

شناسایی مؤلفه‌های سواد سلامت در کاربران کتابخانه‌های دانشگاهی

هدی خداشناس: کارشناس ارشد مطالعات آرشیوی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
محمد رضا اسمعیلی گیوی: استادیار مدیریت سیستم‌ها (گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی)، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
***زیبیده خداشناس:** کارشناس ارشد علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
Khodashenas.nasim@gmail.com

چکیده

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۰۶
پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۴

هدف: هدف این پژوهش شناسایی مؤلفه‌های سواد سلامت در کاربران کتابخانه‌های دانشگاهی (دانشگاه تهران) است.
روش: این پژوهش بر مبنای هدف از نوع کاربردی است و بر حسب روش و چگونگی به دست آوردن داده‌های مورد نیاز، از نوع پژوهش آمیخته (کیفی-کمی) است. جامعه آماری این پژوهش در بخش کیفی افرادی هستند که در زمینه سواد سلامت سابقه مطالعه و پژوهش داشته‌اند و در بخش کمی کاربران (دانشجویان) کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه تهران هستند. برای مطالعه جامعه پژوهش از پرسشنامه محقق ساخته سواد سلامت استفاده شد. پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ به دست آمد.
یافته‌ها: از میان مؤلفه‌های سواد سلامت در کاربران کتابخانه‌های دانشگاهی، مؤلفه درک اطلاعات سلامت در سطح مطلوب، و سایر مؤلفه‌های مورد بررسی در سطح نسبتاً مطلوب قرار دارند. بین مهارت‌های سواد سلامت با سطح تحصیلات، دانشکده، جنسیت و سن رابطه معناداری وجود ندارد؛ اما بین درآمد و مهارت‌های سواد سلامت تفاوت معناداری وجود دارد.
نتیجه‌گیری: سنجش سواد سلامت به صورت کاربردی و اعمال نتایج حاصل در این جامعه و جوامع آماری دیگر لازم و ضروری است. با به کارگیری برنامه‌هایی جهت ارتقای سواد سلامت این جامعه آماری که از ارکان اصلی جامعه هستند می‌توان سطح سواد سلامت جامعه را به میزان بسیار زیادی افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: سواد، سواد سلامت، دانشجویان، کاربران کتابخانه‌های دانشگاهی.

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله

APA: KHodashenas, H., Esmaili Givi, M., KHodashenas, z., (2021). To identify the components of health literacy among university libraries users. *Human Information Interaction*, 8(3);74-87. (Persian)

Vancouver: : KHodashenas H, Esmaili Givi, M., KHodashenas z. To identify the components of health literacy among university libraries users. *Human Information Interaction*. 2021;8(3):74-87. (Persian)



انتشار مجله تعامل انسان و اطلاعات با حمایت مالی دانشگاه فوارزمی انجام می‌شود.
انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 3.0** صورت گرفته است.

Identifying the Components of Health Literacy Amongst University Library Users

Hoda Khodashenas: : Master degree of Archival studies, Faculty of Psychology and Education ,University of Alzahra, Tehran, Iran.

Mohammadreza Esmaeili Givi: : Assistant professor of Systems Management, Faculty of Management ,University of Tehran, Tehran, Iran.

***Zobeideh Khodashenas:** Master degree of Knowledge and Information science, Faculty of Management ,University of Tehran, Tehran, Iran. (Corresponding author) khodashenas.nasim@gmail.com

Received: 28/08/2021

Accepted: 26/10/2021

Abstract

Background and Aim: The purpose is to identify the components of health literacy amongst University library users.

Methodology: This purpose-based research is a qualitative-quantitative survey study. The qualitative part concentrates on the individuals with background in health literacy and research. In the quantitative part students at the libraries of the University of Tehran were surveyed. The research instrument was a structural questionnaire on health literacy of individuals in the community. Reliability of more than 0.7 was obtained via Cronbach's alpha

Findings: It is important to mention that understanding health information stood at the desirable level and other components stood at a comparatively appropriate stage among the elements of health literacy of users at the University Library of Tehran. Although there is a significant relationship between health literacy skills with income, there is no significant relationship among gender, age, faculty, and level of education with health literacy skills.

Conclusion: It is necessary to measure health literacy practically and apply the results in the community and other comparable communities. The level of health literacy could increase considerably by using programs to promote the health literacy of the community.

Keywords: Literacy, Health Literacy, Students, the Users of University Libraries of Tehran.

Conflicts of Interest: None

Funding: None.

How to cite this article

APA: KHodashenas, H., Esmaeili Givi, M., KHodashenas, z., (2021). To identify the components of health literacy among university libraries users. *Human Information Interaction*, 8(3);74-87. (Persian)

Vancouver: : KHodashenas H, Esmaeili Givi, M., KHodashenas z. To identify the components of health literacy among university libraries users. *Human Information Interaction*. 2021;8(3):74-87. (Persian)



مقدمه

بسیاری از صاحب‌نظران اعتقاد دارند که امروزه سطح سواد سلامت هر جامعه یکی از شاخص‌های مهم و اساسی در ارتقای سلامت آن جامعه است. چرا که به دنبال آن، حس مسئولیت‌پذیری آن جامعه نیز افزایش می‌یابد. ارتقاء سلامت به معنی توانمندسازی مردم در شناخت و کنترل عوامل مؤثر بر سلامت خود و جامعه و در نهایت افزایش سطح سواد سلامت است. سواد سلامت به عنوان دانش، توانایی‌ها و شایستگی‌های لازم برای پاسخگویی به موضوعات چالش برانگیز بهداشتی ناشی از جوامع و جوامع بهم پیوسته در نظر گرفته می‌شود (پوپولا^۱، ۲۰۱۹).

سواد سلامت، توانایی مردم در شناخت عوامل تهدیدکننده سلامت خود، آگاهی از شیوه و سبک صحیح زندگی و شناخت روش‌هایی است که به وسیله آن‌ها بتوانند سلامت خود را تأمین، حفظ و ارتقاء بخشند (خسروی، ۱۳۹۳).

انجام این امور با داشتن سواد امکان پذیر است. افراد دارای سواد اطلاعاتی، بهتر و راحت‌تر می‌توانند نیازهای خود در زمینه‌های خود مراقبتی را درک کنند و برای گرفتن تصمیم صحیح در زمینه سلامت از مهارت‌های سواد خود استفاده نمایند.

افراد دارای سواد سلامت پایین، در اجرای وظایفی که دیگران به راحتی آن‌ها را انجام می‌دهند، غالباً با مشکل مواجه می‌شوند. احتمال کمتری وجود دارد که این افراد آسیب‌پذیر نحوه دسترسی به اطلاعات بهداشتی را بدانند، زمانی که به آن‌ها مطالب آموزشی داده می‌شود، اغلب نمی‌توانند اطلاعات را به طور کامل درک کنند و متعاقب آن برنامه‌های درمانی را اجرا کنند (فرگوسن^۲، ۲۰۰۸).

«سواد» عموماً به معنای توانایی خواندن و نوشتن به کار می‌رود، در حالی که «فرد باسواد» کسی است که می‌تواند در زندگی روزانه یک عبارت ساده کوتاه را هم بنویسد و هم بخواند. به «سواد» همچنین معنای وسیع‌تری چون درک معنی و انجام قضاوت انتقادی داده شده است. امروزه «سواد» تنها برای اشاره به توانایی خواندن، نوشتن و درک به کار نمی‌رود، بلکه دانش یک فرد از یک موضوع یا رشته خاص را نیز توصیف می‌کند مثل سواد اقتصادی، سواد فرهنگی، سواد پزشکی، سواد علمی و سواد سلامت (پیرسون و ساندرز^۳، ۲۰۰۹).

