

بررسی تاثیر سطح سواد سلامت دانش آموزان بر رفتارهای پر خطر آنان بر اساس سند توسعه سلامت آموزش و پرورش

حسین امانی^۱ و الهام صابری^۲

۱ کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز بهداشت تربت حیدریه، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه

hosein.amani1363@gmail.com

۲ کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای، مرکز بهداشت تربت حیدریه، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه

elhamsaber6616@yahoo.com

چکیده

سواد سلامت عنصری مهم در توانایی افراد برای مشارکت در فعالیت های مرتبط با سلامتی و تصمیم گیری های درمانی و همچنین توانایی آن ها برای پیشگیری از بیماری هاست. بدون داشتن درک کافی از اطلاعات سلامت، تصمیم گیری های منجر به پیامدهای مطلوب سلامت برای افراد امکان پذیر نیست. آموزش بهداشت و سواد سلامت به عنوان یک ارزش فردی و اجتماعی و ضرورتی انکار ناپذیر در هر جامعه پذیرفته شده و بر طبق اساسنامه سازمان جهانی بهداشت همه سازمان های آموزشی و بهداشتی موظفند در جهت اشاعه آن تلاش نمایند و در کشور ما همچون سایر کشورها هم در سند چشم انداز و هم در سند تحول بنیادین سلامت به این امر مهم اشاره شده و در جهت اجرای آن با تدوین درس بهداشت و ارتقاء سلامت در دوره های مختلف تحصیلی و خصوصا متوسطه اول کوشیده شده است تا با تحقق این امر مهم آموزش های لازم به دانش آموزان داده شود و در جهت تحقق جامعه سالم، پویا و بانشاط اقدامات لازم صورت پذیرد. هدف از مطالعه حاضر، بررسی تاثیر سطح سواد سلامت دانش آموزان بر رفتارهای پر خطر آنان بر اساس سند توسعه سلامت آموزش و پرورش بود. روش تحقیق کاربردی از نوع همبستگی، روش گردآوری اطلاعات میدانی و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود. جامعه آماری در این تحقیق کلیه دانش آموزان شهرستان تربت حیدریه در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در محدوده سنی بین ۱۵ تا ۱۸ سال بودند که در این تحقیق با استفاده از جدول انتخاب نمونه مورگان (۱۹۷۸) حجم نمونه با روش نمونه گیری چندمرحله ای مختلط برابر با ۶۰۰ نفر تعیین گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS22 استفاده شد. نتایج آزمون فرضیات نشان داد بین تعهد به رعایت بهداشت و سلامت، جنس (پسر و دختر بودن دانش آموزان)، باور به اصول اولیه سلامت، سواد سلامت و رفتارهای پرخطر آنان رابطه معناداری وجود دارد. همچنین ضرایب همبستگی به دست آمده بین این متغیرها و متغیر رفتارهای پرخطر نشان داد که هر چهار متغیر (تعهد به رعایت بهداشت و سلامت، باور به اصول اولیه سلامت و سواد سلامت) رابطه معنادار اما معکوسی با رفتارهای پرخطر داشتند. این مسأله نشان می دهد که هرچه تعهد به رعایت بهداشت و سلامت، باور به اصول اولیه سلامت، سواد سلامت بیشتر باشد، میزان رفتارهای پرخطر آنان کمتر خواهد شد. بنابراین مجهز بودن افراد به سواد سلامت، آنان را قادر می سازد در موقعیت های مختلف، واکنش های مناسب و منطقی از خود بروز داده و از وقوع رفتارهایی که دارای پیامدهای خطرناک و مضر بوده، جلوگیری نمایند.

کلیدواژه ها: سواد سلامت، دانش آموزان، رفتارهای پرخطر، آموزش و پرورش.

مقدمه

سواد سلامت عبارت است از: میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات، خدمات سلامت اولیه و اساسی و قابلیت استفاده از این اطلاعات در قالب روش هایی که منجر به ارتقای سلامت می گردد (خسروی و همکاران، ۱۳۹۴). افرادی که سواد سلامت کمتری دارند از لحاظ توانایی مراقبت از بیماری های مزمن و استفاده از خدمات مراقبتی نیز در سطح پایین تری قرار دارند (Kickbush, 2008). سواد سلامت عنصری مهم در توانایی افراد برای مشارکت در فعالیت های مرتبط با سلامتی و تصمیم گیری های درمانی و همچنین توانایی آن ها برای پیشگیری از بیماری هاست. بدون داشتن درک کافی از اطلاعات سلامت، تصمیم گیری های منجر به پیامدهای مطلوب سلامت برای افراد امکان پذیر نیست (قنبری و همکاران، ۱۳۹۰). مطالعه ای در برزیل با استفاده از پرسشنامه خلاصه شده سواد سلامت عملکردی بزرگسالان نشان داد، ۳۲ درصد افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (Carthery-Goulart et al, 2014). بررسی انجام شده در ۵ استان منتخب ایران، نشان داد که ۵۶٫۶ درصد افراد سواد سلامت ناکافی، ۱۵٫۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۲۸ درصد سواد سلامت کافی داشتند (طهرانی بنی هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶). نتایج مطالعه ی طاووسی و همکاران که در ۳۱ استان کشور انجام شد نشان داد تقریباً از هر دو نفر ایرانی، یک نفر از سواد سلامت محدودی برخوردار بودند (۴۴/۴ درصد) که بیشتر در گروه آسیب پذیر مشاهده شد (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۲). بر همین اساس سواد بهداشتی در زمینه های مختلف سلامت عنوان جزئی از اولویت پژوهشی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است (Jovic-Vranes and Bjegovic, 2012). هدف اصلی پیشبرد سواد سلامت، تسهیل استراتژیهای ارتباطی موثر بهداشتی و فناوری اطلاعات سلامت به منظور بهبود پیامدهای سلامتی، کیفیت مراقبت های بهداشتی و دستیابی به عدالت در سلامت است (Smith et al, 2009).

آموزش بهداشت و سواد سلامت می تواند این فرصت را در اختیار معلمان و دانش آموزان قرار دهد تا دانش، اطلاعات و مهارت هایی را کسب کنند که در طول زندگی، آن ها را به سوی عادات و رفتارهای بهداشتی مناسب رهنمون خواهد ساخت. سرمد و همکاران (۲۰۰۰) جمالیان نیز درستی این نگاه را تأیید کرده و سلامت افراد جامعه را بزرگترین پشتوانه یک کشور دانسته است؛ به گونه ای که برای داشتن یک جامعه سالم، سلامت دانش آموزان را به عنوان یک اصل مطرح می کند، ضمن اینکه آموزش بهداشت و سواد سلامت را حق دانش آموزان می داند تا بدین وسیله آن ها را به چگونگی مراقبت از خود و در امان ماندن از عوامل بیماری زا، تأمین سلامت خود، آگاهی از آن و، مهم تر، کسب فن و مهارت آگاه کند. به نظر او این دانش و مهارت باید در دوران تحصیل در دسترس دانش آموزان قرار گیرد. مطالعات سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۵) روی رفتارهای سلامت در ۳۵ کشور نشان داد که ۶۰ درصد کیفیت زندگی و سلامت افراد به سبک زندگی و رفتارهای شخصی آنها بستگی دارد. که در شرایط کنونی ایران نیازمند است در راستای سواد سلامت گروه های مختلف جامعه از جمله دانش آموزان گام بردارد تا بتوان جامعه ای سالم داشت.

سواد سلامت، مسئله ای جهانی است و طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت، نقشی محوری و اساسی در تعیین نابرابری های سلامت، چه در کشورهای غنی و چه در کشورهای ضعیف دارد (پناهی و همکاران، ۱۳۹۶). تعریف سازمان جهانی بهداشت از «سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و صرف عدم ابتلا به بیماری یا ناتوانی و نقص عضو دلیل سلامت نیست» (رضانخانی و سیاری، ۲۰۱۰). همچنین مطالعات سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۵) روی رفتارهای سلامت در ۳۵ کشور نشان داد که ۶۰ درصد کیفیت زندگی و سلامت افراد به سبک زندگی و رفتارهای شخصی آنها بستگی دارد و در شرایط کنونی ایران نیازمند است در راستای سواد سلامت گروه های مختلف جامعه از جمله دانش آموزان گام بردارد تا بتواند. جامعه ای سالم داشته باشد. با توجه به اهمیت و نقشی که سلامت در زندگی هر فرد دارد، و از آنجاکه به عنوان یک منبع مهم در توسعه اقتصادی، اجتماعی و فردی مطرح می شود آموزش بهداشت در مدارس باید مورد تأکید نظام های آموزشی باشد.

