

سنجش سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دختر دانشگاه بین المللی امام خمینی شهر قزوین

لیلا دهقانکار: مربی، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

مرضیه حاجی کریم بابا: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
رحمن پناهی: دکتری تخصصی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران-نویسنده رابط: Peimanpanahi63@Yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۵/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۳

چکیده

زمینه و هدف: نظر به نقش محوری سواد سلامت در تعیین نابرابری‌های سلامتی و رشد قابل ملاحظه جمعیت دانشجویی، این مطالعه با هدف تعیین سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان انجام گردید.

روش کار: پژوهش حاضر مقطعی، توصیفی-تحلیلی می‌باشد. ۳۷۵ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه بین‌المللی امام خمینی شهر قزوین در سال تحصیلی ۱۳۹۸ به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای و پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی بود. پس از گردآوری داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS 23 شدند و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و رگرسیون لجستیک، مورد آنالیز قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد ۱۷ نفر (۴/۵٪) سواد سلامت ناکافی، ۱۱۲ نفر (۲۹/۹٪) سواد سلامت نه‌چندان کافی، ۱۸۸ نفر (۵۰/۱٪) سواد سلامت کافی و ۵۸ نفر (۱۵/۵٪) سواد سلامت عالی داشتند. همچنین میانگین (انحراف معیار) نمره سواد سلامت (۱۲/۴۹) (۷۰/۸۰) بود. نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد سواد سلامت با انجام فعالیت جسمانی رابطه معنی‌دار داشت ($p=۰/۰۳۹$) به طوری که شانس داشتن سواد سلامت مطلوب در دانشجویان دارای فعالیت جسمانی در بیشتر روزها، $۲/۰۹۷$ برابر دانشجویان دارای فعالیت جسمانی به صورت هر روزه بود. همچنین سواد سلامت با اشتغال رابطه معنی‌دار داشت ($p=۰/۰۴۲$)، به طوری که شانس داشتن سواد سلامت مطلوب در دانشجویان دارای اشتغال، $۰/۵۳۴$ برابر دانشجویان بدون اشتغال بود.

نتیجه‌گیری: نظر به پایین بودن سواد سلامت در بین دانشجویان با فعالیت جسمانی کمتر و دارای اشتغال، پیشنهاد می‌شود در طراحی برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای سواد سلامت دانشجویان، به دانشجویان فوق توجه بیشتری مبذول گردد.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، دانشجویان، شهر قزوین، ایران

مقدمه

(۲). افراد با سواد سلامت کافی وضعیت سلامت بهتری دارند
(۱). سواد سلامت به این صورت تعریف می‌شود که افراد قادر به دستیابی، ارتباط، پردازش و درک اطلاعات اولیه بهداشتی و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری مناسب سلامت هستند (۳). سواد سلامت یک مفهوم پویا است (۴)

سواد سلامت تبدیل به یک مسئله مهم سلامت همگانی شده است (۱). هدف اصلی پیشبرد سواد سلامت، تسهیل استراتژی‌های ارتباطی مؤثر بهداشتی و فناوری اطلاعات سلامت به منظور بهبود پیامدهای سلامتی، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و دستیابی به عدالت در سلامت است

سلامت می‌باشد (۱۳، ۱۴). سواد سلامت پایین می‌تواند منجر به بستری شدن طولانی در بیمارستان، پیامدهای نامطلوب سلامتی، افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی، آگاهی کمتر از مسائل سلامتی، همکاری کمتر در مورد تصمیم‌گیری برای نوع درمان، ابراز کمتر نگرانی‌های سلامت شود (۱۵). همچنین سواد سلامت ناکافی، می‌تواند مانعی جدی برای اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی (۱۶) و رفتارهای پیشگیری‌کننده (۱۷) در افراد باشد.

