

وضعیت سواد سلامت در جامعه ایران

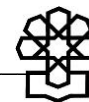
معاونت پژوهش‌های اجتماعی – فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۷۱۴۵
تیرماه ۱۳۹۹

به نام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۲.....	بار بیماری‌ها در ایران
۸.....	سواد سلامت
۹.....	سواد سلامت و خودمراقبتی
۱۰.....	سواد سلامت و هزینه‌های سلامت
۱۱.....	سواد سلامت و توسعه پایدار
۱۳.....	مدل‌های مفهومی سواد سلامت
۲۰.....	وضعیت سواد سلامت در ایران براساس نتایج مطالعات
۲۱.....	سیاست‌ها و برنامه‌های کلان مرتبط با سواد سلامت در ایران
۲۶.....	جمع‌بندی و ارائه راهکار
۳۱.....	پیوست
۴۴.....	منابع و مأخذ



وضعیت سواد سلامت در جامعه ایران

چکیده

سواد سلامت عاملی مهم در ارتقای دانش و نگرش افراد نسبت به موضوع سلامتی است و از این رو نقش مؤثری در خودمراقبتی افراد، بهبود شاخص‌های سلامت و کاهش هزینه‌های بهداشتی درمانی خانوارها و نظام سلامت ایفا می‌کند. بیشتر کشورهای توسعه‌یافته در سیاست‌های ملی خود بر این مهم تأکید دارند و برنامه‌های لازم برای ارتقای آن را طراحی و اجرا می‌کنند.

بررسی اسناد بالادستی در ایران نشان می‌دهد؛ در بعد سیاست‌گذاری تأکید کافی بر ارتقای سطح سواد سلامت جامعه شده است.

ضعف در تولید داده‌های مورد نیاز در این حوزه، رصد میزان موفقیت و کارآمدی اقدامات حوزه اجرایی را غیرممکن یا بسیار سخت کرده است. با این حال شواهد موجود در حوزه اجرایی نشان‌دهنده آن است که برنامه‌های دولت‌ها در اجرای سیاست‌های فوق کافی و مؤثر نبوده است. به‌طوری که براساس نتایج مطالعات؛ سواد سلامت جامعه اعم از جامعه عمومی، گروه‌های آسیب‌پذیر و بیماران در سطح مطلوبی قرار ندارد.

همچنین ارزیابی مطالعات انجام شده در حوزه سواد سلامت نشان‌دهنده ضرورت سامان‌دهی، طراحی و اجرای هدفمند آنها در دوره‌های زمانی مشخص است تا ضمن استفاده بهینه از بودجه‌های تحقیقاتی، نتایج آنها قابلیت مقایسه‌ای داشته و به‌عنوان ابزارهای مناسب برای رصد عملکرد حوزه اجرایی و بازنگری سیاست‌های موجود در حوزه سواد سلامت جامعه استفاده شوند.

درمجموع می‌توان گفت موضوع سواد سلامت در اسناد و قوانین بالادستی به‌ویژه سیاست‌های کلی سلامت به‌خوبی مورد توجه قرار گرفته است. لذا در حوزه تقنین ضرورتی به تصویب قوانین جدید در این حوزه وجود ندارد، ولی لازم است نظارت بر حسن اجرای آنها به‌صورت جدی در دستور کار قرار گیرد. در حوزه اجرا نیز لازم است اهداف اختصاصی در جهت تحقق اهداف و راهبردهای سند ارتقای فرهنگ سلامت کشور تعیین شوند. موضوعات ذیل از نکات محوری هستند که در تعیین این اهداف اجرای سند باید مورد توجه قرار گیرند:

- ارزیابی وضعیت موجود،
- بازبینی برنامه‌های کنونی و طراحی مداخلات برای گروه‌های مختلف با جلب مشارکت جامعه،
- تمرکز منابع و تقویت هماهنگی بین بخشی،
- تقویت ظرفیت‌های کنونی و استفاده از ظرفیت‌های بالقوه.

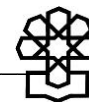
مقدمه

امروزه بر نقش افراد به‌عنوان عامل محوری در مدیریت سلامت تأکید بسیاری می‌شود. مفاهیمی نظیر سبک زندگی، توانمندسازی بیمار و مشارکت وی بر این موضوع تأکید دارند که نقش فرد در مدیریت سلامتی او بسیار با اهمیت است و افراد باید به‌عنوان یک مطلع در تصمیمات مربوط به سلامتی خود مشارکت داشته باشند. از طرفی، مسائلی نظیر حرکت به سمت مشتری‌مداری و بیمارمحوری و یا دسترسی وسیع افراد به اطلاعات سلامتی به‌ویژه از طریق اینترنت نیز از عوامل مهم و همگرایی هستند که باعث افزایش تقاضای افراد برای مشارکت در تصمیم‌گیری و مدیریت سلامت خود شده‌اند. امروزه موضوع «سواد سلامت» مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است. به‌طوری که سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO) در گزارش خود، سواد سلامت را یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت معرفی کرده است و به کشورهای جهان توصیه می‌کند تا جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های راهبردی درخصوص ارتقای سطح سواد سلامت، انجمنی متشکل از تمامی افراد ذی‌نفع در جوامع مختلف تشکیل شود. نتایج مطالعات حاکی از آن است که بسیاری از نتایج نامطلوب مربوط به سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است. افراد با سواد سلامتی ناکافی، نمی‌توانند اطلاعات شفاهی و کتبی مربوط به سلامتی را به‌خوبی درک کنند و متعاقباً دستورهای و تجویزها را رعایت نمی‌کنند، بنابراین وضعیت سلامتی نامطلوب‌تری دارند. سواد سلامتی کافی با کمک به درک اطلاعات بهداشتی درمانی منجر به افزایش اثربخشی مشاوره‌های پزشکی، برنامه‌های ارتقای سلامت و خودمراقبتی می‌شود. این عامل نقش بسیار مهمی در جذب افراد برای شرکت در برنامه‌های غربالگری نیز ایفا می‌کند. در اسناد بالادستی نظام سلامت ایران نیز مکرراً به خودمراقبتی و افزایش سواد سلامت جامعه تأکید شده است. بنابراین ارتقای سطح سواد سلامت شهروندان ضرورتی برای بهبود، حفظ و ارتقای سلامت جامعه است لذا باید مورد توجه جدی سیاستگذاران قرار گیرد. گزارش پیش‌رو ضمن مروری بر موضوع سواد سلامت و تبیین عوامل مرتبط و پیامدهای آن، وضعیت این مؤلفه را با توجه به مطالعات مختلف انجام شده در ایران به تصویر کشیده و در انتها پیشنهادهایی را برای ارتقای وضع موجود ارائه می‌کند.

بار بیماری‌ها در ایران

بار هر بیماری در جامعه از مجموع سال‌های از دست رفته در نتیجه مرگ زودرس (YLL)^۲ و سال‌های سپری شده با معلولیت و ناتوانی (YLD)^۳ به‌دست می‌آید. محاسبه بار بیماری‌ها برای تصمیم‌گیری

1. World Health Organisation.
2. Years of Lost Life.
3. Years Lived with Disability.



درخصوص توزیع منابع مالی چه در حوزه پیشگیری و چه درمان بیماری‌ها حائز اهمیت است که این مهم امروزه در سطح ملی و بین‌المللی نیز مورد توجه قرار گرفته است. شناخت بیماری‌هایی که بیشترین بار را به جامعه تحمیل می‌کنند و ارتقای آگاهی جامعه در راستای پیشگیری از ابتلا و همچنین ارتقای خودمراقبتی در افرادی که مبتلا به این بیماری‌ها هستند نقش بسیار مهمی در بهبود شاخص‌های سلامت و کاهش هزینه‌های سلامت دارد. در ایران برای اولین بار مطالعه ملی بار بیماری‌ها در سال ۱۳۸۲ صورت پذیرفت و متأسفانه پس از آن گزارش رسمی بار بیماری‌ها در سال‌های اخیر منتشر نشده است. لذا در ادامه با استفاده از آخرین برآوردهای بین‌المللی در دسترس، بار بیماری‌ها در کشور به تفکیک (YLL) و (YLD) توصیف شده‌اند.

– عوامل مؤثر بر سال‌های عمر از دست رفته به علت مرگ زودرس (YLL) در ایران

مطالعه سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که از میان سه دسته بیماری‌های غیرواگیر، واگیر و حوادث در ایران، بیماری‌های غیرواگیر (مثل بیماری‌های قلبی، سرطان، دیابت و بیماری‌های ریوی)، مسبب ۷۳ درصد مرگ، حوادث ۱۴ درصد و بیماری‌های واگیر، بیماری‌ها و مرگ‌ومیر حول تولد، بیماری‌های مرتبط با بارداری و زایمان و کمبودهای تغذیه‌ای در مجموع باعث ۱۳ درصد علل مرگ بوده است.^۲

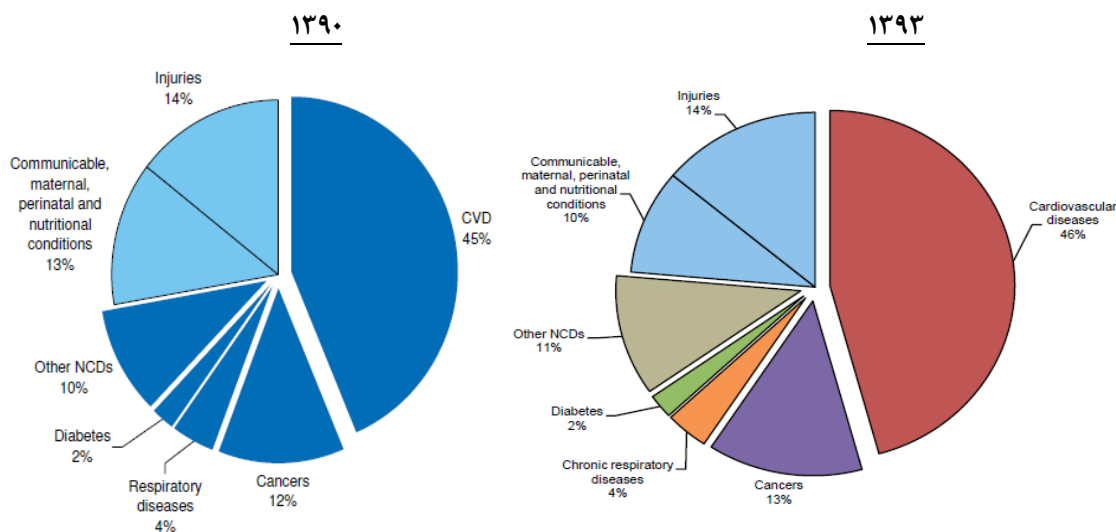
طبق گزارش سال ۱۳۹۳ سازمان جهانی بهداشت، سهم هریک از این عوامل تغییر کرده است؛ بیماری‌های غیرواگیر مسبب ۷۶ درصد مرگ، حوادث ۱۴ درصد و بیماری‌های واگیر، بیماری‌ها و مرگ‌ومیر حول تولد، بیماری‌های مرتبط با بارداری و زایمان و کمبودهای تغذیه‌ای باعث ۱۰ درصد مرگ در ایران بوده‌اند (نمودار ۱).^۳

۱. محسن نقوی و همکاران، بار بیماری‌ها و آسیب در ایران در سال ۱۳۸۲، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۴ (۱)، ۱۳۸۷، صص ۱-۱۹.

2. World Health Organization

3. World Health Organization-Diabetes Country Profiles, 2016.

نمودار ۱. عوامل مؤثر بر مرگ زودرس در کل جمعیت ایران براساس تقسیم‌بندی اصلی بیماری‌ها

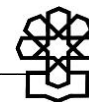


source: WHO, 2016.

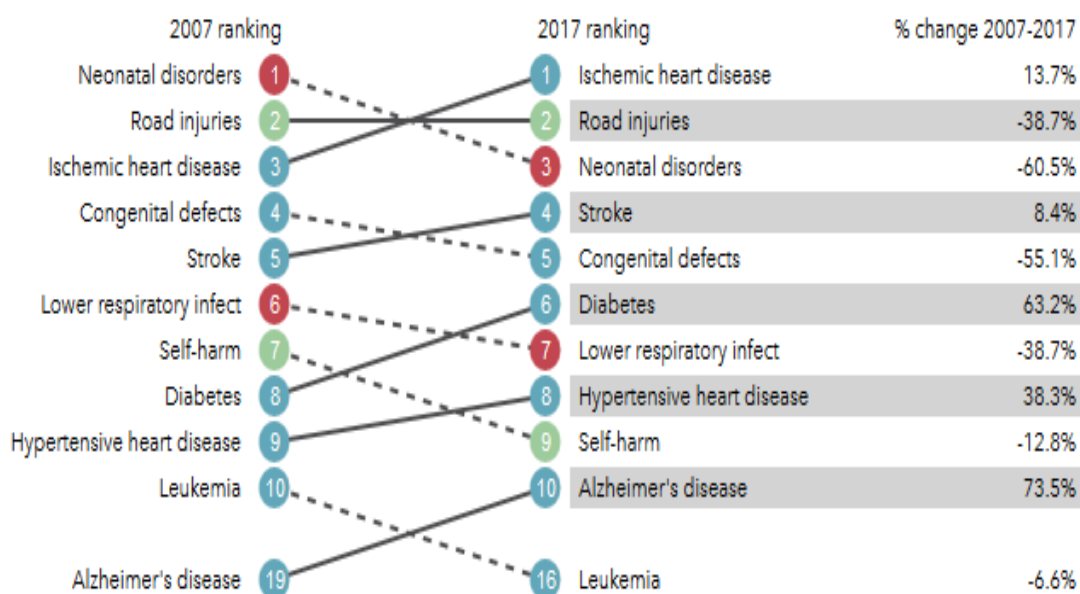
طبق اطلاعات منتشر شده توسط مؤسسه ارزیابی و سنجش سلامت^۱ (IHME)، در سال ۲۰۰۷ عوارض حول تولد، حوادث جاده‌ای و بیماری ایسکمیک قلبی به ترتیب عمده‌ترین دلایل مرگ‌های زودرس در کل جمعیت ایران بوده‌اند. اما در فاصله ۱۰ ساله تا سال ۲۰۱۷ وضعیت بدین شکل تغییر کرده است: ضمن ثابت ماندن جایگاه حوادث جاده‌ای، بیماری‌های ایسکمیک قلبی با پیشی گرفتن از دو عامل دیگر در صدر مهم‌ترین عوامل مرگ و میر زودرس قرار گرفته است. وضعیت دیگر عوامل نیز در شکل ۱ قابل مشاهده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در انتهای این دوره زمانی، بیماری‌های عفونت‌های تنفسی تحتانی و عوارض حول تولد که در دسته‌بندی بیماری‌های ماقبل گذار^۲ قرار می‌گیرند در اولویت‌های پایین‌تری نسبت به سال ۲۰۰۷ قرار گرفته‌اند، ولی عمده بیماری‌های غیرواگیر (شامل سکتها، دیابت، بیماری حاد قلبی و آلزایمر) در جایگاه بالاتری قرار گرفته‌اند.

1. Institute for Health Metrics and Evaluation.

۲ . بیماری‌های واگیر، بیماری‌های ناشی از زایمان و بارداری در مادران، بیماری‌های حول زمان تولد و کمبودهای تغذیه‌ای.



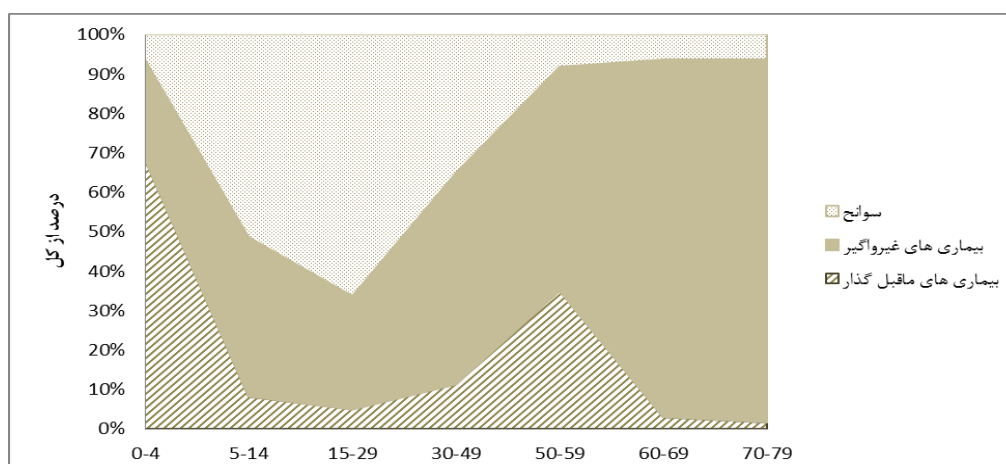
شکل ۱. عمده‌ترین دلایل مرگ‌ومیر زودرس در کشور ایران در همه سنین براساس بیماری در سال‌های ۲۰۰۷ - ۲۰۱۷



Source: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017.

در ادامه سهم سه خوشه اصلی بیماری‌ها طبق تقسیم‌بندی مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در میزان مرگ زودرس در جمعیت ایران به تفکیک گروه‌های سنی در سال ۲۰۱۶ مشاهده می‌شود (نمودار ۲).

نمودار ۲. سهم سه خوشه اصلی بیماری‌ها طبق تقسیم‌بندی مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در کل میزان مرگ زودرس (YLL) در کل جمعیت ایران به تفکیک گروه‌های سنی در سال ۲۰۱۶

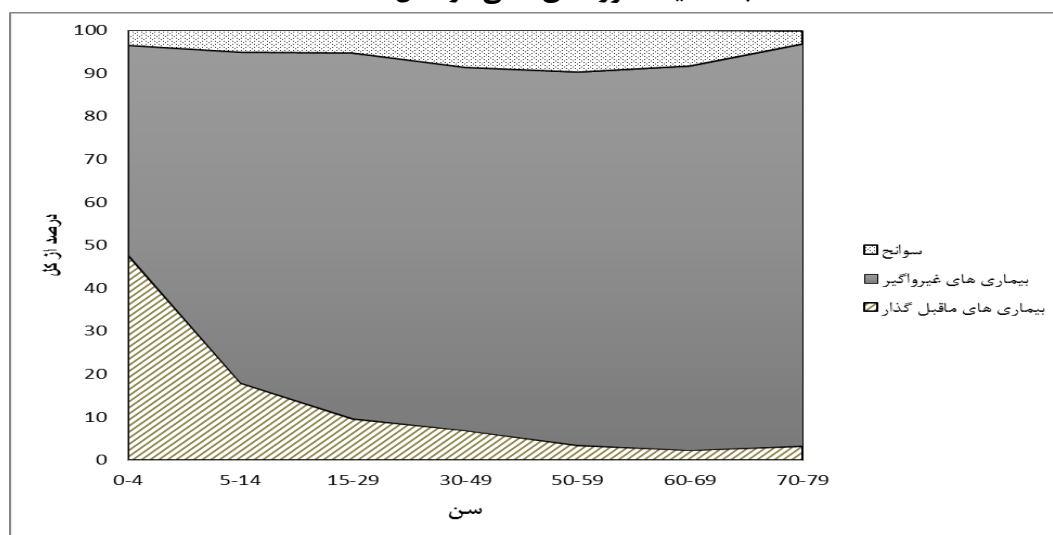


Source: World Health Organization, Department of Information, Evidence and Research, 2018.

