

The relationship between low health literacy and knowledge and attitude towards the harms of smoking in dormitory students

Rahman Panahi

Ph.D Candidate in Health Education & Promotion, School of Medical Sciences, Tarbiat modares University, Tehran, Iran.

Ali Ramezankhani

Professor, Department of Health Services, Shahid Beheshti University of Medical Sciences Tehran, Iran.

Mahmoud Tavousi

Associate Professor, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran.

Fereshte Osmani

Ph.D. Candidate, Department of Biostatistic, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Shamsaddin Niknami

*. Associate Professor, Iran, Tehran, Tarbiat Modares University, Faculty of Health Sciences, Health Education Department. (Corresponding Author) Email: niknami6@yahoo.com

Received: 11 September 2016

Accepted: 31 October 2016

DOI: 10.18869/acadpub.jhl.2.3.131

ABSTRACT

Background and objective: Identifying factors affecting the level of knowledge and attitude towards the harms of smoking and determining the exact effect of each of these factors, including health literacy could help to improve knowledge and attitudes toward the harms of smoking. Therefore, this study aimed to identify the effect of health literacy levels on knowledge and attitudes towards the harms of smoking

Methods: This cross-sectional and correlational study was conducted on 347 dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran. single-stage random cluster sampling was used and data were collected using HELIA for urban population aged between 18-65 years old and researcher-made questionnaire that measured knowledge and attitudes towards smoking and its harms and then were analyzed using descriptive statistics and logistic regression test.

Results: The mean and standard deviation of health literacy score was 70.52 ± 14.12 out of 100. The mean and standard deviation of knowledge and attitude scores were 16.65 ± 1.62 and 53.03 ± 10.33 , respectively. Health literacy was significantly associated with knowledge and attitudes towards the harms of smoking. Accordingly, inadequate, relatively adequate, adequate and excellent levels of health literacy were significantly associated to knowledge and attitude towards the harms of smoking.

Conclusion: Due to the effect of health literacy on knowledge and attitude of students about the harmful effects of smoking, the design of related educational programs should pay particular attention to the level of health literacy of the audience

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health literacy, Knowledge, Attitude, Smoking, University student

► **Citation:** Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Niknami Sh. The relationship between low health literacy and knowledge and attitude towards the harms of smoking in dormitory students. *Journal of Health Literacy*. Autumn 2017; 2(3): 131-140.

ارتباط سواد سلامت پایین با آگاهی و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار در دانشجویان خوابگاهی

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی عوامل موثر بر میزان آگاهی و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار و تعیین تاثیر دقیق هر کدام از این عوامل، از جمله سواد سلامت می‌تواند در ارتقای آگاهی و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار کمک کننده باشد. لذا این پژوهش با هدف شناسایی تاثیر سطوح سواد سلامت بر آگاهی و نگرش در زمینه مضرات مصرف سیگار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی در میان ۳۴۷ نفر از دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای یک مرحله‌ای انجام شد و داده‌ها با استفاده از ابزار سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (HELIA) و پرسشنامه محقق ساخته‌ای که آگاهی و نگرش در خصوص مضرات مصرف سیگار را می‌سنجید گردآوری شدند و سپس با استفاده از آمارهای توصیفی و آزمون رگرسیون لجستیک مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت $14/12 \pm 70/52$ از ۱۰۰ بود. میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و نگرش به ترتیب $1/62 \pm 16/65$ و $10/33 \pm 53/03$ بود. سواد سلامت با آگاهی و نگرش در خصوص مضرات مصرف سیگار ارتباط معنی دار داشت. همچنین سطوح سواد سلامت ناکافی، نه چندان کافی، کافی و عالی با آگاهی و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار ارتباط معنی دار داشتند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به تاثیر سواد سلامت بر آگاهی و نگرش دانشجویان نسبت به مضرات مصرف سیگار، باید در طراحی برنامه‌های آموزشی مرتبط، به میزان سواد سلامت مخاطبین توجه ویژه‌ای مبذول داشت.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، آگاهی، نگرش، مصرف سیگار، دانشجو.

رحمن پناهی

دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.

علی رمضانخانی

استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.

محمود طاووسی

دانشیار، گروه آموزش و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی تهران، تهران، ایران.

فرشته عثمانی

دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران

شمس‌الدین نیکنامی*

*. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
E-mail: niknami6@yahoo.com

