

Comparison of Health Literacy of Medical and Dentistry Students of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2016

Hadi Sharif Moghadam

Associate professor in knowledge and information science, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University Mashhad branch, Mashhad,, Iran.

Elham shakiba

* Msc in knowledge and information science , dental school, Rafsanjan university of medical science, Rafsanjan, Iran. (Corresponding Author) Email: shakibae7@gmail.com

Maryam Salami

Assistant professor in knowledge and information science, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University Mashhad branch, Mashhad, Iran.

Received: 11 September 2016

Accepted: 31 October 2016

DOI: 10.18869/acadpub.jhl.2.2.73

ABSTRACT

Background and objective: Health literacy represents an individual's capacity to acquire, interpret and understand the information necessary for the required services and make proper decisions in the field of health. Health literacy includes a set of skills reading, listening, analysis, decision-making and the ability to apply these skills in health situations that do not necessarily lead to years of schooling or public reading ability. Present study is aimed to determine the level of health literacy among medical and dental students in university of science in Rafsanjani.

Methods: this is a measurement study. A number of 282 medical and dental students I university of science in Rafsanjan were studied. To collect data the questioner of health literacy was applied which had been designed and psychometric by Montezari and et al (HELIA). And then data was analyzed.

Results: The findings showed that mean and standard deviation of dentistry students (22.88 ± 3.49) years and mean and standard deviation of medical students were (22.16 ± 2.5) years. Independent t-test did not show a significant difference between the mean age of medical students and dentistry students ($p=0.742$). In evaluating the dimensions of health literacy among dental and medical students of Rafsanjan University of Medical Sciences The highest mean of health literacy dimensions in both fields related to the decision-making and behavioral dimension and the lowest mean in the field of dentistry was related to the assessment dimension (14.45 ± 2.46) and in the reading-related medicine category ($14.99 \pm 3/00$).

Conclusion: findings suggested that the medical students have obtained higher average scores than dental student in term of health literacy. In aspects of health literacy highest average in both disciplines related to the decision-making and behavior related to the assessment and the lowest in dentistry and medicine are related to reading.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health Literacy, Students Dental, Students Medical.

► **Citation:** Sharif Moghadam H, shakiba E, Salami M. Comparison of Health Literacy of Medical and Dentistry Students of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2016. *Journal of Health Literacy*. Summer 2017; 2(2): 73-80.

مقایسه سواد سلامت دانشجویان رشته های پزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت بیانگر ظرفیت فرد در دستیابی، تفسیر و درک اطلاعات ضروری برای خدمات مورد نیاز و تصمیم گیری های مناسب در زمینه سلامت است. سواد سلامت شامل مجموعه ای از مهارت های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیت های سلامتی است که الزاما به سالهای تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی گردد. پژوهش حاضر با هدف تعیین سطح سواد سلامت دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شده است.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع توصیفی و به روش پیمایشی (مقطعی) است. تعداد ۱۳۹ نفر از دانشجویان دندانپزشکی و ۱۴۳ نفر از دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که جمعاً ۲۸۲ نفر، مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه گیری به شیوه طبقه ای تصادفی انجام شده است. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه سواد سلامت که توسط منتظری و همکاران (HELIA) استفاده گردید. . اطلاعات پرسشنامه پس از جمع آوری و کد گذاری به ترتیب وارد نرم افزار آماری SPSS شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان دندانپزشکی ($22/28 \pm 3/49$) سال و میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان پزشکی ($22/16 \pm 2/56$) سال بود. آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی داری بین میانگین سنی دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی نشان نداد ($p=0/742$). در ارزیابی ابعاد سواد سلامت در دانشجویان رشته های دندانپزشکی و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بیشترین میانگین ابعاد سواد سلامت در هر دو رشته مربوط به بعد تصمیم گیری و رفتار و کمترین میانگین در رشته دندانپزشکی مربوط به بعد ارزیابی ($14/45 \pm 2/46$) و در رشته پزشکی مربوط به بعد خواندن ($14/99 \pm 3/00$) می باشد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد دانشجویان پزشکی میانگین نمرات بالاتری را نسبت به دانشجویان دندانپزشکی در ابعاد سواد سلامت کسب کرده اند. در بررسی ابعاد سلامت بیشترین میانگین در هر دو رشته مربوط به بعد تصمیم گیری و رفتار بود و کمترین میانگین در دندانپزشکی مربوط به بعد ارزیابی و رشته پزشکی مربوط به بعد خواندن می باشد.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه ها: سواد سلامت، دانشجویان دندانپزشکی، دانشجویان پزشکی

هادی شریف مقدم

دانشیار گروه علم اطلاعات و دانش شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور مرکز مشهد، مشهد، ایران.

