

مدلسازی وضعیت سواد سلامت شهروندان شهر یاسوج

سید صمد بهشتی^{۱*}، پژمان رحیمی نسب^۱، آرزو شیرزادی نیا^۱

۱- گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

• نویسنده رابط: sbeheshty@yu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۲۶

چکیده

مقدمه: با استناد بر تحقیقات مختلف داشتن آگاهی و اطلاعات در رابطه با سلامت می تواند بر میزان و وضعیت سلامتی افراد اثر گذار باشد. از آنجا که این آگاهی و اطلاعات به نوعی در سازه ای به نام سواد سلامت قابل اندازه گیری است، مطالعه حاضر به بررسی سطح سواد سلامت شهروندان شهر یاسوج پرداخته، و تاثیر برخی متغیرهای زمینه ای را بر آن بررسی می کند.

روش کار: این پژوهش به روش کمی و با شیوه پیمایش انجام شد. جامعه آماری شامل شهروندان بالای ۲۰ سال شهر یاسوج بود. حجم نمونه با استفاده از جدول نمونه گیری لین ۳۸۴ نفر برآورد شد و برای افزایش دقت به ۴۰۰ نفر افزایش یافت. نمونه ها با روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه استاندارد سواد سلامت ایرانیان (HELIA) شامل ۳۳ گویه در پنج بعد خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم گیری و کاربرد بود. اعتبار ابزار از طریق اعتبار همگرا و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ تأیید شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 23 و برای آزمون فرضیه های اصلی از مدل سازی معادلات ساختاری واریانس محور در نرم افزار Smart PLS 4 استفاده شد.

نتایج: بر اساس یافته ها نزدیک به ۱۳٪ پاسخگویان سواد سلامتی در حد ناکافی، نزدیک به نیمی در حد نه چندان کافی، یک سوم در حد کافی و تنها کمتر از ۶٪ اعضا سواد سلامت در حد عالی دارند. متغیر سن اثری منفی بر سواد سلامت دارد و افراد با تحصیلات بالاتر، سواد سلامت بالاتری را هم تجربه می کنند. جنسیت و وضع تاهل و نیز دارایی تاثیر معناداری بر سواد سلامت جامعه آماری ندارند. در مجموع متغیر سن و تحصیلات می توانند ۸/۹٪ از واریانس سواد سلامت را تبیین کنند البته این مقدار به تفکیک جنسیت برای گروه مردان برابر با ۱۳/۷٪ و برای گروه زنان برابر با ۴/۴٪ هست، که نشان می دهند دو متغیر تحصیلات و سن اثر تعیین کننده تری بر سواد سلامت مردان دارند.

نتیجه گیری: پرسشنامه استاندارد سواد سلامت ایرانیان با اندکی تغییر جزئی همچنان می تواند به عنوان سنجه ای کارآمد برای پدیده سواد سلامت استفاده شود. همچنین به نظر می رسد وضعیت سواد سلامت شهروندان یاسوجی در حد مطلوب نیست (۶۲/۵٪ در حد ناکافی و نه چندان کافی) و لزوم بررسی دلایل آن و اتخاذ سیاست ها و اجرای برنامه هایی که این وضعیت را در مسیر مثبتی قرار دهد ضروری هست.

واژگان کلیدی: سلامت، سواد سلامت، یاسوج

مقدمه

در طول تاریخ، سلامت به عنوان یک حق مسلم و سرمایه وجودی انسان‌ها، همیشه یکی از دغدغه‌های بسیار مهم آنان بوده و هست. تمامی نظام‌های سیاسی و اجتماعی نیز این را به عنوان اساسی‌ترین حق مردم دانسته، جدای از میزان موفقیت در عمل، احقاق آنرا وظیفه خود می‌دانند. برخلاف تعاریف کلاسیکی که از سلامتی وجود دارد امروزه تعریف و گستردگی سلامت نسبت به گذشته بسیار تغییر کرده است. در دنیای معاصر، سلامت دیگر صرفاً به معنای نبود بیماری تلقی نمی‌شود، بلکه مفهومی چندبعدی است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت World Health Organization (WHO) سلامت، رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است و صرفاً به معنای فقدان بیماری یا معلولیت نیست (۱). این پدیده یک پدیده تک عاملی نیست و تحقیقات نشان داده اند سلامت مفهومی چند بعدی است که تحت تأثیر عوامل محیطی، روانی، اجتماعی، قومیتی، فرهنگی و مذهبی شکل می‌گیرد (۲،۳).

تنوع بیماری‌ها و نیز گسترش بیماری‌های صعب‌العلاج نسبت به گذشته، وجود بیماری‌های مزمن و روند مصرف داروها نشان می‌دهند وضعیت سلامت در ایران قابل بحث هست. بر اساس تحقیقات انجام شده هر ایرانی سالانه ۳۳۹ عدد دارو مصرف می‌کند که ۲ تا ۴ برابر بیش از استانداردهای جهانی می‌باشد. سرانه مصرف داروهای تزریقی نیز در ایران طی سال‌های گذشته ۱۱/۴ است که این رقم ۴ برابر سرانه مصرف در جوامع دیگر می‌باشد (۴). روند ابتلا به بیماری در سنین سالمندی بویژه با حرکت جمعیتی ایران به سوی سالمند شدن نیز نشان از شرایط نه چندان خوش‌آیند بیماری و سلامتی در ایران می‌دهند برای مثال ۶۳٪ از سالمندان یاسوجی حداقل به

یک بیماری مزمن مبتلا هستند. این میزان در بیماری فشار خون به میزان ۵۰/۶٪ می‌رسد (۵).

