

بررسی وضعیت سواد سلامت افراد بزرگسال (۶۵-۱۸)

در جامعه شهرنشین اردکان به منظور ارتقاء سطح

سلامت و پیشگیری از سرطان

کارفرما

سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان یزد

مجری

دانشگاه اردکان

مدیر پروژه

فاطمه بهجتی اردکانی

همکار پروژه

آزاده چوب فروش زاده

ناظر

مجید جوادیان زاده

تابستان ۱۳۹۶

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

چکیده

با وجود اهمیت سواد سلامت در پیشگیری از سرطان و کیفیت زندگی و ارتقای سلامت جامعه، طرح پژوهشی حاضر به منظور سنجش سواد سلامت افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه شهرنشین اردکان (شهرهای اردکان، عقدا، احمدآباد)، بررسی ارتباط سواد سلامت با وضعیت اقتصادی، اجتماعی و تحصیلی در جامعه آماری مذکور، همچنین شناسایی افراد مبتلا به سرطان در جامعه مورد مطالعه، شناسایی نیازهای آموزشی جامعه با هدف پیش گیری از ابتلا به سرطان و شناسایی نیازهای مشاوره‌ای خانوارهای درگیر، به منظور ارتقاء کیفیت زندگی این دسته از بیماران و خانواده هایشان انجام شد. این مطالعه از نوع پیمایشی مقطعی است که در مناطق شهری شهرستان اردکان بر روی افراد ۱۸ تا ۶۵ سال و به روش پرسشگری درب منازل انجام شد. نمونه گیری، به شیوه تصادفی خوشه ای متناسب با حجم بود. جامعه مورد پژوهش، شامل ۸ مرکز به تعداد ۴۴۶۹۶ نفر در رده سنی ۶۵-۱۸ سال بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۳۸۲ نفر و با لحاظ نمودن تعداد متغیرهای مورد بررسی در مطالعه و با هدف بالا بردن قدرت مطالعه و پیش بینی صحیح، نمونه ای که بتواند معرف جامعه بوده و بتوان با بررسی نتایج حاصل از آن به نتایج قانع کننده رسید، تعداد ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. به منظور پاسخ به سوال اصلی پژوهش از پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۳۹۳) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۳ گویه و ۵ بعد (خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی سواد سلامت، تصمیم گیری و رفتار سواد سلامت) است. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار SPSS صورت گرفت. برای آنالیز داده ها و بیان شاخصهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) از آمار توصیفی و برای مقایسه میانگینها از آزمون تی و آنالیز واریانس یک طرفه و به منظور تعیین ارتباط عوامل دموگرافیک با سطح سواد و سواد سلامتی، از آزمون ضریب همبستگی استفاده شد. یافته ها نشان داد که میزان سواد سلامت و تمامی ابعاد آن در جامعه مورد بررسی به طور معنی داری از سطح متوسط بیش تر است. همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد با توجه به مقدار $t(۰/۶۳)$ و سطح معناداری $(۰/۵۲)$ که بزرگتر از $۰/۰۵$ است بین میانگین سواد سلامت در بین مردان و

زنان تفاوت معنادار وجود ندارد. با توجه به نتایج تحلیل واریانس، مقدار $F(0/795)$ و سطح معناداری $(0/529)$ معلوم گردید که بین سواد سلامت و وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان رابطه وجود ندارد. با توجه به ضریب همبستگی $(0/175)$ و سطح معناداری $(0/023)$ معلوم گردید که بین سواد سلامت و وضعیت تحصیلی مردان رابطه وجود دارد. همچنین با ضریب همبستگی $(0/47)$ و سطح معناداری $(0/001)$ معلوم گردید بین سواد سلامت و وضعیت تحصیلی زنان رابطه وجود دارد. رابطه بین سواد سلامت و وضعیت تحصیلی بدون تفکیک جنسیت با ضریب همبستگی $(0/407)$ و سطح معناداری $(0/001)$ معلوم گردید که بین سواد سلامت و وضعیت تحصیلی رابطه وجود دارد.

۵۷ نفر $(14/2)$ از افراد شرکت کننده در این پژوهش جزو خانوارهای درگیر سرطان هستند. که از این تعداد فقط ۱۹ نفر از خدمات مشاوره ای استفاده می کنند که از میان این ۱۹ نفر، ۴ نفر از خدمات آموزشی، ۱۳ نفر از خدمات فردی، ۲ نفر از خدمات گروهی استفاده می کنند و تعداد ۳۸ نفر از خانوارهای درگیر سرطان از هیچ گونه خدمات مشاوره ای استفاده نمی کنند. همچنین تعداد ۷۰ نفر $(17/5)$ درصد نیاز خیلی کم، ۶۴ نفر $(16/0)$ درصد نیاز کم، ۱۲۰ نفر $(30/0)$ درصد نیاز متوسط، ۹۵ نفر $(23/8)$ درصد نیاز زیاد و ۵۱ نفر $(12/8)$ درصد نیاز خیلی زیاد به خدمات آموزشی سلامت دارند.

کلید واژه ها: سواد سلامت، افراد بزرگسال، سرطان، شهرنشین اردکان.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
مقدمه.....	۱
هدف اصلی.....	۳
اهداف فرعی.....	۳
سوال اصلی.....	۴
سوالات فرعی.....	۴
ادبیات تحقیق.....	۵
روش تحقیق.....	۱۰
یافته های توصیفی.....	۱۳
بحث و نتیجه گیری.....	۴۲
پیشنهادهای پژوهشی.....	۴۸
پیشنهادهای کاربردی.....	۴۸
منابع:.....	۵۰

مقدمه

سواد سلامت، مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی هم مربوط نمی‌شود. به عبارت دیگر مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که تعیین کننده انگیزه و توانایی افراد برای بدست آوردن و دسترسی به اطلاعات، درک و استفاده از آن‌ها برای ارتقا و حفظ مناسب سلامت افراد است. در واقع ظرفیت یک فرد برای به دست آوردن، تفسیر و درک محصولات و خدمات اطلاعات سلامت و صلاحیت استفاده از این اطلاعات و خدمات در روش‌هایی است که سلامت را ارتقا می‌دهد. همچنین توان دسترسی، درک، ارزیابی و انتقال اطلاعات از طریق ترویج، حفظ و بهبود سلامت، در سراسر دوره زندگی است (نوت بیم و کیک بوش^۱، ۲۰۰۰). این امر به دلیل تأثیر بر نحوه تصمیم‌گیری اشخاص در مورد سلامت، به عنوان یکی از موضوعات مهم برای ارتقای سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفته است. برخی از محققان معتقدند سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در رابطه با سلامت است. پاره‌ای از پیامدهای ناشی از کم سواد افراد در حوزه سلامت عبارتند از: استفاده کمتر از خدمات پیشگیری، تأخیر بیشتر در تشخیص‌ها، پایبندی کمتر به دستورالعمل‌های پزشکی، افزایش خطر بستری شدن، افزایش خطر مرگ و هزینه‌های مراقبت سلامت بیشتر و غیره (بنجامین و هیدن^۲، ۲۰۰۰).

طبق مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامتی اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند. بنابراین وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند، میزان بستری شدن و

1 -Nutbeam D, Kickbusch

2 -Benjamin J, Jane V, Hayden

مراجعه به پزشک در آنها بیشتر است، در مهارت‌های خود مراقبتی ضعیف عمل می‌کنند، مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند و در نتیجه هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند (ویلیامز و پارکر^۱، ۱۹۹۵). یک بررسی ملی که در کشور آمریکا انجام شد، شیوع سواد سلامت ناکافی را ۴۸ درصد برآورد کرد. در این مطالعه تنها ۱۱ درصد بزرگسالان از سواد سلامت کافی برخوردار بودند (تهرانی بنی هاشمی و همکاران، ۱۹۹۵). در تنها مطالعه‌ای که در ایران در این زمینه انجام شد، ۵۶/۶ درصد از افراد، از سطح بالای سواد سلامت برخوردار بودند (منتظری و همکاران، ۲۰۱۴). سطح پایین سواد سلامت در گروه سالمندان، جمعیت مهاجر، افراد بی سواد، افراد کم درآمد، افراد با سلامت روان پایین و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع دو و فشار خون، شایع‌تر است. در نتیجه این افراد به عنوان گروه‌های در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت به شمار می‌آیند (شجاعی زاده و اسلامی، ۲۰۱۱).

ازطرف دیگر، آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که میزان بروز سرطان در ایران، بطور متوسط ۱۳۴.۷ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است. سالانه حدود ۹۰ هزار مورد جدید ابتلا به سرطان در کشور وجود دارد و پیش بینی می‌شود که حدود ۴۰۰ هزار بیمار مبتلا به سرطان در ایران زندگی می‌کنند.

حریرچی معاون مدیریت منابع انسانی و توسعه وزارت بهداشت (۹۳) پیش بینی کرده است که موارد ابتلا به سرطان در ایران طی ۱۵ تا ۲۰ سال آینده دو برابر خواهد شد.

وی با اشاره به صرف هزینه ۸۰۰۰ میلیارد تومانی برای درمان سرطان در کشور، عنوان داشته که در زمینه برنامه کنترل و پیشگیری از سرطان در کشور، باید به نحو صحیح برنامه‌ریزی شود.

سیاری معاون وزیر بهداشت، شایع‌ترین سرطان در کشور را سرطان معده عنوان کرد و افزود: سرطان ریه، پستان، روده بزرگ، معده و پروستات پنج سرطان شایع کشور هستند. همچنین اعلام

1. Williams MV, Parker

کرد، با رعایت موارد ساده و جدی گرفتن علائم، می‌توان از بروز این بیماری پیشگیری و یا در مراحل اولیه ابتلا، آن را شناسایی کرد .

وضعیت اقتصادی، اجتماعی و تحصیلات از جمله عواملی هستند که سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و اهمیت حیاتی در شکل دهی نگرش‌ها و اعتقادات دارند و چگونگی تعامل مردم با سیستم سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

اردکان به عنوان یکی از شهرستان‌های صنعتی استان یزد در مرکز ایران است. وسیع‌ترین شهر در استان یزد، که از سمت شمال و مغرب به استان اصفهان، از شرق به شهرستان طبس، از جنوب به شهرهای بافق، یزد و میبد و از جنوب غرب به شهرستان صدوق محدود می‌شود. شهری که به فرهنگ و هنر و تاریخش شهرت دارد.

با وجود اهمیت سواد سلامت در پیشگیری از سرطان و کیفیت زندگی و ارتقای سلامت جامعه، طرح پژوهشی حاضر به منظور سنجش سواد سلامت افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه شهرنشین اردکان (شهرهای اردکان، عقدا، احمدآباد) بررسی ارتباط سواد سلامت با وضعیت اقتصادی، اجتماعی و تحصیلی در جامعه آماری مذکور، همچنین شناسایی افراد مبتلا به سرطان در جامعه مورد مطالعه ، شناسایی نیازهای آموزشی جامعه با هدف پیش‌گیری از ابتلا به سرطان و شناسایی نیازهای مشاوره ای خانوارهای درگیر، به منظور پیشگیری از سرطان انجام شد.

هدف اصلی

بررسی وضعیت سواد سلامت افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه شهرنشین اردکان (شهرهای اردکان، عقدا، احمدآباد) به منظور ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری از سرطان

اهداف فرعی

تعیین وضعیت سواد سلامت افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه شهرنشین اردکان (شهرهای اردکان، عقدا، احمدآباد)

تعیین ارتباط سواد سلامت با وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه
شهرنشین اردکان (شهرهای اردکان، عقدا، احمدآباد)

تعیین ارتباط سواد سلامت با وضعیت تحصیلی افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه شهرنشین
اردکان (شهرهای اردکان، عقدا، احمدآباد)

شناسایی افراد مبتلا به سرطان در جامعه مورد مطالعه
شناسایی نیازهای آموزشی جامعه با هدف پیش گیری از ابتلا به سرطان
شناسایی نیازهای مشاوره ای خانوارهای درگیر

سوال اصلی

وضعیت سواد سلامت افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه شهرنشین اردکان (شهرهای اردکان،
عقدا، احمدآباد) چگونه است؟

سوالات فرعی

آیا بین سواد سلامت با وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه
شهرنشین اردکان رابطه وجود دارد؟

آیا بین سواد سلامت با وضعیت تحصیلی افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه شهرنشین اردکان
رابطه وجود دارد؟

اپیدمی سرطان در جامعه مورد مطالعه چگونه است؟
نیازهای آموزشی جامعه ی مورد مطالعه کدامند؟
آیا خانوارهای درگیر سرطان از خدمات مشاوره ای استفاده می کنند؟

ادبیات تحقیق

سواد سلامتی میزان ظرفیت هر فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم گیری متناسب لازم می باشد. سواد سلامت به دلیل تاثیر بر نحوه تصمیم گیری اشخاص در مورد سلامت به عنوان یکی از موضوعات مهم برای ارتقا سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی مورد توجه سیاست گذاران قرار گرفته است (پاچ و پارکر، ۲۰۰۵). موضوع سواد سلامت از سال دو هزار میلادی در دنیا جدی و با اهمیت شد. چرا که تعدد فناوری ها و نوآوری ها بکارگیری سموم و آفات در حوزه های کشاورزی، دامداری و تولید محصولات، نیازمند داشتن دانش و مهارت بکاری گیری این وسایل بود. در نتیجه این اندیشه باعث شد سواد سلامت نیز در کنار دانش بهره گیری از انواع فناوری ها، به عنوان موضوعی مهم در پیشرفت فرد و جامعه مورد توجه واقع شود. طبق مطالعات مرکز استراتژیهای مراقبت سلامتی آمریکا افراد دارای سواد سلامتی اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل میکنند و هزینه های پزشکی بیشتری را متحمل میشوند؛ وضعیت سلامتی ضعیفتری دارند؛ میزان بستری شدن و استفاده از خدمات اورژانس آنها بیشتر و مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند (نوت بیم، ۲۰۰۰). در جوامعی که سطح سواد سلامت مردم، از میزان قابل قبولی برخوردار است، هم مردم با نشاط تر، سالم تر و پویاترند و هم دولت ها، کمتر متحمل هزینه های سرسام آور درمان می شوند و بدین ترتیب، هزینه هایی که به ناچار باید صرف درمان شود، صرف پیشگیری و بهداشت مردم خواهد شد و این مهم، کیفیت و سبک زندگی مردم را نیز بهبود می بخشد. فراد با سواد سلامت ناکافی، با احتمال کمتری، اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده توسط آنها عمل می کنند، وضعیت سلامت ضعیف تری دارند و هزینه های پزشکی بیشتری را متحمل می کنند. (سیاری، ۱۳۹۵).

