



Health Literacy of University Students and its Influential Factors: A Case Study at Isfahan University

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Sajadi F.S.¹ PhD,
Sajadi H.S.² PhD,
Panahi R.*³ PhD

How to cite this article

Sajadi F.S, Sajadi H.S, Panahi R. Health Literacy of University Students and its Influential Factors: A Case Study at Isfahan University. Iran Journal of Education and Community Health. 2020;7(1):23-28.

¹Statistics Department, Sciences Faculty, University of Isfahan, Iran

²National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Health Education & Promotion Department, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

*Correspondence

Address: Tarbiat Modares University, Nasr Bridge, Jalal-Al-Ahmad Highway, Tehran, Iran. Postal Code: 1411713116

Phone: -

Fax: -

peimanpanahi63@yahoo.com

Article History

Received: May 20, 2019

Accepted: August 06, 2019

ePublished: March 18, 2020

ABSTRACT

Aims Health literacy plays a central role in determining health inequalities in society. Considering the important role of university students in the formulation and implementation of future policies and plans of the country, this study aimed to determine the level of health literacy of university students and identify the factors affecting it.

Instrument & Methods This was a cross-sectional descriptive-analytic study. The study population included 380 university students who were studying at Isfahan University in the second semester of the academic year 2018-2019. They were entered into the study by stratified and available sampling method. The data gathering tool was the health literacy for Iranian adult's questionnaire (HELIA). Collected data were analyzed using SPSS 23 software and descriptive statistics and logistic regression.

Findings The mean score of health literacy was 77.96 ± 16.96 of 100. 2.4% of students had inadequate health literacy, 32.3% had not so adequate health literacy, 46.4% had adequate health literacy and 18.9% had excellent health literacy. Health literacy was significantly associated with the variables of the educational level and the faculty of studying the students ($p < 0.05$).

Conclusion The health literacy of the students participating in the study is at a desirable level. Also, health literacy is associated with the variables of the educational level and the faculty of studying the students and graduate students and Basic science students have higher levels of health literacy.

Keywords Health Literacy; University; Students; Health Promotion

CITATION LINKS

- [1] Definitions of health literacy: a review of the ... [2] Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical ... [3] A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education ... [4] Advancing health literacy: a global challenge for the 21st ... [5] Men's health literacy in Australia: in search of a gender ... [6] Health literacy: addressing the health and education ... [7] Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and ... [8] Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care ... [9] Health literacy and self-care in ... [10] Health literacy and preventive ... [11] Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in ... [12] Health literacy in Iran: findings from a national... [13] Applicability of internationally available health literacy measures in the ... [14] Measuring adolescent functional health literacy: A pilot validation of the test of functional health literacy in ... [15] Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the acad ... [16] Evaluation of health literacy and its influencing factors on dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in ... [17] Investigation and analysis of Xi'an college students' health ... [18] Health literacy among university students in Greece ... [19] Health literacy for Iranian adults (HELIA): development and psychometric ... [20] The psychometric properties of health literacy for Iranian adults (HELIA) in medical sciences ... [21] Health literacy among students of Farhangian ... [22] Health literacy and happiness among students of Isfahan University and Isfahan University of Medical ... [23] Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic ... [24] Health literacy level and its related factors among college students of Hamadan University of ... [25] Predicting health literacy of students in Kermanshah University of Medical ... [26] Health literacy among adults of Isfahan ... [27] Relationship between health literacy and female cancers ... [28] A survey on health literacy of referred diabetic patients to Yazd ...

سواد سلامت دانشجویان و عوامل موثر بر آن: مطالعه موردی در دانشگاه اصفهان

فرخنده‌سادات سجادی PhD

گروه آمار، دانشکده علوم، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

حانیه‌سادات سجادی PhD

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

رحمان پناهی* PhD

گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران

چکیده

اهداف: سواد سلامت نقش محوری در تعیین نابرابری‌های سلامتی در جامعه دارد. با توجه به نقش مهم دانشجویان در تدوین و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های آینده کشور، این مطالعه با هدف تعیین سطح سواد سلامت دانشجویان و شناسایی عوامل موثر بر آن انجام شد.

