

تدوین ابزار سنجش سواد ایدز برای جامعه ایرانی



محسن شمس^۱، کامبیز کریم زاده شیرازی^۲، محمد فرارویی^۳، صدیقه شریعتی نیا^{۴*}

- (۱) مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
 (۲) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
 (۳) مرکز تحقیقات ایدز شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۲۸

چکیده

مقدمه: طراحی مداخلات اثربخش برای پیشگیری و کنترل ایدز که ویژگی‌هایی متفاوت با سایر بیماری‌های واگیر دارد، مستلزم تناسب این برنامه‌ها با سطح سواد سلامت مخاطبان است. با توجه به نبود ابزار اختصاصی برای سنجش سواد ایدز، این پژوهش با هدف تدوین چنین ابزاری انجام شد.

مواد و روش‌ها: با انتخاب چارچوب TOFHLA از بین ابزارهای موجود سنجش سواد سلامت، ابتدا محتوای کلی با جستجوی هدفمند در متون فارسی مرتبط با موضوع تهیه و با انتخاب بخش‌های مهارتی این محتوا، سه محور پیشگیری از بیماری، درمان و مراقبت، و ارتقای سلامت در این محتوا جدا شد. با تدوین گویه‌های اولیه هر بخش و قرار دادن آن‌ها در سه بخش مهارت‌های جستجو و کسب، تفسیر و درک، و به کارگیری اطلاعات، پیش‌نویس پرسش‌نامه تدوین شد. روایی ابزار با نظر خواهی از صاحب نظران از طریق برگزاری نشست خبرگان و محاسبه نسبت و شاخص روایی محتوا تأیید شد. همبستگی درونی پرسش‌نامه با محاسبه آلفا کرونباخ و پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آزمون-بازآزمون مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش: نسبت و شاخص روایی محتوای ابزار به ترتیب ۰/۸ و ۰/۷۷، آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و ضریب همبستگی نمرات آزمون و بازآزمون ۰/۷۸ به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: ابزار تدوین شده برای سنجش سواد ایدز روایی و پایایی قابل قبولی داشت و امکان استفاده از آن برای دسته‌بندی جامعه ایرانی با هدف طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی متناسب با سواد سلامت آنان وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: پرسش‌نامه، سواد سلامت، ایدز

*نویسنده مسئول: گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

مقدمه

بیماری ایدز چهارمین علت مرگ در جهان به شمار می رود (۱) که با توجه به خصوصیات پاندمیک، سرعت بالای بروز در میان جوامع انسانی، دوره کمون طولانی و عدم درمان و بهبودی کامل، در سومین دهه پیدایش خود، به یکی از بزرگ ترین معضلات بهداشتی، اجتماعی و حتی سیاسی بسیاری از کشورها تبدیل شده است (۲). همه گیری ایدز تقریباً در تمامی کشورهای جهان رخ داده به طوری که باعث ابتلای افراد در تمام گروه های سنی، جنسی، نژادی و فرهنگی در طبقات اجتماعی و اقتصادی مختلف شده است (۳). این بیماری، بیشتر گروه جوانان را مبتلا می کند، و بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی، هر روز ۷۰۰۰ نفر جوان ۱۰ تا ۲۴ ساله به این ویروس آلوده می شوند که این به معنای ابتلای پنج نفر در هر دقیقه است (۴). بر اساس آخرین آمار رسمی ارائه شده توسط مرکز ملی پیشگیری از ایدز ایران، تا تاریخ اول دی ماه ۱۳۹۲ مجموعاً ۲۷۴۱۶ نفر مبتلا به HIV/AIDS در ایران شناسایی شده اند که از این میان ۸۹ درصد آنان را مردان تشکیل می داده است. از این تعداد، ۵۴۲۸ نفر مبتلا به بیماری ایدز و بقیه مبتلا به عفونت HIV بوده اند. ۴۵/۹ درصد از مبتلایان به HIV در زمان ابتلا در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال قرار داشته اند که این محدوده سنی بالاترین نسبت در بین گروه های سنی را به خود اختصاص داده است (۵).

در حال حاضر پیشگیری به عنوان مهم ترین و اصلی ترین روش مقابله با همه گیری HIV/AIDS در جهان مطرح است (۶). در گزارش جهانی همه گیری HIV/AIDS در سال ۲۰۰۸، پیشگیری از ابتلای افراد جدید به عنوان کلیدی برای معکوس کردن روند این بیماری مورد توجه قرار گرفته است (۷). توجه به روند ابتلا و گروه های در معرض خطر HIV/AIDS نشان می دهد که یکی از مهم ترین موانع پیش روی برنامه های پیشگیرانه از این بیماری، نبود آگاهی کافی درباره جنبه های مختلف آن است و کسب اطلاعات کاربردی در زمینه بیماری ایدز و راه های انتقال آن گامی اساسی و ضروری در پیشگیری به شمار می رود (۶).

در نظام سلامت به منظور پیشگیری و کنترل بیماری ها، همگام با ارائه خدمات سلامت، انتقال اطلاعاتی که به زبانی ساده و مبتنی بر محتوای مناسب ارائه شده باشد، نقش قابل توجهی را ایفا می کند (۸). با این حال، بسیاری از مداخلات آموزشی و اطلاع رسانی در برنامه های نظام سلامت، متناسب با سطح درک گروه مخاطب نیست (۹). بنا بر این، تصمیم گیری درباره سلامت به ویژه سیاستگذاری مبتنی بر سلامت، انجام مراقبت های سلامت و اتخاذ سبک زندگی سالم با چالش عمده ای از نظر اطلاعات سلامت روبرو است (۸). چنین شرایطی دریافت، درک و کاربرد اطلاعات سلامت را نیازمند کسب مهارت کافی در خواندن، محاسبات و تصمیم گیری خواهد نمود (۹). این موارد منجر به پیدایش مفهوم جدیدی با نام سواد سلامت 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 روش هایی که منجر به ارتقای سلامت می گردد، تعریف می کنند (۱۰). سواد سلامت شامل مجموعه ای از مهارت های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیت های سلامتی است که لزوماً به سال های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی ارتباط ندارد (۱۱).

