

Assessing Health Literacy and Health Promoting Behaviors among Female Students

Neda Karimi¹, Sahrzad Saadat-Gharin², Azar Tol³, Roya Sadeghi⁴, Mehdi Yaseri⁵, Bahram Mohebbi⁶

Original Article

Abstract

Background: People with limited health literacy show a low level of health promoting behaviors. This study is performed aiming to determine relationship between health literacy status and health promoting behaviors among female high school students in Tehran, Iran, in 2018.

Methods: This descriptive-analytic study was conducted on 370 people using cluster sampling method. Data were collected through demographic and background questionnaires, Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA), and Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) and analyzed using descriptive and analytical tests in SPSS software.

Findings: The mean scores of health promotion behaviors and health literacy were 57.54 ± 11.24 (moderate) and 59.92 ± 12.87 (inadequate), respectively. The highest mean scores of health promotion behavior and health literacy dimensions were stress control (65.55) and perception (74.15) and the lowest mean scores were health responsibility (50.18) and calculation (43.69), respectively. There was a direct and significant relationship between health literacy and health promotion behaviors ($r = 0.43$, $P < 0.001$) with the study of magazines and the interest in health issues. However, the relationship between the use of the Internet and the evaluation of the health status with these dimensions was inverse and significant. There was an inverse relationship between the health promoting behaviors with educational stage ($r = -0.35$, $P < 0.001$) and age ($r = -0.31$, $P < 0.001$), and a significant relationship with the field of study ($r = 0.30$, $P < 0.001$).

Conclusion: According to the study results, it is necessary to develop curriculum for promoting these behaviors and increase the health literacy in cyberspace.

Keywords: Health behaviors; Health literacy; Student; Adolescents

Citation: Karimi N, Saadat-Gharin S, Tol A, Sadeghi R, Yaseri M, Mohebbi B. **Assessing Health Literacy and Health Promoting Behaviors among Female Students.** J Health Syst Res 2020; 16(2): 78-86.

1- Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Department of Health Education, School of Dr. Shariati Technical, Technical & Vocational University, Tehran, Iran

3- PhD, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6- Associate Professor, Cardiovascular Intervention Research Center, Cardio-Oncology Research Center, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Roya Sadeghi; Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Email: sadeghir@tums.ac.ir

بررسی سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دختران دانش آموز

ندا کریمی¹، شهرزاد سعادت قرین²، آذر طل³، رؤیا صادقی⁴، مهدی یاسری⁵، بهرام محبی⁶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: افراد با سواد سلامت محدود، رفتارهای ارتقا دهنده سلامت ضعیف تری از خود نشان می دهند. پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دانش آموزان دختر مقطع دوم متوسطه شهر تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۳۷۰ نفر به روش نمونه گیری خوشه ای انجام گردید. اطلاعات به وسیله پرسش نامه دموگرافیک و زمینه ای، پرسش نامه سواد سلامت نوجوانان (Health Literacy Measure for Adolescents یا HELMA) و پرسش نامه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت (Health Promotion Lifestyle Profile-II) یا HPLP-II جمع آوری شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، $24/11 \pm 57/54$ (متوسط) و میانگین نمره سواد سلامت، $12/87 \pm 59/92$ (نه چندان کافی) بود. بیشترین میانگین نمره ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و سواد سلامت به ترتیب به حیطه های کنترل استرس ($65/55$) و درک ($74/15$) و کمترین میانگین نمره به حیطه های مسئولیت پذیری در قبال سلامت ($50/18$) و محاسبه ($43/69$) اختصاص داشت. بین سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت ارتباط مستقیم و معنی داری مشاهده گردید ($r = 0/43$ ، $P < 0/001$) و آن ها با مطالعه مجله و روزنامه و علاقه به موضوعات سلامت ارتباط مستقیم و معنی دار و با ساعات استفاده از اینترنت و ارزیابی وضعیت سلامت دارای ارتباط معکوس و معنی داری بود. بین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با پایه تحصیلی ($r = -0/35$ ، $P < 0/001$) و سن ($r = -0/31$ ، $P < 0/001$) ارتباط معکوس و با رشته تحصیلی ($r = 0/30$ ، $P < 0/001$) ارتباط معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، لزوم تدوین برنامه های مدون آموزشی جهت ارتقای این دسته از رفتارها و افزایش سواد سلامت در فضای مجازی ضروری می نماید.

واژه های کلیدی: رفتارهای سلامتی؛ سواد سلامت؛ دانش آموز؛ نوجوانان

ارجاع: کریمی ندا، سعادت قرین شهرزاد، طل آذر، صادقی رؤیا، یاسری مهدی، محبی بهرام. بررسی سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دختران دانش آموز. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۶ (۲): ۸۶-۷۸

تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۴/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۲/۲۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۲۴

امروزه نقش فرد در مدیریت سلامت خود به عنوان یک عامل اصلی و محوری مورد تأکید قرار گرفته است. واژه هایی همچون مرکزیت قرار دادن بیمار، سبک زندگی، اعمال بیمار و توانمندسازی، همگی بر این موضوع که فرد نقش حیاتی تری در حفظ و ارتقای سلامتی خود نسبت به ارائه دهندگان خدمات سلامت دارد، تأکید می ورزند (۵).

نتایج پژوهش های پیشین نشان می دهد که افراد با سطح سواد سلامت پایین تر، هزینه های پزشکی بیشتری متحمل می شوند (۶). متخصصان بر این باور هستند که سواد سلامت از طریق دانش بیماری، رفتار سلامتی و استفاده از خدمات پیشگیرانه، بر وضعیت سلامت افراد و استفاده آنان از خدمات سلامت تأثیر می گذارد (۷) و از این جهت، سواد سلامت با رفتارهای ارتقا دهنده سلامت

مقدمه

از نظر سازمان بهداشت جهانی و در واژه نامه ارتقای سلامت، سواد سلامت مهارت های شناختی-اجتماعی افراد است که سبب انگیزه و قابلیت آن ها در کسب، درک و استفاده از اطلاعات می شود؛ به نحوی که موجب حفظ و ارتقای سلامت آنان می گردد (۱). سواد سلامت شامل مجموعه ای از مهارت های خواندن، شنیدن، درک، تجزیه و تحلیل، ارزیابی، تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیت های سلامت است (۲). سواد سلامت، کلید تعیین کننده سلامت در یک جامعه می باشد. بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در اثر سواد سلامت ناکافی است (۳). سواد سلامت تنها به خواندن و نوشتن محدود نمی شود و شامل مهارت های تعاملی و انتقادی نیز می باشد (۴).

- ۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده فنی دکن شریعتی، دانشگاه فنی و حرفه ای، تهران، ایران
- ۳- دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۴- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۵- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۶- دانشیار، مرکز تحقیقات مداخلات قلبی و عروقی، مرکز تحقیقات کاردیوآنکولوژی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Email: sadeghir@tums.ac.ir

ارتباط دارد (۸). رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، شیوه‌هایی است که مردم می‌توانند سلامت خود را کنترل و حفظ کنند (۹).

