DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3302 Published by Vesnu Publications

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

پریسا عسکریان توندری[۱]، معصومه هاشمیان[۲]، حمید جوینی[۲]، آتوسا سلیمانیان[۳]، صدیقه رستاقی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

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

روش‌ها: 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. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه سواد سلامت ایرانیان (Health Literacy for Iranian Adults یا HELIA) جمع‌آوری شد و سپس با استفاده از آزمون‌های Kolmogorov-Smirnov، Independent t، Mann–Whitney و χ^2 در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان، ۸/۷۴ ± ۲۹/۹۰ سال بود. ارتباط معنی‌داری بین سطح سواد سلامت با سن، تأهل، تحصیلات، سابقه بیماری و شغل مشاهده شد. نمره سواد سلامت در نمونه‌ها، ۱۶/۱۶ ± ۶۷/۶۰ از ۱۰۰ و در حد متوسط گزارش گردید. مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات مربوط به سلامت از دیدگاه شرکت‌کنندگان به ترتیب مربوط به پزشکان و کارکنان بهداشتی، اینترنت و رادیو و تلویزیون بود. ۵۷ درصد از افرادی که سابقه بیماری گزارش کرده بودند، سواد سلامت کافی نداشتند.

نتیجه‌گیری: 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 برنامه‌های آموزشی با هدف ارتقای سطح سواد سلامت زنان و به دنبال آن، مهارت‌های خودمراقبتی آنان طراحی و اجرا گردد.

واژه‌های 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 (۱): ۴۰-۳۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۷/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۷ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۱/۱۵

مقدمه

ایجاد نظام‌های نوین سلامت، منجر به ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان این نظام‌ها شده است. این نیازها باعث می‌شود تا در نهایت افراد برای اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده‌هایشان، نقش‌های جدیدی را بپذیرند 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 تصمیم‌گیری افراد در زمینه‌های 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 سیاست‌گذاران قرار گرفته است (۴، ۳).

سواد سلامت توانایی‌های فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات بهداشتی و سلامتی است که منجر به تصمیم‌گیری صحیح می‌شود (۵). دیدگاه سواد سلامت این‌گونه بنا شده است که هم سواد و هم بهداشت، از جمله منابع مهم و ضروری برای زندگی به شمار می‌روند. سطح سواد هم باعث توانمندی افراد در استفاده از اطلاعات بهداشتی در عمل و هم منجر به کنترل بیشتر بر سلامت خود به عنوان فردی از خانواده و جامعه می‌شود؛ بدین معنی که اشتراک عوامل اجتماعی و فردی، زمینه‌ساز سواد سلامت است (۶). سازمان جهانی بهداشت در گزارش خود، سواد سلامت را یکی از بزرگ‌ترین تعیین کننده‌های امر سلامت معرفی کرد و به کشورهای جهان توصیه نمود که انجمنی متشکل از تمام افرادی که متأثر از این امر هستند، تشکیل دهند تا فعالیت‌های استراتژیک جهت ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف را برنامه‌ریزی، پایش و هماهنگ کنند (۷).

تا مدتی پیش، بیماری‌های واگیردار به عنوان معضل بهداشتی بزرگی در کشورهای جهان سوم به شمار می‌رفت؛ به طوری که تمام توان کشور صرف کنترل و پیشگیری از این بیماری‌ها می‌شد، اما امروزه افزایش بیماری‌های غیر واگیر به خصوص در کشورهای در حال توسعه، به یک تهدید جدی در حوزه سلامت تبدیل شده است که از جمله این بیماری‌ها می‌توان به دیابت، پرفشاری خون، سرطان و... اشاره کرد (۸). یکی از عوامل مؤثر بر پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها، داشتن آگاهی کافی در مورد بیماری، عوامل مؤثر بر آن و نحوه

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، 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- مربی، گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
نویسنده مسؤول: معصومه هاشمیان
Email: hashemianm@medsab.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.8.8]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3302]

پیشگیری است و در عین حال، یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار بر سطح آگـاهی و کنترل و پیشگیری مؤثرتر، افزایش سطح سواد سلامت است (۵). نتایج مطالعـات Yamashita و Kart (۹) و اباذری و همکاران (۱۰)، ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین افزایش سطح سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی در بیمارن مبـتلا بـه دیابت گزارش کردند.

