

## Health Literacy Level and its Related Factors among College Students of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Saideh Mohammadi Farah (BSc)<sup>1</sup>, Mohammad Hasan Saati Asr (MSc)<sup>2</sup>, Afsaneh Kavivani Manesh (BSc)<sup>1</sup>, Majid Barati (PhD)<sup>3,\*</sup>, Maryam Afshari (MSc)<sup>2</sup>, Yones Mohammadi (PhD)<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Student Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>2</sup> Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>3</sup> Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>4</sup> Modeling for Noncommunicable Diseases Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

\* **Corresponding Author:** Majid Barati, Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: Barati@umsha.ac.ir

### Abstract

**Received:** 14/07/2017

**Accepted:** 11/09/2017

#### How to Cite this Article:

Mohammadi Farah S, Saati Asr MH, Kavivani Manesh A, Barati M, Afshari M, Mohammadi Y. Health Literacy Level and its Related Factors among College Students in Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. *J Educ Community Health*. 2017; 4(2): 11-17. DOI: 10.21859/jech.4.2.11

**Background and Objective:** Health literacy has a potential impact on people's health and quality of life and reduces the cost of health care. Therefore, considering the importance of health literacy and its role in individuals' health, the present study aimed to determine the level of health literacy and its related factors among the students of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was conducted on 386 students studying at Hamadan University of Medical Sciences in 2016. The study population was selected through multistage sampling method. The data were collected using the questionnaire of Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) through self-report design. Data analysis was performed in SPSS software, version 21, using descriptive statistics, t-test, ANOVA, and Chi-square test.

**Results:** According to the results, 50.5% and 3.9% of the subjects had adequate and inadequate health literacy, respectively. Internet was found to be the main modality through which the students obtained most of their information about health. In addition, health literacy was significantly associated with age, gender, marital status, faculty, and source of information ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Regarding the level of health literacy in the students and the effective demographic variables, it is necessary to design and implement some interventions targeted toward the empowerment of students in the field of health literacy. Furthermore, it seems essential to provide the students with newer ways, such as web-based education, to improve their health information.

**Keywords:** Health Literacy; HELIA; Student

## سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان

سعیده محمدی فرح<sup>۱</sup>، محمدحسن ساعتی عصر<sup>۲</sup>، افسانه کاویانی منش<sup>۱</sup>، مجید براتی<sup>۳\*</sup>، مریم افشاری<sup>۴</sup>، یونس محمدی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۳</sup> دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۴</sup> دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماری های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

\* نویسنده مسئول: مجید براتی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

ایمیل: Barati@umsha.ac.ir

### چکیده

**سابقه و هدف:** سواد سلامت در افراد تأثیر بالقوه ای بر پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آن ها دارد و به همان نسبت موجب کاهش هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی می شود؛ از این رو، با توجه به اهمیت سواد سلامت و نقش آن در سلامت افراد، پژوهش حاضر با هدف تعیین سطح سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان صورت گرفت.

**مواد و روش ها:** این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۵ روی ۳۸۶ نفر از دانشجویان مشغول به تحصیل در رشته های مختلف دانشگاه علوم پزشکی همدان که با روش نمونه گیری چندمرحله ای انتخاب شدند، انجام گرفت. داده ها به روش خودگزارش دهی و به وسیله پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (HELIA: Health Literacy for Iranian Adults) جمع آوری شدند و با استفاده از نرم افزار SPSS 21 و بهره گیری از آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون های T، Chi-Square، مستقل و ANOVA تجزیه و تحلیل گردیدند.

**یافته ها:** ۵۰/۵ درصد از دانشجویان سواد سلامت کافی داشتند و ۳/۹ درصد دارای سواد سلامت ناکافی بودند. همچنین، آن ها بیشترین اطلاعات مربوط به سواد سلامت خود را از طریق اینترنت کسب می کردند. براساس نتایج، بین متغیرهای سن، جنسیت، تأهل، دانشکده محل تحصیل و نوع منابع کسب اطلاعات دانشجویان با ابعاد سواد سلامت ارتباط معناداری به دست آمد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به سطح سواد سلامت و متغیرهای جمعیت شناختی اثرگذار، لازم است مداخلات مؤثری به منظور توانمندسازی دانشجویان در زمینه ارتقای سواد سلامت طراحی و اجرا گردد. همچنین، لازم است روش های جدیدتری مانند آموزش تحت وب به منظور کسب اطلاعات بهداشتی بیشتر در اختیار دانشجویان قرار داده شود.

**واژگان کلیدی:** دانشجویان؛ سواد سلامت؛ HELIA

### مقدمه

سلامت کمتر، عوارض، بستری شدن و هزینه های بیشتر مراقبت سلامتی می شود. افزون بر این، سواد سلامت ناکافی با وضعیت نامطلوب سلامت افراد، استفاده نادرست از داروها و پیروی نکردن از دستورات دارویی، آگاهی کمتر از مسائل سلامتی، همکاری کمتر در مورد تصمیم گیری برای نوع درمان، ابراز کمتر نگرانی های سلامت و ارتباط نامطلوب با نیروهای بهداشت و درمانی همراه می باشد [۲].

