



## The Relationship Between Health Literacy and Health-Related Quality of Life in Students

Mahnaz Khaleghi<sup>1</sup>, Farkhondeh Amin Shokravi<sup>2</sup>, Noshin Peyman<sup>3</sup>

1. MSc. Student, Dept. of Health Education and Promotion, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Dept. of Health Education and Promotion, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Dept. of Health Education and Promotion, Health Research Center, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: 2017/01/02  
Accepted: 2018/11/12  
Available Online: 2019/03/16

IJHEHP 2019; 7(1):66-73

#### DOI:

#### Corresponding Author:

**Farkhondeh Amin Shokravi**  
Associate Professor, Dept. of Health Education and Promotion, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

#### Email:

aminsh\_f@modares.ac.ir

Use your device to scan and read the article online



### Abstract

**Background and Objective:** Health literacy is a cognitive and social skill that determines people's motivation and ability to acquire, understand, and use health information to promote and maintain good health. The aim of this study is to determine health literacy and its relationship with health-related quality of life in students of the Islamic Azad University, Shahr-e-Rey branch

**Methods:** In this cross-sectional correlational study, health literacy and quality of life of 278 students were measured. Randomized multistage sampling method was applied. Functional Health Literacy of Adults (TOFHLA), and SF-12 (short form of SF-36) were used to collect the data. For data analysis, SPSS 16 software, descriptive statistics, ANOVA, and regression statistical tests were used.

**Results:** The Findings showed that the average health literacy score was  $70.35 \pm 18/25$ , which 25/2 % (70 people) had inadequate health literacy, 21.9 % (61 people) had border health literacy, and 52/9 % (147 people) had adequate health literacy. The mean score of quality of life for students was  $36/99 \pm 5/80$ ; which 3/23 % (n = 9), 43/88 % (n=61), 54/31 % (151 people) had poor, moderate, and good QOL respectively. The results of this study showed health literacy has a significant relationship with the overall quality of life ( $P > 0/05$ ), physical ( $P > 0/05$ ), and psychological ( $P > 0/05$ ) dimensions.

**Conclusion:** Students' health literacy is associated with their quality of life and its dimensions. Therefore, in order to promote their educational performance, which causes a better quality of life, it is important to concentrate on improving QOL of People through increasing their health literacy.

**Keywords:** Health literacy, Quality of life, Students, SF-12.

Copyright © 2019 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved

### How to cite this article:

Khaleghi M, Amin Shokravi F, Peyman N. The Relationship Between Health Literacy and Health-Related Quality of Life in Students. Iran J Health Educ Health Promot. 2019; 7 (1) :66-73

Khaleghi, M., Amin, Shokravi, F., & Peyman, N. (2019). The Relationship Between Health Literacy and Health-Related Quality of Life in Students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7 (1), 66-73



## بررسی ارتباط بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دانشجویان

مهناز خالقی<sup>۱</sup>، فرخنده امین شکروی<sup>۲</sup>، نوشین پیمان<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** سواد سلامت، مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که انگیزه و توانایی افراد را برای به‌دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی در راه ارتقا و حفظ سلامتی، تعیین می‌کند. هدف از این مطالعه، تعیین سواد سلامت و ارتباط آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرری بود.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی، سواد سلامت و کیفیت زندگی ۲۷۸ نفر از دانشجویان که به‌صورت تصادفی چندمرحله‌ای برگزیده شده بودند، با استفاده از پرسش‌نامه‌های سواد سلامت کاربردی بزرگ‌سالان (TOFHLA) و پرسش‌نامه SF-۱۲ (فرم کوتاه‌شده SF-۳۶) اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام و از آمار توصیفی و آنالیز واریانس یک‌طرفه و آنالیز رگرسیونی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج این مطالعه نشان داد میانگین نمره سواد سلامت  $18/25 \pm 70/35$  بود که ۲۵/۲ درصد (۷۰ نفر) سواد سلامت ناکافی، ۲۱/۹ درصد (۶۱ نفر) سواد سلامت مرزی و ۵۲/۹ درصد (۱۴۷ نفر) سواد سلامت کافی داشتند. همچنین میانگین کیفیت زندگی دانشجویان  $5/80 \pm 36/99$  بود که ۳۶/۲۳ درصد (۹ نفر) کیفیت زندگی ضعیف، ۴۳/۸۸ درصد (۱۲۲ نفر) کیفیت زندگی متوسط و ۵۴/۳۱ درصد (۱۵۱ نفر) از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند. براساس نتایج این مطالعه، سواد سلامت دانشجویان ارتباط معناداری با کیفیت زندگی به‌طور کلی ( $P < 0/05$ ) و بعد جسمانی ( $P < 0/05$ ) و روانی آن ( $P < 0/05$ ) داشت.

