

Predictors of Health Promotion Behavior of female Students of Azad Islamic University, Kazerun Branch: Role of Social Support and Health Literacy

ABSTRACT

Background and objective: Health promoting behaviors and life style at the young age is regarded as very important issues. The purpose of the present study is to investigate the relationship between social support and health literacy whit health promoting behaviors among female students in Islamic Azad University, in Kazerun, Iran.

Methods: In this descriptive-analytic study, 200 female Azad University students were selected as the sample using random cluster sampling. The required data were collected using the Sarason's Social Support Questionnaire, Health Literacy Questionnaire devised by Montazeri et al., and Walker's Promoting Behaviors Questionnaire. The data were analyzed using SPSS software (version 22), Pearson correlation coefficient and regression analysis.

Results: Health promoting behaviors and health literacy scores in students were 74.32 and 76.68, respectively. The average for individuals in the students' social support network was 3.8 ± 1.9 and the mean score of their satisfaction from their own social network was 4.9 ± 1.5 . The results obtained from regression analysis showed that health literacy comprised 22.2% of health promoting behaviors while social support demonstrated 17.8% of these behaviors.

Conclusion: Though health literacy and health promoting behaviors have been in a desirable condition for students, it seems necessary to carry out health education programs on the basis of the areas of health promoting behaviors and health literacy components as well as assisting students to improve social networking and to moderate their expectations with respect to this network.

Paper Type: Research Article.

Keywords: social support, health literacy, health promoting behaviors, youth, female students

Soheyla Ziaee

*. Instructor, midwifery education, Department of Midwifery, Kazerun branch, Islamic Azad University, Kazerun, Iran.. (Corresponding Author) Email: s_ziaee@kau.ac.ir

Received: 2017/11/19

Accepted: 2018/02/05

DOI: 10.29252/jhl.2.4.3

► **Citation:** Ziaee S. Predictors of Health Promotion Behavior of female Students of Azad Islamic University, Kazerun Branch: Roll of Social Support and Health Literacy. *Journal of Health Literacy*. Winter 2018; 2(4): 223-236.

پیش بینی کننده های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون : نقش حمایت اجتماعی و سواد سلامت

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سبک زندگی در سنین جوانی از اهمیت خاصی برخوردار است. هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سواد سلامت بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون می باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه ای توصیفی تحلیلی با شرکت ۲۰۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون که به روش خوشه ای تصادفی انتخاب شده بودند؛ صورت گرفت. در این مطالعه از پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون، سواد سلامت منتظری و همکاران و رفتارهای ارتقاء دهنده والکر استفاده شد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۲ و آزمون های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نمره ی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سواد سلامت در دانشجویان به ترتیب ۷۴/۳۲ و ۷۶/۶۸ بود. میانگین تعداد افراد در شبکه حمایت اجتماعی دانشجویان $1/9 \pm 3/8$ نفر و میانگین نمره رضایت آنها از شبکه اجتماعی خود $1/5 \pm 4/9$ بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سواد سلامت ۲۲/۲ درصد از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و حمایت اجتماعی ۱۷/۸ درصد این رفتارها را تبیین می کند.

نتیجه گیری: با وجودی که سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در دانشجویان در حد مطلوب بود اما لزوم انجام برنامه های آموزش سلامت بر اساس حیطه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و مولفه های سواد سلامت و همچنین کمک به دانشجویان در تقویت شبکه اجتماعی و تعدیل انتظارات خود از این شبکه را منتفی نمی کند.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، سواد سلامت، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، جوانان، دانشجویان دختر

سهیلا ضیائی

* مربی، آموزش مامایی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون، کازرون، ایران (نویسنده مسئول)

E-mail: s_ziaee@kau.ac.ir

◀ **استناد:** ضیائی س. پیش بینی کننده های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون : نقش حمایت اجتماعی و سواد سلامت. *فصلنامه سواد سلامت*. زمستان ۱۳۹۶؛ ۲: ۲۳۳-۲۳۶.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۱۶

مقدمه

ارتقاء سلامت فرآیند قادر سازی افراد برای کنترل سلامتی خود و عوامل موثر بر آن است. ارتقاء سلامت در سطوح مختلف فردی، گروهی و سازمانی، جامعه و سیاست گذاری (غالباً به طور همزمان) مداخله می نماید. توسعه مهارت‌های فردی (۱) یا سبک زندگی سالم (۲) یکی از استراتژی‌های ارتقاء سلامت است.

سبک زندگی، تمام رفتارهایی که تحت کنترل شخص بوده یا بر خطرات بهداشتی فرد تاثیر دارند را شامل می شود. رفتارهای حفاظت از سلامتی و رفتارهای ارتقاء سلامت دو جزء مکمل سبک زندگی سالم هستند. جزء حفاظت کننده سلامت، احتمال مواجهه فرد را با بیماری یا آسیب کاهش می دهد و جزء ارتقاء دهنده سلامت الگویی چند بعدی، و رویکردی مثبت به زندگی بوده و در راستای حفظ یا افزایش سطح خود شکوفایی، رفاه، رضایتمندی و تقویت سلامت و خوب بودن افراد عمل می کند (۳،۴). انتخاب‌ها و الگوی سبک زندگی افراد نزدیک به ۶۰٪ کیفیت زندگی و سلامتی آنها را تبیین کرده و بر طول عمر افراد تاثیر می گذارد (۴). از عناصر کلیدی در ارتقاء سلامت، سواد سلامت و حمایت اجتماعی است (۵-۶).

سواد سلامت، مهارت‌های شناختی و اجتماعی تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات در جهت حفظ و ارتقاء سلامتی شان است (۷). سواد سلامت به عنوان پیامد مستقیم آموزش بهداشت (۸)، یکی از مهم ترین تعیین کننده های سلامت است (۹). و نقش اساسی در تعیین نابرابری های سلامت در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته داشته (۱۰) و از ابزارهای اساسی در جهت ارتقاء سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی (۱۱) است؛ چرا که نقش مهمی بر نحوه تصمیم گیری اشخاص در زمینه های مرتبط با سلامت دارد (۱۲-۱۳).

متخصصین بر این باورند که سواد سلامت بر وضعیت سلامت و بهره گیری از خدمات سلامت از طریق شرایطی چون دانش بیماری، رفتار سلامتی و استفاده از خدمات پیشگیری تاثیری

