

The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors (Case Study: Citizens Over 18 Years of Age in Urban Areas of Mashhad)

Mohammad Hasan Sharbatian * Ph.D. of Sociology (Social Issues of Iran) Social Issues Researcher and instructor of University, Mashhad, Iran.
Javad Jahanshiri Assistant Professor of Strategic Management of Cyberspace, Department of FATA, University of Police and Chief of Khorasan Razavi Fata Police. Tehran, Iran.
Fahimeh Azarnia MA in Sociology, Islamic Azad University, Quchan Branch. Social researcher of Mashhad Municipality Cultural and Social Organization, Mashhad, Iran.

Abstract

The capacity to acquire, interpret and understand health information to make decisions about health-promoting behaviors can be defined as the purposeful relationship of this study. In this article, from the perspective of Weber and Cockerham, based on the components of the lifestyle of "Opportunity and choice" and the use of Giddens's approach to understanding health literacy, the variables are explained. The methodology of this study was descriptive and correlational and the statistical population was citizens over 18 years of age in urban areas of Mashhad. Based on the Cochran's sampling formula, 650 people were randomly selected as the appropriate size for each region. A standardized questionnaire was used to collect information. The agreement of the judges to achieve content validity and the reliability coefficient of health literacy (0.822) and health-promoting behaviors (0.800) has been obtained. The results indicate that based on the average health literacy status, it was better than health promotion behaviors in general and distinctly in urban areas. In this regard, regions 9 and 7 have had the highest and lowest average benefit; the average status of the dependent variable in urban areas has not been very favorable. The magnitude and intensity of the relationships between the main and sub-hypotheses have been obtained at a significance level of less than 0.05 in the medium and high limits. The beta results of regression show that the functional, communication, critical and baseline components had the greatest effect on the dependent variable with the value of 69% correlation coefficient, respectively. Also, the results of the prediction equation can explain 49% of the variance of the dependent variable and the health literacy variable has a direct effect on health-promoting behaviors of about 0.865 units.


Key Words: Health Promoting Behaviors, Health Literacy, Citizens, Urban Areas, Mashhad


* Corresponding Author: sharbatian@gmail.com


How to Cite: Sharbatian, M. H; fahimeh Azarnia, F; javad jahanshiri, J. (2022). The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors (Case study: citizens over 18 years of age in urban areas of Mashhad), *Journal of Social Development and Welfare Planning*, 14(51), 169-218.

ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

(مورد مطالعه: شهروندان بالای ۱۸ سال مناطق شهری مشهد)

محمدحسن شربتیان*  دانش‌آموخته دکتری جامعه‌شناسی و پژوهشگر و مدرس دانشگاه، مشهد، ایران.

جواد جهانشیری  استادیار مدیریت راهبردی فضای سایبر گروه فنا دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران.

فهیمه آذرنیا  دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان. پژوهشگر اجتماعی سازمان فرهنگی و اجتماعی شهرداری مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

ظرفیت کسب، تفسیر و درک اطلاعات سلامت برای تصمیم‌گیری انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را می‌توان موضوع رابطه هدفمند این پژوهش تعریف کرد. در این مقاله از منظر ویر و کاکرهام با تکیه بر مؤلفه‌های سبک زندگی "فرصت و انتخاب" و بهره‌مندی از رویکرد عاملیت گیدنز در راستای فهم سواد سلامت به تبیین متغیرها پرداخته شده است. روش‌شناسی این پژوهش توصیفی و همبستگی بوده است و جامعه آماری شهروندان بالای ۱۸ سال مناطق شهری مشهد بوده است که بر اساس فرمول نمونه‌گیری کوکران ۶۵۰ نفر به صورت حجم متناسب با هر منطقه به صورت تصادفی شهروندان انتخاب شده‌اند. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار پرسشنامه استاندارد شده بهره‌برده شده است. از توافق داوران جهت رسیدن به روایی محتوایی و میزان ضریب پایایی سواد سلامت (۰/۸۲۲) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (۰/۸۰۰) به‌دست آمده است. نتایج بیانگر این است که بر اساس میانگین وضعیت سواد سلامت به نسبت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به‌طور کل و متمایز در سطح مناطق شهری بهتر بوده است. در این راستا مناطق ۹ و ۷ بیشترین و کمترین میانگین بهره‌مندی را داشته‌اند؛ وضعیت میانگین متغیر وابسته در سطح مناطق شهری چندان مطلوب نبوده است. میزان و شدت روابط بین فرضیه‌های اصلی و فرعی در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در حد متوسط و بالا به‌دست آمده است. نتایج بنای رگرسیون نشان می‌دهد که مؤلفه‌های عملکردی، ارتباطی، انتقادی و پایه به ترتیب با مقدار، ضریب همبستگی ۶۹ درصد بیشترین تأثیر بر متغیر وابسته داشته‌اند. همچنین نتایج معادله پیش‌بینی می‌تواند ۴۹ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کند و متغیر سواد سلامت در حدود ۰/۸۶۵ واحد اثر مستقیم بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشته است.

واژه‌های کلیدی: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، سواد سلامت، شهروندان، مناطق شهری، مشهد

مسئله پژوهش

امروزه رویکرد سلامت‌محوری^۱ در نظام بهداشتی در جهت بهبود خدمات و کاهش هزینه‌ها معنای جدی به خود گرفته است و مردم به‌طور فزاینده‌ای با چالش در انتخاب شیوه زندگی سالم از طریق سیستم مراقبت بهداشتی مواجه هستند (Jurgen & Franklin, 2011: 143). بسیاری از مسائل سلامتی جامعه، به‌نوعی به دگرگونی‌های سبک زندگی سالم^۲ افراد منجر به می‌گردد. آمارهای سازمان جهانی بهداشت بیانگر آن است که ۵۳ درصد از علل اصلی مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی، ۲۱ درصد به عوامل محیطی، ۱۱ درصد به عوامل ارثی و ۱۱ درصد به سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی مربوط است (بهادر و عباسی، ۱۳۹۰: ۵۱).

بر اساس این رویکرد، نظام سلامت نوین نقش‌ها و انتظارات جدیدی برای افراد ارائه کرده‌اند و از آنان می‌خواهند تا با جستجوی اطلاعات، برای حفظ تندرستی خود، پیشگیری از بیماری‌ها، بالا بردن کیفیت زندگی در طول زندگی خود مورد توجه قرار دهند. در ارتباط با همین رویکرد، عملکرد فردی با میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت^۳ یا همان سبک زندگی سلامت‌محور مرتبط است. این سبک شامل اعمالی از قبیل رژیم غذایی، آشامیدن الکل، استعمال دخانیات، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، بهداشت شخصی و دیگر اعمال و رفتارهای مرتبط با سلامت است. اگرچه برخی از سبک‌های زندگی در جهت تولید سلامت هستند، تمام افراد، گروه‌ها و طبقات اجتماعی سبک زندگی خاص خود را دارند که الگوی مصرفشان را نشان می‌دهند (chaney, 2002: 75).

سبک زندگی سلامت‌محور به‌عنوان مؤلفه‌ای مؤثر سطح بالایی از کیفیت زندگی را دربرمی‌گیرد و درجه بالایی از بهتر زیستن را شامل می‌شود؛ و فرد سالم دارای درجات عالی شاخص‌های سلامت می‌گردد (Blanco & Diaz, 2007: 63). این رویکرد، فرایند

-
1. Health-Oriented Approach
 2. Life Style Of Health
 3. health promoting behaviours

نیرومند شدن و قادر بودن توأم با داشتن یک زندگی خوب را منعکس می‌کند (کرتیس، ۲۲:۱۳۸۲). این رویکرد سلامت را مفهومی مثبت نگر تلقی کرده و با تکیه بر استعدادها و توانمندی‌های انسان هدفش را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال می‌آورد (جوکار، ۴:۱۳۸۶).

در همین ارتباط سواد سلامت^۱ به‌عنوان مؤلفه‌ای از این رویکرد، درصدد است که تقاضاها، دانش و مهارت افراد در محیط‌های مراقبت بهداشتی و سلامتی را ارتقاء دهد. بسیاری از صاحب‌نظران اعتقاد دارند که سطح سواد سلامت هر جامعه یکی از شاخص‌های مهم در ارتقای سلامت است؛ چراکه به دنبال آن، حس مسئولیت‌پذیری جامعه افزایش می‌یابد. پس از منظر سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت به‌صورت مهارتی، شناختی و اجتماعی تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات در حوزه سلامت بوده و به‌گونه‌ای منجر به حفظ و ارتقاء سلامت می‌گردد (Mellor, et.al, 2008: 9).

در طول دهه حاضر ضرورت و اثرات سواد سلامت بر سطح رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت موردتوجه قرار گرفته است. درواقع سطح کافی سواد سلامت، می‌تواند برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی برای تصمیم‌گیری مناسب، باشد. سواد سلامت می‌تواند به تشویق سبک زندگی سالم، تقویت اقدام جامعه، جهت‌دهی مجدد خدمات بهداشتی و تعیین سیاست‌های بهداشت عمومی منجر به گردد (محمدی زیدی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۰۴).

بنابراین سواد سلامت یکی از انواع سوادهایی است که برای زندگی بشر در جامعه امروزی که روزه‌روز بر دامنه و تعداد منابع علمی مرتبط با سلامت و همچنین گزینه‌های موجود برای حفظ و ارتقاء سلامت پیش روی افراد است، در حال افزایش است و نقشی حیاتی دارد. بر این مبنای کتابخانه ملی پزشکی آمریکا سواد سلامت را به‌عنوان میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی که برای تصمیم‌گیری

ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده...، شربتیان و همکاران | ۱۷۳

متناسب در حیطه سلامت لازم است، این گونه تعریف می کند (Nielsen-Bohlman et.al, 2004: 131).

سطح پایین سواد سلامت پیامدهای قابل توجهی بر رفتار افراد داشته و می تواند اثرات نامطلوبی داشته باشد. نتایج مطالعات در جامعه ما حاکی از آن است که افراد باسواد سلامت ناکافی وضعیت سلامت ضعیف تری دارند. میزان مراجعات این دسته از افراد به بخش اورژانس ها بیشتر بوده، میزان بستری شدن در بیمارستان ها برای این دسته از افراد ۲۹ تا ۵۲ درصد بیش از سایر افراد گزارش شده است؛ و همچنین میزان مرگ و میر در آن ها نیز بیشتر از سایر افراد بوده است. این بیماران با احتمال کمتری از مراقبت های پیشگیرانه استفاده می کنند و عموماً به طور یکسان و برابر با سایر افراد از خدمات سلامت بهره نمی برند (رئسی و همکاران، ۱۳۹۹: ۹۶-۹۵).

در نهایت بر اساس چنین نتایجی می توان به این نکته دست یافت که سواد سلامت ناکافی به عنوان یک مانع و خطر جدی در مراقبت های بهداشتی و سلامت عمل می کند و افراد را در درک توصیه ها، مهارت ها و آموزش های ارائه شده و نهایتاً اتخاذ رفتارهای سالم و خود مراقبتی با مشکل روبرو می سازد؛ بنابراین رفتار یادشده از مهم ترین معیارهای تعیین کننده سلامت افراد در نظر گرفته می شود که می تواند در ارتباط باسواد سلامت مورد تحلیل و تبیین قرار گیرد. هدف این است که مردم بتوانند سلامت خویش را کنترل کنند تا از حداکثر ظرفیت سلامت لذت ببرند و سبک زندگی سالم را تداوم بخشند (Donnell' & Spencer, 2005).

با توجه به مباحث مطرح شده و ضرورت ارتباط بین متغیرهای مورد بحث باید اشاره به این کنیم که شهر مشهد به عنوان دومین کلان شهر ایران از موقعیت اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و مذهبی خاصی برخوردار است، تحقیقاتی که در ارتباط با رابطه سواد سلامت شهروندان در سطح مناطق شهری در طی سال های اخیر انجام شده باشد، کمتر صورت گرفته است. یکی از نتایجی که در راستای موضوع در این شهر در سال های اخیر انجام شده در میان دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی بوده است که نتایج

بیانگر آن است که در حدود ۲۵ درصد دانشجویان از سواد سلامت ناکافی، در حدود ۳۸/۳۱ درصد سواد سلامت مرزی و در حدود ۳۶/۶۹ درصد سواد سلامت کافی این دانشجویان برخوردار بوده‌اند (محمودی و طاهری، ۱۳۹۴: ۳۱). تحقیق دیگری در بین زنان ۴۵ تا ۵۶ ساله در شهر مشهد نشان داد که میزان سواد سلامت گروه هدف ناکافی بوده است؛ به طوری که میانگین متغیر یادشده در حدود $۰۶/۵۴ \pm ۶۹/۲۰$ به دست آمده است که معادل سطح مرزی سواد سلامت را در بین این گروه اجتماعی (زنان) نشان داده است. همچنین در این تحقیق ۲۰۳ نفر (۴۷/۸ درصد) از سطح سواد سلامت ناکافی، ۷۳ نفر (۱۷/۲ درصد) از سطح سواد سلامت مرزی و تنها ۱۴۹ نفر (۳۵ درصد) از سطح سواد سلامت کافی برخوردار بوده‌اند (عبدالملکی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۱۴).

حال مسئله این است که مشهد به عنوان کلان‌شهر، در سال‌های اخیر، شاهد رشد جمعیتی فزاینده‌ای بوده است و در عین حال، در مورد وضعیت سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شهروندان اطلاع دقیقی در دست نیست. در چنین تراکم جمعیتی و مهاجرت بی‌رویه به این شهر، توجه به مقوله ارتقای سلامت و خدمات بهداشت عمومی، به ویژه ارتباط سواد سلامت با سبک زندگی رفتارهای سالم، به عنوان شاخص‌های تعیین‌کننده اجتماعی سلامت و تأمین رفاه در دهه اخیر مورد تحلیل و تبیین کمتری قرار گرفته است. به همین اعتبار، هدف این است که نتایج نوشتار حاضر بتواند یافته‌های متقن و خوبی در اختیار مسئولان و برنامه‌ریزان در جهت ارتقاء سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت قرار دهد، بنابراین آگاهی و شناخت سواد سلامت و تندرستی در ارتباط با سبک زندگی سالم شهروندان می‌تواند فرصت مغتنمی را برای ارتقای کیفیت زندگی شهروندان فراهم آورد. لذا در این نوشتار سعی بر این است تا با استفاده از ابزارهای معتبر در حوزه سواد سلامت و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رویکرد کیفیت زندگی سلامت‌محوری شهروندان مناطق شهر موردسنجش و تحلیل قرار گیرد. بر این مبنا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سؤالات زیر است:

ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده...، شربتیان و همکاران | ۱۷۵

بهره‌مندی شهروندان از میزان سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و مؤلفه‌های آن چقدر است؟ و رابطه معناداری بین این متغیرها در جهت ارتقاء کیفیت زندگی سلامت‌محوری وجود دارد؟

پیشینه پژوهش

با توجه به منابع و ادبیات تجربی در حوزه موضوع مورد مطالعه جدول ذیل در جهت غنای علمی موضوع مورد بحث، به‌اجمال به تشریح یافته‌های پژوهشی منتشر یافته می‌پردازد.