بر اساس مطالعات مرکز راهبردهای مراقبت سلامت در آمریکا، افراد با سواد سلامت پایین با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامت را درک و به دستورات آنان عمل می کنند، هزینه های پزشکی بیشتری را متحمل می شوند؛ وضعیت سلامتی ضعیف تری دارند؛ میزان بستری شدن و استفاده از خدمات اورژانس آن ها بیشتر و مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند (۱۲). در سال های اخیر مطالعات محدودی در زمینه سنجش سواد سلامت در ایران انجام شده است.

در یکی از این مطالعات که در پنج استان کشور انجام شد، تنها ۲۸/۱ درصد از افراد، از سطح بالای سواد سلامت برخوردار بودند (۱۲). هم چنین در مطالعه ای که در شهر تهران انجام شد ۳۰ درصد افراد مورد

مطالعه سواد سلامت ناکافی و ۲۴/۶ درصد سواد سلامت مرزی داشتند (۱۳). در مطالعه ای دیگر سواد سلامت ۷۹/۶ درصد از سالمندان شهر اصفهان ناکافی و ۱۱/۶ درصد مرزی گزارش شد (۹).

برای سنجش سواد سلامت دو رویکرد مجزا مطرح است. در برخی مطالعات سواد سلامت به صورت عمومی اندازه گیری می شود و در انواع دیگری از مطالعات، سواد سلامت در زمینه موضوعی مشخص مانند بیماری خاصی مورد ارزیابی قرار می گیرد (۱۲، ۱۴). ابزارهای مختلفی جهت سنجش سواد سلامت مورد استفاده قرار می گیرند که REALM و TOFHLA شناخته شده ترین آن ها هستند (۱۵).

اخیراً به نقش سواد سلامت در مدیریت مراقبت بیماران مبتلا به HIV/AIDS توجه بیشتری شده است (۱۶). برخی مطالعات نشان می دهند که سواد سلامت یکی از پیش گویی کننده های مهم تبعیت ضعیف از درمان HIV است (۱۷). بیماران مبتلا به HIV/AIDS که دریافت حداقل یک داروی ضدویروسی در یک دوره دو روزه را از دست می دهند در مقایسه با کسانی که از پروتوکل درمان تبعیت می کنند دستورالعمل های ساده پزشکی را دشوارتر درک می کنند. اثرات مغایر با سلامت ناشی از تبعیت ضعیف از درمان می تواند در افراد مبتلا به HIV/AIDS دارای سواد مرزی اتفاق بیفتد (۱۸). به علاوه سواد پایین با ادراکات نادرست درباره اهداف داروهای HIV و درباره خطرات انتقال HIV در ارتباط است (۱۹). اگر چه مشکل سواد سلامت منحصر به افراد مبتلا به HIV/AIDS نیست اما سواد سلامت که مکرراً در این جمعیت زیر سطوح عملکردی است منجر به مشکل بالقوه ای در دستیابی به مراقبت یا درک و حفظ رفتارهای خودمراقبتی می شود که منجر به حفظ یا بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خواهند شد (۱۶).

با توجه به این که در جستجوی صورت گرفته توسط محققان در بانک های اطلاعاتی و منابع علمی معتبر، مطالعه ای در زمینه تدوین و استفاده از ابزار اختصاصی برای سنجش سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS یافت نشد و طراحی برنامه های آموزشی

و اطلاع رسانی درباره این بیماری برای مردم نیازمند شناسایی سطح سواد سلامت آنان است، این پژوهش با هدف تدوین ابزاری استاندارد برای سنجش سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS اجرا شد.

مواد و روش ها

در شروع مطالعه، برای پیدا کردن ابزارهای موجود سنجش سواد سلامت که توسط محققان و صاحب نظران این حوزه تدوین و استفاده شده است، جستجوی گسترده ای در منابع علمی و بانک های اطلاعاتی معتبر انجام شد. سپس برای انتخاب چارچوب تدوین ابزار، در جلسه ای با حضور اعضای تیم پژوهش، معیارهایی مانند نحوه استفاده از ابزار (خودایفا بودن یا نبودن آن)، سهولت کاربرد، وجود گویه های سنجش درک مطلب، تلفظ و محاسبه، زمان پاسخگویی و فراوانی شواهد کاربرد آن در بانک های اطلاعاتی، تعیین و با توجه به این معیارها، ابزارهای موجود مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج این بررسی در جدول شماره ۱ آمده است. حاصل این بررسی گروهی، انتخاب چارچوب مورد استفاده در پرسش نامه TOFHLA بود. پس از انتخاب چارچوب، تعیین محتوا، ساختار پرسش نامه و گویه های آن در دستور کار قرار گرفت.

برای دستیابی به محتوای مورد استفاده در تدوین پرسش نامه، ابتدا کلیه منابعی که پیش بینی شده بود حاوی مطالب مرتبط با HIV/AIDS برای استفاده عموم جامعه ایرانی هستند، جستجو شد. این منابع شامل کتاب ها، دستورالعمل ها و رسانه های نوشتاری و دیداری شنیداری مرتبط با موضوع HIV/AIDS مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و نیز سایت های عمومی مانند سلامتی، سلامت نیوز، ایران صدا، و HealthTube بود. به این ترتیب محتوای کلی استخراج شد. سپس محتوای به دست آمده در مرحله اول توسط اعضای تیم پژوهش ارزیابی، محدود و انتخاب شد تا این محتوای نهایی در مراحل بعدی، استفاده گردد. پس از تهیه و انتخاب متون نهایی مرتبط با HIV/AIDS، بخش مهارتی این متون تفکیک و در سه محور پیشگیری از بیماری، درمان و مراقبت، و ارتقای سلامت قرار گرفت (۲۰). سپس محتوای مذکور به صورت گویه های منطبق با

چارچوب TOFHLA در سه گروه مهارت های جستجو و کسب، تفسیر و درک و به کارگیری قرار داده شد. حاصل انجام مراحل فوق، طراحی ۳۸ گویه در زمینه مهارت های ذکر شده به همراه پاسخ های سه گزینه ای بود. در بازنگری مجدد توسط تیم پژوهش، تعدادی از گویه ها که ارتباط کمتری با موضوع مطالعه داشتند حذف شدند و نهایتاً پیش نویس اولیه پرسش نامه با ۲۶ گویه طراحی گردید. با برگزاری نشست خبرگان و استفاده از نظرات افراد صاحب نظر و متخصص در حوزه رفتار و بیماری های عفونی از جمله ایدز، منطقی و مناسب بودن محتوای نهایی و گویه های طراحی شده، روایی صوری و جامعیت ابزار مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از اعمال نظر گروه متخصص، اصلاح و حذف برخی از گویه ها، نهایتاً ۲۳ گویه به عنوان گویه های نهایی در نظر گرفته شد.

