ارتباط سواد سلامت با وضعیت سلامت کارکنان اداری دانشگاه علوم پزشکی گیلان

عاطفه قنبری[1]، پردیس رحمت‌پور[2]، ملاحت خلیلی[3]، فاطمه براری[4]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه سواد سلامت چالشی برای تأمین کنندگان مراقبت بهداشتی- درمانی و سیستم‌های سلامت می‌باشد و باید در تمام بخش‌های سلامت مورد توجه قرار گیرد. مطالعه حاضر ارتباط سواد سلامت را با وضعیت سلامت کارکنان اداری دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۴ بررسی کرد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی- تحلیلی بود. کارکنان اداری دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سه بخش اطلاعات فردی، وضعیت سلامت و سنجش عملکردی سواد بزرگسالان (Health literacy for Iranian adults یا HELIA) صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: سواد سلامت کلیه کارکنان (۱۸۶ نفر) اداری خوب و متوسط به دست آمد. ۸۱ نفر از کارکنان (۴۴/۸ درصد)، وضعیت سلامت خود را متوسط گزارش کردند. ارتباط آماری معنی‌داری بین وضعیت سلامت با تأهل ($P = ۰/۰۳$) و وضعیت اقتصادی ($P < ۰/۰۰۱$) و نیز بین سواد سلامت با تحصیلات ($P = ۰/۰۳۴$) و وضعیت بیمه ($P = ۰/۰۴۴$) مشاهده شد. بین سواد سلامت و وضعیت سلامت ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: سواد سلامت کلیه کارکنان اداری با توجه به نتایج، خوب و متوسط به دست آمد و مهم‌ترین عوامل مرتبط در امر سواد سلامت، داشتن تحصیلات و بیمه بود. از این‌رو، توجه به این متغیرها در ارتقای سطح سواد سلامت کارکنان اداری می‌تواند نقش بسزایی داشته باشد. پیشنهاد می‌شود که سیستم بهداشت و درمان با برنامه‌ریزی‌های آموزشی به حفظ سواد سلامت و نیز ارتقای آن در کارکنان اداری توجه ویژه‌ای نماید تا در نهایت موجب ارتقای سلامت عمومی و بهبود کیفیت خدمات آن‌ها گردد.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت، وضعیت سلامت، کارکنان اداری

ارجاع: قنبری عاطفه، رحمت‌پور پردیس، خلیلی ملاحت، براری فاطمه. **ارتباط سواد سلامت با وضعیت سلامت کارکنان اداری دانشگاه علوم پزشکی گیلان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۳): ۳۸۷-۳۸۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۶/۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۵

مقدمه

نیروی انسانی در هر کشور و سازمان به عنوان مهم‌ترین عامل توسعه در نظر گرفته می‌شود. یکی از عواملی که بر روی بازده شغلی و سطح کارایی نیروی انسانی سازمان تأثیر می‌گذارد، سلامت جسمی و روانی کارکنان می‌باشد. سازمان در صورت تأمین سلامت روحی و جسمی کارکنان، قادر خواهد بود با پویایی در جهت رسیدن به سطوح بالاتری از بهره‌وری قدم بردارد. امروزه تأکید بر این است که مدیران در کنار انجام نقش‌ها و وظایف سازمانی، اهمیت بسیاری برای رضایت و سلامت نیروی انسانی قایل شوند و زمان بیشتری را به آن‌ها اختصاص دهند (۱). از این‌رو، تمام سازمان‌ها و مؤسسات به عنوان پیش‌نیاز مایلند کارکنانی را به کار گیرند که دارای سلامت عمومی قابل قبولی باشند (۲). یکی از عواملی که ارتباط تنگاتنگی با پیامدهای سلامت از قبیل وضعیت سلامت، ابتلا به بیماری‌های مزمن و دفعات بستری در بیمارستان دارد، سواد سلامت افراد است (۴، ۳).

طیف وسیعی از مهارت‌ها در پردازش اطلاعات مرتبط با سلامتی وجود دارد که به آن سواد سلامت گویند (۵). واژه سواد سلامت از سال ۱۹۷۰ تعریف شد و اهمیت آن در سلامت عمومی و مراقبت سلامت روز به روز افزایش یافت (۶). سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری مناسب، لازم می‌باشد (۷، ۵). سواد سلامت از مهارت‌های خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی تشکیل می‌گردد که به سال‌های تحصیل و یا توانایی خواندن عمومی مربوط نمی‌شود (۸، ۷). طبق تعریف WHO (Word Health Organization) سواد سلامت عبارت از مهارت‌های شناختی و اجتماعی و توانایی افراد برای دستیابی به درک و استفاده از اطلاعات موجود در راه ترویج و حفظ سلامتی خوب است (۹). همچنین، این سازمان سواد سلامت را در گزارشی به عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین کننده‌های سلامت معرفی نمود (۸)؛ به طوری که

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۳- دانشجوی دکتری، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴- کارشناس، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و علوم تربیتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
نویسنده مسؤول: پردیس رحمت‌پور
Email: par.rahmatpour@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

فردی با سواد سلامت کافی، توانایی این را دارد تا مسؤولیت سلامتی خود، خانواده خود و سلامت جامعه را بر عهده گیرد (۶).

