Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2020; Vol 6(2), Autumn, pp 93-103

# Health Literacy and the Status of Health-promoting Behaviors in Shahrekord Adults

**Mahnoush Reisi[1], Elahe Tavassoli[2*], Homamodin Javadzade[1]**

1. Department of Health Education and Health Promotion, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
2. Social Determinants of Health Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

***Corresponding author:** Elahe Tavassoli, **Email:** tavassoli.eb@gmail.com, **Tel:** +989132806883

**Received:** 28 Apr 2020 **Accepted:** 19 May 2020

## Abstract

**Background & Aim:** Health literacy and health-promoting behaviors are among the most important determinants of health. This study aimed to evaluate the relationship between health literacy and the status of health-promoting behaviors in Shahrekord adults.

**Materials & Methods:** This study was performed on 384 adults who referred to healthcare centers in Shahrekord in 2018 using cluster sampling. Data were collected using functional, communication, and critical health literacy questionnaires and health promotion lifestyle scale. In addition, data analysis was performed in SPSS version 18 using descriptive and analytical statistics (e.g., Pearson's correlation coefficient and one-way ANOVA). Notably, a P-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

**Results:** In this study, the participants obtained low mean health literacy (functional: 49.19±54.15, communication: 53.45±15.89 and critical: 50.86±17.88) and health-promoting behaviors scores. In the target group, the highest and lowest scores obtained were related to the dimensions of spiritual growth and self-fulfillment (46.50±14.86) and physical activities (24.16±26.49), respectively. The results were indicative of a relationship between functional, communication, and critical health literacy and dimensions of health-promoting behaviors in the participants (P<0.05).

**Conclusion:** According to the results of the study, more attention must be paid to health literacy and health-promoting behaviors in healthcare plans and policies. Therefore, it is recommended that the increase and improvement of these factors be prioritized in this regard.

**Keywords:** Health Literacy, Health-promoting Behaviors, Adults

**How to cite this article:**

**Reisi M, Tavassoli E, Javadzade H. Health Literacy and the Status of Health-promoting Behaviors in Shahrekord Adults. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2020: 6 (2): 93-103.**

**URL:** http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-325-fa.html

**Copyright** © 2020 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]

# سواد سلامت و وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بزرگسالان شهرکرد

**مهنوش رییسی[1]، الهه توسلی*[2]، همام الدین جواد زاده[1]**

۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

**نویسنده مسئول:** الهه توسلی، ایمیل: tavassoli.eb@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۳۲۸۰۶۸۸۳

**تاریخ دریافت:** ۱۳۹۹/۰۲/۰۹ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۹/۰۲/۳۰

## چکیده

**زمینه و هدف:** سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت هستند، بنابراین هدف از مطالعه حاضر، بررسی ارتباط سواد سلامت و وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بزرگ‌سالان شهرکرد بود.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی ۳۸۴ نفر از بزرگسالان مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهرکرد با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای در سال ۱۳۹۷ مورد مطالعه قرار گرفتند، بزرگسالان پرسشنامه‌های سواد سلامت عملکردی، ارتباطی و انتقادی و سبک زندگی ارتقاء سلامت را تکمیل نمودند، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و بهره گیری از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی از جمله همبستگی پیرسون و آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، در سطح کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت (عملکردی: ۱۹/۱۵±۴۹/۵۴، ارتباطی: ۱۵/۸۹±۵۳/۴۵ و انتقادی: ۱۷/۸۸±۵۰/۸۶) 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 (۱۴/۸۶±۴۶/۵۰) و کم‌ترین امتیاز کسب شده مربوط به بُعد فعالیت بدنی (۱۶/۴۹±۲۴/۲۶) بود. سواد سلامت عملکردی، ارتباطی و انتقادی با جنبه‌هایی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط داشتند ($p<0.05$).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها اهمیت سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرند و در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی درمانی دخیل گردد، بنابراین در مداخلات تمرکز بر افزایش و بهبود این عوامل به عنوان یک راهبرد دارای اولویت پیشنهاد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** سواد سلامت، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، بزرگسالان

## مقدمه

امروزه ارتقاء سلامت با توجه بـه نقش محوری آن در مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه روزافزون قرار گرفته است. در واقع هزینه‌های بالای خدمات بهداشتی درمانی لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری از بیماری‌ها را موجب شده است. در همین راستا، سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت ارتقاء سلامت کـه شامل تشویق سبک زندگی سالم، خلق محیط حمایت‌کننده برای سلامت، تقویت اقدام جامعه، جهت‌دهی مجدد خدمات بهداشتی و تعیین سیاست‌های بهداشت عمومی است، تأکید نموده است (۱). اجزای حفاظت کننده سلامت، احتمال مواجهه فرد را بـا بیماری یا آسیب کاهش می‌دهند و اجـزای ارتقاء دهنده سلامت الگویی چند بُعدی هستند که در راستای حفظ یا افزایش سطح خودشـکوفایی، رفـاه و رضـایتمندی افـراد عمل می‌کنند (۲). بر اساس شواهد علمی انتخاب‌ها و الگوی سبک زندگی افراد بر سلامت و طول عمر آن تأثیرگذار است. بر اساس یافته‌های علمی، بسیاری از بیماری‌های مزمن ارتباط قوی با رفتارهای ارتقاء سلامت (فعالیت بدنی، رژیم غذایی سالم، عدم استعمال دخانیات و مصرف نکردن الکل) دارند (۳). عدم تبعیت از رفتارهای ارتقاء سلامت خود



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]

مسبب چهار تغییر متابولیک فیزیولوژیک در بدن مشتمل بر افزایش فشارخون، اضافه‌وزن-چاقی، افزایش قند خون و افزایش چربی خون می‌شوند که هرکدام در بروز بیماری‌های مزمن و مرگ‌ومیر ناشی از آن‌ها نقش دارند. به طور کلی ۱۳ درصد از مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مزمن را به پرفشاری خون، ۹ درصد را به مصرف دخانیات، ۶ درصد را به عدم فعالیت بدنی و ۵ درصد را به اضافه‌وزن و چاقی نسبت می‌دهند (۳). علی‌رغم اهمیت بسیار زیاد اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و به طور کلی تبعیت از سبک زندگی سالم و با توجه به اینکه اغلب بیماری‌های مزمن با تغییر سبک زندگی و اتخاذ رفتارهای سالم همانند عدم مصرف دخانیات، رژیم غذایی سالم و پیشگیری از چاقی، انجام فعالیت بدنی و عدم مصرف الکل، قابل‌پیشگیری و کنترل هستند، متأسفانه سالانه ۳/۲ میلیون مرگ‌ومیر به دلیل فعالیت بدنی ناکافی اتفاق می‌افتد. ۶ میلیون نفر در اثر مصرف سیگار سالانه جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ این عامل ۸ میلیون مرگ و میر را سبب شود. تنها در سال ۲۰۱۰ در حدود ۱/۷ میلیون از مرگ و میر های ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی به دلیل مصرف بیش از اندازه نمک/ سدیم اتفاق افتاده است (۴) و اگرچه مصرف سبزیجات و میوه‌ها به پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی و برخی از سرطان‌ها کمک می‌کند، اما مصرف این مواد غذایی در رژیم غذایی روزانه به میزان ناکافی، به حدود ۳ میلیون مرگ در سال منجر می‌شود (۵). عدم تبعیت از رفتارهای ارتقاء دهنده و پیامدهای جدی و نامطلوبی که به دنبال آن‌ها ایجاد می‌گردد، به یکی از مهم‌ترین چالش‌های قرن ۲۱ تبدیل شده است (۳). در این راستا فرایند توانمندسازی مردم جهت افزایش کنترل بر سلامت خود، یکی از مهم‌ترین راهکارهای ارتقاء سلامت افراد به شمار آمده و مورد تأکید فراوان قرار گرفته است (۶).

امروزه سیستم‌های بهداشتی موجب ایجاد نیازهای پیچیده و جدیدی در مراجعه‌کنندگان شده‌اند. نیاز به خود مدیریتی در مراقبت‌های بهداشتی افزایش قابل‌توجهی یافته است، در عین حال از مردم انتظار می‌رود که نقش‌های جدیدی در جستجو و پردازش اطلاعات، درک قوانین و مسئولیت‌ها و گرفتن تصمیمات درست و منطقی در مورد خود و خانواده بر عهده بگیرند (۷). این نقش فعال با در نظر گرفتن سطح بالایی از سواد سلامت برای افراد میسر می‌شود.

سواد سلامت یکی از انواع سواد است که برای زندگی بشر در جامعه امروزی که روزبه‌روز بر دامنه و تعداد منابع علمی مرتبط با سلامت و همچنین گزینه‌های موجود برای حفظ و ارتقاء سلامت پیش روی افراد افزوده می‌شود، نقشی حیاتی ایفا می‌کند (۸). بر اساس کتابخانه ملی پزشکی آمریکا سواد سلامت، به عنوان میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی که برای تصمیم‌گیری متناسب در حیطه سلامت لازم و ضروری می‌باشد، تعریف شده است (۹). سطح پایین سواد سلامت اثرات قابل توجهی بر رفتار افراد داشته و می‌تواند پیامدهای ناخوشایندی را به دنبال داشته باشد (۱۰). نتایج مطالعات حاکی از آن است که افراد با سواد سلامت ناکافی وضعیت سلامت ضعیف‌تری داشته (۱۰،۱۱) میزان مراجعات به بخش اورژانس در آن‌ها بیشتر بوده، میزان بستری شدن در بیمارستان در این افراد ۲۹ تا ۵۲ درصد بیش از سایر افراد گزارش شد (۱۲) و همچنین میزان مرگ و میر در آن‌ها نیز بیشتر از سایر افراد می‌باشد (۱۳). این بیماران با احتمال کمتری از مراقبت‌های پیشگیرانه استفاده می‌کنند (۱۴) و عموماً به طور یکسان و برابر با سایر افراد از خدمات سلامت بهره نمی‌برند (۱۵). بیماران با



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]

سواد سلامت ناکافی با احتمال کمتری از رژیم دارویی خود تبعیت نموده و معمولاً در مصرف صحیح داروها با مشکل روبرو هستند (۱۶)، به طوری که بر اساس مطالعه‌ای تبعیت مناسب از رژیم دارویی بیماران با سواد سلامت ناکافی ۱۰ تا ۱۸ برابر کمتر از بیماران با سواد سلامت کافی می‌باشد (۱۷). به نظر می‌رسد سواد سلامت ناکافی به عنوان یک مانع و یا یک عامل خطر جدی در مراقبت‌های بهداشتی عمل کرده و افراد را در درک توصیه‌ها و آموزش‌های ارائه‌شده به آن‌ها و نهایتاً اتخاذ رفتارهای سالم و خود مراقبتی با مشکل روبرو می‌سازد (۱۸). بروز و پیشرفت بسیاری از بیماری‌های مزمن ارتباط قوی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دارند و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از مهم‌ترین معیارهای تعیین‌کننده سلامت افراد می‌باشد، در این راستا توجه به سطح سواد سلامت بسیار مورد تأکید قرار گرفته است. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سواد سلامت و وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بزرگسالان شهرکرد انجام گردید.

## مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۷ در مراکز جامع خدمات سلامت شهرکرد انجام شد. تعداد نمونه با توجه به رابطه $n = \frac{z^2 \times pq}{d^2}$ به دست آمد و حداقل تعداد نمونه، ۳۸۴ نفر محاسبه گردید. معیارهای ورود به مطالعه داشتن سن بالاتر از ۱۸ سال و دارا بودن شرایط جسمانی مناسب برای پاسخ به سؤالات و تمایل برای شرکت در مطالعه و معیار خروج تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شد. پس از گرفتن تأییدیه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به مرکز بهداشت استان و از آنجا به مرکز بهداشت شهرستان مراجعه و مجوز لازم جهت اجرای پژوهش در مراکز جامع سلامت شهر شهرکرد دریافت شد. در ابتدا از بین ۱۱ مرکز جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت شهر شهرکرد به روش تصادفی ساده ۵ مرکز انتخاب و پس از آن در مراکز منتخب، متناسب با جمعیت تحت پوشش، حجم نمونه مناسب در نظر گرفته شد. سپس از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس نسبت به ورود نمونه‌ها به مطالعه اقدام گردید. پرسشگران جهت جمع‌آوری اطلاعات لازم، با در دست داشتن مجوزهای دریافت شده به مراکز مورد نظر مراجعه کرده و پس از هماهنگی‌های صورت گرفته با مسئولین مراکز نمونه‌گیری انجام شد. لازم به ذکر است که پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها محقق توضیحات لازم را به افراد ارائه داد و توجه و همکاری آن‌ها را برای شرکت در مطالعه جلب نمود. برای افراد توضیح داده شد که تمامی اطلاعات نزد پژوهشگر محرمانه باقی خواهد ماند و نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها نیست، نتایج به صورت جمعی گزارش می‌شود و در صورت تمایل یافته‌ها با اطلاع آن‌ها رسانده می‌شود. این مطالعه در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به تصویب رسید و دارای کد اخلاق IR.SKUMS.REC.1397.25 است. به منظور جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر از فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء سلامت و پرسشنامه سواد سلامت عملکردی، ارتباطی و انتقادی استفاده شد. ارزیابی اطلاعات جمعیت شناختی مشتمل بر ۸ سؤال در رابطه با سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت درآمد خانوار، وضعیت ابتلا به بیماری و وضعیت سلامت صورت گرفت.



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء سلامت (HPLPII) بر اساس الگوی ارتقاء دهنده سلامت پندر طراحی شده است و سبک زندگی را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد که در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، خودشکوفایی و رضایتمندی فردی عمل می‌کنند، اندازه‌گیری می‌نماید. این پرسشنامه شامل ۵۲ سؤال است که ۶ زیر شاخه تحت عناوین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی دارد. پاسخ به سؤالات در طیف لیکرت ۴ سطحی (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) است؛ به این ترتیب که به پاسخ هرگز نمره صفر، گاهی اوقات نمره یک، اغلب نمره دو و همیشه نمره سه تعلق گرفت. مقدار آلفا کرونباخ برای این ابزار به طور کلی ۰/۹۴ و برای شش زیر مقیاس بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۹).

در پرسشنامه سواد سلامت ۵ سؤال برای حیطه عملکردی، ۵ سؤال برای حیطه ارتباطی و ۴ سؤال برای حیطه انتقادی در نظر گرفته شد که پاسخ هر سؤال در طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای از هرگز تا همیشه قرار گرفت. به این ترتیب که به پاسخ هرگز نمره صفر، به‌ندرت نمره یک، گاهی نمره دو و همیشه نمره سه تعلق گرفت. نمرات سؤالات در هر حیطه با یکدیگر جمع شده و بر تعداد سؤالات آن حیطه تقسیم شد و بدین ترتیب نمره هر حیطه محاسبه گردید. حداقل نمره کسب شده برای شرکت‌کنندگان بر اساس این پرسشنامه یک و حداکثر آن ۴ بود و نمره بیشتر نشان‌دهنده سواد سلامت بالاتر و نمره کمتر نشان‌دهنده سواد سلامت پایین‌تر در مراجعه‌کنندگان بود. روایی و پایایی این ابزار توسط رئیسی و همکاران مورد تایید قرار گرفته است. ثبات درونی نسخه فارسی این پرسشنامه برای کل ابزار و سه حیطه عملکردی، ارتباطی و انتقادی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۹۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۰). داده‌های جمع‌آوری شده، کدگذاری و پس از ورود به کامپیوتر توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل گرفت. جهت توصیف متغیرهای کیفی از تعداد و درصد و متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در تحلیل داده ها علاوه بر ارائه شاخص های توصیفی، از آزمون های مناسب آماری نظیر تحلیل همبستگی پیرسون و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

## یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد ۳۳/۹ درصد افراد در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال بودند، ۷۴/۷ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه زن و ۲۵/۳ درصد آن‌ها مرد بودند. ۷۳/۴ درصد متأهل، ۶۰/۴ درصد فارس، ۴۵/۱ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی و ۴۳ درصد افراد خانه‌دار بودند. از طرفی ۷۷/۹ درصد هیچ‌گونه بیماری نداشتند و ۴۶/۹ درصد افراد نیز وضعیت سلامت خود را خوب گزارش نمودند. میانگین نمره سواد سلامت ارتباطی بالاتر از میانگین نمره سواد سلامت عملکردی و انتقادی گزارش گردید (جدول ۱). میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در حد نامطلوب بود، بیشترین امتیاز کسب شده گروه هدف در ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به بُعد رشد معنوی و خودشکوفایی و کم ترین امتیاز مربوط به بعد بدنی است (جدول ۱).



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]

**جدول شماره ۱. تعیین میانگین نمره سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به تفکیک ابعاد مختلف در گروه تحت مطالعه**

| ابعاد | حیطه ها | انحراف معیار ± میانگین |
|---|---|---|
| **سواد سلامت** | سواد سلامت عملکردی | ۴۹/۵۴±۱۹/۱۵ |
| | سواد سلامت ارتباطی | ۵۳/۴۵±۱۵/۸۹ |
| | سواد سلامت انتقادی | ۵۰/۸۶±۱۷/۸۸ |
| **رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت** | حیطه رشد معنوی و خودشکوفایی | ۴۶/۵۰±۱۴/۸۶ |
| | حیطه مسئولیت پذیری درباره سلامت | ۳۹/۶۰±۱۴/۴۶ |
| | حیطه روابط بین فردی | ۴۵/۱۹±۱۶/۲۱ |
| | حیطه مدیریت استرس | ۳۳/۷۱±۱۳/۹۹ |
| | حیطه ورزش و فعالیت بدنی | ۲۴/۲۶±۱۶/۴۹ |
| | حیطه تغذیه | ۳۸/۷۵±۱۴/۷۶ |

**جدول شماره ۲. تعیین ارتباط بین ابعاد مختلف سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در گروه هدف**

| ابعاد | ۱ | ۲ | ۳ | ٤ | ٥ | ٦ | ۷ | ۸ | ۹ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱- عملکردی | ۱ | | | | | | | | |
| ۲- ارتباطی | * P=۰/۰۰۶ r=۰/۱۴۶ | ۱ | | | | | | | |
| ۳- انتقادی | * P=۰/۰۳۲ r=۰/۱۱۵ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۵۹۸ | ۱ | | | | | | |
| ۴- رشد معنوی | P=۰/۱۲۱ r=۰/۰۸۴ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۲۸۶ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۳۸۵ | ۱ | | | | | |
| ۵- مسئولیت پذیری | P=۰/۶۱۳ r=۰/۰۲۸ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۳۸۲ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۴۰۹ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۵۵۱ | ۱ | | | | |
| ۶- روابط بین فردی | P=۰/۶۳۱ r=۰/۰۲۶ | * P=۰/۰۰۷ r=۰/۱۴۴ | * P=۰/۰۰۴ r=۰/۱۵۰ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۵۵۸ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۵۰۰ | ۱ | | | |
| ۷- مدیریت استرس | P=۰/۲۳۹ r=۰/۰۶۴ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۲۱۴ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۲۶۱ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۴۷۵ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۵۶۹ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۵۶۲ | ۱ | | |
| ۸- فعالیت بدنی | P=۰/۰۵۵ r=۰/۱۰۳ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۲۲۶ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۳۱۰ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۴۴۴ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۴۷۵ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۲۸۶ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۵۰۲ | ۱ | |
| ۹- تغذیه | P=۰/۱۳۷ r=۰/۰۸۱ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۲۶۷ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۲۱۵ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۴۷۵ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۴۷۸ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۴۰۳ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۳۶۰ | * P=۰/۰۰۱ r=۰/۳۷۲ | ۱ |

جدول شماره ۲ نشان داد که بین سواد سلامت ارتباطی، عملکردی و انتقادی هر ۳ ارتباط مستقیم و معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۵$)، به این ترتیب که با افزایش سواد سلامت عملکردی، سواد سلامت ارتباطی و انتقادی افراد شرکت کننده در مطالعه نیز بالاتر می رفت و به همین صورت برای دو بُعد دیگر سواد سلامت نیز، همین مسأله وجود داشت.



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]

از طرفی بین سواد سلامت ارتباطی با رشد معنوی و خودشکوفایی (r=۰/۲۸۶)، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت (r=۰/۳۸۲)، روابط بین فردی (r=۰/۱۴۴)، مدیریت استرس (r=۰/۲۱۴)، ورزش (r=۰/۲۲۶) و تغذیه (r=۰/۲۶۷)، ارتباط مستقیم و معنادار گزارش گردید (p=۰/۰۰۱)، به این ترتیب که با بالا رفتن سواد سلامت ارتباطی افراد، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت آن‌ها نیز در ابعاد ذکر شده در بالا، افزایش می‌یافت.

بین سواد سلامت انتقادی و رشد معنوی و خودشکوفایی (r=۰/۳۸۵)، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت (r=۰/۴۰۹)، روابط بین فردی (r=۰/۱۵۰)، مدیریت استرس (r=۰/۲۶۱)، ورزش (r=۰/۳۱۰) و تغذیه (r=۰/۲۱۵) نیز ارتباط مستقیم و معنادار مشاهده شد (p=۰/۰۰۱). به این صورت که با بالا رفتن سواد سلامت انتقادی گروه هدف، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت آن‌ها در ابعاد ذکر شده در بالا، افزایش می‌یافت.

از طرف دیگر بین رشد معنوی و خود شکوفایی افراد شرکت‌کننده در مطالعه با مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه ارتباط مستقیم و معنادار گزارش گردید (p=۰/۰۰۱)، همچنین بین مسئولیت‌پذیری درباره سلامت با روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه ارتباط مستقیم و معنادار وجود داشت (p=۰/۰۰۱)، بین روابط بین فردی با مدیریت استرس، ورزش و تغذیه نیز به همین ترتیب این ارتباط مشاهده شد (p=۰/۰۰۱) و در نهایت بین مدیریت استرس با ورزش و تغذیه و بین ابعاد ورزش و فعالیت جسمانی با تغذیه افراد نیز ارتباط مستقیم و معنادار گزارش گردید (p=۰/۰۰۱).

## بحث و نتیجه‌گیری

سواد سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین موضوعات جهانی است که نقش اساسی در تعیین نابرابری‌های سلامت در سراسر جهان دارد (۲۱). این مطالعه جزء اولین مطالعات پژوهشی می‌باشد که با هدف بررسی سواد سلامت ارتباطی، انتقادی و عملکردی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت انجام گردیده است. مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره سواد سلامت در هر سه حیطه ارتباطی، انتقادی و عملکردی در بزرگسالان شرکت کننده در مطالعه پایین است. آقاملایی و همکاران (۲۲) نیز در مطالعه خود سواد سلامت گروه هدف را نسبتاً پایین گزارش نمودند. رییسی و همکاران (۲۱) و محسنی و همکاران (۲۳)، سواد سلامت اکثر سالمندان شرکت کننده در مطالعه را ناکافی گزارش نمودند. جهانی افتخاری و همکاران (۷) نیز سواد سلامت داوطلبین سلامت را در حد ناکافی گزارش نمودند. یافته‌ها حاکی از آن است که میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در حد نامطلوب بود، در عین حال بیشترین امتیاز کسب شده گروه هدف در ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به بُعد رشد معنوی و خودشکوفایی و کم‌ترین امتیاز کسب شده مربوط به بُعد فعالیت بدنی است. فتاحی اردکانی و همکاران (۲۴) در مطالعه خود این‌گونه گزارش نمودند که میانگین مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در حد مطلوب بود. همچنین در بین ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت حیطه مسئولیت‌پذیری سلامت بیشترین نمره و حیطه فعالیت فیزیکی کمترین نمره را داشتند. میانگین نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مطالعه کلروزی و همکاران (۲۵) بالا بود، همچنین بالاترین نمره میانگین کسب شده در رشد معنوی و کمترین نمره میانگین در فعالیت



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]

فیزیکی کسب شده بود. رمضانخانی و همکاران (۲۶) نیز در مطالعه خود نشان دادند که بُعد خودشکوفایی بالاترین امتیاز و بُعد فعالیت جسمانی کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده اند.

بین سواد سلامت ارتباطی، عملکردی و انتقادی ارتباط مستقیم و معنادار وجود داشت، به این ترتیب که با افزایش سواد سلامت عملکردی، سواد سلامت ارتباطی و انتقادی افراد شرکت کننده در مطالعه نیز بالاتر می‌رفت و به همین صورت برای دو بُعد دیگر سواد سلامت نیز، همین مسئله وجود داشت. از طرفی سواد سلامت عملکردی کمترین نمره را کسب نموده است، این یافته با نتایج مطالعه رییسی و همکاران (۲۷) هم راستا می باشد. با توجه به اینکه سواد سلامت اکثر ایرانیان به طور کلی ناکافی می باشد و با در نظر گرفتن این نکته که سواد سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت افراد محسوب شود (۲۸)، بنابراین باید به عنوان یکی از مسائل اصلی و ضروری در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی سیاستمداران مد نظر قرار گیرد.

