به نظر می‌رسد.

References

- Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health Literacy: What Is It? *J Health Commun*. 2010;15:9-19.
- Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public Health Literacy Defined. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):446-51.
- Mancuso JM. Health literacy: A concept/ dimensional analysis. *Nurs Health Sci* 2008;10(3):248-55.
- Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int* 2009;24(3):285-96.
- Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *J Health Commun* 2010; 15(S2): 9-19.
- Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-U89.
- Zhang XH, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The Impact of Health Literacy on Health-Related Quality of Life (HRQoL) and Utility Assessment among Patients with Rheumatic Diseases. *Value Health*. 2009;12:S106-S9.
- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*. 2002;92(8):1278-83.
- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 2002; 288(4):475-82.
- Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care* 2002;40(5):395-404.
- Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006;21(8):878-83.
- Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33-42.
- Begoray DL, Kwan B. A Canadian exploratory

- study to define a measure of health literacy. *Health Promot Int* 2012;27(1):23-32.
15. Buchbinder R, Batterham R, Ciciriello S, Newman S, Horgan B, Ueffing E, et al. Health Literacy: What Is It and Why Is It Important to Measure? *J Rheumatol* 2011;38(8):1791-7.
 16. Chisolm DJ, Buchanan L. Measuring adolescent functional health literacy: A pilot validation of the test of functional health literacy in adults. *J Adolesc Health* 2007;41(3):312-4.
 17. Fransen MP, Twickler TB, Essink-Bot ML. Health literacy measures: application and implication. *Eur J Public Health* 2010;20:269-.
 18. Paasche Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med* 2005 ;20(2):175-84
 19. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA* 1995;274(21):1677-82.
 20. Tehrani Banihashemi S, Amir Khani A, Haghdoust A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H. Health literacy in five province and relative effective factors. *Strides Dev Med Educ* 2007;4(1):1-9. (Persian)
 21. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Commun Health* 2007;61(12):1086-90.
 22. Ghanbari S, Majlesi F, Ghafari M. [Health literacy in pregnant women. *Daneshvar*. 2011; 19(97): 1-12. (Persian)
 23. Raeesi M, Mostafawi F, Hasanzadeh A. [Health literacy and general health in elderly]. *Health Sys Res* 2011; 7(4):1-11. (Persian)
 24. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health* 2010;10:614.
 25. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med* 2008;66(8):1809-16.
 26. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA* 1999;281(6):545-51.

Archive of SID

Original Article

The Study of Health Literacy of Staff about Risk Factors of Chronic Diseases in 2014

F. Esna Ashari, M.D.^{*}; A. Pirdehghan, M.D.^{*}; F. Rajabi, M.D.^{**}; A. Sayarifard, M.D.^{***}
L. Ghadirian, M.D.^{****}; N. Rostami, M.D.^{*****}; M. Pirdehghan, B.Sc.^{*****}

Received: 8.5.2015

Accepted: 15.8.2015

Abstract

Introduction & Objective: Health literacy is the degree to which individuals obtain, interpret and understand basic health information and services to make appropriate health decisions. The aim of this study was to describe health literacy of Bu Ali Sina university staff to help health care policy makers for proper interventions.

Materials & Methods: In this descriptive-analytical study, health literacy of 206 employees was measured using a researcher-made questionnaire. Health literacy about risk factors of cardiovascular diseases, cancers and diabetes was measured in 7 areas including: "attitude to health", "understanding the information", "social support", "socio-economic conditions", "access to health services", "communication with health professionals" and "application of health information".

Results: Median of overall health literacy level in identification of risk factors for all three diseases was 3.7, and median of health literacy level in "identification of risk factors" for heart diseases, diabetes and cancers were reported 3.53, 3.44, and 3.58, respectively. Except for cancer, health literacy levels about identification of cardiovascular disease and diabetes risk factors were significantly higher in women ($P= 0.02$). Educational level increase showed a significant rise in health literacy score ($P= 0.008$).

Conclusion: As a whole, 75.2% of cases had inadequate health literacy about risk factors of all three diseases. The lowest level of health literacy was related to the "application of health information". So, regarding the importance of health literacy and its link to health outcomes, it seems that policy makers need to pay more attention to health literacy improvement, particularly in the "application of health information".

(*Sci J Hamadan Univ Med Sci 2015; 22 (3): 248-254*)

Keywords: Chronic Disease / Health Literacy / Risk Factors / Staff

^{*} Assistant Professor, Department of Social Medicine, School of Medicine
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran. (pirdehghan93@gmail.com)
^{**} Assistant Professor of Social Medicine, Community Participation Based Health Research Center
Tehran University of Medical Sciences & Health Services, Tehran, Iran.
^{***} Assistant Professor of Social Medicine, University Policy Development and Research Center
Tehran University of Medical Sciences & Health Services, Tehran, Iran.
^{****} Assistant Professor, Policy Council of the Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
^{*****} B.Sc. of Management of Government, Youth and Sports Department of Hamadan