– عوامل مؤثر بر سال‌های عمر از دست رفته به‌علت ناتوانی ناشی از بیماری‌ها و صدمات (YLD) در ایران

نتایج مطالعه ملی بار بیماری‌ها در ایران در سال ۲۰۱۶ (نمودار ۳) نشان می‌دهد به‌ترتیب بیماری‌های غیرواگیر، سوانح و حوادث، بیماری‌های ماقبل گذر، بر ناتوانی افراد مؤثر بوده‌اند. همان‌طور که ملاحظه می‌شود با افزایش سن، سهم بیماری‌های غیرواگیر در سال‌های از دست رفته به‌دلیل بیماری و ناتوانی افزایش یافته است و سهم بیماری‌های ماقبل گذر کاهش یافته است. سهم صدمات نیز در سال‌های آغازین عمر (حدوداً تا ۱۵ سالگی) تقریباً ثابت و در سنین جوانی و میانسالی که افراد، به میزان بیشتری با حوادث مواجه هستند افزایش یافته و پس از آن مجدداً روندی کاهشی را طی کرده است.

نمودار ۳. سهم سه خوشه اصلی بیماری‌ها طبق تقسیم‌بندی مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در کل میزان بار ناتوانی ناشی از بیماری‌ها و صدمات (YLD) در کل جمعیت ایران به تفکیک گروه‌های سنی در سال ۲۰۱۶.

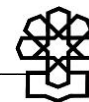


Source: Ibid.

– وضعیت عوامل خطر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر

جدول ۱ وضعیت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر جمعیت کشور را در گروه اصلی، یعنی عوامل رفتاری (فعالیت فیزیکی کم، عادات تغذیه‌ای نامناسب، مصرف دخانیات) و عوامل متابولیک (دیابت، فشارخون بالا و اضافه وزن) براساس داده‌های منتشر شده از مطالعه STEPS^۱ در سال ۱۳۹۵ نشان می‌دهد. در دسته عوامل رفتاری داده‌های این مطالعه نشان می‌دهد، در مجموع نزدیک به ۸۰ درصد جمعیت کشور فعالیت فیزیکی کم دارند. حدود ۱۴ درصد جمعیت دخانیات مصرف می‌کنند و حدود

۱. روشی ساده و استاندارد برای جمع‌آوری، تحلیل و انتشار داده‌ها در کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی است.



۳۲ درصد جمعیت در معرض مواجهه با دود دست دوم (دود ناشی از مصرف دخانیات توسط اطرافیان) قرار دارند ۱۳ درصد جمعیت عادت غذایی نامناسب مصرف فست‌فود دارند.

بر مبنای این مطالعه، وضعیت عوامل خطر متابولیک نیز به شرح زیر است:

حدود ۶۰ درصد کل جمعیت دچار اضافه وزن و چاقی هستند. حدود یک‌سوم جمعیت به فشار خون بالا مبتلا هستند که به دلیل نبود نشانه‌های آشکار و قابل تشخیص و همچنین عوارض قلبی و عروقی ناشی از آن، به قاتل خاموش معروف است. همچنین ۱۲ درصد کل جمعیت به دیابت مبتلا هستند.

عوامل خطر مذکور زمینه‌سازهای ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر هستند که امروزه بیشترین بار بیماری‌ها را در ایران و همچنین در اغلب کشورهای دنیا به خود اختصاص داده‌اند. عدم کنترل بموقع و مناسب این عوامل منجر به بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد ناتوانی، کاهش بهره‌وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی مردم می‌شود. نکته دیگر این است که بخشی از افراد مبتلا به این عوامل خطر نسبت به ابتلا به آنها آگاهی ندارند و برخی افراد نیز نسبت به خطرات آنها برای سلامتی مطلع نیستند. افزایش سواد سلامت و آگاهی جامعه در این باره منجر به افزایش شناخت و درک نسبت به عوارض آنها در جامعه، به‌ویژه در میان مبتلایان به آنها می‌شود و نهایتاً با تغییر رفتارهای بهداشتی، پیشگیری از شیوع این عوامل خطر و بهبود وضعیت موجود را به دنبال دارد.

جدول ۱. توزیع شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در میان جمعیت کشور

عنوان	هر دو جنس	مردان	زنان
عوامل خطر رفتاری	فعالیت فیزیکی کم ^۱	۸۰	۸۷
	عادت تغذیه‌ای نامناسب (مصرف فست‌فود)	۱۳	۱۱
	مصرف دخانیات ^۲	۱۴	۴
	مواجهه با دود دست دوم ^۳	۳۲	۲۸
عوامل خطر متابولیک	دیابت ^۴	۱۲	۱۳
	فشار خون بالا ^۵	۲۷	۲۸
	اضافه وزن و چاقی ^۶	۵۹	۶۵

مأخذ: نتایج هفتمین دوره پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۹۵، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۱. کمتر از ۶۰۰ METs (معادل ۱۵۰ دقیقه فعالیت متوسط در هفته).

۲. بر اساس افراد مصرف‌کننده دخانیات در حال حاضر.

۳. افرادی که در مواجهه با دود ناشی از مصرف دخانیات توسط دیگران هستند.

۴. ب اساس هموگلوبین گلیکوزیله بیشتر از ۶٫۴٪.

۵. براساس فشار خون سیستولیک بالاتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار خون دیاستولیک بالاتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه.

۶. براساس شاخص توده بدنی بزرگ‌تر و مساوی ۲۵.

سواد سلامت

مفهوم «سواد سلامت»^۱ در سال ۱۹۹۷ به حوزه ارتقای سلامت وارد شده است. سواد سلامت افراد به‌طور مستقیم بر توانایی آنها، نه فقط برای اقدام براساس اطلاعات بهداشتی درمانی، بلکه کنترل بیشتر سلامتی‌شان به‌عنوان اشخاص، خانواده‌ها و جوامع، اثرگذار است. سازمان بهداشت جهانی سواد سلامت را این‌گونه تعریف می‌کند: «مهارت‌های اجتماعی و شناختی که تعیین‌کننده انگیزه و توانایی افراد برای دستیابی به اطلاعات و درک و استفاده از آن هستند به‌گونه‌ای که سلامتی حفظ و ارتقا یابد»^۲. طبق این تعریف، سواد سلامت چیزی بیش از توانایی خواندن بروشورهاست. انجمن پزشکی آمریکا^۳ (IOM)، سواد سلامت را «ظرفیت افراد برای دستیابی، پردازش و درک اطلاعات سلامتی اساسی و اتخاذ تصمیمات مناسب در مورد سلامتی خود» تعریف کرده است. درحالی که تعاریف مختلفی در مورد سواد سلامت استفاده می‌شوند و این موضوع یک مفهوم در حال تحول است، واضح است که سواد سلامت چیزی بیش از صرفاً توانایی «خواندن پمفلت» و یا «فهم برچسب‌های غذایی» است. همچنین سواد سلامت یک موضوع فردی نیست، سطح بالاتر سواد سلامت در جوامع، مزایای اجتماعی را به‌دنبال دارد. بنابراین این عامل نباید تنها به‌عنوان مسئولیت فردی در نظر گرفته شود و لازم است این اطمینان ایجاد شود که دولت‌ها و نظام‌های سلامت اطلاعات شفاف، دقیق، مناسب و قابل دسترس را برای ارتقای سواد سلامت به مخاطبان گوناگون ارائه می‌دهند. به‌طور معمول برای سواد سلامت سه سطح متمایز در نظر گرفته می‌شود که عبارتند از: سطح کاربردی، سطح مفهومی و سطح توانمندسازی.

سطح کاربردی به مفهوم مهارت‌هایی است که به افراد این امکان را می‌دهد تا فرم‌های رضایت‌نامه، برچسب‌های دارویی و اطلاعات پیرامون مراقبت‌های سلامتی را بخوانند، اطلاعات کتبی و شفاهی ارائه شده از سوی پزشک، پرستاران، داروسازان و یا سایر متخصصان بهداشتی درمانی را درک کرده و براساس دستورات، به خودمراقبتی پرداخته و طبق برنامه‌ریزی انجام شده ویزیت‌های پزشکی را دنبال کنند.

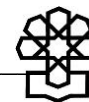
سطح دوم، سواد مفهومی است که طیف وسیعی از مهارت‌ها و شایستگی‌هایی را شامل می‌شود که افراد در طول دوره زندگی خود به‌دست می‌آورند تا مفاهیم و اطلاعات سلامتی را جستجو، درک و ارزیابی کرده و از آنها استفاده کنند تا با انتخاب‌های آگاهانه، خطرات سلامتی را کاهش و کیفیت زندگی را افزایش دهند.

طبق مفهوم سواد سلامت در **سطح توانمندسازی** (سطح سوم)، بهبود نقش فرد به شهروندی فعال در زمینه سلامت مد نظر است. این مهم از طریق ایجاد تعهد شهروندی به ارتقای سلامت و

1. Health Literacy

۲. هفتمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت، نایروبی، کنیا. اکتبر ۲۰۰۹.

3. Institute of Medicine (IOM)



پیشگیری محقق می‌شود. در این راستا آگاهی افراد از حقوق خود به عنوان بیمار و یا آگاهی از خطرات بهداشتی کالاها و خدمات به عنوان مشتری، انتخاب آگاهانه ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و عضویت در جنبش‌های اجتماعی، به‌طور فردی یا جمعی در جهت ارتقای سلامت بسیار مهم است.

سواد سلامت پدیده‌ای پیچیده است و وضعیت آن تحت تأثیر برخی عناصر قرار می‌گیرد که عبارتند از: **دسترسی** (دسترسی به رسانه‌ها، متخصصان و اطلاعات مناسب)، **مهارت** (در زمینه‌های جمع‌آوری و درک اطلاعات سلامت، به اشتراک گذاشتن اطلاعات شخصی در مورد علائم و پیشینه سلامتی، پیگیری مناسب ویزیت‌ها، اقدام براساس اطلاعات بهداشتی درمانی، تصمیم‌گیری در مورد رفتارهای بهداشتی پایه مثل تغذیه سالم و ورزش، مشارکت در مراقبت از خود و مدیریت بیماری‌های مزمن)، **دانش** (در مورد واژه‌های پزشکی و بهداشتی، مفاهیمی همچون «خطر» و کارکردهای نظام بهداشت و درمان)، **معلولیت‌ها** (مشکلات حسی، ارتباطی، یا محدودیت‌های فیزیکی و شناختی)، **ویژگی‌های ارائه‌دهنده مراقبت سلامت و نظام بهداشت عمومی** (مهارت‌های ارتباطی متخصصان سلامت، پلتفرم‌های به‌کار گرفته شده برای آموزش بیماران) و **همچنین** سایر مشخصه‌های مهم، از جمله مراحل زیست و تکامل، تفاوت‌های فرهنگی، زبانی یا تحصیلی، که باورها و دانش پیرامون سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

سواد سلامت و خودمراقبتی

خودمراقبتی یکی از ابعاد مهم سبک زندگی سلامت‌محور و از رفتارهای ارتقادهنده سلامتی است. افراد دارای سطح بالای خودمراقبتی برای سلامتی خود ارزش قائل هستند، تلاش می‌کنند از ابتلای خود به بیماری پیشگیری کنند و در صورتی که بیمار شوند سعی می‌کنند سلامتی خود را زودتر بازیابند. مراقبت از خود دسته‌ای از اقدامات است که به‌منظور حفظ و ارتقای سلامتی، پیشگیری و یا محدود نمودن بیماری‌ها توسط خود فرد انجام می‌شود و مهم‌ترین شکل مراقبت اولیه در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه محسوب می‌شود. هرچند خودمراقبتی به‌خصوص در تعامل با نظام‌های بهداشتی پیچیده برای افراد با سواد نیز ممکن است کاری دشوار باشد، اما انتظار می‌رود افراد با سواد سلامت پایین در این زمینه با مشکلات بیشتری مواجه شوند.

باتوجه به بار بالای بیماری‌ها به‌ویژه بیماری‌های مزمنی نظیر بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های تنفسی و دیابت در دنیا و همچنین ایران که هزینه‌های بسیاری را بر خانواده و نظام‌های سلامت تحمیل می‌کند، ضرورت توانمندسازی شهروندان در راستای مراقبت از خود غیرقابل‌انکار است.

افراد برای ارتقای توانایی خودمراقبتی در خود نیازمند آگاهی و نگرش مناسب هستند که این مهم از طریق افزایش سواد سلامت، قابل حصول است.

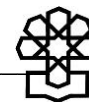
سواد سلامت و هزینه‌های سلامت

ارزیابی هزینه‌های اقتصادی ناشی از پایین بودن سطح سواد سلامت به‌خاطر کمبود داده‌ها در این‌باره مشکل است. امروزه پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که ارزیابی آثار سواد سلامت باید شامل عنصر هزینه‌ای نیز باشد. به همین خاطر بر پرداختن به سواد سلامت از نقطه نظر مالی تأکید بسیاری می‌شود. البته مطالعات محدودی نیز در مورد هزینه‌های ناشی از سواد سلامت ناکافی انجام شده است. برای مثال نتایج مطالعه‌ای که تأثیر سواد سلامت را بر استفاده از مراقبت‌های بهداشتی درمانی و هزینه‌های آن در ایالات متحده (در فاصله سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۸) مورد بررسی قرار داده است حاکی از آن است که سواد سلامت اثر معکوس بر هزینه‌ها داشته و افراد با سواد سلامت پایین‌تر از حد پایه^۱، هزینه‌های بیشتری بر نظام سلامت تحمیل نموده‌اند. در این مطالعه متوسط هزینه سالیانه داروی افراد بزرگسال با سواد سلامت پایین‌تر از حد پایه، در مقایسه با این هزینه‌ها در بزرگسالان با سطح سواد بالاتر، حدود چهار برابر بیشتر برآورد شده است. طبق نتایج مطالعه مذکور هزینه‌های ناشی از افزایش تجویزها به‌دلیل سطح سواد سلامت پایین، به تنهایی حدود ۹۲ میلیارد دلار برآورد شده است.

در مطالعه‌ای که در فاصله سال‌های ۲۰۰۷-۲۰۰۹ بر روی حدود ۹۳ هزار کهنه سرباز آمریکایی انجام شد، مشاهده شد که هزینه خدمات سلامت (سرپایی، بستری و دارو) در نمونه‌های با سطح سواد سلامت ناکافی^۲ (متوسط ۳۱۵۸۱ دلار) و در افراد با سواد سلامت متوسط (متوسط ۲۳۵۰۸ دلار) به‌طور معناداری بالاتر از هزینه‌های خدمات سلامت نمونه‌های با سطح سواد سلامت کافی (به‌طور متوسط ۱۷۰۳۳ دلار) بود. برآوردها نشان داد که در مدت زمان بررسی، مجموع این هزینه‌ها در افراد با سواد سلامت مرزی و ناکافی ۱۴۳ میلیون دلار بیشتر از هزینه‌های افراد با سواد سلامت کافی بوده است. همان‌طور که پیش‌تر

۱. براساس ابزار سنجش سواد سلامت مورد استفاده در این مطالعه، سطح سواد سلامت افراد در ۴ دسته‌بندی (کمتر از پایه، پایه، متوسط و تخصصی) تقسیم‌بندی می‌شود تا توانایی یک فرد را برای انجام موفقیت‌آمیز وظایف با پیچیدگی مشخص را ارزیابی کند. مهارت‌های سواد سلامت کمتر از پایه، تنها به توانایی انجام وظایفی همچون مشخص کردن تاریخ ویزیت بر روی تقویم اشاره دارد. مثال مهارت‌های سواد سلامت پایه، ارائه دو دلیل مبنی بر اینکه چرا لازم است تا فرد برای یک بیماری خاص تحت آزمایش قرار گیرد، می‌باشد. افراد با سطح سواد سلامت متوسط کسانی هستند که می‌توانند فعالیت‌های معمولی را انجام دهند، مثلاً با استفاده از برجسب راهنمای دارویی، زمان مصرف یک داروی تجویزی را مشخص کنند. افراد با مهارت‌های تخصصی سواد سلامت نیز قادرند فعالیت‌های پیچیده‌تر را انجام دهند برای مثال محاسبه سهم خود از هزینه‌های سلامت در جدول پرداختی کارفرما. البته براساس تعاریف فوق در مطالعه حاضر افراد براساس امتیاز کسب شده در دو گروه افراد با سطح سواد سلامت کمتر از حد پایه و افراد با سطح سواد سلامت بیشتر از حد پایه دسته‌بندی شده‌اند.

۲. در این مطالعه سواد سلامت افراد از طریق سؤالاتی که توانایی آنها را در خواندن مطالب بیمارستانی، تکمیل فرم‌های پزشکی و همچنین درک اطلاعات شفاهی و کتبی در مورد بیماری، مورد سنجش قرار می‌دهد اندازه‌گیری شده است. بر این اساس امتیاز سواد سلامت افراد که در مجموع در محدوده ۴-۲۰ قرار می‌گیرد در سه دسته‌بندی افراد با سطح سواد سلامت ناکافی (۱۲-۴)، افراد با سطح سواد سلامت مرزی (متوسط) (۱۶-۱۳) و افراد با سطح سواد سلامت کافی (۱۷-۲۰) قرار داده شد.



اشاره شد، سطح پایین سواد سلامت، عدم درک صحیح اطلاعات بهداشتی را به دنبال دارد و به استفاده نادرست از داروها منجر می‌شود. سواد سلامت پایین باعث استفاده غیرضروری از مراقبت‌های سلامت می‌شود. افراد دارای سواد سلامت ناکافی به‌طور معمول با تأخیر برای دریافت مراقبت‌های سلامت اقدام می‌کنند که این خود می‌تواند منجر به پیچیده‌تر شدن وضعیت سلامت آنها شود. موارد ذکر شده از عواملی هستند که باعث افزایش هزینه‌های سلامت در سطح افراد و همچنین نظام‌های سلامت می‌شوند. بررسی کشورهای توسعه‌یافته همچون، کانادا، آمریکا، استرالیا، سوئیس و نیوزلند نشان داده است که در سطح نظام بهداشتی و درمانی، هزینه‌های اضافی ناشی از سواد سلامت ناکافی، محدوده‌ای بین ۳ تا ۵ درصد کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را در هر سال شامل می‌شود. در سطح بیمار نیز، این میزان هزینه‌های اضافی به‌طور متغیر از ۱۴۳ دلار تا ۷۷۹۸ دلار آمریکا برآورد شده است.

شایان ذکر است ارتقای سطح سواد سلامت به این دلیل که نیازمند انجام مداخلاتی در جامعه است و همچنین منجر به تمایل بیشتر به استفاده از خدمات سلامت در میان مردم بیشتر می‌شود، انتظار می‌رود که در کوتاه‌مدت حتی باعث افزایش هزینه‌ها شود، ولی از آنجایی که به افزایش رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود در بلندمدت اثر کاهشی بر هزینه‌های سلامت خواهد داشت.

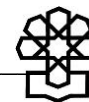
سواد سلامت و توسعه پایدار

درست همان‌طور که حقی برای دسترسی به مراقبت‌های سلامت وجود دارد، حق سواد سلامت نیز باید به رسمیت شناخته شود. طراحی برنامه‌های ارتقای سواد سلامت باید به‌عنوان یکی از جنبه‌های ضروری نظام‌های سلامت در نظر گرفته شوند. شهروندان باید در مورد سلامتی خودشان تصمیم‌گیری کنند، نه اینکه فقط تصمیماتی که دیگران برای آنها می‌گیرند را اجرا کنند. سواد سلامت یکی از عواملی است که برای زندگی در جامعه مدرن امروزی ضروری است. این مهم همزمان با نقش بالقوه‌ای که در دستیابی به آن دسته از اهداف توسعه پایدار که با سلامت مرتبط هستند ایفا می‌کند، در پیشبرد سایر اهداف توسعه پایدار نیز مؤثر است. جدول ۲ به‌طور خلاصه نحوه تأثیر سواد سلامت را بر تحقق اهداف توسعه پایدار توضیح می‌دهد.

