



Semnan University of Medical Sciences

KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

Volume 20, Issue 3 (Summer 2018), 417-602

ISSN: 1608-7046

Full text of all articles indexed in:

Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase

آیا سواد سلامت مادران کیفیت زندگی کودکان آن‌ها را متاثر می‌سازد؟

فهیمة رستمی^۱ (M.Sc)، سید حسین محققى کمال^{۲*} (Ph.D)، حمیرا سجادی^۳ (Ph.D)، فرهاد نصرتی نژاد^۴ (Ph.D)، سمانه حسین زاده^۳ (Ph.D)، غلامرضا قائدامینی هارونی^۳ (Ph.D)

۱- گروه آموزشی مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشکده علوم تربیتی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳- گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۲/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۲۳

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۱۲۲۱۸۰۰۴۸ hosseinmohaqeq@gmail.com

چکیده

هدف: سواد سلامت عنصری مهم در توانایی مادران برای مشارکت در برنامه‌های ارتقا سلامت و پیشگیری خود و کودکان آن‌ها محسوب می‌شود. هدف این مطالعه بررسی رابطه سواد سلامت زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی کودکان آن‌ها بود. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی- مقطعی بود که بر روی ۱۴۹ زن سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی و کمیته امداد شهرستان نورآباد با روش تمام‌شماری انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، چک‌لیست دموگرافیک، پرسش‌نامه سواد سلامت (HELIA) و پرسش‌نامه سلامت کودک (CHQ) بود. **یافته‌ها:** نمره کلی سواد سلامت زنان ۴۲/۴۳ و کیفیت زندگی کودکان ۶۵/۸۹ بود. ۸۹/۳ درصد زنان سرپرست خانوار، سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی داشتند. یافته‌ها نشان داد، بین سواد سلامت زنان و کیفیت زندگی کودکان آن‌ها رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p < 0/031$). از بین متغیرهای تعیین‌کننده سواد سلامت زنان فقط سطح تحصیلات در مدل رگرسیونی باقی ماند که مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده سواد سلامت با ضریب تعیین ۷۴ درصد از واریانس کل بود. **نتیجه‌گیری:** سواد سلامت زنان سرپرست خانوار با سلامت جسمانی و روانی کودکان آن‌ها ارتباط داشت. از این رو با تدوین برنامه‌های جامع و مواد آموزشی ساده و قابل فهم برای زنان سرپرست خانوار می‌توان گامی مؤثر برای توسعه مهارت‌های سواد سلامت و کاهش تأثیرات منفی سواد سلامت محدود در این خانواده‌ها برداشت.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت، کودک، کیفیت زندگی، مادران، خانواده تک سرپرست

مقدمه

نظام‌های نوین سلامت نیازهای جدیدی در مخاطبان خود ایجاد می‌کنند. افراد باید برای اتخاذ تصمیم‌های صحیح برای خود و خانواده نقش‌های جدیدی عهده‌دار شوند. در این زمینه یکی از عوامل بسیار مؤثر، سواد سلامت (Health literacy) است [۱]. سواد سلامت ظرفیت افراد برای کسب، برقراری ارتباط، پردازش و درک اطلاعات سلامت، برای تصمیم‌گیری‌های بهداشتی مناسب است [۲]. شورای اقتصادی- اجتماعی سازمان ملل، سواد سلامت را یک عامل مهم سلامتی معرفی کرده و خواستار توسعه اقدامات برای ترویج آن شده است [۳]. سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت معرفی می‌کند [۴].

سواد سلامت عنصری مهم در توانایی مادران برای مشارکت در برنامه‌های ارتقای سلامت و پیشگیری خود و

کودکان آن‌ها محسوب می‌شود [۵]. سواد سلامتی پایین، در میان سالمندان، اقلیت‌های قومی-نژادی و گروه‌های با وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین شایع‌تر است [۶].

زنان سرپرست خانوار به دلیل داشتن نقش‌های چندگانه و هم‌زمان مانند اداره امور خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان و کار خارج از خانه با دستمزد کم، با مشکلات زیادی مواجه هستند [۷]. سواد سلامت پایین مادران برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر به هم ریختن بیش‌تر اوضاع را به‌دنبال دارد [۸]. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، تعداد خانوارهای زن سرپرست بیش از سه میلیون خانوار است که نسبت به سال ۱۳۹۰ حدود ۲۰ درصد افزایش داشته است [۹]. برای خانواده‌های با سواد سلامتی محدود، پیچیدگی اطلاعات بهداشتی موانعی جدی برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی کودک ایجاد کرده و سلامتی کودکان آن‌ها را تهدید می‌کند [۱۰].

حجم نمونه انتخاب شدند. شیوه انتخاب نمونه به این صورت بود که لیست تمام زنانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند تهیه شد و برای انجام مصاحبه با آنان تماس گرفته شد، سپس کسانی که تمایل به همکاری داشتند به ادارات مربوطه مراجعه نموده و با آنان مصاحبه حضوری صورت گرفت. داشتن فرزند ۵ تا ۱۸ سال و نداشتن کودک معلول در خانواده از معیارهای ورود به مطالعه بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک، از پرسش‌نامه‌های سواد سلامت جمعیت شهری ایران (HELIA) Health Literacy for Iranian Adults و پرسش‌نامه سلامت کودک (CHQ) استفاده شد.

چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک، متغیرهای سن، سطح تحصیلات، درآمد، وضعیت اشتغال، حمایت خانواده زن و همسر و مدت زمان استفاده از اینترنت و تلویزیون را در بین زنان سرپرست خانوار و سن، جنس و سطح تحصیلات کودکان را مورد بررسی قرار داده است.

سواد سلامت زنان سرپرست خانوار توسط پرسش‌نامه سواد سلامت جمعیت شهری ایران جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه که در سال ۱۳۹۳ توسط منتظری و همکاران طراحی گردیده دارای ۳۳ گویه و ۵ مولفه می‌باشد. مولفه‌ها عبارتند از: دسترسی (۶ گویه)، مهارت خواندن (۴ گویه)، فهم (۷ گویه)، ارزیابی (۴ گویه) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات (۱۲ گویه). مقیاس اندازه‌گیری گویه‌ها طیف پنج گزینه‌ای لیکرت است که می‌تواند امتیاز نهایی سواد سلامت را عددی بین ۰ تا ۱۰۰ محاسبه نماید. در نهایت نمره سواد سلامت هر فرد بر اساس نقاط برش ۵۰، ۶۶ و ۸۴ به چهار سطح ناکافی (۵۰-)، نه چندان کافی (۶۶-۵۰)، خوب (۸۴-۶۶) و عالی (۱۰۰-۸۴) تقسیم‌بندی گردیده است. برای بررسی روایی سازه پرسش‌نامه از تحلیل عاملی اکتشافی، و برای بررسی پایایی از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای گویه‌های هر یک از ابعاد اکتشاف شده استفاده شده است که مقدار آلفای کرونباخ ابعاد ابزار مورد نظر را بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند [۴]. هم‌چنین ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۹۴۳ محاسبه گردیده است.

جهت سنجش وضعیت کیفیت زندگی کودکان از پرسش‌نامه ۲۸ سوالی سلامت کودک لندگراف و آبتز (Landgrave & Abetz) (۱۹۹۶) استفاده شد. فرم اصلی و ۲۸ سوالی این پرسش‌نامه دارای سیزده خرده‌مقیاس است که به طور کلی دو بعد سلامت جسمانی (شامل خرده‌مقیاس‌های کارکرد یا مشکلات و محدودیت‌های جسمی، سلامت عمومی

کودکان جمعیتی منحصر به فرد با نگرانی‌ها و نیازهای خاص بهداشتی هستند، سازمان ملل در کنوانسیون حقوق کودک، توجه به سلامت کودکان را از رسالت‌های کشورهای عضو عنوان کرده است [۱۱، ۱۲]. رفتارها و شیوه زندگی دوران کودکی، تاثیر شگرفی بر بار بیماری‌های عمده در آینده دارد [۱۳، ۱۴]. اگر در کودکی، کیفیت زندگی و نیازهای اساسی فراهم نشوند، توقع یک زندگی باکیفیت در بزرگسالی واقع‌بینانه نیست [۱۵]. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که سطح بهینه‌ای از بهزیستی را در ابعاد جسمی، شناختی، روانی و اجتماعی شامل می‌شود [۱۶]. از دلایل افزایش توجه به مفهوم کیفیت زندگی، تاکید بیش‌تر بر کیفیت در برابر کمیت زندگی و افزایش سرسام‌آور هزینه‌های بهداشتی است [۱۷].

مرور مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که مطالعات حوزه زنان سرپرست خانوار بیش‌تر وضعیت اقتصادی- اجتماعی [۱۸] و سلامت روان [۲۰، ۱۹] آن‌ها را سنجیده و مطالعات حوزه کودکان نیز بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به بیماری‌های خاص [۲۱، ۲۲] متمرکز می‌باشند. در مطالعات خارجی نیز بیش‌تر به ارتباط سواد سلامت با سلامت جسمی [۲۳، ۲۴] پرداخته شده است برای نمونه هرناندز و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که تاخیر رشدی (تکاملی) کودکان مادران مهاجر غیر قانونی مکزیکی که سواد سلامت پائین داشتند تا ۴ برابر بیش‌تر از مادران با سواد سلامت بالا بود [۲۵]. هم‌چنین بریگز و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که سواد سلامت مراقبین بر روی وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان تحت مراقبت آن‌ها تاثیر مثبت و معنی‌داری دارد [۲۶].

اما در مطالعه حاضر رابطه سواد سلامت با سلامت روانی و اجتماعی نیز بررسی می‌شود. هم‌چنین در مطالعات مختلف سن، جنس، تحصیلات، اشتغال، وضعیت اقتصادی و استفاده والدین از اینترنت با سواد سلامت آن‌ها و کیفیت زندگی کودکانشان در ارتباط بوده است [۲۷-۳۱]. با توجه به جایگاه زنان سرپرست خانوار و تاثیر همه جانبه آنان بر فرزندان خود، مطالعه حاضر رابطه سواد سلامت زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی کودکان آن‌ها را بررسی می‌کند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی- مقطعی است که در سال ۱۳۹۵ در شهرستان نورآباد، واقع در استان لرستان، بر روی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی و کمیته امداد انجام شد. جامعه آماری مطالعه، کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد و سازمان بهزیستی دارای فرزند بودند که به روش تمام‌شماری ۱۴۹ نفر به عنوان

رایج‌ترین منابع کسب اطلاعات سلامت و بیماری در بین زنان سرپرست خانوار، در قالب یک سوال در پرسش‌نامه سواد سلامت از زنان سرپرست خانوار پرسیده شد که اطلاعات حوزه سلامت را بیش‌تر از چه منابعی کسب می‌کنند که به ترتیب ۵۷ درصد، از پزشک و کارکنان بهداشتی، ۲۲/۱ درصد، دوستان و آشنایان، ۱۸/۸ درصد رادیو و تلویزیون و ۲/۱ درصد سایر اطلاعات خود را کسب می‌کردند.

