

ارزیابی سواد HIV/AIDS در جمعیت ۱۵ تا ۴۹ ساله ساکن شهر یاسوج و عوامل مرتبط با آن

صدیقه شریعتی نیا^۱، محمد فرارویی^۲، کامبیز کریم زاده شیرازی^۳، محسن شمس^{۳*}

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۲ مرکز تحقیقات ایدز شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران، ^۳ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۰

چکیده:

زمینه و هدف: سواد سلامت، میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات و خدمات سلامت اولیه و اساسی و قابلیت استفاده از این اطلاعات و خدمات در قالب روش هایی است که منجر به ارتقای سلامت می‌گردد. این پژوهش با هدف تعیین سطح سواد سلامت اختصاصی HIV/AIDS در شهر یاسوج و عوامل مرتبط با آن اجرا شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، از پرسشنامه ۲۱ گویه‌ای که از روایی و پایایی آن اطمینان حاصل شده بود، نمونه مورد بررسی شامل ۲۵۰ نفر از ۱۵ تا ۴۹ ساله ساکن شهر یاسوج بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب و پرسشنامه برای آنها تکمیل شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری کای دو، آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین امتیاز HIV/AIDS در شرکت کنندگان $10/30 \pm 3/36$ بود و تنها ۱۶/۴ درصد از آنها دارای سواد HIV/AIDS کافی بودند. در مدل اصلاح شده رگرسیونی، تحصیلات ($B=0/40$ و $P<0/001$)، کارمند بودن ($B=1/54$ و $P=0/02$) و داشتن وضعیت اقتصادی ضعیف ($B=-0/52$ و $P=0/02$) با سواد HIV/AIDS رابطه معنی‌داری داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که اکثر افراد مورد بررسی، سواد HIV/AIDS کافی نداشتند، به نظر می‌رسد عدم دسترسی به اطلاعات و خدمات مرتبط با موضوع HIV/AIDS، پیچیدگی و عدم تناسب مطالب با سطح درک مخاطب و شکل نامناسب آرایه پیام‌های سلامت، می‌تواند از علل عمده سواد HIV/AIDS ناکافی باشد.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت، ایدز، ارزیابی

* نویسنده مسئول: محسن شمس، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

مقدمه

نبود واکسن و درمان قطعی برای این بیماری، اهمیت پیشگیری را به عنوان مهم‌ترین و اصلی‌ترین روش مقابله با همه‌گیری HIV/AIDS در جهان مطرح نموده است (۷). در گزارش جهانی همه‌گیری HIV/AIDS در سال ۲۰۰۸، پیشگیری از ابتلای افراد جدید به عنوان کلیدی برای معکوس کردن روند این بیماری مورد توجه قرار گرفته است (۸). توجه به روند ابتلا و گروه‌های در معرض خطر HIV/AIDS نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین موانع پیش روی برنامه‌های پیشگیرانه از این بیماری، نبود اطلاعات کاربردی کافی درباره ایدز و راه‌های انتقال آن است (۷).

بسیاری از مداخلات آموزشی و اطلاع‌رسانی در برنامه‌های نظام سلامت، متناسب با سطح درک گروه مخاطب نبوده و دریافت، درک و کاربرد اطلاعات سلامت نیازمند کسب مهارت کافی در خواندن، محاسبات و تصمیم‌گیری خواهد بود (۹). این عدم تناسب منجر به پیدایش مفهوم جدیدی با نام سواد سلامت^(۱) شد. سواد سلامت را میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات و خدمات سلامت اولیه و اساسی و قابلیت استفاده از این اطلاعات و خدمات در قالب روش‌هایی که منجر به ارتقای سلامت می‌گردد، تعریف می‌کنند (۱۰). سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به

از زمان شناسایی نخستین موارد سندرم نقص ایمنی اکتسابی انسانی (ایدز) در جهان در سال ۱۹۸۱ تاکنون، این بیماری مشکلات زیادی را در ابعاد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی برای جهانیان ایجاد کرده است (۱). ایدز با توجه به خصوصیات پاندمیک، سرعت بالای بروز در میان جوامع انسانی، دوره کمون طولانی و عدم درمان و بهبود کامل، در سومین دهه پیدایش خود به یکی از بزرگ‌ترین معضلات بهداشتی، اجتماعی و حتی سیاسی بسیاری از کشورها تبدیل شده است (۲). در حال حاضر ایدز چهارمین علت مرگ در جهان محسوب می‌شود و همه‌گیری این بیماری تقریباً در تمامی کشورهای جهان و همه گروه‌های سنی، جنسی، نژادی و فرهنگی رخ داده است (۳ و ۴). اکثر موارد ابتلا به ویروس ایدز در جوانان دیده می‌شود و بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی، هر روز هفت هزار نفر جوان ۱۰ تا ۲۴ ساله در جهان به این ویروس آلوده می‌شوند (۵).

بر اساس آخرین آمار رسمی ارائه شده به وسیله مرکز ملی پیشگیری از ایدز ایران، تا اول دی ماه ۱۳۹۲، بیش از ۲۷ هزار نفر مبتلا به HIV/AIDS در ایران شناسایی شده‌اند که ۸۹ درصد آنان را مردان تشکیل داده است. از این تعداد، ۵۴۲۸ نفر مبتلا به بیماری ایدز و بقیه آلوده به عفونت HIV بوده‌اند. ۴۵/۹ درصد از مبتلایان به HIV در زمان ابتلا در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال قرار داشته‌اند (۶).

