

پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سواد سلامت در دانشجویان

مهسا مسلمان^۱، نیلوفر میکائیلی^۲، علی مهدوی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سواد سلامت در دانشجویان دانشگاه پیام نور آمل در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه دانشجویان دانشگاه پیام نور آمل بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند. تعداد ۱۱۸ دانشجوی دختر و پسر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مقیاس آمادگی اعتیاد و پرسش‌نامه سواد سلامت برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که بین آمادگی به اعتیاد و مولفه‌های سواد سلامت (دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات) روابط منفی معنی‌داری وجود داشت. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که نمره کل سواد سلامت توانست به شکل منفی و معناداری ۱۸ درصد واریانس آمادگی به اعتیاد را پیش‌بینی کند. از بین مولفه‌های سواد سلامت، فهم و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات توانستند ۲۱ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را به شکل منفی و معناداری تبیین کنند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت سواد سلامت از متغیرهای مرتبط با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان می‌باشد که باید در پیشگیری و درمان اعتیاد مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: آمادگی به اعتیاد، سواد سلامت، دانشجویان

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. پست

الکترونیک: mahsa.mosallman@yahoo.com

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳. کارشناس ارشد برنامه‌ریزی درسی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی-اجتماعی می‌باشد که گستره جهانی یافته است (لنو و ریگز^۱، ۲۰۱۶). مصرف مواد مخدر عامل خطر مهم سلامت جامعه در سراسر جهان می‌باشد و تاثیر مستقیم بر اهداف سلامت دارد (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۱۸). وابستگی و مصرف مواد مخدر آثار و پیامدهای اساسی و نامطلوب روانی، اجتماعی، انسانی و غیره بر ساختار و کارکرد جامعه دارد و مصرف مواد مخدر به فرایندهای شناختی آسیب می‌رساند و مشکلات روانی زیربنایی اعتیاد را تشدید می‌کند و همچنین خطر آسیب غیر عمدی و مرگ را افزایش می‌دهد (برک^۳، ۱۳۹۴). بر اساس گزارش‌های جهانی، سن شروع اعتیاد بین ۱۶ تا ۲۰ سالگی برآورد شده و همچنان این رده سنی در حال کاهش است (ایسمن^۴، ۲۰۱۷). افزایش گرایش جوانان به مواد بسیار نگران‌کننده است، زیرا اکثر افرادی که مصرف مواد را در سال‌های جوانی آغاز می‌کنند، در سال‌های آینده نیز به مصرف آن ادامه می‌دهند (سارافینو و اسمیت^۵، ۲۰۱۴). روزانه تعداد زیادی برآمار مبتلایان به اعتیاد افزوده گشته و بر این اساس عوارض آن باعث از بین رفتن مرزهای فرهنگی جامعه و به خطر افتادن سلامت افراد می‌گردد (گالانتر^۶، ۲۰۰۶). کشور ایران نیز به دلایل متعدد فرهنگی و جغرافیایی دارای شرایط بحرانی است (مؤذن و همکاران، ۲۰۱۵). بررسی‌های اخیر حاکی از آن است که اعتیاد در ایران مسئله‌ای جدی و رو به رشد است، به گونه‌ای که به ۳ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر می‌رسد (مؤذن و همکاران، ۲۰۱۵). در زمینه گرایش به اعتیاد، عوامل زیستی-روانی-اجتماعی را دخیل می‌دانند (گالانتر، ۲۰۰۶).

مطالعات درباره‌ی اعتیاد جوانان بیانگر رشد چشمگیر و حتی بحران این پدیده در کشور است. افزایش گرایش جوانان ایرانی به مواد مخدر بسیار نگران‌کننده است، زیرا اکثر افرادی که مصرف مواد را در سال‌های جوانی آغاز می‌کنند، به مصرف آن در سال‌های آینده نیز ادامه می‌دهند (محمدخانی و بهروز، ۱۳۹۶). اگرچه شروع مصرف سیگار به طور معمول قبل از ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتد، اما شواهدی وجود دارد که نشان

1. Lenoue & Riggs
2. World Health Organization (WHO)
3. Berk

4. Sarafino & Smith
5. Sarafino & Smith
6. Galanter

می‌دهد رفتار سیگار کشیدن پس از این سن قابل توجه است. دانشگاه ممکن است یک دوره مهم برای مطالعه سیگار کشیدن باشد، زیرا دوره‌ای است که نوجوانان به یک زمینه اجتماعی جدید تبدیل می‌شوند که در آن مصرف مواد بهنجار تلقی می‌شود (کولدر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ رید، وانگ، شیلینگتون، کلاپ و لانگ^۲، ۲۰۰۷).

سواد سلامت به طور گسترده‌ای به عنوان تعیین کننده اصلی سلامت در دستور کار و اولویت سیاست‌های بهداشت عمومی قرار دارد. سواد سلامت پایین با وضعیت‌های سلامتی ضعیف‌تر، نابرابری‌های گسترده‌تر و هزینه‌های بالاتر سیستم‌های سلامتی همراه می‌باشد. عوامل اقتصادی (مانند درآمد خانواده)، عوامل جمعیتی (مانند جنسیت) و رفتارها و خطرات سلامتی (مانند مصرف الکل، استعمال دخانیات و تمرینات بدنی) با سطح سواد سلامت و وضعیت سلامتی فرد ارتباط دارد (ووزیکیس، درایواس و میلیوریس^۳، ۲۰۱۴). همچنین، نتایج پژوهش ووزیکیس و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که سواد سلامت باید به یک موضوع اصلی سیاست در یونان تبدیل شود، که عمدتاً در سنین جوانی تمرکز داشته باشد، و رفتارهای سالم یا ناسالم بر سلامتی در طول زندگی اثرگذار است. سواد سلامت می‌تواند در ارتقا رفتارهای پیشگیرانه موثر باشد (خویی، جعفری‌ندوشن و علی‌پورندوشن، ۲۰۱۹).

