

Assessing the level of health literacy and barriers to accessing health information in referrals to Shahid Mostafa Khomeini hospital

Mahiasadat Nasiri¹, Zahra Johari², Kobra Khajavi Shojai², Ashraf Piasteh^{2*}

1. School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran
2. Department of Health and Social Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

* Corresponding author e-mail: pirasteh.ashraf@gmail.com

Citation: Nasiri M, Johari Z, Khajavi Shojai K, Piasteh A. Assessing the level of health literacy and barriers to accessing health information in referrals to Shahid Mostafa Khomeini hospital. *Daneshvar Medicine* 2021; 29(5):26-40. doi: 10.22070/DANESHMED.2021.12948.0

Abstract

Background and Objective: The World Health Organization has identified health literacy as one of the biggest determinants of health. The purpose of this study was to determine the level of health literacy and barriers to accessing health information in clientele to Shahid Mostafa Khomeini hospital.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 385 referrals to Shahid Mostafa Khomeini hospital in 2020. The collection tool is a questionnaire containing three parts including individual and demographic questions, questions to assess the level of health literacy and questions to assess barriers to accessing health information). The data collected in this study were analyzed using SPSS 22 software. Significance level in this study was less than 0.05.

Results: From the total number of participants 55.1% were women and the mean age of the subjects was 41.69 ± 15.44 . About 67.8% of the participants were the inadequate health literacy group. There was a significant relationship between health literacy level and age, gender, education and marriage of the participants ($P < 0.0001$). "No health center near home". Was the most frequently reported barrier in both groups. The best variables for predicting health literacy, gender, and barriers to accessing health information were "Don't know how to take care of self", "Don't know how to use the internet", "Information would not help to make decisions".

Conclusion: According to the findings of the present study, people with adequate health literacy account for a small percentage; therefore, health policy makers should make more efforts and plans to increase health literacy in society, especially in the elderly or less educated.

Keywords: Level of health literacy, Barriers to accessing health information

Received: 27 Jun 2021

Last revised: 03 Nov 2021

Accepted: 20 Nov 2021

بررسی سطح سواد سلامت و موانع دستیابی به اطلاعات سلامت در مراجعین به بیمارستان شهید مصطفی خمینی

نویسندگان: محیاالسادات نصیری^۱، زهرا جوهری^۲، کبری خاجوی شجاعی^۲، اشرف پیراسته^{۲*}

مقاله پژوهشی

۱. دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
 ۲. گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: اشرف پیراسته Email: pirasteh.asraf@gmail.com

چکیده

مقدمه و هدف: سازمان بهداشت جهانی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده های امر سلامت معرفی نموده است. هدف از این مطالعه تعیین سطح سواد سلامت و موانع دستیابی به اطلاعات سلامت در مراجعین به بیمارستان شهید مصطفی خمینی بود.

مواد و روش ها: این پژوهش به صورت مطالعه ای مقطعی در سال ۱۳۹۹ بر روی ۳۸۵ نفر از مراجعین به بیمارستان انجام گرفت. ابزار گردآوری، پرسشنامه ای حاوی سه بخش سئوالات فردی و دموگرافیک، سئوالات بررسی سطح سواد سلامت، سئوالات بررسی موانع دستیابی به اطلاعات سلامت می باشد. داده های جمع آوری شده در این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS(ver 22) آنالیز شد و از آزمون های کای اسکویر، فیشر و رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

نتایج: از مجموع افراد شرکت کننده ۵۵/۱ درصد زن بودند، میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۴۱/۶۹ ± ۱۵/۴۴ بود. حدود ۶۷/۸ درصد از شرکت کنندگان در گروه سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند. بین سطح سواد سلامت و سن، جنسیت، تحصیلات و تأهل شرکت کنندگان ارتباط معناداری وجود داشت ($P < 0.0001$). بیشترین مانع در هر دو گروه، سواد سلامت کافی و سواد سلامت ناکافی، "نزدیک نبودن مرکز سلامت به منزل ما" بود. بهترین متغیرها برای پیش گویی سطح سواد سلامت، جنسیت و موانع دستیابی به اطلاعات سلامت، "نمی دانم چگونه مراقب سلامت خود باشم"، "نمی دانم چگونه با اینترنت کارکنم"، "اطلاعات کمک به تصمیم گیریم نمی کند" بود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های مطالعه حاضر افراد با سواد سلامت مطلوب درصد کمی را به خود اختصاص می دهند؛ لذا سیاست گذاران سلامت در امر افزایش سواد سلامت در جامعه به ویژه در افراد مسن تر و یا با تحصیلات کمتر باید بیشتر تلاش و برنامه ریزی نمایند.

واژه های کلیدی: سطح سواد سلامت، موانع دستیابی به اطلاعات سلامت

دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۶

آخرین اصلاح ها: ۱۴۰۰/۰۸/۱۲

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۹

مقدمه

بالاتری دارند (۱۷). در سالهای اخیر، انقلاب فناوری اطلاعات و ارتباطات موجب ارتقاء اطلاعات سلامت و به اشتراک گذاری آنها شده است و این امکان را برای مردم فراهم نموده که در سیل اطلاعات مربوط به سلامت زندگی کنند (۱۸). اعتبار و کیفیت پایین اطلاعات سلامت احتمالاً روی وضعیت سلامت افرادی که این اطلاعات را بکار می‌برند تأثیر منفی خواهد داشت (۱۹). افراد با سواد سلامت محدود در کاربرد و اعتماد کردن به منابعی که احتمالاً دارای کیفیت پایین‌تر اطلاعات سلامت در مقایسه با اطلاعات از متخصصین سلامت هستند، شانس بالاتری دارند (۲۰). هم‌اکنون سواد سلامت به عنوان یک مسئله و بحث جهانی مطرح می‌شود (۲۱). بر این اساس سازمان بهداشت جهانی در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرده که انجمنی متشکل از تمامی افراد مرتبط با این مسئله را جهت پایش و هماهنگی فعالیتهای راهبردی در خصوص ارتقای سواد سلامت ایجاد کنند (۲۲). گرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامت تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مربوط به سلامت، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است (۲۳). با توجه به پیچیدگی موضوع، برای تعیین موانع به طور دقیق و عمیق و از سویی با عنایات به تفاوت‌های فرهنگی و تفاوت‌های مربوط به نظام‌های ارائه خدمات سلامت در کشورهای مختلف، بررسی موضوع در هر کشوری ضروری است (۲۴). همچنین باید دنبال راهکارهای بهتر و جدیدتری برای غلبه بر موانع اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه بود (۲۵). ایزدی یار و همکاران در مطالعه‌ای تحلیلی که روی ۴۰۰ نفر از جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال شهرهای سیستان و بلوچستان انجام دادند تنها ۳۲ درصد از سواد سلامت کافی برخوردار بودند و ۶۸ درصد دارای سطح سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند (۱۶). برخی از عوامل از جمله