هرچند وجود بیماری‌ها و نیز مصارف نادرست داروها از بسیاری متغیرها اثر می‌پذیرند اما به تایید تحقیقات مختلف در کنار این عوامل، سواد سلامت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی در تحقق و ارتقای سلامت فردی و اجتماعی شناخته می‌شود. تعاریف بسیار متعددی از سواد سلامت وجود دارد. در تعریفی سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و اجتماعی معرفی می‌کند که انگیزه و ظرفیت افراد را برای دسترسی به اطلاعات، درک و به‌کارگیری آن برای ارتقای سلامت خود و جامعه افزایش می‌دهد (۱). پارکر و راتزن معتقدند «سواد سلامت، درجه‌ای است که افراد می‌توانند اطلاعات پایه و خدمات سلامت را به‌دست آورده، پردازش کرده و درک کنند تا تصمیمات مناسب در زمینه سلامت بگیرند (۶). سواد سلامت مفهومی فراتر از سطح تحصیلات رسمی یا توانایی خواندن و نوشتن است و مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی، تحلیلی و ارتباطی را شامل می‌شود که فرد را قادر می‌سازد در موقعیت‌های مختلف مرتبط با سلامت، اطلاعات صحیح را شناسایی و از آنها به‌درستی استفاده کند (۷). طبق تعریف Nutbeam و همکاران سواد سلامت شامل سه سطح است: سطح کاربردی (Interactive) توانایی خواندن و درک اطلاعات پایه، سطح تعاملی (Critical)، مهارت‌های ارتباطی و مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌های سلامت و سطح انتقادی (Critical) توانایی تحلیل و استفاده از اطلاعات برای کنترل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (۸). چنانکه مشاهده می‌شود وجه مشترک تمامی این تعاریف را می‌توان چنین بیان کرد: مجموعه توانایی‌ها برای کسب، پردازش و به‌کارگیری اطلاعات برای حفظ و ارتقای سطح سلامتی افراد.

آکادمی ملی جامعه سالمندان آمریکا تخمین زده است که هزینه های مازاد مراقبت های بهداشتی_درمانی به دلیل سواد کم سلامت در حدود ۷۹ بلیون دلار در سال ۱۹۹۸ بوده است. این هزینه ها شامل ۳۰ بلیون دلار برای افراد بیسواد و ۴۳ بلیون دلار برای کسانی است که سواد حاشیه ای سلامت دارند (۹). در این ارتباط، در بررسی انجام شده در آمریکا اغلب افراد بالای ۱۶ سال (۵۳٪) از سطح سواد سلامت متوسطی برخوردار بودند و تنها ۱۲٪ سواد سلامت مناسبی داشتند (۱۰).

در بسیاری از تحقیقات مرتبط با سواد سلامت چنین مطرح شده است که نمی توان با قطعیت از اثر مثبت سواد سلامت بر سلامتی افراد صحبت کرد اما آنچه در تحقیقات مختلف خود را قطعی نشان داده است پیامدهای منفی سطح پایین سواد سلامت در بین انسان هاست. برای مثال بیکر و همکاران (۲۰۰۷) ادعا می کنند افراد با سواد سلامت پایین دانش کمتری دارند و اطلاعات مربوط به بیماری درمان و پیشگیری را کمتر و نادرست تر درک می کنند و خود مدیریتی در بیماری های مزمن و پایبندی کمتر به توصیه پزشکی دارند و کمتر از خدمات پیشگیرانه مثل غربالگری استفاده می کنند و باعث تشخیص دیر هنگام بیماری ها و افزایش شدت بیماری ها در زمان مراجعه می شوند. در مجموع سلامت جسمی و روانی ضعیف تر در افراد با سواد سلامت پایین مشاهده می شود (۹).

در مورد سواد سلامت در ایران نیز تحقیقاتی انجام شده است. یک پژوهش ملی انجام شده در ایران نشان داد که تقریباً نیمی (۴۴٪) از مردم ایران از سواد سلامت محدودی برخوردار هستند (۱۱). نقیبی و همکاران (۱۳۹۶) در سنجش سطح سواد سلامت بزرگسالان شهریار به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره سواد سلامت ۵۸/۲۶ با انحراف معیار ۲۲/۱ بود. میانگین نمره سواد سلامت به تفکیک ابعاد سلامت شامل دسترسی به

اطلاعات، ۶۱/۱۴ فهم و درک اطلاعات ۶۶/۷۴، مهارت خواندن اطلاعات ۶۲/۸۷، ارزیابی اطلاعات ۵۴/۶۸ و تصمیمگیری و رفتار اطلاعات ۴۵/۸۷ بوده است. در سطح بندی سواد سلامت، ۳۶/۵٪ دارای اطلاعات ناکافی، ۲۳/۷٪ نه چندان کافی، ۲۳/۱٪ کافی و ۱۴/۴٪ عالی بودند. در این مطالعه بین متغیرهای سن، تحصیلات و شغل با ابعاد پنجگانه سواد سلامت ارتباط معناداری مشاهده گردید (۱۲). جعفریان و همکاران با بررسی تاثیر سواد سلامت مادران بر سلامت کودکان به این نتیجه رسیدند که مادران از سطح سواد سلامت نسبتاً مناسبی برخوردار بوده اند و مضاف بر سواد سلامت آنان بر الگوی تغذیه کودکان مؤثر بوده است (۱۳). نژاد حسین و همکاران در بررسی سواد سلامت شهروندان بهبهانی میانگین سطح سواد شهروندان بهبهانی را ۷۰/۲۲ برآورد کردن و اعلام نمودند سواد سلامت در زنان و گروه های سنی سالمند و میانسال و ساکنان روستا پایین تر از مردان، جوانان و ساکنان شهری است (۱۴).

کمالی پور و همکاران با بررسی سواد سلامت بزرگسالان در جهرم به این نتیجه رسیدند که سواد سلامت ۶۲/۸۲٪ از بزرگسالان در حد کافی و ۳۷/۱۷٪ دارای سواد سلامت مرزی بودند. در این مطالعه ارتباط آماری معناداری بین سواد سلامت و جنسیت، سن و درآمد مشاهده نشد در صورتی که بین سواد سلامت و تحصیلات رابطه آماری معناداری داشت. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد میزان سواد سلامت در افراد نامطلوب است (۱۵).

قاسمی و همکاران (۱۴۰۴) با بررسی وضعیت سلامت زنان اهوازی به این نتیجه رسیدند که داشتن سن پایین، سطح تحصیلی بالا و شغل در میان زنان جوان، رابطه مثبتی با وضعیت سواد سلامت و نیز با بهره گیری از خدمات سلامت دارد (۵).