الهام شکبیا

* کارشناس ارشد علم اطلاعات و دانش شناسی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران. (نویسنده مسئول) shakibae7@gmail.com

مریم سلامی

استادیار گروه علم اطلاعات و دانش شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور مرکز مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰

◀ **استناد:** شریف مقدم ه، شکبیا ا، سلامی م. مقایسه سواد سلامت دانشجویان رشته های پزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۵. *فصلنامه سواد سلامت*. تابستان ۱۳۹۶: ۲: ۷۳-۸۰.

مقدمه

امروزه سواد سلامت شاخصی مهم و حیاتی در مراقبت های بهداشتی شناخته شده است (۱). سواد سلامت مفهوم گسترده و پیچیده ای است که به شیوه های گوناگون تعریف می شود. سواد سلامت از دو لغت جداگانه تشکیل شده است، که هر کدام مفاهیم خاص خود را دارند. سواد معمولا به معنای توانایی خواندن و نوشتن به کار می رود. یک فرد با سواد کسی است که بتواند خواندن و نوشتن یک متن ساده کوتاه در زندگی روزانه خود انجام دهد. سواد، در مفهوم سنتی اش، به معنای دانسته های ابتدایی است (۲). در فرهنگ معین، خواندن و نوشتن در برابر سواد آمده است (۳). تعریف سازمان بهداشت جهانی از سواد سلامت عبارت است از: «مهارت های شناختی و اجتماعی و توانایی افراد برای دستیابی به درک و استفاده از اطلاعات موجود در راه ترویج و حفظ سلامتی خوب». سواد سلامت بیانگر ظرفیت فرد در دستیابی، تفسیر و درک اطلاعات ضروری برای خدمات مورد نیاز و تصمیم گیری های مناسب در زمینه سلامت است (۴).

به طور خلاصه، دارا بودن سواد کافی برای موردی خاص، ممکن است برای مورد دیگر کاملاً ناکافی باشد. یونسکو (۳) سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد) با پذیرش جنبه های مختلف، سواد را توانایی شناسایی، درک، تفسیر، خلق، انتقال، محاسبه و بکارگیری مواد چاپی و نوشتاری با موضوعات متفاوت تعریف می کند (۵). سواد سلامت به توانایی افراد در درک و استفاده از اطلاعات سلامت، بیشتر در شکل چاپی، اشاره دارد. واژه سواد سلامت تفاوت واضحی بین اطلاعات سلامت چاپی، زبان گفتاری یا شکل های دیگر نشانه های نوشته شده مانند اعداد، تصاویر، گرافیک یا دیگر نمایش های دیداری قائل نمی شود. برای توسعه سواد سلامت و رساندن آن به حد مطلوب علاوه بر شناسایی مؤلفه ها و پرورش مهارت های مورد نیاز آن، به عوامل مؤثر بر افزایش یا کاهش سواد سلامت نیز باید توجه کرد (۶). سواد سلامت نتیجه عوامل اجتماعی و فردی است که به ابعاد سواد در زمینه سلامتی می پردازد. ظرفیت یک فرد که شامل پتانسیل ذاتی و مهارت های

فردی است، جزء اساسی سواد سلامت است. عوامل فردی تحت تأثیر فرهنگ و زبان است (۷). عوامل اجتماعی شامل نظام آموزشی، نظام بهداشتی و متغیرهای اجتماعی - فرهنگی، زبان بومی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، جنس و نژاد و نیز تأثیرهای رسانه های جمعی و افزایش منابع سواد سلامت الکترونیک است (۶). علاوه بر عوامل مؤثر بر سواد سلامت که در بالا گفته شد، عواملی مانند توسعه اقتصادی، قومیت، بهبود خدمات اجتماعی و تأثیرات خانوادگی، چگونگی تعامل مردم با سیستم های سلامتی را تحت تأثیر قرار می دهند (۸ و ۲).

