# بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه از سرطان‌های شایع در زنان مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشت خانواده

ژیلا مهدوی[1]، علی رمضانخانی[1*]، شهلا قنبری[1]، لیلا خداکریم[1]

۱. دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۶/۴
سال شانزدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۶ صص ۶۲۵-۶۱۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۱ شهریور ۹۶]

## چکیده

**مقدمه:** سواد سلامت می‌تواند عامل تاثیرگذار در افزایش رفتارهای بهداشتی، بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و افزایش کنترل افراد به سلامت فردی باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه شهید بهشتی شهر تهران سال ۱۳۹۵ بود.

**مواد و روش کار:** در مطالعه‌ای تحلیلی از نوع مقطعی سواد سلامت ۵۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده (نمونه‌های در دسترس) به مراکز خدمات جامع سلامت (شمیرانات، شمال و شرق) با استفاده از پرسش‌نامه سواد سلامت عملکردی بالغان بررسی شد. همبستگی بین سواد سلامت، و متغیرهای مستقل بررسی شد. از رگرسیون لجستیک دوگانه جهت بررسی بخت انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع استفاده گردید.

**یافته ها:** ۴۸/۶ درصد زنان مراجعه‌کننده سواد سلامت ناکافی، ۲۴/۴ درصد سواد سلامت مرزی و تنها ۲۷ درصد نمونه‌ها سواد سلامت کافی داشتند. سواد سلامت با تحصیلات (r=۰/۳۶۷)، سن (r=-۰/۱۹۵)، درآمد (r=۰/۳۰۲) و شغل (r=۰/۲۲۵) ارتباط معنی‌دار داشت (Pvalue=۰/۰۰۱). بین سواد سلامت با رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع ارتباط معنی‌دار به دست آمد. آزمون رگرسیون لجستیک دوگانه نشان داد سواد سلامت کافی بخت انجام خودآزمایی پستان و پاپ اسمیر را به ترتیب ۱/۸۳ و ۱/۷۹ برابر افزایش می دهد.

**بحث و نتیجه گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت ناکافی در بین زنان شرکت‌کننده مشکلی شایع است، بطوری که شانس انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع را کاهش داده است و ضروری است مداخلات لازم جهت ارتقای سطح سواد سلامت طراحی و به اجرا در آید.

**کلیدواژه:** سواد سلامت عملکردی، سرطان‌های شایع زنان، مراکز خدمات جامع سلامت

**کد اخلاق**: IR.SBMU.PHNS.REC.1394.32

* نویسنده پاسخگو: تهران، بزرگراه شهید چمران، خیابان یمن، بلوار دانشجو، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
تلفن: ۲۲۴۳۲۰۳۶
E-mail: aramezankhani@sbmu.ac.ir

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

## مقدمه

سرطان دومین عامل شایع مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته بعد از بیماری‌های قلبی‌عروقی و سومین عامل مرگ در کشورهای کمتر توسعه‌یافته است. سازمان سلامت جهان اعلام نموده است که ۷/۶ میلیون نفر (حدود ۱۳٪ از کل مرگ‌ها) مرگ ناشی از سرطان در سال ۲۰۰۸ ثبت شده و حدود ۷۰٪ از کل مرگ های سرطانی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق می‌افتد. همچنین برآورد شده که مرگ های ناشی از سرطان تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۱۳/۱ میلیون برسد [۱]. براساس گزارش این سازمان سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان است [۲]. پیش بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ بیست و شش درصد افزایش در میزان کنونی سرطان پستان و عمدتاً در کشورهای در حال توسعه ایجاد شود [۳]. بر اساس گزارشات سازمان جهانی بهداشت، ۲۵٪ مرگ‌ومیر زنان در دنیا به دلیل تومورهای بدخیم، و علت ۱۸ درصد این مرگ‌ها، سرطان دهانه رحم است [۴]. سرطان مهاجم سرویکس، نیز از شایع‌ترین سرطان‌های ژنیکولوژی و سومین بدخیمی در بین زنان در سراسر دنیا است. سالیانه حدود ۵۱۰ هزار مورد جدید از این سرطان گزارش می شود و ۲۸۰ هزار مرگ در سال، مربوط به این بدخیمی است [۵]. در ایران نیز سرطان دهانه رحم بعد از بیماری‌های قلبی و حوادث، سومین علت مرگ‌ومیر است و در زنان چهارمین علت سرطان از سرطان‌های شایع است. امروزه تشخیص به موقع و درمان این بیماری توانسته است بقاء را بیشتر نماید [۶]. اما به دلیل نداشتن برنامه غربالگری مناسب در کشور ما، اغلب مبتلایان به این سرطان قابل پیشگیری، عموماً در مراحل تهاجمی و حتی پیشرفته که قابل جراحی نیستند، تشخیص داده می‌شوند [۵]. کنترل سرطان در سطوح سه‌گانه پیشگیری اصولی‌ترین و مهم‌ترین جزء نظام مراقبت بهداشتی اولیه این اختلالات است. مراقبت‌های بهداشتی اولیه مجموعه ای از فعالیت‌هاست و یکی از مهم‌ترین اجزای آن آموزش سلامت است. آموزش سلامت در برگیرنده موقعیت‌ها و فرصت‌های برنامه‌ریزی‌شده یادگیری جهت اعتلای سواد سلامت به منظور ارتقای سلامت آحاد جامعه است و در کلیه سطوح سه‌گانه پیشگیری از سرطان پستان و دهانه رحم نقش با اهمیتی دارد [۷]. سواد سلامت عبارت است از ظرفیت کسب، پردازش، درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری مناسب در زمینه سلامت [۸]. مفهوم سواد سلامت برای اولین‌بار در ارتباط با آموزش سلامت مورد استفاده قرار گرفته است [۹]. در ایالات متحده آمریکا به‌خصوص این واژه توصیف و شرحی است بر ارتباط بین سواد بیمار و توانایی اش در تطابق با رژیم‌های دارویی تجویزشده. بر اساس این تعریف، سواد سلامت کافی و کاربردی به معنای قادر بودن بیمار در به‌کار بردن مهارت‌های سواد در موارد مرتبط با سلامت، مثل نسخه‌های دارویی، کارت‌های ویزیت، برچسب‌های دارویی و دستورات مربوط به مراقبت‌های خانگی است [۱۰]. لوئیز می‌نویسد: سواد سلامت شناخت و مهارت‌های اجتماعی هستند که توانایی‌های فردی را برای دسترسی به هدف، پردازش، فهمیدن اطلاعات اولیه بهداشتی و خدمات مورد نیاز در موقع تصمیم‌گیری مناسب بهداشتی برای فراهم نمودن سلامت کافی تعیین می‌کنند. بر این اساس شخص باید قادر باشد بخواند و موضوعات مرتبط با بهداشت مثل "نسخ دارویی، کارت‌های تعیین وقت ویزیت یا ملاقات با پزشک، برچسب‌های دارویی و دستورالعمل‌های خودمراقبتی درخانه" را درک نماید [۱۱].

مطالعات نشان داده است، بین سواد سلامت پایین و پیامدهای نامطلوب سلامت رابطه وجود دارد. برای مثال کم بودن دانش در زمینه شرایط و موقعیت‌های بهداشتی باعث کاهش استفاده از خدمات پیشگیری‌کننده [۱۲، ۱۰] و افزایش خطر عدم پذیرش درمان‌های پزشکی می‌شود [۱۳]. نتایج آخرین مطالعه ملی ارزیابی سواد در آمریکا نشان داد که ۳۶ درصد از بالغان دارای سواد سلامت محدود هستند. به عبارت دیگر این افراد تنها می توانند یک بخش از اطلاعات را، از یک متن کوتاه و ساده (کمتر از سواد سلامت پایه) شناسایی کنند. در متون طولانی تر فقط در صورت واضح بودن متن، می‌توانند اطلاعات را پیدا کنند (سواد سلامت پایه). بر اساس یافته های این مطالعه زنان با سواد پایین در مقایسه با زنان دارای سواد کافی، تحصیلات دبیرستانی و درآمد کمتری داشتند و متعلق به اقلیت‌های قومی/ نژادی بودند. در ایران نیز بر اساس مطالعه‌ای در ۵ استان کشور، ۲۸/۱ شرکت‌کنندگان دارای سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد دارای سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد دارای سواد سلامت ناکافی بودند. تحصیلات پایین، سن بالا و وضعیت اقتصادی ضعیف با سواد سلامت ناکافی ارتباط داشتند [۱۴].

