

HEALTH LITERACY AND HEALTH SERVICES UTILIZATION

Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran

Iraj Zareban

Assistant Professor, Health promotion Research center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Hossien Izadirad

* PhD student of Health Education & promotion, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.. (Corresponding Author): Email: izadi111389@gmail.com

khirmohammad jadgal

PhD student of Health Education & promotion, School of health, Yazd University of Medical Sciences, Iran.

Received:02 February 2015

Accepted: 14 July 2015

ABSTRACT

Background and objective: Health literacy is an important factor in the ability of a woman to engage in the activities of health promotion and prevention for herself and her Family. So, the aim of this study was to determine health literacy level and the relationship between health literacy and public health status, as well as health care utilization and health preventive behaviors, in urban women of Baluchistan region.

Methods: This was a descriptive-analytical study which was conducted on 247 women aged 18-65 years old. Samples were selected using multi-stage cluster sampling. Information was collected using a questionnaire consisted of two part including Health Literacy for Iranian Adults and GHQ28 standard questionnaire for assessing general health status, health care utilization and health preventive behaviors which was completed using home interviewing. Collected data were analyzed using statistical software SPSS 18 and statistical tests: Kruskal-Wallis, Chi-square and Mann whitney.

Results: 32.4 % of women had adequate health literacy level, 34.4% had border level and 33.2% had inadequate level. Inadequate health literacy was more frequent among younger household women with less educated and lower income ($P<0.001$). Also, women with higher health literacy level assessed their public health at the better status and attempt to do screening more than others.

Conclusion: This study showed that the health literacy level was inadequate in the women of Baluchistan region. Therefore, Codification comprehensive program , create a simple, understandable and accessible media and training materials, as well as theory-based educational interventions for people with inadequate health literacy can be an effective way to develop health literacy skills and health promotion in society.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health Literacy, Health Services, Health status, Women.

► **Citation:** Zareban I, Izadirad H, jadga K. Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran. *Journal of Health Literacy*. Summer 2016; 1(2): 71-82.

بررسی میزان سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی و بهره مندی از خدمات سلامت در زنان منطقه بلوچستان، استان سیستان و بلوچستان

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت عنصری مهم در توانایی یک زن برای شرکت در فعالیتهای ارتقای سلامت و پیشگیری برای خود و خانواده اش محسوب می‌شود. از این رو هدف این مطالعه، تعیین وضعیت سواد سلامت، ارتباط سطح سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و استفاده از خدمات درمانی و همچنین اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه در جمعیت زنان شهری بلوچستان بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی تحلیلی بود که بر روی ۲۴۷ زن ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن در شهرهای منطقه بلوچستان انجام شد. نمونه‌ها با استفاده از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش شامل پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان جمعیت شهری ایران و پرسشنامه GHQ28 جهت بررسی وضعیت سلامت عمومی و استفاده از خدمات درمانی و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه بود که به روش مصاحبه درب منزل تکمیل گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمونهای آماری کای دو، من ویتنی و کروسکال-والیس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: سطح سواد سلامت در ۳۲/۴٪ از زنان در محدوده کافی، ۳۴/۴٪ درحد مرزی و ۳۳/۲٪ درحد ناکافی بود. سواد سلامت ناکافی در افراد جوانتر و خانه دار با تحصیلات کمتر و درآمد پایین تر فراوانی بیشتری داشت (P<۰/۰۰۱) همچنین افراد با سطح سواد سلامت بالاتر، وضعیت سلامت عمومی خود را بهتر ارزیابی کردند و بیش از سایرین نسبت به انجام غربالگری مبادرت ورزیدند.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش سطح سواد سلامت را در زنان بلوچستان ناکافی نشان داد لذا تدوین برنامه های جامع، ایجاد رسانه‌ها و مواد آموزشی ساده، قابل فهم و دسترس و همچنین مداخلات آموزشی تئوری محور برای افراد با سواد سلامت ناکافی می‌تواند گامی موثر برای توسعه مهارت های سواد سلامت و ارتقاء سلامت در جامعه برداشت.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی، خدمات سلامت، زنان.

ایرج ضاریان

استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات در ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران.

حسین ایزدی راد

* دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران (نویسنده مسئول)
izadi111389@gmail.com

خیر محمد جدگال

دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یزد، ایران.

◀ **استناد:** ضاریان، ا. ایزدی راد، ح. جدگال، خ. بررسی میزان سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی و بهره مندی از خدمات سلامت در زنان منطقه بلوچستان، استان سیستان و بلوچستان. *فصلنامه سواد سلامت*. تابستان ۱۳۹۵؛ ۱(۲): ۷۱-۸۲.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۳

مقدمه

برای آنکه هر فردی، کارکردی مطلوب داشته باشد، باید حائز طیفی وسیع از توانایی‌ها و شایستگی‌ها و در اصل، بسیاری از سوادها باشد، این سوادها از توانایی خواندن یک روزنامه تا درک اطلاعاتی که یک کارمند بهداشتی درمانی ارائه کرده، دارای تنوع، پویایی و قابلیت انعطاف هستند (۱). امروزه توجه زیادی به نقش فرد به عنوان عامل مرکزی در مدیریت سلامت خود شده است. واژه‌هایی چون مرکزیت قرار دادن بیمار، شیوه زندگی، اعمال بیمار و توانمندسازی همگی بر روی این موضوع تاکید دارند که فرد نقش حیاتی تری نسبت به ارائه کننده خدمات سلامت در کنترل سلامتی خود دارد این موضوع نشان می‌دهد که فرد بایستی به عنوان یک مطلع در تصمیم گیری های بهداشتی درمانی خود شرکت کند (۲). سواد سلامت، عنصری مهم در توانایی یک زن برای درگیر شدن با فعالیت های ارتقای سلامت و پیشگیری برای خود و خانواده اش محسوب می‌شود. بدون درک کافی از اطلاعات سلامت، برای یک زن، غیر ممکن خواهد بود که تصمیم گیری‌هایی آگاهانه منجر به پیامد های مطلوب سلامت برای خود و خانواده اش داشته باشد (۳). گرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تاثیر گذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مربوط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است (۴). در مطالعه متا آنالیزی که نتایج ۸۵ مطالعه مختلف را جمع بندی نموده است، شیوع سواد سلامت ناکافی را در آمریکا ۲۵ درصد و شیوع سواد سلامت مرزی را ۲۰ درصد برآورد نموده است (۵). مطالعه ای در ایران در سال ۱۳۹۲، نشان داد که ۸۸٪ زنان و ۷۳٪ مردان دارای سواد سلامت ناکافی هستند (۶). در پژوهشی دیگر، تنها ۴۵٪ از زنان دارای سواد سلامت کافی بودند (۷).

