

سنجش سطح سواد سلامت مربیان بهداشت دوره ابتدایی در شهر کرمان

فاطمه دیناری^{۱*} یونس جهانی^۲ لیلا دیناری^۳

۱. کارشناسی ارشد، فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

ORCID: 0000-0002-4887-9136

۲. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۳. کارشناسی، فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین؛ دوره هفتم؛ شماره سوم؛ پاییز ۱۴۰۰؛ صفحات ۴۹-۵۶.

چکیده

هدف: سواد سلامت، توانایی و درک افراد در زمینه مراقبت‌های بهداشتی و نحوه به کارگیری آن مراقبت‌ها در جهت کمک به سبک زندگی سالم می‌باشد. مربیان بهداشت در مدارس ابتدایی یکی از عوامل تأثیرگذار در سلامت افراد بوده و به تبع آن نقشی کلیدی در ارتقا سلامت جامعه دارند. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین سطح سواد سلامت مربیان بهداشت در دوره ابتدایی در شهر کرمان بود.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی بود که در سال ۱۳۹۹ در مدارس ابتدایی شهر کرمان انجام شد. جامعه آماری، کلیه مربیان بهداشت در مدارس ابتدایی به تعداد ۹۸ نفر بودند. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها براساس پرسشنامه استاندارد سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی، *T-TEST* و *ANOVA* انجام شد.

نتایج: نمره میانگین ابعاد سواد سلامت برای مربیان بهداشت در بعد خواندن $75/87$ ، بعد دسترسی $76/84$ ، بعد فهم و درک $85/88$ ، بعد ارزیابی $77/62$ و برای بعد تصمیم‌گیری و رفتار $77/76$ به دست آمد. به طور کلی براساس میانگین به دست آمده سواد سلامت در حد کافی و عالی بود.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه نشان داده شد که سطح سواد سلامت مربیان بهداشت خصوصاً در بعد فهم و درک، در حد کافی و عالی است. اینترنت به عنوان بیشترین منبع اطلاعاتی مورد استفاده برای کسب اطلاعات سلامت مربیان بیان شده، لذا طراحی و پیاده‌سازی وبسایتی از طرف مسئولین امر آموزش و پرورش، در زمینه سلامتی و بهداشت عمومی به منظور ارتقاء سطح سواد سلامت مربیان بهداشت مفید خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، مربیان بهداشت، دوره ابتدایی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۲/۱۳ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۵/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۶/۲۹

ارجاع: دیناری، فاطمه، جهانی، یونس، لیلا دیناری. سنجش سطح سواد سلامت مربیان بهداشت دوره ابتدایی در شهر کرمان. مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین. ۱۴۰۰؛ ۷(۳): ۴۹-۵۶.

مقدمه:

در تعریف دیگری Levin-Zamir و همکاران سواد سلامت را به عنوان یکی از مهارت‌های شناختی و اجتماعی تعریف کرده که انگیزه و توانایی فرد را برای دستیابی، درک و استفاده از اطلاعات در جهت ارتقا و حفظ سلامتی افراد تعیین می‌کند [۳،۴]. مفهوم سواد سلامت در ابتدا در ایالات متحده و کانادا مورد استفاده قرار گرفت، اما در حال حاضر نه تنها در مراقبت‌های بهداشتی بلکه در زمینه بهداشت عمومی و به صورت بین‌المللی نیز استفاده می‌شود [۵،۶]. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که پایین بودن سطح سواد سلامت افراد منجر به کاهش وضعیت سلامتی ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی،

سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی می‌کند. این سازمان به آن دلیل که بین ارتقای سلامت و کیفیت زندگی رابطه‌ای مستقیم وجود دارد، کشورهای دنیا را به ایجاد انجمنی جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک، جهت ارتقای سطح سواد سلامت دعوت می‌نماید [۱،۲]. تعاریف متعددی برای سواد سلامت بیان شده است. Dharmapuri و همکاران سواد سلامت را توانایی خواندن، درک و پایش اطلاعات در سیستم‌های مراقبت بهداشتی توصیف می‌کنند.

نویسنده مسئول:

فاطمه دیناری

کارشناسی ارشد، فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

ORCID: 0000-0002-4887-9136

پست الکترونیکی: fatemehdinari67@yahoo.com

تلفن: ۰۲۵۰۶۷۶۴۰۹۹۸+۹۸

در مطالعه افشاری و همکاران نیز به بررسی سطح سواد سلامت بزرگسالان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان تویسرکان شهرستان پرداخته شد. در این مطالعه سواد سلامت این افراد نامطلوب گزارش شد. خواجه‌ویی و همکاران نیز به بررسی سواد سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی پرداختند. این مطالعه که در نواحی مختلف شمالی و جنوبی شهر کرمان انجام شد، نشان داد که از ۵۰ درصد شرکت‌کنندگان دختر، تنها ۲۳ درصد و از ۵۰ درصد شرکت‌کنندگان پسر، تنها ۶ درصد سواد سلامت کافی داشتند. در نتیجه مطالعه آن‌ها بیان می‌کند که سواد سلامت اکثر نوجوانان دبیرستانی ناکافی است. در مطالعه Al-Ruthia و همکاران نیز سواد سلامت تعدادی از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک محدود بیان شد [۱۵-۱۷].

