

بررسی میزان سواد سلامت مراجعہ کنندگان به مطب پزشکان متخصص شهر کرمانشاه

محمود مرادی^۱، سارا بهرامی نیا^۲

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت نقش مهمی در افزایش آگاهی و دانش افراد در دنیای امروزی داشته و رابطه‌ی تنگاتنگی با وضعیت بهداشتی، سلامت و نیز درمان بیماری‌های آنها دارد. هدف از پژوهش حاضر تعیین وضعیت سواد سلامت مراجعہ کنندگان به مطب پزشکان متخصص شهر کرمانشاه است.

روش بررسی: روش این مطالعه توصیفی-پیمایشی از نوع مقطعی است. جامعه‌ی پژوهش مراجعہ کنندگان (بیماران و همراهان وی) به مطب‌های پزشکان متخصص شهر کرمانشاه بود. تعداد ۳۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در سال ۱۳۹۶ و در طی سه ماه بررسی گردید. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی سنجش سواد سلامت بزرگسالان ساکن شهرهای ایران (HELIA) بود. روایی پرسش‌نامه با نظر متخصصان تأیید شد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری (یومان-ویتنی و کروسکال-والیس) در نرم‌افزار SPSS و اکسل انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سواد سلامت مراجعہ کنندگان به مطب‌های پزشکان شهر کرمانشاه در سطح مطلوب (کافی) است. سه منبع «اینترنت»، «پرسش از پزشک و کارکنان درمانی» و «رادیو و تلویزیون» اولویت‌های کسب اطلاعات یا سواد سلامت هستند. همچنین نتایج نشان داد، سواد سلامت افراد از نظر ویژگی‌های سن، جنسیت، تحصیلات و شغل تفاوت دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که اغلب افرادی که از سواد سلامت پایین و محدود برخوردارند جزو گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه (سنین بالا، سطح تحصیلات پایین و کم درآمد) بودند. از این رو، توجه به نیازهای اطلاعاتی بهداشتی و سواد سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر و طراحی آموزش ساده و هدفمند آنها با بهره‌گیری از رسانه‌های مطلوب توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بیمار، همراه بیمار، سواد سلامت، پرسش‌نامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایران، شهر کرمانشاه

دریافت مقاله: اسفند ۱۳۹۷

پذیرش مقاله: تیر ۱۳۹۸

* نویسنده مسئول:

سارا بهرامی نیا؛

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه

پیام نور مشهد

Email:

bahramisaraa@gmail.com

۱ استادیار گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۲ دانشجوی دکتری علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

در دنیای پیچیده‌ی امروز که اطراف ما را اطلاعات درست و غلط، احاطه کرده‌اند، بهره‌گیری از اطلاعات کاری سهل و ممتنع بوده و بر زندگی فردی و اجتماعی ما تأثیر گذاشته است؛ زیرا در این گستره‌ی اطلاعاتی، به‌دست آوردن اطلاعات کاری ساده اما تشخیص صحت و اعتبار آنها امری دشوار است. یافتن اطلاعات و تشخیص، ارزیابی و استفاده‌ی درست از اطلاعات، نیازمند داشتن سواد اطلاعاتی است. در حوزه‌ی پزشکی و درمان نیز داشتن سواد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که آن را با سواد سلامت می‌شناسند. سواد سلامت نه فقط به‌عنوان یک ویژگی و مشخصه‌ی فردی بلکه باید به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده کلیدی بهداشت و سلامتی در سطح جامعه در نظر گرفته شود. سواد سلامت عبارت است از میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است (۱). سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی محدود نیست. هم‌اکنون سواد سلامت به‌عنوان یک مسأله و بحث جهانی در قرن بیست و یکم معرفی شده است. سازمان جهانی بهداشت به‌تازگی در گزارشی سواد سلامت را به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های بحث سلامت معرفی نموده و همچنین به کشورهای جهان توصیه می‌کند، انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر را جهت پیش و هماهنگی فعالیت‌های راهبردی در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد نمایند (۲). داشتن چنین سوادی برای شهروندان عادی نیز ضروری است چرا که تأثیرات چشم‌گیری به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر اقتصاد هر کشور خواهد گذاشت.

سواد سلامت نوعی مهارت است و پایین بودن سطح این مهارت با انواع متعدد پیامدهای نامطلوب بهداشتی و استفاده‌ی نامناسب از خدمات بهداشتی ارتباط دارد. این پیامدها شامل بستری شدن بیشتر، استفاده‌ی بیشتر از خدمات اورژانس، مصرف بیشتر داروها، توانایی کمتر برای مصرف مناسب داروها، درک نکردن برچسب‌های دارویی و پیام‌های بهداشتی و گزارش‌دهی ضعیف از وضعیت سلامت خود می‌شود (۳)؛ و تمام این پیامدها علاوه بر مشکلات فردی، اقتصادی و اجتماعی که برای فرد بیمار دارد از نظر اقتصادی نیز، هزینه‌های زیادی برای کشور خواهد داشت.

سطح پایین سواد سلامت باعث می‌شود که پیام‌های بهداشتی به‌طور درست به بیماران انتقال داده نشود. فرهنگ و قومیت از جمله

عواملی هستند که بر سلامتی تأثیر می‌نهند؛ تأثیرات خانوادگی، اجتماعی و فرهنگ اهمیت حیاتی در شکل‌دهی نگرش و اعتقادات و چگونگی تعامل مردم با نظام سلامتی دارند. تحقیقات نشان داده است که سطوح پایین سواد سلامت، با سن بالا، درآمد کم، تعداد سال‌های تحصیلات رسمی و محل سکونت مرتبط است (۴). مطالعات دیگر نشان داده است که افراد با سطح سواد پایین از خدمات اورژانس بیشتر استفاده می‌کنند، در بیمارستان به دفعات بیشتری بستری می‌شوند، سازگاری کمتری با دارو دارند و از خدمات پیشگیرانه کمتر بهره می‌برند (۵). نتایج برخی از پژوهش‌های انجام گرفته نشان داده است که با افزایش آگاهی، میزان دریافت اطلاعات مورد نیاز در مورد بیماری و درمان آن از منابع مختلف افزایش می‌یابد (۶). همچنین مهم‌ترین منابع اطلاعات دانشجویان در مورد این بیماری به ترتیب کتاب (۲۵/۷ درصد)، اینترنت (۱۸/۹ درصد) و تلویزیون (۱۸/۹ درصد) بوده است (۷). در پژوهش دیگر، پزشکان متخصص و فوق تخصص، کتاب، تلویزیون، وبسایت‌ها و نیز شبکه اجتماعی تلگرام با بالاترین میانگین‌ها، به عنوان مهم‌ترین مجاری کسب اطلاعات سلامت شناسایی شده‌اند (۸). در پژوهش دیگر، مهم‌ترین منابع کسب سلامت اینترنت، پرسیدن از پزشک و کارکنان درمانی و رادیو و تلویزیون بود (۹). بنابراین این پژوهش‌ها موید این واقعیت است که جوامع مختلف باید در این زمینه اقدامات اساسی مانند، آموزش، پژوهش‌های لازم و غیره برای بهبود آگاهی و سواد سلامت در بین مردم انجام دهند.