امروزه سواد سلامت در نوجوانان اهمیت خاصی دارد؛ چرا که افراد با سطح بالای سواد سلامت، نسبت به دیگران، بهره بیشتری از پیامدهای بهداشتی می‌برند و علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در نوجوانان نیز از عوامل عفونی به عوامل رفتاری تغییر کرده است و در ایران نیز شواهد حاکی از روند صعودی بیماری‌های مزمن در میان نوجوانان است (۱۰) و از آنجایی که نتایج مطالعات پیشین نشان داده است که علت بسیاری از بیماری‌های مزمن، سبک زندگی و رفتارهای انسان می‌باشد، انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، یکی از بهترین راه‌ها جهت حفظ و ارتقای سلامتی است (۱۱). همچنین، نوجوانان سالم نقش مهمی در توسعه جوامع ایفا می‌کنند و عوامل خطرزا و رفتارهای ناسالم بهداشتی در دوره نوجوانی، ممکن است آنان را در ادامه زندگی آینده با مشکلات طولانی درگیر کند که این مشکلات نیز گاهی تا سنین بزرگسالی و حتی سالمندی با نوجوانان باقی می‌ماند و می‌تواند آینده نوجوانان و کشور را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲).

از آن‌جا که رفتارهای سلامتی تحت تأثیر هنجارهای اجتماعی- فرهنگی، رسانه‌های جمعی، سیاست‌های ملی سلامتی، عملکردهای تبلیغاتی و محیط‌های فیزیکی و اجتماعی قرار دارد و همچنین، زیست بوم‌های متنوع و گوناگونی وضعیت فرهنگی- اجتماعی در کشور از یک سو و وضعیت متفاوت شاخص‌های سلامت در مناطق مختلف از سوی دیگر، ایجاب می‌کند که نیازهای حوزه سلامت به صورت محلی و منطقه‌ای و در گروه‌های مختلف سنی و جنسی مورد بررسی قرار گیرد و بر اساس آن، برنامه‌ریزی‌های بهداشتی، تخصیص منابع، بودجه و اولویت‌های پژوهشی تعیین شود (۱۳).

با توجه به روشن شدن اهمیت پیشگیری نسبت به درمان، سیستم درمان به سوی حفظ و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها حرکت کرده است و در این راستا، پرسنل بهداشت در سطح مدارس می‌توانند نقش مهمی در آموزش رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و تغییر رفتارهای ناسالم بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها در دوران نوجوانی و بزرگسالی و ارتقای سلامت نوجوانان ایفا نمایند و لازمه دستیابی به این هدف، تعیین نوع رفتارهای بهداشتی نوجوانان در مؤلفه‌های مختلف از طریق بررسی آن رفتارها می‌باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دختران دانش‌آموز شهر تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد تا شاید بتواند گام کوچکی در تعیین نیازهای آموزشی نوجوانان طی بررسی سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی بردارد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به منظور تعیین سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دانش‌آموزان دختر مدارس مقطع دوم متوسطه شهر تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها، با ارایه معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی تهران و کسب مجوز از اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران، پس از انتخاب سه منطقه ۱۰، ۱۱ و ۱۷ به صورت تصادفی، نسبت به نمونه‌گیری اقدام شد. در تحقیق حاضر، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. بدین صورت که ناحیه‌های آموزش و پرورش (سه ناحیه) به صورت طبقه در نظر گرفته شدند و مدارس تحت پوشش آن‌ها به صورت خوشه تقسیم شدند. سپس از هر طبقه بر اساس تعداد دانش‌آموزان تحت

پوشش، دو خوشه به تصادف انتخاب گردید. تعداد افراد انتخاب شده از خوشه‌های منتخب متناسب با تعداد دانش‌آموزان در نظر گرفته شد. بدین ترتیب، از هر منطقه دو مدرسه انتخاب گردید و با مراجعه به مدارس، از هر مدرسه ۲ کلاس مورد بررسی قرار گرفت و اعضای کلاس به شکل سرشماری در پژوهش شرکت نمودند. بدین ترتیب، در مجموع ۶ مدرسه و ۱۲ کلاس بررسی گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تحصیل در دبیرستان‌های شهر تهران، رده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و تمایل دانش‌آموزان برای شرکت در تحقیق بود. عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. در این مرحله، با مراجعه به مدارس و پس از معرفی خود و با هماهنگی مدیران و معاونان، با مراجعه به کلاس‌ها ابتدا اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات دریافتی برای دانش‌آموزان بیان گردید و پس از جلب مشارکت آن‌ها، پرسش‌نامه‌ها در اختیارشان قرار گرفت. پس از دریافت رضایت‌نامه آگاهانه، دانش‌آموزان پرسش‌نامه‌ها را به صورت خودایفا تکمیل کردند.

مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1397.052 در دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفت.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه کنبی دارای سه بخش شامل سؤالات مربوط به اطلاعات زمینه‌ای و دموگرافیک، سؤالات سواد سلامت و سؤالات رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بود. سؤالات دموگرافیک و زمینه‌ای متشکل از ۱۷ سؤال در مورد مشخصات فردی (سن، پایه و رشته تحصیلی، قد، وزن، تحصیلات و شغل پدر و مادر، اولین منبع اطلاعات سلامت، ارزیابی وضعیت سلامت و میزان استفاده از رسانه‌ها) بود. شاخص توده بدنی (Body mass index یا BMI) با استفاده از قد و وزن محاسبه گردید و شرکت‌کنندگان به چهار گروه لاغر، طبیعی، دارای اضافه وزن و چاق تقسیم‌بندی شدند. داده‌های سواد سلامت از طریق پرسش‌نامه استاندارد سواد سلامت نوجوانان (Health Literacy Measure for Adolescents یا HELMA) به دست آمد. این پرسش‌نامه توسط قنبری و همکاران طراحی و روان‌سنجی شده است (۴). پرسش‌نامه سواد سلامت به صورت خودایفا میزان توانایی و مهارت فرد را برای انجام یک اقدام خاص در برخورد با اطلاعات سلامت می‌سنجد و شامل ۴۴ عبارت در هشت حیطه دسترسی (۵ عبارت) خواندن (۵ عبارت) درک (۱۰ عبارت)، ارزیابی (۵ عبارت)، استفاده (۴ عبارت)، ارتباط (۸ عبارت)، خودکارآمدی (۴ عبارت) و محاسبه (۳ عبارت) است که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای هرگز (۱ امتیاز)، به ندرت (۲ امتیاز)، بعضی اوقات (۳ امتیاز)، بیشتر اوقات (۴ امتیاز) و همیشه (۵ امتیاز) رتبه‌بندی می‌شود. بر اساس نقاط برش ۵۰، ۶۶ و ۸۴، سواد سلامت دانش‌آموزان نوجوان در چهار سطح ناکافی (صفر تا ۵۰)، نه چندان کافی (۶۶-۵۰/۰۱)، مطلوب (۶۶-۸۴/۰۱) و عالی (۸۴/۰۱-۱۰۰) رتبه‌بندی می‌شود (۴).

