

## بررسی مؤلفه‌های سواد سلامت شهروندان شهر مشهد مبتنی بر رویکرد سلامت‌محور

محمدحسن شربتیان<sup>۱</sup>  
فهیمه آذرنیا<sup>۲</sup>

نوع مقاله: علمی- پژوهشی  
شماره صفحه: ۸۳-۱۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۱۰  
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۶

### چکیده

توانمندی در به‌دست‌آوردن، تحلیل و فهم اطلاعات بهداشتی که فرد نیاز دارد تا در مورد مسائل سلامتی خود مشارکت نماید و تصمیم‌های درستی بگیرد، "سواد سلامت" تعریف می‌شود. هدف از نوشتار حاضر، ارزیابی وضعیت سواد سلامت و مؤلفه‌های آن در شهر مشهد است. مبنای نظری سلامت-محور کارهام، متأثر از فرصت‌ها و انتخاب در زندگی، جهت برخورداری از سواد سلامت استفاده شده است. از رویکرد کمی محور، راهبرد پیمایش از نوع توصیفی، در بین شهروندان بالای ۱۸ سال مناطق شهری مشهد استفاده شده است. بر اساس فرمول کوکران، ۸۰۰ نفر مبتنی بر روش نمونه‌گیری متناسب با حجم هر منطقه، انتخاب شده و با تکیه بر پرسشنامه استاندارد شده سواد ایرانیان اطلاعات جمع‌آوری شده است. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۹۲۱ در حد قوی به‌دست آمده است. نتایج نشان داد که از نظر جنسیت، تقریباً پاسخگویان با هم برابر بوده‌اند. میانگین سنی پاسخگویان برابر با ۳۷/۳۱ سال بوده است. وضعیت میانگین مؤلفه‌های سواد سلامت عملکردی، ارتباطی- تعاملی، پایه و انتقادی، به ترتیب حائز اهمیت بوده است. نتایج مقایسه میانگین گروه‌های تحصیلی، سنی و

---

۱. دکترای جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، پژوهشگر و مدرس دانشگاه جامع علمی- کاربردی موسسه پژوهشی سینا خراسان رضوی)، نویسنده مسؤل  
Sharbatyian@gmail.com

۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، پژوهشگر اجتماعی سازمان فرهنگی و اجتماعی شهرداری مشهد  
Azarnia.fa@gmail.com

مناطق شهری با متغیر و مؤلفه‌های مورد مطالعه در حد متوسط روبه بالا بوده‌است. نتایج آزمون فریدمن بیانگر این است که مؤلفه‌های سواد عملکردی، پایه، ارتباطی- تعاملی و انتقادی با بیشترین میانگین و با مقدار مجذور کای برابر با  $120/059$  در سطح خطای کوچک‌تر از  $0/05$  به دست آمده‌است که به لحاظ آماری با اطمینان  $0/95$  میانگین مؤلفه‌ها، تفاوت معناداری در سبک زندگی سلامت‌محور پاسخگویان وجود دارد. در نهایت سواد سلامت به‌عنوان مؤلفه شناختی و متأثر از انتخاب‌ها و موقعیت‌ها در زندگی به افزایش کیفیت زندگی، ارتقای سبک زندگی سالم، کاهش خطرات سلامتی و مهارت‌های خودمراقبتی منتهی می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** سبک سلامت‌محور، سواد سلامت، شهروندان، مشهد

#### مقدمه

در قرن حاضر مطلوبیت زندگی هر فرد شامل طیفی از مهارت‌ها، توانمندی‌ها و شایستگی‌هاست؛ به عبارت دیگر بسیاری از این مهارت‌ها را امروزه در زندگی باید سواد نامید. این سوادها از توانایی خواندن یک روزنامه تا درک اطلاعاتی از سلامت در زندگی را شامل می‌شود که مجموعه این نوع مهارت‌های سوادمحور، طیف متنوعی از قابلیت‌ها و پویایی‌ها را در زندگی به همراه می‌آورد. در همین ارتباط سواد سلامت<sup>۱</sup> از مهارت‌هایی است که انسان امروزی در جهت ارتقا و حفظ سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی باید از آن برخوردار باشد. سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup>، سواد سلامت را نوعی مهارت شناختی و اجتماعی و انگیزه و توانایی افراد برای به‌دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی در راه ارتقا و حفظ سلامتی خوب، تعریف می‌کند (Nutbeam, 2000: 183). با توجه به این تعریف امروزه یکی از رویکردهای اصلی ارزیابی سلامت در جوامع مختلف، سبک زندگی سلامت‌محور<sup>۳</sup> است که از طریق سواد سلامت می‌تواند عاملی تعیین‌کننده برای پیشگیری از بیماری‌ها، کاهش مرگ‌ومیر و بهبود سلامت عمومی افراد جامعه محسوب شود (Yang, et al., 2015: 8).

- 
1. Health Literacy
  2. world health organization (WHO)
  3. Health-oriented lifestyle

باید اشاره کرد که مسئولیت‌پذیری افراد در قبال سلامتی و همچنین خودمراقبتی در برابر بیماری‌ها، در جوامع مدرن و توسعه‌یافته، رشد بسیاری یافته‌است. دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامتی و آگاهی‌یافتن از مسائل بهداشتی و بیماری، شاخص مهم و تعیین‌کننده سلامتی است و انتظار می‌رود که افراد برای داشتن سطح بالای سلامتی، از این‌گونه اطلاعات استفاده نمایند (Fransen, et al., 2011: 137). بنابراین سواد سلامت چیزی فراتر از صرف توانایی خواندن کتاب و یا جزوه و سایر مواد نوشتاری است. سواد سلامت نوعی دغدغه عمومی در خصوص ارتقای سلامت در بُعد فردی، محیطی، پیشگیری از بیماری‌ها، غربالگری‌های زودهنگام، استمرار و مداومت مراقبت‌های بهداشتی و سیاست‌گذاری در حوزه سلامت را شامل می‌شود (خسروی، احمدزاده و احمدزاده، ۱۳۹۳: ۶). این موارد در ارتباط با مجموعه‌ای از عملکردها، نگرش‌ها، رفتارها، بینش‌ها، سلیقه، انتخاب‌ها و فعالیت‌های فردی است که رویکرد سلامت‌محور زندگی فردی را در برمی‌گیرد و در قالب الگوهای جمعی رفتاری می‌تواند برای جلوگیری از بروز مشکلات مرتبط با سلامت و به‌عنوان تضمین‌کننده حوزه بهداشت فردی حائز اهمیت قرار گیرد. ضرورت سواد سلامت به‌عنوان یکی از شاخص‌های اجتماعی سلامت، نقش مهمی در تصمیم‌گیری و انتخاب سبک زندگی سالم افراد دارد و به‌عنوان مهارتی اجتماعی و شناختی، ابعاد مختلفی؛ از قبیل کسب<sup>۱</sup>، پردازش<sup>۲</sup>، فهم<sup>۳</sup> و اجرای دانش و اطلاعات به‌دست‌آمده<sup>۴</sup> از سلامت را، شامل می‌شود که با نوعی توانایی فهم مفاد آموزشی همراه است و اهمیت پرداختن به آن را امروزه دو چندان کرده‌است (دلاور، پاشایی‌پور و نگارنده، ۱۳۹۷: ۱).

در سال‌های اخیر، اهمیت سواد سلامت به‌عنوان یک توانمندی مهم به منظور سبک زندگی سلامت‌محور افراد جامعه، نوعی ظرفیت بالقوه در نظر گرفته می‌شود که کارکردهایی چون افزایش توانایی بالقوه افراد و حتی بیماران در جهت اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه، کاهش مخاطرات تهدیدکننده سلامت، افزایش جلوگیری از گسترش بیماری‌ها، ارتقای امنیت جسمانی، بالابردن کیفیت زندگی و افزایش کیفیت مراقبت از خود را می‌تواند به همراه داشته باشد (پناهی و دیگران، ۱۳۹۵: ۳۳). پس

- 
1. Screening
  2. Access
  3. Appraising
  4. Understanding
  5. Apply

با توجه به اینکه سواد سلامت، امروزه یکی از اجزای مهم سبک زندگی سلامت‌محور همگانی تلقی می‌شود، سنجش میزان سواد سلامت برای اولین بار در ایران به سفارش دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت متبوع و با همکاری مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی در سال ۱۳۹۳ طراحی و اجرا شد. در این مطالعه تعداد ۲۰۵۷۱ نفر از شهروندان ایرانی شرکت کردند. نتایج کلی این مطالعه نشان داد که حدود نیمی از جمعیت مورد مطالعه در کشور، از سواد سلامت محدود برخوردار بودند. به‌رغم مطلوب‌تر بودن نسبی سواد سلامت زنان در مقایسه با مردان، محدودیت سواد سلامت در هر دو جنسیت نمایان بود. محدودیت سواد سلامت در گروه‌هایی که به‌نظر می‌رسد از درجه آسیب‌پذیری بالاتری نسبت به دیگران برخوردارند؛ از جمله افراد بالای ۵۵ سال، افراد با تحصیلات کم و افراد بیکار بیشتر بود. عدم برخورداری از سواد سلامت مطلوب در پهنه جغرافیایی کشور توزیع متفاوتی داشت؛ به‌طوری‌که اختلاف سطح سواد سلامت محدود بین بالاترین و پایین‌ترین سطح در میان استان‌های کشور ۳۶٪ بود. حرکت به سوی عدالت در سلامت ایجاب می‌کند، ضمن شناسایی دقیق مناطق و گروه‌های آسیب‌پذیر، ملاحظات لازم برای رفع این محدودیت و محرومیت به عمل آید.

منابع کسب اطلاعات سلامت برای گروه‌های هدف در این مطالعه به ترتیب رادیو و تلویزیون، پرسش از پزشکان و کارکنان حوزه سلامت و اینترنت گزارش شده بود. میزان سواد سلامت محدود در دانش‌آموزان و دانشجویان نسبتاً بیش از حد انتظار بود (طاووسی و دیگران، ۱۳۹۴: ۹۶). همچنین در تحقیقی دیگر نتایج نشان داد که در ۵ استان کشور (در ۵ شهر و ۵ روستای کشور از استان‌های بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران) متوسط میزان پاسخ‌دهی در خوشه‌های مورد مطالعه ۷۰/۸٪ بود. ۶۱/۴۵٪ افراد مورد مطالعه زن و بقیه مرد بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۳۸/۱ سال بود. ۱۷٪ از افراد مورد مطالعه بی‌سواد و ۳۶٪ دارای دیپلم و یا تحصیلات دانشگاهی بودند. ۲۸/۱٪ از افراد مورد مطالعه سواد سلامتی در حد کافی، ۱۵/۳٪ سواد سلامتی مرزی و ۵۶/۶٪ سواد سلامتی ناکافی داشتند. درصد نمره سواد سلامتی در مردان ۴۵/۳٪ و در زنان ۴۱/۱٪ بود ( $P=0/057$ ). برخلاف نتایج حاصل از آنالیز خام بررسی روابط متغیرها با سطح سواد سلامت، در مدل اصلاح تعدیل شده<sup>۱</sup> رگرسیونی، سطح سواد سلامت در زنان بالاتر بود ( $P=0/14$ ). سواد سلامت

محدود، ارتباط آماری معنی‌داری نیز با وضعیت اقتصادی پایین نشان داد ( $P=0/004$ ). در همین ارتباط باید گفت که سواد سلامت مردم در استان‌های مورد بررسی پایین بوده‌است. سطح تحصیلات، قوی‌ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت دارد و پایین‌ترین سواد سلامت در زنان، در گروه‌های سنی بالاتر و ساکنان روستا، به‌طور عمده مربوط به پایین‌ترین سواد تحصیلات در این گروه‌هاست (طهرانی بنی‌هاشمی و دیگران، ۱۳۸۶: ۱). علاوه بر این، نتایج نشان داده است که فرهنگ و قومیت از جمله عواملی هستند که سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تأثیرات خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، اهمیت حیاتی در شکل‌دهی نگرش‌ها و اعتقادات دارند و چگونگی تعامل مردم، با سواد سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تحقیقات نشان داده‌است که سطوح پایین سواد سلامت، با سن بالا، درآمد کم و تعداد سال‌های تحصیلات رسمی مرتبط است (Von Wagner, et. al., 2007: 1087). نتایج تحقیق سلامت شهروندان تهرانی نشان از آن دارد که متغیرهای چهارگانه فردی، جمعیت‌شناختی، اجتماعی و اطلاعاتی، در تعیین سطح سواد سلامت شهروندان نقش دارند (ساعی، حسینی‌مقدم و بصیریان جهرمی، ۱۳۹۸: ۱۱۳).

