



Associated Factors with the Use of Health Services among Postmenopausal Women in Mashhad Based on the Theory of Planned Behavior: The Role of Health Literacy

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Abdolmalaki B.¹ MSc,
Peyman N.^{*2} PhD,
Esmaeili H.³ PhD,
Tajfard M.¹ PhD

How to cite this article

Abdolmalaki B, Peyman N, Esmaeili H, Tajfard M. Associated Factors with the Use of Health Services among Postmenopausal Women in Mashhad Based on the Theory of Planned Behavior: The Role of Health Literacy. Iran Journal of Education and Community Health. 2019;6(2):111-117.

¹Health Education & Promotion Department, Public Health Faculty, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

²"Social Determinants of Health Research Center" and "Health Education & Promotion Department, Public Health Faculty", Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³Epidemiology & Biostatistics Department, Public Health Faculty, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

*Correspondence

Address: Public Health Faculty, Mashhad University of Medical Sciences, Daneshgah Street, Mashhad, Khorasan Razavi, Iran. Postal Code: 9138813944

Phone: +98 (51) 31892201

Fax: +98 (51) 38713638

peymann@mums.ac.ir

Article History

Received: December 7, 2018

Accepted: March 12, 2019

ePublished: June 20, 2019

ABSTRACT

Introduction It can be expected that postmenopausal women are living longer than ever with the advances in medical science. Therefore, the health of women in the years after menopause is very important. The purpose of the present study was to determine the associated factors with the use of health services among postmenopausal women in Mashhad based on the theory of planned behavior and the role of health literacy.

Instruments and Methods This cross-sectional descriptive-analytical study was carried out on 245 postmenopausal women aged 45-56 years old in Mashhad in 2018. The subjects were selected by random cluster sampling method. The research tools were a demographic questionnaire, health literacy of adult and native-based questionnaire based on the planned behavior theory, which was completed through the interview. Data were analyzed by SPSS 24 software, using Kruskal-Wallis test, linear regression method, Pearson correlation coefficient and one-way analysis of variance.

Findings Among the demographic features, the variables of income and level of education were effective in the health literacy of the postmenopausal women ($p=0.001$). The health literacy of the target group was inadequate so that the mean of this variable was 54.06 ± 20.69 which is equivalent to the boundary level. The most effective structure that had the most predictive capability was the perceived behavioral control structure with the regression coefficient of 0.6 for the behavior structure and 0.11 for the behavioral intention structure.

Conclusion The health literacy of the postmenopausal women is in the undesirable level and the perceived behavioral control construct is the most effective factor in the intent and behavior of the postmenopausal women.

Keywords Women; Health Literacy; Menopause; Planning Theory

CITATION LINKS

- [1] Quality of life in postmenopausal ... [2] Valerian effect on anxiety in postmenopausal ... [3] Study of quality of life and its patterns in different ... [4] Quality of life after the menopause: a population ... [5] Evaluation of health literacy rate of postmenopausal women ... [6] Body mass index and its relation to menopausal women's ... [7] Effect of age, menopause, diabetes, drinking fluids, and regular ... [8] The effect of walking with pedometer on sleep ... [9] Effect of, yoga based lifestyle intervention on sleeping ... [10] A psycho-educational program for improving ... [11] The impact of educational interventions based on individual ... [12] What is the evidence on effectiveness of ... [13] Menopause-specific health literacy in Japanese ... [14] Mental health literacy: empowering the ... [15] The effects of theory of planned behavior based education ... [16] Passing through traditional health education towards ... [17] The effect of health education based on theory ... [18] Health literacy and the influencing factors: a study ... [19] Health literacy in Iran: findings from ... [20] Development of a brief test to measure functional ... [21] The study of health literacy of adults in ... [22] Workers' knowledge and beliefs about ... [23] Communicative and critical health literacy ... [24] Evaluation of health literacy of pregnant women ... [25] A survey on women's knowledge about ... [26] The relationship of health literacy with health ... [27] Health literacy and its associated factors: a population-based ... [28] Health literacy level and its related factors among ... [29] A survey on health literacy of inpatient's educational ... [30] Health literacy and utilization of health services ... [31] Association between antenatal and postpartum ... [32] Assessing the relationship between health promoting ... [33] Health literacy of employees of Hamadan University ... [34] Assessment of the effect of a health literacy educational ... [35] Applying the theory of planned behavior to ... [36] Utility of the theories of reasoned action and planned ... [37] Applying theory of planned behavior to predict ... [38] A study of educational intervention on knowledge ... [39] Self-efficacy: does it predict the effectiveness ... [40] Examining the theory of planned behavior and ...

عوامل مرتبط با میزان استفاده از خدمات بهداشتی در بین زنان یائسه شهر مشهد بر مبنای نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده: نقش زمینه‌ای سواد سلامت

بهاره عبدالملکی MSc

گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نوشین پیمان PhD

"مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت" و "گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

حبیب‌الله اسماعیلی PhD

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران

محمد تاج‌فرد PhD

گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

اهداف: با پیشرفت‌های علم پزشکی می‌توان انتظار داشت که زنان یائسه سال‌های بیشتری را زنده بمانند. بنابراین سلامتی زنان در سال‌های پس از یائسگی از اهمیت بسزایی برخوردار است. هدف از انجام این مطالعه تعیین عوامل مرتبط با میزان استفاده از خدمات بهداشتی در بین زنان یائسه شهر مشهد بر مبنای نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و نقش زمینه‌ای سواد سلامت بود.

ابزار و روش‌ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی در سال ۱۳۹۷ در بین ۴۲۵ نفر از زنان یائسه ۶۵-۴۵ ساله شهر مشهد انجام شد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش‌نامه‌های دموگرافیک، سواد سلامت بالغین و پرسش‌نامه بومی‌سازی‌شده مبتنی بر سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بود که از طریق مصاحبه تکمیل شدند. داده‌های به‌دست‌آمده به‌وسیله نرم‌افزار SPSS 24 با استفاده از آزمون‌های کروسکال‌والیس، رگرسیون خطی، همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: از بین ویژگی‌های دموگرافیک، میزان درآمد و سطح تحصیلات بر میزان سواد سلامت مؤثر بودند ($P=0/001$). میزان سواد سلامت گروه هدف ناکافی بود، به‌طوری که میانگین متغیر یادشده $20/69 \pm 54/06$ بود که معادل سطح مرزی است. مؤثرترین سازه که بیشترین قدرت پیشگویی‌کنندگی را داشت سازه کنترل رفتاری درک‌شده با ضریب رگرسیون $0/16$ برای سازه رفتار و $0/11$ برای سازه قصد رفتاری بود.