امروزه سواد سلامت بعنوان بخشی فراگیر در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی معرفی شده است. سواد سلامت عبارت است از میزان ظرفیت فرد برای کسب و تفسیر و درک اطلاعات پایه و خدماتی از سلامت که برای تصمیم‌گیری مناسب لازم دارد (۳-۱). تصمیمات و رفتارهایی که فرد در زمینه‌ی سبک زندگی خود می‌گیرد تحت تأثیر سواد سلامت اوست (۴). سواد سلامت به عنوان توانایی به دست آوردن، پردازش و درک اطلاعات و خدمات اساسی بهداشتی مورد نیاز برای مدیریت سلامت فرد و تصمیم‌گیری مناسب در مورد سلامتی است (۵،۶). لذا سنجش سواد سلامت امری ضروری در راستای ارتقا سلامت افراد جامعه می‌باشد، برای مثال سطح پایین سواد سلامت با دانش محدود در زمینه غربالگری سرطان و نداشتن تمایل کافی به انجام آن و استفاده نامناسب از داروها و عدم پیروی از دستورات پزشک و افزایش دفعات بستری و افزایش بار مالی بر فرد، خانواده و اجتماع همراه می‌باشد (۷-۹). سواد سلامت محدود به طور مداوم بیانگر این است که یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای وضعیت و نتایج سلامتی ضعیف برای فرد است (۱۰). افراد با سواد سلامت محدود مستعد استفاده بیشتر از خدمات اضطراری و اورژانسی در جامعه هستند (۱۱-۱۳). سواد سلامت که معمولاً شامل طیف گسترده‌ای از دانش و شایستگی‌هاست، می‌تواند کودکان و جوانان را توانمند سازد تا با دستیابی، تعامل و بکارگیری اطلاعات بهداشتی قادر باشند به فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامتی دسترسی داشته باشند (۱۴،۱۵). اهمیت سواد سلامت در سلامت عمومی رو به افزایش است و سطح سواد سلامت ناکافی به عنوان هشدار برای آرایه دهندگان خدمات سلامت محسوب می‌شود و ضروریست در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت توجه بیشتری به سطح سواد سلامت جامعه و ارتقاء آن گردد و موانع دستیابی به منابع سلامت را بررسی و در جهت رفع آنها اقدام کرد (۱۶). محققین یک مطالعه معتقدند افراد با سطح سواد بالاتر به دلیل داشتن دانش بیشتر در حوزه سلامت و بیماری، انجام رفتارهای بهداشتی، انجام اقدامات پیشگیرانه و غربالگری و پیروی دارویی بیشتر، سلامت عمومی

سلامت ناکافی همراه با رضایت کمتر بیمار، استفاده کمتر از خدمات پیشگیرانه و افزایش هزینه‌ها و مراقبت‌های درمانی بود. سواد سلامت ناکافی در میان افراد مسن که از نظر سلامتی ضعیف‌تر هستند شایع‌تر است و همین امر نتایج سلامتی آنان را بیشتر به خطر می‌اندازد (۳۰). اسونندز و همکاران (۲۰۲۰) در رابطه با عوامل مرتبط با سواد سلامت، موقعیت اقتصادی اجتماعی، رفتار مخاطرات آمیز سلامتی و وضعیت سلامتی بررسی نمودند. نتایج نشان داد ۱۸/۸ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند و ۳۰/۹۴ درصد مشکلات سواد سلامت داشتند و مردان، افراد جوانتر، مهاجرین، افراد با تحصیلات پایین و درآمد پایین‌تر دارای سواد سلامت پایین‌تر بودند. کسانی که از مزایای اجتماعی بهره‌مند هستند دارای سطوح بالاتری از سواد سلامت بودند. در بین عوامل رفتارهای سلامتی سیگار کشیدن، مصرف بالای الکل و بی‌تحركی با سواد سلامت ناکافی مرتبط بود. افراد چاق شانس بالاتری برای نمرات پایین سواد سلامت دارند. با وجود جمعیت تحصیلکرده میزان سواد بهداشتی ناکافی بالاست، سواد بهداشتی ناکافی با موقعیت اقتصادی اجتماعی پایین، وضعیت بهداشتی ضعیف، بی‌تحركی و اضافه وزن و تا حدودی با عوامل رفتاربهداشتی مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل به شدت مرتبط است (۳۱). در زمینه اینکه افزایش سواد سلامت احتمالاً موجب کاهش نابرابری‌های سلامتی در گروه‌های اجتماعی می‌شود گیبینی و همکاران (۲۰۲۰) در ایرلند مطالعه‌ای انجام دادند، در این مطالعه با بهبودی سواد سلامت در گروه‌های با وضعیت‌های اجتماعی متوسط و پایین، کاهش شیوع بیماری‌های مزمن طولانی مدت، کاهش سطوح سیگاری و مراجعه کمتر جهت ویزیت‌های بیمارستانی دیده شد (۳۲). میراندا و همکاران (۲۰۱۹) در زمینه سواد سلامت و پیامدهای فشارخون بالا در یک جمعیت چند قومی در هلند مطالعه‌ای انجام دادند و یافته‌ها بر این تأکید دارد که افراد با سواد سلامت پایین نسبت به افراد با سطح سواد مناسب احتمالاً بیشتر به فشارخون بالا مبتلا هستند و معتقدند هدف قرار دادن سواد سلامت ممکن است نقطه ورود برای مقابله با نابرابری‌های قومیتی در شیوع فشارخون بالا باشد. برای کاهش قابل توجه این نابرابری‌ها، تحقیقات بیشتری مورد نیاز است که عوامل و

پیشرفتهای دارویی و تولید داروهای جدید، رشد بیماری‌های مزمن، حرکت مستمر به سمت مشتری‌مداری و بیمارمحوری، دسترسی اطاعات سلامتی از طریق اینترنت، از عوامل مهم همگرایی هستند که در دو دهه اخیر باعث افزایش تقاضا برای مشارکت فرد در تصمیم‌گیری و مدیریت سلامت شده‌اند و اهمیت سواد سلامت را افزایش داده است (۲۶). در مطالعه‌ای که جونگ و همکاران در سال ۲۰۱۶ روی ۱۰۰۰ نفر در کره جنوبی انجام دادند مشخص شد که ۶۱ درصد افراد دارای سواد سلامت ناکافی هستند. بالاترین مانع دستیابی به سواد سلامت در هر دو گروه، گروه سواد سلامت کافی و گروه سواد سلامت ناکافی، "نزدیک نبودن مرکز سلامت به منزل" است و مانع بعدی "کتاب‌ها و مجلات گران قیمت هستند" و همچنین با افزایش سن، کاهش تحصیلات، سطح سواد سلامت نیز کاهش می‌یابد (۲۷). فرناندز و همکاران در مطالعه‌ای ارتباط سواد سلامت و رفتارهای پیشگیری‌کننده سلامتی را در بین افراد مسن بررسی نمودند، نتایج نشان داد افراد با سواد سلامت کافی در مقایسه با افرادی که سواد سلامت پایین‌تری داشتند، شانس بیشتری برای ماموگرافی در دو سال گذشته و یا انجام ورزش دو بار یا بیشتر در هفته را داشتند (۸). در مطالعه لورا ساهم و همکاران که بر روی جمعیت بزرگسال ایرلندی انجام دادند معتقدند بیماران با سواد سلامت محدود بطور معنی‌داری مشکلات بیشتری در زمینه موارد بهداشتی دریافت شده از پزشک یا داروساز را دارند و احتمالاً توانایی آنان را در ارتقاء، محافظت و مدیریت سلامتی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بهبود سواد سلامت باید هدف بهداشت عمومی برای کشورها باشد (۲۸). سواد سلامت که به عنوان توانایی دستیابی، درک و بکارگیری اطلاعات بهداشتی در نظر گرفته می‌شود، یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامتی است (۲۹). نتایج مطالعه مکثود و همکاران در آمریکا (۲۰۱۷) نشان داد که در میان پاسخ‌دهندگان ($n=7334$)، ۲۳ درصد بیمه شدگان بیمار و ۱۶ درصد بیمه شدگان سالم، سواد سلامت ناکافی داشتند. مشخصات سواد سلامت ناکافی شامل جنسیت مرد، سن بالاتر، عوارض بیشتر و تحصیلات پایین‌تر بود. سواد

