

- وصول مقاله: ۱۴۰۰/۴/۲۲
- اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۶/۴
- پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۶/۶

## ارائه مدل سواد سلامت برای بیماران فشارخون در بیمارستان قلب شهید رجایی

چکیده

زینب افشاربدر<sup>۱</sup> بهارک شیرزادکبریا<sup>۲</sup> پرستو خسروی<sup>۳</sup> فرشته کردستانی<sup>۴</sup>

**مقدمه:** پرفشاری خون سومین علت مرگ و میر در دنیا است. یکی از راهکارهای کنترل بیماری‌های مزمن بالابردن میزان آگاهی بیماران می‌باشد که این امر مستلزم بهبود سواد سلامت آنان می‌باشد. بدین منظور در این تحقیق به ارائه مدل سواد سلامت برای بیماران فشارخون در بیمارستان قلب شهید رجایی پرداخته می‌شود.

**روش پژوهش:** این تحقیق از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش انجام پیمایشی و ترکیب روش‌های کیفی و کمی است. جامعه آماری بخش کیفی تمامی خبرگان حوزه بهداشت، درمان و سلامت و در بخش کمی کارکنان دارای مدرک کارشناسی و بالاتر بیمارستان قلب شهید رجایی می‌باشند. در بخش کیفی بعد از انجام ۲۳ مصاحبه اشباع نظری صورت گرفت و در بخش کمی تحقیق ۱۲۲ نفر از کارکنان بیمارستان قلب شهید رجایی با روش تمام شماری انتخاب شد. علاوه بر مطالعات کتابخانه‌ای از روش میدانی و از طریق مصاحبه در بخش کیفی و پرسشنامه در بخش کمی استفاده شده است. روایی پرسشنامه با ضریب CVR و پایایی آن با ضریب آلفای کرنباخ مورد تایید قرار گرفته است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کدگذاری باز در بخش کیفی و معادلات ساختاری در بخش کمی استفاده شده است.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که سواد پایه با ضریب ۰٫۹۲۳، سواد شناختی با ضریب ۰٫۶۴۸، سواد اجتماعی با ضریب ۰٫۵۸۵ و سواد فرهنگی با ضریب ۰٫۴۸۳ به ترتیب از اهمیت بالایی در سواد سلامت بیماران فشارخون در بیمارستان شهید رجایی دارند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که وجود ۴ عامل سواد پایه با مولفه‌های خواندن و نوشتن و دانش، سواد فرهنگی با مولفه‌های نگرش، ارزش‌ها و هنجارها، سواد شناختی با مولفه‌های کاربرد، ارزیابی، درک و دسترسی، و سواد اجتماعی با مولفه‌های ارتباطات و تعاملات می‌توانند سواد سلامت بیماران فشارخون را تحت تاثیر قرار دهد.

**کلیدواژه‌ها:** سواد سلامت، بیماران فشارخون، بیمارستان.

- ۱- دکتری گروه مدیریت آموزشی واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۲- استادیار، گروه مدیریت آموزشی و آموزش عالی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: Bshervad86@yahoo.com
- ۳- استادیار، گروه مدیریت آموزشی و آموزش عالی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۴- استادیار، گروه مدیریت آموزشی و آموزش عالی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## مقدمه

تشخیص به موقع، پیشگیری و درمان آن را بیشتر نشان می‌دهد. پیش‌گیری از پرفشاری خون شامل پیش‌گیری از ابتلا به آن و بروز عوارض آن هست [۶]. بیماری فشارخون بالا مهم‌ترین عامل خطر قابل کنترل بیماری‌های قلب و عروق است. گرچه اهمیت بیماری فشارخون بالا به‌عنوان یک عامل مهم مرگ و میر در کشورهای توسعه‌یافته شناخته شده است، ولی هنوز اهمیت آن در کشورهای درحال توسعه ناشناخته مانده است. فشارخون اصلی‌ترین عامل خطر قابل تغییر برای ناتوانی و مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی، بیماری‌های مزمن کلیه و سکتة مغزی در ایران و جهان است [۷]. نتایج بزرگ‌ترین مطالعه جهان در زمینه فشارخون که با همکاری سازمان بهداشت جهانی و صدها پژوهشگر جهان در سال ۲۰۱۶ انجام شده است نشان داد تعداد مبتلایان این بیماری در دنیا به یک میلیارد و ۱۳۰ میلیون نفر رسیده و شمار مبتلایان طی ۴۰ سال گذشته بیش از دو برابر شده است؛ که در این بین تعداد ایرانیان مبتلابه فشارخون نیز به مرز ۱۵ میلیون نفر رسیده است. بر اساس این گزارش از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۶، شیوع پرفشاری خون در ایران حدوداً ۳ برابر شده است [۸]. هم‌چنین بر اساس پیمایش ملی در سال ۹۵ حدود یک‌سوم جمعیت بزرگسال (۳۰ سال به بالا) ایران از فشارخون بالا رنج می‌برند و از میان حدود ۱۵ میلیون بیمار مبتلابه فشارخون در کشور، فقط ۶۰ درصد از آنها در مورد فشارخون خود آگاهی دارند؛ یعنی حدود ۶ تا ۷ میلیون بیمار مبتلابه فشارخون در کشور از این موضوع آگاه نیستند [۷]. از طرفی فقط نیمی از این افراد برای کنترل بیماری خود، دارو دریافت می‌کنند. یعنی فقط ۱۹ درصد از بیماران مبتلا به فشارخون در کشور این بیماری را شناسایی کرده و دارو مصرف می‌کنند. بیماران مبتلابه فشارخون نیاز به خود مراقبتی وسیع دارند و سطح سواد سلامت و خود مراقبتی دارای اهمیت است. از مطالعات مختلف نتایج گوناگونی حاصل شده است، در بعضی از پژوهش‌ها به ارتباط

سلامت به‌عنوان یک ارزش فردی و اجتماعی، بر طبق اساسنامه سازمان جهانی بهداشت و از دیدگاه همه ملتها و نزد همه مکاتب، یکی از مهم‌ترین و ابتدایی‌ترین حقوق و نیازهای بشر تلقی شده است [۱]. دست یافتن به بالاترین سطح آن از اهداف اجتماعی و ملی تمامی دولت‌ها به حساب می‌آید. هر کشوری جهت دستیابی به اهداف بهداشتی مورد انتظار خود اقداماتی در پیش‌بینی می‌کند و با ترسیم چشم‌اندازهای آینده، بررسی و شناسایی نیازهای بهداشتی خود، تعیین چالش‌های این حوزه، تدوین راهبردها و رویکردهای کلان و روش‌های اجرایی به طراحی برنامه‌های عمل اقدام می‌کند [۲].

