

بررسی رابطه دانش فناورانه 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 فناورانه 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 فناورانه و سواد سلامت دیجیتال اروپا بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز بر اساس آزمون تی تک نمونه‌ای، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره صورت گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد: ضریب همبستگی بین دانش فناورانه و میزان سواد سلامت دیجیتال افراد آزمودنی، به شیوه محاسبه همبستگی پیرسون ($r=0/447$ و $Sig=0/000$)، دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال ($r=0/494$ و $Sig=0/000$)، دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت بخشی به سلامت افراد ($r=0/345$ و $Sig=0/000$)، دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری‌ها یا جراحات خاص ($r=0/151$ و $Sig=0/000$)، دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک ($r=0/301$ و $Sig=0/000$)، دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی ($r=0/273$ و $Sig=0/000$)، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره، 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 فناورانه پیش‌بین خوبی برای میزان سواد سلامت دیجیتال افراد مورد مطالعه است.

کلید واژه‌ها: دانش فناورانه، 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 نشان دهنده 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 قلعه نویی، 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، حسن، ۱۳۹۳). هم‌اکنون 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 بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است. این سازمان همچنین در کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت در مکزیک، سواد

^۱ - Health Literacy

^۲ The world health organization

^۳ Lorence & park

سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی معرفی نمود که تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات می باشد به گونه ای که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آنها می شود (کوشیار، شوروژی، دلبر و حسینی، ۱۳۹۲).

ولی با این حال بررسی های مختلف طیف گسترده ای از سواد سلامت ناکافی را در کشورهای مختلف نشان می دهد. از جمله طهرانی بنی هاشمی، امیرخانی، حق دوست، علویان، (۱۳۸۶) در مطالعه ای نشان دادند که به طور کلی سطح سواد سلامت در ایران پایین است و سطح تحصیلات، قوی ترین 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 نموده اند. 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 پیام ها و توصیه های بهداشتی برای افراد جامعه ی مورد مطالعه، دانسته اند. نتایج مطالعه رئیسی، مصطفوی، حسن زاده، شریفی راد (۱۳۹۰) نشان دادند سطح سواد سلامت سالمندان بسیار ناکافی است. از دیدگاه آنان تدوین برنامه های جامع، ایجاد رسانه ها و مواد آموزشی ساده و قابل فهم و همچنین مداخلات آموزشی کارآمد باعث توسعه سواد سلامت می شود.

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 محدودیت هایی 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

^۱ Shieh, C. & Halstead National assessment of adult literacy (NAAL)

(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 طولانی تر فقط در صورت واضح بودن متن، می‌توانند اطلاعات را بیابند (شیه و هالستد^۱، ۲۰۰۹). سواد سلامت زمینه ساز دسترسی افراد به بهداشت و مراقبت های بهداشتی است. چنانچه نتایج مطالعه ساودور، محتا، سایمن سیک، هاریس، نومن و ساترفیلد^۲، (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 مراقبت های بهداشتی دارند (ساودور و همکاران، ۲۰۰۶). پارکر^۳ (۲۰۰۰) معتقد است سواد سلامت رابطه مستقیم با سواد اطلاعاتی فرد دارد. بنابراین تعجب آور نیست که سواد پایین در یک جمعیت، به صورت مستقیم و غیر مستقیم با بازده ضعیف سلامت مرتبط می باشد، همچنان که نتایج به دست آمده از کشور های در حال توسعه، رابطه بین سطح سواد پایین و کاهش استفاده از خدمات و اطلاعات موجود بهداشتی را نشان می دهد (ناتیم^۴، ۲۰۰۸). در این زمینه نتایج برخی از پژوهش های انجام شده در زمینه بررسی کیفیت اطلاعات سواد سلامت در وب نشان دادند که این اطلاعات وضعیت مطلوبی ندارند (کانتز و همکاران^۵، ۲۰۰۶). همچنین، دیویانی و همکاران^۶ (۲۰۱۵) به مرور نظام مند 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 برخوردارند. در مجموع، با بررسی های انجام شده، پژوهشی که به طور خاص رابطه دانش فناورانه 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 فناورانه و سواد سلامت دیجیتال در دانشجویان بپردازد. نتایج این پژوهش می تواند به روشن شدن ابعادی منجر شود که دست اندر کاران حوزه تعلیم و تربیت را در مراکز اصلی آموزشی دانشگاه ها و خصوصاً دانشگاه فرهنگیان به منظور تصمیم گیری در مورد ایجاد

