بسم الله الرحمن الرحيم

دانشگاه علوم پزشکی ساوه

معاونت تحقیقات و فناوری

گزارش نهایی طرح فناوری

عنوان:

بررسی سطح سواد سلامت افراد مراجعه کننده به مراکز سلامت جامع دانشگاه علوم پزشکی ساوه موجود در شهرستان ساوه در سال ۱۳۹۸

مجری(مجریان) طرح:

ادریس حسین‌زاده، نگار توکلی

همکار(همکاران) طرح:

مهدی صفری

شماره طرح:

۹۸-۰۲-۳۴

بهار ۱۳۹۹

چکیده

مقدمه: سواد سلامت را می‌توان به عنوان ظرفیت اجتماعی همه افراد در بدست آوردن اطلاعات مورد نیاز با نیازهای بهداشتی-درمانی مورد نیاز خود و تحلیل آن اطلاعات برای تصمیم گیری در مورد پیگیری سلامتی تعریف کرد. این مطالعه با هدف تعیین سطح سواد سلامت بزرگسالان مراجعه کننده به مراکز سلامت جامع دانشگاه علوم پزشکی ساوه موجود در شهرستان ساوه طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. ۳۰۰ نفر از افراد تحت پوشش مراکز سلامت جامع موجود در سطح شهر ساوه با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. ابزار مطالعه حاضر، پرسشنامه استاندارد سنجش سواد سلامت ایرانیان (*HELIA: Health Literacy for Iranian Adults*) بود. داده های این مطالعه با استفاده از نرم افزار *SPSS* نسخه ۲۱ و آزمونهای آماری آنالیز واریانس یک طرفه، تی تست و پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سن اکثریت و حداقل افراد شرکت کننده در مطالعه به ترتیب بین گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ (۳۷/۳درصد) و بالای ۴۵ سال (۱۳ درصد) بود. ۵۸/۳ درصد از شرکت کنندگان زن و سطح تحصیلات اغلب شرکت کنندگان کارشناسی(۴۱/۳درصد) بوده که اکثرا جزو رشته تحصیلی علوم تجربی بودند (۴۳/۷ درصد) و ۴۵/۷ درصد شرکت کنندگان شاغل بودند. بیشتر افراد شرکت کننده بومی ساوه و متاهل بودند(به ترتیب ۶۹/۸ درصد و ۵۸ درصد). بیشتر افراد شرکت کننده اطلاعات مربوط به سلامت را از طریق پرسیدن از پزشک و کارکنان بهداشتی(۴۰/۳ درصد) و همچنین اینترنت(۴۲ درصد) و کمتر افراد از شبکه های ماهواره ای(۱ درصد) بدست می آوردند. اکثر افراد مورد مطالعه دارای گوشی همراه هوشمند(۸۵ درصد که سیستم عامل ۷۷ درصد گوشی ها از نوع اندروید است) بودند و ۱۳/۷ درصد از آنها از گوشی های ساده استفاده می کردند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در گویه های فهم و تصمیم گیری و رفتار مشاهده شد. سطح سواد شرکت کنندگان در مطالعه در سطح نه چندان کافی (۰/۶۴ ± ۴۲/۲ درصد) بود که میزان نمره برای هر محور به صورت: خواندن و دسترسی به اطلاعات (به ترتیب ۴۲/۶ و ۴۱/۲ درصد)، در فهم اطلاعات (۳۷/۲ درصد)، در قضاوت و ارزیابی (۴۲/۲ درصد) و در استفاده از اطلاعات در سطح متوسط (۴۵/۶درصد) بود. از نظر آماری تفاوت معنی داری بین سطح سواد سلامت از نظر گوشی تلفن همراه (P =۰/۰۰۲) ، نوع شغل (P <۰/۰۰۱)، رشته تحصیلی (P <۰/۰۰۱)، میزان تحصیلات(P <۰/۰۰۱)، جنسیت(P <۰/۰۰۱) و سن (P =۰/۰۰۲) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده سطح سواد سلامت در سطح نه چندان کافی قرار دارد بنابراین باید در برنامه های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت توجه بیشتری به سواد سلامت جامعه داشت و به توانمندسازی افراد جامعه و طراحی برنامه های متنوع متناسب با متغییرهای جمعیت شناختی با هدف جلب مشارکت برای ارتقاء آگاهی مرتبط با سلامت توصیه می شود.

کلیدواژه‌ها: بزرگسال، سواد سلامت، ساوه، سلامت

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی ساوه

معاونت تحقیقات و فناوری

عنوان طرح تحقیقاتی

بررسی سطح سواد سلامت افراد مراجعه کننده به مراکز سلامت جامع دانشگاه علوم پزشکی ساوه موجود در شهرستان ساوه در سال ۱۳۹۸

مجری/ مجریان

ادریس حسین‌زاده، نگار توکلی

آدرس الکترونیک: e.hoseinzadeh@savehums.ac.ir; negartavakoli1374@gmail.com

پژوهشگر گرامی

کادر۱: مهم ترین یافته‌ها و پیام‌های پبدست آمده از طرح فناوری متناسب با گروه های مخاطب

ردیف	گروه مخاطب*	محصول کاربردی
۱	**مسئولین حوزه سلامت**	**نتایج حاصل از مطالعه برای تدوین برنامه ارتقای بهداشت جامعه متناسب با ویژگیهای جمعیت که در این مطالعه به دست آمده است.**
۲	**سایر ارگانهای حاکمیتی**	**تدوین برنامه‌های ارتقای دانش سلامت متناسب با ساختار جامعه شناختی هر جامعه**
۳	**عموم**	**بازنگری در نحوه دریافت اطلاعات مرتبط با سلامت**

***مدیران، سیاست گذاران، عموم مردم، بیماران، مراکز صنعتی و غیره.**

کادر۲: پیشنهادات محقق برای نحوه کاربست نتایج تحقیق

ردیف	محل بکارگیری نتایج تحقیق(صنعت، جامعه)	پیشنهاد نحوه کاربست
۱	**معاونت بهداشتی**	**استفاده از نتایج برای نحوه برنامه ریزی ارتقای آگاهیهای مرتبط با سلامت**
۲	**صدا و سیما**	**استفاده از نتایج مطالعه برای الویت بندی برنامه‌های تلویزیونی**
۳	**جامعه، گروههای مردم نها و انجمن ها**	**ارتقای اطلاعات سلامت از طروق مناسب**

کادر۳ : خبر پژوهشی جهت درج درپایگاه نتایج پژوهش های سلامت کشور

عنوان خبر: **آگاهی افراد، مسئولان و برنامه ریزان از سطح سواد سلامت بزرگسالان شهرستان ساوه در راستای ارتقای سلامت جامعه ضروری است.**

این مطالعه توصیفی-تحلیلی که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ با هدف تعیین سطح سواد سلامت بزرگسالان مراجعه کننده به مراکز سلامت جامع دانشگاه علوم پزشکی ساوه موجود در شهرستان ساوه طراحی و اجرا گردید، نشان داد سطح سواد سلامت در سطح نه چندان کافی قرار دارد؛ بنابراین باید در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت توجه بیشتری به سواد سلامت جامعه داشت و به توانمندسازی افراد جامعه و طراحی برنامه‌های متنوع متناسب با متغییرهای جمعیت شناختی با هدف جلب مشارکت برای ارتقاء آگاهی مرتبط با سلامت توصیه شود.

نام پژوهشگر / مجری طرح : ادریس حسین‌زاده، نگار توکلی

کد طرح: ۳۴-۲۰-۹۸

تاریخ شروع و اتمام طرح: بهمن ۱۳۹۸ لغایت اردیبهشت ۱۳۹۹

آدرس الکترونیک: e.hoseinzadeh@savehums.ac.ir; negartavakoli1374@gmail.com

تصویر مرتبط برای نمایش در کنار خبر

فهرست مطالب شماره صفحه

فصل اول ۱
مقدمه ۱
بیان مسئله ۲
مقدمه ۴
بررسی متون ۱۰
اهداف مطالعه ۱۴
فرضیات یا سوالات پژوهش ۱۴
فصل دوم ۱۶
مواد و روش‌ها ۱۶
فصل سوم ۲۵
یافته‌ها ۲۵
یافته‌ها و خروجی طرح: ۲۶
فصل چهارم ۳۸
بحث و نتیجه‌گیری ۳۸
فهرست منابع ۴۳
پیوست ها ۴۵

عنوان جدول **شماره صفحه**

جدول ۱. جدول متغییر ها ۱۷
جدول ۲. طیف امتیازات خام ۲۱
جدول ۳. رتبه بندی سطح سواد سلامت ۲۱
جدول ۴. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب سن ۲۷
جدول ۵. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب جنسیت ۲۸
جدول ۶. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب میزان تحصیلات ۲۹
جدول ۷. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب رشته تحصیلی ۳۰
جدول ۸. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب شغل ۳۱
جدول ۹. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب نوع شغل مرتبط با رشته تحصیلی ۳۲
جدول ۱۰. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب وضعیت تآهل ۳۲
جدول ۱۱. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب بومی بودن ۳۳
جدول ۱۲. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسبمنبع کسب اطلاعات ۳۴
جدول ۱۳. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب ساعات آزاد ۳۵
جدول ۱۴. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب نوع گوشی همراه ۳۶
جدول ۱۵. میانگین نمرات افراد شرکت کننده برحسب سیستم عامل گوشی همراه ۳۷
جدول ۱۶. نتایج بدست آمده برای هر گویه ۳۷

فصل اول

مقدمه

۱-۱. بیان مسئله:

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی عبارت است از یک حالت آسودگی جسمانی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی شود. سلامتی انسانها امری است برای دستیابی به صلح و امنیت که به بالاترین میزان همکاری بین مردم و دولت‌ها وابسته است. در بحث‌های غالب امروز دنیا، انسان به دنبال راههایی برای افزایش کیفیت و توسعه رفاه زندگی می‌باشد که رسیدن به آن مستلزم تعیین و تأمین حقوق بشر در سطح دنیا و همچنین در سطح کشورها است. از سوی دیگر یکی از ابعاد توسعه پایداتر را تأمین و ارتقای سلامت عموم جامعه می‌دانند[۱]. سواد سلامت به معنی میزان آگاهی افراد و جامعه برای دسترسی، فهم، ارزیابی اطلاعات و خدمات سلامت جهت بهره بندی بهینه برای ارتقای سلامت می‌باشد[۲]. از بین تعاریف گوناگون سواد سلامت، تعریف ارئه شذه توسط *Ratzan* از مقبولیت بیشتری برخوردار بوده و در بیشتر منابع نیز مورد استناد قرار گرفته است. وی سواد سلامت را چنین تعریف کرده است: میزان ظرفیت فرد برای کسب، درک و تفسیر اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم گیری متناسب لازم است[۳].

سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها، وضعیت‌های مربوط به سلامت که لزوما به سالهای تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد[۲]. هم اکنون سواد سلامت موضوعی جهانی می‌باشد. براین اساس سازمان بهداشت جهانی (**WHO**) در گزارشی سواد سلامت را یکی از بزرگترین معیارهای تعیین کننده امر سلامت معرفی نموده و به کشورهای جهان توصیه کرده است که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر جهت پایش هماهنگی فعالیت‌های راهبردی، در خصوص ارتقاء سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود[۴]. زیرا مطالعات نشان می‌دهد که در افراد دارای سواد سلامت پایین مصرف خود سرانه و بی‌رویه داروها، عدم پیروی از دستورات پزشک، کنترل نامطلوب وضعیت قندخون، دانش بهداشتی اندک و عدم ابراز نگرانیهای سلامتی و بهداشتی و همچنین ارتباط نامناسب با پزشکان از شیوع بیشتری

برخوردار است[۵]. با انجام طرح سواد سلامت در جوامع و یا شهرهای کوچک می‌توان به معیار و آمارهای نسبتا درستی از میزان فهم و آگاهی افراد به دست آورد و با استفاده از نتایج حاصل از ارزیابی‌ها، برنامه‌هایی با پایه و اساس مناسب جهت آموزش و ارتقای سواد سلامت و در نتیجه بهبود کیفیت و توسعه رفاه زندگی تدوین کرد. افراد دارای سواد سلامت پایین، درباره وضعیت سواد سلامت خود آگاهی کمتری دارند، خدمات پیشگیری کمتری را دریافت می‌کنند و بیماریهای مزمن در آنها کمتر کنترل می شود، عملکرد بهدا شت ج سمی و روانی ضعیفتری دارند و میزان ا ستفاده از واحد اورژانس و خدمات بیمارستانی درمیان آنها بیشتر دیده می‌شود[۶].

WHO در گزارشی سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده‌های امر سلامت معرفی نموده ا ست[۷]. سواد سلامت به عنوان یک پیامد کلیدی در آموزش بهدا شت مطرح بوده و در مفهومی و سیع‌تر، عنصری مهم از ارتقای سواد سلامت محسوب می شود[۷].به طور کلی، هرچه آگاهی افراد یک جامعه بالاتر با شد، به همان ن سبت سلامت افراد ارتقا می‌یابد و هزینه‌های درمانی به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد. **Chew** و همکاران نشان دادند که ارتباط مثبتی میان سواد سلامت بالا و ا ستفاده کمتر از خدمات اورژانس و میزان بستری شدن در بیمارستان وجود دارد[۸]. مطالعه **Von wagner** و همکاران که برروی افراد ۱۸ تا ۹۰ سال انجام شد ن شان داده به ازای هر یک سال افزایش سن شانس دا شتن سواد سلامت ناکافی ۴در صد افزایش می‌یابد[۹]. در مطالعه بنی ها شمی و همکاران (۱۳۸۶) با عنوان سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر برآن نیز سواد سلامت محدود، با وضعیت اقتصادی پایین ارتباط آماری معنی‌دار نشان داد[۱۰]. برر سی میزان سواد سلامت افراد از اهمیت بالایی برخوردار است؛ لذا با توجه به اینکه اطلاعات دقیق و جامعی درمورد سطح آگاهی افراد شهرستان ساوه در دسترس نیست و از طرفی، با توجه به مطالعات مذکور کیفیت زندگی و سلامت افراد می توتند تحت تآثیر قرار گیرد این مطالعه با هدف تعیین سطح سواد سلامت بزرگ سالان مراجعه کننده به مراکز سلامت جامع دانشگاه علوم پزشکی ساوه موجود در شهرستان ساوه طراحی و اجرا گردید. با اجرای این مطالعه اطلاعات

دقیق و واضحی از میزان آگاهی افراد در حیطه سلامت حاصل شده و برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای مهارت‌های سلامت در آنان طراحی و اجرا گردد.

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی(**who**)، سلامتی را مجموعه حالت رفاه و آسایش کال جسمانی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است[۱۱]. یکی از تعاریف غالب و اساسی در مورد سلامتی، تعریف ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت است که سلامت را "به زیستن/رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و نقص عضو(معلولیت)" تعریف می‌کند. این تعریف ریشه در مبانی حقوق بشر دارد که در دستیابی به عالی ترین سطح ممکن از سلامت تأکید دارد و ارتباط تنگاتنگی با تحقق دیگر حقوق افراد همچون غذا، مسکن، آموزش، شغل و غیره دارد.

مراجعین به بخشهای سلامت (بهداشت و درمان) 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 مسئولیت‌ها، سنجش و پایش سلامتی، تصمیم گیری در مورد بیماری و انتخاب نوع مراقبت خود، بپذیرند[۱۰]. نیاز به اطلاعات و اطلاع یابی همواره به عنوان یکی از بنیادی‌ترین نیازهای بشر برای توسعه و پیشرفت مطرح بوده است و اطلاع یابی به عنوان یکی از اساسی‌ترین نیازهای افراد در جوامع پیشرفته یا به تعبیر دیگر" جوامع اطلاعاتی" مطرح است. با اشاعه فناوریهای جدید اطلاعاتی و ارتباطی امکانات جدیدی برای توسعه جوامع در ابعاد مختلف گشوده شده است. در حوزه سلامت نیز استفاده از همین اطلاعات می‌تواند مرزهای دانش را افزایش دهد[۱۲]. همه انسان‌ها نسبت به سلامت خود حساس هستند و در کسب اطلاعات برای حفظ تندرستی و سلامت خویش تلاش می‌کنند. آن گاه به صورت فعال با جستجو در منابع اطلاعاتی موجود در کتابخانه ها و یا از طریق جستجو در در اینترنت یا مطالعه مجله‌ها

و روزنامه‌ها به اطلاعات مورد نیاز خود دســـت می‌یابند. این اطلاعات به آنها کمک می‌کند تا در حفظ سلامتی و تندرستی خود به ویژه در پیشگیری از بیماریها کوشا باشند. به طور کلی، این دسته اطلاعات باعث بالا رفتن کیفیت زندگی می‌شـود. به این شـکل که هنگام مواجه شـدن با بیماری، این اطلاعات به بیماران کمک می‌کند تا اضـــطراب کمتری را تجربه کرده و قادر به شـــرکت در برنامه‌های خود مراقبتی بوده و در نهایت استقلال خود را در فعالیت‌های روزانه به دست آورند.

سواد سلامت، توانایی درک دستورالعمل‌های دارویی، بر شورهای آموز شی-پز شکی، فرم‌های ر ضایتنامه، بهره مندی از ســیســتم پزشــکی، مهارت خواندن، شــنیدن، تجزیه و تحلیل، تصــمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیت های سلامتی می‌با شد و لزوما به سالهای تحصیل یا توانایی خواندن عمومی مرتبط نیست[۷]. سواد سلامت با این دیدگاه بنا شده که هم بهداشت و هم سواد، منابع ضروری برای زندگی روزانه اســت. ســطح ســواد نه تنها بر توانایی ما در اقدام براســاس اطلاعات بهداشــتی تاثیر مستقیم دارد، بلکه باعث کنترل بیشتر بر سلامت خود به عنوان فردی از اعضای خانواده‌ها و اجتماعات نیز بر می‌گردد. سواد سلامت حاصل تشریک مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانی‌ها و ابعاد سواد در زمینه سلامتی می‌پردازد. سواد سلامت، مسله‌ای جهانی است و طبق بیانیه سازمان بهداشت جهانی نقشی محوری در تعیین نابرابریهای سلامت، چه در کشورهای توسعه یافته و چه در کشورهای در حال توسعه دارد[۱۳]. نظام‌های نوین سلامت باعث ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان خود شده‌اند و افراد در نهایت باید برای اتخاذ تصـمیمات صـحیح درباره خود و خانواده نقش‌های جدید بر عهده بگیرند. در این زمینه یکی از عوامل بسیار موثر، سواد سلامت است. تجربیات جهانی نیز گویای این مطلب است که عواملی مثل توسعه اقتصادی، ارتقای سطح آموزش و سواد و بهبود خدمات اجتماعی، تأثیر مثبتی بر سلامت و رفاه اجتماعی افراد جامعه خواهد داشت[۱۴]. سواد برگیرنده یک سری توانمندی های پیچیده جهت درک و به کارگیری نظام نمادین یک فرهنگ به منظور تکامل شخصی و توسعه اجتماعی است که به آن به عنوان مجموعه گوناگونی از مهارتهای مورد نیاز یک فرد بزرگســـال جهت فعالیت و رفتار در جامعه نگریسته می شود. یکی از این مهارت‌ها سواد سلامت است که شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های

خواندن، شـــنیدن، تجزیه و تحلیل، تصـــمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی می‌با شد و حا صل ت شریک م ساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانیها و ابعاد سواد در زمینه سلامتی می‌پردازد[۱۵]. مباحث گسترده‌ای در ارتباط با اهمیت سواد سلامت وجود دارد و از سواد سلامت به عنوان یکی از اهداف (بیانیه مردمان سالم ۲۰۱۰) نام برده می‌شود. از نظر بنیاد پزشکی آمریکا، ســـواد ســـلامت به عنوان یکی از ۲۰ اولویتی که می‌تواند کیفیت مراقبت را دگرگون ســـازد، تعریف می‌شود[۶].

امروزه ســواد ســلامت به عنوان یک شــاخص مهم و حیاتی در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشــتی شناخته شده و لازمه نظام مراقبت‌های بهداشتی، داشتن سواد سلامت بالا می‌باشد. سواد سلامت به طور وسیعی به عنوان یک تعیین کننده سلامت و یک اولویت در دستور کار سیاست سلامت همگانی در نظر گرفته می شود. کم بودن سواد سلامت با سطح پایین سلامت، نابرابری‌های گسترده‌تر و هزینه‌های بالاتر نظام سلامت همراه است. سواد سلامت افراد را توانمند می‌سازد تا نقش فعالی در تغییر محیط برای تأثیر گذاری بر سلامت دا شته با شند. این مفاهیم سواد سلامت منعکس دهنده این دیدگاه ا ست که سواد سلامت تنها یک م سئولیت فردی نی ست. نظام‌های سلامت، خدمات و بخش‌های حرفه‌ای سلامت باید تسهیلات لازم برای ارتقای سواد سلامت را در سطح وسیع‌تر جمعیت فراهم آورند[۱۶]. یکی از مهم‌ترین مباحث مرتبط با سیا ست گذاری و اقت صاد سلامت، عدالت در سلامت ا ست که یک م شکل در عر صه سلامت همگانی و نابرابری اجتماعی مح سوب می شود. برقراری عدالت در ا ستفاده از خدمات سلامت از نظر اخلاقی اهمیت زیادی دارد و بنابر اساسنامه‌های سازمان جهانی بهداشت، دسترسی به بالاترین سطح قابل د ستیابی سلامت، یکی از ا سا سی‌ترین حقوق مردم ا ست که برا ساس توافق اجتماعی هدف نظام سلامت ا ست و گسترش پو شش خدمات به کل جمعیت را می‌توان از ویژگیهای آن دانست[۱۷]. انجمن پز شکی آمریکا، حوزه سلامت را به چهار د سته تقسیم بندی کرده است: دانش مفهومی و فرهنگی، سواد شفاهی، سواد نوشتاری و سواد محاسبه کردند[۱۴]. در ایالات متحده آمریکا مفهوم سواد سلامت در اصل برای توصـیف و توضـیح ارتباط بین سـطح سـواد بیماران و توانایی آنها برای پیروی از دسـتورالعمل‌های

درمانی، برچسب‌های دارویی و توصیه‌های متخصصین سلامت معرفی شده است. این دیدگاه سواد سلامت را به عنوان مجموعه‌ای از ظرفیت‌های فردی می‌داند که به شـــخص کمک می‌کند تا اطلاعات جدید را کسـب کند و در عمل به کار گیرد [۱۸]. به دلیل اینکه سـواد سـلامت تعاریف و سـاختار متنوعی دارد، پژوه شگران ابزارهای متفاوتی را برای سنجش سواد سلامت طراحی کرده‌اند که هر ابزار بعدی از آن را مورد سنجش قرار می‌دهد. امروزه بیشتر آموزش‌ها و اطلاعات در سیستم بهداشتی به صورت نوشتاری و در سـطحی بالاتر از آنچه برای افراد قابل فهم باشـد منتشـر می‌گردد؛ بنابراین یادگیری و درک اطلاعات جدید سلامتی نیازمند مهارت زیادی در خواندن، محاسبات و مهارت تصمیم گیری است[۱۹].

