# میزان دانش ایرانیان در زمینه سلامت و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران

**افسون آیین پرست:** * استادیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**فرانک فرزدی:** دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**فرزانه مفتون:** دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**سید علی آذین:** استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**سپیده امیدواری:** استادیار پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**کتایون جهانگیری:** استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**ژیلا صدیقی:** دانشیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**مهدی عبادی:** مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**علی منتظری:** استاد پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**مریم سادات وحدانی‌نیا:** مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال دهم شماره سوم تابستان ۱۳۹۰ صص ۳۴۵-۳۳۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۵/۱۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۷ مرداد ۱۳۸۹]

## چکیده

سلامت یک واژه آشنا در زندگی روزمره همه انسانهاست که باید فعالیت‌های مؤثری در جهت حفظ و ارتقای سطح آن صورت گیرد. یکی از عناصر ضروری برای ارتقای سطح سلامت، دانش افراد جامعه در زمینه مسایل مرتبط با سلامتی است. این مطالعه با هدف بررسی میزان اطلاعات عمومی افراد در زمینه سلامت و عوامل مؤثر بر آن انجام گرفته است. این مطالعه از نوع «مقطعی» بوده و جمعیت هدف عبارت از کل جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال کشور ایران بودند. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. حجم نمونه در کل کشور ۲۴۰۰۰ نفر برآورد شد که برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها ۲۷۸۸۳ نفر مورد پرسشگری قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان دادند که اطلاعات بیشتر افراد (۴۸/۳ درصد) در زمینه سلامت در حد متوسط بود. کلیه متغیرهای جمعیتی مورد بررسی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل و سطح درآمد با میزان اطلاعات افراد ارتباط آماری معناداری داشتند (P<۰/۰۰۱). بررسی متغیرهای نشان‌دهنده سطح سلامت شامل سلامت خود گزارشی و ابتلا به بیماری‌های مزمن نشان داد که این دو متغیر نیز با میزان اطلاعات افراد ارتباط دارند (P<۰/۰۰۰۱). رادیو و تلویزیون به عنوان اولین منبع اطلاعاتی مؤثر مورد استفاده توسط افراد جامعه عنوان گردیدند. شناسایی سطح و میزان ارتباط این متغیرها بر میزان اطلاعات و نهایتاً سطح سلامت افراد به مدیران نظام بهداشت و درمان کمک خواهد کرد تا فعالیت‌های ارتقای سطح سلامت را هدفمندتر و مؤثرتر مدیریت کنند.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت، دانش خودگزارشی، دانش ذهنی، اطلاع رسانی، ایران

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: aaeenparast@ihsr.ac.ir

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.4.3 ]

## مقدمه

سلامت یک واژه آشنا در زندگی روزمره همه انسانهاست که در عین سادگی، مفهوم پیچیده‌ای دارد. دیدگاه‌های متفاوتی در زمینه سلامت مطرح شده است که هر دیدگاه تعریف متفاوتی از سلامت ارائه می‌دهد. در دیدگاه اول سلامت از بعد زیست پزشکی تعریف می‌شود. در این دیدگاه تعریف سلامت بر جسم انسان تمرکز دارد و سلامت و بیماری به عنوان دو عنصر متضاد در نظر گرفته می‌شود. طبق این دیدگاه انسان سالم کسی است که هیچ بیماری و ناخوشی نداشته باشد. در دیدگاه دوم که جامعه گرایانه‌تر است، قضیه زمینه اجتماعی سلامت مطرح می‌شود و حیطه سلامت فراتر از عدم وجود بیماری در نظر گرفته می‌شود. یکی از بارزترین تعاریف ارائه شده در این زمینه را سازمان سلامت جهان مطرح نموده است که سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی را برای سلامت در نظر گرفته است [۱].

افراد و جوامع نه تنها باید تلاش نمایند تا سلامت خود را در سطح مطلوب حفظ نمایند، بلکه اجرای سیاست‌ها و فعالیت‌های ارتقای سطح سلامت به عنوان فرآیند رشد افراد در جهت کنترل و بهبود سلامت خود، نیز باید مورد توجه قرار گیرد [۲].

ارتقای سطح سلامت به افراد کمک می‌کند تا عوامل تعیین کننده سلامت که توانایی افراد را برای دستیابی درک و استفاده از اطلاعات در جهت ارتقا و حفظ سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بهتر مدیریت کنند [۳].

یکی از عناصر ضروری برای ارتقای سطح سلامت دانش افراد جامعه در زمینه مسایل مرتبط با سلامتی است. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که اطلاعات افراد در زمینه سلامت بر رفتارهای آنان مؤثر است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که دانش افراد بر جستجوی اطلاعات، پردازش اطلاعات و تصمیم‌گیری آنان برای مصرف کالاها یا خدمات تأثیر می‌گذارد [۶-۴].

مطالعات نشان داده‌اند که دانش افراد در دو حیطه قابل بررسی است: دانش عینی و دانش ذهنی. دانش عینی با توانایی و تجربه افراد ارتباط دارد و نشان‌دهنده آنچه است که آنان می‌دانند، ولی دانش ذهنی علاوه بر توانایی‌ها و تجارب افراد، تحت تأثیر عوامل دیگری نیز قرار دارد و نشان‌دهنده آنچه است که آنان فکر می‌کنند و می‌دانند. این متغیر که در متون گاهی به عنوان دانش خودگزارشی نیز مطرح شده است، یکی از رویکردهای مؤثر برای بررسی میزان اطلاعات افراد جامعه به شمار می‌آید. این شاخص یک نشانگر خوب برای به تصویر کشیدن دانش واقعی افراد است. بررسی‌های به عمل آمده نشان داده‌اند که بین دانش ذهنی یا خود گزارشی افراد و دانش عینی آنان ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد [۵، ۷، ۸].

اگرچه هر دو دانش بر رفتار افراد مؤثر است، با این وجود برخی مطالعات تأثیر دانش ذهنی را بر مصرف کالاها و خدمات از تأثیر دانش ذهنی قوی‌تر بیان کرده‌اند. زیرا دانش ذهنی تحت تأثیر عوامل گسترده‌ای قرار دارد که می‌تواند بر احتمال مصرف نیز تأثیر گذارد [۹].

شناسایی و بررسی اطلاعات افراد جامعه در زمینه سلامت نه تنها در حفظ و ارتقای سطح سلامت فردی مؤثر است، بلکه به سیاست‌گزاران بخش سلامت کمک می‌کند تا با آگاهی داشتن از سطح اطلاعات سلامتی افراد جامعه، فعالیت‌های ارتقای سطح سلامت را هدفمندتر و مؤثرتر مدیریت کنند. با در نظر گرفتن اهمیت سلامت و تأثیر اطلاعات افراد در مورد سلامت بر ارتقای سطح سلامت آنان تلاش گردید در مطالعه‌ای میزان اطلاعات افراد جامعه در زمینه سلامت و عوامل مؤثر بر آن مورد بررسی قرار گیرد.