تجربیات جهانی گویای این مطلب است که عواملی مثل توسعه اقتصادی، ارتقای سطح آموزشی، سواد سلامت و بهبود خدمات اجتماعی، تاثیر مثبتی بر سلامت و رفاه اجتماعی افراد جامعه خواهد

داشت. از جمله عواملی که می تواند بر سلامت و رفاه اجتماعی افراد تاثیر مثبتی داشته باشد، سواد سلامت می باشد. کاهش مهارت های سواد سلامت در مراقبت های سلامتی یک امر رایج بوده و با نتایج نامطلوب سلامتی ارتباط دارد. این مساله برجسته است که آگاهی در مورد سواد سلامت جهت دستیابی به کنترل بیماریها از جمله سرطان نیاز می باشد. نیاز به پرداختن به این موضوع و ابعاد و عوامل مؤثر بر آن میتواند به عنوان ابزاری مؤثر به برنامه ریزان و مسئولین و متولیان کمک نماید. حتی در خصوص دانش سلامت نیز مطالعات کشوری و جامع که در برگیرنده ابعاد مختلف سلامت باشد کمتر در بررسی متون قابل دستیابی است. با توجه به توضیحات فوق، ضرورت انجام مطالعه که بتواند تصویری از وضعیت سواد سلامت در ایران را روشن نماید کاملاً مشهود می باشد. در ادامه به تحقیقات انجام شده در ایران در زمینه سواد سلامت و ارتباط آن با بیماریهای مختلف اشاره می شود:

تهرانی بنی هاشمی و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه ای پیمایشی در ۵ شهر و ۵ روستای کشور از استانهای بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران، ۱۰۸۶ نفر از افراد ۱۸ سال و بالاتر به بررسی سواد سلامت و عوامل مؤثر بر آن پرداختند. یافته های ایشان نشان داد که: متوسط میزان پاسخدهی در خوشه های مورد مطالعه ۷۰/۸ درصد بود. ۶۱/۴ درصد افراد مورد مطالعه زن و بقیه مرد بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۳۸/۱ سال بود. ۱۷ درصد از افراد مورد مطالعه بی سواد و ۳۶ درصد دارای دیپلم و یا تحصیلات دانشگاهی بودند ۱۲۸ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامتی در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامتی مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامتی ناکافی داشتند. درصد نمره سواد سلامتی در مردان ۴۵/۳ و در زنان ۴۱/۱ بود $P=0.057$ بر خلاف نتایج حاصل از آنالیز خام بررسی روابط متغیرها با سطح سواد سلامت، در مدل اصلاح شده رگرسیونی، سطح سواد سلامت در زنان بالاتر بود ($P=0.014$) سواد سلامت محدود، ارتباط آماری معنی داری نیز با وضعیت اقتصادی پایین نشان داد.

در تحقیقی با عنوان بررسی سطح سواد سلامت در مراجعین به مرکز تحقیقات دیابت یزد توسط رضایی و حایریان اردکانی (۱۳۹۳) صورت گرفت: نتایج تحقیق نشان داد که سواد سلامت در ۵۹/۳٪ بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت، ناکافی و در ۱۸/۵٪ مرزی بود و فقط ۲۲/۲٪ افراد سواد سلامت کافی داشتند که لزوم ایجاد تسهیلات جهت آموزش سواد سلامت در این بیماران ضروری به نظر می رسد.

در مطالعه دیگری که به روش مقطعی در شهر کرمان با عنوان سواد سلامت و بهره گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان سال ۱۳۹۰ توسط نکویی مقدم و همکاران صورت گرفت، ۱۰۰۰ نفر از افراد باسواد ۱۷ سال و بالاتر مورد پرسشگری قرار گرفتند. هدف از این مطالعه ارزیابی سواد سلامت و تعیین ارتباط میان سواد سلامت و بهره گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان بود. یافته ها نشان داد، در حدود شصت درصد از افراد سطح سواد پایین (ناکافی و مرزی) داشتند. تحصیلات ($p=0/001$) و وضعیت بیمه ($p=0/002$) بیشترین ارتباط را با سواد سلامت نشان داد. سواد سلامت بر بهره گیری از خدمات سلامت موثر بود. افرادی با نمره سواد سلامت بالا، به یک مرکز بهداشتی و درمانی مراجعه نموده بودند ($p=0/006$) بستری شدن در بیمارستان در افرادی با سواد سلامت پایین بیشتر گزارش شده بود ($p=0/003$) تاثیر سواد سلامت بر فاکتورهای بهره گیری از خدمات سلامت بعد از حذف اثر عوامل مخدوش کننده، نیز تایید شد.

طاووسی و همکاران (۱۳۹۴) در یک مطالعه ملی به بررسی سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها پرداختند. در این مطالعه ۲۰۵۷۱ نفر شرکت نمودند. نتایج ایشان نشان داد که: میانگین (انحراف معیار) سطح سواد سلامت جمعیت بزرگسال باسواد جامعه ایرانی از ۱۰۰ امتیاز برابر با (۱۵/۱۶) ۶۸/۳۲ می باشد. حدود ۴۴ درصد از شرکت کننده ها از سواد سلامت محدود برخوردار بودند.

نتایج مطالعات مختلف در دیگر کشورهای دنیا نیز به طور کلی طیف گسترده‌ای از سواد سلامتی ناکافی را نشان می‌دهد. به عنوان مثال در یک بررسی سیستماتیک که توسط اورلو و همکارانش (۲۰۰۵) در آمریکای شمالی بر روی ۸۵ مطالعه انجام شده است، حدود ۲۶ درصد از افراد به طور کلی دارای سطح پائی سواد سلامتی (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 داده‌اند. عدم ارتباط جنسیت با میزان پائین سواد سلامتی نیز از دیگر یافته‌های پژوهش ایشان می باشد. در حالی که بنا به نتایج مطالعه اورلو سطح سواد سلامتی در منطقه توسعه یافته آمریکای شمالی وضعیت آمریکای شمالی وضعیت چندان مناسبی را نشان نمیدهد. واگنر و همکاران (۲۰۰۷)، سطح سواد سلامت ناکافی و مرزی را در بالغین انگلستان ۱۱/۴ درصد گزارش نموده اند.

در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه سواد سلامت دهان و خودکارآمدی بهداشت دهان با شاخص های .. و شاخص لثه در دانشجویان که توسط حایریان اردکانی و همکاران سال ۱۳۹۳ انجام شد، ۲۸۱ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه اردکان به صورت نمونه گیری تصادفی طبقه ای برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت دهان، خودکارآمدی بهداشت دهان و شاخص های DMFT و شاخص لثه جمع آوری و با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شدند. نتایج آزمون همبستگی نشان داد که همبستگی سواد سلامت دهان، خودکارآمدی بهداشت دهان و ابعاد آن ها با شاخص های DMFT و شاخص لثه معکوس و معنی دار بود. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نیز حاکی از آن بود که هر دو بعد سواد سلامت دهان و هر دو بعد خودکارآمدی بهداشت دهان نقش معنی دار در پیش گویی شاخص های DMFT و جینجیوال دارند، اما درک خواندن بیشترین نقش و خودکارآمدی مسواک زدن کمترین نقش را در پیش گویی این شاخص ها داشتند. همچنین یافته ها نشان داد که سواد سلامت دهان و

خودکارآمدی بهداشت دهان پیش گویی کننده های بهتری برای شاخص DMFT نسبت به شاخص جینجیوال هستند.

چهری وهمکاران (۱۳۹۴) در تحقیق دیگری با عنوان بررسی سطح سواد سلامت والدین کودکان پیش دبستانی بصورت یک طرح پژوهش توصیفی- مقطعی و با هدف اندازه گیری سواد سلامت والدین کودکان در سن پیش دبستانی (سن سه الی شش سال) در مناطق منتخب شهر تهران به این نتیجه رسیدند که میزان سطح سواد سلامت خانواده های منتخب شهر تهران در حد مرزی است. با افزایش سطح تحصیلات والدین سواد سلامت آنها بالاتر می رود. داشتن کتاب های مرتبط با مراقبت و پرورش کودکان در منزل و جستجو برای کسب اطلاعات صحیح نه تنها نشان دهنده ی احساس مسئولیت والدین است بلکه نشانگر سواد سلامت بالاتر آنها است.

صحرائی وهمکاران (۱۳۹۵) تحقیقی با عنوان بررسی سواد سلامت در بزرگسالان شهر کرج ۵۲۵ نفر از افراد ۶۵-۱۸ شهر کرج را با استفاده از روش نمونه گیری چند مرحله ای مورد مطالعه قرار دادند. به این نتیجه رسیدند که با توجه به پایین بودن سواد سلامت و اهمیت نقش بزرگسالان در جامعه، لازم است برنامه های آموزشی با هدف ارتقای مهارت های سواد سلامت در آنان، طراحی و اجرا گردند.

شیخ شرفی وسید امینی در سال ۱۳۹۴ پژوهشی را با عنوان بررسی سطح سواد سلامت و توان خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در بین ۱۰۵ بیمار مبتلا به نارسایی که به بیمارستان امام مهاباد مراجعه کردند را مورد بررسی قرار دادند. و با توجه به ارتباط ابعاد سواد سلامت و حیطه های خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی، ایجاد واحدهای در مراکز درمانی برای شناسایی فاکتورهای مرتبط با آن ها جهت شناخت نقاط قوت وضعف در نحوه ی خودمراقبتی بیماران توصیه کردند.

در تحقیقی با عنوان ارتباط سواد سواد سلامت با وضعیت سلامت کارکنان اداری دانشگاه علوم پزشکی گیلان توسط قنبری وهمکاران (۱۳۹۴) انجام شد، میزان سواد سلامت ۴۴/۸ افراد خوب و متوسط گزارش شد. و ارتباط آماری معناداری بین وضعیت سلامت و وضعیت اقتصادی و تحصیلات مشاهده شد.

ایزدی راد و ضاربان (۱۳۹۴) در پژوهشی توصیفی - تحلیلی در سیستان و بلوچستان با عنوان رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی، رفتارهای پیشگیرانه و استفاده از خدمات سلامت، به این نتیجه دست یافتند که تنها ۳۲ درصد از شرکت کنندگان از سواد سلامت کافی برخوردار بودند. سطح سلامت ناکافی در افراد باسنین بالا، میزان تحصیلات کمتر، درآمد پایین و در زنان شایعتر بود.

سعیدی کوپایی و متقی طی تحقیقی سواد سلامت دختران دبیرستانی و مادران آنها را در مورد سلامت زنان مقایسه کردند. و به این نتیجه رسیدند که دختران دبیرستانی مورد پژوهش و مادرانشان دارای سطح سواد سلامت متوسط در مورد سلامت زنان هستند. لذا با توجه به اینکه دختران در سنین نوجوانی بیشترین آموزش را در حیطه بهداشت زنان از مادران خود دریافت می نمایند لزوم شناسایی محدود کننده های سواد سلامت در جامعه و توجه ویژه به آموزش مادران و گنجاندن برنامه درسی سواد سلامت برای دانش آموزان دختر جهت ارتقای سلامت را توصیه نمودند.

روش تحقیق

این مطالعه از نوع پیمایشی مقطعی است که در مناطق شهری شهرستان اردکان بر روی افراد ۱۸ تا ۶۵ سال و به روش پرسشگری درب منازل انجام شد. نمونه گیری، به شیوه تصادفی خوشه ای متناسب با حجم بود. خوشه ها شامل مراکز خدمات جامع سلامت بودند. انتخاب این مراکز بدین دلیل بود که تمام خانوارهای ساکن در شهر اردکان و مناطق جغرافیایی تحت پوشش پایگاهها و مراکز بهداشتی و درمانی قرار دارند و از این طریق می توان انتظار داشت کل جامعه مورد بررسی تحت پوشش این پژوهش قرار گیرند. مراکز خدمات جامع سلامت در جامعه مورد پژوهش، شامل ۸ مرکز به تعداد ۴۴۶۹۶ نفر در رده سنی ۶۵-۱۸ سال بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان

۳۸۲ نفر وبا لحاظ نمودن تعداد متغیرهای مورد بررسی در مطالعه وبا هدف بالا بردن قدرت مطالعه و پیش بینی صحیح، نمونه ای که بتواند معرف جامعه بوده و بتوان با بررسی نتایج حاصل از آن به نتایج قانع کننده رسید، تعداد ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. با توجه به حجم جامعه، نسبت افراد هر مرکز برآورد شد. ابزار پژوهش پرسشنامه ای شامل دو قسمت است. بخش اول برای پاسخ به سوالات فرعی پرسشنامه و خصوصیات دموگرافیک افراد طراحی شد. به منظور پاسخ به سوال اصلی پژوهش از پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۳۹۳) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۳ گویه و ۵ بعد (خواندن، دسترسی، فهم و درک؛ ارزیابی سواد سلامت، تصمیم گیری و رفتار سواد سلامت) است. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار SPSS صورت گرفت. برای آنالیز داده ها و بیان شاخصهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) از آمار توصیفی و برای مقایسه میانگینها از آزمون تی و آنالیز واریانس یک طرفه و به منظور تعیین ارتباط عوامل دموگرافیک با سطح سواد و دانش سلامتی، از آنالیز رگرسیونی استفاده شد.

اطلاعات مراکز خدمات جامع سلامت شهری اردکان

ردیف	مرکز خدمات جامع سلامت	آدرس و تلفن مرکز	کل جمعیت	جمعیت ۱۸-۶۵	خانوار تحت پوشش مرکز	بلوک	محلات
۱	مرکز خدمات جامع سلامت شماره یک شهری	انتهای خیابان میرداماد (۳۲۲۵۹۰۶۰)	۹۰۲۲	۵۵۰۷	۲۷۲۳	۳ بلوک	قطب آباد - علی بیک - کوشکنو - امیری
۲	مرکز خدمات جامع سلامت شماره ۲ شهری	بولوار شهید بهشتی خیابان نواب صفوی (۳۲۲۳۸۸۹)	۱۱۴۴۳	۷۳۵۲	۳۴۶۵	۴ بلوک	جنت آباد - خیابان عباسی
۳	مرکز خدمات جامع سلامت شماره ۳ شهری	خیابان صدرآباد خیابان شهید شابی (۳۲۲۲۲۰۷)	۱۴۰۱۲	۸۶۷۸	۴۲۵۴	۵ بلوک	صدرآباد - مزرعه سیف
۴	مرکز خدمات جامع سلامت شماره ۴ شهری	انتهای خیابان شریعتی (۳۲۲۳۲۴۱۰)	۱۰۵۹۶	۶۵۴۹	۳۱۹۷	۴ بلوک	شهرک فجر - شریف آباد
۵	پایگاه سلامت امام هادی (ع)	بولوار ایت الله خاتمی (ره) کوچه ۶۶ (۳۲۲۴۷۹۱۷)	۸۵۳۸	۵۳۸۰	۲۴۴۳	۳ بلوک	دیلیم (حاشیه شهر) - شهرک ولیعصر - شهرک انقلاب
۶	پایگاه سلامت قائم (عج)	خیابان باهنر کوچه شماره ۴۲ (۳۲۲۵۳۲۱۱)	۱۰۶۴۳	۶۶۶۳	۳۱۷۵	۴ بلوک	خیابان باهنر - خیابان حافظ
۷	پایگاه سلامت عقدا	عقدا (۳۲۲۸۲۰۱۰)	۱۶۲۶	۹۸۱	۵۴۶	۱ بلوک	منطقه شهری عقدا
۸	پایگاه سلامت احمدآباد	احمدآباد (۳۲۲۷۵۶۰۰)	۵۵۶۴	۳۵۸۶	۱۶۸۵	۲ بلوک	احمدآباد

یافته های توصیفی

۱- به منظور اطلاع از وضعیت سنی افراد شرکت کننده در پژوهش (توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار...)، جدول ۱ ارائه شده است. نتایج نشان داد میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۳۸/۱۸ می باشد. همچنین میانگین سنی در زنان ۳۷/۳۶ و در مردان ۳۹/۳۰ می باشد.