ابزار و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی انجام شد. جامعه آماری، ۳۸۰ نفر از دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه اصفهان در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ بودند که به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی و در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (HELIA) بود. داده‌های جمع‌آوری‌شده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 و آمارهای توصیفی و آزمون رگرسیون لجستیک تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره سواد سلامت ۷۷/۹۶±۱۶/۹۶ از ۱۰۰ بود. ۲/۴٪ دانشجویان سواد سلامت ناکافی، ۳۲/۳٪ سواد سلامت نه‌چندان کافی، ۴۶/۴٪ سواد سلامت کافی و ۱۸/۹٪ سواد سلامت عالی داشتند. سواد سلامت با متغیرهای مقطع تحصیلی و دانشکده محل تحصیل دانشجویان ارتباط معنی‌دار داشت ($p < 0/05$).
نتیجه‌گیری: سواد سلامت دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه در سطح مطلوبی قرار دارد. همچنین سواد سلامت با متغیرهای مقطع تحصیلی و دانشکده محل تحصیل دانشجویان ارتباط دارد و دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی و دانشجویان رشته‌های علوم پایه از سواد سلامت بالاتری برخوردار هستند.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، دانشجو، ارتقای سلامت

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۱۵

*نویسنده مسئول: peimanpanahi63@yahoo.com

مقدمه

سواد سلامت مفهوم گسترده و پیچیده‌ای دارد. به همین دلیل تاکنون به شیوه‌های گوناگونی تعریف شده است. متداول‌ترین تعریف سواد سلامت عبارت است از ظرفیت افراد برای به‌دست‌آوردن، پردازش و درک اطلاعات سلامت و خدمات اساسی مورد نیاز برای تصمیمات بهداشتی مناسب برای مراقبت از سلامت[1]. با این حال در تعریف موقعیت‌های مرتبط با چنین "تصمیمات بهداشتی"، یک شکاف وجود دارد. بسیاری از مطالعات "سواد سلامت" را محدود به اطلاعات، دانش و عمل درون محیط‌های مراقبت‌های سلامتی می‌دانند، اما در واقع مفاهیم وسیع‌تر "سواد سلامت" شامل ظرفیت درک و عمل به پیام‌هایی است که محور قضاوت‌ها و تصمیمات

نقدانده نه‌تنها در داخل محیط‌های مراقبت‌های سلامتی، بلکه دربارۀ سلامتی نیز هستند[2]. به گفته سازمان بهداشت جهانی، سواد سلامت نقش محوری در تعیین نابرابری‌های سلامت هم در کشورهای غنی و هم در کشورهای ضعیف دارد[3]. به همین دلیل سواد سلامت امروزه به‌عنوان یک چالش مهم در حوزه سلامت جهانی مطرح است[4]. سواد سلامت تنها یک مسئولیت فردی نیست و نظام‌های سلامت، خدمات و بخش‌های حرفه‌ای سلامت باید تسهیلات لازم برای سواد سلامت را در سطح وسیع‌تر فراهم آورند. به عبارتی سواد سلامت به‌عنوان یک ارزش برای توسعه سرمایه اجتماعی و پاسخگویی به نابرابری‌های سلامت و نیز یک مولفه کلیدی برای سلامت جمعیت‌ها در نظر گرفته می‌شود[5]. کیکیوچ پیشنهاد می‌کند که سواد سلامت راهبردی است که به‌وسیله آن فاصله بین سلامت و آموزش می‌تواند پر شود[6].

طبق مطالعات مرکز راهبردهای مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامت اندک، با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه‌شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده‌شده عمل می‌کنند و بنابراین وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند[7] و میزان بستری‌شدن و مراجعه به پزشک نیز در آنها بیشتر است[8]. همچنین سواد سلامت ناکافی، می‌تواند مانعی جدی برای اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی[9] و رفتارهای پیشگیری‌کننده[10] در افراد باشد. از جمله پیامدهای سواد سلامت پایین این است که ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی، اطلاعات کافی در رابطه با افراد ندارند. لذا اولین گام در بیشتر موارد، اندازه‌گیری سطح سواد سلامت است[11]. فراوانی برخورداری از سواد سلامت در ایران، براساس یک بررسی ملی که در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت، حدود ۴۴٪ برآورد شده است؛ یعنی تقریباً از هر دو نفر ایرانی، یک نفر از سواد سلامت محدود برخوردار بود[12]. همچنین نتایج مطالعه فرانس و همکاران در هلند در سال ۲۰۱۱ حاکی از آن بود که ۷۹٪ افراد شرکت‌کننده، سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند[13].