اطمینان از روایی محتوا از طریق محاسبه نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا انجام پذیرفت. بدین منظور پرسش نامه مذکور در اختیار پنج نفر متخصص آموزش بهداشت، دو نفر متخصص عفونی و سه نفر متخصص داخلی قرار گرفت. پس از جمع بندی نظرات این افراد، نسبت روایی محتوا در رابطه با «ضرورت» وجود گویه ها از طریق فرمول زیر محاسبه شد:

$\frac{2}{\text{تعداد کل شرکت کنندگان}} - \text{تعداد پاسخ های ضروری هر آیت}$

$$CVR = \frac{\text{تعداد کل شرکت کنندگان}}$$

نسبت محاسبه شده برای هر گویه با مقادیر جدول لاوشه مقایسه شد و بر اساس آن، گویه ها حذف یا نگهداری شدند. جهت محاسبه شاخص روایی محتوا، «سادگی»، «مرتبط بودن» و «وضوح» گویه ها مورد بررسی قرار گرفت و پس از جمع بندی نظرات، شاخص مذکور با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید:

$\frac{\text{مجموع امتیاز موافق برای هر آیت با رتبه ۳ و ۴}}{4}$

$$CVI = \frac{\text{تعداد کل پاسخ ها}}$$

گویه هایی با شاخص روایی محتوای بالای ۰/۷ در ابزار حفظ شدند (۲۱). بدین ترتیب، ۲ گویه اصلاح و ۲ گویه دیگر نیز حذف گردید و تعداد گویه ها نهایتاً به ۲۱ گویه (۶ گویه در حیطه جستجو و کسب، ۱۰ گویه

در حیطه تفسیر و درک، ۲ گویه در حیطه کاربرد و ۳ گویه در حیطه محاسبه) تقلیل یافت. پس از این مرحله برای تعیین مدت زمان مورد نیاز برای پاسخگویی به پرسش نامه و هم چنین تأیید روایی صوری ابزار از دیدگاه پاسخگویان و ارزیابی سطح دشواری و ابهام گویه ها از منظر آن ها، پرسش نامه مذکور در اختیار ۱۰ نمونه با ویژگی های دموگرافیک مختلف قرار گرفت و متوسط مدت زمان تکمیل پرسش نامه ها محاسبه گردید. به این ترتیب مشخص شد که برای تکمیل گویه های بخش درک خواندن، ۵ دقیقه و برای تکمیل گویه های بخش محاسبات ۲ دقیقه زمان لازم است. در این بررسی مشاهده شد که برخی از افراد با وجود این که پاسخ صحیح را نمی دانند به صورت تصادفی یکی از گزینه ها را انتخاب می نمایند. بنا بر این بیش از ۳۰ درصد احتمال داشت که گزینه صحیح را انتخاب کنند. این امر باعث شد تا تیم پژوهش، گزینه چهارمی را در پاسخ های هر گویه وارد کند تا پاسخگو در صورت ندانستن پاسخ صحیح، گزینه چهارم یعنی «پاسخ این سوال را نمی دانم» را انتخاب کرده و انتخاب تصادفی گزینه ها کاهش یابد. به علاوه تعداد معدودی از گویه ها که از دیدگاه پاسخگویان دارای ابهام بود، اصلاح گردید و پس از آن نسبت و شاخص روایی محتوا مجدداً محاسبه گردید. برای اطمینان از همبستگی درونی پرسش نامه از محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و برای سنجش پایایی پرسش نامه از روش آزمون-بازآزمون (تکمیل پرسش نامه برای ۶۰ نفر و تکرار آن به فاصله یک ماه) و محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات سواد سلامت آزمون و بازآزمون استفاده شد. جهت انجام مطالعه، پس از اخذ مجوز از مسئولین ذیربط، با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهری، لیست خانوارهای تحت پوشش این مراکز اخذ و سرخوشه ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از انتخاب سرخوشه ها، با حرکت به سمت راست (هنگام خروج از درب هر خانه)، ده واحد مسکونی که دارای حداقل یک فرد ۱۵-۴۹ سال بود، انتخاب و پرسش نامه مربوطه برای یکی از افراد واجد شرایط تکمیل می شد. پیش از تکمیل پرسش نامه، هدف مطالعه توسط پرسشگر برای شرکت کنندگان توضیح و

اطمینان لازم در خصوص شرکت آزادانه در مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات به آن ها داده می شد و از افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند رضایت نامه کتبی اخذ می گردید. سپس نحوه پاسخگویی به پرسش نامه برای شرکت کنندگان توضیح داده شده و پس از اتمام زمان پیش بینی شده، پرسش نامه از آن ها تحویل گرفته می شد. در تکمیل پرسش نامه ها، افرادی با محدوده سنی ۱۵ تا ۴۹ سال، فاقد مشکلات بینایی و شنوایی جدی و حداقل دارای سطح سواد پنجم ابتدایی وارد مطالعه شدند و در صورت فقدان هر یک از شرایط ورود به مطالعه و یا عدم رضایت از پاسخ به پرسش نامه، افراد انتخاب شده از مطالعه خارج می شدند. برای سطح بندی و تعیین سطوح مختلف سواد سلامت از درجه بندی موجود در پیمایش سواد سلامت که در هشت کشور اروپایی در سال ۲۰۱۱ انجام شده بود، استفاده شد (۲۰).