سطح پایین سواد سلامت با مسایلی چون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش پزشکی و پیروی از آنها مشارکت کمتر جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه تشخیص دیر هنگام بیماری‌ها ناتوانی در مهارت های خودمراقبتی و عدم تبعیت

از رفتارهای سبک زندگی سالم مرتبط است، همچنین شیوع بیماریهای مزمن میزان مراجعه به پزشک و بستری شدن در بیمارستان‌ها با سواد سلامت ناکافی بیشتر بوده و بطور کلی این افراد هزینه های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند. در کشورهای توسعه یافته مانند ایالات متحده قریب به ۹۰ میلیون نفر، سواد سلامت محدودی داشته و این امر موجب افزایش نرخ بستری در بیمارستان و میزان استفاده از خدمات اورژانس می‌گردد که سالانه معادل ۶۹ میلیارد دلار هزینه بر اقتصاد و نظام سلامت تحمیل می‌نمایند. مطالعات دیگری نشان داده است که افراد با سواد سلامت کم از خدمات اورژانس بیش تر استفاده می‌کنند، در بیمارستان به دفعات بیشتری بستری می‌شوند و سازگاری کم تری با مصرف دارو دارند و از خدمات پیشگیرانه کم تر بهره می‌برند (۸).

به رغم تاثیرات منفی سواد سلامت پایین بر وضعیت سلامت و استفاده از خدمات درمانی و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی اغلب از سطح سواد سلامت افراد آگاهی ندارند. در نتیجه سواد سلامت ناکافی، نه تنها به عنوان مشکل مراجعین، بلکه در مقام چالشی برای تامین کنندگان مراقبت های بهداشتی درمانی و سیستم سلامت مطرح است. مهمترین راه برای دست اندرکاران خدمات بهداشتی درمانی در کشور که در تلاش اند تا بر آثار نامطلوب سواد سلامت ناکافی غلبه کنند، اطلاع از وضعیت سطح سواد سلامت جمعیت تحت پوشش است (۹). بنابراین اولین گام در اغلب موقعیت‌ها اندازه گیری سواد سلامت است، بدون اندازه گیری سطح سواد سلامت، عوامل موثر و مرتبط با آن، ممکن است مداخلاتی طراحی شوند که به نتیجه مطلوبی ختم نشوند (۱۰). از آنجا که آموزش زنان برای ارتقای سلامت کودکان و سایر اعضای خانواده اهمیت حیاتی دارد، زنان به عنوان گروه هدف اولیه برای تاکید بر افزایش سواد سلامت شناسایی شده اند (۱۱). با توجه به اهمیت سواد سلامت زنان در سلامت خود، خانواده و جامعه، همچنین محدود بودن مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور، و نیز عدم مطالعه

بر روی سواد سلامت زنان در منطقه بلوچستان (تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ایرانشهر)، استان سیستان و بلوچستان، این مطالعه به منظور بررسی وضعیت سواد سلامت زنان و ارتباط آن با وضعیت سلامت عمومی، بهره مندی از خدمات و انجام رفتار های پیشگیرانه در زنان شهری منطقه بلوچستان اجرا شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر مطالعه ای مقطعی مبتنی بر جمعیت از نوع توصیفی تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۴ در مناطق شهری بلوچستان، واقع در استان سیستان و بلوچستان بر روی زنان ۱۸ تا ۶۵ سال و به روش پرسشگری درب منازل انجام شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه اولیه که سواد سلامت کافی در زنان با سواد ابتدایی را حدود ۲۰٪ برآورد کرد و سطح اطمینان ۹۵٪ و میزان خطای ۰/۰۵، حدود ۲۴۷ نفر بدست آمد. شهرهای مورد بررسی شامل ایرانشهر، بمپور و سرباز بودند که از بین ۷ شهر منطقه بلوچستان (تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ایرانشهر) بصورت تصادفی انتخاب شدند. با توجه به جمعیت هر شهر، تعداد ۱۰۰ نفر از نمونه‌ها از شهر ایرانشهر، ۴۷ نفر از بمپور و ۱۰۰ نفر از شهر سرباز انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه‌ها در هر شهر، ۲ مرکز بهداشتی درمانی شهری بصورت تصادفی انتخاب و سپس با حرکت به سمت راست (هنگام خروج از درب مرکز) از هر مرکز بهداشتی درمانی شهری نمونه مورد نیاز انتخاب شدند. از هر مرکز بهداشتی درمانی شهری ۵۰ درصد نمونه‌ها ی مورد نیاز انتخاب شدند. سپس در هر واحد مسکونی بطور تصادفی برای یکی از اعضای زن بین ۱۸ تا ۶۵ سال خانواده پرسشنامه تکمیل گردید. در این مطالعه افراد ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن منطقه بلوچستان که فاقد اختلالات روانی و ادراکی بودند و توانایی خواندن داشتند وارد مطالعه شدند، برای شناسایی و اطمینان از اینکه کلیه افرادی که وارد مطالعه شدند، افرادی با توانایی خواندن هستند، ابتدا از آنان خواسته شد قسمتی از پرسشنامه را بخوانند. پرسشنامه‌ها پس از تکمیل، بررسی و جمع آوری گردید. برای جمع آوری داده‌ها از ابزار

