بررسی ارتباط بین مهارت های سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در دانشجویان

رحمن پناهی[۱]، علی رمضانخانی[۲]، مهدی رضایی[۳]، فرشته عثمانی[٤]، عرفان جوانمردی[٤]، شمس الدین نیکنامی[۱*]

۱) گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳) گروه اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
٤) گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۹

چکیده

مقدمه: سواد سلامت در تعیین وضعیت افراد از نظر مصرف سیگار نقش دارد. در سال های اخیر مصرف سیگار در بین دانشجویان افزایش یافته است. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین مهارت های سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در میان دانشجویان طراحی گردید.

مواد و روش ها: در یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی، ۳۴۷ نفر از دانشجویان ساکن خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۵ از طریق نمونه گیری خوشه ای یک مرحله ای برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسش نامه سنجش سواد سلامت(HELIA) و پرسش نامه محقق ساخته جهت سنجش اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار، گردآوری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با به کارگیری آمارهای توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته های پژوهش: میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار به ترتیب برابر ۱۴/۱۲±۷۰/۵۲ و ۱۹/۹۶±۳۹/۰۱ از ۱۰۰ بود. بین سواد سلامت($r=0.146$) و سه بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت($r=0.161$)، خواندن($r=0.14$) و ارزیابی($r=0.112$)، با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار، ارتباط مستقیم و معنی دار وجود داشت هر چند که شدت این روابط ضعیف است($P<0.05$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد برای ارتقای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در دانشجویان، باید توجه ویژه ای به سواد سلامت و ابعاد تاثیرگذار آن در این زمینه، خصوصاً در محیط های خوابگاهی، مبذول داشت.

واژه های کلیدی: مهارت های سواد سلامت، رفتارهای پیشگیری کننده، مصرف سیگار، دانشجویان

* نویسنده مسئول: گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

Email: niknamis@modares.ac.ir

Copyright © 2019 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.2.11]

مقدمه

سواد سلامت مفهومی جدید و در عین حال کهنه است. موضوع سواد سلامت به مدت ۳۰ سال است که در متون علمی مورد استفاده قرار می گیرد(۱). سواد سلامت را «ظرفیت کسب، پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز برای تصمیم گیری های مناسب در زمینه سلامت» تعریف کرده اند(۲). در دهه اخیر، سواد سلامت به علت داشتن نقش حیاتی در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، به عنوان وسیله ای برای بهبود پیامدهای سلامت و کاهش نابرابری در سلامت مورد توجه فزاینده قرار گرفته است(۳). با توجه به ابعاد مختلف سواد سلامت، هر فرد به ۴ نوع شایستگی احتیاج دارد: ۱) دسترسی به مفهوم توانایی جستجو، یافتن و کسب اطلاعات سلامت، ۲) درک به معنی توانایی ادراک اطلاعات سلامتی در دسترس، ۳) ارزیابی به معنی تفسیر، فیلتر کردن، قضاوت و ارزیابی اطلاعات سلامت در دسترس و ۴) به کارگیری به معنی توانایی ایجاد ارتباط و استفاده از اطلاعات جهت اخذ تصمیماتی که منجر به حفظ و بهبود سلامت می شود(۴).

مطالعات مختلف نشان داده است بین سطح سواد سلامت پایین با پیـــامدهای منفی بهداشتی مانند رفتارهای پیشگیرانه کمتر، بســـتری شدن بیشتر و هزینه های بالاتر بهداشتی ارتباط وجود دارد(۷-۵). انستیتو پزشکی آمریکا در گزارش اولیه خود در خصوص سواد سلامت اعلام می کند که دانش، مهارت ها و رفتارهای وابسته به سلامت در افراد بیمار به شدت تحت تاثیر زمینه فرهنگی، درخواست های سیستم سلامت و فرصت های قبلی یادگیری قرار دارد. در گزارش مذکور، سواد سلامت محدود به عنوان مشکل بیمار و نیز چالشی برای تامین کنندگان مراقبت های بهداشتی درمانی و سیستم سلامت مطرح شده که باید بر آن فائق شوند و به طور موثرتری با بیماران ارتباط برقرار کنند(۸).