در این مطالعه، دو سوم و پنج ششم کل امتیاز ممکن به عنوان نقاط جدا سازی سطوح مختلف سواد سلامت در نظر گرفته شده بود. بر این اساس افراد به سطوح سه گانه سواد سلامت محدود (۳۳-۰)، کافی (۴۲-۳۴) و عالی (۵۰-۴۳) تقسیم می شدند. در مطالعه حاضر تنها یک نقطه جداسازی تعیین گردید و افراد حاضر در مطالعه به دو گروه دارای سواد سلامت محدود (امتیاز سواد سلامت > 14) و کافی (امتیاز سواد سلامت ≤ 14) تقسیم شدند.

یافته های پژوهش

پژوهش حاضر با هدف تدوین ابزار استاندارد سنجش سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS انجام پذیرفت. نتایج حاصل از مقایسه ابزارهای سنجش سواد سلامت بر اساس معیارهای انتخابی تیم پژوهش به منظور تعیین اولویت برای چارچوب ابزار استاندارد سنجش سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. تحلیل داده های حاصل از ۶۰ شرکت کننده حاضر در مطالعه نشان داد که میانگین سنی این افراد، $27/35 \pm 7/3$ سال بوده است. ۶۶/۷ درصد شرکت کنندگان را زنان و ۳۳/۳ درصد آن

ها را مردان تشکیل می دادند. در مجموع ۸۳/۳ درصد (۸۵ درصد زنان و ۸۰ درصد مردان) از افراد حاضر در مطالعه لر بودند. ۵۸/۳ درصد شرکت کنندگان تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۵۵ درصد (۶۲/۵ درصد زنان و ۴۰ درصد مردان) از افراد مورد مطالعه متاهل بودند و ۶۸/۴ درصد وضعیت اقتصادی خود را در سطح متوسط گزارش نمودند. توزیع ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI)، و میزان پاسخ های صحیح به هر یک از گویه های نهایی در نمونه مورد مطالعه در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. این جدول نشان می دهد که نسبت و شاخص روایی محتوای گویه های ابزار به ترتیب ۰/۸ و ۰/۷۷ به دست آمد. نتایج نشان داد که در نمونه مورد مطالعه، کمترین تعداد پاسخ های 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 گویه های مطرح شده در زمینه مهارت جستجو و کسب تنها در یک گویه، و در بین گویه های مرتبط با مهارت تفسیر و درک، در پنج گویه، حداقل نیمی از پاسخگویان در هر دو مرحله آزمون و بازآزمون، گزینه صحیح را انتخاب نموده بودند. گویه های سه، شش و ده کمترین تعداد پاسخ صحیح را به خود اختصاص داده بودند. میزان پاسخ های صحیح در اکثر گویه ها در مرحله بازآزمون نسبت به مرحله آزمون، افزایش یافته بود. با این وجود در سوالات ۱۱ و ۱۲ هیچ تفاوتی در تعداد پاسخ های صحیح دو مرحله دیده نمی شود.

میانگین امتیاز سواد سلامت مرحله آزمون $10/35 \pm 3/56$ و مرحله بازآزمون $11/42 \pm 3/25$ بود. آلفای کرونباخ ابزار مذکور، ۰/۷۵ و همبستگی بین نمرات سواد سلامت مرحله آزمون و بازآزمون، ۰/۷۸ به دست آمد ($P < 0.001$). ۸۳/۳ درصد از افراد حاضر در مطالعه در مرحله آزمون و ۶۶/۷ درصد در مرحله بازآزمون دارای سواد سلامت محدود بودند ($P = 0.03$).

جدول شماره ۱. تعیین اولویت برای چارچوب ابزار استاندارد سنجش سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS

اولویت	امتیاز	سهولت استفاده ^۷ (با ضریب ۲)	سنجش محاسبه ^۶ (با ضریب ۱)	سنجش تلفظ ^۵ (با ضریب ۱)	سنجش درک مطلب ^۴ (با ضریب ۲)	فراوانی شواهد کاربرد ^۳ (با ضریب ۱/۵)	زمان پاسخگویی ^۲ (با ضریب ۱)	خودآیابی ^۱ (با ضریب ۲)	ابزار
۱	۳۹/۵	۸	۴	۱	۸	۷/۵	۱	۱۰	TOFHLA
۲	۳۳/۵	۸	۱	۱	۶	۴/۵	۳	۱۰	S-TOFHLA
۳	۳۰/۵	۶	۱	۱	۶	۱/۵	۵	۱۰	METER
۴	۳۰/۵	۶	۵	۵	۴	۴/۵	۲	۴	WRAT-R
۵	۲۸	۴	۱	۵	۱۰	۳	۱	۴	PIAT-R
۶	۲۵/۵	۶	۲	۲	۱۰	۱/۵	۲	۲	IDL
۷	۲۴/۵	۴	۱	۴	۲	۷/۵	۴	۲	REALM
۸	۱۹	۴	۱	۵	۲	۳	۲	۲	SORT-R

۱- پاسخ دادن به سوالات پرسش نامه توسط پاسخگو بدون کمک پرسش گر، ۲- زمان تکمیل پرسش نامه: کمتر از ۲ دقیقه، بین ۲-۵ دقیقه، بیشتر از ۵ دقیقه، ۳- وجود مستندات استفاده از ابزار در منابع و بانک های اطلاعاتی، ۴- سنجش معنای عبارت و کلمات علاوه بر سنجش خود عبارت و کلمات توسط ابزار، ۵- سنجش درست ادا کردن کلمات و عبارات توسط ابزار، ۶- سنجش توانایی محاسبه در ابزار، ۷- تناسب گویه های ابزار با زبان و ادبیات فارسی (بازه امتیازدهی: حداکثر امتیاز ۵ و حداقل آن ۱ می باشد).