پرداختن به تمامی ابعاد سواد سلامت، تفکیک سنجش ابعاد، و سهولت و سرعت تکمیل آن نسبت به سایر ابزارها اشاره کرد. سطح سواد سلامت در سه سطح ناکافی یا ضعیف با امتیاز (۳۳-۶۶)، مرزی یا متوسط با امتیاز (۶۷-۱۳۲)، کافی یا مطلوب با امتیاز (۱۳۳-۱۶۵) و در مجموع یا کل با امتیاز (۱۶۵-۳۳) سنجیده شده است (۳۵). بخش سوم، سئوالات بررسی موانع دستیابی به اطلاعات سلامت، حاوی ۱۲ سوال با لیکرت ۵ تایی از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم بود، پاسخ های کاملا موافقم و موافقم به عنوان "مانع است" در نظر گرفته شد و کاملا مخالفم، مخالفم و نظری ندارم به عنوان "مانع نیست" در نظر گرفته شد (۲۷). این مقیاس بر روی افراد کره جنوبی مطالعه شده بود. جهت بومی کردن پرسشنامه و سنجش روایی و پایایی آن، طی مطالعه مقدماتی و کسب نظر از کمیته خبرگان مشتمل از متخصصین آموزش و ارتقا سلامت و پاسخگویی ۱۰ نفر از افراد بزرگسال به سئوالات (به صورت مصاحبه نیمه ساختاری) اصلاحات لازم صورت گرفت و روایی صوری و محتوا مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با تکمیل پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از مراجعه کنندگان به یک مرکز درمانی و سپس با پاسخگویی مجدد همان افراد بعد از یک هفته و محاسبه ضریب همبستگی ۰/۸ برای مقیاس موانع دستیابی به اطلاعات سلامت، تایید گردید، پرسشنامه نهایی شامل ۱۲ سوال موانع دستیابی به اطلاعات سلامت بود.

تجزیه و تحلیل آماری

متغیرهای کمی به صورت میانگین، انحراف معیار و خطای معیار و متغیرهای کیفی به صورت تعداد و درصد گزارش شده اند. جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکور و فیشر استفاده شد. برای بررسی همزمان متغیرهای مطالعه بر سواد سلامت و به منظور پیش بینی و بررسی ارتباط متغیر سواد سلامت و متغیرهای پیشگو از رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید. سطح معناداری آزمونها کوچکتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS(ver 22) صورت گرفت.

مسیرهایی که سواد سلامت از طریق آنها می تواند بر پیامدهای فشار خون در اقوام مختلف تأثیر بگذارد را بررسی نماید (۳۳). در همین راستا نتایج مطالعه ای در ایران بیانگر میزان نامطلوب سواد سلامت در اقشار آسیب پذیر بود. این مطالعه نشان داد میزان سواد سلامت محدود در میان افراد بیکار، افراد سنین بالا، افراد با سنین تحصیل پایین و در درجه بعدی، زنان خانه دار از دیگر گروهها و اقشار بیشتر است (۳۴). هدف از این مطالعه تعیین سطح سواد سلامت و موانع دستیابی به اطلاعات سلامت در مراجعین به بیمارستان شهید مصطفی خمینی بوده است.

مواد و روش ها

مطالعه ی حاضر پژوهشی مقطعی (توصیفی تحلیلی) است. این مطالعه در ماههای بهار تا اواسط تابستان سال ۱۳۹۹ و در دوره اپیدمی Covid 19 بر روی ۳۸۵ مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی وابسته به دانشگاه شاهد با روش نمونه گیری در دسترس انجام گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مراجعه کنندگان اعم از زن و مرد امکان شرکت داشتند، افراد باید ۲۰ سال و یا بیشتر داشته باشند، رضایت شخصی به همکاری و موافق شرکت در مطالعه باشند، با سواد و قادر به خواندن و نوشتن باشند و در صورت عدم تمایل یا عدم تکمیل ۸۰ درصد پرسشنامه از مطالعه خارج شدند. جمع آوری اطلاعات با توزیع پرسشنامه و بیان اهداف مطالعه و توضیحات لازم برای افراد مورد مطالعه انجام گردید. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای حاوی سه بخش زیر می باشد، بخش اول، سئوالات فردی و دموگرافی شامل جنسیت، سن، وضعیت تاهل، سطح سواد، سطح درآمد، علت مراجعه به بیمارستان بود. بخش دوم، سئوالات بررسی سطح سواد سلامت، در این بخش جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه بومی سازی شده سواد سلامت منتظری و همکاران استفاده شد. که دارای پایایی و روایی ۰/۷۹ و ۰/۸۲ می باشد. این پرسشنامه شامل ۳۳ گویه است و ۵ بعد دسترسی، خواندن، فهم و درک، ارزیابی، تصمیم گیری و رفتار را می سنجد. مقیاس اندازه گیری گویه ها طیف پنج تایی لیکرت است. دلیل استفاده از این ابزار میتوان به بومی بودن آن،

ناکافی را نشان می دهد. فقط ۳۲/۲ درصد دارای سطح سواد سلامت کافی می باشند (۸/۱ ± ۱۴۴/۵) و بقیه شرکت کنندگان ۲۸/۳ درصد دارای سطح سواد سلامت مرزی (۱۲/۷ ± ۱۰۷/۶) و ۳۹/۵ درصد سطح سواد ناکافی داشتند (۸/۲ ± ۵۴/۲۸).

