پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال بیستم، شماره ۲، پی در پی ۱۰۴، صفحات ۷۸ تا ۸۵
خرداد و تیر ۱۳۹۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۵/۲۸

مقایسه سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی دانشگاه‌های شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۳-۹۲

*سمیه عظیمی[۱]، دکتر علی رمضانخانی[*۲]، دکتر فاطمه رخشانی[۳]، دکتر محتشم غفاری[۴]، شهلا قنبری[۵]*

۱. کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: سواد سلامت به صورت میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامت تعریف شده است که برای تصمیم‌گیری مناسب، لازم می‌باشد. سواد سلامت یک پیامد کلیدی اقدامات آموزش بهداشت است که باید در مفهوم وسیع‌تر ارتقای سلامت قرار گیرد. افراد با سواد سلامت ناکافی، با احتمال کمتری از برنامه‌ی مراقبتی پیشنهادی تبعیت می‌نمایند. تا کنون در خصوص تعیین سواد سلامت دانشجویان و همچنین مقایسه‌ی آن در دو گروه علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی، مطالعه‌ای صورت نگرفته است. مطالعه‌ی حاضر با هدف ارزیابی وضعیت سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی دانشگاه‌های شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی با رویکرد توصیفی- تحلیلی می‌باشد که تعداد ۵۰۰ نفر دانشجو از دو دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه شهید بهشتی مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی جدیدترین نشانه‌ی حیاتی (NVS) استفاده شد. در نهایت داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و آزمون‌های آماری t مستقل، کای دو و رگرسیون خطی چند متغیره، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ۲۶/۴ درصد از دانشجویان علوم پزشکی سواد سلامت ناکافی و ۳۱/۲ درصد دارای سواد سلامت کافی بودند. همچنین ۴۴/۸ درصد دانشجویان غیر علوم پزشکی سواد سلامت ناکافی داشتند. بین دو گروه، از نظر میانگین نمره‌ی سواد سلامت، اختلاف معنادار آماری مشاهده شد ($P<۰/۰۰۱$)، که نشان داد سواد سلامت در دانشجویان علوم پزشکی نسبت به دانشجویان غیر علوم پزشکی بهتر می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس پرسشنامه‌ی NVS، طیف وسیعی از دانشجویان، سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند که این خود، توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای سلامت را ضروری می‌سازد.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، پرسشنامه‌ی جدیدترین نشانه حیاتی، دانشجو

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
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.

مقدمه

سواد معمولاً به معنای توانایی خواندن و نوشتن به کار می‌رود. یک فرد با سواد کسی است که بتواند خواندن و نوشتن یک عبارت ساده‌ی کوتاه در زندگی روزانه‌ی خود را انجام دهد (۱). سواد، دانش فرد از یک موضوع یا زمینه‌ی خاص را بیان می‌کند، مثل سواد اقتصادی، سواد رایانه‌ای، سواد فرهنگی، سواد پزشکی، سواد علمی، سواد سلامت، سواد تغذیه‌ای و سواد رسانه‌ای (۳-۱). مفهوم سواد سلامت، اولین بار در سال ۱۹۷۴ در متون علمی مرتبط با آموزش بهداشت مطرح گردید. سپس Nutbeam در تدوین واژه‌نامه‌ی ارتقای

*نویسنده مسؤول مکاتبات: **دکتر علی رمضانخانی**؛ اوین، میدان شهریاری، بلوار دانشجو، دانشکده بهداشت، ساختمان شماره یک، طبقه همکف؛ تلفن: ۲۲۴۳۲۰۳۶ (۰۲۱)؛ **پست الکترونیک:** s.azimi1390@yahoo.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

سلامت، به این مفهوم اشاره کرده و چنین استدلال نمود که سواد سلامت یک پیامد کلیدی اقدامات آموزش بهداشت است (۴). مفهوم سواد سلامت با مفهوم سواد متفاوت است (۵). سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization, WHO) سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی که تعیین‌کننده‌ی انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آنها گردد، معرفی کرده است (۷،۶). تعریف سواد سلامت به تدریج تکامل یافته و به صورت میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامت تعریف شده است که برای تصمیم‌گیری مناسب، لازم می‌باشد (۹،۸).