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی در افراد مورد مطالعه

درصد	فراوانی	متغیر	
۶۶/۷	۴۰	زن	جنسیت
۳۳/۳	۲۰	مرد	
۱/۷	۱	دبستان	تحصیلات
۵	۳	راهنمایی	
۳۵	۲۱	دبیرستان	
۵۸/۳	۳۵	دانشگاه	
۸۳/۳	۵۰	لر	قومیت
۱۶/۷	۱۰	غیر لر	
۱۱/۷	۷	کارمند	شغل
۲۸/۳	۱۷	دانش آموز / دانشجو	
۳۶/۷	۲۲	خانه دار	
۲۳/۳	۱۴	سایر	
۲۳/۳	۱۴	خوب	وضعیت اقتصادی
۶۸/۴	۴۱	متوسط	
۸/۳	۵	ضعیف	
۴۵	۲۷	مجرد	وضعیت تاهل
۵۵	۳۳	متاهل	

جدول شماره ۳. نسبت و شاخص روایی محتوا، و میزان پاسخ های صحیح به گویه های نهایی در افراد مورد مطالعه

گویه	CVR	CVI	پاسخ های صحیح (آزمون)	پاسخ های صحیح (بازآزمون)
افراد جامعه می توانند برای دریافت آموزش درباره بیماری ایدز و در صورت لزوم آزمایش رایگان، به کلیه مراجعه کنند.	۱	۰/۷۷	۲۵	۲۴
یکی از روش های دریافت اطلاعات درباره بیماری ایدز به صورت ناشناس، است.	۱	۱	۲۲	۳۰
در بیشتر استان ها برای مشاوره تلفنی درباره بیماری ایدز، راه اندازی شده است.	۱	۰/۹۳	۱	۴
برای دریافت معتبرترین اطلاعات درباره بیماری ایدز به زبان فارسی، می توان به سایت اینترنتی مراجعه کرد.	۰/۸۰	۰/۸۰	۱۴	۱۳
در بین منابع دریافت اطلاعات درباره بیماری ایدز، اعتبار بیشتری دارند.	۰/۸۰	۰/۸۰	۴۷	۴۸
برنامه های گروه درمانی با هدف بهبود سلامت روان افراد آلوده به ایدز و خانواده آن ها در ارائه می شود.	۰/۸۰	۱	۱	۵
ورود عامل بیماری ایدز به بدن باعث می شود.	۱	۰/۹۲	۴۶	۴۸
کسی که عامل بیماری ایدز وارد بدن او شده ولی نشانه های بیماری را ندارد، است.	۰/۸۰	۰/۹۳	۳۰	۳۷
تنها راه تشخیص قطعی این که فردی به عامل بیماری ایدز مبتلا شده یا نه، است.	۱	۱	۵۰	۵۴
اگر عامل بیماری ایدز وارد بدن فرد شده ولی هنوز آزمایش او مثبت نشده باشد، در این حالت شخص در دوره قرار دارد	۰/۸۰	۰/۹۳	۳	۳
اصلی ترین راه انتقال عامل بیماری ایدز در جهان است.	۰/۸۰	۱	۲۰	۲۰
در یک رابطه جنسی بدون کاندوم احتمال گرفتن عامل بیماری ایدز در است.	۰/۸۰	۰/۸۰	۱۴	۱۸
کسی که با فرد دارای عامل بیماری ایدز زندگی می کند ممکن است از طریق آلوده شود.	۱	۱	۵۰	۵۴
داروهایی که امروزه برای بیماری ایدز تجویز می شوند،	۱	۱	۴۶	۴۸
انجام آزمایش بیماری ایدز برای ضرورت دارد.	۰/۸۰	۰/۸۷	۲۵	۳۰
در کشور ما هزینه های تشخیص و درمان افراد آلوده به ایدز، توسط پرداخت می شود.	۱	۰/۹۳	۱۰	۱۱
مهم ترین راه پیشگیری از انتقال جنسی عامل بیماری ایدز، است.	۰/۸۰	۰/۸۷	۳۶	۴۶
معنادر تزریقی که می خواهند به ایدز مبتلا نشوند، باید از استفاده کنند.	۰/۸۰	۰/۸۰	۳۹	۴۶
فردی در اول مهرماه ۱۳۹۲ با یک معنادر 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؟	۰/۸۰	۰/۷۷	۴۸	۳۸
عامل ایدز از طریق استفاده از سرنگ مشترک وارد بدن معنادر تزریقی ۲۰ ساله ای شده است. انتظار داریم علایم بیماری از چه سنی در او ظاهر شود؟	۱	۰/۸۰	۵۳	۵۶
در روز شنبه هنگام خون گیری 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؟	۰/۸۰	۰/۸۰	۴۱	۵۲

بحث و نتیجه گیری

دهد، یکی از ضرورت های بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران به شمار می رود. با رعایت اصل تناسب محتوا با گروه هدف جهت برقراری ارتباط اثربخش ارائه دهندگان خدمات سلامت با مخاطبان و نیز ارائه محتوا و پیام های آموزشی مناسب آن ها، می توان انتظار داشت که این مداخلات تاثیر بیشتری داشته باشند. بنا بر این، سنجش اختصاصی سواد سلامت ایدز به عنوان گام اول در

هدف از انجام مطالعه حاضر، تدوین و رواسازی ابزار سنجش سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS برای جامعه ایرانی بود. ابزاری که بتواند مهارت های جستجو و کسب، تفسیر، درک و به کارگیری اطلاعات مرتبط با HIV/AIDS که برای تصمیم گیری مناسب ضرورت دارند، را اندازه گیری کند. با توجه به اهمیت موضوع HIV/AIDS، طراحی و اجرای مداخلات اثربخشی که بتواند میزان بروز این بیماری را کاهش

طراحی و اجرای این برنامه ها، یک ضرورت خواهد بود.