به طور تقریبی ۸۰ میلیون از بزرگسالان آمریکایی در سال ۲۰۱۱ سواد سلامت محدودی داشتند که آن‌ها را در معرض خطر پیامد سلامت ضعیف‌تر قرار می‌داد (۱۰). نتایج مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران در ۵ استان بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران نشان داد که تنها ۲۸/۱ درصد از افراد سواد سلامت کافی داشتند و سطح سواد سلامت زنان بالاتر از مردان بود (۷)؛ در حالی که نتایج مطالعه جوادزاده و همکاران در بررسی سواد سلامت مردم شهر اصفهان نشان داد که ۴۶/۵ درصد افراد سواد سلامت کافی، ۳۶/۰ درصد سلامت مرزی و ۱۵/۵ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند (۵).

Damman و همکاران سواد سلامت کافی را در ۷۳۸ نفر از کارکنان اداری، ۸۹/۷ درصد و در ۴۸۲ نفر از کارگران ساختمانی، ۶۰/۵ درصد گزارش کردند (۱۱). Ishikawa و همکاران در بررسی سواد سلامت کارمندان یک شرکت ژاپنی در رابطه با رفتارهای بهداشتی دریافتند که کارمندان با سواد سلامت بالاتر، دارای الگوی غذایی مناسب، ورزش‌های منظم هفتگی و عدم تمایل به مصرف سیگار بودند (۱۲).

رسیدن افراد به سطح بالایی از سواد سلامت نه تنها یک هدف پیشرفته حیاتی می‌باشد، بلکه فواید اساسی سلامت عمومی را فراهم می‌کند (۱۳). مطالعات بسیاری نشان دادند که سواد سلامت مطلوب با وضعیت سلامت (Health status) بهتر ارتباط دارد (۱۵، ۱۴، ۳). Cho و همکاران در مطالعه خود رابطه بین سواد سلامت بالاتر با وضعیت سلامت بهتر، استفاده از رفتارهای پیشگیری کننده، دانش بالاتر نسبت به بیماری‌ها، بستری کمتر در بیمارستان و انطباق بهتر با داروهای مصرفی گزارش کردند (۳). افراد با سواد سلامت بالاتر وضعیت سلامت خود را در مطالعه رئیسی و همکاران نیز بهتر ارزیابی نمودند و به انجام آزمایشات غربالگری مبادرت ورزیدند (۱۶)؛ در حالی که کریمی و همکاران هیچ ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت (مراجعه به درمانگاه و پزشک عمومی، استفاده از خدمات تشخیصی و بستری در بیمارستان) مشاهده نکردند (۹).

بدیهی است که ارتقای سواد سلامت در میان افراد، چیزی فراتر از انتقال ساده اطلاعات (۱۷) و وابسته به سطوح پایه‌ای سواد و پیشرفت‌های شناختی می‌باشد. افرادی با مهارت‌های توسعه نیافته نه تنها در معرض آموزش‌های سنتی سلامت قرار دارند، بلکه کمتر بر اساس اطلاعات دریافت شده عمل می‌کنند (۸). افراد دارای سواد سلامت پایین با احتمال کمتری اطلاعات ارایه شده توسط متخصصان سلامت را درک و به دستورات داده شده عمل می‌نمایند و متحمل هزینه‌های پزشکی بیشتر، وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، دفعات بستری بیشتر و مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند (۱۶). سنجش سواد سلامت می‌تواند امری مفید و ضروری باشد تا با آگاهی و طراحی مداخلات جهت افزایش آن، از احتمال بروز خطرات ناشی از سواد سلامت پایین جلوگیری کرد (۱۸).

