

Health Literacy among Women Referring to Healthcare Centers of Zanjan City, Iran: A Cross-sectional Study

Mohtasham Ghaffari (PhD)¹, Hossein Hatami (MD)¹, Sakineh Rakhshanderou (PhD)¹, Alireza Shoghli (PhD)², Ahmad Heidari (MD)^{3,*}

¹ Department of Public Health, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Social Medicine, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

³ Zanjan Health Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

* **Corresponding Author:** Ahmad Heidari, Zanjan Health Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. Email: aheidari1392@yahoo.com

Abstract

Received: 19/09/2017

Accepted: 20/03/2018

How to Cite this Article:

Ghaffari M, Hatami H, Rakhshanderou S, Shoghli A, Heidari A. Health Literacy among Women Referring to Healthcare Centers of Zanjan City, Iran: A Cross-sectional Study. *J Educ Community Health*. 2018; 5(1): 42-48. DOI: 10.21859/jech.5.1.42

Background and Objective: Health literacy refers to a collection of skills, which enable the individuals to read, hear, analyze, and decide on the health-related issues. The possession of these skills by women have a significant effect on the improvement of health and happiness in their family and community. Regarding this, the aim of the present study was to determine health literacy level among the women referring to healthcare centers in Zanjan, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 323 women referring to the urban healthcare centers of Zanjan in 2016. The study population was selected using stratified random sampling technique. Data collection tools included a demographic questionnaire and Short Test of Functional Health Literacy in Adults. The data were analyzed in SPSS (version 21) using Pearson correlation test, t-test, and one-way ANOVA.

Results: The mean health literacy among the participants was obtained as 71.56 ± 17.8 . According to the results, 22.6%, 22.3%, and 50.1% of the subjects had inadequate, borderline, and adequate health literacy, respectively. Furthermore, health literacy showed a significant relationship with education level ($P < 0.001$) and occupational status ($P = 0.44$).

Conclusion: As the findings indicated, about half of the women had no favorable level of health literacy. Considering the critical role of women in preserving and promoting the health of their family and community, it is necessary to consider educational plan in order to improve the health literacy among this important group.

Keywords: Health Literacy; Test of Functional Health Literacy in Adults; Women

سواد سلامت در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر زنجان: یک مطالعه مقطعی

محتشم غفاری^۱، حسین حاتمی^۱، سکینه رخشنده‌رو^۱، علیرضا شغلی^۲، احمد حیدری^{۳*}

^۱ دکترای تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ دکترای تخصصی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۳ دکترای حرفه‌ای، مرکز بهداشت شهرستان زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

* نویسنده مسئول: احمد حیدری، مرکز بهداشت شهرستان زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

ایمیل: aheidari1392@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: سواد سلامت (Health Literacy) به مجموعه‌ای از مهارت‌ها که فرد را قادر به خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و به‌کارگیری این مهارت‌ها در مسائل مربوط به سلامت می‌نماید، اطلاق می‌گردد. وجود این مهارت‌ها برای زنان در خانواده در سلامتی و شادابی اعضای خانواده و کل جامعه تأثیر به‌سزایی دارد. در این راستا، هدف از مطالعه حاضر تعیین سطح سواد سلامت زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر زنجان بود.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۵ در ارتباط با ۳۲۳ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر زنجان که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای مشتق بر دو بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بالغین (STOFHLA: Short Test of Functional Health Literacy in Adults) بود. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS 21 و با استفاده از آزمون همبستگی Pearson، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سواد سلامت شرکت‌کنندگان در مطالعه $71/56 \pm 17/8$ بود. همچنین ۲۲/۶ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت ناکافی، ۲۲/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۰/۱ درصد سواد سلامت کافی داشتند. شایان ذکر است که بین سواد سلامت و سطح تحصیلات ($P < 0/01$) و وضعیت شغلی ($P = 0/044$) شرکت‌کنندگان در مطالعه رابطه آماری معناداری به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌ها، سواد سلامت حدود نیمی از زنان شرکت‌کننده در مطالعه در حد مطلوب نبود. با توجه به نقش حیاتی بانوان در سلامت خانواده و اجتماع ضروری است برنامه‌ریزی آموزشی در زمینه ارتقای سواد سلامت این گروه مهم انجام شود.