بر این اساس، سازمان جهانی بهداشت (WHO: World

سواد سلامت، توانایی درک دستورالعمل های دارویی، بروشورهای آموزشی - پزشکی، فرم های رضایت نامه، بهره مندی از سیستم پزشکی، مهارت خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیت های سلامتی می باشد و لزوماً به سال های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی باز نمی گردد [۱]. ارزیابی ها نشان داده است که شیوع سواد سلامت ناکافی در بسیاری از کشورها از هر دو دیدگاه جمعیت و افراد بیمار وجود دارد [۱]. سواد سلامت پایین باعث

پزشکی همدان اجرا گردید.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ روی ۳۸۶ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع طبقه‌بندی چندمرحله‌ای بود. نحوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که پس از هماهنگی با مسئولان دانشگاه و دریافت تعداد دانشجویان هر دانشکده به تفکیک جنسیت دانشجویان از طریق انتساب متناسب نمونه‌ها از دانشکده‌ها (یعنی به دانشکده‌های با تعداد دانشجویی بیشتر، تعداد نمونه بیشتری اختصاص یافت)، واحدهای پژوهشی سهمیه‌بندی گردید و در مرحله بعد، نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده وارد پژوهش شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن حداقل ۱۸ سال سن و اشتغال به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی همدان. قابل ذکر است که آزمودنی‌های پژوهش درمورد چگونگی انجام طرح، محرمانه بودن اطلاعات و هدف از انجام این طرح توجیه گردیدند و پس از کسب رضایت آگاهانه، تمامی شرکت‌کنندگان با تمایل وارد پژوهش شدند. شایان ذکر است که این طرح مطالعاتی دارای تأییدیه کمیته اخلاق در پژوهش (شناسه اختصاصی کمیته اخلاق: IR.UMSHA.REC.1395.64) از دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (۱۸ تا ۶۵ سال) (HELIA: Health Literacy for Iranian Adults) استفاده شد که دانشجویان آن را به روش خودگزارش‌دهی تکمیل نمودند. این پرسشنامه شامل دو بخش مشخصات پاسخ‌گویان و ابعاد سواد سلامت بود که بخش مشخصات پاسخ‌گویان دارای ۱۱ سؤال درباره سن، جنسیت، رشته، ترم و مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی خانواده و قومیت و منابع کسب اطلاعات درباره سلامت و بیماری بود. لازم به ذکر است که ابعاد سواد سلامت شامل ۳۳ سؤال بود که بعد دسترسی با شش سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از همیشه = ۵ تا به هیچ‌وجه = ۱)؛ بعد مهارت خواندن با ۴ سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً آسان است = ۵ تا کاملاً سخت است = ۱)؛ بعد فهم با ۷ سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از همیشه = ۵ تا به هیچ‌وجه = ۱)؛ بعد ارزیابی با ۴ سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از همیشه = ۵ تا هیچ‌وقت = ۱)؛ بعد تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت با ۱۲ سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از همیشه = ۵ تا هیچ‌وقت = ۱)؛ سنجیده شد و درنهایت، برای هر فرد نمره‌ای بین ۳۳ تا ۱۶۵ به دست آمد که نمره بیشتر نشانگر سواد سلامت مطلوب و نمره کمتر نشانگر کم‌تر بودن سواد سلامت در افراد بود. بدین منظور، امتیاز خام هر فرد در خرده‌سنجش‌ها از جمع جبری امتیازات به دست آمد و در ادامه، برای تبدیل

Health Organization) به‌تازگی در گزارشی سواد سلامت را به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است. این سازمان به کشورهای جهان توصیه می‌کند که لازم است مجمعی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر به‌منظور پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک در ارتباط با ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود [۲]. در سال ۱۹۷۴ برای اولین بار مفهوم سواد سلامت در متون علمی حوزه آموزش بهداشت به کار گرفته شد و پس از آن Nutbeam در واژه‌نامه مربوط به ارتقای سلامت به این مفهوم اشاره کرد [۳]. سواد سلامت به‌عنوان یک پیامد کلیدی در آموزش بهداشت مطرح بوده و در مفهومی وسیع‌تر، عنصری مهم از ارتقای سلامت محسوب می‌شود [۴]. در دورنمای نقشه نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴، سواد سلامت به صراحت ذکر شده است و در راستای تحقق اهداف ۲۰ ساله کشور در سال ۱۴۰۴، جامعه ایران سالم و توانمند خواهد شد و مردم از توانایی لازم جهت دسترسی، تحلیل و تصمیم‌گیری درمورد اطلاعات مربوط به سلامتی بهره‌مند بوده و سرمایه اجتماعی لازم و کافی را کسب خواهند نمود [۵].