نتایج مطالعات در کشورهای مختلف دنیا که ارتباط سواد سلامت را با سرطان‌های پستان و دهانه رحم بررسی کرده‌اند طیف وسیعی از سواد سلامت ناکافی را نشان داده‌اند [۱۶، ۱۵]. به عنوان مثال نتایج مطالعه فراتحلیل ۸۵ مطالعه مختلف در منطقه توسعه‌یافته آمریکای



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

شمالی نیز شیوع سواد سلامت ناکافی را ۲۵ درصد و شیوع سواد سلامت مرزی را ۲۰ درصد برآورد نموده است [۱۷]. سنتل و همکاران در بررسی سواد سلامت و رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان در زنان ۲۱ تا ۶۵ سال (غربالگری سرطان دهانه رحم) و ۵۰ تا ۷۴ سال (غربالگری سرطان پستان) سطح سواد سلامت را پایین (۳۰ درصد) گزارش کردند [۱۸]. کوکس و همکاران نیز میزان سواد سلامت را در زنان انگلیسی پایین ارزیابی کردند [۱۹]. از آنجا که سن با عوامل فیزیولوژیکی، تشخیصی، روانشناسی و ارتباط برقرار کردن با دیگران مرتبط است، افراد مسن نقطه ضعف متمایزی در توانایی‌هایشان برای مقابله موفقیت‌آمیز با سرطان دارند. اسپارکس توصیه می‌کند برای مدیریت موفقیت‌آمیز بیماری سرطان در افراد مسن بعد از تشخیص و یا برای مقابله با بیماری، زمانی که آن‌ها جهت دریافت کمک‌های مراقبتی به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌نمایند لازم است سطح بالایی از سواد سلامت را داشته باشند [۲۰]. مانتویل و شولز می نویسند: علاوه بر اینکه بیماران با سواد سلامت پایین مجبورند هزینه‌های بهداشتی و درمانی بیشتری پرداخت کنند لازم است ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی نیز سطوح سواد سلامت بیماران را موقع دادن رژیم‌های دارویی، اشتباه مصرف‌کردن داروها و پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به حساب آورند [۲۱]. از این‌رو، سواد سلامت محدود، نه به عنوان مشکل بیمار بلکه در مقام چالشی برای تأمین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی- درمانی و سیستم‌های سلامت مطرح است. اگر ارائه‌دهندگان خدمات در تلاش‌اند بر آثار نامطلوب سواد سلامت پایین غلبه نمایند، توانایی تشخیص بیماران دارای مشکل احتمالی در سواد اهمیت دارد. بنابراین اولین گام در اغلب موقعیت‌ها اندازه‌گیری سواد سلامت است. بدون اندازه‌گیری، دانستن اینکه چه‌وقت و چگونه سواد سلامت ممکن است مرتبط باشد، امکان‌پذیر نیست و به سادگی ممکن است مداخلاتی طراحی شوند که در توجه به عوامل مرتبط با شکست مواجه گردند [۸]. از آنجا که در مطالعات انجام شده در کشور ارتباط بین رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع و سواد سلامت انجام نشده و این دو مقوله (سواد سلامت و سرطان‌های شایع) به تنهایی مورد بررسی و سنجش قرار گرفته بود [۲۵- ۲۲]؛ همچنین با توجه به اهمیت سواد سلامت در استفاده از خدمات پیشگیری، مطالعه حاضر به منظور بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی شهر تهران، انجام شد.

## مواد و روش کار

این بررسی، یک مطالعه از نوع مقطعی تحلیلی بود که بر روی زنان مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشت خانواده مراکز خدمات جامع سلامت تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران در سال ۱۳۹۵ اجرا شد. از هر یک از ستادهای سه گانه شمال، شرق و شمیرانات، به ترتیب سه، پنج و دو مرکز خدمات جامع سلامت (در مجموع ده مرکز) به تصادف انتخاب گردید. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سواد خواندن و نوشتن، تابعیت ایرانی، داشتن سابقه حداقل یک بار ازدواج، داشتن پرونده بهداشتی در مرکز خدمات جامع سلامت، زنان با سن ۲۰ تا ۷۰ سال، نداشتن سابقه و یا ابتلا فعلی به بیماری‌های خوش خیم و سرطان‌های شایع و نداشتن سابقه در فامیل درجه یک و یا ابتلا فعلی به سرطان‌های شایع زنان.

$$\alpha = 0.05,\ \beta = 0.2,\ d = 3$$

$$\frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{d^2}$$

حجم نمونه بر اساس مطالعات پیشین [۸، ۲۶، ۲۷]، با بهره گیری از فرمول فوق و با تعداد ۴۵۰ نفر نمونه محاسبه شد و برای دقت بیشتر تعداد ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شدند.

نمونه‌گیری متناسب با بار مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شمیرانات، و مراکز بهداشت شمال و شرق انجام گردید. محقق با مراجعه به مراکز منتخب، پرسشنامه را در اختیار افراد مراجعه‌کننده (نمونه‌های دردسترس) قرار داد. برای جمع‌آوری داده‌ها از نسخه فارسی آزمون سواد سلامت عملکردی در بالغان ( Test of Functional health literacy in Adult:- TOFHLA) استفاده شد که توسط طهرانی و همکاران روایی و پایایی آن بررسی و تایید شده بود [۱۷]. پس از ارائه خدمات به مراجعان در واحدهای بهداشت خانواده پرسش‌نامه‌ها جهت پاسخ‌گویی تحویل آن‌ها شده و همزمان رضایت افراد برای شرکت در بررسی اخذ گردید. پرسش‌نامه‌ها بصورت خودگزارشی در اتاق رابطان یا اتاق آموزش مرکز تکمیل گردید تا شرکت‌کنندگان، برای این منظور تمرکز لازم را داشته باشند. فرم اطلاعاتی دو بخش داشت. بخش اول سوالات دربارهٔ



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان، دو گویه در مورد مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی و شرکت در کلاس‌های آموزشی در خصوص سرطان‌های شایع و بخش دوم گویه ها در خصوص رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه از سرطان‌های شایع شامل ۵ سوال در مورد سرطان پستان و ۳ سوال در مورد سرطان دهانه رحم بود. فرم اطلاعاتی از طریق مصاحبه تکمیل گردید. در مورد پرسش‌نامه رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه و فرم اطلاعاتی از روش سنجش اعتبار محتوا توسط ۱۵ نفر از اعضا محترم هیئت علمی دانشگاه استفاده شد. به منظور پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفاکرونباخ استفاده شد. مقدار ضریب همبستگی محاسبه شده ۰/۹۴ بود.

تحلیل‌های آماری این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۱ آمار توصیفی متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار، متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد استفاده شد. جهت بررسی همبستگی بین سواد سلامت و متغیرهای دموگرافیک از آزمون من ویتنی، کروسکال والیس، اسپیرمن و جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. از رگرسیون لجستیک دوگانه جهت بررسی بخت انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع استفاده گردید.

