فصلنامه علمی-پژوهشی
بهداشت در عرصه
دوره ۱۳ شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۶۴ تا ۷۵
Journal homepage: https://journals.sbmu.ac.ir/jhf

بررسی وضعیت خودکارآمدی، سواد سلامت و سبک زندگی سالم در میان معلمان آموزش و پرورش شهر مشهد

الهه لعل منفرد[۱،۲]، سیده بلین توکلی[۱،۳]، فاطمه یعقوبی[۲]، حبیب الله اسماعیلی[۱،۴]، مهدیه شاکری[۲]، نوشین پیمان[۱،۲*]

[۱] مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
[۲] گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
[۳] گروه بهداشت، ایمنی و محیط زیست، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
[۴] گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و اهداف: خودکارآمدی و سبک زندگی سالم از عوامل کلیدی مؤثر بر ارتقای سلامت در محیط‌های آموزشی هستند. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط خودکارآمدی، سواد سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در میان معلمان آموزش و پرورش شهر مشهد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه تحلیلی- مقطعی بود که در سال ۱۴۰۳ بر روی ۲۳۰ معلم منتخب از چهار ناحیه آموزش و پرورش مشهد به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، خودکارآمدی عمومی شرر و نسخه خلاصه سنجش سواد سلامت بزرگسالان (S-TOFHLA) بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS16 و آزمون‌های آماری توصیفی، همبستگی، آزمون‌های t و واریانس و مدل خطی عمومی تحلیل شدند. این پژوهش با پایبندی کامل به اصول و ملاحظات اخلاقی در تمام مراحل انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره خودکارآمدی معلمان ۷/۶۹ ± ۶۵/۹۱ بود که نشان‌دهنده سطح نسبتاً مطلوب است. میانگین سواد سلامت نظری و عملی به ترتیب ۳۰/۹۸ و ۴۳/۴۴ محاسبه شد. سبک زندگی سالم با میانگین ۲۰/۱۴ ± ۱۳۷/۶۸ در سطح متوسط قرار داشت و پایین‌ترین نمرات مربوط به مدیریت استرس و فعالیت بدنی بود. تحلیل مدل خطی عمومی نشان داد خودکارآمدی با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ارتباط مثبت و معنادار داشت (R^2=۰/۰۷,P <۰/۰۰۱)، در حالی که ارتباط آن با سواد سلامت معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها بر اهمیت نقش خودکارآمدی در بهبود رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در میان معلمان تأکید دارد. پیشنهاد می‌شود مداخلات آموزشی مبتنی بر ارتقای خودکارآمدی جهت بهبود سبک زندگی سالم معلمان طراحی و اجرا گردد.

کلید واژه‌ها: خودکارآمدی؛ سواد سلامت؛ سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت؛ معلمان.

Please cite this article as: Lael Monfared E, Tavakoly Sany SB, Yaghoubi F, Esmaeily H, Shakeri M, Peyman N. Assessment of self-efficacy, health literacy, and healthy lifestyle among school teachers in Mashhad. Journal of Health in the Field 2025; 13(4):64-75. https://doi.Org/10.22037/jhf.v13i4.51029

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
Email: peymann@mums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۱۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۳/۱۱

مقدمه

سلامتی از اساسی‌ترین ارکان توسعه پایدار هر جامعه محسوب می‌شود، زیرا پیشرفت در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مستلزم وجود نیروی انسانی سالم و توانمند است. سلامت انسان تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل زیستی، محیطی، اجتماعی و رفتاری قرار دارد. شواهد نشان می‌دهد بخش قابل توجهی از وضعیت سلامت افراد متأثر از شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی است و رفتارهای فردی تنها بخشی از این تعیین‌کننده‌ها را تشکیل می‌دهند. با این حال، سبک زندگی به عنوان یکی از عوامل رفتاری قابل اصلاح، می‌تواند در تعامل با سایر عوامل، نقش مهمی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها ایفا کند [۱]. سبک زندگی به مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری و عادات روزمره اطلاق می‌شود که از تعامل ویژگی‌های فردی با شرایط اجتماعی و محیطی شکل می‌گیرد [۲،۳]. اتخاذ سبک زندگی سالم می‌تواند در پیشگیری از بیماری‌ها، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار نظام سلامت مؤثر باشد [۴]. رفتارهایی نظیر تغذیه مناسب، فعالیت بدنی منظم، مدیریت استرس و پرهیز از رفتارهای پرخطر از مهم‌ترین مؤلفه‌های سبک زندگی سالم محسوب می‌شوند [۳]. در دهه‌های اخیر، شیوع بیماری‌های غیر واگیر مانند بیماری‌های قلبی- عروقی، چاقی، دیابت نوع ۲ و برخی سرطان‌ها در سراسر جهان به طور چشمگیری افزایش یافته است. این بیماری‌ها به میزان زیادی با الگوهای ناسالم زندگی مرتبط هستند [۵]. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۳)، بیماری‌های غیر واگیر حدود ۷۴ درصد از مرگ و میرهای جهانی را تشکیل می‌دهند که بسیاری از آنها با عوامل رفتاری و سبک زندگی مرتبط هستند [۶]. در حالی‌که سهم قابل توجهی از هزینه‌های سلامت صرف درمان بیماری‌ها می‌شود، شواهد نشان می‌دهد که حدود ۶۵ تا ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی، ۷۵ تا ۹۰ درصد از موارد دیابت نوع ۲ و ۲۰ تا ۳۰ درصد از سرطان‌ها با اتخاذ سبک زندگی سالم قابل پیشگیری هستند [۷]. با توجه به این شواهد، اصلاح و بهبود سبک زندگی از اولویت‌های نظام‌های سلامت محسوب می‌شود. این اصلاح نیازمند ارتقای آگاهی، نگرش و مهارت‌های سلامت افراد جامعه است [۸]. سواد سلامت یکی از تعیین‌کننده‌های مهم اجتماعی سلامت است که بر توانایی افراد در مدیریت سلامت خود و استفاده مؤثر از خدمات بهداشتی تأثیر می‌گذارد [۹،۱۰]. که شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که توانایی افراد را در دسترسی، درک، تحلیل و به کارگیری اطلاعات مربوط به سلامت برای تصمیم‌گیری و بهبود رفتارهای سالم تقویت می‌کند [۱۱]. سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی سلامت در قرن بیست و یکم معرفی کرده است [۱۲] . شواهد نشان می‌دهد که افراد دارای سواد سلامت پایین، کمتر در برنامه‌های ارتقای سلامت شرکت می‌کنند، آگاهی کمتری از بیماری‌های خود دارند و در خود مراقبتی و پیروی از دستورات درمانی عملکرد ضعیف‌تری نشان می‌دهند [۹]. همچنین، سطح پایین سواد سلامت با افزایش بستری‌های بیمارستانی، استفاده بیش از حد از خدمات اورژانس و رفتارهای پرخطر مانند تغذیه نامناسب و کم تحرکی مرتبط است [۱۳]. مطالعات انجام شده در ایران نیز بیانگر وضعیت نسبتاً نامطلوب سواد سلامت در جامعه است؛ به گونه‌ای که نتایج یک مطالعه در پنج استان کشور نشان داد بیش از نیمی از افراد دارای سواد سلامت ناکافی هستند [۱۴]. از سوی دیگر، خودکارآمدی به عنوان یکی از مهم‌ترین سازه‌های روان‌شناختی در رفتارهای بهداشتی شناخته می‌شود. بر اساس نظریه بندورا (۱۹۸۷)، خودکارآمدی به قضاوت فرد درباره توانایی‌اش در انجام رفتارهای خاص اشاره دارد [۱۵،۱۶]. افراد با خودکارآمدی بالا، در مواجهه با موانع، پشتکار بیشتری نشان می‌دهند و احتمال موفقیت آنها در تغییر رفتارهای ناسالم بیشتر است [۱۷]. در این میان، معلمان به عنوان یکی از گروه‌های کلیدی و اثرگذار در نظام اجتماعی و آموزشی، نقش مهمی در شکل‌دهی به نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامت در نسل آینده دارند [۱۸]. سبک زندگی سالم معلمان نه تنها بر سلامت فردی آنان مؤثر است، بلکه می‌تواند به عنوان الگویی رفتاری برای دانش‌آموزان و خانواده‌ها عمل کند و در ارتقای سرمایه انسانی جامعه نقش داشته باشد. با وجود اهمیت این موضوع، بیشتر مطالعات پیشین به بررسی جداگانه ارتباط برخی از عوامل روانشناختی یا رفتاری با سبک زندگی پرداخته‌اند و شواهد محدودتری در زمینه بررسی همزمان نقش خودکارآمدی و سواد سلامت به عنوان دو سازه شناختی و رفتاری مهم در تبیین سبک زندگی سالم در میان معلمان وجود دارد. همچنین، شواهد موجود در زمینه تعیین‌کننده‌های سبک زندگی در گروه‌های شغلی آموزشی، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، همچنان محدود است. از این رو، بررسی همزمان این متغیرها می‌تواند شواهد علمی ارزشمندی برای پر کردن خلأهای پژوهشی موجود و ارائه راهکارهای مبتنی بر شواهد برای برنامه‌ریزی مداخلات ارتقای سلامت فراهم آورد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت خودکارآمدی، سواد سلامت عملکردی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و بررسی ارتباط بین این متغیرها در میان معلمان آموزش و پرورش شهر مشهد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش مقطعی با رویکرد تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری شامل معلمان مدارس سطح شهر مشهد می‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت و شاغل بودن در آموزش و پرورش در سال تحصیلی۱۴۰۴ بود و معیار خروج از مطالعه پرسشنامه‌هایی که بیشتر از ۲۰٪ ناقص بودند. حجم نمونه بر اساس مطالعه حیدری و همکاران [۱۹] که در آن میانگین و انحراف معیار سبک زندگی برابر ۲۲± ۱۳۴ بود و با اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۳ نمره حداقل ۲۰۶ نفر