مستقیم دارد (۱۴). افراد با سواد سلامت ناکافی از توانایی کمتری در ارزیابی اطلاعات، درک کیفیت اطلاعات و اعتماد به آن برخوردار بوده (۱۵) و اطلاعات کمتری نسبت به وضعیت سلامتی خود دارند (۱۶) و ممکن است با پردازش نادرست اطلاعات مربوط به سلامتی، استفاده نامناسب از داروها، عدم پیروی از دستورات پزشک و مشارکت کمتر در خصوص تصمیم گیری های درمانی (۱۷، ۱۸) موفقیت درمان را کاهش دهند. سطح پایین سواد سلامت با مسایلی چون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش های پزشکی و پیروی از آنها (۱۹)، استفاده ی کمتر از خدمات پیشگیری (۱۷، ۲۰) و ناتوانی در مهارت‌های خود مراقبتی (۲۲-۲۱)، عدم تبعیت از رفتارهای سبک زندگی سالم (۱۳، ۲۳) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (۲۴) مرتبط بوده؛ در نهایت به پیامدهای ضعیف سلامتی (۲۵) و مرگ زود هنگام (۲۶) منجر می شود. متأسفانه بیش از نیمی از بزرگسالان سواد سلامت مطلوبی ندارند (۳۲-۲۷، ۱۴). مطالعات در این رابطه نشان میدهد که ۴۱/۴٪ شهروندان کرمانی باسواد و بالای سن ۱۷ سال مورد مطالعه نكویی مقدم و همکاران (۱۴)، ۴۶/۵٪ شهروندان بالای ۱۸ سال مورد مطالعه جواد زاده و همکاران (۲۷)، ۴۵/۴٪ زنان باردار مورد مطالعه قنبری و همکاران (۲۸)، ۲۱٪ دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی مورد مطالعه عظیمی و همکاران (۲۹)، ۳۶/۶٪ دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مورد مطالعه محمودی و طاهری (۳۰)، ۵۲/۴٪ شهروندان ۱۸ تا ۶۵ سال مورد مطالعه صحرای و همکاران (۳۱) سواد سلامت کافی داشته اند. سواد سلامت ۶۰٪ شهروندان تا ۲۰ تا ۶۰ سال مورد مطالعه افشاری و همکاران در شهرستان تویسرکان نیز متوسط بوده است (۳۲). صرفنظر از میزان سواد سلامت، شیخ شرفی و سید امینی در مطالعه خود بر ۱۰۵ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان امام مهاباد نشان دادند که ارتباط مستقیم و معنی داری بین زیر مقیاس های خودمراقبتی و سطوح پنج گانه سواد سلامت وجود دارد. بطوریکه افراد با سطح سواد سلامت بالاتر، رفتارهای خود مراقبتی بهتری از خود نشان می

دهند و در زمینه حفظ، مدیریت و اعتماد به توانایی های خود در زمینه خود مراقبتی عملکرد بهتری دارند (۲۱). رئیسی و همکاران نیز سواد سلامت را در سه حیطه عملکردی، ارتباطی و انتقادی در ۱۸۷ بیمار دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت حضرت علی اصفهان مورد سنجش قرار داده و ارتباط بین سواد سلامت و انجام رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی را نشان دادند. در مطالعه آنها سواد سلامت ارتباطی و انتقادی با رفتارهای خود مراقبتی مانند انجام فعالیت فیزیکی، پایش قند خون و مراقبت از پا مرتبط بوده است (۲۲). حسینی و همکاران (۳۳)، نکویی مقدم و همکاران (۱۴)، جوادزاده و همکاران (۳۴)، رئیسی و همکاران (۳۵)، محسنی و همکاران (۳۶) هم ارتباط بین سطح سواد سلامت و کیفیت زندگی، استفاده از خدمات بهداشتی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را نشان دادند. در این رابطه فتوحی و رضایی نشان دادند که سواد سلامت کافی و مرزی می تواند فعالیت ورزشی بانوان سالمند را به میزان ۸۰٪ تبیین کند (۳۷) و اقلملایی و همکاران به این نتیجه رسیدند که ۴۹٪ تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانش آموزان بندر عباس توسط سواد سلامت تبیین می شود (۲۴).

حمایت اجتماعی از دیگر فاکتورهای موثر بر سلامتی و رفتارهای بهداشتی (ارتقاء سلامت) است (۹). حمایت اجتماعی دل بستگی هایی را شامل می شود که به واسطه آن مهارت افراد افزایش یافته، راهنمایی و بازخوردهای تایید کننده در رابطه با رفتار دریافت می کنند. خانواده و دوستان، نقش مهمی در دلگرم کردن فرد برای رسیدن به اهداف بهداشتی ایفا می کنند و کمک آنها مهمترین جزء حمایت اجتماعی است (۳۸). بسیاری از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را یکی از مهمترین عوامل پیش بینی کننده سلامت جسمانی و روان شناختی فرد در طول زندگی می دانند (۳۹). مطالعات نشان می دهد که حمایت اجتماعی اثرات مثبتی بر جنبه های گوناگون فعالیت های خود مراقبتی دارد (۴۰) و به طور معنی داری بر سلامت افراد و پیامدهای سلامتی تاثیر می گذارد (۴۱). حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی مثبت

همبستگی معنی داری داشته (۴۲) و یک فاکتور زمینه ای در ارتباط بین سواد سلامت و پیامدهای آن می باشد (۴۳) و همانطور که هاروی و الکساندر (۴۴)، متاجی امیررود و همکاران (۳۸) و چناری و همکاران (۴۵) نشان دادند پیش بینی کننده رفتارهای ارتقاء دهند سلامت است. تاثیر محافظتی حمایت اجتماعی در ارتباط بین بیماری و سلامت (۴۶) به گونه ای است که، افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند از سلامت جسمی و روحی بهتری نیز برخوردار می باشند (۴۳، ۴۷). گرچه زنان و مردان هر دو نیازمند حمایت اجتماعی هستند، اما بررسی ها نشان می دهد که کمیت و کیفیت حمایت اجتماعی اثرات عمیق تری بر زنان دارد (۴۴).

در حالی که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بهترین شیوه ای است که مردم می توانند سلامت خود را کنترل و حفظ کنند؛ جوانان و نوجوانان آنها را در اولویت برنامه های خود قرار نمی دهند. نوجوانان و جوانان به اندازه بزرگسالان، بهداشت را موضوع با اهمیتی در زندگی تلقی نمی کنند و اغلب رفتارهایی انجام می دهند که معمولاً آنها را در معرض خطر بیماریهای تهدید کننده زندگی قرار می دهد (۲۴). آنچه مسلم است، بسیاری از عادات سالم و ناسالم در دوران نوجوانی شکل گرفته و به دوره های بعدی زندگی نیز انتقال می یابد (۴۸). برنامه ریزی به منظور حذف یا اصلاح رفتارهای بهداشتی نامطلوب و ایجاد و حفظ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در نوجوانان و جوانان امری اجتناب ناپذیر است (۴۹). از طرفی حمایت اجتماعی و سواد سلامت، عنصری مهم در توانایی یک زن برای درگیر شدن با فعالیت های ارتقای سلامت و پیشگیری برای خود و خانواده اش محسوب می شود چرا که بدون درک کافی از اطلاعات سلامت، تصمیم گیری هایی آگاهانه در جهت پیامدهای مطلوب غیر ممکن است (۵۰). با توجه به اهمیت حمایت اجتماعی، سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و با توجه به گزارش سازمان مطالعه و کیفیت مراقبتهای سلامتی (۳۵) مبنی بر لزوم انجام تحقیقات بیشتر بر روی سواد سلامت و چگونگی اثرات آن بر

شد. در روز مورد نظر، کمک پژوهشگران با کسب اجازه از مدرس محترم هر کلاس، اهداف مطالعه را برای دانشجویان توضیح داده و به آنها یادآور شدند که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و اطلاعات دریافتی از آنها محرمانه خواهد ماند. سپس پرسشنامه ها در اختیار دانشجویان قرار گرفت تا به روش خود ارزیابی تکمیل گردد. در نهایت با توجه به میزان حضور دانشجویان در زمان نمونه گیری فقط ۲۲۰ پرسشنامه توزیع و جمع آوری شد.

گرد آوری داده ها در این پژوهش از طریق تکمیل پرسشنامه ای حاوی مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه سواد سلامت بالغین (HELIA) منتظری و همکاران (۵۱)، پرسشنامه ارتقاء سلامت والکر و همکاران (۵۲) و پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون و همکاران (۵۳) بود.