^۱ Shieh, C. & Halstead

^۲ Sudore, Mehta, Simonsick, Harris, Newman, Satterfield

^۳ Parker

^۴ Nutbeam

^۵ Kutner, Greenberg, Jin,., Paulsen

^۶ Diviani,.; Putte,.; Giani,.; Weert,

بسترهای لازم برای ارتقاء سطح دانش فناورانه ی دانشجویان و نیز ایجاد شرایط لازم برای بهره گیری آنان از این نوع فناوری ها، کمک نماید. از این رو سؤال و مسأله ی اصلی این پژوهش را این گونه می توان بیان نمود که آیا بین میزان دانش فناورانه و سطح سواد سلامت دیجیتال دانشجویان رابطه ی معنی داری وجود دارد؟ بر این اساس و به منظور پاسخگویی به این نیاز پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه دانش فناورانه و سواد سلامت دیجیتال در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان کرمانشاه انجام می شود.

روش شناسی 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 نمونه گیری تصادفی طبقه ای، 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 اندازه گیری متغیرها در این مطالعه شامل دو پرسشنامه دانش فناورانه و پرسشنامه سواد سلامت دیجیتال اروپا به شرح زیر بود. - پرسشنامه محقق ساخته دانش فناورانه: پرسشنامه ی تهیه شده دارای دو بخش می باشد. در بخش اول با توجه به تأکید پژوهش بر دانش فناورانه ی آزمودنی ها در بهره گیری از دنیای گسترده ی وب، ۵ سؤال به صورت دو گزینه ای «بله» و «خیر» ارائه گردیده است. بخش دوم پرسشنامه که حاوی ۱۷ سؤال در مقیاس ۵ سطحی از طیف لیکرت می باشد.

- پرسشنامه ی سواد سلامت دیجیتال اروپا: این پرسشنامه یک پرسشنامه ی 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 می دهد. روایی صوری و محتوایی با تأکید بر تخصص ۵ نفر از اساتید دانشگاه فرهنگیان برآورد گردید. پایایی پرسشنامه ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای دو پرسشنامه مذکور به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ تعیین گردید. تجزیه

و تحلیل داده ها نیز بر اساس آزمون تی تک نمونه ای، ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون چند متغیره صورت گرفت.

یافته ها:

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

جدول ۱: ضرایب همبستگی بین دانش فناورانه و سواد سلامت دیجیتال (کلی)

سواد سلامت دیجیتال		دانش فناورانه
۰/۴۴۷	ضریب همبستگی پیرسون	
۰/۰۰۰	سطح معنی داری	
۲۷۶	تعداد	

همان طور که در جدول (۱) نشان داده شده است ضریب همبستگی بین دانش فناورانه و میزان سواد سلامت دیجیتال، در محاسبه ی همبستگی پیرسون ($r=0/447$ و $Sig=0/000$)، معنادار است. که این خود نشان دهنده ی همبستگی مثبت و مستقیم بین دو متغیر مورد بررسی است.

فرضیه ۲: بین میزان دانش فناورانه و توانایی بهره گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال در

دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال

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

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

فرضیه ۳: بین میزان دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت بخشی به سلامت در دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی بین دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت بخشی به سلامت

توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت بخشی به سلامت		
۰/۳۴۵	ضریب همبستگی پیرسون	دانش فناورانه
۰/۰۰۰	سطح معنی داری	
۲۷۶	تعداد	

همان‌طور که در جدول (۳) نشان داده شده است ضریب همبستگی بین دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش‌های کیفیت بخشی به سلامت افراد آزمودنی، در محاسبه همبستگی پیرسون ($r=0/345$ و $Sig=0/000$) معنادار است. که این خود نشان‌دهنده همبستگی مثبت و مستقیم بین دو متغیر مورد بررسی است.

فرضیه ۴: بین میزان دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری‌ها یا جراحات خاص در دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۴: ضرایب همبستگی بین دانش فناورانه 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	دانش فناورانه	
۰/۱۵۱	ضریب همبستگی پیرسون	دانش فناورانه
۰/۰۱۲	سطح معنی داری	
۲۷۶	تعداد	

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

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

جدول ۵: ضرایب همبستگی بین دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک

توانایی بهره‌گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک		
۰/۳۰۱	ضریب همبستگی پیرسون	دانش فناورانه
۰/۰۰۰	سطح معنی‌داری	
۲۷۶	تعداد	

همان‌طور که در جدول (۵) نشان داده شده است ضریب همبستگی بین دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری 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 نشان‌دهنده‌ی همبستگی مثبت و مستقیم بین دو متغیر مورد بررسی است.