نتیجه‌گیری: سواد سلامت زنان یائسه شهر مشهد در سطح نامطلوب است و سازه کنترل رفتاری درک‌شده مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر قصد و رفتار زنان است.

کلیدواژه‌ها: زنان، سواد سلامت، یائسگی، تئوری برنامه‌ریزی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۱

*نویسنده مسئول: peyman@mums.ac.ir

مقدمه

زنان محور سلامت خانواده محسوب می‌شوند و الگوی آموزش و تربیت شیوه زندگی سالم به نسل بعدی هستند. براساس آمارهای جهانی در قرن ۱۷ فقط ۲۸٪ زنان به سن یائسگی رسیدند، در حالی که امروز با پیشرفت‌های علم پزشکی می‌توان انتظار داشت که زنان یائسه سال‌های بیشتری را زنده بمانند. بنابراین سلامتی زنان در سال‌های پس از یائسگی همانند قبل از آن از اهمیت بسزایی برخوردار است^[1]. با توجه به این تفاسیر پدیده یائسگی، اتفاقی است که کیفیت زندگی زنان را در این دوران تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. علایمی که زنان در این مرحله تجربه می‌کنند از جمله چالش‌های مهم مراقبتی است. یائسگی مرحله‌ای از زندگی زنان

Archives of SID
است که با قطع فعالیت تخمدان‌ها و کاهش چشمگیر هورمون‌های زنانه پس از ۱۲ ماه همراه است. متوسط سن طبیعی یائسگی ۵۸-۴۲ سالگی و میانه آن ۵۱/۴ سالگی است. دوران یائسگی مانند سایر مشکلات عوارض خاصی را برای زنان به دنبال دارد. یکی از شایع‌ترین عوارض آن علایم وازوموتور است که شیوع آن در مطالعات مختلف از ۱۸ تا ۸۵٪ متغیر است و در زنان آمریکایی بالای ۵۰ سال ۲۵٪ و در ایران ۵۳/۱٪ گزارش شده است^[2]. این حالت می‌تواند احساس سالم‌بودن را مختل کند و باعث کاهش کیفیت زندگی زنان در این دوران شود، اما با پیگیری برخی روش‌های درمانی می‌توان تا حدودی این عوارض را کنترل کرد.

گلیان تهرانی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند ۳۸/۸٪ زنان یائسه تهرانی از گرگرفتگی شدید و ۴۳٪ از اضطراب شدید رنج می‌برند. در این مطالعه حدود ۳۰٪ زنان یائسه کاهش شدید میل جنسی را در طول دوران یائسگی گزارش نمودند^[3]. بلومل و همکاران بیان نمودند که زنان یائسه از نظر اختلالات وازوموتور ۱۰/۶ بار، اختلالات اجتماعی روانی ۳/۵ بار، اختلالات جسمی ۵/۷ بار و از نظر اختلالات جنسی ۳/۲ بار مستعدتر از سایر زنان هستند؛ در نتیجه کیفیت زندگی پایین‌تری دارند^[4]. همچنین عبدالملکی و همکاران در مطالعه‌ای که در خصوص سواد سلامت زنان یائسه مشهد انجام شده بود، به این نتیجه رسیدند که این گروه از سطح سواد سلامت نامطلوبی برخوردار هستند^[5].

در این سال‌ها فعالیت خدمات بهداشتی روی آموزش و مشاوره متمرکز است. یکی دیگر از روش‌های کنترل عوارض یائسگی به‌خصوص علایم وازوموتور، تمرینات منظم هوازی با شدت متوسط است^[6]. این روش در ایران نیز توسط *بابازاده* و همکاران مورد تایید واقع شد^[7]. در برخی از مطالعات نشان داده شد که هورمون‌درمانی هم یکی از روش‌های مؤثر است که این روش می‌تواند بر اختلال خواب زنان یائسه تأثیرگذار باشد^[8]. در ایران نیز مطالعه *سپهریان*، ورزش یوگا را در مدیریت عوارض یائسگی به‌خصوص اختلالات خواب مؤثر می‌داند^[9].

از جمله راهکارهای جایگزین به‌منظور ارتقای سلامت و رویارویی بهتر با نشانه‌ها و عوارض دوران یائسگی مداخلات آموزشی بهداشتی، افزایش سواد سلامت و احساس خودکارآمدی افراد است^[10]. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، توانمندسازی به‌عنوان قلب ارتقای سلامت، فرآیندی است که از طریق آن افراد کنترل بیشتری بر تصمیمات و اعمال مؤثر بر سلامتی خود کسب می‌کنند^[11, 12]. نتایج مطالعات انجام‌شده حاکی از آن است که درصد بالایی از زنان از علایم و عوارض یائسگی آگاه نیستند و خواهان استفاده از شیوه‌های آموزشی برای غلبه بر نشانه‌های یائسگی و رویارویی بهتر با این شرایط هستند^[13]. در مطالعات اپیدمیولوژیک جرم که با موضوع سواد سلامت روان انجام شده است، نتایج نشان داد که شناخت مشکل بهداشتی در پیگیری مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی مؤثر است^[14]. باید اشاره کرد که سواد سلامت یائسگی تنها شناخت علایم یائسگی نیست، بلکه زنان به داشتن اطلاعات کافی نیاز دارند تا بتوانند قضاوت کنند که آیا علایم آنها نیاز به درمان دارد یا خیر و چگونه مراقبت‌های پزشکی را پیگیری کنند. همچنین باید یادآور شد که سواد سلامت ظرفیت کسب، پردازش و درک اطلاعات بهداشتی برای تصمیم‌گیری مناسب در جهت سلامتی است. کمبود آگاهی زنان در مورد پدیده یائسگی باعث کاهش قدرت مدیریت عوارض و مشکلات این پدیده شده است. با توجه به تفاسیر بالا، داشتن سواد سلامت مطلوب

سلامت ارزیابی شده است. این بخش شامل سه زیربخش مرتبط با سلامت، بهداشت و رفاه روانی، حقوق و دستاوردهای آمادگی برای عکس برداری از دستگاه فوقانی، حقوق و مسئولیت‌های بیمار در برگه‌های بیمه‌نامه و یک برگه استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی بود که در قالب ۲۰ سؤال جای خالی چهارگزینه‌ای تنظیم شده بود. در بخش محاسبات، کارت‌هایی حاوی توضیح درباره برخی داروها، وقت ملاقات و یک مثال از نتیجه آزمایش قند خون به فرد داده شد. پرسش‌های این بخش مشتمل بر ۴ سؤال بود. برای هر یک از سؤالات بخش درک خواندن با توجه به محاسبات انجام شده نمره‌ای در نظر گرفته شد و در بخش محاسبات هر سؤال با اعمال ضریب به ۵۰ رسید و در کل امتیاز پرسش‌نامه از ۱۰۰ محاسبه شد. روش نمره‌گذاری کل در فرمول زیر ارائه شده است. در نهایت براساس نقاط جداسازی ۵۹ و ۷۴، سواد سلامت افراد در سه سطح ناکافی (۰-۵۹)، مرزی (۶۰-۷۴) و کافی (بالای ۷۵) طبقه‌بندی شد.

