

بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان

سید همادالدین جوادزاده^۱، غلامرضا شریفی‌راد^۲، مهنوش رئیسی^۳،
الهه توسلی^۴، فاطمه رجعتی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامتی و آگاهی یافتن از مسایل بهداشتی و بیماری، فاکتور مهم و تعیین کننده سلامتی است. انتظار می‌رود که افراد برای داشتن سطح بالای سلامتی از این گونه اطلاعات استفاده نمایند. این نقش فعال بیماران، نیازمند دارا بودن سطح بالایی از سواد سلامت می‌باشد. در این مطالعه با استفاده از دو ابزار (S-TOFHFLA) Short test of functional health literacy in adults و Newest vital signe (NVS) سواد سلامت در بزرگسالان شهر اصفهان مورد ارزیابی قرار گرفت.

روش‌ها: در مطالعه‌ای مقطعی تعداد ۵۲۵ نفر از افراد بزرگسال (بالای ۱۸ سال) شهر اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها به طور همزمان از دو پرسش‌نامه S-TOFHFLA و NVS پس از اطمینان از اعتبار ترجمه و تعیین روایی و پایایی آن‌ها استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر میانگین سنی افراد مورد مطالعه $33/6 \pm 12/5$ سال بود. بر اساس پرسش‌نامه S-TOFHFLA ۴۶/۵ درصد افراد سواد سلامت کافی، ۳۸ درصد سواد سلامت مرزی و ۱۵/۵ درصد افراد سواد سلامت ناکافی داشتند. پرسش‌نامه NVS نیز نشان داد که ۳۸/۵ درصد از افراد سواد سلامت کافی، ۳۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۲۵/۵ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند. ضریب همبستگی Pearson با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نشان داد که بین نمرات دو پرسش‌نامه S-TOFHFLA و NVS همبستگی بالایی ($r = 0/72$) وجود داشت و به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P > 0/001$). در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و سن، سطح تحصیلات، جنس و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد، به طوری که سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، تحصیلات کمتر، زنان و قشر کم درآمد شایع‌تر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که دو پرسش‌نامه S-TOFHFLA و NVS برای به کارگیری در جامعه بزرگسالان فارسی زبان در جمعیت مورد مطالعه از کارایی و اعتبار کافی برخوردار است. بر اساس دو پرسش‌نامه مذکور طیف وسیعی از بزرگسالان شهر اصفهان سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند که این خود لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای سلامت را می‌رساند.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت، پرسش‌نامه فارسی سنجش سواد سلامت، بزرگسالان شهر اصفهان

ارجاع: جوادزاده سید همادالدین، شریفی‌راد غلامرضا، رئیسی مهنوش، توسلی الهه، رجعتی فاطمه. بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹ (۵): ۵۴۹-۵۴۰.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۱۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۳/۱۸

- ۱- دانشجوی دکتری، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران
- ۲- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- دانشجوی دکتری، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: reisi_mr@yahoo.com
- ۴- دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۵- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

مقدمه

میزان مرگ و میر در افراد می‌گردد (۸). با وجود اهمیت بسیار زیاد شناسایی افراد با سواد سلامت ناکافی، کارکنان سیستم‌های بهداشت و درمان اغلب در این زمینه ضعیف عمل می‌کنند و بیماران نیز گاهی این واقعیت را کتمان می‌نمایند. این در حالی است که شناسایی این افراد بسیار مهم است و رویکردهای خاصی را در فرایند ارتباط با این افراد می‌طلبد. به عنوان نمونه در ارتباط با این افراد بایستی استراتژی‌هایی چون استفاده از بیان ساده و قابل فهم، استفاده از گراف‌ها و تصاویر، محدود کردن اطلاعات ارائه شده به فرد در هر ملاقات و از همه مهم‌تر گرفتن بازخورد از فرد بعد از ارائه اطلاعات به وی را به کار گرفت (۹).

در ایالات متحده امریکا مفهوم سواد سلامت در اصل برای توصیف و توضیح ارتباط بین سطح سواد بیماران و توانایی آن‌ها برای پیروی از دستورالعمل‌های درمانی، برچسب‌های دارویی و توصیه‌های متخصصین سلامتی معرفی شده است. این دیدگاه سواد سلامت را به عنوان مجموعه‌ای از ظرفیت‌های فردی می‌داند که به شخص کمک می‌کند تا اطلاعات جدید را کسب کند و در عمل به کار گیرد (۱۰). برخی از محققان نیز بر این باور هستند که اگر سواد سلامت، توانایی عملکرد صحیح افراد در سیستم‌های بهداشتی باشد، این مفهوم را بایستی با ویژگی‌های افراد و سیستم بهداشتی، هر دو مرتبط دانست. از این منظر سواد سلامت یک حالت پویاست و ممکن است بسته به مشکل بهداشتی، ارائه‌دهنده خدمت و نظام سلامت متفاوت باشد (۱۱).