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

تعیین گردید که با توجه به احتمال ریزش ۱۵٪ نمونه‌ها و دقت بیشتر به ۲۳۰ افزایش یافت. از میان هفت ناحیه آموزش و پرورش شهر مشهد، چهار ناحیه به صورت تصادفی ساده و با استفاده از روش قرعه‌کشی انتخاب شدند. در هر یک از نواحی منتخب، فهرست معلمان واجد شرایط شامل داشتن حداقل یک سال سابقه تدریس، اشتغال به تدریس در زمان انجام مطالعه و تمایل به شرکت در پژوهش تهیه و نمونه‌گیری از طریق جدول اعداد تصادفی انجام شد. معلمان دارای پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها یا در مرخصی طولانی مدت از مطالعه حذف شدند.

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2}\right)^2 s)}{(d)^2}$$

$Z_{1-\alpha/2}=1.96$
$S=22$
$d=3$

ابزار گردآوری داده‌ها

گردآوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های خوداظهاری و به صورت نسخه کاغذی انجام شد. پرسشنامه‌ها به صورت حضوری در محیط مدارس و در زمان استراحت یا پس از پایان ساعات آموزشی در اختیار معلمان قرار گرفت. پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان اخذ گردید. برای افزایش دقت داده‌ها، پرسشنامه‌ها در حضور پژوهشگر تکمیل شد تا در صورت وجود ابهام در سؤالات، توضیحات لازم ارائه گردد. همچنین پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، کنترل کیفیت داده‌ها از طریق بررسی کامل بودن پاسخ‌ها و حذف پرسشنامه‌های دارای پاسخ ناقص انجام شد. ابزارهای مورد استفاده شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، جهت سنجش سبک زندگی جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی استفاده شد که روایی محتوایی پرسشنامه توسط متخصصین و پایایی درونی آن با آلفای کرونباخ ۸۲ درصد در مطالعه محمدیان و همکاران مورد تایید قرار گرفته است [۲۰]. پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت شامل ۵۲ گویه در شش بعد تغذیه، فعالیت جسمی، رشد روحی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، روابط بین‌فردی و مدیریت استرس است. پاسخ‌ها در مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت (هرگز=۱، گاهی=۲، اغلب=۳، همیشه=۴) نمره‌گذاری می‌شود. به عنوان نمونه، در بعد تغذیه گویه‌ای نظیر «از رژیم غذایی متعادل شامل میوه و سبزیجات استفاده می‌کنم»؛ در بعد فعالیت جسمی «حداقل سه بار در هفته فعالیت بدنی منظم انجام می‌دهم»؛ در بعد رشد روحی «احساس هدفمندی در زندگی دارم»؛ در بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی «در صورت بروز علائم بیماری به پزشک مراجعه می‌کنم»؛ در بعد روابط بین‌فردی «روابط صمیمانه و حمایت‌کننده با اطرافیانم دارم»؛ و در بعد مدیریت استرس «برای کاهش استرس از روش‌های آرام‌سازی استفاده می‌کنم» مطرح شده است. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی بین ۵۲ تا ۲۰۸ است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است. جهت سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر [۲۱] که توسط فرنیا و همکاران ترجمه و اعتبار یابی شده استفاده گردید [۲۲]. این ابزار دارای ۱۷ سوال است که هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملا مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سوال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سوال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. نمره بالای آزمون خودکارآمدی قوی‌تر را نشان می‌دهد. برای سنجش سواد سلامت، از نسخه خلاصه پرسشنامه سنجش سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (S-TOFHLA) استفاده شد [۲۳] زیرا اجرای نسخه کامل در محیط مدرسه و با محدودیت زمانی معلمان امکان‌پذیر نبود. این ابزار به منظور ارزیابی توانایی درک و به‌کارگیری اطلاعات سلامت در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت سلامت طراحی شده است.

سواد سلامت نظری به توانایی درک متون مرتبط با سلامت و سواد سلامت عملی به توانایی انجام محاسبات و استفاده کاربردی از اطلاعات سلامت در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت سلامت اشاره دارد. در پرسشنامه S-TOFHLA، این دو بعد از طریق ارزیابی درک متن و مهارت‌های عددی مرتبط با سلامت سنجیده می‌شوند. نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعات انجام‌شده در ایران از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده و آلفای کرونباخ بالاتر از ۸۰/۰ برای آن گزارش شده است . این پرسشنامه نسخه خلاصه شده پرسشنامه TOFHLA است که از مهم ترین و معتبرترین ابزارهای سنجش سواد سلامت به شمار می‌رود. دارای ۳۶ سوال است که نمره۰ تا۱۶ به عنوان سواد سلامت ناکافی، نمره۱۷ تا ۲۲ به عنوان سواد سلامت کم و نمره ۲۳ تا ۳۶ به عنوان سواد سلامت کافی لحاظ می‌گردد. با استفاده از این آزمون، میزان درک مطلب و سواد کمی سلامت فرد قابل محاسبه است. این ابزار از سه متن نوشتاری برای ارزیابی درک مفاهیم استفاده می‌کند که عبارتند از: «دستورالعمل آماده‌سازی دستگاه گوارش فوقانی برای تصویربرداری»، «درخواست برگه مسئولیت‌ها و حقوق بیمار از بخش مورد نظر»، «برگه استاندارد رضایت بیمار». در هر کدام از این متون، ۵ کلمه حذف شده است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، مناسب‌ترین کلمه‌ای که متن را کامل می‌کند، انتخاب کنند. در برگه کوتاه، ابتدا از دو عبارت مشخص استفاده می‌شود. برای آزمونS-TOFHLA برای ارزیابی سواد کمی بیماران مانند پایبندی به دستورالعمل مصرف داروها، برنامه ملاقات با پزشک، برگه پایش قند خون و فشار خون از برگه‌های بیمارستانی و نسخه‌ها استفاده می‌شود. در این مطالعه، سواد

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

سلامت در دو بخش درک مطلب (سواد سلامت نظری) و مهارت‌های محاسباتی مرتبط با سلامت (سواد سلامت عملی) سنجیده شد. این دو بعد بر اساس ساختار پرسشنامه S-TOFHLA مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات کدگذاری شده شرکت‌کنندگان در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ وارد و تجزیه و تحلیل شد. برای توصیف متغیرهای کمی از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر و برای توصیف متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد استفاده شد. نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی با استفاده از آزمون کولموگروف– اسمیرنوف بررسی شد.

