

The Relationship between Health Literacy, Perceived Self-efficacy and Self-care Performance of Female Senior High School Students in Health Promoting Schools of Miyaneh, 2016-2017

ABSTRACT

Background and objective: Self-care in adolescents is considered as an effective measure in line with the promotion of health in each community. In this regard, the role of health promoting schools is of great importance. Furthermore, health literacy, as one of the basic tools for promoting community health, has been given much attention by policymakers. The present study aimed to investigate the relationship between the health literacy, perceived self-efficacy and self-care performance of female senior high school students in the health promoting schools of Miyaneh in 2016-2017.

Methods: In this descriptive-correlational study, 320 female senior high school students were selected randomly using the multi-stage cluster sampling method. Data were collected by using the questionnaires of Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA), General Self-efficacy Scale, and the Adolescent Health Promotion (AHP) scale. Data were analyzed by SPSS software (version 21) using the statistical tests of Pearson correlation coefficient and Multiple Regression (ENTER method).

Results: The results showed that there is a positive and significant relationship between the health literacy and perceived self-efficacy and the self-care performance of female students in the health promoting schools, as well as between the components of health literacy and self-care components. No significant relationship was found between the component of health literacy calculation and the self-care components of nutrition, responsibility for health, spiritual growth, and physical activity. The results of regression analysis indicated that the dimensions of self-efficacy, use and correlation of health literacy are good predictors of self-care performance ($R^2 = 0.605$). Moreover, the health literacy and the perceived self-efficacy can predict the self-care performance of students by 51 percent.

Conclusion: The results of the present study indicated that a student with high levels of health literacy and the perceived self-efficacy has better self-care performance. Therefore, in order to improve the self-care performance of students, it is recommended that their health literacy and self-efficacy be improved at schools.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health Literacy, Self-efficacy, Health Promotion, Self-care Performance

► **Citation:** Khodabandeh M, Maleki Avarasin S, Nikniaz L. The Relationship between Health Literacy, Perceived Self-efficacy and Self-care Performance of Female Senior High School Students in Health Promoting Schools of Miyaneh, 2016-2017. *Journal of Health Literacy*. Autumn 2017; 2(3): 164-176 .

Mahnaz Khodabandeh

M.A. in Educational Management, Islamic Azad University, Tehran Electronic Branch, Tehran, Iran

Sadegh Maleki Avarasin

* Associate Professor, Department of Educational Sciences, Islamic Azad University of Tabriz, Iran. (Corresponding Author) Email: s.maleki@iaut.ac.ir

Leila Nikniaz

Assistant Professor, PhD in Nutrition Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Received: 11 September 2016

Accepted: 31 October 2016

DOI: 10.18869/acadpub.jhl.2.3.164

رابطه سواد سلامت، خودکارآمدی درک شده و عملکرد خودمراقبتی دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه مدارس مروج سلامت شهرستان میانه سال ۹۶-۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: خودمراقبتی در نوجوانان در راستای توانمندسازی سلامت هر جامعه، از اقدامات مؤثر محسوب می‌گردد. در این راستا نقش مدارس مروج سلامت قوت بیشتری دارد. از سوی دیگر سواد سلامت به‌عنوان یکی از ابزارهای اساسی ارتقای سلامت جامعه، مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است. این پژوهش باهدف رابطه سواد سلامت، خودکارآمدی درک شده و عملکرد خودمراقبتی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه مدارس مروج سلامت شهرستان میانه در سال ۹۶-۹۵ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-همبستگی ۳۲۰ دانش‌آموز دختر دوره دوم متوسطه مدارس مروج سلامت، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سنجش سواد سلامت نوجوانان، خودکارآمدی عمومی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نوجوانان AHP استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان (ENTER) انجام گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان‌داد بین سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده و عملکرد خودمراقبتی دانش‌آموزان دختر مدارس مروج سلامت، همچنین بین مؤلفه‌های سواد سلامت با مؤلفه‌های خودمراقبتی در آنان ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد. بین مؤلفه محاسبه سواد سلامت با مؤلفه‌های تغذیه، مسئولیت در برابر سلامتی، رشد معنوی و فعالیت فیزیکی خودمراقبتی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج تحلیل رگرسیونی نشان‌داد ابعاد خودکارآمدی، استفاده و ارتباط سواد سلامت پیشگویی‌کننده‌های بهتری برای عملکرد خودمراقبتی شناخته شدند ($R^2 = 0/605$). همچنین، سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده می‌توانند عملکرد خودمراقبتی دانش‌آموزان را به میزان ۵۱ درصد پیشگویی کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان‌داد، دانش‌آموزانی که سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده بیشتری دارند عملکرد خودمراقبتی در آن‌ها بالاتر است لذا توصیه می‌گردد به‌منظور بهبود عملکرد خودمراقبتی دانش‌آموزان باید سواد سلامت و خودکارآمدی آنان در سطح مدارس ارتقاء یابد.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، خودکارآمدی، مروج سلامت، خودمراقبتی

مهناز خدابنده

کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی
واحد الکترونیکی تهران، تهران، ایران

صادق ملکی آوارسین

* دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی
تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
s.maleki@iaut.ac.ir

لیلا نیک نیاز

استادیار علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز،
تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰

◀ **استناد:** خدابنده م، ملکی آوارسین ص، نیک‌نیاز ل. رابطه سواد سلامت، خودکارآمدی درک شده و عملکرد خودمراقبتی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه مدارس مروج سلامت شهرستان میانه سال ۹۶-۱۳۹۵. *فصلنامه سواد سلامت*. پاییز ۱۳۹۶؛ ۲(۳): ۱۶۴-۱۷۶.

مقدمه

تمامی کشورها در راستای دستیابی به سلامت، به همه گروه‌های مختلف جامعه توجه می‌کنند. از میان این گروه‌ها، دانش آموزان از اهمیت خاصی برخوردارند، زیرا آن‌ها آینده‌سازان جامعه هستند و در ارتقای سلامت و انتقال مفاهیم آن به دیگران نقش ویژه‌ای دارند (۱).

یکی از بهترین رویکردها در زمینه سلامت دانش‌آموزان، توجه به مقوله خودمراقبتی و اصول آن، متناسب با رشد جسمی و روانی آن‌ها است. خودمراقبتی، مراقبتی است که توسط افراد برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و عافیتشان انجام می‌شود (۲). خودمراقبتی مهم‌ترین شکل مراقبت اولیه است (۳). سازمان جهانی بهداشت خودمراقبتی را توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای انجام فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت، پیش‌گیری از بیماری، حفظ سلامتی و نیز تطابق با ناخوشی و ناتوانی تعریف می‌نماید. این فعالیت‌ها بر اساس دانش و مهارت‌های حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای نباشد و توسط افراد به صورت جداگانه و یا با همکاری مشارکتی با افراد حرفه‌ای انجام می‌شود (۴). تخمین زده می‌شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت‌های سلامتی به‌وسیله خود شخص و خانواده او، بدون دخالت متخصصان صورت می‌پذیرد. تأثیر خودمراقبتی در بهبود پیامدهای سلامت و کاهش هزینه‌ها، در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است. خودمراقبتی به جنبه‌هایی که تحت کنترل فرد هستند، تمرکز دارد؛ بنابراین، با توجه و تقویت این توانمندی‌ها نزد نوجوانان، می‌توان گامی مهم در راستای ارتقای سلامتی آن‌ها برداشت (۵).