برخی دیگر از محققین نیز دانش سلامت را به عنوان بخشی از سواد سلامت می‌دانند (۴). جمعیت متخصصان انجمن پزشکی نیز ابعاد سواد سلامت را در ۴ گروه قرار دادند که شامل دانش مفهومی و فرهنگی، سواد شفاهی (صحبت کردن و شنیدن)، سواد کتبی (نوشتن و خواندن) و سواد محاسباتی است. بر این اساس، تعریف واحدی از سواد سلامت موجود نیست. این واقعیت، سنجش سواد سلامت را با مشکل روبه‌رو کرده است؛ چرا که ارزیابی سواد سلامت بر اساس هر کدام از این تعاریف متفاوت خواهد بود. با وجود این که سواد سلامت ساختار و تعاریف متفاوتی

مسئولیت‌پذیری افراد در قبال سلامتی و همچنین خودمراقبتی از بیماری‌ها در کشورهای مدرن و توسعه‌یافته بسیار رشد یافته است. دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامتی و آگاهی یافتن از مسایل بهداشتی و بیماری، فاکتور مهم و تعیین‌کننده سلامتی است. انتظار می‌رود که افراد برای داشتن سطح بالای سلامتی از این گونه اطلاعات استفاده نمایند. این نقش فعال بیماران، نیازمند دارا بودن سطح بالایی از سواد سلامت می‌باشد. انستیتو پزشکی سواد سلامت را به صورت میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی تعریف نموده است که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم می‌باشد (۱).

سواد سلامت مفهومی جدید و در عین حال کهنه است. موضوع سواد سلامت به مدت ۳۰ سال است که در متون علمی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲). سواد سلامت بیانگر طیف وسیعی از مهارت‌ها و منابعی است که در ارتباط با توانایی افراد برای پردازش اطلاعات مرتبط با بهداشت و سلامتی است (۳). از نظر سازمان بهداشت جهانی و در واژه‌نامه ارتقای سلامت، سواد سلامت به عنوان مهارت‌های شناختی اجتماعی معرفی شده است که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آن‌ها گردد.

بنابراین سواد سلامت چیزی فراتر از صرفاً توانایی خواندن کتاب و یا پمفلت و سایر مواد نوشتاری است. بر اساس گزارش کمیته سواد سلامت در انجمن پزشکی، سواد سلامت یک نگرانی عمومی در مسایل ارتقای سلامت از جنبه فردی و محیطی، پیشگیری از بیماری و غربالگری زود هنگام، تداوم و استمرار مراقبت‌های بهداشتی و همچنین سیاست‌گذاری‌ها به شمار می‌آید (۴).

مطالعه‌های مختلف نشان دادند که سطح پایین سواد سلامت منجر به تأخیر در تشخیص به موقع بیماری‌ها (۵)، ناتوانی در مهارت‌های مراقبت از خود (۶)، افزایش استفاده از خدمات اورژانس، افزایش میزان بستری شدن در بیمارستان (۷)، افزایش بروز بیماری‌های مختلف و در نهایت منجر به افزایش

نو برای سنجش سطح سواد سلامت در افراد معرفی شد. دلیل این امر این بود که نتایج آن با سایر ابزارهای موجود همخوانی بیشتری داشت و پیش‌گویی کننده بهتری برای سطح سواد سلامت فرد بود. این ابزار شامل ۶ سؤال بر اساس برچسبی از یک ماده غذایی (بستی) می‌باشد. این پرسش‌نامه در مدت زمانی کمتر از ۳ دقیقه تکمیل می‌گردد و دو مهارت خواندن و محاسبات را که برای درک اطلاعات بهداشتی ضروریست را به خوبی مورد سنجش قرار می‌دهد. از این رو اخیراً توسط محققین بسیار مورد توجه قرار گرفته است (۱۴).

اگرچه هیچ کدام از ابزارهای موجود برای سنجش سواد سلامت، تفاوت‌های فرهنگی، زبانی و دانش زمینه‌ای افراد را برای سنجش سواد سلامت در نظر نمی‌گیرند، اما بایستی سواد سلامت را نه فقط در سطح فردی که در نظام سلامت نیز آن را به کار گرفت (۴). بیماران به طور سنتی پزشکان را به عنوان کسانی که بایستی به دستورات آن‌ها عمل کنند، می‌پذیرند. این عقیده سنتی با تغییرات ایجاد شده در نظام سلامت و پیشرفت‌های فرهنگی، اجتماعی و جهانی شدن در حال تغییر است. بیماران تمایل دارند که در تصمیم‌هایی سهیم شوند که در خصوص سلامتی آن‌ها گرفته می‌شود.