سطح سواد به ویژگی‌های فردی و میزان تماس افراد با نظام سلامت بستگی دارد. بنابراین برای گروه‌های مختلف سنی و مراحل مختلف زندگی ابزارهای مختلفی مورد نیاز است. سطح سواد سلامت و نیازهای اطلاعاتی یک زن حامله، با یک فردی که به‌تازگی دیابت نوع دو در او تشخیص داده شده است، کاملاً متفاوت است و بایستی در اندازه‌گیری سواد سلامت به این مهم توجه شود[14]. یک گروه از جامعه گروه دانشجویان است که به سبب نقش مهمی که دانشجویان به‌عنوان مدیران و برنامه‌ریزان آینده در کشور دارند[15]، می‌توانند با برخورداری از سواد سلامت بالاتر، به داشتن جامعه‌ای سالم‌تر کمک کنند.

در خصوص سطح سواد سلامت در دانشجویان، اگر چه اغلب فرض می‌شود که دانشجویان سواد سلامت کافی دارند، اما یافته‌های مطالعه پناهی و همکاران نشان داد که سواد سلامت بیش از یک‌سوم دانشجویان تحت مطالعه، در حد ناکافی و نه‌چندان کافی بود[16]. همچنین نتایج مطالعه عظیمی و همکاران نشان داد که

"همیشه"، امتیاز ۴ به گزینه "بیشتر اوقات"، امتیاز ۳ به گزینه "گاهی از اوقات"، امتیاز ۲ به گزینه "به ندرت" و امتیاز یک به گزینه "به هیچ وجه" یا "هیچ وقت" اختصاص داده می‌شود. نحوه امتیازدهی به این صورت است که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هر یک از حیطه‌ها از جمع جبری امتیازات به دست می‌آید. سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا ۱۰۰ از فرمول تفاضل نمره خام به دست آمده از حداقل نمره خام ممکن تقسیم بر تفاضل حداکثر امتیاز ممکن از حداقل امتیاز ممکن استفاده می‌شود. نهایتاً برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات همه ابعاد (براساس طیف صفر تا ۱۰۰) جمع شده و بر تعداد ابعاد (۵ بعد) تقسیم می‌شود. نمرات صفر تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه‌چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴/۱ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می‌شود [19].

منتظری و همکاران طی پژوهش خود به طراحی و روان‌سنجی این ابزار پرداختند و گزارش کردند که این پرسش‌نامه دارای روایی مطلوب و پایایی قابل قبولی (میزان آلفای کرونباخ گویه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹) است [19]. پناهی و همکاران نیز در مطالعه‌ای دیگر، پرسش‌نامه فوق را در یک نمونه از دانشجویان از نظر روایی ساختاری و پایایی مورد آزمون قرار دادند [20]. براساس نتایج حاصل از تحلیل عاملی تاییدی، این پرسش‌نامه در مجموع از برازش مطلوب برخوردار بود. همچنین در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ برای بعد خواندن ۰/۸۴، بعد دسترسی ۰/۸۵، بعد درک و فهم ۰/۹۰، بعد ارزیابی ۰/۷۷، بعد تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت ۰/۸۶ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۴ محاسبه شد. در مجموع پرسش‌نامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران، قابلیت کاربرد در جمعیت دانشجویی را دارد [20].

