

## بررسی سواد سلامت دانش آموزان دختر شهر تبریز بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

اسداله خدیوی<sup>۱</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** سواد سلامت یک مسأله جهانی می‌باشد و به دلیل نقش آن در نحوه تصمیم‌گیری اشخاص در زمینه‌های مرتبط با سلامت، به عنوان یکی از ابزارهای اساسی ارتقای سطح سلامت جامعه مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف تعیین سطح سواد سلامت دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع توصیفی-پیمایشی و جامعه آماری آن شامل دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز (۲۵۱۱۲ نفر) بود. حجم نمونه با استفاده از جدول Morgan، ۳۸۷ نفر تعیین گردید که نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه استاندارد سواد سلامت منتظری و همکاران متشکل از ۵ بعد و ۳۳ گویه جمع‌آوری شد و سپس با استفاده از آزمون MANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** تفاوت معنی‌داری بین میزان نمرات سواد سلامت دانش‌آموزان سه گروه سنی و ابعاد آن شامل دسترسی، خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری وجود داشت. همچنین، تفاوت معنی‌داری بین میزان نمرات خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری دانش‌آموزان نواحی پنج‌گانه مشاهده گردید، اما تفاوت بین میزان نمرات دسترسی دانش‌آموزان نواحی مختلف معنی‌دار نبود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج به دست آمده می‌تواند برای برنامه‌ریزی‌های آموزش و پرورش جهت بهبود سواد سلامت دانش‌آموزان استفاده گردد. ضمن این که دانش‌آموزانی که از این طریق امکان پیشرفت تحصیلی بیشتری خواهند داشت، از جمله بهره‌برداران اصلی نتایج مطالعه حاضر می‌باشند.

**واژه‌های کلیدی:** سواد سلامت؛ دانش‌آموزان؛ ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۲/۲۸

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۶/۲۱

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۷/۱۵

**ارجاع:** خدیوی اسداله. بررسی سواد سلامت دانش‌آموزان دختر شهر تبریز بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۵ (۴): ۱۸۷-۱۸۲

## مقدمه

نظام‌های نوین سلامت، منجر به ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان به ویژه در حوزه سواد سلامت شده است (۱). سواد سلامت مسأله‌ای جهانی است و نقشی محوری در تعیین نابرابری‌های سلامتی در کشورهای ضعیف و غنی دارد (۲). سواد سلامت، مفهوم گسترده‌ای می‌باشد که از سال ۱۹۷۰ در متون سلامت مورد استفاده قرار گرفته است (۳). اگرچه هنوز معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامت تأثیر می‌گذارد، اما شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است؛ به طوری که محققان معتقد هستند که سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند سن، درآمد، نژاد و... پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در رابطه با سلامت می‌باشد. از این نظر، سازمان سلامت جهانی، سواد سلامت را به عنوان عامل اصلی تبیین‌کننده سلامت معرفی کرده است (۴).

سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی (۵) و حاصل تشریک مساعی عوامل اجتماعی و فردی می‌باشد (۶). سواد سلامت عنصر مهمی در افزایش توانایی فرد برای شرکت در فعالیت‌های ارتقای سلامت است و نقش مهمی در پیشگیری از آسیب‌های جامعه دانش‌آموزی که دانش‌آموزان هنگام جستجوی اطلاعات سلامت با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند، دارد (۷).

آنان باید بتوانند نقش‌های جدیدی را در زمینه خودمراقبتی ایفا کنند (۸). سواد سلامت کمک می‌کند که دانش‌آموزان اطلاعات جدید را کسب کنند و در عمل به کار گیرند (۵). بر اساس مطالعات صورت گرفته، افرادی که سواد سلامتی اندکی دارند، اطلاعات سلامتی را کمتر درک می‌نمایند و به دستورات داده شده کمتر عمل می‌کنند و هزینه‌های پزشکی سنگینی را متحمل می‌شوند (۹).

شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از نتایج 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 (۱۰). کسانی که سواد سلامت پایین دارند، نمی‌توانند به راحتی با کادر درمان ارتباط برقرار نمایند و در نتیجه، میلی به طرح سؤالات خود جهت اتخاذ تصمیمات مناسب ندارند (۱۱). بنابراین، سنجش میزان سواد سلامت امری ضروری است تا از احتمال بروز خطرات ناشی از سواد محدود جلوگیری شود (۱۲).