¹ Ramezankhani, A, sayyari

توجه به امر خطیر تحقق شاخص‌های نظام سلامت از وظایف مهم هر دولتی به شمار می‌رود، و برای دستیابی به این هدف ارزشمند و سواد آن، نیازمند آموزش بهداشت در مدارس هستیم؛ آموزش‌هایی در زمینه ایجاد رفتار مبتنی بر بهداشت و سلامت که در کشورهای گوناگون، به‌ویژه در کشور ما، مدارس و محتوای دروس بهترین پایگاه عملیاتی کردن آن‌ها هستند. در این راستا، این پژوهش قصد دارد به بررسی تاثیر سطح سواد سلامت دانش آموزان بر رفتارهای پر خطر آنان بر اساس سند توسعه سلامت آموزش و پرورش بپردازد تا بر اساس آن مؤلفه‌های آموزش بهداشت و سواد سلامت از جمله سلامت جسم، سلامت تغذیه، سلامت محیط زیست، و خانواده، حوادث ایمنی، تحرک بدنی، سلامت روانی، پیشگیری از رفتارهای پرخطر، کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، معلولیت، بهداشت عمومی و بهداشت مدرسه را مورد بررسی قرار دهد.

بیان مسأله

تحقیقات نشان داده است که علت بسیاری از بیماری‌های مزمن، سبک زندگی و رفتارهای انسان و به طور کلی سواد سلامت است. انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از بهترین راه‌هایی است که مردم توسط آن می‌توانند سلامت خود را حفظ و کنترل نمایند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۰). امروزه ۶۰ درصد سلامت افراد به رفتار و سبک زندگی آنان مرتبط است (Valery et al, 2012). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۵ بیماری چاقی، سکته قلبی، دیابت، سرطان و پوکی استخوان به عنوان مهمترین بیماری‌های مزمن در جهان شناخته شده‌اند که تمامی آنها با سبک زندگی و رفتارهای تغذیه‌ای و سطح سواد سلامت افراد ارتباط مستقیم دارند (دالوندی و همکاران، ۱۳۹۱). داشتن بهداشت و سواد سلامت به عنوان یک ارزش فردی و اجتماعی، بر طبق اساسنامه سازمان جهانی بهداشت و از دیدگاه همه ملت‌ها و نزد همه مکاتب، یکی از اولی‌ترین حقوق و نیازهای بشر تلقی شده است که دست یافتن به بالاترین سطح آن از اهداف اجتماعی و ملی تمامی دولت‌ها به حساب می‌آید. (آقازاده، ۱۳۸۳) نتایج مطالعه پهرانی بنی هاشمی و همکاران که در ۵ استان بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران (یک شهر و یک روستا) انجام دادند، نشان داد ۵۶٫۶ درصد از افراد شرکت‌کننده سواد سلامتی ناکافی داشتند (پهرانی بنی هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین نتایج مطالعه ملی طاووسی و همکاران که در ۳۱ استان کشور انجام داده بود نشان داد حدود ۴۴ درصد از جمعیت مورد مطالعه از سواد سلامت محدودی برخوردار بودند (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۲). مطالعه‌ای در کشور برزیل روی ۳۱۲ بزرگسال برای سنجش سواد سلامت افراد انجام شد در این مطالعه بیش از ۳۲ درصد افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (Carthery-Goulart et al, 2009). این تفاوت، شاید به دلیل آن است که مطالعه حاضر، روی مراجعان مراکز بهداشتی-درمانی انجام شده است. گفته می‌شود که افراد دارای مهارت‌های ضعیف سواد سلامت، آگاهی کمتری درباره سلامت دارند و کمتر خدمات پیشگیری را دریافت می‌کنند (قنبری و همکاران، ۱۳۹۰). در این میان نظام آموزش و پرورش از بزرگترین و گسترده‌ترین سیستم‌های درون هر جامعه‌ای است که سرنوشت آن جامعه را جهت تأمین سلامت در بلندمدت تعیین می‌کند. (صمدی و همکاران، ۱۳۹۶) سلامتی یک مسئله چند بعدی است که امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در بر می‌گیرد، به گونه‌ای که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد و مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه و سلامتی اثر می‌گذارند لذا اقدامات انجام شده برای سواد سلامت باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد. (سیدنوزادی، ۱۳۸۰) حدود نیمی از جمعیت کشاورز ایران را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند. بررسی تطبیقی دانش آموزان ایران با چهار کشور ژاپن، استرالیا، فرانسه، ترکیه نشان می‌دهد که مؤلفه‌های چاقی، تغذیه، سیگار، بهداشت دهان و دندان، بیماری‌های مقاربتی و رفتارهای پرخطر در ایران رو به افزایش است. (ملکی، ۱۳۹۵) همچنین تحقیقات نشان داده است که علت بسیاری از بیماری‌های مزمن، و آسیب‌های اجتماعی عدم توجه به شاخص بهداشت و سلامت است (شبنم و همکاران، ۲۰۰۷).

بنابراین آموزش بهداشت و ارتقای سلامت یکی از بهترین راه‌هایی است که دانش‌آموزان توسط آن می‌توانند سلامت خود را حفظ کنند و علی‌رغم اینکه دانش‌آموزان در شکل‌گرفتن نسل آینده و ارتقای سلامت اجتماع بسیار مهم هستند چون در مرحله نسبتاً سالمی از زندگی در نظر گرفته می‌شوند، در تلاش‌های ارتقای سلامت در سراسر جهان به عنوان یک اولویت در نظر گرفته نمی‌شوند (کن و همکاران، ۲۰۰۸)

توجه به معضلات آموزش بهداشت و سلامت از طریق محتوا، مواد و کتب درسی جزء نیازهای اولیه و اساسی دانش‌آموزان بوده و موجب ایجاد حس مسؤولیت، و ارائه رفتار مسئولانه در آنان می‌گردد. به منظور برنامه‌ریزی برای آموزش بهداشت و درمان در سطح ملی، ارزیابی عملکرد گذشته و مقایسه با وضع کنونی، ارزیابی اهداف برنامه‌های توسعه و مقایسه میان عملکرد واحد‌های مختلف نیازمند تعیین شاخص‌ها در بخش‌های مختلف هستیم و از سوی دیگر، مقایسه عملکرد کشورمان در بخش بهداشت و درمان با سایر کشورها از طرف سازمان‌های بین‌المللی ضرورت پذیرش برخی شاخص‌های بین‌المللی و تولید اطلاعات آن‌ها را اجتناب‌ناپذیر نموده است. بنابر موارد پیش‌گفته سوال اصلی این پژوهش این است که تاثیر سطح سواد سلامت دانش‌آموزان بر رفتارهای پرخطر آنان بر اساس سند توسعه سلامت آموزش و پرورش چگونه است؟

شاخص‌های ملی سواد سلامت

تحول بنیادین در نظام آموزش و پرورش و نظام سلامت مبتنی بر آرمان‌های بلند نظام اسلامی باید معطوف به چشم‌اندازی باشد که در افق روشن ۱۴۰۴، ترسیم‌گر ایرانی توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فن‌آوری در سطح منطقه با هویتی اسلامی انقلابی، الهام‌بخش جهان اسلام همراه با تعاملی‌سازنده و مؤثر در عرصه روابط بین‌المللی است. بنابراین در این اسناد با تکیه به برنامه‌های مدیریتی درصدد ارتقاء سواد سلامت در سطح جامعه هستند. همچنین امروزه، مدیریت از ارکان اصلی رشد و تعالی سازمان‌ها به شمار می‌رود و هرگونه ضعف و نقصان در این رکن پیامدهای زیانباری برای آن مجموعه به همراه خواهد داشت. همچنین توجه به سه وظیفه اصلی مدیریت که سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری است، نشانه اهمیت جایگاه این موضوع است. تحقق این سه وظیفه در صورت وجود اطلاعات میسر می‌شود و وجود اطلاعات دقیق و صحیح در راهیابی سازمان بسیار مؤثر است. این امر در بخش بهداشت و درمان، به دلیل وظیفه پاسخگویی به نیازها و تقاضاهای بهداشت و درمان افراد جامعه که با سلامت آن‌ها سر و کار خواهد داشت، از اهمیت بیشتری برخوردار است. لذا طراحی و پیاده‌سازی نظام اطلاعات کارآ و کارآمد از اولویت‌های این بخش است. در این بخش ضرورت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، برای کاهش آلام، رنج‌ها و درد‌های مردم در مقایسه با سایر بخش‌ها از اولویت ویژه‌ای برخوردار است.