از سوی دیگر، مطالعات نشان داده‌اند که بیماران نقش مهم‌تری نسبت به کارکنان بهداشتی در کنترل سلامتی خود دارند و از این رو، باید به‌عنوان یک فرد آگاه در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی و درمانی خود مشارکت لازم و کافی داشته باشند [۶]. در این زمینه، در پژوهشی درصد سواد سلامت ناکافی و مرزی در ایرلند شمالی به ترتیب معادل ۲۵ و ۲۰ برآورد گردید [۷]. در پژوهشی دیگر در آمریکا که در ارتباط با بیماران مبتلا به دیابت و پرفشاری خون صورت گرفت نیز، سواد سلامت ناکافی به ترتیب ۴۴ و ۴۹ درصد گزارش شد [۸]. همچنین، نتایج پژوهشی در ایران نشان داد که سطح سواد سلامت، مرزی و ناکافی می‌باشد [۴].

شناخت عواملی که بر تطابق هرچه بیشتر دانشجویان با رفتارهای سالم و کاهش رفتارهای پرخطر اثر داشته باشد، از اهمیت بسیاری برخوردار است و شناخت این عوامل باعث می‌شود که برنامه‌ریزان و مجریان حوزه سلامت به‌طور مؤثری در جهت پیشبرد هرچه بهتر برنامه‌های ارتقای سلامت و استفاده بهینه از خدمات گام بردارند [۹-۷]. باید عنوان نمود که با توجه به دلایلی از قبیل سن مناسب دانشجویان برای آموزش‌پذیری مطالب درسی و نیز اینکه آن‌ها الگوی مناسبی برای ترویج شیوه زندگی سالم و بهداشتی در بین اقشار مختلف جامعه هستند، به‌عنوان گروه هدف پژوهش حاضر انتخاب شدند. در این میان از آنجایی که دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان الگوی مروج سلامت در جامعه تلقی می‌شوند، از اولویت بالاتری برخوردار می‌باشند [۱۰]؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین سطح سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم

در جدول ۱ وضعیت کلی سواد سلامت در بین شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ۳/۹ درصد از دانشجویان از سواد سلامت ناکافی، ۲۷/۷ درصد از سواد سلامت نه‌چندان کافی، ۵۰/۵ درصد از سواد سلامت کافی و ۱۷/۹ درصد از سواد سلامت عالی برخوردار بودند.

**جدول ۱:** وضعیت کلی سواد سلامت در بین دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش

سطوح سواد سلامت (امتیاز)	فراوانی	درصد
سواد سلامت عالی (۱۰۰-۸۴/۰۱)	۶۹	۱۷/۹
سواد سلامت کافی (۸۴-۶۶/۰۱)	۱۹۵	۵۰/۵
نه‌چندان کافی (۶۶-۵۰/۰۱)	۱۰۷	۲۷/۷
سواد سلامت ناکافی (۵۰-۰)	۱۵	۳/۹

علاوه‌براین، تجزیه و تحلیل ابعاد مختلف سواد سلامت در جدول ۲ نشان داد که بعد درک و فهم با ۷۸/۸ درصد نمره میانگین از حداکثر نمره قابل‌اكتساب، بهترین وضعیت را داشته و بعد تفسیر با ۶۶/۱ درصد نمره میانگین از حداکثر نمره قابل‌اكتساب، بدترین وضعیت را در بین سایر ابعاد به خود اختصاص داده است. در مجموع، وضعیت هر ۵ بعد نسبتاً مطلوب برآورد شد.

از سوی دیگر، نتایج آزمون‌های T مستقل و ANOVA نشان داد که بین متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش و ابعاد مختلف سواد سلامت ارتباط معناداری وجود دارد. بین سن شرکت‌کنندگان و دو بعد درک و فهم و تفسیر نیز رابطه آماری معناداری وجود داشت. همچنین، بین وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی شرکت‌کنندگان در پژوهش با تمامی ابعاد سواد سلامت ارتباط معناداری مشاهده شد. بین متغیر جنس شرکت‌کنندگان در پژوهش و دو بعد خواندن و درک و فهم نیز رابطه آماری معناداری به‌دست آمد. افزون‌براین، بین دانشکده محل تحصیل دانشجویان و تمام ابعاد سلامت (به‌جز بعد ارزیابی) رابطه معناداری مشاهده گردید. بین متغیر کسب اطلاعات دانشجویان و بعد تفسیر نیز رابطه آماری معناداری به‌دست آمد (جدول ۳).

این امتیاز به طیف صفر تا ۱۰۰ از یک فرمول مشخص استفاده شد که شامل تفاضل نمره خام به‌دست آمده از حداقل نمره خام ممکن تقسیم بر تفاضل حداکثر امتیاز ممکن از حداقل امتیاز ممکن بود. برای محاسبه امتیاز کل نیز امتیازات خرده‌سنجش‌ها براساس طیف صفر تا ۱۰۰ جمع شده و بر تعداد خرده‌سنجش‌ها (۵ بعد) تقسیم گردید. رتبه‌بندی سطح سواد سلامت مخاطبان بدین‌صورت بود که سواد سلامت صفر تا ۵۰ سواد سلامت ناکافی؛ ۵۰/۱ تا ۶۶ سواد سلامت نه‌چندان کافی؛ ۶۶/۱ تا ۸۴ سواد سلامت کافی؛ ۸۴/۱ تا ۱۰۰ سواد سلامت عالی بود [۱۱]. ذکر این نکته ضرورت دارد که در پژوهش منتظری و همکاران، طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه صورت گرفته است [۱۱].

