

The Impact of Health Literacy on Health-Related Behaviors against the Coronavirus in Shiraz City

Serajeddin Mahmoudiani^{1*}, Kiyana Ghaedi², Mahrokh Rajabi³

Abstract

The outbreak of coronavirus has brought new attention to health-related behaviors. Health literacy can be considered as one of the most important indicators affecting health-related behaviors. In the present study, an attempt was made to investigate the relationship between health literacy dimensions and health-related behaviors against the coronavirus. For this purpose, 385 people were surveyed from the 18- to 65-year-old population of Shiraz by the cluster sampling method and using a questionnaire. The findings showed that the highest health literacy score of the respondents was related to the dimension of understanding. The findings also showed that health-related behaviors against coronavirus were at a high level among about 35% of respondents. The multivariate regression analysis showed that the variables of age, sex, activity status, understanding and decision-making dimensions of health literacy had a statistically significant effect on health-related behaviors. Health-related behaviors increase with age and are more common among women than men. Health-related behaviors increased significantly with an increase in health literacy in both dimensions of understanding and decision-making. Promoting the health literacy of people in the society in its various dimensions can be effective in controlling and preventing the outbreak of infectious diseases.

Keywords: Health literacy, Health-related behaviors, Coronavirus, Shiraz.

Received: 2022-06-19

Accepted: 2022-08-14

1 Assistant Professor of Demography, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran, (Corresponding Author); s.mahmoudiani@shirazu.ac.ir

2 M.A Student of Demography, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran; kiyanaghaedi@gmail.com

3 Assistant Professor of Sociology, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran; mrajabi@rose.shirazu.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.556112.1235>

تأثیر سواد سلامت بر رفتارهای سلامت محور در برابر ویروس کرونا در شهر شیراز

سراج‌الدین محمودیانی^{۱*}، کیانا فاندی^۲، ماهرخ رجبی^۳

چکیده

شیوع ویروس کرونا موجب توجه تازه‌ای به رفتارهای سلامت محور شد. سواد سلامت را می‌توان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های تأثیرگذار بر رفتارهای سلامت محور دانست. در مطالعه حاضر تلاش شد رابطه بین ابعاد سواد سلامت و رفتارهای سلامت محور در برابر ویروس کرونا مورد بررسی قرار گیرد. برای این هدف تعداد ۳۸۵ نفر از جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال شهر شیراز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و با استفاده از پرسشنامه پیمایش شدند. یافته‌ها نشان داد که بالاترین نمره سواد سلامت پاسخگویان به بُعد فهم و درک اختصاص دارد. یافته‌ها همچنین نشان داد که رفتارهای سلامت محور در برابر ویروس کرونا در بین حدود ۳۵ درصد از پاسخگویان در سطح بالایی قرار دارد. تحلیل رگرسیونی چند متغیری نشان داد که متغیرهای سن، جنس، وضعیت فعالیت، ابعاد فهم و درک و تصمیم‌گیری سواد سلامت تأثیر آماری معنی‌داری بر رفتارهای سلامت محور دارند. با افزایش سن رفتارهای سلامت محور افزایش می‌یابد. رفتارهای سلامت محور در بین زنان بیشتر از مردان است. با افزایش سواد سلامت افراد در دو بُعد فهم و درک و تصمیم‌گیری، رفتارهای سلامت محور نیز به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است. توجه به ارتقاء سواد سلامت افراد جامعه در ابعاد مختلف آن می‌تواند در کنترل و پیشگیری از شیوع بیماری‌های واگیردار مؤثر واقع شود.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، رفتارهای سلامت محور، ویروس کرونا، شیراز

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۹

۱ استادیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول): s.mahmoudiani@shirazu.ac.ir

۲ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران: kiyanaghaedi@gmail.com

۳ استادیار جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران: mrjaji@rose.shirazu.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.556112.1235>

مقدمه و بیان مسأله

پاندمی کرونا در ایران از اواخر بهمن ماه سال ۱۳۹۸ در شهر قم آغاز و طی دو هفته به تمام استان‌های ایران شیوع پیدا کرد (حائری‌مه‌ریزی، طاووسی و منتظری ۱۴۰۰). با شیوع سریع این بیماری و نبود یک روش درمان قطعی برای جلوگیری از روند افزایشی شیوع بیماری، گسترش اطلاعات نادرست بهداشتی در اینترنت، آگاهی شهروندان در استفاده از ماسک و الکل به‌عنوان رفتارهای سلامت‌محور و تشویق دیگران به انجام مداخله‌های بهداشتی اهمیت می‌یابد. عوامل سلامت‌محور نقش بسیار مهمی در کاهش ابتلاء به این بیماری را داشته‌اند. به همین علت، دولت به اقدام‌هایی مانند قرنطینه همگانی، ایجاد محدودیت‌های تردد، فاصله‌گذاری اجتماعی و واکسیناسیون دست زد.

رفتارهای سلامت‌محور توانایی خود را در جلوگیری از ابتلاء به بیماری و مرگ‌ومیر ناشی از ویروس کرونا ثابت کرده‌اند. با این حال، مردم همچنان در به چالش کشاندن شواهد و امتناع از رعایت اقدام‌های پیشگیرانه و واکسیناسیون در بسیاری از نقاط کشور ادامه می‌دهند، به‌گونه‌ای که تا شهریور ۱۴۰۰ تنها ۲۳ درصد از جمعیت در ایران خود را واکسینه کرده بودند (کمیتة اپیدمیولوژی کرونا ۱۴۰۰). سازمان جهانی بهداشت^۱، به‌کارگیری رفتارهای خودمراقبتی و خودکارآمدی را عامل مهمی در کنترل، پیشگیری و درمان این بیماری می‌داند. این اقدام‌ها ناشی از فرآیند پیچیده‌ای است که تحت تأثیر سواد سلامت قرار دارد.

سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را مجموعه‌ای از مهارت‌ها، دانش، انگیزه و ظرفیت یک فرد برای دسترسی، درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعاتی برای تصمیم‌گیری مناسب در مورد بهداشت، مراقبت‌های بهداشتی و انجام اقدام‌های مناسب تعریف می‌کند (Australian Commission on Safety & Quality in Health Care 2014) که به حفظ و ارتقاء سلامت کمک خواهد کرد. درواقع، سواد سلامت شامل توانایی درک دستورالعمل‌های دارویی تجویز شده، بروشورهای آموزشی، فرم‌های رضایت، توانایی بهره‌مندی از سیستم پیچیده پزشکی، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این

مهارت‌ها در موقعیت‌های بهداشتی است که فرد را قادر می‌سازد در طول زندگی خود در مورد مراقبت‌های بهداشتی، پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامت، قضاوت و تصمیم‌گیری کند (Dehghanka et al. 2019).

