مقاله پژوهشی

نقش سواد سلامت مراقبان بهداشت مدارس در کیفیت زندگی آنان در مدارس مروج سلامت

نوشین حسین‌خانی[1]، بهنام طالبی[2*]

• دریافت مقاله: ۹۸/۸/۱۰ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۸/۱۱/۵ • پذیرش مقاله: ۹۸/۱۱/۶

چکیده

مقدمه: مراقبان بهداشتی در مدارس مروج سلامت، نقش تعیین کننده‌ای در اثربخشی این مدارس در ارتقاء سلامت دانش‌آموزان دارند. هدف اصلی تحقیق حاضر بررسی نقش سواد سلامت مراقبان بهداشت در کیفیت زندگی آنان در مدارس مروج سلامت نواحی آموزش و پرورش تبریز بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۸ در ۱۷۵ مدرسه مروج سلامت در شهر تبریز انجام شد. تعداد ۱۲۰ نفر از مراقبان بهداشتی مدارس مروج سلامت در نواحی پنجگانه آموزش‌وپرورش به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت پژوهشکده علوم و بهداشت جهاد دانشگاهی و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. برای تحلیل داده‌ها از مدل معادلات ساختاری استفاده گردید و داده‌ها در نرم‌افزار Smart PLS وارد شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد کیفیت زندگی و کلیه ابعاد آن شامل سلامت جسمی، عاطفی، محیط و اجتماعی بر اساس کلیه ابعاد سواد سلامت قابل پیش‌بینی بود.

بحث و نتیجه‌گیری: ارتقاء سواد سلامت مراقبان بهداشتی مدارس از طریق دوره‌های آموزش تخصصی، همایش‌ها، مسابقات علمی و بازدیدهای میدانی از مدارس موفق دنیا می‌تواند ارتقاء کیفیت زندگی آنان را به دنبال داشته باشد.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، کیفیت زندگی، ابعاد سلامت، ابعاد کیفیت زندگی، مراقبان سلامت، مدارس مروج سلامت

•ارجاع: حسین‌خانی نوشین، طالبی بهنام. نقش سواد سلامت مراقبان بهداشت مدارس در کیفیت زندگی آنان در مدارس مروج سلامت. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۸؛ ۵(۴): ۸۲-۳۶۹.

۱. کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

۲. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

*** نویسنده مسئول:** بهنام طالبی

آدرس: تبریز، اتوبان پاسداران، مجتمع دانشگاه آزاد اسلامی

تلفن: ۳۳۳۰۲۶۹۳ -۰۴۱ **Email:** btalebi1972@gmail.com

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]

[DOI: 10.22062/5.4.369]

مقدمه

سواد سلامت یک مفهوم نوظهور است و بر این عقیده استوار است که سلامت و سواد، منابع حیاتی برای زندگی روزمره هستند (۱) و به عنوان یک تعیین کننده پویا در ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی مورد توجه می‌باشد (۲). یک مفهوم پیچیده در مورد طیف گسترده‌ای از اقدامات لازم برای جلوگیری از بیماری، ترویج سلامت و دسترسی به اطلاعات و کمک‌های بهداشتی (۳)، ویژگی‌های شخصی و ارتباطی مؤثر بر توانایی فرد در دستیابی، درک و استفاده از اطلاعات در مورد خدمات بهداشتی و به عنوان یک تعیین کننده کلیدی بهداشتی و سلامتی در سطح جمعیت در نظر گرفته می‌شود که برای تصمیم‌گیری مناسب لازم است (٤). Sorensen و همکاران، ابعاد سواد سلامت را شامل دانش، انگیزه و شایستگی‌های دستیابی، درک، ارزیابی و استفاده از اطلاعات مرتبط با سلامتی در مجموعه مراقبت‌های بهداشتی، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامت دانسته‌اند (۵). سواد سلامت به عنوان مهارت‌های شناختی و اجتماعی تعریف شده است که انگیزه و توانایی افراد را برای دستیابی، درک و استفاده از اطلاعات به روش‌هایی که باعث تقویت و حفظ سلامت می‌شود؛ تعیین می‌کند (٦). سواد سلامت شامل جنبه‌های تعامل، تحول پویا، تغییر شیوه‌های اطلاعاتی افراد و ادغام جنبه‌های فناوری است (۷).

مدارس، مجموعه مناسبی برای ترویج سبک زندگی سالم و ارتقاء سلامت می‌باشند (۸،۹). طرح مدارس مروج سلامت که از حمایت روزافزونی برخوردار است (۱۰) و در برخی از مدارس هم‌اکنون در حال اجرا است به صدور بیانیه «اوتاوا» در اولین کنفرانس بین‌المللی ارتقاء سلامت (۱۱) برمی‌گردد که در سال ۱۹۸٦ شکل گرفت. این بیانیه بر تدارک محیط آموزشی امن برای دانش‌آموزان، کارکنان مدرسه و تبدیل مدرسه به محلی برای ارتقاء سلامت و اقدامات اجرایی مرتبط تأکید داشت (۱۲). در دهه هشتاد، سازمان بهداشت جهانی مفهوم مدرسه مروج سلامت را فراتر از تغییر رفتار فردی در نظر گرفت تا تغییرات ساختار سازمانی برای بهبود وضعیت بهداشتی در شش حوزه مهم شامل سیاست‌های سلامت مدرسه، محیط فیزیکی مدرسه، محیط اجتماعی مدرسه، صلاحیت‌های عملی برای زندگی سالم، خدمات و مراقبت‌های بهداشتی مدرسه و پیوند با جامعه انجام گیرد (۱۳). این سازمان مدرسه مروج سلامت را به عنوان «مدرسه‌ای که به طور مداوم ظرفیت خود را به عنوان یک محیط سالم برای زندگی، یادگیری و کار تقویت می‌کند، تعریف کرده است (۱٤) و این امکان را فراهم می‌آورد تا مدرسه به محلی مناسب برای ارتقاء سلامت تبدیل شود (۱۵). این مدارس در ایران با هدف کلی ترویج و استقرار مفاهیم ارتقاء سلامت در بین دانش‌آموزان مدارس کشور، به منزله یک نظام برای ارتقاء سلامت است که با مشارکت فعالانه اولیاء، مربیان و دانش‌آموزان و با رویکرد توانمندسازی دانش‌آموزان در زمینه مراقبت از خود و فرهنگ خود مراقبتی فعالیت می‌کنند (۱٦).