فرضیه ۶: بین میزان دانش فناورانه و توانایی بهره‌گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی در دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۷: ضرایب همبستگی بین دانش فناورانه و توانایی بهره گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی

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

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

آزمون رگرسیون چند متغیره:

سواد سلامت دیجیتال

جدول ۷: خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش بینی سواد سلامت دیجیتال

متغیر پیش بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی داری
گام آخر - مقدار ثابت							
دانش فناوریانه	۰/۴۴۷	۰/۲۰۰	۶۸/۵۲	۱/۰۰۰	۰/۴۲۹	۸/۰۴	۰/۰۰۰
رشته کارشناسی	۰/۴۷۱	۰/۲۲۲	۷/۶۲	۰/۰۰۶	-۰/۱۳۲	-۲/۴۷	۰/۰۱۴
ابزار دسترسی	۰/۴۸۵	۰/۲۳۵	۴/۸۲	۰/۰۲۹	۰/۱۲۹	۲/۴۱	۰/۰۱۶
اقامت	۰/۴۹۹	۰/۲۴۹	۴/۸۴	۰/۰۲۹	-۰/۱۳۰	-۲/۴۲	۰/۰۱۶
سن	۰/۵۱۰	۰/۲۶۰	۴/۰۹	۰/۰۴۴	۰/۱۱۰	۲/۰۲	۰/۰۴۴

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

- توانایی بهره گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال

جدول ۸: خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای توانایی بهره گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال

متغیر پیش بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی داری
گام آخر - مقدار ثابت							
دانش فناورانه	۰/۴۹۴	۰/۲۴۴	۸۸/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۴۹۴	۹/۳۹	۰/۰۰۰

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری، با استفاده از روش گام به گام برای پیش بینی توانایی بهره گیری از اطلاعات سلامتی دیجیتال بر اساس متغیرهای چند گانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش بین (دانش فناورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیرهای دانش فناورانه ۰/۴۹۴، است.

- توانایی بهره گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش های کیفیت بخشی به سلامت

جدول ۹ خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش بینی توانایی بهره گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش های کیفیت بخشی به سلامت

متغیر پیش بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی داری
گام آخر - مقدار ثابت							
دانش فناورانه	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 چند متغیری، با استفاده از روش گام به گام برای پیش بینی توانایی بهره گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش های کیفیت بخشی به سلامت بر اساس متغیرهای چند گانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش بین (دانش فناورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیرهای دانش فناورانه، سن، ابزار دسترسی، و وضعیت اقامت در پیش بینی میزان توانایی بهره گیری از اطلاعات عمومی مرتبط با روش های کیفیت بخشی به سلامت به ترتیب، ۰/۳۱۶، ۰/۱۶۹، ۰/۱۵۰، و ۰/۱۳۷- است.

- توانایی بهره گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری ها یا جراحات خاص

جدول ۱۰: خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش بینی توانایی بهره گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری ها یا جراحات خاص

متغیر پیش بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی داری
گام آخر - مقدار ثابت							
دانش فناورانه	۰/۱۵۱	۰/۰۲۳	۶/۳۷	۰/۰۱۲	۰/۱۴۰	۲/۳۵	۰/۰۲۰
اقامت	۰/۲۰۰	۰/۰۴۰	۴/۸۷	۰/۰۲۸	-۰/۱۳۱	-۲/۲	۰/۰۲۸

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری، با استفاده از روش گام به گام برای پیش بینی توانایی بهره گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری ها یا جراحات خاص بر اساس متغیرهای چند گانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش بین (دانش فناورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیرهای دانش فناورانه، و وضعیت اقامت در پیش بینی میزان توانایی بهره گیری از اطلاعات مرتبط با بیماری ها یا جراحات خاص به ترتیب، ۰/۱۴۰ و ۰/۱۳۱- است.