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- استادیار، مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: khadivia@gmail.com

۱۶ سال، بین ۱۶ و ۱۷ سال و بیشتر از ۱۷ سال به ترتیب ۱۲۶/۹۳، ۱۲۶/۸۹ و ۱۴۱/۸۹ به دست آمد. همچنین، در مؤلفه‌های دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری، دانش‌آموزان کمتر از ۱۶ سال کمترین نمره را اخذ نمودند و تنها در مؤلفه خواندن، نمره این دانش‌آموزان بیشتر از دانش‌آموزان بین ۱۶ تا ۱۷ سال بود. در بین دانش‌آموزان نواحی پنج‌گانه تبریز، دانش‌آموزان ناحیه ۴ از نظر سواد سلامت بیشترین نمره (۱۳۸/۸۹) و دانش‌آموزان ناحیه ۵ (۱۳۴/۱۷) کمترین نمره را اخذ کردند. دانش‌آموزان نواحی ۱، ۲ و ۳ به ترتیب نمرات ۱۳۳/۵۶، ۱۳۴/۶۸ و ۱۳۳/۱۶ را به دست آوردند.

به منظور مقایسه میزان سطح سواد سلامت و مؤلفه‌های آن در سه گروه سنی و دانش‌آموزان نواحی پنج‌گانه، از آزمون MANOVA استفاده گردید. نتایج آزمون Box به ترتیب گروه‌های سنی (۲۳/۳۴۵) و دانش‌آموزان نواحی پنج‌گانه (۱۸/۱۵۹) نشان داد که از مفروضه برابری ماتریس واریانس-کواریانس تخطی نشده است ( $P = 0/090$ ) (جدول ۱ و ۲).

جدول ۱: آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها

مؤلفه‌ها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	مقدار P
دسترسی	۲۵/۲۸۶	۲	۱۰/۴۵	۱۳/۶۹۰	۰/۰۰۱
خواندن	۲۱/۲۷۱	۲	۱۳/۲۰	۲۱/۶۲۰	۰/۰۰۱
فهم	۱۴/۸۲۵	۲	۱۵/۲۸	۲۷/۰۰۱	۰/۰۰۱
ارزیابی	۱۷/۵۴۲	۲	۹/۳۵	۲۸/۹۶۰	۰/۰۰۱
تصمیم‌گیری	۲۵/۳۵۶	۲	۱۷/۸۴	۳۰/۸۵۰	۰/۰۰۱
سواد سلامت	۴۰/۲۱۱	۲	۲۰/۱۰	۳۴/۸۹۰	۰/۰۰۱

همچنین، نتایج آزمون Hotelling برای گروه‌های سنی ( $F = ۱۶/۸۴۸$ ) و دانش‌آموزان نواحی پنج‌گانه ( $F = ۱۰/۱۴۵$ ) در سطح  $0/001$  و نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها حاکی از آن بود که بین دانش‌آموزان در متغیر ترکیبی سواد سلامت و مؤلفه‌های آن در سه گروه سنی و بین دانش‌آموزان نواحی پنج‌گانه تبریز تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

جدول ۲: آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها

مؤلفه‌ها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	مقدار P
دسترسی	۱۵/۸۸۰	۴	۱۱/۰۴۰	۱۳/۶۹۰	۰/۰۰۱
خواندن	۴۴/۲۹۸	۴	۱۴/۰۱۰	۲۱/۶۲۰	۰/۰۰۱
فهم	۹۵/۳۰۰	۴	۱۶/۷۶۰	۲۷/۰۰۱	۰/۰۰۱
ارزیابی	۳۶/۲۸۶	۴	۱۰/۰۹۰	۲۸/۹۶۰	۰/۰۰۱
تصمیم‌گیری	۲۹/۳۸۶	۴	۵۷/۸۴۰	۱۶/۸۵۰	۰/۰۰۱
سواد سلامت	۵۴/۸۳۹	۴	۶۳/۳۰۰	۶/۲۰۴	۰/۰۰۱

