

## سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن

دکتر سیدآرش طهرانی‌بنی‌هاشمی\*

پزشک عمومی، MPH، مؤسسه پژوهشگران بدون مرز، تهران، ایران

دکتر محمدمیر امیرخانی

پزشک عمومی، MPH، مدیر کل دفتر سلامت جمعیت و خانواده معاونت سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

دکتر علی‌اکبر حق‌دوست

پزشک و دکترای اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کرمان، ایران

دکتر سیدمؤید علویان

پزشک متخصص داخلی، فوق تخصص گوارش، معاون سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

دکتر هما اصغری‌فرد

پزشک عمومی، مؤسسه پژوهشگران بدون مرز، تهران، ایران

دکتر حمید برادران

پزشک و دکترای اپیدمیولوژی، استادیار دفتر توسعه و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران، ایران

مژگان برغمندی

کارشناس پرستاری، مؤسسه پژوهشگران بدون مرز، تهران، ایران

سعید پارسی‌نیا

کارشناس ارشد آموزش سلامت، دفتر ارتباطات و آموزش سلامت، معاونت سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

سحر فتحی‌رنجبر

کارشناس برنامه ریزی آموزشی، مؤسسه پژوهشگران بدون مرز، تهران، ایران

زمینه و هدف: سواد سلامتی میزان ظرفیت هر فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی سطح سواد سلامت و شناسایی عوامل مؤثر بر آن بود.

روش کار: در مطالعه‌ای پیمایشی در ۵ شهر و ۵ روستای کشور از استان‌های بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران، ۱۰۸۶ نفر از افراد ۱۸ سال و بالاتر مورد پرسشگری در درب منازل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سواد سلامتی عملکردی بالغین پس از تعدیل و اعتبارسنجی آن استفاده شد. به منظور تعیین ارتباط عوامل مؤثر بر سطح سواد سلامتی، از آنالیز رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها: متوسط میزان پاسخ‌دهی در خوشه‌های مورد مطالعه ۷۰/۸ درصد بود. ۶۱/۴ درصد افراد مورد مطالعه زن و بقیه مرد بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۳۸/۱ سال بود. ۱۷ درصد از افراد مورد مطالعه بی‌سواد و ۳۶ درصد دارای دیپلم و یا تحصیلات دانشگاهی بودند. ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامتی در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامتی مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامتی ناکافی داشتند. درصد نمره سواد سلامتی در مردان ۴۵/۳ و در زنان ۴۱/۱ بود ( $P=0/057$ ). بر خلاف نتایج حاصل از آنالیز خام بررسی روابط متغیرها با سطح سواد سلامت، در مدل اصلاح شده (adjusted) رگرسیونی، سطح سواد سلامت در زنان بالاتر بود ( $P=0/14$ ). سواد سلامت محدود، ارتباط آماری معنی‌داری نیز با وضعیت اقتصادی پائین نشان داد ( $P=0/004$ ).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که به طور کل سواد سلامت در ایران پائین است. سطح تحصیلات قوی‌ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت داشت و بیشترین پرش در سطح سواد سلامت در کسانی که تحصیلات بیش از ۸ سال داشتند، مشاهده شد. پائین‌تر بودن سواد سلامت در زنان، در گروه‌های سنی بالاتر و ساکنین روستا، به طور عمده مربوط به پائین‌تر بودن سطح تحصیلات در این گروه‌ها بود.

کلید واژه‌ها: سواد سلامت، پیمایش، عوامل مؤثر

\* نویسنده مسؤول: پلاک ۱۸۹، خیابان مدائن جنوبی، میدان نبوت، تهران، ایران

## مقدمه

مشتریان سلامتی هنگام جستجوی اطلاعات سلامتی با چالش‌های متعددی مانند پیچیدگی سیستم سلامتی، افزایش شیوع و بروز بیماری‌های مزمن، نیاز به شرکت در مراقبت و افزایش اطلاعات قابل دسترسی از منابع متعدد و مختلف روبرو هستند. افراد باید بتوانند نقش‌های جدیدی را در زمینه جستجوی اطلاعات، حمایت طلبی برای حقوق و مسائل محرمانه، درک مسؤلیت‌ها، سنجش و پایش سلامتی، تصمیم‌گیری در مورد بیمه و انتخاب نوع مراقبت خود، بپذیرند.

