

بررسی ارتباط بین سواد سلامت و میزان خودمراقبتی در جمعیت حاشیه‌نشین تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

محتشم غفاری^۱، سکینه رخشنده‌رو^۲، حسن امامی^۳، سید احمد احمدی‌نسب^{۴*}

۱. استاد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات کنترل عوامل زیان‌آور محیط و کار، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات کنترل عوامل زیان‌آور محیط و کار، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استادیار مدیریت فناوری اطلاعات سلامت، عضو هیئت‌علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. کارشناسی‌ارشد MPH، دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۴

زمینه و هدف: سواد سلامت را می‌توان به صورت توانایی خواندن، درک و عمل کردن براساس توصیه‌های بهداشتی و خودمراقبتی به معنی پیروی از یک شیوه زندگی سالم به منظور پیشگیری از بیماری‌ها تعریف کرد. سواد سلامت، یکی از اجزای مهم در خودمراقبتی محسوب می‌شود. هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط بین سواد سلامت بر میزان خودمراقبتی و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه توسط مردم می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت توصیفی- تحلیلی روی ۳۵۹ نفر ساکن در حاشیه شهر سبزوار انجام شد. داده‌ها به روش پرسشگری با پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶ (آمار توصیفی و تحلیلی) و با آزمون‌های همبستگی، T test و ANOVA تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه، از سطح سواد سلامت کافی با ۵۴/۹ درصد برخوردار بودند و فقط ۷/۵ درصد افراد سطح سواد سلامت ناکافی داشتند. ضمن اینکه ۳۷/۶ درصد افراد نیز دارای سطح سواد سلامت مرزی بودند. میانگین سواد سلامت در مردان ۱۳/۶ ± ۸۴/۴۹ و میانگین سواد سلامت در زنان ۱۴/۰۲ ± ۸۶/۶۷ بود و در دو جنس، تفاوت معنی‌داری نداشت. از مجموع ۳۵۹ نفر مشارکت‌کننده، امتیاز خودمراقبتی ۲۰۶ نفر (۵۷/۴ درصد) از مشارکت‌کنندگان در حد متوسط بود و بقیه افراد با تعداد ۱۵۳ نفر (۴۲/۶ درصد) در حد ضعیف بودند و هیچ‌کدام از مشارکت‌کنندگان، امتیاز در حد قوی را کسب نکردند. بین سواد سلامت کل و خودمراقبتی کل، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ولی بین سواد سلامت کل با ابعادی از خودمراقبتی شامل تحرک/خستگی، احساس خوشحالی، عملکرد اجتماعی و درد، ارتباط معنی‌داری وجود داشت. همچنین خودمراقبتی کل فقط با بعد مهارت انجام فعالیت از ابعاد سواد سلامت، ارتباط معنی‌داری داشت و با سایر ابعاد آن، ارتباط معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: هر چند بین سواد سلامت کل و خودمراقبتی کل، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ولی بین سواد سلامت کل با ابعادی از خودمراقبتی؛ شامل تحرک/خستگی، احساس خوشحالی، عملکرد اجتماعی و درد، ارتباط معنی‌داری وجود داشت. با توجه به اینکه تنها نیمی از افراد سواد سلامت کافی داشتند و هیچ‌یک از افراد از وضعیت خودمراقبتی مطلوبی برخوردار نبودند؛ انجام اقدامات مؤثر برای افزایش میزان سواد سلامت افراد و به دنبال آن، ارتقای خودمراقبتی به‌طور جدی توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها:

سواد سلامت، خودمراقبتی، جمعیت حاشیه‌نشین

* نویسنده مسئول: سیداحمد احمدی‌نسب

نشانی: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی، معاونت بهداشتی

تلفن: ۰۵۱۴۴۶۵۲۰۳۹

رایانامه: ahmadinasaba1@medsab.ac.ir

شناسه ORCID: 000-0003-0873-4669

شناسه ORCID نویسنده اول: 000-0003-1756-5297

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۸، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۴۰۰، ص ۳۲۱-۳۲۸