1- Health Literacy

کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی ارتباط ندارد (۱۱).

افراد دارای سواد سلامت اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده به وسیله متخصصان سلامت را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند و هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند، وضعیت سلامت ضعیف‌تری دارند؛ میزان بستری شدن و استفاده از خدمات اورژانس آنها بیشتر و مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند (۱۲). سطح پایین سواد سلامت در گروه سالمندان، جمعیت مهاجر، افراد بی‌سواد، افراد کم درآمد، افراد با سلامت روان پایین و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع دو و فشارخون شایع‌تر است (۹). بررسی مطالعه‌های محدودی که برای سنجش سواد سلامت ایرانیان در سال‌های اخیر انجام شده نشان می‌دهد که تمرکز آنها بر اندازه‌گیری سواد سلامت عمومی بوده و تاکنون سواد سلامت اختصاصی که مرتبط با بیماری خاصی باشد، مورد بررسی قرار نگرفته است (۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵).

اخیراً به نقش سواد سلامت در مدیریت مراقبت افراد مبتلا به HIV/AIDS توجه بیشتری شده است (۱۶). برخی مطالعه‌ها نشان می‌دهند که سواد سلامت یکی از پیش‌گویی‌کننده‌های مهم تبعیت ضعیف از درمان HIV است (۱۷). بیماران مبتلا به HIV/AIDS که دریافت حداقل یک داروی ضد ویروسی در یک دوره دو روزه را از دست می‌دهند در مقایسه

با کسانی که از پروتکل درمان تبعیت می‌کنند دستورالعمل‌های ساده پزشکی را دشوارتر درک می‌کنند. اثرات مغایر با سلامت ناشی از تبعیت ضعیف از درمان می‌تواند در افراد مبتلا به HIV/AIDS دارای سواد مرزی اتفاق بیفتد (۱۸). به علاوه سواد پایین با ادراک‌های نادرست درباره اهداف داروهای HIV و درباره ریسک‌های انتقال HIV در ارتباط است (۱۹). در مطالعه‌ای که به وسیله سیامپا و همکاران در زمینه ارتباط میان سطح سواد، محاسبات، آگاهی در خصوص HIV و رفتار جستجوی سلامت در موزامبیک انجام گرفت میانگین نمره محاسبات مشابه مهارت‌های سطح کودکان در آمریکا بود (۲۰). در مطالعه بارراگان و همکاران نیز سواد سلامت پایین، پیش‌بینی کننده‌ای برای پذیرش انجام آزمایش HIV بود (۲۱).

با توجه به این که در جستجوی صورت گرفته به وسیله پژوهشگران در بانک‌های اطلاعاتی و منابع علمی معتبر، مطالعه‌ای در زمینه سنجش سواد سلامت اختصاصی HIV/AIDS در کشور یافت نشد و طراحی برنامه‌های آموزشی و اطلاع رسانی درباره این بیماری برای مردم پیش از هر چیز نیازمند شناسایی سطح سواد سلامت آنان است، این پژوهش با هدف تعیین سطح سواد HIV/AIDS در جمعیت ۱۵ تا ۴۹ ساله ساکن شهر یاسوج و عوامل مرتبط با آن اجرا شد.

1-The Test of Functional Health Literacy in Adults(TOFHLA)

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مقطعی بوده که در جمعیت ۱۵ تا ۴۹ ساله ساکن شهر یاسوج انجام شد. جهت سنجش سواد HIV/AIDS، از پرسشنامه محقق ساخته‌ای که در طی انجام پروژه پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت روایی و پایایی (آلفای کرونباخ=۰/۷۵) آن، تأیید شده بود، استفاده شد (۲۲). در فرایند تدوین این ابزار، چارچوب پرسشنامه سنجش سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان اساس کار قرار گرفته بود. ابزار مذکور متشکل از سه بخش؛ اطلاعات دموگرافیک، گویه‌های مربوط به بخش درک خواندن و سوالات مربوط به بخش محاسبات بود. در بخش نخست، اطلاعات دموگرافیک شامل؛ سن، جنس، قومیت، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و وضعیت تأهل آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار می‌گرفت. بخش درک خواندن، توانایی فرد جهت خواندن و درک متون واقعی مرتبط با HIV/AIDS در سه محور؛ پیشگیری از بیماری، درمان، مراقبت و ارتقای سلامت را می‌سنجید و مشتمل بر ۱۸ گویه بود. در این بخش، قسمتی از هر گویه حذف شده بود و پاسخ‌گو می‌بایست از بین چهار گزینه ارائه شده، بهترین پاسخ را برای پر کردن جای خالی انتخاب می‌نمود. بخش محاسبات، توانایی فرد را برای درک و عمل به توصیه‌هایی که به وسیله آموزش دهندگان سلامت ارائه می‌شود و نیاز به محاسبه دارد، مورد ارزیابی قرار می‌داد. این بخش در برگزیده

توضیحاتی در زمینه نقاط زمانی مهم در بیماری ایدز شامل دوره پنجره، دوره کمون و حداکثر زمان دریافت دارو در افراد مشکوک به ورود عامل بیماری به بدن آن‌ها می‌شد. این توضیحات در قالب کارتهایی به شرکت کنندگان در مطالعه ارائه شده و سپس سؤال مربوط به هر توضیح از فرد پرسیده می‌شد. این بخش نیز شامل سه سوال بود. زمان مورد نیاز برای تکمیل پرسشنامه، هفت دقیقه (پنج دقیقه برای بخش درک خواندن و دو دقیقه برای بخش محاسبات) در نظر گرفته شده بود، اما شرکت کنندگان از این محدوده زمانی اطلاعی نداشتند. نمره سواد سلامت شرکت کنندگان به دو سطح سواد سلامت محدود^(۱) (امتیاز سواد سلامت > ۱۴) و کافی^(۲) (امتیاز سواد سلامت ≤ ۱۴) تقسیم‌بندی شد. این نحوه دسته‌بندی در مطالعه جامعی برای سنجش سواد سلامت در هشت کشور اروپایی، استفاده شده و در آن دو سوم و سه ششم کل امتیاز ممکن به عنوان نقاط جداسازی^(۳) برای تعیین سطوح محدود و کافی در نظر گرفته شده بود (۲۳).