در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS 21 و با استفاده از آزمون‌های T مستقل، Chi-Square و آنالیز واریانس یک‌طرفه صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها نیز کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

محدوده سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش، ۱۸ تا ۴۳ سال با میانگین و انحراف معیار سنی  $22/15 \pm 4/122$  سال بود. همچنین، ۵۸/۵ درصد از شرکت‌کنندگان زن و مابقی مرد بودند، ۲۹/۳ درصد از دانشجویان در ترم دوم تحصیلی مشغول به تحصیل بودند، ۸۶/۸ درصد از شرکت‌کنندگان مجرد بودند، ۲۳/۳ درصد از آن‌ها مربوط به دانشکده پزشکی بودند، ۵۰/۸ درصد از شرکت‌کنندگان در مقطع کارشناسی اشتغال به تحصیل داشتند، ۴۹/۲ درصد از آن‌ها از وضعیت اقتصادی خوبی برخوردار بودند، ۶۲ درصد از شرکت‌کنندگان در رده خانوارهای ۵ نفری و بیشتر قرار داشتند، ۳۲ درصد از آن‌ها از قومیت فارس بودند و ۵۵/۴ درصد از شرکت‌کنندگان با استفاده از اینترنت اطلاعات مربوط به سلامتی و بیماری را به‌دست می‌آوردند. براساس نتایج پس از اینترنت، شرکت‌کنندگان از طریق پرسش از کارکنان بهداشتی و پزشکان، اطلاعات مربوط به سلامتی و بیماری را کسب می‌نمودند. باید توجه داشت که ۹۳ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش، عدم وجود بیماری در خود را گزارش کرده بودند.

**جدول ۲:** بررسی وضعیت ابعاد مختلف سواد سلامت

ابعاد سواد سلامت	میانگین	انحراف معیار	درصد میانگین از حداکثر نمره قابل‌اكتساب
خواندن	۱۵/۴۵	۳/۲۱۳	۷۱/۵۶
ارزیابی	۱۵/۲۸	۲/۴۳۰	۷۰/۵۰
دسترسی	۲۳/۴۹	۳/۹۷۵	۷۲/۸۸
درک و فهم	۲۹/۰۸	۴/۰۲۴	۷۸/۸۶
تفسیر	۴۳/۷۱	۷/۹۴۰	۶۶/۰۶

