

## Association between Health Literacy and Life Style in Married Rural Women in Izeh, Iran

Sajjadi H<sup>1</sup>, Hosseinpour N<sup>\*2,3</sup>, Sharifian Sani M<sup>4</sup>, Mahmoodi Z<sup>5,6</sup>

1. Department of Social Welfare and Social Determinants of the Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran ,Iran.

2. Msc of Social Welfare Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran ,Iran.

3. Msc of Social Welfare Sciences.Shahrekord University of medical sciences, Shahrekord, Iran.

4. Department of Social Welfare Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran ,Iran.

5. Social Determinant of Health Research Center of Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

6. Nursing & Midwifery Faculty of Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +982122180048 Fax: +98 22180048 E-mail: hoseinpoornaser@yahoo.com

Received: Dec 11, 2014 Accepted: Feb 15, 2016

### ABSTRACT

**Background & objectives:** Health literacy and lifestyle are social determinants of health. This study was conducted to investigate health literacy and determine lifestyle from the viewpoint of social determinants of health as well as to reveal relationships between Health literacy and lifestyle according to social determinants of health in married rural women in Izeh.

**Method:** This cross sectional and descriptive-analytical study was conducted on 240 rural women of 18-45 years old from Izeh district in 2013 using random cluster sampling method. Data were collected using questionnaires of "Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)", "Development of Mother's Lifestyle Scale with an Approach to Social Determinants of Health" and "Demographic Characteristics Checklist". Chi square, Kendall's tau-c, and V Cramer's tests were applied to analyze the data using SPSS 19.

**Results:** The mean age ( $\pm$ sd) of the participants was 28.42  $\pm$ 6.38 years and 50.5% were in elementary and middle school. Sixty two percent of the studied women had low level of the health literacy (borderline and inadequate), 98.3% appropriate occupation status, 77.9% inappropriate physical activity, 31.2% unfavorable nutrition, 4.6% poor stress control, 0.4% improper health behaviors, 2.9% inadequate self-care during pregnancy, and 50.8% had improper social relationships.

Health literacy level was significantly correlated with nutrition ( $p=0.033$ ,  $r=0.15$ ) and stress ( $p=0.007$ ,  $r= -0.073$ ). However, health literacy had statistically no significant correlations with occupation, physical activity, improper health behaviors, self-care during pregnancy, and social relations.

**Conclusion:** According to the findings increases in level of the health literacy improves nutritional status, increases stresses and also increases the received cares among studied population. Therefore, health education for this group is suggested to improve their health literacy.

**Keywords:** Health Literacy; Lifestyle; Life Style from the View Point of Social Determinants of Health; Married Women; Rural Women.

## بررسی ارتباط سواد سلامت با سبک زندگی در زنان روستایی همسر دار مرکز بهداشت ایذه در سال ۱۳۹۲

حمیرا سجادی<sup>۱</sup>، ناصر حسین پور<sup>۲\*</sup>، مریم شریفیان ثانی<sup>۳</sup>، زهره محمودی<sup>۴،۵</sup>

۱. متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ۲. کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ۳. کارشناس پیشگیری از بیماریها، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. ۴. دکتری علوم اجتماعی (سیاست اجتماعی)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ۵. دکتری عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران. ۶. دکتری عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری- مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران. نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۱۲۲۱۸۰۰۴۸، فکس: ۰۲۱۲۲۱۸۰۰۴۸، ایمیل: hoseinpoornaser@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** سواد سلامت و سبک زندگی از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت هستند. این مطالعه با هدف ارزیابی سواد سلامت، تعیین سبک زندگی با دیدگاه عوامل تعیین کننده اجتماعی موثر بر سلامت و همچنین تعیین ارتباط میان سواد سلامت و سبک زندگی با دیدگاه تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت در زنان همسر دار روستایی شهرستان ایذه انجام گرفت.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی است که با استفاده از روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی، بر روی ۲۴۰ نفر از زنان ۱۸ تا ۴۵ سال همسر دار با سواد روستایی ایذه در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه «آزمون سواد سلامت عملکردی در بالغین» و «پرسشنامه سبک زندگی با دیدگاه تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت» و «چک لیست مشخصات دموگرافیک» بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از SPSS-19 و آزمون های آماری کای اسکوئر و Kendall's tau-c، V Cramer's استفاده گردید.

**یافته ها:** میانگین سنی آزمودنی ها ۲۸/۴۲±۶/۳۸ سال بوده و ۵۰/۵ درصد دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بودند. از نظر سطح سواد سلامت ۶۲ درصد در سطح پایین (مرزی و ناکافی)، از نظر وضعیت ابعاد سبک زندگی ۹۸/۳ درصد از زنان وضعیت شغلی مناسب، ۷۷/۹ درصد فعالیت فیزیکی نامناسب، ۳۱/۲ درصد تغذیه نامناسب، ۴/۶ درصد کنترل استرس نامناسب، ۰/۴ درصد دارای رفتارهای بهداشتی نامناسب، ۲/۹ درصد مراقبت نامناسب از خود در آخرین بارداری و ۵۰/۸ روابط اجتماعی نامناسب داشتند. بر اساس یافته ها سطح سواد سلامت با تغذیه ( $r = 0.15$ ,  $p < 0.033$ ) و با استرس ( $r = -0.073$ ,  $p < 0.007$ ) رابطه آماری معنی داری داشت ولی با وضعیت شغلی، فعالیت فیزیکی، رفتارهای ناصحیح بهداشتی، مراقبت از خود و روابط اجتماعی رابطه آماری معنی داری نداشت.

