

Evaluation of relationship between reproductive health literacy and demographic factors in women

ABSTRACT

Background and objective: Introduction: Health literacy is the ability of people to acquire, understand and use health information that is necessary to decide on this field. Since, reproductive health literacy promotion is known as one of the strategies to meet reproductive health goals in different groups of women. This study aimed to evaluate the relationship between reproductive health literacy and demographic factors in women of Isfahan city.

Methods: This study was a descriptive-analytic research that was evaluated women's reproductive health literacy and its related factors in Isfahan using the questionnaire of health literacy scale for women of reproductive age. Sampling method was easy and 235 women were enrolled in the study. Data analysis was performed using the software SPSS20.

Results: The average age of these women was $27/8 \pm 11/01$ years, most were high school graduates and married. The reproductive health literacy score was desirable in 91% of women and two variables of marital status and age had correlation with reproductive health literacy scores.

Conclusion: The results showed marital status and age were two related factors to women's reproductive health literacy level. Accordingly, the reproductive health literacy scores of women younger than 25 years old and unmarried women were lower than other groups.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health literacy, reproductive health, women

► **Citation:** Kohan Sh, Mohammadi F, Yazdi M, Dadkhah A. Evaluation of relationship between reproductive health literacy and demographic factors in women. *Journal of Health Literacy*. Spring 2018; 3(1): 20-29 .

Shahnaz Kohan

Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Fatemeh Mohammadi

*. PhD of Reproductive Health, Women Health Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: Mohamady_kh@yahoo.com

Maryam Yazdi

PhD Candidate of Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Azam Dadkhah

BSc of midwifery, Health centers No.2, vice chancellor for health and health center of Isfahan province, Isfahan, Iran.

Received: 2017/12/05

Accepted: 2018/04/15

DOI: 10.22038/jhl.2018.10928

بررسی ارتباط سواد سلامت باروری وعوامل دموگرافیک در زنان

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت توانایی کسب، درک و بکارگیری اطلاعات مرتبط با سلامت توسط افراد است که برای تصمیم گیری متناسب در این زمینه لازم است. از آنجا که ارتقا سواد سلامت باروری به عنوان یکی از مهمترین استراتژیها برای دستیابی به اهداف تعیین شده سلامت باروری در گروههای مختلف زنان تشخیص داده شده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سطح سواد سلامت باروری با عوامل دموگرافیک در زنان شهر اصفهان به انجام رسیده است.

مواد و روشها: مطالعه حاضر یک مطالعه کمی از نوع توصیفی-تحلیلی می باشد که در آن سواد سلامت باروری زنان شهر اصفهان و عوامل مرتبط با آن با استفاده از پرسشنامه معیار بررسی سواد سلامت باروری زنان بررسی شده است. نمونه گیری مطالعه آسان بوده و ۲۳۵ نفر به مطالعه وارد شدند. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS۲۰ صورت گرفته است.

یافتهها: میانگین سن این زنان $27/8 \pm 11/01$ سال، اغلب افراد دارای تحصیلات دیپلم و متاهل بودند. نمره سواد سلامت باروری در ۹۱٪ از زنان مطلوب بود و متغیرهای تاهل و سن به ترتیب بیشترین همبستگی را با نمره سواد سلامت باروری داشتند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان می دهد که دو متغیر تاهل و سن با سطح سواد سلامت باروری زنان ارتباط دارند، بدین صورت که زنان مجرد و جوانتر از ۲۵ سال نسبت به سایر گروهها، از سطح سواد سلامت باروری نامطلوبتری برخوردار هستند.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژهها: سواد سلامت، سلامت باروری، زنان

شهناز کهن

دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

فاطمه محمدی

* دکترای بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول):
E-mail: Mohamady_kh@yahoo.com

مریم یزدی

دانشجوی دکترای آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

اعظم دادخواه

کارشناس مامایی، مرکز بهداشت شماره ۲، معاونت بهداشت و مرکز بهداشت شهرستان اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۲۶

◀ **استناد:** کهن ش، محمدی ف، یزدی م، دادخواه ا. بررسی ارتباط سواد سلامت باروری وعوامل دموگرافیک در زنان. *فصلنامه سواد سلامت*. بهار ۱۳۹۷؛ ۳(۱): ۲۰-۲۹.

مقدمه

بیش از ۴۰ سال از مطرح شدن سواد سلامت به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر سلامت می‌گذرد (۱ و ۲). این مسئله که ارتقا سواد سلامت به عنوان یکی از مسائل ضروری برای دستیابی به اهداف مردم سالم ۲۰۱۰ معرفی شد و به عنوان یک راه موثر در دستیابی به اهدافی چون افزایش سالهای زندگی سالم و بهبود کیفیت زندگی و عاملی برای حذف نابرابریهای موجود در سلامت در نظر گرفته شد، نشاندهنده نقش کلیدی آن در موفقیت برنامه‌های ارتقا سلامت می‌باشد (۳).