پرسشنامه سواد سلامتی (HELIA) توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۹۳ ساخته شد که دارای ۳۳ سوال ۵ گزینه ای در ۵ حیطه دسترسی (۶ عبارت)، خواندن (۴ عبارت)، درک (۷ عبارت)، ارزیابی (۴ عبارت)، تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ عبارت) است. روایی مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی آن با محاسبه ضریب همبستگی درونی آن ارزیابی شد. نتایج نهایی تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که پرسشنامه مذکور از روایی سازه مطلوب برخوردار است و مجموعاً ۵۳/۲٪ از تغییرات مشاهده شده را توضیح می دهد. میزان آلفای کرونباخ گویه ها در سازه های ذی ربط نیز قابل قبول (۷۲/ تا ۸۹/۰) بوده که از این حیث پایایی پرسشنامه نیز تایید شده است (۵۱). میزان آلفای کرونباخ در بررسی حاضر برای کل پرسشنامه ۸۹/۰ بدست آمد. نمره هر سوال یا گویه بین ۱ تا ۵ متغیر است با جمع کردن نمره های هر حیطه، نمره خام آن حیطه بدست آمد. سپس نمرات خام تبدیل به نمرات استاندارد شد به طوری که در نهایت نمره هر حیطه بین صفر تا ۱۰۰ بدست آمد. بر اساس نقاط برش ۵۰، ۶۶ و ۸۴، سواد سلامت دانشجویان در چهار سطح ناکافی (۰-۵۰)، نه چندان کافی (۶۶-۵۰/۱)، مطلوب (۸۴-۶۶/۱) و عالی (۱۰۰-۸۴/۱) رتبه بندی شده است (۵۴).

سلامت افراد و با توجه به اینکه مطالعات محدودی در زمینه ارتباط حمایت اجتماعی، سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دختران جوان انجام شده است این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی، سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون طراحی و اجرا گردیده است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که به صورت مقطعی بر دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون در سال ۱۳۹۵ اجرا شد. معیار ورود به مطالعه رضایت افراد و اشتغال به تحصیل در یکی از ترمهای ۳ تا ۶ و حضور در محیط های آموزش نظری بود. تکمیل ناقص پرسشنامه معیار خروج از مطالعه بود. حجم نمونه ۲۲۰ نفر با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن $P/21 =$ (کمترین میزان سطح سواد کافی دانشجویان)، سطح اطمینان ۹۵٪ و $d=0.05$ و $N=1600$ برآورد شد.

$$n = \frac{\frac{x^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N(\frac{x^2 pq}{d^2} - 1)}}$$

به منظور سهولت و تسریع در نمونه گیری و ایجاد کمترین تداخل در ساعات درسی دانشجویان، نمونه گیری به روش خوشه ای از بین کلاس ها با بیشترین دانشجوی دختر صورت گرفت. برای رسیدن به خوشه ها ابتدا رشته هایی که بیشترین دانشجوی دختر را داشتند؛ مشخص شد. سپس تعداد دانشجویان دختر سال دوم و سوم رشته های مشخص شده، تعیین گردید و ورودی های هر رشته که تعداد دانشجویان دختر آنها کمتر از ۲۰ نفر بود کنار گذاشته شد. در نهایت از بین دانشجویان سال دوم و یا سوم رشته های باقی مانده به صورت تصادفی ۱۲ ورودی انتخاب گردید. سپس بر اساس برنامه کلاسی دانشجویان ورودی های منتخب، یک روز از هفته برای نمونه گیری در نظر گرفته

برای بررسی رفتارهای ارتقاء سلامت از پرسشنامه سبک زندگی و ارتقاء سلامت (HPLP) والکر و همکاران استفاده شد این پرسشنامه حاوی ۵۲ سوال ۴ گزینه ای در ۶ حیطه ی؛ تغذیه (۹ عبارت)، فعالیت جسمی (۸ عبارت)، مسئولیت پذیری در قبال سلامت (۹ عبارت)، مدیریت استرس (۸ عبارت)، روابط بین فردی (۹ عبارت) و رشد معنوی و خودشکوفایی (۹ عبارت) می باشد. والکر و همکاران، پایایی پرسشنامه را به وسیله آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۹۴/ تایید کرده اند (۵۲). چناری و همکاران در مطالعه خود پایایی کل ابزار را ۹۲/ و زیر مقیاس های آن را ۸۲- /۶۷ برآورد کردند (۴۵). روایی این پرسشنامه توسط پور میدانی و همکاران نیز بررسی شد و همبستگی زیر مقیاس های آن با نمره کل بین ۶۷/ تا ۸۰/ و پایایی آن ۸۳/ به دست آمد (۵۵). پایایی کل ابزار در بررسی حاضر ۸۸/ برآورد شد. نمره هر سوال یا گویه بین ۱ تا ۴ متغیر است با جمع کردن نمره های هر حیطه، نمره خام آن حیطه بدست آمد. سپس نمرات خام تبدیل به نمرات استاندارد شد به طوری که در نهایت نمره هر حیطه بین صفر تا ۱۰۰ بدست آمد. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در چهار سطح ناکافی (۰-۵۰)، نه چندان کافی (۶۶-۵۰/۱)، مطلوب (۸۴-۶۶/۱) و عالی (۱۰۰-۸۴/۱) رتبه بندی شده است.

برای بررسی حمایت اجتماعی از پرسشنامه ی ۶ جمله ای ساراسون استفاده شد. این پرسشنامه حمایت اجتماعی را از دو راه نمره گذاری می کند. اول، از طریق فهرست کردن تعداد افراد حمایت کننده ای که برای هر مشکل در دسترس هستند، و دوم، سنجش میزان رضایت افراد از سیستم های حمایتی خودشان در هر مشکل بر اساس یک مقیاس صفر (بسیار ناراضی) تا ۶ (بسیار راضی). ساراسون پایداری این مقیاس (آلفای کرونباخ) را در سه نمونه اندازه گیری و با پرسشنامه ی ۲۷ جمله ای مقایسه کرد. در مطالعه ایشان آلفای کرونباخ در پرسشنامه ی ۶ جمله ای برای تعداد افراد حمایت کننده و رضایت از حمایت دریافتی بین ۹۳- /۹ و در پرسشنامه ی ۲۷ جمله ای بین ۹۷- /۹۸

برای تعداد افراد حمایت کننده و بین ۹۶- /۹۷ برای رضایت از حمایت دریافتی بود (۵۳). در بررسی حاضر آلفای کرونباخ برای تعداد افراد حمایت کننده و رضایت از آن ۸۹- /۹۲ بدست آمد.

اطلاعات بدست آمده وارد نرم افزار SPSS vs ۲۲ گردید و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت پیش بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و حیطه های مختلف آن از رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

یافته ها

از تعداد ۲۲۰ پرسشنامه توزیع شده بین دانشجویان ۲۰۰ پرسشنامه به صورت کامل تکمیل شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (درصد پاسخگویی ۹۱٪). نتایج بررسی متغیرهای دموگرافیک در نمونه های پژوهش نشان داد؛ که میانگین سنی واحد های مورد پژوهش $22/4 \pm 2/09$ سال بود. ۷۵ درصد دانشجویان مجرد و ۴۰٪ درصد بومی و ۶۰٪ در یکی از رشته های علوم پزشکی مشغول تحصیل بودند.

نتایج پژوهش، طیف اعضاء شبکه اجتماعی واحد های مورد پژوهش را بین ۱ تا ۷ و طیف رضایت از حمایت ارائه شده توسط این شبکه را بین ۱ تا ۶ نشان داد. بررسی همچنین نشان داد که میانگین رضایت از حمایت ارائه شده توسط شبکه حمایتی افراد مورد مطالعه $1/5 \pm 4/9$ و میانگین افراد در این شبکه اجتماعی $1/9 \pm 3/8$ نفر بود. اعضاء خانواده ی افراد عمده ترین افراد در شبکه حمایتی آنها بودند.

