

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها

مجری طرح

علی منتظری

موسسه ملی تحقیقات سلامت

خلاصه اجرایی

سواد سلامت امروزه یکی از اجزای مهم سلامت همگانی تلقی می شود. به همین منظور جهت اندازه گیری سواد سلامت مردم ایران یک مطالعه جمعیتی طراحی و انجام شد. در این مطالعه اندازه نمونه با در نظر گرفتن نسبت (p) ۵۰ و اطمینان ۹۵ و خطای نسبی (r) از فرمول زیر استفاده شد.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p \cdot q}{(rp)^2}$$

از آن جا که در عمل از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد، اندازه نمونه ها در اثر طرح هم ضرب شد (۱.۲۵). شایان ذکر است به لحاظ بزرگ بودن حجم جامعه آماری از کسر نمونه گیری (FPC) صرف نظر شد. بر اساس پروتکل واحد، پرسشنامه ها به صورت همزمان در سراسر ۳۱ استان کشور گردآوری شد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه سنجش سواد سلامت منتظری و همکاران (HELIA) بود. این پرسشنامه دارای ۳۳ گویه (۵ گزینه ای) است و در ۵ بعد (یا حیطة) سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال) را اندازه گیری می نماید و امتیاز آن از صفر (بدترین) تا ۱۰۰ (بهترین) متغیر است. داده ها با استفاده از روش های آماری متناسب با استفاده از نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

چکیده یافته های جمعیتی

در مجموع تعداد ۲۰۵۷۱ نفر در این مطالعه جمعیتی شرکت کردند.

۱- **سواد سلامت کل:** بر اساس نتایج این مطالعه که در جدول نشان داده شده است، میانگین (انحراف معیار) امتیاز سواد سلامت (از ۱۰۰ امتیاز) جمعیت ۶۵-۱۸ سال با سواد شهر نشین کشور (۱۵.۱۶) (۶۸.۳۲) بود. سه استان بوشهر، هرمزگان و تهران به ترتیب بیش ترین و سه استان خوزستان، یزد و خراسان جنوبی به ترتیب کم ترین میانگین امتیاز سواد سلامت را در بین دیگر استان های کشور داشتند.

بر اساس همین نتایج حدود ۴۴ درصد از جمعیت مخاطب از سواد سلامت محدود^۱ برخوردار بودند. این میزان در استان بوشهر، گیلان و هرمزگان کم تر از سایر استان ها و در سه استان یزد، کردستان و خوزستان بیش تر از شهر نشینان سایر استان ها بوده است.

۱-۱ **سواد سلامت کل و جنسیت:** میانگین امتیاز سواد سلامت مردان و زنان به ترتیب ۶۹.۰۲ و ۶۷.۶۰ بود [این تفاوت با توجه به اندازه نمونه بالا از نظر آماری (P=۰.۰۰۰۱) معنادار بود].

همچنین درصد سواد سلامت محدود در مخاطبان به ترتیب در زنان حدود ۴۲ درصد و در مردان حدود ۴۷ درصد بود.

۱- در این مطالعه سطح سواد سلامت مخاطبان وفق امتیازات اخذ شده به چهار دسته "عالی"، "کافی"، "نه چندان کافی" و "ناکافی" تقسیم شد. براساس نظر محققان از مجموع دو دسته "نه چندان کافی" و "ناکافی" دسته "سواد سلامت محدود" استخراج شده و در مطالعه گزارش شده است.

۱-۲- سواد سلامت کل و وضعیت اشتغال: میانگین امتیاز سواد سلامت به ترتیب در افراد بی کار، ۶۵.۹۸؛ افراد خانه‌دار، ۶۷.۱۶؛ افراد بازنشسته، ۷۰.۰۰؛ افراد دانش آموز/ دانشجو ۶۹.۵۲ و افراد شاغل، ۶۹.۱۸ بود. همچنین درصد سواد سلامت محدود به ترتیب در افراد بی کار حدود ۵۰ درصد، افراد خانه‌دار حدود ۴۷ درصد، افراد بازنشسته حدود ۳۸ درصد، افراد دانش آموز/ دانشجو ۴۳ حدود درصد و افراد شاغل ۴۲ حدود درصد بود.

۱-۳- سواد سلامت کل و گروه های سنی: میانگین امتیاز سواد سلامت در به ترتیب گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال، ۶۷.۹۳؛ گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، ۶۹.۰۶؛ گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال، ۶۹.۲۲؛ گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال، ۶۷.۳۹؛ افراد در گروه سنی ۵۵ سال و بالاتر، ۶۵.۵۳ بود.

همچنین درصد سواد سلامت محدود به ترتیب در افراد گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال حدود ۴۷ درصد، افراد در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال ۴۳ درصد، افراد در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال ۴۲ درصد، افراد در گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال ۴۵ درصد و افراد در گروه سنی ۵۵ سال و بالاتر ۴۹ درصد بود.

۱-۴- سواد سلامت کل و وضعیت تحصیل (سال های تحصیل): میانگین امتیاز سواد سلامت به ترتیب در افراد با تحصیلات ۱ تا ۵ سال، ۵۸.۳۲؛ با تحصیلات ۶ تا ۹ سال، ۶۴.۳۹؛ با تحصیلات ۱۰ تا ۱۲ سال، ۶۸.۴۲؛ با تحصیلات ۱۳ سال به بالا، ۷۲.۴۴ بود.

همچنین درصد سواد سلامت محدود به ترتیب در افراد با تحصیلات ۱ تا ۵ سال، حدود ۶۹ درصد؛ افراد با تحصیلات ۶ تا ۹ سال، ۵۵ درصد؛ افراد با تحصیلات ۱۰ تا ۱۲ سال، ۴۴ درصد؛ و افراد با تحصیلات ۱۳ سال به بالا ۳۴ درصد بود.

۲- ابعاد سواد سلامت

۲-۱- بعد خواندن: میانگین امتیاز بعد خواندن سواد سلامت ۶۶.۳۵، و درصد سواد سلامت محدود در بعد خواندن حدود ۴۵ درصد بود.

۲-۲- بعد دسترسی: میانگین امتیاز بعد دسترسی سواد سلامت ۶۴.۷۵، و درصد سواد سلامت محدود در بعد دسترسی حدود ۵۵ درصد بود.

۲-۳- بعد فهم و درک: میانگین امتیاز بعد فهم و درک سواد سلامت ۷۴.۰۷، و همچنین درصد سواد سلامت محدود در بعد فهم و درک حدود ۳۱ درصد بود.

۲-۴- بعد ارزیابی: میانگین امتیاز بعد ارزیابی سواد سلامت ۶۴.۱۱، و درصد سواد سلامت محدود در بعد ارزیابی حدود ۵۱ درصد بود.

۲-۵- بعد تصمیم گیری و رفتار: میانگین امتیاز بعد تصمیم گیری و رفتار سواد سلامت ۶۸.۸۱، و درصد سواد سلامت محدود در بعد تصمیم گیری و رفتار حدود ۴۵ درصد بود.

جدول: میانگین امتیاز (از ۱۰۰) و سطوح سواد سلامت کل بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن شهرها

استان	میانگین (انحراف معیار)	ناکافی (تعداد(درصد)	نه چندان کافی (تعداد(درصد)	کافی (تعداد(درصد)	عالی (تعداد(درصد)
آذربایجان شرقی	۶۴.۲۵ (۱۷.۳۱)	۱۶۹(۲۱.۷)	۲۵۴(۳۲.۶)	۲۴۹(۳۲.۰)	۱۰۷(۱۳.۷)
آذربایجان غربی	۶۷.۷۳ (۱۴.۶۲)	۷۶(۹.۵)	۳۳۳(۴۱.۶)	۲۶۸(۳۳.۵)	۱۲۴(۱۵.۵)
اردبیل	۶۶.۲۳ (۱۳.۵۱)	۵۳(۱۰.۸)	۲۰۸(۴۲.۴)	۱۸۰(۳۶.۷)	۵۰(۱۰.۲)
اصفهان	۷۰.۳۷ (۱۴.۰۵)	۶۸(۸.۷)	۲۴۴(۳۱.۰)	۳۳۷(۴۲.۹)	۱۳۷(۱۷.۴)
البرز	۷۰.۶۸ (۱۱.۷۷)	۳۲(۵.۱)	۱۸۹(۳۰.۴)	۳۲۰(۵۱.۴)	۸۱(۱۳.۰)
ایلام	۷۱.۲۴ (۱۴.۵۰)	۴۸(۹.۴)	۱۳۲(۲۵.۹)	۲۳۰(۴۵.۲)	۹۹(۱۹.۴)
بوشهر	۷۴.۸۷ (۱۲.۰۰)	۱۷(۳.۵)	۱۰۲(۲۰.۹)	۲۵۱(۵۱.۳)	۱۱۹(۲۴.۳)
تهران	۷۱.۵۲ (۱۳.۸۶)	۱۰۰(۷.۲)	۳۹۳(۲۸.۲)	۶۱۹(۴۴.۳)	۲۸۴(۲۰.۳)
چهارمحال و بختیاری	۶۷.۷۸ (۱۵.۵۴)	۵۹(۱۱.۹)	۱۸۳(۳۷.۰)	۱۶۷(۳۳.۸)	۸۵(۱۷.۲)
خراسان جنوبی	۶۳.۵۸ (۱۶.۱۸)	۱۱۰(۲۱.۴)	۱۸۹(۳۶.۸)	۱۵۱(۲۹.۴)	۶۴(۱۲.۵)
خراسان رضوی	۶۸.۲۷ (۱۴.۵۰)	۱۳۶(۹.۸)	۴۸۸(۳۵.۳)	۵۵۸(۴۰.۳)	۲۰۲(۱۴.۶)
خراسان شمالی	۷۰.۹۸ (۱۵.۴۸)	۵۰(۱۰.۰)	۱۳۹(۲۷.۹)	۱۹۳(۳۸.۸)	۱۱۶(۲۳.۳)
خوزستان	۶۲.۲۵ (۱۷.۴۰)	۲۴۲(۳۳.۹)	۳۵۱(۳۴.۶)	۳۱۱(۳۰.۷)	۱۰۹(۱۰.۸)
زنجان	۶۸.۷۳ (۱۶.۲۲)	۶۴(۱۲.۹)	۱۴۹(۳۰.۰)	۱۹۷(۳۹.۶)	۸۷(۱۷.۵)
سمنان	۷۰.۳۵ (۱۴.۸۲)	۴۶(۹.۵)	۱۴۳(۲۹.۵)	۲۰۰(۴۱.۲)	۹۶(۱۹.۸)
سیستان و بلوچستان	۶۹.۹۴ (۱۷.۶۶)	۱۰۶(۱۶.۷)	۱۳۲(۲۰.۹)	۲۴۱(۳۸.۱)	۱۵۴(۲۴.۳)
فارس	۷۰.۳۵ (۱۳.۷۴)	۶۸(۸.۵)	۲۵۰(۳۱.۴)	۳۴۱(۴۲.۸)	۱۳۸(۱۷.۳)
قزوین	۶۹.۶۹ (۱۴.۶۲)	۴۸(۹.۶)	۱۶۳(۳۲.۷)	۲۰۲(۴۰.۵)	۸۶(۱۷.۲)
قم	۶۷.۰۴ (۱۶.۶۸)	۹۳(۱۵.۹)	۱۹۸(۳۳.۹)	۱۸۹(۳۲.۴)	۱۰۴(۱۷.۸)
کردستان	۶۳.۹۹ (۱۴.۴۵)	۸۶(۱۴.۳)	۲۷۱(۴۴.۹)	۱۹۹(۳۳.۰)	۴۷(۷.۸)
کرمان	۶۶.۹۷ (۱۴.۶۵)	۸۶(۱۱.۱)	۳۰۶(۳۹.۶)	۲۷۴(۳۵.۵)	۱۰۶(۱۳.۷)
کرمانشاه	۶۹.۳۹ (۱۴.۹۱)	۶۷(۱۱.۰)	۱۸۰(۲۹.۵)	۲۵۶(۴۲.۰)	۱۰۷(۱۷.۵)
کهگیلویه و بویراحمد	۷۰.۳۵ (۱۳.۴۶)	۳۲(۶.۵)	۱۴۳(۲۹.۲)	۲۳۷(۴۸.۴)	۷۸(۱۵.۹)
گلستان	۶۵.۹۶ (۱۵.۵۱)	۸۹(۱۸.۱)	۱۵۰(۳۰.۵)	۲۰۴(۴۱.۵)	۴۹(۱۰.۰)
گیلان	۷۰.۷۶ (۹.۳۶)	۱۶(۲.۶)	۱۶۸(۲۷.۶)	۳۸۸(۶۳.۸)	۳۶(۵.۹)
لرستان	۶۹.۵۳ (۱۵.۰۴)	۶۹(۱۱.۲)	۲۰۰(۳۲.۴)	۲۳۸(۳۸.۶)	۱۱۰(۱۷.۸)
مازندران	۶۷.۰۴ (۱۳.۹۷)	۹۲(۱۱.۹)	۲۷۲(۳۵.۲)	۳۱۶(۴۰.۹)	۹۲(۱۱.۹)
مرکزی	۶۸.۳۳ (۱۴.۵۹)	۷۰(۱۱.۱)	۲۰۰(۳۱.۸)	۲۷۲(۴۳.۳)	۸۶(۱۳.۷)
هرمزگان	۷۲.۵۰ (۱۵.۵۷)	۴۵(۸.۹)	۱۲۳(۲۴.۴)	۲۱۰(۴۱.۷)	۱۲۶(۲۵.۰)
همدان	۶۷.۶۴ (۱۷.۳۲)	۱۰۹(۱۷.۸)	۱۷۱(۲۸.۰)	۲۱۶(۳۵.۴)	۱۱۵(۱۸.۸)
یزد	۶۲.۴۸ (۱۵.۰۶)	۱۲۴(۲۰.۹)	۲۳۴(۳۹.۵)	۱۸۸(۳۱.۷)	۴۷(۷.۹)
کل	۶۸.۳۲ (۱۵.۱۶)	۲۴۷۰(۱۲.۰)	۶۶۵۸(۳۲.۴)	۸۲۰۲(۳۹.۹)	۳۲۴۱(۱۵.۸)

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه	۷
اهداف طرح	۹
هدف اصلی	۹
اهداف ویژه	۹
فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده	۱۱
فصل سوم - روش پژوهش	۱۳
نوع پژوهش	۱۳
جامعه پژوهش	۱۳
معیارهای ورود	۱۳
معیارهای خروج	۱۳
تعداد نمونه و روش نمونه‌گیری	۱۳
تعداد کل نمونه	۱۴
روش نمونه‌گیری	۱۴
روش و ابزار گردآوری داده‌ها	۱۵
متغیرها	۱۵
متغیر وابسته	۱۵
متغیرهای مستقل	۱۵
روش تحلیل داده‌ها	۱۵
ملاحظات اخلاقی	۱۵
فصل چهارم - یافته‌های پژوهش	۱۷
الف) یافته‌های جمعیتی	۱۷
ب) یافته‌های مربوط به سنجش سواد سلامت	۱۸
سواد سلامت کل	۱۸
سواد سلامت کل و جنسیت	۱۸
سواد سلامت کل و وضعیت اشتغال	۱۹
سواد سلامت کل و گروه‌های سنی	۱۹
سواد سلامت کل و وضعیت تحصیل (سال‌های تحصیل)	۱۹
ابعاد سواد سلامت	۲۱
بعد خواندن	۲۱
بعد دسترسی	۲۱
بعد فهم و درک	۲۱
بعد ارزیابی	۲۲
بعد تصمیم‌گیری و رفتار	۲۲
ج) یافته‌های مربوط به منابع کسب اطلاعات سلامت	۲۳
تاثیر عوامل دموگرافیک بر سواد سلامت	۲۳

فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات.....	۳۵
منابع	۳۷

فصل اول – مقدمه

نظام های نوین سلامت باعث ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان خود شده اند، و افراد باید نهایتاً برای اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده نقش های جدیدی بر عهده بگیرند، که در این زمینه یکی از عوامل بسیار مؤثر، سواد سلامت است [۱]. سواد سلامت هم اکنون به عنوان یک مسئله و بحث جهانی معرفی شده [۲]، و به دلیل نقش مهم آن بر نحوه تصمیم گیری اشخاص در زمینه های مرتبط با سلامت به عنوان یکی از ابزارهای اساسی در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفته است [۳-۴]. سواد سلامت، مفهوم گسترده ای است که به شیوه های گوناگونی تعریف شده و از حدود سال ۱۹۷۰ در متون سلامت مورد استفاده قرار گرفته است [۵].