## مواد و روش کار

این مطالعه از نوع «مقطعی» بوده و جمعیت هدف عبارت از کل جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال کشور ایران بودند. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری مرحله اول به صورت طبقه‌ای بوده و در این مرحله کل جمعیت کشور ایران به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شدند. نمونه‌گیری مرحله دوم نیز به صورت خوشه‌ای انجام شده است.

حجم نمونه با احتساب $\alpha$=٪۵، $Z_{1-\alpha/2}$=۱/۹۶، P= ٪۵۰ و d=٪۵ مساوی ۳۸۵ نفر محاسبه شد که جهت جلوگیری از ریزش‌های احتمالی معادل ۴۰۰ نفر تعیین شد. حجم نمونه کلی با احتساب مقدار فوق و Design effect = ۲ و ۳۰ استان مساوی ۲۴۰۰۰ در کل کشور برآورد شد. قابل ذکر است که در کل برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها، تعداد بیشتری از افراد کشور مورد پرسشگری قرار گرفتند.

داده‌ها توسط یک پرسشنامه جمع‌آوری شدند. این پرسشنامه توسط پرسشگران تکمیل شده است. سؤالات این پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصان و سؤالات پرسشنامه‌های بین‌المللی تهیه شدند. روایی پرسشنامه نیز توسط روایی محتوی، با استفاده از نظرات حدود ۱۵ نفر از متخصصان بررسی شد. جزئیات بیشتر



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.4.3 ]

پیرامون طراحی و روش شناسی این مطالعه در مقاله دیگری گزارش شده است [۱۰].

این مقاله نتایج حاصل از ۳ سؤال اصلی این مطالعه و سؤالات جمعیتی را مورد بررسی قرار داده است. در ضمن با توجه به حجم بالای اطلاعات حاصل از همین قسمت از مطالعه، در این مقاله فقط نتایج کشوری ارائه شده و با توجه به نمونه‌گیری طبقه‌ای، مقایسه استان‌ها با یکدیگر در مقالات جداگانه قابل ارائه خواهد بود.

متغیر وابسته در این مطالعه عبارت از «میزان اطلاعات عمومی افراد در زمینه سلامت و بهداشت» بوده است. متغیرهای مستقل در این مطالعه عبارت از متغیرهای جمعیتی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل و درآمد و دو متغیر دیگر شامل ارزیابی سلامتی خود و ابتلا به بیماری مزمن بوده است.

افراد تحت مطالعه به سؤالات این پرسشنامه به صورت خود ـ گزارشی پاسخ داده‌اند. به بیان دیگر مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای این مطالعه عبارت از نظر خود مردم بوده است. به طور کلی سؤالات اصلی مورد بررسی در این مقاله عبارت بودند از «اطلاعات عمومی شما در زمینه بهداشت و سلامت چقدر است؟»، «آیا به نظر شما در زمینه اهمیت سلامتی اطلاع رسانی کافی به افراد جامعه صورت می‌گیرد» و«کدامیک از منابع اطلاعاتی زیر در ارتقای سطح دانش شما در زمینه سلامت و بهداشت مؤثر است؟».

گزینه‌های پاسخ سؤال اول و دوم از یک طیف پنج گزینه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، نه کم نه زیاد، کم و خیلی کم، اصلاً) تشکیل شده بود. پاسخ‌های سؤال سوم شامل پنج گزینه مشخص شامل« روزنامه‌ها و مجلات»، «رادیو وتلویزیون» «پزشکان و متخصصان بخش بهداشت»، «کتب پزشکی» و «ا ینترنت» بود. یک گزینه اضافی نیز برای سایر موارد در نظر گرفته شده بود. امکان انتخاب چند پاسخ به صورت همزمان برای این سئوال در نظر گرفته شده بود. سئوال اصلی پرسشنامه (اطلاعات عمومی شما در زمینه بهداشت و سلامت چقدر است؟) به عنوان یک متغیر کیفی و به صورت طیف پنج گزینه‌ای مورد بررسی قرار گرفت و برای بررسی ارتباط متغیرهای مستقل بر آن از آزمون کای دو استفاده گردید. متغیرهای سن و میزان تحصیلات در این آزمون به صورت کیفی وارد گردیدند، ولی در مدل رگرسیون لجستیک این متغیرها به صورت کمّی مورد بررسی قرار گرفت.

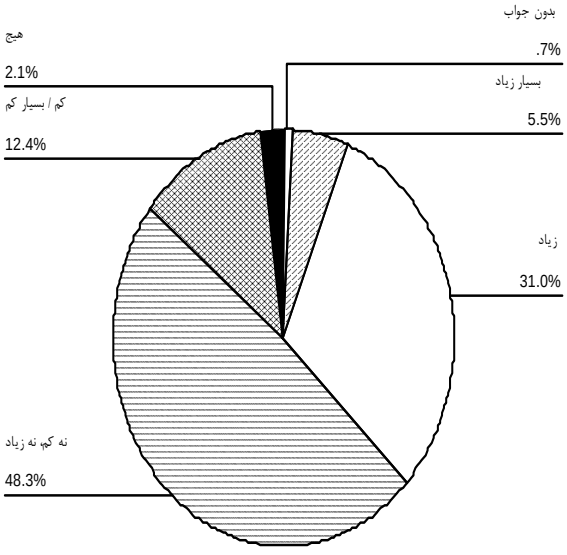
در این مقاله واژه «اطلاعات عمومی در زمینه سلامت و بهداشت» جهت اختصار و تسریع انتقال مفاهیم در برخی موارد تحت عنوان «اطلاعات» و در برخی موارد «اطلاعات عمومی» ذکر شده است.

## یافته‌ها

در این مطالعه داده‌های ۲۷۸۸۳ نفر از افراد ۶۵-۱۸ سال مورد بررسی قرار گرفت. بررسی یافته‌ها حاکی از آن بود که ۴۸/۸ درصد از پاسخگویان مرد و اکثر آنان به گروه سنی ۲۵-۱۸ سال (۳۶/۰ درصد) تعلق داشتند، اکثر نمونه مورد مطالعه متأهل (۶۰/۴ درصد) و شاغل (۳۷/۹ درصد) بودند.

