

Presenting the Health Literacy Improvement Model of the Teaching Staff of Ardabil University of Medical Sciences with the Grounded Theory Approach

Houshmandi S^{1,2}, Soleimani T^{*3}, Hatami J⁴, Ghaffari R⁵

1. PhD student, Department of Educational Sciences, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

2. Department of Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

3. Educational Sciences, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

4. Professor, Department of Educational Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

5. Associate Professor, Medical Education Department, Medical Education Research Center, University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989125939236, Fax: +984533719800, E-mail: t.soleimani12@gmail.com

Received: Feb 21, 2023 Accepted: Jun 17, 2023

ABSTRACT

Background & objectives: Medical science universities need to improve their employees' health literacy. Despite the existence of the health literacy paradigm in education and health for a long time, there is still no comprehensive model for these universities to follow. This has made identifying and developing medicine's antecedents difficult, and the lack of health literacy among employees remains a significant challenge for these centers. To address this issue, the current research aims to provide a model for improving the health literacy of teaching staff at Ardabil University of Medical Sciences, using grounded theory as the approach.

Methods: A qualitative content analysis approach was used for research, utilizing the "grounded theory" method. A group of experts and professors from Ardabil University of Medical Sciences were interviewed through semi-structured in-depth interviews. To ensure accuracy, a targeted method was used to select ten statistical samples, continuing until theoretical saturation in the data. The data was analyzed using coding inspired by Glaser's theory, and the MaxQDA software was utilized to extract categories related to the pattern.

Results: Based on the findings, the study categorized 213 primary codes in open coding, 71 major categories in axial coding, and 11 core categories in selective coding in the form of causal conditions, contextual, intervening, strategies/actions, consequences, and the main phenomenon (health literacy) were classified. To accomplish the research goals through data-based theorizing, health literacy was identified as the main phenomenon. A logical model was formulated that relies on understanding its causal, contextual, and intervening conditions, strategies/measures, and consequences.

Conclusion: By adopting this model, we observed a significant enhancement in the health literacy of the teaching staff of Ardabil University of Medical Sciences. Therefore, it can be concluded that the implementation of this model has been successful.

Keywords: Health Literacy; Grounded Theory Approach; Teaching Staff; University of Medical Sciences

ارائه مدل ارتقای سواد سلامت کارکنان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با رویکرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد

سوسن هوشمندی^۱، توران سلیمانی^{۳*}، جواد حاتمی^۴، رضا غفاری^۵

۱. دانشجوی دکتری، گروه علوم تربیتی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۲. گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاداسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۴. استاد، گروه علوم تربیتی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۵. دانشیار، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۵۵۷۳۸۲ ایمیل: t.soleimani12@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: دانشگاه‌های علوم پزشکی نیاز مبرمی به تحقق سواد سلامت کارکنان خود دارند. در عین حال، علیرغم اینکه پارادایم سواد سلامت مدت زمان زیادی است که در رابطه با آموزش و بهداشت معرفی و امروزه تحقیقات متعددی پیرامون آن انجام شده است، اما آنچه مشهود است آن است که هنوز برای این نوع سواد، الگویی جامع برای دانشگاه‌های علوم پزشکی شناسایی و تدوین نشده است و بسیاری از پیشایندهای آن ناشناخته باقی مانده است؛ از طرفی، ضعف سواد سلامت در بین کارکنان، از جمله چالش‌های عمده در این مراکز است. بر این اساس، هدف از انجام پژوهش حاضر، ارائه مدل ارتقای سواد سلامت کارکنان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با رویکرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد بود.

روش کار: روش پژوهش، تحلیل محتوای کیفی مبتنی بر «نظریه‌پردازی داده‌بنیاد» و ابزار پژوهش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق، با جامعه آماری مشتمل بر صاحبان نظران و اساتید برجسته دانشگاه علوم پزشکی اردبیل که با روش هدفمند نسبت به انتخاب نمونه‌های آماری تا مرحله اشباع نظری در داده‌ها به تعداد ۱۰ نمونه و روش تجزیه و تحلیل از طریق کدگذاری با الهام از نظریه گلاسر و با استفاده از نرم‌افزار MaxQDA به استخراج مقوله‌های مربوط به الگو اقدام گردید.

یافته‌ها: مطابق با نتایج، در کدگذاری باز، ۲۱۳ کد اولیه، در کدگذاری محوری ۷۱ مقوله عمده و در کدگذاری انتخابی ۱۱ مقوله هسته‌ای در قالب شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر، راهبردها/ اقدامات، پیامدی و پدیده اصلی (سواد سلامت) طبقه‌بندی شدند. در جهت تحقق اهداف پژوهش بر مبنای نظریه‌پردازی داده‌بنیاد، سواد سلامت به عنوان پدیده اصلی در قالب یک الگوی منطقی و با تکیه بر فهم آن با شرایط (علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر)، راهبردها/ اقدامات و پیامدها مشخص گردید.

نتیجه‌گیری: در نتیجه می‌توان گفت با حرکت به سوی این الگو، شاهد ارتقای اساسی در سواد سلامت کارکنان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل خواهیم بود.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت، رویکرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد، کارکنان آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۲۷