خانواده به‌عنوان یک سیستم کامل و منسجم مطرح است که هرگونه تهدیدی به یکی از اعضا، برای کل سیستم تهدید به‌شمار می‌رود. حضور خانواده باعث بهبود مراقبت از خود و رویارویی با مشکلات ناشی از بیماری در بیمار می‌شود (۱۰). روزانه تعداد افراد زیادی به دلایل مختلف و برای برطرف شدن مشکلاتشان به مطب‌های پزشکان مراجعه می‌کنند. سطح آگاهی بیماران و همراهانشان از بیماری و اطلاعات مربوط به سلامت می‌تواند یکی از عواملی باشد که آنان را به سمت بهبود و یا بدتر شدن وضعیت سلامتیشان هدایت کند.

با توجه به روابط بسیار نزدیک خانوادگی در فرهنگ ایرانی و نقش اطلاعات در مقابله با کاهش استرس، پریشانی و عدم اطمینان، به‌دست آوردن کنترل و ارتقای خودمراقبتی (۱۱)، آرایه اطلاعات کافی در مورد بیماری به اقوام نزدیک بیمار و درگیر کردن این افراد در فرایند درمان و کنترل بیماری منجر به افزایش حداکثر کیفیت زندگی بیمار می‌شود؛ اما این امر تنها در صورتی امکان‌پذیر خواهد بود که نزدیکان و نیز پزشک معالج از نیازهای اطلاعاتی، شیوه جستجوی اطلاعات و عوامل تأثیرگذار بر رفتار

روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوهی گردآوری داده‌ها، از روش توصیفی-پیمایشی از نوع مقطعی است که در زمستان ۱۳۹۶ انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش تمامی مراجعه‌کنندگان (بیماران و همراه آنها) به مطب پزشکان متخصص شهر کرمانشاه بودند. حجم جامعه ۲۷۰۰۰۰ نفر محاسبه‌ی شد. مبنای محاسبه‌ی حجم جامعه، ویزیت میانگین ۱۵ بیمار و ۱۵ همراه بیمار در ۱۰۰ مطب در سه ماه بود. منطقه کلینیک‌های درمانی پارکینگ شهرداری محل استقرار اکثر پزشکان متخصص شهر کرمانشاه است، از این رو، مراجعان این مطب‌ها (که حدود ۱۰۰ مطب بودند) مورد نظرسنجی قرار گرفتند. حجم نمونه بر اساس فرمول نمونه‌گیری کوکران ۳۸۳ نفر تعیین شد. افراد نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی سنجش سواد سلامت سلامت بزرگسالان ساکن شهرهای ایران (Health Literacy for Iranian Adults) (۱۳) استفاده شده است. این پرسش‌نامه داری ۳۳ گویه (طیف پنج سطحی لیکرت) بوده و در پنج بُعد (مهارت خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری و رفتار)، سواد سلامت جامعه موردنظر را اندازه‌گیری می‌نماید. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مناسب و مطلوبی برخوردار است. همچنین تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون‌های ناپارامتریک کروسکال-والیس و یومان-ویتنی) و با کمک نرم‌افزار آماری SPSS و اکسل انجام شد.

جستجوی اطلاعات سلامت بیماران آگاه شوند تا بتوانند اطلاعات مورد نیاز بیماران را با صرف کم‌ترین زمان به آنان منتقل کنند و آنان را تشویق به جستجوی فعالانه‌ی اطلاعات نمایند. رفتار اطلاع‌یابی سلامت، بیانگر چگونگی جستجو، یافتن و به‌کار بردن اطلاعات مرتبط با بیماری‌ها، کلیه عوامل تهدیدکننده‌ی سلامت و فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سواد سلامت توسط یک فرد است (۱۲).

کسب سواد سلامت یک نیاز ضروری برای همه افراد جامعه است و از آنجاکه آگاهی و مهارت تک تک افراد در رشد و ارتقای سلامت جامعه نقش دارند، شناخت و آگاهی پایین بیماران و اطرافیان بیمار از بیماری ممکن است موجب اظهار نظرهای غلط، خود درمانی و در نتیجه عدم رعایت دستور پزشک و مراحل درمان شود، که منجر به صرف هزینه‌های اقتصادی و جسمی بیشتر، جهت برطرف کردن عواقب این ناآگاهی‌ها خواهد شد. در این پژوهش با توجه به اهمیت و نقش آگاهی خانواده و نزدیکان بیمار در روند درمان بیماری و با توجه به مطالعات اندک انجام شده در رابطه با میزان شناخت و آگاهی از بیماری (سواد سلامت)، به سراغ بیماران و همراهان وی در مطب پزشکان متخصص می‌رویم تا سطح آگاهی آنان را از بیماری و سواد سلامتشان را ارزیابی کنیم و همچنین دریابیم که این افراد از چه منابعی، اطلاعات خود را کسب می‌کنند، تا در صورت نیاز برنامه‌های آموزشی، بر اساس یافته‌های آن تدوین شود و با بالا بردن سطح آگاهی مردم از بروز و یا پیشرفت بیماری‌ها جلوگیری شود. پژوهش حاضر بر آن است که با تعیین وضعیت سواد سلامت مراجعه‌کنندگان به مطب پزشکان متخصص شهر کرمانشاه، منابع کسب اطلاعات سلامت آنان را مشخص سازد و تفاوت سواد سلامت آن‌ها را از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، تأهل، سطح تحصیلات، شغل و درآمد) بررسی نماید.

جدول ۱: طیف امتیاز سطح سواد سلامت

| رتبه | طیف امتیاز | | |
|-------|---------------|--------|-----|
| | حداقل | حداکثر | |
| مردود | ناکافی | ۰ | ۵۰ |
| | نه چندان کافی | ۵۰/۱ | ۶۶ |
| مطلوب | کافی | ۶۶/۱ | ۸۴ |
| | عالی | ۸۴/۱ | ۱۰۰ |

مجموع دو دسته «نه چندان کافی و ناکافی» دسته، «سواد سلامت محدود» و از مجموع دو دسته «عالی و کافی»، دسته «سواد سلامت مطلوب» استخراج شده و در مطالعه گزارش می‌شود.

