

PREDICTING HEALTH LITERACY

Predicting health literacy of students in Kermanshah University of Medical Sciences in 2016: The role of demographic variables

ABSTRACT

Background and objective: Health literacy is a key outcome measures of health education that should be in the context of broader health promotion. This study aims to predict the health literacy of students in Kermanshah University of Medical Sciences in 1395: the role of demographic variables was performed.

Methods: A descriptive correlational study on 350 students of Kermanshah University of Medical Sciences was done. Sampling was random. Data collection was conducted through a questionnaire of health literacy Montazeri et al. Information collected through software SPSS 23 and using t-tests, ANOVA and Pearson correlation coefficient were analyzed.

Results: The mean (SD) total score of health literacy in students was 4.04 ± 0.43 . T-test and ANOVA between health literacy by gender, age, profession, education level and location have a significant relationship. Pearson correlation coefficient between the components of health literacy in research samples showed high correlation was statistically significant ($P < 0.01$).

Conclusion: The importance and need for attention to students' health literacy for health promotion as an essential factor in the impact-transition seems to be.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Students, Health Literacy, Health Education.

► **Citation:** Ziapoor A, Kianpoor N. Predicting health literacy of students in Kermanshah University of Medical Sciences in 2016: The role of demographic variables. *Journal of Health Literacy*. Autumn 2016; 1(3): 182-190.

Arash Ziapoor

* Msc, Environmental Determenet of Health Research Center, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah,Iran. (Corresponding Author):

Email: Arashziapoor@gmail.com

Neda Kianipoor

BS, Environmental Determenet of Health Research Center, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah,Iran.

Received: 01 August 2016

Accepted: 22 October 2016

پیش‌بینی ابعاد سواد سلامت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۵: نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت یک پیامد کلیدی اقدامات آموزش بهداشت است که باید در مفهوم وسیع‌تر ارتقای سلامت قرار گیرد. این مطالعه با هدف پیش‌بینی ابعاد سواد سلامت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۵: نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی همبستگی است که بر روی ۳۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی بود. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق نرم افزار SPSS ۲۳ و با به کارگیری آزمون‌های آماری تی، آنوا و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره کلی سطح سواد سلامت در دانشجویان $۰/۴۳ \pm ۰/۰۴$ بود. آزمون تی و آنالیز واریانس یک طرفه بین سطح سواد سلامت با جنس، سن، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی و محل سکونت رابطه معنی‌داری را نشان داد. ضریب همبستگی پیرسون بین اجزای سواد سلامت در نمونه‌های پژوهش همبستگی بالایی را نشان داد و از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: اهمیت و ضرورت توجه به سواد سلامت دانشجویان برای ارتقای سلامت به عنوان عامل تأثیرگذار و ضروری به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و مجریان برنامه‌های آموزشی دانشگاه با فراهم آوردن محتوا و محیط آموزشی مناسب و با گنجانیدن واحد درسی یا دوره‌های آموزشی در دوره تحصیل، سواد سلامت دانشجویان را افزایش دهند.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: دانشجویان، سواد سلامت، آموزش بهداشت.

آرش ضیاءپور

کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل محیطی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

ندا کیانی‌پور

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول)

Nedakianipour@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۰۱

◀ **استناد:** ضیاءپور آ، کیانی‌پور ن. پیش‌بینی ابعاد سواد سلامت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۵: نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی. *فصلنامه سواد سلامت*. پاییز ۱۳۹۵؛ ۱: (۳): ۱۸۲-۱۹۰.