در میان انواع اهداف ارزیابی جامعه، اندازه گیری میزان دانش و آگاهی جمعیت تحت بررسـی از وضـعیت سلامت خود و میزان فهم و درکی که از جنبه مختلف سلامت فردی و عواملی که می‌تواند سلامت فرد را تحت تأثیر قرار دهد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار ا ست. سواد سلامت مقوله‌ای از جنبه‌های ارزیابی جامعه است که نتایج میزان آن و عوامل موثر بر آن می‌تواند به عنوان ابزاری قابل اعتماد در اختیار برنامه‌ریزان و متولیان امر سلامت با شد[۵].ظرفیت فرد یک جزء ا سا سی برای سواد سلامتی ا ست. "ظرفیت" هم به پتانسیل ذاتی فرد و هم به دانش و مهارت‌های او مربوط ا ست. ظرفیت سواد سلامتی یک فرد با آموزش تعدیل می‌شـــود و کفایت آن تحت تأثیر فرهنگ، زبان و مشـــخصـــات موقعیت‌های مرتبط با ســـلامتی ا ست[۲۰]. افراد هنگام ج ستجوی اطلاعات سلامتی با چالش‌های متعددی مانند: افزایش شیوع و بروز بیماریهای مزمن، پیچیدگی سیستم سلامتی، نیاز به حضور در مراقبت‌ها و افزایش اطلاعات قابل دسترس رو به رو هســـتند. مردم باید بتوانند مســـئول های جدیدی را در زمینه جســـتجوی اطلاعات، درک م سئولیت‌ها، سنجش و پایش سلامتی، ت صمیم گیری درباره نوع پو شش بیمه‌ای و انتخاب نوع مراقبت انتخاب کنند[۱۹]. مســـئولیت‌پذیری افراد در قبال ســـلامتی و همچنین خود مراقبتی از بیماریها در کشورهای مدرن و توسعه یافته بسیار ر شد یافته است. د سترسی به اطلاعات مرتبط با سلامتی و آگاهی یافتن از مســائل بیماری و بهداشــتی، فاکتور مهم و تعیین کننده ســلامتی اســت. انتظار می‌رود که افراد

برای دا شتن سطح بالای سلامتی از این گونه اطلاعات ا ستفاده نمایند. نقش فعال بیماران، نیازمند دارا بودن سطح بالای از سواد سلامت است[۱۸].

امروزه نقش فرد به عنوان عامل مرکزی در مدیریت خود مورد تأکید می‌باشـــد. واژه‌هایی چون مرکزیت قرار دادن بیمار، شیوه زندگی و توانمند سازی همگی بر این مو ضوع تأکید دارند که فرد نقش حیاتی‌تری ن سبت به ارائه کننده خدمات سلامت در کنترل سلامتی خود دارد. این مو ضوع ن شان می‌دهد که فرد بایســتی به عنوان یک مطلع در تصـمیم گیریهای بهداشــتی درمانی خود شــرکت کند. برخی از عوامل از جمله پیشــرفت‌های دارویی و تولید داروهای جدید، رشــد بیماریهای مزمن، حرکت مســتمر به ســمت مشتری مداری، بیمار محوری و د ستر سی به اطلاعات سلامتی از طریق اینترنت از عوامل مهم همگرایی هستند که در دو دهه اخیر باعث افزایش تقا ضا برای مشارکت فرد در تصمیم گیری و مدیریت سلامت شده‌اند و اهمیت سواد سلامت را افزایش داده است[۲۱]. فرایند ارتقای سواد سلامت می‌تواند به عنوان بخ شی از تو سعه افراد به سمت بهبود کیفیت زندگی دیده شود. در جامعه، سواد سلامت به عدالت و پایداری تغییرات در بهداشــت عمومی می‌انجامد. در نهایت ســواد ســلامت پایین با آموزش افراد و تبدیل آنها به منابع مفیدتر (مانند افزایش ســـواد ســـلامت افراد) قابل رفع اســـت[۱۴]. رویارویی با نظام‌های بهداشتی پیچیده برای انسانها حتی با مهارت سواد کافی نیز کاری دشوار است، اما افراد با سواد سلامت پایین در این زمینه مشــکلات بیشــتری را تجربه می‌کنند[۱۱]. براســاس مطالعات مرکز اســتراتژیهای مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامت کم، اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط تیم سلامت را درک نکرده و به تو صیه‌های داده شده عمل نمی‌کنند، و ضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند و هزینه‌های بیشتری را محتمل می شوند. سواد سلامت عنصری مهم در توانایی افراد برای مشارکت در فعالیت‌های مرتبط با سلامتی و تصمیم گیریهای درمانی و همچنین توانایی آن‌ها برای پیشگیری از بیماریها است[۱۱]. سواد سلامت کم موجب ضرر اقتصادی و اجتماعی می شود و ممکن است به طور کامل از درگیر شدن افراد با جامعه و د ستیابی آن‌ها به اهداف زندگی جلوگیری کند. عواقب اقتصادی سواد پایین سلامت علاوه بر اثرگذاری بر افراد، در جامعه نیز قابل مشاهده می‌باشد[۴]. با وجود اهمیت

بسیار زیاد شناسایی افراد با سواد سلامت ناکافی، کارکنان سیستم‌های بهداشتی و درمانی، اغلب در این زمینه ضـــعیف عمل می‌کنند و بیماران نیز گاهی این واقعیت را کتمان می‌کنند. این در حالی اســـت که شناسایی این افراد بسیار مهم می‌باشد و به رویکردهای خاصی در فرآیند ارتباط با این افراد نیاز است. در ارتیاط با این افراد باید راهبردهایی همچون اســـتفاده از بیان ســـاده و قابل فهم، اســـتفاده 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[۱۸]. اگرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیر گذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مربوط به سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است[۲۱].

بررسی متون

- در پژوهشی که توسط افشار و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان بررسی سواد سلامت بزرگسالان تویسرکان انجام شده گزارش نتایج آنها نشان می‌دهد که سن اکثریت افراد بین گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال بوده است. ۵۳/۷ درصد از شرکت کنندگان مرد و سطح تحصیلات اغلب آنها دیپلم(۵۵/۸در صد) و شغل غالب آنها دانشجو (۳۱/۹ در صد) بوده است. شرکت کنندگان در دسترسی به اطلاعات ضعیف(۴۲/۱درصد)، در درک اطلاعات ضعیف(۵۴/۴ درصد)، در قضاوت و ارزیابی متوسط(۶۴/۹در صد) و در استفاده از اطلاعات در سطح متوسط(۸۸/۸در صد) بودند. در این مطالعه سطح سواد سلامت نامطلوب بوده و باعث توجه بیشتر به آموزش افراد جهت ارتقاء سلامت را تاکید می‌کند[۱۹].
- در مطالعه‌ای که توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان طراحی و روان سنجی ابزار سنجش سلامت جمعیت شهری ایران گزارش شده است به این نتیجه دست یافتند که ۴۴درصد از جمعیت ۶۵-۱۸ ساله مورد مطالعه از سواد سلامت محدود برخوردارند[۲۲].
- در مطالعه جوادزاده و همکاران(۱۳۹۲) با عنوان بررسی سواد سلامت بزرگسالان در شهر اصفهان، ۴۶/۵درصد از افراد سواد سلامت ناکافی، ۳۸درصد سواد سلامت مرزی و ۱۵/۵درصد افراد سواد سلامت ناکافی داشته‌اند. در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و سن، سطح تحصیلات، جنس و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شده است به طوری که سواد سلامت ناکافی در افراد با سن بالاتر ،تحصیلات کمتر، زنان و قشر کم درآمد شایع‌تر بوده است. این پژوهش اهمیت تدوین برنامه‌هایی جهت ارتقای سواد سلامت را بیان می‌کند[۱۸].
- در مطالعه رئیسی و همکاران(۱۳۹۰) با عنوان رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان، نتایج نشان داده که به صورت معناداری سواد سلامت در مردان بیشتر از زنان بوده است[۵].

- در مطالعه ملاخلیلی و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان سواد سلامت بیماران بستری در بیمارستانهای آموز شی دان شگاه علوم پز شکی ا صفهان و گزارش نتایج حا صله، میانگین نمره سواد سلامت بیماران مورد بررسی در حیطه محاسبات، در حیطه درک خواندن تقریبا متوسط بوده و نمره کل سواد سلامت در آنان کمی بیشتر از حد متو سط بوده ا ست. اغلب بیماران برر سی شده دارای سواد سلامت ناکافی و حاشیه‌ای بودند. بین متغییرهای جنسیت، درآمد و محل سکونت با سطح سواد سلامت رابطه معنی‌داری وجود ندا شته، در حالیکه بین سن با نمره سواد سلامت و نیز حیطه‌های آن رابطه معکوس و بین سطح تحصیلات و نمره سواد سلامت رابطه مستقیم وجود داشت. بین شغل بیماران و سواد سلامت رابطه معنی‌داری وجود داشته است به نحوی که افراد بازنشسته و کارگران دارای سواد سلامت کمتری بودند. طبق نتایج حاصل شده بیماران نیازمند توضیحات بیشتر و ساده‌تر برای درک مطالب می‌باشند[۱۵].
- در مطالعه ساعتچی و همکاران(۱۳۹۶) با عنوان سواد سلامت و عوامل مؤثربرآن که بر روی جمعیت جزیره هرمز انجام شده ا ست اطلاعات ۴۸۶ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته ا ست. بر ا ساس نتایج به د ست آمده در این مطالعه میانگین سنی افراد ۳۹ سال(۱۸-۷۹) و ۴۸در صد زن بوده‌اند. میانگین بعد خانوار ۴/۵ نفر به دست آمده بود و میانگین نمره کسب شده افراد تحت برر سی ۵۸/۰۶ بد ست آمده ا ست. ۳۵در صد سواد سلامت نه چندان کافی، ۱۸/۲۱در صد سواد سلامت کافی، ۱۲/۲۹ در صد سواد سلامت ناکافی و ۷/۱۴ در صد سواد سلامت عالی دا شته‌اند. سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و سن متغییرهای اصلی تأثیر گذار بر سواد سلامت در نمونه مورد بررسی بوده‌اند. در نتیجه سطح تحصیلات پایین در کنار وضعیت بد اقتصادی و سن افراد از دلایل کمبود سطح سواد سلامت در جزیره هرمز گزارش شده است[۵].
- در مطالعه صحرایی و همکاران(۱۳۹۵) با عنوان بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهرکرج، یافته‌ها نشان داده ۲۴/۲در صد افراد سواد سلامت ناکافی، ۲۳/۴ در صد سواد سلامت نه چندان کافی، ۳۷/۹ درصد سواد سلامت کافی و ۱۴/۵ درصد سواد سلامت عالی داشته‌اند. در نهایت این

نتیجه گزارش شده است که با توجه به پایین بودن سطح سواد سلامت، باید برنامه‌هایی جهت ارتقای مهارت‌های سواد سلامت طراحی و اجرا گردد[۲۲].