«سواد سلامت» تفاوت زیادی با دیگر انواع سواد ندارد. این اصطلاح نشان می‌دهد که چگونه یک نفر به خوبی طیف وسیعی

از مهارت‌های سواد را دریافت و در مراقبت‌های بهداشتی به کار می‌برد. آنچه باعث تمایز سواد از سواد سلامت می‌شود بافت یا زمینه است (زارکادولاس، پلیزانت و گریب^۴، ۲۰۰۳).

سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است. این سازمان به کشورهای جهان توصیه می‌کند که لازم است مجمعی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر به منظور پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک در ارتباط با ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود (بیلی و دیگران، ۲۰۱۳).

*چند نمونه از تعاریف سواد سلامت:

- سازمان جهانی سلامت^۵ (۱۹۹۸): مهارت‌های شناختی و اجتماعی که انگیزه و توانایی افراد را برای به‌دست آوردن و شناخت و درک و استفاده از اطلاعات برای ترویج و حفظ سلامتی را تعیین می‌کند.

- انجمن پزشکی آمریکا^۶ (۱۹۹۹): صورت فلکی از مهارت‌ها برای خواندن وظایف اساسی در محیط‌های مراقبتی.

- سلدن، زورن، راتزن و پارکر^۷ (۲۰۰۰): ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات پایه سلامت که برای اخذ تصمیمات مناسب مورد نیاز است. لی و همکاران اشاره کرده‌اند سواد سلامت شامل دانش بیماری و مراقبت از خود، بهداشت پیشگیری و ملاقات‌های پزشکی و پیروی از دستورات دارویی می‌باشد.

- نات بیبم (۲۰۰۰): سه سطح مشخص از سواد سلامت را تعریف می‌کند: سواد پایه یا عملکردی: مهارت‌های پایه خواندن و نوشتن که برای عملکرد مؤثر در یک زمینه مؤثر مورد نیاز است. سواد سلامت ارتباطی یا تعاملی: مهارت‌های پیشرفته‌تر سواد که فرد را برای مشارکت فعال در مراقبت‌های بهداشتی، استخراج اطلاعات و استنتاج معنی از اشکال مختلف ارتباط و به‌کارگیری اطلاعات برای تغییر موقعیت‌ها توانمند می‌سازد.

- راتزان (۲۰۰۱): سواد سلامت را به عنوان چارچوبی برای فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیوندی بین دانش و عملکرد تصور کرده است.

⁵ World Health Organization

⁶ American Medical Association

⁷ Selden, Zorn, Ratzan & Parker

¹ Popoola

² Ferguson

³ Peerson & Saunders

⁴ Zarcadoolas, Pleasant & Greer

و زن که در کتابخانه‌های دانشکده‌های دانشگاه تهران عضو هستند، بررسی شده است.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر بر مبنای هدف از نوع کاربردی و بر حسب روش، پیمایشی است. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل دو گروه از افراد است: جامعه پژوهش در بخش کیفی، افراد و متخصصانی که سابقه پژوهشی در زمینه مدیریت سواد سلامت داشته‌اند، و در بخش کمی، کاربران (دانشجویان) کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه تهران: شامل شانزده دانشکده از دانشکده‌های دانشگاه تهران می‌باشد.

نمونه‌گیری در بخش کیفی به صورت هدفمند انجام شد. در مطالعات، نمونه‌گیری بر مبنای ملاک‌های نمونه‌گیری نظری انجام می‌گیرد. یکی از راهبردهای نمونه‌گیری در پژوهش‌های کیفی نمونه‌گیری هدفمند است. راهبردی که بر اساس آن پژوهشگر به طور هدفمند به انتخاب افراد، محیط، یا رخدادهایی ویژه اقدام می‌کند، چرا که هدف انتخاب افرادی است که منبع غنی از اطلاعات باشند تا بتوانند فعالانه در پژوهش شرکت کرده و پژوهشگر را در درک بهتر رفتار مورد نظر یاری نمایند. منظور از نمونه‌گیری هدفمند این است که پژوهشگر به طور عمدی محیط، افراد، یا رخدادهایی را انتخاب کند که تأمین‌کننده اطلاعات مورد نیاز او باشد (حریری، ۱۳۸۵). در اینجا برای اندازه نمونه، بحث حد اشباع مطرح می‌شود، گردآوری داده‌ها باید تا زمانی ادامه یابد که عناصر اساسی اطلاعات به حد اشباع برسند، یعنی تا زمانی که مصاحبه شونده‌ها دیگر مطلب جدیدی به داده‌ها اضافه نکنند و یا آنچه مطرح می‌کنند، در تضاد با مطالب گردآوری شده نباشند. در این هنگام می‌توان گردآوری داده‌ها را متوقف کرد. در این پژوهش درمورد متغیر سواد سلامت با اساتید علوم پزشکی که پژوهش‌هایی در این زمینه انجام داده بودند مصاحبه شد. که بعد از انجام ۴ مصاحبه نیمه ساختار یافته به حد اشباع رسیدیم. در بخش کمی برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران، و از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شده است. که حجم نمونه ۳۸۰ نفر محاسبه شد.

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از ابزارها و روش‌های مطالعه کتابخانه‌ای، مصاحبه، و پرسشنامه استفاده شد. ابتدا پژوهشگر به کمک منابعی همچون مقاله‌های منتشر شده در مجله‌ها و همایش‌ها، مقاله‌های موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی، کتاب‌ها، و پایان‌نامه‌ها به جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر خود در مورد موضوع مورد پژوهش پرداخته است. در فاز کیفی از مصاحبه

- مؤسسه پزشکی (۲۰۰۴): سواد سلامت را ظرفیت افراد برای به‌دست آوردن، پردازش و درک اطلاعات بهداشتی اولیه و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری مناسب سلامت تعریف کرده است.

- کیچ بوش^۱ (۲۰۰۵): سواد سلامت را توانایی تصمیم‌گیری سلامت در زمینه زندگی روزمره در جامعه، درمحل کار، سیستم‌سلامت و درمان تعریف کرده است.

- بیکر^۲ (۲۰۰۶): توانایی برای فعالیتهای محیط‌های مراقبت بهداشتی هم به ویژگی‌های فردی و هم به خصوصیات نظام مراقبت‌های بهداشتی وابسته می‌باشد. یک سواد سلامت فردی اختصاصی زمینه‌ای می‌باشد و ممکن است بر اساس مشکل پزشکی که تحت درمان است، ارائه‌کنندگان مراقبت و نظام تأمین‌کننده مراقبت متفاوت باشد. تعریف شامل دانش سلامت می‌باشد.

- سورنسن و همکاران (۲۰۱۲): سواد سلامت مربوط به دانش و توانایی‌ها و ظرفیتهای افراد برای مقابله با خواسته‌های پیچیده سلامت در جامعه مدرن است.