**نتیجه‌گیری:** براساس این مطالعه، سواد سلامت دانشجویان با کیفیت زندگی و ابعاد جسمانی و روانی آن در ارتباط است. از آنجایی که کیفیت زندگی دانشجویان تأثیر بسزایی در دستاوردهای آموزشی آنان دارد، به نظر می‌رسد تمرکز بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان از طریق افزایش سواد سلامت آنها برای دستیابی به دستاوردهای آموزشی مناسب‌تر که باعث کیفیت بهتر زندگی می‌شود، امری مهم است که تأثیر دوجانبه هم‌افزایی دارد.

**واژه‌های کلیدی:** سواد سلامت، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، دانشجویان، SF-۱۲

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

### اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله  
دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۱۳  
پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۱  
انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

IJHEHP 2019; 7(1):66-73

### نویسنده مسئول:

**فرخنده امین شکروی**  
دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

پست الکترونیک:  
aminsh\_f@modares.ac.ir

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



### مقدمه

سواد، معمولاً به معنی توانایی خواندن و نوشتن است و شخص باسواد کسی است که در زندگی روزمره بتواند یک عبارت ساده و کوتاه را درک کند، بخواند و بنویسد. سواد در حال حاضر نه تنها به خواندن و نوشتن و توانایی درک کردن اشاره دارد، بلکه برای توصیف دانش درباره یک موضوع یا زمینه خاص نیز به کار می‌رود؛ مانند سواد تغذیه‌ای، سواد مالی، سواد رایانه، سواد فرهنگی، سواد رسانه‌ای، سواد علمی

### و سواد سلامت (۱).

اصطلاح سواد سلامت برای اولین بار در سال ۱۹۷۴ در یک کنفرانس آموزش بهداشت که درباره آموزش بهداشت به‌عنوان یک موضوع سیاسی - اجتماعی بحث می‌شد، به‌کار رفت (۲). از آن زمان علاقه‌مندی به سواد سلامت (تعریف و اندازه‌گیری آن) افزایش یافت (۳). نهادهایی مثل مؤسسه پزشکی ایالات متحده، وزارت بهداشت و خدمات انسانی و کمیته مشترک، در استانداردهای ملی آموزش بهداشت

حجم نمونه کوکران، حداقل بایستی ۲۶۷ نفر در پژوهش حاضر شرکت می‌کردند.

$$n = \frac{1/96^2 (25)^2}{r^2} \cong 267$$

با وجود این، با در نظر گرفتن حدود ۱۰ درصد ریزش احتمالی، ۳۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه پژوهش انتخاب شدند.

نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انجام گرفت، به این ترتیب که در ابتدا فهرستی از تمامی دانشکده‌های واحد نامبرده تهیه شد. سپس سه دانشکده (مدیریت و حسابداری، علوم انسانی و هنر و معماری) به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد، پس از هماهنگی با آموزش دانشکده‌ها و گرفتن لیست رده‌ها، از هر دانشکده ۵ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شده و دانشجویان این رده‌ها تا رسیدن به حجم نمونه مدنظر وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن ۱۸-۲۵ سال، تمایل به شرکت در مطالعه، تحصیل در سال دوم مقطع کاردانی و کارشناسی پیوسته و تمام دانشجویان کارشناسی ناپیوسته و معیارهای خروج، سنین زیر ۱۸ سال و بالای ۲۵ سال، دانشجویان سال اول مقطع کاردانی و کارشناسی و عدم تمایل به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد.

