

## رابطه سواد سلامت و تعهد اجتماعی با خودمراقبتی بهداشتی در دوره پاندمی کووید-۱۹

**مقدمه:** سواد سلامت و تعهد اجتماعی از عوامل مرتبط با خودمراقبتی هستند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سواد سلامت و تعهد اجتماعی با خودمراقبتی بهداشتی در دوره پاندمی بیماری کووید-۱۹ انجام شد. روش: روش پژوهش حاضر مقطعی - تحلیلی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، دربرگیرنده کلیه افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی در بهمن و اسفند سال ۱۳۹۹ بود که ۴۴۷ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS، v16 و ArcMap GIS، ۱۰،۵ و آزمونهای آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین سواد سلامت و تعهد اجتماعی با خودمراقبتی بهداشتی ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون نیز مبین آن بود که سواد سلامت و تعهد اجتماعی ۱۸ درصد از تغییرات متغیر ملاک خودمراقبتی بهداشتی را پیش‌بینی می‌کنند. بحث: از آنجا که سواد سلامت و تعهد اجتماعی قابلیت آموزش دارند به سیاست‌گذاران سلامت و متولیان آموزش عمومی توصیه می‌شود برای ترویج خودمراقبتی بهداشتی در دوره پاندمی بیماری کووید-۱۹ این متغیرها را در کانون توجه قرار دهند.

### ۱- سید امیر عمرانی

کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی روزبهان، ساری، ایران

### ۲- سمیرا شیخی

دانشجوی دکترای روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران

### ۳- آسیبه خالدی

دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

### ۴- سپیده صفری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران (نویسنده مسئول).

<safarisepide2@gmail.com>

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت،


تعهد اجتماعی، خودمراقبتی


بهداشتی، کرونا


تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۸

## The Relationship Between Health Literacy and Social Commitment with Health Self-Care during the Covid-19 disease pandemic

▶ **1- Seyed Amir Omrani**   
M.A in Psychology,  
Psychology department,  
Faculty of Humanities  
Science, University College  
of Rouzbahan, Sari, Iran.

▶ **2- Samira Sheikhi**   
Ph.D. student in Educational  
Psychology, Psychology  
department, Faculty of  
Humanities Science, Islamic  
Azad University, Qom  
Branch, Qom, Iran.

▶ **3- Asiyeh Khaledi**   
Ph.D. student in General  
Psychology, Psychology  
department, Faculty of  
Humanities Science, Islamic  
Azad University, Shahrekord  
Branch, Shahrekord, Iran.

▶ **4- Sepide Safari**   
MA in Clinical Psychology,  
Psychology department,  
Faculty of Medicine, Islamic  
Azad University, Sari  
Branch, Sari, Iran.  
(Corresponding Author)  
<safarisepide2@gmail.com>

### Keywords:

Health Literacy, Social  
Commitment, Health Self-  
Care, Coronavirus

Received: 2021/04/28

Accepted: 2021/10/20

**Introduction:** Health literacy and social commitment are effective factors in self-care. This study aimed to investigate the relationship between health literacy and social commitment with health self-care during the coronavirus epidemic.

**Methods:** The method of the present research was cross-sectional. The statistical population of the present study included all Iranians aged 15 to 64 years in February and March 2021. 447 people were selected by the available sampling method. Then, the data were analyzed using SPSS.v16 and ArcMap GIS 10.5 software and Pearson correlation coefficient and stepwise regression statistical tests.

**Findings:** The results of Pearson correlation coefficient test showed that there is a significant relationship between health literacy ( $r = 0.377$ ,  $P = 0.000$ ) and social commitment ( $r = 0.311$ ,  $P = 0.000$ ) with health self-care. The results of the regression analysis test also showed that health literacy and social commitment predict 18% of changes in health self-care behaviors.

**Discussion:** Since health literacy and social commitment can be taught, it is recommended to health policymakers and public education providers to promote health self-care during the coronavirus epidemic, focusing on these variables.

**Extended abstract**

**Introduction:** The epidemic of coronavirus has created many problems for different communities and cultures (Yu, et al., 2021). Studies show that after the global epidemic, many businesses have been disrupted (Probst et al., 2020), and unemployment has risen in many societies (Fairlie et al., 2020). Due to the novelty of this disease, many of its side effects remain unknown; however, various scientific evidence confirms the association of this disease with many life-threatening diseases (Bansal et al., 2020; Tejada Meza et al., 2020). Concerns about life-threatening consequences as well as socio-economic problems caused by coronavirus disease has increased psychological problems in societies (Ahmed et al., 2020). Because there is currently no specific treatment for this disease, health self-care is the most effective option in preventing this viral disease. As a result, it is necessary to identify the factors affecting health self-care in the general population. One of the effective factors in health self-care is health literacy. Evidence from the research literature also confirms the role of health literacy in health-related behaviors and health care (Shin & Lee, 2018, Wong et al., 2018). In addition to health literacy, the role of social commitment in caring behaviors has also been emphasized (Khosravi et al., 2012, Menaha & Reddy, 2018). The review of the literature and scientific evidence shows that health literacy and social commitment play an important role in health and care behaviors. However, most research has been conducted among nurses and staff of different organizations. Due to the high prevalence of coronavirus and the need for health self-care in the general population, research in identifying effective indicators in health seems necessary. Therefore, this study aimed to investigate the relationship between health literacy and social commitment with health self-care during the coronavirus epidemic.

**Methods:** The method of the present study was cross-sectional. The statistical population of the present study included all Iranians aged 15 to 64 years in February and March 2021. The sample size was determined by Cochran's formula for an infinite population; as a result, at an error level of 0.05, 384 samples were considered for the present study. With the possibility of incomplete answers to some questionnaires as well as the presence of outdated data (response based on a specific pattern), to prevent the required sample from quorum, 15% was added to the estimated sample volume,

and the required sample was 450 people. 447 people were selected by the available sampling method. Some criteria were considered for sample selection. Inclusion criteria were 1) age range of 15 to 64 years; 2) reading ability; and 3) informed consent to participate in the study. The instruments were Health Literacy Questionnaire by Montazeri et al. (2014), Social Commitment Questionnaire by Salami and Ghaffarizadeh (2009), and a researcher-made Health Self-Care Questionnaire. The researcher-made health self-care questionnaire was developed focusing on the coronavirus epidemic period. To ensure that the most important and correct content (question need) is selected, the content validity ratio (CVR) was used. Also, to ensure that the tool questions are best designed to measure the intended content, the content validity index (CVI) was used. To determine the content validity of the questionnaire, this tool was sent to eight experts in the field of health and behavioral sciences. Responses were calculated based on the content validity ratio formula and adapted to the Lawshe table. Content validity index was evaluated based on Waltz and Basel content validity index. In this study, the content validity index was calculated, and it was 0.81 using the Waltz and Basel content validity index formula. The factor analysis method was used to examine the structural validity of this scale.

Due to the limitations and health considerations related to the Corona epidemic, the questionnaire was distributed online through the Google Form web application. For this purpose, the link to complete the questionnaire along with a guide text was published on social networks. At the beginning of the questionnaire, explanations were provided about the objectives of the study, and it was guaranteed that to complete the questionnaire, there is no need to register identity information and the data is reported with numerical codes. To prevent non-registration of answers, all items and questions of the questionnaire were defined as "Required" in the Google Form online questionnaire, and it was necessary to register all the answers to send the questionnaire to the server. However, the data was clean-up after entering into the software. Then, the data were analyzed using SPSS.v16 and ArcMap GIS 10.5 software and Pearson correlation coefficient and stepwise regression statistical tests.