نتایج

سواد سلامت شرکت کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سواد سلامت کل شرکت کنندگان ۸۳/۹۸ (SD= 89/18) از ۱۶۵ است و بطور کلی سواد سلامت

جدول ۱. سواد سلامت شرکت کنندگان مورد مطالعه (n= 385)

گروه	تعداد و درصد	میانگین و انحراف معیار
سواد سلامت کافی	۱۲۴ (۳۲/۲)	۱۴۴/۵ ± ۸/۱
سواد سلامت مرزی	۱۰۹ (۲۸/۳)	۱۰۷/۶ ± ۱۲/۷
سواد سلامت ناکافی	۱۵۲ (۳۹/۵)	۵۴/۲۸ ± ۸/۲

سلامت کاهش می یافت. نتیجه آزمون آماری نشان داد که بین سطح سواد سلامت و تحصیلات شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ارتباط معناداری وجود داشت. نتیجه آزمون آماری نشان می دهد که بین سطح سواد سلامت و وضعیت تأهل شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ارتباط معناداری وجود دارد.

(Fisher's Exact Test=8.762, P = 0.008). بدین معنی که متاهلین سطح سواد بالاتری نسبت به مجردین داشتند. نتیجه آزمون آماری نشان می دهد که بین سطح سواد سلامت و سطح درآمد شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ارتباط معناداری وجود ندارد. (Chi-Square=2.032, P= 0.361) (جدول شماره ۲).

ویژگی های نمونه مورد مطالعه

از مجموع افراد شرکت کننده ۵۵/۱ درصد زن بودند، میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۱۵/۴۴ ± ۴۱/۶۹ باکمینه بیست و بیشینه نود بود. بیشترین فراوانی شرکت کنندگان (۵۶/۴۲ درصد) مربوط به گروه سنی ۲۰-۳۹ سال بود. نتیجه آزمون آماری نشان می دهد که بین سطح سواد سلامت و جنسیت شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ارتباط معناداری وجود دارد.

(Chi-Square=30.246, P<0.0001) بدین معنی که سطح سواد سلامت در زنان نسبت به مردان بهتر است. نتایج نشان می دهد که بین سطح سواد سلامت و سن شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ارتباط معناداری وجود دارد. (Chi-Square=28.604, P<0.0001) بدین معنی که با افزایش سن شرکت کنندگان سطح سواد

جدول ۲. ویژگی های جمعیتی شرکت کنندگان مورد مطالعه بر اساس سطح سواد سلامت (n= 385)

ویژگیها	گروه سواد سلامت کافی تعداد (درصد) یا میانگین (SD)	گروه سواد سلامت ناکافی و مرزی تعداد (درصد) یا میانگین (SD)	x ²	p
سن	سال ۲۰-۳۹	۱۳۷ (۳۲/۳)	۲۸/۶۰۴	<۰/۰۰۰۱
	سال ۴۰-۶۴	۵۴ (۴۳/۳)		
	۶۵ سال و بیشتر	۵ (۴/۲)		
جنس	زن	۷۲ (۵۸/۱)	۳۰/۲۴۶	<۰/۰۰۰۱
	مرد	۵۲ (۴۱/۹)		
وضعیت تأهل	مجرد	۲۰ (۱۶/۱)	۸/۷۶۲	۰/۰۰۸
	متاهل	۱۰۴ (۸۳/۹)		
	موارد دیگر	۰		
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۵ (۴/۰۴)	۲۳/۸۳۷	<۰/۰۰۰۱
	دیپلم	۱۴ (۱۱/۲۹)		
	فوق دیپلم	۶۱ (۴۹/۱۹)		
	ولیسانس	۱۵۶ (۵۹/۷۸)		
	فوق لیسانس و دکتری	۴۴ (۳۵/۴۸)		
سطح درآمد	ضعیف	۱۵ (۱۲/۱)	۲/۰۳۲	۰/۳۶۱
	متوسط	۸۷ (۷۰/۲)		
	خوب	۲۲ (۱۷/۷)		

مقایسه موانع جستجوی اطلاعات سلامت بر اساس سطح سواد سلامت در گروههای سواد سلامت کافی و ناکافی در جدول ۳ آمده است. کمترین مانع در هر دو گروه "عدم پاسخگویی خانواده و دوستان در رابطه با سوالات سلامت" و بیشترین مانع در هر دو گروه "نزدیک نبودن مرکز سلامت به منزل ما" بود. شرکت کنندگان در گروه سواد سلامت ناکافی موانع درک شده بیشتر برای جستجوی اطلاعات سلامت نسبت به گروه سواد سلامت کافی داشتند، در مورد ۸ مانع: "اطلاعات زیاد به من فشار می آورد" (۳۹/۴۶ در مقابل ۲۲/۶)، "نمی دانم چگونه اطلاعات به دست آورم" (۲۷/۲ در مقابل ۱۲/۹)، "به دست آوردن اطلاعات زمان زیادی می برد" (۴۰/۰ در مقابل ۲۸/۲۲)، "اطلاعات کمک به تصمیم گیریم نمی کند" (۳۹/۰۸ در مقابل ۲۰/۹۶)، "نمی دانم چگونه مراقب سلامت خود باشم" (۴۱/۰ در مقابل ۱۴/۵۱)، "نمی دانم چگونه با اینترنت کار کنم" (۴۰/۶۲ در مقابل ۱۱/۲۹)، "مراقبان سلامت مفید واقع نمی شوند" (۳۹/۸ در مقابل ۲۵)، "نزدیک نبودن مرکز سلامت به منزل ما" (۵۱/۷ در مقابل ۳۸/۷) تفاوت معنی داری بین دو گروه دیده شد. در رابطه با سایر موانع درک شده از جمله "کمبود حمل و نقل برای جابجایی"، "کتب و مجلات گران هستند"، "کمبود اطلاعات سلامت در رسانه های جمعی"، "عدم پاسخگویی خانواده و دوستان در رابطه با سوالات سلامت" تفاوت معنی داری وجود نداشت (p>0.05).

مقایسه موانع جستجوی اطلاعات سلامت بر اساس سطح سواد سلامت در گروههای سواد سلامت کافی و ناکافی در جدول ۳ آمده است. کمترین مانع در هر دو گروه "عدم پاسخگویی خانواده و دوستان در رابطه با سوالات سلامت" و بیشترین مانع در هر دو گروه "نزدیک نبودن مرکز سلامت به منزل ما" بود. شرکت کنندگان در گروه سواد سلامت ناکافی موانع درک شده بیشتر برای جستجوی اطلاعات سلامت نسبت به گروه سواد سلامت کافی داشتند، در مورد ۸ مانع: "اطلاعات زیاد به من فشار می آورد" (۳۹/۴۶ در مقابل ۲۲/۶)، "نمی دانم چگونه اطلاعات به دست آورم" (۲۷/۲ در مقابل ۱۲/۹)، "به دست آوردن اطلاعات زمان زیادی می برد" (۴۰/۰ در مقابل ۲۸/۲۲)، "اطلاعات کمک به تصمیم گیریم نمی کند" (۳۹/۰۸ در مقابل ۲۰/۹۶)، "نمی دانم چگونه مراقب سلامت خود باشم" (۴۱/۰ در مقابل ۱۴/۵۱)، "نمی دانم چگونه با اینترنت کار کنم" (۴۰/۶۲ در مقابل ۱۱/۲۹)، "مراقبان سلامت مفید واقع نمی شوند" (۳۹/۸ در مقابل ۲۵)، "نزدیک نبودن مرکز سلامت به منزل ما" (۵۱/۷ در مقابل ۳۸/۷) تفاوت معنی داری بین دو گروه دیده شد. در رابطه با سایر موانع درک شده از جمله "کمبود حمل و نقل برای جابجایی"، "کتب و مجلات گران هستند"، "کمبود اطلاعات سلامت در رسانه های جمعی"، "عدم پاسخگویی خانواده و دوستان در رابطه با سوالات سلامت" تفاوت معنی داری وجود نداشت (p>0.05).