پرسش‌نامه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت (HPLP-II) یا Health Promotion Lifestyle Profile-II (۱۴) اقتباس شده که توسط محمدیان زیدی و همکاران (۱۵) به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن محاسبه شده است. این پرسش‌نامه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را در چهار بعد اندازه‌گیری می‌کند که شامل ۳۴ عبارت تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با ۹ سؤال)، فعالیت بدنی (تعقیب الگوی ورزشی منظم با ۸ سؤال)، مسؤولیت‌پذیری بهداشتی (۹ سؤال) و مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس با ۸ سؤال) می‌باشد و در طیف لیکرت چهار درجه‌ای هرگز (۱ امتیاز)، گاهی اوقات (۲

می‌کردند (جدول ۱). ۳/۶ درصد از دانش‌آموزان اصلاً روزنامه یا مجله نمی‌خوانند و بیشترین استفاده از رسانه‌ها مربوط به استفاده از اینترنت بود (جدول ۲).

جدول ۱. توزیع فراوانی عوامل مرتبط با سلامت در افراد مورد بررسی

سؤالات	طبقه‌بندی	تعداد (درصد)
چند روز در هفته روزنامه یا مجله می‌خوانید؟	اصلاً	۲۲۳ (۶۰/۳)
	کمتر از یک بار	۸۶ (۲۳/۲)
	۱-۲	۳۵ (۹/۵)
	۲-۵	۹ (۲/۴)
	هر روز	۱۷ (۴/۶)
چقدر به یادگیری موضوعات مرتبط به سلامت علاقمندی؟	هیچ	۵۰ (۱۳/۵)
	کم	۵۰ (۱۳/۵)
	تا حدودی	۱۴۸ (۴۰/۰)
	زیاد	۷۸ (۲۱/۱)
	بسیار زیاد	۴۴ (۱۱/۹)
در حال حاضر وضعیت سلامت خود را به طور کلی چگونه ارزیابی می‌کنید؟	خیلی خوب	۹۴ (۲۵/۴)
	خوب	۱۷۸ (۴۸/۱)
	متوسط	۸۶ (۲۳/۲)
	بد	۱۱ (۳/۰)
	بسیار بد	۱ (۰/۳)
اگر سؤال مهمی در زمینه سلامت یا بیماری داشته باشید، برای دریافت پاسخ ابتدا به چه کسی یا کجا مراجعه می‌کنید؟	معلم	۱ (۰/۳)
	والدین	۲۱۰ (۵۷/۱)
	پزشک	۴۳ (۱۱/۴)
	کارکنان بهداشتی	۷ (۱/۹)
	دیگران	۱۰۵ (۲۸/۱)
	اینترنت	۴ (۱/۱)
	کتاب	۱ (۰/۳)

بین سواد سلامت با علاقه به موضوعات سلامت ($t = 0/28, P < 0/001$)، میزان مطالعه مجله و روزنامه ($t = 0/17, P < 0/001$) و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت ($t = 0/43, P < 0/001$) ارتباط مستقیم و معنی‌داری مشاهده شد. همچنین، ارتباط معکوس و معنی‌داری بین نمره سواد سلامت با ارزیابی وضعیت سلامت ($t = -0/17, P = 0/001$)، استفاده از اینترنت در یک روز مدرسه ($t = -0/14, P = 0/006$) و در یک روز تعطیل ($t = -0/15, P = 0/003$) وجود داشت.

جدول ۲. میانگین استفاده از وسایل ارتباط جمعی در شرکت‌کنندگان

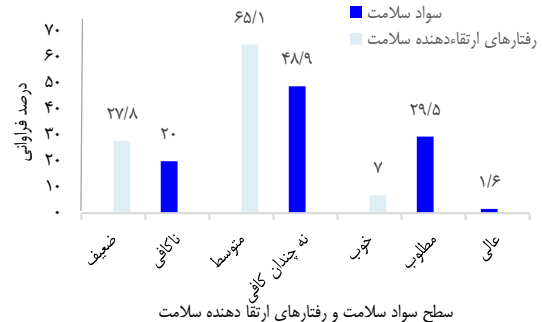
سؤالات	میانگین \pm انحراف معیار	کمینه	بیشینه
در یک روز مدرسه چند ساعت تلویزیون تماشا می‌کنید؟	$1/81 \pm 1/29$	۰	۷
در یک روز تعطیل چند ساعت تلویزیون تماشا می‌کنید؟	$2/94 \pm 2/02$	۰	۱۲
در روزهای مدرسه چند ساعت در روز برای کارهای شخصی از اینترنت استفاده می‌کنید؟	$2/55 \pm 2/15$	۰	۱۲
در یک روز تعطیل چند ساعت در روز از اینترنت استفاده می‌کنید؟ (به جزء برای کارهای درسی)	$2/85 \pm 2/15$	۰	۱۴
چند ساعت در روز برنامه‌های رادیو را گوش می‌کنید؟	$0/04 \pm 0/22$	۰	۲

امتیاز، اغلب (۳ امتیاز) و همیشه (۴ امتیاز) رتبه‌بندی می‌شود که برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است. نمره خام بر اساس میانگین امتیاز کسب شده در هر بعد و در کل ابعاد می‌باشد. بدین ترتیب، نمره استاندارد به دست آمده از صفر تا ۱۰۰ متغیر خواهد بود. امتیازات بالاتر نشان دهنده این است که دختران نوجوان از سبک زندگی مروج سلامت مطلوب‌تری برخوردار می‌باشند. نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و نمره ابعاد رفتاری با استفاده از میانگین پاسخ‌ها برای کل سؤالات و برای هر زیرشاخه محاسبه و نتیجه در سه سطح ضعیف (صفر تا ۵۰)، متوسط (۵۰-۷۵) و خوب (۷۵-۱۰۰) ارزیابی می‌شود.

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه)، آزمون‌های ANOVA و ضریب همبستگی Spearman در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ (version 25, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۳۷۰ دانش‌آموز دختر مقطع دوم متوسطه انجام شد. بیشتر دانش‌آموزان مورد بررسی دارای سواد سلامت نه چندان کافی و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در سطح متوسط بودند (شکل ۱).



