مقاله پژوهشی

سطح سواد سلامت کارکنان حوزه معاونت بهداشتی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

بابک معینی[1]، فروزان رضاپور شاهکلایی[2]، مریم براتی[3*]، احسان وصالی منفرد[3]، شهریار پارسا مجد[3]، خدیجه عزتی رستگار[4]

• دریافت مقاله: ۹۹/۳/۲۱ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۹/۶/۲۷ • پذیرش مقاله: ۹۹/۶/۲۸

چکیده

مقدمه: تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت نقش بزرگی در سلامت مردم دارند. دسترسی، فهم، ارزیابی و به کارگیری اطلاعات در خصوص تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت موجب می‌شود که افراد نقش فعال‌تری در ایجاد یک محیط سالم‌تر برای خود، خانواده و جامعه‌شان داشته باشند. مطالعه حاضر، با هدف تعیین سطح سواد سلامت کارکنان حوزه معاونت بهداشتی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ بین ۲۰۰ نفر از کارکنان حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اراک که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده بودند؛ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه سواد سلامت درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت (HL-SDHQ) بود. از آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی برای تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: سواد سلامت ۶۷/۵ درصد از کارکنان در سطح متوسط بود و تنها ۱۹ درصد سواد سلامت در حد مطلوب داشتند. در بین ابعاد سواد سلامت، بعد درک اطلاعات از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار بود. از بین متغیرهای جمعیتی، سن پیشگویی‌کننده (۰/۲۸ - = β) سواد سلامت بود.

بحث و نتیجه‌گیری: برگزاری دوره‌های آموزشی اختصاصی در رابطه با چگونگی تأثیرگذاری مؤلفه‌های اجتماعی، بر سلامت افراد ضروری می‌باشد. همچنین آموزش راهکارهای اجرایی متناسب با وظایف شغلی هر یک از کارکنان برای تأثیرگذاری بر این تعیین کننده‌ها باید مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، کارمندان، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی

•ارجاع: معینی بابک، رضاپور شاهکلایی فروزان، براتی مریم، وصالی منفرد احسان، پارسا مجد شهریار، عزتی رستگار خدیجه. سطح سواد سلامت کارکنان حوزه معاونت بهداشتی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۹؛ ۶(۲): ۲۰۷-۱۹۷.

۱. استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲. دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳. کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۴. دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

*** نویسنده مسئول:** مریم براتی

آدرس: همدان، بلوار شهید فهمیده دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان

تلفن: ۰۸۶۳۳۶۸۲۸۴۶ **Email:** m.barati@edu.umsha.ac.ir

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، تعیین کننده‌های اجتماعی عبارت است از شرایطی که افراد در آن به دنیا می‌آیند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند، کار می‌کنند و پیر می‌شوند که این شرایط به واسطه توزیع پول، قدرت و منابع در سطح جهانی، ملی و منطقه‌ای شکل می‌گیرند. تعیین‌کننده‌های اجتماعی نقش زیادی در تعیین سلامت افراد دارند (۱). کاهش نابرابری‌ها در سلامت نیازمند توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌باشد. توزیع ناعادلانه سلامت در کشورهای در حال‌توسعه یکی از چالش‌های عمده نظام سلامت است که منجر به نابرابری در جایگاه اجتماعی و شرایط زندگی افراد می‌گردد (۲). کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، سواد سلامت را به عنوان یک تعیین‌کننده عمده وضعیت سلامت توصیه کرده است (۳). سواد سلامت ناکافی با سطح پایین سلامت، نابرابری‌های گسترده و افزایش هزینه‌ها در نظام سلامت همراه است (٤). در مقابل، سواد سلامت بالاتر منجر به استقلال و توانمندی بیشتر افراد شده و می‌تواند کیفیت زندگی افراد را ارتقاء دهد. در نهایت سواد سلامت مطلوب منجر به ایجاد عدالت و تغییرات پایدار در سلامت جوامع می‌شود (۵). از پیامدهای اجتماعی سواد سلامت، افزایش مشارکت اجتماعی مردم در برنامه‌های سلامت، ارتقاء ظرفیت برای تأثیر بر هنجارهای اجتماعی و تعامل با گروه‌های اجتماعی، فعالیت در راستای تعیین کننده‌های اجتماعی و اقتصادی سلامت و توانمندسازی جامعه می‌باشد (٦). در همین راستا، شهروندان نیاز به دسترسی، فهم، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات درباره مؤلفه‌های اجتماعی سلامت (سواد سلامت درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (Literacy on Social Health Determinants of Health(HL-SDH)) دارند (۷). این مؤلفه‌ها بر اساس کتابچه سازمان جهانی بهداشت شامل شیب اجتماعی (فاصله طبقاتی)، سال‌های اولیه عمر، انزوای اجتماعی، کار (استرس‌های محیط کار)، بیکاری، حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اعتیاد، تغذیه و حمل‌ونقل می‌باشند (۸).