- در مطالعه نقیبی و همکاران(۱۳۹۶) با عنوان بررسی سواد سلامت بزرگسالان ۶۵-۱۸ سال شهر شهریار، میانگین نمره سواد سلامت ۲۲/۱±۵۸/۲۶، میانگین نمره سواد سلامت به تفکیک ابعاد شامل دسترسی به اطلاعات ۶۲/۱۴، فهم و درک اطلاعات ۶۶/۷۴، مهارت خواندن اطلاعات ۶۲/۸۷، ارزیابی اطلاعات ۵۴/۶۸ و تصمیم گیری و رفتار ۴۵/۸۷ بوده است. در سطح بندی سواد سلامت، ۳۶/۵ درصد دارای اطلاعات ناکافی، ۲۳/۷ اطلاعات نه چندان کافی، ۲۳/۱ درصد کافی و ۱۴/۴ درصد عالی بوده‌اند. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین متغییرهای سن، تحصیلات و شغل با ابعاد پنج گانه سواد سلامت مشاهده شده است[۴].
- در مطالعه انجام شده توسط برجی و همکاران(۱۳۹۶) که با عنوان سطح سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر ایلام انجام شده است یافته‌ها نشان داده است که ۵۰/۴ درصد سالمندان دارای سواد سلامت ناکافی هستند. بین سواد سلامت با سن، جنس، شغل، تحصیلات، محل زندگی، ابتلا به بیماری مزمن و سابقه بستری مجدد ارتباط معنی‌داری وجود داشته است، اما بین میزان درآمد و سواد سلامت ارتباط معنی‌داری وجود نداشته است. سالمندانی که مستقل بودند و یا در انجام فعالیت فیزیکی محدودیت نداشتند از سواد سلامت بالاتری برخوردار بوده‌اند [۶].
- در مطالعه‌ای توسط **D. Berkman** و همکاران (۲۰۱۱) به منظور بررسی ارتباط سطح سواد سلامت و پیامدهای بهداشتی که به صورت مرور نظام مند انجام شده است نتایج نشان داده است که پایین بودن سطح سواد سلامت با فقر بهداشتی و عدم بهره مندی از خدمات مراقبتهای بهداشتی مرتبط است. هرچه سطح سواد سلامت افراد جامع بالاتر باشد میزان استفاده از خدمات بهداشی بهبود یافته در نتیجه سطح بهداشت جامعه نیز ارتقا خواهد یافت[۲۳].

- نتایج مطالعه **Devrim Güner** و همکارانش (۲۰۱۹) که به منظور بررسی سطح سواد سلامت در برخی از ایلات امریکا انجام شده است نشان داده است آموزش مراقبتها و مهارتهای بهداشتی مورد نیاز افراد با خدمات ارائه شده توسط آنها مطابقت ندارد و به طور کلی استنباط آنها از نحوه دریافت اطلاعات سلامت و بهدا شت نیاز به ا صلاح و تغییر دارد. همچنین نتایج آنها ن شان داده اســت که افرادی که در مراکز ســلامت جامعه فعالیت می‌کنند توانایی و مهارت لازم برای ارتقای آگاهی موضوعات سلامت در مراجعین را ندارند. این محققین بررسی سواد سلامت در گروههای مختلف را به عنوان ابزاری مفید جهت دستیابی به نحوه در دسترس قرار دادن اطلاعات بهداشتی و سلامتی به جامعه مورد نظر و در نتیجه سیاستگذاری صحیح با کمترین اتلاف هزینه پیشنهاد داده‌اند[۲۴].
- **Evans** و همکارانش (۲۰۱۹) سطح سواد سلامت در دان شجویان غنا را به صورت یک مطالعه مقطعی بررســی کرده_اند. بر اســاس نتایج گزارش شــده از این مطالعه حدود ۵۵٪ دانشــجویان شرکت کرده در مطالعه از سواد سلامت پایین (۲۰/۴ ٪ دارای سواد ناکافی و ۳۴/۲ ٪ دارای سواد نه چندان کافی) بوده‌اند. همچنین جنس، نوع رشته تحصیلی، اعتماد به نفس، وضعیت بهداشتی و سن (سال تحصیلی) از جمله پارامتراهای موثر بر سطح سواد سلامت ذکر شده‌اند[۲۵].

۱-۲. اهداف مطالعه:

۱-۴-۱. هدف اصلی طرح :

تعیین سطح سواد سلامت افراد مراجعه کننده به مراکز سلامت جامع دانشگاه علوم پزشکی ساوه موجود در شهرستان ساوه در سال ۱۳۹۸

۱-۴-۲. اهداف ویژه طرح

۱. تعیین مشخصات دموگرافیک جمعیت شرکت کننده در این مطالعه
۲. تعیین سطح سواد سلامت افراد مورد مطالعه
۳. مقایسه میزان سواد سلامت بر حسب مشخصات دموگرافیکی شرکت کنندگان

۱-۳. فرضیات یا سوالات پژوهش (باتوجه به اهداف طرح) :

۱. مشخصات دموگرافیک جمعیت شرکت کننده در این مطالعه چگونه است؟
۲. سطح سواد سلامت افراد مورد مطالعه به چه میزانی است؟
۳. میزان سواد سلامت بر حسب مشخصات دموگرافیکی شرکت کنندگان دارای تفاوت معنی‌داری است.

۱–۶. تعاریف و مفاهیم

۱-۶-۱. تعریف نظری (علمی)

- سواد سلامت: عبارت ا ست از میزان ظرفیت فرد برای ک سب، درک و تف سیر، اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم گیری متناسب لازم است(۲ و ۹) .
- ابعاد سواد سلامت: شامل ۵ گویه می‌باشد: توانایی خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی، تصمیم گیری و رفتار (۲).
- سطح سواد سلامت: در ۴ دسته رتبه بندی می‌شود که بیانگر آگاهی افراد از سواد سلامت می‌باشد. دسته بندی‌ها شامل: عالی، کافی، نه چندان کافی و ناکافی می‌باشد (۲).

۱-۶-۲. تعریف کاربردی (عملی):

تعاریف ارائه شده برای تعاریف نظری، برای تعاریف عملی هم صادق است.

فصل دوم

مواد و روش‌ها

۲-۱. نوع مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است و به صورت مقطعی انجام شد.

۲-۲. جامعه هدف:

افراد ۱۸ تا ۶۵ سال شهرستان ساوه.

۲-۳. جامعه آماری:

افراد ۱۸ تا ۶۵ سال شهرستان ساوه که به مراکز سلامت جامعه مراجعه می‌کنند

۲-۴. جدول متغیرها :

جدول ۱

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر		کمی		کیفی		نحوه اندازه گیری	مقیاس
		مستقل	وابسته	پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه‌ای		
	سواد سلامت		*	*				پرسشنامه استاندارد	نمره بدون بعد
	سن	*		*				شناسنامه ای	سال
	جنس	*				*		مذکر- مونث	خودایفایی

۲-۵. روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:

جامعه مورد پژوهش همه ساکنین شهر ساوه که برای خدمات بهداشتی و درمانی به مراکز سلامت جامعه زیر نظر دانشکده علوم پزشکی ساوه در شهرستان ساوه مراجعه می‌کنند را شامل می‌شد. برای تعیین حجم نمونه از رابطه کوکران استفاده شد. فرمول محاسبه حجم نمونه کوکران نیز به صورت زیر است:

$$n=\frac{\frac{Z^2pq}{d^2}}{1+\frac{1}{N}\left(\frac{Z^2pq}{d^2}-1\right)}$$

n: حجم نمونه آماری

N : حجم جامعه آماری

d : اشتباه مجاز (مقدار آن برابر با ۰/۰۵۶ در نظر گرفته می‌شود)

z : مقدار متغیر نرمال با سطح اطمینا ۱ -**α** است. در آزمون دودامنه مقدار **z** برای سطح اطمینان ۹۵ درصد برابر ۱/۹۶ و برای سطح اطمینان ۹۹ درصد برابر ۲/۵۸ است.

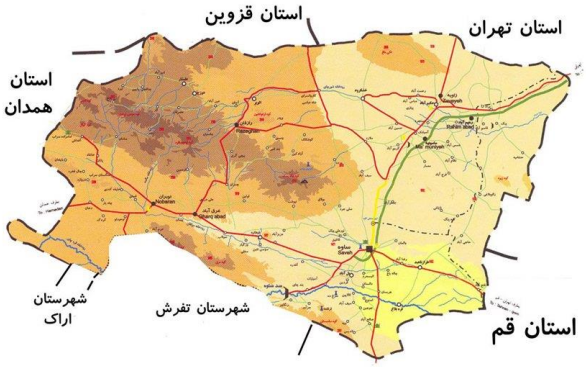
p : نسبت برخورداری از صفت مورد نظر (مثلا دارای سواد سلامت)

q=(1-p): نسبت عدم برخورداری از صفت مورد نظر (مثلا جمعیت زنان). معمولا **p** و **q** را ۰/۵ در نظر می‌گیرند**.** حجم نمونه با توجه به اینکه جمعیت تحت پوشش مراکز سلامت جامعه ۲۵۰۰۰ نفر است حدود ۳۰۰ نفر بدست می‌آید.

۲-۶. روش نمونه گیری:

تصادفی چند مرحله‌ای

۲-۷. روش اجرا



ساوه از شهرهای استان مرکزی و مرکز شهرستان ساوه است. جمعیت این شهر در سال ۲۰۱۲ برابر با ۲۰۱۸۲۸ نفر بوده است. ساوه یکی از شهرها و مناطق باستانی بازمانده از دوره ساسانی است. این شهر از شمال به شهرستان زرندیه و استان قزوین، از جنوب به شهرستان تفرش و استان قم، از شرق به استان تهران و قم و از غرب و جنوب غربی به استان همدان و شهرستان کمیجان محدود می‌گردد. در تقسیم بندی اقلیمی شهرستان ساوه دارای اقلیم نیمه خشک با تابستان‌های گرم و زمستان‌های کمی سرد نامگذاری شده است. ارتفاع این شهر از سطح دریا برابر ۹۹۸ متر می‌باشد. شهرساوه به دلیل جاذبه‌های صنعتی و کشاورزی و نزدیکی به پایتخت ایران یکی از مناطق جذب اتباع خارجی به خصوص مهاجرین کشور افغانستان است، به طوری که بیش از ۲۰ هزار افغانی در شهرستان و شهر ساوه زندگی می‌کنند. شهرستان ساوه دارای ۹ مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی می‌باشد که ۹۰۰۰ خانوار را تحت پوشش قرار داده است.

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد که در بهمن ۹۸ انجام شد. جامعه آماری در این تحقیق افراد ۱۸ تا ۶۵ سال شهرستان ساوه بود که تعداد ۳۰۰ نفر از بین افراد تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی به طور تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و نمونه‌ها وارد مطالعه شدند. بدین صورت که در مرحله اول، جامعه مورد مطالعه به چند منطقه اصلی تقسیم شد (بر اساس محلاتی که مراکز سلامت جامعه در آنجا وجود دارند)، سپس از درون مناطق بزرگتر به طور تصادفی، مناطق کوچکتر (بلوک‌ها) انتخاب شدند و از این بلوک‌ها، خانوارها و افراد وارد مطالعه شدند. داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن ۱۸

تا ۶۵ سال، سکونت در مناطق شهری ساوه، و داشتن رضایت آگاهانه به عنوان معیارهای ورود و ابتلا به بیماریهای حاد ادراکی و روانی و تکمیل ناقص پرسشنامه به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

نمونه گیری در ۸ مرکز سلامت جامعه شهری انجام شد. با توجه به توزیع نسبتا مساوی جمعیت در سطح شهرستان، حجم نمونه با توجه به تعداد مراجعه کنندگان به هر درمانگاه به صورت نسبتی اختصاص داده شد. با توجه به اینکه درمانگاه مصطفی خمینی در مرکز شهر واقع شده و تعداد مراجعه کنندگان زیاد می‌باشد، تعداد ۷۰ پرسشنامه در این مرکز تکمیل شد، ۲۴ پرسشنامه در ستاد، مرکز سلامت جامعه شهری شهید چمران ۳۳عدد، درمانگاه رجبی ۴۵ عدد، مرکز سلامت بهزیستی ۲۰ عدد، مرکز جامعه سلامت شهری وزیری ۴۳ عدد، درمانگاه والفجر ۲۰ عدد و مرکز جامعه سلامت شهری رحماندوست تعداد ۳۸ پرسشنامه تکمیل شد.

