Evaluating the Effectiveness of Health Education Courses, Workshops and Packages on Promoting Health Literacy of Elementary Students and Providing Quality Solutions: Mixed Approach

Zahra Bagheri
Ph.D student of Educational Management,Bojnourd Branch , Islamic Azad University,Bojnourd ,Iran

Maryam Hafezian
* Assistant Prof., Dept. of Educational Sciences,Adib Mazandaran Institute of higher education ,Sari, Iran (Corresponding Author):
ma.hafez@yahoo.com

Shahrbanoo Dehrouyeh
Assistant Prof., Dept. of Psychology,Adib Mazandaran Institute of higher education ,Sari, Iran

Mohammad Alinia
Ph.D student of Educational Management, Bojnourd Branch , Islamic Azad University,Bojnourd ,Iran

Received: 2024/05/23
Accepted: 2024/10/16

Doi: 10.22034/12.4.6

ABSTRACT

Background and Objectives: Since children and adolescents form an important segment of the society, the promotion of health literacy in this segment should be considered. Therefore, the current research was conducted with the aim of determining the effectiveness of health education on improving the health literacy of elementary school students and providing quality solutions.

Materials and Methods: The present research is of quantitative-qualitative and exploratory method. For this purpose, first, the effectiveness of training courses was examined by analysis of covariance, and then, using semi-structured interviews, quality-partial approaches were identified. The statistical sample in the quantitative part was 60 fifth grade students of Bojnord city, who were selected by multi-stage random sampling method. The educational intervention based on health literacy based on five skills, reading, understanding, evaluation, decision-making and application of information based on health literacy by Montazeri et al. (2013) was designed and implemented during 5 sessions of 60 to 90 minutes. In the qualitative section, 12 educational experts were selected by snowball sampling. The collection tool in the quantitative part is a questionnaire whose validity and reliability were confirmed, and in the qualitative part it was a semi-structured interview. Data analysis in the quantitative part using covariance analysis and in the qualitative part based on the qualitative content analysis method, the three-stage systematic design was analyzed by SPSS software considering the significance level of 5%.

Results: The results of the quantitative section showed that there is a significant difference between the adjusted averages of the scores of the information application component and reading skill according to the experimental and control group membership in the post-test stage ($P < 0.05$). Also, the health education package has created a significant difference in only two components of application and reading skills in the two test and control groups, and no significant difference was observed in the total score of health literacy. In the qualitative section, solutions to pay attention to the role of school, family, training courses and individual health were suggested in the direction of the quality of the department.

Conclusion: Attention to the development and improvement of health literacy education in primary school should be given more attention as a necessity and the content of training courses should be in line with the goals of health literacy.

Keywords: Elementary Student, Health Literacy, Health Education

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Paper Type: Research Article.

▶ **Citation (Vancouver):** Bagheri Z, Hafezian M, Dehrouyeh Sh, Alinia M. Evaluating the Effectiveness of Health Education Courses, Workshops and Packages on Promoting Health Literacy of Elementary Students and Providing Quality Solutions: Mixed Approach. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Winter 2025); 13(1):369 379-. [Persian]x

▶ **Citation (APA):** Bagheri Z., Hafezian M., Dehrouyeh Sh., Alinia M. (Winter 2025). Evaluating the Effectiveness of Health Education Courses, Workshops and Packages on Promoting Health Literacy of Elementary Students and Providing Quality Solutions: Mixed Approach. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion*., 13(1), 369-379. [Persian]

بررسی اثربخشی آموزش سلامت بر ارتقاء سواد سلامت دانش‌آموزان ابتدائی و ارائه‌ی راهکارهای کیفیت‌بخشی: رویکرد آمیخته

زهرا باقری
دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، واحد بجنورد ، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

مریم حافظیان
* استادیار، گروه علوم تربیتی، موسسه آموزش عالی ادیب مازندران، ساری، ایران (نویسنده مسئول) :
ma.hafez@yahoo.com

شهربانو دهرویه
استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی ادیب مازندران، ساری، ایران

محمد علی نیا
دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، واحد بجنورد ، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

تاریخ د ریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: از آن‌جا که کودکان و نوجوانان قشر مهمی از جامعه را تشکیل می‌دهند لذا ارتقاء سواد سلامت در این قشر باید مورد توجه قرار گیرد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش سلامت بر ارتقاء سواد سلامت دانش‌آموزان ابتدائی و ارائه‌ی راهکارهای کیفیت‌بخشی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کمی- کیفی و به شیوه‌ی اکتشافی می‌باشد. بدین‌منظور ابتدا با روش تحلیل کوواریانس میزان اثربخشی دوره‌ی آموزشی مورد بررسی قرار گرفت و سپس با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته، رویکردهای کیفیت‌بخشی شناسایی گردید. نمونه‌ی آماری در بخش کمی ۶۰ نفر از دانش‌آموزان پایه‌ی پنجم ابتدایی شهر بجنورد بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر سواد سلامت بر اساس پنج مهارت، خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات بر اساس سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۳۹۳) طراحی و طی ۵ جلسه‌ی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. در بخش کیفی ۱۲ نفر از خبرگان آموزشی که با روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب گردیدند. ابزار جمع‌آوری در بخش کمی پرسش‌نامه است که روایی و پایایی آن مورد تائید قرار گرفت و در بخش کیفی مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در بخش کمّی با استفاده از تحلیل کوواریانس و در بخش کیفی بر اساس روش تحلیل محتوای کیفی، طرح نظام‌مند سه مرحله‌ای توسط نرم‌افزار SPSS با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد تجزیه‌وتحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج بخش کمی نشان داد بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات مؤلفه‌ی کاربرد اطلاعات و مهارت خواندن برحسب عضویت گروهی آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($P<0/05$). هم‌چنین بسته‌ی آموزش سلامت تنها در دو مؤلفه کاربرد و مهارت خواندن در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده است و در نمره‌ی کل سواد سلامت تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در بخش کیفی نیز راهکارهای توجه به نقش مدرسه، خانواده، دوره‌های آموزشی و سلامت فردی در جهت کیفیت‌بخشی پیشنهاد شد.

نتیجه‌گیری: توجه به توسعه و بهبود آموزش سواد سلامت در دوران ابتدایی باید به‌عنوان ضرورت مورد توجه بیشتری قرار بگیرد و محتوای دوره‌های آموزشی باید هم‌راستا با اهداف سواد سلامت باشد.