سواد سلامت پایین نه فقط مشکل فرد، بلکه چالشی برای تأمین کنندگان مراقبت بهداشتی- درمانی و سیستم‌های سلامت است و باید مورد توجه تمام بخش‌های سلامت قرار گیرد. محققان در مطالعه حاضر با توجه به نقش سواد سلامت بر روی سلامت کارکنان و مطالعات اندکی که در رابطه با سواد سلامت و وضعیت سلامت کارکنان اداری وجود دارد، به بررسی سواد سلامت کارکنان اداری دانشگاه با استفاده از ابزار استاندارد سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (Health literacy for Iranian adults یا HELIA) پرداختند. در این ابزار خواندن مطالب آموزشی مرتبط با سلامت، دستیابی به اطلاعات سلامت و بیماری، درک معانی و مفاهیم بیماری و سلامت، تعیین ارزیابی صحت اطلاعات سلامت و انجام برخی رفتارهای بهداشتی و نیز ارتباط آن با وضعیت سلامت این افراد بررسی شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی- تحلیلی بود که جهت تعیین ارتباط سواد سلامت با وضعیت سلامت کارکنان اداری دانشگاه در سال ۱۳۹۳ صورت گرفت. کلیه کارکنان اداری دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان (پزشکی، دندان‌پزشکی، داروسازی، پرستاری و مامایی، بهداشت و دانشکده پیراپزشکی) جامعه مورد مطالعه را تشکیل دادند و کارکنان هر دانشکده بر اساس لیست کارکنان اداری به صورت سرشماری وارد مطالعه گردیدند و در صورت داشتن مدرک تحصیلی مرتبط با علوم پزشکی از مطالعه خارج شدند.

پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر ۳ بخش اطلاعات فردی، وضعیت سلامت و سواد سلامت جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. بخش اطلاعات فردی شامل سن، جنس، تأهل، میزان تحصیلات، سابقه خدمت، پوشش بیمه، وضعیت اقتصادی و منبع دریافت اطلاعات در مورد سلامت و بیماری بود. بخش وضعیت سلامت (Health Status) یک سؤال با مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (از خیلی خوب تا خیلی ضعیف) داشت (۱۹). این ارزیابی به عنوان یک شاخص بین‌المللی شناخته شده است و بهترین شاخص اندازه‌گیری سلامت در سطح فردی و جمعیتی معرفی شده به وسیله سازمان بهداشت جهانی می‌باشد (۹).

از پرسش‌نامه روا و پایای سنجش HELIA در سنجش سواد سلامت استفاده گردید که توسط منتظری و همکاران در ایران مورد طراحی و روان‌سنجی قرار گرفت (۱). این پرسش‌نامه شامل ۳۳ عبارت در ۵ بعد بود. بعد مهارت خواندن ۴ گویه در ارتباط با خواندن مطالب آموزشی مرتبط با سلامت، بعد دسترسی ۶ گویه در ارتباط با دستیابی به اطلاعات سلامت و بیماری، بعد فهم و درک ۷ گویه در ارتباط با درک مفاهیم بیماری و سلامت، بعد ارزیابی ۴ گویه مرتبط با تعیین ارزیابی صحت اطلاعات سلامت و بعد تصمیم‌گیری ۱۲ گویه در ارتباط با انجام رفتارهای بهداشتی داشت. عبارات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌دهی شدند؛ در صورتی که فرد رفتار سلامتی را همیشه انجام می‌داد، امتیاز ۱ و در صورت عدم انجام آن، امتیاز صفر می‌گرفت. نمره‌دهی به دو صورت امتیاز برای هر بعد و امتیاز کل انجام می‌شد. طیف امتیازات بعد خواندن ۴ تا ۲۰ [ضعیف (۴ تا ۸)، متوسط (۹ تا ۱۵) و خوب (۱۶ تا ۲۰)]، بعد دسترسی ۶ تا ۳۰ [ضعیف (۶ تا ۱۲)، متوسط (۱۳ تا ۲۳) و خوب (۲۴ تا ۳۰)]، بعد فهم و درک ۷ تا ۳۵ [ضعیف (۷ تا ۱۴)، متوسط (۱۵ تا ۲۷) و خوب (۲۸ تا ۳۵)]، بعد ارزیابی ۴ تا ۲۰ [ضعیف (۴ تا ۸)، متوسط (۹ تا ۱۵) و خوب (۱۶ تا ۲۰)]، بعد تصمیم‌گیری ۱۲ تا ۶۰ [ضعیف (۱۲ تا ۲۴)، متوسط (۲۵ تا ۴۷) و خوب (۴۸ تا ۶۰)] و امتیاز کل به صورت ضعیف ۳۳ تا ۶۶، متوسط ۶۷ تا ۱۳۲، خوب ۱۳۳ تا ۱۶۵ بود.