داده‌های مطالعه به روش پرسشگری و مراجعه به منازل جمع‌آوری شد. حجم نمونه مورد نیاز جهت شرکت در مطالعه، بر اساس حداکثر حجم نمونه در مطالعه‌های مشابه برای سنجش سواد سلامت (۲۵ و ۲۴، ۱۶، ۱۳) و با توجه به تجانس

1- Limited Health Literacy
2- Adequate Health Literacy
3- Cut Off Points

جامعه مورد مطالعه (محدودسازی سنی)، تعداد ۲۵۰ نمونه انتخاب گردید. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای دو مرحله‌ای انجام شد، به این شکل که با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهری، لیست خانوارهای تحت پوشش این مراکز اخذ و با توجه به تعداد مراکز و جمعیت تحت پوشش آنها تعداد ۲۵ سرخوشه به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از انتخاب سرخوشه‌ها، با حرکت به سمت راست (هنگام خروج از درب هر خانه)، ده واحد مسکونی که دارای حداقل یک فرد ۴۹-۱۵ ساله بود، انتخاب شدند و پرسشنامه مربوطه برای یکی از آنان تکمیل شد. این کار تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر ادامه یافت. پیش از تکمیل پرسشنامه، هدف مطالعه به وسیله پرسشگر برای شرکت کنندگان توضیح و اطمینان لازم در خصوص شرکت آزادانه در مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات به آنها داده می‌شد و از افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند رضایت نامه کتبی اخذ می‌گردید. سپس نحوه پاسخگویی به پرسشنامه برای شرکت کنندگان توضیح داده شده و پس از اتمام زمان پیش‌بینی شده پرسشنامه از آنها تحویل گرفته می‌شد. معیارهای ورود به مطالعه، سن ۱۵ تا ۴۹ سال، حداقل سطح سواد پنجم ابتدایی، نداشتن مشکلات بینایی و شنوایی، و رضایت برای پاسخ به پرسشنامه در نظر گرفته شد.

داده‌های جمع‌آوری با استفاده از

نرم‌افزار SPSS برای تحلیل داده‌ها و بیان

شاخص‌های توصیفی از روش‌های توصیفی و آزمون‌های آماری کای دو، تی و آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد حاضر در مطالعه $28/71 \pm 7/89$ سال ($27/33 \pm 7/92$ برای زنان و $27/33 \pm 7/69$ برای مردان) بود. شرکت کنندگان در مطالعه تعداد سال‌های تحصیل خود را به طور متوسط $12/94$ سال گزارش نمودند. توزیع ویژگی‌های دموگرافیک افراد حاضر در مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، در نمونه مورد مطالعه، کمترین تعداد پاسخ‌های صحیح مربوط به مهارت جستجو و کسب و پس از آن مهارت تفسیر و درک اطلاعات و خدمات مرتبط با بیماری مورد نظر بود. از بین گویه‌های مطرح شده در زمینه مهارت جستجو و کسب تنها در یک گویه، و در بین گویه‌های مرتبط با مهارت تفسیر و درک، در پنج گویه، حداقل نیمی از پاسخ‌گویان، گزینه صحیح را انتخاب نموده بودند. نتایج نشان داد که میانگین امتیاز سواد سلامت شرکت کنندگان $10/30 \pm 3/36$ ($10/11 \pm 3/31$ برای زنان و $10/74 \pm 3/48$ برای مردان) بود و تنها $16/4$ درصد از شرکت کنندگان دارای سواد سلامت کافی بودند. جدول ۳، میزان سواد سلامت محدود و کافی را به تفکیک جنس نشان می‌دهد.

می‌دهد. به طور کلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که سطح سواد HIV/AIDS در افراد ۱۵ تا ۴۹ سال شهر یاسوج پایین است، به طوری که ۸۳/۶ درصد از شرکت کنندگان دارای سواد سلامت محدود بودند. این یافته با مطالعه رئیسی و همکاران، مطالعه طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران، مطالعه قنبری و همکاران و مطالعه چو و همکاران هم‌خوانی دارد (۲۶ و ۱۵، ۱۲، ۹). با این حال در برخی از مطالعه‌ها مانند مطالعه طل و همکاران، مطالعه کو و همکاران، مطالعه یین و همکاران و مطالعه آلیوز و همکاران سطوح مطلوب سواد سلامت گزارش شده است که با نتایج مطالعه حاضر مغایر می‌باشد (۲۷ و ۲۴، ۱۴، ۱۱).

بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با سطح سواد سلامت نشان داد که میانگین امتیاز سواد سلامت در زنان و مردان، افراد مجرد و متأهل، و افراد با قومیت لر و غیر لر تفاوت معنی‌داری نداشت، اما این شاخص بین گروه‌های مختلف شغلی و وضعیت اقتصادی اختلاف معنی‌داری را نشان داد. بین تحصیلات و سطح سواد HIV/AIDS نیز رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول ۴). در مدل اصلاح شده رگرسیونی، سواد HIV/AIDS با افزایش تعداد سال‌های تحصیل، کارمند بودن و داشتن وضعیت اقتصادی ضعیف ارتباط معنی‌داری نشان داد (جدول ۵).

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک افراد حاضر در مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت		
زن	۱۷۷	۷۰/۸
مرد	۷۳	۲۹/۲
تحصیلات		
دبستان	۱۰	۴
راهنمایی	۲۵	۱۰
دبیرستان	۹۱	۲۶/۴
دانشگاه	۱۲۴	۴۹/۶
قومیت		
لر	۲۲۴	۸۹/۶
غیر لر	۲۶	۱۰/۴
شغل		
کارمند	۲۵	۱۰
دانشجو	۳۳	۱۳/۲
دانش آموز	۲۱	۸/۴
خانه دار	۱۱۲	۴۴/۸
سایر	۵۹	۲۳/۶
وضعیت اقتصادی		
خوب	۵۸	۲۳/۲
متوسط	۱۶۹	۶۷/۶
ضعیف	۲۳	۹/۲
وضعیت تأهل		
مجرد	۹۹	۳۹/۶
متأهل	۱۵۱	۶۰/۴

بحث

این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که با هدف سنجش سواد سلامت اختصاصی HIV/AIDS در ایران انجام شده است و با توجه به این که مطالعه مشابهی جهت بررسی نتایج پژوهش حاضر با آن یافت نشد، نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه‌هایی که در زمینه سنجش سواد سلامت عمومی انجام شده است مقایسه می‌شود. یافته‌ها نشان داد که شرکت کنندگان در مطالعه، در بخش جستجو و کسب و تفسیر و درک اطلاعات سلامت از مهارت پایینی برخوردار هستند. این یافته لزوم توجه به ایجاد تمهیداتی جهت دسترسی وسیع‌تر و آسان‌تر عموم مردم به اطلاعات و خدمات سلامت و نیز ارزیابی مطالب آموزشی ساده‌تر و متناسب‌تر با سطح درک گروه مخاطب را نشان

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ‌های صحیح به گویه‌های ابزار در افراد مورد مطالعه

ردیف	گویه	فراوانی	درصد
۱	افراد جامعه می‌توانند برای دریافت آموزش درباره بیماری ایدز و در صورت لزوم آزمایش رایگان، به کلیه مراجعه کنند.	۱۰۲	۴۰/۸
۲	یکی از روش‌های دریافت اطلاعات درباره بیماری ایدز به صورت ناشناس، است.	۸۱	۳۲/۴
۳	در بیشتر استان‌ها برای مشاوره تلفنی درباره بیماری ایدز، راه اندازی شده است.	۲	۰/۸
۴	برای دریافت معتبرترین اطلاعات درباره بیماری ایدز به زبان فارسی، می‌توان به سایت اینترنتی مراجعه کرد.	۴۶	۱۸/۴
۵	در بین منابع دریافت اطلاعات درباره بیماری ایدز، اعتبار بیشتری دارند.	۱۹۷	۷۸/۸
۶	برنامه‌های گروه درمانی با هدف بهبود سلامت روان افراد آلوده به ایدز و خانواده آنها در ارائه می‌شود.	۷	۲/۸
۷	ورود عامل بیماری ایدز به بدن باعث می‌شود.	۱۸۳	۷۳/۲
۸	کسی که عامل بیماری ایدز وارد بدن او شده ولی نشانه‌های بیماری را ندارد، است.	۱۲۸	۵۱/۲
۹	تنها راه تشخیص قطعی این که فردی به عامل بیماری ایدز مبتلا شده یا نه، است.	۲۱۱	۸۴/۴
۱۰	اگر عامل بیماری ایدز وارد بدن فرد شده ولی هنوز آزمایش او مثبت نشده باشد، در این حالت شخص در دوره قرار دارد	۱۰	۴
۱۱	اصلی‌ترین راه انتقال عامل بیماری ایدز در جهان است.	۱۱۲	۴۴/۸
۱۲	در یک رابطه جنسی بدون کاندوم احتمال گرفتن عامل بیماری ایدز در است.	۷۱	۲۸/۴
۱۳	کسی که با فرد دارای عامل بیماری ایدز زندگی می‌کند ممکن است از طریق آلوده شود.	۲۱۳	۸۵/۲
۱۴	داروهایی که امروزه برای بیماری ایدز تجویز می‌شوند،	۱۸۷	۷۴/۸
۱۵	انجام آزمایش بیماری ایدز برای ضرورت دارد.	۹۹	۳۹/۶
۱۶	در کشور ما هزینه‌های تشخیص و درمان افراد آلوده به ایدز، توسط پرداخت می‌شود.	۵۱	۲۰/۴
۱۷	مهم‌ترین راه پیشگیری از انتقال جنسی عامل بیماری ایدز، است.	۱۵۷	۶۲/۸
۱۸	معتادان تزریقی که می‌خواهند به ایدز مبتلا نشوند، باید از استفاده کنند.	۱۸۱	۷۲/۴
۱۹	فردی در اول مهرماه ۱۳۹۲ با یک معتاد تزریقی، رابطه جنسی بدون کاندوم داشته و نگران آلوده شدن به عامل ایدز است. این فرد چه زمانی باید برای انجام آزمایش مراجعه کند تا از نتیجه آن مطمئن باشد؟	۱۵۳	۶۱/۲
۲۰	عامل ایدز از طریق استفاده از سرنگ مشترک وارد بدن معتاد تزریقی ۲۰ ساله ای شده است. انتظار داریم علائم بیماری از چه سنی در او ظاهر شود؟	۲۰۲	۸۰/۸
۲۱	در روز شنبه هنگام خونگیری از بیمار دارای اعتیاد تزریقی، سرنگ آغشته به خون در دست پرستاری فرو رفته است. این پرستار که نگران ورود عامل بیماری ایدز به بدنش است، حداکثر تا چه روزی فرصت دارد تا داروهای پیشگیری کننده از ایدز را مصرف کند؟	۱۸۱	۷۲/۴