در ایران اطلاعات زیادی در خصوص وضعیت سواد سلامت افراد به عنوان فاکتوری مهم در تصمیم‌گیری‌ها و چگونگی عملکرد آن‌ها در نظام سلامت در دست نیست. پژوهش‌های بسیار کمی در این زمینه صورت گرفته است که گاهی سواد سلامت را یا معادل دانش افراد از موضوعی خاص و یا سواد عمومی آن‌ها در نظر گرفته است. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان با استفاده از دو ابزار جدید انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی در میان جمعیت بزرگسال (افراد بالای ۱۸ سال) شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱ صورت گرفت. با توجه به این که این مطالعه برای نخستین بار از ابزارهای (NVSA و STOHLA) به زبان فارسی بهره برد، در ابتدای فرایند مطالعه مراحل بومی‌سازی پرسش‌نامه‌ها انجام شد. در

اما محققین ابزارهای متفاوتی را برای سنجش سواد سلامت طراحی نمودند که هر کدام بعدی از سواد سلامت را مورد بررسی قرار می‌دهد (۱۴-۱۲). در این میان پرسش‌نامه‌های Short test of functional health literacy (S-TOFHFLA) و Newest vital sign (NVSA) از مهم‌ترین و معتبرترین ابزارهای سنجش سواد سلامت به شمار می‌روند. این پرسش‌نامه‌ها تاکنون به چندین زبان دنیا اعتبارسنجی شده است و به طور گسترده در سطح جهان توسط محققین مورد استفاده قرار گرفته است.

پرسش‌نامه S-TOFHFLA نسخه خلاصه شده پرسش‌نامه TOFHFLA می‌باشد که به دلیل کمتر بودن زمان تکمیل آن (۷ تا ۱۰ دقیقه) کاربردی‌تر به نظر می‌رسد. این ابزار مشتمل بر دو بخش است که بخش اول اطلاعاتی پزشکی در خصوص نسخه تجویزی پزشک و یا پروسه درمان را در اختیار فراگیران قرار می‌دهد (۲). افراد پس از مطالعه این اطلاعات به سؤال‌های مربوط به آن‌ها پاسخ می‌دهند. در بخش دوم آزمون، افراد متونی مرتبط با سلامتی را که لغاتی در جملات این متون حذف گشته است را با کلمه‌ای صحیح تکمیل می‌نمایند. نمرات افراد در این پرسش‌نامه از ۰ تا ۱۰۰ محاسبه می‌گردد و نمرات کمتر از ۵۳ به عنوان سواد سلامت ناکافی قلمداد می‌شود (۴).

پرسش‌نامه NVSA در سال ۲۰۰۵ توسط Weiss و همکاران در کشور آمریکا طراحی شد (۱۴). در واقع این پژوهشگران به دنبال ساخت ابزاری ساده و با قدرت بالا برای سنجش سواد سلامت بودند. این گروه پس از بررسی ابزارهای موجود برای سنجش سواد سلامت، پیش‌نویس‌هایی جهت ساخت ابزار مورد نظر تهیه نمودند. این پیش‌نویس‌ها تحت عناوین (۱) دستورالعمل مصرف داروی سردرد بر اساس نسخه پزشک، (۲) فرم رضایت برای انجام آنژیوگرافی عروق کرونر، (۳) دستورالعمل خود مراقبتی (Self-care) در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، (۴) برچسب یک ماده غذایی (بستی) و (۵) دستورالعمل مصرف داروی آسم به صورت کاهش تدریجی مصرف استروئید بود.

در نهایت برچسب ماده غذایی (بستی) به عنوان ابزاری

شد. این تعداد از افراد بر اساس مطالعه‌های مشابه انتخاب گردیدند (۱۷، ۱۶). در این مرحله نیز با توجه به بازخورد دریافت شده از این گروه، تغییرات لازم جهت قابل فهم‌تر شدن و وضوح بیشتر سؤال‌ها صورت گرفت. لازم به ذکر است که این ۶۰ نفر در مرحله بعد وارد مطالعه نشدند.

ضریب Cronbach's alpha برای تعیین تجانس درونی (Internal consistency) پرسش‌نامه‌ها محاسبه گردید. همچنین برای تعیین همبستگی بین دو پرسش‌نامه، ضریب همبستگی Pearson محاسبه شد. در نهایت پرسش‌نامه‌ها توسط ۵۲۵ نفر از افراد بالای ۱۸ سال تکمیل شد که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند. این افراد از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس از مناطق شهری اصفهان انتخاب شدند. بدین ترتیب که متناسب با جمعیت هر یک از مناطق چهارده‌گانه شهری اصفهان، تعداد نمونه مورد نیاز انتخاب شدند. با توجه به این که گروه هدف مطالعه افراد بزرگسال بود و دسترسی به ایشان به سادگی امکان‌پذیر بود، افراد به شیوه نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند.