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

۱. مقدمه

شاخص‌های توسعه‌یافتگی از منظر سازمان ملل است (۵). در مطالعات مختلف نیز خودمراقبتی به‌عنوان عاملی برای ارتقای سلامت افراد بیان شده است. این اقدامات اگرچه بدون کمک‌های حرفه‌ای به اجرا درمی‌آید اما در میزان و چگونگی انجام آن، عوامل مختلفی از سواد سلامت افراد مؤثر می‌باشد (۶). امروزه بیشتر آموزش‌ها و اطلاعات در سیستم بهداشتی به‌صورت نوشتاری و در سطحی بالاتر از آن‌چه برای افراد قابل‌فهم باشد ارائه می‌گردد (۷). درک اطلاعات جدید بهداشتی، نیازمند مهارت بالایی در خواندن، محاسبات و مهارت تصمیم‌گیری می‌باشد. با وجود اهمیت بسیار زیاد امر سواد سلامت در کیفیت زندگی و ارتقای سلامت، متأسفانه در ایران به این موضوع کمتر پرداخته شده است و آمار و شواهدی در این زمینه در دست نیست.

خودمراقبتی، عملکردی آگاهانه، آموختنی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد فرد اعمال می‌گردد و به خودمراقبتی برای سالم زیستن، مدیریت ناخوشی جزئی، خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن و حاد تقسیم می‌شود و فرایندی مادام‌العمر و در تمامی دوران‌ها و موقعیت‌های زندگی است. شواهد متقن، حاکی از آن است که با ترویج و حمایت از خودمراقبتی می‌توان صرفه‌جویی ۷ درصدی را در هزینه‌های بهداشتی شاهد بود. خودمراقبتی، هزینه مراقبت‌های سطوح پایه و تخصصی و همچنین پذیرش ضروری و غیرضروری سرپایی را کاهش می‌دهد (۸).

بنابراین با توجه به مطالب فوق، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین سطح سواد سلامت و انجام اقدامات خودمراقبتی در جمعیت عمومی ۶۰-۱۸ ساله تحت پوشش پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت واقع در مناطق حاشیه‌نشین شهر سبزوار انجام شد تا وضعیت رفتارهای بهداشتی و همچنین اتخاذ رفتارهای پیش‌گیرانه در جامعه شهری شهر سبزوار (محلات حاشیه‌نشین) براساس سطح سواد سلامت آنان سنجیده شود.

۲. مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که در شهر سبزوار با مشارکت جمعیت ساکن در حاشیه شهر، مردان و زنان در گروه سنی ۶۰-۱۸ ساله انجام پذیرفته است. مناطق حاشیه‌نشین براساس نقشه و موقعیت جغرافیایی ارائه شده توسط ستاد بازآفرینی محلات حاشیه‌نشین (سکونتگاه‌های غیررسمی) شهرستان سبزوار با مسئولیت فرماندار شهرستان و تأیید وزارت

نظام‌های نوین سلامت باعث ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان خود شده‌اند و افراد باید نهایتاً برای اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده، نقش‌های جدیدی بر عهده بگیرند که در این زمینه، یکی از عوامل بسیار مؤثر، سواد سلامت است. اگرچه هنوز به‌درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامت تأثیرگذار است، دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامت، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است. به‌طوری که برخی از محققان معتقدند که سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در رابطه با سلامت است. از این حیث سازمان سلامت جهان در گزارشی، سواد سلامت را یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی کرده است؛ بنابراین سنجش میزان سواد سلامت، امری ضروری است تا از احتمال بروز خطرات ناشی از سواد محدود جلوگیری شود (۱).

سواد سلامت، میزان توانایی فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب، لازم می‌باشد (۲). سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامت است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد (۳). هم‌اکنون سواد سلامت به‌عنوان یک مسئله و بحث جهانی در قرن ۲۱ معرفی شده است (۴). بر این اساس سازمان جهانی بهداشت به‌تازگی در گزارشی، سواد سلامت را به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی کرد. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرد که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر برای پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک، در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود (۵).