واژگان کلیدی: آزمون سواد سلامت عملکردی بزرگسالان؛ زنان؛ سواد سلامت

مقدمه

سلامت را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت مشخص نموده است [۳]. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که سطح پایین سواد سلامت منجر به تأخیر در تشخیص به‌موقع بیماری‌ها، ناتوانی در مهارت‌های مراقبت از خود، افزایش استفاده از خدمات اورژانس، افزایش میزان بستری شدن در بیمارستان، افزایش بروز بیماری‌های مختلف و افزایش میزان مرگ و میر در افراد می‌گردد [۴]. سواد سلامت به‌عنوان یک مشکل اثرگذار بر کیفیت و هزینه

سواد سلامت دربرگیرنده مجموعه‌ای از مهارت‌ها است که فرد را قادر به خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و به‌کارگیری این مهارت‌ها در مسائل مربوط به سلامت می‌نماید و صرفاً محصول سال‌های تحصیل یا خواندن عمومی نمی‌باشد [۱]. هرچند سواد سلامت اصطلاحی جدید می‌باشد؛ اما موضوع سواد سلامت بیش از ۳۰ سال است که در متون علمی مورد استفاده قرار گرفته است [۲]. اخیراً سازمان جهانی بهداشت (WHO: World Health Organization) در گزارشی سواد

زنجان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ در ارتباط با زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر زنجان انجام شده است. براساس مطالعات قبلی [۱۱] و با استفاده از فرمول زیر، نمونه‌ای با حجم ۳۲۳ نفر برای انجام مطالعه حاضر تعیین گردید.

$$n = \frac{z^2 \frac{p(1-p)}{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \times (0.3) \times (0.7)}{0.05^2} \cong 323$$

نمونه‌ها از ۱۱ مرکز بهداشتی-درمانی شهر زنجان به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب گشته و وارد مطالعه شدند. بدین‌منظور، تعداد خانوارها و جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی شهر زنجان استخراج گردید و با انتساب متناسب نمونه‌ها، سهمیه هر مرکز از حجم نمونه کل مطالعه تعیین شد. در ادامه در هر مرکز بهداشتی-درمانی، نمونه‌ها از بین زنان مراجعه‌کننده جهت دریافت خدمات بهداشتی-درمانی به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. معیارهای انتخاب شرکت‌کنندگان در مطالعه عبارت بودند از: داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن پرونده بهداشتی برای مراقبت‌های بهداشتی در مرکز بهداشتی-درمانی و رضایت جهت شرکت در مطالعه. معیار خروج نیز داشتن بیماری زمینه‌ای و عدم تمایل به ادامه همکاری با تیم پژوهش بود. مشارکت تمامی افراد در مطالعه به‌صورت داوطلبانه و با رضایت آگاهانه صورت گرفت. لازم به ذکر است که به کلیه زنان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و به‌صورت کلی تجزیه و تحلیل خواهند شد. باید خاطرنشان ساخت که این مطالعه دارای تأییدیه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با شناسه IR.SBMU.PHNS.1395.136 می‌باشد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از نسخه فارسی آزمون سواد سلامت عملکردی بالغین (STOFHLA) که یکی از معتبرترین و مهم‌ترین آزمون‌های بررسی سواد سلامت در جهان می‌باشد، استفاده شد. روایی و پایایی این آزمون برای جامعه ایرانی توسط طهرانی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است [۹]. آزمون سواد سلامت شامل دو بخش درک خواندن و محاسبات می‌باشد. در بخش درک خواندن، توانایی فرد پاسخ‌دهنده برای خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت‌های سلامت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این بخش شامل سه متن در رابطه با دستورات آمادگی برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسئولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه‌نامه و یک فرم استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی می‌باشد که به‌صورت ۵۰ سؤال جای خالی چهار گزینه‌ای تنظیم شده است. در بخش محاسبات، کارتهایی حاوی توضیح در مورد برخی از داروها، وقت ملاقات،

خدمات شناخته می‌شود [۵]. مطابق با گزارش‌های سیستم‌های بهداشتی-درمانی، بیماران با سواد سلامت پایین نسبت به بیماران با سواد سلامت کافی به میزان بالاتری در بیمارستان بستری می‌شوند و مدت زمان طولانی‌تری در بیمارستان اقامت می‌کنند. باید خاطرنشان ساخت که فقدان سواد سلامت با ارائه مراقبت‌های نازل بهداشتی-درمانی همبستگی دارد و بار اضافی را بر منابع سلامت تحمیل می‌کند [۶].

