سنجش سواد سلامت دانشجویان دانشگاه فرهنگیان

فاطمه زهرا احمدی[1*]، محمود مهر محمدی[1]، ابراهیم طلایی[1]، هاشم فردانش[1]، مهدیه پاک نهاد[2]، سوسن نقـی زاده[3]، هاجر حامدی[4]، سپیده نوروزی[1]، علی منتظری[5]

۱. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. مدرسه ناحیه یک شهر ری، تهران، ایران
۳. مرکز بهداشت غرب تهران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
۴. وزارت آموزش و پرورش، سمنان، ایران
۵. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱/۲۷
سال هفدهم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۷ صص ۲۶۶-۲۵۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۹ فروردین ۹۷]

چکیده

مقدمه: معلمان در ارتقای سلامت جامعه نقش مهمی ایفا می‌کنند اما تا کنون پژوهشی به منظور تعیـین سـطح سـواد سـلامت دانشجویان دانشگاه فرهنگیان صورت نگرفته است. این پژوهش به شناسایی سطح سواد سلامت این افراد و عوامل مـؤثر بـر آن می‌پردازد.

مواد و روش کار: در این پژوهش ۹۳۲ دانشجوی دانشگاه فرهنگیان شرکت کردند. ابـزار پـژوهش، پرسشـنامه «سـنجش سـواد سلامت (HELLA)» بود که در اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه مذکور ۳۳ گویه دارد کـه پـنج بعـد سواد سلامت یعنی: خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیـری دربـاره اطلاعـات سـلامت را مـورد سـنجش قـرار می‌دهد. یافته‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته ها: یافته‌ها نشان داد میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت‌کنندگان (۹/۶) ۲۶/۰۳ بود. حدود ۷۰ درصد شـرکت‌کننـدگان زن بودند. میانگین (انحراف معیار) امتیاز سواد سلامت کل (۱۳/۲۱) ۶۷/۲۸ بود. درصد سطح سواد سلامت ناکافی، نـه چنـدان کافی، کافی، و عالی به ترتیب عبارت بود از: ۱۰/۵، ۳۴/۴، ۴۵/۱، و ۱۰ درصد. سواد سلامت به صـورت معنـاداری بـا جنسـیت، سن و وضعیت تأهل در ارتباط بود.

بحث و نتیجه گیری: از آنجایی که سطحِ سوادِ سلامتِ محدود معلمان سدی در راه ارتقای سواد سلامت دانش‌آموزان در مدرسه است، باید به منظور افزایش سواد سلامت دانشجویان دانشگاه فرهنگیان، زمینه‌ی طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزشـی مرتبط با سواد سلامت فراهم گردد.

کلیدواژه: سواد سلامت، دانشجویان دانشگاه فرهنگیان، پرسشنامه HELLA

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی
E-mail: Midwife79@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.5.3]

مقدمه

سواد سلامت دربرگیرنده دانش، انگیزش و شایستگی‌های فرد برای دستیابی، درک، ارزشیابی و کاربرد اطلاعات سلامت است به گونه‌ای که بتواند در سراسر عمر خود با داوری و تصمیم‌گیری در مورد مراقبت سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامت به بهبود کیفیت زندگی نایل شود[۱]. این مفهوم از نگاه سازمان سلامت جهان به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های مهم سلامت معرفی شده است[۲]. سواد سلامتِ پایین، قاتل خاموشی است که تقریبا در پشت تمام مسائل مرتبط با سلامت پنهان شده است و مرگ و بیماری‌های حاضر را سبب می‌شود[۳]. افرادی که سطح سواد سلامت پایینی دارند وضعیت سلامت ضعیفی دارند و بیماری‌های قلبی عروقی، آسم، چاقی، مصرف الکل و تنباکو در آنان بیشتر است [۴]. این افراد از خدمات پیشگیری و غربالگری، کمتر استفاده می‌کنند و هزینه‌های درمانی بالاتری را متحمل می‌شوند [۵]. این هزینه‌ها به ازای هر فرد در هر سال از ۱۴۳ دلار تا ۷۷۹۸ دلار متفاوت است[۶]. چنین افرادی مهارت‌های لازم برای مذاکره در سیستم درمانی و همچنین دسترسی به خدمات بهداشتی را ندارند به همین دلیل خطاهای دارویی یا درمانی بیشتری را تجربه می‌کنند. از آن گذشته از مهارت خود مراقبتی نیز بی‌بهره هستند [۷]. به این ترتیب، ناکافی بودن سواد سلامت با نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامت در جامعه پیوند خورده است [۵] و باید راهکارهایی برای ارتقای آن در نظر گرفته شود. مدارس می‌توانند در ارتقای سواد سلامت جامعه نقش مهمی ایفا کنند اما ایفای این نقش به سطح سواد سلامت معلمان بستگی دارد. یعنی معلمان باید از سواد سلامت کافی برخوردار باشند تا هم سلامت خود را ارتقا بخشند و هم در راستای سلامت دانش‌آموزان و در نهایت سلامت جامعه گام بردارند. دانشگاه فرهنگیان که امر خطیر تربیت معلم را عهده‌دار شده است برای آنکه موضوع سلامت را در دوره تربیت معلم مورد توجه قرار دهد در بازنگری برنامه درسی خود دو واحد درسی با عنوان «بهداشت، سلامت و صیانت از محیط زیست» را برای تمامی دانشجویان دانشگاه فرهنگیان در نظر گرفته است [۸]. طراحی و اجرای کارآمد این برنامه بدون آگاهی از سطح سواد سلامت کنونی دانشجویان دانشگاه فرهنگیان ممکن نخواهد بود. در سالیان اخیر پژوهش‌هایی پیرامون سنجش سطح سواد سلامت در گروه‌های مختلف جامعه انجام شده است. برای نمونه در پژوهش طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران [۹] که با استفاده از ابزار TOFHLA انجام شده است، ۲۸/۱ درصد از شرکت‌کنندگان سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند. پژوهش انجام شده در سال ۱۳۹۰ در جامعه شهری کرمان نیز پایین بودن سطح سواد سلامت را در این استان نشان داده است [۱۰]. پژوهش طاووسی و همکاران [۱۱] که با استفاده از پرسشنامه سنجش سواد سلامت منتظری و همکاران (HELLA) [۱۲] و با هدف سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن شهرها انجام شده است حکایت از آن داشت که ۴۴ درصد از جمعیت مورد مطالعه در زمان بررسی سواد سلامت محدود داشته اند. با توجه به این که تاکنون پژوهشی به منظور سنجش سطح سوادِ سلامتِ دانشجویان دانشگاه فرهنگیان صورت نگرفته است تا بتواند مبنای تصمیم‌گیری برای طراحی برنامه‌هایی با هدف ارتقای سطح سواد سلامت این افراد باشد، پژوهش حاضر در پی آن بود تا سطح سواد سلامت آنان را مورد سنجش قرار دهد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی- مقطعی (Cross-Sectional) بود که در نیمسال دوم ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه ۴۶۴۸ دانشجو بودند که با استفاده از فرمول کوکران ۹۳۲ نفر از آنها در این پژوهش شرکت نمودند. نمونه‌گیری از مخاطبان با استفاده از طبقه بندی نسبتی (بر اساس رشته و جنسیت) از تمام پردیس‌های دانشگاه فرهنگیانِ شهر تهران انجام شد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه HELIA بود که توسط منتظری و همکاران [۱۲] طراحی شده است. گردآوری داده در هفته دوم اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ انجام شد. پژوهشگر و دستیاران او پس از انجام هماهنگی‌های اولیه ضمن معرفی خود و طرح پژوهشی پیش رو، دانشجویان را با چگونه پر کردن پرسشنامه آشنا کردند و محرمانه ماندن پاسخ‌ها را نیز یادآور شدند. دانشجویان می‌توانستند در صورت عدم تمایل از شرکت در پژوهش خودداری کنند. تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS 20 صورت گرفت. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار بهره گرفته شد و به منظور بررسی ارتباط و مقایسه میان متغیرها از آمار استنباطی (تی مستقل و تحلیل واریانس) استفاده شد. نحوه نمره‌دهی گویه‌ها و تعیین نقطه برش با استفاده از راهنمای نمره‌دهی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.5.3]

