

ارزیابی مطالعات سواد سلامت در ایران: یک مرور نظام‌مند

داود رباط سرپوشی^۱، سیده بلین توکلی‌ثانی^۲، هادی علیزاده‌سیوکی^۳، نوشین پیمان^{۳*}

۱. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

سواد سلامت هم‌اکنون به‌عنوان یکی از اجزای مهم سلامت همگانی تلقی می‌شود و به دلیل ایفای نقشی مهم بر نحوه تصمیم‌گیری اشخاص در زمینه‌های مرتبط با سلامت، ارتقای سطح سلامت جامعه و بالا بودن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی، مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است با توجه به اهمیت سطح سواد سلامت افراد جامعه و نقشی که آن‌ها در ارتقای سلامت خود و سایر افراد دارند این مطالعه به ارزیابی مطالعات انجام‌شده در خصوص سواد سلامت در گروه‌های مختلف در کشور می‌پردازد

در این مقاله کلیدواژه سواد سلامت، در عنوان و چکیده مقالات چاپ شده در پایگاه‌های علمی مورد جستجو قرار گرفت و تمامی مقالات فارسی در خصوص سواد سلامت فهرست شد. سپس خلاصه مقالات بررسی شده و در طی چند مرحله موارد تکراری و غیرمرتبط حذف شد در نهایت ۳۴ مقاله که صرفاً در خصوص سواد سلامت انجام شده بود برای بررسی جامع و استخراج داده‌ها انتخاب شدند. نتایج این مطالعه نشان داد وضعیت سواد سلامت در گروه‌های مختلف در کشورمان مطلوب نیست، بنابراین بایستی برنامه‌ریزی منسجم و کارآمدی از سوی مسئولان بهداشتی لحاظ شد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۱

کلیدواژه‌ها:

بیمارستان، سواد سلامت، مراکز بهداشتی.

مقدمه

نظام‌های نوین سلامت باعث ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان خود شده‌اند و افراد در نهایت باید برای اتخاذ تصمیمات صحیح درباره خود و خانواده نقش‌های جدید بر عهده بگیرند. در این زمینه یکی از عوامل بسیار مؤثر، سواد سلامت است [۱] و هم‌اکنون به‌عنوان مسئله‌ای مهم و بحث‌جهانی معرفی شده است [۲]. تجربیات جهانی نیز گویای این مطلب است که عواملی مثل توسعه اقتصادی، ارتقا سطح آموزش و سواد و بهبود خدمات اجتماعی، تأثیر مثبتی بر

سلامت و رفاه اجتماعی افراد جامعه خواهد داشت [۳].

واژه سواد سلامت از حدود سال ۱۹۷۰ میلادی، در متون سلامت استفاده شد [۴]. سواد سلامت درجه‌ای است که در آن افراد دارای ظرفیت و توانایی کسب، پردازش و درک اطلاعات مربوط به بهداشت و خدماتی که در آن‌ها نیاز به تصمیم‌گیری مناسب درباره سلامت خود را دارند، باشد [۵]. همچنین سواد سلامت لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد [۶، ۷]. سازمان جهانی بهداشت در گزارشی، سواد سلامت را یکی

* نویسنده مسئول: نوشین پیمان

نشانی: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

دورنگار:

تلفن: ۰۵۱۳۱۸۹۲۲۱۰

رایانه: Asour50@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0002-6218-4787

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-4873-5220

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۵، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۷، ص ۷۹۳-۸۰۷

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

در زمینه‌های مختلف سلامت جزئی از اولویت‌های پژوهشی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است [۲۰].

در ایران بر اساس مطالعه‌ای در پنج استان کشور، تنها ۲۸/۱ درصد شرکت‌کنندگان سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد، سواد سلامت ناکافی داشتند. تحصیلات پایین، سن بالا و وضعیت اقتصادی ضعیف با سواد سلامت ناکافی مرتبط بودند [۲۱].

از طرفی، طبق مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامتی اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند و هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند و وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند میزان بستری شدن و استفاده از خدمات اورژانس آن‌ها بیشتر و مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند [۲۲].

با این اوصاف سنجش میزان سواد سلامت می‌تواند امری مفید و ضروری باشد تا با آگاهی و طراحی مداخلات ویژه برای افزایش آن، از احتمال بروز خطرات ناشی از سواد محدود جلوگیری شود، زیرا افراد با سواد سلامت کمتر، بیشتر احتمال دارد که سلامتی خود را حتی بعد از تطبیق سن، جنس و نژاد و نشانگرهای محرومیت اقتصادی، ضعیف ارزیابی کنند [۲۳]. با توجه به اهمیت سطح سواد سلامت افراد جامعه و نقشی که آن‌ها در ارتقای سلامت خود و دیگر افراد دارند این مطالعه به ارزیابی مطالعات انجام‌شده در خصوص سواد سلامت در گروه‌های مختلف در کشور می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ی مرور نظام‌مند بود که بر اساس مراحل زیر انجام شد.

استراتژی‌های جستجو

جستجوی الکترونیکی از پایگاه‌های فارسی SID، Iran medex و پایگاه‌های انگلیسی، PubMed، Web of science، Scopus، Science direct، Google scholar به‌طور نظام‌مند از اکتبر ۲۰۱۷ تا دسامبر ۲۰۱۷ انجام شد از کلید واژگان Iran.Literacy، Health Literacy، سواد سلامت و عملگرهای NOT و OR، AND استفاده شد. محدوده‌ی زمانی بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ میلادی بود. هیچ محدودیتی در زبان انتشار در هنگام جستجو در پایگاه داده‌های الکترونیکی نبود. جستجوی دستی در مجلات، مجموعه چکیده‌ی مقالات در

از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی و به کشورهای جهان توصیه کرده است [۸]. اما دلایل متعددی نشان‌دهنده‌ی آن است که بسیاری از نتایج نامطلوب وابسته به سلامتی، در اثر سواد سلامت ناکافی است [۹].

بر اساس مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامت کم، اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط تیم سلامت را درک نکرده و به توصیه‌های داده شده عمل نمی‌کنند، وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند و هزینه‌های بیشتری را متحمل می‌شوند [۱۰] برخی از عوامل من جمله افزایش بیماری‌های غیرواگیر، تغییر سبک زندگی مردم، حرکت به سوی مشتری محوری، افزایش اطلاعات در خصوص سلامت در وسایل پیشرفته نوین مانند اینترنت از عواملی هستند که باعث افزایش درخواست برای مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و مدیریت بیماری شده‌اند و اهمیت سواد سلامت را افزایش می‌دهند [۱۱].

سواد سلامت هم‌اکنون به‌عنوان مسئله و بحث جهانی معرفی شده [۱۲]. و به دلیل نقش مهم آن بر نحوه تصمیم‌گیری اشخاص در زمینه‌های مرتبط با سلامت به‌عنوان یکی از ابزارهای اساسی به‌منظور ارتقای سطح سلامت جامعه و بالا بردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است [۱۳].

انجمن پزشکی آمریکا IOM^۱ حوزه سلامت را به چهار دسته تقسیم کرده است: دانش مفهومی و فرهنگی، سواد شفاهی، سواد نوشتاری و سواد محاسبه کردن [۱۴، ۱۵]. محدودیت سواد سلامت زمانی رخ می‌دهد که افراد نتوانند اطلاعات و خدمات بهداشتی که نیاز دارند را پیدا و استفاده کنند این محدودیت بر سلامت افراد به‌طور مستقیم و با محدود کردن رشد فردی، اجتماعی و فرهنگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۱۴].