مراقبان بهداشت در مدارس مروج سلامت به عنوان مجری اصلی برنامه‌های این‌گونه مدارس، نقش تأمین کننده عدالت اجتماعی در تأمین سلامت دانش‌آموزان (۱۷،۱۸) و حفاظت از آنان در مقابل سوء استفاده و خطرات را نیز بر عهده دارند (۱۹) و به عنوان عضو اصلی گروه رهبری ترویج سلامت، در مدارس مروج سلامت از جایگاه ویژه‌ای برخوردار هستند (۲۰). مراقبان بهداشت به عنوان کارکنان اصلی

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]
[DOI: 10.22062/5.4.369]

خدمات بهداشتی مدرسه در حمایت، ارتقاء و ارزیابی سلامت دانش‌آموزان و کارکنان مدرسه کمک می‌کنند (۲۱). از بین ویژگی‌های مختلف مراقبان بهداشت، کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم چندبعدی (۲۲) و به معنای واقعیت بخشی به توان بالقوه زندگی (۲۳) مورد توجه قرار گرفته است. از سال ۱۹٤۸، هنگامی که سازمان بهداشت جهانی، سلامت را نه تنها عدم وجود بیماری و ضعف، بلکه وجود سلامت جسمی، روحی و اجتماعی تعریف کرد، موضوع کیفیت زندگی به طور پیوسته در مراقبت‌های بهداشتی اهمیت پیدا کرد (۲٤). کیفیت زندگی به معنای زندگی خوب و با کیفیت (۲۵) و رضایت فرد از تمام ابعاد زندگی تلقی می‌گردد (۲٦) و به عنوان ادراک ذهنی افراد درباره تأثیر سلامت بر روی زندگی روزانه آن‌ها در نظر گرفته شده و شامل اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایی می‌باشد که افراد به صورت ذهنی در خصوص وضعیت سلامت خود دارند (۲۷). کیفیت زندگی، ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را در برمی‌گیرد که محدود به تجارب، اعتقادات و انتظارات و ادراک فرد است (۲۸). Canam و Acorn در مطالعه خود کیفیت زندگی را با بهزیستی جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و مالی تعریف کرده‌اند (۲۹). بر اساس تحقیق Vanleerberghe و همکاران هیچ‌گونه اجماعی در تعریف کیفیت زندگی یا ساختارهای حوزه آن وجود ندارد (۳۰). با این وجود، اکثر محققان و مؤلفان توافق دارند که کیفیت زندگی چندبعدی می‌باشد (۳۲، ۲۹،۳۱). براساس تجزیه‌وتحلیل سازمان بهداشت جهانی چهار حوزه اصلی سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط از ابعاد کیفیت زندگی می‌باشند (۳۳).

بر اساس مطالعات در دسترس، تاکنون مطالعه‌ای در خصوص سواد سلامت مراقبان بهداشت مدارس در کیفیت زندگی آنان در مدارس مروج سلامت در ایران انجام نشده است. بر این اساس و با توجه به جایگاه کلیدی مراقبان بهداشت مدارس مروج سلامت در ارتقاء کارآمدی این مدارس و بهبود سلامت دانش‌آموزان، این پژوهش به دنبال بررسی اثرات سواد سلامت بر کیفیت زندگی در مراقبان بهداشتی مدارس بود.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مقطعی در بازه زمانی بهمن‌ماه سال ۱۳۹۷ تا شهریورماه سال ۱۳۹۸ در شهر تبریز انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراقبان بهداشت مدارس مروج سلامت در ۱۷۵ مدرسه و به تفکیک نواحی آموزش‌وپرورش شامل ۲۵ نفر در ناحیه یک، ۲٤ نفر ناحیه دو، ۵۵ ناحیه سه، ٤۲ نفر در ناحیه چهار و ۲۹ نفر در ناحیه پنج بودند. بر اساس جدول کرجسی و مورگان، ۱۲۰ نفر از مراقبان بهداشت از ۱۲۰ مدرسه مروج سلامت و از هر ناحیه ۲٤ نفر وارد مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای بود. از دو پرسشنامه کیفیت زندگی و سواد سلامت جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. در ابتدای پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک مراقبان بهداشتی نظیر سطح تحصیلات، سن و جنسیت پرسیده شد.

از فرم کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۹ (WHOQOL-BREF) تدوین شده بود؛ استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲٦ سؤال در چهار بعد سلامت جسمی (۷ سؤال)، سلامت روان (٦ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال)، سلامت محیط اطراف (۸

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]
[DOI: 10.22062/5.4.369]

سؤال) و یک نمره کلی جهت سنجش سلامت کلی افراد (سؤالات اول و دوم) بود. بعد سلامت جسمی شامل فعالیت‌های روزمره زندگی، وابستگی به مواد دارویی و کمک‌های پزشکی، انرژی و خستگی، تحرک، درد و ناراحتی، خواب، استراحت و ظرفیت کار می‌باشد. بعد سلامت روان شامل تصور بدنی و ظاهر، احساسات منفی، عزت‌نفس، باورهای شخصی، مذهب، تفکر، یادگیری بود. بعد روابط اجتماعی شامل روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی است. بعد سلامت محیط شامل منابع مالی، آزادی، امنیت فیزیکی و بهداشتی، مراقبت‌های اجتماعی، فرصت‌هایی برای دستیابی به اطلاعات و اوقات فراغت بود. کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی شامل جمع نمرات سؤالات اول و دوم بود. دامنه نمرات سلامت کلی بین ۲ تا ۱۰ می‌باشد. امتیازدهی به سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌تایی لیکرت بود به این صورت که امتیاز یک نشان‌دهنده پایین‌ترین میزان سلامت و امتیاز پنج نشان‌دهنده بالاترین میزان سلامت بود (۳٤). در مطالعه نجات و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه در تمامی ابعاد بالای ۰/۷ بود که حاکی از پایایی آن بود. پرسشنامه از روایی مناسب برخوردار بود و تفاوت معناداری بین افراد سالم و بیمار به دست آمد (۳٤).

برای سنجش سواد سلامت در این پژوهش از پرسشنامه سواد سلامت پژوهشکده علوم و بهداشت جهاد دانشگاهی استفاده شد. این پرسشنامه سواد سلامت را با ۳۳ سؤال در پنج بعد خواندن (٤ سؤال)، دسترسی (٦ سؤال)، فهم و درک (۷ سؤال)، ارزیابی (٤ سؤال)، تصمیم‌گیری و رفتار (۱۲ سؤال)، اندازه‌گیری می‌کند. امتیازدهی به سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌تایی لیکرت بود به این شکل که امتیاز یک نشان‌دهنده کمترین میزان برخورداری و امتیاز پنج نشان‌دهنده بالاترین میزان برخورداری از ویژگی مورد اندازه‌گیری بود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه منتظری و همکاران در همه ابعاد بالای ۰/۷۲ بود که نشان‌دهنده پایایی این ابزار بود. این مطالعه، روایی پرسشنامه را تأیید نمود (۳۵).