سواد سلامت را می‌توان به‌صورت توانایی خواندن، درک و عمل کردن براساس توصیه‌های بهداشتی و سلامتی تعریف کرد. افراد با سواد سلامت ناکافی، با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری متخصصان سلامتی را درک می‌کنند و به دستورات آن‌ها عمل می‌کنند، وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند و هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند؛ در نتیجه، امروزه سواد سلامت ناکافی، تهدیدی جهانی به‌شمار می‌آید. خودمراقبتی به معنی پیروی از یک شیوه زندگی سالم به‌منظور پیشگیری از بیماری‌ها و صدمات می‌باشد. در این میان، سواد سلامت، یکی از اجزای مهم در خودمراقبتی محسوب می‌شود. سلامت یکی از

فرد، نمره ۱ و در صورت انتخاب نشدن، نمره صفر تعلق می‌گیرد. هفت سؤال نیز به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (هیچ‌وقت، به‌ندرت، گاهی، اغلب، همیشه) است و به هر عبارت نمره‌ای بین یک تا پنج اختصاص داده می‌شود. نمره کلی پرسش‌نامه از مقیاس صد در نظر گرفته شده است. اعتبار محتوای پرسش‌نامه به روش کیفی با استفاده از نظر متخصصان مربوطه و بررسی متون و در نظر گرفتن تمامی ابعاد موضوع بررسی شد. برخی از واحدها (همگون و غیرمشارکت‌کننده در مطالعه) نیز اعتبار صوری پرسش‌نامه در مطالعه مقدماتی را بررسی کردند. پایایی ابزار نیز با استفاده از روش همسانی درونی ($\alpha=0/77$) سنجیده شد (۹).

روش محاسبه امتیاز سواد سلامت به صورت، کافی (۸۳/۵) و بالاتر، مرزی (۸۳/۵ - ۶۵/۵)، ناکافی (۶۵/۵ - ۰) و روش محاسبه امتیاز خودمراقبتی با حداکثر و حداقل امتیاز، قوی (۴۸-۷۶)، متوسط (۲۴-۴۷)، ضعیف (۰-۲۳) بود.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از سایر مطالعات، در خصوص سنجش سواد سلامت ایرانیان که میزان سواد سلامت را ۵۵/۴ برآورد کرده بودند با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و سطح خطای نسبی ۵٪، در این مطالعه ۳۵۹ نفر را بررسی کردیم.

با ارائه معرفی‌نامه از دانشگاه و اطمینان دادن به محرمانه بودن نام و اطلاعات مشارکت‌کنندگان در تحقیق و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای پژوهش برای تکمیل پرسش‌نامه و برخورداری از حق کناره‌گیری در هر مرحله از تحقیق برای واحدهای پژوهش، اقدام به جمع‌آوری اطلاعات شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 (آمار توصیفی و تحلیلی) با آزمون‌های همبستگی و T test و ANOVA تجزیه و تحلیل شدند.

۳. یافته‌ها

افراد مورد مطالعه را زنان با ۲۴۴ نفر (۶۸ درصد) و مردان با ۱۱۵ نفر (۳۲ درصد) تشکیل دادند. داده‌ها نشان داد که ۴۴ درصد افراد در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال (۱۵۸ نفر) و ۲۱ درصد افراد در گروه سنی ۴۰ سال و بالاتر (۷۷ نفر) قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۳۱ درصد شرکت‌کنندگان، در مقطع تحصیلی راهنمایی و دبیرستان (۱۱۱ نفر) و ۱۴ درصد در مقطع تحصیلات دانشگاهی (۵۱ نفر) قرار داشتند. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب دسترسی و استفاده از منابع در یک ماه در جدول ۱ آورده شده است.