هرچند سواد سلامت در همه افراد اهمیت دارد؛ اما این موضوع به‌طور خاص در برخی از گروه‌های جمعیتی همچون گروه مادران از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. از آنجایی که آموزش زنان برای ارتقای سلامت کودکان و خانواده اهمیت حیاتی دارد، زنان به‌عنوان جمعیت اولیه برای تأکید بر افزایش سواد سلامت شناسایی شده‌اند [۷]. زنان بیشترین تأثیر را بر اعضای خانواده اعم از فرزندان و همسر دارند و ارتقای سواد سلامت زنان باعث ارتقای سلامت خود آن‌ها، فرزندان و همه اعضای خانواده می‌شود [۸]. گام اول در طراحی مداخلات، بررسی وضعیت اولیه می‌باشد. برخی از مطالعات محدود انجام‌شده در این زمینه حاکی از وضعیت غیرقابل قبول هستند. بنی‌هاشمی و همکاران در مطالعه‌ای پیمایشی در پنج شهر و پنج روستای کشور از استان‌های بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران، ۱۰۸۶ نفر از افراد ۱۸ سال و بالاتر را مورد پرسشگری در محل منزلشان قرار دادند. بر مبنای نتایج ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند [۹].

طل و همکاران نیز در مطالعه‌ای که با هدف ارزیابی وضعیت آگاهی و سواد سلامت زنان دیابتی نوع دو و بررسی ارتباط بین سواد سلامت و آگاهی انجام دادند، گزارش نمودند که زنان دیابتی شرکت‌کننده در مطالعه آگاهی کافی نداشته و دارای سواد سلامت متوسط بودند که این امر تأییدکننده نیاز به آموزش به‌منظور بهبود و ارتقای آگاهی و سواد سلامت می‌باشد [۱۰]. در این زمینه، قنبری و همکاران در مطالعه خود در مورد زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گزارش نمودند که ۳۰ درصد از افراد سواد سلامت ناکافی، ۲۴/۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۴۵/۴ درصد سواد سلامت کافی داشتند [۱۱]. نتایج مطالعه افشاری و همکاران در مورد بزرگسالان شهرستان تویسرکان نیز سواد سلامت افراد را نامطلوب نشان داد [۱۲].

نتایج مطالعات ذکرشده بیشتر دلالت بر پایین بودن سطح سواد سلامت دارند و نیاز به مداخلات آموزشی را نشان می‌دهند. با توجه به اهمیت سواد سلامت در زنان و تأثیر آن در سلامت خانواده و اجتماع و نیز نظر به اینکه طرح مشکل و اندازه‌گیری میزان آن زمینه‌ساز ترغیب مدیران و مسئولان برای مداخلات می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان سواد سلامت مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در

مطالعه (n=۳۲۳)

متغیر	گروه	تعداد	درصد
سن	زیر ۲۰ سال	۹	۲/۸
	۲۰-۲۴	۴۶	۱۴/۲
	۲۵-۲۹	۹۳	۲۸/۹
	۳۰-۳۴	۸۷	۲۶/۹
	۳۵-۳۹	۵۸	۱۷/۹
سطح تحصیلات	ابتدایی	۴۵	۱۳/۹
	راهنمایی	۵۹	۱۸/۳
	دیپلم	۹۳	۲۸/۸
وضعیت اشتغال	دانشگاهی	۱۲۶	۳۹
	شاغل	۴۱	۱۲/۷
	خانه‌دار	۲۸۲	۸۷/۳

توزیع فراوانی سطوح سواد سلامت در جدول ۲ نشان داده شده است. مطابق با یافته‌ها، میانگین و انحراف معیار سواد سلامت کلی $17/8 \pm 71/56$ از ۱۰۰ بود و بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در مطالعه (۵۵/۱ درصد) از سواد سلامت کافی برخوردار بودند. دیگر یافته پژوهش حاضر با استفاده از آزمون همبستگی Pearson نشان داد که بین سن و بعد درک خواندن سواد سلامت همبستگی معکوس و معناداری وجود دارد ($r = -0/131$, $P < 0/05$). بین بعد خواندن و بعد محاسبات سواد سلامت نیز همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد ($r = 0/373$, $P < 0/01$) (جدول ۳).

ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و ابعاد سواد سلامت در جدول ۴ ارائه شده است. مطابق با یافته‌ها، بین سطح سواد سلامت کلی و ابعاد خواندن و محاسباتی سواد سلامت و

مراحل دریافت کمک مالی و یک مثال از نتیجه آزمایش قند خون به فرد داده شد و سپس سؤالات این بخش که مشتمل بر ۱۷ سؤال بود، مطرح شده و جواب پاسخ‌دهنده ثبت گردید. شایان ذکر است که به افراد برای پاسخ به بخش درک خواندن ۲۰ دقیقه و برای پاسخ به بخش محاسبات ۱۰ دقیقه وقت داده شد و پس از اتمام این مدت پرسشنامه‌ها حتی به صورت ناتمام جمع‌آوری گردیدند. ۵۰ سؤال بخش درک خواندن هر کدام دارای یک امتیاز (در مجموع ۵۰ امتیاز) بودند. امتیاز ۱۷ سؤال بخش محاسبات نیز با اعمال ضریب به ۵۰ رسانده شد (با ضرب امتیاز هر سؤال در عدد ۲/۹۴۱) و در مجموع امتیاز پرسشنامه از ۱۰۰ محاسبه گردید. براساس نقاط جداسازی ۵۹ و ۷۴، سواد سلامت افراد به سه سطح ناکافی (۵۹-۰)، مرزی (۷۴-۶۰) و کافی (بالای ۷۵) طبقه‌بندی گردید. باید خاطر نشان ساخت که مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان (وضعیت تحصیلی و شغل فرد) از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد.

داده‌های گردآوری‌شده در نرم‌افزار SPSS 21 و با استفاده از آماره‌های توصیفی و آزمون‌های کای اسکور، آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون همبستگی Pearson تحلیل گردیدند. شایان ذکر است که سطح معناداری در همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر مبنای یافته‌ها، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه $30 \pm 5/4$ سال بود و بیشتر افراد (۲۸/۹ درصد) در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال قرار داشتند. همچنین سطح تحصیلات اغلب شرکت‌کنندگان در سطح دانشگاهی (۳۹ درصد) بود و بیشتر آن‌ها (۸۷/۳ درصد) خانه‌دار بودند. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی سطوح سواد سلامت کلی و میانگین و انحراف معیار امتیازات سواد سلامت (n=۳۲۳)

سطوح سواد سلامت	تعداد	درصد
۵۹- (ناکافی)	۷۳	۲۲/۶
۶۰-۷۴ (مرزی)	۷۲	۲۲/۳
۷۵-۱۰۰ (کافی)	۱۷۸	۵۵/۱
میانگین و انحراف معیار امتیازات بخش درک و خواندن	$38/87 \pm 8/33$	
میانگین و انحراف معیار امتیازات بخش محاسبات	$11/11 \pm 4/4$	
میانگین و انحراف معیار امتیازات سواد سلامت کل	$71/56 \pm 17/8$	

جدول ۳: همبستگی بین سن و سواد سلامت در افراد مورد مطالعه

متغیرهای مورد مطالعه	۱	۲	۳
سن	۱		
بعد درک خواندن سواد سلامت	$-0/131^*$	۱	
بعد محاسبات سواد سلامت	$0/41$	$0/373^{**}$	۱

* ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار می‌باشند؛ ** ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار می‌باشند

جدول ۴: ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با سواد سلامت و ابعاد آن