کلیدواژه‌ها: دانش‌آموز ابتدایی، سواد سلامت، آموزش سلامت
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

◄ **استناد (ونکوور):** باقری ز، حافظیان م، دهرویه ش، علی‌نیا م. بررسی اثربخشی آموزش سلامت بر ارتقاء سواد سلامت دانش‌آموزان ابتدائی و ارائه‌ی راهکارهای کیفیت‌بخشی: رویکرد آمیخته. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۴۰۳؛۱۳(۱):۳۶۹-۳۷۹ .

◄ **استناد (APA):** باقری، زهرا؛ حافظیان، مریم؛ دهرویه، شهربانو ؛ علی‌نیا، محمد. (زمستان ۱۴۰۳). بررسی اثربخشی آموزش سلامت بر ارتقاء سواد سلامت دانش‌آموزان ابتدائی و ارائه‌ی راهکارهای کیفیت‌بخشی: رویکرد آمیخته. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۱۳(۱):۳۶۹-۳۷۹.

مقدمه

واژه‌ی سلامت همیشه انسان را در طول زمان به‌خود مشغول کرده است. واژه‌ی سلامت هم مانند بسیاری از واژه‌های دیگر، به‌صورت گسترده در گفتگوهای روزمره‌ی افراد و در نوشته‌ها و مقالات مورد استفاده قرار می‌گیرد، بی‌آنکه تعریف سلامت و مفهومی که دقیقاً از آن در ذهن وجود دارد، مشخص باشد. انسان‌ها همیشه تلاش کرده‌اند سطح سلامت را چه در حوزه فردی و چه اجتماعی بالا ببرند (۱). تدوین برنامه‌های بهداشتی و درمانی برای حفظ سلامتی و مطالعه، پیش‌گیری و درمان بیماری‌ها نمونه‌ای از تلاش‌های بشری است (۲). نظام‌های نوین سلامت، منجر به ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان به‌ویژه در حوزه‌ی سواد سلامت شده است (۳). سواد سلامت[1] مسئله‌ای جهانی است و نقشی محوری در تعیین نابرابری‌های سلامتی در کشورهای ضعیف و غنی دارد (۴). سواد سلامت، مفهوم گسترده‌ای می‌باشد که از سال ۱۹۷۰ در متون سلامت مورد استفاده قرارگرفته است. سواد سلامت به‌دلیل نقش مهم آن بر نحوه‌ی تصمیم‌گیری اشخاص در زمینه‌های مرتبط با سلامت به‌عنوان یکی از ابزارهای اساسی در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه قرارگرفته است (۵). اگرچه هنوز معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامت تأثیر می‌گذارد، اما شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، درنتیجه سواد سلامت ناکافی است؛ به‌طوری‌که محققان معتقد هستند که سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند سن، درامد، نژاد و...، پیش‌بینی کننده‌ی قوی‌تری در رابطه با سلامت می‌باشد (۶). از این نظر، سازمان سلامت جهانی، سواد سلامت را به‌عنوان عامل اصلی تبیین‌کننده‌ی سلامت معرفی کرده است (۷). سواد سلامت را ظرفیت کسب، پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری‌های مناسب در زمینه‌ی سلامت تعریف کرده‌اند. افراد با سواد سلامت ناکافی درباره روش‌های پیشگیری از بیماری‌ها دانش کمی دارند و کمتر در برنامه‌های مراقبت در برابر بیماری‌های مزمن مشارکت می‌کنند. اغلب آموزش‌های پزشکی و بهداشتی را درک نمی‌کنند و حتی ممکن است که آن‌ها را به اشتباه تفسیر نمایند و متعاقب آن موفقیت معالجات هم در این افراد پایین است (۸). در طول دهه‌ی گذشته اهمیت و اثرات سطح پایین سواد سلامت بر وضعیت سلامتی افراد، بسیار مورد توجه قرار گرفته است. بررسی‌های انجام شده، سواد سلامت ناکافی را در کشورهای مختلف نشان می‌دهد؛ که سواد سلامت پایین با پیامدهای نامطلوبی شامل بستری شدن بیش‌تر، استفاده بیش‌تر از خدمات اورژانس، مصرف بیش‌تر دارو، توانایی کمتر برای مصرف مناسب داروها، درک نکردن برچسب‌های دارویی و پیام‌های بهداشتی و گزارش‌دهی ضعیف از وضعیت سلامت خود ارتباط دارد (۹). چیو و همکاران(۱۰) در پژوهش خود نشان دادند، سواد سلامت پایین با پیامدهای نامطلوبی شامل بستری شدن بیشتر، استفاده بیش‌تر از خدمات اورژانس، مصرف بیش‌تر دارو، توانایی کمتر برای مصرف مناسب داروها، درک نکردن برچسب‌های دارویی و پیام‌های بهداشتی و گزارش‌دهی ضعیف از وضعیت سلامت خود ارتباط دارد (۱۱). پژوهش خالقی و همکاران (۱۲) نشان داد که سواد سلامت دانشجویان با کیفیت زندگی و ابعاد جسمانی و روانی آن در ارتباط است. از آن‌جایی که کیفیت زندگی دانشجویان تأثیر بسزایی در دستاوردهای آموزشی آنان دارد، به‌نظر می‌رسد تمرکز بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان از طریق افزایش سواد سلامت آن‌ها برای دستیابی به دستاوردهای آموزشی مناسب‌تر که باعث کیفیت بهتر زندگی می‌شود، امری مهم است که تأثیر دو جانبه‌ی هم‌افزایی دارد. آقاملایی و همکاران (۱۳) در پژوهشی با عنوان ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت دانش‌آموزان نتیجه گرفته‌اند که مجموع سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامتی در دانش‌آموزان پایین‌تر از حد مطلوب بود و این موضوع لزوم انجام برنامه‌های آموزش سلامت بر اساس حیطه‌های رفتارهای ارتقادهنده سلامت و مؤلفه‌های سواد سلامت را نشان می‌دهد. از آن‌جا که کودکان و نوجوانان قشر مهمی از جامعه را تشکیل می‌دهند لذا ارتقاء سواد سلامت در این قشر باید مورد توجه قرار گیرد. با در نظر گرفتن این‌که رفتارها و عادات سالم تمام عمر در خردسالی شکل می‌گیرد و مهارت‌های سواد سلامت کافی می‌تواند از شیوه‌ی زندگی

