

Assessing the Health Literacy Level of Parents with School Children in Ilam, 2015

Mosayeb Mozafari¹, Milad Borji^{2,3,*}

¹ Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

² MSc Student in Community Health Nursing, Young Researchers and Elite Club, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

³ Nurse, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

* **Corresponding author:** Milad Borji, MSc Student in Community Health Nursing, Young Researchers and Elite Club, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. E-mail: borji_milad@yahoo.com

Received: 18 Apr 2016

Accepted: 14 Jun 2016

Abstract

Introduction: Determining the health literacy level of parents and their awareness of child health issues, help to determine the educational needs of parents. Therefore, the present study aimed to assess the health literacy level in parents of school children in Ilam.

Methods: In this cross-sectional study which was conducted in 2015, a total of 300 couples with children ages 6 to 12 years were included in the study. To assess the Health Literacy of parents a questionnaire for parents of school age children were used. Data were analyzed using SPSS software version 20 using descriptive statistics (mean and standard deviation) and statistical tests (test ANOVA).

Results: The results showed that the average health literacy in fathers and mothers were 321.64 ± 19.74 and 321.71 ± 13.08 . A significant difference was found between health literacy in parents. Fathers' and mothers' health literacy increased with age, with increasing employment and education, was added ($P < 0.05$).

Conclusions: Regarding the relationship between education and employment status with mothers' health literacy, it is necessary to educate parents with low educational levels.

Keywords: Health Literacy; Parental; School Children

بررسی میزان سواد سلامت والدین دارای کودک دبستانی شهر ایلام در سال ۱۳۹۴

مصیب مظفری^۱، میلاد برجی^{۲، ۳*}

^۱ هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

^۲ دانشجوی ارشد پرستاری سلامت جامعه، باشگاه پژوهشگران جوان، دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

^۳ پرستار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران

* نویسنده مسئول: میلاد برجی، دانشجوی ارشد پرستاری سلامت جامعه، باشگاه پژوهشگران جوان، دانشگاه آزاد

اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ایمیل: borji_milad@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۳۰

چکیده

مقدمه: تعیین میزان سواد سلامت والدین و آگاهی آنها در رابطه با مسائل بهداشتی کودکان، کمک فراوانی به شناسایی و رفع نیازهای آموزشی والدین می‌نماید، لذا بررسی آن از وظایف پرستاران است. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان سواد سلامت والدین دارای کودک دبستانی شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش کار: در این پژوهش توصیفی - تحلیلی که در سال ۱۳۹۴ انجام شد، تعداد ۳۰۰ زوج دارای کودک ۶ تا ۱۲ سال شهر ایلام به روش نمونه گیری خوشه‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. برای سنجش سواد سلامت والدین از پرسشنامه محقق ساخته سواد سلامت والدین دارای کودک سن مدرسه استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری استنباطی (آزمون آنالیز واریانس یکطرفه) انجام گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میانگین سواد سلامت پدران و مادران به ترتیب برابر $19/74 \pm 3/64$ و $32/71 \pm 14/08$ از ۳۵۰ نمره بود که از نظر آماری اختلاف آماری معنی داری بین سواد سلامت پدر و مادر وجود نداشت. سواد سلامت پدران با افزایش سن و مادران با افزایش تحصیلات، افزوده می‌شد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به ارتباط تحصیلات و وضعیت اشتغال با سواد سلامت مادر، لازم است مداخلات لازم در جهت آموزش به والدین با تحصیلات پایین انجام گردد تا زمینه لازم را در جهت بهبود سواد سلامت والدین فراهم گردد.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، والدین، کودک دبستانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

شدن میزان آگاهی افراد از وضعیت سلامتی، کمتر شدن میزان دریافت خدمات پیشگیری کننده، کنترل نشدن بیماری‌های مزمن، ضعیف شدن بهداشت روانی و جسمی و افزایش استفاده و مراجعه به بیمارستان شود (۴). بحث‌های وسیع و گسترده‌ای در زمینه اهمیت سواد سلامت وجود دارد و در واقع سواد سلامت یکی از اهداف "بیانیه مردمان سالم ۲۰۱۱" می‌باشد. از نظر بنیاد پزشکی آمریکا، سواد سلامت به عنوان یکی از ۲۰ اولویت دگرگون کننده کیفیت مراقبت، تعریف می‌شود (۵). (۶). تربیت و آگاهی‌هایی که در دوران کودکی داده می‌شود، می‌تواند با بیماری‌های دوران بزرگسالی و عادات نادرست بهداشتی که وجود دارد در ارتباط باشد (۷). به طوری که ایجاد و تقویت رفتارهای بهداشتی صحیح می‌تواند نیروهای اجتماعی فعالی را برای جامعه فراهم کند.