جدول ۱: وضعیت سنی افراد شرکت کننده در پژوهش

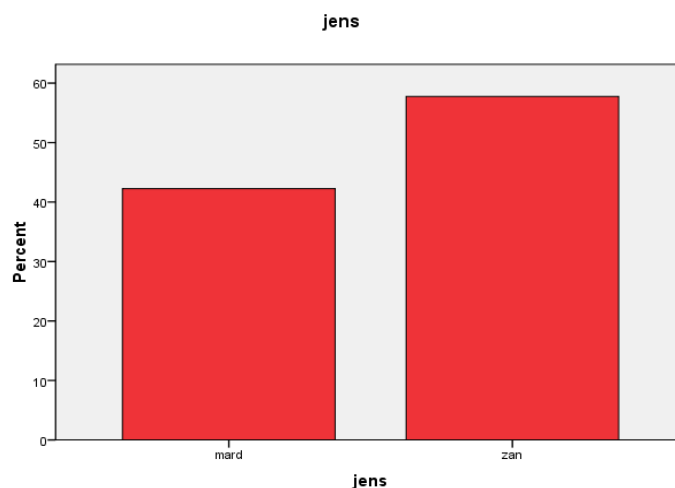
میانگین	انحراف معیار	مینیمم	ماکزیمم	تعداد
۳۸/۱۸	۱۲/۸۵	۱۸	۶۵	۴۰۰

به منظور اطلاع از توزیع فراوانی وضعیت سنی افراد شرکت کننده در پژوهش و درصد معادل آن بر حسب تفکیک جنسیت، جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: توزیع پاسخگویان از نظر سنی (تفکیک جنسیت)

جنس	میانگین سنی	درصد	تعداد
مرد	۳۹/۳۰	۴۲/۲۲	۱۶۹
زن	۳۷/۳۶	۵۷/۲۸	۲۳۱

نتایج نشان داد از تعداد ۴۰۰ نفر نمونه شرکت کننده در پژوهش حاضر ۱۶۹ نفر مرد و ۲۳۱ نفر زن بودند.



نمودار ۱: توزیع درصدی نمونه بر حسب جنسیت

۲- به منظور اطلاع از توزیع فراوانی اعضای گروه نمونه از نظر وضعیت تاهل و درصد معادل آن،

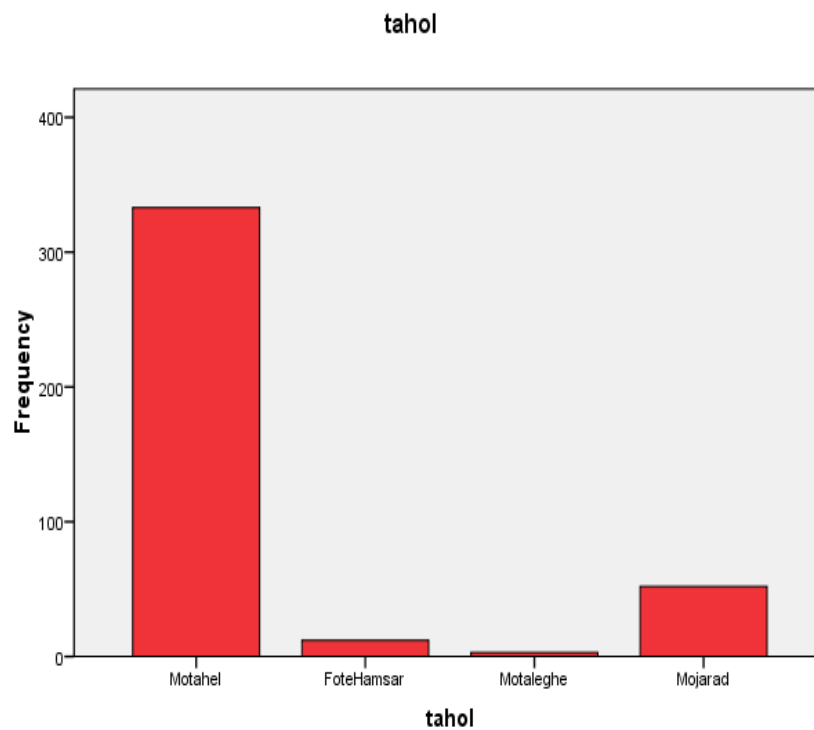
جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ : توزیع پاسخگویان از نظر وضعیت تاهل

گزینه‌ها	تعداد	درصد
متاهل	۳۳۳	۸۳/۲
فوت همسر	۱۲	۴
مطلقه	۳	۰/۸
مجرد	۵۲	۱۳
جمع	۱۰۸	۱۰۰

نتایج نشان داد از میان افراد شرکت کننده در پژوهش ۳۳۳ نفر (۸۳/۲ درصد) متاهل، ۱۲ نفر (۳)

درصد) همسرشان فوت شده، ۳ نفر (۰/۸ درصد) مطلقه و ۵۲ نفر (۱۳ درصد) مجرد هستند.



نمودار ۲: توزیع درصدی نمونه بر حسب وضعیت تاهل

۳- به منظور اطلاع از توزیع فراوانی اعضای گروه نمونه از نظر وضعیت تحصیلات جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج نشان داد میانگین تحصیلات در مردان ۱۰/۸۵ و میانگین تحصیلات در زنان ۹/۸۳ می باشد. بیشتر مردان شرکت کننده در این پژوهش ۱۵ سال تحصیلات و بیشتر زنان شرکت کننده در پژوهش نیز ۱۱ سال تحصیلات دارند. همچنین بالاترین میزان تحصیلات در مردان ۱۹ سال و در زنان ۱۷ سال می باشد.

جدول ۴: توزیع پاسخگویان از نظر وضعیت تحصیلات

جنس	میانگین	مد	ماکزیمم	می نیمم
مرد	۱۰/۸۵	۱۵	۱۹	۰
زن	۹/۸۳	۱۱	۱۷	۰

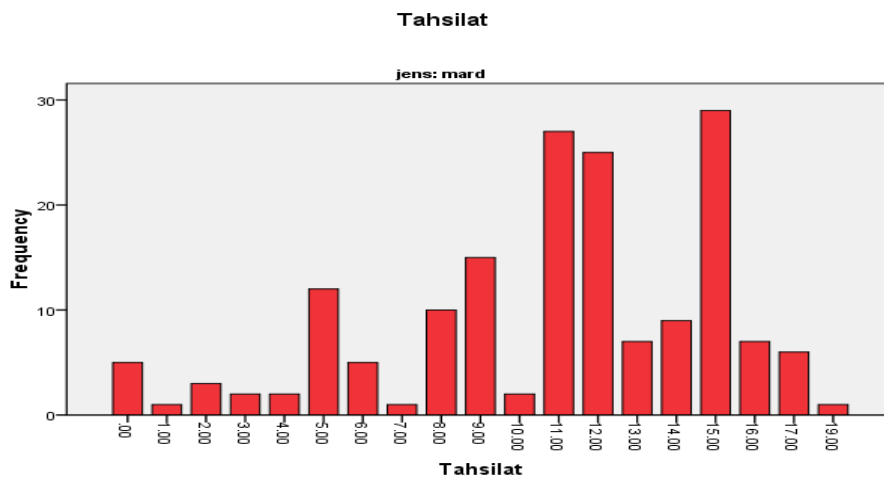
جدول ۵: توزیع پاسخگویان مرد از نظر وضعیت تحصیلی و درصد آن

میزان تحصیلات	رتبه سواد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۹
تعداد	۵	۱	۳	۲	۲	۱۲	۵	۱	۱۰	۱۵	۲	۲۷	۲۵	۷	۹	۲۹	۷	۶	۱
درصد	۳/۰	۰/۶	۱/۸	۱/۲	۱/۲	۷/۱	۳/۰	۰/۶	۵/۹	۸/۹	۱/۲	۱۶/۰	۱۴/۸	۴/۱	۵/۳	۱۷/۲	۴/۱	۳/۶	۰/۶

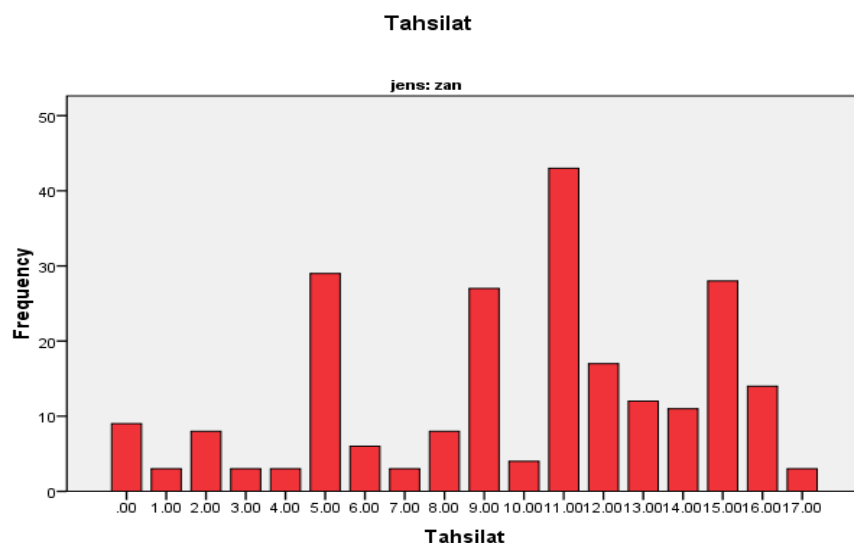
جدول ۶: توزیع پاسخگویان زن از نظر وضعیت تحصیلی و درصد آن

میزان تحصیلات	رتبه سواد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷
تعداد	۹	۳	۸	۳	۳	۲۹	۶	۳	۸	۲۷	۴	۴۳	۱۷	۱۲	۱۱	۲۸	۱۴	۳
درصد	۳/۹	۱/۳	۳/۵	۱/۳	۱/۳	۱۲/۶	۲/۶	۱/۳	۳/۵	۱۱/۷	۱/۷	۱۸/۶	۷/۴	۵/۲	۴/۸	۱۲/۱	۶/۱	۱/۳

نمودار ۳ میزان تحصیلات را براساس متغیر جنسیت نشان می دهد.



نمودار ۳: میزان تحصیلات در مردان



نمودار ۴: میزان تحصیلات در زنان

۴- نتایج نشان داد از میان ۱۶۹ نفر مرد شرکت کننده در پژوهش ۵۱ نفر (۳۰/۲ درصد جزو

افرادى هستند که بیکار و جویای کار و یا محصل هستند)، ۱۷ نفر (۱۰/۱ درصد بیکار دارای درآمد

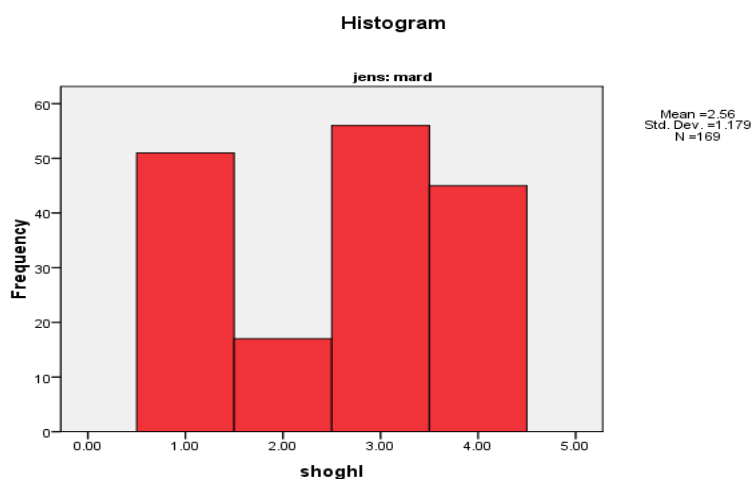
هستند)، ۵۶ نفر (۳۳/۱ درصد کارگر، کارمند، معلم و یا بازنشسته هستند)، ۴۵ نفر (۲۶/۶ درصد شغل

آزاد دارند) و بیشتر مردان شرکت کننده در این پژوهش شغل های کارگری، کارمندی، معلمی و یا

بازنشسته دارند.

جدول ۷: توزیع فراوانی و درصد مربوط به شغل در مردان

درصد	فراوانی	شغل
۳۰/۲	۵۱	بیکار (جویای کار)، محصل
۱۰/۱	۱۷	بیکار دارای درآمد
۳۳/۱	۵۶	کارگر، کارمند، معلم، بازنشسته
۲۶/۶	۴۵	شغل آزاد
۱۰۰	۱۶۹	کل



نمودار ۵: شغل افراد بر اساس جنسیت (در مردان)

همچنین نتایج نشان داد نتایج نشان داد از میان ۲۳۱ نفر زن شرکت کننده در پژوهش ۲۰۷ نفر (۸۹/۶ درصد) جزو افرادی هستند که خانه دار و یا محصل هستند، ۲ نفر (۰/۹ درصد) بیکار دارای درآمد هستند، ۱۵ نفر (۶/۵ درصد) کارگر، کارمند، معلم و یا بازنشسته هستند، ۶ نفر (۲/۶ درصد) شغل آزاد) و ۱ نفر پزشک (۰/۴ درصد) هستند و بیشتر زنان شرکت کننده در این پژوهش خانه دار هستند.