کارکنان بخش سلامت با در نظر گرفتن جایگاه و مسئولیتی که در سیستم دارند می‌توانند نقش مهمی در تأثیرگذاری بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت داشته باشند. زابلی و همکاران در مطالعه خود عنوان کرده است که رویکرد بالینی و عدم توجه به عوامل محیطی در کارکنان بخش سلامت می‌تواند یکی از موانع توجه به تعیین کننده‌های سلامت در برنامه‌ریزی‌ها و اهداف بلندمدت نظام سلامت باشد (۲). درحالی‌که مطالعه خوشروش و همکاران (۹) در بین کارمندان دانشگاه علوم پزشکی همدان نتایج نشان داد، ۵۸/۸٪ دارای سواد سلامت در حد ناکافی و مرزی بودند و همچنین مطالعه اثنی عشری و همکاران (۱۰) در بین کارمندان دانشگاه ابوعلی سینا نشان داد که در مجموع ۷۵/۲٪ از کارکنان در مورد شناخت عوامل خطر بیماری‌های مزمن، سواد سلامت ناکافی داشتند. همچنین Peyman و SamieeRoudi (۱۱) در مطالعه خود در بین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی در خواف نشان دادند که سواد سلامت کارکنان ناکافی بود. مطالعه طاووسی و همکاران در بین ۲۰۷۱ نفر از ایرانیان نشان داد میانگین سواد سلامت ٦٨/٣١٪ بوده و ٤٤ درصد از شرکت‌کنندگان سواد سلامت محدود داشتند (۱۲). همچنین مطالعه‌ای که اختصاصاً رابطه با سواد سلامت

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]

کارکنان بخش سلامت در رابطه با تعیین کننده‌های اجتماعی انجام شده باشد وجود نداشت. بنابراین با توجه به اهمیت تعیین کننده‌های اجتماعی در سلامت افراد، هدف مطالعه حاضر تعیین سواد سلامت در مورد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در بین کارکنان حوزه سلامت بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه کارکنان حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اراک در سطح ستاد معاونت بهداشتی (٤٥ نفر)، ستاد مرکز بهداشت شهرستان (٦٣ نفر)، مراکز جامع سلامت شهری (١١٦ نفر) و پایگاه سلامت (۲۰۷ نفر) بود. حجم نمونه متناسب با تعداد کارکنان، ۲۰ نفر از کارکنان ستاد معاونت بهداشتی، ۲۹ نفر از ستاد مرکز بهداشت شهرستان، ۵۳ نفر از کارکنان مراکز جامع سلامت شهری و ۹۸ نفر از پایگاه‌های سلامت، (جمعاً ۲۰۰) نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به شیوه تصادفی طبقه‌ای بود. به نحوی که لیستی از اسامی کارکنان تهیه شد و به هریک از کارکنان یک شماره اختصاص داده شد. سپس نمونه‌ها متناسب با جمعیت هر یک از طبقات و به صورت تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه، اشتغال به کار در واحدهای بهداشتی و راضی به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج تکمیل ناقص پرسشنامه و یا پرسشنامه‌های مخدوش بود. تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن توان ۸۰ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد، معادل ۲۰۰ نفر برآورد گردید. نمونه‌ها با رضایت‌نامه آگاهانه وارد مطالعه شدند. به آنان اطمینان داده شده، اطلاعات کاملاً محرمانه است و جزء گروه تحقیق، کسی از آن‌ها مطلع نخواهد شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سواد سلامت درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (HL-SDHQ) بود که به صورت خود گزارش‌دهی تکمیل شد. در ابتدای پرسشنامه سؤالاتی در مورد مشخصات جمعیتی افراد شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت استخدامی بود. پرسشنامه اصلی دارای ۳۳ سؤال در چهار بعد سواد سلامت شامل دسترسی، درک، ارزیابی هر کدام با ۷ سؤال و کاربرد اطلاعات با ۱۲ سؤال بود. ابعاد مورد بررسی دارای ترکیبی از سؤالات در زمینه اجزای تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شامل ده مؤلفه شیب اجتماعی، سال‌های نخست زندگی، انزوای اجتماعی، کار، نداشتن کار، حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اعتیاد، غذا و حمل‌ونقل بودند. امتیازدهی پاسخ به سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت (بسیار مشکل =۱ امتیاز، نسبتاً مشکل=۲ امتیاز، نسبتاً راحت=۳ امتیاز، بسیار راحت=٤ امتیاز) انجام گرفت (۷). امتیازات به دست آمده در سه طبقه سواد سلامت ضعیف (امتیاز کمتر از ۷۱)، متوسط (امتیاز ۹۹-۷۱) و خوب (امتیاز ۱۳۲-۹۹) تقسیم‌بندی شدند.