در خصوص ارتباط بین سواد سلامت و وضعیت مصرف سیگار، یکی از جدیدترین مطالعات حاکی از آن است که افراد با سواد سلامت بالاتر، به طور معنی داری کمتر به سمت رفتار مصرف سیگار روی می آورند(۹). استعمال سیگار یکی از تهدیدکننده های جدی سلامتی است که سالانه میلیون ها نفر را در سطح جهان به کام مرگ می کشاند. سازمان بهداشت جهانی تعداد افرادی را که تا سال ۲۰۲۰ در اثر بیماری های مرتبط با تنباکو جان خود را از دست می دهند، سالانه هشت میلیون و چهارصد هزار نفر برآورد می کند(۱۰). اگر روند فعلی مصرف سیگار ادامه یابد تا سال ۲۰۳۰ سالانه ۱۰ میلیون نفر قربانی خواهد گرفت(۱۱). ضمناً سالانه بیش از ۱۵۰ میلیارد دلار برای مشکلات مرتبط با سلامت ناشی از مصرف سیگار هزینه می گردد(۱۲).

با وجود عوارض شناخته شده ای که سیگار بر روی سلامتی دارد، بسیاری از جوانان دست به این رفتار پرخطر می زنند و مصرف سیگار را ادامه می دهند. شیوع بالای مصرف سیگار در بین جوانان، خطر وابستگی به آن و عواقب منفی بر روی سلامتی را در پی خواهد داشت(۱۳). شیوع استعمال دخانیات به ویژه سیگار در میان دانشجویان به عنوان قشر تحصیلکرده جامعه که می تواند بر روی تمام اقشار جامعه تاثیر بگذارد، بسیار مهم است. مطالعات بسیاری در زمینه شیوع سیگار و عوامل مستعدکننده آن در میان دانشجویان انجام گرفته است که بیشتر این مطالعات نشان دهنده افزایش شیوع مصرف سیگار در دانشگاه ها هستند(۱۴،۱۵). نظری و همکاران دریافتند که ۴۳/۵ درصد از دانشجویان، سیگار کشیدن را پس از ورود به دانشگاه شروع کرده اند(۱۵) که این امر می تواند نشان دهنده ضرورت توجه به دانشگاه به عنوان محیطی مساعد برای شروع این رفتار پرخطر در بین جوانان باشد(۱۶).

تاکنون مطالعات اندکی درباره تاثیر بالقوه سواد سلامت و یا مهارت های سواد سلامت بر مصرف سیگار و یا نتایج ترک سیگار انجام شده است. مارتین و همکاران گزارش کرده اند که هیچ یک از مهارت های سواد با تبدیل شدن فرد به یک سیگاری منظم و یا با تعداد نخ سیگار مصرفی در سیگاری های فعلی، ارتباط ندارند اما در مصرف کنندگانی که به طور منظم سیگار می کشند، مهارت های خواندن و محاسبه کردن با نتایج ترک سیگار، ارتباط معنی دار دارند. هم چنین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.2.11]

مطالعه آنان نشان داد که مهارت های ادراک و استفاده از اطلاعات مربوط به خطرات سیگار، می تواند بر روی تصمیم اشخاص به ترک سیگار تاثیرگذار باشد(۱۷). فرناندز و همکاران گزارش کرده اند که بین سواد سلامت کافی و تمایل کمتر به استفاده از دخانیات، ارتباط معنی دار وجود دارد(۱۸). عرب زاده و همکاران در مطالعه انجام شده در مورد ارتباط سواد سلامت با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار به این نتیجه رسیده اند که بین سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار ارتباط معنی دار وجود دارد(۱۹). توجه به این که تا کنون در مورد ارتباط بین مهارت های سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در بین دانشجویان مطالعه ای انجام نشده و نظر به افزایش شیوع مصرف سیگار در میان دانشجویان(۱۴،۱۵)، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین مهارت های سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در میان دانشجویان طراحی و اجرا گردید تا این شکاف تحقیقاتی موجود، از میان برداشته شود.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت مقطعی و از نوع توصیفی است و در میان ۳۴۷ نفر از دانشجویان ساکن در خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. در این مطالعه نمونه گیری به صورت خوشه ای یک مرحله ای انجام گرفت بدین صورت که ابتدا فهرستی از تمامی خوابگاه هایی که دانشجویان رشته های مختلف علوم پزشکی در آن ها سکونت داشتند تهیه شد. سپس از بین این ۱۴ خوابگاه، ۴ خوابگاه(۲ خوابگاه دخترانه و ۲ خوابگاه پسرانه) به صورت تصادفی برگزیده شدند و تمامی دانشجویان ساکن در آن ها، که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند پس از اخذ رضایت، وارد مطالعه شدند.