نتایج آزمون های آمار توصیفی (فراوانی نسبی و میانگین) در رابطه با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سواد سلامت دانشجویان به ترتیب در جداول شماره ۱ و ۲ آورده شده است. همانطور که در این دو جدول هم مشخص است بیشترین میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانشجویان در مولفه های مسئولیت پذیری و بیشترین نمره سواد سلامت در مولفه فهم است.

جدول ۱. فراوانی نسبی سطوح رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و مولفه های آن در افراد تحت مطالعه

میانگین نمره هر مولفه ± انحراف معیار	سطوح رفتار ارتقاء دهنده سلامت				آمار توصیفی مولفه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت
	عالی %	مطلوب %	نه چندان مطلوب %	نامطلوب %	
۷۴/۶۵ ± ۱۶/۳۱	۲۹/۶	۳۲/۳	۱۶/۸	۹/۷	تغذیه
۷۰/۱۱ ± ۱۳/۲۵	۸/۸	۵۱/۳	۱۷/۳	۱۱/۱	روابط بین فردی
۸۱/۴۴ ± ۱۳/۴۴	۴۲/۹	۲۳/۳	۱۲/۴	۰	مسئولیت پذیری
۷۳/۲۵ ± ۱۶/۵۸	۲۷	۳۴/۱	۱۵/۹	۱۱/۵	رشد معنومی
۶۹/۲۸ ± ۱۸/۵	۲۳/۹	۲۳/۵	۲۳/۵	۱۷/۷	فعالیت فیزیکی
۷۴/۰۱ ± ۱۵/۸	۲۹/۲	۳۳/۶	۱۴/۶	۱۱/۱	مدیریت استرس
۷۴/۳۲ ± ۱۲/۱۳	۲۲	۴۹	۲۹		رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

جدول ۲. فراوانی نسبی سطوح سواد سلامت و میانگین نمره سواد سلامت و مولفه های آن در افراد مورد مطالعه

میانگین نمره ± انحراف معیار	فراوانی سطوح سواد سلامت				آمار توصیفی مولفه های سواد سلامت
	عالی %	مطلوب %	نه چندان کافی %	ناکافی %	
۷۹/۵۳ ± ۱۴/۱۴	۵۰	۴۷	۳		دسترسی
۷۶/۵۵ ± ۱۳/۵	۲۷/۵	۳۹/۵	۱۱	۲	خواندن
۸۰/۸۲ ± ۱۶/۴۲	۴۸/۵	۳۳	۱۷/۵	۱	فهم
۷۷/۷۵ ± ۱۵/۸	۳۹/۵	۴۸	۹	۳/۵	ارزیابی
۷۲/۴۷ ± ۱۵/۳۸	۳۷/۵	۲۷	۲۴/۵	۱۱	تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات
۷۶/۶۸ ± ۹/۵۷	۲۸/۵	۵۹/۵	۱۲		سواد سلامت

دارد. این آزمون همبستگی مولفه رضایت از شبکه حمایتی با نمره کلی سواد سلامت ($r=0/164$ $P=0/02$) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ($r=0/395$ $P=0/000$) و همچنین کمیت شبکه حمایتی با مولفه سواد سلامت ($r=0/187$ $P=0/008$) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ($r=0/207$ $P=0/003$) را نیز مثبت و معنی دار نشان داد.

جدول شماره ۳ ضریب همبستگی پیرسون بین سواد سلامت و مولفه های آن، همچنین حمایت اجتماعی و مولفه های آن با مولفه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را نشان می دهد، همانطور که در این جدول مشخص است همبستگی بین سه مولفه دسترسی، فهم و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات از مولفه های سواد سلامت و مولفه رضایت از حمایت دریافتی با تمام مولفه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مثبت و معنی دار است (جدول شماره ۳). آزمون همبستگی پیرسون همچنین نشان داد که، بین حمایت اجتماعی و نمره کلی سواد سلامت ($r=0/225$ $P=0/001$) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ($r=0/434$ $P=0/000$) همبستگی مثبت معنی دار وجود

جدول ۳. همبستگی مولفه های سواد سلامت و حمایت اجتماعی با مولفه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

رفتارهای ارتقاء سلامت	مدیریت استرس	فعالیت فیزیکی	رشد معنوی	مسئولیت پذیری	روابط فردی	تغذیه	مولفه های رفتار سلامت
r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)	مولفه های سواد سلامت و حمایت اجتماعی
/.۴۷۵ ** /۰۰۰	/.۳۱۴ ** /۰۰۰	/.۳۸۰۰ ** /۰۰۰	/.۴۰۰ ** /۰۰۰	/.۴۰۹ ** /۰۰۰	/.۴۳۵ ** /۰۰۰	۰/۴۱۴ ** /۰۰۰	سواد سلامت
/.۱۹۶ ** /۰۰۵	/.۰۳۷ /۶۰۶	/.۰۰۹ /۹	/.۲۲۴ ** /۰۰۱	/.۲۲۱ ** /۰۰۲	/.۲۳۹ ** /۰۰۱	/.۲۳۰ ** /۰۰۱	خواندن
/.۲۲۳ ** /۰۰۲	/.۱۹۶ ** /۰۰۵	/.۲۳۷ ** /۰۰۱	/.۲۲۴ ** /۰۰۱	/.۲۰۷ ** /۰۰۳	/.۱۹۶ ** /۰۰۵	/.۱۹۴ ** /۰۰۶	دسترسی
/.۳۳۶ ** /۰۰۰	/.۲۳۲ ** /۰۰۱	/.۳۰۵ ** /۰۰۰	/.۲۹۱ ** /۰۰۰	/.۲۷۲ ** /۰۰۰	/.۲۳۰ ** /۰۰۱	/.۲۶۷ ** /۰۰۰	فهم
/.۱۹۴ ** /۰۰۶	/.۰۲۳ /۷۴۵	/.۰۳۰ /۶۷۵	/.۲۰۰ ** /۰۰۴	/.۲۱۳ ** /۰۰۲	/.۲۳۸ ** /۰۰۱	/.۲۲۱ ** /۰۰۲	ارزیابی
/.۳۷۰ ** /۰۰۰	/.۲۹۴ ** /۰۰۰	/.۳۱۲ ** /۰۰۰	/.۲۳۸ ** /۰۰۰	/.۳۱۶ ** /۰۰۰	/.۲۹۱ ** /۰۰۰	/.۳۱۹ ** /۰۰۰	تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات
/.۴۳۴ ** /۰۰۰	/.۲۶۹ ** /۰۰۰	/.۳۵۲ ** /۰۰۰	/.۳۹۴ ** /۰۰۰	/.۳۷۹ ** /۰۰۰	/.۳۹۲ ** /۰۰۰	/.۴۱۱ ** /۰۰۰	حمایت اجتماعی
/.۲۰۷ ** /۰۰۳	/.۱۱۵ /۱	/.۱۴۳ * /۰۴	/.۱۹۵ * /۰۰۶	/.۱۹۰ * /۰۰۷	/.۲۰۱ ** /۰۰۴	/.۱۶۴ * /۰۲	کمیت حمایت اجتماعی
/.۳۹۵ ** /۰۰۰	/.۲۵۲ ** /۰۰۰	/.۳۳۳ ** /۰۰۰	/.۳۵۴ ** /۰۰۰	/.۳۴۰ ** /۰۰۰	/.۳۴۸ ** /۰۰۰	/.۳۹۰ ** /۰۰۰	رضایت از حمایت اجتماعی

*ارتباط معنی دار در سطح ۰/۰۵ است **ارتباط معنی دار در سطح ۰/۰۱ است

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را تبیین می کنند.