بررسی سطح تحصیلی پاسخگویان نشان داد که تحصیلات اکثر آنان مقطع دبیرستان (۳۴/۶ درصد) است و میانگین سال‌های تحصیل آنان ۱۱ سال (SD=۴/۳۸) برآورد گردیده است. بررسی شاخص‌های اقتصادی و سطح درآمد خانوار نشان داد که اکثر افراد مورد مطالعه سطح درآمد خود را متوسط ارزیابی کرده‌اند (۴۱/۶ درصد). مشخصات جمعیتی نمونه‌های مورد مطالعه به تفصیل در جدول شماره ۱ آمده است.

میزان اطلاعات عمومی پاسخگویان در زمینه بهداشت و سلامت در پرسشنامه به ۵ سطح بسیار زیاد، زیاد، نه زیاد نه کم، کم یا بسیار کم و بی‌اطلاع تقسیم بندی شده بود. بررسی یافته‌ها نشان داد که بیشتر افراد مورد مطالعه با انتخاب گزینه نه زیاد و نه کم میزان اطلاعات عمومی خود را در زمینه بهداشت و سلامت متوسط ارزیابی کرده‌اند و در مقابل تنها ۲/۱ درصد از پاسخگویان خود را کاملاً در این زمینه بی‌اطلاع می‌دانند (نمودار شماره ۱).




**نمودار شماره ۱- میزان اطلاعات عمومی افراد تحت مطالعه در کشور در زمینهٔ بهداشت و سلامت**



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.4.3 ]

**جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۲۷۸۸۳)**

| | تعداد | درصد |
|---|---|---|
| **سن (سال)** | | |
| ۱۸-۲۴ | ۸۸۵۲ | ۳۱/۷ |
| ۲۵-۳۴ | ۸۵۶۳ | ۳۰/۷ |
| ۳۵-۴۴ | ۵۱۹۵ | ۱۸/۶ |
| ۴۵-۵۴ | ۳۵۲۶ | ۱۲/۶ |
| ۵۵-۶۵ | ۱۷۴۷ | ۶/۳ |
| بدون پاسخ | ۰ | ۰/۰ |
| **جنسیت** | | |
| مرد | ۱۳۶۱۹ | ۴۸/۸ |
| زن | ۱۴۰۴۵ | ۵۰/۴ |
| بدون پاسخ | ۲۱۹ | ۰/۸ |
| **وضعیت تأهل** | | |
| مجرد | ۹۹۹۶ | ۳۵/۸ |
| متأهل | ۱۶۸۵۰ | ۶۰/۴ |
| مطلقه | ۲۶۹ | ۱/۰ |
| بیوه | ۵۰۵ | ۱/۸ |
| بدون پاسخ | ۲۶۳ | ۰/۹ |
| **تحصیلات** | | |
| ۰-۵ سال | ۴۴۵۲ | ۱۶/۰ |
| ۶-۹ سال | ۳۴۲۷ | ۱۲/۳ |
| ۱۰-۱۲ سال | ۹۷۴۰ | ۳۴/۹ |
| ۱۳ سال و بالاتر | ۸۹۱۴ | ۳۲/۰ |
| بدون پاسخ | ۱۳۵۰ | ۴/۸ |
| **شغل** | | |
| خانه دار | ۷۱۷۵ | ۲۵/۷ |
| محصل/ دانشجو | ۶۰۷۵ | ۲۱/۸ |
| شاغل | ۱۰۵۶۵ | ۳۷/۹ |
| بی‌کار | ۲۴۵۳ | ۸/۸ |
| بازنشسته | ۱۰۷۹ | ۳/۹ |
| بدون پاسخ | ۵۳۶ | ۱/۹ |
| **درآمد** | | |
| خیلی خوب | ۹۳۰ | ۳/۳ |
| خوب | ۷۵۸۰ | ۲۷/۲ |
| متوسط | ۱۱۵۹۹ | ۴۱/۶ |
| بد | ۳۹۶۸ | ۱۴/۲ |
| خیلی بد | ۲۷۸۳ | ۱۰/۰ |
| بدون پاسخ | ۱۰۲۳ | ۳/۷ |

بررسی ارتباط میزان اطلاعات عمومی افراد در زمینه بهداشت و سلامت باگروه‌های سنی افراد تحت مطالعه نشان داد که این متغیر با متغیر سن ارتباط معنی‌داری دارد و افزایش سن منجر به افزایش سطح اطلاعات آنان می‌شود (P=۰/۰۰۱). آزمون همبستگی این متغیر با متغیر جنسیت نیز حاکی از ارتباط این دو متغیر بود. بدین مفهوم که سطح اطلاعات عمومی زنان در زمینه بهداشت و سلامت از مردان بالاتر بوده است (P<۰/۰۰۰۱).

بررسی داده‌های بدست آمده از مطالعه و بررسی ارتباط سطح اطلاعات با وضعیت تأهل نشان داد که این دو متغیر از نظر آماری با هم ارتباط دارند و تأهل تأثیر مستقیم و مثبتی بر سطح اطلاعات افراد دارد (P<۰/۰۰۰۱).

مطالعه وجود یا عدم وجود ارتباط آماری بین دو متغیر سطح اطلاعات و سطح تحصیلات نشان داد که تحصیلات ارتباط مثبتی با میزان اطلاعات عمومی افراد در زمینه بهداشت و سلامت دارد و افزایش تحصیلات منجر به افزایش اطلاعات آنان می‌شود (P<۰/۰۰۰۱).

بررسی ارتباط سطح تحصیلات با وضعیت اشتغال نشان داد که این دو متغیر ارتباط آماری معنی‌داری دارند و سطح اطلاعات افراد شاغل و بازنشسته بالاتر از سایر گروه‌ها است (P<۰/۰۰۰۱).

یافته‌های پژوهش نشان داد که متغیر درآمد نیز با سطح اطلاعات ارتباط مستقیم دارد و افزایش درآمد بر ارتقای اطلاعات افراد در زمینه سلامت مؤثر است (P<۰/۰۰۰۱) (جدول شماره ۲).

در این مطالعه ارتباط بین میزان اطلاعات عمومی افراد در زمینه سلامت و وضعیت سلامت آنان شامل دو متغیر سلامت خود گزارشی (Self-reported health) و ابتلا به بیماری مزمن نیز مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های بررسی نشان دادند سطح سلامت گزارش شده توسط افراد با میزان اطلاعات ارتباط مثبت و ابتلا به بیماری مزمن با میزان اطلاعات ارتباط منفی دارد. یافته‌های این بررسی در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است (P<۰/۰۰۰۱).