بر اساس 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(۲۰). بنا بر این بر مبنای فرمول حجم نمونه کوکران، برای نمونه گیری تصادفی ساده حداقل بایستی ۲۶۷ نفر در پژوهش حاضر شرکت می کردند( ). با این وجود از آن جا که شیوه نمونه گیری در این مطالعه نمونه گیری خوشه ای یک مرحله ای بود، با نظر محققین و با در نظر گرفتن ۲۵ درصد اثر طرح و ۵ درصد خطا، در نهایت ۳۴۷ نفر به عنوان نمونه های پژوهش انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه حاضر شامل: تمایل افراد برای ورود به مطالعه، دانشجو بودن، تحصیل در مقطع کارشناسی، قرار داشتن در سال های دوم یا سوم تحصیل در دانشگاه، داشتن تابعیت ایرانی و سکونت در خوابگاه های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. هم چنین عدم رضایت به ادامه کار و تکمیل ناقص پرسش نامه ها به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

ابزار گردآوری داده ها شامل سه قسمت بود که عبارتند از: پرسش نامه اطلاعات دموگرافیکی و زمینه ای که شامل سوالاتی درباره سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سنوات تحصیلی، وضعیت اشتغال، منابع کسب اطلاعات مربوط به بیماری و سلامتی و تعیین وضعیت افراد از نظر مصرف سیگار بود؛ برای سنجش سواد سلامت و مهارت های آن از پرسش نامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸ تا ۶۵ ساله ایرانی (HELIA) استفاده شد(۲۱). این پرسش نامه شامل ۵ بعد اصلی(بعد خواندن، بعد دسترسی، بعد درک و فهم، بعد ارزیابی و بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت) است که دارای ۳۳ سوال بوده و ابعاد فوق را می سنجد. مقیاس نمره دهی این پرسش نامه به صورت لیکرت ۵ گزینه ای می باشد، بدین صورت که در سوالات مربوط به مهارت خواندن؛ امتیاز ۵ به گزینه کاملاً آسان، امتیاز ۴ به گزینه آسان، امتیاز ۳ به گزینه نه آسان است نه سخت، امتیاز ۲ به گزینه سخت و امتیاز ۱ به گزینه کاملاً سخت اختصاص می یابد. در مورد ۴ بعد دیگر سواد سلامت؛ امتیاز ۵ به گزینه همیشه، امتیاز ۴ به گزینه بیشتر اوقات، امتیاز ۳ به گزینه گاهی از اوقات، امتیاز ۲ به گزینه به ندرت و

$$n = \frac{1.96^2(25)^2}{3^2} \cong 267$$

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.2.11]

امتیاز ۱ به گزینه به هیچ وجه(یا هیچ وقت) اختصاص داده شده است. نحوه امتیازدهی در این ابزار به این صورت است که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هر یک از حیطه ها از جمع جبری امتیازات به دست می آید. سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا ۱۰۰ از فرمول تفاضل نمره خام به دست آمده از حداقل نمره خام ممکن تقسیم بر تفاضل حداکثر امتیاز ممکن از حداقل امتیاز ممکن استفاده می شود. نهایتاً برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات همه ابعاد(بر اساس طیف صفر تا ۱۰۰) جمع شده و بر تعداد ابعاد(عدد ۵) تقسیم می شود. 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 می شوند. منتظری و همکاران طی پژوهشی به طراحی و روان سنجی این ابزار پرداخته اند و این پرسش نامه دارای روایی مطلوب و پایایی قابل قبولی(میزان آلفای کرونباخ گویه ها ۷۲ درصد تا ۸۹ درصد) است. این پرسش نامه دارای مزایایی هم چون پوشش ابعاد گوناگون سواد سلامت به تفکیک، و بهره گیری از گویه هایی با زبان ساده و عمومی بودن است(۲۱). این پرسش نامه در اختیار ۳۰ نفر از دانشجویان قرار داده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای بعد خواندن ۰/۸۴، بعد دسترسی ۰/۸۵، بعد درک و فهم ۰/۹۰، بعد ارزیابی ۰/۷۷، بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت ۰/۸۶ و برای کل پرسش نامه ۰/۹۴ محاسبه شد؛ هم چنین پرسش نامه محقق ساخته ای که جهت سنجش میزان اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در دانشجویان به کار گرفته شد. این پرسش نامه شامل ۱۵ سوال(برای مثال «وقتی کنار شما سیگار می کشند، نسبت به دود سیگار چه واکنشی نشان می دهید؟») بود و نحوه امتیازدهی آن بدین صورت بود که ابتدا به بهترین جواب ۲ امتیاز، به بدترین جواب نمره صفر و به پاسخ حد واسط یک امتیاز تعلق گرفت. سپس نمرات محاسبه شده، بین صفر تا صد ترازبندی شدند. طبق نظر محققین، میزان اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در سه سطح ضعیف(کسب نمره کمتر از ۵۰ درصد نمره کل)، متوسط (کسب نمره ۷۵-۵۰ درصد) و خوب(کسب نمره بالای ۷۵ درصد نمره کل) طبقه بندی شد. جهت بررسی روایی، این پرسش نامه محقق ساخته در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین قرار داده شد و نظرات آنان در خصوص اصلاح یا حذف برخی سوالات مورد نظر قرار گرفت. هم چنین این پرسش نامه نیز در اختیار ۳۰ نفر از دانشجویان قرار داده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۸۵ محاسبه شد.