پس از دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه و مراجعه به دانشگاه یادگار امام (ره)، هماهنگی‌های لازم با بخش حراست و آموزش دانشگاه مربوطه انجام شد. قبل از توزیع پرسش‌نامه بین دانشجویان، پژوهشگر پس از معرفی خود و توضیح درباره هدف پژوهش و همچنین دادن اطمینان درباره محرمانه‌ماندن اطلاعات، از دانشجویانی که معیار ورود به مطالعه را داشتند، تقاضا کرد تا به طور کامل پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند.

برای تعیین سواد سلامت واحدهای پژوهش از پرسش‌نامه TOFHLA که یکی از معتبرترین و مهم‌ترین آزمون‌های بررسی سواد سلامت در جهان است، استفاده شد. Reisi و همکاران (۲۰۱۲)، پایایی پرسش‌نامه را برای بخش محاسبات ۰/۷۹ و برای بخش درک خواندن ۰/۸۸ به دست آوردند (۵).

آزمون سواد سلامت دارای دو بخش درک خواندن و محاسبات است. بخش درک خواندن، توانایی بیمار را در خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت سلامتی امتحان می‌کند و ۳ متن در زمینه دستورات آمادگی برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسئولیت‌های بیمار در برهه‌های بیمه‌نامه و یک فرم استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی که ۵۰ لغت آن حذف شده است، دارد. آزمودنی باید لغت‌های حذف‌شده را از بین چهار گزینه پیشنهادی انتخاب کند. بخش محاسبات هم شامل یک سری توضیحات در زمینه مصرف داروها، وقت ویزیت، شرایط گرفتن کمک مالی و یک مثال از نتیجه آزمایش قندخون است که در قالب یک برگه به دانشجویان داده شد و پس از آن پرسش‌های مربوطه که شامل ۱۷ سؤال بود پرسیده و ثبت شد. نمره سواد سلامت هر

ایالات متحده یک تعریف از سواد سلامت را تحت عنوان «توانایی برای به دست آوردن، پردازش و فهم اطلاعات و خدمات مورد نیاز سلامت برای تصمیم‌گیری‌های مناسب بهداشتی در راه ارتقای سلامت» پیشنهاد کردند (۱). سازمان جهانی بهداشت (WHO) سواد سلامت را این گونه تعریف می‌کند: «مهارت‌های شناختی و اجتماعی که انگیزه و توانایی افراد را برای به دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی در راه ارتقا و حفظ سلامتی خوب، تعیین می‌کند» (۴). این تعریف به کسب دانش فردی نپرداخته، بلکه انگیزه و توانایی برای دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات سلامتی را در نظر گرفته است (۱).

نتایج مطالعات متعدد نشان داده است که سواد سلامت با وضعیت عمومی سلامتی افراد، سلامت جسمانی و روانی و همچنین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در ارتباط است (۵، ۶، ۷).

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ارزیابی ذهنی مردم از احساس خود درباره رفاه و توانایی برای انجام عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی، به طور فزاینده‌ای به عنوان یک شاخص جامع سلامت در مداخلات پزشکی یا تحقیقات بهداشتی استفاده می‌شود. سواد سلامت پایین با کیفیت زندگی ضعیف در ارتباط است که این رابطه می‌تواند به دلیل کاهش قابلیت دسترسی و استفاده کمتر از مراقبت‌های پزشکی، افزایش بار استرس به علت زیاد شدن چالش‌های روزمره زندگی، خودمدیریتی ضعیف بیماری و کاهش خودکارآمدی یعنی «توانایی برای اعمال کنترل بر زندگی و محیط اطراف» باشد (۷). همچنین ادعاهایی وجود دارد که سواد سلامت پایین تر با خودگزارشی سلامتی ضعیف، استفاده نامناسب از داروها و رعایت نکردن دستورات پزشک، کنترل ضعیف‌تری روی بیماری‌های مزمن و عملکرد سلامتی جسمی و روانی ضعیف‌تری دارند (۱).