متغیرهای دموگرافیک	سواد سلامت کلی		سواد سلامت (بخش خواندن)		سواد سلامت (بخش محاسبات)	
	انحراف	سطح	انحراف	سطح	انحراف	سطح
سن	۱۸ تا ۳۰ سال	۷۱/۱۹±۱۷/۱۵	۳۹/۲۹±۷/۲۱	۰/۳۶۰	۱۰/۸۵±۴/۵	۰/۱۶۲
	بالای ۳۰ سال	۷۲/۳۶±۱۸/۵۸	۳۸/۴۲±۹/۴۱		۱۱/۵۴±۴/۱۹	
سطح تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	۹/۹۰±۴/۷۵	۳۴/۳۵±۸/۷۱	<۰/۰۰۱	۹/۹۰±۴/۷۵	<۰/۰۰۱
	دبیرستان و دیپلم دانشگاهی	۱۰/۲۶±۴/۵۶	۳۹/۱۸±۳۷/۷		۱۰/۲۶±۴/۵۶	
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۲/۳۷±۱۴/۸۰	۳۷/۰۲±۵/۷۰	<۰/۰۰۱	۱۲/۳۷±۳/۹۵	۰/۰۴۴
	خانه‌دار	۱۰/۹۸±۴/۳۹	۳۸/۲۳±۸/۵۴		۱۰/۹۸±۴/۳۹	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۶۳/۰۳±۱۷/۷۵	۳۷/۸±۸/۱۲		۱۰/۶۲±۴/۵۲	۰/۳۷۴
	متوسط خوب	۷۲/۱۳۲±۱۷/۸۷	۳۸/۹۵±۸/۶۹	۰/۱۰۹	۱۱/۲۸±۴/۲۹	
		۷۴/۹۱±۱۷/۲۷	۴۰/۹۳±۷/۰۲		۱۱/۵۵±۴/۵۳	

سلامت گزارش شده است؛ به‌ویژه اینکه با افزایش سن افراد تحت مطالعه به بالای ۳۰ سال، سطح سواد سلامت ناکافی به‌طور چشمگیری افزایش یافته بود [۱۱]. یافته فوق از این نظر قابل توجه است که نهاد آموزش و پرورش کشور نسل جوان‌تر را در مقایسه با نسل قبلی مورد پوشش جامع‌تری قرار داده است.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که بین سطح تحصیلات و سواد سلامت ارتباط معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش سطح تحصیلات زنان مورد مطالعه، سطح سواد سلامت آن‌ها افزایش می‌یافت. در این راستا در مطالعه قنبری و همکاران، سال‌های تحصیل بیشترین همبستگی را با سواد سلامت داشته است [۱۱]. خسروی و همکاران نیز در بررسی سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر بر این ارتباط تأکید داشته‌اند [۱۷]. علاوه‌براین، مطالعه طاووسی و همکاران در مورد سنجش سواد سلامت بزرگسالان ساکن شهر همین نتیجه را در پی داشته است [۱۸]. از سوی دیگر، طهرانی و همکاران در بررسی سواد سلامت در پنج استان کشور عنوان نمودند که سطح تحصیلات قوی‌ترین ارتباط را با سواد سلامت داشته است و بیشترین پرخ در سطح سواد سلامت مربوط به افرادی بوده است که تحصیلات بیش از هشت سال داشته‌اند. ذکر این نکته ضرورت دارد که پایین‌بودن سواد سلامت در زنان، گروه‌های سنی بالاتر و ساکنان روستا بیشتر مربوط به سطح تحصیلات بوده است [۹]. در بسیاری از مطالعات دیگر نیز این ارتباط گزارش شده است [۱۹، ۲۰]. اگرچه براساس یافته‌های پژوهش حاضر سواد سلامت همبستگی مثبتی با سطح تحصیلات داشت؛ اما همبستگی در بین گروه‌های مختلف تحصیلی با سواد سلامت همبستگی کاملی نیست؛ بدین معنا که در گروه‌های تحصیلی پایین‌تر، میزان سواد سلامت نیز بسیار پایین می‌باشد. براساس گزارش آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی، با وجود اینکه سطح سواد سلامت یک فرد با وضعیت تحصیلی او مرتبط است؛ اما این همبستگی بین سال‌های تحصیل

