

Evaluation of health literacy rate of postmenopausal women covered by Mashhad health centers in 2018

ABSTRACT

Background and Objective: Health literacy is one of the social components of health, which plays a vital role in health education and health promotion. The lack of awareness of women and the low level of literacy and its complications reduce the quality of life in postmenopausal women. The key to solving this problem is only to educate women with the right methods of learning. Considering its importance, this study was conducted to determine the health literacy among postmenopausal women in Mashhad.

Materials and Methods: This research is a descriptive-analytic study. The statistical population consisted of 425 menopausal women aged between 45 and 65 years old. The cluster sampling method was performed. The tools used for demographic and adult literacy questionnaires were short forms. The results were analyzed using Kolmogorov-Smirnov test and correlation and chi-square tests in SPSS_24 software.

Results: The average literacy rate between the target groups was 54.06 ± 20.69 out of 100, which is equivalent to the borderline level. In this study, 47.8% of the subjects were inadequate, 17.2% borderline and 35.1% adequate level of health literacy.

Conclusion: The overall health literacy score in the sample population indicates that a high percentage of women do not have good health literacy. It should be noted that women need to have enough information to judge whether their symptoms need to be treated and how to monitor medical care in order to empower the group for menopause and its complications. In this regard, awareness of this group about menopause and its complications requires essential interventions.

Paper Type: Research Article.

Keywords: health literacy, menopause, education, health, women

► **Citation:** Abdolmalaki B, Peyman N, Esmaili H. Evaluation of health literacy rate of postmenopausal women covered by Mashhad health centers in 2018. *Journal of Health Literacy*. Fall 2018; 3(3):182-190 .

Bahareh Abdolmalaki

MSc Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Nooshin Peyman

* Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Email: peymann@mums.ac.ir
Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Habibollah Esmaili

Ph.D. in Statistics, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Iran.

Received: 2018/10/29

Accepted: 2018/12/11

Doi: 10.22038/JHL.2018.11867

بررسی میزان سواد سلامت زنان یائسه تحت پوشش مراکز بهداشتی مشهد در سال ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت یکی از مولفه های اجتماعی سلامت است که نقش حیاتی در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت داشته است. عدم آگاهی زنان و پایین بودن سواد سلامت و همچنین توانمندی آن‌ها نسبت به مدیریت یائسگی و عوارض آن سبب کاهش کیفیت زندگی زنان یائسه می‌گردد. کلید حل این مشکل تنها در آموزش زنان با شیوه های مناسب یادگیری است. با توجه به اهمیت آن، این پژوهش با هدف تعیین سواد سلامت در بین زنان یائسه مشهد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است. جامعه آماری را ۴۲۵ نفر از زنان یائسه ۶۵-۴۵ ساله تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به شکل خوشه‌ای انجام شد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌های دموگرافیک زمینه ای و فرم کوتاه سواد سلامت بالغین بود. نتایج به‌دست آمده با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف و آزمون‌های همبستگی و کای دو در نرم‌افزار SPSS_۲۴ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سواد سلامت بین گروه هدف $54/06 \pm 20/69$ از ۱۰۰ بود که معادل سطح مرزی می‌باشد. در این پژوهش $47/8$ درصد افراد سطح سواد سلامت ناکافی، $17/2$ درصد سطح مرزی و $35/1$ درصد دارای سطح کافی از سواد سلامت بودند.

نتیجه‌گیری: نمره کلی سواد سلامت در جمعیت نمونه بیانگر آن است که درصد بالایی از زنان سواد سلامت ناکافی دارند و خواهان استفاده از شیوه‌های آموزشی برای رویارویی بهتر با این شرایط می‌باشند. باید اشاره شود زنان نیازمند اطلاعاتی هستند تا بتوانند قضاوت کنند که آیا علائم آن‌ها نیاز به درمان دارد یا خیر و چگونه مراقبتهای پزشکی را پیگیری کنند. در این راستا آگاه سازی این گروه در مورد یائسگی و عوارض آن نیازمند مداخلات اساسی می باشد.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، یائسگی، آموزش، سلامت و زنان

بهاره عبدالملکی

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نوشین پیمان

* استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)

E-mail: Peymann@mums.ac.ir

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

حبیب الله اسماعیلی

دکترای تخصصی آمار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۰

◀ **استناد:** عبدالملکی، بهاره؛ پیمان، نوشین؛ اسماعیلی، حبیب‌الله. بررسی میزان سواد سلامت زنان یائسه تحت پوشش مراکز بهداشتی مشهد در سال ۱۳۹۷. *فصلنامه سواد سلامت*. پاییز ۱۳۹۷؛ ۳(۳): ۱۸۲-۱۹۰.

