

Comparison of Health Promoting Lifestyle and Health Literacy between Men and Women. An Analytical -Comparative Study Among the Tehranian Middle-Aged Population

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Mofideh Mohsenian¹,
Sepideh Hajian ^{*2},
Farzaneh Pazandeh³,
Zahra Razzaghi¹,
Mahta Abbasi Fashami¹

How to cite this article

Mofideh Mohsenian, Sepideh Hajian, Farzaneh Pazandeh, Zahra Razzaghi, Mahta Abbasi Fashami. Comparison of Health Promoting Lifestyle and Health Literacy between Men and Women. An Analytical -Comparative Study Among the Tehranian Middle-Aged Population. *Islamic Life Style*. 2022; 6(2):41-50

1. Master, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author).
3. Associate Professor, University of Nottingham
4. PhD, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Master, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: s.hajian@sbmu.ac.ir

Article History

Received: 2021/05/13

Accepted: 2021/12/01

ABSTRACT

Purpose: The middle age is transition from youth to elderly and associates with biological changes in health status. This period requires individuals to choose a lifestyle to maintain and promote health in this life span. The aim of this study is to compare the health promoting lifestyle and health literacy among the middle-aged men and women.

Materials and Methods: This analytical-comparative study was conducted with the participation of 400 middle-aged men and women in six comprehensive health care centers in Tehran city by available sampling method. Study's tools included Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) questionnaire and the adult version of health promoting lifestyle profile (HPLP-II). Data was analyzed quantitatively using SPSS software version 20. The significance level was defined less than 0.05.

Findings: Totally, only 66.5% of the participants had adequate or higher health literacy. Middle-aged women had higher scores than men in both domain of health literacy and health-promoting lifestyle. The regression analysis indicated that the household income (B=7.03, P=0.028), individual adherence to religious principles (B=17.60, P=0.002) and having basic health insurance (B=11.99, P=0.004) were associated significantly with health promoting lifestyle, whereas, enjoying high education (B=21.25, P=0.001) was the strongest influential factor for the better health literacy among all middle-aged.

Conclusions: In spite of higher level of health literacy of middle-aged women compared to men, there was no significant difference between them in term of health-promoting lifestyle. In addition, irrespective of gender, middle-aged people with health insurance, more favorable economic status and fidelity to religious beliefs may enjoy healthier lifestyle.

Keywords: Health Literacy, Health-Promoting Lifestyle, Health Promoting Behavior, Middle Age

مقایسه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و سواد سلامت زنان و مردان: یک مطالعه تحلیلی - مقایسه ای در جمعیت میانسال تهرانی

مفیده محسنیان^۱

کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

سپیده حاجیان^{۲*}

دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

فرزانه پازنده^۳

دانشیار، دانشگاه نائینگهام

زهرا رزاقی^۴

دکتر تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مهتا عباسی فشمی^۵

کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

هدف: میانسالی دوره انتقال از جوانی به سالخوردگی است که با تغییرات بیولوژیکی در وضعیت سلامت همراه است. این دوره افراد را ملزم به انتخاب روش زندگی جهت حفظ و ارتقا سلامت در طول عمرشان می‌کند. هدف از این مطالعه مقایسه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و سواد سلامت در میان مردان و زنان میانسال است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه تحلیلی-مقایسه‌ای، با مشارکت ۴۰۰ زن و مرد میانسال مراجعه‌کننده به ۶ مرکز جامع سلامت شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزارهای مطالعه شامل: پرسشنامه سنجش سواد سلامت بالغین (HELIA) و نسخه دوم پروفایل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (HPLP-II) بود. داده‌ها به روش کمی توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ آنالیز گردید. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تعریف شد.

یافته‌ها: در مجموع تنها ۶۶/۵٪ شرکت‌کنندگان سواد سلامت کافی و بالاتر داشتند. زنان نمرات بالاتری در هر دو حوزه سواد سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نسبت به مردان داشتند. نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد درآمد خانوار ($B_{V/0.3}$ ، $P:0.028$)، پایبندی به اصول دینی ($B_{17/60}$ ، $P:0.002$) و برخورداری از بیمه سلامت پایه ($B_{11/99}$ ، $P:0.004$) مهمترین عوامل مرتبط با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت هستند. در حالی که برخورداری از تحصیلات بالا ($B_{21/25}$ ، $P:0.001$) قوی‌ترین عامل موثر بر سطح سواد سلامت، در میانسالان شناخته شد.

نتیجه‌گیری: با وجود سطح بالای سواد سلامت در زنان میانسال در مقایسه با مردان، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در بین دو گروه تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای نداشت. صرف‌نظر از جنسیت، میانسالان

برخوردار از بیمه درمانی و وضعیت اقتصادی مطلوب‌تر و با پایبندی بیشتر به اصول دینی، از سبک زندگی سالمتری برخوردار بودند.

کلمات کلیدی: سواد سلامت، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، رفتارهای ارتقادهنده سلامت، میانسالی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۰