بر اساس مطالعات سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲ بیماری‌های غیرواگیر در اغلب موارد قابل پیش‌گیری هستند. با وجود این ۴۰ درصد از کل مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه و ۷۵ درصد در کشورهای پیشرفته ناشی از این بیماری‌ها است. در اغلب کشورهای دنیا بیماری‌های قلبی عروقی در صدر علل مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیر واگیر قرار دارد و سازمان بهداشت جهانی می‌کوشد تا امکان مبارزه همگانی را با این بیماری فراهم کند [۳]. تا سال ۲۰۱۰ حدود ۱٫۲ میلیارد نفر در دنیا فشارخون بالا داشته‌اند که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ شیوع فشارخون بالا ۶۰ درصد افزایش یابد و به این ترتیب ۱٫۵۶ میلیارد نفر از جمعیت دنیا دچار فشارخون باشند [۴].

با تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه و افزایش امید به زندگی، افزایش استرس‌های ناشی از زندگی شهرنشینی، کم‌تحرکی و تغییر الگوهای غذایی، پرفشاری خون مهم‌ترین عامل خطر زمینه‌ساز برای بیماری‌های قلبی عروقی و تهدیدی جدی محسوب می‌شود [۵]. کنترل پرفشاری خون اهمیت زیادی در کاهش ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر کننده و کاهش مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها دارد. این مطلب ضرورت

است، تفسیر و تحلیل مناسب داشته باشند و بیشتر و بهتر بتوانند از خود و اطرافیان خود، در برابر عوامل بیماری‌زا مراقبت کنند [۱۴]. یک بررسی ملی که در سطح گسترده‌ای در کشور امریکا انجام شد، شیوع سواد سلامت ناکافی را ۴۸ درصد برآورد کرد. در این مطالعه تنها ۱۱ درصد بزرگسالان از سواد سلامت کافی برخوردار بودند. در ایران نیز بر اساس مطالعه‌ای در پنج استان کشور، تنها ۱،۲۸ درصد شرکت‌کنندگان، سواد سلامت کافی و ۳،۱۵ درصد، سواد سلامت مرزی و ۶،۵۶ درصد، سواد سلامت ناکافی داشتند [۱۵].

موضوع سواد سلامت به‌وضوح در دور نمای نقشه‌ی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ نیز بیان شده است. جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴ جامعه‌ای سالم و توانمند در تحقق چشم‌انداز بیست ساله است. مردم در این جامعه از سواد سلامت (توانایی دسترسی به اطلاعات، تحلیل و قدرت تصمیم‌گیری درست در زمینه سلامت) و سطح مطلوبی از سرمایه اجتماعی برخوردار خواهند بود [۱۶].

طی یک بررسی ملی که در سطح گسترده در کشور در سال ۱۳۹۴ انجام شد شیوع سواد سلامت ۴۴ درصد برآورد شد. یعنی تقریباً از هر دو نفر ایرانی یک نفر از سواد سلامت محدود برخوردار بود [۱۷].

نظر به اهمیت شایان بیماری فشارخون و نقش مؤثر سواد سلامت به‌عنوان یک راهکار خود مراقبتی در کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیماران مبتلا، نیازمند تدابیر لازم برای ارتقاء سواد سلامت بیماران فشارخون بالا هست [۱۸].

براتی و همکاران پژوهشی با عنوان ارتباط سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلابه پرفشاری خون با روش توصیفی-تحلیلی، بر روی ۲۴۰ نفر از بیماران مبتلابه پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر همدان در سال انجام دادند. نتایج نشان می‌دهد که بیماران سواد سلامت ناکافی خودمراقبتی متوسط داشتند. بین تمامی مولفه‌های سواد سلامت و خودمراقبتی در بیماران همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. در این پژوهش ابعاد سواد

مستقیم بین سطح سواد سلامت و خود مراقبتی و اثر آن بر بیماری فشارخون تأکید و ارتباط معنی‌داری بین این دو متغیر یافت شده است. نتایج مطالعه‌ای نشان داد سطح سواد بهداشتی اثر خود را به واسطه‌ی دانش بهداشتی اعمال می‌کند و به شکل غیرمستقیم با خود مراقبتی ارتباط دارد [۹].

در قرن بیست یکم برای آنکه هر فرد کار کردی مطلوب داشته باشد باید حائز طیفی وسیع از توانایی‌ها و شایستگی‌ها و در اصل بسیاری از "سوادها" باشد؛ این سوادها از توانایی خواندن یک روزنامه تا درک اطلاعاتی که یک کارمند بهداشتی ارائه کرده، دارای تنوع، پویایی و قابلیت انعطاف هستند. جمعیت متخصصان انجمن پزشکی ابعاد سواد سلامت را در چهار گروه مطرح کرده‌اند که شامل: دانش مفهومی و فرهنگی، سواد شفاهی، سواد کتبی و سواد محاسباتی است [۱۰].

این در حالی است که نظام‌های نوین سلامت باعث ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان خود شده‌اند و افراد باید نهایتاً برای اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده نقش‌های جدیدی بر عهده بگیرند که در این زمینه یکی از عوامل بسیار مؤثر، سواد سلامت است. گرچه هنوز به‌درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامت تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است [۱۱] به طوری که برخی از محققان معتقدند که سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در رابطه با سلامت است [۱۲] از این حیث سازمان سلامت جهان در گزارشی، سواد سلامت را به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است [۱۳] لذا سنجش میزان سواد سلامت امری ضروری است تا از احتمال بروز خطرات ناشی از سواد محدود جلوگیری شود.

سطح سواد سلامت قابل قبول، سبب می‌شود که مردم در زمینه موضوعاتی که با سلامت آنها گره خورده

ارتباط داشت. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که ابعاد سواد سلامت خواندن اطلاعات بهداشتی، توانایی دستیابی به اطلاعات بهداشتی، درک اطلاعات بهداشتی، ارزیابی اطلاعات بهداشتی و تصمیم‌گیری به افزایش قابل توجه سطح سبک زندگی سالم کمک می‌کند و همچنین سطح تحصیلات نیز پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سبک زندگی سالم است [۲۲].

بررسی اجمالی صورت گرفته در خصوص سواد سلامت بیماران مبتلابه فشارخون نشان داد تاکنون مدل اختصاصی و روشی برای ارتقا سواد سلامت این بیماران طراحی و ارائه نشده است. لذا با توجه به خلأ پژوهشی موجود هدف اصلی ارائه مدل سواد سلامت بیماران فشار خون بیمارستان قلب شهید رجایی می‌باشد.