در بررسی متون که توسط پژوهشگران انجام شد، مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی سواد سلامت مربیان بهداشت مدارس در دوره ابتدایی پرداخته باشد، بنابراین این پژوهش با هدف تعیین سواد سلامت مربیان بهداشت در دوره ابتدایی انجام شد.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش به صورت مقطعی (توصیفی-تحلیلی) در شهر کرمان در سال ۱۳۹۹ در ماه‌های مهر تا دی انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی مربیان بهداشت در مدارس عادی-دولتی و غیردولتی تشکیل دادند (۹۸ نفر). نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت سرشماری انجام شد. داده‌ها براساس پرسشنامه استاندارد سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (Health Literacy for Iranian Adults: HELIA) جمع‌آوری گردید که روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است [۱۸، ۱۹]. این پرسشنامه شامل شش سوال در زمینه اطلاعات دموگرافیک، یک سوال در مورد نحوه به دست آوردن اطلاعات مربوط به سلامتی و بیماری و ۳۳ سوال مربوط به ابعاد سواد سلامت می‌باشد. ابعاد سواد سلامت، شامل پنج بعد و با استفاده از مقیاس نمردهی لیکرت (پنج گزینه‌ای) تنظیم شده است. بعد اول مربوط به مهارت‌های خواندن (شامل چهار سوال) می‌باشد. نمردهی در این بعد بدین صورت است که امتیاز پنج به گزینه کاملاً آسان، امتیاز چهار به گزینه آسان، امتیاز سه به گزینه نه آسان است نه سخت، امتیاز دو به گزینه سخت و امتیاز یک به گزینه کاملاً سخت اختصاص می‌یابد. چهار بعد دیگر سواد سلامت شامل دسترسی (شامل شش سوال)، فهم و درک (شامل هفت سوال)، ارزیابی (شامل چهار سوال)، تصمیم‌گیری و رفتار (شامل دوازده سوال) می‌باشند.

آسم، چاقی، مصرف الکل و تنباکو، کاهش اقدامات پیشگیرانه مثل انجام آزمایش غربالگری، عدم تشخیص به موقع بیماری، افزایش هزینه‌های درمانی، احتمال افزایش اشتباه در خطاهای دارویی، کمتر شدن میزان دریافت خدمات پیشگیری‌کننده، کاهش بهداشت روانی و جسمی، عدم توانایی در مهارت‌های خودمراقبتی و همچنین افزایش مرگ‌ومیر می‌شود [۱۰-۷]. بدین ترتیب به منظور افزایش سطح سواد سلامت افراد باید تدابیری اندیشیده شده تا از عواقب ناخوشایند آن در جامعه جلوگیری شود. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که داشتن سواد سلامت مطلوب، احتمال ارتقای رفتارهای سلامتی مانند داشتن رژیم غذایی سالم و تحرک جسمی را افزایش می‌دهد، همچنین باعث افزایش کیفیت ارتباط بین افراد و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌شود؛ که برخی از اثرات مثبت آن را می‌توان در نتایج مراقبت‌های بالینی مشاهده کرد [۱۱].

نظام آموزش و پرورش بنا به ضرورت تغییرات اجتماعی یکی از سازمان‌های پیچیده و بزرگ در هر کشوری محسوب می‌شود. انسان سال‌های اولیه عمر خود را که مهم‌ترین و موثرترین لحظات برای او می‌باشد، در مدارس می‌گذراند. در این دوران مربیان حاضر در مدارس نقش مهمی در تربیت جسمی، روحی، عاطفی و عقلانی کودکان دارند. مربیان بهداشت به عنوان افراد ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی در مدارس دوره ابتدایی و به دلیل جایگاه شغلی خود نقشی حساس و کلیدی دارند. این جایگاه زمانی می‌تواند به نحو مطلوب و مناسب در خدمت سیستم‌های بهداشتی مدارس قرار گیرد که از شرایط لازم برخوردار باشد، یکی از این شرایط که از همه آنها مهم‌تر و اساسی‌تر به نظر می‌رسد، میزان دانش سلامت مربیان بهداشت است [۱۲]. سواد سلامت مربیان بهداشت علاوه بر این که می‌تواند به آن‌ها در جهت زندگی با کیفیت‌تر کمک کند، می‌تواند تأثیرگذار در ارائه خدمات بهداشتی به دانش‌آموزان دوره ابتدایی نیز باشد. در صورتی که برنامه‌های آموزشی مربوط به سلامت و بهداشت عمومی از طریق مربیان در همان اوایل ورود به مدرسه به دانش‌آموزان به شیوه صحیح و با کیفیت ارائه شود، به بهبود سلامتی فرد و در نهایت به بهبود سلامتی جامعه کمک خواهد شد.