در مطالعات مختلف سطح سواد سلامت پایین با میزان بستری بیشتر مراقبت‌های پیشگیرانه کمتر در افراد و هزینه‌های سلامت بالاتر در ارتباط بوده است [۱۶، ۱۷].

فرایند سواد سلامت می‌تواند به‌عنوان بخشی از توسعه افراد به سمت بهبود کیفیت زندگی دیده شود. در جامعه، سواد سلامت به عدالت و پایداری تغییرات در بهداشت عمومی می‌انجامد. در نهایت سواد سلامت پایین با آموزش افراد و تبدیل آن‌ها به منابع مفیدتر (مانند افزایش سواد سلامت افراد) قابل رفع شدن است [۱۸، ۱۹]. بر همین اساس سواد بهداشتی

1. Institute of Medicine

زیر را داشته باشند:

۱. کمی باشند، ۲. پژوهشی اصیل باشند، ۳. متن کامل مقاله در دسترس باشد؛ مطالعات موردی، مقالات کوتاه، نامه به سردبیر حذف شدند.

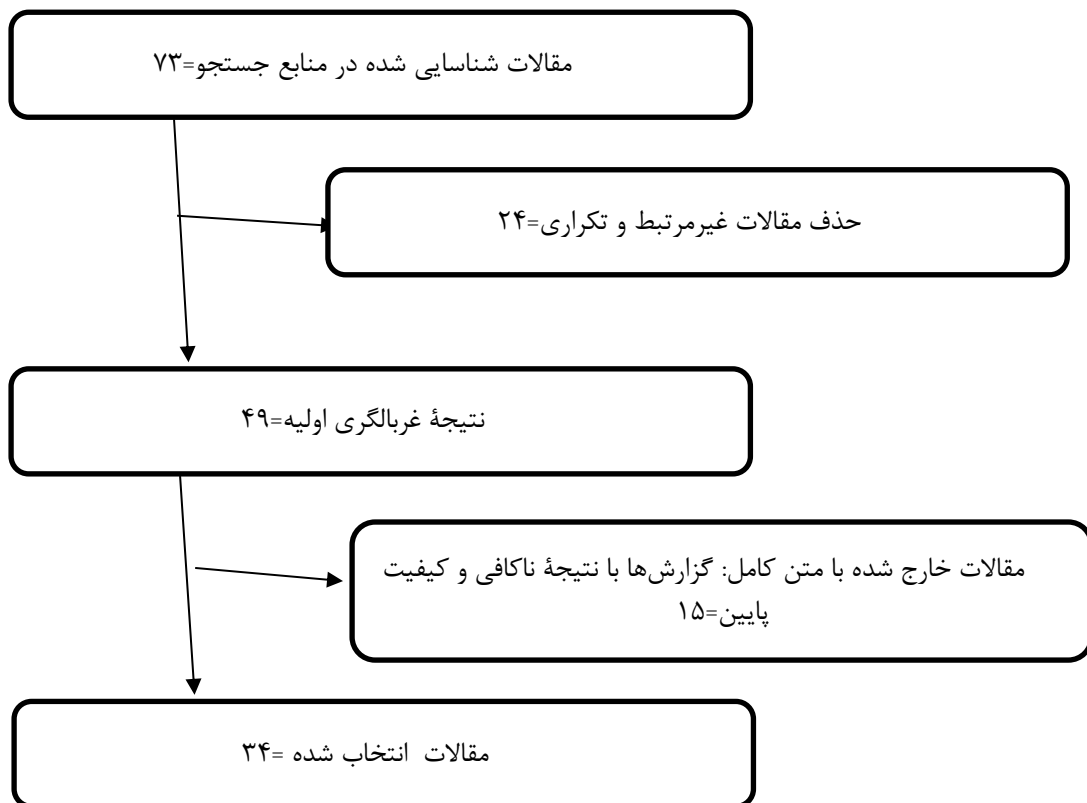
ارزیابی کیفیت مقالات

استخراج داده‌ها: نویسنده، خصوصیات ویژه مطالعه را با استفاده از فرم استاندارد داده‌ها استخراج کرد. این فرم شامل نام نویسندگان، محل مطالعه، سال مطالعه، هدف مطالعه، نوع مطالعه، گروه هدف، اندازه جمعیت مورد مطالعه و مهم‌ترین نتایج مقالات منتخب بود. دو داور به شکل مستقل بر اساس معیارهای ورود داده‌ها را بررسی کردند. در صورت عدم توافق بین نویسندگان از داور سوم استفاده شد.

اجلاس‌ها و همایش‌ها و پایان‌نامه‌ها انجام شد. محدودیتی از لحاظ دول مدت مداخله، نوع شرکت‌کنندگان و مکان انجام مطالعه وجود نداشت. مراحل انتخاب مقالات به شرح زیر بود: نخست جستجوی اولیه توسط دو نویسنده به صورت جداگانه انجام شد. در مرحله بعد مقالات تکراری حذف شد، سپس با هدف حذف موارد غیر مرتبط جستجوهای محدودتری انجام شد پس از مرور خلاصه و عنوان تک‌تک مطالعات و معیارهای واجدالشرایط بودن، مقالات احتمالی مشخص شد متن کامل مقالات توسط دو نویسنده بررسی و تا رسیدن به اجماع درباره آن بحث شد.

انتخاب مطالعات

معیارهای ورود به مطالعه: مطالعاتی انتخاب شدند که شرایط



شکل ۱. مراحل جستجو و انتخاب مقالات

به دست آمده بررسی شده و موارد غیر مرتبط و تکراری (۲۴ مورد) حذف گردید. در مرحله بعد مقالات با کیفیت پایین و با نتایج ناکافی (۱۵ مورد) مجدداً از مطالعه حذف گردید. در ارزیابی نهایی ۳۴ مقاله باقی ماند (شکل ۱)

یافته‌های پژوهش

در جستجوی اولیه تمامی مقالات معتبر که در ایران (۷۳ مورد) موضوع ذی ربط جمع‌آوری و سپس خلاصه مقالات