اهداف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات برای کارکنان توضیح داده شد و در صورت رضایت داشتن به شرکت در مطالعه، پرسش‌نامه‌ها توسط خود آن‌ها تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون t و χ^2) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY)

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

۱۸۶ نفر از ۲۶۳ نفر کارکنان پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند (درصد پاسخگویی ۷۰/۷ درصد). میانگین و انحراف معیار سن کارکنان ۸/۵ ± ۳۹/۹ سال و اکثریت آن‌ها زن (۶۳/۳ درصد) و متأهل (۸۲/۲ درصد) بودند. ۵۹/۹ درصد کارکنان وضعیت اقتصادی متوسطی داشتند. کارکنان بیشترین منبع دریافت مطالب مربوط به سلامت را از میان منابع مختلف همچون اینترنت، رسانه‌ها، کتب و مجلات، دوستان و آشنایان و پزشکان و کارکنان بهداشت- درمان، «پرسیدن اطلاعات لازم از پزشک و کارکنان بهداشتی- درمانی» (۳۲/۸ درصد) بیان کردند.

۴۴/۸ درصد کارکنان وضعیت سلامت خود را متوسط گزارش نمودند (جدول ۱). ارتباط آماری معنی‌داری بین وضعیت سلامت با تأهل (P = ۰/۰۳) و وضعیت اقتصادی (P < ۰/۰۱) مشاهده شد (جدول ۱). سواد سلامت ۵۷/۰ درصد کارکنان خوب و ۴۳/۰ درصد متوسط بود و هیچ‌کدام سواد سلامت در محدوده ضعیف نداشتند (جدول ۱). نمره تمامی ابعاد سواد سلامت در محدوده خوب به دست آمد. همچنین، بعد تصمیم‌گیری بیشترین میانگین و انحراف معیار (۶/۴ ± ۴۸/۴) را به خود اختصاص داد (جدول ۲). از میان متغیرهای فردی و سواد سلامت، ارتباط آماری معنی‌داری بین تحصیلات (P = ۰/۰۳۴) و وضعیت بیمه (P = ۰/۰۴۴) مشاهده شد (جدول ۱). ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت و وضعیت سلامت وجود نداشت (جدول ۳).

بحث

سواد سلامت کلیه کارکنان اداری دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان بر اساس نتایج مطالعه در محدوده خوب و متوسط بود و هیچ‌کدام سواد سلامت ضعیف نداشتند. شاید این امر به دلیل آگاهی کارکنان از موضوعات مرتبط با سلامت، تحصیلات آن‌ها، محل کار آن‌ها و نزدیکی با قشر متخصص در زمینه سلامت و بیماری باشد. یافته‌های مطالعه حاضر تأیید کننده مطلب فوق است؛ به طوری که اکثریت افراد (۳۲/۸ درصد) اطلاعات لازم در خصوص سلامتی- بیماری را از طریق پرسش از پزشک و کارکنان بهداشتی درمانی کسب کردند.

از آن‌جایی که مطالعات داخلی و خارجی از ابزارهای مختلفی برای ارزیابی سواد سلامت استفاده نمودند، مقایسه دقیق نتایج این مطالعه با سایر مطالعات مقدور نبود. جوادزاده و همکاران با بررسی هم‌زمان دو ابزار S-TOFHLA (Short test of functional health literacy in adults) و NVS (Newest vital signe) جهت ارزیابی سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان مشاهده کردند که ۴۶/۵ درصد افراد با ابزار S-TOFHLA و ۳۸/۵ درصد افراد با ابزار NVS سواد سلامت کافی داشتند. اکثریت افراد با وجود تفاوت در فراوانی، دارای سواد سلامت کافی بودند (۵). کریمی و همکاران با استفاده از ابزار CAHP (Consumer assessment of healthcare providers and systems) سواد سلامت افراد را به صورت ۴۹/۸ درصد متوسط، ۴۰/۵ درصد خوب، ۵/۵ درصد ضعیف و ۴/۲ درصد عالی گزارش کردند (۹).

van der Heide و همکاران سواد سلامت ۴۳/۴ درصد از بزرگسالان کشور هلند را با کمک ابزار HALS، ضعیف به دست آوردند (۲۰). صرف‌نظر از نوع ابزار بررسی سواد سلامت کارکنان در مطالعه Damman و همکاران، ۷۸/۳ درصد ۱۱۲۰ نفر از کارکنان سواد سلامت کافی داشتند (۱۱).

