

بررسی سطح سواد سلامت زنان شهرستان بردسکن در سال ۱۳۹۵: یک مطالعه مقطعی

پریسا عسکریان توندری^۱, معصومه هاشمیان^۲, حمید جوینی^۳, آتوسا سلیمانیان^۴, صدیقه رستاقی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سواد سلامت، توانایی افراد در به دست آوردن، تحلیل کردن و درک اطلاعات و خدمات اولیه بهداشتی مورد نیاز جهت تصمیم گیری در مورد مسائل سلامتی و بهداشتی می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی سطح سواد سلامت زنان شهرستان بردسکن و عوامل مؤثر بر آن طراحی و اجرا گردید.

روش ها: این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی - مقطعی بود که در سال ۱۳۹۵، بر روی ۴۳۱ نفر از زنان ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن شهرستان بردسکن انجام گرفت. نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری خوش ای انتخاب شدند. داده ها به وسیله پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان (HElia) Health Literacy for Iranian Adults (HElia) جمع آوری شد و سپس با استفاده از آزمون های SPSS^۱, Kolmogorov-Smirnov^۲, Mann-Whitney^۳, Independent t^۴ در نرم افزار SPSS^۱, Mann-Whitney^۳, Independent t^۴, Kolmogorov-Smirnov^۲ مورد تعزیز و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان، 29.90 ± 8.74 سال بود. ارتباط معنی داری بین سطح سواد سلامت با سن، تأهل، تحصیلات، سابقه بیماری و شغل مشاهده شد. نمره سواد سلامت در نمونه ها، 16.16 ± 6.76 از ۱۰۰ و در حد متوسط گزارش گردید. مهم ترین کسب اطلاعات منابع کسب اطلاعات مربوط به سلامت از دیدگاه شرکت کنندگان به ترتیب مربوط به پزشکان و کارکنان بهداشتی، اینترنت و رادیو و تلویزیون بود. درصد از افرادی که سابقه بیماری گزارش کرده بودند، سواد سلامت کافی نداشتند.

نتیجه گیری: به طور کلی، سواد سلامت بیشتر زنان مطالعه حاضر در حد متوسطی بود. با توجه به نقش مهم زنان در تربیت خانواده و جامعه و تأثیر سواد سلامت بر این نقش مهم، لازم است برنامه های آموزشی با هدف ارتقای سطح سواد سلامت زنان و به دنبال آن، مهارت های خودمراقبتی آنان طراحی و اجرا گردد.

واژه های کلیدی: سواد سلامت، زنان، مطالعه مقطعی

ارجاع: عسکریان توندری پریسا، هاشمیان معصومه، جوینی حمید، سلیمانیان آتوسا، رستاقی صدیقه. بررسی سطح سواد سلامت زنان شهرستان بردسکن در سال ۱۳۹۵: یک مطالعه مقطعی. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۴: ۴۰-۳۵.

تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۷/۱۳

مقدمه

ایجاد نظام های نوین سلامت، منجر به ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان این نظامها شده است. این نیازها باعث می شود تا در نهایت افراد برای اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده هایشان، نقش های جدیدی را پیذیرند و سواد سلامت یکی از عوامل مؤثر در این زمینه است (۱). امروزه سواد سلامت به یک بحث و مسأله جهانی تبدیل شده است (۲) و به دلیل نقش مهمی که در تصمیم گیری افراد در زمینه های مرتبط با سلامت، به عنوان یک ابزار اساسی در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت ارایه خدمات بهداشتی - درمانی دارد، به شدت مورد توجه سیاست گذاران قرار گرفته است (۳، ۴).

سواد سلامت توانایی های فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات بهداشتی و سلامتی است که منجر به تصمیم گیری صحیح می شود (۵). دیدگاه سواد سلامت این گونه بنا شده است که هم سواد و هم بهداشت، از جمله منابع مهم و ضروری برای زندگی به شمار می روند. سطح سواد هم باعث توانمندی افراد در استفاده از اطلاعات بهداشتی در عمل و هم منجر به کنترل

- ۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
- ۲- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
- ۳- دکتری تخصصی، دفتر آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
- ۴- مری، گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