مطالعات متعددی در زمینه سواد سلامت در سال‌های اخیر انجام شده است، در مطالعه‌ای که توسط جرحی و همکاران انجام شد، سطح سواد سلامت زنان جوان پایین به دست آمد. یافته‌های پژوهشی کریمی و همکاران، سواد سلامت بزرگسالان را متوسط نشان داد و این موضوع لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت و آگاه‌سازی افراد جامعه از طریق برنامه‌های ارتقای سلامت و یا رسانه‌ها را نشان داد [۱۳، ۱۴].

تعداد (درصد)	ویژگی‌های دموگرافیک	
۴۳ (۱۰۰)	زن	جنس
۰ (۰)	مرد	
۳۵ (۸۱/۴)	متأهل	وضعیت تأهل
۸ (۱۸/۶)	مجرد	
۲۴ (۵۵/۸)	عادی - دولتی	نوع مدرسه
۲۳ (۴۴/۲)	غیردولتی	
۷ (۱۶/۳)	فوق دیپلم	سطح تحصیلات
۲۷ (۸۰/۷)	لیسانس	
۹ (۲۰/۹)	فوق لیسانس و بالاتر	
۲۱ (۴۸/۸)	اینترنت	نحوه بدست آوردن اطلاعات بهداشتی
۱۰ (۲۳/۳)	کتابچه	
۱۲ (۲۷/۹)	سایر منابع	
۱۲ (۱۹/۰)	زیر ۳۰ سال	سن
۱۳ (۲۰/۶)	۳۰-۴۰ سال	
۱۸ (۲۸/۶)	۴۰ سال به بالا	
۱۲ (۱۹/۰)	زیر ۵ سال	سابقه
۱۷ (۲۷/۰)	۵-۱۵ سال	
۱۴ (۲۲/۲)	۱۵ سال به بالا	

با توجه به تعیین نمره میانگین در نظر گرفته شده برای هر کدام از ابعاد سواد سلامت (ناکافی (۵ تا ۵۰)، نه چندان کافی (۵۰/۱ تا ۶۶)، کافی (۶۶/۱ تا ۸۴) و عالی (۸۱/۱ تا ۱۰۰)، در تمامی ابعاد مختلف سواد سلامت (خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری و رفتار) نمره میانگین ۶۶/۱ و بالاتر (کافی و عالی) به دست آمد؛ که بیشترین میانگین (۸۵/۸۸) مربوط به بعد فهم و درک و کمترین میانگین (۷۵/۸۷) مربوط به بعد خواندن بود. به تفکیک ابعاد سواد سلامت، در بعد خواندن تعداد ۵ نفر (۱۱/۶ درصد) سواد سلامت عالی و ۴ نفر (۹/۳ درصد) سواد سلامت ناکافی داشتند. در بعد دسترسی ۴ نفر (۹/۳ درصد) سواد سلامت نه چندان کافی و ۴ نفر (۹/۴ درصد) سواد سلامت ناکافی داشتند. در بعد فهم و درک ۲۴ نفر (۵۵/۸) سواد سلامت ناکافی و ۱۳ نفر (۳۰/۲ درصد) سواد سلامت کافی داشتند. در بعد ارزیابی ۲۷ نفر (۶۲/۸ درصد) سواد سلامت کافی و ۱ نفر (۲/۵ درصد) سواد سلامت ناکافی داشتند. در بعد تصمیم‌گیری ۲۰ نفر (۴۶/۵ درصد) سواد سلامت کافی و ۲ نفر (۴/۷ درصد) سواد سلامت ناکافی داشتند (جدول ۲).

نحوه نمره‌دهی در این ابعاد نیز به صورت امتیاز پنج به گزینه همیشه، امتیاز چهار به گزینه بیشتر اوقات، امتیاز سه به گزینه گاهی از اوقات، امتیاز دو به گزینه به ندرت و امتیاز یک به گزینه به هیچ وجه (یا هیچ وقت) اختصاص داده شده است. در این پژوهش سواد سلامت شرکت‌کنندگان براساس مطالعه احمدی و همکاران با توجه به نمره میانگین اخذ شده به چهار دسته ناکافی (۰ تا ۵۰)، نه چندان کافی (۵۰/۱ تا ۶۶/۱)، کافی (۶۶/۱ تا ۸۴) و عالی (۸۱/۱ تا ۱۰۰) تقسیم شدند [۲۰]. نمرات از ۱۰۰ و نقاط برش ۵۰/۱، ۶۶/۱ و ۸۴/۱ بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها، محقق پرسشنامه را به افراد شرکت‌کننده در پژوهش ارائه کرد و در نهایت ۴۳ نفر از جامعه آماری پرسشنامه را تکمیل کردند. لازم به ذکر است که در ابتدای انجام پژوهش به مربیان بهداشت اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و رضایت آن‌ها قبل از پر کردن پرسشنامه اخذ شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد) برای متغیرهای دموگرافیک و ابعاد سواد سلامت انجام شد. ارتباط بین هر کدام از ابعاد سواد سلامت با متغیرهای دموگرافیک با استفاده از آزمون‌های T-TEST و ANOVA انجام شد.