پرسشنامه HELIA انجام شد؛ به این صورت که گزینه‌های «به هیچ وجه»، «هیچ وقت» و «کاملا سخت است» نمره یک و گزینه‌های «همیشه» و «کاملا آسان است» نمره کامل پنج گرفتند. در این پژوهش سطح سواد سلامت شرکت‌کنندگان، با توجه به امتیازات اخذ شده بر اساس نقاط برش ۵۰، ۶۶، ۸۴ به چهار دسته ناکافی (۰ تا ۵۰)، نه چندان کافی (۵۰/۱ تا ۶۶)، کافی (۶۶/۱ تا ۸۴) و عالی (۸۴/۱ تا ۱۰۰) تقسیم شد. بر اساس نظر متخصصان[۱۱] از مجموع دو دسته «نه چندان کافی» و «ناکافی» دسته سواد سلامت محدود و از مجموع دو دسته «عالی» و «کافی» دسته سواد سلامت مطلوب استخراج و در پژوهش گزارش شد.

یافته‌ها

۷۰/۷ درصد از شرکت‌کنندگان این پژوهش زن بودند. میانگین سن افراد مورد بررسی ۲۶/۰۳ سال با انحراف معیار ۹/۶ و دامنه آن از ۱۸ تا ۵۷ سال متغیر بود. از نظر وضعیت تأهل ۶۲/۹ درصد شرکت کنندگان مجرد بودند. افراد دارای دو فرزند از بیشترین فراوانی برخوردار بودند (۳۷) و چهار فرزند داشتن کمترین فراوانی را نشان داد (۲/۱). یافته‌ها نشان داد ۷۶ درصد از شرکت‌کنندگان در شهر تهران سکونت داشتند. ۹۷/۶ درصد از شرکت‌کنندگان وجود هیچ بیماری خاصی را ذکر نکردند. ۵/۳ درصد از آنان ذکر کردند که در خانواده آن‌ها فردی با بیماری مزمن وجود دارد. همچنین همان‌گونه که در جدول شماره یک نشان داده شده است در جمعیت مورد مطالعه، درصد زنانی که از نظر سواد سلامت در سطح مطلوب قرار داشتند (۵۸/۴ درصد) در مقایسه با مردان (۴۷/۳ درصد) بیشتر بود. با افزایش سن گروه مورد مطالعه نیز درصد افرادی که از سواد سلامت مطلوب برخوردار بودند، افزایش می‌یافت و از نظر ارتباط وضعیت تأهل با سطح سواد سلامت، درصد افراد متأهلی که سطح سواد سلامت مطلوب داشتند (۶۰/۷ درصد) از افراد مجرد (۵۲ درصد) بالاتر بود. درصد سواد سلامت مطلوب در معلمان مشغول به تحصیل در دانشگاه فرهنگیان(۶۹/۲ درصد) نسبت به دانشجویان دانشگاه فرهنگیان (۵۰/۶ درصد) به میزان چشمگیری بالاتر بود. در رابطه با تعداد فرزندان، پایین‌ترین سطح سواد سلامت مطلوب در افرادی که فرزندی نداشتند (۴۶/۷درصد) مشاهده شد و بالاترین سطح در افرادِ دارای دو فرزند (۷۱/۴درصد) دیده شد. در رابطه با محل سکونت، در ساکنان پایتخت سطح سواد سلامت مطلوب، کمتر بود. در ارتباط با تعداد افراد خانواده نیز، در خانواده‌های سه تا پنج نفره سطح سواد سلامت مطلوب بالاتر بود (۵۷ درصد).

