

واکاوی تجربه‌های زیسته در ارتقای سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان علوم

پزشکی: مدل مفهومی

نیلوفر نکوزاد^۱، سلیمان احمدی^{۲*}، محمدعلی حسینی^۳ و کامران محمدخانی^۴

چکیده

سواد سلامت الکترونیکی در برگرفته علوم میان‌رشته‌ای است که تربیت متخصصان کارآزموده و خیره در این حوزه در مراکز آموزش عالی و به‌منظور حفظ و ارتقای کیفیت زندگی اهمیت بسیاری دارد. هدف از مطالعه حاضر ارائه مدل مفهومی مبتنی بر واکاوی تجارب زیسته متخصصان و صاحب‌نظران سواد سلامت الکترونیکی در ارتقای سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان علوم پزشکی بود که با توجه به رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی طراحی و اجرا شد. مشارکت کنندگان ۱۵ صاحب‌نظر از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های ایران و بین‌المللی بودند که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از نوع گلوله برفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته بود. داده‌ها با استفاده از روش هفت مرحله‌ای کلاسیکی تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که تحلیل داده‌های مصاحبه به ایجاد ۴ مقوله اصلی شامل فراسواد، عوامل فردی، عوامل فنی-اجتماعی و حرفه‌ای‌گری در فضای دیجیتال و الکترونیکی و ۲۱ مقوله فرعی انجامید. نتایج نشان داد که تأکید بر توانمندسازی دانشجویان در قالب مقوله‌های یافت شده، ارتقای سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان علوم پزشکی را در پی خواهد داشت. در انتها پیش‌بایسته‌های اجرایی مدل پیشنهاد شد.

کلید واژگان: سواد سلامت الکترونیکی، تجربه‌های زیسته، دانشجویان علوم پزشکی، آموزش عالی.

۱. دانش آموخته دکتری، گروه مدیریت آموزش عالی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران:

nekuzad.niloufar@gmail.com

۲. دانشیار، دانشکده آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: soleiman.ahmady@gmail.com

۳. دانشیار، گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران:

mahmaimy2020@gmail.com

۴. دانشیار، گروه مدیریت آموزش عالی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران: globecampus@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۱۱

مقدمه

پیشرفت روزافزون دانش، تنوع و پیچیدگی مسائل و نیازها، نوآوری فناورانه و کارآفرینی علمی در دانشگاه‌ها، مسئله‌یابی و پوشش فضاهای خالی بین رشته‌ها و غنی‌سازی وظایف آموزشی و پژوهشی، گسترش و توسعه فعالیت‌ها، بین رشته‌ای‌ها را به یک ضرورت راهبردی در آموزش عالی تبدیل کرده است. علاقه‌مندی و تمایل دانشگاه‌ها، صنایع، دولت، استادان، پژوهشگران و دانشجویان به تعریف، طراحی و اجرای فعالیت‌های مرتبط و مشترک یکی از مهم‌ترین دستاوردهای توجه به فعالیت و گسترش میان‌رشته‌ای‌ها در سال‌های اخیر است (Mahdi, 2013). سلامت الکترونیکی از جمله حوزه‌های علوم میان‌رشته‌ای و مجموعه‌ای از فعالیت‌های آموزشی و کاربردی است که در آن از مهارت‌ها، ابزار و دانش حاصل از هم‌افزایی و تعامل میان علوم پزشکی، علوم رایانه و فناوری اطلاعات و ارتباطات استفاده و راهکارهای لازم برای ارائه خدمات سلامت پیاده‌سازی و به‌کار گرفته می‌شود (Oh, Rizo, Enkin & Jadad, 2005). از محورهای تمرکز میان‌رشته‌ای در حوزه سلامت، علوم سلامت، فناوری اطلاعات و ارتباطات، علوم اجتماعی و انسانی با مفاهیم و عملکردهای نظام سلامت است. سواد سلامت الکترونیکی از موضوعات نسبتاً گسترده و شامل دیدگاه‌های متفاوت و رشته‌های علمی متعدد است. افرادی که در حیطه‌های علوم اجتماعی علاوه بر علاقه‌مندی، توانمندی‌های بالقوه‌ای درباره عوامل انسانی و اجتماعی و نیز تعامل با متخصصان سلامت دارند، می‌خواهند بدانند که چگونه می‌توان سواد سلامت الکترونیکی را سفارشی‌سازی و همزمان با خدمات سلامت الکترونیکی در مواجهه با علوم اطلاعاتی و برنامه‌نویسی طراحی کرد (Griebel, Enwald, Gilstad, Pohl, Moreland & Sedlmayr, 2017).

در سال‌های اخیر، مراقبت به‌واسطه دیجیتال شدن چهره جدیدی به خود گرفته و بر اطلاعات سلامت آنلاین و برنامه‌های کاربردی تلفن همراه در مراقبت سلامت تأکید شده است (Van der Vaart & Drossaert, 2017). سواد سلامت الکترونیکی مفهومی برگرفته از سواد سلامت، سواد سنتی و محاسباتی، سواد اطلاعاتی، سواد رسانه‌ای، سواد رایانه‌ای و سواد علمی است. در ارزیابی سواد سلامت الکترونیکی نشان داده شد که کاربران به‌صورت بالقوه توانایی استفاده از فناوری ارتباطات و اطلاعات و همزمان مشارکت همه‌جانبه در امر سلامت و تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر دانش را دارند (Neter & Brainin, 2017). سواد سلامت در اسناد فرادستی ایران به‌ویژه اصل یازدهم سیاست‌های ابلاغی در حوزه سلامت و نیز در نقشه سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مد نظر قرار گرفته است. در این اسناد منظور از ارتقای سواد سلامت جامعه افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و شرکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت، استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است (Alamdari & Alamdari, 2015).

سواد سلامت به دلیل تأثیر بر نحوه تصمیم‌گیری اشخاص در خصوص سلامت، یکی از موضوعات مهم مد نظر سیاستگذاران برای ارتقای سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی است. حرکت به سوی برقراری عدالت در سلامت ایجاب می‌کند که ضمن شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر، ملاحظات لازم برای رفع این محدودیت و محرومیت به عمل آید (Tavousi, Haeri & Mehri, 2016). امروزه، سواد سلامت ناکافی تهدید جهانی به‌شمار می‌آید. آموزش سلامت با هدف بالا بردن سطح سواد سلامت به مردم کمک می‌کند تا درباره سلامت خود و جامعه تصمیم صحیح بگیرند. در سال‌های اخیر جمعیت دانشجویی کشور رشد چشمگیری داشته است. بنابراین، شناخت عوامل مرتبط که بر تطابق دانشجویان با رفتارهای سالم‌تر و کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز مؤثر باشند، اهمیت خاصی دارد (Sharif Moghadam, Shakiba & Salami, 2017).

به نظر می‌رسد که سواد سلامت الکترونیکی در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی نقش مفیدی در حمایت از سواد سلامت سنتی دارد و نتایج مطلوب‌تری را در بهبود پیامدهای سلامت به دنبال خواهد داشت. بر این اساس، توانایی جمع‌آوری و بازیافت و پردازش صحیح اطلاعات سلامت را به صورت آنلاین، سواد سلامت الکترونیکی گویند. بر اساس پژوهش‌ها، افزایش دسترسی به فناوری‌های نوین برای دستیابی به عدالت در سلامت باید در کانون توجهات قرار گیرد (Werts & Hutton-Rogers, 2013). با فراگیر شدن سلامت الکترونیکی، برخورداری از مهارت‌های سواد سلامت الکترونیکی برای استفاده از خدمات و اطلاعات سلامت ضروری است (Nekuzad, Ahmady, Hosseini & Mohammadkhani, 2019). پژوهشگران توسعه فناوری استفاده از IT^۵ را به عنوان یک فناوری راهبردی در حوزه سلامت برای ارتقای سواد سلامت در سطح دانشگاه می‌دانند، بدین ترتیب که افزایش انعطاف‌پذیری در ارائه مدل‌های مختلف یادگیری برای اصلاح برنامه‌های درسی، ترویج استفاده از فناوری اطلاعات در آموزش سلامت، تشویق به یادگیری خودراهبر و ابتکار عمل با رویکرد مبتنی بر شواهد در برنامه‌های درسی از طریق پلتفرم آموزش الکترونیکی سلامت باید در نظر گرفته شود. بنابراین، می‌توان دریافت که ارتقای سواد سلامت الکترونیکی در دانشکده‌ها بازتاب ارتقای سطح سواد سلامت دانشجویان برای مراقبت از خود است (Azimi, Ramezankhani, Rakhshani, Ghaffari & Ghanbari, 2015). دانشجویان در جهانی دیجیتالی رشد و به جهان با دید عصر اطلاعات نگاه می‌کنند و فناوری را واقعیتی از زندگی به حساب می‌آورند. در بررسی‌های اخیر نشان داده شده است که ۷۵٪ افراد در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال از فناوری‌های گروه‌های اجتماعی استفاده و بیش از ۸۰٪ دانشجویان حداقل مدت زمانی را هر هفته در سایت‌های شبکه‌های اجتماعی سپری می‌کنند (Luo, 2010). بنابراین، خدمات سلامت

الکترونیکی ایجاد فرصت‌های جدید برای توسعه سواد سلامت دانشجویان و جامعه است (Azimi et al., 2015).

به نظر می‌رسد که سلامت الکترونیکی ابزاری قدرتمند را برای ارتقای سلامت ارائه می‌دهد، اما سطح سواد سلامت کاربران در توانایی استفاده بهینه از برنامه‌های کاربردی سلامت الکترونیکی نقش مهمی دارد. بنابراین، بررسی روش‌ها و روندها برای ارتقای سواد سلامت الکترونیکی مددجویان کم‌سواد در حوزه سلامت امری حیاتی است. اطمینان از آنکه دانشجو دانش و مهارت‌های لازم را برای جست‌وجو در زمینه سلامت الکترونیکی دارد، مسئولیت مهمی است که به‌ویژه بر عهده جامعه آموزش علوم پزشکی است (Samadbeik, Garavand, Sohrabi Zadeh, Koshki & Mohammadi, 2015; Sharif Moghadam et al., 2017). مطالعات نشان داده است که سطح سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان مقطع کارشناسی کم است (Dashti, Peyman, Tajfard, Esmaeeli, 2017; Sharif Moghadam et al., 2017). سواد سلامت ناکافی موجب افزایش ناکارآمدی مراقبت سلامت و هزینه‌های ناشی از آن می‌شود (Chan, Leung, Chiang, Li, Wong & Liu, 2009). پژوهشگران بر این باورند که باید تلاش شود تا از طریق برنامه‌های آموزشی، خدمات سلامت الکترونیکی به‌منظور افزایش سواد سلامت فردی به‌راحتی در دسترس افرادی که سواد سلامت پایین دارند، قرار گیرد (Kim & Xie, 2017). با توجه به آنکه جمعیت دانشجویی به‌عنوان یکی از قشرهای مهم جامعه نیازمند کسب اطلاعات سلامت است، رویکردهای آموزشی باید متناسب با رشد و شعور اجتماعی آنها باشد. دانشگاه‌های علوم پزشکی در ارتقا و بهبود سلامت دانشجویان نقش بسیار مهمی دارند و طیف وسیعی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سیاست‌های دولت، رسانه‌ها و عوامل اقتصادی-اجتماعی همراستا با فناوری‌های نوین اطلاعات و ارتباطات باید بررسی شوند.