با توجه به اینکه مشهد دومین کلان‌شهر ایران است و از موقعیت فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و مذهبی برخوردار می‌باشد، تحقیقاتی که در ارتباط با سواد سلامت شهروندان در سطح مناطق شهری در طی سال‌های اخیر در این شهر، انجام شده باشد، کمتر صورت گرفته است. از مواردی که در رابطه با همین موضوع در این شهر در سال‌های اخیر انجام شده در میان دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی بوده‌است که نتایج حاکی از آن است که ۲۵٪ دانشجویان سواد سلامت ناکافی، (۳۱/۳۸٪) سواد سلامت مرزی و ۳۶/۶۹٪ سواد سلامت کافی دارند (محمودی و طاهری، ۱۳۹۴: ۳۱). تحقیق دیگری در بین زنان ۴۵ تا ۵۶ ساله در شهر مشهد نشان داد که میزان سواد سلامت گروه هدف ناکافی بود؛ به‌طوری‌که میانگین متغیر یادشده  $54/06 \pm 20/69$  بود که معادل سطح مرزی است. همچنین ۲۰۳ نفر (۴۷/۸٪) از سطح سواد سلامت ناکافی، ۷۳ نفر (۱۷/۲٪) از سطح سواد سلامت مرزی و تنها ۱۴۹ نفر (۳۵٪) از سطح سواد سلامت کافی برخوردار بودند (عبدالملکی و دیگران، ۱۳۹۸: ۱۱۴).

با توجه به توسعه همه‌جانبه مشهد به‌عنوان پایتخت فرهنگی ایران، برنامه‌ای مدون برای رویکرد سلامت‌محور شهروندان، ضروری به‌نظر می‌رسد. برنامه‌ریزی برای اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی رفتارهای سالم و ایمن، احیای موقعیت‌های مختلف برای زندگی شهری، مشارکت دولت در برنامه‌های

سلامت شهری و ایجاد دسترسی بیشتر و بهتر مردم به خدمات سلامتی و اجتماعی، می‌تواند از جمله برنامه‌هایی باشد که برنامه‌ریزان شهری باید برای بهبود و احیای کیفیت زندگی و سبک زندگی سلامت‌محور شهری شهروندان در نظر بگیرند. در واقع سیاست‌گذاری، هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های درست و هدفمند در حوزه سلامت و بهداشت در کلان شهر مشهد نیازمند سنجش وضع موجود سواد سلامت شهروندان است.

حال مسئله این است که مشهد به‌عنوان یک کلان‌شهر، در سال‌های اخیر، شاهد رشد جمعیتی فزاینده‌ای بوده است و در عین حال، در مورد وضعیت سواد سلامت شهروندان اطلاع دقیقی در دست نیست. در چنین تراکم جمعیتی، توجه به مقوله ارتقای سلامت و بهداشت عمومی، بویژه سواد سلامت، از شاخص‌های تعیین‌کننده رویکرد سلامت‌محوری شهری به‌شمار می‌رود. به همین اعتبار، شایسته است که مسئولان شهری ضمن آگاهی و شناخت سواد سلامت و تندرستی شهروندان، فرصت‌های بسیاری را برای ارتقای کیفیت زندگی آنان فراهم آورند. حال در این نوشتار سعی بر این است تا با استفاده از ابزارهای معتبر، میزان سواد سلامت شهروندان مشهد و ابعاد آن مورد سنجش و تحلیل قرار گیرد. بر این مبنا پژوهش حاضر به‌دنبال پاسخگویی به این پرسش‌هاست: بهره‌مندی شهروندان شهر مشهد از میزان سواد سلامت و مؤلفه‌های آن چقدر است؟ آیا رابطه معناداری بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جامعه مورد مطالعه با این متغیر وجود دارد؟

### پیشینه تحقیق

پژوهش‌هایی که تاکنون در ارتباط با موضوع مورد مطالعه، در داخل و خارج انجام شده است، به اختصار از این قرارند:

رهبری بناب و بختیاری علی‌آباد (۱۳۹۹) در گزارشی با عنوان «وضعیت سواد سلامت در جامعه ایران» بیان کرده‌اند که سواد سلامت، عاملی مهم در ارتقای دانش و نگرش افراد نسبت به موضوع سلامتی است و از این رو نقش مؤثری در خودمراقبتی افراد، بهبود شاخص‌های سلامت و کاهش هزینه‌های بهداشتی-درمانی خانوارها و نظام سلامت ایفا می‌کند. بررسی اسناد بالادستی در ایران نشان می‌دهد؛ در بُعد سیاست‌گذاری، تأکید کافی بر ارتقای سطح سواد سلامت جامعه شده‌است. ضعف در تولید داده‌های مورد نیاز در این حوزه، رصد میزان موفقیت و کارآمدی اقدامات حوزه اجرایی

را غیرممکن یا بسیار سخت کرده‌است. با این حال، شواهد موجود در حوزه اجرایی، نشان‌دهنده آن است که برنامه‌های دولت‌ها در اجرای سیاست‌های فوق، کافی و مؤثر نبوده‌است؛ به طوری که براساس نتایج مطالعات، سواد سلامت جامعه اعم از جامعه عمومی، گروه‌های آسیب‌پذیر و بیماران، در سطح مطلوبی قرار ندارد. در مجموع می‌توان گفت موضوع سواد سلامت در اسناد و قوانین بالادستی، بویژه سیاست‌های کلی سلامت به خوبی مورد توجه قرار گرفته‌است؛ پس در حوزه تقنین، تصویب قوانین جدید در این حوزه ضرورت ندارد؛ ولی لازم است نظارت بر حسن اجرای آن‌ها به صورت جدی در دستور کار قرار گیرد. در حوزه اجرا نیز لازم است اهداف اختصاصی در جهت تحقق اهداف و راهبردهای سند ارتقای فرهنگ سلامت کشور تعیین شوند. نتایج مقاله «سنجش میزان سواد سلامت شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن» از ساعی، حسینی‌مقدم و بصیریان جهرمی (۱۳۹۸)، نشان می‌دهد که عوامل/متغیرهای چهارگانه فردی (مهارت‌های ارتباط، مهارت‌های فناورانه، مهارت‌های زبان، دانش قبلی)، جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل)، اجتماعی (طبقه اجتماعی، خط فقر، سطح درآمد، محل سکونت) و اطلاعاتی (مشاوره با پزشک خانواده، همسالان، همکاران، رسانه‌ها)، در کنار متغیر سواد رسانه‌ای (دسترسی "میزان استفاده رسانه‌ای"، تجزیه و تحلیل "میزان اعتماد رسانه‌ای"، ارزیابی انتقادی "میزان موافقت با رسانه" و توان خلق پیام) در تعیین سطح سواد سلامت شهروندان نقش دارند. یافته‌های مقاله‌ای با عنوان «بررسی رابطه سواد سلامت و متغیرهای دموگرافیکی شهروندان شهرستان یزد» از ذوالفقاری، شاکر اردکانی و محمدی احمدآبادی (۱۳۹۸) نشان داد که سواد سلامت مردان در سطح پایین، متوسط و بالا به ترتیب ۲۳/۳٪، ۲۶/۷٪ و ۵۰٪ است. از طرف دیگر، سواد بهداشتی زنان در سطح پایین، متوسط و بالا به ترتیب ۱۵/۳٪، ۳۰/۲٪ و ۵۴/۵٪ است. ضریب همبستگی فی ۱۹/۷۱ بود که نشانگر رابطه بین دو متغیر است. به عبارت دیگر، جنسیت بر سواد سلامت افراد تأثیر می‌گذارد و سطح سواد سلامت زنان بالاتر است. رابطه بین سن و افزایش سواد سلامت نشان داده شده‌است. بر اساس یافته‌ها، نشان داده شده که سواد افراد زیر ۲۰ سال در سطح پایین، متوسط و بالا به ترتیب ۲۲/۲٪، ۱۶/۷٪ است. سطح سواد سلامت شهروندان ۲۰ تا ۲۹ ساله در سطح پایین، متوسط و بالا به ترتیب ۳۲/۷٪ و ۵۳/۳٪ است. سواد سلامت شهروندان ۳۰ تا ۳۹ ساله در سطح پایین، متوسط و بالا به ترتیب ۱۳/۳٪، ۳۲/۷٪ و ۵۴٪ است و سرانجام، سواد سلامت شهروندان بالای ۴۰ سال در سطح پایین،

متوسط و بالا به ترتیب ۰/۱۷/۵، ۰/۷/۵ و ۰/۷۷/۵ است. ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده ۰/۷۶ است که نشان‌دهنده رابطه مثبت بین دو متغیر است. به عبارت دیگر، با افزایش سن افراد، استفاده آن‌ها از شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های محلی و در نتیجه سطح سواد بهداشتی آن‌ها افزایش می‌یابد. بر اساس نتایج، نشان داده شده که سطح سواد سلامت افراد مجرد در سطح پایین، متوسط و بالا به ترتیب ۰/۱۴/۸، ۰/۲۴/۲ و ۰/۶۱/۲ است. از سوی دیگر، سواد سلامت افراد متأهل در سطح پایین، متوسط و زیاد به ترتیب ۰/۱۹، ۰/۲۲/۴ و ۰/۵۸/۶ است. ضریب همبستگی نشان می‌دهد افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل درگیر رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی و همچنین اهمیت بهداشت و سواد سلامت در زندگی زناشویی هستند. به عبارت دیگر، افراد متأهل به طور کلی سواد سلامت خود را بهتر از افراد مجرد ارزیابی می‌کنند. داستانی و دیگران (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی سطح سواد سلامت الکترونیک مبتنی بر اینترنت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد» به این نتایج دست یافته‌اند که سطح سواد سلامت الکترونیک ۰/۴۵/۱ دانشجویان در وضعیت متوسط، ۰/۳۱/۶ در وضعیت خوب و ۰/۹/۱ در وضعیت خیلی خوب قرار دارد. ۰/۱۲/۳ از دانشجویان دارای وضعیت ضعیف و ۰/۱/۹ در وضعیت خیلی ضعیف بودند. در بین دانشجویان این پژوهش بالاترین سطح سواد سلامت الکترونیک، به ترتیب به گویه‌های «آشنایی با نحوه استفاده از اینترنت برای پاسخ به سؤالات سلامت»، «آشنایی با چگونگی استفاده از منابع و اطلاعات سلامت بازیابی شده از اینترنت» و «قابلیت تشخیص منابع سلامت با کیفیت از منابع کم یا بی‌کیفیت» اختصاص داشت. پایین‌ترین سطح سواد سلامت الکترونیک نیز مربوط به گویه «آشنایی با انواع منابع سلامت قابل دسترس در اینترنت» بوده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه کروسکال والیس جهت مقایسه سطح سواد سلامت الکترونیک بین دانشکده‌ها نشان‌دهنده عدم سطح معناداری بوده است ( $P=0/270$ ). نتایج مقاله سیدمعلمی و حقیقی (۱۳۹۵) با عنوان «بررسی سواد سلامت دهان شهروندان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴» نشان داد که در بین شهروندان اصفهانی، ۰/۵۳ دارای سواد سلامت دهان کافی بودند. میانگین نمره سواد سلامت دهان افراد ۰/۱۱/۱ (انحراف معیار ۳/۴) از ۱۷ بود. سواد سلامت دهان خانم‌ها، بزرگسالان مسن‌تر و افراد دارای تحصیلات بالاتر، بیشتر بود ( $p \text{ value} < 0/05$ ). افرادی که رفتارهای سلامت دهان مطلوب‌تری گزارش کردند، سواد سلامت دهان بالاتری نسبت به سایرین داشتند ( $p = 0/006$ ). همچنین افرادی که وضعیت سلامت دهان خود را ضعیف ارزیابی کردند، در مقایسه با دو