پرسش‌نامه‌ها بعد از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه اصفهان و معرفی‌نامه‌های لازم، با رعایت موازین اخلاقی توسط یک نفر پرسشگر با مراجعه حضوری به دانشکده‌ها و به صورت آسان توزیع شد. ماهیت و اهداف مطالعه برای دانشجویان توضیح داده شد و در صورت تمایل برای شرکت در مطالعه از دانشجویان رضایت آگاهانه اخذ شد. سپس برای پاسخگویی، پرسش‌نامه‌ها در اختیار دانشجویان قرار گرفت. از همه دانشجویان خواسته شد که با صداقت کامل به سئوالات پرسش‌نامه پاسخ دهند و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات خواسته‌شده در پرسش‌نامه به صورت محرمانه استفاده خواهد شد. همچنین به دانشجویان برای درک مناسب از سئوالات و پاسخگویی به آنها فرصت کافی داده شد. تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارشی صورت گرفت. ضمناً تکمیل پرسش‌نامه‌ها در محل کلاس‌های دانشجویان و با مساعدت مسئولان دانشکده‌ها و اساتید انجام شد. پرسش‌نامه‌های عودت‌داده‌شده، توسط یکی از اعضای تیم پژوهشی بررسی و موارد تکمیل ناقص آنها حذف شد.

سپس داده‌های هر پرسش‌نامه وارد نرم‌افزار SPSS 23 شد و با به‌کارگیری آمارهای توصیفی و رگرسیون لجستیک تحلیل شد. از

طیف وسیعی از دانشجویان، سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند [15]. در مطالعه ژانگ و کوئی [17] سطح سواد سلامت دانشجویان، پایین و در مطالعه ووزیکیس و همکاران [18] سطح سواد سلامت دانشجویان، متوسط گزارش شده است. با توجه به این که در سال‌های اخیر جمعیت دانشجویی کشور رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است، به نظر می‌رسد شناخت عوامل مرتبط که روی تطابق دانشجویان با رفتارهای سالم‌تر و کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز موثر باشد، موضوع مناسبی برای پژوهش باشد [16]. بر این اساس این مطالعه با هدف تعیین سطح سواد سلامت و برخی از عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشگاه اصفهان طراحی و اجرا شد.

ابزار و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است و جامعه مورد مطالعه آن را دانشجویان (به تعداد ۱۵۶۰۳ نفر) مشغول به تحصیل در دانشگاه اصفهان در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. دانشگاه اصفهان دارای ۱۳ دانشکده است. با توجه به ماهیت رشته‌های زیرمجموعه دانشکده‌ها، این دانشکده‌ها به سه دسته علوم انسانی، علوم پایه و فنی و مهندسی تقسیم شدند. حجم نمونه با روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی ۳۶۰ نفر تعیین شد، بدین ترتیب که با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران و با در نظر گرفتن $p=0/6$ ، برای فراوانی سواد سلامت مطلوب در دانشجویان [16]، سطح خطای ۵٪ و دقت ۵٪ حجم نمونه به دست آمد. برای دقت بیشتر و همچنین با در نظر گرفتن احتمال ۵ درصدی ریزش نمونه‌ها، تعداد نمونه ۳۸۰ نفر در نظر گرفته شد. در مرحله بعد با توجه به نسبت حجم جامعه در هر طبقه (دانشکده‌های مرتبط)، حجم نمونه مورد نیاز انتخاب شد (طبقه علوم انسانی ۲۱۳، طبقه علوم پایه ۷۸ و طبقه فنی و مهندسی ۸۹). معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل افراد برای ورود به مطالعه، داشتن تابعیت ایرانی و تحصیل در یکی از مقاطع تحصیلی هر یک از دانشکده‌های دانشگاه اصفهان بود. تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

ابزار سنجش سطح سواد سلامت، پرسش‌نامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸ تا ۶۵ ساله ایرانی (HELIA) بود که سئوالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ای شامل سن، جنسیت، سنوات تحصیلی، دانشکده محل تحصیل، مقطع تحصیلی، میزان تحصیلات والدین و شهر محل زندگی دانشجوی، به آن اضافه شد. پرسش‌نامه اصلی دارای ۳۳ سئوال است و ۵ بعد اصلی خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت را اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس نمره‌دهی این پرسش‌نامه به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای است؛ بدین صورت که در سئوالات مربوط به مهارت خواندن امتیاز ۵ به گزینه "کاملاً آسان"، امتیاز ۴ به گزینه "آسان"، امتیاز ۳ به گزینه "نه آسان است نه سخت"، امتیاز ۲ به گزینه "سخت" و امتیاز یک به گزینه "کاملاً سخت" اختصاص می‌یابد. در مورد ۴ بعد دیگر سواد سلامت امتیاز ۵ به گزینه

میانگین سنی نمونه‌های مورد مطالعه $۲۰/۹۷ \pm ۳/۸۶$ سال بود. بیشترین تعداد دانشجویان مربوط به مقطع کارشناسی و جنسیت دختر بود (جدول ۱).