بنا به تعریف، سواد سلامتی میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است (۱). سواد سلامتی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد (۲). سواد سلامتی حاصل تشریح مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانی‌ها و ابعاد سواد در زمینه سلامتی می‌پردازد. ظرفیت فرد، یک جزء اساسی برای سواد سلامتی است. «ظرفیت» هم به پتانسیل ذاتی فرد بر می‌گردد و هم به مهارت‌های او. ظرفیت سواد سلامتی یک فرد با آموزش تعدیل می‌شود و کفایت آن تحت تأثیر فرهنگ، زبان و مشخصات موقعیت‌های مرتبط با سلامتی است.

طبق مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی آمریکا افراد دارای سواد سلامتی اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند و هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند؛ وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند؛ میزان بستری شدن و استفاده از خدمات اورژانس آنها بیشتر و مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند (۳). در مطالعه متا آنالیزی که نتایج ۸۵ مطالعه مختلف را جمع بندی

نموده است، شیوع سواد سلامت ناکافی را در آمریکا ۲۵ درصد و شیوع سواد سلامت مرزی را ۲۰ درصد برآورد نموده است (۴). مطالعه ویلیامز (Williams) و همکارانش نیز بر روی بیماران سالمند مبتلا به دیابت و فشار خون بالا در دو بیمارستان آمریکا، سواد سلامت ناکافی را به ترتیب ۴۴ و ۴۹ درصد گزارش نموده‌اند (۵).

فرهنگ و قومیت از جمله عواملی هستند که سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تأثیرات خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، اهمیت حیاتی در شکل دهی نگرش‌ها و اعتقادات دارند و چگونگی تعامل مردم با سیستم سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تحقیقات نشان داده است که سطوح پایین سواد سلامت با سن بالا، درآمد کم و تعداد سال‌های تحصیلات رسمی مرتبط است (۶).

با وجود اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت، به این موضوع در ایران چندان پرداخته نشده است. نیاز به پرداختن به این موضوع و ابعاد و عوامل مؤثر بر آن می‌تواند به عنوان ابزاری مؤثر به برنامه ریزان و مسئولین و متولیان کمک نماید. حتی در خصوص دانش سلامت نیز مطالعات کشوری و جامع که در برگیرنده ابعاد مختلف سلامت باشد کمتر در بررسی متون قابل دستیابی بود. با توجه به توضیحات فوق، ضرورت انجام مطالعه که بتواند تصویری از وضعیت سواد سلامت در ایران را روشن نماید کاملاً مشهود بود. لذا در این تحقیق سعی شد تا با استفاده از ابزارهای معتبر و بعد از تعدیل و اعتبارسنجی در کشور، میزان سواد سلامت بررسی و عوامل مؤثر بر آن شناسایی گردند.

## روش کار

این مطالعه از نوع پیمایشی مقطعی است که در ۵ شهر و ۵ روستای کشور بر روی افراد ۱۸ سال و بالاتر و به روش پرسشگری درب منازل انجام شد. استان‌های مورد بررسی بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران بودند که در هر استان یک شهر و یک روستا انتخاب شد. نمونه‌گیری در هر

پرسشنامه شامل ۲ بخش محاسباتی و درک خواندن بود. بخش محاسبات شامل یک سری توضیحات در زمینه داروهای تجویز شده، وقت ویزیت، مراحل گرفتن کمک مالی و یک مثال از نتیجه یک آزمایش طبی بود. بعد از تحویل این توضیحات در قالب کارت‌هایی به هر فرد، از وی سؤالات مربوطه (۱۷ سؤال) پرسیده می‌شد. بخش درک خواندن توانایی بیمار را در خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت سلامتی مورد امتحان قرار می‌داد و شامل ۵۰ سؤال بود. متون شامل دستورات آمادگی برای عکسبرداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسؤولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه‌نامه و یک فرم استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی بود. نمونه‌ای از سؤالات بخش درک خواندن پرسشنامه در جدول زیر ارائه شده است.