گروه دیگر، سواد سلامت دهان پایین‌تری داشتند ( $p \text{ value} = 0/006$ ). بیشترین منابع کسب اطلاعات سلامت دهان شهروندان اصفهانی به ترتیب دندان‌پزشک، رادیو، تلویزیون و اینترنت بود. طاووسی و دیگران (۱۳۹۴) در مقاله‌ای با عنوان «سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها: یک مطالعه ملی» به این نتایج دست یافته‌اند که میانگین (انحراف معیار) سن افراد مورد مطالعه (۸۰/۱۱) ۹۲/۳۴ سال بود. حدود ۵۱٪ از شرکت‌کنندگان در مطالعه، زن و حدود ۴۹٪ مرد بودند. بر اساس نتایج این مطالعه، میانگین (انحراف معیار) امتیاز سواد سلامت جمعیت بزرگسال باسواد شهرنشین کشور از ۱۰۰ امتیاز، (۱۶/۱۵) ۳۲/۶۸٪ بود. نتایج نشان داد حدود ۴۴٪ از جمعیت مورد مطالعه از سواد سلامت محدود برخوردارند. همچنین به‌رغم اختلاف ناچیز، میانگین امتیاز سواد سلامت مردان ۶۰/۶۷٪ و زنان ۶۹/۰۲٪، این تفاوت از نظر آماری معنادار نشان داد. سواد سلامت محدود در طیف سنی ۵۵ سال به بالا بیشترین و در طیف سنی ۳۵ تا ۴۴ سال کمترین میزان را داشت. بیشترین میزان سواد سلامت محدود، در افراد با تحصیلات ۱ تا ۵ سال و کمترین میزان سواد سلامت محدود، در افراد با تحصیلات ۱۳ سال به بالا بود. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد حدود نیمی از افراد مورد مطالعه دارای سواد سلامت محدود هستند و این امر غالباً در گروه‌های آسیب‌پذیر مشاهده شد. حرکت به سوی عدالت در سلامت ایجاب می‌کند، ضمن شناسایی دقیق این گروه‌ها، اقدام لازم برای رفع این محدودیت و محرومیت به عمل آید. جوادزاده و دیگران (۱۳۹۲) در پژوهش «بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان» میانگین سنی افراد  $12/5 \pm 33/6$  سال بود. بر اساس پرسشنامه استاندارد شده<sup>۱</sup>، ۴۶/۵٪ افراد سواد سلامت کافی، ۳۸٪ سواد سلامت مرزی و ۱۵/۵٪ سواد سلامت ناکافی داشتند. پرسشنامه استاندارد<sup>۲</sup> نیز نشان داد که ۳۸/۵٪ از افراد سواد سلامت کافی، ۳۶٪ سواد سلامت مرزی و ۲۵/۵٪ سواد سلامت ناکافی داشته‌اند. ضریب همبستگی پیرسون<sup>۳</sup> با استفاده از نرم‌افزار آماری Spss نشان داد که بین نمرات دو پرسشنامه همبستگی بالایی ( $R = 0/72$ ) وجود داشت و به لحاظ آماری معنی‌دار بود ( $P > 0/100$ ). در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و سن، تحصیلات، جنس و وضعیت اقتصادی، ارتباط معناداری مشاهده شد؛ به‌طوری‌که سواد سلامت ناکافی در افراد با

- 
1. S-TOFHLLA
  2. NVS
  3. Pearson

سنین بالاتر، تحصیلات کمتر، زنان و قشر کم‌درآمد شایع‌تر بود.

در مقاله «آموزش سواد سلامت به‌عنوان یک چشم‌انداز بین‌المللی» از سندرا ویموس و دیگران (Sandra Vamos, et al., 2020)، چشم‌انداز اهمیت و سودمندی آموزش برای سواد سلامت توصیف شده‌است که از این دیدگاه پیروی می‌کند که سواد سلامت، نتیجه مهم آموزش بهداشت است از آن است که می‌تواند در زمینه‌های مختلف، سلامت، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری را بهبود بخشد. آموزش سواد سلامت در زمینه بهداشت به‌عنوان یک منبع جهانی حمایتی، آموزشی و ظرفیت‌ساز در طول زندگی محسوب می‌شود. "سوادآموزی سلامت، دارایی‌ای است که می‌تواند طیف وسیعی از اقدامات بهداشتی را برای بهبود سلامت و رفاه، برای پیشگیری و مدیریت بهتر بیماری‌های بد" در برگیرد و به ما در دستیابی به عدالت و سلامت کمک کند. ما معتقدیم که آموزش و پرورش برای این هدف بسیار مهم است. در مقاله «سواد سلامت در بین دانشجویان دانشگاه بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی»، از کانال و دیگران (Canal, et al., 2020)، در کل، ۲۱۹ دانش‌آموز با میانگین سنی ۲۴/۹ شرکت کردند. از این تعداد ۶۴/۴٪ در رشته مددکاری اجتماعی ۲۳/۷٪ پرستاری، ۵/۹٪ آموزش ابتدایی و ۵/۹٪ آموزش ویژه تحصیل می‌کردند. از کل نمونه، ۳۶/۵٪ در سطح سواد سلامت طبقه‌بندی شدند. میانگین نمره کل شاخص سواد سلامت ۱۱/۱٪ بود: ۱۳/۲٪ در میان دانشجویان پرستاری، ۱۰/۵٪ در میان دانشجویان مددکاری اجتماعی، ۱۰/۱٪ در میان دانشجویان آموزش ابتدایی و ۱۰/۱٪ در میان دانشجویان ویژه ( $p < 0.001$ ). دانشجویان پرستاری بهترین نتایج را به دست آوردند و مراقبت‌های بهداشتی بالاترین رتبه زیرمجموعه، بیشتر از پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت بود. کیکبوش (Kickbusch, 2015) در مقاله‌ای با عنوان «سواد سلامت: یک مهارت اساسی برای قرن بیست‌ویکم است» نشان داده که اقدام در سه زمینه لازم است: افزایش سواد سلامت شهروندان، بهبود مهارت‌های ارتباطی متخصصان و افزایش خوانایی سیستم‌ها. بسیاری می‌توانند در این هدف مشارکت داشته باشند؛ اما مسئولیت ویژه‌ای بر عهده دولت‌هاست؛ به‌عنوان مثال مسئولیت اجرای برنامه‌های سواد سلامت در مدارس و حمایت ویژه از افراد باسواد بهداشتی پایین. شهروندان همچنین باید برای ایجاد مهارت‌های اساسی زندگی که عنصر اساسی برای سلامتی است، فعال‌تر شوند. نتایج گزارشی از کیکبوش و دیگران (Kickbusch, et al., 2013) با عنوان «سواد سلامت حقایق محکم» نشان داده که سواد سلامت جزء ابعاد اصلی سلامت ۲۰۲۰ است که در چارچوب

سیاست‌های بهداشتی اروپا توسط کشورهای عضو در سال ۲۰۱۲ به تصویب رسیده‌است. داده‌های حاصل از نظرسنجی سواد سلامت اروپا نشان می‌دهد تقریباً نیمی از اروپایی‌های مورد مطالعه، در سواد سلامت مشکل دارند یا سواد سلامت آن‌ها ناکافی است. سواد سلامت یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده وضعیت سلامتی همراه با سن، درآمد، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات و نژاد یا گروه قومی است. گرچه سواد سلامت به‌عنوان عامل تعیین‌کننده مهم در سلامتی انسان است، این پدیده نوعی وسیله برای ارتقای توانمندی و مشارکت مردم در جوامع در نظر گرفته می‌شود.

در نهایت می‌توان گفت مفهوم حاضر به‌عنوان متغیری از مباحث حوزه رفاه و سلامت شهروندان، می‌تواند سهم عمده‌ای در حل مسائل سلامت جامعه، بویژه برای گروه‌های اجتماعی مختلف شهری داشته باشد. البته باید اشاره کرد که متغیر سواد سلامت بر اساس رویکرد سلامت‌محور در حوزه جامعه‌شناسی کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌است. با توجه به اینکه در سطح کلان‌شهر مشهد کمتر شاهد گزارش‌های تحقیقاتی در این حوزه بوده‌ایم، محققان در صدد بوده‌اند که به توصیف و ارزیابی وضعیت موجود مؤلفه‌های این متغیر در کلان‌شهر مشهد بپردازند که شهروندان مناطق شهری این شهر از ساختاری متفاوت زندگی شهری و اجتماعی برخوردار اند. همچنین براساس رویکرد سلامت‌محور، یافته‌های حاضر مورد تحلیل قرار گیرد. علاوه بر این با توجه به اینکه شهر مشهد از ظرفیت و توانمندی فرهنگی و اجتماعی خاصی در سطح جامعه و استان خراسان رضوی برخوردار است، بر اساس رویکرد سبک زندگی سالم‌محور، بررسی متغیر مورد مطالعه به همراه مؤلفه‌های آن می‌تواند برای سازمان‌های ذیربط در سطح محلی و استانی، جهت بسترسازی تحولات مثبت سلامت پایدار و حل مشکلات بهداشت و سلامت شهری نقش بارزی داشته باشد. علاوه بر این توصیف و تحلیل مؤلفه‌های سواد سلامت شهروندان می‌تواند از طریق استمرار اجرای برنامه‌های بهتر زیستن، با حوزه کیفیت زندگی و شاخص‌های آن ارتباط تنگاتنگی داشته باشد.

## چارچوب نظری

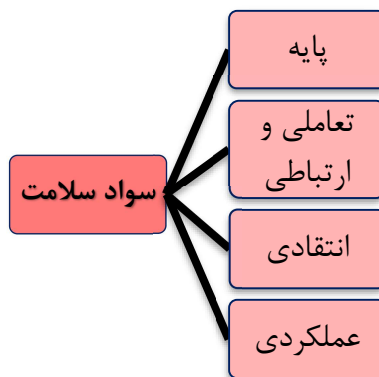
در حوزه مطالعات جامعه‌شناسی، رویکرد سبک زندگی سلامت‌محور در توسعه سواد سلامت و مؤلفه‌های آن می‌تواند نوعی راهنما برای جلوگیری از مسائل و مشکلات بهداشتی و تضمین‌کننده اعتلای سلامت فرد باشد. به نظر وبر<sup>۱</sup> سبک‌های زندگی سلامت‌محور، الگوهایی جمعی از رفتار مرتبط با سلامت‌اند که بر انتخاب‌هایی که طبق فرصت‌های زندگی در دسترس مردم است، متکی هستند. این فرصت‌ها عبارت‌اند از: طبقه، سن، جنس، قومیت و دیگر متغیرهای ساختاری مناسب که انتخاب‌های سبک زندگی را شکل می‌دهند. رفتارهای منتج از کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌ها می‌توانند نتایج بهداشتی مثبت و یا منفی داشته باشند (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۶۷). در همین ارتباط کاکرهام (Cockerham, 2004: 1409) نیز معتقد است که «سبک زندگی سلامت‌محور مجموعه انتخاب‌هایی است که فرد بنا بر موقعیت اجتماعی خود برمی‌گزیند و این انتخاب‌ها برآمده از موقعیت ساختاری و فردی وی هستند. در حقیقت فرصت‌های زندگی یک شخص به‌وسیله موقعیت اجتماعی و ویژگی‌های گروه‌های منزلتی ویژه تعیین می‌شود». از نظر وی در انتخاب سبک‌های زندگی، چه مثبت (سالم) و چه منفی (خطرناک)، مردمی که در بالای جامعه قرار دارند، انتخاب‌های بیشتر و سالم‌تر و منابع بیشتری در حمایت از تصمیم‌گیری خود دارند؛ اما برعکس، مردمی که در پایین قرار دارند فشارهای اقتصادی - اجتماعی بیشتری بر روی انتخاب‌های آن‌ها وجود دارد و حتی انتخاب‌های قابل دسترسی کمتری نسبت به طبقات بالا دارند. کاکرهام سبک زندگی سالم را مجموعه‌ای از انتخاب‌ها می‌داند که فرد در یک موقعیت زندگی انجام می‌دهد. این انتخاب‌ها بر روی رفتارهای مرتبط با سلامتی تأثیرگذار است (Cockerhama & et. al, 2006: 1803). بنابراین از منظر کاکرهام سبک زندگی سلامت‌محور با ترکیب دو مفهوم انتخاب و موقعیت افراد، همراه است؛ زیرا به عقیده وی، سبک‌های زندگی سالم، الگوهایی جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است که مبتنی بر انتخاب‌هایی است که افراد برحسب شرایط اجتماعی و زیستی خود، در دسترس دارند (Cockerham, 2008: 56). به عبارت دیگر کاکرهام به پیروی از وبر، سبک‌های زندگی سلامت‌محور را مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری مرتبط با سلامت می‌داند که مبتنی بر انتخاب‌های افراد از گزینه‌ها و فرصت‌های موجود

---

1. Veber

در زندگیشان است (Cockerham, 2007: 328). به این ترتیب، او براساس انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی افراد، مفهوم سبک زندگی را بررسی می‌کند. فرصت‌های زندگی شامل سن، جنس، نژاد، قومیت و دیگر متغیرهای مرتبطی است که بر انتخاب‌های سبک زندگی تأثیر می‌گذارد. رفتار برآمده از این انتخاب‌ها می‌تواند نتیجه‌های مثبت و منفی برای بدن و ذهن افراد در پی داشته باشد (Cockerham & Ritchey, 1997: 257).