بخش عمده سال‌های ازدست‌رفته عمر در کشور ما به سبب مرگ زودرس و معلولیت ناشی از حوادث، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری و همچنین بیماری‌های قلبی است. کاهش بار این بیماری‌ها قطعاً مستلزم ارتقای سطح آگاهی مردم و تغییر رفتار سلامت آن‌هاست (۶). خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن می‌تواند تا حد زیادی استفاده از منابع نظام ارائه خدمات سلامت را کاهش دهد، به طوری که نتیجه آن، ۴۰ درصد کاهش در مراجعه

به پزشکان عمومی، ۱۷ درصد کاهش در مراجعه به پزشکان متخصص، ۵۰ درصد کاهش در مراجعه به مراکز اورژانس، ۵۰ درصد کاهش در بستری بیمارستانی و ۵۰ درصد کاهش در روزهای غیبت از کار خواهد بود (۷). امروزه، مفهوم خودمراقبتی توجه متخصصین را، باوجود کمبود امکانات بهداشتی درمانی و هزینه‌های سرسام‌آور خدمات مراقبتی و درمانی، به سمت خود جلب نموده است. افزایش تعداد مبتلایان به بیماری‌های مزمن و مواجهه سیستم‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی با مشکلات عدیده مرتبط با ارائه خدمات مراقبتی به افراد مبتلابه آن از دیگر عوامل افزایش‌دهنده نیاز به توسعه خودمراقبتی می‌باشند (۲).

یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های غیر طبی سلامت مبحث آموزش است که در این راستا مدارس مروج سلامت به‌منزله یک نظام برای ارتقای سلامت با رویکرد توانمندسازی دانش‌آموزان در زمینه خودمراقبتی و آموزش همسالان، منجر به افزایش ظرفیت‌ها و توانمندسازی مردم در مورد سالم زندگی کردن، سالم کار کردن و آموزش باکیفیت خواهد شد (۱). آموزش خودمراقبتی به دانش‌آموزان، سبب افزایش سلامت آنان در حوزه‌های جسمی، هیجانی و عاطفی، معنوی و ارتباطی می‌شود (۸، ۹، ۱۰).

بر طبق تعریف کنسرسیوم اروپایی امتیاز سواد سلامت؛ سواد سلامت وابسته به سواد است و شامل دانش، انگیزش و ظرفیت افراد برای دسترسی، درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات سلامت به‌منظور ارزیابی و تصمیم‌گیری‌های روزمره راجع به مراقبت‌های درمانی، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت و حفظ یا ارتقای کیفیت زندگی در سراسر عمر است (۱۱). سواد سلامت هم‌اکنون به دلیل نقش مهم آن بر نحوه تصمیم‌گیری اشخاص در زمینه‌های مرتبط با سلامت به‌عنوان یک مسئله و بحث جهانی معرفی شده است. بر این اساس سازمان بهداشت جهانی سواد سلامت را به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده و به تمام کشورهای جهان توصیه کرد که انجمنی جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک در خصوص ارتقای

است که فرد از خود و توانایی‌هایش دارد. خودکارآمدی به احساس‌های کفایت، شایستگی و قابلیت کنار آمدن با زندگی اشاره دارد (۱۹). مطالعات متعددی تأثیر مستقیم خودکارآمدی بر رفتار خودمراقبتی در بیماران متفاوت را گزارش کرده‌اند. عوامل روان‌شناختی مانند باورهای بیمار از جمله خودکارآمدی پایین خودمراقبتی را کاهش می‌دهد. به طوری که می‌توان گفت خودکارآمدی درک شده قوی‌ترین و مؤثرترین عامل برای تصمیم به انجام رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی است (۲۰، ۲۱).

بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه با سواد سلامت و عملکرد خودمراقبتی در جمعیت‌های بالینی صورت گرفته است (۹، ۸). در این زمینه لی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که سواد سلامت اعمال اثر مستقیمی بر روی خودکارآمدی و فعالیت‌های خودمراقبتی و همچنین اعمال اثر غیرمستقیمی بر فعالیت‌های خودمراقبتی از طریق خودکارآمدی دارد. یافته‌های این مطالعه نشانگر لزوم تشویق و تحریک بیماران مبتلابه دیابت نوع دو به انجام فعالیت‌های خودمراقبتی در محیط بالینی و ارتقاء سواد سلامت توسط پرستاران بالینی برای رسیدن به این مهم است (۲۲).

مطالعه هیجمش و همکاران نشان داد که سطوح پایین هر ۳ حیطه سواد سلامت (عملکردی، ارتباطی و انتقادی) با ابتلا هم‌زمان به چندین عارضه و یا وجود محدودیت‌های متوسط تا شدید عملکردی در ارتباط بود. در کل، بیماران دارای مهارت‌های سواد سلامت بیشتر رفتارهای خودمراقبتی بهتر و تجربه اعتماد به نفس بیشتری داشتند (۲۳). در پژوهش شیخ شرفی و سید امینی، آزمون‌های آماری ارتباط مثبت و معنی‌داری بین ابعاد سواد سلامت با زیر مقیاس‌های خودمراقبتی نشان داد. بُعد دسترسی و ارزیابی سواد سلامت پیشگویی‌کننده‌های بهتری برای حیطه‌های خودمراقبتی شناخته شدند (۲۴). در تحقیقی دیگر مشخص گردید بین نمره خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران، همچنین بین نمره خودکارآمدی با تمام ابعاد خودمراقبتی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. بنابراین خودکارآمدی به عنوان

سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد کنند (۱۲). سواد سلامت تنها به توانایی خواندن و نوشتن محدود نمی‌شود بلکه شامل مهارت‌های تعاملی و انتقادی است که در چارچوب تندرستی و ارتقای سلامت تقویت می‌شود (۱۳). سواد سلامت عموماً به معنای توانایی افراد برای دسترسی به اطلاعات سلامت و استفاده از آن به منظور تصمیم‌گیری مناسب در زمینه حفظ و ارتقای سلامت است (۱۴). بنابراین سواد سلامت می‌تواند افراد را توانمند سازد تا نقش فعالی در تغییر محیط برای تأثیرگذاری بر سلامت داشته باشد (۱۵).