انجمن پزشکی امریکا (Institute of Medicine, IOM)، حوزه‌ی سواد سلامت را به چهار دسته تقسیم کرده است: دانش مفهومی و فرهنگی، سواد شفاهی، سواد نوشتاری و سواد محاسبه کردن (۸،۴). محدودیت سواد سلامت زمانی رخ می‌دهد که افراد نتوانند اطلاعات و خدمات بهداشتی که نیاز دارند را پیدا و استفاده کنند که می‌تواند بر سلامت افراد به طور مستقیم با محدود کردن رشد فردی، اجتماعی و فرهنگی آنها تاثیر بگذارد (۴).

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که سواد سلامت پایین با کمبود دانش و درک در مورد شرایط بهداشتی و خدمات درمانی، ناتوانی در اجرای مناسب فعالیت‌های مراقبت از خود، مشکل در درک دستورالعمل دارو و انجام درمان، استفاده‌ی نامناسب از داروها، عدم پیروی از دستورهای پزشک، افزایش بستری شدن در بیمارستان و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، وضعیت سلامت ضعیفتر و افزایش مرگ و میر، غربالگری‌های کمتر برای تشخیص زودهنگام بیماری‌هایی از جمله سرطان، ناتوانی در برقراری ارتباط با پزشکان و سایر ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و ناتوانی در به دست آوردن مراقبت‌های مناسب و به موقع، همراه است (۱، ۴، ۸، ۱۶-۱۰).

در سال‌های اخیر جمعیت دانشجویی کشور رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. بنابراین شناخت عوامل مرتبط که روی تطابق دانشجویان با رفتارهای سالم‌تر و کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز مؤثر باشند، از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۹-۱۷). انتخاب دانشجویان به عنوان جامعه‌ی مورد مطالعه نیز به چند علت صورت گرفته است، اول: سن و آموزش‌پذیری آنها، دوم: این افراد الگوی مناسبی برای شیوه‌ی زندگی سالم و بهداشتی در جامعه هستند، به خصوص دانشجویان رشته‌های پزشکی که به عنوان الگو و مروج سلامت عمومی محسوب می‌شوند و انتظار می‌رود از سواد سلامت قابل قبول برخوردار باشند.

در ایران اطلاعات زیادی در خصوص وضعیت سواد سلامت افراد به عنوان عاملی مهم در تصمیم‌گیری‌ها و چگونگی عملکرد آنها در نظام سلامت در دسترس نیست و تاکنون در خصوص تعیین سواد سلامت دانشجویان به عنوان مدیران و برنامه‌ریزان سلامت آینده در کشور و همچنین مقایسه‌ی آن در دو گروه علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی، مطالعه‌ای صورت نگرفته است. مطالعه‌ی حاضر با هدف ارزیابی وضعیت سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی دانشگاه‌های شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ اجرا گردید، تا بتوانیم بر اساس نتایج به دست آمده، برنامه مداخله‌ای مناسب را در آینده انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی، با رویکرد توصیفی- تحلیلی بوده و در فاصله‌ی زمانی بهمن ۹۲ تا خرداد ۹۳، روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه شهید بهشتی اجرا گردید. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه‌ی دو نسبت، معادل ۵۰۰ نفر برآورد گردید.

روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام گرفت. ابتدا تعداد دانشکده‌های هر دو دانشگاه مشخص و به عنوان خوشه در نظر گرفته شد و بر حسب قرعه از بین آنها تعدادی دانشکده، از ۹ دانشکده‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تعداد ۵ دانشکده (بهداشت، پیراپزشکی، پرستاری، پزشکی، تغذیه) و از ۱۵ دانشکده‌ی دانشگاه شهید بهشتی تعداد ۸ دانشکده (حقوق، معماری، تربیت بدنی، علوم زمین، علوم زیستی، مهندسی برق، علوم ریاضی، شیمی) به طور تصادفی انتخاب و در هر دانشکده، دانشجویان سال اول و چهارم به صورت نمونه‌گیری آسان، انتخاب گردیدند. به لحاظ نزدیکی تعداد دانشجویان سال اول و چهارم دو دانشگاه، تعداد مشارکت‌کنندگان از دو دانشگاه یکسان در نظر گرفته شد (۲۵۰ نفر برای هر دانشگاه).

برای جمع‌آوری داده‌ها از نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی جدیدترین نشانه‌ی حیاتی (NVS) که یکی از جدیدترین آزمون‌های بررسی سواد سلامت در جهان می‌باشد، استفاده گردید. جوادزاده و همکاران، روایی و پایایی این آزمون را برای جامعه‌ی ایرانی تأیید کردند. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای بخش محاسبات، ۰/۶۹ و برای بخش درک خواندن ۰/۷۸ به

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

دست آمده بود (۲۰). پس از تماس با نویسنده‌ی مسؤول، ابزار مذکور و اجازه‌نامه‌ی استفاده از آن، از طریق پست الکترونیک دریافت گردید. این پرسشنامه، مهارت‌های خواندن، درک و محاسبات را که برای درک اطلاعات بهداشتی ضروری است، به‌خوبی مورد سنجش قرار می‌دهد.

سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس درک فرد از برچسب استاندارد اطلاعات غذایی مربوط به یک بستنی طراحی شده که مشتمل بر ۶ پرسش بوده و در مدت زمانی کمتر از ۳ دقیقه تکمیل می‌گردد. در این پرسشنامه، برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز در نظر گرفته می‌شود. برطبق این پرسشنامه، نمرات صفر تا یک، نشان‌دهنده‌ی سواد سلامت ناکافی، نمرات بین ۲ تا ۳، نشان‌دهنده‌ی سواد سلامت مرزی و نمرات بین ۴ تا ۶، نشان‌دهنده‌ی سواد سلامت کافی می‌باشد. برای تکمیل این پرسشنامه، برچسب استاندارد حقایق غذایی مربوط به بستی به فرد داده شد که در ابعاد A5 به صورت رنگی چاپ گردیده بود. از فرد خواسته شد تا آن را با دقت مطالعه کند و به سؤالات پاسخ دهد. فرد تا زمان اتمام پاسخگویی، بر چسب ماده‌ی غذایی را در دست داشت و می‌توانست برای یافتن پاسخ صحیح، به آن رجوع کند (۲۲،۲۱). ویژگی‌هایی چون خلاصه بودن و صرف زمان کمتر برای پاسخگویی به سؤالات، این پرسشنامه را از سایر ابزارهای موجود برای سنجش سواد سلامت متمایز و ممتاز می‌گرداند. همچنین، دارای حساسیت بالا برای تشخیص محدودیت سواد سلامت عملکردی می‌باشد (۲۳).

از جمله معیارهای ورود به مطالعه، تحصیل در سال اول و چهارم بود. اطلاعات درباره‌ی مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان، شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت شغل، سال تحصیلی و وضعیت سکونت نیز جمع‌آوری گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها، به صورت حضوری به دانشجویان مراجعه و پس از بیان هدف از انجام پژوهش و اطمینان از این که اطلاعات افراد محرمانه خواهد ماند و با رضایت کامل دانشجو، پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار آنها قرار داده شد. تکمیل پرسشنامه‌ها در کلاس درس و برای دانشجویان کارورز در کلاسی در محیط کارورزی صورت گرفت.

در نهایت، داده‌ها وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ شد و با استفاده از آمارهای توصیفی و آزمون‌های آماری t مستقل، کای دو و رگرسیون خطی چند متغیره، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه ، در گروه علوم پزشکی ۲/۱۸±۲۰/۹۰ سال و در گروه غیر علوم پزشکی ۲/۱۱± ۲۰/۹۶ سال بود. آزمون t نشان داد که تفاوت معنی‌دار آماری بین میانگین سنی دانشجویان دو گروه علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی (P=۰/۷۷۱) وجود ندارد. همچنین در دو گروه، مجردین بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند (۲۳۱ نفر از علوم پزشکی و ۲۲۷ نفر از غیر علوم پزشکی مجرد بودند). مشخصات دموگرافیک دانشجویان به تفکیک در جدول شماره ۱ آورده شده است.

همانطور که یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمره‌ی سواد سلامت در گروه علوم پزشکی برابر ۲/۵۸ و در گروه غیر علوم پزشکی برابر ۱/۸۴ می‌باشد. در مقایسه‌ی نمره‌ی دو گروه در زمینه‌ی سواد سلامت، آزمون t اختلاف معنادار آماری نشان داد (P<۰/۰۰۱، Mean deference=۰/۷). دانشجویان علوم پزشکی نسبت به دانشجویان غیر علوم پزشکی سواد سلامت بهتری داشتند. بر اساس آزمون رگرسیون خطی چند متغیره، با در نظر گرفتن نقش متغیرهای مخدوش کننده‌ی دیگر مثل جنس، سال تحصیلی، محل سکونت و نوع دانشگاه، نمره‌ی سواد سلامت در دانشجویان غیر علوم پزشکی نسبت به دانشجویان علوم پزشکی به مقدار ۰/۲ کمتر بود که این مقدار از لحاظ آماری معنادار بود (P<۰/۰۰۱، β=۰/۲).