جدل ۲. ارتباط سواد سلامت با اهداف توسعه پایدار

هدف	نحوه اثرگذاری
پایان دادن به فقر	افراد با سطح بالای سواد سلامت، رفتارهای سالم‌تری از خود بروز می‌دهند. آنها اطلاعات مربوط به سلامتی را به‌دست می‌آورند و می‌توانند براساس آن اقدام کنند. سواد سلامت افراد را قادر می‌سازد تا از خود، خانواده و جامعه‌شان در برابر بیماری‌های شدید محافظت کنند تا دچار فقر ناشی از هزینه‌های کمرشکن سلامت نشوند. البته کاهش فقر نیز به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش سواد سلامتی شود، زیرا فقرا دسترسی کمتری به آموزش، اینترنت و سایر امکاناتی که پیام‌های سلامتی اغلب از طریق آنها انتقال می‌یابند دارند.
امنیت غذایی و تغذیه بهتر	افراد دارای سطح مطلوب سواد سلامت، به‌خاطر درک بهتر اطلاعات تغذیه‌ای دست به انتخاب‌های سالم‌تری در این زمینه می‌زنند. مصرف متناسب مواد غذایی ازسوی این دسته از افراد مانع از سوءتغذیه می‌شود. مزایای تغذیه سالم در طول زندگی فرد به نسل‌های بعدی نیز منتقل می‌گردد. برای مثال مادران دارای سواد سلامتی کافی، مزایای تغذیه با شیر مادر را بهتر درک می‌کنند و از مضرات ترکیبات شیر خشک حاوی قند آگاه هستند که این مسئله برای سلامت کودک و نوزاد حائز اهمیت است.
تضمین آموزش با کیفیت، برابر و فراگیر؛ مقرر شد در مورد این قسمت، معاونت تصمیم‌گیری کند	افزایش آگاهی در مورد رژیم غذایی سالم‌تر و افزایش فعالیت فیزیکی در بین دانش‌آموزان منجر به بهبود توجه، عملکرد ادراکی و گیرایی آنها می‌گردد. در مقابل، محیط‌های آموزشی نیز به‌طور غیرمستقیم از طریق افزایش توانایی خواندن، نوشتن و تفکر انتقادی دانش‌آموزان و به‌طور مستقیم از طریق ارائه آموزش‌های ویژه در مورد رفتارهای پرخطر و آسیب‌رسان به سلامت، منجر به افزایش سواد سلامت آنها می‌شوند. از آنجایی که آموزش می‌تواند در سنین نوجوانی و به‌طور وسیع در اختیار دانش‌آموزان قرار گیرد، پتانسیل ویژه‌ای برای انجام رفتارهای سالم در اوایل عمر ایجاد می‌کند. این رفتارها می‌توانند در طول دوره زندگی تداوم یابند. همچنین دسترسی دختران نوجوان به اطلاعات بهداشتی جنسی و باروری، اغلب از طریق آموزش گروه‌های همسان، باعث می‌شود آنها بتوانند خودشان را در برابر ایدز، عفونت‌های منتقله از راه تماس جنسی و بارداری ناخواسته، بیشتر محافظت کنند. این وضعیت منجر تداوم حضور آنها در محیط تحصیل و مدرسه شده و نقش مهمی در جلوگیری از ایجاد شکاف جنسیتی در تحصیل خواهد داشت.
کار (شغل) شایسته	اقداماتی نظیر، اطلاع‌رسانی در مورد نحوه تأثیر محیط‌های کاری بر سلامت در میان کارگران، منجر به ارتقای سلامت می‌شود. این تلاش‌ها به‌طور بالقوه کارگران را قادر به مطالبه شرایط کاری بهتر و ایمن‌تر می‌کند. محیط کاری نیز همانند محیط‌های آموزشی، می‌تواند اطلاعات بهداشتی درمانی را ارائه دهند. برای مثال به‌وسیله ارائه برنامه‌های بهداشتی و یا خدمات مشاوره‌ای در محیط کار.
ترویج نوآوری و زیرساخت پایدار	دسترسی به فناوری اطلاعات و ارتباطات برای ارتقای سواد سلامت اهمیت دارد. بنابراین بهبود سواد سلامت محرکی برای پیشرفت هدف ترویج نوآوری در حوزه سلامت است، متعاقباً بهبود این حوزه‌ها نیز می‌تواند سواد سلامت را افزایش دهد. اینترنت دسترسی تقریباً بی‌نهایت به اطلاعات را فراهم می‌کند و برخلاف تبلیغات، به افراد اجازه می‌دهد تا به‌طور فعال به دنبال اطلاعات بگردند.
کاهش نابرابری	تداوم سطح پایین سواد سلامت به‌خصوص در بین محروم‌ترین جوامع، مطمئناً منجر به ادامه فقر و نابرابری خواهد شد. وضعیت بد سلامتی، در عین حال که افراد و خانواده‌ها را با بار هزینه‌های پزشکی مواجهه می‌کند منجر به کاهش توانایی فعالیت کاری و کسب درآمد می‌شود. کشورهای با درآمد پایین و متوسط و افراد فقیر در همه کشورها به‌گونه‌ای نامتناسب در معرض پیام‌رسانی‌های آسیب‌رسان به سلامتی (اغلب به‌خاطر بازاریابی محصولات هم‌چون دخانیات، الکل و غذاها و نوشیدنی‌های قندی) قرار دارند. از طریق سرمایه‌گذاری در ارتقای سواد سلامت افراد فقیرتر، می‌توان با این فشار مقابله کرد و از گسترش نابرابری، هم در کشورها و هم درون کشورها جلوگیری نمود.
صلح، عدالت و نهادهای قدرتمند	افراد دارای سواد سلامتی کافی، بهتر می‌توانند دولت را پاسخگو نگاه دارند، خواه برای دسترسی به داروهای اساسی، پوشش همگانی سلامت، حذف آلاینده‌های زیست‌محیطی و یا از میان برداشتن قوانین و همچنین اقدامات تبعیض‌آمیز. در ضمن، دولت‌های اثربخش، شفاف و پاسخگو، خود نیز اطلاعات و خدمات به‌روز و مبتنی بر شواهد را در راستای حفظ سلامتی شهروندان به آنها ارائه می‌دهند.

مأخذ: سازمان بهداشت جهانی. نهمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت. شانگهای. ۲۰۱۶.



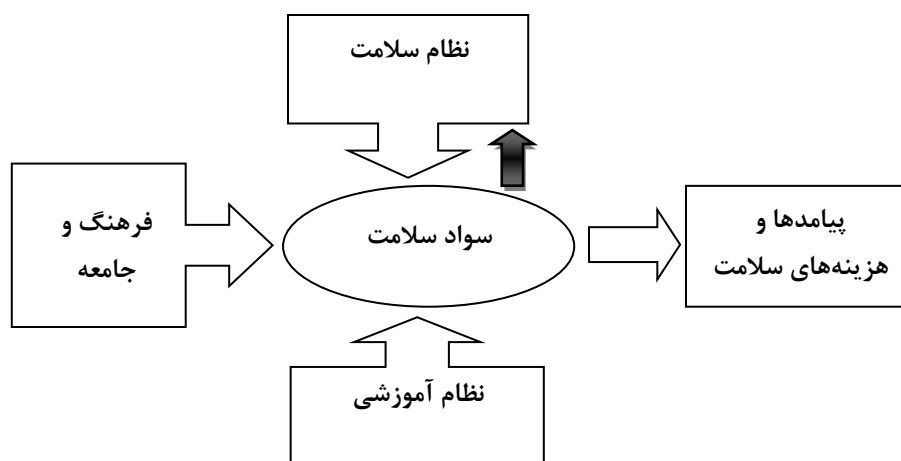
مدل‌های مفهومی سواد سلامت

براساس متون و نظریات موجود که در بخش‌های قبل گزارش به آنها پرداخته شد؛ سواد سلامت نقش مؤثری در ارتقای رفتاری‌های خودمراقبتی دارد و ارتقای آن می‌تواند در کاهش هزینه‌های سلامت مؤثر باشد. با توجه به اینکه برای اجرای موفقیت مداخلات لازم است تا ابعاد مختلف مسئله مورد واکاوی قرار گرفته و مدلی منسجم مبنا قرار گیرد؛ در ادامه تصویری کلی از مهم‌ترین مدل‌های موجود در این زمینه ارائه می‌شود تا ابعاد پیرامون سواد سلامت و پیامدهای آن به تصویر کشیده شود.

– مدل سواد سلامت انجمن پزشکی آمریکا (IOM)

این مدل در سال ۲۰۰۴ ارائه شده است. براساس آن، بخش‌های مختلف در یک کشور، مسئولیتی مشترک در ارتقای سواد سلامت دارند. طبق تأکید IOM، علی‌رغم اهمیت نقش نظام مراقبت سلامت در ارتقای سواد سلامت، تنها نظام سلامت پاسخگوی ارتقای سواد سلامت نیست. براساس این دیدگاه، IOM مجموعه‌ای از توصیه‌ها شامل انجام اقدامات بیشتر برای سواد سلامت، لحاظ نمودن استانداردهای آموزش بهداشت برای اعتباربخشی مدارس، تأمین مالی اقدامات لازم برای اجرای این استانداردها و گنجاندن سواد سلامت در برنامه آموزشی مدارس حرفه‌ای را برای ارتقای سطح سواد سلامت مطرح کرده است. در ادامه چارچوب مفهومی سواد سلامت انجمن پزشکی آمریکا مشاهده می‌شود (شکل ۲).

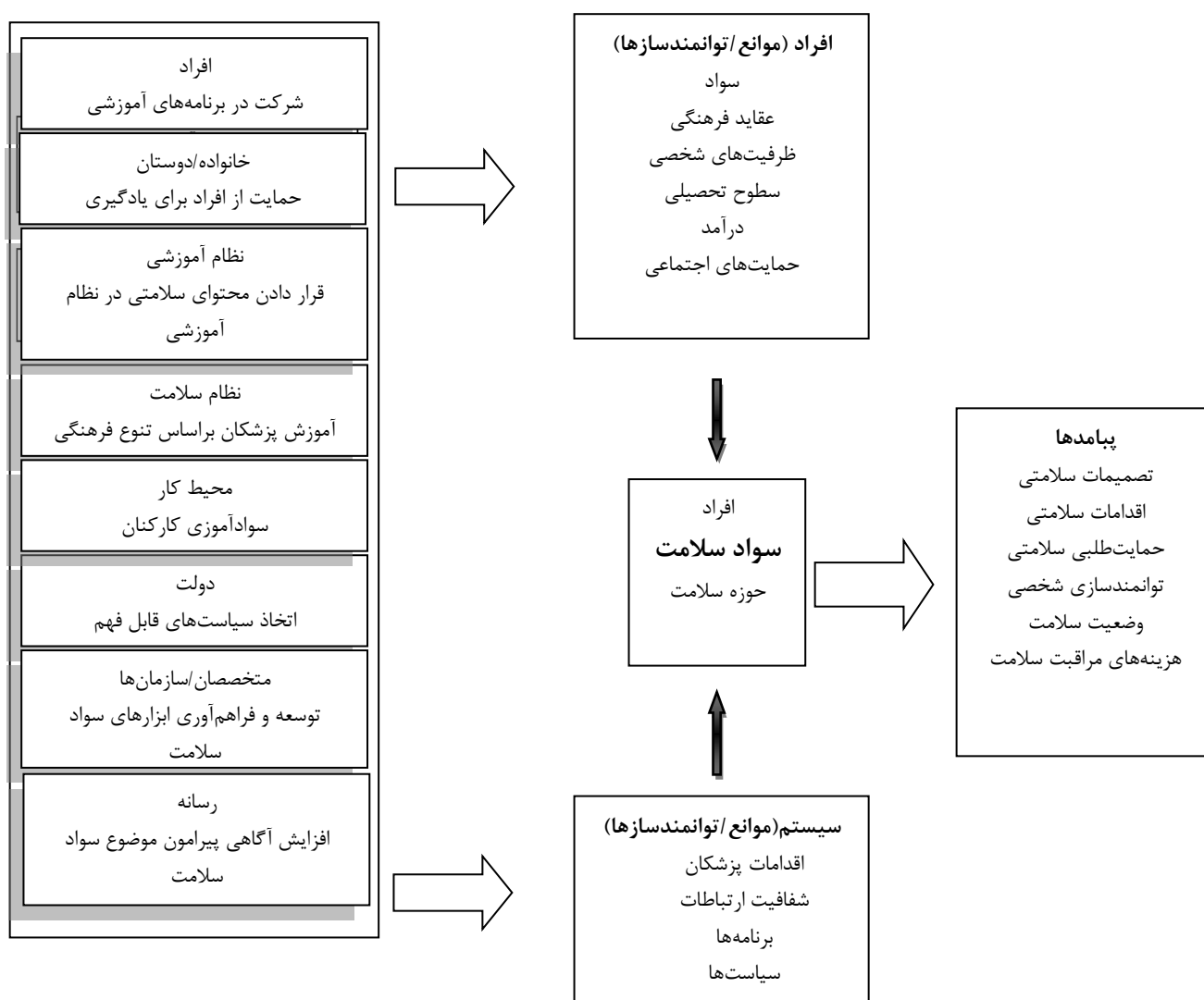
شکل ۲. چارچوب سواد سلامت انجمن پزشکی آمریکا (IOM)



– مدل سواد سلامت مورد متخصصان انجمن بهداشت عمومی کانادا^۱

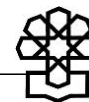
انجمن بهداشت عمومی کانادا نیز چارچوب ارائه شده در شکل ۳ را ارائه کرده است. در این چارچوب عواملی شناسایی شده‌اند که ماورای نظام سلامت هستند و باید از طریق یک استراتژی جامع و در تعامل با یکدیگر بتوانند بر سواد سلامت و پیامدهای آن تأثیر بگذارند.

شکل ۳. مدل سواد سلامت مورد متخصصان انجمن بهداشت عمومی کانادا



براساس مدل بالا، عامل فردی به تنهایی منجر به ارتقای سواد سلامت نمی‌گردد، بلکه مجموعه‌ای از عوامل مختلف شامل خانواده و دوستان (از طریق حمایت افراد)، نظام آموزشی (با ادغام محتوای

1. Canadian Public Health Association Expert Panel



مرتبط با سلامت در برنامه‌های آموزشی)، نظام سلامت (از طریق آموزش مناسب ارائه‌دهندگان خدمات)، دولت (با اتخاذ سیاست‌های شفاف)، متخصصان/سازمان‌ها (با فراهم‌سازی ابزارهای ارتقای سواد سلامت) و رسانه‌ها (از طریق افزایش آگاهی در مورد سواد سلامت) می‌توانند در ارتقای سلامت افراد و جوامع نقش مؤثری ایفا کنند. این چارچوب، موانع فردی و سیستمی که باید به‌منظور ارتقای سواد سلامت مرتفع گردند و همچنین توانمندسازهایی که لازم است در این راستا تقویت شوند را نیز شناسایی کرده است. موانع/توانمندسازهای فردی، مسائلی نظیر سطح سواد، باورهای فرهنگی، ظرفیت افراد، تحصیلات، درآمد و حمایت‌های اجتماعی را شامل می‌شود و عواملی همچون اقدامات انجام شده توسط ارائه‌دهندگان خدمات، ارتباطات شفاف، برنامه‌ها و سیاست‌ها، جزء موانع/توانمندسازهای سیستمی به‌شمار می‌روند. براساس این مدل، ارتقای سواد سلامت می‌تواند منجر به توانمندی شخص گردیده، تصمیمات و اقدامات وی در مورد سلامتی را تحت تأثیر قرار دهد و سرانجام بر وضعیت سلامتی او و همچنین هزینه‌های سلامت تأثیر بگذارد.

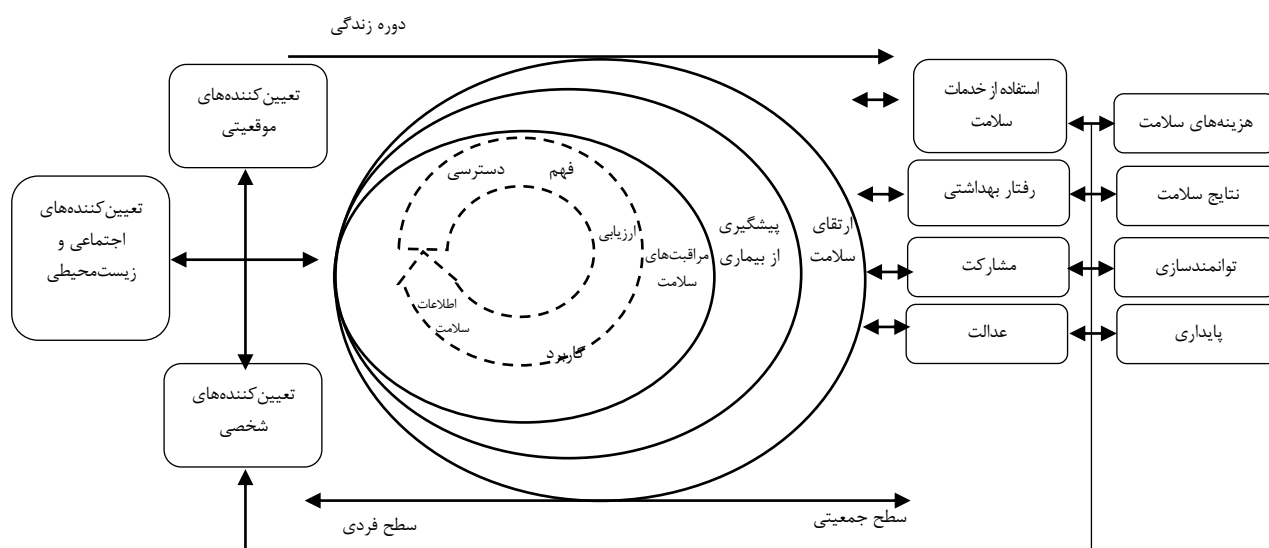
– مدل جامع سواد سلامت^۱

یکی از مدل‌هایی که با تحلیل محتوای مدل‌های موجود سواد سلامت، چارچوب مفهومی یکپارچه را درباره سواد سلامت ارائه داده است مدل جامع سواد سلامت ارائه شده توسط سورنسن^۲ و همکاران است. این مدل، مبتنی بر شواهد و با هدف بازبینی مدل‌های موجود سواد سلامت ارائه شده است. در مدل مذکور، دیدگاه‌های پزشکی و بهداشت عمومی پیرامون سواد سلامت ادغام شده‌اند. عمده مدل‌های موجود، عوامل مؤثر بر سواد سلامت را شناسایی کرده‌اند و به تأثیر سواد سلامت بر استفاده از خدمات سلامت، هزینه‌های سلامت و پیامدهای سلامت اشاره می‌کنند، ولی مسیری که نحوه ارتباط سواد سلامت را با عوامل مؤثر بر آن و همچنین پیامدهای آن نشان دهد در آنها مشخص نیست. مدل ادغام یافته سواد سلامت، چارچوبی یکپارچه از ابعاد اصلی مدل‌های موجود سواد سلامتی است که به‌منظور برطرف ساختن نقص مذکور ارائه شده است (شکل ۴).

1. Integrated Modle of Health Literacy

2. Sorensen et al , 2012.

شکل ۴. مدل ادغام یافته سواد سلامت



این مدل عوامل نزدیک و دور از مبدأ تأثیرگذار بر سواد سلامت و مسیری که در آن سواد سلامت منجر به پیامدهای سلامتی می‌شود را نشان می‌دهد. به‌طور کلی، گذر از این مسیر یا فرایند مستلزم چهار ویژگی (که در مرکز شکل مشاهده می‌شود) است. هر یک از این ویژگی‌ها همان ابعاد ضروری سواد سلامت هستند که عبارتند از:

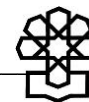
۱. **دسترسی:** توانایی جستجو و دستیابی به اطلاعات سلامت،

۲. **فهم:** توانایی درک اطلاعات به‌دست آمده،

۳. **ارزیابی:** توانایی تفسیر، پالایش و ارزشیابی اطلاعات به‌دست آمده،

۴. **کاربرد:** توانایی ارتباط و استفاده از اطلاعات به‌منظور تصمیم‌گیری برای حفظ و ارتقای سلامتی.