طبق مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامت اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه‌شده توسط متخصصان سلامت را درک و به دستورات داده‌شده عمل می‌کنند و وضعیت سلامت نامطلوب‌تری دارند، میزان بستری شدن و مراجعه به پزشک در آن‌ها بیشتر است، در مهارت‌های خودمراقبتی ضعیف‌تر عمل می‌کنند، مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند و در نتیجه هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند (۱۶). این اثرات می‌تواند به ضرر اقتصادی و اجتماعی منجر شده و ممکن است به طور کامل از مشارکت افراد با جامعه و دستیابی به اهداف زندگی آن‌ها جلوگیری کنند. از طرف دیگر تأثیرات اقتصادی سواد پایین سلامت علاوه بر افراد، جامعه را نیز درگیر می‌سازد؛ زیرا این شرایط موجب استفاده بیشتر از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی می‌شود (۱۲). بدین ترتیب، سواد سلامت پایه و اساسی برای سلامت و زندگی شهروندی مدرن و ترکیبی حیاتی از سرمایه اجتماعی است و باید به عنوان یک سیاست، نه تنها در بخش سلامت بلکه در تمامی بخش‌ها، مورد توجه قرار گیرد (۱۷). خودکارآمدی را عقیده به توانایی یک فرد در داشتن یک رفتار یا انجام یک کار خاص به صورت موفقیت‌آمیز می‌دانند (۱۸). بر اساس نظریه بندورا خودکارآمدی، اعتماد و اطمینان فرد به توانایی‌اش در انجام عملی خاص هست و پیش‌نیاز مهم تغییر رفتار است. خودکارآمدی برداشت و ادراکی

پیش شرط‌های مهم و اساسی برای انجام رفتارهای خودمراقبتی است (۲۱،۶).

با توجه به جستجویی که در پایگاه داده‌ها و اطلاعات داخل کشور انجام گرفت، در هیچ پژوهشی رابطه سواد سلامت و عملکرد خودمراقبتی در جمعیت غیر بالینی مخصوصاً دانش آموزان مورد مطالعه قرار نگرفته است لذا با توجه به اهمیت سلامت در قشر نوجوان و آینده‌ساز هر جامعه، اقدام‌های خودمراقبتی در نوجوانان و دانش آموزان در جهت ارتقاء سلامت آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد. نوجوانان و دانش آموزان معمولاً افرادی سالم هستند و از این رو به اندازه بالغین به سیستم بهداشتی مراجعه نمی‌کنند؛ بنابراین، نظارت متخصصان بر وضعیت سلامت آن‌ها نسبت به جمعیت‌های بالینی بزرگ‌سال کمتر است و در این بین جایگاه سیستم آموزشی سلامت مدارس به عنوان متولی آموزش سلامت و خودمراقبتی به جهت پیشگیری از بیماری‌ها و وارد آمدن هزینه‌های گزاف بر سیستم سلامت کشور برجسته‌تر می‌شود. تلاش مدارس برای ارتقای سطح سواد سلامت و خودکارآمدی دانش آموزان زمینه‌ساز عملکرد خودمراقبتی مطلوب در دانش آموزان را فراهم می‌سازد که خود این مطلب فرایند پیشگیری از آسیب‌های جسمی و روان‌شناختی در دانش آموزان را کاهش می‌دهد. این مطالعه به لحاظ پژوهشی نیز می‌تواند جنبه‌های پنهان عوامل تأثیرگذار بر خودمراقبتی را در جمعیت غیر بالینی برای پژوهشگران و مسئولین و متولیان سیستم سلامت کشور آشکار سازد و زمینه‌ساز پژوهش‌های بیشتر در این حوزه شود؛ بنابراین توجه سیاست‌گذاران سیستم سلامت کشور در کنار مسئولین آموزش و پرورش به موضوع خودمراقبتی و برگزاری دوره‌های آموزشی به جهت افزایش سواد سلامت و خودکارآمدی دانش آموزان در مدارس سبب ارتقای سلامت جسمی و روانی و کاهش هزینه‌های ناشی از درمان بیماری‌ها می‌گردد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی باهدفی کاربردی است.

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان مدارس دختر دوره دوم متوسطه مروج سلامت شهرستان میانه در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ به تعداد ۱۳۵۱ دانش‌آموز در قالب ۶ مدرسه بودند. حجم نمونه بر اساس جدول مورگان ۳۵۰ دانش‌آموز برآورد گردید که طبق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی مشخص شدند. به این ترتیب که از بین ۶ مدرسه دخترانه دوره دوم متوسطه مروج سلامت موجود در شهرستان میانه ۳ مدرسه به صورت تصادفی و از هر یک از مدارس انتخاب شده ۴ کلاس، تصادفی انتخاب و تمامی دانش‌آموزان این کلاس‌ها به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا موافقت کتبی از اداره آموزش و پرورش جهت ورود به مدارس انتخاب شده، اخذ رضایت نامه از والدین و تعیین وقت مناسب برای تکمیل پرسشنامه‌ها کسب شد. با مراجعه حضوری به مدارس، یک مصاحبه کوتاه مدت برای جلب اعتماد و همکاری آزمودنی‌ها انجام و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند. پس از توضیح در مورد نحوه انجام آزمون و پرسشنامه و تأکید بر اجرا بدون درج نام آزمودنی و ایجاد کد اختصاصی برای هر یک از آزمودنی‌ها، پرسشنامه در اختیار افراد نمونه قرار داده شد.

در این پژوهش از سه پرسشنامه الف (سنجش سواد سلامت نوجوانان، ب) خودکارآمدی عمومی، ج) سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نوجوانان (AHP) استفاده شد. پرسشنامه سنجش سواد سلامت نوجوانان توسط قنبری و همکاران در سال ۱۳۹۴ تدوین و هنجاریابی شد. این پرسشنامه دارای ۴۴ گویه در ۸ حیطه شامل خودکارآمدی (۴ گویه)، دسترسی (۵ گویه)، خواندن (۵ گویه)، درک (۱۰ گویه)، ارزیابی (۵ گویه)، استفاده (۴ گویه)، ارتباط (۸ گویه) و محاسبه (۳ گویه) در قالب طیف نمره‌گذاری لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۰) تا همیشه (۴) می‌باشد. ضریب آلفای کرنباخ بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۹ و برای کل ابزار ۰/۹۳ و ثبات ابزار بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و برای کل ابزار ۰/۹۳ را نشان داد. یکی از ویژگی‌های این ابزار آن است که علاوه بر سواد سلامت عملکردی، سواد سلامت تعاملی و انتقادی را نیز