۲-۷-۱. مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات و نحوه جمع آوری آن:

تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی بود و از همه افراد خواسته شد که با صداقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند و اطمینان حاصل شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به طور محرمانه استفاده شود. ابزار گرد آوری داده‌ها، پرسشنامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸ تا ۶۵ ساله ایرانی **(HELIA:Health Literacy For Iranian Adults)** بود. این پرسشنامه دارای ۳۳ سوال در ۵ بعد می‌باشد که ابعاد آن شامل: خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم گیری و رفتار می‌باشد. بر اساس مقیاس مورد نظر سطح سواد مخاطبان به امتیاز طیف صفر تا صد تبدیل و سپس به ۴ دسته عالی(۰-۱۵/۹)، کافی (۱۶-۳۳/۹)، نه چندان کافی(۳۴-۳۴/۹) و نا کافی(۵۰>) تقسیم شد. در آنالیز داده‌ها، نمرات در بازه ۱ تا ۵ می‌باشند. نمره ۱، نشان دهنده سطح عالی، نمره ۵ نشان دهنده سطح ناکافی و نمراتی که در بازه ۲ تا ۳ قرار دارند نشان دهنده سطح نه چندان کافی می‌باشد.

طریقه محاسبه امتیازات و رتبه بندی به صورت زیر می‌باشد:

امتیازات خام هر فرد در خرده سنج‌ها از جمع جبری امتیازات به دست می‌آید، سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا صد از فرمول زیر استفاده می‌شود؛ به طور مثال برای فردی که نمره خام ۸ را در بعد خواندن کسب کرده است، امتیاز سواد سلامت در این بعد بدین شکل محاسبه خواهد شد:

$$\frac{\text{ممکن خام نمره حداقل} - \text{آمده دست به خام نمره}}{\text{ممکن امتیاز حداکثر} - \text{ممکن امتیاز حداقل}} \times 100 \rightarrow \frac{8-4}{20-4} \times 100 = \mathbf{۲۵}$$

برای محاسبه امتیاز کل: امتیازات خرده سنج ها (براساس طیف صفر تا صد) جمع شده و بر تعداد خرده سنج‌ها (۵) تقسیم می‌شود.

جدول یک طیف امتیازات خام و رتبه بندی مخاطبان

جدول ۲

جدول یک: امتیازات خام			
خرده سنج	تعداد گویه	طیف امتیازات خام	
		حداقل امتیاز ممکن	حداکثر امتیاز ممکن
خواندن	۴	۴	۲۰
دسترسی	۶	۶	۳۰
فهم و درک	۷	۷	۳۵
ارزیابی	۴	۴	۲۰
تصمیم گیری و رفتار	۱۲	۱۲	۶۰
امتیاز کل	۳۳	۳۳	۱۶۵

جدول دو: رتبه بندی سطح سواد سلامت مخاطبان

جدول ۳

طیف امتیاز برای خرده سنج ها و کل پرسشنامه		رتبه
حداقل	حداکثر	
۵۰	۱۰۰	ناکافی

نه چنداد کافی	۴۹/۹	۳۴
کافی	۳۳/۹	۱۶
عالی	۱۵/۹	۰

پرسشنامه مورد استفاده در مطالعات قبلی تایید شده است:

Montazeri A, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): develoment and psychometric properties. Payesh 2014;13:589-600

۲-۸. تجزیــه و تحلیل داده‌ها

تجزیــه و تحلیل داده‌های گردآوری شده با اســتفاده از نــرم افــزار **SPSS** و اکسل انجام شد و برای توصیف داده‌هــا از آمــار توصــیفی شــامل توزیع فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار و به منظور بررسی ارتباط و مقایسه میان متغیرها از آمار استنباطی (تــی مستقل و تحلیل واریانس و پیرسون) استفاده شد. در همه آزمونها سطح معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۲-۹. ملاحظات اخلاقی :

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش از ذکر نام و نام خانوادگی افراد امتناع گردیده است و افراد در صورتی که تمایل خود را به دریافت خدمات مشاوره‌ای اعلام نموده بود پیگیری توسط محققین جهت معرفی به مسئولین مربوطه انجام می‌گردید.

۲-۱۰. محدودیتهای اجرایی طرح وروش کاهش آنها :

به این علت که مکان جمع آوری داده‌ها درمانگاهها/مراکز بهداشتی-درمانی بود و افراد مراجعه کننده برای پیگیری امور بهداشتی/مراقبت سلامتی یا بیماری مراجعه می‌کردند، لذا از مشارکت در مطالعه امتناع

داشتند. همچنین به دلیل اینکه ساوه شهری صنعتی می‌باشد و تعداد اتباع خارجی زیاد است، شماری از مراجعه کنندگان مهاجر بوده از تکمیل فرم خودداری می‌کردند.

پایگاه سلامت شهری
رجبعلی قسمتی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه
مرکز سلامت جامع شهری ـ روستایی
شهید مصطفی خمینی

مرکزسلامت جامعه شهری شهید چمران

فصل سوم

یافته‌ها

۳-۱. یافته‌ها و خروجی طرح:

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و ورود داده‌ها به نرم افزار، تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس اهداف از پیش تعیین شده انجام شد که به ترتیب به صورت زیر ارائه می‌شوند:

۳-۱-۱. نتایج نمرات کسب شده بر حسب سن

براساس یافته های بدست آمده در جدول ۳-۱ بیشترین افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر، در گروه سنی ۲۵-۱۸ سال بودند (۳۷/۳ درصد از کل شرکت کنندگان) و کمترین افراد شرکت کننده افرادی با سن بالای ۴۵ سال بودند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در گروه سنی ۳۶-۴۵ سال و بیش از ۴۵ سال مشاهده شد (۰/۵۸ ± ۱/۹۶در مقابل۰/۸۲ ± ۲/۴۵). آنالیز آماری ارتباط معنی داری بین نمره کسب شده در گروههای سنی مختلف نشان داد (**P** = ۰/۰۰۲).

جدول۳-۱: میانگین نمره افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب گروههای سنی

سن	تعداد	درصدشرکت کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معنی داری
۲۵-۱۸	۱۱۲	۳۷/۳	۲/۱۴	۰/۵۱	۴۲/۸	نه چندان کافی	۰/۰۰۲
۳۵-۲۶	۹۴	۳۱/۳	۲/۰۵	۰/۶۵	۴۱	نه چندان کافی	
۴۵-۳۶	۵۴	۱۸	۱/۹۶	۰/۵۸	۳۹/۲	نه چندان کافی	
بیش از ۴۵	۳۹	۱۳	۲/۴۵	۰/۸۲	۴۹	نه چندان کافی	
کل	۲۹۹	۹۹/۷	۲/۱۱	۰/۶۳	۴۲/۲	نه چندان کافی	

۳-۱-۲. نتایج نمرات کسب شده برحسب جنسیت

مطابق جدول ۳-۲ اکثریت افراد شرکت کرده در مطالعه، خانم بودند که ۵۸/۳ درصد از کل شرکت کنندگان را به خود اختصاص دادند. نمره کسب شده در این بخش برای خانم‌ها نسبت به آقایان (۱/۹۸±۰/۵۷ در مقابل۲/۳±۰/۶۶) بود. آنالیز آماری ارتباط معنی داری بین نمره کسب در جنسیت افراد مورد مطالعه نشان نداد(**p**=۰/۰۰).

جدول ۳-۲: **میانگین نمره افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب جنسیت**

جنسیت	تعداد	درصدشرکت کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معنی داری
مرد	۱۲۴	۴۱/۳	۲/۳	۰/۶۶	۴۶	نه چندان کافی	۰/۰۰
زن	۱۷۵	۵۸/۳	۱/۹۸	۰/۵۷	۳۹/۶	نه چندان کافی	
کل	۲۹۹	۹۹/۷	۲/۱۱	۰/۶۴			

۳-۱-۳. نتایج نمرات کسب شده برحسب میزان تحصیلات

بر اساس جدول ۳-۳، بیشتر افراد شرکت کننده دارای تحصیلات کارشناسی بودند (معادل۴۱/۳) درصد و کمترین درصد متعلق به گروه بی‌سواد بود. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در افراد با تحصیلات دکتری و بالاتر در مقابل افراد بی‌سواد مشاهده شد (۱/۰۵±۰/۰۲ در مقابل ۳/۲۶±۰/۶). آنالیز آماری ارتباط معنی‌داری میزان نمره کسب شده در رده های مختلف تحصیلی نشان نداد(**P** =۰/۰۰).

جدول ۳-۳: میانگین نمره افراد شرکت کننده برحسب میزان تحصیلات

میزان تحصیلات	تعداد	درصدشرکت کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معنی داری
بی سواد	۵	۱/۷	۳/۲۶	۰/۶	۶۵/۲	ناکافی	۰/۰۰
ابتدایی	۲۱	۷	۲/۴۸	۰/۶۸	۴۹/۶	نه چندان کافی	
راهنمایی	۳۱	۱۰/۳	۲/۱۲	۰/۶۷	۴۲/۴	نه چندان کافی	
دیپلم	۷۹	۲۶/۳	۲/۱۵	۰/۵۶	۴۳	نه چندان کافی	
کاردانی	۲۳	۷/۷	۲/۱۸	۰/۷۴	۴۳/۶	نه چندان کافی	
کارشناسی	۱۲۴	۴۱/۳	۲/۰۱	۰/۵۷	۴۰/۲	نه چندان کافی	
کارشناسی ارشد	۱۵	۵	۱/۹۴	۰/۶۳	۳۸/۸	نه چندان کافی	
دکترا و بالاتر	۲	۰/۷	۱/۰۵	۰/۰۲	۲۱	کافی	
کل	۳۰۰	۱۰۰	۲/۱۲	۰/۶۴	۴۲/۴	نه چندان کافی	

۳-۱-۴. نتایج نمرات کسب شده برحسب رشته تحصیلی

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳-۴ بیشترین افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر، در رشته تحصیلی تجربی تحصیل کرده‌اند(۴۳/۷ درصد) و کمترین افراد شرکت کننده در رشته ریاضی تحصیل کردند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده در این پارامتر به ترتیب رشته تجربی و فنی بودند (۱/۹۴±۰/۵۴ در مقابل۲/۳۷±۰/ ۶۲). آنالیز آماری ارتباط معنی‌داری بین نمره کسب شده در رشته های تحصیلی مختلف نشان نداد(**P**=۰/۰۰).

جدول ۳-۴: **میانگین نمره کسب شده توسط افراد شرکت کننده بر حسب رشته تحصیلی**

رشته تحصیلی	تعداد	درصدشرکت کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معنی داری
تجربی	۱۳۱	۴۳/۷	۱/۹۴	۰/۵۴	۳۸/۸	نه چندان کافی	
ریاضی	۲۲	۷/۳	۲/۱۱	۰/۶.	۴۲/۲	نه چندان کافی	
انسانی	۴۸	۱۶/۱	۲/۱۱	۰/۶۲	۴۲/۲	نه چندان کافی	۰/۰۰
فنی	۵۲	۱۷/۳	۲/۳۷	۰/۶۲	۴۷/۴	نه چندان کافی	
کل	۲۵۷	۸۴/۳	۲/۰۷	۰/۶	۴۱/۴	نه چندان کافی	

۳-۱-۵. نتایج نمرات کسب شده برحسب شغل

مطابق جدول ۳-۵، بیشتر افراد شاغل(۴۵/۷ درصد) و خانه‌دار(۲۵/۷ درصد) بودند و ۰/۷ درصد از شرکت کنندگان نیز دانش آموز بوده‌اند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در افراد برای دو گروه دانش آموز و بازنشسته (۱/۰۱±۱/۹۶در مقابل۰/۵۷±۲/۶) مشاهده شده است. آنالیز آماری ارتباط معنی‌داری بین رشته تحصیلی افراد شرکت کننده نشان نداد(**P**=۰/۳۱۸).