یافته‌ها:

براساس نتایج حاصل از این مطالعه تمام افراد شرکت‌کننده (۴۳ نفر) زن و میانگین سنی آن‌ها 39.72 ± 8.19 سال به دست آمد. مربیان بهداشت به طور متوسط ۱۲ سال سابقه کار داشتند. اکثر مربیان متأهل (۸۱/۴ درصد) و با تحصیلات لیسانس (۸۰/۷ درصد) بودند. نحوه به دست آوردن اطلاعات ۴۸/۸ درصد از مربیان بهداشت اینترنت بود (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک مربیان بهداشت دوره ابتدایی

جدول ۲- نمره میانگین از (۱۰۰) و سطوح سواد سلامت به تفکیک ابعاد سواد سلامت					
ابعاد سواد سلامت	انحراف معیار \pm میانگین	ناکافی	نه چندان کافی	کافی	عالی
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
خواندن	۸۷/۷۵ \pm ۱۴/۶۶	۴ (۹/۳)	۳ (۷/۰)	۱ (۲/۳)	۵ (۱۱/۶)
دسترس	۷۶/۸۴ \pm ۱۶/۱۴	۴ (۹/۳)	۴ (۹/۳)	۲ (۴/۷)	۱ (۲/۳)
فهم و درک	۸۵/۸۸ \pm ۱۱/۸۸	۲۴ (۵۵/۸)	۲۱ (۴۸/۸)	۱۳ (۳۰/۲)	۲۳ (۵۵/۸)
ارزیابی	۷۷/۶۳ \pm ۱۴/۶۴	۱۱ (۲۵/۶)	۱۵ (۳۴/۹)	۲۷ (۶۲/۸)	۱۴ (۳۲/۶)
تصمیم‌گیری و رفتار	۷۷/۷۶ \pm ۱۳/۸۹	۲ (۴/۷)	۷ (۱۶/۳)	۲۰ (۴۶/۵)	۱۴ (۳۲/۶)

که در مدارس غیردولتی بالاتر به دست آمد که بیشترین میانگین (۸۶/۷۶) در بعد فهم و درک بود. درصد سواد سلامت افرادی که از منابعی به غیر از اینترنت و کتابچه برای به دست آوردن اطلاعات بهداشتی استفاده می‌کردند، از سایر افراد بیشتر به دست آمد (۸۸/۳۹). در رابطه با سن و ابعاد سواد سلامت، درصد سواد سلامت افراد با سابقه ۳۰-۴۰ سال در ابعاد خواندن، فهم و درک و ارزیابی به ترتیب ۷۹/۳۳، ۸۹/۰۱ و ۷۸/۸۵ درصد و از سایر افراد بیشتر به دست آمد در حالی که در بعد دسترسی میانگین سواد سلامت این افراد از سایرین کمتر بود (۷۴/۳۶). در رابطه با متغیر سابقه کار و ابعاد سواد سلامت نیز در تمامی ابعاد سواد سلامت افراد با سابقه کار بالاتر از ۱۵ سال از درصد سواد سلامت افراد با سابقه کار کمتر، بیشتر به دست آمد مگر در بعد تصمیم‌گیری و رفتار که درصد سواد سلامت افراد با سابقه کار زیر ۵ سال از سایرین بیشتر بود (۷۹/۵۸).

در ارتباط با ابعاد سواد سلامت و متغیرهای دموگرافیک در جدول ۳ تنها ارتباط آماری معنادار بین بعد دسترسی و میزان تحصیلات افراد مشاهده شد (P-Value=۰/۰۰۴) و ارتباط سایر ابعاد و متغیرهای دموگرافیک معنادار نبود. همچنین با توجه به جدول ۳ میانگین در تمامی ابعاد در رابطه با متغیرهای دموگرافیک بالاتر از ۶۶/۱ (کافی و عالی) به دست آمد که بیشترین میانگین (۹۳/۲۵) در بعد فهم و درک و مربوط به افراد فوق لیسانس و بالاتر و کمترین میانگین (۷۱/۳۰) در بعد خواندن و مربوط به افراد لیسانس به دست آمد. درصد سواد سلامت افراد مجرد تنها در بعد تصمیم‌گیری از افراد متأهل کمتر بود (۷۵/۷۸). درصد سواد سلامت افراد فوق‌دیپلم در بعد خواندن، دسترسی و تصمیم‌گیری به ترتیب با میانگین ۸۴/۸۲، ۸۸/۱۰ و ۸۳/۹۳ از سواد سلامت افراد با تحصیلات لیسانس و فوق‌لیسانس بیشتر بود. در رابطه با متغیر نوع مدرسه و ابعاد سواد سلامت در تمامی ابعاد درصد سواد سلامت افرادی که در مدارس عادی-دولتی مشغول بودند، از درصد سواد سلامت افرادی

جدول ۳- ارتباط بین ابعاد سواد سلامت با مشخصات دموگرافیک و با استفاده از آزمون‌های T و ANOVA