به میزان ظرفیت فرد برای کسب، درک و تفسیر اطلاعاتی که برای سلامتی ضروری می‌باشد، سواد سلامت گفته می‌شود (۱). سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانایی‌های مربوط به خواندن، شنیدن و تصمیم گیری کردن می‌باشد که فرد می‌تواند این توانایی‌ها را در موقعیت‌های مرتبط با سلامتی و در جهت ارتقاء آن بکار گیرد (۲). پایین بودن سواد سلامت با پیروی نکردن از دستورات پزشک، وضعیت سلامت ضعیف تر، استفاده نامناسب از داروهای تجویز شده، عدم توانایی در کنترل دقیق قند خون، مشکلات ناشی از بیان کمتر نگرانی‌های مرتبط با سلامت، دانش بهداشتی کمتر، مشارکت کمتر در تصمیم گیری در زمینه درمان و ارتباط بدتر و ضعیف تر با پزشکان مشخص می‌گردد (۱، ۳). پایین بودن میزان سواد سلامت می‌تواند باعث کم

بنابراین گسترش و توسعه آگاهی و اطلاعات در زمینه پیشگیری از انواع رفتارهای پرخطر، در حساس ترین و مهمترین دوران زندگی یعنی از شروع تولد تا دوران نوجوانی، امری ضروری و مهم می باشد به طوری که کودکان در مرحله تکاملی پیش از دبستان و سال های ابتدایی مدارس، به میزان بیشتری در معرض خطر بیماری های گوارشی و حوادث و سوانح غیر عمدی قرار دارند (۷). کودکانی که در سال های ابتدایی مدرسه قرار دارند، بیشتر از سایر افراد در معرض اختلالات تغذیه ای، حوادث و سوانح و ابتلا به بیماری های گوارشی قرار دارند (۷). با توجه به اینکه والدین از تاثیرگذارترین عوامل در سلامتی کودکان هستند، آگاهی آنها در امر مراقبت از کودکان و همچنین پیشگیری و درمان بیماری ها، بسیار مهم و ضروری می باشد. بررسی میزان سواد بهداشتی والدین و آگاهی آنها در رابطه با مسائل بهداشتی کودکان، باعث تعیین نیازهای آموزشی والدین می شود و زمینه لازم را برای برنامه ریزی در آموزش خانواده فراهم می کند (۶). از طرفی تحقیقات مختلف به بررسی سواد سلامت در زنان باردار (۸)، بزرگسالان (۹، ۱۰)، بیماران (۱۱، ۱۲)، والدین دارای کودک پیش دبستانی (۶) انجام گردیده است اما پژوهشی که سواد سلامت والدین دارای کودک سن مدرسه را بسنجد انجام نشده است، به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان سواد سلامت والدین دارای کودک دبستانی شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ انجام گردید.

روش کار

در پژوهش توصیفی-تحلیلی حاضر که در سال ۱۳۹۴ انجام شده است، جامعه ی مورد مطالعه را والدین دارای کودک ۶ الی ۱۲ سال شهر ایلام تشکیل داد. جهت برآورد حجم نمونه، با توجه به میزان سواد سلامت گزارش شده والدین در مطالعات انجام شده و با احتساب ضریب خطای ۰/۰۵ تعداد ۳۰۰ زوج (۳۰۰ پدر و ۳۰۰ مادر) برآورد گردید. از روش نمونه گیری خوشه ایی جهت انتخاب نمونه استفاده شد. به این ترتیب که مدارس و آموزشگاه های شهر ایلام در ۱۰ خوشه دسته بندی شدند و از هر کدام از آنها دو مدرسه و یک آموزشگاه انتخاب شد و با روش نمونه گیری تصادفی ساده از هر کدام از مدارس و آموزشگاه ها ۱۰ زوج (۱۰ پدر و ۱۰ مادر) انتخاب گردید. برای پیشگیری از تأثیر نظرات والدین بر هم در هنگام تکمیل پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه به طور جداگانه در منزل در اختیار پدر قرار داده می شد و پس از پاسخ دادن پرسشنامه توسط پدر، مجدداً پرسشگری انجام می شد و پرسشنامه سواد سلامت در منزل در اختیار مادر قرار داده می شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه محقق ساخته "سواد سلامت والدین دارای کودک ۶ تا ۱۲ سال" بود که یک بار توسط پدر و یک بار توسط مادر به منظور سنجش سواد سلامت والدین تکمیل گردید. پرسشنامه مورد نظر با استفاده از تعاریف علمی رفتارهای بهداشتی و با استفاده از مطالعات کتابخانه ای طراحی گردید. به منظور سنجش روایی ابزار از شاخص روایی محتوا استفاده گردید. ابزار پژوهش جهت مطالعه و تأیید به ۱۰ نفر از اساتید پرستاری و مامایی داده شد و نظرات آنها اعمال گردید. برای تعیین پایایی ابزار مورد نظر، پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از افراد مورد پژوهش به فاصله ۱۵ روز دو بار تکمیل شده و همبستگی بین نمرات دو بار

