

ارتباط سواد سلامت با فرهنگ سازمانی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مصطفی صادقی^۱، الهام شکیبیا^{۲*}، منور نادری^۳

• پذیرش مقاله: ۹۹/۳/۲۳

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۹/۳/۲۲

• دریافت مقاله: ۹۹/۲/۱۶



چکیده

مقدمه: فرهنگ سازمانی می‌تواند بر اطلاعات سلامت اثر مثبتی داشته باشد و گنجاندن آن در بحث سواد سلامت بر شناخت سلامت به عنوان یک مفهوم فرهنگی تأثیر دارد. بنابراین هدف این پژوهش تعیین رابطه سواد سلامت با فرهنگ سازمانی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۷ بود.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی و بر روی ۱۳۷ نفر از کارکنان دانشکده‌ها و سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که به روش سرشماری انتخاب شده بودند، انجام شد برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سواد سلامت و فرهنگ سازمانی استفاده گردید. از آزمون‌های آماری کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و واریانس یک طرفه برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳۸/۹ سال بود. بیشترین میانگین امتیاز سواد سلامت و فرهنگ سازمانی به ترتیب مربوط به فهم و مشارکت و کمترین به ترتیب مربوط به تصمیم‌گیری و انطباق‌پذیری بود. وضعیت سواد سلامت افراد در رابطه با فرهنگ سازمانی خوب بود. هر چهار بعد فرهنگ سازمانی با بعد تصمیم‌گیری و ارزیابی سواد سلامت ارتباط معنادار داشتند. تحصیلات تنها با بعد انطباق‌پذیری فرهنگ سازمانی و سن فقط با دو بعد دسترسی و خواندن سواد سلامت رابطه معنادار داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: ارتقاء فرهنگ سازمانی کارکنان از طریق آموزش‌های پرسنلی، یادگیری سازمانی، تغییرات سازمانی و منظور کردن این موارد در برنامه‌ریزی استراتژیک می‌تواند ارتقاء سواد سلامت آنان را به دنبال داشته باشد.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، فرهنگ سازمانی، کارکنان اداری

ارجاع: صادقی مصطفی، شکیبیا الهام، نادری منور. ارتباط سواد سلامت با فرهنگ سازمانی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۹؛ ۶(۱): ۴۹-۳۹.

۱. استاد، گروه دندانپزشکی ترمیمی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۲. دانشجوی دکتری آموزش عالی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۳. کارشناس ارشد، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، معاونت علم و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

* نویسنده مسئول: الهام شکیبیا

آدرس: رفسنجان خیابان مفتح غربی، دانشکده دندانپزشکی

تلفن: ۰۳۴۳۴۲۸۰ ۱۳۳

Email: shakibae7@gmail.com

مقدمه

ایجاد تغییرات زیاد در فرهنگ و فناوری، باعث تغییر در سبک زندگی افراد گردیده است (۱). امروزه سواد سلامت مبحثی است که در جهت ارتقاء سطح سلامت جامعه و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در نظر گرفته می‌شود (۲). اصطلاح سواد سلامت نخستین بار در سال ۱۹۷۴ در یک پانل آموزشی به عنوان یک مهارت شناختی در رابطه با آموزش بیماران مطرح شد. از آن زمان تاکنون تحقیقات متعددی در حوزه‌های سوادآموزی و سلامت توسط محققان انجام شد و تعاریف گوناگونی برای آن ارائه شده است (۳). سواد سلامت یک موضوع جهانی است و سازمان جهانی بهداشت در گزارشی، سواد سلامت را یکی از بزرگ‌ترین عوامل تعیین‌کننده امر سلامت معرفی کرده است و به کشورهای جهان پیشنهاد کرده است که انجمنی را جهت ارزیابی و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک برای افزایش سطح سواد سلامت جوامع گوناگون تشکیل دهند (۴، ۵). سواد سلامت دربردارنده مجموعه‌ای از مهارت‌های شنیدن، خواندن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موارد مربوط به سلامتی است که الزاماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی مربوط نمی‌شود (۶).

بر اساس مطالعات مرکز استراتژی مراقبت سلامت آمریکا، افرادی که سواد سلامت پایین‌تری دارند، اطلاعات نوشتاری و گفتاری متخصصین سلامت را کمتر درک می‌کنند و بنابراین وضعیت سلامت نامطلوبی به دلیل عمل نکردن به دستورات آنها دارند. میزان مراجعه به پزشک و امکان استفاده از خدمات بیمارستانی و اورژانس برای این افراد بیشتر است و از آنجایی که مراقبت‌های پزشکی کمتری

انجام می‌دهند، هزینه‌های پزشکی بیشتری باید پردازند (۷). سواد سلامت دارای چهار بعد است که عبارت است از دسترسی به مفهوم مهارت یافتن و کسب اطلاعات سلامت، درک یعنی توانایی ادراک اطلاعات سلامتی، ارزیابی به مهارت در تفسیر، جداسازی، قضاوت و ارزیابی اطلاعات سلامت گفته می‌شود و در نهایت به کارگیری به معنای توانایی استفاده از اطلاعات و ایجاد ارتباط بین داده‌ها برای گرفتن تصمیماتی که منتهی به حفظ و بهبود سلامت می‌شود (۸).