مقدمه

سواد سلامت^۱ یکی از شاخص‌های کلیدی سلامت است که کیفیت زندگی بشر امروزی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). سواد سلامت توانایی درک و تفسیر اطلاعات سلامت و هدایت سیستم مراقبت بهداشتی است (۲). سواد سلامت به عنوان دانش، انگیزه و شایستگی برای استفاده از اطلاعات سلامت برای بهبود سلامت و رفاه تعریف می‌شود (۳). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲ (WHO) فردی از سواد سلامت برخوردار است که بتواند نیازهای اطلاعاتی در زمینه بهداشت و درمان را تشخیص دهد و اطلاعات را جایی و ارزیابی کرده و به شیوه‌ای اثربخش از اطلاعات استفاده کند و در نهایت شیوه یادگیری را فرا گیرد. چنین فردی از شیوه سازماندهی اطلاعات آگاه است و می‌تواند این شیوه را به دیگران نیز آموزش دهد. بنابراین، این فرد همواره می‌تواند اطلاعاتی را بیابد که در هر وظیفه یا تصمیمی به آن نیاز دارد و تمام عمر برای سلامتی از آن بهره بگیرد (۴). همچنین، این سازمان سواد سلامت را در گزارشی به عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت معرفی نمود؛ به طوری که فردی با سواد سلامت کافی، توانایی این را دارد تا مسئولیت سلامتی خود، خانواده و سلامت جامعه را برعهده گیرد (۵). سواد سلامت پایین با دانش بهداشتی ضعیف‌تر و مدیریت بیماری، افزایش بیماری‌های مزمن، استفاده ناکافی از خدمات بهداشتی پیشگیرانه و افزایش بستری شدن در بیمارستان همراه است (۲). همچنین میزان سواد سلامت پایین با کاهش خودمراقبتی، افزایش بیماری‌های جسمی و روانی، استفاده ضعیف از منابع و خدمات سلامتی و اثرات منفی بر سلامتی همراه است (۶). سواد سلامت به عنوان یک مساله و بحث جهانی مطرح است و آموزش و ارتقای آن به یک سنجه مهم در این راستا تبدیل شده است. سواد سلامت در

سازمان‌های پزشکی به عنوان درجه‌ای تعریف می‌شود که یک فرد می‌تواند اطلاعات و خدمات اولیه بهداشتی را برای اتخاذ تصمیمات بهداشتی مناسب به دست آورد، ارتباط برقرار کند، پردازش و درک کند (۷). کارکنان سازمان‌های پزشکی ترویج‌کننده دانش سلامت، آموزش‌دهنده مهارت‌های بهداشتی و حامیان سبک زندگی و رفتارهای سالم هستند و سطح سواد سلامت آنان تأثیر قابل توجهی بر سطح سواد سلامت بیماران دارد (۸). یک نظرسنجی توسط پژوهشگران مالزیایی از کادر پزشکی نشان داد که ۳۴/۲ درصد از شرکت‌کنندگان در مورد سواد سلامت آگاهی نداشتند و ۵۱/۹ درصد نگرش منفی نسبت به سواد سلامت داشتند (۹). در پژوهشی سطح سواد سلامت پرسنل پزشکی در یک بیمارستان نظامی چین ۴۱/۲۹ درصد بود (۱۰) و در پژوهشی دیگری در بین این گروه ۳۰/۷۷ درصد گزارش شده است (۱۱). یک مطالعه توسط پژوهشگران ترکیه نشان داد که اکثر متخصصان بهداشت با اصطلاح «سواد سلامت» آشنا نیستند و دلایل اصلی آن عدم آگاهی در مورد سواد سلامت، عدم اطمینان در مورد نحوه ارزیابی سواد سلامت و کمبود وقت عنوان شده است (۱۲). در ایران نیز به تبعیت از الگوی جهانی، نشان داده شده است که اگرچه ۳۸/۹ درصد از پرستاران تعریف سواد سلامت را می‌دانستند، اما تنها ۲۱/۱ درصد از اهمیت سواد سلامت آگاه بودند (۱۳). این در حالی است که مطالعات نشان می‌دهد حدود ۵۹ درصد کارکنان علوم پزشکی از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند. این آمار در زمینه دانش و شناخت از عوامل خطرزای بیماری‌های مزمن به ۷۵ درصد می‌رسد (۱۴). در مطالعه لک بالا و همکاران هم سطح سواد سلامت در دانشجویان پیراپزشکی بندرعباس در حد متوسط گزارش شده است (۱). از اطلاعات فوق ضرورت ارتقای سواد سلامت پرسنل پزشکی احساس می‌شود؛ چرا که سواد سلامت پایین در مراکز آموزشی و درمانی با پیامدهای نامطلوب سلامتی همراه است؛

¹ Health Literacy² World Health Organization

برای نمونه؛ در انجام جراحی که نیازمند تصمیمات و پایبندی به دستورالعمل‌های پیچیده است نشان می‌دهد مهارت‌های سواد سلامت تأثیر عمیقی بر نتایج جراحی دارد (۱۵). بر این اساس، نظارت، ارزیابی و اتخاذ تدابیری برای ارتقای سطح سلامت پرسنل پزشکی بسیار مهم است. دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس رسالتی که دارند باید بیشتر در زمینه توسعه و بهبود دانش بهداشتی و سلامتی و کارکنانش کوشا باشد. سواد سلامت پایین نه فقط مشکل فرد، بلکه چالشی برای تامین‌کنندگان مراقبت بهداشتی-درمانی و سیستم‌های سلامت است و باید مورد توجه تمام بخش‌های سلامت قرار گیرد. از این رهگذر باید به توسعه دانش و اطلاعات سلامتی دانشگاه‌های علوم پزشکی اهتمامی ویژه شود (۱۶). برای کمک به بیماران با سواد سلامت پایین، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و آموزشی باید با آنان به زبان ساده ارتباط برقرار کنند، درک بیماران از اطلاعات را تایید کنند، پیام‌های چاپی خوانا را ارائه دهند و به بیماران در تصمیم‌گیری پزشکی کمک کنند. بنابراین، توسعه قابلیت‌های افراد این حوزه برای پیروی از شیوه‌های سواد سلامت، یک استراتژی مهم برای ارتقای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است (۱۷). محرم زاده و همکاران (۱۸) هم نشان دادند ارزیابی مناسب اثرات آموزش و روندهای بین‌المللی در حوزه آموزش سلامت به نیروی انسانی می‌تواند نتایج مثبتی را در این راستا به دنبال داشته باشد.