مقدمه

سواد سلامت (Health Literacy) به مفهوم میزان ظرفیت افراد در کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات اساسی سلامت مورد نیاز برای تصمیمات مناسب در زمینه مراقبت بهداشتی است، که نیاز به توجه و روزآمد سازی مداوم در طول زندگی آنها دارد (۱، ۲). مفهوم سواد سلامت، اولین بار در سال ۱۹۷۴ در متون علمی مرتبط با آموزش بهداشت مطرح گردید. سپس Nutbeam در تدوین واژه‌نامه ارتقاء سلامت، به این مفهوم اشاره کرده و چنین استدلال نمود که سواد سلامت با مفهوم سواد متفاوت است (۳). سازمان جهانی بهداشت^۱ سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی که تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آنها گردد، معرفی کرده است (۴، ۵). سازمان سلامت جهانی در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرده که انجمنی متشکل از تمامی افراد مرتبط با این مسئله را جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های راهبردی در خصوص ارتقای سواد سلامت ایجاد کنند (۶). امروزه سواد سلامت به عنوان شاخص حیاتی و مهم در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است. لازمه نظام مراقبت‌های بهداشتی امروزه داشتن سواد بهداشتی بالا می‌باشد (۷). بنابراین سواد سلامت چیزی فراتر از صرفاً توانایی خواندن کتاب و یا پمفلت و سایر مواد نوشتاری است. بر اساس گزارش کمیته سواد سلامت در انجمن پزشکی، سواد سلامت یک نگرانی عمومی در مسایل ارتقای سلامت از جنبه فردی و محیطی، پیشگیری از بیماری و غربالگری زود هنگام، تداوم و استمرار مراقبت‌های بهداشتی و همچنین سیاست‌گذاری‌ها به شمار می‌آید (۸). با توجه به اهمیت نقش سواد سلامت بر ارتقاء سلامت جامعه، انجام مطالعاتی در این زمینه نیاز به توجه ویژه‌ای دارد که نشان دهنده درک نظام‌های بهداشتی از اهمیت تاثیر سواد

سلامت بر الگوی بهره‌گیری از خدمات سلامت است (۹)، و با توجه به اهمیت و جایگاه موثر سواد سلامت در بهبود ارائه خدمات بهداشتی شناسایی عوامل موثر و همبسته با این متغیر از اهمیت زیادی برخوردار است. شناخت این عوامل می‌تواند در کسب دانش مورد نیاز برنامه‌ریزان آموزشی و اجرایی در سطوح مختلف جهت پیشبرد برنامه‌های ارتقاء سلامت و استفاده مناسب از خدمات، موثر واقع شود. میزان تحصیلات، سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی، فرهنگ و قومیت، اشتغال، محل زندگی و برخورداری از بیمه، از جمله متغیرهایی هستند که تاکنون در پژوهش‌های مختلف رئیسی و همکاران (۱۰)، نکویی مقدم و همکاران (۱۱) کریمی و همکاران، (۱۲) عظیمی و همکاران، (۵) نقش آن‌ها بر ارتقاء سواد سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. در ارتباط با سواد سلامت پژوهش‌های مختلفی در داخل و خارج انجام شده است. اما تاکنون تحقیقات محدودی در خصوص (سواد سلامت در بین دانشجویان علوم پزشکی) صورت گرفته است. در مطالعه Diviani و همکاران (۱۳) در زمینه رابطه سواد سلامت و مهارت ارزیابی اطلاعات به مرور نظامند مقالات علمی در پایگاه علمی مختلف پرداختند. آنان نتیجه گرفتند که افراد با سطح سواد سلامت پایین، از توانایی کمتری در ارزیابی اطلاعات، درک کیفیت و اعتماد به اطلاعات وبی برخوردارند. نتایج مطالعه Walker و همکاران (۱۴) نشان داد افراد با سطح سواد سلامت بالاتر، اطلاعات بیشتری نسبت به وضعیت سلامت خود دارند. در مطالعه Cho و همکاران (۱۵) برای بررسی تاثیر سواد سلامت بر وضعیت بهداشتی و استفاده از خدمات بهداشتی در بزرگسالان آمریکا نتایج نشان داد که مردان نسبت به زنان سواد سلامت پایین‌تر داشتند. در ایران جامع‌ترین پژوهش در این زمینه می‌توان به پژوهش طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران (۱۶) اشاره کرد که بررسی سواد سلامت و عوامل موثر آن در ۱۵ استان کشور پرداخته‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد که به طور کل، سواد سلامت در ایران پایین است. سطح تحصیلات، قوی‌ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت داشت. سواد سلامت در زنان کمتر از مردان به دست آمد. نتایج مطالعه محمودی و