به منظور تشخیص تفاوت بین گروهی میان سه گروه سنی دانش‌آموزان، آزمون تعقیبی Tukey استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

در حقیقت، سواد سلامت به عنوان یک عامل تعیین‌کننده در دستور کار سیاست سلامت همگانی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند دانش‌آموزان را توانمند سازد تا نقش فعالی در ارتقای سلامت خود داشته باشند (۱۳). از طرف دیگر، توجه به ویژگی‌های دوران بلوغ و مراحل رشد روانی، جسمی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی، نقش بسیار مهمی در ثبات و تکوین شخصیت دانش‌آموزان ایفا می‌کند (۱۴) و به طور خاص توجه به سلامت دختران در این دوره به دلیل نقش اساسی که آن‌ها در توالد انتقال فرهنگ، ارتقای سواد و کنترل رفتارهای بهداشتی و درمانی خانواده‌ها در آینده ایفا خواهند نمود، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین سطح سواد سلامت دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی انجام گردید.

## روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-پیمایشی و جامعه آماری آن شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز (۲۵۱۱۲ نفر) بود. برای انتخاب نمونه از جدول Morgan استفاده شد و بر اساس آن، ۳۸۷ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که فهرستی از تمام دبیرستان‌های نواحی پنج‌گانه شهر تبریز تهیه گردید و از هر ناحیه یک دبیرستان و از هر دبیرستان نیز دو کلاس به عنوان نمونه که معیارهای ورود به تحقیق را داشتند، انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل افراد برای ورود به مطالعه، دانش‌آموز دختر بودن و تحصیل در دوره دوم متوسطه بود. همچنین، عدم رضایت به همکاری و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها در طول اجرای پژوهش به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. نیازهای ویژه دختران به اطلاعات سلامت، موجب محدود نمودن جامعه آماری به آنان شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه استاندارد سواد سلامت منتظری و همکاران استفاده گردید (۷). این مقیاس از ۳۳ گویه و پنج بعد دسترسی (۶ سؤال)، مهارت خواندن (۴ سؤال)، فهم (۷ سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال) و تصمیم‌گیری (۱۲ سؤال) تشکیل شده است. مقیاس اندازه‌گیری گویه‌ها به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و به هیچ وجه) و دامنه امتیاز هر سؤال نیز بین ۱ تا ۵ بود. در مطالعه حاضر، ضریب Cronbach's alpha پرسش‌نامه مذکور برای بعد خواندن ۹۰ درصد، دسترسی ۸۵ درصد، فهم ۸۹ درصد، ارزیابی ۸۷ درصد، تصمیم‌گیری ۸۴ درصد و برای کل پرسش‌نامه ۹۱ درصد به دست آمد. جهت سنجش روایی پرسش‌نامه از روایی صوری استفاده گردید. قبل از ورود افراد به مطالعه، هدف و نحوه اجرای پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد و در صورت داشتن تمایل، افراد وارد مطالعه شدند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه خواهد بود و فقط در راستای اهداف پژوهش مورد استفاده قرار خواهد گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون MANOVA در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

۴۱/۵ درصد جامعه آماری را دانش‌آموزان کمتر از ۱۶ سال و ۵۸/۵ درصد آنان را دانش‌آموزان ۱۷ سال و بالاتر تشکیل داد که در مدارس نواحی آموزش و پرورش تبریز توزیع شده بودند. میانگین نمره سواد سلامت دانش‌آموزان کمتر از

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی Tukey جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها

مؤلفه‌ها	گروه‌های سنی (سال)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار P
دسترسی	کمتر از ۱۶	۱/۶۴	۳/۱۷	۰/۰۰۱
	بین ۱۶ و ۱۷	۱/۸۶	۴/۰۷	۰/۰۰۱
خواندن	بیشتر از ۱۷	۰/۲۲	۲/۲۸	۰/۰۸۰
	کمتر از ۱۶	۲/۵۴	۲/۹۷	۰/۰۰۱
	بین ۱۶ و ۱۷	۱/۴۶	۲/۸۲	۰/۰۰۱
فهم	بیشتر از ۱۷	۱/۰۸	۳/۸۲	۰/۰۰۱
	کمتر از ۱۶	۱/۷۱	۴/۵۲	۰/۰۰۱
	بین ۱۶ و ۱۷	۳/۵۲	۳/۰۵	۰/۰۰۱
ارزیابی	بیشتر از ۱۷	۱/۷۹	۳/۶۹	۰/۰۰۱
	کمتر از ۱۶	۲/۹۲	۲/۸۳	۰/۰۰۱
	بین ۱۶ و ۱۷	۱/۱۹	۳/۶۹	۰/۰۰۱
تصمیم‌گیری	بیشتر از ۱۷	-۱/۷۳	۳/۲۷	۰/۰۰۱
	کمتر از ۱۶	۶/۵۳	۸/۴۹	۰/۰۰۱
	بین ۱۶ و ۱۷	۵/۹۲	۸/۷۶	۰/۰۰۱
سواد سلامت	بیشتر از ۱۷	-۰/۶۱	۴/۴۹	۰/۰۶۵
	کمتر از ۱۶	۱۵/۳۸	۱۹/۸۶	۰/۰۰۱
	بین ۱۶ و ۱۷	۱۴/۹۶	۱۷/۸۵	۰/۰۰۱
	بیشتر از ۱۷	-۰/۴۲	۱۲/۶۶	۰/۰۷۲

جدول ۴: آزمون تعقیبی Tukey جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها (ادامه)

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار P	مؤلفه‌ها
خواندن	ناحیه ۱	ناحیه ۲	-۲/۲۵	۵/۱۸	۰/۰۰۱
	ناحیه ۳	ناحیه ۴	۰/۰۸	۴/۲۱	۰/۸۵۰
	ناحیه ۵	ناحیه ۶	-۲/۲۰	۳/۵۱	۰/۰۰۱
	ناحیه ۷	ناحیه ۸	۰/۰۹	۲/۲۱	۰/۸۳۰
	ناحیه ۹	ناحیه ۱۰	۲/۳۳	۲/۹۳	۰/۰۰۱
فهم	ناحیه ۱۱	ناحیه ۱۲	۰/۰۵	۳/۱۵	۰/۹۵۰
	ناحیه ۱۳	ناحیه ۱۴	۲/۳۴	۲/۵۲	۰/۰۰۱
	ناحیه ۱۵	ناحیه ۱۶	-۲/۲۸	۳/۷۶	۰/۰۰۱
	ناحیه ۱۷	ناحیه ۱۸	۰/۰۱	۳/۱۸	۰/۹۸۰
	ناحیه ۱۹	ناحیه ۲۰	۲/۲۹	۳/۳۸	۰/۰۰۱
	ناحیه ۲۱	ناحیه ۲۲	۱/۹۸	۵/۱۸	۰/۰۰۱
	ناحیه ۲۳	ناحیه ۲۴	۱/۷۹	۴/۱۶	۰/۰۰۱
	ناحیه ۲۵	ناحیه ۲۶	-۰/۱۹	۳/۱۸	۰/۴۲۰
	ناحیه ۲۷	ناحیه ۲۸	۰/۶۵	۲/۳۸	۰/۰۸۰
	ناحیه ۲۹	ناحیه ۳۰	-۰/۱۹	۵/۱۱	۰/۴۲۰
سواد سلامت	ناحیه ۳۱	ناحیه ۳۲	-۲/۱۷	۳/۷۴	۰/۰۰۱
	ناحیه ۳۳	ناحیه ۳۴	-۱/۳۳	۳/۳۵	۰/۰۶۰
	ناحیه ۳۵	ناحیه ۳۶	-۱/۹۸	۵/۱۷	۰/۰۰۱
	ناحیه ۳۷	ناحیه ۳۸	-۱/۱۴	۳/۳۸	۰/۰۶۰
	ناحیه ۳۹	ناحیه ۴۰	۰/۸۴	۲/۳۴	۰/۰۸

بر این اساس، سواد سلامت دانش‌آموزان و مؤلفه‌های آن در گروه سنی کمتر از ۱۶ سال به طور معنی‌داری پایین‌تر از دو گروه سنی دیگر بود. همچنین، سطح سواد سلامت دانش‌آموزان ۱۶ تا ۱۷ سال در مؤلفه‌های خواندن، فهم و ارزیابی پایین‌تر از سواد سلامت دانش‌آموزان بیشتر از ۱۷ سال گزارش شد. جهت تشخیص تفاوت بین گروهی دانش‌آموزان نواحی پنج‌گانه، آزمون تعقیبی Tukey مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارایه شده است.