جدول ۱. توزیع متغیرهای جمعیت شناختی زنان سرپرست خانوار

متغیر	مولفه	تعداد	درصد
سطح تحصیلات	بی سواد	۶۹	۴۶/۳
	ابتدایی	۴۹	۳۲/۹
	راهنمایی	۹	۶
	دیپلم	۱۷	۱۱/۴
	لیسانس	۵	۳/۴
شغل	بیکار	۱۴۳	۹۶
	شاغل	۶	۴
درآمد	≥ 800000 تومان	۱۴۹	۱۰۰
علت سرپرستی	مطلقه	۱۸	۱۲/۱
	فوت همسر	۷۷	۵۱/۷
	از کار افتاده	۴۳	۲۸/۹
	معنات	۲	۱/۳
	بیکار	۲	۱/۳
	زندانی	۷	۴/۷
استفاده از اینترنت در طول یک ماه گذشته	عدم استفاده	۱۳۹	۹۳/۳
	کمتر از ۱ ساعت	۵	۳/۴
	۴ ساعت	۲	۱/۳
	۱۰ ساعت	۲	۱/۳
	بیشتر از ۱۰ ساعت	۱	۰/۷
استفاده از تلویزیون در طول هفته	کمتر از ۱ ساعت	۵۱	۳۴/۲
	۲ ساعت	۶۲	۴۱/۶
	۳ ساعت	۲۴	۱۶/۱
	۴ ساعت	۶	۴
	بیش از ۴ ساعت	۶	۴

میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت زنان مورد مطالعه $42/43 \pm 17/85$ بود، که نتایج آن به تفکیک در چهار گروه با سواد سلامت ناکافی، نه چندان کافی، خوب و عالی در جدول ۲ آمده است. در مجموع $89/3$ درصد از شرکت‌کنندگان سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی کودکان $65/89 \pm 11/27$ است. با توجه به نمره حداقل (۲۲) و حداکثر (۱۰۵) پرسش‌نامه سلامت کودک، کیفیت زندگی کودکان و ابعاد آن در حد متوسط می‌باشد (جدول ۳).

و درد بدنی) و سلامت روانی- اجتماعی (شامل خرده‌مقیاس‌های محدودیت‌های اجتماعی عاطفی- رفتاری، عزت نفس، سلامت روانی، رفتار و مشکلات خانواده) را مورد سنجش قرار می‌دهد و برای کودکان ۵ تا ۱۸ سال طراحی شده است. سوالات این ابزار بر مبنای مقیاس لیکرت (برخی سوالات دارای طیف ۱ تا ۴ و برخی طیف ۱ تا ۵ گزینه‌ای هستند) درجه‌بندی شده است. در ایران در مطالعات مختلفی روایی و پایایی این ابزار مورد سنجش قرار گرفته است [۳۳، ۳۲]. گلزارپور و همکاران (۱۳۹۵) نیز روایی سازه این ابزار را با دو روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی بررسی کردند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی آن‌ها نشان داد که، با حذف شش گویه، هفت عامل تشکیل‌دهنده سازه سلامت کودک روی هم $68/37$ درصد از واریانس کل این مفهوم را تبیین می‌کند و جهت بررسی پایایی ابزار سنجش سلامت کودک در طول زمان، دو سنجش متوالی (با فاصله زمانی دو هفته) انجام گرفته است. این ابزار جهت سنجش کیفیت زندگی کودکان سالم و معمولی معرفی شده است و توسط والدین تکمیل می‌شود [۱۲]. در مطالعه حاضر از فرم ۲۲ سوالی گلزارپور و همکاران برای سنجش وضعیت کیفیت زندگی کودکان استفاده شد. جهت سنجش پایایی ابزار در مطالعه حاضر از طریق ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن $0/922$ برآورد شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و توزیع فراوانی متغیرها) و تحلیلی (آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمامی آزمون‌ها معنی‌داری در سطح $0/05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن زنان سرپرست خانوار $42/54 \pm 8/08$ بود که کم‌ترین مورد ۲۳ سال و بیش‌ترین مورد ۶۵ سال سن داشت. $46/3$ درصد زنان سرپرست خانوار بی‌سواد، ۹۶ درصد بیکار و ۱۰۰ درصد آن‌ها درآمد کم‌تر از ۸۰۰ هزار تومان در ماه داشتند. توزیع سایر متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