**یافته‌ها**

میانگین (انحراف معیار) سن واحدهای پژوهش در این مطالعه ۱۲/۹±۴۱/۲ با حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۷۰ سال بود و ۸۶ درصد شرکت‌کنندگان ۶۴-۲۵ سال داشتند. ۳۰/۶ درصد زنان شرکت‌کننده تحصیلات زیر دیپلم و ۶۱/۴ درصد دیپلم و تحصیلات دانشگاهی داشتند. نیمی از خانوارها درآمد ماهیانه بالای یک میلیون تومان داشتند. اکثریت واحدهای پژوهش (۸۵/۶ درصد) خانه‌دار و ۱۴/۴ درصد شاغل بودند. ۴۶/۲ درصد از شرکت‌کنندگان منزل مسکونی استیجاری داشتند. با اینکه بیش از نیمی از واحدهای پژوهش (۵۴ درصد) ماموگرافی پایه را انجام داده بودند، اکثریت آن‌ها (۹۸/۲ درصد) از فواصل توصیه شده انجام ماموگرافی بی‌اطلاع بودند. ۲۷/۸ درصد از واحدهای پژوهش جهت انجام پاپ اسمیر به مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه کرده بودند ولی بیش از ۹۰ درصد زنان از فواصل و شرایط انجام پاپ اسمیر، همچنین فواصل و نحوه انجام خودآزمایی پستان بی‌اطلاع بودند. "مراقبان بهداشتی" و "تلویزیون" مهم‌ترین منابعی بودند که به ترتیب ۲۹/۶ و ۲۲/۶ درصد واحدهای پژوهش به طور معمول اطلاعات در زمینه تشخیص و پیشگیری سرطان‌های شایع را از آن‌ها کسب کرده بودند. میانگین امتیاز سواد سلامت افراد مورد مطالعه ۵۶/۲ از ۱۰۰ بود. ۴۸/۶ درصد زنان مراجعه‌کننده به مراکز منتخب در شهر تهران سواد سلامت ناکافی، ۲۴/۴ درصد سواد سلامت مرزی و تنها ۲۷ درصد نمونه‌ها دارای سواد سلامت کافی داشتند؛ به عبارتی نزدیک به دو سوم از افراد تحت مطالعه دارای سواد سلامت محدود بودند (نمودار ۱). طبق یافته‌های این تحقیق (جدول شماره ۱) سطح سواد سلامت در مراکز مختلف با هم تفاوت معنی‌دار داشت ($p<۰/۰۱۳$). شبکه شمیرانات (۳۶/۷ درصد) و مرکز بهداشت شرق (۲۱/۸درصد) به ترتیب بیشترین و کمترین میزان سواد سلامت کافی را داشتند. زنان تحت مطالعه مراجعه‌کننده به مراکز تحت پوشش شبکه شمیرانات از سطح سواد سلامت بالاتری نسبت به مراجعان سایر مراکز برخوردار بودند. بیشترین میزان سواد سلامت محدود (۷۵/۲ درصد) متعلق به زنان مراجعه‌کننده به مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت شرق بود. براساس آزمون آماری کروسکال والیس ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت (Pvalue=۰/۰۰۵) به دست آمد. همچنین آزمون آماری من-ویتنی ارتباط معنی‌دار را بین سواد سلامت در زنان شاغل و خانه‌دار (Pvalue=۰/۰۰۱) نشان داد. براساس آزمون آماری کروسکال والیس و من- ویتنی، بین سطح سواد سلامت و متغیرهای اختصاصی (انجام خودآزمایی پستان، محل انجام پاپ اسمیر، آگاهی از شرایط انجام پاپ اسمیر، آگاهی از زمان انجام خودآزمایی پستان، انجام اولین ماموگرافی پایه در سن ۴۰ سالگی) به ترتیب (P=۰/۰۳۹)، (P=۰/۰۲۱)، (P=۰/۰۰۱)، (P=۰/۰۲۳)، (P=۰/۰۴۱). ارتباط معنی‌دار بدست آمد (جدول شماره ۲).

سواد سلامت واحدهای پژوهش با متغیرهای دموگرافیک (سن، تحصیلات، شغل زن، قومیت و درآمد ماهیانه) همبستگی معنی‌دار داشت. این همبستگی در رابطه با سن ($r = -۰/۱۹۵$ و $P = ۰/۰۰۱$) منفی و در سایر متغیرها مثبت بوده است (جدول ۳). از آزمون رگرسیون لجستیک دوگانه (جدول ۴)، برای بررسی شانس انجام یا عدم انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع با فاصله اطمینان (۹۵٪) و سطح معنی‌داری ($P<۰/۰۵$) استفاده شد. به منظور ارزیابی قدرت پیشگویی مدل از نظر میزان تطابق بین موارد مشاهده شده و مورد انتظار برای انجام یا عدم انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه از آزمون Hosmer and Lemeshow استفاده شد. بر اساس این آزمون انجام خودآزمایی پستان با سواد سلامت کافی، سن و تحصیلات بالاتر از دیپلم ارتباط معنی‌دار



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

داشت. همچنین انجام ماموگرافی پایه با تحصیلات بالاتر از دیپلم، سن و درآمد ماهیانه بالاتر از یک میلیون ارتباط معنی‌دار داشت. آزمون نشان داد انجام پاپ اسمیر با سواد سلامت کافی، سن و تحصیلات بالاتر از دیپلم و درآمد ماهیانه بالاتر از یک میلیون ارتباط معنی‌دار داشت.

براساس آزمون آماری کروسکال والیس و من- ویتنی، بین سطح سواد سلامت و متغیرهای اختصاصی (انجام خودآرمایی پستان، محل انجام پاپ اسمیر، آگاهی از شرایط انجام پاپ اسمیر، آگاهی از زمان انجام خودآزمایی پستان، انجام اولین ماموگرافی پایه در سن ۴۰ سالگی) به ترتیب (P=۰/۰۳۹)، (P=۰/۰۲۱)، (P=۰/۰۰۱)، (P=۰/۰۲۳)، (P=۰/۰۴۱). ارتباط معنی‌دار به دست آمد (جدول شماره ۲).

**جدول ۱: سطح بندی امتیاز سواد سلامت واحدهای مورد پژوهش به تفکیک مرکز بهداشت، شغل زن، وضعیت بیمه، وضعیت منزل مسکونی و شرکت در کلاس‌های آموزشی**

| | سواد سلامت | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ناکافی | | مرزی | | کافی | |
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| **نام مرکز بهداشت** | | | | | | |
| شرق | ۱۲۴ | ۴۶/۱ | ۸۰ | ۲۹/۱ | ۷۱ | ۲۵/۸ |
| شمال | ۹۹ | ۶۰ | ۲۴ | ۱۴/۵ | ۴۲ | ۲۵/۵ |
| شمیران | ۲۰ | ۳۳/۳ | ۱۸ | ۳۰ | ۲۲ | ۳۶/۷ |
| **شغل زن** | | | | | | |
| خانه دار | ۲۲۳ | ۵۲/۱ | ۱۰۹ | ۲۵/۵ | ۹۶ | ۲۲/۴ |
| شاغل | ۲۰ | ۲۷/۸ | ۱۳ | ۱۸/۱ | ۳۹ | ۵۴/۲ |
| **وضعیت بیمه** | | | | | | |
| بله | ۲۱۹ | ۴۶/۹ | ۱۱۹ | ۲۵/۵ | ۱۲۹ | ۲۷/۶ |
| خیر | ۲۴ | ۷۲/۷ | ۳ | ۹/۱ | ۶ | ۱۸/۲ |
| **وضعیت منزل مسکونی** | | | | | | |
| غیر استیجاری | ۱۲۴ | ۴۶/۱ | ۶۰ | ۲۲/۳ | ۸۵ | ۳۱/۶ |
| استیجاری | ۱۱۹ | ۵۱/۵ | ۶۲ | ۲۶/۹ | ۵۰ | ۲۱/۶ |
| **شرکت در کلاس‌های آموزشی** | | | | | | |
| بله | ۷۶ | ۴۳/۲ | ۵۰ | ۲۸/۴ | ۵۰ | ۲۸/۴ |
| خیر | ۱۶۷ | ۵۱/۵ | ۷۲ | ۲۲/۲ | ۸۵ | ۲۶/۳ |

**جدول۲ : سطح بندی امتیاز سواد سلامت واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای اختصاصی**

| | سواد سلامت | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ناکافی | | مرزی | | کافی | |
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| **وضعیت انجام خودآزمایی پستان** | | | | | | |
| بله | ۷۳ | ۴۳/۷ | ۳۷ | ۲۲/۲ | ۵۷ | ۳۴/۱ |
| خیر | ۱۷۰ | ۵۱/۱ | ۸۵ | ۲۵/۵ | ۷۸ | ۲۳/۴ |
| **آگاهی از زمان انجام خودآزمایی پستان** | | | | | | |
| می داند | ۲ | ۲۰ | ۲ | ۲۰ | ۶ | ۶۰ |
| نمی داند | ۲۴۱ | ۴۹/۲ | ۱۲۰ | ۲۴/۵ | ۱۲۹ | ۲۶/۳ |
| شاغل | ۲۰ | ۲۷/۸ | ۱۳ | ۱۸/۱ | ۳۹ | ۵۴/۲ |
| **انجام اولین ماموگرافی پایه در سن چهل سالگی** | | | | | | |
| بله | ۶۹ | ۵۰/۷ | ۳۳ | ۲۴/۳ | ۳۴ | ۲۵ |
| خیر | ۷۳ | ۶۲/۹ | ۲۴ | ۲۰/۷ | ۱۹ | ۱۶/۴ |
| **محل انجام پاپ اسمیر** | | | | | | |
| مراکز دولتی | ۵۹ | ۴۲/۴ | ۴۰ | ۲۸/۸ | ۴۰ | ۲۸/۸ |
| خصوصی | ۹۵ | ۴۵/۲ | ۴۹ | ۲۳/۳ | ۶۶ | ۳۱/۴ |
| **آگاهی از شرایط انجام پاپ اسمیر** | | | | | | |
| پاسخ کامل | ۰ | ۰ | ۱ | ۱۲/۵ | ۷ | ۸۷/۵ |
| پاسخ ناقص | ۱۱ | ۲۸/۹ | ۹ | ۲۳/۷ | ۱۸ | ۴۷/۴ |