جدول ۴: آزمون تعقیبی Tukey جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار P	
دسترسی	ناحیه ۱	ناحیه ۲	۰/۵۴	۲/۳۴	۰/۱۰۰
	ناحیه ۳	ناحیه ۴	-۰/۴۶	۴/۱۸	۰/۱۸۰
	ناحیه ۵	ناحیه ۶	-۰/۸۶	۲/۳۶	۰/۰۹۰
	ناحیه ۷	ناحیه ۸	-۰/۱۶	۵/۱۴	۰/۴۵۰
	ناحیه ۹	ناحیه ۱۰	-۱/۰۰	۳/۳۱	۰/۰۷۰
فهم	ناحیه ۱۱	ناحیه ۱۲	-۰/۶۸	۲/۴۵	۰/۰۹۰
	ناحیه ۱۳	ناحیه ۱۴	-۰/۷۰	۳/۵۱	۰/۰۹۰
	ناحیه ۱۵	ناحیه ۱۶	-۰/۴۰	۲/۵۶	۰/۱۹۰
	ناحیه ۱۷	ناحیه ۱۸	۰/۳۰	۳/۱۴	۰/۲۸۰
	ناحیه ۱۹	ناحیه ۲۰	۰/۷۰	۳/۳۴	۰/۰۹۰

جدول ۴: آزمون تعقیبی Tukey جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها (ادامه)

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار P	مؤلفه‌ها
ارزیابی	ناحیه ۱	ناحیه ۲	-۰/۱۵	۲/۴۰	۰/۵۶۰
	ناحیه ۱	ناحیه ۳	-۰/۰۳	۳/۲۲	۰/۹۸۰
	ناحیه ۱	ناحیه ۴	۰/۱۰	۳/۱۶	۰/۶۷۰
	ناحیه ۱	ناحیه ۵	۲/۲۲	۴/۱۷	۰/۰۰۱
	ناحیه ۲	ناحیه ۳	۰/۱۲	۲/۹۰	۰/۶۵۰
	ناحیه ۲	ناحیه ۴	۰/۲۵	۳/۱۴	۰/۴۰۰
	ناحیه ۲	ناحیه ۵	۲/۳۷	۴/۲۴	۰/۰۰۱
	ناحیه ۳	ناحیه ۴	۰/۱۳	۲/۸۸	۰/۵۸۰
	ناحیه ۳	ناحیه ۵	۲/۲۵	۳/۱۴	۰/۰۰۱
	ناحیه ۴	ناحیه ۵	۲/۱۲	۲/۶۱	۰/۰۰۱
تصمیم‌گیری	ناحیه ۱	ناحیه ۲	-۱/۲۶	۳/۳۵	۰/۰۶۰
	ناحیه ۱	ناحیه ۳	-۱/۰۰	۳/۳۱	۰/۰۷۰
	ناحیه ۱	ناحیه ۴	-۳/۲۰	۴/۱۴	۰/۰۰۱
	ناحیه ۱	ناحیه ۵	۶/۲۰	۵/۵۱	۰/۰۰۱
	ناحیه ۲	ناحیه ۳	۰/۰۳	۳/۲۱	۰/۹۷۰
	ناحیه ۲	ناحیه ۴	۱/۹۴	۳/۲۴	۰/۰۳۰
	ناحیه ۲	ناحیه ۵	۷/۴۶	۴/۴۵	۰/۰۰۱
	ناحیه ۳	ناحیه ۴	-۲/۲۰	۳/۱۵	۰/۰۰۱
	ناحیه ۳	ناحیه ۵	-۷/۲۰	۴/۴۷	۰/۰۰۱
	ناحیه ۴	ناحیه ۵	۹/۴	۵/۵۱	۰/۰۰۱
سواد سلامت	ناحیه ۱	ناحیه ۲	-۱/۱۲	۱۹/۳۱	۰/۰۷۰
	ناحیه ۱	ناحیه ۳	۰/۴۰	۱۶/۲۱	۰/۱۹۰
	ناحیه ۱	ناحیه ۴	-۵/۳۳	۲۱/۴۱	۰/۰۰۱
	ناحیه ۱	ناحیه ۵	۹/۳۹	۱۸/۸۹	۰/۰۰۱
	ناحیه ۲	ناحیه ۳	۱/۵۲	۱۸/۷۸	۰/۰۶۷
	ناحیه ۲	ناحیه ۴	-۴/۲۱	۲۱/۵۴	۰/۰۰۱
	ناحیه ۲	ناحیه ۵	۱۰/۵۱	۱۹/۴۵	۰/۰۰۱
	ناحیه ۳	ناحیه ۴	-۱/۷۳	۲۰/۵۴	۰/۰۶۵
	ناحیه ۳	ناحیه ۵	۸/۹۹	۱۹/۶۸	۰/۰۰۱
	ناحیه ۴	ناحیه ۵	۱۴/۷۲	۴۸/۲۳	۰/۰۰۱