ردیف	عنوان	نام مجله	نوع مطالعه	گروه هدف	روش کار و نمونه‌گیری	نتایج
۱	بررسی سواد سلامت دهان شهروندان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴	مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان	مقطعی	شهروندان بزرگ سال اصفهان	روی ۷۵۸ نفر از شهروندان بزرگ‌سال اصفهان، با نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد	۵۳ درصد دارای سواد سلامت دهان کافی بودند. سواد سلامت دهان خانم‌ها، بزرگ‌سالان مسن‌تر و افراد دارای تحصیلات بالاتر بیشتر بود. بیشترین منابع کسب اطلاعات سلامت دهان شهروندان اصفهانی به ترتیب دندان‌پزشک، رادیو-تلویزیون و اینترنت بود.
۲	بررسی ارتباط سواد سلامت با سبک زندگی در زنان روستایی همسر دار مرکز بهداشت ایده در سال ۱۳۹۲	مجله سلامت و بهداشت اردبیل	مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی	زنان ۱۸ تا ۴۵ سال همسر دار باسواد روستایی ایده	با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، روی ۲۴۰ نفر در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت	از نظر سطح سواد سلامت نیمی از افراد در سطح پایین (مرزی و ناکافی)، از نظر وضعیت ابعاد سبک زندگی وضعیت شغلی مناسب، فعالیت فیزیکی، تغذیه، کنترل استرس، رفتارهای بهداشتی، مراقبت نامناسب از خود در آخرین بارداری و روابط اجتماعی نامناسب داشتند. براساس یافته‌ها سطح سواد سلامت با تغذیه و با استرس رابطه آماری معناداری داشت ولی با وضعیت شغلی، فعالیت فیزیکی، رفتارهای ناصحیح بهداشتی، مراقبت از خود و روابط اجتماعی رابطه آماری معناداری نداشت.
۳	بررسی سطح سواد سلامت در مراجعان به مرکز تحقیقات دیابت یزد	دو ماهه طلوع سلامت	مقطعی و تحلیلی	بیمار مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد	روی ۴۳۲ در سال ۱۳۹۳ انجام شد. از پرسشنامه استاندارد سواد سلامتی عملکردی بزرگ سالان برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد	افزایش نمره سواد سلامت با افزایش سن و کاهش سال‌های ابتلا به دیابت همراه است. میانگین نمره سواد سلامت به‌صورت معناداری در آقایان بیشتر از خانم‌ها و در افراد بازنشسته، افراد ساکن شهر، افراد با میزان تحصیلات راهنمایی تا دیپلم و دانشگاهی و دارای وضعیت اقتصادی خوب و متوسط بیشتر از دیگران است. سواد سلامت در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت، ناکافی و در حد مرزی بود.
۴	بررسی ارتباط سواد سلامت با سلامت عمومی بیماران دیابت نوع دو	مجله دیابت و متابولیسم ایران	توصیفی از نوع تحلیلی و مقطعی	بیمار مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت تهران	روی ۲۰۰ بیمار در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات سه پرسش‌نامه مشخصات فردی، سواد سلامت (TOFHLA)، پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی GHQ28 بود.	بیش از نیمی از شرکت کنندگان سواد سلامت کافی نداشتند و سلامت عمومی آنان متوسط گزارش شد. ارتباط معناداری بین سواد سلامت و سلامت عمومی مشاهده شد سواد سلامت با سه بعد سلامت عمومی، اضطراب و اختلال خواب و کارکرد اجتماعی و افسردگی ارتباط آماری معناداری داشت.
۵	بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو	مجله پژوهش پرستاری ایران	مقطعی از نوع همبستگی	بیمار مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت تهران	روی ۲۰۰ بیمار در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل: مشخصات فردی، پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگ‌سالان (TOFHLA) و پرسشنامه خلاصه رفتارهای خودمراقبتی دیابت (SDSCA) بود.	ارتباط معناداری بین سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی مشاهده نشد. سواد سلامت با دو بعد خودمراقبتی شامل پیروی از رژیم غذایی و همچنین پیروی از رژیم دارویی، ارتباط آماری معناداری داشت.
۶	سنجش سواد سلامت بزرگ‌سالان ایرانی ساکن شهرها: یک مطالعه ملی	مجله پایش	توصیفی از نوع تحلیلی و مقطعی	بزرگ سالان ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن شهرها	تعداد ۲۰۵۷۱ شهروند ایرانی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه سنجش سواد سلامت (HELIA) بود.	میانگین امتیاز سواد سلامت مردان و زنان از نظر آماری معنادار تفاوت نشان داد. در میان متغیرهای مورد نظر در این مطالعه سال‌های تحصیل و سن، بیشترین تأثیر را بر سواد سلامت مخاطبان داشتند. سواد سلامت محدود در طیف سنی ۵۵ سال به بالا

ردیف	عنوان	نام مجله	نوع مطالعه	گروه هدف	روش کار و نمونه‌گیری	نتایج
						بیش‌ترین و در طیف سنی ۳۵ تا ۴۴ سال کم‌ترین میزان را داشت. بیش‌ترین میزان سواد سلامت محدود در افراد با تحصیلات ۱ تا ۵ سال و کم‌ترین میزان سواد سلامت محدود در افراد با تحصیلات ۱۳ سال به بالا بود. مخاطبان برای کسب اطلاعات سلامت به ترتیب از رادیو و تلویزیون، پزشکان و کارکنان بهداشتی و درمانی و اینترنت بیشترین بهره‌گیری را داشته‌اند. حدود نیمی از افراد مورد مطالعه دارای سواد سلامت محدود بوده و این امر غالباً در گروه‌های آسیب‌پذیر مشاهده شد.
۷	بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر و شناسایی عوامل مؤثر بر آن	مجله طب جنوب	توصیفی پیمایشی	بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای خلیج‌فارس و بیمارستان سلمان فارسی	در مجموع ۲۵۰ بیمار به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون هنجاریابی شده سواد سلامت عملکردی بزرگ‌سالان به دست آمد.	یافته‌ها نشان داد سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به این بیمارستان‌ها در سطح مرزی قرار دارد. سطح سواد سلامت با سن، جنس و سطح تحصیلات رابطه معناداری داشت.
۸	کاربرد نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده برای پیش‌بینی قصد و رفتار استفاده از راهبردهای سواد سلامت در پرستاران	نشریه پرستاری ایران	توصیفی- تحلیلی به شیوه مقطعی	پرستاران بیمارستان آموزشی الزهرای شهر اصفهان	روی ۱۴۸ پرستار انجام شد. قصد و رفتار پرستاران در خصوص به‌کارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار توسط پرسشنامه مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده مورد سنجش قرار گرفت.	بین میانگین نمره رفتار پرستاران و متغیرهای وضعیت تاهل، شرکت در کلاس‌های بازآموزی، نوع استخدامی، سابقه کار، پست سازمانی ارتباط معنادار آماری وجود داشت. توان پیشگویی‌کنندگی رفتار پرستاران در خصوص به‌کارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیماران توسط سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده ۳۱ درصد بود. از میان سازه‌های این نظریه، کنترل رفتاری درک شده بهترین پیشگویی‌کننده قصد و رفتار آزمودنی‌ها برای به‌کارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار بود. سازه کنترل رفتاری درک شده بهترین پیشگویی‌کننده قصد و رفتار پرستاران بود.
۹	مقایسه سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی دانشگاه‌های شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۲-۹۳	نشریه پژوهنده	مقطعی با رویکرد توصیفی- تحلیلی	دانشجو از دو دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه شهید بهشتی	تعداد ۵۰۰ نفر دانشجو مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی جدیدترین نشانه‌ی حیاتی (NVS) استفاده شد.	کمتر از نیمی از دانشجویان علوم پزشکی سواد سلامت ناکافی داشتند. بین دو گروه، از نظر میانگین نمره سواد سلامت، اختلاف معنادار آماری مشاهده شد سواد سلامت در دانشجویان علوم پزشکی نسبت به دانشجویان غیر علوم پزشکی بهتر است. بر اساس پرسشنامه NVS، طیف وسیعی از دانشجویان، سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند.
۱۰	ارتباط سطح سواد سلامت با خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان گرگان در سال ۱۳۹۳	فصلنامه پرستاری دیابت	توصیفی - همبستگی	افراد مبتلا به دیابت	۱۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده از میان افراد مبتلا به دیابت در سال ۱۳۹۳ انتخاب شدند. یافته‌ها از طریق پرسشنامه دموگرافیک، سواد سلامت و خودکارآمدی جمع‌آوری شد.	میزان سواد سلامت مرزی و خودکارآمدی متوسط بود. بین سواد سلامت با تحصیلات، شغل و دسترسی به منابع اطلاعاتی ارتباط معناداری مشاهده شد و همچنین سطح خودکارآمدی با تحصیلات، شغل و دسترسی به منابع اطلاعاتی ارتباط معناداری داشت. به طوری که سواد سلامت با خودکارآمدی ارتباط معناداری داشت و با افزایش سواد سلامت خودکارآمدی بیشتر شد.