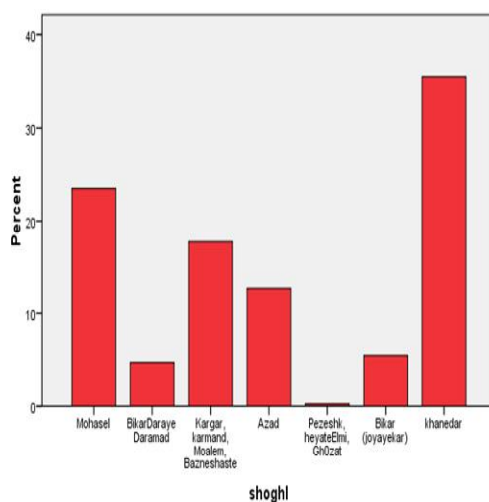
جدول ۸: توزیع فراوانی و درصد مربوط به شغل در زنان

درصد	فراوانی	شغل
۸۹/۶	۲۰۷	خانه دار ، محصل
۰/۶	۲	بیکار دارای درآمد
۶/۵	۱۵	کارگر، کارمند، معلم، بازنشسته
۲/۶	۶	شغل آزاد
۰/۴	۱	پزشک
۱۰۰	۲۳۱	کل

جدول ۹: توزیع فراوانی و درصد مربوط به شغل (بدون تفکیک جنسیت)

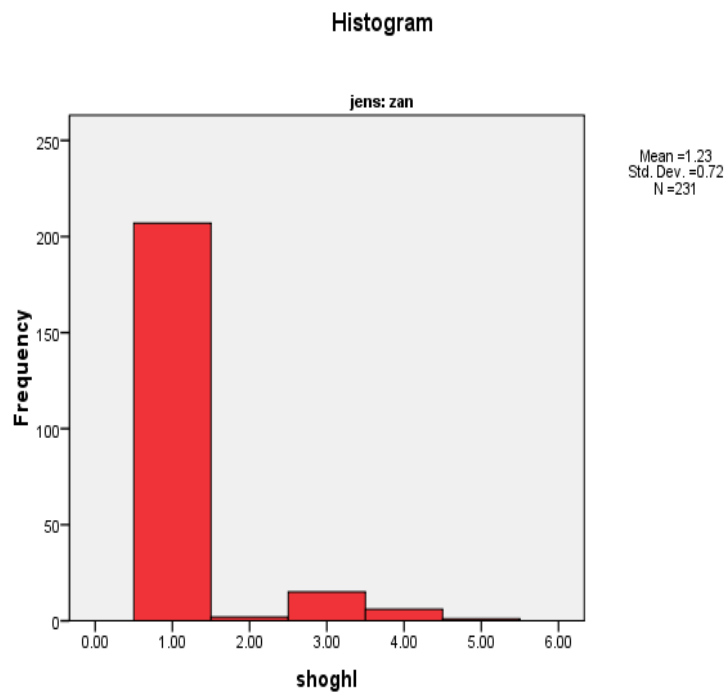
درصد	فراوانی	شغل
۲۳/۵	۹۴	محصل
۴/۸	۱۹	بیکار دارای درآمد
۱۷/۸	۷۱	کارگر، کارمند، معلم، بازنشسته
۱۲/۸	۵۱	شغل آزاد
۰/۲	۱	پزشک
۵/۵	۲۲	بیکار جویای کار
۳۵/۵	۱۴۲	خانه دار
۱۰۰	۴۰۰	کل

shoghl



shoghl

نمودار ۶: شغل شرکت کنندگان در پژوهش (بدون تفکیک جنسیت)

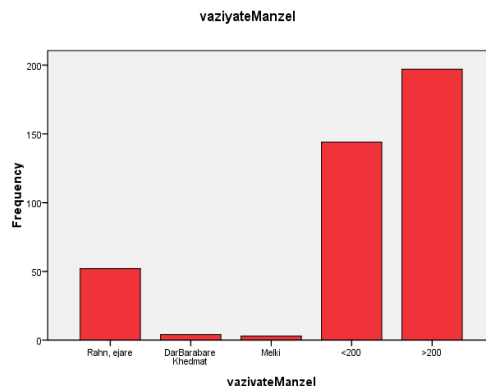


نمودار ۷: شغل افراد بر اساس جنسیت (در زنان)

۵- جدول ۱۰ وضعیت منزل مسکونی شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می دهد. براساس این نتایج ۵۲ نفر (۱۳/۰ درصد به صورت رهن و اجاره)، ۴ نفر (۱/۰ درصد در برابر خدمت)، ۳ نفر (۰/۸ درصد به صورت ملکی (اعیان))، ۴۴ نفر (۳۶/۰ درصد دارای منزل مسکونی زیر ۲۰۰ متر) و ۹۷ نفر (۴۹/۲ درصد دارای منزل مسکونی بالاتر از ۲۰۰ متر هستند).

جدول ۱۰: وضعیت منزل مسکونی شرکت کنندگان

وضعیت منزل مسکونی	فراوانی	درصد
رهن و اجاره	۵۲	۱۳
در برابر خدمت	۴	۱
ملکی	۳	۰/۸
مساحت کمتر از ۲۰۰ متر	۱۴۴	۳۶
مساحت بیشتر از ۲۰۰ متر	۱۹۷	۴۹/۲
کل	۴۰۰	۱۰۰



نمودار ۸: وضعیت منزل مسکونی شرکت کنندگان

۶- جدول ۱۱ وضعیت وسیله نقلیه شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می دهد. براساس این

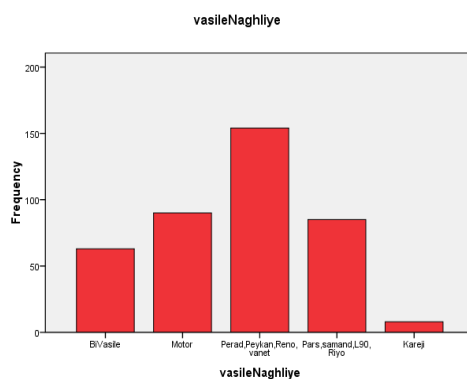
نتایج ۶۳ نفر (۱۵/۸ درصد از افراد بدون وسیله نقلیه)، ۹۰ نفر (۲۲/۵ درصد دارای موتور)،

۱۵۴ نفر (۳۸/۵ درصد دارای پراید، پیکان، رنو و وانت)، ۸۵ نفر (۲۱/۲ درصد پارس، سمند، ال نودو ریو) و

۸ نفر (۲/۰ درصد دارای ماشین خارجی هستند).

جدول ۱۱: وضعیت وسیله نقلیه شرکت کنندگان

درصد	فراوانی	وسیله نقلیه
۱۵/۸	۶۳	بدون وسیله
۲۲/۵	۹۰	موتور
۳۸/۵	۱۵۴	پراید ، پیکان ، رنو ، وانت
۲۱/۲	۸۵	پارس، سمند، ال نود، ریو
۲	۸	ماشین خارجی
۱۰۰	۴۰۰	کل

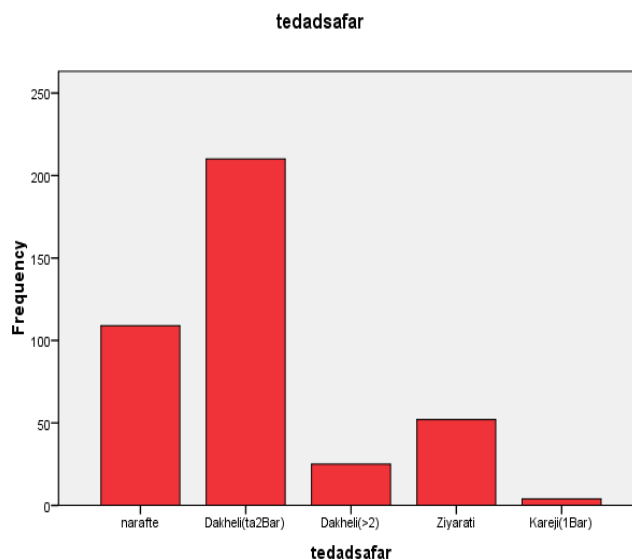


نمودار ۹: وضعیت وسیله نقلیه شرکت کنندگان

۷- جدول ۱۲ وضعیت سفر شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می دهد. . براساس این نتایج ۱۰۹ نفر (۲۷/۲ درصد) در طی یکسال گذشته سفری نداشته اند، ۲۱۰ نفر (۵۲/۵ درصد) سفر داخلی تا دو بار در سال داشتند، ۲۵ نفر (۶/۲ درصد) سفر داخلی بیش از دو بار در سال داشتند، ۵۲ نفر (۱۳/۰ درصد) سفرهای زیارتی به عتبات عالیات داشتند و ۴ نفر (۱/۰ درصد) سفر خارجی تا یک بار در سال داشتند.

جدول ۱۲: وضعیت سفر شرکت کنندگان

وضعیت سفر	فراوانی	درصد
بدون سفر	۱۰۹	۲۷/۲
سفر داخلی (تا دو بار در سال)	۲۱۰	۵۲/۵
سفر خارجی (بیش از دو بار در سال)	۲۵	۶/۲
زیارتی (عتبات عالیات)	۵۲	۱۳
خارجی (تا یک بار در سال)	۴	۱
کل	۴۰۰	۱۰۰

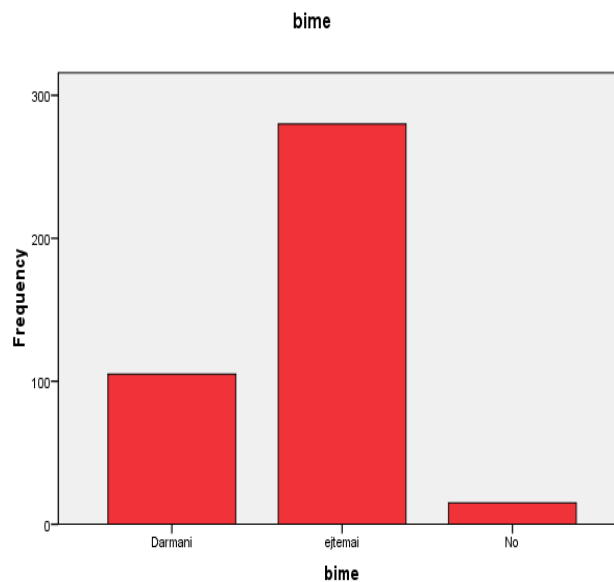


نمودار ۱۰: وضعیت سفر شرکت کنندگان

۸- جدول ۱۳ وضعیت بیمه شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می دهد. نتایج نشان داد ۳۸۵ نفر (۹۶/۲ درصد افراد) بیمه هستند که از این تعداد ۱۰۵ نفر (۲۶/۲ درصد بیمه درمانی) و ۲۸۰ نفر (۷۰/۰ درصد بیمه تامین اجتماعی) دارند. همچنین تعداد ۱۵ نفر (۳/۸ درصد) از خدمات بیمه ای استفاده نمی کنند.

جدول ۱۳: وضعیت بیمه شرکت کنندگان

وضعیت بیمه	فراوانی	درصد
بیمه دارد	۳۸۵	۹۶/۲
بیمه ندارد	۱۵	۳/۸
کل	۴۰۰	۱۰۰

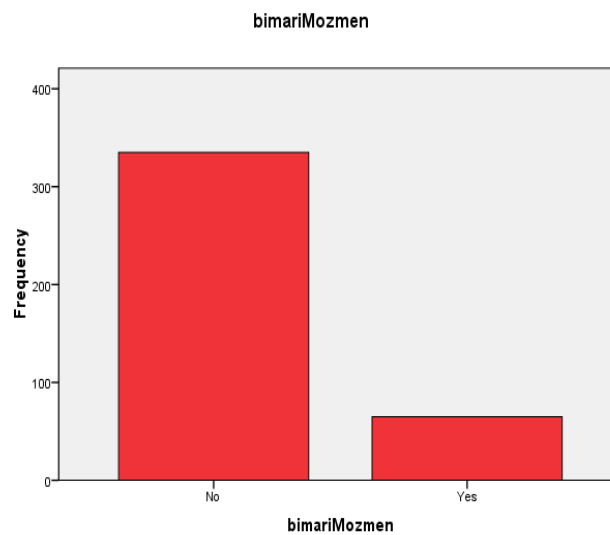


نمودار ۱۱: وضعیت بیمه شرکت کنندگان

۹- جدول ۱۴ وضعیت بیماری مزمن در شرکت کنندگان را نشان می دهد. نتایج نشان داد تعداد ۶۵ نفر از افراد شرکت کننده (۱۶/۲ درصد) از بیماری مزمن رنج می برند و تعداد ۳۳۵ نفر (۸۳/۸ درصد) سابقه هیچ بیماری مزمن را ندارند.

جدول ۱۴: وضعیت بیماری مزمن در شرکت کنندگان

وضعیت بیماری مزمن	فراوانی	درصد
دارد	۶۵	۱۶/۲
ندارد	۳۳۵	۸۳/۸
کل	۴۰۰	۱۰۰



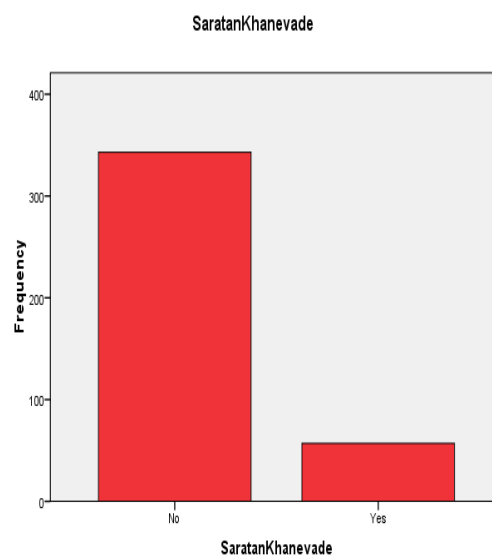
نمودار ۱۲: وضعیت بیماری مزمن در شرکت کنندگان

۱۰- جدول ۱۵ وضعیت سرطان در بین اعضای خانواده شرکت کنندگان را نشان می دهد.

نتایج نشان داد تعداد ۵۷ نفر (۱۴/۲ درصد) به نوعی خانواده های درگیر سرطان هستند و تعداد ۳۴۳ نفر (۸۵/۸ درصد) سرطان را تجربه نکرده اند. وضعیت شیوع سرطان از لحاظ جنسیت از ۵۷ خانواده ۴۸ نفر زن (۷۷ درصد) و ۲۱ نفر مرد بودند (۳۶/۸ درصد). از بین زنان شایعترین نوع سرطان به ترتیب فراوانی، سینه (۳/۳۳ درصد)، رحم ۱۴/۵ درصد، تومور مغزی ۵/۱۲ درصد، ریه (۱۰/۴۱ درصد)، تیروئید ۸/۳ درصد و ۶/۲ روده می باشد. شایعترین نوع سرطان از لحاظ فراوانی بین مردان، پروستات ۲۳/۸ درصد، معده ۱۹/۴ درصد، خون، ۱۴/۱ درصد، کبد ۹/۵ درصد، و ریه ۹/۵ درصد می باشد.

جدول ۱۵: وضعیت سرطان در بین اعضای خانواده شرکت کنندگان

وضعیت بیماری سرطان	فراوانی	درصد
دارد	۵۷	۱۴/۲
ندارد	۳۴۳	۸۵/۸
کل	۴۰۰	۱۰۰

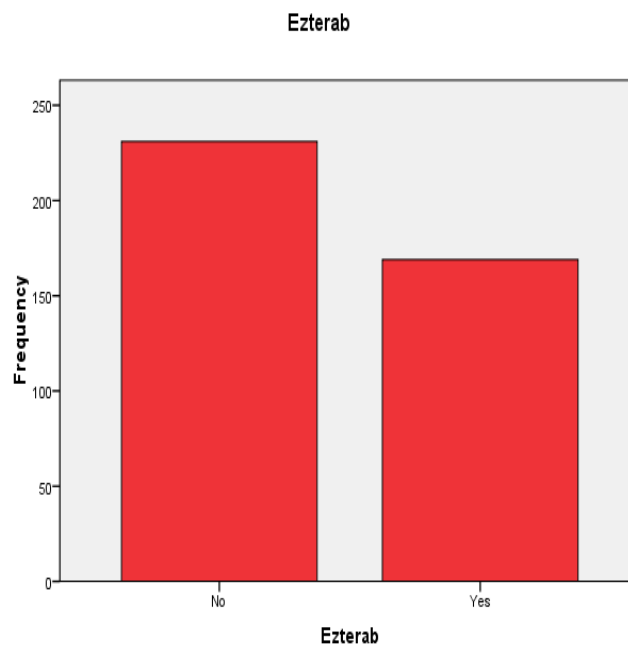


نمودار ۱۳: وضعیت سرطان در بین اعضای خانواده شرکت کنندگان

۱۱- جدول ۱۶ وضعیت اضطراب را در بین شرکت کنندگان نشان می دهد. نتایج نشان داد تعداد ۱۶۹ نفر (۴۲/۲ درصد) اضطراب دارند و تعداد ۲۳۱ نفر (۵۷/۸ درصد) اضطراب ندارند.