بالاترین درصد جواب نادرست به سؤالات در گروه علوم پزشکی با ۷۹/۲ درصد، مربوط به سؤال ۶ {(در صورت دادن پاسخ "نه" به سؤال ۵ پرسیده شود) چرا؟} بود. بالاترین درصد جواب صحیح (۵۸ درصد) مربوط به سؤال ۱، (اگر شما همه‌ی بستنی را میل کنید، چقدر کالری دریافت کرده‌اید؟) بود. در دانشجویان غیر علوم پزشکی نیز همانند دانشجویان علوم پزشکی ۸۸/۸ درصد به سؤال ۶ پاسخ اشتباه دادند و بیشترین درصد (۵۱/۲) جواب صحیح، مربوط به سؤال ۳ (فرض کنید شما معمولاً روزانه ۴۲ گرم چربی اشباع، که یک واحد بستنی نیز جزو آن است، میل می‌کنید. اگر بستنی نخورید، چند گرم چربی اشباع دریافت می‌نمایید؟) بود. بین جنس با سواد سلامت، بر اساس آزمون کای دو، در گروه غیر علوم پزشکی، ارتباط معنادار آماری یافت شد (P<۰/۰۱۸). در این گروه، سطح سواد سلامت کافی زنان نسبت به مردان بیشتر بود (۱۲/۱٪ به ۹/۳٪). اما در گروه علوم پزشکی، این درصد در مردان بیشتر بود که البته از نظر آماری این تفاوت معنادار نبود. بر اساس این آزمون، بین سال تحصیلی با سواد

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی مشخصات دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی دانشگاه‌های شهید بهشتی.

مشخصات		گروه تحصیلی			
		علوم پزشکی		غیر علوم پزشکی	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۲۱ - ۱۷	۱۵۵	۶۲	۱۳۴	۵۳/۶
	۲۵ - ۲۲	۸۴	۳۳/۶	۱۱۰	۴۴
	۲۶ و بالاتر	۱۱	۴/۴	۶	۲/۴
	جمع	۲۵۰	۱۰۰	۲۵۰	۱۰۰
جنسیت	مرد	۱۱۸	۴۷/۲	۱۱۸	۴۷/۲
	زن	۱۳۲	۵۲/۸	۱۳۲	۵۲/۸
	جمع	۲۵۰	۱۰۰	۲۵۰	۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۲۳۱	۹۲/۴	۲۲۷	۹۰/۸
	متأهل	۱۹	۷/۶	۲۳	۹/۲
	جمع	۲۵۰	۱۰۰	۲۵۰	۱۰۰
سال تحصیلی	سال اول	۱۳۲	۵۲/۸	۱۲۳	۴۹/۲
	سال چهارم	۱۱۸	۴۷/۲	۱۲۷	۵۰/۸
	جمع	۲۵۰	۱۰۰	۲۵۰	۱۰۰
محل سکونت	خوابگاه	۱۵۴	۶۱/۶	۲۱۲	۸۴/۸
	غیر خوابگاه	۹۶	۳۸/۴	۳۸	۱۵/۲
	جمع	۲۵۰	۱۰۰	۲۵۰	۱۰۰

جدول ۲. مقایسه نمره میانگین و انحراف معیار بین دو گروه در زمینه سواد سلامت.

سواد سلامت	محدوده نمره امکان پذیر	کل جامعه		علوم پزشکی		غیر علوم پزشکی		سطح معنی‌داری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
ناکافی	۱-۰	۱۷۸	۳۵/۶	۶۶	۲۶/۴	۱۱۲	۴۴/۸	۰/۰۰۱
مرزی	۳-۲	۲۱۷	۴۳/۴	۱۰۶	۴۲/۴	۱۱۱	۴۴/۴	
کافی	۶-۴	۱۰۵	۲۱	۷۸	۳۱/۲	۲۷	۱۰/۸	
میانگین و انحراف معیار		۲/۲۱±۱/۵۸		۲/۵۸±۱/۶۹		۱/۸۴±۱/۳۶		