افرادی که مشکل حاد بینایی و شنوایی داشتند و یا دچار اختلالات روانی و ادراکی بودند و قادر به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نبودند، از مطالعه خارج شدند. داده‌های جمع‌آوری شده به صورت جمعی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون‌های آماری Cronbach's alpha، همبستگی Pearson و χ^2 تجزیه و تحلیل شد.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه نخست با نام نسخه کوتاه پرسش‌نامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (S-TOFHLA) بود که از دو بخش (سنجش مهارت محاسبات و درک خواندن) تشکیل شده بود. در این پرسش‌نامه ۴ سؤال برای بخش محاسبات و ۳۶ سؤال برای بخش درک خواندن وجود داشت. بخش درک خواندن این پرسش‌نامه شامل ۲ متن واقعی مربوط به مراقبت‌های سلامتی (دستورات آمادگی برای عکسبرداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسؤولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه‌نامه) می‌شد که دارای جاهای خالی در جملات خود بود. برای هر

این پژوهش برای فرایند ترجمه از رویکرد Jones و همکاران استفاده شد (۱۵). هر دو پرسش‌نامه در ابتدا توسط سه تن از استادان مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. سپس نسخه فارسی پرسش‌نامه‌ها توسط سه مترجم دیگر به زبان انگلیسی برگردان شد. در نهایت نسخه اصلی انگلیسی، فارسی و نسخه برگردان شده به انگلیسی برای ارزیابی وضوح، موارد اختلاف و خطاهای احتمالی در معنی‌یابی و در نهایت رفع تناقضات توسط یک پانل تخصصی از خبرگان مسلط به دو زبان فارسی و انگلیسی مورد بررسی قرار گرفت.

پس از اطمینان از مطابقت متن ترجمه شده پرسش‌نامه‌ها، از گروه متخصصان (Expert panel) درخواست شد تا نظریاتشان را در جهت تعیین روایی محتوایی این پرسش‌نامه ارائه دهند. برای تعیین روایی محتوایی (Content validity) پرسش‌نامه‌ها از دو روش کمی و کیفی استفاده شد. در روش کیفی سؤال‌های نهایی در اختیار ۱۰ نفر از استادان متشکل از ۸ تن از متخصصین رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و ۲ تن از استادان رشته تغذیه قرار داده شد. آن‌ها نظراتشان را در خصوص روایی صوری (Face validity) و تطبیق فرهنگی (Cultural adoption) پرسش‌نامه‌ها در جامعه مورد مطالعه ارائه دادند. در این مرحله بنا به توصیه چند تن از گروه متخصصان و نظر خود محقق، سؤال سوم پرسش‌نامه NVS اندکی خلاصه‌تر شد و در پرسش دوم نیز تغییرات اندکی در جهت قابل فهم‌تر شدن صورت گرفت.

در بررسی روایی محتوا به شیوه کمی دو شاخص نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوا محاسبه گردید. جهت تعیین نسبت روایی محتوا در خصوص ضرورت و یا عدم ضرورت هر سؤال از متخصصین امر نظرخواهی شد. مقادیر CVR بالاتر از ۰/۵۶ بر اساس جدول Lawshe مورد پذیرش قرار گرفت. برای تعیین شاخص روایی محتوا معیارهای مرتبط بودن، وضوح و سادگی هر سؤال بررسی شد و مقادیر بالاتر از ۰/۷۹ مورد پذیرش قرار گرفت.

سپس نسخه فارسی تهیه شده جهت پیش آزمون، ارزیابی مقدماتی و تعیین وضوح گزینه‌ها در اختیار یک نمونه تصادفی ۶۰ نفری از افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه قرار داده

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

سن	میانگین	۳۳/۶
انحراف معیار		۱۲/۵
جنسیت	تعداد (درصد)	
مرد	۲۴۴ (۴۶/۵)	
زن	۲۸۱ (۵۳/۵)	
سطح تحصیلات	تعداد (درصد)	
ابتدایی	۱۶۵ (۳۱/۴)	
راهنمایی	۸۵ (۱۶/۲)	
دبیرستان	۱۴۴ (۲۷/۵)	
دانشگاه	۱۳۱ (۲۴/۹)	
وضعیت اقتصادی	تعداد (درصد)	
خوب	۱۷۶ (۳۳/۶)	
متوسط	۲۷۲ (۵۱/۸)	
ضعیف	۷۷ (۱۴/۶)	
میانگین و انحراف معیار نمره کسب شده از پرسشنامه		
S-TOFHLA	۶۹/۸ ± ۱۶/۲	
NVS	۲/۷ ± ۱/۹	

S-TOFHLA: Short test of functional health literacy in adults; NVS: Newest vital signe

میانگین نمره سواد سلامت جمعیت مورد مطالعه توسط پرسشنامه S-TOFHLA، $69/8 \pm 16/2$ به دست آمد. $46/5$ درصد افراد سواد سلامت کافی، 38 درصد سواد سلامت مرزی و $15/5$ درصد افراد سواد سلامت ناکافی داشتند. در بخش محاسبات $50/7$ درصد از شرکت‌کنندگان به 2 یا کمتر از 2 سؤال پاسخ صحیح دادند. $26/8$ درصد از افراد به 3 سؤال و $22/5$ درصد از آزمودنی‌ها به هر 4 سؤال پاسخ صحیح دادند. در بخش درک خواندن نیز برای متن اول $8/5$ درصد از افراد به 11 سؤال یا کمتر از میان 16 سؤال پاسخ صحیح دادند. در بخش دوم $16/9$ درصد از افراد به 14 سؤال یا کمتر از میان 30 پرسش پاسخ صحیح دادند. در خصوص روایی محتوای نسخه کوتاه آزمون سواد سلامت عملکردی بزرگسالان با توجه به تعداد افراد خبره و