ردیف	عنوان	نام مجله	نوع مطالعه	گروه هدف	روش کار و نمونه‌گیری	نتایج
۱۱	بررسی میزان سواد سلامت کارمندان در رابطه با عوامل خطر بیماری‌های مزمن در سال ۱۳۹۳	مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان	توصیفی تحلیلی	کارمندان دانشگاه بوعلی سینا همدان	سواد سلامت ۲۰۶ نفر از کارمندان با استفاده از ابزار محقق ساخته اندازه‌گیری گردید. سواد سلامت در مورد عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و دیابت در ۷ حیطة نگرش به سلامت، درک اطلاعات، حمایت اجتماعی، شرایط اقتصادی اجتماعی، دسترسی به سرویس سلامت، ارتباط با متخصص سلامت و به کار بستن اطلاعات سلامتی اندازه‌گیری شد.	به‌جز در حوزه سرطان، سطح سواد در شناخت عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت در زنان به‌طور معناداری بیش از مردان بود با افزایش سطح تحصیلات نیز فراوانی سواد سلامت کافی به‌طور معناداری افزایش نشان می‌داد. در مجموع ۷۵/۲ درصد از افراد در مورد شناخت عوامل خطر هر ۳ بیماری سواد سلامت ناکافی داشتند. کمترین سطح سواد مربوطه به بکار بستن اطلاعات سلامت بود.
۱۲	بررسی رابطه بین سواد اطلاعاتی و سواد سلامت در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد	مجله تعامل انسان و اطلاعات	از نوع کاربردی است که به روش پیمایشی با رویکرد توصیفی-همبستگی	دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد	روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای ۳۶۸ نفر به‌عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. از پرسشنامه استاندارد سواد سلامت (منتظری و دیگران، ۱۳۹۳) شامل ابعاد دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و به‌کارگیری اطلاعات سلامت بهره گرفته شد.	۲۵ درصد دانشجویان سواد سلامت ناکافی و ۳۸/۳۱ درصد سواد سلامت مرزی دارند و سطح سواد اطلاعاتی دانشجویان نیز بالاتر از سطح متوسط به دست آمد. بین میزان سواد اطلاعاتی و سواد سلامت رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و سواد اطلاعاتی حدود ۴۰ درصد از تغییرات سواد سلامت را تبیین می‌کند. بررسی نحوه کسب اطلاعات مربوط به سلامت در جامعه مورد بررسی نیز نشان داد، بیشتر دانشجویان اطلاعات مربوط به سلامت را از طریق اینترنت و تعامل با دوستان به دست می‌آورند.
۱۳	بررسی میزان سطح سواد سلامت والدین کودکان پیش‌دبستانی	نشریه پرستاری کودکان	پژوهش توصیفی-مقطعی	والدین کودکان در سن پیش‌دبستانی (سن سه الی شش سال)	نمونه این پژوهش ۳۵۷ نفر بودند. کودکان این والدین در دامنه سنی سه تا شش سال بودند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه سواد سلامت والدین در زمینه مراقبت از کودکان سن پیش‌دبستانی و شامل: بخش اطلاعات دموگرافیک والدین و بخش پرسشنامه‌ای معتبر در حیطة‌های تغذیه، رشد و تکامل، محاسبات عددی، ایمنی و پیشگیری از آسیب و صدمه و اطلاعات بهداشتی بود.	نمره سواد سلامت مادران بیشتر از نمره سواد سلامت کل پدران بود. میزان سواد سلامت مادران در حیطة‌های تغذیه، رشد و تکامل، اطلاعات بهداشتی و همچنین نمره کل سواد سلامت بیشتر از پدران است. همچنین رابطه معناداری بین افزایش سطح تحصیلات با سطح سواد سلامت وجود دارد. والدینی که در منزل کتاب مراقبت از کودک دارند دارای سواد سلامت بالاتر هستند و کسانی که از اینترنت برای جستجوی اطلاعات بهداشتی استفاده می‌کنند نسبت به دیگر روش‌های سنتی جستجوی اطلاعات دارای سواد سلامت بالاتر بودند. میزان سطح سواد سلامت خانواده‌های منتخب شهر تهران در این پژوهش در حد مرزی بود.
۱۴	بررسی رابطه سطح سواد سلامت و وضعیت جسمانی در بین سالمندان شهر کرمان-۱۳۹۲	فصلنامه سالمند	مطالعه مقطعی	سالمندان شهر کرمان	در آن ۲۰۰ نفر از سالمندان شهر کرمان مورد پرسشگری قرار گرفتند. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه ساختاریافته استفاده گردید.	بیشتر سالمندان مورد مطالعه از سطح سواد سلامت ناکافی برخوردار بودند. بین سطح سواد سلامت با تحصیلات و شغل رابطه معناداری مشاهده شد. همچنین رابطه بین سواد سلامت و توانایی انجام فعالیت‌های روزانه معنادار بود ولی بین سواد سلامت با سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت مالی و عملکرد فیزیکی رابطه آماری معنا دار مشاهده نشد.