دانشجویان باید با استفاده از مهارت‌های سواد سلامت به تحصیل دانش بپردازند. از سوی دیگر، دانش کسب شده و عوامل درونی مانند سن، جنسیت، باورها، ارزش‌ها و تجارب بر سواد سلامت وی تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، بین‌نگرش فرد به سلامت و سواد سلامت ارتباطی دوسویه وجود دارد (Wharf Higgins, Begoray & MacDonald, 2009). از این رو، طراحی برنامه‌های مداخله‌محور و منطبق با ابعاد سواد سلامت و متناسب با رویکردهای سنجش این شاخص در ابزارهای مرتبط، در ارتقای سواد سلامت مردم به‌ویژه جوانان مؤثر خواهد بود. البته، انجام دادن اصلاحات متناسب در نظام آموزشی کشور، به‌ویژه در دانشگاه‌ها، درخصوص ارتقای سواد سلامت و در نتیجه، ارتقای سلامت همگانی به‌ویژه در قشر دانشجویی بسیار لازم و مؤثر است. انتخاب متخصصان مطلع درخصوص سواد سلامت الکترونیکی به‌عنوان جامعه مورد مطالعه به چند دلیل صورت گرفته است: ۱. نبود شفافیت در مفهوم سواد سلامت الکترونیکی؛ ۲. ابهام در ابعاد و مؤلفه‌های سواد سلامت الکترونیکی؛ ۳. با توجه به تجربه پژوهشگر نقصان سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان که به‌عنوان الگو و مروج سلامت عمومی در جامعه محسوب می‌شوند و بدین سبب انتظار می‌رود که از سواد سلامت قابل قبول برخوردار باشند؛

۴. نبود الگویی مناسب برای زندگی سالم و بهداشتی در جامعه با توجه به رشد سریع فناوری‌های نوین اطلاعات و ارتباطات در جهان امروز.

در پژوهش حاضر سعی شد با رویکردی پدیدارشناسانه به بررسی و بازسازی معنایی سواد سلامت الکترونیکی برای دانشجویان علوم پزشکی در قالب مدل مفهومی پرداخته شود. غالب پژوهش‌های صورت گرفته با بحث و پایش و بعضاً مبنا قرار دادن نظریه‌های پیش‌ساخته به توصیف و تبیین سواد سلامت الکترونیکی پرداخته‌اند. حال آنکه پژوهشگر در روش پدیدارشناسی در جست‌وجوی معانی و جوهره‌های تجربه‌هاست و نه اندازه‌گیری آن برای گردآوری چنین داده‌هایی؛ پژوهشگر به مصاحبه‌های عمیق با خبرگان مطلع و متخصص که مستقیماً پدیده مورد نظر را تجربه کرده‌اند، پرداخته است.

مبانی نظری و پیشینه

امروزه، سواد سلامت الکترونیکی از راهکارهای اساسی در افزایش سطح سواد سلامت افراد است و برای دستیابی به عدالت در سلامت جامعه نقش بنیادی دارد (Werts & Hutton-Rogers, 2013). وجه تمایز سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیکی در استفاده از فناوری‌های الکترونیکی و دیجیتال برای بهره‌مند شدن از اطلاعات سلامت است (Gilstad, 2014). بدین منظور، ابعاد مختلف سواد سلامت الکترونیکی به‌طور جداگانه بررسی می‌شود تا بیانگر درک کامل افراد از مشکلات و چالش‌ها در ایجاد حس سلامت باشد (Neter & Brainin, 2012). سواد سلامت الکترونیکی از مهارت‌های تحلیلی مورد نیاز برای مشارکت فعال در زندگی اطلاعاتی و شامل مهارت‌های سواد پایه، آگاهی از نحوه اطلاع‌یابی و استفاده از اطلاعات و تفکر انتقادی درباره محتوا رسانه‌هاست و همچنین مهارت‌های لازم برای تعامل مناسب با متخصصان سلامت و ارتقای توانایی فرد برای خودمراقبتی و حل مسئله است (Norman & Skinner, 2006). سواد سلامت الکترونیکی مفهومی است که با هدف توانمندسازی افراد و مشارکت فعال آنها در تصمیمات سلامت خلق شده و بدین منظور، بر منابع سلامت الکترونیکی تأکید شده است (Karnoe & Kays, 2015). در این خصوص، سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۵، سلامت الکترونیکی را "استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات برای ارتقای سلامت" تعریف می‌کند. سیستم سلامت الکترونیکی ابزاری برای ارائه خدمات مطلوب و توانمندسازی افرادی است که برای سلامت خود ارزش قایل‌اند. این امر مستلزم داشتن دانش، مهارت‌ها و منابع مورد نیاز افراد برای استفاده و تعامل با ابزار الکترونیکی سلامت است (Norgaard, Furstrand, Klokke, Karnoe, Batterham, Kayser & Osborne, 2015). دوره نوجوانی و اوایل جوانی؛ یعنی ۱۵ تا ۲۴ سالگی دورانی حساس از نظر شکل‌گیری رفتارهای ارتقادهنده سلامت است که بر مراحل بعدی زندگی اثرگذار است (Rew, Johnson, Jenkins & Torres, 2004). یافته‌ها نشان می‌دهد که

راهبردهای مستقیم و غیرمستقیم بر ارتقای سواد سلامت الکترونیکی برای توانمندسازی افراد در به‌دست آوردن اطلاعات سلامت، درک مفاهیم سلامت و تصمیم‌گیری‌های سلامت فراهم است. بدین منظور، تقویت مهارت‌های ارزیابی اطلاعات در جمعیت‌های مختلف مانند بیماری‌های مزمن، دیابت، ایدز و سواد سلامت الکترونیکی در گروه‌های دانشجویی به‌کار برده شده است.

منابع سلامت برخط مانند سکه‌ای است که در یک روی آن مزایای حاصل از اطلاعات با کیفیت و روی دیگر آن خطرهای احتمالی اطلاعات نامعتبر وجود دارد (Karnoe & Kays, 2015). از عوامل اثرگذار در به‌کارگیری سواد سلامت الکترونیکی، طراحی کاربرمحور، سهولت دسترسی و به اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت، درک و زبان ساده، سرعت و سهولت بازیابی اطلاعات سلامت و همچنین کاهش اتلاف زمان کاربران، کاهش خطا، دقت و صحت داده‌ها و حفظ کیفیت اطلاعات سلامت است (Monkman & Kushniruk, 2015). در طیف وسیعی از پیشینه پژوهشی به‌منظور ارزیابی سواد سلامت الکترونیکی عمدتاً سه بعد مهارت‌های جست‌وجوگری، کاربرد و ارزیابی سنجش می‌شوند. مهارت جست‌وجوگری به توانایی درک شده فرد برای اطلاع‌یابی برخط اشاره دارد که کسب آن نیازمند تسلط بر کاربری رایانه موسوم به سواد رایانه، سواد اطلاعاتی و سواد سلامت است. مهارت ارزیابی نیز منوط به تسلط داشتن به سواد رسانه و سواد علمی است (Saffarzadeh, 2015).

پژوهشگران معتقدند که سواد سلامت الکترونیکی، تأثیر متقابل عوامل فردی و اجتماعی در پذیرش و استفاده از فناوری برای جست‌وجو، تحصیل، درک، نقد، ارتباط و کاربرد اطلاعات سلامت در حیطه‌های مراقبت سلامت برای حفظ و ارتقای کیفیت زندگی در طول دوران حیات است (Griebel et al., 2017). با توجه به متغیرهای متعدد درگیر در حوزه مراقبت‌های سلامت، هرگونه برنامه کاربردی در حوزه سواد سلامت باید چندوجهی، جامع و همراه با فرهنگ و زبانی متناسب با جامعه مد نظر باشد. همچنین بر ضرورت استفاده از ارتباط برخی نظریه‌های علوم اجتماعی و انسانی با رفتار اطلاعاتی و با استفاده از طیف وسیعی از اشکال سنتی و مدرن تأکید شده است. درک بهتری از اطلاع‌رسانی سلامت برای عموم، همراه با ارتقای راه‌حل‌های متناسب با نیاز و توانمندی‌های مددجویان باید به‌کار برده شود. بر این اساس، بر استفاده از نظریه‌های ارتباطات و علوم اجتماعی و علوم انسانی در رفتار اطلاعات سلامت، به‌منظور درک بهتری از اطلاع‌رسانی سلامت در جامعه متناسب با نیاز و توانمندی‌های افراد تأکید شده است تا ضمن غنا بخشیدن به پژوهش، پژوهشگران را قادر به تبیین، تفسیر و تحلیل سازد و در نهایت، به اصلاح رفتار کاربران منجر شود (Jacobs Robin, Lou Jennie, Ownby Raymond & Caballero Joshua, 2016). در این خصوص، مروری بر مبانی نظری و پیشینه تحقیق بر اساس چارچوب نقادانه کارنول و دالی (Carnwell & Dally, 2001) صورت گرفته است. نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006) درباره سواد سلامت الکترونیکی و با هدف توصیف مهارت‌های ضروری برای بهره‌مندی از سلامت الکترونیکی بر اساس سواد سلامت انجمن

پزشکی امریکا مطالعه کردند. پژوهشگران معتقدند که این مدل سودمند به نام لیلی^۷، برای مددجویان (با توانایی و ناتوانی) برای استفاده از منابع سلامت و شامل سه مهارت اختصاصی (سواد رایانه، سواد علمی و سواد سلامت) و سه مهارت تحلیلی (سواد سنتی، سواد رسانه و سواد اطلاعاتی) است. پژوهشگران در مطالعه حاضر یادآور شدند که به‌منظور استفاده بهینه از اطلاعات و منابع سلامت الکترونیکی، کسب مهارت‌های عنوان شده ضروری است. مدل لیلی برای تعیین مهارت‌های قابل درک در خصوص جست‌وجو، ارزیابی و کاربرد اطلاعات سلامت برای مشکلات بهداشتی در جمعیت بزرگسال است و در تشخیص افراد کم‌سواد با مهارت‌های اینترنتی بالا ضعیف است. ماکرت و همکاران (Mackert, Holton, Mun oz & Dama sio, 2014) در مطالعه‌ای کاستی‌های مدل لیلی را بیان و آن را با عنوان عدم کاربرد تئوری‌ها در ارائه مدل، نبود شاخص‌های مناسب در ارزشیابی برنامه‌های کاربردی سلامت الکترونیکی، ضعف در ایجاد و کاربرد معیارهای سواد سلامت عمومی و نیز همکاری محدود میان‌رشته‌ای‌ها و در آخر به مشارکت محدود پژوهشگران در حوزه ارتباطات تشریح کردند.