*نویسنده مسئول s.hajian@sbm.ac.ir

مقدمه

میانسالی، یک رویداد طبیعی و برهه بهنجاری از فرایند در گسترده زندگی است و عموماً در اواخر دهه ۳۰ یا آغاز دهه ۴۰ روی می‌دهد (۱). گذر از دوره میانسالی، گذر از جوانی به سالمندی و مرحله رشدی است که بزرگترین بخش از حیات بزرگسالی محسوب می‌شود و سالهای میانی زندگی، با حداکثر عملکرد روانی اجتماعی و تغییرات کلیدی نظیر تغییرات بیولوژیکی، تغییر در وضعیت سلامتی، کاهش توان جسمی، تغییر در ظاهر، تغییر در دیدگاهها و معمولاً ترکیبی از احساسات پیچیده و الگوهای مختلف پاسخ به تغییرات در این سالها مشاهده می‌شود (۲). در یک بررسی سیستماتیک با هدف تعیین بار بیماریها در ایران، پیش‌بینی شد تا سال ۲۰۲۵، نه تنها میانگین سنی جمعیت کشور از ۲۷/۴ به ۳۵ سال صعود پیدا میکند بلکه، بار بیماریهای غیرواگیر در سال ۲۰۲۵ تفاوت مشهودی بین دو جنس نخواهد داشت که نشان از سرعت رشد عوامل خطر بویژه در زنان طی سالهای آتی خواهد بود. بنابراین با توجه به روند فزاینده مرگ و ناتوانی ناشی از این علل، توجه به پیشگیری و ارتقا رفتارهای سالم بهداشتی در زنان و مردان نسبت به مداخلات درمانی و نوتوانی منطقی تر و کم هزینه تر می‌باشد (۳). فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامت خود و پیشگیری از بیماریها، اقدامات و فعالیتهایی را از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمنسازی در برابر بیماریها انجام می‌دهد که مجموع آن سبک زندگی فرد را تشکیل می‌دهد (۴). رفتارهای ارتقادهنده سلامت از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت می‌باشد که در پیشگیری از ابتلا به بسیاری از بیماریها شناخته شده و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماریها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می‌باشد (۵). علاوه، سبک زندگی انتخابی است که درون بسترها و عوامل اجتماعی مانند جنسیت شکل می‌گیرد و بنابراین، تاثیر تفاوت‌های جنسیتی از طریق ویژگیهای اقتصادی اجتماعی مانند تاهل، تحصیلات، میزان درآمد و وضعیت اشتغال، و باورهای دینی بر شکل‌گیری سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نشان می‌دهند (۶). از سوی دیگر، سبک زندگی سالم، تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله بهره‌مندی از سواد سلامت کافی است (۸). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت، یک مهارت شناختی اجتماعی است که تعیین‌کننده انگیزه و توانایی افراد در دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات به منظور حفظ و ارتقای سلامت می‌باشد (۹). گفته می‌شود سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند

مواد و روش ها

طراحی مطالعه و نمونه گیری

این پژوهش به روش تحلیلی-مقایسه ای با مشارکت ۴۰۰ زن و مرد میانسال (۲۰۰ نفر از هر گروه) از مراجعان در مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران از فروردین تا خرداد ۱۳۹۸ انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از، سکونت در شهر تهران و قرار داشتن در محدوده سنی ۳۰ تا ۶۰ سال و عدم پاسخ به بیش از ۵٪ از کل ایت‌های پرسشنامه های مطالعه، به عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول
$$n = \frac{1}{1-f} \frac{(z_{\alpha} + z_{1-\beta})^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$
 استفاده شد و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان ۰/۹۰، آزمون و با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش احتمالی، ۲۰۰ نفر در هر گروه جنسی، برآورد گردید. نمونه گیری در چند مرحله انجام گرفت. ابتدا فهرستی از تمامی مراکز و خدمات جامع سلامت و پایگاههای شهری واقع در شمال و شرق تهران (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، تهیه شده و از بین آنها ۳ مرکز/پایگاه سلامت از منطقه شرق و ۳ مرکز/پایگاه از منطقه شمال با بالاترین جمعیت میانسال تحت پوشش و با تنوع زیاد جامعه هدف بطور غیر احتمالی انتخاب شدند. سپس از هر مرکز/پایگاه سلامت، زنان و مردان واجد شرایط ورود به مطالعه که در آن مرکز پرونده سلامت داشتند، به روش در دسترس انتخاب و وارد پژوهش شدند.

ابزارهای پژوهش

سواد سلامت بزرگسالان ایرانی^۱ (HELIA) و ۳. نسخه دوم پروفایل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت^۲ (HPLP-II) بود. ۱. پرسشنامه جمعیت شناختی و اطلاعات فردی مشتمل بر داده های مربوط به: سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزند، نوع مالکیت مسکن، ارزیابی فرد از وضعیت درآمد، ارزیابی فرد از دین مداری، ابتلا به بیماری، سابقه انجام جراحی، داشتن بیمه سلامت پایه و بیمه تکمیلی بود. ۲. پرسشنامه HELIA، که توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۹۳ طراحی و روانسنجی شده است (۱۶). این مقیاس دارای ۳۳ آیت‌م بوده که سطح سواد سلامت بزرگسالان را در پنج حیطه، توانایی مهارت خواندن (۴ گویه)، دسترسی (۶ گویه)، درک و فهم (۷ گویه)، ارزیابی (۴ گویه)، تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) می‌سنجد. این ابزار ۳۳ گویه ای، بر حسب طیف ۵ درجه ای لیکرت میباشد، (کاملاً آسان، آسان، نه آسان و نه سخت، سخت و خیلی سخت) در حیطه خواندن (به هیچ وجه، به

سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد، پیش بینی کننده قوی تری در رابطه با سلامت است (۱۰، ۱۱). به طوری که، افراد با مهارتهای ضعیف سواد سلامت، درمقایسه با کسانی که سواد سلامت بالاتری دارند، کمتر خدمات پیشگیرانه را دریافت می کنند، در پیشگیری و یا کنترل بیماریهای مزمن، ضعیف تر عمل می کنند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در میان آنها بیشتر دیده می شود (۱۲). بعنوان مثال، یافته های یک مطالعه مقطعی بر روی ۷۰۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون در استان اصفهان حاکی از ارتباط مستقیم بین سواد سلامت بیماران با سطح دانش مرتبط با پیشگیری از فشارخون بود (۱۳). هرچند تفاوت چشمگیری بین زنان و مردان مبتلا به پرفشاری خون مشاهده نشد. باوجود این، مطالعات مختلف، نتایج متفاوتی را از نظر سواد سلامت بین دو جنس نشان داده است. در یک مطالعه مبتنی بر داده های جمعیتی در امریکا، بررسی میزان سواد سلامت بر روی ۱۸۴۱ زن و مرد مبتلا به انواع سرطان تفاوتی به لحاظ میانگین سواد سلامت بین دو جنس دیده نشد (۱۴). در حالی که در مطالعه دیگری در جمعیت بالغ بر ۷۰۰۰ سالمند امریکایی، یافته ها موید سواد سلامت ناکافی در مردان نسبت به زنان بویژه در مبتلایان به یکی از انواع بیماری مزمن بود (۱۰).