بدیهی است با سنجش و ارتقای میزان سواد سلامت در افراد جامعه، می‌توان روش‌های پیشگیری از بیماری‌های واگیردار را در مراحل اولیه که قابل کنترل است، شناسایی و از عوارض این بیماری‌ها پیشگیری کرد. استان فارس نیز از این اپیدمی در امان نبوده است. براساس آمار موجود (جوادی، جان‌فدا و شجاعی فر ۱۴۰۰) تا شهریور ماه ۱۴۰۰ حدود ۵۱۱ هزار نفر از افراد به این ویروس مبتلا شده‌اند. همچنین حدود ۷۴۷۰ نفر به صورت قطعی و ۷۵۵ نفر فوت مشکوک ناشی از ویروس کرونا ثبت شده است. بر این اساس، ۸۲۲۵ نفر در شهر شیراز در اثر این بیماری جان خود را از دست داده‌اند. در مطالعه حاضر تلاش خواهد شد که ارتباط بین سواد سلامت و رفتارهای سلامت‌محور در برابر ویروس کرونا در شهر شیراز مورد بررسی قرار گیرد.

مبانی نظری

۱- مدل اعتقاد بهداشتی^۱: این مدل یکی از اولین نظریه‌هایی است که منحصراً برای رفتارهای مرتبط با سلامتی شکل گرفته است (راهنورد، محمدی و ذوالفقاری ۱۳۹۰). این مدل، دارای شش سازه است که اولین آن‌ها حساسیت درک‌شده است. این سازه، به باور ذهنی فرد درباره ابتلاء به بیماری یا رسیدن به وضعیت مخاطره‌آمیز در اثر انجام رفتاری در فرد اشاره دارد. سازه بعدی در این مدل، شدت درک‌شده است که به باور ذهنی فرد در آسیبی که می‌تواند از بیماری یا شرایط مخاطره‌آمیز ناشی از رفتاری ایجاد شود، اشاره دارد. این تصور از فردی به فرد دیگر متفاوت است. سازه سوم مزایای درک‌شده است که به اعتقاد به مزایای روش‌های پیشنهادی کاهش خطرات یا جدی بودن بیماری اشاره دارد. سازه چهارم، که با سازه مزایای درک‌شده همراه است، موانع درک‌شده است. موانع درک‌شده به باورهای مربوط به تصورها و هزینه‌های واقعی ناشی از پیروی از رفتار جدید

1 Health Belief Model (H.B.M)

اشاره دارد. سازه پنجم محرک‌هایی برای عمل است. این سازه، شامل نیروهای تسریع‌کننده‌ای است که باعث می‌شوند فرد احساس نیاز به اقدام کند. سازه نهایی، خودکارآمدی است که در دهه ۱۹۸۰ به مدل اضافه شد. خودکارآمدی اعتمادی است که فرد به توانایی خود برای دنبال کردن یک رفتار دارد که این رفتار مربوط به زمان حال است (Sharma and Romas 2012).

به‌کارگیری رفتار بهداشتی و اقدام‌های پیشگیرانه به این امر بستگی دارد که فرد حساسیت و شدت موقعیتی را که در آن قرار می‌گیرد، درک کند و اعتقاد داشته باشد که با انجام اقدام‌هایی می‌تواند خطرهای و پیامدهای ناشی از آن را کاهش دهد. سپس با محرک‌هایی که فرد از محیط دریافت می‌کند، متقاعد شده باشد که منافع حاصل از به‌کارگیری این اعمال بیشتر از پیامدهای ناشی از عدم انجام آن باشد و موانع بازدارنده از اقدام به انجام این رفتار، کم هزینه‌تر از فواید آن باشند (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۶).

۲- نظریه خودکارآمدی درک‌شده: خودکارآمدی یکی از مفاهیم کلیدی در نظریه بندورا^۱ است و به معنای باور افراد در مورد توانایی‌های آن‌ها در انجام یک فعالیت، مقابله و اعمال کنترل بر عملکرد خود و رویدادهایی که بر زندگی فرد تأثیر می‌گذارد، می‌باشد (Bandura 1994). در این نظریه، فرد براساس اعتقاد به خودکارآمدی شخصی که دارد بر انتخاب‌های زندگی، سطح انگیزه، کیفیت عملکرد، تاب‌آوری در برابر ناملایمات و آسیب‌پذیری در برابر شرایط دشوار اثر می‌گذارد (کولیوند و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۴). نظریه خودکارآمدی فرض می‌کند افراد اطلاعاتی را که برای ارزیابی باورهای کارآمدی به‌کار می‌گیرند، از چهار منبع اصلی کسب می‌کنند: (الف) تجارب تسلط فعال (عملکرد واقعی)، (ب) مشاهده افراد شبیه به خود (تجارب جانشینی)، (ج) اشکال متقاعد کردن، اعم از کلامی و غیرکلامی و (د) حالت‌های جسمی و عاطفی که افراد تا حدی توانایی، قدرت و آسیب‌پذیری خود را در برابر موانع ارزیابی می‌کنند (Bandura 1994). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که از میان این چهار منبع اطلاعاتی، تجارب تسلط فعال، مؤثرترین منبع خودکارآمدی افراد است، زیرا مستقیم‌ترین و معتبرترین شواهدی را ارائه می‌دهد که فرد

1 Bandura

می‌تواند منابع لازم را برای موفقیت جمع‌آوری کند (Anthony and Artino 2006). باورهای خودکارآمدی می‌تواند بر سلامت فرد اثر مثبت یا منفی بگذارد، به طوری که افراد با خودکارآمدی ضعیف در مواجهه با بیماری دچار مشکلات بیشتری می‌شوند (کولیوند و همکاران ۱۳۹۳).

۳- مدل خودمراقبتی اورم: نظریه مذکور بر این فرض استوار است که مردم، مسئولیت و توانایی ذاتی مراقبت از خود را دارند. به همین جهت، انسان را عاملی مهم در مراقبت از خود می‌داند که مراقبت‌های لازم را برای حفظ سلامتی خود انجام می‌دهد (چراغی و همکاران، ۱۳۹۹). هر فرد به‌عنوان یک عامل خودمراقبتی در نظر گرفته می‌شود که دارای قابلیت‌هایی به نام عاملیت مراقبت از خود است که این امر، برای انجام اقدام‌های مراقبت از خود ضروری است. عاملیت خودمراقبتی قدرت مشارکت در عمل است. این که خودمراقبتی انجام شود یا خیر، بستگی به عاملیت خودمراقبتی فرد دارد (Parissopoulos and Kotzabassaki 2014). سن و جنسیت فرد بر عاملیت و توانایی مراقبت از خود تأثیر می‌گذارد. اگر عاملیت خودمراقبتی ضعیف باشد، تقاضای خودمراقبتی (نیاز یک فرد) بیشتر خواهد شد. از این رو، نیاز به عاملیت پرستاری یا سیستم پرستاری برای مراقبت از یک فرد به وجود می‌آید (Irshad-Ali 2018).

خودمراقبتی امری غریزی یا انعکاسی نیست، بلکه در پاسخ به یک نیاز شناخته شده که از طریق روابط بین فردی و ارتباط‌های افراد با یکدیگر آموخته می‌شود، به‌طور منطقی انجام می‌گردد. با این حال، اورم انگیزه و تحصیلات را به‌عنوان عاملی ابزاری در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از خود و عملیاتی کردن این تصمیم‌ها شناسایی کرده است (Parissopoulos and Kotzabassaki 2014). اورم نتیجه انجام اقدام‌های خودمراقبتی را رسیدن به اهداف حمایت از فرآیند بقاء و زندگی، ارتقا عملکرد طبیعی افراد، حفظ رشد، تکامل افراد، پیشگیری، کنترل و درمان فرآیندهای بیماری و آسیب‌ها، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقا احساس خوب بودن و سلامتی در افراد می‌داند (غفوری فرد و ابراهیمی ۱۳۹۳).