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته ها با افزایش سطح سواد سلامت، وضعیت تغذیه مناسب تر و وضعیت استرس افراد بیشتر و دریافت مراقبت در بین این افراد نیز بیشتر می گردید. بر این اساس آموزش به این گروه از افراد در جهت ارتقای سطح سواد سلامت پیشنهاد می گردد.

**واژه های کلیدی:** سواد سلامت، سبک زندگی، سبک زندگی با دیدگاه تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت، زنان همسر دار، زنان روستایی.

## مقدمه

زنان نیمی از جمعیت انسانی جوامع را تشکیل می‌دهند و هر تلاشی جهت حفظ و ارتقاء سلامت جوامع بدون توجه به نقش زنان به شکست می‌انجامد و علاوه بر آن جایگاه زنان بدلیل نقش مادری و همسری در سلامت دیگر اعضای خانواده اهمیت زیادی دارد. زنان روستایی یکی از گروه‌های آسیب پذیر جامعه هستند که به دلیل مشکلات دسترسی به آنها کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. بنابراین شناخت عوامل موثر بر سلامتی زنان روستایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. «سواد سلامت» و «سبک زندگی» از عوامل موثر بر سلامت زنان هستند که خود نیز از عوامل اجتماعی تاثیر می‌پذیرند و بر سلامت اثر می‌گذارند.

«سواد سلامت» ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری مناسب، لازم است (۱). سواد سلامت با این دیدگاه بنا شده که هم بهداشت و هم سواد، منابع ضروری برای زندگی روزانه است. سطح سواد نه تنها بر توانایی ما در اقدام بر اساس اطلاعات بهداشتی تاثیر مستقیم دارد، بلکه باعث کنترل بیشتر بر سلامت خود بعنوان فردی از عضو خانواده‌ها و اجتماعات نیز می‌گردد. سواد سلامتی حاصل تشریح مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانی‌ها و ابعاد سواد در زمینه سلامتی می‌پردازد (۲). سواد سلامت، مسئله‌ای جهانی است و طبق بیانیه سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> نقشی محوری در تعیین نابرابری‌های سلامت، چه در کشورهای غنی و چه در کشورهای ضعیف دارد (۳). بر این اساس سازمان بهداشت جهانی به تازگی، در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده‌های امر سلامت معرفی نموده و همچنین به کشورهای جهان توصیه کرده است که انجمنی متشکل از تمامی افراد

متأثر از این امر را جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک، در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد نمایند (۴). بیماران با سواد سلامت پایین نسبت به بیماران با سواد سلامت کافی به میزان بالاتری در بیمارستان بستری و مدت زمان طولانی‌تری در بیمارستان اقامت می‌کنند. فقدان سواد سلامت با ارائه مراقبت‌های با کیفیت پایین همبستگی دارد و بار اضافی را بر منابع سلامت تحمیل می‌کند (۵). افراد با سواد سلامت ناکافی در سطح پایین‌تری از سلامت می‌باشند، درک نادرستی از اطلاعات بهداشتی را دارند، اغلب به مدت طولانی‌تری منتظر می‌مانند و زمانی به جستجوی کمک‌های درمانی می‌پردازند که مشکل آنها به وضعیت بحرانی رسیده باشد (۶). از این رو با توجه به پیشرفت و توسعه یک جامعه در تمامی ابعاد آن لزوم داشتن نیروی انسانی پویا و سالم بیش از پیش مشخص می‌گردد، لذا شناخت عوامل موثر بر سلامتی بسیار با اهمیت می‌باشد (۷). علاوه بر «سواد سلامت»، «سبک زندگی سالم» یکی از عوامل با اهمیت و موثر بر سلامتی است.

سبک زندگی ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد که برخی از آنها شامل تغذیه، ورزش، مراقبت از خود، استفاده از سیگار، الکل و داروهای غیر مجاز، روابط اجتماعی و کنترل استرس است (۸). ۵۳ درصد از علل مرگ و میر افراد با سبک زندگی آنها ارتباط دارد (۵). در ایران نیز بیماری‌های ناشی از سبک زندگی از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی به شمار می‌روند (۹). تحقیقات ثابت کرده‌اند که با تغییر در سبک زندگی می‌توان از ۹۰ درصد دیابت نوع دوم و ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی پیشگیری کرد. در ضمن یک سوم موارد سرطان‌ها با بهبود تغذیه و کنترل وزن بدن و انجام فعالیت بدنی و اجتناب از مصرف سیگار و تغییر سبک زندگی قابل پیشگیری هستند (۹). احتمالاً سواد سلامت نیز روی سبک زندگی که مجموعه‌ای از رفتارهای گزینشی است اثر می‌گذارد

<sup>۱</sup> WHO

خواندن و نوشتن، تابعیت ایرانی، متولد روستا، سکونت در روستا طی یک سال گذشته و دارای تجربه بارداری در حال حاضر و یا یک سال گذشته. معیارهای حذف نمونه شامل: افراد ناشنوا و کم شنوا، کم بینا و نابینا، افراد دارای بیماری‌های روانی و زنان نازا و زنانی که تا زمان انجام مطالعه تجربه بارداری نداشتند.

نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای صورت گرفت و نمونه‌ها در داخل خوشه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. مرکز بهداشت ایذه دارای ۸ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی است که بر اساس فاصله مسافت به شهر ایذه می‌توان آنها را به مراکز دور، متوسط و نزدیک تقسیم‌بندی کرد. در این مطالعه بر اساس فاصله و همچنین بر حسب نسبت جمعیت موردنظر تحت پوشش، سه مرکز (مرکز دور: مرکز بهداشتی درمانی روستایی ترشک سوسن ۱۳۲ نمونه، مرکز متوسط: مرکز بهداشتی درمانی روستایی میانگران علیا ۵۴ نمونه، مرکز نزدیک: مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی شماره ۳ ایذه ۵۴ نمونه) انتخاب شدند. خوشه‌ها از نظر دسترسی به منابع آموزشی، خدماتی و مراکز بهداشتی و بافت فرهنگی متفاوت بودند.

تعداد زنانی که شرایط ورود به نمونه را داشتند ۶۰۳ نفر بودند که بر اساس فرمول کوکران تعداد ۲۳۴ نفر محاسبه شد و برای دقت بیشتر حجم نمونه به ۲۴۰ نفر افزایش داده شد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه «آزمون سواد سلامت عملکردی در بالغین» و پرسشنامه «سبک زندگی با دیدگاه تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت» و چک لیست «مشخصات دموگرافیک» استفاده گردید. نسخه فارسی «آزمون سواد سلامت عملکردی در بالغین»<sup>۱</sup>، از معتبرترین و مهمترین آزمون‌های

و برخی از مطالعات انجام شده نشان‌دهنده آن است که افراد با سواد سلامت کافی کمتر بیمار می‌شوند. اهمیت و پیامدهای مثبت و منفی سواد سلامت بر سبک زندگی، توانست توجه مسئولان و سیاست‌گذاران نظام سلامت در ایران را نیز به خود جلب کند، به طوری که این دو جزو اولویت‌های وزارت بهداشت قرار گیرد و در برنامه چشم‌انداز دفتر آموزش و ارتقای سلامت ایران ۱۴۰۴ اولویت اول به افزایش سواد سلامت و اولویت دوم به سبک زندگی سالم اختصاص یابد.

بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت زنان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در سلامت خانواده و جامعه لزوم آگاهی از سطح سواد سلامت و سبک زندگی و به‌دنبال آن برنامه ریزی جهت ارتقا و اصلاح از طریق مداخلاتی نظیر آموزش بیش از پیش مشخص می‌گردد. علی‌رغم اینکه در ایران چندین مطالعه در خصوص سواد سلامت انجام شده ولی مطالعه‌ای داخلی در مورد رابطه سبک زندگی با سواد سلامت و همچنین مطالعه‌ای که تمام جامعه آماری آن زنان روستایی در زمینه سنجش سواد سلامت باشند یافت نشد، لازم بود که مطالعه‌ای در این زمینه در ایران انجام شود که به همین منظور این مطالعه با هدف ارزیابی سواد سلامت، تعیین سبک زندگی با دیدگاه عوامل تعیین‌کننده اجتماعی موثر بر سلامت و همچنین تعیین ارتباط میان سواد سلامت و سبک زندگی با دیدگاه تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت در زنان همسر دار روستایی شهرستان ایذه انجام گرفت.

#### روش کار

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که در فاصله زمانی فروردین تا مردادماه ۱۳۹۲، روی ۲۴۰ زن همسر دار ۱۸ تا ۴۵ سال روستایی مرکز بهداشت ایذه انجام گردید. معیارهای انتخاب نمونه عبارت بودند از: زنان همسر دار ۱۸ تا ۴۵ ساله، داشتن سواد

<sup>1</sup> Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA

استفاده از پرسشنامه از طریق پست الکترونیک دریافت گردید.

برای سنجش "سبک زندگی با دیدگاه تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت" که در ۷ حیطه «شغل»، «فعالیت فیزیکی»<sup>۱</sup>، «تغذیه»، «کنترل استرس»، «رفتارهای ناصحیح بهداشتی»<sup>۲</sup>، «مراقبت از خود»، «روابط اجتماعی»<sup>۳</sup>، از پرسشنامه‌ای با همین نام که توسط محمودی و همکاران (۱۳۹۲) جهت انجام پایان‌نامه دکتری طی مراحل روایی صوری، محتوی، ملاکی و سازه و همسانی درونی بالای پرسشنامه (۰/۷۶) طراحی و روانسنجی گردیده است، مورد استفاده قرار گرفت (۱۱). بدین صورت که در همه حیطه‌ها، بجز حیطه فعالیت فیزیکی اساس طیف‌بندی لیکرت، بدین شکل بود که ابتدا کمترین و بیشترین نمره‌ای که هر فرد می‌توانست از هر کدام از حیطه‌ها دریافت کند مشخص شد و سپس اختلاف بیشترین نمره با کمترین نمره بر اساس طیف‌بندی لیکرت به پنج طیف نامطلوب‌ترین، نامطلوب، تا حدی مطلوب، مطلوب و مطلوب تقسیم‌بندی شدند، بطوری که اگر فردی کمترین نمره را دریافت می‌کرد، در طیف نامطلوب‌ترین و اگر کسی بیشترین نمره را دریافت می‌کرد در طیف مطلوب‌ترین قرار می‌گرفت. طیف بندی فعالیت فیزیکی مانند بالا انجام شد با این تفاوت که از اصطلاحات فعالیت خیلی کم، فعالیت کم، فعالیت متوسط، فعالیت زیاد و فعالیت خیلی زیاد استفاده گردید. در این پژوهش به منظور تمرکز بیشتر خوانندگان طیف‌های بالا ادغام شده و منظور از سبک زندگی نامناسب، فردی است که در طیف نامطلوب‌ترین، نامطلوب و تا حدی مطلوب و منظور از وضعیت مناسب طیف مطلوب و مطلوب‌ترین است.

