سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها: یک مطالعه ملی

محمود طاووسی[1]، علی اصغر حائری مهریزی[1]، شهرام رفیعی فر[2]، آتوسا سلیمانیان[2]، فاطمه سربندی[2]، مناسادات اردستانی[2]، اکرم هاشمی[1]، علی منتظری[1*]

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی، تهران، ایران
۲. دفتر آموزش و ارتقای سلامت، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲۲
سال پانزدهم شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۳۹۴ صص ۱۰۲-۹۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۸ دی ۹۴]

چکیده

سواد سلامت به دلیل تاثیر بر نحوه تصمیم گیری اشخاص در مورد سلامت، به عنوان یکی از موضوعات مهم برای ارتقای سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفته است. پژوهش حاضر به منظور سنجش سواد سلامت ایرانیان بزرگ سالان ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن شهرها انجام شد. در این مطالعه تعداد ۲۰۵۷۱ شهروند ایرانی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه سنجش سواد سلامت (HELIA) بود. میانگین (انحراف معیار) سن افراد مورد مطالعه (۱۱/۸۰) ۳۴/۹۲ سال بود. حدود ۵۱ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه زن و حدود ۴۹ درصد مرد بودند. بر اساس نتایج این مطالعه میانگین (انحراف معیار) امتیاز سواد سلامت جمعیت بزرگ سال با سواد شهرنشین کشور از ۱۰۰ امتیاز، (۱۵/۱۶) ۶۸/۳۲ بود. نتایج نشان داد حدود ۴۴ درصد از جمعیت مورد مطالعه از سواد سلامت محدود برخوردارند. همچنین به رغم اختلاف ناچیز میانگین امتیاز سواد سلامت مردان ۶۷/۶۰ و زنان ۶۹/۰۲، این تفاوت از نظر آماری معنادار نشان داد ($P<0/05$). سواد سلامت محدود در طیف سنی ۵۵ سال به بالا بیش ترین و در طیف سنی ۳۵ تا ۴۴ سال کم ترین میزان را داشت. بیش ترین میزان سواد سلامت محدود در افراد با تحصیلات ۱ تا ۵ سال و کم ترین میزان سواد سلامت محدود در افراد با تحصیلات ۱۳ سال به بالا بود. یافته های این مطالعه همچنین نشان داد، مخاطبان برای کسب اطلاعات سلامت به ترتیب از "رادیو و تلویزیون" ۴۲٪ ، " پزشکان و کارکنان بهداشتی و درمانی" ۴۰/۶٪ و "اینترنت" ۳۲/۹٪ بیشترین بهره گیری را داشته اند. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که حدود نیمی از افراد مورد مطالعه دارای سواد سلامت محدود بوده و این امر غالباً در گروه های آسیب پذیر مشاهده شد. حرکت به سوی عدالت در سلامت ایجاب می کند، ضمن شناسایی دقیق این گروه ها، اقدام لازم برای رفع این محدودیت و محرومیت به عمل آید.

کلیدواژه: سواد سلامت، مطالعه جمعیتی، ایران

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴
E-mail: montazeri.acecr. ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.10.6]