در مطالعه حاضر پس از ارسال درخواست جهت استفاده و دریافت پاسخ از طراح پرسشنامه (۷)، ابتدا پرسشنامه توسط دو مترجم به زبان فارسی ترجمه شد. بعد از جمع‌بندی دو ترجمه، پرسشنامه توسط مترجم دیگری که از نسخه اصلی پرسشنامه اطلاعی نداشت به انگلیسی برگردانده شد (ترجمه معکوس). پرسشنامه به نویسنده مقاله ایمیل شد تا محتوی درک شده توسط نویسنده اصلی تأیید گردد. با توجه به پیشنهادات، مجدداً بازنگری انجام شد. برای تعیین

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]

روایی ابزار، پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از متخصصین آموزش بهداشت بررسی شد و نظرات آن‌ها اعمال شد. برای تعیین وضوح پرسش‌ها، پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از گروه هدف، قرار داده شد و از نظر قابل فهم بودن و واضح بودن مطالب، تک‌تک پرسش‌ها بررسی و اصلاحات لازم انجام شد. روایی پرسشنامه با محاسبه شاخص روایی محتوایی ۰/۸۲ و نسبت روایی محتوای ۰/۸۱ تأیید شد. برای تعیین ثبات داخلی پرسشنامه در ۳۰ نفر از افراد گروه هدف تکمیل و آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲۲ به دست آمد. سنجش ثبات خارجی نیز با تکمیل پرسشنامه با فاصله دو هفته انجام و نتیجه آزمون مطلوب گزارش شد (r =۰/۹۵۲).

آماره‌های توصیفی، درصد، میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ وارد شدند. سطح معنی‌داری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۷/۵۲ سال بود. ۸۲ درصد زن، ۷۶ درصد متأهل و مدرک تحصیلی ۶۰ درصد، لیسانس و ۲۴ درصد دارای تحصیلات بالاتر از لیسانس بودند. وضعیت استخدامی ۶۰ درصد از کارکنان رسمی بود (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات جمعیتی شرکت‌کنندگان در پژوهش

آمار توصیفی		تعداد (درصد)
جنسیت	زن	(۸۲)۱۶۴
	مرد	(۱۸)۳۶
مدرک تحصیلی	فوق‌دیپلم و کمتر	(۱۱)۲۲
	لیسانس	(۶۰/۵)۱۲۱
	بالاتر از لیسانس	(۲۸/۵)۵۷
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	(۲۲/۵)۴۵
	۳۱ تا ۴۰ سال	(۴۱/۵)۸۳
	۴۱ تا ۵۰ سال	(۳۱)۶۲
	۵۱ تا ۶۰ سال	(۵)۱۰
وضعیت تأهل	همسردار	(۷۶)۱۵۲
	مجرد	(۲۴)۴۸
وضعیت استخدام	رسمی	(۶۰)۱۲۰
	غیررسمی	(۴۰)۸۰
محل خدمت	ستاد معاونت بهداشتی	(۱۰)۲۰
	ستاد مرکز بهداشت شهرستان	(۱۴/۵)۲۹
	مراکز خدمات جامع سلامت	(۲۶/۵)۵۳
	پایگاه‌های سلامت	(۴۹)۹۸

نتایج مطالعه نشان داد میانگین امتیاز سواد سلامت شرکت‌کنندگان معادل ۸۵/۱ بود. بیشترین میانگین امتیاز مربوط به درک اطلاعات ۲۱/۶۴ از حداکثر نمره ۲۸ و کمترین میانگین نمره مربوط به بعد کاربرد اطلاعات بود (۲۵/۳۰ از حداکثر نمره ۴۸) بود (جدول ۲).

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار امتیاز سواد سلامت درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

متغیرها	میانگین(انحراف معیار)	محدوده نمره قابل اکتساب	درصد نمره کسب شده
بعد دسترسی	۱۹/۲۹(۳/۹۴)	۰-۲۸	۶۸/۵
بعد درک	۲۱/۶۴(۴/۴۴)	۰-۲۸	۷۷/۱
بعد ارزیابی	۱۸/۸۷(۴)	۰-۲۸	۶۷/۱
بعد کاربرد	۲۵/۳۰ (۴/۴۷)	۰-۴۸	۵۲/۷
سواد سلامت	۸۵/۱(۱۴/۶۲)	۰-۱۳۲	۶۴/۴

به‌طورکلی ۱۳/۵ درصد از کارمندان سطح سواد سلامت ضعیف، ٦٧/٥ درصد از کارکنان سواد سلامت در حد متوسط داشتند و تنها ۱۹ درصد سواد سلامت در حد مطلوب داشتند (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی سطح سواد سلامت شرکت‌کنندگان درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

سطح سواد سلامت	تعداد (درصد)	طیف نمرات هر سطح
سواد سلامت ضعیف	۲۷ نفر(۱۳/۵٪)	زیر ۷۱ امتیاز
سواد سلامت متوسط	۱۳۵ نفر(۶۷/۵٪)	بین ۷۱ تا ۹۹ امتیاز
سواد سلامت خوب	۳۸ نفر(۱۹٪)	بین ۹۹ تا ۱۳۲ امتیاز

جدول ٤ میانگین امتیاز ابعاد چهارگانه سواد سلامت درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت را به تفکیک مشخصات جمعیتی نشان می‌دهد.