پس از رعایت موازین اخلاقی و پژوهشی که شامل دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تربیت مدرس(با شماره IR.TMU.REC.1394.172)، ارائه معرفی نامه به خوابگاه ها و شرح ماهیت و اهداف مطالعه برای دانشجویان شرکت کننده بود، از دانشجویان شرکت کننده رضایت آگاهانه اخذ شد و سپس پرسش نامه ها در اختیار آن ها قرار داده شد.

تکمیل پرسش نامه ها به صورت خودگزارشی بود بدین صورت که از همه دانشجویان خواسته شد با صداقت کامل به سوالات پرسش نامه پاسخ دهند. هم چنین به آن ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسش نامه به طور محرمانه و بدون ذکر نام افراد استفاده خواهد شد. داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شدند و سپس با توجه به توزیع نرمال داده ها، با به کارگیری آمارهای توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته های پژوهش

پس از تکمیل پرسش نامه ها، ۷ مورد به دلیل تکمیل ناقص خارج و تحلیل نهایی روی ۳۴۰ پرسش نامه انجام شد(میزان پاسخ دهی ۹۸ درصد). به این ترتیب در مجموع اطلاعات ۳۴۰ دانشجو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان شرکت کننده ۴/۰۵±۲۲/۹۳ سال بود. ۶۱ درصد(۲۰۵ نفر) از آن ها زن، ۸۷ درصد(۲۹۳ نفر) مجرد، ۵۹ درصد(۱۹۹ نفر) دانشجوی سال سوم و ۷۳ درصد (۲۴۸ نفر) گزارش کردند که شاغل نیستند. اینترنت و تعامل با دوستان و آشنایان، مهم ترین منابعی بودند که دانشجویان شرکت کننده به صورت معمول اطلاعات بهداشتی خود را از آن ها به دست می

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.2.11]

آوردند. در این مطالعه ۲۳/۵ درصد(۸۰ نفر) از دانشجویان سیگاری بودند. میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت در دانشجویان شرکت کننده ۷۰/۵۲±۱۴/۱۲ از ۱۰۰ بود. هم چنین میانگین و انحراف معیار نمره اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در دانشجویان سیگاری ۳۷/۹۰±۲۲/۴۱ و در دانشجویان غیرسیگاری ۳۹/۳۶±۱۹/۱۶ و در کل دانشجویان شرکت کننده ۳۹/۰۱±۱۹/۹۶ از ۱۰۰ بود. جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمره تمامی ابعاد سواد سلامت و سواد سلامت کل و هم چنین ارتباط آن ها با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در دانشجویان مورد مطالعه را نشان می دهد. نتایج این جدول نشان می دهد که در میان ابعاد پنجگانه سواد سلامت، دو بعد درک و دسترسی بیشترین میانگین نمره و بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، کمترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده اند. بین سه بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت(r=0.161)، خواندن(r=0.14) و ارزیابی(r=0.112) و هم چنین سواد سلامت (r=0.146)، با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار، ارتباط مستقیم و معنی دار وجود داشت هر چند که شدت این روابط ضعیف بود(P<0.05).

جدول شماره ۱. شاخص های عددی ابعاد سواد سلامت و ارتباط آن ها با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در دانشجویان شرکت کننده

	میانگین(انحراف معیار)	R	P
دسترسی	۷۴/۷۵(۱۷/۷۲)	۰/۰۶۴	۰/۲۳۹
خواندن	۶۹/۲۲(۲۱/۲۵)	۰/۱۴۰	۰/۰۱
درک و فهم	۷۷/۲۴(۱۷/۴۸)	۰/۰۸۹	۰/۱
ارزیابی	۷۰/۱۸(۱۶/۷۵)	۰/۱۱۲	۰/۰۰۳
تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت	۶۲/۶۵(۱۶/۴۶)	۰/۱۶۱	۰/۰۰۳
سواد سلامت	۷۰/۵۲(۱۴/۱۲)	۰/۱۴۶	۰/۰۰۷