جدول ۱- ادبیات تجربی و پیشینه تحقیق منابع داخلی و خارجی

محققین	نام پژوهش	نوع پژوهش	نتایج
رئیس و همکاران (۱۳۹۹)	سواد سلامت و وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بزرگ‌سالان شهرکرد	توصیفی و همبستگی	یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت (عملکردی): $49/54 \pm 19/15$ ، ارتباطی: $53/45 \pm 15/89$ و انتقادی: $50/86 \pm 17/88$ و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بزرگ‌سالان پایین است، بیشترین امتیاز کسب شده گروه هدف در ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به بُعد رشد معنوی و خودشکوفایی ($46/50 \pm 14/86$) و کم‌ترین امتیاز کسب شده مربوط به بُعد فعالیت بدنی ($24/26 \pm 16/49$) بود. سواد سلامت عملکردی، ارتباطی و انتقادی با جنبه‌هایی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط داشتند ($p < 0/05$). به‌طورکلی نتایج مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری را بین سطح سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نشان داد که بیانگر نقش کلیدی و مهم سواد سلامت در ارتقاء سلامت افراد است.
جواد زاده و همکاران (۱۳۹۸)	بررسی ارتباط سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بزرگ‌سالان شهر بوشهر	توصیفی و همبستگی	نتایج: سواد سلامت عملکردی، ارتباطی و انتقادی با جنبه‌هایی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط داشتند. تمامی حیطه‌های سواد سلامت پیش‌بینی‌کننده حیطه مسئولیت‌پذیری سلامت بودند و هیچ‌یک از آن‌ها روابط بین فردی را پیش‌بینی نکردند. نتیجه‌گیری: سواد سلامت نقش مهمی در تبعیت از رفتارهای ارتقاء سلامت و اتخاذ سبک زندگی سالم دارد، اما تأثیر آن برای جنبه‌های مختلف رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، متفاوت است. این یافته‌ها می‌تواند در برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات آموزشی برای بهبود شیوه زندگی سالم مورد استفاده قرار گیرد.

محققین	نام پژوهش	نوع پژوهش	نتایج
کریمی و همکاران (۱۳۹۸)	نقش سواد سلامت و متغیرهای زمینه‌ای در تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دختران دانش‌آموز مقطع متوسطه شهر تهران	توصیفی و همبستگی	نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد سواد سلامت ($\beta=۳۹/۰$ و $p>۰۰۱/۰$)، علاقه به موضوعات سلامت ($\beta=۳۵/۱$ و $p>۰۰۱/۰$)، مطالعه مجله و روزنامه ($\beta=۷۶/۰$ و $p=۰۰۷/۰$)، تحصیلات پدر ($p=۰۰۲/۰$)، شاخص توده بدنی ($p=۰۲۲/۰$)، رشته تحصیلی ($p>۰۰۱/۰$)، اولین منبع اطلاعات سلامت ($p>۰۰۱/۰$) و محل زندگی ($p=۰۲۳/۰$) ارتباط مستقیم و معنی‌داری با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشتند. بین سن ($\beta=-۶۹/۱$ و $p>۰۰۱/۰$) و ارزیابی وضعیت سلامت ($\beta=-۶۷/۱$ و $p>۰۰۱/۰$) با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط معکوس و معنی‌دار بود. با توجه به اینکه میانگین نمره سواد سلامت در طبقه‌بندی "نه‌چندان کافی" و نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دختران دانش‌آموز درسته متوسط بود، لزوم تدوین برنامه‌های آموزشی جهت افزایش سواد سلامت در طراحی و اجرای مداخلاتی جهت ارتقاء این دسته از رفتارهای مرتبط با سلامت در دانش‌آموزان باید مدنظر قرار گیرد.
عربی و سلیمان پور عمران (۱۳۹۷)	رابطه بین سواد سلامت با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت گرفتار زیست‌محیطی	توصیفی و همبستگی	یافته‌ها نشان داد که بین سواد سلامت با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و رفتار زیست‌محیطی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. سواد سلامت نقش مؤثری در ارتقاء سلامت کارکنان دارد و با ارتقاء سطح سواد سلامت در افراد جامعه می‌توان در جهت تقویت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و رفتار زیست-محیطی گام برداشت. طبق نتایج فوق، سواد سلامت بر روی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت شامل خود مراقبتی، مدیریت استرس، ورزش، تغذیه و... تأثیرگذار است.
جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷)	بررسی ارتباط سواد سلامت و سبک زندگی سالم در داوطلبین سلامت شهرستان نیشابور: یک مطالعه مقطعی	توصیفی و همبستگی	میانگین سن افراد موردپژوهش $۳۲/۹+۹/۷$ سال بود. $۶۱/۵$ درصد دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بودند. سواد سلامت $۴۴/۶$ درصد از رابطین در حد ناکافی، $۳۲/۲$ درصد مرزی، و $۲۳/۱$ درصد در حد کافی بودند. میانگین نمره سبک زندگی سالم در افراد موردبررسی $۲۳+۱۳/۰۸$ محاسبه گردید. در این مطالعه بین سن، سطح تحصیلات و سطح سواد سلامت ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد، به طوری که سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر و تحصیلات کمتر شایع‌تر بود. بین سطح سواد سلامت با تغذیه، معنویت، مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت

ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده...، شریتیان و همکاران | ۱۷۷

محققین	نام پژوهش	نوع پژوهش	نتایج
			فیزیکی، روابط بین فردی و مدیریت استرس همبستگی مثبت و معنی دار مشاهده گردید ($p < 0.01/0$)
نوروزی و همکاران (۱۳۹۶)	اثر میانجی سبک زندگی سلامت محور در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی زنان روستایی در شهرستان اسلام‌آباد غرب	توصیفی و همبستگی	نتایج تحقیق نشان داد که سواد سلامت اثر مثبت و معنی داری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی داشته ($p = 0.001$) β value (518/0) و در حدود ۲۷ درصد از واریانس آن را تبیین کرد. همچنین، نتایج تحقیق حاکی از آن بود که مجموع اثر غیرمستقیم سواد سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از طریق سبک زندگی سلامت محور معنی دار بوده ($p = 0.001$) β value (175/0) و متغیر سبک زندگی سلامت محور در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اثر میانجی جزئی داشت.
آقاملایی و همکاران (۱۳۹۵)	ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانش‌آموزان	توصیفی و همبستگی	میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سواد سلامت در پسران ۶۴/۵ و ۶۸/۹ و در دختران ۵۷/۶ و ۶۷/۹ بود و این اختلاف در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بین پسران و دختران معنی دار بود ($p < 0.001$) آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین مؤلفه‌های سواد سلامت با مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه معنی دار وجود دارد ($p < 0.001$) همچنین بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون ۲۳ درصد از تغییرات رفتارهای تغذیه‌ای، ۱۴ درصد از تغییرات حمایت اجتماعی، ۳۷ درصد از تغییرات مسؤولیت پذیری سلامت، ۳۵ درصد از تغییرات ارزش‌گذاری سلامت، ۱۳ درصد از تغییرات فعالیت جسمی و ۴۱ درصد از تغییرات مدیریت استرس توسط سواد سلامت تبیین می‌شود. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون با متغیر وابسته رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و متغیرهای پیش‌بینی سواد سلامت، ۴۹ درصد از تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت توسط سواد سلامت درصد شامل دسترسی، قدرت خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت تبیین می‌شود. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های سواد سلامت دو مورد آن‌ها شامل دسترسی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت نقش مهم‌تری در پیش‌بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دارند.

محققین	نام پژوهش	نوع پژوهش	نتایج
خدابخشی کولایی (۱۳۹۵)	مقایسه سواد سلامتی و سبک زندگی سالم در زنان بازنشسته و خانه‌دار	توصیفی و همبستگی	زنان سالمند بازنشسته در تمامی مؤلفه‌های سبک زندگی (رشد معنوی، روابط بین فردی، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری، فعالیت بدنی و تغذیه) و مؤلفه‌های سواد سلامتی (دسترسی، مهارت خواندن، ارزیابی و تصمیم‌گیری در مقایسه با زنان سالمند خانه‌دار وضعیت بهتری قرار داشتند.
چون چانگ ^۱ (۲۰۲۰)	سواد سلامت، وضعیت خود مراقبتی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت نوجوانان تایوانی	توصیفی و تحلیلی	نوجوانان باسواد بهداشتی پایین کمتر وضعیت بهداشتی خود مراقبتی را به نسبت افرادی که رفتارهای تنظیم شده دارند، کمتر درک می‌کنند. بروز رفتارهای ارتقادهنده سلامت با افرادی که سواد سلامتی بالا دارند، در خرده مقیاس‌های تغذیه، روابط بین فردی بیشتر مشاهده می‌گردد. نوجوانان باسواد سلامت بالا و پایین تفاوت معناداری در خرده مقیاس‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت چون ورزش، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری سلامتی و خود مراقبتی نداشته‌اند. پس سواد سلامت برای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در نوجوانان، به‌ویژه در زمینه‌های تغذیه و روابط بین فردی، امری حیاتی است.
چهارداح چریک ^۲ و همکاران (۲۰۱۸)	رابطه سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بیماران دیابتی نوع ۲	توصیفی و همبستگی	میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سواد سلامت به ترتیب (۱۹/۸۲ ± ۱۰۰/۴۵) (۱۵/۲۶ ± ۷۶/۱۴) به دست آمده است. بیشترین و کمترین امتیاز در رفتارهای ارتقادهنده سلامت به ترتیب مربوط به تغذیه (۶/۸۵ ± ۲۶/۱۱) و فعالیت بدنی (۲/۷۵ ± ۶/۷۰) بوده است. بین کلیه ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سواد سلامت رابطه معنی‌داری وجود داشت (P < 0.05).
ون ونگر ^۳ و همکاران (۲۰۱۷)	سواد عملکردی سلامت و رفتار ارتقادهنده سلامت در یک نمونه ملی بزرگسالان انگلیسی	توصیفی و همبستگی	ما دریافتیم که ۱۱٫۴٪ از شرکت‌کنندگان دارای سواد سلامتی حاشیه‌ای یا ناکافی هستند. تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک چندمتغیره نشان داد که محدودیت در سواد سلامت با افزایش سن، مرد بودن، موفقیت تحصیلی و درآمد پایین رابطه دارد. در تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک چندمتغیره، سواد سلامت، با مصرف میوه و سبزی‌ها رابطه داشته است؛ و سواد سلامت با افراد غیر سیگاری بیشتر بوده است و سواد سلامت دارای

1. Chun Chang
2. Chahardah-Cherik, & et al
3. Von Wagner & et al

نتایج	نوع پژوهش	نام پژوهش	محققین
رتبه‌بندی خوبی با متغیرهای مستقل از سن، تحصیلات، جنسیت، قومیت و درآمد داشته است. در نهایت نتایج تلاش برای نظارت بر سواد سلامتی در جمعیت انگلیس و رابطه با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را ضروری می‌داند.			
میانگین سنی به‌طور متوسط 67 ± 6.97 سال سن داشتند. تقریباً ۷۹٫۶٪ از بزرگسالان دارای سواد سلامت ناکافی بودند؛ که در بین سنین بالاتر بیشتر تمایل دیده می‌شد که سال‌های تحصیل کمتری داشته‌اند، درآمد خانوار کمتری هم داشته‌اند و بیشتر زنان بوده‌اند. افراد باسواد سلامتی ناکافی احتمالاً محدودیت در فعالیت‌ها داشته‌اند و میوه و سبزی‌ها کمتر مصرف می‌کرده‌اند ($P < 0.001$). هیچ ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت و وضعیت استعمال سیگار یافت نشد.	توصیفی و تحلیلی	رابطه سواد سلامت عملکردی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد مسن	رئیس و همکاران ^۱ (۲۰۱۴)

با توجه به پیشینه‌های تحقیق باید به‌اختصار به این توصیف پرداخت که نتایج حاکی از آن است که وضعیت متغیرهای سواد و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بین نمونه‌های مورد مطالعه در حد ناکافی و پایین بوده است و رابطه معناداری بین متغیرهای مذکور در تمام تحقیقات یافت می‌گردد. تاکنون پژوهش‌های انجام شده بیشتر از منظر دانش پزشکی (چه در منابع داخلی و خارجی) پیرامون موضوع تحقیق صورت گرفته است و چارچوب نظری مدونی از منظر جامعه‌شناسی، روانشناسی سلامت و رفاه و برنامه‌ریزی برای متغیرها با نگاه تحلیلی و تبیینی صورت نگرفته است.

همچنین رابطه متغیرهای مورد بحث با متغیرهای زمینه‌ای در بین گروه‌های اجتماعی مختلف از جمله زنان، سالمندان و جوانان و نوجوانان بیشتر مورد بررسی و سنجش قرار گرفته است که نتایج بیانگر این بوده که متغیرهای مورد بحث از منظر رویکرد توصیفی کیفیت زندگی بررسی شده‌اند و مسئله محوری آن‌ها مبتنی بر سنجش کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای زمینه‌ای است. دغدغه اصلی این چنین رویکرد تنها سنجش میزان کیفیت

زندگی با توجه به متغیرهای زمینه‌ای است (عبدی و گودرزی، ۱۳۷۸ به نقل از هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۲۶۹). همچنین در ارتباط با متغیرهای مرتبط با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت علاوه بر سواد سلامت می‌توان به متغیرهایی چون خود مراقبتی، حمایت ادراک شده و... هم اشاره کرد که در بخشی از تحقیقات یافته‌های بین متغیرها قابل‌سنجش و ارزیابی است.

در این نوشتار بر اساس رویکردهای تبیینی متأثر از حوزه کیفیت و سبک زندگی سلامت‌محور با تکیه بر قضاوت شهروندان در خصوص موقعیت سلامتی‌شان از بعد ذهنی، عاملیتی، فردگرایی و... می‌توان به ارزیابی وضعیت موجود متغیرهای موردبحث پرداخت؛ و با توجه به وضعیت موجود جامعه مورد مطالعه می‌توان در راستای بهتر زیستن ارتقاء پیشنهادها و راهکارهایی ارائه داد.