جدول ٤: میانگین امتیاز ابعاد چهارگانه سواد سلامت درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به تفکیک مشخصات جمعیتی

مشخصات جمعیتی		ابعاد سواد سلامت			
		دسترسی	درک	ارزیابی	کاربرد
		میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)
سطح تحصیلات	کمتر از لیسانس	۱۸/۶۸(۴/۱۳)	۱۹/۸۲ (۶/۶۲)	۱۸/۸۶ (۵/۰۹)	۲۵/۰۹ (۱۰/۲۷)
	لیسانس	۱۹/۵۷(۴/۰۱)	۲۲/۲۷ (۴/۲۸)	۱۹/۱۱ (۴/۱۵)	۲۵/۶۲ (۷/۴۵)
	بالاتر از لیسانس	۱۸/۹۵(۳/۷۲)	۲۱/۰۲ (۳/۴۵)	۱۸/۳۹ (۳/۱۶)	۲۴/۷ (۶/۲۷)
وضعیت استخدام	رسمی	۱۸/۹۵(۴/۱)	۲۱/۵۵(۴/۳۶)	۱۸/۲۱(۴/۶۸)	۲۴/۰۵(۷/۵۲)
	غیررسمی	۱۹/۶۷(۳/۸۱)	۲۱/۵۸(۴/۸۲)	۱۹/۷(۳/۱۶)	۲۶/۷(۷/۵)
جنسیت	زن	۱۹/۸۳(۳/۱)	۲۱/۵۱ (۴/۵۷)	۱۸/۹۶(۳/۷۴)	۲۰/۳۷(۷/۳۷)
	مرد	۲۰/۳۳(۴/۱۹)	۲۱/۱۷(۴/۹۷)	۱۹/۱۹(۴/۵۱)	۲۰/۸۹(۷/۵۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۱۹/۴۸(۳/۸۸)	۲۲/۱۴ (۴/۸)	۱۸/۸۹(۳/۸۵)	۲۶/۱۴(۷/۱۴)
	متأهل	۱۹/۰۷(۴/۱۱)	۲۱/۵۴(۴/۵۱)	۱۸/۰۵(۴/۸۸)	۲۴/۵۳(۷/۸۱)
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۲۰/۲۷ (۳/۴۹)	۲۲/۰۹(۳/۷۲)	۱۹/۵۱(۳/۴۶)	۲۷/۴۷(۳/۸۱)
	۳۱تا ۴۰ سال	۱۹/۱۶ (۴/۰۵)	۲۱/۹۴(۴/۷)	۱۸/۹۶(۴/۳۵)	۲۴/۸۸(۷/۰۴)
	۴۱ تا ۵۰ سال	۱۹/۴۴ (۳/۹۳)	۲۱/۵۵(۴/۴۷)	۱۸/۶۳(۴/۰۵)	۲۴/۸۱(۷/۷۸)
	۵۱ تا ۶۰ سال	۱۵/۲۰ (۲/۳۴)	۱۷/۸ (۳/۵۵)	۱۶/۸(۲/۰۳)	۲۲/۱(۵/۱۹)

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]

همچنین نتایج نشان داد، ابعاد سواد سلامت براساس مدرک تحصیلی شرکت‌کنندگان در بعد درک معنی‌دار (P=۰/۰۲۳) بود. همچنین ابعاد سواد سلامت بر اساس گروه‌های سنی در بعد دسترسی (P=۰/۰۰۳) و درک (P=۰ /۰۳۸) معنی‌دار بود (جدول ۵).

جدول ۵: تعیین ارتباط بین ابعاد چهارگانه سواد سلامت درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت با مشخصات جمعیتی

ابعاد سواد سلامت	دسترسی	درک	ارزیابی	کاربرد
سطح تحصیلات*	F=۰/۷۸ P=۰/۴۶۱	F=۳/۷۳ P=۰/۰۲۳	F=۰/۶۳ P=۰/۵۴۲	F=۰/۳۰ P=۰/۷۴۱
وضعیت استخدام**	t=-۱/۵۲ P=۰/۵۲۳	t=-۰/۳۷ P=۰/۶۱۷	t=-۰/۸۳ P=۰/۸۵۹	t=-۱/۸۳ P=۰/۴۵۴
جنسیت**	t=۱/۴۰۲ P=۰/۱۶۷	t=۰/۵۱۱ P=۰/۶۱۱	t=۰/۹۹۹ P=۰/۳۲۴	t=۱/۰۱۹ P=۰/۳۱۳
وضعیت تأهل**	t=۳/۲۶۱ P=۰/۲۰۸	t=۰/۱۳۱ P=۰/۴۱۴	t=۰/۱۲۱ P=۰/۹۶۷	t=۰/۱۳۲ P=۰/۰۹۲
گروه‌های سنی*	F=۴/۸۲۷ P=۰/۰۰۳	F=۲/۸۵۳ P=۰/۰۳۸	F=۱/۳۷۱ P=۰/۲۵۳	F=۲/۰۸۲ P=۰/۱۰۴

