

دانشگاه فرهنگیان

فصلنامه علمی-تخصصی آموزش پژوهی

سال دوم، شماره ششم، تابستان ۱۳۹۵

بررسی رابطه دانش فن آوران و سواد سلامت دیجیتال در دانشجویان

دانشگاه فرهنگیان

فرانک موسوی^۱، امین قاسمی^۲، سجاد محمدی^۳

چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه دانش فن آوران و سواد سلامت دیجیتال در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان کرمانشاه صورت گرفت. پژوهش به صورت توصیفی از نوع همبستگی انجام شد. جامعه آماری شامل تمام دانشجویان دو مرکز دانشگاهی شهید صدوقی و شهید رجایی به تعداد ۱۷۰۰ نفر بودند. به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، تعداد ۲۷۶ نفر با استفاده از جدول مورگان به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه‌های دانش فن آوران و سواد سلامت دیجیتال اروپا بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز بر اساس آزمون تی تک‌نمونه‌ای، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره صورت گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد: ضریب همبستگی بین دانش فن آوران و میزان سواد سلامت دیجیتال افراد آزمودنی، به شیوه محاسبه همبستگی پیرسون ($T=0/447$ و $Sig=0/000$)، دانش فن آوران و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال ($T=0/494$ و $Sig=0/000$)، دانش فن آوران و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت‌بخشی به سلامت افراد ($T=0/345$ و $Sig=0/000$)، دانش فن آوران و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری‌ها یا جراحات خاص ($T=0/151$ و $Sig=0/000$)، دانش فن آوران و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک ($T=0/301$ و $Sig=0/000$)، دانش فن آوران و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی ($T=0/273$ و $Sig=0/000$)، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره، با استفاده از روش گام به گام برای متغیرهای مذکور بر اساس متغیرهای چندگانه ۰/۴۲۹، ۰/۴۹۴، ۰/۳۱۶، ۰/۱۶۹، ۰/۱۵۰، ۰/۳۰۱ بود. در مجموع، می‌توان گفت که دانش فن آوران پیش‌بین خوبی برای میزان سواد سلامت دیجیتال افراد مورد مطالعه است.

کلیدواژه‌ها: دانش فن آوران، سلامت دیجیتال، دانشجویان.

^۱ استادیار گروه مدیریت آموزشی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه،

ایران، نویسنده مسئول، frnkmosavi@yahoo.com

^۲ کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی، دانشگاه فرهنگیان، کرمانشاه، ایران.

^۳ کارشناس ارشد حقوق خصوصی، سازمان آجا، دانش آموخته دانشگاه آزاد همدان، ایران.

مقدمه

امروزه پارادایم بیماری محور در نظام بهداشتی در جهت بهبود خدمات و کاهش هزینه‌ها معنای جدی به خود گرفته است. در چنین فضایی بایسته است تا بیماران پیش از بیش در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامتی خود نقش داشته باشند (میرزاده، ۱۳۸۹). به گونه‌ای که مهارت لازم را برای کسب و دسترسی به اطلاعات سلامت داشته باشند و نیز تصمیم‌های مناسب در زمینه خدمات بهداشتی مورد نیاز اتخاذ کنند. آنچه بیماران و دیگر افراد را قادر می‌سازد که نقشی فعال در زمینه سلامت و دریافت خدمات بهداشتی داشته باشند، مجموعه مهارت‌هایی است که امروزه به آن سواد سلامت^۱ گویند (محمودی و طاهری ۱۳۹۴). سازمان بهداشت جهانی^۲ (۱۹۹۸) نیز بیان می‌کند که سواد سلامت نشان‌دهنده مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که انگیزه و توانایی افراد برای دسترسی، فهم و استفاده از اطلاعات به گونه‌ای که سلامت آن‌ها را به خوبی تأمین نماید، تعیین می‌کند (لورنس و پارک^۳، ۲۰۰۶). طبق مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی آمریکا افراد دارای سواد سلامتی اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کند. بنابراین وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند (سیدالشهدایی، برسته، جلالی‌نیا، اقبالی و نظامی قلعه‌نویی، ۱۳۹۴). برخی از عوامل از جمله پیشرفت‌های دارویی برای تولید داروهای جدید، افزایش بیماری‌های غیرواگیر، حرکت به سوی مشتری‌مداری و بیمار محوری، استقرار اطلاعات سلامتی در وسایل ارتباط جمعی به خصوص 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 (افشاری، خزایی، بهرامی و مراتی، ۱۳۹۳). هم اکنون سواد سلامت به عنوان یک مسأله و بحث جهانی در قرن ۲۱ معرفی شده است. بر اساس سازمان جهانی بهداشت به تازگی در گزارشی سواد سلامت را به عنوان یکی از