اجرا با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۹۴ به دست آمد که نشان دهنده پایایی و ثبات پرسشنامه است. اعتبار محتوای پرسشنامه با استفاده از شاخص والتس و باسل، مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی اعتبار محتوا از ۱۰ صاحب نظر خواسته شد که عبارات پرسشنامه را از نظر ضرورت، ارتباط، وضوح و سادگی با استفاده از نمره دهی به سبک لیکرت و نیز اظهار نظر پیرامون عبارات مورد بررسی قرار دهند. در صورتی که نمره هر کدام از ۴ حیطه فوق در خصوص هر عبارت بیشتر یا مساوی ۷۹ درصد بود، عبارت در پرسشنامه حفظ شد و در صورتی که این نمره بین ۷۹-۷۰ بود، عبارت اصلاح و بازنگری شد و در صورتی که کمتر از ۷۰ درصد بود، عبارت حذف شد. پرسشنامه "سواد سلامت والدین دارای کودک ۶ تا ۱۲ سال" دارای ۴۹ سؤال در مقیاس هفت گزینه ای لیکرت، از کاملاً موافقم با امتیاز هفت تا کاملاً مخالفم با امتیاز یک و در هشت بعد شامل ابعاد مربوط به بهداشت پوست (۷ سؤال)، دهان و دندان (۷ سؤال)، تغذیه (۹ سؤال)، آموزش (۷ سؤال)، فعالیت فیزیکی (۵ سؤال)، چشم (۳ سؤال)، گوش (۴ سؤال)، خواب (۴ سؤال)، رایانه و اینترنت (۳ سؤال) بود. در مجموع آزمودنی ها نمراتی را بین ۵۰ تا ۳۵۰ کسب می کردند. پژوهشگر پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایلام (کد اخلاق ir.medilam.rec.1393.261) اقدام به پرسشگری نمود و با توضیح اهداف پژوهش به والدین مورد پژوهش، مشارکت آنها را جلب نمود. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت آگاهانه معیار اصلی برای ورود به پژوهش بود و به والدین اطمینان داده می شد که داده های حاصل از این پژوهش به صورت محرمانه خواهد ماند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون های آماری استنباطی (آزمون آنالیز واریانس یکطرفه) انجام گردید.

یافته ها

یافته ها نشان داد که در پژوهش حاضر میانگین سن پدر $6/22 \pm$ ۴۳/۹۶، سن مادر $5/25 \pm 36/54$ ، تعداد فرزند $1/2 \pm 2/5$ بود. والدین دارای حداقل یک و حداکثر ۷ فرزند و بیشتر آنها ساکن شهر (۲۸۶/۹۵/۳) بودند (جدول ۱). بین سن پدران مورد پژوهش و سواد سلامت ارتباط آماری مثبت و معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$). اما بین سواد سلامت و سن مادران مورد پژوهش ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($P > 0/05$).

یافته ها نشان داد که، میانگین نمره کل سواد سلامت مادران برابر $14/08 \pm 331/71$ از کل نمره سواد اطلاعات بهداشتی که برابر ۳۵۰ بود، می باشد. همچنین میانگین نمره کل سواد سلامت مادران، نسبتاً برابر با سواد سلامت پدران مورد پژوهش که $19/74 \pm 331/64$ بود. در حیطه مربوط به پوست، دهان و دندان و تغذیه سواد سلامت مادر نسبتاً بیشتر از سواد سلامت پدر بود. همچنین در هیچ کدام از حیطه های مربوط به سواد سلامت والدین، بین سواد سلامت پدر و مادر اختلاف آماری معنی داری یافت نشد ($P > 0/05$).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک والدین دارای کودک دبستانی شهر ایلام

متغیر	پدر، تعداد (درصد)	مادر، تعداد (درصد)
تحصیلات		
زیر دیپلم	۸۱ (۲۷)	۱۳۷ (۴۵/۷)
دیپلم	۸۷ (۲۹)	۸۱ (۲۷)
فوق دیپلم	۳۰ (۱۰)	۳۵ (۱۱/۷)
لیسانس	۷۱ (۲۳/۷)	۳۸ (۱۲/۷)
ارشد و بالاتر	۳۱ (۱۰/۳)	۶ (۲)
شغل		
کارمند	۱۲۶ (۴۲)	۳۱ (۱۰/۳)
خانه دار	۰ (۰)	۲۵۳ (۸۴/۳)
آزاد	۱۳۸ (۴۶)	۱۴ (۴/۷)
بازنشسته	۳۶ (۱۲)	۰ (۰)
درآمد والدین در ماه		
زیر یک میلیون	۳۴۹ (۵۹/۷)	۳۴۹ (۵۹/۷)
بین ۱ تا ۲ میلیون	۱۷۶ (۲۹/۷)	۱۷۶ (۲۹/۷)
بین ۲ تا ۳ میلیون	۳۱ (۵/۳)	۳۱ (۵/۳)
بیشتر از ۳ میلیون	۷ (۱/۳)	۷ (۱/۳)

در ارتباط با سواد سلامت مادران نتایج آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین تحصیلات و سواد سلامت کل مادر و حیطه‌های آموزش، فعالیت فیزیکی و اینترنت از ابعاد سواد سلامت مادر ارتباط آماری معنی داری وجود داشت و با افزایش تحصیلات بر میزان سواد سلامت افزوده می‌شد (جدول ۳).