در ایران تحقیقات اندکی بر روی سواد سلامت زنان انجام شده، اما یافته‌هـا در پژوهش‌های محدودی که بر روی سواد سلامت عمومی در چند شهر ایران و همچنین، مطالعاتی که در کشورهای دیگر صـورت گرفتـه اسـت، نشـان دهنـده سواد سلامت محدود در کل جمعیت می‌باشد. طوسی و همکـاران دریافتنـد کـه ۴۴ درصد از جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله مـورد بررسـی از سـواد سـلامت محـدودی برخوردار می‌باشند (۱۱). همچنین، نتایج پژوهش جوادزاده و همکاران نشـان داد که ۵۳/۵ درصد افراد از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند (۱۲). نتایج مطالعات نشان داده است که اغلب افراد ۱۸ تا ۶۵ سـاله در زمینـه مهـارت‌هـای خوانـدن، ارزیابی و تصمیم‌گیری، با قدرت عمل نمی‌کنند و این موارد از علل پـایین بـودن سواد سلامت آنان می‌باشد که با توجـه بـه مولـد بـودن ایـن گـروه جمعیتـی در جامعه، توجه بیشتر به سواد سلامت این گروه احسـاس مـی‌شـود (۱۳). تحقیـق سجادی و همکاران که بر روی زنان روستایی ایذه انجام شـد، حـاکی از آن بـود 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 اسـتفاده از خدمات مراقبتی در سطح پایینی قرار دارند (۱۵).

نقش کلیدی سواد سلامت در بهره‌مندی از خـدمات بهداشـتی- درمـانی و بهبود نتایج حاصل از آن به خوبی اثبات شده است (۱۶). سواد سلامت ناکافی بـا مواردی همچون «وضعیت سلامت فردی ضعیف، استفاده نادرسـت و خودسـرانه از داروها، عدم پیروی از دستورات پزشک، کنتـرل ضـعیف بیمـاری‌هـای مـزمن مانند دیابت و پرفشاری خون و مشکلات ناشی از ایـن عـدم کنتـرل، مشـارکت کمتر در تصمیم‌گیری در خصوص درمان به علت دانش بهداشتی کمتر و ارتبـاط بد با پزشکان» همراه است. این افراد اغلب به علت مهـارت‌هـای ضـعیف سـواد سلامت، خدمات پیشگیرانه را کمتر دریافت می‌کنند و عملکرد بهداشـت جسـمی و روانی ضعیفی دارند (۱۱). سواد سلامت، عنصر مهمی در توانـایی زنـان جهـت مشارکت در فعالیت‌های پیشگیری و ارتقای سلامت خود و کودکانشان می‌باشـد. بدون درک کافی از اطلاعات بهداشتی، برای یک زن مشکل یا حتی غیر ممکن خواهد بود که بتواند تصمیمات آگاهانه‌ای بگیرد و این تصـمیم‌گیـری منجـر بـه بروز پیامدهای مطلوب سلامتی برای خود و خانواده‌اش می‌شود (۱۷).

با توجه به نقش مادری زنان، دو دلیل مهم بـرای نگرانـی راجـع بـه سـواد سلامت آنان وجود دارد؛ اول این که به طور معمول اولین مواجهه زنان با سیستم بهداشتی- درمانی زمان حاملگی است و بـرای هـر زنـی حرکـت در ایـن مسـیر پیچیده و ناآشنا حتی با داشتن مهارت‌هـای کـافی سـواد سـلامت، یـک تجربـه ترسناک تلقی می‌گردد و زنانی که سواد پایینی دارنـد، بـه طـور قطـع مشـکلات بیشتری در خصوص یادگیری اطلاعـات بهداشـتی و راهنمـایی‌هـای کارمنـدان بهداشتی خواهند داشت. دومین علت این است که وضـعیت سـلامت زن و درک وی از اطلاعات بهداشتی در تمام دوران یعنـی قبـل از بـارداری، حـین و بعـد از بارداری و در تمام مراحل رشد و تکامل، به طـور مسـتقیم روی کـودکش تـأثیر می‌گذارد و آموزش زنان در جهت ارتقای سلامت کودک و خانواده‌شـان اهمیـت حیاتی دارد. به همین دلیل زنان به عنوان جمعیت مهم در تأکید بر افزایش سـواد سلامت شناسایی شده‌اند (۱۸).