تا کنون تعاریف متعددی برای سواد سلامت ارائه شده است. سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را شامل توانایی فرد برای کسب، درک و بکارگیری اطلاعات مرتبط با سلامت که برای تصمیم‌گیری متناسب در این زمینه لازم است، می‌داند (۴). و Isman و همکاران به صورت کلی سواد سلامت را چنین تعریف کرده‌اند: توانایی دسترسی به خدمات سلامت موجود برای افراد، درک و استفاده از سیستم‌های اطلاعات مرتبط با سلامت، تفسیر موضوعات مرتبط با سلامت و اتخاذ تصمیم درست (۵). بدین ترتیب ابعاد مختلفی نیز برای آن در نظر گرفته شده است. سواد سلامت کاربردی (۱) تواناییهای پایه خواندن و نوشتن و مهارت بکاربردن این تواناییها در زندگی روزمره، توانایی پاسخ به اطلاعات مرتبط با بیماریها و عوامل خطر آن، توانایی استفاده از سیستم سلامت)، ارتباطی یا تعاملی ۲ (توانایی کسب و بکارگیری اطلاعات مرتبط با سلامت) و انتقادی ۳ (توانایی تحلیل اعتبار اطلاعات و تصمیم‌گیری در مورد بکارگیری آن) رایج‌ترین ابعاد ذکر شده در منابع هستند (Nutbeam, 2000). بر خورداری از سواد سلامت مطلوب به معنی توانمندی فرد برای تصمیم‌گیری در مورد سلامت خود و اداره آن است. در تایید این مسئله مطالعاتی که به بررسی پیامدهای مرتبط با سواد سلامت پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که سطح سواد سلامت افراد با میزان پیروی آنها

از رفتارهای پیشگیرانه و ارتقا دهنده سلامت (۶ و ۷)، پیروی از دستورات دارویی (۸)، استفاده از خدمات پیشگیرانه (۵)، خدمات بستری و اورژانس (۹)، توانایی در جستجوی اطلاعات صحیح در اینترنت (۱۰)، توانایی در برقراری ارتباط با ارائه دهندگان خدمات سلامت (۵) و استقلال در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت افراد ارتباط دارد (۱۱).

در بررسی انجام شده در آمریکا اغلب افراد بالای ۱۶ سال (۵۳ درصد) از سطح سواد سلامت متوسطی برخوردار بودند و فقط ۱۲ درصد دارای سطح مناسب سواد سلامت بودند (۱۲). پژوهش ملی انجام شده در ایران نشان داد که تقریباً نیمی (۴۴ درصد) از مردم ایران از سواد سلامت محدودی برخوردار هستند (۱۳). پژوهش دیگری که در ۵ استان کشور به انجام رسید نشان داد که به طور کلی سطح سواد سلامت در کشور پایین است (۱۴). در بررسی‌های به عمل آمده در زمینه عوامل تاثیرگذار، سن، جنس، سطح درآمد و سطح تحصیلات از عواملی بودند که با سطح سواد سلامت ارتباط معنی داری داشتند (۱۵). بدین صورت که معمولاً زنان، افراد مسن تر و داری سطح درآمد و تحصیلات پایین تر با احتمال بیشتری با عدم کفایت سواد سلامت مواجه هستند (۱۶). بر اساس این شواهد به نظر می‌رسد که سطح سواد سلامت در مردم ایران از کفایت لازم برخوردار نبوده است.

بعلاوه اغلب مطالعات انجام شده در زمینه سواد سلامت به بررسی سواد سلامت عمومی پرداخته‌اند و در حوزه‌های خاص سلامت متمرکز نشده‌اند. سلامت باروری یکی از این حوزه‌های کلیدی سلامت و شاخصی مهم از سطح سلامت جوامع بوده و از سال ۱۹۹۴ توسط سازمان جهانی بهداشت و سازمان جمعیت و توسعه به عنوان یکی از بخشهای دارای اولویت مطرح شده است و همچنان در مرکز توجهات جهانی قرار دارد (۱۷). به این ترتیب با اجرای استراتژیهای مختلف همواره برای بهبود وضعیت سلامت باروری مردم کشورها تلاش شده است. مسئله درخور توجه این است که تازه‌ترین نیاز سنجی‌ها و پژوهشهای انجام شده نشان داده‌اند که ارتقا سواد سلامت باروری یکی از مهمترین

1. Functional health literacy
2. Communicative/interactive health literacy
3. Critical health literacy

محتوا، این پرسشنامه توسط دو مترجم به صورت جداگانه ترجمه شد و تطابق ترجمه ها توسط تیم تحقیق بررسی و تایید شد. بعلاوه روایی صوری و محتوای آن نیز توسط ۱۰ نفر از اساتید متخصص در حوزه سلامت باروری و آموزش بهداشت (اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان) بررسی شد. همچنین روایی صوری ابزار با استفاده از نظرات ۱۰ نفر از زنان مجدداً بررسی و تایید شد. ارزیابی پایایی ابزار با روش آزمون-باز آزمون صورت گرفت. بدین صورت که پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از افراد واجد شرایط ورود به مطالعه، با فاصله زمانی دو هفته تکمیل شد و ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. برای تعیین همبستگی درونی، پس از تکمیل پرسشنامه مرحله اول، ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی گردید. در نهایت پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ضریب همبستگی ۰/۷۱ مورد تایید قرار گرفت.