۴- **نظریه توانمندسازی سلامت:** نظریه توانمندسازی سلامت بر تسهیل آگاهی فرد از توانایی مشارکت آگاهانه در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی و درمانی تأکید دارد. این نظریه، مشارکت هدف‌مند را در دستیابی به اهداف سلامت و ارتقای رفاه فردی تسهیل می‌کند (Crawford Shearer 2009). چمبرلین^۱ (۱۹۹۷) توانمندی را برخوردارگی از قدرت تصمیم‌گیری، دسترسی به اطلاعات و منابع مختلف، احساس قاطعیت، توانایی ایجاد تغییر در زندگی و اجتماع، امیدوار بودن، برخوردارگی از مهارت‌های یادگیری و تفکر انتقادی، افزایش تصویر مثبت از خود و غلبه بر برچسب‌ها می‌داند. فاکنر^۲ (۲۰۰۱) نیز توانمندسازی را با یادگیری در حد تسلط و عدم وابستگی مرتبط دانسته و توانمندی را در برابر ناتوانی قرار می‌دهد (واحدیان عظیمی و همکاران ۱۳۹۷). او در زمینه ارتقای سلامت بیان می‌کند که توانمندسازی به اطمینان حاصل کردن افراد در برخوردارگی از منابع لازم برای حفظ سلامت اشاره دارد (Febriana 2011). نظریه توان بارت^۳ (۱۹۸۹) بر تغییر پیش‌رونده، آگاهی و اعتقاد فرد به توانایی خود در مشارکت پویا، تغییرات مربوط به سلامتی و مراقبت بهداشتی مبتنی است (واحدیان عظیمی و همکاران ۱۳۹۷). استفاده از روش‌های الگوسازی سلامت مانند آموزش بهداشت از طریق الگوسازی داوطلبانه می‌تواند مشارکت افراد را در ایجاد تغییرات مورد نظر تسهیل کند (Leveille-Tulce 2017).

شواهد تجربی

طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل موثر بر آن» نشان داده‌اند که سطح سواد سلامت در زنان، افراد با تحصیلات پایین، افراد روستانشین و افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف پایین است. در مجموع، بیش از نیمی از افراد دارای سواد سلامت ناکافی بودند. کریمی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش «سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی، بهره‌مندی از خدمات سلامت و رابطه بین آن‌ها

1 Chamberlin

2 Faulkner

3 Barrett

در بین بزرگسالان» به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره سواد سلامت افراد در سطح متوسط است.

اثنی‌عشری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش «بررسی میزان سواد سلامت کارمندان در رابطه با عوامل خطر بیماری‌های مزمن در سال ۱۳۹۳» نشان داده‌اند که حدود سه چهارم از کارمندان دارای سطح سواد سلامت ناکافی در شناخت عوامل خطر بیماری‌های مزمن بودند و در زمینه به‌کارگیری اطلاعات سواد سلامت، زنان به‌طور معنی‌داری بالاتر از مردان عمل کرده‌اند. طاووسی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان «سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها: یک مطالعه ملی» دریافتند که کمتر از نیمی از افراد دارای سواد سلامت محدود بودند که این امر در افراد ۵۵ سال به بالا و گروه‌های آسیب‌پذیر بیشترین و در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال کمترین میزان را داشت.

عظیم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش «بررسی رابطه بین سواد سلامت و رفتارهای سلامت‌محور سربازان» نشان داده‌اند که سواد سلامت سربازان در سطح ناکافی بوده و به تبع آن، رفتارهای سلامت‌محور سربازان نیز در حد پایین بوده است. بنابراین یافته‌های این پژوهش بیانگر رابطه مستقیم بین سواد سلامت و رفتارهای سلامت‌محور می‌باشد. یافته‌های پژوهش صفاری و همکاران (۱۴۰۰) تحت عنوان «عوامل مرتبط با سواد سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری کووید-۱۹: یک مطالعه مقطعی» نشان داده است که میانگین نمره سواد سلامت تقریباً در همه ابعاد قابل قبول می‌باشد و عواملی مانند سن بالاتر افراد، تحصیلات بالا، رشته تحصیلی مرتبط و وضعیت اقتصادی بهتر با نمره سواد سلامت بالاتر شرکت‌کنندگان مرتبط است.

هیکس^۱ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی تحت عنوان «سواد سلامت پیش‌بینی‌کننده دانش اچ. آی. وی/ایدز^۲»، نتیجه گرفتند که بین میانگین نمره دانش ایدز بیماران با سواد سلامت ناکافی و بیماران با سواد سلامت کافی تفاوت وجود دارد و تصورهای نادرست در مورد انتقال اچ. آی. وی در میان بیمارانی که سطح سواد سلامت پایین‌تری

1 Hicks

2 HIV/AIDS

داشتند، شایع‌تر بود. ژانگ^۱ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان «سواد سلامت در پکن: ارزیابی دانش و مهارت‌های بزرگسالان در مورد بیماری‌های واگیر» نشان دادند که سطح سواد سلامت ساکنان پکن نسبتاً پایین است. عواملی مانند سن، سطح تحصیلات، شغل و منطقه محل زندگی بر وضعیت سلامت خوداظهاری و سواد سلامت بیماری‌های واگیردار اثر می‌گذارد که این میزان به‌ویژه در افراد ساکن در حومه شهر، افراد بالای ۶۰ سال، کارگران یدی و بی‌سوادان پایین‌تر است.

یافته‌های پژوهش یانگ^۲ و همکاران (۲۰۱۸) با عنوان «سواد سلامت ویژه بیماری‌های عفونی در تبت، چین» نشان داده است که عوامل مهم مرتبط با نمره سواد سلامت پایین‌تر در میان زنان، گروه‌های سنی بالا، سطح تحصیلات پایین، افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای، افراد تبتی و افرادی که در مناطق توسعه نیافته‌تر زندگی می‌کردند، بیشتر بوده است. اوکان^۳ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی تحت عنوان «سواد سلامت مرتبط با کرونا: یک مطالعه مقطعی در بزرگسالان در طول شیوع بیماری کووید-۱۹ در آلمان» به این نتیجه رسیدند که در حالی که حدود نیمی از افراد نمونه دارای سطح سواد سلامت کافی مرتبط با کرونا بودند، نیمی از افراد نیز دارای سواد سلامت متوسط و ناکافی بودند.

ایشیکاوا، کاتو و کیوچی^۴ (۲۰۲۱) در مطالعه «کاهش سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در طول همه‌گیری کووید-۱۹: یک مطالعه طولی جمعیت عمومی ژاپن» دریافتند که سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بلافاصله قبل از شیوع ویروس کرونا تا یک سال بعد به‌طور قابل‌توجهی کاهش یافته است. کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین زنان، افرادی که وضعیت اقتصادی پایینی دارند و بیمارانی که در حال حاضر تحت درمان هستند، بیشتر بوده است.