در ایران، تحقیقات محدودی در برخی مناطق شهری و روستایی کشور در این زمینه با تاکید بر مقایسه وضعیت سواد سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت انجام شده که واجد یافته های متنوعی بوده است. یافته های یک فراتحلیل ۶ مطالعه بر روی سالمندان ایرانی طی سالهای ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۸ نشان داد میانگین نمرات سواد سلامت بطور چشمگیری در مردان بیش از زنان بود اما در مجموع، سواد سلامت هردو جنس در سطح پایین تر از حد متوسط قرار داشت (۱۵). با این وجود، در یک بررسی دیگر، سنجش سواد سلامت بزرگسالان شهرنشین ایرانی با بررسی جمعیت ۲۰۵۷۱ نفری، زنان شرکت کننده به صورت معناداری سواد سلامت بیشتری درمقایسه با مردان داشتند، هرچند بیش از نیمی از جمعیت مورد ارزیابی در سطح پایین از سواد سلامت قرار داشتند (۸). با توجه به گوناگونی یافته ها بواسطه تنوع ویژگیهای اجتماعی و اقتصادی در استانهای کشور در این زمینه بویژه در کلانشهری مانند تهران، لازم بود تفاوتی میان سطح سواد سلامت و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در ارتباط با مهمترین ویژگیهای فردی و جمعیتی جمعیت عمومی شناسایی شود. این مطالعه با هدف بررسی، تفاوتی سواد سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده زنان و مردان میانسال، شناخت مهمترین عوامل مرتبط و همچنین بررسی وجود ارتباط معنادار بین سواد سلامت با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت انجام گرفت. انتظار می رود نتایج این مطالعه بتواند تاحدودی به روشن شدن وضعیت سواد سلامت و سبک زندگی مردان و زنان میانسال شهر تهران جهت تسهیل در برنامه ریزی های مبتنی بر ارتقا سلامت جامعه هدف کمک نماید.

² Health promotion lifestyle profile

¹ Health literacy for Iranian adults

پیرسون^۴، کروس کال واریس^۵ و رگرسیون دوتایی^۶ جهت بررسی داده ها استفاده شد. همچنین سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تعیین گردید.

یافته ها

میانگین میزان پاسخگویی در این مطالعه ۹۰/۹٪ بود. در مجموع، ۴۰۰ نفر زن و مرد میانسال پرسشنامه های مطالعه را تکمیل کردند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۹/۷±۲۹/۸ بود و اغلب (۹۴٪) متاهل بوده و (۴۷/۵٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. اکثریت مردان (۴۵٪) کارمند و بیشتر از سه چهارم زنان (۷۷/۵٪) خانه دار بودند. همچنین غالب افراد (۶۶/۲٪) سطح درآمد خود را در حد کفاف مخارج روزانه گزارش کردند. بیشتر مردان (۴۶/۵٪) از لحاظ شاخص توده بدنی، دارای اضافه وزن بودند اما غالب زنان (۴۱٪) از لحاظ این شاخص در طبقه وزن طبیعی قرار داشتند.

سواد سلامت

بررسی یافته ها نشان داد ۲۷٪ از شرکت کنندگان سواد سلامت عالی، ۳۹/۵٪ سواد سلامت کافی و ۳۳/۵٪ سواد سلامت ناکافی داشتند. در بررسی اولیه میانگین وضعیت سواد سلامت میانگین کلی نمره این متغیر در زنان (۷۳/۶۹) در مقایسه با مردان (۷۱/۴۲) بود که از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند (p=۰/۱۰۱). نتیجه تحلیل رگرسیون لجستیک دو متغیره نشان داد، نمره سواد سلامت زنان ۳/۴ واحد بالاتر از مردان بود که به طور معناداری متفاوت بود (p=۰/۰۲۵). این تفاوت در حیطه درک و فهم موضوعات مرتبط با سلامت، میانگین نمره سواد سلامت در زنان میانسال بطور معناداری، بیش از مردان میانسال بود (جدول ۱).

سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

مقایسه میانگین کلی نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت حاکی از این بود که گرچه نمره کلی این متغیر به میزان ۲/۲۵ واحد بیش از مردان بود (۱۳۰/۷۰) در مقابل (۱۲۸/۰۲) اما از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشت، با وجود این، میانگین نمره حیطه مسئولیت پذیری سلامت و حیطه تغذیه در زنان بطور معناداری بیش از مردان میانسال بود (جدول ۱). مقایسه میانگین نمرات سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در زنان و مردان میانسال نشان داد به غیر از حیطه فعالیت جسمانی، در اغلب حیطه ها میانگین نمره های این متغیرها در زنان برابر یا اندکی بیش از مردان می باشد (نمودار ۱).