نتایج پژوهش ادوارد و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان ایجاد سواد سلامت در بیماران با مشکلات سلامتی طولانی مدت: مدل خط سیر سواد سلامت نشان داد که بیماران با مشکل طولانی مدت می توانند مهارت های سواد سلامت خود را با تمرین و مشاوره توسعه دهند. انگیزه ها، موانع و تمرین مهارت های سواد سلامت تا حدی شرکت کنندگان در پژوهش را تحت تأثیر قرار داده است (۹). مطالعه چو و همکاران (۲۰۰۸) در خصوص تأثیر سواد سلامت بر وضعیت و خدمات سلامتی استفاده شده در میان افراد مسن بر روی ۴۸۹ بیماران سالمندان در ایالات متحده آمریکا نشان داد که سواد سلامت اثرات مستقیم بر سلامت داشته است. بهبود سواد سلامت ممکن است یک استراتژی مؤثر برای بهبود وضعیت سلامت و به منظور کاهش استفاده از خدمات بیمارستانی و اورژانس در میان افراد مسن باشد (۱۰). عظیمی و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان مقایسه سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی دانشگاه های شهید بهشتی در سال ۹۴ به این نتیجه رسید که ۲۶/۴ درصد از دانشجویان علوم پزشکی سواد سلامت ناکافی و ۳۱/۲ درصد دارای سواد سلامت کافی بودند. همچنین ۴۴/۸ درصد دانشجویان غیر علوم پزشکی سواد سلامت نا کافی داشتند (۵). رئیسی و همکاران در رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان به این نتیجه دست یافت که به طور کلی سطح سواد سلامت در سالمندان بسیار ناکافی است (۱۱).

با توجه به اهمیت نقش سواد سلامت در ارتقاء سلامت جامعه، ضرورت انجام مطالعاتی در این زمینه برای بکارگیری استراتژی مؤثری در بهبود وضعیت سلامت و مخصوصاً برای دانشجویان که آینده سازان این جامعه هستند مشهود است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دندانپزشکی و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۵ می‌باشد. حجم نمونه شامل ۱۳۹ نفر از دانشجویان دندانپزشکی و ۱۴۳ نفر از دانشجویان پزشکی است که جمعاً ۲۸۲ نفر از ۶۱۸ نفر از کل دانشجویان دندانپزشکی و پزشکی با استفاده از فرمول مقایسه دو نسبت برآورد گردیده است. روش نمونه‌گیری به شیوه تصادفی طبقه‌ای انجام شده است. ابتدا تعداد کل دانشجویان هر رشته مشخص شد و سپس به نسبت دانشجویان ورودی هر سال در هر رشته تحصیلی و نیز به نسبت جمعیت خانم‌ها و آقایان دانشجوی، نمونه مورد نیاز، به صورت تصادفی انتخاب شده است و مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، به صورت حضوری به دانشجویان مراجعه و پس از بیان هدف از انجام پژوهش و اطمینان از این که اطلاعات افراد محرمانه خواهد ماند و با رضایت کامل دانشجوی، پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار آنها قرار داده شد. تکمیل پرسشنامه برای دانشجویان قبل از علوم پایه (دانشجویانی که هنوز امتحان علوم پایه مخصوص دانشجویان علوم پزشکی را نداده‌اند) در کلاس درس و برای دانشجویان بعد از علوم پایه (دانشجویانی که امتحان علوم پایه داده‌اند و وارد بخش‌های کلینیکی درمان می‌شوند) در محیط بیمارستان و کلینیک دانشکده دندانپزشکی صورت گرفت.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سواد سلامت، که توسط منتظری و همکاران (HELIA) ^۱ در سال ۱۳۹۳ طراحی شده و روان‌سنجی شده، استفاده گردید (۱۸). روایی و پایایی