دانشگاه‌های علوم پزشکی نیاز مبرمی به تحقق سواد سلامت کارکنان خود دارند. در عین حال، علیرغم اینکه پارادایم سواد سلامت اولین بار در سال ۱۹۷۴ در رابطه با آموزش و بهداشت معرفی و امروزه تحقیقات متعددی پیرامون آن انجام شده است، اما آنچه مشهود است آن است که هنوز برای این نوع سواد، الگویی جامع برای دانشگاه‌های علوم پزشکی شناسایی نشده است و بسیاری از جنبه‌های آن ناشناخته باقی مانده است. از طرفی، هر چند مطالعات

خوبی که در سال‌های اخیر در زمینه سواد سلامت انجام گرفته است اما اینکه مدل سواد سلامت کارکنان آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی چگونه است تا به حال پژوهشی صورت نگرفته است. به نظر می‌رسد ساختار مطلوب سواد سلامت ضمن تبعیت از معیارهای مشترک برای دانشگاه‌ها، باید ویژگی‌های منحصر به فرد خود را نیز دارا باشد. بنابراین دانشگاه‌های علوم پزشکی که مهمترین رسالت آن تحقق اهداف سلامت در جامعه است هم در بعد نظری باید به ارائه الگوی سواد سلامت اقدام کند و هم قواعد عملی را برای نایل‌شدن به اهداف مورد نظر طراحی کند. از این رو، شناسایی مولفه‌های سواد سلامت در دانشگاه‌های علوم پزشکی ضرورت دارد. بنا بر ملاحظات نظری و پیشینه تجربی هم، پژوهشگران سواد سلامت را به لحاظ موضوعی، به توصیف وضعیت آن پرداخته‌اند که جا داشت این موضوع به لحاظ تئوری زمینه‌ای آن نیز مورد کاوش قرار گیرد تا بتواند مشکلات کاربست تئوریک این مبحث را در سازمان‌های آموزشی حل نمود. از طرفی، آنچه از برآیند این مطالعات به دست می‌آید این است که الگوی برای سواد سلامت در دانشگاه‌های علوم پزشکی وجود ندارد و استفاده از رویکرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد^۱ در مطالعه حاضر هم بر پایه همین فقدان چارچوب نظری و پیشینه تجربی است که امکان تدوین فرضیه وجود نداشت و بجای استفاده از تئوری‌های از پیش تعریف شده به تدوین یک تئوری جدید اقدام می‌شود. مسئله مزبور به تبع مهمترین پرسش را برای مطالعه پیش رو قرار می‌دهد و آن هم این که، مدل ارتقای سواد سلامت با رویکرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد چگونه است؟ و به عبارتی دقیق‌تر، شرایط و عوامل تأثیرگذار بر ارتقای سواد سلامت کارکنان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل کدامند؟

^۱ Grounded Theory

روش کار

روش: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی است که با استفاده از روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد، به جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها می‌پردازد. روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد در مطالعه حاضر، شامل مصاحبه‌های اکتشافی نیمه‌ساختمند (برای نمونه؛ چه مفهومی از سواد سلامت در ذهن شما تداعی می‌شود؟ عوامل علی یا سببی که بر ارتقای سواد سلامت در بین کارکنان آموزشی می‌توانند اثرگذار باشند کدام‌ها هستند؟ این علل یا سبب‌ها تابع کدام شرایط زمینه‌ای (بسترهای محیطی) نمایان خواهد شد؟ و...)، مشاهده، یادداشت برداری، بررسی اسناد و مدارک، بررسی چارچوب‌های نظری، بررسی رساله‌های پژوهشی و... بود.

نمونه و ابزار: جامعه پژوهش کلیه صاحب‌نظران و اساتید برجسته دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند از نوع همگون و در راستای گردآوری داده‌های مناسب از روش نمونه‌گیری نظری استفاده شد. معیار انتخاب نمونه‌ها؛ داشتن مدرک دکتری و سابقه حداقل ۵ سال هیأت علمی بود. برای شناسایی افراد مصاحبه‌شونده از نظرات اساتید علوم پزشکی استفاده شده است و بر حسب محتویات مصاحبه‌های اکتشافی با اطلاع‌رسانان، و با روش گلوله برفی، مراجعه به اطلاع‌رسانان دیگری ضرورت یافت. نمونه‌گیری و گردآوری اطلاعات تا زمانی ادامه پیدا کرد که فرایند تجزیه و تحلیل و اکتشاف به اشباع نظری^۱ برسد. در پژوهش حاضر، معیار قضاوت در مورد زمان متوقف کردن نمونه‌برداری، کفایت نظری مقوله‌های پژوهش است که پس از ۱۰ مصاحبه کفایت نظری نمونه‌برداری حاصل شد. بنابراین، با تعداد ۱۰ نفر از اطلاع‌رسانان کلیدی (صاحب‌نظران و اساتید برجسته دانشگاه علوم پزشکی) مصاحبه اکتشافی صورت گرفته است.

¹ Theoretical saturation

ابزار بکار رفته برای گردآوری داده‌ها، مصاحبه اکتشافی و نیمه‌ساختار یافته، یادداشت‌برداری و مرور اسناد بود. مصاحبه‌ها به صورت حضوری، تلفنی و مجازی انجام گرفت. مصاحبه‌ها به طور میانگین ۴۵ دقیقه طول کشید. برای اطمینان‌پذیری از محقق‌ساختن معیار تناسب^۲ یافته‌ها از ۵ نفر متخصصان و اساتید (۳ نفر از مصاحبه‌شوندگان و ۲ نفر خارج از مصاحبه‌شوندگان) استفاده شد. برای تحقق معیار منطق^۳ و عمق^۴ مسئله نیز در روند مصاحبه‌ها و تحلیل آنها تلاش گردید جریان مصاحبه از پیوستگی و توالی مناسبی برخوردار شود و ماحصل یافته‌ها در طول مصاحبه به‌طور مبسوط، همراه با جزئیات و با توجه به مقوله‌ها و ابعاد آن بازبینی شود. برای ارزیابی پایایی بخش کیفی از ضریب هولستی^۵ استفاده شد. برای این منظور متن مصاحبه‌های انجام شده در دو مرحله کدگذاری شد. سپس درصد توافق مشاهده‌شده^۶ (PAO) محاسبه گردید:

$$PAO = \frac{2M}{N1 + N2} = \frac{236}{298 + 365} = 0.712$$

در فرمول فوق M تعداد موارد کدگذاری مشترک بین دو کدگذار می‌باشد. N1 و N2 به ترتیب تعداد کلیه موارد کدگذاری شده توسط کدگذار اول و دوم است. مقدار PAO بین صفر (عدم توافق) و یک (توافق کامل) است و اگر از ۰/۶ بزرگتر باشد مطلوب می‌باشد. مقدار PAO در این مطالعه ۰/۷۱۲ بدست آمده است که از ۰/۶ بزرگتر است، بنابراین پایایی مطلوب می‌باشد.