جدول ۳: رابطه بین ابعاد مختلف سواد سلامت با متغیرهای دموگرافیک در دانشجویان

متغیرها	خواندن		ارزیابی		دسترسی		درک و فهم		تفسیر
	میانگین ±	سطح معناداری	میانگین ±	سطح معناداری	میانگین ±	سطح معناداری	میانگین ±	سطح معناداری	
سن	کمتر از ۲۰ سال	۱۵/۲۵±۳/۲۱	۱۴/۹۹±۲/۴۱	۲۳/۳۳±۳/۹۱	۲۸/۵۱±۳/۷۳	۴۲/۵۰±۸/۱۴	۰/۰۳۰	۴۴/۲۰±۷/۵۲	۰/۰۳۰
	۲۰ تا ۳۰ سال	۱۵/۴۹±۳/۲۱	۰/۱۷۸	۱۵/۴۷±۲/۳۲	۰/۱۴۵	۲۳/۵۱±۴/۱۲	۰/۳۹۸	۲۹/۳۳±۴/۱۴	۰/۰۱۰
جنس	بیشتر از ۳۰ سال	۱۶/۷۲±۲/۱۱	۱۵/۶۱±۲/۳۴	۲۴/۶۷±۳/۶۳	۳۱/۲۲±۳/۲۶	۴۸/۷۸±۷/۴۸	۰/۰۰۱	۴۴/۲۰±۷/۵۲	۰/۰۰۱
	مرد	۱۴/۷۲±۳/۱۲	۱۵/۲۱±۲/۴۳	۲۳/۲۰±۳/۹۴	۲۷/۷۹±۳/۹۵	۴۳/۰۸±۷/۷۱	۰/۱۹۱	۴۴/۱۵±۸/۰۳	۰/۱۹۱
کسب اطلاعات	زن	۱۵/۹۶±۳/۱۲	۱۵/۳۳±۲/۴۸	۲۳/۶۹±۴/۰۶	۲۹/۹۹±۳/۸۳	۴۴/۱۵±۸/۰۳	۰/۰۰۱	۴۱/۶۹±۷/۶۲	۰/۰۰۱
	متوسط	۱۴/۹۳±۳/۳۴	۰/۰۰۱	۱۴/۹۲±۲/۳۶	۲۲/۷۷±۳/۷۲	۲۸/۴۹±۳/۹۸	۰/۰۰۱	۴۱/۶۹±۷/۶۲	۰/۰۰۱
بیماری زمینهای	خوب	۱۵/۸۴±۳/۰۸	۱۵/۵۹±۲/۴۶	۲۴/۲۵±۳/۸۷	۲۹/۷۵±۳/۸۳	۴۵/۵۸±۷/۷۲	۰/۰۰۱	۴۵/۵۸±۷/۷۲	۰/۰۰۱
	عالی	۱۶/۳۵±۳/۱۲	۱۶/۰۵±۲/۴۸	۲۴/۸۰±۳/۵۰	۲۹/۵۰±۴/۴۶	۴۵/۳۵±۸/۳۱	۰/۰۰۱	۴۵/۳۵±۸/۳۱	۰/۰۰۱
کسب اطلاعات	پزشک و کارکنان بهداشتی	۱۵/۵۲±۳/۳۵	۱۵/۰۹±۲/۲۷	۲۳/۶۲±۳/۶۸	۲۹/۳۸±۳/۸۷	۴۵/۹۰±۷/۶۱	۰/۰۰۱	۴۵/۹۰±۷/۶۱	۰/۰۰۱
	اینترنت	۱۵/۴۶±۳/۱۴	۱۵/۵۴±۲/۴۴	۲۳/۵۴±۴/۰۱	۲۹/۰۳±۴/۰۷	۴۳/۲۳±۷/۹۶	۰/۰۰۱	۴۳/۲۳±۷/۹۶	۰/۰۰۱
ارتباطی مختلف	رادیو و تلوزیون	۱۵/۲۸±۳/۴۳	۱۴/۸۶±۲/۸۶	۲۲/۴۸±۴/۵۵	۲۸/۴۵±۳/۸۸	۴۱/۰۰±۷/۸۸	۰/۰۰۱	۴۱/۰۰±۷/۸۸	۰/۰۰۱
	رسانه‌های چاپی	۱۶/۰۰±۲/۸۲	۱۴/۵۰±۱/۲۹	۲۶/۰۰±۴/۶۹	۳۰/۵۰±۳/۰۰	۳۹/۵۰±۴/۶۵	۰/۰۰۱	۳۹/۵۰±۴/۶۵	۰/۰۰۱
بیماری زمینهای	دوستان و آشنایان	۱۴/۵۷±۲/۹۳	۱۴/۰۰±۲/۳۶	۲۳/۵۷±۵/۵۶	۲۹/۵۷±۴/۷۲	۳۹/۲۹±۶/۲۳	۰/۰۰۱	۳۹/۲۹±۶/۲۳	۰/۰۰۱
	نمی‌دانم	۱۲/۰۰±۲/۹۲	۱۲/۰۰±۲/۸۵	۱۷/۰۰±۳/۸۵	۲۲/۰۰±۳/۱۲	۳۷/۰۰±۳/۳۳	۰/۰۰۱	۳۷/۰۰±۳/۳۳	۰/۰۰۱
بیماری زمینهای	بله	۱۵/۷۰±۲/۸۷	۱۴/۸۳±۲/۶۴	۲۲/۵۲±۳/۷۹	۲۹/۲۰±۴/۳۱	۴۲/۶۳±۸/۷۲	۰/۰۰۱	۴۲/۶۳±۸/۷۲	۰/۰۰۱
	خیر	۱۵/۴۳±۳/۲۴	۱۵/۳۲±۲/۴۱	۲۳/۵۷±۳/۹۸	۲۹/۰۷±۴/۰۰	۴۳/۸۰±۷/۸۷	۰/۰۰۱	۴۳/۸۰±۷/۸۷	۰/۰۰۱

### بحث

می‌رسد یکی از دلایل استفاده زیاد دانشجویان از اینترنت در سطح دانشگاه‌ها، مجهز ساختن آن‌ها به زیرساخت‌های لازم برای استفاده از اینترنت می‌باشد. در پژوهش منتظری و همکاران که در ارتباط با ۲۰۵۷۱ نفر از افراد شهرهای مختلف کشور صورت گرفت، مشاهده شد که بیشتر افراد، اطلاعات مربوط به سلامت خود را از طریق رادیو و تلوزیون به دست می‌آورند که این امر با توجه به دسترسی مردم ایران به این رسانه‌ها طبیعی می‌باشد. علاوه بر این در پژوهش حاضر پس از منبع اینترنت، پرسش از نیروهای علوم پزشکی مانند پزشکان و کارکنان بهداشتی توسط دانشجویان به منظور افزایش سواد سلامت در رتبه دوم قرار داشت. لازم به ذکر است که به منظور ارتقای ظرفیت پاسخ‌گویی نیروهای علوم پزشکی، تقویت اصول روابط انسانی و ارتباطات مؤثر در نظام آموزش پزشکی کشور ضروری به نظر می‌رسد [۱۸].