از یک سو، به منظور برنامه‌ریزی برای بهداشت و درمان در سطح ملی، ارزیابی عملکرد گذشته و مقایسه با وضع کنونی، ارزیابی اهداف برنامه‌های توسعه، مقایسه میان عملکرد واحد‌های مختلف و...، نیازمند تعیین شاخص‌ها در بخش‌های مختلف هستیم و از سوی دیگر، مقایسه عملکرد کشورمان در بخش بهداشت و درمان با سایر کشورها از طرف سازمان‌های بین‌المللی ضرورت پذیرش برخی شاخص‌های بین‌المللی و تولید اطلاعات آن‌ها را اجتناب‌ناپذیر نموده است.

ضرورت توجه جدی به آموزش سلامت برای تأمین، حفظ و سواد سلامت و رفاه در کشور، موجب گردید که اولین برنامه مدون توسعه آموزش سلامت در کشور (در راستای سند چشم‌انداز ۲۰ ساله و برنامه چهارم توسعه) در اداره ارتباطات و آموزش سلامت تدوین گردد که اجرای آن علاوه بر حمایت، تعهد سیاسی و توسعه ساختاری و ظرفیت‌سازی در بخش سلامت و سایر بخش‌های دولتی و غیردولتی و خصوصی کشور، نیازمند توانمندسازی پرسنل بهداشتی کشور برای طراحی، اجرا و ارزشیابی خدمات آموزش سلامت متکی بر شواهد در سطوح مختلف سیستم ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور می‌باشد. به منظور توانمندسازی پرسنل بهداشتی کشور در زمینه ارایه خدمات آموزش سلامت، برنامه جامع درسی آموزش سلامت در سه سطح پایه، عمومی و تخصصی با هدف تهیه پودمان آموزشی مناسب برای استفاده در نظام جامع آموزش و بازآموزی دانش و مهارت آموزش سلامت متکی بر شواهد به پرسنل بهداشتی کشور و نیز سایر پرسنل دولتی، غیردولتی و خصوصی درگیر در

1 Can et al

طراحی، اجرا و ارزشیابی انواع خدمات اطلاعاتی، ارتباطی و آموزشی برای آموزش سلامت و رفاه به افراد، گروه‌ها و جوامع تدوین شده است.

پیشینه تحقیق

تمیمی، هاجر (۱۴۰۱) مطالعه‌ای با موضوع بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سبک زندگی سالم انجام دادند. آنها دریافتند که سواد سلامت را می‌توان به صورت توانایی خواندن، درک و عمل کردن براساس توصیه‌های بهداشتی به معنی پیروی از یک شیوه‌زندگی سالم به منظور پیشگیری از بیماری‌ها و سلامت تعریف نمود. سواد سلامت و سبک زندگی از عوامل موثر بر سلامت هستند. امروزه سواد سلامت به عنوان یک مسئله جهانی مطرح می‌باشد زیرا بسیاری از نتایج ناخوشایند مربوط به سلامت، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است. هدف از بهبود سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، توانمند ساختن مردم است تا شیوه‌ی زندگی خود را اصلاح کنند. همچنین کنترل بیشتری روی سلامتی خود داشته باشند. شیوه‌ی زندگی سالم یک زندگی متعادل است که در آن شخص به طور آگاهانه دست به انتخاب‌های سالم می‌زند. سبک زندگی روی کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها موثر است هدف از این مطالعه ارزیابی سطح سواد سلامت و ارتباط آن با سبک زندگی سالم است.

رهبری بناب، مریم، بختیاری علی‌آباد، محمد، و موسوی خطاط، سیدمحمد. (۲۸-۴-۱۳۹۹). مطالعه‌ای با موضوع وضعیت سواد سلامت در جامعه ایران انجام دادند. نتایج بیانگر آن بود که سواد سلامت عاملی مهم در ارتقای دانش و نگرش افراد نسبت به موضوع سلامتی است و از این رو نقش مؤثری در خودمراقبتی افراد، بهبود شاخص‌های سلامت و کاهش هزینه‌های بهداشتی درمانی خانوارها و نظام سلامت ایفا می‌کند. بیشتر کشورهای توسعه یافته در سیاست‌های ملی خود بر این مهم تأکید دارند و برنامه‌های لازم برای ارتقای آن را طراحی و اجرا می‌کنند. بررسی اسناد بالادستی در ایران نشان می‌دهد؛ در بعد سیاستگذاری تأکید کافی بر ارتقای سطح سواد سلامت جامعه شده است. ضعف در تولید داده‌های مورد نیاز در این حوزه، رصد میزان موفقیت و کارآمدی اقدامات حوزه اجرایی را غیرممکن یا بسیار سخت کرده است. با این حال شواهد موجود در حوزه اجرایی نشان دهنده آن است که برنامه‌های دولت‌ها در اجرای سیاست‌های فوق کافی و مؤثر نبوده است. به طوری که براساس نتایج مطالعات؛ سواد سلامت جامعه اعم از جامعه عمومی، گروه‌های آسیب پذیر و بیماران در سطح مطلوبی قرار ندارد. همچنین ارزیابی مطالعات انجام شده در حوزه سواد سلامت نشان دهنده ضرورت سامان دهی، طراحی و اجرای هدفمند آنها در دوره‌های زمانی مشخص است تا ضمن استفاده بهینه از بودجه‌های تحقیقاتی، نتایج آنها قابلیت مقایسه‌ای داشته و به عنوان ابزارهای مناسب برای رصد عملکرد حوزه اجرایی و بازنگری سیاست‌های موجود در حوزه سواد سلامت جامعه استفاده شوند. در مجموع می‌توان گفت موضوع سواد سلامت در اسناد و قوانین بالادستی به ویژه سیاست‌های کلی سلامت به خوبی مورد توجه قرار گرفته است. لذا در حوزه تقنین ضرورتی به تصویب قوانین جدید در این حوزه وجود ندارد، ولی لازم است نظارت بر حسن اجرای آنها به صورت جدی در دستور کار قرار گیرد. در حوزه اجرا نیز لازم است اهداف اختصاصی در جهت تحقق اهداف و راهبردهای سند ارتقای فرهنگ سلامت کشور تعیین شوند. موضوعات ذیل از نکات محوری هستند که در تعیین این اهداف و اجرای سند باید مورد توجه قرار گیرند: - ارزیابی وضعیت موجود، - بازبینی برنامه‌های کنونی و طراحی مداخلات برای گروه‌های مختلف با جلب مشارکت جامعه، - تمرکز منابع و تقویت هماهنگی بین بخشی، - تقویت ظرفیت‌های کنونی و استفاده از ظرفیت‌های بالقوه.

حیدری شمس، جعفر، علی محمدزاده، خلیل، و ماهر، علی. (۱۳۹۸). مطالعه‌ای با موضوع همبستگی سواد سلامت و کیفیت زندگی با اضطراب سلامت در بیماران سرپایی مراجعه کننده به پلی کلینیک تخصصی شهید بهشتی انجام دادند. آنها دریافتند که نداشتن سواد و آگاهی کافی در زمینه سواد سلامت باعث افزایش اضطراب و پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین همبستگی سواد سلامت و کیفیت زندگی با اضطراب سلامت در بیماران سرپایی پلی کلینیک تخصصی شهید بهشتی کرج است. روش کار این پژوهش توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری ۲۶۰۰ نفر از بیماران سرپایی پلی کلینیک تخصصی شهید بهشتی کرج بود. با استفاده از جدول مورگان ۳۳۵ نفر از بیماران و با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل؛ "پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان" (Iranian Health Literacy)