### روش پژوهش

این تحقیق از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش پیمایشی و ترکیب روش‌های کیفی و کمی است. جامعه آماری بخش کیفی پژوهش شامل افراد آگاه یا صاحب‌نظر متخصصین حوزه علوم پزشکی و مدیریت آموزشی که در واقع درگیر با ابعاد و موضوع پژوهش در زمینه بیماری فشارخون و سواد سلامت بودند تشکیل می‌دهد. برای تعیین نمونه‌های این بخش و تعیین این گروه از خبرگان از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدف‌مند استفاده شد که تعداد ۲۳ نفر به‌عنوان مصاحبه‌شونده با توجه به اصل اشباع در نظر گرفته شد. جامعه آماری بخش کمی شامل کلیه ارائه‌کنندگان خدمت به بیماران مبتلابه فشارخون در بیمارستان قلب شهید رجایی به تعداد ۱۳۰ نفر بودند که به دلیل حجم پایین جامعه و تعمیم‌پذیری بیشتر از تمامی افراد جامعه جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد. از این میان ۸ پرسشنامه به علت ناقص بودن کنار گذاشته شد و عملیات آماری روی ۱۲۲ پرسشنامه انجام شد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر روش کتابخانه‌ای از روش میدانی استفاده شده است. در بخش کیفی تحقیق از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته و در بخش

سلامت دسترسی، مهارت خواندن، فهم و ارزیابی و تصمیم‌گیری می‌باشد که رابطه معناداری با خود مراقبتی بیماران دارد. سواد سلامت یکی از عوامل مهم در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه پرفشاری خون است [۱۹].

خالقی و همکاران تحقیقی با عنوان بررسی ارتباط بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با روش توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی انجام دادند. حجم آماری پژوهش ۲۸۷ نفر از دانشجویان بودند که به صورت تصادفی چند مرحله‌ای برگزیده شدند و با روش کمی مورد آزمون قرار گرفتند. در دانشجویان نتایج خود را این‌گونه بیان می‌کنند که سواد سلامت دانشجویان با کیفیت زندگی و ابعاد جسمانی و روانی آن در ارتباط است [۲۰].

توکلی و همکاران پژوهشی با عنوان ارتباط آموزش مهارت ارتباطی به پزشکان با بهبود سواد سلامت و نتایج پزشکی در میان بیماران مبتلابه فشارخون انجام داده اند. این پژوهش با روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بر روی ۲۴۰ بیمار با فشارخون بالا انجام گردیده است. نتایج نشان می‌دهد پس از آموزش ارتباطات به پزشک، در مقایسه با گروه کنترل در مهارت‌های ارتباطی پزشکان-بیمار، پایداری به دارو و خودکارآمدی در بیماران فشارخون بالا تحت کنترل توسط پزشکان تحت آموزش بهبود قابل توجهی حاصل شده است. و مداخله آموزشی منجر به کنترل بهتر فشارخون بالا در بیماران می‌شود. بنابراین نتایج نشان می‌دهد که کیفیت ارتباط پزشک و بیمار یک عنصر مهم ارتباطی پزشکی است که ممکن است بر سلامتی تأثیر بگذارد [۲۱].

غفاری فام و همکاران پژوهشی با عنوان پای‌بندی به سواد سلامت و سبک زندگی سالم با کنترل فشارخون بهبود یافته در ایران به روش کیفی بر روی ۲۱۰ نفر از بیماران با فشارخون بالای ۳۰ سال انجام گرفته است. این پژوهش نشان می‌دهد که در میان ابعاد سواد سلامت، توانایی دستیابی به اطلاعات بهداشتی و تصمیم‌گیری به‌طور قابل توجهی با سبک زندگی سالم

است در این شرایط آماره آزمون  $t$  از مقدار بحرانی  $t_{0.05}$  یعنی  $1/96$  بزرگتر خواهد بود. همچنین هر دو کران فاصله اطمینان نیز مثبت خواهد شد. نتایج مربوط به محاسبات انجام شده آزمون  $t$  تک‌نمونه در ادامه آمده است. خلاصه نتایج آزمون  $t$  تک‌نمونه براساس میانگین دیدگاه افراد در جدول ۲ ارائه شده است. بر اساس این نتایج سواد پایه با میانگین  $3,45$  بیشترین میزان اهمیت را داراست. (جدول ۲)

معیار GOF مربوط به بخش کلی مدل‌های معادلات ساختاری است. بدین معنی که توسط این معیار محقق می‌تواند پس از بررسی برازش بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل کلی پژوهش خود برازش بخش کلی را نیز کنترل نماید. ووترلس و همکاران [۲۳] سه مقدار  $0,01$ ،  $-0,36$ ،  $-0,025$  را به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی نموده‌اند. نتایج نشان داد که GOF بدست آمده از مدل بالای  $0,3$  است در نتیجه مدل از برازش مناسب برخوردار است.

در نهایت با استفاده از تکنیک معادلات ساختاری مدل نهایی سواد سلامت برای بیماران فشار خون بیمارستان قلب شهید رجایی ترسیم شد. در شکل ۲ و ۳ مدل خروجی نرم افزار Smart PLS است که خلاصه نتایج مربوط به بار عاملی استاندارد روابط متغیرهای پژوهش ارائه شده است. (شکل ۲ و ۳) آزمون سوالات پژوهش، براساس روابط هر یک از متغیرها به تفکیک نیز در جدول ۳ ارائه شده است.

با توجه به نتایج این جدول سهم هر عامل در سواد سلامت بیماران فشار خون مشخص گردید و نتایج نشان داد که مولفه‌های تعاملات با سهم  $(0,933)$ ، دانش  $(0,913)$ ، خواندن و نوشتن  $(0,911)$ ، نگرش  $(0,870)$ ، ارزیابی  $(0,814)$ ، ارتباطات  $(0,766)$ ، دسترسی  $(0,771)$ ، کاربرد  $(0,766)$ ، ارزش‌ها و فرهنگ‌ها  $(0,726)$ ، درک  $(0,723)$  به ترتیب دارای بیشترین سهم در سواد سلامت بیماران فشار خون هستند. همچنین در میان ابعاد سوا سلامت بیماران فشار خون بعد سواد پایه با ضریب  $(0,923)$ ، بُعد سواد شناختی با ضریب

کمی از پرسشنامه ساخته شده از شاخص‌های بخش کیفی جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. روایی و پایایی پرسشنامه نیز به ترتیب با استفاده از ضریب CVR به میزان حداقل  $0,62$  و ضریب آلفای کربناخ با میزان  $0,91$  مورد تایید قرار گرفت.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در بخش کیفی از روش سه مرحله‌ای کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی استفاده شده است که جهت تحلیل محتوای آن از نرم‌افزار MAXQDA12 استفاده شده است. همچنین به منظور مشخص نمودن روابط بین متغیرها در بخش کمی از معادلات ساختاری استفاده شده است که بدین منظور از نرم افزار smart pls3 بهره‌گیری شده است.

### یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل بخش کیفی شامل سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی نشان می‌دهد که از میان ۳۴ شاخص (گویه) موجود، ۱۰ مولفه و ۴ بعد اصلی به عنوان عوامل اثرگذار مطابق با جدول ۱ قابل شناسایی است (جدول ۱) و در نهایت یکپارچه‌سازی مولفه‌ها در به صورت شکل ۱ مشخص شد. (شکل ۱)

در این پژوهش از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای آزمون نرمال بودن داده‌ها استفاده شده است. براساس نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف سطح معناداری سواد پایه  $0,245$ ، سواد شناختی  $0,164$ ، سواد فرهنگی  $0,318$ ، سواد اجتماعی  $0,153$  و سواد سلامت  $0,098$  به دست آمد که در تمامی موارد مقدار معناداری بزرگ‌تر از سطح خطا  $(0/05)$  می‌باشد. بنابراین توزیع داده‌ها نرمال است و از معادلات ساختاری پی‌ال‌اس استفاده شد.

پیرامون وضعیت هر یک از ابعاد پژوهش با استفاده از آزمون  $t$  تک‌نمونه دیدگاه‌ها بررسی شده است. چون این مطالعه در سطح اطمینان  $95\%$  بررسی شده است بنابراین چنانچه در محاسبه میانگین هر بعد، مقدار معناداری از سطح خطای  $5\%$  کوچکتر باشد، فرض صفر رد شده و بنابراین ادعای آزمون تایید خواهد شد. بدیهی

انسانی و آشنا به امور بهداشت و درمان و سلامت و علوم تجربی و آشنا به امر پزشکی بهره گرفته شود این مفهوم (سواد سلامت بیماران فشار خون) به واژه ای قابل سنجش و ملموس تغییر حالت خواهد داد و منجر به تبیین نظریه در این خصوص خواهد شد. از جنبه‌های نوآوری این پژوهش می‌توان به روش‌های استخراج معنا و مفاهیم مرتبط با سواد سلامت بیماران فشار خون اشاره نمود. چرا که در اکثر پژوهش‌ها بیشتر از جنبه‌های کمی برای استخراج مفاهیم استفاده شده است. در حالی که این پژوهش برگرفته از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با اساتید و پزشکان متخصص در امر سلامت صورت پذیرفته است. هم‌چنین بکارگیری نرم افزارهای مکس کیو دی ای و اکسل را نیز می‌توان بکارگیری تکنولوژی و فن‌آوری روز دنیا در ساخت نظریه‌های این پژوهش دانست. در دیگر سو استخراج مولفه‌ها و ابعاد و شاخص‌های کاربردی جهت چگونگی سواد سلامت بیماران فشار خون به صورت عملیاتی است.

در این پژوهش سواد سلامت بیماران فشار خون دارای ۴ بعد کلی سواد پایه، سواد فرهنگی، سواد اجتماعی، سواد شناختی است که در دو بخش به ارزیابی سوالات پژوهش پرداخته شده است و اول آن که مولفه‌ها و شاخص‌های هر بعد سواد سلامت بیماران فشار خون کدامند؟ که این سوال منجر به رویش نظریه جدید از ۲۳ مصاحبه برای استخراج کدها در این زمینه شد و همین‌طور ۱۰ مولفه برای ۴ بعد و ۳۴ شاخص استخراج گردید. هم‌چنین برای پاسخ به سوال مدل مناسب سواد سلامت برای بیماران فشار خون بیمارستان قلب شهید رجایی چگونه است؟ از تکنیک معادلات ساختاری استفاده شد و نتایج نشان داد که مولفه‌های تعاملات با سهم (۰,۹۳۳)، دانش (۰,۹۱۳)، خواندن و نوشتن (۰,۹۱۱)، نگرش (۰,۸۷۰)، ارزیابی (۰,۸۱۴)، ارتباطات (۰,۷۶۶)، دسترسی (۰,۷۷۱)، کاربرد (۰,۷۶۶)، ارزش‌ها و فرهنگ‌ها (۰,۷۲۶)، درک (۰,۷۲۳) به ترتیب دارای بیشترین سهم در سواد سلامت بیماران فشار خون هستند. هم‌چنین در میان ابعاد سواد سلامت بیماران فشار خون بعد سواد پایه با ضریب (۰,۹۲۳)، بعد سواد شناختی با ضریب (۰,۶۴۸)، بعد سواد اجتماعی با ضریب

(۰,۶۴۸)، بعد سواد اجتماعی با ضریب (۰,۵۸۵) و بعد سواد فرهنگی با ضریب (۰,۴۸۳) به ترتیب بیشترین سهم را در سواد سلامت بیماران فشار خون در بین ابعاد دارند. (جدول ۳)

### بحث و نتیجه‌گیری

در آستانه قرن ۲۱ میلادی، برجسته‌ترین واقعه‌ای که جوامع و کادر بهداشتی با آن مواجه‌اند، شیوع روزافزون بیماری‌های مزمن می‌باشد که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد به‌طور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آنها تأثیر دارند. پرفشاری خون سومین علت مرگ و میر در دنیاست. میزان بستری شدن و مراجعه به پزشک در آنها بیشتر است، در مهارت‌های خود مراقبتی ضعیف‌تر عمل می‌کنند، مراقبت پیش‌گیرانه کمتری دارند و در نتیجه هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند [۲۴] با پذیرش این پیش‌فرض که سواد سلامت می‌تواند در تغییر رفتار بهداشتی، شناخت و درک بیماران مؤثر واقع شود سواد سلامت بیماران فشارخون نیز تحت تأثیر عوامل متفاوتی است که با علم بر تفاوت‌های یاد شده می‌بایست مورد کشف و بررسی قرار گیرد. مراکز بهداشتی و سازمان‌های مرتبط با سلامت دخیل در نتایج سواد سلامت، ناگزیر از کسب شناخت بنیادین و جامع از مفهوم سواد سلامت بوده و پیش‌نیاز اساسی عملکرد مطلوب آنها در کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها است. و لذا تاکنون مدل‌ها و نظریه‌های زیادی جهت تبیین سواد سلامت و نحوه ارزیابی آن و چگونگی ارائه و سنجش آن توسط پژوهشگران ارائه شده است. اما اکثر این مدل‌ها از جامعیت لازم برخوردار نیستند. بر همین اساس ناگزیر به طراحی مدل بومی شده ای هستیم که متناسب با نیازهای این مرکز و هم‌چنین در راستای اهداف حاکم بر بهداشت جهانی باشد. یکی از دلایل عدم پرداختن به این مهم در پژوهش‌های اخیر، کمی بودن بسیاری از تحقیقات است. در اکثر پژوهش‌ها پارادایم‌های اثبات‌گرایی بیشتر به چشم می‌خورد و پرکاربردترین نگاه علمی به تحقیقات اخیر است. در این پژوهش ما بر این باوریم که اگر تحقیقات به صورت کیفی انجام شود و از علمای تراز اول در علوم

دادن به توصیه‌های پزشک معالج و عدم دشواری پرسش از پزشک) شناسایی شد که در نهایت می‌توان دریافت که محققانی اشاره شده از منظر پرداختن به مبحث گفتگو در باب بیماری و گرفتن اطلاعات با دیگران با نتایج این پژوهش همسو بودند. شاخص‌هایی همچون (اهمیت دادن به تلاش برای تغییر شیوه زندگی با کمک اعضای خانواده و دوستان، اهمیت شیوه ادب و معاشرت‌های بیماران در پیشگیری و درمان بیماری، حمایت از ارتباط با دوستان و مراکز درمانی افراد را از لحاظ روانی در کنترل بیماری) که از این میان شاخص اهمیت دادن به تلاش برای تغییر شیوه زندگی با کمک اعضای خانواده و دوستان بیشترین اهمیت را در بین نظر خبرگان داشت.

