

Relationship between Self-Compassion and Health Literacy in First Grade High School Students in Gonabad City

Ali Akbar Ajam (PhD)*, Mahmood Moradi (MSc)

Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Ali Akbar Ajam, Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: aliakbarajam1387@gmail.com

Abstract

Received: 29/07/2017

Accepted: 20/12/2017

How to Cite this Article:

Ajam AA, Moradi M. Relationship between Self-Compassion and Health Literacy in First Grade High School Students in Gonabad City. *J Educ Community Health*. 2017; 4(3): 44-51. DOI: 10.21859/jech.4.3.44

Background and Objective: Individuals who are aware of the positive effects of kindness use it as a means for maintaining and controlling their health. We performed this study to investigate the relationship between self-compassion and health literacy in first grade high school students in Gonabad, Iran.

Materials and Methods: This descriptive correlational study was conducted in 351 male and female first grade high school students in Gonabad, Iran, in 2017. The participants were recruited via the stratified random sampling method. A self-report compassion questionnaire and health literacy questionnaire were used for data collection. Pearson correlation coefficient, multiple regression, independent t-test, and analysis of variance (ANOVA) test were run for data analysis using SPSS, version 20.

Results: The mean scores of health literacy and self-compassion were 77.11 ± 17.41 and 71.6 ± 12.9 , respectively. The results showed a significant positive correlation between the students' health literacy and self-compassion ($r=0.311$, $P<0.01$). We found a significant difference in the level of health literacy between the male and female students ($P=0.011$). However, there was no significant difference in the level of compassion between the male and female students ($P=0.109$).

Conclusion: This study demonstrated a significant relationship between self-compassion and health literacy. Therefore, to prevent the imposition of heavy costs and develop a culture of promoting health literacy, we recommend broadcasting audio and video programs, distributing educational flyers, as well as holding training courses and workshops.

Keywords: Health Literacy; Kindness; Self-compassion; Students

رابطه شفقت خود با سواد سلامت دانش آموزان دوره اول متوسطه در شهر گناباد

علی اکبر عجم^{۱*}، محمود مرادی^۲

^۱ دکترای تخصصی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۲ کارشناسی ارشد، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: علی اکبر عجم، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

ایمیل: aliakbarajam1387@gmail.com

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۰۷ **سابقه و هدف:** افرادی که از تأثیرات مثبت مهربانی آگاه هستند، از آن به عنوان وسیله‌ای برای حفظ و کنترل سلامتی خود استفاده می‌کنند. این پژوهش با هدف بررسی رابطه شفقت خود با سواد سلامت دانش آموزان متوسطه دوره اول شهر گناباد انجام شد.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۲۹ **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی بود که در سال ۱۳۹۶ در ارتباط با ۳۵۱ نفر از دانش آموزان دختر و پسر متوسطه اول شهر گناباد که با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل: پرسشنامه شفقت خود و پرسشنامه سواد سلامت

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

(HELIA: Health Literacy Questionnaire) بود. لازم به ذکر است که داده‌ها در نرم‌افزار SPSS 20 و با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی Pearson، رگرسیون چندگانه، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره کل سواد سلامت و شفقت خود به ترتیب $17/41 \pm 77/11$ و $12/9 \pm 71/6$ بود. نتایج نشان داد که بین سواد سلامت و شفقت خود دانش آموزان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$ ، $r = 0/311$). بین میزان سواد سلامت دانش آموزان دختر و پسر نیز اختلاف معناداری مشاهده شد ($P = 0/011$)؛ اما بین میزان شفقت خود دانش آموزان دختر و پسر تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P = 0/109$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین شفقت خود و سواد سلامت وجود دارد؛ بنابراین می‌توان با برگزاری دوره‌های آموزشی، کارگاه‌های آموزشی، پخش برنامه‌های صوتی و تصویری و توزیع تراکت‌های آموزشی در این زمینه فرهنگ‌سازی نمود تا سواد سلامت دانش آموزان افزایش یافته و از تحمیل هزینه‌های سنگین بعدی ممانعت شود.

واژگان کلیدی: دانش آموزان؛ سواد سلامت؛ شفقت خود؛ مهربانی

مقدمه

منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد [۴].