عوامل مختلفی بر سواد سلامت تأثیر دارد؛ یکی از عوامل مؤثر بر سواد سلامت، فرهنگ است. فرهنگ می‌تواند بر چارچوب اطلاعات سلامت اثر مثبتی داشته باشد و به درک، تشخیص و کاربرد اطلاعات سلامت اشاره کند. گنجاندن فرهنگ در بحث سواد سلامت بر شناخت سلامت به عنوان یک مفهوم فرهنگی تکیه دارد (۹). Denison فرهنگ سازمانی را باورها و ارزش‌های اساسی می‌داند که در سازمان وجود دارد و الگوهای رفتاری که از بین این ارزش‌های مشترک به وجود می‌آید. با توجه به این تعریف، فرهنگ سازمانی مجموعه‌ای از باورها و ارزش‌های مشترک است که بر رفتار و افکار اعضای سازمان تأثیر می‌گذارد که می‌تواند باعث پویایی یا مانع پیشرفت باشد (۱۰). در بین چارچوب‌های مفهومی گوناگون که از فرهنگ سازمانی ارائه شده است، Denison فرهنگ سازمانی را در چهار حیطه سازگاری، درگیر شدن در کار (مشارکت)، انطباق‌پذیری و رسالت شناسایی کرده است (۱۱، ۱۰). رفتار افراد در سازمان بیش از این که توسط دستورات مدیران شکل بگیرد، به وسیله رفتار سازمانی تعیین می‌شود. اجرای تعداد زیادی از راهبردهای سازمانی

در صورت ناسازگاری با فرهنگ سازمانی با مشکل روبه‌رو خواهد شد (۱۲).

کارکنان به دلیل ارتباطات روزانه با مراجعه‌کنندگان، علاوه بر وظایف خود یکی از اقشار تأثیرگذار در گسترش و ترویج سواد سلامت در جامعه هستند. کارکنان دانشگاه‌های علوم پزشکی بر ارائه خدمات بهداشتی و بهبود و ارتقاء سلامت افراد جامعه تأثیر می‌گذارند. به این منظور در سال‌های اخیر آموزش و مهارت تمام ارائه‌کنندگان خدمت در بخش سلامت جهت پیشگیری و ارتقاء بهداشت و سلامت افزایش یافته است. با وجود نقش مؤثر سواد سلامت بر وضعیت سلامتی همه افراد جامعه، خصوصاً کارمندان، پژوهش‌های کمی در این رابطه انجام شده است (۵، ۱۳). در مطالعه Greaney و همکاران رابطه سواد سلامت را با هشت مضمون از جمله فرهنگ سازمانی در کارکنان و ارائه‌کنندگان سلامت و بیماران مورد ارزیابی قرار دادند و دریافتند فرهنگ سازمانی باعث تفاوت سواد سلامت در بین کارکنان و بیماران می‌شود (۱۵). Damman و همکاران سواد سلامت کافی برای کارکنان اداری ۹۸/۷ و برای کارگران ساختمانی ۶۰/۵ درصد گزارش کردند (۱۶). Korkut و Sevinc ارتباط آموزش بهداشت و ایمنی شغلی را با سواد سلامت گروه‌های مختلف شغلی مورد بررسی قرار دادند و سواد سلامت آن‌ها را متوسط گزارش کردند (۱۷).

بنابراین هدف از این پژوهش تعیین رابطه سواد سلامت با فرهنگ سازمانی کارکنان اداری دانشگاه‌های علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۷ بود تا با تعیین ارتباط میان فرهنگ سازمانی و سواد سلامت به ارتقای سواد سلامت کارشناسان که دانش، مهارت و توانمندی‌های آن‌ها نقش تعیین

کننده‌ای در عملکرد سازمان دارد، کمک کند.

روش بررسی

این پژوهش توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۳۷ نفر از کارشناسان اداری دانشکده‌های دندانپزشکی، پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی و سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شد که به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند و برابر با جامعه آماری بود. روش نمونه‌گیری به شیوه سرشماری بر حسب محل خدمت در نظر گرفته شد. معیار ورود داشتن حداقل مدرک کارشناسی یا پست کارشناس با مدرک کمتر از کارشناسی بود. از دانشکده‌های دندانپزشکی، پرستاری، پزشکی و پیراپزشکی به ترتیب ۷، ۱۶، ۲۹ و ۵ نفر و از سازمان مرکزی ۸۰ نفر انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه سواد سلامت و فرهنگ سازمانی بود. در ابتدای پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک کارکنان نظیر سن، جنسیت و میزان تحصیلات پرسیده شد. برای سنجش سواد سلامت از پرسشنامه (HELIA: Health Literacy Iranian Adults for) استفاده شد که توسط منتظری و همکاران در ایران مورد استفاده قرار گرفت. روایی آن مطلوب ارزیابی شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه بالاتر از ۰/۷ گزارش شد که حاکی از پایایی آن بود (۱۸). پرسشنامه سواد سلامت با ۳۳ سؤال دارای پنج بعد شامل مهارت خواندن (۴ سؤال)، دسترسی (۶ سؤال)، فهم و درک (۷ سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال) و تصمیم‌گیری (۱۲ سؤال) بود. سؤالات بر اساس کاملاً آسان (۵ امتیاز)، آسان (۴ امتیاز)، نه آسان است نه سخت (۳ امتیاز)، سخت (۲ امتیاز)، کاملاً سخت (۱ امتیاز) ارزش‌گذاری می‌شود (۱۸). نمره‌دهی به دو صورت امتیاز برای بعد و امتیاز کل انجام شد. طیف