میانگین و انحراف معیار سن کودکان $11/94 \pm 3/92$ بود که کم‌ترین و بیش‌ترین آن‌ها ۵ تا ۱۸ سال سن داشت. سطح تحصیلات کودکان، پیش‌دبستانی (۱۰/۷)، ابتدایی (۴۰/۹)، راهنمایی (۲۶/۲)، دبیرستان (۲۲/۱) درصد بود. $47/7$ درصد دختر و $52/3$ درصد کودکان پسر بودند. برای پی بردن به

بحث و نتیجه گیری

عواقب ناشی از سواد سلامت پائین هم به طور مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم بروز می‌کند: اثرات مستقیم شامل عدم رعایت اندیکاسیون‌ها یا خطاهای دارویی می‌باشد، اثرات غیرمستقیم مانند بروز بیماری‌های مزمن، افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت بدنی کم، اضافه وزن و ... [۳۴-۳۶]. ارتقاء سواد سلامت اقشار مختلف جامعه و شناسایی عوامل مؤثر و هم‌بسته با آن از اهداف مهم نظام سلامت به حساب می‌آید [۱۱].

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سطح سواد سلامت در میان زنان سرپرست خانوار ناکافی می‌باشد به طوری که سطح سواد سلامت حدود ۷۲ درصد از آنان ناکافی می‌باشد. در مطالعات مشابه انجام شده در میان زنان، میزان سواد سلامت ناکافی، به صورت زیر گزارش شده است. در مطالعه قنبری و همکاران (۱۳۹۰) حدود ۳۰ درصد از زنان باردار شهر تهران سواد سلامت ناکافی داشتند [۵]. سجادی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود سواد سلامت ناکافی را در بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت ۳۸/۹ درصد گزارش کردند [۳۷]. ضاربیان و همکاران (۱۳۹۴) هم سطح سواد سلامت ۳۳/۲ درصد از زنان را ناکافی اعلام کردند [۳۸]. هم چنین نتایج مطالعات در دیگر کشورهای دنیا نیز به طور کلی طیف گسترده‌ای از سواد سلامت ناکافی را نشان می‌دهد. برای نمونه، پژوهش موبلی (Mobley) و همکاران (۲۰۱۴) در آمریکا، بیانگر سطح سواد سلامت ناکافی در بین زنان است [۳۹]. اما سطح سواد سلامت ناکافی در مطالعه حاضر شیوع بالاتری نسبت به دیگر مطالعات انجام شده دارد که این تفاوت، شاید به این دلیل باشد که مطالعه حاضر، بر روی زنان سرپرست خانوار انجام شده است. گفته می‌شود که سطح پایین سواد سلامت در بین افراد بی‌سواد، افراد کم‌درآمد، افراد با سلامت روان پایین و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شایع‌تر است [۴۰]. سواد سلامت پایین اثرات اقتصادی مهمی هم برای فرد و هم برای جامعه به دنبال دارد به طور مثال سالیانه هر کدام از ما هزینه‌های زیادی برای درمان می‌پردازیم که بخش عمده‌ای از آن به خاطر عدم شناخت و نداشتن اطلاعات کافی به منظور تصمیم‌گیری‌های مناسب بهداشتی است، هم‌چنین سواد سلامت پایین، سالانه مبالغ هنگفتی بر سیستم بهداشتی - درمانی دولت‌ها تحمیل می‌نماید [۴۱]. در ایالات متحده سواد سلامت محدود سالانه معادل ۶۹ میلیارد دلار هزینه بر اقتصاد نظام سلامت تحمیل می‌کند [۴۲]. اکنون با توجه به موقعیت زنان سرپرست خانوار که مهم‌ترین ویژگی این قشر اوضاع اقتصادی نابسامان آن‌ها

جدول ۲. توزیع فراوانی سطح سواد سلامت

سطح سواد سلامت	تعداد	درصد
ناکافی (۵۰ - ۰)	۱۰۸	۷۲/۵
نه چندان کافی (۶۶ - ۵۰/۱)	۲۵	۱۶/۸
خوب (۸۴ - ۶۶/۱)	۱۰	۶/۷
عالی (۱۰۰ - ۸۴/۱)	۶	۴
کل	۱۴۹	۱۰۰

جدول ۳. وضعیت کیفیت زندگی کودکان

مولفه های کیفیت زندگی کودک	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
بعد روانی	۲۸/۳۳	۵/۰۹	۱۳	۴۰
بعد جسمی	۲۴/۳۷	۵/۴۱	۱۲	۳۱
بعد اجتماعی	۱۳/۲۳	۲/۳۸	۷	۱۹
کیفیت زندگی کل	۶۵/۸۹	۱۱/۲۷	۳۷	۸۸

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره سواد سلامت و نمره کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۳۱$). هم‌چنین بین نمره سواد سلامت و بعد جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. (جدول ۴).

جدول ۴. نتیجه آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه سواد سلامت با کیفیت زندگی و ابعاد آن

متغیر	سواد سلامت	
	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۰/۱۷۷	۰/۰۳۱
ابعاد	بعد جسمانی	۰/۱۶۷
	بعد روانی	۰/۱۷۳
	بعد اجتماعی	۰/۰۹۷

در نهایت نتایج آزمون تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد از بین متغیرهای سطح تحصیلات، سن، وضعیت اشتغال، درآمد، مدت زمان استفاده از اینترنت و تلویزیون (به عنوان تعیین‌کننده) با سواد سلامت، تنها سطح تحصیلات با سواد سلامت ارتباط مثبت و معنی‌داری داشت به طوری که تحصیلات ۷۴ درصد از واریانس سواد سلامت را تبیین می‌کند (جدول ۵).