*سطح معناداری براساس آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه
** سطح معناداری بر اساس آزمون تی مستقل

همچنین نتایج نشان داد که از بین متغیرهای جمعیتی وارد شده به مدل رگرسیونی تنها سن با سواد سلامت ارتباط معنی‌دار داشت (P = ۰/۰۰۲) و پیش‌بین متغیر سواد سلامت (β= - ۰/۲۸) بود (جدول ٦).

جدول ٦: نتایج آنالیز رگرسیون خطی متغیرهای جمعیتی و سواد سلامت درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

متغیرهای پیش‌بین	ضریب رگرسیونی(B)	خطای استاندارد(SE)	ضریب استاندارد(β)	آماره t	P-Value
مقدار ثابت	۱۱۳/۹۱۷	۹/۶۸۹	-	۱۱/۷۵۷	۰/۰۰۰
تحصیلات	۰/۱۹۷	۱/۲۵۰	۰/۱۱	۰/۱۵۷	۰/۸۷۵
وضعیت استخدام	-۰/۸۴۶	۰/۹۶۶	-۰/۰۸۰	-۰/۸۷۶	۰/۳۸۲
سن	-۰/۵۳۸	۰/۱۷۲	-۰/۲۸۳	-۰/۱۲۴	۰/۰۰۲
جنسیت	-۴/۱۲۶	۲/۶۶۴	-۰/۱۰۹	-۱/۵۴۸	۰/۱۲۳

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر، تعیین سطح سواد سلامت کارکنان حوزه معاونت بهداشتی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۱۳/۵ درصد از کارمندان، سواد سلامت ضعیف و ٦٧/۵ درصد سواد سلامت متوسط داشتند و تنها ۱۹ درصد دارای سواد سلامت در حد مطلوب بودند. در بین ابعاد سواد سلامت، بعد درک اطلاعات نسبت به سایر ابعاد، از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار بود و از بین متغیرهای جمعیتی، سن پیش‌بینی کننده سواد

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]

سلامت درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بود. همچنین نتایج نشان داد ابعاد سواد سلامت براساس مدرک تحصیلی شرکت‌کنندگان در بعد درک و بر اساس گروه‌های سنی در بعد دسترسی و درک معنی‌دار بود.

همسو با نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه پاشایی‌پور و همکاران که به بررسی ارتباط بین سواد سلامت کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تهران و میزان استفاده از فضای مجازی و با استفاده از پرسشنامه (HELIA: Health Literacy Assessment Questionnaire) پرداخته بود، بیشتر از حد متوسط (۱۲۸/۸ از نمره کل ۱٦۵) بود (۱۳). همچنین پژوهش قنبری و همکاران (۱٤) که با استفاده از پرسشنامه (HELIA) در بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد، نتایج نشان داد سواد سلامت ۵۷ درصد کارکنان اداری مطلوب (۱۰٦ نفر) و ٤۳ درصد متوسط (۸۰ نفر) بوده و هیچ‌کدام سطح سواد سلامت در محدوده ضعیف نداشتند و میانگین نمره سواد سلامت (۱۳٤ از ۱٦۵نمره) بود. نتایج مطالعه Damman و همکاران (۱۵) در هلند حاکی از آن بود که ۷۸/۳ درصد از کارکنان مورد مطالعه سواد سلامت کافی داشتند. همچنین در مطالعه Matsumoto و Nakayama میانگین نمره سواد سلامت که اختصاصاً در رابطه با سواد سلامت درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و با استفاده از ابزار (HL-SDHQ) (سواد سلامت درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت) انجام شده بود، برابر با ٦۹/٦ از حداکثر نمره ۱۳۲ بود (۷). درصورتی‌که مطالعه خوشروش و Peyman و SamieeRoudi نشان دادند که میزان سواد سلامت کارکنان در سطح مرزی و ناکافی بودند (۱۱، ۹). Karl و McDaniel نیز در مطالعه خود نشان دادند که حتی در بین کارمندان دانشگاه با میانگین تحصیلات ۱٦/۵ سال، سواد سلامت با استفاده از ابزار (NVS: Newest Vital Signe) (ابزار غربالگری برای تفسیر برچسب مواد غذایی)، ۱۷ درصد شرکت‌کنندگان، سواد سلامت محدود داشتند (۱٦). به‌طورکلی به نظر می‌رسد این تفاوت‌ها می‌تواند به دلیل سنجش انواع سواد سلامت از جمله سواد سلامت عملکردی، تعاملی، انتقادی و همچنین سواد سلامت درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و با استفاده از ابزارهای مختلف سنجش و در زمینه‌های مختلف فرهنگی- اجتماعی و گروه‌های مختلف سنی، جنسی و شغلی باشد.