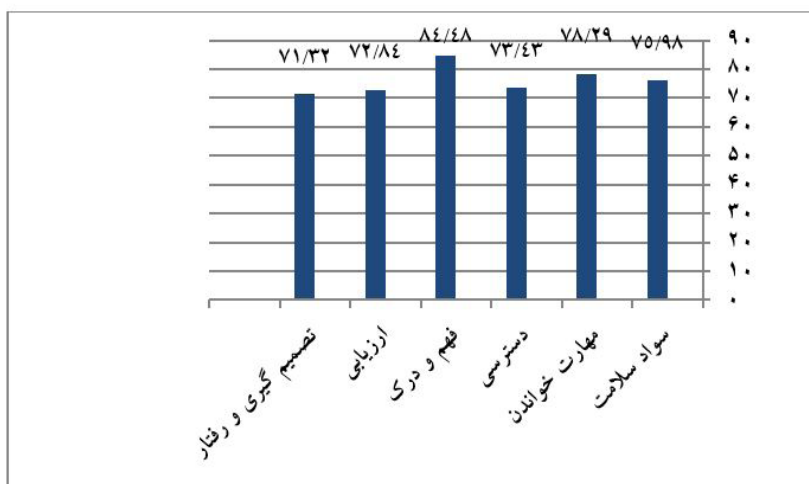
در این پژوهش بر اساس مقیاس مورد نظر در جدول ۱، سطح سواد سلامت مخاطبان وفق امتیازات اخذ شده به چهار دسته‌ی «عالی»، «کافی»، «نه چندان کافی» و «ناکافی» تقسیم شد و بر اساس نظر محققان از

یافته‌ها

تعداد ۳۸۰ نفر در این مطالعه شرکت کردند که ۵۸/۲ درصد (۲۲۱ نفر) بیمار و ۴۱/۸ درصد (۱۵۹ نفر) همراه بیمار تشکیل دادند. از نظر جنسیت ۵۵/۸ درصد زن (۲۱۲ نفر) و ۴۴/۲ درصد مرد (۱۶۲ نفر) بودند. از این تعداد ۱۶۶ نفر (۴۳/۷ درصد) مجرد و ۲۱۴ نفر (۵۶/۳ درصد) متأهل بودند. بیشتر افراد شرکت‌کننده در رده سنی ۳۰-۲۱ سال (۳۲/۹ درصد) و رده سنی ۴۰-۳۱ سال (۳۰/۸ درصد) و کمترین تعداد شرکت‌کننده افراد ۲۰ سال و کمتر (۸/۹ درصد) بودند. سطح تحصیلات ۲۴/۵ درصد (۹۳ نفر)

از پاسخ‌دهندگان زیر دیپلم، ۴۱/۳ درصد (۱۵۷ نفر) دیپلم و فوق دیپلم و ۱۳۱ نفر (۳۴/۲ درصد) لیسانس و بالاتر بودند. ۱۱۲ نفر (۲۹/۵ درصد) دارای درآمد کمتر از یک میلیون تومان در ماه، ۱۲۶ نفر (۳۳/۲ درصد) درآمد متوسط بین یک تا دو میلیون تومان در ماه و ۱۴۱ نفر (۳۷/۴ درصد) بیش از دو میلیون درآمد در ماه دارند. بیشترین دسته شغلی مختص شغل خانه‌دار (۱۱۳ نفر) و کمترین آنها مربوط به بازنشستگان (۱۶ نفر) است.

سوال ۱: وضعیت سواد سلامت مراجعه‌کنندگان به مطب‌های پزشکان متخصص شهر کرمانشاه چگونه است؟



نمودار ۱: میانگین متغیر سواد سلامت و مولفه‌های آن (از ۱۰۰)

در سطح عالی بود. بیشترین میانگین مربوط به مولفه‌ی فهم و درک و کمترین میانگین، مربوط به تصمیم‌گیری و رفتار بود؛ که نشان می‌دهد جامعه مورد نظر در درک و فهم اطلاعات سلامت از مهارت مطلوبی برخوردارند اما در موقعیت تصمیم‌گیری و رفتار در خصوص سلامت، ضعیف عمل می‌کنند.

سوال ۲: منابع کسب اطلاعات سلامت مراجعه‌کنندگان به مطب پزشکان متخصص شهر کرمانشاه کدام است؟

با توجه به نمودار ۱، می‌توان گفت جامعه‌ی مورد بررسی، تمامی مولفه‌های سواد سلامت را دارند. از آنجاکه میانگین کلیه مولفه‌های سواد سلامت افراد بالاتر از ۶۶ است، می‌توان گفت میزان سواد سلامت جامعه‌ی مورد بررسی، در سطح مطلوب (کافی) قرار دارد. وضعیت متغیرهای سواد سلامت مراجعه‌کنندگان به ترتیب مهارت‌خواندن (میانگین ۷۸/۲۹)، دسترسی (میانگین ۷۳/۴۳)، ارزیابی (میانگین ۷۲/۸۴) و تصمیم‌گیری و رفتار (میانگین ۷۱/۳۲) در سطح کافی و متغیر فهم و درک (میانگین ۸۴/۴۸)

جدول ۲: منابع کسب اطلاعات سلامت

| مولفه‌ها | فراوانی | درصد فراوانی |
|---|---------|--------------|
| پرسیدن از پزشک و کارکنان درمانی | ۱۶۴ | ۴۳/۲ |
| اینترنت و شبکه‌های اجتماعی | ۱۸۱ | ۴۷/۶ |
| تلفن گویا | ۳ | ۰/۸ |
| رادیو و تلویزیون | ۹۵ | ۰/۲۵ |
| روزنامه، نشریه | ۸ | ۲/۱ |
| پرسیدن از دوستان و آشنایان | ۶۱ | ۱۶/۱ |
| کتابچه، جزوه و بروشورهای آموزشی | ۱۶ | ۴/۲ |
| شبکه‌های ماهواره‌ای | ۳۷ | ۹/۷ |
| نمی‌دانم باید از کجا اطلاعات مورد نیازم را به‌دست آورم. | ۸ | ۲/۱ |

کارکنان درمانی (۱۶۴ نفر)، رادیو و تلویزیون (۹۵ نفر)، و پرسش از دوستان و آشنایان (۶۱ نفر) است.
سوال ۳: وضعیت سواد سلامت مراجعه‌کنندگان به مطب پزشکان متخصص شهر کرمانشاه به تفکیک عوامل جمعیت‌شناختی چگونه است؟

با توجه به اینکه پاسخگویان می‌توانستند بیش از یک گزینه را انتخاب کنند، مجموع پاسخ بیشتر از افراد نمونه و مجموع درصد پاسخ‌ها بیش از ۱۰۰ است. لذا همان‌طور که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد، منابع کسب اطلاعات سلامت به ترتیب، اینترنت (۱۸۱ نفر)، پرسش از پزشک و

