

## Survey Effective factors of people's health literacy Kermanshah city

### Elahe Bavandpour

Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

### Zahra azami

Ilam University of Medical Sciences.

### Maryam Bavandpour

\* Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. (Corresponding Author) Email: bavandpour1108@gmail.com

### Omid Afsordeh

Ilam University of Medical Sciences.

### Ali Delpisheh

Ilam University of Medical Sciences.

Received: 11 September 2016

Accepted: 31 October 2016

DOI: 10.18869/acadpub.jhl.2.1.12

### ABSTRACT

**Background and objective:** Health literacy is defined as 'one's capacity to understand and interpret the basic health information and services needed to make appropriate health decisions'. In addition, those with insufficient health literacy are less likely to understand the written and oral information presented by health specialists. Hence, insufficient health literacy is considered a global threat nowadays, the present study aimed to investigate the health literacy status among the visitors to the specialized clinics based in Kermanshah, Iran, in 2016.

**Methods:** The current study was a descriptive cross-sectional study. To collect the required data, the valid and reliable test of functional health literacy in adults (TOFHFLA) was employed. After data collection, the data were entered into the SPSS Statistics 16 Software. In addition, for data analysis, the descriptive statistics and the statistical tests of analysis of variance (ANOVA), Independent t-test and regression analysis were used.

**Results:** The mean score of health literacy among the subjects under study was  $51.93 \pm 6.31$ . Further, the results revealed that the relationship between health literacy and each of the variables of education ( $P < 0.05$ ), Residence area ( $P < 0.05$ ), Household dimension ( $P < 0.05$ ) were significant and age ( $p = 1.02$ ), marital status ( $p = 6.31$ ), gender ( $p = 0.5$ ) and occupation ( $p = 6.31$ ) were not significant. The results revealed that the relationship between health literacy and each of the variables of age ( $p = 1.02$ ), marital status ( $p = 6.31$ ), gender ( $p = 0.5$ ) and occupation ( $p = 6.31$ ) were not significant.

**Conclusion:** This study showed that average health literacy in the population is estimated to be average. Recommended with changes at the macro level of society in terms of education and research increased health literacy.

**Paper Type:** Research Article.

**Keywords:** Health Literacy, Health Promotion, Health Behavior

► **Citation:** Bavandpour E, Azami Z, Bavandpour M, Afsordeh O, Delpisheh A. Survey Effective factors of people's health literacy Kermanshah city. *Journal of Health Literacy*. Summer 2017; 2(2): 81-87.

## بررسی برخی عوامل موثر بر سواد سلامت مردم شهرستان کرمانشاه

### چکیده

**زمینه و هدف:** سواد سلامت به عنوان ظرفیت افراد در درک، تفسیر اطلاعات اولیه و خدمات سلامت که برای تصمیم گیری متناسب لازم است تعریف می شود. افراد با سواد سلامت ناکافی، با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری آرایه شده توسط متخصصان سلامتی را درک می کنند در نتیجه امروزه سواد سلامت ناکافی به عنوان یک تهدید جهانی به شمار می آید. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سواد سلامت و شناسایی عوامل مرتبط و تاثیر گذار بر سواد سلامت ساکنان شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

**مواد و روش ها:** این مطالعه از نوع مقطعی است. ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه روا و پایای سواد سلامت بزرگسالان بود. پس از جمع آوری داده ها وارد نرم افزار SPSS ۱۶ شد. برای تحلیل داده ها از روشهای آمار توصیفی و آزمونهای آماری ANOVA، تی مستقل و رگرسیون استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که در مجموع میانگین نمره سواد سلامت افراد مورد مطالعه ۵۱٫۹۳ با انحراف معیار ۶٫۳۱ است. براساس یافته های حاصل رابطه سواد سلامت با تحصیلات ( $p < ۰/۰۵$ )، منطقه سکونت ( $p < ۰/۰۵$ ) و بعدخانوار ( $p < ۰/۰۵$ ) رابطه معنی دار داشت و با سن ( $p = ۱/۰۲$ )، وضعیت تاهل ( $p = ۶/۳۱$ ) جنس ( $p = ۰/۵$ ) و شغل ( $p = ۶/۳۱$ ) رابطه معنی دار نبود. ( $p < ۰/۰۵$ ).