پزشک شما را برای گرفتن عکس از ..... به مرکز رادیولوژی فرستاده است	
الف- معده	
ب- دیابت	
ج- بخیه جراحی	
د- عفونت	
زمانی که برای عکس برداری ..... می‌کنید باید معده شما ..... باشد.	
الف- مصاحبه	الف- دردناک
ب- مراجعه	ب- دارای نفخ
ج- درد	ج- زخمی
د- ملاحظه	د- خالی
احتمالاً ..... عکس رادیولوژی ۱ تا ۳ ..... طول خواهد کشید.	
الف- گرفتن	الف- وعده
ب- مشاهده	ب- انتظار
ج- نمونه برداری	ج- ساعت
د- ساختن	د- ماه

در انتهای پرسشگری نیز سؤالات بخش اقتصادی خانوار از سرپرست خانوار یا همسر وی پرسیده می‌شد. به منظور نظارت و کنترل کیفیت طرح، هم زمان با فاز جمع آوری اطلاعات، ۱۰ درصد از پرسشگری‌های هر پرسشگر به صورت حضوری نظارت گردید. همچنین پس از جمع‌آوری اطلاعات در فیلد، تیم لکه‌گیری، کلیه پرسشنامه‌های جمع‌آوری

شهر در ۲ خوشه که به صورت تصادفی انتخاب شدند، صورت گرفت. انتخاب سرخوشه‌ها در شهرها به غیر از تهران از طریق لیست خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی شهری و در تهران با استفاده از سرخوشه‌های تصادفی منتخب از بانک اماکن مسکونی اداره پست و تلگراف و تلفن صورت گرفت. پس از انتخاب سرخوشه‌ها در شهر، با حرکت به سمت راست (هنگام خروج از درب هر خانه) ۲۰-۱۷ واحد مسکونی (بسته به میانگین بعد خانوار افراد بالای ۱۸ سال هر شهر) در هر خوشه انتخاب و از هر پلاک شهرداری نیز یک واحد مسکونی به طور تصادفی وارد طرح می‌شد. سپس در هر واحد مسکونی برای کلیه افراد ۱۸ سال و بالاتر خانوار پرسشنامه تکمیل می‌گردید. انتخاب سرخوشه در روستا به صورت تصادفی ساده از لیست خانوار مرکز بهداشت روستایی / خانه بهداشت صورت گرفت. پس از انتخاب سرخوشه در روستا، با حرکت به سمت راست (هنگام خروج از درب هر خانه) تا حدود ۳۰ خانوار وارد طرح شدند. در روستاها خانه‌ها یک در میان وارد طرح می‌شدند. برای بالا بردن پوشش پرسشگری، در صورت نیاز، مراجعه مجدد انجام می‌شد تا خانوارها و یا افرادی از خانوارها که در مراجعه اول حضور نداشتند مورد پرسشگری قرار گیرند.

برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه سواد سلامتی عملکردی بزرگسالان (Test of Functional Health Literacy in Adults) استفاده شد که یکی از مهم‌ترین و معتبرترین پرسشنامه‌ها در این خصوص در سطح جهان است و تاکنون ترجمه آن به چندین زبان دنیا اعتبارسنجی شده است. بدین منظور پس از خرید پرسشنامه انگلیسی، ترجمه پرسشنامه به زبان فارسی، و انتخاب معادل‌های فارسی برای بخش درک خواندن و انجام مراحل کامل پایایی و اعتبارسنجی، در مطالعه مقدماتی اول پرسشنامه بر روی ۵۰ نفر اجرا شد. سپس با توجه به ضریب دشواری سؤالات و واریانس پاسخ‌ها، تغییراتی بر روی برخی از گزینه‌ها داده شد و مطالعه مقدماتی دوم نیز بر روی ۵۰ نفر صورت گرفت.

مرد بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین (انحراف معیار) سن افراد مورد مطالعه ۳۸/۱ (±۱۵/۲) سال با حداقل ۱۸ و حداکثر ۸۴ سال بود.

حدود ۱۷ درصد از افراد مورد مطالعه بی‌سواد و ۳۶ درصد دارای دیپلم و بالاتر بودند (جدول ۱). همان‌گونه که مشاهده می‌شود در نمونه مورد بررسی زنان در مجموع از سطح تحصیلات پایین‌تری برخوردار بودند. آزمون آماری کای دو اختلاف بین میزان تحصیلات زنان و مردان را معنی‌دار نشان داد ( $P=۰/۰۰۰۱$ ). در افراد ساکن در روستا ۲۶/۴ درصد و در شهر ۹ درصد بی‌سواد بودند. همچنین در جمعیت شهری حدود ۵۳ درصد و در روستا حدود ۲۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند ( $P=۰/۰۰۰۱$ ).