World Health Organization (Questionnaire)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-نسخه کوتاه " (Health Anxiety Inventory) و "سیاهه اضطراب سلامت" (Quality of Life Brief Version (WHOQOL-BREF) اس نسخه ۲۵ و PLS3. 5 Smart با روش مدلسازی معادلات ساختاری حداقل مربعات جزئی انجام شد. یافته‌ها: بین سواد سلامت و اضطراب سلامت همبستگی معنی دار و منفی ($-0/470$) و بین کیفیت زندگی و اضطراب سلامت همبستگی معنی دار و منفی ($-0/497$) و بین سواد سلامت و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی دار، سواد سلامت و اضطراب سلامت همبستگی منفی و معنی دار، کیفیت زندگی و اضطراب سلامت همبستگی منفی و معنی داری با هم دارند. پیشنهاد می‌شود مدیران بیمارستان‌ها جهت ارتقا کیفیت زندگی بیماران و کاهش اضطراب سلامت برنامه ریزی مناسبی درخصوص ارتقا سواد سلامت بیماران داشته باشند. دهقانکار، لایلا و حاجی کریم بابا، مرضیه و پناهی، رحمن، ۱۳۹۸، سنجش سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دختر دانشگاه بین‌المللی امام خمینی شهر قزوین انجام دادند. نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد سواد سلامت با انجام فعالیت جسمانی رابطه معنی دار داشت ($p=0/039$) به طوری که شانس داشتن سواد سلامت مطلوب در دانشجویان دارای فعالیت جسمانی در بیشتر روزها، $2/097$ برابر دانشجویان دارای فعالیت جسمانی به-صورت هر روزه بود. همچنین سواد سلامت با اشتغال رابطه معنی-دار داشت ($p=0/042$)، به-طوری-که شانس داشتن سواد سلامت مطلوب در دانشجویان دارای اشتغال، $0/534$ برابر دانشجویان بدون اشتغال بود. نتیجه-گیری: نظر به پایین بودن سواد سلامت در بین دانشجویان با فعالیت جسمانی کمتر و دارای اشتغال، پیشنهاد می‌شود در طراحی برنامه-های آموزشی جهت ارتقای سواد سلامت دانشجویان، به دانشجویان فوق توجه بیشتری مبذول گردد.

احمدی، فاطمه زهرا، مهرمحمدی، محمود، طلایی، ابراهیم، فردانش، هاشم، پاک نهاد، مهدیه، نقی زاده، سوسن، حامدی، هاجر، نوروزی، سپیده، و منتظری، علی. (۱۳۹۷). مطالعه ای با موضوع سنجش سواد سلامت دانشجویان دانشگاه فرهنگیان انجام دادند. معلمان در ارتقای سلامت جامعه نقش مهمی ایفا می‌کنند اما تاکنون پژوهشی به منظور تعیین سطح سواد سلامت دانشجویان دانشگاه فرهنگیان صورت نگرفته است. این پژوهش به شناسایی سطح سواد سلامت این افراد و عوامل موثر بر آن می‌پردازد. مواد و روش کار: در این پژوهش ۹۳۲ دانشجوی دانشگاه فرهنگیان شرکت کردند. ابزار پژوهش، پرسشنامه «سنجش سواد سلامت (HELLA)» بود که در اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه مذکور ۳۳ گویه دارد که پنج بعد سواد سلامت یعنی: خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری درباره اطلاعات سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد. یافته‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت‌کنندگان (۹،۶) $26,03$ بود. حدود ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان زن بودند. میانگین (انحراف معیار) امتیاز سواد سلامت کل (۱۳،۲۱) $67,28$ بود. درصد سطح سواد سلامت ناکافی، نه چندان کافی، کافی، و عالی به ترتیب عبارت بود از: $10,5$ ، $34,4$ ، $45,1$ و 10 درصد. سواد سلامت به صورت معناداری با جنسیت، سن و وضعیت تاهل در ارتباط بود. بحث و نتیجه‌گیری: از آنجایی که سطح سواد سلامت محدود معلمان سدی در راه ارتقای سواد سلامت دانش‌آموزان در مدرسه است، باید به منظور افزایش سواد سلامت دانشجویان دانشگاه فرهنگیان، زمینه طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزشی مرتبط با سواد سلامت فراهم گردد.

ون وهمکاران (۲۰۱۳) نظام آموزشی مدرسه نقش بسیار مهمی در آموزش بهداشت و سواد سلامت در دوران کودکی و بعد از آن ایفا می‌کند و باعث بهبود شخصیت دانش‌آموزان، نگرش، مهارت و نیز آگاهی آنان می‌شود.

عبادی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان الگوی پیشنهادی جهت طراحی برنامه درسی مبتنی بر تکلیف در مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری بر اساس طرح اگر که به روش کیفی انجام شد، به این نتیجه دست یافتند که مهمترین مؤلفه‌های طراحی برنامه درسی تکلیف محور، که شامل متنوع و جذاب، آزمایشگاه‌های مجهز، مطابق با نیازهای فراگیران،

تلفیقی، هدفمند، کاربردی و عملیاتی، کتاب‌های درسی تعاملی، کارگاه‌های آموزشی، واحد مهارت‌های بالینی، پروژه‌ها، امکان یادگیری بهتر، فلوچارت، کسب تجارب بالینی، شبیه‌سازی‌ها، پیوند بین تئوری و عمل، آموزش ارتباطی، تکالیف نوشتاری، جزوات آموزشی، هدفمند، تلفیقی، توانمندی در استفاده از مواد و منابع جدید، و استفاده از تصاویر شناسایی شدند.

روش تحقیق

پژوهش حاضر بر اساس رویکرد کمی تحقیق و با استفاده از روش پیمایشی به جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز پرداخته است. در این روش از تکنیک یا ابزار پرسشنامه استفاده می‌شود. پرسشنامه مورد استفاده از دو بخش اصلی تشکیل شده است: بخش اول سؤال‌هایی است که اطلاعات مربوط به ویژگی‌های اجتماعی - اقتصادی فرد را جویا شده و بخش دوم نیز یکسری سؤال‌ها در قالب طیف می‌باشد که عناصر میزان سواد سلامت و رفتارهای پرخطر پاسخگویان را می‌سنجد. این طیف توسط محققان طراحی و تعیین روایی و اعتبار شده است. جامعه آماری در این تحقیق کلیه جوانان ۱۵-۱۸ ساله شهر تربت حیدریه می‌باشد که در سال ۱۴۰۲ تعداد آنها ۲۵۰۰ نفر بوده است. در این تحقیق با استفاده از جدول انتخاب نمونه مورگان (۱۹۷۸) حجم نمونه برابر با ۶۰۰ نفر تعیین گردید و در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده از ۶۰۰ نفر که به سؤال‌های پرسشنامه جواب دادند جمع‌آوری شد. در این تحقیق با توجه به ناهمگنی اقتصادی و اجتماعی شهرستان تربت حیدریه و در دسترس نبودن چارچوب نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای مختلط استفاده شده است. در این روش، ابتدا جمعیت مناطق چند گانه شهر تربت حیدریه (مرکزی، بخش‌ها و شهرک) براساس سرشماری سال ۱۳۹۵ به تفکیک استخراج، سپس متناسب با جمعیت هر منطقه و نسبت آن به جمعیت کل، تعداد پرسشنامه مورد نظر برای هر منطقه مشخص شد. در هر منطقه، متناسب با تعداد پرسشنامه مربوط به هر منطقه تعداد بلوک‌های هر منطقه تعیین گردید و سپس بلوک‌های منتخب تعیین شدند. در درون هر بلوک نیز، کوچه‌ها به صورت زوج فرد و یکی در میان و پاسخگویان با در نظر گرفتن تناسب جنسیتی تقریبی و گروه سنی جهت پر کردن پرسشنامه‌ها مشخص شدند. روایی پژوهش به شیوه اعتبار صوری و با مراجعه و تبادل نظر با افراد متخصص و صاحب‌نظر تعیین گردید. بدین منظور، پرسشنامه طراحی شده به همراه چارچوب نظری و فرضیات پژوهش در اختیار استادان و متخصصان قرار داده شد و نقطه نظرات آنها در تدوین نهایی پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. برای سنجش پایایی ابزار اندازه‌گیری نیز، از آلفای کرونباخ استفاده شد. آلفای کرونباخ به دست آمده برای طیف سواد سلامت ۰/۸۵، و رفتارهای پرخطر ۰/۹۱ حاصل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی مانند: جداول تقاطعی و آماره‌های استنباطی مانند: ضریب همبستگی پیرسون، آزمون T، تحلیل واریانس یک طرفه و رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است.

یافته‌ها

مهم‌ترین یافته‌های توصیفی به این شرح می‌باشند: از لحاظ جنس، ۵۹/۳ درصد پاسخگویان پسر و ۴۰/۷ درصد دختر می‌باشند، میانگین سن پاسخگویان ۱۶/۸ سال می‌باشد، میانگین نمره سواد سلامت پاسخگویان ۶۸/۴۷ و میانگین نمره رفتارهای پرخطر پاسخگویان ۱۸/۱۸ می‌باشد.