در نهایت برای سواد سلامت با شناخت بدست آمده از مولفه‌ها و میزان اثرگذاری و اثرپذیری هر یک می‌توان پیشنهاد کرد که:

- در راستای تقویت زیرساخت‌های آموزشی عقد قراردادهای آموزشی با دانشگاه‌های علوم پزشکی
- جذب اساتید هیأت علمی در راستای تقویت زیرساخت‌های آموزشی بیمارستان
- ارائه خدمات آموزشی در زمینه‌های سواد پایه و شناختی توسط بخش آموزش و منابع انسانی بیمارستان قلب شهید رجایی
- ارائه خدمات و تقویت زیرساخت‌های سواد فرهنگی و اجتماعی توسط امور فرهنگی بیمارستان قلب شهید رجایی

### تشکر و قدردانی

این مقاله از رساله دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه مدیریت آموزشی و آموزش عالی که در شورای تخصصی گروه در تاریخ ۱۳۹۸/۱۰/۵ به شماره ۱۰/۸۴ تصویب و در بیمارستان قلب شهید رجایی تهران انجام شده استخراج گردیده است. در راستای انجام این تحقیق مجموعه مدیریت و کارکنان بیمارستان قلب شهید رجایی نهایت همکاری را با محقق داشته‌اند. بدین سبب از تمام مسولین و کارکنان این بیمارستان کمال تشکر و قدردانی را داریم.

(۵۸۵، ۰) و بُعد سواد فرهنگی با ضریب (۰،۴۸۳) به ترتیب بیشترین سهم را در سواد سلامت بیماران فشار خون در بین ابعاد دارند. این بخش با یافته‌های پژوهش‌های براتی و همکاران [۱۹]، پناهی [۲۵]، رباط سرپوشی و همکاران [۲۶]، توکلی، فرنز [۲۱] و غفاری فام و همکاران [۲۲] همسو بود. نتایج همسو در این تحقیق و تحقیقات اشاره شده نشان می‌دهد در جامعه‌های آماری دیگری به مواردی همچون داشتن اطلاعات از بیماری، توانایی خواندن اطلاعات روی داروها، توانایی خواندن اطلاعات بیماری از روی بروشورهای پزشکی و دیگر روش‌ها اشاره داشتند. از طرف دیگر داشتن توانایی در خواندن و نوشتن یکی از اولیه ترین توانایی‌های بشر است و نمی‌تواند یکی از عوامل مهم باشد و از این جهت با نتایج این پژوهش ناهمسو بود. در این تحقیقات به این نکته اشاره شده که کمک تحصیلات شخصی در پیشگیری از بیماری‌ها و درمان آنها را به خود اختصاص می‌دهد. نکاتی همچون دارا بودن فرد از اطلاعات کافی برای مدیریت بیماری و بهبود بیماری خود اشاره شده است که از این جهت این یافته‌ها با تحقیقات این پژوهشگران همسو بود. در این تحقیقات مشخص شده است که هرگز بیماران نمی‌توانند از روش‌های خود مراقبتی بخوبی استفاده کنند و در این را کمک شایانی به آنها بکند و این نشان از ناهمسویی این پژوهش در این بخش با این تحقیقات است. شاخص‌هایی همچون (اهمیت تمایل به یادگیری آموزش‌های همگانی در خصوص مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، اهمیت داشتن تلاش برای یافتن سوالات مربوط به مراقبت‌های سلامت و درمان بیماری، اهمیت داشتن پیشگیری از بیماری و مراقبت‌های مربوط به سلامت (رژیم غذایی، مراجعه به موقع به مراکز درمانی و گفتگو با متخصصان و توجه به اهمیت ورزش)، اهمیت بسیار زیاد استفاده از اطلاعات مبتنی بر درمان‌های طب سنتی و درمان‌های تجربی) شناسایی شد. شاخص‌هایی همچون (اهمیت دادن به تعاملات اجتماعی همانند گفتگو با دوستان و در پیشگیری و درمان بیماری‌ها، اهمیت داشتن تنظیم یک برنامه درمانی جهت مراقبت‌های درمانی با خانواده، اهمیت

جدول ۱ - عوامل اثرگذار بر سواد سلامت برای بیماران فشارخون در بیمارستان قلب شهید رجایی