جدول ۳: توزیع فراوانی سطوح مختلف سواد HIV/AIDS بر اساس جنس

جنسیت	سواد سلامت		محدود		کافی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
زن	۱۵۳	۸۶/۴	۲۴	۱۳/۶		
مرد	۵۶	۷۶/۷	۱۷	۲۳/۳		
کل	۲۰۹	۸۳/۶	۴۱	۱۶/۴		

جدول ۴: مقایسه میانگین سواد HIV/AIDS در افراد مورد مطالعه به تفکیک متغیرهای دموگرافیک

متغیر	سواد سلامت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون تی	آنالیز واریانس
جنسیت						
زن	۱۷۷	۱۰/۱۱	۳/۳۱		p=۰/۱۸	
مرد	۷۳	۱۰/۷۴	۳/۴۸			
قومیت						
لر	۲۲۴	۱۰/۲۰	۳/۳۹		p=۰/۱۷	
غیر لر	۲۶	۱۱/۱۵	۳/۰۴			
وضعیت تاهل						
مجرد	۹۹	۱۰/۴۰	۳/۰۷		p=۰/۶۸	
متاهل	۱۵۱	۱۰/۲۳	۳/۵۵			
شغل						
کارمند	۲۵	۱۳/۲۸	۲/۴۹		F= ۷/۹۶ p < ۰/۰۰۱	
دانشجو	۳۳	۹/۹۱	۲/۷۲			
دانش آموز	۲۱	۹/۸۱	۲/۶۸			
خانه دار	۱۱۲	۹/۵۱	۳/۳۸			
سایر موارد	۵۹	۱۰/۹۲	۳/۴۷			
وضعیت اقتصادی						
خوب	۵۸	۱۰/۲۲	۳/۰۱		F= ۴/۲۱ p < ۰/۰۵	
متوسط	۱۶۹	۱۰/۵۷	۳/۴۵			
ضعیف	۲۳	۸/۴۲	۳/۱۲			
تحصیلات						
دبستان	۱۰	۶/۶	۳/۲۰		F= ۱۷/۸۷ p < ۰/۰۰۱	
راهنمایی	۲۵	۷/۴۴	۳/۵۹			
دبیرستان	۹۱	۹/۹۷	۲/۸۸			
دانشگاه	۱۲۴	۱۱/۴۱	۳/۰۸			

جدول ۵: رابطه سواد HIV/AIDS با متغیرهای دموگرافیک بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون خطی

متغیر	تعداد	ضریب B (فاصله اطمینان)	سطح معنی داری
تحصیلات	۲۵۰	۰/۴۰ (۰/۲۹ - ۰/۵۲)	< ۰/۰۰۱
کارمند بودن	۲۵۰	۱/۵۴ (۰/۲۳ - ۲/۸۴)	۰/۰۲
وضعیت اقتصادی ضعیف	۲۵۰	-۰/۵۲ [(-۰/۹۵) - (-۰/۹۷)]	۰/۰۲

* متغیرهای وارد شده به مدل: سن، جنسیت، تحصیلات، قومیت، شغل، وضعیت اقتصادی و وضعیت تاهل

همکاران همراه است (۱۲). هرچند که در مطالعه رئیسی و همکاران و نیز مطالعه چو و همکاران این رابطه

نبود ارتباط معنی دار بین جنسیت با سطح سواد سلامت در این مطالعه با یافته‌های طهرانی و

معنی‌دار بوده است (۲۶ و ۹). در مطالعه حاضر بین سن و سطح سواد سلامت رابطه معکوس ضعیفی به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار نبود. شاید بتوان وجود این رابطه معکوس ضعیف را به کاهش میزان تحصیلات با افزایش سن، خانه‌دار بودن اکثر شرکت‌کنندگان (۶۳/۳ درصد)، محدود بودن دامنه سنی افراد تحت مطالعه (۱۵ تا ۴۹ سال)، توانایی ناکافی افراد برای دستیابی و پیگیری مطالب به روز و منابع کسب اطلاعات ربط داد. با افزایش سن، کاستی‌هایی در سواد افراد در نتیجه کاهش عملکرد شناختی، فاصله گرفتن از سال‌های تحصیل رسمی و کاهش توانایی‌های حسی به وجود می‌آید. به طور کلی، سواد سلامت نیز، مانند سایر حیطه‌های سواد (سواد نوشتاری، محاسباتی و حل مشکل)، از گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال تا گروه سنی ۳۵ تا ۳۹ سال افزایش می‌یابد و بعد از ۴۰ سالگی اغلب کاهش می‌یابد. افزایش سن تغییرهای جسمانی، روانی و اجتماعی را سبب می‌شود و وابستگی به خدمات و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی-درمانی را افزایش می‌دهد، در چنین شرایطی، توانایی مراقبت مؤثر از خود، تعامل و ارتباط با مراکز بهداشتی درمانی به سطحی قابل قبول از سواد سلامت نیاز دارد (۱۵). این یافته با رابطه معنی‌دار بین سن و سواد سلامت در مطالعه‌هایی که به وسیله طل و همکاران و قنبری و همکاران انجام شده، همخوانی ندارد (۱۵ و ۱۱).