با توجه به این که طراحان پرسشنامه، نمره خاصی را به عنوان نقطه برش در نمره‌گذاری هر دو پرسشنامه توصیه ننموده‌اند، پژوهشگران نقطه برش و حد متوسط نمرات را به صورت ذیل تعیین نموده‌اند. در هر دو پرسشنامه، تعداد سؤالات ضربدر حد متوسط امتیاز هر سؤال (عدد ۳) نشان‌دهنده حد متوسط، ضربدر عدد ٤ نشان‌دهنده وضعیت بالاتر از متوسط، ضربدر عدد ۵ نشان‌دهنده وضعیت ممتاز، ضربدر ۲ نشان‌دهنده سطح پایین‌تر از متوسط و ضربدر ۱ نشان‌دهنده وضعیت خیلی پایین بعد مورد بررسی بود. ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت کامل آگاهانه نمونه پژوهش، رازداری و حفظ محرمانگی اطلاعات مورد توجه بود.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از مدل معادلات ساختاری استفاده گردید و داده‌ها در نرم‌افزار آماری Smart PLS3 وارد شدند. مدل معادلات ساختاری برای پیش‌بینی متغیر ملاک بر اساس متغیر پیش‌بین به کار می‌رود. نسل اول تکنیک معادلات ساختاری که با نرم‌افزارهایی مانند LISREL، AMOS و EQS اجرا می‌شدند (۳٦)، نیاز به تعداد نمونه زیاد دارند درحالی‌که نرم‌افزار PLS توان اجرای مدل با تعداد نمونه خیلی کم را دارا می‌باشد. یک مزیت مهم دیگر که محققین به آن استناد می‌کنند، امکان استفاده از مدل‌های اندازه‌گیری با یک شاخص (سؤال) در

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]
[DOI: 10.22062/5.4.369]

نرم‌افزار PLS می‌باشد. این روش به پژوهشگر این امکان را می‌دهد که بتوانند در مدل پژوهش خود از مدل‌های اندازه‌گیری با یک سؤال استفاده کنند. در استفاده از این نرم‌افزار جهت تحلیل داده‌ها، توجه به مقادیر بار عاملی گویه‌ها در اندازه‌گیری متغیر که نشان دهنده اعتبار گویه‌ها، سطح معناداری ضرایب مسیر که تعیین کننده برازش مدل و معناداری روابط بین متغیرها، مقدار ضریب مسیر که نشان دهنده شدت روابط بین متغیرها و ضریب تعیین که نشان‌دهنده میزان پیش‌بینی متغیر ملاک بر اساس متغیر پیش‌بین می‌باشد، مورد توجه قرار می‌گیرند. بر این اساس چنانچه مقادیر بار عاملی گویه‌ها بالاتر از ۰/٤ باشد، نشان دهنده اعتبار گویه‌ها در اندازه‌گیری متغیر می‌باشد و چنانچه مقادیر سطح معناداری ضرایب مسیر کمتر از ۰/۰۵ باشد، نشان دهنده معناداری رابطه متغیرها و ضریب تعیین نشان دهنده میزان پیش‌بینی متغیر ملاک بر اساس متغیر پیش‌بین می‌باشد (۳۷). برای محاسبه آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

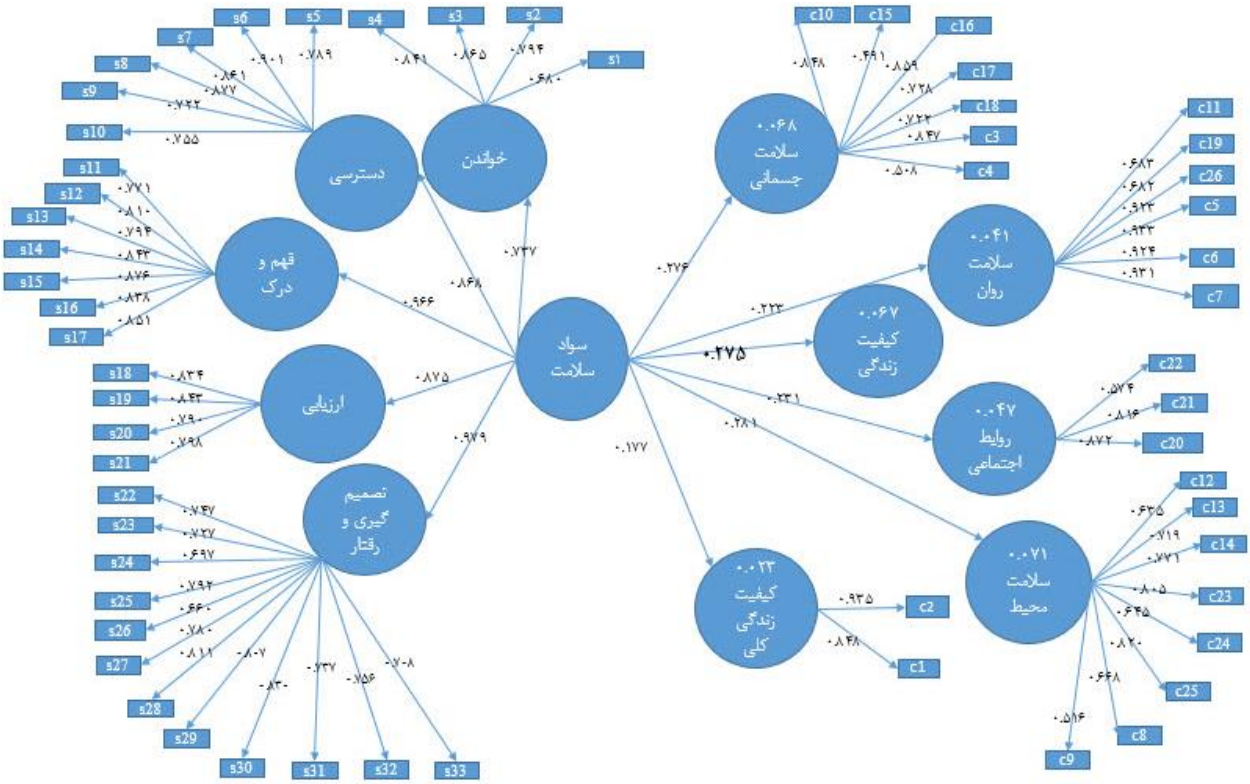
٦۰ درصد از مراقبان بهداشتی دارای تحصیلات لیسانس و ۲۲/۹ درصد دارای مدرک فوق‌لیسانس بودند. ٤۸/٦ درصد آنان در گروه سنی ٤۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند و ۳٤/۹ درصد آنان متعلق به گروه سنی ۳۰ تا ٤۰ سال بودند. ۸۸ درصد آنان زن و بقیه مرد بودند. بر اساس جدول ۱، کیفیت زندگی آنان با میانگین ۱٤/۳۷ ± ۱۰۳/٦۳ در حد بالاتر از متوسط و سواد سلامت مراقبان بهداشت با میانگین ۲۱/۳۳ ±۱٤۰/٤۷ در حد بالاتر از متوسط بود. همان‌طور که مشخص است میانگین امتیاز کیفیت زندگی و کلیه ابعاد آن و نیز میانگین امتیاز سواد سلامت و ابعاد آن در مراقبان بهداشتی مورد مطالعه، بالاتر از متوسط بود. از میان ابعاد کیفیت زندگی، سلامت محیط دارای بیشترین امتیاز و سلامت کلی دارای کمترین امتیاز بودند. از میان ابعاد سواد سلامت، بیشترین امتیاز مربوط به تصمیم‌گیری و رفتار و کمترین امتیاز مربوط به خواندن بود.