حدود ۴۱ درصد از افراد مورد مطالعه خانه‌دار و ۲۹/۵ درصد شاغل، ۷/۷ درصد دانش آموز یا دانشجوی، ۱۲/۵ درصد بیکار و ۳/۹ درصد بازنشسته و بقیه نیز به دلیل عدم تمایل به پاسخ، وضعیت اشتغال نا مشخص داشتند.

از نظر وضعیت اقتصادی، ۱۷/۷ وضعیت اختصاصی خیلی خوب و به همین نسبت وضعیت اقتصادی خوب داشتند، ۱۷/۹ درصد دارای وضعیت اقتصادی متوسط، ۱۷ درصد ضعیف، ۱۸/۶ درصد خیلی ضعیف بودند و وضعیت اقتصادی ۱۱/۲ درصد نامشخص بود.

شده را لکه گیری محتوایی می‌نمود تا موارد نقص اطلاعات و اندازه‌های غیر واقعی و کدهای نامعتبر شناسایی شوند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS.V.12 و STATA.V.8 صورت گرفت. نمره سواد سلامت هر فرد می‌توانست عددی از صفر تا صد باشد که بر اساس نقاط جدا سازی ۵۹ و ۷۴ به سه سطح ناکافی، مرزی و کافی تقسیم شد. برای آنالیز داده‌ها و بیان شاخص‌های توصیفی از روش Survey data analysis با در نظر گرفتن اثر خوشه استفاده شد. در بررسی ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون آماری کای دو و برای مقایسه میانگین‌ها از آزمون تی و آنالیز واریانس یک طرفه و به منظور تعیین ارتباط عوامل دموگرافیک با سطح سواد و دانش سلامتی، از آنالیز رگرسیونی استفاده شد.

وضعیت اقتصادی خانوارهای مورد مطالعه با استفاده از پرسشنامه دارایی‌سنجی و روش آماری Principal component analysis، تعیین و به ۵ گروه خیلی خوب تا خیلی ضعیف طبقه بندی شد.

## یافته‌ها

خصوصیات جمعیتی: متوسط میزان پاسخ در خوشه‌های مورد مطالعه ۷۰/۸ درصد بود (حداقل ۵۷/۴ درصد و حداکثر ۷۸/۱ درصد). ۱۰۸۶ نفر که ۶۱/۴ درصد زن و بقیه

جدول ۱- توزیع فراوانی تحصیلات افراد مورد مطالعه به تفکیک جنس

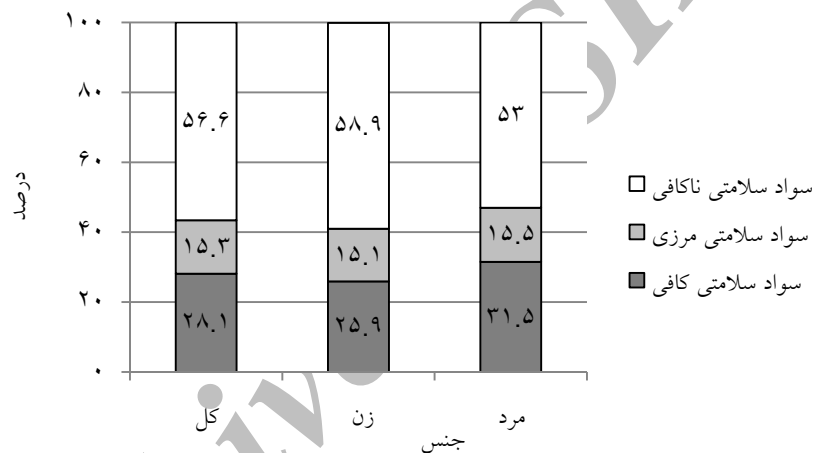
سطح تحصیلات	جنس		مرد		زن		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بی‌سواد	۵۵	۱۳/۱	۱۲۹	۱۹/۳	۱۸۴	۱۶/۹		
ابتدایی ناقص تا راهنمایی ناقص	۱۳۰	۳۱	۱۹۹	۲۹/۸	۳۲۹	۳۰/۳		
راهنمایی کامل یا دبیرستان ناقص	۵۸	۱۳/۸	۸۹	۱۳/۳	۱۴۷	۱۳/۵		
پیش دانشگاهی / دیپلم	۷۳	۱۷/۴	۱۴۷	۲۲	۲۲۰	۲۰/۳		
دانشگاهی	۸۹	۲۱/۲	۸۲	۱۲/۳	۱۷۱	۱۵/۷		
بدون پاسخ	۱۴	۳/۳	۲۱	۳/۱	۳۵	۳/۲		
جمع کل	۴۱۹	۱۰۰	۶۶۷	۱۰۰	۱۰۸۶	۱۰۰		