تحلیل داده‌های پژوهش: تحلیل مصاحبه‌ها به صورت مستمر با کدگذاری باز، محوری و انتخابی (۱۹) و انجام روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد از نرم‌افزار MaxQDA استفاده شد.

² Fitness

³ Logic

⁴ Depth

⁵ Holsti

⁶ Percentage of Agreement Observation

یافته‌ها

برای پاسخگویی به سؤال اصلی پژوهش اینکه مقوله‌های اثرگذار بر ارتقای سواد سلامت کارکنان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل کدامند؟ داده‌های کیفی جمع‌آوری شده از طریق مصاحبه بر اساس روند نظریه‌پردازی داده بنیاد واری و تحلیل شدند.

تحلیل داده‌ها (کدگذاری)

الف) کدگذاری باز: در مرحله اولیه کدگذاری باز، مفاهیم استخراج شده با یک مقوله نام‌گذاری شدند و مقوله‌هایی انتخاب شدند که بیشترین بار معنایی را

داشته‌اند. بنابراین، با بررسی داده‌های اولیه، تعداد ۲۱۳ کد اولیه استحصال گردید که به دلیل طولانی بودن جدول از آوردن آن خودداری می‌شود.
ب) کدگذاری محوری: در این مرحله نیز، به منظور ترسیم الگوی پارادایمی، باید بین مقوله‌های محوری نظم منطقی ایجاد می‌گردید. بدین‌منظور، بار دیگر کدگذاری‌ها با یکدیگر مقایسه و در قالب مقوله‌هایی که باهم تناسب دارند، با همدیگر ادغام شدند که در نهایت ۱۱ مقوله محوری (هسته‌ای) از ۷۱ مقوله عمده به دست آمد که حول یک محور جهت تشکیل یک بافت مستحکم از روابط به وجود آمد.

جدول ۱. شناسایی کدهای اولیه، فراوانی و کدگذاری محوری

ردیف	مقوله‌های عمده	مقوله‌های محوری	فراوانی
۱	۱. دسترسی به اطلاعات مناسب و با کیفیت در حوزه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، ۲. به‌کارگیری کانال‌های مبتنی بر وب، ۳. به‌روزرسانی تجهیزات فناورانه آموزشی، ۴. توسعه کاربرد اینترنت در دانشگاه، ۵. عضویت در رسانه‌های مختلف انتشاردهنده اطلاعات، ۶. انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی و به‌کارگیری اطلاعات	دسترسی به اطلاعات سلامت	۶
۲	۱. مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تفکر انتقادی، ۲. مهارت استفاده از فناوری اطلاعات و اینترنت، ۳. درک صحیح پیامهای مندرج در اطلاعات کسب شده، ۴. تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی، ۵. مهارت جست‌وجو در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، ۶. ارزیابی اعتبار و صحت اطلاعات بهداشتی، ۷. خواندن مطالب آموزشی در خصوص بهداشت و سلامت (کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی)	مهارت خواندن	۷
۳	۱. درک نمودارها یا اطلاعات بصری، ۲. درک درست از اطلاعات رسانه‌ای، ۳. تجزیه و تحلیل خطرهای مزایای استفاده از درمانی خاص و تفسیر نتایج آزمایش، ۴. توانایی درک دستورالعمل‌های داروهای تجویز شده، ۵. درک نیازهای خود در زمینه‌های خود مراقبتی، ۶. فهم فرم‌های پزشکی و دندانپزشکی (مانند فرم پذیرش بیمار، رضایتنامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان و مراکز درمانی)، ۷. ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی	درک و فهم کارکنان	۷
۴	۱. تشریح مساعی عوامل اجتماعی و فردی، ۲. استرس‌های ناشی از زندگی شهرنشینی، ۳. کم‌تحرکی، ۴. عدم تغذیه مناسب و تغییر الگوهای غذایی، ۵. سن و جنسیت افراد، ۶. تحصیلات و سطح آگاهی افراد، ۷. وضعیت اشتغال و میزان درآمد	شناسایی نیازهای بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی در دانشگاه‌ها	۷
۵	۱. توجه به وزن خود و تگه داشتن آن در حالت ایده‌آل، ۲. آگاهی از تغذیه سالم و پیروی از رژیم غذایی مناسب، ۳. انجام روزانه فعالیت بدنی، ۴. توجه به مضرات دخانیات و عدم استعمال آن، ۵. آگاهی از تأثیر استرس بر سلامتی و کنترل آن، ۶. توجه به نقش خواب در سلامت جسمی و روانی کارکنان، ۷. آشنایی با علائم و نشانه‌های افسردگی و اضطراب	خودمراقبتی پیشگیرانه	۷
۶	۱. سواد سلامت تغذیه، ۲. سواد سلامت اطلاعات دارویی-بهداشتی، ۳. آگاهی از اصول ارگونومی، ۴. سواد سلامت عملکردی، ۵. سواد سلامت ارتباطی، ۶. سواد سلامت تعاملی و انتقادی، ۷. سواد شفاهی، کتبی و محاسباتی، ۸. دانش مفهومی و فرهنگی سلامت، ۹. اتخاذ تصمیم‌های صحیح درباره خود و خانواده، ۱۰. سرمایه‌گذاری برای خلق فرهنگ ارتقای سلامت	سواد سلامت کارکنان	۱۰