کشور تعیین شده است. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به‌منظور ارائه خدمات بهداشتی درمانی به ۵۴۳۰۰ نفر ساکنان این محلات (جمعیت سرشماری شده در ابتدای سال ۱۳۹۵) پنج پایگاه سلامت و دو مرکز خدمات جامع سلامت شهری از سال ۱۳۹۳ راه‌اندازی کرد که این مطالعه نیز در جمعیت تحت پوشش این دو مرکز و پنج پایگاه سلامت انجام شد. در این پژوهش، داده‌ها و اطلاعات به روش پرسشگری درب منازل جمع‌آوری شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت چند مرحله‌ای (نمونه‌گیری طبقه‌ای و خوشه‌ای) بود. نواحی در نظر گرفته شده براساس برنامه پزشک خانواده شهری که مشتمل بر پنج ناحیه می‌باشد به‌عنوان طبقه‌های مطالعه در نظر گرفته شدند. با توجه به اینکه در هر ناحیه بلوک‌های مربوطه از نظر وضعیت اقتصادی- اجتماعی به هم شبیه می‌باشند؛ تعداد ۳ بلوک به‌عنوان خوشه‌های ما (۳۲۵ خانوار در هر بلوک جمعیتی) در هر ناحیه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. شایان ذکر است که در هر خوشه نیز نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انجام گرفت؛ به‌طوری که هر کدام از خانه‌ها به‌صورت یک در میان مورد پرسش قرار می‌گرفتند. ملیت ایرانی، سن بالای ۱۸ سال و حضور در ساعت پرسشگری، معیار ورود در نظر گرفته شد. همچنین عدم تمایل به همکاری در طرح مذکور، معیار خروج از مطالعه بودند. پیش از اجرای مطالعه، به افراد، در مورد اهداف مطالعه، دلایل جمع‌آوری اطلاعات، شیوه اجرای مطالعه و اجازه خواستن از آنها برای شرکت در این پژوهش و محرمانه بودن اطلاعاتشان توضیحات لازم داده شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسش‌نامه دو قسمتی بود: الف) پرسش‌نامه سنجش سطح سواد سلامت ایرانیان: این پرسش‌نامه، پرسش‌نامه‌ای خودساخته برای سنجش سواد سلامت در سطح جامعه است و شامل دو قسمت اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات در زمینه کلی اطلاعات بهداشتی شامل داروهای تجویز شده، زمان مراجعه به پزشک، تغذیه بهداشتی و غیره می‌باشد. روایی و پایایی این ابزارها در مطالعات قبلی بررسی شده است (14,15). ب) پرسش‌نامه خودمراقبتی توبرتو گلاسکو: این پرسش‌نامه شامل هشت سؤال در زمینه متغیرهای دموگرافیک و هفده سؤال در زمینه‌های مراقبت از دندان‌ها، واکسیناسیون، مراجعه به پزشک، برنامه غذایی، تبعیت از درمان و انجام فعالیت فیزیکی است. از کل سؤالات فوق، ده سؤال به‌صورت چندگزینه‌ای می‌باشد که در صورت انتخاب هر گزینه توسط

جدول ۱. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب دسترسی و استفاده از منابع در یک ماه گذشته

منابع	تعداد	میانگین
دسترسی به پزشک	بلی	۲۰۸
	خیر	۱۴۸
دسترسی به اینترنت	بلی	۱۰۹
	خیر	۲۴۷
دسترسی به رادیو و تلویزیون	بلی	۲۰۱
	خیر	۱۵۵
دسترسی به روزنامه و مجلات	بلی	۶۷
	خیر	۲۸۹
دسترسی به کتابچه و بروشور	بلی	۱۰۱
	خیر	۲۵۵
استفاده از پزشک و پرسنل بهداشتی	بلی	۱۹۷
	خیر	۱۵۹
استفاده از دوستان و آشنایان	بلی	۲۱۵
	خیر	۱۴۱
استفاده از تلویزیون و رادیو	بلی	۱۸۰
	خیر	۱۷۶
استفاده از روزنامه و مجلات	بلی	۷۶
	خیر	۲۸۰
استفاده از اینترنت	بلی	۹۰
	خیر	۲۶۶
استفاده از کتابچه و بروشور	بلی	۸۸
	خیر	۲۶۸

۲۰۶ نفر) امتیاز خودمراقبتی در حد متوسط و ۴۲/۶ درصد افراد (۱۵۳ نفر) در حد ضعیف داشتند و هیچ کدام از افراد، امتیاز در حد قوی را کسب نکردند (جدول ۲).

۵۴/۹ درصد افراد مورد مطالعه از سطح سواد سلامت کافی برخوردار بودند و فقط ۷/۵ درصد افراد، سطح سواد سلامت ناکافی داشتند. ضمن اینکه ۳۷/۶ درصد افراد دارای سطح سواد سلامت مرزی بودند. از مجموع ۳۵۹ نفر مورد مطالعه، ۵۷/۴ درصد افراد

جدول ۲. وضعیت سواد سلامت و خودمراقبتی در افراد مورد مطالعه (n = 359)

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد
سواد سلامت	ناکافی (۰ - ۶۵/۵)	۲۷	۷/۵
	مرزی (۶۵/۵ - ۸۳/۵)	۱۳۵	۳۷/۶
	کافی (۸۳/۵ و بالاتر)	۱۹۷	۵۴/۹
خودمراقبتی	نامطلوب (ضعیف) ۰-۲۳	۱۵۳	۴۲/۶
	نیمه مطلوب (متوسط) ۲۴-۴۷	۲۰۶	۵۷/۴
	مطلوب (قوی) ۴۸-۷۶	۰	۰/۰

همچنین خودمراقبتی کل فقط با بعد مهارت انجام فعالیت از ابعاد سواد سلامت، ارتباط معنی داری داشت و با سایر ابعاد آن، ارتباط معنی داری نداشت (جدول ۳).