**نتیجه گیری:** بر اساس این مطالعه میانگین سواد سلامت افراد متوسط محاسبه شد. توصیه می شود با تغییرات در سطح کلان در آموزش و پژوهش در این حیطه سواد سلامت را افزایش دهیم.

**نوع مطالعه:** مطالعه پژوهشی.

**کلیدواژه ها:** سواد سلامت، ارتقای سلامت، رفتار سلامت

الهه باوند پور

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

زهرا اعظمی

دانشگاه علوم پزشکی ایلام

مریم باوندپور

\* دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.  
(نویسنده مسئول)

M.bavandpour1108@gmail.com

امید افسرده

دانشگاه علوم پزشکی ایلام

علی دل پیشه

دانشگاه علوم پزشکی ایلام

◀ **استناد:** باوند پور، ا. اعظمی، ز. باوندپور، م. افسرده، ا. دل پیشه، ع. بررسی برخی عوامل موثر بر سواد سلامت مردم شهرستان کرمانشاه. *فصلنامه سواد سلامت*. تابستان ۱۳۹۶؛ ۲(۲): ۸۱-۸۷.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰

## مقدمه

سواد سلامت مفهومی جدید و در عین حال قدیمی است، مفهوم سواد سلامت به مدت ۳۰ سال است که در متون علمی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱). سواد سلامت به عنوان ظرفیت افراد در درک، تفسیر اطلاعات اولیه و خدمات سلامت که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است تعریف می‌شود (۲). سواد سلامت بیانگر طیف وسیعی از مهارت‌ها و منابعی است که در ارتباط با توانایی این افراد برای پردازش با اطلاعات مرتبط با بهداشت و سلامتی است (۱). در قرن بیست و یکم برای آنکه هر فرد کارکردی مطلوب داشته باشد باید حائز طیف وسیعی از توانایی‌ها و شایستگی‌ها و دراصل بسیاری از سوادها باشد این سوادها از توانایی خواندن یک روزنامه تا درک اطلاعاتی که یک کارمند بهداشتی ارائه کرده است، دارای تنوع، پویایی و قابلیت انعطاف هستند (۳). سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌ها خواندن، شنیدن، تجزیه تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است (۴). طبق مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامت آمریکا افراد دارای سواد سلامت پایین اطلاعات گفتاری و نوشتاری ارائه شده توسط تیم سلامت را درک نکرده و به توصیه‌های داده شده عمل نمی‌کنند و وضعیت سلامت نامطلوب تری دارند، میزان بستری شدن و مراجعه به پزشک در آنها بیشتر است و در مهارت‌های خودمراقبتی ضعیف‌تر عمل می‌کنند، مراقبت‌های پیشگیرانه کمتری دارند و در نتیجه هزینه‌های پزشکی بیشتری متحمل می‌شود (۵).

براین اساس سازمان جهانی بهداشت به تازگی در گزارشی سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نمود. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرد که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود (۶). سواد سلامت ناکافی وضعیت سلامت در حد ضعیف‌تر، استفاه نامناسب از داروها و عدم پیروی از دستورهای پزشک، کنترل ضعیف‌تر قند خون و