- توانایی بهره گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک

جدول ۱۱. خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش بینی توانایی بهره گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک

متغیر پیش بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی داری
گام آخر - مقدار ثابت							
دانش فناورانه	۰/۳۰۱	۰/۰۹۰	۲۷/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۳۰۱	۵/۲۲	۰/۰۰۰

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری، با استفاده از روش گام به گام برای پیش بینی توانایی بهره گیری از اطلاعات تکمیلی دیجیتال بعد از مراجعه به پزشک بر اساس متغیرهای چند گانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش بین (دانش فناورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیر دانش فناورانه ۰/۳۰۱ است.

- توانایی بهره گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری، با استفاده از روش گام به گام برای پیش بینی توانایی بهره گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی بر اساس متغیرهای چند گانه نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش بین (دانش فناورانه، رشته کارشناسی، رشته دیپلم، سن، محل زندگی، ابزار دسترسی به اینترنت، وضعیت اقامت، سواد پدر و سواد مادر)، سهم متغیرهای دانش فناورانه، رشته کارشناسی و سواد پدر، در پیش بینی میزان توانایی بهره گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی به ترتیب، ۰/۲۹۵، ۰/۱۹۳ و ۰/۱۷۵ است.

جدول ۱۲: خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش بینی توانایی بهره گیری از اطلاعات معالجاتی درمانی دارویی

متغیر پیش بین	همبستگی	ضریب تعیین	مقدار F	معناداری	ضرایب Beta	مقدار t	سطح معنی داری
گام آخر - مقدار ثابت							
دانش فناورانه	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

بحث و نتیجه گیری

سواد سلامت مسأله ای جهانی است و طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت، نقشی محوری در تعیین نابرابری های سلامت، چه در کشورهای غنی و چه در کشورهای ضعیف دارد. سواد سلامت نشان دهنده مهارت های شناختی و اجتماعی است که انگیزه و توانایی لازم برای درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی را ایجاد می کند به گونه ای 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 تعیین کننده های امر سلامت معرفی نموده است. این سازمان همچنین در کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت در مکزیک، سواد سلامت را به صورت مهارت های شناختی و اجتماعی معرفی نمود که تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات می باشد به گونه ای که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آنها می شود (کوشیار، شوروزی، دلبر و حسینی، ۱۳۹۲). به منظور تعیین رابطه دانش فناورانه و سواد سلامت دیجیتال، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه دانش فناورانه 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 فناورانه 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 بنی هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶، نکویی مقدم و دیگران (۱۳۹۰)، خسروی و دیگران (۱۳۹۲)، رئیسی و همکاران (۱۳۹۰)، لاستریا و کافمن، ۲۰۱۱، (ایسن بیج 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، سیاست‌گذاران 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 می تواند کمک کننده باشد، بلکه استفاده از راهبردهای ارتباطی و کمک گرفتن از متخصصان آموزشی به منظور برنامه ریزی و طراحی برنامه های آموزشی مفید در این زمینه متناسب با گروه های هدف نیز مؤثر می باشد تا با در نظر گرفتن سطح توانایی ها و مهارت های افراد، بهترین رویکردهای آموزشی را انتخاب نموده و برای توسعه مهارت های سواد سلامت در جامعه گامی مؤثر برداشت.

فهرست منابع

۱. افشاری، مریم؛ خزایی، سلمان؛ بهرامی، معصومه و مراتی، حسن. (۱۳۹۳). بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهرستان تویسرکان. **مجله آموزش و سلامت جامعه، دوره ۱، شماره ۲، ص ۴۸-۵۵.**
۲. خسروی، عبدالرسول؛ احمدزاده، خدیجه؛ ارسطوپور، شعله؛ طهماسبی، رحیم (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.**
۳. رئیس، مهنوش، مصطفوی، فیروزه؛ حسن زاده، اکبر؛ شریفی راد، غلامرضا (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.**
۴. سیدالشهدایی، مهناز، برسته، سلمان، جلالی نیا، سیده فاطمه، اقبالی، محمد و نظامی قلعه نویی، محسن. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، **نشریه پژوهش پرستاری، دوره ۱۰، شماره ۴، صص ۵۱-۴۳.**
۵. طهرانی بنی هاشمی سیدآرش، امیرخانی محمدامیر، حق دوست علی اکبر، علویان سیدموید. (۱۳۸۶). سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. **مجله گام های توسعه در آموزش پزشکی. دوره چهارم، شماره ۱. صص ۹-۱.**