بین سواد سلامت کل و خودمراقبتی کل، ارتباط معنی داری وجود نداشت ولی بین سواد سلامت کل با ابعادی از خودمراقبتی؛ شامل تحرک/ خستگی، احساس خوشحالی، عملکرد اجتماعی و درد، ارتباط معنی داری وجود داشت.

جدول ۳. ارتباط بین سواد سلامت و ابعاد آن با خودمراقبتی و ابعاد آن

متغیر	ابعاد خود مراقبتی									
	خودمراقبتی کل	سلامت عمومی	درد	عملکرد اجتماعی	احساس خوشحالی	تجزیات / خستگی	مشکلات روحی و روانی	موانع سلامت جسمی	فعالیت فیزیکی	خواندن
ابعاد سواد سلامت	R=0/061 P=248	R=-/116 P=-/028	R=-/173 P</001	r=0/182 P<0/001	R=-/177 P<001	R=/205 P<0001	r=-/009 P=861	R=0/013 P=801	R=-/25 P=637	خواندن
	R=-/006 P=912	R=-0/051 P=0/340	R=0/95 P=0/072	R=0/075 P=0/156	R=-0/130 P=0/014	R=-/136 P=0/01	R=-/033 P=534	R=-0/04 P=451	R=-/041 P=442	درک
ابعاد سواد سلامت	R=0/32 P=544	R=-/073 P=0/169	R=0/110 P=0/037	R=0/064 P=0/229	R=0/153 P</001	R=/146 P<0/001	R=- /19 P=721	R=/002 P=964	R=/047 P=375	قدرت تفسیر مفاهیم
	R=- /014 P=794	R=-/062 P=-/242	R=0/138 P=0/009	R=0/138 P=0/009	R=-/180 P</001	R=/188 P<0/001	R=-/04 P=429	R=0/001 P=989	R=-/071 P=183	توانایی انجام خودرزیابی
ابعاد سواد سلامت کل	R=-/113 P=0/032	R=-/026 P=0/619	R=0/025 P=0/642	R=0/025 P=642	R=-/182 P<0/001	R=-/96 P=0/068	R=-/152 P<004	R=- /08 P=131	R=-/085 P=108	مهارت انجام فعالیت
	R=-/002 P=-/97	R=0/091 P=0/086	R=145 P=0/006	R=0/136 P=0/01	R=-/218 P</001	R=-/209 P<0/001	R=-/068 P=-/198	R=-0/031 P=0/56	R=-/046 P=382	سواد سلامت کل

۴. بحث و نتیجه گیری

ابعاد آن، ارتباط معنی داری نداشت. در مطالعه سلمان برسته و همکاران که با موضوع بررسی ارتباط بین سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در ۲۰۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۴ صورت گرفت، بین سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی، ارتباط معنی داری مشاهده نشد. سواد سلامت فقط با دو بعد از ابعاد رفتارهای خودمراقبتی، ارتباط آماری معنی داری داشت (۱۳) که تأییدکننده شواهد به دست آمده از این مطالعه می باشد.