افزایش شیوع مشکلاتی که از کنترل ضعیف ناشی می‌شود را به دنبال داشته و دانش بهداشتی کمتر، مشارکت کمتر در تصمیم‌گیری برای درمان، بیان کمتر نگرانی‌های سلامت و ارتباط بدتر با پزشکان را به همراه داشته است. همچنین این ادعا وجود دارد که افراد دارای مهارت‌های ضعیف سواد سلامت درباره سلامت کمتر آگاهند، کمتر خدمات پیشگیرانه را دریافت میکنند، کنترل بیماری‌های مزمن در آنها بدتر است، عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیف‌تری دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در میان آنها بیشتر است (۳). طی سالهای گذشته در ایران و سایر کشورهای دنیا مطالعات متعددی بر روی سواد سلامت انجام شده است که تقریباً نتایج همگی آنها حاکی از پایین بودن سطح سواد سلامت افراد است. هدف ما از این پژوهش بررسی وضعیت سواد سلامت ساکنان شهرستان کرمانشاه در بین مراجعین به کلینیک‌های تخصصی سطح شهر کرمانشاه و تعیین عوامل موثر بر سواد سلامت ساکنین این شهرستان است.

## مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه در دسترس بر روی جامعه آماری شامل زنان و مردان بزرگسال ( بالای ۱۸ سال ) مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه شامل کلینیک مهدیه، طالقانی و هلال احمر شهرستان کرمانشاه انجام شد اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (Test of Functional Health Literacy in Adults) که یکی از مهمترین و معتبرترین پرسشنامه‌ها در سطح دنیا است و در مطالعه‌ی ای که توسط بنی هاشمی طهرانی و همکاران انجام شد، این پرسشنامه به فارسی برگردانده شده و اعتبار و روایی آن به اثبات رسیده است جمع‌آوری شد (۴). این پرسشنامه از دو بخش محاسباتی و درک خواندن تشکیل شده است. بخش درک خواندن توانایی افراد را در خواندن مطالب مربوط به مراقبت سلامت مورد بررسی قرار میدهد که خود شامل ۵۰ سوال می‌باشد، بخش محاسباتی شامل

یکسری توضیحات در زمینه داروهای تجویز شده، وقت ویزیت و مراحل گرفتن کمک مالی و یک مثال از نتیجه یک آزمایش طبی بوده است پس از تحویل این توضیحات در قالب کارتهایی به هرفرد، سوالات مربوط به آنها پرسیده شد. نمره سواد سلامت افراد از یک تا ۱۰۰ است که به چند دسته سواد سلامت کافی (بیشتر از ۷۴ درصد)، سواد سلامت مرزی (از ۵۹ درصد تا ۷۴ درصد) و سواد سلامت ناکافی (کمتر از ۵۹ درصد) از طریق نقاط جداسازی طبقه بندی گردیده است و بر اساس متغیرهای سن - تاهل جنس - تحصیلات محل سکونت تحلیل و میزان ارتباط آن با متغیرها سنجیده شد. حجم نمونه بر اساس فرمول زیر محاسبه شد.

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

که بر اساس مطالعه مشابه که مشابه ترین آنها توسط دکتر طهرانی و همکاران در سال ۱۳۸۵ بر روی جمعیت ۵ استان کشور انجام شده است میانگین سواد سلامت افراد ۴۲٪ گزارش بود که بر همین اساس میزان  $p$  را ۰/۴ و  $q$  را ۰/۶ تعیین و میزان خطای ۰/۰۱ حجم نمونه حدود ۹۰۰ مورد برآورد شد. به تعداد حجم نمونه پرسشنامه در بین مراجعه کننده ها به کلینیک‌های تخصصی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و توسط افرادی که همکاری لازم را در این زمینه با ما نمودند تکمیل شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل افراد بیسواد و افرادی که رضایت جهت شرکت در این مطالعه را نداشتند بود.

داده ها پس از استخراج از پرسشنامه ها وارد نرم افزار SPSS ۱۶ شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها در بخش توصیفی از میانگین، انحراف معیار و جداول توزیع فراوانی و در بخش استنباطی از آزمونهای آماری از جمله ANOVA و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه سطح معنی داری برای تمامی آزمونهای آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه از ۹۰۰ نفر از افرادی که پرسشنامه را تکمیل نمودند تعداد شرکت کنندگان زن و مرد

تقریباً مساوی (۴۵۲ مورد مرد ۵۰/۲۰٪ و ۴۴۸ نفر زن ۴۹/۸۰٪) بودند میانگین سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه ۳۲/۰۷ با انحراف معیار ۹/۶۳ سال بود که کمترین آنها ۱۸ سال و بیشترین آنها ۶۰ سال سن داشتند.