همان‌گونه که جدول شماره دو نشان می‌دهد میانگین نمره سواد سلامت کل در جمعیت مورد مطالعه ۶۷/۲۸ با انحراف معیار ۱۳/۲۱ بود. میانگین این نمره در بعد خواندن۶۷/۳۱، در بعد دسترسی ۶۷/۵۸، در بعد درک و فهم ۷۴/۸۵، در بعد ارزیابی ۶۴/۴۴ و در بعد تصمیم‌گیری و رفتار سواد سلامت ۶۴/۸۴ بود. ۴۴/۹ درصد از شرکت‌کنندگان سواد سلامت محدود داشتند. در بعد خواندن ۴۴/۸ درصد از شرکت‌کنندگان توانایی محدودی داشتند. از نظر دسترسی به اطلاعات سلامت ۵۷ درصد در وضعیت مطلوبی بودند. در خصوص درک اطلاعات سلامت، اکثریت افراد (۷۱/۲ درصد) در وضعیت مطلوبی قرار داشتند. از نظر ارزیابی اطلاعات سلامت نیز ۵۳/۳ افراد وضعیت نامطلوبی داشتند. در بعد تصمیم گیری و رفتار نیمی از افراد مورد مطالعه در وضعیت مطلوب بودند. جدول شماره سه نشان می‌دهد که میانگین نمره سواد سلامت کل در زنان نسبت به مردان در وضعیت مطلوب‌تری قرار داشت که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود. در سه بعد خواندن، دسترسی و درک نیز وضعیت به همین صورت بود. در بعد ارزیابی نمره مردان اندکی از زنان بالاتر بود که این اختلاف معنادار نبود. مقایسه گروه‌های سنی نشان داد که نمره سواد سلامت کل در گروه‌های سنیِ بالاتر در وضعیت مطلوب‌تری قرار داشت که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود. با توجه به معنادار شدن تحلیل واریانس، جهت مقایسه دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نمره سواد سلامت کل در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال با میانگین و انحراف معیار (۱۲/۷۱)۶۶/۲۲ به طور معنادار پایین‌تر از نمره سواد سلامت گروه‌های سنی ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴۵ تا ۵۴ سال و ۵۵ سال به بالا بود. میانگین نمره سواد سلامت کل در افراد متأهل بالاتر و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. در بعد تصمیم‌گیری و رفتار نیز تفاوت معنادار بود و چون متأهلان میانگین بالاتری داشتند، آنها در وضعیت بهتری در مقایسه با افراد مجرد قرار گرفتند. تفاوت میانگین بعد خواندن، دسترسی، درک و فهم و ارزیابی در افراد مجرد و متأهل معنادار نبود. دانشجویان دانشگاه فرهنگیان و معلمان مشغول به تحصیل در دانشگاه فرهنگیان در امتیاز سواد سلامت کل و همچنین ابعاد درک و فهم، تصمیم‌گیری و رفتار تفاوت معنادار داشتند و با توجه به این که معلمان میانگین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.5.3]

بالاتری را کسب کرده بودند آنها در وضعیت بهتری در مقایسه با دانشجویان قرار داشتند. تفاوت میانگین بعد خواندن، دسترسی، و ارزیابی در این افراد معنادار نبود. یافته‌ها نشان می‌دهد نمره سواد سلامت کل در افرادی که سه فرزند داشتند بالاتر و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. نتایج آزمون شفه نشان داد که در شرکت‌کنندگان بدون فرزند و شرکت‌کنندگان دارای دو فرزند تفاوت معنادار وجود داشت، به این صورت که افراد بدون فرزند نمره سواد سلامت پایین‌تری گرفتند. در رابطه با محل سکونت امتیاز سواد سلامت کل در شرکت‌کنندگان پژوهشی تفاوت معنادار نداشت. علاوه بر آن، در ابعاد خواندن، دسترسی، ارزیابی و تصمیم‌گیری و رفتار نیز تفاوت معناداری نداشتند. در بعد درک و فهم دانشجویانی که ساکن پایتخت بودند در وضعیت مطلوب‌تری قرار داشتند و این تفاوت معنادار بود.

