

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

پریسا عسکریان توندیری^۱، معصومه هاشمیان^۲، حمید جویینی^۳، آتوسا سلیمانیان^۴، 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، Mann-Whitney Independent t و χ^2 در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان، $29/90 \pm 8/74$ سال بود. ارتباط معنی‌داری بین سطح سواد سلامت با سن، تأهل، تحصیلات، سابقه بیماری و شغل مشاهده شد. نمره سواد سلامت در نمونه‌ها، $16/16 \pm 67/60$ 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 توندیری پریسا، هاشمیان معصومه، جویینی 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): ۳۵-۴۰

تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۷/۱۳

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 تعیین‌کننده‌های 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

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 آرایه خدمات بهداشتی-درمانی دارد، به شدت مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است (۳، ۴).

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 این گونه 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

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

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 Yamashita و Kart (۹) و ابازری 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 ۴۴ درصد از جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله مورد بررسی از سواد سلامت محدودی برخوردار می‌باشند (۱۱). همچنین، نتایج پژوهش جوادزاده و همکاران نشان داد که ۵۳/۵ 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 جمعیتی در جامعه، توجه بیشتر به سواد سلامت این گروه احساس می‌شود (۱۳). تحقیق سجادی و همکاران که بر روی زنان روستایی ایذه 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 ضعیف، استفاده نادرست و خودسرانه از داروها، عدم پیروی از دستورات پزشک، کنترل ضعیف بیماری‌های مزمن مانند دیابت و پرفشاری خون و مشکلات ناشی از این عدم کنترل، مشارکت کمتر در تصمیم‌گیری در خصوص درمان به علت دانش 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 جهت 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 بیشتری 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 کودک تأثیر می‌گذارد و آموزش زنان در جهت ارتقای سلامت کودک و خانواده‌شان اهمیت حیاتی دارد. به همین دلیل زنان به عنوان جمعیت مهم در تأکید بر افزایش سواد

سلامت شناسایی شده‌اند (۱۸).

با توجه به مطالب مذکور و این که 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 این، جایگاه زنان به دلیل نقش مادری و همسری، اهمیت زیادی در سلامت دیگر اعضای خانواده دارد؛ بنابراین، آگاهی از سطح سواد سلامت زنان و به دنبال آن انجام مداخلاتی در جهت 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-مقطعی بود که در سال ۹۶-۱۳۹۵ بر روی ۴۳۱ نفر از زنان ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن در شهرستان بردسکن با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای 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 جهت 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 جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه سواد سلامت ایرانیان (Health Literacy for Iranian Adults یا HELIA) بود که توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۹۳ تهیه شد (۱۹). روایی این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی آن به روش Cronbach's alpha مورد 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 پنج 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 جمع 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 پنج‌گانه 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.

داده‌ها از طریق خودگزارش دهی 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 قرار گرفت. 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، $29/90 \pm 8/74$ 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 (۱۸/۶ درصد) و رادیو و تلویزیون (۸/۴ درصد) بود. بر اساس نتایج آزمون χ^2 ، ارتباط قوی و معنی‌داری بین سواد سلامت با متغیرهای سن ($P = 0/001$)، تأهل ($P < 0/001$)، تحصیلات ($P = 0/001$)، شغل ($P = 0/001$) و سابقه بیماری ($P = 0/001$) مشاهده شد. میانگین نمره سواد سلامت در مشارکت‌کنندگان، $16/16 \pm 67/60$ 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 ($P = 0/001$). 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 ارائه شده است.