مقدمه

سواد سلامت یکی مولفه های اجتماعی سلامت است (۱). تحقیقات اخیر نشان می دهند که سواد سلامت نسبت به تحصیلات، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، شغل، نژاد یا جنسیت پیش بینی کننده بهتری برای وضعیت سلامتی می باشد (۲). بیش از ۴۰ سال از مطرح شدن سواد سلامت به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر سلامت می گذرد (۳). تاکنون تعاریف متعددی برای سواد سلامت ارائه شده است (۴). سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را به عنوان "مهارت های شناختی و اجتماعی که انگیزه و توانایی افراد برای به دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی در راه ارتقای و حفظ سلامتی خوب، تعیین می کند" تعریف می کند (۵).

در دهه اخیر سواد سلامت، نقش حیاتی در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت داشته و به عنوان وسیله ای برای بهبود پیامدهای سلامت و کاهش نابرابری در سلامت مورد توجه فزاینده قرار گرفته است (۶). سازمان جهانی بهداشت در گزارشی سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگ ترین تعیین کننده های امر سلامت معرفی نمود. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرد که انجمنی متشکل از تمامی افراد متاثر از این امر جهت پیش و هماهنگی فعالیت های استراتژیک در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود (۷). علی رغم اهمیت نتایج احتمالی سواد سلامت محدود، ارائه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی اغلب از توانایی خواندن بیماران آگاهی ندارند. اگر ارائه دهندگان خدمات در تلاش هستند بر آثار نامطلوب سواد سلامت پایین غلبه کنند، توانایی تشخیص بیماران دارای مشکل احتمالی در سواد سلامت اهمیت دارد (۸).

سواد سلامت ناکافی پیش بینی کننده رفتارهای بهداشتی کمتر، میزان بالاتر بستری شدن در بیمارستان، دشواری در برقراری ارتباط کلامی با ارائه کنندگان خدمات و وضعیت ضعیف تر سلامت می باشد. یک فرد بدون سواد سلامت کافی ممکن است اطلاعات بهداشتی مکتوب را نفهمد، یا آنچه که

کارکنان حرفه ای بهداشت در مورد وضعیت سلامتش به او می گویند را درک نکند یا نتواند دستورات کتبی و شفاهی را برای مدیریت وضعیت خود دنبال کند، برچسب های روی بسته های غذا و داروها را بخواند یا اطلاعات بهداشتی ارائه شده در پوسترها یا بروشورها را درک کند (۱).

بنابراین اولین گام در بررسی چنین مشکلاتی، اندازه گیری سواد سلامت است که با توجه به نتایج بدست آمده مداخلات مربوطه برنامه ریزی شوند. در مطالعه فراتحلیلی که نتایج ۸۵ مطالعه مختلف را جمع آوری نموده است، شیوع سواد سلامت ناکافی را در آمریکا ۲۵ درصد و شیوع سواد سلامت مرزی را ۲۰ درصد برآورد نموده است (۹). در بررسی انجام شده در آمریکا اغلب افراد بالای ۱۶ سال از سطح سواد سلامت متوسطی برخوردار بودند و فقط ۱۲ درصد دارای سطح مناسب سواد سلامت بودند (۱۰). هرچند سواد سلامت در همه افراد جامعه اهمیت دارد، اما این موضوع به طور خاص بر روی گروه زنان که از نقش با اهمیتی برخوردار هستند متمرکز می شود. از طرفی به دلیل اینکه بالا بودن آگاهی زنان جامعه بر ارتقای و حفظ بهداشت و سلامت کودکان و جامعه موثر است، زنان به عنوان جمعیت اولیه برای تاکید بر افزایش سواد سلامت شناسایی شده اند (۱۱).
طل و همکاران نیز در مطالعه ای که با هدف ارزیابی وضعیت آگاهی و سواد سلامت زنان دیابتی نوع ۲ و همچنین بررسی ارتباط بین سواد سلامت و آگاهی انجام دادند، به این یافته دست پیدا کردند که گروه هدف دارای سواد سلامت متوسط هستند و این امر تاکید کننده نیاز این گروه به آموزش می باشد (۱۲). همچنین در مطالعه قنبری و همکاران در مورد بررسی سواد سلامت زنان باردار، ۳۰ درصد از افراد سواد سلامت ناکافی، ۲۴/۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۴۵/۴ درصد سواد سلامت کافی داشتند (۱۳). با توجه به این یافته ها و تفاسیر بررسی میزان سواد سلامت زنان از اهمیت بالایی برخوردار است.