1. Health Literacy

سالم آگاهانه حمایت کند؛ بنابراین اگر کودکان دارای سواد سلامت باشند می‌توانند در کاهش پیامدهای نامطلوب مرتبط با ناکافی بودن سواد سلامت، در گسترش نسلی سالم مشارکت داشته باشند (۱۴). سواد سلامت در کودکان با سواد عمومی ارتباط پیدا می‌کند و در نوجوانان نشان‌گر رفتارهای پرخطر بالقوه بهداشتی می‌باشد (۱۵). یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های غیرطبی سلامت مبحث آموزش است که در این راستا مدارس مروج سلامت به‌منزله‌ی یک نظام برای ارتقای سلامت با رویکرد توانمندسازی دانش‌آموزان در زمینه‌ی خودمراقبتی و آموزش هم‌سالان، منجر به افزایش ظرفیت‌ها و توانمندسازی مردم در مورد سالم زندگی‌کردن، سالم کارکردن و آموزش با کیفیت خواهد شد (۱۶). پاکاری و پاکاری[1] (۱۷) معتقدند که سواد سلامت نتیجه‌ی آموزش مدرسه است. عدم آموزش‌های سلامت برای دانش‌آموزان، عوامل خطرساز بیماری‌های جسمی از قبیل چاقی و کم‌تحرکی، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت را افزایش می‌دهد که این امر می‌تواند به افزایش میزان مشکلات روانی، اجتماعی جوانان منجر گردد. روند در حال رشد این مشکلات ازجمله افزایش تعداد معتادان، کاهش سن اعتیاد و افزایش شیوع بیماری‌های مقاربتی، ضرورت توجه به آموزش را در پیش‌گیری یا کاهش این مسائل به‌خوبی نشان می‌دهد (۱۸). در این بین مدارس، یکی از عرصه‌های مهم اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت کودکان و نوجوانان می‌باشد. برای این منظور، لازم است مسئولین مدارس با روش‌های مختلف آموزشی آشنا شده و روشی را که در ارتقای سواد سلامت دانش‌آموزان نقش مؤثری دارد، به مدد اعضای تیم بهداشتی به‌کار گیرند (۱۶). با وجود اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت در مقطع ابتدایی، در ایران چندان به این موضوع پرداخته نشده است. سواد سلامت به‌عنوان ابزاری برای ارتقای سطح سلامت جامعه و حل بسیاری از کمبودها در حوزه‌ی سلامت است و راهکارهای ارتقای آن باید مورد توجه قرار گیرد. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین اثربخشی دوره‌ها، کارگاه‌ها و بسته‌های آموزش سلامت بر ارتقاء سواد سلامت دانش‌آموزان ابتدائی و ارائه‌ی راهکارهای کیفیت‌بخشی آن انجام شده است.

1. Paakkari & Paakkari

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر آمیخته که در دو بخش کمی و کیفی انجام شد. در بخش اول به بررسی اثربخشی بسته آموزش سلامت بر ارتقاء سواد سلامت دانش‌آموزان پرداخته و بعد از اجرای جلسات آموزشی در بخش دوم با اتخاذ روش کیفی و انجام مصاحبه با خبرگان به ارائه راه‌کارهای کیفیت‌بخشی در این خصوص پرداخته شد. در بخش کمی با استفاده از مطالعه‌ی کارآزمایی شاهددار تصادفی‌شده میزان اثربخشی آموزش سلامت در ارتقاء سواد سلامت دانش‌آموزان بررسی می‌شود. بدین‌ترتیب، جامعه مطالعه کلیه دانش‌آموزان دختر در مقطع پنجم دوره ابتدایی شهر بجنورد در نیم سال اول تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. نمونه‌ی مورد مطالعه ۶۰ دانش‌آموز دختر پایه‌ی پنجم ابتدایی بودند که نمونه‌ی مورد نیاز پژوهش (از ۴ مدرسه) از بین ۱۵ مدرسه‌ی ابتدایی به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. شرایط ورود به پژوهش شامل: دانش‌آموز پایه پنجم، اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش، رضایت کتبی والدین برای شرکت فرزندشان در مداخله و معیارهای خروج از پژوهش شامل: مصرف داروهای روان‌گردان و روانپزشکی، شرکت هم‌زمان در سایر درمان‌های مداخله‌ای روان‌شناختی، غیبت بیش از دو جلسه و انجام ندادن تکالیف آموزشی بود. مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر سواد سلامت بر اساس پنج مهارت، خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات بر اساس سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۳۹۳) طراحی و طی ۵ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. در ابتدا اولین جلسه معارفه، بیان اهداف نتایج حاصله و موارد ضعف و چگونگی ارتقاء آن و ارائه‌ی پکیج آموزشی صورت پذیرفت. در جلسات آموزشی بعدی با استفاده از روش‌های آموزشی متنوع شامل، سخنرانی، ایفای نقش و کار گروهی، وسایل سمعی و بصری، اسلایدها و پوسترهای آموزشی مناسب با محتوا استفاده شد. یک ماه پس از آخرین جلسه با در اختیار قرار دادن پرسش‌نامه به دانش‌آموزان گروه کنترل و مداخله پس‌آزمون به‌عمل آمد و جهت جلب مشارکت در انتها به تمامی دانش‌آموزان جوایزی اهدا گردید. ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کمی پرسش‌نامه بود. در بخش جمعیت‌شناختی، متغیرهای سن، تحصیلات والدین، شغل پدر و شغل مادر مورد بررسی قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها،

از پرسش‌نامه استاندارد سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۹) استفاده گردید. این مقیاس از ۳۳ گویه و پنج بعد دسترسی (۶ سؤال)، مهارت خواندن (۴ سؤال)، فهم (۷ سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال) تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات (۱۲ سؤال) تشکیل شده است. مقیاس اندازه‌گیری گویه‌ها به‌صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به‌ندرت و به‌هیچ‌وجه) و دامنه امتیاز هر سؤال نیز بین ۱ تا ۵ بود. در مطالعه‌ی حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه‌ی مذکور برای بعد خواندن ۸۸ درصد، دسترسی ۷۵ درصد، فهم ۸۶ درصد، ارزیابی ۷۹ درصد، تصمیم‌گیری ۸۰ درصد و برای کل پرسش‌نامه ۸۱ درصد به‌دست آمد. جهت سنجش روایی پرسش‌نامه از روایی صوری استفاده گردید. قبل از ورود افراد به مطالعه، هدف و نحوه‌ی اجرای پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد و در صورت داشتن تمایل، افراد وارد مطالعه شدند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به‌صورت محرمانه خواهد بود و فقط در راستای اهداف پژوهش مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