جدول ۴. پیش بینی متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از روی مولفه های سواد سلامت و حمایت اجتماعی

متغیرها	مولفه ها	B	انحراف استاندارد	β	سطح معنی داری
حمایت اجتماعی	ضریب ثابت	۱/۸	۱/۱		/.۰۰۰
	کمیت حمایت	۰/۹۸	۰/۳۴	/.۱۸۵	/.۰۰۴
	کیفیت حمایت	۲/۴۱	۰/۴۱	/.۳۸۱	/.۰۰۰
سواد سلامت	ضریب ثابت	۵۶/۰۹	۱۴/۸۲		/.۰۰۰
	دسترسی	۶/۱۱	۴/۰۴	/.۰۹۹	/.۱۳۲
	مهارت خواندن	۸۳۶	۵۴۹	/.۱۰۱	/.۱۳۰
	فهم	۱/۲۳	۳/۰۳	/.۲۶۴	/.۰۰۰
	ارزیابی	۲/۴۵	۶/۷۵	/.۰۲۵	/.۷۱۷
تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات	۷۵	۱۹۶	/.۲۷۳	/.۰۰۰	

نتایج تحلیل رگرسیون با متغیر وابسته رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و متغیرهای پیش بینی سواد سلامت و حمایت اجتماعی نشان داد که سواد سلامت ۲/۲۲٪ تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ($F=۵۷/۹ R^2 = /۲۲۲ P = /۰۰۰$) را تبیین می و حمایت اجتماعی ۸/۱۷٪ تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ($F=۲۲/۵۴ R^2 = /۱۷۸ P = /۰۰۰$) را تبیین می کند. همانطور که جدول شماره ۴ نشان می دهد از بین مولفه های سواد سلامت دو مولفه فهم و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات به طور معنی داری متغیر پاسخ یعنی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را تبیین می کنند. با افزایش نمره فهم و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز افزایش می یابد. هر دو مولفه ی حمایت اجتماعی یعنی کیفیت حمایت و کمیت شبکه حمایتی نیز به طور معنی داری متغیر پاسخ یعنی

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان این مطالعه که در گروه سنی بالغین جوان قرار می گیرند؛ نشانه‌ی مطلوب بودن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در دانشجویان است. این نمره، از میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانشجویان علوم پزشکی همدان در مطالعه ایوبی و همکاران (۴)، دانشجویان علوم پزشکی یزد در مطالعه مطلق و همکاران (۵۶) و نوجوانان شهر بندرعباس در مطالعه آقاملایی و همکاران (۲۴) بیشتر می باشد. کمترین میانگین نمره رفتارهای سلامت دانشجویان مورد مطالعه به مولفه فعالیت فیزیکی برمی گردد که بیانگر سبک زندگی غیر فعال دانشجویان است. این نتایج با نتایج سایر محققین در زمینه پایین بودن فعالیت فیزیکی در بین نوجوانان و جوانان (۲۴،۵۴،۵۷،۵۸) همخوانی دارد. در مطالعه سعیدی و پناهی بیش از نیمی از دانش آموزان در طی هفته به هیچ گونه فعالیت ورزشی خاصی گرایش نداشتند (۵۴). در مطالعه ی کاظمی و همکاران بر نوجوانان دختر اصفهانی؛ تقریباً یک چهارم دختران نوجوان سبک زندگی بی تحرک داشته و نیمی از آنان کمتر از ۱۵ دقیقه در روز تمرین بدنی انجام می دادند (۵۷). در مطالعه حقیقی مقدم و همکاران در شهرستان ارومیه، بیش از یک سوم جوانان در طی هفت روز قبل از مطالعه هیچگونه فعالیت فیزیکی نداشته و بیش از نیمی از آنان هیچگونه فعالیت حرکتی یا ورزشی در مدرسه نداشتند در حالیکه همین تعداد بیش از ۳ ساعت تماشای تلویزیون و بیش از ۵ ساعت استفاده از کامپیوتر و تلویزیون در امور غیر درسی را ذکر کرده اند (۵۸).

سواد سلامت عنصری مهم در توانایی افراد برای مشارکت در فعالیت های مرتبط با سلامتی و تصمیم گیری های درمانی و همچنین توانایی آنها برای پیشگیری از بیماری هاست (۵۹). بدون داشتن درک کافی از اطلاعات سلامت، تصمیم گیری های منجر به پیامدهای مطلوب سلامت برای افراد امکان پذیر نیست (۲۸). تحصیلات از متغیرهای موثر بر سواد سلامت است (۱۴،۳۲،۳۵،۴۰) به طوری

که با افزایش سطح تحصیلات افراد، سواد سلامت نیز بیشتر می شود (۶۰-۶۱). مطالعه حاضر نیز نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت دانشجویان مورد مطالعه در حد مطلوب است. میانگین نمره سواد سلامت دانشجویان در مطالعه حاضر از میانگین نمره سواد سلامت دانشجویان پزشکی مورد مطالعه ضیاء پور و کیانی پور (۶۲) کمی کمتر است ولی از میانگین سواد سلامت دانشجویان پزشکی در مطالعه پناهی و همکاران (۶۳) دانشجویان مورد مطالعه عظیمی و همکاران (۶۴)، بذرافکن و همکاران (۶۵)، نوجوانان مورد مطالعه آقاملایی و همکاران (۲۴)، سعیدی و پناهی (۵۴)، بزرگسالان مورد مطالعه فولادی و حضرتی (۶۶)، جواد زاده و همکاران (۲۷)، ایزدیار و ضاربان (۶۷) و زنان مورد مطالعه ضاربان و همکاران (۶۸) بیشتر می باشد.