1. World Health Organization, WHO

نگرفته است. مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی ابعاد سواد سلامت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ و نقش متغیرهای جمعیت شناختی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است که در سال ۹۵-۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه-ایران انجام شده است. جامعه پژوهش شامل ۳۵۰ نفر از دانشجویان دانشکده پزشکی، پیراپزشکی و پرستاری و مامایی بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل رضایت برای شرکت در مطالعه، اشتغال به تحصیل در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بودند. تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها معیار خروج نمونه‌ها از مطالعه بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه دو قسمتی بود. بخش اول به اطلاعات فردی نمونه‌ها اختصاص داشت و شامل اطلاعاتی در خصوص جنس، سن، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی و محل سکونت نمونه‌ها بود. بخش دوم، پرسشنامه بومی‌سازی شده سواد سلامت بود که توسط منتظری و همکاران (۲۶) طراحی شده است. این پرسشنامه نیز در مطالعه محمودی و طاهری، (۱۷) مورد استفاده قرار گرفته و پایایی و روایی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ در فاصله ۷۲٪-۸۹٪ تأیید شده است.

پرسشنامه مزبور شامل ۳۳ گویه است و ۵ بعد دسترسی (۶ سؤال)، مهارت خواندن (۴ سؤال)، فهم (۷ سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال)، تصمیم‌گیری (۱۲ سؤال) را می‌سنجند. مقیاس اندازه‌گیری گویه‌ها به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی از اوقات، به ندرت و به هیچ وجه) بود. دامنه امتیاز هر سوال بین ۱ تا ۵ می‌باشد.

دلیل استفاده از این ابزار می‌توان به بومی بودن آن، پرداختن به تمامی ابعاد سواد سلامت، تفکیک سنجش ابعاد و سهولت و سرعت تکمیل آن نسبت به ابزارهای دیگر نظیر آزمون سواد سلامت عملکردی بزرگ سالان (TOFHLA) اشاره کرد. در

طاهری (۱۷) نشان داد ۲۵ درصد دانشجویان سواد سلامت ناکافی، ۳۸،۳۱ درصد سواد سلامت مرزی و ۳۶،۶۹ درصد سواد سلامت کافی داشتند. در مطالعه جوادزاده و همکاران (۱۸) سطح سواد سلامت کافی در بین پاسخگویان ۴۶،۵ درصد، سواد سلامت مرزی ۳۸ درصد و سواد سلامت ناکافی ۱۵،۵ درصد بود. در مطالعه عظیمی و همکاران (۵) در بین دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی نتایج نشان داد که ۲۶،۴ درصد از دانشجویان علوم پزشکی سواد سلامت ناکافی و ۳۱،۲ درصد دارای سواد سلامت کافی بودند. همچنین ۴۹،۸ درصد دانشجویان غیر علوم پزشکی سواد سلامت ناکافی داشتند. همچنین نتایج نشان داد سواد سلامت در دانشجویان علوم پزشکی نسبت به دانشجویان غیر علوم پزشکی بهتر می‌باشد. در مطالعه پیمان و همکاران (۱۹) در بین بهروزان خانه‌های بهداشت مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی نتایج نشان داد میانگین نمره سواد سلامت بهروزان ۵۴،۸۶ بود. و بین نمره سواد سلامت با سن، تحصیلات و جنس ارتباط معناداری مشاهده نشد. در مطالعات مختلفی بین سواد سلامت و تحصیلات افراد رابطه معنی‌داری وجود داشت، به طوری که سطح سواد سلامت با افزایش سطح تحصیلات افراد بیشتر می‌شود (Lee و همکاران (۲۰)؛ Baker و همکاران (۲۱)؛ طهرانی بنی‌هاشمی (۱۶)؛ McLaghlin (۲۲)؛ سورلی، (۲۳)؛ Cho و همکاران (۲۴)).

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 مخاطره آمیز موثر باشند، از اهمیت خاصی برخوردار است (۲۵). انتخاب دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی به عنوان جامعه مورد مطالعه که به عنوان الگو و مروج سلامت عمومی محسوب می‌شوند و انتظار می‌رود از سواد سلامت قابل قبول برخوردار باشند از اهمیت خاصی برخوردار است. لذا تاکنون در خصوص ارزیابی سواد سلامت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به عنوان مدیران و برنامه‌ریزان سلامت آینده در کشور، مطالعه‌ای صورت