میزان سواد سلامت در ایران، براساس یک بررسی ملی که در سال ۹۴ انجام گرفت، حدود ۴۴٪ برآورد شد؛ یعنی تقریباً از هر دو نفر ایرانی، یک نفر سواد سلامت محدود داشت (۱۸). همچنین در خصوص سطح سواد سلامت در دانشجویان، اگر چه اغلب فرض می‌شود که دانشجویان سواد سلامت کافی دارند، اما یافته‌های مطالعه پناهی نشان داد که سواد سلامت بیش از یک سوم دانشجویان تحت مطالعه، در حد ناکافی و نه چندان کافی بود (۱۹). همچنین نتایج مطالعه عظیمی نشان داد که طیف وسیعی از دانشجویان، سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند (۲۰). در مطالعات ملاحظیلی (۲۱) و Vozikis (۲۲) سطح سواد سلامت دانشجویان، متوسط گزارش شده است.

زنان به عنوان جمعیت اولیه برای تأکید بر افزایش سواد سلامت شناسایی شده‌اند و همچنین زنان به عنوان مهمترین عامل تأثیر گذار در بهداشت خانواده می‌باشند و به این خاطر سواد سلامت، یکی از عناصر تأثیرگذار بر توانمندی زنان جهت مقابله با اقدامات پیشگیری و ارتقا سلامت برای خود و خانواده به شمار می‌آیند. زنان در صورتی که درک و فهم کافی در رابطه با اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی نداشته باشند در تصمیم‌گیری دچار مشکل خواهند شد و باعث عوارض نامطلوب در سلامتی خود و خانواده‌شان می‌شوند. از طرفی بالا بردن سطح دانش و آگاهی زنان از طریق آموزش برای ارتقای سلامت خانواده‌هایشان اهمیت بسزایی دارد (۲، ۲۳). در خصوص سطح سواد سلامت در زنان، یافته‌های مطالعه

که شامل توانایی فرد برای دریافت، درک و بر اساس اطلاعات بهداشتی در میان یک محیط پیچیده سلامت است (۵) و توسط موسسه پزشکی و دولت فدرال به عنوان اساسی برای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است (۶).

در دورنمای نقشه نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۴۴، سواد سلامت به صراحت ذکر شده است و در راستای تحقق اهداف ۲۴ ساله کشور در سال ۱۴۴۴، جامعه ایران سالم و توانمند خواهد شد و مردم از توانایی لازم جهت دسترسی، تحلیل و تصمیم‌گیری در مورد اطلاعات مربوط به سلامتی بهره‌مند بوده و سرمایه اجتماعی لازم و کافی را کسب خواهند نمود (۷).

سواد سلامت توانایی کسب، پردازش و فهم اطلاعات بهداشتی است که ابعاد مختلفی دارد و شامل سه سطح عملکردی، ارتباطی و انتقادی است. سواد سلامت عملکردی در واقع پایه‌ای ترین سطح و شامل مهارت‌های خواندن و نوشتن است. سطح پایین سواد سلامت بر روی رفتار بیماران تأثیر قابل توجهی دارد و میزان مرگ و میر در افرادی با سواد سلامت پایین بیشتر از سایر افراد است (۸). از جمله پیامدهای سواد سلامت پایین این است که ارائه-دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی، اطلاعات کافی در رابطه با بیماران را ندارند. لذا اولین گام در بیشتر موارد، اندازه‌گیری سطح سواد سلامت است (۹، ۱۰). بسیاری از اثرات نامطلوب وابسته به سلامتی، در اثر سواد سلامت ناکافی است. بر این اساس، افراد باید با کسب اطلاعات معتبر در این مسیر، آگاهانه‌تر گام بردارند. کسانی که سواد سلامت پایین دارند، قادر نیستند با کادر درمان ارتباط برقرار کنند و تمایلی به طرح سؤالات خود جهت اتخاذ تصمیمات مناسب ندارند (۱۱، ۱۲). سواد سلامت نقشی محوری در تعیین نابرابری‌های سلامتی در کشورها دارد. به طوری که محققان معتقد هستند که سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند سن، درآمد، نژاد و غیره، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در رابطه با

سواد سلامت نامطلوب در دانشجویان، $d=0/05$ و $Z=1/96$ تعداد نمونه ۳۵۷ نفر محاسبه شده و با احتساب ۵٪ ریزش احتمالی نمونه ها، حجم نمونه ۳۷۵ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{Z^2 \cdot pq}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0/368(1 - 0/368)}{0.05^2} = 357$$

معیارهای ورود شامل دانشجو بودن، داشتن جنسیت مونث، تحصیل در مقطع کارشناسی، تمایل افراد جهت شرکت در مطالعه، داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و داشتن تابعیت ایرانی بود. تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش استفاده شد:

بخش اول: پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیکی و زمینه‌ای شرکت‌کنندگان بود که شامل سن، وضعیت تاهل، سنوات تحصیلی، وضعیت اشتغال، میزان فعالیت بدنی در هفته، محل سکونت، درآمد ماهیانه خانواده و رشته تحصیلی دانشجویان بود.