در این پژوهش سطح سواد سلامت رابطه معنی‌داری با سال‌های تحصیل نشان داد که مشابه

نتایج به دست آمده از اکثر مطالعه‌های انجام شده در حوزه سواد سلامت می‌باشد (۲۷ و ۲۶، ۱۸، ۱۷، ۱۴، ۱۲، ۹). هرچند که با افزایش تعداد سال‌های تحصیل، سطح سواد سلامت محدود کاهش می‌یافت، اما حتی در میان گروه‌های دارای تحصیلات بالاتر نیز درصد بالایی از سواد سلامت محدود مشاهده شد، به صورتی که ۷۵ درصد افراد دارای مدرک دانشگاهی و ۹۰/۱ درصد افراد دارای تحصیلات دبیرستانی، سواد سلامت محدود داشتند. این امر می‌تواند به دلیل اختصاصی بودن موضوع و عدم دریافت اطلاعات مناسب و کافی در این زمینه باشد. بنابر گزارش آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی^(۱) در سال ۲۰۱۱ پایین بودن سطح سواد سلامت، مشکلی بزرگ در ایالات متحده است و این مسئله به ویژه در افرادی که تحصیلات کمتر از دیپلم دارند بارزتر است. براساس این گزارش با وجود این که سطح سواد سلامت یک فرد با وضعیت تحصیلی او مرتبط است، ولی این همبستگی میان سال‌های تحصیل و سواد، همبستگی کاملی نیست. بنابراین سال‌های تحصیل به تنهایی، شاخصی معتبر برای مهارت‌های درک خواندن محسوب نمی‌شوند. به طور کلی، سواد سلامت افراد لزوماً بر اساس سال‌های تحصیل یا توانایی عمومی خواندن تعیین نمی‌شود (۱۵).

در مطالعه حاضر، کارمند بودن نیز پیشگویی‌کننده دیگری برای سطح سواد سلامت جامعه هدف

1-AHRQ
2-National Work Group on Literacy and Health

استفاده شوند، می‌توان به استفاده از زبان ساده، کاستن از سرعت انتقال پیام و مشارکت دادن اعضای اصلی خانواده در برنامه‌ها (۲۸) و نیز استفاده بیشتر از رسانه‌های غیرنوشتاری که غالباً دربرگیرنده تصاویر و نوارهای رادیویی، نوارهای ویدیویی یا برنامه‌های کامپیوتری تعاملی هستند (۱۱)، اشاره کرد. علی‌رغم شواهد بسیاری که به نفع اهمیت و نتایج سواد سلامت وجود دارد، آموزش دهندگان سلامت یا از این مسأله آگاهی ندارند و یا در برخورد با بیماران، مهارت و اعتماد لازم برای توجه به این موضوع را ندارند (۱۲). بنابراین ضروری است ارایه دهندگان خدمات سلامت و آموزش دهندگان سلامت در زمینه نحوه برقراری ارتباط با بیماران دارای سواد سلامت پایین آموزش ببینند (۲۹). به علاوه، در حال حاضر استاندارد کیفی مشخصی برای طراحی و ساخت مواد و رسانه‌های آموزشی برای بیمار یا مهارت آموزی پزشکان در زمینه سواد سلامت وجود ندارد. بنابراین برای افزایش سطح سواد سلامت مردم، در کنار رویکردهایی مانند؛ ساده کردن اطلاعات سلامت، استفاده از راهبردهای ارتباطی و کمک گرفتن از متخصصان آموزش بهداشت به منظور طراحی مداخلات مؤثر و متناسب با گروه مخاطب می‌تواند کمک کننده باشد (۱۱).

نتیجه‌گیری

اهمیت و نقش سواد HIV/AIDS در موفقیت برنامه‌های پیشگیری و کنترل این بیماری، ضرورت

بود. از دلایل احتمالی این یافته می‌توان به تحصیلات کافی کارمندان نسبت به عامه مردم، آموزش‌های ضمن خدمت برای آنان، امکان دسترسی بهتر به منابع کسب اطلاعات از جمله کتب آموزشی و اینترنت اشاره نمود. همچنین با توجه به این‌که در این مطالعه وضعیت اقتصادی به عنوان فاکتور دیگری در پیش‌بینی سطح سواد سلامت به دست آمد، درآمد ماهیانه و ثابت افراد کارمند و وضعیت اقتصادی نسبتاً مناسب آنها می‌تواند عامل مؤثر دیگری در دستیابی این افراد به اطلاعات و خدمات سلامت باشد. رابطه میان اشتغال و وضعیت اقتصادی با سواد سلامت نیز در برخی از مطالعه گزارش شده است (۲۰ و ۱۸، ۱۵، ۱۲، ۱۱).