جدول ۱ نشان‌دهنده توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه براساس میزان سواد سلامت و رفتارهای پرخطر می‌باشد. همان‌گونه که داده‌های جدول نشان می‌دهد، ۸/۳ درصد از پاسخگویان دارای سواد سلامت در سطح کم، ۶۸/۳ درصد دارای سواد سلامت در سطح متوسط و ۲۳/۳ درصد نیز دارای سواد سلامت در سطح زیاد هستند. همچنین، ۸۰/۷ درصد دارای رفتارهای پرخطر در سطح کم، ۱۶/۳ درصد دارای رفتارهای پرخطر در سطح متوسط و ۳ درصد نیز دارای رفتارهای پرخطر در سطح زیاد هستند. داده‌های جدول گویای این مسأله می‌باشد که هرچه سواد سلامت افزایش می‌یابد، رفتارهای پرخطر کمتر می‌شود.

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه براساس میزان سواد سلامت و رفتارهای پرخطر

سواد سلامت	رفتارهای پرخطر		
	کم	متوسط	زیاد
کل	درصد	درصد	درصد
فراوانی	فراوانی	فراوانی	فراوانی
درصد	درصد	درصد	درصد

کم	۲۲	۳/۷	۲۰	۳/۳	۸	۱/۳	۵۰	۸/۳
متوسط	۳۳۰	۵۵	۷۲	۱۲	۸	۱/۳	۴۱۰	۶۸/۳
زیاد	۱۳۲	۲۲	۶	۱	۲	۰/۳	۱۴۰	۲۳/۳
کل	۴۸۴	۸۰/۷	۹۸	۱۶/۳	۱۸	۳	۶۰۰	۱۰۰

بررسی فرضیات

فرضیه اول: بین سن دانش آموزان و رفتارهای پرخطر آنان رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۲ میزان همبستگی بین سن و رفتارهای پرخطر را نشان می‌دهد. بر اساس داده‌های جدول ضریب پیرسون ($r = -0/049$) و سطح معناداری ($0/232$)، بین سن و رفتارهای پرخطر در سطح ۹۵ درصد همبستگی وجود ندارد.

جدول ۲- همبستگی بین سن، تحصیلات و درآمد و رفتارهای پرخطر

متغیر	فراوانی	ضریب پیرسون (r)	سطح معناداری
سن	۶۰۰	-0/049	0/232
تحصیلات	۵۸۴	-0/044	0/289
درآمد	۵۵۲	0/125	0/003

فرضیه دوم: بین جنس (دختر و پسر بودن دانش آموزان) و رفتارهای پرخطر آنان تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۳ نشان‌دهنده آزمون تفاوت میانگین رفتارهای پرخطر افراد مورد مطالعه بر حسب جنس می‌باشد. همان‌گونه که داده‌های جدول نشان می‌دهد میانگین نمره رفتارهای پرخطر مردان برابر با $22/30$ و زنان برابر با $12/16$ می‌باشد، که با توجه به مقدار T به دست آمده ($9/35$) در سطح بیش از ۹۹ درصد ($Sig = 0/000$) تفاوت ملاحظه شده معنادار است. داده‌ها نشان می‌دهند که میزان رفتارهای پرخطر مردان بسیار بیشتر از زنان است. این یافته با نتایج تحقیق باریکانی (۱۳۸۷)، زاده‌محمدی و احمدآبادی (۱۳۸۷) و گرمارودی و همکاران (۱۳۸۸) همسو می‌باشد.

فرضیه سوم: بین سطح سواد سلامت دانش آموزان و رفتارهای پرخطر آنان رابطه معنی داری وجود دارد.

با توجه به داده‌های جدول ۶ ضریب پیرسون ($-0/459$) و معناداری ($Sig = 0/001$) رابطه بین سواد سلامت و رفتارهای پرخطر متوسط و معکوس است، بدین معنی که هرچه سواد سلامت افزایش یابد، رفتارهای پرخطر کاهش می‌یابد. نتیجه به دست آمده با تحقیقات رضانی و همکاران (۱۳۹۱)، مقتدایی و همکاران (۱۳۹۰)، فن فوگت و همکاران (۲۰۱۳)، سکر و همکاران (۲۰۰۹) و بارکین و همکاران (۲۰۰۲) همسو می‌باشد.

جدول ۶- همبستگی بین متغیر سطح سواد سلامت با متغیر وابسته (رفتارهای پرخطر)

متغیر	فراوانی	ضریب پیرسون (r)	سطح معناداری
سواد سلامت روانی	۶۰۰	-0/124	0/002
سواد بهداشت عمومی مدارس	۶۰۰	-0/524	0/001
سواد سلامت محیط زیست	۶۰۰	-0/283	0/001
سواد نقش ورزش و تناسب اندام	۶۰۰	-0/482	0/002
سواد ویژگی‌های بهداشتی تغذیه سالم	۶۰۰	-0/427	0/001
ارتقاء سواد سلامت و مهارت‌های زندگی	۶۰۰	-0/432	0/001
سواد سلامت	۶۰۰	-0/459	0/001

تحلیل رگرسیون چند متغیره

در این بخش تحلیل رگرسیون چند متغیره برای متغیرهای مستقل و متغیر وابسته (رفتار پرخطر) برای کل افراد مورد مطالعه آورده می‌شود. برای انجام تحلیل رگرسیون چند متغیره، متغیرهای مستقل به روش گام به گام وارد معادله شدند. شایان ذکر است برای استفاده از این روش متغیرهای اسمی به صورت ساختگی وارد تحلیل شده‌اند. با این روش این متغیرها در جوار متغیرهای پیوسته به کار می‌روند و از آنها می‌توان به عنوان متغیرهای وابسته استفاده کرد.

معادله رگرسیونی مربوط به تحلیل چند متغیره متغیرهای مستقل جهت پیش‌بینی متغیر وابسته رفتارهای پرخطر می‌باشد. همان‌گونه که جدول ۷ نشان می‌دهد معادله رگرسیونی ما دارای چهار مرحله می‌باشد. براساس داده‌های جدول، ضریب رگرسیونی چند متغیره ($R=0/652$) در مرحله چهارم برابر با $0/652$ می‌باشد. ضریب تعیین به دست آمده ($R^2=0/425$) نیز نشان می‌دهد که در مجموع چهار متغیر درون معادله شامل (تعهد به رعایت بهداشت و سلامت، جنس، باور به اصول اولیه سلامت، سواد سلامت) توانستند حدود ۴۳ درصد از واریانس متغیر وابسته رفتارهای پرخطر را پیش‌بینی نمایند.

سایر شاخص‌های آماری برای متغیرهای درون معادله مانند ضریب رگرسیون (B) برای نمرات خام و Beta برای نمره‌های استاندارد شده و نیز آزمون T را می‌توان در جدول ۷ مشاهده کرد. ضرایب B نشان می‌دهد که در مرحله اول به ازای یک واحد افزایش در نمره تعهد به رعایت بهداشت و سلامت، $0/898$ نمره از نمره رفتارهای پرخطر افراد مورد مطالعه کم می‌شود (ضریب B منفی است). در مرحله دوم به ازای یک واحد تغییر در متغیر جنس (پسر بودن)، $8/003$ نمره به نمره رفتارهای پرخطر افراد افزوده می‌شود. در مرحله سوم به ازای یک واحد افزایش در نمره باور به اصول اولیه سلامت، $0/979$ نمره از نمره رفتارهای پرخطر افراد کم می‌شود (ضریب B منفی است). در مرحله چهارم به ازای یک واحد افزایش در نمره سواد سلامت، $0/308$ نمره از میزان رفتارهای پرخطر افراد مورد مطالعه کم می‌شود (ضریب B منفی است). آزمون T نیز نشان می‌دهد که ضرایب B برای هر چهار متغیر در سطح ۹۹ درصد اطمینان از لحاظ آماری معنادار است.