با توجه به این رویکرد، سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌های فردی، شناختی و اجتماعی است که بر اساس فرصت‌های زندگی می‌تواند توانایی و ظرفیت افراد را در دست‌یابی، درک و کاربرد اطلاعات سلامت تقویت کند و این فرصت‌ها و انتخاب‌های زندگی می‌تواند مهارت خواندن و نوشتن پایه، سواد شفاهی، توان محاسبه برای عمل در موقعیت‌های بهداشتی و به‌کارگیری فناوری برای یافتن اطلاعات مرتبط با سلامتی را به‌وجود آورد. چنین فرصت‌ها و مهارت‌هایی در زندگی به افراد کمک می‌کند تا علاوه بر اینکه بتوانند سلامت خود را حفظ کنند، در تصمیم‌گیری‌های درمانی نیز به صورت مؤثر شرکت کنند. بنابر آنچه که گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که با تکیه بر سبک زندگی سالم‌محور که هسته اساسی آن به فرصت‌های زندگی و انتخاب‌های افراد مرتبط است، می‌توان سیاست‌های زندگی فرد؛ از جمله سواد سلامت وی را تحت حمایت قرار داد. باید اشاره کرد که مؤلفه‌های "به‌دست‌آوردن و دسترسی"، "فهم و درک" و "تصمیم‌گیری رفتار" اسکلت اصلی سواد سلامت را شکل می‌دهد. همچنین در تعاریف دیگری از سواد سلامت، بُعد دیگری چون "ارزیابی و قضاوت" هم به آن اضافه شده‌است. با توجه به مبانی نظری مطرح‌شده، مدل مفهومی نمودار ۱، توسط نگارندگان جهت فهم و تبیین و تحلیل تدوین شده‌است.



نمودار ۱. مؤلفه‌های متغیر سواد سلامت

### فرضیه‌های تحقیق

با توجه به مبانی نظری، فرضیه‌های تحقیق از این قرارند:

- بین جنسیت شهروندان و سواد سلامت و مؤلفه‌های آن رابطه معنی‌دار وجود دارد.
- بین گروه‌های سن شهروندان و سواد سلامت و مؤلفه‌های آن رابطه معنی‌دار وجود دارد.
- بین سطح تحصیلات شهروندان و سواد سلامت و مؤلفه‌های آن رابطه معنی‌دار وجود دارد.

### روش‌شناسی تحقیق

#### الگوی بررسی

رویکرد روش کمی محور در این تحقیق مد نظر بوده است که از راهبرد روش پیمایش از نوع تحلیل توصیفی - استنباطی برای تحلیل یافته‌ها استفاده شده است. این تحقیق به لحاظ وسعت پژوهشی، پهنانگر است که می‌تواند قابلیت تعمیم نتایج را به کل جامعه مورد مطالعه مناطق شهری مشهد به همراه داشته باشد. جامعه آماری این تحقیق کلیه شهروندان بالای ۱۸ سال کلان‌شهر مشهد بوده که از حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن برخوردار بوده‌اند. در حال حاضر این شهر ۱۳ منطقه، ۳۷ ناحیه خدمات شهری و ۱۷۱ محله دارد (سالنامه آماری شهر مشهد ۱۳۹۷). حجم جامعه آماری

آخرین سرشماری (۱۳۹۵) برابر با ۲۹۵۷۷۹۱ بوده‌است که جهت برآورد حجم نمونه از فرمول نمونه‌گیری کوکران استفاده شد که ۸۰۰ نمونه به‌دست آمده‌است. روش نمونه‌گیری در این تحقیق مبتنی بر نمونه‌گیری ترکیبی خوشه‌ای چندمرحله‌ای و طبقه‌ای (انتخاب مناطق سیزده‌گانه اختصاص حجم نمونه متناسب با حجم جمعیتی هر منطقه) است. سطح تحلیل این پژوهش در سطح خرد انجام شده و واحد تحلیل و مشاهده در این تحقیق، فرد در نظر گرفته شده‌است. از ابزار پرسشنامه استاندارد شده سواد سلامت ایرانیان استفاده شده که مبتنی بر طیف لیکرت براساس بازه (۱ تا ۵) بوده‌است که مؤلفه‌هایی چون سواد سلامت پایه<sup>۱</sup> - سلامت ارتباطی / تعاملی<sup>۲</sup>، سواد سلامت انتقادی<sup>۳</sup>، سواد سلامت کاربردی / عملکردی<sup>۴</sup> بر اساس گزینه‌های: اصلاً این‌طور نیست (۱) این‌طور نیست (۲) تا حدودی (۳) همین‌طور است (۴) و کاملاً همین‌طور است (۵) مورد سنجش قرار گرفته‌است. در بخش نتایج توزیع فراوانی مؤلفه‌ها به صورت (ناکافی - مرزی - کافی) در جدول مربوطه، همانند دیگر تحقیقات انجام‌شده در حوزه سواد سلامت تنظیم شده‌است.

### تعریف مفاهیم

با توجه به آنچه به اجمال بیان شد، در رابطه با تعاریف عملیاتی مؤلفه‌های متغیر سواد سلامت، به‌طور خلاصه جدول ۱، به تعاریف مؤلفه‌ها می‌پردازد.

- 
1. Basic health literacy
  2. Communication and interactive health literacy
  3. Critical Health Literacy
  4. Applied health literacy

جدول (۱) تعاریف مفهومی و عملیاتی مؤلفه‌های سواد سلامت

مؤلفه	تعریف مفهومی	تعریف عملیاتی	گویه
سلامت فرد	اساس مهارت کافی در خواندن و نوشتن است (خسروی، احمدزاده و احمدزاده، ۱۳۹۳: ۶).	خواندن مطالب آموزشی، فرم‌های پزشکی و راهنمایی دستورات در خصوص مسائل بهداشت و سلامتی.	خواندن مطالب آموزشی در خصوص بهداشت و سلامت (کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی) برای من آسان است. خواندن دستورات کتبی خاصی که پزشکان، دندان‌پزشکان و کارکنان بهداشتی در مورد بیماری‌ام به من می‌دهند، برای من آسان است. خواندن فرم‌های پزشکی و دندان‌پزشکی (فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی) برای من آسان است. خواندن نوشته‌های برگه راهنما و آمادگی قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی برای من آسان است.
سلامت ارتباطی و تعلیمی	مهارت پیشرفته‌ای است که به فرد اجازه می‌دهد اطلاعات و معانی مربوط به آن‌ها را از کانال‌های ارتباطی متعددی استخراج کند و از آن‌ها برای شرایط تغییر استفاده نماید (رئیس‌ی و دیگران، ۱۳۹۳: ۲۰۰).	حالت پیشرفته‌تر مهارت‌های شناختی و سواد است که همراه با مهارت‌های اجتماعی می‌تواند به‌طور فعال در فعالیت‌های روزمره مورد استفاده قرار گیرد. استخراج اطلاعات و استنتاج معانی در اشکال مختلف ارتباط و استفاده از اطلاعات جدید در شرایط مختلف است.	من می‌توانم اطلاعات بهداشتی و درمانی مورد نیاز خود را، از منابع مختلفی به‌دست آورم. من می‌توانم اطلاعات مربوط به تغذیه سالم را به‌دست آورم. من می‌توانم اطلاعات مربوط به سلامت روان، مثل افسردگی و استرس را به‌دست آورم. من می‌توانم اطلاعات مربوط به بیماری مورد نظر خود را به‌دست آورم. من می‌توانم اطلاعات مورد نیاز در خصوص برخی مشکلات مربوط به سلامتی و بیماری‌ها، مثل فشار خون بالا و نیز قند و چربی خون بالا را به‌دست آورم. من می‌توانم اطلاعات مربوط به مضرات و خطرات مصرف دخانیات را به‌دست آورم. توصیه‌های مربوط به تغذیه سالم را متوجه می‌شوم. توضیحاتی را که پزشک در خصوص بیماری‌ام ارائه می‌دهد، متوجه می‌شوم. معنی و مفهوم مطالب نوشته‌شده در فرم‌های پزشکی و دندان‌پزشکی (فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان و مراکز درمانی) را متوجه می‌شوم. معنی و مفهوم علائم و مطالب نوشته‌شده بر روی تابلوهای راهنما در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی را متوجه می‌شوم. نحوه مصرف دارو را که روی بسته‌بندی داروها نوشته شده‌است، متوجه می‌شوم. مزایا و معایب روش‌های درمانی تجویز شده توسط پزشک را متوجه می‌شوم. معنی و مفهوم مطالب نوشته‌شده در برگه راهنمای قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی را متوجه می‌شوم.
سلامت انتقادی	مهارت‌های پیشرفته‌ای است که به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات و به کارگیری کنترل بیشتر بر رویدادها و شرایط زندگی لازم	مهارت‌های پیشرفته‌تر شناختی که همراه مهارت‌های اجتماعی، می‌تواند به‌طور انتقادی در تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌کار رود. همچنین این	می‌توانم اطلاعات بهداشتی را که آموخته‌ام به دیگران منتقل کنم. می‌توانم درستی اطلاعات ارائه‌شده مرتبط با سلامتی را در اینترنت جستجو و ارزیابی کنم. می‌توانم منابع معتبر را در اینترنت شناسایی کنم. می‌توانم درستی اطلاعات ارائه‌شده توسط رادیو و تلویزیون در مورد سلامتی را ارزیابی کنم. می‌توانم درستی توصیه‌هایی را که دوستان و بستگان در مورد سلامتی به