این ابزار در قالب ۲۱ سوال سطح سواد سلامت باروری زنان را با مقیاس چهار گزینه ای لیکرت (کاملاً درست است (۴)- تا حدی درست است (۳)-چندان درست نیست (۲)-اصلاً درست نیست (۱)) اندازه گیری می‌کرد و نمره کلی این پرسشنامه می‌توانست در محدوده ی عددی ۲۱-۸۴ باشد. در پایان جهت بررسی اطلاعات دموگرافیک ۳ سوال به ابتدای این پرسشنامه اضافه شد. در این ابزار نمرات سواد سلامت باروری بالای میانگین به صورت مطلوب و پایین تر از آن به عنوان نامطلوب تعریف شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS۲۰ استفاده شد. میانگین و انحراف معیار داده ها با آمار توصیفی و رابطه متغیرهای دموگرافیک و نمره سواد سلامت در یک مدل رگرسیونی خطی مورد ارزیابی قرار گرفت. در این روش متغیر نمره سواد سلامت به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای دموگرافیک سن، وضعیت تاهل و سطح سواد به عنوان متغیر مستقل در مدل رگرسیونی وارد شدند. مفروضات مدل رگرسیونی شامل نرمال بودن باقیمانده ها با نمودار احتمال نرمال ارزیابی گردید.

استراتژیها برای دستیابی به اهداف تعیین شده سلامت باروری در گروههای مختلف زنان است (۱۸-۲۱). در کشور ایران تا کنون توجه زیادی به مسئله سواد سلامت باروری نشده است و مطالعه ای در این زمینه صورت نگرفته است. از آنجا که قبل از انجام هرگونه مداخله ای در زمینه سواد سلامت، آگاهی از وضعیت موجود ضروری به نظر می‌رسد، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سواد سلامت باروری با عوامل دموگرافیک در زنان شهر اصفهان به انجام رسیده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کمی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جمعیت مطالعه زنان بالای ۱۸ سال شهر اصفهان بوده اند و معیار ورود به مطالعه داشتن توانایی خواندن و نوشتن، داشتن تابعیت ایرانی، سکونت در شهر اصفهان و تمایل برای ورود به مطالعه بود. نمونه گیری به صورت نمونه گیری در دسترس از چهار فرهنگسرای شهرداری واقع در چهار منطقه جغرافیایی شهر اصفهان صورت گرفته است. در نمونه گیری سعی بر آن بوده که از مناطق مختلف به تعداد مساوی نمونه به مطالعه وارد شود. حجم نمونه با استفاده از داده‌های حاصل از مطالعات قبلی در زمینه سواد سلامت (۱۴) و بر اساس فرمول
$$N = \frac{z(1-\frac{\alpha}{2})^2 p(1-p)}{d^2}$$
 ۲۲۰ نفر محاسبه شد. روند کار بدین صورت بود که در ابتدا با هماهنگی سازمان رفاهی-تفریحی شهرداری فرهنگسراهای فعال در هر منطقه جغرافیایی شهر اصفهان (شمال، جنوب، شرق و غرب) انتخاب شدند. پس از مراجعه به فرهنگسرای انتخابی، ۵۵ نفر از زنانی که در زمان حضور پژوهشگر به فرهنگسرا مراجعه کرده و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به مطالعه وارد می‌شدند.

ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه معیار بررسی سواد سلامت باروری زنان بوده است. که در اختیار نمونه‌های نمونه‌های پژوهش قرار می‌گرفت و توسط آنها تکمیل می‌شد. این پرسشنامه، که در مطالعه ای در دانشگاه شیگای^۱ ژاپن ساخته شده و اعتبار و پایایی آن نیز بررسی شده بود (۲۲)، جهت بررسی مجدد روایی صوری و

افراد دارای تحصیلات دیپلم (۲/۷۰٪) و متاهل (۹/۵۱٪) بودند. میانگین نمره سواد سلامت باروری این زنان $10/26 \pm 66/16$ بود. بر اساس نقطه برش در نظر گرفته شده در ابزار (میانگین نمره)، نمره سواد سلامت باروری در ۹۱٪ از زنان مطلوب و فقط در ۹٪ آنها نامطلوب بود در جدول ۱ اطلاعات توصیفی بدست آمده به تفکیک سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک دیده میشود. همچنین تعداد افرادی که از سواد مطلوب در هر رده برخوردار بوده اند گزارش شده است.

ضمن توضیح اهداف پژوهش، رضایت نامه کتبی آگاهانه از نمونه ها برای شرکت در مطالعه اخذ گردید. مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه دکترای بهداشت باروری بوده و در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره ۳۹۲۴۷۸ به تصویب رسیده است.