بررسی سواد سلامت در جهان است، در ایران توسط بنی‌هاشمی طهرانی و همکاران روا و پایا گردید. پایایی آن با آزمون آلفای کرونباخ با ضریب اطمینان ۹۵ درصد برای بخش محاسبات ۰/۷۹ و برای درک خواندن ۰/۸۸ به دست آمد (۱۰). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ به دست آمده، برای کل پرسشنامه ۰/۹۴، برای بخش محاسبات ۰/۷۹ و برای بخش خواندن ۰/۹۴ بود. پرسشنامه دارای دو بخش درک خواندن و محاسبات می‌باشد. در بخش درک خواندن، توانایی فرد پاسخ‌دهنده برای خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت‌های سلامت ارزیابی می‌شود؛ این بخش، شامل سه متن در رابطه با دستورهای آمادگی برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسئولیت‌های بیمار در برهه‌های بیمه نامه و یک برگه استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی می‌باشد که در قالب ۵۰ پرسش جای خالی ۴ گزینه‌ای تنظیم شده است. در بخش محاسبات، کارت‌هایی حاوی توضیح درباره برخی داروها، وقت ملاقات، مراحل دریافت کمک مالی و یک مثال از نتیجه آزمایش قند خون به فرد داده شد؛ پرسش‌های این بخش که مشتمل بر ۱۷ سوال می‌باشد، مطرح و جواب پاسخ‌دهنده ثبت شد. 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 اگر ناتمام بود، جمع‌آوری می‌گردید. ۵۰ سوال بخش درک خواندن هر کدام دارای یک امتیاز (در مجموع ۵۰ امتیاز) و امتیاز ۱۷ سوال بخش محاسبات نیز با اعمال ضریب به ۵۰ رسانده شد (با ضرب کردن امتیاز هر سوال در عدد ۲/۹۴) و در کل امتیاز پرسشنامه از ۱۰۰ محاسبه گردید. بر اساس نقاط جداسازی ۵۹ و ۷۴ سواد سلامت افراد به سه سطح ناکافی (۵۹-۰)، مرزی (۷۴-۶۰) و کافی (بالای ۷۵) طبقه‌بندی گردید. لازم به ذکر است که اجازه

<sup>۱</sup> شامل: انجام ورزش، انجام امورات منزل (جارو کردن، آشپزی...) و نحوه استراحت

<sup>۲</sup> مانند سیگار کشیدن، مصرف مشروبات الکلی، مواد مخدر

<sup>۳</sup> توانایی برقراری ارتباط با خانواده و بستگان و همسایگان و همکاران

تحلیل‌های آماری این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS-16 و از آمار توصیفی، شامل توزیع فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار برای توصیف داده‌ها استفاده شد و به منظور بررسی ارتباط و مقایسه بین متغیرها از آمار استنباطی کمک گرفته شد، جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای از آزمون کای اسکور و Kendall's tau-c، Cramer's V استفاده گردید. میزان P-value برای معنی‌دار شدن از نظر آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۸/۴۲±۶/۳۸ سال با حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۵ سال بود. گروه سنی ۲۹-۲۵ سال با تعداد ۷۵ نفر (۳۱/۲٪) بیشترین و گروه ۴۴-۴۰ سال با ۱۴ نفر (۵/۸٪) کمترین فراوانی را داشتند. ۲۷/۹ درصد از زنان مورد مطالعه در زمان مطالعه باردار و ۷۲/۱ درصد در آن زمان باردار نبودند ولی در گذشته تجربه بارداری داشتند. ۱۵/۴ درصد از زنان بدون فرزند، ۳۲/۱ درصد یک فرزند، ۳۰ درصد ۲ فرزند، ۱۱/۲ درصد ۳ فرزند و ۱۱/۲ درصد ۴ و بیشتر از ۴ فرزند داشتند.

میانگین امتیاز سواد سلامت در زنان تحت مطالعه ۶۴/۰±۲/۰۵ از ۱۰۰ بود و میانگین نمره در بخش خواندن و درک مطلب (۳۴/۹۵±۱/۶) بیشتر از بخش محاسبات (۲۹/۱۱±۱۲/۴۳) بود. ۳۸/۷۵ درصد از زنان مورد مطالعه دارای سطح سواد سلامت ناکافی، ۳۳/۳۳ درصد سطح سواد سلامت مرزی و ۳۷/۹۱ درصد دارای سطح سواد سلامت کافی بودند، در مجموع ۶۲/۰۹ درصد از زنان مورد مطالعه سواد پایین (مرزی و ناکافی) داشتند.

از نظر وضعیت ابعاد سبک زندگی ۹۸/۳ درصد از زنان وضعیت شغلی مناسب، ۷۷/۹ درصد فعالیت فیزیکی نامناسب، ۳۱/۲ درصد تغذیه نامناسب، ۴/۶ درصد کنترل استرس نامناسب، ۰/۴ درصد دارای رفتارهای ناصحیح بهداشتی، ۲/۹ درصد مراقبت

نامناسب از خود در آخرین بارداری و ۵۰/۸ روابط اجتماعی نامناسب داشتند. بر اساس یافته‌ها سطح سواد سلامت با تغذیه ( $p= /۰۰۷$ ،  $r= /۰۰۹$ ) و با استرس ( $p= /۰۳۲$ ،  $r= -/۰۰۴$ ) رابطه آماری معنی‌داری داشت ولی با وضعیت شغلی، فعالیت فیزیکی، رفتارهای ناصحیح بهداشتی، مراقبت از خود و روابط اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری نداشت.

### بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که سواد سلامت اکثر زنان روستایی ایذه پایین است تا آنجایی که بیش از نیمی از زنان تحت مطالعه، سطح سواد ناکافی و مرزی دارند. مطالعات داخلی دیگر نیز سواد سلامت زنان در جامعه شهری و روستایی ایران (۱۲) و دیگر مطالعات داخلی نیز سطح سواد سلامت را پایین گزارش کردند (۱۵-۱۳).

در این مطالعه سطح سواد سلامت با سطح تحصیلات، سن، رابطه معنی‌داری وجود داشته است، به طوری که بین سطح سواد سلامت و سطح تحصیلات همبستگی مثبت و بین سطح سواد سلامت و سن همبستگی منفی مشاهده شد، به عبارت دیگر با افزایش سطح تحصیلات و کاهش سن از سطح سواد سلامت ناکافی افراد کاسته می‌شود که با مطالعات دیگر مطابقت دارد (۱۴، ۱۲). در مطالعه محمود نکویی مقدم و همکاران بین سواد سلامت و تحصیلات زنان و مردان مورد مطالعه، ارتباط معنی‌داری وجود داشت که با مطالعه حاضر مطابقت دارد، ولی در مطالعه آنها بین سواد سلامت با سن ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که با مطالعه حاضر مطابقت ندارد (۱۴) و همچنین مطالعات مک لافین<sup>۱</sup> و همکاران، و اندرس<sup>۲</sup> و همکاران ارتباطی معنی‌داری را میان سن و سواد سلامت در زنان باردار نیافتند (۱۶، ۱۷). علی‌رغم آن که پوررضا و همکاران برخلاف مطالعه حاضر از خلاصه پرسشنامه

<sup>1</sup> McLaghlin

<sup>2</sup> Andrus

زنان با سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر تمایل داشتند فعالیت خود را زیادتر گزارش کنند و یا اینکه در سبک زندگی روستایی طوری است که زنان جدای از سواد سلامت نیاز به فعالیت فیزیکی دارند. همچنین منظور ما از فعالیت فیزیکی تنها مختص به انجام ورزش نمی‌باشد، بلکه در برگیرنده مجموعه‌ای از فعالیت‌های ورزشی، فعالیت در منزل و فعالیت در اوقات فراغت است که در این مطالعه بین سواد سلامت با فعالیت در منزل همبستگی منفی وجود داشت. در مطالعه دومینیک<sup>۲</sup> و همکاران پس از کنترل متغیرها نشان داده شده است که با افزایش سواد سلامت از فعالیت فیزیکی کم می‌شود (۱۸).

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت با حیطة تغذیه رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد. در مطالعه یانگ<sup>۳</sup> و همکاران در افراد سالمند بین رفتارهای بهداشتی (سیگار و تغذیه) و سواد سلامت تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (۱۹). اما در مطالعه واگنر<sup>۴</sup> و همکاران بین مصرف میوه و سبزیجات و سواد سلامت تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است (۲۰).

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و حیطة کنترل استرس ارتباط معنی‌داری وجود دارد و زنانی که از سطح سواد کافی برخوردارند کنترل استرس کمتری دارند یا به عبارت دیگر استرس بیشتری دارند که این نتیجه بر خلاف انتظار محققین بود، اما وقتی این یافته با «مراقبت از خود در دوران بارداری» مقایسه گردید مشخص شد زنانی که استرس بیشتری دارند «مراقبت از خود در دوران بارداری» بهتری نسبت از زنانی داشتند که استرس کمتری داشتند ( $p=0/043$ ) زیرا احتمالاً زنان شرکت‌کننده در این مطالعه سواد سلامت بیشتری داشته‌اند نسبت به وضعیت سلامت خود حساس‌ترند

سنجش سواد سلامت عملکردی بالغین<sup>۱</sup> جهت زنان دیابتی نوع ۲ (مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های تابعه تهران) استفاده کردند و آنها بین سواد سلامت با سطح تحصیلات و سن ارتباط معنی‌داری گزارش کردند (۱۵) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد.

در این بررسی میانگین امتیاز سواد سلامت در روستاهایی که با شهر فاصله زیادتری داشتند اندکی پایین‌تر از روستاهای نزدیک به شهر بود، ولی ارتباط معنی‌داری در این خصوص مشاهده نشد. در مطالعه طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران امتیاز خام سواد سلامت شهرنشینان ۲۱/۴ امتیاز بیشتر از روستانشینان بود، ولی پس از حذف اثر مخدوش‌کنندگی سایر متغیرها این اختلاف به ۰/۶۴ کاهش یافت که عمدتاً ناشی از بالاتر بودن سطح تحصیلات شهرنشینان بوده است، اما این یافته با مطالعه قنبری و همکاران مطابقت نداشت. در مطالعه آنها بین میانگین سواد سلامت با مناطق مختلف نمونه‌گیری ارتباط معنی‌داری مشاهده شد.