بومی، سنجش سواد سلامت بزرگسالان جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال) (HELIA) Health Literacy for Iranian Adults استفاده شد (۱۲). از ویژگی های این ابزار بومی، کوتاه بودن (باعث افزایش مشارکت افراد می‌گردد)، سهولت اجرا، پوشش تمامی ابعاد سواد سلامت (دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم گیری)، عمومی بودن آن بطوری که این ابزار تعلق به قشر، شغل، تحصیلات، گروه سنی و یا هیچ محدوده خاص دیگری نداشته و می‌تواند در مورد گروه های مختلف جمعیتی به کار گرفته شود و توانایی سنجش سطح سواد سلامت را با دقت قابل قبولی دارا می‌باشد (۱۲).

این پرسشنامه دارای دو قسمت شامل قسمت الف مشخصات دموگرافیک پاسخگویان و قسمت ب شامل گویه های اصلی با ۳۳ سوال، دسترسی (۶ گویه)، مهارت خواندن (۴ گویه)، فهم (۷ گویه)، ارزیابی (۴ گویه)، و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) می‌باشد. روایی پرسشنامه توسط آزمون تحلیل عامل اکتشافی تایید گردید. جهت سنجش پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ با ضریب اطمینان ۹۵٪ و با سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده شد. پایایی پرسشنامه برای حیطه دسترسی ۰/۸۵، مهارت خواندن ۰/۷۸، فهم ۰/۸۸، ارزیابی ۰/۷۹، تصمیم گیری ۰/۹۰ و کل پرسشنامه ۰/۹۲ بدست آمد. معیارهای سنجش سواد سلامت بر اساس مقیاس لیکرت به گونه ای تنظیم گردید که افراد مورد پژوهش نظرات خود را بصورت ۵ گزینه (همیشه ۴، اغلب ۳، گاهی اوقات ۲، بندرت ۱، هرگز ۰) بیان نمودند. نمره سواد سلامت فرد بین ۰ تا ۱۳۲ در نظر گرفته شد که بر اساس نقاط برش ۸۰ و ۱۰۱ به سه سطح ناکافی (۰-۸۰)، مرزی (۸۱-۱۰۱) و کافی (۱۰۲-۱۳۲) تقسیم شد. در پژوهش حاضر برای اندازه گیری سلامت عمومی شرکت کنندگان از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی GHQ۲۸ استفاده شد. میزان بهره مندی از خدمات سلامت در ۵ حیطه از افراد سوال شد که شامل: مراجعه سرپایی به پزشک، علت مراجعه، مراجعه به اورژانس، سابقه بستری در بیمارستان و انجام غربالگری یا بیماریابی در طی یک سال اخیر می‌باشد. داده های

جمع آوری شده به کمک نرم افزار SPSS18 و توسط آمار توصیفی) برای تعیین میانگین، انحراف معیار، درصد مشخصات فردی و سطح سواد سلامت در افراد مورد مطالعه) و آمار تحلیلی (آزمون جهت تعیین ارتباط بین سواد سلامت با مشخصات فردی وضعیت سلامت عمومی و استفاده از خدمات سلامت از کای اسکوتر، آنالیز واریانس یک طرفه و من ویتنی و کروسکال-والیس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمام آزمونها سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۳۸/۵٪ از زنان دارای تحصیلات راهنمایی و پایین تر و ۳۵/۶٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. مشاغل خانه داری (۴۴/۹٪)، دانشجو (۲۷/۵٪) و کارمندی (۲۳/۱٪) در بین زنان شرکت کننده، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. میزان درآمد ۵۹/۹٪ زنان شرکت کننده ضعیف و خیلی ضعیف ارزیابی شد.

میانگین نمره سواد سلامت زنان مورد مطالعه ۸۸/۹۴ از ۱۳۲ بود. ۳۲/۴ درصد دارای سواد سلامتی در حد کافی، ۳۴/۴ درصد سواد سلامت مرزی و ۳۳/۲ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند. زنان در حیطه های دسترسی و ارزیابی نسبت به سایر حیطه های سواد سلامت، دارای سواد سلامت پایین تر بودند (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد مطالعه $26/25 \pm 8/23$ سال بود. سطح تحصیلات راهنمایی (۳۰٪)، خانه داری (۴۴/۹٪) و میزان درآمد متوسط (۲۴/۷٪) متغیرهایی با بیشترین فراوانی بودند (جدول ۱).

از نظر منبع کسب اطلاعات سلامت و بیماری، به ترتیب ۱۱۵ نفر (۴۶/۶٪) از طریق پزشک و کارکنان بهداشتی، ۵۵

جدول ۱. مقایسه سطح سواد سلامت با حیطه های دسترسی، خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم گیری و سواد سلامتی کل

حیطه سواد سلامت	دسترسی تعداد(درصد)	خواندن تعداد(درصد)	فهم تعداد(درصد)	ارزیابی تعداد(درصد)	تصمیم گیری تعداد(درصد)	کل تعداد(درصد)
ناکافی	۹۷(۳۹/۳)	۹۲(۳۷/۲)	۸۵(۳۴/۴)	۹۷(۳۹/۳)	۸۸(۳۵/۶)	۸۲(۳۳/۲)
مرزی	۶۹(۲۷/۹)	۹۰(۳۶/۴)	۸۶(۳۴/۸)	۷۸(۳۱/۶)	۸۳(۳۳/۶)	۸۵(۳۴/۴)
کافی	۸۱(۳۲/۸)	۶۵(۲۶/۳)	۷۶(۳۰/۸)	۷۲(۲۹/۱)	۷۶(۳۰/۸)	۸۰(۳۲/۴)

بودند (جدول ۲). همچنین آزمون آنالیز واریانس یکطرفه بین سطح سواد سلامت و سن ارتباط آماری معنی داری را نشان داد. به طوری که سطح سواد سلامت کافی در افراد با سن بالاتر، بیشتر بود.