$$50 \times \frac{\text{تعداد پاسخ‌های درست بخش محاسبات}}{20} = \text{نمره کل}$$

$$+ \frac{\text{تعداد پاسخ‌های درست بخش درک خواندن}}{4} \times 50$$

۲- پرسش‌نامه بومی‌سازی شده مبتنی بر سازه‌های نظریه رفتار

برنامه‌ریزی شده: پرسش‌نامه مذکور از مقاله سوکا و همکاران^[13] مورد استفاده قرار گرفت که با توجه به جامعه هدف تغییراتی در آن ایجاد شد و توسط محقق به زبان فارسی ترجمه شد. در مرحله دوم فرآیند بازترجمه توسط مترجمی برخوردار از دانش و مهارت کافی که در عین حال از نسخه اصلی (انگلیسی) پرسش‌نامه آگاهی نداشت، انجام شد. بعد از آن مقایسه و اصلاحات جزئی اعمال شد و پایایی و روایی آن محاسبه و مورد استفاده قرار گرفت. در این مطالعه نسبت روایی محتوی (CVR) برای سازه‌های نگرش ۰/۹۸، هنجار انتزاعی ۰/۷۵، کنترل رفتاری درک شده ۰/۷۵، رفتار ۱/۰ و قصد رفتاری ۰/۸۳ و شاخص روایی محتوی (CVI) برای سازه نگرش ۰/۹۴، هنجار انتزاعی ۰/۸۴، کنترل رفتاری درک شده ۰/۸۴، رفتار ۰/۸ و قصد رفتاری ۰/۹۱ بود. همچنین برای تعیین پایایی ابزار از روش همبستگی درونی استفاده شد. بدین منظور پرسش‌نامه مذکور توسط ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان تکمیل شد و از آزمون آلفای کرونباخ برای بررسی همبستگی درونی استفاده شد. عدد به دست آمده از آزمون آلفا برای پرسش‌نامه در بخش نگرش ۰/۷۱، هنجار انتزاعی ۰/۷۵، کنترل رفتاری درک شده ۰/۶۹ و برای قصد رفتاری ۰/۸ برآورد شد که مورد تایید قرار گرفت. در این پرسش‌نامه یک سؤال برای بررسی قصد، ۳ سؤال برای سازه نگرش (شرایط یائسگی بر روابط جنسی تاثیرگذار است)، ۲ سؤال برای سازه هنجار انتزاعی (خانواده و دوستان/نزدیکانم فکر می‌کنند که اگر من دچار علایم و عوارض یائسگی باشم، باید مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و پزشکی ارائه شده در مراکز بهداشتی را پیگیری کنم)، ۲ سؤال برای سازه کنترل رفتاری درک شده (در صورتی که محل ارائه خدمات بهداشتی و پزشکی به محل زندگی من دور باشد، باز هم برای کاهش عوارض یائسگی به این مراکز مراجعه می‌کنم) و یک سؤال برای بررسی انجام رفتار و در نهایت چندین سؤال در رابطه با علایم یائسگی و روش‌های درمانی به منظور بررسی اطلاعات زنان از علایم و روش‌های درمانی این علایم پرسیده شد. مقیاس لیکرت (کاملاً مخالف با نمره ۱، مخالف با نمره ۲، نظری ندارم با نمره ۳، موافق با نمره ۴ و کاملاً موافق با نمره ۵) برای نمره‌دهی پرسش‌نامه مذکور

منجر به بالا بردن قصد استفاده از خدمات بهداشتی در جهت سلامتی می‌شود. از این رو استفاده از سواد سلامت در کنار تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده باعث پیش‌بینی بهتر رفتار و قصد زنان می‌شود.

یکی از تئوری‌های کاربردی در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده است که در مطالعات زیادی از جمله آموزش رفتارهای سالم، تنظیم خانواده، سرطان دهانه رحم و فعالیت بدنی با موفقیت مورد استفاده قرار گرفته است^[15]. کاربرد این نظریه برای پیش‌بینی و درک رفتار است و شامل طیف رفتاری از تغییر رفتار، قصد رفتار تا نمایش رفتار بوده که تاثیر آن به صورت تجربی در بسیاری از مطالعات تایید شده است^[16, 17]. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به عوامل اجتماعی و انگیزه تبعیت از افراد مهم توجه داشته و به همین جهت مطالعات متعدد آن را عاملی مهم در پذیرش رفتارهای مطلوب می‌دانند. با توجه به قابلیت‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در درک عوامل محیطی و فردی موثر بر رفتار، مطالعه حاضر با به‌کارگیری این نظریه به دنبال بررسی استفاده زنان یائسه از خدمات بهداشتی برای کاهش عوارض یائسگی بود. هدف از انجام این مطالعه تعیین ارتباط بین میزان استفاده صحیح از خدمات بهداشتی با سواد سلامت و سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در بین زنان یائسه شهر مشهد بود.

ابزار و روش‌ها

این پژوهش توصیفی-تحلیلی، از نوع مقطعی است که در مدت ۱۲ ماه در سال ۱۳۹۷ در بین کلیه زنان یائسه ۶۵-۴۵ ساله شهر مشهد انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل عدم مصرف هر گونه داروی هورمونی، عدم انجام جراحی هیستروکتومی، قطع قاعدگی به مدت حداقل ۱۲ ماه و تمایل برای شرکت در مطالعه بود. معیار خروج نیز عدم پاسخگویی بیش از ۱۰٪ سؤالات پرسش‌نامه در نظر گرفته شد. حجم نمونه برای مطالعه توصیفی براساس مطالعه سوکا و همکاران^[13] که در رابطه با بررسی سواد سلامت زنان یائسه بود و با استفاده از فرمول برآورد نسبت یک متغیر کمی محاسبه شد. حجم نمونه براساس فرمول برآورد یک متغیر کمی، $p=0/65$ و $d=0/05$ ، $n=380$ نفر و با احتمال ۱۰٪ ریزش ۴۲۵ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای تصادفی انجام گرفت، به طوری که هر یک از ستادهای بهداشتی به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد که از هر ستاد سه مرکز جامع خدمات بهداشتی انتخاب شد و در نهایت یک پایگاه تحت پوشش از هر یک از مراکز به صورت تصادفی در نظر گرفته شد و نمونه‌ها با توجه به شرایط مطالعه جمع‌آوری شدند، به طوری که اکثر نقاط شهر مشهد برای جمع‌آوری نمونه پوشش داده شد.