به رغم عدم توافق بر سر تعریف سواد سلامت و ابعاد آن و دشوار شدن سنجش و مقایسه ابزار های ذی ربط، بیشتر تعاریف ارائه شده در خصوص سواد سلامت از رویکرد و خصوصیت مشترک برخوردارند؛ این رویکرد عبارت است از این که سواد سلامت فراتر از توانایی خواندن، نوشتن و درک معانی و مفاهیم کلمات و اعداد در محیط های سلامت است. در تعاریف ارائه شده از این شاخص به چند بعدی بودن سواد سلامت اشاره شده و به توانایی های شناختی افراد به منظور درک و تفسیر معانی و مفاهیم اطلاعات سلامت در اشکال گوناگون تأکید شده است. سواد سلامت شامل مجموعه ای از مهارت های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیت های سلامتی است که لزوماً به سال های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی گردد [۶]. در آخرین تعاریف ارائه شده از این شاخص علاوه بر سواد خواندن و نوشتن، مهارت های افراد در استفاده از رسانه های مجازی به خصوص شبکه اینترنتی، شبکه های اجتماعی، مهارت های برقراری ارتباط مؤثر را به عنوان یکی از جنبه های سواد سلامت تلقی شده است [۷]. از بین تعاریف گوناگون سواد سلامت، تعریف ارائه شده توسط Ratzan (2000) "از مقبولیت بیشتری برخوردار بوده و در بیشتر منابع نیز مورد استناد قرار گرفته است. وی سواد سلامت را این چنین تعریف کرده است: "میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم گیری مناسب لازم است." [۸].

گرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است [۹]؛ به طوری که برخی از محققان معتقدند که سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد پیش بینی کننده قوی تری در رابطه با سلامت است [۱۰]. افراد دارای سواد سلامت ناکافی درباره روش های پیشگیری از بیماری ها دانش کمی دارند و کمتر در برنامه های مراقبت در برابر بیماری های مزمن مشارکت می کنند. اغلب، آموزش های پزشکی و بهداشتی را درک نمی کنند و حتی ممکن است که آن ها را به اشتباه تفسیر نمایند و متعاقب آن خطاهای پزشکی نیز بالا رفته و موفقیت معالجات هم در این افراد پایین می آید [۱]. این افراد در مقایسه با کسانی که سواد سلامت کافی دارند اغلب درک صحیحی از برچسب های داروها و مواد غذایی ندارند،

به اخبار و توصیه های بهداشتی کم تر عمل می کنند، مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت خود را با کارکنان بهداشتی کمتر در میان می گذارند و در یافتن خدمات بهداشتی درمانی مناسب برای خود و فرزندان شان بیشتر دچار مشکل می شوند. در مورد پیام های بهداشتی رسانه ها دچار سردرگمی می شوند و در درمان بیماری های مزمن نیز بیشتر مشکل دارند [۱۱-۱۳]. افراد با سواد سلامت کم نمی توانند به راحتی با کارکنان بهداشتی و درمانی ارتباط برقرار نموده و در نتیجه میلی به مطرح کردن ابهامات خود و پرسیدن سوالات شان جهت اتخاذ تصمیمات مناسب از خود نشان نمی دهند [۱۴]. تحقیقات زیادی نشان می دهد که افراد با سواد سلامت پایین کم تر پیگیر وضعیت سلامت خود هستند؛ بیشتر در بیمارستان بستری می شوند؛ و هزینه های بهداشتی بیشتری را به نظام درمان تحمیل می کنند؛ در مورد بیماری های غیرواگیر مانند سرطان درک کمتری از عوامل خطر آن ها دارند و در مراحل انتهایی تر بیماری تشخیص داده می شوند [۱۵]. افراد دارای سواد سلامت اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده توسط متخصصان سلامت را درک و به دستورات داده شده عمل می کنند و بنابر این وضعیت سلامت ضعیف تری دارند [۱۶]؛ میزان بستری شدن و مراجعه به پزشک در آن ها بیشتر است [۱۷-۱۸]؛ در مهارت های خود مراقبتی ضعیف عمل می کنند [۱۹]؛ مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند [۲۰] و در نتیجه هزینه های پزشکی بیشتری را متحمل می شوند [۲۱]. به طور کلی از پیامدهای ناشی از کم سواد افراد در حوزه سلامت می توان به استفاده کمتر از خدمات پیشگیری، انتخاب های ضعیف سلامت، تأخیر بیشتر در تشخیص ها، فهم کمتر از وضعیت های پزشکی، پایبندی کمتر به دستورالعمل های پزشکی، افزایش خطر بستری شدن، وضعیت سلامت جسمی و روانی ضعیف تر، افزایش خطر مرگ و هزینه های مراقبت سلامت بیشتر اشاره نمود [۲۲]. سواد سلامت ناکافی با وضعیت سلامت فردی در حد ضعیف تر، استفاده نامناسب از داروها و عدم پیروی از دستورهای پزشک، کنترل ضعیف تر قند خون و افزایش شیوع گزارش فردی از مشکلاتی که از کنترل ضعیف ناشی می شوند، دانش بهداشتی کمتر، مشارکت کمتر در تصمیم گیری در خصوص درمان، بیان کمتر نگرانی های سلامت و ارتباط بدتر با پزشکان همراه است [۲۳].

سازمان سلامت جهان در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده های امر سلامت معرفی نمود. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرد که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر را جهت پایش و هماهنگی فعالیت های راهبردی، در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود [۲۴].

بنابر آنچه گفته شد سنجش میزان سواد سلامت امری ضروری است تا از احتمال بروز خطرات ناشی از سواد محدود جلوگیری شود [۲۳]. در این راستا تاکنون هیچ مطالعه ای در سطح ملی برای سنجش سواد سلامت در ایران انجام نشده است، لذا انجام یک مطالعه برای داشتن یک شاخص برای کمک به پایش مستمر برنامه های آموزش و ارتقای سلامت ضروری به نظر می رسد. لذا محققان در این مطالعه بر آن شدند تا با استفاده از یک ابزار روا و پایای بومی سواد سلامت ایرانیان ساکن شهرها را مورد سنجش قرار دهند.

اهداف طرح

هدف اصلی

سنجش سواد سلامت برای بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن شهرها

اهداف ویژه

۱. تعیین میزان (درصد) و سطح بندی سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن شهرها.
۲. تعیین میزان (درصد) و سطح بندی ابعاد سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن شهرها.
۳. تعیین میزان (درصد) و سطح بندی سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن شهرها به تفکیک مشخصات جمعیتی (سن، جنسیت، سال های تحصیل، شغل)
۴. تعیین رابطه بین سواد سلامت و مشخصات جمعیتی (سن، جنسیت، سال های تحصیل، شغل)
۵. تعیین منابع گزارش شده برای کسب اطلاعات در خصوص سلامت و بیماری توسط بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن شهرها

فصل دوم – زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

تعداد مطالعات در خصوص سنجش سواد سلامت در ایران بسیار کم بوده و غالب موارد انجام شده نیز گستردگی لازم را نداشته است. ضمن این در برخی از آن‌ها رویکرد تدوین ابزارهای سنجش به گونه‌ای بوده که مقایسه و تحلیل را بسیار دشوار می‌نماید. در این مجال صرفاً به چند نمونه از این مطالعات که دارای ابزارهای مشخص و نیز تعداد نمونه قابل توجه بوده است، اشاره می‌نماییم:

در مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۱ سواد سلامت ۵۲۵ نفر از افراد بزرگسال (بالای ۱۸ سال) شهر اصفهان را با استفاده از دو ابزار S-TOFHLA و NVS مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد بیش از ۵۰ درصد افراد بر اساس S-TOFHLA و ۶۱ درصد افراد بر اساس NVS سواد سلامت مرزی یا ناکافی داشتند. در آزمون S-TOFHLA، ۴۶.۵ درصد افراد سواد سلامت کافی، ۳۸ درصد سواد سلامت مرزی و ۱۵.۵ درصد افراد سواد سلامت ناکافی و در آزمون NVS نیز نشان داده شد که ۳۸ درصد از افراد سواد سلامت کافی، ۳۶.۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۲۵.۴ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند. در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و سن، سطح تحصیلات، جنس و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد، به طوری که سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، تحصیلات کمتر، زنان و قشر کم درآمد شایع‌تر بود [۲۵].

تنی چند از محققان در سال ۱۳۸۹ در مطالعه خود سواد سلامت و ارتباط آن با به کارگیری خدمات سلامت را در جمعیت شهری کرمان (۱۰۰۰ نفر از افراد بالای ۱۸ سال) با استفاده از سنجش سواد سلامت عملکردی بزرگسالان انجام دادند. نتایج نشان داد که ۶۰ درصد افراد دارای سواد سلامت پایین (ناکافی و مرزی) داشتند. وضعیت بیمه بیشترین ارتباط را با سواد سلامت داشت و سواد سلامت بر بهره‌گیری از خدمات سلامت موثر بود [۲۶].

در مطالعه طهرانی بنی هاشمی و همکاران در سال ۱۳۸۶ که با استفاده از نسخه ایرانی (فارسی) ابزار سنجش سواد سلامت عملکردی بالغان TOFHLA انجام شده، سواد سلامت ۱۰۸۶ نفر از افراد ۱۸ سال و بالاتر در ۵ استان از استان‌های بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران (۱ شهر و ۱ روستای از هر استان) و عوامل مؤثر بر آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد، ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامتی در حد کافی، ۱۵.۳ درصد سواد سلامتی مرزی و ۵۶.۶ درصد در حد سواد سلامتی ناکافی قرار داشتند. سطح سواد سلامت در زنان بالاتر بود. سواد سلامت محدود، با وضعیت اقتصادی پائین ارتباط آماری معنی‌دار نشان داد. سطح تحصیلات، قوی‌ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت داشت. از خصوصیات این مطالعه حضور افراد بی‌سواد در جمع مشارکت‌کنندگان بود (۱۷ درصد) [۲۷].

فصل سوم – روش پژوهش

نوع پژوهش

این پژوهش یک مطالعه جمعیتی بود، که به صورت مقطعی (توصیفی-تحلیلی) انجام شد.

جامعه پژوهش

کلیه ایرانیان بالغ (سنین ۱۸ تا ۶۵) ساکنان شهرها (مراکز استان ها و یک شهر با انتخاب تصادفی در هر استان) مد نظر بودند.

معیارهای ورود

ایرانی بودن، عضو خانوار مورد مراجعه، باسواد بودن (سواد خواندن و نوشتن)

معیارهای خروج

خانوارهای گروهی (پادگان ها، خوابگاه ها و...)، عدم رضایت به هم کاری، مهمان بودن و یا عضو خانوار مورد پرسشگری نبودن، فرم های تکمیل شدن ناقص و

تعداد نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش یک مطالعه جمعیتی است. در این مطالعه اندازه نمونه با در نظر گرفتن نسبت (p) ۵۰ و اطمینان ۹۵ و خطای نسبی (t) به شرح زیر به دست آمد: برای برآورد نسبت معینی مانند p با خطای نسبی t در روش نمونه گیری تصادفی ساده از فرمول زیر استفاده شد.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p \cdot q}{(rp)^2}$$

از آن جا که در عمل از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد، اندازه نمونه ها در اثر طرح هم ضرب شد. شایان ذکر است به لحاظ بزرگ بودن حجم جامعه آماری از کسر نمونه گیری (FPC) صرف نظر شد.

بر اساس نتایج تنها مطالعه منتشر شده در خصوص سنجش سواد سلامت ملی در ۵ استان تهران، قزوین، بوشهر، مازندران و کرمانشاه در سال ۱۳۸۶، میانگین سطح سواد سلامت ملی در شهرهای کشور ۵۳.۴ از ۱۰۰ گزارش شده است؛ به عبارت دیگر افراد در شهرها ۵۳.۴ درصد از نمره کل سلامت را احراز نموده اند. لذا به رغم احتمال ارتقای سطح سواد سلامت در طول سال های پس از مطالعه مذکور، در این مطالعه میزان سواد سلامت کمتر از مقدار یاد شده لحاظ گردید (۰.۵). به این منظور شهرهای کشور بر اساس جمعیت به ۵ طبقه تقسیم شد. در این طرح با جایگذاری مقادیر خطای نسبی متفاوت از ۰.۱ تا ۰.۶

متناسب با جمعیت افراد واجد شرایط در استان اندازه نمونه محاسبه گردید و نسبت‌های مربوط به هر استان به طور جداگانه اندازه نمونه‌ای برای هر یک از استان‌ها برآورد شد (جدول شماره ۱).

تعداد کل نمونه

تعداد کل نمونه ۱۹۹۰۰ که با احتساب ریزش ۲۰۷۳۰ نفر برآورد شد، تعداد نمونه نهایی گردآوری شده ۲۰۵۷۱ (جدول شماره ۱).

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

ردیف	نام استان	اندازه نمونه برآورد شده بر اساس جمعیت تقریبی ۱۵-۶۵ سال برای هر استان	اندازه نمونه اجرا شده بر اساس جمعیت تقریبی ۱۵-۶۵ سال برای هر استان
۱	استان های کهگیلویه و بویر احمد، خراسان جنوبی، ایلام، خراسان شمالی، چهارمحال و بختیاری، سمنان، گلستان، بوشهر، زنجان، اردبیل، هرمزگان، قزوین،	۴۸۰	۵۰۰
۲	استان های یزد، کردستان، لرستان، مرکزی، قم، سیستان و بلوچستان، همدان، کرمانشاه، گیلان، البرز	۵۹۵	۶۲۰
۳	کرمان، آذربایجان غربی، مازندران، آذربایجان شرقی فارس، اصفهان	۷۵۵	۷۸۵
۴	خوزستان	۹۸۰	۱۰۲۰
۵	خراسان رضوی، تهران	۱۳۴۰	۱۴۰۰
	اندازه کل نمونه کشور	۱۹۹۰۰	۲۰۷۳۰

روش نمونه گیری

نمونه ها در مراکز استان ها، بر اساس اطلاعات سر شماری سال ۱۳۹۰ و نیز وفق حوزه بندی و بلوک بندی شهرها انتخاب شدند. بلوک های شهری با روش نمونه گیری چند مرحله ای تعیین شده و سپس خانوارها بر اساس روش نمونه گیری سسیتماتیک در داخل بلوکها انتخاب شد. پس از مشخص شدن خانوار با استفاده از جدول طیف سنی و جنسیتی تهیه شده بر اساس توزیع جمعیتی در سر شماری سال ۱۳۹۰ افراد واجد شرایط مورد پرسشگری قرار گرفت. شایان ذکر است نقشه دسترسی به خانوارها در هر بلوک از قبل تهیه شده و در اختیار پرسشگران آموزش دیده قرار گرفت. نقشه ها و بلوک ها قبلاً توسط جهاد دانشگاهی از مرکز آمار ایران خریداری شده بود؛ و با توجه به انجام مستمر طرح های ملی توسط این نهاد، تغییرات احتمالی به صورت مستمر پیش بینی شده و پرسشگران برای مواجهه با این تغییرات آموزش داده شد. شایان ذکر است پرسشگران بر اساس نقشه دریافتی اقدام نمودند. از آن جا که برخی

تغییراتی در حوزه ها و بلوک شهری در شهرها رخ داده بود، پرسشگران بر اساس نقشه تغییر یافته بلوک، مراحل کار خود را ادامه دادند. همچنین با توجه به بهره گیری از ظرفیت های یک شبکه ملی پرسشگری بر اساس پروتکل واحد پرسشنامه ها به صورت همزمان در سراسر ۳۱ استان کشور گردآوری شد.

روش و ابزار گردآوری داده ها

ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه سنجش سواد سلامت منتظری و همکاران [28] بود. این پرسشنامه دارای ۳۳ گویه (۵ گزینه ای) بوده و در ۵ بعد (یا حیطة) سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال) را اندازه گیری می نماید.