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت با وضعیت حیطة شغل رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد، کم بودن تعداد افراد شاغل در نمونه مورد بررسی شاید یکی از دلایل معنی‌دار نشدن این ارتباط باشد و همچنین اکثر زنان تحت مطالعه خانه‌دار بودند. این نتایج با مطالعه قنبری و همکاران که جامعه آماری آنها زنان باردار تهران بود (۳)، ناهمسو بود و با مطالعه نکویی مقدم و همکاران که جامعه آماری آنها زنان و مردان بالای ۱۷ سال شهر کرمان بود (۱۴) و با مطالعه طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران که جامعه آماری آنها زنان و مردان بالای ۱۸ سال ایران پس از اصلاح در مدل رگرسیونی (۱۰) مطابقت دارد.

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت با وضعیت حیطة فعالیت فیزیکی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد که احتمالاً به دلایل زیر بوده است:

<sup>2</sup> Dominick GM

<sup>3</sup> Young Ik Cho

<sup>4</sup> Wagner C n

<sup>1</sup> (s-TOFHLA): Short Test of Functional Health Literacy in Adult

عمل نکرده و همه زنان مراقبت‌ها را بطور نسبتاً یکسان دریافت می‌کردند.

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و حیطة روابط اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. با اینکه رابطه سواد سلامت با حیطة روابط اجتماعی معنی‌دار نشد ولی زنانی که از سطح سواد بالایی برخوردار بودند از وضعیت روابط اجتماعی بهتری نسبت به زنان با سطح سواد ناکافی برخوردار بودند.

سواد سلامت با رفتارهای گزینشی سبک زندگی در گروه تحت مطالعه حاضر باعث نتایج متفاوت گردید عبارت دیگر سطح سواد سلامت ارتباط معنی‌داری با تغذیه، استرس داشت و به‌طوری که با افزایش سطح سواد سلامت تغذیه مناسب و استرس بیشتر می‌شود و با بیشتر شدن استرس مراقبت از خود در دوران بارداری افزایش می‌یابد ولی بین سطح سواد سلامت و حیطة شغلی و فعالیت فیزیکی، رفتارهای ناصحیح بهداشتی، مراقبت از خود در آخرین بارداری، روابط اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشده است. معنی‌دار نشدن سواد سلامت با حیطة شغل و رفتارهای ناصحیح بهداشتی شاید بدلیل کم بودن فراوانی مورد انتظار در این دو حیطة باشد، بدان معنی که اکثر زنان تحت مطالعه خانه‌دار بودند و همچنین اکثراً از انجام رفتارهای ناصحیح بهداشتی پرهیز داشتند.

### نتیجه گیری

سواد سلامت از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت است. در این مطالعه سواد سلامت با متغیرهایی از سبک زندگی که افراد در انتخاب آنها آزادانه انتخاب کردند همبستگی داشت. بر اساس یافته‌های این مطالعه بین «سواد سلامت» با برخی از حیطة‌های سبک زندگی از قبیل: «وضعیت تغذیه» و «وضعیت استرس» که زنان مورد مطالعه در انتخاب آنها آزادانه عمل کردند از نظر آماری همبستگی آماری وجود داشته است.

و بیشتر از خود مراقبت می‌کنند. مطالعه ای جهت مقایسه ارتباط سواد سلامت با کنترل استرس یافت نشد (در مطالعه تن‌هاو<sup>۱</sup> و همکاران افراد با سواد سلامت پایین در آزمون سنجش افسردگی نمره بالاتری نسبت به افراد با سواد سلامت بالا کسب کردند (۲۱)).

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و حیطة رفتارهای ناصحیح بهداشتی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. احتمالاً چون اکثر زنان تحت مطالعه رفتارهای ناصحیح بهداشتی از قبیل کشیدن سیگار، مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی به میزان کمی بین آنها وجود داشته است. در مطالعه آرنولد<sup>۲</sup> و همکاران در زنان، و یانگ<sup>۳</sup> و همکاران در افراد سالمند بین مصرف سیگار و سواد سلامت تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (۱۹،۲۲). در مطالعه واگیر<sup>۴</sup> و همکاران بین مصرف سیگار و سواد سلامت تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (۲۰).

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و حیطة مراقبت از خود در آخرین بارداری ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. احتمالاً چون در مراکز روستایی تحت پوشش پزشک خانواده مراقبت‌های دروران بارداری اجباری است. در مطالعه موون<sup>۵</sup> و همکاران بین دانش مراقبت از کودک و سواد سلامت رابطه وجود نداشت (۲۳). در مطالعه ویلسون و همکاران<sup>۶</sup> بین سواد سلامت و مراقبت پس از عمل جراحی رابطه‌ای مشاهده نشد (۲۴). معنی‌دار نشدن رابطه بین سواد سلامت و مراقبت از خود در دروران بارداری را اینطور می‌توان توجیه کرد که احتمالاً به دلیل اجباری بودن مراقبت‌ها در روستا، سواد سلامت بصورت گزینشی

<sup>1</sup> TenHave TR

<sup>2</sup> Connie L Arnold

<sup>3</sup> Young Ik Cho

<sup>4</sup> Wagner C n

<sup>5</sup> Moon RY

<sup>6</sup> Wilson



از محدودیت‌های این مطالعه عدم سنجش سواد سلامت در زنان بی سواد است بنابراین نتایج این مطالعه قابل تعمیم به همه زنان روستایی نیست، همچنین نتایج این مطالعه قابل تعمیم به جامعه شهری نیست. برای اولین بار در این مطالعه از پرسشنامه سنجش سبک زندگی با دیدگاه تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت مطالعه استفاده گردید و این یکی از نقاط قوت این مطالعه است، ولی همین نقطه قوت چون در مطالعات دیگر از این ابزار یا ابزارهای تقریباً مشابه استفاده نکرده‌اند در بحث مقایسه یافته‌های این مطالعه را با مطالعات دیگر، محققین با محدودیت منابع مواجهه شدند.