◀ **استناد:** پناهی ر، رمضانخانی ع، طاووسی م، عثمانی ف، نیکنامی ش. ارتباط سواد سلامت پایین با آگاهی و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار در دانشجویان خوابگاهی. *فصلنامه سواد سلامت*. پاییز ۱۳۹۶؛ ۲(۳): ۱۳۱-۱۴۰.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی که تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آنها گردد، معرفی کرده است (۲،۱). هم اکنون سواد سلامت به عنوان یک مسئله و بحث جهانی معرفی شده است (۳). سواد سلامت حاصل تشریح مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانی‌ها و ابعاد سواد در زمینه سلامتی می‌پردازد (۴). امروزه سواد سلامت به عنوان شاخص حیاتی و مهم در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است. لازمه اثربخشی نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی، برخورداری افراد از سواد سلامت در سطح مطلوب است (۵). هدف اصلی پیشبرد سواد سلامت، تسهیل استراتژی‌های ارتباطی موثر بهداشتی و فناوری اطلاعات سلامت به منظور بهبود پیامدهای سلامتی، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و دستیابی به عدالت در سلامت است. در طول سه دهه‌ای که از پیدایش مفهوم سواد سلامت می‌گذرد، پژوهش‌های زیادی برای پاسخ گویی به این سوال که چگونه سواد سلامت روی سلامت افراد تاثیر می‌گذارد، انجام شده است (۶). در کشور ایران نیز مطالعاتی به بررسی سطح سواد سلامت شهروندان ایرانی، دانشجویان، سالمندان و زنان باردار پرداخته اند. نتیجه همه این پژوهش‌ها نشان داده است که سطح سواد سلامت در ایران در سطح ناکافی قرار دارد (۴ و ۱۰-۷). در رابطه با ارتباط بین سواد سلامت و مصرف دخانیات، یکی از جدیدترین مطالعات انجام شده حاکی از آن بود که افرادی که دخانیات مصرف می‌کنند، سواد سلامت پایین تری دارند (۱۱). استعمال سیگار یکی از تهدید کننده‌های جدی سلامتی است که سالانه میلیون‌ها نفر را در سطح جهان به کام مرگ می‌کشاند (۱۲). کشیدن سیگار افزون بر زیان‌های جسمی، سلامت روانی را نیز به مخاطره می‌اندازد و زمینه‌ساز اعتیاد به مواد افیونی نیز می‌باشد (۱۳). سهم کشورهای در حال توسعه از استعمال دخانیات معادل ۷۰٪ کل مصرف دخانیات جهان است و در حدود دو سوم مرگ‌های ناشی از مصرف دخانیات

در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد (۱۴). شیوع مصرف سیگار در جوانان به ویژه در افراد گروه سنی ۱۸-۲۴ سال که در آن دانشجویان بخش عمده‌ای از آنان را تشکیل می‌دهند افزایش یافته است و اگر الگوهای سیگار کشیدن کنونی به همین منوال ادامه یابند، مصرف سیگار در سال ۲۰۲۰ عامل حدود ۱۰ میلیون مرگ و میر سالیانه خواهد بود. همچنین مصرف سیگار مسبب اکثریت موارد سرطان‌ها از جمله سرطان ریه، گردن رحم و سرطان کلیه و دیگر خطرات بهداشتی شامل حملات قلبی، سکنه‌ها و سایر بیماری‌های قلبی عروقی است (۱۵). آگاهی و نگرش دانشجویان نسبت به سیگار و مضرات آن، در مطالعات مختلف، متفاوت بیان شده است. مطالعه انجام شده در هندوستان نشان داد که تمامی دانشجویان از مضرات سیگار آگاه بوده اند ولی وضع نگرش مطلوبی نداشته اند (۱۶). مطالعه شکوهی و همکاران نشان داد که دانشجویان ایرانی در قسمت آگاهی بیش از ۶۳٪ نمره و در قسمت نگرش بیش از ۹۷٪ نمره ممکن را کسب کرده و در مقایسه با دانشجویان آمریکایی و چینی‌ها نگرش بالاتری داشتند اما آگاهی آن‌ها از دانشجویان آمریکایی کمتر و از دانشجویان چینی بیشتر بوده است (۱۷).

سواد سلامت پایین یک تعبیر و تفسیر مفهومی مشخص از آگاهی ضعیف راجع به خطرات بهداشتی مرتبط با سیگار است (۱۸). نتایج مطالعه عرب زاده و همکاران نشان داد که ارتباط آماری معنی دار و مستقیمی بین سواد سلامت و آگاهی و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار در بین نوجوانان وجود دارد (۱۹). با توجه به این که سواد سلامت محدود اثر منفی بر دانش بهداشتی، رفتارهای پیشگیرانه و توانایی دنبال کردن برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی دارد (۲۰)، حال این سوال مطرح می‌شود که آیا سواد سلامت کافی، آگاهی و نگرش در خصوص سیگار و مضرات مصرف آن را در دانشجویان نیز افزایش می‌دهد یا نه؟ لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سطوح مختلف سواد سلامت با آگاهی و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی بود که در سال ۱۳۹۵ و در میان دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد. در این پژوهش ۳۴۷ نفر از دانشجویان به صورت نمونه گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای انتخاب شدند بدین صورت که ابتدا فهرستی از تمامی خوابگاه‌هایی که دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی در آن‌ها سکونت داشتند تهیه شد. سپس از بین این خوابگاه‌ها ۴ خوابگاه (۲ خوابگاه دخترانه و ۲ خوابگاه پسرانه) به صورت تصادفی برگزیده شدند و تمامی دانشجویان ساکن در آن‌ها، که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، وارد مطالعه شدند.