متغیرها

متغیر وابسته

سطح سواد سلامت

متغیرهای مستقل

سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، منابع دریافت اطلاعات

روش تحلیل داده ها

داده ها با استفاده از روش های آماری متناسب با استفاده از نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت. شایان ذکر است سطح تحلیل در این مطالعه صرفاً ملی بود.

ملاحظات اخلاقی

به شرکت کنندگان در مطالعه توضیح داده می شود که می توانند در صورت تمایل در مطالعه شرکت کنند و به آنان اطمینان داده می شود که اطلاعات ارائه شده از سوی آنان کاملاً محرمانه و محفوظ باقی خواهد ماند و نام و نام خانوادگی آنان در پرسشنامه ذکر نخواهد شد.

فصل چهارم - یافته‌های پژوهش

الف) یافته‌های جمعیتی

تعداد ۲۰۵۷۱ نفر در این مطالعه جمعیتی شرکت کردند، که مشخصات جمعیتی آن‌ها در جدول شماره ۱ درج گردیده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن شهرها

استان	سن میانگین (انحراف معیار)	تعداد سال‌های تحصیل میانگین (انحراف معیار)	جنسیت	
			زن تعداد (درصد)	مرد تعداد (درصد)
آذربایجان شرقی	۳۴.۸۱ (۱۱.۴۹)	۱۱.۸۸ (۴.۰۴)	۴۱۱ (۵۲.۸)	۳۶۸ (۴۷.۲)
آذربایجان غربی	۳۴.۵۹ (۱۱.۶۹)	۱۱.۸۱ (۳.۸۴)	۴۱۷ (۵۲.۱)	۳۸۴ (۴۷.۹)
اردبیل	۳۴.۲۴ (۱۱.۵۱)	۱۱.۰۱ (۴.۱۶)	۲۵۳ (۵۱.۵)	۲۳۸ (۴۸.۵)
اصفهان	۳۶.۳۴ (۱۲.۶۹)	۱۲.۱۰ (۳.۸۶)	۳۹۱ (۴۹.۷)	۳۹۵ (۵۰.۳)
البرز	۳۶.۲۹ (۱۲.۰۹)	۱۲.۶۳ (۳.۶۰)	۳۱۵ (۵۰.۶)	۳۰۷ (۴۹.۴)
ایلام	۳۳.۵۴ (۱۱.۲۲)	۱۲.۷۲ (۳.۵۵)	۲۴۳ (۴۷.۷)	۲۶۶ (۵۲.۳)
بوشهر	۳۸.۷۷ (۱۲.۹۸)	۱۱.۷۱ (۳.۹۱)	۲۰۹ (۴۲.۷)	۲۸۰ (۵۷.۳)
تهران	۳۶.۷۹ (۱۲.۴۲)	۱۲.۶۴ (۳.۴۹)	۷۲۵ (۵۱.۹)	۶۷۱ (۴۸.۱)
چهارمحال و بختیاری	۳۳.۸۲ (۱۰.۴۸)	۱۲.۷۶ (۳.۴۸)	۲۶۷ (۵۴.۰)	۲۲۷ (۴۶.۰)
خراسان جنوبی	۳۳.۲۴ (۱۱.۴۱)	۱۱.۵۳ (۳.۸۹)	۲۵۴ (۴۹.۴)	۲۶۰ (۵۰.۶)
خراسان رضوی	۳۵.۰۵ (۱۱.۸۶)	۱۱.۹۲ (۳.۷۸)	۷۵۱ (۵۴.۳)	۶۳۳ (۴۵.۷)
خراسان شمالی	۳۳.۲۰ (۱۱.۰۴)	۱۱.۴۰ (۴.۰۷)	۲۵۳ (۵۰.۸)	۲۴۵ (۴۹.۲)
خوزستان	۳۵.۴۳ (۱۲.۳۱)	۱۱.۹۱ (۳.۴۷)	۴۹۸ (۴۹.۲)	۵۱۵ (۵۰.۸)
زنجان	۳۱.۶۲ (۹.۳۶)	۱۱.۶۱ (۴.۱۹)	۲۳۹ (۴۸.۱)	۲۵۸ (۵۱.۹)
سمنان	۳۷.۰۲ (۱۲.۵۷)	۱۲.۳۹ (۳.۶۷)	۲۶۸ (۵۵.۳)	۲۱۷ (۴۴.۷)
سیستان و بلوچستان	۳۲.۳۷ (۱۰.۸۳)	۱۱.۶۱ (۳.۵۷)	۳۳۵ (۵۲.۹)	۲۹۸ (۴۷.۱)
فارس	۳۷.۱۴ (۱۲.۸۵)	۱۱.۱۹ (۳.۸۰)	۴۰۳ (۵۰.۶)	۳۹۴ (۴۹.۴)
قزوین	۳۳.۸۶ (۱۱.۴۰)	۱۱.۸۷ (۳.۹۶)	۲۵۰ (۵۰.۱)	۲۴۹ (۴۹.۹)
قم	۳۵.۰۴ (۱۱.۷۶)	۱۰.۰۶ (۴.۳۳)	۲۹۱ (۴۹.۸)	۲۹۳ (۵۰.۲)
کردستان	۳۱.۸۵ (۹.۹۸)	۱۱.۸۴ (۳.۸۳)	۲۹۱ (۴۸.۳)	۳۱۲ (۵۱.۷)
کرمان	۳۵.۰۶ (۱۲.۰۵)	۱۲.۵۲ (۳.۴۱)	۳۷۵ (۴۸.۶)	۳۹۷ (۵۱.۴)
کرمانشاه	۳۵.۰۵ (۱۱.۶۴)	۱۲.۲۲ (۳.۶۲)	۳۲۳ (۵۲.۰)	۲۸۷ (۴۷.۰)
کهگیلویه و بویراحمد	۳۴.۷۳ (۱۱.۹۲)	۱۱.۶۶ (۴.۳۰)	۲۳۵ (۴۸.۰)	۲۵۵ (۵۲.۰)
گلستان	۳۲.۷۵ (۱۰.۴۷)	۱۲.۱۴ (۳.۷۳)	۲۴۵ (۴۹.۸)	۲۴۷ (۵۰.۲)
گیلان	۳۵.۲۵ (۱۱.۲۱)	۱۱.۶۸ (۳.۰۰)	۳۳۰ (۵۴.۳)	۲۷۸ (۴۵.۷)
لرستان	۳۴.۰۹ (۱۱.۱۳)	۱۱.۸۳ (۳.۶۹)	۳۲۵ (۵۲.۷)	۲۹۲ (۴۷.۳)
مازندران	۳۵.۹۱ (۱۲.۳۵)	۱۲.۲۱ (۳.۷۷)	۳۷۵ (۴۸.۶)	۳۹۷ (۵۱.۴)
مرکزی	۳۴.۳۱ (۱۱.۷۰)	۱۲.۲۸ (۳.۵۷)	۳۰۸ (۴۹.۰)	۳۲۰ (۵۱.۰)
هرمزگان	۳۴.۵۹ (۱۱.۴۹)	۱۲.۶۵ (۳.۲۸)	۲۵۱ (۴۹.۸)	۲۵۳ (۵۰.۲)
همدان	۳۴.۴۶ (۱۱.۱۴)	۱۲.۱۹ (۳.۹۰)	۳۰۹ (۵۰.۶)	۳۰۲ (۴۹.۴)
یزد	۳۵.۸۲ (۱۲.۰۵)	۱۱.۷۷ (۴.۰۸)	۲۹۶ (۴۹.۹)	۲۹۷ (۵۰.۱)
کل	۳۴.۹۲ (۱۱.۸۰)	۱۱.۹۶ (۳.۷۹)	۱۰۴۳۶ (۵۰.۷)	۱۰۱۳۵ (۴۹.۳)

ب) یافته های مربوط به سنجش سواد سلامت

سواد سلامت کل

میانگین امتیاز سواد سلامت کل (از ۱۰۰ امتیاز) جمعیت ۶۵-۱۸ سال با سواد شهر نشین کشور ۶۸.۳۲ بود.

سه استان بوشهر (۷۴.۸۷)، هرمزگان (۷۲.۵۰) و تهران (۷۱.۵۲) به ترتیب دارای بیشترین و سه استان خوزستان (۶۲.۲۵)، یزد (۶۲.۴۸) و خراسان جنوبی (۶۳.۵۸) به ترتیب دارای کمترین میانگین امتیاز سواد سلامت کل در بین دیگر استانهای کشور بودند.

همچنین بر اساس همین نتایج حدود ۴۴ درصد از جمعیت ۶۵-۱۸ سال با سواد شهر نشین کشور از سواد سلامت محدود^۱ برخوردار بودند. این میزان در استان بوشهر (۲۴ درصد)، گیلان (۳۰ درصد) و هرمزگان (۳۳ درصد) به ترتیب کم تر، و در سه استان یزد (۶۰ درصد)، کردستان (۵۹ درصد) و خوزستان (۵۹ درصد) به ترتیب بیش تر از شهر- نشینان سایر استانها بود.

سواد سلامت کل و جنسیت

میانگین امتیاز سواد سلامت کل برای مردان (۶۷.۶۰) و برای زنان (۶۹.۰۲) بوده و این تفاوت با توجه به حجم نمونه بالا از نظر آماری ($P=0.001$) معنادار بود.

زنان شهر نشین سه استان بوشهر (۷۵.۱۴)، هرمزگان (۷۴.۹۷) و تهران (۷۳.۲۵) به ترتیب بیشترین میانگین امتیاز سواد سلامت کل و زنان سه استان خوزستان (۶۱.۱۱)، یزد (۶۲.۴۴) و کردستان (۶۴.۸۱) به ترتیب کمترین میانگین امتیاز سواد سلامت کل را در بین زنان شهر نشین کشور داشتند. همچنین مردان شهر نشین سه استان بوشهر (۷۴.۶۷)، خراسان شمالی (۷۱.۸۶) و ایلام (۷۱.۵۸) به ترتیب بیشترین میانگین امتیاز سواد سلامت کل و سه استان خراسان جنوبی (۶۲.۱۹)، یزد (۶۲.۵۱) و آذربایجان شرقی (۶۲.۹۶) به ترتیب کمترین میانگین امتیاز سواد سلامت کل را در بین زنان شهر نشین کشور داشتند.

درصد سواد سلامت محدود به ترتیب در زنان حدود ۴۲ درصد و در مردان حدود ۴۶ درصد بود. زنان شهر نشین سه استان بوشهر (۲۴)، هرمزگان (۲۴)، تهران (۳۰) به ترتیب کمترین درصد سواد سلامت محدود؛ و زنان شهر نشین سه استان خوزستان (۶۰)، یزد (۶۰) و کردستان (۵۸) به ترتیب بیشترین درصد سواد سلامت محدود را در بین زنان شهر نشین سایر استانهای کشور داشتند. همچنین مردان شهر نشین سه استان بوشهر (۲۴)، گیلان (۳۰)، ایلام (۳۳) به ترتیب کمترین درصد سواد سلامت محدود؛ و مردان شهر نشین سه استان یزد (۶۱)، کردستان (۶۰) و خراسان جنوبی (۶۰) به ترتیب بیشترین درصد از سواد سلامت محدود را در بین زنان شهر نشین کشور داشتند.

^۱ - در این مطالعه بر اساس مقیاس مورد نظر سطح سواد سلامت مخاطبان وفق امتیازات اخذ شده به چهار دسته "عالی"، "کافی"، "نه چندان کافی" و "ناکافی" تقسیم شد. براساس نظر محققان از مجموع دو دسته "نه چندان کافی" و "ناکافی" دسته "سواد سلامت محدود" استخراج شده و در مطالعه گزارش شده است.

سواد سلامت کل و وضعیت اشتغال

میانگین امتیاز سواد سلامت کل در گروه های شغلی جمعیت ۱۸-۶۵ سال با سواد شهر نشین کشور به ترتیب در افراد بی کار، ۶۵.۹۸؛ افراد خانه‌دار، ۶۷.۱۶؛ افراد بازنشسته، ۷۰.۰۰؛ افراد دانش آموز/ دانشجوی ۶۹.۵۲؛ افراد شاغل، ۶۹.۱۸ بود.

درصد سواد سلامت محدود به ترتیب در افراد بی کار حدود ۵۰ درصد، افراد خانه‌دار ۴۷ درصد، افراد بازنشسته ۳۸ درصد، افراد دانش آموز/ دانشجوی ۴۳ درصد و افراد شاغل ۴۲ درصد بود.

سواد سلامت کل و گروه های سنی

میانگین سواد سلامت کل در گروه های سنی جمعیت ۱۸-۶۵ سال با سواد شهر نشین کشور به ترتیب در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال، ۶۷.۹۳؛ گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، ۶۹.۰۶؛ گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال، ۶۹.۲۲؛ گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال، ۶۷.۳۹؛ افراد در گروه سنی ۵۵ سال و بالاتر، ۶۵.۵۳ بود.

درصد سواد سلامت محدود به ترتیب در افراد گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال حدود ۴۷ درصد، افراد در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال حدود ۴۳ درصد، افراد در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال حدود ۴۲ درصد، افراد در گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال حدود ۴۵ درصد و افراد در گروه سنی ۵۵ سال و بالاتر حدود ۴۹ درصد بود.

سواد سلامت کل و وضعیت تحصیل (سال های تحصیل)

میانگین سواد سلامت کل در گروه های تحصیلی جمعیت ۱۸-۶۵ سال با سواد شهر نشین کشور به ترتیب در افراد با تحصیلات ۱ تا ۵ سال، ۵۸.۳۲؛ با تحصیلات ۶ تا ۹ سال، ۶۴.۳۹؛ با تحصیلات ۱۰ تا ۱۲ سال، ۶۸.۴۲؛ با تحصیلات ۱۳ سال به بالا، ۷۲.۴۴ بود.

درصد سواد سلامت محدود به ترتیب در افراد با تحصیلات ۱ تا ۵ سال، حدود ۶۹ درصد؛ افراد با تحصیلات ۶ تا ۹ سال، ۵۵ درصد؛ افراد با تحصیلات ۱۰ تا ۱۲ سال، ۴۴ درصد؛ و افراد با تحصیلات ۱۳ سال به بالا ۳۴ درصد بود.