با توجه به اینکه سواد سلامت محصول داشتن سواد و کسب آموزش و تجربه و یادگیری است و با توجه به ارتباط قوی سال‌های تحصیل، توصیه می‌شود سوادآموزی کودکان تا پایان مقطع راهنمایی در

اولویت برنامه آموزش و پرورش قرار گیرد. آموزش بهداشت بعنوان اولین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه است، بنابراین با توجه به اهمیت سواد سلامت توصیه می‌گردد موضوع سواد سلامت در برنامه‌های پیش‌بینی آموزش چه به صورت چهره به چهره و چه بصورت گروهی لحاظ گردد. به منظور بهبود سبک زندگی، آموزش عوامل خطر به زنان به منظور بهبود و افزایش سبک زندگی به صورت مدون انجام پذیرد. پرسشنامه سنجش سواد عملکردی بالغین همه ابعاد سواد سلامت را شامل نمی‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود پرسشنامه‌ای جامع‌تر طراحی شود، همچنین پیشنهاد می‌شود، سواد سلامت و سبک زندگی با دیدگاه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در زنان ۱۸ تا ۴۵ سال تحت پوشش پزشک خانواده در مکان‌ها و زمان‌های مختلف بررسی شود.

جدول ۱. ارتباط سطح سواد سلامت با "سن"، "سطح تحصیلات" و "وضعیت اشتغال" در زنان روستایی همسر دار مرکز بهداشت ایزه در سال ۱۳۹۲

نتیجه آزمون	سواد سلامت کافی		سواد سلامت مرزی		سواد سلامت ناکافی		درصد	تعداد		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد				
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد				درصد
$p < 0.002$ Kendall's $\tau\text{-c}$	۳۵/۲	۶	۲۹/۴	۵	۳۵/۲	۶	۷/۱	۱۷	کمتر از ۲۰ سال	سن
	۴۷/۱	۲۵	۲۲/۶	۱۲	۳۰/۱	۱۶	۲۲/۱	۵۳	۲۰-۲۴ سال	
	۴۶/۶	۳۵	۲۲/۶	۱۷	۳۰/۶	۲۳	۳۱/۲	۷۵	۲۵-۲۹ سال	
	۳۰/۳	۱۷	۳۳/۹	۱۹	۳۵/۷	۲۰	۲۳/۳	۵۶	۳۰-۳۴ سال	
	۲۴/۰	۶	۸/۰	۲	۶۸/۰	۱۷	۱۰/۴	۲۵	۳۵-۳۹ سال	
$p < 0.001$ Kendall's $\tau\text{-c}$	۱۴/۲	۲	۷/۱	۱	۷۸/۵	۱۱	۵/۸	۱۴	۴۰-۴۴ سال	سطح تحصیلات
	۲۲/۵	۹	۱۲/۵	۵	۶۵/۰	۲۶	۱۶/۷	۴۰	ابتدایی	
	۱۹/۸	۱۶	۲۱/۰	۱۷	۵۹/۳	۴۸	۳۳/۸	۸۱	راهنمایی	
	۵۴/۸	۵۷	۲۶/۹	۲۸	۱۸/۳	۱۹	۴۳/۳	۱۰۴	متوسطه	
$p = 0.003$ Cramer's $V = 0.03$	۶۰/۰	۹	۴۰/۰	۶	۰	۰	۶/۲	۱۵	دانشگاهی	وضعیت اشتغال
	۵۰/۰	۲	۲۵/۰	۱	۲۵/۰	۱	۱/۷	۴	شاغل	
	۳۷/۷	۸۹	۲۳/۳	۵۵	۳۹/۰	۹۲	۹۸/۳	۲۳۶	خانه دار	

جدول ۲. ارتباط سطح سواد سلامت با سبک زندگی با دیدگاه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در زنان روستایی همسر دار ایذه در سال ۱۳۹۲