۶	ارزیابی آموزشی	۱. ترسیم چشم‌اندازهای آینده سواد سلامت کارکنان، ۲. بررسی و شناسایی نیازهای بهداشتی کارکنان، ۳. تعیین چالش‌های آموزش سواد سلامت کارکنان، ۴. تدوین رویکردهای کلان و روش‌های اجرایی آموزشی در ارتقاء سواد سلامت کارکنان، ۵. استانداردسازی مطالب آموزشی متناسب با کارکنان مختلف، ۵. توجه به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان	۷
۶	فقدان فرهنگ ارتقاء سواد سلامت	۱. عدم دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب، ۲. تمایل کمتر به پیگیری روند درمان بیماران، ۳. تبعیت کمتر از قوانین و مقررات بهداشت و درمان، ۴. افزایش میزان انتقادات و شکایات بیماران، ۵. افزایش طول دوره درمان بیماران در بیمارستان، ۶. افزایش میزان مرگ‌ومیر	۸
۶	تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت	۱. ایجاد سیاست سلامت همگانی، ۲. خلق محیط‌های حمایتی، ۳. تقویت اقدامات جامعه، ۴. توانمندسازی کارکنان و جوامع، ۵. بازنگری در خدمات دولتی، ۶. قادر ساختن کارکنان به عمل کردن در موقعیت‌های روزانه به طور مؤثر	۹
۵	ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی کارکنان	۱. آگاهی از شیوه و سبک صحیح زندگی، ۲. کسب شناخت عوامل تهدیدکننده سلامت خود، ۳. کاهش استرس و افزایش نشاط کاری، ۴. افزایش توانایی بالقوه کارکنان جهت اخذ تصمیمات آگاهانه، ۵. ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی	۱۰
۴	کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی	۱. بهره‌گیری از خدمات سلامت، ۲. پیشگیری از بیماری‌ها و غربالگری زود هنگام، ۳. کاهش نابرابری‌های بهداشتی و فقر، ۴. تأمین عدالت در سلامت	۱۱
۷۱	۱۱		مجموع ۷۱

ج) کدگذاری انتخابی: کدگذاری تا مرحله‌ای ادامه دارد که از آن پس اطلاعات شما در آن دسته اصلی اضافه نمی‌شود، سپس کدگذاری متوقف می‌شود. این مرحله اشباع نام دارد.

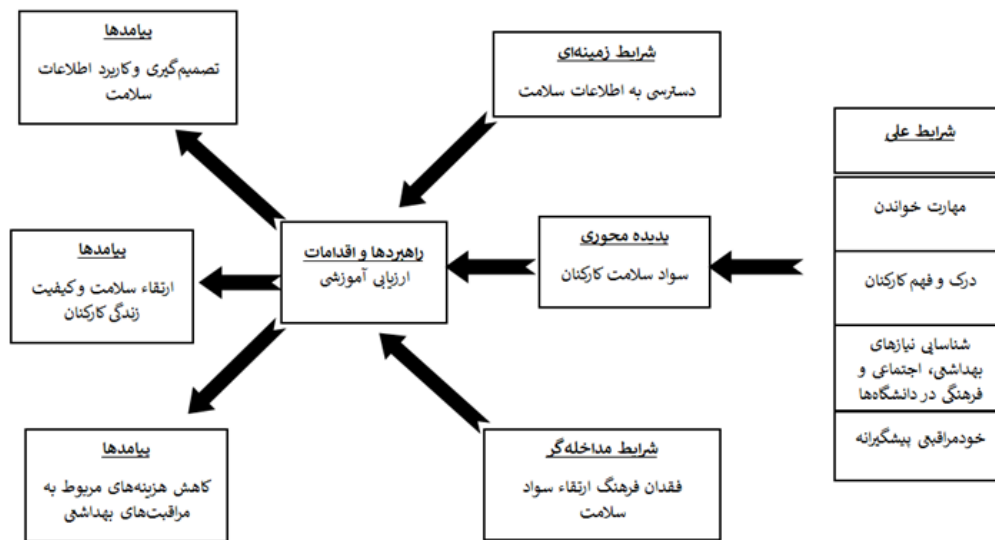
جدول ۲. طبقه‌بندی نهایی مقوله‌های عمده به تفکیک شریایی، راهبردها/ اقدامات و پیامدی

ردیف	مقوله‌های عمده	مقوله‌های محوری	مقوله اصلی
۱	دسترسی به اطلاعات مناسب و با کیفیت در حوزه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، به‌کارگیری کانال‌های مبتنی بر وب، به‌روزرسانی تجهیزات فناورانه آموزشی، توسعه کاربرد اینترنت در دانشگاه، عضویت در رسانه‌های مختلف انتشاردهنده اطلاعات، انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی و به‌کارگیری اطلاعات	دسترسی به اطلاعات سلامت	شرایط زمینه‌ای
۲	سواد سلامت تغذیه، سواد سلامت اطلاعات دارویی-بهداشتی، آگاهی از اصول ارگونومی، سواد سلامت عملکردی، سواد سلامت ارتباطی، سواد سلامت تعاملی و انتقادی، سواد شفاهی، کتبی و محاسباتی، دانش مفهومی و فرهنگی سلامت، اتخاذ تصمیم‌های صحیح درباره خود و خانواده، سرمایه‌گذاری برای خلق فرهنگ ارتقای سلامت	سواد سلامت	پدیده محوری
۳	مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تفکر انتقادی، مهارت استفاده از فناوری اطلاعات و اینترنت، درک صحیح پیام‌های مندرج در اطلاعات کسب شده، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی، مهارت جست‌وجو در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، ارزیابی اعتبار و صحت اطلاعات بهداشتی، خواندن مطالب آموزشی در خصوص بهداشت و سلامت (کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی)	مهارت خواندن	
۴	درک نمودارها یا اطلاعات بصری، درک درست از اطلاعات رسانه‌ای، تجزیه و تحلیل خطرها و مزایای استفاده از درمانی خاص و تفسیر نتایج آزمایش، توانایی درک دستورالعمل‌های داروهای تجویز شده، درک نیازهای خود در زمینه‌های خود مراقبتی، فهم فرم‌های پزشکی و دندانپزشکی (مانند فرم پذیرش بیمار، رضایتنامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان و مراکز درمانی)، ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی	درک و فهم کارکنان	شرایط علی
۸	تشریح مساعی عوامل اجتماعی و فردی، استرس‌های ناشی از زندگی شهرنشینی، کم‌تحرکی، عدم تغذیه مناسب و تغییر الگوهای غذایی، سن و جنسیت افراد، تحصیلات و سطح آگاهی افراد، وضعیت اشتغال و میزان درآمد	شناسایی نیازهای بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی در دانشگاه‌ها	