همچنین داده‌های حاصل بیانگر اینست که در مجموع میانگین نمره سواد سلامت افراد مورد مطالعه ۵۱/۹۳ با انحراف معیار ۶/۳۱ بود. میانگین نمره بخش درک خواندن ۴۱/۳۰ با انحراف معیار ۲/۸۴ بود و میانگین نمره بخش درک عددی یا محاسباتی ۱۰/۴۹ با انحراف معیار ۴/۹۰ بود.

در بررسی داده‌های حاصل از پژوهش از مجموع جامعه مورد مطالعه ما ۱۷۷ نفر یعنی حدود ۱۹/۶۰٪ سواد سلامت ناکافی (۵۷٪ (۵۱۳ نفر) دارای سواد سلامت مرزی و ۲۳/۴۰٪ (۲۱۰ نفر) از سواد سلامت کافی برخوردار بودند در مقایسه میانگین نمره سواد سلامت بین ساکنین شهر و روستا میانگین نمره ساکنین روستا ۵۱/۰۴ با انحراف معیار ۵/۲۹ و میانگین نمره ساکنین شهر ۵۲/۷۶ با انحراف معیار ۵/۴۷ می‌باشد که میانگین نمره ساکنین شهر بالاتر از میانگین نمره ساکنین روستا است. استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت بالاتر شهری ها در مقایسه با روستاییان معنی دار شد ( $p < 0/05$ ) یعنی ساکنان شهر از سواد سلامت بالاتری برخوردار بودند.

همانگونه که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد در این بررسی سطح تحصیلات حدود ۵۰/۴۰ درصد از افراد مورد مطالعه دیپلم و زیر دیپلم و ۴۹/۶۰ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند از این میزان ۱۳/۳۰ درصد فوق دیپلم و بقیه به ترتیب شامل لیسانس، فوق لیسانس و دکتری بود در نمونه مورد بررسی در مجموع با افزایش میزان تحصیلات تا سطح لیسانس میزان میانگین نمره سلامت در هر مقطع افزایش می‌یابد. مقایسه میانگین نمره سواد سلامت در مقاطع تحصیلی متفاوت با استفاده از تحلیل واریانس یکطرفه نشان داد که افراد در مقاطع تحصیلی بالاتر از نمره سواد سلامت بالاتری برخوردار هستند ( $p < 0/05$ ). که این روند افزایش بر اساس رگرسیون خطی نیز معنی دار شد ( $p < 0/05$ ).

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

سطح تحصیلات	جنس		مرد		زن		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
زیر دیپلم	۹۳	۲۰/۶۰	۱۰۸	۲۴/۱۰	۲۰۱	۲۲/۳۰	۲۰۱	۲۲/۳۰
دیپلم	۱۳۷	۳۰/۳۰	۱۱۵	۲۵/۷۰	۲۵۲	۲۸/۰۰	۲۵۲	۲۸/۰۰
فوق دیپلم	۷۸	۱۷/۳۰	۴۲	۹/۴۰	۱۲۰	۱۳/۳۰	۱۲۰	۱۳/۳۰
لیسانس	۱۰۸	۲۳/۹۰	۱۵۳	۳۴/۲۰	۲۶۱	۲۹/۰۰	۲۶۱	۲۹/۰۰
فوق لیسانس، دکتری و سایر	۳۶	۸/۰۰	۳۰	۶/۷۰	۲۰۱	۲۲/۳۰	۲۰۱	۲۲/۳۰
جمع کل	۴۵۲	۱۰۰	۴۴۸	۱۰۰	۹۰۰	۱۰۰	۹۰۰	۱۰۰

در بررسی رابطه وضعیت سواد سلامت با نوع شغل افراد، یافته‌های حاصل نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت در مشاغل مخلف با هم تفاوت چندانی ندارد و تقریباً برابر است از تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین سواد سلامت و شغل رابطه معنی داری وجود ندارد ( $p=0/57$ ).