همچنین نتایج نشان داد که درک اطلاعات مربوط به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نسبت به ابعاد دسترسی، ارزیابی و کاربرد دارای میانگین امتیاز (۲۱/٦٤) بالاتری است. این نتایج با مطالعه طاووسی و همکاران (۱۲) و خوش‌روش و همکاران (۹) همخوانی داشت. در مطالعه طاووسی در رابطه با سنجش سواد سلامت ایرانیان بزرگسال با استفاده از پرسشنامه (HELIA)، میانگین نمره بعد درک ۷٤/۰۷ و از سایر ابعاد بالاتر بود. همچنین در پژوهش قنبری و همکاران که در بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شده بود، ۷٤/۲ درصد از افراد در بعد درک دارای سواد سلامت در سطح مطلوب بودند (۱٤). همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه Matsumoto و Nakayama (۷) درک اطلاعات درباره عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، راحت‌تر از دیگر ابعاد ارزیابی شده بود. به نظر می‌رسد شرکت‌کنندگان یک درک کلی از ارتباط بین عوامل مختلف اقتصادی، سیاسی و اجتماعی با وضعیت سلامت داشتند، اما در رابطه با جزئیات،

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]

سازوکار و چگونگی تأثیرگذاری این عوامل بر سلامت افراد، اطلاعات کمتری داشتند. به عنوان مثال در بعد ارزیابی و تأثیر مؤلفه حمایت اجتماعی بر سلامت، ارزیابی این که فرد دارای مشکل در جامعه و محل کار به چه نوع حمایتی احتیاج دارد، نیازمند داشتن اطلاعات و مهارت‌های تخصصی در این زمینه است. از سویی دیگر نتایج می‌تواند نشان دهنده این موضوع باشند که شرکت‌کنندگان محیط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی خود را به نحوی ارزیابی کرده‌اند که مشارکت در فعالیت‌هایی برای ترویج سلامت، درگیری در امور دولتی و سیاست‌گذاری برای تأثیرگذاری بر قوانین مرتبط با سلامتی، فعالیت‌های حمایتی از گروهای آسیب‌پذیر مثل کودکان، معتادان، کارگران و... را دشوار و گاهی غیرممکن می‌دانند.

همچنین نتایج نشان دهنده رابطه آماری معنی‌دار بین سن و سواد سلامت بود. بدین‌صورت که با افزایش سن شرکت‌کنندگان، سطح سواد سلامت کاهش می‌یافت. نتایج مطالعه جوینی (۱۷)، مطالعه Matsumoto و Nakayama (۷)، Protheroe و همکاران (۱۸) و Levinthal و همکاران (۱۹) هم‌راستا با مطالعه حاضر، نشان دهنده ارتباط بین گروه‌های سنی بالاتر و سواد سلامت محدودتر نسبت به سایر گروه‌های سنی بودند. همچنین نتایج نشان داد ابعاد سواد سلامت بر اساس گروه‌های سنی در بعد دسترسی و درک معنی‌دار بود که این نتایج هم‌راستا با نتایج مطالعات خوش‌روش و همکاران (۹) و بنی‌هاشمی و همکاران (۲۰) بود. در حقیقت با افزایش سن، قابلیت خواندن، درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری به دلیل کاهش عملکرد شناختی، حسی و فیزیکی با محدودیت مواجه می‌شوند، که این امر می‌تواند بر سطح سواد سلامت تأثیر منفی داشته باشد. در مورد سواد سلامت در رابطه با تعیین کننده‌های سلامت نیز به نظر می‌رسد با افزایش سن و افزایش تجربیات شخصی و محیط شغلی، افراد در می‌یابند که تأثیرگذاری بر عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت توسط افراد بسیار دشوار بوده و نیاز به یک بستر مناسب از جمله وجود محیط‌ها و قوانین حامی سلامت و مشارکت بالای افراد جامعه دارد.