بخش دوم: پرسشنامه استاندارد سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸ تا ۶۵ سال ایرانی بود. این پرسشنامه دارای ۳۳ سوال 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 ۵ گزینه‌ای است. بدین صورت که در سؤالات 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 ۱ به گزینه کاملاً سخت اختصاص می‌یابد. در مورد ۴ بعد دیگر سواد سلامت؛ امتیاز ۵ به گزینه همیشه، امتیاز ۴ به گزینه بیشتر اوقات، امتیاز ۳ به گزینه گاهی از اوقات، امتیاز ۲ به گزینه به ندرت و امتیاز ۱ به گزینه به

مهدوی نشان داد که ۶/۴۸٪ زنان سواد سلامت ناکافی داشتند (۲۴). همچنین در مطالعه قنبری، بیش از نیمی از افراد تحت مطالعه سواد سلامت مرزی یا ناکافی داشتند (۲۵). دانشجویان الگوی مناسبی برای شیوه زندگی سالم و بهداشتی در جامعه هستند. همچنین در سنین پایینتر قرار داشته و آموزش پذیری آنان بالاتر از بقیه گروه های سنی است (۱۹). لذا به عنوان جامعه مورد مطالعه، انتخاب شدند. از طرفی در سال‌های اخیر جمعیت دانشجویان در سراسر کشور رشد قابل توجهی داشته است. در نتیجه شناخت عوامل تاثیرگذار که روی تطابق دانشجویان با رفتارهای سالمتر و کاهش رفتارهای مخاطره آمیز مؤثر باشد، از اهمیت بسزایی برخوردار است (۱۹، ۲۶). لذا این مطالعه با هدف تعیین سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دختر طراحی و اجرا شد.

روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی توصیفی-تحلیلی است و جامعه آماری آن را کلیه دانشجویان دختر دانشگاه بین‌المللی امام خمینی شهر قزوین در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ تشکیل می‌دادند. در این مطالعه روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای (Stratified Random Sampling) بود بدین صورت که متناسب با تعداد کل دانشجویان کارشناسی هر دانشکده (به عنوان طبقه) تعداد نمونه هر دانشکده را مشخص نموده و در هر دانشکده با توجه به تعداد رشته‌ها نسبت نمونه به تعداد هر رشته نیز در نظر گرفته شد (به نوعی در دانشکده روش سهمیه ای تصادفی گردید) برای تعداد نمونه هر رشته به روش تصادفی ساده از طریق قرعه کشی دانشجویان انتخاب شدند و پرسشنامه در اختیار دانشجویان قرار داده شد. با توجه به اینکه در مطالعه پناهی و همکاران (۱۹)، سواد سلامت نامطلوب در دانشجویان ۳۶/۸٪ برآورد شده بود، بنابراین بر مبنای فرمول حجم نمونه کوکران و قرار دادن $p=36/8$ برای فراوانی

متغیرهای مستقل طبقه بندی شده به صورت شاخص (Indicator)، انجام شده و اولین طبقه از متغیرها به عنوان طبقه مرجع انتخاب شده است. در این مطالعه سواد سلامت به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای سن، سنوات تحصیلی، رشته تحصیلی، وضعیت تاهل، میزان درآمد، محل سکونت، وضعیت اشتغال و میزان انجام فعالیت جسمانی در هفته به عنوان متغیرهای مستقل وارد مدل شدند. ضمناً سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه، ۳۷۵ نفر از دانشجویان وارد مطالعه شدند (میزان مشارکت ۱۰۰٪). از این تعداد، بیشترین تعداد دانشجویان مربوط به گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال با داشتن ۱۸۲ نفر (۴۸/۵٪) بود. ۱۱۸ نفر (۳۱/۵٪) دانشجوی سال اول بودند و ۳۱۹ نفر (۸۵/۱٪) مجرد بودند. جدول شماره یک، سایر مشخصات دموگرافیکی و زمینه ای دانشجویان مورد مطالعه را نشان می دهد.

