

نقش مشاوران در سلامت اجتماعی و سواد سلامت دانش آموزان دوره ابتدایی با تاکید بر شبکه های مجازی

معصومه نظری پیردوستی^۱، سید محمد قلمکاریان^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه دانشگاه پیام نور اصفهان

^۲ استاد دانشگاه پیام نور اصفهان (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف از پژوهش حاضر به بررسی نقش مشاوران در سلامت اجتماعی و سواد سلامت دانش آموزان دوره ابتدایی با تاکید بر شبکه های مجازی می باشد روش پژوهش حاضر از نوع کمی می باشد جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانش آموزان دوره ابتدایی شهرستان دلفان می باشد . با استفاده از جدول مورگان تعداد ۳۸۰ نفر از افراد جامعه به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر از نوع روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای می باشد. در این پژوهش با استفاده از دو روش کتابخانه ای و میدانی داده ها و اطلاعات مورد نیاز جمع آوری گردید. در بخش مبانی نظری، ادبیات و پیشینه تحقیق از روش کتابخانه ای و منابع الکترونیکی، اینترنت و... و به منظور بررسی نقش مشاوران در سلامت اجتماعی و سواد سلامت دانش آموزان دوره ابتدایی با تاکید بر شبکه های مجازی از پرسشنامه محقق ساخته ۶۰ سوالی و از طیف ۵ گزینه ای لیکرت می باشد . نتایج جدول ۸-۴ نشان می دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده (۰/۴۱۱) در سطح خطای $\alpha=0/01$ معنی دار است ($\text{Sig}<0/01$) بنابراین چنین استنباط می شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین سلامت اجتماعی ، سواد سلامت ، سرمایه فرهنگی ، سن ، جنسیت ، تحصیلات، رابطه متوسطی وجود دارد؛ بر این اساس فرضیه فوق مورد تأیید قرار می گیرد.

واژه های کلیدی: سواد سلامت، سلامت اجتماعی، شبکه های مجازی

مقدمه

شرایط اجتماعی که مردم در آن زندگی می کنند اثر فاحشی بر سلامت آنان دارد. موقعیت هایی مثل فقر، تغذیه نامناسب، مسکن نامناسب، بیکاری، درآمد نامطمئن، تحصیلات اندک، تبعیض اجتماعی، سکونت در محیط های محروم از عمده ترین عوامل تعیین کننده سلامت و نابرابری های سلامت هستند. در واقع صحیح است که مراقبت های پزشکی می توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی - اقتصادی است که باعث می شود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند.

در طی ۵۰ سال اخیر موفقیت های زیادی در عرصه سلامت نصیب کشورهای مختلف شده که بسیار چشمگیرتر از سال های قبل از آن بوده حتی در بسیاری از فقیرترین کشورها، افزایش چشمگیری در امید زندگی و کاهش مرگ و میر کودکان بدست آمده است. اما اگر در این زمینه کنکاش عمیق شود، چهره متفاوتی، که نابرابری های در حال ظهور در سلامت هستند، ظاهر خواهند شد. در واقع زمانی که داده های سلامت را به تفکیک گروه های مختلف در درون اجتماع بررسی کنیم، این تفاوتها آشکار خواهد شد. برای مثال، در بسیاری از کشورهای با اقتصاد در حال پیشرفت، تفاوت های بزرگی در سلامت در بین نواحی روستایی و مراکز شهری یا افراد تحصیلکره و بیسواد و یا افراد شاغل و بیکار به چشم می خورد.

در همین راستا سازمان جهانی بهداشت تلاش چشمگیری برای مشخص کردن عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت شروع کرده است و کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را تشکیل داده است. هدف این کمیسیون بررسی تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت و اتخاذ راهکارهای مناسب برای حل مشکلات ناشی از آن و کاهش بی عدالتی های سلامت است. در بدو تاسیس کمیسیون، کشور ایران نیز به عضویت این کمیسیون درآمد و اجرای عدالت در سلامت در کشور به صورت جدی تر پیگیری گردید.

وزارت بهداشت و درمان در راستای سنجش عدالت در سلامت بعد از جلسات کارشناسی متعدد، ۵۲ شاخص کشوری عدالت در سلامت را با همکاری سایر وزارتخانه ها تدوین کرد و هیئت دولت نیز در جلسه مورخه ۸۹/۱۰/۱۲ این شاخص ها را تصویب نمود و دستور العمل اجرایی مصوبه را جهت اجرا به تمامی وزارتخانه ها و سازمانهای دخیل در برنامه ابلاغ نمود. بر اساس این مصوبه وزارت بهداشت و درمان و سایر ادارات ذیربط موظف شدند نسبت به احصای شاخص های ۵۲ اقدامات لازم را انجام دهند و برنامه ریزی های لازم جهت کاهش نابرابری های سلامت در کشور صورت گیرد.

با ابلاغ معاون سلامت وزارت بهداشت و درمان، کار احصای شاخص های عدالت در سلامت، در دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی با تشکیل کمیته استانی برنامه آغاز گردید. و بر اساس ساختار پیشنهادی وزارت متبوع از تمامی ادارات دخیل در برنامه دعوت بعمل آمد و شاخص های عدالت در سلامت و نحوه احصای شاخص ها و اهداف برنامه و وظایف هر یک از ادارات به صورت مبسوط تشریح گردید و کارگروه های

تخصصی برنامه جهت بررسی تفصیلی شاخصها و مشکلات فراروی احصای آنها تشکیل شدند و برنامه در حال اجرا در استان می باشد.

از دیدگاه محققان ویژگی‌های فرد با سلامت روان خوب به شرح ذیل است:

احساس خوشایندی، لذت از زندگی، خندیدن و شاد بودن

انعطاف‌پذیری، توانایی مقابله با استرس‌های زندگی و مقابله با ناملایمات زندگی

انتقادپذیری، مشارکت همه‌جانبه در زندگی

در فعالیتهای هدفمند و ارتباطات مثبت

توانایی ایجاد تغییر، رشد و بالندگی

تعادل بین اجتماعی بودن و عزلت، کار و تفریح، خواب و بیداری، استراحت و فعالیت

احساس خوب از فرهیختگی و پیشرفت

توانایی مراقبت از خود و دیگران

اعتماد به نفس و احترام به نفس خوب

سالم بودن از نظر جسمی، اجتماعی و معنوی؛ عاملی حفاظتی در برابر بیماری‌های روانی محسوب می‌شود.

به عبارت دیگر اتخاذ شیوه زندگی سالم در ابعاد جسمی، اجتماعی و معنوی، سلامت روان را ارتقا می‌دهد.

داشتن تفریح مناسب یک عامل حفاظتی برای هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی است. (رئیزی، ۱۳۹۰:

(۵۸)

بعد اجتماعی: «کمیت و کیفیت ارتباط فرد با جامعه برای ارتقای رفاه جامعه» تعریفی از سلامت اجتماعی است. باتوجه به این تعریف، حداقل ۱۰ عامل حفاظتی برای ارتقای سطح سلامت اجتماعی فرد عبارتست از: انواع مشارکت در اجتماع، صله ارحام، رعایت قانون و حقوق دیگران، انجام کارداوطلبانه، ارتقای تعلق خاطر (هویت و متناسب نسلی)، احترام به تنوع، رفتارهای مصرف بهینه، تجارت سالم، احترام به محیط زیست و رعایت اصول امنیتی.

بعد معنوی: اعتقاد به خدا، داشتن هدف و معنی در زندگی به همراه ایمان به مبدا هستی و توکل، رعایت اخلاقیات و مشارکت در مناسک فردی و جمعی مذهبی، اجزای سلامت معنوی هستند. جالب آن است که اغلب تحقیقات حوزه سلامت معنوی نشان داده است که بعد معنوی مانند چتری بر سایر ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) تاثیر دارد.