شفقت به خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی که از مؤلفه‌های زندگی معنادار می‌باشند، مرتبط است [۵]. خودشفقت‌ورزی با احساس دوست‌داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط می‌باشد؛ اما به معنای خودمحوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست. خودشفقت‌ورزی دربردارنده ۳ بخش اساسی است: الف. داشتن مهربانی و درک صحیح نسبت به خود بدون برخورداری از دیدگاه قضاوتی و خودانتقادگر؛ ب. داشتن این دیدگاه که تجارب فرد بخشی از تجارب همه انسان‌ها است؛ ج. نگرستن به تجارب و

شفقت خود به تمایل به مراقبت و درک خود اشاره دارد [۱]. هنگامی که همه چیز بد پیش می‌رود، شفقت خود را می‌توان به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود در نظر گرفت [۲]. شفقت معمولاً به صورت مهربانی نسبت به دیگران بیان می‌شود؛ اما احساس شفقت نسبت به خود ضروری‌تر از شفقت نسبت به دیگران می‌باشد. شفقت خود موجب احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی‌یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود و پذیرش این نکته که تجارب وی نیز بخشی از تجارب معمول بشری است می‌شود. شفقت خود یک مفهوم نسبتاً جدید در حوزه‌های روان‌شناسی اجتماعی، شخصیت و بالینی است [۳] و علاوه بر آنکه فرد را در مقابل حالات روانی

خود مورد تأکید می‌باشد. واژه‌هایی چون مرکزیت قراردادن بیمار، شیوه زندگی، اعمال بیمار و توانمندسازی همگی بر این موضوع تأکید دارند که فرد نقش حیاتی‌تری نسبت به ارائه‌کننده خدمات سلامت در کنترل سلامتی خود دارد. این موضوع نشان می‌دهد که فرد باید به‌عنوان یک مطلع در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی - درمانی خود شرکت کند [۹]. افراد باید بتوانند مسئولیت‌های جدیدی را در زمینه جستجوی اطلاعات، درک مسئولیت‌ها، سنجش و پایش سلامتی، تصمیم‌گیری درباره بیمه و انتخاب نوع مراقبت انتخاب نمایند [۱۰]. سواد سلامت (Health Literacy) عبارت است از: ظرفیت کسب، پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری مناسب در زمینه سلامت [۱۱]. در حقیقت، سواد سلامت ظرفیتی فردی و اجتماعی برای دسترسی، فهم، ارزیابی اطلاعات و خدمات سلامت و بهره‌مندی بهینه از آن برای ارتقای سلامت بوده و شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها می‌باشد. سواد سلامت ناکافی با وضعیت سلامت فردی در حد ضعیف‌تر، استفاده نامناسب از داروها و عدم پیروی از دستورات پزشک، کنترل ضعیف‌تر قند خون و افزایش شیوع گزارش فردی از مشکلاتی که از کنترل ضعیف ناشی می‌شوند، دانش بهداشتی کمتر، مشکلات کمتر در تصمیم‌گیری در ارتباط با درمان، بیان کمتر نگرانی‌های سلامت و ارتباط با پزشکان همراه است [۱۲].

سواد سلامت توانایی انجام وظایف خواندن و نوشتن پایه است که مستلزم عملکرد در زمینه مراقبت‌های سلامت می‌باشد. با ایجاد دسترسی آسان دانش‌آموزان به اطلاعات سلامت و افزایش توانایی آن‌ها در به‌کاربردن مؤثر آن، سواد سلامت کلید توانمندسازی آن‌ها می‌باشد [۱۳]. سنجش میزان سلامت امری ضروری است تا از احتمال بروز خطرات ناشی از سواد محدود جلوگیری شود [۱۴]. در حقیقت، سواد سلامت به‌طور وسیعی به‌عنوان یک تعیین‌کننده سلامت و یک اولویت در دستور کار سیاست سلامت همگانی در نظر گرفته می‌شود. کم‌بودن سواد سلامت دانش‌آموزان با سطح پایین سلامت، نابرابری‌های گسترده‌تر و هزینه‌های بالاتر نظام سلامت همراه است. سواد سلامت می‌تواند دانش‌آموزان را توانمند سازد تا نقش فعالی در تغییر محیط‌ها برای تأثیرگذاری بر سلامت داشته باشند [۱۵]. همان‌طور که جامعه در تغییر است، افراد نیز به‌طور مستمر اطلاعات جدید را یاد می‌گیرند و به‌منظور هدایت تصمیم‌گیری سلامت خود، اطلاعات منسوخ‌شده را فراموش می‌کنند. افراد دارای سواد سلامت به‌طور مداوم درگیر مبادله و گفتگو با محیط خود هستند. آن‌ها می‌توانند در استقلال و وابستگی تعاملات خود با متخصصان بهداشت و درمان، مؤسسات مربوط به بیماران و کلیه خدمات در جامعه تعادل ایجاد کنند [۱۶]. رویارویی با نظام‌های بهداشتی پیچیده برای انسان‌ها حتی با مهارت سواد