مقدمه

نظام های نوین سلامت باعث ایجاد نیازهـای جدیـدی در مخاطبـان خود شده اند، و افراد باید نهایتا بـرای اتخـاذ تصـمیمات صـحیح در مورد خود و خانواده نقش های جدیدی بر عهده بگیرند، که در ایـن زمینه یکی از عوامل بسیار مـؤثر، سـواد سـلامت اسـت [۱]. سـواد سـلامت امـروزه بـه عنـوان یـک مسـئله و بحـث فراگیـر معرفـی شده [۲]، و به دلیل نقش مهم آن بر نحوه تصمیم گیـری اشـخاص در زمینه های مرتبط با سلامت به عنوان یکـی از ابزارهـای اساسـی در جهت ارتقای سطح سـلامت جامعـه و بـالا بـردن کیفیـت ارائـه خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفته اسـت [۳-۴]. سواد سلامت، مفهوم گسترده ای اسـت کـه بـه شـیوه‌هـای گوناگونی تعریف شده و از حدود سال ۱۹۷۰ در متون سلامت مورد استفاده قرار گرفته است [۵]. از بین تعاریف گوناگون سواد سلامت، تعریـف ارائـه شـده توسـط Ratzan(2000) از مقبولیـت بیشـتری برخوردار بوده و در بیشتر منابع نیز مورد استناد قرار گرفتـه اسـت. وی سواد سلامت را این چنین تعریف کرده اسـت: "میـزان ظرفیـت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات پایه و خدمات سـلامت کـه برای تصمیم گیری مناسب لازم است." [۶]. گرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است، اما دلایل زیـادی حـاکی از آن اسـت کـه بسـیاری از نتـایج ناخوشـایند مـرتبط بـا سـلامتی، در نتیجـه سـواد سـلامت ناکـافی است [۷]. برخی از محققان معتقدند سـواد سـلامت در مقایسـه بـا متغیرهایی مانند سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نـژاد پیش بینی کننده قوی تری در رابطه با سلامت است [۸]. پـاره‌ای از پیامدهای ناشی از کم سـوادی افـراد در حـوزه سـلامت عبارتنـد از: استفاده کمتر از خدمات پیشگیری، تـأخیر بیشـتر در تشـخیص‌هـا، پایبندی کمتر به دستورالعمل‌های پزشکی، افـزایش خطـر بسـتری شدن، افزایش خطر مرگ و هزینه‌هـای مراقبـت سـلامت بیشـتر، و غیره [۹]. به هر حال این موضـوع چنـان اهمیـت یافتـه اسـت کـه سازمان سلامت جهان بـه همـه کشـورها توصـیه کـرده اسـت کـه انجمنـی متشـکل از افـراد ذی نفـوذ جهـت پـایش و همـاهنگی فعالیت‌های راهبردی، در خصوص ارتقای سـطح سـواد سـلامت در جوامـع مختلـف ایجـاد شـود [۱۰]. تعـداد مطالعـات در خصـوص سنجش سواد سلامت در ایران بسیار کم بوده و غالـب مـوارد انجـام شده نیز گستردگی لازم را نداشته اند. ضمن ایـن کـه بـا توجـه بـه رویکرد تدوین ابزارهـای سـنجش در برخـی از مطالعـات مقایسـه و تحلیل را بسیار دشوار شده است. در مطالعه ای در سال ۱۳۹۱ برای سنجش سواد سلامت ۵۲۵ نفر از افراد بزرگسـال (بـالای ۱۸ سـال) شهر اصفهان، نتایج نشان داد بر اسـاس S-TOFHLA و ۶۱ درصـد افراد بر اساس NVS بیش از ۵۰ درصد افراد سواد سلامت مرزی یا ناکافی داشتند [۱۱]. در مطالعه دیگری در شهر اصفهان نشـان داده شد که میانگین نمره سواد سلامت شرکت کنندگان کمی بیشـتر از حد متوسط است [۱۲]. در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکـاران در سال ۱۳۸۶ که با استفاده از نسخه فارسـی ابـزار سـنجش سـواد سلامت عملکردی بالغان TOFHLA انجام شد، نتایج مطالعـه نشـان داد، ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعـه سـواد سـلامت کـافی، ۱۵/۳ درصد مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکـافی داشـتند [۱۳]. بـا توجه به این که تاکنون هیچ مطالعه ای در سطح ملی برای سنجش سواد سلامت در ایران انجام نشده، محققـان در ایـن مطالعـه بـر آن شدند تا با اسـتفاده از یـک ابـزار روا و پایـای بـومی سـواد سـلامت ایرانیان ساکن شهرها را مورد سنجش قرار دهند.

مواد و روش کار

این پژوهش یـک مطالعـه جمعیتـی بـود، کـه بـه صـورت مقطعـی (توصیفی ـ تحلیلی) و در میان جمعیت ایرانیان بالغ (سـنین ۱۸ تـا ۶۵) ساکنان شهرها (مراکز استان ها و یک شهر با انتخاب تصـادفی در هر استان) انجام شد. معیارهای ورود مطالعه شامل «ایرانی بودن، عضو خانوار مورد مراجعه، باسواد بودن (سواد خواندن و نوشتن)» ، و معیارهای خروج شامل «عدم رضایت به ادامه کاری و تکمیل نـاقص پرسشنامه» بود.

در این مطالعـه انـدازه نمونـه بـا در نظـر گـرفتن نسـبت (p) ۵۰ و اطمینان ۹۵ و خطای نسبی (r) محاسبه شـد. بـرای بـرآورد نسـبت معینی مانند p با خطای نسبی r در روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از فرمول زیر استفاده شد.

$$n = \frac{Z^2_{\frac{\alpha}{2}} p.q}{(rp)^2}$$

از آن جا که در عمل از روش نمونه‌گیری چنـد مرحلـه ای اسـتفاده شد، اندازه نمونه ها در اثر طرح هم ضرب شد. ابـزار گـردآوری داده ها در این مطالعـه پرسشـنامه سـنجش سـواد سـلامت منتظـری و همکاران (HELIA) [۱۴] بود. ایـن پرسشـنامه دارای ۳۳ گویـه (۵ گزینه‌ای) بوده و در ۵ بعـد، سـواد سـلامت جمعیـت شـهری ایـران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.10.6]