جدول ۱۶ : وضعیت اضطراب را در بین شرکت کنندگان

وضعیت اضطراب	فراوانی	درصد
دارد	۱۶۹	۴۲/۲
ندارد	۲۳۱	۵۷/۸
کل	۴۰۰	۱۰۰

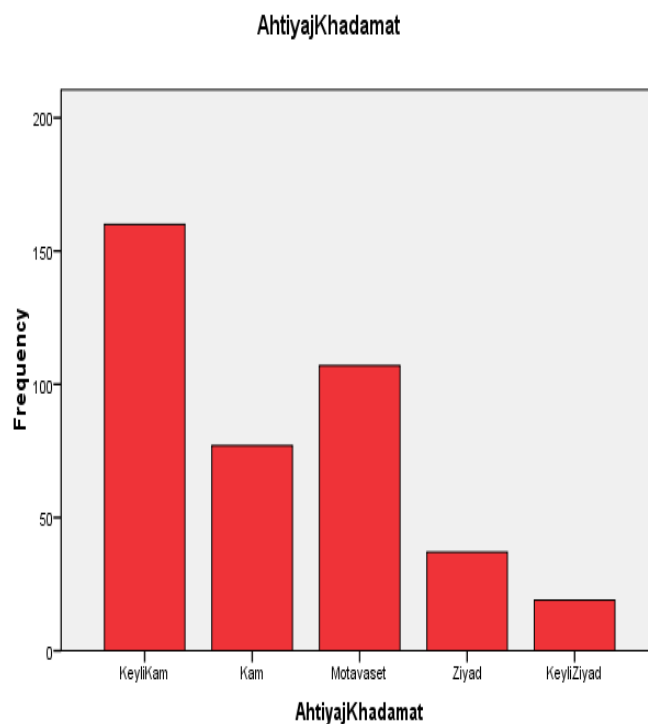


نمودار ۱۴ : وضعیت اضطراب را در بین شرکت کنندگان

۱۲- جدول ۱۷ نشان می دهد که تا چه حد شرکت کنندگان به خدمات مشاوره و روان درمانی احتیاج دارند. نتایج نشان داد که تعداد ۱۶۰ نفر (۴۰/۰ درصد) نیاز خیلی کم، ۷۷ نفر (۱۹/۲ درصد) نیاز کم، ۱۰۷ نفر (۲۶/۸ درصد) نیاز متوسط، ۳۷ نفر (۹/۲ درصد) نیاز زیاد و ۱۹ نفر (۴/۸ درصد) نیاز خیلی زیاد به خدمات مشاوره و روان درمانی دارند.

جدول ۱۷: وضعیت نیاز شرکت کنندگان به خدمات مشاوره و روان درمانی

درصد	فراوانی	نیاز به خدمات مشاوره و روان درمانی
۴۰	۱۶۰	خیلی کم
۱۹/۲	۷۷	کم
۲۶/۸	۱۰۷	متوسط
۹/۲	۳۷	زیاد
۴/۸	۱۹	خیلی زیاد
۱۰۰	۴۰۰	کل

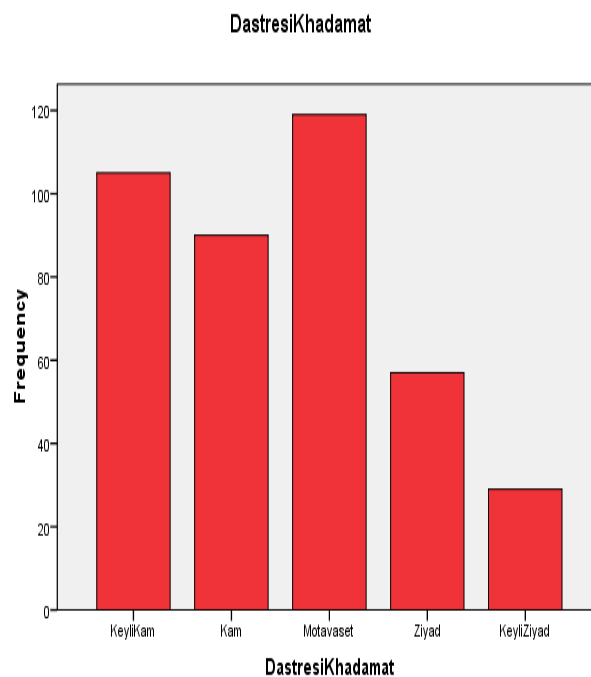


نمودار ۱۵: وضعیت نیاز شرکت کنندگان به خدمات مشاوره و روان درمانی

۱۳- جدول ۱۸ نشان می دهد که تا چه حد شرکت کنندگان به خدمات مشاوره و روان درمانی دسترسی دارند. نتایج نشان داد که تعداد ۱۰۵ نفر (۲۶/۲ درصد) دسترسی خیلی کم، ۹۰ نفر (۲۲/۵ درصد) دسترسی کم، ۱۱۹ نفر (۲۹/۸ درصد) دسترسی متوسط، ۵۷ نفر (۱۴/۲ درصد) دسترسی زیاد و ۲۹ نفر (۷/۲ درصد) دسترسی خیلی زیاد به خدمات مشاوره و روان درمانی دارند.

جدول ۱۸: وضعیت دسترسی شرکت کنندگان به خدمات مشاوره و روان درمانی

دسترسی به خدمات مشاوره و روان درمانی	فراوانی	درصد
خیلی کم	۱۰۵	۲۶/۲
کم	۹۰	۲۲/۵
متوسط	۱۱۹	۲۹/۸
زیاد	۵۷	۱۴/۲
خیلی زیاد	۲۹	۷/۲
کل	۴۰۰	۱۰۰

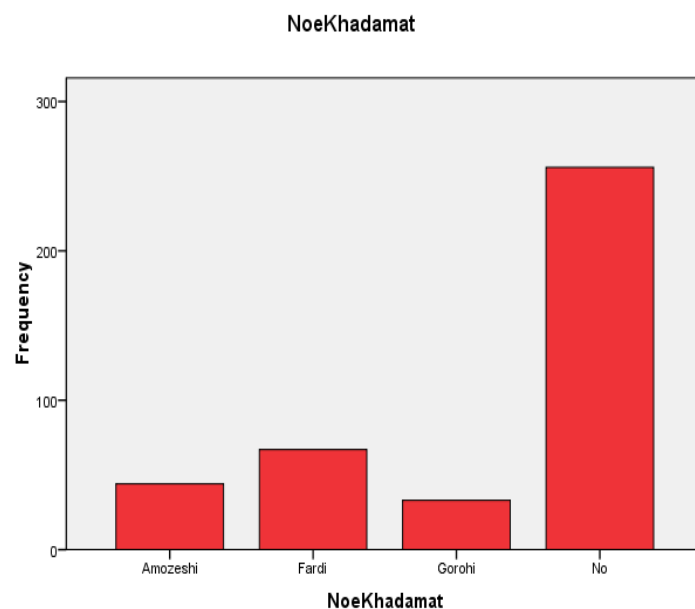


نمودار ۱۶: وضعیت دسترسی شرکت کنندگان به خدمات مشاوره و روان درمانی

۱۴- جدول ۱۹ نشان می دهد که افراد شرکت کننده چه نوع خدمات مشاوره ای دریافت می کنند. نتایج نشان داد تعداد ۴۴ نفر (۱۱/۰ درصد) از خدمات آموزشی، ۶۷ نفر (۱۶/۸ درصد) خدمات فردی، ۳۳ نفر (۸/۲ درصد) خدمات گروهی و ۲۵۶ نفر (۶۴/۰ درصد) از هیچ گونه خدماتی استفاده نمی کنند.

جدول ۱۹: نوع خدمات آموزشی استفاده شده توسط شرکت کنندگان

نوع خدمات آموزشی	فراوانی	درصد
آموزشی	۴۴	۱۱
فردی	۶۷	۱۸/۶
گروهی	۳۳	۸/۲
هیچ خدماتی دریافت نمی کند	۲۵۶	۶۴
کل	۴۰۰	۱۰۰

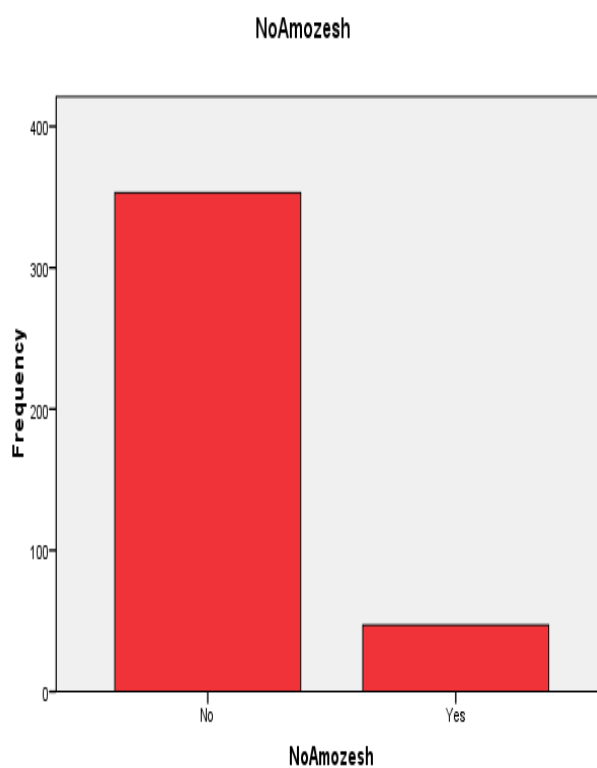


نمودار ۱۷: نوع خدمات استفاده شده توسط شرکت کنندگان

۱۵- جدول ۲۰ وضعیت دریافت خدمات مشاوره ای افراد شرکت کننده را نشان می دهد. نتایج نشان داد از بین افراد شرکت کننده در پژوهش تعداد ۳۵۳ نفر (۸۸/۲ درصد) از خدمات مشاوره ای استفاده نمی کنند و تنها ۴۷ نفر (۱۱/۸ درصد) از خدمات مشاوره ای استفاده می کنند.

جدول ۲۰: وضعیت دریافت خدمات مشاوره ای افراد شرکت کننده

وضعیت دریافت خدمات مشاوره ای	فراوانی	درصد
خیر	۳۵۳	۸۸/۲
بله	۴۷	۱۱/۸
کل	۴۰۰	۱۰۰

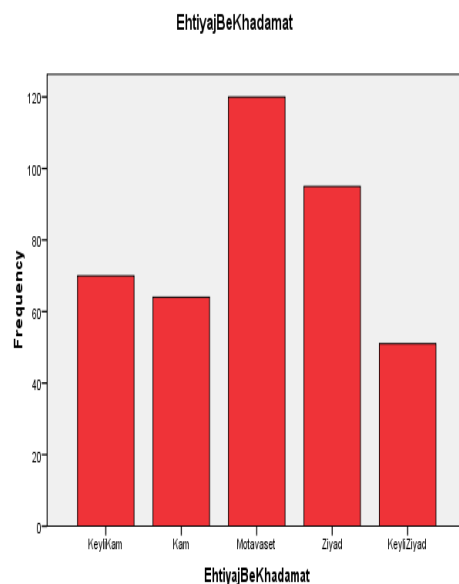


نمودار ۱۸: وضعیت دریافت خدمات مشاوره ای افراد شرکت کننده

۱۶- جدول ۲۱ نشان می دهد که تا چه حد شرکت کنندگان به خدمات آموزشی سلامت احتیاج دارند. نتایج نشان داد که تعداد ۷۰ نفر (۱۷/۵ درصد) نیاز خیلی کم، ۶۴ نفر (۱۶/۰ درصد) نیاز کم، ۱۲۰ نفر (۳۰/۰ درصد) نیاز متوسط، ۹۵ نفر (۲۳/۸ درصد) نیاز زیاد و ۵۱ نفر (۱۲/۸ درصد) نیاز خیلی زیاد به خدمات آموزشی سلامت دارند.

جدول ۲۱: وضعیت نیاز شرکت کنندگان به خدمات آموزشی سلامت

نیاز به خدمات آموزشی سلامت	فراوانی	درصد
خیلی کم	۷۰	۱۷/۵
کم	۶۴	۱۶
متوسط	۱۲۰	۳۰
زیاد	۹۵	۲۳/۸
خیلی زیاد	۵۱	۱۲/۸
کل	۴۰۰	۱۰۰

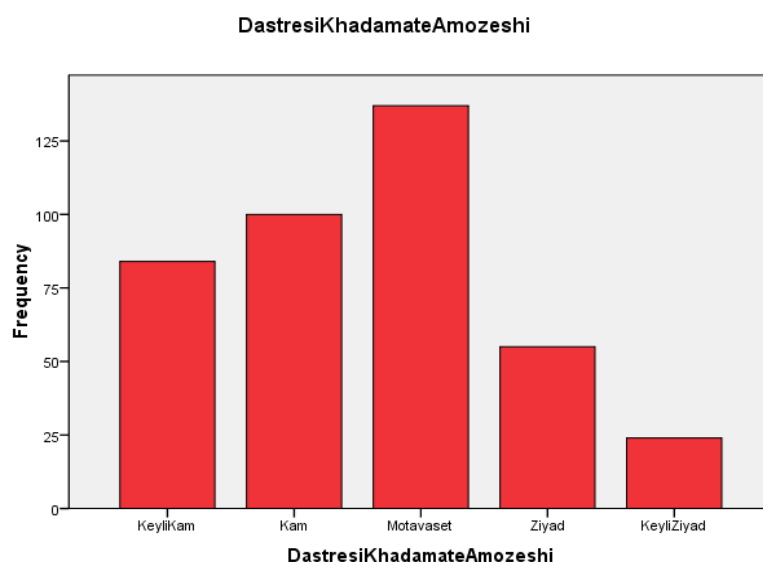


نمودار ۱۹: وضعیت نیاز شرکت کنندگان به خدمات آموزشی سلامت

۱۷- جدول ۲۲ نشان می دهد که تا چه حد شرکت کنندگان به خدمات آموزشی سلامت دسترسی دارند. نتایج نشان داد که تعداد ۸۴ نفر (۲۱/۰ درصد) دسترسی خیلی کم، ۱۰۰ نفر (۲۵/۰ درصد) دسترسی کم، ۱۳۷ نفر (۳۴/۲ درصد) دسترسی متوسط، ۵۵ نفر (۱۳/۸ درصد) دسترسی زیاد و ۲۴ نفر (۶/۰ درصد) دسترسی خیلی زیاد به خدمات آموزشی سلامت دارند.