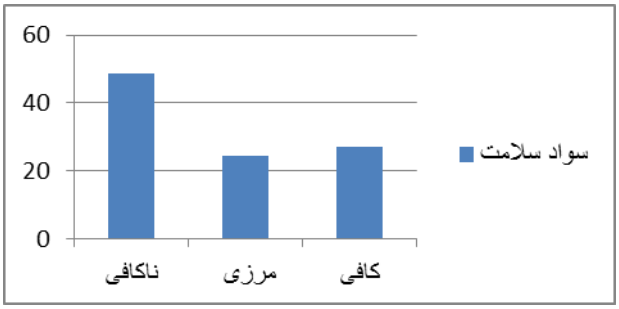
[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

**جدول ۳: همبستگی بین سواد سلامت و متغیرهای دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش**

| | R | Pvalue |
|---|---|---|
| سن | -۰/۱۹۵ | ۰/۰۰۱ |
| تحصیلات زن | ۰/۳۶۷ | ۰/۰۰۱ |
| شغل | ۰/۲۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| قومیت | ۰/۲۲۱ | ۰/۰۰۱ |
| درآمد ماهیانه | ۰/۳۰۲ | ۰/۰۰۱ |

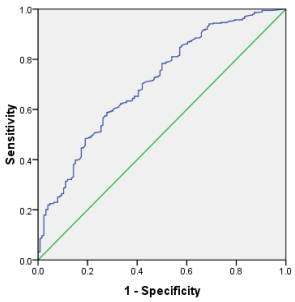
**جدول ۴: نسبت شانس و فاصله اطمینان (۹۵٪) برای انجام تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع بر اساس رگرسیون ورود لجستیک دوگانه**

| | نسبت شانس تعدیل شده (فاصله اطمینان) "خودآزمایی پستان" | P | نسبت شانس تعدیل شده (فاصله اطمینان) "ماموگرافی پایه" | P | نسبت شانس تعدیل شده (فاصله اطمینان) "پاپ اسمیر" | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| سواد سلامت ناکافی | ۱/۰۰(ref.) | ۰/۱۲ | ۱/۰۰(ref.) | ۰/۳۳۲ | ۱/۰۰(ref.) | ۰/۰۸ |
| سواد سلامت مرزی | ۱/۳۵۵(۰/۷۹۲-۲/۳۱۸) | ۰/۲۶۷ | ۱/۳۹۸(۰/۹۸-۲/۴۵۰) | ۰/۲۴۱ | ۱/۴۰۵(۰/۸۵۸-۲/۳) | ۰/۱۷۷ |
| سواد سلامت کافی | ۱/۸۳۲(۱/۰۱۳-۳/۳۱۵) | ۰/۰۴۵ | ۱/۴۷۹(۰/۸۲۳-۲/۶۵۸) | ۰/۱۹۰ | ۱/۷۹۵(۱/۰۵۲-۳/۰۶۳) | ۰/۰۳۲ |
| سن | ۱/۰۴۹(۱/۰۳۰-۱/۰۶۹) | ۰/۰۰۱ | ۱/۱۱۰(۱/۰۸۶-۱/۱۳۵) | ۰/۰۰۱ | ۱/۰۱۷(۱ - ۱/۰۳۳) | ۰/۰۴۵ |
| تحصیلات زیر دیپلم | ۱/۰۰(ref.) | | ۱/۰۰(ref.) | | ۱/۰۰(ref.) | |
| تحصیلات بالاتر از دیپلم | ۳/۰۰۷(۱/۸۳۴-۴/۹۳۲) | ۰/۰۰۱ | ۲/۱۵۴(۱/۲۴۹-۳/۷۱۵) | ۰/۰۰۶ | ۱/۵۹۳(۱/۰۱۷-۲/۴۹۵) | ۰/۰۴۲ |
| درآمد ماهیانه زیر یک میلیون | ۱/۰۰(ref.) | | ۱/۰۰(ref.) | | ۱/۰۰(ref.) | |
| درآمد ماهیانه بالای یک میلیون | ۱/۴۸۵(۰/۹۴۳-۲/۳۳۷) | ۰/۰۸۸ | ۱/۹۱۳(۱/۱۹۰-۳/۰۷۶) | ۰/۰۰۷ | ۱/۶۳۶(۱/۰۷۹-۲/۴۷۹) | ۰/۰۲ |
| شغل (خانه‌دار) | ۱/۰۰(ref.) | | ۱/۰۰(ref.) | | ۱/۰۰(ref.) | |
| شغل (شاغل) | ۱/۲۰۱(۰/۵۷۳-۲/۵۱۸) | ۰/۶۲۷ | ۱/۱۷۹(۰/۶۱۷-۲/۲۵۱) | ۰/۶۱۹ | ۰/۸۶۲(۰/۴۶۲-۱/۶۰۶) | ۰/۶۴۰ |

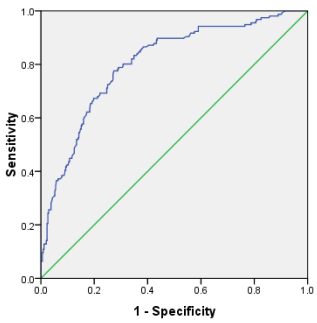



**نمودار ۱: توزیع سطح سواد سلامت افراد تحت مطالعه**

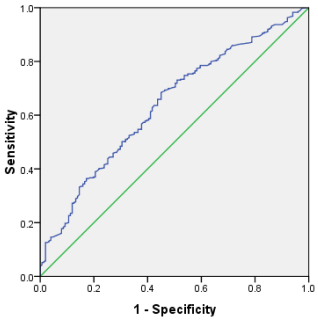
**نمودارشماره(۲)، منحنی ROC مربوط به رگرسیون لجستیک دوگانه(تعدیل شده) برای انجام خودآزمایی پستان**




**نمودارشماره(۳)، منحنی ROC مربوط به رگرسیون لجستیک دوگانه(تعدیل شده) برای انجام ماموگرافی پایه**




**نمودارشماره(۴)، منحنی ROC مربوط به رگرسیون لجستیک دوگانه(تعدیل شده) برای انجام پاپ اسمیر**




سطح زیر منحنی نمودار ROC با فاصله اطمینان ۹۵٪ برای خودآزمایی پستان (۰/۶۵۵-۰/۷۵۹)۰/۷۰۷بود (نمودار ۲).
سطح زیر منحنی نمودار ROC با فاصله اطمینان ۹۵٪ برای ماموگرافی پایه (۰/۷۶۴-۰/۸۴۶) ۰/۸۰۵ بود (نمودار ۳).
سطح زیر منحنی نمودار ROC با فاصله اطمینان ۹۵٪ برای پاپ اسمیر (۰/۵۸۶-۰/۶۹۰) ۰/۶۳۸ بود (نمودار ۴).