سواد سلامت مفهومی نوظهور است که شامل گرد هم آوردن افراد از هر دو زمینه سلامت و سواد است. سواد سلامت مبتنی بر این ایده است که سلامتی و سواد منابع حیاتی برای زندگی روزمره هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹). سواد سلامت بیانگر مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که انگیزه و توانایی افراد را برای دستیابی، درک و استفاده از اطلاعات را افزایش می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). مفهوم سواد سلامت برای اولین بار در سال ۱۹۷۴ در رابطه با آموزش بهداشت و اهمیت تدوین حداقل استانداردهای سواد سلامت در محیط مدرسه ظاهر شد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹). با این حال، تقریباً دو دهه بعد، این مفهوم در آموزش سلامت یا سایر زمینه‌ها با جان و دل

1. Colder
2. Reed, Wang, Shillington, Clapp & Lange

3. Vozikis, Drivas & Milioris

پذیرفته نشد (باکر، پارکر، ویلیامز، کلارک و نورس^۱، ۱۹۹۷). مفهوم سواد سلامت در زمینه ارتقا سلامت در مقاله‌ای توسط کیکبوش^۲ (۱۹۹۷) منتشر شد. بعداً در واژه نامه ارتقا سلامت توسط نوتبیم^۳ (۱۹۹۸) ارائه شد که در آن او استدلال کرد که سواد سلامت نتیجه اصلی فعالیت آموزش سلامت است که باید در مفهوم گسترده‌تر ارتقا سلامت باشد و افرادی که در ارتقا سلامت فعالیت می‌کنند باید پاسخگو باشند (نوتبیم، ۲۰۰۰). نوتبیم اظهار داشت که ابتکارات مربوط به اطلاعات سلامت و آموزش در بهبود سواد سلامت ضروری است (نوتبیم و کیکبوش، ۲۰۰۰).

سواد سلامت پایین با نتایج بهداشتی ضعیف‌تر و استفاده ضعیف از خدمات بهداشتی ارتباط دارد (برکمان، شریدان، دونا هو، هالپرن و کروتی^۴، ۲۰۱۱). سواد سلامت یک مولفه اجتماعی سلامت است (عبدالمالکی، پیمان و اسماعیلی، ۱۳۹۷). شواهد نشان می‌دهند که سواد سلامت پایین ممکن است با رفتارهای خطرپذیر سلامتی مانند سیگار کشیدن و مصرف مشروبات الکلی یا مصرف مواد همراه باشد (رولوا، بارتاک، راگالویکز و گاووروا^۵، ۲۰۱۸). یافته‌های چو، لی، آروزولاح و کریتندن^۶ (۲۰۰۸) نشان داد که بهبود سواد سلامت ممکن است یک راهبرد موثر برای بهبود وضعیت سلامت و کاهش استفاده از خدمات گران قیمت بیمارستان و اورژانس در میان بیماران مسن باشد.

از طرفی دیگر، سواد سلامت می‌تواند عامل تاثیرگذاری در افزایش رفتارهای بهداشتی مانند اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه باشد (پناهی، رمضان‌خانی و طاووسی، ۱۳۹۷). ارتباط بین سواد سلامت ناکافی و پیامدهای نامطلوب بهداشتی به خوبی اثبات شده است. همچنین، سواد سلامت پایین با پیامدهایی چون انجام کمتر رفتارهای پیشگیری‌کننده، انجام کمتر فعالیت بدنی و مصرف دخانیات (فرناندز، لارسون و زیکموند-فیشر^۷، ۲۰۱۶) مرتبط است. در این راستا، کیکبوش (۲۰۰۶) بر این نکته تاکید نموده است که سواد

1. Baker, Parker, Williams, Clark & Nurss
2. Kichbush
3. Nutbeam
4. Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty

5. Rolová, Barták, Rogalewicz & Gavurová
6. Cho, Lee, Arozullah & Crittenden
7. Fernandez, Larson & Zikmund-Fisher

سلامت، کیفیت زندگی و سطح سلامت روحی افراد را به طور معناداری افزایش می‌دهد و در کاهش اعتیاد زنان موثر می‌باشد. نتایج پژوهش کریمی، جلیلی و محمودی (۱۳۹۷) نشان داد که زنان با سواد سلامت بالاتر، گرایش کمتری به اعتیاد دارند. محمدخانی و بهروز (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که بین کیفیت زندگی و استعداد به اعتیاد رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد. اسماعیلی مقدم، مشایخ و اسلامی (۱۳۹۷) به این نتیجه دست یافتند که آمادگی به اعتیاد با ابعاد کیفیت زندگی کاری رابطه منفی و با فرسودگی تحصیلی رابطه مثبت دارد. همچنین، در افراد مبتلا به الکل و وابستگی به مواد مخدر، سواد کم با علائم افسردگی بدتر همراه است. مکانیسم‌های اساسی رابطه بین سواد سلامت و نتایج بهداشت روان باید برای آگاهی از اقدامات مداخله‌ای آینده بررسی شوند (لینکلن^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). افراد مبتلا به اعتیاد به الکل برای بهبودی از اعتیاد به الکل و بهبود سلامت کلی خود، از نظر کمی و کیفی اطلاعات ممکن است به انواع مختلف اطلاعات بهداشتی با توجه به سطح سواد سلامت خود نیاز داشته باشند (رولوا، گاووروا و پتروزلکا^۲، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش داهلمان، اکفال و گارپنهاگ^۳ (۲۰۲۰) در بررسی سواد سلامت در میان بیماران سوئدی تحت درمان جایگزینی مواد افیونی حاکی از سطح پایین سواد سلامت و نیاز به مداخلات متناسب با اطلاعات سلامتی در بین بیماران بود. نتایج پژوهش ایزدی‌راد و ضاریان (۱۳۹۴) نشان‌دهنده رابطه آماری معنی‌دار سطح سواد سلامت بهتر با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای پیشگیرانه بود. همچنین، نتایج پژوهش پناهی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد بین سواد سلامت و آگاهی و نگرش در خصوص مضرات مصرف سیگار ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. در رابطه با ارتباط سواد سلامت با آگاهی و نگرش، نتایج مطالعه آرنولد^۴ و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین سطح سواد سلامت و آگاهی و نگرش زنان باردار کم درآمد نسبت به مصرف سیگار وجود دارد. همچنین، عدم آگاهی در مورد خطرات اعتیاد منجر به درگیری بیشتر در اعتیاد و پیامدهای آن می‌شود. با برنامه‌ریزی دقیق و طراحی برنامه‌های آموزشی

1. Lincoln
2. Rolova, Gavurova & Petruzelka

3. Dahlman, Ekefall & Garpenhag
4. Arnold

موثرتر در این زمینه می‌توان گامی موثر در بهبود سواد سلامت افراد وابسته به مواد برداشت. استفاده ضعیف از نمونه برنامه‌های تلویزیونی مرتبط با سلامت، مسئولان را ملزم به پرورش سواد بهداشتی از طریق استفاده از رسانه‌های قابل دسترسی، شبکه‌های مجازی و کلاس‌های آموزشی در مراکز ترک اعتیاد می‌کند (خویی، جعفری ندوشان و علی‌پور ندوشان، ۲۰۱۹).