فراوانی بالای سطح محدود سواد HIV/AIDS که نتیجه اصلی مطالعه حاضر است، هشدار برای سیاست‌گزاران و متولیان بخش سلامت خواهد بود. از جمله عللی که ممکن است برای این واقعیت مطرح باشد می‌توان به آگاهی ناکافی از نحوه کسب اطلاعات و خدمات مرتبط با موضوع، دسترسی محدود به این اطلاعات و خدمات، پیچیدگی و عدم تناسب مطالب با سطح درک مخاطب و شکل نامناسب ارایه پیام‌های سلامت اشاره نمود. کارگروه ملی سواد و سلامت آمریکا^(۲) پیشنهاد می‌کند که اطلاعات سلامت در سطح کلاس پنجم تدوین و ارایه شود، هر چند همین سطح نیز برای ۲۵ درصد جمعیت دشوار است (۱۲-۱۱). از جمله تکنیک‌هایی که می‌توانند در برقراری ارتباط مؤثر ارایه دهندگان خدمات سلامت با مخاطبان

و به صورت تصادفی انتخاب شده بود، اما ناحیه جغرافیایی مورد بررسی دارای تنوع پایینی از لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک به ویژه وضعیت اقتصادی اجتماعی بوده و این امر تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه می‌نماید. انجام مطالعه‌های بیشتر در سایر نقاط کشور جهت تعیین سطح سواد سلامت واقعی افراد در زمینه HIV/AIDS ضروری به نظر می‌رسد. در کنار این محدودیت‌ها مطالعه حاضر دارای نقاط قوتی نیز بود. برخلاف سایر مطالعه‌های انجام شده در کشور در زمینه سواد سلامت که در آنها از ابزار سنجش سواد سلامت عمومی استفاده شده است، این مطالعه از ابزار اختصاصی مرتبط با HIV/AIDS که مختص جامعه ایرانی می‌باشد، استفاده نموده بود. در این ابزار، به روزترین اطلاعات موجود مرتبط با HIV/AIDS که در اختیار عموم مردم قرار دارد جهت تهیه گویه‌ها به کار گرفته شده بود. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به عنوان راهنمایی جهت انجام مطالعه‌های آتی و طراحی و اجرای مداخلات مؤثر با هدف بهبود سطح سواد سلامت مردم مرتبط با HIV/AIDS مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج انجام شد.

ارزیابی و تعیین سطح این شاخص در جامعه و در گروه‌های مخاطب اختصاصی را روشن می‌سازد. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر که حاکی از فراوانی بالای سطح محدود سواد HIV/AIDS در افراد مورد بررسی بود، طراحی مداخلاتی به منظور بهبود ارتباط مؤثر بین ارایه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات، ارایه مطالب آموزشی گامی اساسی در جهت ارتقای سطح سواد متناسب با سطح درک و مهارت‌های گروه مخاطب و فراهم‌سازی شرایط مورد نیاز برای دسترسی وسیع‌تر و آسان‌تر عموم مردم به این اطلاعات و خدمات، می‌تواند سلامت مردم در زمینه این بیماری باشد.

از آنجایی که این پژوهش، نخستین مطالعه جهت سنجش سواد HIV/AIDS در جامعه ایرانی می‌باشد طبیعی است که دارای نقاط قوت و محدودیت‌های خاص خود باشد. مهم‌ترین محدودیت این مطالعه، تمرکز بیشتر ابزار مورد استفاده در آن بر جنبه‌های خواندن و محاسبه است، در حالی که مهارت‌های دیگر مانند؛ سخن گفتن، گوش کردن، داشتن زمینه کافی اطلاعات و توانایی حمایت‌طلبی از سیستم سلامتی، نیز مهم هستند. این ویژگی هم‌چنین فرآیند توجیه شرکت کنندگان را جهت تکمیل پرسشنامه‌ها دشوار می‌نمود، لذا مطالعه‌های بیشتر با استفاده از ابزارهای دیگری که اجزای بیشتری از سواد سلامت را دربر می‌گیرد می‌تواند گره‌گشا باشد. اگرچه نمونه مورد مطالعه از نقاط مختلف شهر یاسوج

REFERENCES:

1. Nojoomi M, Anbari KH. A Comparison of the quality of life in HIV/AIDS patients and control group. *Razi Journal of Medical Sciences* 2008; 15(58):169-76.
2. Khani H, Bidar Maghzi M, Halajian A, Azad Marz Abadi E, Majdi MA, Khezri M. Knowledge, attitudes, belief and practices in high school students related to AIDS in Mazandaran province, Iran. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2011; 3(3): 21 – 32.
3. Etemad K, Eftekhari Ardabili H, Rahimi A, Gouya M, Heidari A, Kabir M. Attitudes and Knowledge of HIV Positive Persons and High Risk Behaviors Groups in Golestan, Iran. *Iranian Journal of Epidemiology* 2011; 7(1): 23-31.
4. Vakili MM, Hidarnia A, Niknami SH, Mousavinasab N. Effect of communication skills training on health belief model constructs about aids in zanzan health volunteers (2010-11). *Journal of Zanzan University of Medical Sciences* 2011; 19(77): 78 – 93.
5. Sharifzadeh G, Moodi M, Zendehehdel A. Study of health education effect on knowledge and attitude of high school female students regarding AIDS in Birjand during 2007. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2010; 17(1): 42-9.
6. Iranian National Center of HIV/AIDS Prevention. Available at: <http://www.aids.ir> (Accessed July 6, 2014)
7. Haghdoost AA, Pourkhandani A, Motaghipisheh SH, Farhoudi B, Fahimifar N, Sadeghirad B. Knowledge and Attitude concerning HIV/AIDS among Iranian Population: a Systematic Review and Meta- Analysis. *Iranian Journal of Epidemiology* 2011; 6(4): 8-20.
8. Azin S. An overview on the 2008 UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic. *Iranian Journal of Epidemiology* 2010; 6 (2): 56-9.
9. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzade A, Sharifirad GR. The relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan, Iran. *Journal of Health System Research* 2011; 7(4): 1- 12.
10. Bedworth DA, Bedworth AE. *The dictionary of health education*. New York: Oxford University Press; 2010; 238.
11. Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimi Foroshani A. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *Journal of Hospital* 2012; 11(3): 45-52.
12. 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. *Journal of Strides in Development of Medical Education* 2007; 4(1):1-9.
13. Rawson KA, Gunstad J, Hughes J, Spitznagel MB, Potter V, Waechter D, et al. The METER: A brief, self-administered measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 2010; 25(1): 67-71.
14. Ko Y, Lee JYC, Toh MPHS, TANG WE and TAN ASL. Development and validation of a general health literacy test in Singapore. *Health Promotion International* 2012; 27(1): 45-51.
15. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti medical university. *Bimonthly official Publication Medical Daneshvar* 2012; 19(97): 1 – 12.
16. Rivero-Méndez M, Suárez E, Solís-Báez SS, Hernández G, Cordero W, Vázquez I, et al. Internal consistency of the spanish health literacy test (tofla-spr) for puerto rico. *P R Health Sci J* 2010; 29(1): 49–53.
17. Kalichman SC, Pope H, White D, Cherry Ch, Amaral ChM, Swetzes C, et al. The Association between Health Literacy and HIV treatment adherence. Further evidence from objectively measured medication adherence. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic)* 2008; 7(6): 317–23.
18. Kalichman SC, Rompa D. Functional health literacy is associated with health status and health-related knowledge in people living with HIV-AIDS. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2000; 25(4):337-44.
19. Graham J, Bennett IM, Holmes WC, Gross R. Medication beliefs as mediators of the health literacy–antiretroviral adherence relationship in HIV-infected individuals. *AIDS and Behavior* 2007; 11: 385-92.
20. Ciampa PJ, Vaz LME, Blevins M, Sidat M, Rothman RL, Vermund SH, et al. The association among literacy, numeracy, HIV knowledge and health-seeking behavior. *A Population-Based Survey of Women in Rural Mozambique* 2012; 7(6):1-8.

21. Barragán M, Hicks G, Williams MV, Franco-Paredes C, Duffus W, del Rio C. Low health literacy Is associated with HIV test acceptance. *J Gen Intern Med* 2005; 20(5): 422–5.
22. Shariatnia S. Development a tool for measuring HIV/AIDS related health lietarycy and assessing that in Yasuj, Iran (M.Sc.Dissertation). Yasuj: School of Public Health, Yasuj University of Medical Sciences; 2014.
23. HLS-EU Consortium, 2012. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU , Online publication: <http://www.Health-Literacy.EU>
24. Yin HS, Sanders LM, Rothman RL, Mendelsohn AL, Dreyer BP, White RO, et al. Assessment of health literacy and numeracy among spanish-speaking parents of young children. Validation of the spanish parental health literacy activities test (PHLAT Spanish). *Academic Pediatrics* 2012; 12: 68-74.
25. McNaughton C, Wallston KA, Rothman RL, Marcovitz DE, Storrow AB. Short, subjective measures of numeracy and general health literacy in an adult emergency department. *Academic Emergency Medicine*; 18: 1148-55.
26. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine* 2008; 66: 1809-16.
27. Olives T, Patel R, Patel S, Hottinger J, Miner JR. Health literacy of adults presenting to an urban ED. *The American Journal of Emergency Medicine* 2011; 29: 875-82.
28. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International* 2000; 15(4): 277-83.
29. Lee SYD, Bender DE, Ruiz RE, Cho YI. Development of an Easy-to-Use Spanish health literacy test. *Health Service Research* 2006; 41(4 Pt 1): 1392–1412.

Assessment of HIV/AIDS literacy in 15- 49 years old people in Yasuj and its related factors

Shariatinia S¹, Fararouei M², Karimzadeh Shirazi K³, Shams M^{3*}

¹Student Research Center Committee, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ²Shiraz HIV/AIDS Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, ³Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 5 Aug 2014

Accepted: 10 Jan 2015

Abstract

Background & aim: Health literacy is the capacity of an individual to obtain, interpret, and understand basic health information and services and the competence to use such information and services in ways that are health enhancing. The aim of this study was to assess the HIV/AIDS health literacy in Yasuj and its related factors.

Methods: In this cross-sectional study, a 21-item valid and reliable questionnaire was used. Our sample included 250 individuals aged 15- 49 years that selected by two-stage cluster sampling method and completed the questionnaire.

Results: Average of health literacy scores of participants was 10.30 ± 3.36 and only 16.4 percent of them had adequate HIV/AIDS literacy. In modified regression model, there was a significant association between education ($B= 0.40, p<0.001$), being governmental staff ($B=1.54, p=0.02$), and low economic status ($B= - 0.52, p=0.02$) with HIV/AIDS literacy scores.

Conclusions: Most of the individuals in this study had not enough HIV/AIDS literacy level. It seems that lack of access to information and services relevant to the HIV/AIDS; complexity and disproportion of information with audience; and inappropriate form of presenting health messages, cause low health literacy.

Keywords: health literacy, HIV/AIDS, Assessment

Corresponding Author: Shams M. Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

Email: moshaisf@yahoo.

Please cite this article as follows:

Shariatinia S, Fararouei M, Karimzadeh Shirazi K, Shams M. Assessment of HIV/AIDS literacy in 15- 49 years old people in Yasuj and its related factors. *Armaghane-danesh* 2015; 19(12): 1082-1095.