میزان تأثیر هر یک از متغیرهای جمعیتی و متغیرهای سطح سلامت افراد با میزان اطلاعات عمومی آنان در زمینه سلامت با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های مدل نشان دادند با فزایش سن میزان اطلاعات عمومی افراد افزایش می‌یابد (OR=۰/۹۹۵ ،95% CI=۰/۹۹۰-۰/۹۹۹). مردان نسبت به زنان ۱/۴۰۹ برابر اطلاعات عمومی کمتری دارند (P<۰/۰۰۰۱). افراد مجرد نسبت به افراد متأهل ۱/۳۲۵ برابر، (P<۰/۰۰۰۱) و افرادی که همسرانشان فوت کرده است نسبت به افراد متأهل ۱/۳۲۵ برابر ( P=۰/۰۱۶) اطلاعات عمومی کمتری دارند. با افزایش تحصیلات، میزان اطلاعات عمومی افراد افزایش می‌یابد (OR=۰/۸۹۰ ،95% CI=۰/۸۸۱-۰/۸۹۹).



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.4.3 ]

افراد خانه دار نسبت به بازنشستهها ۱/۶۱۶ برابر (P<۰/۰۰۰۱)، محصلان و دانشجویان نسبت به بازنشستهها ۱/۵۲۱ برابر (P=۰/۰۰۱)، شاغلان نسبت به بازنشستهها ۱/۴۵۸ برابر (P<۰/۰۰۰۱) و بیکاران نسبت به بازنشستهها ۱/۵۷۵ برابر (P<۰/۰۰۰۱) اطلاعات عمومی کمتری دارند. افراد کم درآمد نسبت به افراد دارای درآمد بسیار خوب ۱/۳۲۰ برابر اطلاعات عمومی کمتری دارند (P=۰/۰۲۴). افرادی که سلامت خود را خوب ارزیابی میکنند نسبت به سلامت بسیار خوب ۱/۲۸۵ برابر، سلامت متوسط نسبت به سلامت بسیار خوب ۱/۷۸۸ برابر، سلامت بد نسبت به سلامت بسیار خوب ۳/۴۱۹ برابر و سلامت بسیار بد نسبت به سلامت بسیار خوب ۴/۱۲۱ برابر اطلاعات عمومی کمتری دارند (P<۰/۰۰۰۱). مبتلایان به بیماری مزمن نسبت به افراد غیر مبتلا ۱/۱۵۴ اطلاعات عمومی کمتری دارند (P=۰/۰۰۵). لازم به ذکر است که در مدل رگرسیون میزان اطلاعات عمومی افراد در زمینه سلامت از طیف پنج گزینهای به طیف دو گزینهای «دارای اطلاعات» و «بدون اطلاعات» تبدیل شد و گزینه سوم طیف پنج گزینهای یعنی «نه کم، نه زیاد» در گروه دارای اطلاعات قرار گرفت. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۴ ارائه شده است. در این مطالعه علاوه بر بررسی سطح اطلاعات سلامت افراد از آنان خواسته شده بود میزان اطلاع رسانی در سطح جامعه در زمینه اهمیت سلامتی را مورد ارزیابی قرار دهند. از بین افرادی که به این سؤال پاسخ داده بودند (۹۸/۹ درصد از کل نمونه مورد بررسی)، ۴/۲ درصد میزان اطلاع رسانی در سطح جامعه را بسیار خوب، ۲۷/۳ درصد خوب، ۳۹/۷ درصد متوسط، ۳۵/۵ درصد کم و ۴/۹ درصد نیز در حد صفر ارزیابی کرده بودند. بررسی دادههای این متغیر و میزان اطلاعات مرتبط با سلامت نشان داد که افرادی که سطح اطلاعات مرتبط با سلامتی خود را خوب و بسیار خوب ارزیابی کردهاند. بیشتر از سایر افراد عقیده دارند که وضعیت اطلاع رسانی در زمینه اهمیت سلامت مناسب است (P<۰/۰۰۰۱) (جدول شماره ۵). بررسی منابع اطلاعاتی مؤثر در ارتقای سطح دانش افراد در زمینه سلامت و بهداشت نشان داد که رادیو و تلویزیون (۷۶/۸ درصد) و پس از آن روزنامهها و مجلات (۲۸/۰ درصد) بیشترین نقش را در اطلاع رسانی به جامعه در این زمینه بر عهده دارند. پزشکان و متخصصان بخش بهداشت (۱۹/۵ درصد)، اینترنت (۱۰/۱ درصد) و کتب پزشکی ((۹/۵ درصد) در ردههای بعدی قرار دارند.

## بحث و نتیجه گیری

سلامت مقولهای است که از دیرباز مورد توجه گروهها، سازمانها و جوامع قرار داشته است و تلاش در جهت ارتقای آن بخش عمدهای از فعالیتهای نظام سلامت را به خود اختصاص داده است. یکی از گامهای اولیه در ارتقای سطح سلامت، بررسی سطح آگاهیها و اطلاعات افراد در زمینه سلامت است. بررسی سطح اطلاعات افراد از دیدگاه خود آنان یا به عبارتی دانش خود گزارشی یا دانش ذهنی یکی از رویکردهای موجود در این زمینه است که ارتباط مستقیمی با دانش عینی افراد دارد [۸].

در این مطالعه با بهرهگیری از این روش تلاش گردید میزان اطلاعات عمومی افراد در زمینه سلامت و بهداشت شناسایی و عوامل موثر برآن تعیین گردد.

بررسی یافتهها نشان داد اکثر افراد (۴۷/۸ درصد) سطح آگاهی خود را در زمینه سلامت، متوسط ارزیابی کردهاند. با این وجود نزدیک به ۴۰ درصد از افراد مورد مطالعه نیز سطح اطلاعات خود را خوب و بسیار خوب ارزیابی کردهاند که نشان میدهد مجموع آگاهیهای عمومی در این زمینه بالاتر از متوسط است. بالا بودن سطح این متغیر در مطالعه میتواند نشانگر سطح قابل قبول دانش عینی افراد در زمینهٔ سلامت و بهداشت باشد [۸، ۱۱]. بالا بودن میزان اطلاعات افراد اگر چه نکته مثبتی است، ولی ممکن است میزان تلاش آنان در دستیابی به اطلاعات جدیدتر را کاهش دهد. چنانچه در مطالعات مشخص گردیده است افرادی که سطح دانش خود را بالاتر ارزیابی کردهاند، کمتر احتمال دارد پیش از مصرف کالا یا خدمات درخواست اطلاعات نمایند. البته چنین احتمالی در حیطه سلامت که بسیار تخصصی است ضعیفتر خواهد بود. با این وجود در چنین مرحلهای افزایش اطلاعرسانی از سوی رسانهها و حرکت از سوی اطلاع رسانی فعال به غیرفعال میتواند جامعه را به سمت اهداف مورد نظر نظام سلامت که همان افزایش سطح اطلاعات و نهایتاً ارتقای سطح سلامت است سوق دهد [۱۱].