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

## بحث و نتیجه‌گیری

سواد سلامت عنصری مهم در توانایی یک زن برای درگیر شدن با فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری برای خود و خانواده‌اش محسوب می‌شود. بدون درک کافی از اطلاعات سلامت، برای یک زن غیر ممکن خواهد بود که تصمیم‌گیری‌هایی آگاهانه منجر به پیامدهای مطلوب سلامت برای خود و خانواده‌اش داشته باشد [۲۸]. این مطالعه اولین بررسی ارتباط سواد سلامت عملکردی و رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع در زنان بود. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سن واحدهای پژوهش در این مطالعه ۱۲/۹±۴۱/۲ سال و نمره سواد سلامت ۵۶/۲ از ۱۰۰ بود. ۴۸/۶ درصد زنان مراجعه‌کننده سواد سلامت ناکافی، ۲۴/۴ درصد سواد سلامت مرزی و تنها ۲۷ درصد نمونه‌ها دارای سواد سلامت کافی بودند. به عبارتی نزدیک به دو سوم از افراد تحت مطالعه دارای سواد سلامت ناکافی یا مرزی بودند. نتایج مطالعه پیمایشی انجام‌شده در سال ۱۳۸۶ در ۵ استان کشور میزان سواد سلامت کافی را در زنان تحت مطالعه ۲۸/۱ و سوادسلامت محدود را ۷۲/۹ گزارش کرده بود [۸]. با اینکه مطالعه حاضر بر روی مراجعان به مراکز خدمات جامع سلامت انجام شده و می‌دانیم دادن آموزش و مشاوره با زنان جزء شرح وظایف مراقبین سلامت است، ولی سطح سواد سلامت محدود در مطالعه حاضر و در اکثر مطالعات موجود پایین بوده [۲۹، ۲۸] و می‌توان گفت سواد سلامت محدود مشکلی شایع در میان زنان بوده است. سال‌های تحصیل با سواد سلامت بیشترین همبستگی معنی‌دار را نشان داد. این ارتباط در بسیاری از مطالعات انجام‌شده مشاهده شده است [۳۰، ۲۹]. در آخرین پژوهش مروری نظام‌مند ارزیابی سواد سلامت انجام شده که توسط آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی در سال ۲۰۱۱ گزارش شده که پایین بودن سواد سلامت ناکافی مشکل بزرگی در ایالات متحده بوده و این مسئله به ویژه در افرادی که تحصیلات کمتر از دیپلم دارند بارزتر است در این گزارش آمده است که سال‌های تحصیل نقش یک پیش‌بینی‌کننده قوی را برای سواد سلامت بازی می‌کند [۳۰]. بر اساس یافته‌های این مطالعه سواد سلامت همبستگی مثبتی با سطح تحصیلات داشت. این یافته با سایر مطالعات همخوانی داشت. به طور مثال ساندرز و همکاران در یک مطالعه مروری عنوان کردند که تحصیلات ۶۶ درصد نمونه‌ها با سواد سلامت محدود در حد دیپلم یا بالاتر بوده است [۲۶]. سالز و همکاران نیز گزارش کردند ۶۶/۱ درصد افراد با تحصیلات بالای ۸ سال سواد سلامت ناکافی داشتند. بر اساس گزارش پژوهش و کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی، با وجودی که سطح سواد سلامت یک فرد با وضعیت تحصیلی او مرتبط می‌باشد ولی این همبستگی بین سال‌های تحصیل و سواد یک همبستگی کامل نیست. امتیازی که افراد در مهارت خواندن کسب کرده‌اند اغلب در حد چند کلاس پایین‌تر از آخرین سال تحصیلی است که آن را به اتمام رسانده‌اند [۳۰]. بنابراین سال‌های تحصیل به تنهایی شاخص کاملاً معتبری برای مهارت‌های درک خواندن نبوده [۲] و ارزیابی سواد سلامت بر اساس آخرین مدرک تحصیلی به نظر اعتبار کافی ندارد [۱۹]. اشمیت و همکاران می‌نویسند: سنجش سطح سواد عملکردی می‌تواند برآورد بهتری از مهارت‌های خواندن استفاده‌کنندگان از خدمات بهداشتی فراهم آورد [۲]. همبستگی بین سن و سواد سلامت افراد تحت مطالعه منفی ($r = -۰/۱۹۵$) و با سطح معنی‌دار ($P<۰/۰۰۱$) به دست آمد. یافته‌های مطالعه نشان داد به ویژه با افزایش سن زنان (۴۰ سال و بالاتر) تحت مطالعه، سواد سلامت ناکافی در آنان افزایش یافته است. در اکثر مطالعات ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت و سن مشاهده شده‌است [۳۲، ۳۱] به طوری که افراد جوان‌تر در فهمیدن و درک اطلاعات پزشکی و بهداشتی نسبت به مسن‌ترها با مشکلات کمتری مواجه بوده اند. مطالعات نشان داده‌اند سواد سلامت ناکافی بعد از سن ۶۰ سالگی به شدت افزایش می‌یابد [۳۲] با افزایش سن کاستی‌هایی در سواد افراد در نتیجه کاهش عملکرد شناختی، فاصله گرفتن از سال‌های تحصیل رسمی و کاهش توانایی‌های حسی به وجود می‌آید [۲]. امروزه بیشتر آموزش‌ها و اطلاعات در سیستم بهداشتی به صورت نوشتاری و در سطحی بالاتر از آنچه برای افراد قابل فهم باشد منتشر می‌گردد. بنابراین یادگیری و درک اطلاعات جدید سلامتی نیازمند مهارت زیادی در خواندن، محاسبات و مهارت تصمیم‌گیری است. در حالی که اکثر مطالعات ثابت کرده‌اند که اغلب افراد ۱۸ تا ۶۰ سال در این سه زمینه، مهارت مناسب را نداشته و قوی عمل نمی‌کنند [۳۳]. به طور کلی سواد سلامت نیز مانند سایر حیطه‌های سواد (نوشتاری، محاسباتی و حل مشکل)، از گروه سنی ۲۹-۲۰ تا ۳۹-۳۵ سال افزایش و بعد از ۴۰ سالگی عموماً کاهش می‌یابد. افزایش سن باعث تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی می شود و وابستگی به خدمات و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی را با توجه به بروز بیماری‌ها بخصوص سرطان‌های شایع افزایش می‌دهد. در چنین شرایطی توانایی مراقبت مؤثر از خود، تعامل و ارتباط با



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

مراکز خدمات جامع سلامت نیاز به سطح قابل قبولی از سواد سلامت دارد [۱۴]. نتایج پژوهش نشان داد که بین سواد سلامت و درآمد همبستگی قوی وجود دارد به صورتی که با افزایش درآمد ماهیانه خانوار، سواد سلامت ناکافی در افراد تحت بررسی کاهش و سواد سلامت کافی افزایش می‌یافت. ضاربان می‌نویسد: احتمال دارد که پایین‌تر بودن سواد سلامت در زنان با سطح درآمد کمتر، به طور عمده مربوط به پایین‌تر بودن سطح تحصیلات در این گروه‌ها نیز بوده باشد (۲۸). مطالعات متعدد نشان داد سواد سلامت ناکافی در افراد با قشر کم درآمد شایع‌تر بوده است [۳۴]. فرگوسن می‌نویسد: مطالعات زیادی نشان داده است که بین سواد کم و درآمد ناکافی در آمریکا ارتباط وجود دارد. منطقی است افرادی که تحصیلات کافی ندارند نتوانند مشاغل با درآمد خوب داشته باشند. تخمین زده می‌شود که هر ۱ سال تحصیل بیشتر باعث افزایشی معادل ۲۰-۱۰ درصد در حقوق زنان گردد که این امر نشان‌دهنده ارتباط قوی بین دو متغیر تحصیلات و درآمد است. ارتباط نزدیک بین مهارت‌های سوادیو وضعیت اقتصادی به سلامت و محیط افراد نیز گسترش می‌یابد. افراد با تحصیلات بالاتر دارای درآمد بیشتری هستند، بنابراین می‌توانند در خانه‌های بهتر و در مناطق بهتر جغرافیایی زندگی کنند و در نتیجه دسترسی بهتری به تسهیلات بهداشتی درمانی داشته باشند. بدون این عوامل دفاعی زنان کم‌سواد کم‌درآمد طیف وسیعی از موقعیت‌های نامطلوب سلامت را تجربه می‌کنند [۳۵]. نتایج یک مطالعه بین‌المللی در ارتباط با سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه حکایت از این واقعیت دارد که از میان چهارصد هزار مرگ ناشی از سرطان پستان، حدود ۵۵ درصد از آن در کشورهای با درآمد پایین رخ می‌دهد [۳]. مطالعه عباس‌زاده و همکاران نیز نشان داد زنان با درآمد پایین با موانع بیشتری در سر راه انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه مواجه‌اند. بنابراین افراد کمتر تحت ویزیت‌های منظم پزشکی و در نتیجه تحت توصیه‌های پزشکی در جهت انجام اقدامات تشخیصی و پیشگیرانه قرار می‌گیرند ولی تهیه مقالات، مجلات و کتاب‌ها در مورد سرطان‌ها و شرکت در فعالیت‌های ارتقای سلامت در افراد با درآمد بالاتر بیشتر صورت می‌گیرد [۳۶]. در بررسی حاضر درصد سواد سلامت کافی در شاغلان (۵۴/۲ درصد) بیش از دو برابر زنان خانه‌دار بود. در اکثر مطالعات ارتباط بین سطح سواد سلامت و شغل زنان معنی‌دار بوده است [۳۷]. مطالعه ملی سواد سلامت در آمریکا نشان داد افرادی که از نظر عملکردی بی‌سواد هستند، به احتمال زیاد از افراد فقیر، بیکار و یا شاغل درشغل‌های فصلی و یا با نوسانات عمومی اقتصادی هستند. می‌توان گفت سن، تحصیلات و درآمد به نحوی بر یکدیگر اثر گذار هستند [۸]. سطح سواد سلامت در مراکز مختلف با هم تفاوت معنی‌دار داشت به طوری که شبکه بهداشت و درمان شمیرانات و مرکز بهداشت شرق به ترتیب بیشترین و کمترین میزان سواد سلامت کافی را داشتند. تفاوت به دست‌آمده می‌تواند بدین علت باشد که در منطقه شمیرانات اکثریت افراد مورد مطالعه (۸۳/۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و دانشگاهی بودند در حالی که در منطقه شرق تقریباً یک دوم (۴۹/۶ درصد) نمونه‌ها تحصیلات زیر دیپلم داشتند. درمطالعه قنبری و همکاران که از نظر ابزار مشابه مطالعه حاضر بوده است کمترین میزان سواد سلامت کافی در شبکه شمیرانات و بالاترین میزان سواد سلامت کافی در مرکز بهداشت غرب به دست آمد [۸]. احتمالاً این اختلاف به علت تفاوت در واحدهای پژوهش بخصوص سن نمونه‌ها و محیط مورد بررسی بوده است. مطالعات دیگر نیز اختلافی معنی‌دار را میان سطح سواد سلامت مراجعان مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد بررسی در شهر و روستا و نیز بین مراجعان مراکز بهداشتی درمانی شهری و واحدهای اورژانس گزارش کرده‌اند [۸]. نتایج مطالعه نشان داد که مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی برای پاسخ‌گویان به ترتیب مراقبان سلامت (۴۴ درصد) و پس از آن تلویزیون، بوده است. در مطالعه قنبری و همکاران تلویزیون اولین منبع کسب اطلاعات سلامت بود [۸]. بیماران کم‌سواد اغلب به دنبال کسب اطلاعات از منابعی غیر از مواد چاپی مانند تلویزیون، رادیو، دوستان و خانواده هستند [۲۸]. در مطالعه داوونی و زان ۲۵/۴ درصد شرکت‌کنندگان در بررسی، به طور معمول اطلاعات بهداشتی مورد نیاز خود را از مراکز بهداشتی درمانی کسب‌کرده‌اند [۳۸]. نتایج مطالعات نقش مهم مراقبان بهداشتی، پزشکان، تلویزیون و رادیو را در تأمین اطلاعات سلامت جمعیت نشان داده است [۲۸]. بر اساس نتایج این مطالعه ارتباط آماری معنی‌دار بین سواد سلامت و خودآزمایی پستان مشاهده شد ($P<0/002$). ۳۴/۱ درصد از شرکت‌کنندگان که خودآزمایی پستان انحام داده‌بودند سواد سلامت کافی داشتند در حالی‌که در زنانی که اصلاً خودآزمایی را انجام نداده بودند میزان سواد سلامت کافی ۱۷/۵ درصد بود. اکثریت نمونه‌ها از زمان انجام خودآزمایی پستان (چه روزهایی از ماه)، شرایط و روش خودآزمایی پستان آگاهی نداشتند. در مطالعه Carelli و همکاران ۳۰/۴ درصد از شرکت‌کنندگان خودآزمایی پستان را به طور ماهیانه انجام