یافته‌ها

در مجموع ۲۳۵ نفر از زنان در مطالعه شرکت کردند. میانگین سن این زنان $27/8 \pm 11/01$ و دامنه آن از ۱۸ تا ۶۲ سال بود. اغلب

جدول ۱. اطلاعات توصیفی به تفکیک متغیرهای دموگرافیک

تعداد	نمره سواد سلامت میانگین (انحراف معیار)	سواد سلامت مطلوب تعداد (%)	متغیر
۱۲۹	۶۱/۵۶ (۹/۱۶)	۱۰۶ (۸۵/۵)	گروه سنی (سال)
۴۱	۷۱/۲۷ (۹/۲۶)	۳۹ (۹۷/۵)	
۴۴	۷۴/۲۱ (۷/۲۲)	۴۴ (۱۰۰)	
۲۱	۶۷/۵۷ (۸/۷۶)	۲۰ (۹۵/۲)	
۱۱۰	۶۰/۴۲ (۹/۱۷)	۸۶ (۸۱/۹)	وضعیت تاهل
۱۲۵	۷۱/۲۱ (۸/۳۵)	۱۲۳ (۹۹/۲)	
۲۰۳	۶۵/۵۱ (۱۰/۰۵)	۱۸۰ (۹۰/۹)	سطح تحصیلات
۳۲	۷۰/۲۸ (۱۰/۵۷)	۲۹ (۹۳/۵)	
۲۳۵	۶۶/۱۶ (۱۰/۲۶)	۲۰۹ (۹۱/۳)	
			جمع

میدهد. نتایج مدل ۱ که اثرات خام هر متغیر دموگرافیک را بدون توجه به سایر متغیرهای دموگرافیک نشان میدهد. در این مدل بندی اولین سطح هر متغیر رسته به عنوان گروه مرجع در نظر گرفته میشود و ضریب رگرسیونی سطوح بالاتر نسبت به گروه مرجع محاسبه شده است. با افزایش سن متوسط نمره سواد سلامت افزایش مییابد، زنان ازدواج کرده از نمره سواد سلامت بالاتر در مقایسه با مجردین برخوردارند و افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم نمره سلامت بالاتری در مقایسه با افراد با تحصیلات دیپلم یا کمتر دارند.

در مدل ۲ هر سه متغیر دموگرافیک به طور همزمان در یک مدل رگرسیونی قرار گرفتند و تاثیر آنها بر روی متوسط نمره سواد سلامت گزارش گردید. دیده میشود که افراد بالای ۴۵

با توجه به اینکه دامنه میانگین نمره سوالات ۴-۲ نمره بود، کمترین میانگین ها مربوط به سوالات مرتبط با اطلاعات سلامت، آگاهی از بیماریهای دستگاه تناسلی، رفتارهای پرخطر جنسی و روشهای پیشگیری از بارداری بود (جدول شماره ۲).

برای بررسی رابطه متغیرهای دموگرافیک با سطح سواد سلامت مدل رگرسیونی خطی بین متغیرهای دموگرافیک به عنوان متغیر مستقل و نمره سواد سلامت به عنوان متغیر وابسته برآش گردید.

***سوالهایی که نمونه‌های پژوهش در آن نمرات کمتری گرفته اند.**

جدول ۳ نتایج حاصل از برآش مدل رگرسیونی را در قالب ضرایب رگرسیونی خام و ضرایب رگرسیونی تعدیل شده نشان