صلاحیتهای یافتن، درک و استفاده هدفمند از اطلاعات بهداشتی از عملکردهای اصلی سواد سلامت است. مهارت‌های مورد نیاز برای اعمال دستورالعمل‌های مراقبت‌های بهداشتی نیز عملکردی دارند زیرا هدف خاصی دارند و به افراد و بیماران اجازه می‌دهد روزانه آن‌ها را اعمال کنند (موسو^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

طبق یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور در زمینه سواد سلامت توجه به سطح سواد سلامت و افزایش مهارت‌های آن و ترغیب افراد جامعه به اطلاع‌جویی در زمینه سلامت لازم و ضروری به نظر می‌رسد. در پژوهش‌های محمدی فرح و همکاران (۱۳۹۶)، افشاری و همکاران (۱۳۹۳) و پژوهش‌های دیگر بر روی جوامع آماری مختلف از جمله جامعه دانشجویان سواد سلامت در حد پایین گزارش شد. سواد سلامت جوامع آماری با سن، میزان تحصیلات و درآمد آنان به ترتیب رابطه معنی‌دار و غیر معنی‌دار داشته است. به همین دلیل در این پژوهش سطح مهارت‌های سواد سلامت در یکی از گروه‌های جامعه شامل دانشجویان مرد

³ Musso

¹ Kichbuch

² Baker

ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه حاضر بالاتر از ۰/۷ بدست آمد که نشان‌دهنده‌ی پایایی مناسب آن است.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات و یافته‌ها با توجه به نوع و روش پژوهش از روش‌های مختلفی می‌توان استفاده کرد. از آنجا که از روش آمیخته (ترکیب روش‌های کیفی و کمی) در پژوهش حاضر استفاده شده است، روش تحلیل داده‌ها نیز شامل تحلیل کیفی و کمی خواهد بود.

در بخش کیفی، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از فن تحلیل محتوای کیفی انجام شده است. در این روش ابتدا متن ضبط شده مصاحبه‌ها به دقت پیاده‌سازی شده و به دفعات بازخوانی می‌شود. در ابتدا با استفاده از کدگذاری باز صفت مطرح شده در مصاحبه‌ها و بحث‌ها استخراج و کدگذاری شد. در مرحله دوم کدگذاری محوری تمام صفات دسته‌بندی و یا طبقه‌بندی می‌گردند و در نهایت، این طبقات به دست آمده در چند مقوله اصلی با استفاده از کدگذاری انتخابی جمع‌بندی می‌شوند. هنگام نام‌گذاری مقوله-ها باید نامی انتخاب شود که از نظر منطقی بیشترین ارتباط را با داده‌ها داشته باشد. این نام‌ها می‌تواند از ذخیره مفاهیم پژوهشگر در حرفه و رشته خود نشأت گرفته باشد یا از متون تخصصی رشته اخذ شده باشد. همچنین ممکن است از کلمات و عبارات مورد استفاده مصاحبه‌شوندگان استفاده شود که در این حالت به آن‌ها کدهای زنده می‌گویند (هولستی، ۱۳۷۳).

به منظور تجزیه و تحلیل کمی نتایج حاصل از پرسشنامه از آمار توصیفی و استنباطی بهره گرفته شده است. جهت قضاوت در مورد مطلوبیت متغیر سواد سلامت و مطلوبیت هر کدام از مؤلفه‌های آن از طیف استاندارد ارزیابی حجازی، بازرگان و اسحاقی (۱۳۸۷) استفاده شد. طیف این سطح مطلوبیت بر اساس حداکثر و حداقل ارزش عددی مربوط به گزینه‌های سوال نشانگر ساخته می‌شود. به این معنا که در یک طرف، طیف حداکثر امتیاز و در طرف دیگر، حداقل امتیاز قرار گرفته است و سپس فاصله این دو به سه قسمت مساوی تقسیم می‌شود. در این طیف چنانچه از طیف لیکرت پنج گزینه‌ای استفاده شود، اگر میانگین مؤلفه‌های مورد نظر بین ۱ تا ۲/۳۳ باشد وضعیت نامطلوب، چنانچه این میانگین بین ۲/۳۳ تا ۳/۶۶ باشد وضعیت نسبتاً مطلوب و چنانچه این میانگین ۳/۶۶ تا ۵ باشد وضعیت مؤلفه‌های مورد بررسی مطلوب ارزیابی می‌شود.

نیمه ساختاریافته، که بر مبنای مرور پیشینه نظری موضوع و الگو و گزاره‌های پژوهش فرم پرسشنامه مصاحبه تدوین شده بود، استفاده گردید. در مصاحبه نیمه ساختاریافته پژوهشگر فهرستی از پرسش‌ها و یا موضوع‌های اصلی پژوهش را تهیه می‌کند که این فهرست‌ها، برگه راهنمای مصاحبه خوانده می‌شود (حریری، ۱۳۸۵). این برگه چارچوب موضوعی مصاحبه را مشخص می‌کند و مصاحبه‌کننده ملزم به رعایت ترتیب آن‌ها نیست، چون در بین مصاحبه، پرسش‌های دیگری نیز پرسیده می‌شود تا بیشتر بر روی جزئیاتی که مورد نظر است دست یافت. بعد از انجام هر مصاحبه گویه‌های آن استخراج می‌گردید و کدگذاری می‌شد، وقتی مصاحبه‌ها به اشباع نظری رسید، مصاحبه را پایان دادیم، به این صورت که مضمون گفته‌های مصاحبه‌شوندگان آخر در واقع همان مضمون‌هایی بودند که توسط مصاحبه‌شوندگان قبلی اشاره شده بود، و هیچ چیز تازه دیگری را در بر نداشتند. سپس بعد از آن بر اساس گویه‌ای که از مصاحبه استخراج گردیده بود اقدام به دسته‌بندی این داده‌ها در قالب مؤلفه‌ها و گویه‌های آن تحلیل گردید و سپس پرسشنامه سواد سلامت بر مبنای همین مؤلفه‌ها و گویه‌های استخراج شده از مصاحبه تدوین شد. در پرسشنامه‌ای که تدوین شد، با توجه به اهداف پژوهش و به منظور گردآوری داده‌های جمعیت‌شناختی، پنج پرسش در ابتدای پرسشنامه آورده شده است که در آن‌ها ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه از لحاظ سن، جنسیت، مقطع تحصیلی، دانشکده محل تحصیل و درآمد ماهیانه خانواده مورد پرسش قرار گرفته است. پرسشنامه سواد سلامت نیز از ۱۷ گویه تشکیل شده است: گویه ۱-۴ دسترسی به اطلاعات سلامت، گویه ۵-۸ درک اطلاعات سلامت، گویه ۹-۱۱ ارزیابی اطلاعات سلامت، گویه ۱۲-۱۷ کاربرد اطلاعات سلامت را می‌سنجند که بر اساس طیف پنج ارزشی لیکرت از (۱- به هیچ وجه تا ۵- همیشه) نمره‌گذاری می‌شود.

در این پژوهش برای سنجش روایی پرسشنامه از مشاوره و مصاحبه با اساتید و صاحب نظران موضوعی بهره گرفته شد. همچنین از نظریه‌ها، متون علمی و پژوهش‌های مرتبط با موضوع پژوهش استفاده شده است. همچنین برای بررسی پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده گردید. بدین صورت که پرسشنامه طراحی شده بین ۳۰ نفر از کاربران کتابخانه‌ها پخش و توسط آن‌ها تکمیل شد و سپس داده‌ها وارد نرم‌افزار اسپس‌اس‌اس^۱ و ویرایش گردید و آلفای کرونباخ محاسبه شد.

^۱ Spss

است. بنابراین پس از بررسی و مطالعه مدل‌های مختلف سواد سلامت، از مدل سواد سلامت سورنسن (۲۰۱۲) به عنوان مدل نظری پژوهش استفاده شد، چرا که نسبت به مدل‌های دیگر متداول‌تر و فراوانی مؤلفه‌های آن بیشتر است. در ادامه به کدگذاری و مقوله‌بندی داده‌های حاصل از مصاحبه پرداخته شده است. در ابتدا مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شده، واژه‌ها و عبارت‌های کلیدی هر پاراگراف جداسازی

شده است. سپس، کد مصاحبه‌هایی که به این واژه‌ها یا عبارت‌ها اشاره کرده‌اند مقابل هر یک نوشته شده است. کد هر مصاحبه از دو بخش حرفی (E) ابتدای واژه خبرگان^۵ در مصاحبه) و عدد (شماره مصاحبه) تشکیل شده است. به منظور کدگذاری، تمام جمله‌ها، پاراگراف‌ها، یا بخش‌هایی از مصاحبه که باعث ایجاد یک مقوله مشترک شده کنار هم جمع شده، سپس مفاهیم به دست آمده مقوله بندی شده‌اند و پرسشنامه پژوهش حاضر توسط محقق ساخته شد. لازم به ذکر است که موضوع‌های اصلی در واقع همان مؤلفه‌های جمع‌بندی شده از مدل‌های سواد سلامت (جدول ۲) است و مقوله‌ها از مصاحبه‌ها به صورت کلیدواژه گرفته شده است.