**Finding:** The mean (standard deviation) age of participants was 30.24 (1.46) years. The gender of 65.3% (n=292) was female. About marital status, 53% (n=237) were married, 44.5% (n=199) were single, and 2.5% had other statuses. In terms

of education, most participants (28.9%) had a bachelor's degree. Among the study participants, 3.4% reported a history of coronavirus disease.

**Table 1. The result of Pearson correlation coefficient test**

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Social commitment	1							
2. Health literacy	0.199**	1						
3. Reading	0.356**	0.523**	1					
4. Access	0.262**	0.642**	0.495**	1				
5. Understanding	0.423**	0.541**	0.584**	0.674**	1			
6. Appraisal	0.365**	0.635**	0.653**	0.542**	0.511**	1		
7. Decision	0.411**	0.542**	0.345**	0.456**	0.498**	0.547**	1	
8. Health self-care	0.311**	0.337**	0.198**	0.204**	0.261**	0.248**	0.238**	1

$P < 0.05^*$ ,  $P < 0.01^{**}$

Also, 18.1% reported having symptoms, but did not seek diagnosis or treatment (mild symptoms). The results of Pearson correlation coefficient test showed that there is a significant relationship between health literacy ( $r = 0.377$ ,  $P = 0.000$ ) and social commitment ( $r = 0.311$ ,  $P = 0.000$ ) with health self-care (Table 1). The results of the regression analysis test also showed that health literacy and social commitment predict 18% of changes in health self-care behaviors (Table 2).

**Table 2. The result of Stepwise regression analysis for prediction of health self-care**

Step	Predictors	B	$\beta$	R	R2	t	Sig.	F	Sig.
1	(Constant)	2.901	-	0.318	0.101	39.39	0.000**	42.15	0.000**
	Health Literacy	0.355	0.318			33.05	0.000**		
2	(Constant)	0.353	-	0.426	0.181	28.53	0.000**	41.35	0.000**
	Health Literacy	0.343	0.308			21.30	0.000**		
	Social Commitment	0.189	0.283			18.78	0.000**		

$P < 0.05^*$ ,  $P < 0.01^{**}$

### **Discussion**

The importance of social commitment among the strata of society is such that commitment can be considered a vital element of social life that expands the field of cooperation and interaction in different dimensions of society, while the decrease of social commitment in the society causes a kind of social alienation in the strata of the society, which prevents the continuation and strengthening of cooperation and social participation. In this case, individualism and utilitarianism, which are the source of many deviations and social disorders, will spread in society. As a result, if people's social commitment becomes higher, Individualism also decreases and people are more likely to take steps to control the disease through social participation.

During the epidemic of Coronavirus, having health literacy makes people feel responsible towards other people in their community and family. People with high health literacy will adherence health guidelines not only to maintain their health, but also for the health of their family and other members of the community. These people were sensitive to non-compliance with health guidelines because they are aware of the consequences of their actions. Since health literacy and social commitment can be taught, it is recommended to health policymakers and public education providers to promote health self-care during the coronavirus epidemic, focusing on these variables.

### **Ethical considerations**

#### **Contribution of authors**

All of authors have contributed to this article.

#### **Funding for article preparation**

As of the publication of this article, no direct funding has been received from any entity.

#### **Conflict of interest**

This article does not overlap with other published works by the authors.

#### **Following the ethics of research**

In this article all rights related to research ethics are respected.

**مقدمه**

پاندمی بیماری کووید-۱۹- مشکلات عدیده‌ای برای جوامع و فرهنگهای مختلف ایجاد کرده است (۱). بررسیهای انجام‌شده نشان می‌دهد که بعد از همه‌گیری جهانی، فعالیت بسیاری از مشاغل مختل شده است (۲) و نرخ بیکاری در بسیاری از جوامع افزایش یافته است (۳). علاوه بر پیامدهای اقتصادی، پیامدهای منفی این بیماری در حوزه بهداشتی بسیار شدیدتر بوده و موجب افزایش قابل‌ملاحظه مرگهای زودرس شده است (۴). با توجه به نوظهور بودن این بیماری، هنوز بسیاری از عوارض آن ناشناخته باقی مانده است؛ با این حال، شواهد علمی مختلفی در مورد ارتباط این بیماری با بسیاری از بیماریهای تهدیدکننده حیات مشخص شده است.

در همین زمینه، یافته‌های برخی از مطالعات مبین آن است که بیماری کووید-۱۹- موجب افزایش احتمال بیماریهای قلبی- عروقی (۵) و سکنه مغزی ایسکمیک (۶) در افراد مبتلا می‌شود. نگرانی از پیامدهای تهدیدکننده حیات و همچنین بروز مشکلات اجتماعی - اقتصادی ناشی از بیماری کووید-۱۹-، افزایش مشکلات روان‌شناختی را در سطح جوامع به همراه داشته است (۷). برخی شواهد نشان می‌دهند در دوره پاندمی این بیماری میزان افسردگی (۸)، اضطراب (۹)، مشکلات خوردن (۱۰)، استرس پس از سانحه (۱۱) و اعتیاد به اینترنت (۱۲) بالاتر از نسبت معمول گزارش شده است. از آنجاکه در حال حاضر رویکرد درمانی مشخصی برای این بیماری وجود ندارد، مؤثرترین گزینه در پیشگیری از این بیماری، خودمراقبتی بهداشتی است. در نتیجه، شناسایی عوامل مرتبط با خودمراقبتی بهداشتی در جمعیت عمومی ضرورت دارد.

واکاوی ادبیات پژوهشی مؤید آن است که یکی از عوامل مرتبط با خودمراقبتی بهداشتی، سواد سلامت است (۱۳). سواد سلامتی شامل مجموعه‌ای از مهارتهای خواندن، شنیدن،

تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارتها در موقعیتهای سلامتی است که لزوماً به سالهای تحصیل یا توانایی عمومی خواندن بر نمی‌گردد

در افرادی که سواد سلامت پایینی دارند، خودمراقبتی کاهش یافته و هزینه‌های درمان و استفاده از خدمات درمانی در جوامع افزایش می‌یابد (۱۶). در همین راستا، شین و لی (۱۳) در مطالعه‌ای با بیماران دیابتی دریافتند که هر چه میزان سواد سلامت افزایش یابد، رفتارهای خودمراقبتی این بیماران نیز افزایش می‌یابد. در پژوهش دیگری، ونگ و همکاران (۱۷) مطالعه‌ای با بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه انجام دادند و به این نتیجه رسیدند سواد سلامت نقش مهمی در رفتارهای خودمراقبتی دارد.

افزون بر این، برخی از شواهد علمی نقش تعهد اجتماعی افراد جامعه را در پیشبرد اهداف بهداشتی و سلامت مؤثر می‌دانند (۱۸). تعهد اجتماعی، احساس مسئولیتی است که هر فردی نسبت به نقش خود در روابط اجتماعی با دیگران دارد (۱۹). در کشورهای درحال توسعه، نیل به توسعه بسیار نیازمند رعایت ارادی و خودانگیخته ارزشها و هنجارها است و فقدان روحیه تعهد، فعالیتهای سیاسی - اقتصادی و فرهنگی جامعه را با مخاطرات گوناگونی مواجه می‌کند و در مقابل هر چه افراد به‌طور داوطلبانه حس مسئولیت و وفاداری بیشتری به جامعه داشته باشند، مؤلفه‌های توسعه در جامعه بیشتر به سوی بالندگی پیش می‌رود (۲۰).