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات سوالات پرسشنامه

انحراف معیار	میانگین	سوال
۰/۹	۳/۳۶	توانایی مشورت با کارمندان بهداشت و درمان (پزشک، پرستار، ماما و...) در زمان نگرانی در زمینه سلامت باروری
۰/۷	۳/۳۵	آگاهی از علت و چگونگی رخ دادن خونریزیهای قاعدگی
۰/۸	*۲/۷۹	توانایی تشخیص درستی اطلاعات مرتبط با سلامت زنان که در اینترنت، مجله و... ارائه شده
۰/۷	۳/۴۵	کنترل فاصله زمانی بین خونریزیهای قاعدگی
۰/۶	۳/۶	پیش بینی نزدیک بودن وقوع قاعدگی با توجه به تغییرات بدنی
۰/۷	۳/۲۷	اطلاع از چگونگی باردار شدن و روند آن
۰/۷	۳/۴	اهمیت قائل شدن برای محافظت از سلامت سیستم باروری خود
۰/۸	۳/۲	آگاهی از مراکزی که می‌توان برای دریافت مشاوره یا درمان در مورد سلامت باروری به آنها مراجعه کرد
۰/۷	*۳/۰۷	توانایی پیدا کردن اطلاعات مورد نیاز در مورد سلامت زنان
۰/۸	*۲/۶۳	آگاهی از بیماری‌های معمول رحم و تخمدان
۰/۷	*۲/۹۷	توان تصمیم‌گیری و انتخاب اطلاعات از بین اطلاعات بسیار زیاد موجود در مورد سلامت زنان
۰/۷	۳/۲۳	اطلاع از تاثیر گذاشتن تغییرات جسمی و روانی بر نظم چرخه قاعدگی
۰/۷	۳/۱۶	توانایی انجام کارهای موثر جهت تسکین درد هنگام قاعدگی
۰/۷	۳/۳۵	توانایی پرسش مجدد در زمان متوجه نشدن توصیه‌ها و توضیحات کارمندان بهداشت و درمان (پزشک، پرستار، ماما و...)
۰/۶	۳/۳۹	توانایی فهمیدن اطلاعاتی دریافتی، در مورد سلامت زنان، در زندگی روزمره
۰/۶	۳/۵	اطلاع از تغییرات روحی و جسمی ناشی از قاعدگی
۰/۹	*۳	اطلاع از رفتارهای پرخطر جنسی و بیماری‌های مقاربتی
۰/۷	۳/۳۵	توانایی به کار بستن اطلاعات و توصیه‌های داده شده برای سلامت بدن خود
۰/۹	*۳/۰۴	اطلاع از روشهای جلوگیری از حاملگی و از نحوه استفاده از آنها
۰/۷	۳/۲۸	احساس راحتی در گفتگو از وضعیت و بیماری خود در زمان مشورت با کارمندان بهداشت و درمان (پزشک، پرستار، ماما و...)
۰/۹	*۳/۰۱	توانایی مراجعه برای دریافت مشاوره یا درمان در زمینه سلامت باروری

از ۴۵ سال میانگین نمره سواد سلامت کاهش محسوسی نسبت به گروههای جوان تر دارد. برای زنان مجرد تنها اطلاعات مربوط به دو گروه سنی زیر ۲۵ سال و بین ۲۵-۳۵ سال وجود داشت. در رده سنی زیر ۲۵ سال ۱۰۵ نفر با سطح تحصیلات دیپلم و کمتر و تنها ۲ نفر با تحصیلات بالای دیپلم در نمونه وجود داشت. در گروه سنی ۲۵-۳۵ سال نیز تنها ۳ زن مجرد در نمونه وجود داشت، از این رو روند مشاهده شده در نمودار قابلیت تعمیم به جامعه را دارا نیست و از تفسیر آن صرف نظر می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود که به بررسی

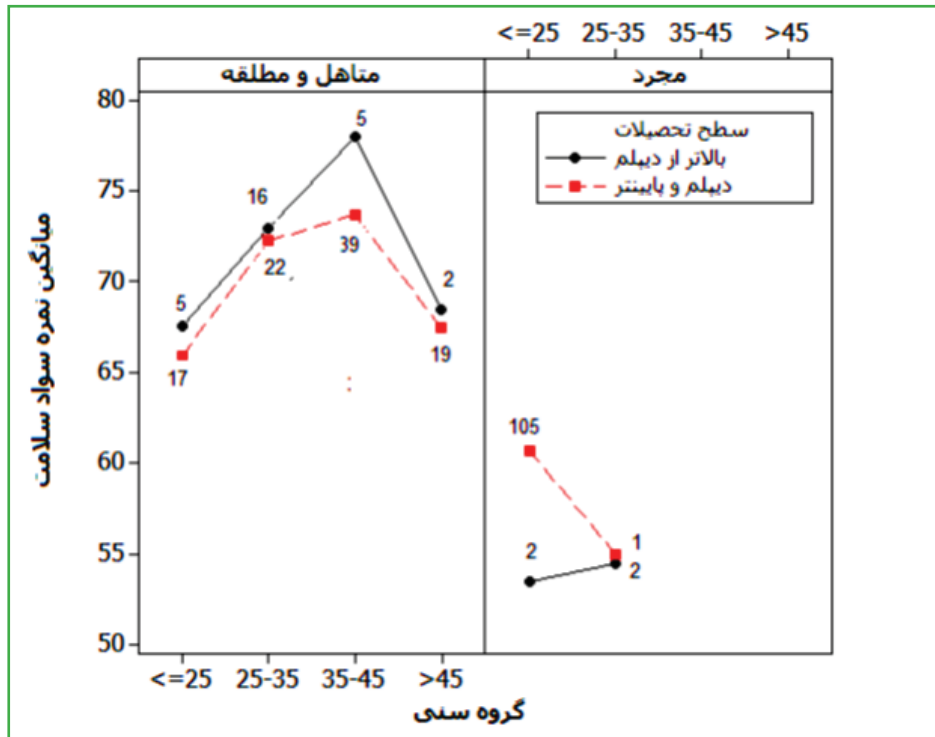
سال نسبت به افراد زیر ۲۵ سال از نظر نمره سواد سلامت برتری ندارند. همچنین دیده میشود در حضور متغیرهای وضعیت تاهل و سن رابطه معنی دار آماری بین سطح سواد سلامت و سطح تحصیلات دیگر برقرار نیست این به علت وجود اثر متقابل بین متغیرهای دموگرافیک است (جدول ۳).