جدول ۱: میانگین امتیاز کیفیت زندگی و سواد سلامت و ابعاد آن در مراقبان بهداشتی مورد بررسی

متغیرها		آماره توصیفی	انحراف معیار ± میانگین	متغیرها	آماره توصیفی	انحراف معیار ± میانگین
کیفیت زندگی		سلامت جسمانی	۲۷/۹۷ ± ۴/۲۱	سواد سلامت	خواندن	۱۶/۳۴ ± ۳/۱۱
		سلامت روان	۲۴/۲۵ ± ۳/۸۷		دسترسی	۲۵/۷۳ ± ۴/۳۱
		روابط اجتماعی	۱۱/۷۵ ± ۱/۸۸		فهم و درک	۳۰/۲۸ ± ۵/۱
		سلامت محیط	۳۱/۵۴ ± ۴/۶۷		ارزیابی	۱۶/۷۵ ± ۲/۹۲
		سلامت کلی	۸/۱۵ ± ۱/۲۵		تصمیم‌گیری و رفتار	۵۱/۳۵ ± ۷/۹۹
		میانگین امتیاز کل	۱۰۳/۶۳ ± ۱۴/۳۷		میانگین امتیاز کل	۱۴۰/۴۷ ± ۲۱/۳۳

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]
[DOI: 10.22062/5.4.369]

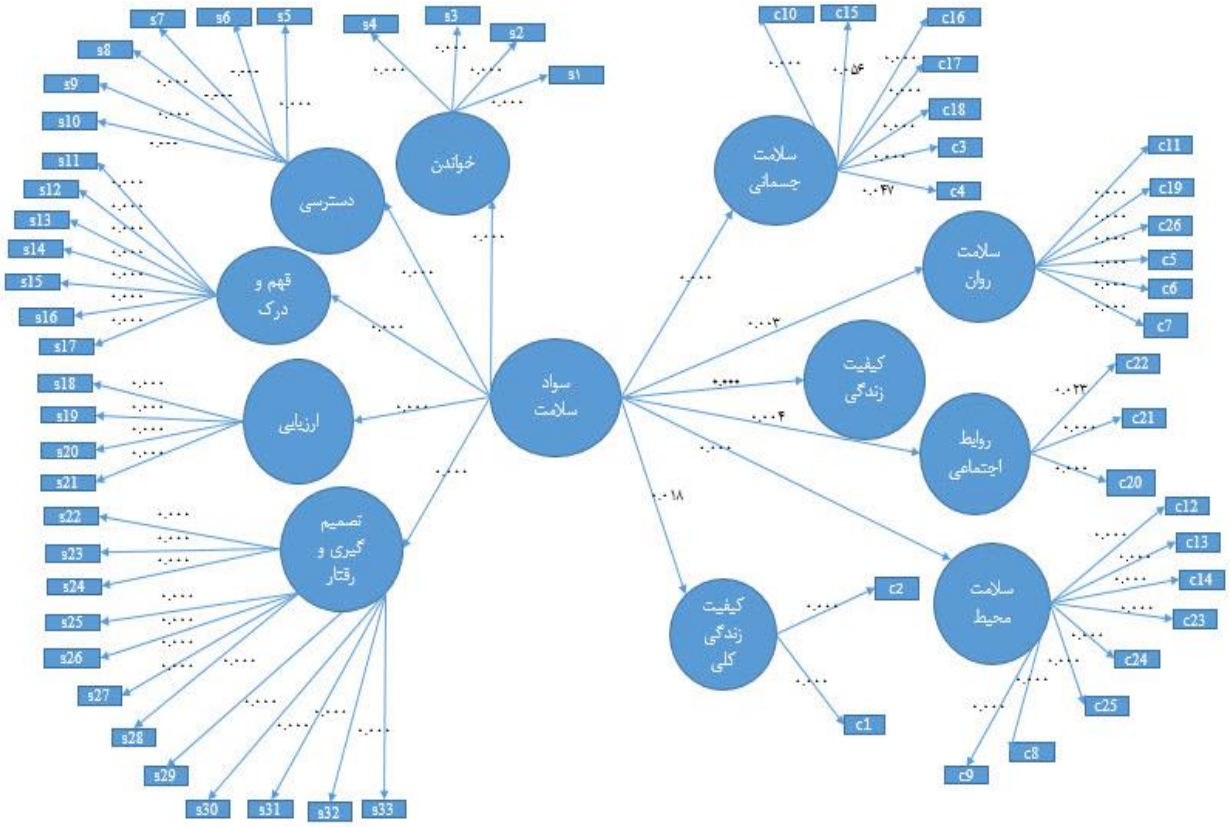
در اعتبارسنجی گویه‌های پرسشنامه‌ها با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، چنانچه بار عاملی هر یک از گویه‌ها بالاتر از ۰/٤ باشد، آن گویه از اعتبار قابل قبولی در اندازه‌گیری سازه مورد اندازه‌گیری برخوردار است. بر اساس داده‌های شکل ۱، بار عاملی همه گویه‌ها در ارتباط با سازه‌هایشان بالاتر از ۰/٤ بود و نشان‌دهنده اعتبار هریک از گویه‌ها در اندازه‌گیری متغیر یا سازه مورد اندازه‌گیری می‌باشد و بر این اساس همه گویه‌های پرسشنامه حفظ شدند و نیاز به حذف گویه‌ای نبود. در بررسی ضرایب استاندارد مسیر اثر مستقیم سواد سلامت بر کیفیت زندگی و ابعاد آن، ضریب مسیر سواد سلامت و کیفیت زندگی ۰/۲۷، ارتباط سواد سلامت و سلامت اجتماعی ۰/۲۷، ارتباط سواد سلامت و سلامت روان ۰/۲۲، ارتباط سواد سلامت و روابط اجتماعی ۰/۲۳، ارتباط سواد سلامت و سلامت محیط ۰/۲۸، ارتباط سواد سلامت و کیفیت کلی زندگی ۰/۱۷ و سطح معناداری در همه مسیرها کمتر از ۰/۰۵ بود. با توجه به این که سطح معناداری مسیرها پایین‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بین سواد سلامت و کیفیت زندگی و ابعاد آن در مراقبان بهداشت رابطه وجود داشت. بر این اساس، همبستگی معنادار مستقیم و ضعیفی بین همه متغیرهای پیش‌بین (سواد سلامت و ابعاد آن) با همه متغیرهای ملاک (کیفیت زندگی و ابعاد آن) وجود داشت. ضرایب استاندارد و سطح معناداری آن، رابطه متغیر پیش‌بین با متغیر ملاک را نشان داد و مقادیر سطح معناداری نشان‌دهنده میزان خطای پذیرفته شده در سطح ۹۵ درصد اطمینان بود. بر این اساس می‌توان گفت متغیرهای پیش‌بین سواد سلامت و همه ابعاد آن بر متغیر کیفیت زندگی و همه ابعاد آن در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵، نقش مؤثر اما ضعیفی داشتند (شکل ۱).