۵	توجه به وزن خود و نکه داشتن آن در حالت ایده آل، آگاهی از تغذیه سالم و پیروی از رژیم غذایی مناسب، انجام روزانه فعالیت بدنی، توجه به مضرات دخانیات و عدم استعمال آن، آگاهی از تاثیر استرس بر سلامتی و کنترل آن، توجه به نقش خواب در سلامت جسمی و روانی کارکنان، آشنایی با علائم و نشانه‌های افسردگی و اضطراب	خودمراقبتی پیشگیرانه
۶	ترسیم چشم‌اندازهای آینده سواد سلامت کارکنان، بررسی و شناسایی نیازهای بهداشتی کارکنان، تعیین چالش‌های آموزش سواد سلامت کارکنان، تدوین رویکردهای کلان و روش‌های اجرایی آموزشی در ارتقاء سواد سلامت کارکنان، استانداردسازی مطالب آموزشی متناسب با کارکنان مختلف، توجه به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان	راهبردها و اقدامات
۷	عدم دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب، تمایل کمتر به پیگیری روند درمان بیماران، تبعیت کمتر از قوانین و مقررات بهداشت و درمان، افزایش میزان انتقادات و شکایات بیماران، افزایش طول دوره درمان بیماران در بیمارستان، افزایش میزان مرگ‌ومیر	شرایط مداخله‌گر
۸	ایجاد سیاست سلامت همگانی، خلق محیط‌های حمایتی، تقویت اقدامات جامعه، توانمندسازی کارکنان و جوامع، بازنگری در خدمات دولتی، قادر ساختن کارکنان به عمل کردن در موقعیت‌های روزانه به طور مؤثر	تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت
۹	آگاهی از شیوه و سبک صحیح زندگی، کسب شناخت عوامل تهدیدکننده سلامت خود، کاهش استرس و افزایش نشاط کاری، افزایش توانایی بالقوه کارکنان جهت اخذ تصمیمات آگاهانه، ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی	پیامد
۱۰	بهره‌گیری از خدمات سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و غربالگری زود هنگام، کاهش نابرابری‌های بهداشتی و فقر، تأمین عدالت در سلامت	ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی کارکنان کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی

کدگذاری محوری، با الهام از نظریه گلاسر (۲۰)، مقوله‌های محوری احصاء شده به عنوان سیستم فرایندها، که دارای مراحل، گام‌ها و توالی‌های مرتبط با یکدیگر است، همانند شکل ۱، در نظر گرفته شدند.

همان‌طور که در جدول ۳ مشخص است، تمام مقوله‌های عمده و هسته‌ای در قالب مقوله‌های شرایطی (علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر)، راهبردها/ اقدامات، و پیامدی طبقه‌بندی شده‌اند. در نهایت با



شکل ۱. مدل پارادایمی ارتقای سواد سلامت کارکنان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

بر اساس الگوی پارادایمی پژوهش، شرایط علی (مهارت خواندن، درک و فهم کارکنان، شناسایی نیازهای بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی در دانشگاه‌ها و خودمراقبتی پیشگیرانه) بر پدیده محوری (سواد سلامت کارکنان) تاثیر گذاشته و پدیده محوری، شرایط زمینه‌ای (دسترسی به اطلاعات سلامت) و شرایط مداخله‌گر (فقدان فرهنگ ارتقاء سواد سلامت) نیز بر راهبردها و اقدامات (ارزیابی آموزشی) تاثیر گذارند. در نهایت مولفه مذکور منجر به پیامدهایی نظیر تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی کارکنان و کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی می‌شود.

نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر مطالعه موضوع ارائه مدل ارتقای سواد سلامت کارکنان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با رویکرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد بود. بر این اساس، داده‌های پژوهش، بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع‌آوری شد. شرایط علی در الگوی پیشنهادی عواملی هستند که به‌طور مستقیم بر پدیده اصلی یعنی؛ مدیریت سواد سلامت منجر شده است که عبارتند از؛ مهارت خواندن، درک و فهم کارکنان، شناسایی نیازهای بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی در دانشگاه‌ها و خودمراقبتی پیشگیرانه؛ و پیوند و ارتباط آن‌ها با یکدیگر از طریق شرایط زمینه‌ای و شرایط مداخله‌گر هم‌افزایی ایجاد می‌کند تا سواد سلامت کارکنان آموزشی ارتقا یابد که راهبردها/ اقدامات و پیامدهای حاصل از آن قابلیت الگو برای اجرا در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل را محقق می‌سازد.

بر مبنای یافته‌های پژوهش در این مطالعه چهار عامل اصلی به عنوان پیش‌آیندهای علی سواد سلامت کارکنان آموزشی کشف و ارائه شدند. از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان چنانچه سواد سلامت کارکنان

آموزشی ارتقا یابد؛ باید در ابتدا به چهار مضمون اساسی توجه شود تا امکان ظهور و تحقق اجرایی را داشته باشند. این عوامل شامل: مهارت خواندن، درک و فهم کارکنان، شناسایی نیازهای بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی در دانشگاه‌ها و خودمراقبتی پیشگیرانه می‌باشند. این یافته تا حدودی با نتایج پژوهش چانگ و همکاران (۱۷) همخوانی دارد. بنابراین، کدهای مفهومی مستخرج از متن مصاحبه‌شوندگان نیز حاکی از این همسویی بوده است.