عوامل فردی - اجتماعی مرتبط با سواد سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت :

مهمترین عامل مرتبط با سواد سلامت در این مطالعه سطح تحصیلات افراد بود، به نحوی که میزان سواد سلامت افراد با

ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، همیشه) در سایر حیطه ها. حداقل و حداکثر نمره دهی به این ابزار، به ترتیب، ۳۳ تا ۱۶۵ میباشد. نمرات به دست آمده به اعدادی به بازه ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شده و در ۴ طبقه دسته بندی می گردند به این ترتیب که : کسب نمره کمتر از ۵۰ : سواد سلامت ناکافی، نمره ۵۰/۱ تا ۶۶ : سواد سلامت نه چندان کافی، نمره ۶۶/۱ تا ۸۴ : سواد سلامت کافی و نمره بالاتر از ۸۴/۱ سواد سلامت عالی تلقی میگردد. در مطالعه حاضر، دو طبقه سواد ناکافی و سواد نه چندان کافی، تحت عنوان طبقه سواد سلامت نامطلوب یا ناکافی طبقه بندی شدند. در مطالعه حاضر، ابتدا همسانی درونی پرسشنامه HELIA بر روی دو جمعیت ۳۰ نفری زن و مرد میانسال خارج از جمعیت مطالعه بررسی شد و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۲ در هر یک از حیطه ها و کل ابزار همبستگی درونی ابزار را تایید کرد.

۳. پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت (پروفایل HPLP-II) : شامل مجموع رفتارهای ارتقا دهنده سلامت است که توسط ۵۲ گویه و در شش بعد اندازه گیری می شود: تغذیه (۹ گویه)، فعالیت بدنی (۹ گویه)، مسئولیت پذیری در مورد سلامت (۱۰ گویه)، مدیریت استرس (۵ گویه)، روابط بین فردی (۹ گویه)، رشد معنوی (۱۰ گویه). این ابزار، بر اساس مدل ارتقا سلامت Pender (۱۹۸۷)، طراحی و نسخه ۲ آن (نسخه بزرگسالان) توسط walker و همکاران (۱۹۹۵) بسط داده شد (۱۷، ۱۸). در این پرسشنامه از پاسخگو خواسته می شود تا بر اساس طیف پاسخ لیکرت ۴ درجه ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) مشخص کند که چقدر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را انجام می دهد؛ نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و نمره ابعاد رفتاری با استفاده از میانگین پاسخها برای کل ابزار، از ۲۰۸ - ۵۲ متغیر می باشد. در مطالعه حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه HPLP-II با بررسی دو جمعیت ۳۰ نفری از زنان و مردان میانسال ایرانی خارج از جمعیت مورد مطالعه محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار و مقدار بالاتر از ۰/۸۹ در تمامی حیطه ها تایید شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1395.575 مصوب شد. پس از اخذ کد اخلاق، نمونه گیری آغاز شد و ضمن اخذ رضایت کتبی آگاهانه از مشارکت کنندگان، به بی نام بودن پرسشنامه ها و محرمانه بودن اطلاعات و پاسخهای آنها اطمینان داده شد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات:

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. از آمار توصیفی و تحلیلی از جمله آزمون t مستقل، کای اسکوئر^۳، من ویتنی^۲، ضریب همبستگی

⁴ Pearson correlation coefficient

⁵ Kruskal-Wallis

⁶ Bivariate Regression

¹ Two independent samples t-test

² Chi-square

³ Mann-Whitney-U

مستقیم، مثبت و معناداری بین سواد سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در هر دو جنس وجود دارد. بطوریکه افراد با سطح سواد سلامت بالاتر، در مجموع، از سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بهتری بودند (I= ۰/۴۲، مردان، I= ۰/۴، زنان)، (p<۰/۰۰۱).

تحصیلات دانشگاهی ۲۱ واحد بیشتر از افراد بی سواد بود که تفاوت معناداری را بین میزان سواد سلامت به لحاظ سطوح مختلف تحصیلات افراد نشان داد (p<۰/۰۰۱).

همچنین، نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت افراد برخوردار از تحصیلات دانشگاهی ۱۰ واحد بیشتر از افراد بیسواد بود اما به لحاظ آماری این تفاوت معنادار نبود (N.S). با وجود این، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت از نظر وضعیت درآمد خانوار و ارزیابی فردی از نظر پایبندی به اصول دینی و مذهبی، تفاوت‌های معناداری را به لحاظ آماری نشان داد، به طوری که میانگین نمره این متغیر در افراد با سطوح متوسط درآمد خانوار (در حد کفاف مخارج روزانه)، بیش از افراد با وضعیت ضعیف درآمدی (کمتر از حد کفاف مخارج روزانه) بود (p=۰/۰۲) و افرادی که پایبندی بیشتری به اصول و قواعد دینی و مذهبی را ذکر کردند، نمره این متغیر ۱۷ واحد بیش از کسانی بود پایبندی کمتری را در این زمینه اظهار داشتند. بعلاوه، برخورداری از بیمه سلامت پایه در مقایسه با عدم برخورداری از آن، با افزایش نزدیک به ۱۲ واحد در نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت همراه بود که به لحاظ آماری اختلاف معناداری دیده شد (P=۰/۰۰۴) (جدول ۲). در نهایت، همبستگی