شکل ۱: بررسی ارتباط ابعاد کیفیت زندگی و سواد سلامت بر اساس مقادیر سطح معناداری مسیرها

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]
[DOI: 10.22062/5.4.369]

در پیش‌بینی کیفیت زندگی و ابعاد آن بر اساس سواد سلامت، ضریب تعیین کل کیفیت زندگی ۰/۰۶، سلامت اجتماعی ۰/۰۶، سلامت روان ۰/۰۴، روابط اجتماعی ۰/۰۴، سلامت محیط ۰/۰۷، کیفیت کلی زندگی ۰/۰۲۳ بود. با توجه به مقادیر ضریب تعیین می‌توان گفت قابلیت پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس سواد سلامت ضعیف بود (شکل ۲).



شکل ۲: پیش‌بینی کیفیت زندگی و ابعاد آن بر اساس سواد سلامت بر اساس مقادیر ضرایب استاندارد و ضریب تعیین

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، وضعیت سواد سلامت ابعاد آن در مراقبان بهداشتی مدارس مروج سلامت در تبریز در حد بالاتر از متوسط بود. در بین ابعاد سواد سلامت، بالاترین میانگین امتیاز در بعد درک و فهم و پایین‌ترین میانگین امتیاز در بعد خواندن به دست آمد. با یافته‌های پژوهش میرزاپور ارمکی و همکاران همسو و با نتایج مطالعات فراوانی بر روی معلمان (۴۳-۳۸) و Balmer و همکاران بر روی پرستاران که آموزش سواد سلامت را ضروری می‌دانند (۳) هم‌راستا نبود. جهانی افتخاری و همکاران در مطالعه‌ای سطح سواد سلامت را در رابطین بهداشتی نیشابور پایین گزارش کردند (٤٤). Leslie و همکاران نیز سواد سلامت مراقبان بهداشتی کودکان را پایین گزارش نمودند (٤٥). Saunders و همکاران نیز به ضرورت آموزش حرفه‌ای سواد سلامت در بین حرفه‌های حوزه بهداشت پی بردند (٤٦).

Paakkari و George بر ضرورت ارتقاء سلامت

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]
[DOI: 10.22062/5.4.369]

در مدارس دست یافتند (۴۷). رستگار و همکاران با بررسی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در رابطین بهداشت شهرستان مشهد بیان کردند که سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت رابطین در سطح متوسط رو به پایین می‌باشد (۴۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت مراقبان بهداشتی مدارس و به ویژه مدارس مروج سلامت دارای برنامه‌های منظمی از آموزش‌های تخصصی می‌باشند و یکی از دلایل بالا بودن سواد سلامت در آنان، همین برنامه‌های آموزشی می‌تواند باشد. آموزش بهداشت از طریق روش‌هایی انجام می‌شود که فراتر از انتشار اطلاعات هستند و مستلزم تعامل، مشارکت و تحلیل انتقادی است. این آموزش‌های بهداشتی منجر به سواد سلامت می‌شود و به منافع شخصی و اجتماعی منجر می‌شود. از طرفی دیگر در تبیین این یافته می‌توان به ماهیت کار مراقبان بهداشتی و ضرورت عملی آن در انجام وظایف شغلی اشاره نمود. سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه‌وتحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی برنمی‌گردد اما آموزش‌ها می‌تواند بر ارتقاء آن مؤثر باشند. از منظر دیگری در تبیین این یافته می‌توان به ارتباطات اطلاعاتی مراقبان بهداشتی و سروکار داشتن آنان با اطلاعات بهداشتی اشاره نمود که به نوعی سواد سلامت آنان را ارتقاء می‌دهد.

همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش، وضعیت کیفیت زندگی و ابعاد آن در مراقبان بهداشتی مدارس مروج سلامت در تبریز در حد بالاتر از متوسط بود. بیشترین میانگین امتیاز در بعد سلامت کلی و کمترین میانگین در بعد سلامت جسمی به دست آمد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش سپاه منصور و همکاران که وضعیت کیفیت زندگی معلمان و مربیان بهداشت را متوسط گزارش نموده است (۴۹)، در یک راستا قرار نداشت اما با نتایج پژوهش‌های عباسی و همکاران، زیرک و همکاران که کیفیت زندگی را بالا گزارش نمودند (۵۰،۵۱) همسو بود. همچنین با نتایج پژوهش قاسمی و همکاران در پایین بودن سلامت جسمی نسبت به سایر ابعاد کیفیت زندگی (۵۲) در یک راستا قرار داشت. Hamaideh وضعیت کیفیت زندگی پرستاران را بالا و وضعیت سلامت جسمانی را نسبت به سایر ابعاد، بالاتر گزارش نمودند (۵۳). Jang و همکاران وضعیت کیفیت زندگی را در حد متوسط ارزیابی نموده‌اند (۵۴).

در تبیین این یافته بایستی به سن نمونه مورد مطالعه به عنوان یکی از تعیین کننده‌های سلامت، اشاره نمود. بر این اساس با توجه به این که بیش از ۸۳ درصد افراد مورد مطالعه در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ ساله قرار دارند و هنوز از لحاظ آسیب‌های جسمانی و بیماری‌ها بیشتر در حد طبیعی می‌باشند، می‌توان گفت کیفیت زندگی مرتبط با سن نمونه مورد مطالعه می‌باشد. همچنین فضای اجتماعی و روابط بین همکاران و نیز فقدان شرایط خاص ناایمن و سختی در شرایط محیط کار نیز می‌تواند از دلایل دیگر بالا بودن کیفیت زندگی و ابعاد آن در نمونه مورد مطالعه باشد.

همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش، بین سواد سلامت با کیفیت زندگی و ابعاد آن رابطه وجود داشت و کیفیت زندگی و ابعاد آن بر اساس سواد سلامت قابل پیش‌بینی بودند. در پژوهش مشکی و همکاران مشخص شد که سطح سواد سلامت و ابعاد آن برای داشتن کیفیت زندگی بهتر ضروری است (۵۵). مطالعه خشنودی و همکاران، ارتباط مستقیمی بین سواد

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]
[DOI: 10.22062/5.4.369]

سلامت و ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرستاران نشان داد (٥٦). صالحی نیک و همکاران در تحقیق خود با عنوان ارتباط سواد سلامت با کیفیت زندگی در رابطین سلامت، به این نتیجه دست یافتند که کیفیت زندگی در رابطین سلامت تحت تأثیر متغیرهای دموگرافیکی و سواد سلامت قرار دارد و برنامه‌ریزی‌هایی جهت بهبود این عوامل ضروری به نظر می‌رسد (٥٧). نتایج پژوهش Rocha و همکاران نیز ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و سواد سلامت نشان داده است (٥٨). پژوهش‌های رحیمی و افرا و Zheng و همکاران، Zhang و همکاران، Elisabeth Stomer و همکاران نیز اثرات سواد سلامت بر کیفیت زندگی را گزارش نمودند (٦٢-٥٩). Amoah نیز رابطه بین سواد سلامت و بهزیستی و سلامتی را گزارش نموده است (٦٣). Lo و همکاران به نقش سواد سلامت در سلامت روانی پی بردند (٦٤). Miller و همکاران بر اثرات برنامه مروج سلامت در سلامت روان دست یافتند (٦٥).