در بررسی انجام شده مشخص گردید که هر چند بین سواد سلامت کل و خودمراقبتی کل، ارتباط معنی داری وجود نداشت ولی بین سواد سلامت کل با ابعادی از خودمراقبتی؛ شامل تحرک/خستگی، احساس خوشحالی، عملکرد اجتماعی و درد، ارتباط معنی داری وجود داشت؛ به عبارتی، هر چند با افزایش سطح سواد سلامت، افزایش میزان خودمراقبتی به طور کامل اتفاق نخواهد افتاد لیکن افزایش میزان سواد سلامت، باعث افزایش ابعادی از خودمراقبتی؛ شامل احساس خوشحالی، بهبود عملکرد اجتماعی، افزایش تحرک و خستگی و کاهش میزان درد خواهد گردید. از طرفی، براساس یافته های حاصل از مطالعه حاضر، تنها نیمی از افراد، سواد سلامت کافی داشتند و هیچ یک از افراد از وضعیت خودمراقبتی مطلوبی برخوردار نبودند که این موضوع حاکی از نیاز جامعه به آموزش می باشد تا سطح سواد سلامت جامعه بهبود یابد و خودمراقبتی از سطح مطلوبی برخوردار گردد؛ بنابراین انجام اقدامات مؤثر در افزایش میزان سواد سلامت افراد، بر برخی از مؤلفه های مؤثر بر میزان خودمراقبتی، تأثیر مثبت دارد که این امر در نهایت می تواند باعث ارتقای سطح سلامت جامعه از این مسیر گردد؛ لذا انجام اقدامات لازم در افزایش میزان سواد سلامت افراد، آموزش خودمراقبتی و همچنین فرهنگ سازی مراقبت از خود در راستای ارتقای سطح سلامت جامعه توصیه می گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه واحدهای شرکت کننده در پژوهش و همچنین پرسنل پایگاه های حاشیه و استادان محترم که صمیمانه همکاری داشتند تشکر و قدردانی به عمل می آید. این مطالعه، منتج از پایان نامه دوره های عالی بهداشت عمومی (MPH) در دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد.

در مطالعه حاضر ۵۴/۹ افراد مورد مطالعه از سطح سواد سلامت کافی برخوردار بودند و کمتر از ۱۰ درصد افراد، سطح سواد سلامت ناکافی داشتند. از نظر امتیاز خودمراقبتی ۵۷/۴ درصد افراد در حد متوسط و بقیه افراد در حد ضعیف بودند و هیچ کدام از افراد، امتیاز در حد قوی کسب نکردند. در یک بررسی نظام مند که دکتر اورلو و همکارانش در آمریکای شمالی روی ۸۵ مورد مطالعه کردند، حدود ۲۶ درصد از افراد به طور کلی دارای سطح پایین سواد سلامت (ناکافی) و حدود ۲۰ درصد، سطح سواد سلامتی مرزی داشتند. البته دامنه تغییرات، بسیار وسیع بوده است؛ به طوری که بعضی از مطالعات تا ۶۸ درصد، سطح سواد سلامتی ناکافی را نشان داده اند (۱۰) که تأییدکننده شواهد به دست آمده از این مطالعه می باشد. در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران در سال ۱۳۸۶، سواد سلامت ۱۰۸۶ نفر از افراد ۱۸ سال و بالاتر در ۵ استان از استان بررسی شد. نتایج مطالعه نشان داد ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد در حد سواد سلامت ناکافی قرار داشتند (۸) که در راستای نتایج فوق می باشد. همچنین در مطالعه قنبری و همکاران (۹۰) با هدف بررسی سواد سلامت زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی، نتایج پژوهش نشان داد ۳۰ درصد افراد، سواد سلامت ناکافی، ۲۴/۵ درصد سواد سلامت مرزی و ۴۵/۵ درصد سطح سواد سلامت کافی داشتند (۱۱) که تأییدکننده یافته های پژوهش می باشد. همچنین مطالعه عنبری و همکاران در خصوص خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی شهر خرم آباد یافته ها نشان داد که وضعیت خودمراقبتی بیماران مورد مطالعه در بیشتر ابعاد آن؛ از جمله انجام فعالیت های فیزیکی، وضعیت مطلوبی ندارد که این یافته ها با سایر یافته های مطالعات انجام شده در این زمینه و یافته های پژوهش حاضر، همخوانی دارد؛ بنابراین باید به توانمندسازی بیماران در زمینه خودمراقبتی توجه کرد (۱۲).

براساس یافته های مطالعه حاضر، بین سواد سلامت کل و خودمراقبتی کل، ارتباط معنی داری وجود نداشت ولی بین سواد سلامت کل با ابعادی از خودمراقبتی؛ شامل تحرک/خستگی، احساس خوشحالی، عملکرد اجتماعی و درد، ارتباط معنی داری وجود داشت. همچنین خودمراقبتی کل فقط با بعد مهارت انجام فعالیت از ابعاد سواد سلامت، ارتباط معنی داری داشت و با سایر

References

[1]. Bohlman LN, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC):National

Academies Press; 2004.