براساس ملاحظات آماری، یکی از اهداف این مطالعه تعیین سطح سواد سلامت دانشجویان بود. پس با مراجعه به مطالعات قبلی انجام شده، مقدار انحراف معیار سواد سلامت در جامعه ۲۵ و حداقل نمره اختلافی ۳ به دست آمد (۲۱). بنابراین بر مبنای فرمول حجم نمونه کوکران، برای نمونه گیری تصادفی ساده حداقل بایستی ۲۶۷ نفر در پژوهش حاضر شرکت می‌کردند. با این وجود از آنجا که شیوه نمونه گیری در این مطالعه نمونه گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای بود با نظر محققین و با در نظر گرفتن ۲۵ درصد اثر طرح و ۵ درصد خطا، در نهایت ۳۴۷ نفر به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه حاضر شامل تمایل افراد برای ورود به مطالعه، دانشجو بودن، تحصیل در مقطع کارشناسی، قرار داشتن در سال‌های دوم یا سوم تحصیل در دانشگاه، داشتن تابعیت ایرانی و سکونت در خوابگاه‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. همچنین عدم رضایت به همکاری و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه قسمت بود که عبارتند از: الف) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و زمینه‌ای که شامل سوابق درباره سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سنوات تحصیلی، وضعیت اشتغال، منابع کسب اطلاعات مربوط به بیماری و

سلامتی، سابقه مشروطی، میزان انجام فعالیت بدنی در هفته، میزان تحصیلات والدین، درآمد ماهیانه خانواده، داشتن دوستان صمیمی سیگاری و تعیین وضعیت فرد از لحاظ مصرف یا عدم مصرف سیگار بود. ب) برای سنجش سطح سواد سلامت از پرسشنامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸ تا ۶۵ ساله ایرانی (Health Literacy for Iranian Adults) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۵ بعد اصلی (بعد خواندن، بعد دسترسی، بعد درک و فهم، بعد ارزیابی و بعد تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت) است که دارای ۳۳ سوال بوده و ابعاد فوق را می‌سنجد و نحوه امتیازدهی آن به این صورت است که نمره‌های خام حیطه‌های ۵ گانه سواد سلامت محاسبه و سپس به نمره استاندارد بین صفر تا صد تبدیل می‌شوند به این ترتیب که نمرات ۰ تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی و نمرات ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می‌شوند. منتظری و همکاران طی پژوهشی به طراحی و روانسنجی این ابزار پرداخته‌اند و این پرسشنامه دارای روایی مطلوب و پایایی قابل قبولی می‌باشد. این پرسشنامه دارای مزایایی همچون پوشش ابعاد گوناگون سواد سلامت به تفکیک، بهره‌گیری از گویه‌هایی با زبان ساده و عمومی بودن می‌باشد (۲۲). در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه HELIA برای حیطه خواندن ۰/۸۱، حیطه دسترسی ۰/۸۴، حیطه درک و فهم ۰/۷۶، حیطه ارزیابی ۰/۷۶، برای حیطه تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت ۰/۷۲ و برای کل پرسشنامه HELIA ۰/۷۲ محاسبه شد. ج) جهت سنجش آگاهی و نگرش دانشجویان نسبت به مضرات مصرف سیگار، از یک پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. جهت بررسی روایی، ابتدا این پرسشنامه توسط گروهی از متخصصین بررسی شد و با استفاده از نظرات آنان، برخی از سوالات حذف و برخی دیگر مورد بازنگری قرار گرفتند. سپس جهت انجام پایایی، این پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از دانشجویان قرار داده شد. نهایتاً این پرسشنامه روا و پایا،

مهمترین منابعی بودند که دانشجویان شرکت کننده به صورت معمول مطالب مربوط به بیماری و سلامت خود را از طریق آن‌ها به دست می‌آوردند. جدول شماره یک سایر اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ای دانشجویان شرکت کننده در مطالعه را نشان می‌دهد.

میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت $12/14 \pm 52/70$ از ۱۰۰ بود. ۹/۲ درصد (۳۱ نفر) از دانشجویان مورد مطالعه سواد سلامت ناکافی، ۲۸ درصد (۹۴ نفر) سواد سلامت نه چندان ناکافی، ۴۳ درصد (۱۴۵ نفر) سواد سلامت کافی و ۱۹/۸ درصد (۶۷ نفر) سواد سلامت عالی داشتند. میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و نگرش در خصوص مضرات مصرف سیگار در کل شرکت کنندگان به ترتیب $1/62 \pm 65/16$ و $33/03 \pm 53/03$ بود. سطح آگاهی ۱/۸ درصد (۶ نفر) از افراد مورد مطالعه ضعیف و ۹۸/۲ درصد (۳۳۳ نفر) متوسط و خوب بود. همچنین نگرش ۸/۶ درصد (۲۹ نفر) از افراد نسبت به مضرات سیگار در سطح ضعیف و ۹۱/۴ درصد (۳۱۰ نفر) در سطح متوسط و خوب بود. جدول شماره دو ارتباط بین سطوح مختلف سواد سلامت و آگاهی دانشجویان مورد مطالعه نسبت به مضرات مصرف سیگار را نشان می‌دهد. نتایج این جدول نشان می‌دهد که نسبت شانس داشتن آگاهی ضعیف نسبت به مضرات مصرف سیگار در دانشجویان با سواد سلامت نه چندان کافی، کافی و عالی به ترتیب $4/65$ ، $5/29$ و $2/41$ برابر دانشجویان با سواد سلامت ناکافی است. همچنین تمامی سطوح سواد سلامت، ارتباط معنی داری با آگاهی از مضرات مصرف سیگار داشتند.