۶. قنبری، شهلا؛ مجلسی، فرشته؛ غفاری، محتشم و محمودی مجدآبادی، محمود. (۱۳۹۰). بررسی سواد سلامت زنان باردار زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. **دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد، سال نوزدهم، شماره ۹۷، ص ۱-۱۳.**
۷. کوشیار، هادی، شوروزی، مریم، دلبر، زهرا، حسینی، مسعود. (۱۳۹۲). **مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۳، ویژه نامه ۱، صص ۱۴۱-۱۳۴.**
۸. محمودی، حسن، طاهری، ابوالفضل (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 ۳۰-۴۱.**
۹. میرزاده، عظیم (۱۳۸۹). مقایسه دیدگاه بیماران و اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی بابل در خصوص بیمار محوری در ارتباط پزشک و بیمار. **مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال ۱۲، شماره ۱، صص**
۱۰. نکویی مقدم، محمود؛ پروا، سحر؛ امیراسماعیلی، محمدرضا، بانسی، محمدرضا (۱۳۹۱). سواد سلامت و بهره گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان، ۱۳۹۰، **فصلنامه دانشکده بهداشت یزد، سال ۱۱، شماره ۴، صص ۱۳۴-۱۲۳.**

۱۱ --Baker, L., Wagner, T. H., Singer, S, & Bundorf, M. K. (۲۰۰۳). Use of the Internet and E-mail for Health Care Information. *The Journal of the American Medical Association*. ۲۸۹(۱۸), P ۲۴۰۰-۰۶.
http://ser.cies.iscte.pt/index_ficheiros/Baker.pdf

۱۲-Diviani, N.; Putte, B.; Giani, S.; Weert, J. (۲۰۱۵). Low Health Literacy and Evaluation of Online Health Information: A Systematic Review of the Literature. *J Med Internet Res*, ۱۷(۵): e۱۱۲. doi: ۱۰.۲۱۹۶/jmir.۴۰۱۸.

۱۳- European citizens' digital health literacy. (۲۰۱۴). **Flash Euro barometer ۴۰۴** “European citizens' digital health literacy”.
http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_۴۰۴_en.pdf

۱۴- Ferguson, L. A. & Pawlak, R. (۲۰۱۱). Health literacy: the road to improved health outcomes. *The Journal for Nurse Practitioners, Volume ۷, Issue ۲, Pages ۱۲۳-۱۲۹.*

۱۵- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (۲۰۰۶). **The health literacy of American adults: Results from the ۲۰۰۳ National Assessment of Adult Literacy** ,(NCES ۲۰۰۶-۴۸۳) Washington, DC: U. S. Department of Education. National Center for Education Statistics.

۱۶- Lorence, D. P., Park, H. (۲۰۰۶). New technology and old habits: The role of age as a technology chasm. *Technology and Health Care. ۱۴(۲), P ۹۱- ۷.*
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/۱۶۷۲۰۹۵۲>

۱۷- Lustria, M. L. & Kaufman, D. (۲۰۱۱). Effects of ane Health Literacy Intervention for Older Adults. *J Med Internet Res, ۱۳(۴), e ۹۰.*
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC۳۲۲۲۱۹۱/>

۱۸- Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ.(۲۰۱۲). Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *J Health Common ۲۰۱۲; ۱۷(Suppl ۳): ۲۴۱- ۲۵۱.*

۱۹- Nutbeam, D. (۲۰۰۰) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the ۲۱st century. *Health Promotion International, ۱۵, ۲۵۹- ۲۶۸.*

- ۲۰- Parker, R. (۲۰۰۰). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Oxford Journals Medicine Health Promotion International, Volume ۱۰, Issue ۴*, page ۲۷۷-۲۸۳. Available online at : <http://heapro.oxfordjournals.org/content/۱۰/۴/۲۷۷.full>
- ۲۱- Parker, R. & Ratzan, SC. (۲۰۱۰). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of health communication, ۱۰(S ۲)*, ۲۰- ۳۳.
- ۲۲- Shieh, C. & Halstead. J. A. (۲۰۰۹). Understanding the impact of health literacy on women's health. *JOGNN, (۳۸)*, p ۶۰۱- ۶۱۲. Available at: <http://jognn.awhonn.org>
- ۲۳- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simon sick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B, & Satterfield, S. et al. (۲۰۰۶). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatric Society. ۵۴(۵)*, P ۷۷۰- ۷۷۶.
- ۲۴- World Health Organization. (۱۹۹۸). **Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit.** Health promotion glossary. Geneva: Author.
- ۲۵-World Health Organization. (۲۰۱۰). **Health literacy and health behavior.** <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/۷gchp/track۷/en/>.