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین مهارت های سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در میان دانشجویان ساکن خوابگاه های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که در میان ابعاد سواد سلامت، بیشترین میانگین نمره کسب شده توسط دانشجویان شرکت کننده مربوط به بعد درک و فهم و سپس بعد دسترسی است. این نتایج با نتایج مطالعه ضیاء پور و کیانی پور(۲۲) مطابقت دارد. هم چنین این نتایج با مطالعه محمودی و طاهری(۲۳) که در آن بیشترین میانگین نمره کسب شده توسط دانشجویان مورد مطالعه متعلق به بعد دسترسی است، هم خوانی دارد. از آن جائی که دانشجویان شرکت کننده در مطالعه حاضر در رشته های علوم پزشکی تحصیل می کردند پس این احتمال وجود دارد که دسترسی و درک و فهم بیشتری در مسائل مربوط به سلامت نسبت به دانشجویان سایر رشته ها، داشته باشند. از طرفی کمترین میانگین نمره کسب شده در مطالعه حاضر به مهارت تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت و سپس به مهارت خواندن تعلق داشت. این نتایج با نتایج مطالعه ضیاء پور و کیانی پور(۲۲) که در آن کمترین میانگین نمره کسب شده توسط دانشجویان متعلق به ابعاد خواندن و سپس تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت بود، هم خوانی دارد. هم چنین این نتایج با نتایج مطالعه محمودی و طاهری(۲۳) که در آن کمترین میانگین نمره کسب شده متعلق به بعد ارزیابی اطلاعات بود، هم خوانی ندارد. علی رغم تصور، رفتار بهداشتی در دانشجویان رشته های علوم پزشکی کمتر از مطالعه ذکر شده به دست آمد. از دلایل احتمالی این نتیجه می توان به قدرت ارزیابی کمتر دانشجویان رشته‌های غیر علوم پزشکی نسبت به دانشجویان رشته های علوم پزشکی در مسائل مربوط به سلامت، کم دقتی دانشجویان شرکت کننده در مطالعه حاضر در هنگام

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.2.11]

پاسخگویی به سوالات قسمت تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت و هم چنین تفاوت سطح سواد سلامت در مطالعه فوق الذکر نسبت به مطالعه حاضر اشاره کرد.

هم چنین نتایج این مطالعه نشان داد که سطح سواد سلامت در دانشجویان مورد مطالعه متوسط است و سطح سواد سلامت بیش از یک سوم دانشجویان شرکت کننده (۳۶/۸ درصد) در حد ناکافی و نه چندان کافی می باشد. نتایج مطالعه ووزیکیس و همکاران(۲۴) که در آن سطح سواد سلامت دانشجویان متوسط به بالا گزارش شده است، با نتایج مطالعه حاضر تقریباً همسو به نظر می رسد

زیرا علی رغم وجود تفاوت بین مطالعه فوق الذکر با مطالعه حاضر از نظر موضوعاتی مانند قرار داشتن دانشجویان مورد مطالعه در سنوات تحصیلی بالاتر و هم چنین ابزار سنجش سواد سلامت(پرسش نامه چهار سوالی بوستوک)، دارای نتایجی مشابه با مطالعه حاضر بود. هم چنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه ژانگ و همکاران(۲۵) که سواد سلامت در دانشجویان را پایین و هم چنین مطالعه محمودی و طاهری(۲۲) که سواد سلامت اغلب دانشجویان را مرزی و ناکافی گزارش کرده بودند، هم خوانی ندارد که دلیل آن تفاوت در رشته های تحصیلی دانشجویان در دو مطالعه است.

نتایج این مطالعه نشان داد که اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار، در سطح ضعیف است. این نتایج با نتایج مطالعه قارلی پور و همکاران(۲۶) و عرب زاده و همکاران(۱۹) مطابقت دارد اما با نتایج مطالعه راهنورد(۱۰) و بروجنی(۲۷) که در آن ها اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در حد متوسط گزارش شده بود، هم خوانی ندارد. از جمله دلایل احتمالی این مغایرت می توان به تفاوت در ابزار اندازه گیری، سن و جنسیت واحدهای مورد پژوهش اشاره کرد. هم چنین موضوع مورد بررسی در مطالعه بروجنی و همکاران(۲۷)، پیشگیری از اعتیاد بود که با موضوع مطالعه حاضر متفاوت است.