با توجه به مطالب مذکور و ایـن کـه زنان نیمی از جمعیت انسانی جوامع را تشکیل می‌دهند و هر تلاشی جهت حفظ و ارتقای سلامت جوامع بدون توجه به نقش زنان، به شکست می‌انجامد و علاوه بر ایـن، جایگاه زنان بـه دلیـل نقش مادری و همسری، اهمیت زیادی در سلامت دیگر اعضای خانواده دارد؛ بنابراین، آگاهی از سطح سواد سلامت زنـان و بـه دنبـال آن انجـام مـداخلاتی در جهـت اصلاح و ارتقای آن، امری ضروری به نظر می‌رسد. در ایران چندین پـژوهش در خصوص سواد سلامت انجام شده، اما کمتـر مطالعـه‌ای بـه طـور اختصاصـی در رابطه با سواد سلامت زنان صورت گرفته است. بـا توجـه بـه مـوارد بیـان شـده، تحقیق حاضر با هدف تعیین سطح سواد سلامت زنان و بررسی عوامل مـؤثر بـر آن در شهرستان بردسکن انجام گردید.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی- تحلیلی- مقطعی بود که در سال ۹۶-۱۳۹۵ بر روی ۴۳۱ نفر از زنان ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن در شهرستان بردسکن با اسـتفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام گرفت. با توجه بـه فعالیـت دو مرکـز جـامع سلامت در شهرستان و سرشماری کـه در سـال ۱۳۹۴ انجـام شـده بـود، تمـام اطلاعات خانوارهای ساکن این شهرستان در سامانه الکترونیکی وجود داشت. در این نمونه‌گیری، در مرحله اول جمعیت زنان شهر بر اساس محل سکونت بـه دو خوشه تقسیم شد که هر خوشه جهـت دریافـت خـدمات بـه یـک مرکـز جـامع سلامت مراجعه می‌کرد. جمعیت هر مرکز به دو بلوک تقسیم گردید. سپس از هر بلوک ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخـاب شـد و پـس از کسـب رضـایت، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن سـواد خوانـدن و نوشـتن، سکونت در شهر بردسکن، علاقمندی به شـرکت در مطالعـه و داشـتن سـن ۱۸ تـا ۶۵ سال بود. تکمیل ناقص پرسش‌نامه نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

ابزار جمـــــع‌آوری داده‌ها، پرســـــش‌نامـــــه سواد سلامت ایرانیان (Health Literacy for Iranian Adults یـا HELIA) بودکه توسـط منتظری و همکاران در سال ۱۳۹۳ تهیه شد (۱۹). روایی این مقیاس بـا اسـتفاده از روش تحلیل عـاملی اکتشـافی و پایـایی آن بـه روش Cronbach's alpha مورد تأیید قرار گرفت. پرسش‌نامه HELIA شامل ۳۳ گویه و ۵ مؤلفه می‌باشـد که سطح سواد سلامت را در پنج بعد دسترسی (شامل ۶ سؤال)، مهارت خوانـدن (۴ سؤال)، فهم (۷ سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال) و تصـمیم‌گیـری (۱۲ سـوال) مـورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌ها نیز بـر اسـاس مقیـاس پـنج درجـه‌ای لیکـرت (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 ابـزار (امتیاز خرده سنجش و امتیاز کل) از جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آیـد. طیـف امتیازات خرده سنجش بعد خواندن بین ۴ تا ۲۰، بعد دسترسی بین ۶ تا ۳۰، بعـد 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 پنج‌گانه سواد سلامت محاسبه و سپس به نمره استاندارد بین صفر تـا ۱۰۰ تبـدیل گردیـد. بـا توجه به این نمره‌دهی، نمرات صفر تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، نمـرات ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نـه چنـدان کـافی، نمـرات ۶۶/۱ تـا ۸۴ بـه عنوان سواد سلامت کافی و نمرات ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سـواد سـلامت عـالی در نظر گرفته شد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.8.8]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3302]