۴۰ سؤال بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از طیف «هرگز» تا «همیشه» طراحی شده و نمره‌ای بین ۱ تا ۵ به آن اختصاص می‌یابد و امتیازهای بالاتر، نشان‌دهنده این است که نوجوان از سبک زندگی مروج سلامت مطلوب‌تری برخوردارند. ضریب آلفای کرنباخ گزارش شده توسط وانگ و همکاران (۲۰۰۷) در همه ابعاد مقیاس AHP به جز رفتارهای تغذیه‌ای، بیشتر از ۰/۷ بود. داده‌ها پس از استخراج از پرسشنامه‌ها، وارد نرم‌افزار spss نسخه ۲۱ شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان (ENTER) استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس جدول ۱، میانگین نمره کل سواد سلامت دانش آموزان دختر مدارس مروج سلامت ۲/۴۶، میانگین نمره کل خودکارآمدی آنان ۱/۳۰ و میانگین نمره کل خودمراقبتی آنان ۳/۵۱ بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	۲/۷۱	۰/۶۶	تغذیه	۳/۵۱	۰/۶۵
دسترسی	۲/۶۶	۰/۷۶	روابط بین فردی	۳/۸۶	۰/۶۹
خواندن	۲/۹۳	۰/۹۳	مسئولیت در برابر سلامتی	۳/۴۸	۰/۶۹
فهم و درک	۳/۱۰	۰/۷۲	رشد معنوی	۴/۱۸	۰/۶۱
ارزیابی	۲/۴۷	۰/۸۵	فعالیت فیزیکی و ورزشی	۲/۳۰	۰/۸۵
استفاده	۲/۳۴	۰/۹۰	مدیریت استرس	۳/۷۲	۰/۶۹
ارتباط	۲/۷۵	۰/۷۹	نمره کل خودمراقبتی	۳/۵۱	۰/۵۰
محاسبه	۰/۷۵	۰/۷۰	نمره کل خودکارآمدی	۱/۳۰	۰/۵۰
نمره کل سواد سلامت	۲/۴۶	۰/۵۴			

دانش آموزانی که از سواد سلامت بیشتری برخوردارند عملکرد خودمراقبتی در آن‌ها بهتر است.

جدول ۲. همبستگی سواد سلامت دانش آموزان با عملکرد

موردسنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه خودکارآمدی توسط شرر در سال ۱۹۸۲ ساخته شد، نسخه اصلی این آزمون شامل ۳۶ ماده بود که بر اساس تحلیل‌های انجام شده فقط ماده‌هایی که بار عاملی ۰/۴۰ را در هر یک از عوامل اجتماعی و عمومی داشت، حذف شد و آزمون به ۲۳ ماده کاهش یافت. از این ۲۳ ماده، ۱۷ ماده خودکارآمدی عمومی را می‌سنجد که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از طیف «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» طراحی شده و به هر ماده از ۰ تا ۴ نمره تعلق می‌گیرد. ضریب اعتبار آزمون برابر با ۰/۷۶ و آلفای کرنباخ برابر ۰/۷۹ به دست آمد که رضایت‌بخش بود. با توجه به ضرایب گزارش شده در پژوهش‌های مختلف این پرسشنامه از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار است.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نوجوانان (AHP) در سال ۲۰۰۷ توسط وانگ و همکاران هنجاریابی شده است. این پرسشنامه در ۶ بعد (تغذیه، حمایت اجتماعی (روابط بین فردی)، مسئولیت در برابر سلامتی، درک ارزش زندگی (رشد معنوی)، فعالیت فیزیکی و ورزشی، مدیریت استرس) و دارای

بر اساس جدول ۲، بین سواد سلامت دانش آموزان دختر مدارس مروج سلامت با عملکرد خودمراقبتی آنان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). به عبارت دیگر

خودمراقبتی آنان

نتیجه	عملکرد خودمراقبتی		متغیر
	p-value	ضریب همبستگی پیرسون (R)	
همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد	$\leq 0/001$	0/671	سواد سلامت

فردی، مسئولیت در برابر سلامتی، رشد معنوی، فعالیت فیزیکی و ورزشی و مدیریت استرس عملکرد خودمراقبتی ارتباط معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین، بین مؤلفه محاسبه سواد سلامت با مؤلفه‌های روابط بین فردی و مدیریت استرس عملکرد خودمراقبتی رابطه معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). درحالی‌که بین مؤلفه محاسبه سواد سلامت با مؤلفه‌های تغذیه، مسئولیت در برابر سلامتی، رشد معنوی و فعالیت فیزیکی و ورزشی رابطه معنی داری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

بر پایه آنچه در جدول ۳ ارائه شده، بین مؤلفه‌های خودکارآمدی، دسترسی، خواندن، فهم و درک، ارزیابی، استفاده و ارتباط سواد سلامت با مؤلفه‌های تغذیه، روابط بین

جدول ۳. همبستگی مؤلفه‌های سواد سلامت دانش‌آموزان با مؤلفه‌های عملکرد خودمراقبتی آنان

عملکرد خودمراقبتی						متغیرها و شاخص ضریب همبستگی پیرسون
مدیریت استرس	فعالیت فیزیکی و ورزشی	رشد معنوی	مسئولیت در برابر سلامتی	روابط بین فردی	تغذیه	
R	R	R	R	R	R	
0/374**	0/372**	0/347**	0/442**	0/195**	0/347**	خودکارآمدی
0/345**	0/432**	0/322**	0/416**	0/195**	0/388**	دسترسی
0/222**	0/363**	0/278**	0/391**	0/152**	0/315**	خواندن
0/294**	0/356**	0/267**	0/367**	0/174**	0/289**	فهم و درک
0/333**	0/470**	0/258**	0/367**	0/138**	0/192**	ارزیابی
0/411**	0/963**	0/410**	0/607**	0/125**	0/325**	استفاده
0/406**	0/537**	0/345**	0/522**	0/311**	0/341**	ارتباط
0/119*	0/067	0/099	0/092	0/172**	0/045	محاسبه

$p \geq 0/01$ ** $p \geq 0/05$ *

می‌تواند به‌طور معنی داری واریانس عملکرد خودمراقبتی دانش آموزان را به میزان ۶۰ درصد تبیین نماید ($R^2 = 0/605$).

بر اساس جدول ۴، بین خودکارآمدی درک شده دانش آموزان دختر مدارس مروج سلامت با عملکرد خودمراقبتی آنان همبستگی مثبت معنی داری با سطح معنی داری ($P < 0/001$) وجود دارد.

جدول ۵. ضریب همبستگی چندگانه

مدل	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	SE	F	p-value
رگرسیون هم‌زمان (ENTER)	مؤلفه‌های سواد سلامت	0/775	0/605	0/322	59/560	0/001

بر پایه جدول ۶، ضریب بتای استاندارد متغیرهای خودکارآمدی ($Beta = 0/148$)، استفاده ($Beta = 0/510$) و ارتباط ($Beta = 0/275$) نشان می‌دهد که این متغیرها با

جدول ۴. همبستگی خودکارآمدی درک شده دانش‌آموزان با عملکرد خودمراقبتی آنان

نتیجه	عملکرد خودمراقبتی		متغیر
	p-value	ضریب همبستگی پیرسون (R)	
همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد	$\leq 0/001$	0/543	خودکارآمدی درک شده

بر اساس آنچه در جدول ۵ ارائه شده، مؤلفه‌های سواد سلامت

اطمینان ۹۹ درصد می‌تواند تغییرات مربوط به متغیر عملکرد خودمراقبتی دانش آموزان را پیش‌بینی کند.