این مطالعه به بررسی ارتباط بین سواد سلامت دانشجویان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در آنان پرداخته است. از دلایل انتخاب دانشجویان به عنوان جامعه پژوهش این است که آنها حجم زیادی از جمعیت جوان کشور را تشکیل می‌دهند و شرایط سنی و موقعیت اجتماعی آنها به عنوان قشر تحصیل کرده جامعه می‌تواند آنها را به عنوان الگو برای سایرین قرار دهد (۸). همچنین سطح سلامت و کیفیت زندگی آنها تأثیر بسزایی در یادگیری و افزایش آگاهی علمی و موفقیت‌های تحصیلی‌شان خواهد داشت (۹).

### مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی بود که با هدف تعیین ارتباط بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام (ره) در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

برای تعیین حجم نمونه، از فرمول تعیین حجم نمونه کوکران با اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. با مراجعه به مطالعات قبلی (۱۰)، مقدار انحراف استاندارد سواد سلامت در جامعه ۲۵ و حداقل نمره اختلافی ۳ به دست آمد. بنابراین بر مبنای فرمول

ضعیف، ۳۶-۲۵ کیفیت زندگی متوسط و ۴۸-۳۷ کیفیت زندگی خوب، محسوب می‌شود (۱۳).

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها از سوی دانشجویان، داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ شد و با استفاده از آمار توصیفی و آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون رگرسیونی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰۰ دانشجو وارد مطالعه شدند که در نهایت ۲۷۸ نفر پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند (میزان پاسخ‌دهی ۹۲/۶ درصد). میانگین سنی دانشجویان  $1/93 \pm 20/9$  بود که ۵۲/۹ درصد (۱۴۷ نفر) از دانشجویان شرکت‌کننده، مرد و ۴۷/۱ درصد (۱۳۱ نفر) از آنها، زن بودند. جدول شماره ۱ سایر مشخصات جمعیت‌شناختی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱. فراوانی، مقدار بار اطلاعاتی و ضریب اهمیت مؤلفه و شاخص‌ها

P-value	سواد سلامت		فراوانی	متغیرها	
	میانگین (انحراف معیار)	درصد			
۰/۲۵۱	۶۹/۸۱ (۱۷/۴۵)	۶۷/۶	۱۸۸	۱۸-۲۱	سن
	۷۱/۸ (۱۹/۹۲)	۳۲/۳	۹۰	۲۲-۲۵	
۰/۰۰۰	(۱۸/۷۰) ۴۰/۶۶	۵۲/۹	۱۴۷	پسر	جنسیت
	(۱۶/۷۱) ۷۷/۷۴	۴۷/۱	۱۳۱	دختر	
۰/۰۳۰	۶۹/۹۶ (۱۸/۱۷)	۹۱	۲۵۳	مجرد	وضعیت تأهل
	۷۴/۲۸ (۱۸/۹۸)	۹	۲۵	متاهل	
۰/۴۷۴	۷۰/۵۲ (۱۷/۷۷)	۶۶/۹	۱۸۶	کاردانی	مقطع تحصیلی
	۷۰ (۱۹/۲۸)	۳۳/۱	۹۲	کارشناسی	
۰/۸۱۵	۷۰/۰۲ (۱۷/۹۱)	۷۳/۴	۲۰۴	غیرشاغل	شغل
	۷۰/۴۷ (۱۷/۰۴)	۲۶/۶	۷۴	شاغل	
۰/۶۴۲	۷۱/۴۶ (۱۹/۶۷)	۱۴	۳۹	۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون	میزان درآمد
	۶۹/۸۶ (۱۸/۶۸)	۶۰/۸	۱۶۹	۱-۲ میلیون	
۰/۴۶۰	۷۱/۱۵ (۱۶/۴۶)	۲۵/۲	۷۰	۲ میلیون و بیشتر	دانشکده
	۷۰/۶۱ (۱۸/۲۵)	۳۶/۳	۱۰۱	هنر و معماری	
۰/۴۶۰	۷۱/۶۵ (۱۸/۰۱)	۳۴/۲	۹۵	مدیریت و حسابداری	وضعیت سلامتی
	۷۰/۲۳ (۱۷/۷۲)	۲۵/۹	۷۲	علوم انسانی	
۰/۰۰۰	۷۱/۶۰ (۱۸/۷۶)	۹۳/۵	۲۶۰	سالم	محل سکونت
	۵۲/۲۲ (۱۳/۹۵)	۶/۵	۱۸	بیمار	
۰/۸۶۷	۷۷/۸۳ (۱۳/۵۷)	۲/۲	۶	شمال تهران	محل سکونت
	۷۳/۴۷ (۱۶/۳۸)	۴۱/۴	۱۱۵	مرکز تهران	
	۷۱/۴۷ (۱۸/۱۵)	۱۸/۷	۵۲	جنوب تهران	
	۷۱/۱۹ (۱۹/۱۵)	۷/۶	۲۱	حومه تهران	
		۳۰/۲	۸۴	بدون پاسخ	