در مجموع ۶۷/۶ درصد از شرکت کنندگان دارای سواد سلامت مرزی و ناکافی بودند. در این مطالعه آزمون کای اسکوتر بین سطح سواد سلامت با میزان تحصیلات، درآمد خانوار، شغل و منبع کسب اطلاعات سواد سلامت ارتباط آماری معنی داری را نشان داد. بطوری که سواد سلامت ناکافی در افراد با میزان تحصیلات پایین تر و درآمد کمتر شایع تر بود. حدود ۵۳ درصد از افرادی که از دوستان اطلاعات سلامت را کسب می کردند و همچنین حدود ۴۶ درصد افرادی که نمی دانند از کجا باید اطلاعات سلامت را کسب کنند، دارای سواد سلامت ناکافی

جدول ۲. ارتباط بین مشخصات فردی و سطح سواد سلامت در زنان شهری منطقه بلوچستان

مشخصات دموگرافیک	درصد	سواد سلامت ناکافی (درصد)	سواد سلامت مرزی (درصد)	سواد سلامت کافی (درصد)	p-value کای اسکوئر
سطح تحصیلات	ابتدایی	۸/۵	۵۷/۱۴	۲۳/۸	۱۹/۰۴
	راهنمایی	۳۰	۴۳/۲۴	۳۳/۷۸	۲۲/۹۷
	دبیرستان	۲۵/۹	۲۹/۶۸	۳۱/۲۵	۳۹/۰۶
	فوق دیپلم	۱۰/۵	۱۵/۳۸	۳۸/۴۶	۴۶/۱۵
	لیسانس	۲۳/۹	۱۱/۸۶	۳۳/۸۹	۵۴/۲۳
	فوق لیسانس	۱/۲	۰	۰	۱۰۰
سطح درآمد	خیلی ضعیف	۳۵/۲	۳۹/۰۸	۲۹/۸۸	۳۱/۰۳
	ضعیف	۲۴/۳	۲۸/۳۳	۳۱/۶۶	۴۰
	متوسط	۲۴/۷	۲۶/۲۲	۳۷/۷۰	۳۶/۰۶
	خوب و خیلی خوب	۱۵/۸	۱۷/۹۴	۳۰/۷۶	۵۱/۲۸
شغل	خانه دار	۴۴/۹	۳۵/۱۳	۲۷/۹۲	۳۶/۹۳
	دانش آموز/جو	۲۷/۵	۲۷/۹۴	۴۷/۰۵	۲۵
	کارمند	۲۳/۱	۲۴/۵۶	۲۲/۸۰	۵۲/۶۳
	سایر	۴/۴	۱۸/۱۸	۳۶/۳۶	۴۵/۴۵
منبع کسب اطلاعات سلامت	پزشک و کارکنان بهداشتی	۴۶/۶	۳۰/۴۳	۳۵/۶۵	۳۳/۹۱
	اینترنت	۱۴/۶	۲۲/۲۲	۲۷/۷۷	۵۰
	رادیو و تلویزیون	۲۲/۳	۲۳/۶۳	۳۲/۲۷	۴۳/۶۳
	دوستان	۷/۷	۵۲/۶۳	۳۱/۵۷	۱۵/۷۸
	کتابچه و بروشور	۴/۴	۲۷/۲۷	۱۸/۱۸	۵۴/۵۴
	نمی دانم	۴/۴	۴۵/۴۵	۲۷/۲۷	۲۷/۲۷

جدول ۳. توزیع فراوانی سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی و شرکت در برنامه های بیماریابی و غربالگری در زنان

متغیر	سطح	فراوانی (درصد)
سواد سلامت	ناکافی	(۳۳/۲)۸۲
	مرزی	(۳۴/۴)۸۵
	کافی	(۳۲/۴)۸۰
وضعیت سلامت عمومی	ضعیف	(۴/۹)۱۲
	متوسط	(۳۴)۸۴
	خوب	(۴۶/۲)۱۱۴
	خیلی خوب	(۱۵)۳۷
	شرکت در برنامه های بیماریابی / غربالگری	بلی
	خیر	(۴۵/۳)۱۱۲

حدود ۷۲ درصد از آزمودنی ها با سواد سلامت کافی وضعیت

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تنها ۳۲/۴ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه از سواد سلامتی کافی برخوردارند. ۶۱/۲٪ وضعیت سلامت عمومی خود را در سطح خوب و خیلی خوب گزارش نمودند. ۵۴/۷٪ از شرکت کنندگان در طی یک سال گذشته در یک یا چند برنامه بیماریابی یا غربالگری شرکت کرده بودند (جدول ۳). از میان برنامه های غربالگری و بیماریابی مختلف، بیشترین آنها به ترتیب دهان و دندان با ۱۹ درصد، چشم ۱۰/۱ درصد، فشار خون ۹/۳ درصد، دیابت ۴/۹ درصد، فشار خون و دیابت ۴ درصد و کمترین آن ماموگرافی ۱/۲ درصد بود.

با انجام غربالگری ارتباط آماری معنی‌دار نشان داد. همچنین آزمون کروسکال وایس بین سطح سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و دلیل مراجعه به پزشک، ارتباط آماری معنی‌دار نشان داد. به طوری که افراد با سطح سواد سلامت بالاتر بیشتر از سایر افراد برای چکاپ و انجام غربالگری مراجعه نمودند. در این بخش ارتباط آماری معنی‌داری میان سطح سواد سلامت با مراجعه به پزشک، مراجعه به اورژانس و سابقه بستری شدن مشاهده نشد (جدول ۴).