در تبیین این یافته می‌توان به اثرات متغیرهای زمینه‌ای همچون ماهیت کار، شرایط کاری، تخصص و وظایف شغلی در ارتقاء سلامت و به‌تبع آن کیفیت زندگی اشاره نمود. مبانی نظری و پژوهشی نیز نشان دهنده اثرپذیری سلامتی و حس سلامتی و کیفیت زندگی از سواد سلامت و آگاهی‌های بهداشتی است و در طول دهه گذشته اهمیت و اثرات سطح پایین سواد سلامت بر وضعیت سلامتی افراد، بسیار مورد توجه قرار گرفته است. سطح پایین سواد سلامت با مسائلی چون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش‌های پزشکی و پیروی از آن‌ها، مشارکت کمتر جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه، تشخیص دیرهنگام بیماری‌ها، ناتوانی در مهارت‌های خودمراقبتی و عدم تبعیت از رفتارهای سبک زندگی سالم مرتبط است و بر عکس سواد سلامت، در راستای تحقق سلامتی برنامه‌ریزی و رفتارهای مناسب را ارتقاء و احتمال سلامتی افراد را بالا می‌برد. بهبود سواد بهداشتی در مقابله با نابرابری‌های بهداشتی بسیار مهم است. افرادی که از سواد سلامتی بالاتری برخوردارند، با احتمال پایینی از ابتلاء به بیماری برخوردارند و افزایش درک اطلاعات بهداشتی افراد، افزایش بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی را به همراه خواهد داشت. کیفیت زندگی نوعی ادراک از وضعیت سلامتی است که فرد از ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی خود دارد. متغیرهای مختلفی همچون ویژگی‌های فردی از قبیل سن، جنسیت، شخصیت فردی و تحصیلات و نیز عوامل سازمانی همچون استرس تجربه شده در محیط کار، ماهیت کار و وظایف و نیز عوامل اجتماعی همچون روابط بین اعضای خانواده و بین همکاران تأثیر می‌پذیرد. از طرفی کیفیت زندگی تابعی از خودمراقبتی و مراقبت‌های فردی و اجتماعی در زمینه سلامت و بهداشت است. بر این اساس افرادی که خودمراقبتی و مراقبت‌های بهداشتی بالاتری دارند، ادراک مثبت‌تری نسبت به وضعیت سلامتی خودشان دارند و کیفیت زندگی بهتری را تجربه می‌کنند.

بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت افرادی که از سواد سلامت بالایی برخوردار هستند، به دلیل داشتن سطح آگاهی و دانش بیشتر به طور خودتنظیم نکات بهداشت فردی را رعایت کرده، به طور مستمر برای معاینه به پزشک مراجعه می‌کنند، این موضوع باعث می‌شود تا آن‌ها دارای سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بالاتری باشند.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]
[DOI: 10.22062/5.4.369]

پیشنهادها

ضروری است که آگاهی مراقبان بهداشتی از طریق دوره‌های پیشرفته آموزشی ارتقاء یابد و از آخرین یافته‌ها در حوزه مراقبت‌های بهداشت فردی و نیز راهکارهای ارتقاء سلامت در دانش‌آموزان و مدارس مطلع گردند. در راستای استفاده مناسب‌تر از سواد سلامت مراقبان بهداشتی، بایستی فضای کاری مناسب از لحاظ داشتن آزادی عمل و مشارکت مراقبان در تصمیمات بهداشتی مدیران مدارس فراهم گردد و توجه بیشتری به آنان به عنوان مسئولان کلیدی برنامه‌های بهداشتی مدرسه معطوف گردد. همچنین می‌توان کیفیت زندگی مراقبان بهداشتی را از طریق ساماندهی فضای اجتماعی و افزایش نشاط فضای مدرسه ارتقاء داد. استفاده از شبکه‌های مجازی نیز راهکار مناسبی برای ارتقاء سواد سلامت مربیان می‌باشد که می‌تواند نقش مؤثری در ارتقاء کیفیت زندگی آنان ایفا نماید.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در دانشکده علوم انسانی و تربیتی و گروه علوم تربیتی دارای کد ۱۰۲۲۱۲۱۲۹۷۲۰۰۶ بود. از همکاری‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و نیز مدارس مروج سلامت نواحی آموزش‌وپرورش تبریز به‌ویژه مدیران و مراقبان بهداشتی مدارس که منبع اصلی داده‌های این پژوهش بوده‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع

بین نویسندگان مقاله هیچ تضاد منافعی وجود نداشت.

References

1. World Healh Organization (WHO). 7th Global Conference on Health Promotion; 2009. [cited 2020 Jan 18]. Availale from: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/.

2. Aaby A, Friis K, Christensen B, Maindal HT. Health Literacy among people in cardiac rehabilitation: associations with participation and health-related quality of life in the heart skills study in Denmark. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(2):443. doi: 10.3390/ijerph17020443

3. Balmer D, King A, Moloney W, Moselen E, Dixon R. Nursing students and health literacy: The effect of region and programme level. Nurse Educ Pract 2019;42:102688. doi: 10.1016/j.nepr.2019.102688

4. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. Public Health 2016;132:3-12. doi: 10.1016/j.puhe.2016.01.001

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. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

6. World Healh Organization (WHO). Track 2: Health literacy and health behavior; 2009 [cited 2020 Jan 18]. Availale from: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/

7. Huhta AM, Hirvonen N, Huotari ML. Health Literacy in Web-Based Health Information Environments: Systematic Review of Concepts, Definitions, and Operationalization for Measurement. J Med Internet Res 2018;20(12):e10273. doi: 10.2196/10273.

8. Shinde S, Pereira B, Khandeparkar P, Sharma A, Patton G, Ross DA, et al. The development and pilot testing of a multicomponent health promotion intervention (SEHER) for secondary schools in Bihar, India. Global Health Action 2017;10(1):1385284. doi: 10.1080/16549716.2017.1385284.