بررسی سطح سواد سلامت و موانع دستیابی به اطلاعات سلامت در مراجعین به بیمارستان شهید مصطفی خمینی

جدول ۳. موانع جستجوی اطلاعات سلامت بر اساس سطح سواد سلامت (n= 385)

p	x2	گروه سواد سلامت ناکافی و مرزی تعداد (درصد)	گروه سواد سلامت کافی تعداد (درصد)	موانع دستیابی به اطلاعات سلامت
<۰/۰۰۰۱	۲۵/۴۳۴	۱۵۸ (۶۰/۵۲)	۹۶ (۷۷/۴)	اطلاعات زیاد به من فشار می آورد
		۱۰۳ (۳۹/۴۶)	۲۸ (۲۲/۶)	مانع نیست مانع است
<۰/۰۰۰۱	۲۹/۰۱۴	۱۹۰ (۷۲/۸)	۱۰۴ (۸۷/۱)	نمی دانم چگونه اطلاعات به دست آورم
		۷۱ (۲۷/۲)	۱۶ (۱۲/۹)	مانع نیست مانع است
۰/۰۱۶	۱۲/۱۴۷	۱۵۴ (۵۹/۰)	۸۹ (۷۱/۷۸)	به دست آوردن اطلاعات زمان زیادی می برد
		۱۰۷ (۴۱/۰)	۳۵ (۲۸/۲۲)	مانع نیست مانع است
<۰/۰۰۰۱	۲۵/۰۵۷	۱۵۹ (۶۰/۹۲)	۹۸ (۷۱/۰)	اطلاعات کمک به تصمیم گیریم نمی کند
		۱۰۲ (۳۹/۰۸)	۲۶ (۲۰/۹۶)	مانع نیست مانع است
<۰/۰۰۰۱	۴۲/۴۷۰	۱۵۴ (۵۹/۰)	۱۰۶ (۸۶/۴۹)	نمی دانم چگونه مراقب سلامت خود باشم
		۱۰۷ (۴۱/۰)	۱۸ (۱۴/۵۱)	مانع نیست مانع است
<۰/۰۰۰۱	۵۵/۲۷۰	۱۵۵ (۵۹/۳۸)	۱۱۰ (۷۴/۱۹)	نمی دانم چگونه با اینترنت کار کنم
		۱۰۶ (۴۰/۶۲)	۱۴ (۱۱/۲۹)	مانع نیست مانع است
۰/۴۳۳	۵/۴۵	۲۲۷ (۸۶/۹۸)	۱۰۹ (۸۷/۹۱)	عدم پاسخگویی خانواده و دوستان در رابطه با سوالات سلامت
		۳۴ (۱۳/۰۲)	۱۵ (۱۲/۰۹)	مانع نیست مانع است
۰/۰۵۵	۹/۲۳۶	۱۶۱ (۶۱/۷)	۸۶ (۶۹/۳۵)	کمبود حمل و نقل برای جابجایی
		۱۰۰ (۳۸/۳)	۳۸ (۳۰/۶۵)	مانع نیست مانع است

		کتاب و مجلات گران هستند	
		۱۷۷ (۶۷/۸۲)	۸۵ (۶۷/۲۴)
۰/۳۲۴	۴/۶۵۷	۸۴ (۳۲/۱۸)	۳۹ (۳۱/۷۶)
			مانع نیست
			مانع است
		مراقبان سلامت مفید واقع نمی شوند	
		۱۵۷ (۶۰/۲)	۹۳ (۷۵)
۰/۰۲۱	۳۱/۵۸۵	۱۰۴ (۳۹/۸)	۳۱ (۲۵)
			مانع نیست
			مانع است
		کمبود اطلاعات سلامت در رسانه های	
		۱۸۸ (۷۲/۰)	۱۰۰ (۸۰/۶۵)
۰/۰۶۶	۸/۸۰۵	۷۳ (۲۸/۰)	۲۴ (۱۹/۳۵)
			مانع نیست
			مانع است
		نزدیک نبودن مرکز سلامت به منزل ما	
		۱۲۶ (۴۰/۳)	۷۶ (۶۱/۳)
<۰/۰۰۰۱	۴۵/۰۱۹	۱۳۵ (۵۱/۷)	۴۸ (۳۸/۷)
			مانع نیست
			مانع است

اینترنت کارکنم" با $(\text{Beta} = 0.31)$ بهترین متغیر برای پیش‌گویندگی متغیر سطح سواد سلامت است. به این ترتیب متغیرهای بعدی به ترتیب مانع دستیابی به اطلاعات سلامت "نمی دانم چگونه مراقب سلامت خود باشم" با مقدار $(\text{Beta} = 0.25)$ ، جنسیت با مقدار $(\text{Beta} = 0.21)$ و سپس مانع دستیابی به سلامت "اطلاعات کمک به تصمیم گیریم نمی کند" نیز با مقدار $(\text{Beta} = 0.16)$ هستند.

لازم بذکر است با استفاده از روابط رگرسیونی ذکر شده، می‌توان سطح سواد سلامت افراد جدید جامعه آماری را با توجه به ویژگی‌های موانع دستیابی به اطلاعات سلامت "نمی دانم چگونه مراقب سلامت خود باشم" "نمی دانم چگونه با اینترنت کارکنم" و "اطلاعات کمک به تصمیم گیریم نمی کند" و جنسیت برآورد کرد (جدول ۴).

سپس از یک مدل رگرسیون خطی چندگانه برای بررسی همزمان متغیرهای موانع دستیابی به اطلاعات سلامت، تحصیلات، سن، جنس، تأهل، درآمد و نمره کل سواد سلامت استفاده شد. جزییات در جدول ۴ ذکر شده است. این مدل رگرسیون نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین سطح سواد سلامت با متغیرهای موانع دستیابی به اطلاعات سلامت، "نمی دانم چگونه مراقب سلامت خود باشم"، "نمی دانم چگونه با اینترنت کارکنم"، "اطلاعات کمک به تصمیم گیریم نمی کند" و جنسیت معادل $۰/۵۸۵$ است که دلالت بر همبستگی بالای ۵۸ درصدی سواد سلامت و متغیرهای مستقل مذکور دارد.