چارچوب نظری پژوهش

رفتارهای سلامتی شامل آن دسته از رفتارهایی است که افراد به منظور حفظ یا بهبود سلامتی انجام می‌دهند (مسعود نیا، ۱۳۸۹: ۲۴۴). رفتارهای سلامتی یا سبک زندگی سالم بر اساس اندیشه وبر شامل مؤلفه فرصت‌های زندگی^۱ و اداره زندگی^۲ می‌شود. ارتباط اداره زندگی رفتارهای سالم معطوف به انتخاب‌هایی است که افراد برای دستیابی به سبک زندگی سالم موردنظر قرار می‌دهند؛ اما تحقق این انتخاب‌ها، تحت تأثیر فرصت‌های زندگی هستند. در همین رابطه فرصت‌های به دست آمده در سبک زندگی سلامت‌محور، موجب ارتقای سلامتی و امید به زندگی می‌شود (کاکرهام^۳، ۱۳۹۱: ۲۱۹). به معنای دیگر کاکرهام معتقد است که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (سبک زندگی سالم) مجموعه انتخاب‌هایی تلقی شده است که فرد بنا بر موقعیت اجتماعی خود برمی‌گزیند در حقیقت

1. lebenschancen
2. Lebensführung
3. Cockerham

فرصت‌های زندگی یک شخص به وسیله موقعیت اجتماعی و ویژگی‌های گروه‌های منزلتی ویژه تعیین می‌شود (Cockerham, 2004:1409). وی سبک زندگی سالم را ناشی از موقعیت در زندگی بر روی رفتارهای مرتبط به سلامتی مؤثر می‌داند (Cockerham, 1803: Hinotea, Cockerham; & Abbottc, 2006). در چنین سبک زندگی الگوهای رفتاری مرتبط با سلامت مبتنی بر انتخاب‌های افراد از گزینه‌ها و فرصت‌های موجود در زندگی‌شان حاصل می‌گردد (Cockerham, 2007: 327).

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از بهترین روش‌هایی است که مردم توسط آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند؛ بنابراین ارتقاء سلامت علم و هنر تغییر شیوه زندگی به منظور رسیدن به کمال مطلوب است. در مدل ارتقای سلامت، عوامل شناختی - ادراکی (همچون منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی)، احتمال درگیر شدن در رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند و عوامل تعدیل‌گر (همچون عوامل جمعیت شناختی، تأثیرگذارنده‌های بین فردی و عوامل رفتاری) به منزله عوامل تعامل‌گر سببی، برای تأثیرگذاری بر فرایند شناختی - ادراکی هستند؛ بنابراین، به طور غیرمستقیم رفتارهای مرتبط با سلامت را تبیین می‌کنند (پارسا و رسولی نژاد، ۱۳۹۴: ۴۳).

در همین ارتباط یکی از مدل‌های ارتقاء سلامت، مدل سلامت پندر^۱ است که با تأکید بر توانمندسازی افراد برای دستیابی به سلامتی و پیشگیری از بیماری در جهت افزایش خوب زیستن و رفاه به ارتقاء رفتارهای سلامتی معطوف می‌گردد (Mock, et al, 2004: 2175). با توجه به چنین مدلی از منظر پندر، رفتارهای ارتقای سلامت، به خصوص هنگامی که با سبک زندگی سالم که در همه جنبه‌های زندگی نفوذ پیدا کرده است سازگار شود، به گسترش سلامت، افزودن توانایی‌های ساختاری و کیفیت بهتر زندگی و ارتقای سلامت منجر می‌شود (Pendar, et al, 2006: 247). در مدل سلامت پندر، رفتار سبک زندگی را الگوی فعالیت‌های داوطلبانه روزمره زندگی باید تلقی کرد که تأثیری مهمی بر وضعیت سلامت فرد داشته و از عوامل جمعیت شناختی، محیطی و اجتماعی نشأت

1. Pender

گرفته است (بهمن پور و همکاران، ۱۳۹۰: ۹۶). در این الگو سبک رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت الگوی چندبعدی رفتارهای خودجوش و درک‌هایی می‌داند که برای حفظ و ارتقای سطح سلامت، خودشکوفایی و کمال فردی به کار می‌رود (محمدیان و همکاران، ۱۳۹۸: ۲).

درنهایت در مدل ارتقای سلامت پندر با توجه به سبک زندگی سلامت‌محور و ارتقاء رفتارهای سالم در زندگی فرد بخشی از مقیاس‌ها مرتبط با این است که افراد تا چه حد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را انجام می‌دهند که به‌نوعی رفتارهای ارتقاء سلامت نامیده می‌شود و خرده مقیاس احساس سلامت شامل سلامت فردی، فعالیت بدنی، عادات غذایی می‌شود. بخش دیگری از خرده مقیاس‌ها مرتبط با حوزه سلامت روانی - اجتماعی است که به رشد معنوی، ارتباطات بین فردی و مدیریت استرس منتهی می‌گردد (Chamberlain, 2007: 130).

در ارتباط با سواد سلامت از منظر عاملیت^۱ باید بیان کرد که هر عمل عاملیتی که کنشگر توانسته باشد برای ایجاد یک وضعیت خاص از جمله تندرستی و سالم بودن در زندگی از طریق داشتن مهارت و یا ارائه مهارت به وجود آورد نوعی انتخاب است که برای آن عمل (سلامت) ضروری است (مقدس و قدرتی، ۱۳۸۳: ۲۰) پس سواد سلامت فرایندی مهارتی، اجتماعی و شناختی هستند که در آن فرد به نقش کارگزار کنشگر سالم تبدیل می‌گردد که در روند زندگی سالم خود حضوری فعال و مشارکت بخش دارد و تلاش می‌کند در زندگی خود تغییراتی در جهت تندرستی با انجام رفتارهای منتخب شده سالم به وجود آورد.

از نگاه مفهوم عاملیت گیدنز^۲ برخورداری از سواد سلامت همراه با آگاهی عملی است. چنین آگاهی ادراکی و شناختی شامل هنجارها و باورها و فعالیت‌های عملی (آگاهی عملی) در زندگی نهفته است. این هنجارها و باورها رویه‌های کنش و شیوه‌های رفتاری

1. Agency
2. Giddens

سلامت در آگاهی عملی زندگی افراد رسوب یافته‌اند؛ و در بسیاری از موارد (و نه در تمامی موارد) نیروی محرکه آدمی است و چون با باورهای عمومی جامعه رابطه تنگاتنگی دارند، موجب یک حرکت جمعی و عمومی می‌شوند؛ و اکثر افراد جامعه آن‌ها را پذیرفته و در درون خود نهادینه کرده‌اند و بر اساس آن‌ها رفتار خود از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را شکل می‌دهند.

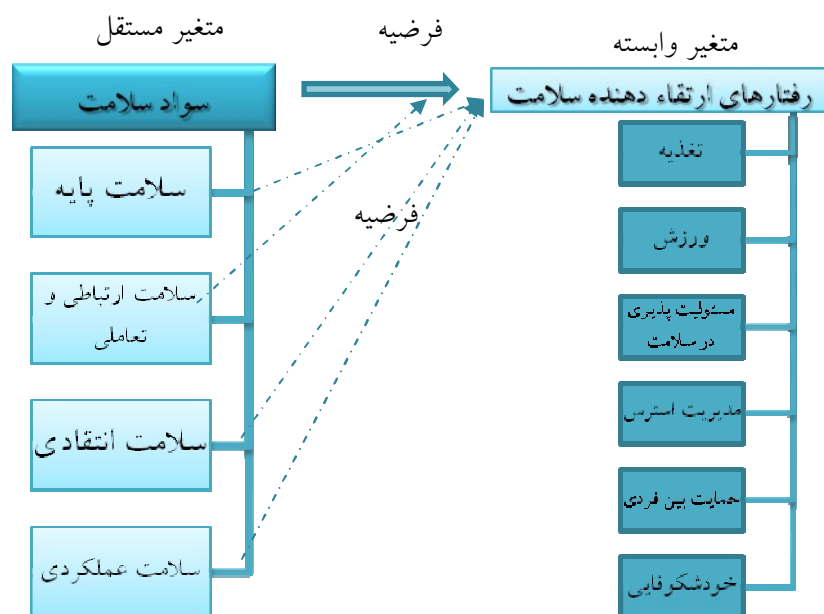
به معنای دیگر سواد سلامت محور افراد متناسب با آگاهی عملی و کنش‌گری موجب شکل‌گیری سبک زندگی سالمی می‌شود که مجموعه‌ای از همه رفتارها و فعالیت‌های یک فرد در جریان زندگی‌اش را شامل شده که این مجموعه مستلزم مجموعه‌ای از عادات و جهت‌گیری‌ها و بنابراین برخوردار از نوعی وحدت است (گیدنز، ۱۳۸۸: ۱۱۲). در این جهت انسان‌ها به‌عنوان عاملانی در نظر گرفته می‌شود که قدرت بازانديشي دارند، با این کار از یک طرف خود و فعالیت‌هایشان را در جامعه بازنگری می‌کنند و خصایصشان را دگرگون می‌کنند و از سوی دیگر با انجام این کار توان تأثیرگذاری برای تغییر شرایط اجتماعی را کسب می‌کنند (بایگانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۰).

با توجه به این نکته سواد سلامت در زندگی امروزه محصول بازانديشي دنيای مدرنیته هست. پس برخورداري از رفتارهای ارتقاء دهنده سالم (سبک زندگی سالم) از طریق مهارت سواد سلامت ناشی از انتخاب‌های مختلف حاصل می‌گردد که افراد به‌عنوان عاملان اجتماعی با داشتن آگاهی دست به‌گزینش (انتخاب) می‌زنند و هم هویت دلخواهش را به وجود می‌آورند و آن را در معرض دید سایرین قرار می‌دهند و هم اینکه نیازهای زندگی‌شان را برآورده می‌سازند. در همین جهت در حقیقت عاملیت در درجه اول به معنای توانایی آن‌ها برای انجام دادن این اعمال است. به همین دلیل است که عاملیت حاکی از قدرت است. به نظر گیدنز عاملیت به رویدادهایی مربوط می‌شود که فرد مسبب آن‌هاست. به این معنا فرد می‌تواند در هر مرحله از جریان کردار به گونه‌ای دیگر عمل کند (کسیل^۱، ۱۳۸۳: ۱۳۴).

در نهایت سواد سلامت در بحث عاملیت با واقعیت‌های سلامتی فرد سروکار دارد. سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌های آگاهی‌بخش است که فرد به‌عنوان کنشگر و یک عامل در جریان زندگی روزمره با مجموعه‌ای از عادات و جهت‌گیری‌ها نسبت به سلامت خود می‌پردازد و نوعی وحدت رویه در این حوزه را به وجود می‌آورد. بر اساس فرصت‌های زندگی می‌توان این مهارت‌ها را، کسب کرد؛ و یا توانایی و توانمندسازی درک کرد و اطلاعات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را ارتقاء داد و این فرصت‌ها و انتخاب‌های زندگی می‌تواند مهارت خواندن و نوشتن پایه، سواد شفاهی، توان محاسبه برای عمل در موقعیت‌های بهداشتی و به‌کارگیری فناوری برای یافتن اطلاعات مرتبط با سلامتی را به وجود آورد. چنین فرصت‌ها و مهارت‌هایی در زندگی به افراد کمک می‌کند تا علاوه بر اینکه بتوانند سلامت خود را حفظ کنند، در تصمیم‌گیری‌های درمانی نیز به‌صورت مؤثر شرکت کنند. در نهایت باید اشاره به این کرد که مؤلفه‌های "به دست آوردن و دسترسی"، "فهم و درک"، "تصمیم‌گیری رفتار"، "ارزیابی و قضاوت" اسکلت اصلی سواد سلامت را شکل می‌دهد.

با توجه به مبانی نظری در سطور بالا مدل مفهومی زیر توسط نگارندگان طراحی شده

است.



شکل ۱- نمودار مفهومی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

با توجه به آنچه در سطور قبل و مباحث نظری و تدوین مدل مفهومی بیان شد، فرضیه‌های این تحقیق این گونه بیان می‌گردد.

فرضیه اصلی

به نظر می‌رسد بین میزان سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شهروندان رابطه وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

- بین میزان سواد سلامت پایه با رفتارهای ارتقاء دهنده رابطه معناداری وجود دارد.
- بین میزان سواد سلامت ارتباطی و تعاملی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه معناداری وجود دارد.

- بین میزان سواد سلامت انتقادی با رفتارهای ارتقاء دهنده رابطه معناداری وجود دارد.
- بین میزان سواد سلامت عملکردی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه معناداری وجود دارد.
- بین میزان سواد سلامت با مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

در این تحقیق، از روش کمی، راهبرد پیمایش و ابزار پرسشنامه استاندارد شده برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. تحقیق پیمایش بر اساس تعمیم اطلاعات حاصل از بخش کوچکی از جامعه (نمونه) به کل جامعه آماری انجام می‌شود. همچنین هدف این پژوهش کاربردی، مقطعی، توصیفی و همبستگی بوده است. قلمرو این تحقیق کلان‌شهر مشهد مرکز استان خراسان رضوی است. در حال حاضر این شهر از ۱۳ منطقه، ۳۷ ناحیه خدمات شهری و ۱۷۱ محله دارد (سالنامه آماری شهر مشهد ۹۷، ۱۳۹۶). جامعه آماری این تحقیق کلیه شهروندان بالای ۱۸ سال کلان‌شهر مشهد بوده که از حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن برخوردار بوده‌اند. حجم جامعه آماری آخرین سرشماری (۱۳۹۵) برابر با ۲۹۵۷۷۹۱ بوده است که جهت برآورد حجم نمونه از فرمول نمونه‌گیری کوکران استفاده شد که ۳۸۴ نمونه به دست آمد مشخصات مرتبط با فرمول کوکران بدین شرح در سطور زیر بوده است.

$$N=2,957,751 \quad t=1.96 \quad d=0.05 \quad s=0.25$$

$$n = \frac{Nt^2 \cdot s^2}{Nd^2 + t^2s^2} = \frac{2957751 \times 1.96^2 \times 0.25^2}{2957751 \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.25^2} = 384$$

جهت افزایش اعتبار اطلاعات و صحت جمع‌آوری اطلاعات در سطح مناطق شهری مشهد در نهایت ۶۵۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در این تحقیق مبتنی بر نمونه‌گیری ترکیبی خوشه‌ای چندمرحله‌ای و طبقه‌ای (انتخاب مناطق ۱۳ گانه اختصاص حجم نمونه متناسب با حجم جمعیتی هر منطقه) صورت گرفته است. سطح تحلیل این پژوهش در سطح خرد انجام شده و واحد تحلیل و مشاهده در این تحقیق فرد در نظر گرفته شده است. از ابزار پرسشنامه استاندارد شده سواد سلامت جمعیت شهری ایران حاوی ۴۷ گویه و پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده پندر^۱ حاوی ۵۴ گویه استفاده شده که سؤالات مبتنی بر طیف لیکرت بر اساس بازه (۱ تا ۵)^۲ بوده است. سؤالات پرسشنامه سواد سلامت (۱۳۹۳) برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی با استفاده از تحلیل عوامل تأییدی مدل ابعاد (سواد سلامت پایه، ارتباطی و تعاملی، انتقادی و عملکردی) پس از جمع‌آوری اطلاعات، از ۳۳۶ نفر که به‌صورت تصادفی از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران انتخاب شده بودند، روایی سازه (با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی) و پایایی (با محاسبه ضریب همبستگی درونی) آن ارزیابی شد.