جدول ۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطوح مختلف سواد سلامت دانشجویان

سطح سواد سلامت	تعداد	درصد
ناکافی	۹	۲/۴
نه چندان کافی	۱۲۱	۳۲/۳
کافی	۱۷۴	۴۶/۴
عالی	۷۱	۱۸/۹
کل	۳۷۵	۱۰۰

۳۴/۷٪ دانشجویان سواد سلامت محدود و ۶۵/۳٪ سواد سلامت مطلوب داشتند. همچنین میانگین نمره سواد سلامت $۷۷/۹۶ \pm ۱۶/۹۶$ از ۱۰۰ بود (جدول ۲).

جدول ۳) عوامل مرتبط با سواد سلامت دانشجویان (آزمون رگرسیون لجستیک*)

متغیرها	سطوح	نسبت شانس	مقدار احتمال
مقطع تحصیلی	کارشناسی	مرجع	۰/۰۲۸
	کارشناسی ارشد		۰/۰۳۱
	دکترا		۰/۰۳۹
دانشکده محل تحصیل	علوم انسانی	مرجع	۰/۰۳۵
	فنی- مهندسی		۰/۷۳۰
	علوم پایه		۰/۰۴۳
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	مرجع	۰/۹۳۲
	دیپلم		۰/۶۵۸
	لیسانس		۰/۵۹۱
	فوق لیسانس		۰/۸۱۴
	دکترا		۰/۹۷۷
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	مرجع	۰/۹۷۰
	دیپلم		۰/۷۱۴
	لیسانس		۰/۷۹۸
	فوق لیسانس		۰/۸۴۲
	دکترا		۰/۹۰۹
جنسیت	مرد	مرجع	۰/۲۹۹
	زن		۰/۲۵۸
شهر	بومی	مرجع	۰/۴۱۵
	غیربومی		۰/۶۰۷
سنوات تحصیلی	سال اول	مرجع	۰/۱۵۱
	سال دوم		۰/۲۱۹
	سال سوم		۰/۱۳۱
	سال چهارم		۰/۱۱۹
	سایر		۰/۳۱۴
سن	۱۹-۲۳ سال	مرجع	۰/۸۶۳
	۲۴ و بالاتر		۰/۴۵۷
مقدار ثابت	-		۰/۲۵۱

*متغیرهای مستقل به روش همزمان وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند. متغیر پاسخ به صورت دو دسته "سواد سلامت محدود" و "سواد سلامت مطلوب" تعریف شده است.

مجموع دو دسته "نه چندان کافی و ناکافی"، دسته "سواد سلامت محدود" و از مجموع دو دسته "عالی و کافی" دسته "سواد سلامت مطلوب"، استخراج شد^[12] و در رگرسیون لجستیک مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است که ورود متغیرها به صورت همزمان و با روش تقابل متغیرهای مستقل طبقه‌بندی شده به صورت شاخص انجام شد و اولین طبقه از متغیرها به عنوان طبقه مرجع انتخاب شد. در این مطالعه سواد سلامت به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای سن، جنسیت، سنوات تحصیلی، دانشکده محل تحصیل، مقطع تحصیلی، میزان تحصیلات والدین و شهر محل زندگی به عنوان متغیرهای مستقل وارد مدل شدند.