همه ابعاد سواد سلامت کارکنان در محدوده خوب بود و بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب مربوط به ابعاد تصمیم‌گیری و ارزیابی به دست آمد. از آن‌جایی که بعد ارزیابی بیشتر بر ارزیابی صحت اطلاعات سلامتی تمرکز داشت، کارکنان در پاسخ‌گویی این حیطه به دلیل تخصصی‌تر بودن عبارات، ضعیف‌تر عمل نمودند. Ishikawa و همکاران در مطالعه خود توانایی جستجوی اطلاعات کارکنان (۸۷/۴ درصد)، توانایی استخراج اطلاعات (۷۸/۹ درصد)، توانایی توجه به اعتبار اطلاعات (۵۸/۴ درصد)، توانایی درک اطلاعات (۵۸/۹ درصد) و توانایی تصمیم‌گیری بر اساس اطلاعات (۵۳/۷ درصد) را گزارش کردند (۱۲). افراد شاید به دلیل ماهیت خودگزارش‌دهی ابزار، سواد سلامت خود را در بیشتر ابعاد خوب و توانمند نشان دادند.

ارتباط آماری معنی‌داری بین متغیر تحصیلات و بیمه در مطالعه حاضر با سواد سلامت مشاهده شد؛ به طوری که افرادی با تحصیلات بالاتر و دارای بیمه تکمیلی، سواد سلامت خوب داشتند. ارتباط تحصیلات و سواد سلامت در برخی مطالعات نیز با وجود استفاده از ابزارهای مختلف ارزیابی سواد سلامت، معنی‌دار به دست آمد (۲۲-۲۰، ۱۶، ۷، ۵)؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت که افراد با سطح تحصیلات بالاتر، سواد سلامت بالاتری داشتند.

اکثر کارکنان وضعیت سلامت خود را متوسط گزارش کردند. Schmidt و همکاران نیز وضعیت سلامت ۳۳۳۱ نفر از کارکنان اداری را در مطالعه خود بررسی نمودند. نتایج نشان داد که ۴۷/۶ درصد افراد وضعیت سلامت خود را در محدوده خوب بیان کردند (۲۳) که در بیشتر مطالعات نیز در محدوده متوسط تا خوب به دست آمد (۲۰، ۱۶، ۹، ۳).

افراد با وضعیت اقتصادی بالاتر و متأهل در مطالعه حاضر، وضعیت سلامت خود را بهتر عنوان نمودند و ارتباط آماری معنی‌داری بین سواد سلامت و وضعیت سلامت یافت نشد. کریمی و همکاران نیز در مطالعه خود ارتباط آماری معنی‌داری بین سواد سلامت و وضعیت سلامت مشاهده نکردند و بعد خانوار در میان متغیرهای دموگرافیک بر روی خودارزیابی وضعیت سلامت افراد مؤثر بود (۹). رابطه سواد سلامت و وضعیت سلامت در بسیاری از مطالعات به لحاظ آماری معنی‌دار به دست آمد و افراد با سواد سلامت بالاتر، وضعیت سلامت بهتری گزارش کردند (۲۱، ۲۰، ۱۶، ۳).

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به ماهیت خودگزارش‌دهی ابزار، عدم رضایت به شرکت در مطالعه و مرخصی بودن کارکنان در زمان مطالعه اشاره نمود. همچنین، از آن‌جایی که بیشتر مطالعات سواد سلامت گروه سالمند و بیماران را مورد بررسی قرار دادند، امکان مقایسه بهتر نتایج مطالعات میسر نبود.

نتیجه‌گیری

سواد سلامت کارکنان دانشگاه به طور کلی در محدوده خوب تا متوسط قرار داشت. شاید این امر از تحصیلات و آگاهی آن‌ها از مسایل مربوط به سلامت و بیماری و نیز دسترسی به کادر درمانی و پزشکی نشأت می‌گرفت. از آن‌جایی که در مطالعه حاضر مهم‌ترین عوامل مرتبط در امر سواد سلامت دارا بودن تحصیلات و بیمه بود، توجه به این متغیرها در ارتقای سواد سلامت کارکنان اداری می‌تواند نقش بسزایی داشته باشد. پیشنهاد می‌شود که سیستم بهداشت درمان با برنامه‌ریزی آموزشی به حفظ سواد سلامت و نیز ارتقای آن در کارکنان اداری توجه ویژه‌ای نماید تا در نهایت موجب ارتقای سلامت عمومی و بهبود کیفیت خدمات آن‌ها گردد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

جدول ۱. ارتباط بین مشخصات فردی با سواد سلامت و وضعیت سلامت کارکنان اداری دانشگاه علوم پزشکی گیلان