نتایج نشان داد ۱۷ نفر (۴/۵٪) سواد سلامت ناکافی، ۱۱۲ نفر (۲۹/۹٪) سواد سلامت نه چندان کافی، ۱۸۸ نفر (۵۰/۱٪) سواد سلامت کافی و ۵۸ نفر (۱۵/۵٪) سواد سلامت عالی داشتند. همچنین میانگین (انحراف معیار) نمره سواد سلامت (۱۲/۴۹) از ۷۰/۸۰ تا ۱۰۰ بود.

جدول ۲، ارتباط سواد سلامت با متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه ای دانشجویان شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد. همان طور که نتایج نشان می دهد بین سواد سلامت و انجام فعالیت جسمانی رابطه آماری معنی دار وجود داشت ($p=0/039$)، به طوری که شانس داشتن سواد سلامت مطلوب در دانشجویان دارای فعالیت جسمانی به صورت بیشتر روزها، ۲/۰۹۷ برابر دانشجویان دارای فعالیت جسمانی به صورت هر روزه بود.

همچنین بین سواد سلامت و اشتغال رابطه آماری معنی دار وجود داشت ($p=0/042$)، به طوری که شانس داشتن سواد

هیچ وجه (یا هیچ وقت) اختصاص داده می شود. نحوه امتیازدهی به این صورت است که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هر یک از حیطه ها از جمع جبری امتیازات به دست می آید. 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 شد. نهایتاً برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات همه ابعاد (براساس طیف صفر تا ۱۰۰) جمع شده و بر تعداد ابعاد (۵ بعد) تقسیم می شود. نمرات ۰ تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی و نمرات ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می شود (۲۰). منتظری و همکاران طی پژوهش خود به طراحی و روانسنجی این ابزار پرداخته اند و این پرسشنامه دارای روایی مطلوب و پایایی قابل قبولی (میزان آلفای کرونباخ گویه ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹) است (۲۷). پناهی و همکاران نیز در مطالعه ای دیگر، پرسشنامه فوق را در یک نمونه از دانشجویان از نظر روایی ساختاری و پایایی مورد آزمون قرار دادند (۲۸). بر اساس نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی، این پرسشنامه در مجموع از برازش مطلوب برخوردار بود (۲۸). 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 تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت ۰/۸۶ محاسبه شد (۲۸).

پس از دریافت کد اخلاق (با شماره IR.QUMS.REC.1397.193)، ارائه معرفی نامه به دانشگاه بین الملل امام خمینی و شرح ماهیت و اهداف مطالعه برای شرکت کنندگان، پرسشنامه ها توزیع و تکمیل شدند. داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS 23 شده و با به کارگیری آمارهای توصیفی و رگرسیون لجستیک، مورد آنالیز قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ورود متغیرها به صورت همزمان (Enter) و با روش تعاقب

بود. این یافته با یافته های مطالعات انجام شده توسط غفاری و همکاران (۳۲) و انصاری و همکاران (۳۳) همخوانی دارد. همچنین در مطالعه طاووسی و همکاران نیز ارتباط معنی داری بین سواد سلامت و اشتغال وجود داشت (۳۴) با این تفاوت که سواد سلامت در افراد شاغل نسبت به زنان خانه دار و بیکار بیشتر بود. در مطالعه مهدوی و همکاران نیز با وجود وجود ارتباط معنی دار بین سواد سلامت و اشتغال، درصد سواد سلامت کافی در شاغلان بیش از دو برابر زنان خانه دار بود (۲۴). ناهمسو با مطالعه حاضر، در مطالعه پناهی و همکاران بین سواد سلامت و اشتغال رابطه معنی دار وجود نداشت (۱۹). در توجیه این یافته مطالعه حاضر می توان این طور استنباط کرد که دانشجویان دارای اشتغال نسبت به دانشجویان بدون اشتغال، احتمالاً فرصت کمتری جهت کسب و پیگیری اطلاعات بهداشتی دارند. در نتیجه به واسطه حضور در کلاسهای درسی و محل کار خود، سواد سلامت کمتری نسبت به دانشجویان بدون اشتغال دارند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سواد سلامت و انجام فعالیت جسمانی رابطه آماری معنی دار وجود داشت. این نتایج با یافته های مطالعات صحرائی و همکاران (۳۵) و کوشیار و همکاران (۳۶) همخوانی داشت، اما با نتایج مطالعه پناهی و همکاران (۱۹) همخوانی نداشت. از دلایل احتمالی این ناهمخوانی می توان به این نکته اشاره کرد که در مطالعه فوق الذکر دانشجویان با هر دو جنسیت حاضر بودند در حالی که در مطالعه حاضر فقط دانشجویان دختر حضور داشتند و می توان گفت که رعایت اصول بهداشتی و رعایت توصیه های پزشکی و انجام رفتارهای پیشگیرانه مانند انجام فعالیت جسمانی در آنها احتمالاً بیشتر از دانشجویان پسر است.