نتایج آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین سواد سلامت و تحصیلات پدر ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت اما آزمون تعقیبی توکی نشان داد که با افزایش تحصیلات پدر، سواد سلامت در حیطه‌های مربوط به پوست، دهان و دندان افزوده می‌شد (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره سواد بهداشتی پدر به صورت کل و به تفکیک حیطه‌ها بر حسب تحصیلات

تحصیلات حیطه ها	زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	کارشناسی	ارشد و بالاتر	P
پوست	۴۷/۷۶ ± ۲/۵۱	۴۷/۱۳ ± ۳/۲۶	۴۷/۸۳ ± ۲/۳۸	۴۷/۲۵ ± ۴/۸۰	۴۷/۲۲ ± ۳/۷۵	۰/۰۹
دهان	۴۷/۱۰ ± ۳/۱۹	۴۶/۴۷ ± ۴/۴۱	۴۷/۰۶ ± ۳/۰۹	۴۷/۰۸ ± ۴/۶۸	۴۷/۲۹ ± ۳/۴۰	۰/۰۰۱
تغذیه	۶۱/۰۱ ± ۲/۹۶	۶۰/۵۱ ± ۳/۵۱	۶۱/۹۵ ± ۱/۷۲	۶۰/۶۶ ± ۵/۵۸	۶۱/۵۹ ± ۲/۶۷	۰/۰۲
آموزش	۴۷/۰۷ ± ۲/۸۳	۴۶/۴۹ ± ۳/۳۳	۴۷/۳۵ ± ۱/۸۱	۴۷/۱۳ ± ۴/۰۷	۴۷/۱۸ ± ۲/۵۳	۰/۰۱
فعالیت	۳۳/۹۸ ± ۱/۷۵	۳۳/۸۶ ± ۱/۸۵	۳۴/۴ ± ۱/۱۰	۳۴/۲۳ ± ۲/۹۹	۳۴/۶۲ ± ۱/۸۶	۰/۰۸
چشم	۲۰/۲۳ ± ۱/۷۳	۲۰/۲۲ ± ۲/۰۲	۲۰/۷۰ ± ۰/۵۷	۲۰/۴۲ ± ۱/۶۰	۲۰/۸۱ ± ۱/۴۶	۰/۱۴
گوش	۲۷/۵۸ ± ۱/۰۴	۲۷/۵۵ ± ۱/۰۸	۲۷/۷۶ ± ۰/۷۴	۲۷/۵۶ ± ۲/۳۸	۲۷/۸۳ ± ۱/۶۰	۰/۳۲
خواب	۲۷/۱۶ ± ۱/۶۱	۲۷/۱۸ ± ۱/۵۲	۲۷/۴۶ ± ۱/۱۰	۲۷/۲۱ ± ۲/۴۷	۲۷/۶۷ ± ۱/۸۱	۰/۳۱
اینترنت	۲۰/۰۲ ± ۱/۸۹	۲۰/۱۹ ± ۱/۱۰	۲۰/۶۳ ± ۰/۶۹	۲۰/۴۱ ± ۱/۷۳	۲۰/۲۱ ± ۱/۴۳	۰/۳۹
نمره کل	۳۲۱/۹۰ ± ۱۹/۵۱	۳۲۰/۰۶ ± ۱۵/۱۷	۳۲۵/۱۶ ± ۱۳/۲	۳۲۱/۸۹ ± ۲۶/۶۳	۳۲۴/۳۳ ± ۱۶/۵۱	۰/۰۵

مقادیر به صورت میانگین ± انحراف معیار نمایش داده شده اند.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره سواد بهداشتی مادر به صورت کل و به تفکیک حیطه‌ها بر حسب تحصیلات

تحصیلات حیطه ها	زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	کارشناسی	ارشد و بالاتر	P
پوست	۴۹/۰۰ ± ۰/۰	۴۸/۵۴ ± ۱/۸۰	۴۸/۱۴ ± ۱/۲۱	۴۷/۳۴ ± ۱/۷۵	۴۸/۰۶ ± ۱/۶۸	۰/۰۰۱
دهان	۴۷/۲۹ ± ۳/۴۰	۴۷/۰۸ ± ۴/۶۸	۴۷/۰۶ ± ۳/۰۹	۴۶/۴۱ ± ۴/۴۷	۴۷/۱۰ ± ۳/۱۹	۰/۴۶