جدول ۶. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد پیش‌بینی عملکرد خودمراقبتی از طریق متغیرهای پیش‌بینی (مؤلفه‌های سواد سلامت) در رگرسیون هم‌زمان (ENTER)

p-value	t	ضریب بتای استاندارد		ضریب غیراستاندارد		شاخص متغیرهای پیش‌بین
		Beta	SEB	B		
۰/۰۰۲	۳/۱۷۰	۰/۱۴۸	۰/۰۳۵	۰/۱۱۳		خودکارآمدی
۰/۱۳۳	۱/۵۰۷	۰/۰۷۷	۰/۰۳۴	۰/۰۵۱		دسترسی
۰/۵۵۲	۰/۵۹۶	۰/۰۲۸	۰/۰۲۶	۰/۰۱۵		خواندن
۰/۷۰۴	۰/۳۸۰	۰/۰۲۰	۰/۰۳۷	۰/۰۱۴		فهم و درک
۰/۳۳۸	۰/۹۵۹	۰/۰۴۶	۰/۰۲۸	۰/۰۲۷		ارزیابی
۰/۰۰۱	۲۱/۲۸۰	۰/۵۱۰	۰/۰۲۳	۰/۲۸۵		استفاده
۰/۰۰۱	۵/۷۳۰	۰/۲۷۵	۰/۰۳۱	۰/۱۷۵		ارتباط
۰/۱۷۰	۱/۳۷۷	۰/۰۵۰	۰/۰۲۶	۰/۰۳۶		محاسبه

بر پایه آنچه در جدول ۸ ارائه شده، سواد سلامت با ضریب بتای استاندارد ۰/۵۳۳ و خودکارآمدی درک شده با ضریب بتای استاندارد ۰/۲۹۰ می‌توانند با اطمینان ۹۹ درصد واریانس مربوط به عملکرد خودمراقبتی دانش آموزان را پیش‌بینی کنند.

چنانچه در جدول ۷ مشاهده می‌شود، سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده به‌طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی عملکرد خودمراقبتی دانش آموزان به میزان ۵۱ درصد بوده‌اند ($R^2 = ۰/۵۱۵$).

جدول ۸. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد پیش‌بینی عملکرد خودمراقبتی از طریق متغیرهای پیش‌بینی در رگرسیون هم‌زمان (ENTER)

p-value	t	ضریب بتای استاندارد		ضریب غیراستاندارد		شاخص متغیرهای پیش‌بین
		Beta	SEB	B		
۰/۰۰۱	۱۱/۱۹۹	۰/۵۳۳	۰/۰۴۲	۰/۵۰۲		سواد سلامت
۰/۰۰۱	۶/۵۳۸	۰/۲۹۰	۰/۰۴۵	۰/۲۹۴		خودکارآمدی درک شده

جدول ۵. ضریب همبستگی چندگانه

p-value	F	SE	R ^۲	R	متغیرهای پیش‌بین	مدل
۰/۰۰۱	۱۶۸/۴۰۱	۰/۳۵۳	۰/۵۱۵	۰/۷۱۸	سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده	رگرسیون هم‌زمان (ENTER)

دانش آموزان فراهم می‌سازند. خودمراقبتی فرآیندی است که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند برای برقراری سلامت، حیات، پیشگیری از بیماری‌ها، تشخیص و معالجه خود فعالیت‌هایی را انجام دهند. در واقع در خودمراقبتی چهار هدف اساسی شامل برقراری سلامتی، پیشگیری از بیماری، شرکت در تشخیص و درمان بیماری و شرکت در خدمات بهداشتی پی‌گیری می‌شود. خودمراقبتی مستلزم این است که افراد جامعه به‌ویژه دختران و زنان

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه در اغلب کشورهای توسعه‌یافته موضوع سلامت و مراقبت از سلامتی افراد جامعه یکی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران عمومی است. و برای نیل به این هدف برنامه‌های متعددی را تدارک می‌بینند که یکی از این برنامه‌ها خودمراقبتی است در ایران نیز وزارت بهداشت و درمان با همکاری آموزش و پرورش از طریق مدارس مروج سلامت دانش و مهارت‌های لازم را برای خودمراقبتی

که آسیب‌پذیری بیشتری دارند باید واجد دانش و مهارت‌های مناسبی از جمله از سواد سلامتی برخوردار باشند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر بین سواد سلامت دانش آموزان دختر مدارس مروج سلامت با عملکرد خودمراقبتی آنان ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت. به طوری که باید گفت دانش‌آموزانی که از سواد سلامت بیشتری برخوردارند عملکرد خودمراقبتی بهتری از خود نشان می‌دهند. این یافته به طور ضمنی با نتایج بیشتر مطالعات در این زمینه همسو است (۲، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۲۰، ۲۱، ۲۵، ۲۲). لای و همکاران در پژوهشی نشان دادند که ارتباط آماری معناداری بین سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی وجود دارد و ارتباط معنادار مستقیم بین سواد سلامت ارتباطی و انتقادی با رفتارهای خودمراقبتی وجود داشت (۲۶).

در این راستا، ایوب اوغلو و شولز طی پژوهشی نشان دادند که بعد خودمختاری، تأثیرگذاری و توانمندسازی سواد سلامت همبستگی معناداری با رفتارهای خودمراقبتی داشت و ابعاد خودمختاری و تأثیرگذاری سواد سلامت از پیش‌بینی‌کننده‌های رفتاری خودمراقبتی بودند. نوجوانی دوره یادگیری از طریق عمل کردن است. نوجوانان در حین که بزرگ می‌شوند شروع به تصمیم‌گیری و مدیریت مستقل سلامت خود می‌کنند. عادات، دانش و مهارت‌های لازم برای چنین تصمیم‌گیری‌هایی در سال‌های نوجوانی به دست می‌آید و باعث شکل‌گیری مراقبت‌های پزشکی و سلامت در سراسر زندگی می‌شود (۲۷). مطالعات نشان داده کمی سواد سلامت یک مشکل مهم در نوجوانان است تا آنجا که بسیاری از نوجوانان قادر به خواندن واژه‌های سلامت در سطح تحصیل خود نیستند. کارنامه ملی امریکا گزارش کرده است که در بین نمونه کشوری از دانش‌آموزان کلاس هشتم، ۲۶ درصد از دانش‌آموزان زیر سطح خواندن پایه طبقه‌بندی شده‌اند. یک مطالعه انجام‌شده اخیر در مورد سواد مرتبط با واژه‌های بهداشتی نشان‌داد که مهارت خواندن ۴۶ درصد از نوجوانان شرکت‌کننده زیر سطح پایه تحصیلی‌شان بوده است (۲۸).

بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه سواد سلامت و عملکرد خودمراقبتی در جمعیت‌های بالینی بخصوص افراد مبتلابه دیابت صورت گرفته است؛ نتایج نشان داده‌اند که سطح پایین سواد سلامت تأثیرات قابل‌توجهی بر رفتار بیماران داشته و پیامدهای ناخوشایندی را به دنبال دارد، نتایج این مطالعات حاکی از آن است که بیماران با سواد سلامت ناکافی وضعیت سلامتی ضعیف‌تری داشته و میزان بستری شدن در بیمارستان در آن‌ها بیشتر بوده و آمار مرگ‌ومیر در آن‌ها تقریباً دو برابر بیشتر از سایر افراد است این بیماران با احتمال کمتری از مراقبت‌های پیشگیرانه استفاده می‌کنند و عموماً به‌طور یکسان و برابر با سایر افراد از خدمات سلامتی بهره نمی‌برند (۹، ۱۰).