از محدودیتهای این پژوهش می توان به خود گزارش دهی در زمان تکمیل پرسشنامه توسط دانشجویان اشاره نمود که ممکن است اطلاعات صحیح و دقیقی را در اختیار تیم پژوهش قرار ندهد. همچنین تعداد نسبتاً کم نمونه ها و عدم دسترسی به دانشجویانی که مشروط شده و یا مرخصی تحصیلی گرفته

سلامت مطلوب در دانشجویان دارای اشتغال، ۰/۵۳۴ برابر دانشجویان بدون اشتغال بود. همچنین بین سواد سلامت و سایر متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه ای، ارتباطی وجود نداشت ($p > 0/05$).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه بین المللی خمینی در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

سواد سلامت دانشجویان شرکت کننده در مطالعه حاضر در سطح متوسطی قرار داشت. از دلایل احتمالی این یافته می توان به تحصیل دانشجویان شرکت کننده در رشته های غیر علوم پزشکی و قرار داشتن دو سوم آنان در سالهای ابتدایی تحصیل در دانشگاه اشاره کرد زیرا سواد سلامت در دانشجویان رشته های غیر علوم پزشکی نسبت به دانشجویان علوم پزشکی پایین تر است (۲۰). همچنین سواد سلامت در دانشجویان سالهای بالاتر، نسبت به دانشجویان سالهای ابتدایی بالاتر است (۲۰). این یافته با نتایج مطالعات پناهی و همکاران (۱۹)، احمدی و همکاران (۲۹)، عظیمی و همکاران (۲۰)، ملاخلیلی و همکاران (۲۱)، Vozikis و همکاران (۲۲) همخوانی داشت. همچنین نتایج این قسمت با نتایج مطالعه محمدی فرح و همکاران (۷) و ضیاءپور (۳۰) و Melinda و همکاران (۳۱) همخوانی نداشت به طوری که سطح سواد سلامت در مطالعه حاضر نسبت به دو مطالعه فوق الذکر پایینتر بود. از دلایل احتمالی این همخوانی می توان به این نکته اشاره کرد که در مطالعه حاضر فقط دانشجویان مقطع کارشناسی وارد مطالعه شده بودند، در حالی که در این دو مطالعه دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی نیز در مطالعه حضور داشتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سواد سلامت و اشتغال رابطه معنی دار وجود داشت و سواد سلامت در دانشجویان دارای اشتغال کمتر از دانشجویان بدون اشتغال

انجام فعالیت جسمانی و اشتغال ارتباط معنی‌دار داشت و دانشجویان با فعالیت جسمانی کمتر و دارای اشتغال، سواد سلامت کمتری داشتند. لذا پیشنهاد می‌شود در طراحی برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای سواد سلامت دانشجویان، به دانشجویان فوق توجه بیشتری مبذول گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قزوین (کد طرح مصوب: ۲۸/۶/۲۹۷۹۰ مورخ ۱۳۹۷/۹/۵، کد اخلاق (با شماره IR.QUMS.REC.1397.193) انجام شده است. از مسئولین دانشگاه بین‌المللی امام خمینی شهر قزوین و تمام دانشجویانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

اند، از دیگر محدودیتهای مطالعه حاضر بودند. با توجه به این‌که این مطالعه فقط در بین دانشجویان دختر منتخب یک دانشگاه در شهر قزوین انجام شده، نتایج حاصل از آن قابل تعمیم به دانشجویان سایر نقاط کشور نمی‌باشد. بنابراین انجام این مطالعه در مقیاس وسیعتری از دانشجویان این شهر و به ویژه در بین دانشجویان با جنسیت مذکر پیشنهاد می‌گردد. با توجه به عدم سنجش سواد سلامت در بین دانشجویان دانشگاه بین‌المللی، انجام مطالعه در بین این دانشجویان را می‌توان نوآوری این مطالعه در نظر گرفت.