با توجه به شرایط فعلی و گسترش بیماری کووید-۱۹، کنترل این پاندمی نیازمند حس مسئولیت و رعایت ارادی و خودانگیخته ارزشها و هنجارهای بهداشتی جامعه است. برخی از شواهد علمی هم بر نقش تعهد اجتماعی در حوزه سلامت صحنه گذاشته‌اند. برای مثال، خسروانی و چراغ مولایی (۱۸) در مطالعه‌ای روی دانش‌آموزان و دانشجویان دریافتند تعهد اجتماعی عامل مؤثری در سلامت روانی است. مناها و ردی (۲۱) نیز در مطالعه دیگری با معلمان نشان دادند که ارتباط متقابلی بین تعهد اجتماعی و سلامت روانی وجود دارد؛



به طوری که با افزایش تعهد اجتماعی، سلامت روانی وجود دارد. با این حال، شواهدی در زمینه ارتباط تعهد اجتماعی بر رعایت اصول بهداشتی یافت نشد.

مرور متون و شواهد علمی نشان می‌دهد که سواد سلامت و تعهد اجتماعی نقش مهمی در سلامت و رفتارهای مراقبتی دارند، با این حال، عمده پژوهشها در بین افراد مبتلا به بیماریهای مزمن، پرستاران و کارکنان سازمانهای مختلف انجام شده است؛ در صورتی که خودمراقبتی طیف گسترده‌ای دارد و خودمراقبتی یک فرد مبتلا به بیماری دیابتی با خودمراقبتیهای ضروری دوره پاندمی کووید-۱۹- یکسان نیست. در نتیجه، ضرورت دارد عوامل مرتبط با خودمراقبتی بهداشتی بیماری کووید-۱۹- به صورت مجزا مورد بررسی قرار گیرد. از آنجاکه نقش سواد سلامت و تعهد اجتماعی در برخی از جنبه‌های خودمراقبتی تأیید شده است، بررسی روابط این متغیرها در پژوهش حاضر از اولویت برخوردار است.

با توجه به فراگیر شدن بیماری کووید-۱۹- و ضرورت خودمراقبتی بهداشتی در جمعیت عمومی، انجام پژوهشهایی در زمینه شناسایی عوامل مرتبط با سلامت ضروری به نظر می‌رسد تا شواهد علمی در این زمینه فراهم شود و به دانش قبلی بیفزاید. از این رو، یافته‌های پژوهش با نوآوری همراه بوده و سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا سواد سلامت و تعهد اجتماعی با خودمراقبتی بهداشتی جمعیت عمومی در دوره پاندمی بیماری کووید-۱۹- ارتباط دارند؟

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود که روی افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی در بهمن و اسفند سال ۱۳۹۹ انجام شده است. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود استفاده شد. در نتیجه، در سطح خطای ۰/۰۵، تعداد ۳۸۴ نمونه برای انجام پژوهش حاضر در نظر گرفته شد. با احتمال تکمیل ناقص برخی از پرسشنامه‌ها و همچنین وجود

داده‌های پرت (پاسخ‌دهی بر اساس الگوی مشخص)، جهت جلوگیری از افت نمونه لازم، ۱۵ درصد به حجم نمونه برآورد شده اضافه شد و نمونه موردنیاز، ۴۵۰ نفر تعیین شد. با روش نمونه‌گیری در دسترس و معیارهایی از قبیل دامنه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال، توانایی خواندن و رضایت آگاهانه برای ورود به مطالعه، نمونه پژوهش انتخاب شد. فرایند نمونه‌گیری تا تکمیل تعداد نمونه موردنظر ادامه داشت. بعد از بررسی داده‌ها، ۳ پرسشنامه به علت تشابه و الگوی تکراری پاسخ حذف شدند و حجم نمونه نهایی، ۴۴۷ نفر بود.

با توجه به محدودیتها و ملاحظات بهداشتی مربوط به اپیدمی کرونا، پرسشنامه به صورت مجازی و از طریق برنامه تحت وب گوگل فرم<sup>۱</sup> توزیع شد. به این منظور، لینک تکمیل پرسشنامه همراه با یک متن راهنما در شبکه‌های اجتماعی منتشر شد. با توجه به فراگیر بودن شبکه اجتماعی تلگرام و همچنین، تنوع کانالهای خبری و اطلاع‌رسانی در این بستر، لینک تکمیل پرسشنامه‌ها در کانالهای خبری فعال در این شبکه اجتماعی توزیع شد. در ابتدای پرسشنامه، توضیحاتی در مورد اهداف مطالعه ارائه شد و تضمین شد برای تکمیل پرسشنامه نیاز به ثبت اطلاعات هویتی نیست و داده‌ها با صورت گروهی و با کدهای عددی گزارش می‌شود. در نتیجه، افراد بعد از ثبت کلید «رضایت آگاهانه» در صفحه ابتدایی پرسشنامه، وارد بخش سؤالات می‌شدند؛ بنابراین، پژوهش حاضر با رعایت ملاحظات مصوب حفاظت از شرکت‌کنندگان در کمیته‌های اخلاق در پژوهشهای علوم پزشکی انجام شد.

در همین راستا، در رابطه با هدف، فواید، مدت و ابزار پژوهش مطابق با بند پنجم کدهای اخلاقی در پژوهش توضیح داده شد. به شرکت‌کنندگان اعلام شد که حضور آنها در مطالعه اختیاری بوده و داده‌های حاصل از این مطالعه به‌طور کلی تحلیل خواهد شد و از آن به‌جز در پژوهش استفاده دیگری نخواهد شد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

#### 1. Google forms

پرسشنامه سواد سلامت: پرسشنامه سواد سلامت توسط منتظری و همکاران (۲۲) طراحی و ساخته شده است. این پرسشنامه حاوی ۳۳ گویه پنج درجه‌ای است و سواد سلامت را در پنج حیطه مهارت خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، ارزیابی می‌کند. امتیاز هر زیرمقیاس، با جمع نمرات هر زیرمقیاس تعیین می‌شود. کسب نمره بیشتر در این پرسشنامه بیانگر سواد سلامت بیشتر است. با توجه به طراحی و ساخت این پرسشنامه در داخل کشور و این موضوع که مختص به جمعیت ایرانی است، پایایی و روایی آن از نتایج قابل قبول آن حکایت دارد. منتظری و همکاران (۲۲) جهت بررسی روایی سازه این پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کردند و مقدار کفایت نمونه‌گیری کایزر - میر- اولکین (KMO) برای این پرسشنامه را ۰/۹۱۹ گزارش کردند که تحلیل عاملی عالی را نشان می‌دهد. همچنین جهت تأیید روایی محتوایی کیفی، این پرسشنامه توسط گروهی از خبرگان موردبازنگری قرار گرفته است.