در دهه اخیر سواد سلامت نقش حیاتی در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت داشته و به عنوان وسیله‌ای برای بهبود پیامدهای سلامت و کاهش نابرابری در سلامت مورد توجه فزاینده قرار گرفته است (وو^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). شایان ذکر است که گروه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال به عنوان گروه مولد جامعه محسوب می‌شوند (ونگرین و هستر^۲، ۲۰۱۱). با توجه به تمام این مسائل، اهمیت سواد سلامت بزرگسالان بیش از پیش مشخص می‌گردد. همچنین، در سال‌های اخیر جمعیت دانشجویی کشور رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. بنابراین، شناخت عوامل مرتبط که روی تطابق دانشجویان با رفتارهای سالم‌تر و کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز موثر باشد، از اهمیت خاصی برخوردار است (اسمیت^۳، ۲۰۰۷؛ کلر، مادوک، هانور، تیریان و باسلر^۴، ۲۰۰۸؛ وان، ایرت، نگامویتز، پارک و کانگ^۵، ۲۰۰۴). با توجه به اینکه پرداختن به موضوع سواد سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال بود که آیا سواد سلامت می‌تواند میزان آمادگی به اعتیاد را پیش‌بینی کند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش مورد نظر شامل همه دانشجویان دانشگاه پیام نور آمل بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند. بر اساس طرح پژوهشی که از نوع همبستگی بود و نیز با توجه به قاعده

1. Wu
2. Wengryn & Hester
3. Smith

4. Keller, Maddock, Hannover,
Thyrian & Basle
5. Von, Ebert, Ngamvitroj, Park &
Kang

در نظر گرفتن حجم نمونه ۱۰۰ نفر برای تحقیقات همبستگی (دلاور، ۱۳۹۰)، تعداد ۱۱۸ دانشجوی دختر و پسر به عنوان نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. دو پرسش نامه آمادگی اعتیاد به مواد مخدر و پرسش نامه سواد سلامت برای جمع آوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. همچنین، اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل به صورت خودگزارشی ثبت شدند. پرسش‌نامه‌ها توسط پژوهشگران در محیط دانشگاه پیام نور آمل بین دانشجویان توزیع و جمع آوری شدند. شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از: تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش، نداشتن مشکل جسمانی و روانی حاد. همچنین، ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: نداشتن تمایل برای شرکت در پژوهش و عدم تکمیل مناسب پرسش‌نامه‌ها. آزمودنی‌ها رضایت خود را به صورت شفاهی اعلام کردند و با توجه به موضوع پژوهش نیازی به دریافت تاییدیه رسمی کمیته اخلاق دانشگاه نبود. عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی در پرسش‌نامه‌ها، با خبر کردن شرکت‌کنندگان از اهداف پژوهش و اختیاری بودن شرکت در مطالعه از جمله موارد رعایت شده جهت رعایت اخلاق پژوهش بودند. داده‌های بدست آمده از پژوهش حاضر با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد) و روش‌های استنباطی (نظیر ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون) در نرم‌افزار اسپ‌اس‌اس-۲۰ تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

۱- مقیاس آمادگی اعتیاد^۱: مقیاس آمادگی به اعتیاد توسط وید، بوچر، مک‌کنا و بن‌پراث^۲ (۱۹۹۲) طراحی شد. تلاش‌هایی در جهت تعیین روایی آن در کشور ایران صورت گرفته است (به طور مثال، کردمیرزا، آزاد و اسکندری، ۱۳۸۲). پرسش‌نامه‌ای که در تحقیق حاضر استفاده شد، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر (۱۳۸۵) طرحی شد. پرسش‌نامه مربوطه ۳۶ ماده دارد

1. Addiction Potential Scale (APS)

2. Weed, Butcher, Mckenna & Ben-Porath

که دو عامل شامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس همچنین ۵ ماده دروغ‌سنج دارد که در نمره‌گذاری تأثیری ندارند. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان‌خواهی می‌باشد و آمادگی منفعل مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می‌باشد. نمره‌گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. البته این شیوه نمره‌گذاری در سوالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ به صورت معکوس است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه باید مجموع امتیازات تک تک سوالات (به غیر از مقیاس دروغ‌سنج) را با هم جمع نمود. این نمره دامنه‌ای از حداقل ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد می‌باشند و برعکس (زرگر، ۱۳۸۵). جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شده است. در روایی ملاکی، پرسش‌نامه آمادگی به اعتیاد دو گروه افراد وابسته به مواد و غیر وابسته را به خوبی از یکدیگر متمایز کرده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست علائم بالینی برابر با ۰/۴۵ گزارش شده است. پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده است (زرگر، ۱۳۸۵). همچنین، در پژوهش زرگر، نجاریان و نعمی (۱۳۸۷)، روایی مقیاس مطلوب گزارش شده است. همچنین، پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای عامل اول (فعال) ۰/۹۱ و برای عامل دوم (منفعل) ۰/۷۵ می‌باشد (زرگر، نجاریان و نعمی، ۱۳۸۷). آلفای کرونباخ پرسش‌نامه آمادگی به اعتیاد در پژوهش حاضر ۰/۹۵ محاسبه شد.