در تدوین پیش نویس ابزار موجود، کلیه مواد و رسانه های آموزشی به زبان فارسی که حاوی مطالب مرتبط با HIV/AIDS بود و ایرانیان در برخوردهای روزانه خود از طریق کتاب ها، روزنامه ها، مجلات، پایگاه های اینترنتی، و استفاده از رسانه های دیداری شنیداری، با آن ها مواجهه داشتند، استفاده شد. انتظار پژوهشگران این بود که چنین منابعی توانسته باشد مهارت های پایه و کاربردی افراد را در موقعیت های تصمیم گیری در جهت پیشگیری از ابتلا به HIV/AIDS ارتقاء بخشد. قابلیت ابزار تدوین شده در این است که می تواند وضعیت مهارتی مخاطبان را برای ارتباط بهتر با ارائه دهندگان خدمات و نیز دریافت آموزش از آنان مشخص کند و به این ترتیب، نقشه راهی برای بخش سلامت فراهم کند تا به ارتقای رفتارهای پیشگیرانه از HIV/AIDS در افراد، گروه ها و سازمان ها کمک کند.

استفاده از متون موجود تهیه شده برای عموم مردم، و نیز نظرخواهی از متخصصان و محاسبه شاخص و نسبت روایی محتوا بر اساس نظرات آن ها، نشان داد که ابزار تدوین شده از روایی محتوای قابل قبولی برخوردار است. به عبارت دیگر این ابزار می تواند دقیقاً همان مهارت های مورد نظر که در تعاریف پایه ای سواد سلامت آمده است را مورد سنجش قرار دهد.

در مراحل تعیین پایایی ابزار مشخص شد که شرکت کنندگان در این بخش از 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 وسیع تر و آسان تر عموم مردم به اطلاعات و خدمات سلامت و نیز ارائه مطالب آموزشی ساده تر و متناسب تر با سطح درک گروه مخاطب را نشان می دهد. امتیاز سواد سلامت در مرحله بازآزمون نسبت به مرحله آزمون در اکثر گویه ها، افزایش یافته بود که این امر با توجه به حساس شدن شرکت کنندگان نسبت به موضوع، پس از تکمیل پرسش نامه در مرحله نخست قابل توجیه است. با این حال، در گویه های ۱۰ و ۱۱ (که درباره دوره پنجره و

اصلی ترین راه انتقال ویروس ایدز در جهان پرسیده بود)، هیچ تفاوتی در تعداد پاسخ های صحیح در دو مرحله مشاهده نشد. این دو گویه از جمله گویه هایی بودند که اکثر افراد حاضر در مطالعه، حتی برخی از شرکت کنندگانی که در بخش بهداشت و درمان مشغول به فعالیت بودند، نیز پاسخ صحیحی به آن ها نداده بودند. محاسبه آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که ابزار مذکور از همبستگی درونی قابل قبول و هم خوانی بالا بین نمرات سواد سلامت مرحله آزمون و بازآزمون برخوردار است.

علی رغم این که مطالعات متعددی در زمینه سنجش دانش، نگرش و عملکرد (KAP Survey) مرتبط با HIV/AIDS در دسترس است (۲۲-۲۷)، با توجه به نقاط ضعف این مطالعات، به نظر می رسد در حال حاضر، این چارچوب برای طراحی و اجرای مداخلات رفتاری نوین، کاربرد چندانی ندارد (۲۸) و تعیین سطح سواد سلامت می تواند پیش بینی کننده بهتری برای رفتارهای مرتبط با سلامت باشد (۳۲-۳۹). با توجه به این که پژوهش حاضر، نخستین مطالعه جهت سنجش سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS در ایران به شمار می رود و مطالعات مشابهی به منظور مقایسه با آن وجود ندارد، نتایج این مطالعه با نتایج مطالعاتی که در زمینه سنجش سواد سلامت عمومی انجام شده است مقایسه می شود. به طور کلی می توان چنین نتیجه گرفت که سطح سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS در افراد مورد مطالعه پایین بود، به طوری که ۸۳/۶ درصد از شرکت کنندگان در مرحله آزمون و ۶۶/۷ درصد در مرحله بازآزمون دارای سواد سلامت محدود بودند. این یافته با مطالعه رئیسی، مطالعه طهرانی، مطالعه قنبری و مطالعه Cho هم خوانی دارد (۹، ۱۲، ۱۳، ۳۳). با این حال در برخی از مطالعات مانند مطالعه طل، Ko، Olives و Yin سطوح مطلوب سواد سلامت گزارش شده است که با نتایج مطالعه حاضر مغایر می باشد (۱۱، ۱۵، ۳۴، ۳۵).

فراوانی بالای سطح محدود سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS در این مطالعه می تواند زنگ هشدار برای سیاستگذاران و متولیان بخش سلامت باشد. از جمله علل این امر می توان 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 ارائه پیام های سلامت اشاره نمود. کار گروه ملی سواد و سلامت در آمریکا پیشنهاد می کند که مطالب سلامت در سطح کلاس پنجم تدوین و ارائه شود، هر چند همین سطح نیز برای ۲۵ درصد جمعیت دشوار است. از جمله تکنیک هایی که می تواند در برقراری ارتباط موثر ارائه دهندگان خدمات سلامت با مخاطبان استفاده شود، می توان به استفاده از زبان ساده، کاستن از سرعت انتقال پیام و مشارکت دادن اعضای اصلی خانواده در برنامه ها (۳۶)، و نیز استفاده بیشتر از رسانه های غیرنوشتاری که غالباً دربرگیرنده تصاویر و نوارهای رادیویی، نوارهای ویدیویی یا برنامه های کامپیوتری تعاملی هستند (۱۱)، اشاره کرد.

علی رغم شواهد بسیاری که به نفع اهمیت و نتایج سواد سلامت وجود دارد، آموزش دهندگان سلامت یا از این مسئله آگاهی ندارند و یا در برخورد با بیماران، مهارت و اعتماد لازم برای توجه به این موضوع را ندارند (۱۲). بنا بر این ضروری است ارائه دهندگان خدمات سلامت و آموزش دهندگان سلامت در زمینه نحوه برقراری ارتباط با بیماران دارای سواد سلامت پایین آموزش ببینند (۳۷). به علاوه در حال حاضر استاندارد کیفی مشخصی برای طراحی و ساخت مواد و رسانه های آموزشی برای بیمار یا مهارت آموزی پزشکان در زمینه سواد سلامت وجود ندارد. بنا بر این 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 موثر و متناسب با گروه مخاطب می تواند کمک کننده باشد (۱۱). جهت فراهم نمودن این شرایط پیش از هر چیز بایستی سطح سواد سلامت افراد در زمینه موضوعات مورد نظر تعیین شود. لازمه انجام این اقدام، تدوین ابزارهایی جهت سنجش سواد سلامت مرتبط با آن موضوعات می باشد.