در مطالعات مختلف مشخص شد که سطح پایین سواد سلامت مشکلاتی از جمله تأخیر در تشخیص به موقع بیماری‌ها، مهارت کمتر افراد در مراقبت از خود، استفاده بیشتر از خدمات اورژانس می‌شود و افزایش میزان بستری شدن در بیمارستان ایجاد می‌کند. همچنین اطلاعات اندکی در رابطه با راه‌های بهبود سلامت شان و استفاده از خدمات پیشگیرانه دارند. سواد سلامت پایین بر همه اقشار جامعه بدون توجه به نژاد، سن، جنسیت، سطح درآمد و یا تحصیلات تأثیر می‌گذارد. (۱۴ و ۱۳ و ۱۲) طبق مطالعات مرکز استراتژیک مراقبت‌های سلامتی آمریکا، افراد با سواد سلامت کم، احتمالاً اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را کمتر درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند در نتیجه وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند (۱۵). سواد سلامت به سواد پایه‌ای وابسته است افرادی که در خواندن و نوشتن مهارت چندانی ندارند نه تنها در معرض آموزش‌های سنتی سلامت هستند بلکه کمتر بر مبنای اطلاعات دریافت شده عمل می‌کنند. (۱۶) امروزه سواد سلامت ناکافی به عنوان یک تهدید جهانی به شمار می‌آید. آموزش سلامت با هدف بالا بردن سطح سواد بهداشتی مردم به آن‌ها کمک می‌کند تا در مورد سلامت خود و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند تصمیم صحیح بگیرند (۱۷). در سال‌های اخیر جمعیت دانشجویی کشور رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. بنابراین شناخت عوامل مرتبط که روی تطابق دانشجویان با رفتارهای سالم‌تر و کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز مؤثر باشند، از اهمیت خاصی برخوردار است. انتخاب دانشجویان به عنوان جامعه مورد مطالعه نیز به چند علت صورت گرفته است، اول: سن و آموزش پذیری آنها، دوم: این افراد الگوی مناسبی برای شیوه زندگی سالم و بهداشتی در جامعه هستند، به خصوص دانشجویان رشته‌های پزشکی که به عنوان الگو و مروج سلامت عمومی محسوب می‌شوند و انتظار می‌رود از سواد سلامت قابل قبول برخوردار باشند. اهداف مورد مطالعه در پژوهش حاضر شامل مقایسه سطح سواد سلامت دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان می‌باشد.

جدول ۱. مقایسه توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی در دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مشخصات	دندانپزشکی (درصد فراوانی)	پزشکی (درصد فراوانی)	مقدار P
سن (سال)			
۱۸-۲۰	۴۶ (۳۱/۱)	۴۵ (۳۱/۵)	۰/۳۷۸
۲۱-۲۴	۷۶ (۵۴/۷)	۷۲ (۵۰/۳)	
۲۵ و بالاتر	۱۷ (۱۲/۲)	۲۶ (۱۸/۲)	
جنسیت			
زن	۷۷ (۵۵/۴)	۷۴ (۵۱/۷)	۰/۵۳۹
مرد	۶۲ (۴۴/۶)	۶۹ (۴۸/۳)	
مقطع تحصیلی			
قبل از علوم پایه	۴۸ (۳۵/۶)	۴۷ (۳۲/۹)	۰/۶۳۷
بعد از علوم پایه	۸۷ (۶۴/۴)	۹۶ (۶۷/۱)	
وضعیت تأهل			
مجرد	۱۱۷ (۸۴/۲)	۱۲۹ (۹۰/۲)	۰/۱۲۹
متأهل	۲۲ (۱۵/۸)	۱۴ (۹/۸)	
محل سکونت خانواده			
مراکز استان	۶۴ (۴۷/۱)	۷۱ (۴۹/۷)	۰/۶۶۵
شهرستان	۷۲ (۵۲/۹)	۷۲ (۵۰/۳)	
وضعیت اقتصادی از دیدگاه دانشجو			
ضعیف	۴ (۲/۹)	۶ (۴/۲)	۰/۹۲۷
متوسط	۵۷ (۴۱/۰)	۵۸ (۴۰/۸)	
خوب	۷۵ (۵۴/۰)	۷۶ (۵۳/۵)	
عالی	۳ (۲/۲)	۲ (۱/۴)	

نتایج مقایسه میانگین ابعاد سواد سلامت دانشجویان در جدول شماره ۲ بیان شده است. در بعد خواندن میانگین دانشجویان دندانپزشکی مطلوب تر از دانشجویان پزشکی بود اما تفاوت معناداری نشان نداد. دانشجویان پزشکی نسبت به دانشجویان دندانپزشکی وضعیت مطلوب تری داشتند و اختلاف معناداری بین نمرات دو گروه مشاهده شد. در مجموع میانگین نمرات دانشجویان پزشکی بالاتر از دانشجویان دندانپزشکی بود و اختلاف معنادار مشاهده گردید ($P < 0/05$).