بر اساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان، شرایط زمینه‌ای در یک مقوله دسترسی به اطلاعات سلامت تشخیص داده شد. شرایط زمینه‌ای سواد سلامت کارکنان آموزشی نه در خلأ، بلکه در شرایط خاص محیطی (بسترها) شکل می‌گیرند و در نتیجه، سواد سلامت کارکنان آموزشی در سایه ایجاد زمینه مناسب برای دسترسی به اطلاعات سلامت ارتقا پیدا خواهد کرد. این نتیجه با نتایج پژوهش هوسان (۶) همخوانی دارد. زمینه نشانگر شرایط خاصی است که در آن راهبردهای کنش متقابل برای پاسخ به پدیده صورت می‌گیرند. زمینه‌ای سواد سلامت کارکنان آموزشی متأثر از این زمینه‌ها (دسترسی به اطلاعات مناسب و با کیفیت در حوزه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، به‌کارگیری کانال‌های مبتنی بر وب، به‌روزرسانی تجهیزات فناورانه آموزشی، توسعه کاربرد اینترنت در دانشگاه، عضویت در رسانه‌های مختلف انتشاردهنده اطلاعات، انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی و به‌کارگیری اطلاعات) می‌باشد.

بر اساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان، شرایط مداخله‌گر در سواد سلامت کارکنان آموزشی با مضمون اساسی فقدان فرهنگ ارتقاء سواد سلامت تشخیص داده شد. شرایط مداخله‌گر یا میانجی را می‌توان به منزله زمینه ساختاری وسیع‌تر مربوط به پدیده در نظر گرفت که در جهت تسهیل یا محدودیت راهبردهای پدیده موردنظر در زمینه خاص عمل می‌کنند (۱۹). با توجه

مداخله‌گر می‌باشد که هر کدام اهمیت خاصی در راهبردها و اقدامات دانشگاه دارند که می‌بایست مورد توجه سیاستگذاران قرار گیرد.

بر اساس نتایج پژوهش، پیشنهادات کاربردی ذیل ارائه می‌شود:

در خصوص شرایط زمینه‌ای پیشنهاد می‌شود، با افزایش دسترسی به اطلاعات مناسب و با کیفیت در حوزه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی و به‌کارگیری کانال‌های مبتنی بر وب به ارتقاء سواد سلامت کارکنان در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل پردازند. در این راستا، به‌روزرسانی تجهیزات فناورانه آموزشی و البته توسعه کاربرد اینترنت در دانشگاه حائز اهمیت است. در خصوص شرایط علی پیشنهاد می‌شود، در ابتدا به تقویت مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تفکر انتقادی در کارکنان در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل پرداخته شود. در این راستا توصیه می‌شود با ارتقاء مهارت استفاده از فناوری اطلاعات و اینترنت و درک صحیح پیام‌های مندرج در اطلاعات کسب شده، به بهبود تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی کمک شود. همچنین داشتن مهارت جستجو در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، ارزیابی اعتبار و صحت اطلاعات بهداشتی، خواندن مطالب آموزشی در خصوص بهداشت و سلامت (کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی) نیز به افزایش درک نمودارها یا اطلاعات بصری و درک درست از اطلاعات رسانه‌ای کمک می‌نماید. در خصوص پدیده محوری پیشنهاد می‌شود، مدیران ذی‌ربط با افزایش توجه نسبت به سواد سلامت تغذیه و سواد سلامت اطلاعات دارویی-بهداشتی کارکنان در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اقدامات لازم جهت ارتقاء سواد سلامت آنها را فراهم آورند. آنچه در این راستا حائز اهمیت است، آگاهی از اصول ارگونومی و سواد سلامت عملکردی، ارتباطی، تعاملی و انتقادی، شفاهی، کتبی و محاسباتی است. این مهم به کارکنان مذکور در پیشبرد اهداف و وظایف

به نتایج کدگذاری، سواد سلامت کارکنان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تحت تأثیر فقدان فرهنگ ارتقاء سواد سلامت است که با نتایج پژوهش هوسان (۶) و محرم زاده و همکاران (۱۸) همخوانی دارد. باید گفت علاوه بر شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر نیز شرایطی هستند که بر چگونگی کنش متقابل و راهبردهای پیشنهادی اثر می‌گذارند. بر اساس مصاحبه‌های انجام شده و تحلیل آن‌ها شرایط مداخله‌گر در این پژوهش چنانچه دانشگاه‌های علوم پزشکی از فرهنگ ارتقاء سواد سلامت برخوردار نباشد راهبردها و اقدامات پیشنهادی برای ارتقای سواد سلامت کارکنان آموزشی را با مشکل مواجه خواهد کرد.

اعمال (کنش‌ها) و عکس‌العمل‌ها (واکنش‌ها) که در مقابله یا جهت اداره و کنترل پدیده صورت می‌گیرد، پیامدهایی را در پی خواهد داشت. پیامدها در راستای ارتقای سواد سلامت کارکنان دانشگاه علوم پزشکی به تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی کارکنان و کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی منجر خواهد شد. این نتیجه پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی از جمله پژوهش‌های بیجی و همکاران (۸)، لانس و همکاران (۸) و قنبری و همکاران (۱۶) همخوانی داشته و باید گفت که نتیجه ارتقای سواد سلامت کارکنان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بر اساس نظرات صاحب‌نظران، تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی کارکنان و کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی است که علاوه بر این کلیت خوشایند؛ ارتقای کیفیت خدمات به بیماران را به دنبال خواهد داشت.