جدول ۲۲: وضعیت دسترسی شرکت کنندگان به خدمات آموزشی سلامت

درصد	فراوانی	دسترسى به خدمات آموزشى سلامت
۲۱	۸۴	خیلی کم
۲۵	۱۰۰	کم
۳۴/۲	۱۳۷	متوسط
۱۳/۸	۵۵	زیاد
۶	۲۴	خیلی زیاد
۱۰۰	۴۰۰	کل

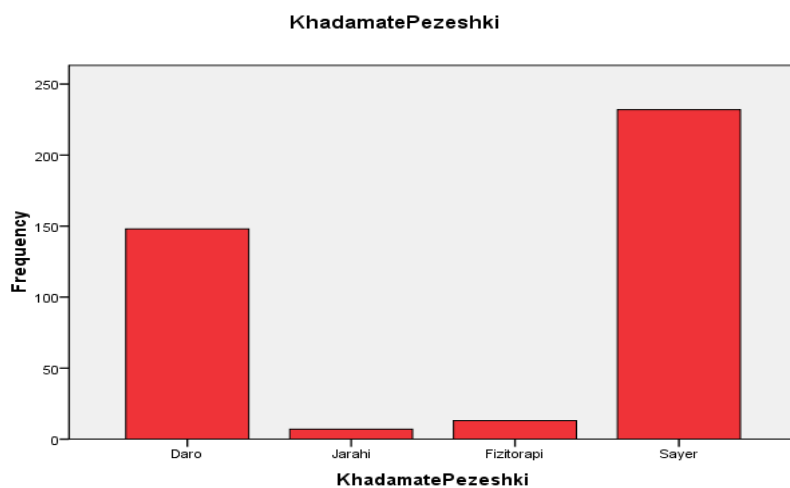


نمودار ۲۰: وضعیت دسترسی شرکت کنندگان به خدمات آموزشی سلامت

۱۸- جدول ۲۳ نشان می دهد که افراد شرکت کننده چه نوع خدمات درمان پزشکی دریافت می کنند. نتایج نشان داد تعداد ۱۴۸ نفر (۳۷/۰ درصد) از خدمات دارویی، ۷ نفر (۱/۸ درصد) از جراحی، ۱۳ نفر (۳/۲ درصد) از فیزیوتراپی و ۲۳۲ نفر (۵۸/۰ درصد) سایر خدمات پزشکی دریافت کرده اند.

جدول ۲۳: وضعیت شرکت کنندگان در دریافت خدمات درمان پزشکی

نوع خدمات درمان پزشکی	فراوانی	درصد
دارو	۱۴۸	۳۷
جراحی	۷	۱/۸
فیزیوتراپی	۱۳	۳/۲
سایر خدمات پزشکی	۲۳۲	۵۸
کل	۴۰۰	۱۰۰



نمودار ۲۱: وضعیت شرکت کنندگان در دریافت خدمات درمان پزشکی

۱۹- جدول ۲۴ نشان می دهد که تا چه حد شرکت کنندگان به درمان پزشکی احتیاج دارند.

نتایج نشان داد که تعداد ۱۲۱ نفر (۳۰/۲ درصد) نیاز خیلی کم، ۹۲ نفر (۲۳/۰ درصد) نیاز کم، ۱۰۰

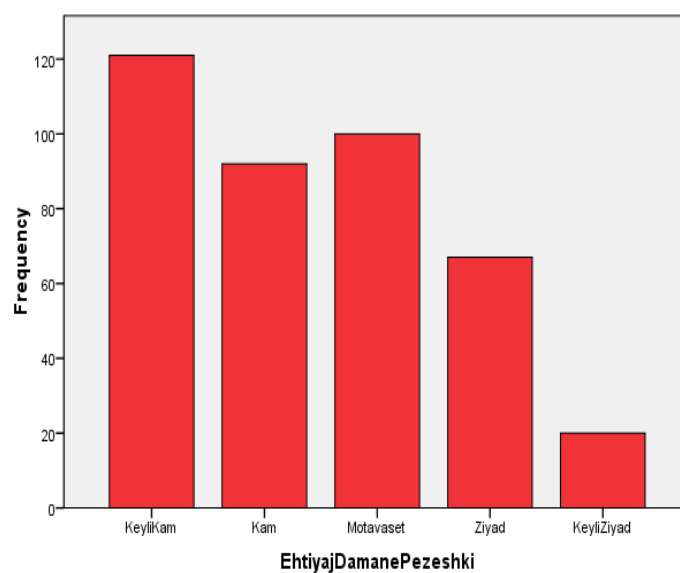
نفر (۲۵/۰ درصد) نیاز متوسط، ۶۷ نفر (۱۶/۸ درصد) نیاز زیاد و ۲۰ نفر (۵/۰ درصد) نیاز خیلی زیاد به

درمان پزشکی دارند.

جدول ۲۴: وضعیت نیاز شرکت کنندگان به درمان پزشکی

درصد	فراوانی	نیاز به خدمات درمان پزشکی
۳۰/۲	۱۲۱	خیلی کم
۲۳	۹۲	کم
۲۵	۱۰۰	متوسط
۱۶/۸	۶۷	زیاد
۵	۲۰	خیلی زیاد
۱۰۰	۴۰۰	کل

EhtiyajDamanePezeshki

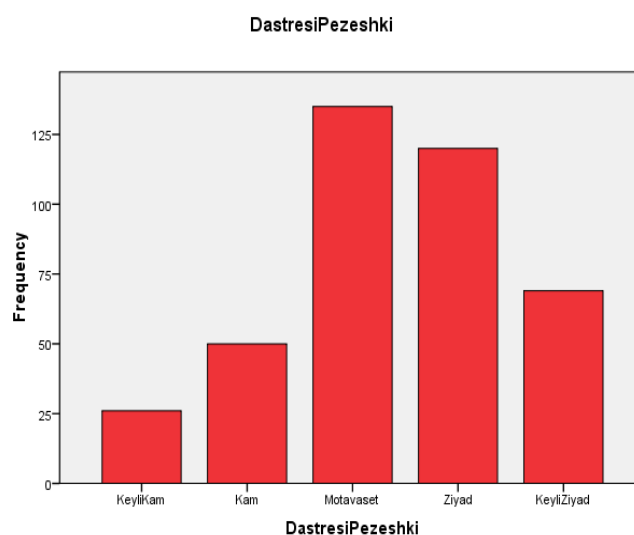


نمودار ۲۲: وضعیت نیاز شرکت کنندگان به درمان پزشکی

۲۰- جدول ۲۵ نشان می دهد که تا چه حد شرکت کنندگان به خدمات درمان پزشکی دسترسی دارند. نتایج نشان داد که تعداد ۲۶ نفر (۶/۵ درصد) دسترسی خیلی کم، ۵۰ نفر (۱۲/۵ درصد) دسترسی کم، ۱۳۵ نفر (۳۳/۸ درصد) دسترسی متوسط، ۱۲۰ نفر (۳۰/۰ درصد) دسترسی زیاد و ۶۹ نفر (۱۷/۲ درصد) دسترسی خیلی زیاد به خدمات درمان پزشکی دارند.

جدول ۲۵: وضعیت دسترسی شرکت کنندگان به خدمات درمان پزشکی

دسترسی به خدمات درمان پزشکی	فراوانی	درصد
خیلی کم	۲۶	۶/۵
کم	۵۰	۱۲/۵
متوسط	۱۳۵	۳۳/۵
زیاد	۱۲۰	۳۰
خیلی زیاد	۶۹	۱۷/۲
کل	۴۰۰	۱۰۰



نمودار ۲۳: وضعیت دسترسی شرکت کنندگان به خدمات درمان پزشکی

۲۱- نتایج بررسی پیش فرض نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد، توزیع داده های حاصل از متغیرهای پژوهش نرمال است و با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد. جدول ۲۲ نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف را نشان می دهد. با توجه به سطح معناداری ($\alpha > 0/05$)، نتایج آزمون نرمال بودن داده ها را نشان می دهد، بنابراین پیش فرض نرمال بودن برقرار است.

جدول ۲۶: نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف

متغیرها	سواد سلامت
سطح معناداری	۰/۳۱۸

۲۲- جدول ۲۷ مربوط به آمار توصیفی سواد سلامت و خرده مقیاس های آن می باشد. همان گونه که در جدول ۲۷ مشاهده می شود، میانگین سواد سلامت ۱۲۱/۸۰، میانگین دسترسی ۲۱/۰۸، میانگین خواندن ۱۴/۸۰، میانگین درک و فهم ۲۹/۰۴، میانگین ارزیابی ۱۳/۲۹ و میانگین تصمیم و رفتار سواد سلامت ۴۳/۵۷ است.

جدول ۲۷: آمار توصیفی سواد سلامت و خرده مقیاس های آن

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	کجی	بالا ترین نمره	پایین ترین نمره
دسترسی	۲۱/۰۸	۵/۱۱	-۰/۵۰	-۰/۱۱	۳۰	۶
خواندن	۱۴/۸۰	۴/۲۷	-۰/۵۹	-۰/۵۳	۲۰	۴
درک خواندن	۲۹/۰۴	۵/۱۴	-۰/۸۴	-۰/۰۴	۳۵	۱۴
ارزیابی	۱۳/۲۹	۳/۵۳	-۰/۱۸	۰/۴۵	۲۰	۴
رفتار سواد سلامت	۴۳/۵۷	۸/۵۹	-۰/۲۰	-۰/۶۳	۶۰	۱۹
سواد سلامت (نمره کلی)	۱۲۱/۸۰	۱۸/۵۳	-۰/۳۳	-۰/۰۹	۱۶۵	۶۲

۲۳- جدول ۲۸ مربوط به آمار توصیفی سواد سلامت و خرده مقیاس های آن (با توجه به جنسیت) می باشد. همان گونه که در جدول ۲۸ مشاهده می شود، میانگین سواد سلامت در مردان ۱۲۲/۴۹، میانگین دسترسی ۲۱/۳۶، میانگین خواندن ۱۴/۸۳، میانگین درک و فهم ۲۸/۹۰، میانگین ارزیابی ۱۳/۴۳ و میانگین تصمیم و رفتار سواد سلامت ۴۳/۹۴ است.

جدول ۲۸: آمار توصیفی سواد سلامت و خرده مقیاس های آن در مردان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	بالاترین نمره	پایین ترین نمره
دسترسی	۲۱/۳۶	۴/۹۱	۳۰	۶
خواندن	۱۴/۸۳	۴/۲۶	۲۰	۴
درک خواندن	۲۸/۹۰	۵/۱۵	۳۵	۱۶
ارزیابی	۱۳/۴۳	۳/۵۰	۲۰	۴
رفتار سواد سلامت	۴۳/۹۴	۸/۵۹	۶۰	۲۰
سواد سلامت (نمره کلی)	۱۲۲/۴۹	۱۸/۱۵	۱۶۵	۷۸

۲۴- جدول ۲۹ مربوط به آمار توصیفی سواد سلامت و خرده مقیاس های آن (با توجه به جنسیت) می باشد. همان گونه که در جدول ۲۹ مشاهده می شود، میانگین سواد سلامت در زنان ۱۲۱/۲۹، میانگین دسترسی ۲۰/۸۷، میانگین خواندن ۱۴/۷۸، میانگین درک و فهم ۲۹/۱۴، میانگین ارزیابی ۱۳/۱۹ و میانگین تصمیم و رفتار سواد سلامت ۴۳/۲۹ است.

جدول ۲۹: آمار توصیفی سواد سلامت و خرده مقیاس های آن در زنان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	بالاترین نمره	پایین ترین نمره
دسترسی	۲۰/۸۷	۵/۲۶	۳۰	۷
خواندن	۱۴/۷۸	۴/۲۸	۲۰	۴
درک خواندن	۲۹/۱۴	۵/۱۴	۳۵	۱۴
ارزیابی	۱۳/۱۹	۳/۵۶	۲۰	۵
رفتار سواد سلامت	۴۳/۲۹	۸/۵۹	۶۰	۱۹
سواد سلامت (نمره کلی)	۱۲۱/۲۹	۱۸/۸۵	۱۶۱	۶۲

۲۴- جدول ۳۰ نتایج تی تک نمونه ای درمتغیر سواد سلامت و خرده مقیاس های سواد سلامت افراد نمونه را با توزیع نرمال نشان می دهد.

جدول ۳۰: نتایج تی تک نمونه ای درمتغیر سواد سلامت و خرده مقیاس های سواد سلامت

متغیرها	مقدار t	سطح معنی داری
دسترسی	۱۲/۰۴	۰/۰۰۱
خواندن	۱۳/۱۲	۰/۰۰۱
درک و فهم	۳۱/۲۹	۰/۰۰۱
ارزیابی	۷/۳۳	۰/۰۰۱
تصمیم و رفتار سواد سلامت	۱۷/۶۲	۰/۰۰۱
سواد سلامت (نمره کلی)	۲۴/۶۰	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تی تک نمونه ای حاکی از آن است که میزان سواد سلامت و تمامی ابعاد آن در جامعه مورد بررسی به طور معنی داری از سطح متوسط بیش تر است.

۲۵- مقایسه سواد سلامت در بین زنان و مردان شرکت کننده در پژوهش با استفاده از آزمون تی مستقل انجام شد.

جدول ۳۱: نتایج مقایسه سواد سلامت در بین زنان و مردان شرکت کننده

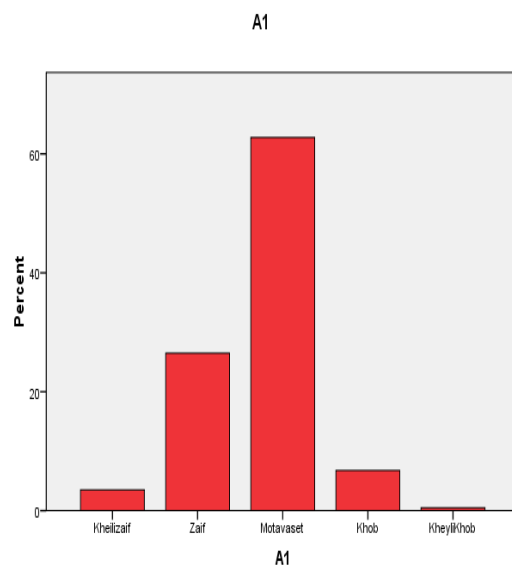
نتایج آزمون تی مستقل			نتایج آزمون لوین	
سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری	مقدار F
۰/۵۲	۳۹۸	۰/۶۳	۰/۷۷	۰/۰۸۵

نتایج نشان داد با توجه به مقدار سطح معناداری (۰/۷۷) بزرگتر از ۰/۰۵ است. در نتیجه فرض صفر برابری واریانس ها تایید می شود. همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد با توجه به مقدار t (۰/۶۳) و سطح معناداری (۰/۵۲) که بزرگتر از ۰/۰۵ است بین میانگین سواد سلامت در بین مردان و زنان تفاوت معنادار وجود ندارد.

۲۶- جدول ۳۲ نتایج مربوط به وضعیت اقتصادی در شرکت کنندگان را نشان می دهد. نتایج نشان داد از بین افراد شرکت کننده در پژوهش تعداد ۱۴ نفر (۳/۵ درصد) دارای وضعیت اقتصادی خیلی ضعیف، ۱۰۶ نفر (۲۶/۵ درصد) دارای وضعیت اقتصادی ضعیف، ۲۵۱ نفر (۶۲/۸ درصد) دارای وضعیت اقتصادی متوسط، ۲۷ نفر (۶/۸ درصد) دارای وضعیت اقتصادی خوب و ۲ نفر (۰/۵ درصد) دارای وضعیت اقتصادی خیلی خوب می باشند. بیشتر افراد شرکت کننده دارای وضعیت اقتصادی متوسط هستند.

جدول ۳۲: وضعیت اقتصادی در شرکت کنندگان

وضعیت اقتصادی	فراوانی	درصد
خیلی ضعیف	۱۴	۳/۵
ضعیف	۱۰۶	۲۶/۵
متوسط	۲۵۱	۶۲/۸
خوب	۲۷	۶/۸
خیلی خوب	۲	۰/۵
کل	۴۰۰	۱۰۰



نمودار ۲۴: وضعیت اقتصادی در شرکت کنندگان

۲۷- جدول ۳۳ رابطه بین سواد سلامت و وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان را نشان می دهد. با توجه به نتایج حاصل از جدول ۳۳، و با توجه به نتایج تحلیل واریانس، مقدار $F(۰/۷۹۵)$ و سطح معناداری $(۰/۵۲۹)$ معلوم گردید که بین سواد سلامت و وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان رابطه وجود ندارد.