نویسنده مسؤول: معصومه هاشمیان

Email: hashemianm@medsab.ac.ir

سلامت شناسایی شده‌اند (۱۸). با توجه به مطالب مذکور و این که زنان نیمی از جمعیت انسانی جوامع را تشکیل می‌دهند و هر تلاشی چهت حفظ و ارتقای سلامت جوامع بدون توجه به نقش زنان، به شکست می‌انجامد و علاوه بر این، جایگاه زنان به دلیل نقش مادری و همسری، اهمیت زیادی در سلامت دیگر اعضاخانواده دارد؛ بنابراین، آگاهی از سطح سواد سلامت زنان و به دنبال آن انجام مداخلاتی در چهت اصلاح و ارتقای آن، امری ضروری به نظر می‌رسد. در ایران چندین پژوهش در خصوص سواد سلامت انجام شده، اما کمتر مطالعه‌ای به طور اختصاصی در رابطه با سواد سلامت زنان صورت گرفته است. با توجه به موارد بیان شده، تحقیق حاضر با هدف تعیین سطح سواد سلامت زنان و بررسی عوامل مؤثر بر آن در شهرستان بردسکن انجام گردید.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی- تحلیلی- مقاطعی بود که در سال ۱۳۹۵-۹۶ بر روی ۴۳۱ نفر از زنان ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن در شهرستان بردسکن با استفاده از روش نمونه‌گیری خوش‌ای انجام گرفت. با توجه به فعالیت دو مرکز جامع سلامت در شهرستان و سرشماری که در سال ۱۳۹۴ انجام شده بود، تمام اطلاعات خانوارهای ساکن این شهرستان در سامانه الکترونیکی وجود داشت. در این نمونه‌گیری، در مرحله اول جمعیت زنان شهر بر اساس محل سکونت به دو خوشه تقسیم شد که هر خوشه چهت دریافت خدمات به یک مرکز جامع سلامت مراجعه می‌کرد. جمعیت هر مرکز به دو بلوک تقسیم گردید. سپس از هر بلوک ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شد و پس از کسب رضایت، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، سکونت در شهر بردسکن، علاقمندی به شرکت در مطالعه و داشتن سن ۱۸ تا ۶۵ سال بود. تکمیل ناقص پرسش‌نامه نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. ابزار جمیع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه سواد سلامت ایرانیان (HEILA Health Literacy for Iranian Adults) بود که توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۹۳ تهیه شد (۱۹). روابی این مقیاس با استفاده Cronbach's alpha محدودی اکتشافی و پایابی آن به روش Mordor تأیید قرار گرفت. پرسش‌نامه HELIA شامل ۳۳ گویه و ۵ مؤلفه می‌باشد که سطح سواد سلامت را در پنج بعد دسترسی (شامل ۶ سؤال)، مهارت خواندن (۴ سؤال)، فهم (۷ سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال) و تصمیم‌گیری (۱۲ سؤال) مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌ها نیز بر اساس مقیاس پنچ درجه‌ای لیکرت (از همیشه تا به هیچ وجه) مشخص می‌شود. امتیازات این ابزار به دو صورت «امتیاز خرده سنجش و امتیاز کل» محاسبه می‌شود؛ بدین صورت که امتیازات این ابزار (امتیاز خرده سنجش و امتیاز کل) از جمیع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید. طیف امتیازات خرده سنجش بعد خواندن بین ۴ تا ۲۰، بعد دسترسی بین ۶ تا ۳۰، بعد درک و فهم بین ۷ تا ۳۵، بعد ارزیابی بین ۴ تا ۲۰ و بعد تصمیم‌گیری بین ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد. نحوه نمره‌دهی به این صورت بود که نمرات خام ابعاد پنج گانه سواد سلامت محاسبه و سپس به نمره استاندارد بین صفر تا ۱۰۰ تبدیل گردید. با توجه به این نمره‌دهی، نمرات صفر تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، نمرات ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه چندان کافی، نمرات ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی و نمرات ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته شد.

پیشگیری است و در عین حال، یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار بر سطح آگاهی و کنترل و پیشگیری مؤثرتر، افزایش سطح سواد سلامت است (۵). نتایج مطالعات Kart و Yamashita (۹) و ابذری و همکاران (۱۰)، ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین افزایش سطح سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت گزارش کردند.