با توجه به نتایج این آزمون، برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی نرمال از ضریب همبستگی پیرسون و برای متغیرهای غیرنرمال از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد (سطح معنی‌داری$P <$ ۰/۰۵). برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی بین دو گروه از آزمون t مستقل و برای مقایسه بین بیش از دو گروه از تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد. همچنین برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش از مدل خطی عمومی استفاده گردید. سطح معنی‌داری آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر از مجموع ۲۳۰ معلم شرکت‌کننده، ۲۰۰ نفر (۸۷ درصد) زن و ۳۰ نفر (۱۳ درصد) مرد بودند. میانگین سنی معلمان برابر با ۸/۴۰ ± ۳۷/۲۱ (حداقل ۲۳ و حداکثر۵۶ سال) و میانگین سنوات خدمت آنان برابر با ۹/۹۴±۱۱/۸۰ (حداقل ۱ و حداکثر ۳۳ سال) بوده است. ۷۳/۵ درصد (۱۶۹ نفر)، متاهل و ۳۱/۳۰ درصد (۷۲ نفر) دارای دو فرزند بودند. ۶۴/۸ درصد (۱۴۹ نفر)، دارای تحصیلات لیسانس و ۴۱/۷ درصد (۹۶ نفر) استخدام رسمی بودند (جدول شماره ۱).

میانگین خودکارآمدی معلمان مورد مطالعه ۷/۶۹ ± ۶۵/۹۱ بود که نشان‌دهنده سطح نسبتاً مطلوب خودکارآمدی در این گروه است، سطح سواد سلامت به طور میانگین ۴/۹۲ ± ۳۰/۹۸ برای بخش نظری و ۶/۲۸ ± ۴۳/۴۴ برای بخش عملی اندازه‌گیری شد که نشان‌دهنده سطح متوسط تا نسبتاً پایین درک و کاربرد اطلاعات سلامت در میان معلمان بود. میانگین نمره سبک زندگی سالم کلی ۲۰/۱۴ ± ۱۳۷/۶۸ گزارش شد، این نتایج نشان می‌دهند که در بین ابعاد مختلف سبک زندگی سالم، رشد معنوی و خودشکوفایی و مسئولیت‌پذیری نسبت به سلامت بالاترین نمره و مدیریت استرس و ورزش و فعالیت بدنی پایین‌ترین نمره را داشته‌اند (جدول شماره ۲).

بررسی توزیع فراوانی سواد سلامت نظری شرکت‌کنندگان نشان داد که بیشترین درصد معلمان، ۲۱۵ نفر معادل ۵/۹۳ درصد، از سواد سلامت کافی برخوردار بودند.

در مقابل، ۸ نفر معادل ۵/۳ درصد دارای سواد سلامت مرزی و تنها ۷ نفر معادل ۳ درصد از سواد سلامت ناکافی برخوردار بودند.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی کیفی با سازه‌های خودکارآمدی، سواد سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت نشان داد که هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، نوع استخدام، ناحیه محل سکونت، تعداد فرزند و پایه تدریس با سطوح خودکارآمدی، سواد سلامت تافلا و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ارتباط معنادار آماری نداشتند. به‌طور مشخص، میانگین خودکارآمدی مردان و زنان به ترتیب ۶/۲۲ ± ۶۷/۰۳ و ۷/۸۹ ± ۶۵/۷۴ بود و تفاوت آماری آن معنادار نبود (P=۰/۵۴ Z=−۰/۶۰).

همچنین میانگین سواد سلامت تافلا و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت نیز بین گروه‌های مذکر و مونث تفاوت معناداری نشان نداد. نتایج مشابهی در دیگر متغیرهای جمعیت‌شناختی مشاهده شد، به گونه‌ای که تغییر در تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع استخدام، ناحیه سکونت، تعداد فرزند و پایه تدریس با هیچ یک از سازه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری نداشتند (P-value>۰/۰۵).

نتایج حاصل از مدل خطی عمومی نشان داد که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، ارتباط معناداری بین خودکارآمدی شرر و سازه‌های سلامت در معلمان وجود دارد. به طور مشخص، خودکارآمدی شرر با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ارتباط مثبت و معنادار داشت (R^2=۰/۰۷ تعدیل شده). به این معنا که افزایش خودکارآمدی با بهبود سبک زندگی سالم در معلمان همراه است. در مقابل، ارتباط بین خودکارآمدی شرر و سواد سلامت تافلا با کنترل سطح تحصیلات، ناحیه محل سکونت و پایه تدریس (R^2= −۰/۰۲ تعدیل شده) معنادار نبود (جدول شماره ۴).

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

جدول۱- توزیع فراوانی واحدهای مطالعه بر حسب ویژگی‌های جمعیت شناختی

Table 1- Frequency distribution of the study participants based on demographic characteristics

متغیر		(درصد) تعداد	متغیر		(درصد) تعداد
جنسیت	مرد	۳۰ (۱۳)	**نوع استخدام**	رسمی	۹۶ (۴۱/۷)
	زن	۲۰۰ (۸۷)		پیمانی	۴ (۱/۷)
وضعیت تاهل	مجرد/ بدون همسر	۶۱ (۲۶/۵)		قراردادی	۵۵ (۲۳/۹)
	متاهل	۱۶۹ (۷۳/۵)		حق التدریس	۱۰ (۴/۳)
سطح تحصیلات	فوق دیپلم	۸ (۳/۵)		خرید خدمت	۶۵(۲۸/۴)
	لیسانس	۱۴۹ (۶۴/۸)	**ناحیه محل خدمت**	۱	۲۰۳ (۸۸/۳)
	فوق لیسانس	۶۵ (۲۸/۳)		۲	۱۰ (۴/۳)
	دکتری	۸ (۳/۴)		۶	۱۵ (۶/۵)
تدریس پایه	ابتدایی دوره اول	۶۳ (۲۷/۴)		۷	۲ (۰/۹)
	ابتدایی دوره دوم	۵۹ (۲۵/۷)	**ناحیه محل سکونت**	۱	۸۴ (۳۶/۵)
	متوسطه دوره اول	۴۴ (۱۹/۱)		۲	۱۸ (۷/۸)
	متوسطه دوره دوم	۱۶ (۷/۰)		۳	۹ (۳/۹)
تعداد فرزند	بدون فرزند	۵۸(۲۵/۲)		۴	۳۱ (۱۳/۵)
	یک فرزند	۵۵ (۲۳/۹)		۵	۱۲ (۵/۲)
	دو فرزند	۷۲ (۳۱/۳)		۶	۳۴ (۱۴/۸)
	سه فرزند	۳۱ (۱۳/۵)		۷	۴۱ (۱۷/۸)
	چهار فرزند	۱۴(۶/۱)		۹	۱ (۰/۴)

جدول۲- توزیع نمرات خودکارآمدی، سواد سلامت و ابعاد سبک زندگی سالم در معلمان مدارس

Table 2- Distribution of self-efficacy, health literacy, and healthy lifestyle dimension scores among school teachers

متغیر	انحرف معیار± میانگین	حداقل نمره	حداکثر نمره
خودکارآمدی	۶۵/۹۱ ± ۷/۶۹	۳۲	۸۱
سواد سلامت تافلا	۳۰/۸ ± ۴/۹۲	۸	۳۶
سواد سلامت عملی	۴۳/۴۴ ± ۶/۲۸	۱۲	۵۰
سبک زندگی	۱۳۷/۶۸ ± ۲۰/۱۴	۹۰	۲۰۴
رشد معنوی و خودشکوفایی	۳۱/۰۷ ± ۵/۰۴	۱۶	۴۰
مسئولیت‌پذیری درباره سلامت	۳۵/۳۶ ± ۷/۱۲	۱۷	۵۲
روابط بین فردی	۲۳/۲۲ ± ۴/۱۲	۱۱	۳۲
مدیریت استرس	۱۴/۴۹ ± ۳/۴۱	۶	۲۴
ورزش و فعالیت بدنی	۱۴/۸۷ ± ۵/۶۰	۷	۲۸
تغذیه	۱۸/۶۷ ± ۳/۷۶	۸	۲۸