فرد می‌توانست عددی از صفر تا صد باشد؛ به طوری که نمرات ۱-۵۹ نشان‌دهنده سواد سلامت ناکافی، ۷۴-۵۹ سواد سلامت مرزی و ۱۰۰-۷۴ سواد سلامت کافی است (۱۱).

برای تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت واحدهای پژوهش از پرسش‌نامه ۱۲ سؤالی کیفیت زندگی (SF-۱۲) که فرم کوتاه‌تر شده SF-۳۶ است، استفاده شد. پرسش‌نامه SF-۱۲ را Ware و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی کردند (۱۲). Montazeri و همکاران (۲۰۰۹) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در ایران بررسی کردند. پایایی ۱۲ سؤال مؤلفه‌های جسمانی و روانی به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش شد. مؤلفه جسمانی شامل زیرمقیاس‌های درک کلی از سلامت خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی و درد جسمانی و مؤلفه روانی شامل زیرمقیاس‌های مشکلات هیجانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان است. نحوه امتیازدهی آن به این صورت است که نمرات ۲۴-۱۲ نشان‌دهنده کیفیت زندگی

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی سواد سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان را نشان می‌دهد.

همچنین نتایج نشان داد که بین نمره سواد سلامت و بعد جسمانی کیفیت زندگی ( $r = 0/24$  و  $P < 0/05$ ) و بعد روانی کیفیت زندگی ( $r = 0/13$  و  $P = 0/05$ ) ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین نمره سواد سلامت و نمره کل کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ( $r = 0/20$  و  $P < 0/05$ ) (جدول شماره ۳).

نتایج مطالعه نشان داد، بین سواد سلامت و متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت سلامتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به طوری که میانگین امتیاز سواد سلامت در زنان، متأهلین و افراد سالم بالاتر نشان داده شد (جدول شماره ۱).

نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت واحدهای پژوهش  $18/25 \pm 70/35$  از ۱۰۰ و در حد مرزی بود. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی واحدهای پژوهش  $5/80 \pm 36/99$  از ۴۸ و در حد متوسط بود.

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی سواد سلامت و کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش

متغیر	سطوح	فراوانی (درصد)	میانگین امتیاز
سواد سلامت	ناکافی	70 (25/2)	$70/35 \pm 18/25$
	مرزی	61 (21/9)	
	کافی	147 (52/9)	
	مجموع	280 (100)	
	ضعیف	9 (3/23)	
کیفیت زندگی	متوسط	122 (43/88)	$36/99 \pm 5/80$
	خوب	151 (54/31)	
	مجموع	278 (100)	

جدول شماره ۳. ارتباط بین سواد سلامت و ابعاد کیفیت زندگی در دانشجویان مورد مطالعه

متغیر	سواد سلامت	
	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	0/201	0/001
بعد جسمانی کیفیت زندگی	0/241	0/000
بعد روانی کیفیت زندگی	0/135	0/028