تنانت و همکاران (Tennant, Stellefson, Dodd, Chaney & Paige, 2015) بر این باورند که اقتباس مدل روابط سلامت، عوامل اجتماعی، متغیرهای جمعیت شناختی - اجتماعی و پیامدهای روابط سلامت برای افزایش کارایی بر مدل سواد سلامت الکترونیکی لیلی اثرگذار خواهد بود. با توجه به دو مطالعه قبلی پژوهشگر، هر چند مدل لیلی برای کاربرد در کلیه گروه‌های سنی و نیز در جوامع اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متعدد از جامعیت کافی برخوردار نیست، می‌تواند با روزآمدسازی، نقطه آغازین در ارتقای مدل سواد سلامت الکترونیکی به حساب آید. پژوهشی دیگر با عنوان "سواد سلامت الکترونیکی برای دانشجویان: مروری نظام‌مند با تکیه بر آموزش سلامت الکترونیکی" را ستلفون و همکاران (Stellefson, Hanik, Chaney, Tennant & Chavarria, 2011) انجام دادند. آنها معتقدند که کاربرد سلامت الکترونیکی در آموزش با افزایش انگیزه دانشجویان برای یادگیری و مهارت‌آموزی از مؤلفه‌های کلیدی در دستیابی به سواد سلامت الکترونیکی است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که تعامل در فضای مجازی با در نظر گرفتن جریان آزاد اندیشه و با استناد به پژوهش‌های انجام شده، موجب ترویج دانش نقادانه و حل مسئله می‌شود. از سوی دیگر و همزمان با این عملکرد، مهارت‌های دانشجویان را در دستیابی و تحلیل شواهد مرتبط با اطلاعات سلامت آموزش می‌دهد. در این پژوهش مدل ارتقای سواد سلامت الکترونیکی و سفارشی سازی شده برای پرورش مهارت‌هایی مانند توانایی جست‌وجوی تصادفی و هدفمند، درک و ارزیابی اطلاعات سلامت منابع الکترونیکی و کاربرد دانش اکتسابی در حل مشکلات سلامت و کسب مهارت کاربرد فناوری در دانشگاه‌های علوم پزشکی منطبق با شالوده فرهنگی و اجتماعی ارائه شده که مسئولیت آن برعهده نظام آموزش عالی است.

7. Liliy Model

هارونا و همکاران (Haruna, Tshuma & Hu, 2017) بر این باورند که پیش شرط مدلسازی سواد سلامت الکترونیکی برای دانشجویان علوم پزشکی، نیازسنجی اطلاعات سلامت است. پژوهشگران بر شاخصه‌هایی مانند یادگیری مادام‌العمر، پزشکی مبتنی بر شواهد، یادگیری مبتنی بر حل مسئله و منابع اطلاعات سلامت صحیح و مطمئن تأکید می‌کنند. این مطالعه نشان داد که ادغام برنامه سواد سلامت الکترونیکی در برنامه‌ریزی‌های آموزشی در حوزه دانش سلامت، راه حل غلبه بر چالش‌هاست. همچنین پرداختن به نیازسنجی در اطلاعات سلامت و تسلط بر مهارت‌های سواد سلامت الکترونیکی برای دانشجویان ضروری است. اما شناخت مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی، اجتماعی، سلامت و مد نظر قرار دادن الگوها، روش‌ها و ابزار به‌منظور بهتر شدن مهارت‌های نیازسنجی آموزشی در حوزه اطلاعات سلامت ضرورتی انکارناپذیر است که باید در ارائه مدل سواد سلامت الکترونیکی لحاظ شود. برایت و هاتن (Britt & Hatten, 2013) در مطالعه‌ای با عنوان "نیاز به شناخت سواد سلامت الکترونیکی و رفتارهای اطلاع‌یابی برای دانشجویان کارشناسی ارشد"، برای روشن شدن مفهوم سواد سلامت الکترونیکی به محصور شدن کاربران با اطلاعات مختلف و متناقض در قالب منابع اطلاعات الکترونیکی و مجازی پرداختند. آنها با اندیشه درباره نیاز به شناخت و تأثیر آن بر رفتار اطلاع‌یابی دانشجویان، مقوله‌های تشخیص نیاز اطلاعاتی، جست‌وجو، بازیابی، اشتراک اطلاعات، ارزیابی، تحلیل، معنابخشی به اطلاعات بازیابی شده و استفاده از اطلاعات به‌صورت منسجم و یکپارچه در جست‌وجوی فعالیت‌ها و اطلاعات اجتماعی را حایز اهمیت دانستند. در ادامه، آنها طراحی مدل کاربردی سواد سلامت الکترونیکی را که به‌طور پیوسته نیاز به شناخت را مد نظر قرار دهد، در بهینه‌سازی و تقویت رفتار اطلاع‌یابی سلامت دانشجویان سودمند دانستند. های‌جین و هاوو (Hye-Jin & Hove, 2012) معتقدند که مجموعه‌ای از عوامل شناختی اجتماعی (جامعه‌شناسی و روانشناسی شناخت انسان در یادگیری) که مجموعه‌ای از انگیزش سلامت، مشارکت و درگیر شدن در امر سلامت، انتظار پیامدها و درک اجتماعی را شامل می‌شود، در ارتقای سواد سلامت الکترونیکی اثرگذار است. یانگ، لیو و شیانگ (Yang, Luo & Chiang, 2017) بر این باورند که شناخت صحیح نیازهای اطلاعاتی همگام با کنترل شاخص‌های سلامت روانی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت مانند عوامل فردی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به معنای آینده‌نگری در ارتقای سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان است. از سوی دیگر، پروفیسور پندر^۸ بر این باور است که رفتارهای ارتقادهنده سلامت، شناخت رفتار و ویژگی‌های فردی، افزایش خودکارآمدی و درک، اصلاح و تقویت رفتار و بهبود ارتباطات و موقعیت‌هاست که موجب ارتقای سلامت و کیفیت زندگی می‌شود (Ghiyoung, 2014). با توجه به پژوهش‌های عنوان شده، طبق نظر پژوهشگر، ابعاد و مؤلفه‌های متعدد دیگر مانند حفظ امنیت و حریم خصوصی در ارتقای سواد سلامت الکترونیکی همراه با مد نظر قرار دادن نظریه‌های مرتبط با فناوری‌های اطلاعات

8. Pender

سلامت اثرگذار خواهد بود و اینکه به‌روزرسانی و سفارشی‌سازی مدل سواد سلامت الکترونیکی برای دانشجویان در مقطع و گرایش‌های متفاوت الزام آور است.

مدل آمادگی مشارکت در فناوری اطلاعات سلامت کوپمان و همکاران (Koopman, Petroski, Canfield, Stuppy & Mehr, 2014) با هدف ارتقای مدل سواد سلامت الکترونیکی ۹ بعد امنیت و حفظ حریم خصوصی، نبود توانمندی و مهارت در کار با کامپیوتر، اعتماد به اطلاعات سلامت حاصل از وب، تمایل به مشارکت در امر مراقبت از خود و درمان، احساس نیاز به اطلاعات متعدد، معتبر و موثق، نبود دسترسی به‌موقع به متخصصان، جست‌وجوی اطلاعات سلامت برای خود و دیگران، دسترسی به کامپیوتر و شبکه وب در برقراری ارتباط با تیم سلامت، دسترسی به اطلاعات معتبر و روزآمد از طریق تیم مراقبت سلامت را شامل می‌شود.

ساکن و همکاران (Seckin, Yeatts, Hughes, Hudson & Bell, 2016) ضمن در نظر داشتن دیدگاه‌ها در مدل کوپمن و همکاران (Koopman et al., 2014)، روانسنجی ابزار سواد سلامت الکترونیکی با رویکرد کاربرمحور در سطح ملی را با توجه به سه ویژگی عوامل عملکردی (اقداماتی)، عامل اعتماد و عامل ارتباطی، اساس سواد سلامت الکترونیکی می‌دانند که در مقابل، از موارد چالش برانگیز آن توانمند شدن مددجویان برای نپذیرفتن توصیه‌های سلامت به‌ویژه توسط پزشک را عنوان کرده‌اند. اما به نظر پژوهشگر مدل آمادگی مشارکت در فناوری اطلاعات سلامت، مجموعه‌ای گسترده از مهارت‌ها، انگیزه و نگرانی‌هاست که مهارت‌های اینترنتی در خصوص سلامت کاربران اینترنت را می‌سند. برای مددجویان مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی شده است و گروه‌های متعدد را شامل نمی‌شود. همچنین به تأثیر نگرش و باورهای مددجویان و ارائه دهندگان خدمات در استفاده از این مدل اشاره‌ای نشده است. به نظر، این مدل ضمن مد نظر داشتن جذابیت و سهولت کاربری با بومی‌سازی دقیق، با توجه به محدوده مکانی، زمان، ملیت و زبان خاص قابل تعمیم به گروه دانشجویان است.

پائول و همکاران (Pohl, Griebel & Trill, 2015) در پژوهشی با عنوان "مدل تحقیقاتی، سواد سلامت الکترونیکی و پذیرش فناوری"، به شکل تلفیقی مدل لیلی، تئوری یکپارچه پذیرش و استفاده از فناوری و تئوری پذیرش فناوری را در مدل خود مد نظر قرار دادند. پژوهشگران بر این باورند که مدل ارائه شده در پیش‌بینی واکنش کاربران نهایی در فناوری اطلاعات سلامت بسیار حایز اهمیت است. مدل پذیرش و استفاده از خدمات سلامت الکترونیکی توسط کاربر تحت تأثیر عوامل بسیاری از جمله اعتماد، اضطراب، تلاش مورد انتظار و درک از سودمندی سیستم قرار دارد. از نظر دیویس ۱۹۸۵^۹ ابعادی مانند تأثیرات فرایند اجتماعی (هنجار ذهنی، اختیاری بودن و تصویرذهنی) و فرایند ادراکی (ارتباط شغلی، کیفیت خروجی، قابلیت اثبات‌پذیری نتایج و سهولت استفاده درک شده) به‌صورت چشمگیر در پذیرش و اجرای موفقیت‌آمیز فناوری‌های نوین اطلاعات توسط کاربر اثرگذار است.