مشاهده نشد، اما بین میزان نمرات خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری دانش‌آموزان به تفکیک نواحی پنج‌گانه تفاوت معنی‌داری وجود داشت. نتایج نشان داد که میزان نمرات خواندن دانش‌آموزان ناحیه ۲ بیشتر از نمرات دانش‌آموزان نواحی ۱، ۳ و ۵، میزان نمرات خواندن دانش‌آموزان ناحیه ۴ بیشتر از نمرات دانش‌آموزان نواحی ۱ و ۳، میزان نمرات فهم دانش‌آموزان ناحیه ۱ بیشتر از نمرات دانش‌آموزان نواحی ۲ و ۳ و میزان نمرات فهم دانش‌آموزان ناحیه ۴ بیشتر از نمرات دانش‌آموزان نواحی ۲ و ۳ بود. یافته دیگر این که میزان نمرات ارزیابی اطلاعات دانش‌آموزان نواحی ۱، ۲، ۳ و ۴ بیشتر از نمرات دانش‌آموزان ناحیه ۵ بود. همچنین، میزان نمرات تصمیم‌گیری دانش‌آموزان نواحی ۱، ۲ و ۳ بیشتر از نمرات دانش‌آموزان ناحیه ۵ و میزان نمرات تصمیم‌گیری دانش‌آموزان ناحیه ۴ بیشتر از نمرات دانش‌آموزان نواحی ۲، ۳ و ۵ عنوان شد.

### بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تفاوت معنی‌داری در سطح سواد سلامت دانش‌آموزان و مؤلفه‌های آن بین سه گروه وجود داشت و سواد سلامت دانش‌آموزان بالای ۱۷ سال بیشتر از سواد سلامت دو گروه دیگر بود. می‌توان استنباط کرد که با افزایش سن، سطح سواد سلامت دانش‌آموزان نیز ارتقا می‌یابد که این یافته با نتایج تحقیقات پیشین (۱۸-۱۵، ۵) همسو بود. از مجموع مباحث چنین برمی‌آید که افزایش سن منجر به ارتقای آگاهی و افزایش سواد سلامت در افراد می‌گردد که این خود لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای سواد سلامت را می‌طلبد. به طور کلی، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سواد سلامت نیز مانند سایر حیطه‌های سواد، از گروه سنی ۱۵ تا ۳۹ سال افزایش و بعد از ۴۰ سالگی اغلب کاهش می‌یابد (۵). می‌توان گفت که افراد جوان‌تر در درک اطلاعات پزشکی و بهداشتی نسبت به مسن‌ترها با مشکلات کمتری مواجه می‌باشند و دقت بیشتری دارند. دستاورد دیگر مطالعه حاضر این بود که تفاوت معنی‌داری بین میزان نمرات سلامت دانش‌آموزان نواحی پنج‌گانه وجود داشت. این نتیجه با یافته‌های برخی تحقیقات که گزارش کردند بین سطح سواد سلامت و محل سکونت دانشجویان دانشگاه رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۹، ۱۷، ۱۵)، همخوانی داشت.