<p>من ارائه می‌دهند، ارزیابی کنم. با دیدن علائم بیماری، می‌دانم به کجا و یا به کدام متخصص مراجعه کنم. مواد غذایی سالم را از غیر سالم تشخیص می‌دهم (نوع روغن مصرفی، تشخیص عسل طبیعی، استفاده از مواد شیمیایی در میوه‌جات و سبزیجات و...).</p> <p>قبل از اینکه به توصیه پزشکی دیگران عمل کنم در مورد آن تحقیق می‌کنم. اگر فرد یا افرادی از بستگان درجه اول من به برخی سرطان‌ها (مانند سرطان پروستات، پستان، دهانه رحم، روده بزرگ و...) مبتلا شده باشند، برای معاینه به پزشک مراجعه می‌کنم. وقتی دکتر توصیه می‌کند که کپسول آنتی‌بیوتیک را سه بار در روز و سر ساعت مصرف کنید، فاصله زمانی ۸ ساعته را رعایت می‌کنم.</p>	<p>اطلاعات برای کنترل بیشتر وقایع زندگی و شرایط استفاده می‌شود.</p>	<p>است (Lai, et al., 2013: 222).</p>	
<p>داروهایی را که پزشک برای بیماری‌ام تجویز کرده‌است، بدون اجازه او قطع نمی‌کنم؛ حتی اگر علائم بیماری از بین رفته باشد. قبل از مصرف دارو، بروشور داخل جعبه را مطالعه می‌کنم اگر پس از گذشت چند روز از مصرف داروها بیماری‌ام بهتر نشد، مجدداً به پزشک مراجعه می‌کنم از انجام کارها و یا مصرف موادی که باعث افزایش فشارخون می‌شود، پرهیز می‌کنم. حتی اگر علامتی از بیماری نداشته باشم، برای معاینات دوره‌ای سالانه به پزشک مراجعه می‌کنم. در هر کار و موقعیتی، مراقب سلامتی خود هستم. با اینکه می‌دانم بعضی داروها برای کدام بیماری است؛ هیچ وقت خوددرمانی نمی‌کنم. افزایش وزن باعث بیماری‌های زیادی می‌شود؛ بنابراین از انجام کارها و یا مصرف موادی که باعث افزایش وزن می‌شود، پرهیز می‌کنم. سعی می‌کنم کمترین مقدار نمک و چربی را مصرف کنم. هنگام خرید مواد غذایی به ارزش غذایی آن‌ها توجه می‌کنم. تلاش می‌کنم حداقل هفته‌ای دوبار پیاده‌روی کنم. تلاش می‌کنم از مواد غذایی سالم و بهداشتی استفاده کنم. تلاش می‌کنم آرام غذا بخورم. تلاش می‌کنم در هنگام بیماری‌هایی مانند سرما خوردگی، از انتقال بیماری خود به دیگران جلوگیری کنم (به‌طور مثال جلو عطسه‌ام را می‌گیرم). از مصرف چربی زیاد در مواد غذایی پرهیز می‌کنم. کمتر از غذاهای آماده (فست‌فود) استفاده می‌کنم. در برنامه غذایی روزنامه، مصرف میوه‌جات و سبزیجات، به‌طور مرتب وجود دارد. در هنگام خرید مواد غذایی (به تاریخ تولید و انقضا، تازگی محصول، آرم استاندارد و...) توجه می‌کنم. مطالب مربوط به سلامت و بیماری را بیشتر از چه طریقی به دست می‌آورید؟</p>	<p>توانایی عملکرد مؤثر در موقعیت‌های سلامتی و بیماری در زندگی روزمره تعریف شده- است.</p>	<p>پایه‌ای‌ترین سطح سواد سلامت است که شامل مهارت‌های خواندن و نوشتن می- شود و به فرد اجازه می‌دهد در موقعیت- های روزمره خود، عملکردی مؤثر داشته باشد (Ishikawa, Takeuchi &amp; Yano, 2008: 875).</p>	<p>سلامت عملکردی / کاربردی</p>

## روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

از آنجاکه تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار Spss22 صورت گرفته‌است؛ استفاده از روایی و پایایی سازه سواد سلامت در این تحقیق، در جدول ۲ محاسبه شده‌است.

جدول ۲) ضریب پایایی و روایی متغیر سواد سلامت و مؤلفه‌های آن

متغیر/ مؤلفه	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ	KMO	آزمون بارتلت	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت پایه	۴	۰/۸۰۰	۰/۷۸۶	۹۸۳/۱۲۱	۶	۰/۰۰۰
سلامت ارتباطی	۱۴	۰/۸۸۷	۰/۹۱۵	۳۶۷۴/۸۷۵	۹۱	۰/۰۰۰
سلامت انتقادی	۸	۰/۷۴۲	۰/۷۱۸	۱۹۶۴/۷۷۷	۲۸	۰/۰۰۰
سلامت عملکردی	۲۴	۰/۸۲۹	۰/۹۱۵	۳۶۲۷/۵۳۷	۲۱۰	۰/۰۰۰
سواد سلامت	۵۰	۰/۹۲۱	۰/۹۲۱	۱۱۷۰۵/۴۱۴	۱۰۸۱	۰/۰۰۰

بر اساس داده‌های جدول ۲، مقدار آلفای سواد سلامت ۰/۹۲۱ به‌دست آمده‌است که پایایی و دقت بالای گویه‌ها را نشان می‌دهد؛ به عبارت دیگر بین گویه‌های یک عامل با گویه‌های عامل دیگر، هیچ‌گونه همبستگی‌ای مشاهده نمی‌شود که نشان از اعتبار سازه است. همچنین از آلفای کرونباخ جهت پایایی و همسازی درونی سؤالات استفاده شده‌است که همه گویه‌های مؤلفه‌های سواد سلامت از همسازی درونی خوبی برخوردار است. براساس نتایج آزمون KMO برای سازه سواد سلامت برابر با ۰/۹۲۱ به‌دست آمده‌است؛ بنابراین داده‌های تحقیق قابل تقلیل به تعدادی عامل زیربنایی و بنیادی بوده‌است. همچنین نتیجه آزمون بارتلت برای مؤلفه‌های سازه در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار به‌دست آمده‌است که نشان می‌دهد ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس همانی و واحد نیست. در نتیجه آزمون بارتلت ۱۱۷۰۵/۴۱۴ متغیر یادشده در سطح خطای ۰/۰۵ بوده‌است. در نهایت می‌توان گفت ۱۱ عامل از ۵۰ عامل سواد سلامت توانسته‌اند در این تحقیق در حدود ۵۹/۰۳۹٪ از واریانس ۵۰ گویه‌ای مرتبط با سازه سواد سلامت را تبیین کنند.

### ارائه یافته‌ها

در این تحقیق متغیرهای جمعیت‌شناختی جامعه مورد مطالعه؛ همچون سن، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات، به‌عنوان مؤلفه‌های متغیر زمینه‌ای در نظر گرفته شده‌اند که نتایج آن در جدول‌هایی که در پی خواهد آمد، قابل مشاهده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد پاسخگویان جامعه مورد مطالعه ما از نظر جنسیت تقریباً برابر بوده‌اند. بیشتر پاسخگویان، جوانان بین ۱۸ تا ۳۴ سال بوده‌اند. میانگین سنی پاسخگویان برابر با ۳۷/۳۱ به‌دست آمده‌است. تحصیلات پاسخگویان در زمان جمع‌آوری اطلاعات، بیشتر متوسطه و دیپلم به‌دست آمده است.

جدول ۳) توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی

جنس	فراوانی	درصد
مرد	۴۰۴	۴۸/۹
زن	۳۹۶	۴۹/۵
جمع	۸۰۰	۱۰۰
سن	فراوانی	درصد
۱۸-۳۴ سال	۳۹۰	۴۸/۹
۳۵-۵۴ سال	۳۰۵	۳۸/۱
۵۵ سال به بالا	۱۰۳	۱۳/۰
جمع	۸۰۰	۱۰۰
میانگین	۳۷/۳۱	
تحصیلات	فراوانی	درصد
سیکل و کمتر	۲۱۰	۲۶/۲
متوسطه و دیپلم	۳۵۱	۴۴/۰
تحصیلات دانشگاهی	۲۳۹	۲۹/۸
جمع	۸۰۰	۱۰۰

داده‌های جدول ۴، میزان فراوانی مؤلفه‌های سواد سلامت ناشی از وضع موجود در سطح جامعه مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۴) توزیع فراوانی شهروندان در بین مؤلفه‌های سواد سلامت

مقیاس ۰ تا ۱۰۰	واریانس	انحراف معیار	میانگین	کافی	مرزی	ناکافی	مؤلفه‌ها	
۱۰۰	۰/۶۳۳	۰/۷۹۵۴۵	۳/۸۵۵۷	۴۹۹	۲۷۵	۲۸	فراوانی	سلامت
				۶۲/۲	۳۴/۳	۳/۵	درصد	پایه
۷۵	۰/۳۶۴	۰/۶۰۳۲۷	۳/۷۹۹۷	۴۵۹	۳۳۶	۷	فراوانی	سلامت
				۵۷/۲	۴۱/۹	۰/۹	درصد	ارتباطی
۸۴/۳۸	۰/۴۱۴	۰/۶۴۳۶۸	۳/۶۵۴۵	۳۷۳	۴۱۹	۹	فراوانی	سلامت
				۴۶/۶	۵۲/۳	۱/۱	درصد	انتقادی
۷۸/۷۵	۰/۳۰۶	۰/۵۵۳۵۱	۳/۹۳۱۹	۵۵۳	۲۴۴	۳	فراوانی	سلامت
				۶۹/۱	۳۰/۵	۰/۴	درصد	عملکردی
۹۷/۸۳	۰/۲۴۱	۰/۴۹۰۸۴	۳/۸۳۶۰	۲۷۵	۴۷۵	۵۱	فراوانی	سواد
				۳۴/۳	۵۹/۲	۶/۴	درصد	سلامت

بر اساس داده‌های جدول ۴، در بحث سلامت پایه، وضعیت پاسخگویان بیش از ۶۰٪ به نسبت دیگر گویه‌ها کافی بوده‌است. در بحث سلامت ارتباطی/ تعاملی نزدیک به ۶۰٪ پاسخگویان از حد کافی به نسبت دیگر گویه‌ها برخوردار بوده‌اند. در بحث سؤالات متغیر سلامت انتقادی، پاسخگویان از وضعیت مرزی و بینابین به نسبت دیگر گویه‌ها برخوردار بوده‌اند. در بین سؤالات متغیر سلامت عملکردی/ کاربردی، نزدیک به ۷۰٪ پاسخگویان از حد کافی برخوردار بوده‌اند. در نهایت براساس نتایج جدول، در خصوص متغیر سواد سلامت باید گفت که در حدود ۶۰٪ از پاسخگویان از وضعیت مرزی و بینابینی در زندگی خود برخوردار بوده‌اند. تقریباً از نظر وضعیت مقیاس ۰ تا ۱۰۰ متغیر مورد بررسی و مؤلفه‌های آن از میانگین قوی رو به بالایی برخوردار بوده‌اند.

نتایج جدول ۵، حاکی از آن است که در بین گروه‌های سنی وضعیت متغیر مورد مطالعه به همراه مؤلفه‌های آن بالاتر از حد متوسط میانگین به‌دست آمده‌است. در بین گروه‌های سنی پاسخگویان، گروه سنی ۳۵-۴۵ به نسبت دیگر گروه‌های سنی میانگین سواد سلامت و مؤلفه‌های آن بالاتر بوده‌است.

جدول ۵) توزیع تفکیک‌شده وضعیت میانگین مؤلفه‌های سواد سلامت با گروه‌های سنی تحقیق

گروه‌های سنی متغیر و مؤلفه	بین ۱۸-۳۴ سال	بین ۳۵-۵۴ سال	۵۵ سال و بیشتر
سلامت پایه	۳/۸۳	۳/۹۳	۳/۷۰
سلامت ارتباطی / تعاملی	۳/۸۰	۳/۸۵	۳/۶۳
سلامت انتقادی	۳/۷۵	۳/۶۶	۳/۲۶
سلامت عملکردی / کاربردی	۳/۸۰	۴/۰۶	۴/۰۳
سواد سلامت	۳/۷۹	۳/۹۱	۳/۷۵

نتایج جدول ۶، حاکی از آن است که در بین گروه‌های تحصیلی میانگین وضعیت متغیر و مؤلفه‌های آن مورد مطالعه، بالاتر از حد متوسط به‌دست آمده‌است. در بین گروه‌های تحصیلی، پاسخگو یا دارای تحصیلات دانشگاهی اعم از فوق دیپلم تا دکتری به نسبت دیگر گروه‌های تحصیلی، میانگین سواد سلامت و مؤلفه‌های آن بالاتر بوده‌است.