شکل ۱. درصد فراوانی سطح سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در افراد مورد بررسی

یافته‌ها نشان داد که تنها ۱۱/۹ درصد از دانش‌آموزان علاقه بسیار زیادی به یادگیری موضوعات سلامت داشتند. ۵۷/۱ درصد از آن‌ها اگر سؤال مهمی در زمینه سلامت یا بیماری داشته باشند، برای دریافت پاسخ ابتدا به والدین خود مراجعه می‌کردند؛ در حالی که فقط ۰/۳ درصد از آن‌ها به کتاب یا معلم مراجعه

میانگین نمره سواد سلامت را کسانی که کمتر از دو ساعت از اینترنت در یک روز مدرسه و یک روز تعطیل استفاده می کردند، کسب کردند و کمترین میانگین نمره سواد سلامت مربوط به کسانی بود که بیشتر از ۶ ساعت در یک روز مدرسه و یک روز تعطیل از اینترنت استفاده می کردند. بالاترین میانگین نمره سواد سلامت در ارزیابی وضعیت سلامت، به پاسخ خیلی بد (فقط یک نفر) و پس از آن، به پاسخ خیلی خوب اختصاص یافت. کمترین میانگین نمره سواد سلامت نیز مربوط به پاسخ مطلوب بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تفاوت معنی داری بین سطوح مختلف رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و نمره سواد سلامت وجود دارد ($P < 0.001$) و هرچه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بیشتر می شود، میانگین نمره سواد سلامت افزایش می یابد (جدول ۳).

از میان متغیرهای دموگرافیک، بین سطوح پایه تحصیلی ($F = 4/449$ ، $P = 0/012$) و نمره سواد سلامت تفاوت معنی داری مشاهده گردید. علاوه بر این، تفاوت معنی داری بین سطوح مختلف متغیرهای علاقه به موضوعات سلامت ($F = 10/812$ ، $P < 0/001$)، ارزیابی وضعیت سلامت ($F = 4/110$ ، $P = 0/003$)، میزان مطالعه مجله و روزنامه ($F = 3/391$ ، $P = 0/010$)، ساعات استفاده از اینترنت در یک روز مدرسه ($F = 3/411$ ، $P = 0/018$) و در یک روز تعطیل ($F = 4/312$ ، $P = 0/005$) با نمره سواد سلامت یافت شد.

بالاترین میانگین نمره سواد سلامت در میزان علاقه به موضوعات سلامت مربوط به پاسخ خیلی زیاد و کمترین میانگین مربوط به پاسخ تقریباً هیچ و بالاترین میانگین نمره سواد سلامت در میزان مطالعه مجله و روزنامه مربوط به پاسخ ۱ تا ۲ روز در هفته و کمترین آن مربوط به پاسخ هرگز بود. بالاترین

جدول ۳. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و سواد سلامت به تفکیک مشخصات زمینه‌ای در افراد مورد بررسی

مشخصات فردی	طبقه‌بندی	تعداد (درصد)	رفتارهای ارتقا دهنده سلامت			نمره سواد سلامت				
			میانگین \pm انحراف معیار	کمینه	بیشینه	میانگین \pm انحراف معیار	کمینه	بیشینه		
سن (سال)	۱۵	۶۰ (۱۶/۲)	۶۱/۲۶ \pm ۱۰/۴۷	۴۲/۱۰	۹۵/۵۷	۱۱/۱۶۰	۶۲/۱۴ \pm ۱۳/۰۵	۳۱/۹۸	۹۷/۵	۱/۹۶۰
	۱۶	۱۷۳ (۴۶/۸)	۵۹/۶۲ \pm ۱۱/۰۹	۳۶/۱۱	۹۲/۷۱	۳۶/۱۱	۶۰/۷۴ \pm ۱۲/۱۸	۳۱/۲۴	۹۳/۲۸	۱/۹۶۰
	۱۷	۱۱۷ (۳۱/۶)	۵۳/۲۰ \pm ۱۰/۲۸	۳۱/۲۵	۸۶/۰۲	۳۱/۲۵	۵۷/۸۱ \pm ۱۳/۷۶	۱۶/۰۰	۹۰/۳۳	۰/۱۲۰
پایه تحصیلی	دهم	۲۱۲ (۵۷/۳)	۶۰/۴۵ \pm ۱۰/۷۱	۳۶/۱۱	۹۵/۵۷	۱۹/۱۳۰	۶۱/۰۹ \pm ۱۲/۲۳	۳۱/۲۴	۹۷/۵	۴/۴۵۰
	یازدهم	۳۲ (۸/۶)	۵۵/۹۳ \pm ۹/۵۸	۳۶/۸۹	۷۴/۰۵	۳۶/۸۹	۶۲/۷۵ \pm ۱۲/۱۲	۳۸/۲۷	۸۵/۶۹	۴/۴۵۰
	دوازدهم	۱۳۶ (۳۴/۱)	۵۳/۰۶ \pm ۱۱/۰۱	۳۱/۲۵	۸۷/۸۵	۳۱/۲۵	۵۷/۲۴ \pm ۱۳/۷۲	۱۶/۰۰	۹۰/۳۳	۰/۱۰۰
تحصیلات پدر	کم‌سواد	۱۸ (۴/۹)	۵۵/۰۴ \pm ۹/۲۸	۴۳/۵۸	۷۵/۷۸	۰/۹۱۰	۵۷/۶۳ \pm ۱۴/۵۸	۲۸/۹۷	۸۱/۴۷	۱/۲۲۰
	زیر دیپلم	۸۹ (۲۴/۱)	۵۷/۷۹ \pm ۱۱/۲۰	۳۶/۳۷	۸۸/۸۹	۳۶/۳۷	۵۸/۱۰ \pm ۱۳/۳۱	۲۴/۸۲	۹۰/۳۳	۰/۳۰۰
	دیپلم	۱۷۷ (۴۷/۸)	۵۸/۲۷ \pm ۱۱/۷۷	۳۱/۲۵	۹۵/۵۷	۳۱/۲۵	۶۱/۰۲ \pm ۱۲/۵۵	۲۱/۸۴	۹۷/۵	۰/۳۰۰
شغل پدر	دانشگاهی	۸۶ (۲۳/۲)	۵۶/۳۰ \pm ۱۰/۵۰	۳۹/۹۳	۸۷/۷۶	۳۹/۹۳	۶۰/۰۳ \pm ۱۲/۶۴	۱۶/۰۰	۸۴/۰۸	۰/۹۷۰
	شاغل	۳۲۵ (۸۷/۸)	۵۷/۵۲ \pm ۱۱/۲۸	۳۱/۲۵	۹۵/۵۷	۳۱/۲۵	۶۰/۰۹ \pm ۱۲/۹۴	۱۶/۰۰	۹۷/۵۰	۰/۹۷۰
	بیکار	۱۰ (۲/۷)	۶۰/۹۹ \pm ۱۲/۰۱	۴۴/۷۰	۸۶/۰۲	۴۴/۷۰	۶۳/۰۶ \pm ۱۸/۷۰	۲۹/۷۸	۹۰/۳۳	۰/۳۸۰
تحصیلات مادر	بازنشسته	۳۵ (۹/۵)	۵۶/۷۸ \pm ۱۰/۷۸	۳۸/۱۱	۸۲/۲۹	۳۸/۱۱	۵۷/۴۵ \pm ۹/۹۲	۳۶/۱۳	۷۷/۹۸	۰/۳۸۰
	کم‌سواد	۲۰ (۵/۴)	۵۹/۱۱ \pm ۱۵/۱۶	۳۶/۸۹	۸۸/۸۹	۳۶/۸۹	۶۰/۲۳ \pm ۱۴/۸۷	۳۴/۸۱	۸۲/۳۶	۰/۳۳۰
	زیر دیپلم	۸۳ (۲۲/۴)	۵۶/۷۳ \pm ۱۰/۸۴	۳۶/۲۰	۸۱/۶۸	۳۶/۲۰	۵۸/۷۷ \pm ۱۱/۷۱	۲۴/۸۲	۸۲/۶۲	۰/۳۳۰
شغل مادر	دیپلم	۱۹۸ (۵۳/۵)	۵۷/۸۶ \pm ۱۱/۰۲	۳۱/۲۵	۹۵/۵۷	۳۱/۲۵	۶۰/۰۸ \pm ۱۳/۶۰	۱۶/۰۰	۹۷/۵	۰/۸۰۰
	دانشگاهی	۶۹ (۱۸/۶)	۵۷/۱۳ \pm ۱۱/۲۲	۳۶/۱۱	۸۷/۷۶	۳۶/۱۱	۶۰/۷۶ \pm ۱۱/۵۶	۳۱/۲۴	۸۴/۰۸	۰/۸۵۰
	شاغل	۸۶ (۲۳/۲)	۵۷/۲۹ \pm ۱۲/۰۹	۳۱/۲۵	۹۲/۷۱	۳۱/۲۵	۵۸/۸۰ \pm ۱۲/۷۸	۲۹/۷۸	۸۴/۰۸	۰/۸۵۰
BMI (کیلوگرم بر مترمربع)	< ۱۸/۵	۸۲ (۲۲/۲)	۵۸/۰۵ \pm ۹/۹۶	۳۷/۴۱	۸۴/۵۵	۳۷/۴۱	۵۸/۲۷ \pm ۱۲/۲۱	۲۱/۸۴	۸۲/۳۶	۰/۳۵۰
	۱۸/۵ - ۲۴/۹	۲۱۷ (۵۸/۶)	۵۷/۱۷ \pm ۱۱/۹۰	۳۱/۲۵	۹۵/۵۷	۳۱/۲۵	۶۰/۰۸ \pm ۱۳/۳۳	۲۴/۸۲	۹۷/۵	۰/۷۵۰
	۲۵ - ۲۹/۹	۵۹ (۱۵/۹)	۵۸/۹۳ \pm ۱۰/۸۱	۳۶/۱۱	۸۷/۸۵	۳۶/۱۱	۶۰/۸۵ \pm ۱۲/۴۸	۱۶/۰۰	۹۰/۳۳	۰/۵۲۰
رفتارهای ارتقا دهنده سلامت	ضعیف	۱۰۳ (۲۷/۸)	-	-	-	-	۶۳/۱۱ \pm ۱۰/۵۷	۴۴/۱۹	۷۵/۸۹	۰/۵۲۰
	متوسط	۲۴۱ (۶۵/۱)	-	-	-	-	۵۱/۶۶ \pm ۱۲/۶۲	۳۱/۲۴	۷۹/۹۶	۰۲/۳۸۰
	خوب	۲۶ (۷/۰)	-	-	-	-	۶۱/۸۶ \pm ۱۰/۹۱	۳۱/۲۴	۹۳/۲۸	۰/۰۰۱
سواد سلامت	ناکافی	۷۴ (۲۰/۰)	۴۸/۶۱ \pm ۷/۲۹	۳۱/۲۵	۶۷/۶۲	۳۱/۲۵	۷۴/۶۴ \pm ۱۰/۳۴	۵۱/۷۱	۹۷/۵۰	-
	نه چندان کافی	۱۸۱ (۴۸/۹)	۵۶/۶۰ \pm ۸/۹۱	۳۶/۱۱	۸۲/۲۹	۳۶/۱۱	-	-	-	-
	مطلوب	۱۰۹ (۲۹/۵)	۶۳/۹۵ \pm ۱۱/۳۷	۳۸/۱۱	۹۳/۷۱	۳۸/۱۱	-	-	-	-
سواد سلامت	عالی	۶ (۱/۶)	۷۹/۷۱ \pm ۱۳/۹۷	۶۰/۲۴	۹۵/۵۷	۶۰/۲۴	-	-	-	-