ویژگی	خواندن *	P-Value	دسترسی *	P-Value	فهم و درک *	P-Value	ارزیابی *	P-Value	تصمیم‌گیری و رفتار *	P-Value
وضعیت تأهل	مجرد	۷۵/۸۱±۱۴/۴۹	۰/۵۲۳	۷۵/۱۲±۱۷/۱۳	۰/۱۴۶	۸۴/۵۹±۱۲/۲۷	۰/۱۴۰	۸۴/۵۹±۱۲/۲۷	۰/۶۶۱	
	متأهل	۷۸/۹۱±۱۶/۰۰		۸۴/۳۸±۷/۶۳		۹۱/۵۲±۸/۷۱		۸۲/۰۳±۱۵/۸۲		
سطح تحصیلات	فوق دیپلم	۸۴/۸۲±۱۲/۹۳	۰/۰۲۴	۸۸/۱۰±۱۱/۳۹	۰/۰۰۴	۸۵/۷۱±۶/۵۲	۰/۱۰۱	۷۹/۴۶±۷/۸۳	۰/۴۴۲	
	لیسانس	۷۱/۳۰±۱۴/۲۱		۷۰/۸۳±۱۶/۰۱		۸۳/۴۷±۱۳/۴۰		۷۶/۱۶±۱۶/۰۷		
نوع مدرسه	عادی-دولتی	۷۷/۶۰±۱۰/۸۹	۰/۰۱۰	۷۹/۵۱±۱۳/۱۷	۰/۲۶۴	۸۶/۷۶±۹/۵۶	۰/۳۲۹	۷۸/۶۵±۱۵/۶۳	۰/۳۵۰	
	غیردولتی	۷۳/۶۸±۱۸/۴۶		۷۳/۴۶±۱۹/۱۰		۸۴/۷۶±۱۴/۵۷		۷۶/۳۲±۱۳/۵۹		
نحوه ی‌ بدست آوردن اطلاعات بهداشتی	اینترنت	۷۲/۳۲±۱۶/۷۲	۰/۲۴۰	۷۲/۸۲±۱۹/۶۱	۰/۲۵۴	۸۳/۶۷±۱۴/۱۷	۰/۴۹۸	۷۴/۴۰±۱۵/۴۲	۰/۰۵۲	
	کتابچه	۷۶/۸۸±۱۳/۱۹		۸۲/۵۰±۹/۵۸		۸۷/۵۰±۶/۵۷		۷۹/۳۸±۱۷/۹۳		
سن	زیر ۳۰ سال	۷۱/۸۸±۱۹/۵۹	۰/۴۹۰	۷۴/۵۸±۱۸/۷۸	۰/۵۹۴	۸۴/۲۹±۱۱/۳۱	۰/۵۳۶	۷۶/۸۸±۱۱/۴۳	۰/۸۸۷	
	۳۰ تا ۴۰ سال	۷۹/۳۳±۱۲/۳۳		۷۴/۳۶±۱۵/۰۰		۸۹/۰۱±۶/۹۱		۷۸/۸۵±۱۲/۸۹		
سابقه کار	زیر ۵ سال	۷۱/۶۷±۱۹/۶۰	۰/۳۷۵	۷۰/۸۳±۲۲/۳۲	۰/۱۳۱	۸۲/۶۲±۱۵/۶۱	۰/۲۶۵	۷۷/۵۰±۱۶/۱۶	۰/۸۱۰	
	۵ تا ۱۵ سال	۷۶/۸۸±۹/۷۰		۷۵/۷۶±۱۰/۰۲		۸۴/۶۴±۸/۵۹		۷۶/۲۵±۱۶/۳۵		
	۱۵ سال به بالا	۷۸/۸۲±۱۱/۷۶		۸۲/۱۸±۱۰/۸۶		۸۹/۳۹±۹/۴۰		۷۸/۴۷±۱۳/۰۷		

* (انحراف معیار میانگین)

بحث و نتیجه‌گیری:

در سال‌های اخیر تأکید بر داشتن سواد سلامت در جامعه برای تمام افراد در هر سن و با هر شرایط کاری مورد توجه است. پیشرفت‌های روزافزون فناوری در کنار آگاهی‌های افراد در چگونگی به دست آوردن اطلاعات مربوط به سلامتی منجر به بهبود شرایط سواد سلامت افراد در برخی از گروه‌ها می‌شود. این مطالعه به منظور بررسی و سطح سواد

سلامت مربیان بهداشت در دوره ابتدایی در کرمان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. در رابطه با نحوه به دست آوردن اطلاعات، اینترنت به عنوان بیشترین منبع اطلاعاتی بود که مربیان از آن جهت کسب اطلاعات سلامت استفاده می‌کردند. در مطالعه پناهی و همکاران اینترنت به عنوان یکی از بیشترین منابع برای به دست آوردن اطلاعات مربوط به سلامت و بیماری برای دانشجویان شرکت‌کننده نام برده شده است [۲۱]. برخلاف نتایج