از آزمون‌های آماری کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و واریانس یک طرفه استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ وارد شدند. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۶۲/۸ درصد کارکنان مورد بررسی زن و ۳۷/۲ درصد آنان مرد بودند. میانگین سنی آنان ۳۸/۹ سال بود. ۸۵/۹ درصد شرکت‌کنندگان دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند. بیشترین میانگین امتیاز پرسشنامه سواد سلامت مربوط به بعد فهم و درک (۴/۰۹) و کمترین میانگین امتیاز مربوط به بعد تصمیم‌گیری (۳/۲۲) بود. بیشترین میانگین امتیاز پرسشنامه فرهنگ سازمانی مربوط به بعد مشارکت (۳/۲۸) و کمترین میانگین امتیاز مربوط به بعد انطباق‌پذیری فرهنگ سازمانی (۳/۱۴) بود. وضعیت سواد سلامت ۵۰٪ افراد مورد مطالعه در رابطه با فرهنگ سازمانی در محدوده خوب بود.

نتایج نشان داد که میزان تحصیلات بین مردان و زنان معنادار نبود. سطح تحصیلات با ابعاد فرهنگ سازمانی و همچنین با ابعاد سواد سلامت رابطه معناداری نداشت (جدول ۲). جنسیت با دو بعد دسترسی (P=۰/۰۲۰) و خواندن (P=۰/۰۰۴) سواد سلامت رابطه معنادار داشت ولی با هیچ‌کدام از ابعاد فرهنگ سازمانی رابطه معناداری نداشت (P<۰/۰۰۵) (جدول ۳). سن با ابعاد سواد سلامت و هم ابعاد فرهنگ سازمانی رابطه معناداری نداشت.

امتیازات بعد خواندن ۴ تا ۲۰ (ضعیف: ۴-۶، متوسط: ۷-۱۰، خوب: ۱۱-۱۵، خیلی خوب: ۱۶-۲۰)، بعد دسترسی ۶ تا ۳۰ (ضعیف: ۶-۹، متوسط: ۱۰-۱۵، خوب: ۱۶-۲۴، خیلی خوب: ۲۵-۳۰)، بعد فهم و درک ۷ تا ۳۵ (ضعیف: ۷-۱۰، متوسط: ۱۱-۱۵، خوب: ۱۶-۲۷، خیلی خوب: ۲۸-۳۵)، بعد ارزیابی ۴ تا ۲۰ (ضعیف: ۴-۶، متوسط: ۷-۱۰، خوب: ۱۱-۱۵، خیلی خوب: ۱۶-۲۰)، (ضعیف: ۴-۶، متوسط: ۷-۱۰، خوب: ۱۱-۱۵، خیلی خوب: ۱۶-۲۰)، امتیاز کل حداکثر نمره این پرسشنامه ۱۶۵ و حداقل ۳۳ آن (ضعیف: ۳۳-۴۵، متوسط: ۴۶-۸۲، خوب: ۸۳-۱۳۲، خیلی خوب: ۱۳۳-۱۶۵) بود.

پرسشنامه دوم، پرسشنامه مطالعه حیدرآبادی برگرفته از عوامل فرهنگ سازمانی Denison دارای ۲۰ سؤال و چهار بعد سازگاری، مشارکت در کار، انطباق‌پذیری و رسالت هر کدام با پنج سؤال بود. امتیازدهی به سؤالات پرسشنامه با استفاده از معیار پنج‌تایی لیکرت صورت گرفت به این شکل که به گزینه خیلی زیاد پنج امتیاز و به گزینه خیلی کم یک امتیاز داده شد (۱۹). طیف امتیازات هر کدام از ابعاد سازگاری، مشارکت در کار، انطباق‌پذیری و رسالت ۵ تا ۲۵ (ضعیف: ۵-۹، متوسط: ۱۰-۱۴، خوب: ۱۵-۱۹، خیلی خوب: ۲۰-۲۵) و امتیاز کل حداکثر نمره این پرسشنامه ۱۰۰ و حداقل آن ۲۰ (ضعیف: ۲۰-۲۵، متوسط: ۲۶-۴۹، خوب: ۵۰-۷۴، خیلی خوب: ۷۵-۱۰۰) بود. روایی این پرسشنامه با استفاده از مطالعه حیدرآبادی مورد تأیید بود. آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۸ بود که حاکی از پایایی آن بود (۱۹).