در بخش کیفی با در نظر گرفتن روش تحلیل محتوای کیفی، طرح نظام‌مند تا سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شده است. مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته با مسئولین و ضابطین امر آموزش بهداشت و سلامت و معلمان که در فرایند آموزش سلامت دخیل بوده‌اند و با روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شده‌اند، صورت پذیرفته است. این فرایند تا رسیدن به مرحله‌ی اشباع نظری و ۱۲ نفر انجام شده است. منظور از اعتبار در پژوهش‌های کیفی این است که آن‌چه در یافته‌ها از سوی پژوهشگر ذکر می‌گردد، همانی باشد که در نظر و ذهن پاسخ‌گو بوده است و در جهت رسیدن به این امر مواردی، چون تماس طولانی با محیط پژوهش، مشاهده‌ی مستمر، بررسی از زوایای مختلف، تبادل‌نظر با همتایان، کفایت مراجع و کنترل از سوی اعضا اشاره می‌شود (۲۰). لذا در این پژوهش جهت اخذ تأمین اعتبار در مرحله کیفی از درگیری طولانی‌مدت و مشاهده مداوم و بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان استفاده شده است. هم‌چنین هر مصاحبه چند بار شنیده‌شده و بازنگری شده است. بعد از انجام مصاحبه، داده‌های مصاحبه با مصاحبه‌شوندگان کنترل گردیده است. هم‌چنین در بخش کیفی، به‌منظور اطمینان از داده‌ها و اخذ پایایی در مدل اکتشافی، از ضریب کاپا یا توافق دو کدگذار استفاده شده است. در این پژوهش (۱۵ درصد) از مصاحبه‌هایی که محقق کدگذاری نموده است برای ارزیابی در اختیار یکی از خبرگان قرارگرفته و نتایج حاصل از کدگذاری دو محقق نشان داد که ضریب کاپای محاسبه‌شده توسط نرم‌افزار SPSS مقدار ۰/۷۴۲ بوده است که با توجه به این‌که بیشتر از ۰/۶ است فرض استقلال کدهای استخراجی رد و وابستگی کدهای استخراجی به هم تأیید می‌گردد به‌عبارت‌دیگر داده‌های پژوهش از اطمینان لازم برخوردار است. ضمناً برای اطمینان از نحوه‌ی درست دسته‌بندی کدها، نظر خبرگان نیز اخذ گردیده است.

یافته‌ها

در جدول ۱ مختصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان

مشخصات دموگرافیک		فراوانی	
		تعداد	درصد
سن	۱۱ سال	۲۸	۴۶/۶۷
	۱۲ سال	۳۲	۳۳/۳۳
تحصیلات والدین	دیپلم	۱۰	۱۶/۶۶
	کارشناسی	۲۶	۴۳/۳۳
	کارشناسی ارشد	۲۴	۴۰
شغل پدر	آزاد	۲۴	۴۰
	کارمند	۳۶	۶۰
شغل مادر	آزاد	۳۸	۴۶/۶۷
	کارمند	۳۲	۳۳/۳۳

سوال اول: آیا دوره‌ها، کارگاه‌ها و بسته‌های آموزش سلامت بر ارتقاء سواد سلامت دانش‌آموزان ابتدائی اثربخش است؟ ازآن‌جا که طرح پژوهش در این مطالعه طرح پیش‌آزمون– پس‌آزمون با گروه کنترل بود، در تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد؛ که نتایج هر یک به‌صورت جداگانه در جداول زیر آمده است.

همان‌طور که از محتوای جدول ۲ مشاهده می‌شود در مرحله پیش‌آزمون میانگین‌های دو گروه یکسان می‌باشد ولی در مرحله

پس‌آزمون (بعد از اجرای متغیر مستقل) تنها در دو متغیر کاربرد اطلاعات و مهارت خواندن تفاوت زیادی مشاهده می‌شود و در بین سایر متغیرها تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد، این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی است که ازجمله مفروضه‌های آن همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته است؛ که در این پژوهش شیب‌های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مورد مطالعه موازی بودند. در این مطالعه تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیر سواد سلامت معنادار نبود؛ از این‌رو، می‌توان گفت که این پیش‌فرض رعایت شده است. از دیگر مفروضه‌های این آزمون همگنی واریانس‌هاست که برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه از آزمون همگنی واریانس‌های لون استفاده شد. آزمون لون محاسبه‌شده در مورد هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنادار نبود. به‌منظور بررسی سؤال اول پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده‌شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی مقیاس سواد سلامت دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

سازه	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
دسترسی	کنترل	۲/۹۸ ± ۰/۱۷	۳/۰۲ ± ۰/۲۱
	آزمایش	۳/۰۱ ± ۰/۱۹	۳/۲۱ ± ۰/۲۲
مهارت خواندن	کنترل	۳/۱۴ ± ۰/۲۱	۳/۱۶ ± ۰/۲۰
	آزمایش	۳/۱۳ ± ۰/۱۸	۴/۵۸ ± ۰/۱۵
فهم	کنترل	۲/۷۵ ± ۰/۱۶	۲/۷۴ ± ۰/۱۸
	آزمایش	۲/۸۵ ± ۰/۲۴	۳/۱۵ ± ۰/۲۹
ارزیابی	کنترل	۲/۶۵ ± ۰/۲۴	۲/۷۹ ± ۰/۲۱
	آزمایش	۲/۶۹ ± ۰/۲۷	۳/۲۱ ± ۰/۱۶
کاربرد اطلاعات	کنترل	۲/۷۱ ± ۰/۳۶	۲/۷۳ ± ۰/۳۳
	آزمایش	۲/۹۶ ± ۰/۴۱	۳/۹۸ ± ۰/۲۱
سواد سلامت	کنترل	۲/۷۸ ± ۰/۲۴	۲/۸۳ ± ۰/۱۹
	آزمایش	۲/۸۶ ± ۰/۲۸	۳/۰۸ ± ۰/۲۴