سلامت عمومی خود را در حد خوب و خیلی خوب ارزیابی نمودند. این مقدار در افراد با سواد سلامت مرزی حدود ۵۹ درصد و در شرکت‌کنندگان با سواد ناکافی حدود ۴۹ درصد می‌باشد. دلیل مراجعه ۳۱/۰۸ درصد از افراد با سواد سلامت کافی به پزشک، چکاپ بوده که نسبت به افراد با سواد سلامت مرزی و ناکافی بیشتر می‌باشد. در طی سال اخیر بیش از نیمی از افراد شرکت‌کننده در مطالعه در هر سه سطح سواد سلامت، به بخش اورژانس مراجعه نمودند. آزمون من ویتنی بین سطح سواد سلامت

جدول ۴. ارتباط بین وضعیت سلامت عمومی، استفاده از خدمات درمانی و انجام رفتارهای پیشگیرانه با سطح سواد سلامت در زنان شهری منطقه بلوچستان

p-value	سواد سلامت کافی تعداد(درصد)	سواد سلامت مرزی تعداد(درصد)	سواد سلامت ناکافی تعداد(درصد)	متغیر	
				ضعیف	متوسط
P=۰/۰۲۹	۳(۳/۲۲)	۳(۳/۷۵)	۶(۸/۱۰)	ضعیف	خودارزیابی سلامت عمومی
	۲۳(۲۴/۷۳)	۳۰(۳۷/۵)	۳۱(۴۱/۸۹)	متوسط	
	۵۱(۵۴/۸۳)	۳۶(۴۵)	۴۸(۳۶/۴۸)	خوب	
	۱۶(۱۷/۲۰)	۱۱(۱۳/۷۵)	۱۰(۱۳/۵۱)	خیلی خوب	
P=۰/۲۴۲	۷۴(۷۹/۵۶)	۶۲(۷۷/۵)	۵۳(۷۱/۶۲)	بلی	مراجعه سرپایی به پزشک
	۱۹(۲۰/۴۳)	۱۸(۲۲/۵)	۲۱(۲۸/۳۷)	خیر	
P=۰/۰۳	۲۳(۳۱/۰۸)	۱۱(۱۷/۷۴)	۷(۱۳/۲۰)	چکاپ	دلیل مراجعه به پزشک
	۳۶(۴۸/۶۴)	۳۲(۵۱/۶۱)	۲۸(۵۲/۸۳)	بیماری	
	۱۵(۲۰/۲۷)	۱۹(۳۰/۶۴)	۱۸(۳۳/۹۶)	چکاپ و بیماری	
P=۰/۳۲۹	۵۴(۵۸/۰۶)	۵۲(۶۵)	۴۴(۵۹/۴۵)	بلی	مراجعه به اورژانس
	۳۹(۴۱/۹۳)	۲۸(۳۵)	۳۰(۴۰/۵۴)	خیر	
P=۰/۲۵۳	۳۴(۳۶/۵۵)	۳۰(۳۷/۵)	۲۶(۳۵/۱۳)	بلی	سابقه بستری شدن
	۵۹(۶۳/۴۴)	۵۰(۶۲/۵)	۴۸(۶۴/۸۶)	خیر	
p<۰/۰۰۱	۶۳(۶۷/۷۴)	۳۸(۴۷/۵)	۳۴(۴۵/۹۴)	بلی	انجام غربالگری/بیماریابی
	۳۰(۳۲/۲۵)	۴۲(۵۲/۵)	۴۰(۵۴/۰۵)	خیر	

نتایج مطالعه نشان داد که کارکنان بهداشتی درمانی و پس از آن تلویزیون و رادیو، مهمترین منبع کسب اطلاعات سلامت برای پاسخ‌گویان بوده است. در مطالعه ای ۹۷٪ تلویزیون را اولین منبع کسب اطلاعات بهداشتی معرفی کردند. بیماران کم سواد اغلب به دنبال کسب اطلاعات از منابع غیر از مواد چاپی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۳/۸±۲۶ سال می‌باشد. میانگین نمره سواد سلامت ۸۸/۹۴ از ۱۳۲ بود. ۶۷/۶٪ از زنان شرکت‌کننده دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند.

مانند تلویزیون، رادیو، دوستان و خانواده هستند (۱۳). در مطالعه داوئی وزان ۵۷٪ از شرکت کنندگان در بررسی، به طور معمول اطلاعات سلامت مورد نیاز خود را از پزشکان و ۲۵/۴٪ از مراکز بهداشتی درمانی کسب کرده اند (۱۴). نتایج، نقش مهم پزشکان، کارکنان بهداشت و درمان، تلویزیون و رادیو را در تامین اطلاعات سلامت جمعیت نشان می‌دهد. افراد برای تصمیم گیری مناسب در خصوص سلامت باید بتوانند اطلاعات کافی را که در محیط های اختصاصی سلامت به آنها ارائه می‌شوند، درک و از آنها استفاده نمایند. ارائه دهندگان خدمات باید از توانایی های بیماران برای پردازش اطلاعات سلامت به منظور بهبود پیامدهای بیماری خود آگاه باشند، همچنین باید بتوانند اطلاعات را به بیماران با سطح سواد سلامت مختلف منتقل کنند (۱۵).

مطالعه حاضر نشان داد که درصد سواد سلامت مرزی و ناکافی در جمعیت زنان شهری بلوچستان بسیار بالاست. بطوریکه در تمامی حیطه های مربوط به سواد سلامت (دسترس، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم گیری) سطح سواد سلامت اکثریت زنان در حد مرزی و پایین تر از آن می‌باشد. این در حالی است که تاثیر سواد سلامت بر وضعیت سلامتی فرد، مصرف دارو و پیروی از دستورات پزشک، مشارکت در تصمیم گیری در خصوص درمان، بیان نگرانی های سلامت، نحوه ارتباط با پزشک، آگاهی از سلامت خود، دریافت خدمات پیشگیرانه، کنترل بیماریهای مزمن، استفاده از خدمات درمانی و... تایید شده است. لذا وجود طیف وسیع سواد سلامت مرزی و ناکافی در زنان منطقه بلوچستان، که اکثرا نیز از دیدها پنهان می‌ماند، هشدار برای مسئولین و سیاست گذاران بخش سلامت و متولیان امر سلامت محسوب می‌گردد. نتایج مطالعات مختلف، در دیگر کشورهای دنیا نیز به طور کلی طیف گسترده ای از سواد سلامت ناکافی را نشان می‌دهد به عنوان مثال در یک بررسی سیستماتیک، توسط پاشااولای که بر روی ۸۵ مطالعه انجام شده است، نشان داد، سطح سواد سلامت در ۲۰ درصد از افراد مرزی و در حدود ۲۶ درصد در حد ناکافی می‌باشد (۱۶). واگنر و همکاران سطح سواد