موضوع: دسترسی (E1, E2, E3, E4)

این قسمت از ابعاد سواد سلامت اشاره به میزان دسترسی افراد به اطلاعات سلامت دارد. بدین صورت که افراد از چه راه‌هایی به اطلاعات سلامت دسترسی دارند. این راه‌ها برای افراد مختلف متفاوت است. این تفاوت به تفاوت در شرایط زندگی آن‌ها نیز بستگی دارد. برخی از طریق خانواده و دوستان و برخی از طریق رسانه‌های دیداری و شنیداری و برخی از طریق منابع چاپی و از راه‌های مختلف دیگر به اطلاعات سلامت دسترسی دارند. میزان دسترسی به اطلاعات سلامت بر روی سواد سلامت افراد مؤثر می‌باشد.

مقوله: دانش: دسترسی به اطلاعاتی که سواد سلامت افراد را افزایش می‌دهند.

مقوله: منابع اطلاعاتی: دسترسی به منابع اطلاعاتی مختلفی که بتوان از طریق آن‌ها به اطلاعات سلامت دست یافت. که این منابع می‌توانند رسانه‌ها، والدین، دوستان، شبکه‌ها و رسانه‌های اجتماعی باشند.

مقوله: شرایط خطرزا: در مواقعی که خطرات و بیماری‌ها سلامت را تهدید می‌کنند بتوان به اطلاعات درست در زمان و مکان مناسب دست یافت.

یافته‌های پژوهش

در این بخش برای تعیین مهم‌ترین مؤلفه‌های سواد سلامت، برخی از مهم‌ترین مدل‌ها و تعاریف سواد سلامت بررسی شد. سپس مؤلفه‌هایی را که در بین همه آن‌ها از بیشترین فراوانی برخوردار بودند برای مصاحبه و ساخت پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۲. انواع مدل‌های سواد سلامت و ابعاد آن

مدل	سال	ابعاد
نات بیم ^۱	۲۰۰۰	سواد سلامت کاربردی، سواد سلامت تعاملی و سواد سلامت انتقادی
لی و همکاران ^۲	۲۰۰۴	بیماری و دانش خود مراقبتی، رفتار خطر سلامت، مراقبت پیشگیرانه و ویزیت پزشکی و انطباق با داروها
زاکاردولاس و گریر	۲۰۰۵	سواد اساسی، علم سواد، سواد مدنی (شهری) و سواد فرهنگی
اسپروس ^۳	۲۰۰۵	مهارت‌های خواندن، مهارت‌های حساب، درک مطلب، توانایی استفاده از اطلاعات سلامت در تصمیم‌گیری و عملکرد موفق در نقش بیمار
بکر	۲۰۰۶	سواد چایی مربوط به سلامت و سواد شفاهی مربوط به سلامت
پسچه-اورلا و ولف ^۴	۲۰۰۷	دسترسی و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی، تعامل بیمار/ ارائه دهنده، مراقبت از خود
مگانلوه	۲۰۰۸	سواد سلامت کاربردی، سواد سلامت انتقادی، سواد رسانه ای
منکوسو	۲۰۰۸	ظرفیت دانش سلامت، درک اطلاعات مربوط به سلامت و مهارت‌های خودمدیریتی در بیماری‌ها
واگنر و همکاران ^۶	۲۰۰۹	مهارت‌های سواد و حساب، دسترسی و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی، تعامل بین بیمار/اراده دهنده و مدیریت سلامت و بیماری
سورنسن	۲۰۱۲	دسترسی/ به دست آوردن اطلاعات مربوط به سلامت، درک اطلاعات مربوط به سلامت، فرایند/ ارزیابی اطلاعات مربوط به سلامت و کاربرد/ استفاده از اطلاعات مربوط به سلامت

جدول ۲ نشان می‌دهد که فراوانی مؤلفه‌های دسترسی، درک، ارزیابی و کاربرد اطلاعات سلامت نسبت به دیگر مؤلفه‌ها بیشتر

^۵ Manganello

^۶ Wagner

^۷ Experts

^۱ Nutbeam

^۲ Lee&et al

^۳ Speros

^۴ Paasche-Orlow& Wolf

موضوع: درک (E1، E2، E3، E4)

این قسمت از ابعاد سواد سلامت اشاره به توانایی درک اطلاعات مربوط به عوامل خطرزا دارد. یعنی پس از این که افراد به اطلاعات سلامت از مجراهای مختلف دسترسی پیدا کردند بتوانند آن اطلاعات را در زمان مناسب و در مواقع بروز بیماری درک کنند. مثلاً این که توصیه‌های پزشکی را متوجه شوند یا نحوه صحیح استفاده از داروها را درک کنند و یا بتوانند برخی از نوشته‌های پزشکی روی نسخه‌ها و برگه را بخوانند و متوجه نوشته شوند.

مقوله: مفاهیم پزشکی: درک اصطلاحات و مفاهیم پزشکی و استخراج صحیح معنا از آن مفاهیم.

مقوله: اطلاعات تعیین کننده سلامت: توانایی درک اطلاعات سلامت.

مقوله: شرایط: توانایی درک شرایطی که بتوان در آن دانش سلامت را تغییر داد و بتوان با موقعیت جاری دانش را به کار بست.

موضوع: ارزیابی (E1، E3، E4)

این قسمت از ابعاد سواد سلامت به معنی این است که افراد بتوانند عوامل خطرزای سلامت را ارزیابی کنند. یعنی بتوانند اطلاعات را تفسیر کنند. در این قسمت آن‌ها باید از صحت اطلاعاتی که در دسترس آن‌ها قرار داده شده اطمینان داشته باشند و قدرت انتقال آن به دیگران را نیز داشته باشند.

مقوله‌ها: مهارت‌های شخصی، شناختی و سواد رایانه ای

مقوله: حل مسأله: توانایی جست‌وجو و مکان‌یابی، استفاده مؤثر و کاربرد اطلاعات سلامت و توانایی حل مسائل سلامت مربوط به خود.

موضوع: کاربرد (E1، E2، E3، E4)

این قسمت از ابعاد سلامت یعنی این که افراد بتوانند پس از گذراندن سه مرحله قبلی از اطلاعات خود استفاده مناسب داشته باشند. باید بتوانند بعد از تشخیص بیماری در خود مراقبت‌های اولیه را انجام دهند و در صورت نیاز به پزشک مراجعه کنند و یا این که داروهای تجویز شده را درست مصرف کنند و این که بتوانند علایم پر کاربرد بدن خود مانند فشار و چربی و تنفس را همیشه بررسی کنند.

مقوله: خودکارآمدی: باور به توانایی‌های خود و استفاده از اطلاعات سلامت در انجام وظایف، نشان دادن رفتارهای خود مدیریتی، کنترل بهتر بر بیماری، کارکرد جسمانی بیشتر، کیفیت زندگی بالاتر

مقوله: مراقبت و پیشگیری: مراقبت و پیشگیری به موقع و مناسب در شرایط گوناگون سلامت.

مقوله: مصرف به موقع دارو: داشتن دانش استفاده صحیح و به موقع از داروها.