(۱۸ تا ۶۵ سال) را اندازه گیری می‌نماید. سطح تحلیل در مطالعه حاضر ملی در نظر گرفته شده و داده ها با استفاده از روش های آماری متناسب و در محیط نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه بر اساس مقیاس مورد نظر، سطح سواد سلامت مخاطبان وفق امتیازات اخذ شده به چهار دسته "عالی"، "کافی"،"نه چندان کافی" و "ناکافی" تقسیم شد. براساس نظر محققان از مجموع دو دسته "نه چندان کافی" و "ناکافی" دسته "سواد سلامت محدود" و از مجموع دو دسته "عالی" و "کافی" دسته "سواد سلامت مطلوب" استخراج شده و در مطالعه گزارش شد. همچنین به شرکت کنندگان توضیح داده شد که می توانند در صورت تمایل در مطالعه شرکت کنند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات ارائه شده از سوی آنان کاملاً محرمانه و محفوظ باقی خواهد ماند و نام و نام خانوادگی آنان در پرسشنامه ذکر نخواهد شد

یافته‌ها

تعداد ۲۰۵۷۱ نفر در این مطالعه جمعیتی شرکت کردند (جدول شماره ۱). ۵۰/۷ درصد (۱۰۴۳۶ نفر) از شرکت کنندگان زن و ۴۹/۳ درصد (۱۰۱۳۵ نفر) مرد بودند. میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت کنندگان (۱۱/۸۰) ۳۴/۹۲ سال و میانگین سال های تحصیل آن ها (۳/۷۹) ۱۱/۹۶ سال بود. نتایج مربوط به سواد سلامت از قرار زیر بود:

۱- امتیاز سواد سلامت کل: میانگین امتیاز (انحراف معیار) سواد سلامت کل (از ۱۰۰ امتیاز) در جمعیت مورد مطالعه (۱۵/۱۶) ۶۸/۳۲ بود (جدول شماره۲).

میانگین امتیاز (انحراف معیار) سواد سلامت کل در زنان و مردان و گروه های شغلی و سنی، و نیز گروه های مربوط به سال های تحصیل از قرار زیر محاسبه شد:

- این میانگین برای مردان (۶۷/۶۰) و برای زنان (۶۹/۰۲) بود و تفاوت موجود بین این دو با توجه به حجم نمونه بالا از نظر آماری (P<۰/۰۵) معنادار شد.

- میانگین امتیاز سواد سلامت کل در گروه های شغلی به ترتیب در افراد بی کار، ۶۵/۹۸؛ افراد خانه‌دار، ۶۷/۱۶؛ افراد بازنشسته، ۷۰/۰۰؛ افراد دانش آموز/ دانشجو ۶۹/۵۲؛ و افراد شاغل، ۶۹/۱۸، بود.

- میانگین سواد سلامت کل در گروه های سنی به ترتیب در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال، ۶۷/۹۳؛ گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، ۶۹/۰۶؛ گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال، ۶۹/۲۲؛ گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال، ۶۷/۳۹؛ افراد در گروه سنی ۵۵ سال و بالاتر، ۶۵/۵۳ بود.

- میانگین سواد سلامت کل در گروه های تحصیلی به ترتیب در افراد با تحصیلات ۱ تا ۵ سال، ۵۸/۳۲؛ با تحصیلات ۶ تا ۹ سال، ۶۴/۳۹؛ با تحصیلات ۱۰ تا ۱۲ سال، ۶۸/۴۲؛ با تحصیلات ۱۳ سال به بالا، ۷۲/۴۴ بود (جداول شماره۳ و ۴).

۲- ابعاد سواد سلامت:

- میانگین امتیاز سواد سلامت به ترتیب در بعد خواندن ۶۶/۳۵ ، در بعد دسترسی ۶۴/۷۵ ، در بعد فهم و درک، ۷۴/۰۷ ، در بعد ارزیابی سواد سلامت ۶۴/۱۱ و در بعد تصمیم گیری و رفتار سواد سلامت در کشور ۶۸/۸۱ بود (جدول شماره۲).