برای بررسی پایایی از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که این مقدار در فاصله ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی آیتمهای پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاسهای مهارت خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۲، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۳ به دست آمد و برای نمره کلی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ محاسبه شد. در مطالعه دیگری که توسط ضاربان، ایزدی‌راد و عربان (۲۳) با هدف بررسی شاخصهای روان‌سنجی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی انجام شده است، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی و زیرمقیاسهای مهارت خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت ۰/۹۲، ۰/۷۸، ۰/۸۵، ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه تعهد اجتماعی: برای سنجش تعهد اجتماعی از پرسشنامه تعهد اجتماعی سلامی و غفاری‌زاده (۲۴) استفاده شد. این پرسشنامه با ۱۴ گویه‌ای که در طیف لیکرت

۵ تایی طراحی شده است، سنجیده می‌شود. مجموع نمرات پاسخگویان به این ۱۴ گویه به‌عنوان مقدار تعهد اجتماعی آنان در نظر گرفته می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۴ و ۷۰ است و بر اساس نمره کسب شده، تعهد اجتماعی پاسخگویان به سه دسته تقسیم می‌شود: نمرات ۲۷ تا ۳۶ به عنوان تعهد اجتماعی پایین، نمرات ۳۷ تا ۴۶ به عنوان تعهد اجتماعی متوسط و نمرات ۴۷ تا ۵۶ به عنوان تعهد اجتماعی بالا. برای سنجش روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی استفاده شد. از نتایج سنجش روایی برای متغیر تعهد اجتماعی مشخص شد که مقدار  $KMO = 0/790$  و در سطح قابل قبول بود و نشان داد که داده‌ها از قابلیت لازم برای تحلیل عاملی برخوردارند. معناداری آزمون بارتلت ( $P < 0/001$ ) نیز نشان از برازش تحلیل عاملی داشت؛ یعنی گویه‌های این پرسشنامه می‌توانند متغیر تعهد اجتماعی را به‌خوبی بسنجند و قابل تعمیم هستند. پایایی متغیر تعهد اجتماعی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ  $0/71$  به دست آمد و مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی آیتمهای پرسشنامه  $0/73$  محاسبه شد.

پرسشنامه خودمراقبتی بهداشتی: برای سنجش خودمراقبتی بهداشتی از پرسشنامه محقق ساخته و با تمرکز بر دوره پاندمی ویروس کرونا استفاده شد. برای طراحی پرسشنامه محتوای پرسشنامه‌های مرتبط با خودمراقبتی مورد بررسی قرار گرفت ۱۰ آیتم مرتبط با رعایت پروتکل‌های بهداشتی مربوط به بیماری کووید-۱۹- انتخاب شد. پاسخگویی به هر یک از آیتمها بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای شامل کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نه موافقم و نه مخالف (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) انجام می‌شود. نمره خودمراقبتی بهداشتی بر اساس جمع نمرات پرسشنامه محاسبه می‌شود و دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۵۰ متغیر است. هر چه نمره کسب شده در این پرسشنامه بیشتر باشد، خودمراقبتی بهداشتی نیز بیشتر است. جهت اطمینان از اینکه مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا (ضرورت سؤال) انتخاب شده

است از نسبت روایی محتوا<sup>۱</sup> و برای اطمینان از اینکه سؤالات ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده‌اند از شاخص روایی محتوا<sup>۲</sup> استفاده شد. برای تعیین روایی محتوایی پرسشنامه، این ابزار برای ۸ نفر از متخصصان صاحب‌نظر در حوزه بهداشت و علوم رفتاری ارسال شد. پاسخها بر اساس فرمول نسبت روایی محتوایی محاسبه و با جدول لاوشه<sup>۳</sup> انطباق داده شد و با توجه به اینکه تعداد متخصصان ۸ نفر بود، اعداد بالاتر از ۰/۷۵ مورد تأیید بود.

بررسی شاخص روایی محتوایی، بر اساس شاخص روایی محتوایی والتز و بیزل<sup>۴</sup> صورت گرفت. بدین منظور از متخصصان مذکور خواسته شد که در مورد هر سؤال، سه معیار مربوط یا اختصاصی بودن، سادگی یا روان بودن و واضح یا شفاف بودن را بر اساس طیف لیکرتی چهارقسمتی اظهارنظر کنند (برای مثال ۱: غیر مرتبط، ۲: تا حدودی مرتبط، ۳: مرتبط، ۴: کاملاً مرتبط). در این مطالعه شاخص روایی محتوایی با استفاده از فرمول شاخص روایی محتوایی والتز و بیزل، ۰/۸۱ محاسبه شد. برای بررسی روایی سازه این مقیاس از روش تحلیل عاملی استفاده شد. نمایه نمونه‌گیری KMO ضریب ۰/۸۵ به دست آمد که نشان داد حجم نمونه برای تحلیل عاملی مناسب است و کفایت نمونه‌گیری را تأیید می‌کند.

آزمون بارتلت نیز معنادار محاسبه شد ( $P = ۰/۰۰۰۱$ ) که بیانگر یکه نبودن ماتریس همبستگی آیتمها است و نشان می‌دهد که آیتمهای این مجموعه داده، عامل‌پذیر هستند. درواقع، می‌توان گفت ارتباط معنی‌داری بین آیتمها وجود دارد و در نتیجه امکان شناسایی و تعریف عامل جدید بر اساس همبستگی بین آیتمها وجود دارد. به‌منظور شناسایی اینکه پرسشنامه از چند عامل معنادار ساخته شده است، سه شناسه ارزش ویژه، نسبت واریانس

1. Content Validity Ratio
2. Content Validity Index
3. Lawshe
4. Waltz and Basel

تبیین شده توسط هر عامل و آزمون اسکری<sup>۱</sup> بررسی شد. بر اساس نتایج آزمون اسکری، یک عامل با ارزش ویژه بزرگتر از یک به دست آمد که این عامل روی هم با ۳۸/۶۹ درصد واریانس کل گویه‌ها را تبیین می‌کرد. یافته‌ها نشان داد که همه آیتها روی یک عامل کلی به نام «خودمراقبتی بهداشتی» بار عاملی دارند. برای اطمینان از پایایی، این پرسشنامه در بین ۳۰ نفر از افراد توزیع شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد. بعد از توزیع پرسشنامه در جمعیت هدف، همسانی دورنی آیتهای پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

برای جلوگیری از عدم ثبت پاسخها، کلیه آیتها و سؤالات پرسشنامه در پرسشنامه آنلاین گوگل فرم به عنوان ضروری<sup>۲</sup> تعریف شد و ثبت کلیه پاسخها برای ارسال پرسشنامه به سرور الزامی بود. با این حال، پس از ورود اطلاعات در نرم‌افزار، داده‌ها پاکسازی<sup>۳</sup> شدند؛ بنابراین، داده‌های وارد شده از نظر پاسخ‌دهی بر اساس الگوی مشخص و تکراری، عدم همخوانی بین سؤالات مختلف و داده‌های پرت مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های کدگذاری و ثبت شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در آمار توصیفی از شاخص آمار توصیفی، همچون میانگین، انحراف معیار، فروانی و درصد فروانی استفاده شد. برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش از آزمون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و برای پیش‌بینی متغیر ملاک بر اساس متغیرهای پیش‌بین، از آزمون تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد.

روشهای مختلفی برای ورود متغیرها به مدل رگرسیونی وجود دارد. دلیل انتخاب رگرسیون گام‌به‌گام این بود که این مدل رگرسیونی، ضریب تعیین دقیق‌تری برای تبیین واریانس متغیر ملاک ارائه می‌دهد. در این مدل، پژوهشگر نقشی در ورود متغیرها به مدل

1. Scree Test
2. Required
3. Clean Up

ندارد؛ بلکه تمامی متغیرهای پیش‌بین (تعهد اجتماعی، سواد سلامت، زیرمقیاس خواندن، زیرمقیاس دسترسی، زیرمقیاس فهم و درک، زیرمقیاس ارزیابی و زیرمقیاس تصمیم‌گیری و رفتار) بر اساس بالاترین ضریب همبستگی به ترتیب وارد مدل شدند.