احساسات خود به‌گونه‌ای متعادل بدون بزرگنمایی آن‌ها. این جنبه‌های خودشفقت‌ورزی با یکدیگر متفاوت بوده و به‌طور متفاوتی تجربه می‌شوند؛ اما به نظر می‌رسد که به‌گونه‌ای مکمل، دربرگیرنده یکدیگر هستند [۶]. داشتن شفقت خود نیازمند این است که فرد به دلیل شکست‌ها و یا نرسیدن به استانداردها به انتقاد سختگیرانه از خود نپردازد. این مفهوم به معنی توجه‌نکردن و یا اصلاح‌نکردن این شکست‌ها نمی‌باشد. هنگامی که خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به دلیل اشتباهاتش به سختی مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکردهای حمایتی خود برای تهدیدنشدن حرمت خود فرد در جهت پنهان کردن نواقص از خودآگاهی فرد عمل می‌کنند. بدون آگاهی از خود، این ضعف‌ها مورد تردید قرار نمی‌گیرند. در مقابل، فرد از طریق شفقت‌ورزی به خود، یک امنیت هیجانی را به وجود می‌آورد تا بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به‌وضوح ببیند و فرصت پیدا کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک نموده و اصلاح کند؛ بنابراین شفقت خود منجر به انفعال و سکون نمی‌شود. افرادی که شفقت خود بالایی دارند نسبت به افرادی که شفقت خود کمی دارند، از سلامت روان‌شناختی بیشتری برخوردار هستند؛ زیرا درد گریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می‌کنند، در آن‌ها به وسیله یک سرزنش خود بیرحمانه، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجانات استمرار نمی‌یابد [۷].

افرادی که نسبت به نیازهای خود بی‌توجه هستند، نمی‌توانند ادعای خوشبختی کنند. این افراد که معمولاً سبک زندگی ناسالمی دارند، از نظر بهداشت روانی در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی از جمله افسردگی می‌باشند. نخستین اصل بهداشت روان، صلح با درون و بیرون خود است. افرادی که با خود مهربان هستند، به سلامتی خود توجه دارند و به میزان کافی استراحت می‌کنند، از رژیم غذایی متعادلی برخوردار هستند، ورزش می‌کنند، به سیگار، الکل و یا دیگر مواد مخدر گرایش ندارند و به سلامت روان توجه می‌کنند. توانایی افراد در برقراری ارتباط مؤثر به‌منظور ارائه و یا دستیابی به اطلاعات مرتبط با سلامتی یکی از مهم‌ترین مقوله‌ها در امر سلامت است. در حقیقت، این اطلاعات میان ارائه‌کنندگان خدمات و مددجویان به‌منظور دستیابی به حد مطلوبی از سلامتی مبادله می‌شوند و تبادل اطلاعات مرتبط با سلامتی، پایه و اساس توانایی افراد برای دستیابی به اطلاعات بهداشتی و درک خطرات تهدیدکننده سلامتی و نیز تصمیم‌گیری متناسب در جهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در سطح فردی، اجتماعی و سیاسی می‌باشد. اگر این ارتباط بین متخصصان سلامتی و مددجویان به‌خوبی برقرار نشود، می‌تواند پیامدهای بسیار ناخوشایندی را به دنبال داشته باشد [۸]. امروزه نقش فرد به‌عنوان عامل مرکزی در مدیریت سلامت

می‌شد. تعداد کل افراد جامعه ۲۷۲۵ نفر بود که با توجه به جدول مورگان و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد احتمال ریزش، ۳۷۰ پرسشنامه در بین دانش‌آموزان توزیع گردید و در نهایت ۱۹ پرسشنامه به دلیل اطلاعات ناقص کنار گذاشته شد و ۳۵۱ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در توزیع پرسشنامه‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شد؛ بدین‌صورت که پرسشنامه‌ها با توجه به تعداد دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس خاص، شبانه‌روزی و عادی به‌طور تصادفی و به نسبت تعداد دانش‌آموزان توزیع گردیدند. برای اجرای پژوهش حاضر، ابتدا هماهنگی‌های لازم با اداره آموزش و پرورش شهر گناباد به عمل آمد. معیار ورود به مطالعه تمایل داشتن دانش‌آموزان به شرکت در پژوهش بود. معیار خروج نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۲ پرسشنامه شفقت خود و سواد سلامت (HELIA) بود.