بخش دوم/خودمراقبتی:

خودمراقبتی، اقدامات و فعالیتهای آگاهانه، آموخته شده و هدفداری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تامین حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده انجام می‌شود. درحقیقت خودمراقبتی بیدارکردن

توانایی افراد برای مراقبت از خود است. حیطه‌های خودمراقبتی عبارتست از: ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علائم، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان بخشی

بخش سوم/استفاده صحیح از خدمات: مراجعه صحیح به مشاور مرتبط و ذی صلاح، مراجعه به موقع، توضیح خواستن از پزشک و مشاور

بخش چهارم/غربالگری به موقع: حداقل در یک سن خاص برای زنان و مردان لازم است برخی از عوامل خطر و بیماری‌ها را غربال کنند. از جمله فشارخون، چاقی، چربی خون، سرطان‌ها (سینه، گوارش، پروستات و گردن رحم)، هپاتیت و ایدز، افسردگی، ناشنوایی نوزادان، کم‌خونی، فقر آهن، پوکی استخوان (البته با پیشرفت علوم سلامت و پزشکی ممکن است موارد دیگری هم به این فهرست اضافه شود یا نظام سلامت کشور مربوط به دلیل شیوع مورد خاصی غربالگری‌های جدیدی راه‌اندازی کند.

بخش پنجم/دانستن و به‌کارگیری تکالیف و حقوق سلامت: تکالیف افراد در جامعه برای ارتقای سلامت دو چیز است: ارتقای سواد سلامت خود (مطابق موارد بالا) مشارکت در جامعه به منظور افزایش سواد سلامت و توانمندسازی، افزایش رضایت و سطح سلامت فردی، افزایش حمایت اجتماعی و همیاری و کمک به هموعان و خیر رساندن به عنوان یک رفتار معنوی لذا این پژوهش در پنج فصل تنظیم شده است فصل اول با عنوان کلیات پژوهش که شامل بیان مسئله اهمیت ضرورت موضوع و اهداف پژوهش در اهداف کلی و اهداف جزئی می باشد فصل دوم با عنوان ادبیات و پیشینه پژوهش شامل پیشینه پژوهشی مبانی نظری تعاریف اصلاحات اساسی چارچوب نظری فرضیات و مدل تحقیق است در فصل سوم به عنوان روش شناسی پژوهش که خودش شامل نور پژوهش جامعه آماری حجم نمونه روش نمونه‌گیری داده‌ها روایی و پایایی پرسشنامه‌ها متغیرها فنون تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها نباشد در فصل چهارم به عنوان تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل یافته‌های توصیفی و استنباطی و نهایتاً در فصل پنجم تحت عنوان بحث و نتیجه‌گیری که شامل خلاصه یافته‌ها نتیجه‌گیری پیشنهادات پژوهشی اجرایی ارائه می‌شود (رئیزی، ۱۳۹۰: ۵۹)

بیان مساله

سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که تعیین کننده انگیزه و توانایی افراد برای بدست آوردن و دسترسی به اطلاعات، درک و استفاده از آن‌ها برای ارتقا و حفظ مناسب سلامت افراد است (قاسمی، ۱۳۸۳: ۵۸) سواد سلامت، طیفی از مهارت‌ها و منابع مرتبط با توانایی پردازش اطلاعات مرتبط با سلامت و نگرانی عمده متخصصان سلامت و مقامات است.

سواد سلامت توانایی افراد در به دست آوردن، تحلیل کردن، و درک اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری در مورد مسائل سلامتی می باشد. به عبارتی سواد سلامت توانایی درک دستورالعملهای دارویی، محتوی بروشورهای آموزشی و بهداشتی، پرسشنامه ها، توانایی استفاده از خدمات سیستم بهداشتی، دارویی، مهارت خواندن، شنیدن و تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی بکارگیری این مهارتها در موقعیت های مختلف زندگی روزمره می باشد. (غلامی، ۱۳۹۴ : ۱۰۹)

سواد رسانه ای به دلیل تاثیر بر تصمیم گیری افراد، به عنوان یکی از عوامل مهم ارتقا سلامت جامعه و کاهش هزینه های درمان می باشد. به همین دلیل سواد سلامت به عنوان یک مساله مهم و تاثیر گذار بر سلامتی در جهان معرفی شده است، سازمان جهانی بهداشت نیز سواد سلامت را به عنوان یکی از مهم ترین تعیین کننده های سبک زندگی سالم و سلامت جامعه جهانی معرفی کرده است. (باکر، ۲۰۰۴)

عصر حاضر عصر اطلاعات است. اطلاعاتی که در زمانی بسیار کوتاه دو برابر و حتی چند برابر شده است و در یک لحظه در تمامی نقاط جهان منتشر می گردد. با تاثیر پذیری زندگی بشر از این پدیده می توان گفت که جهان وارد جامعه اطلاعاتی شده است. در این شرایط یکی از اصلی ترین وظایف سازمان های مختلف، از جمله موسسات آموزش عالی به هنگام سازی خود و مدیران متوسطه با این تغییر و تحولات می باشد. با توجه به این موضوع آنچه در این زمینه اهمیت دارد، برخورداری بودن مدیران از سواد اطلاعاتی است که به مدد آن قادر می شوند، در راستای نیاز اطلاعاتی خود از مجموعه اطلاعات از هم گسیخته دانش خود را شکل دهند. در محیط های علمی و اطلاعاتی مانند مدارس که همواره در آن اطلاعات تولید و عرضه می شود و مدیران با گزینه های اطلاعاتی متنوع و متعددی روبرو هستند، برخورداری از سواد اطلاعاتی برای ارزیابی و درک اطلاعات پیش رو یک ضرورت شمرده می شود. این امر به نوبه ی خود می تواند مدیران را در تولید علم و دانش نوین که یکی از کارکردهای مدارس محسوب می شود یاری نماید (قاسمی، ۱۳۸۳ : ۵۵). سواد اطلاعاتی مجموعه مهارت هایی است که فرد را قادر می سازد نیاز اطلاعاتی خود را تشخیص دهد، با شناسایی منابع اطلاعاتی موجود به تدوین روش جستجو در این منابع پرداخته و پس از انجام جستجو، اطلاعات به دست آمده را ارزیابی کرده و به منظور تولید اطلاعات جدید پیوند لازم بین اطلاعات جدید را با دانش قبلی خود برقرار سازد. ساهاست که کتابداران تلاش می کنند با استفاده از انواع ابزارها و فناوری ها به طور مؤثر و مفید، برنامه های آموزش استفاده از کتابخانه و منابع آن را مطابق با دانش موضوعی و حوزه تخصصی مراجعان عملی سازند.

بر اساس مطالعات مرکز مراقبت سلامت آمریکا ۵۶/۲ درصد بزرگسالان سواد سلامت ضعیف دارند و این گروه اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط تیم بهداشت و درمان را به خوبی درک نکرده و در نهایت از خود مراقبتی ضعیف تری نسبت به افرادی که سواد سلامت بهتری دارند برخوردار هستند همچنین هزینه

^۱Baker DW

های بیشتری را بر سیستم سلامت وارد می کنند. در کانادا نیز ۶۰ درصد افراد از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند)

در مطالعه ای که جواد زاده و همکارانش (۱۳۹۶) انجام دادند حدود ۴۶/۵ درصد بزرگسالان سواد سلامت کافی، ۳۸ درصد سواد سلامت مرزی و ۱۵/۵ درصد افراد سواد سلامت ناکافی داشتند. همچنین مطالعات مشابه نشان دادند سواد سلامت پایین باعث کاهش شرکت افراد در برنامه های آموزشی برگزار شده در مراکز بهداشتی درمانی و استفاده از خدمات شده و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده، خودمراقبتی و تشخیص به موقع بیماری را به تاخیر می اندازد و باعث افزایش مرگ و میر و ناتوانی از بیمارهای مزمن می شود. (روتمن، ۲۰۰۸، ۳)