در تحقیق حاضر از مدل خود مراقبتی اورم و نظریه توانمندسازی سلامت به‌عنوان چارچوب نظری استفاده خواهد شد. در چارچوب مدل اورم اشاره شده است که متغیرهای زمینه‌ای بر عاملیت و توانایی مراقبت از خود تأثیر می‌گذارد (Irshad-Ali 2018). طوری‌که

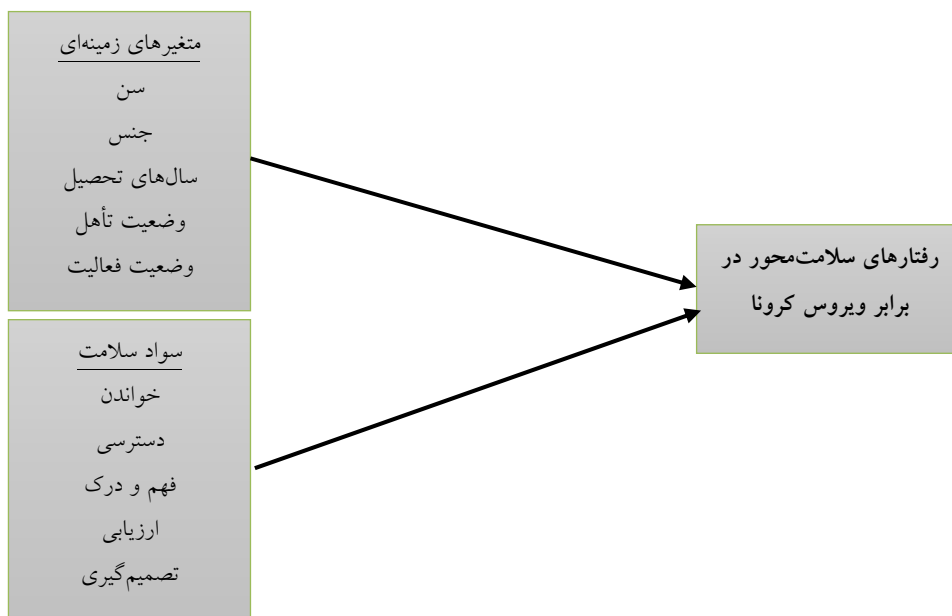
1 Zhang

2 Yang

3 Okan

4 Ishikawa, Kato and Kiuchi

اگر عاملیت خودمراقبتی ضعیف باشد، تقاضای خودمراقبتی بیشتر خواهد شد. بنابراین متغیرهای زمینه‌ای در مدل حاضر را می‌توان منتج از نظریه فوق‌الذکر دانست. نظریه توانمندسازی سلامت نیز توانمندی را برخوردار از قدرت تصمیم‌گیری، دسترسی به اطلاعات و منابع مختلف، احساس قاطعیت، توانایی ایجاد تغییر در زندگی و اجتماع، امیدوار بودن، برخوردار از مهارت‌های یادگیری و تفکر انتقادی، افزایش تصویر مثبت از خود و غلبه بر برچسب‌ها می‌داند (Chamberlin 1997). این نظریه نیز می‌تواند در مطالعه حاضر با مفهوم سواد سلامت که در مدل نظری آمده است مرتبط گردد.



شکل ۱. مدل نظری پژوهش

روش و داده‌های پژوهش

نوع مطالعه حاضر کمی و از نوع پیمایش است. برای سنجش سواد سلامت از پرسشنامه استاندارد (منتظری و همکاران، ۱۳۹۳) و برای سنجش مشخصه‌های فردی و رفتارهای سلامت‌محور در برابر ویروس کرونا از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر ساکنان ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر شیراز هستند که تعداد آنها بر اساس

نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ یک میلیون و ۱۰۵ هزار و ۷۵۱ نفر بوده است. حجم نمونه نیز بر اساس فرمول کوکران تعداد ۳۸۵ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بوده است. ابتدا جمعیت مورد مطالعه ۱۱ منطقه شهری شیراز در نظر گرفته شد. بدین ترتیب ۱۱ حوزه آماری در کل محدوده شهر شیراز (۱۱ منطقه شهرداری) انتخاب شد. تعداد نمونه در مناطق ۱۱ گانه نیز برابر در نظر گرفته شده است. سپس بر اساس نقشه هر منطقه بلوک‌هایی از هر حوزه آماری به تصادف انتخاب و با مراجعه به بلوک‌های منتخب در هر منطقه، و مراجعه پرسشگران به درب منازل، در صورت واجد شرایط بودن ساکنان، اقدام به تکمیل پرسشنامه شده است. پرسشگر بعد از تکمیل اولین پرسشنامه با عبور از پنج ساختمان به درب منزل بعدی مراجعه کرده است. در مواردی که پرسشگر به مجتمع‌های مسکونی مراجعه داشته است نیز به‌طور تصادفی یک واحد مسکونی جهت مراجعه انتخاب شده است تا تمام پرسشنامه‌ها صرفاً در یک یا چند مجتمع مسکونی خاص تکمیل نشوند.

سواد سلامت دارای ابعاد خواندن، دسترسی، فهم و درک و ارزیابی اطلاعات سلامت و نیز بُعد تصمیم‌گیری در ارتباط با رفتارهای مرتبط با سلامت است. در این تحقیق امتیاز خام هر فرد در هر خرده‌بُعد سواد سلامت از جمع جبری امتیازات گویه‌های مرتبط بدست آمده است. سپس نمره هر فرد به عددی بین صفر تا ۱۰۰ تبدیل شده است. در ادامه نمره صفر تا ۵۰ به‌عنوان سطح ناکافی، نمره ۵۵/۱ تا ۶۶ به‌عنوان سطح نه‌چندان کافی، نمره ۶۶/۱ تا ۸۴ به‌عنوان سطح کافی و در نهایت نمره ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به‌عنوان سطح عالی در سواد سلامت نامیده شد. درنهایت، پرسش‌هایی درباره رفتارهای سلامت‌محور در برابر ویروس کرونا در پرسشنامه آورده شد. این سؤالات در واقع با دستورالعمل‌های بهداشتی برای مواجهه با ویروس کرونا مرتبط است که در قالب ۱۱ گویه مورد سنجش قرار گرفت و پس از تبدیل نمرات به طیفی از صفر تا ۱۰۰ در چهار طبقه پایین (نمره صفر تا ۲۵)، متوسط رو به پایین (نمره ۲۵/۱ تا ۵۰)، متوسط رو به بالا (نمره ۵۰/۱ تا ۷۵) و بالا (نمره ۷۵/۱ و بالاتر) کدگذاری شد. جدول ۱ بیانگر آن است که تمامی سنجش‌های استفاده شده از آلفای کرونباخ قابل قبول و در واقع از پایایی مناسب برخوردارند.