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت سواد سلامت و فرهنگ سازمانی کارکنان اداری

ابعاد	وضعیت	وضعیت		
		ضعیف تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	خوب تعداد (درصد)
سواد سلامت	خواندن	-	۷ (۵)	۵۳ (۳۷/۶)
	دسترسی	-	۱۴ (۱۰/۱)	۵۷ (۴۱)
	ارزیابی	-	۱۴ (۱۰)	۷۸ (۵۵/۷)
	تصمیم‌گیری	-	۳۶ (۲۸/۸)	۸۱ (۶۴/۸)
	فهم و درک	-	۱ (۰/۸)	۵۱ (۳۸/۳)
فرهنگ سازمانی	مشارکت	۷ (۵/۱)	۲۲ (۱۵/۹)	۲۸ (۲۰/۳)
	سازگاری	۴ (۲/۹)	۳۴ (۲۴/۶)	۸۸ (۶۳/۸)
	انطباق‌پذیری	۴ (۹/۲)	۳۵ (۲۵/۷)	۸۶ (۶۳/۲)
	رسالت	۱ (۰/۷)	۳۲ (۲۲/۹)	۸۹ (۶۳/۶)

جدول ۲: میانگین امتیاز ابعاد سواد سلامت و فرهنگ سازمانی به تفکیک سطح تحصیلات در کارکنان اداری

P- Value	سطح تحصیلات				ابعاد
	کارشناس ارشد انحراف معیار ± میانگین	کارشناس انحراف معیار ± میانگین	کاردان انحراف معیار ± میانگین	دیپلم انحراف معیار ± میانگین	
۰/۹۵	۳/۵۳ ± ۰/۵۹	۳/۵۲ ± ۰/۶۲	۳/۵۳ ± ۰/۵۱	۳/۵۰ ± ۰/۵۴	خواندن
۰/۷۸	۳/۴۰ ± ۰/۶۹	۳/۳۶ ± ۰/۶۶	۳/۵۳ ± ۰/۶۶	۳/۱۶ ± ۰/۴۰	دسترسی
۰/۰۷	۲/۸۸ ± ۰/۴۶	۲/۶۴ ± ۰/۵۸	۳/۰۰ ± ۰/۶۳	۲/۵۰ ± ۰/۵۴	تصمیم‌گیری
۰/۹۷	۳/۳۲۵ ± ۰/۶۲	۳/۲۱ ± ۰/۶۴	۳/۳۰ ± ۰/۶۳	۳/۳۳ ± ۰/۵۱	ارزیابی
۰/۵۱	۳/۵۱ ± ۰/۵۳	۳/۶۶ ± ۰/۴۷	۳/۶۳ ± ۰/۵۰	۳/۶۶ ± ۰/۵۱	فهم و درک
۰/۰۹	۳/۰۳ ± ۰/۶۰	۲/۶۸ ± ۰/۶۲	۲/۹۱ ± ۰/۲۸	۳/۳۳ ± ۰/۵۱	رسالت
۰/۸۰	۲/۹۱ ± ۰/۶۸	۲/۶۵ ± ۰/۶۰	۲/۷۵ ± ۰/۴۵	۲/۶۶ ± ۰/۵۱	انطباق‌پذیری
۰/۴۳	۲/۸۵ ± ۰/۶۳	۲/۷۰ ± ۰/۶۶	۲/۸۰ ± ۰/۴۲	۳/۰۰ ± ۰/۶۳	سازگاری
۰/۱۵	۲/۹۶ ± ۰/۷۸	۲/۸۶ ± ۰/۶۲	۳/۰۸ ± ۰/۶۶	۳/۱۶ ± ۰/۷۵	مشارکت

جدول ۳: میانگین امتیاز ابعاد سواد سلامت و فرهنگ سازمانی به تفکیک جنسیت در کارکنان اداری

P- Value	جنسیت			ابعاد
	کل انحراف معیار ± میانگین	مرد انحراف معیار ± میانگین	زن انحراف معیار ± میانگین	
۰/۰۰۴	۳/۵۲ ± ۰/۵۹	۳/۳۳ ± ۰/۵۸	۳/۶۳ ± ۰/۵۶	خواندن
۰/۰۲۰	۳/۳۸ ± ۰/۶۶	۳/۱۸ ± ۰/۶۹	۳/۵۰ ± ۰/۶۲	دسترسی
۰/۱۳۶	۲/۷۷ ± ۰/۵۵	۲/۷۸ ± ۰/۴۶	۲/۷۶ ± ۰/۶۰	تصمیم‌گیری
۰/۹۷۹	۳/۲۴ ± ۰/۶۲	۳/۲۳ ± ۰/۶۱	۳/۲۴ ± ۰/۶۲	ارزیابی
۰/۰۷۰	۳/۶۰ ± ۰/۵۰	۳/۴۸ ± ۰/۵۰	۳/۶۶ ± ۰/۴۹	فهم و درک
۰/۶۵۹	۲/۸۸ ± ۰/۶۱	۲/۹۰ ± ۰/۶۴	۲/۸۷ ± ۰/۵۹	رسالت
۰/۲۹۰	۲/۷۶ ± ۰/۶۳	۲/۷۶ ± ۰/۶۸	۲/۷۶ ± ۰/۶۱	انطباق‌پذیری
۰/۹۵۱	۲/۷۸ ± ۰/۶۳	۲/۷۸ ± ۰/۶۱	۲/۷۸ ± ۰/۶۵	سازگاری
۰/۹۶۴	۲/۹۴ ± ۰/۷۵	۲/۹۸ ± ۰/۷۳	۲/۹۱ ± ۰/۷۶	مشارکت