[2]. Sihota S, Lennard L. Health literacy: being able to make the

- most of health. London: National Consumer Council; 2004.
- [3]. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promot* 2000; 15(3): 183-4.
- [4]. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
- [5]. Kichbush IS. Internal journal of health promotion and healthy lifestyle. Trans. Sarmast H, Moosavian MK. Tehran: Publication of the Ministry of Health; 2006.
- [6]. Williams, M. V. The impact of inadequate functional health literacy on patients understanding of diagnosis, prescribed medications, and compliance. ۲۰۱۶.
- [7]. Peterson, F. L., Cooper, R. J., & Laird, J. A. Enhancing teacher health literacy in school health promotion a vision for the new millennium. *Journal of school health*, 2001;71(4), 138-144.
- [8]. Banihashemi S A, Amirkhani M A, Haghdoost A A, Alavian S M, 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. (Persian)
- [9]. Borhaninejad, Vahidreza, et al. "The relationship between diabetic knowledge and self-care among the Elderly with diabetes Type 2 in Kerman-2016." *Journal of Gerontology*, 2017; 1.3: 1-10.
- [10]. Mitchell, S.E., Sadikova, E., Jack, B.W. and Pasche-ORLOW, M.K. Health Literacy and 30-day postdischarge hospital utilization. *Journal of health communication* 2012, 17: suppl3:325-338.
- [11]. Ghanbari S, Majlessi F, et al. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar*, 2012; 19(97): 43-51
- [12]. Anbari St. et al. Self-care and its related factors in diabetic patients in Khorramabad. *Scientific Research Quarterly, Lorestan University of Medical Sciences*, 2012; 14(4), 57-49.
- [13]. Farghadani, Zahra, et al. "The relationship between health literacy and self-care behaviors among patients with heart failure." *Journal of hayat*, 2018; 24(2): 186-196.
- [14]. Afshari Maryam et al., A survey of adult health literacy in Tuyserkan, *Journal of Education and Community Health*, 2014; 1(2): 55-48.
- [15]. jaadzade H, Sarifirad GH, Resi M, ATavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults of Isfahan. Iran. *Jornal of health system Research*, 2013; 9 (5): 540 - 9.

The Relationship Between Health Literacy And Self Care Among Marginalized Population Covered By Sbzavar University Of Medical Sciences

Mohtasham Ghaffari ¹, Sakineh Rakhshanderou ², Hassan Emami ³, Seyyed Ahmad Ahmadasab^{4*}

1. Professor of Health Education & Health Promotion, Environmental and Occupational Hazards Control Research Center, School of Public Health & Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Assistant Professor of Health Education & Health Promotion, Environmental and Occupational Hazards Control Research Center, School of Public Health & Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Assistant Professor of Department of Health Information Technology and Management, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. MPH Graduate, Faculty of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Health literacy can be understood as the ability to read, understand, and act on the basis of health and self-care recommendations, to follow a healthy lifestyle to prevent diseases. Health literacy is considered as one of the important components of self-care. The aim of this study was the relationship between of health literacy on self-care and preventive behaviors.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was performed on 359 people living in the margin of Sabzevar city. Data were collected by questionnaires. Collected data was analyzed using SPSS16 software (descriptive and analytical statistics) using Correlation Coefficients and T -test and ANOVA.

Results: Most of the subjects had enough health literacy with 54.9%, and only 7.5% had inadequate health literacy level. In addition, 37.6% of people had a borderline health literacy level. The mean of health literacy in men was 84.49 ± 13.66 and the mean of health literacy in women was 86.67 ± 14.02 , and also there was no significant difference in health literacy between the two sexes. Of the 359 people surveyed, the highest scores of 206 (57.4%) were moderate and the remaining 153 (42.6%) were poor and none of the subjects scored Have not gotten strong. here was no significant relationship between total health literacy and self-care, but there was a significant relationship between total health literacy with dimensions of self-care including mobility / fatigue, happiness, social functioning and pain.

Also, self-care alone had a meaningful relationship with dimensions of health literacy only with the skill dimension of activity, and with other aspects of it there was no meaningful relationship.

Conclusion: On the other hand, due to attention It was suggested that only half of the people had adequate health literacy, and none of them had proper self-care status. Therefore, effective measures are needed to increase the level of health literacy and consequently self-care promotion.

Received: 2018/09/25

Accepted: 2018/10/28

Keywords: Health literacy, Self-care, Marginalized population