سلامت در گروه علوم پزشکی، ارتباط آماری معناداری وجود داشت (P<۰/۰۰۵)، اما این ارتباط در گروه غیر علوم پزشکی (P=۰/۰۷۵) در حد مرزی دیده نشد. در گروه علوم پزشکی، دانشجویان سال اول سطح سواد سلامت کافی بالاتری نسبت به دانشجویان سال چهارم داشتند که این نسبت در دانشجویان غیر علوم پزشکی، برعکس می‌باشد. در مقایسه‌ی دو گروه با هم، در گروه علوم پزشکی ارتباط آماری معناداری بین سواد سلامت با وضعیت سکونت مشاهده گردید (P=۰/۰۱۲) که این ارتباط در گروه غیرعلوم پزشکی دیده نشد (P=۰/۴۹). بین سطح سواد سلامت با وضعیت تأهل در دو گروه علوم پزشکی (P=۰/۸۳۳) و غیر علوم پزشکی (P=۰/۷۳۰) ارتباط آماری، معنادار نبود که به نظر می‌رسد کم بودن تعداد افراد متأهل در نمونه مورد مطالعه ممکن است از دلایل معنی‌دار نشدن این ارتباط باشد.

بحث

در طول دهه‌ی گذشته نگرانی‌های مربوط به مهارت‌های سواد و سلامتی، زنگ بیدارباش برای بسیاری از عرصه‌های سلامت بوده است (۲۴). به رغم اهمیت روزافزون سواد سلامت در بهبود و ارتقای سلامت جامعه، تاکنون در مطالعات محدودی در کشور به این امر توجه شده است. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد سواد سلامت در دانشجویان، پایین می‌باشد.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

طبق نتایج مطالعات انجام شده در زمینه‌ی سواد سلامت در ایران، از جمله مطالعه‌ی جوادزاده و همکاران میانگین نمره‌ی سواد سلامت آزمودنی‌ها توسط پرسشنامه‌ی NVS ۲/۷ به دست آمد. بر اساس آن مطالعه، ۳۸/۵ درصد افراد سواد سلامت کافی، ۳۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۲۵/۵ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند (۲۰). طبق یافته‌های تنها مطالعه‌ی پیمایشی انجام شده در ۵ استان کشور بر اساس پرسشنامه‌ی آزمون سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان (The Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA)، ۵۶/۶ درصد نمونه‌ها سواد سلامت ناکافی و ۱۵/۳ درصد، سواد سلامت مرزی داشتند (۲۴). بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر، در کل جامعه بیش از دو سوم افراد تحت مطالعه (۷۹ درصد)، دارای سواد سلامت محدود (مرزی و ناکافی) بودند. از نتایج مطالعات انجام شده در ایران توسط سایرین و مطالعه‌ی حاضر می‌توان نتیجه گرفت که به طور کلی سواد سلامت در ایران پایین است.

از پرسشنامه‌ی NVS برای ارزیابی سواد سلامت افراد در کشورهای مختلف چون ترکیه، هلند، استرالیا و بسیاری کشورهای دیگر نیز استفاده شده است که نتایج آنها نیز، به طور کلی طیف گسترده‌ای از سواد سلامت ناکافی را نشان می‌دهند. Ozdemir و همکاران، مطالعه‌ای در کشور ترکیه انجام دادند. نتایج نشان داد، ۷۱/۹ درصد از افراد، سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (۲۵). Fransen و همکاران نیز برای اولین بار پرسشنامه‌ی NVS را در پژوهشی در هلند به کار گرفتند. نتایج حاکی از آن بود که ۷۹ درصد از افراد شرکت‌کننده، سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (۲۶). مطالعه‌ی Heinrich نیز نشان داد که نزدیک دو سوم شرکت‌کنندگان، سواد سلامت محدود دارند (۲۷). نتایج این مطالعات، مشابه نتایج مطالعه‌ی حاضر، نشانگر آن است که سطح سواد سلامت در افراد، محدود می‌باشد. در مطالعه‌ی حاضر، پایین بودن سواد سلامت کافی احتمالاً می‌تواند ناشی از آن باشد که پاسخگویی به سوال‌های پرسشنامه‌ی NVS نیازمند محاسبه‌ی ریاضی بوده و دانشجویان به محاسبه، تمایلی نشان ندادند. از طرفی، کاهش توجه و دقت افراد شرکت کننده به پرسش‌هایی که بر حسب برچسب بستنی تنظیم شده است، یکی از دلایل این نتیجه بوده و می‌توان این‌طور در نظر گرفت که افراد به برچسب‌های مواد غذایی دقت نمی‌کنند یا میزان دقتشان کم است. در حالی که پایین بودن سواد سلامت در بیشتر مطالعات، به دلیل پایین بودن سطح تحصیلات و افزایش سن بیان شده بود (۲۵-۲۳).