جدول شماره سه ارتباط بین سطوح مختلف سواد سلامت و نگرش دانشجویان مورد مطالعه نسبت به مضرات مصرف سیگار را نشان می‌دهد. نتایج این جدول نشان می‌دهد که نسبت شانس داشتن نگرش ضعیف نسبت به مضرات مصرف سیگار در دانشجویان با سواد سلامت نه چندان کافی، کافی و عالی به ترتیب $3/57$ ، $4/66$ و $2/71$ برابر دانشجویان با سواد سلامت ناکافی است. همچنین تمامی سطوح سواد سلامت، ارتباط معنی داری با نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار داشتند.

شامل ۸ سوال مربوط به سنجش آگاهی (با امتیاز ۲۴-۸) برای مثال «آیا کشیدن سیگار باعث کوتاهی عمر انسان می‌شود؟» و ۱۴ سوال مربوط به سنجش نگرش (با امتیاز ۷۰-۱۴) برای مثال «کشیدن گاه به گاه سیگار هیچ گونه مشکلی ایجاد نمی‌کند»، بود. همچنین ضریب آلفا برای قسمت آگاهی ۰/۷۵ و برای نگرش ۰/۸۵ محاسبه شد. در مورد سوالات آگاهی و نگرش از جمع و طبقه بندی مجموعه نمرات اخذ شده، پاسخ‌های افراد به دو گروه ضعیف (کسب نمره کمتر از ۵۰٪ نمره کل) و متوسط و خوب (کسب نمره ۱۰۰-۵۰٪ نمره کل) گروه بندی گردید و از این گروه بندی در تحلیل‌ها استفاده گردید (۲۳).

تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی بود و از همه دانشجویان خواسته شد که با صداقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند و به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به طور محرمانه استفاده خواهد شد. ضمناً تکمیل پرسشنامه‌ها در محل خوابگاه‌های دانشجویان صورت گرفت. پس از جمع آوری، داده‌ها وارد نرم افزار spss نسخه ۱۶ شده و با به کارگیری آمارهای توصیفی و آزمون رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ضمناً سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی: جهت رعایت ملاحظات اخلاقی ضمن توضیح اهداف پژوهش به سالمندان، به آنها اعلام گردید که جهت حضور در پژوهش و خروج از آن اختیار تام داشته و در صورت تمایل نتایج آزمون در اختیار آنها قرار خواهد گرفت و در نهایت با اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها و اعلام محرمانگی پرسشنامه‌ها، آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها را بدون ذکر نام و با استفاده از کد تکمیل کردند.

یافته‌ها

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، ۷ مورد به دلیل تکمیل ناقص خارج و تحلیل نهایی روی ۳۴۰ نفر انجام شد (میزان پاسخدهی ۹۸ درصد). میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان شرکت کننده $22/93 \pm 4/05$ سال بود. اینترنت و تعامل با دوستان و آشنایان،

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک دانشجویان شرکت کننده در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)	
	جنسیت	زن
	مرد	۱۳۴ (۴۰٪)
سنوآت تحصیلی	دانشجوی سال دوم	۱۴۱ (۴۱٪)
	دانشجوی سال سوم	۱۹۹ (۵۹٪)
وضعیت تأهل	مجرد	۲۹۵ (۶۶٪)
	متاهل	۴۱ (۱۲٪)
	متارکه و فوت همسر	۴ (۱٪)
شغل	دارد	۹۰ (۲۶٪)
	ندارد	۲۵۰ (۷۳٪)
سابقه مشروطی	دارد	۱۲ (۳٪)
	ندارد	۳۲۸ (۷۳٪)
میزان انجام فعالیت بدنی	هر روز	۱۸ (۵٪)
	بیشتر روزها	۴۱ (۱۲٪)
	گاهگاهی	۱۴۰ (۴۱٪)
	به ندرت	۱۱۱ (۳۲٪)
	هیچوقت	۳۰ (۸٪)