Wolf و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیقی در خصوص سواد سلامت و وضعیت سلامتی به این نتیجه رسیدند که چگونگی سواد سلامت پایین، فراتر از وضعیت بیماری، بر

پرسشگران خواسته شد به صورت کاملاً تصادفی با افراد بالای بیست سال مصاحبه نموده و پرسشنامه ها را تکمیل کنند. به پاسخگویان اطمینان داده شد شرط گمنامی آنها کاملاً حفظ می شود و هر جای مصاحبه و به هر دلیلی که مایل به خروج از مطالعه باشند می توانند مصاحبه را ترک نمایند.

در این تحقیق برای جمع آوری اطلاعات سواد سلامت شهروندان، از ابزار پرسش نامه استاندارد سواد سلامت ایرانیان HELIA: Health Literacyfor Iranian Adult استفاده شده است که در طیف لیکرت پنج درجه ای (به هیچ وجه = ۱، به ندرت = ۲، گاهی از اوقات = ۳، بیشتر اوقات = ۴ و همیشه = ۵) سواد سلامت افراد را اندازه گیری می کند.

این پرسشنامه شامل ۳۳ گویه است که پنج بعد سواد سلامت را شامل می شود؛ خواندن (۴ سؤال)، دسترسی (۶ سؤال)، فهم و درک (۷ سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال) و تصمیمگیری و کاربرد (۱۲ سؤال). بر اساس راهنمای پرسشنامه، معیار دسته بندی سطوح سلامت به این صورت هست: مقادیر کمتر از ۵۰ سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ نه چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ کافی و بالاتر از ۸۴ عالی.

برای سنجش دقت و وضعیت سواد سلامت اعضای نمونه، پرسشنامه مذکور در قالب مدل معادله ساختاری مرتبه دوم اندازه گیری شد به این صورت که ابتدا مدل اندازه گیری هر بعد از سواد سلامت به صورت مدل اندازه گیری انعکاسی برآورد شدند و در مرحله بعد کل معرف های سواد سلامت در قالب یک مدل اندازه گیری مرتبه دوم محاسبه و اجرا شد. اعتبار (Validity) مدل ساخته شده بر اساس شاخص اعتبار همگرا در سطح معرف و عامل اندازه گیری شده است. چنانکه در مدل (شکل ۱) قابل رویت هست بارهای عاملی تمامی معرف ها بالای ۰/۴ می باشد و این به معنای اعتبار قابل قبول مدل در سطح معرف ها هست. همچنین مقادیر بالای ۰/۵ برای شاخص میانگین واریانس

توانایی افراد برای عملکرد روزمره و حفظ استقلال آنها تأثیر می گذارد (۱۶). Chew و همکاران نشان دادند که ارتباط مثبتی میان سواد سلامت بالا و استفاده کمتر از خدمات اورژانس و میزان بستری شدن در بیمارستان وجود دارد (۱۷).

علیرغم اهمیتی که موضوع سواد سلامت دارد و تحقیقات متعددی که در مورد آن انجام شده است می بینیم که این موضوع تاکنون در شهر یاسوج مورد بررسی قرار نگرفته است. این امر انگیزه ای برای نویسندگان بوده است تا ضمن هنجاریابی سازه سواد سلامت در این شهر، وضعیت این پدیده را بررسی نموده، ارتباط آن با برخی متغیرهای زمینه ای را سنجش نمایند. از اینرو فرضیه های این تحقیق عبارتند از:

- ۱- به نظر می رسد سطح سواد سلامت شهروندان یاسوجی بالاتر از سطح متوسط هست.
- ۲- برخی متغیرهای زمینه ای (سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت مالی) بر سطح سواد سلامت شهروندان یاسوجی اثر می گذارند.

روش کار

روش این تحقیق کمی و شیوه مورد استفاده در این پژوهش از نوع پیمایشی و توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری این پژوهش شهروندان بالای بیست سال شهر یاسوج هستند. با استفاده از جدول نمونه گیری لین با سطح خطا ۰/۰۵ حجم نمونه تحقیق ۳۸۴ نفر برآورد شد. برای افزایش دقت با در نظر گرفتن وجود احتمالی پرسشنامه های ناقص و مخدوش این تعداد به ۴۰۰ نفر رسانیده شد. روش نمونه گیری در این تحقیق نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای هست. به این صورت که ابتدا از بین مناطق شهری یاسوج، چهار منطقه به صورت تصادفی انتخاب شدند و در مرحله بعد از هر منطقه نیز دو خیابان اصلی به صورت تصادفی انتخاب شدند و از

بالا می‌دانند. این نسبت برای طبقه متوسط پایین ۲۰٪ و برای متوسط بالا ۳۲/۸٪ اعلام شده است. به لحاظ شغلی نیز بالغ بر یک چهارم نمونه دارای شغل آزاد و یک پنجم آنها کارمند دولت و ۴/۳٪ نیز خانه دار هستند. به لحاظ سطح تحصیلی بیشترین فراوانی مربوط به سطح کارشناسی هست و تحصیلات ابتدایی و راهنمایی هر کدام با حدود ۱۰٪ و کارشناسی ارشد و دکتری نیز هر کدام با حدود ۷٪ نشان می‌دهند در مجموع سطح تحصیلات نمونه تحقیق بالاست.

جدول ۱ ویژگی‌های نمونه تحقیق را نشان می‌دهد. برای توصیف وضعیت سواد سلامت و امکان مقایسه بهتر ابعاد آن می‌توان از جدول ۲ استفاده کرد. در جدول ۳ آماره‌های سواد سلامت اعضای نمونه به همراه ابعاد آن گزارش شده است. همچنین در این جدول برای بررسی وضعیت این متغیر و ابعاد آن در سطح جامعه آماری از آزمون تی تک نمونه ای استفاده کرده ایم. همچنانکه این جدول و البته نمودار ۱ نشان می‌دهند پایینترین حد سواد سلامت در بعد تصمیم‌گیری (۵۷/۵۷) و در مرتبه بعد در بعد فهم (۶۲/۴۴) وجود دارد. درحالیکه نزدیک به ۱۳٪ پاسخگویان سواد سلامتی در حد ناکافی، نزدیک به نیمی در حد نه چندان کافی و یک سوم در حد کافی دارند تنها سواد سلامت کمتر از ۶٪ اعضا در حد عالی هست.