بنابراین می‌توان اذعان داشت امروزه موضوع سواد سلامت در نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است به‌ویژه آنکه نوجوانان به‌طور فزاینده‌ای به اطلاعات بهداشتی از طریق شبکه‌های ارتباط الکترونیک دسترسی دارند و اعتبار بخش عمده‌ای از این اطلاعات نامشخص است. افراد با سطح بالای سواد سلامت نسبت به افراد دارای سواد سلامت محدود، بهره بیشتری از پیامدهای بهداشتی می‌برند؛ بنابراین توانمند کردن نوجوانان و دانش‌آموزان با مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر در زمینه سلامت خود و درک موضوعات مراقبت‌های بهداشتی، عامل حیاتی در حذف نابرابری‌ها در سلامت برای این افراد است (۲۹). نتایج پژوهش حاضر نشان‌داد که بین مؤلفه‌های سواد سلامت (خودکارآمدی، دسترسی، خواندن، فهم و درک، ارزیابی، استفاده و ارتباط) با مؤلفه‌های عملکرد خودمراقبتی (تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت در برابر سلامتی، رشد معنوی، فعالیت فیزیکی و ورزشی، و مدیریت استرس) ارتباط معنی‌داری وجود دارد. همچنین، بین مؤلفه محاسبه سواد سلامت با مؤلفه‌های روابط بین فردی و مدیریت استرس عملکرد خودمراقبتی رابطه معنی‌داری وجود داشت. در این مطالعه بین مؤلفه محاسبه سواد سلامت با مؤلفه‌های تغذیه، مسئولیت در برابر سلامتی، رشد معنوی، و فعالیت فیزیکی و ورزشی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. این

فعالیت فیزیکی و ورزشی، و مدیریت استرس برخوردار می‌باشند. در رابطه با عدم ارتباط بین مؤلفه محاسبه سواد سلامت با مؤلفه‌های تغذیه، مسئولیت در برابر سلامتی، رشد معنوی، و فعالیت فیزیکی و ورزشی نیز می‌توان گفت از آنجایی که به دلایل عدم اعتماد مصرف‌کننده‌های مواد غذایی به ارقام درج شده بر روی محصولات که نشان‌دهنده ارزش غذایی درون بسته است، دانش‌آموزان حتی با محاسبه صحیح این ارقام، به آن‌ها بی‌توجه می‌باشند و در تغذیه، مسئولیت در برابر سلامتی، رشد معنوی، و فعالیت فیزیکی و ورزشی خود دخیل نمی‌کنند.

بخش دیگری از نتایج این مطالعه نشان داد که بین خودکارآمدی درک شده دانش‌آموزان دختر مدارس مروج سلامت با عملکرد خودمراقبتی آنان ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که باید گفت دانش‌آموزانی که دارای خودکارآمدی درک شده بالاتری هستند عملکرد خودمراقبتی در آن‌ها بیشتر است. این یافته نیز به طور ضمنی با نتایج بیشتر پژوهش‌ها همخوانی دارد (۳۰، ۲، ۳۰، ۶، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳). به طوری که دیدارلو و همکاران در پژوهشی نشان دادند که خودکارآمدی درک شده قوی‌ترین و مؤثرترین عامل برای تصمیم به انجام رفتار خودمراقبتی در افراد است (۲۱). خودکارآمدی درک شده به صورت مستقیم و غیرمستقیم با رفتارهای بهداشتی افراد مرتبط بوده و می‌تواند نقش مؤثری در چگونگی رسیدن افراد به اهدافشان، انجام وظایف موردنظر و مقابله با چالش‌های مختلف داشته باشد. مشخص شده خودکارآمدی رابطه معکوس با افسردگی و یک رابطه مستقیم با خودمدیریتی در بیماری‌ها، مشارکت در رفتارهای بهداشتی، انجام فعالیت‌های فیزیکی و کیفیت زندگی افراد دارد (۳۳).

باید به این نکته مهم توجه داشت که تلاش برای ترویج و استقرار مفاهیم ارتقای سلامت به منظور افزایش سطح سواد سلامت دانش‌آموزان با رویکرد توانمندسازی آنان در جهت کسب مهارت‌های خودمراقبتی در مدارس مروج سلامت صورت می‌گیرد در این راستا نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که سواد سلامت با هشت مؤلفه خودکارآمدی، دسترسی، خواندن،

یافته‌ها به طور ضمنی با نتایج بیشتر پژوهش‌ها همخوانی دارد (۲، ۱۰، ۱۲، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۳۰). در نتیجه می‌توان اذعان داشت سواد سلامت مهارت‌های شناختی و اجتماعی تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت فرد در دستیابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات است که به حفظ و ارتقای سلامت آن‌ها منجر می‌گردد. به عبارت دیگر سواد سلامت شامل توانایی درک دستورالعمل‌های روی بطری داروی تجویز شده، بروشورهای آموزشی پزشکی، برگه‌های رضایت‌نامه، مهارت خواندن، شنیدن و تجزیه و تحلیل اطلاعات، توانایی تصمیم‌گیری و به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است. این توانایی‌ها لزوماً تحت تأثیر سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی قرار نداشته و حاصل تشریک‌مسابی عوامل اجتماعی و فردی است (۱). در حقیقت دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامتی و آگاهی یافتن از مسائل بهداشتی عاملی مهم و تعیین‌کننده در سلامتی افراد و خودمراقبتی آن‌ها است. بدین دلیل انتظار می‌رود که افراد برای داشتن سطح بالای سلامتی از این گونه اطلاعات استفاده نمایند و خودمراقبتی بیشتری نسبت به افراد دیگر داشته باشند. از سوی دیگر، مراقبت از خود در واقع فرآیندی است که از طریق آن افراد عادی و غیرحرفه‌ای، فعالیت‌های مربوط به حفظ سلامتی و احساس رضایتمندی از زندگی را شناخته و به آن عمل می‌نمایند (۳۱). نویسندگان بسیاری مفهوم مراقبت از خود را مطرح نموده‌اند که در همه آن‌ها اعتقاد به مراقبت از خود با این تصور و تلقی همراه است که افراد مایل‌اند مسئولیت تندرستی خود را تا زمانی که ممکن باشد در اختیار داشته باشند (۳۲).