با توجه به اینکه در بیش از ۷۰ درصد پرسشنامه‌ها به میزان در آمد اشاره نشده بود و در موارد قید شده نیز به نظر می رسد با میزان واقعی اختلاف داشته باشد لذا از وارد نمودن و تحلیل آن خودداری شد.

### بحث و نتیجه گیری

سواد سلامت مفهومی است که توانایی بیمار در درک اطلاعات و منابع تهیه شده توسط پزشک و متخصصان حرفه سلامت را توصیف میکند (۸) که شامل طیفی از مهارت‌های پیچیده و ساده است که به افراد اجازه میدهد تا در تصمیم گیری‌های درمانی مشارکت داشته باشند و از خود، خانواده و جامعه خود در برابر بیماریها حفاظت کنند (۶). از طرفی خود مراقبتی فرایندی است که طی آن بیمار از آگاهی و مهارت‌های خود برای انجام رفتارهای توصیه شده به وی بهره گیری می نمایند. بنابراین نه تنها بیماران بایستی اطلاعات کافی در زمینه بیماری خود و چگونگی انجام مراقبت لازم را کسب نمایند بلکه بایستی بتوانند از دانسته‌های خود در موقعیتها و شرایط مختلف استفاده لازم را ببرند (۹).

در مقایسه میانگین نمره سواد سلامت بین دو جنس، میانگین نمره مردان ۵۱/۵۸ و میانگین نمره زنان ۵۲/۳۰ می باشد که میانگین نمره زنان بالاتر از نمره مردان است. آزمون آماری تی مستقل نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت بالاتر در زنان در مقایسه با مردان از نظر آماری معنی دار نبود ( $p=0/5$ ).

در بررسی رابطه سواد سلامت با بعد خانوار میانگین نمره سواد سلامت در خانوارهای بیشتر از ۷ نفر میانگین نمره سواد سلامت از (۵۲/۳۶ به ۴۶/۳۰) کاهش یافته و رابطه بین میانگین سواد سلامت و بعد خانوار معنی دار شد ( $p<0/05$ ).

در رابطه بین سن و سواد سلامت میانگین سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه ۳۲/۰۷ با انحراف معیار ۹/۶۳ سال بود که کمترین آنها ۱۸ سال و بیشترین آنها ۶۰ سال سن داشتند. رابطه بین سن و سواد سلامت از الگوی خاصی پیروی نمی کند و در گروه‌های سنی مختلف کم و زیاد می شود و بر اساس ضریب همبستگی پیرسون بین این دو متغییر رابطه همبستگی معنی داری ( $r=0/056$ ) وجود نداشت ( $p=1/02$ ).

در بررسی رابطه وضعیت سواد سلامت با نوع تاهل افراد، یافته‌های حاصل نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت در مجردین (۵۳/۴۲±۴/۳۰)، در متاهلین (۵۲/۹۱±۵/۹۵)، در افراد مطلقه (۵۲/۱۵±۶/۰۰) و همسر مرده‌ها (۵۱/۵۸±۴/۳۳) می باشد. تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین سواد سلامت و تاهل رابطه معنی داری وجود ندارد ( $p=0/395$ ).