۲- پرسش‌نامه سواد سلامت^۱: این پرسش‌نامه برای سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸ تا ۶۵ ساله ایرانی به کار می‌رود و دارای ۳۳ سوال است و توانایی افراد را در ابعاد مختلف سواد سلامت شامل مهارت خواندن (۴ سوال)، دسترسی (۶ سوال)، درک و فهم (۷ سوال)، ارزیابی (۴ سوال) و تصمیم‌گیری و به کارگیری اطلاعات سلامت (۱۲

سوال) می‌سنجد. هر یک از سوالات بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (کاملاً آسان=۵ تا کاملاً سخت=۱ یا به صورت همیشه=۵ تا به هیچ وجه=۱). برای هر فرد نمره‌ای بین ۳۳ تا ۱۶۵ به دست می‌آید که نمره بیشتر نشانگر سواد سلامت مطلوب و نمره کمتر نشانگر سطح پایین سواد سلامت می‌باشد. منتظری و همکاران (۱۳۹۳) اعتبار و روایی این پرسش‌نامه را بررسی کرده‌اند و روایی مطلوب و پایایی قابل قبولی برای آن گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۱۸ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور آمل بودند که میانگین و انحراف معیار سنی آن‌ها به ترتیب ۲۲/۸۸ و ۵/۱۰ بود. جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی دانشجویان

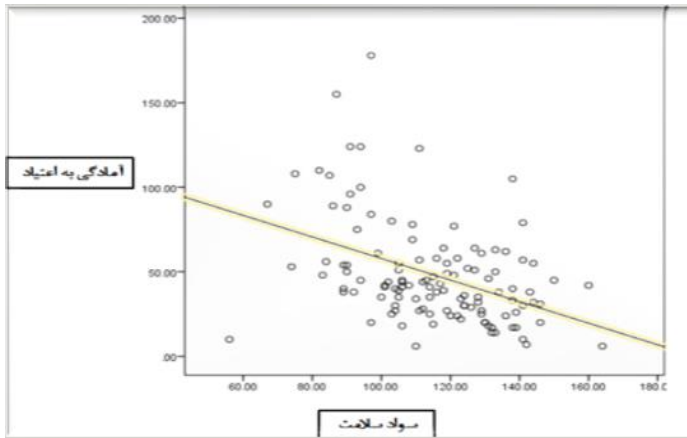
متغیرها	زیرگروه‌ها	فراوانی	درصد
جنسیت	دختر	۸۰	۵۹/۳
	پسر	۳۴	۲۵/۲
سطح تحصیلات	کارشناسی	۹۷	۷۱/۹
	کارشناسی ارشد	۷	۵/۲
وضعیت تاهل	مجرد	۷۲	۵۳/۳
	متاهل	۳۲	۲۳/۷

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین، انحراف استاندارد و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها) در دانشجویان مشاهده می‌شود. از آنجا که سطح معنی‌داری به دست آمده در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیرهای پژوهش بیش از مقدار ملاک ۰/۰۱ می‌باشد، در نتیجه مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها تایید شد. بنابراین، می‌توانیم از آزمون‌های پارامتریک استفاده کنیم.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش همراه با نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	معناداری آزمون کولموگروف
آمادگی به اعتیاد	۴۸/۴۳	۳۰/۴۸	۰/۰۲
دسترسی	۲۰/۵۲	۵/۱۱	۰/۲۹
مهارت خواندن	۱۳/۴۵	۳/۴۹	۰/۰۸
فهم	۲۷/۱۱	۵/۶۳	۰/۰۹
ارزیابی	۱۴/۳۸	۳/۴۳	۰/۳۳
تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات	۳۹/۳۲	۸/۳۶	۰/۳۹
سواد سلامت (نمره کل)	۱۱۴/۸۰	۲۰/۳۰	۰/۹۵

یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون، خطی بودن رابطه متغیرها با یکدیگر است. بنابراین قبل از اجرای این آزمون‌ها باید از خطی بودن رابطه متغیرها مطمئن شد. یکی از روش‌های پرکاربرد برای بررسی خطی بودن رابطه، استفاده از نمودار پراکنندگی است که در نمودار ۱ قابل مشاهده می‌باشد. با مشاهده نمودار می‌توان از نوع رابطه بین دو متغیر و جهت (خطی یا غیرخطی و مثبت و منفی) و شدت رابطه آگاهی تقریبی یافت. بررسی روند کلی نقطه‌ها (شرکت‌کننده‌ها) نشان می‌دهد که تقریباً یک رابطه خطی و منفی بین دو متغیر وجود دارد. در این نمودار می‌توان شدت رابطه بین دو متغیر را به طور تقریبی ملاحظه کرد. در برخی قسمت‌ها نقاط در اطراف یک خط به طور کامل متمرکز نیستند. در نتیجه، بین دو متغیر رابطه کامل (۱-) وجود ندارد. هر چه تراکم نقاط بیشتر باشد و نقاط تمرکز بیشتری در اطراف خط رگرسیونی داشته باشند و فاصله نقاط از یکدیگر کمتر باشد، رابطه قوی‌تر است.



نمودار ۱: نمودار پراکندگی متغیرهای آمادگی به اعتیاد و سواد سلامت

با توجه به برقرار بودن پیش فرض خطی بودن رابطه بین متغیرها امکان استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی مجاز می‌باشد. نتایج بررسی ضریب همبستگی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین سواد سلامت کلی و مولفه‌های آن با آمادگی به

اعتیاد								
متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	
۱- آمادگی به اعتیاد	۱							
۲- دسترسی	-۰/۲۹*	۱						
۳- مهارت خواندن	-۰/۲۷*	۰/۷۵*	۱					
۴- فهم	-۰/۴۳*	۰/۶۷*	۰/۶۹*	۱				
۵- ارزیابی	-۰/۲۹*	۰/۵۸*	۰/۶۰*	۰/۶۶*	۱			
۶- تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات	-۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۰*	۰/۳۹*	۰/۴۵*	۱		
۷- سواد سلامت (نمره کل)	-۰/۴۳*	۰/۸۰*	۰/۷۸*	۰/۸۴*	۰/۷۸*	۰/۷۳*	۱	

* $p < 0.01$.