۳- منابع کسب اطلاعات سلامت: یافته های این مطالعه همچنین نشان داد مخاطبان بیشترین اطلاعات سلامت را به ترتیب از "رادیو و تلویزیون" ۴۲٪، پرسش از " پزشکان و کارکنان بهداشتی و درمانی" ۴۰/۶٪ و "اینترنت" ۳۲/۹٪ کسب می کنند. منابع کسب اطلاعات دیگر همچون "پرسش از دوستان و آشنایان" ۱۶/۴٪ ، "روزنامه، نشریات و مجلات" ۹/۳٪ ، کتابچه ۸/۱٪ ، تلفن گویا ۱/۴٪ و سایر ۰/۵٪ در اولویت های بعدی گزارش شدند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.10.6]

جدول ۱: نمونه برآورد شده و نمونه اجرا شده برای هر استان

		اندازه نمونه برآورد شده بر اساس جمعیت تقریبی ۶۵-۱۸ سال برای هر استان	اندازه نمونه اجرا شده بر اساس جمعیت تقریبی ۶۵-۱۸ سال برای هر استان
۱	استان‌های کهگیلویه و بویر احمد، خراسان جنوبی، ایلام، خراسان شمالی، چهارمحال و بختیاری، سمنان، گلستان، بوشهر، زنجان، اردبیل، هرمزگان، قزوین	۴۸۰	۵۰۰
۲	استان‌های یزد، کردستان، لرستان، مرکزی، قم، سیستان و بلوچستان، همدان، کرمانشاه، گیلان، البرز	۵۹۵	۶۲۰
۳	کرمان، آذربایجان غربی، مازندران، آذربایجان شرقی فارس، اصفهان	۷۵۵	۷۸۵
۴	خوزستان	۹۸۰	۱۰۲۰
۵	خراسان رضوی، تهران	۱۳۴۰	۱۴۰۰
اندازه کل نمونه کشور		۱۹۹۰۰	۲۰۷۳۰
تعداد نمونه شرکت داده شده			۲۰۵۷۱

جدول ۲: میانگین امتیاز (از ۱۰۰) و سطوح سواد سلامت به تفکیک ابعاد سواد سلامت

	میانگین (انحراف معیار)	ناکافی (درصد) تعداد	نه چندان کافی (درصد) تعداد	کافی (درصد) تعداد	عالی (درصد) تعداد
بعد خواندن	**(۲۳/۴۵) ۶۶/۳۵**	**(۲۷/۸) ۵۷۱۹**	**(۱۶/۸)۳۴۵۲**	**(۳۱/۹) ۶۵۵۲**	**(۲۳/۶) ۴۸۴۸**
بعد دسترسی	**(۲۰/۸۲) ۶۴/۷۵**	**(۲۷/۲) ۵۵۹۱**	**(۲۸/۲) ۵۷۹۹**	**(۲۷/۵) ۵۶۵۴**	**(۱۷/۱) ۳۵۲۷**
بعد فهم و درک	(۱۹/۰۶) ۷۴/۰۷	(۱۳/۲) ۲۷۰۷	(۱۷/۴) ۳۵۷۶	(۳۵/۲) ۷۲۳۷	(۳۴/۳) ۷۰۵۱
بعد ارزیابی	(۲۰/۳۶) ۶۴/۱۱	(۲۸/۸) ۵۹۲۸	(۲۲/۴) ۴۶۰۲	(۳۲/۴) ۶۶۷۱	(۱۶/۴) ۳۳۷۰
بعد تصمیم گیری ور فتار	**(۱۷/۶۹) ۶۸/۸۱**	**(۱۶/۶) ۳۴۱۳**	**(۲۸/۴) ۵۸۴۵**	**(۳۴/۵) ۷۰۹۰**	**(۲۰/۵) ۴۲۲۳**
سواد سلامت کل	(۱۵/۱۶) ۶۸/۳۲	(۱۲/۰) ۲۴۷۰	(۳۲/۴) ۶۶۵۸	(۳۹/۹) ۸۲۰۲	(۱۵/۸) ۳۲۴۱
		سواد سلامت محدود تعداد (درصد)		سواد سلامت مطلوب تعداد (درصد)	
بعد خواندن		**(۴۴/۶) ۹۱۷۱**		**(۵۵/۵)۱۱۴۰۰**	
بعد دسترسی		**(۵۵/۴) ۱۱۳۹۰**		**(۴۴/۶) ۹۱۸۱**	
بعد فهم و درک		(۳۰/۶) ۶۲۸۳		(۶۹/۵) ۱۴۲۸۸	
بعد ارزیابی		(۵۱/۲) ۱۰۵۳۰		(۴۸/۸) ۱۰۰۴۱	
بعد تصمیم گیری ور فتار		**(۴۵/۰) ۹۲۵۸**		**(۵۵/۰) ۱۱۳۱۳**	
سواد سلامت کل		(۴۴/۴) ۹۱۲۸		(۵۵/۷) ۱۱۴۴۳	