جدول ۳-۵: میانگین نمرات کسب شده افراد شرکت کننده برحسب شغل

شغل	تعداد	درصدشرکت کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معنی داری
شاغل	۱۳۷	۴۵/۷	۲/۰۸	۰/۶۴	۴۱/۶	نه چندان کافی	
بی کار	۱۴	۴/۷	۲/۲	۰/۷	۴۴	نه چندان کافی	
خانه دار	۷۷	۲۵/۷	۲/۰۸	۰/۴۲	۵۱/۴	ناکافی	۰/۳۱۸
بازنشسته	۷	۲/۳	۲/۶	۰/۵۷	۵۲	ناکافی	
دانش آموز	۲	۰/۷	۱/۹۶	۱/۰۱	۳۹/۲	نه چندان کافی	
دانشجو	۶۰	۲۰	۲/۱۸	۰/۵۸	۴۳/۶	نه چندان کافی	
کل	۲۹۹	۹۹/۷	۲/۱۱	۰/۴۷	۴۲/۲	نه چندان کافی	

۳-۱-۶. نتایج نمرات کسب شده برحسب نوع شغل مرتبط با رشته تحصیلی

براساس یافته‌های بدست آمده (جدول ۳-۶) تقریبا افراد به میزان برابری در پژوهش شرکت کردند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در افراد با نوع شغل مرتبط با رشته تحصیلی و افراد با نوع شغل غیر مرتبط با رشته تحصیلی (۱/۲±۰/۵۹ در مقابل ۲/۲±۰/۶۲). آنالیز آماری ارتباط معنا داری بین نمره کسب شده برحسب نوع شغل را نشان نداد(**P**=۰/۰۰).

جدول ۳-۶: **میانگین نمره کسب شده در شرکت کنندگان برحسب نوع شغل**

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

۳-۱-۷. نتایج نمرات کسب شده برحسب وضعیت تأهل

براساس یافته‌های بدست آمده در پژوهش حاضر، بیشتر افراد شرکت کننده در مطالعه متأهل بودند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده در این گروه بندی به ترتیب برای افراد متأهل و مجرد ۲/۰۶±۰/۶۴ در مقابل ۰/۶±۲/۱۸ بود. در آنالیز آماری ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تأهل افراد مشاهده نشد(**P**=۰/۱۲۳).

جدول۳ -۷: **میانگین نمره کسب شده افراد شرکت کننده برحسب وضعیت تأهل**

وضعیت تأهل	تعداد	درصدشرکت کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معنی داری
متأهل	۱۷۴	۵۸	۲/۰۶	۰/۶۴	۴۱/۲	نه چندان کافی	۰/۱۲۳
مجرد	۱۲۳	۴۱	۲/۱۸	۰/۶	۴۳/۶	نه چندان کافی	
کل	۲۹۷	۹۹	۲/۱۱	۰/۶۳			

۳-۱-۸. نتایج نمران کسب شده برحسب بومی بودن

بر اساس یافته‌های بدست آمده در جدول ۳-۸، بیشتر افراد شرکت کننده بومی ساوه بودند(۸/ ۶۹ درصد). در این مطالعه بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب برای افراد بومی در مقابل افراد غیر بومی بومی ۲/۱۱±۰/۶ در مقابل ۲/۱۴±۰/۶ به دست آمد. آنالیز آماری ارتباط معنی‌داری بین نمره کسب شده برحسب بومی بودن نشان نداد(**P**=۰/۲۶۸).

جدول ۳-۸: **میانگین نمره کسب شده در افراد شرکت کننده برحسب بومی بودن**

بومی بودن	تعداد	درصدشرکت کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معنی داری
بله	۲۰۸	۶۹/۸	۲/۱۱	۰/۶۴	۴۲/۲	نه چندان کافی	۰/۲۶۸
خیر	۹۱	۳۰/۳	۲/۱۴	۰/۶	۴۲/۸	نه چندان کافی	
کل	۲۹۹	۹۹/۶	۲/۱۲	۱/۲۴	۴۲/۴	نه چندان کافی	

۳-۱-۹. نتایج نمرات کسب شده برحسب منابع کسب اطلاعات

براساس یافته‌ها (جدول۳-۹) بیشتر افراد شرکت کننده اطلاعات مربوط به سلامت را از طریق پرسیدن از پزشک و کارکنان بهداشتی(۴۰/۳ درصد) و همچنین اینترنت(۴۲ درصد) و کمتر افراد از اطلاعات مربوطه را از شبکه‌های ماهواره‌ای(۱ درصد) بدست می آوردند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب از روزنامه‌ها و مجلات و پرسیدن از دوستان و آشنایان (۱/۶±۰/۵ در مقابل ۲/۶۳±۰/۵) مشاهده شد. آنالیز آماری ارتباط معنی‌داری بین نمره کسب شده در منابع اطلاعاتی مختلف نشان نداد(**P**=۰/۱۲۲).

جدول ۳-۹: **میانگین نمره افراد شرکت کننده در مطالعه برحسب منبع اطلاعات**

منبع اطلاعات	تعداد	درصدشرکت کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معنی داری
پزشک و کارکنان بهداشتی	۱۲۱	۴۰/۳	۲/۰۵	۰/۷	۴۱	نه چندان کافی	
اینترنت	۱۲۶	۴۲	۲/۱۸	۰/۵۵	۴۳/۶	نه چندان کافی	۰/۱۲۲
تلفن گویا	۱	۰/۳	۲/۱۹	۰	۴۳/۸	نه چندان کافی	
رادیو و تلوزیون	۳۱	۱۰/۳	۲/۱	۰/۶۱	۴۲	نه چندان کافی	
روزنامه و مجلات	۳	۱	۱/۶	۰/۵	۳۲	کافی	
پرسیدن از دوستان	۶	۲	۲/۶۳	۰/۵	۵۲/۶	ناکافی	
کتابچه و برشورآموزشی	۶	۲	۱/۷۲	۰/۸۸	۳۴/۴	نه چندان کافی	
شبکه های ماهواره ای	۳	۱	۲/۲۹	۰/۲۳	۴۵/۸	نه چندان کافی	
نمیدانم	۳	۱	۲/۲۹	۰/۲۳	۴۵/۸	نه چندان کافی	
کل	۲۹۷	۹۹					

۳-۱-۱۰. نتایج نمرات کسب شده بر حسب ساعات آزاد

براساس یافته‌های ارائه شده در جدول۳-۱۰، افراد دارای ۵ ساعت (۱۹/۷ درصد) وقت آزاد در طول شبانه روز می‌باشند و ۱ درصد از افراد وقت آزادی برابر ۱۵ ساعت داشتند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در افراد با ۳ ساعت زمان آزاد و ۸ ساعت وقت آزاد (۱/۲±۰/۵۴ در مقابل ۲/۶۴±۰/۶) مشاهده شد.

جدول ۳-۱۰: میانگین نمرات کسب شده برحسب وقت آزاد

وقت آزاد(برحسب ساعت)	تعداد	درصد	میانگین نمره	انحراف معیار	معنی داری
۰	۴	۱/۳	۱/۷۶	۰/۴۸	
۱	۱۴	۴/۷	۱/۷۷	۰/۶	
۲	۲۹	۹/۷	۲/۰۴	۰/۶۲	
۳	۳۵	۱۱/۷	۱/۲	۰/۵۴	
۴	۵۲	۱۷/۳	۲/۰۶	۰/۶۳	
۵	۵۹	۱۹/۷	۲/۰۱	۰/۵۱	
۶	۳۲	۱۰/۷	۲	۰/۶۱	
۷	۸	۲/۷	۲/۵۶	۰/۶۴	۰/۰۰
۸	۳۰	۱۰	۲/۶۴	۰/۶	
۹	۲	۰/۷	۲/۶	۰/۷۲	
۱۰	۱۴	۴/۷	۲/۰۸	۰/۵۵	
۱۲	۱۱	۳/۷	۲/۴	۰/۸	
۱۵	۳	۱	۲/۷	۰/۸۵	
کل	۲۹۳	۹۷/۷	۲/۱۱	۰/۶۳	

۳-۱-۱۱. نتایج نمرات کسب شده برحسب نوع گوشی همراه

براساس یافته‌های حاصل از پژوهش (جدول ۳-۱۱) اکثر افراد مورد مطالعه دارای گوشی همراه هوشمند (۸۵ درصد) بودند و ۱۳/۷ درصد از آنها از گوشی‌های ساده استفاده می‌کردند. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در افراد با گوشی هوشمند و ساده به ترتیب ۲/۰۸±۰/۵۹ در مقابل ۲/۴۱±۰/۸ بود. آنالیز آماری نشان داد ارتباط معنی‌داری میان نوع تلفن همراه وجود دارد(**P**=۰/۰۰۲).

جدول ۳-۱۱: میانگین نمره افراد شرکت کننده برحسب نوع تلفن همراه

نوع تلفن همراه	تعداد	درصدشرکت کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معنی داری
هوشمند	۲۵۵	۸۵	۲/۰۸	۰/۵۹	۴۱/۶	نه چندان کافی	۰/۰۰۲
ساده	۴۱	۱۳/۷	۲/۴۱	۰/۸	۴۸/۲	نه چندان کافی	
کل	۲۹۶	۹۸/۷	۲/۲۴	۱/۴	۴۴/۸	نه چندان کافی	

۳-۱-۱۲. نتایج به دست آمده برحسب نوع سیستم عامل گوشی

سیستم عامل تلفن همراه بیشتر افراد شرکت کننده، از نوع اندروید بود (۷۷درصد) و برای ۸/۳ درصد افراد از نوع سیستم عامل **ios** بوده است. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در سیستم عامل **ios** و سایر سیستم عامل‌ها یا به تعبیری افراد با گوشی های ساده(همانند یافته‌های بدست آمده در جدول ۳-۱۱)مشاهده شد (۱/۶۸±۰/۶ در مقابل ۲/۴±۰/۷۹). آنالیز آماری ارتباط معنی‌داری بین انواع سیستم عامل ها نشان داد (**P**=۰/۰۰).

جدول ۳-۱۲: **میانگین نمره افراد شرکت کننده برحسب نوع سیستم عامل تلفن همراه**

سیستم عامل	تعداد	درصدشرکت کنندگان	میانگین نمره	انحراف معیار	درصد	سطح	معنی داری
اندروید	۲۳۱	۷۷	۲/۱۱	۰/۵۷	۴۲/۲	نه چندان کافی	۰/۰۰
los	۲۵	۸/۳	۱/۶۸	۰/۶	۳۳/۶	کافی	
سایر	۴۰	۱۳/۳	۲/۴	۰/۷۹	۴۸	نه چندان کافی	
کل	۲۹۶	۹۸/۶	۲/۰۶	۱/۹۷	۴۱/۲	نه چندان کافی	

۳-۲. نتایج به دست آمده برای هرگویه

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳-۱۳ بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در گویه‌های فهم و تصمیم گیری و رفتار مشاهده می‌شود(۱/۸۶±۰/۷۸ در مقابل ۲/۲۸±۰/۷۸).