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه‌ی نمرات سواد سلامت و ابعاد آن در پس‌آزمون در دو گروه

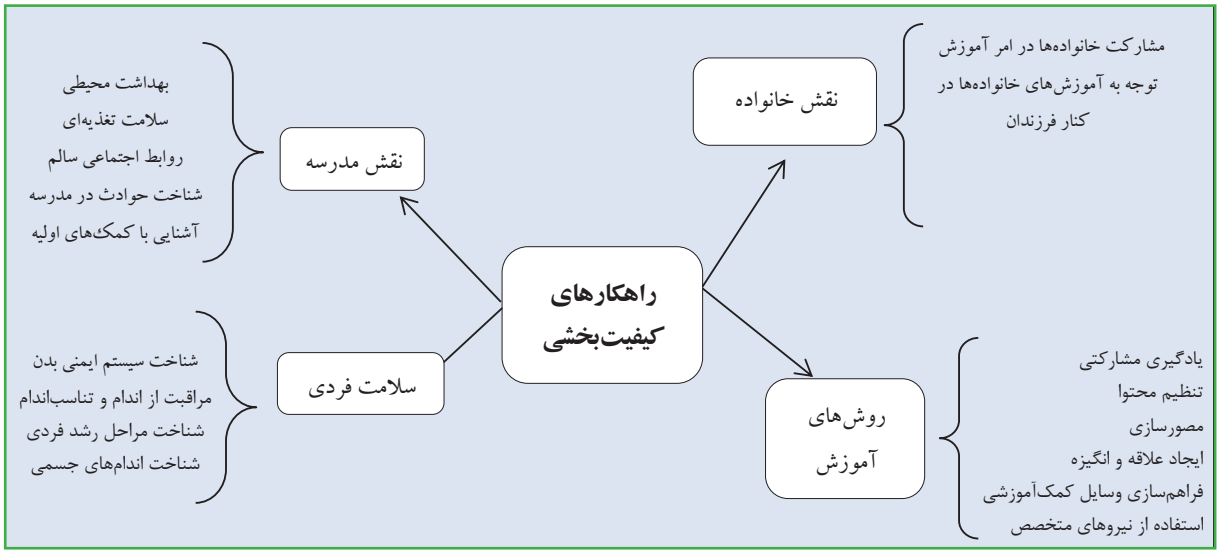
زیر مقیاس	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P
دسترسی	پیش‌آزمون	۱۶۲/۸۰۰	۱	۱۶۲/۸۰۰	۳۰۳۴/۱۶۳	۰/۰۰۱
	گروه	۰/۰۰۴	۱	۰/۰۰۴	۰/۰۷۸	۰/۰۰۱
	خطا	۳/۱۱۲	۵۸	۰/۰۵۴	–	–
	کل	۱۶۵/۹۱۷	۶۰	–	–	–
مهارت خواندن	پیش‌آزمون	۱۶۵/۸۳۴	۱	۱۶۵/۸۳۴	۲۵۵۲/۱۴۴	۰/۰۰۱
	گروه	۰/۰۸۴	۱	۰/۰۸۴	۱۲/۳۸۶	۰/۰۰۱
	خطا	۳/۷۶۹	۵۸	۰/۰۶۵	–	–
	کل	۱۶۹/۶۸۸	۶۰	–	–	–
فهم	پیش‌آزمون	۱۷۳/۸۸۶	۱	۱۷۳/۸۸۶	۳۷۵۰/۴۴۹	۰/۰۰۱
	گروه	۰/۰۵۷	۱	۰/۰۵۷	۱/۲۴۰	۰/۲۷۰
	خطا	۲/۶۸۹	۵۸	۰/۲۴۶	–	–
	کل	۱۷۶/۶۳۳	۶۰	–	–	–
ارزیابی	پیش‌آزمون	۱۷۵/۱۰۴	۱	۱۷۵/۱۰۴	۲۳۶۶/۴۵۶	۰/۰۰۱
	گروه	۰/۱۰۴	۱	۰/۱۰۴	۱/۴۰۸	۰/۲۴۰
	خطا	۴/۲۹۲	۵۸	۰/۰۷۴	–	–
	کل	۱۷۹/۵۰۰	۶۰	–	–	–
کاربرد اطلاعات	پیش‌آزمون	۱۹۳/۲۰۲	۱	۱۹۳/۲۰۲	۴۷۱۰/۸۴۶	۰/۰۰۱
	گروه	۰/۶۰۰	۱	۰/۶۰۰	۱۴/۶۳۰	۰/۰۰۱
	خطا	۲/۳۷۹	۵۸	۰/۰۴۱	–	–
	کل	۱۹۶/۱۸۱	۶۰	–	–	–
سواد سلامت	پیش‌آزمون	۱۷۴/۰۰۷	۱	۱۷۴/۰۰۷	۱۱۵۴۴/۳۱۳	۰/۰۰۱
	گروه	۰/۰۱۰	۱	۰/۰۱۰	۰/۶۷۰	۰/۴۱۶
	خطا	۰/۸۷۴	۵۸	۰/۰۱۵	–	–
	کل	۱۷۴/۸۹۲	۶۰	–	–	–

نتایج جدول نشان می‌دهد که بعد از مداخله‌ی آموزشی تنها دو بعد کاربرد و مهارت خواندن در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در بین ابعاد دیگر تفاوت معنی‌داری ایجاد نشده است. هم‌چنین می‌توان بیان کرد با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه ضریب F محاسبه‌شده مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات مؤلفه کاربرد و مهارت خواندن برحسب عضویت گروهی آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($P < ۰/۰۵$). به‌طورکلی می‌توان بیان کرد که بسته‌ی آموزش سلامت در ارتقاء نمره کل سواد سلامت اثربخش نیستند و با توجه به میزان F و سطح معنی‌داری می‌توان عنوان کرد که در بین دو گروه پس از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