در این مطالعه مشخص گردید سطح سلامت با تمام متغیرهای جمعیتی ارتباط معنیداری دارد که مطالعات مشابه نیز این مسئله را تأیید میکند [۸]. آگاهی از این مسئله به ما کمک میکند تا بتوانیم با پیشبینی تغییرات جمعیتی، نیازهای اطلاعاتی جمعیت و زمینه مسایل سلامت را پیش بینی نماییم و هدفمندتر در این میسر حرکت کنیم.

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.4.3 ]

**جدول شماره ۲– بررسی ارتباط میزان اطلاعات عمومی در زمینه سلامت و بهداشت با متغیرهای جمعیتی در افراد مورد مطالعه در کشور**

| | بسیار زیاد | زیاد | نه زیاد نه کم | کم/ بسیار کم | بی اطلاعم | جمع کل | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| **سن (سال)** | | | | | | | <۰/۰۰۰۱ |
| ۱۸-۲۴ | ۴۵۳ (۲۹/۷) | ۲۶۲۲ (۳۰/۴) | ۴۴۹۷ (۳۳/۴) | ۱۰۶۶ (۳۰/۷) | ۱۵۸ (۲۶/۸) | ۸۷۹۶ (۳۱/۸) | |
| ۲۵-۳۴ | ۵۰۸ (۳۳/۳) | ۲۸۳۳ (۳۲/۸) | ۴۱۶۳ (۳۰/۹) | ۸۶۰ (۲۴/۸) | ۱۲۷ (۲۱/۶) | ۸۴۹۱ (۳۰/۷) | |
| ۳۵-۴۴ | ۳۱۰ (۲۰/۳) | ۱۷۵۱ (۲۰/۳) | ۲۳۸۴ (۱۷/۷) | ۶۳۳ (۱۸/۲) | ۸۹ (۱۵/۱) | ۵۱۶۷ (۱۸/۷) | |
| ۴۵-۵۴ | ۱۷۵ (۱۱/۵) | ۱۰۰۶ (۱۱/۷) | ۱۶۴۰ (۱۲/۲) | ۵۵۷ (۱۶/۱) | ۱۲۰ (۲۰/۴) | ۳۴۹۸ (۱۲/۶) | |
| ۵۵-۶۵ | ۸۰ (۵/۲) | ۴۱۸ (۴/۸) | ۷۸۵ (۵/۸) | ۳۵۳ (۱۰/۲) | ۹۵ (۱۶/۱) | ۱۷۳۱ (۶/۳) | |
| جمع کل | ۱۵۲۶ (۱۰۰) | ۸۶۳۰ (۱۰۰) | ۱۳۴۶۹ (۱۰۰) | ۳۴۶۹ (۱۰۰) | ۵۸۹ (۱۰۰) | ۲۷۶۸۳ (۱۰۰) | |
| **جنسیت** | | | | | | | ۰/۰۰۱ |
| مرد | ۷۱۰ (۴۷/۰) | ۴۰۹۹ (۴۷/۹) | ۶۶۵۴ (۴۹/۸) | ۱۷۲۴ (۵۰/۵) | ۳۲۰ (۵۴/۵) | ۱۳۵۲۵ (۴۹/۲) | |
| زن | ۸۰۰ (۵۳/۰) | ۴۴۵۸ (۵۲/۱) | ۶۷۱۰ (۵۰/۲) | ۱۷۱۰ (۴۹/۵) | ۲۶۷ (۴۵/۵) | ۱۳۹۴۵ (۵۰/۸) | |
| جمع کل | ۱۵۱۰ (۱۰۰) | ۸۵۵۷ (۱۰۰) | ۱۳۳۶۴ (۱۰۰) | ۳۴۵۲ (۱۰۰) | ۵۸۷ (۱۰۰) | ۲۷۴۷۰ (۱۰۰) | |
| **وضعیت تأهل** | | | | | | | <۰/۰۰۰۱ |
| مجرد | ۵۵۵ ۳۶/۹() | ۳۰۵۵ (۳۵/۷) | ۵۰۰۳ (۳۷/۵) | ۱۱۴۸ (۳۳/۴) | ۱۷۳ (۲۹/۶) | ۹۹۳۴ (۳۶/۲) | |
| متأهل | ۹۰۷ (۶۰/۳) | ۵۳۱۷ (۶۲/۱) | ۸۰۲۲ (۶۰/۱) | ۲۱۴۰ (۶۲/۲) | ۳۴۹ (۵۹/۸) | ۱۶۷۳۰ (۶۱/۰) | |
| متارکه کرده | ۱۵ (۱/۰) | ۸۰ (۰/۹) | ۱۱۴ (۰/۹) | ۳۷ (۱/۱) | ۲۲ (۳/۸) | ۲۶۸ (۱/۰) | |
| همسر از دست داده | ۲۶ (۱/۷) | ۱۱۱ (۱/۳) | ۲۰۶ (۱/۵) | ۱۱۶ (۳/۴) | ۴۰ (۶/۸) | ۴۹۹ (۱/۸) | |
| جمع کل | ۱۵۰۳ (۱۰۰) | ۸۵۵۸ (۱۰۰) | ۱۳۳۴۵ (۱۰۰) | ۳۴۴۱ (۱۰۰) | ۵۸۴ (۱۰۰) | ۲۷۴۳۱ (۱۰۰) | |
| **تحصیلات** | | | | | | | <۰/۰۰۰۱ |
| بی‌سواد و ابتدایی | ۱۴۸ (۱۰/۴) | ۱۰۱۵ (۱۲/۳) | ۱۹۹۸ (۱۵/۶) | ۹۹۴ (۲۹/۸) | ۲۶۵ (۴۷/۸) | ۴۴۱۹ (۱۶/۸) | |
| راهنمایی | ۱۳۷ (۹/۶) | ۹۲۰ (۱۱/۱) | ۱۷۳۵ (۱۳/۶) | ۵۳۲ (۱۶/۰) | ۷۸ (۱۴/۱) | ۳۴۰۲ (۱۲/۹) | |
| دبیرستان | ۴۸۹ (۴۳/۳) | ۳۰۰۹ (۳۶/۵) | ۴۹۱۳ (۳۸/۴) | ۱۱۲۸ (۳۳/۹) | ۱۳۵ (۲۴/۴) | ۹۶۷۴ (۳۶/۷) | |
| دانشگاهی | ۵۶۰ (۴۵/۶) | ۳۳۰۹ (۴۰/۱) | ۴۱۵۰ (۳۲/۴) | ۶۷۷ (۲۰/۳) | ۷۶ (۱۳/۷) | ۸۸۶۲ (۳۳/۶) | |
| جمع کل | ۱۴۲۴ (۱۰۰) | ۸۲۵۳ (۱۰۰) | ۱۲۷۹۵ (۱۰۰) | ۳۳۳۱ (۱۰۰) | ۵۵۴ (۱۰۰) | ۲۶۳۵۷ (۱۰۰) | |
| **اشتغال** | | | | | | | <۰/۰۰۰۱ |
| خانه‌دار | ۳۰۵ (۲۰/۴) | ۲۰۹۸ (۲۴/۸) | ۳۴۳۴ (۲۶/۰) | ۱۰۹۳ (۳۲/۰) | ۱۹۲ (۳۳/۴) | ۷۱۲۲ (۲۶/۲) | |
| محصل/دانشجو | ۳۶۲ (۲۴/۲) | ۱۹۱۷ (۲۲/۶) | ۳۰۴۷ (۲۳/۱) | ۶۳۷ (۱۸/۶) | ۷۸ (۱۳/۶) | ۶۰۴۱ (۲۲/۲) | |
| شاغل | ۶۵۲ (۴۳/۶) | ۳۴۷۹ (۴۱/۱) | ۴۹۷۵ (۳۷/۷) | ۱۱۸۷ (۳۴/۷) | ۱۹۸ (۳۴/۵) | ۱۰۴۹۱ (۳۸/۶) | |
| بی‌کار | ۱۱۴ (۷/۶) | ۶۲۷ (۷/۴) | ۱۲۳۷ (۹/۴) | ۳۷۳ (۱۰/۹) | ۸۵ (۱۴/۸) | ۲۴۳۶ (۹/۰) | |
| بازنشسته | ۶۴ (۴/۳) | ۳۴۴ (۴/۱) | ۵۱۳ (۳/۹) | ۱۲۹ (۳/۸) | ۲۱ (۳/۷) | ۱۰۷۱ (۳/۹) | |
| جمع‌کل | ۱۴۹۷ (۱۰۰) | ۸۴۶۵ (۱۰۰) | ۱۳۲۰۶ (۱۰۰) | ۳۴۱۹ (۱۰۰) | ۵۷۴ (۱۰۰) | ۲۷۱۶۱ (۱۰۰) | |
| **وضعیت درآمد** | | | | | | | <۰/۰۰۰۱ |
| بسیار خوب | ۱۷۵ (۱۱/۹) | ۳۷۵ (۴/۵) | ۲۷۲ (۲/۱) | ۷۸ (۲/۳) | ۲۵ (۴/۳) | ۹۲۵ (۳/۵) | |
| خوب | ۴۹۸ (۳۳/۸) | ۲۹۵۰ (۳۵/۴) | ۳۳۰۱ (۲۵/۵) | ۶۹۰ (۲۰/۸) | ۹۵ (۱۶/۵) | ۷۵۳۴ (۲۸/۲) | |
| نه خوب نه بد | ۴۹۹ (۳۳/۹) | ۳۳۱۸ (۳۹/۸) | ۶۰۸۱ (۴۶/۹) | ۱۴۲۹ (۴۳/۰) | ۱۹۰ (۳۳/۰) | ۱۱۵۱۷ (۴۳/۲) | |
| بد | ۱۴۶ (۹/۹) | ۹۹۹ (۱۲/۰) | ۱۹۵۳ (۱۵/۱) | ۷۱۲ (۲۱/۴) | ۱۲۹ (۲۲/۴) | ۳۹۳۹ (۱۴/۸) | |
| بسیار بد | ۱۵۶ (۱۰/۶) | ۶۸۹ (۸/۳) | ۱۳۶۳ (۱۰/۵) | ۴۱۲ (۱۲/۴) | ۱۳۷ (۲۳/۸) | ۲۷۵۷ (۱۰/۳) | |
| جمع کل | ۱۴۷۴ (۱۰۰) | ۸۳۳۱ (۱۰۰) | ۱۲۹۷۰ (۱۰۰) | ۳۳۲۱ (۱۰۰) | ۵۷۶ (۱۰۰) | ۲۶۶۷۲ (۱۰۰) | |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.4.3 ]