جدول ۳: میانگین (انحراف معیار) امتیاز سواد سلامت به تفکیک متغیرهای جمعیت

	میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)
		گروه های سنی	
زن	۶۹/۰۲(۱۵/۱۶)	۱۸-۲۴	**۶۷/۹۳(۱۴/۰۳)**
مرد	۶۷/۶۰(۱۵/۱۳)	۲۵-۳۴	۶۹/۰۶(۱۴/۵۴)
شغل و گروه سنی		۳۵-۴۴	۶۹/۲۲(۱۵/۴۷)
بیکار	۶۵/۹۸(۱۵/۴۷)	۴۵-۵۴	۶۷/۳۹(۱۶/۳۲)
دار خانه	۶۷/۱۶(۱۵/۴۸)	۵۵ و بالاتر	۶۵/۵۳(۱۷/۲۲)
بازنشسته	۷۰/۰۰(۱۵/۷۷)	گروههای شغلی	
دانشجو/آموز دانش	۶۹/۵۲(۱۳/۶۶)	بیکار	۶۵/۹۸(۱۵/۴۷)
شاغل	۶۹/۰۸(۱۵/۰۶)	دار خانه	۶۷/۱۶(۱۵/۴۸)
سال های تحصیل		بازنشسته	۷۰/۰۰(۱۵/۷۷)
۵- ۱	۵۸/۳۲(۱۶/۹۵)	دانشجو /آموز دانش	۶۹/۵۲(۱۳/۶۶)
۹- ۶	۶۴/۳۹(۱۵/۱۶)	شاغل	۶۹/۰۸(۱۵/۰۶)
۱۲- ۱۰	۶۸/۴۲(۱۴/۱۴)		
۱۳ و بالاتر	۷۲/۴۴(۱۳/۹۰)		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.10.6]

جدول ۴: سطوح سواد سلامت به تفکیک متغیرهای جمعیتی

	ناکافی	نه چندان کافی	کافی	عالی	کل
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنسیت					
زن	۱۱۷۳(۱۱/۲)	۳۲۴۳(۳۱/۱)	۴۲۵۶(۴۰/۸)	۱۷۶۴(۱۶/۹)	۱۰۴۳۶(۱۰۰/۰)
مرد	۱۲۹۷(۱۲/۸)	۳۴۱۵(۳۳/۷)	۳۹۴۶(۳۸/۹)	۱۴۷۷(۱۴/۶)	۱۰۱۳۵(۱۰۰/۰)
گروه های سنی					
۱۸-۲۴	۴۹۶(۱۰/۸)	۱۶۵۶(۳۶/۱)	۱۸۲۴(۳۹/۸)	۶۰۸(۱۳/۳)	۴۵۸۴(۱۰۰/۰)
۲۵-۳۴	۷۱۶(۱۰/۳)	۲۲۷۴(۳۲/۶)	۲۸۴۰(۴۰/۷)	۱۱۴۷(۱۶/۴)	۶۹۷۷(۱۰۰/۰)
۳۵-۴۴	۵۰۱(۱۱/۵)	۱۳۱۷(۳۰/۳)	۱۷۵۰(۴۰/۳)	۷۸۵(۱۸/۰)	۴۳۵۳(۱۰۰/۰)
۴۵-۵۴	۴۴۱(۱۴/۵)	۹۳۶(۳۰/۸)	۱۱۹۲(۳۹/۲)	۴۷۴(۱۵/۶)	۳۰۴۳(۱۰۰/۰)
۵۵ و بالاتر	۳۱۵(۱۹/۷)	۴۷۱(۲۹/۴)	۵۹۰(۳۶/۹)	۲۲۵(۱۴/۱)	۱۶۰۱(۱۰۰/۰)
گروه های شغلی					
بیکار	۲۵۳(۱۵/۰)	۵۷۵(۳۴/۱)	۶۳۸(۳۷/۹)	۲۱۸(۱۲/۹)	۱۶۸۴(۱۰۰/۰)
دار خانه	۹۱۰(۱۳/۸)	۲۰۳۳(۳۰/۹)	۲۷۲۳(۴۱/۴)	۹۰۸(۱۳/۸)	۶۵۷۴(۱۰۰/۰)
بازنشسته	۱۴۱(۱۱/۵)	۳۰۹(۲۵/۱)	۵۴۵(۴۴/۳)	۲۳۴(۱۹/۰)	۱۲۲۹(۱۰۰/۰)
دانشجو /آموز دانش	۲۶۴(۸/۷)	۹۷۷(۳۲/۱)	۱۳۳۰(۴۳/۶)	۴۷۷(۱۵/۶)	۳۰۴۸(۱۰۰/۰)
شاغل	۸۵۵(۱۱/۱)	۲۳۰۶(۲۹/۹)	۳۲۲۲(۴۱/۷)	۱۳۳۸(۱۷/۳)	۷۷۲۱(۱۰۰/۰)
سال های تحصیل					
۱ -۵	۶۶۷(۳۱/۵)	۷۸۵(۳۷/۱)	۵۳۴(۲۵/۲)	۱۳۲(۶/۲)	۲۱۱۸(۱۰۰/۰)
۶ -۹	۵۲۳(۱۷/۴)	۱۱۲۰(۳۷/۲)	۱۰۸۳(۳۵/۹)	۲۸۸(۹/۶)	۳۰۱۴(۱۰۰/۰)
۱۰ -۱۲	۸۰۳(۱۰/۶)	۲۵۵۵(۳۳/۶)	۳۱۷۹(۴۱/۹)	۱۰۵۶(۱۳/۹)	۷۵۹۳(۱۰۰/۰)
۱۳ و بالاتر	۴۷۷(۶/۱)	۲۱۹۸(۲۸/۰)	۳۴۰۶(۴۳/۴)	۱۷۶۵(۲۲/۵)	۷۸۴۶(۱۰۰/۰)