## سواد سلامت

میانگین سطح سواد سلامتی در افراد مورد مطالعه ۴۲/۷ از ۱۰۰ در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامتی مرزی و ۵۶/۶ درصد بود. (جدول ۲) ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامتی سواد سلامتی ناکافی داشتند. (نمودار ۲)

جدول ۲: مقایسه میانگین سطح سواد سلامتی درک خواندن، محاسباتی و سواد سلامتی کل در افراد مورد مطالعه بر اساس جنس

جنس	حیطه سواد سلامتی		درک خواندن		محاسباتی		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مردان	۲۰/۹	۱۸/۷	۲۴/۴	۱۸/۶	۴۵/۳	۳۵/۷		
زنان	۱۹/۲	۱۸/۷	۲۱/۸	۱۸/۶	۴۱/۱	۳۶/۱		
کل	۱۹/۹	۱۸/۷	۲۲/۸	۱۸/۶	۴۲/۷	۳۶		
نتیجه آزمون t	P=۰/۱۴		P=۰/۰۲۷		P=۰/۰۵۷			



نمودار ۱: توزیع سطح سواد سلامتی افراد مورد مطالعه به تفکیک جنس

می‌دهد که زن بودن به خودی خود و بعد از حذف اثر سایر متغیرها نه تنها باعث کاهش سواد سلامت نمی‌شود، بلکه به طور متوسط ۲/۴ نمره سواد بیشتری را نسبت به مردان ایجاد خواهد کرد که البته از نظر آماری معنی‌دار نیست.

نقش زندگی در روستا نیز شبیه به جنسیت است. اگر چه نمره خام سواد سلامت در شهر ۲۱/۴ نمره بیشتر از روستا است ولی بعد از حذف اثر مخدوش‌کنندگی سایر فاکتورها این اختلاف به ۰/۶۴ کاهش یافت که عمده این اثر از طریق تفاوت سطح سواد به وجود آمده بود.

بر خلاف نتایج حاصل از آنالیز خام بررسی روابط متغیرها با سطح سواد سلامت، در مدل اصلاح شده رگرسیونی، سطح سواد سلامت در زنان بالاتر بود. نمره خام سواد سلامت در زنان (۴۱/۱) نسبت به مردان (۴۵/۳) کمتر بود (P=۰/۰۵۷). اختلاف نمره سواد سلامت زنان با مردان پس از اصلاح کردن برای سایر متغیرهای دموگرافیک ۲/۴ بود (P=۰/۱۴). با حذف متغیر سطح تحصیلات از مدل اصلاح شده، نتایج مشابه یافته‌های خام به دست آمد که این مسأله حاکی از آن است که پائین‌تر بودن سطح سواد سلامت در زنان عمدتاً ناشی از سطح پائین‌تر تحصیلات آنها است و نشان

شده نیز کماکان دیده شده است اگرچه میزان شدت آن کاهش یافته و تأثیر سطح اقتصادی کم رنگ‌تر شده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که با افزایش سطح اقتصادی، میزان خام سواد سلامت افزایش می‌یافته است. این روند افزایشی بعد از حذف اثر مخدوش‌کنندگی سایر متغیرها در مدل‌ها اصلاح

جدول ۳: ارتباط نمرات خام و اصلاح شده (adjusted) بین سطح سواد سلامت و متغیرهای دموگرافیک