BMI: Body mass index

سلامت نشان داد که بیشترین میانگین نمره مربوط به حیطه درک و کمترین میانگین نمره مربوط به حیطه‌های محاسبه و استفاده بود (جدول ۴).
میانگین نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دانش‌آموزان $57/54 \pm 24/11$ از ۱۰۰ به دست آمد و تنها ۷ درصد از آن‌ها رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را در حد عالی دارا بودند. نتایج حاصل از بررسی ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت نشان داد که بیشترین و کمترین میانگین نمره مربوط به حیطه کنترل استرس و مسؤولیت‌پذیری در قبال سلامت بود (جدول ۵).

بحث

در تحقیق حاضر، سواد سلامت با هشت بعد «خودکارآمدی، دسترسی، خواندن، درک، ارزیابی، استفاده، ارتباط و محاسبه» و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت از چهار جنبه «تغذیه، فعالیت بدنی، مدیریت استرس و مسؤولیت در قبال سلامت» مورد بررسی قرار گرفت. امروزه سواد سلامت یک چالش جهانی به شمار می‌رود و از آن‌جا که نقش مهمی در تصمیم‌گیری افراد در حیطه‌های مرتبط با سلامت دارد، به عنوان یکی از ابزارهای مهم برای ارتقای سطح سلامت جامعه و افزایش کیفیت ارایه خدمات سلامتی مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است (۱۶). با توجه به اهمیت سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در سلامت افراد و همچنین، ارتباط بین آن‌ها، پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دختران دانش‌آموز جهت شناسایی مشکلات و نیازهای آموزشی انجام شد.

اکثریت شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر از سواد سلامت محدود برخوردار بودند و میانگین نمره سواد سلامت در محدوده نه چندان کافی قرار داشت که با نتایج تحقیقات پیشین (۱۰، ۴) همخوانی داشت. همچنین، نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دانش‌آموزان در سطح متوسط بود که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (۱۷، ۸) همسو بود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، رابطه معنی‌داری بین سواد سلامت و سن در دانش‌آموزان مشاهده نشد که با یافته‌های تحقیق رحیمی و احمدیان مازنین در پرستاران (۱۸) مشابهت داشت.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با سواد سلامت ($P < 0/001$, $r = 0/43$)، رشته تحصیلی ($P < 0/001$, $r = 0/30$) و میزان مطالعه مجله و روزنامه ($P = 0/003$, $r = 0/15$) مشاهده شد و بین پایه تحصیلی ($P < 0/001$, $r = -0/35$)، سن ($P < 0/001$, $r = -0/31$)، ارزیابی وضعیت سلامت ($P < 0/001$, $r = -0/22$)، استفاده از اینترنت در یک روز مدرسه ($P < 0/001$, $r = -0/15$) و در یک روز تعطیل ($P = 0/003$, $r = -0/15$) با رفتارهای ارتقا دهنده سلامت ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت.