جدول ۵. تعیین کننده های سواد سلامت زنان سرپرست خانوار

متغیر پیش بین	S.E	β	t	P
مقدار ثابت	۱/۴۶	-	۲/۸۴	۰/۰۰۵
تحصیلات مادر	۰/۸۰۵	۰/۸۶۱	۱۶/۸۵	۰/۰۰۰
AdjR2=۰/۸۶۴R=۰/۰۰۰, P<۴۳۱/۸۷, F=۰/۷۴۴				

است، آمار بالای سواد سلامت پایین در بین آنان موجب مضاعف شدن مشکلات آنها می‌شود و از طرفی افزایش سواد سلامت در طبقات محروم اجتماعی یک تلاش مهم برای حل نابرابری‌های بهداشتی است.

علاوه بر این نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سواد سلامت مادران و کیفیت زندگی کودکان آنها رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. حسینی و همکاران (۱۳۹۴) نیز در مطالعه خود نشان دادند که سواد سلامت به عنوان پیش‌گویی‌کننده نمره کیفیت زندگی می‌باشد [۴۳]. در پژوهش بوئرز (Bowers) و همکاران (۲۰۱۳) سواد سلامت پایین مادر موجب سلامت نامطلوب کودکان شده است [۴۴]. موریسون (Morrison) و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تقریباً یک سوم والدین کودکان مراجعه‌کننده به اورژانس سواد سلامت پایین دارند [۴۵]. در مطالعه‌ای سونگ (Song) و همکاران (۲۰۱۲) نیز سطح سواد سلامت کافی به طور معنی‌داری با افزایش نمرات بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی همراه بود [۴۶]. در مطالعه حاضر نیز بین سواد سلامت و بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنادار وجود داشت اما بین متغیرهای سواد سلامت و بعد اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود نداشت. نتایج نشان می‌دهد که مادران در ایجاد عادات بهداشتی و تداوم رفتارهای بهداشتی کودکان نقش مهمی دارند و سلامت جسمی و روانی کودکان تحت تاثیر سواد سلامت مادرانشان است که با توجه به آمار بالای سواد سلامت محدود در بین زنان سرپرست خانوار، هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی در این خانواده‌ها افزایش می‌یابد. علاوه بر این با وجود این که سلامت اجتماعی کودکان با سواد سلامت مادران رابطه معنی‌داری نداشت اما میانگین بعد اجتماعی نیز همانند دیگر ابعاد کیفیت زندگی کودکان در حد متوسط گزارش شد که به نظر می‌رسد به دلیل وضعیت اقتصادی پایین این خانوارها باشد چون داشتن وضعیت اجتماعی بالاتر نه لزوماً اما رابطه بسیار تنگاتنگی با وضعیت اقتصادی افراد دارد. بنابراین به این خانواده‌ها که موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر دارند باید توجه ویژه‌ای شود زیرا آنان به تنهایی عهده‌دار تصمیمات مهم زندگی هستند. همان‌طور که حداد و کندی (۱۹۹۴) نشان دادند، خانواده‌های زن سرپرست نوعاً درآمد کم‌تری داشته و از تغذیه مناسبی برخوردار نمی‌باشند که هر دوی این عوامل می‌تواند در سلامت جسمی و روانی کودک تاثیر بسزایی داشته باشد [۴۷]. علاوه بر این، در مطالعه نوربالا و همکاران (۲۰۱۷) زن بودن، زندگی به صورت تنها (مطلقه یا جدانشده) و تحصیلات پائین از جمله مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت روان پائین در

جامعه ایران معرفی شده‌اند [۴۸]. گرچه در مطالعه حاضر سلامت روان زنان بررسی نشد اما به نظر می‌رسد با توجه به وجود تعیین‌کننده‌های سلامت روان در میان زنان سرپرست خانوار، کودکانی که در این خانواده‌ها زندگی می‌کنند می‌توانند تحت تاثیر سلامت روان ناکافی مادران خود قرار گرفته و استرسورها و کمبودهای زندگی به آنها منتقل گردد.

در نهایت نیز رابطه بین متغیرهای فردی (سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد و استفاده از اینترنت و تلویزیون) با سطح سواد سلامت مورد توجه قرار گرفت که تنها رابطه سطح تحصیلات با سواد سلامت معنادار شد به طوری که تحصیلات به تنهایی ۷۴ درصد از واریانس سواد سلامت را تبیین می‌کند اما رابطه معنی‌داری بین سن، وضعیت اشتغال، درآمد و استفاده از اینترنت و تلویزیون با سواد سلامت آنها به دست نیامد. مطالعات بسیاری، تحصیلات، سن، جنس، وضعیت اقتصادی، اشتغال و استفاده از اینترنت را به عنوان پیش‌بینی‌کننده امتیاز سواد سلامت برشمرده‌اند [۴۹، ۴۳، ۳۸، ۳۰، ۱۱]. به نظر می‌رسد این تفاوت ناشی از تفاوت در جامعه آماری پژوهش باشد زیرا اکثر زنان سرپرست خانوار، بیکار با وضعیت اقتصادی پایین و نیز دسترسی بسیار محدود به اینترنت داشتند و همچنین عدم استفاده از اینترنت برای کسب اطلاعات سلامت توسط مادران، شاید به دلیل وضعیت اقتصادی پایین و یا سن نمونه‌های پژوهش باشد.