با توجه به این نکته که پایین بودن سواد سلامت در بعد به کاربردن اطلاعات در مقایسه با سایر ابعاد سواد سلامت، می تواند منجر به این شود که اقدامات مناسب در به کارگرفتن دانش سلامتی انجام نگیرد(۲۸) و نظر به این که در مطالعه حاضر میانگین نمره سواد سلامت در بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت پایین تر از سایر ابعاد سواد سلامت بود، می توان این طور نتیجه گرفت که اتخاذ ضعیف رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار، احتمالاً ناشی از پایین بودن میانگین نمره سواد سلامت در بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت بوده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین سه بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، خواندن و ارزیابی با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در دانشجویان مورد مطالعه، ارتباط معنی دار و مستقیم با شدت ضعیف وجود داشت. این نتایج با نتایج مطالعه عرب زاده و همکاران(۱۹)، که در آن بین بعضی از ابعاد سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار، ارتباط معنی دار و مستقیم با شدت ضعیف وجود داشت، تقریباً همسو به نظر می رسد. در مطالعه فوق نیز ابعاد استفاده و خواندن با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار ارتباط معنی دار داشتند اما ارتباطی بین بعد ارزیابی و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار وجود نداشت که دلیل آن به این نکته بر می گردد که واحدهای مورد مطالعه در پژوهش حاضر در مقایسه با مطالعه فوق به دلایلی هم چون بالاتر بودن سن و داشتن تحصیلات بالاتر، احتمالاً از مهارت ارزیابی بهتری نسبت به دانش آموزان برخوردار بوده اند و همین موضوع سبب تفاوت نتایج این دو مطالعه از این منظر شده است. هم چنین نتایج مطالعه حاضر در این بخش با نتایج مطالعه مارتین و همکاران(۱۷) همسو است. نتایج مطالعه آنان نشان داد که مهارت های ادراک و استفاده از اطلاعات مربوط به خطرات مصرف سیگار، می تواند بر روی تصمیم اشخاص به ترک سیگار، موثر باشد.

هم چنین در این مطالعه بین سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار ارتباط معنی دار و مستقیم با شدت ضعیف وجود داشت. این نتایج اختصاصاً با نتایج مطالعه عرب زاده و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.2.11]

همکاران(۱۹) که در آن بین سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در دانش آموزان ارتباط معنی دار و مستقیم با شدت ضعیف وجود داشت، مطابقت دارد. هم چنین با نتایج مطالعه اسکات و همکاران(۷) که در آن بین سواد سلامت و انجام رفتارهای پیشگیرانه ارتباط آماری معنی دار وجود داشت، مطابقت دارد. در این مورد می توان اضافه کرد که هر چند مطالعات، رابطه سواد سلامت با اتـــخاذ رفتارهای پیشگیرانه را شناسایی کرده اند اما احتمالاً اثبات چنین ارتباطی برای سطوح پایین مهارت های سواد سلامت میسر نیست و در این صورت برنامه ریزی و طراحی مداخلات ارتباطی به منظور بهبود این مهارت ها می تواند منجر به برقراری و ترمیم رابطه میان آن ها با اتخاذ رفتارهای سلامت شود. شایان ذکر است که همبستگی ضعیف سواد سلامت و سه بعد از ابعاد پنجگانه آن یعنی بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، بعد خواندن و بعد ارزیابی با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مـــصرف سیـــگار می تواند به این دلیل باشد که علاوه بر سواد سلامت، متغیرهای مختلف دیگری از جمله آگاهی(۲۹)، نگرش، سطح تحصیلات و سن(۱۹)، هنجارهای اجتماعی و خانوادگی، وجود فرد سیگاری در خانواده و داشتن دوستان سیگاری(۳۰)، می توانند بر اتخاذ رفتار پیشگیرانه تاثیر داشته باشند.

در مجموع نتایج این مطالعه بیانگر این است که برای ارتقای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در دانشجویان، باید توجه ویژه ای به سواد سلامت و ابعاد تاثیرگذار آن در این زمینه، خصوصاً در محیط های خوابگاهی مبذول داشت.

به نظر می آید مطالعه حاضر نخستین مطالعه ای است که ارتباط بین تک تک ابعاد سواد سلامت را با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار مورد سنجش قرار می دهد. پیشنهاد می شود از یافته های این مطالعه برای طراحی مداخلات پیشگیری از مصرف سیگار در دانشجویان، استفاده شود. هم چنین با توجه به این که این مطالعه فقط در میان دانشجویان سال دوم و سوم مقطع کارشناسی و ساکن در خوابگاه انجام شده، نتایج حاصل از آن قابل تعمیم به سایر گروه های سنی و دانشجویی نیست، زیرا طبق مطالعات انجام شده سواد سلامت با میزان تحصیلات و رشته تحصیلی ارتباط دارد و به احتمال زیاد، دانشجویان مقاطع تکمیلی نسبت به دانشجویان مقاطع پایین تر، دارای سواد سلامت بالاتری هستند. ضمناً سواد سلامت دانشجویان رشته های غیر علوم پزشکی نیز احتمالاً کمتر از سواد سلامت دانشجویان رشته های علوم پزشکی است که در مطالعه ما شرکت داشته اند. بنا بر این انجام این مطالعه در جمعیت ها و گروه های مختلف(از نظر سن و تحصیلات

و منطقه سکونت) توصیه می شود.