برای دیدن چگونگی اثر متقابل متغیرهای دموگرافیک، میانگین نمره سلامت را در سطوح مختلف عوامل مورد مطالعه؛ گروه سنی، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل در نمودار ۱ نمایش داده شد.

همانطور که در نمودار دیده می‌شود در زنان ازدواج کرده با افزایش سن سطح سواد افزایش می‌یابد اما در گروه سنی بالاتر

جدول ۳: رابطه متغیرهای دموگرافیک با نمره سواد سلامت در مدل رگرسیونی خطی

مدل ۱		مدل ۲			متغیر مستقل	
ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد	احتمال معنی داری	ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد		
۶/۰۱	۲/۰۶	۰/۰۰۳	-۰/۰۶	۲/۵۱	۰/۹۸۱	>۴۵
۱۲/۶۵	۱/۵۳	۰/۰۰۰	۶/۵۷	۲/۱۳	۰/۰۰۲	۳۵-۴۵
۹/۷۱	۱/۵۷	۰/۰۰۰	۴/۰۸	۲/۱۲	۰/۰۵۴	۲۵-۳۵
						<۲۵ (گروه مرجع)
۱۰/۷۹	۱/۱۴	۰/۰۰۰	۷/۳۱	۱/۸۶	۰/۰۰۰	متاهل و مطلقه
						مجرد (گروه مرجع)
۴/۷۷	۱/۹۲	۰/۰۱۳	۰/۲۷	۱/۷۸	۰/۸۷۸	بالتر از دیپلم
						دیپلم و کمتر (گروه مرجع)



نمودار ۱: میانگین نمره سواد سلامت در سطوح مختلف متغیرهای گروه سنی، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل (اعداد روی نمودار نشان دهنده تعداد افراد در سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک میباشد)

ارتباط سواد سلامت باروری با عوامل دموگرافیک زنان پرداخته است. نتایج مطالعه نشان داد که متغیرهای سن و وضعیت تاهل با سطح سواد سلامت باروری ارتباط دارند اما ارتباط سواد سلامت با متغیر سطح تحصیلات معنادار نبود. در زمینه متغیر سن ارتباط بدین صورت بود که میانگین نمره سواد سلامت باروری در گروه سنی ۲۵-۳۵ سال و ۳۵-۴۵ سال نسبت به گروه سنی کمتر از ۲۵ سال (گروه مرجع) بالاتر بود (به ترتیب ۷۱/۲۷، ۶۱/۵۶ و ۷۴/۲۱). به عبارتی با افزایش سن نمره سواد سلامت باروری روندی رو به

نمره سواد سلامت نیمی از افراد (۷/۵۵٪) در جامعه ایران حکایت دارد (۱۳).

مطالعات نشان داده که سطح تحصیلات و نمره سواد سلامت با هم ارتباط مستقیم دارند و داشتن مدرک تحصیلی پایین تر از دیپلم معمولا با عدم کفایت نمره سواد سلامت همراه است (۱۴, ۲۹, ۳۰). اما در مطالعه حاضر بین متغیر سطح تحصیلات و نمره سواد سلامت باروری ارتباطی دیده نشد. نتایج تحلیل نشان می‌دهد که فقط افراد متاهل دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم نسبت به همگروهان دیگر خود نمره سواد سلامت باروری بالاتری دارند، البته این افزایش ناچیز بوده و تفاوت موجود از لحاظ آماری معنادار نبود. این یافته نسبت به شواهد موجود، جدید و متفاوت است. دو دلیل برای حصول چنین نتیجه‌ای ممکن است وجود داشته باشد اول اینکه چون زنان با تحصیلات پایین تر معمولا زودتر ازدواج می‌کنند و نمره سواد سلامت باروری در زنان متاهل بالاتر بوده است، می‌تواند توضیحی برای بالاتر بودن نمره سواد سلامت باروری در زنان دارای تحصیلات پایین تر باشد. بررسی داده‌های مطالعه نیز نشان داد که ۵۶ درصد از زنان دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم مجرد بوده‌اند. دلیل دیگری که برای عدم ارتباط نمره سواد سلامت باروری و سطح تحصیلات می‌تواند وجود داشته باشد نحوه طراحی سوالات پرسشنامه است. از آنجا که ابعاد مختلف سواد سلامت توسط تخمین فرد از توانایی خود بررسی شده ممکن است با افزایش کاذب نمره در زنان دارای تحصیلات پایین تر همراه بوده باشد.