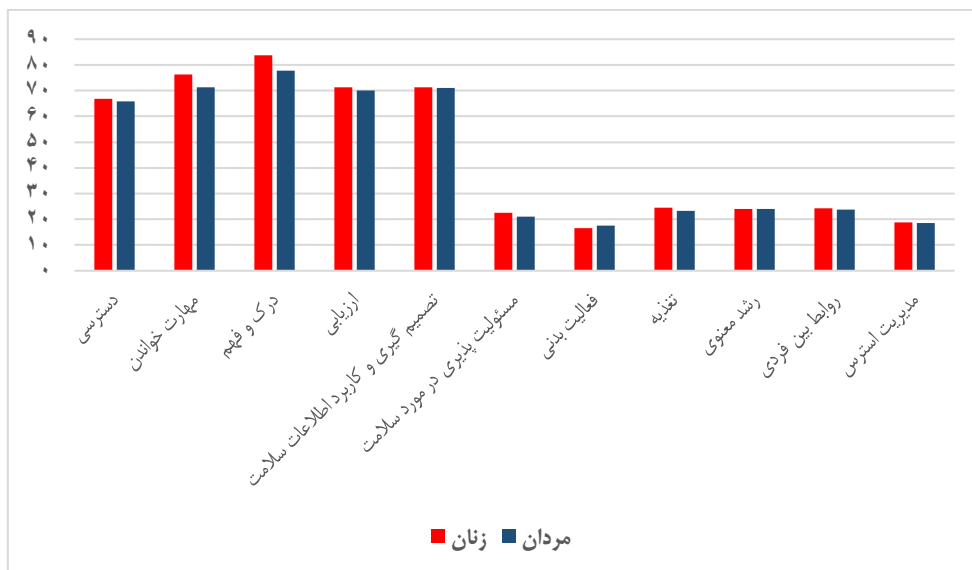
جدول ۱. مقایسه حیطه‌های سواد سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در بین زنان و مردان میانسال

| حیطه | مردان میانسال | | زنان میانسال | |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین |
| سواد سلامت | ۱۶/۴۱ ± ۷۱/۴۲ | ۱۶/۲۸ ± ۷۳/۶۹ | P = ۰/۱۰۱ | Mann-Whitney- U |
| دسترسی | ۲۲/۹۵ ± ۶۵/۸۳ | ۲۲/۳۱ ± ۶۶/۹۳ | P = ۰/۶۶۸ | |
| مهارت خواندن | ۲۵/۴۶ ± ۷۱/۲۸ | ۲۱/۲۳ ± ۷۶/۱۵ | P = ۰/۰۶۷ | |
| درک و فهم | ۱۸/۹۰ ± ۷۷/۷۸ | ۱۷/۹۰ ± ۸۳/۶۴ | P = ۰/۰۰۱ | |
| ارزیابی | ۲۲/۴۳ ± ۷۰/۰۳ | ۲۲/۴۶ ± ۷۱/۳۷ | P = ۰/۴۶۹ | |
| تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت | ۱۷/۶۹ ± ۷۱/۰۳ | ۱۹/۵۳ ± ۷۱/۲۱ | P = ۰/۶۸۱ | |
| سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت | ۲۷/۴۰ ± ۱۲۸/۰۲ | ۲۵/۲۹ ± ۱۳۰/۷۰ | P = ۰/۱۴۲ | |
| مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت | ۲۱/۰۱ ± ۵/۳۳ | ۲۲/۴۴ ± ۴/۹۳ | P = ۰/۰۰۲ | |
| فعالیت بدنی | ۵/۱۱ ± ۱۷/۵۲ | ۴/۹۴ ± ۱۶/۶۴ | P = ۰/۱۳۴ | |
| تغذیه | ۲۳/۱۶ ± ۵/۱۸ | ۲۴/۴۱ ± ۵/۳۰ | P = ۰/۰۱۹ | |
| رشد معنوی | ۵/۹۱ ± ۲۴/۰۴ | ۵/۷۰ ± ۲۴/۱۳ | P = ۰/۷۵۷ | |
| روابط بین فردی | ۵/۴۶ ± ۲۳/۶۷ | ۵/۵۳ ± ۲۴/۳۵ | P = ۰/۲۰۵ | |
| مدیریت استرس | ۴/۶۲ ± ۱۸/۶۱ | ۴/۰۵ ± ۱۸/۷۲ | P = ۰/۴۶۰ | |

جدول ۲. اثر متغیرهای جمعیت شناختی بر سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در زنان و مردان میانسال

| متغیر | HPLP.II | | | | HELIA | | | |
|---------------------------|---------|---------|-----------------|-----------------|---------|---------|-----------------|-----------------|
| | P-value | آزمون T | خطای معیار (SE) | برآورد ضریب (B) | p-value | آزمون T | خطای معیار (SE) | برآورد ضریب (B) |
| جنسیت (زن نسبت به مرد) | | | | | | | | |
| زن | ۰/۳۹۲ | -۰/۸۵۷ | ۲/۶۳ | ۲/۲۵ | ۰/۰۲۵ | ۲/۲۴ | ۱/۵۲ | ۳/۴۲ |
| سطح سواد (نسبت به بیسواد) | | | | | | | | |
| ابتدایی | ۰/۸۴۷ | ۰/۱۹۳ | ۸/۸۲ | -۱/۷۰ | ۰/۸۹۷ | ۰/۱۲۹ | ۵/۰۹ | ۰/۶۵۸ |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------|------|--------|-------|--------|------|--------|------------------------------|
| ۰/۹۲۸ | ۰/۰۹۱ | ۸/۴۷ | -۰/۷۶۹ | ۰/۲۱۳ | ۱/۲۴ | ۴/۸۹ | ۶/۱۱ | راهنمایی |
| ۰/۴۷۰ | -۰/۷۲۳ | ۸/۱۰ | ۵/۸۵ | ۰/۰۰۸ | ۲/۶۸ | ۴/۶۸ | ۱۲/۵۶ | دبیرستان |
| ۰/۲۰۹ | -۱/۲۵ | ۸/۰۳ | ۱۰/۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۴/۶۳ | ۴/۶۴ | ۲۱/۵۱ | دانشگاهی |
| ارزیابی فردی از وضعیت اقتصادی | | | | | | | | |
| ۰/۰۲۸ | -۲/۲۰ | ۳/۱۹ | ۷/۰۳ | ۰/۸۵۶ | ۰/۱۸۲ | ۱/۸۴ | ۰/۳۳۵ | در حد کفاف مخارج روزانه |
| ۰/۰۷۴ | -۱/۷۹ | ۵/۳۳ | ۹/۵۶ | ۰/۹۵۴ | -۰/۰۵۷ | ۳/۰۷ | -۰/۱۷۷ | بیش از حد کفاف مخارج روزانه |
| ارزیابی فردی از پایبندی به اصول مذهبی | | | | | | | | |
| ۰/۰۰۴ | -۲/۸۸ | ۴/۶۱ | ۱۲/۲۹ | ۰/۳۰۸ | ۱/۰۲ | ۲/۶۶ | ۲/۷۲ | متوسط |
| ۰/۰۰۲ | -۳/۱۷ | ۵/۵۵ | ۱۷/۶۰ | ۰/۷۴۲ | -۰/۳۳۰ | ۳/۲۰ | -۱/۰۵ | زیاد |
| ابتلا فعلی به بیماری | | | | | | | | |
| ۰/۳۰۵ | ۱/۰۲ | ۳/۲۹ | -۳/۳۹ | ۰/۳۵۸ | -۰/۹۲۱ | ۱/۹۰ | -۱/۷۵ | عدم ابتلا به بیماری فعلی |
| ابتلا به بیماری یا سابقه عمل جراحی | | | | | | | | |
| ۰/۱۶۶ | -۱/۳۸ | ۳/۰۷ | ۴/۲۶ | ۰/۶۷۸ | ۰/۴۱۶ | ۱/۷۷ | ۰/۷۳۹ | فقدان سابقه جراحی |
| برخورداری از بیمه سلامت پایه | | | | | | | | |
| ۰/۰۰۴ | -۲/۹۳ | ۴/۰۹ | ۱۱/۹۹ | ۰/۵۷۰ | -۰/۵۶۹ | ۲/۳۶ | -۱/۳۴ | عدم برخورداری از بیمه پایه |
| برخورداری از بیمه سلامت تکمیلی | | | | | | | | |
| ۰/۲۶۳ | ۱/۱۲ | ۲/۸۳ | -۳/۱۷ | ۰/۱۳۳ | ۱/۵۰ | ۱/۶۳ | ۲/۴۵ | عدم برخورداری از بیمه تکمیلی |