9. Pearson M, Chilton R, Wyatt K, Abraham C, Ford T, Woods HB, et al. Implementing health promotion programmes in schools: a realist systematic review of research and experience in the United Kingdom. Implement Sci 2015;10:149. doi: 10.1186/s13012-015-0338-6

10. McIsaac JL, Mumtaz Z, Veugelers PJ, Kirk SF. Providing context to the implementation of health promoting schools: a case study. Eval Program

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]

[DOI: 10.22062/5.4.369]

Plann 2015;53:65-71. doi:10.1016/j.evalprogplan.2015.08.003.
11. World Healh Organization (WHO). The Ottawa charter for health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986 [cited 2020 Jan 18]. Availale from: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/.
12. Ramezani H, NikBakht HA, NasrollahPour Shirvani SD, Ahoei KH, Mohsenian H. Effect of Health Promoting School Program in Schools of The City of Babol: 2013. Journal of Health 2016;(5): 547-56. [In Persian]
13. Lee A, Lo A, Li Q, Keung V, Kwong A. Health promoting schools: an update. Appl Health Econ Health Policy 2020:1-19. doi: 10.1007/s40258-020-00575-8
14. Brown KM, Elliott SJ, Robertson-Wilson J, Vine MM, Leatherdale ST. Can knowledge exchange support the implementation of a health-promoting schools approach? Perceived outcomes of knowledge exchange in the compass study. BMC Public Health 2018;18(1):351. doi: 10.1186/s12889-018-5229-8.
15. Lee A, Lo ASC, Keung MW, Kwong CM, Wong KK. Effective health promoting school for better health of children and adolescents: indicators for success. BMC Public Health 2019;19(1):1088. doi: 10.1186/s12889-019-7425-6
16. Mothlagh ME, Chinian M, Rafiee far S, Dashti M, Aminaee T, Ardalan G, et al. Health Promoting School (HPS). 2nd ed. Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Ministry of Education, Health Promoting Schools in the Islamic Republic of Iran; 2011. [In Persian]
17. Haddad M, Pinfold V, Ford T, Walsh B, Tylee A. The effect of a training programme on school nurses' knowledge, attitudes, and depression recognition skills: The QUEST cluster randomised controlled trial. Int J Nurs Stud 2018;83:1-10. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.004
18. Quinn BL, McAuliffe D. There was only one nurse for everyone": student reflections of a school nursing clinical experience. J Pediatr Nurs 2019;48:72-76. doi: 10.1016/j.pedn.2019.07.007.
19. Harding L, Davison-Fischer J, Bekaert S, Appleton JV. The role of the school nurse in protecting children and young people from maltreatment: an integrative review of the literature. Int J Nurs Stud 2019;92:60-72. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.12.017
20. Darlington EJ, Violon N, Jourdan D. Implementation of health promotion programmes in schools: an approach to understand the influence of contextual factors on the process? BMC Public Health 2018;18(1):163. doi: 10.1186/s12889-017-5011-3
21. Temel AB, Yildirim JG, Kalkim A, Muslu L, Yildirim N. Parents' and teachers' expectations of school nurse roles: A scale development study. Int J Nurs Sci 2017;4(3):303-10. doi: 10.1016/j.ijnss.2017.05.002.
22. Kolotkin RL, Andersen JR. A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. Clin Obes 2017;7(5):273-89. doi:10.1111/cob.12203
23. Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. TheScientificWorldJournal 2003;3:1030-40. doi:10.1100/tsw.2003.82.
24. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996;334(13):835-40. doi: 10.1056/NEJM199603283341306.
25. Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Quality of life theory II. Quality of life as the realization of life potential: a biological theory of human being. ScientificWorldJournal 2003;3:1041-9. doi:10.1100/tsw.2003.83
26. Oyama Y, Fukahori H. A literature review of factors related to hospital nurses' health-related quality of life. J Nurs Manag 2015;23(5):661-73. doi:10.1111/jonm.12194.
27. Muliira RS, Salas AS, O'Brien B. Quality of Life among Female Cancer Survivors in Africa: An Integrative Literature Review. Asia Pac J Oncol Nurs 2017;4(1):6-17. doi:10.4103/2347-5625.199078
28. Mokhtari M, Nazari J. Sociology of Quality of Life: Tehran: Sociologists Publications; 2010. [In Persian]
29. Canam C, Acorn S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. Rehabil Nurs 1999;24(5):192-200. doi: 10.1002/j.2048-7940.1999.tb02176.x.
30. Vanleerberghe P, De Witte N, Claes C, Schalock RL, Verte D. The quality of life of older people aging in place: a literature review. Quality of Life Research 2017;26(2):2899-907. doi: 10.1007/s11136-017-1651-0.
31. Hosseini Amin SN, Seyedmirzaei SM, Edrisi A. A study of the quality of life and factors affecting it (case study: citizens of Tehran). Journal of Social Planning and Development 2016; 7(27): 33-47. [In Persian] doi: 10.22054/qjsd.2016.5939
32. Aaronson NK, Meyerowitz BE, Bard M, Bloom JR, Fawzy FI, Feldstein M, et al. Quality of life research in oncology. Past achievements and future priorities. Cancer 1991;67(S3):839-43. doi: 10.1002/1097-0142(19910201)67:3+<839::aid-cncr2820671415>3.0.co;2-0
33. World Health Organization (WHO). Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]
[DOI: 10.22062/5.4.369]