همبستگی مستقیم معنادار داشت. بین بعد رسالت فرهنگ سازمانی و بعد تصمیم‌گیری ($P=0/001$) و ارزیابی ($P=0/001$) سواد سلامت و همچنین بعد سازگاری فرهنگ سازمانی با بعد تصمیم‌گیری ($P=0/001$) و ارزیابی ($P=0/001$) سواد سلامت ارتباط معنادار مستقیم وجود داشت ($P<0/05$) (جدول ۴).

نتایج در خصوص بررسی ارتباط بین ابعاد سواد سلامت و فرهنگ سازمانی نشان داد که بین بعد مشارکت فرهنگ سازمانی و بعد تصمیم‌گیری ($P=0/001$) و ارزیابی ($P=0/015$) سواد سلامت ارتباط معنادار مستقیم وجود داشت. بین بعد انطباق‌پذیری فرهنگ سازمانی با بعد تصمیم‌گیری ($P=0/001$) و ارزیابی ($P=0/009$) سواد سلامت

جدول ۴: بررسی ارتباط بین ابعاد سواد سلامت و ابعاد فرهنگ سازمانی در کارکنان اداری

ابعاد فرهنگ سازمانی			ابعاد سواد سلامت
مشارکت	سازگاری	انطباق‌پذیری	رسالت
$P=0/220$	$P=0/357$	$P=0/875$	$P=0/181$
$r=0/105$	$r=0/079$	$r=0/014$	$r=0/114$
$P=0/82$	$P=0/013$	$P=0/29$	$P=0/421$
$r=0/149$	$r=0/213$	$r=0/189$	$r=0/069$
$P=0/001$	$P=0/001$	$P=0/001$	$P=0/001$
$r=0/325$	$r=0/406$	$r=0/435$	$r=0/367$
$P=0/015$	$P=0/001$	$P=0/009$	$P=0/001$
$r=0/207$	$r=0/324$	$r=0/244$	$r=0/286$
$P=0/822$	$P=0/973$	$P=0/20$	$P=0/614$
$r=0/020$	$r=0/003$	$r=-0/113$	$r=-0/044$

تصمیم‌گیری و ارزیابی بود (۲۰). خوش‌روش و همکاران سواد سلامت ۱۸۸ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی همدان بررسی کردند. بعد فهم و درک بیشترین امتیاز و بعد ارزیابی کمترین امتیاز داشت (۱۳). Rahmatpour و همکاران ارتباط سواد سلامت با رفتارهای غربال‌گیری سرطان ۱۸۸ نفر کارکنان اداری علوم پزشکی گیلان مورد مطالعه قرار داد. بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب مربوط به ابعاد فهم و درک و ارزیابی بود (۲). بعد فهم و درک مربوط به درک مفاهیم بیماری، سلامت و توصیه‌های پزشکی است. با توجه به آگاهی کارکنان دانشگاه‌های

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیشترین میانگین امتیاز سواد سلامت مربوط به بعد فهم و درک (۴/۰۹) و کمترین میانگین امتیاز مربوط به بعد تصمیم‌گیری (۳/۲۲) بود. بیشترین میانگین امتیاز فرهنگ سازمانی مربوط به بعد مشارکت (۳/۲۸) و کمترین میانگین امتیاز مربوط به بعد انطباق‌پذیری (۳/۱۴) فرهنگ سازمانی بود. قنبری و همکاران ارتباط سواد سلامت با وضعیت سلامت ۱۸۸ نفر کارکنان اداری علوم پزشکی گیلان مورد مطالعه قرار دادند. بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب مربوط به ابعاد

تأثیر فرهنگ سازمانی بر تفاوت سواد سلامت بین بیماران و ارائه‌کنندگان سلامت بود (۱۵). Balmer و همکاران آموزش (آموزش ضمن خدمت) سواد سلامت را برای پرستاران ضروری دانستند (۲۴). Saunders و همکاران بر ضرورت آموزش سواد سلامت بین مشاغل حوزه بهداشت تأکید داشتند (۲۵). به نظر می‌رسد همجواری و ارتباط کارکنان حوزه بهداشت و درمان با کارکنان دانشگاه‌های علوم پزشکی به دلیل محیط کار و نزدیکی با قشر پزشکان و کادر درمانی منجر به دریافت اطلاعات بیشتر در رابطه با سلامت شده است.