نتایج نهایی تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که پرسشنامه مذکور با ۴۷ گویه در ۴ حیطه از روایی سازه مطلوب برخوردار است، که مجموعاً ۵۳/۲ درصد از تغییرات مشاهده شده را توضیح می‌دادند. میزان آلفای کرونباخ گویه‌ها در سازه‌های ذی‌ربط نیز قابل قبول بوده (۰/۷۲ تا ۰/۸۹) و از این حیث پایایی پرسشنامه نیز تأیید شد. یافته‌های این مطالعه قابلیت ابزار یاد شده برای سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران را نشان داد (منتظری و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۸۹). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه استاندارد شده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در ۶ حیطه (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی، خودشکوفایی) بیانگر این بوده است که ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرشاخه‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بود.

1. HPLPII

۲- بر اساس گزینه‌های اصلاً این‌طور نیست (۱) این‌طور نیست (۲) تا حدودی (۳) همین‌طور است (۴) کاملاً همین‌طور است (۵) مورد سنجش قرار گرفته شده است. در بخش نتایج توزیع فروانی مؤلفه‌ها به‌صورت (ناکافی - مرزی - کافی) در جدول مربوطه همانند دیگر تحقیقات انجام شده، یافته‌ها تنظیم شده است.

ضریب همبستگی بین شاخه معادل ۰/۹۱ برای پروفایل به‌طور کلی بود و دامنه آن از ۰/۷۱ (رشد معنوی) تا ۰/۸۹ (تغذیه) را شامل می‌گشت که همه موارد، همبستگی مورد کل قابل قبولی داشتند نتایج آزمون- باز آزمون نشان‌دهنده ثبات برای پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و زیرشاخه‌های آن بود. تحلیل عاملی تأییدی مدل ۶ عاملی گویای برازش قابل قبولی بود (محمدی زیدی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۰۷).. با توجه به آنچه در سطور قبل به‌اجمال بیان شد در راستای متغیرهای موردبحث در سطور ذیل تعاریف مفهومی و عملیاتی مؤلفه‌های متغیرها بیان شده است.

تعریف مفهومی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت: با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد که در راستای حفظ یا افزایش تندرستی، خود شکوفایی و رضایتمندی فردی عمل می‌کند، اندازه‌گیری می‌گردد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۴۶). به‌بیان‌دیگر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سلسله مراتبی یا مجموعه‌ای از رفتارهای ترجیحی فرد در حوزه سلامت است که منعکس‌کننده گرایش‌ها و ارزش‌های فرد درباره سلامت خود هست، درواقع رفتارهای سلامت‌محور به عادات، نگرش‌ها، سلیقه‌ها، معیارهای اخلاقی، و... که باهم طرز زندگی کردن فرد در حوزه سلامت را می‌سازد، تعریف می‌گردد (حسن‌زاده یامچی و علیزاده اقدم، ۱۳۹۳: ۸۹). تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل ابعاد تغذیه، ورزش و فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خودشکوفایی تعریف شده است.

تعریف مفهومی سواد سلامت: مهارت‌های شناختی و اجتماعی که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها گردد. (دلاور و همکاران، ۱۳۹۷: ۱). طیف گسترده‌ای از مهارت‌ها و شایستگی‌هایی است که افراد برای جستجو، درک، ارزیابی و کاربرد اطلاعات و مفاهیم سلامت به‌منظور انتخاب‌های آگاهانه، کاهش خطرات سلامت و افزایش کیفیت زندگی در خود توسعه می‌دهند (خسروی و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۶). تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر

منظور از سواد سلامت شامل ابعاد سواد سلامت پایه، ارتباطی و تعاملی، انتقادی و عملکردی بوده است. در مجموع مهارتی پیشرفته‌ای است که فرد باید در خواندن و نوشتن دستورات حوزه سلامت اطلاعات پایه‌ای داشته باشد، از اطلاعات و معانی مربوط به سلامت را از طریق مجاری مختلف ارتباطی بهره ببرد. همچنین رویکرد منتقدانه به تجزیه و تحلیل اطلاعات سلامت در زندگی جهت کنترل و نظارت بر آن در زندگی روزمره پردازد و در موقعیت‌های مختلف زندگی جهت حفظ سلامتی خود از این مهارت‌ها به صورت عملیاتی و کاربردی استفاده نماید.

از آنجایی که تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Spss22 صورت گرفته است؛ جدول زیر به ضریب پایایی و روایی متغیرهای تحقیق و مؤلفه‌های مورد بحث اشاره می‌کند.

جدول ۲- ضریب پایایی و روایی متغیرهای مستقل و وابسته

متغیر/ مؤلفه	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ	KMO	آزمون بارتلت	درجه آزادی	سطح معناداری	مقدار واریانس تبیین یافته
سلامت پایه	۴	۰/۸۵۵	۰/۸۸۸	۱۳۰۱۶/۰۰۸	۱۰۳۵	۰/۰۰۰	۶۰/۵۸۷
سلامت ارتباطی و تعاملی	۱۴	۰/۸۷۹					
سلامت انتقادی	۱۰	۰/۶۹۵					
سلامت عملکردی	۱۹	۰/۸۳۲					
سواد سلامت	۴۷	۰/۸۲۲					
تغذیه	۸	۰/۷۳۲	۰/۸۸۴	۱۱۵۹۱/۲۷۴	۱۴۳۱	۰/۰۰۰	۵۷/۹۱۶
ورزش و فعالیت بدنی	۱۳	۰/۷۰۵					
مسئولیت‌پذیری سلامتی	۸	۰/۸۰۹					
مدیریت استرس	۶	۰/۵۴۱					
حمایت بین فردی	۸	۰/۵۲۳					
خودشکوفایی	۱۱	۰/۷۵۶					
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	۵۴	۰/۸۰۰					

بر اساس نتایج جدول ۲ مقدار آلفای سواد سلامت برابر $0/822$ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت برابر $0/800$ به دست آمده است. با توجه به نتایج آزمون KMO برای متغیر سواد سلامت اجتماعی که مقدار آن برابر با $0/888$ بوده است، مقدار آزمون بارتلت $13016/008$ متغیر یادشده در سطح خطای $0/05$ به دست آمده است در نهایت باید بیان کرد که ۱۱ گویه از ۴۷ گویه سواد سلامت توانسته‌اند در این تحقیق در حدود $60/587$ درصد از واریانس مرتبط با مقیاس سواد سلامت اجتماعی را تبیین کنند. برای متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مقدار آزمون KMO برابر با $0/884$ بوده و مقدار آزمون بارتلت برابر با $11591/274$ در سطح خطای $0/05$ به دست آمده است، در نهایت باید بیان کرد که ۱۳ گویه از ۵۴ گویه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت توانسته‌اند در این تحقیق در حدود $57/916$ درصد از واریانس ۵۴ گویه مرتبط با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را تبیین کنند. در نهایت با توجه به مقادیر KMO و بارتلت می‌توان بیان کرد که گویه‌ها، ماتریس متغیرهای تحقیق همانی و واحد نیستند در نهایت داده‌های سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت برای تحلیل عاملی مناسب هستند. به عبارت دیگر می‌توان اشاره به این کرد که مقادیر به دست آمده از متغیرها برای تحلیل و تفسیر یافته‌ها قابل قبول است.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها

یافته‌های توصیفی

جدول ۳- خلاصه توزیع فراوانی متغیرهای زمینه‌ای فرهنگیان

متغیرهای زمینه‌ای توزیع فراوانی	
جنس	۵۰/۲ درصد مردان برابر با ۳۲۶ نفر، ۴۹/۸ درصد زن برابر با ۳۲۴ نفر، جمع پاسخگویان ۶۵۰ نفر
وضعیت تحصیلی	ابتدایی (۹۵ نفر) برابر با ۱۴/۶ درصد، راهنمایی (۸۵ نفر) برابر با ۱۳/۱ درصد، دبیرستان (۳۲ نفر) برابر با ۴/۸ درصد، دیپلم (۲۴۰ نفر) برابر با ۳۶/۹ درصد، فوق دیپلم و لیسانس (۱۶۸ نفر) برابر با ۲۵/۸ درصد، فوق لیسانس و بالاتر (۳۰ نفر) برابر با ۴/۶ درصد.
وضعیت تأهل	مجرد (۱۴۲ نفر) برابر با ۲۱/۸ درصد، متأهل (۵۰۸ نفر) برابر با ۷۸/۲ درصد.
گروه سن	۱- زیر ۲۰ سال برابر با ۵۲ نفر (۸ درصد)، ۲- بین ۲۰ تا ۴۰ سال برابر با ۳۱۴ نفر (۴۸/۳ درصد) ۳- بین ۴۰ تا ۶۰ سال برابر با ۲۳۴ نفر (۳۶ درصد)، بین ۶۰ تا ۸۰ سال برابر با ۵۰ نفر (۷/۷ درصد)

با توجه به نتایج یافته‌ها به طور کل در جامعه مورد مطالعه شهروندان زن و مرد از نظر جنسیت در این تحقیق تقریباً برابر بوده‌اند. با توجه به سطح تحصیلات جامعه مورد مطالعه و گسترش شهروندان در مقطع دیپلم، به نسبت دیگر گروه‌های تحصیلی بیشتر بوده‌اند. بیش از $\frac{3}{4}$ پاسخگویان این پژوهش متأهل بوده‌اند، نزدیک به $\frac{1}{2}$ پاسخگویان بین گروه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشته‌اند که میانگین سنی برابر با ۳۹/۴۵ سال بوده است؛ و بازه سنی ۶۲ سال بوده است.

جدول ۴- توزیع درصد فراوانی پاسخگویان برحسب متغیرها و مؤلفه‌های تحقیق

متغیرها و مؤلفه‌ها	مقادیر	ناکافی است	بینابین است	کافی است	میانگین	انحراف معیار
سلامت پایه	فراوانی	۵۰۶	۱۲۱	۲۳	۴/۲۰۶	۰/۸۴۸۸۴
	درصد معتبر	۷۷/۸	۱۸/۶	۳/۵		
سلامت ارتباطی و تعاملی	فراوانی	۳۲۴	۲۷۸	۴۸	۴/۰۰۳۱	۰/۵۹۵۲۶
	درصد معتبر	۴۹/۸	۴۲/۸	۷/۴		
سلامت انتقادی	فراوانی	۲۵۳	۳۰۶	۹۱	۳/۸۵۱۲	۰/۵۷۶۰۶
	درصد معتبر	۳۸/۹	۴۷/۱	۱۴		
سلامت عملکردی	فراوانی	۳۶۵	۲۵۱	۳۴	۴/۰۹۲۴	۰/۵۳۷۴۳
	درصد معتبر	۵۶/۲	۳۸/۶	۵/۲		
سواد سلامت	فراوانی	۲۹۶	۳۰۲	۵۲	۴/۰۲۲۷	۰/۴۸۸۹۷
	درصد معتبر	۴۵/۵	۴۶/۵	۸		
متغیرها و مؤلفه‌ها	مقادیر	کم	متوسط	زیاد	میانگین	انحراف معیار
تغذیه	فراوانی	۳۹	۲۶۶	۳۴۵	۲/۰۸۸۰	۰/۶۰۶۳۸
	درصد معتبر	۶	۴۰/۹	۵۳/۱		
ورزش و فعالیت بدنی	فراوانی	۱۰۱	۳۹۲	۱۵۷	۲/۲۵۵۱	۰/۵۲۹۸۱
	درصد معتبر	۱۵/۵	۶۰/۳	۲۴/۲		
مسئولیت‌پذیری سلامت	فراوانی	۱۱	۱۶۶	۴۷۳	۱/۹۵۱۵	۰/۶۶۰۹۴
	درصد معتبر	۱/۷	۲۵/۵	۷۲/۸		
مدیریت استرس	فراوانی	۱۶	۳۴۰	۲۹۴	۲/۲۹۷۱	۰/۵۹۶۵۷
	درصد معتبر	۲/۵	۵۲/۳	۴۵/۲		
حمایت بین فردی	فراوانی	۴۹	۴۰۵	۱۹۶	۲/۳۵۰۲	۰/۵۴۴۱۱
	درصد معتبر	۷/۵	۶۲/۳	۳۰/۲		
خودشکوفایی	فراوانی	۲۲	۴۱۹	۲۰۹	۲/۵۵۶۵	۰/۶۵۱۸۸
	درصد معتبر	۳/۴	۶۴/۵	۳۲/۲		
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	فراوانی	۲۸	۴۰۲	۲۲۰	۲/۲۶۵۵	۰/۴۳۹۷۱
	درصد معتبر	۴	۶۲	۳۴		

ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده...، شربتیان و همکاران | ۱۹۳

جدول ۴ بیانگر توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب دو متغیر اصلی و مؤلفه‌های آن بوده است. همان‌طور که هویدا است شهروندان جامعه مورد مطالعه در سطح بینابین (۴۶/۵ درصد) از متغیر سواد سلامت برخوردار بوده‌اند؛ که در این بین بالاترین مقادیر میانگین در بین مؤلفه‌های متغیر یادشده سلامت پایه، سلامت عملکردی، سلامت ارتباطی و سلامت انتقادی به ترتیب به دست آمده است. برای متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، باید اشاره به این کرد که ۶۲ درصد شهروندان در حد متوسط این رفتارها را در زندگی روزمره رعایت می‌کرده‌اند؛ که در بین مقادیر مؤلفه‌های متغیر یادشده به ترتیب میانگین مؤلفه‌های خودشکوفایی، حمایت بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و فعالیت‌های بدنی، تغذیه و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی حائز اهمیت بوده است. بر اساس نتایج جدول فوق باید به این نکته هم اشاره کرد که وضعیت میانگین سواد سلامت به نسبت متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد آن در بین جامعه مورد مطالعه بهتر بوده است.

در نهایت بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف که به نرمال بودن متغیرهای پژوهش می‌پردازد، نتایج حاکی از آن است که مقدار (Kolmogorov-Smirnov Z) متغیرهای سواد سلامت (۱/۵۵۰) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (۰/۷۳۱) و سطح معناداری sig به ترتیب برای متغیر سواد سلامت (۰/۰۱۶) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (۰/۶۶۰) بالاتر از سطح معناداری ۰/۰۵ به دست آمده که حاکی از آن است که تطابق توزیع نمونه با توزیع نظری غیر معنی‌دار بوده است. بنابراین توزیع متغیرهای مورد نظر و مؤلفه‌های آن در سطح نرمال بوده است. به عبارت دیگر توزیع صفت در بین نمونه با توزیع آن در جامعه نرمال نبوده و تفاوت معناداری بین فراوانی مشاهده شده و فراوانی مورد انتظار وجود دارد (حبیب پور گتایی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۶۴۱).

در ادامه، یافته‌های هر یک از متغیرها و مؤلفه‌های آن برحسب وضعیت میانگین در سطح مناطق شهری جامعه مورد مطالعه که از چه موقعیتی برخوردار شهروندان در زمان جمع‌آوری اطلاعات بوده‌اند در جدول ذیل به نمایش درآمده است.