جدول ۱. پایایی سنجه‌های تحقیق

سنجه‌ها	تعداد گویه	مقدار الفای کرونباخ
بعد خواندن سواد سلامت	۴	۰/۸۳۶
بعد دسترسی سواد سلامت	۶	۰/۸۶۵
بعد فهم و درک سواد سلامت	۷	۰/۸۹۶
بعد ارزیابی سواد سلامت	۴	۰/۸۰۱
بعد تصمیم‌گیری سواد سلامت	۱۲	۰/۸۷۴
رفتارهای سلامت‌محور	۱۱	۰/۹۰۳

یافته‌ها

همان‌طور که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد حدود ۵۵ درصد نمونه را زنان تشکیل داده‌اند. میانگین سن نمونه مورد بررسی برابر با ۳۲ سال است. حدود ۵۲ درصد نمونه مورد بررسی بین ۱۸ تا ۲۹ سال سن داشته‌اند. حدود ۵۱ درصد از پاسخگویان مجرد و حدود ۶۲ درصد نیز تحصیلات بالاتر از دانشگاهی داشته‌اند.

جدول ۲. توزیع پاسخگویان بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	فراوانی	درصد معتبر
جنس		
زن	۲۱۲	۵۵/۱
مرد	۱۷۳	۴۴/۹
گروه‌های سنی		
۱۸-۲۹	۲۰۰	۵۲/۲
۳۰-۳۹	۹۴	۲۴/۵
۴۰-۴۹	۴۸	۱۲/۵
۵۰-۵۹	۲۴	۶/۳
۶۰-۶۸	۱۷	۴/۴
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۹۸	۵۱/۴
دارای همسر	۱۶۶	۴۳/۱

متغیر	فراوانی	درصد معتبر
بیوه	۱۲	۳/۱
مطلقه	۹	۲/۳
آخرین مدرک تحصیلی		
ابتدایی	۴	۱/۰
راهنمایی	۱۳	۳/۴
متوسطه	۲۳	۶/۰
دیپلم	۱۰۸	۲۸/۱
فوق دیپلم و بالاتر	۲۳۷	۶۱/۶
وضعیت فعالیت		
شاغل	۱۸۹	۴۹/۶
بیکار جویای کار	۴۰	۱۰/۵
خانه‌دار	۷۷	۲۰/۲
بازنشسته	۲۳	۶/۰
دانشجو	۵۲	۱۳/۵

جدول ۳ نشان می‌دهد که حدود ۶۰ درصد نمونه در بُعد خواندن از سطح سواد کافی و بالاتر برخوردار بوده‌اند. ارقام متناظر آن در بُعد دسترسی حدود ۶۹ درصد، در بُعد فهم و درک حدود ۷۱ درصد، در بُعد ارزیابی حدود ۵۹ درصد و سرانجام در بُعد تصمیم‌گیری برابر با ۵۱ درصد بوده است. در واقع بالاترین نمره سواد سلامت پاسخگویان به بُعد فهم و درک اختصاص دارد و در مراتب بعدی به ابعاد دسترسی، خواندن، ارزیابی و تصمیم‌گیری تعلق دارد.

جدول ۳. توزیع نمونه برحسب سطح سواد سلامت به تفکیک ابعاد آن

درصد	فراوانی	سطح سواد سلامت
		بُعد خواندن
۲۱/۶	۸۳	ناکافی
۱۸/۷	۷۲	نه چندان کافی
۳۴/۵	۱۳۳	کافی
۲۵/۲	۹۷	عالی
		بُعد دسترسی
۱۶/۹	۶۵	ناکافی
۱۴/۵	۵۶	نه چندان کافی
۴۵/۷	۱۷۶	کافی
۲۲/۹	۸۸	عالی
		بُعد فهم و درک
۱۴/۸	۵۷	ناکافی
۱۴/۳	۵۵	نه چندان کافی
۳۳/۸	۱۳۰	کافی
۳۷/۱	۱۴۳	عالی
		بُعد ارزیابی
۲۱/۶	۸۳	ناکافی
۱۹/۲	۷۴	نه چندان کافی
۳۴/۵	۱۳۳	کافی
۲۴/۷	۹۵	عالی
		بُعد تصمیم‌گیری
۲۵/۲	۹۷	ناکافی
۲۳/۴	۹۰	نه چندان کافی
۳۴/۵	۱۳۳	کافی
۱۶/۹	۶۵	عالی

جدول ۴ از آن حکایت دارد که حدود ۵ درصد پاسخگویان پایین در سطح پایین و حدود ۳۵ درصد نیز در سطح بالا به انجام رفتارهای سلامت‌محور در برابر ویروس اقدام کرده‌اند.

جدول ۴. توزیع نمونه برحسب رفتارهای سلامت‌محور در برابر ویروس کرونا

درصد	فراوانی	رفتارهای سلامت‌محور در برابر ویروس کرونا
۵/۲	۲۰	پایین
۲۰/۳	۷۸	متوسط رو به پایین
۴۱/۸	۱۶۱	متوسط رو به بالا
۳۲/۷	۱۲۶	بالا

همان‌طور از اطلاعات جدول ۵ بر می‌آید سن، سال‌های تحصیل و تمام ابعاد سواد سلامت با متغیر وابسته همبستگی مثبت معنی‌دار دارند. در بین ابعاد سواد سلامت نیز قوی‌ترین همبستگی به‌ترتیب به ابعاد تصمیم‌گیری، فهم و درک، خواندن، دسترسی و سرانجام به بُعد ارزیابی اختصاص دارد.

جدول ۵. رابطه سن، تعداد سال‌های تحصیل و ابعاد سواد سلامت با رفتارهای

سلامت‌محور

ضریب همبستگی پیرسون	متغیر
۰/۲۴۱**	سن
۰/۲۷۱**	سال‌های تحصیل
۰/۳۸۸**	بُعد خواندن سواد سلامت
۰/۳۸۴**	بُعد دسترسی سواد سلامت
۰/۴۴۶**	بُعد فهم و درک سواد سلامت
۰/۳۲۱**	بُعد ارزیابی سواد سلامت
۰/۶۴۸**	بُعد تصمیم‌گیری سواد سلامت

نکته: **معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که بین جنس و رفتارهای سلامت‌محور در برابر ویروس کرونا رابطه آماری معنی‌دار وجود دارد. میانگین نمره زنان در متغیر وابسته بیشتر از مردان است. این امر از آن حکایت دارد که رفتارهای سلامت‌محور در برابر ویروس کرونا در بین زنان بیشتر از مردان بوده است. رفتارهای سلامت‌محور پاسخگویان برحسب وضعیت تأهل و

فعالیت تفاوت آماری معنی‌دار دارد. افراد بیوه و دارای همسر بالاترین میانگین را در نمره رفتارهای سلامت‌محور کسب کرده‌اند و افراد مطلقه و مجرد در مراتب بعدی قرار دارند. افراد بازنشسته و دانشجو نیز در مقایسه با سایر گروه‌های شغلی مورد نظر از میانگین بالاتری در رفتارهای سلامت‌محور برخوردار هستند. افراد بیکار جویای کار کمترین رفتارهای سلامت‌محور را به ثبت رسانده‌اند.