¹ Health Literacy

² The world health organization

³ Lorence & park

بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است. این سازمان همچنین در کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت در مکزیک، سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی معرفی نمود که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات می‌باشد به گونه‌ای که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها می‌شود (کوشیار، شوروزی، دلبر و حسینی، ۱۳۹۲).

ولی با این حال بررسی‌های مختلف طیف گسترده‌ای از سواد سلامت ناکافی را در کشورهای مختلف نشان می‌دهد. از جمله طهرانی بنی‌هاشمی، امیرخانی، حق‌دوست، علویان، (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که به‌طور کلی سطح سواد سلامت در ایران پایین است و سطح تحصیلات، قوی‌ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت دارد. به عبارت دیگر افراد با سواد بالاتر، از سطح سواد سلامت بیشتری نیز برخوردارند. افشاری و همکاران (۱۳۹۳) در بررسی سواد سلامت بزرگسالان در شهرستان تویسرکان، سطح سواد سلامت افراد مورد مطالعه را نامطلوب گزارش نموده‌اند. قنبری، مجلسی، غفاری، محتشم و محمودی مجدآبادی، (۱۳۹۰) با بررسی سطح سواد سلامت زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سواد سلامت افراد مورد مطالعه را محدود ارزیابی نموده و آن را مشکلی در درک صحیح پیام‌ها و توصیه‌های بهداشتی برای افراد جامعه‌ی مورد مطالعه، دانسته‌اند. نتایج مطالعه رئیسی، مصطفوی، حسن‌زاده، شریفی‌راد (۱۳۹۰) نشان دادند سطح سواد سلامت سالمندان بسیار ناکافی است. از دیدگاه آنان تدوین برنامه‌های جامع، ایجاد رسانه‌ها و مواد آموزشی ساده و قابل فهم و همچنین مداخلات آموزشی کارآمد باعث توسعه سواد سلامت می‌شود.

نکویی مقدم، پروا، امیراسماعیلی، بانسی (۱۳۹۱)، نشان دادند که اکثر ساکنین شهر کرمان دارای سواد سلامت پایین هستند. در این راستا، خسروی، احمدزاده، ارسطوپور، طهماسبی (۱۳۹۲)، نیز نشان دادند سواد سلامت بیماران دیابتی در سطح مرزی قرار دارد و منابع آموزش به بیماران نیز از نظر میزان خوانایی دشوار بودند. سطح پایین سواد سلامت مختص ایران نبوده و در کشورهای پیشرفته نیز محدودیت‌هایی در این زمینه وجود دارد.

نتایج آخرین مطالعه ملی ارزیابی سواد بزرگسالان^۱ (۲۰۰۳) در آمریکا نشان داد که تنها ۱۲ درصد افراد دارای سواد سلامت خوب، ۵۳ درصد دارای سواد سلامت متوسط، ۲۲ درصد دارای سواد سلامت پایه، ۱۴ درصد زیر سطح پایه بودند. به عبارتی ۳۶ درصد از بالغان، سواد سلامت محدود (سواد سلامت ناکافی یا مرزی) دارند، به عبارت دیگر، این افراد تنها می‌توانند یک بخش از اطلاعات را از یک متن کوتاه و ساده (کمتر از سواد سلامت پایه) شناسایی کنند یا در متون طولانی‌تر فقط در صورت واضح بودن متن، می‌توانند اطلاعات را بیابند (شیه و هالستد^۲، ۲۰۰۹). سواد سلامت زمینه‌ساز دسترسی افراد به بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی است. چنانچه نتایج مطالعه ساودور، محتوا، سایمن سیک، هاریس، نومن و ساترفیلد^۳، (۲۰۰۶) در مقایسه افراد با سواد سلامت کافی با افراد دارای سواد سلامت پایین، نشان داد که بیماران مبتلا به سواد سلامت پایین، تجربه محدودی در دسترسی به بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی دارند (ساودور و همکاران، ۲۰۰۶). پارکر^۴ (۲۰۰۰) معتقد است سواد سلامت رابطه مستقیم با سواد اطلاعاتی فرد دارد.