در بین مولفه های سواد سلامت بیشترین میانگین نمره به مولفه فهم و کمترین آن به مولفه تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت اختصاص یافته است. از این نظر مطالعه با هیچ یک از مطالعات موجود کاملاً هم خوانی ندارد. گرچه دانشجویان پزشکی مورد مطالعه ضیاء پور و کیانی پور (۶۲) نیز در مولفه فهم، سواد سلامت بالاتری داشتند اما دانشجویان مورد مطالعه بذرافکن و همکاران (۶۵) در مولفه دسترسی، گروه ۲۰-۳۰ ساله مورد مطالعه افشاری و همکاران (۳۲) و بزرگسالان مورد مطالعه فولادی و حضرتی (۶۶) در مولفه استفاده از اطلاعات بالاترین سواد سلامت را دارا بودند. کمترین سواد سلامت در این مطالعات، به ترتیب به مهارت خواندن (۶۲)، درک موارد حقوقی و اقتصادی مربوط به استفاده از اطلاعات (۶۵)، درک اطلاعات (۳۲)، دسترسی به اطلاعات (۶۶) اختصاص یافته بود. در مطالعه ضاربان و همکاران نیز زنان در حیطه های دسترسی و ارزیابی نسبت به سایر حیطه های سواد سلامت، سواد سلامت پایین تری داشتند (۶۸). تفاوت های موجود در سواد سلامت به طور کلی و بالاترین و پایین ترین مولفه های آن می تواند ناشی از تفاوت در شرایط فرهنگی - اجتماعی اقتصادی گروه های مورد مطالعه باشد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که مهارت‌های سواد سلامت کافی می‌تواند از شیوه زندگی سالم و آگاهانه حمایت کند و در کاهش پیامدهای نامطلوب مرتبط با ناکافی بودن سواد سلامت، در سطح یک نسل مشارکت داشته باشند (۵۴). همبستگی بین سواد سلامت و شاخص توده بدنی در نوجوانان و بزرگسالان (۳۷،۶۹،۷۰)، همبستگی سواد سلامت و مصرف میوه و سبزی در سالمندان به عنوان معیاری از رفتارهای تغذیه‌ای سالم (۳۵) و همچنین همبستگی بین سواد سلامت و فعالیت ورزشی سالمندان (۳۷ و ۳۵) نیز نشان داده شده است. گرچه سعیدی و پناهی (۵۴) در مطالعه خود ارتباطی بین سواد سلامت و شاخص توده بدنی نوجوانان نیافتند (۵۲) اما فتحی و همکاران (۳۷) نشان دادند که سواد سلامت می‌تواند فعالیت ورزشی بانوان سالمند را به میزان بالایی پیش بینی کند. پیرو مطالعات قبلی، این مطالعه نیز همبستگی مثبت معنی‌دار بین سواد سلامت و تمام مولفه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را نشان می‌دهد. بیشترین ضریب همبستگی بین مولفه‌های سواد سلامت با مولفه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، همبستگی بین تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات با مسئولیت‌پذیری و همبستگی بین مولفه فهم با مولفه فعالیت فیزیکی است (جدول شماره ۳). با توجه به اینکه این دو مولفه با تمام مولفه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی نیز همبستگی مثبت دارند ضروری است که در جهت تلاش برای افزایش سواد سلامت افراد علاوه بر افزایش دسترسی آنها به محتوای آموزشی، اطمینان حاصل شود که افراد این مطالب را درک کرده و توانایی لازم برای تصمیم‌گیری بر اساس آن را دارند. چرا که بدون درک کافی از اطلاعات سلامت، تصمیم‌گیری‌های منجر به پیامدهای مطلوب سلامت و پذیرش مسئولیت‌های مربوط به آن امکان‌پذیر نیست.

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که از بین مولفه‌های سواد سلامت، مولفه فهم و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت نقش مهمتری در پیش‌بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دارند که با مطالعه آقاملایی و همکاران در مولفه تصمیم‌گیری

هم‌خوانی دارد (۲۴). ضاریان و همکاران (۶۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند که افراد با سطح سواد سلامت بالاتر بیشتر از سایر افراد برای بررسی وضعیت سلامت خود و انجام غربالگری به پزشک مراجعه می‌نمایند. نتایج مطالعاتی که به بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری پرداخته نیز نشان می‌دهد که سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از قبیل مراجعه به پزشک و انجام رفتارهای پیشگیرانه ارتباط مستقیم و معنی‌داری دارد. افراد با سواد سلامت بالاتر، برای انجام بررسی وضعیت سلامت بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند و از آزمایشات غربالگری و لزوم انجام آنها آگاهی بیشتری دارند (۶۷).

حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روش‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر، بر کیفیت زندگی موثر بوده (۷۱) و فعالیت‌های منتهی به اهداف شخصی را تشویق می‌کند (۷۲). مطالعات در مورد حمایت اجتماعی و رفتارهای بهداشتی/سلامتی نیز به حمایت اجتماعی درک شده به عنوان پیش‌بینی‌کننده سلامت توجه دارند. بدین معنا که کیفیت حمایت اجتماعی است که پیش‌بینی‌کننده رفتارهای بهداشتی می‌باشد نه حمایت دریافت شده. یا به طور ساده کیفیت حمایت مهمتر از کمیت آن است و ضرورتاً افرادی که تعداد حامیان اجتماعی بیشتر دارند در شرایط حمایتی بهتری نیستند (۶). همسو با سایر مطالعات در این زمینه (۱۳، ۴۵)، نتایج مطالعه حاضر همبستگی حمایت اجتماعی با تمام مولفه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و به ویژه رفتارهای تغذیه‌ای را نشان می‌دهد و گرچه نشان می‌دهد که نقش رضایت از شبکه حمایتی در پیش‌بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیشتر از تعداد حامیان است؛ اما نقش پیش‌بینی‌کنندگی حمایت اجتماعی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را کمتر از ۲۰٪ برآورد می‌کند (جدول شماره ۳ و ۴). خدا بخشی کولایی (۱۳) نیز در مطالعه خود نشان داد؛ که افزایش حمایت‌های اجتماعی دریافتی زنان و احساس رضایت مندی بیشتر از این حمایت، موجب ارتقاء سبک زندگی زنان سالمند بازنشسته می‌شود. چناری و همکاران (۴۵)

فست فود است (۷۷).

مطالعه حاضر همانند بسیاری از مطالعات محدودیتهایی را دارا می باشد که از مهمترین آنها روش خود ارزیابی در بدست آوردن اطلاعات است. در این روش دانشجویان می توانند خود را از نظر سواد و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و حتی حمایت دریافت شده و درک شده، قوی تر یا ضعیف تر از آنچه که واقعا هستند نشان دهند.

نتیجه گیری: در کل می توان گفت که سواد سلامت و حمایت اجتماعی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی همبستگی مثبت و معنی دار دارند و هر دو می توانند رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را پیش بینی کنند. گرچه میزان پیش بینی کنندگی این دو فاکتور، برخلاف سایر مطالعات، زیاد نیست اما نمی توان اثرات مثبت آنها را نادیده گرفت. از طرفی، مسئله امروز دانشجویان دسترسی به محتوای آموزشی و خواندن آنها نیست؛ بلکه داشتن مواد آموزشی است که بتوانند آن را به راحتی درک کنند و بتوانند بر اساس اطلاعات موجود تصمیم گیری لازم را در رابطه با کاربرد اطلاعات داشته باشند. توانمند سازی دانشجویان در زمینه ارزیابی اطلاعات و تصمیم گیری بر اساس آنها و همچنین توانمند سازی آنها در تشکیل و تقویت شبکه اجتماعی حمایتی خود، به عنوان دو فاکتور موثر و قابل کنترل بر سلامتی، می تواند دانشجویان را در به اجرای گذاشتن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بیشتر یاری کند.

سپاسگزاری

لازم است از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون و همچنین تمامی اساتید و دانشجویانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی شود.

References:

1. Keshavars mohamadi N, zarei F , parsinia S. health education and health promotion in Iran, present and feuture. Scientific – research Journal of Health Education and Promotion of Health.2013;1(2):5-8.[Persian]
2. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012;21(1):102-113. (Persian)