هرکدام از ابعاد سواد سلامت مستلزم ویژگی‌های ادراکی خاصی هستند و کیفیت اطلاعات ارائه شده نیز مهم است. **دسترسی به اطلاعات سلامتی**، به زمان، درک اطلاعات و اعتماد به آن بستگی دارد. **فهم اطلاعات**، به انتظارات، درک سودمند بودن، فردی‌سازی پیامدها و تفسیر روابط علت و معلولی بستگی دارد. **ارزیابی اطلاعات** به پیچیدگی، وجود اصطلاحات و فهم جزئیات اطلاعات بستگی دارد و **ارتباطات مؤثر** به قوه ادراک بستگی دارد. این فرایند، منجر به ایجاد دانش و مهارتی می‌شود که شخص را، یا به‌عنوان یک بیمار در محیط‌های بهداشتی و درمانی، یا به‌عنوان شخصی در معرض خطر بیماری در نظام پیشگیری از بیماری و یا به‌عنوان یک شهروند در ارتباط با تلاش‌های ارتقای سلامت در جامعه، محل کار، نظام آموزشی و... هدایت می‌کند. عبور از مراحل فرایند سواد سلامت به افراد این امکان را می‌دهد تا با استفاده از سواد عمومی و همچنین مهارت‌های خاص سواد



سلامت، در هر یک از حوزه‌ها (محیط بهداشتی درمانی، نظام پیشگیری، و جامعه، محل کار و...) اطلاعات لازم را به دست آورند، این اطلاعات را درک کرده، به طور انتقادی آن را تحلیل و ارزیابی کنند و به طور مستقل به انجام اقدامات لازم برای غلبه بر موانع شخصی، ساختاری، اجتماعی و اقتصادی پیش روی سلامتی بپردازند. از آنجایی که تقاضاها در طول زمان تغییر می‌یابند و ظرفیت پیش روی در نظام بهداشتی درمانی به توسعه‌شناختی و روانی اجتماعی و همچنین تجارب کنونی و پیشین افراد بستگی دارد، مهارت‌ها و ابعاد سواد سلامت در طول دوره زندگی توسعه یافته و در واقع تحت تأثیر یادگیری در طول عمر قرار دارند. همچنین این مدل، مفهوم پزشکی سواد سلامت را با جنبه وسیع تر بهداشت عمومی ادغام می‌کند. در واقع تأکید بیشتر بر سواد سلامت؛ خارج از محیط‌های مراقبت‌های سلامت این پتانسیل را ایجاد می‌کند تا شرایط برای بهداشت پیشگیری و کاهش فشار بر نظام‌های سلامت فراهم شود.

این مدل، سواد سلامت را در سه حوزه مد نظر دارد: حوزه مراقبت‌های سلامت، حوزه پیشگیری از بیماری‌ها و حوزه ارتقای سلامت که پیشرفت سواد سلامت را از بعد فردی به بعد جمعیت نشان می‌دهند. در ادامه رابطه بین این حوزه‌ها و هریک از ابعاد سواد سلامت نشان داده شده است (جدول ۳).

جدول ۳. نحوه ترکیب ابعاد و حوزه‌های مورد نظر برای سواد سلامت در مدل ادغام یافته

ابعاد حوزه‌ها	دسترسی/دریافت اطلاعات مربوط به سلامت	فهم اطلاعات مربوط به سلامت	پردازش/ارزیابی اطلاعات مربوط به سلامت	کاربرد اطلاعات مربوط به سلامت
مراقبت‌های بهداشتی درمانی	توانایی دسترسی به اطلاعات پیرامون موضوعات بالینی و پزشکی	توانایی درک اطلاعات پزشکی	توانایی تفسیر و ارزشیابی اطلاعات پزشکی	توانایی اتخاذ تصمیمات آگاهانه در مورد موضوعات پزشکی
پیشگیری از بیماری	توانایی دسترسی به اطلاعات پیرامون عوامل خطر سلامتی	توانایی فهم اطلاعات پیرامون عوامل خطر سلامتی	توانایی تفسیر و ارزشیابی اطلاعات پیرامون عوامل خطر سلامتی	توانایی اتخاذ تصمیمات آگاهانه در مورد عوامل خطر سلامتی
ارتقای سلامت	توانایی به‌روزرسانی اطلاعات خود پیرامون تعیین‌کننده‌های سلامتی در محیط زیستی و اجتماعی	توانایی فهم اطلاعات پیرامون تعیین‌کننده‌های سلامتی در محیط زیستی و اجتماعی	توانایی تفسیر و ارزشیابی اطلاعات پیرامون تعیین‌کننده‌های سلامتی در محیط زیستی و اجتماعی	توانایی اتخاذ تصمیمات آگاهانه در مورد تعیین‌کننده‌های سلامتی در محیط زیستی و اجتماعی

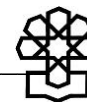
این مدل، سواد سلامت را به‌عنوان یک سرمایه برای توانمندسازی افراد در حوزه‌های مراقبت سلامت، پیشگیری از بیماری و ارتقای بهداشت در نظر می‌گیرد. از طرفی در میان عواملی که بر سواد سلامت اثر می‌گذارند، میان عوامل دورتر از مبدأ، شامل تعیین‌کننده‌های بخشی و محیطی (مثل وضعیت دموگرافیک، فرهنگ، زبان، عوامل سیاسی، نظام‌های اجتماعی) و عوامل نزدیک به مبدأ که بیشتر با تعیین‌کننده‌های شخصی مرتبط هستند (مثل سن، جنس، نژاد، وضعیت اجتماعی اقتصادی، تحصیلات، شغل، اشتغال، درآمد، سواد) و همچنین تعیین‌کننده‌های موقعیتی (مثل حمایت‌های اجتماعی، آثار خانواده و همسالان، استفاده از رسانه و محیط فیزیکی) تمایز ایجاد شده است. در این مدل علاوه بر اجزای سواد سلامت مطلوب و عوامل اثرگذار بر آن، پیامدهای اصلی سواد سلامت نیز نشان داده شده است.

همان‌طور که در مدل مشخص شده است، سواد سلامت به نوبه خود بر رفتار بهداشتی، استفاده از خدمات سلامت و در نتیجه پیامدهای سلامتی و هزینه‌های سلامت در جامعه تأثیر می‌گذارد. در سطح فردی، ارتباطات غیرمؤثر به خاطر پایین بودن سواد سلامت منجر به خطا و خطراتی برای بیمار خواهد شد. در سطح جمعیت، افراد با سواد سلامتی می‌توانند در گفتگوهای خصوصی و عمومی در مورد سلامت، پزشکی، دانش علمی و باورهای فرهنگی مشارکت کنند. بنابراین، سواد سلامتی بر طیف کامل فعالیت‌های زندگی، خانه، کار، جامعه و فرهنگ تأثیر می‌گذارد. ارتقای سواد سلامتی به تدریج باعث توانمندسازی و استقلال بیشتر فرد و افزایش کیفیت زندگی وی می‌شود. در کل جمعیت نیز، این امر عدالت و تغییرات پایدار در سلامت عمومی را به دنبال خواهد داشت.

خلاصه‌ای از برنامه‌ها و اقدامات برخی کشورها در زمینه ارتقای سطح سواد سلامت در ذیل ارائه شده است.

جدول ۴. اقدامات و برنامه‌های برخی کشورها در راستای ارتقای سواد سلامت

کشور	برنامه
آمریکا	برنامه عملیاتی ارتقای سواد سلامت در ایالات متحده بر دو اصل اساسی استوار است: همه مردم به‌منظور تصمیم‌گیری آگاهانه، از حق دسترسی به اطلاعات بهداشتی برخوردار باشند. همچنین خدمات سلامت باید به روشی که به آسانی قابل فهم هستند ارائه و در عین حال باعث ارتقای سلامتی، افزایش طول عمر و کیفیت زندگی شوند. اهداف این برنامه عبارتند از: - تولید و انتشار اطلاعات بهداشتی دقیق، در دسترس و قابل کاربرد؛ - ارتقای نظام مراقبت سلامت در جهت بهبود اطلاعات بهداشتی، ارتباطات، تصمیم‌گیری آگاهانه و دسترسی به خدمات سلامت؛ - جای دادن برنامه آموزشی و اطلاعات علمی و بهداشتی دقیق، و مبتنی بر استاندارد آموزش و مراقبت از کودکان در سطوح دانشگاهی؛ - حمایت و افزایش تلاش‌های محلی برای آموزش بزرگسالان، دستورالعمل‌های انگلیسی و خدمات اطلاعات سلامت متناسب با فرهنگ و زبان جامعه به افراد بزرگسال؛ - ایجاد مشارکت، توسعه راهنماها و تغییر سیاست‌ها؛ - افزایش و توسعه تحقیقات پایه، اجرا و ارزیابی اقدامات ارتقای سواد سلامت؛ - توسعه اقدامات و مداخلات مبتنی بر شواهد سواد سلامت و استفاده از آنها.



کشور	برنامه
کانادا	براساس چشم‌انداز تعیین شده در رویکرد بین بخشی ارتقای سواد سلامت کانادا، سواد سلامت در این کشور به سطحی خواهد رسید که همه افراد قادر به دسترسی، فهم، ارزیابی و استفاده از اطلاعات بهداشتی درمانی باشند و این اطلاعات آنها را در تصمیم‌گیری آگاهانه کمک کند و منجر به ارتقا سلامت و رفاه گردد. اهداف این رویکرد به شرح ذیل تعیین شده‌اند: بهبود سواد سلامت شهروندان از طریق: - ایجاد یک پایگاه دانش برای فراهم آوردن امکان دسترسی به آخرین اطلاعات موجود و همچنین شواهد پیرامون روش‌های مؤثر در ارتقای سواد سلامت - افزایش آگاهی و ارتقای ظرفیت همه شهروندان به منظور افزایش سطح سواد سلامت - ایجاد زیرساخت و شناسایی مشارکت‌های لازم برای اجرای رویکردی هماهنگ در راستای پیشبرد نوآوری‌ها در عرصه سواد سلامت
هلند	در سال ۲۰۰۴ در هلند بنیاد خواندن و نوشتن تأسیس شد که «برنامه ملی سواد» را راهبری می‌کند. یک برنامه بین بخشی با مشارکت همه وزارتخانه‌ها، کارفرماها، سازمان‌ها، اتحادیه‌های کارگری، جامعه کسب‌وکار و سازمان‌های غیردولتی. رویکرد این برنامه نسبت به سواد از جنبه حقوق انسان است. برنامه ملی سواد از طریق قراردادن موضوعاتی مهم نظیر سلامت، مراقبت از کودکان و تغذیه در برنامه‌های آموزشی، ارتقای مهارت افراد را دنبال می‌کند.
آلمان	برنامه‌های «همبستگی برای مدارس و آموزش سالم در آلمان»^۱ و «مهدکودک‌های سالم»^۲ از طریق مشارکت دولتی و خصوصی در چندین وزارتخانه منطقه‌ای آموزش در آلمان اجرا شده‌اند. این برنامه‌ها میان سلامت و آموزش ارتباط ایجاد می‌کنند و به منظور بهبود کیفیت آموزش کودکان، مداخلات بهداشتی را اجرا می‌کنند. شاخص‌های موفقیت این برنامه‌ها جنبه مختلف فرایند یادگیری و آموزش، رهبری و مدیریت و فرهنگ و محیط مدرسه را شامل می‌شوند.
دانمارک، انگلستان، هلند و سوئیس	برنامه‌های خودمراقبتی برای بیماری‌های مزمن^۳ که در حال حاضر در چندین کشور اروپایی همچون دانمارک، انگلستان، هلند و سوئیس اجرا می‌گردد نمونه‌ای از برنامه‌های ارتقای سواد سلامت برای افراد مبتلا به این بیماری‌هاست. همچنین برنامه بیمار خبره^۴ یکی از برنامه‌های به خوبی اجرا شده، براساس گروه‌های خود مراقب در انگلستان است. این برنامه که توسط بیماران همگروه راهبری می‌شود با نیازهای جامعه سازگار و اساس آن درک بیماران و مشارکت آنها در مراقبت‌هایشان می‌باشد.
چین	در سال ۲۰۰۸ دولت چین پروژه ارتقای سواد سلامت را آغاز کرد. بودجه سالیانه این پروژه ملی که بیشتر بر مناطق مرکزی و غربی تمرکز دارد (جایی که از نظر اقتصادی کمتر توسعه یافته است) بیش از ۴۰ میلیون دلار آمریکاست. مداخلات اصلی پروژه ارتقای سواد سلامت شامل انتقال عمومی دانش و مهارت‌های ضروری ارتقای سلامت با استفاده از انواع رسانه‌ها و اقدامات ارتقا و آموزش بهداشت در محیط‌های مختلف شامل جامعه، محیط کار بهداشتی درمانی، و از طریق نظارت مبتنی بر جمعیت است. در چین کمیسیون برنامه‌ریزی خانواده و سلامت برای افزودن سواد سلامت به عنوان یک برنامه درسی کلیدی در مدارس ابتدایی، متوسطه و سطح سوم همکاری نزدیکی با وزارت سلامت دارد. نتایج پایش ملی سواد سلامت در چین نشان می‌دهند که با اجرای مداخلات پایدار، سواد سلامت در چین از ۴۸/۶ درصد در سال ۲۰۰۸ به ۷۹/۹ درصد در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است. در سال ۲۰۱۴ دولت چین طرح راهبردی جدید ارتقای سواد سلامت (۲۰۲۰-۲۰۱۴) را براساس موفقیت‌های اولیه و حوزه‌هایی که نیازمند بهبود است ارائه کرده است.

1. Bertelsmann Stiftung's Programmes, Anschub.de.
2. Kitas Bewegen.
3. Programmes for Selfmanaging Chronic Disease.
4. Expert Patient Programme .

وضعیت سواد سلامت در ایران براساس نتایج مطالعات

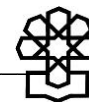
به‌منظور بررسی سطح سواد سلامت در کشور، مطالعات منتشر شده در این حوزه (در فاصله ۱۳۹۷-۱۳۹۰) جستجو^۱ و یافته‌های گزارش تحلیل شد. حاصل این جستجو ۶۴ مقاله است که درمجموع وضعیت سواد سلامت را در ۴۸۵۲۹ نفر نمونه، مورد مطالعه قرار داده‌اند. به‌طور کلی براساس یافته‌های مطالعات انجام شده در این بازه زمانی، سطح سواد سلامت ایرانیان در سطح مطلوبی قرار ندارد. از مجموع ۴۸۵۲۹ نفر نمونه که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، تعداد ۲۰۵۷۱ نفر آن مربوط به مطالعه کشوری سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرهاست که نتایج آن در سال ۱۳۹۴ منتشر شده است.

یافته‌های این بررسی بیانگر محدود بودن سواد سلامت^۲ ۴۴ درصد جمعیت شهری بزرگسال کشور (تقریباً از هر دو نفر یک نفر) در سال بررسی است. این مطالعه درصد سواد سلامت محدود در بین زنان و مردان را به‌ترتیب ۴۲ درصد و ۴۶ درصد برآورد کرده است که از نظر آماری معنادار برآورد شده‌اند. طبق نتایج مطالعه مذکور سطح سواد سلامت پایین در بین این گروه‌ها بیشتر مشاهده شده است؛ افراد بیکار، افراد سنین بالای ۵۵ سال، افراد با سال‌های تحصیل کم (۵ سال و کمتر) و همچنین زنان خانه‌دار. همچنین طبق نتایج این مطالعه از بین منابع مختلف، به‌ترتیب رادیو و تلویزیون، پرسیدن از پزشک و کارکنان بهداشتی و درمانی و اینترنت، سه منبع اصلی کسب اطلاعات سلامت گزارش شدند و منابعی نظیر پرسیدن از دوستان و آشنایان، روزنامه‌نشریات و مجلات و تلفن‌گویا در مراحل بعدی قرار داشتند.

سایر مطالعات نیز که درمجموع ۲۷۹۵۸ نفر، شامل گروه‌های جمعیتی مختلف و یا بیماران را مورد مطالعه قرار داده‌اند عمدتاً پایین بودن سطح سواد سلامت را تأیید می‌کنند. به‌طوری که بیش از ۵۵ درصد مطالعات (۳۶ مطالعه)، سواد سلامت نمونه‌های بررسی شده را در سطح پایین یا متوسط به پایین و ۱۶ درصد (۱۰ مطالعه) نیز آن را در سطح متوسط ارزیابی کرده‌اند. در این میان تنها ۲۸ درصد مطالعات (۱۸ مطالعه) سطح سواد سلامت را کافی ارزیابی کرده‌اند. در این بین مطالعات متعددی سواد سلامت را در زنان و مادران باردار و سالمندان نامطلوب ارزیابی کرده‌اند. همچنین تعداد زیادی از این مطالعات، سواد سلامت را در بیماران (همچون بیماران دیابتی، فشار خون و قلبی عروقی) نیز پایین ارزیابی کرده‌اند.

۱. در پایگاه‌های معتبر داخلی و خارجی همچون google scholar, Magiran, Iran Medex, SID, pubmed, Medline و با استفاده از کلیدواژه سواد سلامت (و معادل انگلیسی آن: Health Literacy).

۲. در این مطالعه از پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (HELIA) استفاده شد که دسترسی به اطلاعات سلامتی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و کاربرد آنها را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این ابزار، با استفاده از اطلاعات عمومی مربوط به سلامت، گویه‌های متعدد مبتنی بر ابعاد سواد سلامت شامل دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و به‌کارگیری اطلاعات سلامت طراحی شده است و نهایتاً سطح سواد سلامت مخاطبان وفق امتیازات اخذ شده به چهار دسته عالی، کافی، نه چندان کافی و ناکافی تقسیم شده است. 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 و در نتایج مطالعات گزارش شده است. امتیازبندی گویه‌های مختلف سواد سلامت براساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای انجام شده است و سواد سلامت در کل امتیاز ۰-۱۰۰ را دربرگرفته است.



جزئیات مطالعات بررسی شده در پیوست ۱ قابل مشاهده است.

سیاست‌ها و برنامه‌های کلان مرتبط با سواد سلامت در ایران

اهمیت سواد سلامت در اسناد بالادستی کشور منعکس شده است و بندهایی که به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم بر موضوع سواد سلامت تأکید کرده‌اند در مفاد آنها درج شده است که در ادامه به آنها اشاره می‌شود.

در راستای اجرای منویات اسناد بالادستی در مورد سواد سلامت کشور نیز، در طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت، بسته «ارتقای سواد سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی ترویج و توسعه خودمراقبتی و توانمندسازی مردم» به‌عنوان پنجمین برنامه، طراحی و در سال ۱۳۹۴ ابلاغ گردیده است و در قالب آن، اهدافی در راستای ارتقای سواد سلامت مشخص شده است.

الف) اسناد بالادستی

– سیاست‌های کلی سلامت (مصوب ۱۳۹۳)

۱-۲. آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه.

۲-۲. اولویت پیشگیری بر درمان.

۲-۳. تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.

۱۱. افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

– سند تحول بنیادین آموزش و پرورش (مصوب ۱۳۹۰)

- تأکید بر سلامت جسمانی، نشاط و انگیزه، به‌عنوان یکی از گزاره‌های ارزشی نظام تعلیم و تربیت.
- تأکید بر پرورش تربیت‌یافتگانی که با درک مفاهیم بهداشت فردی و اجتماعی و مسائل زیست بوم طبیعی و شهری به منزله امانات الهی، شایستگی حفظ و ارتقای سلامت فردی و بهداشت محیطی را کسب می‌کنند و با ورزش و تفریحات سالم فردی و گروهی، به نیازهای جسمی براساس اصول برگرفته از نظام معیار اسلامی، پاسخ می‌دهند.
- تأکید بر ارائه خدمات مشاوره‌ای – تربیتی در کلیه سطوح تحصیلی برای افزایش سلامت جسمی و روحی دانش‌آموزان.