9. Davis, 1985

ونکناش و همکاران (Venkatesh, Morris, Davis & Davis, 2003) اذعان کردند که مدل تئوری یکپارچه پذیرش و استفاده از فناوری در سهولت استفاده درک شده بر سودمندی درک شده نیز تأثیر دارد و تصمیم به استفاده را یکی از عوامل تعیین کننده کاربرد رایانه می‌دانند. به اعتقاد پژوهشگر در ارتقای مدل، در پژوهش مذکور، ابعاد و مؤلفه‌های همبسته به کار برده شده است و از طرفی، عواملی نظیر فرهنگ جامعه، هنجارها، ارزش‌ها و باورهای شهروندان نقشی ممتاز در ارتقای مدل دارد. همچنین نسبت به مدل‌های گذشته از جامعیت بیشتری برخوردار است. سیستم کاربر دوست (ساده و کارا) است، اما مدل حاضر تفاوت سواد سلامت آنلاین را در قشرهای متفاوت بررسی نکرده است. پژوهشگران معتقدند که اهمیت کاربرد سواد سلامت الکترونیکی به منظور پردازش مکانیزه اطلاعات سلامت با صرف حداقل هزینه روز به روز محسوس‌تر می‌شود. بنابراین، تسلط بر سواد رایانه، سواد علمی، سواد سلامت و سواد سنتی، سواد رسانه، سواد اطلاعاتی، سواد ارتباطی و دسترسی ایمن به درگاه اطلاعات سلامت الکترونیکی از عوامل مرتبط با به کارگیری سواد سلامت الکترونیکی است و در بهبود مهارت‌های سواد سلامت الکترونیکی و پیرو آن ارتقای سبک زندگی سلامت اثرگذار است (Nekuzad et al., 2019).

فراستخواه (Farasatkah, 2014) شرایط محیطی آموزش عالی را به پنج دسته محیط اقتصادی، سیاسی، خطامشی عمومی، فرهنگی و فناوری اطلاعات تقسیم کرده است. در محیط سیاسی عواملی نظیر ساختار دولتی سازمان‌ها، تمرکزگرایی، سیطره سیاست و ایدئولوژی و دیوانسالاری بر بدنه علم و فناوری کشور اثرگذارند. در محیط اقتصادی عرضه و تقاضای علم و فناوری، بنگاه‌های صنعتی، رقابت و بودجه‌ریزی و تأمین مالی بر علم و فناوری کشور اثرگذارند. در محیط خطامشی عمومی درباره رویکردهای پاسخگویی به تقاضای اجتماعی بحث می‌شود. در محیط فرهنگی نیز فرهنگ رقابت پاسخگویی اثرگذار زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات نوین خواهد بود و در محیط فناوری اطلاعات جهانی شدن جزو عواملی است که تأثیرات بسزایی بر آینده علم و فناوری کشور خواهد گذاشت. با در نظر گرفتن این مهم که هر کشور موقعیت و شرایط خاص و منحصر به فرد خود را دارد، راه‌های توسعه و به‌ویژه توسعه آموزش عالی آن به‌عنوان راهی برای توسعه شاخص منابع انسانی آن به‌ویژه نسل جوان و دانشجو نیز باید در خود آن کشور بررسی و سیاستگذاری شود. از آنجایی که سواد سلامت الکترونیکی به گفته صاحب‌نظران و تجربه زیسته آنان در این حوزه اجتناب ناپذیر است، این پدیده در کشور ایران رخ خواهد داد، اما مدلی برای دانشجویان در دانشگاه‌ها وجود ندارد که خود را با آن وفق دهند. بهترین مدل و رویکرد آن مدلی است که با مأموریت‌ها، ارزش‌ها، روش‌ها و اجرا و نقطه آغازین آن دانشگاه همخوانی داشته باشد (Hudzik, 2013). اصغرزاده و همکاران (Asgharzadeh, Khorasani & Farasatkah, 2018) بیان کردند که بهترین رویکرد مدل برای دانشگاه‌ها در ایران برخاسته از نظر متخصصان، خبرگان، مدیران و افراد مطلع است که در این پژوهش حوزه سواد سلامت الکترونیکی مد نظر بود. بررسی پیشینه نشان داد با توجه به رشد فزاینده استفاده از اینترنت در جوامع، سواد سلامت الکترونیکی برای دانشجویان از سه نظر اهمیت دارد:

۱. اهمیت و ضرورت پژوهش در ابعاد تئوری به توسعه دانش نظری در حوزه سواد سلامت الکترونیکی کمک می‌کند؛
۲. روشن شدن ابعاد و مؤلفه‌های سواد سلامت الکترونیکی در ارتقای سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان اثرگذار است؛
۳. در ابعاد عملی بومی‌سازی سواد سلامت الکترونیکی، منشور و راهنمایی برای ارتقای سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان علوم پزشکی فعلی و آتی خواهد بود.

روش پژوهش

این مطالعه با رویکرد کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی و تمرکز بر "تجربه‌های زیسته افراد از سواد سلامت الکترونیکی برای دانشجویان علوم پزشکی" انجام شد. نمونه‌های از میان ذینفعان نظام آموزش عالی، که به شکل عملی یا نظری با موضوع پژوهش ارتباط داشتند، با روش نمونه‌گیری هدفمند با رویکرد گلوله برفی انتخاب شدند. فرایند جمع‌آوری اطلاعات و انتخاب نمونه در تعامل با یکدیگر به صورت رفت و برگشتی تا حصول اشباع نظری داده‌ها ادامه یافت. در این پژوهش با ۱۵ مطلع کلیدی و صاحب‌نظر در حوزه آی-تی و آموزش پزشکی مجازی و سلامت الکترونیکی و در سطح استادان دانشگاه ایرانی ۱۱ نفر و ۴ استاد از دانشگاه‌های بین‌المللی مصاحبه شد. به‌طور معمول در پژوهش‌های پدیدارشناسی اندازه نمونه، کوچک و به‌طور تقریبی بین ۶ تا ۱۵ نفر است (Morse, 2000). نمونه این پژوهش ۲ نفر زن و ۱۳ نفر مرد بودند (جدول ۱).

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان

تعداد کل	آمار توصیفی	ابعاد مشخصه	
		جنسیت	حوزه تخصص مطلعان کلیدی
۱۵	۲	زن	آموزش پزشکی مجازی پزشک متخصص و مدرس دانشگاه با تجربه در حوزه سلامت الکترونیکی و سلامت همراه انفورماتیک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت تله‌مدیسین (آموزش پزشکی از دور، دوراسلامت) فناوری اطلاعات و ارتباطات دانشگاه‌های ایران دانشگاه‌های بین‌المللی
	۱۳	مرد	
	۲		
	۵		
	۲		
	۴		
	۲		
	۱۱		
	۴		مشارکت‌کنندگان در پژوهش

ابزار جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه از نوع نیمه ساختاریافته بود. قبل از مصاحبه رضایت کامل شرکت کنندگان و اجازه ضبط مصاحبه‌ها اخذ شد. مدت مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. در این پژوهش کیفی، فرایند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آنها همزمان انجام شد. علاوه بر آن، در تحلیل دستی تلاش شد تا با تعمق در نگرش و تجارب ارزشمند مطلعان کلیدی و صاحب‌نظران مفاهیمی بیرون آید. در تحلیل داده‌ها با استفاده از راهبرد هفت مرحله کلایزی (Wirihana, Welch, Williamson, Christensen, Bakon & Craft, 2018) گام‌های زیر طی شد:

۱. تمام توصیف‌های ارائه شده در هر مصاحبه چندین بار مطالعه شد تا مفهومی دقیق از کل متن به دست آید؛

۲. جملات و عبارات مهم و مرتبط با تجربه افراد که مستقیم با پدیده مورد مطالعه مرتبط بود، استخراج شدند؛

۳. فرموله کردن معانی انجام و طی آن مفهوم عبارات مهم توضیح داده شد؛

۴. مراحل یادشده برای تمام مصاحبه‌ها تکرار و تلاش شد تا تمام معانی فرموله شده در مفاهیم مشترک در دسته‌های خاص و مشخص (مقوله‌های اصلی و مقوله‌های فرعی) گروه‌بندی شوند؛

۵. نتایج در قالب توصیفی جامع از موضوع مورد پژوهش تلفیق شد. برای بررسی جامعیت یافته‌ها و تأیید توصیف جامع و کامل تجربه‌های مشارکت کنندگان از پدیده مورد مطالعه یک متخصص کیفی کار کمک کرد؛

۶. به‌منظور توصیفی واقعی، صریح و مختصر از ساختار اساسی پدیده مورد مطالعه، اصلاحات انجام شد و بعضی از ساختارهای مبهم و دو پهلو که توصیف جامع را تضعیف می‌کرد، حذف شدند؛

۷. به‌منظور اعتباریابی نتایج، یافته‌ها به اطلاع مشارکت‌کنندگان رسانده شد و آنها صحت نتایج و مطابقت آنها با تجربه‌های خود را تأیید کردند. تلاش شد تا بر اساس چارچوب نقادانه کارن ول و دالی، به دست آمده از مرور نقادانه متون، ضمن درک عمیق‌تر پدیده مورد مطالعه، باورپذیری نتایج ارتقا یابد. تطابق نظریه‌های مرتبط، بیان و عوامل اثرگذار بر سواد سلامت الکترونیکی و همچنین تجربه قبلی پژوهشگر با موضوع در این پژوهش وجود دارد.

برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال استفاده شد که به‌عنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی گوبا و لینکلن (Lincoln & Guba, 1994) آن را ارائه کردند. برای استحکام و دقت مطالعه، کلیه گزارش و دست‌نوشته‌های پژوهشگر در اختیار مصاحبه شونده قرار گرفت و صحت و سقم مطالب تأیید و تغییرات لازم اعمال شد. قابلیت اطمینان و کفایت متن مصاحبه‌ها به همراه کدها و طبقات حاصل شده به دو ناظر خارجی آشنا با تحقیق کیفی ارسال شد و آنها بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده را بازنگری و در جریان تجزیه و تحلیل تأیید کردند. برای افزایش قابلیت انتقال، از مشارکت‌کنندگان مختلف از نظر مرتبه علمی، نوع رشته تحصیلی، جنسیت، سن و فرهنگ، با طیف وسیعی از دیدگاه‌ها و

ارائه نمونه نقل قول‌های شرکت کنندگان استفاده شد. در واقع، از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع استفاده شد. به منظور مستندسازی در همه مراحل کار از جمله ضبط مصاحبه‌ها، جزئیات مربوط به چگونگی گردآوری داده‌ها، مقوله‌های استنتاج شده از داده‌ها و یادداشت‌های پژوهشگر، تفسیرها و تحلیل‌های صورت گرفته و تبادل نظر با هم‌تایان در فرایند پژوهش از حسابرسی پژوهشی و اعتماد بخشی استفاده و تلاش شد تا مداخله در توصیف به حداقل رسانده شود تا تأییدپذیری پژوهش بالا رود. با توجه به مرور نقادانه متون بر اساس چارچوب نقادانه کارنول و دالی (Carnwell & Dally, 2001) و با مراجعه به منابع در دسترس دست اول و جست‌وجو در پایگاه‌های اینترنتی مختلف، اطلاعات مرتبط در گستره زمانی ۲۰۱۷-۲۰۰۶ زیر نظر متخصصان انتخاب شد و با توجه به شش مرحله تعیین هدف و مرور متن، تعیین حوزه و وسعت مرور، شناسایی و انتخاب منابع اطلاعات درباره تعیین معیار ورود و خروج، مرور متون، نوشتن و ساخت مرور شامل مقدمه، بدنه و نتیجه‌گیری و کاربرد متون در مطالعه پیشنهاد شده برای پشتیبانی از داده‌ها و ساخت مدل مفهومی بهره برده شد. با توجه به آنکه در ادبیات نظری و پژوهش‌ها در ایران به‌طور غیر مستقیم و پراکنده به موضوع و شکل‌گیری سواد سلامت الکترونیکی پرداخته شده است، فقط در تشریح موضوع از مقالات فارسی طی بازه زمانی اعلام شده استفاده و مقالات معتبر خارجی بررسی شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ارتقای مدل سواد سلامت الکترونیکی برای دانشجویان علوم پزشکی به‌عنوان دغدغه اصلی بررسی شد و هدف پاسخگویی به این سؤال مشخص بود که تجارب زیسته متخصصان و صاحب‌نظران سواد سلامت الکترونیکی در خصوص مدل ارتقای سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان علوم پزشکی چیست؟ بر مبنای حساسیت نظری به‌دست آمده از مرور متون و منابع (Farasatkah, 2016)، پدیدارشناختی موضوع تحقیق بررسی شد. مقوله‌های به‌دست آمده از داده‌ها مطابق با هدف مطالعه و درباره تجارب زیسته صاحب‌نظران در دانشگاه‌ها برای ارائه مدل ارتقای سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان علوم پزشکی بود. ۲۷۶ کد اولیه استخراج شد که بعد از تقلیل و ادغام کدهای مشابه با یکدیگر، تجربه زیسته آنان در قالب ۴ مقوله اصلی و ۲۱ مقوله فرعی و ۶۰ کد اولیه ظهور یافت. از ارتباط بین این ۲۱ مقوله اصلی و اتصال آنها به ۴ کد انتخابی به‌منظور بیان روابط میان مقولات اصلی مدل شکل ۱ به‌دست آمد. برای گزارش یافته‌ها، شیوه‌های استقرایی استفاده شد و با کنار هم چیدن کدها و مقوله‌های استخراج شده از مصاحبه‌های عمیق، الگوی مشترک بهترین تجربه سواد سلامت الکترونیکی شناسایی و شمای کلی آن ترسیم و سپس، ابعاد و مؤلفه‌های آن با توجه خاص به مرور متون تبیین شد. گفتنی است که با وجود تلاش‌های بسیار در رعایت اصول و قواعد علمی، مرزبندی دقیق این عوامل بر اساس اصول نظری پژوهشگران بود و جایگاه هرکدام از عوامل می‌تواند توسط پژوهشگران

دیگر جابه‌جا شود. عناصر مدل ارائه شده در قالب ۴ مقوله اصلی شامل فراسواد، عوامل فردی، عوامل فنی- اجتماعی، حرفه‌ای گری در فضای دیجیتال و الکترونیکی و ۲۱ مقوله فرعی بود. مقولات اصلی و مقولات فرعی که در خلل تحلیل مصاحبه‌ها استخراج شد، در جدول ۲ ارائه شده است.

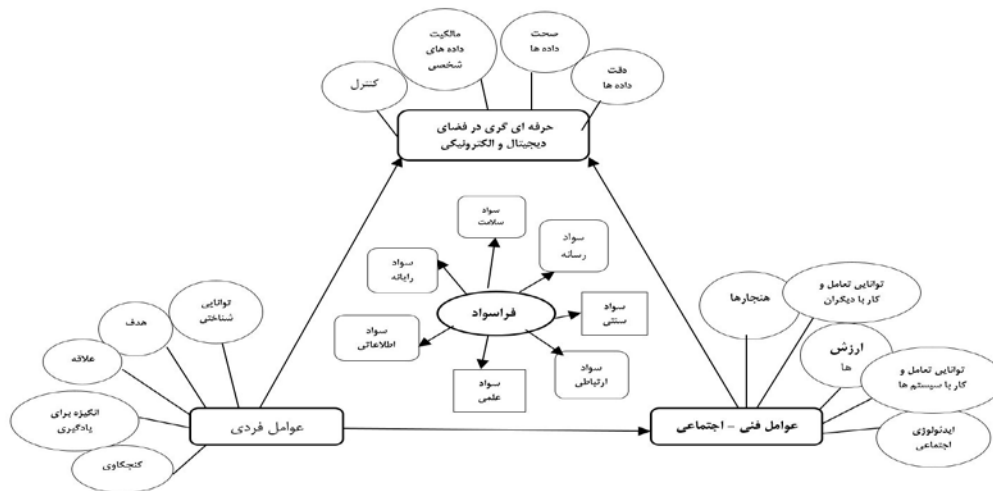
جدول ۲- مقولات فرعی و مقولات اصلی استخراج شده از تجربه زیسته خبرگان مطلع

مقوله اصلی	مقولات فرعی
فراسواد	سواد سنتی و محاسباتی، سواد سلامت، سواد رایانه، سواد علمی، سواد رسانه‌ای، سواد اطلاعاتی و سواد ارتباطی
عوامل فردی	علاقه، هدف، انگیزه برای یادگیری، توانایی شناختی و کنجکاوی
عوامل فنی- اجتماعی	ارزش‌ها، هنجارها، ایدئولوژی اجتماعی، توانایی تعامل و کار با سیستم‌ها و توانایی تعامل و کار با دیگران
حرفه‌ای‌گری در فضای دیجیتال و الکترونیکی	کنترل، مالکیت داده‌های شخصی، دقت داده‌ها و صحت داده‌ها

بر مبنای مرور نظریات و تجارب زیسته مطلعان کلیدی پژوهش حاضر، در قالب یک سه‌وجهی مدل‌سازی شد. همراستا با نظرها و تجارب زیسته اندیشمندان حوزه سواد سلامت الکترونیکی برای دانشجویان علوم پزشکی و با توجه به تعاریف ارائه شده از معنا و مبتنی بر جامعیت مدل سواد سلامت الکترونیکی، پژوهشگرانی مانند نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006)، گیلستد (Gilstad, 2014)، تنات و همکاران (Tennant et al., 2015)، پائول و همکاران (Pohl et al., 2015)، مانکمان و کوشنیراک (Monkman & Kushniruk, 2015) و گریبل و همکاران (Griebel et al., 2017) به طراحی مدل توجه ویژه‌ای داشتند. در مدل پیشنهادی علاوه بر رئوس، ارتباط آنها نیز مهم است (شکل ۱). در این بخش، برگرفته از مصاحبه‌های پژوهش، تحلیل پدیدارشناسانه تجربه‌های زیسته متخصصان و خبرگان مطلع با هدف استخراج معانی متداوم از آنها صورت گرفته است.

مقوله اصلی اول: فراسواد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان درباره سواد سلامت الکترونیکی به فراسواد اشاره کردند که این مقوله دارای سوادهای هفت‌گانه زیر است:

الف. سواد سنتی و محاسباتی: یکی از خرده‌مقوله‌های مد نظر مشارکت‌کنندگان برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، سواد سنتی و محاسباتی است. این نوع سواد عبارت است از: توانایی فرد در درک متن و اعداد نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006). متخصص شماره ۳ در این خصوص گفته است: "درواقع، سواد سلامت به نظر من یک مفهوم عام است، ولی آن اطلاعاتی که آدم از جاهای مختلف از کتاب، تلویزیون، دوستان، مطالعات علمی خودش، بررسی‌ها و غیره به دست می‌آورد".



شکل ۱- مدل استنباط شده از تجربه زیسته مطلعان کلیدی و صاحب نظران در حوزه سواد سلامت الکترونیکی (منبع: یافته‌های پژوهش)

ب. سواد سلامت: خرده‌مقوله دیگر برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی از نظر مشارکت کنندگان، سواد سلامت و عبارت است از: پردازش و درک اطلاعات سلامت نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006). متخصص شماره ۵ چنین گفته است: "من خودم شخصاً سلامت را چهاربعدی می‌بینم؛ یعنی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی، ولی عمده‌تاً وقتی به افراد می‌گویند سواد سلامت، فوری به سراغ جسمی‌روند؛ یعنی فقط بحث جسمی را بیشتر مد نظرشان است، ولی به هر تقدیر سواد سلامت اطلاعات عامی است که شما از منابع مختلف برای کمک به حفظ سلامت و حیات خودتان به دست می‌آورید و به نوعی حالا کیفیت زندگی را ارتقا می‌بخشد".

پ. سواد رایانه‌ای: از دیگر خرده‌مقوله‌های مد نظر مشارکت کنندگان برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، سواد رایانه‌ای است. این نوع سواد عبارت است از: توانایی استفاده از سخت‌افزار و نرم‌افزارهای کامپیوتری نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006). متخصص شماره ۷ در این زمینه گفته است: "آشنایی کار با کامپیوتر و آشنایی با سیستم‌های اطلاعات برای کسب سواد سلامت اطلاعات مانند ادویه برای آشپزی است".

ت. سواد علمی: خرده‌مقوله دیگر برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، سواد علمی است. نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006) این نوع سواد را توانایی درک متون علمی، حقایق و همبستگی بین این حقایق تعریف کرده‌اند. متخصص ۱۱ در این زمینه گفته است: "دانشجویانی می‌توانند سواد سلامت الکترونیکی خود را افزایش دهند که بتوانند واقعیات مربوط به سلامت را درک کنند".