نتیجه گیری

در مجموع نتایج این مطالعه بیانگر آن بود که سواد سلامت دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه در سطح متوسطی قرار داشت. همچنین سواد سلامت با متغیرهای

جدول ۱- توزیع فراوانی دانشجویان دختر دانشگاه بین المللی امام خمینی شهر قزوین بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد
سن	زیر ۲۰ سال	۴۸/۳
	۲۰-۳۰ سال	۴۸/۵
	بالتر از ۳۰ سال	۳/۲
وضعیت تاهل	مجرد	۸۵/۱
	متاهل	۱۴/۴
	مطلقه	۰/۵
سنوات تحصیلی	سال اول	۳۱/۵
	سال دوم	۳۱/۲
	سال سوم	۲۲/۹
	سال چهارم	۱۴/۴
شاغل	بله	۱۳/۶
	خیر	۸۶/۴
	هر روز	۸/۵
انجام فعالیت جسمانی	بیشتر روزها	۲۳/۵
	گاهگاهی	۳۳/۶
	بندرت	۲۸/۳
	هیچ وقت	۶/۱
محل سکونت	شهر قزوین	۳۳/۱
	شهرستانهای اطراف	۲۷/۷
	روستاها اطراف	۱/۶
میزان درآمد ماهیانه (تومان)	خوابگاه	۳۷/۶
	زیر یک میلیون	۹/۳
	یک تا دو میلیون	۳۶/۸
	۲ تا سه میلیون	۲۸/۳
رشته تحصیلی	بالتر از ۳ میلیون	۲۵/۳
	فنی مهندسی	۱۶/۳
	کشاورزی	۵/۹
	معماری	۱۰/۹
	علوم تحقیقات	۱۴/۹
	ادبیات	۲۲/۴
اجتماعی	۲۹/۶	

جدول ۲- عوامل مرتبط با سواد سلامت دانشجویان دختر دانشگاه بین المللی امام خمینی شهر قزوین در آزمون رگرسیون لجستیک*

متغیر	سطوح	نسبت شانس		فاصله اطمینان	مقدار احتمال
		حد پایین	حد بالا		
سن	زیر ۲۰ سال	مرجع			۰/۷۰۱
	۲۰-۳۰ سال	۱/۲۵۶	۰/۷۲۷	۲/۱۷۱	۰/۴۱۴
	بالتر از ۳۰ سال	۱/۳۲۲	۰/۲۸۲	۶/۲۰۲	۰/۷۲۳
وضعیت تاهل	مجرد	مرجع			۰/۲۹۶
	متاهل	۱/۸۵	۰/۸۵	۴/۰۲	۰/۱۱۹
	مطلقه	۵۴۷/۳	۰/۰۰	.	۰/۹۹۹
سنوات تحصیلی	سال اول	مرجع			۰/۵۴۳
	سال دوم	۰/۶۹	۰/۳۸	۰/۳۶	۰/۲۳
	سال سوم	۰/۶۵	۰/۳۲	۱/۳۲	۰/۲۴
	سال چهارم	۰/۶۲	۰/۲۷	۱/۴۱	۰/۲۶
انجام فعالیت جسمانی	هر روز	مرجع			۰/۰۳۹
	بیشتر روزها	۲/۰۹	۰/۷۸	۵/۵۸	۰/۰۳
	گاهی	۰/۷۰	۰/۲۸	۰/۷۴	۰/۴۴
	بندرت	۰/۹۲	۰/۳۶	۲/۳۴	۰/۸۶
محل سکونت	شهر قزوین	مرجع			۰/۱۳۹
	شهرستانهای اطراف	۰/۵۷	۰/۳۰	۱/۰۸	۰/۰۸
	روستاهای اطراف	۰/۱۴	۰/۰۱	۱/۱۰	۰/۰۶
	خوابگاه	۰/۶۸	۰/۳۸	۱/۲۴	۰/۲۱
میزان درآمد (تومان)	زیر یک میلیون	مرجع			۰/۲۹۸
	یک تا دو میلیون	۱/۵۵	۰/۶۸	۳/۵۳	۰/۲۹
	۲ تا سه میلیون	۲/۱۳	۰/۸۹	۵/۰۴	۰/۰۸
رشته تحصیلی	بالتر از ۳ میلیون	۲/۳۹	۰/۹۹	۵/۷۷	۰/۰۵
	فنی مهندسی	مرجع			۰/۱۳۹
	کشاورزی	۰/۶۰	۰/۱۹	۱/۸۶	۰/۳۸
	معماری	۰/۸۹	۰/۳۵	۲/۲۸	۰/۸۲
	علوم تحقیقات	۰/۴۶	۰/۱۹	۱/۰۷	۰/۰۷
اشتغال	ندارد	مرجع			۰/۰۴۲
	دارد	۰/۵۳۴	۰/۲۶۳	۱/۰۸۴	۰/۰۳۴
	مقدار ثابت	۲/۳۴			۰/۲۳