برای آموزش افراد معمولاً به سطح سواد عمومی افراد و نه لزوماً سواد سلامت آن ها توجه می شود. حال آن که تفاوت بارزی بین سواد سلامت و سواد عمومی وجود دارد. سواد عمومی شامل توانایی خواندن، نوشتن و داشتن مهارت های پایه ای است. در مقابل سواد سلامت به عنوان یک مهارت شناختی و اجتماعی تعریف می شود که توانایی افراد را در دستیابی، فهم و استفاده از اطلاعات در راستای ارتقای سلامت تعیین می کند. مطالعات احمد پور و همکاران (۱۳۹۸) نشان داده اند که محدودیت سواد سلامت عوارض متعددی را در حوزه های مختلف سلامتی از قبیل عدم دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب، تمایل کمتر به پیگیری درمان، تبعیت دارویی اندک، افزایش میزان مراجعه به اورژانس ها، افزایش طول دوره درمان در بیمارستان و افزایش میزان مرگ و میر ایجاد کرده و تأثیر چشم گیری در استفاده از خدمات مراقبت سلامت دارد (طاووسی، ۱۳۹۲) علاوه بر این موارد، تأثیر اقتصادی منفی ناشی از سواد سلامت پایین بر بیماران و سیستم بهداشت و مراقبت سلامت را نمی توان نادیده گرفت. این موارد نشان دهنده لزوم توجه به سواد سلامت افراد است. در این پژوهش سواد سلامت پنج مقیاس دارد که عبارتند از: دسترسی؛ مهارت خواندن؛ فهم؛ ارزیابی و تصمیم گیری؛ کاربرد اطلاعات سلامت

براساس مطالعه ای که توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۷) در ایران صورت گرفته، نشان داده شده است که نیمی از جمعیت ایران دارای محدودیت سواد سلامت بوده و این محدودیت در گروه های آسیب پذیر، از جمله سالمندان، زنان خانه دار، افراد بی کار و افراد با سواد عمومی محدود، شایع تر است. به گونه ای که این امر آنان را در معرض خطر در مورد انحراف از سلامت قرار می دهد. همچنین یافته های حاصل از مطالعات مختلف صورت گرفته نشان می دهد که برخی از اطلاعات سلامت مناسب شنوندگان نبوده و نیاز آن ها را برطرف نمی کند. حال آن که تأثیر سواد سلامت محدود می تواند با کمک اطلاعات سلامت مناسب بهبود یابد. لذا مسأله چالش برانگیزی که در برخورد با این افراد وجود دارد، نحوه آموزش این افراد (از نظر درک اطلاعات سلامت) می باشد. که برای رفع آن راهبردهای متفاوتی چون محدود کردن اطلاعات ارائه شده در هر بار

ملاقات بیماران، عدم استفاده از اصطلاحات تخصصی، صحبت آهسته، جستجو برای یافتن محتوای آموزشی متناسب با توانایی خواندن افراد، استفاده از تصاویر برای توضیح مفاهیم مهم، تشویق بیماران به سؤال پرسیدن و بررسی درک افراد از آموزش ارایه شده با کمک روش‌های آموزش بده و به من نشان بده ارایه شده است.

مطالعات نشان داده است سواد سلامت ناکافی در افراد منجر به رعایت کمتر دستورالعمل‌های بهداشتی، افزایش دفعات بستری در بیمارستان و نقص عضو در بیماری‌های مزمن در اثر عدم رعایت دستورات پیشگیری می‌شود (مرادی فر، ۱۳۹۶) انجمن متخصصان سلامت ابعاد سواد سلامت را در چهار گروه تقسیم بندی کرده اند که شامل دریافت اطلاعات بهداشتی، درک معنی و مفهوم اطلاعات بهداشتی، ارزیابی و تحلیل و استفاده از اطلاعات می باشد. با توجه به اینکه بیشتر آموزشها و اطلاعات در سیستمهای بهداشتی به صورت نوشتاری (پمفلت، پوستر و جزوات آموزشی) طراحی می شود که مستلزم مهارت کافی در خواندن، ارزیابی و تصمیم گیری کاربر است و این در حالی است که اکثریت بزرگسالان در این زمینه از مهارت کافی برخوردار نیستند و این امر باعث ناکارآمدی برنامه های آموزشی می شود. علی رغم اهمیت سلامت سواد در پیشگیری و خودمراقبتی، بسیاری از پزشکان و کارشناسان سلامت به این مساله اعتماد کافی را ندارند و در اکثریت موارد برنامه های آموزشی بدون توجه به اهمیت نقش ابعاد سواد سلامت در یادگیری و پیروی از دستورهای بهداشتی اجرا می شود.

براساس مطالعه‌ای که توسط منتظری و همکاران در ایران صورت گرفته، نشان داده شده است که نیمی از جمعیت ایران دارای محدودیت سواد سلامت بوده و این محدودیت در گروه‌های آسیب‌پذیر، از جمله سالمندان، زنان خانه‌دار، افراد بی‌کار و افراد با سواد عمومی محدود، شایع‌تر است. به گونه‌ای که این امر آنان را در معرض خطر در مورد انحراف از سلامت قرار می‌دهد. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی نقش مشاوران در سلامت اجتماعی و سواد سلامت دانش آموزان دوره ابتدایی با تاکید بر شبکه های مجازی می باشد.

ضرورت و اهمیت پژوهش

اصطلاح سواد سلامت (بهداشتی) به مفهوم یک مهارت شناختی و به عنوان مسأله‌ای مهم و تأثیرگذار در نظام مراقبت سلامت نخستین بار در سال ۱۹۷۴ در یک پانل آموزشی در مورد آموزش بهداشت، مطرح شد. از آن زمان تاکنون این مفهوم در موارد متعددی توسط محققان حوزه‌های سوادآموزی و سلامت، توسط محققان مورد بحث قرار گرفته و تعاریف گوناگونی برای آن ارایه شده است. به طور معمول سواد سلامت را به عنوان طیف گسترده‌ای از دانش و مهارت در زمینه کسب، پردازش، فهم و به کارگیری اطلاعات سلامت تعریف می‌کنند.

اهمیت سواد سلامت در تأثیر بر نتایج سلامتی بیماران به خوبی شناخته شده است و نقش مهمی در

تصمیم‌گیری افراد در مورد نیازهای حوزه سلامت خود ایفا می‌نماید. سواد سلامت به عنوان یک مهارت اجتماعی و شناختی دارای ابعاد مختلفی از قبیل کسب پردازش^۷ و اجرای^۵ دانش و اطلاعات سلامت به دست آمده^۸ می‌باشد که توانایی فهم مفاد آموزشی به عنوان یکی از ابعاد آن، در بیماران اهمیت مضاعف دارد. در سال‌های اخیر سواد سلامت به عنوان یک مهارت مهم شناخته شده است که بیماران برای تصمیم‌گیری مناسب بهداشتی در موقعیت‌های دشوار پیش رو به آن نیاز دارند. بهبود سواد سلامت افراد منجر به پیامدهایی چون افزایش توانایی بالقوه بیماران جهت اخذ تصمیمات آگاهانه، کاهش خطرات تهدیدکننده سلامت، افزایش پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای امنیت، افزایش کیفیت زندگی و افزایش کیفیت مراقبت از افراد می‌شود.