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه نشان داده شد که تقریباً از هر دو نفر ایرانی، یک نفر از سواد سلامت محدود برخوردار است. یافته های مطالعات محدود انجام شده در ایران نیز سواد سلامت مردم نقاط مختلف کشور را چندان مناسب ارزیابی نکرده‌اند. در مطالعه جواد زاده و همکاران نتایج نشان داد بیش از ۵۰ درصد افراد بر اساس S-TOFHLA و ۶۱ درصد افراد بر اساس NVS سواد سلامت مرزی یا ناکافی داشتند. در آزمون S-TOFHLA، ۴۶/۵ درصد افراد سواد سلامت کافی، ۳۸ درصد سواد سلامت مرزی و ۱۵/۵ درصد افراد سواد سلامت ناکافی و در آزمون NVS ۳۸ درصد از افراد سواد سلامت کافی، ۳۶/۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۲۵/۴ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند [۱۱]. همچنین در مطالعه ملاخلیلی و همکاران در سال ۱۳۹۱ روی ۳۸۴ بیمار بستری در بیمارستان های اصفهان با استفاده از سنجش سواد سلامت عملکردی بزرگسالان، نتایج نشان داد که میانگین نمره کل سواد سلامت افراد کمی بیشتر از حد متوسط بوده؛ و اغلب آن ها دارای سواد سلامت ناکافی بودند [۱۲]. در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران نیز که در سال ۱۳۸۶ که با استفاده از نسخه ایرانی (فارسی) ابزار سنجش سواد سلامت عملکردی بالغان TOFHLA انجام شد، سواد سلامت ۱۰۸۶ نفر از افراد ۱۸ سال و بالاتر در ۵ استان بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران (۱ شهر و ۱ روستا از هر استان) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه یاد شده نشان داد، ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامتی مرزی و ۵۶/۶ درصد در حد سواد سلامتی ناکافی قرار داشتند [۱۳].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین امتیاز سواد سلامت کل برای مردان (۶۷/۶) و برای زنان (۶۹/۰۲) بوده و این تفاوت با توجه به حجم نمونه بالا از نظر آماری (P<۰/۰۵) معنادار بود. ضمن این که درصد سواد سلامت محدود به ترتیب در زنان حدود ۴۲ درصد و در مردان حدود ۴۶ درصد بود. نتایج برخی از مطالعات نیز مانند یافته های این مطالعه، وضعیت زنان در سواد سلامت را به طور نسبی بهتر از مردان گزارش کرده اند؛ اگرچه نتایج متناقضی هم در برخی از مطالعات در این خصوص ملاحظه شده است. در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران سطح سواد سلامت در زنان بالاتر بود [۱۳]؛ اما در مطالعه جوادزاده و همکاران سواد سلامت ناکافی در زنان شایع‌تر بود [۱۱]. این تفاوت ها احتمالا ناشی از تفاوت در جمعیت مورد مطالعه بوده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.10.6]