بر این اساس لازمه اجرای موفقیت‌آمیز خودمراقبتی داشتن سواد سلامت کافی در زمینه‌های خودکارآمدی، دسترسی، خواندن، فهم و درک، ارزیابی، استفاده و ارتباط است. به طوری که می‌توان گفت افراد با سواد سلامت بالاتر در حیطه‌های خودکارآمدی، دسترسی، خواندن، فهم و درک، ارزیابی، استفاده و ارتباط نسبت به سایر افراد از عملکرد خودمراقبتی بهتری در زمینه‌های تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت در برابر سلامتی، رشد معنوی،

فهم و درک، ارزیابی، استفاده، ارتباط و محاسبه مهم‌ترین پیشگویی‌کننده عملکرد خودمراقبتی دانش آموزان دختر مدارس مروج سلامت است که مؤلفه‌های خودکارآمدی، استفاده و ارتباط سواد سلامت بیشترین میزان پیشگویی را داشتند. در این راستا مطالعه لای و همکاران نیز سواد سلامت به‌خصوص سواد سلامت ارتباطی را مهم‌ترین پیشگویی‌کننده برای رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی ارزیابی کرد (۲۶). این نتایج همچنین با نتایج مطالعات دیگر همخوانی داشت (۱۰، ۱۲، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۰، ۳۶، ۳۷). لی و همکاران نشان دادند که درنهایت می‌توان چنین اذعان کرد که دارا بودن شایستگی‌های سواد سلامت موجب کسب مهارت‌هایی می‌شود که فرد را قادر می‌سازد تا اطلاعات صحیح و معتبری را برای درک وضعیت خود از منابع مختلف دریافت نماید. درک پیام‌های دریافتی و امکان تصمیم‌گیری مناسب در حیطه سلامتی خود نیز از دیگر فواید این توانمندی‌ها است. بدین ترتیب، افراد با داشتن این مهارت‌ها اعتمادبه‌نفس بیشتری در خصوص توانمندی خود برای اداره موفقیت‌آمیز و کنترل بیشتر بیماری به دست می‌آورند (۳۴).

بر این اساس، افراد باسواد سلامت بالا می‌توانند پیامدهای مثبت بهره‌گیری مناسب از خدمات بهداشتی را تجربه کنند چراکه افرادی باسواد سلامت بالا با مراکز خدمات بهداشتی همکاری بهتری برقرار می‌کنند و دستورات بهداشتی را به‌خوبی گوش می‌دهند و نیز اجرا می‌کنند در نتیجه می‌توان پیش‌بینی کرد که این افراد از عملکرد خودمراقبتی بهتری برخوردار باشند. در مقابل افراد با سطح سواد سلامت پایین به دلیل عدم برخورداری از مهارت‌های فوق، ۱/۵ تا ۳ برابر بیشتر به پیامدهای ناخوشایند مرتبط با سلامتی دچار می‌شوند. چراکه مهارت‌های ضعیف سواد سلامت موجب سطوح کمتر آگاهی از سلامت، دریافت خدمات پیشگیرانه و کنترل بیماری‌های مزمن و همچنین عملکرد بهداشتی جسمانی و روانی و عملکرد خودمراقبتی ضعیف‌تر افراد می‌شود (۳۵)؛ بنابراین توجه به سواد سلامت به‌عنوان اولین گام جهت افزایش عملکرد خودمراقبتی دانش آموزان از اهمیت بسزایی برخوردار است.

نتایج این پژوهش نشان‌داد که سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده پیشگویی‌کننده‌های عملکرد خودمراقبتی دانش آموزان بودند و سواد سلامت نسبت به خودکارآمدی بیشترین قدرت تبیین را داشت. این نتایج به‌طور ضمنی با نتایج مطالعات دیگر همسو است (۶، ۱۲، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۰، ۳۶، ۳۷). لی و همکاران نشان دادند که سواد سلامت اعمال اثر مستقیمی بر روی خودکارآمدی و فعالیت‌های خودمراقبتی دارد؛ سواد سلامت همچنین اعمال اثر غیرمستقیمی بر فعالیت‌های خودمراقبتی از طریق خودکارآمدی دارد (۲۲).

به‌طورکلی در تبیین این یافته می‌توان گفت سواد سلامت زمینه‌ساز آگاهی چندگانه نسبت به محیط پیرامون زندگی افراد است و این آگاهی برانگیزاننده حساسیتی خاص در افراد در راستای خودمراقبتی و اجتناب از بیماری می‌شود. لازمه عملکرد خودمراقبتی مطلوب در افراد داشتن سواد سلامت به‌صورت پایدار است و در این بین بروز رسانی اطلاعات و سواد سلامت از منابع گوناگون و معتبر در راستای عملکرد خودمراقبتی مطلوب‌تر بسیار حائز اهمیت است؛ بنابراین عملکرد خودمراقبتی دانش آموزان بر اساس میزان سواد سلامت آنان قابل پیش‌بینی است. همچنین می‌توان گفت خودکارآمدی تعیین‌کننده این است که آیا رفتاری شروع خواهد شد یا خیر، اگر شروع شد فرد به چه مقدار تلاش برای انجام آن نیاز خواهد داشت و در رویارویی با مشکل چه مقدار استقامت از خود نشان خواهد داد (۳۸).

این تحقیق با محدودیت‌هایی همچون تعداد زیاد سؤال پرسشنامه‌ها، عدم کنترل تحصیلات والدین، رشته تحصیلی دانش آموزان، وضعیت اجتماعی، اقتصادی خانواده، همچنین عدم سنجش نقش سن، جنس و مقطع تحصیلی به دلیل محدودیت‌های زمانی و اجرایی همراه بود.

نتیجه‌گیری: به‌طورکلی نتایج این مطالعه نشان‌داد که بین سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده دانش آموزان دختر مدارس مروج سلامت با عملکرد خودمراقبتی آنان ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود دارد. به‌طوری‌که دانش‌آموزانی که سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده بیشتری دارند عملکرد خودمراقبتی بهتری از خود نشان می‌دهند.

است. توصیه می‌گردد سیاست‌گذاران سیستم سلامت کشور و مسئولین آموزش و پرورش با طراحی برنامه‌های مداخله‌ای کاربردی بر مبنای آموزش سواد سلامت به دانش آموزان در سطح کلان در قالب ایجاد سرفصلی به همین نام در یکی از کتب مقاطع مختلف تحصیلی همچون کتاب تفکر و سبک زندگی و در سطح خرد در قالب ارتباط منظم مسئولین مراکز سلامت و مدیران مدارس، برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی توسط مراقبین سلامت، جذب و تربیت سفیران سلامت دانش‌آموزی و آموزش گروه همسالان انجام گردد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناس ارشد رشته مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی تهران بوده و لذا محقق بر خود لازم می‌داند که از همکاری و مساعدت اساتید محترم و همچنین مسئولین مدارس و نیز دانش آموزان شرکت‌کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر نماید. امید آن دارم که این پژوهش خدمتی هرچند کوچک به جامعه علمی کشور باشد.