نمودار ۱: مقایسه میانگین نمرات حیطه های سواد سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان و مردان میانسال شهر تهران سال ۱۳۹۷

تغذیه وضعیت بهتری نسبت به مردان میانسال داشت. یافته های این مطالعه نشان داد زنان میانسال در مقایسه با مردان میانسال، مطالب مرتبط با آموزه های بهداشتی را بهتر درک می کردند و از سواد سلامت بالاتری در این حیطه برخوردار بودند. از دلایل احتمالی این یافته می توان به بالا بودن سطح تحصیلات زنان در این مطالعه در مقایسه با جمعیت عمومی زنان اشاره کرد. باوجود این، در مطالعاتی اشاره شده که زنان در مقایسه با مردان، بیشتر به مراکز بهداشتی و

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد سواد سلامت زنان وضعیت مطلوب تری در مقایسه با مردان به ویژه در حیطه درک موضوعات مرتبط با سلامت دارد، در حالی که سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت تفاوت چشمگیری بین دو گروه نشان نداد. اگرچه، سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت زنان میانسال، در حیطه مسئولیت پذیری سلامت و

در این مطالعه نشان داده شد که هرچه افراد از نظر پایبندی به اصول دینی در سطح بالاتری قرار گرفتند، حیطه های مختلف سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نیز وضعیت مطلوب تری نشان می دهند. یافته های مطالعه ای در شهر کاشان که به منظور تعیین ارتباط میزان دینداری و سلامت عمومی پرستاران یائسه انجام شد نشان داد، ارتباط مستقیمی بین این دو عامل وجود دارد و به نظر میرسد، دین داری از طریق بالا بردن توانایی مقابله با استرس، ایجاد فضای حمایت اجتماعی و ایجاد امید بر ارتقای سلامت افراد تاثیر دارد (۳۷). همچنین نتایج پژوهشی در شهر تبریز با هدف ارزیابی رابطه جهت گیری مذهبی و انجام رفتارهای پرخطر برای سلامتی حاکی از ارتباط معکوس بین این دو مولفه بود (۳۸). در توضیح این یافته باید گفت دین اسلام منبع مهمی از آموزه های مربوط به جنبه های مختلف سبک زندگی است و تاکید بسیاری بر حفظ سلامت فرد دارد. به عنوان نمونه امام حسین (ع) میفرمایند: در تمام مدت عمر برای سلامتی و حفظ تندرستی بدنهای خود کوشا باشید (۳۹) همچنین به نظر میرسد افراد برخوردار از گرایشات مذهبی قوی، یک نظام ارزشی و درونی دارند که باعث می شود از رفتارهای پرخطر پرهیز کرده و از سلامت عمومی بالاتری بهره مند شوند. همچنین این مطالعه نشان داد، برخورداری از بیمه درمانی پایه با بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت در میانسالان همراه بود. یافته های پژوهشی در کشور چین به منظور شناسایی تاثیرات بهره مندی از بیمه سلامت عمومی بر سلامت بزرگسالان نشان داد برخورداری افراد از پوشش بیمه سلامت عمومی به طور قابل توجهی وضعیت سلامت جسمی و روحی آنان موثر بوده است (۴۰). گرچه مطالعات در این حیطه محدود بوده اما به نظر میرسد برخورداری از بیمه پایه با فراهم کردن دسترسی ارزان به خدمات مراقبتهای سلامتی، سبب ایجاد انگیزه بیشتری در میانسالان جهت داشتن یک زندگی سالم میگردد.