داد که ۱۷۷ نفر (۴۴٫۳٪) مرد و ۲۲۳ نفر (۵۵٫۸٪) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌ها $1/55 \pm 20/51$ بود. گروه سنی بالای ۲۸ سال کمترین فراوانی داشتند (۱۱ نفر، ۲٫۸٪). از نظر مقطع تحصیلی، ۳۱۳ نفر (۷۸٫۳٪) دانشجوی کارشناسی بودند. بیشتر نمونه‌ها در گروه پزشکی بودند (۱۴۶ نفر؛ ۳۶٫۵٪). از نظر محل سکونت، اکثر نمونه‌ها (۲۷۶ نفر؛ ۶۹٪) غیر خوابگاهی بودند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

متغیرها	گروه‌ها	تعداد (درصد)
جنس	زن	۲۲۳ (۵۵٫۸)
	مرد	۱۷۷ (۴۴٫۲)
سن (سال)	۲۰-۲۳	۲۸۴ (۷۱)
	۲۴-۲۷	۱۰۵ (۲۶٫۳)
	≥ 28	۱۱ (۲٫۷)
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۳۱۳ (۷۸٫۳)
	کارشناسی ارشد	۳۳ (۸٫۳)
	دکتر	۵۴ (۱۳٫۵)
گروه‌های تحصیلی	پزشکی	۱۴۶ (۳۶٫۵)
	پیراپزشکی	۱۳۰ (۳۲٫۵)
	پرستاری و مامایی	۱۲۴ (۳۱)
محل سکونت	خوابگاه	۱۲۴ (۳۱)
	غیر خوابگاه	۲۷۶ (۶۹)

نتایج نمره میانگین سواد سلامت کل دانشجویان $0/43 \pm 4/04$ بوده است که در حد خوبی ارزیابی می‌شود. یافته‌ها حاکی از آن است بالاترین میانگین نمرات عوامل پنج گانه سواد سلامت دانشجویان، به «فهم» با میانگین و انحراف معیار $mean=4/27$ ، $SD=0/61$ و کمترین شاخص مربوط به «مهارت خواندن» با میانگین و انحراف معیار $mean=3/89$ ، $SD=0/71$ است (جدول ۲).

مطالعه فعلی نیز، مجدداً روایی و پایایی ابزار مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی روایی از روش اعتبار محتوا استفاده شد و بدین منظور پرسشنامه در اختیار ۱۲ نفر از اعضای هیات علمی توزیع گردید و نظرات اصلاحی آنها در پرسشنامه لحاظ گردید. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه (۰٫۸۹٪) محاسبه گردید. برای بررسی پایایی نیز، تعداد ۳۰ پرسشنامه بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مورد پیش آزمون قرار گرفت. نتایج آزمون آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه سواد سلامت $0/83$ به دست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبول و ثبات درونی سوال‌های این پرسشنامه است.

جهت جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگر پس از اخذ مجوز از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، به دانشکده‌های تابعه دانشگاه مراجعه و نسبت به نمونه‌گیری اقدام نمود. سپس 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 دانشجوی، پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار آنها قرار داده شد. تکمیل پرسشنامه در کلاس درس و برای دانشجویان کارورز در کلاسی در محیط کارورزی صورت گرفت. با توجه به این که در این پژوهش نمونه‌گیری صورت گرفته، برای استفاده درست از آزمون‌های آماری و تعمیم نتایج، آزمون نرمال بودن متغیرها انجام شد. به این ترتیب، نتایج آزمون گلموگروف اسمیرنوف نشان داد، متغیر سواد سلامت و ابعاد آن دارای توزیع نرمال هستند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (آزمون تی، تحلیل واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد. تمامی آزمون‌ها در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج بررسی متغیرهای دموگرافیک در نمونه‌های پژوهش نشان

جدول ۳. مقایسه میزان سواد سلامت دانشجویان بر حسب جنسیت، سن، محل سکونت، مقطع تحصیلی و گروه‌های تحصیلی