برای ارتقای میزان دانش و مهارت خود مراقبتی در افراد لازمست آگاهی و مهارت افراد جامعه در خصوص اطلاعات ضروری سلامتشان ارتقاء یابد، بدین منظور بایستی عوامل تاثیر گذار بر سواد سلامت جامعه را شناسایی نمود. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سواد سلامت و تعیین برخی عوامل مرتبط و تاثیر گذار بر سواد سلامت انجام شد. نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که سواد سلامت جامعه پژوهش مناسب نمی باشد. میانگین نمره سواد سلامت کسب شده در این مطالعه کمتر از میانگین نمره کسب شده در مطالعه حمیده ملاخلیلی و همکاران بود (۱۰). این نتایج بیانگر اینست که سواد سلامت ساکنان شهرستان کرمانشاه پایین می باشد هرچند میانگین بالاتری را نسبت به مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران نشان می دهد که این شاید به علت وارد نمودن افراد بی سواد در مطالعه طهرانی بنی هاشمی باشد. همچنین در مطالعه قنبری و همکاران ۷۰ درصد سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند.

نتایج مطالعات مختلف در دیگر کشورهای دنیا نیز به طور کلی طیف گسترده ای از سواد سلامتی ناکافی را نشان میدهد. بطوری که دریک بررسی سیستماتیک که توسط دکتر اورلو و همکارانش در آمریکای شمالی بر روی ۸۵ مطالعه انجام شده است، حدود ۲۶ درصد از افراد به طور کلی دارای سطح پائین سواد سلامتی (ناکافی) و حدود ۲۰ درصد سطح سواد سلامتی مرزی داشتند. البته دامنه تغییرات بسیار وسیع بوده است، به طوری که بعضی از مطالعات تا ۶۸ درصد، سطح سواد سلامتی ناکافی را نشان داده اند (۱۱).

همچنین در مطالعه ویلیامز و همکارانش (۱۹۹۵) با عنوان «عملکرد نامناسب سواد سلامت در میان بیماران دو بیمارستان عمومی» سواد سلامت ناکافی بیماران سالمند مبتلا به دیابت و فشار خون بالا را به ترتیب در این دو بیمارستان ۴۴ و ۴۹ درصد گزارش نموده اند (۱۲).

در بررسی حاضر در مجموع با افزایش میزان تحصیلات تا سطح لیسانس میزان میانگین نمره سلامت در هر مقطع افزایش

یافته است. مقایسه میانگین نمره سواد سلامت در مقاطع تحصیلی متفاوت، نشان داد که افراد در مقاطع تحصیلی بالاتر نمره سواد سلامت بالاتری را داشتند. که با نتایج مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران که سطح تحصیلات، قوی ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت داشت و بیشترین رشد سطح سواد سلامت در کسانی که تحصیلات بیش از ۸ سال داشتند، همخوانی داشت (۴). سواد سلامت پائین تر در زنان، در گروه‌های سنی بالاتر و ساکنین روستا به طور عمده مربوط به پایین تر بودن سطح تحصیلات زنان در این گروه‌ها بود (۴).

همچنین در مطالعه نکویی مقدم و همکارانش ۶۰ درصد افراد سطح سواد پایین (ناکافی و مرزی) دارند وضعیت بیمه و تحصیلات بیشترین ارتباط را با سطح سواد سلامت نشان داد و بستری شدن در بیمارستان افراد با سواد سلامت پایین تر، بیشتر گزارش شده است، همچنین تاثیر سواد سلامت بر فاکتورهای بهره گیری از خدمات سلامت نیز تایید شد (۹).

در مقایسه میانگین نمره سواد سلامت با جنس و تاهل افراد رابطه معنی داری وجود نداشت اما یافته‌های حاصل نشان داد بین نمره سواد سلامت و محل سکونت بر اساس شهر و روستا بودن و بعد خانوار رابطه معنی داری وجود دارد.

با توجه به اینکه بررسی رابطه سواد سلامت و وضعیت اقتصادی امکان پذیر نشد اطلاعی در این خصوص بدست نیامد. اما در سایر مطالعات انجام شده از جمله مطالعه جوادزاده و همکاران بین سطح سواد سلامت و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد (۱).