علاوه بر این از بین ابعاد مختلف سواد سلامت، بعد درک و فهم بیشترین نمره را در بین دانشجویان به دست آورد. کمترین نمره نیز به بعد تفسیر کردن تعلق گرفت؛ این در حالی است که انجمن دارویی آمریکا گزارش کرده است که نیمی از جمعیت آمریکا در درک و فهم و استفاده از اطلاعات بهداشتی مشکل دارند [۱۹]. در این راستا، در پژوهشی که در بین دانشجویان تحصیلات تکمیلی شهر مشهد صورت گرفت، از بین ابعاد مختلف سواد سلامت، بیشترین و کمترین امتیاز

پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر در سطح سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی همدان انجام شد که براساس نتایج، ۵۰/۵ درصد از دانشجویان دارای سواد سلامت کافی بودند. این یافته با نتایج مطالعات مختلفی که با زمینه مشترک و در سیستم نظام پزشکی صورت گرفته است، همسو می‌باشد [۱۲، ۱۳]. در ارتباط با عواملی که در افزایش سطح سواد سلامت در دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی مؤثر است، می‌توان به این مورد اشاره نمود که بیشتر مطالب درسی و واحدهای دانشگاهی این دانشجویان در رابطه با سلامتی و بیماری می‌باشد؛ از این رو، انتظار می‌رود که دانشجویان این دانشگاه‌ها از سواد سلامت خوبی برخوردار باشند [۱۰]. در این راستا نتایج برخی از مطالعات، سطح سواد سلامت را کم گزارش کرده‌اند که علت آن را می‌توان تفاوت در گروه‌های هدف مطالعه دانست؛ به طوری که بیشتر این مطالعات در مورد افراد عادی جامعه و نه صرفاً افراد تحصیل کرده در حوزه علوم پزشکی انجام شده بودند [۱۴-۱۶].

افزون بر این، در پژوهش حاضر دانشجویان بیشترین اطلاعات در مورد بیماری و سلامت را از طریق اینترنت به دست می‌آوردند. در پژوهش محمودی و همکاران نیز اینترنت، بیشترین راه کسب اطلاعات در میان دانشجویان گزارش شده بود [۱۷]؛ در مقابل، دانشجویان از منابع دیگر مانند تلفن گویا، روزنامه و نشریات، کمتر اطلاعاتی را به دست می‌آوردند. به نظر

ابعاد مختلف سواد سلامت، رابطه آماری معناداری مشاهده گردید که این نتایج با یافته‌های پژوهش مشابهی که در ارتباط با دانشجویان علوم پزشکی کرمانشاه انجام پذیرفت، همسو می‌باشد. در پژوهش مذکور نیز این نتیجه حاصل شد که میانگین امتیاز سطوح سواد سلامت با گروه‌های تحصیلی، تفاوت معناداری با یکدیگر دارند؛ بدین معنا که متناسب با رشته و مقطع تحصیلی، وضعیت سواد سلامت در دانشجویان متفاوت می‌باشد [۱۳].

افزون‌براین، بین کسب اطلاعات بهداشتی از طریق کانال‌های مختلف مانند اینترنت با بعد تفسیر سواد سلامت ارتباط آماری معناداری مشاهده شد. در این راستا، افرادی که از مطالب مربوط به سلامت آگاهی کمتری دارند، خدمات پیشگیرانه کمتری را دریافت نموده و کنترل ضعیف‌تری بر بیماری‌های مزمن خود دارند که به همان نسبت میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بهداشتی و بیمارستانی در این افراد بیش از سایرین است [۳۰].

لازم به ذکر است که از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نحوه تکمیل کردن پرسشنامه‌ها به روش خودگزارش‌دهی توسط دانشجویان اشاره کرد که ممکن است اطلاعات صحیح و دقیقی را در اختیار تیم پژوهش قرار ندهد. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌ها، عدم شرکت برخی از دانشجویان در این پژوهش بود. به نظر می‌رسد برخی از عوامل مانند: شرایط محیطی، خانوادگی و فرهنگی با ابعاد سواد سلامت در ارتباط باشند که توجه به آن‌ها در مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد.

### نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، وضعیت سطح سواد سلامت نیمی از شرکت‌کنندگان در پژوهش در حد متوسط بود. با توجه به اینکه رابطه آماری معناداری بین متغیرهای جمعیت‌شناختی دانشجویان و ابعاد مختلف سواد سلامت وجود داشت، لازم است با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هر گروه از دانشجویان و با هدف توانمندسازی این افراد در زمینه سواد سلامت، مداخلات متناسب در هر گروه طراحی و اجرا گردد. همچنین، توسعه روش‌های نوین آموزشی از قبیل آموزش تحت‌وب به منظور افزایش سواد سلامت دانشجویان به مسئولان امر پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از حمایت‌های معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان (شماره ثبت طرح: ۹۵۰۳۰۴۹۷۹) در جهت تأمین هزینه‌های این پژوهش و نیز دانشجویانی که در انجام این طرح همکاری لازم را به‌عمل آوردند، تشکر و قدردانی نمایند.