*متغیرهای مستقل به روش همزمان وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند.

References

1. Ye XH, Yang Y, Gao YH, Chen SD, Xu Y. Status and Determinants of Health Literacy among Adolescents in Guangdong, China. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014;15(20):8735-8740.
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):220-229. [Persian]
3. Oldach BR, Katz ML. Health literacy and cancer screening: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2014;94(2):149-57.
4. Guo S, Davis E, Yu X, Naccarella L, Armstrong R, Abel T, et al. Measuring functional, interactive and critical health literacy of Chinese secondary school students: reliable, valid and feasible? *Global health promotion*. 2018;25(4):6-14.
5. Halverson JL, Martinez-Donate AP, Palta M, Leal T, Lubner S, Walsh MC, Schaaf Strickland J, Smith PD, Trentham-Dietz A. Health Literacy and Health-Related Quality of Life among a Population-Based Sample of Cancer Patients. *Journal of Health Communication*. 2015; 20(11):1320-9.
6. Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC public health*. 2016;16(1):596.
7. 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 of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2017;4(2):11-17. [Persian]
8. Pooryaghob M, Abdollahi F, Mobadery T, Haji Shabanha N, Bajalan Z. Assesse the Health literacy in Multiple Sclerosis patients. *Journal of Health Literacy*. 2018; 2(4):266-274. [Persian]
9. McLaughlin RA. Associations among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting. Tennessee, USA the University of Tennessee Health Science Center; 2009.
10. Carthery-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. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(4):631-638.
11. Peyman, N. Abdollahi M. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(1):5-12. [Persian]
12. Begoray DL, Wharf-Higgins J, MacDonald M. High school health curriculum and health literacy: Canadian student voices. *Global Health Promotion*. 2009;16(4):35-42.
13. Wharf Higgins J, Begoray D, MacDonald MA. A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education classroom. *American Journal of Community Psychology*. 2009;44(3-4):350-62.
14. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, Nurss JR. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Journal of the American Medical Association*. 1995;274(21):1677-82.
15. Bailey SC, McCormack LA, Rush SR, Paasche-Orlow MK. The progress and promise of health literacy research. *Journal of Health Communication*. 2013; 18(1):5-8.