مقوله: کنترل علائم جسمی: کنترل همیشگی علائم حیاتی بدن مانند ضربان قلب و فشار و علائم مهم دیگر همچون کنترل چربی و قند خون و...

مقوله: انتقال و تعامل: به اشتراک گذاشتن و انتقال درست اطلاعات با اشخاص دیگر.

نتایج مصاحبه‌ها با یافته‌های موجود در ادبیات پژوهش در جدول ۳ گزارش شده است:

جدول ۳. کدگذاری مصاحبه‌ها

موضوع	مقوله	مفاهیم (کدهای استخراجی)	صاحب‌نظران	خبرگان
دسترسی	دانش	توانایی دسترسی به اطلاعاتی که سواد سلامت را بالا می‌برند.	اسپروس (۲۰۰۵)؛ بیکر (۲۰۰۶)؛ مانکوسو (۲۰۰۸)؛ سازمان جهانی سلامت (۱۹۹۸)؛ لی و همکاران (۲۰۰۴)؛ فریدمن (۲۰۰۹)؛ واگنر (۲۰۰۹)؛ سورنسن و همکاران (۲۰۱۲)	E1, E2, E3, E4
	منابع اطلاعاتی	رسانه ها، والدین، دوستان، شبکه های اجتماعی، روزنامه و مجله	مگانلو (۲۰۰۸)؛ سورنسن و همکاران (۲۰۱۲)	E1, E2, E3, E4
	شرایط خطرزا	دسترسی به اطلاعات عوامل خطرزای سلامت	لی و همکاران (۲۰۰۴)؛ سورنسن و همکاران (۲۰۱۲)؛	E2, E3, E4
	مهارت اطلاع‌یابی	جست‌وجو، تشخیص نیاز	سورنسن و همکاران (۲۰۱۲)	E2, E3
مفاهیم پزشکی		درونی‌سازی اطلاعات، درک اطلاعات، استخراج معنا	اسپروس (۲۰۰۵)؛ سورنسن و بیکر (۲۰۰۶)؛ پشه-آرلو و ولف (۲۰۰۷)؛ اداره آمار استرالیا (۲۰۰۸)؛ پاولکویک (۲۰۰۸)	E1, E2, E3, E4
اطلاعات تعیین کننده سلامت		توانایی درک اطلاعات	یاست و همکاران (۲۰۰۹)؛ سورنسن و همکاران (۲۰۱۲)؛	E1, E2, E3, E4

E2,E3	درک شرایط تغییر سلامت، تغییر دانش	درک شرایط
E1,E2,E4	سازمان جهانی سلامت (۱۹۹۸): نات بیم (۲۰۰۰) گریر (۲۰۰۳):	مهارت‌های شخصی
E1,E2,E3,E4	پشه- آرلو و ولف (۲۰۰۷): منگانلو (۲۰۰۸): پزشکی آمریکا	مهارت شناختی
E2,E3	(۲۰۰۸): رز ادکینز (۲۰۰۹): آدامز و دیگران (۲۰۰۹): زارکادولاس، پلیزانت و انجمن	مهارت سواد رایانه‌ای
E1,E2,E3,E4	کشف روابط حاکم بر اجزای یک مسأله (مثلاً مربوط به سلامت خود) انجام وظایف و مسئولیت، استفاده یک هدف مشخص	ارزیابی مهارت حل مسأله
E1,E2,E3,E4	پشه- آرلو و ولف (۲۰۰۷) سورنسن و همکاران (۲۰۱۲):	خودکارآمدی
E1,E2,E3,E4	اسپروس (۲۰۰۵): واگنر (۲۰۰۹): یاست و همکاران (۲۰۰۹):	مراقبت
E1,E2,E3,E4	سورنسن و همکاران (۲۰۱۲):	کاربرد پیشگیری
E1,E2,E3,E4	مصرف به موقع داروها کنترل علائم حیاتی بدن مانند فشار خون و ضربان قلب	مصرف به موقع دارو کنترل علائم جسمی
E1,E2,E3,E4	اسپروس (۲۰۰۵): اداره آمار استرالیا (۲۰۰۸): پاولکویک (۲۰۰۸): سورنسن و همکاران (۲۰۱۲)	استفاده
E2,E3,E4	سورنسن و همکاران (۲۰۱۲)	انتقال
E2,E4	انتقال به دیگران به اشتراک‌گذاری	تعامل
E2,E3,E4	واگنر (۲۰۰۹): سورنسن و همکاران (۲۰۱۲):	تشخیص استفاده کاربرد اطلاعات

اطلاعات جمعیت شناختی

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه، از لحاظ جنسیت، سن، مقطع تحصیلی، دانشکده و میزان درآمد ماهیانه خانواده بررسی شده است.

جنسیت

در بخش کمی تعداد کل جامعه پژوهش حاضر ۳۸۰ نفر از کاربران کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه تهران است. از ۳۸۰ پاسخ‌دهنده به پرسشنامه، ۲۰۲ نفر (۵۳.۲ درصد) زن و ۱۷۸ نفر (۴۶.۸ درصد) مرد بوده‌اند. پس می‌توان گفت که تعداد زنان جامعه پژوهشی حاضر بیش از تعداد مردان بوده است. در بخش کیفی نیز با ۴ نفر از اساتید (زن) علوم پزشکی که در زمینه سواد سلامت پژوهش-هایی انجام داده بودند؛ مصاحبه شد.

سن

در این بخش فراوانی و درصد فراوانی متغیر سن پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه حاضر ارائه می‌شود. برای سهولت ارائه سن پاسخ‌دهندگان، آن‌ها را در پنج گروه سنی دسته‌بندی کردیم که ۴۷.۹ درصد پاسخ‌دهندگان بین ۱۹ تا ۲۲ سال، ۳۶.۱ درصد بین ۲۳ تا ۲۶ سال، ۱۰.۳ درصد بین ۲۷ تا ۳۰ سال، ۵.۵ درصد بین ۳۱ تا ۳۴ سال و ۰.۳ درصد بین ۳۵ تا ۳۸ سال دارند.

مقطع تحصیلی

مقطع تحصیلی ۴۳.۲ درصد پاسخ‌دهندگان کارشناسی و ۵۶.۸ درصد مقطع کارشناسی ارشد است.

درآمد ماهیانه خانواده

میزان درآمد ماهیانه خانواده به ۴ دسته کمتر از ۷۰۰ هزار، بین ۷۰۰۰۰ - ۱۰۰۰۰۰۰، بین ۱۰۰۰۰۰۰ - ۱۵۰۰۰۰۰۰ و بالاتر از ۱۵۰۰۰۰۰۰ تقسیم شده است. ۱۳.۷ درصد از خانواده‌های

آمار توصیفی

در این بخش به ارائه آمار توصیفی مهارت‌های سواد سلامت کاربران کتابخانه‌های دانشکده ای دانشگاه تهران می‌پردازیم. در جدول ۴ داده‌های توصیفی متغیر سواد سلامت و همچنین مؤلفه‌های آن شامل دسترسی، درک، ارزیابی و کاربرد اطلاعات سلامت نشان داده شده‌اند. جهت قضاوت در مورد مطلوبیت متغیر سواد سلامت و مطلوبیت هر کدام از مؤلفه‌های آن از طیف استاندارد ارزیابی حجازی، بازگان، اسحاقی (۱۳۸۷) استفاده شد.