جدول ۳: میانگین سواد سلامت کل (از ۱۰۰) بر اساس عوامل جمعیت‌شناختی

| مؤلفه‌ها | میانگین | انحراف استاندارد | تعداد | مؤلفه‌ها | میانگین | انحراف استاندارد | تعداد |
|---------------------------|---------|------------------|-------|-------------------|---------|------------------|-------|
| بیمار | ۷۵/۴۲ | ۱۹/۴۴ | ۲۱۹ | بیسواد | ۳۰/۷۱ | ۱۸/۹۸ | ۱۴ |
| همراه بیمار | ۷۶/۷۵ | ۱۴/۵۸ | ۱۵۸ | زیردیپلم | ۷۱/۷۰ | ۱۶/۵۶ | ۷۷ |
| مرد | ۷۵/۳۸ | ۱۷/۹۵ | ۱۶۷ | دیپلم | ۷۵/۹۲ | ۱۱/۶۳ | ۱۱۴ |
| زن | ۷۶/۴۶ | ۱۷/۲۶ | ۲۱۰ | فوق دیپلم | ۸۰/۴۲ | ۲۱/۹۵ | ۴۲ |
| مجرد | ۸۰/۵۷ | ۲۰/۱۷ | ۱۶۹ | لیسانس | ۸۱/۴۶ | ۱۱/۷۴ | ۹۸ |
| متاهل | ۷۴/۵۴ | ۱۹/۰۰ | ۲۰۸ | بالا تر از لیسانس | ۸۳/۶۶ | ۱۴/۱۶ | ۳۲ |
| کمتر از یک میلیون تومان | ۷۱/۲۰ | ۱۹/۲۰ | ۱۱۲ | شاغل | ۷۷/۳۷ | ۱۸/۴۴ | ۱۳۸ |
| بین یک تا دو میلیون تومان | ۷۵/۶۶ | ۱۷/۸۰ | ۱۲۳ | بیکار | ۸۰/۱۷ | ۱۴/۰۴ | ۴۸ |
| بیشتر از دو میلیون تومان | ۸۲/۰۴ | ۱۳/۳۶ | ۱۴۲ | خانه‌دار | ۷۱/۸۷ | ۱۹/۲۱ | ۱۱۱ |
| ۲۰ سال و کمتر | ۷۷/۰۹ | ۱۲/۱۲۶ | ۳۴ | بازنشسته | ۸۸/۵۹ | ۲۱/۳۴ | ۱۶ |
| ۲۱-۳۰ سال | ۷۸/۴۴ | ۱۳/۷۲۷ | ۱۲۴ | دانش‌آموز/ دانشجو | ۷۳/۸۱ | ۱۰/۳۵ | ۶۴ |
| ۳۱-۴۰ سال | ۷۵/۵۲ | ۱۴/۵۷۵ | ۱۱۷ | | | | |
| ۴۱-۵۰ سال | ۷۸/۲۲ | ۱۸/۶۹۷ | ۵۸ | | | | |
| بالای ۵۰ سال | ۶۶/۴۴ | ۲۹/۷۹۹ | ۴۴ | | | | |

همچنین وضعیت سواد سلامت مراجعان در رده‌های مختلف سنی در سطح مطلوب (کافی) است که با توجه به میانگین سواد سلامت در افراد بالای ۵۰ سال (۶۶/۴۴) می‌توان گفت که این دسته از افراد در موقعیت مرز بین وضعیت محدود (نه چندان کافی) و مطلوب (کافی) قرار دارد.
به‌طور کلی با توجه به یافته‌های جدول ۳، تقریباً اکثر پاسخ‌دهندگان جامعه‌ی مورد بررسی دارای سطح سواد سلامت کافی و مطلوب می‌باشند.
سوال شماره ۴: آیا سواد سلامت مراجعان به مطب‌های پزشکان شهر کرمانشاه بر اساس عوامل جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، تاهل، سطح تحصیلات، شغل و درآمد) متفاوت است؟
الف) آیا سواد سلامت مراجعان به مطب‌های پزشکان شهر کرمانشاه بر اساس جنسیت و تاهل آنان متفاوت است؟

با توجه به جدول ۳، میانگین امتیاز سواد سلامت کل (از ۱۰۰ امتیاز) در زنان و مردان، گروه‌های تحصیلی، شغلی و اقتصادی (درآمد) از قرار زیر می‌باشد: وضعیت سواد سلامت در هر دو گروه مردان و زنان در سطح مطلوب (کافی) است. همچنین در افراد مجرد و متاهل در سطح مطلوب (کافی) است.
وضعیت سواد سلامت بیسوادان محدود و در سطح ناکافی است و افراد با تحصیلات زیردیپلم به بالا در سطح مطلوب و کافی قرار دارد.
سواد سلامت کل در گروه‌های شغلی به‌ترتیب: در افراد شاغل، بیکار، خانه‌دار و دانش‌آموز یا دانشجو در سطح مطلوب (کافی) و افراد بازنشسته در سطح مطلوب (عالی) است. سواد سلامت کل در افراد با درآمدهای پایین، متوسط و بالا در سطح مطلوب (کافی) است.

جدول ۴: نتایج آزمون یومان-ویتنی برای تفاوت سواد سلامت بر اساس جنسیت و تأهل

| آماره | سواد سلامت | مهارت خواندن | دسترسی | فهم و درک | ارزیابی | تصمیم‌گیری و رفتار |
|-------|-------------------|--------------|---------|-----------|---------|--------------------|
| ۱ | آزمون یومان-ویتنی | ۱۷۷۰۳/۰ | ۱۷۲۸۱/۰ | ۱۶۴۴۳/۵ | ۱۶۵۸۷/۵ | ۱۴۶۱۸/۵ |
| | Z | -۰/۱۰۲ | -۰/۴۹۸ | -۱/۳۰۰ | -۱/۱۵۵ | -۲/۷۷۷ |
| | سطح معناداری | ۰/۹۱۹ | ۰/۶۱۹ | ۰/۱۹۴ | ۰/۲۴۸ | ۰/۰۰۵ |
| ۲ | آزمون یومان-ویتنی | ۱۵۶۴۳/۰ | ۱۷۰۸۴/۰ | ۱۶۵۶۰/۰ | ۱۵۷۷۴/۰ | ۱۶۳۶۵/۰ |
| | Z | -۱/۷۸۸ | -۰/۴۱۴ | -۱/۴۶۴ | -۱/۴۳۵ | -۰/۸۶۵ |
| | سطح معناداری | ۰/۰۷۴ | ۰/۶۷۹ | ۰/۱۴۳ | ۰/۱۵۱ | ۰/۳۸۷ |