ث. سواد رسانه‌ای: خرده‌مقوله دیگر برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، سواد رسانه‌ای و از نظر نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006) عبارت است از: توانایی پردازش محتوای رسانه‌ها و ارزیابی میزان کیفیت آنها. متخصص شماره ۱ در این زمینه گفته است: "من فکر می‌کنم بخش عمده‌ای از اطلاعات سواد سلامت را بچه‌ها خودشان از طریق اینترنت و رسانه‌ها به‌دست می‌آورند".

ج. سواد اطلاعاتی: خرده‌مقوله دیگر برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، سواد اطلاعاتی و عبارت از توانایی پردازش اطلاعات آگاهی درباره نحوه سازمان دانش و نحوه استفاده از اطلاعات نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006) است. متخصص شماره ۲ در این زمینه گفته است: "من فکر می‌کنم دانشجو برای سواد سلامت الکترونیکی باید بتواند اطلاعات دیجیتال را مدیریت کند".

چ. سواد ارتباطی: خرده‌مقوله سواد ارتباطی برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی عبارت است از: توانایی برقراری ارتباط و تعامل با تمام اعضای جامعه شامل آداب معاشرت و روابط اجتماعی نیکو (UNESCO, 2015). متخصص شماره ۵ در این زمینه گفته است: "فرد باید در یک راه و روش ایمن، مدنی و اخلاقی در رسانه‌های اجتماعی و فضای دیجیتال مشارکت کند و از این طریق اطلاعات مربوط به سلامت را به‌دست بیاورد یا share کند".

مقوله اصلی دوم: عوامل فردی. یکی دیگر از مقوله‌هایی که مشارکت کنندگان درخصوص سواد سلامت الکترونیکی به آن اشاره کردند، عوامل فردی؛ یعنی انگیزه و علاقه‌مندی به استفاده از ابزارهای الکترونیکی و فضای دیجیتال برای کسب اطلاعات سلامت است که دارای پنج خرده‌مقوله زیر است:

الف. علاقه: یکی از خرده‌مقوله‌های مدنظر مشارکت کنندگان برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، علاقه است. در این زمینه متخصص شماره ۴ گفته است: "اینکه جوانان معمولاً خیلی به سلامتشان علاقه‌مند نیستند، یا فرصت کافی را برای این کار ندارند، به قول خودشان یا دلیلی برای توجه به آن نداریم، چون انرژی زیادی دارند و متوجه تغییراتی که در محیط برایشان می‌افتد، نیستند. بنابراین، خیلی خودشان را درگیر نمی‌کنند، ولی در هر صورت ما باید بدانیم شاید بی‌انگیزگی دانشجویان برای گرفتن این نوع اطلاعات باشد". متخصص شماره ۷ در این خصوص گفت: "خلاقیت و بعد روانشناختی خود فرد که از چه ابزارها و موضوعاتی بتواند استفاده کند. ما ممکن است ابزارهای متعدد الکترونیکی داشته باشیم، مثل شبکه‌های مجازی، اینترنت، ولی روح و شخصیت هر فرد می‌تواند در انتخاب آن ابزار یا آن حیطة مؤثر باشد".

ب. هدف: از دیگر خرده‌مقوله‌های مدنظر مشارکت کنندگان برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، هدف است.

ج. انگیزه برای یادگیری: از دیگر خرده‌مقوله‌ها برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، انگیزه است. متخصص شماره ۱۱ چنین گفت: "دانشجویان ممکن است مهارت‌های پایه سواد سلامت الکترونیکی را

داشته باشند، اما محتوا متناسب با نیازهای فردی آنها نباشد و در استفاده از ابزارهای الکترونیکی و دیجیتال در کسب سواد سلامت دچار بی‌انگیزگی بشوند."

د. توانایی شناختی: یکی دیگر از خرده‌مقوله‌ها برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، توانایی شناختی است.

ه. کنجکاوی: از دیگر خرده‌مقوله‌های مد نظر برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، کنجکاوی است. **مقوله اصلی سوم: عامل فنی - اجتماعی.** از دیگر مقوله‌هایی که مشارکت کنندگان درباره سواد سلامت الکترونیکی به آن اشاره کردند، مقوله فنی - اجتماعی؛ یعنی دسترسی به سیستم‌ها و توانایی کار و تعامل با دیگران در فضای الکترونیکی و دیجیتال به‌منظور کسب اطلاعات سلامت بود. در این مطالعه از تلفیق دو مقوله فنی - اجتماعی، جایگاه هر گروه از مقوله‌های شناختی و اجتماعی در پذیرش سیستم‌های اطلاعات سلامت مشخص شد. از یک سو، در بهره‌برداری از سیستم‌های اطلاعات سلامت کاربران نقشی اساسی دارند و از سوی دیگر، برای کاربران توسعه فردی و توسعه سازمانی مطلوبی به دنبال خواهد داشت. افزایش عملکرد و یادگیری کاربران از مهم‌ترین پیامدهای بهره‌برداری از سیستم‌های اطلاعاتی شناخته شده است که عبارت‌اند از (Hartwick & Barki, 1994):

الف. ارزش‌ها: یکی از خرده‌مقوله‌های مد نظر مشارکت کنندگان برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، ارزش‌هاست.

ب. هنجارها: یکی دیگر از خرده‌مقوله‌های مد نظر مشارکت کنندگان برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، هنجارهاست.

ج. ایدئولوژی اجتماعی: از دیگر خرده‌مقوله‌ها برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، ایدئولوژی اجتماعی است. متخصص شماره ۲ در این خصوص گفته است: "بجز زیرساخت فنی، به نظر من زیرساخت فرهنگی هم در این زمینه نقش دارد، به این شکل که شاید خیلی‌ها هنوز تعریف درستی از کاربرد ای تی در پزشکی ندارند و دیدگاه درستی ندارند یا در کل اساساً عقیده‌ای به آن ندارند، ضرورتش را حس نمی‌کنند و بنابراین، این خودش باعث می‌شود این آموزش‌ها شاید آنچنان که انتظار داریم، بازده نداشته باشد."

د. توانایی تعامل و کار با سیستم‌ها: یکی دیگر از خرده‌مقوله‌ها برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، توانایی تعامل و کار با سیستم‌هاست. متخصص شماره ۱۰ گفته است: "برای ارتقای سواد سلامت الکترونیکی زیرساخت‌ها بسیار مهم است. اگر اینترنت نباشد، آن هم پرسرعت، عملاً دسترسی کاربران محدود می‌شود که مهم‌ترین بخش است."

د. توانایی تعامل و کار با دیگران: یکی دیگر از خرده‌مقوله‌های مد نظر مشارکت کنندگان برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، توانایی تعامل و کار با دیگران است. متخصص شماره ۶ در این خصوص گفت: "امروز اینترنت Context خیلی خوبی را ایجاد کرده است. به‌خصوص حالا من معتقدم شبکه‌های

مجازی امروز فضای خیلی خوبی را برای انتقال و تبادل اطلاعات از جمله در حوزه سلامت فراهم کرده‌اند و افراد هم با شبکه‌سازی، چون شبکه‌سازی یکی از محورهای اصلی انتقال و تبادل اطلاعات در جامعه است، بنابراین، این شبکه‌ها می‌توانند از طریق مجازی شکل پیدا بکنند. حالا با نمونه‌های مختلفی از این شبکه‌ها روبه‌رو هستیم. در بحث‌های تخصصی آدم‌های متخصص بیشتر در Researchgate و LinkedIn و Facebook و Twitter و اینها کار می‌کنند، ولی افراد عمومی بیشتر در شبکه‌هایی مثل فیسبوک، تلگرام، واتساپ و مواردی از این دست اطلاعات عمومی سلامت را با هم تبادل می‌کنند." متخصص شماره ۸ در این خصوص گفته است: "در این زمینه به نظر من شیوه اطلاعات بسیار مهم است. آیا شیوه ارائه اطلاعات تعاملی و interactional است؛ یعنی فرد می‌تواند اطلاعات را که گرفت سؤال بکند و پاسخ بگیرد یا غیر interactional است. آیا تعاملی است یا غیر تعاملی؛ یعنی یکسویه اطلاعات ارائه می‌شود یا دوسویه اطلاعات مبادله می‌شود. آیا امکان گفت‌وگوی الکترونیکی در فضای مجازی وجود دارد یا نه".

مقاله اصلی چهارم: حرفه‌ای‌گری در فضای دیجیتال و الکترونیکی. متخصصان مشارکت کننده در این پژوهش درباره سواد سلامت الکترونیکی به مقوله اصلی حرفه‌ای‌گری در فضای دیجیتال و الکترونیکی اشاره کردند که به قرار زیر است:

الف. کنترل: یکی از خرده‌مقوله‌های مد نظر مشارکت‌کنندگان برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، کنترل است. متخصص شماره ۵ در این زمینه گفت: "در فضای دیجیتال و استفاده از ابزارهای الکترونیکی دانشجویان یا هر کسی که کاربر است، باید احساس امنیت و کنترل داشته باشد".

ب. مالکیت داده‌های شخصی: یکی دیگر از خرده‌مقوله‌های مد نظر مشارکت‌کنندگان برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، مالکیت داده‌های شخصی است.

پ. دقت و صحت داده‌ها: از دیگر خرده‌مقوله‌ها برای مفهوم سواد سلامت الکترونیکی، دقت و صحت داده‌هاست. در این زمینه متخصص شماره ۱ گفته است: "خیلی از اطلاعاتی را که بچه‌ها از طریق اینترنت و این طرف و آن طرف می‌گیرند، اطلاعات فیک است، حالا یک کسی خواسته است شوخی بکند یا یک چیزی را شنیده بوده و از صحت و سقمش اطلاع ندارد، رفرانس مناسبی ندارد و مبتنی بر Evidence و هرم شواهد نیست. یک چیزی شنیده است و می‌آید آنجا Share می‌کند و افراد هم برای همدیگر Share می‌کنند. آن را ما نمی‌توانیم اسمش را سواد سلامت بگذاریم، آنها اطلاعات general و عمومی هستند که فرد به‌دست می‌آورد و الزاماً هم باعث رشد و توسعه او نمی‌شود؛ یعنی ما باید یک راهبردهای بینابینی پیدا کنیم". متخصص شماره ۸ در این باره گفت: "یکی از موانعی که وجود دارد، بمباران‌های اطلاعاتی است که این لابه‌لای آنها اطلاعات غلطی به افراد منتقل می‌شود. ما باید صحت و سقم اطلاعات را کانالیزه کنیم، از یک فیلتری عبور بدهیم که آن اطلاعاتی که به دانشجو می‌رسد، اطلاعات درست و مناسبی باشد". همچنین متخصص شماره ۱۰ در این زمینه گفت: "در حال حاضر و با

توجه به این انفجار اطلاعات که همین‌طور در حال اتفاق است، چند سال دیگر نیاز به این هست که ما بتوانیم آن منابع موثق را پیدا بکنیم و درواقع، از Critical Appraisal استفاده کنیم و برای این کار باید از سواد سلامت الکترونیکی برخوردار باشیم."