از محدودیت های این مطالعه می توان به نادیده گرفتن سایر ابعاد مربوط به سواد سلامت مانند خودکارآمدی، ارتباط و محاسبه اشاره کرد زیرا در صورت بودن این ابعاد، امکان بررسی وسیعتر و جامع تری از برآورد ارتباط بین ابعاد سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از مصرف سیگار وجود می داشت. نادیده گرفتن زمینه های فرهنگی و مهارت هایی مانند صحبت کردن، گوش دادن و برخورداری از دانش زمینه ای و فرهنگی افراد نیز از دیگر محدودیت های این مطالعه بود چرا که مهارت های مذکور، مهارت هایی هستند که در هنگام سنجش سواد سلامت باید مورد بررسی قرار گیرند. هر چند که این مهارت ها نه تنها در این ابزار؛ بلکه در ابزارهای دیگر نیز مغفول واقع شده اند. تعداد نسبتاً کم نمونه ها، نمونه گیری در سطح خوابگاه ها، کم بودن مطالعات مشابه و جمع آوری داده ها به صورت خودگزارش دهی از دیگر محدودیت های این مطالعه بودند.

سپاسگزاری

این مقاله گزارش قسمتی از پایان نامه مقطع دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت با عنوان بررسی تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه یافته با سواد سلامت بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران و مصوب دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس با شـــماره ۵۲د/۹۹۶۵ می باشد. بدین وسیـــله از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.2.11]

دانشجـــویان و مسئولینی که ما را در انجام این پژوهـــش یاری کردند سپاسگزاریم. ضمناً کد اخـــلاق مطالعه حاضر طبق مصوبه کمیته اخلاق در پژوهـــش دانشـــگاه تـربیـــت مـــدرس، IR.TMU.REC.1394.172 است.

References

1. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults a study from Turkey. Health Edu Res 2010; 25: 464-77. doi: 10.1093/her/cyp068.
2. Manganello JA. Health literacy and adolescents a framework and agenda for future research. Health Edu Res 2008; 23: 840-7. doi: 10.1093/her/cym069
3. Wu AD, Begoray DL, Macdonald M, Higgins JW, Frankish J, Kwan B, et al. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. Health Prom Int 2010; 25: 444-52. doi: 10.1093/heapro/daq032.
4. Sorensen K, Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H and HLS-EU consortium health literacy project european health literacy and public health a systematic review and integration of definitions and models. BMC Publ Health 2012; 12:80.
5. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. Am J Publi Health 2002; 92: 1278-83. doi:10.2105/ajph.92.8.1278
6. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA 2002; 288: 475-82.
7. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization. Med Care 2002; 40: 395-404.
8. Paascheorlow MK, Wolf MS. Promoting health literacy research to reduce health disparities. J Health Commun 2010; 15: 34-41. doi: 10.1080/10810730.2010.499994.
9. Yongbing L, Liu L, Yanfei L, Yanli C. Relationship between health literacy health-related behaviors and health status a survey of elderly Chinese. Int J Environ Res Publ Health 2015; 12: 9714-25. doi: 10.3390/ijerph120809714
10. Rahnavard Z, Mohammadi M, Rajabi F, Zolfaghari M. [An educational intervention using health belief model on smoking preventive behavior among female teenagers]. Hayat 2011; 17: 15-26. (Persian)
11. Bollyky T. Beyond ratification the future for US engagement on international tobacco control. Glob Health PolicCent Rep2016;22:51-6.
12. Alexander W, Alexander LL, Bader H, LaRosa JH. New dimensions in womens healthbook alone.1 th ed. USA Jones Bartlett Publication 2013;P.153-9.
13. Aminoroaia M, Attari A, Maracy M. [Factors affecting medical students tendency to smoke cigarettes]. JRBS 2013; 10: 726-34. (Persian)
14. Khami MR, Murtomaa H, Razeghi S, Virtanen JI. [Smoking and its determinants among Iranian dental students]. Med Princ Pract 2010; 19: 390-4. doi: 10.1159/000316379.
15. Nazary AA, Ahmadi F, Vaismoradi M, Kaviani K, Arezomandi M, Faghihzadeh S. Smoking among male medical sciences students in Semnan islamic republic of Iran. East Med Health J 2010; 16: 156-61.
16. Jafari F, Aminzadeh M. [The prevalence and associated parameters of smoking among students of art university in Tehran]. EBNESINA 2011; 14: 23-8. (Persian)
17. Martin LT, Haas A, Schonlau M, Pitkinderose K, Rosenfeld L, Rudd R, et al. Which literacy skills are associated with smoking? J Epidemiol Commun Health 2012; 66: 189-92. doi: 10.1136/jech.2011.136341
18. Fernandez MD, Larson JL, Zikmundfisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. BMC Publ Health 2016; 16: 596. doi: 10.1186/s12889-016-3267-7.
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 Thesis Sci Res Branch Islam Azad Uni2016.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.2.11]