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

جدول ۳- ارتباط متغیرهای کیفی جمعیت‌شناختی و سازه‌های خودکارآمدی، سواد سلامت و سبک زندگی

Table 3- Association between demographic categorical variables and self-efficacy, health literacy, and healthy lifestyle constructs

متغیر		خودکار آمدی	سواد سلامت تافلا	سبک زندگی ارتقادهنده سلامت
جنسیت	مذکر	۶۷/۰۳ ± ۶/۲۲	۲۹/۷۷ ± ۶/۶۱	۱۳۵/۲۳ ± ۲۰/۳۰
	مونث	۶۵/۷۴ ± ۷/۸۹	۳۱/۱۷ ± ۴/۶۱	۱۳۸/۰۵ ± ۲۰/۱۴
من ویتنی		P *=۰/۵۴ Z=-۰/۶۰	P *-=۰/۵۶ Z= -۰/۵۸	P **=۰/۴۸ t=۰/۷۱
تاهل	مجرد/ بدون همسر	۶۴/۹۵ ± ۷/۳۴	۳۱/۱۷ ± ۴/۶۳	۱۴۰/۰۸ ± ۲۳/۲۷
	متاهل	۶۵/۹۴ ± ۷/۸۹	۳۰/۹۰ ± ۵/۰۸	۱۳۶/۵۳ ± ۱۹/۱۲
من ویتنی		P *=۰/۴۶ Z=-۰/۷۴	P *-=۰/۷۵ Z=-۰/۳۲	P **=۰/۲۸ t=۱/۰۶
تحصیلات	فوق دیپلم	۶۸/۳۷ ± ۷/۵۰	۳۲/۱۲ ± ۳/۷۲	۱۴۲/۰۰ ± ۲۷/۸۱
	لیسانس	۶۵/۹۴ ± ۷/۹۶	۳۰/۸۴ ± ۵/۰۳	۱۳۷/۰۱ ± ۱۹/۸۵
	فوق لیسانس	۶۵/۵۲ ± ۷/۱۲	۳۱/۱۸ ± ۴/۵۶	۱۳۷/۵۷ ± ۱۹/۳۵
	دکتری	۶۷/۳۳ ± ۴/۰۴	۳۵/۳۳ ± ۱/۱۵	۱۶۳/۳۳ ± ۲۴/۵۸
		P ***=۰/۹۱ X^2=۰/۵۵	P ****-=۰/۱۲ X^2=۵/۸۶	P ***=۰/۱۴ F=۱/۸۲
نوع استخدام	رسمی	۶۵/۳۱ ± ۷/۸۱	۳۰/۷۹ ± ۵/۲۴	۱۳۷/۲۰ ± ۲۰/۹۶
	پیمانی	۶۱/۷۵ ± ۷/۵۹	۳۱/۷۵ ± ۴/۰۳	۱۴۶/۲۵ ± ۱۵/۷۳
	قرار دادی	۶۶/۵۹ ± ۷/۰۴	۳۱/۰۰ ± ۴/۱۰	۱۳۸/۷۰ ± ۲۰/۱۳
	حق التدریس	۶۴/۸۹ ± ۶/۳۳	۳۲/۸۸ ± ۲/۴۷	۱۴۲/۵۵ ± ۲۰/۴۲
	خرید خدمت	۶۴/۲۸ ± ۸/۶۴	۳۰/۲۰ ± ۶/۸۱	۱۳۴/۲۰ ± ۲۰/۸۹
		P *****=۰/ ۱۷ X^2=۷/۷۸	P *****-=۰/۸۷ X^2=۱/۸۶	P *****=۰/۶۹ X^2=۳/۰۷
ناحیه محل سکونت	ناحیه یک	۶۵/۴۷ ± ۸/۷۶	۳۰/۲۶ ± ۵/۳۴	۱۳۵/۱۲ ± ۲۰/۴۹
	ناحیه دو	۶۷/۳۳ ± ۷/۵۱	۳۰/۱۷ ± ۷/۲۲	۱۳۰/۳۳ ± ۲۵/۱۳
	ناحیه سه	۶۴/۵۰ ± ۱۰/۸۰	۳۱/۰۰ ± ۸/۸۵	۱۳۰/۶۶ ± ۱۵/۱۳
	ناحیه چهار	۶۸/۲۸ ± ۹/۲۵	۳۲/۴۷ ± ۳/۳۱	۱۴۰/۶۲ ± ۲۴/۱۸
	ناحیه پنج	۶۶/۱۲ ± ۷/۵۱	۳۱/۶۲ ± ۲/۳۲	۱۴۰/۵۰ ± ۱۴/۶۴
	ناحیه شش	۶۶/۶۹ ± ۶/۳۴	۳۲/۵۶ ± ۴/۳۷	۱۳۶/۷۴ ± ۲۲/۱۴
	ناحیه هفت	۶۵/۷۵ ± ۶/۹۰	۳۱/۳۶ ± ۳/۸۳	۱۳۸/۸۲ ± ۱۳/۲۷
	ناحیه نه	۶۴/۰۰ ± ۰/۰۰	۳۴/۰۰ ± ۰/۰۰	۱۳۲/۰۰ ± ۰/۰۰
		P *****=۰/۹۱ X^2=۲/۷۶	P *****-=۰/۱۱X^2 =۱۱/۷۴	P*****=۰/۸۶ X^2=۳/۳۰
تعداد فرزند	بدون فرزند	۷۵/۰۰ ± ۸/۶۷	۳۱/۶۷ ± ۲/۵۲	۱۱۸/۰۰ ± ۱۷/۵۸
	یک فرزند	۶۶/۶۴ ± ۶/۹۸	۳۰/۸۹ ± ۵/۱۳	۱۳۵/۴۴ ± ۲۲/۹۳
	دو فرزند	۶۴/۹۸ ± ۸/۵۵	۳۱/۳۵ ± ۴/۹۲	۱۳۵/۵۴ ± ۱۷/۷۱
	سه فرزند	۶۶/۱۳ ± ۸/۸۴	۲۹/۲۶ ± ۷/۰۹	۱۳۷/۹۵ ± ۱۸/۷۱
	چهار فرزند	۶۵/۱۷ ± ۶/۱۸	۲۸/۱۷ ± ۵/۲۷	۱۳۷/۵۰ ± ۱۱/۴۷
		P *****=۰/۳۶ X^2=۴/۳۲	P *****-=۰/ ۳۲ X^2=۴/۶۹	P*****=۰/۵۹ F=۰/۷۰
تدریس پایه	ابتدایی دوره اول	۶۶/۰۰ ± ۷/۹۸	۳۰/۲۳ ± ۴/۹۶	۱۳۸/۳۹ ± ۲۱/۴۵
	ابتدایی دوره دوم	۶۷/۹۱ ± ۷/۷۶	۳۱/۴۵ ± ۴/۲۵	۱۳۷/۶۷ ± ۲۰/۵۳
	متوسطه دوره اول	۶۳/۲۹ ± ۸/۲۲	۳۰/۷۰ ± ۶/۴۹	۱۳۴/۴۱ ± ۲۰/۲۳
	متوسطه دوره دوم	۶۵/۸۱ ± ۶/۵۵	۳۳/۰۶ ± ۴/۲۰	۱۳۷/۱۸ ± ۲۳/۸۶
		P*****=۰/ ۱۲ X^2 =۸/۶۱	P*****=۰/۰۲ X^2 =۱۲/۶۷	P*****=۰/۶۵ X^2=۳/۲۹

* آزمون من ویتنی ** آزمون تی مستقل *** آزمون تحلیل واریانس یکطرفه **** آزمون کای دو ***** آزمون کروسکال والیس

سطح معنا داری آزمونها P< ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که معلمان شرکت‌کننده از سطح نسبتاً مطلوبی از خودکارآمدی برخوردار بودند و میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در سطح متوسط تا نسبتاً مطلوب قرار داشت. در بین ابعاد مختلف سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، بالاترین نمرات مربوط به رشد معنوی و خودشکوفایی و مسئولیت‌پذیری نسبت به سلامت و پایین‌ترین نمرات مربوط به فعالیت بدنی و مدیریت استرس بود. این الگو نشان می‌دهد که اگرچه معلمان به دلیل برخورداری از تحصیلات و جایگاه اجتماعی مناسب، ظرفیت مطلوبی برای اتخاذ رفتارهای سلامت‌محور دارند، اما برخی رفتارهای عملی مانند فعالیت بدنی منظم و مدیریت استرس همچنان تحت تأثیر عوامل فردی، شغلی و محیطی قرار دارند.

میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مطالعه حاضر بیانگر سطح متوسط تا نسبتاً مطلوب رفتارهای ارتقای سلامت در میان معلمان است. این یافته با مطالعه Moghimi و همکاران که بر کارکنان بالینی بیمارستانی انجام شد، قابل مقایسه است. در آن مطالعه، رفتارهای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در سطح متوسط گزارش شد و تفاوت بین ابعاد مختلف سبک زندگی نشان داد که مؤلفه‌هایی مانند مسئولیت‌پذیری سلامت و رشد فردی معمولاً امتیاز بالاتری نسبت به فعالیت بدنی دارند [۲۴]. مشابهت این نتایج می‌تواند ناشی از ویژگی مشترک گروه‌های شغلی تخصصی باشد؛ زیرا کارکنان دارای تحصیلات بالاتر معمولاً از آگاهی سلامت بیشتری برخوردارند، اما فشار کاری و محدودیت زمانی ممکن است فرصت انجام فعالیت‌های فیزیکی منظم را کاهش دهد.

در مطالعه‌ای بر معلمان مدارس ابتدایی، Örs و همکاران نیز گزارش کردند که برخی ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، مانند رشد فردی و روابط بین‌فردی، امتیاز بالاتری داشته‌اند، در حالی که فعالیت بدنی از ابعاد ضعیف‌تر بوده است [۲۵]. همسویی این یافته با مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در گروه معلمان، اگرچه نگرش نسبت به سلامت و مسئولیت فردی مطلوب است، اما رفتارهایی که نیازمند صرف زمان و تغییر در برنامه روزمره هستند، مانند ورزش منظم، ممکن است کمتر مورد توجه قرار گیرند.

پایین بودن امتیاز فعالیت بدنی و مدیریت استرس در مطالعه حاضر اهمیت توجه به شرایط کاری معلمان را نشان می‌دهد. حرفه معلمی با عواملی مانند مسئولیت آموزشی، تعامل مستمر با دانش‌آموزان، فشارهای شغلی و نیاز به آماده‌سازی مداوم همراه است که می‌تواند بر فرصت پرداختن به فعالیت‌های خودمراقبتی اثرگذار باشد. در همین راستا، Lee و Kim در مطالعه خود بر معلمان کره‌ای نشان دادند که عوامل فردی و محیطی مرتبط با شغل نقش مهمی در شکل‌گیری سبک زندگی ارتقادهنده سلامت دارند و توجه به مؤلفه‌هایی مانند مدیریت استرس و فعالیت بدنی برای ارتقای سلامت معلمان ضروری است [۲۶].

یافته دیگر مطالعه حاضر، سطح نسبتاً مطلوب خودکارآمدی عمومی در معلمان بود. میانگین نمره خودکارآمدی شرر نشان داد که شرکت‌کنندگان باور نسبتاً مناسبی نسبت به توانایی خود برای مدیریت موقعیت‌ها و انجام موفقیت‌آمیز فعالیت‌های مختلف داشتند. این یافته با مفهوم نظری خودکارآمدی در نظریه شناختی اجتماعی بندورا همخوان است؛ بر اساس این نظریه، باور فرد نسبت به توانایی‌های خود، بر انتخاب رفتار، میزان تلاش، استمرار در انجام فعالیت و نحوه مقابله با موانع تأثیر می‌گذارد. مقیاس مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر است که توسط Sherer و همکاران طراحی و اعتبارسنجی شد. این ابزار یکی از مقیاس‌های پرکاربرد برای ارزیابی باور عمومی فرد نسبت به توانایی انجام رفتارهای هدفمند و مقابله با مشکلات است [۲۱]. همچنین، Farnia و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار را بررسی کردند و پایایی و روایی مطلوب آن را در جامعه ایرانی گزارش نمودند [۲۲].

در پژوهش حاضر، نتایج مدل خطی عمومی نشان داد که پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر، خودکارآمدی شرر ارتباط مثبت و معناداری با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت داشت. این یافته بیانگر آن است که معلمانی که احساس توانمندی بیشتری نسبت به کنترل رفتارهای خود دارند، احتمال بیشتری دارد رفتارهای سلامت‌محور مانند تغذیه مناسب، فعالیت بدنی و مسئولیت‌پذیری سلامت را دنبال کنند. این نتیجه با یافته‌های Abbasi و همکاران همخوانی دارد؛ آنان نشان دادند مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی در معلمان زن موجب بهبود رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم شد [۲۷]. همچنین، Wang و همکاران گزارش کردند که خودکارآمدی یکی از مسیرهای مهم مرتبط با شکل‌گیری رفتارهای ارتقای سلامت است و می‌تواند نقش مهمی در تبدیل نگرش‌ها و توانمندی‌های فردی به رفتارهای سلامت‌محور داشته باشد [۱۵].

در مطالعه حاضر، سطح سواد سلامت عملکردی معلمان بر اساس ابزار S-TOFHLA در وضعیت مطلوبی قرار داشت و بیشتر شرکت‌کنندگان توانایی مناسبی در درک، پردازش و به‌کارگیری اطلاعات پایه سلامت نشان دادند. این یافته بیانگر آن است که معلمان، به‌عنوان گروهی با سطح تحصیلات دانشگاهی و دسترسی نسبتاً مناسب به منابع اطلاعاتی، از ظرفیت قابل قبولی برای استفاده از اطلاعات سلامت برخوردار هستند. سطح بالاتر سواد سلامت در این گروه در مقایسه با بسیاری از جمعیت‌های عمومی قابل انتظار است؛ زیرا عوامل مرتبط با تحصیلات، تجربه آموزشی، مهارت‌های شناختی و مواجهه مداوم با اطلاعات علمی می‌توانند در ارتقای توانایی افراد برای دریافت و استفاده از اطلاعات سلامت نقش داشته باشند.

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

با این حال، باید توجه داشت که سواد سلامت تنها به سطح تحصیلات وابسته نیست و عواملی مانند دسترسی به منابع معتبر، تجربه‌های فردی، انگیزه جستجوی اطلاعات و شرایط محیطی نیز می‌توانند بر آن تأثیرگذار باشند.

سواد سلامت به‌عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های مهم اجتماعی سلامت، به توانایی افراد در دستیابی، پردازش، درک و استفاده از اطلاعات سلامت برای تصمیم‌گیری مناسب اشاره دارد. Sørensen و همکاران در یک مرور نظام‌مند، تأکید کردند که سواد سلامت تنها به مهارت خواندن و نوشتن محدود نیست، بلکه مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و اجتماعی است که افراد را قادر می‌سازد اطلاعات سلامت را در موقعیت‌های واقعی زندگی به کار گیرند [۱۲]. بنابراین، سطح مطلوب سواد سلامت مشاهده‌شده در مطالعه حاضر می‌تواند نقش مهمی در توانایی معلمان برای استفاده از اطلاعات سلامت و انتقال پیام‌های مرتبط با سلامت به دانش‌آموزان داشته باشد. یافته حاضر با نتایج مطالعهRahimi و همکاران بر معلمان مدارس ابتدایی شهر شهرکرد قابل مقایسه است. آنان نیز سطح مناسبی از سواد سلامت را در میان معلمان گزارش کردند و بیان داشتند که ویژگی‌های شغلی و تحصیلاتی معلمان می‌تواند زمینه مناسبی برای دستیابی و استفاده از اطلاعات سلامت فراهم کند [۲۸]. همچنین،Ahmadi و همکاران در بررسی سواد سلامت دانشجومعلمان دانشگاه فرهنگیان نشان دادند که اگرچه سطح سواد سلامت این گروه نسبتاً مطلوب بود، اما برخی مؤلفه‌های مرتبط با دسترسی و ارزیابی اطلاعات سلامت همچنان نیازمند تقویت است [۲۹] .