جدول ۶. تفاوت میانگین نمره رفتارهای سلامت‌محور برحسب جنس، وضعیت تأهل و

وضعیت فعالیت

متغیر	میانگین نمره رفتارهای سلامت‌محور	نوع و مقدار آزمون
جنس		$T = 2.895^*$
مردان	۶۱/۶	
زنان	۶۷/۸	
وضعیت تأهل		$F = 5.660^*$
مجرد	۶۱/۷	
دارای همسر	۶۸/۴	
بیوه	۷۹/۷	
مطلقه	۵۶/۳	
وضعیت فعالیت		$F = 3.855^*$
شاغل	۶۳/۹	
بیکار جویای کار	۵۹/۶	
خانه‌دار	۶۴/۷	
بازنشسته	۷۹/۶	
دانشجو	۶۸/۰	

*معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

همان‌طور که اطلاعات جدول ۷ آشکار می‌کند برای تحلیل چند متغیری دو مدل رگرسیونی استفاده شده است. یافته‌های مدل اول نشان می‌دهد که سن و تعداد سال‌های تحصیل اثر مثبت معنی‌داری بر نمره رفتارهای سلامت‌محور دارند. نمره رفتارهای سلامت‌محور مردان به‌طور معنی‌داری کمتر از زنان است. نمره رفتارهای سلامت‌محور افراد شاغل، بیکار جویای کار و خانه‌دار به‌طور معنی‌داری کمتر از دانشجویان است. مدل دوم

علاوه بر متغیرهای زمینه‌ای در برگیرنده ابعاد سواد سلامت است. در مدل دوم متغیرهای سن و جنس تأثیر معنی‌دار خود را حفظ نموده‌اند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که در بین طبقات وضعیت فعالیت تنها طبقه شاغل معنی‌داری خود را حفظ کرده است. در بین ابعاد سواد سلامت نیز بُعد فهم و درک و بُعد تصمیم‌گیری تأثیر آماری معنی‌داری بر رفتارهای سلامت‌محور دارند.

جدول ۷. تأثیر متغیرهای مستقل بر رفتارهای سلامت‌محور پاسخگویان در برابر ویروس کرونا

ضریب بتای استاندارد		متغیر
مدل ۲	مدل ۱	
۰/۱۶۵*	۰/۲۷۲*	سن
۰/۰۲۳	۰/۲۵۰*	تعداد سال‌های تحصیل
		جنس (مرجع: زنان)
-۰/۱۰۴*	-۰/۱۶۱*	مردان
		وضعیت تأهل (مرجع: مطلقه)
-۰/۰۰۲	۰/۱۵۱	مجرد
۰/۰۱۸	۰/۱۷۶	دارای همسر
۰/۰۱۱	۰/۰۸۸	بیوه
		وضعیت فعالیت (مرجع: دانشجو)
-۰/۱۶۳*	-۰/۲۲۹*	شاغل
-۰/۰۳۵	-۰/۱۳۳*	بیکار جویای کار
-۰/۰۸۰	-۰/۲۵۰*	خانه‌دار
-۰/۰۶۹	-۰/۰۶۳	بازنشسته
		ابعاد سواد سلامت
۰/۰۶۶		بُعد خواندن
-۰/۰۲۱		بُعد دسترسی
۰/۱۶۵*		بُعد فهم و درک
-۰/۰۲۵		بُعد ارزیابی
۰/۵۲۹*		بُعد تصمیم‌گیری
۰/۴۶۱	۰/۱۶۲	ضریب تعیین تعدیل شده

*معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

در واقع می‌توان گفت با افزایش سن رفتارهای سلامت‌محور نیز افزایش می‌یابد. رفتارهای سلامت‌محور در بین زنان بیشتر از مردان است. نمره رفتارهای سلامت‌محور در بین شاغلین بیشتر از دانشجویان است. با افزایش سواد سلامت در ابعاد فهم و درک و تصمیم‌گیری رفتارهای سلامت‌محور نیز به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. ابعاد فهم و درک و تصمیم‌گیری در مقایسه با سایر متغیرهای معنی‌دار، تأثیر قوی‌تری بر متغیر وابسته دارند. متغیرهای ابعاد سواد سلامت که در مدل دوم وارد شده‌اند قدرت تبیین‌کنندگی مدل را از ۰/۱۶۲ به ۰/۴۶۱ افزایش داده‌اند یعنی ۲۹/۹ درصد به قدرت مدل در تبیین تغییرات رفتارهای سلامت‌محور اضافه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

از گذشته تاکنون، بیماری‌ها مهم‌ترین عامل تهدیدکننده جان آدمی محسوب می‌شدند. تاریخ بشر سرشار از بیماری‌های همه‌گیری است که تأثیر شگرفی بر جوامع داشته‌اند و با شیوع ناگهانی و درازمدت خود، جوامع انسانی را دستخوش تحولاتی کرده‌اند. از نیم قرن گذشته، عمده توجه سازمان‌ها و مراکز بهداشتی-درمانی در جوامع معطوف به بیماری‌های مزمن و توانکاهی بود که مهم‌ترین عامل مرگ و میر به شمار می‌رفتند، زیرا در نتیجه اقدام‌های پیشگیرانه و درمانی، اپیدمی‌های عالم‌گیر تأثیری در مرگ‌ومیر افراد نداشته‌اند. در چنین شرایطی به‌نظر می‌رسید که دوران بیماری‌های اپیدمی رو به پایان است. در اوایل سال ۲۰۲۰ به‌طور ناگهانی، جهان با وقوع یک بحران بهداشتی و اپیدمی غیرمنتظره‌ای مواجه شد که توسط سازمان جهانی بهداشت ویروس کرونا نامیده شد. این ویروس ابتدا در شهر ووهان چین به‌سرعت شیوع و پس از آن در سراسر جهان گسترش یافت. وقوع یک اپیدمی در دوران کنونی که دیگر ترس از بیماری‌های واگیردار نگرانی عمومی نبود، ترس و وحشت عموم مردم را برانگیخت. ویروس کرونا ثابت کرده است که جامعه پیشرفته کنونی کماکان از اثرهای مخرب بیماری‌های اپیدمی مصون نیست. بنابراین، همه‌گیری‌ها همیشه در کمین هستند. همان‌طور که در شرایط کنونی و با شیوع ویروس کرونا به‌عنوان یک بیماری جهان‌گیر ثابت شده است. در چنین شرایطی توجه بیشتر کشورها بر کنترل این بیماری

متمرکز شد. در ایران نیاز شیوع ویروس کرونا به سرعت اتفاق افتاد و در بیشتر مقاطع شیوع آن کشور را با بحران‌های بهداشتی و سلامتی روبه‌رو ساخت.

انتشار دستورالعمل‌های بهداشتی مبتنی بر رعایت رفتارهای پیشگیرانه اصلی‌ترین راه کنترل ویروس فوق معرفی شد. درجه رعایت رفتارهای پیشگیرانه در مقابل ویروس کرونا مورد توجه محققان و پژوهشگران قرار گرفت. در این بین توجه به سواد سلامت افراد جامعه در ابعاد مختلف آن ضروری به نظر می‌رسد. برای این منظور در مطالعه حاضر تلاش شد رابطه این دو متغیر در بین جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر شیراز مورد بررسی قرار گیرد.