در دنیای امروز دیدگاه‌های سلامت چشم اندازی وسیع تر پیدا کرده و ضرورتاً به عوامل تعیین کننده غیر طبی سلامت توجه ویژه ای معطوف گشته است. هر یک از این تعیین کننده ها به خودی خود و یا از طریق تاثیر بر یکدیگر وضعیت سلامتی را به شدت تحت تاثیر قرار می دهند و سبب بروز بی عدالتی هایی در وضعیت سلامت می گردند. این تعیین کننده ها از قبیل وراثت، شیوه زندگی، محیط زیست، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و ... بوده که تاثیر چشمگیری بر سلامت و پیامدهای آن از جمله کیفیت زندگی دارند. در واقع صحیح است که مراقبت های پزشکی می توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی، اقتصادی است که باعث می شود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند. بدین معنا که تعیین کننده های اجتماعی (سلامت) مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیماری ها می شوند و در سلامت انسان نقش به سزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می نمایند. از طرفی دیگر سلامت مقوله ای است که نقش آن در ارتقای شاخص های توسعه انسانی نیز انکار ناپذیر است، لذا مبارزه با عواملی که سلامت را تحت تاثیر قرار داده و نیز سبب وجود نابرابری هایی در سلامت می گردند در حقیقت از اولویت های همه آحاد جامعه و نیز از مهمترین وظایف دولت محسوب می شود. جوامعی با میلیون ها کودک و بزرگسالی که قادر به زندگی مولد و مثمر ثمر نیستند پایدار نخواهند بود. مسائل اجتماعی و مشکلاتی نظیر فقر، بیکاری و بی سوادی، قطعاً به عنوان مشکل در تمام کشورهای دنیا با ابعاد متفاوتی وجود دارند و مسلماً این خواست غائی تمام دولتهاست که بتوانند راهکاری مناسب برای بر طرف کردن موانع و ایجاد رفاه، امنیت و سلامت مردم خویش پیداکنند.

^۵access^۷appraising^۷understanding^۸apply

در کل می توان چنین نتیجه گیری نمود که شرایطی که مردم در آن رشد کرده، زندگی و کار می کنند هم چنین سن افراد همگی بر وضعیت سلامتشان تاثیر گذار هستند. نابرابری در این شرایط خود منجر به نابرابری های سلامت می گردد. خوشبختانه اکثریت قریب به اتفاق این نابرابری ها در سلامت، چه در بین و چه در داخل کشورها، قابل اجتناب هستند. موفقیت در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی عدالتی ها بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه ای آن دارد. راه حل های فنی در داخل بخش سلامت نیز بسیار مهم هستند اما باید توجه کنیم که این راه حل ها کافی نیستند. توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به حیطه های کاری وسیع تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد. در تعریف جدید سازمان جهانی بهداشت سلامت نه تنها به معنای عادی بودن انسان از امراض گوناگون بلکه شامل رفاه احساسی، روانی و اجتماعی نیز می باشد. بر این اساس، عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به شرایط اجتماعی که انسان ها در طول چرخه حیاتشان در آن زندگی و کار می کنند توجه دارد. شواهد دلالت از آن دارد که اکثر بار بیماری ها و نابرابری های بهداشت و سلامت ناشی از عوامل اجتماعی است. انتظار از زندگی بسیار بستگی به محل تولد و محل رشد و نمو دارد.

همچنین بیولوژی نقش تعیین کننده ای در میزان مرگ و میر مادران افغانی (از هر ۸ مادر یک نفر) در مقیاس با مادران سوئدی (از هر ۱۷۴۰۰ مادر یک نفر) ندارد.

این نابرابری حتی در شرایط منطقه ای یکسان نیز مصداق دارد. به عنوان مثال یک مرد بومی استرالیایی ۱۷ سال کمتر از سایر مردان همان کشور طول عمر دارد و مرگ مادران در میان زنان فقیر اندونزی ۴ برابر بیشتر از زنان ثروتمند همان کشور است.

می توان گفت ترکیب ناهمگونی از سیاست ها، مسایل اقتصادی و سیاسی در مقیاس وسیع مسئولیت این پدیده را به عهده داشته و منجر می شوند تا عده کثیری از مردم از سلامت مناسب برخوردار نباشند.

برخی از عوامل نابرابری و بی عدالتی در سلامت عبارتند از:

۱- محل اقامت (تفاوت بین شهر و روستا، گروه های منطقه ای، پایتخت در مقابل سایر مناطق) و بخش های دیگر

۲- نژاد

۳- شغل و آسیب پذیری های درآمدی

۴- جنسیت که اغلب نشان دهنده آسیب پذیری های ناشی از قوانین و هنجارهای مرتبط با جنسیت می باشد

۵- فرهنگ و ارزش ها

۶- تحصیلات

۷- وضعیت اقتصادی و اجتماعی

۸- سرمایه اجتماعی

اهداف پژوهش

هدف اصلی :

نقش مشاوران در سلامت اجتماعی و سواد سلامت دانش آموزان دوره ابتدایی با تاکید بر شبکه های مجازی

اهداف فرعی :

بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با سواد سلامت

بررسی رابطه سرمایه فرهنگی با سواد سلامت

بررسی عوامل اجتماعی (عوامل زمینه ای) با سواد سلامت

بررسی عوامل اجتماعی (استفاده از سواد رسانه ای) با سواد سلامت

فرضیه های تحقیق

فرضیه اصلی :

بین نقش مشاوران در سلامت اجتماعی و سواد سلامت دانش آموزان دوره ابتدایی با تاکید بر شبکه های مجازی

رابطه وجود دارد .

فرضیه های فرعی :

بین سرمایه اجتماعی با سواد سلامت رابطه وجود دارد .

بین سرمایه فرهنگی با سواد سلامت رابطه وجود دارد .

بین عوامل اجتماعی (استفاده از سواد رسانه ای) سواد سلامت رابطه وجود دارد .

بین متغیر سن و سواد سلامت رابطه وجود دارد .

بین متغیر جنسیت پاسخگویان و سواد سلامت رابطه وجود دارد .

بین متغیر تحصیلات پاسخگویان و سواد سلامت رابطه وجود دارد .

پیشینه تحقیق

پیشینه داخلی

دلشاد (۱۳۹۷) هدف از پژوهش به بررسی رابطه سواد سلامت با الگوی مصرف خدمات سلامت در بیماران دیابتی: مطالعه مقطعی در شهرستان هندیجان انجام داد. سواد سلامت را می توان به صورت توانایی خواندن، درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه های بهداشتی و سلامتی تعریف نمود. هدف از این مطالعه تعیین رابطه سواد سلامت و الگوی مصرف خدمات در بیماران دیابتی می باشد. روش تحقیق: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی و پیمایشی می باشد. جامعه آماری را کلیه بیماران دیابتی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی روستایی تحت پوشش شهرستان هندیجان تشکیل می دهند. تعداد ۲۴۵ بیمار بعنوان نمونه انتخاب شدند. برای ارزیابی سواد سلامت بیماران از پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان و پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری به کمک نرم افزار SPSS23 و آزمون های آماری ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس انجام شد. یافته ها: نتایج نشان داد بین سواد سلامت بیماران با الگوی مصرف خدمات سلامت ($r=0.612$)، بین سواد سلامت با رژیم غذایی ($r=0.341$)، بین سواد سلامت با فعالیت بدنی ($r=0.364$)، بین سواد سلامت با مصرف دارو ($r=0.248$)، بین سواد سلامت با مراقبت از پا ($r=0.354$) و بین سواد سلامت با کنترل قند خون ($r=0.514$) رابطه معنی داری وجود دارد. ($p<0.05$) یافته های این مطالعه نشان داد که سواد سلامت و الگوی مصرف خدمات سلامت بر حسب نوع بیمه درمانی، جنسیت و تحصیلات بیماران تفاوت معنی دار داشت. ($p<0.05$) نتیجه گیری: یافته های این مطالعه نشان داد که بین سواد سلامت با الگوی مصرف رابطه معنی دار و مستقیمی وجود داشت. با افزایش میزان سواد سلامت بیماران، مصرف خدمات هم بیش تر شد.