برای فهم راحت‌تر وضعیت سواد سلامت در بین نمونه تحقیق و سهولت مقایسه ابعاد آن نمودار جعبه‌ای (نمودار ۱) ترسیم شده است. در این نمودار متغیر سواد سلامت به همراه ابعاد آن در بازه صفر تا ۱۰۰ استاندارد شده اند (با استفاده از این فرمول تمامی متغیرها در این بازه استاندارد شده اند:

$$\text{نمره خام به دست آمده} - \text{حداقل نمره خام ممکن}$$

$$\frac{\text{حداکثر امتیاز ممکن} - \text{حداقل امتیاز ممکن}}{\text{خط مرجع میان}}$$

نمودار نشان دهنده میانگین سواد سلامت یعنی میزان ۵۰ هست که البته مقادیر پایین‌تر از این حد نشان دهنده سطح ناکافی سواد سلامت هستند.

استخراج شده (AVE) مدل‌های اندازه‌گیری نشان می‌دهد اعتبار همگرایی مدل در سطح عامل نیز برقرار هست. برای اندازه‌گیری پایایی (Reliability) مدل نیز از شاخص پایایی ترکیبی (Composite Reliability) استفاده شده است. مقادیر بالای ۰/۷ برای کلیه عامل‌ها نشان دهنده پایایی بسیار مناسب مدل هست (جدول ۴). تنها معرفی که بر اساس محاسبات آماری انجام شده دارای همبستگی درونی با سایر گویه‌ها نبود گویه بیست و یکم تحت عنوان (می‌توانم اطلاعات بهداشتی را که آموخته‌ام به دیگران منتقل کنم) مربوط به بعد ارزیابی هست. بار عاملی این معرف برابر با ۰/۱۷۳ هست که نشان می‌دهد دارای اعتبار همگرا در سطح معرف نیست. همچنین با حذف این معرف میزان آلفای کرونباخ به عنوان معتبرترین شاخص پایایی از ۰/۶۲۲ به مقدار ۰/۷۸۷ که قابل قبول هست افزایش پیدا می‌کند. با حذف این معرف تلاش شد شاخص‌های اعتبار و پایایی مدل به بهترین حالت ممکن رسانیده شوند. در نهایت داده‌های تحقیق با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی و بویژه با آزمون‌های تی تک نمونه ای، تحلیل رگرسیونی و نیز تحلیل‌های تعدیل‌گری، با استفاده از نرم افزارها SPSS و smart pls تحلیل شدند.

نتایج

در ادامه نتایج تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه‌ها گزارش می‌شوند:

یافته‌های توصیفی: بر اساس تحلیل‌های انجام شده روی داده‌ها کمتر از نیمی از پاسخگویان را زنان و بالغ بر ۵۲٪ آنها را مردان تشکیل داده‌اند. همچنین نزدیک به ۴۰٪ نمونه را مجردها و ۳۸٪ را متأهلین تشکیل داده‌اند. یک چهارم نمونه در اثر طلاق و یا فوت همسر بدون همسر هستند. به لحاظ طبقه اجتماعی در حالیکه ۱۲/۳٪ خود را در طبقه پایین جامعه برآورد کرده‌اند ۱۴٪ خود را از طبقه

یافته های استنباطی: برای آزمون اولین فرضیه تحقیق از آزمون تی تک نمونه ای استفاده شده است. چنانکه سطح معناداری جدول ۳ نشان می دهد به طور کلی سطح سواد سلامت در بین شهروندان یاسوجی در فاصله اطمینان ۹۹٪ از سطح متوسط بالاتر هست. این وضعیت در تمامی ابعاد این متغیر نیز صدق می کند.

برای آزمون تاثیر برخی متغیرهای زمینه ای نظیر سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، طبقه اجتماعی و وضعیت تاهل در این تحقیق از مدل سازی معادلات ساختاری واریانس محور با استفاده از نرم افزار smart pls استفاده شد. از آنجا که متغیرهای مستقل تحقیق از نوع آشکار می باشند به صورت سازه تک آیتمی در مدل (شکل ۱) وارد شده اند. در نهایت با اجرا کردن مدل معادله ساختاری متغیرهای تحقیق نتایج زیر به دست آمد:

هرچند تمامی متغیرهای مستقل در سطح نمونه آماری بر سواد سلامت اثر می گذارند اما نتیجه خودگردان سازی داده ها با ۱۰۰۰۰ نمونه با جایگزینی نشان داد در سطح جامعه آماری متغیر جنسیت و نیز وضعیت اقتصادی اثر معناداری بر سواد سلامت ندارند. متغیر سن در فاصله اطمینان ۹۵٪ اثر استاندارد به اندازه ۰/۱۱۵- و متغیر تحصیلات نیز در فاصله اطمینان ۹۹٪ اثر استاندارد به بزرگی ۰/۲۶۳ دارند. در واقع با افزایش سن سطح سواد سلامت کاهش یافته و برعکس با افزایش سطح تحصیلات میزان سواد سلامت افزایش پیدا می کند. ضریب تعیین این مدل به میزان ۰/۰۸۹ برآورد شده است به این معنی که در مجموع متغیرهای مستقل موجود در این مدل توانسته اند ۸/۹٪ از واریانس سواد سلامت را تبیین کنند.