جدول ۱: توزیع سطوح سواد سلامت بر حسب مشخصات دموگرافیک

	ناکافی تعداد (درصد)	نه چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)
جنسیت					
مرد	۳۸(۱۳/۷)	۱۰۶(۳۸/۹)	۱۰۶(۳۸/۹)	۲۳(۸/۴)	۲۷۳(۱۰۰)
زن	۶۰(۹/۱)	۲۱۴(۳۲/۵)	۳۱۵(۴۷/۸)	۷۰(۱۰/۶)	۶۵۹(۱۰۰)
گروه‌های سنی					
۱۸-۲۴	۷۷(۱۱/۳)	۲۶۱(۳۸/۱)	۲۹۶(۴۳/۴)	۴۹(۷/۲)	۶۸۳(۱۰۰)
۲۵-۳۴	۳(۵/۹)	۱۶(۳۸/۲)	۱۶(۳۸/۲)	۸(۱۷/۶)	۴۳(۱۰۰)
۳۵-۴۴	۵(۴/۲)	۳۲(۲۸/۴)	۵۸(۵۲/۶)	۱۶(۱۴/۷)	۱۱۱(۱۰۰)
۴۵-۵۴	۰(۰)	۲۱(۲۵/۴)	۴۴(۵۲/۲)	۱۹(۲۲/۴)	۸۴(۱۰۰)
۵۵ و بالاتر	۰(۰)	۰(۰)	۲(۱۰۰)	۰(۰)	۲(۱۰۰)
وضعیت تأهل					
مجرد	۶۰(۱۰/۲)	۲۲۱(۳۷/۸)	۲۶۶(۴۵/۴)	۳۹(۶/۶)	۵۶۸(۱۰۰)
متأهل	۲۴(۷/۱)	۱۰۷(۳۲/۲)	۱۴۸(۴۴/۴)	۵۴(۱۶/۳)	۳۳۳(۱۰۰)
مقطع تحصیلی					
دانشجویان دانشگاه فرهنگیان(پیوسته)	۷۸(۱۰/۹)	۲۷۱(۳۸/۵)	۳۰۴(۴۳/۳)	۵۱(۷/۳)	۷۰۴(۱۰۰)
معلمان مشغول به تحصیل در دانشگاه فرهنگیان(ناپیوسته)	۷(۳/۲)	۶۳(۲۷/۶)	۱۱۶(۵۰/۸)	۴۲(۱۸/۴)	۲۲۸(۱۰۰)
تعداد فرزندان					
صفر	۱۴(۱۳/۳)	۴۴(۴۰)	۳۹(۳۵/۶)	۱۲(۱۱/۱)	۱۰۹(۱۰۰)
۱	۶(۱۲/۲)	۱۳(۲۶/۸)	۲۰(۴۳/۹)	۸(۱۷/۱)	۴۷(۱۰۰)
۲	۰(۰)	۳۵(۲۸/۶)	۶۳(۵۱)	۲۵(۲۰/۴)	۱۲۳(۱۰۰)
۳	۱(۳/۷)	۸(۲۵/۹)	۱۸(۵۵/۶)	۵(۱۴/۸)	۳۲(۱۰۰)
۴	۰(۰)	۲(۲۵)	۳(۵۰)	۲(۲۵)	۷(۱۰۰)
ساکن پایتخت					
بلی	۵۵(۸/۱)	۲۵۷(۳۷/۵)	۲۹۶(۴۳/۳)	۷۶(۱۱/۱)	۶۸۴(۱۰۰)
خیر	۲۷(۱۲/۵)	۶۶(۳۰/۴)	۱۰۸(۵۰)	۱۵(۷/۱)	۲۱۶(۱۰۰)
تعداد افراد خانواده					
≥۲	۸(۱۱/۹)	۲۶(۳۷/۳)	۲۹(۴۲/۴)	۶(۸/۵)	۶۹(۱۰۰)
۳-۵	۵۸(۸/۱)	۲۵۲(۳۵)	۳۳۶(۴۶/۶)	۷۵(۱۰/۴)	۷۲۱(۱۰۰)
≤۶	۵(۵/۷)	۴۰(۴۵/۷)	۳۶(۴۱/۴)	۶(۷/۱)	۸۷(۱۰۰)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.5.3]

جدول ۲: میانگین امتیاز (از ۱۰۰) و سطوح سواد سلامت به تفکیک ابعاد سواد سلامت

	میانگین (انحراف معیار)	ناکافی تعداد (درصد)	نه چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)
خواندن	۶۷/۳۱(۱۹/۲۳)	۲۱۴(۲۳/۴)	۱۹۵(۲۱/۴)	۳۲۵(۳۵/۶)	۱۷۹ (۱۹/۶)
دسترسی	۶۷/۵۸(۱۷/۶۶)	۱۸۲(۲۰/۴)	۲۰۱(۲۲/۶)	۳۶۳(۴۰/۷)	۱۴۵ (۱۶/۳)
درک و فهم	۷۴/۸۵ (۱۶/۳۹)	۷۷(۸/۶)	۱۸۰(۲۰/۲)	۳۴۵(۳۸/۷)	۲۹۰ (۳۲/۵)
ارزیابی	۶۴/۴۴(۱۶/۴۳)	۲۱(۲۳/۴)	۲۶۹(۲۹/۹)	۳۱۸(۳۵/۳)	۱۰۳ (۱۱/۴)
تصمیم‌گیری	۶۴/۸۴(۱۷/۲۵)	۱۹۵(۲۳/۴)	۲۲۲(۲۶/۶)	۳۰۹ (۳۷)	۱۰۹(۱۳/۱)
نمره کل	۶۷/۲۸(۱۳/۲۱)	۸۰(۱۰/۵)	۲۶۲(۳۴/۴)	۳۴۴(۴۵/۱)	۷۶ (۱۰)
		سواد سلامت محدود **تعداد (درصد)**		**سواد سلامت مطلوب** **تعداد (درصد)**	
خواندن		۴۰۹ (۴۴/۸)		۵۰۴ (۵۵/۲)	
دسترسی		۳۸۳ (۴۳)		۵۰۸ (۵۷)	
درک و فهم		۲۵۷(۲۸/۸)		۶۳۵(۷۱/۲)	
ارزیابی		۲۹۰(۵۳/۳)		۴۲۱ (۴۶/۷)	
تصمیم‌گیری		۴۱۷(۴۹/۹)		۴۱۸ (۵۰/۱)	
نمره کل		۳۴۲(۴۴/۹)		۴۲۰ (۵۵/۱)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.5.3]