البته نتایج حاصل از مطالعه‌ی Adams و همکاران روی جمعیت بالای ۱۵ سال مردم جنوب استرالیا نشان داد که ۵۵ درصد از افراد سواد سلامت کافی داشتند (۲۳). در مطالعه‌ی Driessnack و همکاران، ۷۲ درصد افراد دارای سواد سلامت کافی بودند (۲۸) که این میزان‌ها، بالاتر از نتیجه‌ی حاصل از مطالعه‌ی حاضر (۲۱درصد) بود.

طبق یافته‌های به دست آمده، سواد سلامت در دانشجویان علوم پزشکی نسبت به دانشجویان غیر علوم پزشکی به مراتب بهتر بوده است که به نظر محقق، این تفاوت معنادار، قابل توجیه می‌باشد. به این ترتیب که این تفاوت را می‌توان به دلیل محتوای درسی دانشجویان علوم پزشکی دانست که تقریباً بیشتر واحدهای درسی آنها، در مورد بهداشت، بیماری و سلامت افراد و جامعه می‌باشد، در حالی که دانشجویان غیرعلوم پزشکی، تعداد واحدهای اندکی را در این زمینه می‌گذرانند. در مورد دانشجویان سال اول که هنوز واحدهای زیادی نگذرانده‌اند، می‌توان بیان کرد احتمالاً رشته تحصیلی دبیرستان و دروسی که در این رشته خوانده‌اند باعث این تفاوت شده است. همان‌طور که می‌دانیم، بسیاری از دانشجویان علوم پزشکی، در رشته تجربی تحصیل کرده و این رشته نسبت به سایر رشته‌ها دروس بیشتری در مورد بهداشت و سلامت دارد. دلیل دیگری که می‌توان احتمال داد، این است که پرسشنامه‌ی NVS، یک بر چسب غذایی می‌باشد و تقریباً مشابه دستورالعمل داروها است و چون دانشجویان علوم‌پزشکی به دلیل رشته‌ی تحصیلی‌شان، با این دستورالعمل‌ها و تعیین مقدار مصرف سروکار دارند، احتمالاً آشنایی بیشتری به برچسب داشته و توجه و دقت بیشتری به سؤالات و پاسخ به آنها داشته‌اند.

بر اساس جستجوی منابع مختلف توسط محقق، تنها یک مطالعه یافت شد که در آن از ابزار NVS برای سنجش سواد سلامت در دانشجویان استفاده شده بود و چون به نظر می‌رسد نوع ابزار در تعیین میزان سواد سلامت افراد به طور معنادار تأثیرگذار نباشد، بنابراین در ادامه‌ی بحث، به مقایسه‌ی بین وضعیت سواد سلامت جامعه‌ی مورد مطالعه با مطالعات انجام شده روی دانشجویان در سایر نقاط جهان که از پرسشنامه‌های دیگر سواد سلامت استفاده کرده‌اند، می‌پردازیم.

یافته‌های مطالعه‌ی Mackert و همکاران که از ابزار NVS برای سنجش سواد سلامت در دانشجویان استفاده کرده بود، نشان داد که از هر ۱۱ دانشجو، یک نفر سواد سلامت محدود داشت، یعنی نمره‌ی آن کمتر از ۳ بود (۲۹). یافته‌های مطالعه‌ی Ickes و همکاران نشان داد که بر اساس

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

پرسشنامه‌ی TOFHLA، میانگین نمره‌ی سواد سلامت دانشجویان ۹۳/۸۳ درصد بود که سواد سلامت عملکردی، کافی در نظر گرفته شد. ۸۹/۳ درصد دانشجویان اهمیت سواد سلامت را مهم و با ارزش می‌دانستند. با این حال، بسیاری از دانشجویان، در مورد قسمت‌هایی از پرسشنامه به خصوص بخش محاسبات، مشکل داشتند (۳۰). هر چند در ابزار NVS بخش محاسبات تفکیک نشده، ولی احتمال می‌رود در مطالعه‌ی حاضر نیز مانند مطالعه‌ی Ickes، دانشجویان در مورد قسمت‌هایی از پرسشنامه به خصوص قسمت محاسبات مشکل داشته و به سؤالات مربوط به محاسبه با دقت کافی پاسخ نداده باشند.