پرسشنامه شفقت خود: برای اندازه‌گیری سازه شفقت به خود از مقیاس شفقت بر خود Nef (۲۰۰۳) استفاده شد که متشکل از ۲۶ گویه بوده و به‌صورت لیکرت از ۵ (تقریباً هرگز) تا ۱ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس دارای ۶ مؤلفه می‌باشد که عبارت هستند از: مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، به‌هوشمندی (۴ گویه) و فزون‌هماندسازی (۴ گویه). شایان ذکر است که خرده‌مقیاس‌های منفی یعنی قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون‌هماندسازی به‌صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. در این مقیاس، میانگین نمرات ۶ مؤلفه با یکدیگر جمع شده و یک نمره کلی شفقت به خود حاصل می‌شود که کسب نمره بالاتر نشانگر میزان مهربانی با خود بیشتر است. Nef (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این آزمون را ۹۲ درصد گزارش کرده است [۲۳]. همچنین در مطالعه رستمی و همکاران، روایی و پایایی این پرسشنامه در جامعه ایرانی در سطح قابل قبولی گزارش شده است [۴].

پرسشنامه سواد سلامت توسط منتظری و همکاران طراحی گردیده و شامل ۳۳ گویه و ۵ مؤلفه می‌باشد. مؤلفه‌ها عبارت هستند از: دسترسی (گویه‌های ۱ تا ۶)، مهارت خواندن (گویه‌های ۷ تا ۱۰)، فهم (گویه‌های ۱۱ تا ۱۷)، ارزیابی (گویه‌های ۱۸ تا ۲۱) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (گویه‌های ۲۲ تا ۳۳) می‌باشد. روایی و پایایی پرسشنامه مذکور از سطح مطلوبی برخوردار می‌باشد [۱۲].

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر با معرفی خود و توضیح اهداف و روش پژوهش، رضایت آگاهانه دانش‌آموزان را کسب نمود. لازم به ذکر است که به گروه نمونه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین پیش از ارائه پرسشنامه‌ها، با بیان توضیحات روشن، اطلاعات

کافی نیز امری دشوار است؛ اما افراد با سواد سلامت پایین در این زمینه مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند. افراد با سواد سلامت پایین درباره سلامت خود کمتر آگاه هستند، خدمات پیشگیرانه کافی را دریافت نمی‌کنند، کنترل بیماری‌های مزمن در آن‌ها مطلوب نمی‌باشد، عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیف‌تری دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در آن‌ها بیشتر است [۱۷].

از آنجایی که سواد سلامت هم اطلاعات مربوط به سلامت است و هم توانایی فهمیدن و به‌کار بستن این اطلاعات، بین ارتقای سواد سلامت و کیفیت زندگی رابطه‌ای دوطرفه و تنگاتنگ وجود دارد [۱۸]. سواد سلامت حاصل تشریح مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانی‌ها و ابعاد سواد در زمینه سلامت می‌پردازد و به‌عنوان شاخص حیاتی و مهم در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شناخته می‌شود [۱۹]. اگرچه هنوز به‌درستی مشخص نمی‌باشد که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است؛ اما دلایل زیادی حاکی از آن هستند که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی در نتیجه سواد سلامت ناکافی می‌باشد [۲۰]. براساس مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامت کم، اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه‌شده توسط تیم سلامت را درک نکرده و به توصیه‌های ارائه‌شده عمل نمی‌کنند، وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند و هزینه‌های بیشتری را متحمل می‌شوند. برخی از عوامل از جمله پیشرفت‌های دارویی برای تولید داروهای جدید، افزایش بیماری‌های غیرواگیر، حرکت به‌سوی مشتری‌مداری و بیمارمحوری و استقرار اطلاعات سلامتی در وسایل ارتباط جمعی به‌ویژه اینترنت از عواملی هستند که در دو دهه اخیر باعث افزایش تقاضا برای مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و مدیریت بیماری شده‌اند و اهمیت سواد سلامت را افزایش داده‌اند [۱۰].

پژوهش‌های مختلفی در زمینه شفقت خود و سواد سلامت انجام شده‌اند که از آن جمله می‌توان به پژوهش ضحی سعیدی و همکاران [۲۱]، نوربالا و همکاران [۲۲]، قنبری و همکاران [۱۱]، طاووسی و همکاران [۱۳]، خسروی و احمدزاده [۱۷] و سعیدی و همکاران [۷] که در زمینه سواد سلامت صورت گرفته‌اند اشاره کرد؛ اما در میان مطالعات انجام‌شده، پژوهشی که به‌طور کامل به بررسی متغیر شفقت خود با سواد سلامت در بین دانش‌آموزان پرداخته باشد یافت نشد؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه شفقت خود با سواد سلامت دانش‌آموزان متوسطه دوره اول شهر گناباد صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش توصیفی-همبستگی حاضر در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر متوسطه اول شهر گناباد در پایه‌های هفتم، هشتم و نهم را شامل