متغیرهای فردی	تعداد (درصد)	سواد سلامت		P	سواد سلامت					P
		خوب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)		خیلی خوب تعداد (درصد)	خوب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	ضعیف تعداد (درصد)	خیلی ضعیف تعداد (درصد)	
تعداد کل	۱۸۶ (۱۰۰)	۱۰۶ (۵۷/۰)	۸۰ (۴۳/۰)	–	۱۴ (۷/۷)	۷۶ (۴۲/۰)	۸۱ (۴۴/۸)	۷ (۳/۹)	۳ (۱/۷)	
سن										
زیر ۴۰ سال	۸۸ (۴۷/۳)	۵۰ (۴۷/۲)	۳۸ (۴۷/۵)	۰/۹۶	۹ (۶۴/۳)	۴۰ (۵۲/۶)	۳۲ (۳۹/۵)	۴ (۵۷/۱)	۱ (۳۳/۳)	۰/۲۷۰
بالای ۴۰ سال	۹۸ (۵۲/۷)	۵۶ (۵۲/۸)	۴۲ (۵۲/۵)		۵ (۳۵/۷)	۳۶ (۴۷/۴)	۴۹ (۶۵/۵)	۳ (۴۲/۹)	۲ (۶۶/۷)	
جنس										
زن	۱۱۴ (۶۳/۳)	۶۴ (۶۲/۷)	۵۰ (۶۴/۱)	۰/۸۵	۱۰ (۷۱/۴)	۴۸ (۶۳/۲)	۴۹ (۶۴/۵)	۴ (۵۷/۱)	۲ (۶۶/۷)	۰/۹۷۰
مرد	۶۶ (۳۶/۷)	۲۸ (۳۵/۹)	۳۸ (۳۷/۳)		۴ (۲۸/۶)	۲۸ (۳۶/۸)	۲۷ (۳۵/۵)	۳ (۴۲/۹)	۱ (۳۳/۳)	
تأهل										
متأهل	۱۳۹ (۸۲/۲)	۸۱ (۸۰/۲)	۵۸ (۸۵/۳)	۰/۳۹	۸ (۵۷/۱)	۵۶ (۸۱/۲)	۶۳ (۸۸/۷)	۷ (۱۰۰)	۲ (۶۶/۷)	۰/۰۳
مجرد	۳۰ (۱۷/۸)	۲۰ (۱۹/۸)	۱۰ (۱۴/۷)		۶ (۴۲/۹)	۱۳ (۱۸/۸)	۸ (۱۱/۳)	۰ (۰)	۱ (۳۳/۳)	
تحصیلات										
زیر دیپلم	۱۳ (۷/۲)	۸ (۸/۰)	۵ (۶/۲)	۰/۰۳	۱ (۷/۷)	۲ (۲/۷)	۸ (۱۰/۱)	۱ (۱۴/۳)	۰ (۰)	۰/۵۰۰
دیپلم	۵۳ (۲۹/۴)	۲۰ (۲۰/۰)	۳۳ (۴۱/۲)		۱ (۷/۷)	۱۶ (۲۱/۶)	۳۱ (۳۹/۲)	۳ (۴۲/۹)	۲ (۶۶/۷)	
کاردانی	۲۵ (۱۳/۹)	۱۴ (۱۴/۰)	۱۱ (۱۳/۸)		۱ (۷/۷)	۱۴ (۱۸/۹)	۱۰ (۱۲/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	
کارشناسی	۶۵ (۳۶/۱)	۴۳ (۴۳/۰)	۲۲ (۲۷/۵)		۷ (۵۳/۸)	۲۹ (۳۹/۲)	۲۶ (۳۲/۹)	۲ (۲۸/۶)	۱ (۳۳/۳)	
ارشد و بالاتر	۲۴ (۱۳/۳)	۱۵ (۱۵/۰)	۹ (۱۱/۲)		۳ (۲۳/۱)	۱۳ (۱۷/۶)	۴ (۵/۱)	۱ (۱۴/۳)	۰ (۰)	
سابقه خدمت										
زیر ۱۴ سال	۷۴ (۳۹/۸)	۳۷ (۳۴/۹)	۳۷ (۴۶/۲)	۰/۱۱	۷ (۵۰/۰)	۳۵ (۴۶/۱)	۲۷ (۳۳/۳)	۳ (۴۲/۹)	۰ (۰)	۰/۲۷۰
بالای ۱۴ سال	۱۱۲ (۶۰/۲)	۶۹ (۶۵/۱)	۴۳ (۵۳/۸)		۷ (۵۰/۰)	۴۱ (۵۳/۹)	۵۴ (۶۶/۷)	۴ (۵۷/۱)	۳ (۱۰۰)	
پوشش بیمه										
بیمه عادی	۳۶ (۱۹/۸)	۱۵ (۱۴/۶)	۲۱ (۲۶/۶)	۰/۰۴	۲ (۱۴/۳)	۱۵ (۲۰/۰)	۱۶ (۲۰/۳)	۲ (۲۸/۶)	۰ (۰)	۰/۹۰۰
بیمه تکمیلی و عادی	۱۴۶ (۸۰/۲)	۸۸ (۸۵/۴)	۵۸ (۷۳/۴)		۱۲ (۸۵/۷)	۶۰ (۸۰/۰)	۶۳ (۷۹/۷)	۵ (۷۱/۴)	۳ (۱۰۰)	
وضعیت اقتصادی										
ضعیف	۲۹ (۱۶/۹)	۱۴ (۱۴/۴)	۱۵ (۲۰/۰)	۰/۱۲	۰ (۰)	۷ (۹/۶)	۱۸ (۲۴/۳)	۳ (۵۰/۰)	۱ (۵۰/۰)	< ۰/۰۰۱
متوسط	۱۰۳ (۵۹/۹)	۵۵ (۵۶/۷)	۴۸ (۶۴/۰)		۶ (۴۲/۹)	۳۹ (۵۳/۴)	۵۱ (۶۸/۹)	۳ (۵۰/۰)	۱ (۵۰/۰)	
خوب	۴۰ (۲۳/۳)	۲۸ (۲۸/۹)	۱۲ (۱۶/۰)		۸ (۵۷/۱)	۲۷ (۳۷/۰)	۵ (۶/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

جدول ۲. ابعاد سواد سلامت کارکنان اداری دانشگاه علوم پزشکی گیلان

سواد سلامت	خوب	متوسط	ضعیف	میانگین ± انحراف معیار
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد(درصد)	
دسترسی	۱۱۱ (۵۹/۷)	۷۱ (۳۸/۲)	٤ (۲/۲)	٤/۳ ± ۲۳/۲۲
مهارت خواندن	۱۱۹ (٦٤/۰)	٥٥ (۲۹/۰)	۱۲ (٦/٥)	۳/۷ ± ۱٥/۱۲
فهم و درک	۱۳۸ (۷٤/۲)	٤٥ (۲٤/۲)	۳ (۱/٦)	٤/۸ ± ۲۹/٤٦
ارزیابی	۹۲ (٤۹/٥)	۸۸ (٤۷/۳)	٦ (۳/۲)	۲/۷ ± ۱٥/۰۰
تصمیم گیری	۱۱۷ (٦۲/۹)	٦۸ (۳٦/٦)	۱ (۰/٥)	٦/٤ ± ٤۸/٤۱
کل	۱۰٦ (٥۷/۰)	۸۰ (٤۳/۰)	۰ (۰)	۱٦/۷ ± ۱۳٤/۰۰

جدول ۳. ارتباط وضعیت سلامت و سواد سلامت کارکنان اداری دانشگاه علوم پزشکی گیلان

وضعیت سلامت	سواد سلامت	خوب	متوسط	سطح معنی‌داری
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
خیلی خوب		۱۱ (۱۰/۷)	۳ (۳/۸)	
خوب		٤۹ (٤۷/٦)	۲۷ (۳٤/٦)	
متوسط		۳۸ (۳٦/۹)	٤۳ (٥٥/۱)	۰/۰٦۱
ضعیف		۳ (۲/۹)	٤ (٥/۱)	
خیلی ضعیف		۲ (۱/۹)	۱ (۱/۳)	

تشکر و قدردانی

پژوهشگر بدین وسیله از همکاری صمیمانه کارکنان اداری دانشگاه علوم پزشکی گیلان تشکر و سپاسگزاری می‌نماید. این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی گیلان به شماره قرارداد ۹۳۱۲۰۴۱۴ در تاریخ ۹۳/۱۲/۴ می‌باشد.