– نقشه جامع علمی سلامت کشور (مصوب ۱۳۸۹)

در بین جهت‌گیری‌های کلی نقشه جامع علمی سلامت کشور، صراحتاً به موضوع کسب سواد سلامت به‌منظور تحقق جهت‌گیری ششم آن تأکید شده است. جهت‌گیری ششم نقشه جامع علمی سلامت، سرمایه‌های انسانی و بستر توسعه دانشی کشور می‌باشد و محور آن تبدیل گفتمان علمی به گفتمان مسلط جامعه است.

ذیل موضوع «ارتقای هنجارها و فرهنگ عمومی» نیز که به‌عنوان یکی از سیاست‌های لازم به‌منظور تحقق نقشه جامع علمی سلامت کشور در نظر گرفته شده است بر «ارتقای سواد سلامت جامعه» تأکید شده است.

همچنین یکی از الزامات تحقق نقشه جامع علمی سلامت کشور، «توزیع هدفمند مسئولیت آموزش سلامت به جامعه در بین نهادهای ذی‌ربط و همکاری ارگان‌های مختلف» تعیین شده است و «درصد هزینه‌های صرف شده جهت آموزش سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) و از کل بودجه آموزش کشور» نیز به‌عنوان یکی از شاخص‌های سنجش وضعیت علم و فناوری در کشور از منظر منابع انسانی در نظر گرفته شده است.

– نقشه جامع علمی کشور (مصوب ۱۳۸۹)

«توسعه آموزش و پژوهش در زمینه ترویج شیوه‌های زندگی سالم و اسلامی و نیز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و بهداشت» و «توسعه آموزش‌ها و پژوهش‌های حوزه تغذیه و پیشگیری، به‌منظور بهره‌مندی از مواد غذایی سالم و حفظ سلامت جامعه» به‌ترتیب به‌عنوان راهبرد ملی و اقدام ملی در بین راهبردها و اقدامات ملی نقشه جامع علمی کشور تعیین شده‌اند.

همچنین «دانش پیشگیری و ارتقای سلامت با تأکید بر بیماری‌های دارای بار بالا و معضلات بومی و الگوهای شیوه زندگی سالم منطبق با آموزه‌های اسلامی» از موارد مورد تأکید ذیل اولویت‌های علم و فناوری کشور در بخش «سلامت» نقشه جامع علمی کشور عنوان شده است.

– تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به‌منظور ارتقای سطح سلامت (از جمله سواد

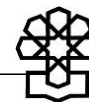
سلامت) کشور در ماده (۸۴) قانون برنامه چهارم توسعه

دولت موظف است به‌منظور نهادینه کردن مدیریت، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و هماهنگی این قلمرو از جمله امنیت غذا و تغذیه در کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری‌های ناشی از سوءتغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقدام‌های ذیل را به‌عمل آورد:

الف) تشکیل «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» با ادغام «شورای غذا و تغذیه» و «شورای عالی

سلامت» پس از طی مراحل قانونی

ب) «تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی لازم به‌منظور ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه»



این شورا در ماده (۷) قانون احکام دائمی مصوبه سال ۱۳۹۶ به صورت زیر بازنگری و به قانون دائمی تبدیل شد:

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با وظایف و ترکیب زیر تشکیل می شود:

الف) وظایف

۱. سیاستگذاری برای ارتقای سلامت و امنیت غذایی و سلامت مواد غذایی صادراتی و وارداتی
۲. بررسی و تصویب برنامه ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاست های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی
۳. تعیین و پایش شاخص های اساسی سلامت و امنیت غذایی
۴. تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح های بزرگ توسعه ای
۵. تصویب برنامه اجرایی سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت و امنیت غذایی»
۶. تصویب سازوکارهای نظارتی و رسیدگی به گزارش های نظارتی
۷. ایجاد هماهنگی میان دستگاه های اجرایی مربوط

ب) اهم برنامه ها و مصوبات اجرایی

– برنامه ملی ترویج و توسعه خودمراقبتی و توانمندسازی مردم (وزارت بهداشت، ۱۳۹۴)

در طرح تحول سلامت بسته «ارتقای سواد سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی ترویج و توسعه خودمراقبتی و توانمندسازی مردم» به عنوان پنجمین برنامه طرح تحول در حوزه بهداشت طراحی و در سال ۱۳۹۴ ابلاغ گردیده است و مقرر شده است تا پایان سال ۱۳۹۹، ۷۰ درصد جمعیت تحت پوشش برنامه ملی خودمراقبتی قرار گیرند و سواد سلامت مردم به میزان ۲۵ درصد سال پایه افزایش یابد و نظام جامع آموزش سلامت در تمام مدارس کشور استقرار یابد. در ادامه، جزئیات اهداف برنامه های وزارت بهداشت در راستای ارتقای سواد سلامت و خودمراقبتی به تصویر کشیده شده است (جدول ۵).

جدول ۵. اهداف برنامه‌های وزارت بهداشت به منظور ارتقای سواد سلامت و خودمراقبتی

هدف کلی	هدف کمی		وضعیت تا پایان سال ۱۳۹۴	سال‌های برنامه ششم توسعه				
	عنوان	واحد		۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
ارتقای سواد سلامت از طریق توانمندسازی مردم، سازمان‌ها و جوامع برای مراقبت از سلامت خود	پوشش برنامه ملی خودمراقبتی به میزان ۷۰ درصد جمعیت تحت پوشش تا پایان برنامه ششم	درصد جمعیت تحت پوشش	-	۱۰	۲۵	۴۰	۵۵	۷۰
	افزایش سواد سلامت مردم به میزان ۲۵ درصد سال پایه	میانگین امتیاز سواد سلامت	۶۸	۷۱/۴	۷۴/۸	۷۸/۲	۸۱/۶	۸۵
	استقرار نظام جامع آموزش سلامت در مدارس کشور	درصد مدارس تحت پوشش	-	۲۰	۴۰	۶۰	۸۰	۱۰۰

مأخذ: دستورالعمل اجرایی برنامه ملی خودمراقبتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۴.

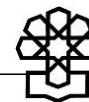
- مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (آذرماه ۱۳۹۶)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور اطلاع‌رسانی و ارتقای سواد سلامت با تأکید بر امنیت غذا و تغذیه و بیماری‌های غیرواگیر از قابلیت‌های کلیه ساختارها و نهادهای اجتماعی سمن‌ها طی یک برنامه جامع استفاده کند.^۱

- سند برنامه ارتقای فرهنگ سلامت کشور (مصوب ۱۳۹۷)

چشم‌انداز سند برنامه ارتقای فرهنگ سلامت کشور، دستیابی به جامعه‌ای برخوردار از سواد سلامت کافی و متعهد به فرهنگ سلامت و سبک زندگی اسلامی-ایرانی است که در آن مردم بتوانند با امید، آگاهی و مهارت کافی به صورت فردی و گروهی، نیازهای مربوط به سلامت خود، خانواده، همسنان و جامعه را تعیین و اولویت‌بندی کنند و برای رفع آنها، برنامه‌ریزی و اقدام نمایند تا با خودمراقبتی، همیاری متقابل و مشارکت جمعی و ساختارمند، سطح سلامت، ایمنی، آرامش، معنویت و نشاط مطلوب را با مدیریتی کارآمد، به گونه‌ای عادلانه ارتقا دهند.

۱. در زمان تدوین گزارش حاضر، مستندی در رابطه با عملکرد این مصوبه به دست نیامد، لذا طی مکاتباتی با شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، درخواست شده است تا گزارشی از عملکرد مذکور به مرکز ارائه شود؛ لذا متعاقب دریافت پاسخ، در صورتی که اقدام مؤثری انجام شده باشد در ویرایش بعدی گزارش منعکس خواهد شد.



این سند در راستای ارتقای فرهنگ سلامت، موضوعات؛ ارتقای آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد مردم برای مراقبت فعال از سلامت خود، خانواده و جامعه، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد/ خانواده / جامعه، ارتقای همکاری بین‌بخشی، مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و گروه‌های مرجع جامعه و ارتقای کمی و کیفی مداخلات آموزشی برای ترویج فرهنگ سلامت را به‌عنوان اهداف خود در نظر گرفته است. همچنین موضوعات؛ افزایش دانش و مهارت سیاست‌گذاران/ برنامه‌ریزان/ مدیران و کارشناسان دستگاه‌ها و نهادها در زمینه طراحی/ اجرا و ارزشیابی مداخلات، استفاده بهینه از ظرفیت‌های صداوسیما/ فضای مجازی/ خبرگزاری‌ها/ مطبوعات/ سینما/ نمایش/ موسیقی/ شعر/ نقاشی/ عکس و ...، توجه مؤثر به گروه‌های هدف خاص، نظیر کودکان و نوجوانان، جوانان/ زنان/ سالمندان و توان‌یابان در طراحی و اجرای مداخلات ارتقای فرهنگ سلامت، حمایت مؤثر از طراحی/ اجرا و ارزشیابی پویش‌های ملی و منطقه‌ای و حمایت مؤثر از طراحی/ اجرا/ انتشار و کاربرست نتایج پژوهش‌های ملی و منطقه‌ای را به‌عنوان راهبردهای خود در راستای ارتقای فرهنگ سلامت تعیین کرده است.

ارزیابی کارشناسی وضعیت کنونی سواد سلامت در ایران: بررسی اسناد بالادستی در ایران نیز نشان می‌دهد که در حوزه سیاستگذاری بر ارتقای سطح سواد سلامت جامعه تأکید لازم صورت گرفته است. موضوعاتی نظیر افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه افراد در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت، استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای در این راستا، توجه به سواد سلامت در نظام تعلیم و تربیت، توزیع مسئولیت آموزش سلامت در بین نهادهای ذی‌ربط و توسعه آموزش‌ها و پژوهش در این حوزه از جمله مواردی هستند که در اسناد بالادستی مورد توجه قرار گرفته‌اند.

در حوزه اجرایی؛ به‌منظور برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح سواد سلامت، ساختار مشخصی تحت عنوان دفتر آموزش و ارتقای سلامت ذیل معاونت بهداشتی وزارت بهداشت تعریف شده است.^۱ رویکرد ارتقای سواد سلامت ماهیت بین بخشی دارد که در راستای وظایف تعیین شده برای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است که از سال ۱۳۸۶ به‌طور رسمی تشکیل جلسه می‌دهد. در بررسی مصوبات این شورا متوجه می‌شویم؛ از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۶ تقریباً هر سال مصوبه‌ای در زمینه ارتقای سطح سواد سلامت از سواد تغذیه‌ای تا جلب مشارکت کلیه ساختارها و نهادهای اجتماعی سمن‌ها طی یک برنامه جامع به منظور اطلاع‌رسانی و ارتقای سواد سلامت با تأکید بر امنیت غذا و تغذیه و بیماری‌های غیرواگیر به تصویب رسیده است.^۲

۱. به دنبال تشکیل معاونت اجتماعی وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۵، دفتر آموزش و ارتقای سلامت با هدف اجتماع‌محور کردن برنامه‌های خود در سال ۱۳۹۶ به ذیل این معاونت انتقال یافت. بعد از حذف این معاونت در دولت یازدهم مجدداً در سال ۱۳۹۷ در زیرمجموعه معاونت بهداشتی قرار گرفت.

۲. عملکرد این مصوبات در سایت شورا موجود نیست.

ازسوی دیگر ظرفیت‌ها و نهادهای مختلف نظیر رسانه‌های ارتباط جمعی گسترده، دسترسی به اینترنت، قانون شوراها و شوراهای اسلامی شهر و روستا، شهرداری‌ها، آموزش و پرورش و آموزش عالی با جمعیت گسترده تحت پوشش، سازمان بسیج کشور، مساجد، هیئت‌های مذهبی و .. وجود دارند که در صورت فرماندهی واحد توسط متولی نظام سلامت می‌توانند برای اثربخشی اقدامات و پیاده‌سازی منویات اسناد و قوانین بالادستی در راستای توانمندسازی جامعه در حوزه سلامت که ضمن ارتقای آگاهی و سواد سلامت ایشان منجر به تغییر رفتار سلامت محور شود مؤثر واقع شوند.

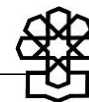
علی‌رغم وجود همه پتانسیل‌های موجود اعم از قانون، سیاست کلان، ساختار اجرایی و برنامه مصوب؛ نتیجه پژوهش‌های انجام شده، که در سال‌های مختلف و عمدتاً در گروه‌های جمعیتی متفاوت و به‌صورت پراکنده در کشور انجام شده‌اند، وضعیت سواد سلامت را در سطح مطلوبی ارزیابی نکرده‌اند. لذا می‌توان گفت؛ ضعف در رهبری درون‌بخشی و حکمرانی بین‌بخشی توسط وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت نیاز به بهبود و توجه دارد. تا نقشه‌راه مشخصی برای ارتقای سطح سواد سلامت جامعه که وضعیت شاخص‌ها و دستگاه‌های مسئول و زمانبندی مشخص در آن لحاظ شده باشد نداشته باشیم، بروز موازی‌کاری بین واحدهای اجرایی مختلف، تأمین نشدن منابع مالی و انسانی کافی و ناکارآمدی در دستیابی به اهداف تعیین شده در قوانین و اسناد بالادستی در زمینه سواد سلامت اجتناب‌ناپذیر خواهد بود.^۱

با توجه به اهمیت شواهد تولید شده در دانشگاه برای استفاده سیاستگذار در اتخاذ تصمیم‌های هدفمند، طراحی مطالعات انجام شده درخصوص سواد سلامت کشور مورد ارزیابی قرار گرفت. نتیجه این بررسی نشان می‌دهد؛ به‌منظور مدیریت بهینه منابع تحقیقاتی و استفاده کاربردی از نتایج آنها لازم است مطالعات این حوزه توسط یک مرجع مشخص ساماندهی شده و طی یک تقویم زمانی و ابزار مشخص و مورد تأیید در دستور کار قرار گیرد. به‌طوری که شواهد تولید شده توسط دانشگاه در راستای ارزشیابی و رصد اقدامات دستگاه مجری برای دستیابی به اهداف قوانین و اسناد بالادستی مورد استفاده قرار بگیرد.

جمع‌بندی و ارائه راهکار

سواد سلامت موضوعی جهانی است و نقش اساسی در تعیین نابرابری‌های سلامتی دارد. براساس مدل‌های مفهومی موجود، عواملی نظیر نظام آموزشی، نظام بهداشت و درمان، رسانه‌ها، خانواده و یا دوستان در میزان سواد سلامت افراد تأثیرگذار هستند و عواملی همچون سطح سواد، تحصیلات، باورها

۱. وزارت بهداشت نیز به برخی موارد فوق به‌عنوان چالش‌های اصلی در مقابل اجرای برنامه خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت اشاره کرده است.



و یا سیاست‌ها، براساس وضعیتی که دارند می‌توانند به‌عنوان پیشران یا موانعی در ارتقای سطح سواد سلامت ایفای نقش کنند. سواد سلامت از طریق توانمندسازی افراد در اتخاذ تصمیم‌های مطلوب در مورد سلامتی، تأثیر مثبتی بر وضعیت سلامتی آنها خواهد گذاشت. افراد دارای سطح سواد سلامت مطلوب، نسبت به لزوم رفتارهای پیشگیرانه آگاه‌تر هستند که این امر نقش مهمی در حفظ و ارتقای سلامت ایفا می‌کند. سطح بالاتر سواد سلامت با جلب توجه افراد نسبت به تعیین‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی، مزایای اجتماعی را به همراه دارد. سواد سلامت به‌عنوان تسهیلگری در دستیابی به اهداف توسعه پایدار محسوب می‌شود.

همان‌طور که مشاهده شد برخی کشورها اقدام به طراحی برنامه‌هایی ویژه جهت ارتقای این عامل کرده‌اند یا در سیاست‌های بهداشتی درمانی خود این موضوع را مورد توجه قرار داده‌اند.

بررسی اسناد بالادستی در ایران نیز نشان می‌دهد که در حوزه سیاستگذاری تأکید زیادی بر ارتقای سطح سواد سلامت جامعه شده است و ساختار لازم در حوزه اجرایی نیز موجود بوده برنامه‌هایی در این راستا توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت صورت گرفته است، ولی براساس نتایج مطالعات، سطح سواد جامعه تا سطح مطلوب فاصله داریم.

از این رو می‌توان گفت؛ اقدامات صورت گرفته توسط دولت‌ها در اتخاذ سیاست‌های هم‌راستا با قوانین و اسناد بالادستی در حوزه سواد سلامت مطلوب نبوده و بازنگری سیاست‌ها و مداخلات طراحی شده در راستای تقویت اثربخشی اقدامات و برنامه‌ها ضرورت دارد.

از آنجایی که افراد با سطح سواد سلامت پایین رفتارهای خودمراقبتی کمتری از خود بروز می‌دهند و از طرفی با توجه به تأثیر این عامل بر میزان مناسب و به‌هنگام استفاده از امکانات بهداشتی درمانی و متعاقباً اثربخشی هزینه‌های سلامت، سطح نامطلوب آن نه فقط به‌عنوان مشکل بیماران، بلکه در مقام چالشی برای نظام سلامت کشور محسوب می‌شود.

همان‌طور که ملاحظه شد بار بیماری‌ها در کشور به سمت بیماری‌های مزمن تغییر یافته است که هزینه‌های بسیاری را بر خانواده و نظام‌های سلامت تحمیل می‌کنند و ارتقای سواد سلامت، به‌ویژه به‌خاطر نقش مؤثر آن در توانمندسازی افراد در کنترل عوامل خطر بیماری‌ها و خودمراقبتی در این باره، اهمیتی دوچندان پیدا کرده و لذا ارتقای آن در جامعه امری اجتناب‌ناپذیر است. به‌منظور ارتقای وضعیت موجود راهکارهای ذیل پیشنهاد می‌شوند:

– در حوزه تقنین

الف) نظارت بر حسن اجرای قوانین موجود؛ موضوع سواد سلامت در اسناد و قوانین بالادستی به‌خوبی مورد توجه قرار گرفته است و لذا در شرایط حاضر تصویب قوانین جدید در این زمینه ضرورت ندارد و

لازم است رصد میزان هم‌راستایی اقدامات ارتقای سواد سلامت با احکام و بندهای موجود در دستور کار قرار گیرد، ازجمله:

- سیاست‌های کلی سلامت (افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی).

- سند تحول بنیادی آموزش و پرورش (تأکید بر سلامت جسمانی، نشاط و انگیزه، به‌عنوان یکی از گزاره‌های ارزشی در نظام تعلیم و تربیت).

- نقشه جامع علمی سلامت کشور (توزیع هدفمند مسئولیت آموزش سلامت به جامعه در بین نهادهای ذی‌ربط).

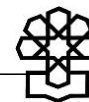
- نقشه جامع علمی کشور (توسعه آموزش و پژوهش در زمینه ترویج شیوه‌های زندگی سالم و اسلامی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و توسعه آموزش‌ها و پژوهش‌های حوزه تغذیه و پیشگیری).

ارزیابی عملکرد مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در حوزه ارتقای سواد سلامت جامعه.

ب) تقویت جایگاه سند ارتقای فرهنگ سلامت کشور؛ بخش عمده دستگاه‌های اجرایی که به‌عنوان همکار در اجرای اقدامات مربوط به همکاری بین بخشی در سند ارتقای فرهنگ سلامت تعیین شده‌اند عضو شورای فرهنگ عمومی نیستند^۱ (برای مثال؛ وزارت کشور، سازمان برنامه بودجه، وزارت بهداشت، وزارت راه و شهرسازی، شهرداری‌ها، نیروی انتظامی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه و...) و با توجه به اینکه مصوبات شورای مذکور پشتیبان‌های برای اجرایی شدن از جانب دستگاه‌هایی که عضو آن نیستند را نیز ندارد؛ شایان ذکر است وزارت بهداشت یکی از این دستگاه‌هاست که مجری اصلی عمده اقدامات مذکور در راستای اقدامات هماهنگی بین بخشی این مصوبه نیز می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود سند ارتقای فرهنگ سلامت کشور^۲ به‌منظور افزایش ضمانت اجرایی به تصویب شورای عالی انقلاب فرهنگی برسد.