به دلیل مقایسه بین دو گروه مستقل، از آزمون یومان-ویتنی (U Mann-Whitney Test) استفاده شد. در جدول ۴، نتایج آزمون یومان-ویتنی نشان می‌دهد فقط مؤلفه تصمیم‌گیری و رفتار، برای زنان و مردان متفاوت است، به گونه‌ای که میانگین مؤلفه تصمیم‌گیری و رفتار، برای زنان (۷۳/۶۳) بیشتر از مردان (۶۸/۴۱) است. در نتیجه می‌توان گفت

زنان رفتار و تصمیم‌گیری بهتری در سواد سلامت نسبت به مردان نشان می‌دهند. همچنین نتایج آزمون یومان-ویتنی تفاوتی را برای سواد سلامت و مولفه‌های آن از نظر افراد متأهل و مجرد نشان نمی‌دهد. (ب) آیا سواد سلامت مراجعان به مطب‌های پزشکان شهر کرمانشاه بر اساس تحصیلات، شغل و درآمد آنان متفاوت است؟

جدول ۵: نتایج آزمون کروسکال والیس برای تفاوت مولفه‌های سواد سلامت بر اساس تحصیلات، شغل، درآمد و سن

| مهارت خواندن | دسترسی | فهم و درک | ارزیابی | تصمیم‌گیری و رفتار | سواد سلامت | |
|--------------|-----------------------|-----------|---------|--------------------|------------|--------|
| ۱ | آماره‌ی کروسکال والیس | ۷۲/۴۷۱ | ۶۳/۲۱۲ | ۴۴/۳۰۳ | ۱۳/۰۱۶ | ۶۲/۳۷۱ |
| | درجه‌ی آزادی | ۵ | ۵ | ۵ | ۵ | ۵ |
| | سطح معناداری | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| ۲ | آماره‌ی کروسکال والیس | ۳۳/۶۵۲ | ۷/۸۰۰ | ۵/۳۰۶ | ۲۵/۹۰۶ | ۲۲/۴۲۸ |
| | درجه‌ی آزادی | ۴ | ۴ | ۴ | ۴ | ۴ |
| | سطح معناداری | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۹۹ | ۰/۲۵۷ | ۰/۰۰۰ |
| ۳ | آماره‌ی کروسکال والیس | ۳۶/۲۱۵ | ۱۱/۹۰۱ | ۱۰/۳۲۷ | ۸/۸۴۷ | ۱۸/۳۹۸ |
| | درجه‌ی آزادی | ۲ | ۲ | ۲ | ۲ | ۲ |
| | سطح معناداری | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۸ | ۰/۰۱۶ | ۰/۰۳۱ | ۰/۰۰۰ |
| ۴ | آماره‌ی کروسکال والیس | ۷/۵۵۷ | ۷/۴۹۰ | ۹/۴۸۱ | ۲۶/۷۰۸ | ۱۰/۲۷۳ |
| | درجه‌ی آزادی | ۴ | ۴ | ۴ | ۴ | ۴ |
| | سطح معناداری | ۰/۱۰۹ | ۰/۱۱۲ | ۰/۰۵۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۳۶ |

همان‌طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است، کلیه مولفه‌های سواد سلامت با تحصیلات تفاوت معناداری دارد. همچنین سطح معناداری مولفه‌های مهارت خواندن، دسترسی و تصمیم‌گیری و رفتار با شغل کمتر از ($p > 0/05$) است که نشان‌دهنده‌ی وجود تفاوت معنادار این مولفه‌ها از نظر نوع شغل است. همچنین یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که

مولفه‌های مهارت خواندن، دسترسی، فهم و درک و ارزیابی از نظر میزان درآمد افراد متفاوت است. سطح معناداری مولفه‌های ارزیابی، تصمیم‌گیری و رفتار نشان‌دهنده‌ی وجود تفاوت معنادار این مولفه‌ها با سن مراجعان است.

جدول ۶: میانگین متغیر و مؤلفه‌های سواد سلامت از نظر تمصیلات، شغل، درآمد و سن

| میانگین رتبه‌ای | میانگین رتبه‌ای | | | | درصد فراوانی | فراوانی | |
|-----------------|--------------------|---------|-----------|--------|--------------|---------|----------------------------|
| | تصمیم‌گیری و رفتار | ارزیابی | فهم و درک | دسترسی | | | |
| ۹۷/۷۵ | ۳۰/۱۱ | ۱۸/۴۶ | ۱۶/۷۱ | ۲۳/۲۱ | ۳/۷ | ۱۴ | بی سواد |
| ۲۰۶/۲۳ | ۱۶۹/۳۹ | ۱۶۵/۶۴ | ۱۷۳/۶۸ | ۱۴۵/۶۱ | ۲۰/۸ | ۷۹ | زیردیپلم |
| ۱۶۳/۶۸ | ۱۸۹/۷۲ | ۱۷۵/۴۳ | ۱۷۵/۹۴ | ۱۸۲/۸۷ | ۳۰/۰ | ۱۱۴ | دیپلم |
| ۱۸۱/۹۶ | ۱۹۲/۲۴ | ۲۰۰/۰۶ | ۱۸۶/۰۹ | ۲۲۹/۱۳ | ۱۱/۳ | ۴۳ | فوق‌دیپلم |
| ۱۹۸/۷۴ | ۲۱۴/۹۰ | ۲۳۶/۳۱ | ۲۳۲/۵۲ | ۲۲۷/۳۲ | ۲۵/۸ | ۹۸ | لیسانس |
| ۱۸۵/۸۴ | ۲۳۸/۵۰ | ۲۲۷/۶۷ | ۲۳۷/۱۶ | ۲۳۷/۰۲ | ۸/۴ | ۳۲ | بالتر از لیسانس |
| ۱۹۲/۳۹ | - | - | ۲۰۳/۰۱ | ۲۰۴/۰۵ | ۳۶/۶ | ۱۳۹ | شاغل |
| ۱۸۱/۳۱ | - | - | ۲۱۸/۵۱ | ۲۳۸/۰۸ | ۱۲/۶ | ۴۸ | بیکار |
| ۲۰۶/۶۰ | - | - | ۱۵۹/۸۱ | ۱۵۶/۰۱ | ۲۹/۷ | ۱۱۳ | خانه‌دار |
| ۲۶۷/۱۹ | - | - | ۲۴۷/۱۶ | ۲۶۲/۲۸ | ۴/۲ | ۱۶ | بازنشسته |
| ۱۳۷/۳۸ | - | - | ۱۸۲/۳۴ | ۱۶۸/۳۲ | ۱۶/۸ | ۶۴ | دانش‌آموز/ دانشجو |
| - | ۱۷۰/۰۰ | ۱۷۶/۷۱ | ۱۶۵/۶۳ | ۱۴۱/۳۹ | ۲۹/۵ | ۱۱۲ | کمتر از یک میلیون |
| - | ۱۸۷/۲۹ | ۱۷۷/۶۳ | ۱۸۹/۰۰ | ۲۰۰/۶۱ | ۳۳/۲ | ۱۲۶ | بین یک میلیون تا دو میلیون |
| - | ۲۰۷/۸۹ | ۲۱۰/۷۸ | ۲۰۹/۲۱ | ۲۱۹/۰۹ | ۳۷/۴ | ۱۳۹ | بیشتر از دو میلیون |
| ۱۷۶/۴۴ | ۲۳۶/۲۱ | - | - | - | ۸/۹ | ۳۴ | ۲۰ سال و کمتر |
| ۱۸۳/۴۱ | ۲۱۱/۱۰ | - | - | - | ۳۲/۹ | ۱۲۵ | ۲۱-۳۰ سال |
| ۱۷۸/۱۸ | ۱۷۶/۸۲ | - | - | - | ۳۰/۸ | ۱۱۷ | ۳۱-۴۰ سال |
| ۲۳۵/۶۴ | ۱۹۴/۱۳ | - | - | - | ۱۵/۸ | ۶۰ | ۴۱-۵۰ سال |
| ۱۸۱/۷۷ | ۱۲۸/۱۰ | - | - | - | ۱۱/۶ | ۴۴ | بالای ۵۰ سال |