جدول ۷- عناصر اصلی تحلیل چندمتغیره به روش گام به گام از مرحله اول تا مرحله چهارم برای پیش‌بینی متغیر وابسته رفتارهای پرخطر در سطح کل

مرحله	متغیر وارد شده	R	R ²	B	Beta	T	Sig. T
اول	تعهد به رعایت بهداشت و سلامت	0/514	0/264	-0/898	-0/263	-6/510	0/001
دوم	جنس (پسر بودن)	0/583	0/339	8/003	0/275	8/357	0/001
سوم	باور به اصول اولیه سلامت	0/631	0/398	-0/979	-0/236	-6/066	0/002
چهارم	سواد سلامت	0/652	0/425	-0/308	-0/191	-5/026	0/002
		=F 067/100=				R 652/0	
		=Sig000/0=				R ² 425/0	

نتیجه گیری

با توجه به این واقعیت که دانش آموزان و نوجوانان هر جامعه‌ای، مدیران، مسؤولان، اداره کنندگان و تولیدکنندگان فردای جامعه هستند، توجه به راهکارهای کاهش رفتارهای پرخطر در این سن مهم و حیاتی است. نتایج آزمون فرضیات نشان داد بین تعهد به رعایت بهداشت و سلامت، جنس (پسر بودن)، باور به اصول اولیه سلامت، سواد سلامت و رفتارهای پرخطر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، به لحاظ رفتارهای پرخطر، بین جنس (دختر و پسر بودن)، و رفتارهای پرخطر تفاوت معناداری وجود دارد. اما، بین سن و تحصیلات دانش آموزان و رفتارهای پرخطر رابطه معناداری مشاهده نشد. از مواردی که باید به آن توجه نمود این است که میزان وقوع رفتارهای پرخطر در بین دانش آموزان پسر بیشتر از دانش آموزان دختر، می‌باشد. همچنین ضرایب همبستگی به دست آمده بین این متغیرها و متغیر رفتارهای پرخطر نشان داد که هر چهار متغیر (تعهد به رعایت بهداشت و سلامت، باور به اصول اولیه سلامت و سواد سلامت) رابطه معنادار اما معکوسی با رفتارهای پرخطر

داشتند. این مسأله نشان می‌دهد که هرچه تعهد به رعایت بهداشت و سلامت، باور به اصول اولیه سلامت، سواد سلامت بیشتر باشد، میزان رفتارهای پرخطر آنان کمتر خواهد شد. همچنین کمبود سواد سلامت برای انجام رفتار صحیح موجب ارتکاب اعمال بزهکارانه و رفتارهای پرخطر از سوی افراد می‌گردد. همان‌طور که در آزمون فرضیات مشاهده شد ($F=0/427$) و ($Sig=0/000$)، رابطه معکوس و متوسطی بین سواد سلامت و رفتارهای پرخطر وجود دارد. در معادله رگرسیونی نیز سواد سلامت در مرحله چهارم وارد معادله گردید. مجهز بودن افراد به سواد سلامت، آنان را قادر می‌سازد در موقعیت‌های مختلف، واکنش‌های مناسب و منطقی از خود بروز داده و از وقوع رفتارهایی که دارای پیامدهای خطرناک و مضر بوده، جلوگیری نمایند. آموزش سواد سلامت به جوانان در معرض خطر کمک می‌کند تا تکنیک‌هایی برای ایجاد یا نگهداری روابط اجتماعی مثبت با اعضای خانواده، همسالان و معلمان به وجود آورند. آموزش سواد سلامت می‌تواند دارای اثربخشی طولانی مدت در ارتباط با جلوگیری از وقوع رفتارهای ضد اجتماعی و پرخطر در بین دانش‌آموزان و خصوصاً نوجوانان باشد (هیلبرون و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین، توجه به مقوله سواد سلامت می‌تواند در کاهش رفتارهای پرخطر بسیار مؤثر باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهادهایی به شرح زیر ارائه می‌گردد:

- به متخصصان حوزه سلامت و بهداشت توصیه می‌گردد که در انتخاب هدف‌های برنامه بهداشت و توسعه سلامت در راستای آگاهی‌بخشی بیشتر دانش‌آموزان و آموزش و ارتقاء مهارت‌های بهداشتی از عوامل و ارزش‌های حاکم بر سند تحول بنیادین در توسعه سلامت فردی و اجتماعی بهره‌گیرند تا با بکارگیری مؤلفه‌های نظام سلامت، مهارت‌های اساسی مورد نیاز زندگی فردی و اجتماعی را به دانش‌آموزان بیاموزند.

- در انتخاب و طرح‌ریزی محتوی برنامه آموزش بهداشت و توسعه سلامت پیشنهاد می‌شود که آموزش‌های لازم متناسب با مقطع سنی و نیازهای جسمی و روحی و روانی افراد باشد تا این آموزش‌ها در مرحله عمل بتوانند گره‌هایی از مشکلات بهداشتی افراد را در این مقطع حل نموده و در آینده نیز جنبه کاربردی برای دانش‌آموزان پیدا کند.

- پیشنهاد می‌شود در بخش راهبردهای یاددهی-یادگیری برنامه درسی مبتنی بر آموزش مهارت‌های بهداشتی باشد و از راهبردهای تعاملی و کاوشگرانه جهت آموزش استفاده شود.

- جهت آشنایی بیشتر دانش‌آموزان، منابعی شامل مهارت‌های بهداشتی کاربردی و مفید تهیه و در اختیار آنها قرار داده شود. بحث در مورد مهارت‌های بهداشتی علاوه بر زمینه آموزش و پرورش، در حوزه‌های دیگری مثل آموزش‌های قبل از ازدواج یا مهارت‌های تربیت فرزندان، آموزش و ترویج داده شود. نیازهای مهارتی دانش‌آموزان در تألیف کتب درسی جدید مد نظر قرار گیرد. برنامه فراگیر آموزش مهارت‌های بهداشتی و نحوه بکارگیری عملی این مهارت‌ها در دوره‌های ضمن خدمت معلمان و فعالیت‌های فوق برنامه دانش‌آموزان به معلمان و دانش‌آموزان اجرا شود.

منابع و مأخذ

احمدی، فاطمه زهرا، مهرمحمدی، محمود، طلایی، ابراهیم، فردانش، هاشم، پاک‌نهاد، مهدیه، نقی‌زاده، سوسن، حامدی، هاجر، نوروزی، سپیده، و منتظری، علی. (۱۳۹۷). سنجش سواد سلامت دانشجویان دانشگاه فرهنگیان. پایش، ۱۷(۳)، ۲۶۶-۲۵۷.

SID. <https://sid.ir/paper/23771/fa>

آقازاده، احمد (۱۳۸۳). مسائل آموزش و پرورش. تهران: انتشارات سمت.

بازرگان، سیمین، مهرمحمدی، محمود، زندی، بهمن، ابراهیم‌زاده، عیسی، سرمدی، محمدرضا (۱۳۹۰). تبیین الگوی برنامه درسی راهبردی آموزش عالی از منظر پدیدارشناختی. مطالعات برنامه درسی آموزشی، ۴: ۳۰-۷.

سیف، علی اکبر (۱۳۸۰). روانشناسی پرورشی، انتشارات رشد.

شریعتمداری، علی، جامعه و تعلیم و تربیت، تهران: انتشارات امیرکبیر، ۱۳۶۵.

حیدری شمس، جعفر، علی محمدزاده، خلیل، و ماهر، علی. (۱۳۹۸). همبستگی سواد سلامت و کیفیت زندگی با اضطراب سلامت در بیماران سرپایی مراجعه کننده به پلی کلینیک تخصصی شهید بهشتی. مدیریت ارتقای سلامت، ۹(۱)، ۹-۱.