جدول ۳-۱۳: **میانگین و درصدهای بدست آمده افراد شرکت کننده برای هر گویه**

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

فصل چهارم

بحث و

نتیجه‌گیری

۴. بحث و نتیجه گیری

۴-۱. بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر (جدول ۳-۱) بیشتر افراد شرکت کننده در مطالعه در گروه سنی ۲۵-۱۸ قرار داشتند (۳۷/۳ درصد). مقایسه نتایج به دست آمده با نتایج سایر مطالعات گزارش شده نشان می‌دهد که میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر پایین‌تر است. زیرا همانگونه که در فصل روش کار نیز به طور مفصل شرح داده شد شهرستان ساوه به دلیل وجود شهرک صنعتی کاوه، شهری صنعتی می‌باشد و نیاز به نیروی کار دارد (در جدول ۳-۸ مشاهده شد که ۳۱درصد شرکت کنندگان غیر بومی بوده‌اند). در نتیجه قشر عظیمی از افراد برای کار به این شهر مهاجرت کرده و به طور کلی جمعیت شهر جوان می‌باشد. یافته‌های این مطالعه نشان داد ارتباط معنی‌داری بین سن با سواد سلامت وجود دارد(**P**=۰/۰۰۲) به این منظور که افراد در رده سنی ۳۶ تا ۴۵ سال از بالاترین میزان آگاهی برخوردارند و با افزایش سن از این میزان کاسته می‌شود. با توجه به اینکه افراد در سنین پایین‌تر آمادگی بیشتری برای دریافت اطلاعات دارند بهتر است برنامه‌هایی با توجه به شرایط سنی (افراد ۱۸ تا ۲۵ سال) این افراد در مراکز بهداشتی در نظر گرفته شود. در این صورت نسل‌های آینده سطح بالاتری از اطلاعات مربوط به سلامت را دارند و کیفیت زندگی در آینده به میزان قابل توجهی افزایش می‌یابد. همچنین افراد با طیف سنی بیش از ۴۵ سال که کمترین میزان میانگین نمره را به خود اختصاص داده‌اند، افزایش سن باعث ایجاد تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی می‌شود که وابستگی به کارکنان درمانی_بهداشتی را افزایش می‌دهد. به همین دلیل توانایی مراقبت موثر از خود، تعامل و ارتباط با مراکز بهداشتی_درمانی به سطح قابل قبولی از سواد سلامت نیاز دارد. همچنین این افراد به دلیل شرایط سنی بیشتر در معرض بیماریهای مزمن قلبی عروقی و بیماریهای مربوط به فشار خون و چربی قرار دارند بنابراین نیازمند آموزش‌های ویژه هستند. با افزایش سن از میزان سواد سلامت کاسته می‌شود که با یافته‌های صورت گرفته توسط ملاخلیلی و همکاران[۱۵]، طهرانی بنی هاشمی و همکاران[۱۰]، برجی و همکاران[۶]، افشاری و همکاران [۱۹] و مرکز استرتژی مراقبت‌های

بهداشتی آمریکا مشابه می‌باشد. همانند نتایج حاصل شده از پژوهش حاضر، در مطالعه طهرانی بنی-هاشمی[۱۰] و کمال‌پور و همکاران [۱۷] نیز عدم ارتباط جنسیت با میزان پایین سواد سلامتی را نشان داده‌اند. یافته‌ها در پژوهش حاضر نشان داد افرادی که مدرک تحصیلی بالاتری دارند از سواد سلامت بهتری برخوردارند و اطلاعات و دستورات بهداشتی را بهتر درک می‌کنند و درست‌تر به کار می‌برند ولی افرادی که سطح تحصیلات پایین‌تری دارند، از سطح سواد سلامت پایین‌تری هم برخوردارند و در درک و به کار بستن اطلاعات بهداشتی، کاربرد و نحوه مصرف داروها و فهم دستورات پزشکی دچار مشکل می‌گردند در نتیجه این افراد نیازمند آموزش‌های ویژه هستند.این مطالعه عدم ارتباط بین سواد سلامت و میزان تحصیلات را نشان داد که این نتیجه مغایر نتایج حاصل از پژوهش‌های نقیبی و همکاران [۴]می‌باشد. به دلیل اینکه امروزه برنامه‌های غربالگری و خود مراقبتی در اکثر مراکز خدمات جامعه شهری در حال انجام می‌باشد و همه افراد فارغ از میزان تحصیلات به این مراکز مراجعه می‌کنند که خوشبختانه باعث شده است میزان تحصیلات تأثیر زیادی بر سطح سواد سلامت نداشته باشد. همچنین در مطالعه‌ای که توسط بیگدلی و همکاران در میان جوانان شیراز انجام شد، نقیبی و همکاران[۴] و مانند پژوهش حاضر مراجعه به پزشک و اینترنت از مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات بود اما در مطالعه انجام شده توسط طاووسی و همکاران[۲] بیشترین منبع کسب اطلاعات رادیو و تلویزیون و پزشکان بوده‌اند. با استناد به جدول ۳-۱۱، ۸۵درصد از افراد مورد پژوهش از گوشی‌های هوشمند استفاده می‌کردند و در نتیجه اینترنت به عنوان یکی از پرکاربردترین منابع کسب اطلاعات مطرح است. در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت و تأهل وجود ندارد که با یافته‌های طل و همکاران و ملاخلیلی و همکاران [۱۵] همخوانی دارد. یکی از دلایل آن می‌تواند این باشد که در حال حاضر همه افراد جامعه فارغ از مسئله تأهل یا تجرد به مسائل مربوط به سلامت خود اهمیت می‌دهند اگرچه افراد متاهل مراجعه بیشتری به مراقبین سلامت دارند. از یافته‌های دیگر این مطالعه ارتباط غیرمعنی‌دار بین سطح سواد سلامت و وضعیت اشتغال اشاره کرد که مغایر یافته‌های رضایی‌اسفهرود و همکاران است**[۲۶]**. زیرا افراد خانه‌دار و بیکار نیز به همان نسبت از مسائل مربوط به سلامتی آگاه هستند که افراد شاغل و فعال در جامعه، با توجه به اینکه این افراد وقت آزاد بیشتری نیز برای

رسیدگی به امور سلامت دارند. بین نمره سواد سلامت با نوع گوشی همراه در سایر مطالعات گزارشی مشاهده نشده است و به طور کلی مورد و بحث و پرسش قرار نگرفته است اما در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین این دو پارامتر مشاهده شد. به دلیل اینکه امروزه شبکه‌های مجازی به صورت گسترده‌ای اطلاعات را به مردم منتقل می‌کنند و باعث افزایش آگاهی افراد می‌شوند به همین دلیل برخلاف انتظار ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت و میزان تحصیلات و نوع شغل و رشته تحصیلی وجود نداشت. زیرا افراد با استفاده از گوشی‌های همراه هوشمند و در بستر اینترنت تقریبا به صورت یکسانی دسترسی به اطلاعات سلامت دارند. با توجه به اینکه گوشی‌های هوشمند اکثرا با سیستم عامل‌های اندروید کار می‌کنند، پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی طراحی شوند که به راحتی قابل نصب و استفاده باشند، اطلاعاتی که به افراد در این برنامه‌ها منتقل می‌شوند تحت نظارت وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی کشور باشند تا از انتقال اطلاعات غلط جلوگیری شود و همچنین قابل به روز رسانی باشند و همه افراد با توجه به میزان فهم خود بتوانند از آن بهره ببرند.

۴-۲. نتیجه گیری

به طور کلی نتایج بدست آمده در جدول ۳-۱۳، بیانگر پایین بودن و ناکافی بودن (۴۲/۲) سطح سواد سلامت در بزرگسالان شهرستان ساوه و وجود ارتباط معنی‌دار در متغیرهای سن و نوع گوشی همراه می‌باشد. مطالعه حاضر نخستین مطالعه‌ای است که سواد سلامت بزرگسالان شهرستان ساوه را با استفاده از ابزار(**HELIA**) مورد سنجش قرار داد. بنابر ماهیت این ابزار، ۵ مهارت خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم گیری مورد بررسی قرار گرفت که درصد کسب شده در هر بخش به ترتیب براب ر۴۲/۶، ۴۱/۲، ۳۷/۲، ۴۲/۲، ۴۵/۶ محاسبه شد. سطح سواد سلامت در سطح نه چندان کافی قرار دارد بنابراین باید در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت توجه بیشتری به سواد سلامت جامعه داشت و به توانمندسازی افراد جامعه و طراحی برنامه‌های متنوع متناسب با متغیرهای جمعیت شناختی با هدف جلب مشارکت برای ارتقای آگاهی مرتبط با سلامت توصیه می‌شود.

فهرست منابع

1. *Yazdi Feyzabadi V, Seyfaddini R, GHandi M, Mehrolhasani M. The World Health Organization's Definition of Health: A Short Review of Critiques and Necessity of A Shifting Paradigm. irje. 2018; 13 :155-165.*
2. *Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Niknami S. The Psychometric Properties of Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) in Medical Sciences Students. Journal of Research and Health. 2020: 10;10(1):53-8.*
3. *Tavousi M, Mehrizi A, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, Hashemi A, Montazeri A. Health literacy in Iran: findings from a national study. Payesh (Health Monitor). 2016:15;15(1):95-102.*
4. *Naghibi A, Chaleshgar M, Kazemi A, Hosseini M. Evaluation of health literacy level among 18-65 year-old adults in Shahriar, Iran. Journal of health research in community. 2017: 10;3(2):17-25.*
5. *Saatchi M, Panahi MH, Ashraf Mozafari A, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V, Holakouie Naieni K. Health literacy and its associated factors: A population-based study, Hormuz Island. Iranian Journal of Epidemiology. 2017: 15;13(2):136-44.*
6. *Borji M, Tarjoman A, Otaghi M, Salimi E, Naseri A. Health literacy level and its related factors among the elderlies in Ilam in 2015. Iran Journal of Nursing. 2017;30(108):33-43.*
7. *Mohammadi Farah S, Asr S, Hasan M, Kavivani Manesh A, Barati M, Afshari M, Mohammadi Y. Health literacy level and its related factors among college students of Hamadan university of medical sciences, Hamadan, Iran. J Educ Community Health. 2017; 15:4(2):11-7.*
8. *Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. health. 2004;11:12.*
9. *Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. Journal of Epidemiology & Community Health. 2007; 1:61(12):1086-90.*
10. *Tehrani-banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H. Health literacy in 5 provinces of the country and the factors affecting it. Strides Dev Med Educ. 2007;3:1-9.*
11. *Khosravi A, Ahmadzadeh K. Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. Iran South Med J. 2016; 18 (6) :1245-1253.*
12. *Sharifi H., Survey Electronic Health Literacy Among Patients Referring To Shahid Madani Hospital In Tabriz 2018. 2019, Tabriz University of Medical Sciences, School of Management and Medical. Tabriz, Iran.*
13. *Sajjadi H, Hosseinpour N, Sharifian Sani M, Mahmoodi Z. Association between health literacy and life style in married rural women in Izeh, Iran. Journal of health. 2016; 10:7(4):479-89.*
14. *Sarpooshi RD, Tavakoly Sany SB, Alizadeh S, Peyman N. Assessment of Health Literacy Studies in Iran: Systematic Review. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2019; 25(6): 793 - 807.*
15. *Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, Sharifirad G, HasanZadeh A. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. J Edu Health Promot 2014;3:66.*