سلامت ناکافی و مرزی را در بالغین انگلستان ۱۱/۴ (۱۷) و در مطالعه شووای حدود ۳۰ درصد از بالغین تایوان سواد سلامتی در حد مرزی و پایین تر داشتند (۱۸). در مطالعه در ایران در سال ۱۳۸۶، نشان داد که ۵۶/۶ درصد از افراد سواد سلامت ناکافی داشته و تنها ۲۸/۱ درصد از سطح سواد سلامت کافی برخوردار بودند (۱۹). نتایج مطالعه نشانگر این موضوع می‌باشد که جامعه زنان بلوچستان نیز همانند سایر حوامع در کشورهای مختلف و همچنین کشورمان، از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند. علت پایین بودن سطح سواد سلامت در زنان منطقه بلوچستان، می‌تواند وضعیت خاص فرهنگی و اجتماعی این منطقه و نیز پایین بودن سطح سواد در آنان باشد. با توجه به نقش مهم و تاثیر گذار زنان بر وضعیت سلامت و ارتقاء سلامت جامعه و اعضای خانواده، ضروری است در برنامه های ارتقاء سواد سلامت بصورت ویژه مدنظر قرار گرفته شوند.

در این مطالعه ارتباط آماری معنی داری میان سطح سواد سلامت با سن، تحصیلات و درآمد، شغل و منبع کسب اطلاعات سلامت و بیماری دیده شد، به طوری که شیوع سطح پایین سواد سلامت در افراد تحصیلات کمتر و درآمد پایین تر بیشتر است. مطالعات مشابهی در افراد بزرگسال، رابطه بین سواد سلامت ناکافی با سن بالا، سطح آموزش پایین و درآمد کم را نشان دادند (۲۰). در این پژوهش بین سطح سواد سلامت و شغل نیز ارتباط وجود داشت به نحوی که سواد سلامت ناکافی در افراد خانه دار نسبت به سایر مشاغل بیشتر است. برخلاف نتایج مطالعات فوق، در این مطالعه با افزایش سن، سطح سواد سلامت نیز افزایش داشت، که علت آن می‌تواند افزایش سطح تحصیلات و آگاهی های آنها باشد.

پارکر و همکارانش توصیه می‌کنند که در طی ملاقات کلینیکی، لازم است پزشکان ارتباط خود را با توجه به سواد سلامت واقعی بیمار متناسب کنند، بعضی تکنیک های ساده برای این منظور، استفاده از زبان ساده، سرعت کم و شرکت اعضای مهم خانواده در بحث‌ها است (۲۱). کارگروه ملی سواد و سلامت در

به کارکنان بهداشت و درمان کمک می‌کند تا با محدود کردن فرضیات شان از سواد بیمار، ارتباط و آموزشی مناسب تری را داشته باشند.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سطح سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی، دلیل مراجعه به پزشک و انجام غربالگری رابطه معنادار آماری مشاهده شد و بین سطح سواد سلامت با مراجعه سرپایی به پزشک، مراجعه به اورژانس و سابقه بستری شدن رابطه آماری مشاهده نشد. نتایج حاکی از آن است که ارتباط آماری معناداری بین سطح سواد سلامت و مراجعه به پزشک وجود ندارد که نتایج آن با سایر مطالعات که ارتباط بین سواد سلامت با مراجعه سرپایی به پزشک را نشان ندادند، همخوانی داشت (۲۰). البته در تعدادی از مطالعات هم ارتباط آماری معنی داری بین سطح سواد سلامت و مراجعه به پزشک مشاهده شد (۲۵). از آنجا که سطح آگاهی مردم، آموزش های ارائه شده، ویژگی های نظام سلامت و وضعیت اقتصادی، اجتماعی افراد که در بهره مندی از خدمات سلامت موثر است، در جوامع مختلف متفاوت می‌باشد و این عوامل می‌تواند زمینه تفاوت نتایج مطالعات را سبب شود. نتایج مطالعه نانسی و همکاران نشان داد که خدمات سرپایی کم تر با سواد سلامت بالاتر ارتباط معنادار دارد، درواقع تعداد پذیرش های سرپایی با افزایش سواد سلامت کاهش می‌یابد (۲). که با مطالعه ما همخوانی ندارد، بطوری که در مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد افراد با سواد سلامت بالاتر، به دلیل بالا بودن سطح تحصیلات، آگاهی های سلامت، حساس و نگران بودن در خصوص سلامت شخصی و دارا بودن وضعیت بهتر اقتصادی، مراجعه سرپایی بیشتری به پزشک داشته اند.