بنابراین تعجب‌آور نیست که سواد پایین در یک جمعیت، به صورت مستقیم و غیرمستقیم با بازده ضعیف سلامت مرتبط می‌باشد، همچنان که نتایج به دست آمده از کشورهای در حال توسعه، رابطه بین سطح سواد پایین و کاهش استفاده از خدمات و اطلاعات موجود بهداشتی را نشان می‌دهد (ناتیم^۵، ۲۰۰۸). در این زمینه نتایج برخی از پژوهش‌های انجام شده در زمینه بررسی کیفیت اطلاعات سواد سلامت در وب نشان دادند که این اطلاعات وضعیت مطلوبی ندارند (کاتر و همکاران^۶، ۲۰۰۶). همچنین، دیویانی و همکاران^۷ (۲۰۱۵) به مرور نظام‌مند مقالات علمی در پایگاه علمی مختلف پرداختند. آنان بیان کردند که افراد مورد مطالعه از توانایی کمتری در ارزیابی اطلاعات، درک کیفیت و اعتماد به اطلاعات وبی

¹ Shieh, C. & Halstead National assessment of adult literacy (NAAL)

² Shieh, C. & Halstead

³ Sudore, Mehta, Simonsick, Harris, Newman, Satterfield

⁴ Parker

⁵ Nutbeam

⁶ Kutner, Greenberg, Jin, Paulsen

⁷ Diviani, Putte, Giani, Weert,

برخوردارند. در مجموع، با بررسی‌های انجام شده، پژوهشی که به‌طور خاص رابطه دانش فن آورانه و سواد سلامت دیجیتال در دانشجویان بسنجد، مشاهده نشد. از این رو بر اساس خلأ پژوهشی موجود، این پژوهش بر آن است تا به بررسی رابطه دانش فن آورانه و سواد سلامت دیجیتال در دانشجویان بپردازد. نتایج این پژوهش می‌تواند به روشن شدن ابعادی منجر شود که دست اندرکاران حوزه تعلیم و تربیت را در مراکز اصلی آموزشی دانشگاه‌ها و خصوصاً دانشگاه فرهنگیان به منظور تصمیم‌گیری در مورد ایجاد بسترهای لازم برای ارتقاء سطح دانش فن آورانه‌ی دانشجویان و نیز ایجاد شرایط لازم برای بهره‌گیری آنان از این نوع فناوری‌ها، کمک نماید. از این رو سؤال و مسأله‌ی اصلی این پژوهش را این‌گونه می‌توان بیان نمود که آیا بین میزان دانش فن آورانه و سطح سواد سلامت دیجیتال دانشجویان رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد؟ بر این اساس و به منظور پاسخگویی به این نیاز پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه دانش فن آورانه و سواد سلامت دیجیتال در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان کرمانشاه انجام می‌شود.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمام دانشجویان دو مرکز دانشگاهی شهید صدوقی و شهید رجایی به تعداد ۱۷۰۰ نفر بودند. به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، تعداد ۲۷۶ نفر (۱۶۵ پسر و ۱۱۲ دختر) با استفاده از جدول مورگان به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، گذراندن حداقل یک ترم تحصیلی در نظر گرفته شد. ابزار اندازه‌گیری متغیرها در این مطالعه شامل دو پرسش‌نامه دانش فن آورانه و پرسش‌نامه سواد سلامت دیجیتال اروپا به شرح زیر بود.

- پرسش‌نامه محقق ساخته دانش فن آورانه: پرسش‌نامه‌ی تهیه شده دارای دو بخش می‌باشد. در بخش اول با توجه به تأکید پژوهش بر دانش فن آورانه‌ی آزمودنی‌ها در

بهره‌گیری از دنیای گسترده‌ی وب، ۵ سؤال به صورت دو گزینه‌ای «بله» و «خیر» ارائه گردیده است. بخش دوم پرسش‌نامه که حاوی ۱۷ سؤال در مقیاس ۵ سطحی از طیف لیکرت می‌باشد.