جای خالی در متن 4 پاسخ احتمالی که تنها یکی از آن‌ها صحیح بود، در زیر جملات آورده شده بود. این بخش از پرسشنامه توسط خود فرد تکمیل می‌گشت. سپس برای بخش مهارت محاسبات این پرسشنامه 4 کارت حاوی توضیحات به فرد داده می‌شد و از او 4 سؤال پرسیده می‌شد. بر اساس این پرسشنامه نمرات بین $53-0$ نشان‌دهنده سواد سلامت ناکافی، نمرات بین $66-54$ نشان‌دهنده سواد سلامت مرزی و نمرات بین $100-67$ نشان‌دهنده سواد سلامت کافی بود.

دومین ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه NVS بود. این پرسشنامه که سؤال‌های آن بر اساس درک فرد از برجسب استاندارد اطلاعات غذایی یک بستنی طراحی شده بود، مشتمل بر 6 پرسش بود. در این پرسشنامه برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز در نظر گرفته می‌شد. بر طبق این پرسشنامه نمرات $1-0$ نشان‌دهنده سواد سلامت ناکافی، نمرات بین $3-2$ نشان‌دهنده سواد سلامت مرزی و نمرات بین $6-4$ نشان‌دهنده سواد سلامت کافی بود. برای تکمیل این پرسشنامه برجسب استاندارد حقایق غذایی مربوط به یک بستنی به فرد داده می‌شد که در ابعاد A_8 به صورت رنگی چاپ شده بود. از او خواسته می‌شد تا آن را با دقت مطالعه کند. سپس پرسشگر با در اختیار داشتن برگه سؤال‌ها به روش پرسشگری 6 سؤال را می‌پرسید. فرد تا زمان اتمام پاسخگویی برجسب ماده غذایی را در دست داشت و می‌توانست برای یافتن پاسخ صحیح به آن رجوع کند. این فرایند برای همه جمعیت مورد مطالعه صورت گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد 525 نفر بزرگسال (18 سال به بالا) با میانگین سنی $33/6 \pm 12/5$ سال وارد مطالعه شدند. $53/5$ درصد از افراد مورد مطالعه زن و $46/5$ درصد از آن‌ها مرد بودند. 45 درصد از آزمودنی‌ها دارای مدرک دیپلم و یا تحصیلات دانشگاهی بودند. به طور کلی حدود 52 درصد از آزمودنی‌ها وضعیت اقتصادی خود را در حد متوسط ارزیابی نمودند. تنوع شغلی در میان مردان شرکت‌کننده در مطالعه زیاد بود، اما عمده زنان ($71/7$ درصد) خانه‌دار بودند (جدول ۱).

ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد، به طوری که سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، تحصیلات کمتر، زنان و قشر کم درآمد شایع‌تر بود.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که بر اساس پرسش‌نامه S-TOFHLA بیش از ۵۰ درصد از افراد و بر اساس نتایج حاصل از پرسش‌نامه NVS، ۶۱ درصد از افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند. بر اساس نتایج مطالعه Baker و همکاران که با استفاده از پرسش‌نامه S-TOFHLA انجام شد، ۴۶ درصد از افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند. Baker که طراح این پرسش‌نامه نیز بود، ثبات درونی این ابزار را برای بخش محاسبات ۰/۶۸ و برای بخش درک خواندن ۰/۹۷ گزارش نمود (۱۸). در مطالعه حاضر نیز که برای نخستین بار از این ابزار به زبان فارسی استفاده شد، ثبات درونی این پرسش‌نامه برای بخش درک خواندن (۰/۷۸) و برای بخش محاسبات (۰/۶۹) به دست آمد.

مطالعه‌ای در کشور برزیل روی ۳۱۲ بزرگسال برای سنجش سواد سلامت افراد با استفاده از نسخه کوتاه پرسش‌نامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان انجام شد. در این مطالعه بیش از ۳۲ درصد از افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (۱۹). نتایج مطالعه‌ای که روی بیماران زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و با استفاده از

معیار ۰/۵۶ جدول Lawshe و در بخش شاخص روایی محتوا با توجه به معیار ۰/۷۹، تمامی سؤال‌های این پرسش‌نامه از روایی محتوای مناسبی برخوردار بودند. این پرسش‌نامه همچنین از تجانس درونی مناسبی برخوردار بود، به طوری که مقدار ضریب Cronbach's alpha برای بخش محاسبات ۰/۶۹ و برای بخش درک خواندن ۰/۷۸ به دست آمد.