به منظور تحقق اهداف پژوهش، پرسش‌نامه‌های سواد سلامت بالغین و پرسش‌نامه بومی‌سازی شده مبتنی بر سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به روش مصاحبه در بین گروه هدف تکمیل شد.

۱- پرسش‌نامه سواد سلامت بالغین: برای سنجش سواد سلامت، از ابزار سواد سلامت عملکرد بالغین استفاده شد. از ویژگی‌های این پرسش‌نامه، می‌توان به کم بودن تعداد سؤالات، سهولت اجرا، پوشش تمامی ابعاد سواد سلامت و عمومی بودن آن اشاره کرد. طهرنی و همکاران، روایی و پایایی این آزمون را برای جامعه ایرانی تایید کردند^[18]. آزمون سواد سلامت، دو بخش درک خواندن و محاسبات را در بر می‌گیرد. در بخش خواندن، توانایی فرد پاسخ‌دهنده برای خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت‌های

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک زنان مورد مطالعه (۲۰۲۵ نفر)

| ویژگی‌های دموگرافیک | تعداد | درصد |
|----------------------------|-------|------|
| گروه سنی | | |
| ۰-۴۵ سال | ۸۶ | ۲۰/۲ |
| ۵۰-۵۵ سال | ۹۷ | ۲۲/۸ |
| ۶۰-۵۵ سال | ۱۲۵ | ۲۹/۴ |
| ۶۰ سال و بالاتر | ۱۱۷ | ۲۷/۵ |
| وضعیت تاهل | | |
| متاهل | ۳۱۰ | ۷۲/۹ |
| مجرد | ۱۰ | ۲/۴ |
| مطلقه | ۲۱ | ۴/۹ |
| بیوه | ۸۴ | ۱۹/۸ |
| سطح تحصیلات | | |
| زیر دیپلم | ۳۴۵ | ۸۱/۲ |
| دیپلم | ۶۴ | ۱۵/۱ |
| لیسانس | ۱۰ | ۲/۴ |
| فوق لیسانس و بالاتر | ۶ | ۱/۴ |
| میزان درآمد | | |
| کمتر از یک میلیون تومان | ۱۷۵ | ۴۱/۲ |
| ۲-۱ میلیون تومان | ۱۵۴ | ۳۶/۲ |
| ۳-۲ میلیون تومان | ۵۹ | ۱۳/۹ |
| بالاتر ۳ میلیون تومان | ۳۷ | ۸/۷ |
| وضعیت اشتغال | | |
| خانه‌دار | ۳۹۸ | ۹۳/۶ |
| شاغل | ۲۷ | ۶/۴ |
| وضعیت سکونت | | |
| استیجاری | ۸۷ | ۲۰/۵ |
| ملکی | ۳۳۸ | ۷۹/۵ |
| وضعیت بیمه | | |
| دارد | ۲۷۱ | ۶۳/۸ |
| ندارد | ۱۵۴ | ۳۶/۲ |
| فعالیت جنسی | | |
| دارد | ۱۹۸ | ۴۶/۶ |
| ندارد | ۲۲۷ | ۵۳/۴ |
| رضایت جنسی | | |
| دارد | ۱۵۴ | ۳۶/۲ |
| ندارد | ۱۴۳ | ۳۳/۶ |
| داده‌های از دست رفته* | ۱۲۸ | ۳۰/۱ |
| دلیل عدم رضایت جنسی | | |
| احساس درد | ۷ | ۱/۶ |
| عدم اعتماد به نفس | ۱۰۹ | ۲۵/۶ |
| عدم تمایل همسر | ۲۷ | ۶/۴ |
| داده‌های از دست رفته* | ۲۸۲ | ۶۶/۴ |

*به دلیل وجود افراد مجرد، مطلقه و بیوه که بعضی از آنها روابط جنسی نداشتند، از این جهت برخی سؤالات مربوط به "دلیل عدم رضایت جنسی" و "رضایت جنسی" بی‌پاسخ ماندند.

مورد استفاده واقع شد. در نهایت داده‌های به دست آمده از پرسش‌نامه‌های مربوطه به وسیله نرم افزار SPSS 24 با استفاده از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، کروسکال والیس، رگرسیون خطی، همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از بین ۴۲۵ نفر، بیشترین افراد شرکت‌کننده را زنان ۶۰-۵۵ ساله تشکیل دادند. اکثریت افراد، متاهل و با میزان تحصیلات زیر دیپلم بودند. همچنین در مورد میزان درآمد، تنها ۳۷ نفر درآمد بالاتر از ۳ میلیون تومان داشتند. ۱۹۸ نفر از بانوان شرکت‌کننده فعالیت جنسی داشتند که از این میان تنها ۱۵۴ نفر از فعالیت خود احساس رضایت می‌کردند و سایر افراد عدم رضایت خود را اعلام داشتند (جدول ۱).

۴۸/۹٪ زنان گرگرفتگی، ۴۵/۴٪ تعریق، ۴۴/۵٪ مشکلات خواب و ۴۳/۸٪ تحریک پذیری را به عنوان علایم یائسگی اعلام کردند و خود آنها نیز این علایم را تجربه نموده بودند. براساس سؤالات پرسش‌نامه بومی‌سازی شده ۵۳/۴٪ زنان روش گیاهان دارویی و ۴۳/۱٪ استفاده از هورمون‌درمانی را به عنوان روش‌های درمانی انتخاب نمودند.

از بین ویژگی‌های دموگرافیک، میزان درآمد و سطح تحصیلات بر میزان سواد سلامت موثر بودند (جدول ۲).

موثرترین سازه که بیشترین قدرت پیشگویی‌کنندگی در مدل پیشنهادی پژوهش را داشت سازه کنترل رفتاری درک شده با ضریب رگرسیون ۰/۶ برای سازه رفتار و ۰/۱۱ برای سازه قصد رفتاری بود (جدول ۳).

متغیر سواد سلامت با سازه‌های نگرش ($r=0/21$; $p<0/001$)، هنجار اجتماعی ($r=0/29$; $p<0/001$) و رفتار ($r=0/14$; $p<0/004$) همبستگی مثبت و معنی‌داری نشان داد.

میزان سواد سلامت گروه هدف ناکافی بود، به طوری که میانگین متغیر یادشده ۵۴/۰۶±۲۰/۶۹ بود که معادل سطح مرزی است. همچنین ۲۰۳ نفر (۴۷/۸٪) از سطح سواد سلامت ناکافی، ۷۳ نفر (۱۷/۲٪) از سطح سواد سلامت مرزی و تنها ۱۴۹ نفر (۳۵/۰٪) از سطح سواد سلامت کافی برخوردار بودند (جدول ۴).