نتایج بررسی همبستگی پیرسون در جدول ۳ نشان داد که آمادگی به اعتیاد با سواد سلامت کلی و مولفه‌های آن (دسترس، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات) رابطه منفی معنی‌داری داشت ($p < 0.01$). نتایج همبستگی پیرسون همچنین نشان‌دهنده عدم وجود هم‌خطی چندگانه، که یکی از پیش‌فرض‌های انجام

رگرسیون است، بود (جدول ۳)، به طوری که همبستگی بین متغیرهای پژوهش کم‌تر از ۰/۹۰ بود. همچنین، برای بررسی بیشتر هم‌خطی چندگانه، دو آماره شاخص تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شدند. نتایج نشان داد آماره شاخص تحمل برای خرده‌مقیاس‌های دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات به ترتیب ۰/۳۸، ۰/۳۶، ۰/۴۰، ۰/۴۸ و ۰/۷۸ بودند که بزرگتر از شاخص قابل قبول یعنی ۰/۱۰ بودند. همچنین، آماره عامل تورم واریانس برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۲/۵۹، ۲/۷۵، ۲/۴۸، ۲/۰۶ و ۱/۲۸ بود که کمتر از ۱۰ (شاخص قابل قبول) بودند. بنابراین، عدم وجود هم‌خطی چندگانه تایید شد. از دیگر مفروضاتی که در رگرسیون مدنظر قرار می‌گیرد، استقلال خطاها از یکدیگر است و به منظور بررسی آن از آزمون دوربین واتسون استفاده شد و آماره دوربین واتسون ۱/۶۷ بود که در دامنه مطلوب (۱/۵ تا ۲/۵) قرار داشت و فرض استقلال خطاها تایید شد. با توجه به همبستگی معنادار بین متغیرهای پژوهش و رعایت مفروضه‌ها، برای پیش‌بینی متغیر آمادگی به اعتیاد از طریق نمره کل سواد سلامت و خرده‌مقیاس‌های آن از تحلیل رگرسیون به روش همزمان استفاده شد که یافته‌های حاصل از آن در جداول ۴ تا ۷ ارائه شده است.

جدول ۴: تحلیل واریانس یکراهه جهت بررسی معنی‌داری کل مدل رگرسیون برای پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس نمره کل سواد سلامت

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	معناداری
رگرسیون	۱۹۶۲۲/۹۷	۱	۱۹۶۲۲/۹۷	*۰/۰۰۱
باقی‌مانده	۸۹۱۰۹/۹۷	۱۱۶	۷۶۸/۱۸	
کل	۱۰۸۷۳۲/۹۵	۱۱۷		

* $p < 0.001$.

جدول ۵: نتایج پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس نمره کل سواد سلامت

متغیرهای پیش‌بین	بتا	t	معناداری	F	ضریب تعیین	ضریب تعیین اصلاح شده
سواد سلامت (نمره کل)	-۰/۴۲	-۵/۰۵	*۰/۰۰۱	۲۵/۵۴	۰/۱۸	۰/۱۷

* $p < 0.001$.

با توجه به مندرجات جدول ۴، نتایج تحلیل واریانس یکراهه نشان داد که کل مدل رگرسیون برای پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس نمره کل سواد سلامت معنادار است

($p < 0/001$). همچنین، جدول ۶ نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس نمره کل سواد سلامت را نشان می‌دهد و نتایج نشان داد که سواد سلامت توانست به شکل منفی و معناداری ۱۸ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را پیش‌بینی کند ($p < 0/001$, $R^2 = 0/18$, $F = 25/54$, $\beta = -0/42$).

جدول ۶: تحلیل واریانس یکراهه جهت بررسی معنی‌داری کل مدل رگرسیون برای پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس مؤلفه‌های سواد سلامت

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	معناداری
رگرسیون	۲۳۷۸۷/۴۳	۵	۴۷۵۷/۴۸	* ۰/۰۰۱
باقی‌مانده	۸۴۹۴۵/۵۲	۱۱۲	۷۵۸/۴۴	
کل	۱۰۸۷۳۲/۹۵	۱۱۷		

* $p < 0/001$.

جدول ۷: نتایج پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس مؤلفه‌های سواد سلامت

متغیرهای پیش‌بین	بتا	t	معناداری	F	ضرب تعیین	ضرب تعیین اصلاح شده
دسترسی	-۰/۰۱	-۰/۱۰	۰/۹۲	۶/۲۷	۰/۲۱	۰/۱۸
مهارت خواندن	۰/۰۵	۰/۳۷	۰/۷۱			
فهم	-۰/۴۰	-۳/۰۵	* ۰/۰۰۳			
ارزیابی	۰/۰۳	۰/۳۲	۰/۷۵			
تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات	-۰/۲۰	-۲/۱۴	* ۰/۰۳			

* $p < 0/05$. ** $p < 0/01$.

مطابق جدول ۶، نتایج تحلیل واریانس یکراهه نشان داد که کل مدل رگرسیون برای پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس مؤلفه‌های سواد سلامت معنادار است ($p < 0/001$). جدول ۷ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان برای پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس مؤلفه‌های سواد سلامت را نشان می‌دهد و نتایج نشان داد که از بین مؤلفه‌های سواد سلامت، فقط فهم ($p < 0/01$, $\beta = -0/40$) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات ($p < 0/05$, $\beta = -0/20$) توانستند به شکل منفی و معناداری ۲۱ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را پیش‌بینی کنند ($R^2 = 0/21$, $F = 6/27$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سواد سلامت انجام شد. نتایج نشان داد آمادگی به اعتیاد با نمره سواد سلامت و مولفه‌های آن (دست‌رسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات) رابطه منفی معنی‌دار داشت. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان نشان داد که سواد سلامت و دو مولفه آن شامل فهم و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات توانستند آمادگی به اعتیاد را تبیین کنند. با توجه به این که تحقیقات در زمینه ارتباط بین سواد سلامت و آمادگی به اعتیاد کم است، می‌توان به نتایج پژوهش‌های مرتبط با موضوع پژوهش حاضر اشاره کرد. با توجه به نتایج پژوهش دیگان، کلی، رایبسون و دین^۱ (۲۰۱۹)، نشان داده شده است که سطح سواد سلامت پایین تا متوسط برای کسانی که در درمان سوء‌مصرف مواد مشترک بودند، رایج بود. همچنین، بررسی مقالات حاکی از وجود رابطه بین سواد سلامت و مصرف سیگار (آرنولد و همکاران، ۲۰۰۱) و آگاهی از مضرات مصرف سیگار (استیوارت^۲ و همکاران، ۲۰۱۳؛ پناهی و همکاران، ۱۳۹۵) است. این مسئله حاکی از آن است که سواد سلامت و آگاهی متغیرهای شناختی هستند و به نظر می‌رسد سواد سلامت پایین یک تعبیر مفهومی مشخص از آگاهی ضعیف در خصوص خطرات بهداشتی مرتبط با سیگار است (پناهی و همکاران، ۱۳۹۵).