امروزه با توجه به پیر شدن جمعیت و بالا رفتن امید به زندگی، مهمترین مسئله ای که با آن روبرو هستیم کیفیت زندگی در این

زیر می باشد، ۱- تمایل زنان برای شرکت در مطالعه ۲- تحت درمان هیچگونه داروی هورمونی نباشند ۳- جراحی هیستریکتومی^۵ انجام نداده باشند ۴- قطع قاعدگی به مدت حداقل ۱۲ ماه و ۵- ساکن شهر مشهد باشند. معیار خروج هم شامل ۱- عدم تمایل به ادامه همکاری ۲- عدم پاسخگویی بیش از ۱۰ درصد به سوالات پرسشنامه ۳- فوت قبل از اتمام مطالعه می باشد. حجم نمونه بر اساس مطالعه ماچی سوکا^۶ که در رابطه با بررسی سواد سلامت زنان یائسه بود و با استفاده از فرمول برآورد نسبت یک متغیر کمی محاسبه گردید (۱۶). حجم نمونه بر اساس فرمول مربوطه $p=0.05$ و $d=0.05$ حدوداً ۳۸۰ نفر محاسبه شد که با احتمال ۱۰ درصد ریزش ۴۲۵ نفر تعیین گردید. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای انجام شد، به طوری که هر مرکز بهداشت بعنوان یک خوشه در نظر گرفته شد و از هر مرکز ۳ پایگاه به صورت تصادفی انتخاب گردید و نمونه ها جمع آوری شدند.

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}\right)^2 p(1-p)}{(d)^2}$$

در این مطالعه جمع آوری داده ها از افراد تحت مطالعه به روش مصاحبه توسط محقق و همکاران انجام شده است. به منظور تحقق اهداف پژوهش، پرسشنامه های دموگرافیک و فرم کوتاه سواد سلامت بالغین، به وسیله شرکت کنندگان تکمیل گردید.

۱- پرسشنامه دموگرافیک و زمینه ای: این پرسشنامه شامل ۱۲ سوال است که با بررسی و نظرسنجی از اساتید تهیه گردید مانند سن، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت سکونت، وضعیت بیمه، زمان آخرین قاعدگی، تحت درمان بودن با داروهای هورمونی، انجام جراحی هیستریکتومی، وضعیت فعالیت جنسی و میزان رضایت جنسی.

۲- پرسشنامه فرم کوتاه سواد سلامت بالغین: برای جمع آوری داده ها، نسخه فارسی آزمون سواد سلامت عملکرد بالغین که یکی از مهمترین و معتبرترین آزمون های بررسی سواد سلامت در جهان است، استفاده شد. طهرانی و همکاران، روایی و پایایی

دوران است. "اگر چالش قرن بیستم افزایش امید به زندگی بود، چالش اصلی قرن ۲۱ زندگی با کیفیت بهتر است" (۱۴). با توجه به این تفاسیر پدیده یائسگی، اتفاقی است که کیفیت زندگی زنان را در این دوران تحت الشعاع قرار می دهد. یائسگی مرحله ای از زندگی زنان است که با قطع فعالیت تخمدان ها و کاهش چشم گیر هورمون های زنانه (استروژن^۲ و پروژسترون^۳) پس از ۱۲ ماه همراه می باشد. متوسط سن طبیعی یائسگی ۴۲-۵۸ سالگی و میانه آن ۵۱/۴ سالگی می باشد. دوران یائسگی مانند سایر مشکلات، عوارض خاصی را برای زنان به دنبال دارد. یکی از شایع ترین عوارض آن علائم وازوموتور^۴ می باشد که شیوع آن در مطالعات مختلف از ۱۸ تا ۸۵ درصد متغیر است. در زنان آمریکایی بالای ۵۰ سال ۲۵ درصد و در ایران ۵۳/۱ درصد گزارش شده است (۱۵). این حالت می تواند احساس سالم بودن را مختل کند و باعث کاهش کیفیت زندگی زنان در این دوران شود. عدم آگاهی زنان و پایین بودن سواد سلامت و همچنین توانمندی آنها نسبت به این پدیده و مدیریت عوارض آن سبب کاهش کیفیت زندگی زنان یائسه می گردد که کلید حل این مشکل تنها در آموزش و توانمند سازی زنان در این زمینه با شیوه های مناسب یادگیری است.