جدول ۳: ابعاد سواد سلامت به تفکیک متغیرهای جمعیتی با استفاده از آزمون T و ANOVA

ویژگی	خواندن میانگین(انحراف معیار)	سطح معناداری	دسترسی میانگین(انحراف معیار)	سطح معناداری	درک میانگین(انحراف معیار)	سطح معناداری	ارزیابی میانگین(انحراف معیار)	سطح معناداری	تصمیم‌گیری و رفتار میانگین(انحراف معیار)	سطح معناداری	نمره کل میانگین(انحراف معیار)	سطح معناداری
جنسیت												
مرد	۶۲/۰۱(۲۰/۰۸)	۰/۰۰۰۱	۶۵/۷۵(۱۷/۴۰)	۰/۰۴۵	۷۰/۵۲(۱۶/۷۳)	۰/۰۰۰۱	۶۴/۴۹(۱۶/۳۱)	۰/۹۵۵	۶۳/۷۳(۱۵/۸۲)	۰/۲۲۶	۶۴/۷۲(۱۳/۱۵)	۰/۰۰۰۱
زن	۶۹/۴۹(۱۸/۴۵)		۶۸/۳۵(۱۷/۷۲)		۷۶/۷۱(۱۵/۹۰)		۶۴/۴۲(۱۶/۴۹)		۶۵/۳۱(۱۷/۸۲)		۶۸/۳۶(۱۳/۰۹)	
گروه سنی												
۱۸-۲۴	۶۴/۵۰(۲۳/۵۳)	۰/۰۱۰	۶۲/۳۰(۲۶/۳۲)	۰/۱۳۷	۶۹/۴۷(۲۵/۷۰)	۰/۰۳۱	۶۱/۴۱(۲۲/۱۰)	۰/۳۶۹	۵۲/۷۱ (۳۱/۰۷)	۰/۰۰۰۱	۶۶/۲۲(۱۲/۷۱)	۰/۰۰۰۱
۲۵-۳۴	۶۹/۱۹(۲۵/۳۷)		۶۷/۸۶(۲۲/۲۴)		۷۰/۵۱(۳۱/۱۳)		۶۲/۶۳(۲۶/۷۲)		۶۴/۱۹(۲۹/۶۶)		۷۰/۹۰(۱۳/۴۵)	
۳۵-۴۴	۶۴/۶۷(۲۱/۱۲)		۶۷/۳۰(۲۲/۶۵)		۷۳/۹۵(۱۹/۳۵)		۶۱/۳۵(۲۳/۲۷)		۶۳/۹۲(۳۲/۱۰)		۷۰/۸۸(۱۳/۱۷)	
۴۵-۵۴	۷۲/۵۸(۱۷/۵۷)		۶۴/۸۳(۲۶/۸۸)		۷۴/۸۵(۲۹/۴۳)		۶۰/۷۹(۲۴/۵۴)		۶۲/۷۹(۳۶/۶۳)		۷۴/۴۶(۱۲/۰۹)	
۵۵ و بالاتر	۹۴(۸/۴۸)		۸۱/۵(۱۴/۸۵)		۷۵(۱۹/۸۰)		۱۲/۵۰(۵۳/۰۳)		۶۵/۵۰(۷/۷۸)		۷۵/۷۶(۰)	
وضعیت تأهل												
مجرد	۶۶/۵۶(۱۹/۲۶)	۰/۱۲۰	۶۷/۵۷(۱۷/۴۰)	۰/۸۹۵	۷۴/۱۲(۱۶/۰۲)	۰/۰۵۷	۶۴/۱۴(۱۶/۲۶)	۰/۴۴۲	۶۱/۸۵(۱۶/۸۴)	۰/۰۰۰۱	۶۵/۹۸(۱۲/۷۱)	۰/۰۰۰۱
متأهل	۶۸/۶۴(۱۹/۳۸)		۶۷/۷۴(۱۸/۲۲)		۷۶/۳۱(۱۷)		۶۵/۰۲(۱۶/۷۱)		۷۰/۰۴(۱۶/۷۸)		۶۹/۶۵(۱۳/۸۶)	
مقطع تحصیلی (منظور از پیوسته و ناپیوسته به ترتیب دانشجویان و معلمان هستند)												
پیوسته	۶۶/۶۱(۱۹/۲۸)	۰/۰۵۵	۶۶/۹۲(۱۷/۳۱)	۰/۰۵۲	۷۳/۹۶(۱۶/۱۷)	۰/۰۰۴	۶۴/۲۰(۱۶/۴۲)	۰/۴۳۱	۶۱/۹۶(۱۶/۸۹)	۰/۰۰۰۱	۶۵/۷۵(۱۲/۸۴)	۰/۰۰۰۱
ناپیوسته	۶۹/۴۴(۱۸/۹۸)		۶۹/۵۸(۱۸/۵۶)		۷۷/۶۰(۱۶/۷۸)		۶۵/۲۱(۱۶/۴۹)		۷۳/۷۴(۱۵/۲۴)		۷۲/۰۱(۱۳/۲۴)	
تعداد فرزندان												
صفر	۶۵/۶۳(۲۲/۳۹)	۰/۰۷۹	۶۱/۰۵(۲۶/۷۱)	۰/۴۳۹	۶۹/۸۸(۲۴/۴۷)	۰/۱۴۰	۶۳/ ۳(۱۹/۲۸)	۰/۱۴۲	۵۷/۳۷(۲۸/۶۲)	۰/۰۰۰۱	۶۵/ ۸۲	۰/۰۰۱
۱	۶۶/۸۹(۲۱/۹۳)		۶۷/۷۴(۱۹/۲۸)		۷۶/۴۰(۱۷/۶۸)		۶۰/۹۱(۲۶/۲۸)		۶۴/۳۶(۳۲/۳۶)		۷۰/۶۰(۱۴/۴۹)	
۲	۶۹/۲۹(۲۱/۸۱)		۶۸/۳۹(۲۲/۷۶)		۷۳/۲۵(۲۸/۹۵)		۶۲/۴۳(۲۴/۳۵)		۶۱/۵۸(۳۶/۶۳)		۷۳/۹۳	
۳	۷۰/۹۴(۱۹/۰۴)		۶۳/۲۸(۲۵/۴۴)		۷۸/۷۸(۱۴/۰۶)		۵۶/۲۸(۲۹/۷۳)		۶۷/۹۴(۲۱/۴۶)		۷۰/۳۷	
۴	۷۴/۸۶		۴۷(۳۷/۳۶)		۷۲/۸۶(۲۶/۴۰)		۴۹/۱۴(۲۲/۶۷)		۴۸/۵۷(۵۱/۷۵)		۷۳/۴۸	
ساکن پایتخت												
بلی	۶۸/۰۶(۱۹/۳۲)	۰/۱۳۵	۶۸/۰۸(۱۷/۶۷)	۰/۳۱۶	۷۵/۶۵(۱۶/۴۵)	۰/۰۲۴	۶۴/۳۸(۱۶/۷۱)	۰/۷۷۸	۶۴/۶۱(۱۷/۹۲)	۰/۷۰۴	۶۷/۵۲(۱۳/۴۱)	۰/۳۶۰
خیر	۶۵/۷۷(۱۹/۳۵)		۶۶/۶۷(۱۷/۶۹)		۷۲/۷۰(۱۶/۴۱)		۶۴/۷۵(۱۵/۵۱)		۶۵/۱۵(۱۵/۲۴)		۶۶/۴۸(۱۲/۸۴)	
خیر	۶۴/۲۷(۲۳/۷۸)		۶۶/۷۷(۲۲/۵۳)		۷۳/۶۳(۲۷/۵۲)		۶۰/۶۷(۲۴/۲۴)		۵۸/۱۹(۳۲/۹۲)		۶۹/۶۶(۱۲/۸۰)	
تعداد افراد خانواده												
۲≥	۶۳/۹۱(۲۵/۴۵)	۰/۶۰۶	۶۳/۸۸(۲۳/۰۳)	۰/۲۹۲	۷۰/۰۳(۲۶/۵۹)	۰/۹۰۱	۶۲/۳۵(۱۸/۱۴)	۰/۱۴۶	۶۰/۵۵(۲۷/۴۲)	۰/۵۰۴	۶۷/۲۳(۱۳/۵۲)	۰/۵۰۴
۳-۵	۶۶/۰۳(۲۲/۴۶)		۶۴/۵۰(۲۵/۲۳)		۷۱/۱۴(۲۵/۲۹)		۶۱/۱۸(۲۳/۲۵)		۵۶/۲۹(۳۱/۳۶)		۶۸/۱۵(۱۲/۷۶)	
۶≤	۶۷/۲۴(۲۰/۶۸)		۶۱/۴۵(۲۶/۴۷)		۷۱/۴۱(۲۳/۸۸)		۶۵/۱۵(۱۷/۹۲)		۵۳/۲۶(۳۲/۷۹)		۶۷/۵۰(۱۱/۹۱)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.5.3]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد از هر دو نفر شرکت‌کننده در پژوهش، یک نفر از نظر سواد سلامت در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. این یافته به یافته‌های پژوهش‌های پیشین بسیار نزدیک است. در پژوهش طاووسی و همکاران [۱۱] که در سال ۱۳۹۴ و با ابزار استفاده شده در پژوهش حاضر یعنی پرسشنامه (HELIA) انجام گرفت نیز از هر دو نفر ایرانی یک نفر سواد سلامت محدود داشت. عظیمی و همکاران [۱۳] با به کارگیری پرسشنامه NVS در میان گروهی از دانشجویان علوم پزشکی و غیرپزشکی، سطح سواد سلامت ناکافی را در آنان به ترتیب ۳۱/۲ و ۴۴/۸ درصد ذکر کردند. پژوهش خسروی و احمدزاده [۱۴] نیز که با استفاده از پرسشنامه S-TOFHLA انجام شد نشان داد که در ۷۷/۲ درصد از افراد مورد مطالعه سطح سواد سلامت در حد کافی نبوده است. در پژوهش جوادزاده و همکاران [۱۵] نیز که با استفاده از دو پرسشنامه S-TOFHLA و NVS و در سال ۱۳۹۳صورت گرفت عدم سواد سلامت کافی در گروه مورد مطالعه به ترتیب ۵۳/۵ و ۶۱/۵ درصد گزارش شد. در پژوهشی که در جامعه دانشجویان یونانی انجام شد نیمی از دانشجویان از سطح سواد سلامت متوسط و رو به بالا برخوردار بودند [۱۶]. در پژوهش Yilmazel و Cetinkaya که در میان معلمان ترکیه و با استفاده از پرسشنامه NVS صورت گرفته ۴۴ درصد از معلمان سواد سلامت خیلی محدود، ۲۹/۸ درصد سواد سلامت محدود و ۲۶/۲ درصد سواد سلامت کافی داشتند[۱۷]. پایین بودن سطح سواد سلامت دانشجویان دانشگاه فرهنگیان هنگامی تکان‌دهنده می‌شود که دریابیم سواد سلامت پایین با ضعف در سلامت جسمانی و روانی ارتباط تنگاتنگ دارد [۳]. از آن گذشته در پژوهش Berkman و همکاران نشان داده شده است که پایین بودن سواد سلامت با استفاده بیشتر از خدمات اورژانسی توانایی کمتر در تفسیر برچسب‌ها و پیام‌های سلامت، دریافت کمتر واکسن آنفولانزا و غربالگری، خودمراقبتی ضعیف، و افزایش دفعات بستری شدن در بیمارستان همراه است[۱۸].