جدول ۶ نشان می‌دهد، در بین گروه‌های تحصیلی متفاوت در بیشتر مولفه‌های سواد سلامت افراد با تحصیلات بالا (لیسانس و بالاتر) نسبت به گروه‌های دیگر بیشتر است. همچنین در بین گروه‌های شغلی، افراد بازنشسته در مولفه‌های مهارت خواندن، دسترسی و تصمیم‌گیری و رفتار دارای میانگین رتبه بالاتر بین گروه‌های دیگر هستند و افراد خانه‌دار دارای پایین‌ترین میانگین رتبه در گروه بودند. همچنین افراد با درآمد بالاتر در مولفه‌های مهارت خواندن، دسترسی، فهم و درک و ارزیابی دارای میانگین رتبه بالاتر نسبت به گروه‌های اقتصادی متوسط و پایین است. گروه‌های سنی ۲۰ سال و کمتر و همچنین ۲۱-۳۰ سال در مولفه‌ی ارزیابی در رتبه‌ی بالاتر نسبت به گروه‌های سنی دیگر قرار دارد، و در مولفه‌ی تصمیم‌گیری و رفتار گروه سنی ۵۰-۴۱ سال دارای بالاترین رتبه هستند.

امروزی داشته و رابطه تنگاتنگی با وضعیت بهداشتی، سلامت و نیز درمان بیماری‌های آن داشته است (۱۴). در نتیجه امروزه، سواد سلامت را یکی از مهم‌ترین ابزارهای سلامت عمومی جوامع دانسته و سواد سلامت ناکافی را به‌عنوان یک تهدید جهانی به حساب می‌آورند (۸). یافته‌های این پژوهش در رابطه با بررسی میزان سواد سلامت مراجعه‌کنندگان به مطب پزشکان متخصص نشان داد، طبق نمودار ۱، میانگین کلیه مولفه‌های سواد سلامت (مهارت خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی، تصمیم‌گیری و رفتار) افراد بالاتر از ۷۱ است، از آنجایی‌که میانگین رتبه‌ها یا مولفه بالاتر از مقدار رتبه‌بندی طیف ۶۶ است، میانگین سواد سلامت نشان می‌دهد که افراد موردبررسی دارای سواد سلامت در سطح مطلوب (کافی) بوده و تنها تعداد کمی از ایشان، سواد سلامت ناکافی داشتند. این یافته با یافته‌های اغلب پژوهش‌های انجام شده‌ی قبلی مانند یافته‌های خسروی و همکاران (۱۳۹۴)، نعمت‌الهی و همکاران (۱۳۹۰)، ملاخلیلی و همکاران (۱۳۹۳)، Lee و همکاران (۲۰۱۰) و Jovic-Veranes و

سلامت، نقش مهمی در افزایش آگاهی و دانش افراد در دنیای

بحث

سلامت، نقش مهمی در افزایش آگاهی و دانش افراد در دنیای

همکاران (۲۰۱۱) همسو نیست (۱۷-۱۵ و ۳۰۷). داشتن سواد سلامت کافی برای همه افراد امری ضروریست چراکه منجر به توانمندسازی مردم در به کار بستن اطلاعات و دستورهای مربوط به سلامت می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که پاسخ‌دهندگان، اطلاعات مربوط به سلامت را بیشتر از طریق اینترنت و شبکه‌های اجتماعی، پرسش از پزشک و کارکنان درمانی، همچنین از طریق رادیو و تلویزیون و پرسش از دوستان و آشنایان کسب می‌کنند. کسب اطلاعات سلامت از طریق اینترنت و شبکه‌های اجتماعی که طبق یافته‌های این پژوهش رتبه‌ی اول را در بین شهروندان کرمانشاهی به خود اختصاص داده است، می‌تواند نگران کننده باشد، زیرا در صورتی که اطلاعات از منبع موثقی کسب نشده باشد، ممکن است منجر به خود درمانی غیر تخصصی و بروز مشکلات بهداشتی عدیده‌ای شود. از این رو آموزش و معرفی سایت‌ها و منابع معتبر جهت بالا بردن سطح آگاهی و اطلاعات بهداشتی و سلامت به شهروندان ضروری است. این در حالی است که نتایج پژوهش طاووسی و همکاران (۱۳۹۴)، نشان داد که مخاطبان، بیشتر اطلاعات خود را به ترتیب از طریق رادیو و تلویزیون، پزشک و کارکنان درمانی و اینترنت کسب می‌کنند؛ که تا حدودی با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست (۱۸).

همچنین با بخشی از یافته‌های پژوهش نعمت‌الهی و همکاران (۱۳۹۰)، زارع و همکاران (۱۳۹۶) و مشاهیری (۱۳۹۶) همخوانی دارد (۷-۹). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که با افزایش روزافزون فناوری‌ها و پایگاه‌های اطلاعاتی همچنین دسترسی آسان و ۲۴ ساعته‌ی آن، استفاده از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی برای دریافت اطلاعات در اولویت اول قرار دارد. دومین منبع انتقال اطلاعات سلامت، پرسش از پزشکان و کارکنان حوزه‌ی سلامت است که نشان می‌دهد که اعتماد و ارتباط موثر با دست‌اندرکاران پزشکی و بهداشتی و مراجعه به آنها جهت آموزش و کسب اطلاعات سلامت بسیار موثر و موفق بوده است. از این رو ارتقای ظرفیت پاسخگویی جامعه پزشکی و کادر درمانی در برخورد با مراجعان می‌تواند موجب افزایش این ارتباط و در نتیجه افزایش سطح آگاهی افراد جامعه شود.