همچنین نتایج نشان داد ابعاد سواد سلامت بر اساس مدرک تحصیلی شرکت‌کنندگان، در بعد درک معنی‌دار بود. در واقع افراد با تحصیلات کمتر، درک اطلاعات مربوط به تعیین کننده‌های سلامت را مشکل‌تر از افراد با تحصیلات بالاتر ارزیابی کردند. نتایج مطالعه van der Heide و همکاران (۲۱) در رابطه با سنجش سواد سلامت در بین نمونه‌ای شامل ۹۲۵ نفر از جمعیت عمومی هلند و بنی‌هاشمی (۲۰) در پنج استان ایران نیز هم‌راستا با مطالعه حاضر بود. به نظر می‌رسد با توجه به پیچیدگی اطلاعات مرتبط با تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، تحصیلات می‌تواند زمینه مساعدتری را برای درک اطلاعات مرتبط با تعیین کننده‌ها برای فرد مهیا کند.

از نقاط قوت پژوهش حاضر استفاده از پرسشنامه HL-SDHQ می‌باشد. در اکثر مطالعات، شیوه مشخص کردن درک عموم مردم از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به صورت کیفی و یا سؤالات باز درباره علل نابرابری‌ها (۲۲، ۲) و یا گزینه‌های رتبه‌بندی شده درباره ارتباط سلامت ناکافی با طیفی از علل فردی تا عوامل محیطی (۲۳) بودند. در مطالعه زابلی (۲) و ندریان و همکاران (۲۲) از مصاحبه‌های عمقی یا بحث گروهی برای مشخص کردن دلایل، راهکارها و چالش‌های تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در بین متخصصین سلامت و عموم مردم

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]

استفاده شده است. در مطالعه حاضر از پرسشنامه HL-SDHQ استفاده شده است (۲٤، ۷). از محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که جامعه آماری صرفاً محدود به کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اراک بوده و در نتیجه در تعمیم نتایج به دیگر جوامع باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. در همین راستا، انجام مطالعه در بین گروه‌های هدف مختلف برای بررسی سواد سلامت درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت پیشنهاد می‌گردد.

به‌طورکلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد سواد سلامت درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در بین شرکت‌کنندگان در حد متوسط بود. بنابراین با توجه به اهمیت عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی در سلامت افراد، توجه بیشتر به سواد سلامت در مورد این تعیین کننده‌ها در برنامه‌های آموزشی و ارتقای سلامت ضروری به نظر می‌رسد.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌گردد کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی تخصصی، در رابطه با چگونگی تأثیرگذاری تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر سلامت افراد در بین کارکنان حوزه سلامت برگزار گردد. همچنین ارائه راهکارهای اجرایی متناسب با وظایف شغلی هر یک از کارکنان برای تأثیرگذاری بر این عوامل، ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی همدان سال ۱۳۹۸ با کد ۹۸۰۷۰۹۵۱۰۳ می‌باشد.

بدین‌وسیله از کلیه کسانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر می‌شود. از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اراک به سبب صدور مجوز اجرای طرح در بین کارکنان و نیز از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به سبب حمایت مالی، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1398.495 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان تأیید شده است.

تضاد منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Dingake OB. The rule of law as a social determinant of health. Health Hum Rights 2017; 19(2): 295–8.

2. Zaboli R, Sanaeinasab H. The Challenges and Solutions for Action of Social Determinants of Health in Iran: A Qualitative Study. Journal of Health Education and Health Promotion 2014;2:5-16. [In Persian]

3. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating Adult Health Literacy in Tuyserkan City. Journal of Education and Community Health 2014;1(2):48-55. [In Persian]

4. Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among University students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. Arch Public Health 2014; 72(1): 15. doi: 10.1186/2049-3258-72-15

5. Rowlands G, Shaw A, Jaswal S, Smith S, Harpham T. Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. Health Promot Int 2017;32(1):130-8. doi: 10.1093/heapro/dav093.

6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(1):80.

7. Matsumoto M, Nakayama K. Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. BMC Public

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]