جدول ۵- وضعیت میانگین متغیرها و مؤلفه‌های تحقیق برحسب مناطق شهری

مناطق متغیرها و مؤلفه‌ها	مناطق ۱	مناطق ۲	مناطق ۳	مناطق ۴	مناطق ۵	مناطق ۶	مناطق ۷	مناطق ۸	مناطق ۹	مناطق ۱۰	مناطق ۱۱	مناطق ۱۲	مناطق ۱۳ (نامن)
سلامت پایه	۲/۷۲	۲/۷۶	۱/۶۸	۱/۸۲	۱/۷۰	۱/۶۷	۱/۶۶	۲/۷۵	۲/۷۹	۲/۷۷	۲/۷۴	۲/۰۰	
سلامت ارتباطی	۲/۱۶	۲/۴۸	۱/۳۵	۱/۴۴	۱/۳۶	۱/۴۲	۱/۳۴	۲/۴۲	۲/۴۷	۲/۵۰	۲/۳۸	۲/۴۴	۱/۶۲
سلامت انتقادی	۲/۰۸	۲/۲۸	۱/۳۰	۱/۱۵	۱/۲۶	۱/۲۱	۱/۰۷	۲/۲۵	۲/۳۵	۲/۲۸	۲/۲۹	۲/۲۷	۱/۲۹
سلامت عملکردی	۲/۵۶	۲/۵۱	۱/۴۲	۱/۶۰	۱/۵۰	۱/۵۷	۱/۳۴	۲/۵۰	۲/۵۸	۲/۴۷	۲/۵۰	۲/۵۱	۱/۶۶
سواد سلامت	۲/۲۸	۲/۴۰	۱/۲۸	۱/۴۶	۱/۳۶	۱/۴۲	۱/۲۳	۲/۳۲	۲/۴۵	۲/۴۴	۲/۳۷	۲/۳۰	۱/۵۴
خودشکوفایی	۱/۹۲	۱/۸۷	۱/۵۴	۱/۶۴	۱/۶۶	۱/۶۸	۱/۷۷	۱/۶۷	۱/۷۹	۱/۶۴	۱/۶۶	۱/۵۵	۱/۶۲
ورزش و فعالیت بدنی	۲/۰۰	۲/۰۸	۱/۶۷	۱/۵۲	۱/۶۲	۱/۶۰	۱/۵۱	۱/۸۵	۱/۹۴	۲/۰۵	۱/۸۸	۱/۹۳	۱/۸۷
مسئولیت‌پذیری سلامت	۱/۲۸	۱/۳۸	۱/۲۳	۱/۲۲	۱/۲۶	۱/۲۸	۱/۳۸	۱/۲۱	۱/۳۵	۱/۳۰	۱/۲۰	۱/۲۷	۱/۲۰
مدیریت استرس	۱/۸۴	۱/۶۰	۱/۴۰	۱/۳۶	۱/۴۳	۱/۵۱	۱/۶۹	۱/۶۷	۱/۶۶	۱/۵۹	۱/۵۳	۱/۶۲	۱/۵۴
حمایت بین فردی	۱/۹۶	۱/۷۱	۱/۶۲	۱/۶۶	۱/۷۶	۱/۹۱	۱/۹۳	۱/۷۱	۱/۸۰	۱/۷۴	۱/۷۴	۱/۹۶	۱/۶۲
تغذیه	۱/۵۲	۱/۶۰	۱/۴۱	۱/۳۳	۱/۶۰	۱/۵۵	۱/۵۷	۱/۵۷	۱/۶۶	۱/۴۹	۱/۶۲	۱/۳۴	۱/۶۲
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	۱/۸۰	۱/۸۲	۱/۴۹	۱/۶۸	۱/۷۳	۱/۶۹	۱/۷۳	۱/۷۵	۱/۷۱	۱/۷۱	۱/۷۲	۱/۶۵	۱/۷۹

یافته‌های جدول ۵ حاکی از این است که متغیر سواد سلامت و مؤلفه‌های به نسبت متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و مؤلفه‌های آن در سطح مناطق شهری مشهد کمی از وضعیت بالاتری برخوردار بوده است هرچند اکثر میانگین سواد سلامت و مؤلفه‌های آن کمتر از حد متوسط در مناطق مختلف شهری بوده است اما در برخی از مناطق شهری که از امکانات و خدمات شهری برخوردار بوده‌اند و این مناطق در موقعیت غرب و جنوب و شمال غربی مشهد قرار دارند وضعیت میانگین سواد سلامت و مؤلفه‌های آن تا حدی

متوسط روبه بالا بوده است. در همین ارتباط با توجه به نتایج باید بیان کرد که وضعیت متغیرها و مؤلفه‌های مورد مطالعه در سطح مناطق (۳-۴-۵-۶-۷ و ناحیه ۳ منطقه ۱۲) که اکثراً جزء مناطق حاشیه‌نشین و مهاجرپذیر شهر مشهد هستند و اکثراً در کمربندی موقعیت شرقی شهر مشهد این مناطق مستقر هستند میانگین سواد سلامت و مؤلفه‌های آن از وضعیت چندان خوبی برخوردار نیست و با توجه به نابرابری فضایی و عدالتی در خصوص تسهیلات و خدمات شهری سازمان‌های مربوطه بیشتر در سطح این مناطق باید سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی نمایند.

در همین ارتباط با توجه به نتایج جدول وضعیت میانگین سواد سلامت مناطق ۹-۱۰-۸-۱۱-۱۲-۲-۱ به ترتیب به نسبت دیگر مناطق در مرتبه اول تا هفتم قرار دارند؛ که از وضعیت متوسط تا متوسط روبه پایین میانگین مناطق مذکور رتبه‌بندی شده است. در همین ارتباط وضعیت میانگین مناطق (۷-۳-۵-۶-۴-ثامن) برای متغیر یادشده به ترتیب از کمترین مقدار تا مقدار کم رابین رتبه‌های اول تا ششم مناطق یادشده به خود اختصاص داده‌اند. درنهایت از منظر مرتبه وضعیت میانگین سواد سلامت در سطح مناطق شهری مناطق (۹=بیشترین) (۱۰=بیشتر) و (۱۱=بیش) بوده‌اند و مناطق (۷=کمترین)، (۳=کمتر) (ثامن=کم) قرار داشته‌اند.

با توجه به نتایج جدول فوق باید اشاره به این کرد که وضعیت متغیر مؤلفه‌های ارتقاء دهنده سلامت و مؤلفه‌های آن به نسبت متغیر سواد سلامت و مؤلفه‌هایش از میانگین خوبی در سطح مناطق شهری برخوردار نیست و وضعیت مقادیر جدول حاکی از آن است که تمام مؤلفه‌های متغیر مذکور و حتی میانگین متغیر یادشده در سطح مناطق هم کمتر از حد متوسط به‌دست آمده‌اند و باید سازمان‌های مربوطه با توجه به ظرفیت‌ها و توانمندی‌های فرهنگی، اجتماعی و خدماتی خود در تقویت متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و مؤلفه‌های آنان در سطح هر یک از مناطق با توجه به ساختار فرهنگی و اجتماعی که بر مناطق حاکم است سرمایه‌گذاری و بسترسازی لازم را انجام دهند.

تحلیل خوشه‌ای از پرکاربردترین روش‌های در بسیاری از شاخه‌های علمی است. این روش به محقق امکان می‌دهد تا بر مبنای همگنی موجود در بین موارد یا موضوعات مورد مطالعه، آن‌ها را به شیوه‌ای مناسب طبقه‌بندی کرده و سپس مورد تفسیر و تبیین قرار دهد. (کلانتری، ۱۳۸۷: ۳۲۹) در واقع این تحلیل عناصر یا متغیرهایی که یک گروه همگن را تشکیل می‌دهد که بیشترین شباهت را با هم در گروه و کمترین تشابه را عناصر یا متغیرهای دیگر گروه‌ها دارند مشخص می‌کند. بنابراین تحلیل خوشه‌ای اساساً برای طبقه‌بندی عناصر برحسب متغیر یا متغیرهای کمی است چه متغیرهای کیفی فی‌الذات دارای طبقه‌بندی هستند مانند جنسیت با دو طبقه زن و مرد یا نگرش‌های اجتماعی با دو طبقه مخالف و موافق یا سه طبقه موافق، بی‌نظر و مخالف یا پنج طبقه کاملاً موافق، موافق، بی‌نظر، مخالف و کاملاً مخالف. به کار می‌رود (نایی، ۱۳۹۳: ۳۰۵).

هدف از این تحلیل شناسایی گروه‌های همگون از نظر صفات معین است. در این روش ابتدا هر مورد بر اساس یک خوشه مجزا شده و سپس بر اساس تفاوت و یا شباهت‌ها از حیث صفات مورد نظر با خوشه‌های دیگر ادغام شده و در پایان موارد مشابه در یک خوشه قرار می‌گیرد. بدین وسیله خوشه‌های همگن از نظر صفات شکل می‌گیرند. برای تعیین خوشه‌ها از معیارهای متفاوتی استفاده می‌شود که در این نوشتار از مجذور فاصله اقلیدسی استفاده شده است. به‌طور کلی در پایان بر اساس تفاوت‌های بین گروهی و شباهت‌های درون‌گروهی خوشه‌ها تعیین می‌شوند. (حبیب پور گنجابی و صفری شالی، ۱۳۹۰: ۷۷۵).

در این قسمت تلاش می‌شود مؤلفه‌های متغیرهای مستقل و وابسته را با توجه به خوشه‌بندی مختلف ارائه کرده و از سویی دیگر با استفاده از جداول مختلف میزان دقت خوشه‌بندی‌ها بیان گردد. بر اساس این امر جدول ضریب فاصله و تعیین خوشه‌ها جهت مقایسه را امکان‌پذیر کرده است.

جدول ۶- ترکیب خوشه‌بندی متغیرهای تحقیق و مؤلفه‌های آن در سطح مناطق شهری

Next Stage	Stage Cluster First Appears		Coefficients ضریب فاصله	Cluster Combined		Stage
	Cluster 2	Cluster 1		Cluster 2	Cluster 1	
۱	۱۱	۸	۱/۵۷۳	۰	۰	۲
۲	۸	۵	۲/۲۳۱	۱	۰	۳
۳	۵	۳	۳/۰۳۶	۲	۰	۴
۴	۱۲	۳	۳/۱۱۲	۰	۳	۵
۵	۷	۳	۳/۱۶۴	۰	۴	۶
۶	۳	۱	۳/۲۵۲	۵	۰	۷
۷	۶	۱	۳/۲۷۳	۰	۶	۸
۸	۴	۲	۳/۳۱۳	۰	۰	۹
۹	۹	۱	۳/۳۹۷	۰	۷	۱۰
۱۰	۱۰	۱	۳/۵۱۰	۰	۹	۱۱
۱۱	۱۳	۱	۳/۸۶۱	۰	۱۰	۱۲
۱۲	۲	۱	۳/۹۳۶	۸	۱۱	۰

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که چگونه مناطق شهری در هر مرحله از تحلیل سلسله‌مراتب کلاستری (خوشه‌بندی) درهم دیگر ادغام شده‌اند. خوشه‌ها با ادغام مناطق در یکدیگر در مراحل مختلفی شکل می‌گیرد. این کار ادامه می‌یابد تا زمانی که همه مناطق به یک خوشه بزرگ ملحق شوند. در جدول ستون ضریب فاصله، میزان فاصله بین دو خوشه (مناطق) را که در همدیگر ادغام شده‌اند نشان می‌دهد بهترین مرحله برای خوشه‌بندی بین مرحله ۱ و ۲ است پس مرحله دو می‌تواند بهترین مرحله برای توقف خوشه‌بندی باشد. بنابراین از مرحله توقف به پایین که شامل دو مرحله است بهترین خوشه‌بندی را برای متغیرها انجام می‌گیرد.

با توجه به آنچه که بیان شد در جدول ذیل به توزیع فاصله هر منطقه در خوشه‌های مورد می‌پردازیم.

جدول ۷- عضویت مناطق شهری در بین خوشه‌ها

فاصله	خوشه	منطقه	فاصله	خوشه	منطقه	فاصله	خوشه	منطقه
Dictance	Cluster	شهرداری	Dictance	Cluster	شهرداری	Dictance	Cluster	شهرداری
۰/۱۷۶	۱	۱۱	۰/۳۳۵	۲	۶	۰/۲۲۵	۱	۱
۰/۲۷۳	۲	۱۲	۰/۳۴۶	۱	۷	۰/۲۵۱	۲	۲
۰/۳۱۹	۲	۱۳(ثامن)	۰/۲۴۷	۱	۸	۰/۳۸۹	۱	۳
			۰/۲۲۵	۱	۹	۰/۳۷۶	۲	۴
			۰/۲۳۸	۱	۱۰	۰/۳۱۴	۱	۵

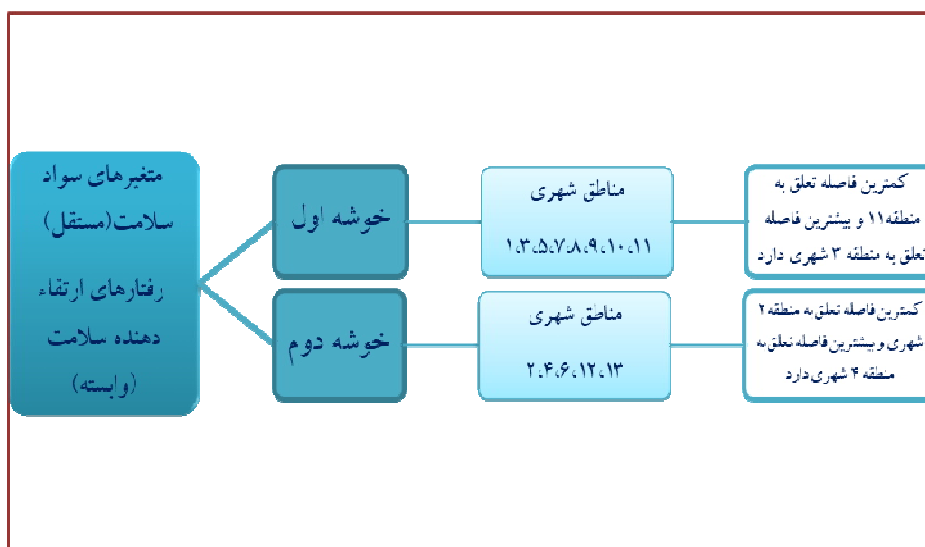
بر اساس نتایج جدول ۷ در خوشه اول منطقه ۳ با توجه به نقشه توسعه‌یافتگی مناطق شهری مشهد در سطور قبل به تصویر کشیده شده است این منطقه از نظر سطح امکانات و خدمات شهری در وضعیت کاملاً محروم قرار گرفته است این منطقه فاصله بیشتری در خوشه اول متغیرهای تحقیق با به نسبت دیگر مناطق همجوار این خوشه (۱، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱) دارد. به این معنا که منطقه سه به نسبت دیگر مناطق شهری این خوشه در حوزه متغیرهای سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و مؤلفه‌های آن در موقعیت پایین قرار گرفته است و به دلیل برخورداری از چنین وضعیتی بیشتر باید مورد برنامه‌ریزی و توجه قرار گیرد.