جدول ۶) توزیع تفکیک شده وضعیت میانگین مؤلفه‌های سواد سلامت با گروه‌های تحصیلی تحقیق

رتبه‌های تحصیلی متغیر و مؤلفه	سیکل و کمتر	متوسطه و دیپلم	تحصیلات دانشگاهی
سلامت پایه	۳/۶۴	۳/۸۲	۴/۰۹
سلامت ارتباطی / تعاملی	۳/۶۳	۳/۷۷	۳/۹۹
سلامت انتقادی	۳/۳۴	۳/۶۹	۳/۸۷
سلامت عملکردی / کاربردی	۳/۹۲	۳/۹۲	۳/۹۴
سواد سلامت	۳/۷۰	۳/۸۲	۳/۹۵

در جدول ۷، با توجه به اینکه نتایج، سطح معناداری آزمون F (۰/۴۶۱) سواد سلامت با سطح معناداری (Sig) برابر با (۰/۴۹۷) به دست آمده که از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، فرض برابری واریانس‌ها برای دو گروه زن و مرد پذیرفته می‌شود. همچنین نتایج آزمون t (۰/۵۴۱) و سطح معناداری، گویای آن است که میانگین دو گروه مرد (۲/۵۰) و زن (۲/۴۸) جامعه مورد مطالعه تأیید نمی‌شود و این دو گروه با سطح اطمینان ۹۵٪ در میانگین بهره‌مندی یا عدم بهره‌مندی از سواد سلامت در رابطه با سبک زندگی سلامتی خود تفاوتی نداشته‌اند؛ به معنای دیگر برای مردان و زنان جامعه مورد مطالعه این تحقیق در بهره‌مندی از سواد سلامت و مؤلفه‌های آن تفاوتی وجود ندارد و اگر فرصت و انتخاب-هایی برای پاسخگویان در سبک زندگی سلامت‌محوری به‌وجود آید، هم زنان و هم مردان سعی می‌کنند از این انتخاب‌ها و فرصت‌ها به‌طور برابر و یکسان بهره ببرند.

جدول ۷) فروانی و آزمون مقایسه میانگین متغیر تحقیق در بین دو گروه جنسیت

آزمون برای میانگین‌ها				آزمون لون			متغیرهای تحقیق
تأیید یا رد	تفاوت میانگین‌ها	معناداری Sig. (2-tailed)	df	t	Sig	آزمون F	
تأیید	۰/۲۲۵۵	۰/۵۸۹	۸۰۰	۰/۵۴۱	۰/۴۹۷	۰/۴۶۱	سواد سلامت
نمی‌شود.	۰/۲۲۵۵	۰/۵۸۹	۷۹۸/۴۵۴	۰/۵۴۱			
انحراف معیار: ۰/۵۹۷۰۱		میانگین: ۲/۴۸۳۶		تعداد: ۳۹۷		مرد	
انحراف معیار: ۰/۵۸۲۸۳		میانگین: ۲/۵۰۶۲		تعداد: ۴۰۵		زن	

با توجه به نتایج جدول ۸، مشخص است که بر اساس مقدار آزمون  $F$ ، چون سطح معناداری برای متغیر مورد پژوهش (سواد سلامت) کوچک‌تر از مقدار  $۰/۰۵$  است، فرض تفاوت میانگین گروه‌های سنی و تفاوت بین میانگین گروه‌های تحصیلی جامعه مورد مطالعه تأیید می‌گردد. بر این اساس از منظر گروه‌های سنی، پاسخگویان ۱۸-۳۴ سال، به نسبت دیگر گروه‌های سنی با توجه به فرصت‌ها و انتخاب‌هایی که در زندگی دارند و یا داشته‌اند، متغیر سواد سلامت و مؤلفه‌های آن، قابلیت بیشتری برای انجام و اجراء در سبک زندگی دارد. همچنین پاسخگویان با تحصیلات دیپلم و متوسطه به نسبت دیگر گروه‌های تحصیلی ناشی از موقعیت‌ها و انتخاب‌های زندگی در بهره‌مندی از این متغیر و مؤلفه‌های آن، از دیگر گروه‌های تحصیلی متمایز می‌شوند و فرصت بیشتری برای بهره‌مندی از این نوع سبک زندگی دارند.

جدول ۸) آزمون تحلیل واریانس متغیرهای جمعیت‌شناختی (زمینه‌ای) با سواد سلامت

گروه سنی	منبع تغییر	جمع مربعات	درجه آزادی df	میانگین مربعات	F	سطح معناداری (Sig)	تأیید/رد
سواد سلامت	بین‌گروهی	۳/۴۲۲	۲	۱/۷۱۱	۷/۲۲۶	۰/۰۰۱	تأیید می‌شود.
	درون‌گروهی	۱۸۸/۷۲۰	۷۹۷	۰/۲۳۷			
	کل	۱۹۲/۱۴۲	۷۹۹	-			
گروه تحصیلی	میزان تحصیلات	جمع مربعات	درجه آزادی df	میانگین مربعات	F	سطح معناداری (Sig)	تأیید/رد
سواد سلامت	بین‌گروهی	۶/۹۰۰	۲	۳/۴۵۰	۱۴/۸۰۴	۰/۰۰۰	تأیید می‌شود.
	درون‌گروهی	۱۸۵/۲۶۸	۷۹۵	۰/۲۳۳			
	کل	۱۹۲/۱۶۸	۷۹۷	-			

یافته‌های هریک از متغیرها و مؤلفه‌های تحقیق، بر حسب وضعیت میانگین در سطح مناطق شهری مورد مطالعه که مؤلفه‌ها و متغیرهای یادشده، از چه موقعیتی در سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان در زمان جمع‌آوری اطلاعات برخوردار بوده‌اند، در جدول ۹ به تفکیک به نمایش درآمده‌است.



بررسی مؤلفه‌های سواد سلامت شهروندان شهر مشهد مبتنی بر رویکرد سلامت‌محور | ۱۰۷

جدول ۹) وضعیت میانگین متغیرها و مؤلفه‌های تحقیق برحسب مناطق شهری

مناطق متغیر و مؤلفه‌ها	منطقه ۱	منطقه ۲	منطقه ۳	منطقه ۴	منطقه ۵	منطقه ۶	منطقه ۷	منطقه ۸	منطقه ۹	منطقه ۱۰	منطقه ۱۱	منطقه ۱۲	منطقه ۱۳ (ثامن)
سلامت پایه	۴/۰۰	۳/۷۲	۳/۷۲	۳/۸۵	۳/۸۵	۳/۹۶	۳/۸۰	۳/۹۰	۳/۸۲	۳/۸۵	۳/۸۵	۳/۷۵	۴/۴۲
سلامت ارتباطی	۳/۷۸	۳/۷۹	۳/۸۹	۳/۷۸	۳/۷۹	۳/۹۴	۳/۶۲	۳/۸۰	۳/۷۰	۳/۷۲	۳/۷۹	۳/۷۴	۴/۱۴
سلامت انتقادی	۳/۷۲	۳/۶۶	۳/۷۵	۳/۷۲	۳/۶۶	۳/۸۲	۳/۵۴	۳/۵۸	۳/۵۰	۳/۵۴	۳/۶۳	۳/۵۱	۳/۹۴
سلامت عملکردی	۴/۰۸	۳/۷۸	۳/۹۳	۳/۹۷	۳/۹۳	۳/۹۰	۳/۸۸	۳/۹۶	۳/۹۲	۴/۰۱	۳/۸۱	۳/۹۵	۴/۲۲
سواد سلامت	۳/۹۲	۳/۷۶	۳/۸۷	۳/۸۶	۳/۸۳	۳/۹۱	۳/۷۳	۳/۸۴	۳/۷۷	۳/۸۳	۳/۷۸	۳/۷۹	۴/۱۶

یافته‌های جدول ۹ حاکی از این است که متغیر سواد سلامت و مؤلفه‌های آن در سطح مناطق شهری مشهد بر اساس طیف لیکرت که میانگین آن ۲/۵ محاسبه شده است؛ در یک نگاه کلی، وضعیت متغیر و ابعاد آن بالاتر از حد متوسط است. به عبارت دیگر نتایج جدول نشان می‌دهد که وضعیت میانگین بهره‌مندی متغیر و مؤلفه‌های آن در سطح کیفیت زندگی سلامت‌محور شهروندان از موقعیت روبه‌بالایی برخوردار است؛ هر چند که جهت بهره‌مندی از وضعیت سبک زندگی سلامت-محور پایدار، سازمان‌های متولی باید بیش از این، فرصت‌ها و انتخاب‌های زندگی را برای شهروندان فراهم کنند تا شهروندان شهر مشهد از یک وضعیت پایدار و مناسب در ارتقای رفتارهای سلامت‌محور برخوردار شوند.

در ادامه در جدول ۱۰، رتبه‌بندی میانگین مؤلفه‌های متغیر در جامعه مورد مطالعه، بر حسب آزمون فریدمن<sup>۱</sup> بیان شده است.

1. Friedman Test

جدول ۱۰) ولویت‌بندی مؤلفه‌های سواد سلامت در بین شهروندان

متغیر	میانگین	ضریب فی	درجه آزادی	سطح معناداری
سواد عملکردی	۲/۷۵	۱۲۰/۰۵۹	۳	۰/۰۰۰
سواد پایه	۲/۶۶			
سواد ارتباطی	۲/۴۷			
سواد انتقادی	۲/۱۱			

نتایج مندرج در جدول اولویت‌بندی مؤلفه‌های سواد سلامت بیانگر این است که سواد عملکردی، سلامت پایه، سلامت ارتباطی و تعاملی و سلامت انتقادی، به ترتیب میانگین‌ها برای پاسخگویان در سبک زندگی سلامت‌محور، از اهمیت متوسط روبه‌بالایی برخوردار بوده‌است. همچنین نتایج جدول معنی‌داری آماری را نشان می‌دهد. مقدار مجذور کای به‌دست‌آمده برابر با ۱۲۰/۰۵۹ است که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵ قرار دارد ( $P < ۰/۰۵$ ) که بیانگر این است که به لحاظ آماری با اطمینان ۹۵٪ میانگین مؤلفه‌ها تفاوت معناداری در سواد سلامت‌محور پاسخگویان داشته‌است؛ به این معنا که مؤلفه‌های سواد سلامت در سبک زندگی سلامت‌محور پاسخگویان، از رتبه‌های متفاوت معناداری برخوردار است.

### نتیجه‌گیری

سواد سلامت مسئله‌ای جهانی است و طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت، می‌تواند در جوامع نقش محوری و اساسی داشته باشد. در طول دهه گذشته نگرانی‌های مربوط به مهارت‌های سواد سلامتی، هشدار جدی برای بسیاری از نظام‌های ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی بوده‌است. بر این اساس، آموزش شهروندان و توانمندسازی جامعه جهت پیشگیری و مراقبت از بیماری‌ها به یک اصل مهم تبدیل شده‌است که با گزارش پژوهشی سندرا ویموس و دیگران (Sandra Vamos, et al., 2020) و رهبری بناب و بختیاری علی‌آباد (۱۳۹۹) در یک زمینه بوده‌است. بدین منظور، ارتقای سواد سلامت اقشار مختلف جامعه و شناسایی عوامل مؤثر و همبسته با آن، از اهداف مهم نظام سلامت به حساب می‌آید.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد در بین میانگین مؤلفه‌های سواد سلامت بین شهروندان، به ترتیب سلامت کاربردی / عملکردی (۷۰٪ کافی)، سلامت پایه (۶۲٪ کافی)، سلامت ارتباطی / تعاملی (۵۷٪ کافی)، سواد سلامت (۵۹٪ مرزی) سلامت انتقادی (۵۲٪ مرزی) حائز اهمیت بوده‌است. این مطلب بیانگر این است که در بحث رویکرد سبک زندگی سلامت‌محور، شهروندان با تکیه بر موقعیت‌ها، فرصت‌ها و انتخاب‌ها در زندگی، سواد سلامت عملکردی / کاربردی را عنصری مهم در توانایی کاربردی برای درگیر شدن با فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری، در نظر می‌گیرند. بدون درک کافی از این‌گونه اطلاعات، تصمیم‌گیری‌های آگاهانه و دست‌یافتن به اثرات مطلوب سلامت شهروندان غیر ممکن خواهد بود.