درمجموع یافته‌های حاصل از این مطالعه به‌عنوان اولین پژوهش در ایران که ارتباط سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده را در جمعیت غیر بالینی به‌خصوص دانش آموزان دختر مدارس مروج سلامت مورد ارزیابی قرارداد، می‌تواند در سطح خرد و کلان بکار گرفته شود و تأثیر بسزایی در افزایش عملکرد خودمراقبتی دانش آموزان، بهبود وضعیت سلامتی آنان و درنهایت ارتقای سلامت افراد جامعه و کاهش هزینه‌های نظام سلامت ایفا نماید. یافته‌های این مطالعه نشانگر لزوم ارتقاء سطح سواد سلامت و خودکارآمدی درک شده دانش آموزان به‌منظور توسعه و بهبود عملکرد خودمراقبتی آن‌ها است. بدیهی است توجه به ارتقاء سواد سلامت در قشر نوجوان به‌ویژه دختران به‌عنوان مادران آینده و ارکان مهم خانواده و اجتماع حائز اهمیت است. این هدفی است که تنها با تشریک مساعی بخش‌های مختلف همچون وزارت بهداشت و درمان و آموزش و پرورش که به‌عنوان مهم‌ترین و معتبرترین منابع اطلاعات مفاهیم ارتقای سلامت برای دانش آموزان به شمار می‌روند، برای نظام سلامت کشور قابل‌دستیابی

References:

1. zarrinkolah A, Dashti F, Abedi H, Masoudi SM. A Study of Puberty Health Literacy Level of the First 14-16 Year Girls Grade High School Students in the Eghlid City. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(3):164-71.
2. Schwarzer R, Antoniuk A, Gholami M. A brief intervention changing oral self-care, self-efficacy, and self-monitoring. *British journal of health psychology*. 2015;20(1):56-67.
3. Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *Journal of health communication*. 2012;17(sup3):241-51.
4. Peyman N, Abdollahi M. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(1):5-12.
5. Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(4):591-8.
6. Khezrlu, S.; & Fizi, A. Investigating the relationship between the perceived self-efficacy and self-care performance in patients with diabetes referring to Urmia Diabetes Clinic. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of*
7. Speirs, K. E., Messiria, L. A., Munger, A. L., & Grutzmacher S. K. Health literacy and nutrition behaviors among low-income adults. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2012; 23(3): 1082-1091.
8. Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press. 2012
9. DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. Literacy and health outcomes. *Journal of general internal medicine*. 2004; 19(12): 1228-39.
10. Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., & Satterfield, S. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006; 54(5): 770-6.
11. Sørensen 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(1):80-94.
12. Tehrani H. Media Health Literacy. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(3):141-6.
13. Peyman N, Samiee Roudi K. Investigating the status of health literacy among health providers of rural area. *Medical Sciences*. 2012;10 (3): 369-375.

- Journal of Health Literacy. 2016;1(1):46-52.
14. Murray, S., Rudd, R., Kirsch, I., & Yamamoto, K. Health Literacy in Canada: Initial results from the International Adult Literacy and Skills Survey. Ottawa, Ontario: Canadian Council on Learning. 2007.
 15. Peerson A, Saunders M. Men's health literacy in Australia: in search of a gender lens. *International Journal of Men's Health*. 2011;10(2):111-35.
 16. Ye, X. H., Yang, Y., Gao, Y. H., Chen, S. D., Xu, Y. Status and Determinants of Health Literacy among Adolescents in Guangdong China. *Asian pacific. Journal of Cancer Prevention*. 2014; 15(20): 48-55.
 17. Hutchison, J., Warren, F. J., Dulin, M., Tapp, H., & Kuhn, L. The Association Between Health Literacy and Diet Adherence Among Primary Care Patients with Hypertension. *Journal of Health Disparities Research and Practice*. 2014; 7(2): 109-126.
 18. Shahbazi, S. Comparison of self-efficacy, marital adjustment and quality of life in women with polycystic ovary syndrome and the healthy ones. M.A. Thesis in Psychology, University of Guilan. 2014
 19. Schultz, D. & Schultz, S. (2005). *Theories of personality*. Translated by Seyyed Yahya Mohammadi (2009). Tehran: edit.
 20. Rezasefat A.; Mir Haghjoo, N.; Jafari Asl, M.; Koohmanaei; Kazemnejad Leili, F.; & Monfared, A. The relationship between self-efficacy and self-care in adolescents with type 1 diabetes. *Comprehensive Nursing and Midwifery*. 2014; 24 (72): 18-24.
 21. Davari, L.; Eslami, A. A.; & Hasanzadeh, A. (2014). Evaluation of self-care performance and its correlation with the perceived self-efficacy in patients with type 2 diabetes. *Journal of Endocrinology and Metabolism of Iran*. 2014; 16 (6):402-410.
 22. Lee E-H, Lee YW, Moon SH. A structural equation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian nursing research*. 2016;10(1):82-7.
 23. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(1):41-8.
 24. Sheikh Sharafi, H. & Seyyed Amini. Investigating the level of health literacy and the ability of self-care in patients with heart failure. *Quarterly Journal of Health Literacy*. 2016; 4(4): 203-219.
 25. Guntzville, L. M., King, A. J., Jensen, J. D., & Davis, L. A. Self-Efficacy, Health Literacy, and Nutrition and Exercise Behaviors in a Low-Income, Hispanic Population. *Journal of Immigrant Minority Health*. 2016; 5(1): 384-399.
 26. Lai, A. Y., Ishikawa, H., Kiuchi, T., Mooppil, N., & Griva, k. Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in and-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. *Patient Educ Coun*. 2013; 91(2): 241-7.
 27. Manganello, J. A., & Shone, L. P. Health Literacy: Research FACTS and findings. ACT for Youth Center of Excellence Ithaca, NY. Available at: http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_healthliteracy_0513;2013
 28. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*. 2007;23(5):840-7.
 29. Santoro K, Speedling C. The case for investing in youth health literacy: One step on the path to achieving health equity for adolescents. *NIHCM Issue Brief*. 2011:1-15.
 30. Eyüboğlu E, Schulz PJ. Do health literacy and patient empowerment affect self-care behaviour? A survey study among Turkish patients with diabetes. *BMJ open*. 2016;6(3):e010186.
 31. Masters, K. *Nursing Theories: a framework for professional practice*. USA: Jones & Bartlett Learning; 2014
 32. Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Riegel, B., & Chung, M. Gender Differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(12):1807-15.
 33. Huang L, Li L, Zhang Y, Li H, Li X, Wang H. Self-efficacy, medication adherence, and quality of life among people living with HIV in Hunan Province of China: a questionnaire survey. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2013;24(2):145-53.
 34. Dickson, V. V., Nocella, J., Yoon, H. W., Hammer, M., Melkus, G. D., & Chyun, D. Cardiovascular disease self-care interventions. *Nurs Res Pract*. 2013; 54(21): 76-89.
 35. Morovati Sharifabadi, M. A.; Ruhani Tonokaboni, N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2008; 15 (4): 91-100.
 36. Shakibazadeh, E.; Rashidian, A.; Larijani, B.; Shojaeizadeh, D.; Forozanfar, M. H.; & Karimi, A. Perceived Barriers and Self-efficacy: Impact on Self-care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Hayat)*. 2010; 15 (4): 69-78.
 37. Mohammad-Alizadeh-Charandabi S., Mirghafourvand M., Tavananezhad N. & Karkhaneh M. Health promoting lifestyles and self-efficacy in adolescent boys. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014; 23 (109): 152-162.
 38. Bandura A. Adolescent development from an agentic perspective. *Self-efficacy beliefs of adolescents*. 2006;5(1-43).