در همین ارتباط در بین خوشه دوم منطقه ۴ که در سطح مناطق توسعه‌یافتگی مشهد در وضعیت محرومیت قرار گرفته است به نسبت مناطق این خوشه (۲، ۶، ۱۲، ۱۳) در حوزه متغیرهای سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و مؤلفه‌های آن در موقعیت پایین قرار گرفته است و به دلیل برخورداری از چنین وضعیتی بیشتر باید مورد برنامه‌ریزی و توجه قرار گیرد. در نهایت فاصله بین دو خوشه اول و دوم برابر ۰/۳۹۹ به دست آمده است.

جدول ۸- میانگین وضعیت خوشه‌بندی متغیرها و مؤلفه‌های تحقیق در سطح مناطق شهری مشهد

خوشه اول	خوشه دوم	متغیرها و مؤلفه‌های تحقیق
منطقه شهری ۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۵-۳-۱	منطقه شهری ۱۳-۱۲-۶-۴-۲	
۴/۱۵	۴/۲۵	سلامت پایه
۳/۹۶	۴/۰۶	سلامت ارتباطی
۳/۸۱	۳/۸۹	سلامت انتقادی
۴/۰۶	۴/۱۵	سلامت عملکردی
۳/۹۸	۴/۰۸	سواد سلامت
۲/۶۲	۲/۴۶	خودشکوفایی
۲/۳۰	۲/۲۰	ورزش و فعالیت بدنی
۱/۹۹	۱/۸۹	مسئولیت‌پذیری سلامتی
۲/۳۶	۲/۲۳	مدیریت استرس
۲/۳۷	۲/۳۰	حمایت بین فردی
۲/۱۴	۲/۰۰	تغذیه
۲/۳۵	۲/۲۰	رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

با توجه به نتایج جدول ۸ در نهایت دسته‌بندی سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به همراه مؤلفه‌های آنها در سطح مناطق شهری مشهد به دو خوشه تقسیم شده است که به طور اجمال میانگین متغیر سواد سلامت و مؤلفه‌های آن در سطح خوشه دوم به نسبت خوشه اول از وضعیت بهتری برخوردار است، هرچند که در خوشه اول هم بالاتر از حد میانگین وضعیت این متغیر به همراه مؤلفه‌های آن بالاتر از حد متوسط است. برای متغیرهای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و مؤلفه‌های آن وضعیت میانگین خوشه اول به نسبت خوشه دوم بهتر است، در مجموع باید اشاره کرد که وضعیت میانگین این متغیر به همراه مؤلفه‌هایش در سطح مناطق و دو خوشه پایین‌تر از حد متوسط به دست آمده است. شکل ذیل به طور نمادین توضیحات سطور بالا را جهت ارتباط و درک بهتر مطالب به تصویر کشانده است.



شکل ۲- خوشه‌بندی متغیرهای تحقیق و مؤلفه‌هایش در سطح مناطق شهری مشهد

با توجه به نتایج جدول ۸ و توضیحات بیا نشده و مدل منتهی به این توضیحات باید به این نکته اشاره کرد که در نهایت وضعیت میانگین متغیر سواد سلامت در سطح مناطق شهری به نسبت متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و مؤلفه‌هایش بهتر است، و باید در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سطح مناطق شهری سازمان‌های متولی برنامه‌ریزی نمایند با توجه به نتایج جدول فوق باید اشاره به این کرد که وضعیت متغیر مؤلفه‌های ارتقاء دهنده سلامت و مؤلفه‌های آن به نسبت متغیر سواد سلامت و مؤلفه‌هایش از میانگین خوبی در سطح مناطق شهری برخوردار نیست و وضعیت مقادیر جدول حاکی از آن است که تمام مؤلفه‌های متغیر مذکور و حتی میانگین متغیر یادشده در سطح مناطق هم کمتر از حد متوسط به دست آمده‌اند و باید سازمان‌های مربوطه با توجه به ظرفیت‌ها و توانمندی‌های فرهنگی، اجتماعی و خدماتی خود در تقویت متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و مؤلفه‌های آنان در سطح هر یک از مناطق با توجه به ساختار فرهنگی و اجتماعی که بر مناطق حاکم است سرمایه‌گذاری و بسترسازی لازم را انجام دهند.

جدول ۹- ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی و فرعی تحقیق

متغیر مستقل	متغیر وابسته	شدت رابطه	سطح معناداری	نوع آزمون همبستگی	نتیجه آزمون	نوع رابطه
سلامت پایه	رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	۰/۶۸۱	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
		۰/۷۰۷	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
		۰/۵۰۲	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
		۰/۵۴۶	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
		۰/۷۲۲	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
سواد سلامت	خودشکوفایی	۰/۴۰۱	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
	ورزش و فعالیت بدنی	۰/۳۸۶	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
	مسئولیت پذیری سلامت	۰/۵۳۶	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
	مدیریت استرس	۰/۵۲۰	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
	حمایت بین فردی	۰/۴۴۳	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
	تغذیه	۰/۵۳۶	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت

نتایج جدول ۹ میزان و شدت رابطه بین مؤلفه‌های سواد سلامت را با متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و همچنین رابطه و شدت بین متغیر سواد سلامت و مؤلفه‌های متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نشان می‌دهد؛ در کلیه موارد، روابط فرض شده تأیید شده‌اند. مطابق جدول میزان همبستگی بین همه متغیرها با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ به دست آمده است که بیانگر این است که فرض اصلی تحقیق که به روابط معنادار متغیرهای تحقیق می‌پردازد با شدت رابطه ۰/۷۲۲ بیانگر این است که می‌توان پیش‌بینی‌های گروهی را انجام داد که به اندازه کافی رابطه قوی و قابل قبول است.

با توجه به نتایج جدول بالا دامنه همبستگی، شدت رابطه بین مؤلفه‌های سواد سلامت و متغیر وابسته همراه با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ نشان از این است که رابطه بین مؤلفه‌های سواد سلامت و متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در حد متوسط بوده است؛ و پیش‌بینی‌های ساده گروهی امکان‌پذیر است.

از نتایج جدول می‌توان دریافت کرد بین متغیر سواد سلامت با مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ با شدت دامنه همبستگی متوسط بین این متغیر با مؤلفه‌ها می‌توان پیش‌بینی‌های گروهی را امکان‌پذیر دانست. جدول بعدی نتایج اصلی رگرسیون خطی چندمتغیره بر مبنای روش هم‌زمان^۱ را نشان می‌دهد. برای این که میزان تأثیر مؤلفه‌های متغیر مستقل بر متغیر وابسته (رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت) تحلیل شود از این آزمون استفاده شده است. در این جدول، ضریب بتا اهمیت نسبی متغیرها را بیان می‌کند و بزرگ بودن بتا اهمیت و نقش آن را در پیشگویی متغیر وابسته مشخص می‌کند.

جدول ۱۰- رگرسیون خطی چندمتغیره مؤلفه‌های متغیر مستقل با متغیر وابسته

متغیرهای مستقل	ضرایب معیار نشده		T	ضرایب معیار شده	B		مقدار ثابت
	خطای معیار	بتا		خطای معیار	B		
			۱۵/۲۸۵	-	۰/۱۴۷	۲/۲۴۲	
سلامت پایه			۲/۱۸۰	۰/۱۱۰	۰/۰۲۸	۲/۰۰۵	
سلامت ارتباطی و تعاملی			۳/۰۴۶	۰/۲۷۱	۰/۰۵۰	۳/۰۵۲	
سلامت انتقادی			۱/۲۵۸	۰/۱۷۱	۰/۰۴۳	۱/۰۵۴	
سلامت عملکردی			۴/۲۷۶	۰/۳۱۳	۰/۰۳۹	۴/۰۱۱	
ضریب همبستگی چندگانه (R)	ضریب تعیین (R2)	ضریب تعیین تعدیل (R2 adj)	خطای استاندارد شده Std. Error of Estimate	آماره F	سطح معناداری (Sig)	آزمون دوربین واتسون ^۲	ضریب همبستگی چندگانه (R)
۰/۶۹۲	۰/۷۹۶	۰/۴۹۴	۰/۲۵۰۶۷	۳۹۳/۱۱۳	۰/۰۰۲	۱/۵۲۸	۰/۶۹۲

1. Enter
2. Durbin Watson

ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده...، شریتیان و همکاران | ۲۰۳

نتایج جدول ۱۰ حاکی از آن است که ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده که شامل ضرایب برآورد مدل رگرسیونی است این گونه به دست می‌آید:

$$10/122 = (2/005 + 3/052 + 1/054 + 4/011) = \text{رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت}$$

حال در این مدل با توجه به ضرایب معیار شده (Beta) سهم نسبی هر مؤلفه مستقل در تبیین تغییرات متغیر وابسته را نشان می‌دهد که به ترتیب بر اساس بیشترین بتا در این مدل مؤلفه‌های سواد سلامت عملکردی، سواد سلامت ارتباطی و تعاملی، سواد سلامت انتقادی و سواد سلامت پایه به بهترین وجه متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. می‌توان نتیجه گرفت که به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در این مؤلفه‌ها میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به ترتیب به میزان ۰/۳۱۳، ۰/۲۷۱، ۰/۱۷۱، ۰/۱۱۰ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت، همچنین مؤلفه سواد سلامت انتقادی با میزان بتای ۱/۰۵۴ سهم بسیار اندکی در تبیین متغیر وابسته دارد مقدار t اهمیت نسبی حضور هر مؤلفه‌های مستقل را در مدل نشان می‌دهد با توجه به اینکه در این تحقیق مقدار t برای همه مؤلفه‌ها به ترتیب سواد سلامت عملکردی، سلامت ارتباطی و تعاملی، سواد سلامت پایه و سواد سلامت انتقادی در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار هستند؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که متغیرهای موردنظر تأثیر معنی‌دار ولی در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند.

بر اساس یافته‌های جدول ۱۰، در مبحث رگرسیون خطی در جهت هم خط نبودن متغیرهای مستقل از آماره تلورانس^۱ و عامل تورم واریانس^۲ (vif) استفاده شده است. با توجه به اینکه ضریب تلورانس بین (۰) تا (۱) در نوسان است و نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل تا چه اندازه رابطه هم خطی با یکدیگر دارند، هر چه مقدار تلورانس بیش تر (نزدیک به عدد ۱) باشد میزان هم خطی کمتر است و برعکس هر چه مقدار تلورانس کم تر (نزدیک به صفر باشد) نشان می‌دهد که میزان هم خطی بالاست و خطای استاندارد ضرایب رگرسیون از تورم بالایی برخوردار است (حبیب پور گنجابی و صفری شالی، ۱۳۹۰: ۵۰۹-۵۱۰).

-
1. Tolerance
 2. Variance Inflation Factor

با توجه به نتایج ضرایب تولرانس مؤلفه‌های متغیر مستقل شامل: سلامت عملکردی، سلامت پایه، سلامت ارتباطی و تعاملی به ترتیب به مقدار (۱) خیلی نزدیک نیستند از هم خط بودن برخوردارند، پس ضرایب رگرسیون دارای تورم هستند. به عبارتی می‌توان گفت این مؤلفه‌ها از وضعیت نه خیلی قوی برای تبیین متغیر وابسته (رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت) در زمان اجرای پژوهش برخوردار نبودند. همچنین مقدار عامل تورم واریانس به این اشاره می‌کند که هر چه این مقدار از عدد (۲) بزرگ‌تر باشد، میزان هم خطی بیشتر است (همان: ۵۱۰). با توجه به نتایج مؤلفه‌های سواد سلامت باید اشاره کرد که مؤلفه‌های سواد سلامت ارتباطی و تعاملی و سواد سلامت عملکردی و از هم خطی بالایی می‌توانند برخوردار باشند. در نهایت باید بیان کرد این دو مؤلفه توانسته‌اند به اندازه کافی واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند.

همچنین باید بیان کرد که با توجه به اینکه آماره دوربین واتسون بین ۰ تا ۴ هست. اگر بین باقیمانده‌ها همبستگی متوالی وجود نداشته باشد، مقدار این آماره باید به ۲ نزدیک باشد. اگر به صفر نزدیک باشد نشان‌دهنده همبستگی مثبت و اگر به ۴ نزدیک باشد نشان‌دهنده همبستگی منفی هست. در مجموع اگر این آماره بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد جای نگرانی نیست (حبیبی، ۱۳۹۷: ۷۰). بر این اساس چون مقدار آزمون مذکور در این تحقیق برابر با (۱/۵۲۸) به دست آمده است بنابراین مفهوم مستقل بودن متغیر این پژوهش اثبات شده و به این معنی است که نتایج مشاهده تأثیری بر دیگر مشاهدات نداشته است.

مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها ۰/۶۹۲ به دست آمده است که نشان می‌دهد بین مجموعه مؤلفه‌های متغیر مستقل با وابسته رابطه همبستگی تقریباً قوی در زمان انجام پژوهش وجود داشته است؛ اما مقدار ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰/۴۹۴ است که بیانگر این است که نزدیک به ۴۹ درصد از کل تغییرات میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بین شهروندان متأثر از مؤلفه‌های سواد سلامت در این معادله است. مقدار آماره F 113/393 که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت

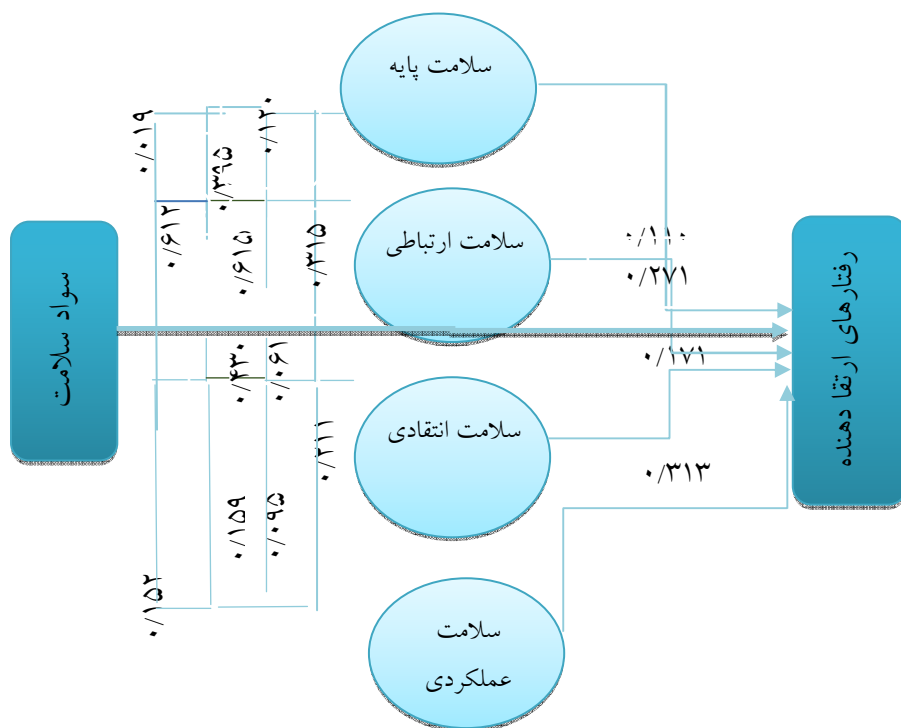
ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده...، شریتیان و همکاران | ۲۰۵

که مدل رگرسیونی پژوهش مرکب از مؤلفه‌های متغیر مستقل و متغیر وابسته (رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت) مدلی است که می‌تواند تا حدی قوی متغیر وابسته را تبیین کند. در نهایت از نتایج آمار استنباطی در سطور قبل می‌توان به این نکته اشاره کرد که مهارت آگاهی‌بخش در حوزه سلامت به‌عنوان یک واقعیت در زندگی با تکیه بر ابعاد عملکردی، ارتباطی-تعاملی، انتقادی و پایه مجموعه عادات و جهت‌گیری‌ها رفتارهای سلامت فرد را ارتقاء می‌بخشد. پس ایجاد فرصت‌سازی در زندگی و توانمندسازی شهروندان در این حوزه از سبک زندگی باعث می‌شود که افراد بتوانند در شیوه‌های زندگی خود دست به‌گزینش و یا انتخاب رفتارهایی بزنند که به افزایش سرمایه عمر و بالا بردن امید به زندگی منتهی شود. به‌عبارت‌دیگر هر کنشگری به‌عنوان یک عامل در زندگی با افزایش مهارت آگاهی‌بخش زندگی سالم می‌تواند فرصت‌های به دست آوردن و در دسترس قرار داشتن رفتارهای سلامت‌محور را برای برخوردار بودن از تصمیم‌گیری، ارزیابی و قضاوت ایجاد نماید.