سواد سلامت امروزه مسئله مهمی در بهداشت عمومی است، به ویژه که بیماران نقش بیشتری در کسب اطلاعات در مورد سلامتی خود دارند (مانگانلو^۳، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش پناهی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که اجرای مداخله آموزشی از طریق نرم‌افزار تلگرام در ارتقای سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از مصرف سیگار در دانشجویان موثر است. مطالعات انجام شده در این مورد نشان داده‌اند که سواد سلامت پایین می‌تواند به عنوان یک عامل خطر مستقل برای مصرف سیگار، بازگشت مصرف سیگار و نتایج

ضعیف‌تر ترک سیگار عمل کند (هوور^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ استیوارت و همکاران، ۲۰۱۴؛ استیوارت و همکاران، ۲۰۱۳).

جدیدترین مطالعه نشان می‌دهد که در هنگام طراحی راهکارهای پیشگیری از دخانیات، سواد سلامت افراد باید در نظر گرفته شود (فاو^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین، نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان با سواد سلامت بالاتر، گرایش کمتری به اعتیاد دارند (کیکبوش، ۲۰۰۶؛ کریمی، جلیلی و محمودی، ۱۳۹۷). وان‌انگر، کنایت، استپتو و واردل^۳ (۲۰۰۷) نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که زنان با سواد سلامت پایین‌تر، آسیب‌پذیری بیشتری از تنش‌های محیطی اطراف دارند و این سواد سلامت است که به افراد امکان جواب منفی دادن به عمده ناهنجاری‌ها را می‌دهد. با توجه به نتایج مطالعه پناهی و همکاران (۱۳۹۷)، می‌توان اظهار کرد که سواد سلامت به افراد کمک می‌کند تا اطلاعات سلامتی را راحت‌تر به دست آورده و پردازش و درک کنند. همچنین، آن‌ها را قادر می‌کند که تصمیم‌گیری آگاهانه داشته باشند. سواد سلامت پایین می‌تواند یک شکاف بین آموزش‌دهنده و مخاطب باشد. در نتیجه، قبل از طراحی هر برنامه آموزشی و در مرحله نیازسنجی ضروری است سواد سلامت جامعه هدف با یکی از ابزارهای در دسترس ارزیابی شود تا سطح مهارت‌های سواد سلامت افراد به عنوان یک ملاک برای تدوین محتوای آموزشی، انتخاب روش آموزش و اجرای فرآیند آموزش در نظر گرفته شود. به نظر می‌رسد افراد دارای سواد سلامت پایین به احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط کادر بهداشتی-درمانی را درک نموده و کمتر به دستورات آنان عمل می‌کنند و در نتیجه وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهند افرادی که سواد سلامت بالاتری دارند، بیشتر رفتارهای ارتقادهنده سلامت را انجام می‌دهند (دیویانی، کامرینی، رینهولز، گالفیتی و اسپچولز^۴، ۲۰۱۲؛ هو^۵، ۲۰۱۴).

1. Hoover
2. Fu
3. Von Wagner, Knight, Steptoe & Wardle

4. Diviani, Camerini, Reinholz, Galfetti & Schulz
5. Hou

از آنجایی که افراد با سواد سلامت بالا اطلاعات بیشتری در مورد سلامت و عوامل مرتبط با آن دارند، بیشتر به انجام رفتارهای سالم اقدام می‌کنند و سبک زندگی سالم‌تری را در پیش می‌گیرند. رفتارهای ارتقادهنده سلامت شامل رفتارهایی مانند تغذیه مناسب، ورزش منظم، پرهیز از رفتارهای پرخطر و مصرف مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع بیماری‌ها، کنترل عواطف و افکار، کنار آمدن با استرس و مشکلات زندگی، استقلال، سازگاری و اصلاح روابط بین‌فردی می‌باشند (تیموری، معینی، لوبانس و بهرامی^۱، ۲۰۱۲). در حقیقت، سواد سلامت کافی منجر به افزایش سبک زندگی سالم در بین اقلات مختلف جامعه خواهد شد (هو، ۲۰۱۴). همچنین، می‌توان این طور گفت که سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌ها، توانمندی‌ها و ظرفیت‌ها در ابعاد گوناگون است (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۲). این مهارت‌ها و ظرفیت‌ها گاهی در بعد کسب و به دست آوردن اطلاعات پزشکی و سلامت، گاهی در بعد خواندن آن‌ها، گاهی در بعد فهم و درک آن‌ها، گاهی در بعد پردازش و تفسیر آن‌ها و گاهی در بعد تصمیم‌سازی و بکارگیری این اطلاعات بروز می‌نماید (پناهی و همکاران، ۲۰۱۸؛ پناهی و همکاران، ۱۳۹۶) و از این طریق می‌توانند بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده تاثیر بگذارند (پناهی و همکاران، ۲۰۱۸). به عبارت بهتر، سواد سلامت با بالابردن فهم، درک و ارزیابی مزایای رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه می‌تواند یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر اتخاذ این رفتارها باشد (پناهی و همکاران، ۲۰۱۸).