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و دلیل مراجعه به پزشک ارتباط آماری معناداری وجود دارد. آمار بیانگر این واقعیت است که درصد افراد بیشتری از کسانی که سواد سلامت کافی دارند جهت چکاپ به پزشک مراجعه نمودند، شاید افراد با سواد سلامت بالاتر، آگاهی بیشتری از آزمایش های غربالگری و

آمریکا پیشنهاد می‌کند که مطالب سلامتی در سطح کلاس پنجم نوشته شود که این سطح هنوز برای ۲۵ درصد جمعیت سخت است (۲۲). رسانه های غیر چاپی یکی از راه های موثر برای ارائه پیام سلامتی به کسانی است که سواد علمی اندک دارند. این رسانه‌ها ممکن است شامل تصاویر و نوارهای صوتی، ویدیویی یا برنامه های کامپیوتری تعاملی باشند. حتی بیمارانی که به راحتی می‌خوانند، موارد غیر نوشتاری مثل کتاب های مصور، نوارهای ویدیویی و صوتی یا نمایش مولتی مدیا را ترجیح می‌دهند (۱۹). علی رغم شواهد بسیار در زمینه اهمیت و نتایج سواد سلامت، بسیاری از کارکنان بهداشتی و درمانی یا از اهمیت موضوع آگاهی نداشته یا مهارت و وقت کافی در برخورد با بیماران با رویکرد سواد سلامت را ندارند. در حال حاضر هیچ استاندارد کیفی برای طراحی و ساخت مطالب آموزشی یا آموزش کارکنان بهداشت و درمان در زمینه سواد سلامت وجود ندارد. هرچند ساده کردن اطلاعات سلامتی لازم است اما برای بهبود درک افراد و رفتار متعاقب آن کافی نیست و دیگر شرایط ارتباطی نیز لازم است، بخش هایی مانند ارتباطات و آموزش سلامت و بخش آموزش سلامت دانشگاه‌ها می‌توانند بهترین راه کارهای آموزشی به بیماران دارای سواد سلامتی اندک را شناسایی و استانداردهای کیفی برای مواد نوشتاری را منتشر کنند. به طور مثال در مطالعه طل و همکاران (۲۳) اثر بخشی برنامه آموزشی طراحی شده در قالب گروه های کوچک در بیماران دیابتی در جهت افزایش آگاهی و سطح سواد سلامت، تایید شد. برای اینکه کارکنان بخش بهداشت و درمان، مهارت‌ها و اعتماد لازم جهت مشاوره و ارزیابی بیماران و خانواده آنها در زمینه سواد سلامت را در مدت زمانی که برای مشاوره یا ویزیت اختصاص داده شده، بدست آورند، لازم است آموزش ببینند. روزنتالو همکارانش نشان دادند که اضافه کردن جلسات آموزشی برای رزیدنت‌ها به طور واضحی دانش و نگرش آنها را در زمینه سواد اطفال و بزرگسالان افزایش می‌دهد و باعث افزایش و راحتی آنها در ارزیابی و مشاوره در زمینه سواد سلامت می‌شود (۲۴). ارائه چنین برنامه های آموزشی

لزوم انجام این آزمایش‌ها داشته باشند

در مطالعه حاضر ارتباط آماری معناداری میان سطح سواد سلامت و مراجعه به اورژانس مشاهده نشد. در مطالعه لی و همکاران نیز رابطه معناداری بین سطح سواد سلامت و مراجعه به اورژانس مشاهده نشد (۲۶). اما در مطالعه چوو و همکاران ویزیت های اورژانس با افزایش سواد سلامت به طور چشم گیری کاهش می‌یابد. افزایش سواد سلامت با کاهش ۶۰ درصدی در استفاده از اورژانس ارتباط دارد (۲۰). افراد با نمره سواد سلامت ناکافی تمایل بیشتری برای دریافت خدمات اورژانس دارند (۲۷). دلیل تفاوت نتایج مطالعه حاضر می‌تواند وضعیت پایین اقتصادی و عدم آگاهی افراد با سواد سلامت ناکافی باشد که سبب می‌گردد کمتر به اورژانس مراجعت نمایند.

در این مطالعه بر خلاف نتایج مطالعه بارکر (۲۸) که ارتباط آماری معناداری بین سواد سلامت و بستری را نشان دادند، ارتباط آماری معناداری بین سطح سواد سلامت و بستری شدن مشاهده نشد، که نشان می‌دهد در جامعه مورد بررسی سواد سلامت نقش چندانی در بستری بیماران ندارد و در بسیاری از موارد بیماران بر خلاف خواسته خودشان، با دستور پزشک در بیمارستان بستری می‌شوند.

ارتباط بین سطح سواد سلامت و انجام غربالگری و بیماریابی در پژوهش حاضر، از نظر آماری معنادار بود، بطوری که افراد با سواد سلامت بالاتر، بیشتر جهت انجام آزمایشات غربالگری و بیماریابی مبادرت ورزیدند. در مطالعه چوو و همکاران نیز افراد با سواد سلامت بالا، بیش از افراد با سواد سلامت ناکافی جهت انجام آزمایشات غربالگری اقدام نمودند (۲۰). که دلیل آن می‌تواند آگاهی افراد با سواد سلامت بالا، از وجود برنامه های غربالگری و لزوم انجام آنها و همچنین محل انجام غربالگری و حساسیت و نگرانی بالاتر آنها در خصوص سلامتی باشد.

با توجه به این یافته ها، برای افزایش مشارکت افراد با سطح سواد سلامت ناکافی و مرزی، جهت انجام آزمایشات غربالگری و بیماریابی که گاهی حیاتی نیز است و با تشخیص به موقع ،

فرصت بیشتری را به پزشک و بیمار برای درمان داده و همچنین در نهایت از تحمیل هزینه های اضافی بر خانواده و جامعه می‌کاهد، لزوم انجام مداخلات آموزشی موثر در افراد با سواد سلامت پایین ضروری است.

ارتباط بین سواد سلامت با استفاده کمتر از خدمات بهداشتی درمانی توجیه نمی‌شود. در هر صورت می‌توان گفت افراد با سطح سواد سلامت کم، از خدمات کمتری نسبت به حد ضرورت استفاده می‌کنند. این افراد ممکن است مراقبت های غیر موثری دریافت کنند چرا که راهنمایی های ارائه دهندگان خدمات سلامت را به طور کامل متوجه نمی‌شوند. بنابراین ممکن است آنها به ویزیت های بیشتری برای رسیدن به همان هدف درمانی مشابه نیاز داشته باشند (۲۸). که این امر به نوبه خود سبب افزایش هزینه‌ها و هدر رفتن بخشی از بودجه سلامت کشور می‌شود.