جدول ۱۱- اثر کل متغیر مستقل و مؤلفه‌های آن بر متغیر وابسته

اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	متغیر وابسته	متغیر مستقل
$0/035+0/110=0/145$	$0/615*0/61*0/95=(0/035)$	0/110	رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	سلامت پایه
$0/024+0/271=0/295$	$=(0/024)$ $0/430*0/159*0/359$	0/271		سلامت ارتباطی و تعاملی
$0/017+0/171=0/172$	$=(0/017)$ $0/152*0/19*0/612$	0/171		سلامت انتقادی
$0/0079+0/313=0/320$	$0/211=(0/0079)$ $0/120*0/315*$	0/313		سلامت عملکردی

با توجه به نتایج جدول بالا می‌توان در شکل زیر اثرات مستقیم و غیرمستقیم مؤلفه‌های متغیر مستقل بر وابسته را به تصویر کشاند.



شکل ۳- نمودار تحلیل مسیر

با توجه به آزمون رگرسیون چندمتغیره (هم‌زمان) مشخص شده است که متغیر سواد سلامت تأثیر مستقیم تقریباً قوی بر رفتار ارتقاء دهنده سلامت داشته است در تحلیل رگرسیونی به روش هم‌زمان برای ترسیم نمودار تحلیل مسیر تأثیر این مؤلفه‌ها به‌طور جداگانه علاوه بر خود متغیر احتساب شده است. نتایج آزمون تحلیل مسیر مشخص گردیده که سواد سلامت به‌طور مستقیم ۰/۸۶۵ و غیرمستقیم با ۰/۹۳۲ واحد بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تأثیر می‌گذارد.

ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده...، شربتیان و همکاران | ۲۰۷

با توجه به چنین تأثیر گذاری مستقیم و غیرمستقیم می‌توان اشاره به این کرد که سواد سلامت محور مبتنی بر آگاهی عملی کنشگر با تکیه بر رفتارها و فعالیت‌ها از نوع عملکردی، ارتباطی-تعاملی، انتقادی و پایه منجر به مجموعه‌ای از عادات و جهت‌گیری‌های رفتارهای سلامت محور در زندگی روزمره می‌شود که این مجموعه رفتارها نوعی وحدت و پیوستگی در زندگی به وجود می‌آورد که باعث افزایش عمر و امید به زندگی خواهد شد، بنابراین در عصر مدرنیته کنشگران در حوزه سلامت عاملانی تلقی می‌شوند که قدرت بازاندیشی دارند و از طریق انجام چنین رفتارها و مهارت‌های شناختی و اجتماعی در حوزه سلامت می‌توانند جامعه را از منظر ارتقاء سبک زندگی سالم متحول و دگرگون نمایند.

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت سرمایه مهمی است که افراد در طول زندگی‌شان همواره برای حفظ و ارتقای آن باید تلاش کنند؛ و مهم‌ترین تعیین‌کننده کیفیت و کمیت زندگی افراد است (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱). مرور پژوهش‌های پیشین در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که سواد سلامت به‌عنوان متغیری مهم در تبیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با توجه به نقش عاملیت ناشی از وضعیت انتخاب و فرصت‌های زندگی می‌توان به استانداردهایی در حوزه سبک زندگی سالم امری مطلوب محسوب می‌گردد.

در راستای موضوع موردنظر، نمونه‌ای متشکل از ۶۵۰ شهروند بالای ۱۸ سال مناطق شهری مشهد به روش حجم متناسب با هر منطقه انتخاب شدند که تقریباً مردان و زنان باهم برابر بوده‌اند، میانگین سنی پاسخگویان برابر با ۳۹ سال بوده و بالای $\frac{3}{4}$ از پاسخگویان متأهل بوده‌اند. به لحاظ سواد سلامت در حدود ۴۶/۵ درصد پاسخگویان در حد متوسط (بینابین) از سواد سلامت برخوردار بوده‌اند؛ که با یافته‌های پژوهشی رئیسی و همکاران (۱۳۹۹)، جواد زاده و همکاران (۱۳۹۸)، جهانی افتخاری (۱۳۹۷)، چانگک (۲۰۲۰)، ونگر و همکاران

(۲۰۱۷) در یک‌جهت بوده است. از بین مؤلفه‌های این متغیر مؤلفه‌های سلامت پایه، سلامت عملکردی، سلامت ارتباطی و سلامت انتقادی به ترتیب بالاترین مقادیر را داشته‌اند. در حدود ۶۲ درصد از پاسخگویان در حد متوسط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در زندگی روزمره انجام می‌دهند؛ که با اکثر نتایج بیا نشده در پیشینه پژوهشی این نتایج هم‌جهت بوده است. از بین مؤلفه‌های این متغیر مؤلفه خودشکوفایی به نسبت دیگر مؤلفه‌ها برای شهروندان مهم بوده است.

در مجموع بر اساس نتایج میانگین مؤلفه‌ها و متغیرهای تحقیق، وضعیت سواد سلامت به نسبت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به‌طور کل و به‌طور متمایز در سطح مناطق شهری بهتر بوده است. در این راستا مناطق ۹ و ۷ بیشترین و کمترین میانگین بهره‌مندی از سواد سلامت را داشته‌اند. وضعیت میانگین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سطح مناطق شهری چندان مطلوب نبوده است و میانگین عمده مقادیر مؤلفه‌های متغیر یادشده پایین‌تر از حد متوسط (۲/۵) بر اساس بازه دامنه طیف لیکرت (۱-۵) به‌دست آمده است.

در راستای رابطه معناداری متغیرهای زمینه‌ای باید اشاره به این کرد که متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای مستقل و وابسته رابطه معناداری نداشته‌اند؛ که با یافته‌های پژوهشی پیشینه در یک راستا نبوده است و در اکثر نتایج پیشینه‌ها فرض تفاوت و نابرابری بین متغیرهای زمینه‌ای با متغیرهای مورد آزمون وجود داشته است، درحالی‌که در این تحقیق در زمان جمع‌آوری اطلاعات این فرض بین متغیرهای جمعیت شناختی جامعه مورد مطالعه با متغیر مستقل و وابسته معنادار نبوده است.

روابط معنادار فرضیه‌های اصلی و فرعی بین متغیرهای موضوع مورد مطالعه با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ به‌دست آمده است که با اکثر یافته‌های پژوهش‌های پیشینه در این بحث هم‌جهت بوده؛ و می‌توان بیان کرد که بین متغیرهای مورد بررسی رابطه معنادار وجود دارد. در همین ارتباط شدت رابطه فرضیه اصلی بین سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به‌اندازه کافی قابل قبول برای پیش‌بینی در اندازه نمونه مورد مطالعه بوده است. علاوه بر این رابطه بین مؤلفه‌های سواد سلامت با متغیر وابسته و رابطه سواد سلامت با

مؤلفه‌های متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ با شدت متوسط می‌توانند برای پیش‌بینی در جامعه مورد مطالعه مناسب باشند.

با توجه به نتایج بتای رگرسیون و سهم مؤلفه‌های سواد سلامت از نوع عملکردی/کاربردی، ارتباطی/تعاملی، انتقادی و پایه به بهترین وجه می‌تواند رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در سبک زندگی سالم روزمره مردم تبیین و نهادینه کند. بر اساس ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های متغیر مستقل با متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نوعی رابطه همبستگی تا حدی قوی شکل گرفته است که در مجموع نزدیک به ۴۹ درصد از کل تغییرات میزان متغیر وابسته توسط مؤلفه‌های سواد سلامت در این تحقیق اثر گذاشته می‌شود که می‌توان بیان کرد که مدل رگرسیونی حاضر می‌تواند به صورت قوی متغیر وابسته را تبیین کند.

با توجه به نتایج اشاره شده در سطور قبل باید بیان کرد که سواد سلامت در کنار سایر مباحث اجتماعی تندرستی می‌تواند نقش پررنگی در توسعه کیفیت زندگی جوامع و حل مسائل بهداشتی داشته باشد. سواد سلامت و اثرگذاری آن بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌تواند در مراقبت‌های تندرستی افراد جهت بهبود زندگی، سهم مهمی در خوب زندگی کردن ما انسان‌ها داشته باشد؛ بنابراین متغیرهای مطرح شده در این نوشتار با تأسی از مؤلفه‌هایی چون زمان و مکان، ارزش‌های فردی و اجتماعی، برای گروه‌های اجتماعی معانی مختلفی را دربرمی‌گیرد که می‌تواند مرتبط با بحث کیفیت زندگی سلامت‌محور باشد؛ حتی با توجه به قابلیت‌های زیست‌پذیری در یک ناحیه و منطقه، وجود تندرستی و بهتر زیستن و... می‌توان به این تعبیر اشاره کرد که اصولاً رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در ارتباط با شرایط جمعیت در یک منطقه و مقیاس جغرافیایی متکی بر شاخص‌های ذهنی (کیفی) و شاخص‌های عینی (کمی) است (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱) به عبارت دیگر کیفیت زندگی سلامت‌محور شامل ادراک فرد از موقعیت‌های زندگی است که مرتبط با فرهنگ و ارزش‌های زندگی است و در رابطه با توقعات، اهداف و استانداردها

و علایق افراد است که در ابعاد گسترده می‌تواند با حوزه‌های مختلف تندرستی، سطوح مختلف زندگی بشر، اعتقادات شخصی و وابستگی‌های متفاوت محیطی پیوند داشته باشد. با توجه به چنین ضرورتی در راستای موضوع مورد بحث بر اساس عاملیت فردی، از منظر رویکرد فردگرایانه سواد سلامت در تعیین ارتقاء کیفیت زندگی سلامت‌محور به‌طور عام شامل فعالیت‌ها و دستاوردهای فردی است که می‌تواند در تسلط یافتن فرد بر محیط زندگی و توانمند شدن در برابر موانع تندرستی و سلامتی مؤثر قلمداد شود، از این منظر توانمندسازی قابلیت‌های فردی در جهت تبیین بهتر زندگی کردن و رفاه در چارچوب آزادی‌ها، به‌ویژه آزادی انتخاب می‌تواند سهم مؤثری در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشته باشد (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸: ۳۰).

رویکرد عاملیت‌گرا در حوزه سلامت بر پایه فردگرایی روش‌شناختی، به این اشاره می‌کند که فرد در مرکزیت پیرامون کیفیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت قرار دارد و با تکیه بر ذهنیات، قابلیت‌ها و توانمندی‌های فردی باید شرایط تندرستی و سلامتی را برای خود، دیگران و جامعه محیا کرد. با توجه به این نکته باید بیان کرد که قابلیت در رویکرد عاملیت سلامت‌محور می‌تواند شامل مجموعه‌ای از عملکردهای مختلف حوزه تندرستی باشد که برای فرد ارزشمند است و فرد می‌تواند از میان آن‌ها دست به انتخاب بزند. پس از این منظر فرد دارای نوعی آزادی است که شامل توانایی انتخاب عملکردهای او در حوزه سلامت می‌شود که برای فرد باارزش است و فرد برای برخوردار بودن از آن‌ها در زندگی دلیل دارد؛ بنابراین ارتقاء سواد سلامت به‌نوعی فرصت محسوب می‌گردد که توانایی ما را برای انتخاب و پیگیری ارزش‌ها از جمله سبک زندگی سلامت‌محور را مهم تلقی کرده که برای آن‌ها دلیل داریم. این توانمندی‌های منتخب با فرصت آزادی که جنبه ارزش‌محوری دارد کیفیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت فردی را می‌سازد که می‌تواند مورد قضاوت قرار گیرد.

در واقع سواد سلامت به‌عنوان یک موضوع عملکردی بیانگر آن است که انجام و یا نیل به داشتن تندرستی برای فرد ارزشمند است، در واقع سواد سلامت در سبک زندگی

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در قالب یک موضوع عملکردی مرتبط با بودن و انجام دادن آن‌ها در زندگی فردی منوط می‌گردد؛ بنابراین در رویکرد عاملیتی، قابلیت تندرستی از طریق سواد سلامت می‌تواند نوعی آزادی با دستیابی به ترکیب‌های مختلفی از عملکردها باشد که در قالب سبک‌های زندگی گوناگون از منظر فردی می‌تواند رفتارهای منتخب ارتقاء سلامتی را شامل گردد.

بر این اساس از منظر رویکرد عاملیتی گیدنز انتخاب‌های سبک زندگی در دوران مدرنیته متأخر، افراد را در برابر سلامتی و به‌طور کلی بدن‌هایشان بیشتر مسئول کرده است. گیدنز، ۱۳۸۷: به نقل از کرمی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۲۳). در همین ارتباط کاکرهام سبک زندگی سلامت را به‌عنوان الگوهای جمعی مرتبط با سلامتی بر اساس انتخاب‌هایی از گزینه‌های در دسترس مردم تعریف شده است با فرصت‌های زندگی مطابقت می‌دهد. این تعریف شامل رابطه دیالکتیک بین فرصت‌های زندگی ارائه شده توسط وبر در مفهوم سبک زندگی او می‌گردد. پس انتخاب‌های زندگی نماینده‌ای برای عاملیت است و فرصت‌های زندگی شکلی از ساختار است که اصولاً نشان‌دهنده جایگاه طبقه اجتماعی است که باعث می‌شود انتخاب‌ها را هم محدود می‌کند. درحالی‌که سلامتی و دیگر انتخاب‌های سبک زندگی اختیاری‌اند (Cockerham, 2008: 55).