به بیان دیگر مدل رگرسیونی توانسته ۳۴ درصد از تغییرات سواد سلامت را تحت پوشش قرار دهد. هر ضریبی که دارای Beta بزرگتری باشد، در مدل رگرسیونی از اهمیت بیشتری نیز برخوردار است. به این ترتیب مشخص می‌شود که متغیر مانع دستیابی به سلامت "نمی دانم چگونه با

جدول ۴. نتایج مدل رگرسیون خطی چندگانه برای بررسی همزمان متغیرهای مطالعه بر سواد سلامت

Sig.	t	Standardized	Unstandardized		Model
		Coefficients	Coefficients		
		Beta	Std. Error	B	
<.0001*	۱۶.۹۴		۳.۷۸	۶۴.۰۷	(Constant)
<.0001*	۷.۲۹	۰.۳۱	۰.۶۴	۴.۷۲	نمی دانم چگونه با اینترنت کار کنم
<.0001*	۵.۵۹	۰.۲۵	۰.۶۸	۳.۸۴	نمی دانم چگونه مراقب سلامت خود باشم
<.0001*	۵.۱۹	۰.۲۱	۱.۵۷	۸.۱۶	جنس
<.0001*	۳.۵۶	۰.۱۶	۰.۶۸	۲.۴۵	اطلاعات کمک به تصمیم گیریم نمی کند
۰/۴۰	۲/۰۵	۰/۱۰	۰/۰۶	۰/۱۳	سن
۰/۰۳۶	۲/۱۰	۰/۰۹	۰/۷۶	۱/۶۰	نزدیک نبودن مرکز سلامت به منزل ما

*. The difference is significant at the 0.05 level.

بحث

مفید باشد، در حالی که سواد سلامت یک مفهوم پیچیده است که مشتمل بر چندین بعد می باشد و این امکان را فراهم می کند که افراد چگونه اطلاعات مربوط به سلامتی و سیستم مراقبت سلامتی را کسب و درک نموده و بتوانند آنها را بکار ببرند. بنابراین مراقبین و متخصصین سلامت، آموزش دهندگان بهداشتی و مشاورین سلامت، باید سطوح سواد سلامت مراجعین را ارزیابی نموده و مطمئن باشند که آنان بطور کامل اطلاعات سلامت را درک نموده اند و توانایی بکارگیری و تصمیم گیری مناسب برای سلامتی شان را دارند. به رغم اهمیت روز افزون سواد سلامت در بهبود و ارتقای سلامت جامعه، تاکنون مطالعات محدودی در کشور و به ویژه در مراکز بهداشتی و درمانی انجام شده است (۳۹). سن بالاتر یک پیش بینی کننده سواد سلامت ناکافی در سایر مطالعات است و نتایج این مطالعه نشان داد که با افزایش سن شرکت کنندگان سطح سواد سلامت کاهش می یافت و این یافته ها مشابه بسیاری از مطالعات انجام شده است، با این تفاوت که در برخی از مطالعات با افزایش سن سطح سواد سلامت نیز افزایش می یابد. نتایج مطالعه جونگ و همکاران، مکثود و همکاران و منتظری و همکاران، که بر روی جمعیت بزرگسال انجام شده است همسو با یافته های مطالعه حاضر است و با افزایش سن سطح سواد سلامت کاهش می یابد (۲۷،۳۰،۳۴). نتایج پژوهش اسوندز و همکاران (۲۰۲۰) که بر روی جمعیت بزرگسال دانمارکی انجام شده نشان داد سطح سواد سلامت در افراد جوانتر پایین تر است (۳۱).

سواد سلامت می تواند اولین گام در بهبود وضعیت سلامت و تندرستی افراد باشد. این مطالعه با هدف تعیین سطح سواد سلامت و موانع دستیابی به اطلاعات سلامت در مراجعین به بیمارستان شهید مصطفی خمینی انجام شد. نتایج بدست آمده نشان داد که اکثریت شرکت کنندگان دارای سواد سلامت مرزی و ناکافی (۶۷/۸ درصد) هستند و افراد با سواد سلامت کافی در صد کمی را به خود اختصاص دادند (۳۲/۲ درصد). میانگین سواد سلامت کل شرکت کنندگان ۸۳/۹۸ (انحراف معیار = ۱۸/۸۹) از ۱۶۵ است و بطور کلی سواد سلامت ناکافی را نشان می دهد. در مقایسه با مطالعات قبلی که از همین ابزار و یا ابزار های مشابه استفاده نمودند، سطح سواد سلامت کافی از مطالعه طاهری و محمودی کمتر (۳۶/۶۹ درصد)، از مطالعه پیمان و همکاران بیشتر (۲۳/۱ درصد) بود (۳۶،۳۷) و با مطالعه خسروی و همکاران اختلاف نسبتاً زیاد (۴۱/۴ درصد) بود (۳۸). در مطالعه منتظری و همکاران که سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها را در یک مطالعه ملی انجام دادند نشان داد ۴۴ درصد از جمعیت مورد مطالعه از سواد سلامت محدود برخوردارند (۳۴). پایین بودن سواد سلامت کافی در جامعه ما بیانگر این است که انبوه اطلاعات از طرف متخصصین و مراقبین سلامت، مطالب نوشتاری، برنامه های رادیو و تلویزیونی و منابع اینترنتی احتمالاً برای افراد بزرگسال جامعه با سواد سلامت محدود همانطور که انتظار می رفت نمی تواند

کمالی پور و همکاران در سال ۲۰۱۹ بر ۵۰۲ نفر از افراد بزرگسال شهرستان جهرم انجام دادند ارتباط آماری معناداری بین سواد سلامت و جنسیت، سن و درآمد مشاهده نشد. نتایج حاصل از این مطالعه با یافته های مطالعه ی حاضر بجز سطح درآمد ناهمسو می باشد (۴۸). با وجودی که ما در اقیانوسی از اطلاعات سلامت زندگی می کنیم ولی افراد با سواد سلامت ناکافی نمی دانند چگونه به اطلاعات مورد نیاز دست پیدا کنند. رایج ترین و مطمئن ترین منبع اطلاعات، متخصصین مراقب سلامت هستند. اینترنت یکی دیگر از پیش بینی کننده های سواد سلامت در این پژوهش بود و بدون شک معروفترین منبع کسب اطلاعات سلامت در دنیای امروز است. در حال حاضر منابع اینترنتی موجب دسترسی آسان و سریع افراد به اطلاعات سلامت شده و این امکان را فراهم می نماید که افراد در هر زمان و مکان و در شرایط مجازی از اطلاعات سلامت استفاده نمایند. افراد با سواد سلامت ناکافی کمتر امکان استفاده از اینترنت را دارند. مسئولین سلامت جامعه باید شرایطی فراهم نمایند که افراد و گروه های مختلف جامعه به ویژه اقشار کم درآمد بتوانند از اینترنت استفاده نمایند و در رفع مانع "نمی دانم چگونه با اینترنت کار کنم" تلاش نمایند و با آموزش نحوه صحیح بکارگیری منابع اینترنتی و کسب اطلاعات سلامت از این منابع مردم را یاری نمایند. نتایج مطالعه منتظری و همکاران، مطالعه طاهری و محمودی و مطالعه سید معلمی و همکاران در راستای مطالعه حاضر است (۳۶، ۴۰، ۳۴).