یافته‌های آزمون کروسکال-والیس نشان داد که سواد سلامت بیماران و همراهان آنها از نظر گروه‌های سنی متفاوت است. همچنین سطح معناداری مولفه‌های ارزیابی، تصمیم‌گیری و رفتار نشان‌دهنده‌ی وجود تفاوت این مولفه‌ها از نظر گروه‌های سنی مراجعان است؛ به طوری که افراد بالای ۵۰ سال، دارای سواد سلامت کمتری نسبت به افراد جوان‌تر هستند. در خصوص مولفه‌ی ارزیابی، جوانان دارای رتبه‌ی بالاتری هستند، اما در خصوص توانایی تصمیم‌گیری و رفتار در حوزه‌ی سلامت گروه سنی

۵۰-۴۱ سال مراجعه‌کنندگان توانمندی بیشتری دارند و نسبت به دیگر گروه‌های سنی در رتبه‌ی بالاتر هستند. با توجه به میانگین سواد سلامت در افراد بالای ۵۰ سال (۶۶/۴۴)، می‌توان گفت که این دسته از افراد در موقعیت مرز بین وضعیت محدود (نه چندان کافی) و مطلوب (کافی) قرار دارند و با توجه به اینکه افزایش بروز بیماری‌ها در این گروه سنی بیشتر مشاهده می‌شود، این نتیجه می‌تواند به عنوان هشدار، برای لزوم توجه و تمرکز بیشتر نظام‌های بهداشتی، به آموزش این گروه سنی باشد. این نتایج با یافته‌های پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۴)، ملاخلیلی و همکاران (۱۳۹۳)، پژوهش Lee و همکاران (۲۰۱۰) و همچنین با نتایج طاووسی و همکاران (۱۳۹۴) همسوست (۱۶ و ۱۵ و ۳). از آنجا که افراد جوان‌تر از دقت و توجه بیشتری نسبت به افراد مسن‌تر برخوردارند، سطح سواد سلامت آنها بالاتر خواهد بود و سریع‌تر درستی اطلاعات ارایه شده توسط منابع مختلف را درک و ارزیابی می‌کنند. افراد جوان‌تر در فهمیدن و درک اطلاعات پزشکی و بهداشتی نسبت به مسن‌ترها با مشکلات کمتری مواجه هستند و همان‌طور که گفته شد، دقت و توجه بیشتری نسبت به مسن‌ترها دارند. بنابراین مسئولان مربوط باید تدابیری در جهت ارایه مناسب اطلاعات بهداشتی به نحوی که برای افراد مسن ساده و قابل فهم باشد، بیندیشند (۱۵).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر (جدول‌ها و نمودارها) نشان داد که مولفه‌های سواد سلامت با جنسیت تفاوت معناداری دارد، به طوری که زنان بهتر از مردان عمل می‌کنند و از میانگین بالاتری در تصمیم‌گیری و رفتار برخوردارند. نتایج این بخش از پژوهش با یافته‌های طاووسی و همکاران (۱۳۹۴) همسوست (۱۸)، در حالی که نتایج پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۴) و کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، نشان داد سواد سلامت زنان نسبت به مردان پایین‌تر است (۱۹ و ۳). این امر می‌تواند ناشی از تحصیلات بیشتر مردان نسبت به زنان در این پژوهش‌ها باشد. دلیل دیگر این تناقض می‌تواند تفاوت جامعه‌های مورد پژوهش باشد.

علاوه بر این، یافته‌های به دست آمده نشان داده است که سواد سلامت و مولفه‌های آن با تاهل تفاوت معناداری ندارد. این یافته با یافته‌های ملاخلیلی و همکاران (۱۳۹۳) و کریمی و همکاران (۱۳۹۲) که نشان داد بین تاهل و سواد سلامت تفاوت معناداری وجود دارد، همخوانی ندارد (۱۹ و ۱۵). از دیگر یافته‌های به دست آمده در این مطالعه، وجود تفاوت معنی‌دار بین مولفه‌های سواد سلامت با تحصیلات، شغل و درآمد است که تا حدودی با یافته‌های پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۴)، ملاخلیلی و همکاران (۱۳۹۳) و طاووسی و همکاران (۱۳۹۴) همسوست (۱۸ و ۱۵ و ۳). به

زمینه است. همچنین از آنجا که سطح تحصیلات افراد به طور مستقیم و معناداری با سواد سلامت در ارتباط است، ضروری است همکاری رسانه‌های عمومی، سازمان آموزش و پرورش، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم تحقیقات و فناوری، نهضت سواد آموزی و همچنین تلاش بیشتر کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی بخش‌های دولتی (شبکه بهداشت و خانه‌های بهداشت) در زمینه بهداشت و سلامت با برنامه‌ریزی مناسب برای همه گروه‌های جامعه صورت گیرد. جهت بالا بردن سطح سواد سلامت افراد پیشنهاد می‌گردد که بروشورهای حاوی اطلاعات اولیه پزشکی و بهداشتی به افراد جامعه، مراجعه‌کننده به مطب پزشکان و بیماران بستری در بیمارستان‌ها توسط متولیان امور پزشکی و بهداشتی توزیع شود. به‌طور کلی برای داشتن جامعه‌ای سالم و آگاه، توانمندسازی گروه‌های مختلف از جمله قشر آسیب‌پذیر ضروری است؛ آموزش صحیح و مناسب و شناسایی محدودیت‌ها و برنامه‌ریزی‌های هدفمند جهت رفع کاستی‌های کشف شده، کمک شایانی به ارتقای سواد سلامت جامعه خواهد نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله، بدین وسیله از مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که از این مطالعه، به عنوان طرح پژوهشی با شماره ۳۰۰۸۶۹۴ و کد اخلاق IR.KUMS.REC.۱۳۹۸.۶۹۷ حمایت نمودند، سپاسگزاری می‌نمایند.