در ایران تحقیقات اندکی بر روی سواد سلامت زنان انجام شده، اما یافته‌ها در پژوهش‌های محدودی که بر روی سواد سلامت عمومی در چند شهر ایران و همچنین، مطالعاتی که در کشورهای دیگر صورت گرفته است، نشان دهنده سواد سلامت محدود در کل جمعیت می‌باشد. طوسی و همکاران دریافتند که درصد از جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله مورد بررسی از سواد سلامت محدود برخوردار می‌باشند (۱۱). همچنین، نتایج پژوهش‌جوازداده و همکاران نشان داد که درصد افراد از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند (۱۲). نتایج مطالعات نشان داده است که اغلب افراد ۱۸ تا ۶۵ ساله در زمینه مهارت‌های خواندن، ارزیابی و تصمیم‌گیری، با قدرت عمل نمی‌کنند و این موارد از علل پایین بودن سواد سلامت آنان می‌باشد که با توجه به مولد بودن این گروه جمیعتی در جامعه، توجه بیشتر به سواد سلامت این گروه احساس می‌شود (۱۳). تحقیق سجادی و همکاران که بر روی زنان روستایی اینده انجام شد، حاکی از آن بود که ۶۲/۰۹ درصد از آنان سواد سلامت ناکافی دارند (۱۴). افرادی که دارای سواد سلامت کمتری هستند، از لحاظ توانایی مراقبت از بیماری‌های مزمن و استفاده از خدمات مراقبتی در سطح پایینی قرار دارند (۱۵).

نقش کلیدی سواد سلامت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی- درمانی و بهبود نتایج حاصل از آن به خوبی اثبات شده است (۱۶). سواد سلامت ناکافی با مواردی همچون «وضعیت سلامت فردی ضیفی، استفاده نادرست و خودسرانه از داروها، عدم پیروی از دستورات پزشک، کنترل ضعیف بیماری‌های مزمن مانند دیابت و پرفشاری خون و مشکلات ناشی از عدم کنترل، مشارکت کمتر در تصمیم‌گیری در خصوص درمان به علت داشتن بهداشتی کمتر و ارتباط بد با پزشکان» همراه است. این افراد اغلب به علت مهارت‌های ضعیف سواد سلامت، خدمات پیشگیرانه را کمتر دریافت می‌کنند و عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیفی دارند (۱۱). سواد سلامت، عنصر مهمی در توانایی زنان چهت مشارکت در فعالیت‌های پیشگیری و ارتقای سلامت خود و کودکانشان می‌باشد. بدون درک کافی از اطلاعات بهداشتی، برای یک زن مشکل یا حتی غیر ممکن خواهد بود که بتواند تصمیمات آگاهانه‌ای بگیرد و این تصمیم‌گیری منجر به بروز پیامدهای مطلوب سلامتی برای خود و خانواده‌اش می‌شود (۱۷).

با توجه به نقش مادری زنان، دو دلیل مهم برای نگرانی راجع به سواد سلامت آنان وجود دارد؛ اول این که به طور معمول اولین مواجهه زنان با سیستم بهداشتی- درمانی زمان حاملگی است و برای هر زنی حرکت در این مسیر پیچیده و ناآشنا حتی با داشتن مهارت‌های کافی سواد سلامت، یک تجربه ترسناک تلقی می‌گردد و زنانی که سواد پایینی دارند، به طور قطع مشکلات پیشتری در خصوص یادگیری اطلاعات بهداشتی و راهنمایی‌های کارمندان بهداشتی خواهند داشت. دومین علت این است که وضعیت سلامت زن و درک وی از اطلاعات بهداشتی در تمام دوران یعنی قبل از بارداری، حین و بعد از بارداری و در تمام مراحل رشد و تکامل، به طور مستقیم روی کودکش تأثیر می‌گذارد و آموزش زنان در چهت ارتقای سلامت کودک و خانواده‌شان اهمیت حیاتی دارد. به همین دلیل زنان به عنوان جمعیت مهم در تأکید بر افزایش سواد

بهداشتی ۵۲/۹ (درصد)، اینترنت (۱۸/۶) و رادیو و تلویزیون (۴/۸ درصد) بود. بر اساس نتایج آزمون χ^2 ، ارتباط قوی و معنی داری بین سواد سلامت با متغیرهای سن ($P = 0/001$)، تأهل ($P < 0/001$)، تحصیلات ($P = 0/001$)، شغل ($P = 0/01$) و سابقه بیماری ($P = 0/001$) مشاهده شد. میانگین نمره سواد سلامت در مشارکت کنندگان، $16/16 \pm 67/60$ از ۱۰۰ بود.