تحقیق حاضر با روش پیمایش و استفاده از پرسشنامه ترکیبی (استاندارد و محقق‌ساخته) در بین ۳۸۵ نفر از جامعه آماری مورد نظر در مناطق ۱۱ گانه شهر شیراز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به انجام رسید. یافته‌های این تحقیق نشان داد که سواد سلامت حداقل نیمی از پاسخگویان در ابعاد ۵ گانه سواد سلامت در سطح کافی و بالاتر قرار دارد. بنابراین شاید بتوان گفت که جمعیت مورد مطالعه از سطح سواد سلامت نسبی برخوردارند با این حال توجه به افرادی که در این زمینه از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند ضروری است. این یافته با نتایج برخی مطالعات پیشین داخلی (طاووسی و همکاران ۱۳۹۴؛ صفاری و همکاران ۱۴۰۰) که سواد سلامت را اندازه‌گیری کرده‌اند نسبتاً هماهنگ و با مطالعاتی دیگر (عظیم‌زاده و همکاران ۱۴۰۰) همسویی کمتری دارد.

یافته‌های این تحقیق همچنین نشان داد که رفتارهای سلامت‌محور در برابر ویروس کرونا تنها در بین حدود ۳۵ درصد از پاسخگویان در سطح بالایی بوده است. این می‌تواند به‌عنوان یک مسأله نگریننده شود. روابط دو متغیری نشان داد که سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت فعالیت، سال‌های تحصیل و ابعاد ۵ گانه سواد سلامت با متغیر وابسته رابطه آماری معنی‌دار دارند. در بین ابعاد سواد سلامت نیز قوی‌ترین همبستگی به ترتیب به ابعاد تصمیم‌گیری، فهم و درک، خواندن، دسترسی و سرانجام به بُعد ارزیابی اختصاص داشت. تحلیل رگرسیونی چند متغیری نشان داد که متغیرهای سن، جنس، وضعیت فعالیت، ابعاد فهم و درک و تصمیم‌گیری سواد سلامت تأثیر آماری معنی‌داری بر رفتارهای سلامت‌محور دارند. با افزایش سن رفتارهای سلامت‌محور نیز افزایش یافت. رفتارهای سلامت‌محور در بین زنان بیشتر از مردان بود. رفتارهای سلامت‌محور در بین شاغلین و بازنشسته‌ها، در

مقایسه با دانشجویان، بیشتر بود. با افزایش سواد سلامت افراد در دو بُعد فهم و درک و تصمیم‌گیری رفتارهای سلامت‌محور در زمان شیوع ویروس کرونا نیز به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. بالاترین تأثیرگذاری در بین متغیرهای معنی‌دار نیز به دو بُعد فهم و درک و تصمیم‌گیری تعلق داشت.

در مجموع با توجه به نتایج تحقیق حاضر می‌توان گفت که توجه به ارتقاء سواد سلامت افراد جامعه در ابعاد مختلف آن بی‌تردید می‌تواند در کنترل و پیشگیری از شیوع بیماری‌های واگیردار مؤثر واقع شود. از این‌رو به‌عنوان یک پیشنهاد سیاستی برآمده از نتایج مطالعه حاضر توصیه می‌شود که برنامه‌هایی توسط مراجع و نهادهای ذی‌ربط در راستای افزایش سواد سلامت افراد جامعه تدارک دیده شود.

منابع

- اثنی‌عشری، فرزانه، آذر پیردهقان، فاطمه رجبی، آزاده سیاری‌فرد، لاله قدیریان، نرگس رستمی و معصومه پیردهقان (۱۳۹۴). «بررسی میزان سواد سلامت کارمندان در رابطه با عوامل خطر بیماری‌های مزمن در سال ۱۳۹۳»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، د ۲۲، ش ۳، ص ۲۵۴-۲۴۸.
- اریابی، هایده، علی منصوری، ساجده نوشیروانی و آزاده ارباب (۱۳۹۵). «بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت زابل در سال ۱۳۹۵»، *پرستاری دیابت زابل*، د ۵، ش ۱، ص ۲۹-۳۹.
- ایزدی، زینب، مینور لمیعیان، و علی منتظری (۱۴۰۰). «مطالعه سطح سواد سلامت زنان نخست‌زا با وضعیت افسردگی پس از زایمان در مراجعان به بیمارستان‌های شهر کابل (افغانستان)»، *پایش*، د ۲۰، ش ۵، ص ۶۰۸-۵۹۹.
- جوادی، افشان، مریم جان‌فدا و پریسا شجاعی‌فر (۱۴۰۰). *مجله‌همین گزارش همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ از ابتدای فروردین ماه ۱۳۹۹ تا پایان شهریور ماه ۱۴۰۰ در استان فارس، شیراز: معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز.*

چراغی، فاطمه، سیدرضا برزو، مهناز خطیبیان و زهرا مقصودی (۱۳۹۹). «تأثیر به‌کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی بیماران در ایران: یک مطالعه مروری سیستماتیک»، *مرور سیستماتیک در علوم پزشکی*، د ۱، ش ۲، ص ۴۰-۳۰.

حائری مهریزی، علی اصغر، محمود طاووسی و علی منتظری (۱۴۰۰). «مقایسه اجمالی میزان مرگ ناشی از کووید-۱۹ در ایران و دیگر کشورها»، *پایش*، د ۲۰، ش ۵، ص ۶۳۳-۶۳۵.

دلاور، فرزانه، شهزاد پاشایی‌پور و رضا نگارنده (۱۳۹۷). «شاخص سواد سلامت: ابزاری نو برای ارزیابی سواد سلامت»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، د ۲۴، ش ۱، ص ۱-۶.

رباط سرپوشی، داود، سیده بلین توکلی‌ثانی، هادی علیزاده‌سیوکی و نوشین پیمان (۱۳۹۶). «ارزیابی مطالعات سواد سلامت در ایران: یک مرور نظام‌مند»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، د ۲۵، ش ۶، ص ۸۰۷-۷۹۳.

راهنورد، زهرا، معصومه محمدی، فاطمه رجبی و میترا ذوالفقاری (۱۳۹۰). «تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیرانه از مصرف سیگار در نوجوانان دختر»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، د ۱۷، ش ۳، ص ۱۵-۲۶.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز (۱۴۰۰). *شناسایی بیش از ۵۱۱ هزار بیمار مبتلا در فارس به کرونا از ابتدا تاکنون*، بازیابی شده در ۱۴۰۰/۱۰/۹ از <https://sums.ac.ir>

صفاری، محسن، هرمز سنایی نسب، حجت رشیدی جهان، فاطمه حمتمی و امیر پاکپور حاجی‌آقا (۱۴۰۰). «عوامل مرتبط با سواد سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری کووید-۱۹: یک مطالعه مقطعی»، *ارتقا بهداشت نظامی*، د ۲، ش ۱، ص ۲۶۶-۲۵۶.

طاووسی، محمود، علی اصغر حائری مهریزی، شهرام رفیعی‌فر، آتوسا سلیمانیان، فاطمه سربندی، مناسادات اردستانی، اکرم هاشمی و علی منتظری (۱۳۹۴). «سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها: یک مطالعه ملی»، *پایش*، د ۱۵، ش ۱، ص ۹۵-۱۰۲.