جدول ۲: میانگین امتیاز سواد سلامت (از ۱۰۰) و سطوح سواد سلامت کل بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن شهرها

استان	میانگین (انحراف معیار)	ناکافی (تعداد درصد)	نه چندان کافی (تعداد درصد)	کافی (تعداد درصد)	عالی (تعداد درصد)
آذربایجان شرقی	۶۴.۲۵ (۱۷.۳۱)	۱۶۹(۲۱.۷)	۲۵۴(۳۲.۶)	۳۴۹(۳۲.۰)	۱۰۷(۱۳.۷)
آذربایجان غربی	۶۷.۷۳ (۱۴.۶۲)	۷۶(۹.۵)	۳۳۳(۴۱.۶)	۲۶۸(۳۳.۵)	۱۲۴(۱۵.۵)
اردبیل	۶۶.۲۳ (۱۳.۵۱)	۵۳(۱۰.۸)	۲۰۸(۴۲.۴)	۱۸۰(۳۶.۷)	۵۰(۱۰.۲)
اصفهان	۷۰.۳۷ (۱۴.۰۵)	۶۸(۸.۷)	۲۴۴(۳۱.۰)	۳۳۷(۴۲.۹)	۱۳۷(۱۷.۴)
البرز	۷۰.۶۸ (۱۱.۷۷)	۳۲(۵.۱)	۱۸۹(۳۰.۴)	۳۲۰(۵۱.۴)	۸۱(۱۳.۰)
ایلام	۷۱.۲۴ (۱۴.۵۰)	۴۸(۹.۴)	۱۳۲(۲۵.۹)	۲۳۰(۴۵.۲)	۹۹(۱۹.۴)
بوشهر	۷۴.۸۷ (۱۲.۰۰)	۱۷(۳.۵)	۱۰۲(۲۰.۹)	۲۵۱(۵۱.۳)	۱۱۹(۲۴.۳)
تهران	۷۱.۵۲ (۱۳.۸۶)	۱۰۰(۷.۲)	۳۹۳(۲۸.۲)	۶۱۹(۴۴.۳)	۲۸۴(۲۰.۳)
چهارمحال و بختیاری	۶۷.۷۸ (۱۵.۵۴)	۵۹(۱۱.۹)	۱۸۳(۳۷.۰)	۱۶۷(۳۳.۸)	۸۵(۱۷.۲)
خراسان جنوبی	۶۳.۵۸ (۱۶.۱۸)	۱۱۰(۲۱.۴)	۱۸۹(۳۶.۸)	۱۵۱(۲۹.۴)	۶۴(۱۲.۵)
خراسان رضوی	۶۸.۲۷ (۱۴.۵۰)	۱۳۶(۹.۸)	۴۸۸(۳۵.۳)	۵۵۸(۴۰.۳)	۲۰۲(۱۴.۶)
خراسان شمالی	۷۰.۹۸ (۱۵.۴۸)	۵۰(۱۰.۰)	۱۳۹(۲۷.۹)	۱۹۳(۳۸.۸)	۱۱۶(۲۳.۳)
خوزستان	۶۲.۲۵ (۱۷.۴۰)	۲۴۲(۲۳.۹)	۳۵۱(۳۴.۶)	۳۱۱(۳۰.۷)	۱۰۹(۱۰.۸)
زنجان	۶۸.۷۳ (۱۶.۲۲)	۶۴(۱۲.۹)	۱۴۹(۳۰.۰)	۱۹۷(۳۹.۶)	۸۷(۱۷.۵)
سمنان	۷۰.۳۵ (۱۴.۸۲)	۴۶(۹.۵)	۱۴۳(۲۹.۵)	۲۰۰(۴۱.۲)	۹۶(۱۹.۸)
سیستان و بلوچستان	۶۹.۹۴ (۱۷.۶۶)	۱۰۶(۱۶.۷)	۱۳۲(۲۰.۹)	۲۴۱(۳۸.۱)	۱۵۴(۲۴.۳)
فارس	۷۰.۳۵ (۱۳.۷۴)	۶۸(۸.۵)	۲۵۰(۳۱.۴)	۳۴۱(۴۲.۸)	۱۳۸(۱۷.۳)
قزوین	۶۹.۶۹ (۱۴.۶۲)	۴۸(۹.۶)	۱۶۳(۳۲.۷)	۲۰۲(۴۰.۵)	۸۶(۱۷.۲)
قم	۶۷.۰۴ (۱۶.۶۸)	۹۳(۱۵.۹)	۱۹۸(۳۳.۹)	۱۸۹(۳۲.۴)	۱۰۴(۱۷.۸)
کردستان	۶۳.۹۹ (۱۴.۴۵)	۸۶(۱۴.۳)	۲۷۱(۴۴.۹)	۱۹۹(۳۳.۰)	۴۷(۷.۸)
کرمان	۶۶.۹۷ (۱۴.۶۵)	۸۶(۱۱.۱)	۳۰۶(۳۹.۶)	۲۷۴(۳۵.۵)	۱۰۶(۱۳.۷)
کرمانشاه	۶۹.۳۹ (۱۴.۹۱)	۶۷(۱۱.۰)	۱۸۰(۲۹.۵)	۲۵۶(۴۲.۰)	۱۰۷(۱۷.۵)
کهگیلویه و بویراحمد	۷۰.۳۵ (۱۳.۴۶)	۳۲(۶.۵)	۱۴۳(۲۹.۲)	۲۳۷(۴۸.۴)	۷۸(۱۵.۹)
گلستان	۶۵.۹۶ (۱۵.۵۱)	۸۹(۱۸.۱)	۱۵۰(۳۰.۵)	۲۰۴(۴۱.۵)	۴۹(۱۰.۰)
گیلان	۷۰.۷۶ (۹.۳۶)	۱۶(۲.۶)	۱۶۸(۲۷.۶)	۳۸۸(۶۳.۸)	۳۶(۵.۹)
لرستان	۶۹.۵۳ (۱۵.۰۴)	۶۹(۱۱.۲)	۲۰۰(۳۲.۴)	۲۳۸(۳۸.۶)	۱۱۰(۱۷.۸)
مازندران	۶۷.۰۴ (۱۳.۹۷)	۹۲(۱۱.۹)	۲۷۲(۳۵.۲)	۳۱۶(۴۰.۹)	۹۲(۱۱.۹)
مرکزی	۶۸.۳۳ (۱۴.۵۹)	۷۰(۱۱.۱)	۲۰۰(۳۱.۸)	۲۷۲(۴۲.۳)	۸۶(۱۳.۷)
هرمزگان	۷۲.۵۰ (۱۵.۵۷)	۴۵(۸.۹)	۱۲۳(۲۴.۴)	۲۱۰(۴۱.۷)	۱۲۶(۲۵.۰)
همدان	۶۷.۶۴ (۱۷.۳۲)	۱۰۹(۱۷.۸)	۱۷۱(۲۸.۰)	۲۱۶(۳۵.۴)	۱۱۵(۱۸.۸)
یزد	۶۲.۴۸ (۱۵.۰۶)	۱۲۴(۲۰.۹)	۲۳۴(۳۹.۵)	۱۸۸(۳۱.۷)	۴۷(۷.۹)
کل	۶۸.۳۲ (۱۵.۱۶)	۲۴۷۰(۱۲.۰)	۶۶۵۸(۳۲.۴)	۸۲۰۲(۳۹.۹)	۳۲۴۱(۱۵.۸)

ابعاد سواد سلامت

بعد خواندن

میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد خواندن در جمعیت ۱۸-۶۵ سال با سواد شهر نشین کل کشور ۶۶.۳۵ بود.

میانگین امتیاز بعد خواندن سواد سلامت در سه استان بوشهر (۷۲.۸۱)، هرمزگان (۷۱.۹۱) و اصفهان (۷۱.۷۶)، به ترتیب بیشترین و میانگین امتیاز بعد خواندن سواد سلامت در سه استان خراسان جنوبی (۵۷.۸۳)، خوزستان (۵۸.۶۰) و کردستان (۵۹.۱۴) به ترتیب کمترین میزان را داشت. درصد سواد سلامت محدود در بعد خواندن در جمعیت ۱۸-۶۵ سال با سواد شهر نشین کشور حدود ۴۵ درصد بود.

درصد سواد سلامت محدود در بعد خواندن در سه استان بوشهر (۳۰ درصد)، گیلان (۳۳ درصد) و قزوین (۳۵ درصد) کمتر از شهر نشینان سایر استانها و درصد سواد سلامت محدود در بعد خواندن در سه استان خراسان جنوبی (۵۹ درصد)، کردستان (۵۷ درصد) و خوزستان (۵۴ درصد) بیشتر از شهر نشینان سایر استانها بود.

بعد دسترسی

میانگین بعد دسترسی سواد سلامت در جمعیت ۱۸-۶۵ سال با سواد شهر نشین کل کشور ۶۴.۷۵ بود. میانگین امتیاز بعد دسترسی سواد سلامت در سه استان بوشهر (۷۴.۱۶)، گیلان (۷۱.۴۰) و البرز (۷۱.۲۶) به ترتیب بیشترین و میانگین امتیاز بعد دسترسی سواد سلامت در سه استان خراسان جنوبی (۵۷.۸۵)، آذربایجان شرقی (۵۹.۳۰) و یزد (۵۹.۹۹) به ترتیب کمترین میزان را داشت. درصد سواد سلامت محدود در بعد دسترسی در جمعیت ۱۸-۶۵ سال با سواد شهر نشین کشور حدود ۵۵ درصد بود.

درصد سواد سلامت محدود در بعد دسترسی در سه استان بوشهر (۳۳ درصد)، گیلان (۳۵ درصد) و البرز (۴۱ درصد) کمتر از شهر نشینان سایر استانها و درصد سواد سلامت محدود در بعد دسترسی در سه استان، استان خراسان جنوبی (۶۷ درصد)، کردستان (۶۷ درصد) و یزد (۶۶ درصد) بیشتر از شهر نشینان سایر استانها بود.

بعد فهم و درک

میانگین امتیاز بعد فهم و درک سواد سلامت در جمعیت ۱۸-۶۵ سال با سواد شهر نشین کل کشور ۷۴.۰۷ بود.

میانگین امتیاز بعد فهم و درک سواد سلامت در سه استان سمنان (۷۹.۴۴)، خراسان شمالی (۷۸.۰۸) و ایلام (۷۸.۰۸) به ترتیب بیشترین و میانگین امتیاز بعد فهم و درک سواد سلامت کل در سه استان خوزستان (۶۵.۸۵)، کردستان (۶۵.۸۸) و خراسان جنوبی (۶۶.۷۴) به ترتیب کمترین میزان را داشت.

درصد سواد سلامت محدود در بعد فهم و درک در جمعیت ۶۵-۱۸ سال با سواد شهر نشین کشور حدود ۳۱ درصد بود. درصد سواد سلامت محدود در بعد فهم و درک در سه استان گیلان (۲۱ درصد)، ایلام (۲۲ درصد) و سمنان (۲۲ درصد) به ترتیب کم تر از شهر نشینان سایر استان‌ها و میزان سواد سلامت محدود در بعد فهم و درک در سه استان کردستان (۵۱ درصد)، خوزستان (۴۹ درصد)، خراسان جنوبی (۴۶ درصد) به ترتیب بیش تر از شهر نشینان سایر استان‌ها بود.

بعد ارزیابی

میانگین امتیاز بعد ارزیابی سواد سلامت در جمعیت ۶۵-۱۸ سال با سواد شهر نشین کل کشور ۶۴.۱۱ بود.

میانگین امتیاز بعد ارزیابی سواد سلامت در سه استان گیلان (۷۰.۶۲)، بوشهر (۶۹.۵۶) و ایلام (۶۹.۴۶) به ترتیب بیش ترین و میانگین امتیاز بعد ارزیابی سواد سلامت کل در سه استان مازندران (۵۷.۴۶)، یزد (۵۸.۷۰) و خراسان جنوبی (۵۹.۹۵) به ترتیب کم ترین میزان را داشت.

درصد سواد سلامت محدود در بعد ارزیابی در جمعیت ۶۵-۱۸ سال با سواد شهر نشین کشور حدود ۵۱ درصد بود.

درصد سواد سلامت محدود در بعد ارزیابی در سه استان گیلان (۲۵ درصد)، بوشهر (۳۸ درصد) و ایلام (۴۱ درصد) به ترتیب کم تر از شهر نشینان سایر استان‌ها و درصد سواد سلامت محدود در بعد ارزیابی در سه استان مازندران (۶۶ درصد)، اردبیل (۶۲ درصد)، خراسان جنوبی (۶۱ درصد) به ترتیب بیش تر از شهر نشینان سایر استان‌ها بود.

بعد تصمیم گیری و رفتار

میانگین امتیاز بعد تصمیم گیری و رفتار سواد سلامت (از ۱۰۰ امتیاز) در جمعیت ۶۵-۱۸ سال با سواد شهر نشین کل کشور ۶۸.۸۱ بود.

میانگین امتیاز بعد تصمیم گیری و رفتار سواد سلامت در سه استان بوشهر (۷۷.۶۱)، کهگیلویه و بویر احمد (۷۴.۰۳) و هرمزگان (۷۳.۴۰) به ترتیب بیش ترین و میانگین امتیاز بعد تصمیم گیری و رفتار سواد سلامت در سه استان آذربایجان شرقی (۶۴.۱۵)، خوزستان (۶۲.۰۳) و یزد (۶۱.۱۴) به ترتیب کم ترین میزان را داشت.

درصد سواد سلامت محدود در بعد تصمیم گیری و رفتار در جمعیت ۶۵-۱۸ سال با سواد شهر نشین کشور حدود ۴۵ درصد بود.

درصد امتیاز بعد تصمیم گیری و رفتار سواد سلامت محدود در سه استان بوشهر، (۲۲ درصد)، هرمزگان (۳۳ درصد)، کهگیلویه و بویر احمد (۳۳ درصد) به ترتیب کم تر از شهر نشینان سایر استان‌ها و درصد امتیاز بعد تصمیم گیری و رفتار سواد سلامت محدود در سه استان آذربایجان شرقی (۵۶ درصد)، خوزستان (۵۹ درصد) و یزد (۶۶ درصد) به ترتیب بیش تر از شهر نشینان سایر استان‌ها بود.

ج) یافته های مربوط به منابع کسب اطلاعات سلامت

یافته های این مطالعه همچنین نشان داد از بین منابع کسب اطلاعات سلامت، مخاطبان بیشترین اطلاعات سلامت را از "رادیو و تلویزیون" کسب کرده اند [۴۲٪ (زنان ۴۴.۱٪، مردان ۳۹.۳٪)] . مخاطبان دو منبع "پرسیدن از پزشک و کارکنان بهداشتی و درمانی" را با میزان ۴۰.۶٪ (زنان ۳۹.۹٪، مردان ۴۰.۷٪)، و "اینترنت" را با ۳۲.۹٪ (زنان ۳۰.۴٪، مردان ۳۵٪) در رده های بعدی منابع کسب اطلاعات سلامت را گزارش کردند. منابع کسب اطلاعات دیگر همچون "پرسیدن از دوستان و آشنایان" ، "روزنامه، نشریات و مجلات" و "تلفن گویا" در اولویت های بعدی گزارش شدند .

جدول ۳: میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد خواندن (از ۱۰۰+) و سطوح آن در بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن

شهرها

استان	میانگین (انحراف معیار)	ناکافی تعداد (درصد)	نه چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)
آذربایجان شرقی	۶۲.۹۳ (۲۵.۸۵)	۲۶۱ (۳۳.۵)	۱۳۲ (۱۶.۹)	۲۰۳ (۲۶.۱)	۱۸۳ (۲۳.۵)
آذربایجان غربی	۶۳.۹۸ (۲۴.۱۰)	۲۵۷ (۳۲.۱)	۱۶۶ (۲۰.۷)	۲۰۵ (۲۵.۶)	۱۷۳ (۲۱.۶)
اردبیل	۶۲.۹۸ (۲۳.۹۲)	۱۵۹ (۳۲.۴)	۸۸ (۱۷.۹)	۱۵۲ (۳۱.۰)	۹۲ (۱۸.۷)
اصفهان	۷۱.۷۶ (۲۰.۶۶)	۱۴۱ (۱۷.۹)	۱۳۸ (۱۷.۶)	۲۷۹ (۳۵.۵)	۲۲۸ (۲۹.۰)
البرز	۶۴.۴۲ (۱۹.۹۸)	۱۵۲ (۲۴.۴)	۱۸۰ (۲۸.۹)	۱۹۱ (۳۰.۷)	۹۹ (۱۵.۹)
ایلام	۶۹.۸۲ (۲۵.۶۵)	۱۱۴ (۲۲.۴)	۷۰ (۱۳.۸)	۱۶۱ (۳۱.۶)	۱۶۴ (۳۲.۲)
یوشهر	۷۲.۸۱ (۱۶.۹۴)	۵۶ (۱۱.۵)	۸۹ (۱۸.۲)	۲۳۳ (۴۵.۶)	۱۲۱ (۲۴.۷)
تهران	۷۱.۱۹ (۲۱.۱۰)	۲۷۸ (۱۹.۹)	۲۳۸ (۱۷.۰)	۴۷۲ (۳۳.۸)	۴۰۸ (۲۹.۲)
چهارمحال و بختیاری	۶۵.۷۹ (۲۲.۴۰)	۱۴۶ (۲۹.۶)	۸۰ (۱۶.۲)	۱۶۱ (۳۲.۶)	۱۰۷ (۲۱.۷)
خراسان جنوبی	۵۷.۸۳ (۲۷.۶۰)	۲۲۰ (۴۲.۸)	۸۲ (۱۶.۰)	۱۱۵ (۲۲.۴)	۹۷ (۱۸.۹)
خراسان رضوی	۶۸.۰۸ (۲۲.۰۵)	۳۴۷ (۲۵.۱)	۲۴۰ (۱۷.۳)	۴۶۰ (۳۳.۲)	۳۳۷ (۲۴.۳)
خراسان شمالی	۷۱.۳۰ (۲۳.۱۳)	۱۰۷ (۲۱.۵)	۷۱ (۱۴.۳)	۱۶۷ (۳۳.۵)	۱۵۳ (۳۰.۷)
خوزستان	۵۸.۶۰ (۲۷.۰۹)	۴۱۷ (۴۱.۲)	۱۳۵ (۱۳.۳)	۲۶۹ (۲۶.۶)	۱۹۲ (۱۹.۰)
زنجان	۶۴.۰۶ (۲۵.۴۳)	۱۴۶ (۲۹.۴)	۸۸ (۱۷.۷)	۱۵۱ (۳۰.۴)	۱۱۲ (۲۲.۵)
سمنان	۶۸.۹۴ (۲۳.۴۶)	۱۱۸ (۲۴.۳)	۸۲ (۱۶.۹)	۱۴۸ (۳۰.۵)	۱۳۷ (۲۸.۲)
سیستان و بلوچستان	۶۸.۳۱ (۲۴.۰۸)	۱۸۰ (۲۸.۴)	۶۳ (۱۰.۰)	۲۲۶ (۳۵.۷)	۱۶۴ (۲۵.۹)
فارس	۷۰.۰۰ (۲۲.۵۹)	۱۸۶ (۲۳.۳)	۱۰۶ (۱۳.۳)	۲۸۶ (۳۵.۹)	۲۱۹ (۲۷.۵)
قزوین	۷۰.۲۷ (۲۱.۶۲)	۱۰۳ (۲۰.۶)	۷۱ (۱۴.۲)	۱۹۸ (۳۹.۷)	۱۲۷ (۲۵.۵)
قم	۶۳.۴۵ (۲۳.۹۱)	۲۱۰ (۳۶.۰)	۹۳ (۱۵.۹)	۱۶۳ (۲۷.۹)	۱۱۸ (۲۰.۲)
کردستان	۵۹.۱۴ (۲۴.۸۱)	۲۵۹ (۴۳.۰)	۸۳ (۱۳.۸)	۱۵۱ (۲۵.۰)	۱۱۰ (۱۸.۲)
کرمان	۶۶.۸۲ (۲۱.۳۱)	۲۱۱ (۲۷.۳)	۱۵۹ (۲۰.۶)	۲۳۰ (۲۹.۸)	۱۷۲ (۲۲.۳)
کرمانشاه	۶۸.۷۷ (۲۰.۹۵)	۱۳۹ (۲۲.۸)	۱۱۳ (۱۸.۵)	۲۰۳ (۳۳.۳)	۱۵۵ (۲۵.۴)
کهگیلویه و بویراحمد	۶۲.۸۳ (۲۳.۱۵)	۱۴۵ (۲۹.۶)	۹۹ (۲۰.۲)	۱۶۵ (۳۳.۷)	۸۱ (۱۶.۵)
گلستان	۶۴.۵۲ (۲۳.۴۲)	۱۵۵ (۳۱.۵)	۸۵ (۱۷.۳)	۱۵۳ (۳۱.۱)	۹۹ (۲۰.۱)
گیلان	۶۹.۳۳ (۱۸.۵۴)	۱۰۵ (۱۷.۳)	۹۶ (۱۵.۸)	۲۷۶ (۴۵.۴)	۱۳۱ (۲۱.۵)
لرستان	۶۸.۴۷ (۲۲.۶۵)	۱۶۶ (۲۶.۹)	۹۶ (۱۵.۶)	۱۸۶ (۳۰.۱)	۱۶۹ (۲۷.۴)
مازندران	۶۰.۹۸ (۲۲.۳۹)	۲۶۵ (۳۴.۳)	۱۴۴ (۱۸.۷)	۲۷۲ (۳۵.۲)	۹۱ (۱۱.۸)
مرکزی	۶۷.۱۸ (۲۲.۶۷)	۱۶۳ (۲۶.۰)	۱۱۰ (۱۷.۵)	۲۰۹ (۳۳.۳)	۱۴۶ (۲۳.۲)
هرمزگان	۷۱.۹۱ (۲۲.۸۸)	۱۱۴ (۲۲.۶)	۶۵ (۱۲.۹)	۱۵۲ (۳۰.۲)	۱۷۳ (۳۴.۳)
همدان	۶۶.۲۲ (۲۵.۴۰)	۱۸۸ (۳۰.۸)	۸۹ (۱۴.۶)	۱۶۱ (۲۶.۴)	۱۷۳ (۲۸.۳)
یزد	۶۲.۲۸ (۲۴.۷۶)	۲۱۱ (۳۵.۶)	۱۰۱ (۱۷.۰)	۱۶۴ (۲۷.۷)	۱۱۷ (۱۹.۷)
کل	۶۶.۳۵ (۲۳.۴۵)	۵۷۱۹ (۲۷.۸)	۳۴۵۲ (۱۶.۸)	۶۵۵۲ (۳۱.۹)	۴۸۴۸ (۲۳.۶)

جدول ۴: میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد دسترسی (از ۱۰۰+) و سطوح آن بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن

استان	میانگین (انحراف معیار)	ناکافی (تعداد (درصد))	کافی چندان نه (تعداد (درصد))	کافی (تعداد (درصد))	عالی (تعداد (درصد))
شرقی آذربایجان	۵۹.۳۰ (۲۲.۱۷)	۳۹۵ (۳۷.۹)	۲۱۱ (۲۷.۱)	۱۶۸ (۲۱.۶)	۱۰۵ (۱۳.۵)
غربی آذربایجان	۶۴.۱۶ (۱۹.۸۶)	۳۱۶ (۳۷.۰)	۲۶۳ (۳۲.۷)	۲۰۳ (۲۵.۳)	۱۲۰ (۱۵.۰)
اردبیل	۶۲.۳۰ (۲۰.۲۲)	۱۴۲ (۲۸.۹)	۱۶۶ (۳۳.۸)	۱۲۳ (۲۵.۱)	۶۰ (۱۲.۲)
اصفهان	۶۵.۵۹ (۲۰.۶۳)	۳۰۸ (۳۶.۵)	۲۱۱ (۲۶.۸)	۲۳۲ (۲۹.۵)	۱۳۵ (۱۷.۲)
البرز	۷۱.۲۶ (۱۷.۵۰)	۹۲ (۱۴.۸)	۱۶۶ (۲۶.۷)	۲۳۵ (۳۷.۸)	۱۲۹ (۲۰.۷)
ایلام	۶۷.۱۲ (۲۱.۵۶)	۱۱۹ (۲۳.۴)	۱۳۸ (۲۷.۱)	۱۳۷ (۲۶.۹)	۱۱۵ (۲۲.۶)
بوشهر	۷۴.۱۶ (۱۷.۹۶)	۶۵ (۱۳.۳)	۹۳ (۱۹.۰)	۱۸۲ (۳۷.۲)	۱۴۹ (۳۰.۵)
تهران	۶۶.۴۵ (۲۰.۰۳)	۳۳۳ (۳۳.۱)	۳۹۹ (۳۸.۶)	۴۲۵ (۳۰.۴)	۲۴۹ (۱۷.۸)
بختیاری و چهارمحال	۶۵.۲۲ (۲۰.۶۲)	۱۲۵ (۲۵.۳)	۱۴۴ (۲۹.۱)	۱۳۲ (۲۶.۷)	۹۳ (۱۸.۸)
جنوبی خراسان	۵۷.۸۵ (۲۱.۸۹)	۲۲۴ (۴۳.۶)	۱۲۲ (۲۳.۷)	۱۱۰ (۲۱.۴)	۵۸ (۱۱.۳)
رضوی خراسان	۶۴.۹۹ (۲۱.۱۸)	۳۶۵ (۳۶.۴)	۴۰۴ (۲۹.۲)	۳۶۴ (۲۶.۳)	۲۵۱ (۱۸.۱)
شمالی خراسان	۶۴.۰۴ (۲۲.۳۴)	۱۵۳ (۳۰.۷)	۱۳۵ (۲۷.۱)	۱۱۰ (۲۲.۱)	۱۰۰ (۲۰.۱)
خوزستان	۶۰.۷۸ (۲۰.۹۱)	۳۲۶ (۳۲.۲)	۳۳۴ (۳۲.۰)	۲۳۶ (۲۳.۳)	۱۲۷ (۱۲.۵)
زنجان	۶۳.۵۳ (۲۲.۴۷)	۱۵۳ (۳۰.۸)	۱۱۸ (۲۳.۷)	۱۳۶ (۲۷.۴)	۹۰ (۱۸.۱)
سمنان	۶۶.۲۲ (۱۹.۶۰)	۱۱۱ (۲۲.۹)	۱۵۷ (۳۲.۴)	۱۲۲ (۲۵.۲)	۹۵ (۱۹.۶)
بلوچستان و سیستان	۶۷.۵۹ (۲۲.۲۹)	۱۷۲ (۳۷.۲)	۱۳۸ (۲۱.۸)	۱۶۷ (۲۶.۴)	۱۵۶ (۲۴.۶)
فارس	۶۵.۵۲ (۲۱.۹۸)	۳۲۲ (۲۹.۱)	۲۰۴ (۲۵.۶)	۲۰۳ (۲۵.۵)	۱۵۸ (۱۹.۸)
قزوین	۶۴.۱۲ (۲۱.۷۰)	۱۵۱ (۳۰.۳)	۱۲۵ (۲۵.۱)	۱۳۴ (۲۶.۹)	۸۹ (۱۷.۸)
قم	۶۴.۳۹ (۲۲.۶۶)	۱۷۷ (۳۰.۳)	۱۳۱ (۲۲.۴)	۱۵۸ (۲۷.۱)	۱۱۸ (۲۰.۲)
کردستان	۶۲.۲۷ (۱۷.۶۱)	۱۶۵ (۲۷.۴)	۳۳۹ (۳۹.۶)	۱۳۳ (۲۲.۱)	۶۶ (۱۰.۹)
کرمان	۶۲.۸۶ (۲۰.۳۰)	۳۲۷ (۳۹.۴)	۳۴۷ (۳۲.۰)	۱۹۱ (۲۴.۷)	۱۰۷ (۱۳.۹)
کرمانشاه	۶۵.۳۸ (۲۰.۳۲)	۱۵۵ (۲۵.۴)	۱۷۸ (۲۹.۲)	۱۷۱ (۲۸.۰)	۱۰۶ (۱۷.۴)
بویراحمند و کهگیلویه	۶۶.۹۰ (۲۰.۶۹)	۱۲۲ (۲۴.۹)	۱۲۸ (۲۶.۱)	۱۴۵ (۲۹.۶)	۹۵ (۱۹.۴)
گلستان	۶۱.۷۴ (۲۱.۷۸)	۱۵۲ (۳۰.۹)	۱۳۳ (۲۷.۰)	۱۳۱ (۲۶.۶)	۷۶ (۱۵.۴)
گیلان	۷۱.۴۰ (۱۲.۰۰)	۳۹ (۶.۴)	۱۷۳ (۲۸.۵)	۳۳۸ (۵۵.۶)	۵۸ (۹.۵)
لرستان	۶۳.۳۴ (۲۰.۷۵)	۱۸۷ (۳۰.۳)	۱۸۳ (۲۹.۷)	۱۴۶ (۲۳.۷)	۱۰۱ (۱۶.۴)
مازندران	۶۳.۶۷ (۲۰.۴۷)	۳۳۵ (۳۰.۴)	۲۲۴ (۲۹.۰)	۱۹۲ (۲۴.۹)	۱۲۱ (۱۵.۷)
مرکزی	۶۵.۵۲ (۱۹.۹۵)	۱۶۰ (۲۵.۵)	۱۷۷ (۲۸.۲)	۱۸۸ (۲۹.۹)	۱۰۳ (۱۶.۴)
هرمزگان	۶۸.۴۷ (۲۰.۴۳)	۱۰۶ (۲۱.۰)	۱۲۸ (۲۵.۴)	۱۵۹ (۳۱.۵)	۱۱۱ (۲۲.۰)
همدان	۶۳.۸۹ (۲۲.۵۸)	۱۹۶ (۳۲.۱)	۱۵۰ (۲۴.۵)	۱۴۴ (۲۳.۶)	۱۲۱ (۱۹.۸)
یزد	۵۹.۹۹ (۲۰.۴۱)	۱۹۸ (۳۳.۴)	۱۹۱ (۳۲.۲)	۱۳۹ (۲۳.۴)	۶۵ (۱۱.۰)
کل	۶۴.۷۵ (۲۰.۸۲)	۵۵۹۱ (۲۷.۲)	۵۷۹۹ (۲۸.۲)	۵۶۵۴ (۲۷.۵)	۳۵۲۷ (۱۷.۱)

جدول ۵: میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد فهم و درک (از ۱۰۰) و سطوح آن در بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال)
ساکن شهرها