نشان دادند که زیر مقیاس حمایت دوستان اثر مستقیم بر رفتار ارتقاء دهند سلامت داشته؛ تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را به خوبی (بیش از ۴۰٪) تبیین می کند و بیشترین تبیین کنندگی آن مربوط به بعد روابط بین فردی است. Gulact در بررسی اثر پیش بینی کننده حمایت اجتماعی درک شده بر رفاه ذهنی، به این نتیجه رسید که حمایت اجتماعی درک شده به خوبی رفاه ذهنی را پیش بینی می کند. از طرفی نشان داد که، حمایت ادراک شده از سوی خانواده پیش بینی کننده رفاه ذهنی است نه حمایت دوستان و افراد خاص (۷۳). متاجی امیررود و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که حمایت اجتماعی درک شده کلی تقریباً نیمی از پراکندگی مشاهده شده در متغیر رفتار غذایی را پیش بینی می نماید (۳۸). مطالعه Evans و همکاران نیز نشان داد که تجربه حمایت خانوادگی یک عامل موثر معنی دار در عادات غذایی است و اگر چه دوستان تشویق بیشتر و اعضاء خانواده انتقادات بیشتری را برای تغذیه سالم فراهم می آورند اما در مدل رگرسیون نهایی تنها انتقاد و ترغیب های خانواده برای تغذیه سالم، پیش بینی کننده تداوم عادت غذایی کم چرب در زنان است (۷۴). Kiernan و همکاران نشان دادند؛ زنانی که از حمایت خانواده و دوستان ممتاز برخوردار بودند در کاهش وزن خود موفق تر عمل کردند (۷۵). یافته های Vander Wal موید آن است که پسران و دخترانی که از سطوح پایین حمایت برخوردارند با احتمال بیشتری رفتارهای کنترل وزن ناسالم را نسبت به گروه های مقایسه دارند (۷۶). در بررسی ارتباط میان حمایت اجتماعی و روابط (خانوادگی، دوستانه و نزدیکان) به طور جداگانه و مشترک با رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی در میان جمعیت کم درآمد و متنوع نژادی بوستون، Tamer و همکاران به این نتیجه رسیدند که ارتباط روابط اجتماعی با رفتارهای بهداشتی می تواند مثبت یا منفی باشد. آنها نشان دادند که داشتن دوستان بیشتر با مصرف روزانه ی بیشتری از میوه و سبزی و فعالیت فیزیکی همراه است. اما داشتن روابط خانوادگی بیشتر یا روابط بیشتر با همسایگان همراه با مصرف روزانه ی بیشتر

3. Mazloomi Mahmoodabad SS, Tehrani H, Gholian-aval M, Gholami H, Nematy M. The effect of social class on the amount of salt intake in patients with hypertension. *Blood pressure*. 2016;25(6):360-3.
4. Peyman N, Rezai-Rad M, Tehrani H, Gholian-Aval M, Vahedian-Shahroodi M, Miri HH. Digital Media-based Health Intervention on the promotion of Women's physical activity: a quasi-experimental study. *BMC public health*. 2018;18(1):134.
5. Tehrani H. Media Health Literacy. *J Health Lit*. 2016; 1 (3) :141-146 Kingry, B Ml. Social Support And Health Behaviors. Wayne State University Dissertations. 2013 Paper 665.
6. Rahimi A, Ahmadian Majin N. Investigating health literacy Level and Relation to demographic factors of Nurses in Teaching Hospitals of at West Cities of Iran: 2016. *J Health Lit*. 2017; 2 (1) :54-61
7. Ormshaw M, Kannas L. A Health Literacy Approach to School Health Education and Assessment : Physical Activity and Nutrition in Focus. 2012;2-4
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12(1):80.
9. McLaghlin RA. Association among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting [PhD thesis]. Tennessee: University of Tennessee Health science; 2009
10. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization (WHO); 2013.
11. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, et al. Health literacy a new concept for general practice? *Australian Family Physician*. 2009; 38(3):144-7. PMID: 19283256
12. Khodabakhshi-koolae. The comparison of health literacy and lifestyle among retired and homemaker older adults' women. *Journal of Health Literacy*. Autumn 2016; 1(3): 155-163.[persian]
13. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili MR, Baneshi MR. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. *Sunrise health, Journal of Yazd School of Public Health*. 2012;11(4) :123-134..[Persian]
14. Fouladi N, Hazrati S, Shabani M, Nejaddadgar N. Investigating Middle-aged Health Literacy in Ardabil. *J Health Lit*. 2017; 2 (1) :39-44
15. Walker J, Pepa C, Gerard P. Assessing the Health Literacy Levels of Patients Using Selected Hospital Services.. *Clin Nurse Spec*. 2010; 24(1):31-7.
16. Smith SG, O'Connor R, Curtis LM, Waite K, Deary IJ, Paasche-Orlow M, et al. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *Journal of epidemiology and community health*. 2015; 69(5):474-480.
17. Nijman J, Hendriks M, Brabers A, de Jong J, Rademakers J. Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *Journal of health communication*. 2014;19(8):955-969.
18. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science and Medicine*. 2008;66(8):1809-16. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.003
19. Kickbusch I, Maag D. Navigating Health: the Role of Health Literacy. *Int Encyclop Public Health*. 2008;3(1):204-11. DOI: 10.1016/b978-012373960-5.00584-0
20. Sheikh Sharafi H, Seyed amini B. Assessment of health literacy and self-care in heart failure patients. *Journal of Health Literacy*. Winter 2016; 1(4):203-219.
21. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*. 2015 ;14(3): 199-208.
22. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(12):1086-90.
23. Aghamolaei T, Hosseini Z, Hosseini F, Ghanbarnejad A. The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Students. *Journal of Preventive Medicine*. 2016;3(2):36-43.[Persian]
24. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2011; 155(2):97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005. [PubMed: 21768583]
25. Peterson PN, Shetterly SM, Clarke CL, Bekelman DB, Chan PS, et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *Journal of the American Medical Association*. 2011; 305(16):1695-1701. [PubMed: 21521851]
26. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran. *Journal of Health System Research*. 2013; 9(5): 540-9..[Persian]
27. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar*. 2012;19(97):1-12.[Persian]
28. Azimi S, Ramezankhani A, Rakhshani F, Ghaffari M, Ghanbari S. Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic year 92-93. *Pejouhandeh*. 2015; 20(2):78-85..[persian]
29. Mahmoudi H, Taheri A. Relation between Information Literacy and Health Literacy of Students in Ferdowsi