P-Value	Mean± SD	سطوح	متغیرهای جمعیت شناختی
T=۲/۹۶ p<۰/۰۵	۴/۱۲ ± ۰/۵۱	زن	جنس
	۳/۹۹ ± ۰/۳۶	مرد	
T=۵/۵۴ p<۰/۰۵	۴/۲۲ ± ۰/۳۱	خوابگاه	محل سکونت
	۳/۹۶ ± ۰/۴۶	غیر خوابگاه	
F=۷/۷۵ p<۰/۰۵	۴/۰۶ ± ۰/۴۴	۲۳-۲۰	سن
	۳/۹۶ ± ۰/۴۱	۲۷-۲۴	
	۴/۴۷ ± ۰/۲۲	≥ ۲۸	
F=۱۱/۸۷ p<۰/۰۵	۴/۰۴ ± ۰/۴۲	کارشناسی	مقطع تحصیلی
	۴/۳۵ ± ۰/۳۵	کارشناسی ارشد	
	۳/۹۰ ± ۰/۴۷	دکترا	
F=۱۱/۱۹ p<۰/۰۵	۴/۱۸ ± ۰/۳۷	پزشکی	گروه‌های تحصیلی
	۳/۸۸ ± ۰/۴۴	پیراپزشکی	
	۴/۰۵ ± ۰/۴۳	پرستاری و مامایی	

ضریب همبستگی پیرسون بین اجزای سواد سلامت در نمونه‌های پژوهش همبستگی بالایی را نشان داد و به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴. همبستگی اجزاء سواد سلامت در نمونه‌های پژوهش

مهارت خواندن	تصمیم‌گیری	ارزیابی	دسترسی	فهم	متغیر
r	r	r	r	r	r
(p-value)	(p-value)	(p-value)	(p-value)	(p-value)	(p-value)
					فهم
				۰/۲۶۶** (p<۰/۰۱)	دسترسی
			۰/۵۰۳** (p<۰/۰۱)	۰/۳۶۶** (p<۰/۰۱)	ارزیابی
		۰/۶۲۵** (p<۰/۰۱)	۰/۳۵۷** (p<۰/۰۱)	۰/۰۲۷۳** (p<۰/۰۱)	تصمیم‌گیری
	۰/۳۲۹** (p<۰/۰۱)	۰/۴۳۵** (p<۰/۰۱)	۰/۲۹۳** (p<۰/۰۱)	۰/۴۲۲** (p<۰/۰۱)	مهارت خواندن
۰/۷۳۲** (p<۰/۰۱)	۰/۶۹۵** (p<۰/۰۱)	۰/۸۰۹** (p<۰/۰۱)	۰/۶۶۸** (p<۰/۰۱)	۰/۶۴۸** (p<۰/۰۱)	سواد سلامت کل

**ارتباط معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ است.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنی‌ها در متغیر سواد سلامت

رتبه	انحراف معیار	میانگین	شاخص‌های آماری	
			خرده مقیاس‌ها	مقیاس
اول	۰/۶۱	۴/۲۷	فهم	سواد سلامت
دوم	۰/۷۰	۴/۱۰	دسترسی	
سوم	۰/۶۲	۴/۰۶	ارزیابی	
چهارم	۰/۵۴	۳/۹۰	تصمیم‌گیری	
پنجم	۰/۷۱	۳/۸۹	مهارت خواندن	
-	۰/۴۳	۴/۰۴	سواد سلامت کل	

نتایج نشان داد میانگین امتیاز سواد سلامت در دانشجویان مونث از مذکر بیشتر است. آزمون تی مستقل تفاوت آماری معناداری را بین میانگین امتیاز سواد سلامت و جنس نمونه‌ها نشان داد ($P < ۰/۰۰۵$).

میانگین و انحراف معیار سواد سلامت در دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی به ترتیب $۴/۲۳ ± ۰/۳۱$ و $۳/۶ ± ۰/۴۶$ بود. آزمون تی مستقل، تفاوت آماری معناداری را بین میانگین امتیاز سواد سلامت و محل سکونت نشان داد ($P < ۰/۰۰۵$).

بیشترین و کمترین میانگین و انحراف معیار سواد سلامت در گروه‌های سنی بالای ۲۸ سال $۴/۴۷ ± ۰/۲۲$ و $۲۴-۲۷$ سال $۳/۹۶ ± ۰/۴۳$ بود. آزمون ANOVA تفاوت معناداری را بین میانگین امتیاز سواد سلامت در گروه‌های سنی مزبور نشان داد ($P < ۰/۰۰۵$).