از آزمون ضریب همبستگی Pearson در جدول ۲ ارائه شده است. بر مبنای یافته‌ها، بین نمره کلی شفقت خود ($r=0/311$)، مؤلفه مهربانی ($P<0/01$, $r=0/594$)، مشترکات انسانی ($P<0/01$, $r=0/261$) و هوشمندی ($P<0/01$, $r=0/379$) با سواد سلامت همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

نتایج پیش‌بینی میزان سواد سلامت از طریق شفقت خود دانش‌آموزان با استفاده از آزمون رگرسیون چندگانه مدل همزمان در جدول ۳ ارائه شده است. در زمینه آزمون مفروضه‌های رگرسیون، نتایج نشان داد که Durbin-Watson برابر با $1/88$ می‌باشد؛ بنابراین خطاها مستقل از یکدیگر هستند. همچنین vif در همه موارد حداکثر معادل $1/56$ و بسیار کمتر از 10 بود؛ بنابراین مشکل هم‌خطی و هم‌جهتی تغییرات وجود ندارد و پیش‌فرض‌های رگرسیون چندگانه برقرار می‌باشند. مطابق با یافته‌ها می‌توان بر مبنای خرده‌مؤلفه‌های شفقت خود، میزان سواد سلامت دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد. شایان ذکر است که خرده‌مؤلفه‌های مهربانی، مشترکات انسانی و هوشمندی، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای متغیر سواد سلامت بودند و $20/1$

مربوط به پژوهش به دانش‌آموزان ارائه گردید و به آزمودنی‌ها گفته شد هر زمان که مایل باشند می‌توانند از شرکت در پژوهش انصراف دهند.

داده‌های گردآوری شده وارد نرم‌افزار SPSS 20 گردیدند و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، فراوانی و درصد) و آزمون‌های T مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی Pearson و رگرسیون خطی تحلیل شدند. سطح معناداری در همه آزمون‌ها کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

از بین ۳۵۱ دانش‌آموز شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۱۶۱ نفر دختر و ۱۹۰ نفر پسر بودند که از این تعداد ۱۱۵ دانش‌آموز در پایه هفتم، ۱۲۶ دانش‌آموز در پایه هشتم و ۱۱۰ دانش‌آموز در پایه نهم مشغول به تحصیل بودند. براساس نتایج جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمره کل شفقت خود و سواد سلامت به ترتیب معادل $71/60 \pm 12/90$ و $77/11 \pm 17/41$ می‌باشد. رابطه بین متغیرهای شفقت خود و سواد سلامت با استفاده

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر شفقت خود و سواد سلامت

متغیرها	انحراف معیار \pm میانگین	حداقل	حداکثر	
شفقت خود	مهربانی با خود	۱۲/۳۳ \pm ۴/۰۵	۵	۲۴
	قضاوت درباره خود	۱۵/۰۹ \pm ۳/۷۳	۵	۲۵
	مشترکات انسانی	۱۰/۹۴ \pm ۴/۲۰	۵	۵۷
	انزوا	۱۰/۸۸ \pm ۳/۳۶	۴	۲۰
	به هوشمندی	۱۰/۲۳ \pm ۳/۲۳	۴	۳۸
	فزون‌هماندسازی	۱۲/۰۹ \pm ۳/۱۱	۴	۲۰
نمره کل	۷۱/۶۰ \pm ۱۲/۹۰	۳۴	۱۳۶	
سواد سلامت	دسترسی	۱۴/۹۶ \pm ۴/۸۹	۶	۴۹
	مهارت خواندن	۱۰/۲۹ \pm ۳/۶۷	۴	۲۰
	فهم	۱۴/۲۳ \pm ۴/۲۴	۷	۳۰
	ارزیابی	۹/۰۸ \pm ۲/۹۲	۴	۱۹
	تصمیم‌گیری و کاربرد	۲۸/۵۲ \pm ۸/۰۲	۱۲	۵۲
نمره کل	۷۷/۱۱ \pm ۱۷/۴۱	۳۳	۱۳۴	

جدول ۲: ماتریس ضریب همبستگی بین خرده‌مؤلفه‌های شفقت خود سواد سلامت دانش‌آموزان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
شفقت خود	۱							
مهربانی	۰/۵۹۴**	۱						
قضاوت در مورد خود	۰/۵۹۰**	۰/۱۰۱	۱					
مشترکات انسانی	۰/۶۳۲**	۰/۳۸۸**	۰/۱۵۱**	۱				
انزوا	۰/۵۷۱**	۰/۰۴۲	۰/۴۷**	۰/۰۹۹	۱			
هوشمندی	۰/۶۰۱**	۰/۵۸۸**	۰/۰۹۱	۰/۳۶**	۰/۰۸۱	۱		
هماندسازی	۰/۵۵۷**	۰/۰۲۱	۰/۴۹۰**	۰/۱۱۴*	۰/۴۵۷**	۰/۰۴۶	۱	
سواد سلامت	۰/۳۱۱**	۰/۳۸۴**	۰/۰۰۱	۰/۲۶۱**	۰/۰۱۳	۰/۳۷۹**	۰/۰۵۸	۱

* ضرایب در سطح کمتر از $0/05$ معنادار می‌باشند؛ ** ضرایب در سطح کمتر از $0/01$ معنادار می‌باشند.