از آنجا که اثر متغیرهای جنسیت و وضعیت اقتصادی در این مدل معنادار نبود برای بررسی دقیقتر اثر این متغیرها، به عنوان متغیرهای تعدیل گر (Moderator)

وارد مدل شدند تا تاثیر تعدیل گری آنها سنجیده شود. با انجام محاسبات لازم این نتایج به دست آمد که؛ مدل تحقیق قدرت تبیین کنندگی بیشتری در بین مردان دارد چرا که متغیرهای تحقیق قادرند در گروه مردان ۱۳/۷٪ از واریانس سواد سلامت را تبیین کنند حال آنکه این میزان در گروه زنان تنها به ۴/۴٪ می رسد. البته این در حالیست که در سطح جامعه آماری جنسیت نقش تعدیل گر در تاثیر سن و تحصیلات بر سواد سلامت ندارد. متغیر وضعیت اقتصادی نیز در این زمینه وضعیت مشابهی دارد. متغیر طبقه اقتصادی نیز که در این تحقیق به صورت ذهنی و به شیوه اشتهاری (به این معنی که از پاسخگویان خواسته شده است که در مقایسه با دیگران خود را در یکی از طبقات پایین، متوسط پایین، متوسط بالا و بالا دسته بندی کنند) اندازه گیری شده است نشان داد که میزان این متغیر نمی تواند نقش تعدیل کننده در سواد سلامت داشته باشد. با این وصف می توان نتیجه گرفت در مجموع وضعیت اقتصادی افراد تاثیری در سواد سلامت آنها ندارد.

بحث

چنانکه مشاهده شد این تحقیق با دو هدف اصلی انجام شده است. هدف اصلی اعتبار یابی مجدد پرسشنامه ارزیابی سلامت اجتماعی ایرانیان هست که در بسیاری از تحقیقات مرتبط با سواد سلامت، ابزار اندازه گیری محققین بوده است. آنچه از مدل سازی مدل های اندازه گیری این تحقیق به دست آمد نشان می دهد در مجموع این سازه همچنان می تواند به عنوان یک سنجه استاندارد در تحقیقات به کار گرفته شود اما با در نظر گرفتن یک اصلاح کوچک و آن هم اینکه گویه بیست و یکم (این گویه در پرسشنامه به این صورت مطرح شده است: می توانم اطلاعات بهداشتی را که آموخته ام به دیگران منتقل کنم.) که یکی از گویه های سنجش بعد ارزیابی سواد سلامت هست با سایر گویه های

یکی از عواملی که در این تحقیق به مانند سایر تحقیقات خودنمایی می کند سطح پایتیر نمرات در بعد تصمیم گیری و رفتار نسبت به سایر ابعاد هست. به نظر می رسد یکی از مهمترین دلایل این امر را بتوان در تفاوت در بین ابعاد مختلف نگرش (ابعاد شناختی و دانشی ، عاطفی و بعد رفتاری) تبیین کرد. چرا که مطابق با نظریه های نگرش بعد شناخت، دانش و فهم عمدتا در ذهن انسان و بسته به توانایی ذهنی انسانها شکل می گیرند اما بعد تصمیم گیری به شدت تحت تاثیر متغیرهای مختلف بیرونی قرار می گیرد که می توانند به سادگی تصمیم گیری و یا اجرای دانسته ها را با تغییرات زیادی همراه کنند. برای مثال امکانات محیطی و نیز دارایی و تعاملات واقعی انسان ها در محیط اجتماعی مانع از آن می شود که افراد بتوانند عین آن چیزی را که می دانند در عرصه عمل نیز پیاده کنند.

به مانند بسیاری از تحقیقات در این تحقیق نیز نشان داده شد که وضعیت درآمد و دارایی تاثیری بر سواد سلامت ندارد. در خصوص ارتباط سواد سلامت با برخی متغیرهای زمینه ای نتایج این تحقیق هماهنگ با سایر تحقیقات نشان داد سطح سواد سلامت بین دو جنس (با احتیاط) متفاوت هست و زنان سطح پایتیری از سواد سلامت را به خود اختصاص داده اند. این یافته با یافته های نژاد حسین و همکاران در شهر بهبهان همخوانی دارد (۱۷). نتیجه حاصل در این زمینه را می توان همگام با بسیاری از تغییرات اجتماعی دید چرا که تحقیقات مختلف نشان می دهند تفاوت های جنسیتی در بسیاری از متغیرهای اجتماعی کمرنگ شده و اتفاق نظر بسیار نزدیکی در بین زنان و مردان دیده می شود. در عین حال نکته مهمی در این تحقیق دیده شد و آن هم این که جنسیت می تواند اثر تعدیل کننده روی رابطه سن و نیز تحصیلات بر سواد سلامت (کلیت مدل) داشته باشد. بر این اساس تحصیلات و سن پیش بینی کننده- های قویتری از سواد سلامت در گروه مردان هستند تا زنان.

این بعد همبستگی درونی نداشته و لازم هست که با دقت بیشتری مورد استفاده قرار بگیرد. در این تحقیق به دلیل همین ضعف این گویه از تحلیل ها کنار گذاشته شد.

در مورد وضعیت سواد سلامت آنچه به دست آمد در حالت کلی با سایر یافته های تحقیقات هماهنگی دارد اما با نتایج برخی تحقیقات نیز ناهماهنگ هست. البته باید به این نکته توجه داشت که بسیاری از این تحقیقات که مشخصا به اندازه گیری سواد سلامت در شهرهای مختلف یا در بین گروه های مختلف پرداخته اند عمدتا چندین سال از انجامشان می گذرد و با توجه به سرعت تغییر و تحولات علمی و اجتماعی باید به هنگام مقایسه نتایج آنها با احتیاج برخورد کرد.