بر اساس نتایج موجود، وضعیت سواد سلامت شهروندان شهر مشهد به‌عنوان شاخصی اجتماعی و فرهنگی در حوزه سلامت به این نکته اشاره می‌کند که حدود ۶۰٪ از شهروندان مناطق شهری مشهد، از جایگاه متوسط به بالا در جهت ارتقای توانایی، خواندن و درک اطلاعات هدفمند و انتخاب درست سلامت برخوردارند؛ به معنای دیگر، شهروندان مشهدی از آموخته‌های مفاهیم سلامت به منظور خودمراقبتی در حد مرزی به سمت کافی بودن سواد سلامت بهره می‌برند. بر اساس رویکرد سلامت-محوری، شهروندان در زندگی، بر فرصت‌ها و انتخاب‌ها تکیه می‌کنند و از این طریق سواد سلامت خود را تقویت می‌کنند و ارتقا می‌دهند. پس سواد سلامت مجموعه‌ای از دانسته‌ها و آگاهی‌هاست که برای تمام افراد جامعه، اعم از یک شهروند عادی تا یک متخصص، نوعی مهارت‌آموزی ضروری است که شهروندان باید از آن برخوردار باشند و این با تحلیل و تفسیر یافته‌های کیکبوش (Kickbusch, 2015) همخوانی دارد. این مجموعه آگاهی‌ها کمک می‌کند تا کلیه شهروندان مشهدی و در نهایت کل جامعه ایران، زندگی سالم‌تری داشته باشند و این زندگی سالم تر با داشتن سواد سلامت بیشتر به ارتقای کیفیت زندگی آنان منجر می‌شود؛ به این معنا که با حفظ بیشتر سلامتی بر اساس اطلاعات درست، می‌توان از امکانات و لذت‌های بیشتری در زمان طولانی‌تر بهره برد و کیفیت بالاتری از زندگی را تجربه کرد.

باید اشاره کرد که میزان سواد سلامت شهروندان مشهد که در حدود ۶۰٪ به‌دست آمده، با نتایج عبدالملکی و دیگران (۱۳۹۸)، سیدمعلمی و حقیقی (۱۳۹۵)، طاووسی و دیگران (۱۳۹۴) و جوادزاده و دیگران (۱۳۹۲) مشابه بوده‌است. در این پژوهش با توجه به متغیرهای زمینه‌ای که بیان شد

جنسیت، گروه‌های سنی و گروه‌های تحصیلی با متغیر سواد سلامت ارتباط معناداری داشته‌اند و بر سواد سلامت اثرگذار بوده‌اند که نتایج با پژوهش‌های ساعی، حسینی‌مقدم و بصیریان جهرمی (۱۳۹۸)، ذوالفقاری، شاکر اردکانی و محمدی احمدآبادی (۱۳۹۸)، طاووسی و دیگران (۱۳۹۴) و جوادزاده و دیگران (۱۳۹۲) همسان بوده‌است.

در همین زمینه باید به این نتایج پژوهش هم اشاره کرد که بر حسب تفکیک گروه‌های سنی، تحصیلی و مناطق شهری، وضعیت میانگین متغیر سواد سلامت و مؤلفه‌های آن در حد متوسط روبه‌بالا به‌دست آمده‌است که در سایر تحقیقات این نتایج کمتر قابل احصاء بوده‌است.

در مجموع نگاهی اجمالی به این نتایج و دیگر تحقیقات انجام‌شده در حوزه سواد سلامت در ایران و دیگر جوامع، بیانگر این است که نتایج متفاوتی از سطح سواد سلامت وجود دارد که البته بخشی از این اختلافات قابل تبیین است؛ از جمله عوامل مؤثر بر این تفاوت‌ها، زمان اجرای هر پژوهش، وجود شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سطح کمی و کیفی زندگی و توسعه‌یافتگی متفاوت در جوامع و همچنین استفاده از ابزارهای مختلف جهت سنجش سواد سلامت که غالباً متناسب با ساخت فرهنگی و اجتماعی هر جامعه است، می‌باشد؛ اگرچه در برخی تحقیقات گاهی از پرسشنامه‌های بسیار عینی و عملیاتی و در برخی محیط‌ها از ابزارهای ذهنی و انتزاعی‌تر استفاده شده و همچنین نحوه سنجش سواد سلامت در بُعد اعتبار محتوایی نیز متفاوت بوده‌است؛ چراکه در برخی تحقیقات گاه یک یا دو بُعد، گاه سه بعد و گاه تمام ابعاد مورد سنجش قرار گرفته‌اند که این امر بر آشفتگی و تفاوت نتایج در این حوزه می‌افزاید؛ بنابراین شاید مقایسه نتایج جوامع و حتی تحقیقات داخلی با هم با توجه به عواملی که ذکر شد، بعضاً درست و منطقی به نظر نرسد. امری که به‌نظر می‌رسد دارای اهمیت است، ساخت پرسشنامه‌های استاندارد بومی در هر منطقه یا کشور و استفاده یکسان از آن در تحقیقات مختلف است که در این حالت، مقایسه نتایج و قضاوت بر مبنای آن تاحدی اصولی‌تر به‌نظر می‌رسد.

با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، باید گفت که با تقویت ارتقای رفتارهای سلامت، می‌توان از امکانات و لذت‌های بیشتری در زندگی بهره برد و کیفیت بالاتری را تجربه کرد. به عبارت دیگر توانایی‌های لازم در کسب سواد سلامت به سه سطح (گروه) تقسیم می‌شود:

۱. **سطح کاربردی:** در این سطح، باید توانایی خواندن فرم‌های رضایت‌نامه، برچسب‌ها و پیوست‌های

مربوط به داروها و سایر اطلاعات نوشتاری مربوط به حوزه‌های سلامت و بهداشت را در شهروندان

ارتقا داد (خسروی، احمدزاده و احمدزاده، ۱۳۹۳: ۱۶)؛ به این معنا که در این سطح مهارت‌هایی به شهروندان داده شود تا این امکان را داشته باشند تا فرم‌های رضایت‌نامه، اطلاعات دارویی و آگاهی‌های پیرامون مراقبت‌های سلامتی را مطالعه کنند، اطلاعات کتبی و شفاهی ارائه‌شده از سوی پزشکان، پرستاران، داروسازان و یا سایر متخصصان بهداشتی درمانی را درک کنند و بر اساس دستورات، به خودمراقبتی بپردازند و طبق برنامه‌ریزی انجام‌شده، ویزیت‌های پزشکی را دنبال کنند.

۲. **سطح مفهومی:** قابلیت‌های شهروندان را در حوزه اطلاعات نوشتاری و شفاهی سلامت که از طرف کادر پزشکی و بهداشتی به فرد ارائه می‌شود، ارتقا دهند (همانجا). به عبارت دیگر در این سطح طیف وسیعی از مهارت‌ها و شایستگی‌های شهروندان در طول دوره زندگی خود که باید درباره سلامتشان قابلیت‌هایی به‌دست آورند مطرح می‌شود تا مفاهیم و اطلاعات سلامتی را جستجو، درک و ارزیابی کنند و از این اطلاعات برای حفظ سلامتی خود بهره ببرند تا با انتخاب‌های آگاهانه، خطرات سلامتی را کاهش و کیفیت زندگی را افزایش دهند.

۳. **سطح توانمندسازی:** توانایی عمل کردن بر اساس دستورالعمل‌های مربوط به برنامه‌های دارویی و مراقبت‌های پزشکی به شهروندان ارائه شود (همانجا)؛ به این معنا که در این سطح، نقش فرد به شهروندی فعال در زمینه سلامت تبدیل می‌شود؛ این مهم از طریق ایجاد تعهد شهروندی به ارتقای سلامت و پیشگیری محقق می‌شود. بدین منظور آگاهی افراد از حقوق خود به‌عنوان بیمار و یا آگاهی از خطرات بهداشتی کالاها و خدمات به‌عنوان مشتری، انتخاب آگاهانه ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و عضویت در جنبش‌های اجتماعی به‌طور فردی یا جمعی در جهت ارتقای سلامت حاصل می‌شود. این موارد چند نمونه از استانداردهای سطوح سواد سلامت هستند که به شکل فردی و اجتماعی باید مد نظر قرار گیرند تا سلامت یک جامعه ارتقا پیدا کند. پس سواد سلامت یک موضوع فردی نیست؛ بلکه جمعی است و در جوامع مزایای اجتماعی را به همراه می‌آورد؛ بنابراین این عامل نباید تنها به‌عنوان مسئولیت فردی در نظر گرفته شود و لازم است این اطمینان ایجاد شود که دولت‌ها و نظام‌های سلامت اطلاعات شفاف، دقیق، مناسب و قابل دسترس را برای ارتقای سواد سلامت به مخاطبان گوناگون ارائه دهند. بر این اساس سطوح قابل قبول سواد سلامت، سبب می‌شود که شهروندان در زمینه موضوعاتی که با سلامت آن‌ها گره خورده‌است، تفسیر و تحلیل مناسب داشته باشند و بیشتر و بهتر بتوانند از خود و اطرافیان خود، در برابر عوامل بیماری‌زا مراقبت کنند. در

جامعه‌ای که سطح سواد سلامت شهروندان، از میزان قابل قبولی برخوردار است، هم شهروندان با نشاط‌تر، سالم‌تر و پویاتر هستند و هم دولت‌ها کمتر متحمل هزینه‌های بسیار بالای درمان می‌شوند و بدین ترتیب، هزینه‌هایی که به ناچار باید صرف درمان شود، صرف پیشگیری و بهداشت شهروندان خواهد شد و این مهم، کیفیت و سبک زندگی مردم را نیز بهبود می‌بخشد. افرادی که دارای سواد سلامت ناکافی هستند، با احتمال کمتری، اطلاعات نوشتاری و گفتاری متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده‌شده از سوی آن‌ها عمل می‌کنند و وضعیت سلامت ضعیف‌تری دارند و هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند. جنبه مهم دیگر به کارگیری سواد سلامت، صرفه اقتصادی است. بیماری‌ها و آسیب‌های جسمی و روانی با تحمیل هزینه‌های درمانی، فرد و در نهایت جامعه را تحت فشار اقتصادی قرار می‌دهند؛ در صورتی که با در اختیار داشتن سواد سلامت و به کارگیری آن می‌توان تا حد زیادی از بروز بیماری‌هایی که علاوه بر رنج، هزینه هم برای فرد ایجاد می‌کنند جلوگیری کرد و یا آن‌ها را به تعویق انداخت.

با توجه به چنین ضرورت‌هایی که برای سواد سلامت بیان شد، اهمیت این مفهوم در اسناد بالادستی جامعه؛ همچون سیاست‌های کلی سلامت (مصوب ۱۳۹۳)، سند تحول بنیادین آموزش و پرورش (مصوب ۱۳۹۰)، نقشه جامع علمی کشور (مصوب ۱۳۸۹)، نقشه جامع علمی کشور (مصوب ۱۳۸۹) و تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به منظور ارتقای سطح سلامت (از جمله سواد سلامت) کشور در ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه، به این اشاره دارد که در حوزه سیاست‌گذاری، بر ارتقای سطح سواد سلامت بسیار تأکید شده است و ساختارهای لازم در حوزه اجرایی نیز برای این ضرورت موجود است و بدین منظور برنامه‌هایی توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت صورت گرفته است؛ ولی بر اساس نتایج مطالعات انجام‌شده در سطح جامعه، همچنان تا سطح مطلوب بهره‌مندی از سواد سلامت فاصله داریم.