در نتایج پژوهش حاضر، بین سطوح پایه تحصیلی ($F = 19/13$)، سن ($P < 0/001$, $F = 11/66$) با نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. علاوه بر این، تفاوت معنی‌داری بین سطوح مختلف متغیرهای علاقه به یادگیری موضوعات سلامت ($F = 15/98$)، ارزیابی وضعیت سلامت ($F = 7/13$)، میزان مطالعه مجله و روزنامه ($F = 5/52$)، ساعات استفاده از اینترنت در یک روز مدرسه ($F = 3/21$)، $P = 0/023$) با نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت یافت شد.

بالاترین میانگین نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در میزان علاقه به موضوعات سلامت مربوط به پاسخ خیلی زیاد و کمترین میانگین مربوط به پاسخ کم و بالاترین میانگین نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در میزان مطالعه مجله و روزنامه مربوط به پاسخ ۱ تا ۲ روز در هفته و کمترین آن مربوط به پاسخ هرگز بود. بالاترین میانگین نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را کسانی که کمتر از دو ساعت از اینترنت در یک روز مدرسه استفاده می‌کردند، کسب نمودند و کمترین میانگین نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مربوط به کسانی بود که بیشتر از ۶ ساعت در یک روز مدرسه از اینترنت استفاده می‌کردند. بیشترین و کمترین میانگین نمره سواد سلامت در ارزیابی وضعیت سلامت به ترتیب مربوط به پاسخ خیلی خوب و بد بود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره سواد سلامت $59/92 \pm 12/87$ از ۱۰۰ بود و ۶۸/۹ درصد از افراد دارای سواد سلامت محدود بودند؛ در حالی که تنها ۱/۶ درصد سواد سلامت عالی داشتند. نتایج حاصل از بررسی ابعاد سواد

جدول ۴. توزیع فراوانی و میانگین سواد سلامت و ابعاد آن در افراد مورد بررسی

ابعاد سواد سلامت	رتبه‌بندی سواد سلامت			
	ناکافی تعداد (درصد)	نه چندان کافی تعداد (درصد)	مطلوب تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)
خودکارآمدی	۱۳۰ (۳۵/۱)	۱۰۳ (۲۷/۸)	۱۰۸۷ (۲۹/۲)	۲۹ (۷/۸)
دسترسی	۱۰۰ (۲۷/۰)	۱۰۰ (۲۷/۰)	۹۸ (۲۶/۵)	۷۲ (۱۹/۵)
خواندن	۹۴ (۲۵/۴)	۶۴ (۱۷/۳)	۸۲ (۲۲/۲)	۱۳۰ (۳۵/۱)
درک	۳۴ (۹/۲)	۷۶ (۲۰/۵)	۱۳۴ (۳۶/۲)	۱۲۶ (۳۴/۱)
ارزیابی	۱۴۵ (۳۹/۲)	۱۰۷ (۲۸/۹)	۷۹ (۲۱/۴)	۳۹ (۱۰/۵)
استفاده	۲۲۰ (۵۹/۵)	۷۲ (۱۹/۵)	۵۸ (۱۵/۸)	۲۰ (۵/۴)
ارتباط	۱۰۶ (۲۸/۶)	۹۵ (۲۵/۷)	۱۱۴ (۳۰/۸)	۵۵ (۱۴/۹)
محاسبه	۲۳۹ (۶۴/۶)	۰ (۰)	۸۳ (۲۲/۴)	۴۸ (۱۳/۰)
سواد سلامت کل	۷۴ (۲۰/۰)	۱۸۱ (۴۸/۹)	۱۰۹ (۲۹/۵)	۶ (۱/۶)
خودکارآمدی	۱۳۰ (۳۵/۱)	۱۰۳ (۲۷/۸)	۱۰۸۷ (۲۹/۲)	۲۹ (۷/۸)

جدول ۵. توزیع فراوانی و میانگین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و ابعاد آن در افراد مورد بررسی

رتبه‌بندی سواد سلامت	ضعیف تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	خوب تعداد (درصد)	نمرات ابعاد سواد سلامت میانگین \pm انحراف معیار
تغذیه	۷۸ (۲۱/۱)	۲۵۱ (۶۷/۸)	۴۱ (۱۱/۱)	$60/70 \pm 12/26$
فعالیت بدنی	۱۹۱ (۵۱/۶)	۱۳۸ (۳۷/۳)	۴۱ (۱۱/۱)	$53/68 \pm 16/76$
کنترل استرس	۶۷ (۱۸/۱)	۲۱۸ (۵۸/۹)	۸۵ (۲۳/۰)	$65/55 \pm 14/24$
مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت	۲۱۶ (۵۸/۴)	۱۳۵ (۳۶/۵)	۱۹ (۵/۱)	$50/18 \pm 13/96$
رفتارهای ارتقا دهنده سلامت	۱۰۳ (۲۷/۸)	۲۴۱ (۶۵/۱)	۲۶ (۷/۰)	$57/54 \pm 11/24$

دهنده سلامت مشاهده شد که با نتایج پژوهش‌های Al-Kandari و همکاران (۲۰) و Wei و همکاران (۲۱) همخوانی داشت. می‌توان نتیجه گرفت با توجه به نزدیک شدن به کنکور، رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دانش‌آموزان کاهش می‌یابد و لازم است اولیا و مربیان مدرسه توجه بیشتری به سلامت دانش‌آموزان داشته باشند و از وارد کردن فشار اضافی جهت موفقیت آنان در کنکور بکاهند و راه‌های موفقیت دیگری پیش روی آن‌ها قرار دهند.

کمترین میانگین نمره سواد سلامت، مربوط به حیطه محاسبه بود که با یافته‌های مطالعات پیشین (۱۰، ۱) همسو می‌باشد و از عوامل آن می‌توان به ضعف دانش‌آموزان در درس ریاضی اشاره کرد؛ البته نمی‌توان این نکته را که درصد بالایی از دانش‌آموزان در این مطالعه در رشته انسانی مشغول به تحصیل بودند را نادیده گرفت، اما با توجه به نتایج مشابه در تحقیقات قبلی (۱۰، ۱)، می‌توان نتیجه گرفت که درصد بالایی از دانش‌آموزان علاقه کمتری به درس ریاضی دارند و در این زمینه دچار ضعف می‌باشند و لازم است از روش‌های نوین آموزش ریاضی که دانش‌آموز محور می‌باشد و یادگیری در عمل و فعالیت صورت می‌گیرد و برخلاف روش سنتی می‌تواند علاقه بیشتری در نوجوانان ایجاد کند و میزان یادگیری را افزایش دهد بهره برد.