ردیف	عنوان	نام مجله	نوع مطالعه	گروه هدف	روش کار و نمونه‌گیری	نتایج
۱۵	بررسی رابطه سواد سلامت دهان و خودکارآمدی بهداشت دهان با شاخص‌های DMFT و شاخص لثه در دانشجویان	مجله پایش	مقطعی از نوع پژوهش‌های همبستگی	۲۸۱ نفر از دانشجویان به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت دهان، خودکارآمدی بهداشت دهان و شاخص‌های DMFT و شاخص لثه جمع‌آوری شدند	همبستگی سواد سلامت دهان، خودکارآمدی بهداشت دهان و ابعاد آن‌ها با شاخص‌های DMFT و شاخص لثه معکوس و معنادار بود. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نیز حاکی از آن بود که هر دو بعد سواد سلامت دهان و هر دو بعد خودکارآمدی بهداشت دهان نقش معنادار در پیش‌گویی شاخص‌های DMFT و جینجیوال دارند، سواد سلامت دهان و خودکارآمدی بهداشت دهان پیش‌گویی‌کننده‌های بهتری برای شاخص DMFT نسبت به شاخص جینجیوال هستند. سواد سلامت دهان و خودکارآمدی بهداشت دهان پیش‌گویی‌کننده‌های معنادار برای شاخص‌های DMFT و جینجیوال هستند.	
۱۶	سواد سلامت ارتباطی و انتقادی و خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو	مجله دیابت و متابولیسم ایران	مطالعه توصیفی-تحلیلی	بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت حضرت علی اصفهان	شیوه مقطعی روی ۱۸۷ بیمار انجام شده است. روش نمونه‌گیری تصادفی آسان از میان بیماران مراجعه‌کننده به این کلینیک بود. سطح سواد سلامت و وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران به ترتیب توسط پرسشنامه‌های استاندارد (FCCHL) و (SDSCA) ارزیابی شد.	ارتباط آماری معناداری بین سواد سلامت کل، سواد سلامت ارتباطی و انتقادی با خودمراقبتی دیده شد و سواد سلامت عملکردی و خودمراقبتی در بیماران ارتباط نداشت. سواد سلامت ارتباطی با رفتارهای خود مراقبتی تبعیت از رژیم غذایی، انجام فعالیت فیزیکی، پایش قند خون و مراقبت از بیماران با انجام فعالیت فیزیکی، پایش قند خون، مراقبت از پا و مصرف دارو ارتباط داشت. بین سواد سلامت ارتباطی و مصرف دارو و سواد سلامت انتقادی و تبعیت از رژیم غذایی در آزمودنی‌ها ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. از میان ابعاد مختلف سواد سلامت، سواد سلامت ارتباطی به‌عنوان پیشگویی‌کننده بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی شناخته شد.
۱۷	بررسی رابطه سواد سلامت و خودکارآمدی با سلامت دهان و دندان خودگزارش شده در دانشجویان	دو ماهنامه طلوع بهداشت	مطالعه مقطعی از نوع همبستگی	دانشجویان کارشناسی دانشگاه اردکان	۲۸۱ نفر از دانشجویان به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت دهان، خودکارآمدی بهداشت دهان و مقیاس سلامت دهان و دندان خودگزارش شده جمع‌آوری شد.	هر دو بعد محاسبه و درک خواندن و در سواد سلامت دهان و هر دو بعد خودکارآمدی مسواک زدن و نخ دندان کشیدن و با سلامت دهان و دندان خود گزارش شده در دانشجویان همبستگی معنادار مثبت داشت. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که در گام نخست خودکارآمدی نخ دندان کشیدن، در گام دوم درک خواندن، در گام سوم محاسبه و در گام چهارم خودکارآمدی مسواک زدن قادر به پیش‌بینی معنادار سلامت دهان و دندان بودند.
۱۸	سواد سلامت، وضعیت هیجانی منفی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی	فصلنامه اصول بهداشت روانی	مطالعه مقطعی	بیمار با تشخیص مراحل انتهایی نارسایی کلیه مراکز دیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران	۲۴۰ بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند از اسفند ۱۳۹۲ تا خرداد ۱۳۹۳ انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل معاینه مختصر وضعیت روانی، فرم کوتاه پرسش‌نامه سواد سلامت بزرگ سالان و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ آیتمی و	میزان ۲۵ درصد آزمودنی‌ها سواد سلامت پایین، ۶۵/۲ درصد سواد سلامت کافی و ۹/۸ درصد سواد سلامت مرزی داشتند. افسردگی، اضطراب، استرس و رفتارهای خودمراقبتی از لحاظ سطوح سواد سلامت تفاوت معناداری داشتند.

ردیف	عنوان	نام مجله	نوع مطالعه	گروه هدف	روش کار و نمونه‌گیری	نتایج
					زیرمقیاس خود-مراقبتی رفتارهای خود مدیریتی بود.	
۱۹	سواد سلامت بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	دو ماهنامه مدیریت اطلاعات سلامت	کاربردی به روش پیمایشی تحلیلی	تمامی بیماران بستری شده در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در نیمه دوم سال ۱۳۹۱	نمونه‌گیری به صورت در دسترس (روش آسان) انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان است.	میانگین نمره سواد سلامت بیماران مورد بررسی در حیطه محاسبات، در حیطه درک خواندن تقریباً متوسط بوده و میانگین نمره کل سواد سلامت در آنان کمی بیشتر از حد متوسط بوده است. اغلب بیماران بررسی شده دارای سواد سلامت ناکافی و حاشیه ای بودند. بین متغیرهای جنسیت، درآمد و محل سکونت با سطح سواد سلامت رابطه معناداری وجود نداشته، در حالی که بین سن با نمره سواد سلامت و نیز حیطه‌های آن رابطه معکوس و بین سطح تحصیلات و نمره سواد سلامت رابطه مستقیم وجود داشت. بین شغل بیماران و سواد سلامت رابطه معناداری وجود داشته است به نحوی که افراد بازنشسته و کارگران دارای سواد سلامت کمتری بوده‌اند. اغلب بیماران مورد بررسی دارای سواد سلامت ناکافی و حاشیه‌ای بوده‌اند.
۲۰	بررسی نحوه برقراری ارتباط کارکنان بهداشتی با افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن برحسب سطح سواد سلامت آن‌ها در شهر مشهد	مجله پژوهش و سلامت	مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی	افراد مبتلا به بیماری مزمن	روی ۲۴۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری مزمن که با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه سواد سلامت به منظور سنجش سطح سواد سلامت و پرسشنامه مراقبت اولیه در بزرگسالان برای ارزیابی سواد سلامت ارتباطی بود.	سواد سلامت از آزمودنی‌ها ناکافی و مرزی بود. سواد سلامت ارتباطی اکثر افراد در این بررسی ضعیف ارزیابی شد. در این مطالعه ارتباط آماری معناداری بین سطح سواد سلامت ناکافی و سواد سلامت ارتباطی مشاهده شد. افراد دارای سواد سلامت ناکافی، بیشترین مشکلات سواد سلامت ارتباطی را استفاده از اصطلاحات تخصصی، صحبت سریع و تند، توجه ناکافی به صحبت افراد، عدم استفاده از رسانه‌های مصور و قابل درک، عدم پاسخ به نگرانی، فرصت ناکافی پرسیدن سؤال و عدم دریافت بازخورد گزارش کردند
۲۱	سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی، بهره‌مندی از خدمات سلامت و رابطه بین آن‌ها در بزرگسالان	دو ماهنامه مدیریت اطلاعات سلامت	توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی	افراد ۱۸-۶۴ ساله‌ی شهر اصفهان	روی ۳۰۰ نفر که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده بودند در سال ۱۳۹۰ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق ساخته، اقتباس شده از پرسش‌نامه استاندارد سواد سلامت CAHP بود و روایی و پایایی آن سنجیده شد.	میانگین نمره سواد سلامت در حد متوسط، میانگین نمره وضعیت سلامت در حد خوب و میانگین نمره بهره‌مندی از خدمات سلامت در حد ضعیف ارزیابی شد. بین سواد سلامت، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. بعد خانوار در خودارزیابی وضعیت سلامت افراد مؤثر است. میزان تحصیلات افراد و منطقه محل سکونت هم در بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت مؤثر است.
۲۲	سواد سلامت و رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان شهر اصفهان	مجله تحقیقات نظام سلامت	توصیفی-تحلیلی و به شیوه مقطعی	سالمند	روی ۳۵۴ نفر که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب با حجم جامعه انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA) و سیاهه واریس مربوط به رفتارهای ارتقادهنده سلامت بود.	در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و انجام فعالیت فیزیکی و مصرف میوه و سبزی ارتباط آماری معناداری مشاهده شد. به طوری که در سالمندان باسواد سلامت بالاتر میزان فعالیت فیزیکی و مصرف روزانه میوه و سبزی بیشتر بود. بین سطح سواد سلامت و وضعیت سیگار کشیدن ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد.