ارتباط معناداری بین درصد سواد سلامت و وضعیت تأهل مشاهده شد که در آن درصد سواد سلامت افراد متأهل نسبت به افراد مجرد بالاتر بود [۲۰]. در رابطه با سطح تحصیلات و ابعاد سواد سلامت تنها در بعد دسترسی تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. در مطالعه جرحی و همکاران نیز تفاوت معناداری بین سطح تحصیلات و نمره سواد سلامت افراد مشاهده شد [۱۳]. در مطالعه حاضر تفاوت معناداری بین نوع مدرسه (عادی - دولتی و غیردولتی) و سواد سلامت مربیان بهداشت مشاهده نگردید. این موضوع می‌تواند نشان‌دهنده این موضوع باشد که مدارس عادی از مربیان با سواد برخوردار بوده و نوع مدرسه صرفاً به عنوان مبنایی برای سطح سواد مربیان تلقی نمی‌شود. در این مطالعه همچنین، مربیانی که سابقه کار بالاتری داشتند میانگین نمره بالاتری نسبت به سایرین در تمامی ابعاد به غیر از بعد تصمیم‌گیری و رفتار داشتند. این موضوع می‌تواند ناشی از این باشد که افراد با سابقه بالاتر به دلیل آن که مدت زمان بیشتری در سمت مربیان بهداشت مشغول به خدمت هستند، سعی بر آن داشتند تا اطلاعات مربوط به سواد سلامت را در خود تقویت کرده و آن‌ها را به افراد تحت تعلیم خود به نحو بهتری ارائه دهند.

پژوهش حاضر از نخستین مطالعاتی است که سواد سلامت مربیان بهداشت را با استفاده از ابزار سنجش سواد سلامت ایرانیان (HELIA) مورد سنجش قرار داد که با توجه به این که این پرسشنامه ۵ بعد از ابعاد سواد سلامت را در زمینه مهارت‌های خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری و رفتار مورد بررسی قرار می‌دهد نسبت به سایر پرسشنامه‌های سنجش سواد سلامت دارای سطوح بیشتری برای ارزیابی می‌باشد. آموزش و پرورش در نواحی مختلف (ناحیه یک و دو) شهر کرمان دوره‌های آموزشی در زمینه بهداشت و سلامت برای مربیان به صورت دو ماه یک بار، با حضور افراد متخصص همچون پزشکان متخصص (زنان و زایمان، چشم، پوست، داخلی و ...) و نیز افرادی که در خانه‌های بهداشت فعالیت می‌کنند، برگزار می‌کند. مربیان در این دوره‌های آموزشی شرکت کرده و مهارت‌های لازم در زمینه بهداشت و سلامت را کسب می‌کنند. اهمیت تندرستی و سلامتی و برنامه‌هایی که به بهبود آن کمک می‌کند برای مسئولین امر سلامت در نواحی آموزش و پرورش کرمان دارای اهمیت ویژه می‌باشد؛ چرا که علاوه بر برگزاری دوره‌های آموزشی به صورت حضوری، بروشورها و کتابچه‌های آموزشی و پوسترهایی مربوط به نکات سلامتی و بهداشت عمومی، برای تمامی مربیان بهداشت در تمامی مدارس دوره ابتدایی در شهر کرمان پخش

حاصل از مطالعه حاضر در مطالعه مرادآبادی و همکاران بیشترین درصد منبع کسب اطلاعات بهداشتی کارکنان بهداشتی عنوان گردید [۲۲]. یافته‌های مطالعه حاضر سواد سلامت کافی و عالی را خصوصاً در بعد "فهم و درک" نشان می‌دهد. همانند مطالعه حاضر، در مطالعه کمالی‌پور و همکاران نیز سواد سلامت اکثر افراد شرکت‌کننده کافی به دست آمد. همچنین در مطالعه‌ای که توسط احمدی و همکاران انجام شد، سواد سلامت دانشجویان فرهنگی کافی و بالاتر حاصل شد [۲۳]. برخلاف نتایج حاصل از این مطالعه در مطالعه جرحی و همکاران که به بررسی سواد سلامت زنان مشغول در ایران پرداخته شد، سطح سواد سلامت زنان جوان پایین به دست آمد [۱۳]. خسروی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که افراد مورد مطالعه (بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های بوشهر) سواد سلامت کافی را نداشتند [۲۴]. برخلاف نتایج حاصل از این مطالعه، در مطالعه‌ای که در کشور ترکیه، توسط Yilmazel و همکارانش بر روی معلمان انجام شد تنها ۲۶/۲ درصد از معلمان سواد سلامت کافی داشتند و اکثر مربیان سواد سلامت خیلی محدود یا محدود داشتند [۲۵].

در مطالعه حاضر تنها زن‌ها حاضر به پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه شدند و با توجه به اینکه پرسشنامه در اختیار مردها نیز قرار داده شد اما حاضر به پاسخ‌گویی سوالات نشدند و عدم تمایل خود در پر کردن پرسشنامه را ابراز کردند. از این جهت دستیابی به تفاوت معنادار بین جنسیت و سواد سلامت افراد در این مطالعه حاصل نشد. اما در مطالعات دیگر که شرکت‌کنندگان از دو گروه مرد و زن بودند، همچون مطالعه‌ای که توسط جوادزاده و همکاران انجام شد نتایج با تفاوت معناداری بین جنس و سواد سلامت همراه بود و در آن مطالعه سواد سلامت مردان بیشتر از زنان به دست آمد [۷].