بی سواد	۳۳ (۹٪)	میزان تحصیلات پدر
زیر دیپلم	۸۲ (۲۴٪)	
دیپلم	۱۲۶ (۳۷٪)	
فوق دیپلم یا لیسانس	۷۵ (۲۲٪)	
فوق لیسانس یا بالاتر	۲۳ (۶٪)	
بی سواد	۵۷ (۱۶٪)	میزان تحصیلات مادر
زیر دیپلم	۱۲۱ (۳۵٪)	
دیپلم	۹۷ (۲۸٪)	
فوق دیپلم یا لیسانس	۵۸ (۱۷٪)	
فوق لیسانس یا بالاتر	۷ (۲٪)	
کمتر از یک میلیون تومان	۴۴ (۱۲٪)	درآمد ماهیانه خانواده
بین یک تا دو میلیون تومان	۱۷۱ (۵۰٪)	
بین دو تا سه میلیون تومان	۸۳ (۲۴٪)	
بیشتر از سه میلیون تومان	۳۷ (۱۰٪)	
دارد	۱۹۸ (۵۸٪)	داشتن دوستان سیگاری
ندارد	۱۴۲ (۴۱٪)	
سیگاری	۷۸ (۲۳٪)	وضعیت فرد از نظر مصرف سیگار
تجربه کرده	۵۸ (۱۷٪)	
غیرسیگاری	۲۰۳ (۵۹٪)	

جدول ۲. ارتباط بین سطوح مختلف سواد سلامت با آگاهی دانشجویان مورد مطالعه نسبت به مضرات مصرف سیگار

P	OR	کل		ضعیف		خوب و متوسط		آگاهی سواد سلامت
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
-	Ref	۹/۲	۳۱	۶/۵	۲۲	۲/۷	۹	سواد سلامت ناکافی*
۰/۰۰۰۱	۴/۶۵	۲۸	۹۴	۱۲/۳	۴۱	۱۵/۷	۵۳	سواد سلامت نه چندان کافی
۰/۰۰۲	۵/۲۹	۴۳	۱۴۵	۵/۶	۱۹	۳۷/۴	۱۲۶	سواد سلامت کافی
۰/۰۰۰۰۱	۲/۴۱	۱۹/۸	۶۷	۴/۱۰	۱۴	۱۵/۷	۵۳	سواد سلامت عالی

* سطح ناکافی به عنوان مرجع در نظر گرفته شد و شانس داشتن آگاهی ضعیف (OR) در سایر گروهها نسبت به گروه اول با استفاده از رگرسیون لجستیک به دست آمد.

جدول ۳. ارتباط بین سطوح مختلف سواد سلامت با نگرش دانشجویان مورد مطالعه نسبت به مضرات مصرف سیگار

P	OR	کل		ضعیف		خوب و متوسط		نگرش سواد سلامت
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
-	Ref	۹/۲	۳۱	۵/۶۴	۱۹	۳/۵۶	۱۲	سواد سلامت ناکافی*
۰/۰۰۰۱	۳/۵۷	۲۸	۹۴	۹/۸۵	۳۳	۱۸/۱۵	۶۱	سواد سلامت نه چندان کافی
۰/۰۰۰۱	۴/۶۶	۴۳	۱۴۵	۱۱	۳۷	۳۲	۱۰۸	سواد سلامت کافی
۰/۰۰۳	۲/۷۱	۱۹/۸	۶۷	۵/۳	۱۸	۱۴/۵	۴۹	سواد سلامت عالی

* سطح ناکافی به عنوان مرجع در نظر گرفته شد و شانس داشتن نگرش ضعیف (OR) در سایر گروهها نسبت به گروه اول با استفاده از رگرسیون لجستیک به دست آمد.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به منظور تعیین ارتباط بین سطوح مختلف سواد سلامت با آگاهی و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار در میان دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که سطح سواد سلامت در دانشجویان متوسط می‌باشد و سطح سواد سلامت در بیش از یک سوم دانشجویان شرکت کننده در حد ناکافی و نه چندان کافی می‌باشد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه عظیمی و همکاران (۹) که در آن سواد سلامت بیش از دو سوم دانشجویان تحت مطالعه (۷۹ درصد)، در حد مرزی و ناکافی بود مغایرت دارد. از دلایل احتمالی این مغایرت می‌توان به بیشتر بودن تعداد زنان نسبت به مردان، تحصیل در رشته‌های مختلف علوم پزشکی و همچنین آسانتر بودن پاسخ گویی به سوالات پرسشنامه HELIA در مقایسه با پرسشنامه The Newest Vital Sign، در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه عظیمی و همکاران (۹) اشاره نمود. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه ژانگ و همکاران (۲۴) که سواد سلامت در دانشجویان را پایین و همچنین مطالعه محمودی و طاهری (۲۵) که سواد سلامت اغلب دانشجویان را مرزی و ناکافی گزارش کرده بودند، نیز همخوانی ندارد که دلیل آن برمی گردد به این که نمونه‌های تحقیقات فوق را دانشجویان رشته‌های مختلف غیر علوم پزشکی و نمونه‌های مطالعه حاضر را دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی تشکیل می‌دادند. همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Vozikis و همکاران (۲۶) که در آن سطح سواد سلامت دانشجویان متوسط به بالا گزارش شده همخوانی ندارد. از دلایل احتمالی این مغایرت می‌توان به تفاوت ابزار اندازه گیری، بیشتر بودن تعداد دانشجویان شرکت کننده و قرار داشتن دانشجویان در سنوات تحصیلی بالاتر در این مطالعه نسبت به مطالعه حاضر اشاره کرد.