بر اساس یافته های به دست آمده، $43/4$ درصد از زنان سواد سلامت ناکافی داشتند که از این میزان، 60 درصد مربوط به زنان خانه دار بود. همچنین، زنان بازنشسته شرکت کننده نیز از سواد سلامت ناکافی برخوردار بودند؛ در حالی که $59/2$ درصد از کارمندان سواد سلامت کافی داشتند. همچنین، گروه سنی 18 تا 25 سال که گروه دانش آموز و دانشجو محسوب می شود، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد و از سطح سواد بالاتری برخوردار بود؛ به طوری که 60 درصد دانشجویان دارای سواد سلامت کافی بودند.

داده های مربوط به سابقه بیماری نشان داد که ارتباط معنی داری بین سواد سلامت و سابقه ابتلا به بیماری ها وجود داشت ($P = 0/001$). همچنین، $57/6$ درصد از افرادی که سابقه ابتلا به بیماری را گزارش کردند، از سواد سلامت ناکافی برخوردار بودند. $38/0$ درصد از این جمیعت، سابقه بیماری خود را ابتلا به بیماری های مزمنی مانند دیابت و پرفساری خون عنوان نمودند. میزان سواد سلامت بر حسب مشخصات دموگرافیک نمونه ها در جدول ۱ ارایه شده است.

داده ها از طریق خودگزارش دهی و با راهنمایی رابطین بهداشتی آموزش دیده که همراه با پرسشنامه به درب منزل نمونه ها مراجعه می کردند، جمع آوری شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، هماهنگی با مسؤولان شبکه بهداشتی- درمانی شهرستان انجام گرفت و از افراد شرکت کننده رضایتمنه کتبی اخذ گردید. داده ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov جهت بررسی نرمال بودن توزیع مورد بررسی قرار گرفت. در صورت نرمال بودن داده ها، از آزمون Independent t استفاده گردید. معنی داری متغیرها نیز به وسیله آزمون χ^2 مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY)

یافته ها

در مطالعه حاضر، 431 نفر از زنان شهرستان بردسکن مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی نمونه ها، $29/90 \pm 8/74$ سال بود که جوان ترین و مسن ترین آن ها به ترتیب 18 و 59 ساله بودند. همچنین، $78/0$ درصد متاهل و بقیه مجرد بودند. $92/3$ درصد بیماری خاصی را گزارش نکردند و $7/7$ درصد هم حداقل مبتلا به یک بیماری خاص بودند. مهم ترین منابعی که شرکت کنندگان اطلاعات بهداشتی خود را از آن کسب کرده بودند، به ترتیب شامل پزشکان و کارکنان

جدول ۱. مقایسه میزان سواد سلامت بر حسب مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