- پرسش‌نامه‌ی سواد سلامت دیجیتال اروپا: این پرسش‌نامه یک پرسش‌نامه‌ی ۳۶ سؤالی به زبان انگلیسی است که در سال ۲۰۱۴ و از سوی کمیته سواد سلامت دیجیتال اروپا ارائه گردیده است. که به زبان فارسی ترجمه گردید. این پرسش‌نامه میزان سواد سلامت افراد را در بخش کلی سواد سلامت دیجیتال و همچنین سه بخش اصلی سواد شامل سواد سلامت کلی، سواد سلامت درمان‌گرانه و سواد سلامت پیشگیرانه مورد ارزیابی قرار می‌دهد. روایی صوری و محتوایی با تأکید بر تخصص ۵ نفر از اساتید دانشگاه فرهنگیان برآورد گردید. پایایی پرسش‌نامه‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای دو پرسش‌نامه مذکور به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ تعیین گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز بر اساس آزمون تی تک‌نمونه‌ای، ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون چندمتغیره صورت گرفت.

یافته‌ها

فرضیه ۱: بین میزان دانش فن‌آورانه و سواد سلامت دیجیتال دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین دانش فن‌آورانه و سواد سلامت دیجیتال (کلی)

سواد سلامت دیجیتال		
۰/۴۴۷	ضریب همبستگی پیرسون	دانش فن‌آورانه
۰/۰۰۰	سطح معنی‌داری	
۲۷۶	تعداد	

همان‌طور که در جدول (۱) نشان داده شده است ضریب همبستگی بین دانش فن‌آورانه و میزان سواد سلامت دیجیتال، در محاسبه‌ی همبستگی پیرسون ($r=0/447$ و $Sig=0/000$)،

معنادار است. که این خود نشان دهنده‌ی همبستگی مثبت و مستقیم بین دو متغیر مورد بررسی است.

فرضیه ۲: بین میزان دانش فن آورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال در دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین دانش فن آورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال

توانایی بهره‌گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال		
۰/۴۹۴	ضریب همبستگی پیرسون	دانش فن آورانه
۰/۰۰۰	سطح معنی‌داری	
۲۷۶	تعداد	

همان‌طور که در جدول (۲) نشان داده شده است ضریب همبستگی بین دانش فن آورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال، در محاسبه‌ی همبستگی پیرسون ($r=0/494$ و $Sig=0/000$)، معنادار است. که این خود نشان دهنده‌ی همبستگی مثبت و مستقیم بین دو متغیر مورد بررسی است.

فرضیه ۳: بین میزان دانش فن آورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت‌بخشی به سلامت در دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین دانش فن آورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت‌بخشی به سلامت

توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت‌بخشی به سلامت		
۰/۳۴۵	ضریب همبستگی پیرسون	دانش فن آورانه
۰/۰۰۰	سطح معنی‌داری	
۲۷۶	تعداد	

همان طور که در جدول (۳) نشان داده شده است ضریب همبستگی بین دانش فن آورانه و توانایی بهره گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش های کیفیت بخشی به سلامت افراد آزمودنی، در محاسبه همبستگی پیرسون ($r=0/345$ و $Sig=0/000$) معنادار است. که این خود نشان دهنده همبستگی مثبت و مستقیم بین دو متغیر مورد بررسی است.

فرضیه ۴: بین میزان دانش فن آورانه و توانایی بهره گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری ها یا جراحات خاص در دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین دانش فن آورانه و توانایی بهره گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری ها یا جراحات خاص

توانایی بهره گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری ها یا جراحات خاص		
۰/۱۵۱	ضریب همبستگی پیرسون	دانش فن آورانه
۰/۰۱۲	سطح معنی داری	
۲۷۶	تعداد	

همان طور که در جدول (۴) نشان داده شده است که ضریب همبستگی بین دانش فن آورانه و توانایی بهره گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری ها یا جراحات خاص، در محاسبه همبستگی پیرسون ($r=0/151$ و $Sig=0/000$)، معنادار است. که این خود نشان دهنده همبستگی مثبت و مستقیم بین دو متغیر مورد بررسی است.