پرسشنامه توسط منتظری و همکارانش انجام شده است، روایی مطلوب و پایایی قابل قبول می‌باشد. این پرسشنامه شامل دو قسمت است: قسمت «الف» مشخصات دموگرافیک پاسخ گویان است که حاوی ۶ سؤال است و قسمت «ب» حاوی ۳۳ گویه در ۵ حیطه شامل دسترسی (۶ گویه)، مهارت خواندن (۴ گویه)، فهم (۷ گویه)، ارزیابی و تصمیم گیری (۱۲ گویه) است. براساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای در دامنه امتیازی ۱ تا ۱۶۵ نمره گذاری شد. نمره بالاتر نشانه سواد سلامت بیشتر بود. به منظور مقایسه متغیرهای کیفی (جنسیت، تحصیلات والدین، محل سکونت، وضعیت تأهل و...) در دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی از آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر استفاده گردید و هم چنین به منظور مقایسه متغیرهای کمی (سن، سواد سلامت و ابعاد آن) در دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی از آزمون تی دو نمونه مستقل استفاده شده است. سطح معنی داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. اطلاعات پرسشنامه پس از جمع آوری و کد گذاری به ترتیب وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه از بین ۲۸۲ دانشجوی مورد بررسی، ۱۳۹ نفر (۴۹/۲ درصد) در رشته دندانپزشکی و ۱۴۳ نفر (۵۰/۷ درصد) در رشته پزشکی مشغول به تحصیل بودند. میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان دندانپزشکی $22/28 \pm 3/49$ سال و میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان پزشکی $22/16 \pm 2/56$ سال بود. آزمون آماری t مستقل اختلاف معنی داری بین میانگین سنی دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی نشان نداد ($P=0/742$). اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات والدین، مقطع تحصیلی، محل سکونت، وضعیت اقتصادی و منابع کسب اطلاعات است. ($P < 0/05$) نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. مقایسه میانگین ابعاد سواد سلامت به تفکیک رشته تحصیلی در دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

رشته تحصیلی	دندانپزشکی (n=۱۳۹)	پزشکی (n=۱۴۳)	مقدار p
ابعاد سواد سلامت	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
خواندن	۱۵/۲۲ ± ۲/۶۴	۱۴/۹۹ ± ۳/۰۰	۰/۴۹۵
دسترسی	۲۲/۲۹ ± ۳/۹۹	۲۳/۶۶ ± ۳/۷۷	۰/۰۰۳
فهم و درک	۲۸/۰۲ ± ۴/۵۹	۲۹/۲۹ ± ۴/۳۳	۰/۰۱۸
ارزیابی	۱۴/۴۵ ± ۲/۴۶	۱۵/۱۵ ± ۲/۷۹	۰/۰۲۶
تصمیم گیری و رفتار	۴۱/۶۱ ± ۷/۵۶	۴۳/۹۰ ± ۷/۱۴	۰/۰۱۰
کل	۱۲۱/۵۹ ± ۱۶/۲۷	۱۲۶/۹۹ ± ۱۶/۳۵	۰/۰۰۶

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش در بررسی وضعیت سواد سلامت دانشجویان رشته های پزشکی و دندانپزشکی حاکی از آن است که سواد سلامت دانشجویان پزشکی میانگین بیشتری نسبت به دانشجویان دندانپزشکی به خود اختصاص داد. جوان بودن موضوع سواد سلامت و انجام بیشتر مطالعات درباره جامعه بیماران حداقل در ایران نمی توان در همسو بودن یا نبودن نتایج مطالعه حاضر با مطالعات قبلی قضاوت نمود. خسروی و همکاران (۱۹) سواد سلامت بیماران دیابتی شهر شیراز را متوسط و مرزی ارزیابی کرد. عظیمی و همکاران (۵) سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی دانشگاه های شهید متوسط ارزیابی کرد و با نتایج این مطالعه همسو بود. کوشیار و همکاران (۲۰) سطح سواد سلامت در سالمندان مبتلا به دیابت ناکافی و مواد زاده و همکاران (۲۱) سطح آگاهی پرستاران در خصوص سواد سلامت پایین ارزیابی کردند که با نتایج این مطالعه همخوانی نداشتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد سطح سواد زنان نسبت به مردان بالاتر بود. در نتایج پژوهش های اثنی عشری و همکاران (۲۲) و افشاری و همکاران (۲۳) مشابه نتایج این مطالعه به بیشتر بودن سواد سلامت در زنان اشاره شده است. همچنین نتایج مطالعه نشان داد اختلاف بین گروه های اقتصادی ضعیف، متوسط، خوب و عالی معنادار است. هرچه که وضعیت اقتصادی بهتر باشد