تغذیه	۶۱/۵۹±۲/۶۷	۶۰/۶۶±۵/۵۸	۶۱/۹۵±۱/۷۲	۶۰/۵۱±۳/۵۱	۶۱/۰۱±۲/۹۶	۰/۰۷
آموزش	۴۷/۱۸±۲/۵۳	۴۷/۱۳±۴/۰۷	۴۷/۳۵±۱/۸۱	۴۶/۴۹±۳/۳۳	۴۷/۰۷±۲/۸۳	۰/۰۱
فعالیت	۳۴/۶۲±۱/۸۶	۳۴/۲۳±۲/۹۹	۳۴/۴±۱/۱۰	۳۳/۸۶±۱/۸۵	۳۳/۹۸±۱/۷۵	۰/۰۰۱
چشم	۲۰/۸۱±۱/۴۶	۲۰/۴۲±۱/۶۰	۲۰/۷۰±۱/۵۷	۲۰/۲۲±۲/۰۲	۲۰/۲۳±۱/۷۳	۰/۰۹
گوش	۲۷/۸۳±۱/۶۰	۲۷/۵۶±۲/۳۸	۲۷/۷۶±۱/۷۴	۲۷/۵۵±۱/۰۸	۲۷/۵۸±۱/۰۴	۰/۵۵
خواب	۲۷/۶۷±۱/۸۱	۲۷/۲۱±۲/۴۷	۲۷/۴۶±۱/۱۰	۲۷/۱۸±۱/۵۲	۲۷/۱۶±۱/۶۱	۰/۲۰
اینترنت	۲۰/۲۱±۱/۴۳	۲۰/۴۱±۱/۷۳	۲۰/۶۳±۱/۶۹	۲۰/۲۹±۱/۱۰	۲۰/۰۲±۱/۸۹	۰/۰۱
نمره کل	۳۲۴/۳±۱۱/۹۱	۳۲۱/۸۹±۲۶/۶	۳۲۵/۱۶±۸/۳	۳۲۰/۰۶±۱۵/۷	۳۲۱/۹±۱۴/۳۲	۰/۰۱

مقادیر بصورت میانگین $\pm$ انحراف معیار نمایش داده شده اند.

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره سواد بهداشتی پدر به صورت کل و به تفکیک حیطه‌ها بر حسب شغل

شغل حیطه‌ها	بازنشسته	آزاد	کارمند	P
پوست	۴۶/۷۳±۴/۹۲	۴۷/۵۶±۳/۱۱	۴۶/۴۳±۴/۸۱	۰/۹۰
دهان	۴۶/۱۸±۵/۹۸	۴۷/۲۲±۲/۶۶	۴۶/۶±۵/۱۸	۰/۲۴
تغذیه	۶۱/۶۳±۵/۷۱	۶۰/۵۴±۲/۸۳	۶۰/۶±۲/۹۱	۰/۹۸
آموزش	۴۶/۴۵±۴/۶۳	۴۷/۴۵±۲/۳۱	۴۶/۵۶±۲/۳۲	۰/۰۷
فعالیت	۳۴/۱۴±۲/۷۹	۳۴/۴۰±۱/۰۸	۳۴/۵۲±۱/۰۷	۰/۴۲
چشم	۲۰/۲۸±۱/۶۵	۲۰/۶۷±۱/۷۴	۲۰/۹۰±۱/۳۰	۰/۰۰۱
گوش	۲۷/۶۰±۲/۱۰	۲۷/۷۰±۱/۸۵	۲۷/۹۲±۱/۲۷	۰/۴۵
خواب	۲۷/۱۰±۲/۳۷	۲۷/۴۴±۱/۰۵	۲۷/۷۴±۱/۷۹	۰/۰۶
اینترنت	۲۰/۳۶±۱/۷۰	۲۰/۳۴±۱/۱۰	۲۰/۶۰±۱/۹	۰/۴۹
نمره کل	۳۲۰/۱۶±۲۶/۴۰	۳۲۳/۳۳±۱۰/۲۱	۳۲۱/۹±۱۳/۶۰	۰/۴۵

مقادیر بصورت میانگین $\pm$ انحراف معیار نمایش داده شده اند.

در ارتباط با سواد سلامت پدران مورد پژوهش، نتایج آزمون آماری تعقیبی نشان داد که بیشترین میزان سواد سلامت در مادران با شغل آزاد و کمترین آن مربوط به مادران خانه دار بود ($P > ۰/۰۵$). (جدول ۵).

در ارتباط با سواد سلامت پدران مورد پژوهش، نتایج آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین سواد سلامت کل پدر و وضعیت اشتغال ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت، اما پدرانی که بازنشسته بودند سواد سلامت مربوط به حیطه چشم در آنها بالاتر بود (جدول ۴).