به‌ترتیب مربوط به ابعاد دسترسی و ارزیابی بود [۹]. نتایج یک مرور نظام‌مند مرتبط با سواد سلامت در سال ۲۰۱۵ نیز نشان داد که افراد با سواد سلامت پایین در ارزیابی و درک کیفیت و اعتماد به اطلاعات با مشکل مواجه می‌باشند [۲۰]. لازم به ذکر است که برای رفع تأثیر سواد سلامت پایین بر تمامی بخش‌های جمعیتی پیشنهاد می‌شود که منابع آموزشی متناسب با هر گروه از افراد جامعه تهیه شود و ارزیابی به‌موقع و مناسب به‌منظور سنجش و تناسب محتوا با گروه‌های جمعیتی هدف انجام گیرد [۲۱].

علاوه‌براین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سن دانشجویان و دو بعد درک و فهم و تفسیر سواد سلامت ارتباط معناداری وجود دارد و با افزایش سن، سواد سلامت افزایش می‌یابد که این امر با یافته‌های پژوهش رضایی و همکاران همخوانی دارد [۲۲]. در مطالعات مختلف دیگری نیز به رابطه بین سن و سطوح مختلف سواد سلامت اشاره شده است [۲۵-۲۱]؛ بنابراین می‌توان چنین استدلال نمود که با افزایش سن، کسب اطلاعات در مورد موضوعات سلامتی افزایش پیدا کرده و افراد به‌علت مواجهه بیشتر، تجربیات مناسب‌تری را دریافت می‌کنند.

دیگر یافته پژوهش حاکی از آن بود که جنس شرکت‌کنندگان در پژوهش با دو بعد خواندن و درک و فهم سواد سلامت رابطه معناداری دارد و میانگین سواد سلامت در زنان، بیشتر از مردان می‌باشد. در این راستا، در پژوهش قاندری و همکاران نیز میانگین سواد سلامت در زنان، بیشتر از مردان گزارش شده بود [۲۶]. همچنین، در پژوهش مشابهی که در ارتباط با دانشجویان علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد، میانگین ابعاد سواد سلامت در دانشجویان دختر، بیشتر از دانشجویان پسر به‌دست آمد [۱۳]. علاوه‌براین، مطالعات متعددی میانگین سواد سلامت در زنان را بیشتر از مردان به‌دست آورده‌اند که از دلایل این اختلاف بین زنان و مردان می‌توان به این موضوع اشاره کرد که زنان بیشتر از مردان به سلامت خود اهمیت می‌دهند و نسبت به برچسب‌های مختلف غذایی و دارویی حساس‌تر می‌باشند و با دقت بیشتری محتوای بهداشتی را مطالعه می‌کنند که این امر در نهایت باعث بهبود سواد سلامت در زنان می‌شود [۲۷-۲۹]. در برخی از مطالعات دیگر میانگین ابعاد سواد سلامت در مردان، بیشتر از زنان گزارش شده است که از علت تفاوت این نتایج می‌توان به اختلاف در جمعیت‌های هدف مطالعات مختلف اشاره کرد [۲۱].

از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین تمامی ابعاد سلامت در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد می‌باشد. این یافته با نتایج مطالعات دیگری که در زمینه سواد سلامت انجام شده است، همسو می‌باشد [۲۲]. طبق یافته‌های این پژوهش بین دانشکده‌های محل تحصیل شرکت‌کنندگان با انواع