جدول ۲) بررسی ارتباط بین برخی متغیرهای دموگرافیک و سازه‌های مدل از طریق آزمون کروسکال والیس

| متغیرهای دموگرافیک | نگرش | هنجار اجتماعی | کنترل رفتاری درک شده | رفتار | قصد | سواد سلامت |
|-------------------------|------------|---------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|
| وضعیت تاهل | | | | | | |
| متاهل | ۱۱/۵۰±۱/۵۰ | ۴/۰۵±۲/۰۰ | ۷/۸۹±۱/۵۰ | ۲/۷۴±۱/۳۰ | ۲/۸۹±۱/۱۷ | ۵۵/۰۰±۲۰/۴۰ |
| مجرد | ۱۰/۴±۰/۸۴ | ۴/۸۰±۲/۵۰ | ۸/۰۰±۰/۹۴ | ۲/۸۰±۱/۰۳ | ۳/۱۰±۰/۸۷ | ۵۶/۲۰±۱۰/۶۰ |
| مطلقه | ۱۱/۶۰±۱/۳۱ | ۴/۲۰±۱/۸۴ | ۷/۹۰±۱/۳۰ | ۳/۲۰±۱/۳۰ | ۳/۱۰±۱/۰۳ | ۵۵/۳۰±۱۶/۹۴ |
| بیوه | ۱۰/۹۰±۱/۶۲ | ۴/۲۰±۲/۰۶ | ۸/۰۰±۱/۵۴ | ۲/۶۰±۱/۳۷ | ۲/۸۰±۱/۱۶ | ۴۹/۸۰±۲۲/۸۵ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۰۶ | ۰/۵۶ | ۰/۹۵ | ۰/۰۹ | ۰/۷۳ | ۰/۲۸ |
| سطح تحصیلات | | | | | | |
| زیر دیپلم | ۱۱/۰۹±۱/۵۵ | ۳/۹۰±۲/۰۱ | ۷/۸۰±۱/۶۱ | ۲/۷۰±۱/۳۳ | ۲/۹۰±۱/۱۷ | ۵۱/۶۰±۱۹/۶۰ |
| دیپلم | ۱۱/۰۹±۱/۳۷ | ۴/۵۰±۱/۹۴ | ۸/۱۰±۱/۲۰ | ۲/۹۰±۱/۱۸ | ۲/۹۰±۱/۱۵ | ۶۰/۳۰±۲۱/۶۰ |
| لیسانس | ۱۱/۵۰±۱/۱۷ | ۵/۴۰±۱/۳۴ | ۸/۵۰±۱/۲۶ | ۲/۵۰±۱/۳۵ | ۲/۸۰±۱/۰۳ | ۷۶/۳۰±۱۵/۹۲ |
| فوق لیسانس و بالاتر | ۱۲/۶۰±۱/۲۱ | ۶/۳۰±۱/۶۳ | ۷/۶۰±۱/۶۳ | ۱/۶۰±۱/۵۰ | ۳/۵۰±۰/۸۳ | ۸۹/۸۰±۴/۲۴ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۸۴ | ۰/۰۱ | ۰/۱۴ | ۰/۵۱ | ۰/۹۲ | ۰/۰۰۱ |
| میزان درآمد | | | | | | |
| کمتر از یک میلیون تومان | ۱۰/۷۰±۱/۴۵ | ۳/۷۰±۲/۰۴ | ۷/۷۰±۱/۵۵ | ۲/۸۰±۱/۳۵ | ۳/۰۲±۱/۱۹ | ۴۸/۲۰±۱۹/۸۰ |
| ۲-۱ میلیون تومان | ۱۱/۲۰±۱/۵۳ | ۴/۳۰±۱/۹۳ | ۷/۸۰±۱/۵۹ | ۲/۶۰±۱/۲۸ | ۲/۸۰±۱/۱۳ | ۵۵/۵۰±۱۹/۸۰ |
| ۳-۲ میلیون تومان | ۱۱/۵۰±۱/۵۱ | ۴/۱۰±۱/۹۰ | ۸/۳۰±۱/۳۹ | ۳/۱۰±۱/۰۷ | ۳/۰۰±۱/۰۵ | ۶۲/۴۰±۲۱/۰۵ |
| بالاتر ۳ میلیون تومان | ۱۱/۷۰±۱/۴۰ | ۴/۵۰±۲/۲۵ | ۸/۰۸±۱/۵۸ | ۲/۴۰±۱/۵۷ | ۲/۶۰±۱/۱۷ | ۶۲/۰۲±۲۰/۰۹ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۲ | ۰/۰۸ | ۰/۰۳ | ۰/۰۸ | ۰/۰۰۱ |

| متغیرهای دموگرافیک | نگرش | هنجار انتزاعی | کنترل رفتاری درک شده | رفتار | قصد | سواد سلامت |
|---------------------|------------|---------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|
| وضعیت اشتغال | | | | | | |
| خانه‌دار | ۱۱/۱۰±۱/۵۳ | ۴/۱۰±۲/۰۱ | ۷/۹۰±۱/۵۶ | ۲/۷۰±۱/۳۱ | ۲/۹۰±۱/۱۶ | ۵۳/۶۰±۲۰/۷۰ |
| شاغل | ۱۱/۴۰±۱/۳۳ | ۴/۴۰±۲/۱۱ | ۷/۹۰±۱/۳۴ | ۲/۸۰±۱/۴۵ | ۲/۷۰±۱/۱۶ | ۶۰/۱۰±۱۹/۴۰ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۲۱ | ۰/۳۳ | ۰/۹۲ | ۰/۵۱ | ۰/۳۶ | ۰/۰۹ |
| وضعیت سکونت | | | | | | |
| استیجاری | ۱۱/۰۱±۱/۳۵ | ۴/۰۸±۱/۹۴ | ۸/۱۰±۱/۵۶ | ۲/۶۰±۱/۳۴ | ۲/۹۰±۱/۱۶ | ۵۴/۶۰±۲۰/۳۰ |
| ملکی | ۱۱/۱۰±۱/۵۶ | ۴/۱۰±۲/۰۴ | ۷/۸۰±۱/۵۶ | ۲/۶۰±۱/۳۴ | ۲/۹۰±۱/۱۶ | ۵۴/۶۰±۲۰/۳۰ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۵ | ۰/۹۱ | ۰/۱۹ | ۰/۰۱ | ۰/۱۹ | ۰/۵۱ |
| وضعیت بیمه | | | | | | |
| دارد | ۱۱/۲۰±۱/۴۶ | ۴/۲۰±۲/۰۷ | ۷/۹۰±۱/۵۲ | ۲/۹۰±۱/۱۱ | ۲/۷۰±۱/۳۳ | ۵۴/۷۰±۲۰/۹۰ |
| ندارد | ۱۰/۹۰±۱/۶۲ | ۳/۸۰±۱/۸۹ | ۷/۷۰±۱/۶۰ | ۲/۸۰±۱/۲۳ | ۲/۷۰±۱/۲۹ | ۵۲/۹۰±۲۰/۲۰ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۱۳ | ۰/۰۴ | ۰/۱۵ | ۰/۳۵ | ۰/۷۸ | ۰/۰۴ |