WHOQOL: measuring quality of life; 1997 [cited 2019 Sep 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482
34. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2006; 4(4):1-12. [In Persian]
35. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al . Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. Payesh 2014;13(5):589-99. [In Persian]
36. Habibi A, Adanvar M. Structural Equations Models and Factor Analysis. Tehran: Jehad Daneshgahi; 2017. [In Persian]
37. Mohsenin S, Esfidani MR. Structural Equations Based on the Partial Least Squares Approach Using Smart-PLS Software: Educational and Practical Tehran: Mehrban; 2018. [In Persian]
38. Mirzapour Ermaki R, Mirzaie M, Naghibi Sistani MM. Oral health literacy and health behavior of primary school teachers in Babol. Journal of Health Literacy 2019; 3(4): 66-74. [In Persian]. doi: 10.22038/JHL.2019.38472.1035
39. Ahmadi FZ, Mehr Mohammadi M, Montazeri A, Vala J. Health Literacy and Teacher Education. Quarterly Journal of New Thoughts on Education 2018; 14(1): 7-30. [In Persian]. doi: 10.22051/JONTOE.2018.13734.1648
40. Rahimi B, Tavassoli E. Measuring Health Literacy of Elementary School Teachers in Shahrekord. Journal of Health Literacy 2019; 4(1): 25-32. [In Persian]
41. Bohnenkamp JH, Hoover SA, Connors EH, Wissow L, Bobo N, Mazyck D. The Mental Health Training Intervention for School Nurses and Other Health Providers in Schools. The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses 2019; 35(6): 422-33. doi:10.1177/1059840518785437
42. Schroeder K, Smaldone A. What barriers and facilitators do school nurse's experience when implementing an obesity intervention? The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses 2017;33(6): 456-66. doi:10.1177/1059840517694967.
43. Denuwara H, Gunawardena NS. Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. BMC Public Health 2017;17(1): 631. doi:10.1186/s12889-017-4543-x.
44. Jahani Eftekhari M, Peyman N, Doosti H. The effect of educational intervention based on the self efficacy and health literacy theory on health promoting lifestyles among female health volunteers of Neyshabur, Iran. Health Develop J 2017; 6(4):302-13. [In Persian]
45. Leslie C, Smith D, Nicholas P. Health Literacy Understanding of Early Intervention Providers: A Scoping Review. The Journal for Nurse Practitioners 2019; 15(9): 640-48. doi:https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.06.006.
46. Saunders C, Palesy D, Lewis J. Systematic review and conceptual framework for health literacy training in health professions education. Health Professions Education 2019: 5(1): 13-29. doi: 10.1016/j.hpe.2018.03.003
47. Paakkari L, George S. Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('How'). BMC Public Health 2018: 18(1): 326. doi:10.1186/s12889-018-5224-0
48. Rastegar M, Zendehtalab H, Yavari M, Mazlom S. Health-promoting lifestyle and its related factors among health volunteers Mashhad in 2015. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences 2015; 3(3):55-48. [In Persian].
49. Sepah MM, Shahriari AM, Shohami N. Relationship between life quality, job satisfaction, and teachers' professional exhustion. Educational Administration Research Quarterly 2012;3(3):91-110. [In Persian].
50. Abbasi M, SiahKamari R, Nosrati R, Heidari sharaf P, Tarighati Maram F. Relationship between quality of life and resiliency with marital disturbance among women teachers in Kermanshah. Frooyesh 2019; 8(6): 79-86. [In Persian].
51. Zirak M, Pourshafei H, Gharibi M, Sanagouye Moharer GR. Predicting the quality of life of women teachers in terms of organizational intelligence and spiritual intelligence. Journal of Social Sciences 2018; 11(39): 89-106. [In Persian].
52. Ghasemi SR, Rajabi Gilan N, Reshadat S, Ahmadian M. The relationship between job satisfaction and health-related quality of life in the teachers at Gilan-e-Gharb city in 2013. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2014;13(1):13-26.[In Persian]
53. Hamaideh SH. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. Issues Ment Health Nurs 2012;33(1):15-23. doi: 10.3109/01612840.2011.605211.
54. Jang WH, Kim DS, Park HW, Kim JH. Mental health and quality of life in firefighters working on the scene in South Korea: Focused on the capital area and the ground pro-motion area. Brain Behav 2020;10(4):e01559. doi: 10.1002/brb3.1559.
55. Moshki M, Mirzania M, Kharazmi A. Relationship between health literacy with quality of life and some demographic factors in pregnant women: a cross-sectional study. Journal of Health

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]
[DOI: 10.22062/5.4.369]

Literacy 2018;2(4):203-15. [In Persian]. doi: 10.22038/JHL.2018.10875
56. Khoshnoodi M, Safari A, vahedian shahrudi M, sadegnejad H, nejati parvaz N. The relationship between health literacy and quality of life in nurses working in Kashmar hospitals in 2018: Journal of Health Literacy 2019; 4(1): 9-17. [In Persian]
57. Salehinik S, Amirian Z, Sharifi T, Najafi Hadak F. The relationship between health literacy and quality of life in health communicators: 2017. 12th Annual Congress of Medical Students of the Eastern Medical Sciences; 2019 Nov 29-30; Gonabad: Gonabad University of Medical Sciences; 2019. [In Persian]
58. Rocha PC, Rocha DC, Lemos SM. Functional health literacy and quality of life of high-school adolescents in state schools in Belo Horizonte. Codas 2017;29(4):e20160208. doi: 10.1590/2317-1782/20172016208.
59. Rahimi hasanabad V, Afra A. Health literacy and its relation with quality of life of students of Abadan University of Medical Sciences: 2017. The 11th university students' Conference on Innovations in Health Sciences; 2018 May 12; Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2018. [In Persian]
60. Zheng M, Jin H, Shi N, Duan C, Wang D, Yu X, et al. The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes 2018;16(1):201. doi:10.1186/s12955-018-1031-7
61. Zhang J, Gilmour S, Liu Y, Ota E. Effect of health literacy on quality of life among patients with chronic heart failure in China. Quality of Life Research 2020;29(12):453-61. doi: 10.1007/s11136-019-02332-4
62. Elisabeth Stomer U, Klopstad Wahl A, Gunnar Goransson L, Hjorthaug Urstad K. Health literacy in kidney disease: Associations with quality of life and adherence. J Ren Care 2020;46(2):85-94. doi:10.1111/jorc.12314.
63. Amoah PA. Social participation, health literacy, and health and well-being: A cross-sectional study in Ghana. SSM - Population Health 2018; 4: 263-70. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.02.005
64. Lo K, Gupta T, Keating JL. Interventions to Promote Mental Health Literacy in University Students and Their Clinical Educators. A Systematic Review of Randomised Control Trials. Health Professions Education 2018;4(3):161-75. doi:10.1016/j.hpe.2017.08.001
65. Miller L, Musci R, D'Agati D, Alfes C, Beaudry MB, Swartz K, et al. Teacher Menta Health Literacy is Associated with Student Literacy in the Adolescent Depression Awareness Program. School ment health 2019;11(2):357-63. doi:10.1007/S12310-018-9281-4

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]

[DOI: 10.22062/5.4.369]

Original Article

The Role of School Health Nurses' Health Literacy in their Quality of Life in Health-Promoting Schools

Hosseinkhani Nooshin[1], Talebi Behnam[2]*

• Received: 01.11.2019 • Revised: 25.01.2020 • Accepted: 26.01.2020

Abstract

Background & Objectives: School Health Nurses in health-promoting schools have a decisive role in the effectiveness of these schools in promoting students' health. The main purpose of the present study was to investigate the role of health literacy of health care providers in their quality of life in health-promoting schools of Tabriz education districts.

Methods: The present study was a descriptive-analytical one conducted in 175 health-promoting schools in Tabriz in 2019. A total of 120 school health nurses in health-promoting schools of five education districts were selected using stratified random sampling. Data were collected using the Health Literacy Questionnaire of Iranian Institute for Health Sciences Research and the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire. Structural equation modeling was used to analyze data through Smart PLS software.

Results: The results showed that quality of life with all its dimensions including physical health, emotional health, environmental health and social health are predictable based on all dimensions of health literacy.

Conclusion: Improving the health literacy of school health nurses through specialized training courses, conferences, scientific competitions and field visits to successful schools around the world can improve the quality of their lives.

Keywords: Health Literacy, Quality of Life, Health Dimensions, Quality of Life Dimensions, Health Care Providers, Health-Promoting Schools

•**Citation:** Hosseinkhani N, Talebi B. The Role of School Health Nurses' Health Literacy in their Quality of Life in Health-Promoting Schools. Journal of Health Based Research 2020; 5(4): 369-82. [In Persian]

1. MSc in Educational Management, Department of Educational Sciences, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran
2. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran
***Corresponding Author:** Behnam Talebi
Address: Islamic Azad University, Pasdaran Highway, Tabriz
Tel: 009841-33302693 **Email:** btalebi1972@gmail.com

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-04-20]

[DOI: 10.22062/5.4.369]