حرکت جامعه به سوی سالمندی، تغییر شرایط اقتصادی خانوارها و تغییر نرخ اشتغال و سطح تحصیلات در جامعه همه عواملی هستند که در سال‌های آتی تغییراتی در سطح آگاهی‌های جامعه ایجاد خواهند نمود و اطلاع از میزان و جهت تأثیر این متغیرها برنامه‌ریزی‌های نظام سلامت را هدفمندتر و مؤثرتر خواهد کرد. یافته‌های مطالعه نشان دادند افرادی که از وضعیت سلامت بهتری برخوردار هستند، اطلاعات بیشتری در زمینه سلامت دارند که این نکته با بررسی ارتباط ابتلا به بیماری مزمن و سطح اطلاعات نیز تأیید گردید. یکی از دلایل این ارتباط شاید در این نکته نهفته باشد که دسترسی بیشتر به اطلاعات منجر به بهبود وضعیت سلامت افراد شده است. یا در حالت دیگر شاید سلامت افراد فراغت و انگیزه کافی جهت مطالعه و کسب اطلاعات را برای آنان فراهم آورده است. بررسی وضعیت اطلاع رسانی جامعه نشان داد افرادی که سطح سلامت بهتری دارند، وضعیت اطلاع رسانی جامعه را بهتر ارزیابی کرده‌اند که یک دلیل آن می‌تواند دسترسی به منابع اطلاعاتی و استفاده بیشتر از این منابع باشد. بررسی منابع اطلاعاتی مؤثر در ارتقای سطح دانش افراد، نشان داد رسانه‌های جمعی از جمله رادیو و تلویزیون، تأثیر بسیار عمده‌ای در این زمینه دارند. در مطالعه‌ای که با هدف بررسی دانش خود گزارشی دانش آموزان در زمینه الگوی فعالیت بدنی در عربستان انجام گرفت نیز تلویزیون به عنوان اولین منبع کسب اطلاعات در زمینه سلامت و بیماری گزارش گردید [۱۲].

مطالعات نشان داده‌اند افراد آشنا با مسایل سلامت که باورهای بهداشتی قوی دارند بیشتر از اینترنت و افراد ناآشنا با حیطه‌های سلامت بیشتر از رویکردهای غیرفعال کسب اطلاعات مانند رادیو و تلویزیون استفاده می‌کنند [۷].