از دیگر پیش بینی کننده های سواد سلامت ناکافی مانع "نمی دانم چگونه مراقب سلامت خود باشم" و مانع "اطلاعات کمک به تصمیم گیریم نمی کند" بود، با آموزش سلامت به افراد و گروههای جامعه و افزایش توانمندی آنان در کنترل سلامتی شان و تلاش و برنامه ریزی جهت بالا بردن سطح سواد سلامت آنان، می توان بر این موانع فائق آمد. نتایج مطالعه فرناندز و همکاران تایید کننده یافته های این بخش از مطالعه حاضر است (۸). یکی دیگر از پیش بینی کننده های سواد سلامت ناکافی، مانع "نزدیک نبودن مرکز سلامت به منزل ما" بود، موضوع در دسترس بودن و نزدیک بودن مراکز خدمات سلامت به محل زندگی افراد و خانواده ها یکی از مسائل اساسی در

همچنین مطالعه سید معلمی و همکاران که سواد سلامت دهان افراد بزرگسال اصفهانی را ارزیابی نمودند، نشان داد سطح سواد سلامت با بالا رفتن سن افزایش می یابد (۴۰). جنسیت یک پیش بینی کننده سواد سلامت ناکافی در این پژوهش بود، بین سطح سواد سلامت و جنسیت شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ارتباط معناداری وجود داشت، بدین معنی که سطح سواد سلامت در زنان نسبت به مردان بیشتر بود. در سایر مطالعات نتایج متناقضی مشاهده می شود. بعضی از مطالعات مانند مطالعه کوین و همکاران و اثنی عشری و همکاران همسو با مطالعه حاضر هستند. (۴۱، ۴۲) و برخی نتایج بیانگر این است که سواد سلامت در مردان بیشتر از زنان است (۴۳). در زمینه ارتباط سطح تحصیلات با سواد سلامت نتایج پژوهش حاضر بیانگر این است که بین سطح سواد سلامت و تحصیلات شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ارتباط معناداری وجود داشت. هم راستا با این پژوهش در مطالعه هولت و همکارانش در سال ۲۰۲۰ بر روی دانشجویان مقطع کارشناسی و مقطع کارشناسی ارشد مشخص شد که سطح سواد سلامت در بین دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد بالاتر از دانشجویان ورودی و کارشناسی بود (۴۴). همچنین در مطالعه ای که محمودی و طاهری انجام دادند نتایج پژوهش نشان داد که بین سواد سلامت و تحصیلات ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۳۶). علیرغم اینکه در بسیاری از مطالعات انجام شده برای ارزیابی سواد سلامت افراد سالم، رابطه معنی داری بین وضعیت درآمد و سواد سلامت مشاهده شده است، به طوریکه سواد سلامت ناکافی در قشر کم درآمد شایعتر بوده است (۴۵، ۴۶)، ولی این نتایج همسو با نتایج مطالعه حاضر نمی باشد و در این مطالعه بین سواد سلامت با سطح درآمد ارتباط معناداری وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که بین سطح سواد سلامت و وضعیت تأهل شرکت کنندگان ارتباط معناداری وجود دارد. بدین معنی که متاهلین سطح سواد بالاتری نسبت به مجردین داشتند. سایر مطالعات کمتر به بررسی این متغیر و ارتباط آن با سواد سلامت پرداخته اند. نتایج مطالعه محسنی و همکاران نشان داد ارتباط معنی داری بین سطح سواد سلامت و وضعیت تأهل وجود نداشت و با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد (۴۷). در مطالعه دیگری که

سلامت" را جهت پژوهش های آتی پیشنهاد داد. همچنین میتوان با بررسی سطح سواد سلامت در قسمت های دیگر شهر و یا گروه های دیگر به مقایسه آنها و بررسی علل وجود احتمالی اختلاف سطح سواد سلامت در آنها پرداخت. مطالعه "بررسی موانع دستیابی به اطلاعات سلامت در مناطق مختلف شهر" و تفسیر آنها با توجه به کمبود های موجود در هر منطقه نیز ممکن است مطالعه ای کارا جهت شناسایی و برطرف نمودن کمبود ها و موانع دستیابی به اطلاعات سلامت باشد تا بدین وسیله بتوان سطح سواد سلامت و به دنبال آن سلامتی افراد را افزایش داد، همچنین مطالعه ای با عنوان "تاثیر مداخلات روانی - اجتماعی بر افزایش سطح سواد سلامت" نیز می تواند موضوع مناسبی برای مطالعات بعدی باشد. این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی به عنوان پایان نامه دکترای عمومی باکد اخلاق در پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش های پزشکی دانشگاه شاهد با شماره IR.SHAHED.REC.1398.008 می باشد.

تقدیر و تشکر

محققین بر خود وظیفه می دانند از رئیس، مسئولین و کارشناسان کلینک های تخصصی بیمارستان شهید مصطفی خمینی و کلیه کسانی که در مراحل مختلف تحقیق ما را راهنمایی و یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

ارائه خدمات سلامت در جامعه است. لذا در برنامه ریزی ها و سیاست گذاری های سلامت باید به این امر توجه شود. در مطالعه ای که جونگ و همکاران در کره جنوبی انجام دادند اولین مانع دستیابی به سواد سلامت در هر دو گروه سواد سلامت کافی و سواد سلامت ناکافی "عدم دسترسی و نزدیک نبودن مرکز سلامت به منزل ما" بود. نتایج حاصل از این مطالعه با یافته های مطالعه ی حاضر همسو می باشد (۲۷).

محدودیت ها

از جمله مشکلاتی که در انجام پژوهش با آن روبرو بودیم با توجه به همزمانی اجرای مطالعه با پاندمی بیماری کوید ۱۹، به علت رعایت شیوه نامه های بهداشتی توسط نمونه ها همکاری کمتری جهت تکمیل فرم های پرسشنامه دیده می شد که با ایجاد نسخه آنلاین پرسشنامه، تا حدود زیادی این مشکل مرتفع گردید.

نتیجه گیری

با توجه به یافته های مطالعه حاضر، در بین نمونه های مورد مطالعه افراد با سواد سلامت کافی درصد کمی را به خود اختصاص می دهند، لذا سیاست گذاران سلامت در امر افزایش سواد سلامت در جامعه باید تلاش و برنامه ریزی نمایند، و در زمینه بهترین متغیر برای پیش گویی سطح سواد سلامت یعنی مانع دستیابی به سلامت "نمی دانم چگونه با اینترنت کارکنم" مداخله نموده و تسهیلات محیطی را فراهم نمایند. با توجه به یافته ها و در ادامه نتایج این پژوهش، می توان موضوع "روشهای مقابله با موانع کسب اطلاعات سلامت و ارتقاء سطح سواد

منابع

1. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3);183-184 .
2. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20:175-8.
3. Berkman N D, Davis T C, McCormack L. Health literacy: What is it?. *Journal of Health Communication* 2010; 15:9-19.

4. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Family Practice* 2012; 13(1):49. doi: 10.1186/1471-2296-13-49.
5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine* 2011; 155(2):97-107.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Health Literacy Page. Learn About Health Literacy. Available at: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/>; 2015. Accessed June 2016.
7. Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Rafiefar S, Solimani A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a National study. *Payesh* 2016; 15(1):95-102.
8. Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC Public Health* 2016; 16:596. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3267-7>.
9. Mazor KM, Roblin DW, Williams AE, Greene SM, Gaglio B, Field TS, et al. Health literacy and cancer prevention: two new instruments to assess comprehension. *Patient Education and Counseling* 2012; 88(1):54-60.
10. Pleasant A. Advancing Health Literacy Measurement: A Pathway to Better Health and Health System Performance. *Journal of Health Communication* 2014; 19:1481-1496.
11. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV. Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *Journal of General Internal Medicine* 2004; 19:215-20.
12. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine* 2008; 66:1809-16.
13. Murray MD, Tu W, Wu J, et al. Factors associated with exacerbation of heart failure include treatment adherence and health literacy skills. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2009; 85:6518.
14. Paakkari, L.; Paakkari, O. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education* 2012; 112:133-152.
15. Kickbusch I, Pelikan J M, Apfel F, Tsouros A D. Health literacy. The Solid Facts; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013; ISBN 978-92-890-00154.
16. Izadyar H, Zareban I. The relationship of health literacy with health status, preventive behaviours and health services utilization in Baluchestan, Iran. *Journal of Education and Community Health* 2016; 2(3):43-50.
17. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine* 2008;66(8):1809-16.
18. S.W. Han, H.J. Lee, S.H. Choi, S.J. Ju, C.M. Lee, Y.O. Kwon, et al. *Nursing Informatics*, Komoonsa, Seoul 2012.
19. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa E R. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web: a systematic review. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287:2691-2700.
20. Xuewei Ch, Hay J L, Waters E A, Kiviniemi M T, Biddle C, Schofield E, et al. Health literacy and use and trust in health information. *Journal of Health Communication* 2018; 23(8): 724-734.
21. Nutbeam D. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15(3):183-4.
22. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: commission on social determinants of health final report. Geneva: World Health Organization 2008.
23. Javadzade SH, Sharifiad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors

- among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion* 2012; 1:31. doi: 10.4103/2277-9531.100160.
24. Sadeghi R., Heshmati H, Shakibazadeh E, Foroushani A. A comprehensive model of health education barriers of health-care system in Iran. *Journal of Education and Health Promotion* 2020;9(1):106.
 25. Panahi R., Ebrahimi G, Kazemi S S, Tavousi M. Health literacy: an effective component to overcome perceived barriers to adoption of preventive behaviors in the health belief model. *Journal of Education and Community Health* 2018; 5(3):1-3.
 26. Tsai TI, Lee SY, Tsai YW, Kuo KN. Methodology and validation of health literacy scale development in Taiwan. *Journal of Health Communication* 2011; 16(1):50-61.
 27. Jeong S H .Kim H K. Health literacy and barriers to health information seeking: A nationwide survey in South Korea *Patient Education and Counseling* 2016; 99:1880-1887.
 28. Sahm L J, Wolf M S, Curtis L M, McCarthy S. Prevalence of limited health literacy among irish adults. *Journal of Health Communication* 2012; 17 Suppl 3:100-8.
 29. Pelikan J M, Ganahl K, Roethlin F. Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: Empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. *Global Health Promotion* 2018; 25(4):57-66.
 30. Stephanie M L, Shirley M, Stephen G, Yan Ch, Rifky T, Diane C, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing* 2017; 38(4):334-341. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.12.003.
 31. Svendsen M T, Kronborg Bak C, Sorensen K, Pelikan J, Riddersholm S J, Skals R K, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health* 2020; 20:565. doi: 10.1186/s12889-020-08498-8.
 32. Sarah Gibney, Lucy Bruton, Catherine Ryan, Gerardine Doyle, Gillian Rowlands. Increasing health literacy may reduce health inequalities: evidence from a national population survey in ireland. *International Journal of Environmental Research* 2020; 17(16): 5891. doi: 10.3390/ijerph1716589.
 33. Miranda R, Meeks K A C, Snijder M B, B J van den Born, M P Fransen, R J Peters, et al. Health literacy and hypertension outcomes in a multi-ethnic population: the HELIUS study. *European Journal of Public Health* 2020; 30(3):516-521. doi: 10.1093/eurpub/ckz174.
 34. Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Rafiefar SH, Solimani A, Sarbandi F, Ardestani M, Hashemi A, Montazeri A. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research, Payesh* 2016; 1:95-102.
 35. Montazeri A, et al. Health literacy for iranian adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh* 2014;13:589-600.
 36. Mahmoudi H, Taheri A. Relation between information literacy and health literacy of students in Ferdowsi University of Mashhad. *Human Information Interaction* 2015;2(2):31-41.
 37. Jahanieftekhari M, Peyman N, Doosti H. Health literacy and health-promoting lifestyle among health volunteers in neyshabour. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2018; 26(3).
 38. Khosravi A, Ahmadzadeh KH, Arastoopoor SH, Tahmasbi R. Health literacy levels of diabetic patients referred to Shiraz healthcenters and its effective factors. *Journal of Health Administration* 2016; 12(2):194-205.
 39. Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the affecting factors: a study in five provinces of Iran. *Journal of Medical Education Development Center* 2007; 4(1):1-9.
 40. Saied Moallemi Z, Haghghi M. Assessing oral health literacy among the residents of Isfahan in 2014-2015. *Journal of Isfahan Dental School* 2016; 12(3): 268-279.
 41. Qin L, Xu H. A cross-sectional study

- of the effect of health literacy on diabetes prevention and control among elderly individuals with prediabetes in rural China. *British Medical Journal Open* 2016; 6(5): e011077. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011077.
42. Esna Ashari F, Pirdehghan A, Rajabi F, Sayarifard A, Ghadirian L, Rostami N, et al. The study of health literacy of staff about risk factors of chronic diseases in 2014. *Journal of Hamadan University of Medical Sciences* 2015; 22 (3): 248-254.
43. Khosravi A, Ahmadzadeh Kh. Investigating health literacy level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. *Iran South Medicine Journal* 2016; 18(6): 1245-1253.
44. Holt K A, Overgaard D, Engel L V, Kayser L. Health literacy, digital literacy and eHealth literacy in Danish nursing students at entry and graduate level: a cross sectional study. *European Journal of Human Genetics* 2020; 28(Suppl 1):141-797.
45. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults of Isfahan, Iran. *Journal Health System Research* 2013; 9:540-549.
46. Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad Gh, Zare Farashbandi Z, HasanZadeh H. A survey on health literacy of inpatients educational hospitals of isfahan university of medical sciences. *Health Information Management Journal* 2014; 11:473.
47. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad V R. The relationship between health literacy and health status among elderly people in kerman. *Iranian Journal of Ageing* 2015; 10(2):146-155.
48. Kamalipour M, Ashkani N, Mehralizade A, Choobin N, EsmaeelZadeh Z, Azad M. Evaluation of health literacy adults in Jahrom. *Journal of Preventive Medicine* 2019; 6(1):19-25.