باتوجه به اهمیت موضوع و یافته های ذکر شده توانمند سازی زنان برای رویارویی بهتر با نشانه های آزار دهنده یائسگی و بالا بردن آگاهی آنها نسبت به این مسئله، از اولویت خاصی برخوردار است (۱۵). بنابراین این پژوهش با هدف تعیین میزان سطح سواد سلامت زنان یائسه در مشهد اجرا شده است.

مواد و روش ها

این پژوهش مطالعه ای است که به صورت توصیفی-تحلیلی انجام شده است. همچنین جامعه آماری مورد مطالعه را زنان یائسه ۴۵-۶۵ ساله تشکیل داده اند. معیار ورود به مطالعه شامل موارد

1. Menopause
2. Estrogen
3. Progesterone
4. vasomotor

5. Hysterectomy
6. Machi suka

یافته ها

بر اساس یافته های این پژوهش، از بین ۴۲۵ نفر، بیشترین افراد شرکت کننده (۲۹/۴ درصد) در این مطالعه را زنان ۶۰-۵۵ ساله تشکیل می دهند. بیشترین تعداد افراد شرکت کننده با مقدار ۷۲/۹ درصد متأهل و کمترین آن با ۲/۴ درصد مجرد بودند. بر اساس داده های جدول (۱)، ۳۴۵ نفر (۸۱/۲ درصد) از گروه هدف با میزان تحصیلات زیر دیپلم در مطالعه شرکت کرده اند. همچنین در مورد متغیر میزان درآمد، تنها ۸/۷ درصد از افراد درآمد بالاتر از ۳ میلیون تومان داشتند. در جمعیت نمونه مطالعه ما ۳۹۸ نفر خانه دار و بقیه افراد شاغل بودند. در این مطالعه طبق یافته های به دست آمده ۱۹۸ نفر از بانوان شرکت کننده فعالیت جنسی داشتند که از این میان تنها ۱۵۴ نفر از آنها، از فعالیت خود احساس رضایت می کردند و سایر افراد عدم رضایت خود را اعلام داشتند، در ادامه ۷۶/۲ درصد از دلیل عدم رضایت با عدم اعتماد بنفس بانوان مرتبط بود. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ قابل مشاهده می باشد.

در این مطالعه بین وضعیت تاهل، میزان درآمد و سطح تحصیلات با متغیر سواد سلامت ارتباط معناداری مشاهده شد (جدول شماره ۳). با توجه به داده های جدول شماره ۴، میزان سواد سلامت گروه هدف ناکافی است. به طوری که میانگین و انحراف معیار متغیر یاد شده در بین این گروه $54/06 \pm 20/69$ است، که معادل سطح مرزی می باشد. بالاترین نمره کسب شده ۹۲/۲۵ و کمترین آن صفر می باشد. همچنین به تفکیک سطوح سواد سلامت ۲۰۳ نفر (۴۷/۸ درصد) ناکافی، ۷۳ نفر (۱۷/۲ درصد) مرزی و تنها ۱۴۹ نفر (۳۵/۱ درصد) از میزان سواد سلامت کافی برخوردار بودند.

جدول ۱. ویژگی های دموگرافیک گروه هدف

متغیر	تعداد	درصد	متغیر	تعداد	درصد
سن	۴۵-۵۰	۸۶	وضعیت اشتغال	خانه دار	۳۹۸
	۵۰-۵۵	۹۷		شاغل	۲۷
	۵۵-۶۰	۱۲۵	وضعیت سکونت	استیجاری	۸۷
	۶۰ و بالاتر	۱۱۷		ملکی	۳۳۸

این آزمون را برای جامعه ایرانی تایید کردند (۱۷)، به این صورت که پس از ترجمه پرسشنامه به زبان فارسی و انتخاب معادل های فارسی برای بخش خواندن و انجام مراحل کامل پایایی و اعتبارسنجی، در مطالعه مقدماتی اول پرسشنامه روی ۵۰ نفر اجرا شد. سپس باتوجه به ضریب دشواری پرسش ها و واریانس پاسخ ها، تغییرهایی روی برخی از گزینه ها اعمال شد و مطالعه مقدماتی دوم نیز روی ۵۰ نفر صورت گرفت.