در حجم نمونه و ابزار سنجش باشد. نتیجه مطالعه Ickes و همکاران (۲۰۱۰)، Mackert و همکاران و مطالعه Vozikis و همکاران (۲۰۱۴) نیز سطح سواد سلامت دانشجویان را متوسط به بالا نشان دادند که نتایج مطالعه حاضر را حمایت می‌کند (۱۸ - ۱۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین سواد سلامت و جنسیت دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام (ره) در سال ۱۳۹۴ ارتباط معناداری وجود دارد و میانگین نمره سواد سلامت زنان به طور معناداری از مردان بیشتر است و زنان ۱۴/۵ درصد و مردان ۳۴/۷ درصد دارای سواد سلامت ناکافی بودند. این نتایج با یافته‌های مطالعات Azimi و همکاران (۲۰۱۵)، Zhang و همکاران (۲۰۱۱)، Vozikis و همکاران (۲۰۱۴) و Shah و همکاران (۲۰۱۰) همسو است (۲۰-۱۵). این امر به دلیل رعایت اصول بهداشتی و پیروی بیشتر از توصیه‌های پزشکی در زنان است و زنان تمایل بیشتری به

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که سطح سواد سلامت در دانشجویان متوسط است و سطح سواد سلامت در بیش از یک سوم دانشجویان شرکت‌کننده (۳۷/۱ درصد) در حد ناکافی و مرزی و میانگین نمره سواد سلامت در دانشجویان ۷۰/۳۵ بود. این نتایج با مطالعه Haerian و همکاران (۲۰۱۵) که میانگین سواد سلامت دانشجویان ۷۶/۸۸ بود، همخوانی دارد (۱۰). مطالعه Mahmoudi و همکاران (۲۰۱۵) که با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد سواد سلامت (Montazeri و همکاران، ۱۳۹۳) انجام گرفت، نیز سطح سواد سلامت دانشجویان را متوسط نشان داد (۱۴). مطالعه Azimi و همکاران (۲۰۱۵) که با ابزار NVS برای سنجش سواد سلامت استفاده کرده بود، نشان داد، بیش از ۷۰ درصد دانشجویان، سواد سلامت ناکافی و مرزی دارند که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۵). این مسئله می‌تواند به دلیل تفاوت

این مطالعات، سواد سلامت با اجزای مختلف کیفیت زندگی در ارتباط بود (۶، ۲۸). که نشان دهنده تاثیر سواد سلامتی بر رفتار بهداشتی است (۲۹).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به روش به‌کاررفته برای تکمیل پرسش‌نامه که روش خوداظهاری بوده و امکان کم‌بودن دقت در اطلاعات به‌دست‌آمده وجود دارد، اشاره کرد. همچنین طولانی‌بودن ابزار و زمان‌بر بودن تکمیل ابزار با توجه به مشغله دانشجویان که موجب تکمیل نکردن پرسش‌نامه‌ها از سوی برخی دانشجویان شد، شاید در میزان صحت اطلاعات تاثیر گذاشته باشد که با توجه به داشتن گروه شاهد تا حدی کنترل شده است و این می‌تواند به‌عنوان نقطه‌قوت مطالعه ذکر شود.

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که تقریباً نیمی از دانشجویان، سواد سلامت بالا و پذیرفته‌ای دارند که با توجه به اینکه همه پاسخ‌دهندگان در سنین ۲۵-۱۸ سال و دانشجوی بودند، پیش‌بینی‌شدنی بود. همچنین براساس این مطالعه، سواد سلامت دانشجویان با کیفیت زندگی و ابعاد آن در ارتباط است. با توجه به نقش سواد سلامت در کیفیت زندگی افراد، لازم است انتخاب رویکرد آموزشی برای ارتقای سواد سلامت و کیفیت زندگی افراد با در نظر گرفتن سطح توانایی‌ها و مهارت‌های آنها صورت گیرد. نتایج حاصل از مطالعه حاضر، این تصور را که دانشجویان مهارت‌های سواد سلامت کافی دارند را مورد سؤال قرار داده و نتیجه‌گیری می‌شود که دانشجویان در درک و به‌کارگیری اطلاعات مربوط به سلامت مشکل داشته و یا اهتمام کافی ندارند که در هر دو حالت باید به آن توجه شود و شاید بتوان گفت که گنجاندن دانش مربوط به سواد سلامتی در سرفصل آموزشی دانش‌آموزان و دانشجویان تا پایان دوره تحصیلی از مهم‌ترین عوامل دستیابی به اهداف توسعه پایدار در جوامع است.

### سیاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس با کد اخلاق پزشکی ۵۲د/۶۵۸۵ است. نویسندگان این مقاله از ریاست محترم دانشگاه یادگار امام، استادان و دانشجویان که در تکمیل پرسش‌نامه همکاری داشتند، کمال تشکر را دارند.

### تضاد منافع

سهم تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

رعایت و یادگیری مسائل بهداشتی و آرایشی دارند که این مسئله بر سواد سلامت آنان نیز اثرگذار است؛ هرچند در مطالعه Javadzade و همکاران (۲۰۱۳)، Tehrani Bani-hashemi و همکاران (۲۰۰۷) و Reisi و همکاران (۲۰۱۲)، سواد سلامت ناکافی به‌دلیل تحصیلات کمتر در زنان بیشتر از مردان بود (۱۱، ۵، ۲۱). شاید به این علت باشد که مطالعه حاضر و مطالعات موافق مذکور همگی در جمعیت دانشجویان انجام شده، اما مطالعات بنی‌هاشمی، رئیسی و جوادزاده در جمعیت بزرگ‌سال در سایر مناطق کشور انجام گرفته و به‌دلیل پایین‌تر بودن سطح سلامتی در سالمندان زن نسبت به مردان سالمند، این نتیجه پذیرفتنی است.

همچنین نتایج نشان داد، میانگین نمره سواد سلامت افراد سالم به‌طور معناداری از افرادی که دارای بیماری هستند، بیشتر است. این یافته با نتایج مطالعه Haerian و همکاران (۲۰۱۵) در رابطه با سلامت دندان، مطالعه Reisi و همکاران (۲۰۱۲) و نتایج مطالعه Baker و همکاران (۲۰۰۷) و Wolf و همکاران (۲۰۰۵) و Fadaiyan و همکاران (۲۰۱۷) در رابطه با شیوع بیشتر بیماری‌های مزمن و خاص در افراد با سواد سلامت پایین‌تر، همخوانی دارد (۱۰، ۵، ۲۲، ۲۳، ۲۴).

از دیگر نتایج مطالعه حاضر این است که میانگین نمره سواد سلامت دانشجویان متأهل به‌طور معناداری از دانشجویان مجرد بیشتر است. این یافته با مطالعه Tehrani همسو است (۱۱). اما در مطالعه Ramezankhani، این ارتباط معنی‌دار نیست. البته به‌دلیل کم‌بودن تعداد افراد متأهل در نمونه مورد مطالعه نمی‌توان به‌طور قطعی نتیجه‌گیری کرد (۱۵).

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که بین سطح سواد سلامت و ابعاد کیفیت زندگی (بعد جسمانی، بعد روانی و کیفیت زندگی کل) ارتباط معنی‌داری وجود دارد به‌طوری که افراد با سواد سلامت بالاتر، از کیفیت زندگی جسمانی و روانی و به‌طور کلی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری نیز برخوردار بودند. مطالعه Kooshyar و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد افراد با سواد سلامت کافی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند و بین سواد سلامت و بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲۵). در مطالعه Wang و همکاران (۲۰۱۳)، سواد سلامت پایین با کیفیت زندگی ضعیف مرتبط بود (۲۶). همچنین مطالعه Song و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد افرادی که سطح سواد پایین‌تری داشتند، از نظر کیفیت زندگی و سلامت روانی بیشتر آسیب‌پذیر بودند (۲۷). نتایج مطالعه Wallace و همکاران (۲۰۰۸) و Howard و همکاران (۲۰۰۶) نیز با نتایج مطالعه حاضر همسو است. براساس نتایج

cy. Health Education Monograph. 1974; 2: 1-25.  
<https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>

## References

1. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. Health promotion international. 2009; 24(3): 285-96.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
2. Simonds S K. Health education as social poli-
3. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011; 155(2): 97-107.