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

می‌دادند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت [۳۹]. در مطالعه سنتل و همکاران نیز ارتباط بین سواد سلامت و رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه پستان معنی‌دار بوده و ۲۹ درصد شرکت‌کنندگان رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه را انجام داده بودند. آنها نتیجه گرفتند زنانی که از سواد سلامت کمتری برخوردار بودند انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه آنان نیز کمتر بوده است [۱۸]. می‌توان گفت چنانچه افراد دارای سواد سلامت بالاتر باشند در تصمیم‌گیری‌های درمانی مشارکت بیشتری داشته و به وضعیت سلامت خود توجه بیشتری خواهند داشت. بنابراین به نظر می‌رسد که بایستی برنامه‌های مدون و منظم آموزشی از طرف مراکز خدمات جامع سلامت و همچنین رسانه‌ها جهت پر رنگ کردن اهمیت رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع در زنان صورت گیرد [۲۵]. بین سواد سلامت و انجام ماموگرافی پایه نیز که یکی دیگر از اهداف مورد مطالعه بوده، و با در نظر گرفتن نمونه‌های ۴۰ سال و بالاتر ارزیابی شد، ارتباط معنی‌دار بدست آمد ($P<۰/۰۴۱$). نتایج مطالعه نشان داد زنان با سواد سلامت بالاتر سابقه انجام ماموگرافی را بیشتر ذکر کرده بودند. اولداج و همکاران در یک مطالعه مروری میزان رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان پستان و ماموگرافی را در افراد دارای سواد سلامت ناکافی با دامنه ۴۴ تا ۶۹ درصد، از ۲۴ تا ۵۸ درصد نشان دادند. در مطالعه آن‌ها ارتباط بین سواد سلامت ناکافی و پایین بودن میزان رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان معنی‌دار بود [۱۶]. کوکس و همکاران نیز گزارش کردند پایین بودن سواد سلامت عملکردی و سواد سلامت ناکافی در بیماران، بدین علت بوده است که آنان قادر به فهمیدن و عمل کردن به اطلاعات نبودند [۱۹]. نتایج این پژوهش ارتباط آماری معنی‌داری را بین سواد سلامت و انجام پاپ‌اسمیر ($P<۰/۰۰۳$)، آگاهی از زمان انجام آن ($P<۰/۰۰۲$) و آمادگی قبل از انجام آزمایش پاپ‌اسمیر ($P<۰/۰۴۱$) نشان داد. ۶۹/۸ درصد شرکت‌کنندگان پاپ‌اسمیر انجام داده بودند. ۸۹ درصد زنانی‌که سابقه انجام پاپ‌اسمیر (۳۰/۲ درصد) را در چند سال اخیر ذکر نکرده بودند سواد سلامت ناکافی داشتند در مطالعه مروری اولداج و همکاران میزان رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان دهانه رحم با دامنه‌ای از ۶۹ الی ۹۲ درصد و سواد سلامت ناکافی ۲۴ الی ۳۶ درصد بود [۱۶]. سنتل و همکاران سطح سواد سلامت واحدهای پژوهش را بسیار پایین ارزیابی کردند. تنها ۱۷ درصد نمونه‌ها رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه را انجام داده بودند [۱۸].

لیندو و همکاران نشان دادند سواد سلامت تنها عوامل وابسته در ارتباط با دانش پیشگیری سرطان دهانه رحم است به‌طوری که سواد سلامت پایین یک پیشگویی‌کننده خوب در دانش رفتار پیشگیری سرطان دهانه رحم نسبت به تحصیلات می‌باشد. همچنین سواد سلامت ناکافی توسط پزشکان و کادر بهداشتی قابل تشخیص بوده بنابراین ارتقا سطح آگاهی ایشان و مداخلات جهت بهبود وضعیت سواد سلامت بیماران می‌تواند باعث پیشرفت در زمینه رفتارهای پیشگیرانه شود [۳۲]. ماسی و همکاران گزارش کردند بیماران دارای سواد سلامت ناکافی به میزان کمتری در رفتارهای پیشگیرانه شرکت کرده، میزان پیروی از دستورات دارویی در آنها کمتر است. بنابراین پیامدهای بهداشتی ضعیف‌تری نیز دارند [۴۰]. می‌توان گفت سواد سلامت با بالابردن فهم، درک و ارزیابی مزایای رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه در زنان می‌تواند یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار در انجام این رفتارها باشد [۳۶]. بر اساس مطالعات انجام شده، پیشگیری از سرطان و تشخیص زودرس آن از جمله عوامل حیاتی در کنترل بیماری و افزایش بقای عمر است. بنابراین با پیشگیری و استفاده از تشخیصی و پیشگیرانه ، میزان ابتلا و مرگ‌ومیر کاهش خواهد یافت. در ارتباط با سرطان پستان نیز پیشگیری ثانویه از اهمیت بسیاری برخوردار بوده و منجر به تشخیص بیماری در مراحل اولیه و جلوگیری از پیشرفت بیماری می‌شود. شرکت در آزمایش‌های تشخیصی و پیشگیرانه جزء این طبقه از پیشگیری قرار دارد [۴۱].