- University of Mashhad.. Human Information Interaction. 2015;2(2):31-41..[persian]
30. Sahrayi M, Panahi R, Kazemi S, Rostami Z, Rezaei H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. Journal of Health Literacy. Winter 2016; 1(4): 230-238..[Persian]
 31. Afshari M, Khazaei S, Masome Bahrami M, Merati H. Investigating Adult Health Literacy in Tuyserkan City. Journal of Education and Community Health, 2014;.1(.2):48-66.[persian]
 32. Hosieni F, Mirzaei T, Ravari A, akbary A. The relationship between health literacy and quality of life in retirement Rafsanjan University of Medical Sciences. Journal of Health Literacy. Summer 2016; 1(2):92-99
 33. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. Journal of Education and Health Promotion. 2011; 1:31. doi: 10.4103/2277-9531.100160
 34. Reisi M , Mostafavi F, Hasanzade A, Sharifirad GR. The Relationship between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors among Elderly in Isfahan, Iran. J Health Syst Res. 2011;7(4):469-479.[persian].
 35. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad VR. [The Relationship between Health Literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2015; 10(2):146-155.
 36. Fathi F and Reza Sufi M. Relationship between health literacy and sport activities in elderly women in Urmia. Journal of Health Literacy. 2017;2(1):12-21.[persian]
 37. Mataji Amirrood M, Taghdisi MH Farzad, Shidfar F, Gohari MR. The relationship between perceived social support and obesity preventive eating behavior in women of Urmia City in 2012. Razi Journal of Medical Sciences. 2014; 21(119) :1-11.[Persian]
 38. Anari A, Tahmasiyani K, Fathabadi M. [Worry and Social Support in Adolescence]. Developmental Psychology: Journal of Iranian Psychologists 2011.8(29); 27- 34..[Persian]
 39. Zareipour M, Movahed E, ghelichi ghogogh M, khazir Z, Alinejad M. reviewing the relation between social support and blood sugar control in elders with diabetes Type2. International journal of medical research and health sciences. 2016;5(9s): 394-399.
 40. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. Journal of Aging & Health; 2006. (18):359-384
 41. Alipoor A. [Relationship between social support and immune parameters in healthy subjects: a review of the overall model]. Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology. 2006. 12(2); 134 -139. [Persian]
 42. Stewart DW., Reitzel LR., Correa-Fernández V, Canoa MA, Adams CE., Cao Y, Lid Y, Waterse AJ., Wettera DW., and Vidrine JR. Social support mediates the association of health literacy and depression among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. J Behav Med. 2014 December ; 37(6): 1169-1179. doi:10.1007/s10865-014-9566-5.
 43. Harvey IS. , and Alexander k. Perceived Social Support and Preventive Health Behavioral Outcomes among Older Women. J Cross Cult Gerontol. 2012 September ; 27(3): 275-290. doi:10.1007/s10823-012-9172-3.
 44. chenary R , Norozy A, tahmasebi R. The Relationship between Perceived Social Support and Health Promoting Behaviors in Veterans Chemical Ilam Province in the year 2012-2013. Iranian Journal of War and Public Health. 2013;l.21, -[persian]
 45. Khodapanahi M. K, Asghari A, Saleh Sedghpoor B, Katebaji J. [Preparing and Investigating The Reliability and Validation of The Family Social Support Questionnaire (FSSQ)]. Journal of Family Research 2009.5(20); 423-439. [Persian]
 46. Bovier P.A, Chamot E, Perneger T. V. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. Quality of Life Research; 2004.13:161-170
 47. Zareiean A, Ghofranipour F, Akhtar danesh N, Mohamadi E. The lifestyle concept in Adolescent boy. Iranian journal of Nursing research. 2007; 2(6,7):73-84.
 48. Moodi M, Zamanipour N, Sharifirad G-R, Shahnazi H. Evaluating puberty health program effect on knowledge increase among female intermediate and high school students in Birjand, Iran. Journal of Education and Health Promotion. 2013;2:57
 49. zarrinkolah A, Dashti F, Abedi H, Masoudi SM. A Study of Puberty Health Literacy Level of the First 14-16 Year Girls Grade High School Students in the Eghlid City. Journal of Health Literacy. Autumn 2016; 1(3): 164-171..[Persian]
 50. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin S A, Jahangiri K, Ebadi M, Nadermagham Sh, Solimanian A, Sarbandi F, Motamedi A, Naghibi Sistani M M. Health Litarcy for Iranian Adults (HELIA):Development And Pychometric properties. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2014 ;13(5):589-599. [Persian]
 51. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish Language Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. Nursing Research. 1990;39(5):268-273.
 52. Sarason I G, sarason B R, shears E N, Plerce G R. A brief measure of social support: practical and theoretical implications. Journal of social and personal relationships. 1987; 4:497-510.
 53. saedi F, Panahi R. The Survey of association between health literacy and BMI among adolescents. Journal of Health Literacy. Spring 2017; 2(1):22-[persian]
 54. Pourmeidani S, Noori A, Shafti SA. Relationship between

- Life Style and Marital Satisfaction. *Journal of Family Research*. 2014;10(39):331-344.
55. -Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S.S, Momayyezi M. Study of Healthpromotion behaviors among university of medical science students. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)* 2011; 13(4): 29-34.
 56. Kazemi A, etfekhar -Ardabili H, Nekuei-zahraei. Pattern of Physical Activity and the promoters among adolescent girls of. *Qazvin Scientific and Research Journal*.2012; 15(1):39-47. -[persian]
 57. Hagigimogacam Y, fazi A, Khalilzadeh H, Study of physical activity and nutritional habits of high school youth of Urmia city 1389. *Two Monthly Journals of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2013;10(1):11-20. -[persian]
 58. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int* 2005; 20: 195-203.
 59. Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the affecting factors: A study in five provinces of Iran. *Journal of strides in development of medical education. Journal of Medical Education Development Center*. 2007; 4(1):1-9. [Persian]
 60. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2011; 1:31. doi: 10.4103/2277-9531.100160
 61. Ziapoor A, Kianpoor N. Predicting health literacy of students in Kermanshah University of Medical Sciences in 2016: The role of demographic variables. *Journal of Health Literacy*. Autumn 2016; 1(3): 182-190. [persian]
 62. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Ghazanfari A, Niknami Sh. Evaluation of Health Literacy and its Influencing Factors on Dormitory Students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran.. *J Educ Community Health*. 2016;3(3): 30-36. DOI: 10.21859/jech-03035.
 63. Azimi S, Ramezankhani A, Rakhshani F, Ghaffari M, Ghanbari S. Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic year 92-93. *Pejouhandeh* 2015;20(2):78-85.[Persian]
 64. Bazerafkan L, Hayat A, Abbasi K, Bazerafkan A, Rohalamin A , Fardid M. Evaluation of information literacu ststus among medical student at shiraz university of medical Science. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*. 2017;5(1):42-48.
 65. Fouladi N, Hazrati S, Shabani M, Nejaddadgar N. Investigating Middle-aged Health Literacy in Ardabil. *Journal of Health Literacy*. Spring 2017; 2(1):39-44. [Persian]
 66. Izadirad H, Zareban I. The Relationship of Health Literacy with Health Status, Preventive Behaviors and Health Services Utilization in Baluchistan, Iran. *J Educ Community Health*. 2016;2(3):43- 50. DOI: 10.20286/jech-02036 [Persian]
 67. Zareban I, Izadirad H, jadga K. Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran. *Journal of Health Literacy*. Summer 2016; 1(2): 71-82. [persian]
 68. Lam L., Yang L. Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescent: an epidemiologystudy in a 12-16 years population, Nanning, China 2012. *Arch Public Heal*. 2014;72(1):11.
 69. Yavari and Ashtarian. The relationship between health literacy and BMI among employees of Kermanshah University of Medical Sciences in the year 2015. The 9th University Student Conference on Innovation in Health Sciences. In: School of Health, Shahid Behesti University of Medical Sciences. 2016. p. 93.
 70. Ghodusi M, Heidari M, SharifiNeyestanak N, Shahbazi S. Correlation of perceived social support and some of the demographic factors in patients with Multiple Sclerosis. *JHPM*. 2013;2(1):24-31. [Persian]
 71. Hosseini SM, Rezaee A, keykhosravi z. A Comparison of Old Men and Women's Social Support, Life Satisfaction, appiness and Depression. *J Soc Women*. 2011;2(4):143-61. [Persian]
 72. Tamers S. L, Okechukwu C, Allen J, Yang M, Stoddard A, Tucker-Seeley R, Sorensen G. Are social relationships a healthy influence on obesogenic behaviors among racially/ ethnically diverse and socio-economically disadvantaged residents? *Preventive Medicine*; 2013.56(1): 70–74.
 73. Gulact F. The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Social and Behavioral Sciences*; 2010.2: 3844–3849. doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.602
 74. Evans G. L, McNeil L.H, Laufman L, Bowman S.L. Determinants of Low-fat Eating Behaviors among Midlife African American Women. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, September–October; 2009.41(5): 327– 333.
 75. Kirenan M. Moore S,schoffmak D, Lee K,King A, Taylor B, Kiernan N and Perri M.social support for healthy behaviors Scale psychometrics and prediction of weight loss among women in a behavioral program. *Obesity (Silver Spring)*. 2012 April ; 20(4): 756–764. doi:10.1038/oby
 76. Vander Wal J. S. The relationship between body mass index and unhealthy weight control behaviors among adolescents: The role of family and peer social support. *Economics & Human Biology*, December; 2012.10(4): 395–404.