طهرانی بنی‌هاشمی، سید آرش، محمدا میر امیرخانی، علی اکبر حق‌دوست، سیدمویذ علویان، هما اصغری‌فرد، حمید برادران، مژگان برغمندی، سعید پارسی‌نیا و سحر فتحی‌رنجبر. (۱۳۸۶).

«سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل موثر بر آن»، *مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی*، د ۴، ش ۱، ص ۹-۱.

عظیم‌زاده، جواد، مریم نظام‌زاده، فاطمه کلروزی و سید امیرحسین پیشگوی (۱۴۰۰). «بررسی رابطه بین سواد سلامت و رفتارهای پیشگیرانه سربازان»، *علوم مراقبتی نظامی*، د ۸، ش ۲، ص ۱۱۶-۱۰۹.

غفوری‌فرد، منصور و حسین ابراهیمی (۱۳۹۳). «تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت»، *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، د ۲۳، ش ۱، ص ۵-۱۳.

کریمی، سعید، محمود کیوان‌آرا، محسن حسینی، مرضیه جعفریان جزئی و الهه خراسانی (۱۳۹۲). «سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی، بهره‌مندی از خدمات سلامت و رابطه بین آن‌ها در بزرگسالان»، *مدیریت اطلاعات سلامت*، د ۱۰، ش ۴، ص ۸۶۲-۸۷۵.

کولیوند، پیرحسین، طیبه دادفر، محبوبه دادفر و هادی کاظمی (۱۳۹۳). *خودکارآمدی*، تهران: انتشارات میرماه.

کمیته اپیدمیولوژی کرونا. (۱۴۰۰). بیست و پنجمین گزارش اپیدمیولوژی وضعیت کرونا در استان فارس، شیراز: دانشگاه علوم پزشکی.

محمودی، حسن و ابوالفضل طاهری (۱۳۹۴). «بررسی رابطه بین سوا اطلاعاتی و سواد سلامت در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد»، *تعامل انسان و اطلاعات*، د ۲، ش ۲، ص ۴۱-۳۱.

منتظری، علی، محمود طاووسی، فاطمه رخشانی، سیدعلی آذین، کتایون جهانگیری، مهدی عبادی، شهره نادری‌مقام، آتوسا سلیمانیان، فاطمه سربندی، امیر معتمدی و محمد مهدی نقیبی سیستانی (۱۳۹۳). «طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال)»، *پایش*، د ۱۳، ش ۵، ص ۶۰۰-۵۸۹.

میرزایی، حامد، داود شجاعی‌زاده، آذر طل، سعیده قاسمی قلعه قاسمی و محبوبه شیرزاد (۱۳۹۶). «کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از کم‌خونی فقر آهن در دانش‌آموزان دختر شهرستان فریدن: یک مطالعه نیمه‌تجربی»، *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، د ۵، ش ۴، ص ۲۶۹-۲۶۰.

واحدیان‌عظیمی، امیر، فرشید رحیمی‌بشر، حسین امینی، محمود ثالثی و فاطمه الحانلی (۱۳۹۷). «تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های مزمن: یک مطالعه سیستماتیک و فراتحلیل»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، د ۲۴، ش ۲، ص ۱۷۳-۱۵۲.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۰). *نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران تا افق ۱۴۰۴*، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

Anthony, R., & Artino, J.R. (2006). *Self-efficacy beliefs: From educational theory to instructional practice*. ERIC Clearinghouse.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2014). *Health Literacy: Taking action to improve safety and quality*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy, *Encyclopedia of human behavior* (4): 1-15.

Barrett, E. A. M. (1989). A nursing theory of power for nursing practice: Derivation from Rogers' paradigm. *Conceptual models for nursing practice*, 3, 207-217

Chamberlin, J. (1997). "A Working Definition of Empowerment." *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (4), 43-46.

Choi, S., Bang, K. S., & Shin, D. A. (2021). "Health Literacy, Awareness of Pandemic Infectious Diseases, and Healthy Lifestyle in Middle School Students." *Children*, 8 (699): 1-11.

Crawford Shearer, N. B. (2009). "Health Empowerment Theory as a Guide for Practice." *NIH Public Access*, 30 (2): 1-9.

Dehghankar, L., Panahi R., Yekefallah, L., Hosseini, N., & Hasannia, E. (2019). "The Study of Health Literacy and its Related Factors among Female Students at High Schools in Qazvin." *Journal of Health Literacy*, 4 (2):18-26.

Faulkner, M. (2001). A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 676-686

Febriana, D. (2011). Empowerment: A Concept Analysis, The Annual International Conference, Syiah Kuala University, Banda Aceh, Indonesia. November 29-30, 2011

Hicks, G., Barragán, M., Franco-Paredes, C., Williams, M. V., & Del Rio, C. (2006). "Health Literacy Is a Predictor of HIV/AIDS Knowledge." *Health Services Research*, 38 (10): 717-723.

Irshad-Ali, B. H. (2018). "Application of Orem Self Care Deficit Theory on Psychiatric Patient". *Annals of Nursing Research & Practice*, 5 (1): 1-3.

Ishikawa, H., Kato, M., & Kiuchi, T. (2021). "Declines in Health Literacy and Health-related Quality of Life During the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study of the Japanese General Population." *BMC Public Health*, 21 (2180): 1-9.

Leveille-Tulce, A. N. B. (2017). *A Quasi-Experimental Study of a Health Patterning Modality about Childhood Vaginitis and Power in Haitian Primary Caregivers*, Theses, University of New York.

- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E. M., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). "Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Info emic in Germany". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (15): 1-20.
- Parissopoulos, S., & Kotzabassaki, S. (2014). "Orem's Self-Care Theory, Transactional Analysis and the Management of Elderly Rehabilitation". *ICUS NURS WEB*, (17): 1-11.
- Sharma, M., & Romas, J. A. (2012). *Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion*, Publisher: Cathleen Sether, Second Edition.
- Tavousi, M., Haeri-Mehrizi, A. A., Rakhshani, F., Rafiefar, Sh., Soleymanian, A., Sarbandi, F., Ardestani, M., Ghanbari, Sh., & Montazeri, A. (2020). "Development and Validation of a Short and Easy-to-use Instrument for Measuring Health Literacy: The Health Literacy Instrument for Adults (HELIA)." *BMC Public Health*, 20 (256): 1-11.
- Yang, P., Dunzhu, C., Widdowson, M. A., Wu, Sh., Ciren, P., Duoji, D., Pingcuo, W., Dun, B., Chunna Ma., Ch, Li. J., Pang, X., & Wang, Q. (2018). "Infectious Disease-specific Health Literacy in Tibet, China.", *Health Promotion International*, 33 (1): 1-11.
- Zhang, D., Wu, Sh., Zhang, Y., Yang, P., MacIntyre, C. R., Seale, H., & Wang., Q. (2015). "Health Literacy in Beijing: An Assessment of Adults' Knowledge and Skills Regarding Communicable Diseases." *BMC Public Health*, 15 (799): 1-9.