در مطالعه Shah و همکاران نیز تفاوت معناداری از نظر آماری بین سواد سلامت و جنسیت افراد شرکت‌کننده در مطالعه مشاهده گردید [۲۶]. در این مطالعه همچنان تفاوت معناداری بین سن و سواد سلامت افراد وجود نداشت. هم‌راستا با نتایج این مطالعه، کمالی‌پور و همکاران نیز نشان دادند که بین سن و سواد سلامت افراد بزرگسال تفاوت معناداری وجود ندارد [۲۳]. برخلاف نتایج این مطالعه Singh و همکاران نشان دادند بین سن و سواد سلامت افراد تفاوت معنادار می‌باشد [۲۷]. در این مطالعه بین وضعیت تأهل و ابعاد سواد سلامت تفاوت آماری معناداری ملاحظه نگردید. برخلاف مطالعه حاضر در مطالعه احمدی و همکاران

تأییدیه اخلاقی:

این مطالعه دارای تأییدیه اخلاقی به شماره IR.KMU.REC.1399.644 از دانشگاه علوم پزشکی کرمان است.

تعارض منافع:

از دیدگاه نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

سهم نویسندگان:

فاطمه دیناری (نویسنده اول و مسئول) مجری طرح، طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل داده، نگارش و ویرایش مطالعه ۶۰ درصد؛ یونس جهانی (نویسنده دوم) استاد مشاوره در تحلیل آماری و ویرایش مطالعه ۲۰ درصد؛ لیلا دیناری (نویسنده سوم) همکاری در اجرای طرح، جمع‌آوری داده.

حمایت مالی:

این مقاله از طرف هیچ‌گونه نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسنده اول تأمین شده است.

می‌شود. ارائه برنامه‌های مذکور از طرف مسئولین به مربیان بهداشت در دوره ابتدایی این فرصت را داده است تا از سواد سلامت خوب و قابل قبولی برخوردار باشند. همان‌طور که مشاهده شد مربیان از اینترنت برای به دست آوردن اطلاعات سلامت بیشتر استفاده می‌کنند. مسئولین امر سلامت در آموزش و پرورش می‌توانند از این فرصت استفاده کرده و اقدام به راهاندازی وبسایتی نموده و اطلاعات مربوط به سلامتی و بهداشت عمومی را مختص این مربیان بهداشت و برای استفاده بیشتر در اختیار آن‌ها قرار دهند.

این مطالعه جهت سنجش سواد سلامت مربیان بهداشت انجام شده است و پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی سواد سلامت را برای سایر مربیان در دوره ابتدایی و مربیان مقاطع بالاتر نیز سنجیده شود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به روش خودگزارش‌دهی در تکمیل پرسشنامه اشاره کرد، چرا که ممکن است نتایج حاصله در زمینه تعیین رفتارهای افراد شرکت‌کننده نتواند از کیفیت قابل قبول برخوردار و آن‌گونه که پژوهشگر انتظار دارد باشد.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان این مطالعه بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین و مربیان بهداشت در ناحیه یک و دو آموزش و پرورش شهر کرمان به جهت همکاری در جمع‌آوری داده‌ها تشکر و قدردانی به عمل آورند.

Reference

- World Health Organization. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
- Zarmehr F, Asemi A, Pashootanzade M. Survey the opinion of blind and visually impaired on incorporating gadgets in providing information services and resources to them. Hum Inf Interac. 2014; 1(1):77-89. [In Persian]
- Dharmapuri S, Best D, Kind T, Silber TJ, Simpson P, D'Angelo L. Health literacy and medication adherence in adolescents. J Pediatr. 2015; 166(2):378-82. DOI: 10.1016/j.jpeds.2014.10.002
- Levin-Zamir D, Lemish D, Gofin R. Media health literacy (MHL): Development and measurement of the concept among adolescents. Health Educ Res. 2011; 26(2):323-35. DOI: 10.1093/her/cyr007
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Ann Intern Med. 2011; 155(2):97-107. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015; 25(6):1053-8. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043
- Javadzade HSG. Health literacy among adults of Isfahan, Iran. Health Sys Res. 2013; 9(5):540-9. [In Persian]