در مطالعه اسکات، گازماراریان، ویلیامز و باکر^۲ (۲۰۰۲) نشان داده شد سواد سلامت ناکافی به طور مستقل با استفاده کمتر از خدمات بهداشتی پیشگیرانه مرتبط است. همچنین، افراد با سواد سلامت بالا در مقایسه با افراد با سواد سلامت ناکافی، بیشتر دست به انجام رفتارهای پیشگیرانه می‌زنند که این می‌تواند به دلیل آگاهی بالا از رفتارهای پیشگیرانه و نگرانی بالاتر در رابطه با سلامتی در افراد با سواد سلامت بالا باشد. با توجه به نتایج مطالعه، انجام مداخلات موثر به منظور افزایش مشارکت افراد با سطح سواد سلامت ناکافی و

مرزی، جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه ضروریست، زیرا با تشخیص به موقع و پیشگیری از مشکلات سلامتی از تحمیل هزینه‌های اضافی بر خانواده و جامعه کاسته خواهد شد. با توجه به جمعیت چشمگیر دانشجویی و قرار داشتن دانشجویان در سن خطر بیشتر برای رفتارهای مخاطره‌آمیز و همچنین اهمیت گرایش این قشر از جامعه به مواد مخدر، یکی از محورهای جدی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مربوط به دانشجویان است (دیک و هانکوک^۱، ۲۰۱۵). در این پژوهش مانند سایر پژوهش‌های علمی پژوهشگر ناچار از ترسیم محدودیت‌هایی برای پژوهش خود براساس دلایل علمی و شرایط لازم برای اجرای آن است. این مطالعه بر روی نمونه‌ای از دانشجویان در دسترس در دانشگاه پیام نور شهر آمل انجام گرفته است. بنابراین، تعمیم نتایج آن به افراد دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، با توجه به استفاده از پرسش‌نامه‌های خود گزارش‌دهی، ممکن است تحریف یا سوگیری یا اثرات ناشی از خستگی و غیره در اطلاعات دریافتی موجود باشد. محدودیت مهم دیگر، عدم وجود ابزار اختصاصی برای سنجش سواد سلامت در زمینه آمادگی به اعتیاد بود. صرفنظر از این محدودیت‌ها و با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که جهت پیشگیری از اعتیاد اطلاعات و آگاهی لازم به دانشجویان در زمینه اعتیاد داده شود تا از سواد سلامت بالاتری در این زمینه برخوردار شوند.

منابع

- اسماعیلی مقدم، فاطمه؛ مشایخ، مریم و اسلامی، سیامک (۱۳۹۷). پیش‌بینی آمادگی برای اعتیاد بر اساس ابعاد کیفیت زندگی کاری و فرسودگی تحصیلی دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۲۱۲-۱۹۳.
- ایزدی‌راد، حسین و ضاربان، ایرج (۱۳۹۴). رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی، رفتارهای پیشگیرانه و استفاده از خدمات سلامت در منطقه بلوچستان. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۲(۳)، ۵۰-۴۳.

برک، لورای (۱۳۹۴). روان‌شناسی رشد. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

پناهی، رحمن؛ ابراهیمی، غلامرضا؛ کاظمی، سیده‌سمیه و طاووسی، محمود (۱۳۹۷). سواد سلامت: مولفه‌ای موثر برای غلبه بر موانع درک شده اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه در الگوی اعتقاد بهداشتی. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۵(۳)، ۳-۱.

پناهی، رحمن؛ رمضانخانی، علی؛ طاووسی، محمود؛ عثمانی، فرشته؛ کرمی‌جویانی، افسانه و نیکنامی، شمس‌الدین (۱۳۹۷). تاثیر مداخله آموزشی بر سواد سلامت و اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف سیگار در دانشجویان. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۵(۲)، ۳۵-۲۶.

پناهی، رحمن؛ رمضانخانی، علی؛ طاووسی، محمود؛ کوسه‌لو، آمینه و نیکنامی، شمس‌الدین (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین سواد سلامت با آگاهی و نگرش نسبت به مضرات مصرف سیگار در دانشجویان. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۳(۴)، ۳۸-۴۴.

پناهی، رحمن؛ رمضانخانی، علی؛ طاووسی، محمود؛ عثمانی، فرشته؛ غضنفری، الهه و نیکنامی، شمس‌الدین (۱۳۹۵). بررسی سواد سلامت و عوامل موثر بر آن در دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۳(۳)، ۳۰-۳۶.

پناهی، رحمن؛ عثمانی، فرشته؛ صحرایی، مهدی؛ ابراهیمی، سمیه؛ شمسی‌نژاد گشتی، محمدرضا و جوانمردی، عرفان (۱۳۹۶). بررسی ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بزرگسالان شهر کرج. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۴(۴)، ۱۹-۱۳.

دلاور، علی (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد.

زرگر، یدالله (۱۳۸۵). ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد. دومین همایش انجمن روان‌شناسی ایران.

زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعامی، عبدالزهره (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۵(۱)، ۹۹-۱۲۰.

عبدالمالکی، بهاره؛ پیمان، نوشین و اسماعیلی، حبیب‌الله (۱۳۹۷). بررسی میزان سواد سلامت زنان یائسه تحت پوشش مراکز بهداشتی مشهد در سال ۱۳۹۷. *مجله سواد سلامت*، ۳(۱۱)، ۱۹۰-۱۸۲.

طاووسی، محمود؛ عبادی، مهدی؛ آذین، علی؛ شاکری نژاد، قدرت اله؛ هاشمی، اکرم؛ فتاحی، اسماعیل و منتظری، علی (۱۳۹۲). سواد سلامت: بررسی تعاریف به کار رفته در مطالعاتی که به طراحی و روان‌سنجی ابزارهای سنجش سواد سلامت پرداخته‌اند. *مجله پایش*، ۱۳(۱)، ۱۱۹-۱۲۴.

کردمیرزا، عزت اله؛ آزاد، حسین و اسکندری، حسین (۱۳۸۲). هنجاریابی آزمون آمادگی به اعتیاد در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱(۲)، ۷۸-۴۷.

کریمی، مینا؛ جلیلی، زهرا و محمودی، محمود (۱۳۹۷). ارتباط سواد سلامت و میزان اعتیاد در زنان سنین باروری مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۵(۱)، ۴۱-۳۶.

محمدخانی، محی‌الدین و بهروز، بهروز (۱۳۹۶). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد و اختلالات مرتبط با مواد براساس اختلال اضطراب اجتماعی و کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه پیام نور شهر کرمانشاه، ۱۳۹۵. *مجله سلامت جامعه*، ۱۱(۱)، ۱۹-۱۰.

منتظری، علی؛ طاووسی، محمود؛ رخشانی، فاطمه؛ آذین، سیدعلی؛ جهانگیری، کنایون؛ عبادی، مهدی؛ نادری‌مقام، شهره؛ سلیمانان، آتوسا؛ سربندی، فاطمه؛ معتمدی، امیر و نقیسی‌سیستانی، محمدمهدی (۱۳۹۳). طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال). *مجله پایش*، ۱۳(۵)، ۶۰۰-۵۸۹.