پژوهش حاضر نشان دهنده نیاز به تدوین ابزار اختصاصی و متناسب با زبان و فرهنگ جامعه ایرانی

برای سنجش سواد سلامت در زمینه پیامدهای مختلف سلامت می باشد. اهمیت و نقش سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS در موفقیت برنامه های پیشگیری و کنترل این بیماری، ضرورت ارزیابی و تعیین سطح این شاخص در جامعه و در گروه های مخاطب اختصاصی را روشن می سازد. به نظر می رسد با به کارگیری ابزار تدوین شده در مطالعه حاضر در سطح جامعه و نیز در برنامه ها و مراکز آموزشی، مشاوره ای و درمانی به ویژه مراکز مشاوره بیماری های رفتاری می توان قبل از اقدام به ارائه خدمت یا ارتباط با بیماران، از سطح سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS آن ها اطلاع یافت. بر این اساس می توان برای هر گروه از مخاطبان، مداخلات اختصاصی که دربرگیرنده پیام ها، روش ها و شیوه های متناسب با سطح سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS آن ها است را طراحی و اجرا نمود.

با توجه به یافته های مطالعه حاضر که حاکی از فراوانی بالای سطح محدود سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS در افراد مورد بررسی بود، طراحی مداخلاتی به منظور بهبود ارتباط موثر بین ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات، ارائه مطالب آموزشی متناسب با سطح درک و مهارت های گروه مخاطب، و فراهم سازی شرایط مورد نیاز برای دسترسی وسیع تر و آسان تر عموم مردم به این اطلاعات و خدمات، می تواند گامی اساسی در جهت ارتقای سطح سواد سلامت مردم در زمینه این بیماری باشد.

ابزار تدوین شده در این مطالعه، از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بوده و قابلیت سنجش سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS را داراست. به علاوه در این ابزار، به روزترین اطلاعات موجود مرتبط با HIV/AIDS که در اختیار عموم مردم قرار دارد جهت تهیه گویه ها مورد استفاده قرار گرفته شده بود. در کنار این نقاط قوت، مطالعه حاضر دارای دو محدودیت اصلی نیز بود. محدودیت نخست مربوط به بررسی همبستگی ابزار تدوین شده با سایر ابزارهای سنجش سواد سلامت می باشد. با توجه به این که پژوهش حاضر، نخستین مطالعه جهت تدوین ابزار سنجش سواد

عقیده محققان، تهیه فرم کوتاه شده ابزار فعلی نیز می تواند گامی موثر در راستای ارزیابی بهتر و سریع تر وضعیت سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS باشد.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از آقای دکتر آرش طهرانی بنی هاشمی که ابزارها و نتایج حاصل از مطالعه خود در زمینه سنجش سواد سلامت ایرانیان را در اختیار ما قرار داد، قدردانی کنند. این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و طرح پژوهشی مصوب به شماره ۲۳/۲/۷۶۷ پ معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج است.

سلامت مرتبط با پیامدی خاص برای جامعه ایرانی بوده و نمونه مشابهی جهت مقایسه ابزار مذکور با آن موجود نمی باشد، پیشنهاد می شود که در مطالعات آینده، همبستگی ابزار تدوین شده با سایر ابزارهای مورد استفاده جهت سنجش سواد سلامت مانند TOFHLA و REALM و نیز ارتباط سواد سلامت مرتبط با HIV/AIDS با سایر رفتارهای سلامت و پیامدهای سلامت مورد بررسی قرار گیرد. محدودیت دوم آن که ابزار تدوین شده، تنها مهارت های درک خواندن و محاسبات را در بر می گیرد. بنا بر این مطالعات بیشتر برای ساخت ابزارهایی که در برگیرنده جنبه های دیگر سواد سلامت نیز باشد ضروری به نظر می رسد. به

Referenses

1. Etemad K, Eftekharardabili H, Rahimi A, Gouya M, Heidari A and Kabir M. [Attitudes and Knowledge of HIV positive persons and high risk behaviors groups in Golestan Iran]. IJE 2011; 7:23-31. (Persian)
2. Khani H, Bidarmaghzi M, Halajian A, Azadmarzabadi E, Majdi MA, Khezri M. [Knowledge, attitudes belief and practices in high school students related to AIDS in Mazandaran province Iran]. J North Khorasan Uni Med Sci 2011; 3:21-32. (Persian)
3. Vakili MM, Hidarnia A, Niknami SH, Mousavinasab N. [Effect of communication skills training on health belief model constructs about HIV in Zanjan Health volunteers 2010-11]. J Zanjan Uni Med Sci 2011; 19:78-93. (Persian)
4. Sharifzadeh G, Moodi M, Zendehtdel A. [Study of health education effect on knowledge and attitude of high school female students regarding AIDS in Birjand during 2007]. J Birjand Uni Med Sci 2010; 17: 42-9. (Persian)
5. Radfar SR, Sedaghat A, Banihashemi AT, Gouya M, Rawson RA. Behaviors influencing human immunodeficiency virus transmission in the context of positive prevention among people living with HIV/acquired immunodeficiency syndrome in Iran a qualitative study. Int J Prev Med 2014; 5:976-83.
6. Haghdoost AA, Pourkhandani A, Motaghipisheh SH, Farhodi B, Fahimifar N, Sadeghirad B. [Knowledge and attitude