در رگرسیون گام‌به‌گام متغیرهایی که وارد مدل شدند در صورتی که قادر به تبیین واریانس متغیر ملاک باشند، در مدل باقی می‌مانند و در غیر این صورت، از مدل حذف می‌شوند. در واقع، آن دسته از متغیرهایی پیش‌بین که در مدل باقی می‌مانند، متغیرهایی هستند که قدرت پیش‌بینی متغیر ملاک را دارند و بالاترین ضریب تعیین را برآورد می‌کنند. مدل رگرسیون گام‌به‌گام به صورت خودکار، متغیرهایی که قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک نیستند یا متغیرهایی که برازش مدل را کاهش می‌دهند، از مدل خارج می‌کند.

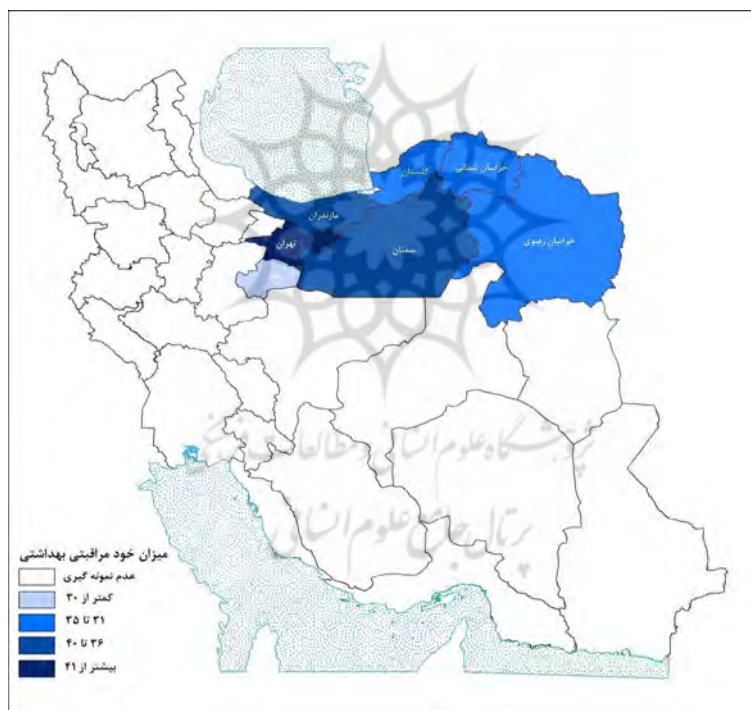
پیش از تحلیل استنباطی، پیش‌فرضهای موردنیاز برای آزمونهای پارامتری نیز با استفاده از آزمونهای کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، آزمون کولینیریتی<sup>۱</sup> برای بررسی خطی بودن روابط متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک، شاخصهای تحمل و عامل تورم واریانس برای بررسی هم خطی (چندگانگی خطی) استفاده شد. افزون بر این، برای ترسیم توزیع جغرافیایی میزان خودمراقبتی بهداشتی، از نرم‌افزار ArcMap GIS 10.5 استفاده شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۴۴۷ نفر شرکت داشتند. میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت‌کنندگان ۳۰/۲۴ (۱/۴۶) سال بود. اکثریت شرکت‌کنندگان (۶۵/۳ درصد معادل ۲۹۲ نفر) زن بودند. وضعیت تأهل ۵۳ درصد (۲۳۷ نفر) متأهل، ۴۴/۵ درصد (۱۹۹ نفر) مجرد و ۲/۵ درصد سایر گزارش شد. از نظر تحصیلات، اکثر شرکت‌کنندگان معادل ۲۸/۹ درصد (۱۲۹ نفر) دارای

### 1. Colinearity

تحصیلات کارشناسی بودند. از نظر منطقه جغرافیایی، ۲۱/۳ درصد (۹۵ نفر) از استان تهران، ۱۹/۷ درصد (۸۸ نفر) از استان مازندران، ۱۸/۱ درصد (۸۱ نفر) از استان خراسان رضوی، ۱۲/۱ درصد (۵۴ نفر) از استان خراسان شمالی، ۱۰/۷ درصد (۴۸ نفر) از استان سمنان، ۹/۶ درصد (۴۳ نفر) از استان گلستان و ۸/۵ درصد (۳۸ نفر) از استان قم بودند. از بین شرکت‌کنندگان این مطالعه، ۴/۳ درصد (۱۹ نفر) ابتلا خود به بیماری کووید-۱۹ را گزارش کردند. علاوه بر این، ۱۸/۱ درصد (۸۱ نفر) گزارش کردند که علایم بیماری را داشتند ولی برای تشخیص یا درمان مراجعه نکردند (علایم خفیف بیماری را داشتند).



شکل ۱. میزان خودمراقبتی بهداشتی در نواحی جغرافیایی مورد بررسی



کمترین و بیشترین نمره قابل حصول در پرسشنامه خودمراقبتی بهداشتی، به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. میانگین (انحراف معیار) خودمراقبتی بهداشتی در کل جمعیت مورد مطالعه ۳۳/۶۹ (۱۰/۳۱) به دست آمد. بالاترین میانگین خودمراقبتی بهداشتی برای استان تهران (۴۴/۴۳) و بعد از آن به ترتیب مربوط به استانهای سمنان (۳۷/۶۲)، مازندران (۳۷/۰۷)، گلستان (۳۴/۸۴)، خراسان شمالی (۳۴/۴۱)، خراسان رضوی (۳۲/۵۸) و قم (۲۹/۴۲) بود. لازم به ذکر است با توجه به اینکه حجم نمونه هر استان کم و قابلیت تعمیم‌دهی ندارد و همچنین از آنجا که نمونه انتخاب شده از همه استانها نبوده است، نقشه ارائه شده برای خودمراقبتی بهداشتی تصویر صحیح و کاملی ارائه نمی‌کند و صرفاً برای نمایش پراکندگی جغرافیایی داده‌های گردآوری شده و تخمین اولیه از میزان خودمراقبتی به تفکیک هر استان ارائه شده است.

#### جدول ۱. شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین نظری	میانگین	انحراف معیار	آزمون کولموگروف - اسمیرنوف	
				شاخص Z	معناداری
خودمراقبتی بهداشتی	۳۰	۳۳/۶۹	۱۰/۳۱	۰/۶۱۵	۰/۸۴۳
تعهد اجتماعی	۴۲	۴۳/۱۲	۷/۱۸	۰/۹۵۷	۰/۳۱۹
سواد سلامت	۹۹	۱۳۳/۰۶	۱۶/۸۸	۰/۹۳۳	۰/۳۴۹
زیرمقیاس خواندن	۱۲	۱۸/۶۳	۱/۶۱	۱/۰۵۵	۰/۲۱۶
زیرمقیاس دسترسی	۱۸	۲۷/۴۱	۲/۰۸	۱/۰۰۷	۰/۲۶۲
زیرمقیاس فهم و درک	۲۱	۲۹/۱۱	۲/۳۷	۰/۷۷۸	۰/۵۸۰
زیرمقیاس ارزیابی	۱۲	۱۴/۳۷	۱/۱۱	۰/۸۹۸	۰/۳۹۵
زیرمقیاس تصمیم‌گیری و رفتار	۳۶	۴۷/۸۸	۳/۶۱	۰/۹۴۶	۰/۳۱۱

میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. به منظور بررسی ارتباط سواد سلامت و تعهد اجتماعی با خودمراقبتی بهداشتی از آزمون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و آزمون تحلیل رگرسیون استفاده شد. آزمونهای مذکور به عنوان آزمونهای پارامتری دارای پیش فرضهایی هستند که پیش از تحلیل استنباطی سنجش و ارزیابی شدند. یکی از پیش فرضها، نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش است که از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای سنجش برآزش داده‌های متغیرهای پیش‌بین و ملاک استفاده شد. طبق نتایج به دست آمده، هیچ‌یک از نمرات متغیرها از منحنی نرمال اختلاف زیادی نداشتند ( $P > 0/05$ ) که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش بود. پیش فرض دوم، خطی بودن رابطه بین متغیر ملاک و یک متغیر پیش‌بین است؛ زمانی که تمام متغیرهای پیش‌بین دیگر ثابت نگه داشته می‌شوند.