جدول ۵: مقایسه میانگین نمره سواد بهداشتی مادر به صورت کل و به تفکیک حیطه‌ها بر حسب شغل

شغل حیطه‌ها	خانه دار	آزاد	کارمند	P
پوست	۴۸/۷۶±۱/۶۵	۴۹/۰±۰/۰۰	۴۷/۷۸±۱/۷۰	۰/۰۰۱
دهان	۴۸/۲±۲/۳۱	۴۸/۶۴±۱/۴۹	۴۶/۹۳±۲/۵۵	۰/۰۰۱
تغذیه	۶۲/۳۳±۱/۷۴	۶۲/۸۵±۱/۳۶	۶۱/۰۱±۲/۸۴	۰/۰۰۱
آموزش	۴۸/۴±۱/۲۲	۴۹/۰±۰/۰۰	۴۶/۷۵±۲/۷۴	۰/۰۰۱
فعالیت	۳۴/۸۰±۱/۶۱	۳۴/۹۲±۱/۲۶	۳۳/۶۱±۱/۰۸	۰/۰۰۱
چشم	۲۰/۸۰±۱/۴۸	۲۰/۲۱±۱/۹۷	۲۰/۰۵±۱/۲۶	۰/۱۸
گوش	۲۷/۷۰±۱/۹۱	۲۷/۵۷±۱/۵۱	۲۷/۴۸±۱/۲۶	۰/۶۵
خواب	۲۷/۵۶±۱/۰۰	۲۸/۰±۰/۰۰	۲۶/۹۵±۱/۹۰	۰/۰۱
اینترنت	۲۰/۴۰±۱/۱۰	۲۰/۱۴±۱/۰۲	۲۰/۰±۱/۸۲	۰/۴۹
نمره کل	۳۲۸/۴۶±۹/۵۸	۳۳۰/۳۵±۲/۹۰	۳۲۰/۴۶±۱۴/۵۴	۰/۰۰۱

مقادیر بصورت میانگین $\pm$ انحراف معیار نمایش داده شده اند.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که نمره کل سواد بهداشتی پدران و مادران در حد مناسب و تقریباً به یک اندازه بوده است اما در حیطه‌های بهداشت پوست، آموزش، تغذیه و دهان و دندان سواد بهداشتی مادران بیشتر از پدران بوده است. نتایج مطالعه صورت گرفته توسط مک وین و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که مادران بیشتر از پدران، درگیر مراقبت از کودک خود هستند (۱۳). یافته‌ها پژوهش حاضر نشان داد که بین سواد سلامت پدر و مادر اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد. در مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف تعیین تأثیر سواد سلامت بر استفاده از خدمات بهداشتی و وضعیت بهداشتی بزرگسالان آمریکا صورت گرفته بود یافته‌ها نشان داد که سواد سلامت مردان در مقایسه با سواد سلامت زنان پایین‌تر بود (۱۴). در مطالعه تری سی دیویس و همکاران (۲۰۰۶) که با هدف تعیین سواد سلامت بالغین انجام شده بود، یافته‌ها نشان داد که سواد سلامت زنان بالاتر از سواد سلامت مردان بود (۱۵). در پژوهش ملی طاووسی و همکاران (۲۰۱۶) (۱۶) که سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها را سنجیده بود میانگین امتیاز سواد سلامت کل در زنان به طور نسبی بالاتر از مردان بود، در حالی که در مطالعه جواد زاده و همکاران (۲۰۱۳) (۱۰) که سواد سلامت را در سالمندان شهر اصفهان سنجیده بود، سواد سلامت ناکافی در زنان شایع‌تر بود. در مطالعه Lee و همکاران (۱۷) میانگین نمره سواد سلامت در مردان بیشتر از زنان بود که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد. همچنین در بعضی مطالعات هیچ گونه ارتباطی بین جنسیت و سواد سلامت گزارش نشد (۱۸، ۱۹). در خصوص اختلاف نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های ذکر شده می‌توان استدلال کرد که در پژوهش حاضر سواد سلامت والدین سنجیده شده است و به نظر می‌رسد والدین بر رفتارهای بهداشتی یکدیگر تأثیر گذاشته و به همین دلیل سواد سلامت یکسانی را داشته باشند. در حالی که در پژوهش‌های دیگر مردان و زنانی که سواد سلامت در آنها سنجیده شده است، همسر نبوده‌اند، به همین دلیل سواد سلامت در آنها متفاوت بوده است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بین سواد سلامت و سن پدر ارتباط آماری معنی داری وجود داشت، به طوری که با افزایش سن بر میزان سواد سلامت پدر افزوده می‌شد در حالی که بین سواد سلامت و سن مادر ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. در پژوهش ملاخلیلی و همکاران (۲۰۱۴) (۲۰)، طهرانی بنی هاشمی و همکاران (۲۰۰۷) (۱۸)، با افزایش سن از سواد سلامت کاسته می‌شد. در مطالعه هیروناکا و همکاران (۲۰۰۹) ارتباط آماری معنی داری بین سن و سواد سلامت در مراقبان کودک ۵ تا ۷ ماهه مورد بررسی مشاهده نشد (۲۱). در توضیح نتایج این پژوهش می‌توان گفت که به نظر می‌رسد با توجه به اینکه، زنان بیشتر با امر مراقبت از کودک درگیر هستند، از سنین پایین‌تر خود را برای مراقبت از کودک آماده کرده و به سواد سلامت مناسب دست یافته‌اند به همین دلیل با افزایش سن میزان سواد سلامت در آنها تغییری نکرده است. درحالی که پدران با توجه به اینکه در سنین ابتدایی کودک نقش کمتری را در ارائه مراقبت از کودک دارند و دیرتر با نقش والد بودن سازگار شده‌اند، با گذشت زمان و افزایش سن به میزان سواد سلامت کافی دست می‌یابند. یافته‌ها نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات مادر، سواد سلامت آنان نیز در حیطه‌های مختلف