SID. <https://sid.ir/paper/395473/fa>

- رهبری بناب، مریم، بختیاری علی آباد، محمد، و موسوی خطاط، سیدمحمد. (۲۸-۴-۱۳۹۹). وضعیت سواد سلامت در جامعه ایران. تهران، ایران: مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی. <https://sid.ir/paper/802988/fa>
- تمیمی، هاجر (۱۴۰۱) بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سبک زندگی سالم، یازدهمین کنفرانس بین المللی بهداشت، درمان و ارتقای سلامت، <https://civilica.com/doc/1588679>
- دهقانکار، لیلا و حاجی کریم بابا، مرضیه و پناهی، رحمن (۱۳۹۸) سنجش سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دختر دانشگاه بین المللی امام خمینی شهر قزوین، <https://civilica.com/doc/1591057>
- عبادی، نجیب، رنج دوست، شهرام، عظیمی، محمد (۱۳۹۹). الگوی پیشنهادی جهت طراحی برنامه درسی مبتنی بر تکلیف در مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری بر اساس طرح اکر. نشریه آموزش پرستاری، ۹(۱): ۴۰-۵۴.
- فیوضات، یحیی، مبانی برنامه ریزی آموزشی و درسی، تهران: مؤسسه نشر ویرایش، ۱۳۷۵.
- مبانی و روشهای اپیدمیولوژی-دکتر محمد حسین باقیانی مقدم-دکتر محمد حسین احرام پوش-دکتر سید سعید مظلومی- شاخص های بهداشتی جامعه- فصل سوم- ص ۴۱-۵۸
- محمودی عبدالرحمان (۱۳۷۷)، تأثیر پیش سازمان دهنده بر یادگیری در تدریس روان شناسی پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز .
- مذبوحی، سعید (۱۳۸۷). طراحی الگوی مطلوب برنامه درسی تربیت اجتماعی مبتنی بر قرآن و روایات در دوره متوسطه اول . مجموعه مقالات دومین کنگره علوم انسانی
- ملکی، حسن (۱۳۹۵). اصول برنامه ریزی درسی. تهران: مؤسسه فرهنگی مدرسه برهان.
- ملکی، حسن (۱۳۸۴)، صلاحیت های حرفه ای معلمی، تهران، انتشارات مدرسه.
- هدایتی، اکبر و همکاران (۱۳۹۵). طراحی و اعتباریابی الگوی برنامه درسی مبتنی بر شایستگی برای دوره کارشناسی ارشد رشته برنامه درسی. فصلنامه پژوهش های کیفی در برنامه درسی. دانشگاه علامه طباطبایی. دوره اول. شماره ۴. پاییز ۹۵ ص ۴۷-۶۱.
- یزدانی، فریدون (۱۳۹۶). دسته بندی شاخص های سنجش کیفیت محتوای کتاب های درسی دوره ابتدایی. نشریه علمی پژوهشی آموزش و ارزشیابی، ۱۰(۳۷): ۸۳-۱۰۶.
- Aba Anane, C. (2013). Competency Based Training Quality Delivery for Technical and Vocational Education and Training (TVET) Institution. Educational Research International, 2(2), 117-127.
- Adetoro Adenrele Rasheed. (2015) "Effects of learning Together , constructive controversy in students Acquisition of knowledge and skills in pace Education Aspect of social studies " European, Reaserch, vol (93), Is. 4.
- Altbach, P. G. (1995). Texbook ,In the International Encyclopedia of Education. vol, Editors-in-chif Torstohusent ,T. Neville postlethwaite.
- Ash. R.L. & Persall. M. (2003). The principal as chief learning officer: developing teacher leaders, NASSP Bulletin, May, 15-22.
- Asuto, T. A; Clark, D. L; Read, A. M; McGree, K. & deKoven Pelton Fernancez, L. (1994). Roots of reform: Challenging the assumptions that control change in education. Bloomington, IN: Phi Delta Kappa Educational Foundation.
- Baggot Rob , Public Health Policy and Politics. Mac Millan press Ltd , 2000. PP. 99-100.
- Bakker, A. B. (2011). The evidencebased model of work engagement. Current Directions in Psychological Science, 265-269.
- Barth, R. (1999). Improving schools from within. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bjekic, D. Krneta, R. & Milosevic, D. (۲۰۱۰). Teacher Education from Elearner To E-Teacher: Master Curriculum. Journal of Educational Technology, 9, p202-212.

- Blase. J. & Anderson, G. L. (1995). *The Micro politics of Educational Leadership: from control to empowerment*. London: Cassell
- Boles, K. C. (1992). *School Restructuring by Teachers: A Study of the Teaching Project at the Edward Devotion School*. Paper presented at the Annual Meeting of the American educational Research Association, San Francisco, CA, April 1992.
- Boles. K. C. & Troen, K. (1994). *School restructuring by teachers: a study of the teaching project at the Edward Devotion School*, paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, San Francisco, April 1992.
- Boyatzis, R. E. (2008). *Competencies in the 21st century*. Journal of Management
- Burton N, Middlewood D. *Managing the Curriculum*. 7 ed. California: Sage Publications Ltd; 2001.
- Celikkaya, Tekin, Filoglu, Simge. (2014). Attitudes of Studies Teachers toward Value and Values Education. *Educational Sciences: Theory & Practice*. |4|4|. 1551-1556.
- Childs-Bowen, D. Moller, G. & Scrivner, J. (2000). 'Principals: Leaders of Leaders' *NASSp Bulletin* 84, no 616, 27-34.
- Convertino, Christino. (2016). "Beyond Ethnic Tidbits: Toward a critical and dialogical Model in Multicultural Social Justice Teacher " prepration international of Multicultural Education vol. 18. No. 2.
- Cosmin, A. D. (2013). *Designing A Competency-Based Curriculum For Pedagogy Subjects at High School Level* ,Doctoral Thesis Summary, University of CLUJ-NAPOCA.
- Day, C. & Harris, A. (2003). *Teacher leadership, reflective practice and school improvement*, in Leithwood K & Hallinger P (eds) *Second International Handbook of Educational Leadership and Administration*, Dordrecht: Kluwer Academic.
- Detels Roger, Holland Walter W., Mcewex Janes and Omex Gilberts. *Oxford Textbook of Public Health* . Third Edition Volume 1 ,New York, Oxford University Press, 1997. PP. 35. Development. Vol 27 NO 1. pp. 5-12.
- Eastwood, K. & Louis, K. (1992). *Restructuring that lasts: managing the performance dip*, *Journal of School Leadership*, 2(2), 213–224.
- Eastwood, K. & Louis, K. (1992). *Restructuring that lasts: managing the performance dip*, *Journal of School Leadership*, 2(2), 213–224.
- Ford, Kate. (2014). *Competency-Based Education: History, Opportunities, and Challenges*. Published by UMUC Center for Innovation In Learning and Student Success (CILSS).
- Frost, D. & Durrant, J. (2003). *Teacher Led Development Work: guidance and support*, London: David Fulton Press.
- Fullan, M. (1999). *The meaning of educational change*. New York: Teacher College Press.
- Fullan, M. (1993). *Change forces: Probing the depths of education reform*. London: The Falmer Press.
- Gehrke, N. (1991). *Developing Teacher Leadership Skills*, ERIC Digest, ERIC: 5.
- Gronn, P. (2000). *Distributed properties: a new architecture for leadership*, *Educational Management and Administration*, 28(3), 317–338.
- Gruban, B. (2003). *Kompetence: moda, ki traja e štiri desetletja*. Finance, 1596/168, str.. 1.
- Haddouchane, Z. A., Bakkali, S., Ajana, S., & Gassemi, K. (2017). *The application of the competency-based approach to assess the training and employment adequacy problem*. *International Journal of Education*, 5(1), 1-18.
- Handler, B. (2010). *Teacher as Curriculum Leader: A Consideration of the Appropriateness of that Role Assignment to Classroom-Based Practitioners*. *International Journal of Teacher Leadership*. Volume 3, Number 3. p32-42. <http://www.csupomona.edu/ijtl>.