جدول ۴. اطلاعات توصیفی متغیر سواد سلامت

متغیر و بُعد	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد	سطح مطلوبیت
دسترس‌ی به اطلاعات سلامت	۳۸۰	۱	۵	۳.۴۴۵۴	۰.۷۰۶۹۸	نسبتاً مطلوب
درک اطلاعات سلامت	۳۸۰	۱	۵	۳.۷۱۷۱	۰.۷۷۱۵۱	مطلوب
ارزیابی اطلاعات سلامت	۳۸۰	۱	۵	۳.۳۰۳۹	۰.۷۲۹۴۱	نسبتاً مطلوب
کاربرد و استفاده	۳۸۰	۱	۵	۳.۵۲۸۵	۰.۶۸۹۶۷	نسبتاً مطلوب
متغیر سواد سلامت	۳۸۰	۱.۲۵	۵	۳.۴۹۸۷	۰.۵۲۳۴۶	نسبتاً مطلوب

بزرگتر از ۰.۰۵ است که بیانگر آن است تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه زن و مرد و دو گروه کارشناسی و کارشناسی ارشد در پاسخگویی به سواد سلامت وجود ندارد.

- به منظور بررسی مقایسه وضعیت پاسخگویی به سواد سلامت از نظر کاربران کتابخانه‌های دانشکده‌های دانشگاه تهران از لحاظ سن از آزمون آنالیز واریانس (آنووا^۱) استفاده شده است. F محاسبه شده در درجه آزادی ۴ به میزان ۰.۹۳۴ در سطح ۰.۰۵ درصد معنی‌دار نبوده، در نتیجه می‌توان گفت که میان میانگین‌های کاربران بر حسب سن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

- به منظور بررسی مقایسه وضعیت پاسخگویی کاربران کتابخانه‌های دانشکده‌های دانشگاه تهران به متغیر سواد سلامت بر حسب دانشکده از آزمون آنالیز واریانس استفاده شده است. F محاسبه شده در درجه آزادی ۱۵ به میزان ۱.۳۵۹ در سطح ۰.۰۵ درصد معنی‌دار نیست و با احتمال ۹۵ درصد می‌توان گفت که میان میانگین‌های نظرات کاربران دانشکده‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

- مقایسه وضعیت سواد سلامت کاربران کتابخانه‌های دانشکده‌های دانشگاه تهران بر حسب درآمد

دانشجویان درآمدی بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون، ۲۹.۷ درصد درآمدی بین ۱ تا ۲ میلیون، ۳۰.۵ درصد درآمدی بین ۲-۴ میلیون، و ۲۶.۱ درصد درآمدی بالاتر از ۴ میلیون دارند.

دانشکده‌ها

از میان ۱۶ دانشکده، دانشکده هنر با ۱۲.۱ درصد بیشترین پاسخ دهنده و دانشکده علوم و فنون نوین با ۰.۵ درصد کمترین پاسخ دهنده به پرسشنامه پژوهش حاضر را دارا هستند.

رتبه‌بندی مؤلفه‌های متغیر سواد سلامت با استفاده از آزمون فریدمن نشان می‌دهد به ترتیب مؤلفه‌های درک اطلاعات، کاربرد، دسترسی و ارزیابی اطلاعات سلامت در رتبه‌های یک تا چهار قرار دارند.

رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با سواد سلامت

برای ابعاد متغیر سواد سلامت و متغیر سواد سلامت سطح معنی‌داری آزمون کوچک‌تر از ۰.۰۵ است، این امر نشان می‌دهد کجی داده‌ها معنادار هستند و به عبارت دیگر توزیع جامعه نرمال نمی‌باشد. مقدار آماره آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (Z_{K-S}) متغیر سواد سلامت برابر ۰.۴۲ است که نشان می‌دهد متغیر نرمال است. برای سنجش آن‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده خواهد شد.

- به منظور بررسی معنی‌داری پاسخگویی کاربران زن و مرد کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تهران به متغیر سواد سلامت، چون سواد سلامت نرمال است، از آزمون t تست برای دو گروه مستقل استفاده شده است.

جدول ۵. آزمون t مستقل

جنسیت	تحصیلات
۰/۱۱	۰/۳

به دلیل اینکه معناداری آزمون لوین بیشتر از ۰.۰۵ است، از ردیف اول جدول (همگنی واریانس) استفاده شده است. سطح معناداری

^۱ ANOVA

جدول ۶. بررسی تفاوت معناداری میانگین سواد سلامت از نظر درآمد

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	نتیجه
سواد	بین گروه‌ها	۶.۳۸۸	۳	۲.۱۲۹	۸.۲۱۵	۰.۰۰۰	F محاسبه شده در سطح
سلامت	درون گروه‌ها	۹۷.۴۶۲	۳۷۶	۰.۲۵۹			۰/۰۵ معنادار است.
	کل	۱۰۳.۸۵۱	۳۷۹				

پرسش‌ها در اختیار همان افراد مصاحبه شونده قرار گرفت و با اندکی تغییرات مورد تأیید قرار گرفت.

در رابطه با هدف دوم پژوهش، یافته‌های پژوهش نشان دادند که در مهارت‌های سواد سلامت کاربران کتابخانه‌های دانشگاهی متغیر سواد سلامت از چهار مؤلفه و بعد اصلی دسترسی، درک، ارزیابی و کاربرد تشکیل شده است. میانگین متغیر سواد سلامت ۳.۴۹۸۷ است که در سطح نسبتاً مطلوب قرار دارد. همچنین مؤلفه‌های سواد سلامت نیز بجز مؤلفه درک اطلاعات سلامت در وضعیت نسبتاً مطلوب قرار دارند. در بین مؤلفه‌ها درک، کاربرد، دسترسی و ارزیابی به ترتیب از درک بیشترین تا ارزیابی کمترین میزان میانگین را دارا هستند. به طور کلی سطح متغیر سواد سلامت در حد نسبتاً مطلوب برآورد شده است. این نتایج با برخی از پژوهش‌های پیشین در جامعه مختلف از جمله بیماران و دانشجویان همخوانی دارد و با برخی همخوانی ندارد. محمدی فرح و همکاران (۱۳۹۶) درصد بالاتر سواد سلامت کافی و درصد پایین‌تر سواد سلامت ناکافی، ایکس و کاترل (۲۰۱۰) در پژوهش خود سطح سواد سلامت بالا، کورمیر و کورلیک (۲۰۰۷) سواد سلامت ناکافی، بنی هاشمی و همکاران (۱۳۸۶) سطح سواد سلامت پایین، ملاخیلی و همکاران (۱۳۹۳) سواد سلامت ناکافی و حاشیه‌ای و افشاری و همکاران (۱۳۹۳) سطح سواد سلامت نامطلوب، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۲) سواد سلامت پایین و موریس و همکاران (۲۰۱۱)، ایزدی راد و همکاران (۱۳۹۴) سواد سلامت پایین را در پژوهش‌های خود گزارش کرده اند. قشر دانشجویان در جامعه به دلیل این که اغلب محدوده سنی پایین را شامل می‌شوند ظرفیت آموزش پذیری بیشتری دارند. و این موضوع با نتیجه پژوهش بنی‌هاشمی و همکاران (۱۳۸۶) که نشان دادند ویژگی سن با سواد سلامت رابطه معکوس دارد همخوانی دارد. آنان نشان دادند که هر چه سن پایین‌تر باشد سواد سلامت بیشتر است. در نتیجه دانشجویان الگوی مناسبی برای شیوه زندگی سالم و بهداشتی هستند. نیاز به اطلاعات سلامت و مسأله سلامت در زندگی روزمره همواره یکی از دغدغه‌های اصلی انسان بوده است و بسیاری از افراد تجربه جست‌وجوی اطلاعات مرتبط با سلامتی‌شان را داشته اند (واتن^۱؛ وارنر^۲، ۲۰۰۴).

جدول ۶ نشان می‌دهد، F محاسبه شده در درجه آزادی ۳ به میزان ۸.۲۱۵ در سطح ۰.۰۵ درصد معنی دار است و با احتمال ۹۵ درصد می‌توان گفت که میان میانگین‌های درآمد کاربران تفاوت معنی داری وجود دارد.