References

1. Kamali Dehkordi F, Maghsoudi SH, Emami Sigaroudi A, Kazemnejad Leili E. Study of Predictive factors of public health based on job satisfaction in employees of Rasht city Health Service Centers. Holist Nurs Midwifery 2015; 25(4): 110-7. [In Persian].
2. Kabirzadeh A, Mohsenisaravi B, Asghari Z, Bagherianfarahabadi E, Bagerzadehladari R. Rate of general health, job stress and factors in medical records workers. Health Inf Manage 2007; 4(2): 215-22. [In Persian].
3. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Soc Sci Med 2008; 66(8): 1809-16.
4. Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. Am J Obstet Gynecol 2002; 186(5): 938-43.
5. Javadzade SH, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults in Isfahan, Iran. J Health Syst Res 2013; 9(5): 540-9. [In Persian].
6. Sorensen 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: 80.
7. Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, Barghamdi M, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. Strides Dev Med Educ 2007; 4(1): 1-9. [In Persian].
8. Naderimagham S, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health literacy for iranian adults (HELIA): Development and psychometric properties. Payesh Health Monit 2014; 13(5): 589-99. [In Persian].
9. Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian M, Khorasani E. Health literacy, health status, health services utilization and their relationships in adults in Isfahan. Health Inf Manage 2013; 10(6): 862-75. [In Persian].
10. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med 2011; 155(2): 97-107.
11. Damman OC, van der Beek AJ, Timmermans DR. Workers' knowledge and beliefs about cardiometabolic health risk. J Occup Environ Med 2014; 56(1): 92-100.
12. Ishikawa H, Nomura K, Sato M, Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

Japanese office workers. Health Promot Int 2008; 23(3): 269-74.
13. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? Int J Public Health 2009; 54(5): 303-5.
14. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. Ann Fam Med 2009; 7(3): 204-11.
15. Vaidya V, Partha G, Howe J. Utilization of preventive care services and their effect on cardiovascular outcomes in the United States. Risk Manag Healthc Policy 2011; 4: 1-7.
16. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad G. The Relationship between Health Literacy, Health status and Healthy behaviors among Elderly in Isfahan. J Health Syst Res 2011; 7(4): 469-80.
17. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008; 67(12): 2072-8.
18. Tavousi M, Ebadi M, Fattahi E, Jahangiry L, Hashemi A, Hashemiparast M, et al. Health literacy measures: a systematic review of the literature. Payesh 2015; 14(4): 485-96. [In Persian].
19. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health 2013; 13: 320.
20. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. J Health Commun 2013; 18(Suppl 1): 172-84.
21. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. BMC Public Health 2010; 10: 614.
22. Peyman N, Behzad F, Taghipour A, Esmaily H. Evaluation of communication between healthcare workers and patients with chronic diseases according to their levels of health literacy. J Res Health 2014; 4(1): 599-607.
23. Schmidt B, Loerbroks A, Herr RM, Wilson MG, Jarczok MN, Litaker D, et al. Associations between supportive leadership and employees self-rated health in an occupational sample. Int J Behav Med 2014; 21(5): 750-6.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

Journal of Health System Research
Received: 29.08.2015
Vol. 12, No. 3, Autumn 2016
Accepted: 24.02.2016

The Association between Health Literacy and Health Status among the Staff of Guilan University of Medical Sciences, Iran

Atefeh Ghanbari[1], Pardis Rahmatpour[2], Malahat Khalili[3], Fatemeh Barari[4]

Original Article

Abstract

Background: Today, health literacy is a challenge for health care providers and health systems, and thus, must be considered in all aspects of health. This study aimed to determine the association between health literacy and health status among the staff of Guilan University of Medical Sciences, Iran, in 2014.

Methods: The participants of this analytical, cross-sectional study were selected through census method. Data collection was conducted through a questionnaire with 3 sections; Demographic information form, health status form, and Health Literacy for Iranian Adults (HELIA). The collected data were analyzed using descriptive and analytical statistical tests in SPSS software.

Findings: The health literacy of all staff (n = 186) was at a good and moderate level. In addition, 81 personnel (44.8%) reported their health status as moderate. Significant statistical relationships were observed between health status and marriage (P = 0.03) and economic status (P < 0.001), and between health literacy and education (P = 0.034) and insurance status (P = 0.044). However, no significant relationship was observed between health literacy and health status.

Conclusion: The health literacy of all personnel was good and moderate and the most important factors related to health literacy were education and insurance coverage. Therefore, attention to these variables may have an important role in promoting the health literacy of personnel. It is suggested that special attention be paid to maintaining and improving health literacy in personnel through educational planning by the health care system to ultimately improve public health and the quality of their services.

Keywords: Health literacy, Health status, Staff

Citation: Ghanbari A, Rahmatpour P, Khalili M, Barari F. **The Association between Health Literacy and Health Status among the Staff of Guilan University of Medical Sciences, Iran.** J Health Syst Res 2016; 12(3): 381-7.

1- Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center AND Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
2- Social Determinants of Health Research Center AND Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
3- PhD Candidate, Department of Epidemiology, School of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
4- Social Determinants of Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
Corresponding Author: Pardis Rahmatpour, Email: par.rahmatpour@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]