فرضیه ۵: بین میزان دانش فن آورانه و توانایی بهره گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک در دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۵. ضرایب همبستگی بین دانش فن آوران و توانایی بهره گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک

توانایی بهره گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک		
۰/۳۰۱	ضریب همبستگی پیرسون	دانش فن آوران
۰/۰۰۰	سطح معنی داری	
۲۷۶	تعداد	

همان طور که در جدول (۵) نشان داده شده است ضریب همبستگی بین دانش فن آوران و توانایی بهره گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک، در محاسبه‌ی همبستگی پیرسون ($r=0/301$ و $Sig=0/000$) معنادار است. که این خود نشان دهنده‌ی همبستگی مثبت و مستقیم بین دو متغیر مورد بررسی است.

فرضیه ۶: بین میزان دانش فن آوران و توانایی بهره گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی در دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۷. ضرایب همبستگی بین دانش فن آوران و توانایی بهره گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی

توانایی بهره گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی		
۰/۲۷۳	ضریب همبستگی پیرسون	دانش فن آوران
۰/۰۰۰	سطح معنی داری	
۲۷۶	تعداد	

نتایج جدول (۶) نشانگر این است که همبستگی بین دانش فن آوران و توانایی بهره گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی، در دو شیوه‌ی محاسبه‌ی همبستگی پیرسون ($r=0/273$) و $Sig=0/000$)، معنادار است. که این خود نشان دهنده‌ی همبستگی مثبت و مستقیم بین دو متغیر مورد بررسی است.

آزمون رگرسیون چندمتغیره

سواد سلامت دیجیتال

جدول ۷. خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی سواد سلامت دیجیتال

متغیر پیش‌بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی‌داری
گام آخر - مقدار ثابت	۰/۴۴۷	۰/۲۰۰	۶۸/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۴۲۹	۸/۰۴	۰/۰۰۰
دانش فن‌آورانه	۰/۴۷۱	۰/۲۲۲	۷/۶۲	۰/۰۰۶	-۰/۱۳۲	-۲/۴۷	۰/۰۱۴
رشته کارشناسی	۰/۴۸۵	۰/۲۳۵	۴/۸۲	۰/۰۲۹	۰/۱۲۹	۲/۴۱	۰/۰۱۶
ابزار دسترسی	۰/۴۹۹	۰/۲۴۹	۴/۸۴	۰/۰۲۹	-۰/۱۳۰	-۲/۴۲	۰/۰۱۶
اقامت	۰/۵۱۰	۰/۲۶۰	۴/۰۹	۰/۰۴۴	۰/۱۱۰	۲/۰۲	۰/۰۴۴
سن							

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره، با استفاده از روش گام به گام برای پیش‌بینی سواد سلامت دیجیتال بر اساس متغیرهای چندگانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش‌بین (دانش فن‌آورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیرهای دانش فن‌آورانه، رشته کارشناسی، ابزار دسترسی، وضعیت اقامت و سن در پیش‌بینی میزان سواد سلامت دیجیتال افراد به شکل کلی به ترتیب، ۰/۴۲۹، ۰/۱۳۲، ۰/۱۲۹، ۰/۱۳۰، و ۰/۱۱۰ است.

توانایی بهره‌گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال

جدول ۸. خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای توانایی بهره‌گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال

متغیر پیش‌بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی‌داری
گام آخر - مقدار ثابت	۰/۴۹۴	۰/۲۴۴	۸۸/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۴۹۴	۹/۳۹	۰/۰۰۰
دانش فن‌آورانه							

جدول ۹. خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت‌بخشی به سلامت

متغیر پیش‌بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی‌داری
گام آخر- مقدار ثابت							
دانش فن آورانه	۰/۳۴۵	۰/۱۱۹	۳۷/۰۶	۰/۰۰۰	۰/۳۱۶	۵/۶۵	۰/۰۰۰
سن	۰/۳۸۲	۰/۱۴۶	۸/۵۹	۰/۰۰۴	۰/۱۶۹	۳/۰۲	۰/۰۰۳
ابزار دسترسی	۰/۴۰۳	۰/۱۶۲	۵/۲۵	۰/۰۲۳	۰/۱۵۰	۲/۶۸	۰/۰۰۸
اقامت	۰/۴۲۴	۰/۱۸۰	۵/۹۳	۰/۰۱۶	-۰/۱۳۷	-۲/۴۳	۰/۰۱۶

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری، با استفاده از روش گام به گام برای پیش‌بینی توانایی بهره‌گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال بر اساس متغیرهای چندگانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش‌بین (دانش فن آورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیرهای دانش فن آورانه ۰/۴۹۴، است.

توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت‌بخشی به سلامت

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری، با استفاده از روش گام به گام برای پیش‌بینی توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت‌بخشی به سلامت بر اساس متغیرهای چندگانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش‌بین (دانش فن آورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیرهای دانش فن آورانه، سن، ابزار دسترسی، و وضعیت اقامت در پیش‌بینی میزان توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت‌بخشی به سلامت به ترتیب، ۰/۳۱۶، ۰/۱۶۹، ۰/۱۵۰، و ۰/۱۳۷- است.

توانایی بهره‌گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری‌ها یا جراحات خاص

جدول ۱۰. خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی توانایی بهره‌گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری‌ها یا جراحات خاص

متغیر پیش‌بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی‌داری
گام آخر - مقدار ثابت	۰/۱۵۱	۰/۰۲۳	۶/۳۷	۰/۰۱۲	۰/۱۴۰	۲/۳۵	۰/۰۲۰
دانش فن آورانه	۰/۲۰۰	۰/۰۴۰	۴/۸۷	۰/۰۲۸	-۰/۱۳۱	-۲/۲	۰/۰۲۸
اقامت							

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری، با استفاده از روش گام به گام برای پیش‌بینی توانایی بهره‌گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری‌ها یا جراحات خاص بر اساس متغیرهای چندگانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش‌بین (دانش فن آورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیرهای دانش فن آورانه، و وضعیت اقامت در پیش‌بینی میزان توانایی بهره‌گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری‌ها یا جراحات خاص به ترتیب، ۰/۱۴۰ و ۰/۱۳۱- است.

توانایی بهره‌گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتالی بعد از مراجعه به پزشک

جدول ۱۱. خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی توانایی بهره‌گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتالی بعد از مراجعه به پزشک

متغیر پیش‌بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی‌داری
گام آخر - مقدار ثابت	۰/۳۰۱	۰/۰۹۰	۲۷/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۳۰۱	۵/۲۲	۰/۰۰۰
دانش فن آورانه							

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری، با استفاده از روش گام به گام برای پیش‌بینی توانایی بهره‌گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتالی بعد از مراجعه به پزشک بر اساس متغیرهای

چندگانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش‌بین (دانش فن آورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیر دانش فن آورانه ۰/۳۰۱ است.

توانایی بهره‌گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی

جدول ۱۲: خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی توانایی بهره‌گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی

متغیر پیش‌بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی‌داری
گام آخر- مقدار ثابت دانش فن آورانه	۰/۲۷۳	۰/۰۷۵	۲۲/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۲۹۵	۵/۰۷	۰/۰۰۰
رشته کارشناسی	۰/۳۲۰	۰/۱۰۳	۸/۵۱	۰/۰۰۴	-۰/۱۹۳	-۳/۳۷	۰/۰۰۱
سواد پدر	۰/۳۶۳	۰/۱۳۲	۹/۲۷	۰/۰۰۳	۰/۱۷۵	۳/۰۴	۰/۰۰۳

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری، با استفاده از روش گام به گام برای پیش‌بینی توانایی بهره‌گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی بر اساس متغیرهای چندگانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش‌بین (دانش فن آورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیرهای دانش فن آورانه، رشته کارشناسی و سواد پدر، در پیش‌بینی میزان توانایی بهره‌گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی به ترتیب، ۰/۲۹۵، ۰/۱۹۳- و ۰/۱۷۵ است.

