بررسی ارتباط سواد سلامت و سبک زندگی سالم در داوطلبین سلامت شهرستان نیشابور: یک مطالعه مقطعی

معصومه جهانی افتخاری[۱]، نوشین پیمان[۱*]، حسن دوستی[۲]

۱) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲) گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۲۰ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۵**

چکیده

مقدمه: سواد سلامت را می توان به صورت توانایی خواندن، درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه های بهداشتی و سلامت تعریف نمود. سواد سلامت و سبک زندگی از عوامل موثر بر سلامت هستند. هدف از این مطالعه ارزیابی سطح سواد سلامت و ارتباط آن با سبک زندگی سالم در رابطین بهداشتی می باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، ۲۵۰ نفر از رابطین بهداشتی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، شرکت کردند. ابزار جمع آوری داده ها پرسش نامه سبک زندگی سالم(HPLPII) و پرسش نامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان(TOFHLA) انجام شد. برای آنالیز داده ها از شاخص های توصیفی و نیز برای بررسی ارتباط متغیرها از آزمون آماری کای دو و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید.

یافته های پژوهش: میانگین سن افراد مورد پژوهش ۹/۷+۳۲/۹ 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 بود. میانگین نمره سبک زندگی سالم در افراد مورد بررسی ۲۳/۸+۱۳۰ محاسبه گردید. در این مطالعه بین سن، سطح تحصیلات و سطح سواد سلامت ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد، به طوری که سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر و تحصیلات کمتر شایع تر بود. بین سطح سواد سلامت با تغذیه، معنویت، مسئولیت پذیری سلامت، فعالیت فیزیکی، روابط بین فردی و مدیریت استرس همبستگی مثبت و معنی دار مشاهده گردید($P<0.001$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج این پژوهش سطح سواد سلامت را در رابطین بهداشتی پایین نشان داد. این موضوع نشان از لزوم توجه به مسئله سواد سلامت و تلاش در جهت بهبود سطح سواد سلامت افراد می دهد. ایجاد رسانه ها و مواد آموزشی ساده ، قابل فهم و دسترس و هم چنین مداخلات آموزشی تئوری محور از جمله راه های افزایش سطح سواد سلامت می باشند.

واژه های کلیدی: سواد سلامت، سبک زندگی سالم، رابطین بهداشتی

*نویسنده مسئول: گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: peymann@mums.ac.ir

Copyright © 2018 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.7]

مقدمه

پیشرفت و توسعه جامعه در تمامی ابعاد آن مستلزم داشتن نیروی انسانی پویا و سالم است و سلامتی وابسته به عوامل بسیار زیادی است که سبک زندگی نقش مهمی را در این میان ایفا می کند(۱). سبک زندگی، بخشی از زندگی است که عملاً در حال تحقق یافتن است و دربردارنده طیف کامل فعالیت هایی است که افراد در زندگی روزمره انجام می دهند سبک زندگی سالم از منابع با ارزش کاهش بروز بیماری ها و عوارض ناشی از آن ها است و روشی جهت ارتقای کیفیت زندگی و سازگاری با استرس است هم چنین استراتژی موثری جهت کنترل هزینه مراقبت های بهداشتی است(۲). سازمان جهانی بهداشت اصطلاح «Life Style» را سبک زندگی بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگی های شخصی، برهم کنش اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت های اجتماعی-اقتصادی حاصل می شود(۳).

بسیاری از مشکلات بهداشتی از قبیل چاقی، بیماری های قلب و عروق، انواع سرطان ها و اعتیاد، که امروزه در اغلب کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه به چشم می خورد، با دگرگونی های شیوه زندگی افراد آن جامعه ارتباط دارد. شیوه زندگی نامناسب هم چنین یکی از عوامل تاثیرگذار در بروز بیماری های مزمن از جمله سرطان کولون، پرفشاری خون، بیماری های مزمن انسدادی ریوی، سیروز کبدی، زخم معده، ایدز و بیماری های قلبی-عروقی هستند(۴). سازمان جهانی بهداشت در بیانیه اولین کنفرانس جهانی شیوه زندگی سالم در مسکو عنوان کرد که در حال حاضر ۶۰ درصد از مرگ و میر جهانی و ۸۰ درصد مرگ و میر کشورهای در حال توسعه به دلیل سبک زندگی ناسالم بوده و این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵ درصد مرگ و میر جهانی می رسد(۲). با این حال سرمایه گذاری اساسی در مراقبت های بهداشتی به تشخیص و درمان بیماری اختصاص داده شده است و فراموش شده که بخش بزرگی از آن ها قابل پیشگیری هستند. به عنوان مثال ۶۵ تا ۸۰ درصد از بیماری های قلبی، ۷۵ تا ۹۰ درصد از دیابت نوع ۲ و ۲۰ تا ۳۰ درصد از تمام سرطان ها به دنبال یک رژیم غذایی سالم، انجام فعالیت های فیزیکی و ترک سیگار قابل اجتناب هستند(۵). بنا بر این متغیرهای تشکیل دهنده سبک زندگی عمدتاً از طریق اجرای استراتژی های مربوطه قابل تعدیل هستند و به همین دلیل امروزه آگاهی از چگونگی تغییرات سبک زندگی در جوامع مختلف بیش از پیش مورد توجه بهداشت عمومی قرار گرفته(۱،۶) و کانون تمرکز فعالیت های آموزش بهداشت و ارتقای بهداشت نیز بوده است(۷). سیستم های بهداشتی نوین سبب پیدایش نیازهای پیچیده و جدیدی در مشتریان خود شده اند. نیاز به خود مدیریتی در مراقبت های بهداشتی افزایش یافته، از مردم انتظار می رود که نقش های جدیدی در جستجوی اطلاعات، درک قوانین و مسئولیت ها و گرفتن تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده بر عهده بگیرند(۸). این نقش فعال بیماران، نیازمند دارا بودن سطح بالایی از سواد سلامت است. سازمان جهانی بهداشت در پنجمین کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت، سواد سلامت را به صورت مهارت هایی شناختی و اجتماعی که تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به کار گیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آن ها گردد، معرفی نموده و آن را به عنوان یک تعیین کننده کلیدی بهداشت و سلامتی در سطح جمعیت در نظر گرفته است(۹).

دانش بهداشتی کمتر با، مشارکت کمتر در تصمیم گیری در خصوص درمان، بیان کمتر نگرانی های سلامت و ارتباط ضعیف تر با پزشکان همراه است(۱۰). مطالعات انجام شده نشان دهنده سطح سواد سلامت پایین در افراد است به طوری که در کشورهای توسعه یافته ای مانند ایالات متحده نیز قریب به ۹۰ میلیون نفر، سواد سلامت محدودی داشته و این امر موجب افزایش نرخ بستری در بیمارستان و میزان استفاده از خدمات اورژانس شده که سالانه معادل ۶۹ بیلیون دلار هزینه بر اقتصاد نظام سلامت تحمیل نموده است(۱۱). در مطالعه موریس و همکاران در بیمارستان شهر ورمونت آمریکا نیز، شیوع سواد سلامت پایین ۶۰ درصد برآورد شده است(۱۲). هم چنین در مطالعه ای در ۵ استان ایران، ۲۸/۱ درصد از افراد مورد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.7]

مطالعه سواد سلامتی در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامتی مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامتی ناکافی داشتند(۱۳).

رابطین و کارکنان بهداشتی و درمانی نقش مهمی در شناسایی عوامل خطر، حمایت و آموزش به افراد و مددجویان در جهت کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و اتخاذ سبک زندگی مناسب دارند، لذا جهت دستیابی به این مهم خود باید آگاهی کافی از این عوامل داشته باشند. از این رو برای تحقق این هدف در این پژوهش، رابطین بهداشتی به عنوان یکی از موثرترین و کارآمدترین نیروهای داوطلب که نقش بزرگی در آموزش و ارتقای آگاهی سطح جامعه دارند، در نظر گرفته شدند.

مواد و روش ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در سال ۹۴ انجام شده است. نمونه های مورد پژوهش ۲۵۰ رابط بهداشتی زن مراکز بهداشتی درمانی نیشابور بودند. معیارهای انتخاب نمونه عبارت بودند از رابطین بهداشتی ۱۸ تا ۵۹ ساله که سواد خواندن و نوشتن داشتند و معیارهای خروج شامل انصراف از رابط بودن، عدم تمایل به شرکت در پژوهش و نداشتن سواد خواندن و نوشتن بود. نمونه گیری به روش تصادفی مرحله ای انجام گرفت و حجم نمونه با پایه قرار دادن مطالعه مشابه(حیدری و همکاران) و با سطح اطمینان ۹۵ درصد به تعداد ۲۱۰ نفر برآورد شد که برای دقت بیشتر حجم نمونه ۲۵۰ در نظر گرفته شد(۱۴).

$$s=22,\ z=1.96 \longrightarrow d=3, \qquad n=210$$

$$n=\left(\frac{z_{1-\alpha/2}\ \ s}{d}\right)^2$$

بدین ترتیب پس از کسب مجوز از معاونت بهداشتی، پژوهشگر به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه و در صورت رضایت رابطین، پرسش نامه ها توسط آنان تکمیل گردید. از ۲۵۰ پرسش نامه توزیع شده، ۸ پرسش نامه به علت عدم تکمیل صحیح از لیست حذف گردید. برای جمع آوری داده ها در این پژوهش از پرسش نامه ای مشتمل بر سه بخش استفاده گردید. بخش اول مربوط به مشخصات فردی رابطین(سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و درآمد خانوار) بود.

در بخش دوم، جهت سنجش سبک زندگی جمع آوری داده ها از پرسش نامه استاندارد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی استفاده شد. این پرسش نامه یک مقیاس ۵۲ آیتمی است که در مقابل هر آیتم ۴ پاسخ وجود دارد(شامل هرگز، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) و ۶ بعد تغذیه، فعالیت جسمی، رشد روحی، مسئولیت پذیری سلامتی، روابط بین فردی و مدیریت استرس را اندازه گیری می کند، که به ترتیب به هر یک از آیتم ها نمره(۱-۴) تعلق می گیرد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بین ۵۲ تا ۲۰۸ است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است. محمدی زیدی و همکاران روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش نامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت ضریب آلفای کرونباخ را برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس ها از ۰/۹۱ تا ۰/۶۴ گزارش کردند. از نظر سطح بندی کسب امتیاز ۱۰۳-۰ (ضعیف) ۱۵۵-۱۰۴(متوسط) و ۲۰۸-۱۵۶ (سطح خوب) در نظر گرفته شد(۱۵).

در بخش سوم، جهت سنجش سواد سلامت عملکردی از پرسش نامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان(TOFHLA) استفاده شد که در ایران توسط بنی هاشمی طهرانی و همکاران روا و پایا گردید(۱۳). پایایی آن با آزمون آلفای کرونباخ با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، برای بخش محاسبات ۷۹ درصد و برای بخش درک خواندن ۸۸ درصد به دست آمد. بخش درک خواندن: این بخش، شامل سه متن در رابطه با دستورهای آمادگی برای عکسبرداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسئولیت های بیمار در برگه های بیمه نامه و یک برگه استاندارد رضایت نامه بیمارستانی بود که در قالب ۵۰ پرسش جای خالی ۴ گزینه ای تنظیم شده بود. به افراد برای پاسخ به این بخش ۲۰ دقیقه وقت داده شد. در بخش محاسبات، کارت هایی حاوی توضیح درباره برخی داروها، وقت ملاقات، مراحل دریافت کمک مالی و یک مثال از نتیجه آزمایش قندخون به فرد داده شد. سپس پرسش های این بخش که مشتمل بر ۱۷ سوال بود، مطرح و جواب پاسخ دهنده ثبت شد و برای پاسخ به بخش محاسبات ۱۰ دقیقه وقت داده شد و پس از اتمام

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.7]

این مدت، پرسش نامه ها حتی اگر ناتمـــام بودند، جمع آوری شدند. ۵۰ پرسش بخش درک خواندن هر یک دارای ۱ امتیاز(در مجموع، ۵۰ امتیاز) بودند و امتیاز ۱۷ پرسش بخش محاسبات نیز با اعمال ضریب به ۵۰ رسانده شد(با ضرب کردن امتیاز هر پرسش در عدد ۲/۹۴۱) امتیاز پرسش نامه از ۱۰۰ محاسبه شد. بر اساس نقاط جداسازی ۵۹ و ۷۴، سواد سلامت افراد در سه سطح ناکافی، مرزی و کافی طبقه بندی شد.

داده های جمع آوری شده به کمک نرم افزار SPSS vol.16 و از آمار توصیفی، شامل توزیع فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار برای توصیف داده ها در افراد مورد مطالعه استفاده شد و جهت بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون های کای اسکوئر، و همبستگی اسپیرمن استفاده گردید.

یافته های پژوهش

میانگین سن افراد مورد پژوهش ۹/۷+۳۲/۹ سال بود. ۸/۷ درصد افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات دانشگاهی، ۲۹/۸ دیپلم و ۶۱/۵ دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. ۸۶ درصد متاهل و ۹۵/۵ درصد خانه دار و تنها ۴/۵ درصد شاغل بودند. ۲۹/۸ درصد دارای درآمد زیر ۵۰۰ هزار تومان و ۶۳/۷ درصد بین ۵۰۰ تا یک میلیون تومان درآمد و ۷/۵ درصد دارای درآمد بالای یک میلیون تومان داشتند. هم چنین ۰/۰۴ افراد سیگار و ۰/۰۸ قلیان استعمال می کردند. میانگین نمره سبک زندگی سالم در افراد مورد بررسی ۱۳۰+۲۳/۸ محاسبه گردید. ۱۳/۶ درصد افراد سبک زندگی ضعیف، ۷۳/۱ درصد سبک زندگی متوسط و ۱۳/۲ درصد سبک زندگی خوب داشتند. میانگین نمره سواد سلامت در افراد مورد مطالعه ۵۶/۱۱+۲۱/۷۱ از ۱۰۰ بود. سواد سلامت ۴۴/۶ درصد از رابطین در حد ناکافی، ۳۲/۲ درصد مرزی و ۲۳/۱ درصد در حد کافی بود. آزمون کای اسکوئر بین سطح سواد سلامت با میزان تحصیلات و درآمد خانوار ارتباط آماری معنی داری را نشان داد(جدول شماره ۱).

بررسی ارتباط بین سطح سواد سلامت با سطح سبک زندگی نشان داد که بین این دو ارتباط آماری معنی داری داشت(P=0.001)(جدول شماره ۲). بررسی ارتباط بین سطح سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که سواد سلامت با تمام زیر دامنه های آن همبستگی مثبت و معنی دار داشت(P<0.001)(جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱. ارتباط بین مشخصات فردی و سطح سواد سلامت در رابطین نیشابور

متغیر				سواد سلامت ناکافی		سواد سلامت مرزی		سواد سلامت کافی		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	کمتر از ۲۰ سال	۱۱	۴/۵	۴	۳/۷	۴	۵/۱	۳	۵/۴	۰/۰۰۳
	۲۰-۲۹	۸۹	۳۶/۸	۲۹	۲۶/۹	۲۶	۳۳/۳	۳۴	۶۰/۷	
	۳۰-۳۹	۱۰۱	۴۱/۷	۵۲	۴۸/۱	۳	۴۱	۱۷	۳۰/۴	
	۴۰-۴۹	۳۵	۱۴/۵	۱۹	۱۷/۶	۱۴	۱۷/۹	۲	۳/۶	
	۵۰-۵۹	۶	۲/۵	۴	۳/۷	۲	۲/۶	۰	۰	
تاهل	متاهل	۲۰۸	۸۶	۹۳	۸۶/۱	۶۵	۸۳/۳	۵۰	۸۹/۳	۰/۶۱
	مجرد	۳۴	۱۴	۱۵	۱۳/۹	۱۳	۱۶/۷	۶	۱۰/۷	
تحصیلات	ابتدایی	۸۰	۳۳/۱	۶۵	۶۰/۲	۹	۱۱/۵	۶	۱۰/۷	۰/۰۰۱
	راهنمایی	۶۰	۲۸/۱	۳۷	۳۴/۳	۲۳	۲۹/۵	۸	۱۴/۳	
	متوسطه	۷۳	۳۰/۲	۵	۴/۶	۴۱	۵۲/۶	۲۷	۴۸/۲	
	دانشگاهی	۲۱	۸/۲	۱	۹	۵	۶/۴	۱۵	۲۶/۸	
درآمد	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۸۲	۳۳/۹	۳۹	۳۶/۱	۲۹	۳۷/۲	۱۴	۲۵	۰/۰۵
	بین ۵۰۰ تا یک میلیون تومان	۱۴۲	۵۸/۷	۶۳	۵۸/۳	۴۶	۵۹	۳۳	۵۸/۹	
	بیشتر از یک میلیون تومان	۱۸	۷/۴	۶	۱۶/۱	۳	۳/۸	۹	۵/۶	

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.7]

جدول شماره ۲. ارتباط بین سطح سبک زندگی و سطح سواد سلامت در رابطین نیشابور

	سواد ناکافی		سواد مرزی		سواد کافی		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
ضعیف	۳۳	۱۳/۶	۲۹	۲۶/۹	۲	۲/۲۶	۲	۳/۲۶	۳۳ ۱۳/۶	K=۳۸/۵۶ Df=۴ P=0.001
متوسط	۱۷۷	۷۳/۱	۷۴	۶۸/۵	۶۳	۸۰/۸	۴۰	۷۱/۴	۱۷۷ ۷۳/۱	
خوب	۱۷۷	۱۳/۲	۵	۴/۶	۱۳	۱۶/۷	۱۴	۲۵	۳۲ ۱۳/۲	

جدول شماره ۳ . ارتباط سواد سلامت با ابعاد سبک زندگی در رابطین بهداشتی

متغیر	ارتباط با سواد سلامت	
	ضریب همبستگی r	P
سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	۰/۴۲۰	<۰/۰۰۱
تغذیه	۰/۲۶۶	<۰/۰۰۱
فعالیت بدنی	۰/۲۲۳	<۰/۰۰۱
استرس	۰/۲۷۲	<۰/۰۰۱
روابط بین فردی	۰/۳۴۷	<۰/۰۰۱
مسئولیت پذیری سلامت	۰/۳۳۶	<۰/۰۰۱
معنویت	۰/۳۹۸	<۰/۰۰۱
سواد سلامت	--	-

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اهمیت رو به افزایش سواد سلامت به عنوان یکی از اهداف سلامت عمومی و نقش اساسی آن در تعیین سطح سلامت و سیستم سلامت، این مطالعه به بررسی سواد سلامت و ارتباط آن با سبک زندگی سالم در رابطین شهر نیشابور پرداخت.

در مطالعه حاضر سبک زندگی رابطین مورد مطالعه در حد متوسط ارزیابی شد. در تحقیق گودرزی نیز سبک زندگی دانشجویان در حد متوسط گزارش شده بود(۱۶). و در مطالعه نیلساز انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان دانشگاه های دزفول در سطح متوسط رو به پایینی ارزیابی شد(۴). با توجه به نتایج حاصل و شیوع بیماری های غیرواگیر و اهمیت شیوه زندگی در بروز و شیوع این بیماری ها، بنا بر این پرداختن به آن در جهت کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و اتخاذ سبک زندگی سالم، یک ضرورت به حساب می آید.

در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و سبک زندگی سالم ارتباط آماری معنی داری دیده شد. مطالعه ای در انگلیس نیز نشان داد، افراد دارای سواد سلامت محدود کمتر رفتارهای شیوه زندگی سالم داشتند(۱۷). هم چنین در مطالعه ای در استرالیا در سال ۲۰۰۸ دیده شد که افراد با سطح سواد سلامت پایین، رفتارهای پرخطر بیشتری داشتند(۱۸).

مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت ناکافی در جمعیت رابطین بالا است و طیف وسیعی از رابطین دارای سواد سلامت ناکافی می باشند. همسو با نتایج این مطالعه در پژوهش موریس بر روی بیماران بستری در بیمارستان نیز ۶۰ درصد بیماران سواد سلامت محدود داشتند. ولی مطالعه لی در ۳۰۰ نفر از بزرگسالان کره ای چینی، سطح سواد سلامت ۶۸/۷ درصد آن ها نسبتاً بالا گزارش شد(۲۰). شایان ذکر است که احتمال دارد یکی از دلایل بالا بودن سواد سلامت در این مطالعه نوع ابزار مورد استفاده برای سالمندان مورد مطالعه باشد که با ابزار مورد استفاده در مطالعه حاضر تفاوت دارد. هم چنین در پژوهش ماری در بیماران ام اس آمریکایی نیز که از دو ابزار برای اندازه گیری سواد سلامت استفاده کرده بود، ۸۱/۰۴

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.7]

درصد افراد با استفاده از پرسش نامه ارزیابی جدیدترین علائم حیاتی و در حدود ۷۴/۶۲ درصد افراد با آزمون بازشناسی اصطلاح پزشکی سواد سلامت عملکردی بالاداشتند(۲۱) که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی نداشت.

با توجه به نقش مهم و تاثیرگذار رابطین بر وضعیت سلامت اعضای خانواده و جامعه، ضروری است در برنامه های ارتقاء سواد سلامت به صورت ویژه مدنظر قرار گیرند.

در این مطالعه بین سواد سلامت و تحصیلات افراد مورد مطالعه رابطه معنی داری وجود داشت. مطالعات مختلف که در زمینه سواد سلامت صورت گرفته نیز بیانگر این هستند که با افزایش سطح تحصیلات، سواد سلامت افراد بالاتر می رود. به عنوان مثال چو و همکاران در مطالعه خود تحصیلات را موثر بر سواد سلامت دانستند(۲۲). طی آخرین مرور سیستماتیک در خصوص، سواد سلامت که آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت های بهداشتی در سال ۲۰۱۱ انجام داد، گزارش شده که پایین بودن سطح سواد سلامت، مشکلی بزرگ در ایالات متحده است و این مسئله به ویژه در افرادی که تحصیلات کمتر از دیپلم دارند بارزتر است؛ بر اساس این گزارش، سال های تحصیل، پیش بینی کننده ای قوی در سواد سلامت به شمار می روند. در مطالعه ملی سواد سلامت آمریکا بیش از سه چهارم پاسخگویانی که دبیرستان را تمام نکرده بودند، امتیاز سواد سلامت کمتر از «حد پایه» یا در «حد پایه» داشتند در حالی که این میزان در افراد دارای تحصیلات چهار ساله دانشگاهی، ۱۳ درصد بود(۲۳). بنا بر این با توجه به این موضوع بهتر است برای آموزش این افراد از رسانه های آموزشی ساده و قابل فهم مانند تصاویر و نوارهای رادیویی، نوارهای ویدیویی، مواد غیر نوشتاری مثل کتاب های مصور یا نمایش های مولتی مدیا استفاده شود. نتایج این مطالعه هم چنین نشان داد که بین سواد سلامت و سن همبستگی منفی وجود داشت، به طوری که با افزایش سن سطح سواد سلامت کاهش می یافت که این نتایج با مطالعات مشابه دیگر هم خوانی داشت(۲۴). ولی محسنی در مطالعات خود ارتباط معنی داری را میان سن و سواد سلامت نیافت که با نتایج این مطالعه هم خوانی نداشت(۲۵). بر اساس نتایج حاصل، رابطه بین سطح سواد سلامت با حیطه تغذیه از نظر آماری معنی داری بود. در مطالعه واگنر و همکاران در انگلستان نیز، بین مصرف میوه و سبزیجات و سواد سلامت تفاوت معنی داری مشاهده شد(۱۷). مطالعه جیبرز نیز نشان داد که سطح سواد سلامت با مصرف میوه و سبزی و مصرف صبحانه ارتباط داشت(۲۶). هم چنین یافته های این پژوهش نشان داد که سواد سلامت فاکتوری تاثیرگذار بر انجام فعالیت بدنی است. این یافته ها با نتایج مطالعه آدامز همسو می باشد(۱۸). هم چنین در مطالعه سوکا در ژاپن نیز افراد با سواد سلامت بالاتر فعالیت بدنی بیشتر داشتند(۲۷). نتایج مطالعه اوزبرن نیز نشان داد که بین سواد سلامت و فعالیت بدنی ارتباط معنا داری وجود دارد(۲۸). در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و حیطه کنترل استرس ارتباط معنی داری مشاهده شد که با نتایج مطالعه سجادی و همکاران همسو نمی باشد(۲۹). در مطالعه چانگ در نوجوانان تایوان، افراد با سطح سواد سلامت بالا و هم چنین افراد با سطح سواد سلامت پایین تفاوتی در مدیریت استرس نداشتند(۳۰).

نتایج تحقیق حاضر حاکی از این بود که بین سطح سواد سلامت و حیطه روابط بین فردی ارتباط معنی داری وجود داشت که همسو با نتایج این مطالعه در مطالعه چانگ نیز نوجوانان با سطح سواد بالاتر روابط بین فردی بهتری داشتند(۳۰). ولی در پژوهش سجادی و همکاران بین سطح سواد سلامت و حیطه روابط اجتماعی ارتباطی یافت نشد(۲۹). در مطالعه انجام شده سواد سلامت با حیطه مسئولیت پذیری سلامت ارتباط آماری معنی دار داشت. برخلاف نتایج این مطالعه، نتایج مطالعه چانگ نشان داد که سواد سلامت با حیطه مسئولیت پذیری سلامت ارتباط معنی دار نداشت(۳۰).

یکی از محدودیت های این مطالعه خود گزارش دهی(self-report) می باشد. از دیگر محدودیت های این پژوهش را می توان انجام این بررسی در گروه خاصی از زنان، یعنی رابطین سلامت دانست، که شاید نتوان نتایج آن را به کل جامعه زنان تعمیم داد، زیرا رابطین گروهی هستند که آموزش های

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.7]

خاص در مورد سلامتی را در مراکز بهداشتی درمانی، دریافت می دارند.

به طور کلی یافته های این تحقیق ارتباط آماری معنی داری را بین سطح سواد سلامت و سبک زندگی سالم نشان می دهد که بیانگر نقش کلیدی و مهم سواد سلامت در ارتقاء سلامت می باشد. این مسئله لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه های ارتقای سلامت را می رساند. در واقع به منظور افزایش سطح سواد سلامت افراد جامعه کمک گرفتن از متخصصان این امر به منظور برنامه ریزی و طراحی برنامه های آموزشی مفید در این زمینه متناسب با گروه های هدف و استفاده از استراتژی های ارتقاء سواد سلامت که شامل ارتقاء ارتباطات گفتاری، ارتقاء ارتباطات نوشتاری، ارتباطی، توانمندسازی و بهبود سیستم های حمایتی می باشد، می تواند موثر باشد.

سپاسگزاری

این مطالعه، گزارش بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد است که بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و از معاونت بهداشتی نیشابور به دلیل همکاری صمیمانه جهت اجرای این مطالعه و از رابطین بهداشتی به دلیل شرکت در این مطالعه اعلام می دارند.

References

1.Hosseini F, Farshidi H, Aghamolaei T, Madani A, Ghanbarnejad A. [The impact of an educational intervention based on precede proceed model on lifestyle changes among Hypertension Patients in Jahrom]. Iran J Health Edu Health Prom 2014; 2: 17-26. (Persian) doi: 10.1097/01.hjh.0000469733.98116.62

2. Amiri AF, Rkhshany R. Farmanbar R. [The effect of educational program based on BASNEF model on healthy lifestyle of taxi drivers in Langroud]. J Torbat Heydariyeh Uni Med Sci 2014;1: 45-54. (Persian)

3.Rafiee A, Doostifar K, Tavasoli E, Alipour F, Hosseini H, Darabi T, Ashrafi Hafez A , Saham Khadam N, Sahar Hosseini S.[The lifestyle of married women referring to health centers inWest of Ahvaz]. J Ilam Uni Med Sci 2013; 28:73-9. (Persian)

4.Nilsaz M,Tavassoli E, Mazaheri M, Sohrabi F, Khezli M, Ghazanfari Z, Mirzaei A. [Study of Health promoting behaviors and Lifestyle among students of Dezful universities]. J Ilam Uni Med Sci 2012; 20:1-5. (Persian)

5. Bully P. Evidence frominterventions based on theoretical models for lifestyle modification physical activity diet,alcohol and tobacco use in primary care settings a systematic review. Prev Med2015; 31: 76-93. doi:10.1016/j.ypmed.2014.12.020

6.Babanejad M, Khesht zarin H, Sayehmiri K, Delpisheh A. [Lifestyle investigation and its associated factors in students of Ilam University of medical sciences]. Pejouhandeh 2012;17:252-7. doi: 10.18869/acadpub.hnmj.27.1.19

7.Samiei Siboni F, Alimoradi Z, Sadegi T.[Impact of corrective life style educational program on controlling stress, anxiety ,and depression in hypertensives]. J Birjand Uni Med Sci 2013; 19 : 1-9. (Persian)

8.Rootman I. Health literacy and health promotion. Ont Health Prom 2004;376:185-91.

9.Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad Gh. [The Relationship between Health Literacy, Health status and Healthy behaviors among elderly in Isfahan]. J Health Sys Res 2011; 7: 469-70. (Persian) doi:10.4103/2277-9531.100160

10.Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited what do we mean and whydoes it matter? Health Promot Int 2009;24:285-96. doi:10.1093/heapro/dap014

11.Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavassoli E. [Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of medical sciences]. RJMS 2013; 19:10-9. (Persian)

12.Morris NS, Grant S, Repp A, Maclean C, Littenberg B. Prevalence of limited

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.7]

health literacy and compensatory strategies used by hospitalized patients. Nurs Res 2011 ; 60: 361-6. doi:10.1097/NNR.0b013e31822c68a6

13.Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. [Health literacy and the affecting factors a study in five provinces of Iran]. J Med Edu Dev Cent 2007;4:1-9.(Persian)

14.Heidari F, Mohammadkhankermanshahi S, Vanaki Z. [The effect of a supportive health promotion program othe lifestyle of premenopause teachers]. Feyz 2013; 17: 14-24. (Persian)

15. Heidari F, Mohammadkhankermanshahi S. [Health related lifestyle in nurses]. J Health Care 2012;14:23-33. (Persian)

16.Goudarzi L, Nazari A, Rajabivasokolaee G, Salimi M, Raadabadi M. [The Lifestyle of allied medical students studying at Tehran University of medical sciences in 2012]. J Payavard Salamat 2014; 8:294-304. (Persian)

17.Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting
behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Commun Health 2007;61:1086-90. doi:10.1136/jech.2006.053967

18.Adams RJ, Piantadosi C, Ettridge K, Miller C, Wilson C, Tucker G, et al. Functional health literacy mediates the relationship between socio economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. Patient Edu Couns 2013 ;91:206-12. doi:10.1016/j.pec.2012.12.001

19.Morris NS, Grant S, Repp A, Maclean C, Littenberg B. Prevalence of limited health literacy and compensatory strategies used by hospitalized patients. Nurs Res 2011;60:361. doi:10.1097/NNR.0b013e31822c68a6

20.Li CY, Lee O, Shin GS, Li XW. Health literacy and health status of Korean-Chinese elderly people living in Yanbian, China. J Korean Acad Nurs 2009; 39: 386-92. doi:10.4040/jkan.2009.39.3.386

21.Marrie RA, Salter A, Tyry T, Fox RJ, Cutter GR. Health literacy association with health behaviors and health care utilization in multiple sclerosis a cross sectional study interact. J Med Res 2014;3:13-9.

22.Cho Y I. Lee SY. Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Soc Sci Med 2008; 66: 1809-16. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.003

23.Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodimajdabadi M. [Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of shahid Beheshti medical University]. Daneshvar 2012; 19: 1-12. (Persian)

24.Doweny La Vonne A, Zun S. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. J Natl Med Assoc 2008;100:1304-8.

25.Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad V.[Investigate the relationship between health literacy and health status among elderly people in Kerman 2013]. Iran J Ageing 2015 ; 10:23-9. (Persian)

26. Geboers B, Reijneveld SA, Jansen CJ, Winter AF. Health literacy is associated with health behaviors and social factors among older adults results from the lifelines cohort study. J Health Commun2016;21:45-53. doi:10.1080/10810730.2016.1201174

27.Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. Patient Edu Couns 2015;98:660-8. doi:10.1016/j.pec.2015.02.013

28.Osborn CY, Paasche MK, Bailey SC, Wolf MS. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. Am J Health Behave2013 ;35:118-28.

29.Sajjadi H, Hosseinpour N, Sharifian Sani M, Mahmoodi Z. [Association between Health Literacy and life style in married Rural Women in Izeh Iran]. J Health 2016;7:479-89. (Persian)

30.Chang LC. Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. J Clin Nurs 2011;20:190-6. doI:10.1111/j.1365-2702.2009.03181.x

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.7]

Health Literacy and Health-promoting Lifestyle among Health Volunteers in Neyshabour

Maasoume Jahanieftekhari[1], Nooshin Peyman[1], Hasan Doosti[2]*

(Received: September 10, 2016 Accepted: January 24, 2017)

Abstract

Introduction: Health literacy is a measure of individual's ability to read, comprehend, and act on medical instructions. Health literacy and lifestyle are determinants of health. We aimed to assess the relationship between health literacy and health promoting behaviors.

Materials and Methods: This cross-sectional, descriptive, and analytical study was conducted on 250 health volunteers who were selected randomly. Data were collected using questionnaires of Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) and Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA). Data were analyzed using descriptive statistics, and to study the variables' relationships Chi-square and Spearman correlation coefficient were applied.

Findings: The mean age of the participants was 32.9±9.7 years, and 61.5% had elementary and junior high school education. Health literacy was insufficient in 44.6% of the health volunteers, at a border level in 32.2%, and adequate in 23.1%. The mean score of health-promoting lifestyle was 130±23.8. In this study, there was a significant relationship between educational level, age and health literacy status. Inadequate health literacy was more common among individuals with advanced age and lower education. Health literacy level was significantly correlated with nutrition, spirituality, health responsibility, physical activity, interpersonal support, and stress management (P<0.001).

Conclusion: This study showed that the health literacy level was inadequate in health volunteers. This result showed that health literacy and striving to improve it are important. Creating a simple, understandable and accessible media and training materials, as well as implementing theory-based educational interventions are some the ways to improve health literacy.

Keywords: Health literacy, Health-promoting lifestyle, Health volunteers

1. Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
** Corresponding author: Email: peymann@mums.ac.ir*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.7]