ردیف	عنوان	نام مجله	نوع مطالعه	گروه هدف	روش کار و نمونه‌گیری	نتایج
۲۳	بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان	مجله تحقیقات نظام سلامت	مقطعی	از افراد بزرگسال (بالای ۱۸ سال) شهر اصفهان	تعداد ۵۲۵ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها به‌طور هم‌زمان از دو پرسش‌نامه S-TOFHLA و NVS پس از اطمینان از اعتبار ترجمه و تعیین روایی و پایایی آن‌ها استفاده شد.	طیف وسیعی از بزرگسالان شهر اصفهان سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند. بین نمرات دو پرسش‌نامه S-TOFHLA و NVS همبستگی بالایی وجود داشت و به لحاظ آماری معنی دار بود. در این مطالعه بین سطح سواد سلامت و سن، سطح تحصیلات، جنس و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد، به طوری که سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، تحصیلات کمتر، زنان و قشر کم درآمد شایع‌تر بود.
۲۴	سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان، ۱۳۹۰	دوماهنامه طلوع بهداشت	مقطعی	از افراد باسواد ۱۷ سال و بالاتر	۱۰۰۰ نفر مورد پرسشگری قرار گرفتند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد.	در حدود شصت درصد از افراد سطح سواد پایین (ناکافی و مرزی) داشتند. تحصیلات و وضعیت بیمه بیشترین ارتباط را باسواد سلامت نشان داد. سواد سلامت بر بهره‌گیری از خدمات سلامت بالا، به یک مرکز بهداشتی و درمانی مراجعه نموده بودند. بستری شدن در بیمارستان در افرادی باسواد سلامت پایین بیشتر گزارش شده بود. تأثیر سواد سلامت بر فاکتورهای بهره‌گیری از خدمات سلامت بعد از حذف اثر عوامل مخدوش‌کننده، نیز تأیید شد.
۲۵	ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی در قالب گروه‌های کوچک بر ارتقاء میزان آگاهی و سواد سلامت بیماران زن دیابتی نوع ۲ به مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران	مجله علوم پزشکی رازی	شاهد دار تصادفی	بیمار زن دیابتی نوع ۲	روی ۱۶۰ بیمار انجام شد که با روش تخصیص تصادفی بلوکی در دو گروه مداخله و مقایسه قرار گرفتند. ابزار مطالعه، پرسشنامه استاندارد کوتاه سواد سلامت (TOFHLA) و پرسشنامه خودساخته برای سنجش آگاهی بیماران از دیابت بود.	قبل از مداخله تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر آگاهی و سواد سلامت مشاهده نشد، اما بعد از مداخله، تفاوت معناداری بین آگاهی و سواد سلامت در دو گروه مشاهده شد که این تأثیر در گروه مداخله مؤثرتر بود.
۲۶	وضعیت آگاهی و سواد سلامت در زنان دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران	مجله بیمارستان	مقطعی	بیمار زن دیابتی نوع ۲	روی ۱۶۰ بیمار با روش نمونه‌گیری مستمر و مداوم با استفاده از پرسشنامه استاندارد سواد سلامت STOHFLA اندازه‌گیری شد. سنجش آگاهی بیماران از دیابت نیز با استفاده از پرسشنامه خودساخته انجام شد.	سواد سلامت با شغل، سطح تحصیلات و سابقه خانوادگی بیماری ارتباط معنادار داشت. متغیر آگاهی با شغل، سطح تحصیلات، میزان درآمد و سابقه خانوادگی ارتباط معنادار داشت. مدت بیماری باسواد سلامت و آگاهی ارتباط معکوس و معنادار مشاهده شد. سن شرکت‌کنندگان باسواد سلامت و آگاهی ارتباط معکوس و معنادار مشاهده شد. زنان دیابتی شرکت‌کننده در مطالعه آگاهی کافی نداشتند و دارای سواد سلامت متوسط بودند که مؤید نیاز به آموزش مبتنی بر تئوری به‌منظور بهبود و ارتقاء آگاهی و سواد سلامت است.
۲۷	رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان	مجله تحقیقات نظام سلامت	توصیفی تحلیلی	سالمند (۶۰ سال به بالا) در شهر اصفهان	روی ۳۵۴ نفر انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای متناسب با حجم بود. جهت گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه سواد سلامت عملکردی	سواد سلامت ۷۹/۶ درصد از سالمندان در حد ناکافی بودند. سطح سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، میزان تحصیلات کمتر، درآمد پایین‌تر و زنان شایع‌تر بود. همچنین افراد با سطح پایین سواد سلامت بیش از حد

ردیف	عنوان	نام مجله	نوع مطالعه	گروه هدف	روش کار و نمونه‌گیری	نتایج
					بزرگ‌سالان (TOFHLA) استفاده شد.	دیگران به پزشک مراجعه می‌کردند و سابقه بستری شدن در بیمارستان را داشتند. ارتباط آماری معنا داری بین سطح سواد سلامت و مراجعه به بخش اورژانس در افراد مورد مطالعه دیده نشد. افراد با سطح سواد سلامت بالاتر، وضعیت سلامت عمومی خود را بهتر ارزیابی کردند. ساموگرافی در زنان سالمند ارتباط آماری معنا دار دیده نشد. به‌طور کلی این پژوهش سطح سواد سلامت را در سالمندان بسیار ناکافی نشان داد.
۲۸	سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن	دوماهنامه گام‌های توسعه در آموزش پزشکی	پیمایشی	افراد ۱۸ سال و بالاتر	در ۵ شهر و ۵ روستای کشور از استان‌های بوشهر، مازندران، کرمانشاه، قزوین و تهران، ۱۰۸۶ نفر مورد پرسشگری قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سواد سلامتی عملکردی بالغین پس از تعدیل و اعتبارسنجی آن استفاده شد.	به‌طور کل سواد سلامت در ایران پایین است. سطح تحصیلات قوی‌ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت داشت و بیشترین پرش در سطح سواد سلامت در کسانی که تحصیلات بیش از ۸ سال داشتند، مشاهده شد. پایین‌تر بودن سواد سلامت در زنان، در گروه‌های سنی بالاتر و ساکنین روستا، به‌طور عمده مربوط به پایین‌تر بودن سطح تحصیلات در این گروه‌ها بود.
۲۹	بررسی وضعیت سواد سلامت به‌روزان خانه‌های بهداشت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی	سواد سلامت	مقطعی	به‌روزان	مطالعه مقطعی بود که ۴۳ به‌روز در آن شرکت کردند روش جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد TOFHLA بود	میانگین سن به‌روزان در واحدهای پژوهش ۴۰/۳۲ سال و میانگین نمره سواد سلامت آنان ۵۴/۸۶ بود در این مطالعه سطح سواد زنان از مردان بیشتر بود
۳۰	سطح سواد بهداشتی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی	مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی	توصیفی- تحلیلی	زنان باردار	تعداد نمونه‌ها در این مطالعه ۳۸۰ نفر بودند که به روش خوشه‌ای ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود انتخاب شدند	این مطالعه نشان داد که سواد بهداشتی در زمینه مراقبت‌های دوران بارداری در اکثر زنان تحت مطالعه در حد متوسط بود. ولی حدود ۳۰ درصد از افراد مورد مطالعه سواد بهداشتی ضعیفی در زمینه مراقبت‌های دوران بارداری داشتند
۳۱	بررسی سواد سلامت زنان باردار زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد	توصیفی- تحلیلی	زنان باردار	در این مطالعه تعداد ۲۴۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بالغان بررسی شدند	در این مطالعه ۳۰ درصد افراد سواد سلامت ناکافی، ۲۴/۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۴۵/۴ درصد سواد سلامت کافی داشتند
۳۲	سطح سواد سلامت بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز و عوامل مؤثر بر آن	مجله مدیریت اطلاعات سلامت	توصیفی	بیماران دیابتی	در این پژوهش توصیفی، در مجموع ۴۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شیراز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون هنجاریابی شده سواد سلامت عملکردی بزرگ‌سالان به دست آمد.	در این مطالعه ۶۱/۸ درصد شرکت‌کنندگان پژوهش زن و ۳۸/۲ درصد مرد بودند و میانگین سن افراد مورد بررسی ۵۰ سال بود. ۴۱/۴ درصد افراد دارای سواد سلامت کافی، ۷۴/۶ درصد دارای سواد سلامت مرزی و ۳۵ درصد دارای سواد سلامت ضعیف بودند.
۳۳	بررسی سواد سلامت بزرگ‌سالان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی	مجله آموزش و سلامت جامعه	توصیفی تحلیلی	افراد بزرگ‌سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی	این مطالعه با مشارکت ۲۸۵ نفر از افراد ۶۰-۲۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان توپسرکان با	در این مطالعه ۵۳/۷ درصد مرد و ۵۰/۹ درصد آن‌ها ساکن روستا و مابقی در شهر سکونت داشتند شغل اکثر آن‌ها دانشجو بود، شرکت‌کنندگان در دسترس به اطلاعات