ارتباط بین متغیر وضعیت تاهل و سواد سلامت باروری هم بدین صورت بود که میانگین نمره در زنان متاهل بیشتر از میانگین نمره زنان مجرد بود (به ترتیب ۶۰/۴۲ و ۷۱/۲۱). اما مطالعات موجود نشان داده‌اند که مجردین از سطح مطلوبتری از سواد سلامت عمومی برخوردارند (۳۰, ۳۱). مطالعه حاضر اختصاصا به بررسی سواد سلامت باروری پرداخته است و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد وقتی صحبت از سواد سلامت باروری به میان می‌آید، افراد و گروههای جمعیتی در حاشیه جامعه مانند زنان

افزایش دارد اما نکته حائز اهمیت این است که این روند افزایشی فقط تا سن ۴۵ سالگی ادامه دارد و پس از آن میانگین این نمره کاهش می‌یابد (۶۷/۵۷ در زنان بالای ۴۵ سال). افزایش تعداد زنان متاهل با افزایش سن و مواجهه بیشتر با مسائل مرتبط با باروری می‌تواند از علل افزایش نمره سواد سلامت باروری در گروه ۴۵-۲۵ سال باشد. در تایید این مسئله مطالعه اصلانی و خسروی نشان می‌دهد که با گذر از سن ۲۲ سالگی میانگین آگاهی افراد در رابطه با مسائل باروری و جنسی افزایش می‌یابد (۲۴).

در این مطالعه گروه سنی زیر ۲۵ سال از سطح سواد سلامت پایینتری نسبت به گروه ۴۵-۲۵ سال برخوردار بودند. مطالعه MacNeill و Golver در نتایجی همسو با پژوهش حاضر بیان می‌کند که حتی در جوامعی که سلامت باروری و جنسی در مدارس تدریس می‌شود، در سنین زیر ۲۰ سال سواد سلامت باروری در سطح پائینی قرار دارد و عدم توان درک و استفاده از این مطالب علت پایین بودن سواد سلامت این گروه می‌باشد (۲۵). در تایید یافته روند کاهشی سطح سواد سلامت باروری پس از ۴۵ سالگی، تحقیقات انجام شده در کشورهای اروپایی نیز نشان داده که افراد دارای سنین بالاتر جزء گروههای آسب پذیری هستند که با احتمال بیشتری از سطح سواد سلامت پایین تری برخوردار هستند (۴). Heijmans و همکاران و Paasche-Orlow و همکاران نیز در بررسیهای خود به این نتیجه رسیدند که پس از ۴۵-۵۰ سالگی با افزایش سن میانگین نمره سواد سلامت و میانگین نمره ابعاد آن به طرز معناداری کاهش می‌یابد (۲۶, ۲۷). به عبارت دیگر بین سن و نمره سواد سلامت در افراد مسن تر یک رابطه منفی وجود دارد (۲۸).

از سوی دیگر اکثر زنان شرکت کننده در مطالعه از سطح مطلوبی از نمره سواد سلامت باروری برخوردار بودند. مطالعه قنبری و همکاران، در زمینه سواد سلامت زنان باردار، در نتایجی همسو با مطالعه حاضر نشان داد که سطح سواد سلامت در اغلب نمونه‌های این مطالعه (۴۵/۵٪) در سطح مطلوب قرار دارد (۲۳)، مطالعه ملی سواد سلامت بزرگسالان ایرانی نیز از مطلوب بودن

بیشتر در ارتباط با سطح سواد سلامت باروری، از پیشنهادات نویسندگان برای انجام مطالعات بعدی است.

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که زنان مجرد و کمتر از ۲۵ سال بیش از سایر گروههای زنان دارای سطح سواد سلامت باروری نامطلوب هستند. از آنجا که عدم کفایت سواد سلامت با آثار منفی متعددی بر سلامت افراد همراه است، لذا سیاست گذاری و برنامه ریزی برای ارتقا سواد سلامت باروری این زنان پیشنهاد می شود.

سیاسگزاری

نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش که همکاری آنها باعث به انجام رسیدن این پژوهش شد، سپاسگزار هستند. همچنین از مدیران و کارکنان بخش رفاهی-فرهنگی شهرداری و فرهنگسراهای شهر اصفهان نیز تشکر و قدردانی می شود.

روستایی، زنان مهاجر، نوجوانان، افراد دارای تحصیلات پایین تر و افراد مجرد معمولاً از سطح نامطلوب تری از سواد سلامت باروری برخوردارند (۲۰). بعلاوه از آنجا که در ایران نیز مانند بسیاری از کشورها، هنجارهای فرهنگی مانع از ارائه اطلاعات و آموزش در زمینه مسائل مرتبط با باروری و جنسی به مجردین می شود (۳۳، ۳۲). همچنین زنان مجرد معمولاً تعامل کمتری با پرسنل سلامت دارند و این خود می تواند عاملی برای پایین تر بودن سطح سواد سلامت باروری در این گروه از زنان باشد (۳۴). استفاده از نمونه گیری آسان، حذف افراد بی سواد از نمونه گیری، محدود بودن متغیرهای مستقل اندازه گیری شده و حجم نمونه مورد استفاده از محدودیتهای پژوهش حاضر می باشد که ممکن است باعث کاهش قابلیت تعمیم نتایج به تمام جمعیت و جمعیتهای مشابه بشود. لذا انجام پژوهشهای وسیعتر و با روشهای نمونه گیری خوشه ای یا سهمیه ای و بررسی متغیرهای مستقل