سؤال دوم پژوهش: چه راه‌کارهایی را به‌منظور کیفیت‌بخشی دوره‌ها، کارگاه‌ها و بسته‌های آموزش سلامت برای ارتقاء سواد سلامت می‌توان پیشنهاد داد؟ نتایج کیفی با رویکرد استقرایی، بر اساس مصاحبه و کدگذاری باز، محوری و انتخابی می‌باشد که منظور از کدگذاری محوری در این‌جا، رسیدن به مؤلفه‌های فرعی و منظور از کدگذاری انتخابی، رسیدن به مؤلفه‌های اصلی پژوهش می‌باشد. سپس با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا مؤلفه‌هایی که به‌عنوان راه‌کار برای اثربخشی آموزش سلامت در نظر گرفته شد در قالب مدل استقرایی طراحی شد. پس از انجام پژوهش و تحلیل مصاحبه‌ها حدود ۸۳ درصد از مشارکت‌کنندگان یا به عبارتی ۱۰ نفر از مشارکت‌کنندگان عقیده داشتند که محتوای بسته‌ها و کارگاه‌های آموزش سلامت به‌طور واقعی اهدافی را که به‌منظور ارتقاء سواد سلامت باید در نظر بگیرد برآورده نمی‌سازد و بهتر است بازنگری در محتوا و روش‌ها و اهداف آن شود. برخی از شرکت‌کنندگان عنوان کردند که با توجه به این‌که کودکان در دوره ابتدایی در بهترین سن برای آموزش قرار دارند بهتر است برنامه‌ای مختص سواد سلامت در قالب کارگاه‌های منظم و پیوسته برگزار شود و نتایج آن به‌طور مستمر ارزیابی شود. همین‌طور روش‌های آموزشی متناسب با آن در نظر گرفته شود ضمن این‌که نباید نقش خانواده را در این مسئله فراموش کرد. در ادامه متن صحبت‌های مصاحبه‌شونده شماره ۳ ارائه شده است:

"همان‌طور که فرمودید سطح سواد سلامت قابل‌قبول، سبب می‌شود که مردم در زمینه موضوعاتی که با سلامت آن‌ها گره‌خورده است، تفسیر و تحلیل مناسب داشته باشند و بیشتر و بهتر بتوانند از خود و اطرافیان خود، در برابر عوامل بیماری‌زا مراقبت کنند و این امر نشان‌دهنده‌ی این است که باید به این مسئله به‌صورت یک آموزش رسمی توجه کرد و از دوران ابتدایی کودکان در معرض آموزش مؤثر قرار بگیرند؛ اما با توجه به مؤلفه‌هایی که در پژوهش خود به آن اشاره کردید و همین‌طور بررسی که از محتوای بسته‌ها انجام شد به نظر نمی‌رسد که این بسته‌ها و یا کارگاه‌ها و دورها اثربخشی زیادی داشته باشند لذا ضرورت دارد که تغییراتی در آن انجام شود. مسئله‌ی اول خود فراگیران هستند که باید در اولین قدم به تفاوت‌های فردی چه از لحاظ جسمی و هوش و چه سطح تحصیلات خانواده توجه کرد. مسئله بعد روش‌های آموزشی هستند که باید به کار گرفت رویکردهای نظریه‌محور در آموزش نشان داده‌اند که اثربخشی زیادی در یادگیری دارند همین‌طور توجه به یادگیری مشارکتی و مصورسازی می‌تواند مثمر ثمر باشد. بازنگری در محتوا و توجه به مؤلفه‌های سواد سلامت نیز از واجبات است".

پس از تحلیل محتوای تمام مصاحبه‌ها و جمع‌بندی گزاره‌های استخراج‌شده و بررسی تفاوت‌ها و شباهت‌های بین آن‌ها، کدهای زیر که در جدول ۴ ارائه شده است شناسایی شد که مهم‌ترین دلایل و رویکردهای مصاحبه‌شوندگان است. در یک جمع‌بندی کلی نتایج حاصل از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها را می‌توان در قالب شکل ۱ مشاهده کرد.



شکل ۱. نتایج حاصل از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها

جدول ۴. فرایند کدگذاری و تحلیل محتوای مصاحبه‌ها

مؤلفه‌ها	کدهای باز
سواد سلامت در مدرسه	فعالیت‌های بهداشتی مرتبط با محیط مدرسه سلامت تغذیه‌ای و شناخت مواد غذایی سالم روابط اجتماعی سالم و پرخطر پیش‌گیری از حوادث در مدرسه کمک‌های اولیه
سلامت فردی	آشنایی سیستم‌های ایمنی مراقبت از اندام بدن آشنایی با مراحل رشد فردی اهمیت تحرک بدنی و تناسب‌اندام مراقبت از اندام‌های جنسی
نقش خانواده	مشارکت خانواده‌ها در امر آموزش توجه به آموزش‌های خانواده‌ها در کنار فرزندان
آموزش و محتوا	استفاده از یادگیری مشارکتی تنظیم محتوا مطابق با مؤلفه‌های سواد سلامت مصورسازی و آموزش به‌وسیله نمایش ایجاد علاقه و انگیزه در دانش‌آموزان برای شرکت در دوره‌ها فراهم‌سازی وسایل کمک‌آموزشی جدید و توجه به استفاده از آن‌ها استفاده از نیروهای متخصص در امر آموزش

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش سلامت بر ارتقاء سواد سلامت دانش‌آموزان ابتدائی و ارائه‌ی راهکارهای کیفیت‌بخشی در دو بخش کمی و کیفی انجام شد. ابتدا با اتخاذ رویکرد کمی و با روش تحلیل کوواریانس به بررسی میزان اثربخشی دوره‌ها در ارتقاء سواد سلامت دانش‌آموزان پرداخته شد که نتایج نشان داد آموزش سلامت تنها در دو مؤلفه‌ی خواندن و کاربرد اطلاعات تفاوت معنی‌داری را در بین دانش‌آموزان ایجاد کرده و در نمره‌ی سواد سلامت کل تغییراتی ایجاد نشده است و به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که آموزش سلامت در ارتقاء سواد سلامت اثربخش نیستند. نتایج پژوهش آقاملایی و همکاران(۱۳) ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دانش‌آموزان را پایین‌تر از حد مطلوب بود گزارش کرد و هم‌چنین با پژوهش چیو و همکاران(۱۰) که پایین‌بودن سطح سواد سلامت را که منجر به ناتوانی وضعیت جسمی می‌دانست، هم‌سو می‌باشد. هم‌چنین نتایج پژوهش خالقی و همکاران(۱۲) که ارتباط بالابودن سطح کیفیت زندگی دانشجویان را در سواد سلامت آن‌ها می‌دانست و نتایج پژوهش پاکاری و پاکاری (۱۷) که سواد سلامت را در نتیجه آموزش مدرسه می‌دانستند و خدیوی (۱۶)، سعیدی و پناهی (۲۱)، کاتاری و همکاران(۵)، گیتا و همکاران(۲۲) و لاینبر و لاینبر (۲۳) که نقش آموزش سلامت را در بالا رفتن وضعیت مطلوب سواد سلامت مهم می‌دانستند ناهمسو بود و البته در دو متغیر خواندن و کاربرد اطلاعات هم‌سو بوده است. هم‌چنین در بخش کیفی نتایج حاصل از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها نشان داد که برای