داده‌ها از طریق خودگزارش‌دهی و با راهنمایی رابطین بهداشتی آموزش دیده که همراه با پرسش‌نامه به درب منازل نمونه‌ها مراجعه می‌کردند، جمع‌آوری شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، هماهنگی با مسؤولان شبکه بهداشتی-درمانی شهرستان انجام گرفت و از افراد شرکت‌کننده رضایتنامه کتبی اخذ گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov جهت بررسی نرمال بودن توزیع مورد بررسی قرار گرفت. در صورت نرمال بودن داده‌ها، از آزمون Independent t و در صورت نرمال نبودن، از آزمون Mann-Whitney استفاده گردید. معنی‌داری متغیرها نیز به وسیله آزمون χ^2 مورد بررسی قرارگرفت. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۴۳۱ نفر از زنان شهرستان بردسکن مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی نمونه‌ها، ۸/۷۴ ± ۲۹/۹۰ سال بود که جوان‌ترین و مسن‌ترین آن‌ها به ترتیب ۱۸ و ۵۹ ساله بودند. همچنین، ۷۸/۰ درصد متأهل و بقیه مجرد بودند. ۹۲/۳ درصد بیماری خاصی را گزارش نکردند و ۷/۷ درصد هم حداقل مبتلا به یک بیماری خاص بودند. مهم‌ترین منابعی که شرکت‌کنندگان اطلاعات بهداشتی خود را از آن کسب کرده بودند، به ترتیب شامل پزشکان و کارکنان بهداشتی (۵۲/۹ درصد)، اینترنت (۱۸/۶درصد) و رادیو وتلویزیون (۸/۴ درصد) بود. بر اساس نتایج آزمون χ^2، ارتباط قوی و معنی‌داری بین سواد سلامت با متغیرهای سن (P = ۰/۰۰۱)، تأهل (P < ۰/۰۰۱)، تحصیلات (P = ۰/۰۰۱)، شغل (P = ۰/۰۰۱) و سابقه بیماری (P = ۰/۰۰۱) مشاهده شد. میانگین نمره سواد سلامت در مشارکت‌کنندگان، ۱۶/۱۶ ± ۶۷/۶۰ از ۱۰۰ بود.

بر اساس یافته‌های به دست آمده، ۴۳/۴ درصد از زنان سواد سلامت ناکافی داشتند که از این میزان، ۶۰ درصد مربوط به زنان خانه‌دار بود. همچنین، زنان بازنشسته شرکت‌کننده نیز از سواد سلامت ناکافی برخوردار بودند؛ در حالی که ۵۹/۲ درصد از کارمندان سواد سلامت کافی داشتند. همچنین، گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال که گروه دانش‌آموز و دانشجو محسوب می‌شود، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد و از سطح سواد بالاتری برخوردار بود؛ به طوری که ۶۰ درصد دانشجویان دارای سواد سلامت کافی بودند.