در این مطالعه همچنین، همبستگی مستقیم، مثبت و معناداری بین سواد سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و اغلب حیطه های آنها در مردان و زنان میانسال مشاهده شد و موید این مطلب است که هر قدر افراد برای سلامت خود ارزش بیشتری متصور باشند، با احتمال بیشتری در جستجوی موضوعات و منابع مرتبط با ارتقای سواد سلامت خود می باشند. چنین یافته ای در مطالعه ای در جمعیت زنان واقع در سنین باروری و رفتارهای ارتقادهنده سلامت مشاهده شده است (۴۱).

این مطالعه همانند سایر مطالعات مقطعی دارای محدودیتهایی بود، از جمله استناد بر خود اظهاری افراد در برخی متغیرهای فردی مانند ارزیابی شخصی از وضعیت اقتصادی و یا پایبندی به اصول دینی و محدود شدن جمعیت مورد مطالعه به افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده است، لذا یافته های این مطالعه قابلیت تعمیم به کل زنان و مردان میانسال شهر تهران را ندارد. باوجود این، جهت کاستن از اثرات این محدودیتها توزیع جغرافیایی جمعیت تحت پوشش دو منطقه متفاوت از شهر تهران (شمال و شرق) و در نظر گرفتن تنوع خصوصیات اقتصادی و اجتماعی مراجعین به این مراکز، از ابتدای نمونه گیری در این تحقیق در نظر گرفته شد.

درمانی برای خدمات پیشگیری و درمانی مراجعه می کنند و از برنامه های سلامت محور رسانه ها بیش از مردان بهره می برند (۱۹، ۲۰).

در مطالعه حاضر، یک چهارم افراد تحت مطالعه (۲۷٪) از سواد سلامت عالی برخوردار بودند، در حالی که حدود یک سوم جمعیت مورد مطالعه سواد سلامت نامطلوب (۳۳/۵٪) داشتند. در پژوهشی چندمرکزی در کشور با استفاده از نسخه فارسی ابزار سنجش سواد سلامت عملکردی بزرگسالان، یافته ها حاکی از این بود که از میان ۱۰۸۶ نفر از افراد ۱۸ سال و بالاتر در ۵ استان بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران (شهر و ۱ روستا از هر استان) مورد مطالعه، سواد سلامت ۲۸/۱٪ افراد در حد کافی، ۱۵/۳٪ مرزی و ۵۶/۶٪ ناکافی بود (۲۱). شهرنشینی و محدود بودن بازه سنی شرکت کنندگان به مقطع میانسالی در مطالعه حاضر، متفاوت بودن سطح سواد سلامت در این مطالعه را نسبت به چنین مطالعات وسیعی می تواند توضیح دهد. همچنین، افزایش سطح سواد سلامت با بالا رفتن میزان تحصیلات در هر دو جنس علیرغم نتایج متناقض برخی مطالعات (۲۲، ۲۳) می تواند تاحدودی توضیح دهنده این یافته باشد که میانسالان بویژه شهرنشینان در دهه های اخیر از فرصتهای آموزش دانشگاهی و ارتقا تحصیلی بیشتری نسبت به سالمندان کنونی در برهه زمانی خود برخوردار بوده اند که به تبع آن، دستورات بهداشتی را بهتر می فهمند و درست تر بکار می برند و همین موقعیت می تواند سبب بهبود وضعیت سواد سلامت آنها در مقایسه با افراد بی سواد و کم سواد باشد که در برخی مطالعات نیز مشاهده شده است (۲۱، ۲۴-۲۹).

در همین راستا، بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در سطوح مختلف تحصیلات در جمعیت تحت مطالعه نشان داد که این متغیر در مردان با تحصیلات دانشگاهی بطور معناداری از همتابان با تحصیلات کمتر، بالاتر بود. اگرچه چنین یافته ای در زنان میانسال مورد مطالعه مشاهده نشد بنظر می رسد باتوجه به اینکه نیمی از جمعیت زنان مورد مطالعه دارای تحصیلات دانشگاهی بودند، تفاوتی احتمالی این متغیر در بین سطوح پایین تر تحصیلات، در این گروه جنسی قابل ارزیابی نبوده است. باوجود این، تاثیر تعداد سالهای تحصیل در افراد بر ارتقای سبک زندگی و رفتارهای خودمراقبتی سلامت در چند مطالعه مشابه به خوبی نشان داده است (۳۰-۳۲). در مطالعه ای در شهر بوستون با هدف شناسایی عوامل تعیین کننده سبک زندگی ارتقادهنده سلامت دانشجویان، مشخص شد دختران دانشجو به نحو معناداری رفتارهای بهتری درمقایسه با پسران دانشجو در حیطه های تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت پذیری در مورد سلامت داشتند (۳۳). مشابه چنین یافته ای نیز در یک مطالعه بر روی مدرسین دانشگاه علوم پزشکی شهر یزد، مشاهده شد (۳۴). یافته های این مطالعه حاکی از تاثیر وضعیت اقتصادی خانواده را بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان و مردان بود. که می توان گفت افرادی که وضعیت اقتصادی بهتری دارند بعلاوه برخوردار بودن از امکانات بیشتر، دسترسی بهتری به خدمات و منابع بهداشتی دارند که باعث می شود عملکرد بهتری در قبال سلامت خود داشته باشند که چنین یافته ای در بعضی مطالعات نیز دیده شده است (۳۵، ۳۶).

religion in austrian high school Pupils—A cross-sectional survey. *Religiens*. 2017;8(10):210.

8. Tavousi M, Mehrizi A, Solimani A, Sarbandi F, Ardestani M, Hashemi A, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh (Health Monitor)*. 2016;15(1):95-102.

9. Batterham R, Hawkins M, Collins P, Buchbinder R, Osborne R. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016;132:3-12.

10. MacLeod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*. 2017;38(4):334-41.

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.

12. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health promotion international*. 2009;24(3):285-96.

13. Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic physician*. 2018;10(3):6470.