استان	میانگین (انحراف معیار)	ناکافی (تعداد درصد)	نه چندان کافی (تعداد درصد)	کافی (تعداد درصد)	عالی (تعداد درصد)
آذربایجان شرقی	۷۱.۰۴ (۲۱.۹۰)	۱۳۹ (۱۷.۸)	۱۴۴ (۱۸.۵)	۲۵۵ (۳۲.۷)	۲۴۱ (۳۰.۹)
آذربایجان غربی	۷۴.۷۶ (۱۸.۰۴)	۹۳ (۱۱.۶)	۱۲۷ (۱۵.۹)	۳۱۸ (۳۹.۷)	۲۶۳ (۳۲.۸)
اردبیل	۷۶.۳۲ (۱۷.۳۷)	۴۱ (۸.۴)	۸۸ (۱۷.۹)	۱۸۸ (۳۸.۱)	۱۷۴ (۳۵.۴)
اصفهان	۷۶.۷۵ (۱۸.۶۳)	۹۶ (۱۲.۲)	۱۰۴ (۱۳.۲)	۲۶۳ (۳۳.۵)	۳۲۳ (۴۱.۱)
البرز	۷۴.۴۴ (۱۵.۵۶)	۳۹ (۶.۳)	۱۳۲ (۲۱.۲)	۲۸۸ (۴۶.۳)	۱۶۳ (۲۶.۲)
ایلام	۷۸.۰۸ (۱۹.۰۸)	۵۹ (۱۰.۲)	۵۹ (۱۱.۶)	۱۶۶ (۳۲.۶)	۲۳۲ (۴۵.۶)
بوشهر	۷۵.۰۱ (۱۵.۲۱)	۳۸ (۷.۸)	۷۵ (۱۵.۳)	۲۳۲ (۴۷.۴)	۱۴۴ (۲۹.۴)
تهران	۷۷.۳۸ (۱۷.۱۱)	۱۱۳ (۸.۱)	۲۱۳ (۱۵.۳)	۴۹۹ (۳۵.۷)	۵۷۱ (۴۰.۹)
چهارمحال و بختیاری	۷۵.۴۳ (۱۷.۷۰)	۵۱ (۱۰.۳)	۸۵ (۱۷.۲)	۱۷۴ (۳۵.۲)	۱۸۴ (۳۷.۲)
خراسان جنوبی	۶۶.۷۴ (۲۲.۴۹)	۱۴۱ (۲۷.۴)	۹۷ (۱۸.۹)	۱۳۳ (۲۵.۹)	۱۴۲ (۲۷.۸)
خراسان رضوی	۷۵.۳۵ (۱۸.۲۴)	۱۴۱ (۱۰.۲)	۲۷۱ (۱۹.۶)	۴۶۹ (۳۳.۹)	۵۰۲ (۳۶.۳)
خراسان شمالی	۷۸.۰۸ (۱۸.۸۹)	۵۱ (۱۰.۰)	۷۲ (۱۴.۵)	۱۵۶ (۳۱.۳)	۲۲۴ (۴۵.۰)
خوزستان	۶۵.۸۵ (۲۱.۱۱)	۲۶۶ (۲۶.۳)	۲۲۸ (۲۲.۵)	۲۹۶ (۲۹.۲)	۲۳۲ (۲۲.۰)
زنجان	۷۴.۴۵ (۲۰.۶۵)	۸۱ (۱۶.۳)	۶۰ (۱۲.۱)	۱۶۸ (۳۳.۸)	۱۸۸ (۳۷.۸)
سمنان	۷۹.۴۴ (۱۸.۳۶)	۴۹ (۱۰.۱)	۶۰ (۱۲.۴)	۱۳۴ (۲۷.۶)	۲۴۲ (۴۹.۹)
سیستان و بلوچستان	۷۴.۷۳ (۲۱.۷۴)	۱۲۵ (۱۶.۷)	۵۵ (۸.۷)	۱۹۰ (۳۰.۰)	۲۶۳ (۴۱.۵)
فارس	۷۴.۸۱ (۱۷.۴۱)	۸۳ (۱۰.۴)	۱۶۳ (۲۰.۵)	۲۹۳ (۳۶.۸)	۲۵۸ (۳۲.۴)
قزوین	۷۷.۰۳ (۱۸.۱۲)	۵۳ (۱۰.۶)	۷۰ (۱۴)	۱۷۵ (۳۵.۱)	۲۰۱ (۴۰.۳)
قم	۷۲.۴۲ (۲۲.۶۱)	۱۰۳ (۱۷.۶)	۱۰۴ (۱۷.۸)	۱۶۳ (۲۷.۹)	۲۱۴ (۳۶.۶)
کردستان	۶۵.۸۸ (۱۸.۰۳)	۱۲۰ (۱۹.۹)	۱۸۹ (۳۱.۳)	۱۸۸ (۳۱.۲)	۱۰۶ (۱۷.۶)
کرمان	۷۴.۷۲ (۱۷.۵۰)	۷۰ (۹.۱)	۱۶۷ (۲۱.۶)	۲۷۸ (۳۶.۰)	۲۵۷ (۳۳.۳)
کرمانشاه	۷۶.۹۲ (۱۷.۹۹)	۶۲ (۱۰.۲)	۸۹ (۱۴.۶)	۲۱۹ (۳۵.۹)	۲۴۰ (۳۹.۳)
کهگیلویه و بویراحمد	۷۴.۶۶ (۱۸.۲۵)	۵۶ (۱۱.۴)	۹۲ (۱۸.۸)	۱۶۷ (۳۴.۱)	۱۷۵ (۳۵.۷)
گلستان	۷۱.۲۳ (۱۹.۶۱)	۹۱ (۱۸.۵)	۸۰ (۱۶.۳)	۱۷۴ (۳۵.۴)	۱۴۷ (۲۹.۹)
گیلان	۷۴.۱۸ (۲۱.۰۹)	۳۲ (۵.۳)	۹۷ (۱۶.۰)	۳۷۱ (۶۱.۰)	۱۰۸ (۱۷.۸)
لرستان	۷۶.۹۰ (۱۸.۶۳)	۶۹ (۱۱.۲)	۹۳ (۱۵.۱)	۱۹۵ (۳۱.۶)	۲۶۰ (۴۲.۱)
مازندران	۷۱.۱۵ (۱۷.۸۲)	۱۱۵ (۱۴.۹)	۱۶۳ (۲۱.۱)	۳۰۶ (۳۹.۶)	۱۸۸ (۲۴.۴)
مرکزی	۷۴.۱۶ (۱۹.۲۶)	۷۶ (۱۲.۱)	۱۰۹ (۱۷.۴)	۲۲۱ (۳۵.۲)	۲۲۲ (۳۵.۴)
هرمزگان	۷۷.۶۳ (۱۸.۶۵)	۵۱ (۱۰.۱)	۶۷ (۱۳.۳)	۱۶۵ (۳۲.۷)	۲۲۱ (۴۳.۸)
همدان	۷۳.۹۹ (۲۰.۷۷)	۹۰ (۱۴.۷)	۱۰۳ (۱۶.۹)	۱۹۹ (۳۲.۶)	۲۱۹ (۳۵.۸)
یزد	۶۹.۱۸ (۱۹.۹۶)	۱۲۵ (۲۱.۱)	۱۲۰ (۲۰.۲)	۱۹۴ (۳۲.۷)	۱۵۴ (۲۶.۰)
کل	۷۴.۰۷ (۱۹.۰۶)	۲۷۰۷ (۱۳.۲)	۳۵۷۶ (۱۷.۴)	۷۲۳۷ (۳۵.۲)	۷۰۵۱ (۳۴.۳)

جدول ۶: میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد ارزیابی (از ۱۰۰+) و سطوح آن در بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن

استان	میانگین (انحراف معیار)	ناکافی تعداد (درصد)	نه چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)
آذربایجان شرقی	۶۱.۴۵ (۲۱.۹۴)	۲۸۱ (۳۶.۱)	۱۵۰ (۱۹.۳)	۲۲۱ (۲۸.۴)	۱۲۷ (۱۶.۳)
آذربایجان غربی	۶۲.۱۶ (۲۰.۱۷)	۲۷۴ (۳۴.۲)	۱۷۶ (۲۲.۰)	۳۴۳ (۳۰.۳)	۱۰۸ (۱۳.۵)
اردبیل	۶۰.۳۷ (۱۹.۵۶)	۱۷۵ (۳۵.۶)	۱۳۰ (۲۶.۵)	۱۳۳ (۲۷.۱)	۵۳ (۱۰.۸)
اصفهان	۶۴.۷۳ (۲۰.۰۴)	۲۲۱ (۲۸.۱)	۱۷۹ (۲۲.۸)	۲۵۲ (۳۲.۱)	۱۳۴ (۱۷.۰)
البرز	۶۵.۲۳ (۱۹.۹۱)	۱۷۸ (۲۸.۶)	۱۵۲ (۲۴.۴)	۱۸۳ (۲۹.۴)	۱۰۹ (۱۷.۵)
ایلام	۶۹.۴۶ (۱۹.۵۲)	۱۰۴ (۲۰.۴)	۱۰۴ (۲۰.۴)	۱۷۹ (۳۵.۲)	۱۲۲ (۲۴.۰)
بوشهر	۶۹.۵۶ (۱۸.۸۶)	۹۳ (۱۹.۰)	۹۳ (۱۹.۰)	۱۹۰ (۳۸.۹)	۱۱۳ (۲۳.۱)
تهران	۶۶.۰۳ (۱۹.۳۲)	۳۴۹ (۲۵.۰)	۳۳۷ (۲۴.۱)	۴۵۸ (۳۲.۸)	۲۵۲ (۱۸.۱)
چهارمحال و بختیاری	۶۴.۲۶ (۲۰.۳۵)	۱۳۷ (۲۷.۷)	۱۱۷ (۲۳.۷)	۱۵۲ (۳۰.۸)	۸۸ (۱۷.۸)
خراسان جنوبی	۵۹.۹۵ (۱۹.۹۳)	۱۹۲ (۳۷.۴)	۱۲۳ (۲۳.۹)	۱۴۰ (۲۷.۲)	۵۹ (۱۱.۵)
خراسان رضوی	۶۴.۱۹ (۱۹.۴۹)	۳۷۵ (۲۷.۱)	۳۴۹ (۲۵.۲)	۴۴۸ (۳۲.۴)	۲۱۲ (۱۵.۳)
خراسان شمالی	۶۴.۷۷ (۲۰.۱۲)	۱۴۳ (۲۸.۷)	۱۰۷ (۲۱.۵)	۱۵۶ (۳۱.۳)	۹۲ (۱۸.۵)
خوزستان	۶۲.۴۱ (۲۱.۹۴)	۳۱۴ (۳۱.۰)	۲۱۷ (۲۱.۴)	۳۱۹ (۳۱.۵)	۱۶۳ (۱۶.۱)
زنجان	۶۵.۵۷ (۲۰.۱۶)	۱۲۷ (۲۵.۶)	۱۲۳ (۲۴.۷)	۱۵۷ (۳۱.۶)	۹۰ (۱۸.۱)
سمنان	۶۵.۲۷ (۱۹.۰۸)	۱۳۴ (۲۷.۶)	۱۱۳ (۲۳.۳)	۱۵۷ (۳۲.۴)	۸۱ (۱۶.۷)
سیستان و بلوچستان	۶۷.۱۳ (۱۸.۸۴)	۱۶۳ (۲۵.۸)	۱۲۱ (۱۹.۱)	۲۳۵ (۳۷.۱)	۱۱۴ (۱۸.۰)
فارس	۶۴.۳۶ (۲۰.۶۱)	۲۲۵ (۲۸.۲)	۱۷۵ (۲۲.۰)	۲۶۳ (۳۳.۰)	۱۳۴ (۱۶.۸)
قزوین	۶۴.۲۲ (۲۱.۰۴)	۱۵۱ (۳۰.۳)	۱۰۸ (۲۱.۶)	۱۴۶ (۲۹.۳)	۹۴ (۱۸.۸)
قم	۶۰.۶۶ (۲۲.۶۸)	۲۰۴ (۳۴.۹)	۱۲۷ (۲۱.۷)	۱۶۹ (۲۸.۹)	۸۴ (۱۴.۴)
کردستان	۶۴.۴۲ (۱۷.۷۵)	۱۶۶ (۲۷.۵)	۱۴۵ (۲۴.۰)	۲۰۷ (۳۴.۳)	۸۵ (۱۴.۱)
کرمان	۶۳.۷۱ (۱۹.۳۰)	۲۱۱ (۲۷.۳)	۲۱۱ (۲۷.۳)	۲۳۸ (۳۰.۸)	۱۱۲ (۱۴.۵)
کرمانشاه	۶۵.۸۵ (۱۹.۹۳)	۱۵۶ (۲۵.۶)	۱۲۷ (۲۰.۸)	۲۱۳ (۳۴.۹)	۱۱۴ (۱۸.۷)
کهگیلویه و بویراحمد	۶۴.۴۵ (۱۷.۸۳)	۱۱۷ (۲۳.۹)	۱۳۱ (۲۶.۷)	۱۸۸ (۳۸.۴)	۵۴ (۱۱.۰)
گلستان	۶۱.۴۳ (۲۱.۰۰)	۱۶۶ (۳۳.۷)	۱۰۵ (۲۱.۳)	۱۴۸ (۳۰.۱)	۷۳ (۱۴.۸)
گیلان	۷۰.۶۲ (۱۵.۳۴)	۷۵ (۱۲.۳)	۷۹ (۱۳.۰)	۳۷۳ (۶۱.۳)	۸۱ (۱۳.۳)
لرستان	۶۵.۵۵ (۲۰.۳۴)	۱۵۹ (۲۵.۸)	۱۳۵ (۲۱.۹)	۲۱۱ (۳۴.۲)	۱۱۲ (۱۸.۲)
مازندران	۵۷.۴۶ (۲۰.۹۸)	۳۲۸ (۴۲.۵)	۱۷۸ (۲۳.۱)	۱۸۲ (۲۳.۶)	۸۴ (۱۰.۹)
مرکزی	۶۴.۳۲ (۲۱.۹۳)	۱۶۶ (۲۶.۴)	۱۳۳ (۲۱.۰)	۲۱۶ (۳۴.۴)	۱۱۴ (۱۸.۲)
هرمزگان	۶۷.۴۶ (۲۱.۱۰)	۱۲۵ (۲۴.۸)	۱۰۳ (۲۰.۴)	۱۶۲ (۳۲.۱)	۱۱۴ (۲۲.۶)
همدان	۶۴.۲۸ (۲۲.۲۰)	۱۸۷ (۳۶.۶)	۱۳۰ (۲۱.۳)	۱۷۳ (۲۸.۳)	۱۲۱ (۱۹.۸)
یزد	۵۸.۷۰ (۲۲.۰۵)	۲۳۲ (۳۹.۱)	۱۲۵ (۲۱.۱)	۱۵۹ (۲۶.۸)	۷۷ (۱۳.۰)
کل	۶۴.۱۱ (۲۰.۳۶)	۵۹۲۸ (۲۸.۸)	۴۶۰۲ (۲۲.۴)	۶۶۷۱ (۳۲.۴)	۳۳۷۰ (۱۶.۴)

جدول ۷: میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد تصمیم گیری (از ۱۰۰) و سطوح آن در بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال)
ساکن شهرها

استان	میانگین (انحراف معیار)	ناکافی تعداد (درصد)	نه چندان کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	عالی تعداد (درصد)
آذربایجان شرقی	۶۴.۱۵ (۱۹.۲۱)	۲۰۸ (۲۶.۷)	۲۳۲ (۲۹.۸)	۲۰۸ (۲۶.۷)	۱۳۱ (۱۶.۸)
آذربایجان غربی	۶۸.۵۲ (۱۷.۱۴)	۱۴۰ (۱۷.۵)	۲۵۰ (۳۱.۲)	۲۵۳ (۳۱.۶)	۱۵۸ (۱۹.۷)
اردبیل	۶۵.۳۳ (۱۷.۹۵)	۱۱۵ (۲۳.۴)	۱۴۱ (۲۸.۷)	۱۵۷ (۳۲.۰)	۷۸ (۱۵.۹)
اصفهان	۷۰.۴۷ (۱۷.۷۰)	۱۱۹ (۱۵.۱)	۱۹۳ (۲۴.۶)	۲۹۰ (۳۶.۹)	۱۸۴ (۲۳.۴)
البرز	۷۲.۰۹ (۱۴.۳۵)	۳۹ (۶.۳)	۱۷۳ (۲۷.۸)	۳۰۰ (۴۸.۲)	۱۱۰ (۱۷.۷)
ایلام	۷۰.۳۷ (۱۷.۱۶)	۷۶ (۱۴.۹)	۱۳۵ (۲۶.۵)	۱۷۷ (۳۴.۸)	۱۲۱ (۲۳.۸)
بوشهر	۷۷.۶۱ (۱۴.۴۸)	۲۷ (۵.۵)	۸۱ (۱۶.۶)	۱۹۸ (۴۰.۵)	۱۸۳ (۳۷.۴)
تهران	۷۲.۵۶ (۱۷.۱۵)	۱۷۱ (۱۲.۲)	۳۳۱ (۲۳.۷)	۵۰۶ (۳۶.۲)	۳۸۸ (۲۷.۸)
چهارمحال و بختیاری	۶۶.۴۳ (۱۸.۹۳)	۱۰۴ (۲۱.۱)	۱۵۷ (۳۱.۸)	۱۳۵ (۲۷.۳)	۹۸ (۱۹.۸)
خراسان جنوبی	۶۷.۷۴ (۱۷.۰۲)	۹۱ (۱۷.۷)	۱۴۸ (۲۸.۸)	۱۸۶ (۳۶.۲)	۸۹ (۱۷.۳)
خراسان رضوی	۶۷.۲۱ (۱۷.۴۷)	۲۴۵ (۱۷.۷)	۳۴۰ (۳۱.۸)	۴۴۹ (۳۲.۴)	۲۵۰ (۱۸.۱)
خراسان شمالی	۷۲.۲۶ (۱۸.۰۷)	۷۰ (۱۴.۱)	۱۲۰ (۲۴.۱)	۱۵۹ (۳۱.۹)	۱۴۹ (۲۹.۹)
خوزستان	۶۲.۰۳ (۱۹.۲۱)	۳۰۰ (۲۹.۶)	۲۹۴ (۲۹.۰)	۲۹۴ (۲۹.۰)	۱۲۵ (۱۲.۳)
زنجان	۷۰.۶۱ (۱۸.۱۰)	۷۵ (۱۵.۱)	۱۲۷ (۲۵.۶)	۱۶۹ (۳۴.۰)	۱۲۶ (۲۵.۴)
سمنان	۶۹.۲۸ (۱۷.۵۰)	۷۸ (۱۶.۱)	۱۴۹ (۳۰.۷)	۱۴۸ (۳۰.۵)	۱۱۰ (۲۲.۷)
سیستان و بلوچستان	۶۹.۷۹ (۲۰.۰۶)	۱۴۱ (۲۲.۳)	۱۱۴ (۱۸.۰)	۲۰۷ (۳۲.۷)	۱۷۱ (۲۷.۰)
فارس	۷۲.۲۷ (۱۵.۱۳)	۶۸ (۸.۵)	۲۱۲ (۲۶.۶)	۳۴۴ (۴۳.۲)	۱۷۳ (۲۱.۷)
قزوین	۶۹.۸۴ (۱۶.۹۱)	۷۲ (۱۴.۴)	۱۴۲ (۲۸.۵)	۱۸۷ (۳۷.۵)	۹۸ (۱۹.۶)
قم	۶۸.۵۴ (۱۹.۲۵)	۱۱۱ (۱۹.۰)	۱۵۹ (۲۷.۲)	۱۶۵ (۲۸.۳)	۱۴۹ (۲۵.۵)
کردستان	۶۵.۲۳ (۱۵.۸۸)	۹۵ (۱۵.۸)	۲۴۳ (۴۰.۳)	۲۰۶ (۳۴.۲)	۵۹ (۹.۸)
کرمان	۶۵.۶۵ (۱۸.۶۲)	۱۶۸ (۲۱.۸)	۲۵۷ (۳۳.۳)	۱۹۹ (۲۵.۸)	۱۴۸ (۱۹.۲)
کرمانشاه	۶۸.۴۰ (۱۸.۰۰)	۱۰۰ (۱۶.۴)	۱۸۸ (۳۰.۸)	۲۰۰ (۳۲.۸)	۱۲۲ (۲۰.۰)
کهگیلویه و بویراحمد	۷۴.۰۳ (۱۶.۲۹)	۴۸ (۹.۸)	۱۱۵ (۲۳.۵)	۱۸۱ (۳۶.۹)	۱۴۶ (۲۹.۸)
گلستان	۶۶.۹۸ (۱۷.۷۰)	۹۰ (۱۸.۳)	۱۴۹ (۳۰.۳)	۱۷۲ (۳۵.۰)	۸۱ (۱۶.۵)
گیلان	۶۸.۹۶ (۱۱.۷۲)	۴۳ (۷.۱)	۲۲۰ (۳۶.۲)	۳۰۴ (۵۰.۰)	۴۱ (۶.۷)
لرستان	۷۰.۰۲ (۱۷.۲۸)	۸۹ (۱۴.۴)	۱۸۲ (۲۹.۵)	۲۱۳ (۳۴.۵)	۱۳۳ (۲۱.۶)
مازندران	۷۱.۵۵ (۱۵.۹۰)	۷۵ (۹.۷)	۲۱۴ (۲۷.۷)	۲۹۹ (۳۸.۷)	۱۸۴ (۲۳.۸)
مرکزی	۶۸.۰۶ (۱۷.۲۳)	۱۰۸ (۱۷.۲)	۱۷۷ (۲۸.۲)	۲۳۴ (۳۷.۳)	۱۰۹ (۱۷.۴)
هرمزگان	۷۳.۴۰ (۱۷.۰۹)	۵۲ (۱۰.۳)	۱۱۲ (۲۲.۲)	۱۹۸ (۳۹.۳)	۱۴۲ (۲۸.۲)
همدان	۶۷.۴۰ (۱۹.۶۳)	۱۲۶ (۲۰.۶)	۱۶۵ (۲۷.۰)	۱۹۸ (۳۲.۴)	۱۲۲ (۲۰.۰)
یزد	۶۱.۱۴ (۱۶.۱۴)	۱۶۹ (۲۸.۵)	۲۲۵ (۳۷.۹)	۱۵۴ (۲۶.۰)	۴۵ (۷.۶)
کل	۶۸.۸۱ (۱۷.۶۹)	۳۴۱۳ (۱۶.۶)	۵۸۴۵ (۲۸.۴)	۷۰۹۰ (۳۴.۵)	۴۲۲۳ (۲۰.۵)