میانگین نمره سواد سلامت آزمودنی‌ها توسط پرسش‌نامه NVS، $1/9 \pm 2/7$ به دست آمد. ۳۸/۵ درصد از افراد سواد سلامت کافی، ۳۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۲۵/۵ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند. آزمودنی‌ها بیشترین پاسخ صحیح (۴۵/۱ درصد) را به سؤال پنج دادند که در خصوص حساسیت‌زا بودن یا نبودن بستنی بود. کمترین پاسخ صحیح (۳۱ درصد) به پرسش نخست این پرسش‌نامه تعلق داشت که در آن میزان کالری موجود در بستنی پرسیده می‌شد.

روایی محتوای پرسش‌نامه NVS با توجه به نظرات افراد متخصص تأیید شد. مقدار ضریب Cronbach's alpha برای این پرسش‌نامه ۰/۸ به دست آمد که بیانگر مناسب بودن تجانس درونی این پرسش‌نامه بود. ضریب همبستگی Pearson با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نشان داد که بین نمرات دو پرسش‌نامه S-TOFHLA و NVS همبستگی بالایی ($r = 0/72$) وجود داشت و به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$) (جدول ۲). در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و سن، سطح تحصیلات، جنس و وضعیت اقتصادی

جدول ۲: ارتباط بین نمرات حاصل از پرسش‌نامه NVS و S-TOFHLA توسط آزمون Pearson

Pearson		Pearson	
NVS	S-TOFHLA	S-TOFHLA	NVS
نمره کل	نمره کل	مهارت محاسبات	درک خواندن
			درک خواندن
			۰/۳۶۱
		۱	($P = 0/002$)
		۰/۵۳۱	۰/۷۶۱
		($P < 0/001$)	($P < 0/001$)
	۱	۰/۷۲۵	۰/۵۳۵
	($P < 0/001$)	($P < 0/001$)	($P < 0/001$)
۱	($P < 0/001$)	($P < 0/001$)	($P < 0/001$)

S-TOFHLA: Short test of functional health literacy in adults; NVS: Newest vital signe

پرسش‌نامه S-TOFHFLA در سبیری انجام شد، نشان داد که ۴۴ درصد از زنان سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند (۲۰). از پرسش‌نامه NVS برای ارزیابی سواد سلامت افراد در کشورهای مختلف چون استرالیا و سنگاپور نیز استفاده شد. نتایج حاصل از مطالعه‌ای در استرالیا نشان داد که ۵۵ درصد از افراد سواد سلامت کافی داشتند. این میزان بالاتر از نتیجه حاصل از مطالعه حاضر (۳۸/۵ درصد) بود (۲۲، ۲۱). Ozdemir و همکاران در مطالعه‌ای که در کشور ترکیه انجام دادند، برای اولین بار از نسخه ترکی پرسش‌نامه NVS جهت سنجش سواد سلامت استفاده نمودند. نتایج این مطالعه نشان داد که ۷۱/۹ درصد از افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند. پرسش‌نامه NVS در این مطالعه همانند نتایج مطالعه حاضر از ثبات درونی خوبی ($\alpha = 0.7$) نیز برخوردار بود (۲). Fransen و همکاران نیز در مطالعه‌ای برای اولین بار پرسش‌نامه NVS را در پژوهشی در هلند به کار گرفتند. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که ۷۹ درصد از افراد شرکت‌کننده سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند. این پرسش‌نامه به زبان هلندی نیز از ثبات درونی قابل قبولی (۰/۷۸) برخوردار بود (۱). یک بررسی سیستماتیک توسط Paasche-Orlow و همکاران روی ۸۵ مطالعه مختلف در زمینه سواد سلامت انجام گرفت که با استفاده از ابزارهای گوناگون صورت گرفته بودند. نتایج حاکی از این بود که در کل، ۴۶ درصد از افراد مورد مطالعه این پژوهش‌ها سواد سلامت ناکافی یا مرزی داشتند (۲۳).

در مطالعه حاضر بین سطح سواد سلامت و سن، سطح تحصیلات، جنس و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد. سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، تحصیلات کمتر، زنان و قشر کم درآمد شایع‌تر بود. این نتایج در مطالعه‌های دیگر نیز گزارش شد (۲۴، ۷، ۳). مقایسه نمرات حاصل از دو ابزار NVS و S-TOFHFLA نشان داد که بین نمرات این دو پرسش‌نامه همبستگی بالایی وجود داشت. ۷۱/۶ درصد از افرادی که بر اساس پرسش‌نامه NVS نمرات بالاتر از ۴ گرفته بودند و از سواد سلامت کافی برخوردار بودند، در پرسش‌نامه S-TOFHFLA نیز نمرات

بالاتر از ۶۷ کسب کردند و در گروه افراد با سواد سلامت کافی قرار گرفتند. این موضوع حاکی از آن است که این دو ابزار با وجود تفاوت‌های ساختاری که از نظر طراحی با یکدیگر دارند، اما قابلیت استفاده به صورت جایگزین دیگری را در موقعیت‌های مختلف خواهند داشت.