درصد از واریانس سواد سلامت دانشجویان توسط مؤلفه‌های مهربانی با خود، مشترکات انسانی و هوشمندی تبیین گردید. رابطه بین شفقت خود و سلامت سلامت با متغیرهای دموگرافیک با استفاده از آزمون t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه در جدول ۴ ارائه شده است. مطابق با یافته‌ها بین میزان شفقت خود دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد.

درصد از واریانس سواد سلامت دانشجویان توسط مؤلفه‌های مهربانی با خود، مشترکات انسانی و هوشمندی تبیین گردید. رابطه بین شفقت خود و سلامت سلامت با متغیرهای دموگرافیک با استفاده از آزمون t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه در جدول ۴ ارائه شده است. مطابق با یافته‌ها بین میزان شفقت خود دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۳: نتایج آزمون رگرسیون نقش خرده‌مؤلفه‌های شفقت خود در سواد سلامت دانش‌آموزان

میانگین	ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	شیب خط (β)	سطح معناداری
۱۲/۳۳	۰/۹۴	۰/۱۲	۰/۲۲	۰/۰۰۰
۱۵/۰۹۶	۰/۱۹۲	۰/۱۱	۰/۴۱	۰/۹۹
۱۰/۹۴۵	۰/۳۹۸	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۰۰
۱۰/۸۸۸	۰/۳۵۲	۰/۱۰	-۰/۰۶۸	۰/۸۰۸
۱۰/۲۳۹	۰/۹۶	۰/۰۰۹	۰/۲۳۹	۰/۰۰۰
۱۲/۰۶۹	۰/۴۶۵	۰/۱۰	۰/۰۸۳	۱/۲۸۱

$$R^2=0/201, P<0/001, 14/45 = F(6,334)$$

جدول ۴: رابطه بین شفقت خود و سواد سلامت با متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش (n=۳۵۱)

متغیرها	سواد سلامت		شفقت خود	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جنس	دختر	۷۴/۵۵	۱/۳۸	۰/۹۳
	پسر	۷۹/۲۷	۱/۲۳	۰/۹۹
پایه تحصیلی	هفتم	۷۹/۷۳	۱۸/۳۲	۱۳/۷۲
	هشتم	۷۷/۳۷	۱۶/۱۵	۱۱/۲۸
	نهم	۷۷/۱۱	۱۷/۵۰	۱۳/۸۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه شفقت خود و سواد سلامت دانش‌آموزان متوسطه اول شهر گناباد انجام شد. نتایج نشان داد که بین سواد سلامت و شفقت خود دانش‌آموزان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و خرده‌مؤلفه‌های مهربانی، مشترکات انسانی و هوشمندی، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای متغیر سواد سلامت هستند. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های عجم و همکاران که نشان دادند بین شفقت خود با سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد رابطه وجود دارد [۲۴]، همسو می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های Smeets و همکاران که عنوان نمودند مداخله شفقت خود منجر به افزایش قابل ملاحظه‌ای در کاهش نشخوار در مقایسه با مداخله کنترل فعال در دانشجویان دختر می‌شود [۲۵] همخوان است. در مطالعات Sorensen و همکاران [۲۶] و Sheridan و همکاران [۲۷] نیز دستاوردهای مشابهی با نتایج پژوهش حاضر گزارش شده است. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت در صورتی که بتوان راه‌های تقویت مهربانی با خود و شفقت خود را در فرد

تقویت نمود، این امر افزایش اطلاعات سواد سلامت را به‌همراه خواهد داشت. نوجوانان و جوانانی که از هویت شخصی مطلوبی برخوردار هستند، بیشتر به سمت رشد، سلامت و خودشکوفایی پیش می‌روند و زمانی که بیشتر احساس شایستگی و خودمختاری نمایند، بیشتر تحریک شده و عمل می‌کنند [۵]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین میزان شفقت خود دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت وجود ندارد. در این زمینه، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه عجم و همکاران [۲۴] ناهمسو بود. آن‌ها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که میزان شفقت خود دانشجویان دختر و پسر متفاوت می‌باشد. در تبیین یافته پژوهشی حاضر می‌توان اظهار داشت که عدم تفاوت نمره شفقت خود دانش‌آموزان در مقایسه با دانشجویان ممکن است ناشی از تفاوت سنی و تفاوت در گروه‌ها باشد. علاوه بر این، نتایج بیانگر آن بود که میزان سواد سلامت پسران بیشتر از دختران دانش‌آموز می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های افشاری و همکاران [۲۸]، پناهی و همکاران [۲۹] و ضیاپور و کیانی‌پور [۳۰] مغایرت دارد. آن‌ها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که میزان نمره