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

متغیر	مقدار P	سطح سواد سلامت			
		عالی	کافی	نه چندان کافی	ناکافی
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سن (سال)	۰/۰۰۹	۲۰ (۱۲/۹)	۶۸ (۴۳/۸)	۵۳ (۳۴/۰)	۱۴ (۹/۰)
		۲۸ (۲۲/۰)	۵۳ (۴۱/۷)	۳۴ (۲۶/۷)	۱۲ (۹/۴)
		۱۶ (۱۷/۹)	۳۷ (۴۱/۵)	۲۱ (۲۳/۵)	۱۵ (۱۶/۸)
		۵ (۱۴/۰)	۱۰ (۲۸/۰)	۶ (۱۷/۰)	۱۴ (۴۰/۰)
		۰ (۰)	۳ (۲۷/۰)	۰ (۰)	۸ (۷۲/۰)
تحصیلات	۰/۰۰۱	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۵۰/۰)	۲ (۵۰/۰)
		۰ (۰)	۰ (۰)	۱۲ (۲۰/۰)	۴۸ (۸۰/۰)
		۷ (۴/۲)	۶۹ (۴۱/۰)	۷۰ (۴۲/۰)	۲۰ (۱۲/۰)
		۵۸ (۳۲/۰)	۸۸ (۴۹/۰)	۳۳ (۱۸/۴)	۰ (۰)
		۴ (۱۷/۳)	۱۵ (۶۵/۰)	۴ (۱۷/۳)	۰ (۰)
وضعیت تأهل	۰/۰۰۶	۷ (۸/۰)	۴۱ (۵۱/۰)	۲۴ (۳۰/۰)	۷ (۸/۰)
		۵۸ (۱۷/۰)	۱۳۰ (۳۸/۰)	۹۲ (۲۷/۰)	۵۴ (۱۶/۰)
		۲ (۲/۴)	۱ (۱۱/۰)	۳ (۳۳/۰)	۳ (۳۳/۰)
		۲ (۳/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴ (۶۶/۰)
		۲۱ (۲۵/۹)	۴۸ (۵۹/۰)	۱۲ (۱۴/۸)	۰ (۰)
شغل	۰/۰۰۱	۲۳ (۱۱/۰)	۶۱ (۲۹/۰)	۶۹ (۳۳/۰)	۵۶ (۲۶/۷)
		۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱۰۰)	۰ (۰)
		۶ (۷/۶)	۴۱ (۵۲/۰)	۲۵ (۳۲/۰)	۶ (۷/۶)
		۱۶ (۳۴/۰)	۱۶ (۳۴/۰)	۱۰ (۲۱/۰)	۵ (۱۰/۶)
		۶۷ (۱۷/۰)	۱۶۰ (۴۰/۵)	۱۱۲ (۲۸/۴)	۵۶ (۱۴/۲)
سابقه بیماری	۰/۰۱۲	۲ (۶/۰)	۱۲ (۳۶/۴)	۷ (۲۱/۰)	۱۲ (۳۶/۴)

میانگین نمره سواد سلامت مشارکت‌کنندگان، $16/16 \pm 67/60$ از ۱۰۰ بود. ۱۵/۸ درصد (۶۸ نفر) از افراد مورد بررسی سواد سلامت ناکافی، ۲۷/۶ 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 شرکت‌کننده 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 کرده‌اند، 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 پیمایشی 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، سؤال از پزشک و کارکنان بهداشتی، اینترنت و تلویزیون و رادیو به ترتیب از مهم‌ترین راه‌های کسب اطلاعات بهداشتی شرکت‌کنندگان محسوب می‌شود. در پژوهش توسی و همکاران نیز تلویزیون و رادیو و سؤال از پزشک و کارکنان بهداشتی به ترتیب با ۴۲/۰ و ۴۰/۶ 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 سؤال از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی، مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات بهداشتی برای شرکت‌کنندگان بود (۲۳). یافته‌های مطالعات مذکور (۲۳، ۱۱) با بررسی حاضر مطابقت داشت. در پژوهش حاضر، استفاده از اینترنت (۱۸/۶ درصد) بعد از سؤال 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 اقشار 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 معنی‌داری 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 معنی‌داری بین سواد سلامت و تحصیلات مشاهده گردید که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بود. با وجود رابطه معنی‌دار 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 (۲۶، ۲۵، ۱۷) همخوانی داشت. از این یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که

سال‌های تحصیل به تنهایی نمی‌تواند به عنوان شاخص معتبری در مهارت‌های 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 ارتباط معنی‌داری مشاهده شد؛ به این صورت که با افزایش سن (گروه سنی ۴۰ سال و بالاتر) سطح سواد سلامت ناکافی افزایش می‌یافت که این نتیجه با یافته‌های برخی تحقیقات (۱۸) مطابقت داشت. نتیجه مذکور به این دلیل به دست آمد که 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 (۲۷).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، بین سطح سواد سلامت با وضعیت حیطة شغلی ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که گروه شغلی کارمند و دانشجو و مشاغل آزاد از سواد سلامت بهتری برخوردار بودند. این نتایج با یافته‌های پژوهش قنبری و همکاران که بر روی زنان باردار شهر تهران انجام شد (۶)، مطابقت داشت، اما با نتایج تحقیقات نکویی مقدم و همکاران (۲۴) و طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران (۲۲) که جامعه آماری آن‌ها جمعیت بالای ۱۸ سال بود، همخوانی نداشت. یافته حاصل از مطالعه حاضر می‌تواند تا حدودی مربوط به سطح تحصیلات بالاتر این گروه‌های شغلی باشد. وجود دو دانشگاه آزاد اسلامی و پیام نور در شهرستان و غیر صنعتی بودن این شهر باعث شده است تا اغلب افراد مشغول به تحصیل باشند و در شغل‌های اداری و دفتری مشغول به کار شوند یا امید به یافتن شغل اداری داشته باشند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم توجه به مهارت‌هایی همچون صحبت کردن و گوش دادن افراد شرکت‌کننده بود که جزء مهارت‌های مهم سواد سلامت محسوب می‌شود. عدم سنجش تأثیر متغیرهایی مانند سطح 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 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، می‌طلبید 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 P92238/3، مصوب دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان 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, 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. Safer 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 (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'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