-شکاری، رضا (۱۳۹۷) هدف از پژوهش خود را به بررسی و اولویت بندی عوامل موثر بر سواد سلامت دانشجویان شهر یزد با استفاده از تکنیک شبکه عصبی مصنوعی انجام داد. مقدمه: دانشجویان فعلی پدران و مادران بالقوه و بالفعل نسل های آینده هستند. میزان سواد سلامت آن ها بر سلامت و سطح سواد سلامت نسل های آینده تاثیر دارد. لذا هدف از این مطالعه بررسی و اولویت بندی عوامل موثر بر سواد سلامت دانشجویان شهر یزد با استفاده از تکنیک شبکه عصبی مصنوعی بود. روش ها: پژوهش حاضر مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی بوده است که روی ۴۰۰ دانشجوی مشغول به تحصیل در دانشگاه های شهر یزد در پاییز ۱۳۹۷ انجام شد. داده ها در خصوص متغیر وابسته سواد سلامت و ۱۴ متغیر مستقل، با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شد. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS و توسط تحلیل های آمار توصیفی، آزمون تی تک نمونه ای و شبکه عصبی مصنوعی انجام گرفت. یافته ها: میانگین سواد سلامت دانشجویان در این مطالعه 12.21 ± 8.65 به دست آمد. مهم ترین عوامل تاثیرگذار بر سواد سلامت، مقطع تحصیلی، گروه علمی، میزان تحصیلات پدر، سن و محل اقامت بود. نتیجه گیری: از آنجا که مهم ترین عامل موثر بر سواد سلامت، مقطع تحصیلی بود، توصیه می شود دست اندرکاران دانشگاه از فضای دانشگاه برای برگزاری کلاس ها، سخنرانی ها

و کارگاه‌ها استفاده کنند، منابع اطلاعاتی مناسب مانند بروشورها، جزوه‌ها در میان دانشجویان توزیع کنند و ایستگاه‌های اطلاعات بهداشتی در مکان‌هایی مانند سالن غذاخوری، ورودی دانشگاه و خوابگاه برای ارتقای سواد بهداشتی دانشجویان در مقاطع پایین‌تر فراهم کنند.

-ساعتچی (۱۳۹۶) هدف از پژوهش خود را به بررسی سواد سلامت و عوامل موثر بر آن: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت جزیره هرمز انجام داد. مقدمه و اهداف: آگاهی از میزان دانش بهداشتی یک جمعیت و نقاط ضعف سواد سلامت مردم برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی الزامی است. مطالعه حاضر یک مطالعه ارزیابی جامعه است که به منظور ایجاد زیربنایی مناسب جهت برنامه‌ریزی‌های آموزشی، به بررسی سطح سواد سلامت ساکنین جزیره هرمز منجر شد. روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی تحلیلی است که روی افراد بالای ۱۸ سال و در تابستان ۱۳۹۴ در جزیره هرمز انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات با دو پرسشنامه اطلاعات پایه ای شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، سن ازدواج و سوالات غیرمستقیم جهت سنجش وضعیت اقتصادی افراد همچنین فرم کوتاه پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان برای اندازه‌گیری توانایی بیماران در خواندن و درک مفاهیم مرتبط با سلامت انجام شد. تجزیه و تحلیل با رگرسیون خطی انجام شد. یافته‌ها: اطلاعات ۴۸۶ نفر در این مطالعه تجزیه و تحلیل شد. میانگین سنی افراد ۳۹ سال (۷۹-۱۸) و ۴۸ درصد زن بودند. میانگین بعد خانوار ۴٫۵ نفر به دست آمد. میانگین نمره کسب شده افراد تحت بررسی ۵۸٫۰۶ به دست آمد. ۳۵ درصد سواد سلامت نه‌چندان کافی، ۱۸٫۲۱ درصد سواد سلامت کافی، ۱۲٫۲۹ درصد سواد سلامت ناکافی و ۷٫۱۴ درصد سواد سلامت عالی داشتند. سطح تحصیلات ($P > ۰٫۰۰۱$)، وضعیت اقتصادی ($P > ۰٫۰۰۱$) و سن ($P > ۰٫۰۰۱$) متغیرهای اصلی تاثیرگذار بر سواد سلامت در نمونه مورد بررسی بودند. نتیجه‌گیری: ارزیابی جامعه نشان داد گروه‌های سنی مسن‌تر از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند. وضعیت بد اقتصادی در کنار سطح پایین سواد باعث تمایل کمتر افراد برای یادگیری دانش سلامت و در نتیجه پایین بودن سطح سواد سلامت در جزیره هرمز است.

مشاهیری (۱۳۹۶) هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان سواد سلامت در بین کتابداران کتابخانه‌های عمومی استان ایلام انجام شده است. روش: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و بر اساس چگونگی به دست آوردن داده‌های مورد نیاز از روش توصیفی و پیمایشی استفاده شده است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه کارکنان کتابخانه عمومی استان ایلام بوده، که تعداد آنها ۱۰۸ نفر و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۸۴ نفر به دست آمده است. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه استاندارد، که روایی آن تایید و میزان پایایی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۹۷٪ به دست آمده است. برای تجزیه تحلیل داده‌های پرسشنامه در بخش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و غیره) و در بخش آمار استنباطی از (آزمون کلموگراف و اسمیرنوف و غیره) به کمک نرم افزار آماری اسپاس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. یافته: یافته‌های این پژوهش نشان داد که اینترنت، پرسیدن از پزشک و کارکنان بهداشتی و درمانی، رادیو و تلویزیون مهمترین منبع کسب اطلاعات سلامت پاسخ‌گویان بوده است. نتیجه‌گیری: نتایج

نشان داد با توجه به متوسط بودن سطح سواد سلامت، ایجاد و آرایه محتوای بهداشتی معتبر و روزآمد توسط مراکز بهداشتی- درمانی، در ارتقای سواد سلامت کتابداران مؤثر خواهد بود.

پژوهش های خارجی

لیائو(۲۰۱۹) هدف اصلی این مطالعه، شناسایی هدف و منابع عمده اطلاع‌یابی سواد سلامت توسط دانشجویان بود. روش شناسی: این پژوهش کاربردی و به صورت توصیفی بوده و با روش پیمایشی انجام شد. جامعه پژوهش تمامی دانشجویان بودند که با استفاده از جدول مورگان تعداد ۳۷۴ نفر به عنوان حجم نمونه مشخص شدند. روش نمونه‌گیری مورد استفاده طبقه‌ای-تصادفی و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما، مشاور و نیز تعدادی از متخصصان علم اطلاعات و دانش‌شناسی انجام شد و پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد که آلفای ۰/۸۵ نشان دهنده پایایی مناسب ابزار گردآوری داده‌ها بود. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که دانشجویان "اطلاع از روش‌های درمان بیماری" را مهمترین هدف خود از جستجوی اطلاعات سواد سلامت بیان کردند. اولویت مراجعه به نوع پزشک نشان داد که دانشجویان "مراجعه به پزشکان متخصص" را در اولویت اول خود قرار داده‌اند. همچنین در موارد دیگر نیز به صورت ذیل می‌باشد. از میان منابع چاپی "کتاب" به عنوان مهمترین منبع چاپی، در میان انواع رسانه ملی "تلویزیون به طور کلی" از میان منابع اینترنتی "وب سایت‌ها" از میان شبکه‌های اجتماعی موبایلی "شبکه‌های اجتماعی تلگرام" از میان تلویزیون‌های ماهواره‌ای "تلویزیون‌های ماهواره‌ای فارسی زبان" و از میان اطرافیان "اعضای خانواده" به عنوان مهمترین منابع برای جستجوی اطلاعات سلامت در نظر گرفته شده‌اند. نتیجه‌گیری: بین متغیرهای جمعیت شناختی و رفتار اطلاع‌یابی سواد سلامت دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد. همچنین در اولویت مراجعه به منابع عمده اطلاع‌یابی سواد سلامت با هدف جستجوی اطلاعات سواد سلامت تفاوت معناداری وجود دارد.

بردبورن (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای با عنوان «ساختار سلامت روانی» نشان داد که میزان درآمد با شادی رابطه مستقیم دارد. کوپر و همکاران (۲۰۱۷) نیز در پژوهشی با عنوان «فعالیت اجتماعی و نشاط» به این نتیجه رسیدند که فعالیت‌های اجتماعی با میزان نشاط افراد رابطه مستقیم دارد و هر چه تعداد فعالیت‌ها بیشتر باشد، بر شادی افراد افزوده می‌شود.