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف ارائه مدل مفهومی مبتنی بر واکاوی تجارب زیسته متخصصان و صاحب‌نظران سواد سلامت الکترونیکی در ارتقای سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان علوم پزشکی از منظر رویکرد پدیدارشناسی انجام شد و به نظر می‌رسد که نخستین پژوهش انجام شده در کشور ایران و در نوع خود در این حوزه است؛ از این‌رو، پژوهش کیفی که به‌طور مستقیم در مطالعات و منابع فارسی با نتایج این پژوهش مرتبط باشد، یافت نشد. بنابراین، با نزدیک‌ترین منابع موجود که به‌ویژه در کشورهای دیگر انجام شده است، مقوله‌های به‌دست آمده در این مطالعه مطابقت و همسوسازی شد. نتایج پژوهش با توجه به تجربه‌های متخصصان و صاحب‌نظران در کشف مدل نشان داد که ترویج دانش و شناخت سواد سلامت الکترونیکی بر مفاهیم جست‌وجو، تحصیل، درک، انتقاد، ارتباط و کاربرد اطلاعات سلامت در دانشگاه‌ها استوار است. نهادینه کردن سبک زندگی ارتقادهنده سواد سلامت برای دانشجویان با ایجاد تسهیلات آموزش فناوری اطلاعات سلامت الکترونیکی، فرهنگ‌سازی، خلق ارزش‌های سواد سلامت الکترونیکی بر مبنای میزان آمادگی و پذیرش دانشجو در کسب اطلاعات سلامت در دانشگاه‌ها می‌تواند، آنچه را از آینده عدالت در سلامت انتظار می‌رود، قوی‌تر و بلندتر جلوه نماید. نتایج این پژوهش نشان داد که تجربه زیسته مطلعان کلیدی را می‌توان در چهار مقوله اصلی فراسواد، عامل فردی، عامل فنی-اجتماعی و حرفه‌ای‌گری در فضای دیجیتال و الکترونیکی خلاصه کرد.

مقوله اصلی فراسواد و مقوله‌های فرعی مرتبط شامل سواد سنتی و محاسباتی، سواد سلامت، سواد رایانه‌ای، سواد علمی، سواد رسانه‌ای، سواد اطلاعاتی و سواد ارتباطی است که با برخی از مطالعات (Norman & Skinner, 2006; Seckin et al., 2016; Gilstad, 2014; Saffarzadeh, 2015; Norgaard et al., 2015; Griebel et al., 2017; Stellefson et al., 2011; Nekuzad et al., 2019) همسو است. مقوله اصلی عامل فردی و مقوله‌های فرعی مرتبط با آن شامل علاقه، هدف، انگیزه برای یادگیری، توانایی شناختی و کنجکاوی است که با برخی از مطالعات (Britt & Hatten, 2013; Ghiyoung, 2014; Pohl et al., 2015; Saffarzadeh, 2015; Nekuzad et al., 2019; Stellefson et al., 2011; Haruna et al., 2017) همسنگ است. مقوله اصلی عامل فنی-اجتماعی و مقوله‌های فرعی مرتبط با آن ارزش‌ها، هنجارها، ایدئولوژی اجتماعی، توانایی تعامل و کار با سیستم‌ها و توانایی تعامل و کار با دیگران است که با برخی از مطالعات (Hye-Jin & Hove, 2012; Stellefson et al., 2011; Yang et al., 2017; Saffarzadeh, 2015; Nekuzad et al., 2019; Koopman et al., 2014; Pohl et al., Gilstad, 2014; Griebel et al., 2015; 2017) همسنگ است. مقوله اصلی حرفه‌ای‌گری در فضای دیجیتال و

الکترونیکی شامل کنترل، مالکیت داده‌های شخصی و دقت و صحت داده‌هاست که با برخی از مطالعات همسو است (Koopman et al., 2014; Pohl et al., Monkman & Kushniruk, 2015; Nekuzad et al., 2019) 2015; Mackert et al., 2014; 2015; Saffarzadeh, نتایج به‌دست آمده با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده از سال ۲۰۰۶ تا سال ۲۰۱۷، درخصوص مدل‌های ارائه شده برخی از پژوهشگران (Norman & Skinner, 2006; Britt & Hatten, 2013; Pohl et al., 2015; Gilstad, 2014; Griebel et al., 2017; Stellefson et al., 2011; Koopman et al., 2014; Venkatesh et al., 2003; Seckin et al., 2016; Haruna et al., 2017; Tennant et al., 2015)، گویای آن است که سواد سلامت الکترونیکی مفهومی جدید با تعاریف و مدل‌های متنوع است. بنابراین، نیاز به کسب مهارت‌های مرتبط در به‌کارگیری این فناوری نوظهور و جذاب و در جهت ارتقای سبک زندگی سلامت به‌ویژه برای دانشجویان بر اهمیت موضوع می‌افزاید. نتایج پژوهش از نظر تأکید بر سواد سنتی و محاسباتی، سواد سلامت، سواد رایانه‌ای، سواد علمی، سواد رسانه‌ای، سواد اطلاعاتی با نتایج مطالعات نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006)، از نظر تأکید بر سواد سنتی و محاسباتی، سواد سلامت، سواد رایانه‌ای، سواد علمی، سواد رسانه‌ای، سواد اطلاعاتی و بافت و زمینه فرهنگی و اجتماعی با یافته‌های مطالعه گیلستد (Gilstad, 2014)، از نظر تأکید بر انگیزه با مطالعه ایستلفون و همکاران (Stellefson et al., 2011)، از نظر تأکید بر نگرانی درباره امنیت و حریم خصوصی، دقت و صحت داده‌ها و انگیزه با نتایج مطالعه پائول و همکاران (Pohl et al., 2015)، از نظر تأکید بر سواد سنتی و محاسباتی، سواد سلامت، سواد رایانه‌ای، سواد علمی، سواد رسانه‌ای، سواد اطلاعاتی و پذیرش و اعتماد با یافته‌های پژوهش پائول و همکاران (Pohl et al., 2015)، از نظر تأکید بر نگرش با نتایج مطالعه دیویس (Davis, 1985) و از نظر تأکید بر تعامل بین عوامل فنی و فردی با یافته‌های پژوهش نورگارد و همکاران (Norgaard et al., 2015) هماهنگ است.

درخصوص نتایج پژوهش می‌توان گفت که سواد سلامت الکترونیکی علاوه بر سوادهای شش‌گانه نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006)، سواد ارتباطی (مشارکت از یک راه و روش ایمن و اخلاقی و مدنی در فضای دیجیتال) را در بر می‌گیرد که این سوادها در درون زمینه‌ای سه ضلعی قرار می‌گیرد که شامل عامل فردی و عامل فنی- اجتماعی است و از تعامل این دو ضلع، حرفه‌ای‌گری در فضای دیجیتال و الکترونیکی شکل می‌گیرد. یافته‌ها نشان داد که سوادهای چندگانه به تنهایی برای سواد سلامت الکترونیکی کافی نیست، بلکه عوامل علاقه، هدف، انگیزه یادگیری، توانایی شناختی و کنجکاوی و عوامل ارزش‌ها، هنجارها، ایدئولوژی اجتماعی، توانایی تعامل و کار با سیستم‌ها و توانایی تعامل و کار با دیگران لازم است و این عوامل نیز به نگرش و رفتارهای حرفه‌ای‌گری در فضای دیجیتال و الکترونیکی نیاز دارند که در این خصوص نتایج پژوهش با یافته‌های برخی از مطالعات (Norman & Skinner, 2006; Gilstad, 2014; Stellefson et al., 2011; Pohl et al., 2015; Norgaard et al., 2015; Davis, 1985) هماهنگ است. می‌توان گفت که دانشجویان ممکن

است سوادهای چندگانه داشته باشند، اما این سوادها به تنهایی کافی نیست و داشتن آنها در قالب عوامل فردی، عوامل فنی- اجتماعی و حرفه‌ای‌گری در فضای دیجیتال و الکترونیکی معنا پیدا می‌کند. از این رو، باید به سواد سلامت الکترونیکی در میان دانشجویان به صورت منسجم و سیستمی نگاه کرد. امروزه، کسب اطلاعات سلامت از منابع دیجیتالی و الکترونیکی از ترجیحات نسل جوان به‌ویژه دانشجویان در حوزه علوم پزشکی است که علاوه بر دسترسی امن به درگاه اطلاعات سلامت الکترونیکی، دانشجو به تبحر در جست‌وجو تا ارزیابی اطلاعات سلامت نیاز دارد. کسب اطلاعات سلامت غنی در اینترنت و تفسیر و تشریح آن دشوار است و به مهارت نیاز دارد. دانشجو باید چگونگی نقد منابع اولیه و ثانویه اطلاعات سلامت و بهره‌مندی از آنها را بداند. با توجه به پژوهش‌های موجود، سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان در حد مطلوب نیست و دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نیز به دلیل ضرورت فردی- حرفه‌ای، بیش از دیگران باید از این سواد برخوردار شوند. دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان منابع قابل اطمینان اطلاعات سلامت باید از راه‌های ارزیابی منابع اطلاعات سلامت بر دانش پایه‌ای درباره استفاده از اینترنت و سواد سلامت آگاه باشند و دانشگاه‌ها با علم به دانش سواد سلامت الکترونیکی، آموزش سلامت را به‌طور مطلوب و بهینه برای گروه‌های هدف خود ارائه کنند.

پیشرفت‌های جهانی در طراحی مدل‌های سواد سلامت الکترونیکی به گسترش وسیع فرصت‌های یادگیری، دسترسی به منابع آموزشی، تسریع و تسهیل فرایند یادگیری اطلاعات سلامت کمک کرده است که با توجه به علاقه، سوابق و تجربه‌های زیسته پژوهشگر در این امر و نیز ماهیت میان‌رشته‌ای سواد سلامت الکترونیکی، برخورداری از شایستگی و مهارت‌های سواد سلامت الکترونیکی به‌ویژه برای دانشجویان علوم پزشکی به‌عنوان وسیله‌ای برای توسعه مهارت‌های حل مسئله، توسعه استقلال و دستیابی به دانش و اطلاعات معتبر و نیز افزایش توانایی یادگیری مستقل و مداوم اطلاعات سلامت الکترونیکی امری مهم محسوب می‌شود. پژوهشگران امیدوارند که دانشگاه‌ها با کاربردی‌سازی این مدل بتوانند به بخشی از مواردی مانند ایجاد نگرش مثبت از مفید بودن و سهولت استفاده از سواد سلامت الکترونیکی و نهادینه کردن ابعاد و مؤلفه‌های سواد سلامت الکترونیکی برای دانشجویان در قلمرو دانشگاه‌ها، خلق فرصت‌های جدید به‌منظور به‌روز ساختن دایمی مهارت‌های سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان، سیاست‌هایی برای ایجاد اصلاح نظام و ساختار آموزشی دانشگاه به‌منظور اجرای برنامه‌های ارتقای سواد سلامت الکترونیکی و ایجاد مزیت رقابتی برای دانشگاه‌ها از طریق ارتقای سواد سلامت الکترونیکی دانشجویان در دانشگاه‌ها دست یابند.