با توجه به مباحثی که مطرح شد، سواد سلامت، موضوعی جهانی است و می‌تواند نقش اساسی در تعیین کاهش نابرابری‌های سلامتی و بهداشتی جامعه داشته باشد. براساس نتایج به دست آمده و مدل‌های مفهومی برای این حوزه، عواملی نظیر نظام آموزشی، نظام بهداشت و درمان، سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی، رسانه‌ها، خانواده و دوستان، در میزان سواد سلامت شهروندان بسیار اثرگذارند و عواملی همچون سطح سواد، تحصیلات، باورها و سیاست‌ها، می‌توانند به‌عنوان پیشران یا موانعی در

ارتقای سطح سواد سلامت شهروندان جامعه ایفای نقش کنند. پس سواد سلامت به‌عنوان یک متغیر تسهیل‌گر در توانمندسازی شهروندان و توسعه پایدار جامعه در اتخاذ تصمیم‌های مطلوب تأثیر مثبتی بر افراد خواهد گذاشت. بنابراین باید در جهت مطلوبیت سطوح سواد سلامت از سوی خود افراد، سازمان‌ها و ساختار، نسبت به لزوم رفتارهای پیشگیرانه سلامت، آگاهی به‌وجود آورد که این امر نقش مهمی در حفظ و ارتقای سلامت ایفا می‌کند. همچنین کاربرد این سطوح با جلب توجه افراد نسبت به تعیین‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی، مزایای اجتماعی به همراه دارد.

در نهایت در سال‌های اخیر سواد سلامت به‌عنوان یک مهارت مهم، شناخته شده‌است که بیماران برای تصمیم‌گیری مناسب بهداشتی در موقعیت‌های دشوار پیش رو به آن نیاز دارند. بهبود سواد سلامت افراد منجر به پیامدهایی چون افزایش توانایی بالقوه بیماران برای تصمیم‌گیری آگاهانه، کاهش خطرات تهدیدکننده سلامت، افزایش پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای امنیت، افزایش کیفیت زندگی و افزایش کیفیت مراقبت از افراد می‌شود.

با توجه به چنین ضرورت مهارتی، در حوزه رویکرد سلامت‌محور، این پیشنهادها مطرح می‌شود:

- به منظور ارتقای وضعیت موجود، راهکار در حوزه‌های تقنینی این است که بر نظارت بر حسن اجرای قوانین موجود، رصد میزان هم‌راستایی اقدامات ارتقای سواد سلامت با احکام و بندهای موجود از قبیل سیاست‌های کلی سلامت، سند تحول بنیادی آموزش و پرورش، نقشه جامع علمی سلامت کشور و نقشه جامع علمی کشور و تقویت جایگاه سند ارتقای فرهنگ سلامت کشور تأکید شود.

- در حوزه اجرایی، ضمن اینکه لازم است اهداف اختصاصی در جهت تحقق اهداف و راهبردهای سند ارتقای فرهنگ سلامت کشور تعیین شوند، موضوعاتی از قبیل ارزیابی وضعیت موجود، بازبینی برنامه‌های کنونی و طراحی مداخلات برای گروه‌های مختلف با جلب مشارکت جامعه، تمرکز منابع و تقویت هماهنگی بین بخشی و تقویت ظرفیت‌های کنونی و استفاده از ظرفیت‌های بالقوه مورد توجه قرار گیرند.

- اصول مدونی منطبق بر برنامه‌های عملیاتی و کاربردی برای پیشبرد برنامه‌های پیشگیری و بهداشت و افزایش سطح سواد سلامت شهروندان، توسط بخش‌های دولتی و غیردولتی تدوین شود.

- سواد سلامت شهروندان زمانی افزایش می‌یابد که رسانه‌ها به‌طور مستمر، محتواهای آموزشی را که متولیان سلامت در اختیار آن‌ها قرار می‌دهند، به اطلاع مردم برسانند تا افکار عمومی بتوانند از این محتواها استفاده کنند و بدین ترتیب سطح سواد سلامت در بین شهروندان افزایش یابد. به معنای دیگر سواد سلامت، کلید پیشگیری از بیماری‌هاست. برای افزایش سطح سواد سلامت مردم، نیاز به همکاری‌های بین بخشی وزارتخانه‌ها و سازمان‌هایی است که به نوعی در حفظ و تأمین سلامت مردم دخیل هستند و در این میان، نقش رسانه، بسیار تاثیرگذار و پُررنگ است.

- بر اساس مطالعات حوزه سواد سلامت در ایران، نیمی از جمعیت جامعه دارای محدودیت‌های سواد سلامت بوده‌اند و این محدودیت در گروه‌های آسیب‌پذیر؛ از جمله سالمندان، بانوان خانه‌دار، افراد بیکار و افراد با سواد عمومی، شایع‌تر است؛ به گونه‌ای که این امر آنان را در معرض خطر در مورد انحراف از سلامت قرار می‌دهد. پس سرمایه‌گذاری در این قسمت باید توسط بخش‌های دولتی و خصوصی بیشتر شود.



- همچنین یافته‌های حاصل از مطالعات مختلف صورت‌گرفته، نشان می‌دهد برخی از اطلاعات سلامت، مناسب مخاطبان و گروه‌های هدف نبوده‌است و نیاز آن‌ها را برطرف نمی‌کند؛ حال آنکه تأثیر سواد سلامت محدود می‌تواند با کمک اطلاعات سلامت مناسب بهبود یابد؛ بنابراین مسأله چالش-برانگیزی که در انتقال مفاهیم سلامت وجود دارد، نحوه آموزش و اطلاع‌رسانی افراد از نظر درک اطلاعات سلامت است که برای رفع آن، راهبردهای متفاوتی چون محدود کردن حجم اطلاعات ارائه شده در هر جلسه، پرهیز از کاربرد اصطلاحات فنی و تخصصی، جستجو برای یافتن محتوای آموزشی متناسب با توانایی خواندن افراد و گروه‌های هدف، استفاده از تصاویر برای توضیح مفاهیم مهم، تشویق افراد به پرسیدن و بررسی درک افراد از آموزش ارائه‌شده، وجود دارد.

## منابع

- پناهی، رحمان، و دیگران (۱۳۹۵). "بررسی سواد سلامت و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران". *آموزش و سلامت جامعه*، سال سوم، ش ۳ (پاییز): ۳۰-۳۶.
- جوادزاده، سیدهمام‌الدین، و دیگران (۱۳۹۲). "بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان". *تحقیقات نظام سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*، دوره نهم، ش ۵ (تابستان): ۵۴۰-۵۴۹.
- خسروی، عبدالرسول؛ احمدزاده، خدیجه؛ احمدزاده، زیبا (۱۳۹۳). *توسعه سواد سلامت*. بوشهر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی بوشهر.
- داستانی، میثم، و دیگران (۱۳۹۸). "بررسی سطح سواد سلامت الکترونیک مبتنی بر اینترنت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد". *مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد*، دوره چهاردهم، ش ۱ (بهار): ۳۶-۴۵.
- دلاور، فرزانه؛ پاشایی‌پور، شهزاد؛ نگارنده، رضا (۱۳۹۷). "شاخص سواد سلامت: ابزاری نو برای ارزیابی سواد سلامت". *حیات*، سال بیست‌و‌چهارم، ش ۱ (بهار): ۱-۶.
- ذوالفقاری، اکبر؛ شاکر اردکانی، سمیه؛ محمدی احمدآبادی، ناصر (۱۳۹۸). "بررسی رابطه سواد سلامت و متغیرهای دموگرافیکی شهروندان شهرستان یزد". *روان‌شناسی سلامت ایرانیان دانشگاه پیام‌نور*، سال دوم، ش ۱ (بهار و تابستان): ۹۵-۱۰۲.
- رهبری بناب، مریم؛ بختیاری علی‌آباد، محمد (۱۳۹۹). *وضعیت سواد سلامت در جامعه ایران*. تهران: مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌ها، معاونت اجتماعی.
- رئیسی، مهنوش، و دیگران (۱۳۹۳). "سواد سلامت ارتباطی و انتقادی و خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو". *دیابت و متابولیسم/ایران*، دوره چهاردهم، ش ۳ (بهار - اسفند): ۱۹۸-۲۰۸.
- ساعی، منصور؛ حسینی‌مقدم، محمد؛ بصیریان جهرمی، حسین (۱۳۹۸). "سنجش میزان سواد سلامت شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن". *پژوهش‌های ارتباطی*، دوره ۲۶، ش ۹۹ (پاییز): ۱۱۳-۱۴۷.

- سالنامه آماری شهر مشهد ۱۳۹۷ (۱۳۹۸). مدیریت آمار و تحلیل اطلاعات. شهرداری مشهد. مشهد: شهرداری مشهد، معاونت برنامه‌ریزی و توسعه سرمایه انسانی.
- سیدمعلمی، زهرا؛ حقیقی، مهدیه (۱۳۹۵). "بررسی سواد سلامت دهان شهروندان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴". *مجله دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*، دوره ۱۲، ش ۳ (پاییز): ۲۶۸-۲۷۹.
- طاووسی، محمود، و دیگران (۱۳۹۴). "سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها (یک مطالعه ملی)". *پایش (نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی)*، سال پانزدهم، ش ۱ (بهار و اسفند): ۹۵-۱۰۲.
- طهرانی بنی‌هاشمی، سیدآرش، و دیگران (۱۳۸۶). "سواد سلامت در پنج استان کشور و عوامل مؤثر بر آن". *گام‌های توسعه در آموزش پزشکی*، دوره ۴، ش ۱ (بهار و تابستان): ۹-۱.
- عبدالملکی، بهاره، و دیگران (۱۳۹۸). "عوامل مرتبط با میزان استفاده از خدمات بهداشتی در بین زنان یائسه شهر مشهد بر مبنای نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده: نقش زمینه‌ای سواد سلامت". *آموزش و سلامت جامعه*، سال ششم، ش ۲ (بهار): ۱۱۱-۱۱۷.
- کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۶). *اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی*. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان.
- محمودی، حسن؛ طاهری، ابوالفضل (۱۳۹۴). "بررسی رابطه بین سواد اطلاعاتی و سواد سلامت در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد". *تعامل انسان و اطلاعات*، دوره ۲، ش ۲ (تابستان): ۳۱-۴۱.
- Canal, D. J., et al. (2020). "Health Literacy among Health and Social Care University Students". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 17, Issue 7: 2273-2284.
- Cockerham, W. C. (2004). *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyle*. London: Prentice Hall College.
- \_\_\_\_\_ (2007). "New Direction in Health Lifestyle Research". *Public Health*, Vol. 52, No. 6: 327-328.
- \_\_\_\_\_ (2008). *Social Causes of Health and Disease*. London: Polity Press.

- Cockerhama, W. C., et al. (2006). "Health lifestyles and political ideology in Belarus, Russia, and Ukraine". *Social science medicine*, Vol. 62, No. 7: 1799-1809.
- Cockerham, W. C.; Ritchey F. J. (1997). *Dictionary of Medical Sociology*. Westport: Greenwood Press
- Fransen, M. P., et al. (2011). "Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands". *Health Commun*, Vol. 16, No. 3: 134-149.
- Ishikawa, H; Takeuchi, T; Yano, E. (2008). "Measuring functional, communicative, and critical health Literacy among diabetic patients". *Diabetes care*, Vol. 31, No. 5: 874-879.
- Kickbusch, I. (2015). "Health literacy: An essential skill for the twenty-first century". *Health Education*, Vol. 108, No. 2: 101-104.
- Kickbusch, I., et al. (2013). *Health literacy the solid facts*. publications of the WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- Lai, A.Y., et al. (2013). "Communicative and critical health literacy and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis". *Patient education and counseling*, Vol. 91, No. 2: 221-227.
- Nutbeam, D. (2000). "Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century". *Health Prom Int*, Vol. 15, No. 3: 183-184.
- Sandra Vamos, S., et al. (2020). "Making a Case for "Education for Health Literacy an International Perspective". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 17, Issue 7: 1436-1454.
- Von Wagner, C. H., et al. (2007). "Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of British adults". *Epidemiol Community Health*, Vol. 61, No. 12: 1086-1090.
- Yang, H. et al. (2015). "Health-Related Lifestyle Behaviors among Male and Female Rural-to-Urban Migrant Workers in Shanghai, China". *PLOS One*, Vol. 10, No. 2: 1-14.