بیشتر می‌شود. یافته‌های مطالعه راتمن و همکاران (۲۰۱۰) بر روی سواد سلامت والدین دارای کودک کمتر از یک سال نشان داد که افزایش تحصیلات باعث افزایش سواد سلامت می‌شد (۲۲). در مطالعه اسماعیل چهری و همکاران (۲۰۱۵) داشتن کتاب‌های مراقبت از کودک در منزل باعث افزایش سطح سواد سلامت می‌شد. به نظر می‌رسد والدینی که دارای کتاب بودند، بیشتر به کودک و مسائل مربوط به آن اهمیت می‌دادند و به همین دلیل سواد سلامت آنها بالاتر از والدین بدون کتاب در منزل بوده است (۶). در پژوهش کالیچمن و همکاران (۲۰۰۰) روی والدین مبتلا به HIV (۲۳)، در پژوهش تهرانی و همکاران که به بررسی سواد سلامت بزرگسالان ایرانی در ۵ استان کشور ایران پرداخته بود (۱۸) یافته‌ها نشان داد که با افزایش تحصیلات نیز بر سواد سلامت افزوده می‌شد. یافته‌ها نشان داد که بین درآمد والدین و سواد سلامت ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد، در حالی که در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران (۲۰۰۷) بین سواد سلامت پایین و وضعیت اقتصادی ضعیف ارتباط آماری معنی داری داشت (۱۸). در مطالعه ملاخلیلی و همکاران (۲۰۱۴) نیز سواد سلامت افراد بازنشسته و کارگران کمتر از دیگر افراد بود (۲۰). در مطالعه جواد زاده و همکاران سواد سلامت کافی در افراد با درآمد پایین شایع‌تر بود (۱۰) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد. به نظر می‌رسد تفاوت نتایج پژوهش حاضر با مطالعات قبلی صورت گرفته به علت تفاوت در جامعه مورد پژوهش و سن افراد مورد بررسی باشد.

در این پژوهش بین وضعیت اشتغال پدر و سواد سلامت ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد، در حالی که سواد سلامت در مادران شاغل بیشتر از مردان خانه دار بود که با نتایج پژوهش محسنی و همکاران (۲۰۱۵) روی سالمندان شهر کرمان همخوانی دارد (۲۴). محسنی در این رابطه می‌نویسد که به نظر می‌رسد توانایی‌های جسمی، ذهنی و روحی، موقعیت‌های محیطی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد وابسته به شغلی باشد که در آن به ایفای نقش می‌پردازند، در نتیجه با این فرض دارا بودن شغل مناسب به دلیل ایجاد فرصت بیشتر برای برقراری تماس‌های اجتماعی می‌توان بر سلامت افراد تأثیر گذار باشد (۲۴). به نظر می‌رسد توانایی‌های افراد وابسته به نوع شغلی باشد که در آن نقش خود را ایفا می‌کنند، در نتیجه داشتن شغل مناسب با ایجاد فرصت‌های بیشتر برای برقراری ارتباط‌های اجتماعی می‌تواند بر سلامت افراد جامعه مؤثر باشد (۲۴).

از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به بررسی میزان "سواد سلامت در والدین دارای کودک دبستانی" برای اولین بار در ایران با استفاده از پرسشنامه اختصاصی سواد سلامت والدین دارای کودک دبستانی اشاره کرد به طوری که مطالعات انجام شده قبلی به بررسی سواد سلامت در بزرگسالان (۹، ۱۰)، بیماران و یا والدین دارای کودک پیش دبستانی (۶) پرداخته شده بود و هیچ گونه بررسی در زمینه سواد سلامت والدین دارای کودک دبستانی که در زمینه ارتقاء وضعیت بهداشت و سلامتی کودکان نقش مهمی دارد انجام نشده بود. همچنین از نقاط قوت دیگر این پژوهش می‌توان به یکسان بودن تعداد پدران و مادران شرکت کننده در پژوهش که از محدودیت‌های مطالعه چهری و همکاران (۲۰۱۵) روی سواد سلامت والدین کودکان پیش دبستانی بود (۶) اشاره