کدهای مصاحبه شونده‌ها	شاخص	مولفه	ابعاد
I3, I11, I5	توانایی خواندن اطلاعات مربوط به داروها	خواندن و نوشتن	سواد پایه
I9, I5, I4, I2, I11	توانایی خواندن اطلاعات پزشکی و درمانی مربوط به بیماری خود فرد		
I3, I4, I11, I5	کمک توانایی خواندن و نوشتن به فرد در تبادل اطلاعات مربوط به بیماری با دیگران		
I10, I8, I3	آشنایی با اصطلاحات علمی مربوط به بیماری خود	دانش	
I6, I8, I10, I3, I4	کمک تحصیلات شخصی در پیشگیری از بیماریها و درمان آنها		
I3, I1, I5, I4, I6	موثر بودن مهارت استفاده از رایانه می تواند در استفاده از اطلاعات علمی مربوط به سلامت		
I2, I6, I10, I9	توانایی جمع آوری اطلاعات درخصوص (پیشگیری از بیماری، علائم بیماری و مراقبت‌های درمان (از طریق تلفن همراه و رایانه، از طریق شبکه‌های اجتماعی و اینترنت	دسترسی	
I11, I9, I10, I4, I5	توانایی جمع آوری اطلاعات درخصوص (پیشگیری از بیماری، علائم بیماری و مراقبت‌های درمان (از طریق کتاب‌ها، و مجلات درمانی		
I11, I7, I10, I3, I8	دارا بودن فرد از اطلاعات کافی برای مدیریت بیماری و بهبود بیماری خود		
I4, I3, I2, I8, I6	آگاهی فرد از منابع اینترنتی در مورد پیشگیری از بیماری‌ها و درمان بیماری آن	درک	سواد شناختی
I5, I11, I4, I3	توانایی توضیح علائم و شرایط جسمی را برای کادر درمان و متخصصان		
I1, I2, I9, I7, I5	توانایی درک اطلاعات سلامت جهت ارتقا مهارت‌های خود مراقبتی		
I8, I7, I11, I15	آشنایی با اصطلاحات پزشکی مربوط به خود مراقبتی و درمان بیماری		
I7, I3, I9, I10, I11	توانایی انتخاب اطلاعات مورد نیاز مربوط به بیماری را از بین اطلاعات مختلف	ارزیابی	
I3, I7, I3	پرسیدن سوال در مورد دستورالعمل‌های درمانی و مراقبت‌های پیشگیرانه از متخصصان		
I11, I3, I14, I2, I9	توانایی تشخیص و ارزیابی منابع اطلاعاتی (اینترنتی، کتاب‌ها، و متخصصان...) معتبر در حوزه سلامت		
I10, I1, I2, I4	توان تشخیص فریبکاری‌های رسانه‌های اجتماعی و افراد در خصوص پیام‌های بهداشتی و سلامت	کاربرد	
I10, I3, I8, I2	اعتقاد به اطلاعات مربوط به مسائل بهداشتی و درمانی		
I7, I5, I1, I7	تصمیم‌گیری و اقدام برای پیشگیری و درمان بیماری با توجه به اطلاعات بهداشتی		
I11, I8, I4, I9	استفاده از اطلاعات سلامت برای سلامتی (پیشگیری و درمان)		
I4, I2, I6	داشتن عملکرد موفق در خود مراقبتی در مقابل بیماری‌ها	نگرش	سواد فرهنگی
I4, I2, I8, I5, I9	اعتماد به پزشکان و متخصصان درمانی		
I8, I2, I9, I1	احترام و التزام به توصیه‌های متخصصان و پزشکان		
I11, I1, I3, I8, I6	اهمیت دادن و توجه به توصیه‌های مربوط به تغذیه، مراقبت‌های بهداشتی و فعالیت‌های ورزشی جهت پیشگیری و درمان بیماری	ارزش‌ها و فرهنگ‌ها	
I2, I1, I10, I7	اهمیت تمایل به یادگیری آموزش‌های همگانی در خصوص مراقبت‌های بهداشتی و درمانی		
I5, I8, I7, I6, I4	اهمیت داشتن پیشگیری از بیماری و مراقبت‌های مربوط به سلامت (رژیم غذایی، مراجعه به موقع به مراکز درمانی و گفتگو با متخصصان و توجه به اهمیت ورزش)		
I1, I2, I11, I7, I10	اهمیت بسیار زیاد استفاده از اطلاعات مبتنی بر درمان‌های طب سنتی و درمان‌های تجربی	تعاملات	سواد اجتماعی
I2, I6, I10, I9	اهمیت دادن به تعاملات اجتماعی همانند گفتگو با دوستان و در پیشگیری و درمان بیماری‌ها		
I11, I9, I10, I4, I5	اهمیت داشتن تنظیم یک برنامه درمانی جهت مراقبت‌های درمانی با خانواده		
I11, I7, I10, I3, I8	اهمیت دادن به توصیه‌های پزشک معالج و عدم دشواری پرسش از پزشک		
I8, I3, I5, I4, I2	اهمیت دادن به تلاش برای تغییر شیوه زندگی با کمک اعضای خانواده و دوستان		
I4, I3, I2, I8, I6	اهمیت شیوه ادب و معاشرت‌های بیماران در پیشگیری و درمان بیماری		
I5, I8, I7, I6, I4	حمایت از ارتباط با دوستان و مراکز درمانی افراد را از لحاظ روانی در کنترل بیماری		