20. Haerian Ardakani A, Morowatisharifabad MA, Rezapour Y, Pourghayumiardakani A. [Investigation of the relationship of oral health lteracy and oral hygiene self-efficacy with self-reported oral and dental health in students]. TB 2014; 13: 125-40. (Persian)
21. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin S A, Jahangiri K, Ebadi M. [Health literacy for iranian adults development and psychometric properties]. Payesh 2014; 13: 589-99. (Persian)
22. Ziapoor A, Kianpoor N. [Predicting health literacy of students in Kermanshah university of medical sciences in 2016 the role of demographic variables]. J Health Lit 2016; 1: 182-90. (Persian).
23. Mahmoudi H, Taheri A. [Relation between information literacy and health literacy of students in Ferdowsi university of Mashhad]. HII 2015; 2: 31-41. (Persian)
24. 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 Publ Health 2014;72: 15. doi: 10.1186/2049-3258-72-15
25. Zhang Q, Cui G. Investigation and analysis of Xi an college students health literacy. Int Con HHBE 2011; 994-7.
26. Gharlipour Z, Hazavehei SMM, Moeini B, Nazari M, Moghimbeygi A. [Effectiveness of educational program on promotion of smoking preventive behaviors in adolescences]. JHSR 2013; 9: 354-61. (Persian)
27. Boroujeni DM, Baghianimoghadam MH, Sharifirad GH, Fallahzade H. [Evaluation of preventive behaviors of addiction based on health belief model among male high school students in Boroujen Iran]. JHSR 2011; 8: 1-10. (Persian)
28. Esnaashari F, Pirdehghan A, Rajabi F, Sayarifard A, Ghadirian L, Rostami N, Pirdehghan M. [The study of health literacy of staff about risk factors of chronic diseases in 2014]. Sci J Hamadan Uni Med Sci 2015; 22: 248-4. (Persian)
29. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Niknami S. Adding health literacy to the health belief model: effectiveness of an educational intervention on smoking preventive behaviors among university students Iran. Red Crescent Med J 2018 ; 20: 13773. doi: 10.5812/ircmj.13773.
30. Khazaeepool M, Zarei F, Pashaei T, Shojaeizadeh D. [The effect of an educational intervention based on Health Belief Model on improving smoking preventive behaviors among high school male students in Nowshahr]. Iran J Health Edu Health Prom 2016; 4: 300-8. (Persian) doi: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.4.300

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.2.11]

Relationship between Health Literacy Skills and Adoption of Preventive Smoking Behaviors among University Students

Panahi R[1], Ramezankhani A[2], Rezaei M[3], Osmani F[4], Javanmardi E[4], Niknami S[1]*

(Received: February 5, 2018 Accepted: March 10, 2019)

Abstract

Introduction: Health literacy plays a remarkable role in determining the status of people who smoke. In recent years, the smoking rate has been increased among university students. Therefore, this study aimed to determine the relationship between health literacy skills and adoption of preventive smoking behaviors among university students.

Materials & Methods: In this cross-sectional descriptive study, 347 students living in dormitories affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, were selected through single-stage cluster sampling in 2016. The data were collected using the health literacy inventory for adults and a researcher-made questionnaire in order to assess the adoption of smoking preventive behaviors. The collected data were analyzed in SPSS software (Version. 16) through descriptive statistics and Pearson correlation coefficient. *Ethics code:* IR.TMU.REC.1394.172

Findings: The mean scores of health literacy and the adoption of preventive smoking behaviors were 70.52±14.12 and 39.01±19.96, respectively, regarding the total score of 100. Moreover, there was a direct and significant relationship between health literacy (r=0.146) and dimensions of decision making and application of health information (r=0.161), reading (r=0.14), and appraisal (r=0.112) with the adoption of preventive smoking behaviors. However, this association was not statistically significant (P<0.05).

Discussion & Conclusions: The results show that special attention should be paid to health literacy and its influencing factors, especially in dormitories, in order to promote the adoption of preventive smoking behaviors among university students.

Keywords: Health literacy skills, Preventive behaviors, Smoking, University students

1. Dept of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Dept of Health Services, Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Dept of Emergency, Faculty of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
4. Depat of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
** Corresponding author Email: niknamis@modares.ac.ir*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.2.11]