بیشترین و کمترین میزان میانگین و انحراف معیار سواد سلامت به ترتیب مربوط به دانشجویان کارشناسی و دکترا بود. آزمون ANOVA تفاوت معناداری را بین میانگین امتیاز سواد سلامت در میان مقاطع تحصیلی نشان داد ($P < ۰/۰۰۵$).

بیشترین و کمترین میزان میانگین و انحراف معیار سواد سلامت به ترتیب مربوط به دانشجویان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی بود. آزمون ANOVA تفاوت معناداری را بین میانگین امتیاز سواد سلامت در میان رشته‌های مختلف نشان داد ($P < ۰/۰۰۵$). (جدول ۳).

بحث و نتیجه گیری

در طول دهه گذشته نگرانی‌های مربوط به مهارت‌های سواد و سلامتی، هشدار جدی برای بسیاری از نظام‌های ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی بوده است. بر این اساس، آموزش مردم و توانمندسازی جامعه جهت پیشگیری و مراقبت از بیماری‌ها به یک اصل مهم تبدیل شده است. در این راستا، ارتقاء سواد سلامت اقشار مختلف جامعه و شناسایی عوامل مؤثر و همبسته با آن از اهداف مهم نظام سلامت به حساب می‌آید. با توجه به اهمیت این موضوع، این پژوهش با هدف پیش‌بینی ابعاد سواد سلامت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ بر حسب نقش متغیرهای جمعیت شناختی انجام گرفت.

نتایج پژوهش نشان داد، میانگین سطوح سواد سلامت اکثر دانشجویان در حد بالایی قرار دارد. در میان ابعاد سواد سلامت، بیشترین میانگین مربوط به بعد فهم است و کم‌ترین میانگین هم به بعد مهارت خواندن اختصاص دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همچون Ickes و همکاران (۲۷)، محمودی و ابوالفضل (۱۷) همسو بود. در مطالعه عظیمی و همکاران (۵) میانگین نمره سواد سلامت دانشجویان ۲/۲۱ بود که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در مطالعه جوادزاده و همکاران (۱۸) میانگین نمره سواد سلامت آزمودنی‌ها ۲/۷ به دست آمد. نتایج پژوهش نکویی مقدم و همکاران (۱۱) با عنوان سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان در سال ۱۳۹۰، نشان داد که سواد سلامت در کرمان پایین است که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. طبق یافته‌های به دست آمده، سواد سلامت در دانشجویان علوم پزشکی در سطح مطلوبی می‌باشد که به نظر محقق، می‌توان این مطلوبیت را به دلیل محتوای درسی دانشجویان علوم پزشکی دانست که تقریباً بیشتر واحدهای درسی آنها، در مورد بهداشت، بیماری و سلامت افراد و جامعه می‌باشد. نتایج نشان داد که میزان سواد سلامت در دانشجویان مونث از دانشجویان مذکر بیشتر است؛ که نشان می‌دهد دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر از سواد سلامت بالاتری برخوردار

هستند. این یافته با نتایج پژوهش Allison و همکاران (۲۸)، Zhang و همکاران (۲۹)، محمودی و طاهری (۱۷)، Kleindl (۳۰)، Lindstrom (۳۱)، Von و همکاران (۳۲) همخوانی دارد. این تفاوت احتمالاً به علت آن می‌تواند باشد که زنان بیشتر از مردان به سلامت خود اهمیت داده و با دقت بیشتری، برچسب‌های غذایی و لیفلت دارویی را می‌خوانند. نتایج پژوهش طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران (۱۶)، کریمی و همکاران (۱۲) و Orlow و همکاران (۳۳) مؤید عدم ارتباط جنسیت با میزان سواد سلامت است. همچنین، در پژوهش رئیسی و دیگران (۳۴)، خسروی و همکاران (۳۵) جوادزاده و همکاران (۳۶) و Cho و همکاران (۲۴) بالاتر بودن سطح سواد سلامت مردان نسبت به زنان گزارش شده است که با یافته‌های این پژوهش مغایرت دارد. در مطالعه ما میانگین امتیاز سواد سلامت در مقاطع تحصیلی تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج حاصل از مطالعه حاضر، یافته‌های پژوهش‌های پیشین نظیر Zhang (۲۹)، رئیسی و همکاران (۳۴)، خسروی و همکاران (۳۵)، Sudore و همکاران (۳۷)، Cho و همکاران (۱۵)، Bohlman و همکاران (۳۸)، Kunter و همکاران (۳۹)، Von و همکاران (۳۲)، جوادزاده و همکاران (۱۸)، طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران (۱۶) و نکویی مقدم و همکاران (۱۱) نیز تاثیر میزان تحصیلات بر سطح سواد سلامت را نشان می‌دهد. افرادی که مدرک تحصیلی بالاتر دارند، از سواد سلامت بهتری برخوردار بوده و اطلاعات و دستورات بهداشتی را بهتر می‌فهمند و درست‌تر به کار می‌برند. اما، نتایج پژوهش کریمی و همکاران (۱۲) ارتباط تحصیلات با میزان سواد سلامت را رد می‌کند. دلیل این امر این است که سواد عمومی پایه‌ای برای سواد سلامت است.

نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری میان سطوح سلامت با سن وجود دارد. این یافته با یافته‌های جوادزاده و همکاران (۳۶)، Cho و همکاران (۲۴)، طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران (۱۶)، طل و همکاران (۲۰۱۲)، Lee و همکاران (۲۰)، Fang و همکاران (۴۰)، Sun و همکاران (۴۱) و مرکز استراتژی‌های

استفاده شود. از این رو بهتر است پژوهش‌های بیشتری در زمینه رابطه سواد سلامت و دیگر متغیرها صورت گیرد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی در پژوهش حاضر نمره سواد سلامت بالاتر و بهتری نسبت به سایر تحقیقات گرفتند. این مسأله لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای سلامت برای دانشجویان را می‌رساند. بنابراین پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و مجریان برنامه‌های آموزشی دانشگاه با فراهم آوردن محتوا و محیط آموزشی مناسب و با گنجاندن واحد درسی یا دوره‌های آموزشی در دوره تحصیل، سلامت معنوی دانشجویان را افزایش دهند.

سپاسگزاری

این مقاله مصوب طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با شماره (۹۵۲۴۱) می‌باشد. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند، از تمامی عزیزان که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی بعمل آورند.

References:

1. Norman C. eHealth literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving concept. *Journal of medical Internet research* 2011;13(14):e125.
2. Rootman I. Literacy and health in Canada: Is it really a problem?(Editorial). *Can J Public Health*. 2003;94(6):405-6.
3. Keleher H, and Virginia Hagger. Health literacy in primary health care. *Australian Journal of Primary Health*. 207;13(2):24-30.
4. Organization WH. Division of Health Promotion, Education, and Communication. Health promotion glossary. 10 Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/64546>. 1998.
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 92-93. *Pejouhandeh*. 2015;20(2):78-85.
6. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization. 2008.
7. Baker D. The meaning and the measure of health literacy.

مراقبت‌های بهداشتی آمریکا همسو می‌باشد. می‌توان گفت افراد جوان‌تر در فهمیدن و درک اطلاعات پزشکی و بهداشتی نسبت به مسن‌ترها با مشکلات کمتری مواجه‌اند و همانطور که گفته شد، دقت و توجه بیشتری نسبت به مسن‌ترها دارند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین امتیاز سواد سلامت، در دانشجویان شهری و روستایی با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین امتیاز سطوح سواد سلامت با گروه‌های تحصیلی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

محدودیت‌های مطالعه: در این مطالعه داده‌ها با استفاده از روش خود گزارش‌دهی جمع‌آوری شده‌اند، که این روش ممکن است بر صحت نتایج تأثیرگذار باشد. همچنین با تفاوت‌های فردی نمونه‌های پژوهش، ممکن است بر قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه ما اثرگذار باشد. با توجه به محدودیت‌های موجود، پیشنهاد می‌شود برای بالا بردن قدرت تعمیم یافته‌های پژوهش، از جامعه آماری گسترده‌تری، که شامل دیگر دانشگاه‌ها نیز می‌باشد،

- Journal of general internal medicine. 2006;21(18):878-3.
8. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig D. Health literacy: a prescription to end confusion: National Academies Press; 2004. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/10883.htm>. 2004.
9. McCray A. Promoting health literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2005;12(2):152-63.
10. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati, F., , Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2012;1(1):31.
11. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili MR, MR B. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area. *Journal of Toloe Behdasht*. 2011;11(4):123-35.
12. Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian Jazi M, Khorasani E. Health Literacy, Health Status, Health Services Utilization and Their Relationships in Adults in Isfahan. *Health Inf Manage* 2014;10(6):875.
13. Diviani N, Putte B, Gian S, J Weert. Low Health Literacy and Evaluation of Online Health Information: A Systematic Review of the Literature. *J Med Internet Res*.