جدول ۳۳: نتایج تحلیل واریانس متغیرهای سواد سلامت و وضعیت اقتصادی

سطح معناداری	مقدار F
۰/۵۲۹	۰/۷۹۵

۲۷- جدول ۳۴ رابطه بین سواد سلامت و وضعیت تحصیلی به تفکیک جنس را نشان می دهد. با توجه به نتایج حاصل از جدول ۲۹، و با توجه به ضریب همبستگی $(۰/۱۷۵)$ و سطح معناداری $(۰/۰۲۳)$ معلوم گردید که بین سواد سلامت و وضعیت تحصیلی مردان رابطه وجود دارد. همچنین ضریب همبستگی $(۰/۴۷)$ و سطح معناداری $(۰/۰۰۱)$ معلوم گردید بین سواد سلامت و وضعیت تحصیلی زنان رابطه وجود دارد.

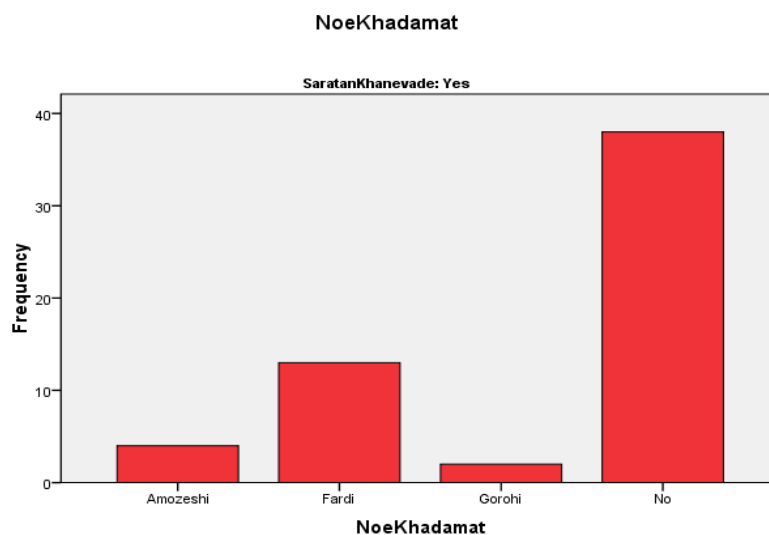
جدول ۳۴: ماتریس همبستگی بین سواد سلامت و وضعیت تحصیلی (به تفکیک جنسیت)

متغیرها	وضعیت تحصیلی	سطح معناداری	تعداد
سواد سلامت(در مردان)	۰/۱۷۵	۰/۰۲۳	۱۶۹
سواد سلامت(در زنان)	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۲۳۱

۲۸- آیا خانوارهای درگیر سرطان از خدمات مشاوره ای استفاده می کنند؟ نتایج جدول ۳۵ نشان می دهد که ۵۷ نفر از افراد شرکت کننده در این پژوهش جزو خانوارهای درگیر سرطان هستند. که از این تعداد فقط ۱۹ نفر از خدمات مشاوره ای استفاده می کنند که از میان این ۱۹ نفر، ۴ نفر از خدمات آموزشی، ۱۳ نفر از خدمات فردی، ۲ نفر از خدمات گروهی استفاده می کنند و تعداد ۳۸ نفر از خانوارهای درگیر سرطان از هیچ گونه خدمات مشاوره ای استفاده نمی کنند.

جدول ۳۵ : توزیع خانوارهای درگیر سرطان از نظر استفاده از خدمات مشاوره ای

نوع خدمات مشاوره ای	تعداد	درصد
آموزشی	۴	۷
فردی	۱۳	۲۲/۸
گروهی	۲	۳/۵
از هیچ خدماتی استفاده نمی کنند	۳۸	۳۸
کل	۵۷	۱۰۰

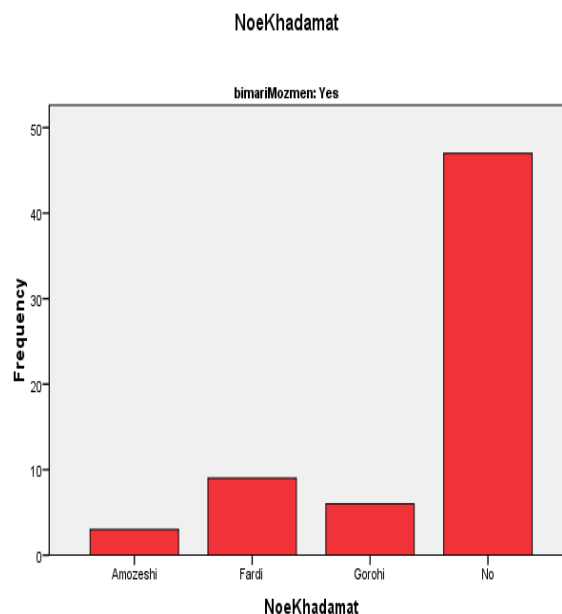


نمودار ۲۵ : توزیع خانوارهای درگیر سرطان از نظر استفاده از خدمات مشاوره ای

۲۹- آیا خانوارهایی که بیماری مزمن دارند از خدمات مشاوره ای استفاده می کنند؟ نتایج جدول ۳۶ نشان می دهد که ۶۵ نفر از افراد شرکت کننده در این پژوهش از بیماری های مزمن رنج می برند هستند. که از این تعداد فقط ۱۸ نفر از خدمات مشاوره ای استفاده می کنند که از میان این ۱۸ نفر، ۳ نفر از خدمات آموزشی، ۹ نفر از خدمات فردی، ۶ نفر از خدمات گروهی استفاده می کنند و تعداد ۴۷ نفر از افراد شرکت کننده که اضطراب دارند از هیچ گونه خدمات مشاوره ای استفاده نمی کنند.

جدول ۳۶: توزیع خانوارهای درگیر بیماری های مزمن از نظر استفاده از خدمات مشاوره ای

نوع خدمات مشاوره ای	تعداد	درصد
آموزشی	۳	۴/۶
فردی	۹	۱۳/۸
گروهی	۶	۹/۲
از هیچ خدماتی استفاده نمی کنند	۴۷	۷۲/۳
کل	۶۵	۱۰۰



نمودار ۲۶: توزیع خانوارهای درگیر بیماری مزمن از نظر استفاده از خدمات مشاوره ای

بحث و نتیجه گیری

سوال اصلی تحقیق وضعیت سواد سلامت افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه شهرنشین اردکان

(شهرهای اردکان، عقدا، احمدآباد) چگونه است؟

نتایج نشان داد که میانگین سواد سلامت ۱۲۱/۸۰، میانگین دسترسی ۲۱/۰۸، میانگین خواندن ۱۴/۸۰، میانگین درک و فهم ۲۹/۰۴، میانگین ارزیابی ۱۳/۲۹ و میانگین تصمیم و رفتار سواد سلامت ۴۳/۵۷ است. نتیجه این سوال با نتایج طرح پژوهشی طاووسی و همکاران (۱۳۹۴)، تهرانی بنی هاشمی و همکاران (۱۳۸۶) و نکویی مقدم و همکاران (۱۳۹۰)، ایزدی راد و همکاران (۱۳۹۴) ناهمسو بود. در تحقیقات مذکور افراد شرکت کننده از سطح سواد سلامت ناکافی (مرزی و پایین) برخوردار بودند اما نتایج طرح، با طرح پژوهشی قنبری و همکاران (۱۳۹۴) همسو بود. در تبیین این نتیجه می توان بیان داشت که مردم اردکان به علت پیشینه فرهنگی و تاریخی برای سلامت جسم خویش اهمیت زیادی قایل هستند و برای کسب اطلاعات در زمینه سلامت از منابع مختلف خبری، اینترنت، سایتها، کتاب و... استفاده می کنند. از طرف دیگر تجانس و همگنی جامعه مورد مطالعه نسبت به شهرهای پر جمعیت تهران و کرمان بیشتر است. در ادامه می توان چنین تبیین نمود که خرده مقیاس خواندن با بالا بودن سطح تحصیلات مرتبط است. که در این طرح ارتباط این عامل با سواد سلامت معنا دار بود. در زمینه خرده مقیاس دسترسی و معنادار شدن آن می توان چنین گفت که استان یزد قطب پزشکی کشور محسوب می شود و از نظر میزان و کیفیت تخصص های مورد نیاز در زمینه پزشکی از استانهای برخوردار می باشد. در مورد خرده مقیاسهای درک و فهم و رفتار سواد سلامت نیز می توان به بالا بودن سطح تحصیلات و پیشینه فرهنگی مردم اردکان اشاره کرد که به یونان کوچک نیز شهرت دارد.

سوال فرعی اول: آیا بین سواد سلامت با وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد بزرگسال (۶۵-۱۸)

در جامعه شهرنشین اردکان رابطه وجود دارد؟

با توجه به نتایج تحلیل واریانس، مقدار $F(0/795)$ و سطح معناداری $(0/529)$ معلوم گردید که بین سواد سلامت و وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان رابطه وجود ندارد. نتیجه این سوال با یافته های طرح پژوهشی قنبری و همکاران (۱۳۹۴) و ایزدی راد و ضاربان (۱۳۹۴) ناهمسو بود. در واقع در طرح های نامبرده بین وضعیت اقتصادی و سواد سلامت رابطه معنا دار وجود دارد در حالیکه در طرح پژوهشی حاضر رابطه معنادار حاصل نشد. در تبیین این نتیجه می توان چنین بیان کرد که یکی از طرح های فوق ایزدی راد و ضاربان (۱۳۹۴) در استان های محروم کشور (سیستان بلوچستان) و دیگری قنبری و همکاران (۱۳۹۴) در گیلان که از نظر وضعیت اقتصادی از استان های متوسط کشور هستند، انجام شده است. در حالیکه در جامعه مورد پژوهش وضعیت اقتصادی مردم نسبتا خوب گزارش شده است.

سوال فرعی دوم: آیا بین سواد سلامت با وضعیت تحصیلی افراد بزرگسال (۶۵-۱۸) در جامعه شهرستان اردکان رابطه وجود دارد؟

با توجه به ضریب همبستگی $(0/175)$ و سطح معناداری $(0/023)$ معلوم گردید که بین سواد سلامت و وضعیت تحصیلی مردان رابطه وجود دارد. همچنین ضریب همبستگی $(0/47)$ و سطح معناداری $(0/001)$ معلوم گردید بین سواد سلامت و وضعیت اقتصادی زنان رابطه وجود دارد. نتیجه این سوال با یافته های تحقیقات چهری و همکاران (۱۳۹۴)، قنبری و همکاران (۱۳۹۴)، ایزدی راد و ضاربان (۱۳۹۴) و تهرانی بنی هاشمی و همکاران (۱۳۸۶) همسو بود. مطالعات متنوع و گوناگونی که در زمینه سواد سلامت صورت گرفته بیانگر این هستند که با افزایش سطح تحصیلات، سواد سلامت افراد بالاتر می رود. این تاثیر پذیری بین میزان تحصیلات و میزان سواد سلامت به صورت یک ارتباط معنی دار در تحقیقات سایرین در خارج از کشور (کالیچمن، ۲۰۰۰، بیکر، ۱۹۹۸ و پارکر، ۱۹۹۹) نشان داده شده است. در ایران نیز تحصیلات قویترین ارتباط را با سطح سواد سلامت نشان داده است. (تهرانی بنی هاشمی و همکاران ۱۳۸۶).

سوال فرعی سوم: اپیدمی سرطان در نمونه مورد مطالعه چگونه است؟

نتایج نشان داد تعداد ۵۷ نفر (۱۴/۲ درصد) به نوعی خانواده های درگیر سرطان هستند و تعداد ۳۴۳ نفر (۸۵/۸ درصد) سرطان را تجربه نکرده اند. اگر هر خانواری را به طور متوسط ۴ نفر در نظر بگیریم، حدود ۳/۵ درصد از افراد در نمونه مورد مطالعه به سرطان مبتلا هستند. وضعیت شیوع سرطان از لحاظ جنسیت از ۵۷ خانواده ۴۸ نفر زن (۷۷ درصد) و ۲۱ نفر مرد بودند (۳۶/۸ درصد). از بین زنان شایعترین نوع سرطان به ترتیب فراوانی، سینه (۳/۳۳ درصد)، رحم ۱۴/۵ درصد، تومور مغزی ۱۲/۵ درصد، ریه (۱۰/۴۱ درصد)، تیروئید ۸/۳ درصد و ۶/۲ روده می باشد. شایعترین نوع سرطان از لحاظ فراوانی بین مردان، پروستات ۲۳/۸ درصد، معده ۱۹/۴ درصد، خون، ۱۴/۱ درصد، کبد ۹/۵ درصد، و ریه ۹/۵ درصد می باشد.

طبق نظر رحمانی (۱۳۹۲) عضو هیئت مدیره انجمن علمی جراحان عمومی ایران، افزایش سن امید به زندگی و طول عمر افراد جامعه، یکی از دلایل افزایش موارد سرطان در کشور است. به طوریکه موارد سرطانها در سنین بالا بیشتر شده است. همچنین وی اظهار داشت:.

اگر به طور میانگین، مردان جامعه ۸۵ سال عمر کنند، ۹۵ درصد آنها دچار سرطان پروستات می شوند.

عضو هیئت مدیره انجمن علمی جراحان عمومی ایران با اشاره به تغییر توزیع سرطانها و شیوع این بیماری در کشور، گفت: در سالهای گذشته بیشتر شاهد شیوع سرطانهای معده، مری و... بودیم. در حالی که هم اکنون سرطان ریه بیشتر شده و پس از آن، همچنان سرطان معده و روده بزرگ از شیوع بالاتری در کشور برخوردارند. وی با تاکید بر غیرمتعارف بودن افزایش شیوع سرطانها در کشور، تصریح کرد: آنچه مسلم است، اینکه سن ابتلا به برخی سرطانها در کشورمان پایین آمده است. به طوریکه در سالهای گذشته سن ابتلا به سرطان روده بزرگ مربوط به افراد ۵۰ سال به بالا بود اما در حال حاضر مواردی از ابتلا به این نوع سرطان در سنین زیر ۲۵ سال هم مشاهده می شود.

رحمانی، این تغییر در افزایش شیوع و توزیع سرطانها در کشور را غیرطبیعی خواند و افزود: شاید یکی از موارد، افزایش سن باشد که با خودش بیماریهای سنین بالا را می آورد، اما این وضعیت علت‌های خاص هم دارد که شناخته شده ترین علت افزایش سرطانها، استرس است.

عضو هیئت مدیره انجمن علمی جراحان عمومی ایران اظهار داشت، استرس، سطح ایمنی را پایین می آورد و یکی از دلایل شکست سیستم دفاعی بدن، به خاطر استرسهایی است که متوجه فرد است. همچنین به تغییر عوامل محیطی و نقش آن در افزایش سرطانها اشاره کرد. وی همچنین از شیوع بالای سرطان پستان در زنان ایرانی خبر داد و افزود: سن ابتلا به این سرطان در خانمها پایین آمده است. (خبرگزاری مهر، ۱۳/۱۰/۱۳۹۲).