بیشترین میانگین نمره سواد سلامت، به حیطه درک و پس از آن، خواندن و دسترسی اختصاص داشت که با یافته‌های پژوهش سعیدی گلوچه و همکاران (۱۰) همسو می‌باشد. با این وجود، پایین‌ترین میانگین نمره سواد سلامت پس از حیطه محاسبه، مربوط به بعد استفاده و پس از آن حیطه‌های ارزیابی و خودکارآمدی بود که نشان می‌دهد با وجود این که نوجوانان دسترسی به اطلاعات سلامت دارند و می‌توانند این اطلاعات را بخوانند و درک کنند، استفاده از این اطلاعات را نیاموخته‌اند و الگوی کمی در این زمینه دارند و به دلیل آگاهی کم، در ارزیابی و تشخیص درست از غلط اطلاعات با توجه به اطلاعات بی‌شماری که در فضای مجازی توسط افراد غیر متخصص منتشر می‌شود، با مشکل روبه‌رو هستند و توانایی استفاده از اطلاعاتی که در اختیارشان قرار می‌گیرد را ندارند.

با توجه به این که نتایج بررسی حاضر و پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که درصد بالایی از نوجوانان برای دریافت پاسخ سؤالات خود در زمینه‌های مرتبط با سلامت ابتدا به والدین خود مراجعه می‌کنند (۴)، باید لزوم برنامه‌هایی جهت افزایش سواد سلامت والدین مورد توجه قرار گیرد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کنترل استرس با وجود این که در سطح متوسطی قرار داشت، بالاترین امتیاز را در مقایسه با میانگین نمره در ابعاد تغذیه و فعالیت بدنی و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت کسب

در پژوهش حاضر، بین سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت ارتباط مستقیم و معنی‌دار بود که با نتایج مطالعات آقامولایی و همکاران (۸) و ایزدی‌راد و ضاربان در رابطه سواد سلامت و انجام رفتارهای پیشگیرانه (۶) همسو می‌باشد. همچنین، بین سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با علاقه به یادگیری موضوعات سلامت و میزان مطالعه مجله و روزنامه، ارتباط مستقیم و معنی‌داری مشاهده شد که با یافته‌های تحقیق نوروزی‌نیا و همکاران در زمینه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت (۱۹) همخوانی داشت و بین نمره سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با ارزیابی وضعیت سلامت، استفاده از اینترنت در یک روز مدرسه و در یک روز تعطیل ارتباط معکوس و معنی‌دار مشاهده گردید. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که هر چقدر افراد علاقه بیشتری به یادگیری موضوعات مرتبط با سلامت داشته باشند، به دنبال آن به منابع بیشتری مراجعه می‌کنند و مطالب بیشتری می‌آموزند و در نتیجه، سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت آنان نیز افزایش می‌یابد.

از آنجایی که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان مطالعه غیر درسی با افزایش سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در ارتباط است، لزوم توجه به راهکارهایی برای افزایش سرانه مطالعه غیر درسی در نوجوانان جهت افزایش سواد سلامت آنان و به دنبال آن، افزایش رفتارهای ارتقا دهنده سلامت حایز اهمیت است. از سوی دیگر، مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش میزان استفاده از اینترنت در یک روز مدرسه و در تعطیلات، میزان سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت کاهش می‌یابد؛ چرا که بیشتر زمانی که نوجوانان در فضای مجازی سپری می‌کنند نه برای کسب اطلاعات علمی و بهداشتی، بلکه فعالیت آنان در شبکه‌های اجتماعی می‌باشد که بخش بهداشت و سلامت، فعالیت چندانی در فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی ندارد و تلاش قابل توجهی برای به‌روز شدن نحوه انتقال اطلاعات بهداشتی و مرتبط با سلامت برای جذب مخاطبان نوجوان در ایران صورت نگرفته است و به طور قطع افزایش ساعات استفاده از اینترنت، با کاهش مطالعه همراه است که این هم مزید بر علت می‌باشد.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، هر چقدر افراد سواد سلامت کمتری داشته باشند، وضعیت سلامت خود را بهتر ارزیابی می‌کنند و رفتارهای ارتقا دهنده ضعیف‌تری دارند که امری بدیهی می‌باشد؛ چرا که آگاهی و دانش و اطلاعات سلامت آن‌ها در حیطه سلامت کافی نمی‌باشد. همچنین، به دلیل این که وضعیت خود را خوب ارزیابی می‌کنند و تجربه بیماری کمتری در این سنین دارند، رفتارهای ناسالم بیشتری از خود نشان می‌دهند. ارتباط معکوس و معنی‌داری بین سن و پایه تحصیلی با رفتارهای ارتقا

نتیجه‌گیری

با توجه به این که نتایج پژوهش حاضر نشان داد میزان مطالعه غیر درسی در سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت تأثیرگذار است و با این وجود، اقداماتی که تاکنون برای افزایش علاقه به مطالعه در نوجوانان صورت گرفته تا حدی بی‌نتیجه بوده است، لازم است نحوه آموزش به نوجوانان تغییر یابد و مطالب مرتبط با سلامت به شکلی متفاوت از شیوه سنتی آموزش، در برنامه درسی دانش‌آموزان قرار گیرد. همچنین، با وجود علاقه نوجوانان به فضای مجازی و با وجود ارتباط معکوس بین ساعات استفاده از اینترنت با سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، می‌توان تدابیری اندیشید که از علاقه نوجوانان به فضای مجازی به عنوان یک فرصت برای انتقال پیام‌های بهداشتی متناسب با سن و علایق آن‌ها در غالب ویدئوهای طنز و یا از طریق چهره‌های معروف و محبوب نوجوانان و... بهره برد. همچنین، با توجه به این که نوجوانان در حیطه‌های دسترسی و خواندن و درک سواد سلامت نمرات بالاتری کسب کردند و عمده مشکلات سواد سلامت در حیطه‌های محاسبه و استفاده و ارزیابی و خودکارآمدی بود، می‌توان نتیجه گرفت که علاوه بر انتشار پیام‌های بهداشتی، لازم است این پیام‌ها با روشی که زندگی روزمره را به تصویر بکشد، در اختیار نوجوانان قرار گیرد تا آن‌ها نحوه استفاده از این اطلاعات و رفتارهای مرتبط با سلامت مانند تغذیه و فعالیت بدنی و کنترل استرس و... را در زندگی واقعی فراگیرند تا بدین ترتیب، میزان رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در آن‌ها افزایش یابد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و طرح تحقیقاتی با شماره ۳۹۳۰۴ و کد اخلاق JR.TUMS.SPH.REC.1397.052 مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به جهت حمایت‌های مادی و معنوی سپاسگزاری می‌نمایند. همچنین، از آموزش و پرورش کل و مناطق ۱۰، ۱۱ و ۱۷، مدیران، معاونان، معلمان و دانش‌آموزان عزیزی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