آزمون سواد سلامت، دو بخش درک خواندن و محاسبات را در بر می گیرد. در بخش خواندن، توانایی فرد پاسخ دهنده برای خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت های سلامت ارزیابی شده، این بخش شامل سه متن در رابطه با دستورهای آمادگی برای عکس برداری از دستگاه فوقانی، حقوق و مسئولیت های بیمار در برگه های بیمه نامه و یک برگه استاندارد رضایت نامه بیمارستانی می باشد که در قالب ۲۰ سوال جای خالی چهار گزینه ای تنظیم شده است. در بخش محاسبات، کارت هایی حاوی توضیح درباره برخی داروها، وقت ملاقات و یک مثال از نتیجه آزمایش قندخون به فرد داده می شود و پرسش های این بخش مشتمل بر چهار سوال می باشد. برای هر یک از سوالات بخش درک خواندن با توجه به محاسبات انجام شده نمره ای در نظر گرفته می شود. در بخش محاسبات هر سوال، اعمال ضریب به ۵۰ رسید و در کل امتیاز پرسشنامه را از ۱۰۰ محاسبه گردید. در نهایت براساس نقاط جداسازی ۵۹ و ۷۴، سواد سلامت افراد در سه سطح ناکافی (۵۹-۰)، مرزی (۷۴-۶۰) و کافی (بالای ۷۵) طبقه بندی شد. در نهایت داده های بدست آمده از پرسشنامه های مربوطه توسط آزمون کلموگروف اسمیرنوف و آزمون های همبستگی و کای دو در نرم افزار SPSS_۲۴ تجزیه و تحلیل شدند.

ادامه جدول ۱. ویژگی های دموگرافیک گروه هدف

تاهل	متاهل	۳۱۰	۷۲/۹	وضعیت بیمه	دارد	۲۷۱	۶۳/۸
	مجرد	۱۰	۲/۴		ندارد	۱۵۴	۳۶/۲
	مطلقه	۲۱	۴/۹	فعالیت جنسی	دارد	۱۹۸	۴۶/۶
	بیوه	۸۴	۱۹/۸		ندارد	۲۲۷	۵۳/۴
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۳۴۵	۸۱/۲	رضایت جنسی	دارد	۱۵۴	۵۱/۹
	دیپلم	۶۴	۱۵/۱		ندارد	۱۴۳	۴۸/۱
	لیسانس	۱۰	۲/۴		* داده های از دست رفته	۱۲۸	۳۰/۱
	فوق لیسانس و بالاتر	۶	۱/۴	احساس درد	۷	۴/۹	
میزان درآمد	کمتر از ۱ میلیون تومان	۱۷۵	۴۱/۳	دلیل عدم رضایت جنسی	عدم اعتماد بنفس	۱۰۹	۷۶/۲
	۱-۲ میلیون تومان	۱۵۴	۳۶/۳		عدم تمایل همسر	۲۷	۱۸/۹
	۲-۳ میلیون تومان	۵۸	۱۳/۷		* داده های از دست رفته	۲۸۲	
	بالاتر ۳ میلیون تومان	۳۷	۸/۷		* در مطالعه ما به دلیل وجود افراد مجرد، مطلقه و بیوه که بعضی از آنها روابط جنسی نداشتند، از این جهت برخی سوالات مربوط به "دلیل عدم رضایت جنسی" و "رضایت جنسی" بی پاسخ ماندند.		

جدول ۲. بررسی همبستگی پیرسون بین متغیرهای دموگرافیک و سواد سلامت

متغیر پژوهش	تاهل	وضعیت اشتغال	میزان تحصیلات	میزان درآمد	وضعیت سکونت	وضعیت بیمه	فعالیت جنسی	رضایت جنسی	سن
ضریب همبستگی									
سواد سلامت	-۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۳	۰/۲	۰/۰۵	-۰/۰۴	-۰/۰۹	-۰/۰۸	-۰/۰۱
p-value									
سواد سلامت	*۰/۰۵	۰/۱	*p<۰/۰۰۱	*p<۰/۰۰۱	۰/۲	۰/۳	۰/۴	۰/۱	۰/۷