در بخش بررسی ارتباط سواد سلامت با اطلاعات دموگرافیک، بین سطح سواد سلامت با جنسیت در گروه غیرعلوم پزشکی (P<۰/۰۱۸)، اختلاف آماری معنادار مشاهده شد. در این گروه، مردان ۵۴/۲ درصد و زنان ۳۶/۴ درصد، سواد سلامت ناکافی داشتند. این تفاوت احتمالاً به علت آن می‌تواند باشد که مردان کمتر از زنان به سلامت خود اهمیت داده و با دقت کمتری، برچسب‌های غذایی و لیفلت دارویی را می‌خوانند. در گروه علوم پزشکی سواد سلامت ناکافی در مردان ۲۲/۹ درصد و زنان ۲۹/۵ درصد بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود. در پژوهش Zhang، تفاوت آماری معناداری بین درصد سواد سلامت دختران و پسران وجود داشت. در مطالعه‌ی مذکور، سواد سلامت کافی دانشجویان پسر ۶۵/۰۳ درصد و سواد سلامت دانشجویان دختر ۷۰/۷۵ درصد بود که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۳۱). در مطالعه‌ی Shah که با این مطالعه همسو می‌باشد، درصد سواد سلامت کافی در زنان بیشتر از مردان بود (۳۲). در مطالعه‌ی جوادزاده، طهرانی بنی‌هاشمی، رئیسی و Ozdemir، سواد سلامت ناکافی، به دلیل تحصیلات کمتر، در زنان بیشتر از مردان بود (۲۵،۲۴،۲۰،۱۰).

در مطالعه‌ی حاضر، بین سطح سواد سلامت با سال تحصیلی در گروه علوم پزشکی، اختلاف آماری معنادار مشاهده گردید (P<۰/۰۰۵). در این گروه، ۴۰/۲ درصد دانشجویان سال اول و ۲۱/۲ درصد دانشجویان سال چهارم، دارای سواد سلامت کافی بودند. بالا بودن سطح سواد سلامت کافی در دانشجویان سال اول احتمالاً به این علت است که آنها به تازگی کنکور داده‌اند و توانایی، دقت و حوصله‌ی بیشتری در حل محاسبات پرسشنامه داشته‌اند و این احتمال را تقویت می‌کند که سال‌های تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در افزایش سواد سلامت نداشته است. در دانشجویان غیر علوم پزشکی این نسبت، عکس می‌باشد که از لحاظ آماری معنادار نبود. در مطالعه‌ی Zhang، سطح سواد سلامت کافی دانشجویان سال اول نسبت به سال بالاتر، کمتر بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود (۳۱). در سایر مطالعات که در آنها جمعیت هدف مردم عادی و بیماران بودند، مشخص شد هر چه سطح تحصیلات نمونه‌ها پایین‌تر باشد، سواد سلامت ناکافی در آنها افزایش می‌یابد (۳۲،۲۵،۲۳،۲۰).

اگرچه سواد سلامت، ساختاری پیچیده و چند وجهی داشته و دانشمندان ابزار متعددی برای سنجش آن طراحی کرده‌اند، اما این ابزار چندان هم جامع نیستند. ابزار سنجش سواد سلامت باید بتواند بین کسب اطلاعات، درک آنها و تمایل و توانایی به عمل در جهت رسیدن به ارتقای سلامت، تمایز قایل شوند و سواد شفاهی و دانش مفهومی و فرهنگی را اندازه بگیرند. در حال حاضر، هیچ یک از ابزار موجود، همه‌ی این موارد را مورد ارزیابی قرار نداده و تنها مهارت‌هایی چون خواندن، نوشتن، درک اطلاعات مرتبط با سلامتی و پیروی از پیام‌های بهداشتی ساده را مدنظر قرار می‌دهند که در واقع مفهوم کاربردی سواد سلامت بوده و البته آن هم یکی از حوزه‌های مفهوم کلی سواد سلامت می‌باشد. با این حال بایستی توجه نمود که سنجش مهارت‌هایی چون خواندن، درک و محاسبات، اولین گام برای ارزیابی سواد سلامت می‌باشد. بنابراین بدون این مهارت‌های پایه سایر ابعاد سواد سلامت محقق نمی‌گردد (۲۵،۲۰).