Health 2017;17(1):30. doi: 10.1186/s12889-016-3971-3.s
8. WHO (World Health Organization). Regional Office for Europe. The Social Determinants of Health; 2003 [cited 2020 Mar 16]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.
9. Khoshravesh S, Moeini B, Rezapur-Shahkolai F, Taheri-Kharameh Z, Bandehelahi K. Health Literacy of Employees of Hamadan University of Medical Sciences and Related Demographic Factors. Journal of Education and Community Health 2018;5(1):19-26. [In Persian]
10. Esna Ashari F, Pirdehghan A, Rajabi F, Sayarifard A, Ghadirian L, Rostami N, et al. The Study of Health Literacy of Staff about Risk Factors of Chronic Diseases in 2014. Avicenna Journal of Clinical Medicine 2015;22(3):248-54. [In Persian]
11. Peyman N, SamieeRoudi K. Investigating the status of health literacy among health providers of rural area. Journal of Health Literacy 2016;1(1):46-52. doi:10.22038/JHL.2016.10976
12. Tavousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. health literacy in Iran: findings from a national study. Payesh 2016; 15(1): 95 – 102. [In Persian]
13. Pashaeypoor S, Salemi N, Ansari M. The relationship between health literacy and the use of social networking in administrative staff of Tehran University of Medical Sciences. Iranian Journal of Nursing Research 2018;13(2):67-73. [In Persian]
14. Ghanbari A, Rahmatpour P, Khalili M, Barari F. The association between health literacy and health status among the staff of Guilan University Of Medical Sciences, Iran. Health System Research 2016; 12(3): 381-7. [In Persian]
15. Damman OC, van der Beek AJ, Timmermans DR. Workers' knowledge and beliefs about cardiometabolic health risk. J Occup Environ Med 2014;56(1):92-100. doi: 10.1097/JOM.0000000000000041.
16. Karl JI, McDaniel JC. Health Literacy Deficits Found Among Educated, Insured University Employees. Workplace Health Saf 2018;66(9):419-27. doi: 10.1177/2165079918758773
17. Joveini H, Rohban A, Askarian P, Maheri M, Hashemian M. Health literacy and its associated demographic factors in 18-65-year-old, literate adults in Bardaskan, Iran. J Educ Health Promot 2019;8:244. doi: 10.4103/jehp.jehp_26_19.
18. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. Health Expect 2017;20(1):112-9. doi: 10.1111/hex.12440.
19. Levinthal BR, Morrow DG, Tu W, Wu J, Murray MD. Cognition and health literacy in patients with hypertension. J Gen Intern Med 2008; 23(8): 1172–6. doi: 10.1007/s11606-008-0612-2
20. Tehrani Banihashemi SA, Haghdoost AA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, et al. Health Literacy and the Influencing Factors: A Study in Five Provinces of Iran. Strides in Development of Medical Education 2007;4(1):1-9. [In Persian]
21. van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. BMC Public Health 2013;13(1):179.
22. Nadrian H, Taghdisi MH, Shojaeizadeh D, Nedjat S. Impacts of urban traffic and transport on social determinants of health from the perspective of residents and key informants in Sanandaj, Iran: a qualitative study. Journal of Education and Community Health. 2018;5(1):49-60. [In Persian]
23. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. Soc Sci Med 2011;73(1):60-7. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.04.004.
24. Cho M, Lee H, Lee YM, Lee JY, Min H, Kim Y, et al. Psychometric properties of the Korean version of the Health Literacy on Social Determinants of Health Questionnaire (K-HL-SDHQ). PLoS One 2019;14(11):e0224557. doi: 10.1371/journal.pone.0224557.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]

Original Article

The Level of Health Literacy of the Health Department Employees, one of the Social Determinants of Health: A descriptive-analytical, cross-sectional study

Moeini Babak[1], Rezapur-Shahkolai Forouzan[2], Barati Maryam[3]*, Vesali-Monfared Ehsan[3], Parsamajd Shahriar[3], Ezzati Rastegar Khadje[4]

• Received: 10. 06. 2020 • Revised: 17. 09. 2020 • Accepted: 10. 09. 2020

Abstract

Background & Objectives: Social determinants play a major role in people's health. Accessing, understanding, appraising, and applying information about social determinants of health enable people to play an active role in creating a healthier environment for themselves, their families, and their communities. The present study aimed to determine the health literacy level in social determinants of health among employees of the Health Department of Arak University of Medical Sciences and its related factors.

Methods: The study was conducted as a descriptive-analytical cross-sectional survey study on 200 employees selected from Arak University of Medical Sciences in 2019, through the stratified sampling method. The data collection instrument was Health Literacy on Social Determinants of Health Questionnaire (HL-SDHQ). One-way analysis of variance, independent t-test, and linear regression were used to analyze the data through SPSS (v 16).

Results: The participants' health literacy was mostly moderate (67.5%) and only 19% of participants had the desired level of health literacy. Among the dimensions of health literacy, the understanding of information was more desirable. Among the demographic variables, age was predictor of health literacy ($\beta = -0.28$).

Conclusion: It is necessary to implement more specific educational sessions on how the social determinants affect people's health. Also, it is essential to train employees in executive strategies appropriate for their job duties to influence the determinants.

Keywords: Health Literacy, Social Determinants of Health, Employees, Health Department, University of Medical Sciences

•**Citation:** Moeini B, Rezapur-Shahkolai F, Barati M, Vesali-Monfared E, Parsamajd S, Ezzati Rastegar K. The Level of Health Literacy of the Health Department Employees, one of the Social Determinants of Health: A descriptive-analytical, cross-sectional study. Journal of Health Based Research 2021; 6(2): 197-207. [In Persian]

1. Professor, Department of Public Health, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Associate Professor, Department of Public Health, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. MSc of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Ph.D of Health Education and Health Promotion, Department of Public Health, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
***Corresponding Author:** Maryam Barati
Address: Health Faculty, Hamadan University of Medical Science, Shahid Fahmide Boulevard, Hamadan, Iran
Tel: 00988633682846 **Email:** m.barati@edu.umsha.ac.ir

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-06-30]