لو و شیخ(۲۰۱۷) نیز با بررسی همبستگی عوامل شخصیتی با شادی بر روی ۴۹۱ نفر از شهروندان کوشینگ تایوان به این نتیجه رسیدند که روابط اجتماعی، بیشترین ارتباط را با شادی افراد مورد مطالعه دارد

پاسچو و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه متا آنالیزی که نتایج ۸۵ مطالعه مختلف را جمع بندی نموده است، شیوع سواد سلامت ناکافی را در امریکا ۲۵ درصد و شیوع سواد سلامت مرزی را ۲۰ درصد برآورد نموده است (به نقل از طهرانی، ۱۳۹۲).

نامراتاو^۱ همکاران (۲۰۰۹) در تحقیق به این نتیجه رسیدند که سواد سلامت، حاصل تشریک مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده، به نگرانی ها و ابعاد سواد در زمینه سلامت می پردازد و به عنوان شاخص حیاتی و مهم در نتایج و هزینه های مراقبت های بهداشتی شناخته شده است

چوا^۲ همکاران (۲۰۰۸) در تحقیق به این نتیجه رسید که سواد سلامت بر وضعیت سلامت و بهره گیری از خدمات سلامت از طریق شرایطی چون دانش بیماری، رفتار سلامتی و استفاده از خدمات پیشگیری، تأثیری مستقیم دارد. همچنین آنها نشان دادند که ارتباط مثبتی میان سواد سلامت بالا و استفاده کمتر از خدمات اورژانس و میزان بستری شدن در بیمارستان وجود دارد.

طبق مطالعات مرکز استراتژی های مراقبت سلامت آمریکا (۲۰۰۶)، افراد دارای سواد سلامت اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده توسط متخصصان سلامت را درک و به دستورات داده شده عمل می کنند و وضعیت سلامت نامطلوب تری دارند، میزان بستری شدن و مراجعه به پزشک در آن ها بیشتر است، در مهارت های خود مراقبتی ضعیف تر عمل می کنند، مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند و در نتیجه هزینه های پزشکی بیشتری را متحمل می شوند (هاوارد^۳، ۲۰۰۶: ۶۲)

روش تحقیق

پژوهش حاضر با رویکرد روش شناختی کمی انجام می شود

جامعه آماری

جامعه آماری عبارت است از گروهی از افراد، اشیاء و حوادث که حداقل دارای یک صفت یا ویژگی مشترک هستند. در این پژوهش، مفهوم جامعه به همه افرادی اطلاق می شود که عمل تعمیم پذیری در مورد آن ها صورت می گیرد (دلور، ۱۳۸۷). جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانش آموزان دوره ابتدایی شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ می باشند.

-نمونه و روش نمونه گیری :

با استفاده از جدول مورگان تعداد ۴۰۰ نفر از افراد جامعه به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر از نوع روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای می باشد.

^۱Namratha

^۲Cho

^۳Howard

ابزار (گردآوری داده ها) تحقیق

در این پژوهش با استفاده از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری گردید. در بخش مبانی نظری، ادبیات و پیشینه تحقیق از روش کتابخانه‌ای و منابع الکترونیکی، اینترنت و... و به‌منظور بررسی نقش مشاوران در سلامت اجتماعی و سواد سلامت دانش آموزان دوره ابتدایی با تاکید بر شبکه‌های مجازی از پرسشنامه محقق ساخته ۶۰ سوالی و از طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد.

یافته‌های پژوهش

از آنجایی که متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار هستند، برای بررسی رابطه بین این متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

فرضیه اول

بین سلامت اجتماعی با سواد سلامت رابطه وجود دارد.

فرض‌های آماری:

نتایج جدول نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده (۰/۶۵۴) در سطح خطای $\alpha=0/01$ معنی دار است ($\text{sig}<0/01$) بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین سرمایه اجتماعی با سواد سلامت رابطه مثبتی وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات سواد سلامت در بین دانش آموزان شهرستان دلفان، نمرات سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ضریب همبستگی پیرسون سلامت اجتماعی با سواد سلامت

متغیر	متغیر	ضریب همبستگی	تعداد	سطح معنی داری
X	Y	پیرسون	(n)	(sig)
		(r)		
سواد سلامت	سلامت اجتماعی	۰/۶۵۴	۴۰۰	۰/۰۰۱

فرضیه دوم:

بین سرمایه فرهنگی با سواد سلامت رابطه وجود دارد.

فرض‌های آماری:

نتایج جدول نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده ($0/714$) در سطح خطای $\alpha=0/01$ معنی دار است ($sig<0/01$)، بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین سرمایه فرهنگی با سواد سلامت رابطه مثبت (مستقیم) و معنی دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات سرمایه فرهنگی در بین دانش آموزان دوره ابتدایی شهرستان دلفان، نمرات سواد سلامت نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول همبستگی پیرسون بین عوامل اجتماعی (سرمایه فکری) با سواد سلامت

متغیر	متغیر	ضریب همبستگی	تعداد	سطح معنی داری
X	Y	پیرسون	(n)	(sig)
		(r)		
سواد سلامت	سرمایه فرهنگی	$0/714$	۴۰۰	$0/001$

فرضیه سوم:

بین عوامل اجتماعی (استفاده از سواد رسانه ای) سواد سلامت رابطه وجود دارد.

نتایج جدول نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده ($0/563$) در سطح خطای $\alpha=0/01$ معنی دار است ($sig<0/01$)، بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین عوامل اجتماعی (استفاده از سواد رسانه ای) سواد سلامت رابطه مثبتی وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات عوامل اجتماعی (استفاده از سواد رسانه ای) در بین دانش آموزان دوره ابتدایی شهرستان دلفان، نمرات سواد سلامت آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول همبستگی پیرسون عوامل اجتماعی (استفاده از سواد رسانه ای)

متغیر	متغیر	ضریب همبستگی	تعداد	سطح معنی داری
X	Y	پیرسون	(n)	(sig)
		(r)		
سواد سلامت	سبک زندگی	$0/563$	۴۰۰	$0/001$

فرضیه چهارم:

بین متغیر سن و سواد سلامت رابطه وجود دارد .

نتایج جدول نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده (۰/۶۲۷) در سطح خطای $\alpha=0/01$ معنی دار است ($sig<0/01$)، بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بی بین متغیر سن و سواد سلامت رابطه مثبت (مستقیم) و معنی دار وجود دارد؛ یعنی با کاهش نمرات متغیر سن در بین دانش آموزان شهرستان دلفان، نمرات سواد سلامت آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر سن و سواد سلامت

متغیر	متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	تعداد	سطح معنی داری
X	Y	(r)	(n)	(sig)
سواد سلامت	عوامل زمینه ای	-۰/۶۲۷	۴۰۰	۰/۰۰۱

فرضیه پنجم:

بین متغیر جنسیت پاسخگویان و سواد سلامت رابطه وجود دارد .

نتایج جدول نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده (۰/۶۱۴) در سطح خطای $\alpha=0/01$ معنی دار است ($sig<0/01$)، بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین عوامل اجتماعی (دانش بومی) با سواد سلامت از دیدگاه دانش آموزان شهرستان دلفان تاثیری ندارد .

جدول ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر جنسیت پاسخگویان و سواد سلامت

متغیر	متغیر	ضریب همبستگی	تعداد	سطح معنی داری
X	Y			

X	Y	پیرسون (r)	(n)	(sig)
سواد سلامت	دانش بومی	۰/۶۱۴	۴۰۰	۰/۰۰۱

فرضیه ششم:

بین متغیر تحصیلات پاسخگویان و سواد سلامت رابطه وجود دارد.