References

- Arnold, C. L., Davis, T. C., Berkel, H. J., Jackson, R. H., Nandy, I., & London, S. (2001). Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. *Preventive Medicine*, 32(4), 313-320.
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Clark, W. S., & Nurss, J. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American Journal of Public Health*, 87(6), 1027-1039.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Cho, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809-1816.
- Colder, C. R., Lloyd-Richardson, E. E., Flaherty, B. P., Hedeker, D., Segawa, E., Flay, B. R., & Tobacco Etiology Research Network. (2006). The natural history of college smoking: Trajectories of daily smoking during the freshman year. *Addictive Behaviors*, 31(12), 2212-2222.

- Dahlman, D., Ekefäll, M., & Garpenhag, L. (2020). Health literacy among Swedish patients in opioid substitution treatment: a mixed-methods study. *Drug and Alcohol Dependence*, 214, 108186.
- Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., & Deane, F. P. (2019). Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 96, 46-52.
- Dick, D. M., & Hancock, L. C. (2015). Integrating basic research with prevention/intervention to reduce risky substance use among college students. *Frontiers in Psychology*, 6, 544. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00544.
- Diviani, N., Camerini, A. L., Reinholz, D., Galfetti, A., & Schulz, P. J. (2012). Health literacy, health empowerment and health information search in the field of MMR vaccination: a cross-sectional study protocol. *BMJ Open*, 2(6), e002162.
- Eiseman, S. (2017). *Drug abuse: Foundation for a psychosocial approach*. Routledge Press.
- Fernandez, D. M., Larson, J. L., & Zikmund-Fisher, B. J. (2016). Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC Public Health*, 16(1), 1-8.
- Fu, H., Feng, D., Tang, S., He, Z., Xiang, Y., Wu, T., ... & Feng, Z. (2017). Prevalence of tobacco smoking and determinants of success in quitting smoking among patients with chronic diseases: a cross-sectional study in rural western China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2), 167. doi: 10.3390/ijerph14020167.
- Galanter, M. (2006). Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric Services*, 57(3), 307-309.
- Hoover, D. S., Vidrine, J. I., Shete, S., Spears, C. A., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., ... & McNeill, L. H. (2015). Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. *Journal of Health Communication*, 20(2), 24-33.
- Hou, S. I. (2014). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. *Health Promotion Practice*, 15(5), 619-621.
- Keller, S., Maddock, J. E., Hannöver, W., Thyrian, J. R., & Basler, H. D. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Preventive Medicine*, 46(3), 189-195.
- Khoie, M., Jafary Nodoushan, Z., & Alipour Nodoushan, K. (2019). Investigating the health literacy of addicts referring to addiction treatment centers in Qom city and its relationship with demographic variables. *Journal of Health Literacy*, 4(3), 9-16.
- Kichbush, I.S. (2006). *Internal journal of health promotion and healthy lifestyle*. Trans: Sarmast H, Moosavian MK. Tehran: Publication of the Ministry of Health.

- Kickbusch, I. (1997). Think health: What makes the difference? *Health Promotion International*, 12(4), 265-272.
- Lenoue, S. R., & Riggs, P. D. (2016). Substance abuse prevention. *Center to Advance Palliative Care*, 25(2), 297-305.
- Lincoln, A., Paasche-Orlow, M. K., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C., Caruso, C., Saitz, R., & Samet, J. H. (2006). Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 818-822.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Moazen, B., Shokoohi, M., Noori, A., Rahimzadeh, S., Saeedi Moghaddam, S., Rezaei, F., ... & Naderimagham, S. (2015). Burden of drug and alcohol use disorders in Iran: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Archives of Iranian Medicine*, 18(8), 480-485.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21 st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183-184.
- Panahi, R., Ramezankhani, A., & Tavousi, M. (2018). Health literacy and preventive behaviors. *Journal of Research and Health*, 8(2), 93-94.
- Reed, M. B., Wang, R., Shillington, A. M., Clapp, J. D., & Lange, J. E. (2007). The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. *Addictive Behaviors*, 32(3), 449-464.
- Rolová, G., Barták, M., Rogalewicz, V., & Gavurová, B. (2018). Health literacy in people undergoing treatment for alcohol abuse—A pilot study. *Kontakt*, 20(4), e394-e400.
- Rolova, G., Gavurova, B., & Petruzelka, B. (2020). Exploring Health Literacy in Individuals with Alcohol Addiction: A Mixed Methods Clinical Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6728.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. John Wiley & Sons.
- Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395-404.
- Smith, D. R. (2007). A systematic review of tobacco smoking among nursing students. *Nurse Education in Practice*, 7(5), 293-302.

- Stewart, D. W., Adams, C. E., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., Li, Y., Waters, A. J., ... & Vidrine, J. I. (2013). Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 103(7), e43-e49.
- Stewart, D. W., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., Spears, C. A., Li, Y., Waters, A. J., ... & Vidrine, J. I. (2014). Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. *BMC Public Health*, 14(1), 1-6.
- Taymoori, P., Moeini, B., Lubans, D., & Bharami, M. (2012). Development and psychometric testing of the Adolescent Healthy Lifestyle Questionnaire. *Journal of Education and Health Promotion*, 1(1), 20.
- Von Ah, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N., & Kang, D. H. (2004). Predictors of health behaviours in college students. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 463-474.
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1086-1090.
- Vozikis, A., Drivas, K., & Milioris, K. (2014). Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health*, 72(1), 1-6.
- Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 389-404.
- Wengryn, M. I., & Hester, E. J. (2011). Pragmatic Skills Used by Older Adults in Social Communication Health Care Contexts: Precursors to Health Literacy. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 38, 41-52.
- World Health Organization. (1998). *Quality control methods for medicinal plant materials*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Health literacy and health promotion, definitions, concepts and examples in the east Mediterranean region*. 7th global conference on health promotion working paper. Nairobi: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health*. International Standard Book Number, 978-92-4-156563-9.
- Wu, A. D., Begoray, D. L., MacDonald, M., Wharf Higgins, J., Frankish, J., Kwan, B., ... & Rootman, I. (2010). Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promotion International*, 25(4), 444-452.