16. *Panahi R, Ebrahimi G, Ahmadi A. Health literacy: a key component of controlling social determinants of health. J Educ Community Health, 2018. 5(1): 1-3.*
17. *Kamalipour M, ashkani N, Choobin N, Esmaeel Zadeh Z. Evaluation of Adults Health Literacy in Jahrom. jpm. 2019; 6 (1) :25-19.*
18. *Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati F, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. J Edu Health Promot 2012;1:31.*
19. *Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating Adult Health Literacy in Tuyserkan City. J Educ Community Health. 2014; 1 (2) :48-55.*
20. *Rahmanian M, Ghaffari Targhi M. A survey on health literacy of referred diabetic patients to Yazd diabetes research center. Tolooebehdasht, 2016. 15(3): 176-186.*
21. *Izadirad H, Zareban I. The relationship of health literacy with health status, preventive behaviors and health services utilization in Baluchistan, Iran. J Educ Community Health, 2015; 2(3): 43-50.*
22. *Sahrayi M, Panahi R, Kazemi S, Rostami Z, Rezaei H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. Journal of Health Literacy. Winter 2016; 1(4): 230-238.*
23. *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..*
24. *Güner MD, Ekmekci PE. Health Literacy Level of Casting Factory Workers and Its Relationship With Occupational Health and Safety Training. Workplace health & safety, 2019. 67(9): 452-460.*
25. *Evans AY, Anthony E, Gabriel G. Comprehensive health literacy among undergraduates: A Ghanaian University-based cross-sectional study. HLRP: Health Literacy Research and Practice. 2019;3(4):e227-37.*
26. *Rezaee Esfahrood Z, Haerian ardekani A, Rahmanian M, Ghaffari Targhi M. A Survey on Health Literacy of Referred Diabetic Patients to Yazd Diabetes Research Center. TB. 2016; 15 (3) :176-186*

پیوست ها

بسمه تعالی

پرسشنامه ارزیابی سطح سواد سلامت افراد جامعه

خانم/آقای محترم

با سلام

پرسشنامه‌ای که ملاحظه می‌فرمائید جهت انجام یک پژوهش دانشگاهی تحت عنوان" بررسی سطح سواد سلامت افراد مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه دانشگاه علوم پزشکی ساوه در سال ۱۳۹۸" تهیه گردیده است. اظهار نظر و پاسخ دقیق شما نقش بسزائی در تحقق اهداف پژوهش خواهد داشت. لازم به توضیح است که محقق خود را ملزم به رعایت محرمانه بودن پاسخ‌ها نموده و صرفاً از برآیند نتایج استفاده می‌گردد. پیشاپیش از مساعدت شما تشکر و قدردانی می‌کنیم.

با تشکر

الف) مشخصات پاسخگویان:

۱- سن: ..... سال ۲- جنسیت: مرد □ زن □

۳- میزان تحصیلات: بی‌سواد□ ابتدایی□ راهنمایی□ دیپلم□ کاردانی □ کارشناسی □ کارشناسی ارشد□ دکترا و بالاتر□

۴- رشته تحصیلی: تجربی□ ریاضی□ انسانی□ فنی □

۵- شغل: شاغل □ بی کار□ خانه دار □ بازنشسته □ دانش آموز□ دانشجو□ سایر (لطفاً ذکر شود):

۶- آیا نوع شغل شما با رشته تحصیلی شما مرتبط است؟ بله□ خیر□

۷- وضعیت تاهل: متاهل□ مجرد□

۸- آیا بومی شهر ساوه هستید؟ بله□ خیر□

۹- مطالب مربوط به سلامت و بیماری را بیشتر از چه طریقی به دست می آورید؟

پرسیدن از پزشک و کارکنان بهداشتی و درمانی □ اینترنت □ تلفن گویا□ رادیو و تلویزیون□ روزنامه، نشریه و مجلات □

پرسیدن از دوستان وآشنایان □ کتابچه، جزوه، بروشو رهای آموزشی و تبلیغی □ شبکه های ماهواره ای □

نمی دانم باید از کجا اطلاعات مورد نیازم را به دست آورم □

۱۰- در روز چقدر وقت آزاد دارید؟ لطفا به ساعت ذکر کنید....

۱۱- آیا گوشی تلفن همراه شما هوشمند است؟ بله□ خیر□

اگر جواب بله است سیستم عامل آن کدام است؟ اندروید□ *ios* □ سایر □

ب) گویه های اصلی:

حیطه /خرده سنج خواندن						
ردیف	گویه ها	کاملاً آسان است	آسان است	نه آسان است، نه سخت	سخت است	کاملاً سخت است

1	خواندن مطالب آموزشی در خصوص بهداشت و سلامت (کتابچه، جزوه، بروشو رهای آموزشی و تبلیغی) برای من آسان است.					
2	خواندن دستورات کتبی خاصی که پزشکان، دندانپزشکان و کارکنان بهداشتی در مورد بیمار ی‌ام به من می‌دهند برای من آسان است.					
3	خواندن فرمهای پزشکی و دندانپزشکی (مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان ها و مراکز درمانی) برای من آسان است.					
4	خواندن نوشته‌های برگه راهنما و آمادگی قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی برای من آسان است.					
حیطه /خرده سنج دسترسی						
ردیف	گویه ها	همیشه	بیشتر اوقات	گاهی از اوقات	به ندرت	به هیچ وجه
5	من می‌توانم اطلاعات بهداشتی و درمانی مورد نیاز خود را از منابع مختلف به دست آورم.					
6	من می‌توانم اطلاعات مربوط به تغذیه سالم را به دست آورم.					
7	من م یتوانم اطلاعات مربوط به سلامت روان مثل افسردگی و استرس را به دست آورم.					
8	من می‌توانم اطلاعات مربوط به بیماری مورد نظر خود را به دست آورم.					
9	من م یتوانم اطلاعات مورد نیاز در خصوص برخی مشکلات مربوط به سلامتی و بیمار یها مثل فشارخون بالا و نیز قند و چربی خون بالا را به دست آورم.					

10	من می توانم اطلاعات مربوط به مضرات و خطرات مصرف دخانیات را به دست آورم.					
حیطه /خرده سنج فهم و درک						
ردیف	**گویه ها**	**همیشه**	**بیشتر اوقات**	**گاهی از اوقات**	**به ندرت**	**به هیچ وجه**
11	توصیه‌های مربوط به تغذیه سالم را متوجه می‌شوم.					
12	توضیحاتی را که پزشک در خصوص بیمار ی ام ارائه می‌دهد، متوجه می شوم.					
13	معنی و مفهوم مطالب نوشته شده در فرم های پزشکی و دندانپزشکی (مانند فرم پذیرش بیمار، رضایتنامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان و مراکز درمانی) را متوجه می شوم.					
14	معنی و مفهوم علایم و مطالب نوشته شده بر روی تابلوهای راهنما در بیمارستا ن ها، درمانگاه ها و مراکز بهداشتی را متوجه می شوم.					
15	نحو ه ی مصرف دارو که روی بسته بندی داروها نوشته شده را متوجه می شوم.					
16	مزایا، و معایب روش های درمانی تجویز شده توسط پزشک را متوجه می شوم.					
17	معنی و مفهوم مطالب نوشته شده در برگه راهنمای قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی را متوجه می شوم.					
حیطه /خرده سنج ارزیابی						
ردیف	**گویه ها**	**همیشه**	**بیشتر اوقات**	**گاهی از اوقات**	**به ندرت**	**هیچ وقت**

18	درستی اطلاعات ارائه شده مرتبط با سلامتی در اینترنت را می توانم ارزیابی کنم.					
19	درستی اطلاعات ارائه شده در مورد سلامتی توسط تلویزیون و رادیو را می توانم ارزیابی کنم.					
20	درستی توصیه هایی که دوستان و بستگان در مورد سلامتی به من ارائه می دهند را می‌توانم ارزیابی کنم.					
21	می توانم اطلاعات بهداشتی را که آموخت هام به دیگران منتقل کنم.					
حیطه /خرده سنج تصمیم گیری و رفتار						
ردیف	**گویه ها**	**همیشه**	**بیشتر اوقات**	**گاهی از اوقات**	**به ندرت**	**هیچ وقت**
22	با دیدن علایم بیماری می‌دانم به کجا و یا به چه کسی مراجعه کنم.					
23	وقتی دکتر توصیه م یکند که "کپسول آنتی بیوتیک را سه بار در روز و سر ساعت مصرف کنید"، فاصله زمانی 8 ساعته را رعایت می کنم.					
24	داروهایی که پزشک برای بیماری ام تجویز نموده است را بدون اجازه او قطع نم یکنم، حتی اگر علایم بیماری از بین رفته باشد.					
25	اگر فرد یا افرادی از بستگان درجه اول من به برخی سرطا نها (مانند سرطان پروستات، پستان، دهانه رحم و روده بزرگ و غیره) مبتلا شده باشند، برای معاینه به پزشک مراجعه می کنم.					
26	از انجام کارها و یا مصرف موادی که باعث افزایش فشارخون می شود، پرهیز می کنم.					

27	من حتی اگر علامتی از بیماری نداشته باشم، برای چکاپ (معاینات دوره ای) سالانه به پزشک مراجعه می کنم.					
28	در هر کار و موقعیتی، مراقب سلامتی خود هستم.					
29	اگر در خصوص بیماری خود سؤالی برایم پیش بیاید، از کادر پزشکی و بهداشتی- درمانی می پرسم.					
30	لبنیات (شیر، ماست، پنیر و غیره) را با توجه به درصد چربی موجود در آن خریداری می کنم.					
31	از انجام کارها و یا مصرف موادی که باعث افزایش وزن م یشود، پرهیز می کنم.					
32	در طول رانندگی از کمربند ایمنی استفاده می کنم.					
33	هنگام خرید مواد غذایی به ارزش غذایی آ نها توجه می کنم.					

Abstract

Introduction: *Health literacy can be described as the social capacity of the people to obtain demand basic health information, process and analysis to make own healthy decisions. Therefore, the aim of this study was determine health literacy of adults of people referred to Health services centers of Saveh University of Medical sciences in Saveh district.*

Material and Methods: *This descriptive-analytical study performed as a cross-sectional one in 2020. 300 subjects aged 20-60 years selected using stratified random sampling method from people referred to Health services centers of Saveh University of Medical sciences in Saveh district. The standard Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) and demographic questionaires was used to collect data. Collected data was managed by SPSS (version 21) and analyzed using Independent T-test and one way ANOVA.*

Results: *The most and lowest participants aged 18 to 25 years (37.3%) and up 45 years (13%), respectively. 58.3 % were females. Most participants had B.Sc. level (41.3 %) that graduated in field of experimental sciences and were employed (45.7 %). The most and lowest participants Saveh native and married (69.8 % and 58 %, respectively). The participants received the health information by physician and health officers (40.3%), search in the internet (42 %) and satellite channels (1 %), respectively. The results showed most of the participants had smart phone (85 %) with Android mobile operating system (77 %). The highest and lowest health literacy score obtained for "understand and evaluate the contents of health resources" and "decision-making and communication skills". Generally, the health literacy of the participants was "borderline" that was as following: access to health information sources, using of these sources, the ability to read (42.6 %) access (41.2 %), understand and evaluate the contents of health resources(37.2 %), judgment and assessment (42.2 %), decision-making and use (45.6 %). There was a significance relationship between health literacy and mobile phone type (P= 0.002), employment type (P< 0.001), studying field (P< 0.001), level of education (P< 0.001), gender (P< 0.001) and age (P= 0.002).*

Conclusion: *As the findings indicated, there was a borderline (poor) health literacy in the studied adults. Considering health literacy improving by health education and health promotion program is a need. Furthermore, considering empowering adults in the community and designing diverse programs tailored to demographic variables with a view to contributing to promoting health-related awareness is recommended.*

Key words: *Adult; Health literacy; Saveh, Health*

Saveh University of Medical Sciences

Vice Chancellor for Research & Technology

Final Report of Research Project

Title:

Investigating health literacy Level of people referred to Health services centers of Saveh University of Medical in Saveh, 2019.

Principal Investigator(s):

Edris Hoseinzadeh, Negar Tavakoli

Co-Investigator(s):

Mahdi Safari

Grant number of Project:

98-02-34

2020