در مطالعه حاضر، تحصیلات با ابعاد سواد سلامت رابطه نداشت که با مطالعه اثنی‌عشری و همکاران (۸)، خوش‌روش و همکاران (۱۳)، Bayati و همکاران (۲۶) و Sevinc و Korkut (۱۷) که همه این مطالعات بر روی کارکنان دانشگاه و مراکز بهداشتی انجام گرفته بودند؛ همسو نبود. دلیل این امر می‌تواند آن باشد که این افراد، اطلاعات پزشکی را از طریق همکاران و کارکنان درمانی و آموزش‌های ضمن خدمت در زمینه سلامتی به دست می‌آوردند به همین خاطر، تحصیلات و مدرک دانشگاهی افراد در به دست آوردن اطلاعات سلامت تأثیری نداشته است.

در مطالعه حاضر، سن با سواد سلامت رابطه معنادار نداشت. نتایج مطالعه خوش‌روش و همکاران حاکی از تفاوت معنادار سن با ابعاد سواد سلامت کارکنان است (۱۳). نتایج مطالعه Jović-Vraneš و همکاران حاکی از ارتباط سن و سواد سلامت داشت به گونه‌ای که با افزایش سن سواد سلامت کاهش پیدا می‌کرد (۲۷) که با این پژوهش همسو نبود. مطالعه Sevinc و Korkut نشان داد که بین سواد سلامت و

علوم پزشکی از بعضی از مباحث سلامت، بالا بودن نمره در این بعد قابل توجه است. بعد تصمیم‌گیری به معنی استفاده از اطلاعات جهت اخذ تصمیماتی که منجر به حفظ و بهبود سلامت می‌شود. کمترین نمره به خود اختصاص داد. شاید دلیل این امر عدم اعتماد افراد به اطلاعات خود باشد.

سواد سلامت کارکنان اداری دانشکده‌ها و سازمان مرکزی این دانشگاه در محدوده خوب بود. در مطالعه Damman و همکاران ۷۸/۳٪ کارکنان هلند سواد سلامت کافی داشتند و همه ابعاد سواد سلامت در محدوده خوب بود (۱۶). قنبری و همکاران سواد سلامت ۵۷٪ کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گیلان را خوب و متوسط گزارش کردند (۲۰) این مطالعات با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بود. Joveini و همکاران سواد سلامت ۲۷/۷٪ بزرگسالان ۱۸ تا ۶۵ ساله را در مطالعه خود مرزی گزارش کردند (۲۱). نکویی مقدم و همکاران سواد سلامت ۶۰٪ جامعه شهری کرمان را پایین گزارش کرد (۲۲). Prince و همکاران سواد سلامت کارکنان مرکز بهداشتی دانشگاهی را ناکافی (۴/۷٪) ارزیابی کردند (۲۳). نتایج مطالعه خوش‌روش و همکاران حاکی از آن بود که بیش از نیمی از کارکنان (۵۸/۵٪) دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند (۱۳). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر ناهمسو بود. به نظر می‌رسد تفاوت در میزان سواد سلامت در مطالعات مختلف به علت مواردی همچون استفاده از ابزارهای مختلف جهت ارزیابی سواد سلامت، گروه‌های سنی گوناگون، سطح تحصیلات، شغل و جوامع مختلف مورد مطالعه می‌باشد.

در مطالعه حاضر فرهنگ سازمانی بر سواد سلامت تأثیر داشت. مطالعه Greaney و همکاران حاکی از

سازمان‌های گوناگون، آموزش کارکنان و دیگر تغییرات سازمانی می‌تواند باعث تفاوت یا تشابه نتایج این مطالعه با دیگر مطالعات باشد.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به ماهیت خود گزارشی ابزار، عدم رضایت به شرکت در مطالعه و مرخصی بودن کارکنان در زمان مطالعه اشاره نمود. از آنجایی که بیشتر مطالعات سواد سلامت بیماران را مورد بررسی قرار داده‌اند و همچنین مطالعات اندکی در مورد تأثیر فرهنگ سازمانی و سواد سلامت وجود داشت، امکان مقایسه بهتر نتایج مطالعات میسر نبود.

پیشنهادها

لازم است برای ارتقاء سواد سلامت از طریق فرهنگ سازمانی، آموزش و یادگیری سازمانی کارکنان افزایش یابد. همچنین با ایجاد فضای مشارکت دادن کارکنان در برنامه‌ها و تصمیمات بهداشتی به عنوان گروهی که به انجام بهتر وظایف کارکنان درمان کمک می‌کنند، توجه بیشتری شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری صمیمانه کارکنان اداری دانشکده‌ها و سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تشکر و سپاسگزاری می‌گردد. مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان «بررسی همبستگی فرهنگ سازمانی بر سواد سلامت کارکنان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان» بود که در سال ۱۳۹۷ با کد اخلاقی IR.RUMS.REC.1396.67 و با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری اجرا شد.