بررسی‌ها نشان می‌دهد که وضعیت اقتصادی یک عامل تعیین‌کننده اساسی در دارا بودن سواد سلامت عالی نیست [27]. به نظر می‌رسد سطح اقتصادی بالا از طریق عوامل دیگری می‌تواند بر افزایش سطح سواد سلامت موثر باشد. عواملی همچون تمکن مالی برای جست‌وجوی بیشتر به منظور حل مشکل سلامتی و دسترسی بهتر به مراکز مجهزتر بهداشتی و درمانی موجب افزایش سطح سواد سلامت در مطالعه ما و دیگر مطالعات شده است. البته برخی مطالعات وجود همبستگی معنی‌دار بین دو متغیر سواد سلامت و میزان درآمد را رد می‌کنند [28-30]. از علل مغایرت نتایج پژوهش حاضر با سایر مطالعات می‌توان به تفاوت وضعیت اقتصادی گروه‌های هدف، میزان دسترسی آنها به امکانات بهداشتی، ویژگی‌های جمعیتی و ابزارهای مورد استفاده اشاره کرد.

همچنین در مورد رابطه معنی‌دار متغیر وضعیت تحصیلات و سواد سلامت، باید توضیح داده شود که هر چه سطح تحصیلات بالاتر باشد میزان سواد سلامت نیز بالاتر می‌رود و این یافته در اکثر مطالعات تکرار شده است [31]. در مطالعه رئیسی و همکاران نیز تفاوت معنی‌داری بین سواد سلامت کافی تحصیل‌کرده‌ها و افراد کم‌سواد مشاهده شد [23]. در پژوهش قنبری و همکاران [24] روی بیماران دیابتی همانند مطالعه ما، سواد سلامت همبستگی مثبتی با سطح تحصیلات داشت. نتایج مطالعه ما نیز با پژوهش برجی و همکاران همخوانی دارد [28]. همچنین تحصیلات در دیگر مطالعات نیز به عنوان عاملی مهم در سواد سلامت شناخته شده و این ارتباط در بسیاری از مطالعات دیگر مشاهده شده است [21]. در مورد علت وجود ارتباط بین سواد سلامت و میزان تحصیلات می‌توان به این مساله اشاره داشت که تحصیلات فرصت بیشتری برای فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری صحیح در رابطه با سلامت برای فرد مهیا می‌کند و زمینه مساعدتری را برای افزایش سواد سلامت و به‌کارگیری اطلاعات کسب شده ایجاد می‌نماید.

نتایج سایر پژوهش‌ها نشان داد که بین وضعیت تاهل و سواد سلامت ارتباط وجود دارد که این یافته مغایر با نتایج پژوهش حاضر است که می‌توان علت آن را تفاوت در گروه هدف و شرایط حاکم بر مطالعات دانست [21, 32, 33].

همچنین سواد سلامت همبستگی معنی‌دار و مثبتی با سازه‌هایی همچون نگرش، هنجار انتزاعی و رفتار داشت که این چنین می‌تواند نتیجه گرفت که بهبود وضعیت سواد سلامت در زنان می‌تواند بر نگرش و رفتار آنها نسبت به استفاده از خدمات و رفتارهای سالم تاثیرگذار باشد. این نتیجه با مطالعه پیمان و همکاران همسو بود [34].

در این مطالعه تلاش بر این بود تا متغیرهای مرتبط و تاثیرگذار بر قصد و رفتار زنان یائسه در مورد استفاده از خدمات بهداشتی

جدول ۳) آنالیز رگرسیون خطی سازه‌های رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر قصد و رفتار استفاده از خدمات بهداشتی

| سازه‌ها | ضریب استاندارد بتا | سطح معنی‌داری | مقدار t | ضریب تعیین R ² |
|---|--------------------|---------------|---------|---------------------------|
| سازه‌های پیش‌بینی‌کننده رفتار | | | | |
| قصد رفتاری | ۰/۰۴ | ۰/۰۲ | ۱/۱۵ | ۰/۳۸ |
| نگرش | ۰/۱ | ۰/۰۰۹ | ۲/۶۱ | |
| هنجار انتزاعی | -۰/۰۷ | ۰/۱۶ | -۱/۸۶ | |
| کنترل رفتاری درک شده | ۰/۰۶ | <۰/۰۰۱ | ۱۴/۹ | |
| سازه‌های پیش‌بینی‌کننده قصد رفتاری | | | | |
| نگرش | -۰/۰۲ | ۰/۰۶ | ۰/۴ | ۰/۱۴ |
| هنجار انتزاعی | -۰/۰۲ | ۰/۵ | ۰/۴ | |
| کنترل رفتاری درک شده | ۰/۱۱ | ۰/۰۲ | -۲/۳ | |

جدول ۴) میانگین آماری نمرات سواد سلامت و سازه‌های تئوری

| متغیرها | نمرات | حداقل | حداکثر |
|----------------------|-------------|-------|--------|
| نگرش | ۱۱/۱۲±۱/۵۲ | ۶ | ۱۵ |
| هنجار | ۴/۱۲±۲/۰۲ | ۲ | ۸ |
| کنترل رفتاری درک شده | ۷/۹۱±۱/۵۵ | ۴ | ۱۰ |
| قصد | ۲/۰۸±۱/۱۶ | ۱ | ۴ |
| رفتار | ۲/۸۷±۱/۱۷ | ۱ | ۴ |
| سواد سلامت | ۵۴/۰۶±۲۰/۶۹ | ۰ | ۹۲/۲۵ |

بحث

این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با میزان استفاده از خدمات بهداشتی در بین زنان یائسه شهر مشهد بر مبنای نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و نقش زمینه‌ای سواد سلامت انجام شد. طبق نتایج این پژوهش، زنان یائسه مشهدی از سطح سواد سلامت ناکافی برخوردار بودند و میزان سواد سلامت در حدود نیمی از افراد مورد مطالعه در حد ناکافی طبقه‌بندی شد. نتیجه حاضر با پژوهش‌های طاووسی و همکاران [19]، بیکر و همکاران [20] و در نهایت صحرایی و همکاران [21] همخوانی داشت. به‌طور کلی میزان سواد سلامت در کشورهای مختلف طیف وسیعی دارد؛ به‌عنوان مثال نتایج مطالعه دامان و همکاران در هلند نشان داد که حدود دوسوم افراد مورد مطالعه سواد سلامت کافی داشتند [22]. این در حالی است که نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران حاکی از آن است که این میزان از ۸/۸٪ [23] تا ۴۵/۴٪ [24] متغیر بوده است.