14. Halverson J, Martinez-Donate A, Trentham-Dietz A, Walsh MC, Strickland JS, Palta M, et al. Health literacy and urbanicity among cancer patients. *The Journal of Rural Health*. 2013;29(4):392-402.

15. Mirmohammadkhani M, Ziari A, Momeni M. Systematic review and meta-analysis of health literacy in Iranian older adults. *Iranian Journal of Ageing*. 2020;15(1):13-2.

16. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسئولین مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کلیه زنان و مردان میانسال شرکت کننده در این مطالعه ابراز می دارند. این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله می باشد و بخشی از بودجه این مطالعه، توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تامین شده که بدین وسیله از آن معاونت محترم تشکر و قدردانی می گردد.

References

- Jouzy p, ranjbari m, moradi a, zarei f. The comparative study of positive emotion, creativity and psychological well-being in evolution stage of middle age and adolescence. 2015.
- Heidari F, Mohammadkhan Ks, Vanaki Z, Kazem Na. A Survey the effect of planned program of health promotion on stress management in middle-aged women. 2011.
- Khajehkazemi R, Sadeghirad B, Karamouzian M, Fallah M-S, Mehrolhassani M-H, Dehnavieh R, et al. The projection of burden of disease in Islamic Republic of Iran to 2025. *PloS one*. 2013;8(10):e76881.
- Nilsaz M, Tavassoli E, Mazaheri M, Sohrabi F, Khezli M, Ghazanfari Z, et al. Study of Healthpromoting behaviors and Life Style among students of Dezful universities. *Journal of Ilam University of medical sciences*. 2013;20(5):168-75.
- Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S, Momayyezi M. Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011;13(4):29-34.
- Movahed M, Enayat H, Zanjari N. Healthy Ageing: A Comparative Analysis of Health Promoting Lifestyle among Elderly Males and Females in Shiraz. *Journal Of Social Sciences*. 2015;12(1):197-223.
- Gäbler G, Lycett D, Hefti R. Association between health behaviours and

- glycemic control in a low income population with type 2 diabetes. *Diabetes technology & therapeutics*. 2011;13(3):335-41.
25. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC public health*. 2010;10(1):614.
26. McCleary-Jones V. Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among African Americans with diabetes mellitus. *ABNF Journal*. 2011;22(2).
27. NEKOEI MM. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. 2012.
28. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC public health*. 2013;13(1):261.
29. Rezaee Esfahrood z, Haerian ardekani A, Rahmanian M, Ghaffari Targhi M. A Survey on Health Literacy of Referred Diabetic Patients to Yazd Diabetes Research Center. *Tolooebehdasht*. 2016;15(3):176-86.
30. Bahar Z, Beşer A, Özbiçakçı Ş, Haney MÖ. Health promotion behaviors of Turkish women. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014;6(1).
31. Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S, Mohammadi E, Charandabi SM-A, Majdzadeh R. A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age. *Health promotion international*. 2014;30(3):586-94.
32. Abedi P, Jorfi M, Afshari P. Evaluation of the health promotion lifestyle and its related factors in reproductive aged women in Ahvaz, Iran. *Community Health Journal*. 2015;9(1):68-74.
- (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh (Health Monitor)*. 2014;13(5):589-99.
17. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*. 1987;36(2):76-81.
18. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II](Adult version). 1995.
19. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
20. Van Duong T, Chang PW, Yang S-H, Chen M-C, Chao W-T, Chen T, et al. A new comprehensive short-form health literacy survey tool for patients in general. *Asian nursing research*. 2017;11(1):30-5.
21. Tehrani Banihashemi S-A, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian S-M, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *Strides in Development of Medical Education*. 2007;4(1):1-9.
22. Baji Z, Shakerinejad G, Jarvandi F, Hajinajaf S. Health Literacy Level and its Related Demographic Factors among Employees of Iranian Academic Center for Education, Culture & Research (ACECR)-Khuzestan Branch. *Journal of Health Literacy*. 2019;3(4):46-54.
23. Yadollahi M, Siavashi E, Mostaghim S. The relationship between health literacy and patient participation in medical decision making among breast cancer patients. *Archives of breast cancer*. 2018:183-8.
24. Bains SS, Egede LE. Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and

33. Larouche R. Determinants of college students' health-promoting lifestyles. *Clinical excellence for nurse practitioners: the international journal of NPACE*. 1998;2(1):35-44.
34. SS MMA, fazel Poor S, Askarshahi M. [Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of University Shahid Sadoqi Yazd academic staff in Iran (Persian)]. *Ilam University of Medical Science*. 2013;21(3):12-51.
35. Gokyildiz S, Alan S, Elmas E, Bostanci A, Kucuk E. Health-promoting lifestyle behaviours in pregnant women in Turkey. *International journal of nursing practice*. 2014;20(4):390-7.
36. Ahmadi Z, Amini L, Haghani H. Determining a Health-promoting Lifestyle among Afghan Immigrants Women in Iran. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2020;11:2150132720954681.
37. Peyman A. Relationship between religiosity and health in postmenopausal Nurses. *Islamic Life Style*. 2019;3(5):52-8.
38. Habibi Kaleybar R, Shaban Basim F, Samimi Z, Mollamohseni M, Azizi S. Explaining high-risk behaviors among students on the basis of religious orientation and spiritual health. *Islamic Life Journal*. 2018;2(4):203-9.
39. Harrani IS. *Tuhaf al-'Uqul*. 1th ed. Qom. Entesharat Eslami Institute; 1404AH: P.239.
40. Fan H, Yan Q, Coyte PC, Yu W. Does public health insurance coverage lead to better health outcomes? Evidence from Chinese adults. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2019;56:0046958019842000.
41. Roosta F, Ahmadi A. Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors among Women of Reproductive Ages in Shiraz during 2013. *scientific journal of ilam university of medical sciences*. 2016;24(2):90-100.