وفق انتظارات در این مطالعه و نیز مانند سایر مطالعات، با افـزایش سـال های تحصیل، سطح سواد سلامت نیز افـزایش داشـته اسـت [۱۳-۱۱]. از دیگر نتایج این مطالعه میزان نامطلوب سواد سلامت در اقشـار آسـیب پذیر بود. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان سواد سلامت محـدود در میان افراد بی کار، افراد ۵۵ سال به بالا، افراد با سال های تحصـیل ۱ تـا ۵ سال و در درجه بعدی، زنان خانه دار از دیگر گروه ها و اقشار بیش تر است. این یافته کم و بیش در برخی از مطالعـات دیگـر نیـز نشـان داده شده است؛ به طوری که در مطالعه جوادزاده و همکـاران سـواد سـلامت ناکافی در افراد با قشر کم درآمد شایع‌تر بـود[۱۱]. در مطالعـه طهرانـی بنی هاشمی و همکاران نیز سواد سلامت محدود، بـا وضـعیت اقتصـادی پائین ارتباط آماری معنی دار نشان داد[۱۳]. در مطالعـه ملاخلیلـی نیـز سواد سلامت افراد بازنشسته و کارگران کمتر از دیگر افراد بـود[۱۲]. بـه هر حال در مطالعه حاضر تلاش ما بر این بود تا با سئوالات ساده و قابـل فهم و در عین حال مرتبط با مشکلات و معضلات مهـم حـوزه سـلامت در کشور، سواد سلامت مردم سنجیده شود تا کاستی هـا و گـروه هـای آسیب پذیر مشخص شوند. از این جهت لازم است یاد آوری نمـائیم کـه سنجش سواد سلامت، آزمون اطلاعات عمومی مردم نیسـت و هیچگـاه نباید با چنین رویکردی به آن نگاه شود. سواد سلامت در واقـع نـوعی از ظرفیت و مهارت فردی، اجتماعی و شناختی است که به مردم این توان را مـی دهـد تـا بـا دسترسـی بـه اطلاعـات سـلامت و فهـم و در نهایت عمل به آن ها در جهـت سـلامتی خـود گـام بردارنـد. از ایـن منظر سنجش سواد سلامت در جوامعی همچون ایران بسیار ارزشمند و راهگشا خواهد بود. یافتـه هـای ایـن مطالعـه در واقـع پایـه ای را بـرای سنجش های بعدی فراهم کرده است. همان طور که در یافته هـای ایـن مطالعه دیده شد رادیو و تلویزیون در میان مخاطبان شهرنشین ایرانی از ضریب نفوذ نسبتاً بالایی برخوردار بوده است. بر اساس گـزارش شـرکت کنندگان بیشترین اطلاعات سـلامت توسـط ایـن دو رسـانه بـه ایشـان منتقل شده و این حیث موقعیتی خاص و ذی قیمت بـه ایـن دو رسـانه داده شده است؛ چه این که از این طریـق مـی تـوان اطلاعـات سـلامت صحیح، دقیق و مستمر را بـه طیـف وسـیعی از مخاطبـان ارائـه داده و میزان سواد سـلامت آن هـا را ارتقـا داد. گسـتردگی ایـن دو رسـانه در کشور، ارزان قیمت بودن انتقال اطلاعـات از ایـن طریـق، پـایش دقیـق صحت و استمرار اطلاعات از مزایای مهـم رادیـو و تلویزیـون در انتقـال اطلاعات سـلامت اسـت. وفـق نتـایج، دومـین منبـع انتقـال اطلاعـات سلامت، پرسش از پزشکان و دست اندرکاران حوزه سلامت بوده است.

به نظر می رسد تأکید براصول روابط انسانی و ارتبـاط مـوثر در آمـوزش پزشکی کشور و ارتقای ظرفیت پاسخگویی این قشر، منبعی بسیار مـوثر برای انتقال اطلاعات سلامت ارائـه خواهـد داد. دسـت انـدرکاران حـوزه سلامت باید توجیه باشند که شهرنشینان ایرانی پاسخ هـای آنـان را بـه عنوان مرجع کسب اطلاعات سلامت در نظر می گیرنـد لـذا لازم اسـت ضمن حفظ آمادگی علمی؛ با صبر و حوصله در خور به ایـن وظیفـه بـه خوبی عمل کنند. در پایان ضمن اشاره به یافته مهـم مطالعـه مبنـی بـر سواد سلامت محدود حدود نیمی از جمعیت مورد مطالعه در کشور باید یادآور شد که محدودیت سواد سلامت در گروه‌هایی که به نظر می‌رسـد از درجه آسیب‌پذیری بالاتری نسبت بـه دیگـران برخوردارنـد؛ از جملـه افراد بالای ۵۵ سال، افراد با تحصیلات کم و افراد بی‌کـار، بیشـتر اسـت؛ لذا حرکت به سوی عدالت در سلامت ایجاب می‌کند، ضـمن شناسـایی گـروه‌هـای آسـیب‌پـذیر ملاحظـات لازم بـرای رفـع ایـن محـدودیت و محرومیت به عمل آید.