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان مورد مطالعه بر حسب مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای (۳۷۵ نفر)

متغیرهای دموگرافیک	تعداد	درصد	
جنسیت	پسر	۱۳۱	۳۴/۹
	دختر	۲۴۴	۶۵/۱
شهر	بومی	۲۲۹	۶۱/۱
	غیربومی	۱۴۶	۳۸/۹
مقطع تحصیل	کارشناسی	۳۱۵	۸۴/۰
	کارشناسی ارشد	۴۵	۱۲/۰
	دکترا	۱۵	۴/۰
دانشکده محل تحصیل	علوم انسانی	۲۱۰	۵۶/۰
	فنی- مهندسی	۸۷	۲۳/۲
	علوم پایه	۷۸	۲۰/۸
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۹۳	۲۴/۸
	دیپلم	۱۶۰	۴۲/۷
	لیسانس	۹۵	۲۵/۳
	فوق لیسانس	۲۱	۵/۶
	دکترا	۶	۱/۶
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۷۱	۱۸/۹
	دیپلم	۱۳۸	۳۶/۸
	لیسانس	۱۰۸	۲۸/۸
	فوق لیسانس	۴۳	۱۱/۵
	دکترا	۱۵	۴/۰
سنوات تحصیلی	سال اول	۱۴۸	۳۹/۵
	سال دوم	۱۰۴	۲۷/۷
	سال سوم	۸۳	۲۲/۱
	سال چهارم	۲۳	۶/۱
	سایر	۱۷	۴/۵

یافته‌ها

بین سواد سلامت و دانشکده محل تحصیل دانشجویان رابطه آماری معنی‌دار وجود داشت ($p=۰/۰۳۵$)، به طوری که شانس داشتن سواد

۳۸۰ نفر از دانشجویان وارد مطالعه شدند که ۵ نفر از آنها به دلیل تکمیل ناقص پرسش‌نامه، حذف شدند (میزان مشارکت ۹۸/۷٪).

و همکاران [27] همخوانی داشت. این یافته بار دیگر نشان داد که متناسب با مقطع تحصیلی دانشجویان، وضعیت سواد سلامت در دانشجویان متفاوت است [25]. ضمناً با توجه به تاثیر سطح تحصیلات بالاتر در شیوع سواد سلامت کافی [12, 23]، این نتیجه قابل تبیین است. از طرفی با ترفیع مقطع تحصیلی دانشجویان، سن آنها نیز بالاتر رفته و احتمالاً با افزایش سن، سواد سلامت آنها نیز افزایش می‌یابد [24, 28].

با توجه به این که این مطالعه فقط در بین دانشجویان دانشگاه اصفهان انجام شده، نتایج حاصل از این مطالعه قابل تعمیم به دانشجویان سایر نقاط کشور نیست. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه می‌توان به نادیده گرفتن سایر ابعاد مربوط به سواد سلامت مانند خودکارآمدی، ارتباط و محاسبه اشاره کرد، زیرا در صورت بودن این ابعاد، امکان بررسی وسیع‌تر و جامع‌تری از سواد سلامت وجود خواهد داشت. نادیده گرفتن زمینه‌های فرهنگی و مهارت‌هایی مانند صحبت کردن، گوش دادن و برخورداری از دانش زمینه‌ای و فرهنگی افراد نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود؛ چرا که مهارت‌های مذکور، مهارت‌هایی هستند که در هنگام سنجش سواد سلامت باید مورد بررسی قرار گیرند. هر چند که این مهارت‌ها نه تنها در این ابزار، بلکه در ابزارهای دیگر نیز مغفول واقع شده‌اند. تعداد اندک دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی، عدم همکاری کافی برخی از دانشجویان و روش خودگزارش‌دهی در تکمیل پرسش‌نامه‌ها از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بودند.

پیشنهاد می‌شود این مطالعه در بین تعداد بیشتری از دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود سواد سلامت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیز مورد سنجش قرار گیرد. انجام دو مطالعه فوق، نقش دو عامل مقطع و رشته تحصیلی در تعیین سطح سواد سلامت افراد را بیشتر از پیش مورد بررسی قرار خواهد داد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود اطلاعات پایه سلامت در برنامه آموزشی دانشجویان رشته‌های علوم انسانی و فنی-مهندسی علی‌الخصوص در مقطع کارشناسی گنجانده شود.