References:

1. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad hoc committee on health literacy for the council on scientific affairs, American Medical Association. JAMA. 1999;281(6):552-7.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.
3. Perlow E. Accessibility: global gateway to health literacy. Health promotion practice. 2010;11(1):123-31.
4. WHO. Health literacy ,the solid facts. Denmark: Regional Office for Europe; 2013. Available from: www.euro.who.int.
5. Isman A, İlgün G, Turaç İS, Orak S. International conference on new horizons in education, INTE 2014, 25-27 June 2014, Paris, France Health Literacy. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015;174:2629-33.
6. Castro-Sánchez E, Chang PW, Vila-Candel R, Escobedo AA, Holmes AH. Health literacy and infectious diseases: why does it matter? International Journal of Infectious Diseases. 2016;43:103-110.
7. Petroll AE, Hare CB, Pinkerton SD. The essentials of HIV: a review for nurses. Journal of Infusion Nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society. 2008;31(4):228.
8. Deppe SJ, Sawkin MT, Stoner SC, Rasu RS, editors. Health literacy and adherence, do they vary by medication regimen? Pharmacotherapy; 2012: Wiley-blackwell.
9. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. Journal of General Internal Medicine. 2004;19(3):215-20.
10. Şener S, Saridoğan E, Staub S, Aydın GÖ, Kaya N, Turan N. World conference on technology, innovation and entrepreneurship. The role of health literacy in access to online health information. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015;195:1683-7.
11. Wei M-H. The associations between health literacy, reasons for seeking health information, and information sources utilized by Taiwanese adults. Health Education Journal. 2014;73(4):423-34.
12. 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. 2006. National Center for Education Statistics.
13. Tavousi M, Mehrizi AH, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. Payesh. 2016;15(1):95-102 [Persian].
14. Banihashemi S-AT, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian S-M, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. Strides in Development of Medical Education. 2007;4(1):1-9 [Persian].

15. Khosravi A, Ahmadzadeh K. Investigating health literacy level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. *Iranian South Medical Journal*. 2015;18(6):1245-53 [Persian].
16. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati F, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2012;1(1):31.
17. UNFPA. International-Conference-on-Population-and-Development 1994. Available from: <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development>.
18. EMR. Sexual & reproductive health needs analysis: findings and recommendations Melbourne: Women's Health East; 2016 [cited Jun2016]. Available from: <http://whe.org.au/2016/04/28/eastern-metropolitan-region-sexual-reproductive-health-needs-analysis/>.
19. Thompson J, Havenga Y, Naude S. The health literacy needs of women living with HIV/AIDS. *Health SA Gesundheit*. 2015;20(1):11-21.
20. Allen C, K T-P, D G. The need for a sexual and reproductive health literacy strategy for eastern Caribbean youth: a literature review and focus group discussions with young people in four countries. Caribbean Public Health Agency 58th Annual Scientific Meeting; Hilton Hotel, Barbados: UNFPA; May 2, 2013.
21. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2009;38(5):601-12.
22. Kawata S, Hatashita H, Kinjo Y. Development of a health literacy scale for women of reproductive age: an examination of reliability and validity in a study of female workers. *Nihon Kosho Eisei Zasshi*. 2014;61(4):186-96.
23. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Majdabadi MM. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Medicine*. 2011;19(97):1-12 [Persian].
24. Aslani A, Khosravi A. Investigating Health Belief model component about sexual and reproductive health in college female students. *Journal of Health Literacy*. 2016; 1 (1):39-45 [Persian].
25. Glover, R. (2015, November). Barbie's to birth control: Using focus groups with adolescent females to identify the barriers to understanding reproductive and sexual health. In 2015 APHA Annual Meeting & Expo (Oct. 31-Nov. 4, 2015). APHA.
26. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J et al. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient education and counseling*. 2015; 98: 41-48.
27. Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., & Rudd, R. R. The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*. (2005) ; 20(2):175-1.
28. Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2000;55(6): 368-374.
29. Stallings E. Literacy and culture as determinants of health: designing education for improved outcomes. 2015. PhD Thesis. Drew University.
30. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Which women patients have better health literacy in Serbia? *Patient education and counseling*. 2012;89(1):209-12.
31. Jeong SH, Kim HK. Health literacy and barriers to health information seeking: a nationwide survey in South Korea. *Patient Education and Counseling*. 2016;99.11: 1880-1887.
32. Bennett LR. 'Islam as a medium for promoting reproductive rights', in women, Islam and modernity: single women, sexuality and reproductive health in contemporary Indonesia. London/ New York: Routledge/Curzon; 2005.
33. Shepard BL, DeJong JL. Breaking the silence and saving lives: young peoples sexual and reproductive health in the Arab States and Iran. 2005.
34. Kohan S, Mohammadi F, Mostafavi F, Gholami A. Being single as a social barrier to access reproductive healthcare services by Iranian girls. *Int J Health Policy Manag*. 2017;6(3): 147-153.