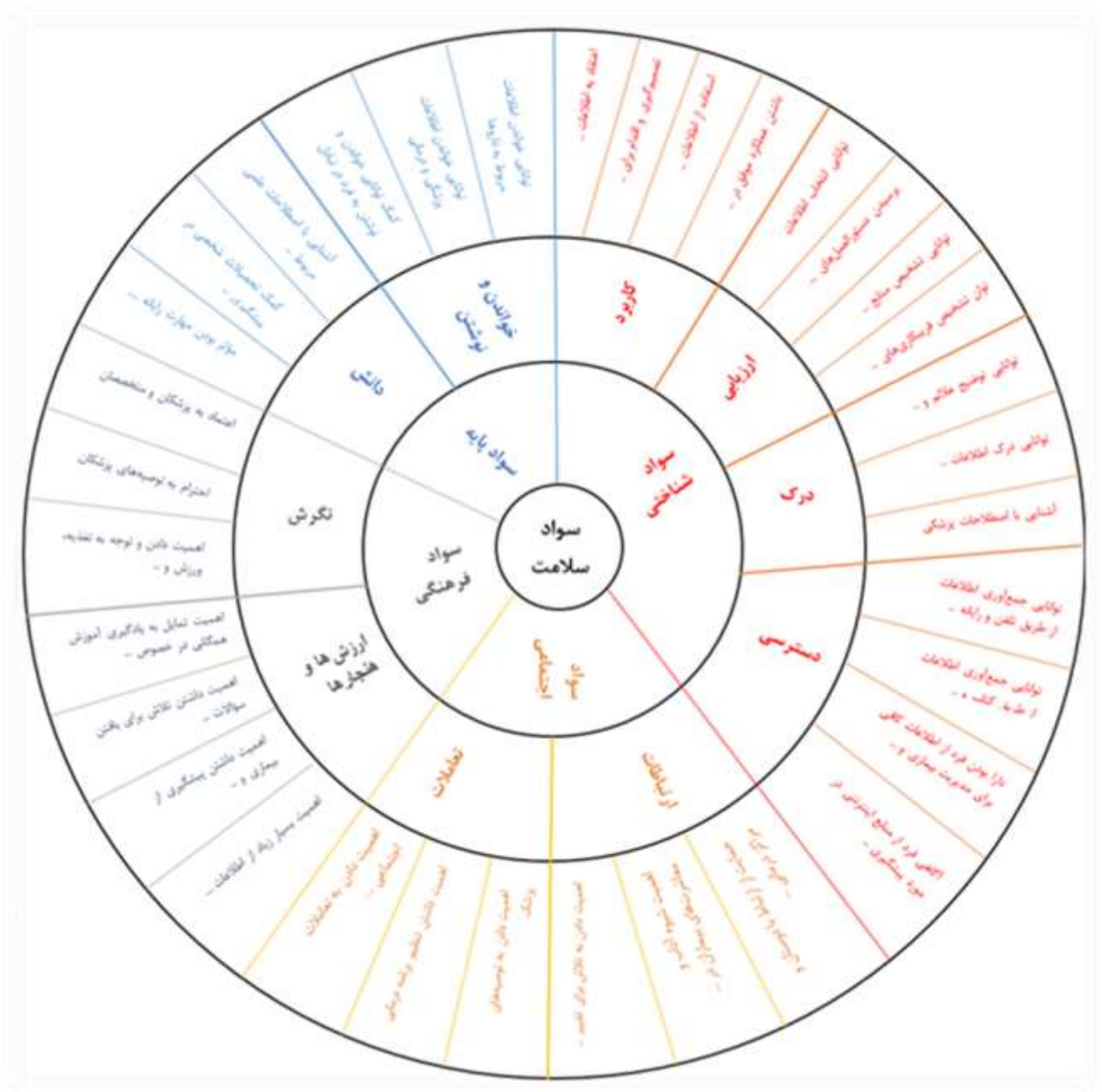


جدول ۲ - خلاصه نتایج آزمون t تک نمونه برای متغیرهای پژوهش

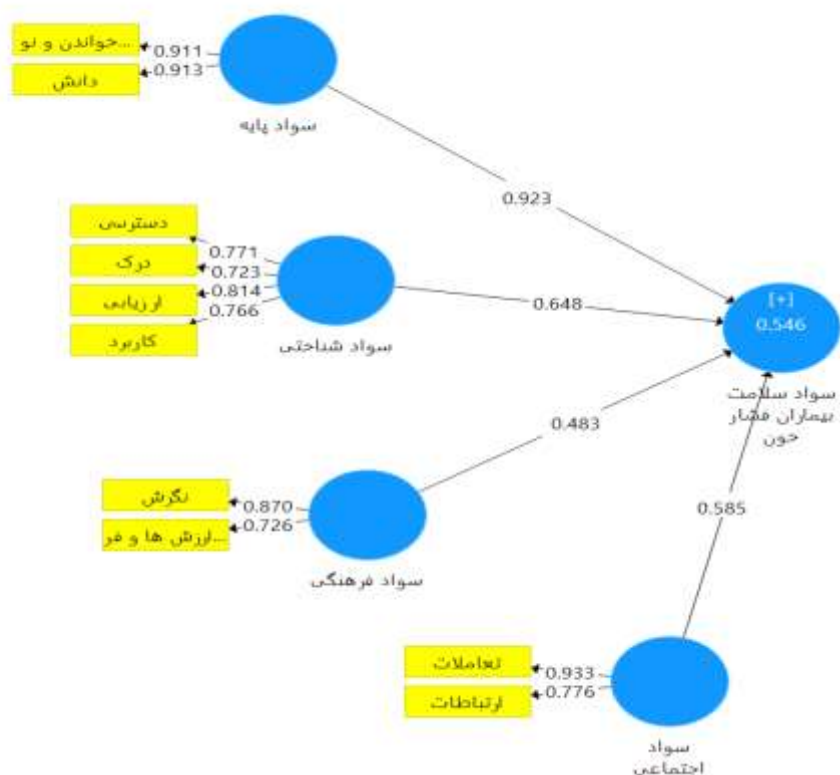
فاصله اطمینان ۹۵٪		مقدار معناداری	مقدار t	میانگین	متغیرهای پژوهش
حد بالا	حد پائین				
۰٫۴۱۰	۰٫۲۷۰	۰٫۰۰۰	۹٫۵۳۸	۳٫۲۱	خواندن و نوشتن
۰٫۵۶۸	۰٫۴۰۹	۰٫۰۰۰	۱۲٫۰۴۷	۳٫۷۳۱	دانش
۰٫۵۱۰	۰٫۳۵۵	۰٫۰۰۰	۱۱٫۰۳۱	۳٫۶۹۷	دسترسی
۰٫۶۰۰	۰٫۴۵۴	۰٫۰۰۰	۱۴٫۱۵۱	۳٫۲۷۰	درک
۰٫۴۷۹	۰٫۲۹۲	۰٫۰۰۰	۸٫۰۸۴	۳٫۴۴۹	ارزیابی
۰٫۶۱۱	۰٫۴۵۸	۰٫۰۰۰	۱۳٫۶۸۴	۳٫۵۰۸	کاربرد
۰٫۷۸۴	۰٫۶۳۷	۰٫۰۰۰	۱۹٫۰۰۲	۳٫۴۰۳	نگرش
۰٫۶۸۲	۰٫۵۱۲	۰٫۰۰۰	۱۳٫۸۷۲	۳٫۳۹۲	ارزش‌ها و هنجارها
۰٫۵۰۴	۰٫۳۸۹	۰٫۰۰۰	۱۵٫۲۹۲	۳٫۴۰۰	تعاملات
۰٫۵۳۰	۰٫۴۰۰	۰٫۰۰۰	۱۴٫۰۸۰	۳٫۵۱	ارتباطات
۰٫۶۲۱	۰٫۴۹۳	۰٫۰۰۰	۱۷٫۰۲۷	۳٫۴۵	سواد پایه
۰٫۳۱۱	۰٫۱۳۹	۰٫۰۰۰	۵٫۱۶۰	۳٫۳۲	سواد شناختی
۰٫۴۱۵	۰٫۲۸۳	۰٫۰۰۰	۱۰٫۴۱۲	۳٫۱۶	سواد فرهنگی
۰٫۵۱۲	۰٫۳۶۵	۰٫۰۰۰	۱۱٫۷۲۳	۳٫۲۰	سواد اجتماعی