طبق نتایج تحلیل‌های صورت‌گرفته، سطح سواد سلامت با متغیرهای میزان درآمد و سطح تحصیلات رابطه معنی‌دار و مستقیمی داشت، به این معنی که سطح سواد سلامت ناکافی در افراد با میزان تحصیلات کمتر و درآمد پایین‌تر شایع‌تر بود. این موضوع با پژوهش‌های سوکا و همکاران [13] و سیام [25] هم‌راستا است. این یافته با پژوهش ایزدی‌راد و صاربان [26] نیز همسو است. در ادامه باید یادآور شد که نتایج اکثر مطالعات نشان می‌دهد وضعیت اقتصادی یک عامل مهم در پیامدهای سلامتی است. ولی

پزشکی مشهود مورد تایید واقع شده است. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاقی، قبل از جمع‌آوری اطلاعات از افراد تحت مطالعه، فرم رضایت آگاهانه توزیع و توسط افراد تکمیل شد. همچنین گروه هدف در جریان اهداف مطالعه حاضر قرار گرفت.

تعارض در منافع بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

سهم نویسندگان: نوشین پیمان (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/نگارنده بحث (۲۰٪)؛ بهاره عبدالملکی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/ روش‌شناس/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۵۰٪)؛ حبیب‌الله اسماعیلی (نویسنده سوم)، تحلیلگر آماری/ نگارنده بحث (۲۰٪)؛ محمد تاج‌فرد (نویسنده چهارم)، پژوهشگر کمکی (۱۰٪)

منابع مالی: این مقاله بخشی از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی‌ارشد در رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است.

منابع

- 1-Abdi N, Solhi M. Quality of life in postmenopausal women in Tehran. Iran J Health Educ Health Promot. 2014;2(2):87-96. [Persian]
- 2- Forouzanmehr S, Zendehtdel T, Mirmohammadali M, Faghizadeh S. Valerian effect on anxiety in postmenopausal women. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2017;20(6):31-9. [Persian]
- 3- Golyan Tehrani S, Mirmohammadali M, Mahmoudi M, Khaledian Z. Study of quality of life and its patterns in different stages of menopause for women in Tehran. J Hayat. 2002;8(3):33-41. [Persian]
- 4- Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramagna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. Maturitas. 2000;34(1):17-23.
- 5- Abdolmalaki B, Peyman N, Esmaeili H. Evaluation of health literacy rate of postmenopausal women covered by Mashhad health centers in 2018. J Health Literacy. 2018;3(3):182-90. [Persian]
- 6- Golmakani A, Shariati Sarcheshmeh M, Marouzi P, Rezaie Sani T. Body mass index and its relation to menopausal women's quality of life. J Holist Nurs Midwifery. 2016;26(1):48-55. [Persian]
- 7- Babazadeh Zavieh SS, Vasaghi Gharamalaki B, Nikjooy A, Sarrafzadeh J. Effect of age, menopause, diabetes, drinking fluids, and regular exercise on urinary incontinence in obese women based on anthropometric indices. Sci J Rehabil Med. 2018;7(3):226-35. [Persian]
- 8- Farshadbakht F, Tadayon M, Abedi P. The effect of walking with pedometer on sleep subjective quality in postmenopausal women. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2015;18(161):10-9. [Persian]
- 9- Sepehran F. Effect of, yoga based lifestyle intervention on sleeping problem in perimenopausal women. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2012;10(1):41-8. [Persian]
- 10- Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005;34(2):233-40.
- 11- Mohammadi Zeidi I, Pakpour A, Mohammadi Zeidi B. The impact of educational interventions based on individual empowerment model on knowledge, attitude, self-efficacy, self-esteem and quality of life of postmenopausal women. Iran J Nurs. 2013;26(81):21-31. [Persian]

براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده شناسایی و تحلیل شوند. با توجه به این که قصد و رفتار افراد می‌تواند متاثر از عوامل مختلف باشد، در این مطالعه کنترل رفتاری درک‌شده، قوی‌ترین سازه در مدل مربوطه بود. چنانچه زنان تصور می‌کردند استفاده از خدمات بهداشتی زحمت و هزینه‌ای ندارد و تحت کنترل آنها است، در نهایت قصد آنها برای انجام رفتار و استفاده از خدمات بهداشتی افزایش خواهد یافت. این یافته با پژوهش *جوادرزاده* و همکاران در یک راستا بود^[35]. در پژوهش *میستین* نیز سازه مذکور بیشترین قدرت پیشگویی‌کنندگی را دارا بود^[36]. در پژوهش *کو* و همکاران نیز کنترل رفتاری درک‌شده قوی‌ترین سازه در قصد و رفتار پرستاران در خصوص انجام مراقبت‌ها برای بیماران بود^[37]. در مطالعه‌ای که توسط *حسینی* و همکاران با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده انجام شده بود، سازه کنترل رفتاری درک‌شده عامل پیشگویی‌کنندگی قوی در اهتمام مادران نسبت به رفتار خوراندن قطره آهن به کودکانشان است^[38]. در سایر مطالعات بررسی‌شده، یافته‌ها مغایر با نتایج پژوهش ما بود. چنانچه در سایر پژوهش‌ها، دیگر سازه‌ها از قدرت پیشگویی بالاتری برخوردار بودند که تفاوت در این یافته‌ها را می‌توان مربوط به تفاوت در گروه هدف و سایر شرایط حاکم بر مطالعه دانست^[15, 39, 40].

از آنجا که سازه کنترل رفتاری درک‌شده به‌عنوان مهم‌ترین عامل بر قصد و رفتار زنان برای استفاده از خدمات بهداشتی شناخته شده است، می‌توان نتیجه گرفت که آنچه در رفتار زنان تفاوت ایجاد می‌کند و آنها را به سمت استفاده از خدمات بهداشتی سوق می‌دهد، اعتقادات و باورهای کنترلی آنها و همچنین توانمندی درک‌شده آنها برای انجام رفتار و غلبه بر موانع موجود است که این همان چیزی است که تحت عنوان کنترل رفتاری درک‌شده مورد توجه قرار می‌گیرد. لازم است که طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و تمرکز بر سازه کنترل رفتاری درک‌شده برای تاثیر بیشتر انجام شود.