داده‌های مربوط به سابقه بیماری نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت و سابقه ابتلا به بیماری‌ها وجود داشت (P = ۰/۰۰۱). همچنین، ۵۷/۶ درصد از افرادی که سابقه ابتلا به بیماری را گزارش کردند، از سواد سلامت ناکافی برخوردار بودند. ۳۸/۰ درصد از این جمعیت، سابقه بیماری خود را ابتلا به بیماری‌های مزمنی مانند دیابت و پرفشاری خون عنوان نمودند. میزان سواد سلامت بر حسب مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. مقایسه میزان سواد سلامت بر حسب مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر		سطح سواد سلامت				مقدار P
		ناکافی	نه چندان کافی	کافی	عالی	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سن (سال)	۱۸-۲۵	۱۴ (۹/۰)	۵۳ (۳۴/۰)	۶۸ (۴۳/۸)	۲۰ (۱۲/۹)	۰/۰۰۹
	۲۶-۳۲	۱۲ (۹/۴)	۳۴ (۲۶/۷)	۵۳ (۴۱/۷)	۲۸ (۲۲/۰)	
	۳۳-۴۰	۱۵ (۱۶/۸)	۲۱ (۲۳/۵)	۳۷ (۴۱/۵)	۱۶ (۱۷/۹)	
	۴۱-۴۷	۱۴ (۴۰/۰)	۶ (۱۷/۰)	۱۰ (۲۸/۰)	۵ (۱۴/۰)	
	۴۸-۵۶	۸ (۷۲/۰)	۰ (۰)	۳ (۲۷/۰)	۰ (۰)	
	۵۷-۶۴	۲ (۵۰/۰)	۲ (۵۰/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	
تحصیلات	متوسطه	۴۸ (۸۰/۰)	۱۲ (۲۰/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰/۰۰۱
	دیپلم و پیش‌دانشگاهی	۲۰ (۱۲/۰)	۷۰ (۴۲/۰)	۶۹ (۴۱/۰)	۷ (۴/۲)	
	کاردانی و کارشناسی	۰ (۰)	۳۳ (۱۸/۴)	۸۸ (۴۹/۰)	۵۸ (۳۲/۰)	
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۰ (۰)	۴ (۱۷/۳)	۱۵ (۶۵/۰)	۴ (۱۷/۳)	
وضعیت تأهل	مجرد	۷ (۸/۰)	۲۴ (۳۰/۰)	۴۱ (۵۱/۰)	۷ (۸/۰)	۰/۰۰۶
	متأهل	۵۴ (۱۶/۰)	۹۲ (۲۷/۰)	۱۳۰ (۳۸/۰)	۵۸ (۱۷/۰)	
	مطلقه	۳ (۳۳/۰)	۳ (۳۳/۰)	۱ (۱۱/۰)	۲ (۲/۴)	
	همسر فوت شده	۴ (۶۶/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۳/۰)	
شغل	کارمند	۰ (۰)	۱۲ (۱۴/۸)	۴۸ (۵۹/۰)	۲۱ (۲۵/۹)	۰/۰۰۱
	خانه‌دار	۵۶ (۲۶/۷)	۶۹ (۳۳/۰)	۶۱ (۲۹/۰)	۲۳ (۱۱/۰)	
	بازنشسته	۰ (۰)	۲ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	
	دانشجو	۶ (۷/۶)	۲۵ (۳۲/۰)	۴۱ (۵۲/۰)	۶ (۷/۶)	
	مشاغل آزاد	۵ (۱۰/۶)	۱۰ (۲۱/۰)	۱۶ (۳۴/۰)	۱۶ (۳۴/۰)	
سابقه بیماری	ندارم	۵۶ (۱۴/۲)	۱۱۲ (۲۸/۴)	۱۶۰ (۴۰/۵)	۶۷ (۱۷/۰)	۰/۰۱۲
	دارم	۱۲ (۳۶/۴)	۷ (۲۱/۰)	۱۲ (۳۶/۴)	۲ (۶/۰)	

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.8.8]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3302]