تضاد منافع

بین نویسندگان مقاله تضاد منافی وجود ندارد.

گروه‌های سنی کارکنان تفاوت معناداری وجود داشت (۱۷). در مطالعه Bayati و همکاران بین سن و سواد سلامت کارکنان بهداشتی رابطه معناداری وجود نداشت (۲۶) که با مطالعه حاضر همسو بود. در این مطالعه بین زنان و مردان در رابطه با سواد سلامت تفاوتی وجود ندارد. از طرفی در مورد تأثیر جنسیت بر سواد سلامت اطلاعات متناقضی در دست می‌باشد. در برخی مطالعات مانند خوش‌روش و همکاران (۱۳) جنسیت نتوانسته تفاوتی در سطح سواد ایجاد کند که با مطالعه حاضر همسو بود. رئیسی و همکاران (۲۸) سواد سلامت زنان را بالاتر گزارش کردند و در مطالعه Bayati و همکاران بین جنسیت و سواد سلامت کارکنان بهداشتی رابطه معناداری وجود داشت (۲۶) که با این مطالعه همسویی نداشت؛ شاید این تناقض به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و نگرشی افراد باشد که مؤثر در کسب اطلاعات مربوط به سلامت باشد. در مطالعه حاضر سن، جنسیت و میزان تحصیلات با فرهنگ سازمانی ارتباط نداشت که با نتایج مطالعه شامی برزکی و همکاران که بین سن، جنسیت و میزان تحصیلات با فرهنگ سازمانی کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تفاوت معناداری وجود نداشت (۲۹) همسو بود.

بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت افرادی که از سواد سلامت بالاتری برخوردار هستند که دلیل آن می‌تواند دریافت اطلاعات پزشکی از کارکنان درمانی و افزایش اطلاعات آنان در رابطه با سلامت باشد. همچنین علاوه بر استفاده از ابزارهای مختلف جهت ارزیابی سواد سلامت، گروه‌های سنی گوناگون، سطح تحصیلات، شغل و تفاوت فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف مورد مطالعه، استراتژی‌ها در

References

1. Aliakbari F, Tavassoli E, Mohammadalipour F. The predictors of health literacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease: an application of the social cognitive theory. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2020;9(1):591-8. [In Persian]
2. Rahmatpour P, Ghanbari A, Khalili M, Barari F, Hossieni N. Health Literacy and its Relationship to Cancer Screening Behaviors among the Personnel of Guilan University of Medical Sciences, Shiraz E-Med J 2017; 18(Suppl):e58665. doi: 10.5812/semj.58665.
3. Delavar F, Pashaeypour S, Negarandeh R. Health literacy index: A new tool for health literacy assessment. *Hayat* 2018;24(1):1-6. [In Persian]
4. Afshari MA, Teimori GH, Kohnavard B, Pour HE, Kangavari M. Workers' health literacy in a car spare parts factory: A cross-sectional study. *Iran Occupational Health* 2017;14(2):147-55. [In Persian]
5. 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. [In Persian] doi: 10.22038/JHL.2016.10976
6. Shams M, Fararouei M. Developing a Tool for Measuring HIV/AIDS Literacy for Iranian Society. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2016;24(5):138-50. [In Persian]
7. Khodabandeh M, Avarasin SM, Nikniaz L. The relationship between health literacy, perceived self-efficacy and self-care performance of female senior high school students in health promoting schools of Miyaneh, 2016-2017. *Journal of Health Literacy* 2017;2(3):164-76. [In Persian] doi: 10.29252/jhl.2.3.164
8. Esna Ashari F, Pirdehghan A, Rajabi F, Sayarifard A, Ghadirian L, Rostami N, Pirdehghan M. 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] doi: 10.22038/JHL.2017.10937
9. Khosravi A, Ahmadzade KH, Ahmadzade F. The Health_Literacy_Development. Bushehr: Bushehr University of Medical Sciences; 2014. [In Persian]
10. Yari Kheyavi S, Ebrahim Alidoust Gahfarrokhi E, Jalali Farahani M. A study of the relationship between organizational culture and organizational citizenship behavior in ministry of sport and youth. *Journal of Sport Management* 2016; 8(2): 299-313. [In Persian] doi: 10.22059/JSM.2016.59156
11. Denison DR, Haaland S, Goelzer P. Corporate culture and organizational effectiveness: is Asia different from the rest of the world?. *Organizational Dynamics* 2004;33(1):98-109. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2003.11.008>
12. Ashena M, Asgari N, Moradi Saleh A, Ghafouri D. The Role of organizational culture in facilitating knowledge management practices. *Journal of Information Technology Management* 2013;5(4):1-22. [In Persian]
13. Khoshravesh S, Moeini B, Rezapour-Shahkolai F, Taheri-Kharameh Z, Bandehelahi K. Health Literacy of Employees of Hamadan University of Medical Sciences and Related Demographic Factors. *J Educ Community Health* 2018;5(1):19-26. doi: 10.21859/jech.5.1.19
14. Zarezadeh Y, Eskandari N, Moradi M, Abdi N. The relationship between health literacy and quality of life of employees in campus of Kurdistan University of Medical Sciences. *Journal of Health Literacy* 2020;4(4):38-45. [In Persian] doi: 10.22038/JHL.2020.44567.1088
15. Greaney ML, Wallington SF, Rampa S, Vigliotti VS, Cummings CA. Assessing health professionals' perception of health literacy in Rhode Island community health centers: a qualitative study. *BMC Public Health* 2020;20. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09382-1>
16. 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
17. Sevinc N, Korkut B. Relationship of occupational health and safety training with health literacy among employees working in the various lines of business. *Universa Medicina* 2020;39(3):171-7. doi: <http://dx.doi.org/10.18051/UnivMed.2020.v39.171-177>
18. Montazeri A, 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. Hyderabad Y. Relationship between Organizational Culture and Manpower Productivity in Energy Service Companies in Kurdistan Province [dissertation]. Sanandaj: Islamic Azad University Sanandaj Branch; 2012. [In Persian]
20. 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]
21. 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
22. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Baneshi MR. Health literacy and utilization of health services in Kerman urban area 2011. *Toloo-e-behdasht* 2013;11(4):123-34. [In Persian]