کیفیت‌بخشی به این بسته‌ها و دوره‌ها باید به ۴ مؤلفه‌ی نقش مدرسه، شناخت سلامت فردی، نقش خانواده و محتوا و روش‌های آموزشی توجه کرد. در تبیین نتایج می‌توان گفت که یک برنامه‌ی درسی و آموزشی از عناصر متفاوتی تشکیل می‌شود و این عناصر متأثر از جهت‌گیری برنامه درسی است. به‌عبارتی دیگر نوع جهت‌گیری برنامه‌ی درسی تعیین‌کننده‌ی چگونگی اجرای عناصر برنامه درسی است. لذا وقتی در خصوص ارتقاء سواد سلامت صحبت می‌شود باید به این مسئله توجه کرد که آیا محتوای دوره‌ها و بسته‌ها آن چیزی هست که بتواند این مسئله را پوشش دهد. برنامه‌ی درسی آموزش سلامت، اهداف خود را از مبانی منطق و این‌که چرا دانش‌آموزان باید این اصول را یاد بگیرند استخراج کرده است. به‌عبارت‌دیگر اهداف برنامه‌ی درسی آموزش سلامت مبتنی بر نیازهای زندگی روزمره در سه حیطه‌ی شناختی، عاطفی و روانی- حرکتی است و کمتر به مسئله‌ی ارتقاء و سواد سلامت توجه شده است. به نظر دده[1] (۲۴) آموزش سلامت در دوره ابتدایی بخشی ضروری از آموزش کودکان است. در این‌جا فرصت‌هایی برای پرورش مفاهیم از طریق تجاربی مانند آشنایی با مهارت‌های زندگی، بهداشت و ایمنی، بهداشت عمومی و فرایندها و سایر روش‌های اکتشافی فراهم می‌شود. از نظر داویس[2] (۲۵) نیز آموزش سلامت به‌عنوان محتوا و دیسیپلین می‌تواند در دوره‌ی ابتدایی در موضوعات درسی برای معرفی، تقویت و تشریح برخی مفاهیم تلفیق شود. از آن‌جا که موضوع سواد سلامت در نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است به‌ویژه آن‌که نوجوانان به‌طور فزاینده‌ای به اطلاعات بهداشتی از طریق شبکه‌های ارتباط الکترونیک دسترسی دارند و اعتبار بخش عمده‌ای از این اطلاعات نامشخص است. افراد با سطح بالای سواد سلامت نسبت به افراد دارای سواد سلامت محدود، بهره‌ی بیش‌تری از پیامدهای بهداشتی می‌برند؛ بنابراین توانمندکردن نوجوانان و دانش‌آموزان با مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر در زمینه‌ی سلامت خود و درک موضوعات مراقبت‌های بهداشتی، عامل حیاتی در حذف نابرابری‌ها در سلامت برای این افراد است. سواد سلامت، مهارت‌های شناختی و اجتماعی تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت فرد در دستیابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات است که به حفظ و ارتقای سلامت آن‌ها منجر می‌گردد. به‌عبارت دیگر سواد سلامت شامل توانایی درک دستورالعمل‌های روی بطری داروی تجویزشده، بروشورهای آموزشی پزشکی، برگه‌های رضایت‌نامه، مهارت خواندن، شنیدن و تجزیه‌وتحلیل اطلاعات، توانایی تصمیم‌گیری و به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است. این توانایی‌ها لزوماً تحت‌تأثیر سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی قرار نداشته و حاصل تشریک مساعی عوامل اجتماعی و فردی است. در حقیقت دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامتی و آگاهی یافتن از مسائل بهداشتی عاملی مهم و تعیین‌کننده در سلامتی افراد و خود مراقبتی آن‌ها است. بدین‌دلیل انتظار می‌رود که افراد برای داشتن سطح بالای سلامتی از این‌گونه اطلاعات استفاده نمایند و خودمراقبتی بیشتری نسبت به افراد دیگر داشته باشند. این تحقیق با محدودیت‌هایی هم‌چون تعداد زیاد سؤال پرسش‌نامه‌ها، هم‌چنین عدم سنجش نقش سن، جنس و مقطع تحصیلی به‌دلیل محدودیت‌های زمانی و اجرایی همراه بود. نظر به این‌که مطالعه حاضر در یک شهر و بر روی یک نمونه مشخص انجام شد، باید در تعمیم آن نیز احتیاط نمود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش که نشان داد آموزش تنها در دو مؤلفه‌ی خواندن و کاربرد تفاوت معنی‌داری را در بین دانش‌آموزان ایجاد کرده و در نمره‌ی سواد سلامت کل تغییراتی ایجاد نشده است و به‌طورکلی می‌توان بیان کرد که آموزش سلامت در ارتقاء سواد سلامت اثربخش نیستند، پیشنهاداتی را برای هر چه بهتر شدن سواد سلامت می‌توان ارائه داد. پیش‌بینی فرآیند نظارتی برای اجرای الگوی برنامه‌ریزی درسی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به قصد توانمندسازی مدارس جهت طراحی و اجرای برنامه‌های درسی، توجه به پیش بایست‌های الگوی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از قبیل الزامات قانونی، اداری، مالی و امکانات و تجهیزات، افزایش آگاهی معلمان، مدیران، والدین، کارکنان، مراجع محلی از برنامه‌ریزی درسی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و شرایط تحقق بخشیدن

1. Dede
2. Davis

به آن، برنامه‌ریزی و اهمیت‌دادن به انواع ارزشیابی برنامه درسی هم در فرآیند تدوین برنامه درسی و هم در فرآیند اجرا به قصد کنترل کیفی تولیدات برنامه و اجرای دقیق برنامه درسی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، هم‌چنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های با کیفیت با استفاده از اساتید مجرب و محتواهای غنی برای معلمان برگزار گردد. به منظور آموزش و اطلاع‌رسانی، جایگاه و اهمیت آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در زندگی و خلاقیت بشر برای اولیای مدرسه و دانش‌آموزان، همایش‌های علمی برگزار شود.