جدول ۳. مقایسه بین سواد سلامت و برخی متغیرهای دموگرافیک

متغیر		سواد سلامت						سطح معنی داری آزمون همبستگی
		ناکافی		مرزی		کافی		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۴۲	۷۰	۴۸	۶۵/۸	۱۲۰	۸۰/۵	۰/۰۳
	مجرد	۳	۱/۵	۵	۶/۸	۲	۱/۳	
	مطلقه	۱۰	۴/۹	۵	۶/۸	۶	۴	
	بیوه	۴۸	۲۳/۶	۱۵	۲۰/۵	۲۱	۱۴/۱	
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۱۸۰	۸۸/۷	۶۲	۸۴/۹	۱۰۳	۶۹/۱	<۰/۰۰۱
	دیپلم	۲۲	۱۰/۸	۱۰	۱۳/۷	۳۲	۲۱/۵	
	لیسانس	۱	۰/۵	۱	۱/۴	۸	۵/۴	
	فوق لیسانس و بالاتر	۰	۰	۰	۰	۶	۴	
میزان درآمد	کمتر از ۱ میلیون تومان	۱۰۱	۴۹/۸	۳۳	۴۵/۲	۴۱	۲۷/۷	<۰/۰۰۱
	۱-۲ میلیون تومان	۶۸	۳۳/۵	۳۲	۴۳/۸	۵۴	۳۶/۵	
	۲-۳ میلیون تومان	۲۱	۱۰/۳	۳	۱/۴	۳۴	۲۳	
	بالاتر از ۳ میلیون تومان	۱۳	۶/۴	۵	۶/۸	۱۹	۱۲/۸	

جدول ۴. میزان فراوانی متغیر سواد سلامت به تفکیک سطوح

متغیر		تعداد	درصد
سواد سلامت	ناکافی	۲۰۳	۴۷/۸
	مرزی	۷۳	۱۷/۲
	کافی	۱۴۹	۳۵/۱
میانگین نمره سواد سلامت		۵۴/۰۶±۲۰/۶۹	

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین میزان سواد سلامت در بین زنان یائسه تحت پوشش مراکز بهداشتی مشهد انجام گرفت. نتایج نشان داد که سطح سواد سلامت گروه هدف، مرزی رو به ناکافی بود و میزان سواد سلامت در حدود نیمی از افراد مورد مطالعه در حد ناکافی طبقه بندی شد. نتیجه حاضر با پژوهش های منتظری و همکاران (۱۸)، بیکر (۱۹) و در نهایت صحرایی (۲۰) همخوانی داشت. همچنین همانطور که بیان شد میانگین نمره سواد سلامت ۵۴/۰۶ بود که در مطالعه پهرانی و همکاران (۱۷) که در ۵ استان کشور و بر روی افراد بالای ۱۸ سال انجام شد، میانگین سواد سلامت ۵۶/۶ گزارش شده است که بیشتر از یافته های مطالعه حاضر می باشد. باید به این نکته اشاره داشت، از آن جایی که مطالعات داخلی و خارجی از ابزارهای گوناگونی استفاده می کنند، از این جهت مقایسه یافته ها کمی دشوار می شود. در مطالعه جواد زاده و همکاران (۲۱) که در شهر اصفهان انجام شد با استفاده از پرسشنامه S-TOFHELA در پژوهش خود به این یافته دست پیدا کرد که نزدیک به نیمی از افراد از سواد سلامت کافی برخوردار بودند که با یافته پژوهش ما در تضاد می باشد. یکی دیگر از پژوهش های انجام شده که با یافته های ما همخوانی داشت، مطالعه ون درهیدر^۱ بود که دریافت میزان سواد سلامت نزدیک به نیمی از افراد هلند ضعیف می باشد (۲۲). به طور کلی میزان سواد سلامت در کشور های مختلف طیف وسیعی دارد، به عنوان مثال نتایج مطالعه دامن^۲ و همکاران در هلند نشان داد که

حدود دو سوم افراد مورد مطالعه سواد سلامت کافی داشتند (۲۳) این در حالی است که نتایج مطالعات انجام شده در ایران حاکی از آن است که این میزان از ۸/۸ (۲۴) تا ۴/۴ (۱۳) متغیر بوده است.