به دانش ما، مطالعه‌ی حاضر اولین مطالعه‌ای است که سواد سلامت دانشجویان را با ابزار NVS مورد بررسی قرار می‌دهد. بنابر ماهیت ابزار مورد استفاده در این پژوهش، تنها مهارت‌های خواندن، درک و محاسبات افراد مورد بررسی قرار گرفته است. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که برخی عوامل مانند امکانات و شرایط محیطی و خانوادگی و ... می‌توانست با میزان سواد سلامت ارتباط داشته باشد اما در این مطالعه در نظر گرفته نشدند. تکمیل پرسشنامه‌ها در کلاس درس و برای دانشجویان کارورز در کلاسی در محیط کارورزی صورت گرفت و سعی شد محیط و امکانات تا حدودی در شرایط یکسان باشد. از جمله پیشنهاداتی که می‌توان ارایه داد، طراحی و اعتبارسنجی ابزاری متناسب با فرهنگ ایرانی و به زبان فارسی برای بررسی سواد سلامت در کشور، لزوم اجرای مطالعه‌ی ملی سواد سلامت و استفاده از نتایج آن برای برنامه‌ریزی‌های بلند مدت می‌باشد.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بیش از دو سوم افراد تحت مطالعه، سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند. این موضوع می‌تواند هشداری برای مسؤولین، سیاستگزاران بخش سلامت و متولیان امر سلامت محسوب گردد. بر همین اساس، یک نیاز اساسی برای توجه گسترده‌تر به امر سواد سلامت احساس می‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ۱۳۹۲-۱-۸۵-۱۲۲۹۵ می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌داریم.

REFERENCES

1. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot Int 2009; 24(3): 285-96.

2. Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. Health Promot Int 2001; 16(3): 289-97

3. Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada. Can J Public Health 2005; 96(2): 62-77.

4. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion, definition, concepts and examples in Eastern Mediteranean Region. WHO Regional Office for the Eastern Mediteranean Region; 2010. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf. Accessed Jan 10, 2014.

5. Keleher H, Hagger V. Health literacy in primary health care. Aust J Primary Health 2007; 13(2): 24-30.

6. World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. Health promotion glossary; 1998: 10. Available from: http://apps.who.int/iris/handle/10665/64546.

7. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int 1998; 13(4): 349-64.

8. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion: National Academies Press; 2004. Available from: http://www.nap.edu/catalog/10883.htm.

9. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. Health Affairs 2003; 22(4): 147-53.

10. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad G. The relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan. Health Syst Res 2011;7(4):469-70. (Full Text in Persian)

11. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. BMC Public Health 2010; 10(1): 614.

12. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. Am Fam Physician 2005; 72(3): 463-68.

13. Weiss BD, Palmer R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent medicaid population. J Am Board Fam Pract 2004; 17(1): 44-7.

14. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. Fam Med Kansas City 2002; 34(5): 383-9.

15. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient Educ Couns 2003; 51(3): 267-75.

16. 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.

17. Smith DR. A systematic review of tobacco smoking among nursing students. Nurs Educ Pract 2007; 7(5): 293-302.

18. Keller S, Maddock JE, Hannöver W, Thyrian JR, Basler H-D. Multiple health risk behaviors in German first year university students. Prevent Med 2008; 46(3): 189-95.

19. Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, Park N, Kang DH. Predictors of health behaviours in college students. J Adv Nurs 2004; 48(5): 463-74.

20. Javadzade H, Sharifirad Gr, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults in Isfahan, Iran. J Health Sys Res 2013; 9(5): 540-9. (Full Text in Persian)

21. Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. Nurs Health Sci 2009; 11(1): 77-89.

22. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, *et al*. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. Ann Fam Med 2005; 3(6): 514-22.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

23. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, Dodd M, Findlay C, Wilson DH. Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. Med J Aust 2009; 191(10): 530-4.

24. Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, *et al*. Health literacy and the affecting factors: a study in five provinces of Iran. J Med Educ Dev Center 2007; 4(1): 1-9. (Full Text in Persian)

25. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Educ Res 2010; 25(3): 464-77.

26. Fransen M, Van Schaik T, Twickler T, Essink-Bot M. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. J Health Commun 2011; 16(3): 134-49.

27. Heinrich C. Health literacy: The sixth vital sign. J Am Acad Nurs Pract 2012; 24(4): 218-23.

28. Driessnack M, Chung S, Perkhounkova E, Hein M. Using the "Newest Vital Sign" to assess health literacy in children. J Pediatr Health Care 2014; 28(2): 165-71.

29. Mackert M, Champlin S, Mabry A. Understanding college student health literacy. Available from:https:// www.utexas.edu/nursing/chpr/docs/2014/poster/Mackert%20Abstract%2027.pdf

30. Ickes MJ, Cottrell R. Health literacy in college students. J Am College Health 2010; 58(5): 491-8.

31. 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: 994-7. Available from: http://ieeexplore. ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=6028991&isnumber=6027878

32. Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: the "Newest Vital Sign" ease of use and correlates. J Am Board Fam Med 2010; 23(2): 195-203.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]