این ترتیب که با بالا رفتن سطح تحصیلات سواد سلامت افراد افزایش پیدا می‌کند به این ترتیب چاره‌اندیشی برای افراد آسیب‌پذیر جامعه و ارایه راهکاری مناسب برای ارتقای سطح آگاهی افراد با تحصیلات و وضعیت اقتصادی پایین به گونه‌ای که برایشان قابل درک و فهم و در دسترس باشد، یکی از وظایف مهم و ضروری حوزه پزشکی و درمان کشور خواهد بود. از نظر شغلی بازنشستگان بالاترین سطح سواد سلامت و زنان خانه‌دار پایین‌ترین سطح سواد سلامت نسبت به بقیه گروه‌های شغلی داشتند که می‌تواند ناشی از سطح تحصیلات پایین‌تر آنان در این پژوهش باشد. همچنین می‌توان گفت که داشتن تمکن مالی برای جستجو و یافتن راه‌حل مشکلات سلامتی و دسترسی به امکانات و مراکز مجهزتر و همچنین آشنایی بیشتر با امور مربوط به بهداشت و سلامتی موجب افزایش سطح سواد سلامت افراد، نسبت به دیگر اقشار کم درآمد جامعه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اغلب افرادی که از سواد سلامت ناکافی و محدود برخوردارند جزو گروه آسیب‌پذیر جامعه (سنین بالا، سطح تحصیلات پایین و کم درآمد) بودند. لذا توجه و آموزش ساده و هدفمند از طریق برنامه‌های ارتقای سلامت و یا رسانه‌ها، به این گروه برای افزایش سطح آگاهی و به‌کار بردن اطلاعات بهداشت و سلامت توصیه می‌شود. پژوهش حاضر نشان داد، سواد سلامت با جنسیت افراد رابطه داشت، لذا میزان و چگونگی آموزش و ارایه اطلاعات سلامت و بهداشتی در زنان و مردان متفاوت خواهد بود، بنابراین نیازمند توجه مسئولان مربوط در این

منابع

- Zarcadoolas C, Pleasant A & Greer DS. Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International* 2005; 20(2): 195-203.
- Mohajer T. Principles of patient education. Tehran: Salemi Publishing 2001: 9-11[Book in Persian].
- Khosravi A, Arastoopor SH, Ahmadzade KH & Tahmasebi R. The level of health literacy of diabetic patients referring to health centers in Shiraz and the factors affecting it. *Health Information Management* 2015; 12(2): 194-205[Article in Persian].
- Rahimi A & Ahmadian Majin N. Investigating health literacy level and relation to demographic factors of nurses in teaching hospitals of at west cities of Iran. *Journal of Health Literacy* 2017; 2(1): 54-61[Article in Persian].
- Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E & Sharifrad G. Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with 2 Diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2016; 14(3): 199-208[Article in Persian].
- Nazari SH, Sadeghi Kopahi MT & Abdollah Ghorji F. Study parents' awareness of the genetic diseases of their children. *Genetics in the 3rd Millennium* 2011; 9(1): 2285-9[Article in Persian].
- Nematollahi A, Mohammad pour H, Nosratpour S & Ebrahimi M. Evaluation of Tabriz university student's knowledge about Toxoplasmosis. *Veterinary Clinical Pathology (Veterinary Journal Tabriz)* 2011; 5(2): 1197-1202[Article in Persian].



8. Zare A, Rahimi S & Soofi K. The study of the information seeking behavior of health literacy among students of Razi university of Kermanshah. *Journal of Health Literacy* 2017; 2(2): 63-72[Article in Persian].
9. Mashahiri Z. Health literacy surveys of public librarians in Ilam province [Thesis in Persian]. Kermanshah: Razi University; 2017.
10. Bellou P & Gerogianni KG. The contribution of family in the care of patient in the hospital. *Health Science Journal* 2007; 1(3): 1-6.
11. Akhu-Zaheya LM. Factors influencing health information seeking behavior of Jordanian patients with cancer [Thesis]. Buffalo: University of New York; 2007.
12. Lallezaryan A, Zareh Farashbandi F, Rahimi A R & Hassanzadeh A. The effect of individual factors on the health information behavior of Diabetic patients. *Journal of Health Administration* 2014; 17(58): 97-108[Article in Persian].
13. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M & et al. Health literacy for Iranian adults(HELIA): Development and psychometric properties. *Payesh* 2014; 13(5): 589-600[Article in Persian].
14. Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H & et al. Health literacy and the influencing factors: A study in five provinces of Iran. *Strides in Development of Medical Education* 2007; 4(1): 1-9[Article in Persian].
15. Mollakhalili H, Papi A, Sharifi GH, Zare Farashbandi F & Hasanzade A. Health literacy of patients admitted to the educational hospitals of Isfahan University of medical sciences. *Health Information Management* 2014; 11(4): 464-73[Article in Persian].
16. Lee SY, Tsai TL, Tsai YW & Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. *BMC Public Health* 2010; 10(614): 1-8.
17. Jovic-Veranes A, Bejgovic- Mikanovic V, Marinkovic J & Kocev N. Health literacy in a population of primary healthcare patients in Belgrade, Serbia. *International journal of Public Health* 2011; 56(2): 201-7.
18. Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Rafiefar SH, Soleimani A, Sarbandi F, Ardestani MS & et al. Health literacy in Iran: Findings from a national study. *Payesh* 2016; 15(1): 95-102[Article in Persian].
19. Karimi S, Kiavan Ara M, Hoseani M, Jafarian M & Khorasani E. Health literacy, general health status, health services benefit and their relationship with adults. *Journal of Health Information Management* 2013; 10(6): 862-75[Article in Persian].

The Study of Health Literacy of Patients Referring to Specialist Physicians' Offices in Kermanshah City

Mahmoud Moradi¹ (Ph.D.) - Sara Bahrami Nia² (M.S.)

¹ Assistant Professor, Department of Information Science and Knowledge, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

² Ph.D. Candidate in Information Science and Knowledge, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payam-e-Noor University of Mashhad, Mashhad, Iran

Abstract

Received: Feb 2019

Accepted: Jun 2019

Background and Aim: The aim of this study was to evaluate the health literacy of patients referring to specialist physicians' offices in the city of Kermanshah.

Materials and Methods: This is a descriptive analytical cross-sectional study. The population of the study (patients and their companions) included those referring to specialist physicians' offices. In 2017, 380 people were randomly selected and were studied during three months. The data collection tool was Health Literacy for Iranian Adults Assessment Questionnaire. Its validity was confirmed by specialists and its reliability turned out to be 0.89 by Cronbach's alpha. Data were analyzed by statistical tests (Spearman's correlation, Mann–Whitney U test and Kruskal-Wallis test) using SPSS software.

Results: The findings of the study showed that the health literacy of patients and their relatives, referring to physicians' offices in the city of Kermanshah, was relatively favorable, i.e., more than average. The three sources of "the Internet", "questions asked from doctors and medical staff" and "radio and television" are the priorities of information or health literacy. The results showed that people's health literacy was different in terms of age, sex, education, and occupation.

Conclusion: The results of this study revealed that often those people who have low and limited health literacy are among vulnerable community groups (having old ages, low educational levels, and low income). So, considering the health information needs and health literacy of vulnerable groups and designing simple and targeted education using the appropriate media are recommended.

Keywords: Patient, Patient's Companion, Health Literacy, Health Literacy for Iranian Adults Questionnaire, Kermanshah City

* Corresponding Author:

Bahrami Nia S

Email:

bahramisaraa@gmail.com