در رابطه با منابع کسب اطلاعات سلامت، نتایج نشان داد که پزشک و کارکنان بهداشتی و پس از آن به ترتیب دوستان و آشنایان و تلویزیون و رادیو، مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی برای پاسخگویان بودند. در مطالعه‌ی قبلی و همکاران (۱۳۹۰)، تلویزیون و پس از آن کارکنان بهداشتی مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی برای پاسخگویان بوده‌اند [۵]. در مطالعه ضاربان و همکاران (۱۳۹۴) نیز نخست پزشک و کارکنان بهداشتی و پس از آن تلویزیون و رادیو مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات بوده است [۳۸]. نتایج، نقش مهم پزشکان، کارکنان بهداشت و درمان، تلویزیون و رادیو را در تامین اطلاعات سلامت جمعیت مورد مطالعه نشان می‌دهد. نتایج مطالعه حاضر موید این نکته است که زنان سرپرست خانوار اغلب به دنبال کسب اطلاعات از منابعی غیر چاپی مانند پزشکان، تلویزیون، رادیو، دوستان یا خانواده هستند.

به طور کلی در ارتباط با یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که سواد سلامت محدود در بین زنان سرپرست خانوار نسب به دیگر اقشار جامعه فراوانی بسیار بالاتری دارد و یافته‌های این تحقیق ارتباط آماری معنی‌داری بین سطح سواد سلامت زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی کودکان

از زنان سرپرست خانوار که با صبوری خود پاسخگوی تک تک سوالات این پژوهش بودند صمیمانه تشکر نمایم.

منابع

- [1] Tavousi M, Ebadi M, Fattahi E, Jahangiry L, Hashemi A, Hashemiparast M, al e. Health literacy measures: A systematic review of the literature. Payesh 2015; 14: 485-496. (Persian).
- [2] Katz ML, Ferketich AK, Paskett ED, Bloomfield CD. Health literacy among the Amish: measuring a complex concept among a unique population. J Community Health 2013; 38: 753-758.
- [3] Shih SF, Liu C-H, Liao LL, Osborne RH. Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. BMC Public Health 2016; 16: 280.
- [4] Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin A, Jahangiri K, Ebadi M, al e. Development and Psychometric assessment health literacy Iranian urban population (18 to 65 years). Payesh 2014; 13: 589-599. (Persian).
- [5] 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: 1-12. (Persian).
- [6] Rikard R, Thompson MS, McKinney J, Beauchamp A. Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). BMC Public Health 2016; 16: 975.
- [7] Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Shahbazi N, Naderi Z, Sohrabnejad A. Relationship between socioeconomic status and quality of life in the female-headed households. Quart J Soc Work 2014; 3: 27-33. (Persian).
- [8] Oves DL. Impact of maternal health literacy training on the behaviors of women who have been homeless. Int J Child Health Human Dev 2014; 7: 297.
- [9] Selection of General Population and Housing Census 2016. The Statistical Center of Iran. 2017 Available from: URL: <http://WWW.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1603> Accessed 2017 May 30 [in Persian]. 2017
- [10] Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: a systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2009; 163: 131-140.
- [11] Mahmoudi H, Taheri A. Relation between information literacy and health literacy of students in Ferdowsi university of Mashhad. Human Inform Interact 2015; 2: 31-41. (Persian).
- [12] Golzarpour M, Ghaedamini Harouni G, Vameghi M, Sajjadi H, Tavangar F. Validity and reliability of Persian version of children's health-related quality of life. J North Khorasan Univ Med Sci 2017; 8: 447-459. (Persian).
- [13] Naghibi F, Golmakani N, Esmaily H, Moharari F. The relationship between life style and the health related quality of life among the girl students of high schools in Mashhad, 2012-2013. Iran J Obstet Gynecol Infer 2013; 16: 9-19. (Persian).
- [14] Yaghmaei F, Amin Zadeh S, Alavi Majd H, Rassouli M, Noorian M. Translation and evaluation of psychometric properties of the KINDL Questionnaire. Payesh 2012; 11: 841-847. (Persian).
- [15] Talepasand S, Safaie S. Comparison of quality of life in normal and abused children. Daneshvar 2014; 21: 53-62. (Persian).
- [16] Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Haghparast A, Ghaleiha A. Quality of life in patients with chronic pain disorders: Determination the role of intensity and duration of pain. Koomesh 2016; 17: 836-843. (Persian).
- [17] Saroukhani D, Omid K, Norouzi R, Zali H, Sayehmiri K, Forozeshfard M. The quality of life in cancer patients in Iran: A systematic review by using meta-analysis. Koomesh 2016; 18: 1-12. (Persian).
- [18] Momeni Zadeh N. Comparative analysis of female headed households. Economic 2014; 14: 95-120. (Persian).
- [19] Garooi S, Shabestari S. the relationship between social capital and mental health among female-headed households in Kerman. Iran Soc Studi 2011; 5: 99-123. (Persian).
- [20] Hosseini HBS, Forouzan S, Amirfaryar M. Studying women mental health, as householders supported by welfare organization of Tehran. Soc Res 2009; 2: 117-137. (Persian).