بحث و نتیجه‌گیری

سواد سلامت مسأله‌ای جهانی است و طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت، نقشی محوری در تعیین نابرابری‌های سلامت، چه در کشورهای غنی و چه در کشورهای ضعیف دارد. سواد سلامت نشان‌دهنده مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که انگیزه و توانایی لازم برای درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی را ایجاد می‌کند به گونه‌ای که فرد بتواند سلامت

مطلوب خود را حفظ کرده و ارتقاء دهد. بر اساس سازمان جهانی بهداشت به تازگی در گزارشی سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است. این سازمان همچنین در کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت در مکزیک، سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی معرفی نمود که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات می‌باشد به گونه‌ای که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها می‌شود (کوشیار، شوروژی، دلبر و حسینی، ۱۳۹۲). به منظور تعیین رابطه دانش فن آورانه و سواد سلامت دیجیتال، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه دانش فن آورانه و سواد سلامت دیجیتال در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان کرمانشاه در دو مرکز دانشگاهی شهید صدوقی و شهید رجائی صورت گرفت. بررسی فرض کلی پژوهش بیانگر آن بود که دانش فن آورانه افراد به شکل معناداری دارای همبستگی مستقیم و مثبت با سواد سلامت دیجیتال افراد است این موضوع در بررسی فرضیات جزئی نیز تأیید گردید. از جمله پژوهش‌های همسو با این مطالعه به پژوهش طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶، نکویی مقدم و دیگران (۱۳۹۰)، خسروی و دیگران (۱۳۹۲)، رئیسی و همکاران (۱۳۹۰)، لاستریا و کافمن، ۲۰۱۱، (ایسن بچ و همکاران، ۲۰۰۲، کانست و همکاران، ۲۰۰۲)، اشاره نمود. همچنین نتایج حاصل با نتایج پژوهش بیکر و همکاران (۲۰۰۳) که نشان داد استفاده از اینترنت و توانایی افراد در بهره‌گیری از اینترنت بر تصمیم‌گیری آنان در مورد سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی مؤثر است، همسو است.

نتایج این مطالعه با نتایج موشر و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی ندارد، نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد بین سواد سلامت و دانش فناوری و آگاهی از داروها ارتباط معنی‌دار وجود دارد ولی بین سواد سلامت و تبعیت دارویی از لحاظ آماری ارتباط معنی‌دار دیده نشد. یکی از علل تفاوت بین مطالعه موشر با مطالعه حاضر ممکن است، به دلیل تفاوت در ابزار مورد استفاده جهت سنجش سواد سلامت استفاده شده و سال انجام پژوهش باشد که امروزه با گسترش فناوری و اطلاعات علم بشر هر سال نسبت به سال قبل پیشرفت می‌کند.

بر اساس آنچه تاکنون گفته شد، ضروری است که راه‌های ارتقاء سطح سواد سلامت آحاد گوناگون جوامع مورد بررسی قرار گیرد. این موضوع با توجه به تغییر مسیر دریافت اطلاعات در دنیای جدید با گسترش فناوری‌های اطلاعاتی، شیوه‌های بررسی را نیز تغییر داده است. چرا که امروزه و با رشد سریع انواع تکنولوژی‌های نوین تحت عنوان کلی فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی، معنی سواد تغییر یافته است و شیوه‌های آموزش و ارائه نیز تغییر کرده است و بسیاری از روش‌های آموزشی خودگردان گردیده است. از این روست که افراد با داشتن دانش استفاده از این فناوری‌ها به راحتی می‌توانند منابع اطلاعاتی مورد نیاز خود را جستجو نموده و جواب تمام سؤالات خود را بیابند. همان‌طور که ملاحظه می‌شود سواد سلامت بر جنبه‌های مختلف زندگی تأثیر بسزایی دارد. بنابراین طیف وسیع سواد سلامت ناکافی هشدار برای مسئولین، سیاست‌گزاران بخش سلامت و متولیان امر سلامت محسوب می‌شود. این مسأله لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای سلامت را بهبود می‌رساند. در واقع به منظور افزایش سطح سواد سلامت افراد جامعه نه تنها استفاده از مواد آموزشی بلکه ساده کردن اطلاعات و استفاده از مواد آموزشی ساده و قابل فهم می‌تواند کمک کننده باشد، بلکه استفاده از راهبردهای ارتباطی و کمک گرفتن از متخصصان آموزشی به منظور برنامه‌ریزی و و طراحی برنامه‌های آموزشی مفید در این زمینه متناسب با گروه‌های هدف نیز مؤثر می‌باشد تا با در نظر گرفتن سطح توانایی‌ها و مهارت‌های افراد، بهترین رویکردهای آموزشی را انتخاب نموده و برای توسعه مهارت‌های سواد سلامت در جامعه گامی مؤثر برداشت.