**جدول شماره ۳- بررسی ارتباط میزان اطلاعات عمومی در زمینهٔ سلامت و بهداشت با وضعیت سلامت افراد مورد مطالعه در کشور**

| | بسیار زیاد | زیاد | نه زیاد نه کم | کم/ بسیار کم | بی اطلاعم | جمع کل | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| **سلامت خود** | | | | | | | <۰/۰۰۰۱ |
| **گزارشی** | | | | | | | |
| بسیار خوب | ۶۶۵ (۴۴/۰) | ۱۸۸۴ (۲۲/۰) | ۱۸۶۹ (۱۴/۰) | ۳۷۱ (۱۰/۸) | ۷۴ (۱۲/۶) | ۴۸۶۳ (۱۷/۷) | |
| خوب | ۶۱۵ (۴۰/۶) | ۴۹۱۰ (۵۷/۲) | ۷۶۳۱ (۵۷/۰) | ۱۶۵۱ (۴۷/۹) | ۱۸۸ (۳۲/۱) | ۱۴۹۹۵ (۵۴/۵) | |
| نه خوب نه بد | ۱۸۱ (۱۲/۰) | ۱۴۸۸ (۱۷/۳) | ۳۳۰۸ (۲۴/۷) | ۱۰۴۶ (۳۰/۴) | ۱۷۱ (۲۹/۲) | ۶۱۹۴ (۲۲/۵) | |
| بد | ۲۹ (۱/۹) | ۲۵۰ (۲/۹) | ۵۲۵ (۳/۹) | ۳۳۵ (۹/۷) | ۱۰۳ (۱۷/۶) | ۱۲۴۲ (۴/۵) | |
| بسیار بد | ۲۳ (۱/۵) | ۴۶ (۰/۵) | ۶۳ (۰/۵) | ۴۱ (۱/۲) | ۵۰ (۸/۵) | ۲۲۳ (۰/۸) | |
| جمع کل | ۱۵۱۳ (۱۰۰) | ۸۵۷۸ (۱۰۰) | ۱۳۳۹۶ (۱۰۰) | ۳۴۴۴ (۱۰۰) | ۵۸۶ (۱۰۰) | ۵۷۵۱۷ (۱۰۰) | |
| **ابتلا به بیماری** | | | | | | | <۰/۰۰۰۱ |
| **مزمن** | | | | | | | |
| بلی | ۲۴۹ (۱۷/۰) | ۱۴۷۹ (۱۷/۸) | ۲۵۱۷ (۱۹/۵) | ۹۹۷ (۲۹/۸) | ۲۴۷ (۴۳/۹) | ۵۴۸۹ (۲۰/۶) | |
| خیر | ۱۲۱۵ (۸۳/۰) | ۶۸۴۲ (۸۲/۲) | ۱۰۳۹۳ (۸۰/۵) | ۲۳۵۴ (۷۰/۲) | ۳۱۶ (۵۶/۱) | ۲۱۱۲۰ (۷۹/۴) | |
| جمع کل | ۱۴۶۴ (۱۰۰) | ۸۳۲۱ (۱۰۰) | ۱۲۹۱۰ (۱۰۰) | ۳۳۵۱ (۱۰۰) | ۵۶۳ (۱۰۰) | ۲۶۶۰۹ (۱۰۰) | |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.4.3 ]

**جدول شماره ۴- تحلیل رگرسیون معنی‌دار بودن ارتباط متغیرهای جمعیتی با کمبود اطلاعات عمومی افراد در زمینه سلامت**

| | میزان بخت (95%CI) | P |
|---|---|---|
| **سن (سال)** | ۰/۹۹۵ (۰/۹۹۰-۰/۹۹۹) | ۰/۰۲۰ |
| **جنسیت** | | |
| زن | ۱ (ref.) | |
| مرد | ۱/۴۰۹ (۱/۲۶۷-۱/۵۶۸) | <۰/۰۰۰۱ |
| **وضعیت تأهل** | | |
| متأهل | ۱ (ref.) | |
| مجرد | ۱/۲۸۳ (۱/۱۴۷-۱/۴۳۵) | <۰/۰۰۰۱ |
| مطلقه | ۱/۳۳۷ (۰/۹۶۲-۱/۸۵۹) | ۰/۰۸۴ |
| فوت همسر | ۱/۳۲۵ (۱/۰۵۳-۱/۶۶۶) | ۰/۰۱۶ |
| **تحصیلات (سال)** | ۰/۸۹۰ (۰/۸۸۱-۰/۸۹۹) | <۰/۰۰۰۱ |
| **شغل** | | |
| بازنشسته | ۱ (ref.) | |
| خانه‌دار | ۱/۶۱۶ (۱/۲۷۹-۲/۰۴۲) | <۰/۰۰۰۱ |
| دانش آموز / دانشجو | ۱/۵۲۱ (۱/۱۸۹-۱/۹۴۶) | ۰/۰۰۱ |
| شاغل | ۱/۴۸۵ (۱/۱۹۸-۱/۸۴۱) | <۰/۰۰۰۱ |
| بی‌کار | ۱/۵۷۵ (۱/۲۳۲-۲/۰۱۴) | <۰/۰۰۰۱ |
| **درآمد** | | |
| بسیار خوب | ۱ (ref.) | |
| خوب | ۰/۸۳۴ (۰/۶۵۸-۱/۰۵۷) | ۰/۱۳۳ |
| نه خوب، نه بد | ۱/۰۱۰ (۰/۸۰۲-۱/۲۷۳) | ۰/۹۳۲ |
| کم/ بد | ۱/۳۲۰ (۱/۰۳۸-۱/۶۸۰) | ۰/۰۲۴ |
| بسیار بد | ۱/۱۹۶ (۰/۹۳۱-۱/۵۳۵) | ۰/۱۶۲ |
| **سلامت خودگزارشی** | | |
| بسیار خوب | ۱ (ref.) | |
| خوب | ۱/۲۸۵ (۱/۱۴۰-۱/۴۴۸) | <۰/۰۰۰۱ |
| نه خوب، نه بد | ۱/۷۸۸ (۱/۵۶۲-۲/۰۴۷) | <۰/۰۰۰۱ |
| بد | ۳/۴۱۹ (۲/۸۴۹-۴/۱۰۵) | <۰/۰۰۰۱ |
| بسیار بد | ۴/۱۲۱ (۲/۹۴۱-۵/۷۷۴) | <۰/۰۰۰۱ |
| **ابتلا به بیماری مزمن** | | |
| خیر | | |
| بلی | ۱/۱۵۴ (۱/۰۴۳-۱/۲۷۶) | ۰/۰۰۵ |

از آنجایی که پژوهش حاضر در سطح افراد جامعه انجام گرفته است و اکثر پاسخگویان سطح دانش خود را در زمینه سلامت متوسط ارزیابی کرده‌اند، منطقی به نظر می‌رسد که روش‌های غیرفعال کسب اطلاعات مانند رادیو و تلویزیون بیشتر از سایر روش‌ها مورد استفاده قرار گیرند.