23. Prince LY, Schmidtke C, Beck JK, Hadden KB. An assessment of organizational health literacy practices at an academic health center. *Qual Manag Health Care* 2018;27(2):93-7. doi: 10.1097/QMH.0000000000000162
24. Balmer D, King A, Moloney W, Moselen E, Dixon R. Nursing students and health literacy: The effect of region and programme level. *Nurse Educ Pract* 2020;42:102688. doi: 10.1016/j.nepr.2019.102688
25. Saunders C, Palesy D, Lewis J. Systematic review and conceptual framework for health literacy training in health professions education. *Health Professions Education* 2019;5(1):13-29. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.03.003>
26. Bayati T, Dehghan A, Bonyadi F, Bazrafkan L. Investigating the effect of education on health literacy and its relation to health-promoting behaviors in health center. *J Educ Health Promot* 2018;7:127. doi: 10.4103/jehp.jehp_65_18
27. Jović-Vraneš A, Bjegović-Mikanović V, Marinković J, Vuković D. Evaluation of a health literacy screening tool in primary care patients: evidence from Serbia. *Health Promot Int* 2014;29(4):601-7. doi: 10.1093/heapro/dat011
28. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in Iranians with type 2 diabetes. *Oman Med J* 2016;31(1):52-9. doi: 10.5001/omj.2016.10
29. Shaemi-Barzaki A, Hatampoor-Azarkhavarani F, Radmehr R. The Relationship of Organizational Culture and Staff Empowerment. *J Health Syst Res* 2013; 9(6): 630-9. [In Persian]

The Relationship between Health Literacy and Organizational Culture among the Staff of Rafsanjan University of Medical Sciences

Sadeghi Mostafa¹, Shakiba Elham^{2*}, Naderi Monavar³

• Received: 05. 05. 2020

• Revised: 11. 06. 2020

• Accepted: 12. 06. 2020



Abstract

Background & Objectives: Organizational culture can have a positive effect on health information and including organizational culture in discussions of health literacy influences the recognition of health as a cultural concept. Therefore, the objective of this study was to determine the relationship between health literacy and organizational culture among the staff of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2018.

Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was performed on 137 employees of the faculties and the central organization of Rafsanjan University of Medical Sciences who were selected by census method. The Health Literacy and Organizational Culture Questionnaire was used to collect data. Chi-square, Pearson correlation coefficient, and ANOVA were used to analyze the data. Data were entered into SPSS statistical software version 21.

Results: The mean age of the study participants was 38.9 years. The highest mean scores of health literacy and organizational culture were for understanding and participation, respectively, and the lowest were for decision-making and adaptability, respectively. People's health literacy status as related to organizational culture was good. All four dimensions of organizational culture had a significant relationship with decision-making and evaluation of health literacy. Education had a significant relationship only with the adaptability dimension of organizational culture and age had a significant relationship only with access and reading health literacy.

Conclusion: Improving the organizational culture of employees through personnel training, organizational learning, organizational change, and including these items in strategic planning can improve their health literacy.

Keywords: Health Literacy, Organizational Culture, Administrative Staff

Citation: Sadeghi M, Shakiba E, Naderi M. The Relationship between Health Literacy and Organizational Culture among the Staff of Rafsanjan University of Medical Sciences. *Journal of Health Based Research* 2020; 6(1): 39-49. [In Persian]

1. Professor, Department of Restorative Dentistry, Faculty of Dentistry, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

2. Ph.D. Student in Higher Education, Faculty of Dentistry, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

3. M.Sc. in Knowledge and Information Science, Vice Chancellor for Science and Technology, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

*Corresponding Author: Elham Shakiba

Address: School of Dentistry, West Mofateh St., Rafsanjan, Iran

Tel: 00983434280133

Email: shakibae7@gmail.com