- 2015;17(5):e112.
14. Walker J, Pepa C, Gerard P. Assessing the Health Literacy Levels of Patients Using Selected Hospital Services. . Clin Nurse Spec. 2010;24(1):31-7.
 15. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, KS C. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. . Social Science & Medicine. 2008;66(5):1809-16.
 16. Tehrani Banihashemi SA, Amir Khani A, Haghdoost A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H, et al. Health literacy in five province and relative effective factors. . Strides in Development of Medical Education. 2007;4(1):1-9.
 17. Mahmoudi H, Taheri A. Relation between Information Literacy and Health Literacy of Students in Ferdowsi University of Mashhad. . Human Information Interaction. 2015;2(2):31-41.
 18. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. . Journal of education and health promotion. 213;9(5):540-9.
 19. Peyman N, Samiee-roudi K. Investigating the status of health literacy among health providers of rural area. Journal of Health Literacy. 2016;1(1):6-52.
 20. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, KN K. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. . BMC Public Health. 2010;10(1):614.
 21. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, D G, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. . Journal of Public Health. 2002;92(8):1278-83.
 22. McLaghlin R. Association among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting [PhD thesis]. Health science center: University of Tennessee. 2009.
 23. Sorlie V. Health Literacy, And Miscommunication Collide: Tremors Versus Seizures. Fam med. 2011;43:48-50.
 24. Cho YI LS-Y, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. . Social Science & Medicine. 2008;66(8):1809-16.
 25. Smith D. A systematic review of tobacco smoking among nursing students. . Nurs Educ Pract. 2007;7(5):293-302.
 26. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, M E, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric Properties. Payesh Journal. 2014;13(5):589-99.
 27. Ickes MJ, Cottrell R. Health literacy in college students. J Am College Health. 2010;58(5):491-8.
 28. Vanderbilt AA, Wright MS, Brewer AE, Murithi LK, Coney P. Increasing Knowledge and Health Literacy about Preterm Births in Underserved Communities: An Approach to Decrease Health Disparities, a Pilot Study. Global journal of health science. 2016;8(1):83.
 29. Zhang Q, Cui G, editors. Investigation and analysis of Xi'an college students' health literacy. Human Health and Biomedical Engineering (HHBE); 2011. International Conference on 2011 Available from: <http://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=6028991&isnumber=6027878>. 2011:994-7.
 30. Kleindl J. Reading ability of patients versus the readability of patient education material. [Thesis]. North Dakota, North Dakota State University. 2007.
 31. Lindstrom A. Patient health literacy levels and the readability of patient education materials [dissertation]. North Dakota: North Dakota State University. 2008.
 32. Von WC, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health promoting behaviour in a national sample of British adults. Journal of Epidemiology Community Health 2007;61(12): 1086-90.
 33. Orlow M, Parker R, Gazmararian J, R Rudd. The prevalence of Limited health literacy. . J Gen Intern Med. 2005;20(2):175-84.
 34. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzade A, Reza SG. The Relationship between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors among Elderly in Isfahan, Iran. . Journal of Health System Research. 2011;7(4):469-80.
 35. 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.
 36. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, F R. Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran. J Health Syst Res 2013;9(5):540-9.
 37. Sudore R, Mehta K, Simonsick E, Harris TB, Newman A, S Satterfield. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. . Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54(5):770-6.
 38. Bohlman LN, Panzer AM, Kindig D. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC): National Academies Press;. 2004.
 39. Kutner MA, Greenberg E, Yin J, Paulsen C, White S. The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington (DC): United States Department of Education. 2006.
 40. Fang MC, Machtiger EL, Wang F. Health Literacy and Anticoagulation-Related Outcomes among Patients Taking Warfarin. . J Gen Intern Med. 2006;21(8):841-46.
 41. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. . BMC Public Health. 2013;13(1):1.