در چنین شرایطی توجه به کمیت و کیفیت برنامه‌های آموزشی رسانه‌های جمعی مانند رادیو و تلویزیون، نقش مؤثری در ارتقای سطح آگاهی‌های عمومی جامعه در زمینه سلامت و نهایتاً ارتقای سطح سلامت جامعه خواهد داشت. بدین منظور، انجام مطالعات مشابه در موضوعات مختلف بهداشت عمومی، خلأهای آموزشی جامعه را مشخص‌تر و مدیریت برنامه‌های آموزش بهداشت را هدفمندتر و مؤثرتر خواهد نمود.

## سهم نویسندگان

افسون آیین پرست: نویسنده اصلی این مقاله و مسئول تجزیه و تحلیل داده‌های این بخش از مطالعه بوده‌اند. سایر نویسندگان در طراحی مطالعه، طراحی ابزار، اجرای طرح، تفسیر و تحلیل یافته‌ها و مرور پیش نویس مقاله مشارکت داشته‌اند.

یادآوری می‌نماید این مقاله بخشی از یافته‌های مطالعه «سلامت از دیدگاه مردم ایران» است که توسط علی منتظری به عنوان طراح و مجری انجام شده است.

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله تمایل دارد از کلیه افرادی که در جمع آوری داده‌های این مطالعه همکاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمائیم. جمع‌آوری داده‌های این مطالعه مرهون همکاری بی شائبه رؤسای واحدهای استانی جهاد دانشگاهی، معاونان فرهنگی جهاد دانشگاهی و همکاران سخت کوش ما در مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران (ایسپا) و شعب آن در سراسر کشور است. از معاونت محترم پژوهش و فناوری جهاد دانشگاهی در تأمین بخشی از هزینه‌های این مطالعه سپاسگزاری می‌شود. در پایان لازم است از خانم‌ها راحله رستمی، آرزو اسدی، طاهره رستمی، فریبا رسولی، فاطمه ریاضی، سمیه فتحیان و سمیه مددی که در ورود اطلاعات این مطالعه همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی نماید.

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.4.3 ]

**جدول شماره ۵– بررسی ارتباط میزان اطلاعات عمومی در زمینه سلامت و بهداشت با وضعیت اطلاع رسانی در مورد اهمیت سلامت در افراد مورد مطالعه در کشور**

| | بسیار زیاد | زیاد | نه زیاد نه کم | کم/ بسیار کم | بی اطلاعم | جمع کل | درجه آزادی | ملاک آزمون ($\chi^2$) | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | | | |
| **اطلاع رسانی در زمینه اهمیت سلامت** | | | | | | | ۱۶ | ۴۱۵۳/۲۲۲ | <۰/۰۰۰۱ |
| بسیار زیاد | ۳۱۹ (۲۱/۲) | ۴۲۶ (۵/۰) | ۳۱۲ (۲/۳) | ۸۵ (۲/۵) | ۱۳ (۲/۲) | ۱۱۵۵ (۴/۲) | | | |
| زیاد | ۵۲۷ (۳۵/۱) | ۳۴۰۵ (۳۹/۷) | ۳۰۳۵ (۲۲/۷) | ۵۶۳ (۱۶/۴) | ۶۴ (۱۰/۹) | ۷۵۹۴ (۲۷/۶) | | | |
| نه زیاد، نه کم | ۳۶۶ (۲۴/۴) | ۳۲۴۱ (۳۷/۸) | ۶۰۷۶ (۴۵/۴) | ۱۰۸۱ (۳۱/۵) | ۱۳۴ (۲۲/۹) | ۱۰۸۹۸ (۳۹/۷) | | | |
| کم/ بسیار کم | ۱۹۰ (۱۲/۶) | ۱۲۳۳ (۱۴/۴) | ۳۴۰۹ (۲۵/۵) | ۱۴۳۶ (۴۱/۸) | ۱۹۶ (۳۳/۵) | ۶۴۶۴ (۲۳/۵) | | | |
| اصلاً | ۱۰۱ (۶/۷) | ۲۶۳ (۳/۱) | ۵۴۰ (۴/۰) | ۲۷۲ (۷/۹) | ۱۷۸ (۳۰/۴) | ۱۳۵۴ (۴/۹) | | | |
| جمع کل | ۱۵۰۳ (۱۰۰) | ۸۵۶۸ (۱۰۰) | ۱۳۳۷۲ (۱۰۰) | ۳۴۳۷ (۱۰۰) | ۵۸۵ (۱۰۰) | ۲۷۴۶۵ (۱۰۰) | | | |

## منابع

**1.** Hoffman B. Simplified models of the relationship between health and disease. Theoretical Medicine and Bioethics 2005; 26: 355-77

**2.** Johansson H, Weinehall L, Emmelin M. It depends on what you mean: a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. BMC Health Services Research 2009; 9: 191

**3.** Lee A, Wong MCS, Keung VMW, Yuen HSK, Cheng F, Mok JSY. Can the concept of Health Promoting Schools help to improve students' health knowledge and practice to combat the challenge of communicable diseases: Case study in Hong Kong? BMC Public Health 2008; 8: 24

**4.** Eriksson-Back K. Health values, media publicity and citizens. [Retrieved at 07 July 2010 form http://www.uta.fi/laitokset/tsph/health /citizens/ health_knowledge.html]

**5.** Carlson JP, Vincent LH, Hardesty DM, Bearden WO. Objective and subjective knowledge relationships: A Quantitative analysis of consumer research findings. Journal of Consumer Research 2009; 35: 864-76

**6.** Moorman C, Diehl K, Brinberg D, Kidwell B. Subjective knowledge, search locations and consumer choice. Journal of Consumer Research 2004; 31: 673-80

**7.** Dutta-Bergman MJ. Primary sources of health information: comparisons in domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. Health Communication 2004; 16: 273-88

**8.** Beier ME, Ackerman PhL. Determinants of health knowledge: an investigation of age, gender, abilities, personality, and interest. Journal of Personality and Social Psychology 2003; 84: 439-48

**9.** Pieniak Z, Verbeke W, Scholderert J. Health related beliefs and consumer knowledge as determinants of fish consumption. Journal of Human Nutrition and Dietetics; in press [Persian]

**10.** Montazeri A, Omidvari S, Azin A, Aeenparast A, Jahangiri K, Sadighi J, et al. Iranian health perception survey: the study protocol. Payesh 2011; 10: 315-322 [Persian]

**11.** House L. Objective and Subjective Knowledge: Impacts on Consumer Demand for Genetically Modified Food in the United States and the European Union. Journal of Agro biotechnology Management & Economics 2004; 7: 113-23

**12.** Taha AZA. Self-reported knowledge and pattern of physical activity among school students in Al Khobar, Saudi Arabia. Eastern Mediterranean Health Journal 2008; 14: 344-55

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.4.3 ]