## REFERENCES

- Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. Health literacy: the solid facts. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Bailey SC, McCormack LA, Rush SR, Paasche-Orlow MK. The progress and promise of health literacy research. *J Health Comm.* 2013;**18**(Suppl 1):5-8. PMID: 24093339 DOI: [10.1080/10810730.2013.830042](https://doi.org/10.1080/10810730.2013.830042)
- World Health Organization. Health literacy and health promotion, definitions, concepts and examples in the east Mediterranean region. 7th global conference on health promotion working paper. Nairobi: World Health Organization; 2009.
- Afshari M, Khazaei S, Bahrani M, Merati H. Investigating adult health literacy in Tuyserkan city. *J Educ Community Health.* 2014;**1**(2):48-55. DOI: [10.20286/jech-010248](https://doi.org/10.20286/jech-010248) [Persian]
- Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian M, Khorasani E. Health literacy, health status, health services utilization and their relationships in adults in Isfahan. *Health Inf Manage.* 2014;**10**(6):862-75.
- Just What Did the Doctor Order? Addressing Low Health Literacy in North Carolina. North Carolina Institute of Medicine. Available at: URL: [http://www.nciom.org/wp-content/uploads/NCIOM/projects/\\_health\\_literacy/Preface.pdf](http://www.nciom.org/wp-content/uploads/NCIOM/projects/_health_literacy/Preface.pdf); 2007.
- Sahm LJ, Wolf MS, Curtis LM, McCarthy S. Prevalence of limited health literacy among Irish adults. *J Health Commun.* 2012;**17**(3):100-8. PMID: 23030564 DOI: [10.1080/10810730.2012.718041](https://doi.org/10.1080/10810730.2012.718041)
- Mahmoudi H, Taheri A. Relation between information literacy and health literacy of students in Ferdowsi University of Mashhad. *Hum Inform Interact.* 2015;**2**(2):31-41. [Persian]
- Afshari M, Teymori GH, Afshari M, Kohnavard B, Esmailpour H, Kangavari M. Workers' health literacy in Khodro's piece making factory: a cross-sectional study. *Iran Occup Health.* 2017;**14**(2):147-55. [Persian]
- Ramezankhani A, Ghaffari M, Rakhshani F, Ghanbari S, Azimi S. Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic year 92-93. *Pejouhandeh J.* 2015;**20**(2):78-85. [Persian]
- Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh.* 2014;**13**:589-99. [Persian]
- Rahimi A, Ahmadianmajin N. Investigating health literacy level and relation to demographic factors of nurses in teaching hospitals of at west cities of Iran: 2016. *J Health Literacy.* 2017;**2**(1):54-61. [Persian]
- Ziapoor A, Kianpoor N. Predicting health literacy of students in Kermanshah University of Medical Sciences in 2016: The role of demographic variables. *J Health Literacy.* 2016;**1**(3):182-90. [Persian]
- Izadirad H, Zareban I. The relationship of health literacy with health status, preventive behaviors and health services utilization in Baluchistan, Iran. *J Educ Commun Health.* 2016;**2**(3):43-50. DOI: [10.20286/jech-02036](https://doi.org/10.20286/jech-02036) [Persian]
- Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* 2010;**25**(3):464-77. PMID: 20080808 DOI: [10.1093/her/cyp068](https://doi.org/10.1093/her/cyp068)
- Fransen M, Van Schaik T, Twickler TB, Essink-Bot ML. Applicability of nternationally available health literacy measures in the Netherlands. *J Health Commun.* 2011;**16**(3):134-49. PMID: 21951248 DOI: [10.1080/10810730.2011.604383](https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604383)
- Aghamolaei T, Hosseini Z, Hosseini F, Ghanbarne Jad A. The Relationship between health literacy and health promoting behaviors in students. *J Prevent Med.* 2016;**3**(2):36-43. [Persian]
- Tavousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: finding from a national study. *J Iran Instit Health Sci Res.* 2016;**1**:95-102.
- Frisch AL, Camerini L, Diviani N, Schulz PJ. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promot Int.* 2012;**27**(1):117-26. PMID: 21724626 DOI: [10.1093/heapro/dar043](https://doi.org/10.1093/heapro/dar043)
- Diviani N, van den Putte B, Giani S, van Weert JC. Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. *J Med Internet Res.* 2015;**17**(5):e112. PMID: 25953147 DOI: [10.2196/jmir.4018](https://doi.org/10.2196/jmir.4018)
- Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med.* 2008;**66**(8):1809-16. PMID: 18295949 DOI: [10.1016/j.socscimed.2008.01.003](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.003)
- Rezaee Esfahrood Z, Haerian Ardekani A, Rahmanian M, Ghaffari Targhi M. A survey on health literacy of referred diabetic patients to Yazd diabetes research center. *Tolooebehdasht.* 2016;**15**(3):176-86. [Persian]
- Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health.* 2010;**10**(1):614. PMID: 20950479 DOI: [10.1186/1471-2458-10-614](https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-614)
- Fang MC, Machtiger EL, Wang F, Schillinger D. Health literacy and anticoagulation-related outcomes among patients taking warfarin. *J Gen Intern Med.* 2006;**21**(8):841-46. PMID: 16881944 DOI: [10.1111/j.1525-1497.2006.00537.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00537.x)
- 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):261. PMID: 23521806 DOI: [10.1186/1471-2458-13-261](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-261)
- Ghaedi M, Banihashemi F, Latifi M, Soleymaninejad M. The relationship between health literacy and self-care among patients with type 2 diabetes residing in the city of Bastak. *Iran J Endocrinol Metab.* 2016;**18**(2):90-6. [Persian]
- Zhang Q, Cui G. Investigation and analysis of Xi'an college students' health literacy. Human Health and Biomedical Engineering (HHBE). International Conference on; 19-22 Aug 2011. DOI: [10.1109/HHBE.2011.6028991](https://doi.org/10.1109/HHBE.2011.6028991)
- Kleindl JA. Reading ability of patients versus the readability of patient education material. [PhD Thesis]. Fargo, USA: North Dakota State University; 2007.
- von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health.* 2007;**61**(12):1086-90. PMID: 18000132 DOI: [10.1136/jech.2006.053967](https://doi.org/10.1136/jech.2006.053967)
- Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health Promot Int.* 2009;**24**(3):285-96. PMID: 19372101 DOI: [10.1093/heapro/dap014](https://doi.org/10.1093/heapro/dap014)