بر اساس نتایج موجود باید اشاره کرد که:

- باید زمینه دسترسی شهروندان و گروه اجتماعی در سطح مناطق شهری را به داشتن اطلاعات کافی حوزه سلامت با همکاری دستگاه اجرایی، متولیان سازمان‌های فرهنگی و اجتماعی شهر بسترسازی کرد.

- با بهره‌مندی از ابزارهای اطلاع‌رسانی در عصر حاضر می‌توان حداکثر کانال‌های ارتباطی معتبر در حوزه سلامت را در اختیار شهروندان قرارداد.

- باید مزایا و محدودیت‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را به‌طور شفاف اطلاع‌رسانی کرد تا شهروندان بتوانند موضوعات را ارزیابی نمایند و با در نظر گرفتن کاربرد آن‌ها به تصمیم‌گیری درست و منطقی دست یابند.

- در این راستا باید از ابزارهای مختلف سواد اطلاعاتی بهره برد تا سطح سواد سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور را در قالب دوره‌های مهارت‌آموزی در سطح مناطق و محله‌های مختلف شهری از جمله مناطق کاملاً محروم، نیمه محروم تا توسعه‌یافته تحت پوشش قرارداد و با همکاری بین‌سازمانی در شرایط و دوره‌های مختلف زمانی به صورت کوتاه‌مدت این مهارت‌آموزی‌ها را اجرا کرد.

با توجه به این نتایج در یک جمع‌بندی پیشنهادی و کاربردی برای ارتقاء سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت فرهنگ‌سازی، آموزش مدرن و مداوم، همکاری درون‌سازمانی و برون‌سازمانی، تدوین سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت شهری با رویکردهای اقتصادی، بهداشتی و اجتماعی بسیار حائز اهمیت است.

منابع

- آقاملایی، تیمور؛ حسینی، زهرا؛ حسینی، فاطمه السادات؛ قنبر نژاد، امین. (۱۳۹۵)، «ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانش آموزان»، مجله طب پیشگیری، سال سوم، شماره ۲: ۳۶-۴۳.
- احمدی، یعقوب؛ محمد زاده، حسین؛ علی رمانی، سیمین. (۱۳۹۵)، «رابطه انواع سرمایه و سبک زندگی سلامت محور در زنان شهر سنندج»، مجله علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال شانزدهم، شماره ۶۱: ۱۲۳-۱۵۹.
- اسد زندی، مینو؛ شکاری فرد، محمد؛ عبادی، عباس؛ مروتی شریف آباد، محمدعلی و سالاری محمد مهدی. (۱۳۹۳)، «تأثیر آموزش مدیریت خشم، مبتنی بر مدل پندر بر رفتار پرخطر درگیری در سربازان»، نشریه روان پرستاری، سال دوم، شماره ۴: ۶۸-۷۹.
- بایگانی، بهمن؛ ایراندوست، سید فهیم؛ احمدی، سینا. (۱۳۹۲)، «سبک زندگی از منظر جامعه‌شناختی: مقدمه‌ای بر شناخت و واکاوی مفهوم سبک زندگی»، نشریه تخصصی مهندسی فرهنگی شورای عالی انقلاب فرهنگی، سال هشتم، شماره ۷۷: ۵۶-۷۴.
- بهادر، الیاس؛ عباسی، علی. (۱۳۹۰)، «مقایسه برخی از رفتارهای بهداشتی دانشجویان نیم سال اول و آخر در دانشگاه‌های امیرکبیر و تهران و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناسی (۱۳۸۵)»، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان، سال هشتم، شماره ۵۰: ۲-۵۷.
- بهمن پور، کاوه؛ نوری، رونما؛ ندریان، حیدر و صالحی، بهزاد. (۱۳۹۰)، «سازهای مدل ارتقای سلامت پندر درباره بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر مریوان»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سال نهم، شماره ۲: ۹۳-۱۰۶.
- پارسا، مهربان؛ رسولی نژاد، سید پویا. (۱۳۹۴)، «بررسی رابطه سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش»، فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق) دانشگاه شهید چمران اهواز، سال دهم، شماره ۱: ۳۵-۶۶.
- جهانی افتخاری، معصومه؛ پیمان، نوشین؛ دوستی، حسن. (۱۳۹۷)، «بررسی ارتباط سواد سلامت و سبک زندگی سالم در داوطلبین سلامت شهرستان نیشابور: یک مطالعه مقطعی»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، سال بیست و ششم، شماره ۷: ۳-۱۵.

- حسن‌زاده یامچی، داوود؛ علیزاده اقدم، محمدباقر. (۱۳۹۳)، «بررسی رابطه بین سبک زندگی (سلامت‌محور) و سرمایه فرهنگی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد هادی‌شهر در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳»، مجله جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، سال هفتم، شماره ۲۴: ۸۵-۹۸.
- جواد زاده، همام الدین؛ محمودی، مرضیه؛ حاجی وندی، عبدالله؛ قائدی، صدیقه و رئیس، مهنوش. (۱۳۹۸)، «بررسی ارتباط سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بزرگ‌سالان شهر بوشهر»، فصلنامه سواد سلامت، سال چهارم، شماره ۲: ۴۹-۶۰.
- جوکار، بهرام. (۱۳۸۶)، «نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی در رابطه با رضایت از زندگی»، مجله روانشناسی معاصر، سال دوم، شماره ۳: ۴-۱۲.
- حبیب پور گتایی، کرم و صفری شالی، رضا. (۱۳۹۰)، راهنمای جامع کاربردی Spss در تحقیقات پیمایشی، تهران: نشر لویه و انتشارات متفکران، چاپ سوم.
- حبیبی، آرش. (۱۳۹۷)، آموزش کامل SPSS و راهنمای تصویری نرم‌افزار SPSS، تهران: نشر الکترونیک پایگاه اینترنتی پارس مدیر، چاپ اول.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا. (۱۳۹۵)، «مقایسه سواد سلامتی و سبک زندگی سالم در زنان سالمند بازنشسته و خانه‌دار»، فصلنامه سواد سلامت، دوره اول، شماره ۳: ۱۵۵-۱۶۳.
- خسروی، عبدالرسول؛ احمدزاده، خدیجه؛ احمدزاده، زیبا. (۱۳۹۳)، توسعه سواد سلامت، چاپ اول، بوشهر: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر.
- رئیس، مهنوش؛ توسلی، الهه؛ جواد زاده، همام الدین. (۱۳۹۹)، «سواد سلامت و وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بزرگ‌سالان شهرکرد»، فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، سال ششم، شماره ۲: ۹۳-۱۰۳.
- دلاور، فرزانه؛ پاشایی پور، شهزاد؛ نگارنده، رضا. (۱۳۹۷)، «شاخص سواد سلامت: ابزاری نو برای ارزیابی سواد سلامت»، مجله حیات، سال بیست و چهارم، شماره ۱: ۱-۶.
- سالنامه آماری شهر مشهد. (۱۳۹۷)، مشهد: چاپ اول، شهرداری مشهد معاونت برنامه‌ریزی و توسعه سرمایه انسانی با نظارت مدیریت آمار و تحلیل اطلاعات.

ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده...، شربتیان و همکاران | ۲۱۵

- صادق مقدم، لیلا؛ توکلی‌زاده، جهانشیر؛ مظلوم شهری، سید بهنام؛ طاهری، مهدی. (۱۳۹۷)، «اثربخشی الگوی ارتقای سلامت پندر بر کاهش رفتارهای پرخطر رانندگان»، فصلنامه علمی-پژوهشی طب انتظامی، سال هفتم، شماره ۳: ۹۷-۱۰۲.
- عربی، حکیمه؛ سلیمان پورعمران، محبوبه. (۱۳۹۷)، «رابطه بین سواد سلامت با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و رفتار زیست‌محیطی»، فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی، سال ششم، شماره ۴: ۱۹۱-۲۱۶.
- غفاری، غلامرضا؛ امیدی، رضا. (۱۳۸۸)، کیفیت زندگی شاخص توسعه انسانی، تهران: انتشارات شیرازه، چاپ اول.
- کاکرهم، ویلیام سی. (۱۳۹۱)، جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه: محمد خواجه دلویی، هما زنجانی زاده، ملیحه دادگر مقدم، سمانه خادمی و رضا اسدی، مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، چاپ اول.
- کرایب، ایان. (۱۳۸۱)، نظریه‌های مدرن در جامعه‌شناسی، ترجمه: عباس مخبر، تهران: نشر آگاه، چاپ دوم.
- کرتیس، آنتونی جیمز. (۱۳۸۲)، روانشناسی سلامت، ترجمه: فرامرز سهرابی، تهران: نشر طلوع دانش، چاپ اول.
- کرمی، خدابخش؛ رضا دوست، کریم؛ عبدی‌زاده، سیما؛ چیشنه، فرات. (۱۳۹۴)، «بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز»، فصلنامه توسعه اجتماعی، (توسعه انسانی سابق)، سال دهم، شماره ۹۷: ۱-۱۲۶.
- کریمی، ندا؛ سعادت قرین، فرزین؛ طل، آذر، صادقی، رؤیا؛ یاسری، مهدی و مجبی، بهرام. (۱۳۹۸)، «نقش سواد سلامت و متغیرهای زمینه‌ای در تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دختران دانش‌آموز مقطع متوسطه شهر تهران»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سال هفدهم، شماره ۳: ۲۱۲-۲۲۸.
- کسبل، فیلیپ. (۱۳۸۳)، چکیده آثار گیدنز، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران: نشر ققنوس، چاپ اول.

- کلاتری، خلیل. (۱۳۸۷)، پردازش و تحلیل داده‌ها در تحقیقات اجتماعی - اقتصادی با استفاده از نرم‌افزار Spss، تهران: نشر فرهنگ صبا، چاپ سوم.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۸)، تجدد و تشخص، جامعه و هویت شخصی در عصر جدید، ترجمه: ناصر موفقیان، تهران: نشر نی، چاپ اول.
- محمدیان، هاشم؛ افتخار اردبیلی، حسن؛ رحیمی فروشانی، عباس؛ تقدیسی، محمدحسین و شجاعی زاده، داود. (۱۳۹۸)، «ارزشیابی مدل ارتقای سلامت پندر در پیشگویی کیفیت زندگی دختران نوجوان»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سال هشتم، شماره ۱: ۴-۱۳.
- محمودی، حسن، طاهری، ابوالفضل. (۱۳۹۴)، «بررسی رابطه بین سواد اطلاعاتی و سواد سلامت در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد»، مجله علمی و پژوهشی تعامل انسان و اطلاعات، سال دوم، شماره ۳۱: ۲-۴۱.
- محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی آقا، امیر؛ محمدی زیدی، بنفشه. (۱۳۹۰)، «روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده رفتار سلامت»، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال بیست و یکم، شماره ۱: ۱۰۲-۱۱۳.
- مسعود نیا، ابراهیم. (۱۳۸۹)، جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران. چاپ اول.
- مقدس، علی اصغر و قدرتی، حسین. (۱۳۸۳)، «نظریه ساختاری شدن آنتونی گیدنز»، مجله علوم اجتماعی دانشکده علوم انسانی دانشگاه فردوسی، سال اول، شماره ۴: ۱-۳۱.
- منتظری، علی؛ طاووسی، محمود؛ رخشانی، فاطمه؛ آذین، سید علی؛ جهانگیری، کتابون؛ عبادی، مهدی؛ نادری مقام، شهره؛ سلیمانیان، آتوسا؛ سربندی، فاطمه؛ محمد، امیر معتمدی و نقیسی سیستانی، مهدی. (۱۳۹۳)، «طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال)»، پایش، سال سیزدهم، شماره ۵: ۵۸۹-۵۹۹.
- نایی، هوشنگ. (۱۳۹۲)، آمار پیشرفته کاربردی همراه Spss، تهران: انتشارات دانشگاه تهران، چاپ دوم.
- نوروزی، سپیده؛ رضائی، روح‌الله و صفا، لیلیا. (۱۳۹۶)، «اثر میانجی سبک زندگی سلامت‌محور در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی در

شهرستان اسلام آباد غرب»، فصلنامه مطالعات علمی و روانشناختی زنان دانشگاه الزهراء، سال پانزدهم، شماره ۳: ۱-۳۰.

- هزارجریبی، جعفر و صفری شالی، رضا. (۱۳۹۱)، آنا تومی رفاه اجتماعی، تهران، انتشارات جامعه و فرهنگ، چاپ اول.

- Blanco, A. Diaz. D. (2007). "Social order and mental health: a social well-being approach, Autonomy University of Madrid", *Jornal of psychology in Spain*, 11, (5), 61-71.
- Chahardah-Cherik, Sh. Gheibizadeh, M. Jahani, S. & Cheraghian, B. (2018). "The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes", *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 6(1), 65-75.
- Chamberlain, B. (2007). "Health promotion in nursing practice", *Clinical Nurse Specialist*, 21, (2), 130.
- Chaney, D. (2002). *Cosmopolitan art and cultural citizenship. Theory, Culture and Society*. 19, (1/2):157-174.
- Chun Chang, Li. (2002). "Health literacy, self reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan". *Journal of clinical Nursing*, 20(1/2)190-196.
- Cockerham, W .C. (2008). *Social causes of Health and Disease*, London: Polity press.
- Cockerham, W. C. (2007). "New Direction in Health Lifestyle Research." *Public Health*, 52(6): 327-328.
- Cockerhama, W. C; Hinotea, B. P; Cockerham G.B; & Abbottc, P. (2006). "Health lifestyles and political ideology in Belarus, Russia, and Ukraine", *Social science medicine*, 62(7): 1799-1809.
- Cockerham, W. C. (2004). *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyle*, London: Prentice Hall College.
- Jurgen. M. and Franklin. P. (2011). "Making the case for investing i strengthening health literacy", *World Health organization*, 33(1):144-151.
- Mock, C. Quansah, R. Krishnan, R. Risa, C. A. & Rivara F. (2004). "Strengthening the prevention and care of injuries worldwide". *National libery of Medicine*, 26, (363):2172-2179.

- Mellor D, Russo S, McCabe M, Davison & T, George K. (2008). "Depression training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation", *Journal Gerontol Nurs*, 34(9):8-15.
- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, & Kindig DA. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*, National Academies Press.
- O'Donnell, M. and Spencer, L. (2005). *Health promotion advocates history and current focus*, Health Promotion press.
- Pender, J. N. Murdugh, L. C. & Parsons, A. M. (2006). *Health promotion in nursing practice*, Nurs. 5th Ed, upper saddle river.
- Reisi, M. Javadzade, S. H. Babaei Heydarabadi, A. Mostafavi, F. Elahe Tavassoli, E. & Sharifirad Gh. (2014). "The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults", *Journal Education Health Promotion*, 3: 119- 128.
- Von Wagner, C. Knight, K, Steptoe, A & Wardle J. (2017). "Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61: 1017-1017.