منابع

- افشاری، مریم و دیگران، (۱۳۹۳). «بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهرستان تویسرکان»، *مجله آموزش و سلامت جامعه*، دوره ۱، شماره ۲، صص ۴۸-۵۵.
- خسروی، عبدالرسول و دیگران، (۱۳۹۲). «سنجش تناسب سطح سواد سلامت و میزان خوانایی منابع آموزشی در دسترس بیماران دیابتی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز»، *مجله کتابداری و اطلاع رسانی*، ۱۶ (۳): صص ۳۹-۵۹.
- رئیزی، مهنوش و دیگران، (۱۳۹۰). «رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان»، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، سال ۷، شماره ۴، صص ۴۸۰-۴۶۹.
- سیدالشهدایی، مهناز و دیگران، (۱۳۹۴). «بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲»، *نشریه پژوهش پرستاری*، دوره ۱۰، شماره ۴، صص ۴۳-۵۱.
- طهرانی بنی هاشمی، سیدآرش و دیگران، (۱۳۸۶). «سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن»، *مجله گام‌های توسعه در آموزش پزشکی*، دوره چهارم، شماره ۱، صص ۹-۱.
- قنبری، شهلا و دیگران، (۱۳۹۰). «بررسی سواد سلامت زنان باردار زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی». *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد*، سال نوزدهم، شماره ۹۷، صص ۱-۱۳.
- کوشیار، هادی و دیگران، (۱۳۹۲). *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۲۳، ویژه‌نامه ۱، صص ۱۴۱-۱۳۴.

محمودی، حسن و ابوالفضل طاهری، (۱۳۹۴). «بررسی رابطه بین سواد اطلاعاتی و سواد سلامت در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد»، *مجله تعامل انسان و اطلاعات*، جلد ۳، شماره ۲، صص ۴۱-۳۰.

میرزاده، عظیم، (۱۳۸۹). «مقایسه دیدگاه بیماران و اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی بابل در خصوص بیمار محوری در ارتباط پزشکی و بیمار»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، سال ۱۲، شماره ۱، صص

نکویی مقدم، محمود و دیگران، (۱۳۹۱). «سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان»، *فصلنامه دانشکده بهداشت یزد*، سال ۱۱، شماره ۴، صص ۱۲۳-۱۳۴.

Baker, L., Wagner, T. H., Singer, S, & Bundorf, M. K. (2003). Use of the Internet and E-mail for Health Care Information. *The Journal of the American Medical Association*. 289 (18) , P 2400-06. http://ser.cies.iscte.pt/index_ficheiros/Baker.pdf

Diviani, N.; Putte, B.; Giani, S.; Weert, J. (2015). Low Health Literacy and Evaluation of Online Health Information: A Systematic Review of the Literature. *J Med Internet Res*, 17 (5): e112. doi: 10.2196/jmir.4018.

European citizens' digital health literacy. (2014). Flash Euro barometer 404 "European citizens' digital health literacy". http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_404_en.pdf

Ferguson, L. A. & Pawlak, R. (2011). Health literacy: the road to improved health outcomes. *The Journal for Nurse Practitioners, Volume 7, Issue 2, Pages 123-129*.

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The health literacy of American adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy , (NCES 2006-483) Washington, DC: U. S. Department of Education. National Center for Education Statistics.

Lorence, D. P., Park, H. (2006). New technology and old habits: The role of age as a technology chasm. *Technology and Health Care*. 14 (2) , P 91-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16720952>

Lustria, M. L. & Kaufman, D. (2011). Effects of a Health Literacy Intervention for Older Adults. *J Med Internet Res*, 13 (4) , e90. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222191/>

- Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. (2012). Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *J Health Common* 2012; 17 (Suppl 3): 241-251.
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259–268.
- Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Oxford Journals Medicine Health Promotion International*, Volume 15, Issue 4, page 277-283. Available online at: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/4/277.full>
- Parker, R. & Ratzan, SC. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of health communication*, 15 (S2) , 20-33.
- Shieh, C. & Halstead. J. A. (2009). Understanding the impact of health literacy on women's health. *JOGNN*, (38) , p 601-612. Available at: <http://jognn.awhonn.org>
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simon sick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B, & Satterfield, S. et al. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatric Society*. 54 (5) , P 770–776.
- World Health Organization. (1998). Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health promotion glossary. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2010). Health literacy and health behavior. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.