سطح معناداری آزمون F برای سنجش خطی بودن رابطه متغیرهای پیش‌بین با ملاک، کوچک‌تر از مقدار آلفای تعیین شده ( $\alpha = 0/05$ ) بود. این نتیجه، صحت خطی بودن رابطه متغیرهای مورد بررسی را تأیید می‌کند. پیش فرض دیگر تحلیل رگرسیون نبود همبستگی زیاد بین متغیرهای پیش‌بین است (چندگانگی خطی)؛ که به منظور بررسی آن از دو آماره روا داری یا تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد پدیده چندگانگی خطی بین متغیرهای مستقل وجود ندارد، زیرا میزان رواداری نزدیک به یک و عامل تورم واریانس کم‌تر از دو بود؛ بنابراین با رعایت پیش‌فرضهای آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده از این آزمونها جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش بلا مانع است. نتایج آزمون همبستگی پیرسون (جدول ۲) نشان داد ارتباط مثبت و معناداری بین تعهد اجتماعی ( $r = 0/311$ ،  $P = 0/000$ )، سواد سلامت ( $r = 0/377$ ،  $P = 0/000$ )، زیرمقیاس خواندن ( $r = 0/198$ ،  $P = 0/003$ )، زیرمقیاس دسترسی ( $r = 0/204$ ،  $P = 0/000$ )، زیرمقیاس فهم و درک ( $r = 0/261$ ،  $P = 0/000$ )، زیرمقیاس ارزیابی ( $r = 0/248$ ،  $P = 0/000$ ) و زیرمقیاس تصمیم‌گیری و رفتار ( $r = 0/238$ ،  $P = 0/000$ ) با خودمراقبتی بهداشتی وجود دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. تعهد اجتماعی	۱							
۲. سواد سلامت	۰/۱۹۹**	۱						
۳. خواندن	۰/۳۵۶**	۰/۵۲۳**	۱					
۴. دسترسی	۰/۲۶۲**	۰/۶۴۲**	۰/۴۹۵**	۱				
۵. فهم و درک	۰/۴۲۳**	۰/۵۴۱**	۰/۵۸۴**	۰/۶۷۴**	۱			
۶. ارزیابی	۰/۳۶۵**	۰/۶۳۵**	۰/۶۵۳**	۰/۵۴۲*	۰/۵۱۱**	۱		
۷. تصمیم‌گیری و رفتار	۰/۴۱۱**	۰/۵۴۲**	۰/۳۴۵**	۰/۴۵۶**	۰/۴۹۸**	۰/۵۴۷**	۱	
۸. خودمراقبتی بهداشتی	۰/۳۱۱**	۰/۳۳۷**	۰/۱۹۸**	۰/۲۰۴**	۰/۲۶۱**	۰/۲۴۸**	۰/۲۳۸**	۱

$P < 0.05^*$

$P < 0.01^{**}$

برای پیش‌بینی خودمراقبتی بهداشتی بر اساس تعهد اجتماعی و سواد سلامت از آزمون تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان می‌دهد که در گام اول، اولین متغیری که وارد تحلیل شد و باقی ماند، سواد سلامت بود که به معنی ارتباط قوی‌تر متغیر مزبور با متغیر ملاک نسبت به سایر متغیرهای پیش‌بین است. در تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام معمولاً گام آخر منبای تحلیل قرار می‌گیرد.

در گام دوم، آخرین متغیری که وارد تحلیل شد متغیر پیش‌بین تعهد اجتماعی بود. ضریب همبستگی محاسبه‌شده در این گام ۰/۴۲۶ و ضریب تعیین ۰/۱۸۱ به دست آمد. میزان  $F$  به دست آمده نشان می‌دهد که مدل رگرسیونی محاسبه‌شده در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. با توجه به ضریب تعیین به نظر می‌رسد ۱۸ درصد از تغییرات متغیر ملاک خودمراقبتی بهداشتی در جمعیت عمومی به‌وسیله دو متغیر پیش‌بین سواد سلامت و تعهد اجتماعی قابل تبیین باشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام در پیش بینی خودمراقبتی بهداشتی بر اساس

متغیرهای پیش بین

گام	متغیرهای پیش بین	B	$\beta$	R	R <sup>2</sup>	t	Sig.	F	Sig.
۱	(ثابت)	۲/۹۰۱	-	۰/۳۱۸	۰/۱۰۱	۳۹/۳۹	۰/۰۰۰**	۴۲/۱۵	۰/۰۰۰**
	سواد سلامت	۰/۳۵۵	۰/۳۱۸	۳۳/۰۵		۰/۰۰۰**			
۲	(ثابت)	۰/۳۵۳	-	۰/۴۲۶	۰/۱۸۱	۲۸/۵۳	۰/۰۰۰**	۴۱/۳۵	۰/۰۰۰**
	سواد سلامت	۰/۳۴۳	۰/۳۰۸	۲۱/۳۰		۰/۰۰۰**			
	تعهد اجتماعی	۰/۱۸۹	۰/۲۸۳	۱۸/۷۸		۰/۰۰۰**			

$P < ۰/۰۵^*$        $P < ۰/۰۱^{**}$

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سواد سلامت و تعهد اجتماعی با خودمراقبتی بهداشتی در دوره پاندمی بیماری کووید-۱۹ انجام شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد سواد سلامت ارتباط معناداری با خودمراقبتی بهداشتی در دوره پاندمی بیماری کووید-۱۹ در جمعیت عمومی دارد و می‌تواند حدود ۳۰/۸ درصد از واریانس خودمراقبتی بهداشتی را تبیین کند. در پیشینه پژوهشی اگرچه مطالعاتی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر انجام شده‌اند؛ اما عمده این مطالعات در گروه‌های بالینی انجام شده‌اند. برای مثال، شین و لی (۱۳) در مطالعه‌ای با بیماران دیابتی دریافتند هر چه سواد سلامت افزایش یابد، رفتارهای خودمراقبتی این بیماران نیز افزایش می‌یابد. افزون بر این، ونگ و همکاران (۱۷) مطالعه‌ای با بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه انجام دادند و به این نتیجه رسیدند سواد سلامت نقش مهمی در رفتارهای خودمراقبتی دارد. در مطالعات دیگری با بیماران قلبی (۲۵)، پرفشاری خون دوره سالمندی (۲۶) و بیماران سرطانی (۲۷) نتایج مشابهی به دست آمد و بیانگر نقش سواد سلامت در رفتارهای خودمراقبتی بود.