متغیرهای سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0/001$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سواد سلامت زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر زنجان انجام شد. نتایج نشان داد که حدود نیمی از افراد مورد مطالعه (۵۵/۱ درصد) از سواد سلامت کافی برخوردار بودند. این یافته با نتایج مطالعه قنبری و همکاران که در آن سواد سلامت ۴۵/۴ درصد از افراد مورد مطالعه در سطح کافی گزارش شده بود، همخوانی دارد [۱۱]. در این راستا، در مطالعه طاووسی و همکاران سواد سلامت ۵۶ درصد از شرکت‌کنندگان در سطح مطلوب گزارش شده است که این مهم با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد [۱۳]. در مطالعه افشاری و همکاران نیز دستاوردهای مشابهی با یافته‌های پژوهش حاضر گزارش شده است [۱۴]. با این وجود، در مطالعه بنی‌هاشمی و همکاران تنها ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه دارای سواد سلامت کافی بودند که این امر با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی ندارد [۹]. ممکن است این اختلاف ناشی از آن باشد که جمعیت زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی نسبت به کل افراد از سواد سلامت مطلوب‌تری برخوردار هستند. کهن و همکاران نیز سواد سلامت کافی در بین زنان باردار را ۱۸ درصد ارزیابی نمودند [۱۵]. این اختلاف احتمالاً ناشی از تفاوت در ابزار اندازه‌گیری می‌باشد. در این ارتباط، Wagner و همکاران سطح سواد سلامت ضعیف و متوسط در بزرگسالان کشور انگلستان را معادل ۱۱/۴ درصد گزارش نمودند [۱۶]. این یافته‌ها با نتایج مطالعات داخلی تفاوت دارد.

در مطالعه حاضر سن زنان مورد مطالعه با بعد درک خواندن سواد سلامت ارتباط معکوسی داشت؛ به‌طوری که با افزایش سن زنان، سواد درک خواندن در آن‌ها کاهش می‌یافت. در این راستا، در مطالعه قنبری و همکاران ارتباط معناداری بین سن و سواد

شرکت در پژوهش داشتند. باید خاطرنشان ساخت که در برخی از موارد اطلاعات خانم‌ها از وضعیت درآمد سرپرست خانواده دقیق نبود و یا اینکه به دلایلی تمایل به اظهار درآمد پایین در آن‌ها بیشتر بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به پایین بودن سطح سواد سلامت در داخل کشور نسبت به کشورهای پیشرفته، طراحی و اجرای مداخلات آموزشی برای ارتقای سواد سلامت این قشر مهم و تأثیرگذار در جامعه به‌طور جدی توصیه می‌گردد. نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بودند که زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی از سواد سلامت متوسطی برخوردار هستند. از آنجایی که سواد سلامت عامل مهمی در درک پیام‌های بهداشتی و توصیه‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌باشد، ضروری است که کارکنان بهداشتی از روش‌های مؤثر انتقال اطلاعات برای این افراد استفاده نمایند. افراد برای تصمیم‌گیری مناسب در مورد سلامت باید بتوانند اطلاعاتی را که در محیط‌های اختصاصی سلامت به آن‌ها ارائه می‌شود، درک نموده و از آن‌ها استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره عالی بهداشت عمومی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولان و اساتید محترم دانشکده بهداشت، کلیه بانوانی که در این مطالعه همکاری نمودند و نیز همکاران مراکز بهداشتی-درمانی شهر زنجان تشکر و قدردانی می‌گردد. شایان ذکر است که هیچ‌گونه تضاد منافی بین ذی‌نفعان این مطالعه عنوان نشده است.

و سواد سلامت یک همبستگی کامل نمی‌باشد. امتیازی که افراد در مهارت خواندن کسب می‌کنند، اغلب در حد چند کلاس پایین‌تر از آخرین سال تحصیلی است که آن را به اتمام رسانده‌اند [۲۱]؛ بنابراین سال‌های تحصیل به‌تنهایی شاخص کاملاً معتبری برای مهارت‌های درک خواندن نمی‌باشد [۲۲].

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین شغل افراد و سواد سلامت ارتباط معناداری وجود دارد و سطح سواد سلامت افراد شاغل بالاتر از زنان خانه‌دار می‌باشد؛ اما این ارتباط در مطالعه قنبری و همکاران گزارش نشده است. پژوهشگر کم‌بودن افراد شاغل در نمونه مورد مطالعه را علت این موضوع می‌داند [۱۱]. نتایج مطالعه طاووسی و همکاران نیز همانند پژوهش حاضر نشان‌دهنده بالاتر بودن سواد سلامت در افراد شاغل نسبت به زنان خانه‌دار می‌باشد [۱۸].