ردیف	عنوان	نام مجله	نوع مطالعه	گروه هدف	روش کار و نمونه‌گیری	نتایج
	شهرستان تویسرکان				استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد برای سنجش سواد سلامت، از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان استفاده شد	ضعیف (۴۲/۱ درصد) در درک اطلاعات ضعیف (۵۴/۴ درصد)، در قضاوت و ارزیابی متوسط (۶۴/۹ درصد) و در استفاده از اطلاعات در سطح متوسط (۸۸/۸ درصد) بودند
۳۴	ارتقاء سواد سلامت و خودکارآمدی بیماران دارای بیماری مزمن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی از طریق آموزش سلامت به کارکنان این مراکز	مجله علمی پژوهشی تحقیقات نظام سلامت	نیمه تجربی	افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن	روی ۲۴۰ نفر از بیماران انجام شد. که به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. مداخله آموزشی مبتنی بر سواد بر اساس چهار مهارت ارتباط گفتاری، نوشتاری، توانمندسازی و بهبود سیستم‌های حمایتی، طراحی و طی سه جلسه بحث گروهی متمرکز و یک کارگاه آموزشی برای ۱۲ نفر از کارکنان بهداشتی در گروه آزمون انجام شد.	بیماران در دو گروه از نظر متغیرهای فردی با یکدیگر تفاوت معنادار نداشتند بعد از مداخله در میانگین سواد بیماران در گروه مداخله تفاوت معنادار مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری

سالم زیستن در دنیای علم و تکنولوژی در جهانی که هم‌اکنون به سوی صنعتی شدن هر چه بیشتر گام برمی‌دارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۲۴]. سواد سلامت، مسئله‌ای جهانی است و طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت نقشی محوری در تعیین تا برابری‌های سلامت، چه در کشورهای غنی و چه در کشورهای ضعیف دارد [۲۵] به‌رغم اهمیت روز افزون سواد سلامت در بهبود و ارتقای سلامت جامعه، تاکنون مطالعاتی محدود در کشور و به‌ویژه در مراکز بهداشتی و درمانی انجام شده است [۲۶]. گفته می‌شود که افراد دارای مهارت‌های ضعیف سلامت، آگاهی کمتری درباره سلامت دارند و کمتر خدمات پیشگیری را دریافت می‌کنند [۲۷].

در بررسی انجام شده از تعداد ۳۴ مطالعه ۷ مطالعه در داخل مراکز بهداشتی درمانی و ۲۷ مطالعه در خارج مراکز بهداشتی درمانی شامل بیمارستان و کلینیک‌های دیابت و مراکز تحقیقات انجام شده، به‌جز دو مطالعه که از نوع نیمه تجربی (شاهددار تصادفی) بوده، دیگر بررسی‌ها در قالب مطالعات توصیفی انجام شده است.

از نظر محل اجرا اکثر مطالعات مربوط به استان‌های تهران و اصفهان است. گروه هدف در ۱۳ مطالعه بیماران (دیابتی، بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان) و در ۲۱ مطالعه افراد سالم (شامل کارمندان، زنان باردار، دانشجویان و بزرگسالان) بودند.

در اکثر مطالعات انجام شده در ایران در خصوص اندازه‌گیری سطح سواد سلامت از پرسشنامه^۱ TOFHLA استفاده شده بود. با توجه به سنجش عملکردی و نسبتاً ملموس سواد سلامت توسط این مقیاس، استفاده بهتر و ثابت آن می‌تواند شاخص سواد سلامت را برای پایش نظام سلامت منطقه مورد ارزیابی مفید و مؤثر جلوه دهد اما از طرفی با توجه به اینکه این ابزار تمام ابعاد سواد سلامت را در برنمی‌گیرد، از این رو باید ابزاری جامع و کامل همراه با آزمون همه‌جانبه و بومی در کشور تدوین شود تا با استفاده از آن سواد سلامت به‌عنوان شاخصی فراگیر و همه‌جانبه برای پایش نظام سلامت تبدیل کرد.

از طرفی اکثر مطالعات نشان دادند که سطح سواد سلامت با افزایش سن ارتباط معناداری دارد؛ یعنی با بالا رفتن سن در گروه‌های مورد بررسی سطح سواد سلامت آن‌ها افزایش می‌یابد. این می‌تواند به دلیل سطح تحصیلات بالاتر و افزایش اطلاعات و آگاهی مردم در خصوص مسائل مربوط به سلامت باشد.

همچنین در بررسی مطالعات انجام شده برای ارزیابی سواد سلامت افراد سالم، رابطه معناداری بین وضعیت درآمد و سواد سلامت مشاهده شده است، به طوری که سواد سلامت ناکافی در قشر کم‌درآمد شایع‌تر بود. در اکثر مطالعات رابطه معنادار بین شغل، دسترسی به منابع اطلاعاتی و سطح سواد سلامت

1. Test of Functional Health Literacy in Adults

سواد سلامت دهان، خودکارآمدی بهداشت دهان و ابعاد آن‌ها با شاخص‌های DMFT و شاخص لثه معکوس و معنادار بود. سواد سلامت دهان و خودکارآمدی بهداشت دهان پیش‌گویی‌کننده‌های معنادار برای شاخص‌های DMFT و جینجیوال هستند.