- <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
4. Frisch A L, Camerini L, Diviani N, Schulz P J. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains?. *Health Promotion International*. 2011; 27(1): 117-26. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar043>
  5. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati F, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot*. 2012; 1(1): 31. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.100160>
  6. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(8): 857-61. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00530.x>
  7. Wang C, Li H, Li L, Xu D, Kane RL, Meng Q. Health literacy and ethnic disparities in health-related quality of life among rural women: results from a Chinese poor minority area. *Health and quality of life outcomes*. 2013; 11(1):153. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-153>
  8. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences. *Health System Research*. 2011; 7(4): 442-8.
  9. Soltani R, Kafee SM, Salehi I, Karashki H, Rezaee S. Survey the quality of life in Guilan university students. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2010; 19(75): 25-35.
  10. Haerian Ardakani A, Morowati Sharifabad M A, Rezapour Y, Pourghayumi Ardakani A. Investigation of the relationship of oral health literacy and oral hygiene self-efficacy with DMFT and Gingival index in students of Ardakan University. *Payesh*. 2015; 3: 351-3.
  11. Tehrani Banihashemi S, Amirkhani M A, Haghdoost A A, Alavian S, Asgharifard H, Baradaran H, et al . Health Literacy and the Influencing Factors: A Study in Five Provinces of Iran. *Stuides in Development of Medical Education*. 2007; 4: 1-9.
  12. Ware Jr JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*. 1996; 220-33. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
  13. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC Public Health*. 2009; 9(1): 341. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-341>
  14. Mahmoudi H, Taheri A. Relation between information literacy and health literacy of students in Ferdowsi University of Mashhad. *Human Information Interaction*. 2015; 2(2): 31-41.
  15. Ramezankhani A, Ghafari 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. *Pajoohandeh Journal*. 2015; 20(2): 78-85.
  16. Ickes MJ, Cottrell R. Health literacy in college students. *J Am Coll Health*. 2010; 58(5): 491-8. <https://doi.org/10.1080/07448481003599104>
  17. Mackert M, Champlin S, Mabry-Flynn A. Exploring College Student Health Literacy: Do Methods of Measurement Matter?. *J Stud Aff Res Pract*. 2017; 54(3): 275-85. <https://doi.org/10.1080/019496591.2017.1289095>
  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. <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-15>
  19. 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; 994-7. IEEE.
  20. 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. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.070278>
  21. Javadzade S H, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults in Isfahan. *Health Services Research Journal*. 2013; 9(5): 540-9.
  22. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med*. 2007; 167: 1503-9. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503>
  23. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*. 2005; 165: 1946-52. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946>
  24. Fadaiyan Arani E, Amin Shokravi F, Tavakoli Ghouchani H. The Relationship between Health Literacy and Knowledge in Rural Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in 2016. *Health Edu-*

- cation and Health Promotion. 2017; 5(2): 19-32.
25. 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; 23(1): 134-43.
  26. Wang C, Kane RL, Xu D, Meng Q. Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BMC women's health*. 2015; 15(1): 34. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0190-5>
  27. Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafl GJ, Blackard B, et al. How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer? Findings from the North Carolina-Louisiana Prostate Cancer Project (PCaP). *Cancer*. 2012; 118(15): 3842-51. <https://doi.org/10.1002/ncr.26713>
  28. Wallace LS, Rogers ES, Weiss BD. Relationship between health literacy and health-related quality of life among Tennesseans. *Tennessee medicine: J Tenn Med Assoc*. 2008; 101(5): 35-9.
  29. Fadaiyan Arani E, Amin Shokravi F, Tavakoli Ghouchani H. The Relationship between Health Literacy and Nutrition Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, *North Khorasan Journal of Medical Sciences*, Winter. 2018; 9(4): 49-55.