متغیر		نمره سواد سلامت		خام		Adjust * شده	
		اختلاف		p		اختلاف	
				p		p	
سن		- ۱/۲۴		۰/۰۰۰۰۱		- ۰/۳۷	
جنس							
مرد (پایه)		۴۵/۳		۰/۰۵۷		۲/۴	
زن		۴۱/۱		-۴/۲		۰/۱۴	
تحصیلات (سال)							
بی سواد (پایه)		۰					
۱-۸		۱۸		۰/۰۰۰۰۱		۱۲/۳	
۹-۱۱		۵۹/۱		۰/۰۰۰۰۱		۵۰/۲	
۱۲		۷۳/۱۵		۰/۰۰۰۰۱		۶۲/۲	
>۱۲		۸۱/۴		۰/۰۰۰۰۱		۶۹/۶	
وضعیت اشتغال							
بی‌کار (پایه)		۵۶					
شاغل		۴۸/۴		۰/۰۰۲		۲/۹	
خانه دار		۳۲/۹		۰/۰۰۰۰۱		-۲/۳	
دانشجو/دانش آموز		۷۶/۶		۰/۰۰۰۰۱		-۰/۸۵	
سایر		۳۹/۵		-۱۶/۵		۳/۵	
وضعیت تاهل							
دارای همسر (پایه)		۳۵/۷					
مطلقه یا همسر فوت شده		۲۱/۵		-۱۴/۲		۰/۰۰۰۰۱	
مجرد		۶۵		۲۹/۳		-۱/۹	
محل زندگی							
شهر (پایه)		۵۳/۴		-۲۱/۹		۰/۰۰۰۰۱	
روستا		۳۱/۵				۰/۶۴	
وضعیت اقتصادی							
خیلی ضعیف (پایه)		۲۳					
ضعیف		۳۲/۶		۹/۶		۰/۰۰۰۰۵	
متوسط		۳۹/۶		۱۶/۶		۰/۰۰۰۰۱	
خوب		۵۴		۳۱		۰/۰۰۰۰۱	
خیلی خوب		۶۹		۴۶		۰/۰۰۰۰۱	

• اختلاف adjust شده با استفاده از مدل رگرسیون خطی محاسبه گردیده است

## بحث و نتیجه‌گیری

در طول دهه گذشته نگرانی‌های مربوط به مهارت‌های سواد و سلامتی، زنگ بیدار باش برای بسیاری از عرصه‌های سلامتی بوده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به طور کل، سواد سلامت در ایران پائین است. سطح تحصیلات، قوی‌ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت داشت و بیشترین پرش در سطح سواد سلامت در کسانی که تحصیلات بیش از ۸ سال داشتند، مشاهده شد. پائین‌تر بودن سواد سلامت در زنان، در گروه‌های سنی بالاتر و ساکنین روستا، به طور عمده مربوط به پایین‌تر بودن سطح تحصیلات در این گروه‌ها بود.

نتایج مطالعات مختلف در دیگر کشورهای دنیا نیز به طور کلی طیف گسترده‌ای از سواد سلامتی ناکافی را نشان می‌دهد. به عنوان مثال در یک بررسی سیستماتیک که توسط دکتر اورلو و همکارانش در آمریکای شمالی بر روی ۸۵ مطالعه انجام شده است، حدود ۲۶ درصد از افراد به طور کلی دارای سطح پائین سواد سلامتی (ناکافی) و حدود ۲۰ درصد سطح سواد سلامتی مرزی داشتند. البته دامنه تغییرات بسیار وسیع بوده است، به طوری که بعضی از مطالعات تا ۶۸ درصد، سطح سواد سلامتی ناکافی را نشان داده‌اند (۴). در حالی که بنا به نتایج مطالعه اورلو سطح سواد سلامتی در منطقه توسعه یافته آمریکای شمالی وضعیت چندان مناسبی را نشان نمی‌دهد (۴)، واگنر (Wagner) و همکاران، سطح سواد سلامت ناکافی و مرزی را در بالغین انگلستان ۱۱/۴ درصد گزارش نموده‌اند (۶). همچون نتایج حاصل از مطالعه حاضر، دکتر اورلو و همکارانش نیز عدم ارتباط جنسیت با میزان پائین سواد سلامتی را نشان داده‌اند. بالا بودن سطح سواد سلامت در گروه محصلین و دانشجویان و نیز افراد بیکار در آنالیز خام و حذف اثر آنها در آنالیز اصلاح شده نیز مؤید نقش تحصیلات در سطح سواد سلامتی می‌باشند.