**نتیجه گیری:** به طور کلی این پژوهش نشان داد که سواد سلامت بیماران در حد مطلوب نمی باشد. لذا باتوجه به اینکه پایین بودن سواد سلامت، موجب هدر رفتن حجم زیادی از بودجه‌های بخش سلامت می شود، پرداختن به موضوع سواد سلامت و بکارگیری راهکارهایی برای ارتقای آن در جامعه ضروری می نماید. برای افزایش سطح سواد سلامت باید مسئولان به اهمیت سیاست‌های ارتقایی سلامت پی ببرند و در این زمینه اهتمام داشته باشند. البته

ارایه دهنده خدمت شناسایی گردد.

### سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از کلیه اساتیدی که در مراحل انجام پژوهش ما را یاری کردند تشکر می‌کنند. همچنین از معاونت تحقیقاتی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به جهت حمایت مالی پژوهش حاضر قدردانی می‌نمایند.

نباید از این موضوع غافل شد که ارتقاء سواد سلامت امری زمان بر است و نیاز به نیروی انسانی کارآمد و آموزش دیده و بهره گیری از رسانه های مناسب است. همچنین لازم است برای ارائه آموزش های کاربردی به مردم باید ابتدا مخاطبان را شناسایی کرد و سپس برای هر کدام برنامه و اقدامی خاص انجام داد. لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهش های لازم در خصوص انتخاب رسانه های مناسب در گروه های هدف متفاوت انجام گرفته و نقاط ضعف و قوت

### References:

1. Fathi F, Rezaee Sofi M. The Relationship between Health Literacy and Physical Activity Level of Elderly Women in the City of Urmia. *Journal of Health Literacy*. 2017;2(1):12-21.
2. Nkvyv Mogadam M, Parva S, Amir Ismail, M R, Banshee MR. Health literacy and utilization of health services in the city of Kerman. *fslnamh Faculty of Yazd, in the eleventh, Number Four, Winter 91*
3. Ghanbari Sh, Mijlesy F, Ghaffari M, Majd Abad M. *brsry health education of pregnant women in health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Scientific bimonthly Journal of Medicine, Shahed University, March 2012, the nineteenth year N. 97*
4. Tehrani Bani-Hashemi S A , Amrikhanni MA, Hagdost AA, Alavi SM, Asghari fard H, Brotharan H, Barghamadi M, Persinia S, Fathi Ranjbar S. Health Literacy in 15 provinces and the factors affecting it. *Strides in Development of Medical Education Development Center, Medical Education, Volume IV: the first issue, pp. 9-1, 2007*
5. Sahrayi M, Panahi R, Kazemi S-s, Goli Rostami Z, Rezaie H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. *Journal of Health Literacy*. 2017;1(4):230-8.
6. Tulle A, Pour Reza A, Rahimi Forooshani A, Tavasoli. E, Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences, *Razi Journal of Medical Sciences, Volume 19, Number 104, Persian date Bahman 2012*
7. Raisii M., Mostafavi F, Hassanzadeh A, Sharifirad GH. The relationship between health literacy, public health and health behaviors in elderly Vzyt. *Journal of Preventive Medicine, Year Issue IV, NOVEMBER-DECEMBER 2012*
8. Noblin AM, Wan TTH, Fottler M. The impact of health literacy on a patient's decision to adopt a personal health record
9. Ishikawa, Hirono, Takeaki Takeuchi, and Eiji Yano. "Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients." *Diabetes care* 31, no. 5 (2008): 874-879.
10. Mlakhlyly H, Papi A, Sharifi Rad GH, Zare Farashbandi F, Hassanzadeh A. Health Literacy of Inpatients Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. *Health Information Management*. 11 (4): 464-7
11. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of Limited health literacy. *J Gen Intern Med* 2005; 20(2):175-84
12. Thayer JF1. Yamamoto SS, Brosschot JF. The relationship of autonomic imbalance, heart rate variability and cardiovascular disease risk factors. *Int J Cardiol* 2010; 141:122-131