آن‌ها نشان می‌دهد که بیانگر نقش کلیدی و مهم سواد سلامت مادران در ارتقا کیفیت زندگی کودکان آن‌ها می‌باشد. علاوه بر این باید خاطرنشان ساخت که بسیاری از نتایج ناخوشایند مربوط به سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است و منافع سواد سلامت همه فعالیت‌های زندگی (در خانه، محل کار، جامعه، فرهنگ) را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۲۷]. لذا وجود طیف وسیع سواد سلامت ناکافی بین زنان سرپرست خانوار، هشداری برای مسئولین و سیاست‌گذاران بخش سلامت و متولیان امر سلامت محسوب می‌گردد. رسانه‌های غیر چاپی یکی از راه‌های موثر برای ارائه پیام سلامتی به کسانی هستند که سواد علمی اندک دارند. این رسانه‌ها ممکن است شامل تصاویر، نوارهای صوتی و ویدیویی باشند.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی کودکان بر اساس گزارش والدین بوده است و ممکن است میزان کیفیت زندگی آن‌ها از دیدگاه خود و والدینشان متفاوت باشد و دیگر این‌که با توجه به ترس از قطع شدن مستمری نهادهای حمایتی زنان سرپرست خانوار اطلاعات دقیقی از درآمد خود و حمایت‌های اقوامشان به دست نمی‌دادند. با توجه به آمار بالای بی‌سوادی در بین زنان سرپرست خانوار و این‌که در تحقیقات مختلف تحصیلات بیش‌ترین همبستگی را با سواد سلامت داشته، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های مربوطه برنامه‌های ویژه‌ای را برای ارتقا سطح تحصیلات این گروه پیش‌بینی نمایند و اطلاعات مربوط به حیطه سواد سلامتی از طریق کتابچه‌های آموزشی کوتاه و ساده و حاوی عکس و تصویر توسط سازمان‌های مربوطه در بین این خانوارها توزیع گردد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی سایر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی کودکان نیز بررسی شود و مطالعه‌ای با عنوان بررسی بار اقتصادی سواد سلامت محدود بر نظام بهداشت و درمان کشور انجام شود.

از نقاط قوت مطالعه مشارکت دادن زنان بی‌سواد در مطالعه و انجام مطالعه در بین یک گروه خاص بود و از نقاط ضعف مطالعه هم می‌توان به حجم نمونه نسبتاً پائین آن اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل، بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول بود که با شماره ۹۳۱۴۰۰۰۳ در دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی به ثبت رسیده است. در پایان بر خود لازم می‌دانیم که از مسئولین محترم اداره بهزیستی و کمیته امداد استان لرستان به خاطر تسهیل روند پژوهش و هم‌چنین

factors on health-related quality of life of Australian patients. *Health Qual Life Outcomes* 2016; 14: 68.

[37] Sajjadi H, Hosseinpour N, Sharifian Sani M, Mahmoodi Z. Association between health literacy and life style in married rural women in Izeh, Iran. *J Health* 2016; 7: 479-489. (Persian).

[38] Zareban I, Izadirad H, Jafar K. Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran. *J Health Literacy* 2016; 1: 71-82. (Persian).

[39] Mobley SC, Thomas SD, Sutherland DE, Hudgins J, Ange BL, Johnson MH. Maternal health literacy progression among rural perinatal women. *Matern Child Health J* 2014; 18: 1881-1892.

[40] Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad G, Zare Farashbandi F, HasanZadeh A. A survey on health literacy of inpatients educational hospitals of Isfahan university of medical sciences. *Health Inform Manag* 2014; 11: 464-473. (Persian).

[41] Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimi Foroshani A. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *Hospital* 2012; 11: 45-52. (Persian).

[42] Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavassoli E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi J Med Sci* 2013; 19: 10-19. (Persian).

[43] Hosieni F, Mirzaei T, Ravari A, Akbary A. The relationship between health literacy and quality of life in retirement of Rafsanjan University of Medical Sciences. *J Health Literacy* 2016; 1: 92-99. (Persian).

[44] Fry-Bowers EK, Maliski S, Lewis MA, Macabasco-O'Connell A, DiMatteo R. Health literacy and interpersonal interactions as predictors of maternal perception of ambulatory care for low-income, Latino children. *Patient Educ Couns* 2013; 91: 213-220.

[45] Morrison AK, Myrvik MP, Brousseau DC, Hoffmann RG, Stanley RM. The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: a systematic review. *Acad Pediatr* 2013; 13: 421-429.

[46] Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafl GJ, Blackard B, et al. How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer? *Cancer* 2012; 118: 3842-3851.

[47] Kennedy E, Haddad L. Are pre-schoolers from female headed households less malnourished? A comparative analysis of results from Ghana and Kenya. *J Dev Studi* 1994; 30: 680-695.

[48] Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental health. Survey of the adult population of Iran in 2015. *Arch Iran Med* 2017; 20: 128-134. (Persian).

[49] Mohaqeqi Kamal S.H., Basakha M., Ghaedamini Harouni G. Women's Well-Being in Iran: Territorial Analysis Using a Multidimensional Approach. *Social Indic Res*, 2018. 137 1061-1072

[21] Rahimi S, Fadakar Soghe R, Tabri R. Related factors with Quality of Life among preschool children with cancer. *J Holistic Nurs Midwifery* 2014; 24: 30-39. (Persian).