از آن جا که دانشجویان عموماً از اقشار جوان جامعه محسوب می‌شوند و به دلیل این که از اقشار تحصیل کرده جامعه هستند بررسی سطح سواد سلامت در آنان و اعمال نتایج تحقیقات بر این قشر از اجتماع به تصمیم‌گیری ارتقای سلامت کمک شایان و قابل توجهی خواهد کرد. با ارتقای سلامت در این قشر مهم‌گسترش سواد سلامت در سطح جامعه امکان بیشتری خواهد داشت.

یکی از اهداف این پژوهش شناسایی مؤلفه‌های سواد سلامت بود. با توجه به اینکه مدل‌های متنوعی برای سواد سلامت توسط پژوهشگران مختلف ارائه شده بود؛ سعی بر آن شد تا مهم‌ترین و متداول‌ترین آن‌ها بررسی شود تا جامع‌ترین آن‌ها انتخاب شود. از میان مدل‌های نات بیم (۲۰۰۰)، لی و همکاران (۲۰۰۴)، زاکاردولاس و گریر (۲۰۰۵)، اسپروس (۲۰۰۵)، بکر (۲۰۰۶)، پسچه اورلا و ولف (۲۰۰۷)، مگانلو (۲۰۰۸)، منکوسو (۲۰۰۸)، واگنر و همکاران (۲۰۰۹)، سورنسن (۲۰۱۲) مدل سواد سلامت سورنسن (۲۰۱۲) انتخاب شد. زیرا نسبت به بقیه مدل‌ها، جامع‌تر و متداول‌تر بوده است. این مدل شامل چهار مؤلفه دسترسی، درک، ارزیابی و کاربرد اطلاعات سلامت است. سپس با استفاده از این مدل و به منظور تبیین مفهوم سواد سلامت از مصاحبه برای توسعه و بومی‌سازی (دانشجویان) و ساخت پرسش‌های پرسشنامه سواد سلامت استفاده شد. برای انجام مصاحبه، برگه راهنمای مصاحبه که فهرستی از پرسش‌ها و موضوع‌های اصلی پژوهش است؛ تهیه شد. با استفاده از برگه راهنما، مصاحبه نیمه ساختار یافته با چهار نفر از اساتید علوم پزشکی انجام شد. وقتی مصاحبه‌ها به اشباع نظری رسید، مصاحبه‌ها را پایان دادیم. سپس بعد از آن بر اساس گویه‌ای که از مصاحبه استخراج گردیده بود اقدام به دسته‌بندی این داده‌ها در قالب مؤلفه‌ها و گویه‌های آن تحلیل گردید و سپس پرسشنامه سواد سلامت بر مبنای همین مؤلفه‌ها و گویه‌های استخراج شده از مصاحبه تدوین شد. سپس

² Warner¹ Wathen

در رابطه با هدف سوم پژوهش، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که به منظور بررسی معنی‌داری پاسخگویی کاربران زن و مرد کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تهران به متغیر سواد سلامت، چون سواد سلامت نرمال است، از آزمون t تست برای دو گروه مستقل استفاده شده است. به دلیل اینکه معناداری آزمون لوین بیشتر از ۰.۰۵ است، همگنی واریانس استفاده شده است. سطح معناداری بزرگتر از ۰.۰۵ است که بیانگر آن است تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه زن و مرد و در پاسخگویی به سواد سلامت وجود ندارد که با پژوهش‌های مالاخیلی و همکاران (۱۳۹۳) همخوانی و با بنی‌هاشمی و همکاران (۱۳۸۶)، قنبری و همکاران (۱۳۹۰)، یونگ (۲۰۱۵) و ایکس و کاترل (۲۰۱۰) همخوانی ندارد. این عدم همخوانی و تفاوت می‌تواند به این دلیل باشد که امروزه سطوح دسترسی به اطلاعات سلامت برای همه اقشار جامعه و برای گروه زنان و مردان به یک میزان است. لذا در این پژوهش بین سواد سلامت گروه زنان و مردان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

در دو گروه کارشناسی و کارشناسی ارشد در پاسخگویی به سواد سلامت تفاوت معنی‌دار وجود ندارد که با پژوهش‌های مالاخیلی و همکاران (۱۳۹۳)، قنبری و همکاران (۱۳۹۰)، یونگ (۲۰۱۵) همخوانی ندارد. دلیل این تفاوت می‌تواند این مسئله باشد که چون بین گروه سنی کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشجویان بخصوص دانشگاه‌های برتر کشور اختلاف زیادی وجود ندارد و سطح تحصیلی و میزان دسترسی آن‌ها به اطلاعات سلامت تقریباً در یک سطح است.

به منظور بررسی مقایسه وضعیت پاسخگویی به سواد سلامت از نظر کاربران کتابخانه‌های دانشکده‌های دانشگاه تهران از لحاظ سن از آزمون آنالیز واریانس (آنووا)^۱ استفاده شده است. همانگونه که در اطلاعات بالا مشخص است، F محاسبه شده در درجه آزادی ۴ به میزان ۰.۹۳۴ در سطح ۰.۰۵ درصد معنی‌دار نبوده، در نتیجه می‌توان گفت که میان میانگین‌های کاربران بر حسب سن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. که با پژوهش‌های مالاخیلی و همکاران (۱۳۹۳)، بنی‌هاشمی و همکاران (۱۳۸۶)، قنبری و همکاران (۱۳۹۰)، همخوانی ندارد. دلیل این عدم همخوانی را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که چون اکثریت پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه در رنج سنی بین ۱۹ تا ۲۲ سال بودند تفاوت معنی‌داری از لحاظ سنی در میزان سواد سلامت آن در نتایج نشان داده نشد.

به منظور بررسی مقایسه وضعیت پاسخگویی کاربران کتابخانه‌های دانشکده‌های دانشگاه تهران به متغیر سواد سلامت بر حسب دانشکده از آزمون آنالیز واریانس استفاده شده است. F محاسبه شده در درجه آزادی ۱۵ به میزان ۱.۳۵۹ در سطح ۰.۰۵ درصد معنی‌دار نیست و با احتمال ۹۵ درصد می‌توان گفت که میان میانگین‌های نظرات کاربران دانشکده‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. که با نتیجه پژوهش ایکس و کاترل (۲۰۱۰) همخوانی دارد و این موضوع ممکن است به این دلیل باشد که تمامی اقشار دانشجویان در این مطالعه از گروه علوم پزشکی نبوده‌اند. همان‌طور که در پژوهش عظیمی و همکاران اشاره کردیم بین سطح سواد سلامت علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد.

F -محاسبه شده برای درآمد در درجه آزادی ۳ به میزان ۸.۲۱۵ در سطح ۰.۰۵ درصد معنی‌دار است و با احتمال ۹۵ درصد می‌توان گفت که میان میانگین‌های درآمد کاربران تفاوت معنی‌داری وجود دارد. که با پژوهش مالاخیلی و همکاران (۱۳۹۳) همخوانی دارد. دلیل این امر می‌تواند این باشد که هر چه سطح درآمد افراد بیشتر باشد دسترسی آن‌ها به اطلاعات بهداشتی بیشتر است.