جدول ۳ - اولویت بندی و بررسی سهم هر عامل در سواد سلامت بیماران فشارخون

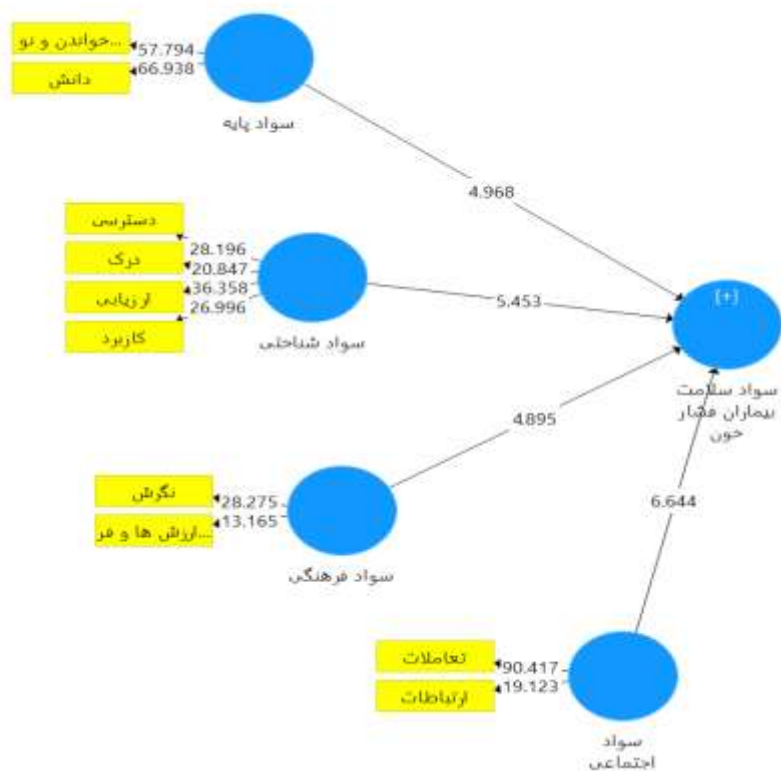
رتبه بندی	آماره تی	ضریب	مولفه‌های سواد سلامت بیماران فشارخون
۳	۵۷٫۷۹۴	۰٫۹۱۱	خواندن و نوشتن
۲	۶۶٫۹۳۸	۰٫۹۱۳	دانش
۷	۲۸٫۱۹۶	۰٫۷۷۱	دسترسی
۱۰	۲۰٫۸۴۷	۰٫۷۲۳	درک
۵	۳۶٫۳۵۸	۰٫۸۱۴	ارزیابی
۸	۲۶٫۹۹۶	۰٫۷۶۶	کاربرد
۴	۲۸٫۲۷۵	۰٫۸۷۰	نگرش
۹	۱۳٫۱۶۵	۰٫۷۲۶	ارزش‌ها و هنجارها
۱	۹۰٫۴۱۷	۰٫۹۳۳	تعاملات
۶	۱۹٫۱۲۳	۰٫۷۷۶	ارتباطات
رتبه بندی	آماره تی	ضریب	ابعاد سواد سلامت بیماران فشارخون
۱	۴٫۹۶۸	۰٫۹۳۳	بُعد سواد پایه
۲	۵٫۴۵۳	۰٫۶۴۸	بُعد شناختی
۴	۴٫۸۹۵	۰٫۴۸۳	بُعد فرهنگی
۳	۶٫۶۴۴	۰٫۵۸۵	بُعد اجتماعی



شکل ۱ - یکپارچه سازی عوامل اثرگذار بر سواد سلامت برای بیماران فشارخون



شکل ۲ - تکنیک حداقل مربعات جزئی الگوی پژوهش



شکل ۳ - آماره t-value الگوی پژوهش با تکنیک بوت استرایپینگ

**Reference:**

- Peyman N, Behzad F, Taghipour A, Ismaili H. Evaluating the effect of health literacy training program for health workers on promoting self-efficacy of patients with chronic diseases. *Journal of Health System Research*, 2016; 12 (3): 350-357. [In Persian]
- 2- Wang C, Li H, Li L, Xu D, Kane RL, Meng Q. Health literacy and ethnic disparities in health-related quality of life among rural women: results from a Chinese poor minority area. *Health and quality of life outcomes*, 2013; 11(1): 153.
- 3- Zarezadeh Y, Eskandari N, Moradi M, Abdi N. Investigating the relationship between health literacy and quality of life in the staff of Kurdistan University of Medical Sciences. *Health Literacy Quarterly*, 2018; 4 (4): 38-45. [In Persian]
- 4- Codina, O. G. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. *BMC Public Health*, 2019. 19, Article number: 1122
- 5- Heshmat R, Qutbi S, Poorabrahim R, Nouri M. Prevalence of hypertension and associated risk factors in urban population aged 25-64 years living in Tehran University of Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences; 2017. [In Persian]
- 6- Andreadis E, Agaliotis G, Angelopoulos E. Automated Office Blood Pressure Measurements Could Reduce the Need for Performing, 2010.
- 7- Ghafari Mohtasham M, Hassani M R, Daemi M. Comparison of how patients' blood pressure is measured with the American Heart Association standard. *Scientific Journal of the Medical System Organization of the Islamic Republic of Iran*, 2017; 32 (4): 48-59. [In Persian]
- 8- Demirel M, Akkoyunlu B. Prospective teachers' lifelong learning tendencies and information literacy self-efficacy. *Educational Research and Reviews*, 2017; 12(6): 329-337.
- 9- Nasiri F, Abdul Maleki S. Explaining the relationship between perceived social support and quality of life with the mediating role of perceived stress in women heads of households in Sanandaj. *Applied Sociology*, 2016; (4) 27: 99-116. [In Persian]
- 10- Ghasemi H, Rasekh N. Identifying the dimensions of communication literacy: with a content analysis approach. *Health Literacy Quarterly*, 2018; 4(4): 18-29. [In Persian]
- 11- Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>. Published in 2006. Accessed April 15 2019.
- 12- Tavosi M. Assessing the health literacy of Iranian adults. *Monitoring Journal*, 2015; 15 (1): 56-64. [In Persian]
- 13- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000, 15(3): 259-267.
- 14- Paakkari L & Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 2020, 5(5): 249-250.
- 15- Rowlands G, Shaw A, Jaswal S, Smith S, Harpham T. Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health Promot Int*, 2017; 32(1): 130- 8.
- 16- Mullah Khalili H, Papi A, Sharifi Rad Gh, Zare Farash Bandi, F, Hassanzadeh A. Health literacy of patients admitted to teaching hospitals of Isfahan University of Medical

- Sciences. Health Information Management, 2014; 11(4): 464-473. [In Persian]
- 17- Delavar F, Pashaei Poor Sh, Negharande, R. Health Literacy Index: A new tool for assessing health literacy. Life Magazine, 2020; 24 (1): 1-6. [In Persian]
- 18- Froze S, Arif M. Determinants of health literacy and healthy lifestyle against metabolic syndrome among major ethnic groups of Sarawak, Malaysia: a multi-group path analysis. Open Public Health, 2019; 12: 1.
- 19- Barati M, Bayat F, Afshar F. The relationship between health literacy and self-care behaviors in patients with hypertension. Quarterly Journal of Education and Health, 2020; 2: 44-58. [In Persian]
- 20- Khaleghi M, Amin Shokravi F, Peyman N. Investigating the relationship between health literacy and health-related quality of life in students. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion, 2019; 7: 28-40. [In Persian]
- 21- Tavakoly SB, Behzhad F, Ferns G, Peyman N. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. BMC Health Services Research; 2020.
- 22- Gaffari-fam S, Babazadeh T, Shahram O, Leila B, Daemi A. Adherence to a Health Literacy and Healthy Lifestyle with Improved Blood Pressure Control in Iran. Patient Preference and Adherence; 2020, 185.129.189.69
- 23- Wetzels M, Odekkerken-Schroder G & Van Oppen C. Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration, MIS Quarterly, 2009, 33(1): 177.
- 24- Sharma M, Romas J.A, Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion; 2017
- 25- Panahi R, Ramezankhani A, Tavisi. M. Strengthening the performance of the health belief model by using health literacy in predicting the adoption of smoking prevention behaviors in students. Health Literacy Quarterly, 2018; 3(1): 1-11. [In Persian]
- 26- Robat Sarposhi D, Tavakoli Sani B, Alizadeh H, Peyman N. Objective of Evaluating Health Literacy Studies in Iran: A Systematic Review. Scientific and Research Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. The second period, 2019; 6(25): 793-807. [In Persian]