در مطالعه حاضر بین سواد سلامت و میزان درآمد ارتباط معناداری مشاهده شد، به طوری که سواد سلامت مرزی و ناکافی در افراد با سطح درآمد کمتر شیوع بیشتری داشت. این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت (۱۰، ۲۵-۲۸). همچنین تیلر^۳ و همکاران هم در آلمان وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد بزرگسال را یکی از مهمترین عوامل موثر بر سطح سواد سلامت نشان دادند (۲۹). نتایج اکثر مطالعات نشان می دهد وضعیت اقتصادی یک عامل مهم در پیامدهای سلامتی است، ولی بررسی ها نشان می دهد که وضعیت اقتصادی یک عامل تعیین کننده اساسی در دارا بودن سواد سلامت عالی نیست (۳۰). به نظر می رسد سطح اقتصادی بالا از طریق عوامل دیگری می تواند بر افزایش سطح سواد سلامت موثر باشد، عواملی همچون تمکن مالی در جستجوی بیشتر برای حل مشکلات سلامتی، دسترسی بهتر به مراکز مجهز تر بهداشتی و درمانی موجب افزایش سطح سواد سلامت در مطالعه ما و دیگر مطالعات شده است. البته برخی مطالعات وجود این همبستگی معنادار بین دو متغیر سواد سلامت و میزان درآمد را رد می کنند (۳۱-۳۳). از علل مغایرت نتایج پژوهش حاضر با سایر مطالعات می توان به تفاوت وضعیت اقتصادی گروه های هدف، میزان دسترسی آنها به امکانات بهداشتی، ویژگی های جمعیتی و ابزارهای مورد استفاده اشاره کرد.

همچنین در مورد متغیر وضعیت تاهل و میزان تحصیلات ارتباط معناداری با سواد سلامت مشاهده گردید که در مورد متغیر وضعیت تاهل اینگونه بود که میزان سواد سلامت ناکافی و مرزی در افراد متاهل بیش از سایر افراد بود، که این یافته با پژوهش خوش روش و همکاران (۳۴) و همچنین پهرانی بنی هاشمی و همکاران (۱۷) در یک راستا نبود. اما این یافته با پژوهش

1. Van der Hider
2. Daman

3. Tiller

ناتوانی های ناشی از آن، باید با برنامه ریزی برای ارتقای سواد سلامت در جمعیت هدف، کیفیت زندگی آنان را افزایش داد. از جمله راه کارهای جایگزین جهت ارتقای سلامتی و رویارویی بهتر با نشانه‌ها و عوارض دوران یائسگی مداخلات آموزشی بهداشتی و افزایش سواد سلامت زنان است. باید اشاره شود که سواد سلامت یائسگی تنها شناخت علائم یائسگی نیست بلکه زنان نیاز به داشتن اطلاعات کافی دارند تا بتوانند قضاوت کنند که آیا علائم آنها نیاز به درمان دارد یا خیر و چگونه مراقبتهای پزشکی را پیگیری کنند (۱۶). این مهم از طریق آموزش ابعاد سلامت با برنامه ریزی منسجم برای تهیه محتوا و ابزار آموزشی مناسب و مرتبط و ارائه آن از کانال های ارتباطی مانند رسانه های جمعی و ارتباطی، جلسات آموزشی در مراکز فرهنگی و بهداشتی، قابل دستیابی می باشد. این پژوهش می تواند به برنامه ریزان و متولیان حوزه مرتبط کمک کند تا با ارتقای سواد سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی در این دوران، ارتقای سلامت را سرعت بخشند. مطالعه ما هم مانند سایر مطالعات محدودیتی های داشت که از جمله آن می توان به خود گزارشی بودن اطلاعات اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد می باشد. همچنین این پژوهش با کد تاییدیه IRCT20160710028863N27 در سایت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسیده است. از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری کرده‌اند سپاسگزار می کنیم.

صحرائی (۲۰) همسو می باشد. علت این یافته را اینگونه می توان بیان کرد که بالا بودن سواد سلامت در افراد مجرد به دلیل جوانتر بودن و احتمالاً بالاتر بودن سطح تحصیلات و داشتن وقت آزاد بیشتر جهت مطالعه می باشد. همچنین با توجه به نتایج بدست آمده در این مطالعه ارتباط معنادار بین سواد سلامت و میزان تحصیلات، نشان از آن دارد که هرچه سطح تحصیلات بالاتر باشد میزان سواد سلامت نیز بالاتر می رود و این یافته در اکثر مطالعات تکرار شده است (۳۰). در مطالعه رئیسی و همکاران نیز تفاوت معناداری بین سواد سلامت کافی تحصیل کرده‌ها و افراد کم سواد مشاهده شد (۲۴). در پژوهش قنبری و همکاران (۱۳) بر روی بیماران دیابتی سواد سلامت همانند مطالعه ما، همبستگی مثبتی با سطح تحصیلات داشت. نتایج مطالعه ما نیز با پژوهش برجی و همکاران همخوانی دارد (۳۱). همچنین تحصیلات در دیگر مطالعات نیز به عنوان عاملی مهم در سواد سلامت شناخته شده و این ارتباط در بسیاری از مطالعات دیگر مشاهده شده است (۲۰). علت وجود این ارتباط بین سواد سلامت و میزان تحصیلات را می توان به این مساله اشاره داشت که تحصیلات فرصت بیشتری برای فهم، ارزیابی و تصمیم گیری صحیح در رابطه با سلامت برای فرد مهیا می کند و زمینه مساعدتری را جهت افزایش سواد سلامت و به کارگیری اطلاعات کسب شده ایجاد می نماید.