میانگین نمره سواد سلامت مشـارکت‌کننـدگان، ۱۶/۱۶ ± ۶۷/۶۰ از ۱۰۰ بـود. ۱۵/۸ درصـد (۶۸ نفـر) از افـراد مـورد بررسـی سـواد سـلامت ناکـافی، ۲۷/۶ درصد (۱۱۹ نفر) سواد سلامت نه چندان کـافی، ۳۹/۹ درصـد (۱۷۲ نفـر) 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 شرکت‌کننـده دارای سواد سلامت ناکافی بودند. هرچنـد در ایـران مطالعـات انـدکی در زمینـه سـواد سلامت زنان انجام شده، اما مطالعات مشابه داخلی دیگر که سطح سواد سـلامت عمومی را بررسـی کـرده‌انـد، سـطح سـواد سـلامت را ناکـافی گـزارش نمودنـد (۲۱، ۲۰). میانگین نمره سواد سلامت در تحقیق طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران حدود ۴۷/۲ و پایین گزارش شد. مطالعه پیمایشی آنان که در پنج اسـتان کشـور انجام گرفت، میزان سواد سلامت کافی زنان تحت بررسـی حـدود ۲۵/۹ درصـد) عنوان گردید (۲۲). نتایج پژوهش‌های مذکور (۲۲–۲۰) و بسیاری از بررسی‌هـای انجام شده در رابطه با سواد سلامت با یافته‌های تحقیق حاضر همخـوانی دارد و همگی بیانگر سطح سواد سلامت ناکافی زنان در جوامع می‌باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سؤال از پزشک و کارکنان بهداشتی، اینترنت و تلویزیون و رادیو به ترتیب از مهـم‌تـرین راه‌هـای کسـب اطلاعـات بهداشـتی شرکت‌کنندگان محسوب می‌شود. در پژوهش توسی و همکـاران نیـز تلوزیـون و رادیو و سؤال از پزشک و کارکنان بهداشتی به ترتیـب بـا ۴۲/۰ و ۴۰/۶ درصـد، بیشـترین فراوانـی را بـه خـود اختصـاص داد (۱۱). نتـایج تحقیـق صـحرایی و همکـاران نیـز نشـان داد کـه رادیو و تلویزیون و پس از آن سـؤال از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی– درمانی، مهم‌ترین منابع‌کسب اطلاعات بهداشتی برای شرکت‌کنندگان بود (۲۳). یافته‌های مطالعات مذکور (۲۳، ۱۱) بـا بررسـی حاضـر مطابقت داشت. در پژوهش حاضر، استفاده از اینترنت (۱۸/۶ درصد) بعد از سـؤال از پزشک و کارکنان بهداشتی، بیشترین فراوانی را بین گزینه‌هـای دیگـر داشـت که این امر می‌تواند به علت افـزایش دسترسـی و اسـتفاده از اینترنـت و فضـای مجازی بین اقشار مختلف به خصوص زنان خانه‌دار و دانشجویان در یـک تـا دو سال اخیر باشد که افراد می‌توانند حجم زیـادی از اطلاعـات بهداشـتی را از ایـن طریق به دست آورند و روی سـطح سـواد سـلامت تـأثیر بگذارنـد. البتـه هنـوز تحقیقی در ایران مبنی بر سنجش رابطه بین سواد سلامت و استفاده از اینترنـت به صورت اختصاصی صورت نگرفته است.

نتایج بررسی حاضر نشان داد که رابطه معنی‌داری میان متغیـر سـال‌هـای تحصیل و سطح سـواد سـلامت وجـود دارد (P = ۰/۰۰۱). در مطالعـات نکـویی مقدم و همکاران (۲۴) و طل و همکاران (۲۱) نیز ارتباط معنـی‌داری بـین سـواد سلامت و تحصیلات مشاهده گردید که با یافته‌های پژوهش حاضر همسـو بـود. با وجود رابطه معنی‌دار بین تحصیلات و سـواد سـلامت در تحقیـق حاضـر، امـا یافته‌ها نشان داد که درصد قابل توجهی از گروه‌های دارای تحصیلات بالا نیز از سواد سلامت کافی برخوردار نبودند. به عنـوان مثـال، حـدود ۴۲ درصـد از افـراد دارای مـدرک دیـپلم و پـیش دانشـگاهی و ۱۸ درصـد از افـراد دارای مـدرک دانشگاهی، سواد سلامت محدود داشتند که این یافته بـا نتـایج سـایر مطالعـات (۲۶، ۲۵، ۱۷) همخوانی داشت. از این یافته‌ها مـی‌تـوان نتیجـه‌گیـری کـرد کـه سال‌های تحصیل به تنهایی نمی‌تواند به عنوان شاخص معتبری در مهارت‌هـای درک و خواندن محسوب شود. به طور کلی، می‌توان گفت که سواد سلامت افراد لزوماً بر اساس سال‌های تحصیل و یا توانایی عمومی در خواندن تعیین نمی‌شود.