در مطالعه حاضر آگاهی دانشجویان از مضرات مصرف سیگار در حد متوسط بود. این نتایج با نتایج مطالعه محمدزاده و همکاران (۲۷)، Xu XH و همکاران (۲۸) و مطالعه شکوهی

و همکاران (۱۷) همخوانی دارد اما با نتایج مطالعه حسامی و همکاران (۲۹) و نمکین و همکاران (۳۰)، که در آن‌ها سطح آگاهی ورزشکاران و دانش آموزان نامطلوب گزارش شده است، همخوانی ندارد. از دلایل احتمالی این ناهمخوانی می‌توان به این نکته اشاره کرد که جمعیت مورد بررسی در این پژوهش، دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی هستند و احتمال بالایی وجود دارد که آگاهی آنان از مضرات و پیامدهای مصرف سیگار و بیماری‌های ناشی از مصرف آن در مقایسه با سایر گروه‌های جمعیتی مانند ورزشکاران و دانش آموزان، بالاتر بوده باشد. همچنین در مطالعات Al-Haqvi و همکاران (۳۱) و Han my و همکاران (۳۲) آگاهی دانشجویان در حد خوب گزارش شده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد که دلیل احتمالی آن به تفاوت ابزار اندازه گیری این دو مطالعه با مطالعه حاضر مربوط می‌شود.

همچنین نگرش دانشجویان نسبت به مضرات مصرف سیگار در حد متوسط بود. این نتایج با نتایج مطالعه شکوهی و همکاران (۱۷) و حسامی و همکاران (۲۹) مطابقت دارد اما با نتایج مطالعه محمدزاده و همکاران (۲۷) و Han my و همکاران (۳۲) که در آن سطح نگرش دانشجویان خوب گزارش شده است، همخوانی ندارد. از دلایل احتمالی این ناهمخوانی می‌توان به شیوع پایین تر مصرف سیگار و تجربه مصرف سیگار، متفاوت بودن تعداد نمونه و متفاوت بودن ابزار اندازه گیری نگرش در مطالعات فوق نسبت به مطالعه حاضر، اشاره کرد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین سواد سلامت و آگاهی نسبت به مضرات مصرف سیگار ارتباط معنی داری وجود دارد به طوری که دانشجویانی که سواد سلامت بالاتری داشتند، از آگاهی بالاتری نیز برخوردار بودند. بیشتر مطالعات نیز این نتیجه را تایید کرده و با آن همخوانی دارند (۳۳-۴۰). همچنین نتایج نشان داد که سطوح سواد سلامت ناکافی، نه چندان کافی، کافی و عالی با آگاهی نسبت به مضرات مصرف سیگار ارتباط معنی داری دارند به عبارتی هر چه سواد سلامت پایین تر بود شانس داشتن آگاهی ضعیف نیز

بیشتر می‌شد. این نتایج با نتایج مطالعه آرنولد و همکاران (۴۱)، Stewart و همکاران (۱۸) و عرب زاده و همکاران (۱۹) که در آن‌ها بین سواد سلامت پایین و سطح آگاهی و دانش کمتر نسبت به خطرات مصرف سیگار ارتباط معنی داری وجود داشت، مطابقت دارد. در این خصوص می‌توان گفت که هم سواد سلامت و هم آگاهی متغیرهایی از نوع شناختی هستند و به نظر می‌رسد که سواد سلامت پایین یک تعییر مفهومی مشخص از آگاهی ضعیف راجع به خطرات بهداشتی مرتبط با سیگار است.

در این مطالعه بین سواد سلامت و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار ارتباط معنی داری وجود داشت به طوری که دانشجویانی که سواد سلامت بالاتری داشتند، از نگرش مطلوب تری نیز برخوردار بودند. در این خصوص می‌توان گفت که با توجه به وجود ارتباط معنی دار بین آگاهی و نگرش و همجنس بودن آگاهی با سواد سلامت، معنی دار بودن این رابطه قابل توجیه می‌باشد. این نتایج با نتایج مطالعه آرنولد و همکاران (۴۱) و مطالعه عرب زاده و همکاران (۱۹) مطابقت دارد اما با نتایج مطالعه موریس و همکاران (۴۲) و گوئرا و همکاران (۴۳) مطابقت ندارد. از دلایل احتمالی مغایرت مطالعه موریس و همکاران با مطالعه حاضر می‌توان به تفاوت ابزار مورد استفاده جهت سنجش سواد سلامت و تفاوت سنی واحدهای پژوهش اشاره کرد. در مطالعه فوق‌الذکر از ابزار سنجش سواد سلامت اختصاصی سرطان کولورکتال در بزرگسالان ۷۰-۴۰ ساله استفاده شده که در این دو مورد با مطالعه حاضر متفاوت است. در مطالعه گوئرا و همکاران نیز از ابزار TOFHLA استفاده شده که پاسخدهی به آن نسبت به ابزار مطالعه حاضر سخت تر می‌باشد. همچنین نتایج برخی از مطالعات نشان داده است که سواد سلامت در دو جنس تفاوت آماری معنی دار دارد (۲۴، ۴۴)، اما در مطالعه گوئرا و همکاران (۴۳)، واحدهای پژوهش را زنان تشکیل می‌دادند که این مسئله ممکن است تعمیم پذیری آن را به سایر افراد جامعه محدود نماید.