آنچه از این تحقیق به دست آمد این هست که هرچند فرضیه اول تحقیق تایید شد و نشان داده شد که سطح سواد سلامت شهروندان یاسوجی (به میزان ۱۱۳/۲۴) با اختلاف قابل توجهی از سطح متوسط طیف (به میزان ۹۶) بالاتر هست اما باید به این نکته توجه داشت که سطح متوسط طیف بسیار پایین تر از سطح قابل قبول برای سواد سلامت هست چرا که با توجه به راهنمای تحلیل پرسشنامه در طیف صفر تا ۱۰۰ مقادیر زیر نمره ۶۶ در طیف سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی قرار می گیرند و این در حالیست که در همین طیف میانگین سطح سواد شهروندان یاسوجی برابر هست با ۶۳/۵ پس می توان نتیجه گرفت در مجموع سطح سواد سلامت جامعه مورد مطالعه این تحقیق به مانند نتایج سایر تحقیقات در گستره ملی محدود هست. این یافته با یافته- های طاووسی و همکاران (۱۳۹۵) هماهنگی دارد. در این تحقیق تنها ۳۲/۸ سطح سواد سلامت کافی و ۵/۸ افراد سطح سواد عالی دارند. بالاترین سطح سواد در ابعاد ارزیابی و دسترسی و پایتیری آن در ابعاد تصمیم گیری و فهم دیده شد.

نه چندان کافی) و لزوم بررسی دلایل آن و اتخاذ سیاست‌ها و اجرای برنامه‌هایی که این وضعیت را در مسیر مثبتی قرار دهد ضروری هست. همچنین پرسشنامه استاندارد سواد سلامت ایرانیان با اندکی تغییر جزئی همچنان می‌تواند به عنوان سنجی ای کارآمد برای پدیده سواد سلامت استفاده شود.

در نهایت با توجه به تحقیقات متعددی که در ایران در حوزه سواد سلامت انجام شده است پیشنهاد می‌شود یک مطالعه نظام مند روی این موضوع انجام شود تا با اشراف کلی نسبت به این تحقیقات جزئی بتوان ایده‌های سیاست‌گذاری مناسبی در اختیار سیاست‌گذاران قرار داد. تمام شرکت کنندگان توضیحات کلامی و نوشتاری در مورد اهداف پژوهش دریافت کرده و همچنین درخصوص ناشناس و محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان حاصل نمودند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش هیچ حامی مالی نداشته، هیچ گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت ننموده است.

همه نویسندگان به طور یکسان در مفهوم سازی و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیشنهاد مقاله مشارکت داشتند.

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد. نویسندگان از تمامی مشارکت کنندگان و داوران این تحقیق که با نظرات ارزشمند خود به ارتقای کیفیت مقاله کمک نموده‌اند، تشکر می‌نمایند.

ارتباط بین سن و سواد سلامت نیز در این تحقیق به این نحو نشان داده شد که با افزایش سن میزان سواد سلامت کاهش پیدا می‌کند. این نتیجه با نتایج بسیاری از تحقیقات همخوانی دارد (۱۸). با توجه به اینکه پاسخگویان این تحقیق افراد بالای بیست سال هستند، با توجه به شرایط امروزی می‌توان یکی از دلایل این موضوع را تاحدی به تاثیر سواد دیجیتال و استفاده افراد از منابع اطلاعاتی دیجیتال و بویژه استفاده بیشتر از شبکه‌های اجتماعی در سنین جوانتر مرتبط دانست.

همچنین در این تحقیق نیز به مانند بسیاری از تحقیقات چنین نتیجه شد که تحصیلات اثر مثبتی بر سطح سواد سلامت دارد (۲، ۴، ۱۱، ۱۴). یکی از مهمترین عاملی که باعث تایید این رابطه شده است را می‌توان در این دید که داشتن تحصیلات بالاتر امکان دسترسی به منابع اطلاعاتی متنوع تری را ایجاد کرده، منجر به افزایش سطح توانایی خواندن و فهم و ارزیابی اطلاعات داده شده می‌شود. با توجه به این نتیجه می‌توان وارد کردن مباحث مربوط به سلامت را در متون درسی پیشنهاد داد.

در مجموع با استفاده از متغیر سن و تحصیلات می‌توان ۸/۹٪ از واریانس سواد سلامت را تبیین کرد البته این مقدار به تفکیک جنسیت برای گروه مردان برابر با ۱۳/۷٪ و برای گروه زنان برابر با ۴/۴٪ هست، که نشان دهنده تاثیر قدرتمند دو مقوله تحصیلات و سن بر سواد سلامت مردم بویژه در بین مردان هستند.

نتیجه گیری

به نظر می‌رسد وضعیت سواد سلامت شهروندان یاسوجی در حد مطلوب نیست (۶۲/۵٪ در حد ناکافی و

جدول ۱ - ویژگی های اعضای نمونه تحقیق در مطالعه مدلسازی وضعیت سواد سلامت شهروندان شهر یاسوج

متغیر	مقادیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۹۰	۴۷/۹
	مرد	۲۰۷	۵۲/۱
وضعیت تاهل	مجرد	۱۵۹	۳۹/۸
	متاهل	۱۵۲	۳۸/۱
طبقه اجتماعی	پایین	۴۹	۱۲/۳
	متوسط پایین	۸۰	۲۰
	متوسط بالا	۱۳۱	۳۲/۸
	خیلی بالا	۵۶	۱۴
شغل	کارمند	۷۹	۱۹/۸
	آزاد	۱/۶	۲۶/۵
	بیکار	۸۴	۲۱
	بازنشسته	۵۵	۱۳/۸
	ازکارافتاده	۱۸	۴/۵
	خانه دار	۵۷	۱۴/۳
تحصیلات	بیسواد	۲	۰/۵
	ابتدایی	۳۶	۹
	راهنمایی	۳۹	۹/۸
	متوسطه	۱۰۱	۲۵/۳
	کارشناسی	۱۶۴	۴۱
	کارشناسی ارشد	۲۷	۶/۸
	دکتری	۲۸	۷

جدول ۲ - توزیع فراوانی نسبی سواد سلامت و ابعاد آن در مطالعه مدلسازی وضعیت سواد سلامت شهروندان شهر یاسوج