سطح بالاتر سواد سلامت در مطالعه حاضر نسبت به بسیاری از مطالعات انجام‌شده در جمعیت عمومی ایران ممکن است به تفاوت در ویژگی‌های نمونه پژوهش مربوط باشد. در این مطالعه، شرکت‌کنندگان همگی معلم بودند و از سطح تحصیلات و موقعیت اجتماعی نسبتاً مشابهی برخوردار بودند؛ در حالی که مطالعات جمعیت عمومی معمولاً افراد با دامنه گسترده‌تری از تحصیلات، سن و شرایط اقتصادی را شامل می‌شوند. برای مثال، Tavakoly Sany و همکاران در یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل گزارش کردند که سطح سواد سلامت در ایران بین گروه‌های مختلف جمعیتی متغیر است و سهم قابل توجهی از افراد جامعه در سطوح ناکافی یا مرزی قرار دارند [۳۰]. همچنین، Yekaninejadو همکاران با استفاده از تحلیل طبقه پنهان در یک نمونه بزرگ از بزرگسالان ایرانی نشان دادند که سواد سلامت در جمعیت ایران دارای الگوهای متفاوتی است و عوامل اجتماعی و فردی مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی می‌توانند در شکل‌گیری این تفاوت‌ها نقش داشته باشند [۳۱]. بنابراین، سطح بالای سواد سلامت در مطالعه حاضر باید با توجه به ویژگی‌های خاص گروه معلمان تفسیر شود و نمی‌توان آن را به کل جامعه تعمیم داد.

در مطالعه حاضر، ارتباط معناداری بین متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، نوع استخدام، محل سکونت، تعداد فرزند و پایه تدریس با سواد سلامت عملکردی مشاهده نشد. این یافته ممکن است ناشی از همگنی نسبی نمونه پژوهش باشد؛ زیرا بیشتر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی بوده و در یک گروه شغلی مشابه فعالیت می‌کردند. در همین راستا، Joveini و همکاران نشان دادند که اگرچه برخی عوامل جمعیت‌شناختی در جمعیت عمومی با سواد سلامت ارتباط دارند، اما این ارتباط در گروه‌هایی که از نظر تحصیلات و وضعیت اجتماعی مشابه هستند ممکن است کاهش یابد [۳۲].

عدم مشاهده ارتباط بین خودکارآمدی و سواد سلامت عملکردی در مطالعه حاضر نیز قابل توجه است. اگرچه انتظار می‌رود افراد دارای خودکارآمدی بالاتر در جستجو و استفاده از اطلاعات سلامت فعال‌تر باشند، اما سواد سلامت عملکردی عمدتاً به مهارت‌های شناختی مانند خواندن، محاسبه و درک اطلاعات نوشتاری سلامت وابسته است و ممکن است ارتباط مستقیمی با باور فرد نسبت به توانایی‌های شخصی نداشته باشد. این موضوع با یافته‌های Adamsو همکاران همخوانی دارد که نشان دادند سواد سلامت عملکردی می‌تواند تحت تأثیر عوامل اجتماعی و شناختی مختلف قرار گیرد و صرفاً بازتاب ویژگی‌های روان‌شناختی فرد نیست [۱۳].

همچنین، در مطالعه Reisi و همکاران رابطه بین سواد سلامت عملکردی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان بررسی شد و نتایج نشان داد که سواد سلامت بیشتر با رفتارهای سلامت‌محور ارتباط دارد، اما شدت این ارتباط می‌تواند بر اساس ویژگی‌های گروه مورد مطالعه متفاوت باشد [۳۳]. بنابراین، در گروه معلمان که از سطح تحصیلات و دسترسی اطلاعاتی نسبتاً مناسبی برخوردارند، ممکن است عوامل دیگری مانند انگیزش، خودکارآمدی رفتاری و شرایط محیطی نقش بیشتری در تبدیل دانش سلامت به رفتار ایفا کنند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که پس از کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر، خودکارآمدی عمومی شرر با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ارتباط مثبت و معناداری دارد؛ به‌گونه‌ای که افزایش نمره خودکارآمدی با افزایش نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت همراه بود. این یافته نشان می‌دهد که باور افراد نسبت به توانایی خود در مدیریت شرایط و انجام موفقیت‌آمیز رفتارهای هدفمند، می‌تواند نقش مهمی در اتخاذ و تداوم رفتارهای سلامت‌محور داشته باشد. از دیدگاه نظریه شناختی اجتماعی بندورا، خودکارآمدی یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده رفتار است؛ زیرا افراد دارای خودکارآمدی بالاتر، احتمال بیشتری دارد اهداف سلامت‌محور را انتخاب کنند، برای دستیابی به آن‌ها تلاش بیشتری داشته باشند و در مواجهه با موانع، پایداری بیشتری نشان دهند.

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

یافته حاضر با نتایج مطالعه Lee و همکاران در میان معلمان کره‌ای همسو است. آنان نشان دادند که خودکارآمدی و عوامل روان‌شناختی مرتبط با فرد، از عوامل مهم تعیین‌کننده سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در معلمان هستند و افرادی که احساس کنترل و توانمندی بیشتری نسبت به رفتارهای خود دارند، مشارکت بیشتری در رفتارهای سلامت‌محور نشان می‌دهند [۳۴]. همچنین، Abbasi و همکاران در یک مطالعه مداخله‌ای بر معلمان زن ایرانی گزارش کردند که آموزش مبتنی بر نظریه خودکارآمدی موجب بهبود رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم شد. این یافته اهمیت تقویت باورهای خودکارآمدی را به‌عنوان یک هدف مهم در برنامه‌های ارتقای سلامت معلمان نشان می‌دهد [۲۷].

در مطالعه حاضر، ضریب تعیین تعدیل‌شده مدل نشان داد که خودکارآمدی حدود ۷ درصد از تغییرات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را پس از کنترل سطح تحصیلات توضیح می‌دهد. اگرچه میزان تبیین واریانس محدود است، اما با توجه به ماهیت چندعاملی رفتارهای سلامت، این مقدار می‌تواند از نظر بالینی و کاربردی قابل توجه باشد. رفتارهای سلامت‌محور تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، اجتماعی و محیطی قرار دارند و خودکارآمدی تنها یکی از مؤلفه‌های مؤثر در این فرآیند محسوب می‌شود Wang و همکاران نیز در مطالعه‌ای بر دانشجویان چینی نشان دادند که خودکارآمدی یکی از مسیرهای مهم مرتبط با رفتارهای ارتقای سلامت است و می‌تواند نقش واسطه‌ای در تبدیل ویژگی‌های فردی و شناختی به رفتارهای سلامت‌محور داشته باشد [۱۵].

در مقابل، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط بین خودکارآمدی شرر و سواد سلامت عملکردی (S-TOFHLA) پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر معنادار نبود. این یافته بیانگر آن است که داشتن باور قوی نسبت به توانایی‌های شخصی الزاماً به معنای برخورداری از مهارت‌های بالاتر در خواندن، درک و پردازش اطلاعات سلامت نیست. اگرچه هر دو سازه خودکارآمدی و سواد سلامت با فرآیندهای شناختی مرتبط هستند، اما ماهیت آن‌ها متفاوت است؛ خودکارآمدی بیشتر به باور فرد درباره توانایی انجام یک رفتار اشاره دارد، در حالی که سواد سلامت عملکردی عمدتاً توانایی‌های شناختی مانند درک متون سلامت، خواندن دستورالعمل‌ها و انجام محاسبات مرتبط با سلامت را ارزیابی می‌کند.