۱. طبق ماده (۲) آیین‌نامه شورای فرهنگ عمومی کشور مصوب ۱۳۷۲/۱۰/۲۱ شورای عالی انقلاب فرهنگی، اعضای شورای فرهنگ عموم کشور عبارتند از: وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی به‌عنوان رئیس، یک نفر از اعضای منتخب شورای عالی انقلاب فرهنگی، رئیس سازمان تبلیغات اسلامی، رئیس سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی، یک نفر از اعضای منتخب کمیسیون ارشاد و هنر اسلامی مجلس شورای اسلامی، وزیر فرهنگ و آموزش عالی یا نماینده تام‌الاختیار ایشان، وزیر آموزش و پرورش یا نماینده تام‌الاختیار ایشان، وزیر کشور یا نماینده تام‌الاختیار ایشان، وزیر اطلاعات یا نماینده تام‌الاختیار ایشان، یکی از اعضای شورای مرکزی جهاد دانشگاهی که به مسائل فرهنگی و هنری آشنا باشد به انتخاب شورای جهاد، یک نفر از ارباب جراید (صاحب امتیاز یا مدیر مسئول) به پیشنهاد وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی و تصویب شورای عالی انقلاب فرهنگی، سه تا پنج نفر از شخصیت‌های معتبر فرهنگی و هنری به پیشنهاد وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی و تصویب شورای عالی انقلاب فرهنگی، رئیس سازمان تربیت بدنی کشور، معاون پژوهشی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی به‌عنوان دبیر شورای فرهنگ عمومی، نماینده وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی در شورای فرهنگی اجتماعی زنان و یک نفر به انتخاب شورای فرهنگی اجتماعی زنان و تأیید رئیس شورای فرهنگی عمومی کشور.

۲. با توجه به اینکه طبق قانون برنامه ششم توسعه و سیاست‌های کلی سلامت، وزارت بهداشت متولی نظام سلامت در کشور شناخته می‌شود؛ لازم است محتوای سند مورد تأیید وزارت متبوع باشد.



- در حوزه اجرا

در حوزه اجرا ضمن اینکه لازم است اهداف اختصاصی در جهت تحقق اهداف و راهبردهای سند ارتقای فرهنگ سلامت کشور تعیین شوند؛ موضوعات ذیل از نکات محوری هستند که در تعیین این اهداف و اجرای سند مورد توجه قرار می‌گیرند:

- ارزیابی وضعیت موجود: اولین اقدام ضروری به‌منظور بهبود شرایط کنونی، ارزیابی وضعیت موجود از طریق انجام پیمایش‌های ملی و دوره‌ای وضعیت سواد سلامت در کشور است. ضمناً لازم است پژوهش‌های حوزه سواد سلامت نیز سامان‌دهی و هدفمند شود تا علاوه بر استفاده بهینه از بودجه‌های تحقیقاتی، نتایج آنها قابلیت مقایسه داشته باشد و بتوانند به‌عنوان ابزارهای مناسبی برای رصد عملکرد حوزه اجرایی و بازنگری سیاست‌های موجود در این حوزه مورد استفاده قرار گیرند.

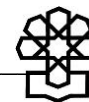
- بازبینی برنامه‌های کنونی و طراحی مداخلات برای گروه‌های مختلف با جلب مشارکت جامعه: لازم است با عنایت به منویات اسناد بالادستی، بازبینی و اصلاح برنامه‌های موجود و تدوین برنامه‌های جدید در دستور کار قرار گیرد. در این راستا تلاش جهت آگاه‌سازی افراد و تبدیل آنها به شهروندانی توانمند و فعال در زمینه شناسایی مسائل سلامت خود، خانواده و محیط خود باید مورد توجه قرار گیرد، به‌گونه‌ای که قادر باشند برای مسئله شناسایی شده، راهکار مناسب ارائه کنند و در اجرا و پایش راهکارها به‌طور مؤثری ایفای نقش نمایند. با تقویت سواد سلامت با رویکرد توانمندسازی مردم می‌توان از تصمیم‌سازی با رویکرد سنتی از بالا به پایین در حوزه سلامت عبور کرده و در راستای برنامه‌ریزی برای سلامت مردم با مشارکت ایشان و مبتنی بر رفع نیازهای واقعی آنها در این زمینه اقدام نمود.

همچنین تدوین و اجرا و ارزشیابی مداخلات با جلب مشارکت جامعه و با در نظر گرفتن همه گروه‌ها، اعم از بیماران در محیط‌های بهداشتی درمانی، افراد در معرض خطر در نظام پیشگیری و شهروندان برای انجام اقدامات حفظ‌کننده و ارتقادهنده سلامت در محیط خانه و اجتماع همچون محل کار، محیط آموزشی و... به ارتقای فراگیر، همه‌جانبه و اثربخش این متغیر در جامعه کمک می‌کند. تلاش‌های متولی این حوزه باید در جهتی باشد که هدف «توانمندسازی جامعه» با محوریت سبک زندگی سالم و مردمی شدن موضوع سواد سلامت مبنای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات قرار گیرد.

- تمرکز منابع و تقویت هماهنگی بین بخشی: بهبود سواد سلامت تنها توسط بخش بهداشت و درمان نمی‌تواند حاصل شود و لازم است تا از طریق ایجاد یک استراتژی جامع، عوامل درون بخش بهداشت و درمان و عواملی که ماورای آن هستند با هم در تعامل قرار گیرند. اثربخشی برنامه‌های ارتقای سواد سلامت مستلزم تقویت هماهنگی بین بخشی وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت و سایر نهادها و ارگان‌های مؤثر در این رابطه است، مثل وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، رسانه‌ها (صداوسیما)، شهرداری‌ها و شوراهای اسلامی شهر و روستا و... با تقویت همکاری‌های بین بخشی،

شرایط برای بسیج امکانات و اجتناب از اقدامات موازی و یا متناقض فراهم می‌شود و ضمن استفاده از توان بالقوه بخش‌های مختلف و همچنین هدایت جریان اطلاعات از طریق آنها، تعهد ایشان نیز نسبت به این مهم افزایش می‌یابد. در این راستا وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت می‌تواند نقش راهبری مؤثر را در ایجاد و ارتقای هماهنگی اقدامات بین بخشی ایفا کند.

- تقویت ظرفیت‌های کنونی و استفاده از ظرفیت‌های بالقوه: در کنار استفاده حداکثری از ابزارهای موجود از قبیل رسانه‌های فراگیر ارزان‌قیمت و همچنین رسانه‌های قابل فهم برای افراد دارای سطح سواد سلامت پایین نظیر تلویزیون و رادیو که در بررسی کشوری سواد سلامت نیز به‌عنوان منابع اصلی کسب اطلاعات سلامتی عنوان شده‌اند، لازم است متولیان این حوزه از ظرفیت دسترسی بالای جمعیت کشور به اینترنت و گوشی‌های هوشمند، سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه سلامت، سازمان بسیج مستضعفین، مساجد، هیئت‌های مذهبی و... نیز به‌عنوان یک فرصت ویژه برای انتقال اطلاعات سلامتی بهره ببرند.



پیش از بررسی جدول جزئیات مطالعات انجام شده پیرامون سواد سلامت در کشور، شایان ذکر است که این مطالعات ابزارهای سنجش متفاوتی را مورد استفاده قرار داده‌اند که هرکدام از منظری سواد سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بیش از نیمی از مطالعات (۳۳ مطالعه)، از پرسشنامه سواد سلامتی عملکردی بزرگسالان یا به اختصار ^۱(TOFHLA) استفاده کرده‌اند که شامل دو بخش محاسبات و درک خواندن است. بخش محاسبات، توانایی درک توصیه‌های آموزشگران سلامت و اقدام براساس این توصیه‌ها را مورد سنجش قرار می‌دهد. این بخش دارای ۱۰ نکته و توصیه بهداشتی در زمینه داروهای تجویز شده، زمان مراجعه به پزشک، مراحل استفاده از کمک مالی و یک مثال در مورد نتیجه آزمایش بالینی است. بخش درک خواندن نیز توانایی خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت‌های سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. متون شامل دستورات آمادگی برای عکسبرداری از دستگاه گوارش فوقانی، حقوق و مسئولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه‌نامه و فرم استاندارد رضایتنامه بیمارستانی است. در مجموع نمرات دو بخش درک خواندن و محاسبه، بین ۰-۱۰۰ است که در سه سطح سواد ناکافی/محدود (۰-۵۹)، سواد مرزی/متوسط (۶۰-۷۴) و سواد کافی/مطلوب (۷۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی شد.

گروه دیگری از مطالعات (۲۲ مطالعه)، نیز از پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان ایرانی^۲ (HELIA) استفاده کرده‌اند که دسترسی به اطلاعات سلامتی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و کاربرد آنها را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این ابزار، با استفاده از اطلاعات عمومی مربوط به سلامت، گویه‌های متعدد مبتنی بر ابعاد سواد سلامت شامل دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و به کارگیری اطلاعات سلامت طراحی شده است و در نهایت سطح سواد سلامت مخاطبان وفق امتیازات اخذ شده به چهار دسته عالی، کافی، نه‌چندان کافی و ناکافی تقسیم شده است. براساس نظر محققان از مجموع دو دسته نه‌چندان کافی و ناکافی، دسته «سواد سلامت محدود» و از مجموع دو دسته عالی و کافی، دسته «سواد سلامت مطلوب» استخراج و در نتایج مطالعات گزارش شده است. امتیازبندی گویه‌های مختلف سواد سلامت براساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای انجام شده و سواد سلامت در کل امتیاز ۰-۱۰۰ را در بر گرفته است.

تعداد محدود مطالعات باقی‌مانده (مجموعاً ۹ مطالعه) نیز هرکدام ابزارهای متفاوتی را بدین شرح مورد استفاده قرار داده‌اند:

1. Test of Functional Health Literacy in Adults.
2. Health Literacy for Iranian Adults.

- پرسشنامه سلامت عملکردی، ارتباطی و انتقادی:^۱ سواد سلامت را در سه حیطه: ۱. عملکردی (توانایی خواندن و استفاده از اطلاعات و برچسب‌ها (بهداشتی درمانی) بدون کمک دیگران)، ۲. ارتباطی (استخراج و جمع‌آوری، درک، استفاده و انتقال اطلاعات بهداشتی درمانی) و انتقادی (تشخیص قابلیت استفاده، اطمینان و اعتبار اطلاعات بهداشتی درمانی و توان تصمیم‌گیری در این باره) ارزیابی می‌کند.
- پرسشنامه محقق ساخته سنجش سواد سلامت والدین کودکان:^۲ سواد سلامت را در حیطه‌های تغذیه، رشد و تکامل، ایمنی و پیشگیری از آسیب و صدمه، ارقام و اطلاعات پزشکی و بهداشتی ارزیابی می‌کند.
- پرسشنامه جدیدترین نشانه حیاتی:^۳ درک فرد را از برچسب استاندارد اطلاعات غذایی مربوط به یک بستنی می‌سنجد (برچسب استاندارد اطلاعات غذایی مربوط به بستنی به فرد داده می‌شود و از وی خواسته می‌شود تا به‌دقت آن را مطالعه کند و به سؤالات پاسخ دهد).
- پرسشنامه محقق ساخته سواد سلامت الکترونیک:^۴ توانایی یافتن، تحلیل کردن و به‌کار بردن اطلاعات الکترونیکی در حیطه مسائل بهداشتی درمانی را ارزیابی می‌کند.
- پرسشنامه سواد سلامت مادری و نتایج بارداری:^۵ وضعیت افراد را در موارد زیر ارزیابی می‌کند: توانایی خواندن و نوشتن، فهم اصطلاحات پزشکی دوران بارداری، فهم و تفسیر اطلاعات ساده بهداشتی مثل مسواک زدن، شستن دست‌ها، رعایت آموزش‌های مراقبان بهداشتی، خواندن و فهمیدن تاریخ مراجعات بعدی، خواندن و تفسیر دستورالعمل‌های پزشکی، داشتن اطلاعات کافی در مورد رژیم غذایی دوران بارداری و مهارت کافی برای تهیه رژیم غذایی، آگاهی و مهارت کافی در مورد نحوه مراقبت از کودک، توانایی کسب اطلاعات از طریق کتابخانه یا اینترنت.
- پرسشنامه سواد سلامت دهان بزرگسالان: این موارد را ارزیابی می‌کند؛ سواد خواندن و دانش پیرامون سلامت دهان (درک خواندن)، سواد خواندن ارقام نسخه دندانپزشکی و استفاده از آنها، مهارت‌های ارتباطی و همچنین مهارت تصمیم‌گیری یعنی مهارت کاربرد سواد در راستای مشکلات متداول بهداشت دهان.
- پرسشنامه سنجش سواد سلامت تهیه شده توسط وزارت بهداشت چین: این ابزار، دانش عمومی، دانش بیماری‌های عفونی و مفاهیم مختلف بهداشتی درمانی، مهارت‌های سلامتی و رفتارهای بهداشتی را می‌سنجد.

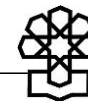
۱. Functional, Communicative, and Critical Health Literacy به‌اختصار FCCHL: توان عملکردی (خواندن و استفاده از اطلاعات و برچسب‌ها بدون کمک دیگران)، ارتباطی (استخراج و جمع‌آوری، درک، استفاده و انتقال اطلاعات سلامتی) و انتقادی (تشخیص قابلیت استفاده، اطمینان و اعتبار اطلاعات و توان تصمیم‌گیری) را براساس اطلاعات سلامتی می‌سنجد.

۲. آگاهی از حیطه‌های تغذیه، رشد و تکامل، ایمنی و پیشگیری از آسیب و صدمه، سواد عددی، اطلاعات پزشکی و بهداشتی را اندازه‌گیری می‌کند.

۳. Newest Vital Sign به‌اختصار NVS: درک فرد را از برچسب استاندارد اطلاعات غذایی می‌سنجد.

۴. E-Health Literacy Scale (P-EHEALS) Questionnaire.

۵. Maternal Health Literacy and Pregnancy Outcome Questionnaire به‌اختصار MHLAPQ: برخی ابعاد بارداری، همچون اولین و آخرین روز بارداری، سن بارداری، شکایات رایج، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، اطلاعات آزمایشگاهی و... را می‌سنجد.

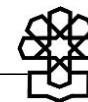


جدول مطالعات مربوط به سطح سواد سلامت در ایران

ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۱	خدادادی، عفت. سواد سلامت دهان در والدین و تأثیر آن بر وضعیت سلامت دندان فرزندان آنها، ۲۰۱۶.	کودکان سنین ۲۱ تا ۸۴ ماه مراجعه کننده به کلینیک دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۳۸۴ نفر	پرسشنامه سواد سلامت دهان بزرگسالان ^۱	میانگین سواد سلامت بالای متوسط ارزیابی شد.
۲	دشتی، ساره. سواد سلامت الکترونیک دانشجویان پزشکی و علوم بهداشتی در مشهد، ۲۰۱۷.	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۹۲ نفر	پرسشنامه میزان سواد سلامت الکترونیک ^۲	سواد سلامت الکترونیک پایین ارزیابی شد.
۳	جوهری نعیمی، احمد و همکاران. ارتباط بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دارای فشار خون در تهران، ۲۰۱۷.	بیماران دارای فشار خون بالا (در دسترس)، ۴۰۰ نفر	HELIA	میانگین نمره سواد سلامت ۶۸/۶۶ (از ۱۰۰) ارزیابی شد.
۴	صلحی، مهناز و جرمند، هانیه. ارزیابی سواد سلامت کارکنان شهرداری شمیرانات، ۲۰۱۷.	کارکنان دفتری شهرداری شمیرانات، ۳۶۰ نفر	HELIA	میانگین سواد سلامت ناکافی ارزیابی شد.
۵	مهدی زاده، مهرسادات و صلحی، مهناز. رابطه بین رفتارهای خود مراقبتی و سواد سلامت بین زنان سالخورده در ایران، ۲۰۱۸.	زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، ۳۶۰ نفر.	S-TOFHIA	میانگین سواد سلامت ناکافی ارزیابی شد ۷۶/۳ درصد افراد مورد مطالعه سواد سلامت ناکافی، ۲۰/۸ درصد متوسط و ۵/۶ درصد سواد سلامت کافی داشتند.
۶	چجایی، فاطمه و همکاران. رابطه بین سواد سلامت و دانش در بیماران مبتلا به فشارخون در اصفهان، ۲۰۱۸.	بیماران مبتلا به فشار خون در اصفهان، ۷۰۰ نفر	HELIA	سواد سلامت در بیش از ۷۵ درصد افراد ناکافی ارزیابی شد.

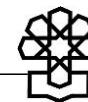
1. Oral Health Literacy-Adults Questionnaire.
2. E-Health Literacy Scale (P-EHEALS) Questionnaire.

ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۷	چهارده چریک، نیما و همکاران. ارتباط بین سواد سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، ۲۰۱۸.	بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ (۲۰ تا ۶۵ ساله) مراجعه‌کننده به مراکز کنترل دیابت اهواز، ۱۷۵ نفر	HELIA	میانگین سواد سلامت در حد کافی ارزیابی شد.
۸	خاجویی، رضا و صالحی، فاطمه. سواد سلامت در دانش‌آموزان دبیرستانی ایران، ۲۰۱۷.	دانش‌آموزان دبیرستانی در کرمان، ۳۱۲ نفر	پرسشنامه سنجش سواد سلامت تهیه شده توسط وزارت بهداشت چین ^۱	تنها ۲۹ درصد افراد دارای سواد سلامت کافی بودند.
۹	صاحب‌الزمانی، محمد. رابطه سواد سلامت و عملکرد و رضایتمندی جنسی در زوجین نابارور مراجعه‌کننده به مؤسسه رویان، ۲۰۱۸.	زوجین نابارور مراجعه‌کننده به مؤسسه رویان، ۱۹۳ نفر	TOFHIA	سواد سلامت در بیشتر افراد (۴۹/۷ درصد مردان و ۴۴/۱ درصد زنان) در سطح مرزی ارزیابی شد. به‌ترتیب ۳۲/۱ و ۲۳/۸ درصد زنان و ۲۸/۵ و ۲۱/۸ درصد مردان سواد سلامت کافی و ناکافی داشتند.
۱۰	پرویزی، محمدمهدی. سواد سلامت در بیماران مبتلا به بیماری ای بی، ۲۰۱۷.	بیماران پنج سال و بالاتر مبتلا به ای بی ۱، ۳۳ نفر	HELIA	سواد سلامت در ۵۸ درصد افراد، کافی یا عالی و ۴۳ درصد نیز ناکافی ارزیابی شد.
۱۱	جراحی، لیدا. ارزیابی سواد سلامت عمومی زنان در مشهد، ۲۰۱۷.	زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در مشهد، ۲۵۰ نفر	ترجمه و نمونه بومی پرسشنامه REALM-R	سواد سلامت ۵۱ درصد از افراد ناکافی ارزیابی شد.
۱۲	قبادی، مینا. سواد سلامت، وضعیت عاطفی منفی و رفتارهای خودمراقبتی در دیالیز، ۲۰۱۵.	بیماران در مرحله پایانی بیماری کلیوی مراجعه‌کننده به واحدهای دیالیز مربوط به دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲۴۰ نفر	TOFHIA	سواد سلامت در ۲۵ درصد موارد ناکافی، در ۹/۸ درصد مرزی و در ۶۵/۲ درصد نیز کافی ارزیابی شد.
۱۳	سیدالشهدایی، مهناز. بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، ۱۳۹۴.	بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲۰۰ نفر	TOFHIA	میانگین نمره سواد سلامت مطلوب ارزیابی شد.