متغیر	سطح سواد سلامت					
	مقدار P	عالي	كافى	نه چندان كافى	ناكافى	تعداد (درصد)
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سن (سال)	۰/۰۰۹	۲۰ (۱۲/۹)	۶۸ (۴۳/۸)	۵۲ (۳۴/۰)	۱۴ (۹/۰)	۱۸-۲۵
		۲۸ (۲۲/۰)	۵۳ (۴۱/۷)	۳۴ (۲۶/۷)	۱۲ (۹/۴)	۲۶-۳۲
		۱۶ (۱۷/۹)	۳۷ (۴۱/۵)	۲۱ (۲۲/۵)	۱۵ (۱۶/۸)	۲۳-۴۰
	۰/۰۰۱	۵ (۱۴/۰)	۱۰ (۲۸/۰)	۶ (۱۷/۰)	۱۴ (۴۰/۰)	۴۱-۴۷
		۰ (۰)	۳ (۲۷/۰)	۰ (۰)	۸ (۷۲/۰)	۴۸-۵۶
		۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۵۰/۰)	۲ (۵۰/۰)	۵۷-۶۴
	۰/۰۰۱	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۲ (۲۰/۰)	۴۸ (۸۰/۰)	متوسطه
		۷ (۴/۲)	۶۹ (۴۱/۰)	۷۰ (۴۲/۰)	۲۰ (۱۲/۰)	دیپلم و پيش دانشگاهي
		۵۸ (۳۲/۰)	۸۸ (۴۹/۰)	۳۲ (۱۸/۴)	۰ (۰)	كارданی و كارشناسی
		۴ (۱۷/۲)	۱۵ (۶۵/۰)	۴ (۱۷/۲)	۰ (۰)	كارشناسي ارشد و بالاتر
وضعیت تأهل	۰/۰۰۶	۷ (۸/۰)	۴۱ (۵۱/۰)	۲۴ (۳۰/۰)	۷ (۸/۰)	مجرد
		۵۸ (۱۷/۰)	۱۲۰ (۳۸/۰)	۹۲ (۲۷/۰)	۵۴ (۱۶/۰)	متأهل
		۲ (۲/۴)	۱ (۱۱/۰)	۳ (۳۲/۰)	۳ (۳۳/۰)	مطلقه
		۲ (۳/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴ (۶۶/۰)	همسر فوت شده
	۰/۰۰۱	۲۱ (۲۵/۹)	۴۸ (۵۹/۰)	۱۲ (۱۴/۸)	۰ (۰)	کارمند
شغل		۲۳ (۱۱/۰)	۶۱ (۲۹/۰)	۶۹ (۳۲/۰)	۵۶ (۲۶/۷)	خانه دار
		۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱۰۰)	۰ (۰)	بازنشسته
		۶ (۷/۶)	۴۱ (۵۲/۰)	۲۵ (۳۲/۰)	۶ (۷/۶)	دانشجو
		۱۶ (۳۴/۰)	۱۶ (۳۴/۰)	۱۰ (۲۱/۰)	۵ (۱۰/۶)	مشاغل آزاد
	۰/۰۱۲	۶۷ (۱۷/۰)	۱۶۰ (۴۰/۵)	۱۱۲ (۲۸/۴)	۵۶ (۱۴/۲)	ندارم
سابقه بیماری		۲ (۶/۰)	۱۲ (۳۶/۴)	۷ (۲۱/۰)	۱۲ (۳۶/۴)	دارم

میانگین نمره سواد سلامت مشارکت کنندگان، $16/16 \pm 67/60$ در ۱۵/۸ درصد (۶۸ نفر) از افراد مورد بررسی سواد سلامت ناکافی، ۳۷/۶ درصد (۱۱۹ نفر) سواد سلامت نه چندان کافی، ۳۹/۹ درصد (۱۷۲ نفر) سواد سلامت کافی و ۱۶/۰ درصد (۶۹ نفر) سواد سلامت عالی داشتند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حدود ۴۳/۴ درصد از زنان شرکت کننده دارای سواد سلامت ناکافی بودند. هرچند در ایران مطالعات اندکی در زمینه سواد سلامت زنان انجام شده، اما مطالعات مشابه داخلی دیگر که سطح سواد سلامت عمومی را بررسی کردند، سطح سواد سلامت را ناکافی گزارش نمودند (۲۰، ۲۱). میانگین نمره سواد سلامت در تحقیق طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران حدود ۴۷/۲ و پایین گزارش شد. مطالعه پیمامیشی آنان که در پنج استان کشور انجام گرفت، میزان سواد سلامت کافی زنان تحت بررسی حدود ۲۵/۹ درصد) عنوان گردید (۲۲). نتایج پژوهش‌های مذکور (۲۰-۲۲) و بسیاری از بررسی‌های انجام شده در رابطه با سواد سلامت با یافته‌های تحقیق حاضر همخوانی دارد و همگی بیانگر سطح سواد سلامت ناکافی زنان در جوامع می‌باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سوال از پزشک و کارکنان بهداشتی، اینترنت و تلویزیون و رادیو به ترتیب از مهم‌ترین راههای کسب اطلاعات بهداشتی شرکت کنندگان محسوب می‌شود. در پژوهش توسعی و همکاران نیز تلویزیون و رادیو و سوال از پزشک و کارکنان بهداشتی به ترتیب با ۴۰/۶ و ۴۲/۰ درصد، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد (۱۱). نتایج تحقیق صحرایی و همکاران نیز نشان داد که رادیو و تلویزیون و پس از آن سوال از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی، مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات بهداشتی برای شرکت کنندگان بود (۲۳). یافته‌های مطالعات مذکور (۱۱) با بررسی حاضر مطابقت داشت. در پژوهش حاضر، استفاده از اینترنت (۱۸/۶ درصد) بعد از سوال از پزشک و کارکنان بهداشتی، بیشترین فراوانی را بین گزینه‌های دیگر داشت که این امر می‌تواند به علت افزایش دسترسی و استفاده از اینترنت و فضای مجازی بین افشار مختلف به خصوص زنان خانه‌دار و دانشجویان در یک تا دو سال اخیر باشد که افراد می‌توانند حجم زیادی از اطلاعات بهداشتی را از این طریق به دست آورند و روی سطح سواد سلامت تأثیر بگذارند. البته هنوز تحقیقی در ایران مبنی بر سنجش رابطه بین سواد سلامت و استفاده از اینترنت به صورت اختصاصی صورت نگرفته است.