سهم نویسندگان

محمود طاووسی: همکاری در اجرای طرح و نگارش مقاله
علی اصغر حائری مهریزی: همکاری در اجرای و انجام تحلیل آماری
شهرام رفیعی فر: همکاری در اجرای طرح
آتوسا سلیمانیان: همکاری در اجرای طرح
فاطمه سربندی: همکاری در اجرای طرح
منا سادات اردستانی: همکاری در اجرای طرح
اکرم هاشمی: مشارکت در نگارش مقاله
علی منتظری: مجری طرح، نویسنده مسئول

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت موسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شد، لذا تـیم تحقیق از جناب آقای دکتر مجدزاده رییس محترم و همکـاران ارجمنـد آن موسسه قدردانی می‌نماینـد. همچنـین لازم اسـت از اعضـای هیـأت علمی و کارشناسان محترم پژوهشکده علوم بهداشتی، شهروندان ایرانـی مشارکت کننده در مطالعه به ویژه مدیریت و اعضای ارجمند مرکز افکار سنجی دانشجویان جهاد دانشگاهی ـ ایسـپا و واحـدهای اسـتانی جهـاد دانشگاهی (که پرسشگری و گـردآوری اطلاعـات را بـه عهـده داشـتند) صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل آید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.10.6]

منابع

1.Bohlman LN, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC). 1st Edition, National Academies Press: USA 2004

2.Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. Health Promot 2000; 15: 183-4

3.Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. Journal of General Internal Medicine 2005;20:175-84

4.WHO region office for europe. Ilona Kickbusch JMP, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros. Health literacy The solid facts.
[available at: http://wwweurowhoint/pubrequest. 2013

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

6.Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: What is it? Journal ofHealth Communication. 2010;15:9-19

7.Williams MV, Parker RM, Baker DW, Coates W, Nurss J. The impact of inadequate functional health literacy on patients' understanding of diagnosis, prescribed medications, and compliance. Academic Emergency Medicine 1995; 2: 386

8. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S ,Kickbusch I, et al. Health literacy--a new concept for general practice? Aust Fam Physician 2009;38:144-7

9. Benjamin J, Jane V, Hayden B. Can This Patient Read and Understand Written Health Information? The Journal of the American Medical Association 2010; 304: 76-84

10. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008

11. Javadzade H, Sharifirad Gh, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran. Journal Health System Research 2013; 9: 540-9

12. Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad Gh, Zare Farashbandi Z, HasanZadeh H. A Survey on Health Literacy of Inpatients Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences.Health Inf Manage 2014; 11:473 [In persian]

13. Tehrani Banihashemi SA, Amir Khani A, Haghdoust A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H, et al. Health literacy in five province and relative effective factors. Strides in Development of Medical Education 2007; 4: 1-9 [In persian]

14. Montazeri A, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): develoment and psychometric properties. Payesh 2014;13:589-600 [In persian]

15. Kristine Sørensen1, Ju¨ rgen M. Pelikan2, Florian Ro¨ thlin2, Kristin Ganahl, Zofia Slonska, Gerardine Doyle, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health Advance Access published 2015; 5: 1-6

16. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti medical university. Daneshvar medicine 2012 ; 19: 1-12 [In persian]

17. Karimi S, Masodian Y, Yaghoubi M, Hosseini M, Sadeghifar J. Patient satisfaction with provided services and facilities in educational hospitals of isfahan, iran, from admission to discharge. Health information management 2013; 9: 780-785 [In persian]

18. Tol A, Shojaezadeh D, Eslami AA, Alhani F, Mohajeri Tehrani MR, Sharifirad GhR. Analyses of some relevant predictors on self-management of type 2 diabetic patients. Hospital 2011; 1038: 45-52 [In persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.10.6]

ABSTRACT

Health literacy in Iran: findings from a national study

Mahmoud Tavousi[1], Aliasghar Haeri Mehrizi[1], Shahram Rafiefar[2], Atoosa Solimanian[2], Fateme Sarbandi[2], Mona Ardestani[2] Akram Hashemi[1], Ali Montazeri[1*]

1. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
2. Health Education & Promotion office, Health Departments, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Payesh 2016; 1: 95-102
Accepted for publication: 13 December 2015
[EPub a head of print-18 January 2016]

Objective (s): A population-base study was conducted to measure health literacy among Iranian adult aged 18-65.
Methods: The Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) was used to assess health literacy. The questionnaire contained 33 items on access to health information, reading, understanding, appraisal, and behavioral intention. Each item was rated on a 5-point scale giving a total score ranging from 0 (the worse) to 100 (the best).
Results: In all 20571 individuals entered into the study. The mean age of participant was 34.92 (SD = 11.80) and 51% were female. The mean year education of participants was 11.96 (SD = 3.79). Overall the mean score for health literacy was 68.32 (SD = 15.16) and that 44% of participants had limited health literacy.
Conclusion: In general the findings suggest that health literacy among Iranian adults was relatively acceptable. However, about half of participants had limited health literacy and this was more evident among vulnerable groups. Indeed planning and implementing educational interventions are recommended to improve health literacy among Iranian adults.

Key Words: Health literacy, HELIA, Adult, Iran

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.10.6]

[*] Corresponding author: Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
Tel: 66480804
E-mail: montazeri@acecr.ac.ir