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌دار بین شرکت در کلاس‌های آموزشی و سطح سواد سلامت زنان تحت پژوهش مشاهده شد به صورتی که میزان سواد سلامت کافی در زنانی که در کلاس‌های آموزشی شرکت کرده بودند بیشتر از زنانی بود که در این آموزش‌ها شرکت نداشتند. مایفیلد نشان داد علاوه بر تأثیر شرکت در کلاس‌های آموزشی در بالا بردن اطلاعات افراد و انجام رفتارهای بهداشتی، آن‌هایی که در کلاس‌ها شرکت کرده و تحصیلات بیشتری داشتند اطلاعات بیشتری از محتوای کلاس‌ها کسب کرده بودند [۳۱]. بنابراین باید با آموزش‌های فراگیر در جامعه زنان، بر شیوع و خطر ایجاد سرطان تأکید کرده تا زنان لزوم انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه ها را درک نمایند [۲۳]. به رغم شواهد بسیار در زمینه اهمیت و نتایج سواد سلامت، بسیاری از کارکنان بهداشتی و درمانی یا از اهمیت موضوع آگاهی نداشته یا مهارت و وقت کافی در برخورد با بیماران با رویکرد سواد سلامت را



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

ندارند. در حال حاضر هیچ استاندارد کیفی برای طراحی و ساخت مطالب آموزشی یا آموزش کارکنان بهداشت و درمان در زمینه سواد سلامت وجود ندارد. هرچند ساده کردن اطلاعات بهداشتی لازم است اما برای بهبود درک افراد و رفتار متعاقب آن کافی نیست و دیگر شرایط ارتباطی نیز مورد نیاز است، از جمله بخش هایی مانند ارتباطات و آموزش و ارتقا سلامت دانشگاه‌ها می‌توانند بهترین روش‌های آموزشی به بیماران دارای سواد سلامتی ناکافی را شناسایی کنند و استانداردهای کیفی برای مواد نوشتاری را منتشر نمایند [۲۸]. همچنین اجرای برنامه‌های آموزشی در زمینه ارزیابی سواد سلامت بیماران و خانواده های آن ها برای کارکنان بخش بهداشت و درمان ضروری است [۴۲]. آزمون رگرسیون لجستیک دوگانه نشان داد سواد سلامت و تحصیلات از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های انجام خودآزمایی پستان و پاپ اسمیر در شرکت‌کنندگان بودند. سواد سلامت کافی بخت انجام خودآزمایی پستان و پاپ اسمیر را به ترتیب ۱/۸۳ و ۱/۷۹ برابر افزایش داد. بخت انجام خودآزمایی پستان و پاپ اسمیر در حضور تحصیلات بالاتر از دیپلم به ترتیب به میزان ۳ و ۱/۵۹ برابر افزایش یافت. در حضور سایر پیش بینی‌کننده‌ها سواد سلامت کافی پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار برای انجام ماموگرافی پایه نبود. در حالی که تحصیلات بالاتر از دیپلم و درآمد ماهیانه بالاتر از یک میلیون تومان شانس انجام ماموگرافی پایه را به ترتیب به میزان ۲/۱۵ و ۱/۹ برابر افزایش دادند. کم بودن تعداد نمونه‌ها در گروه واجد شرایط برای انجام ماموگرافی پایه شاید از دلایل این یافته باشد. شانس انجام ماموگرافی پایه و پاپ اسمیر در حضور درآمد ماهیانه بالاتر از یک میلیون تومان به ترتیب به میزان ۱/۹ و ۱/۶ برابر افزایش یافت. نتایج مطالعه سنتل و همکاران نیز مشابه بوده است. بررسی آن‌ها بر اساس آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد سواد سلامت پایین بخت انجام پاپ اسمیر را کاهش داده است [۱۸]. در مطالعه اولداج و کاتز نیز که یک مطالعه مروری بوده است نتایج مطالعات گزارش‌شده با نتایج مطالعه حاضر مشابه بوده است [۱۶]. نتایج پژوهش نشان داد تحصیلات بالاتر از دیپلم با بخت بالاتر و سن با احتمال کمتر از تحصیلات در هر سه آزمون بخت انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع را افزایش داده بطوری‌که نسبت بخت انجام خودآزمایی پستان، انجام ماموگرافی در زنان بالای ۴۰ سال و انجام پاپ اسمیر به ترتیب به ازای هر یک واحد افزایش سن به میزان ۱/۰۴، ۱/۱۱ و ۱/۰۲ برابر افزایش یافت.

در مطالعه سنتل و همکاران افزایش سن و تأهل پیشگویی‌کننده برای انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان دهانه رحم بودند [۱۸]. در اغلب مطالعات، مشابه پژوهش حاضر، تحصیلات و سن قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سواد سلامت گزارش شده‌اند [۱۶،۸، ۱۸]. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سواد سلامت، سن، تحصیلات و درآمد می‌توانند عوامل پیش‌گویی‌کننده در انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع باشند.

سواد سلامت یک مسئله جهانی است و بر طبق بیانیه سازمان سلامت جهان نقشی محوری در تعیین نابرابری‌های سلامت، چه در کشورهای غنی و چه در کشورهای ضعیف، دارد [۸]. این مطالعه اولین بررسی ارتباط سواد سلامت و رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع در زنان بود. مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت محدود مشکلی شایع در زنان بوده است. همچنین همبستگی معنی‌دار بین سواد سلامت و رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع به دست آمد. بر اساس آزمون رگرسیون لجستیک دوگانه سواد سلامت و تحصیلات از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع در شرکت‌کنندگان در مطالعه بودند. از آنجا که سواد سلامت محدود می‌تواند مانع درک صحیح پیام‌ها، توصیه‌های بهداشتی و عدم انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع شود، ضروری است بر این نکته توجه داشت که برای بهبود رفتار و افزایش استفاده از یک اقدام بهداشتی نباید فقط به آموزش تکیه کرد بلکه بهتر است به موانع موجود و برطرف نمودن آن نیز توجه داشت که می‌تواند هشداری برای مسؤولین، سیاست‌گذاران بخش سلامت و متولیان امر سلامت محسوب گردد.

پیشنهادات پژوهشی: ۱. ارتباط بین انجام رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه سرطان‌های شایع و پایین بودن سواد سلامت در زنان، بیانگر لزوم اجرای مطالعات بیشتر همچنین مطالعه ملی سواد سلامت جهت بررسی این ارتباط و استفاده از نتایج آن برای برنامه‌ریزی‌های بلند مدت در زمینه ارتقای سطح سواد سلامت آحاد جامعه با توجه به پایین بودن سواد سلامت کافی در زنان در ارتباط با رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه از سرطان‌های شایع است. ۲. بررسی بار اقتصادی سواد سلامت محدود بخصوص در پیامدهای ناشی از سرطان‌های شایع زنان بر نظام بهداشت و درمان کشور.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

## سهم نویسندگان

ژیلا مهدوی: مجری طرح و نویسنده مقاله
علی رمضانخانی: مجری طرح و استاد راهنمای تدوین مقاله
شهلا قنبری: استاد مشاور طرح و تدوین مقاله
لیلا خداکریم: استاد مشاور آمار در طرح و مقاله

## تشکر و قدردانی

مقاله حاضر، حاصل پژوهشی بوده که در قالب پایان‌نامه دانشجویی (MPH) و طرح پژوهشی مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت گرفت. بدین وسیله از معاونت امور بهداشتی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین از کلیه کسانی که مرا در انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌نمایم.

## منابع

1.Ramezani R. Etemad K, Goya MM, Modirian M, et al. National report of cancer registries 2009. Non-communicable Diesases Center, Cancer Departmebt.
**2.**Schmidt A, Ernstmann N, Wesselmann S, Pfaff H, Wirtz M, Kowalski C. After initial treatment for primary breast cancer: information needs, health literacy, and the role of health care workers. Supportive Care Cancer 2016; 24: 563-571
**3.**Rohparvarzadeh N, Ghadery M, Parsa A, Allahyary AR. Prevalence of risk factors for breast cancer in women (20 to 69 Years old) in Isfahan 2012-2013. Iranian Journal of Breast Disease 2014; 7:52-61 [Persian]
**4.**Mirblouk F, Asgharnia M, Kazemnejad Laili E, Mirblouk F, Tajvar M, Dalil Heirati S. F. Medical Students' Knowledge, Attitude and Practice about Cervical Cancer Screening Method. Iran Journal of Surgery 2015; 23: 45-54 [Persian]
**5.**Homaee Shandiz F, Hoseinee S, Yosefi Z, Sharifi H. Pap Smear third month after radiotherapy; prognostic factors in response to treatment in cervix cancer. Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility 2014; 17: 1-8 [Persian]
**6.**Hasanzadeh M, Karami Dehkordi A, Mozaffar Tizabi N, Amirian M. Study of sexual dysfunction in womwn with history of cervix cancer and pelvic radiation therapy in hospitals Ghaem and Omid of Mashhad. Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility 2015; 17: 9-18 [Persian]
**7.**Entezarmahdi R, Ramezani R, Shamshiri AR, Etemad K. National program of breast cancer control, operational plans and procedures breast cancer screening with clinical examination and mammography 2011; 1-81 [Persian]
**8.**Ghanbari Sh, Majlesi F, Gaffri M, Mahmodi Majdabadi M. Study on Health litracy of maternal Health Centers of Shahid Beheshti Medical Sciences University. Journal of Medical Science 2011; 19: 1-12 [Persian]
**9.**Kanj, M. and W. Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap 2009; 26-30
**10.**Tavousi M, Ebadi M, Azin A, Shakerinejad G, Hashemi A, Fattahi E, et al. Definitions of health literacy: a review of the literature. Journal of Payesh 2013; 13:119-124 [Persian]
**11.**Lewis KO, Morgan JE, Wang LL, Calderon K, Rammel J, Ozer M. Health literacy practices of physicians and patient care personnel in a hospital setting. Journal of Contemporary Medical Education 2014; 2:205
**12.**Han, HR, Huh B, Kim MT, Kim J & Nguyen T. Development and validation of the assessment of health literacy in breast and cervical cancer screening. Journal of health communication 2014; 19: 267-284
**13.**Hart T, Blacker S, Panjwani A, Torbit L, Evans M. Development of multimedia informational tools for breast cancer patients with low levels of health literacy. Journal of Patient Education and Counseling 2015; 98: 370-377
**14.**Ghanbari Sh, Maternal Health Lliteracy and the Affecting Factors in Urban Health Centers of Shahid Beheshti Medical University [dessrtation]. Tehran University of Medical Sciences School of Public Health 2011; 1-107
**15.**Sales NB, Carvalho Sampaio HA, Sabry MOD, Passamai MPB, Ferreira Carioca AA, Rocha DC, et al. Health Literacy of Patients from a Screening Service for Breast Cancer of Brazilian Public Health System. International journal of Nursing Didactics 2015; 5: 16-20
**16.**Oldach BR and Katz ML. Health literacy and cancer screening: a systematic review. Journal of Patient Education and Counseling 2014; 94: 149-157
**17.**Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Hagh-doost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Bara-daran H, et al. [Health Literacy and the Affecting Factors: A Study in Five Provinces of Iran]. Strides in Development of Medical Educa-tion Journal 2007; 4: 1-9 [Persian]
**18.**Sentell, TL, Tsoh JY, Davis T, Davis James, Braun KL. Low health literacy and cancer screening among Chinese Americans in California: a cross-sectional analysis. British Medical Journal 2015; 5: 1-10
**19.**Cox N, Bowmer C, Ring A. Health Literacy and the Provision of Information to Women with Breast Cancer. Clinical Oncology Journal 2011; 23: 223-227



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

**2.**Sparks L, Nussbaum JF. Health literacy and cancer communication with older adults. Journal of Patient education and counseling 2008; 71: 345-50
**21.**Mantwill S, Schulz PJ. Low health literacy associated with higher medication costs in patients with type 2 diabetes mellitus: Evidence from matched survey and health insurance data. Journal of Patient education and counseling 2015; 98: 1625-30
**22.**Khosravi A, Ahmadzadeh K. Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. Iran South Medical Journal 2016; 18:1245-1253 [Persian]
**23.**Mohaghegh F, Ahmadloo M. A Study of Prevalence of Cervical Cancer among Married Women in Arak. Journal of Arak university of Medical Sciences 2015; 18: 65-70 [Persian]
**24.**Hassanzadeh R, Rahimi R, Ranjbar M, Health Beliefs in Screening for Breast Cancer among Women Referring to Bonab Health Centers in 2014. Journal Rafsanjan University Medical Sciences. Autumn 2015; 14: 575-86 [Persian]
**25.**Akbari H, Arani serious Sadat-e-T, Gilasi HR, Moazami Goudarzi A, Cherry Qarly Poor Z, Aligholi Poor A, Abdar A. Study of motivational factors and causes of nonparticipation to breast and cervical cancer screening tests among women attending health centers in Kashan city. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences 2014; 22: 137-48
**26.**Ramezani Y, Mousavi Sayed GhA, Golfam L, Mahdavi Rad Z, Mehdi bed turquoiseEvaluation of awareness of risk factors for breast cancer among female students of Kashan University of Medical Sciences. Journal of Breast Disease 2016; 9: 37-44 [Persian]
**27.**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. Journal Hospital. Administration Iran hospitals associations Official Organization 2012; 11: 45-52 [Persian]
**28.**Zareban I, Izdirad H, Araban M. Psychometric evaluation of health literacy for adults (HELIA) in urban area of Balochistan. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. October 2016; 15: 669-676 [Persian]
**29.**Tavousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. January 2016; 15: 95-102 [Persian]
**30.**Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et.al Viswanathan M. Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Evidence Report/Technology Assesment No. 199. (Prepared by RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under contract No. 290-2007-10056-I. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality 2011
**31.**Mayfield, J. Development and validation of the cancer literacy measure for African Americans, University of Illinois at Urbana-Champaign 2013
**32.**Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. American journal of obstetrics and gynecology 2002; 186: 938-943
**33.**Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating Adult Health Literacy in Tuyserkan City. Journal of Education and Community Health 2014; 1: 48-55 [Persian]
**34.**Shariatinia S, Fararouei M, Karimzadeh Shirazi K, Shams M. Assessment of HIV/AIDS literacy in 15- 49 years old people in Yasuj and its related factors. Journal of Armaghane-danesh 2015; 19: 1082-1095 [Persian]
**35.**Ferguson B. Health Literacy and Health Disparities the Role They Play in Maternal and Child Health. Journal of Nursing for Women's Health 2008; 12: 288- 298
**36.**Abbaszadeh A, Naebee M, Kohan S, Haghdost AA, A Study of Healthy Believe Women with participation in mammography in Kerman. Journal of Nursing and Midwifery 2010; 10:9-17 [Persian]
**37.**Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad GH, Zare Farashbandi Z, HasanZadeh H. A Survey on Health Literacy of Inpatients Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. Health Information Management 2014; 11: 464-473 [Persian]
**38.**Downey La Vonne A. Zun Leslie S. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. Journal of the National Medical Association 2008; 100: 1304-1308
**39.**Carelli I, Pompei LM, Mattos CS, Ferreira HG, Pescuma R, Fernandes CE, et al. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in a female population of metropolitan São Paulo. Breast Journal 2008; 17: 270-4
**40.**Massey PM, Prelip M, Calimlim BM, Quiter ES, Glik DC. Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. Health education research 2012; 27: 961-74
**41.**Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of Limited health literacy. Journal of General Internal Medicine 2005; 20; 175–84
**42.**Khosravi A, Ahmadzadeh Kh, Arastoopoor Sh, Tahmasbi R. Health Literacy Levels of Diabetic Patients Referred to Shiraz Health Centers and Its Effective Factors. Health Information Management 2015; 12; 194-205 [Persian]



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

# ABSTRACT

## Relationship between health literacy and female cancers preventive behaviors

Zhila Mahdavi [1], Ali Ramezani [1*], Shahla Ghanbari [1], Leila Khodakarim [1]

1. Shahid Beheshti university of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2017; 5: 613- 625
Accepted for publication: 24 December 2016
[EPub a head of print-26 December 2016]

**Objective (s):** Health literacy impacts health behaviors, improving the access to healthcare and increasing the control of individual health. The purpose of this Study was to examine the relationship between health literacy and female cancers preventive behaviors a. in women attending to health centers of Shahid Beheshti university of Medical Sciences
**Methods:** This was a descriptive cross sectional study and conducted on 500 women who referred to family health units affilitated to Shahid Beheshetic University of Medical Sciences, Tehran, Iran. The Test of Functional Health literacy in Adults was used to measure health literacy. Binary logistic regression was applied to verify the chance of female common cancers preventive behaviors.
**Results:** 48.6% of participants had low health literacy level, 24.4% had marginal level and only 27% had adequate health literacy level. Health literacy was significantly by education (r=0/367), age (r=0/195), income (r=0/302), and employment. Binary logistic regression analysis showed that adequate health literacy increased the chance of doing breast examination and pap smear test (OR = 1.83 and OR =1.79), respectively.
**Conclusion:** The findings showed that health literacy was low among women and limited health literacy prevented women from performing cancer preventive behaviors.

**Key Words:** Functional health literacy screening, female common cancers Comprehensive health services center

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.6.1 ]

* Corresponding author: Shahid Beheshti university of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 22432036
E-mail: aramezankhani@sbmu.ac.ir