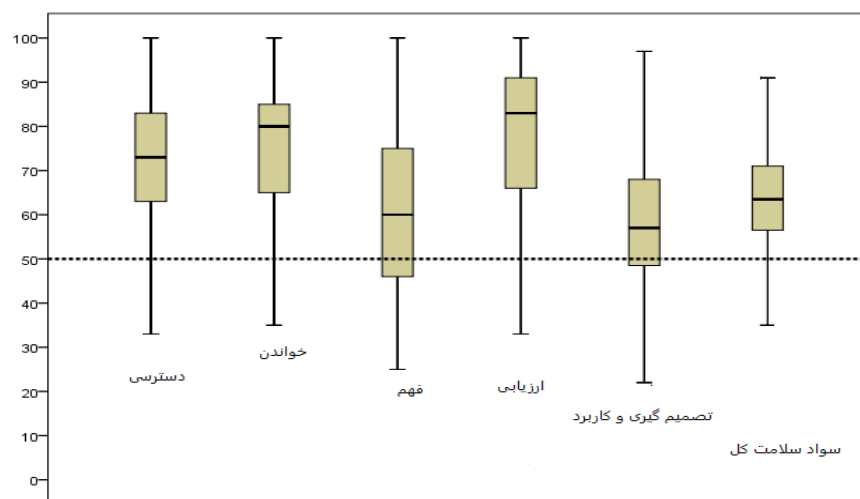
متغیر	میانگین	ناکافی	نه چندان کافی	کافی	عالی
دسترسی	۷۴/۳	۲/۵	۲۴	۴۸/۸	۲۴/۸
توانایی خواندن	۷۴/۹۳	۱۰/۵	۱۷/۵	۳۴/۵	۳۷/۵
فهم	۶/۲۲۴	۳۴/۹	۲۵/۴	۲۶/۴	۱۳/۳
ارزیابی	۷۳/۵۴	۲۲	۰/۵	۳۵/۳	۴۲/۳
تصمیم گیری	۵۷/۵۷	۳۳/۹	۳۶/۷	۲۶/۱	۳/۳
سواد سلامت	۶۳/۵	۱۲/۹	۴۸/۵	۳۲/۸	۵۸

جدول ۳- آماره های سواد سلامت اعضای نمونه و ابعاد آن در مطالعه مدلسازی وضعیت سواد سلامت شهروندان شهر یاسوج

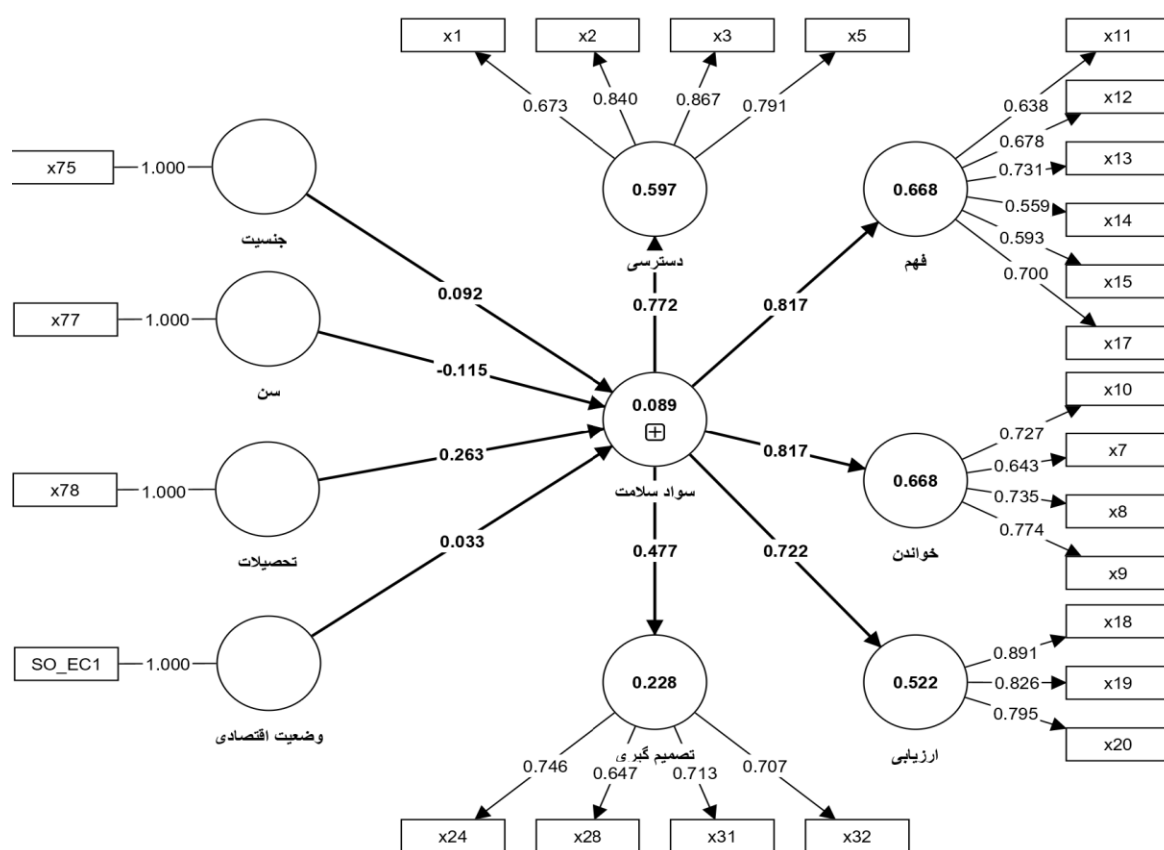
متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میان	حداقل	حداکثر	چولگی	حدوسط طیف	سطح معنی داری
دسترسی	۴۰۰	۲۲/۲۹	۴/۴۰	۲۲	۶	۳۰	-۰/۱۶۴	۱۸	۰/۰۰۰
توانایی خواندن	۴۰۰	۱۵/۹	۴/۵۳	۱۶	۴	۲۰	۰/۳۴۷	۱۲	۰/۰۰۰
فهم	۳۹۸	۲۴/۶	۵/۸۸	۲۴	۱۴	۳۵	۰/۲۷۸	۲۱	۰/۰۰۰
ارزیابی	۴۰۰	۱۱/۸۲	۳/۰۳	۱۳	۳	۱۵	-۰/۱۲۱	۹	۰/۰۰۰
تصمیم گیری	۳۹۸	۳۹/۶	۶/۸	۳۹	۱۸	۶۰	۰/۰۸	۳۶	۰/۰۰۰
سواد سلامت	۳۹۶	۱۱۳/۲۴	۱۵/۸۶	۱۱۳,۵	۶۴	۱۵۷	-۰/۱۲۷	۹۶	۰/۰۰۰