پیشنهادها

استفاده از مدل استخراج شده نیازمند پیش‌بایسته‌هایی برای اجرایی شدن آن به قرار زیر است:

۱. آموزش گام به گام مهارت‌های سواد سلامت الکترونیکی به دانشجویان؛

۲. تقویت رویکرد آموزش الکترونیکی هم‌تایان تعلیم دیده؛
۳. تولید محتوای الکترونیکی اطلاعات سلامت برای دانشجویان؛
۴. توسعه مهارت اطلاع‌یابی سلامت؛
۵. توانمندسازی دانشجویان در درک مفاهیم سلامت؛
۶. توانمندسازی دانشجویان در تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات سلامت؛
۷. راه‌اندازی و تقویت گروه‌های مجازی برای بحث‌های هدایت شده با موضوع سواد سلامت؛
۸. فراهم شدن زیرساخت‌های لازم برای احساس امنیت و مالکیت داده‌های شخصی به‌منظور جلب اعتماد دانشجویان به استفاده از این فضا؛
۹. به متخصصان و مدرسان در دانشگاه‌ها پیشنهاد می‌شود که از ابعاد و مؤلفه‌ها به‌عنوان راهنمای عمل در تدوین عناوین، سرفصل‌ها و محتوای دوره‌های آموزشی دانشگاه‌ها برای آموزش و توانمندسازی کلیه دانشجویان بهره بگیرند.

References

1. Alamdari, S., & Alamdari, A. (2015). I.R.Iran national health system strategic architecturing based on national vision 1404: A proposed model. *Public Policy*, 1(1), 21-42 (in Persian).
2. Azimi, S., Ramezankhani, A., Rakhshani, F., Ghaffari, M., & Ghanbari, S. (2015). Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic year 92-93. *Pejouhandeh*, 20(2), 78-85 (in Persian).
3. Asgharzadeh, N., Khorasani, A., & Farasatkah, M. (2018). A proper model for the language of instruction in Iran's universities in the event of internationalization: Grounded Theory. *Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education*, 23(4), 45-68 (in Persian).
4. Britt, R.K., & Hatten, K.N. (2013). Need for cognition and electronic health literacy and subsequent information seeking behaviors among university undergraduate students. *SAGE Open*, 3(4), 1-10.
5. Carnwell, R., & Daly, W. (2001). Strategies for the construction of a critical review of the literature. *Nurse Educ Pract*, 1(2), 57-63.
6. Chan, J., Leung, A., Chiang, V., Li, H., Wong, E., Liu, A., & Chan, S. (2009). A pilot project to build eHealth literacy among university students in Hong Kong. Proceedings of the 10th International Congress on Medical Librarianship, Australia.

7. Dashti, S., Peyman, N., Tajfard, M., & Esmaeeli, H. (2017). E-health literacy of medical and health sciences university students in Mashhad, Iran in 2016: A pilot study. *Electronic Physician*, 9(3), 3966-3973.
8. Farasatkah, M. (2014). Higher education systems and needs for the intelligence of quality. The Second National Conference on Assessment and Quality of University Systems. Tehran (in Persian).
9. Farasatkah, M. (2016). Students lived experience and perception of the university a case study of Iranian university. *Iranian Higher Education (Ihej)*, 7 (2), 25-70 (in Persian).
10. Ghiyoung, I. (2014). Effects of cognitive and social factors on system utilization and performance outcomes. *Information & Management*, 51, 129-137.
11. Gilstad, H. (2014). Toward a comprehensive model of eHealth literacy. In Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics. *CEUR Workshop 35 Proceedings*, 63-72.
12. Griebel, L., Enwald, H., Gilstad, H., Pohl, A., Moreland, J., & Sedlmayr, M. (2017). EHealth literacy research-Quo vadis?. *Informatics for Health and Social Care*, 1-16.
13. Hartwick, J., & Barki, H. (1994). Explaining the role of user participation in informationsystem use. *Management Science*, 40, 440-465.
14. Haruna, H., Tshuma, N., & Hu, X. (2017) Health information needs and reliability of sources among nondegree health sciences students: A prerequisite for designing e-Health literacy. *Annals of Global Health*, 83, 369-379.
15. Hudzik, J.K. (2013). Changing paradigm and practice for higher education internationalization. An introduction to higher education internationalization (De Wit, Ed.). Milano, V & P.
16. Hye-Jin, P., & Hove, T. (2012). Social cognitive factors and perceived social influences that improve adolescent eHealth literacy. *Health Communication*, 27(8), 727-737.
17. Jacobs Robin, J., Lou Jennie, Q., Ownby Raymond, L., & Caballero, J. (2016). A systematic review of eHealth interventions to improve health literacy. *Health Informatics Journal*, 22(2), 81-98.

18. Karnoe, A., & Kayser, L. (2015). How is eHealth literacy measured and what do the measurements tell us? A systematic review. *Knowledge Management & E-Learning*, 7(4), 576-600.
19. Kim, H., & Xie, B. (2017). Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 100 (6), 1073-1082.
20. Koopman, R.J., Petroski, G.F., Canfield, S.M., Stuppy, J.A., & Mehr, D.R. (2014). Development of the PRE-HIT instrument: Patient readiness to engage in health information technology. *BMC Family Practice*, 15, 18.
21. Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *American Journal of Evaluation*, 15(2), 179-192.
22. Luo, L. (2010). Web 2.0 integration in information literacy instruction: An overview. *The Journal of Academic Librarianship*, 36 (1), 32-40.
23. Mackert, M., Holton, A., Munoz, I.I., & Damasio, M. (2014). E Health and health literacy: A research methodology review. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 19, 516-528.
24. Mahdi, R. (2013). Formation & development of interdisciplinary in higher education: The key factors and requirements. *Interdisciplinary Studies in Humanities*, 5(2), 91-117 (in Persian).
25. Monkman, H., & Kushniruk, A. (2015). E health literacy issues, constructs, models, and methods for health information technology design and evaluation. *Knowledge Manag ELearn*, 7(4), 541-9.
26. Morse, J.M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3-5.
27. Nekuzad, N., Ahmady, S., Hosseini, M., & Mohammadkhani, K. (2019). Related factors using electronic health literacy: A systematic review. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*, 8 (1), 53-63 (in Persian).
28. Neter, E., & Brainin, E. (2017). Perceived and performed eHealth literacy: Survey and simulated performance test. *JMIR Hum Factors*, 4(1), e2.
29. Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *J. Med. Internet Res*, 14, e19.

30. Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006). eHealth: The eHealth literacy scale. *J. Med Internet Res*, 8(4), e27.
31. Norgaard, O., Furstrand, D., Klokke, L., Karnoe, A., Batterham, R., Kayser, L., & Osborne, R.H. (2015). The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. *Knowledge Management & E-Learning: An International Journal*, 7(4), 522-40.
32. Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth: A systematic review of published definitions? *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e1.
33. Pohl, AL., Griebel, L., & Trill, R. (2015). Contemporary ehealth literacy research? An overview with focus on Germany. PAHI; 3rd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics; Elgin, Scotland, UK. CEUR Workshop Proceedings.
34. Rew, L., Johnson, R.J., Jenkins, SK., & Torres, R. (2004). Developing holistic nursing interventions to improve adolescent health. *Journal of Holistic Nursing*, 22(4), 298-319.
35. Saffarzadeh, A. (2015). Reconceptualizing health literacy and the eHealth literacy scale (eHEALS): Evaluation of psychometric properties, subdimensions, and health-related internet searching behavior in adult outpatients visiting a tertiary care clinic. Open Access, *Publications from the University of California*.
36. Samadbeik, M., Garavand, S., Sohrabi Zadeh, M., Koshki, N., & Mohammadi, Z. (2015). The study of characteristics of health literacy instruments for computer-based applications: A review article. *J. Health Biomed Inf*, 2(3), d195-203.
38. Seckin, G., Yeatts, D., Hughes, S., Hudson, C., & Bell, V. (2016). Being an informed consumer of health information and assessment of electronic health literacy in a national sample of internet users: Validity and reliability of the eHLS instrument. *J. Med Internet Res*, 18(7), e161.
39. Sharif Moghadam, H., Shakiba, E., & Salami, M. (2017). Comparison of health literacy of medical and dentistry students of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2016. *Journal of Health Literacy*, 2 (2), 73-80 (in Persian).

40. Stollefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E.A. (2011). EHealth literacy among college students: A systematic review with implications for eHealth education. *J. Med Internet Res*, 13 (4), e102.
41. Tavousi, M., Haeri Mehrizi, A.A., Rafiefar, Sh., Solimani, A., Sarbandi, F., Ardestani, M., Hashemi, A., & Montazeri, A. (2016). Health literacy in Iran: Findings from a national study. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research (Payesh)*, 1, 95-102 (in Persian).
42. Tennant, B., Stollefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., & Paige, S. (2015). E Health literacy and web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), e70.
43. Van der Vaart, R., & Drossaert, C. (2017). Development of the digital health literacy instrument: Measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *J. Med Internet Res*, 19(1), e27.
44. Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, G.B., & Davis, F.D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 425-78.
45. Wirihana, L., Welch, A., Williamson, M., Christensen, M., Bakon, S., & Craft, J. (2018). Using Colaizzi's method of data analysis to explore the experiences of nurse academics teaching on satellite campuses. *Nurse Res*, 16, 25(4), 30-34.
46. Wharf Higgins J., Begoray, D., & MacDonald, M. (2009). A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the education classroom. *Am J. Community Psychol*, 44 (3-4), 350-62.
47. Werts, N., & Hutton-Rogers, L. (2013). Barriers to achieving eHealth literacy. *American Journal of Health Sciences (AJHS)*, 4(3), 115-120.
48. Yang, S., Luo, Y., & Chiang, C. (2017). The associations among individual factors, eHealth literacy, and health-promoting lifestyles among college students. *J. Med Internet Res*, 10, 19 (1), e15.