در پژوهش حاضر، دانش‌آموزان نواحی ۴ و ۵ به ترتیب بیشترین و کمترین نمره سواد سلامت را کسب کردند. در تبیین این یافته چنین می‌توان اظهار نمود که بین نواحی آموزش و پرورش از نظر سواد والدین، بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و موقعیتی توازن وجود ندارد و بین آنان شکاف مشاهده می‌شود. آثار شکاف فرهنگی، اقتصادی و موقعیتی را می‌توان در سطح سواد سلامت دانش‌آموزان مشاهده نمود که به دلایل فقر اطلاعاتی، سواد والدین، حاشیه‌نشینی و مهاجر بودن ساکنان ناحیه ۵ آموزش و پرورش می‌باشد. با توجه به این که بررسی حاضر در بین دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه صورت گرفت؛ بنابراین، یافته‌های آن قابل تعمیم به همه دانش‌آموزان و پسران نیست. از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر می‌توان به عدم کنترل متغیرهای تحصیلات والدین، رشته تحصیلی، وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی خانواده‌ها اشاره کرد. همچنین، در پژوهش حاضر، تمایل به شرکت در مطالعه به عنوان معیار ورود در نظر گرفته شد و این احتمال وجود دارد که افرادی که تمایل به شرکت نداشتند، از سطح سواد سلامت پایین‌تر یا بالاتری برخوردار باشند.

بر اساس داده‌های جدول ۴، سواد سلامت دانش‌آموزان ناحیه ۱ نسبت به دانش‌آموزان ناحیه ۵ بیشتر، سواد سلامت دانش‌آموزان ناحیه ۲ نسبت به دانش‌آموزان ناحیه ۵ بیشتر و سواد سلامت دانش‌آموزان ناحیه ۳ نسبت به دانش‌آموزان ناحیه ۵ بیشتر بود. سواد سلامت دانش‌آموزان ناحیه ۴ نسبت به دانش‌آموزان نواحی ۱، ۲ و ۵ بیشتر گزارش گردید. سواد سلامت دانش‌آموزان ناحیه ۵ نسبت به دانش‌آموزان بقیه نواحی پایین‌تر بود. همچنین، تفاوت معنی‌داری بین میزان نمرات دسترسی دانش‌آموزان به تفکیک نواحی پنج‌گانه

ناحیه ۵، پیشنهاد می‌شود که به آموزش سواد سلامت آنان توجه بیشتری گردد و اطلاعات و آموزش‌ها به شیوه قابل فهم و ساختار یافته و متناسبی در اختیار دانش‌آموزان قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود برنامه سفیران سلامت دانش‌آموزی در کلیه مدارس دوره دوم متوسطه با هدف ارتقای سواد سلامت دانش‌آموزان به نحو احسن اجرا گردد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام افرادی که در پیشبرد اهداف پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

### نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نقش دوره‌های سنی و موقعیت نواحی آموزش و پرورش در ارتقای سواد سلامت و ابعاد آن را در دانش‌آموزان تأیید می‌کند. بنابراین، ضرورت دارد که مدیران و کارشناسان بهداشت مدارس توجه ویژه‌ای در خصوص سواد سلامت گروه‌های سنی و دانش‌آموزان نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش تبریز داشته باشند و آموزش سواد سلامت را در اولویت کاری و برنامه‌های خود قرار دهند.

### پیشنهادات

در راستای یافته‌های به دست آمده، به مدیران و مسؤولان آموزش و پرورش پیشنهاد می‌گردد آموزش سواد سلامت را در برنامه‌های آموزشی مدارس دوره دوم دخترانه بگنجانند. با توجه به سطح سواد دانش‌آموزان به ویژه دانش‌آموزان