از طرفی بین سواد سلامت ارتباطی با رشد معنوی و خودشکوفایی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه ارتباط مستقیم و معنادار گزارش گردید، بین سواد سلامت انتقادی و رشد معنوی و خودشکوفایی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه نیز تغذیه ارتباط مستقیم و معنادار مشاهده شد، بین رشد معنوی و خود شکوفایی افراد شرکت‌کننده در مطالعه با مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه ارتباط مستقیم و معنادار گزارش گردید، همچنین بین مسئولیت‌پذیری درباره سلامت با روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه ارتباط مستقیم و معنادار وجود داشت، بین روابط بین فردی با مدیریت استرس، ورزش و تغذیه نیز به همین ترتیب این ارتباط مشاهده شد و در نهایت بین مدیریت استرس با ورزش و تغذیه و بین ابعاد ورزش و فعالیت جسمانی با تغذیه افراد نیز ارتباط مستقیم و معنادار گزارش گردید. براتی و همکاران (۲۹) در مطالعه خود گزارش نمودند که میان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با همه ابعاد سواد سلامت همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. رییسی و همکاران (۲۱) در مطالعه خود نشان دادند که بین سطح سواد سلامت و انجام فعالیت فیزیکی ارتباط آماری معناداری وجود دارد. نتایج مطالعات آقاملایی و همکاران (۲۲) و جهانی افتخاری و همکاران (۷) نیز هم راستا با نتایج مطالعه حاضر است.

لزوم انجام فعالیت فیزیکی در گروه هدف اهمیت زیادی دارد، چرا که داشتن فعالیت جسمانی منظم به عنوان یکی از عوامل مهم پیشگیری از مخاطرات سلامت، موجب کاهش خطر بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت و پوکی استخوان شده و از میزان مرگ‌ومیر و معلولیت ناشی از بیماری‌های مزمن در دوره سالمندی کاسته می‌شود (۳۰).

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی داری 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. با توجه به اینکه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، تأثیر مهمی در بهبود سلامت و کیفیت زندگی آنان دارد و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی خواهد شد، بنابراین باید سواد سلامت را به عنوان عاملی که موجب ارتقاء رفتارهای بهداشتی و ایجاد سبک زندگی سالم و در نهایت بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود، مورد توجه خاص قرار داد.



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]

با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، تمایل به شرکت در مطالعه به عنوان معیار ورود در نظر گرفته شد، این احتمال وجود دارد که افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند از سطح سواد سلامت بالاتری برخوردار بوده‌اند که این موضوع می‌تواند به عنوان محدودیت مطالعه حاضر محسوب گردد. همچنین از طرفی، خود گزارش دهی بودن پاسخ‌ها و اطلاعات جمع‌آوری‌شده از دیگر محدودیت‌های مطالعه است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت بزرگ‌سالان پایین است، از طرفی میانگین نمره سواد سلامت ارتباطی بالاتر از میانگین نمره سواد سلامت عملکردی و انتقادی گزارش گردید، میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز در حد نامطلوب بود، بیشترین امتیاز کسب شده گروه هدف در ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به بُعد رشد معنوی و خودشکوفایی و کم‌ترین امتیاز کسب شده مربوط به بُعد فعالیت بدنی بود. اهمیت سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرند و در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی درمانی دخیل گردد، بنابراین طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور ارتقاء رفتارهای سلامت و سواد سلامت در بسیاری از برنامه‌های هدفمند آموزشی و تهیه مواد و متون آموزشی مناسب با نیازهای این گروه از افراد جامعه می‌تواند بسیار سودمند بوده و باعث ارتقاء سطح سلامت آنان گردد. توانمند ساختن واحدهای آموزشی در جهت برگزاری کلاس‌های منظم آموزشی جهت ارتقاء سطح سواد سلامت و فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامت در راستای یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌گردد.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد می‌باشد (کد طرح: ۲۷۰۳). بدین‌وسیله از تمامی افرادی که در تکمیل پرسشنامه‌ها ما را یاری نمودند، تشکر می‌نماییم.

## References

1. Zeidi I, Hajiagha A, Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. J Mazandaran Univ Med Sci 2012;22:S103.
2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 2006.
3. Ghodsbin F, Yazdani K, Jahanbin I, Keshavarzi S. The Effect of Education on Health-Promoting Behaviors at the First Six Weeks Post-delivery on the Quality of Life of Primiparous Women. Armaghane danesh 2012;17(4):279-288.
4. World health Organization. Noncommunicable diseases 2015 [updated January 2015; cited 2016]. Available from: http://who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en./
5. Delavari A, Alikhani S, Alaedini F. A national profile of non-communicable disease risk factors in the IR of Iran. Ministry of Health, Deputy to Health Directory, CDC. 2005.
6. Rafiee far Sh. From Health Education to Health: Ministry of Health and Medical Education Islamic Republic of Iran; 2004:35.
7. Jahanieftekhari M, Peyman N, Doosti H. Health Literacy and Health-promoting Lifestyle among Health Volunteers in Neyshabour. J Ilam Uni Med Sci 2018; 26 (3):7-15.
8. Hardeman W, Sutton S, Griffin S, Johnston M, White A, Wareham NJ, et al. A causal modelling approach to the development of theory-based behaviour change programmes for trial evaluation. Health Educ Res 2005;20(6):676-687.
9. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion: National Academies Press; 2004:131.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]

10. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati F, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran .J Edu Health Promot 2012;1(1):31.
11. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. J Clin Nurs 2009;18(16):2337-2343.
12. Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. Health Educ Behav. 2009;36(5):860-877.
13. McNaughton CD, Cawthon C, Kripalani S, Liu D, Storrow AB, Roumie CL. Health literacy and mortality: a cohort study of patients hospitalized for acute heart failure. J Am Heart Assoc 2015;4(5):1-9.
14. White S, Chen J, Atchison R. Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. Am J Health Behav 2008;32(3):227-242.
15. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. J Am Geriatr Soc 2006;54(5):770-776.
16. Waldrop-Valverde D, Jones DL, Jayaweera D, Gonzalez P, Romero J, Ownby RL. Gender differences in medication management capacity in HIV infection: the role of health literacy and numeracy. AIDS Behav 2009;13(1):46-52.
17. Kripalani S, Henderson LE, Chiu EY, Robertson R, Kolm P, Jacobson TA. Predictors of Medication Self- management Skill in a Low literacy Population. J Gen Intern Med 2006;21(8):852-856.
18. Giuse NB, Koonce TY, Storrow AB, Kusnoor SV, Ye F. Using health literacy and learning style preferences to optimize the delivery of health information. J Health Commun 2012;17(sup3):122-140.
19. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health Promoting Behaviors and its Related Factors in Elderly. Iran J neonatal 2006; 19 (47):35-48
20. Abdolkarimy M, Zareipour M, Mahmoodi H, Dashti S, Faryabi R, Movahed E. Health Promoting Behaviors and their Relationship with Self-efficacy of Health Workers. Iran J neonatal 2017; 30 (105):68-79.
21. Reisi M, Javadzade H, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad Gh. Health Literacy and Health Promoting Behaviors among OlderAdults. J Health Syst Res 2013; 9(8):827-836.
22. Aghamolaei T, Hosseini Z, Hosseini F, Ghanbarne Jad A. The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Students. J Prev Med 2016; 3 (2):36-43.
23. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad V R. The Relationship Between Health Literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman. Salmand: Iran J Ageing 2015; 10 (2):146-155.
24. Fatahi Ardakani M, Anoosheh V S, Sotoudeh A, Hajivandi A, Sotoudeh N, Yazdani Z. Investigating Health Promotion Behaviors of Pregnant Women Referring to comprehensive Health Services centers of Bushehr city in 2016. J Chem Health Risks 2019; 8 (1):38-45.
25. Kalroozi F, Pishgooie AH, Taheriyan A. Health-promoting behaviours in employed nurses in selected military hospitals. J Health Promot Manag 2015; 4 (2):7-15.
26. Ramezankhani A, Rakhshani F, Ghaffari M, Ghanbari S, Azimi S. Comparison of health promoting behaviors in the first and fourth year students of Shahid Beheshti University of Medical and non-Medical Sciences in the academic year 92-93. Jorjani Biomed J 2014; 2 (1):47-55.
27. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and Critical Health Literacy and Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. J Diabetes Metab Disord 2016; 14 (3):199-208.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]

28. Mahmoodi H, Dalvand S, Ghanei Gheshlagh R, Kurdi A. A Systematic Review and Meta-analysis of Health Literacy in the Iranian Population: Findings and Implications. Shiraz E-Med J. 2019; 20(4):1-10.
29. Barati M, Fathi N, Aahmadpur E, Jormand H. Investigate the Relationship Between Health Literacy and Health Promoting Behavior in Students. J Health Lit 2019; 4(3):56-65.
30. Salehi L, Taghdisi M, Ghasemi H, Shokervash B. To Identify the Facilitator and Barrier Factors of Physical Activity among Elderly People in Tehran. Iran J Epidemiol 2010; 6(2):7-15.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-07-26 ]