نتیجه‌گیری

سواد سلامت دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه در سطح مطلوبی قرار دارد. همچنین سواد سلامت با متغیرهای مقطع تحصیلی و دانشکده محل تحصیل دانشجویان ارتباط دارد و دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی و دانشجویان رشته‌های علوم پایه از سواد سلامت بالاتری برخوردار هستند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از همه دانشجویانی که در اجرای این طرح با ما همکاری نمودند و پرسش‌نامه‌ها را به‌طور کامل پر نموده و تحویل دادند، تشکر و قدردانی نمایند. همچنین از کمیته تحقیقات دانشگاه اصفهان به‌خاطر همکاری در تصویب این طرح تشکر و قدردانی می‌شود.

سلامت مطلوب در دانشجویان دانشکده علوم پایه، ۱/۷۳ برابر دانشجویان دانشکده علوم انسانی بود. همچنین بین سواد سلامت و مقطع تحصیلی دانشجویان رابطه آماری معنی‌دار وجود داشت ($p=0.028$)، به‌طوری که شانس داشتن سواد سلامت مطلوب در دانشجویان مقطع دکتری و کارشناسی ارشد به ترتیب ۱/۱۱ و ۱/۰۳ برابر دانشجویان مقطع کارشناسی بود. بین سواد سلامت و سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای، ارتباطی وجود نداشت ($p>0.05$; جدول ۳).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین سطح سواد سلامت و برخی از عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشگاه اصفهان در سال ۱۳۹۷ طراحی و اجرا شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه در سطح مطلوبی قرار دارد. این یافته با نتایج مطالعات پناهی و همکاران [16]، احمدی و همکاران [21]، عظیمی و همکاران [15]، ملاخلیلی و همکاران [22]، ووزیکیس و همکاران [18] و ژانگ و کوئی [17] همخوانی نداشت، به‌طوری که سطح سواد سلامت در مطالعه حاضر نسبت به تمامی مطالعات فوق‌الذکر بالاتر بود. از دلایل احتمالی این ناهمخوانی می‌توان به تفاوت ابزار اندازه‌گیری سواد سلامت در این مطالعات [15, 17, 18, 22] نسبت به مطالعه حاضر و همچنین وجود دانشجویان مقاطع تحصیلی بالاتر در مطالعه حاضر اشاره کرد. در تمامی مطالعات فوق‌الذکر [15, 18, 21, 22] فقط دانشجویان مقطع کارشناسی وارد مطالعه شده بودند، در حالی که در مطالعه حاضر دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی نیز در مطالعه حضور داشتند. لذا با توجه به تاثیر سطح تحصیلات بالاتر در شیوع سواد سلامت کافی [12, 23]، این نتیجه قابل تبیین است. نتایج این قسمت با نتایج مطالعه محمدی فرح و همکاران [24] و ضیایپور و کیانی‌پور [25] همخوانی داشت. از دلایل احتمالی این همخوانی می‌توان به همسانی این دو مطالعه با مطالعه حاضر از نظر ابزار سنجش سواد سلامت و وجود دانشجویان مقاطع تحصیلی مختلف در مطالعه اشاره کرد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین سواد سلامت و دانشکده محل تحصیل دانشجویان رابطه آماری معنی‌دار وجود داشت. این یافته با نتایج مطالعات ملاخلیلی و همکاران [22]، محمدی فرح و همکاران [24]، ژانگ و کوئی [17] و ضیایپور و کیانی‌پور [25] همخوانی داشت. این یافته بار دیگر نشان داد که متناسب با رشته تحصیلی دانشجویان، وضعیت سواد سلامت در دانشجویان متفاوت است [25]. همچنین دانشجویان دانشکده علوم پایه، احتمالاً به‌دلیل گذراندن واحدهای درسی بیشتر در حوزه علوم تجربی، از سواد سلامت بالاتری نسبت به دانشجویان دانشکده‌های علوم انسانی و دانشکده فنی-مهندسی برخوردار بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین سواد سلامت و مقطع تحصیلی دانشجویان رابطه آماری معنی‌دار وجود داشت. این یافته با نتایج مطالعات ضیایپور و کیانی‌پور [25]، جولانده و همکاران [26] و مهدوی

2011;16(Supple 3):134-49.

14- Chisolm DJ, Buchanan L. Measuring adolescent functional health literacy: A pilot validation of the test of functional health literacy in adults. *J Adolesc Health*. 2007;41(3):312-4.