نتیجه‌گیری

سیستم‌های بهداشتی نوین سبب پیدایش نیازهای پیچیده و جدیدی در مشتریان خود شده‌اند. نیاز به خودمدیریتی در مراقبت‌های بهداشتی افزایش یافته، از مردم انتظار می‌رود که نقش‌های جدیدی در جست‌وجوی اطلاعات، درک قوانین و مسئولیت‌ها و گرفتن تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده بر عهده بگیرند (نات بیلم، ۲۰۰۸). نخستین چیزی که به ذهن می‌رسد این است که برآورده شدن این نیازها وابسته به دانش و مهارت مردم است. اما ارزیابی‌های ملی و بین‌المللی در مورد توانایی‌های افراد در استفاده از مواد نوشتاری در ایالات متحده نشان داد که این تصور نادرستی است. برخی از مردم که در سایر جنبه‌های زندگی خود افراد موفق هستند و دانش و مهارت‌های کافی دارند، ممکن است دستیابی به اطلاعات سلامت به منظور درک و استفاده از آن‌ها برایشان کار سختی باشد (نیلسن-بولمن و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین سنجش میزان سواد سلامت می‌تواند امری مفید و به عبارتی ضروری باشد تا از احتمال بروز خطرات ناشی از سواد محدود جلوگیری شود (نیلسن-بولمن^۲، ۲۰۰۴).

یافته‌های حاصل از نتایج آماری در این پژوهش نشان داده است که میزان سواد سلامت در بین جامعه آماری این پژوهش در وضعیت نسبتاً مطلوب قرار دارد. بنابراین سنجش سواد سلامت به

^۱ ANOVA

^۲ Nielsen-Bohlman

۱. رابطه سواد سلامت و مدیریت اطلاعات سلامت در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی بررسی شود.
۲. بررسی رابطه سواد سلامت و رفتار اطلاع‌جویی سلامت در بیماران مورد مطالعه قرار گیرد.
۳. تأثیر شبکه‌های اجتماعی مجازی در ارتقای سلامت دانشجویان مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرد.
۵. تأثیر زیر ساخت‌های دانشی بر سطح سواد سلامت جوامع آماری بزرگ بررسی شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

نویسندگان، اعلام می‌دارند در رابطه با انتشار مقاله ارائه‌شده، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منبع حمایت‌کننده

پژوهش حاضر، پژوهشی مستقل و بدون دریافت هرگونه حمایتی انجام شده است.

صورت کاربردی و اعمال نتایج حاصل در این جامعه و جوامع آماری دیگر لازم و ضروری است. با به کارگیری برنامه‌هایی جهت ارتقای سواد سلامت این جامعه آماری که از ارکان اصلی جامعه هستند می‌توان سطح سواد سلامت جامعه را به میزان بسیار زیادی افزایش داد.

این جامعه آماری که اغلب از کاربران کتابخانه هستند با آگاهی از اطلاعات سلامت و بهره‌گیری پر سود در زمینه سلامت از منابع کتابی و غیر کتابخانه‌ها و استفاده زیاد از شبکه‌های اجتماعی در جهت افزایش سلامت و بهداشت جامعه گام‌های بزرگی خواهند نهاد. بنابراین ایجاد زیرساخت‌های اجتماعی و فناوری‌ها و شبکه‌های در دسترس با توجه به استفاده روز افزون از فناوری و اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی این امر به صورت بهتر و جامع‌تر محقق خواهد شد. افزایش سطح سواد سلامت در جوامع آماری مهم و بزرگ، افزایش سطح سواد سلامت در کل جامعه را در پی خواهد داشت.

پیشنهادهایی در این زمینه ارائه می‌شود تا در صورت بررسی در پژوهش‌های نمونه به نتایج جامع و مفیدی دست یابیم:

References

- Afshari, m, Khazaei, s, Bahrami. M, Marati, H. (2014). Assessing the adult health literacy of Tuysarkan. *Journal of Education and Community Health*, 1(2), 48-55. (In Persian)
- Bailey SC, McCormack LA, Rush SR, Paasche-Orlow MK. The progress and promise of health literacy research. *J Health Comm*. 2013;18(Suppl 1):5-8. PMID: 24093339 DOI: 10.1080/10810730.2013.830042
- Cormier, C. M., & Kotrlík, J. W. (2009). Health literacy knowledge and experiences of senior
- Ferguson, B. (2008). Health literacy and health disparities: The role they play in maternal and child health. *Nursing for women's health*, 12(4), 286-298.
- Hariri, N. (2006). Principles and methods of qualitative research. Tehran: Islamic Azad University, Science and Research Branch. (In Persian)
- Hejazi, Y., Bazargan, A., Eshaghi, F. (2008). A step-by-step guide to internal quality assessment in the university system. Tehran: Ravan Publishing. (In Persian)
- Holesti, L. (1994). Content analysis in social sciences and humanities. Translated by Nader Salarzadeh Amiri, Tehran: Allameh Tabatabai University. (In Persian)
- Iranpoor, A. (2012). Survey of health literacy and related factors in rural areas of Kerman in 2011. Thesis for receiving the degree of Higher Public Health Certificate, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences. (In Persian)

- Khosravi, A., Ahmadzade, Kh., Ahmadzade, z. (2014). Development of health literacy. Edited by Dr. Ali Hamidi. First Edition. Bushehr: Bushehr University of Medical Sciences and Health Services. 207 p. (In Persian)
- Kickbusch, I. (2008). Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education*, 108(2), 101-104.
- Leea, S., M. Arozullahb, A., Cho, Y (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*; 1309-1321.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*, 23(5), 840-847.
- Mohammadi Farah S, Saati Asr M H, Kavivani Manesh A, Barati M, Afshari M, Mohammadi Y (2017). Health Literacy Level and its Related Factors among College Students of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. *J Educ Community Health*.; 4 (2) :11-17
- Mohsenin, Sh., Esfidani, M.R. (2014). Structural equations based on the partial least squares approach: using Smart-PLS software. Tehran, Mehraban Publishing Institute. (In Persian)
- Morris, N. S., Grant, S., Repp, A., MacLean, C., & Littenberg, B. (2011). Prevalence of limited health literacy and compensatory strategies used by hospitalized patients. *Nursing research*, 60(5), 361.
- Musso, M., Pinna, R., Trombin, M. & Carrus, P. P. (2020). Social Media to Improve Health Promotion and Health Literacy for Patients Engagement. In E.

- Zaramenskikh, A. Fedorova (eds.), Digital Transformation and New Challenges, Lecture Notes in Information Systems and Organisation 40 (103-120). Cham: Springer.
- Nielson-Bogman I(2004). Health literacy: A prescription to end confusion: Ntl academy pr.
- Nutbeam D(2000) : Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int, 15(3):259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social science & medicine, 67(12), 2072-2078.
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. Health promotion international, 24(3), 285-296.
- Popoola B. O. (2019). Involving libraries in improving health literacy to achieve Sustainable Development-Goal3 in developing economies: a literature review. Health Information & Libraries Journal, 36(2):111-120.
- Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S., & Parker, R. M. (2000). Current bibliographies in medicine: health literacy. Bethesda, MD: National Library of Medicine.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health, 12(1), 1.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. Journal of advanced nursing, 50(6), 633-640.
- Tal, A., Poorreza, A., Rahimi Foroshani, A., Tavasoli, E. (2012). Evaluating the effect of educational program in small groups on promoting health awareness and literacy of type 2 diabetic patients referred to selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences, Razi Journal of Medical Sciences, 19 (104). (In Persian)
- Tehrani Banihashemi, S.A., Amirkhani, M., Hagh-dost, A., Alavian, S.M., Asgharifard, H., LBaradaran, H.,... , Fathi Ranjbar, S. (2007). Health literacy in five provinces of the country and the factors affecting it, Journal of the Center for the Study and Development of Medical Education, 4 (1), 1-9. (In Persian)
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2009). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. Journal of epidemiology and community health, 61(12), 1086-1090.
- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-, 34(5), 383-389.
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS(2003) : Elaborating a definition of health literacy: a commentary. J Health Commun, 8(3):119-120.