نتایج بررسی حاضر نشان داد که رابطه معنی داری میان متغیر سال‌های تحصیل و سطح سواد سلامت وجود دارد ($P = 0.001$). در مطالعات نکویی مقدم و همکاران (۲۴) و طل و همکاران (۲۱) نیز ارتباط معنی داری بین سواد سلامت و تحصیلات مشاهده گردید که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بود. با وجود رابطه معنی دار بین تحصیلات و سواد سلامت در تحقیق حاضر، اما یافته‌ها نشان داد که درصد قابل توجهی از گروههای دارای تحصیلات بالا نیز از سواد سلامت کافی برخوردار نبودند. به عنوان مثال، حدود ۴۲ درصد از افراد دارای مدرک دیپلم و پیش دانشگاهی و ۱۸ درصد از افراد دارای مدرک دانشگاهی، سواد سلامت محدود داشتند که این یافته با نتایج سایر مطالعات (۱۷، ۲۵، ۲۶) همخوانی داشت. از این یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح سواد سلامت در زنان بالای ۴۰ سال و تحصیلات کمتر از دیپلم و خانه‌دار پایین است. همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، با توجه به نقش زنان در تربیت جامعه و خانواده و همچنین، شیوع بیماری‌های مزمن و ارتباط سواد سلامت با پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها، می‌طلبد که دستگاه‌های مرتبط تلاش مجددانه و برنامه‌ریزی‌های مناسبی در جهت افزایش سواد سلامت جامعه داشته باشند. همچنین، با توجه به این که اینترنت یکی از منابع مهم کسب اطلاعات بهداشتی محسوب می‌شود، لازم است که تحقیقات بیشتری بر روی استفاده از این ابزار و هدایت صحیح آن به سمت استفاده در اطلاع‌رسانی‌های بهداشتی و به دنبال آن افزایش سطح سواد سلامت جامعه به ویژه زنان انجام شود.

تشکر و قدردانی

تحقیق حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت با شماره ۳/P92238/P. مصوب دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می‌باشد. بدین وسیله نویسندهای از کلیه افرادی که در جمع‌آوری داده‌ها و انجام مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

1. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
2. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 183-4.
3. 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.
4. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel, Tsouros AD. Health literacy: The solid facts [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
5. Ratzan S. Introduction. In: Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, Editors. National Library of Medicine current bibliographies in medicine. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2000.
6. 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. *Daneshvar Med* 2012; 19(97): 1-12. [In Persian].
7. World Health Organization. Closing the gap in a generation health equity through action on the social determinants of health [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf
8. Morovati Sharifabad MA, Rouhani Tonekaboni N. Social support and self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd diabetes research center. *Zahedan J Res Med Sci* 2008; 9(4): 275-84. [In Persian].
9. Yamashita T, Kart CS. Is diabetes-specific health literacy associated with diabetes-related outcomes in older adults? *J Diabetes* 2011; 3(2): 138-46.
10. Abazari P, Vanaki Z, Mohammadi E, Amini M. Inadequate investment on management of diabetes education. *J Res Med Sci* 2012; 17(8): 792-8.
11. Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: Findings from a national study. *Payesh Health Monit* 2016; 15(1): 95-102. [In Persian].
12. Javadzade SH, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults in Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2013; 9(5): 540-9. [In Persian].
13. Wengryn MI, Hester EJ. Pragmatic skills used by older adults in social communication and health care contexts: Precursors to health literacy [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: www.asha.org/uploadedfiles/asha/publications/2011s-pragmatic-skills-older-adults.pdf
14. Sajjadi H, Hosseinpour N, Sharifian Sani M, Mahmoodi Z. Association between health literacy and life style in married rural women in Izeh, Iran. *Journal of Health and Hygiene* 2016; 7(4): 479-89. [In Persian].
15. Peyman TS, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F. The relationship of self-care behaviors and health literacy in patients with hypertension in Isfahan City, Iran, in 2015-2016. *J Health Syst Res* 2017; 13(3): 381-7. [In Persian].
16. Manderbacka K, Kareholt I, Martikainen P, Lundberg O. The effect of point of reference on the association between self-rated health and mortality. *Soc Sci Med* 2003; 56(7): 1447-52.
17. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38(5): 601-10.
18. Ferguson B. Health literacy and health disparities: The role they play in maternal and child health. *Nurs Womens Health* 2008; 12(4): 286-98.
19. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin Seyed A, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health literacy for Iranian adults (HElia): development and psychometric properties. *Payesh Health Monit* 13(5): 589-99. [In Persian].
20. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and pregnancy outcomes. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2007; 12(4): 146-52.
21. 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. *Hospital* 2012; 11(3): 45-52. [In Persian].
22. Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, Barghami M. Health literacy and the influencing factors: A study in five provinces of Iran. *Strides Dev Med Educ* 2007; 4(1): 1-9. [In Persian].
23. Sahrayi M, Panahi R, Kazemi S, Goli Rostami Z, Rezaie H, Jorvand R. The study of health literacy of adults in Karaj. *J Health Lit* 2017; 1(4): 230-8.
24. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. Health literacy and utilization of health services in Kerman urban Area 2011. *Toloo e Behdasht* 2013; 11(4): 123-34. [In Persian].
25. McLaughlin RA. Associations among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with presentational and gestational diabetes in an urban setting [PhD Thesis]. Memphis, Tennessee: University of Tennessee Health Science Center; 2009.
26. Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163(2): 131-40.
27. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: The gap between physicians and patients. *Am Fam Physician* 2005; 72(3): 463-8.

A Survey on the Level of Health Literacy among the Women in Bardaskan City, Iran, in Year 2016: A Cross-Sectional Study

Parisa Askarian-Tavandari¹, Masoumeh Hashemian², Hamid Joveini²,
Atoosa Solimanian³, Sedigheh Rastaghi⁴

Original Article

Abstract

Background: Health literacy refers to individuals' ability to acquire, analyze, and understand basic health information and services, required to make decisions on health and health-related issues. The current study was conducted to investigate the level of health literacy among the women in Bardaskan City, Iran, and the factors affecting it.

Methods: This was a cross-sectional descriptive-analytic study conducted on 431 women aged 18 to 65 years in Bardaskan city, who were selected using cluster sampling method in year 2016. The data were collected using Health Literacy for Iranian Adults Questionnaire (HELIQ). Data analysis was performed using Kolmogorov-Smirnov, chi-square and Mann-Whitney tests via SPSS software.

Findings: The mean age of participants was 29.90 ± 8.74 years. Health literacy had a significant relationship with age, marriage, education, history of illness, and occupation. The health literacy score among the participants was 67.6 ± 16.1 out of 100, which showed an average level. The most important sources of health information from the participant's points of views included physicians and health staff, the internet, and radio and television, respectively. 57% of participants with a history of disease had inadequate health literacy.

Conclusion: In general, the health literacy of most women participating in this study was modest. Given the important role of women in family and community education, and the impression of health literacy on this important role, it is necessary to design and implement educational programs aimed at promoting the level of health literacy among the women and, consequently, self-care skills.

Keywords: Health literacy, Women, Cross-sectional study

Citation: Askarian-Tavandari P, Hashemian M, Joveini H, Solimanian A, Rastaghi S. A Survey on the Level of Health Literacy among the Women in Bardaskan City, Iran, in Year 2016: A Cross-Sectional Study. J Health Syst Res 2018; 14(1): 35-40.

1- Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2- Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

3- Office of Health Education and Promotion, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

4- Lecturer, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Corresponding Author: Masomeh Hashemian, Email: hashemianm@medsab.ac.ir