در کل نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افراد عملکرد به نسبت بهتری در پاسخگویی به پرسش‌نامه کوتاه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (S-TOFHFLA) در مقایسه با پرسش‌نامه NVS داشتند. این وضعیت می‌تواند ناشی از این باشد که پاسخگویی به سؤال‌های پرسش‌نامه NVS نیازمند مهارت‌های پیچیده ریاضی است. از طرفی عدم آشنایی افراد شرکت‌کننده در مطالعه با برچسب‌های مواد غذایی می‌تواند آن‌ها را در پاسخگویی به سؤال‌ها با مشکل روبه‌رو کند. از این رو این واقعیت بایستی در زمان تجویز داروها نیز مورد توجه قرار گیرد؛ چرا که صرفاً اکتفای تجویزکنندگان به وجود برچسب یا لیفلت دارویی کافی نخواهد بود و احتمالاً افراد همانند برچسب‌های مواد غذایی در درک این مواد نوشتاری نیز با مشکل روبه‌رو خواهند بود.

اگرچه ابزارهای متعددی برای سنجش سواد سلامت طراحی شده است و مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما اگر به مفهوم سواد سلامت توجه کنیم، درخواهیم یافت که این ابزارها چندان هم جامع نیستند. دلیل این امر بیشتر این است که ابزارهای موجود مهارت‌هایی چون خواندن، نوشتن، درک اطلاعات مرتبط با سلامتی و پیروی از پیام‌های بهداشتی ساده را مدنظر قرار می‌دهد که این همان سواد سلامت عملکردی است. این در حالی است که سواد سلامت عملکردی تنها یکی از حوزه‌های مفهوم کلی سواد سلامت است.

اگر در مفهوم سواد سلامت زمینه‌های روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، شناختی و فرهنگی مورد توجه قرار گیرند، این مفهوم شفاف‌تر و آگاهانه‌تر خواهد بود. با این دیدگاه، سواد سلامت بایستی میزان درک افراد و همچنین تغییرات رفتاری در آن‌ها را مورد توجه قرار دهد. از این رو ابزارهای سنجش سواد سلامت بایستی قادر باشند تا بین کسب اطلاعات، درک آن‌ها و تمایل و توانایی به عمل در جهت رسیدن به ارتقای

نتیجه‌گیری

در انتها این مطالعه نشان داد که طیف وسیعی از بزرگسالان شهر اصفهان سواد سلامت پایینی (ناکافی و مرزی) داشتند که این موضوع هشدار برای مسئولین، سیاست‌گذاران بخش سلامت و متولیان امر سلامت محسوب می‌گردد. بر اساس نتایج این مطالعه دو ابزار NVS و S-TOFHLA از روایی و پایایی قابل قبولی برای سنجش سواد سلامت در افراد بزرگسال برخوردار است. اگرچه این دو تنها ابزارهای سنجش سواد سلامت محسوب نمی‌شوند، اما ویژگی‌هایی چون خلاصه بودن و صرف زمان کمتر برای پاسخگویی به آن‌ها این پرسش‌نامه‌ها را از سایر ابزارهای موجود برای سنجش سواد سلامت متمایز و ممتاز می‌گرداند. همچنین لازم به ذکر است که همچنان نیاز اساسی برای توجه گسترده‌تر به امر سواد سلامت احساس می‌گردد. امید است که نتایج حاصل از این مطالعه زمینه‌ای برای مطالعه‌های آتی باشد و در قرار دادن این مهم در برنامه‌های خرد و کلان در نظام سلامت کشور مؤثر واقع گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است و با حمایت مالی آن دانشگاه صورت گرفت. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به جهت حمایت معنوی و مادی از این پژوهش و همچنین کلیه کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌داریم.

سلامت تمایز قایل شوند. هم اکنون هیچ کدام از ابزارهای موجود همه این موارد را مورد ارزیابی قرار نمی‌دهد. با این حال بایستی توجه نمود که سنجش مهارت‌هایی چون خواندن، درک و محاسبات اولین گام برای ارزیابی سواد سلامت است. بنابراین بدون این مهارت‌های پایه سایر ابعاد سواد سلامت محقق نمی‌گردد (۲).

به دانش ما مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای است که سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان را با این دو ابزار جدید مورد بررسی قرار می‌دهد. بنابر ماهیت ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، تنها مهارت‌های خواندن و محاسبات افراد مورد بررسی قرار گرفت. همان طور که بیان شد، این موارد تنها بخشی از مفهوم کلی سواد سلامت را تشکیل می‌دهند. برای موفقیت در برخورد با نظام سلامت، سایر مهارت‌ها چون گوش دادن، سخن گفتن و داشتن دانش زمینه‌ای و فرهنگی نیز بایستی مورد توجه قرار گیرد.