این رخدادهای مرتبط با پایین بودن سواد سلامت سبب می‌شوند فعالیت‌های آموزشی معلمان در مدرسه به شدت تحت تأثیر قرار گیرد و بر فرایند یادگیری دانش‌آموزان نیز اثر می‌گذارد. نتایج این پژوهش نشان داد امتیاز زنان مورد مطالعه در سواد سلامت کل (۶۸/۳۶) نسبت به مردان (۶۴/۷۲) بالاتر و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. تفاوت میان زنان و مردان در تمامی ابعاد پنجگانه سواد سلامت وجود داشت که این تفاوت در سه بعد خواندن، دسترسی و درک معنادار بود. افزون بر آن، آشکار شد درصد زنانی که از نظر سواد سلامت در سطح مطلوب قرار داشتند (۵۸/۴ درصد) در مقایسه با مردان (۴۷/۳ درصد) فراوانی بیشتری داشت. در پژوهش Vozikis و همکاران [۱۶]، Maat و همکاران [۱۹]، Von Wagener و همکاران[۲۰]، و پژوهش طاووسی و همکاران[۱۱] نیز سواد سلامت زنان در وضعیت بهتری قرار داشت اما در پژوهش Ozdemir و همکاران [۲۱]، جوادزاده و همکاران[۱۵] و همچنین پژوهش خسروی و احمدزاده [۱۴] مردان در وضعیت بهتری بودند. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های جمعیت مورد مطالعه باشد. بررسی رابطه بین سن و سواد سلامت روشن ساخت که با بالا رفتن سن، سطح سواد سلامت در گروه مورد مطالعه افزایش می‌یابد. یافته حاضر با برخی از پژوهش‌های پیشین همخوان نیست [۲۶-۲۳] این تضاد می‌تواند ناشی از این باشد که گروه مورد مطالعه در محیطی کار می‌کند که با دانش تازه در ارتباط است و این افراد در طی سال‌های اشتغال از بازآموزی‌های مختلف برخوردار می‌شوند. وجود افراد سنین بالای این مطالعه در یک محیط دانشگاهی و صرف وقت برای یادگیری می‌تواند توجیهی بر بالا بودن سطح سواد سلامت آن‌ها باشد. شایان ذکر است در پژوهش Nakayama و همکاران که در سال ۲۰۱۵ در ژاپن صورت گرفت[۲۷] و پژوهش Tiller و همکاران که در آلمان انجام شد[۲۸] نیز سواد سلامت با بالا رفتن سن افزایش نشان داد. در بررسی رابطه میان وضعیت تأهل و سواد سلامت مشخص شد افراد متأهل نمره بالاتری کسب کردند و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. برخی از پژوهش‌های پیشین این یافته را تأیید می‌کند[۲۹،۳۰]. اما این یافته با پژوهش ملاخلیلی و همکاران[۳۱] همخوان نیست. نکته‌ای که در این جا باید به آن توجه شود این است که شرکت‌کنندگانِ پژوهش‌های پیشین که در این بخش از آن‌ها یاد شد اصولا عموم مردم بوده‌اند.