جدول ۸: میانگین امتیاز و سطوح سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن شهرها

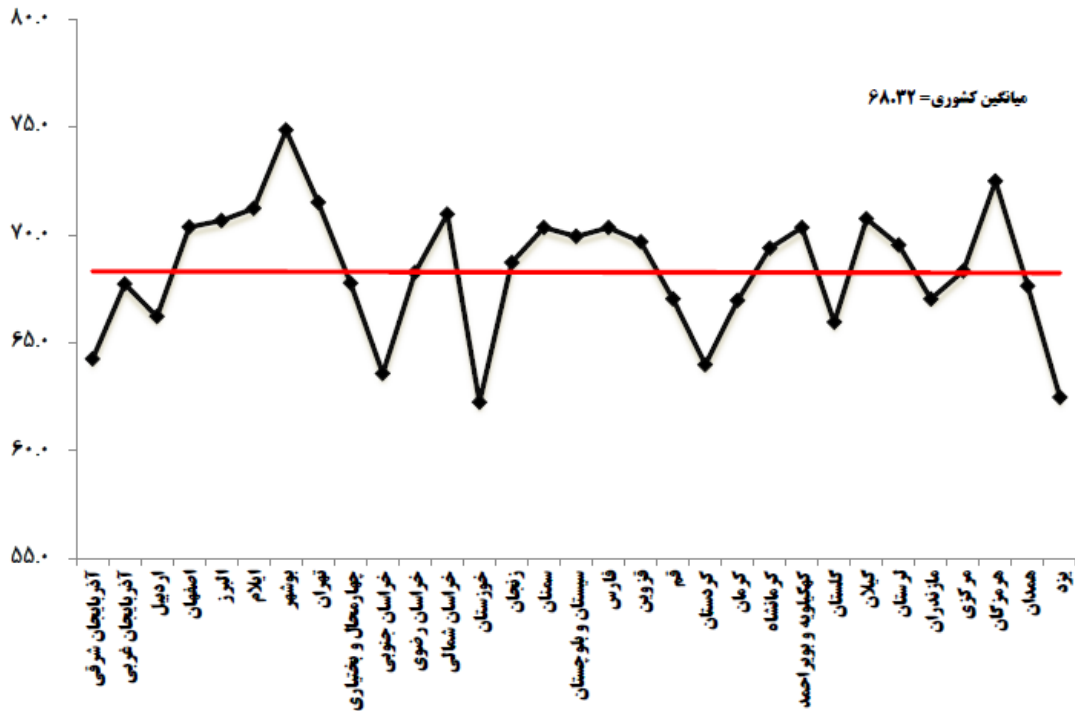
عالی تعداد(درصد)	کافی تعداد(درصد)	نه چندان کافی تعداد(درصد)	ناکافی تعداد(درصد)	میانگین (انحراف معیار)	
۴۸۴۸(۲۳.۶)	۶۵۵۲(۳۱.۹)	۳۴۵۲(۱۶.۸)	۵۷۱۹(۲۷.۸)	۶۶.۳۵ (۲۳.۴۵)	بعد خواندن
۱۷۰۱(۳۵.۲۷)	۲۷.۵ (۵۶۵۴)	۲۸.۲ (۵۷۹۹)	۲۷.۲(۵۵۹۱)	۲۰.۸۲ (۶۴.۷۵)	بعد دسترسی
۷۰۵۱(۳۴.۳)	۷۲۳۷(۳۵.۲)	۳۵۷۶(۱۷.۴)	۲۷۰۷(۱۳.۲)	۷۴.۰۷ (۱۹.۰۶)	بعد فهم و درک
۳۳۷۰ (۱۶.۴)	۶۶۷۱ (۳۲.۴)	۴۶۰۲ (۲۲.۴)	۵۹۲۸ (۲۸.۸)	۶۴.۱۱ (۲۰.۳۶)	بعد ارزیابی
۴۲۲۳(۲۰.۵)	۷۰۹۰(۳۴.۵)	۵۸۴۵(۲۸.۴)	۳۴۱۳(۱۶.۶)	۶۸.۸۱(۱۷.۶۹)	بعد تصمیم گیری و رفتار
۳۲۴۱(۱۵.۸)	۸۲۰۲(۳۹.۹)	۶۶۵۸(۳۲.۴)	۲۴۷۰(۱۲.۰)	۶۸.۳۲ (۱۵.۱۶)	سواد سلامت کل
سواد سلامت مطلوب ^۳ تعداد(درصد)		سواد سلامت محدود ^۲ تعداد(درصد)		کاستی ^۱ سواد سلامت (میانگین نمره سواد سلامت- ۱۰۰)	
۱۱۴۰۰(۵۵.۵)		۹۱۷۱(۴۴.۶)		۳۳.۶۵	بعد خواندن
۴۴۶(۹۱۸۱)		۵۵.۴ (۱۱۳۹۰)		۳۵.۲۵	بعد دسترسی
۱۴۲۸۸(۶۹.۵)		۶۲۸۳(۳۰.۶)		۲۵.۹۳	بعد فهم و درک
۱۰۰۴۱ (۴۸.۸)		۱۰۵۳۰ (۵۱.۲)		۳۵.۸۹	بعد ارزیابی
۱۱۳۱۳(۵۵.۰)		۹۲۵۸(۴۵.۰)		۳۱.۱۹	بعد تصمیم گیری و رفتار
۱۱۴۴۳(۵۵.۷)		۹۱۲۸(۴۴.۴)		۳۱.۶۸	سواد سلامت کل

^۱ - در مقیاس سنجش سواد سلامت، کاستی سواد سلامت عبارت است از فاصله امتیاز کسب شده تا امتیاز حداکثری (۱۰۰ امتیاز).

^۲ - مجموع گزینه های ناکافی و نه چندان کافی

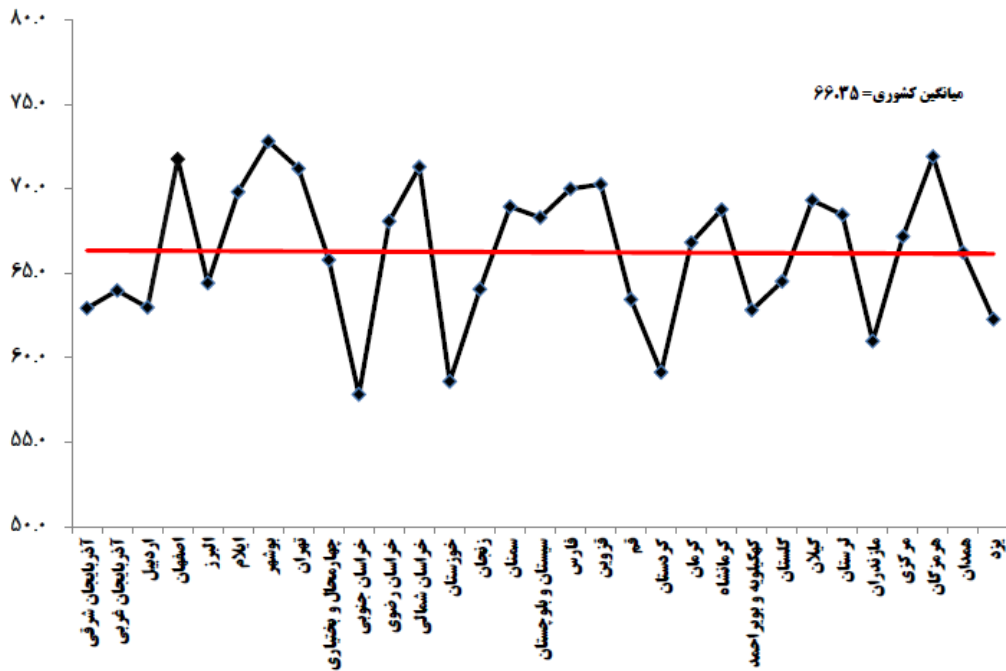
^۳ - مجموع گزینه های کافی و عالی

میانگین سواد سلامت



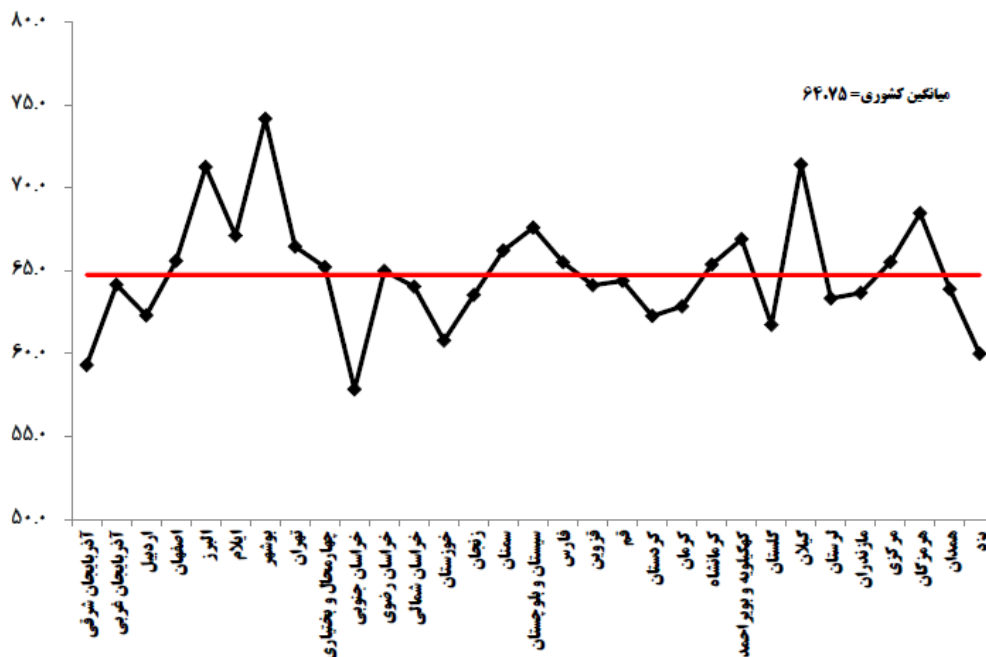
نمودار ۱: توزیع میانگین امتیاز سواد سلامت کل بر حسب استان

میانگین بعد خواندن سواد سلامت



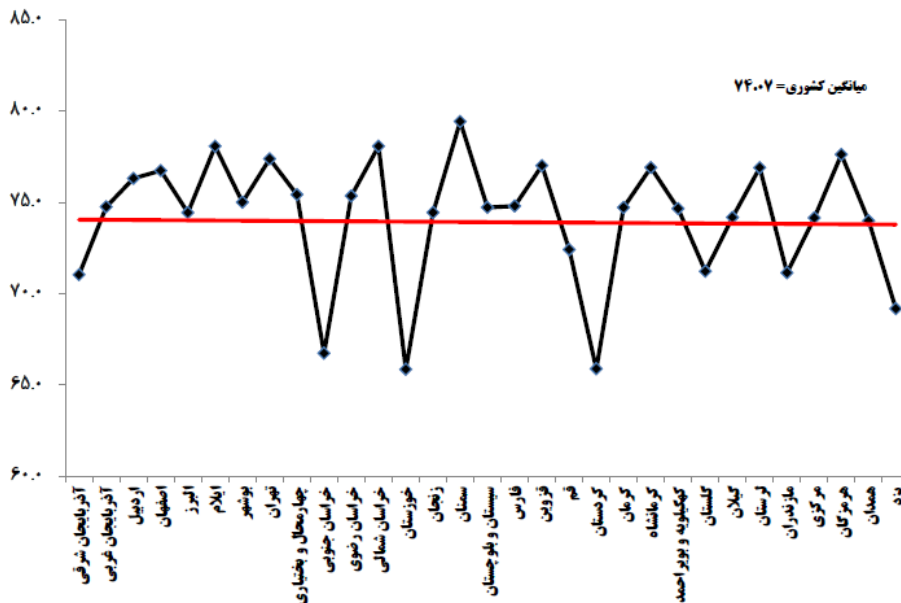
نمودار ۲: توزیع میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد خواندن بر حسب استان

میانگین بعد دسترسی سواد سلامت



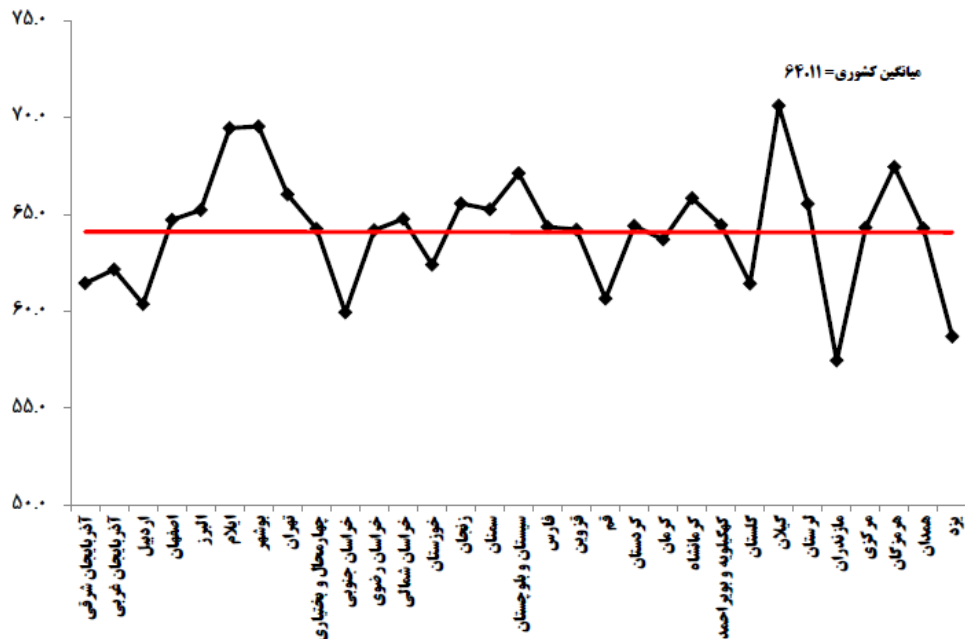
نمودار ۳: توزیع میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد دسترسی بر حسب استان