بر اساس اهداف اولیه پژوهش (هدف پیش‌آیندی) نتیجه گردید ارتقای سواد سلامت کارکنان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل متاثر از شرایطی است که بدون تحقق این شرایط امکان ارتقای سواد سلامت غیر ممکن است. این شرایط تابع عوامل علی، زمینه و

درمان کمک نمایند. کاهش میزان انتقادات و شکایات بیماران مبین کارکرد مناسب کارکنان بر اساس سواد سلامت آنها بوده و این مهم از افزایش طول دوره درمان بیماران در بیمارستان و میزان مرگومیر جلوگیری می‌نماید.

ملاحظات اخلاقی

کلیه ملاحظات اخلاقی در این طرح رعایت گردید. همچنین این پژوهش با کد شناسه IR.IAU.ARDABIL.REC.1400.087 از نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل به تأیید رسیده است.

محوه کمک شایانی می‌نماید. همچنین برخورداری از دانش مفهومی و فرهنگی سلامت و اتخاذ تصمیم‌های صحیح درباره خود و خانواده نیز منجر به سرمایه‌گذاری برای خلق فرهنگ ارتقای سلامت در کارکنان خواهد شد. درخصوص راهبردها و اقدامات پیشنهاد می‌شود، با ترسیم چشم‌اندازهای آینده سواد سلامت کارکنان به همراه بررسی و شناسایی نیازهای بهداشتی آنها به کاهش چالش‌های آموزشی موجود پرداخته شود. در خصوص شرایط مداخله‌گر پیشنهاد می‌شود، با افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب و تقویت تمایل افراد به پیگیری روند درمان بیماران به تبعیت از قوانین و مقررات بهداشت و

References

- 1-Lakbala P, Mazemmat F, Arzaghi Z, Miri N. The Health Literacy Status of Students in Allied Medical Sciences, Hormozgan University of Medical Sciences. *JMIS*, 2022; 8 (1): 48-61. [Persian]
- 2-Zaidman EA, Scott KM, Hahn D, Bennett P, Caldwell PH. Impact of parental health literacy on the health outcomes of children with chronic disease globally: A systematic review. *J Paediatr Child Health*, 2023;59(1):12-31.
- 3-Buchmann M, Jordan S, Loe AKM. Motivational readiness for physical activity and health literacy: results of a cross-sectional survey of the adult population in Germany. *BMC Public Health*, 2023; 23: 331-339.
- 4-World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 4: case studies from WHO national health literacy demonstration projects. 2022.
- 5-Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012; 12: 80.
- 6-Hussan MS. Role of health literacy and motivational interviewing in building insight for self-management of diabetes mellitus. *Middle East Journal of Family Medicine*, 2023; 7(10): 130-142.
- 7-ChengBrian T, TannaAngelo P. Association of Health Literacy and Health Care Utilization among Glaucoma Patients. *Journal of Glaucoma*, 2023; 32(2): 139-144
- 8-Yijie X, Lina X., Wenuan Z, Lixia B, Yan W, Yanling W, Yang J, Jia L, Zhan Y. Analysis on the current status and factors influencing health literacy of medical staffs in Haidian District community centers in 2020. *Chronic Pathematology Journal*, 2022; 23(4): 541-546.
- 9-Rajah R, Hassali MA, Lim CJ. Health literacy-related knowledge, attitude, and perceived barriers: A cross-sectional study among physicians, pharmacists, and nurses in public hospitals of Penang, Malaysia. *Frontiers in Public Health*. 2017; 5: 281-293.
- 10-Yujia L, Qiong W, Gu C, Jian C, Honghui R. Research on the influencing factors and countermeasures of health literacy of medical staff in a military hospital in Beijing. *Chinese Journal of Health Education*, 2019; 35(11): 983-988.
- 11-Junmei Z, Yuanyuan Y, Yiming L, Pei-jun L, Yahong L, Baixuan L, Yu W. Health literacy levels and potential influencing factors in five occupational groups in Gansu Province. *Journal of Environmental and Occupational Medicine*, 2019; 36(1): 68-72.

- 12-Güner MD, Ekmekci PE. A survey study evaluating and comparing the health literacy knowledge and communication skills used by nurses and physicians. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 2019; 56: 1402732055.
- 13-Nesari M, Olson JK, Nasrabadi AN, Norris C. Registered Nurses' knowledge of and experience with health literacy. *Health Literacy Research and Practice*, 2019; 3(4): 268–279.
- 14-Moeini B, Rezapur-Shahkolai F, Barati M, Vesali-Monfared E, Parsamajd S, Ezzati Rastegar K. The Level of Health Literacy of the Health Department Employees, one of the Social Determinants of Health: A descriptive-analytical, cross-sectional study. *Health_Based Research* 2020; 6 (2) :197-207.
- 15-Lans A, Bales JR, Fourman MS, Borkhetaria PP, Verlaan J-J, Schwab JH. Health Literacy in Orthopedic Surgery: A Systematic Review. *HSS Journal*. 2023;19(1):120-127.
- 16-Ghanbari A, Rahmatpour P, Khalili M, Mokhtari N. Health Literacy and its Relationship with Cancer Screening Behaviors among the Employees of Gilan University of Medical Sciences. *JHC*, 2017; 18 (4): 306-315. [Persian]
- 17-Chang MC, Yu JH, Hsieh JG, Wei MH, Wang YW. Effectiveness of the refined health literacy course on improving the health literacy competencies of undergraduate nursing students: quantitative and qualitative perspectives, *Medical Education Online*, 2023; 28:1, 2173042.
- 18-Moharramzadeh A, Talebi B, Daneshvar Z. Health Literacy Strategies for Human Resources (Qualitative Study in Iranian Bank). *Educ Strategy Med Sci*, 2022; 15 (4):319-329. [Persian]
- 19-Strauss A, Corbin JM. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory, Translated by Mohammadi, B, Tehran: Institute of Humanities and Cultural Studies. 2011. [Persian]
- 20-Glaser B. Doing grounded theory: Issues and discussions. Sociology Press. Mill Valley, CA.1998.