همانند نتایج دیگر مطالعات جهانی، ارتباط قوی بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سطح سواد سلامتی مشاهده نگردید (۶). یافته‌های مطالعه نشان داد که هر چه وضعیت

اقتصادی-اجتماعی افراد بالاتر باشد میانگین سطح سواد سلامتی نیز بیشتر می‌شود.

مسئله قابل تأمل این است که فارغ از تأثیر فاکتورهای مختلف بر سواد سلامت و تأثیر مخدوش‌کنندگی برخی از آنها خصوصاً تحصیلات بر سایر متغیرها، زنان خانه‌دار ساکن در مناطق روستایی خصوصاً با وضع اقتصادی ضعیف و یا بی‌همسر در معرض عواقب ناشی از پایین بودن سطح سلامت قرار دارند و در برخورد با این گروه از افراد باید از روش‌های مناسب و مطمئن آموزشی استفاده کرد.

پارکر (Parker) و همکارانش توصیه می‌کنند که در طی ملاقات‌های کلینیکی، لازم است پزشکان ارتباط خود را با توجه به سواد سلامتی واقعی بیمار متناسب کنند. بعضی تکنیک‌های ساده برای این منظور، استفاده از زبان ساده، سرعت کم و شرکت اعضای مهم خانواده در بحث‌ها است (۷). کارگروه ملی سواد و سلامت در آمریکا پیشنهاد می‌کند که مطالب سلامتی در سطح کلاس پنجم نوشته شود که این سطح هنوز برای ۲۵ درصد جمعیت سخت است (۸). رسانه‌های غیر چاپی یکی از راه‌های مؤثر برای ارائه پیام سلامتی به کسانی است که سواد عملی اندک دارند. این رسانه‌ها ممکن است شامل تصاویر و نوارهای رادیویی، نوارهای ویدیویی یا برنامه‌های کامپیوتری تعاملی باشند، حتی بیمارانی که به راحتی می‌خوانند، مواد غیر نوشتاری مثل کتاب‌های مصور، نوارهای ویدیویی، نوارهای صوتی یا نمایش‌های مولتی‌مدیا را ترجیح می‌دهند.

از سوی دیگر به‌رغم شواهد بسیار در زمینه اهمیت و نتایج سواد اندک و سواد سلامتی نا کافی، بسیاری از پزشکان و آموزش دهندگان پزشکی یا از این مسئله آگاهی ندارند و یا در برخورد با بیماران، مهارت و اعتماد لازم برای رویکرد به این موضوع را ندارند. همچنین در حال حاضر هیچ استاندارد کیفی برای طراحی و ساخت مطالب آموزشی بیمار یا مهارت آموزی پزشکان در سواد سلامتی وجود ندارد.

مشکل می‌نماید. یافته‌های این تحقیق (پروژه) می‌تواند به عنوان پایه و راهنمای مطالعات بعدی و همچنین به عنوان راهنما جهت تهیه دستورالعمل (Guideline) تخصصی مورد استفاده قرار گیرد تا متخصصین و سیاست‌گذاران سلامت جهت تصمیم‌گیری کلان از آن بهره‌مند گردند.

به طور کلی این پیمایش (مطالعه)، سطح سواد سلامتی را در پنج استان کشور ایران ناکافی نشان داد، لذا در برنامه‌های ارتقای سلامت در ایران باید توجه بیشتری به سواد سلامت جامعه هدف داشت. به طور خلاصه، با تشریح مساعی سایر بخش‌ها همچون رسانه‌های جمعی، نظام سلامت کشور باید نه تنها برنامه‌های جامعی برای بهبود و ارتقای سطح سواد سلامت مردم داشته باشد، بلکه باید برای افراد با سواد سلامت پائین، رسانه‌های آموزشی ساده و قابل فهم تولید نماید. البته در دراز مدت با توجه به بهبود سطح سواد در جامعه انتظار می‌رود که مشکلات ناشی از سواد سلامت نا کافی نیز کاهش یابد.

### سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به انجام رسیده است. بدینوسیله از خانم‌ها سمیه عبدالمالکی، شیرین حقیقی، مریم عروجی، حنا زهرین‌نهاد و آقایان محسن انصاری و سید موسی حسینی که در جمع‌آوری اطلاعات طرح همکاری صمیمانه‌ای داشتند و نیز آقای مهندس حمیدرضا رصافیانی کارشناس آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، خانم ژیلان هنرپیشه کارشناس آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین، خانم زهرا جامه بزرگ کارشناس آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و خانم دکتر مهشید رضایی‌آزاد کارشناس آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در هماهنگی امور اجرایی استان‌های مورد بررسی با مجریان طرح همکاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

هر چند ساده کردن اطلاعات سلامتی لازم است اما برای بهبود درک بیماران و رفتار متعاقب آن کافی نیست و دیگر شرایط ارتباطی نیز لازم است و سازمان‌هایی مانند اداره ارتباطات و آموزش سلامت و بخش‌های آموزش سلامت دانشگاه‌ها می‌توانند بهترین راهکارهای آموزش به بیماران دارای سواد سلامتی اندک را شناسایی کنند و استانداردهای کیفی برای مواد نوشتاری را منتشر کنند.

برای این که پزشکان مهارت‌ها و اعتماد لازم جهت مشاوره و ارزیابی بیماران و خانواده‌شان در زمینه سواد سلامتی را در مدت زمانی که برای ویزیت معمولی اختصاص داده شده، به دست آورند، لازم است آموزش ببینند. روزنتال (Rosenthal) و همکارانش نشان دادند که اضافه کردن جلسات آموزشی برای رزیدنت‌ها به طور واضحی دانش و نگرش آنها را در زمینه سواد اطفال و بزرگسالان افزایش می‌دهد و باعث افزایش راحتی آنها در ارزیابی و مشاوره در زمینه سواد می‌شود (۹). ارائه چنین برنامه‌های آموزشی به پزشکان کمک می‌کند تا با محدود کردن فرضیات‌شان از سواد بیمار، ارتباط و آموزش مناسب‌تری داشته باشند.

یکی از مشکلات این مطالعه که مربوط به مشکل اندازه‌گیری سواد سلامت با ابزارهایی مانند پرسشنامه مورد استفاده در این طرح است، آن است که این پرسشنامه بیشتر بر جنبه‌های خواندن و محاسبه متمرکز شده است در حالی که مهارت‌های خواندن و نوشتن و محاسبه، بخشی از پایه سواد سلامتی را می‌سازند، دیگر مهارت‌ها و توانایی‌ها مثل سخن گفتن، گوش کردن، داشتن زمینه کافی اطلاعات و توانایی حمایت‌طلبی از سیستم سلامتی، نیز مهم هستند.

میزان پاسخ دهی در مطالعه ما حدود ۷۰ درصد بود که در حد قابل قبولی بود. البته پایین بودن حجم نمونه مطالعه و استان‌های مورد بررسی، تعمیم‌پذیری آن به کل کشور را

### منابع

1. Ratzan SC, Parker RM. Introduction. In: National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, Editors. NLM Pub. No. CBM



- 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. Available from: URL: <http://www.nlm.nih.gov/archive//20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>. Joint
2. Sihota S, Lennard L. Health literacy: being able to make the most of health. London: National Consumer Council; 2004: 11 Available from: [http://www.ncc.org.uk/nccpdf/poldocs/NCC064\\_health\\_literacy.pdf](http://www.ncc.org.uk/nccpdf/poldocs/NCC064_health_literacy.pdf)
3. Joint Committee on National Health Education Standards. National Health Education Standards: Achieving Health Literacy. Atlanta, GA: American Cancer Society; 1995.
4. 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.
5. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, Nurss JR. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA* 1995; 274(21):1677-82.
6. 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):1086-90.
7. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health promotion International* 2000; 15(4): 277-83.
8. National Work Group on Literacy and Health. Communicating with patients who have limited literacy skills. Report of the National Work Group on Literacy and Health. *J of Fam Pract* 1998, 46(2): 168-76.
9. Rosenthal MS, Werner MJ, Dubin NH. The effect of a literacy training program on family medicine residents. *Fam Med* 2004; 36(8):582-7.