سپاسگزاری

این مقاله حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایلام به شماره طرح ۹۰۹۸۳۲ و کد اخلاق ir.medilam.rec.1393.261 مورخ سال ۱۳۹۳ می‌باشد. لذا از حمایت‌های مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام، قدردانی می‌گردد. همچنین از کلیه والدین گرامی به خاطر صبر و حوصله ایی که برای شرکت در این مطالعه داشته‌اند و از مدیران مدارس و آموزشگاه‌ها که هماهنگی لازم را به عمل آورده‌اند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

- Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. US: National Academies Press; 2004.
- Sihota S, Lennard L. Health literacy: being able to make the most of health. South Africa: National Consumer Council; 2004.
- Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanazade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. J Educ Health Promot. 2012;1:31. DOI: 10.4103/2277-9531.100160 PMID: 23555134
- Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot Int. 2009;24(3):285-96. DOI: 10.1093/heapro/dap014 PMID: 19372101
- Corrigan JM, Adams K. Priority areas for national action: transforming health care quality. South Africa: National Academies Press; 2003.
- Chehri ME, Najafi Mehri S, Ebadi A, Sarhangi F. [Assessing the health literacy level of parents of preschool children]. Iran J Pediatr Nurs. 2015;4(1):1-10.
- Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. US: Elsevier Health Sciences; 2014.
- Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. Daneshvar. 2012;19(97):1-12.
- Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating adult health literacy in Tuyserkan City. J Educ Commun Health. 2014;1(2):48-55.
- Javadzade SH, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Radjati F. Health Literacy among Adults of Isfahan. Iran J Health Syst Res. 2013;9(5):540-9. DOI: 10.4103/2277-9531.100160 PMID: 23555134
- Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. Iran J Diabet Metab. 2016;14(3):199-208.
- Mahmoodi H, Negarandeh R, Javaheri M, Sharifi P, Ghanei R, AminPour A, et al. Examining The Relation of Health Literacy with Outcomes of Diabetes Among Type 2 Diabetes Patients in Saez, Western Iran, 2011. J Urmia Nurs Midwife Fac. 2014;12(1):56-62.
- McWayne C, Campos R, Owsianik M. A multidimensional, multilevel examination of mother and father involvement among culturally diverse Head Start families. J Sch Psychol. 2008;46(5):551-73. DOI: 10.1016/j.jsp.2008.06.001 PMID: 19083372
- Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Soc Sci Med. 2008;66(8):1809-16. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.01.003 PMID: 18295949
- Davis TC, Wolf MS, Arnold CL, Byrd RS, Long SW, Springer T, et al. Development and validation of the Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen): a tool to screen adolescents for below-grade reading in health care settings. Pediatrics. 2006;118(6):e1707-14. DOI: 10.1542/peds.2006-1139 PMID: 17142495
- avousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Sloimanian A, Sarbandi F, Ardestani M. Health literacy in iran: findings from a national study. 2016:95-102.
- Owusu-Dabo E, McNeill A, Lewis S, Gilmore A, Britton J. Status of implementation of Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) in Ghana: a qualitative study. BMC Public Health. 2010;10:1. DOI: 10.1186/1471-2458-10-1 PMID: 20043862
- Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. Stride Develop Med Educ. 2007;4(1):1-9.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med. 2007;167(14):1503-9. DOI: 10.1001/archinte.167.14.1503 PMID: 17646604
- Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, Sharifirad G, HasanZadeh A. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. J Educ Health

کرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن و قابل تعمیم نبودن نتایج آن به جوامع دیگر اشاره کرد، که لازم است پژوهش‌های دیگری در شهرهای مختلف ایران انجام شود تا اطلاعات پایه لازم را در زمینه سواد سلامت والدین کودک دبستانی در اختیار سیاست‌گذاران بهداشتی و درمانی بگذارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به ارتباط تحصیلات و وضعیت اشتغال با سواد سلامت مادر، لازم است مداخلات لازم در جهت آموزش به والدین با تحصیلات پایین انجام گردد تا زمینه بهبود سواد سلامت والدین فراهم گردد.

- Promot. 2014;3:66. [DOI: 10.4103/2277-9531.134804](#)
[PMID: 25077159](#)
21. Hironaka LK, Paasche-Orlow MK, Young RL, Bauchner H, Geltman PL. Caregiver health literacy and adherence to a daily multi-vitamin with iron regimen in infants. *Patient Educ Couns*. 2009;75(3):376-80. [DOI: 10.1016/j.pec.2009.03.016](#)
[PMID: 19395227](#)
 22. Kumar D, Sanders L, Perrin EM, Lokker N, Patterson B, Gunn V, et al. Parental understanding of infant health information: health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Acad Pediatr*. 2010;10(5):309-16. [DOI: 10.1016/j.acap.2010.06.007](#) [PMID: 20674532](#)
 23. Kalichman SC, Rompa D. Functional health literacy is associated with health status and health-related knowledge in people living with HIV-AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000;25(4):337-44. [PMID: 11114834](#)
 24. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad V. The Relationship between Health Literacy and Health Status among Elderly People in Kerman. *Iran J Age*. 2015;10(2):149-58.