در پژوهش حاضر بین سن و سواد سلامت نیز ارتبـاط معنـی‌داری مشـاهده شد؛ به این صورت که با افزایش سن (گروه سنی ۴۰ سال و بالاتر) سـطح سـواد سلامت ناکافی افزایش می‌یافت که این نتیجه با یافته‌های برخی تحقیقات (۱۸) مطابقت داشت. نتیجه مذکور به این دلیل به دسـت آمـد کـه بـا افـزایش سـن، کاستی‌هایی در سواد افراد در نتیجه کاهش عملکرد شـناختی، فاصـله گـرفتن از سال‌های تحصیل رسمی و کاهش توانایی‌های حسی به وجود می‌آید (۲۷).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، بین سطح سواد سلامت با وضعیت حیطه شغلی ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که گروه شغلی کارمند و دانشـجو و مشاغل آزاد از سواد سلامت بهتری برخوردار بودند. ایـن نتـایج بـا یافتـه‌هـای پژوهش قنبری و همکاران که بر روی زنان باردار شـهر تهـران انجـام شـد (۶)، مطابقت داشت، اما با نتایج تحقیقات نکویی مقـدم و همکـاران (۲۴) و طهرانـی بنی‌هاشمی و همکاران (۲۲) که جامعه آماری آن‌ها جمعیت بالای ۱۸ سال بـود، همخوانی نداشت. یافته حاصل از مطالعه حاضر می‌تواند تـا حـدودی مربـوط بـه سطح تحصیلات بالاتر این گروه‌های شغلی باشد. وجود دو دانشگاه آزاد اسـلامی و پیام نور در شهرستان و غیر صنعتی بودن این شهر باعث شده اسـت تـا اغلـب افراد مشغول به تحصیل باشند و در شغل‌های اداری و دفتـری مشـغول بـه کـار شوند یا امید به یافتن شغل اداری داشته باشند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضـر، عـدم توجـه بـه مهـارت‌هـایی همچـون صحبت کردن و گوش دادن افراد شرکت‌کننده بود که جـزء مهـارت‌هـای مهـم سواد سلامت محسوب می‌شـود. عـدم سـنجش تـأثیر متغیرهـایی ماننـد سـطح فرهنگی و اقتصادی بر سواد سلامت نیز از جمله محدودیت‌ها به شمار می‌رود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح سواد سلامت در زنان بـالای ۴۰ سـال و تحصیلات کمتر از دیپلم و خانه‌دار پایین است. همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شـد، با توجه به نقش زنان در تربیت جامعه و خانواده و همچنین، شیوع بیمـاری‌هـای مزمن و ارتباط سواد سلامت با پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها، مـی‌طلبـد کـه دستگاه‌های مرتبط تلاش مجددانه و برنامه‌ریزی‌های مناسبی در جهت افـزایش سواد سلامت جامعه داشته باشند. همچنین، با توجه به این کـه اینترنـت یکـی از منابع مهم کسب اطلاعات بهداشتی محسوب می‌شود، لازم است کـه تحقیقـات بیشتری بر روی استفاده از این ابزار و هدایت صـحیح آن بـه سـمت اسـتفاده در اطلاع‌رسانی‌های بهداشتی و به دنبال آن افزایش سطح سواد سلامت جامعـه بـه ویژه زنان انجام شود.

تشکر و قدردانی

تحقیق حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشـد آمـوزش بهداشـت بـا شماره P92238/3، مصوب دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می‌باشد. بدین وسـیله نویسندگان از کلیه افرادی که در جمع‌آوری داده‌هـا و انجـام مطالعـه همکـاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.8.8]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3302]

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, Barghamdi 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.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.8.8]

[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3302]

DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3302 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 14, No. 1, Spring 2018

Received: 05.10.2017 Accepted: 28.12.2017 Published: 04.04.2018

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

Parisa Askarian-Tavandari[1], Masoumeh Hashemian[2], Hamid Joveini[2], Atoosa Solimanian[3], Sedigheh Rastaghi[4]

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 (HELIA). 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' 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.8.8]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3302]