با این حال یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند در جهت تغییر و بهبود محیط‌های بهداشت و درمان که گاهی وابستگی زیادی به مواد نوشتاری دارند، مؤثر واقع شود. بدین صورت که کارکنان بهداشتی نباید صرفاً به ارایه اطلاعات به صورت نوشتاری اکتفا کنند؛ چرا که علاوه بر آن ارتباط مؤثر با مددجویان و گرفتن بازخورد از آن‌ها اثربخش‌تر خواهد بود. در این پژوهش با توجه به این که تمایل به شرکت در مطالعه به عنوان معیار ورود در نظر گرفته شد، این احتمال وجود دارد که افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، از سطح سواد سلامت بالاتری برخوردار بودند. این مورد می‌تواند به عنوان محدودیت مطالعه حاضر محسوب گردد.

References

1. Fransen MP, Van Schaik TM, Twickler TB, Essink-Bot ML. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *J Health Commun* 2011; 16(Suppl 3): 134-49.
2. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res* 2010; 25(3): 464-77.
3. von WC, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61(12): 1086-90.
4. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
5. Bennett CL, Ferreira MR, Davis TC, Kaplan J, Weinberger M, Kuzel T, et al. Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16(9): 3101-4.

6. 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.
7. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health* 2010; 10: 614.
8. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad Gh. The Relationship between Health Literacy, Health status and Healthy behaviors among Elderly in Isfahan. *J Health Syst Res* 2011; 7(4): 469-70.
9. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med* 2004; 36(8): 588-94.
10. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006; 21(8): 878-83.
11. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55(6): S368-S374.
12. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10(10): 537-41.
13. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med* 1993; 25(6): 391-5.
14. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med* 2005; 3(6): 514-22.
15. Jones EG, Mallinson RK, Phillips L, Kang Y. Challenges in language, culture, and modality: translating English measures into American Sign Language. *Nurs Res* 2006; 55(2): 75-81.
16. Karimlou M, Zaeri F, Masah Choulabi O, Hatami A, Mousavi khatat SM. Persian version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire. *Rehabilitation* 2009; 11(4): 73-82.
17. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(1): 102-13.
18. 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.
19. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4): 631-8.
20. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Which women patients have better health literacy in Serbia? *Patient Educ Couns* 2012; 89(1): 209-12.
21. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, Dodd M, Findlay C, Wilson DH. Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. *Med J Aust* 2009; 191(10): 530-4.
22. Ko Y, Lee JY, Toh MP, Tang WE, Tan AS. Development and validation of a general health literacy test in Singapore. *Health Promot Int* 2012; 27(1): 45-51.
23. 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.
24. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy [Online]. 2006; Available from: URL: www.nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf/

Health Literacy among Adults in Isfahan, Iran

Seyed Homamodin Javadzade¹, Gholamreza Sharifirad², Mahnoosh Reisi³,
Elaheh Tavassoli⁴, Fatemeh Rajati⁵

Original Article

Abstract

Background: Accessing to health information, getting informed about the health and illness issues is an important factor for health status. It is expected that having a good health requires using this type of information. Having such active role in patient and healthy population needs higher level of health literacy. This study measured health literacy of adults in Isfahan, Iran using Persian standardized version of newest vital sign (NVS) and short version of test of functional health literacy assessment (S-TOFHLA).

Methods: In a cross-sectional study, 525 adults (over 18 years) were enrolled in Isfahan. The data collection was done by NVS and S-TOFHLA questionnaires which translated into Persian and were standardized.

Findings: The mean age of the study subjects was 33.6 ± 12.5 years. According to S-TOFHLA, 46.5% of adults had adequate health literacy, 38% had borderline literacy and 15.5% had inadequate health literacy. With NVS, 25.5% of study subjects had inadequate health literacy, 36% had borderline literacy and 38.5% had adequate health literacy. The association between the results of the two questionnaires by the Pearson correlation test r that this questionnaires were correlate ($r = 0.72$; $P < 0.001$). In this study, there was a statistically significant association between the educational level, age, gender, economical status and health literacy status. Inadequate health literate was more likely to be older, less educated, woman and low income.

Conclusion: The results showed that the Persian version of the S-TOFHLA in adults and the NVS for use in the Persian adult population had adequate efficiency and reliability to be used. In the other hand, results of this study showed a wide range of adult in Isfahan had inadequate and marginal health literacy. This suggested the need for greater attention to the issue of health literacy on health promotion programs.

Key words: Health Literacy, Persian Health Literacy Questionnaire, Isfahan Adults

Citation: Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. **Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran.** J Health Syst Res 2013; 9(5): 540-9.

Received date: 08/06/2013

Accept date: 02/07/2013

1- PhD Candidate, Student Research Committee, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- PhD Candidate, Student Research Committee, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: reisi_mr@yahoo.com

4- PhD Candidate, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Department of Public Health, School of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran