

## بررسی رابطه سطح سواد سلامت با کیفیت زندگی و سبک زندگی جوانان استان گلستان

### قاسم مارزلو ۱

۱. کارشناسی ارشد مدیریت دولتی-گرایش منابع انسانی، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی علی آباد کتول، ایران

### چکیده

تحقیق حاضر با هدف بررسی رابطه سطح سواد سلامت با کیفیت زندگی و سبک زندگی جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. تحیق حاضر از بعد هدف، کاربردی و از نظر شیوه انجام کار، در زمره تحقیقات توصیفی-پیمایشی و همبستگی قرار دارد. جامعه آماری تحقیق حاضر کلیه جوانان استان گلستان هستند که شرایط مطالعه را داشتند، یعنی افراد بین ۱۴ تا ۲۹ سال، فاقد بیماری روحی روانی مزمن، فاقد سابقه سوء مصرف مواد. تعداد جوانان در کل کشور در حدود ۳۰٪ جمعیت کل کشور میباشد که حدوداً ۲۱۰۰۰۰۰۰ نفر می باشند که تعداد ۶۵۰۰۰۰ نفر از آنها مربوط به استان گلستان می شود. حجم نمونه به کمک جدول مورگان ۳۶۱ نفر می باشد که برای اطمینان از برگشت پرسشنامه، تعداد ۴۰۰ پرسشنامه به صورت تصادفی ساده بین جوانان توزیع می شود. داده ها توسط آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت. داده ها حاکی از وجود رابطه سطح سواد سلامت با کیفیت زندگی و سبک زندگی جوانان بود. در این راستا ۶ فرضیه تحقیق حاضر تایید شدند و در انتها پیشنهاداتی به جوانان ارائه گردید.

واژگان کلیدی: سطح سواد سلامت. قدرت خواندن. آگاهی اولیه. سبک زندگی. کیفیت زندگی

## مقدمه

پژوهش در هر زمینه ای بدون برنامه ریزی و آماده سازی زمینه های نظری و ابزاری آن غیر ممکن است یا سرانجام مناسبی نخواهد داشت. قبل از آغاز فرایند اصلی پژوهش، محقق باید بدانند به دنبال پاسخ به چه سوال هایی است و در واقع بر اساس سوال هایی که در ذهن خود دارد نقشه راه را مشخص کرده و خود را به ابزارهای لازم برای یافتن پاسخ سوال ها مجهز نماید. شناخت مسئله تحقیق، دانستن اهمیت پرداختن به آن، آشنایی با حوزه های مختلف موضوع مورد بررسی به محقق کمک می کند موضوع و حوزه تحقیق خود را مشخص کرده و متناسب با آن برنامه ریزی لازم را برای استفاده از ابزارها و روش های بهینه جهت جمع آوری و تحلیل اطلاعات انجام دهد و در نهایت به نتایج معتبر و قابل استناد دست یابد. در این فصل، ابتدا به بیان مساله تحقیق و ضرورت و اهمیت تحقیق می پردازیم. در ادامه اهداف و سوالات و فرضیات تحقیق را بیان می کنیم و در انتها به بررسی جامعه تحقیق و تعاریف نظری و عملیاتی تحقیق می پردازیم. نوجوانی، یکی از دوره های بسیار مهم زندگی و در واقع مرحله انتقال از کودکی به بزرگسالی محسوب می شود. این مرحله بینابینی با تغییرات مهم فیزیکی، روانی، اجتماعی و همچنین تغییرات سریع الگوهای رفتاری همراه است که بر روی عملکرد فرد در دوران بزرگسالی تأثیر بسزایی دارد (کلین، ۲۰۰۲). در این دوران، بنیان بسیاری از رفتارهای تأثیرگذار بر سلامت و شیوه زندگی افراد شکل می گیرد (امیرخانی، ۲۰۰۶). اغلب نگرش ها و رفتارهای شکل گرفته در دوران نوجوانی، تعیین کننده عادات سبک زندگی سالم در دوران بزرگسالی می باشند (نیومارک، ۲۰۰۶). در مورد تعریف جوانی و نوجوانی باید گفت: مقاطع سنی خاص و مشخصی مثل ضریب هوشی ندارد. تعریف مشخصی هم ندارد. نوجوانی زمانی است که دنبال هویت باشد که مثلاً من کیستم؟ بر حسب سن تقویمی و با دامنه سنی مشخص می شود. بدیهی است در تعاریف میزان رشد جسمانی، رشد اجتماعی و رشد شناختی نیز برای مشخص کردن این دوره می توان بهره گرفت. از نظر اساتید، دامنه سنی ۱۲ تا ۲۰ سالگی برای نوجوانی و دامنه ۲۰ تا ۳۰ سالگی برای جوانی تعریف شده است (کراسی و وکیلان، ۱۳۹۰). آنچه امروزه بسیار حائز اهمیت است، توجه به سطح سواد سلامت جوانان در کشور است. بنا به تعریف، سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب درک و تفسیر، اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم گیری متناسب لازم است (منتظری و همکاران، ۱۳۹۳) سواد سلامت فراتر از توانایی خواندن و نوشتن (سواد عمومی) افراد می باشد و منعکس کننده مراقبتهای بهداشتی بیمار است (لین، ۲۰۱۴).

امروزه، سواد سلامتی در یک جامعه به عنوان شاخص مهم برای شناسایی وضعیت کلی سلامت در آن جامعه مورد توجه و ارزیابی صاحب نظران قرار گرفته است. امروزه با بهره گیری از ظرفیت رسانه ها و فناوری های نوین ارتباطی و سامانه های آموزش سلامت همگانی، می توان در ترویج شیوه زندگی سالم، انتقال اطلاعات کامل و کاربردی درباره مباحث مهم و اولویت های پیشگیرانه نظام سلامت اقدام کرد (زارع نژاد، ۱۳۹۳). مطالعات نشان می دهند که سطح آموزش بدون توجه به در دسترس بودن امکانات بهداشتی تا حدی اثر فقر را بر سلامتی جبران می کند. جوانان باید بتوانند با اصلاح سبک زندگی خود از سلامتشان مراقبت کنند (زارع نژاد، ۱۳۹۳).

نتیجه می گیریم که اصطلاح سبک زندگی با سطح سواد سلامت ارتباط مستقیم دارد، زیرا سطح سواد سلامت با اصلاح سبک زندگی افزایش می یابد. برای این کار انجام موارد زیر لازم است: آموزش خود مراقبتی به مردم به ویژه جوانان، اجرای نظام آموزش به بیمار در بیمارستان ها، ورود آموزش های سلامت به کتاب های درسی دانش آموزان در مدارس و توسعه مشارکت های مردمی برای ارتقای عادلانه سلامت. پس با توجه به جامعیت و پیچیدگی مفهوم سلامت از دیدگاه امروزی و عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی و سیاسی اثرگذار بر سلامت به نظر می رسد، لزوم توجه بیشتر به اصول عدالت اجتماعی،

<sup>1</sup> Klean

<sup>2</sup> Neumark-Sztainer D. Eating among teens

<sup>3</sup> Lin

همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و تکنولوژی مناسب نمود بیشتری پیدا می‌کند و دورنمای برنامه‌های آموزشی دانشگاه در راستای ارتقاء سطح سواد سلامت جامعه که باید «همه‌خانه‌ها، خانه بهداشت باشند»، تلقی شود. این توضیحات نشان می‌دهد که در واقع، این ارزش‌ها و طرز تلقی ما از هویت‌مان است که در رفتار ما نمود پیدا کرده نقش برجسته‌ای در سبک زندگی ما پیدا می‌کند. «سازمان بهداشت جهانی» نیز تعریف جالبی از سبک زندگی ارائه می‌کند: «اصطلاح سبک زندگی به روش زندگی مردم و بازتابی کامل از ارزش‌های اجتماعی، طرز برخورد و فعالیت‌ها اشاره دارد. همچنین ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی (فعالیت بدنی، تغذیه، اعتیاد به الکل و دخانیات و...) است که در پی فرایند جامعه‌پذیری به وجود آمده است» (استاجی، ۱۳۸۵). در مورد «سبک زندگی» تعریف‌های متفاوتی آمده است: آنتونی گیدنز «سبک زندگی را رفتاری در زندگی روزمره هرکس می‌داند که او را از دیگری متمایز می‌کند» (گیدنز، ۱۳۸۰). چرا که بین سلامتی و سبک زندگی افراد همبستگی وجود دارد. بسیاری از مشکلات بهداشتی امروزی و به خصوص در کشورهای پیشرفته (مانند چاقی، بیماری سرخرگ‌های تاجی قلب، سرطان ریه، اعتیاد) با دگرگونی‌های سبک زندگی رابطه دارند (صمیمی و همکاران، ۱۳۸۵). در کشورهای رو به پیشرفته که هنوز سبک زندگی سنتی ادامه دارد، خطرهای مربوط به بیماری و مرگ در رابطه با فقدان به سازی محیط، بدی تغذیه، بهداشت فردی، عادات اولیه انسان و الگوهای فرهنگی و سنتی هستند نقش بی‌سودی در جهان با نقش فقر، سوء تغذیه، بیماری و بالا بودن میزان میراثی شیرخواران و کودکان در جهان انطباق بسیار دارد (اسدپور، ۱۳۹۰).

یکی دیگر از تاثیرات مهم سواد سلامت، تاثیر آن بر کیفیت زندگی است. لازمه کیفیت زندگی بهتر، بالا بودن سطح سواد سلامت است و ابزار مناسب جهت افزایش سطح آگاهی افراد، آموزش می‌باشد و از ضروریات و پیش‌نیازهای هر آموزشی، آمادگی است که شامل آمادگی جسمانی و روانی است. همچنین با افزایش تحصیلات، کیفیت زندگی افراد بالا می‌رود. در واقع سطح تحصیلات با ایجاد تغییرات اساسی در آگاهی و نگرش، همواره در سلامت و بیماری و نیز سایر جنبه‌های مختلف زندگی مؤثر بوده است (طاهری و همکاران، ۱۳۹۲ ص ۱۲۳). مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به عنوان یک برآیند مهم در کارآزمایی‌های بالینی و مداخلات مراقبت‌های بهداشتی و برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در اختصاص منابع، مورد استفاده قرار می‌گیرد (جیانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸) و نیازهای برآورده نشده سلامت را مورد شناسایی قرار داده و تلاش‌های گسترده جامعه برای بهبود سلامت جمعیت‌ها را راهبری می‌کند (گارزان، ۲۰۰۴). بر اساس نتایج مطالعات، عوامل متعددی بر کیفیت زندگی فرد و ابعاد آن تأثیر می‌گذارد که از آن جمله می‌توان به سبک زندگی که به عنوان یک مؤلفه مهم با جنبه‌های مختلفی ارتباط نزدیکی دارد، اشاره کرد. نتایج مطالعه استوک و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) نشان داد که بین عدم فعالیت فیزیکی و بروز ناراحتی جسمی و روانی ارتباط وجود دارد و کمبود حمایت اجتماعی با سطح میزان پایین آگاهی از سلامتی ارتباط دارد (استوک، ۲۰۰۳). عدم توجه به قشر جوان و شناسایی سطح سواد سلامت در این قشر، به معنای بی‌توجهی به سلامت جامعه و نسل آینده کشور است. عدم آموزش جوانان برای سبک زندگی بهتر و کیفیت زندگی نیز از جمله معضلات جوامع کنونی است. با توجه به اهمیت تحقیق سوال اساسی که مطرح می‌شود این است که آیا سطح سواد سلامت با کیفیت زندگی و ابعاد سبک زندگی جوانان استان گلستان رابطه معناداری دارد؟

### مبانی نظری

سواد سلامت، شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، نوشتن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها وضعیت‌های مربوط به سلامت که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد (منتظری و همکاران، ۱۳۹۳). به عبارت دیگر سواد سلامت طیف گسترده‌ای از مهارت‌ها و شایستگی‌ها است که افراد برای جستجو،

<sup>1</sup> Gidnez

<sup>2</sup> Giang

<sup>3</sup> Stock

فهم، ارزیابی و استفاده از اطلاعات و مفاهیم سلامت به منظور انتخاب آگاهانه، کاهش خطرات و ارتقای کیفیت زندگی، ایجاد می نماید (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۲ ص ۱۲۱).

سطح سواد سلامت با سبک زندگی رابطه تنگاتنگی دارد. برخی معتقدند: «سبک زندگی، عبارت است از الگوی زندگی فردی که در فعالیت‌ها، دلبستگی‌ها و افکار شخصی، خود را نشان می‌دهد» (شوشتری زاده، ۱۳۸۲ ص ۸۲). برخی نیز سبک زندگی را با «هویت» پیوند می‌زنند و معتقدند: «سبک زندگی نظام‌واره و سیستم خاص زندگی است که به یک فرد، خانواده یا جامعه با هویت سبک زندگی ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی است که در طی فرآیندهای اجتماعی شدن به وجود آمده است. شیوه زندگی از طریق روابط متقابل فرد با والدین، دوستان، خواهر و برادر، افراد همسن و از طریق دبستان و رسانه‌های گروهی آموخته می‌شود. سلامتی مستلزم ارتقای شیوه زندگی بهداشتی است. جوانان باید بتوانند با اصلاح سبک زندگی خود از سلامتشان مراقبت کنند (اسدیپور، ۱۳۹۰).

یکی از مفاهیم مرتبط با سبک زندگی نیز مفهوم کیفیت زندگی است. مفهوم کیفیت زندگی ابتدا به حوزه‌های بهداشتی و بیماری‌های روانی محدود می‌شد، اما در طی دو دهه گذشته، این مفهوم از زمینه‌های بهداشتی، زیست محیطی و روانشناختی صرف به مفهومی چند بُعدی ارتقاء یافته (عنبری، ۱۳۸۹ ص ۱۵۲) و مورد توجه تعداد زیادی از حوزه‌های مطالعاتی قرار گرفته است. از این روست که بر اساس پایگاه داده‌های موسسه اطلاعات علمی، از ۱۹۸۲ تا ۲۰۰۵ بیش از ۵۵ هزار تحقیق در مورد کیفیت زندگی صورت گرفته است (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷ ص ۲). کیفیت زندگی مفهوم جدیدی نیست. این مفهوم سابقه در فلسفه یونان دارد و ارسطو در بحث از شادکامی بدان اشاره کرده است. همچنین در دوران جدید فیلسوفانی چون کیرکه گارد، ژان پل سارتر و دیگران به آن توجه داشته‌اند (غفاری و امید، ۱۳۸۸). تا کنون تحقیقی به بررسی سطح سواد سلامت با کیفیت زندگی و ابعاد سبک زندگی جوانان پرداخته است. با توجه به نقش سازنده جوانان در جامعه و نقش سلامتی آنها در سلامت نسل آینده در تحقیق حاضر سعی داریم به ارتباط سطح سواد سلامت با سبک زندگی و کیفیت زندگی استان گلستان بپردازیم.

### پیشینه تحقیق

۱- خسروی، احمدزاده و همکاران (۱۳۹۲) در کتاب خود به بررسی سطح سواد سلامت پرداخت. این کتاب در راستای توسعه سواد سلامت جامعه از طریق تبیین سواد سلامت، مؤلفه‌های سواد سلامت و توصیه‌های لازم برای تهیه کنندگان منابع اطلاعات سلامت در جهت کمک به خودمراقبتی نگاشته شده است. فصل اول این کتاب تلاش دارد تا مفهوم سواد سلامت را تشریح کند. در فصل دوم نیز به اطلاعات سلامت، منابع اطلاعات سلامت و خوانایی و ویژگی‌های این منابع اشاره دارد.

۲- کاویانی (۱۳۹۲) در کتابی به بررسی زندگی اسلامی و ابزار سنجش آن پرداخت. این کتاب مقدمه‌ای است برای نظریه پردازی در سبک زندگی تجویزی اسلام. ساختار این کتاب در سه بخش تنظیم شده است: بخش اول به کلیات، پیشینه و دیدگاه‌های روان شناختی در باب سبک زندگی اختصاص دارد؛ مفاهیم کلیدی و شاخص‌های سبک زندگی، پیشینه مطالعاتی دینی، روان سنجی، جامعه‌شناسی، به ویژه روانشناسی، با قدری تفصیل ارائه شده است. بخش دوم به ترسیم مدل «درخت سبک زندگی اسلامی» و توضیح آن در سه عنوان «ریشه‌ها» «ساقه» و «شاخه‌ها» پرداخته است. بخش سوم، گزارشی است از ساخت «آزمون سبک زندگی اسلامی» اجرا و به دست آوردن ویژگی‌های روان سنجی آن، دستاوردهای مفهومی و آماری (توصیفی و استنباطی) پژوهش و در نهایت، مقایسه‌ای بین سبک زندگی «از دیدگاه روان‌شناسان» و «از دیدگاه اسلام» داشتند.

۳- رئیسی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای به بررسی سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان شهر اصفهان پرداختند. در تحقیق حاضر ۳۵۴ نفر از افراد ۶۰ سال و بالا در شهر اصفهان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب با حجم مورد مطالعه قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های مطالعه، ارتباط آماری معناداری را بین سطح سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی همچون انجام فعالیت فیزیکی و مصرف میوه و سبزی نشان می‌دهد که بیانگر نقش کلیدی

و مهم سواد سلامت در ارتقاء سلامت می باشد. (نتایج نشان داده که حدود ۶۵٪ هرگز سیگار نکشیده، ۷/۳۴٪ هرگز فعالیت فیزیکی انجام نمی دهند، ۶۷٪ کمتر از دو واحد روزانه میوه مصرف کرده و حدود ۸۳٪ مصرف کمتر از ۳ واحد سبزی روزانه داشته اند.) با توجه به این رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در سالمندان، تأثیر بالقوه ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی خواهد شد.

۴- کریمی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه ای به بررسی سواد سلامت عمومی، بهره مندی از خدمات سلامت و رابطه ی بین آنها در بزرگسالان، بر روی ۳۰۰ نفر از افراد ۱۸-۶۴ ساله ی شهر اصفهان پرداختند. روش نمونه گیری، خوشه ای در سال ۱۳۹۰ انجام شد. نتیجه حاصل شده این است که با توجه به شیوع سواد سلامت متوسط در بزرگسالان شهر اصفهان و نیز پایین بودن میزان بهره مندی از خدمات سلامت لزوم توجه بیش تر به امر سواد سلامت و بهبود ارتباط پزشک و بیمار و آگاه سازی افراد جامعه از طریق برنامه های ارتقای سلامت و یا رسانه ها توصیه می شود.

۵- نیلساز، مهناز و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه ای توصیفی همبستگی به بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سبک زندگی در دانشجویان دانشگاه های شهر دزفول، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام پرداختند. به دلیل اهمیت سلامت افراد جوان ارتقای سلامت جامعه، مطالعه حاضر با هدف بررسی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و سبک زندگی دانشجویان دانشگاه های شهر دزفول در سال ۹۰ انجام گردیده است. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سبک زندگی سالم راهبردهای اصلی برای حفظ سلامت افراد است. نتایج پژوهش نشان می دهد که بیش از نیمی از دانشجویان سبک زندگی ضعیف و متوسط داشتند و از عملکرد جسمانی و هیجانی کمتری برخوردار بودند که این امر بیانگر نیاز به برنامه ریزی برای بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان می باشد.

۶- مجدی (۱۳۸۹) در یک مطالعه توصیفی همبستگی به بررسی سبک زندگی جوانان ساکن شهر مشهد و رابطه آن با سرمایه فرهنگی و اقتصادی والدین پرداختند. سبک زندگی دارای سه بعد رفتاری، نگرشی و ترجیحات، انگیزه مصرف است. در این تحقیق بعد رفتاری سبک زندگی جوانان در پیمایشی از ۴۰۲ جوان ساکن شهر مشهد با هشت شاخص شامل: مصرف فرهنگی، مدیریت بدن، رفتار سیاسی، رفتار انحرافی، توجه به آرایش و خودآرایی، مصرف لباس و کفش، مصرف خوراک و دین داری با ابزار پرسش نامه مورد سنجش قرار گرفته و با توجه به اینکه مساله اصلی این تحقیق سنجش رابطه سبک زندگی و سرمایه فرهنگی و اقتصادی والدین بوده، این رابطه مورد تایید قرار گرفته است لازم به ذکر است که نتیجه این تحقیق این است که بیشترین تمایز سبک زندگی بین قشر بالا (هم سرمایه فرهنگی و هم سرمایه اقتصادی زیاد) و قشر پایین (سرمایه فرهنگی و اقتصادی کم) مشاهده شده است.

۷- استاجی، (۱۳۸۵) در مطالعه ای توصیفی همبستگی به بررسی سبک زندگی در ساکنین شهر سبزوار پرداختند. شامل ساکنین ۱۸ تا ۶۵ سال شهر سبزوار در سال های ۸۴ و ۸۵ که ۱۵۳۷ نفر به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای مورد مطالعه قرار گرفتند. بر اساس یافته های مطالعه ۴۶،۹ درصد واحدهای پژوهش مرد و ۵۲،۴ درصد زن بودند. از نظر سبک زندگی، مصرف دخانیات ۱۲،۲ درصد، میزان فعالیت بدنی ۳۷،۸ درصد، اختلالات خواب ۵۴،۶ درصد، BMI غیر طبیعی در مردان ۴۳،۲ درصد و در زنان ۵۶،۷ درصد و مصرف روغن جامد ۴۳،۳ درصد بود و ۱۴،۴ درصد از مردم سبزوار از سبزیجات و میوه جات استفاده می کنند. بر اساس یافته های این مطالعه شیوه زندگی مردم سبزوار (زندگی کم تحرک، چاقی، مصرف دخانیات، رژیم غذایی نامناسب) یک مشکل بهداشتی قابل ملاحظه بوده و ضرورت اجرای برنامه های مداخله ای مستمر جهت تغییر رفتارهای فردی و شیوه زندگی را ایجاب می کند.

۸- شوشتری زاده (۱۳۸۲) در پایان نامه خود به بررسی تأثیر آموزش رفتارهای سلامتی بر تغییر روش زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلب پرداخت. مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۲، (پایان نامه کارشناسی ارشد، اصفهان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، ۱۳۸۲) پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی است که هدف آن بررسی تأثیر آموزش رفتارهای سلامتی بر تغییر روش زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلب مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۲ می باشد. این تحقیق یک پژوهش دو گروهی (گروه مورد و شاهد) و در

قالب دو مرحله سنجش (پیش آزمون و پس آزمون) می باشد. نتایج پژوهش نشان داده که بین عوامل تشکیل دهنده سبک زندگی، در گروه مورد و شاهد، در ابتدای پژوهش تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد. ولی اجرای آموزش سبب ساز پذیرش رفتارهای سلامتی در سه بخش تغذیه، فعالیت فیزیکی و استرس- سلامت عمومی گردیده است.

۹- نوبری (۱۳۸۰) تحقیق در کارخانه ایدم در آذربایجان شرقی، تحت عنوان نقش کیفیت زندگی کاری در بهره‌وری کارکنان انجام داد. نتایج حاصل از پژوهش به تایید فرضیه پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین کیفیت زندگی کاری و بهبود بهره‌وری کارکنان منتج شد. در تحقیق دیگری تحت عنوان توسعه الگوی کیفیت زندگی کاری والتون بر مبنای ارزش‌های اسلامی با تاکید بر نهج‌البلاغه و تعیین تاثیر آن بر کاهش تنیدگی روانی در شرکت تکادو و شرکت‌های وابسته انجام گرفته است. نتایج این تحقیق حاکی از وجود رابطه معنادار بین مولفه‌های کیفیت زندگی کاری الگوی والتون و کاهش تنیدگی روانی کارکنان بود (علامه، ۱۳۷۸).

### روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر روش تحقیق، از نوع مطالعات توصیفی- پیمایشی همبستگی است. جمع آوری داده- های آن نیز توسط پرسشنامه صورت گرفته است. همچنین از لحاظ هدف تحقیق، از نوع تحقیقات کاربردی می باشد. روشهای پژوهش در علوم رفتاری را معمولا با توجه به دو ملاک هدف و ماهیت تقسیم بندی می کنند (حافظ نیا، ۱۳۸۲). براساس هدف پژوهش‌ها به پژوهش‌های بنیادی و کاربردی تقسیم می شوند. البته زهره سرمد معتقد است پژوهش‌ها براساس هدف به سه دسته تقسیم می شوند: تحقیق بنیادی، تحقیق کاربردی و تحقیق و توسعه. با عنایت به توضیحات زیر می توان گفت تحقیق و توسعه خود یک نوع تحقیق کاربردی است.

-تحقیق کاربردی: پژوهشی است که با استفاده از نتایج تحقیقات بنیادی به منظور بهبود و به کمال رساندن رفتارها، روش‌ها، ابزارها، وسایل، تولیدات، ساختارها و الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی انجام می‌شود. هدف تحقیق کاربردی توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است. در اینجا نیز سطح گفتمان انتزاعی و کلی اما در یک زمینه خاص است.

برای مثال "بررسی میزان اعتماد مشتریان به سازمان فرضی" یک نوع تحقیق کاربردی است. (حافظ نیا، ۱۳۸۲)

تحقیق پیمایشی<sup>۱</sup>: در این نوع تحقیق هدف بررسی توزیع ویژگیهای یک جامعه است و بیشتر تحقیق‌های مدیریت از این نوع می باشد. در پژوهش پیمایشی پارامترهای جامعه بررسی می شوند.

### جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری

یک جامعه آماری عبارت است از مجموعه‌ای از افراد یا واحدها که دارای حداقل یک صفت مشترک باشند. صفت مشترک صفتی است که بین همه عناصر جامعه آماری و سایر جوامع مشترک باشد (آذر، مومنی، ۱۳۸۳) جامعه آماری یعنی کلیه افراد، پدیده‌ها، اشیا یا مکان‌هایی که دارای حداقل یک صفت مشترک بوده و محقق در تحقیق خود دنبال بررسی و مطالعه متغیرها در آن محدوده است (گرچی، ۱۳۸۹).

جامعه آماری تحقیق حاضر کلیه جوانان استان گلستان هستند که شرایط مطالعه را داشتند، یعنی افراد بین ۱۴ تا ۲۹ سال، فاقد بیماری روحی روانی مزمن، فاقد سابقه سوء مصرف مواد. تعداد جوانان در کل کشور در حدود ۳۰٪ جمعیت کل کشور میباشد که حدودا ۲۱۰۰۰۰۰۰ نفر می باشند که تعداد ۶۵۰۰۰۰ نفر از آنها مربوط به استان گلستان می شود. حجم نمونه به کمک جدول مورگان ۳۶۱ نفر می باشد که برای اطمینان از برگشت پرسشنامه، تعداد ۴۰۰ پرسشنامه به صورت تصادفی ساده بین جوانان توزیع می شود.

<sup>1</sup> Survey Research

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش برحسب بعد دسترسی به سواد سلامت

درصد	فراوانی	بعد دسترسی به سواد سلامت
۱۲	۴۱	زیاد (۱-۱۰)
۸۸	۳۱۴	متوسط (۱۰-۲۰)
۰	۰	کم (۲۰-۳۰)
	$14/3 \pm 4/3$	میانگین و انحراف معیار

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق نشان میدهد بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۸۸٪) دسترسی به اطلاعات سلامتی متوسط و کمترین درصد (۰٪) دسترسی به اطلاعات کم و همچنین (۱۲٪) دسترسی به اطلاعات زیاد داشتند.

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش برحسب بعد مهارت خواندن سواد سلامت

درصد	فراوانی	بعد خواندن
۷	۲۵	زیاد (۹-۱۶)
۸۶	۳۰۵	متوسط (۷-۱۳)
۷	۲۵	کم (۱۳-۲۰)
	$8/2 \pm 9/3$	میانگین و انحراف معیار

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق نشان میدهد بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۸۶٪) در بعد خواندن سطح متوسط و کمترین درصد (۷٪) مهارت زیاد و کم داشتند.

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش برحسب بعد فهم سواد سلامت

درصد	فراوانی	بعد فهم
۱۴	۴۹	زیاد (۱-۱۱)
۸۵	۳۰۲	متوسط (۱۲-۲۳)
۱	۴	کم (۲۴-۳۵)
	$16/4 \pm 7/4$	میانگین و انحراف معیار

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق نشان میدهد بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۸۵٪) در بعد فهم سواد سلامت متوسط و کمترین درصد (۱٪) سواد سلامت کم و همچنین (۱۴٪) سواد سلامت زیاد داشتند.

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش برحسب بعد ارزیابی سواد سلامت

درصد	فراوانی	بعد ارزیابی
۱۴	۲۰۸	زیاد (۱-۶)
۸۵	۱۴۷	متوسط (۷-۱۳)
۰	۰	کم (۱۳-۲۰)
	$6/2 \pm 5/3$	میانگین و انحراف معیار

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق نشان میدهد بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۵۹٪) در بعد ارزیابی سواد سلامت بالا و کمترین درصد (۰٪) سواد سلامت کم و همچنین (۴۱٪) سواد سلامت متوسط داشتند

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش برحسب بعد کاربرد اطلاعات سواد سلامت

کاربرد اطلاعات سواد سلامت	فراوانی	درصد
زیاد (۱-۲۰)	۴۷	۱۳
متوسط (۲۰-۴۰)	۳۰۸	۸۷
کم (۴۰-۶۰)	۰	۰
میانگین و انحراف معیار	$28/6 \pm 4/8$	

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق نشان میدهد بیشترین درصد واحدهای پژوهش در بعد کاربرد سواد سلامت (۸۷٪) ارزیابی سواد سلامت متوسط و کمترین درصد (۰٪) سواد سلامت کم و همچنین (۱۳٪) سواد سلامت زیاد داشتند

جدول ۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ابعاد سواد سلامت در جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

ابعاد سواد سلامت	میانگین و انحراف	معیار
دسترسی به اطلاعات		$14/4 \pm 3/3$
مهارت خواندن		$8/9 \pm 2/3$
فهم		$16/7 \pm 4/2$
ارزیابی		$6/2 \pm 2/6$
کاربرد اطلاعات در سلامت		$28/4 \pm 6/8$
بعد کلی		$75 \pm 12$

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق نشان میدهد میزان سواد سلامت با میانگین و انحراف معیار  $75+12$  پایینتر از میزان میانگین می باشد.

جدول ۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سواد سلامت در جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

سواد سلامت	فراوانی	درصد
زیاد (۱-۵۵)	۲۲	۶/۲
متوسط (۵۵-۱۰۰)	۳۲۲	۹۳/۵
کم (۱۱۰-۱۶۵)	۱	۰/۳

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق نشان میدهد بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۹۳٪/۵) سواد سلامت متوسط و کمترین درصد (۰٪/۳) سواد سلامت کم و همچنین (۶٪/۲) سواد سلامت زیاد داشتند.

جدول ۷: میزان ابعاد کیفیت زندگی در جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

میانگین و انحراف معیار	ابعاد کیفیت زندگی
۱۱/۷ ± ۶/۶	بعد جسمانی عملکرد جسمانی مشکلات جسمانی درد جسمانی سلامت عمومی نمره کلی سلامت جسمی
۱۱/۶ ± ۳	
۵۲ ± ۳	
۱۶/۲ ± ۳/۵	
۴۴/۹ ± ۸/۱	
۱/۷ ± ۱/۲	بعد روانی انرژی و نشاط عملکرد اجتماعی سلامت روان مشکلات روحی نمره کلی سلامت روانی
۴/۸ ± ۱/۷	
۱۳/۴ ± ۴/۶	
۱/۷ ± ۱/۲	
۲۱/۵ ± ۵/۸	
۶۶/۵ ± ۹	نمره کلی کیفیت زندگی

منبع: محاسبات محقق

جدول ۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح کیفیت زندگی جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

درصد	فراوانی	سطح کیفیت زندگی
۳	۱	نامطلوب
۴۷	۱۶۶	مطلوب
۵۳	۱۸۸	خیلی مطلوب
۶۶/۵ ± ۹		میانگین و انحراف معیار

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق نشان میدهد بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۵۳٪) کیفیت زندگی خیلی مطلوب و کمترین درصد (۳٪) کیفیت زندگی نامطلوب و همچنین (۴۷٪) کیفیت زندگی مطلوب داشتند.

جدول ۹: بررسی میزان ابعاد سبک زندگی جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

میانگین و انحراف معیار	ابعاد سبک زندگی
۲۲/۸ ± ۶/۵	تغذیه
۱۵/۳ ± ۴/۴	جسمی (فیزیکی)
۲۲/۲ ± ۵	مسئولیت پذیری
۱۲/۶ ± ۲/۶	روابط بین فردی
۱۶ ± ۴	رشد روحی و معنوی
۸۸/۹ ± ۱۸	بعد کلی سبک زندگی

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق نشان میدهد میزان سواد سلامت با میانگین و انحراف معیار  $11+88/9$  پایینتر از سطح میزان میانگین می باشد.

جدول ۱۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سبک زندگی جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

وضعیت سبک زندگی	فراوانی	درصد
خوب ۱-۷۰	۴۸	۱۴
متوسط ۷۰-۱۳۸	۳۰۳	۸۵
پایین ۱۳۸-۲۰۸	۴	۱

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق نشان میدهد بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۸۵٪) سبک زندگی متوسط و کمترین درصد (۱٪) سبک زندگی پایین و همچنین (۱۴٪) سبک زندگی خوب داشتند

جدول ۱۰: ارتباط سواد سلامت با کیفیت زندگی در جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

ابعاد کیفیت زندگی میزان سواد سلامت	خوب		متوسط		پایین		جمع
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
خوب	۱	۳	۱۰	۴۵	۱۱	۵۲	۲۲
متوسط	۰	۰	۱۵۵	۴۷	۱۷۷	۵۳	۳۲۲
پایین	۰	۰	۱	۱۰۰	۰	۰	۱
جمع	۱	۰/۰۰۲	۱۵۶	۱۴۷	۱۸۸	۵۲	۳۵

$r = -0.1$      $p = 0.012$

آزمون اسپیرمن

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق با توجه به آزمون همبستگی اسپیرمن ارتباط معنی داری را بین سواد سلامت با کیفیت زندگی نشان داد به طوریکه با کاهش سواد سلامت کیفیت زندگی جوانان استان گلستان کاهش پیدا نمود.

جدول ۱۱: ارتباط سواد سلامت با سبک زندگی جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

سبک زندگی میزان سواد سلامت	پایین		متوسط		خوب		جمع
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
خوب	۱۲	۵۵	۱۰	۴۵	۰	۰	۲۲
متوسط	۳۶	۱۱	۲۹۲	۸۸	۴	۱	۳۲۲
پایین	۰	۰	۱	۱۰۰	۰	۰	۱
جمع	۴۸	۱۳	۳۰۳	۸۶	۴	۰/۰۱	۳۵۵

$r = 0.5$      $p = 0.01$

آزمون اسپیرمن

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق با توجه به آزمون همبستگی اسپیرمن ارتباط معنی داری را بین سواد سلامت با سبک زندگی نشان داد به طوریکه با افزایش سواد سلامت سبک زندگی جوانان استان گلستان افزایش پیدا کرد.

جدول فوق با توجه به آزمون همبستگی اسپیرمن ارتباط معنی داری را بین سواد سلامت با سبک زندگی نشان داد به طوریکه با افزایش سواد سلامت سبک زندگی جوانان استان گلستان افزایش پیدا کرد.

جدول ۱۲: ارتباط بین کیفیت زندگی با سبک زندگی جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

سبک زندگی	خوب		متوسط		پایین		جمع	
	قراوانی	درصد	قراوانی	درصد	قراوانی	درصد	قراوانی	درصد
کیفیت زندگی خوب	۱	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۲۱	۰/۰۱
کیفیت زندگی متوسط	۱۷	۱۰	۱۴۵	۸۷	۴	۳	۱۶۶	۴۷
کیفیت زندگی ضعیف	۳۰	۱۶	۱۵۸	۸۴	۰	۰	۰	۵۲/۹
جمع	۴۸	۱۳	۳۰۳	۸۵	۴	۲	۳۵۵	۱۰۰
$r = -0.09$ $p=0.09$								
آزمون اسپیرمن								

منبع: محاسبات محقق

جدول فوق با توجه به آزمون همبستگی اسپیرمن ارتباط معنی داری را بین کیفیت زندگی با سبک زندگی نشان نمیدهد.

جدول ۱۳: ارتباط بین سواد سلامت با مشخصات دموگرافیک جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

p-value	میانگین و انحراف معیار	کیفیت زندگی	
۰/۰۰۱	۷۷/۱ ± ۱۱	زن	جنس
		مرد	
۰/۰۰۱	۶۷/۱ ± ۸/۳	زیر ۲۰ سال	سن
		۲۵-۲۰	
		۳۰-۲۵	
		بالای ۳۰	
۰/۰۴	۷۶ ± ۱۲/۳	دبیرستان و متوسطه	تحصیلات
		دیپلم	
		دانشگاهی	

جدول فوق نشان میدهد آزمون تی مستقل بین سواد سلامت با جنسیت اختلاف معنی داری وجود دارد (۰/۰۱ = پی) که این اختلاف نشان میدهد سواد سلامت در گروه مردان بیشتر می باشد. آزمون آنوا بین سواد سلامت با سن اختلاف معنی داری را نشان میدهد (۰/۰۱) آزمون شفه این اختلاف را بین گروه سنی زیر ۲۰ سال با گروه سنی (۲۵-۲۰) و گروه

سنی (۲۵-۳۰) نشان داد طوریکه میزان سواد سلامت گروه سنی زیر ۲۰ سال بالاتر بود. همچنین آزمون آنوا بین سواد سلامت با تحصیلات اختلاف معنی داری را نشان داد (۰/۰۴) که این اختلاف بین گروههای دانشگاهی با دیپلم بود طوری که افراد دیپلمه سواد سلامت بیشتری داشتند

جدول ۱۴: ارتباط بین سبک زندگی با مشخصات دموگرافیک جوانان استان گلستان در سال ۱۳۹۴

p-value	میانگین و انحراف معیار	سبک زندگی	
۰/۰۱	۹۱/۳ ± ۱۸/۲	زن (۱۶۹)	جنس
	۸۶/۷ ± ۱۸/۳	مرد (۱۸۶)	
۰/۰۱	۱۶ ± ۷۶/۹	زیر ۲۰ سال (۲۹)	سن
	۹۱/۱ ± ۱۷/۴	۲۰-۲۵ سال (۱۴۶)	
	۸۹/۳ ± ۱۸/۸	۲۵-۳۰ سال (۱۶۵)	
	۸۷/۳ ± ۱۶/۱	بالای ۳۰ سال (۱۵)	
۰/۰۶	۹۱ ± ۱۸/۴	دبیرستان و متوسطه (۲۷)	تحصیلات
	۹۱/۵ ± ۲۰	دیپلم (۱۳۲)	
	۸۶/۸ ± ۱۶/۷	دانشگاهی (۱۹۶)	

آزمون تی زوج بین کیفیت زندگی و جنس اختلاف معنی داری را نشان داد (۰/۰۱) طوریکه کیفیت زندگی زنان بالاتر از مردان بوده. آزمون آنوا بین کیفیت زندگی با سن اختلاف معنی داری را نشان داد طوریکه آزمون شفه این اختلاف را بین گروه سنی زیر ۲۰ سال با گروه سنی ۲۵-۳۰ و گروه سنی ۳۰-۲۵ نشان داد. آزمون آنوا بین کیفیت زندگی با تحصیلات اختلاف معنی داری را نشان داد (۰/۰۶).

### بحث و بررسی یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش بر اساس اهداف پژوهش در جدول ۲۰ تهیه و تنظیم شده است. اطلاعات مندرج در جداول شماره ۴-۱ تا ۳-۴ در ارتباط با مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش می باشد.

یافته‌های جداول ۱-۳، نشان می دهد بیشترین درصد (۴۷٪) واحدهای پژوهش در گروه سن ۲۵-۳۰ سال و کمترین درصد (۴٪) در گروه سنی بالای ۳۰ سال قرار دانستند که میانگین سن واحدهای پژوهش  $24 \pm 3/3$  بود. از نظر جنسیت بیشترین درصد واحدهای پژوهش ۴۸٪ زن و ۵۲٪ مرد بودند. بیشترین درصد واحدهای پژوهش ۵۵٪ مدرک دانشگاهی و کمترین درصد ۸٪ در مقطع راهنمایی و دبیرستان بودند.

جدول شماره ۴-۴ تا ۱۰-۴ در ارتباط با هدف شماره یک " تعیین میزان سواد سلامت در جوانان استان گلستان را نشان داد. طوری که میانگین و انحراف معیار در تمامی ابعاد سواد سلامت یعنی دسترسی به اطلاعات سواد سلامت ( $3/3 +$  ۱۴/۴)، بعد مهارت خواندن سواد سلامت ( $2/3 + 8/9$ )، فهم سواد سلامت ( $4/4 + 16/7$ )، ارزیابی سواد سلامت ( $2/6 + 6/2$ )، کاربرد اطلاعات سواد سلامت ( $28/4 + 6/8$ )، و در بعد کلی با میانگین  $12 + 75$  پایین تر از میزان میانگین قرار داشت.

بهترین بعد سواد سلامت با میانگین و انحراف معیار  $6/8 + 28/4$  مربوط به کاربرد اطلاعات سواد سلامت در بین جوانان استان گلستان بود طوری که بیشترین درصد واحدهای پژوهش ۸۷٪ در بکار گیری اطلاعات مربوط به سواد سلامت در حد متوسط قرار داشتند. ولی پایین ترین میزان بعد سلامت سلامت بامیانگین و انحراف معیار  $(6/2+2/6)$  مربوط به ارزیابی سواد سلامت بود. طوری که بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۴۱٪) از نظر ارزیابی سواد سلامت در حد متوسط قرار داشتند. جدول ۴-۱۰ نشان میدهد که بیشترین درصد جوانان استان گلستان (۹۳/۵٪) سواد سلامت در حد متوسط دارند و تنها ۶/۲٪ سواد سلامت در حد بالا داشتند.

جداول ۴-۱۱ تا ۴-۱۴ در ارتباط با هدف دوم "تعیین میزان کیفیت زندگی در جوانان استان گلستان در سال ۹۴" می باشد. کیفیت زندگی در دو بعد جسمانی و بعد روانی مورد تحقیق قرار گرفت.

نتایج این تحقیق نشان داد میزان کیفیت زندگی در جوانان استان گلستان در بعد جسمانی یعنی عملکرد جسمانی، مشکلات جسمی، درد جسمانی، و سلامت عمومی با میانگین  $8/1 \pm 44/9$  نسبت به ابعاد روانی یعنی انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، سلامت روان، و مشکلات روحی با میانگین  $5/8 \pm 21/5$  در سطح بالاتری قرار دارد. طبق تحقیقات این قسمت بطور کلی میتوان گفت بیشتر جوانان استان گلستان (۵۳٪) از نظر کیفیت زندگی در وضعیت خیلی مطلوب و در حدود (۴۷٪) کیفیت زندگی مطلوب دارند.

جداول شماره ۴-۱۳ و ۴-۱۴ در ارتباط با هدف شماره سوم "تعیین سبک زندگی جوانان استان گلستان می باشد. جدول ۴-۱۳ نشان میدهد که سبک زندگی جوانان استان گلستان در ابعاد مختلف یعنی تغذیه، جسمی (فیزیکی)، مسئولیت پذیری، روابط بین فردی، و رشد روحی و معنوی با میانگین  $18 \pm 88/9$  پایین تر از سطح میانگین قرار دارد.

همچنین جدول ۴-۱۴ نشان میدهد که بیشتر جوانان استان گلستان (۸۵٪) سبک زندگی متوسط دارند و حدود (۱۴٪) سبک زندگی خوبی را برای خود متصور هستند. جدول ۴-۱۵ ارتباط بین سطح سواد سلامت با کیفیت زندگی جوانان استان گلستان را نشان میدهد. طبق تحقیق انجام شده میتوان اینطور بیان کرد که بین سطح سواد سلامت و کیفیت زندگی جوانان استان گلستان رابطه معناداری وجود دارد. بطوریکه با کاهش سواد سلامت کیفیت زندگی جوانان استان کاهش پیدا میکند. فرضیه حاضر با تحقیقات انجام شده توسط اردکانی (۱۳۹۴)، شریعتی نیا (۱۳۸۳)، قبادی (۲۰۱۵)، احمدزاده (۱۳۹۳)، رئیسی (۱۳۹۲)، کریمی (۱۳۹۲) و کوشیار (۱۳۹۲)، آذرطل (۱۳۹۱)، رئیسی (۱۳۹۰) همسو میباشد.

کریمی در مطالعه ای به بررسی سواد سلامت عمومی، بهره مندی از خدمات سلامت و رابطه ی بین آنها در بزرگسالان، بر روی ۳۰۰ نفر از افراد ۱۸-۶۴ ساله ی شهر اصفهان پرداختند. نتیجه حاصل شده این است که با توجه به شیوع سواد سلامت متوسط در بزرگسالان شهر اصفهان و نیز پایین بودن میزان بهره مندی از خدمات سلامت لزوم توجه بیش تر به امر سواد سلامت و بهبود ارتباط پزشک و بیمار و آگاه سازی افراد جامعه از طریق برنامه های ارتقای سلامت و یا رسانه ها توصیه می شود. کوشیار در تحقیقی به بررسی رابطه بین سواد سلامت با تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به دیابت پرداخت. یافته هانشان داد ۷۰٪ سالمندان مبتلا به دیابت، سواد سلامت ناکافی داشتند و افراد با سواد سلامت کافی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند. و بین سواد سلامت از بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد اما بعد اجتماعی کیفیت زندگی رابطه معناداری یافت نشد. اردکانی (۱۳۹۴) در تحقیقی به بررسی رابطه سواد سلامت دهان و خودکارآمدی بهداشت دهان با شاخصهای DMFT و شاخص لثه در دانشجویان پرداخت. هدف از پژوهش حاضر ارزیابی رابطه سواد سلامت دهان و خودکارآمدی بهداشت دهان با شاخصهای DMFT و شاخص جینجیوال (شاخص لثه) در دانشجویان بود. در این پژوهش مقطعی که از نوع پژوهش های همبستگی بود ۲۸۱ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه اردکان به صورت نمونه گیری تصادفی طبقه ای برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت دهان، خودکارآمدی بهداشت دهان و شاخصهای DMFT و شاخص لثه جمع آوری و با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شدند. نتایج آزمون همبستگی نشان داد که همبستگی سواد سلامت دهان، خودکارآمدی بهداشت دهان و ابعاد آنها با شاخصهای DMFT و شاخص لثه

معکوس و معنی‌دار بود. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نیز حاکی از آن بود که هر دو بعد سواد سلامت دهان و هر دو بعد خودکارآمدی بهداشت دهان نقش معنی‌دار در پیش‌گویی شاخص‌های DMFT و جینجیوال دارند، اما درک خواندن بیشترین نقش و خودکارآمدی مسواک زدن کمترین نقش را در پیش‌گویی این شاخص‌ها داشتند. همچنین یافته‌ها نشان داد که سواد سلامت دهان و خودکارآمدی بهداشت دهان پیش‌گویی کننده‌های بهتری برای شاخص DMFT نسبت به شاخص جینجیوال هستند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که سواد سلامت دهان و خودکارآمدی بهداشت دهان پیش‌گویی کننده‌های معنی‌دار برای شاخص‌های DMFT و جینجیوال هستند. و با توجه به تغییر پذیری این متغیرها با آموزش، می‌توان جهت کاهش شاخص‌های DMFT و شاخص لثه، این مهارت‌ها را با اولویت درک خواندن و خودکارآمدی نخ دندان کشیدن، آموزش داد. نتایج شریعتی نیا (۱۳۹۳) نشان داد سواد سلامت، میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات و خدمات سلامت اولیه و اساسی و قابلیت استفاده از این اطلاعات و خدمات در قالب روش‌هایی است که منجر به ارتقای سلامت می‌گردد. این پژوهش با هدف تعیین سطح سواد سلامت اختصاصی HIV/AIDS در شهر یاسوج و عوامل مرتبط با آن اجرا شد. در این مطالعه مقطعی، از پرسشنامه ۲۱ گویه‌ای که از روایی و پایایی آن اطمینان حاصل شده بود، نمونه مورد بررسی شامل ۲۵۰ نفر از ۱۵ تا ۴۹ ساله ساکن شهر یاسوج بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب و پرسشنامه برای آنها تکمیل شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری کای دو، آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: میانگین امتیاز HIV/AIDS در شرکت کنندگان  $10/30 \pm 3/36$  بود و تنها ۱۶/۴ درصد از آنها دارای سواد HIV/AIDS کافی بودند. در مدل اصلاح شده رگرسیونی، تحصیلات ( $B = 0/40$  و  $p < 0/001$ )، کارمند بودن ( $B = 1/54$  و  $p = 0/02$ ) و داشتن وضعیت اقتصادی ضعیف ( $B = -0/52$  و  $p = 0/02$ ) با سواد HIV/AIDS رابطه معنی‌داری داشتند. با توجه به این که اکثر افراد مورد بررسی، سواد HIV/AIDS کافی نداشتند، به نظر می‌رسد عدم دسترسی به اطلاعات و خدمات مرتبط با موضوع HIV/AIDS، پیچیدگی و عدم تناسب مطالب با سطح درک مخاطب و شکل نامناسب ارایه پیام‌های سلامت، می‌تواند از علل عمده سواد HIV/AIDS ناکافی باشد. قبادیانی (۱۳۹۳) دریافت میزان ۲۵ درصد آزمون‌دهی-هاسوادسلامتپایین، ۶۵/۲ درصد سواد سلامت کافی و ۹/۸ درصد سواد سلامت مرزی داشتند. افسردگی، اضطراب، استرس و رفتارهای خودمراقبتی از لحاظ سطوح سواد سلامت تفاوت معنی‌داری داشتند (به ترتیب  $P/001$ ). کربمی (۱۳۹۳) به بررسی سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی، بهره‌مندی از خدمات سلامت و رابطه بین آنها در بزرگسالان پرداخت. این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بوده که بر روی ۳۰۰ نفر از افراد ۱۸-۶۴ ساله شهر اصفهان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای که متناسب با حجم نمونه‌ی انتخاب شده بودند در سال ۱۳۹۰ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته، اقتباس شده از پرسش‌نامه استاندارد سواد سلامت CAHP (Consumer) بود و روایی و پایایی آن سنجیده شد. وضعیت سلامت فرد بر اساس خودارزیابی فیزیکی و روانی سلامت در طول ۶ ماه گذشته اندازه‌گیری شد. میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت هم در شش حیطه از افراد سوال شد که شامل تعداد مراجعه به پزشک عمومی، تعداد مراجعه به پزشک متخصص، تعداد مراجعه به درمانگاه یا مطب، تعداد مراجعه به اورژانس، میزان استفاده از خدمات تشخیصی در ۳ ماه گذشته و میزان بستری شدن در بیمارستان در یک سال گذشته می‌باشد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ آمار توصیفی و آزمون کای اسکور استفاده شد. میانگین نمره‌ی سواد سلامت ۲/۴ و در حد متوسط، میانگین نمره‌ی وضعیت سلامت ۳/۱ و در حد خوب و میانگین نمره‌ی بهره‌مندی از خدمات سلامت ۲/۱ و در حد ضعیف ارزیابی شد. بین سواد سلامت، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. بعد خانوار در خودارزیابی وضعیت سلامت افراد موثر است. میزان تحصیلات افراد و منطقه‌ی محل سکونت هم در بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت موثر است. رئیسی (۱۳۹۲) به سواد سلامت و رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان شهر اصفهان پرداخت. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت و رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در سالمندان شهر اصفهان به عنوان یک گروه آسیب پذیر انجام شد. روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی و به شیوه مقطعی بر روی ۳۵۴ نفر سالمند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب با حجم جامعه

انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA) و سیاهه واریسی مربوط به رفتارهای ارتقادهنده سلامت بود. اطلاعات به روش مصاحبه و به صورت پرسشگری درب منازل جمع آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸، آمار توصیفی و آزمون‌های آنالیز واریانسیک طرفه و کای اسکوئر استفاده شد. یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان  $67 \pm 6/97$  بود. در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و انجام فعالیت فیزیکی و مصرف میوه و سبزی ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ( $P < 0/001$ ). به طوری که در سالمندان با سواد سلامت بالاتر میزان فعالیت فیزیکی و مصرف روزانه میوه و سبزی بیشتر بود. بین سطح سواد سلامت و وضعیت سیگار کشیدن ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش برنامه‌ریزی در جهت آموزش و توسعه رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان و لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقا سلامت توصیه می‌گردد. دکتر آذر طل (۱۳۹۱) نیز به ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی در قالب گروه‌های کوچک بر ارتقاء میزان آگاهی و سواد سلامت بیماران زن دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخت. این مطالعه از نوع شاهد دار تصادفی شده بود که روی ۱۶۰ بیمار زن دیابتی نوع ۲ که با روش تخصیص تصادفی بلوکی در دو گروه مداخله و مقایسه قرار گرفتند، انجام شد. ابزار مطالعه، پرسشنامه استاندارد کوتاه سواد سلامت

(Test Of Functional Health Literacy in Adults= TOFHLA) و پرسشنامه خودساخته جهت سنجش آگاهی بیماران از دیابت بود. مداخله آموزشی طی ۶ جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه ای در قالب گروه های کوچک ۵-۱۲ نفر برای گروه مداخله انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS16 و آزمون های آماری تی مستقل (Independent t- test)، کروسکال والیس (Kruskal-Wallis) و تحلیل کوواریانس (Co-Variation) و کای اسکوئر (Chi-square) استفاده شد. دو گروه از نظر متغیرهای فردی با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند ( $p = 0/073$ ). قبل از مداخله تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر آگاهی و سواد سلامت مشاهده نشد، اما بعد از مداخله، تفاوت معناداری بین آگاهی ( $p < 0/001$ ) و سواد سلامت ( $p < 0/001$ ) در دو گروه مشاهده گردید که این تأثیر در گروه مداخله موثر تر بود.

جدول ۴-۱۵ ارتباط بین سواد سلامت و سبک زندگی جوانان استان گلستان را نشان میدهد. براساس نتایج آزمون اسپیرمن بین سواد سلامت و سبک زندگی جوانان استان گلستان رابطه معناداری وجود دارد. بطوریکه با افزایش سطح سواد سلامت سبک زندگی جوانان افزایش پیدا خواهد کرد.

فرضیه حاضر با تحقیقات انجام شده توسط نیلساز (۱۳۹۱) و پرهام (۲۰۰۸) همسوم می باشد. رهام (۲۰۰۸) پژوهشی رادار اروپا در مورد سلامت و بهره وری مدیریت انجام داد و نشان داد که سبک زندگی کاری به عنوان یک عامل روانشناختی در محیط کار میتواند موجب افزایش بهره وری کارکنان شود.

جدول ۴-۱۵ ارتباط بین سبک زندگی با کیفیت زندگی جوانان استان گلستان را نشان میدهد. جدول فوق با استفاده از آزمون اسپیرمن نشان میدهد که بین سبک زندگی و کیفیت زندگی جوانان استان گلستان رابطه معناداری وجود ندارد. جدول شماره ۴-۱۷ ارتباط بین سبک زندگی جوانان با مشخصات دموگرافیک را نشان میدهد.

آزمون تی زوجی بین جنسیت و سبک زندگی در جوانان استان گلستان ارتباط معنی داری وجود دارد به نحوی که سبک زندگی زنان از مردان بالاتر است. همچنین آزمون آنوا بین سن و سبک زندگی ارتباط معنی داری را نشان داد. مطابق با آزمون آنوا بین سبک زندگی جوانان با میزان تحصیلات ارتباط معنی داری وجود ندارد.

جدول ۴-۱۸ ارتباط بین سواد سلامت با مشخصات دموگرافیک جوانان استان گلستان را نشان میدهد. طبق آزمون تی مستقل سواد سلامت در گروه جنسیتی مردان بالاتر میباشد. همچنین آزمون آنوا بین سن و سواد سلامت ارتباط معنا داری را نشان میدهد. طبق آزمون شفه سواد سلامت گروه سنی زیر ۲۰ سال از بقیه گروه‌های سنی بالاتر است. همچنین آزمون آنوا بین تحصیلات و سطح سواد سلامت ارتباط معنی داری را نشان داد بطوریکه گروه تحصیلی دیپلم از گروه افراد دانشگاهی از سطح بالاتری از سواد سلامت برخوردار بودند.

جدول ۴-۱۹ ارتباط کیفیت زندگی با مشخصات دموگرافیک جوانان استان گلستان را نشان میدهد. آزمون تی مستقل بین جنس و سطح کیفیت زندگی ارتباط معنی داری را نشان نداد. آزمون آنالیز واریانس بین سن و کیفیت زندگی رابطه معناداری را نشان داد. بطوریکه بطوریکه گروه سنی زیر ۲۰ سال از کیفیت زندگی بالاتر برخوردار بودند.

### نتیجه گیری نهایی

در این پژوهش نتیجه گیری نهایی با توجه به اطلاعات بدست آمده از یافته ها بر اساس پاسخ به سوالات پژوهش تنظیم گردیده است.

یافته های مندرج در جداول شماره ۱۰-۴ در ارتباط با سوال پژوهش شماره یک "سطح سواد سلامت در بین جوانان استان گلستان" می باشد. نتایج میزان سواد سلامت را با میانگین  $12 + 75$  پایین تر از میزان میانگین نشان داد. جداول ۱۲-۱۱ در ارتباط با سوال دوم پژوهش "میزان کیفیت زندگی در جوانان استان گلستان چگونه است؟ این مطالعه با میانگین و انحراف معیار  $9 + 66/5$  نشان داد.

جداول شماره ۱۴-۱۳ در ارتباط با هدف شماره سوم "سبک زندگی در جوانان استان گلستان چگونه است می باشد؟ نتایج این مطالعه نشان داد سبک زندگی جوانان استان با میانگین و انحراف معیار  $18 + 88/9$  پایین تر از سطح میانگین قرار دارد. جدول شماره ۱۵ در ارتباط با اهداف پژوهش می باشد که سواد سلامت با کیفیت زندگی ارتباط دارد می باشد که نتایج نشان داد بین سواد سلامت با کیفیت زندگی جوانان رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول شماره ۱۶ در ارتباط با فرضیه سوم پژوهش بود که بین سواد سلامت و سبک زندگی چه ارتباطی دارد؟ که نتایج ارتباط معنی داری را نشان داد.

جدول شماره ۱۷ در ارتباط با فرضیه چهارم پژوهش بود که بین کیفیت زندگی و سبک زندگی جوانان چه ارتباطی دارد؟ که نتایج ارتباط معنی داری را نشان نداد.

جدول شماره ۱۸ در ارتباط با فرضیه پنجم پژوهش بود که ارتباط بین سبک زندگی و مشخصات دموگرافیک جوانان استان گلستان را نشان میدهد که نتایج وجود ارتباط معنی دار بین جنس و سن جوانان با سبک زندگی را نشان داد.

جدول شماره ۱۹ در ارتباط با فرضیه ششم پژوهش بود که ارتباط بین سواد سلامت با مشخصات دموگرافیک جوانان استان گلستان را نشان میدهد. که بین مشخصات دموگرافیک جوانان و سطح سواد سلامت ارتباط معنی داری وجود دارد.

جدول شماره ۲۰ به ارتباط بین کیفیت زندگی و مشخصات دموگرافیک جوانان استان گلستان اشاره دارد. نتایج تحقیق نشان میدهد که بین جنس و سن جوانان و کیفیت زندگی آنها ارتباط معنی داری وجود دارد.

### کاربرد یافته ها

در راستای تایید فرضیه اصلی اول تحقیق مبنی بر وجود رابطه بین سطح سواد سلامت با سبک زندگی جوانان استان گلستان و فرضیات فرعی وابسته به آن پیشنهاد می شود:

سواد سلامت نه فقط به عنوان یک ویژگی و مشخصه فردی بلکه بایستی به عنوان یک تعیین کننده کلیدی بهداشت و سلامتی در سطح جمعیت در نظر گرفته شود. مردم در درک اطلاعات سلامتی مشکل دارند که این مشکلات به سن، ناتوانی، زبان، فرهنگ و هیجانات بستگی دارد هرچند آموزش های درست و روش های آموزش حرفه ای می تواند با ارائه اطلاعات سبب ارتقای سواد سلامت گردد. امروزه باید به سواد سلامت توجه بیشتری گردد زیرا امروزه مراقبتهای بهداشتی پیچیده تر از گذشته میباشد. تشویق جوانان به استفاده صحیح از اینترنت و فناوری اطلاعات نیز امر مهمی است. فناوری اطلاعات به عنوان یک ابزار ارزش برای انتشار اطلاعات شناخته شده است. اطلاعاتی که افراد با استفاده از فناوری های اطلاعاتی میگیرند، موجب ایجاد تغییر در رفتار بهداشتی آنها میگردد. استفاده از فناوریهای اطلاعاتی موجب برقراری عدالت شده و ارتباطات بین ارائه دهندگان و استفاده کنندگان مراقبت را تقویت میکند. لازمه استفاده از این فناوریها وجود دانش استفاده و دسترسی به آن میباشد. باید توجه داشت الگوسازی اجتماعی در تغییر رفتار و جانشین کردن رفتارهای جدید بسیار کارآمد است. یکی از کارکردهای اصلی رسانه ها، کارکرد آموزشی آنها است. کوشش در جهت حفظ و گسترش

سلامت جامعه همواره از جمله توقعاتی است که در مورد رسانیها وجود داشته و هست. سیاستگذاران سلامت نیز با توجه به تأکید خود بر پیشگیری، رسانه‌ها را باید ابزار مناسب برای انتشار پیامهای سلامت بدانند. اصولاً آموزشهای جامع و کامل در زمینه سلامتی با در نظر گرفتن ابعاد مختلف مراقبتی نظیر وضعیت جسمانی، تغذیه، داروها، مراقبت در منزل توسط آموزشیاران بهداشتی و همچنین تشویق بیماران برای شرکت در دوره‌ها و کلاس‌های مداوم و آموزش در مورد استفاده از درمانهای تکمیلی باید از جانب مسئولین انجام گیرد. امروزه اکثر افرادی که بر روی ارتقای سواد سلامت کار میکنند بر آموزشهای مستقیم و ایجاد فرصتهایی برای کسب اطلاعات تکمیلی ازمحیط باید تأکید داشته باشند.

در راستای تایید فرضیه اصلی دوم تحقیق مبنی بر وجود رابطه بین سطح سواد سلامت با کیفیت زندگی جوانان استان گلستان و فرضیات فرعی وابسته به آن پیشنهاد می‌شود:

باید بهبود در سواد سلامت را در گروه سالمندان، جمعیت مهاجر، افرادی سواد، افراد کم درآمد، افراد با سلامت روان پایین و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع دو و فشارخون افزایش داد.

بیماران نیاز به درک اطلاعات در مورد سلامتی دارند زیرا در بسیاری از موارد باید مراقبتهای لازم را از خود به عمل آورند. بیماران و همچنین خانواده‌ها و مراقبین آنها برای کمک به بیماران نیاز به اطلاعات لازم دارند و گاهی اطلاعات پیچیده و نامفهوم است و برای اطلاعات جدید و تصمیم‌های پزشکی ابهاماتی برای بیماران وجود دارد. بیماران باید فعال بوده و یاد بگیرند. آنها باید اطلاعات را بخوانند و یا از دوستان، رسانه‌های جمعی یا اینترنت دریافت کنند. بحث در کارگاه‌ها می‌تواند کمک کننده باشد که به بیماران بگوییم چه کاری را انجام بدهند زیرا فقط خواندن، نوشتن و بیان قوانین جدید نمی‌تواند موجب افزایش سواد سلامت گردد. اولین گام در اغلب موقعیت‌ها اندازه‌گیری سواد سلامت است. بدون اندازه‌گیری، دانستن اینکه چه وقت و چگونه سواد سلامت ممکن است مرتبط باشد امکان پذیر نیست و به سادگی ممکن است مداخلاتی طراحی شوند که در توجه به عوامل مرتبط به شکست بینجامند. رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در سالمندان تأثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی خواهد شد. لازم است که در نظام‌های مراقبت سلامت، همزمان با بررسی بالینی، توجه جدی به رویکردهای رفتاری و عوامل خطر صورت گیرد. در این میان با توجه به کاهش سن ابتلا به رفتارهای آسیب‌رسان و با توجه به حساس بودن مقاطع سنی نوجوانان و شکل‌گیری چهارچوب فکری، عقیدتی، ارزشی اجتماعی و عاطفی؛ این گروه در اولویت قرار می‌گیرند. از طرف دیگر در ارزیابی سلامت، نه تنها باید به اندازه‌گیری شیوع و شدت بیماری‌ها پرداخته شود، بلکه بر آورد درک و نظریه‌های بیماران و افراد سالم نسبت به وضعیت سلامت خود نیز ضرورت دارد. لذا مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، می‌تواند تصویر جامعی از سلامت جمعیت ارائه دهد که در پایش سلامت مردم، شناسایی نیازها و اولویت‌های بهداشتی، ارزشیابی اثربخشی مداخلات و مقایسه مداخلات با یکدیگر کاربرد دارد.

### پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی

پیشنهاد می‌شود تحقیق حاضر در سایر سازمان‌ها و ادارات استان انجام گیرد.

پیشنهاد می‌شود تحقیقی با عنوان بررسی عوامل موثر در ارتقای سطح سواد سلامت انجام گیرد.

پیشنهاد می‌شود تحقیقی با عنوان بررسی رابطه بین سبک زندگی و کیفیت زندگی انجام گیرد.

### فهرست منابع

- آرین، وحید؛ فروید مریم، السادات؛ منتظری، علی؛ یآوری، پروین (۱۳۹۱). بررسی رابطه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و کنترل قند خون در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی، دوره چهارم، شماره ۴.
- پریزاد، ناصر؛ همتی، معصومه؛ خلخالی، حمیدرضا (۱۳۹۲). ارتقای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: آموزش از راه دور، مجله پژوهشی حکیم، دوره شانزدهم، شماره سوم.