این یافته با نتایج مطالعه Medina و همکاران همخوانی دارد. آنان در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ رابطه معناداری بین سواد سلامت عملکردی و خودکارآمدی مشاهده نکردند و بیان کردند که این دو سازه ممکن است تحت تأثیر عوامل متفاوتی قرار گیرند. به عبارت دیگر، فرد ممکن است توانایی و اعتمادبه‌نفس مناسبی برای مدیریت رفتارهای خود داشته باشد، اما در مهارت‌های عملی پردازش اطلاعات سلامت محدودیت‌هایی داشته باشد [۳۵].

همچنین، Xu و همکاران در مرور ارتباط بین سواد سلامت، خودکارآمدی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت، اشاره کردند که رابطه بین این دو مفهوم همیشه مستقیم نیست و ممکن است توسط عواملی مانند وضعیت بیماری، پیچیدگی اطلاعات سلامت، تجربیات قبلی و زمینه آموزشی تعدیل شود [۳۶]. بنابراین، عدم مشاهده ارتباط معنادار بین خودکارآمدی و سواد سلامت عملکردی در مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از ویژگی‌های خاص جامعه مورد مطالعه باشد؛ زیرا معلمان شرکت‌کننده از نظر سطح تحصیلات و موقعیت اجتماعی نسبتاً همگن بودند و احتمالاً تفاوت‌های فردی در خودکارآمدی بیشتر بر رفتارهای عملی سلامت تأثیر گذاشته است تا بر مهارت‌های پایه‌ای سواد سلامت. به طور کلی، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که خودکارآمدی ممکن است نقش مستقیم‌تری در شکل‌گیری رفتارهای سلامت‌محور نسبت به سواد سلامت عملکردی داشته باشد. به بیان دیگر، داشتن دانش و توانایی درک اطلاعات سلامت، اگر با باور فرد به توانایی اجرای رفتار همراه نباشد، ممکن است به تغییر رفتار منجر نشود. بنابراین، برنامه‌های ارتقای سلامت در محیط‌های آموزشی باید علاوه بر افزایش آگاهی و مهارت‌های سلامت، بر تقویت خودکارآمدی مرتبط با رفتارهای خاص مانند فعالیت بدنی منظم، مدیریت استرس و انتخاب سبک زندگی سالم نیز تمرکز کنند. با توجه به یافته‌های مطالعه، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مبتنی بر ارتقای خودکارآمدی برای معلمان طراحی و اجرا شود. همچنین، اجرای مداخلات آموزشی با هدف بهبود سواد سلامت و تقویت رفتارهای سبک زندگی سالم، به ویژه در زمینه مدیریت استرس و فعالیت بدنی، در محیط مدارس مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر، توصیه می‌شود سیاست‌گذاران حوزه آموزش و سلامت، برنامه‌های مشترک ارتقای سلامت را برای این گروه شغلی طراحی نمایند. انجام مطالعات مداخله‌ای و طولی برای بررسی اثر برنامه‌های آموزشی بر بهبود سواد سلامت و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم نیز پیشنهاد می‌شود. این مطالعه دارای برخی محدودیت‌ها بود. استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گرفته باشد. همچنین، طراحی مقطعی مطالعه امکان بررسی روابط علّی بین متغیرهای مورد مطالعه را محدود می‌کند. علاوه بر این، محدود بودن جامعه پژوهش به معلمان یک شهر، ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مناطق جغرافیایی را کاهش دهد. بنابراین در تفسیر نتایج باید به این محدودیت‌ها توجه داشت.

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح خودکارآمدی در معلمان در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارد، در حالی که سواد سلامت در سطح متوسط تا نسبتاً پایین ارزیابی شد. همچنین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در وضعیت نسبتاً مناسبی گزارش شد، اگرچه برخی ابعاد مانند مدیریت استرس و فعالیت بدنی نیازمند توجه بیشتری هستند. یافته‌ها نشان داد که خودکارآمدی با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت ارتباط مثبت و معناداری دارد، به طوری که افزایش خودکارآمدی می‌تواند به بهبود رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در معلمان منجر شود. با این حال، ارتباط معناداری بین خودکارآمدی و سواد سلامت مشاهده نشد. به طور کلی، نتایج این مطالعه بر اهمیت تقویت خودکارآمدی در برنامه‌های ارتقای سلامت معلمان تأکید می‌کند و نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی مبتنی بر ارتقای مهارت‌های رفتاری و روانشناختی می‌تواند در بهبود سبک زندگی سالم مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه و مسئولین آموزش و پرورش و معلمان محترم شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچگونه تضاد یا تعارض منافعی ندارند.

تامین مالی مقاله

حمایت مالی این پژوهش توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد در طرح تحقیقاتی با کد ۹۹۰۹۰۴ صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از تصویب طرح و دریافت کداخلاق IR.mums.Rec.1399.567 از دانشگاه علوم پزشکی مشهد و کسب مجوز از آموزش و پرورش منطقه ۷، در مورد اهداف مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات، توضیحات لازم به گروه هدف داده شد و به آنها اعلام شد در صورت نارضایتی و عدم تمایل به همکاری می توانند انصراف خود را اعلام کنند.

مشارکت مولفین

ایده و طراحی مطالعه: نوشین پیمان و سیده بلین توکلی
جمع‌آوری داده‌ها: فاطمه یعقوبی
تجزیه و تحلیل آماری و تفسیرداده‌ها: حبیب الله اسماعیلی
نگارش پیش‌نویس مقاله: الهه لعل منفرد و مهدیه شاکری
بازبینی مقاله از نظر محتوا علمی: تمام نویسندگان.

استفاده از هوش مصنوعی

بدین وسیله اعلام می‌شود که در تدوین مقاله از هوش مصنوعی استفاده نشده است .

References

1- Hosseini F, Farshidi H, Aghamolaei T, Madani A, Ghanbarnejad A. The impact of an educational intervention based on precede - proceed model on lifestyle changes among hypertension patients. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2014; 2(1):17-27 (In Persian).

2- Khavoshi N,Tol A, Shojaeizade D, Shamshiri A. Effect of educational intervention on the lifestyle of elderly people referred to clinical centers of Eslamshahr, Iran: application of health belief model. Journal of Nursing Education 2015; 3(4):19-28 (In Persian).

3- Rafiee A. The lifestyle of married women referring to health centers in West of Ahvaz. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2014; 22(3):1-9 (In Persian).

4- Amiri A, Rkhshany F, Farmanbar R. the effect of educational program based on basnef model on healthy lifestyle of taxi drivers in Langroud. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences 2014; 1(4):45-54 (In Persian).

5- Nilsaz M,Tavasoli E ,Mazaheri M ,Sohrabi F ,Khezeli M, Ghazanfari Z, et al .Study of health-promotion behaviors and life style among students of Dezful universities. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2013; 20(5):168-175 (In Persian).

6- WHO. Noncommunicable diseases. Available from: https: //www. who. int/ news- room/ fact- sheets/ detail/ noncommunicable- diseases. Accessed Sep 25, 2025.

7- Bully P, Sánchez Á , Zabaleta-del-Olmo E, Pombo H, Grandes G. Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: A systematic review Preventive Medicine 2015; 76 Suppl:S76-93.

8-Babanejad M, Zarin HK, Sayehmiri K, Delpisheh A. Lifestyle investigation and its associated factors in students of Ilam University of Medical Sciences. Pajoohande 2012; 17(5):252-57 (In Persian).

9- Nutbeam D, E Lloyd J. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annual Review of Public Health 2021; 42:159-73.

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

10- Keshavarz Mohammadi N, Zali A, Zeinivand M, Rezaei Z, Teymouri M, Jazizadeh Karimy M, et al. Scoping review of literacy and health status in Iran, and their link in Iranian researches: The way forward for health promotion interventions. Journal of Health in the Field 2021; 9(3):45-55 (In Persian).

11- Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. Journal of Education and Health Promotion 2012; 1:31. Doi: 10.4103/2277-9531.100160.

12- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12(1): 80-91.

13- Adams R.J, Piantadosi C, Ettridge K, Miller C, Wilson C, Tucker G, et al. Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. Patient Education and Counseling 2013; 91(2):206-12.