اما در پژوهش حاضر جامعه پژوهش متشکل از معلمانی است که رسالت تربیت دانش‌آموزان را بر عهده دارند یا به زودی بر عهده خواهند گرفت؛ یعنی افرادی که غفلت از سطح سواد سلامت آنان منجر به هدر رفتن سرمایه‌های گوناگون می‌شود. چنین غفلتی، نه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.5.3]

تنها سلامت دانش آموزان و معلمان را با تهدید روبرو خواهد کرد، بلکه بر عملکرد تربیتی آن‌ها تأثیر خواهد گذاشت زیرا سلامت یادگیرنده با عملکرد و پیشرفت تحصیلی او ارتباطی تنگاتنگ دارد [۳۲]. پایین بودن سطح سواد سلامت معلمان سبب غیبت‌های مکرر آنان از محیط کار و صرف هزینه‌های درمانی خواهد شد. پس شایسته است سیاست‌گذاران و برنامه‌سازان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین وزارت آموزش و پرورش در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های مختلف خود سواد سلامت معلمان را مورد توجه قرار دهند و با طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخلات آموزشی مختلف معضل محدود بودن سواد سلامت دانشجویان دانشگاه فرهنگیان را از میان بردارند.

سهم نویسندگان

فاطمه زهرا احمدی: مجری طرح، طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها
محمود مهرمحمدی: استاد راهنما و نظارت بر کلیه مراحل اجرای طرح
ابراهیم طلایی: مجری طرح
هاشم فردانش: مشاوره در تحلیل آماری
مهدیه پاک‌نهاد: جمع‌آوری داده و نمونه‌گیری
سوسن تقی‌زاده: همکاری در اجرای طرح
هاجر حامدی: مشارکت در نگارش مقاله
سپیده نوروزی: همکاری در اجرای طرح
علی منتظری: مشاوره و نظارت بر کلیه مراحل اجرای طرح و راهنمایی در تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه فرهنگیان تحت عنوان «سنجش سواد سلامت دانشجومعلمان پردیس‌های دانشگاه فرهنگیان در شهر تهران در سال تحصیلی ۹۴-۹۳» به شماره ۵۰۰۰۰/۷۱۹۲/۱۲۰ بود. بدین وسیله از همکاری‌ها و حمایت‌های معاونت پژوهشی دانشگاه فرهنگیان به ویژه جناب آقای دکتر ساکی و آقای جمشید احمدی سپاسگزاری می شود.