با توجه افزایش پاندمی بیماری کووید-۱۹- در سطح جهان و نیاز به خود مراقبتی در عموم افراد جامعه، بحث سواد سلامت اهمیت فزاینده‌ای می‌یابد؛ زیرا مطابق با بسیاری از مطالعات سواد سلامت ارتباط مستقیمی با خودمراقبتی دارد. بنابراین طیف وسیع سواد سلامت ناکافی در سالمندان، هشداری برای مسئولان، سیاست‌گذاران بخش سلامت و متولیان امر سلامت محسوب می‌شود. پایین بودن سطح سواد سلامت افراد جامعه را نسبت به بیماریهای همه‌گیر آسیب‌پذیر می‌کند و موجب مراجعات مکرر و غیرضروری مردم به مراکز درمانی و نیز طولانی شدن مدت اقامت بیماران در بیمارستان می‌شود. این امر به نوبه خود سبب افزایش هزینه‌ها و یا عبارت‌دیگر باعث هدر رفتن بخشی از بودجه بخش سلامت کشورها می‌شود (۲۸).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که سواد سلامت از عوامل لازم و ضروری برای بهبود خودمراقبتی در افراد جامعه به شمار می‌آید؛ زیرا این مهارتها سبب افزایش اعتمادبه‌نفس افراد جهت برقراری ارتباط مؤثر با ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی شده و توانمندی آنها را جهت مشارکت و همکاری با سیستم بهداشت و درمان بهبود می‌بخشد. این توانمندیها نهایتاً افراد را قادر می‌کند تا اطلاعات موردنیاز خود را از کانالهای ارتباطی مختلف دریافت کرده و آنها را ارزیابی کرده و درنهایت در عرصه عمل به دستورالعملهای بهداشتی به‌کارگیرند

از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تعهد اجتماعی ارتباط مستقیم، مثبت و معناداری با خودمراقبتی بهداشتی در جمعیت عمومی دارد؛ به‌طوری‌که با افزایش تعهد اجتماعی، خودمراقبتی بهداشتی افزایش می‌یابد و برعکس، با کاهش تعهد اجتماعی، خودمراقبتی بهداشتی کاهش می‌یابد. همچنین، تعهد اجتماعی می‌تواند ۲۸/۳ درصد از واریانس خودمراقبتی بهداشتی در دوره پاندمی بیماری کووید-۱۹- تبیین کند. اگرچه بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که نقش تعهد اجتماعی در حوزه سلامت نادیده انگاشته شده است، بااین‌حال، در برخی از مطالعات همچون مطالعه خسروانی و چراغ مولایی (۱۸) با دانش‌آموزان و دانشجویان، نقش تعهد اجتماعی در سلامت روانی مورد تأکید قرار گرفته است.

مناها و ردی (۲۱) نیز تعهد اجتماعی را به عنوان عاملی مؤثر در ارتقاء سلامت روانی معلمان نشان دادند. اگرچه به دانش پژوهشگران، مطالعه‌ای در زمینه ارتباط تعهد اجتماعی بر خودمراقبتی بهداشتی و رفتارهای مرتبط با سلامتی انجام نشده است، با این حال، نتایج به دست آمده از این پژوهش با مطالعات ذکر شده تا حدودی همسو است.

یافته‌های این پژوهش مبنی بر ارتباط تعهد اجتماعی با خودمراقبتی بهداشتی بر اساس نظریه اجتماعی چلبی قابل تبیین است؛ زیرا بر اساس این نظریه هر فرد یا گروهی موظف است چنان عمل کند که به جامعه بیشترین نفع را برساند. این مسئولیت ممکن است فعالانه و از طریق انجام فعالیتهایی باشد که مستقیماً در جهت اهداف جامعه هستند؛ یا ممکن است منفعلانه و به صورت مشارکت نکردن در فعالیتهای مضر اجتماعی باشد (۳۰).

اهمیت تعهد اجتماعی در بین اقشار جامعه به گونه‌ای است که می‌توان تعهد را عنصر حیاتی زندگی اجتماعی تلقی کرد که زمینه همکاری و تعامل را در ابعاد مختلف جامعه گسترش می‌دهد، در حالی که کاهش تعهد اجتماعی در جامعه موجب می‌شود همواره نوعی بیگانگی اجتماعی در اقشار جامعه به وجود آید که مانع از تداوم و تقویت همکاری و مشارکت اجتماعی می‌شود که در این صورت، فردگرایی و منفعت‌طلبی که منشأ بسیاری از انحرافات و نابسامانیهای اجتماعی است، در جامعه رواج می‌یابد (۳۱). در نتیجه، هر چه تعهد اجتماعی افراد جامعه بالاتر باشد، فردگرایی نیز کاهش می‌یابد و افراد به منظور مشارکت اجتماعی در جهت کنترل این بیماری پیش قدم می‌شوند.

افراد دارای تعهد اجتماعی بالا چون خود را فردی ارزشمند قلمداد می‌کنند، می‌توانند نسبت به دیگران، نگاه مثبت بیشتری را درباه توجه به سلامتی پرورش دهند. به عبارت دیگر، نگاه مثبت فرد نسبت به کارکردهای فردی و اجتماعی اش می‌تواند در ایجاد همین نگاه نسبت دیگران نقش مؤثری ایفاء کند. در چنین وضعیتی کسی که احساس تعهد دارد رفتاری بروز می‌دهد که به او احساس ارزشمندی می‌دهد و در نتیجه احساس می‌کند برای دیگران نیز انسان ارزشمندی است؛ چنین فردی

به‌طور قطع مناسبات خود با دیگران را در قالب چنین نگرشی صورت‌بندی می‌کند (۳۲). این مسئله به‌نوبه خود موجب می‌شود اقبال جامعه علاوه بر توجه به سلامتی و مراقبت از خود، به سلامت سایر افراد جامعه نیز احترام بگذارند و خود را مسئول سلامتی دیگران بدانند. از این رو، تلاش می‌کنند در دوره‌هایی همچون شرایط فعلی که خودمراقبتی در سلامت دیگران نیز تأثیرگذار است، دستورالعمل‌های بهداشتی را برای حفظ سلامتی خود و دیگر افراد جامعه رعایت کنند.

نتایج مدل رگرسیونی بیانگر آن است که متغیرهای پیش‌بین، تعهد اجتماعی و نمره کلی سواد سلامت در مجموع می‌توانند ۱۸/۱ درصد از تغییرات واریانس متغیر خودمراقبتی بهداشتی را تبیین کنند. همچنین زیرمقیاس‌های سواد سلامت به دلیل همبستگی ضعیف از مدل خارج شدند. این یافته نشان می‌دهد که اگرچه این دو سازه در تبیین تغییرات واریانس متغیر ملاک سهم دارند، با این حال، این ضریب تعیین است و بیانگر آن است که متغیرهای دیگری در این زمینه ایفای نقش می‌کنند که لازم است در پژوهش‌های بعدی مورد بررسی قرار گیرند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری در دسترس است؛ چراکه جامعه آماری این مطالعه کلیه افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی است. در حالی که برای تعمیم نتایج نیاز به نمونه تصادفی است. از دیگر سوی، با توجه به محدودیت‌های مربوط به مراجعه حضوری، گردآوری اطلاعات به‌صورت مجازی انجام شد و بسیاری از افرادی که از این شبکه‌ها استفاده نمی‌کنند، فرصت شرکت در این مطالعه را نداشتند. همچنین، با توجه به اینکه از هر استان نمونه بسیار کمی شرکت داشتند، برآورد استانی خودمراقبتی بهداشتی قابلیت تعمیم‌دهی ندارد و در استفاده از اطلاعات ارائه شده در نقشه، لازم است جوانب احتیاط رعایت شود. از این رو، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش نمونه‌گیری تصادفی و با حجم نمونه بیشتر استفاده شود. با توجه به ارتباط معنادار بین سواد سلامت و تعهد اجتماعی با خودمراقبتی بهداشتی در جمعیت عمومی، پیشنهاد می‌شود در آموزش‌های مدارس و رسانه‌های عمومی به این سازه‌ها توجه شود؛ زیرا هر دو متغیر قابلیت آموزش‌پذیری دارند.