همچنین نتایج نشان داد که سطوح سواد سلامت ناکافی، نه چندان کافی، کافی و عالی با نگرش نسبت به مضرات مصرف

سیگار ارتباط معنی داری دارند به عبارتی هر چه سواد سلامت پایین تر بود شانس داشتن نگرش ضعیف نیز بیشتر می‌شد. این نتایج با نتایج مطالعه آرنولد و همکاران (۴۱) که در آن بین سواد سلامت پایین تر و نگرش پایین تر نسبت به مضرات مصرف سیگار ارتباط معنی داری وجود داشت، مطابقت دارد.

یکی از نقاط ضعف این مطالعه انجام پرسشگری در محل خوابگاه‌ها بود و دانشجویان بومی و دانشجویان ساکن در مکان‌هایی غیر از خوابگاه‌ها، در مطالعه حضور نداشتند. بنابراین شاید این مطالعه نتواند نمونه گویایی از تمامی دانشجویان باشد. مهمترین محدودیت این مطالعه، کمبود مطالعات مرتبط در این زمینه بود. همچنین مطالعه حاضر در گروه دانشجویان مقطع کارشناسی انجام شده و یافته‌های حاصل از آن قابل تعمیم به همه دانشجویان نمی‌باشد.

نتیجه گیری: در مجموع نتایج این مطالعه بیانگر وجود سطح متوسطی از سواد سلامت، آگاهی و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار و وجود ارتباط معنی دار بین سطوح سواد سلامت پایین تر و آگاهی و نگرش ضعیف تر نسبت به مضرات مصرف سیگار در میان دانشجویان شرکت کننده در این مطالعه بود. یافته‌های این مطالعه، افزایش سطح آگاهی و نگرش دانشجویان نسبت به مضرات مصرف سیگار و ایجاد برنامه‌های آموزشی با توجه به سطح سواد سلامت آنان را، به دلیل در معرض خطر قرار داشتن دانشجویان نسبت به مصرف سیگار و همچنین ساختن یک ابزار مخصوص جهت سنجش سواد دخیانیات را پیشنهاد می‌نمایند.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه دانشجویی در مقطع دکتری دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس در رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت با شماره ۶۵۹۹/ د ۵۲ می‌باشد. بدین وسیله از کلیه کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌داریم. ضمناً کد اخلاق مطالعه حاضر طبق مصوبه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تربیت مدرس، IR.TMU.REC.۱۳۹۴.۱۷۲ است.

References:

1. Tehrani H. Media Health Literacy. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(3):141-6.
2. World Health Organization (1998) Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit. *Health Promotion Glossary*. World Health Organization, Geneva.
3. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot* 2000; 15: 183-4.
4. Tehrani Banihashemi 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 in Development of Medical Education*. 2007; 4(1): 1-9.
5. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2006; 21(8): 878-83.
6. Tandiseh Bana A. E-health status in the information society and its future prospects. *Journal of Health Literacy*. 2017;2(1):5-11.
7. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad GH. The relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan. *Health System Research* 2011; 7(4): 1-12.
8. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant woman in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Medicine* 2012; 19(97): 1-12.
9. 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.
10. Montazeri A, Tavousi M, Haeri AA, Rafiefar SH, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, Hashemi A. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh* 2015; 15: 95-102
11. Sahrari M, Panahi R, Kazemi S, Rostami Z, Rezaei H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. *Journal of Health Literacy*. 2016; 1(4): 230-238.
12. Rahnnavard Z, Mohammadi M, Rajabi F, Zolfaghari M. An educational intervention using health belief model on smoking preventive behaviors among female teenagers. *Hayat*. 2011; 17(3): 15-26.
13. Virelli LJ. Permissible burden or constitutional violation--a first amendment analysis of congress' proposed removal of tax deductibility from tobacco advertisements. *J Const L*. 2000; 2(2): 5-29.
14. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31 (S1): 3-23.
15. WHO. Why tobacco is a public health priority. Tobacco free initiative. Geneva: World Health Organization. 2008.
16. Shah VN, Verma PB, Tripathi CB. Knowledge, attitude and practice regarding tobacco consumption among the college students of Bhavnagar city (Gujarat). *Indian Journal of Community Medicine* 2005; 30: 1-4.
17. Fayaz-Bakhsh A, Shokoohi M, Jarrahi L. Assessment of tobacco use Knowledge, Attitude and Practice of "Tehran university of medical sciences" students. *JIUMS* 2010; 27(103): 823-31.
18. Stewart W.D, Vidrine IJ, Shete S, Claire A.S et al. Health Literacy, Smoking, and Health Indicators in African American Adults. *Journal of Health Communication*. 2015; 20(2): 24-33.
19. Arabzade S, Jalili Z, Tavakoli R. A survey of health literacy level and its relationship with Preventive behaviors of smoking in adolescents 15-18 years of prophylactic Bushehr Provinc [Msc dissertation in health education]. Science and Research Branch, Islamic Azad University, 2016.
20. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2009; 8(5): 601-612.
21. Haerian Ardakani A, Morowatisharifabad MA, Rezapour Y, Pourghayumi Ardakani A. Investigation of the Relationship of Oral Health Literacy and Oral hygiene Self-Efficacy with Self-Reported Oral and Dental Health in Students. *Journal of Yazd Health School Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*. 2014; 13(5): 125-40.
22. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin S A, Jahangiri K, Ebadi M. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric Properties. *Payesh* 2014; 13: 589-9
23. Heydari GR, Ramezankhaki A, Hosseini M, Yusefifard M, Masjedi MR. Knowledge, attitude and practice of male teachers in schools in Tehran guidance on the use of Smoking. *Payesh* 2009; 4: 355-61.
24. 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=&number=6028991&isnumber=6027878>
25. Mahmoudi H, Taheri A. Relation between Information Literacy and Health Literacy of Students in Ferdowsi University of Mashhad. *Human Information Interaction* 2015; 2: 31-41.
26. 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): 15. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4066308&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
27. Mohmmadzade B, Hasanloo H, Zarei F, Khazaeipul M. Survey of knowledge, attitude and practice of students of medical sciences university about smoking. Poster presented at the Seventh National Congress on Health Education and Health Promotion. Tehran, 2016. Available from: http://seminar.ihepsa.ir/files/site1/pages/oral_&_poster__ok.pdf
 28. Xu XH, Chen JW, Sun A, He ZJ. Analysis of tobacco-related knowledge, attitude and related factors among college students in Guangzhou city. *Zhonghua Yu Fang Yi Za Zhi*. 2013; 47(12): 1128-31.
 29. Hessami Z, RamezanKhani A, SharifKashani B, Falahtafti S, Heydari GR. Evaluation of Knowledge, Attitude and Prevalence of Smoking among Sportsmen of National Teams of Iran, 2008. *Hakim Research Journal* 2010; 13(2): 115- 120.
 30. Namakin K, Sharifzade GR, Miri MR. Prevalence of cigarette smoking and evaluation of attitude and knowledge in its high school boys in Birjand, 2005. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2008; 15(1): 66-71.
 31. Haqwi Al, Tamim H, Asery A. Knowledge, attitude and practice of tobacco smoking by medical students in Riyadh, Saudi Arabia. *Ann Thorac Med*. 2010; 5(3): 145-8.
 32. Han MY, Chen WQ, Chen X. Do smoking knowledge, attitudes and behaviors change with years of schooling? A comparison of medical with non-medical students in China. *J Community Health*. 2011; 36(6): 966-74.
 33. Caroline K. Powell, Elizabeth G. Hill, Dawn E. Clancy. Results the relationship between Health Literacy and Diabetes Knowledge and readiness to take Health Actions. *The Diabetes Educator J*. 2007; 33: 144-51.
 34. McCleary-Jones V. Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among African Americans with diabetes mellitus. *ABNF J*. 2011; 22(2): 25-32.
 35. Bains SS, Egede LE. Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2011; 13(3): 335-41.
 36. Kandula NR, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei CP, Glass S, Stephens Q, Baker DW. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient Educ Couns*. 2009; 75(3): 321-7.
 37. Julie A Gazmarariana, Mark V Williamsb, Jennifer Peelc, David W Bakerd. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient education and counseling* 2003; 51(3): 267-75.
 38. Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimi Foroshani A. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *Journal of Hospital*. 2012; 11(3): 47-52.
 39. KarimzadeShirazi K, Mahdavi SH. Specific health literacy skills osteoporosis and Nutritional preventive behaviors of disease in middle-aged women of Bandarabas, Iran 2016. Seventh National Congress on Health education & promotion in Tehran, 2016.
 40. Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *J Health Commun* 2012; 17(3): 241-251.
 41. Arnold CL, Davis TC, Berkel HJ, Jackson RH, Nandy I, London S. Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. *Prev Med*. 2001; 32(4): 313–320.
 42. Morris NS, Field TS, Wagner JL, Cutrona DW et al. The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *J Health Commun*. 2013; 18(1): 223-41.
 43. Guerra CE, Krumholz M, Shea JA. Literacy and knowledge, attitudes and behavior about mammography in Latinas. *J Health Care Poor Underserved*. 2005; 16(1): 152-66.
 44. 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.