می‌کنند. مهربانی حسی توأم با توانگری و رضایت به زندگی افراد می‌بخشد و امتیاز دیگر آن ارتقای سلامتی و طول عمر می‌باشد. یکی از لذت‌بخش‌ترین اعمال انسانی، سلامت‌ترین کاری است که افراد می‌توانند در حق خود و دیگران انجام دهند. با توجه به رابطه شفقت خود و سواد سلامت می‌توان با ارتقای دانش و آگاهی و اصلاح نگرش در مورد مهربانی با خود باعث افزایش سواد سلامت در دانش‌آموزان شد. این امر می‌تواند با برگزاری دوره‌های آموزشی، کارگاه‌های آموزشی، پخش برنامه‌های صوتی و تصویری و توزیع تراکت‌های آموزشی در سطح مدارس دوره متوسطه انجام شود تا فرهنگ‌سازی لازم در این زمینه صورت گیرد و باعث ارتقای سواد سلامت دانش‌آموزان شود و از تحمیل هزینه‌های سنگین بعدی جلوگیری گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از یافته‌های طرح پژوهشی می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه پیام نور انجام شده است. بدین‌وسیله پژوهشگران از کلیه مدیران مدارس که در راستای توزیع پرسشنامه همکاری نمودند، دانش‌آموزانی که با دقت و حوصله به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و کارشناس آموزش متوسطه اول آموزش و پرورش گناباد برای ارائه آمار دانش‌آموزان تشکر و قدردانی می‌کنند. شایان ذکر است که هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

سواد سلامت زنان از مردان بیشتر بود. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت که میزان شفقت خود در دانش‌آموزان ممکن است با دانشجویان و سایر گروه‌ها متفاوت باشد.

دستاورد دیگر پژوهش حاضر بیانگر آن بود که بین میزان سواد سلامت دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت وجود دارد که این امر با یافته‌های مطالعه پناهی و همکاران [۱۳] که در پژوهش خود گزارش کردند میانگین سواد سلامت مردان و زنان متفاوت است، همسویی دارد. در پژوهش حاضر بین میزان سواد سلامت دانش‌آموزان با توجه به پایه تحصیلی تفاوتی وجود نداشت. این نتایج با یافته‌های مطالعه ضیاپور و کیانی‌پور [۳۰] که نشان دادند بین سطح سواد سلامت با جنس، سن، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی و محل سکونت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه رابطه معناداری وجود دارد، ناهمخوان است. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت که سواد سلامت در دانش‌آموزان و دانشجویان متفاوت می‌باشد. در پایان باید گفت که این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که از آن جمله می‌توان به این مورد اشاره کرد که نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر محدود به دانش‌آموزان دوره اول متوسطه بود؛ از این رو تعمیم نتایج به دانش‌آموزان سایر مقاطع باید با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

افرادی که از تأثیرات مثبت مهربانی آگاه هستند، از آن به‌عنوان وسیله‌ای برای حفظ و کنترل سلامتی خود استفاده