- concerning HIV/AIDS among Iranian population a systematic review and meta-analysis]. IJE 2011; 6:8-20. (Persian)
7. Azin S. [An overview on the 2008 UNAIDS report on the global AIDS epidemic]. IJE 2010; 6:56-9. (Persian)
8. Pomerantz KL, Muhammad AA, Downey S, Kind T. Connecting for health literacy health information partners. Health Promot Pract 2010; 11:79-88.
9. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzade A, Sharifirad GR. [The relationship between health literacy health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan Iran]. J Health Sys Res 2011; 7:1-12. (Persian)
10. Bedworth, DA, Bedworth AE. The dictionary of health education. New York Oxford Uni Publication. 2010; P.238.
11. Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimiforoshani A. [Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS]. JHOSP 2012; 11:45-52. (Persian)
12. Tehranibanihashemi 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]. SDMEJ 2007; 4:1-9. (Persian)
13. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodimajdabadi M. [Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical

- University]. *Daneshvar* 2012;19: 1-12. (Persian)
14. Mazor KM, Roblin DW, Williams AE, Greene SM, Gaglio B, Field TS, et al. Health literacy and cancer prevention two new instruments to assess comprehension. *Pat Edu Couns* 2012;88:54-60.
15. Ko Y, Lee JYC, Toh M, Tang WE, Tan ASL. Development and validation of a general health literacy test in Singapore. *Health Promot Int* 2012; 27: 45-51
16. Riveromendez M, Suarez E, Solisbaez SS, Hernandez G, Cordero W, Vazquez I, et al. Internal consistency of the Spanish health literacy test for Puerto Rico. *PR Health Sci J* 2010;29: 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 Phys Care* 2008; 7:317-23.
18. Kalichman SC, Rompa D. Functional health literacy is associated with health status and health-related knowledge in people living with HIV. *J Aids* 2000;25:337-44.
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 Behav* 2007; 11: 385-92.
20. Hls EU. Comparative report of health literacy in eight EU member states. *European Health literacy* 2014;22:131-6.
21. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Person Psychol* 1975; 28: 563- 75.
22. Malekzadehkebria R, Shabani F, Emadi HR, Vala F, Nasrollahpourshirvani SD. [Evaluation of the awareness of marriage candidates about Aids in Babol]. *JHC* 2015;1: 20-7. (Persian)
23. Yazdiravandi S, Taslimi Z, Shamsaei F, Ghaleiha A, Salemi Shakoobi S, Nikkhah A. [Knowledge and attitudes toward Aids among students of Hamadan University of medical sciences]. *PSJ* 2015;14: 22-9. (Persian)
24. Zeighamimohammadi S, Zeinali E. [Study on knowledge and attitude of internal and infectious wards nurses toward Aids]. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012; 9:440-9. (Persian)
25. Etemad K, Heydari A, Eftekharardabili H, Kabir MJ, Sedaghat M. [Knowledge and attitude levels in high risk groups about HIV/AIDS and relation with socioeconomic level indicators in Golestan province 2007]. *J Gorgan Uni Med Sci* 2010; 12:63-70. (Persian)
26. Parastesh S, Kooshanfar Z, Darvishpour A. [The knowledge related to HIV/ Aids among the People visiting Rasht Healths week fair]. *J Guilan Uni Med Sci* 2014; 23:1-9. (Persian)
27. Gholamitabartabari M, Moslemi L, Malakzade R. [A comparison of male and female high school students awareness perception and performance toward Aids in Babol]. *Fam Health* 2013;1: 21-8. (Persian)
28. Launiala A. How much can a KAP survey tell us about peoples knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropol Mat* 2009;11:1-13.
29. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Pat Edu Couns* 2010; 79:36-42.
30. Tsai HM, Cheng CY, Chang SC, Yang YM, Wang HH. Health literacy and health promoting behaviors among multiethnic groups of Women in Taiwan. *JOGNN* 2014; 43:117-29.
31. Osborn CY, Paascheorlow MK, Bailey SC, Wolf MS. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *Am J Health Behav* 2011; 35:118-28.
32. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract* 2012;13:1-12.
33. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *JSOCSCIMED* 2008; 66: 1809-1816.
34. Olives T, Patel R, Patel S, Hottinger J, Miner JR. Health literacy of adults presenting to an urban ED. *AJEM* 2011; 29: 875-82.
35. 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. Acad Pediatr12: 68-74.
36.Parker R. Health literacy a challenge for American patients and their health care providers. Health Prom Int 2000; 15: 277-83.

37.Lee SYD, Bender DE, Ruiz RE, Cho YI. Development of an easy to use Spanish health literacy test. Health Ser Res 2006; 41:1392-412.



Developing a Tool for Measuring HIV/AIDS Literacy for Iranian Society

Shams M¹, Karimzadehshirzadi K², Fraroiie M³, Shariatinia S^{2*}

(Received: November 8, 2015)

Accepted: February 17, 2016)

Abstract

Introduction: Designing the effective interventions to prevent and control the HIV/AIDS whose characteristics is different from other communicable diseases, needs appropriateness with audience's HIV/AIDS health literacy. This study aimed at developing a tool for measuring HIV/AIDS literacy for Iranians.

Materials & methods: By assessing the usual tools for measuring health literacy, TOFHLA was selected as the basic framework. At first general content was developed through searching the Persian literature relevant to HIV/AIDS and its skill portion was extracted. Disease Prevention Cure and Care and Health Promotion were considered as three main subjects for categorizing the content. By developing the primary items and placing them into the known skills in health literacy (search and obtain, interpret and understand, and use of health information and services), the

questionnaire draft were developed. Content validity through expert panel and determining CVR & CV, and reliability by estimating Cronbachs Alpha and test-retest method were confirmed.

Findings: CVR and CVI were estimated as ≥ 0.8 and ≥ 0.77 respectively. Cronbachs Alpha was 0.75 and correlation between test-retest scores was 0.78.

Discussion & conclusions: Developed tool for measuring HIV/AIDS literacy had acceptable reliability and validity. This tool can be used for categorizing Iranian society, and designing and implementing the appropriate educational programs based on their health literacy levels.

Keywords: Questionnaire, Health Literacy, HIV/AIDS

1. Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

2. Dept of Public Health, Faculty of Health, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

3. Shiraz HIV/AIDS Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

* Correspondin author Email: shariati21165@yahoo.com