در مدارس ابتدایی، برای تدریس برنامه‌ی درسی دوره‌های ابتدایی از معلمان متخصص و آموزش‌دیده در حیطه‌ی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت استفاده گردد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این مقاله لازم می‌دانند از تمامی عزیزانی که امکان انجام این پژوهش را میسر کرده‌اند و هم‌چنین تمامی عزیزانی که در فرایند پژوهش مشارکت داشته‌اند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

تضاد منافع: بین نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

حمایت مالی: حمایت مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی: اطلاعات این پژوهش با کداخلاق شماره‌ی IR.IAU.Sari.REC.1402.181 در کمیته‌ی اخلاق و پژوهش دانشگاه ثبت شده است.

سهم نویسندگان: تمام نویسندگان به‌طور یکسان در اجرا و انجام تحقیق مشارکت داشته‌اند و پژوهش حاضر را مطالعه و تأیید نمودند.

References

1. Lee YJ, Shin SJ, Wang RH, Lin KD, Wang YH. Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. Patient education and counseling.2016; 99(2):287-94. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.021
2. Byrne M, Przeslawski R. Multistressor Impacts of Warming and Acidification of the Ocean on Marine Invertebrates' Life Histories. Integrative and comparative biology. 2013; 53. 10.1093/icb/ict049. https://doi.org/10.1093/icb/ict049
3. Shafii H, Nasiri Sh. The role of health literacy, psychological well-being and self-efficacy in predicting the quality of life of patients with type 2 diabetes. Scientific-Research Quarterly of Health Psychology. 2019; 9(33): 22-7.
4. Náfrádi L, Nakamoto K, Csabai M, Papp-Zipernovszky O, Schulz PJ. An empirical test of the Health Empowerment Model: Does patient empowerment moderate the effect of health literacy on health status? Patient education and counseling.2018; 101(3): 511-517. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.004
5. Kehtari M, Farman Bar RA, Kasmayi P, Omid S. Studying the effect of educational intervention on the level of health literacy of female students of the second year of high school. Health Literacy Quarterly.2016; 2(3): 187-197. https://doi.org/10.29252/jhl.2.3.187
6. Moynihan S, Mannix MC, Namara P. The Inclusion of Health Education Curriculum in Initial Teacher Education: Exploring the Possibilities. International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education. 2014; 5. 1609-1617. 10.20533/ijcdse.2042.6364.2014.0226. https://doi.org/10.20533/ijcdse.2042.6364.2014.0226
7. Khodabandeh M, Maleki Avarsin S, Nik Niaz L. The relationship between health literacy, perceived self-efficacy and self-care performance of female second year high school students of health promotion schools in Mianeh city, 2015-2016. Health Literacy Quarterly.2016; 2(3): 164-176. https://doi.org/10.29252/jhl.2.3.164
8. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American journal of health behavior.2007; 31(1):19-26. https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4
9. Haun JN, Patel NR, French DD, Campbell RR, Bradham DD, Lapcevic WA. Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. BMC health services research.2015; 15(1):249. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0887-z
10. Chew L, Bradley K, Boyko E. Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. Family medicine. 2004; 36: 588-94.
11. Tseng HM, Liao SF, Wen YP, Chuang YJ. Stages of change concept of the transtheoretical model for healthy eating links health literacy and diabetes knowledge to glycemic control in people with type 2 diabetes. Prim Care Diabetes. 2017; 11(1):29-36. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2016.08.005
12. Khaleghi M, Amin Shokravi F, Peyman N. Investigating the relationship between health literacy and health-related quality of life in students, Iran J

Health Educ Health Promot.2018; 7 (1): 66-73. https://doi.org/10.30699/ijhehp.7.1.66

13. Aghamolayi T, Hosseini Z, Hosseini FS, Qanbarnejad A. The relationship between health literacy and health promoting behaviors of students. Journal of preventive medicine. 2015; 3 (2): 36-43.
14. Jafari A, Peyman N. Application of theories/models of health education and health promotion in health literacy research: a systematic review. Health Literacy Quarterly.2017; 3(2): 124-136.
15. Reynolds A, Temple J, Robertson D, Mann E. Long-term Effects of an Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile Arrest: A 15-Year Follow-up of Low-Income Children in Public Schools. JAMA. 2014; 285: 2339-46. 10.1001/jama.285.18.2339. https://doi.org/10.1001/jama.285.18.2339
16. Khadivi A. Evaluation of health literacy of female students in Tabriz based on demographic characteristics. Health Information Management. 2018; 15 (4):187 - 182.
17. Paakkari L, Paakkari O. Health literacy as a learning outcome in schools. Health Education.2012; 112 (2): 133-152. doi: 10.1108/09654281211203411. https://doi.org/10.1108/09654281211203411
18. Dehghankar L, Haji Karim Baba M, Panahi R. Measuring health literacy and its related factors in female students of Imam Khomeini International University in Qazvin. Journal of Health Faculty and Health Research Institute.2018; 17(3): 295-306.
19. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M. The design and psychometrics of the health literacy assessment tool of the Iranian urban population (18 to 65 years old), Paish.2013; 13 (5): 589-599.
20. Hariri N. Principles and methods of qualitative research, Islamic Azad University Publications, Science and Research Unit; 2001.
21. Saidi F, Panahi R. Studying the relationship between health literacy and body mass index in adolescents. Health Literacy Quarterly. 2016; 2(1): 22-30. https://doi.org/10.18869/acadpub.jhl.2.1.22
22. Geetha PPR, Asokan S, Janani RG, Kandaswamy D. Effectiveness of school dental health education on the oral health status and knowledge of children: A systematic review. Indian J Dent Res. 2019; 30:437-4. https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_805_18
23. Linnebur LA, Linnebur SA. Self-administered assessment of health literacy in adolescents using the Newest Vital Sign. Health Promotion Practice. 2018; 19(1): 119-124. https://doi.org/10.1177/1524839916677729
24. Dede C. The scaling-up process for technology-based education innovations. In C; 2012.
25. Davis M, Harmacek M. School health needs assessment: A starter kit. Denver ,CO: University of Colorado Health Sciences Center, Office of School Health; 2010.