- Hargreaves, A. (2007). The long and short of educational change. *Education Canada* 47(3): 16-23.
- Harris, A. & Muijs, D. (2004) *Teacher leadership: Principles and practice*. General Teaching Council. See: <http://www.gtce.org.uk>
- Kets de Vries, M.F.R. (1990) 'The organizational fool: balancing a leader's hubris', *Human Relations*, 43(8): 751-70.
- Harris, A. (2003). *Teacher leadership: a new orthodoxy?* in Davies, B. & West Burnham J. (eds) *Handbook of Leadership and Management*, London: Pearson Publishing (in press).
- Hong, Jon-Chao & Jeou-Shyan Horng & Chan-Li Lin & Lih-Juan ChanLin. (2008). Competency disparity between pre-service teacher education and in-service teaching requirements in Taiwan, *International Journal of Educational Development*. Vol 28, No 1, PP 4-20.
- Hopkins, D. (2001). *School Improvement for Real*, London Falmer Press.
- Hopkins, D; West, M; and Ainscow, M. (1996). *Improving the Quality of Education for All*. London: David Fulton Publishers.
- Huntly, Helen(2003) *Teachers'Work: Beginning Teachers'Conceptions Of Competence*, Thesis ,Central Queensland University.
- Irian D. Demakova, R oza A. valeeva, Alina v. shipova. (2016). "Socialization of adolescents: culture practice in childrens sammer camp" *International of Enviromental & S-cience Education* 11 (7).
- Jefferies S. A(2000), literature review exploring a meaning for the term'curriculum leadership'..
- Jekel James F.,Katz David L. *Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine* .Second Edition, W.B. Saunders Company, 2001. PP. 221-3.
- K. Park: *Parks Textbook of Preventive and Social Medicine*, 18th edition, M/s Banarsidas Bhanot Publishers, India, 2005.
- Katzenmeyer, M. & Moller, G. (2001). *Awakening the Sleeping Giant. Helping Teachers Develop as Leaders*, Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Kerr Joanne, *Community Health Promotion Changes for Practice*. Bailliere Tindal, 2000. PP. 5-23.
- Koenen, A. K, Dochy, F. & Berghmans, I. (2015). A Phenomenographic analysis of the implementation of competence-based education in higher education. *Teaching and Teacher Education*, 50,1-12.
- Kowalski, T. J. (1995). Preparing teachers to be leaders: Barriers in the workplace. In M. J. O'Hair and S. J. Odell (Eds.), *Educating teachers for leadership and change: Teacher education year book HI* (pp. 243-256). California: Corwin Press, Inc.
- Kutbiddinova. Rimma. A, Eromasova. Aleksander A, Romanova. Marina A. (2016). The Use of Methods in the Educational Process of the Higher Education Institution, *International Science Education*, vol. 11, No. 14,6557-6572.
- Lambert, L. (1998). How to build leadership capacity. *Educational Leadership*, 55(7), 17-19.
- Last John M . Wallace Robert B . *Maxy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine* .13th Edition, Prentice-Hall International Inc,1992. PP.: 687-98.
- LeBlanc, P. R. & Skelton, M. M. (1997). *Teacher Leadership: The Needs of Teachers*. *Action in Teacher Education*, 19(3), 32-48.
- Leithwood, K. & Jantzi, D. (2000). Principal and teacher leadership effects: A replication. *School Leadership and Management*, 20(4), 415-434.
- Lieberman, A; Saxl, E. R. & Miles, M. B. (1988/2001). *Teacher leadership: Ideology and practice*. In *The Jossey-Bass reader on educational leadership*, (pp. 348-365). San Francisco: Jossey Bass.

- Little, J.W. (1995). Contested ground: the basis of teacher leadership in two restructuring high schools, *The Elementary School Journal*, 96(1), 47-63.
- McCoach, D. B., & Colbert R. D. (2010). Factors Underlying The Collective Teacher Efficacy Scale and Their Mediating Role in the Effect of Socioeconomic Status on Academic Achievement at the School Level. *Journal of measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 43(1), 31-47.
- Medly ,Donald M. and Harolde. Mizel (1982) "A technique for Measuring classroom Behavior", *J. Ed. Psych*, 49, 86-92.
- Moller, G. & Pankake, A. (2006). *Lead with me: A principal's guide to teacher leadership*. Larchmont, NY: Eye on Education.
- Mulder, M. Editor. (2017). *Competence-based Vocational and Professional Education. Bridging the Worlds of Work and Education*. Springer.
- Muijs, D. & Reynolds, D. (2001a). Being or Doing: The Role of Teacher Behaviors and Beliefs in School and Teacher Effectiveness in Mathematics, a SEM analysis. Paper to be presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Seattle April 2001.
- Muijs, D. & Reynolds, D. (2001b). *Effective Teaching. Research and Practice*. London: Paul Chapman Publishing.
- Naidoo Jennie and Wills Jane , *Health Studies an Introduction* . First Edition Antony Rowe Ltd ,Chippenham Wilts . 2001. PP. 47-9.
- Naidoo Jennie , wills Jane . *Health Promotion Foundations for Practice*. Second Edition, Harcourt Publishers , 2000. PP. 5-64.
- Ogren, C. A. (2005). *The American state normal school: "An instrument of great good."* New York: Palgrave Macmillan.
- Ornstein, A. C. & Hunkins, F. P. (2004). *Curriculum: Foundations, principals and issues* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Ovando, M. (1996). Effects of Teacher Leadership on Their Teaching Practices, paper presented at the Annual Meeting of the University Council of Educational Administration, Philadelphia, PA.
- Pellicer, L. O. & Anderson, L. W. (1995). *A Handbook for Teacher Leaders*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Preedy M. *Managing the Curriculum for Student Learning*. 2002.
- Richardson A, Curtis A.D, Moss, G.P Pearson R.J, White S, Rutten F.J. Simulated drug discovery process to conduct a synoptic assessment of pharmacy students. *Am J Pharm Educ*. 2014; 78 (2): 41. DOI: 10.5688/ajpe78241.
- Rubene, Z, Goba, L (2015). Health Literate Child: Transforming Teaching in School Health Education. *SOCIETY. INTEGRATION. EDUCATION*, 1: 331-340. Available at Journals.ru.lv/index.php/SIE/issue/download/23/1. Accessed June 10, 2016
- Quinn M.F.(2000), "The principles and practice of Nurse Education" Chapman & Hall, London , 113,.
- Seif, AA. (2013). *Modern educational Psychology: Psychology of learning and education*. 7th ed, 51th pub, Tehran: Doran. [In Persian].
- Seraji, F, Attaran, M, Naderi, E, Aliasgari, M. (2007). Designing of virtual university curriculum. *Journal of Curriculum Studies*, 2 (6), 79-118. [In Persian].
- Sergiovanni, T. (2001). *Leadership: what's in it for schools?* London: Routledge Falmer.
- Smith, Larry & Kling, Margaret *Technical and Vocational Education and Training: Issues, Concerns and Prospects*, 2011, Volume 13, Part 4, 257- 243, DOI: 4- 1539 - 007-94-978/10.1007_1.

- Smylie, M. A. (1995). New Perspectives on Teacher Leadership. *The Elementary School Journal*, 96(1), 3-7.
- Taba, H. (1962). *Curriculum development: Theory and practice*. New York: Harcourt Brace.
- Taylor Robert B. *Family medicine Principles and Practice*. Fifth Edition, New York, Inc Springer-Verlag, 1998. PP. 14-18.
- Taylor, F; Francis, R; (2010); criteria for effective University teaching, *Improving college and University Teaching*. Vol.28, No, 3.
- Teddlie, C. & Reynolds, D. (eds.) (2000). *International Handbook of School Effectiveness Research*. London: Sage.
- Tekin Celikkaya, Simge filoglu. (2014). "Attitudes of Social Studies Teachers Toward Value and Values Education Educational Science " theory & practice. 14141. Educational consultancy. and research center www. edam. com. tr/estp dol: 10 12738/estp. 2014. 4. 1605.
- Toole, JC. & Seashore Louis, KS. (2002). *The Role of Professional Learning Communities in International Education*, education. umn. edu/ CAREI/ Papers/ JULYFINAL. pdf.
- Tourani, H., Aghazadeh, M. (2006). Prolem-based learning and how to apply in the primary school classroom. Collection of Article in sixth annual conference of the curriculum Studies Association in Country "Innovation in the Primary School Curriculum in Country", University of shiraz, and Education Department in Fars Province, March, P. 221-242. [In Persian].
- Tyler, R. W. (1949). *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago: University of Chicago Press.
- Vakani F, Jafri W, Ahmad A, Sonawalla A, Sheerani M (2014). Task-based learning versus problemoriented lecture in neurology continuing medical education. *J Coll Physicians Surg Pak*, 24(1): 23-6.
- Valades. James R. (2015). "Educating for Social Justice Drawing from Catholic Social Teaching", *Journal of Catholic Education* volum 19. Issue.
- Villegas_reimers.(2007) "teacher professional development": an international review of the literature.unesco;international institute for educational planning.
- Wagstaff, L. & Reyes, P. (1993).*School-Based Site Management*. Austin, TX, The University of Texas at Austin.
- Wasley, P. A. (1991). *Teachers Who Lead: the rhetoric of reform and the realities of practice*, New York: Teachers College Press.
- Wiggins,R.A. (1994). *The Principal as Instructional leader: Inducement or Deterrent to teachers' Personal Professional Growth?* Paper Presented at the Annual Meeting of the Association for Supervision and Curriculum Development, Chicago,II.
- zahoric,johna(1984). *Teachingrules research beautyandcreation*, journal of curriculumand supervision, vol2, no.3, pp.572, 672,772,872
- Zeller, M. P, Serbino, J, Whitman, L, Skeate, R, & Arnold, D. M. (2016). *Design and Implementation of a Competency-Based Transfusion Medicine Training Program in Canada*. *Transfusion medicine reviews*. 30 (1) ,30-36.