میانگین بعد درک و فهم سواد سلامت



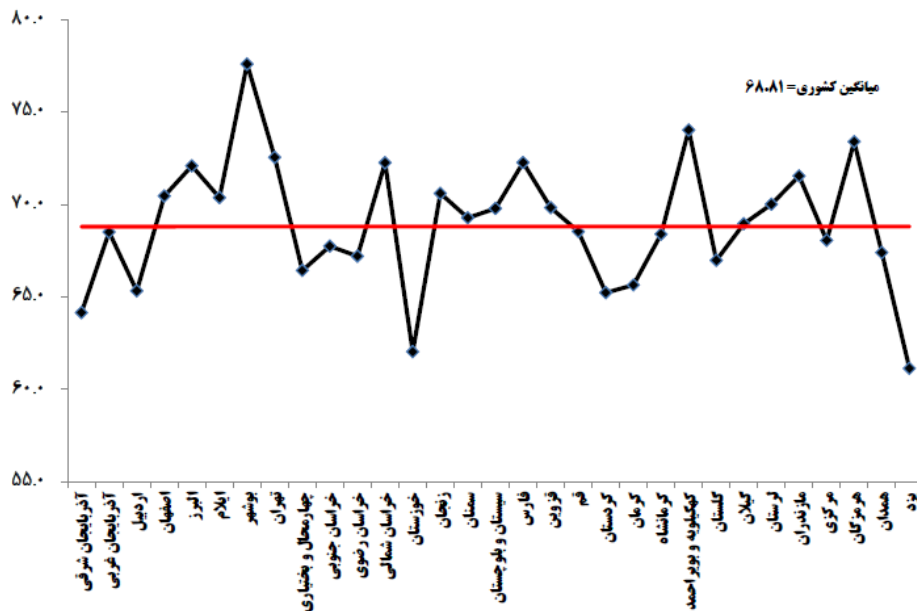
نمودار ۴: توزیع میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد درک و فهم بر حسب استان

میانگین بعد ارزیابی سواد سلامت



نمودار ۵: توزیع میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد ارزیابی بر حسب استان

میانگین بعد تصمیم‌گیری و رفتار سواد سلامت



نمودار ۶: توزیع میانگین امتیاز سواد سلامت در بعد تصمیم‌گیری و رفتار بر حسب استان

تأثیر عوامل دموگرافیک بر سواد سلامت

به منظور بررسی میزان تأثیر متغیرهای سن، تحصیلات، جنسیت و شغل بر امتیاز سواد سلامت از الگوی رگرسیون خطی لوژستیک استفاده شد. به منظور بررسی میزان تأثیر متغیرهای سن، تحصیلات، جنسیت و شغل روی امتیاز سواد سلامت دسته بندی شده (دو حالتی) از مدل رگرسیون لوژستیک دو حالتی استفاده شد. در این مطالعه سواد سلامت به دو دسته سواد سلامت مطلوب (سطح رفرنس) و محدود تقسیم بندی شد. جنسیت مرد (سطح رفرنس)، وضعیت اشتغال شاغل (سطح رفرنس) به عنوان متغیر کیفی و متغیر تحصیلات و سن به عنوان متغیر کمی وارد مدل شد.

با تقسیم بندی امتیاز سواد سلامت کل به سواد سلامت محدود و مطلوب، به بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل روی وضعیت سواد سلامت با استفاده از روش رگرسیون لوژستیک پرداخته شد. بر اساس نتایج به دست آمده از جدول زیر مشاهده می شود متغیرهای جنسیت، سن، تعداد سال های تحصیل و شغل همگی روی سواد سلامت تأثیر داشتند. به طوری که زنان ۴۴ درصد بیشتر از مردان از شانس سواد سلامت مطلوب برخوردار بودند همچنین با افزایش سن و تعداد سال های تحصیل شانس برخورداری از سواد سلامت مطلوب به ترتیب ۱ درصد و ۱۵ درصد بیشتر بود. در رابطه با شغل، افراد بیکار ۲۷ درصد، خانه دار ۱۲ درصد و دانشجو/دانش آموز ۱۳ درصد کمتر از افراد شاغل از شانس سواد سلامت مطلوب برخوردار بودند. افراد بازنشسته نسبت به افراد شاغل از شانس سواد سلامت مطلوب یکسانی برخوردار بودند.

جدول ۹: برآورد نسبت بخت (OR) بر اساس متغیرهای جمعیتی

متغیرهای مورد مطالعه	ضریب رگرسیونی	سطح معنی داری	نسبت بخت (OR)	بازه اطمینان ۹۵ درصدی
جنسیت (سطح مرجع مرد)	۰.۳۶۸	<۰.۰۰۰۱	۱.۴۴۶	(۱.۳۲۹ و ۱.۵۷۳)
سن	۰.۰۱۱	<۰.۰۰۰۱	۱.۰۱۱	(۱.۰۰۸ و ۱.۰۱۵)
تعداد سال های تحصیل	۰.۱۴۲	<۰.۰۰۰۱	۱.۱۵۲	(۱.۱۴۲ و ۱.۱۶۲)
شغل (سطح مرجع شاغل بودن)		<۰.۰۰۰۱		
بیکار	-۰.۳۱۸	<۰.۰۰۰۱	۰.۷۲۸	(۰.۶۵۰ و ۰.۸۱۴)
خانه دار	-۰.۱۳۲	۰.۰۱۱	۰.۸۷۷	(۰.۷۹۲ و ۰.۹۷۰)
بازنشسته	۰.۱۳۷	۰.۰۶۲	۱.۱۴۶	(۰.۹۹۳ و ۱.۳۲۴)
دانشجو/دانش آموز	-۰.۱۳۰	۰.۰۱۰	۰.۸۷۸	(۰.۷۹۵ و ۰.۹۶۹)
عرض از مبداء	-۱.۸۸۰	<۰.۰۰۰۱	۰.۱۵۳	

فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

مطالعه حاضر که برای اولین بار در سطح ملی انجام گرفت نشان داد که تقریباً از هر دو نفر، یک نفر از سواد سلامت محدود برخوردار است. سواد سلامت محدود که در واقع نشانگر سواد سلامت ناکافی و نه چندان کافی است مفهومی عاریتی است که از یک مطالعه نسبتاً گسترده اروپایی اخذ شده است [۲۹]. در ایران اکثر مطالعات موجود از ابزار سواد سلامت بالغان بهره جسته اند. یافته های محدود آن مطالعات نشان داده است که سواد سلامت مردم نقاط مختلف کشور ما چندان مناسب ارزیابی نمی شود [۲۷-۲۵]. همچنین نتایج برخی از مطالعات یاد شده مانند یافته های این مطالعه، وضعیت زنان در سواد سلامت را به طور نسبی بهتر از مردان گزارش کرده اند [۲۷]؛ اگرچه نتایج متناقضی هم در برخی از مطالعات در این خصوص ملاحظه شده است [۲۵ و ۳۰]. وفق انتظارات در این مطالعه و نیز مانند سایر مطالعات با افزایش سال های تحصیل، سطح سواد سلامت نیز افزایش داشته است [۳۱-۳۳ و ۲۹ و ۲۷ و ۲۵]. از دیگر نتایج این مطالعه میزان نامطلوب سواد سلامت در اقشار آسیب پذیر بود. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان سواد سلامت محدود در میان افراد بی کار، افراد بالای ۵۵ سال به بالا، افراد با سال های تحصیل ۱ تا ۵ سال تحصیل و در درجه بعدی، زنان خانه دار از دیگر اقشار بیش تر است، که این یافته کم و بیش در برخی از مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است [۳۱ و ۲۵].

از نکات قابل تامل در نتایج این مطالعه این بود که برخلاف انتظار، سواد سلامت در برخی از استان های کم برخوردار نسبت به استان های برخوردار، وضعیت مطلوب تری داشت؛ برای نمونه ساکنان شهرهای استان های بوشهر و هرمزگان نسبت به استان های خوزستان، یزد و خراسان جنوبی وضعیت سواد سلامت مطلوب تری را نشان دادند. برای یافتن دلایل این وضعیت بررسی های بیشتری مورد نیاز است. به نظر می رسد در استان های مذکور نسبت افراد با سطح تحصیلات بالاتر بیشتر بوده و در نتیجه میانگین نمره سواد سلامت در این استان ها بر خلاف انتظار بالاتر بوده است. به هر حال در مطالعه حاضر تلاش این بود تا با سئوالات ساده و قابل فهم و در عین حال مرتبط با مشکلات و معضلات اصلی سلامت در کشور، سواد سلامت مردم سنجیده شود تا کاستی ها و گروه های آسیب پذیر مشخص شوند. از این جهت لازم است یاد آوری نمائیم که سنجش سواد سلامت، آزمون اطلاعات عمومی مردم نیست و هیچگاه نباید با چنین رویکردی بدان نگاه شود. سواد سلامت در واقع نوعی از ظرفیت و مهارت فردی، اجتماعی و شناختی است که به مردم این توان را می دهد تا با دسترسی به اطلاعات سلامت و فهم آن و در نهایت عمل به آن در جهت سلامتی خود گام بردارند. از این منظر سنجش سواد سلامت در جوامعی همچون ایران بسیار ارزشمند و راهگشا خواهد بود. یافته های این مطالعه در واقع پایه ای را برای سنجش های بعدی فراهم کرده است. همان طور که در یافته های این مطالعه دیده شد رادیو و تلویزیون در میان مخاطبان شهرنشین ایرانی از ضریب نفوذ نسبتاً مطلوبی برخوردار بوده است. بر اساس گزارش شرکت کنندگان بیشترین اطلاعات سلامت توسط این دو منبع به ایشان منتقل شده است. این امر موقعیتی خاص و ذی قیمت به این دو رسانه داده است؛ چه این که از این طریق می توان اطلاعات سلامت صحیح، دقیق و مستمر را به طیف وسیعی از مخاطبان ارائه داده و میزان سواد سلامت آن ها را

ارتقا داد. گستردگی این دو رسانه در کشور، ارزان قیمت بودن انتقال اطلاعات از این طریق، پایش دقیق صحت و استمرار اطلاعات از مزایای مهم این دو منبع انتقال اطلاعات سلامت است. وفق نتایج، دومین منبع انتقال اطلاعات سلامت پرسش از پزشکان و دست اندرکاران حوزه سلامت بوده است. به نظر می رسد تاکید بر اصول روابط انسانی و ارتباط موثر در آموزش پزشکی کشور و ارتقای ظرفیت پاسخگویی این قشر، منبعی بسیار موثر برای انتقال اطلاعات سلامت ارائه خواهد داد. دست اندرکاران حوزه سلامت باید توجه باشند که شهرنشینان ایرانی پاسخ های آنان را به عنوان مرجع کسب اطلاعات سلامت در نظر می گیرند لذا لازم است ضمن حفظ آمادگی علمی؛ با صبر و حوصله در خور به این وظیفه به خوبی عمل کنند.

منابع

1. Bohlman LN, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC): National Academies Press; 2004
2. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promot* 2000; 15: 183-4
3. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20(2):175-84
4. WHO region office for Europe.
Ilona Kickbusch JMP, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros. Health literacy The solid facts.
[available at: <http://www.euro.who.int/pubrequest>. 2013.
5. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *The Journal of American Medical Association* 1999; 281: 552-7.
6. Sihota S, Lennard L. Health literacy: being able to make the most of health. London: National Consumer Council; 2004
7. Schnitzer AE, Rosenzweig M, Harris B. Health literacy: A survey of the issues and solutions. *Journal of Consumer Health on the Internet*. 2011;15(2):164-79
8. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*. 2010;15(S2):9-19
9. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Coates W, Nurss J. The impact of inadequate functional health literacy on patients' understanding of diagnosis, prescribed medications, and compliance. *Academic Emergency Medicine* 1995; 2: 386
10. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S
Kickbusch I, et al. Health literacy--a new concept for general practice? *Aust Fam Physician*. 2009
.Mar;38(3):144-7
11. Bennett CL, Ferreira MR, Davis TC, Kaplan J, Weinberger M, Kuzel T, et al. Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 1998;16(9):3101-4
12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3):259-67
13. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155(2):97-107

- Clarke CL, Bekelman DB, Chan PS, Allen LA, et al, 14. Peterson PN, Shetterly SM al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2011;305(16):1695-701
15. Mazor KM, Roblin DW, Williams AE, Greene SM, Gaglio B, Field TS, et al. Health literacy and cancer prevention: Two new instruments to assess comprehension. Patient education and counseling. 2012;88(1):54-60
16. American Cancer Society, Joint Committee on National Health Education Standards. National health education standards: achieving health literacy. Washington (DC): American Cancer Society; 1997
17. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. American Journal of Public Health 2002; 92: 1278-83
18. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. American Journal of Public Health 1997; 87: 1027-30
19. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. The Journal of American Medical Association 2002; 288: 475-82
20. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. Medical Care 2002; 40: 395-404
21. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. Journal of General Internal Medicine 2006; 21: 857-61
22. Benjamin J, Jane V, Hayden B. Can This Patient Read and Understand Written Health Information? The Journal of the American Medical Association 2010; 304(1).
23. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promotion International 2009; 24: 285-296
24. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008

۲۵- جوادزاده سید هماد الدین، شریفی راد غلامرضا، رئیسی مهنوش، توسلی الهه، رجعتی فاطمه. بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان. مجله علمی و پژوهشی تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹(۵): ۵۴۹-۵۴۰.

۲۶- پروا سحر، نکویی مقدم محمود، امیر اسماعیلی محمدرضا، بانسی محمد رضا. ارزیابی سواد سلامت و ارتباط آن با به کارگیری خدمات سلامت کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، ۱۳۹۰، (پایان نامه مقطع فوق لیسانس)

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

28. Montazeri A, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh* 2014;13:589-600

Kristine Sørensen¹, Jürgen M. Pelikan², Florian Röthlin², Kristin Ganahl², Zofia Slonska³, Gerardine Doyle⁴, James Fullam⁴, Barbara Kondilis⁵, Demosthenes Agrafiotis⁶, Ellen Uiters⁷, Maria Falcon⁸, Monika Mensing⁹, Kancho Tchamov¹⁰, Stephan van den Broucke¹¹, Helmut Brand¹. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*. Health Advance Access published April 5, 2015

۳۰- رئیسی مهنوش، مصطفوی فیروزه، حسن زاده اکبر، شریفی راد غلامرضا، رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان، *مجله تحقیقات نظام سلامت* ۱۳۹۲؛ ۹(۸): ۴۸۰-۴۶۹.

۳۱- قنبری شهلا، مجلسی فرشته، غفاری محتشم، محمودی مجدآبادی محمود. بررسی سواد سلامت زنان باردار زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور کشور، دانشگاه شاهد* ۱۳۹۰؛ ۱۹(۹۷): ۱۳-۱.

۳۲- کریمی سعید، محمود کیوان آرا، حسینی محسن، جعفریان جزئی مرضیه، خراسانی الهه. سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی، بهره‌مندی از خدمات سلامت و رابطه‌ی بین آن‌ها در بزرگسالان، *نشریه مدیریت اطلاعات سلامت* ۱۳۹۲؛ ۱۰(۶): ۸۷۵-۸۶۲.

۳۳- طل آذر، پوررضا ابولقاسم، توسلی الهه، رحیمی فروشانی عباس. وضعیت آگاهی و سواد سلامت در زنان دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران. *فصلنامه بیمارستان* ۱۳۹۱؛ ۳: ۴۵-۵۲.