نتیجه آزمون	سواد سلامت کافی		سواد سلامت مرزی		سواد سلامت ناکافی		سواد سلامت			سبک زندگی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	وضعیت	نام حیطه	
$p=0/47$	۹۸/۹	۹۰	۹۸/۲	۵۵	۱۰۰	۹۳	۹۹/۲	۲۳۸	مناسب	شغلی
	۱/۱	۱	۱/۸	۱	۰	۰	۰/۸	۲	نامناسب	
$p=0/28$	۲۷/۵	۲۵	۱۸/۹	۱۰	۱۹/۴	۱۸	۲۲/۱	۵۳	مناسب	فعالیت فیزیکی
	۷۲/۵	۶۶	۸۲/۱	۴۶	۸۰/۶	۷۵	۷۷/۹	۱۸۷	نامناسب	
$p<0/033$ Kendall's tau= $0/15$	۷۴/۷	۶۸	۷۳/۲	۴۱	۵۸/۱	۵۴	۶۷/۹	۱۶۳	مناسب	تغذیه
	۲۵/۳	۲۳	۲۶/۸	۱۵	۴۱/۹	۳۹	۳۲/۱	۷۷	نامناسب	
$p<0/007$ Kendall's tau= $-0/073$	۹۰/۱	۸۲	۱۰۰	۵۶	۹۷/۸	۹۱	۹۵/۴	۲۲۹	مناسب	استرس
	۹/۹	۹	۰	۰	۲/۲	۲	۴/۶	۱۱	نامناسب	
$p=0/23$	۰	۰	۱/۸	۱	۰	۰	۰/۴	۱	نامناسب	رفتارهای ناصحیح بهداشتی
	۳۸/۹	۹۱	۲۳/۰	۵۵	۳۹/۹	۹۳	۹۹/۶	۲۳۹	مناسب	
$p=0/84$	۹۶/۷	۸۸	۹۸/۲	۵۵	۹۶/۸	۹۰	۹۷/۱	۲۳۳	مناسب	مراقبت از خود در آخرین بارداری
	۳/۳	۳	۱/۸	۱	۳/۲	۳	۲/۹	۷	نامناسب	
$p=0/23$	۴۹/۵	۴۵	۵۵/۴	۳۱	۴۵/۲	۴۲	۴۹/۲	۱۱۸	مناسب	روابط اجتماعی
	۵۰/۵	۴۶	۴۴/۶	۲۵	۵۴/۸	۵۱	۵۰/۸	۱۲۲	نامناسب	

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی به شناسه قرارداد: ۹۲/۸۰۱/ت/۱/۲۷۹۸۳ معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی می باشد که بخشی از

حمایت های مالی طرح توسط آنان انجام شد که تشکر و قدردانی می گردد. همچنین از جامعه آماری (زنان روستایی ایذه) پژوهش که در اجرای این طرح همکاری کرده اند، تشکر می گردد.

### References

- 1- Ratzan SC, Parker RM. Introduction. In: National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, Editors. NLM Pub. No. CBM2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services Available from: URL: <http://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>. Joint.
- 2- Joint Committee on National Health Education Standards. National Health Education Standards: Achieving Health Literacy. Atlanta, GA: American Cancer Society; 1995.
- 3- Ghanbari Sh, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid . Daneshvar (medicine) shahed University/ 19<sup>th</sup> WHO. 2012.
- 4- Social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
- 5- Downy La Vonne A. Zun Leslie S. Assessing adult health literacy in urban healthcare setting. Journal of the National Medical Association. 2008 ; 100(11): 1304-1308.
- 6- Ferguson, Barbara. "Health literacy and health disparities: The role they play in maternal and child health." Nursing for women's health 12.4 (2008): 286-298.
- 7- World Health Organization. Highlights on Health in Switzerland, WHO J. 2001;116:41-2.
- 8- McDonald S, Thompson C. Women's health. Australia: Elsevier, 2005: 90-121.

- 9- Azizi F. Prevention of important non communicable disease, revision of lifestyle is an inevitable requirement. *J Res Med Sci Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 2003;27(4):261-263.
- 10-Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the affecting factors: a study in five provinces of Iran. *Journal of Medical Education Development Center*. 2007;4(1):1-9.
- 11- Mahmoodi Z, Karimlou M, Sajjadi H, Dejman M, Vameghi M. Development of Mother's Lifestyle Scale during Pregnancy with an Approach to Social Determinants of Health. *Global Journal of Health Science*. 2013; 5(3): 208-219.
- 12- sharyfierad GH , Reaysi M, Mostafavy F, hasanzadeh A. The Relationship between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors among Elderly. . *Isfahan Magazine Health Systems Research*. 2011;7 ( ) 469 -480.
- 13- Kohan S, Ghasemi S, Dodanghe M. Association between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2007; 12(4): 146 – 152.
- 14- Nekuee moghadam M ,Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. health literacy and used to health serves in urben kerman 2011, *Journal of researchs science yazd*. 2012;11(4):123-124.
- 15-Pour reza A, Tal A,Tvasuli A, Rahimi FA. Situation awareness and health literacy among women with type 2 diabetes who were referred to hospitals affiliated to Tehran University, *Journal of Hospital*. 2012; 11(3): 45-52.
- 16-McLaglin RA. Association among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting. PhD Dissertation, Health science center University of Tennessee. 2009.
- 17-Andrus MR, Roth MT. Health literacy: A review. *Pharmacotherapy*. 2002; 22(3): 282–302.
- 18-Dominick GM, Dunsiger SI, Pekmezi DW, Marcus BH. Health literacy predicts change in physical activity self-efficacy among sedentary Latinas *J Immigr Minor Health*. 2013; 15(3): 533-9.
- 19-Young Ik C, Shouu-Yih D. Lee M, Arozullah A, Kathleen S. Crittenden. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine*, 66(8), 1809-1816.
- 20-Wagner CN, 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: 1086–1090.
- 21-TenHave TR, Van Horn B, Kumanyika S, Askov E, Matthews Y, Adams-Campbell LL. Literacy assessment in a cardiovascular nutrition education setting. *Patient Educ Couns*. 1997;31: 139–50.
- 22-Arnold CL, Davis TC, Berkel HJ, Jackson RH, Nandy I, London S. Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. *Prev Med*. 2001;32:313–20.
- 23-Moon RY, Cheng TL, Patel KM, Baumhaft K, Scheidt PC. Parental literacy level and understanding of medical information. *Pediatrics*. 1998;102: e25.
- 24-Wilson FL, McLemore R. Patient literacy levels: a consideration when designing patient education programs. *Rehabil Nurs*. 1997;22: 311–7.