میانگین نمرات سواد سلامت بالاتر است که با نتایج مطالعه قنبری و همکاران (۴) همخوانی دارد. یافته های مطالعه ی طهرانی بنی هاشمی و همکاران (۸) نشان داد که ارتباط قوی بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سطح سواد سلامت مشاهده نگردید. در بررسی سال های تحصیل نتایج نشان داد دانشجویان بعد از علوم پایه سواد سلامت بالاتری را نسبت به دانشجویان قبل از علوم پایه داشتند. احتمالاً دلیل آن خواندن دروس بیشتری در زمینه سلامت بعد از علوم پایه و کسب اطلاعات زیادتر می باشد. بنابراین سال های تحصیلی عامل تأثیر گذاری بر سواد سلامت دانشجویان می باشد و در مجموع در همه ی ابعاد سواد سلامت، دانشجویان پزشکی بعد از علوم پایه نسبت به بقیه افراد وضعیت بهتری داشتند. نتایج پژوهش رفیع زاده و همکاران (۲۵) از لحاظ این که بین سواد سلامت با تحصیلات ارتباط معنی داری وجود دارد با این پژوهش همسو است. در مطالعه Tocci و همکاران (۲۶) مشخص شد که در میان تحصیل کرده ها سواد سلامت به طور قابل توجهی افزایش می یابد. در وضعیت تأهل در همه ی ابعاد سواد سلامت دانشجویان متأهل نسبت به دانشجویان مجرد میانگین بیشتری داشتند. دلیل آن احتمالاً داشتن زندگی مشترک و مسئولیت در قبال سلامتی افراد خانواده است و همچنین کم بودن تعداد شرکت کنندگان متأهل دلیل سواد سلامت بالاتر است. طل و همکاران (۲۸) سواد سلامت متأهلین را پایین ارزیابی کرده است و با نتایج این پژوهش مغایرت دارد. نتایج مطالعه جاری نشان داد محل سکونت خانواده دانشجویان ساکن شهرستان ها سواد سلامت بالاتر از افراد ساکن مراکز استان ها داشتند. نتایج پژوهش کریمی و همکاران (۲۷) رابطه بین محل سکونت و سواد سلامت را نشان می دهد. در سه گروه سنی، افراد ۲۵ سال و بالاتر نمره میانگین سواد سلامت بالاتری کسب کردند و همان طور از تحلیل داده ها مشخص می شود با بالا رفتن سن دانشجویان، وضعیت سواد سلامت مطلوب تر بود و احتمالاً با سال های تحصیل و خواندن دروس بیشتر در زمینه بهداشت و سلامتی ارتباط دارد. افشاری (۲۳) در بررسی سواد سلامت بزرگسالان تویسرکان به

دانشجویان و آموزش مهارت‌های لازم به دانشجویان برای ارائه اطلاعات به بیماران استفاده نمود. بسیاری از پزشکان و آموزش دهندگان یا از مسائل سلامتی آگاهی کافی ندارند و یا از مهارت و اعتماد لازم برای ارائه مطالب به مراجعین برخوردار نیستند. لذا پیشنهاد می‌شود مسئولین برای بالا بردن سطح سواد سلامت به موارد فوق الذکر توجه ویژه داشته باشند.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمام عزیزان که در انجام این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی بعمل آورند.