مطالعه ما نیز مانند سایر مطالعات محدودیت‌هایی داشت که از آن جمله می‌توان به خودگزارشی بودن اطلاعات اشاره کرد. همچنین اگرچه کارآمدی نظریه پژوهش اثبات شده، ولی از آنجا که رفتار پدیده‌ای پیچیده است، لذا این احتمال وجود دارد که عوامل دیگری نیز در تبیین رفتار گروه هدف وجود داشته باشد که حذف این عوامل از دست محقق خارج بوده است.

پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعاتی به‌منظور ارتقای سواد سلامت در سایر گروه‌ها با ویژگی‌های فرهنگی اجتماعی کشور انجام گیرد، همچنین برای ارتقای رفتارهای مربوط به استفاده از خدمات بهداشتی توسط زنان یائسه از نظریه‌های تغییر رفتار استفاده شود.

نتیجه‌گیری

سواد سلامت زنان یائسه شهر مشهد در سطح نامطلوب است و سازه کنترل رفتاری درک‌شده مهم‌ترین عامل تاثیرگذار بر قصد و رفتار زنان است.

تشکر و قدردانی: از تمامی نمونه‌های پژوهش که ما را در روند این مطالعه یاری کردند، همچنین معاونت پژوهشی دانشکده بهداشت مشهد سپاسگزاری می‌کنیم.

تاییدیه اخلاقی: این پژوهش با کد تاییدیه IRCT20160710028863N27 در سایت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسیده است و با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1397.030 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم

- associated factors: a population-based study, Hormuz Island. Iran J Epidemiol. 2017;13(2):136-44. [Persian]
- 28- Borji M, Tarjoman A, Otaghi M, Salimi E, Naseri A. Health literacy level and its related factors among the elderly in Ilam in 2015. Iran J Nurs. 2017;30(108):33-43. [Persian]
- 29- 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 Promot. 2014;3:66.
- 30- Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili MR, Baneshi MR. Health literacy and utilization of health services in Kerman urban area 2011. Toloo-e-Behdasht. 2013;11(14):123-34. [Persian]
- 31- Salehi-Pourmehr H, Niroomand S, Shakouri SK, Asgarlou Z, Farshbaf-Khalili A. Association between antenatal and postpartum depression and anxiety with weight retention 1 year after childbirth: a longitudinal study. Community Ment Health J. 2018;54(8):1284-94.
- 32- Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A, Alavi Majd H. Assessing the relationship between health promoting behaviors and the Integrated Model of Planned Behavior and Self-Efficacy of female workers at reproductive age. Mod Care J. 2014;11(4):293-303. [Persian]
- 33- Khoshravesh S, Moeini B, Rezapur-Shahkolai F, Taheri-Kharameh Z, Bandehelahi K. Health literacy of employees of Hamadan University of Medical Sciences and related demographic factors. J Educ Community Health. 2018;5(1):19-26. [Persian]
- 34- Peyman N, Behzad F, Taghipour A, Esmaeili H. Assessment of the effect of a health literacy educational program for health personnel on promoting self-efficacy among patients with chronic diseases. J Health Syst Res. 2016;12(3):350-7. [Persian]
- 35- Javadzadeh M, Sharifirad G, Reisi M, Nasr Esfahani M, Mahaki B, Mostafavi F. Applying the theory of planned behavior to predicting nurse's intention and behavior in using health literacy strategies in patient education. Iran J Nurs. 2015;28(97):23-33. [Persian]
- 36- Millstein SG. Utility of the theories of reasoned action and planned behavior for predicting physician behavior: a prospective analysis. Health Psychol. 1996;15(5):398-402.
- 37- Ko NY, Feng MC, Chiu DY, Wu MH, Feng JY, Pan SM. Applying theory of planned behavior to predict nurses' intention and volunteering to care for SARS patients in southern Taiwan. Kaohsiung J Med Sci. 2004;20(8):389-98.
- 38- Hosseini M, Shojaeizadeh D, Chaleshgar M, Pishva H. A study of educational intervention on knowledge, attitude, practice about iron deficiency anemia in female adolescent students. J Gorgan Univ Med Sci. 2006; 8(3):37-42. [Persian]
- 39- Peyman N, Hidarnia A, Ghofranipour F, Kazemnezhad A, Oakley D, Khodae G, et al. Self-efficacy: does it predict the effectiveness of contraceptive use in Iranian women? East Mediterr Health J. 2009;15(5):1254-62.
- 40- Tolma EL, Reininger BM, Evans A, Ureda J. Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammography intention. Health Educ Behav. 2006;33(2):233-51.
- 12- World Health Organization. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2018 Nov 01]. Available from: <https://bit.ly/2lsvfBr>
- 13- Suka M, Taniuchi A, Igarashi S, Yanagisawa H, Ishizuka B. Menopause-specific health literacy in Japanese women. Maturitas. 2016;91:51-9.
- 14- Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. Am Psychol. 2012;67(3):231-43.
- 15- Hatefania E, Niknami S, Mahmoudi M, Lamyian M. The effects of theory of planned behavior based education on the promotion of mammography performance in employed women. Birjand Univ Med Sci. 2010;17(1):50-8. [Persian]
- 16- Allahverdipoor H. Passing through traditional health education towards theory-oriented health education. J Health Promot Educ. 2004;1(3):75-9. [Persian]
- 17- Jalali M, Shamsi M, Roozbahani N, Kabir K. The effect of health education based on theory of planned behavior on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women. J Jahrom Univ Med Sci. 2014;12(3):49-57. [Persian]
- 18- Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. Strides Dev Med Educ. 2007;4(1):1-9. [Persian]
- 19- Tavousi M, Haeri Mehrizi AA, Rafieifar S, Soleimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. Payesh. 2016;15(1):95-102. [Persian]
- 20- Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Couns. 1999;38(1):33-42.
- 21- Sahraei M, Panahi R, Kazemi SS, Goli Rostami Z, Rezaei H, Jorvand R. The study of health literacy of adults in Karaj. J Health Literacy. 2017;1(4):230-8. [Persian]
- 22- Damman OC, van der Beek AJ, Timmermans DR. Workers' knowledge and beliefs about cardiometabolic health risk. J Occup Environ Med. 2014;56(1):92-100.
- 23- Reisi M, Mostafavi F, Javadzadeh H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. Iran J Diabetes Metab. 2016;14(3):199-208. [Persian]
- 24- 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 Med. 2012;19(97):1-12. [Persian]
- 25- Seyam S. A survey on women's knowledge about menopause in Rasht. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2009;7(4):233-9. [Persian]
- 26- Izadirad H, Zareban I. The relationship of health literacy with health status, preventive behaviors and health services utilization in Baluchistan, Iran. J Educ Community Health. 2015;2(3):43-50. [Persian]
- 27- Saatchi M, Panahi MH, Ashraf Mozafari A, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V, et al. Health literacy and its