افزون بر این، با استفاده از وسایل ارتباط جمعی همچون شبکه‌های رادیو و تلویزیون و شبکه‌های اجتماعی، می‌توان سواد سلامت مردم را افزایش داد و از این طریق، به‌طور غیرمستقیم، خودمراقبتی بهداشتی جمعیت عمومی را در دوره پاندمی بیماری کووید-۱۹ بهبود بخشید. همچنین، نظام سلامت می‌تواند نقش تعهد اجتماعی را برجسته کند و مشوقهای لازم برای افزایش این سازه را به کار گیرد.

## ملاحظات اخلاقی

### مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این مقاله در طراحی، مدیریت طرح، مفهوم‌سازی، اجرا، تحلیل و تفسیر داده‌ها، تهیه پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح، ویراستاری و نهایی سازی مقاله مشارکت یکسانی داشته‌اند.

### منابع مالی

این مقاله حامی مالی نداشته است.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافع وجود ندارد و با سایر مقالات منتشر شده مغایرت و همپوشانی ندارد.

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این مقاله با ارجاع به آثار و مقالات منتشر شده، با ذکر نام نویسنده در متن و آخر مقاله، در جهت دستیابی به تحلیلی منسجم و جامع‌تر بهره گرفته‌ایم و همه حقوق مرتبط با اخلاق پژوهش رعایت شده است.



- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102092.
- Bansal, M. (2020). Cardiovascular disease and COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(3), 247-250.
- Buil-Fabregà, M., del Mar Alonso-Almeida, M., & Bagur-Femenías, L. (2017). Individual dynamic managerial capabilities: Influence over environmental and social commitment under a gender perspective. *Journal of Cleaner Production*, 151, 371-379.
- Chen, A. M., Yehle, K. S., Plake, K. S., Murawski, M. M., & Mason, H. L. (2011). Health literacy and self-care of patients with heart failure. *The Journal of cardiovascular nursing*, 26(6), 446.
- Chen, Y., Huang, X., Zhang, C., An, Y., Liang, Y., Yang, Y., & Liu, Z. (2021). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in China. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-8.
- Dong, H., Yang, F., Lu, X., & Hao, W. (2020). Internet addiction and related psychological factors among children and adolescents in China during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 751.
- Fairlie, R. W., Couch, K., & Xu, H. (2020). *The impacts of COVID-19 on minority unemployment: First evidence from April 2020 CPS microdata (No. w27246)*. National Bureau of Economic Research.
- Garcia-Priego, B. A., Triana-Romero, A., Pinto-Galvez, S. M., Duran-Ramos, C., Salas-Nolasco, O., Reyes, M. M., ... & Troche, J. M. R. (2020). *Anxiety, depression, attitudes, and internet addiction during the initial phase of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic: A cross-sectional study in México*. MedRxiv.
- Haghghatian, M., & Abdellahi, M. (2011). A Study of factors affecting Social Responsibility of High School Students in the city of Isfahan. *Journal of Iranian Social Development Studies*. 3(4):65-75.
- Hyland, P., Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Karatzias, T., Bental, R. P., ... & Vallières, F. (2020). Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(3), 249-256.

- Khosravi, Z., Cheragh Mollaei, L. (2012). Social commitment, happiness and mental health among high-school and university students a comparative study emphasizing gender. *Journal of Women's Studies Sociological and Psychological*. 10(1):7-36.
- Lee, S. H., Lee, K. H., & Chang, S. J. (2018). Do health literacy and self-care behaviours affect quality of life in older persons with lung cancer receiving chemotherapy?. *International journal of nursing practice*, 24(6), e12691.
- Masoodi, R., Kheiri, S., & Rabiei, L. (2020). Psychometrics and validation of the Iranian version of the diabetes health literacy assessment questionnaire. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 19(6): 345-353.
- Menaha, P., & Reddy, P. (2018). Relationship between mental health and social commitment among student teachers of B. *Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR)*, 7(11), 297-303.
- Mobaraki, M., Afshani, SAr., Kordalivand, S. (2018). Social Commitment and Delinquency among High School Students of Cities of Yazd and Khorramabad. *Journal of Iranian Social Studies*. 12(2):111-35.
- Montazeri, A. L. I., Tavousi, M., Rakhshani, F., Azin, S. A., Jahangiri, K., Ebadi, M., ... & Sištani, M. M. N. (2014). Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh (Health Monitor)*, 13(5), 589-599.
- Oh, J. H., & Park, E. (2017). The impact of health literacy on self-care behaviors among hypertensive elderly. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 34(1), 35-45.
- Padehban, V., Barasteh, S., Rahimi, A., & Chobin, M. (2020). The relationship between spiritual health with general health and health literacy in Iranian naval personnel in 2016. *Journal of Marine Medicine*, 2(3), 157-163.
- Probst, T., Humer, E., Stippl, P., & Pich, C. (2020). *Being a psychotherapist in times of the novel coronavirus disease: Stress-level, job anxiety, and fear of coronavirus disease infection in more than 1,500 psychotherapists in Austria*. *Frontiers in Psychology*, 11.
- Reisi, M., Javadzade, S. H., Mostafavi, F., Sharifirad, G., Radjati, F., & Hasanzade, A. (2011). Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of education and health promotion*, 1(1), 31.

- Reisi, M., Mostafavi, F., Javadzade, H., Mahaki, B., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2015). Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*, 14(3), 199-208.
- Rosén, M., & Stenbeck, M. (2021). Interventions to suppress the coronavirus pandemic will increase unemployment and lead to many premature deaths. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(1), 64-68.
- Sahelices-Pinto, C., Lanero-Carrizo, A., & Vázquez-Burguete, J. L. (2018). Social commitment or self-interest? Effect of responsible practices performance motivations of firms on the consumer decision-making process. *Journal of Marketing Communications*, 24(3), 304-319.
- Salami, G & Ghaffarizadeh, M. (2009). The relationship between commitment and social control with addiction. *Journal of Social Welfare*. 9(34):173-86.
- Serin, E., & Koç, M. C. (2020). Examination of the eating behaviours and depression states of the university students who stay at home during the coronavirus pandemic in terms of different variables. *Progress in Nutrition*, 22(1), 3-43.
- Shin, K. S., & Lee, E. H. (2018). Relationships of health literacy to self-care behaviors in people with diabetes aged 60 and above: Empowerment as a mediator. *Journal of advanced nursing*, 74(10), 2363-2372.
- Tejada Meza, H., Lambea Gil, Á., Sancho Saldaña, A., Villar Yus, C., Pardiñas Barón, B., Sagarra Mur, D., ... & Serrano Ponz, M. (2020). Ischaemic stroke in the time of coronavirus disease 2019. *European journal of neurology*, 27(9), 1788-1792.
- Waverijn, G., Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., & Groenewegen, P. P. (2016). Associations between neighborhood social capital, health literacy, and self-rated health among people with chronic illness. *Journal of health communication*, 21(sup2), 36-44.
- Whittingham, K. L. (2021). CSR at scale: the relationship between corporate social commitment and social progress in developing economies. *World Journal of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development*.
- Wong, K. K., Velasquez, A., Powe, N. R., & Tuot, D. S. (2018). Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *BMC nephrology*, 19(1), 1-8.

- Yu, Y. J., Park, Y. S., Keller, A., Noh, J. W., & Cha, J. (2021). A mixed-methods systematic review of the impacts of coronavirus on society and culture. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 491.
- Zareban, I., Izadirad, H., & Araban, M. (2016). Psychometric evaluation of health literacy for adults (HELIA) in urban area of Balochistan. *Payesh (Health Monitor)*, 15(6), 669-676.