15- 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 2013-2014. *Pejouhandeh*. 2015;20(2):78-85. [Persian]

16- Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Ghazanfari E, Niknami S. Evaluation of health literacy and its influencing factors on dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. *J Educ Community Health*. 2016;3(3):30-6. [Persian]

17- Zhang Q, Cui G. Investigation and analysis of Xi'an college students' health literacy. In: *Proceedings 2011 International Conference on Human Health and Biomedical Engineering*; 2011 Aug 19-22; Jilin, China. IEEE; 2011.

18- Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Arch Public Health*. 2014;72(1):15.

19- 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(5):589-99. [Persian]

20- Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Haeri Mehrizi AA, Niknami S. The psychometric properties of health literacy for Iranian adults (HELIA) in medical sciences students. *J Res Health*. 2020;10(1):53-8. [Persian]

21- Ahmadi FZ, Mehr-Mohammadi M, Talaei E, Fardanesh H, Paknahad M, Taghizadeh S, et al. Health literacy among students of Farhangian University. *Payesh*. 2018;17(3):257-66. [Persian]

22- Molakhalili H, Mojiri S, Ashrafi-Rizi H, Bahrami S, Faghihi Habibabadi H. Health literacy and happiness among students of Isfahan University and Isfahan University of Medical Sciences. *J Manage Med Inform Sch*. 2017;3(2):210-8. [Persian]

23- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011;(199):1-941.

24- Mohammadi Farah S, Saati Asr MH, Kaviani Manesh A, Barati M, Afshari M, Mohammadi Y. Health literacy level and its related factors among college students of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. *J Educ Community Health*. 2017;4(2):11-17. [Persian]

25- Ziapoor A, Kianipoor 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]

26- Javadzadeh SH, Sharifirad GR, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults of Isfahan, Iran. *J Health Syst Res*. 2013;9(5):540-9. [Persian]

27- Mahdavi ZH, Ramezankhani A, Ghanbari S, Khodakarim L. Relationship between health literacy and female cancers preventive behaviors. *Payesh*. 2017;16(5):613-25. [Persian]

28- Rezaei Esfarood Z, Haerian Ardekani A, Rahmanian M, Ghaffari Targhi M. A survey on health literacy of referred diabetic patients to Yazd diabetes research center. *Toloo-e Behdasht*. 2016;15(3):176-86. [Persian]

تابیدیه اخلاقی: این مطالعه بعد از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه اصفهان با شماره IR.UI.REC.1397.166 و معرفی‌نامه‌های لازم، با رعایت موازین اخلاقی انجام شد.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان: فرخنده سادات سجادی (نویسنده اول)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ حانیه سادات سجادی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۳۰٪)؛ رحمان پناهی (نویسنده سوم)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۳۰٪)

منابع مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی انجام شده است.

منابع

- 1- Tavousi M, Ebadi M, Azin SA, Shakerinejad G, Hashemi A, Fattahi E, Montazeri A. Definitions of health literacy: a review of the literature. *Payesh*. 2014;13(1):119-24. [Persian]
- 2- Ghanbari S, Majlesi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Med*. 2012;19(6):1-12. [Persian]
- 3- Wharf Higgins J, Begoray D, Mac Donald MA. A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education classroom. *Am J Community Psychol*. 2009;44(3-4):350-62.
- 4- Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):183-4.
- 5- Peerson A, Saunders MH. Men's health literacy in Australia: in search of a gender lens. *Int J Mens Health*. 2011;10(2):111-35.
- 6- Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int*. 2001;16(3):289-97.
- 7- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
- 8- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*. 2002;92(8):1278-83.
- 9- Panahi R, Kazemi SS, Karami Juyani A, Pishvaei M. Health literacy and self-care in patients. *J Res Health*. 2018;8(5):392-3.
- 10- Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M. Health literacy and preventive behaviors. *J Res Health*. 2018;8(2):93-4.
- 11- Carthy-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):631-8.
- 12- Tavousi M, Haeri Mehrizi AA, Rafieifar S, Soleimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh*. 2016;15(1):95-102. [Persian]
- 13- Fransen MP, Van Schaik TM, Twickler TB, Essink-Bot ML. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *J Health Commun*.