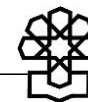
ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۱۴	قائدی، معصومه. بررسی رابطه سطح سواد بهداشتی و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهرستان بستک، ۱۳۹۵.	بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهرستان بستک، ۲۶۵ نفر	HELIA	سواد سلامت در ۵۱/۷ درصد افراد پایین ارزیابی شد.
۱۵	رئیزی، مهنوش. سواد سلامت ارتباطی و انتقادی و خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲، ۱۳۹۳.	بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به کلینیک دیابت حضرت علی اصفهان، ۱۸۷ نفر	FCCHL	میانگین نمره سواد سلامت، متوسط ارزیابی شد.
۱۶	ایزدی راد، حسین. رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی، رفتارهای پیشگیرانه و استفاده از خدمات سلامت در منطقه بلوچستان، ۱۳۹۴.	جمعیت سنین ۱۸ تا ۶۵ سال شهرهای بلوچستان، ۴۰۰ نفر	HELIA	تنها ۳۲ درصد افراد از سواد سلامت کافی برخوردار بودند.
۱۷	ضاربان، ایرج. بررسی میزان سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی و بهره‌مندی از خدمات سلامت در زنان منطقه بلوچستان، استان سیستان و بلوچستان، ۱۳۹۵.	زنان سنین ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن در شهرهای منطقه بلوچستان، ۲۴۷ نفر.	HELIA	سطح سواد سلامت در ۳۲/۴ درصد از زنان در محدوده کافی ۳۴/۴ درصد در حد مرزی و ۳۳/۲ درصد در حد ناکافی ارزیابی شد.
۱۸	سجادی، حمیرا. بررسی ارتباط سواد سلامت با سبک زندگی در زنان روستایی همسر دار مرکز بهداشت ایذه در سال، ۱۳۹۵.	زنان ۱۸ تا ۴۵ سال همسر دار روستایی و با سواد ایذه، ۲۴۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت ۶۲ درصد افراد در سطح پایین (مرزی و ناکافی) ارزیابی شد.
۱۹	رئیزی، مهنوش. رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان، ۱۳۹۰.	سالمندان سنین ۶۰ سال به بالای شهر اصفهان، ۳۵۴ نفر	TOFHLA	سواد سلامت ۷۹/۶ درصد افراد در حد ناکافی، ۱۱/۶ درصد در حد مرزی و تنها ۸/۸ درصد کافی ارزیابی شد.
۲۰	کوشیار، هادی. بررسی رابطه سواد سلامت با تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به دیابت ساکن جامعه، ۱۳۹۲.	افراد سنین بالای ۶۰ سال مبتلا به دیابت شهر مشهد، ۳۰۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت ۷۰ درصد افراد، ناکافی ارزیابی شد.

ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۲۱	نکوئی مقدم، محمود. سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان، ۱۳۹۱.	افراد باسواد سنین بالای ۱۷ سال جامعه شهری کرمان، ۱۰۰۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۶۰ درصد از افراد، پایین (ناکافی و مرزی) ارزیابی شد.
۲۲	کریمی، سعید. سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی، بهره‌مندی از خدمات سلامت و رابطه بین آنها در بزرگسالان، ۱۳۹۲.	افراد سنین ۱۸-۶۴ سال شهر اصفهان، ۳۰۰ نفر	TOFHLA	میانگین نمره سواد سلامت ۲/۴ و در حد متوسط ارزیابی شد.
۲۳	محبت، محسنی. رابطه سواد سلامت و وضعیت سلامت جسمانی در سالمندان شهر کرمان، ۱۳۹۴.	سالمندان شهر کرمان، ۲۰۰ نفر	TOFHLA	سطح سواد سلامت در بیشتر افراد مورد مطالعه (۵۲/۵ درصد) ناکافی ارزیابی شد.
۲۴	رفیع‌زاده، شیدا. ارتباط سطح سواد سلامت با خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان گرگان، ۱۳۹۴.	بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان گرگان، ۱۰۰ نفر	HELIA	میانگین سواد سلامت در سطح مرزی ارزیابی شد.
۲۵	پیمان، نوشین. ارتباط بین سواد سلامت و خودکارآمدی فعالیت جسمی در زنان پس از زایمان، ۱۳۹۵.	مادران سنین ۲۰ تا ۳۵ سال و دارای کودک زیر سه ماه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد، ۱۲۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در بیش از ۷۰ درصد افراد در سطح مرزی و ناکافی ارزیابی شد.
۲۶	افشاری، مریم. بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهرستان تویسرکان، ۱۳۹۳.	افراد سنین ۲۰-۶۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان تویسرکان، ۲۸۵ نفر	HELIA	شرکت‌کنندگان در دسترسی به اطلاعات سلامت و همچنین درک اطلاعات در سطح ضعیف، در قضاوت و ارزیابی و همچنین در استفاده از اطلاعات در سطح متوسط ارزیابی شدند.
۲۷	چهری، محمداسماعیل. بررسی میزان سطح سواد سلامت والدین کودکان پیش‌دبستانی، ۱۳۹۴.	والدین کودکان در سن پیش‌دبستانی (۳ الی ۶ سال) مناطق منتخب شهر تهران، ۳۷۵ نفر	پرسشنامه محقق ساخته سنجش سواد سلامت والدین	سطح سواد سلامت در حد مرزی ارزیابی شد.



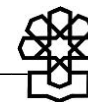
ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۲۸	طهرانی بنی‌هاشمی، سیدآرش. سواد سلامت در پنج استان کشور و عوامل مؤثر بر آن، ۱۳۸۶.	افراد سنین ۱۸ سال و بالاتر پنج شهر و روستای کشور از استان‌های بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران، ۱۰۸۶ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۲۸/۱ درصد از افراد در حد کافی، در ۱۵/۳ درصد مرزی و در ۵۶/۶ درصد ناکافی ارزیابی شد.
۲۹	محمودی، حسن. بررسی رابطه بین سواد اطلاعاتی و سواد سلامت در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۳۹۴.	دانشجویان مقطع تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد، ۳۶۸ نفر	HELIA	سواد سلامت در ۲۵ درصد افراد ناکافی، در ۳۸/۳۱ درصد مرزی، و در ۳۶/۶۹ درصد کافی ارزیابی شد.
۳۰	خسروی، عبدالرسول. بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر و شناسایی عوامل مؤثر بر آن، ۱۳۹۴.	بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر، ۲۵۰ نفر	TOFHLA	میانگین سواد سلامت در افراد در سطح مرزی ارزیابی شد.
۳۱	طاوسی، محمد. سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها: یک مطالعه ملی، ۱۳۹۴.	ایرانیان سنین ۶۵-۱۸ سال ساکن شهرها، ۲۰۵۷۱	HELIA	سواد سلامت در ۴۴ درصد از افراد محدود ارزیابی شد.
۳۲	جوادزاده، سید همادالدین. بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان، ۱۳۹۲.	افراد سنین بالای ۱۸ سال شهر اصفهان، ۵۲۵ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۴۶/۵ درصد افراد کافی، در ۳۸ درصد مرزی و در ۱۵/۵ نیز ناکافی ارزیابی شد.
۳۳	میری، انیس. رابطه بین سواد اطلاعات سلامت و سرعت بهبود بیماران قلبی عروقی بعد از جراحی بای‌پس، ۱۳۹۴.	بیماران قلبی کرونر که جراحی بای‌پس را در بیمارستان قائم مشهد در نیمه اول سال ۱۳۹۴ انجام داده بودند و دست‌کم یک پنج روز از عمل جراحی آنان گذشته بود، ۷۵ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۴۶/۶ درصد از بیماران مرزی، در ۳۸/۶ درصد ناکافی و در ۱۴/۶۶ درصد کافی ارزیابی شد.

ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۳۴	حسینی، فاطمه. ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۳۹۴.	بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی شهر رفسنجان، ۱۳۷ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در حدود ۲۰ درصد افراد ناکافی، در ۶۲ درصد سواد مرزی و ۲۰ درصد سواد سلامت کافی داشتند.
۳۵	قنبری، شهلا. بررسی سواد سلامت زنان باردار زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۹۰.	زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی، ۲۴۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۳۰ درصد افراد مورد مطالعه ناکافی، در ۲۴/۶ درصد مرزی و در ۴۵/۴ درصد کافی ارزیابی شد.
۳۶	حایریان، احمد. سواد سلامت در بزرگسالان یزد، ۲۰۱۵.	افراد ی که در ماه‌های ژانویه تا ژوئن ۲۰۱۳ در استان یزد ساکن بوده‌اند، ۳۸۰ نفر	TOFHLA	میانگین سواد سلامت در حد مرزی ارزیابی شد. سواد سلامت در ۵۴ درصد از افراد کافی و در مابقی محدود ارزیابی شد.
۳۷	محمدی، زهرا. سواد سلامت و فاکتورهای تأثیرگذار آن در بیماران دیابتی ایرانی، ۲۰۱۵.	بیماران دیابتی سنین بالای ۱۵ سال کلینیک‌های دیابت وابسته به مؤسسه غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۴۷۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۱۸/۲ درصد افراد کافی، در ۱۱/۸ درصد مرزی و در ۷۰ درصد نیز ناکافی ارزیابی شد.
۳۸	محمودی، حسن. بررسی ارتباط بین سواد سلامت و پیامدهای دیابت در بیماران دیابت نوع ۲ در سقز، غرب ایران، ۲۰۱۳.	بیماران دیابت نوع ۲ در سقز که دارای شرایط تعیین شده توسط محقق برای ورود به مطالعه، ۱۵۶۳ نفر	TOFHLA	میانگین نمره سواد سلامت بسیار ناکافی ارزیابی شد.
۳۹	طل، آذر. وضعیت آگاهی و سواد سلامت در زنان دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۹۱.	بیماران زن دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۶۰ نفر	TOFHLA	میانگین سواد سلامت در سطح متوسط ارزیابی شد.



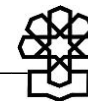
ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۴۰	عظیمی، سمیه. مقایسه سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی دانشگاه‌های شهید بهشتی در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲، ۱۳۹۴.	دانشجویان دو دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه شهید بهشتی، ۵۰۰ نفر	NVS	سواد سلامت در ۲۶/۴ درصد افراد ناکافی و در ۳۱/۲ درصد کافی ارزیابی شد. همچنین ۴۴/۸ درصد نیز سواد سلامت ناکافی داشتند.
۴۱	رضایی اسفهرود، زینب. بررسی سطح سواد سلامت در مراجعین به مرکز تحقیقات دیابت یزد، ۱۳۹۴.	بیماران مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر یزد، ۴۳۲ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۵۹/۳ درصد افراد ناکافی و در ۱۸/۵ درصد مرزی ارزیابی شد. تنها ۲۲/۲ درصد افراد سواد سلامت کافی داشتند.
۴۲	فتحی، فریبرز و رضایی صوفی، مرتضی. ارتباط سواد سلامت و سطح فعالیت ورزشی سالمندان زن شهر ارومیه، ۱۳۹۵.	زنان سالمند شهر ارومیه، ۱۲۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۳۰ درصد افراد کافی، در ۳۸/۳۴ درصد ناکافی و در ۳۱/۶۴ نیز مرزی ارزیابی شد.
۴۳	نقیبی، ابوالحسن و همکاران. بررسی سواد سلامت بزرگسالان ۱۸-۶۵ سال شهر شهریار، ۱۳۹۶.	افراد سنین ۱۸-۶۵ سال شهر شهریار، ۲۹۹ نفر	HELIA	پنج سواد سلامت در ۳۶/۵ درصد افراد ناکافی، در ۲۳/۷ درصد نه‌چندان کافی و در ۲۳/۱ درصد کافی و ۱۴/۴ درصد عالی ارزیابی شد.
۴۴	نجیمی، آرش و همکاران. سواد سلامت و خودمراقبتی در سنین باروری: بررسی نقش مهارت‌های خواندن و محاسبات، ۱۳۹۶.	زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر لنتجان، ۳۳۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۴۹ درصد از افراد کافی و در ۲۸ و ۲۳ درصد افراد نیز به‌ترتیب ناکافی و مرزی ارزیابی شد.
۴۵	مهدوی، ژیلا و همکاران. بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای تشخیصی و پیشگیرانه از سرطان‌های شایع در زنان مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشت خانواده مراکز خدمات جامع سلامت تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران، ۱۳۹۶.	زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت (شمیرانات، شمال و شرق)، ۵۰۰ نفر (نمونه‌های در دسترس)	TOFHLA	سواد سلامت در ۴۸/۶ درصد افراد ناکافی، در ۲۴/۴ درصد مرزی و در ۲۷ درصد نیز کافی ارزیابی شد.

ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۴۶	مقدس‌زاده، حسن. رابطه بین سواد اطلاعاتی و سواد سلامت: مطالعه موردی کارکنان مرکز منطقه‌ای اطلاع‌رسانی علوم فناوری شیراز، ۱۳۹۶.	کارکنان مرکز منطقه‌ای اطلاع‌رسانی علوم فناوری شیراز، ۱۰۳ نفر	HELIA	میزان سواد سلامت و تمامی مؤلفه‌های آن بالاتر از متوسط ارزیابی شد.
۴۷	مرزنگی، امیر و همکاران. سواد سلامت در افراد مبتلا به بیماری قلبی مراجعه‌کننده به مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی جنوب استان آذربایجان غربی، ۱۳۹۶.	بیماران مبتلا به بیماری قلبی مراجعه‌کننده به بخش‌های داخلی قلب و CCU بیمارستان‌های واقع در شهرستان‌های جنوب استان آذربایجان غربی، ۳۷۴ نفر	HELIA	نمونه سواد سلامت در ۴۲ درصد از افراد، ناکافی ارزیابی شد. در مجموع سواد سلامت در سطح مطلوبی ارزیابی نشد.
۴۸	محمدی فرح، سعیده و همکاران. سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۳۹۶.	دانشجویان مشغول به تحصیل در رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۳۸۶ نفر	HELIA	سواد سلامت در ۵۰/۵ درصد از دانشجویان کافی ارزیابی شد.
۴۹	گنجی سوسن و همکاران. بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی و سواد سلامت بیماران مبتلا به پُرفشاری خون، ۱۳۹۶.	افراد مبتلا به پُرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد، ۹۰ نفر	TOFHLA	میانگین سواد سلامت افراد در گروه مداخله، قبل از مداخله برابر ۹۷/۴۶ و بعد از انجام مداخله ۱۳۰/۳۱ ارزیابی شد.
۵۰	قاضی میرسعید، جواد و همکاران. سطح سواد سلامت الکترونیک دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی، ۱۳۹۶.	دانشجویان مقطع تحصیلات تکمیلی رشته‌های پرستاری، بهداشت، اقتصاد سلامت، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، فناوری اطلاعات سلامت و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۰۰ نفر	پرسشنامه محقق ساخته سواد سلامت الکترونیک	میانگین نمره سواد سلامت الکترونیک در سطح مطلوب ارزیابی شد.



ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۵۱	عجم، علی اکبر و مرادی، محمود. رابطه شفقت خود با سواد سلامت دانش آموزان دوره اول متوسطه در شهر گناباد، ۱۳۹۶.	دانش آموزان دختر و پسر دوره متوسطه اول شهر گناباد، ۳۵۱ نفر	HELIA	میانگین سواد سلامت ۷۷/۴۱ ارزیابی شد.
۵۲	سیما پیمان، طاهره و همکاران. بررسی رفتارهای خودمراقبتی و ارتباط آن با سواد سلامت در بیماران مبتلا به پرفشاری خون شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵، ۱۳۹۶.	بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز سلامت منتخب شهرستان اصفهان، ۲۱۰ نفر	'S-TOFHLA	سواد سلامت ۷۴/۳ درصد افراد کافی ارزیابی شد.
۵۳	ساعتچی، محمد و همکاران. سواد سلامت و عوامل مؤثر بر آن: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت جزیره هرمز، ۱۳۹۶.	افراد سنین بالای ۱۸ سال در جزیره هرمز، ۴۸۶ نفر	TOFHLA	میزان سواد سلامت ناکافی ۳۵ درصد، سواد سلامت نه چندان کافی ۲۱/۱۸ درصد، سواد سلامت کافی ۲۹/۱۲ درصد و سواد سلامت عالی ۱۴/۷۱ درصد به دست آمده است.
۵۴	زارعی، فائقه و همکاران. سواد سلامت زنان باردار و برخی عوامل مرتبط با آن در شهرستان میناب، ۱۳۹۶.	زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان میناب، ۴۳۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۷/۱ درصد از افراد ضعیف، ۳۴ درصد مرزی و ۵۸/۹ درصد مطلوب ارزیابی شد.
۵۵	بقایی، رحیم و همکاران. سواد سلامت عملکردی مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه (سال ۱۳۹۴)، ۱۳۹۶.	مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه، ۴۰۰ نفر	S- TOFHLA	سواد سلامت در ۲۴ درصد افراد ناکافی، ۲۵ درصد مرزی و ۵۱ درصد کافی ارزیابی شد.
۵۶	پناهی، رحمن و همکاران. کدامیک از ابعاد سواد سلامت، اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار را پیشگویی می کنند؟، ۱۳۹۶.	دانشجویان ساکن خوابگاه در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ۲۸۰ نفر	HELIA	نمره کلی سواد سلامت ۷۳/۱۰ از ۱۰۰ ارزیابی شد.

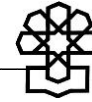
ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۵۷	غفارزاده خویی، مهسا. ارتباط وضعیت افسردگی پس از زایمان با سطح سواد سلامت زنان نخست‌زا، ۱۳۹۶.	زنان باردار (نخست‌زا در سه‌ماهه سوم بارداری) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی کرج (دارای سواد خواندن و نوشتن که به اظهار خود به سیگار یا مواد مخدر اعتیاد نداشتند)، ۳۴۸ نفر	HELIA	سواد سلامت در ۳۹/۶ درصد افراد نامطلوب و ۶۰/۴ درصد مطلوب ارزیابی شد.
۵۸	خرازی، سیده‌سارا و همکاران. ارتباط بین سواد سلامت مادران باردار با مراقبت‌های دوران بارداری و پیامد آن، ۱۳۹۶.	زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهرستان مشهد، ۱۲۰ نفر	پرسشنامه سواد سلامت مادری و نتایج بارداری (MHLAPQ)	میانگین نمره سواد سلامت ۴۲/۴۷ ارزیابی شد.
۵۹	حجازی، صغری و همکاران. تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بر سواد سلامت، خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، ۱۳۹۶.	بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارای پرونده = در مرکز دیابت شهید قدسی مشهد، ۷۰ نفر	TOFHLA	میانگین نمره سواد سلامت در گروه آزمون قبل از مداخله ۷۵/۳ و پس از آن ۸۲/۶ ارزیابی شد.
۶۰	عسکریان توندی، پریسا و همکاران. بررسی سطح سواد سلامت زنان شهرستان بردسکن در سال ۱۳۹۵: یک مطالعه مقطعی، ۱۳۹۶.	زنان سنین ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن شهرستان بردسکن، ۴۳۱ نفر	HELIA	نمره سواد سلامت در حد متوسط ارزیابی شد.
۶۱	برجی، میلاد و همکاران. سطح سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر ایلام (سال ۱۳۹۴)، ۱۳۹۶.	سالمندان شهر ایلام، ۲۵۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۵۰/۴ درصد از بزرگسالان ناکافی ارزیابی شد.
۶۲	انصاری، معصومه و همکاران. بررسی سطح سواد سلامت مراجعه‌کنندگان به کتابخانه‌های نهاد کتابخانه‌های عمومی، ۱۳۹۶.	افراد سنین ۱۸ تا ۵۰ ساله مراجعه‌کننده به کتابخانه‌های نهاد کتابخانه‌های عمومی شهر کرمان، ۳۷۵ نفر	HELIA	سواد سلامت در ۲۴ درصد افراد کافی، در ۵۲/۳ درصد متوسط و در ۲۳/۷ درصد نیز ضعیف ارزیابی شد.