### References

1. Peyman N, Samiee-Roudi K. Investigating the status of health literacy among health providers of rural area. *Journal of Health Literacy* 2016; 1(1): 46-52. [In Persian].
2. Rakhshani F, Shams M, Pariani A. Health education and promotion: History of tasks of indicators. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2010. [In Persian].
3. Rafieezadeh Gharrehtapeh SH, Tabarsy B, Hassanjani S, Razavi M, Amjady M, Hojjati H. Relationship between the health literacy with self-efficacy of the diabetic patient's type 2 referred to Gorgan city clinic in 2014. *Journal of Diabetes Nursing* 2015; 3(2): 30-42. [In Persian].
4. Tehran I, Soleimani A, Sarbandi F, Ardestani M, Javadi M, Nasiri A. The executive order of the national self-care program. Tehran, Iran: Mojasameh Publications; 2015. p. 29. [In Persian].
5. Tehrani Banhashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the influencing factors: A study in five provinces of Iran. *Strides Dev Med Educ* 2007; 4(1): 1-8. [In Persian].
6. 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(67): 1-12. [In Persian].
7. 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 Health Monit* 2014; 13(5): 589-99. [In Persian].
8. Nasiripour AA, Alimohammadzadeh KH, Raeissi P, Jafari M. The relationship between organizational safety culture and organizational commitment: A case study of Islamic Azad University, Science and Research. *Journal of Healthcare Management (Journal of Health System)* 2011; 3(1-2): 49-57. [In Persian].
9. Zarea Gavani V, Abdollahzadeh P. A review on the role of digital libraries in promoting health literacy. *Depiction of Health* 2014; 5(2): 32-6. [In Persian].
10. 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. [In Persian].
11. Begoray DL, Wharf-Higgins J, Macdonald M. High school health curriculum and health literacy: Canadian student voices. *Glob Health Promot* 2009; 16(4): 35-42.
12. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: The solid facts. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2013.
13. Mazor KM, Roblin DW, Williams AE, Greene SM, Gaglio B, Field TS, et al. Health literacy and cancer prevention: Two new instruments to assess comprehension. *Patient Educ Couns* 2012; 88(1): 54-60.
14. Najafi F, Mozafari S, Mirzaee S. Assessment of 3rd grade junior school girl students' knowledge and attitude toward puberty age sanitation. *J Guilan Univ Med Sci* 2012; 21(81): 22-8. [In Persian].
15. Ziapoor A, Kianipoor 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. [In Persian].
16. Javadzade SH, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults in Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2013; 9(5): 540-9. [In Persian].
17. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. *BMC Public Health* 2010; 10: 614.
18. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: A pathway model. *BMC Public Health* 2013; 13: 261.
19. Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian M, Khorasani E. Health literacy, health status, health services utilization and their relationships in adults in Isfahan. *Health Inf Manage* 2014; 10(6): 862-75. [In Persian].

## Study of Health Literacy among Girl Students in Tabriz City, Iran, based on Demographic Characteristics

Asadollah Khadivi<sup>1</sup> 

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Health literacy is considered as a global issue, and is considered by policymakers because of its role in decision making of individuals in health-related areas as one of the basic tools for improving the health of the community. The purpose of this study was to determine the level of health literacy among secondary school girl students in Tabriz City, Iran based on demographic characteristics.

**Methods:** This was a descriptive-survey study. The statistical population of the study was 25112 secondary school girl students in Tabriz City. The size was 387 using Morgan table, and they were selected using two-stage cluster sampling method. The research tool was Montazeri et al. standard health literacy questionnaire which had 5 dimensions and 33 items. Data were analyzed using multivariate analysis of variance analysis (MANOVA).

**Results:** There was a significant difference between the scores of students' health literacy and their dimensions, accessibility, reading, understanding, evaluation, and decision making, in the three age groups. Moreover, there was a significant difference between the reading, comprehension, assessment, and decision-making scores of students in the five areas, but there was no significant difference between the access scores of students in the districts.

**Conclusion:** The results of the study could be used in education programming to improve health literacy among students. The students, who find more educational achievement via this programs, are the main beneficiaries in this regard.

**Keywords:** Health Literacy; Students; Iran

Received: 18 May, 2018

Accepted: 12 Sep., 2018

Published: 07 Oct., 2018

**Citation:** Khadivi A. **Study of Health Literacy among Girl Students in Tabriz City, Iran, based on Demographic Characteristics.** Health Inf Manage 2018; 15(4): 182-7

Article resulted from an independent research without financial support.

1- Assistant Professor, Education Management, Department of Educational Sciences, Farhangiyani University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: khadivia@gmail.com