16. Panahi R, Kazemi SS, Karami Juyani A, Pishvaei M. Health literacy and self-care in patients. *Journal of Research in Health Sciences*. 2018;8(5):392-3.
17. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M. Health literacy and preventive behaviors. *Journal of Research in Health Sciences*. 2018;8(2):93-4.
18. Tavousi M, Haeri Mehrizi AA, Rafiefar SH, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, Hashemi A, Montazeri A. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh*. 2016;15:95-102. [Persian]
19. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Ghazanfari E, Niknami Sh. Evaluation of Health Literacy and its Influencing Factors on Dormitory Students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. *Journal of Education and Community Health*. 2016; 3(3):30-36. [Persian]
20. Azimi S, Ramezankhani A, Rakhshani F, Ghaffari M, Ghanbari SH. 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. [Persian]
21. 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. *Journal of Management and Medical Informatics School*. 2017; 3(2): 210-8. [Persian]
22. 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. *Archives of Public Health*. 2014;72(1):15.
23. Ferguson B. Health literacy and health disparities the role they play in maternal and child health. *Nursing for Women's Health*. 2008;12(4):288-298
24. Mahdavi Zh, Ramezankhani A, Ghanbari Sh, Khodakarim L. relationship between health literacy and female cancers preventive behaviors. *Payesh*. 2017;17(5): 613-625. [Persian]
25. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Medicine*. 2012;19 (97):1-12. [Persian]
26. Smith DR. A systematic review of tobacco smoking among nursing students. *Nurse Education in Practice*. 2007;7(5): 293-302.
27. Montazeri A, Tavasousi M, Rakhshani F, Azin seyed A, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health literacy for Iranian adults (HELIA): Development and psychometric properties. *Payesh*. 2014;13(5): 589-599. [Persian].
28. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Haeri Mehrizi AA, Niknami SH. Psychometricity evaluation of health literacy inventory for adults (HELIA) in students of Medical Sciences in 2016. *Journal of Research in Health Sciences*. [In Press].
29. Ahmadi FZ, Mehr-Mohammadi M, Talae E, Fardanesh H, Paknahad M, Taghizadeh S, et al. Health Literacy among students of Farhangian University. *Payesh*. 2018; 17(3):257-66. [Persian]
30. 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*. 2016;1(3): 182-90. [Persian]
31. Melinda J, Ickes MEd, Randall Cottrell DEd, CHES. Health Literacy in College Students. *Journal of American College Health*. 2010;58(5).
32. Ghaffari M, Hatami H, Rakhshandrrou S, Shoghli A, Heidari A. Health Literacy among Women Referring to Healthcare

- Centers of Zanjan City, Iran: A Cross-sectional Study. *Journal of Education and Community Health*. 2018; 5(1): 42-4. [Persian]
33. Ansari M, Shahdadneghad E, Khaledian M, Salajegheh M. Survey of Health Literacy of People Referred to the Libraries of Public Libraries Foundation. *Health Information Management*. 2017; 14(5):224-7
34. Tavousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Soleimani A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh*. 2015;15(1):95-102. [Persian]
35. Sahrayi M, Panahi R, Kazemi S, Rostami Z, Rezaei H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(4):230-238. [Persian]
36. 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; 24(1): 134-143. [Persian]

Health Literacy and Factors Related to It Among Female Students of Imam Khomeini International University in Qazvin, Iran

Dehghankar L: MSc. Instructor, Department of Nursing, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Hajikarimbaba M: MSc. Student, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Panahi R: PhD. School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran- Corresponding Author: Peimanpanahi63@Yahoo.com

Received: Jul 23, 2019

Accepted: Sep 25, 2019

ABSTRACT

Background and Aim: Considering the central role of low health literacy (HL) in causing health inequalities and the fast growth of university student populations, this study aimed to determine the HL and its related factors among university students.

Materials and Methods: This was a descriptive-analytic cross-sectional study including 375 female students of Imam Khomeini International University in Qazvin, Iran in 2019 selected using the stratified random sampling method. The data-collecting tools included a demographic and background questionnaire and an Iranian adult HL assessment questionnaire. The SPSS 23 software was used for data analysis, the statistical tests being descriptive and logistic regression tests.

Results: Data analysis showed that 17 (4.5%) of the students had inadequate, 112 (29.9%) insufficient, 188 (50.1%) adequate, and 58 (15.5%) excellent HL, the mean HL percentage (\pm SD) being 70.80 (\pm 12.49). Based on logistic regression analysis, there was a statistically significant association between HL and physical activity ($p = 0.039$), such that the chance of having good HL among the students with physical activity on most days was 2.097 times that of those with regular daily physical activity. A significant relationship was also found between HL and employment ($p = 0.042$), such that the chance of having good HL among the employed students was 0.534 times that of unemployed students.

Conclusion: Considering the low health literacy rate among the students with low physical activity and those who are unemployed, it is recommended to pay more attention to these students when designing educational programs to increase their health literacy.

Keywords: Health Literacy, Students, Qazvin City, Iran