ردیف	نویسنده، عنوان و سال مطالعه	جامعه آماری و حجم نمونه	پرسشنامه سنجش سواد سلامت	نتیجه ارزیابی
۶۳	افشاری، مریم و همکاران. سواد سلامت کارگران صنعت سازنده قطعه خودرو: یک مطالعه مقطعی، ۱۳۹۶.	کارگران شرکت مهرکام پارس، ۱۵۷ نفر	HELIA	به‌طور کلی سواد سلامت در افراد ناکافی بود (۷۹ درصد افراد به اطلاعات سلامت دسترسی ناکافی داشتند، از نظر مهارت خواندن و فهم اطلاعات نیز به‌ترتیب ۵۶/۱ و ۷۷/۱ درصد افراد در وضعیت ضعیف قرار داشتند. همچنین ۵۶/۷ و ۶۱/۸ درصد افراد به‌ترتیب در ارزیابی و کاربر اطلاعات دارای مهارت کافی نبودند).
۶۴	صفری مرادآبادی، علی. سواد سلامت زنان باردار شهر بندرعباس، ۱۳۹۶.	زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس، ۲۵۰ نفر	TOFHLA	سواد سلامت در ۲۷/۲ درصد افراد ناکافی، در ۲۰/۸ درصد مرزی و ۵۲ درصد کافی ارزیابی شد.

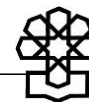
منابع و مأخذ

۱. سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، ۱۳۹۳.
۲. سند تحول بنیادین آموزش و پرورش، مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی، ۱۳۹۰.
۳. سند نقشه جامع علمی کشور، مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی، ۱۳۸۹.
۴. سند نقشه جامع علمی سلامت کشور، مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی، ۱۳۸۹.
۵. سند ارتقای فرهنگ سلامت کشور، مصوب شورای فرهنگ عمومی کشور، ۱۳۹۷.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011; 155(2):97-107. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2- 201107190-00005 PMID: 21768583.
7. Tsai TI, Lee SY, Tsai YW, Kuo KN. Methodology and validation of health literacy scale development in Taiwan. *J Health Commun.* 2011; 16(1):50-61. DOI: 10.1080/10810730.2010.529488 PMID: 21058141
8. World Health Organization. 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.
9. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanazade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot.* 2012; 1:31. DOI: 10.4103/2277-9531.100160 PMID: 23555134
10. Kickbusch I. Health literacy addressing the health and education divide. *Journal of Health Promotion International* 2001; 16(5).
11. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(8).
12. Tehrani Banihashemi SA. Health Literacy and the Affecting Factors: A Study in Five Provinces of Iran, Strides in Development of Medical Education. *Jour of Medical Education Development Center* 2007; 4(1).
13. Robert J. Health literacy a new concept for general practice. *Journal of Fam Physician* 2009; 38(3).
14. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Prepared by M. Kanj and W. Mitic For the World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean Region.
15. B.S. Vasudeva Rao and P. Viswanadha Gupta. Low female literacy: factors and strategies. *Australian Journal of Adult Learning.* 46(1): 2006.
16. Gillis, Doris E. (2009) Exploring dimensions of health literacy: a case study of interventions to promote and support breastfeeding. PhD thesis, University of Nottingham.
17. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Prepared by M. Kanj and W. Mitic For the World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean Region.
18. HEALTH LITERACY: A PRESCRIPTION TO END CONFUSION". Report Brief. Institute of Medicine. April 2004.
19. [Http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds)



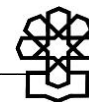
20. S.A.H. Bokhar¹ and A.A. Khan. Growing burden of noncommunicable diseases: the contributory role of oral diseases, Eastern Mediterranean Region perspective. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(4), 2009.
21. Miller DP, Brownlee CD, McCoy TP, Pignone MP. The effect of health literacy on knowledge and receipt of colorectal cancer screening: a survey study. *BMC family practice*. 2007;8(1).
22. Wolf MS, Davis TC, Osborn CY, Skripkauskas S, Bennett CL, Makoul G. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient education and counseling*. 2007; 65(2).
23. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *Journal of general internal medicine*. 2011;26(9).
24. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*. 2002;288(4):475-82.
25. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Prepared by M. Kanj and W. Mitic For the World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean Region.
26. Klaus Eichler Æ Simon Wieser Æ Urs Brügger. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health* (2009).
27. Klaus Eichler, Simon Wieser, and Urs Brügger. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009; 54(5).
28. Haun, Jolie N. et al. "Association between Health Literacy and Medical Care Costs in an Integrated Healthcare System: A Regional Population Based Study." *BMC Health Services Research* 15 (2015): 249. PMC. Web. 25 Feb. 2017.
29. Gillis, Doris E. Exploring dimensions of health literacy: a case study of interventions to promote and support breastfeeding. PhD thesis, University of Nottingham, 2009.
30. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Press; 2004. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*.
31. Adapted from Rootman, I. & El-Bihbety, D.(2008). *A Vision for a Health Literate Canada*, Ottawa: CPHA
32. Nubeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, Volume 67, Issue 12, 2072-2078 and Presentation at the 2009 Regional Ministerial Meeting on "Promoting Health Literacy" 29-30 April 2009.
33. Miller DP, Brownlee CD, McCoy TP, Pignone MP. The effect of health literacy on knowledge and receipt of colorectal cancer screening: a survey study. *BMC family practice*. 2007; 8(1).
34. Wolf MS, Davis TC, Osborn CY, Skripkauskas S, Bennett CL, Makoul G. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient education and counseling*. 2007; 65(2).
35. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Washington, DC: Author.
36. 7th Global Conference on Health Promotion, 26-30 October 2009 Nairobi, Kenya.

37. Mackey LM¹, Doody C², Werner EL², Fullen B. Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have?. *Med Decis Making*. 2016 Aug; 36(6).
38. Howard DH¹, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med*. 2005 Aug; 118(8).
39. Simpson, Lydia, "Improving the State of Health Literacy among American Adults: Why Community Outreach Methods are more effective than Literacy-Level Screenings" (2016). Honors Theses.
40. Klaus Eichler, Simon Wieser, and Urs Brügger. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009; 54(5).
41. Haun, Jolie N. et al. "Association between Health Literacy and Medical Care Costs in an Integrated Healthcare System: A Regional Population Based Study." *BMC Health Services Research* 15 (2015): 249. PMC. Web. 25 Feb. 2017.
42. Khodadadi E, Niknahad A, Sistani MM, Motalebnejad M. Parents' Oral Health Literacy and its Impact on their Children's Dental Health Status. *Electron Physician*. 2016;8(12):3421–3425. Published 2016 Dec 25. doi:10.19082/3421.
43. Dashti S, Peyman N, Tajfard M, Esmaeeli H. E-Health literacy of medical and health sciences university students in Mashhad, Iran in 2016: a pilot study. *Electron Physician*. 2017; 9(3):3966–3973. Published 2017 Mar 25. doi:10.19082/3966.
44. Naimi AJ, Naderiravesh N, Bayat ZS, Shakeri N, Matbouei M. Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015-2016. *Electron Physician*. 2017; 9(11):5712–5720. Published 2017 Nov 25. doi:10.19082/5712.
45. Solhi M, Jormand H. Assessment of health literacy of municipal employees in Shemiranat, Iran. *Electron Physician*. 2017; 9(12):6072–6077. Published 2017 Dec 25. doi:10.19082/6072.
46. Mahdizadeh M, Solhi M. Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. *Electron Physician*. 2018; 10(3):6462–6469. Published 2018 Mar 25. doi:10.19082/6462.
47. Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electron Physician*. 2018; 10(3):6470–6477. Published 2018 Mar 25. doi:10.19082/6470.
48. Chahardah-Cherik S MS, Gheibizadeh M PhD, Jahani S PhD, Cheraghian B PhD. The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2018; 6(1).
49. Khajouei R, Salehi F. Health Literacy among Iranian High School Students. *Am J Health Behav*. 2017 Mar 1; 41(2):215-222. doi: 10.5993/AJHB.41.
50. Sahebalzamani M, Mostaedi Z, Farahani H, Sokhanvar M. Relationship between Health Literacy and Sexual Function and Sexual Satisfaction in Infertile Couples Referred to The Royan Institute. *Int J Fertil Steril*. 2018; 12(2). doi:10.22074/ijfs.2018.5185.
51. Parvizi MM, Lankarani KB, Handjani F, Ghahramani S, Parvizi Z, Rousta S. Health literacy in patients with epidermolysis bullosa in Iran. *J Educ Health Promot*. 2017; 6:105. Published 2017 Dec 4. doi:10.4103/jehp.jehp_64_17.



52. Jarahi L, Asadi R, Hakimi HR. General health literacy assessment of Iranian women in Mashhad. *Electron Physician*. 2017; 9(11):5764–5769. Published 2017 Nov 25. doi:10.19082/5764.
53. fathi F Rezaei sofi M. The Relationship between Health Literacy and Physical Activity Level of Elderly Women in the City of Urmia. *Journal of Health Literacy*. Spring 2017; 2(1).
54. Naghibi A, Chaleshgar M, Kazemi A, Hosseini M. Evaluation of Health Literacy Level among 18-65 Year-Old Adults in Shahriar, Iran. *J Health Res Commun*. 2017; 3 (2):17-25URL: <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-240-fa.html>.
55. Najimi A, Golshiri P, Amini S. Health literacy and self-care in reproductive age: The role of reading and numeracy skills. *3 JNE*. 2018; 6 (5) URL: <http://jne.ir/article-1-822-fa.html>.
56. Zhila Mahdavi, Ali Ramezani, Shahla Ghanbari, Leila Khodakarim. Relationship between health literacy and female cancers preventive behaviors. *Payesh*. 2017; 16 (5) :613-625 URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-84-fa.html>
57. Moghaddaszadeh, H. (2018). Relationship between Information Literacy and Health Literacy: A Case Study of Staff Working in the Regional Information Center for Science and Technology. *Library and Information Science Research (LISRJ)*, 7(2), 144-160. <https://doi.org/10.22067/riis.v7i2.61678>
58. Marzangi A, Ahangarzadeh Rezaei S, Ghareagaji Asl R. HEALTH LITERACY In Heart Disease Community That Covered By Health Services Centers In South Of West Azarbaijan Province. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2018; 16 (1) URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3285-fa.html>
59. Mohammadi Farah S, Saati Asr M H, Kavivani Manesh A, Barati M, Afshari M, Mohammadi Y. Health Literacy Level and its Related Factors among College Students of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. *J Educ Community Health*. 2017; 4 (2) :11-17 URL: <http://jech.umsha.ac.ir/article-1-332-fa.html>
60. Gangi, S., Peyman, N., Meysami bonab, S., Esmaily, H. Comparative study of two methods of fluid therapy with Ringer's Lactate and Ringer's solution. *Medical journal of Mashhad University of medical sciences*, 2018; 60(6). doi: 10.22038/mjms.2018.
61. Ghazi-Mirsaeed SJ, Ghaemizade M. E-Health Literacy among Postgraduate Students in Tehran University of Medical Sciences, Iran, during 2015-2016. *Health Inf Manage* 2018; 14(6).
62. Ajam A A, Moradi M. Relationship between Self-Compassion and Health Literacy in First Grade High School Students in Gonabad City. *J Educ Community Health*. 2017; 4 (3) :44-51URL: <http://jech.umsha.ac.ir/article-1-317-fa.html>
63. Peyman, T. S., Pirzadeh, A., Hasanzadeh, A., & Mostafavi, F. (2017). The Relationship of Self-Care Behaviors and Health Literacy in Patients with Hypertension in Isfahan City, Iran, in 2015-2016. *Health System Research*, 13(3). <https://doi.org/10.22122/jhsr.v13i3.2977>
64. Saatchi M, Panahi M, Ashraf Mozafari A, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V et al . Health Literacy and Its Associated Factors: A Population-Based Study, Hormuz Island. *irje*. 2017; 13 (2) :136-144 URL: <http://irje.tums.ac.ir/article-1-5759-fa.html>

65. Zaree F, Karimi F, Mohseni S, Mdani S, Dadipoor S, Mdani A H. Health literacy of pregnant women and some related factors in pregnant women referred to Minab health centers. *jpm*. 2017; 4 (2) :40-46 URL: <http://jpm.hums.ac.ir/article-1-244-fa.html>
66. Baghaei R, Najarzadeh M, Saei M, Mohamadi N. Functional Health Literacy In Pregnant Women In Health Centers of Urmia City- 2015. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017; 15 (5) URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3179-fa.html>.
67. Panahi R, et all. Which dimensions of Health Literacy predict the adoption of smoking preventive Behaviors. *Journal of Health in the Field*. 2018; 5 (4).
68. Mahsa Ghaffarzadeh Khoei, Minoor Lamyaiian, Razieh Lotfi, Ali Montazeri. The relationship between postpartum depression and health literacy among nulliparous women. *Payesh*. 2017; 16 (6) :797-805 URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-77-fa.html>.
69. Kharazi, S., Peyman, N., Esmaily, H. Association between maternal health literacy level with pregnancy care and its outcomes. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2016; 19(37): 40-50. doi: 10.22038/ijogi.2016.
70. Hejazi S, Peyman N, Tajfard M, Esmaily H. The Impact of Education Based on Self-efficacy Theory on Health Literacy, Self-efficacy and Self-care Behaviors in Patients With Type 2 Diabetes. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2017; 5 (4): <http://journal.ihepsa.ir/article-1-784-fa.html>
71. Qobadi M, Besharat M, Rostami R, Rahiminezhad A, Pourgholami M. Health literacy, negative emotional status, and self-care behaviors in dialysis. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2015;17(1).
72. Seyedoshohadaee M, Kaghanizade M, Nezami M, Hamedani B, Barasteh S. The Relationship Between Health Literacy And General Health In Patients With Type 2 Diabetes. *Iranian Journal Of Diabetes And Metabolism*. 2016;15(5).
73. Ghaedi M, Banihashemi F, Latifi M, Soleymaninejad M. The Relationship between Health Literacy and Self-care among Patients with Type 2 Diabetes Residing in the City of Bastak. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2016;18(2).
74. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*. 2016;14(3).
75. Izadirad H, Zareban I. The Relationship between Health Literacy with Health Status, Preventive Behaviors and Health Services Utilization in the Region of Baluchistan, Sistan and Baluchestan Province. *Journal of Education And Community Health*. 2015;2(3).
76. Zareban IAI, Hossien% A jadgal, khirmohammad. Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(2).
77. Sajjadi H, Hoseinpour N, Sani MS, Mahmoodi Z. Association between Health Literacy and Life Style in Married Rural Women in Izeh, Iran. *Journal of Health*. Autumn 2016;7(4).
78. reysi M, mostafavi F, hasanzadeh A, GH sr. relationship between general health condition and health behaviour of elderly people in isfahan city. *Health System Research*. 2011;7(4).



79. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2008;12(4).
80. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;23.
81. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. *Tolue Behdasht Journal*. 2012;11(14).
82. Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jazi M, Khorasani E. The relationship between health literacy with health status and healthcare utilization in 18-64 years old people in Isfahan. *Journal of Education and Health Promotion*. 2014;3(1).
83. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad V. Investigate the relationship between health literacy and health status among elderly people in Kerman-2013. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(2).
84. Rafiezadeh Gs, Tabarsy B, Hassanjani S, Razavi M, Amjady M, Hojjati H. Relationship Between The Health Literacy With Selfefficacy Of The Diabetic Patient's Type 2 Referred To Gorgan City Clinic In 2014. 2015.
85. Haerian Aa, Morowati Sma, Rezapour Y, Pourghayumi Aa. Investigation Of The Relationship Of Oral Health Literacy And Oral Hygiene Self-Efficacy With Dmft And Gingival Index In Students Of Ardakan University. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2015;14(3).
86. Peyman NAA, Monireh. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(1).
87. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating Adult Health Literacy in Tuyserkan City. *Journal of Education And Community Health*. 2014;1(2).
88. chehri mEAnm, soheil% A ebadi, abbas% A sarhangi, forough. Assessing the health literacy level of parents of preschool children. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*. 2015;1(4).
89. Tehrani Banihashemi S, Amir Khani A, Haghdoust A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H. Health literacy in five province and relative effective factors. *Strides in Development of Medical Education*. 2007;4(1).
90. Mahmoudi HAT, Abolfazl. Relation between Information Literacy and Health Literacy of Students in Ferdowsi University of Mashhad. *Human Information Interaction*. 2015;2(2).
91. Khosravi AAA, Khadejeh. Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. *Iranian South Medical Journal*. 2016;18(6).
92. Tavousi M, Haeri Ma, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, Et Al. Health Literacy In Iran: Findings From A National Study. *Ismj* 2016;18(6).
93. Javadzade H, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults of Isfahan. *Iran J Health Syst Res*. 2013;9(5).
94. Miri AAG, Mohamad Ali% A Najafi, Ali. The relationship between health literacy and the recovery rate of cardiovascular patients after bypass surgery. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(2).

95. Hosieni F, Mirzaei T, Ravari A. The relationship between health literacy and quality of life in retirement Rafsanjan University of Medical Sciences. *Journal of Health Literacy*. Summer 2016;1(2).
96. 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*. 2012;19(97).
97. Haerian A, Moghaddam MHB, Ehrampoush MH, Bazm S, Bahsoun MH. Health literacy among adults in Yazd, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2015;4(1).
98. Mohammadi Z, Banihashemi AT, Asgharifard H, Bahramian M, Baradaran HR, Khamseh ME. Health literacy and its influencing factors in Iranian diabetic patients. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015.
99. Hassan M, Fatemeh J, Masoumeh J, Younes M, Kashani A, Askar SA, et al. Examining the relation between health literacy and outcomes of diabetes in patients with type 2 diabetes in Saez, western Iran. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*. 2013;7(10).
100. Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimi Foroshani A. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *Journal of Hospital*. 2012;11(3).
101. Ramezankhani AAG, Mohtasham%A Rakhshani, Fatemeh%A Ghanbari, Shahla%A Azimi, Somayeh. Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic year 92-93. *Pajooohandeh Journal*. 2015;20(2).
102. Rezaee Esfahrood zAHa, A%A Rahmanian, M%A Ghaffari Targhi, M. A Survey on Health Literacy of Referred Diabetic Patients to Yazd Diabetes Research Center. *Tolooebehdasht*. 2016;15(3).
103. Askarian-Tavandari P, Hashemian M, Joveini H, Solimanian A, Rastaghi S. A Survey on the Level of Health Literacy among the Women in Bardaskan City, Iran, in Year 2016: A Cross-Sectional Study. *J Health Syst Res* 2018; 14(1).
104. Borji M, Tarjoman A, Otaghi M, Salimi E, Naseri A. Health Literacy Level and its Related Factors among the Elderlies in Ilam in 2015. *IJN*. 2017; 30 (108).
105. Ansari M, Shahdadneghad E, Khaledian M, Salajegheh M. Survey of Health Literacy of People Referred to the Libraries of Public Libraries Foundation. *Health Inf Manage* 2017; 14(5).
106. afshari M, teymori G H, afshari M, kohnavard B, esmail pour H, kangavari M. Workers' health literacy in Khodro's piece making factory: a cross-sectional study. *ioh*. 2017; 14 (2).
107. Safari Morad Abadi A, Agha Molaei T, Ramezankhani A, Dadipoor S. The Health Literacy of Pregnant Women in Bandar Abbas, Iran. *sjsph*. 2017; 15 (2).
108. Abbaszadeh Mohammad, Alizadeh Aghdam Mohammad Baqer, Badri Gargari Rahim, and Vadadhir Abu Ali. Investigating the effective social and cultural factors on the lifestyle of citizens' self-care. *Journal of Socio-Cultural Development Studies*.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۷۱۴۵

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: وضعیت سواد سلامت در جامعه ایران

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت، درمان)

تهیه و تدوین کنندگان: مریم رهبری، محمد بختیاری علی‌آباد

ناظر علمی: محمد موسوی خطاط

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —



واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۴/۲۸