از محدودیت های این مطالعه خود گزارش دهی بودن ابزار مطالعه می‌باشد. همچنین در این پژوهش، تمایل به شرکت در مطالعه به عنوان معیار ورود به مطالعه در نظر گرفته شد، این احتمال وجود دارد که افرادی که تمایل به شرکت نداشتند از سطح سواد سلامت بالاتری برخوردار باشند.

به طور کلی نتایج این مطالعه سطح سواد سلامت را در زنان ناکافی نشان داد، بنابر این باید در برنامه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت توجه بیشتری به سواد سلامت زنان، به عنوان فرد کلیدی و تاثیر گذار بر سلامت اعضای خانواده و در نهایت بر سلامت جامعه، داشت. راه کارهای ذیل جهت تحقق این مهم پیشنهاد می‌گردد: ایجاد رسانه‌ها و مواد آموزشی ساده، قابل فهم، قابل دسترس، ارزان و متناسب با ویژگی های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی افراد؛ تامین نیروی انسانی توانمند، آشنا با مقوله سواد سلامت و دارا بودن مهارت های ارتباطی و آموزشی در نظام سلامت کشور؛ ارتباط منظم دست اندرکاران بهداشتی درمانی با دریافت کنندگان خدمات و صرف وقت بیشتر و موثر تر بر اساس سطح سواد سلامت آنها؛ طراحی مداخلات آموزشی تئوری محور با کمک متخصصین آموزش بهداشت و ارتقاد سلامت؛ آموزش و

سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به شمار ۱۴۹۴ می‌باشد. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند، از تمامی عزیزان که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدر دانی بعمل آورند.

فرهنگ سازی از طریق رسانه های جمعی بخصوص تلویزیون و رادیو می‌توان گامی موثر برای توسعه مهارت های سواد سلامت و همچنین استفاده صحیح و اصولی از خدمات بهداشتی درمانی، در جامعه زنان برداشت.

References:

1. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion, definitions, concepts and examples in Eastern Mediteranean Region. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap: 2009 October 26-30 Nairobi, Kenya
2. North Carolina Institute of Medicine. Just What Did the Doctor Order? Addressing Low Health Literacy in North Carolina [Online]. 2007. Available from: URL: http://www.nciom.org/wp-content/uploads/NCIOM/projects/health_literacy/Preface.pdf.
3. Vahedian-Shahroodi M, Mohammadi F, Tehtani H. A review of studies in the field of knowledge and safe behaviors of workers in Iran. *Journal of Health Literacy*. Summer 2016;1(1): 25-38
4. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Coates W, Nurss J. The impact of inadequate functional health literacy on patients' understanding of diagnosis, prescribed medications, and compliance. *Academic Emergency Medicine* 1995; 2: 386
5. 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.
6. Reisi M, Javadzade H, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad Gh. Health Literacy and Health Promoting Behaviors among Older Adults. *J Health Syst Res* 2013; 9(8):827-836
7. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International* 2009;24(3):285-296.
8. Kickbusch L, Wait S, Maag D. Navigating Health: the Role of Health Literacy . *International Encyclopedia of Public Health*. 2008; 3: 204-211
9. Chew L D, Bradley K A. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med* 2004;36(8):588-594.
10. Downey La Vonne A, Zun Leslie S. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *Journal of the National Medical Association* 2008;100(11):1304-1308.
11. Ferguson B. Health literacy and health disparities the role they play in maternal and child health. *Nursing for Women's Health*. 2008;12(4):288- 298.
12. Montazeri A, Mahmoud Tavousi, Fateme Rakhshani, Seyed Ali Azin, Katayoun Jahangiri, Mahdi Ebadi, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh* 2014;13:589-599.
13. Andrus M R, Roth M T. Health literacy: A review. *Pharmacotherapy* 2002;22(3):282-302.
14. Downey La Vonne A, Zun Leslie S. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *Journal of the National Medical Association* 2008;100(11):1304-1308.
15. Headley A J, Harrigan J, Using the pregnancy perception of risk questionnaire to assess health care literacy gaps in maternal perception of prenatal risk. *Journal of The National Medical Association* 2009;101(10): 1041-1045.
16. 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.
17. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(12):1086-90.
18. Shouu-Yih D Lee, Tzu-I Tsai, Yi-Wen Tsai, Ken N Kuo . Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey *BMC Public Health* 2010, 10:614.
19. Tehrani Banihashemi S, Amir Khani A, Haghdoost A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H. Health literacy in five province and relative effective factors. *Strides in Development of Medical Education*. 2007;4(1):1-9.
20. Cho Yi, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med* 2008;66(8):1809-16.
21. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health promotion International* 2000; 15(4): 277-83.
22. National Work Group on Literacy and Health. Communicating with patients who have limited literacy skills. Report of the National Work Group on Literacy and Health. *J of Fam Pract* 1998, 46(2): 168-76.
23. Tol A., Pourreza A. Tavassoli E. Rahimi Foroshani A. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS Tehran University Of Medical Sciences:1391;11(3):45-52.
24. Rosenthal MS, Werner MJ, Dubin NH. The effect of a

- literacy training program on family medicine residents. *Fam Med* 2004; 36(8):582-7.
25. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzade A, Sharifirad GR. The Relationship between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors among Elderly in Isfahan, Iran. *Health system research journal* 2011; 7(4): 469-80.
26. Lee SY, Tsai TI, 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.
27. Hardie NA, Kyanko K, Busch S, Losasso AT, Levin RA. Health Literacy and Health Care Spending and Utilization in a Consumer-Driven Health Plan. *J Health Commun* 2011; 16 (Suppl 3): 308-21.
28. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J. The Relationship of Patient Reading Ability to Self-Reported Health and Use of Health Services. *Am J Public Health*. 1997; 87(6): 1027-30.