References:

1. Tehrani H. Media Health Literacy. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(3):141-6.
2. Saeedi Koupai M, Motaghi M. Comparing Health Literacy in High School Female Students and Their Mothers Regarding Women's Health. *Journal of Health Literacy*. 2017;1(4):220-9.
3. Moien M. *Persian dictionary*. Tehran: Amir kabir, 2013; P1942.
4. 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. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(2):92-9.
5. Azimi S, Ramezankhani A, Rakhshani F, Ghaffari M, Ghanbari S. Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic year 1392-93. *Pejouhandeh*. 2015;20(2):78-85.
6. Khosravi A, Ahmadzade KH, Ahmadzade F. Development of health literacy. Bushehr: Bushehr University of Medical Sciences. 2014: P28-32.
7. Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad Gh, Zare Farashbandi F, HasanZadeh A. A Survey on Health Literacy of Inpatients Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. *Health Inf Manage*. 2014; 11(4):473.
8. Tehrani Banihashemi S, Amirkhani M, Hagh doost A, Aleviyan S, Asghari fard 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.
9. Edwards M, Wood F, Davies M., Edwards A. The Development of health Literacy in Patients with Long-term Health Condition: the Health Literacy Pathway Model. *BMC Public Health*. 2012; 12:130.
10. Cho, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine*. 2008; 66: 1809-1816.
11. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad G. The relationship between health literacy and general health status and health behaviors in elderly. *J COPE* 2011; 7(4): 469-480.
12. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. *J TB* 2013; 11(4): 123-134.
13. Khosravi A, Ahmadzadeh Kh, Arastoopoor Sh, Tahmasbi R. Health Literacy Levels of Diabetic Patients Referred to Shiraz Health Centers and Its Effective Factors. *Health Inf Manage* 2015; 12(2):205.
14. Khosravi A, Ahmadzadeh Kh. Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. *ISMJ*. 2015;18(6): 1245-1253.
15. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing Health Literacy. A global challenge for the 21st century. *HealthPromot*. 2000; 15(3):4-183.
16. Tavousi M, Ebadi A, Shakeri nejad GH, Fatahi A, et al. Definitions of health literacy: a review of the literature. *Payesh*. 2013; 13(1): 119-124.
17. Narimisa P, Eidni F, Seydi A, heydariyan Z. Promote community literacy. *J behvarz*. 2013;25(89):28-30.
18. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin S, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric Properties. *payesh*. 2014; 13(5): 589-599.
19. Khosravi A, Ahmadzadeh Kh, Arastoopoor SH, Tahmasbi R. Measuring the Fitness Level of Health Literacy Level and Readability of Educational Resources Available to Diabetic Patients Referring to Shiraz Health Centers. *J Library and Information*. 2013; 16(3):37-57.

20. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community-Residing Elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014; 23(1):134-43.
21. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Mahaki B, Nasr Esfahani M, Mostafavi F. Relationship between knowledge and implementing health literacy strategies in patient education. *School of Nursing Army Islamic Republic of Iran*. 2015; 1(3): 33-40.
22. Asna ashari F, Pirdehghan A, Ragabi F, sayari fard A, Ghadiryan L, Rostami N, et al. The Study of Health Literacy of Staff about Risk Factors of Chronic Diseases in 2014. *Hamadan university of medical science*. 2015; 22(3): 248-254.
23. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investing Adult Health literacy Tuysarkan City. *Education and Community Health*. 2014; 1(2): 48-55.
24. Lee S.D, Tsai T, Tsai Y, Kuo K. N. Health Literacy, Health Status, and Healthcare Utilization of Taiwanese Adults: Results from a National Survey. *BMC Public Health*. 2010; 10(614): 1-8.
25. Rafiezadeh Gharrehtapeh Sh, Tabarsy B, Hassanjani S, Razavi M, Amjady M, Hojjati H. Relationship between the Health Literacy with selfefficacy of the diabetic patient's type 2 referred to Gorgan city clinic in 2014. *Diabetes nurse school Nursing and Midwifery Zabul*. 2015; 2(3): 30-42.
26. Toci E, Burazeri G, Myftiu S, Sorensen K, Brand H. Health literacy in a population-based sample of adult men and women in a South Eastern European country. *J Public Health (Oxf)*. 2015; pii: fdv006.
27. Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian M, khorasani E. Health Literacy, general health status, utilization of health services and the relationship between them in Adults. *Journal of Health Information Management*. 2014; 10(4):862-875.
28. 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 of Hospital*. 2012; 11(3): 45-52.