جدول ۴- شاخص های اعتبار و روایی مدل اندازه گیری سلسله مراتبی سواد سلامت در مطالعه مدلسازی وضعیت سواد سلامت شهروندان شهر یاسوج

شاخص ها	ارزیابی	تصمیم گیری	خواندن	دسترسی	فهم	سواد سلامت
آلفای ترکیبی	۰/۸۷۶	۰/۷۹۷	۰/۸۱۲	۰/۸۷۳	۰/۸۱۵	۰/۸۸۴
AVE	۰/۷۰۲	۰/۵۱۹	۰/۵۲۰	۰/۶۳۴	۰/۵۳۱	۰/۵۱۲
متوسط واریانس استخراج شده						



نمودار ۱- سواد سلامت اعضای نمونه و ابعاد آن در مقیاس صفر تا صد در مطالعه مدلسازی وضعیت سواد سلامت شهروندان شهر یاسوج



شکل ۱ - مدل اندازه گیری سواد سلامت شهروندان شهر یاسوج

References

1. Organization WH. Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
2. Kim J, Heazell AEP, Whittaker M, Stacey T, Watson K. Impact of health literacy on pregnancy outcomes in socioeconomically disadvantaged and ethnic minority populations: a scoping review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025; 168(1):69-81.
3. Switzer GE, Dew MA, Bromet EJ. Issues in mental health assessment. In: *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Springer. 2012; 115-141.
4. Ghasemi AH, Kabomir F, Hamidavy H, Sabaghinejad Z. The relationship between health literacy status and utilization of health services among women referring to Golestan Hospital in Ahvaz. *Health Information Management*. 2025; 22(1): 28-34. [Persian]
5. Hospital IH, Sciences M. Accepted Manuscript (Uncorrected Proof). 2019; 1-21.
6. Ratzan SC, Parker RM. Health literacy. National library of medicine current bibliographies in medicine. Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. 2000 Feb.
7. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth literacy scale. *J Med Internet Res*. 2006; 8(4):e507.
8. Bohlman LN. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): National Academies Press; 2004. p. 21-58.
9. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998; 158(2):166-72.
10. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. Washington (DC): National Center for Education Statistics. 2006 Sep.
11. Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy among urban Iranian adults: findings from a national study. *Payesh (Health Monitor)*. 2016; 15(1): 95-102. [Persian]
12. 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; 3(2): 17-25. [Persian]
13. Jafarian N, Kassaeian S, Fakhr-Movahedi A, Alaei S, Mirmohammadkhani M. The relationship between mothers' health literacy and anthropometric indicators of children. *Iranian Journal of Nutrition Sciences and Food Technology*. 2025; 20(2):45-55. [Persian]
14. Nezhadhossein MR, Barati LS, Faraj S, Lolo S, Parvin S, Nejad Rasouli MA. Health literacy of rural and urban communities in Behbahan, Iran. *Journal of Health Research in Community*. 2018; 4(3):1-11. [Persian]
15. Kamalipour M, Ashkani N, Choobin N, Esmaeelzadeh Z. Evaluation of adults' health literacy in Jahrom. *Journal of Preventive Medicine*. 2019;

- 6(1):19-25. [Persian]
16. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*. 2005; 165(17):1946-52.
17. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. 2004; 588-94
18. Tavousi M, Mehrizi A, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, Hashemi A, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh (Health Monitor)*. 2016; 15(1):95-102. [Persian]

Modeling the Health Literacy Status of Yasouj Citizens

Seyed Samad Beheshti^{1*}, Pejman Rahimi nasab¹, Arezoo Shirzadi nia¹

1- Department of Sociology, Faculty of Literature and Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran

*Corresponding Author. sbeheshty@yu.ac.ir

Received: Feb 6, 2026

Accepted: Mar 17, 2026

ABSTRACT

Background and Aim: Empirical research demonstrates that health-related awareness and information influence individual health outcomes and status. Given that such knowledge and information are operationalized within the construct of health literacy, this study investigates the levels of health literacy among citizens of Yasouj, while examining the impact of selected contextual and sociodemographic variables on these levels.

Materials and Methods: This study employed a quantitative survey design among citizens aged 20 and above residing in Yasouj. Using Lin's sampling table, the sample size was calculated at 384 and subsequently increased to 400 to enhance precision, selected via multi-stage cluster random sampling. Data were collected using the Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) standardized questionnaire, comprising 33 items across five dimensions: reading, access, understanding, evaluation, and decision-making and application. Instrument validity was confirmed through convergent validity, and reliability was verified using Cronbach's alpha. Data were analyzed using SPSS 23 and variance-based structural equation modeling (PLS-SEM) in SmartPLS 4.

Results: The findings indicate that approximately 13% of respondents possessed inadequate health literacy, nearly half exhibited marginal health literacy, one-third had adequate health literacy, and fewer than 6% demonstrated excellent health literacy. Age exerted a negative effect on health literacy, whereas higher educational attainment was associated with elevated health literacy levels. Gender, marital status, and asset ownership had no statistically significant effect on health literacy. Overall, age and education accounted for 8.9% of the variance in health literacy ($R^2 = 0.089$). Sex-stratified analysis revealed that these two variables explained 13.7% of the variance among men ($R^2 = 0.137$) compared to 4.4% among women ($R^2 = 0.044$), indicating that age and education exert a greater determinant effect on health literacy among male citizens.

Conclusion: The HELIA questionnaire, with minor refinements, remains an effective/useful instrument for measuring health literacy. The overall health literacy among citizens of Yasouj is suboptimal (62.5% falling into inadequate or marginal categories), highlighting the urgent need to investigate structural determinants and implement targeted health policy interventions to improve population health literacy.

Keywords: Health, Health Literacy, Yasouj

Copyright © 2026 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.