8. Franze M, Fendrich K, Schmidt CO, Fahland RA, Thyrian JR, Plachta-Danielzik S, et al. Implementation and evaluation of the population-based programme" health literacy in school-aged children"(GeKo KidS). *J Public Health*. 2011; 19:339-47. DOI: 10.1007/s10389-011-0421-7
9. Frisch AL, Camerini L, Diviani N, Schulz PJ. Defining and measuring health literacy: How can we profit from other literacy domains? *Health Promot Int*. 2012; 27(1):117-26. DOI: 10.1093/heapro/dar043
10. Kickbusch L, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 2013.
11. Ho TG, Hosseinzadeh H, Rahman B, Sheikh M. Health literacy and health-promoting behaviours among Australian-Singaporean communities living in Sydney metropolitan area. *Proc Singapore Healthc*. 2018; 27(2):125-31. DOI: 10.1177/2010105817741906
12. Robertson C. *Safety, nutrition and health in early education*. 5th edition. Wadsworth, Ohio: Cengage Learning; 2012.
13. Jarahi L, Asadi R, Hakimi HR. General health literacy assessment of Iranian women in Mashhad. *Electron Physician*. 2017; 9(11): 5764-9. DOI: 10.19082/5764
14. Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, Sharifirad G, HasanZadeh A. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. *J Educ Health Promot*. 2014; 3:66. DOI: 10.4103/2277-9531.134804
15. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating adult health literacy in Tuyserkan City. *J Educ Community Health*. 2014; 1(2):48-55. [In Persian] DOI: 10.20286/jech-010248
16. Khajouei R, Salehi F. Health Literacy among Iranian High School Students. *Am J Health Behav*. 2017; 41(2):215-22. DOI: 10.5993/AJHB.41.2.13
17. Al-Ruthia YS, Balkhi B, AlGhadeer S, Mansy W, AlSanawi H, AlGasem R, et al. Relationship between health literacy and body mass index among Arab women with polycystic ovary syndrome. *Saudi Pharm J*. 2017; 25(7):1015-18. DOI: 10.1016/j.jsps.2017.04.003
18. Montazeri AL, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): Development and psychometric properties. *Payesh*. 2014; 13(5):589-99. [In Persian]
19. Zareban I, Izadirad H, Araban M. Psychometric evaluation of health literacy for adults (HELIA) in urban area of Balochistan. *Payesh*. 2016; 15(6):669-76. [In Persian]
20. Ahmadi FZ, Mehr-Mohammadi M, Talae E, Fardanesh H, Paknahad M, Taghizadeh S, et al. Health literacy among students of Farhangian University. *Payesh*. 2018; 17(3):257-66. [In Persian]
21. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Ghazanfari E, Niknami S. Evaluation of health literacy and its influencing factors on dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. *J Educ Community Health*. 2016; 3(3):30-6. [In Persian] DOI: 10.21859/jech-03035
22. Safari Moradabadi A, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Dadipoor S. The health literacy of pregnant women in Bandar Abbas, Iran. *SJSPH*. 2017; 15(2):121-32. [In Persian]
23. Kamalipour M, Mehralizade A, Choobin N, Esmaeel Zadeh Z. Evaluation of adults health literacy in Jahrom. *J Prev Med*. 2019; 6(1):19-25. [In Persian] DOI: 10.29252/jpm.6.1.25
24. Khosravi A, Ahmadzadeh KH. Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. *Iran South Med J*. 2016; 18(6):1245-53. [In Persian] DOI: 10.7508/ismj.1394.06.014
25. Yilmazel G, Çetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Corum, Turkey. *EMHJ*. 2015; 21(8):598-655. DOI: 10.26719/2015.21.8.598
26. Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: the "newest vital sign" ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med*. 2010; 23(2):195-203. DOI: 10.3122/jabfm.2010.02.070278
27. Singh SG, Aiken J. The effect of health literacy level on health outcomes in patients with diabetes at a type v health centre in Western Jamaica. *Int J Nurs Sci*. 2017; 4(3):266-70. DOI: 10.1016/j.ijnss.2017.06.004

Assessment of the level of health literacy among primary school health educators in Kerman province

Fatemeh Dinari^{1*} Yones Jahani² Leila Dinari³

1. MSc Student, Health Information Technology, School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. ORCID: 000000248879136
2. Department of Statistics and Epidemiology, School of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
3. BSc Student, Health Information Technology, School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

(Received 3 May, 2021)

Accepted 20 Sep, 2021)

Original Article

Abstract

Aim: Health literacy is the understanding of the concept of health care and the utilization of this knowledge to improve a healthy lifestyle. Health educators in primary schools serve as one of the influential factors in people's health and consequently promote community health. Accordingly, the aim of this study was to determine the level of health literacy of health educators in primary schools in Kerman Province, Iran.

Methods: This cross-sectional study was conducted in Primary schools in Kerman in 2018. The statistical population was all health educators who were selected through census sampling. The data were collected using the standard health literacy questionnaire of the urban population of Iran (HELIA). The data were analyzed using SPSS software and descriptive statistics tests, T-TEST and ANOVA.

Results: The mean score of health literacy dimensions for health educators was 75.87 in the reading dimension, 76.84 in the access dimension, 85.88 in the comprehension dimension, 77.62 in the evaluation dimension and 77.76 in the decision and behavior dimension. Based on the average obtained, the overall health literacy was sufficient and excellent.

Conclusion: This study detected that the level of health literacy of health educators, especially in terms of understanding, is sufficient and excellent. The Internet has been cited as the most widely used source of information for educators' health information. Therefore, designing and implementing a website by education officials in the field of health and public health will be useful for the promotion of health educators' health literacy.

Keywords: Health Literacy, Health Educators, Elementary School.

How to cite this article: Dinari F, Jahani Y, Dinari L. Assessing the level of health literacy of primary school health educators in Kerman. Journal of Modern Medical Information Sciences. 2021; 7(3): 49-56.

Correspondence:

Fatemeh Dinari

School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

Tel: + 989902506764

Email: fatemehdinari67@yahoo.com

ORCID: 000000248879136