از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر این بود که بین سواد سلامت و وضعیت اقتصادی افراد رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج مطالعه قنبری و همکاران نیز ارتباط ضعیفی را بین سواد سلامت و درآمد نشان داده است که از این نظر با پژوهش حاضر همسویی دارد [۱۱]. انتظار می‌رود افرادی که تحصیلات کافی ندارند، شغل خوب با درآمد کافی نیز نداشته باشند. در مقابل افراد با تحصیلات بالاتر، درآمد بیشتر و در نتیجه دسترسی بهتری به تسهیلات بهداشتی-درمانی دارند و کمتر در معرض عوامل خطر محیطی قرار می‌گیرند [۷]. در انتها باید خاطرنشان ساخت که پژوهش حاضر همانند هر پژوهش دیگری از محدودیت‌های خاص خود برخوردار است؛ بنابراین یافته‌های این پژوهش شاید قابلیت تعمیم به همه زنان را نداشته باشد؛ زیرا در آن فقط زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. همچنین با توجه به ساعات کاری مراکز بهداشتی-درمانی، بیشتر مراجعه‌کنندگان خانه‌دار بودند و افراد شاغل شانس کمتری برای

REFERENCES

- Parker R, Ratzan SC. Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *J Health Commun.* 2010;15(S2):20-33. PMID: 20845190 DOI: 10.1080/10810730.2010.501094
- Ozdemir H, Alper Z, Unchu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* 2010;25(3):464-77. PMID: 20080808 DOI: 10.1093/her/cyp068
- World Health Organization. Commission on social determinants of health closing the gap in a generation health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Javadzade H, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults of Isfahan, Iran. *J Health Syst Res.* 2013;9(5):540-9. [Persian]
- Davis TC, Wolf MS. Health literacy: implications for family medicine. *Fam Med.* 2004;36(8):595-8. PMID: 15343422
- Downey LV, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J Natl Med Assoc.* 2008;100(11):1304-8. PMID: 19024227
- Ferguson B. Health literacy and health disparities: the role they play in maternal and child health. *Nurs Womens Health.* 2008;12(4):286-98. PMID: 18715376 DOI: 10.1111/j.1751-486X.2008.00343.x
- Paasche-Orlow MK, Wolf MS. Promoting health literacy research to reduce health disparities. *J Health Commun.* 2010;15(Suppl 2):34-41. PMID: 20845191 DOI: 10.1080/10810730.2010.499994
- Banihashemi SA, Amirkhani MA. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *J Strid DevMed Educ.* 2012;4(1):1-9. [Persian]
- Tol A, Pourreza A, Tavassoli E, Rahimi Foroshani A. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *J Hosp.* 2012;11(3):45-52. [Persian]
- Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi MM. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar.* 2012;19(97):1-12. [Persian]
- Afshari M, Khazaei S, Bahrani M, Merati H. Investigating adult health literacy in Tuyserkan city. *J Educ Community Health.* 2014;1(2):48-55. DOI: 10.20286/jech-010248 [Persian]
- Tavousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Soleimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh.* 2015;15(1):95-102. [Persian]
- Mohammadi Farah S, Asr S, Hasan M, Kavivani Manesh A, Barati M, Afshari M, et al. health literacy level and its related factors among college students of Hamadan university of medical sciences, Hamadan, Iran. *J Educ Community Health.* 2017;4(2):11-7. [Persian]
- Kohan SS, Ghasemi S, Dodangeh M. Association between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2007;12(4):146-52.
- von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional

- health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007;**61**(12):1086-90. [PMID: 18000132](#) [DOI: 10.1136/jech.2006.053967](#)
17. Khosravi A, Ahmadzadeh K. Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. *ISMJ*. 2016;**18**(6):1245-53. [DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014](#) [Persian]
 18. Dadipoor S, Ramezankhani A, Aghamolaei T, Rakhshani F, Safari-Moradabadi A. Evaluation of health literacy in the Iranian population. *Health Scope*. 2018;**7**(3):e62212.
 19. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns*. 2015;**98**(1):41-8. [PMID: 25455794](#) [DOI: 10.1016/j.pec.2014.10.006](#)
 20. Sarkar M, Asti L, Nacion KM, Chisolm DJ. The role of health literacy in predicting multiple healthcare outcomes among hispanics in a nationally representative sample: a comparative analysis by English proficiency levels. *J Immigr Minor Health*. 2015;**18**(3):608-15. [PMID: 25894535](#) [DOI: 10.1007/s10903-015-0211-3](#)
 21. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess*. 2011;**199**:1-941. [PMID: 23126607](#)
 22. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica*. 2009;**43**(4):631-8. [PMID: 19488667](#)