[22] Noori M, Pishyareh E, Hosseini SA, Akbarfahimi N, Rahgozar M. Relationship between upper extremity function and quality of life in the children with spastic cerebral palsy in Tehran 2013. *Pajouhan Sci J* 2015; 13: 40-48. (Persian).

[23] Harrington KF, Zhang B, Magruder T, Bailey WC, Gerald LB. The impact of parent's health literacy on pediatric asthma outcomes. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol* 2015; 28: 20-26.

[24] Johri M, Subramanian S, Sylvestre M-P, Dudeja S, Chandra D, Koné GK, Sharma JK, Pahwa S. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study. *J Epidemiol Community Health* 2015; 69: 849-857.

[25] Hernandez-Mekonnen R, Duggan EK, Oliveros-Rosen L, Gerdes M, Wortham S, Ludmir J, Bennett IM. Health Literacy in Unauthorized Mexican Immigrant Mothers and Risk of Developmental Delay in their Children. *J Immigr Minor Health* 2016; 18: 1228-1231.

[26] Bridges SM, Parthasarathy DS, Wong HM, Yiu CK, Au TK, McGrath CP. The relationship between caregiver functional oral health literacy and child oral health status. *Patient Educ Couns* 2014; 94: 411-416.

[27] Esna Ashari F, Pirdehghan A, Rajabi F, Sayarifard A, Ghadirian L, Rostami N, et al. The study of health literacy of staff about risk factors of chronic diseases in 2014. *Sci Hamadan Univ Med Sci* 2015; 22: 248-254. (Persian).

[28] Khosravi A, Ahmadzadeh K, Arastoopoor S, Tahmasbi R. Health literacy levels of diabetic patients referred to Shiraz health centers and its effective factors. *Health Inform Manag* 2015; 12: 194-205. (Persian).

[29] Javadzade H, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults of Isfahan. *Iran J Health Syst Res* 2013; 9: 540-549. (Persian).

[30] Chehri M, Najafi Mehri S, Ebadi A, Sarhangi F. Assessing the health literacy level of parents of preschool children. *Iran J Pediatr Nurs* 2015; 4: 1-10. (Persian).

[31] Golkari A, Moeini A, Jabbarifar SE. Relationship of socioeconomic status with quality of life related to oral and dental health of 2-5-year-olds in Shiraz. 2013; 9: 534-541. (Persian).

[32] Gharehbaghy F, Vafaie M. Family emotional security and children's psychopathological symptoms and health: an investigation of the mediational and moderational role of children's temperament. *J Res Psychol Health* 2008; 1: 5-18. (Persian).

[33] Ghaempanah Z, Azadfalsh P, Tabatabaie KR. Standardization and psychometrics characteristics of Persian version of child health questionnaire (CHQ-PF. 28). *J Kermanshah Univ Med Sci* 2013; 17: 431-441. (Persian).

[34] Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian M, Khorasani E. Health literacy, health status, health services utilization and their relationships in adults in Isfahan. *Health Inform Manag* 2014; 10: 862-875. (Persian).

[35] İlgin G, Turaç İS, Orak S. Health Literacy. *Hum Vaccin Immunother* 2015; 174: 2130-2135.

[36] Jayasinghe UW, Harris MF, Parker SM, Litt J, van Driel M, Mazza D, et al. The impact of health literacy and life style risk

Does mothers' health literacy affect their children's quality of life?

Fahime Rostami (M.Sc)¹, Seyed Hossein Mohaqeqi Kamal (Ph.D)^{*2}, Homeira Sajjadi (Ph.D)², Farhad Nosrati Nejad (Ph.D)², Samaneh Hosseinzadeh (Ph.D)³, Gholamreza Ghaedamini Harouni (Ph.D)²

¹ –University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² –Social Welfare Management research center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ –Biostatistics Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author. +98 02122180048 hosseinmohaqeq@gmail.com

Received:24 Apr 2017; Accepted: 13 Jan 2018

Introduction: Health literacy is considered as an important element in ability of women's to engage in health promotion and preventive activities for yourself and their children. Therefore, the aim of this study was to investigate the relationship between health literacy of female-headed households with their children's quality of life.

Materials and Methods: In the descriptive cross-sectional study 149 female-headed households covered by State Welfare Organization and Imnam Khomeini Relief Foundation in the Nourabad city (Iran) in 2016 were selected by census method. We applied demographic check list, Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) and Child Health Questionnaire (CHQ) for data collection.

Results: The results showed that women health literacy with mean of 43.42 ± 17.85 was in poor condition (89.3 percent of them had inadequate and marginal health literacy). Similarly, their children's quality of life with mean of 65.89 ± 11.27 was in moderate condition. In addition, results showed a positive relationship between health literacy of female and their children's quality of life ($p < 0.034$). Among the determinants of health literacy, educational level with explanation of 74% of the total variance was the most important factor.

Conclusion: Women's health literacy was correlated with the physical and mental health of their children. Hence, by developing comprehensive educational programs and simple and understandable educational materials for female-headed households, it is possible to take effective steps to develop health literacy skills and reduce the negative effects of limited health literacy in these families.

Keywords: Health Literacy, Child, Quality of Life, Mothers, Single-Parent Family.