14- Shahavandi M, Ghorbaninejad P, Mohammadpour S, Djafari F, Shahinfar H, Sheikhhossein F, et al. Higher health literacy score is associated with better healthy eating index in Iranian adults. Nutrition 2021; 111262. Doi: 10. 1016/ j. nut. 2021. 111262.

15- Wang Sh, Wei J, Zhang P, Song J, Chen J, Li G. The chain mediating effect of self-efficacy and health literacy between proactive personality and health-promoting behaviors among Chinese college students. Scientific Reports 2025; 15(1): 16101. Doi: 10.1038/s41598-025-00936-0.

16- GanjiF, AlizadehP, MasoudiR, RabieiL. Investigating the relation between clinical reasoning and critical thinking skills and general self-efficacy in medical interns. Journal of Health in the Field 2025; 12(4):10-16 (In Persian).

17- Vafadar Z, Reazei R, Navidian A. Effectiveness of motivational interviewing on the weight self-efficacy life style in overweight and obese teenager boys. International Journal of Behavioral Sciences 2014; 8(2):185-93.

18- Saremi M, Noori Anvari Z, Khodakarim S, Tabatabaei Sh, Ramezankhani A. Cross cultural adaptation and psychometric evaluation of the Persian version of Teachers Stress Inventory.Journal of Health in the Field 2021; 9(2):21-30 (In Persian).

19- Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z. The effect of a supportive health promotion program on the lifestyle of premenopause teachers. Feyz Medical Sciences Journal 2013; 17(1):14-24 (In Persian).

20- Mohamadian H ,Ghannaee M, Kortdzanganeh J, Meihan L. Reliability and construct validity of the iranian version of health-promoting lifestyle profile in a female adolescent population. International Journal of Preventive Medicine 2013; 4(1):42-49.

21- Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: construction and validation. Psychological Reports 1982; 51:663-71.

22- FarniaV, Asadi R, Abdoli N ,Radmehr F, Alikhani M, Khodamoradi M, Behrouz Behrouz B, Salemi S. Psychometric properties of the Persian version of general self-efficacy scale (GSES) among substance abusers the year 2019–2020 in Kermanshah city. Clinical Epidemiology and Global Health 2020; 8(3):949-53.

23- Javadzade SH, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E , Rajati F. Health literacy among adults in Isfahan, Iran. Journal of Health System Research 2013; 9(5):540-49 (In Persian).

24- Moghimi A, Saberi Isfeedvajani M, Javanbakht M, Khedmat L. Health-promoting lifestyle behaviors and its association with sociodemographic characteristics in hospital clinical staff. Front Public Health 2024; 12:1391094. Doi: 10.3389/fpubh.2024.1391094.

25- Örs M. Healthy lifestyle behaviors among teachers working in public primary schools and affecting factors. Front Public Health 2024; 12:1382385.

26- Lee KN, Kim SL. Determinant of the health promoting lifestyle of the teachers in Choong-Buk province. Journal of Korean Community Nursing 1998; 9(1):30-39.

27- Abbasi F, Ghahremani L, Nazari L, Fararouei M, Khoramaki Z. Lifestyle in female teachers: Educational intervention based on self-efficacy theory in the South of Fars province, Iran. BioMed Research International 2021; 20(1): 6177034. Doi: 10.3389/fpubh.2024.1391094.

28- Rahimi B,Tavassoli E. Measuring health literacy of elementary school teachers in Shahrekord. Journal of Health Literacy 2019; 4(1):25-32.

29- Ahmadi F, Montazeri A. Health Literacy of pre-service teachers from Farhangian University: A cross-sectional survey. International Journal of School Health 2019; 6(2):1-5.

30- Tavakoly Sany SB, Doosti H, Mahdizadeh M, Orooji A, Peyman N. The health literacy status and its role in interventions in Iran: A systematic and meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18(8):4260 .Doi: 10.3390/ijerph18084260.

31- Yekaninejad M, Hajiheidari A, Alijanzadeh M, Yahaghi R, Karimi Z, et al. Exploring health literacy categories among an Iranian adult sample: A latent class analysis. Scientific Reports 2024; 14(1):776. Doi:10.1038/s41598-023-49850-3.

32- Joveini H, Rohban A ,Askarian P, Maheri M, Hashemian M. Health literacy and its associated demographic factors in 18-65-year-old, literate adults in Bardaskan, Iran. Journal of Education and Health Promotion 2019; 8 (1):244. Doi: 10.4103/jehp.jehp_26_19.

33- Reisi M, Javadzade SH, Babaei Heydarabadi A, Mostafavi F, Elahe Tavassoli E, Sharifirad Gh .The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. Journal of Education and Health Promotion 2014; 3 (1):119. Doi: 10.4103/2277-9531.145925.

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

34- Lee JY, Divaris k, Baker AD, Rozier RG, Vann Jr WF. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. American Journal of Public Health 2012; 102(5):923-29.

35- Medina LAC, Silva RA, De Sousa Lima MM, Barros LM, Lopes ROP, Melo GAA, et al. Correlation between functional health literacy and self-efficacy in people with type 2 Diabetes mellitus: Cross-sectional Study. Clinical Nursing Research 2022; 31(1):20-28.

36- Xu XY, Leung AYM,. Chau PH. Health Literacy, Self-efficacy, and associated factors among patients with Diabetes. Health Literacy Research and Practice 2018; 2(2):e67-e77.

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

Journal of Behdasht dar Arseh (i.e., Health in the Field)
Shahid Beheshti University of Medical Sciences
School of Public Health and Safety
Journal homepage: https://journals.sbmu.ac.ir/jhf
Vol.13, No.4, Winter 2025

Assessment of self-efficacy, health literacy, and healthy lifestyle among school teachers in Mashhad

Elahe Lael Monfared[1,2], Seyedeh Belin Tavakoly [1,3], Fatemeh Yaghoubi[2], Habibollah Esmaeily[1,4], Mahdie Shakeri [2], Nooshin Peyman[1,2]*

[1]. Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
[2] Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
[3] Department of Health, Safety, and Environment, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
[4] Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Abstract

Background and Aims: Self-efficacy and a healthy lifestyle are key factors influencing health promotion in educational settings. The present study aimed to examine the association between self-efficacy, health literacy, and a health-promoting lifestyle among school teachers in Mashhad, Iran.

Materials and Methods: This analytical cross-sectional study was conducted in 2024 on 230 teachers selected from four education districts of Mashhad using simple random sampling. Data collection instruments included the Health-Promoting Lifestyle Profile, the Sherer General Self-Efficacy Scale, and the Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA). Data were analyzed using SPSS version 16 with descriptive statistics, correlation analyses, t-tests, analysis of variance, and the general linear model. The study was carried out in full compliance with ethical principles and considerations at all stages.

Results: The mean self-efficacy score of the teachers was 65.91 ± 7.69, indicating a relatively desirable level. The mean scores for reading comprehension (theoretical) and numeracy (functional/practical) health literacy were 30.98 and 43.44, respectively. Health-promoting lifestyle had a mean score of 137.68 ± 20.14, placing it at a moderate level, with the lowest scores observed in the dimensions of stress management and physical activity. General linear model analysis revealed that self-efficacy was significantly and positively associated with a health-promoting lifestyle (R^2=0.07, P<0.001), whereas its association with health literacy was not statistically significant.

Conclusion: The findings highlight the significant role of self-efficacy in improving health-promoting behaviors among teachers. It is recommended that educational interventions focused on enhancing self-efficacy be designed and implemented to foster healthy lifestyles among educators.

Keywords: Self-efficacy; Health literacy; Health-promoting lifestyle; Teachers.

Please cite this article as: Lael Monfared E, Tavakoly Sany SB, Yaghoubi F, Esmaeily H, Shakeri M, Peyman N. Assessment of self-efficacy, health literacy, and healthy lifestyle among school teachers in Mashhad. Journal of Health in the Field 2025; 13(4):64-75. https://doi.Org/10.22037/jhf.v13i4.51029

Corresponding Author: Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Corresponding Author: Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Email: peymann@mums.ac.ir
Received: 2 December 2025
Accepted: 1 June 2026