نمره کلی سواد سلامت در بین جمعیت نمونه حاکی از آن است که سطح سواد سلامت متوسط و پایین است. همچنین با توجه به اهمیت سواد سلامت در ارتقای سلامت و کاهش بار بیماری‌ها و

References:

- Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Ghazanfari E, Niknami S. Evaluation of Health Literacy and its influencing factors on dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. *J Educ Community Health*. 2016;3(3):30-6.
- Higgins JW, Begoray D, MacDonald M. A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education classroom. *American journal of community psychology*. 2009;44(3-4):350.
- Affairs HIRotCoS. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 1999;281(6):552-7.
- Kohan S, Mohammadi F, Yazdi M, Dadkhah A. Evaluation of relationship between reproductive health literacy and demographic factors in women. *Journal of Health Literacy*. 2018;3(1):20-9.
- Nutbeam D, Kickbusch I. *Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century*. Oxford University Press; 2000.
- Wu AD, Begoray DL, MacDonald M, Wharf Higgins J, Frankish J, Kwan B, et al. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health*

- Promotion International. 2010;25(4):444-52.
7. Tira M, Rahvar M. The influence of health literacy on self-care in women aged between 69-17 years, who visited municipality cultural centers. *Journal of Health Literacy*. 2018;2(4):224-37.
 8. McLaughlin RA. Associations among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting. 2009.
 9. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2005;20(2):175-84.
 10. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCEs 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006.
 11. Ferguson B. Health literacy and health disparities: The role they play in maternal and child health. *Nursing for women's health*. 2008;12(4):286-98.
 12. 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. *Journal of Hospital*. 2012;11(3).
 13. 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*. 2012;19(97):1-12.
 14. Elavsky S. Physical activity, menopause, and quality of life: the role of affect and self-worth across time. *Menopause (New York, NY)*. 2009;16(2):265.
 15. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*. 2009;63(2):138-41.
 16. Suka M, Taniuchi A, Igarashi S, Yanagisawa H, Ishizuka B. Menopause-specific health literacy in Japanese women. *Maturitas*. 2016;91:51-9.
 17. Banihashemi S-AT, Amirkhani MA. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. 2007.
 18. A M. Measuring the Health Literacy of Iranian Adults Living in Cities: A National Study. 2015.
 19. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*. 1999;38(1):33-42.
 20. Sahrayi M, Panahi R, Kazemi S-s, GoliRostami Z, Rezaie H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. *Journal of Health Literacy*. 2017;1(4):230-8.
 21. 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.
 22. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of health communication*. 2013;18(sup1):172-84.
 23. Damman OC, van der Beek AJ, Timmermans DR. Workers' knowledge and beliefs about cardiometabolic health risk. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2014;56(1):92-100.
 24. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*. 2016;14(3):199-208.
 25. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine*. 2008;66(8):1809-16.
 26. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *Jama*. 1999;281(6):545-51.
 27. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion: National Academies Press; 2004.
 28. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007;61(12):1086-90.
 29. Tiller D, Herzog B, Kluttig A, Haerting J. Health literacy in an urban elderly East-German population—results from the population-based CARLA study. *BMC public health*. 2015;15(1):883.
 30. Saatchi M, Panahi M, Ashraf Mozafari A, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V, et al. Health Literacy and Its Associated Factors: A Population-Based Study, Hormuz Island. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;13(2):136-44.
 31. Borji M, Tarjoman A, Otaghi M, Salimi E, Naseri A. Health Literacy Level and its Related Factors among the Elderlies in Ilam in 2015. *Iran Journal of Nursing*. 2017;30(108):33-43.
 32. Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, Sharifirad G, HasanZadeh A. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. *Journal of education and health promotion*. 2014;3.
 33. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. *Tolue Behdasht Journal*. 2012;11(14):123-34.
 34. Khoshravesh S, Moeini B, Rezapur-Shahkolai F, Taheri-Kharameh Z, Bandehelahi K. Health Literacy of Employees Hamadan University of Medical Sciences and Related