نتایج جدول نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده (۰/۷۶۹) در سطح خطای $\alpha=0/01$ معنی دار است ($sig<0/01$)، بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین متغیر تحصیلات پاسخگویان و سواد سلامت رابطه مثبت (مستقیم) و معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات تحصیلات پاسخگویان در بین دانش آموزان شهرستان دلفان، نمرات سواد سلامت آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ضریب همبستگی پیرسون متغیر تحصیلات پاسخگویان و سواد سلامت

متغیر X	متغیر Y	ضریب همبستگی پیرسون (r)	تعداد (n)	سطح معنی‌داری (sig)
سواد سلامت	تحصیلات	۰/۷۶۹	۴۰۰	۰/۰۰۱

نتیجه گیری

سواد سلامت عاملی مهم در ارتقای دانش و نگرش افراد نسبت به موضوع سلامتی است و از این رو نقش مؤثری در خودمراقبتی افراد، بهبود شاخص های سلامت و کاهش هزینه های بهداشتی درمانی خانوارها و نظام سلامت ایفا می‌کند. بیشتر کشورهای توسعه یافته در سیاست های ملی خود بر این مهم تأکید دارند و برنامه های لازم برای ارتقای آن را طراحی و اجرا می‌کنند. بررسی اسناد بالادستی در ایران نشان می‌دهد؛ در بعد سیاستگذاری تأکید کافی بر ارتقای سطح سواد سلامت جامعه شده است. ضعف در تولید داده های مورد نیاز در این حوزه، رصد میزان موفقیت و کارآمدی اقدامات حوزه اجرایی را غیرممکن یا بسیار سخت کرده است. با این حال شواهد موجود در حوزه اجرایی نشان دهنده آن است که برنامه های دولت ها در اجرای سیاست های فوق کافی و مؤثر نبوده است. به طوری که براساس نتایج مطالعات؛ سواد سلامت جامعه

اعم از جامعه عمومی، گروه های آسیب پذیر و بیماران در سطح مطلوبی قرار ندارد. همچنین ارزیابی مطالعات انجام شده در حوزه سواد سلامت نشان دهنده ضرورت سامان دهی، طراحی و اجرای هدفمند آنها در دوره های زمانی مشخص است تا ضمن استفاده بهینه از بودجه های تحقیقاتی، نتایج آنها قابلیت مقایسه ای داشته و به عنوان ابزار های مناسب برای رصد عملکرد حوزه اجرایی و بازنگری سیاست های موجود در حوزه سواد سلامت جامعه استفاده شوند. در مجموع می توان گفت موضوع سواد سلامت در اسناد و قوانین بالادستی به ویژه سیاست های کلی سلامت به خوبی مورد توجه قرار گرفته است. لذا در حوزه تقنین ضرورتی به تصویب قوانین جدید در این حوزه وجود ندارد، ولی لازم است نظارت بر حسن اجرای آنها به صورت جدی در دستور کار قرار گیرد. در حوزه اجرا نیز لازم است اهداف اختصاصی در جهت تحقق اهداف و راهبردهای سند ارتقای فرهنگ سلامت کشور تعیین شوند. موضوعات ذیل از نکات محوری هستند.

سطح سواد سلامت قابل قبول، سبب می شود که مردم در زمینه موضوعاتی که با سلامت آنها گره خورده است، تفسیر و تحلیل مناسب داشته باشند و بیشتر و بهتر بتوانند از خود و اطرافیان خود، در برابر عوامل بیماری زا مراقبت کنند. نتایج مطالعات مختلف، نشان داده است: در جوامعی که سطح سواد سلامت مردم، از میزان قابل قبولی برخوردار است، هم مردم با نشاط تر، سالم تر و پویاترند و هم دولت ها کمتر متحمل هزینه های سرسام آور درمان می شوند و بدین ترتیب، هزینه هایی که به ناچار باید صرف درمان شود، صرف پیشگیری و بهداشت مردم خواهد شد و این مهم، کیفیت و سبک زندگی مردم را نیز بهبود می بخشد. گفته شده است، افراد دارای سواد سلامت ناکافی، با احتمال کمتری، اطلاعات نوشتاری و گفتاری متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده از سوی آنها عمل می کنند، وضعیت سلامت ضعیف تری دارند و هزینه های پزشکی بیشتری را متحمل می شوند. جنبه مهم دیگر بکارگیری سواد سلامت، صرفه اقتصادی است. بیماری ها و آسیب های جسمی و روانی با تحمیل هزینه های درمانی، فرد و در نهایت جامعه را تحت فشار اقتصادی قرار می دهد. در صورتی که با در اختیار داشتن سواد سلامت و بکارگیری آن می توان تا حد زیادی از بروز بیماری هایی که علاوه بر رنج، هزینه هم برای فرد ایجاد می کنند جلوگیری کرد و یا آنها را به تعویق انداخت.

در سال های اخیر سواد سلامت به عنوان یک مهارت مهم شناخته شده است که بیماران برای تصمیم گیری مناسب بهداشتی در موقعیت های دشوار پیش رو به آن نیاز دارند. بهبود سواد سلامت افراد منجر به پیامدهایی چون افزایش توانایی بالقوه بیماران برای تصمیم گیری آگاهانه، کاهش خطرات تهدیدکننده سلامت، افزایش پیشگیری از بیماری ها، ارتقای امنیت، افزایش کیفیت زندگی و افزایش کیفیت مراقبت از افراد می شود.

یکی از راهکارهای اصولی برای پیشبرد برنامه های پیشگیری و بهداشت وزارت بهداشت، افزایش سطح سواد سلامت مردم است. سواد سلامت مردم آنگاه افزایش می یابد که رسانه ها به طور مستمر محتواهای آموزشی که متولیان سلامت در اختیار آنها قرار می دهند را به اطلاع عموم مردم برسانند تا افکار عمومی بتوانند از این محتواها استفاده کنند و بدین ترتیب سطح سواد سلامت خود را افزایش دهند. به بیان بهتر، سواد

سلامت، کلید پیشگیری از بیماری هاست. برای افزایش سطح سواد سلامت مردم، نیاز به همکاری های بین بخشی وزارتخانه ها و سازمان هایی است که به نوعی در حفظ و تامین سلامت مردم دخیل هستند و در این میان، نقش رسانه، بسیار تاثیرگذار و پُر رنگ است.

بر اساس مطالعه ای در ایران، نیمی از جمعیت کشور دارای محدودیت سواد سلامت بوده و این محدودیت در گروه های آسیب پذیر، از جمله سالمندان، بانوان خانه دار، افراد بیکار و افراد باسواد عمومی محدود، شایع تر است. به گونه ای که این امر آنان را در معرض خطر در مورد انحراف از سلامت قرار می دهد.

تولید محتواهای آموزنده که حاوی مطالب پیشگیرانه است از سوی نظام های سلامت کشورها و سپس ارسال آن مطالب به رسانه ها و پس از آن انتشار آنها در رسانه ها، می تواند در زمینه افزایش سواد سلامت مردم، بسیار تاثیرگذار باشد.

همچنین یافته های حاصل از مطالعات مختلف صورت گرفته نشان می دهد که برخی از اطلاعات سلامت مناسب مخاطبان و گروه های هدف نبوده و نیاز آنها را برطرف نمی کند. حال آن که تأثیر سواد سلامت محدود می تواند با کمک اطلاعات سلامت مناسب بهبود یابد، بنابراین مساله چالش برانگیزی که در انتقال مفاهیم سلامت وجود دارد، نحوه آموزش و اطلاع رسانی افراد از نظر درک اطلاعات سلامت است که برای رفع آن راهبردهای متفاوتی چون محدود کردن حجم اطلاعات ارائه شده در هر جلسه، پرهیز از کاربرد اصطلاحات فنی و تخصصی، جستجو برای یافتن محتوای آموزشی متناسب با توانایی خواندن افراد و گروه های هدف، استفاده از تصاویر برای توضیح مفاهیم مهم، تشویق افراد به سوال پرسیدن و بررسی درک افراد از آموزش ارائه شده است

پیشنهادهای

- ۱- توجه به مقوله ارتقای سواد سلامت در جامعه به عنوان عاملی مهم در تغییر سبک زندگی
- ۲- تهیه اطلاعات صحیح و معتبر در حوزه ی سلامت برای مردم
- ۳- تسهیل دسترسی به اطلاعات معتبر سلامت
- ۴- استفاده از مزیت های فناوری اطلاعات و ارتباطات، به ویژه قابلیت های شبکه های اجتماعی برای ارتقای کیفیت انتقال اطلاعات سلامت
- ۵- بهره مندی از گروه های مرجع در انتقال اطلاعات سلامت
- ۶- برنامه ریزی، تدوین و اجرای مداخلات مناسب برای ارتقای سطح سواد سلامت دانش آموزان و دانشجویان توسط وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم و تحقیقات و فن آوری و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ۷- برنامه ریزی، تدوین و نمایش برنامه های آموزشی و ترویجی مناسب برای حفظ و ارتقای سواد سلامت
- ۸- با توجه به ارتباط معکوس و معنادار بی کاری و سطح سواد سلامت برنامه ریزی در جهت افزایش اشتغال

زایی برای ارتقای سواد سلامت موثر است.