REFERENCES

- Lockard AJ, Hayes JA, Neff K, Locke BD. Self-compassion among college counseling center clients: an examination of clinical norms and group differences. *J Coll Counsel*. 2014;17(3):249-59. DOI: 10.1002/j.2161-1882.2014.00061.x
- Khosravi S, Sadeghi M, Yavandeh MR. The psychometric sufficiency of self-compassion scale. *J Psychol Methods Models*. 2013;3(13):47-58. [Persian]
- Shahbazi M, Rajabi GH, Moghami E, Jelodari A. Confirmatory factor analysis of the Persian version of the self-compassion rating scale-revised. *J Psychol Methods Models*. 2015;6(19):31-46. [Persian].
- Rostami M, Abdi M, Heidari H. Correlation of childhood maltreatment, self-compassion and mental health in married people. *J Fundamen Mental Health*. 2014;16(62):41-130. [Persian]
- Rostami M, Ghazalfloo M, Mohammadlu H, Ghorbanian A. The role of self-compassion, and self-identity in mental health. *J Educ Counsel Psychother*. 2015;4(15):30-44. [Persian]
- Momeni A, Shahidi S, Mootabi A, Heidari M. Psychometric properties of a Farsi version of self-compassion scale (SCS). *Contempor Psychol*. 2013;8(2):27-40. [Persian]
- Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz MR, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *Contempor Psychol*. 2013;8(1):91-102. [Persian]
- Javadzade SH, Mostafavi F, Reisi M, Mahaki B, Nasr Esfahani M, Sharifirad G. Relationship between knowledge and implementing health literacy strategies in patient education. *Milit Car Sci*. 2015;2(1):33-40. [Persian]
- Izadirad H, Zarban I. Relationship between health literacy and general health status, preventive behaviors and utilization of health services in Balochistan region. *J Educ Community Health*. 2015; 2(3):43-50. [Persian]
- Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Marathi H. Investigating Adult Health Literacy in Tuyskerkan City. *J Educ Community Health*. 2014;1(2):48-55. DOI: 10.20286/jech-010248 [Persian]
- Ghanbari S, Majlisi F, Ghaffari M, Mahmodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Med*. 2012;19(97):1-12. [Persian]
- Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh*. 2014;13(5):589-99. [Persian]
- Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Ghazanfari E, Niknami S. Evaluation of health literacy and its influencing factors on dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. *J Educ Community Health*. 2016;3(3):30-6. [Persian]
- Haeri MA, Tavousi M, Rafieifar S, Soleimanian A, Sarbandi F, Ardestani MS, et al. Health literacy for Iranian adults (Helia): the confirmatory factor analysis. *Payesh*. 2015; 15(3):251-7. [Persian]
- Ghanbari S, Ramezankhani A, Mehrabi Y, Montazeri A. The health literacy measure for adolescents (HELMA): development and psychometric evaluation. *Payesh*. 2015; 15(4):387-402. [Persian]
- Zareban I, Izadirad H, Arazban M. Psychometric evaluation of adult health literacy assessment questionnaire (HELIA) in urban population of Balochistan. *Payesh*. 2016;15(6):669-76. [Persian]
- Khosravi A, Ahmadzadeh K. Investigating health literacy level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. *Iran South Med J*. 2016;18(6):1245-53. [Persian]
- Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, Sharifirad G, HasanZadeh A. A survey on health literacy of inpatient's

- educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. *J Educ Health Promot.* 2012;**11**(4):464-73. [Persian]
19. Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavassoli E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi J Med Sci.* 2012;**19**(104):10-9. [Persian]
 20. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati F, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot.* 2012;**1**(1):31. DOI: [10.4103/2277-9531.100160](https://doi.org/10.4103/2277-9531.100160)
 21. Saeedi Z, Victim N, Sarafaraz MR, Sharifian MH. The relationship of self-compassion, self-worth, and self-conscious excitement. *J Res Psychol Health.* 2012;**6**(3):1-9. [Persian]
 22. Noorbala F, Borjali A, Noorbala AA. The interaction effect between "self-compassion" and "rumination" of depressed patients in "compassion focused therapy". *Daneshvar Med.* 2013;**20**(104):77-84. [Persian]
 23. Neff KD, Whittaker T, Karl A. Evaluating the factor structure of the self-compassion scale in four distinct populations: Is the use of a total self-compassion score justified? *J Personal Assessment.* 2017;**99**(6):596-607. DOI: [10.1080/00223891.2016.1269334](https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1269334)
 24. Ajam AA, Farzanfar J, Shokouhi Fard H. The study role of self-compassion in the general health and academic achievement of the nursing and midwifery students Mashhad University of Medical Sciences in 2014. *J Nurs Educ.* 2011;**5**(5):9-16. [Persian] DOI: [10.21859/jne-05052](https://doi.org/10.21859/jne-05052)
 25. Smeets E, Neff K, Alberts H, Peters M. Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *J Clin Psychol.* 2014;**70**(9):794-807. PMID: [24691680](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24691680/) DOI: [10.1002/jclp.22076](https://doi.org/10.1002/jclp.22076)
 26. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Zofia, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;**12**:80. PMID: [22276600](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22276600/) DOI: [10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80)
 27. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. *J Health Communication.* 2011;**16**(Supple 3):30-54. DOI: [10.1080/10810730.2011.604391](https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604391)
 28. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating adult health literacy in Tuyserkan city. *J Educ Community Health.* 2014;**1**(2):48-55. DOI: [10.20286/jech-010248](https://doi.org/10.20286/jech-010248) [Persian]
 29. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Koosehloo A, Niknami S. Relationship of health literacy with knowledge and attitude toward the harms of cigarette smoking among University students. *J Educ Community Health.* 2017;**3**(4):38-44. [Persian]
 30. Ziapoor A, Kianipoor N. Predicting health literacy of students in Kermanshah University of Medical Sciences in 2016: the role of demographic variables. *J Health Literacy.* 2016;**1**(3):182-90. [Persian]