کرد. در تحقیق معینی و همکاران نیز مدیریت استرس دانش‌آموزان خوب گزارش شده بود (۲۲). کمترین میانگین نمره مربوط به حیطه مسؤلیت‌پذیری در قبال سلامت بود که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی در ایران (۲۴، ۲۳) و ترکیه (۲۵) همخوانی داشت. این امر به دلیل کم بودن میانگین سنی نوجوانان مورد بررسی و تجربه کمتر آنان در مواجهه با مشکلات مرتبط با سلامت می‌باشد. میانگین نمره فعالیت بدنی نیز در رتبه دوم کمترین میانگین نمره ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت قرار داشت که نشان دهنده کمبود تحرک در نوجوانان است و با نتایج مطالعات گذشته (۱۱) مشابهت دارد و لازم است مسؤولان توجه بیشتری به سلامت دختران جامعه امروز و مادران آینده نمایند و تسهیلاتی جهت افزایش فعالیت بدنی آنان در مدرسه و خارج از آن ایجاد نمایند. وضعیت تغذیه دانش‌آموزان نیز در سطح متوسط بود که لازم است علاوه بر آموزش ارزش غذایی مواد گوناگون و اهمیت استفاده از تمام گروه‌های غذایی و لزوم رعایت اصل تنوع و تعادل در رژیم غذایی، طریقه جایگزینی مواد غذایی گران‌قیمت در گروه‌های غذایی با مواد هم‌گروه آن و با همان ارزش غذایی نیز به دانش‌آموزان و والدین آن‌ها آموزش داده شود؛ چرا که در تحقیق حاضر برخی از دانش‌آموزان مشکل نبود مواد غذایی گوناگون جهت استفاده در منزل را مطرح کرده بودند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده صرف از پرسش‌نامه و خودگزارش‌دهی بود که برای رفع این محدودیت، می‌توان با مشاهده رفتار و تکمیل هم‌زمان پرسش‌نامه از والدین، امکان بررسی دقیق رفتارها را افزایش داد. همچنین، خودارزیابی در تکمیل پرسش‌نامه به صورت خودایفا بودن ممکن است باعث شود دانش‌آموزان سواد یا رفتارهای سلامت خود را بیشتر یا کمتر از حد واقعی تخمین بزنند که از نقاط ضعف مطالعه حاضر و تحقیقات دیگر با این روش می‌باشد. از جمله نقاط قوت پژوهش حاضر، بررسی هم‌زمان سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بود. از نوآوری‌های مطالعه، بررسی ارتباط و تأثیر عوامل مرتبط با سلامت و میزان استفاده از رسانه‌ها بر سواد سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دانش‌آموزان به طور هم‌زمان بود. برای تحقیقات آینده، پیشنهاد می‌شود مداخلات آموزشی مبتنی بر سواد سلامت و ابعاد آن و بررسی اثر آن بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به عنوان پیامد نهایی بررسی گردد.

References

1. Kahtari M, Farmanbar, Kasmaei P, Omid S. The effect of the educational intervention on health literacy level in the girl students. *Journal of Health Literacy* 2017; 2(3): 187-97. [In Persian].
2. Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavassoli E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi J Med Sci* 2013; 19(104): 10-9. [In Persian].
3. Peyman N, Behzad F, Taghipour A, Esmaily H. Assessment of the effect of a health literacy educational program for health personnel on promoting self-efficacy among patients with chronic diseases. *J Health Syst Res* 2016; 12(3): 350-7.
4. Ghanbari S, Ramezankhani A, Montazeri A, Mehrabi Y. Health literacy measure for adolescents (HELMA): Development and psychometric properties. *PLoS One* 2016; 11(2): e0149202.
5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011; 155(2): 97-107.
6. Izadirad H, Zareban I. The Relationship of Health Literacy with Health status, Preventive Behaviors and Health Services Utilization in Baluchistan, Iran. *J Educ Community Health* 2015; 2(3): 43-50. [In Persian].
7. Ziaee S. Predictors of health promotion behavior of female students of Azad Islamic University, Kazerun Branch: Role of social support and health literacy. *Journal of Health Literacy* 2018; 2(4): 223-36. [In Persian].
8. Aghamolaei T, Hosseini Z, Hosseini F, Ghanbarnejad A. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in students. *Journal of Preventive Medicine* 2016; 3(2): 1-10. [In Persian].

9. Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nurs Health Sci* 2008; 10(4): 273-80.
10. Saeedy Golluche F, Jalili Z, Tavakoli R, Ghanbari S. The study of relationship between health literacy and nutritional Practice in High School Adolescents in Tehran. *Iran J Health Educ Health Promot* 2017; 5(3): 224-30.
11. Motagi M, Tavakoli N, Afsar M. Examination of the relationship between healthpromoting behaviors and family characteristics in high school girl students. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015; 13(5): 395-403. [In Persian].
12. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ. Anger in early adolescent boys and girls with health manifestations. *Nurs Res* 2002; 51(4): 229-36.
13. Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Tavananezhad N, Karkhaneh M. Health promoting lifestyles and self-efficacy in adolescent boys. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 23(109): 152-62. [In Persian].
14. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II [Report]. Omaha, Nebraska: University of Nebraska Medical Center; 1996.
15. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(1): 102-13. [In Persian].
16. Naghibi A, Chalesghar M, Kazemi A, Hosseini M. Evaluation of Health Literacy Level among 18-65 Year-Old Adults in Shahrivar, Iran. *J Health Res Commun* 2017; 3(2): 17-25. [In Persian].
17. Piri N, Garmaroudi G, Noori K, Azadbakht M, Hashemi S. Health-promoting behaviors among female students in primary and secondary high school levels in Poldokhtar in 2014. *Yafteh* 2015; 17(3): 47-56. [In Persian].
18. Rahimi A, AhmadianMajin N. Investigating health literacy level and relation to demographic factors of nurses in teaching hospitals of at west cities of Iran. *Journal of Health Literacy* 2016; 2(1): 54-61. [In Persian].
19. Norouzinia R, Aghabarari M, Kohan M, Karimi M. Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences. *J Health Promot Manag* 2013; 2(4): 39-49.
20. Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D. Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nurs Health Sci* 2008; 10(1): 43-50.
21. Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Prev Med* 2012; 17(3): 222-7.
22. Moeini B, Dashti S, Teymoori P, Kafami V, Mousali A A, Sharifi M, et al. Health-promoting behaviors among high school students in Hamadan in 2013. *Pajouhan Scietific Journal* 2015; 13(3): 49-57. [In Persian].
23. Raiyat A, Nourani N, Samiei Siboni F, Sadeghi T, Alimoradi Z. Health Improving Behaviors in Students of Qazvin Secondary Schools in 2011. *J Health* 2012; 3(3): 46-53.
24. Tabrizi Js, Khoshmaram N, Doshmangir L, Shakibazadeh E. Related Factors to Health Promoting Self-Care Behaviors among Adolescents. *Depiction of Health* 2019; 9(4): 282-91. [In Persian].
25. Peker K, Bermek G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. *J Dent Educ* 2011; 75(3): 413-20.