۹- طراحی و تدوین و ارائه مستمر برنامه آموزشی در حوزه سلامت در رادیو و تلویزیون و نیز شبکه های اینترنتی

۱۰- تاکید بر مدیریت روابط انسانی و ارتباط موثر در سرفصل های آموزش پزشکی و توجیه این اقشار برای توجه به پرسش های مردم و پاسخگویی دقیق و به موقع به آن ها

۱۱- ضرورت اجرای برنامه ملی خودمراقبتی با هدف رشد مردم، سازمان ها و شوراهای شهری و روستای و گروه های خودیار

منابع

اسکویی، س.، ۱۳۹۳، مزایای خود مراقبتی، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و رئیس مرکز بهداشت.

خان کلابی، م.، رحیمی، ف.، سلیمانی نژاد، م.، شیرواندهی، ش.، ۱۳۹۳، اینترنت در خود مراقبتی کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی تهران چه نقشی دارد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۶، شماره ۲، صص ۲۸۷-۲۷۷.

رئیزی، م.، مصطفوی، ف.، حسن زاده، ا.، شریفی راد، غ.ر.، ۱۳۹۰، رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت، دوره ۷، شماره ۴ ص ۵۸

سنگستانی، م.، ۱۳۹۳، کتابچه خود مراقبتی میانسالان. تهران: صدف

طاووسی، م.، عبادی، م.، آذین، ع.، شاکرنژاد، ق.، هاشمی، ا.، فتاحی، ا.، منتظری، ع.، ۱۳۹۲، سواد سلامت: بررسی تعاریف و به کار رفته در مطالعاتی که به طراحی و روان سنجی ابزارهای سنجش سواد سلامت پرداختند. فصلنامه پوشش، دوره ۱۳، شماره ۱، صص ۱۲۴-۱۱۹.

طل، آ.، پوررضا، ا.، رحیمی فروشانی، ع.، ۱۳۹۱، ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی در قالب گروه های کوچک بر ارتقاء میزان آگاهی و سواد سلامت بیماران زن دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله علوم پزشکی رازی. دوره ۱۹، شماره ۱۰۴، صص ۱۰-۱۹

طهرانی بنی هاشمی، آ.، امیرخانی، م.، حق دوست، ع.، ۱۳۹۲، سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. گام های توسعه در آموزش پزشکی. دوره ۴، شماره ۱، صص ۱-۹

کوشیار، ه.، شوروزی، م.، دلیر، ز.، ۱۳۹۲، بررسی رابطه سواد سلامت با تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت درسالمندان مبتلا به دیابت ساکن جامعه. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران . دوره ۲۳، شماره ۱، صص ۱۳۴-۱۴۳

موسیوند، ج.، ۱۳۹۳، بسته آموزشی و اطلاعاتی خود مراقبتی. ویژه هفته سلامت.

نکویی مقدم، م.، پروا، س.، امیر اسماعیلی، م.ر.، بانسی، م.ر.، ۱۳۹۱، سواد سلامت و بهره گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان، فصلنامه علمی و پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، دوره ۱۱، شماره ۴.

وحیدی، رها. ۱۳۹۴. بررسی رابطه بین سواد سلامت و توانمند سازی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رفسنجان.

دلاور، علی (۱۳۸۸). روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.

خان کلابی، م.، رحیمی، ف.، سلیمانی نژاد، م.، شیرواندهی، ش.، ۱۳۹۳، اینترنت در خود مراقبتی کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی تهران چه نقشی دارد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۶، شماره ۲، صص ۲۸۷-۲۷۷.

موسوند ، رضا (۱۳۹۳) ، رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت، دوره ۷، شماره ۴.

سنگستانی، م.، ۱۳۹۳، کتابچه خود مراقبتی میانسالان. تهران: صدف

طاووسی، م.، عبادی، م.، آذین، ع.، شاکرنژاد، ق.، هاشمی، ا.، فتاحی، ا.، منتظری، ع.، ۱۳۹۲، سواد سلامت: بررسی تعاریف و به کار رفته در مطالعاتی که به طراحی و روان سنجی ابزارهای سنجش سواد سلامت پرداختند. فصلنامه پویش، دوره ۱۳، شماره ۱، صص ۱۲۴-۱۱۹.

طهرانی بنی هاشمی و همکاران (۱۳۹۲) ، ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی در قالب گروه های کوچک بر ارتقاء میزان آگاهی و سواد سلامت بیماران زن دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله علوم پزشکی رازی. دوره ۱۹ ، شماره ۱۰۴، صص ۱۰-۱۹

طهرانی بنی هاشمی، آ.، امیرخانی، م.، حق دوست، ع.ا.، ۱۳۹۲، سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. گام های توسعه در آموزش پزشکی. دوره ۴ ، شماره ۱، صص ۱-۹

-وحیدی ، علی (۱۳۹۴) مقاله علمی پژوهشی، بررسی رابطه بین سواد سلامت و توانمند سازی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی

- کوشیار، مولا و همکاران (۱۳۹۲)، پایان نامه بررسی رابطه سواد سلامت با تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به دیابت ساکن جامعه»
- طهرانی بنی هاشمی، علی رضا و همکاران (۱۳۹۲) پایان نامه کارشناسی ارشد، سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن
- نکویی مقدم، سارا و همکاران (۱۳۹۱) پایان نامه کارشناسی ارشد، ارزیابی سواد سلامت و تعیین ارتباط میان سواد سلامت و بهره-گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. The Journal of American Medical Association 1999; 281: 552-7

Baker DW. (2004). The Meaning and the Measure of Health Literacy. Journal of General Internal Medicine.

Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, et al., 2008, Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Social Science & Medicine; 66(8):1809-16.

Friedland RB., 1998, Understanding health literacy: new estimates of the costs of inadequate health literacy. Washington, DC: National Academy on an Aging Society.1-24.

Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA., 2006, Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population.J Gen Intern Med; 21(8): 857-61.

Jeannot JG, Froeblich F, Wietlisbach V, Bernard B, Terraz O, Vader JP, 2004, Patient use of The Internet for health Care Information in Switzerland, SWISS MED WKLY; 134(22-12): 307-312.

Mirshify, Farzaneh, 2008, Willingness of clients of East Tehran Health Center in to self-care and factors affecting it,(Dissertation for degree of MPH),The School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.

Namratha R, Kandula A, Phyllis A, Nsiah- Kumi B, Gregory Makoul C, Josh Sager D, et al., 2009, The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. Patient Educ Couns; 75: 321-7.

Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Aff (Millwood)*; 22: 147-53

Rootman, I. and Gordon-El-Bihbety, D., 2008, A Vision for a Health Literate Canada. Report of the expert panel on health literacy. Canadian Public Health Association, Ottawa

Sihota S, Lennard L, 2004, Health Literacy: being able to make the most of health. London: National Consumer Council; 11.