منابع

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health 2012; 12: 1-13
2. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO. 2008. Available at: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/ Accessed May 2013.
3. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Advancing health literacy: A framework for understanding and action. 1st Edition: John Wiley & Sons: San Fransisco, 2006
4. Franze M, Fendrich K, Schmidt CO, Fahland RA, Thyrian JR, Plachta-Danielzik S, et al. Implementation and evaluation of the population-based programme health literacy in school-aged children (GeKoKidS). Journal of Public Health 2011;19:339-347
5. Frisch A-L, Camerini L, Diviani N, Schulz PJ. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? Health Promotion International 2011;27:117-126
6. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. International Journal of Public Health 2009; 54:313-324
7.Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. Nursing & health sciences 2008; 10:248-255
8. Mousapour, Nematollah & Ahmadi, Ameneh. The Macro-design of Teacher Education curriculum. 1st Edition, Farhangian University Publication: Tehran, 2014
9. Tehrani Banihashemi SA, Amir Khani A, Haghdoust A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H, et al. Health literacy in five province and relative effective factors. Strides in Development of Medical Education 2007; 4: 1-9 [In Persian]
10. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili, Baneshi M. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. The Journal of Toloo-e-Behdasht 2013; 11:123-134 [In Persian]
11. Tavousi M, Mehrizi A, Rafiefar Sh, Solimanian A Sarbandi F, Ardestani M, Hashemi A, Montazeri A. Health literacy in Iran: findings from a national study Payesh 2015;15: 95-102 [In persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.5.3]

12. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin A, Jahangiri K, Ebadi M, Naderi- Moghadam Sh,, Solimanian A, Sarbandi F, Motamedi A, Naghibi-Sistani MM. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. Payesh 2014; 13:589-600 [In Persian]
13. Azimi S, Ramezankhani A, Rakhshani F, Ghafari M, Ghanbari S. Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic year 92-93 . Pajoohandeh Journal 2015; 20:78-85
14. Khosravi A, Ahmadzadeh K. Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. Iran South Med Journal 2016; 18:1245-1253
15. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran. Journal Health System Research 2013; 9: 540-549
16. Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviors and health risks. Archives of Public Health 2014; 72:1-6
17. Yilmazel G, Cetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Çorum, Turkey. Eastern Mediterranean Health Journal 2015; 21:598-605
18. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? Journal of Health Communication 2010; 15:9-19
19. Maat HP, Essink-Bot ML, Leenaars KE, Fransen MP. A short assessment of health literacy (SAHL) in the Netherlands. BMC Public Health 2014; 14:1-8
20. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of British adults. Journal of Epidemiology and Community Health 2007; 61:1086-1090
21. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Education Research 2010; 25: 464-477
22. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health 2015; 25: 1053-1058
23. Tsai HM, Cheng CY, Chang SC, Yang YM, Wang HH. Health Literacy and Health-Promoting Behaviors among Multiethnic Groups of Women in Taiwan. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2014; 43:117-129
24. van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. BMC Public Health 2013; 13:1-11
25. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2006. Available at https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf Accessed May 2013
26. 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: 1-12 [In Persian]
27. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, Matsumoto M. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health 2015; 15:1-12
28. Tiller D, Herzog B, Kluttig A, Haerting J. Health literacy in an urban elderly East-German population–results from the population-based CARLA study. BMC Public Health 2015; 15:1-9
29. Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Literacy and health outcomes: a cross-sectional study in 1002 adults with diabetes. BMC Family Practice 2006; 7:1-8
30. Bann CM, McCormack LA, Berkman ND, Squiers LB. The health literacy skills instrument: a 10-item short form. Journal of Health Communication 2012; 17: 191-202
31. Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad Gh, Zare Farashbandi Z, HasanZadeh H. A Survey on Health Literacy of Inpatients Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. Health Information Management 2014; 11:464-473 [In Persian]
32. St Leger L, Kolbe L, Lee A, McCall D and Young I .School health promotion: achievements, challenges and priorities. In: McQueen D and Jones C, eds. Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. New York: Springer Science Business Media; 2007:127-124

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.5.3]

ABSTRACT

Health Literacy among students of Farhangian University

Fatemeh Zahra Ahmadi [1*] , Mahmoud Mehr-Mohammadi [1], Ebrahim Talaee [1], Hashem Fardanesh [1], Mahdieh Paknahad [1] , Susan Taghizadeh [2], Hajar Hamedi [3], Sepideh Nourozi [4], Ali Montazeri[5]

1. Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Ministry of Education, Tehran, Iran
3. Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Ministry of Education, Semnan, Iran
5. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2018; 17(3): 257-266
Accepted for publication: 16 April 2018
[EPub a head of print-18 April 2018]

Objective (s): Teachers play a critical role as health promoters. However, little is known on health literacy among students of Farhangian university which is responsible for training the future teachers. The aim of this study was to assess health literacy and related factors in students of this university.
Methods: The Health Literacy for Adults (HELIA) was administered face-to-face in a sample 932 students during May 2015. The questionnaire contained 33 items tapping into five dimensions: health information, reading, understanding, appraisal, and behavioral intention. Each item was rated on a 5-point scale giving a total score ranging from 0 (the worse) to 100 (the Best). Data were analyzed using descriptive statistical tests.
Results: The mean age of participants was 26/03 (SD=9/6) years and almost 70% were female. Overall, the health literacy (HL) score of the students was 67.28 (SD= 13.21). Among all students 10/5 % showed inadequate HL, 34/4 % problematic HL, 45/1% sufficient HL, and 10% excellent HL. HL was significantly associated with age, gender and marital status.
Conclusion: As the prevalence of high limited health literacy among future teachers is a barrier against enhancing the health literacy of students at schools, there is a need to design, implement and evaluate different educational interventions to address limited health literacy among this population.

Key Words: Health literacy, Students of Farhangian University, HELIA Questionnaire

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.5.3]

[*] Corresponding author: Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
E-mail: Midwife79@gmail.com