استعمال دخانیات، چاقی، کم تحرکی، تغذیه ناسالم، عفونت های مزمن و ویروسی و آلودگی اب و هوا و غذا از جمله عوامل خطرهای اصلی در بروز سرطان هستند (آمره و همکاران، ۱۳۹۵).

بنابراین باتوجه به موارد یاد شده می توان گفت سبک زندگی ناسالم، کم تحرکی، تغذیه نامناسب، افزایش استرس و آلودگی هوا در اردکان می تواند از عوامل بروز سرطان در این شهر باشد.

سوال فرعی چهارم: نیازهای آموزشی جامعه ی مورد مطالعه کدامند؟

نتایج نشان داد که تعداد ۱۶۰ نفر (۴۰/۰ درصد) نیاز خیلی کم، ۷۷ نفر (۱۹/۲ درصد) نیاز کم، ۱۰۷ نفر (۲۶/۸ درصد) نیاز متوسط، ۳۷ نفر (۹/۲ درصد) نیاز زیاد و ۱۹ نفر (۴/۸ درصد) نیاز خیلی زیاد به خدمات مشاوره و روان درمانی دارند.

متأسفانه در کشور ما توده مردم از کارایی روان شناسی و نیاز افراد به مشاوره اطلاع چندانی ندارند و از اینکه شخصی به روانشناس مراجعه کند متأسف می شوند و در پیش خود می پندارند حتما مشکل روحی روانی داشته، که به روانشناس مراجعه کرده است.

واقعیت آن است که فقدان درک و شناخت صحیح از بیماری ها و اختلالات روانپزشکی، یکی از مشکلات جامعه ماست. چون در اغلب موارد، این بیماری ها بدون علائم جسمی بروز می کند، خیلی

ها حتی نمی دانند این حالت، به یک بیماری مربوط است و آن را تنها ناشی از مشکلات محیطی و اتفاقاتی که اطرافشان رخ می دهد، می دانند. بی شک یکی از دلایل اصلی آن به ترس از برچسب خوردن یا انگ روانی بودن باز می گردد. درواقع، خیلی از افراد از ترس این که مردم به آنها چه می گویند و چه نگاهی به آنها خواهند داشت، به روانپزشک مراجعه نمی کنند. یکی دیگر از دلایل مهم در مراجعه نکردن بسیاری از مردم به روانپزشک این است که اختلالات روانپزشکی را یک بیماری نیازمند درمان نمی دانند.

تصور می شود که افراد از علت بیماری روانپزشکی دارند می تواند در تمایل نداشتن آنان به روانپزشک موثر باشد. مثلاً زمانی که فرد، افسردگی را با ضعف اراده برابر بگیرد، ممکن است آن را اختلالی نیازمند درمان روانپزشکی نداند و خیال کند باید چاره ای دیگر برای آن بیندیشد.

واقعیت آن است که فقدان درک و شناخت صحیح از بیماری ها و اختلالات روانپزشکی، یکی از مشکلات جامعه ماست. چون در اغلب موارد، این بیماری ها بدون علائم جسمی بروز می کند، خیلی ها حتی نمی دانند این حالت، به یک بیماری مربوط است و آن را تنها ناشی از مشکلات محیطی و اتفاقاتی که اطرافشان رخ می دهد، می دانند.

سوال فرعی پنجم: آیا خانوارهای درگیر سرطان از خدمات مشاوره ای استفاده می کنند؟

نتایج نشان داد از بین افراد شرکت کننده در پژوهش تعداد ۳۵۳ نفر (۸۸/۲ درصد) از خدمات مشاوره ای استفاده نمی کنند و تنها ۴۷ نفر (۱۱/۸ درصد) از خدمات مشاوره ای استفاده می کنند.

واژه خانواده های درگیر سرطان (۵۷ نفر) نیز ۸۸ درصد (۵۰ نفر) از خدمات مشاوره ای استفاده نمی کنند. در توضیح این نتیجه می توان چنین بیان کرد، با توجه به نتایج حاصل شده از طرح در مورد میزان دسترسی شرکت کنندگان به خدمات مشاوره و روان درمانی، نشان داد که تعداد ۱۰۵ نفر (۲۶/۲ درصد) دسترسی خیلی کم، ۹۰ نفر (۲۲/۵ درصد) دسترسی کم، ۱۱۹ نفر (۲۹/۸ درصد) دسترسی متوسط، ۵۷ نفر (۱۴/۲ درصد) دسترسی زیاد و ۲۹ نفر (۷/۲ درصد) دسترسی خیلی زیاد به

خدمات مشاوره و روان درمانی دارند. بنابراین ۳۱۴ نفر یعنی ۷۸/۵ درصد به صورت خیلی کم، کم، و متوسط به خدمات مشاوره ای دسترسی داشتند. این امر نشان دهنده پایین بودن دسترسی مردم و تعداد محدود مراکز مشاوره و روان درمانی در اردکان می باشد. از طرف دیگر ماهیت خدمات مشاوره و روان درمانی بر مردم اردکان آشکار نیست و آگاهی آنها در این مورد محدود است. به طوریکه نتایج یکی دیگر از سوالات فرعی در مورد نیاز مردم به خدمات مشاوره و روان درمانی نشان داد تعداد ۱۶۰ نفر (۴۰/۰ درصد) نیاز خیلی کم، ۷۷ نفر (۱۹/۲ درصد) نیاز کم، ۱۰۷ نفر (۲۶/۸ درصد) نیاز متوسط، ۳۷ نفر (۹/۲ درصد) نیاز زیاد و ۱۹ نفر (۴/۸ درصد) نیاز خیلی زیاد به خدمات مشاوره و روان درمانی دارند. بنابراین ۳۴۴ نفر (۸۶ درصد) از شرکت کنندگان اعلام کردند که به خدمات مشاوره و روان درمانی احتیاج ندارند و این در حالی است که در بخش دیگری از طرح نتایج حاکی از میزان بالای اضطراب در شرکت کنندگان است. به نحویکه مشاهده شد، تعداد ۱۶۹ نفر (۴۲/۲ درصد) اضطراب دارند.

بنابراین این امر می تواند حاکی از عدم شناخت مردم از خدمات مشاوره و روان درمانی باشد. رسالت مشاورین و روانشناسان در مورد معرفی و اطلاع رسانی از نحوه عملکرد این خدمات امری حیاتی و قابل توجه است.

پیشنهادهای پژوهشی

- بررسی سواد سلامت جمعیت شهرستان اردکان با حجم نمونه وسیع تر و تکرار این پژوهش در سایر شهرستان ها و مرکز استان.
- بررسی سواد سلامت در حوزه های خاص همچون بهداشت دهان و دندان علاوه بر سواد سلامت عمومی.
- بررسی عوامل موثر بر سواد سلامت به شکل وسیعتر و با متغیرهای بیشتر.
- بررسی نقش شیوه های مختلف تبلیغاتی در افزایش سواد سلامت.
- بررسی اثر بخشی درمانها روان شناختی از جمله: امید درمانی، واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت بیماران مبتلا به سرطان و خانوارها.

پیشنهادهای کاربردی

- ایجاد کارگروه توسعه سواد سلامت در استان و شهرستان جهت آرایه آموزش های ضروری و مباحث مربوط به حوزه سلامت جهت افزایش سواد سلامت جامعه .
- ارائه خدمات مشاوره ای و روان شناختی به افراد و خانواده های درگیر سرطان جهت ارتقای کیفیت زندگی ایشان به عنوان درمان مکمل مخصوصا در انجمن های سرطان و کلینیکها و بیمارستانها.
- فعال سازی بیشتر مراکز بهداشت شهری جهت ارائه خدمات و آموزش بیشتر به خانوارها در مورد شناسایی، پیشگیری و مداخله در بیماریهای مزمن.
- با تشریک مساعی بیشتر سایر بخش ها همچون رسانه های جمعی، نظام سلامت کشور نه تنها باید برنامه های جامعی برای بهبود سواد سلامت جامعه داشته باشد، بلکه باید برای افراد با سواد سلامت پایین، رسانه های آموزشی ساده و قابل فهم تولید نماید.

- سازمان هایی مانند اداره ارتباطات و آموزش سلامت و بخش های آموزش سلامت دانشگاهها می توانند بهترین راهکارهای آموزش به بیماران دارای سواد سلامت پایین را شناسایی کنند و استانداردهای کیفی برای موارد نوشتاری را منتشر کنند.
- آموزش پزشکان جهت مشاوره و ارزیابی بیماران و خانواده هایشان جهت سنجش سطح سواد سلامت ایشان در حین جلسات ویزیت معمولی.

منابع :

- آمره وهمکاران، (۱۳۹۵). نقش عوامل محیطی و سبک زندگی در بروز و شیوع سرطان
- ایزدی رادو ضاربان (۱۳۹۴)، رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی ، رفتار پیشگیرانه و استفاده از خدمات سلامت در منطقه بلوچستان، مجله آموزش و سلامت جامعه، دوره ۲، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۴، صص ۴۳-۵۰.
- چهری وهمکاران (۱۳۹۴). بررسی میزان سطح سواد سلامت والدین کودکان پیش دبستانی، مجله پرستاری کودکان، شماره ۴.
- حایریان اردکانی وهمکاران (۱۳۹۴). بررسی رابطه سواد سلامت دهان و خودکارآمدی بهداشت دهان با شاخص های DMFT و شاخص لثه در دانشجویان، نشریه پایش، سال چهاردهم، شماره سوم، خرداد و تیر ۱۳۹۴، صص ۳۵۱-۳۶۲.
- ریسی وهمکاران، رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال هفتم، شماره چهارم، آذرود ۱۳۹۰.
- سعیدی کوپایی، مرضیه و متقی، مینو (۱۳۹۵). مقایسه سواد سلامت دختران دبیرستانی و مادران آنها در مورد سلامت زنان، فصلنامه سواد سلامت، زمستان ۱۳۹۵، دوره اول، شماره چهارم، صص ۲۲۹-۲۲۰.
- شیخ شرفی، حسن و سید امینی، به یانه (۱۳۹۵) بررسی سطح سواد سلامت و توان خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، فصلنامه سواد سلامت، دوره اول، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۵، صص ۲۱۹-۲۰۳. طاووسی، محمود و همکاران (۱۳۹۴). ابزارهای سنجش سواد سلامت: یک مرور نظام مند، نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، سال چهاردهم، شماره چهارم، صص ۴۹۶-۴۸۵.
- طاووسی، محمود و همکاران (۱۳۹۴). سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها: یک مطالعه ملی، نشریه پایش،
- سال پانزدهم، شماره اول، بهمن و اسفند ۱۳۹۴، صص ۱۰۲-۹۵.
- صحرایی و همکاران (۱۳۹۵). بررسی سواد سلامت در بزرگسالان شهر کرج، فصلنامه سواد سلامت، زمستان ۱۳۹۵، دوره اول، شماره چهارم، صص ۲۳۸-۲۳۰.

- قنبری وهمکاران، ارتباط سواد سلامت با وضعیت سلامت کارکنان اداری دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مجله تحقیقات نظام سلامت، دوره دوازدهم، شماره سوم، صص ۳۸۱-۳۸۷.

- Benjamin J, Jane V, Hayden B. Can This Patient Read and Understand Written Health Information? The Journal of the American Medical Association 2010; 304: 76-84 [In persian]
- Bohlman LN, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC). 1 Edition, National Academies Press: USA 2004. Council; 2004: 11
- Montazeri A, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties Payesh 2014; 13: 589-600 [In persian]
Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of Limited health literacy. J Gen Intern Med 2005; 20(2): 175-84.
- 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. CBM 2000-1. 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
- Sihota S, Lennard L. Health literacy: being able to make the most of health. London: National Consumer http://www.ncc.org.uk/nccpdf/poldocs/NCC064_health_literacy.pdf
- Tehrani Banihashemi SA, Amir Khani A, Haghdoust A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H, et al. Health literacy in five province and relative effective factors. Strides in Development of Medical Education 2007; 4: 1-9 .
- .Tavoosi M, Ebadi M, Shakerinejad G, Hashemi A, Fattahi E, Montazeri A*. Definitions of health literacy a review of the literature. Payesh 2013; 13: 119-124
- [In Persian] von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. JECH 2007; 61(12): 1086-90
- Williams MV, Parker RM, Baker DW, Coates W, Nurss J. The impact of inadequate functional health literacy on patients' understanding of diagnosis, prescribed medications, and compliance. Academic Emergency Medicine 1995; 2: 386

Assessing the Health Status of Adults (18-65 years old) in Ardakancity for Promoting Health and Prevention of Cancer

Abstract

Despite the importance of health literacy in preventing cancer and quality of life and promoting community health, the present research project aimed to measure adult health literacy (18-65years old) in Ardakan urban community (Ardakan, Aqda, Ahmadabad cities), the relationship between health literacy and the state of health Economic, social and educational goals of the statistical population, as well as identifying people with cancer in the studied population, identifying educational needs of the community with a view to preventing cancer and identifying the counseling needs of households involved in improving the quality of life of these patients and Their families were done. This cross-sectional survey was conducted in urban areas of Ardakan city on subjects aged 18 to 65 years old directly. The sampling was randomly clustered proportional to volume. The study population included 8 centers with 44696 people aged 18-65 years old. The sample size was 382 with the use of the Morgan table and considering the number of variables investigated in the study, with the aim of increasing the power of accurate study and prediction, an example that could represent the community, and by examining the results of its results, 400 people were selected as sample. In order to answer the main question, the Health Literacy Questionnaire (Montazeri et al., 2014) was used. The questionnaire includes 33 items and 5 dimensions (reading, access, comprehension, assessment of health literacy, decision making, and behavioral health literacy). Data were analyzed by SPSS software. Data analysis and descriptive statistics (mean and standard deviation) were used for descriptive statistics and one way t-test and one-way ANOVA were

used to compare the means. To determine the relationship between demographic factors, correlation coefficient test was used to assess the level of health literacy and literacy. The results showed that the level of health literacy and all aspects of it in the society was significantly higher than the average level. Independent t-test also showed that there is no significant difference between mean of health literacy among men and women due to the value of t (0.63) and the significance level (0.52) which is greater than 0.05. According to the results of analysis of variance, the value of F (0.795) and significant level (0.592) revealed that there is no relationship between health literacy and participants' economic status. Regarding correlation coefficient (0.15) and significant level (0.023), it was revealed that there is a relationship between health literacy and men's academic status. Also, with correlation coefficient (0.47) and significant level (0.001), there was a relationship between health literacy and women's academic status. The relationship between health literacy and educational status without gender segregation was correlated with correlation coefficient (0.440) and significant level (0.001). There was a relationship between health literacy and academic status.

57 people (14.2%) of the participants in the study are among the cancer-affected households. Of these, only 19 people use counseling services, of which 19, 4 people use educational services, 13 people use individual services, 2 people use group services, and 38 households with cancer do not use any consulting services. Also, 70 people (17.5%) need very little, 64 people (16.1%) need low, 120 (30.0%) need moderate, 95 people (23.8%) need high and 51 (12.8%) Percentage of people have a very high need for health care services.

Key Words: Health Literacy, Adults, Cancer, Ardakan city