- حاتملوی، منیژه (۱۳۹۰). نقش کانون کنترل سلامت در رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دوره ۳۳، شماره ۴.
- حجتی، حمید؛ شریفی نیا، حمید؛ طاهری، نوراله (۱۳۹۰). آمار و روش تحقیق در پرستاری و پزشکی، نشر جامعه نگر. سالمی، ص ۶۸.
- حجازی شیرین (۱۳۸۶). آشنایی با اصول و روش تحقیق در علوم پزشکی، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران.
- حقایق، عباس؛ قاسمی، نظان الدین؛ نشاط دوست، حمید؛ کجیاف، محمد باقر؛ خانبانی، مهدی (۱۳۸۹). روایی و پایایی مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماران دیابتی نوع ۲، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، دوره دوازدهم، شماره ۲.
- حمدزاده، سعید؛ عزتی، زاله؛ عابد سعیدی، ژیلا؛ نصیری، نویده (۱۳۹۱). سبک های مقابله ای و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت، نشریه مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲۵، شماره ۸۰.
- رئیس، مهنوش؛ مصطفوی، فیروزه؛ حسن زاده، اکبر؛ شریفی راد، غلامرضا (۱۳۹۰). رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت، سال هفتم، شماره چهارم، ص ۱-۱۱.
- شکیبازاده، الهام؛ رشیدیان، باقر؛ لاریجانی، باقر؛ شجاعی زاده، داود؛ فروزانفر، محمدحسین؛ کریمی، اکرم (۱۳۸۸). ارتباط بین خود کارآمدی و موانع درک شده با عملکرد خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مجله دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی تهران، دوره ۱۰، ص ۶۹-۷۹.
- شهبواری، سکینه؛ پیروی، حمید (۱۳۸۹). نظریه های پرستاری و کاربرد آنها، چاپ دوم، تهران، نشر بشری.
- شیرازی، مریم؛ انوشه، منیره (۱۳۸۹). مروری بر تاریخچه و تحولات صورت گرفته در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی در جهان و ایران و جایگاه پرستاران در این عرصه، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه نامه توسعه آموزش)، دوره ۱۰، شماره ۵.
- کشاورز، زهره؛ سیمبر، معصومه؛ رمضانخانی، علی (۱۳۹۱). عوامل تأثیرگذار بر نحوه مقابله با استرس در زنان کارگر بر پایه الگوی تلفیقی نظریه رفتار برنامه ریزی شده و خودکارآمدی. فصلنامه پایش، سال یازدهم، شماره پنجم، ص ۶۹۶-۶۸۵.
- کریمی، سعید؛ کیوان آرا، محمود؛ حسینی، محسن؛ جعفریان، مرضیه؛ خراسانی، الهه (۱۳۹۲). سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی، بهره مندی از خدمات سلامت و رابطه بین آنها در بزرگسالان، مجله مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ۱۰، شماره ۴.
- گودرزی، ماندانا؛ ابراهیم زاده، عیسی؛ ربیع، علیرضا؛ سعیدی پور، بهمن؛ اصغری، محمد (۱۳۹۰). بررسی ارتباط میان آگاهی، نگرش و عملکرد با خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع ۲ شهر کرج، مجله دیابت و لیپید ایران، دوره ۱۱، شماره ۳.
- فولادوندی، معصومه؛ عزیززاده، منصوره؛ اسدآبادی، آذر؛ فولادوندی، غلامرضا؛ لشکری، طاهره؛ ملیکان، لیلا (۱۳۹۳). تأثیر آموزش مدیریت تنش بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مجله مدیریت ارتقای سلامت، دوره ۳، شماره ۲.

- قنبری، شهلا؛ مجلسی، فرشته؛ غفاری، محتشم؛ محمودی، محمود (۱۳۹۰). بررسی سواد سلامت زنان باردار زیرپوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد، سال نوزدهم، شماره ۹۷، ص ۱-۱۲.

- طل، آذر؛ شریفی راد، غلامرضا؛ اسلامی، احمدعلی؛ الحانی، فاطمه؛ مهاجری، محمد رضا؛ شجاعی زاده، داوود (۱۳۹۱). خودکارآمدی: مفهومی عملکردی و تأثیرگذار در کنترل دیابت نوع ۲. مجله تحقیقات نظام سلامت، سال هشتم، شماره دوم، ۳۳۹-۳۴۷.

- نکویی مقدم، محمود (۱۳۹۱). سواد سلامت و بهره گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، شماره چهارم.

- نوحی، عصمت؛ خاندان، مریم؛ میرزازاده، علی (۱۳۹۰). تأثیر آموزش الکترونیک بر دانش، نگرش و عملکرد خودمراقبتی بیماران دیابت نوع ۲ در شهر کرمان، پژوهش پرستاری، دوره ۶، شماره ۲۲.

- محمودی، حسن؛ نگارنده، رضا؛ جواهری، معصومه؛ شریفی، پرشنگ؛ قانع، رضا؛ آرمین پور، عالیه؛ اکبری، آرش؛ کاظمی، الهه؛ محمدی، یونس (۱۳۹۳). بررسی سطح سواد بهداشتی و ارتباط آن با پیامدهای دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهرستان سقز در سال ۱۳۹۱، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره ۱.

- منتظری، علی؛ طاووسی، محمود؛ رخشانی، فاطمه؛ آذین، علی؛ جهانگیری، کتابون؛ عبادی، مهدی؛ نادری، شهره؛ سلیمانیان، آتوسا؛ سربندی، فاطمه؛ معتمدی، امیر؛ نقیعی، محمد مهدی (۱۳۹۳). طراحی و روان سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال)، فصلنامه پایش، نشر الکترونیک پیش از انتشار.

- وثوقی، نازیلا؛ ابوطالبی، قاسم؛ فراهانی، بهناز؛ محمدنژاد، اسمعیل؛ نمادی، سجادی، اعظم (۱۳۹۰). بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت. مراقبت های نوین، فصلنامه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۸، شماره ۴، ص ۱۹۷-۲۰۴.

- هاریسون (۱۳۹۰). بیماریهای غدد درون ریز و متابولیسم، مترجمان عبدالحسین ستوده نیا، محمد حسین عصاره؛ چاپ دوم، تهران، نشر کتاب ارجمند، ص ۲۵۰-۳۲۶.

1. Achieving Health Literacy. Atlanta, GA: American Cancer Society; 1995.
2. American Cancer Society, Joint Committee on National Health Education Standards. National health educationstandards: achieving health literacy. Washington (DC): American Cancer Society; 1997.
3. Amir Khani M, Motlagh M, Sedaght M, Namazy R, Ardalan G, Haghdoost A ,et al. [Health status, risky healthbehaviors of students based on academic year 2006-7]. Isfahan:Isfahan University of Medical Sciences;2008:3-7,24. [in Persian].
4. Andrews GR. Care of older people: Promoting health and function in an ageing population.
5. BMJ Available from: URL: <http://www.nlm.nih.gov/archive//20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>. Joint Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. Am J Public Health 2002; 92(8): 1278-83.
6. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med 2007; 167(14): 1503-9.
7. Banihashemi S A, Amirkhani M A, Haghdoost A A, Alavian S M, Asgharifard H, Baradaran H, et al. [Health literacy and the affecting factors: a study in five

- provinces of Iran]. Journal of Medical Education Development Center. 2007;4(1):1-9.(persian)
8. Behaviors Among Older US Adults With and Without Disabilities, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2003. Preventing chronic disease. 2007;4(1).
  9. behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health 2007;61(12):1086-90.13. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health
  10. Bennett CL, Ferreira MR, Davis TC, Kaplan J, Weinberger M, Kuzel T, et al. Relation between
  11. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
  12. Black JM, Hawks JH, Keene AM. Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes. Philadelphia:Elsevier - Health Sciences Division; 2001. p. 5223.
  13. Bohlman LN, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC):National Academies Press; 2004.
  14. British Medical Journal. 2001;322(7288):728-9.
  15. Chew L D, Bradley K A. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Fam Med 2004;36(8):588-594.
  16. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Soc Sci Med 2008;66(8):1809-16.
  17. comprehension of prescription drug warning labels. J Gen Intern Med 2006;21(8):847-51.
  18. Covinsky KE, Wu AW, Landefeld CS, Connors AF, Jr., Phillips RS, Tsevat J, et al. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? Am J Med 1999; 106(4): 435-40.
  19. Darby S, Crump A. Older people, nursing, and mental health. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 1999. p. 4.
  20. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, Middlebrooks M, Kennen E, Baker DW, et al. Low literacy impairs
  21. de Bruin A, Picavet HS, Nossikov A. Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments. WHO Reg Publ Eur Ser. 1996; 58:i-xiii, 1-161.
  22. DeLaune SC, Ladner PK. Fundamentals of nursing: standards & practice. New York: Delmar Thomson Learning; 2002. p. 65.
  23. Downey La Vonne A, Zun Leslie S. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. Journal of the National Medical Association 2008;100(11):1304-1308
  24. Dunn HL. High-Level Wellness for Man and Society. Am J Public Health Nations Health 1959; 49(6): 786-92.
  25. Ferguson B. Health literacy and health disparities the role they play in maternal and child health. Nursing for Women's Health. 2008;12(4):288- 298.
  26. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient education and counseling. 2003;51(3):267-75.
  27. Guccione AA, Avers D, Wong R. Geriatric physical therapy. 3rd Ed. Elsevier Health Sciences; 2011.

28. Habibi A, Savadpoor MT, Molaei B, Samshiri M, Ghorbani M. Survey of physical functioning and prevalence of chronic illnesses among the elderly people. *Iranian Journal of Ageing* 2009;4(13).
29. Hackett TP, Cassem NH. Factors contributing to delay in responding to the signs and symptoms of acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1969; 24(5): 651-8.
30. Health literacy in five province and relative effective factors. *Strides in Development of Medical Education*. 2007;4(1):1-9.
31. health literacy on women's health. *JOGNN* 2009;(38): 601-612. Available at: <http://jognn.awhonn.org>
32. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1999; 281(6): 552-7.
33. Hosseini SR, Zabihi A, Savadkouhi S, Bizhani A. Prevalence of chronic diseases in elderly population in Amirkola (2006-2007). *JBUMS* 2008: 68-75.
34. *Iran J Public Health*. 2006; 4(4):1-12. [Persian].
35. Islamic Republic News Agency Social; Elderly [Online]. 2007 [cited 2007 Jun 3]; Available from: URL: <http://www.irna.com/en/news/line-8.html/>
36. Joint Committee on National Health Education Standards. National Health Education Standards:
37. Kalichman SC, Benotsch E, Suarez T, Catz S, Miller J, Rompa D. Health literacy and health-related knowledge among persons living with HIV/AIDS. *Am J Prev Med* 2000;18(4):325-31.
38. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion, definitions, concepts and examples in Eastern Mediterranean Region. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap: 2009 October 26-30 Nairobi, Kenya
39. Kichbush IS. Internal journal of health promotion and healthy lifestyle. Trans. Sarmast H, Moosavian MK. Tehran: Publication of the Ministry of Health; 2006.
40. King CR, Hinds PS. Quality of life from nursing and patients perspectives: theory, research, practice. UK: Jones & Bartlett Publishers; 2003.