در مطالعه مهنوش رئیسی [۳۴] ارتباط آماری معناداری بین سواد سلامت کل، سواد سلامت ارتباطی و انتقادی با خودمراقبتی دیده شد و بین سواد سلامت با رفتارهای خود مراقبتی تبعیت از رژیم غذایی، انجام فعالیت فیزیکی، پایش قند خون و مراقبت از پا ارتباط وجود داشت. همچنین در مطالعه قبادی و همکاران [۳۵] افسردگی، اضطراب، استرس و رفتارهای خودمراقبتی از لحاظ سطوح سواد سلامت تفاوت معناداری داشتند.

در مطالعات انجام‌شده در خصوص سواد سلامت در مراکز بهداشتی درمانی نتایج زیر به دست آمد:

در مطالعه قنبری و همکاران [۳۶] و مطالعه امیر اسماعیلی و همکاران [۳۷] که در خصوص سطح سواد سلامت زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی انجام گرفت سطح سواد سلامت زنان به‌طور متوسط ۵۰ درصد و ناکافی اعلام شد که نشان‌دهنده سطح پایین سواد سلامت است با عنایت به اینکه بیش از ۵۰ درصد مراجعان دارای تحصیلات دیپلم بودند لازم است که مسئولان بهداشتی کشور برنامه‌های آموزشی بیشتر و مدونی برای ارتقای سطح سواد بهداشتی و توانمندسازی این قشر تدوین کنند.

در دیگر مطالعات مانند مطالعه پیمان و همکاران در مشهد [۳۸] پیمان و همکاران در خواف [۳۹] خسروی و همکاران در شیراز [۴۰] افشاری و همکاران در تویسرکان [۲۲] سطح سواد سلامت در وضعیت مناسبی نبود. طی آخرین مرور سیستماتیک در خصوص سواد سلامت که آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی در سال ۲۰۱۱ انجام داد، گزارش شده که پایین بودن سطح سواد سلامت، مشکلی بزرگ در ایالات متحده است و این مسئله در افرادی که تحصیلات کمتر از دیپلم دارند بارزتر است بر اساس این گزارش سال‌های تحصیل، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی در سواد سلامت به شمار می‌روند. در مطالعه ملی سواد سلامت در آمریکا بیش از سه چهارم پاسخ‌گویانی که دبیرستان را تمام نکرده بودند سواد سلامت کمتر از حد پایه بود در حالی که در افراد یکه تحصیلات بالاتری داشتند وضعیت سواد سلامت بهتر بود [۳۶]. نتایج مطالعات مختلف در کشورهای مختلف جهان نیز به‌طور کلی طیف وسیعی از سواد سلامت ناکافی را گزارش

نشان داده شده است. به‌طوری‌که افراد ساکن روستاها، کارگران و افراد بازنشسته دارای سواد سلامت کمتری بودند.

در برخی از مطالعات انجام‌شده بین سواد سلامت و سلامت عمومی ارتباط معناداری وجود داشت. در مطالعه مهنز سیدالشهدایی [۲۸] بین سواد سلامت با سه بعد سلامت عمومی، اضطراب و اختلال خواب و کارکرد اجتماعی و افسردگی ارتباط آماری معناداری وجود داشت. در مطالعه محسنی و همکاران [۲۹] بین سواد سلامت و توانایی انجام فعالیت‌های روزانه ارتباط معنادار بود و نتایج نشان داد افرادی که از سطح سواد بالاتر برخوردار بودند تمایل بیشتری به انجام فعالیت‌های روزانه از خود نشان می‌دادند.

در چندین مطالعه که در خصوص سطح سواد سلامت در بین دانشجویان انجام شد نتایج حاکی از آن بود که سواد سلامت دانشجویان در گروه‌های مورد مطالعه در حد متوسط بود. در مطالعه محمودی و همکاران [۳۰] ۲۵ درصد دانشجویان سواد سلامت ناکافی و مرزی دارند و سطح سواد اطلاعاتی دانشجویان نیز بالاتر از سطح متوسط به دست آمد. بین میزان سواد اطلاعاتی و سواد سلامت رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و سواد اطلاعاتی حدود ۴۰ درصد از تغییرات سواد سلامت را تبیین می‌کند. بررسی نحوه کسب اطلاعات مربوط به سلامت در جامعه مورد بررسی نیز نشان داد، بیشتر دانشجویان اطلاعات مربوط به سلامت را از طریق اینترنت و تعامل با دوستان به دست می‌آورند. همچنین در مطالعه رمضانخانی [۳۱] نتایج نشان داد که کمتر از نیمی از دانشجویان علوم پزشکی سواد سلامت ناکافی داشتند و سواد سلامت در دانشجویان علوم پزشکی نسبت به دانشجویان غیر علوم پزشکی بهتر بود.

در برخی از مطالعات انجام‌شده بین سواد سلامت و رفتارهای خود مراقبتی و خودکارآمدی ارتباط وجود داشت.

در مطالعه سیدالشهدایی [۲۸] سواد سلامت با دو بعد خودمراقبتی شامل پیروی از رژیم غذایی و همچنین پیروی از رژیم دارویی، ارتباط آماری معناداری داشت. در مطالعه رفیع‌زاده قره‌تپه [۳۲] میزان سواد سلامت مرزی و خودکارآمدی متوسط بود. بین سواد سلامت با تحصیلات، شغل و دسترسی به منابع اطلاعاتی ارتباط معناداری مشاهده شد و همچنین سطح خودکارآمدی با تحصیلات، شغل و دسترسی به منابع اطلاعاتی ارتباط معناداری داشت. به‌طوری‌که سواد سلامت با خودکارآمدی ارتباط معناداری داشت و با افزایش سواد سلامت خودکارآمدی بیشتر شد.

همچنین در مطالعه حائریان اردکانی [۳۳] همبستگی

سلامت را ندارند. هرچند ساده کردن اطلاعات سلامتی لازم است اما برای بهبود درک افراد و رفتار متعاقب آن کافی نیست و دیگر شرایط ارتباطی نیز لازم است، بخش‌هایی مانند ارتباطات و آموزش سلامت و بخش آموزش سلامت دانشگاه‌ها می‌توانند بهترین راه‌کارهای آموزشی به بیماران دارای سواد سلامتی اندک را شناسایی و استانداردهای کیفی برای مواد نوشتاری را منتشر کنند.

بنابراین در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت بایستی توجه بیشتری به وضعیت سواد سلامت جامعه شود و همچنین از مواد آموزشی نوین برای افراد با تحصیلات بالا و مواد آموزشی نوشتاری و چاپی به همراه دیگر رسانه‌های آموزشی با توجه به ویژگی‌های مخاطبان برای ارتقاء سطح سواد سلامت آن‌ها استفاده شود. از طرف دیگر نیاز است تا همه بخش‌های جامعه از جمله رسانه‌های گروهی مانند رادیو و تلویزیون با تهیه برنامه‌های اطلاعات سلامت متناسب با نیازها و توان مخاطبان به منظور توسعه سواد سلامت افراد بکوشند.

References

- [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]. Namratha R, Kandula a, Phyllis A, Nsiah-Kumi b, Gregory Makoul c, Josh Sager d and et al. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient Education and Counseling.* 2009;75; 321-7.
- [4]. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012, 12:80
- [5]. Ratzan SC, Parker RM. Introduction. In: Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, editors. *National library of medicine current bibliographies in medicine: health literacy.* Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2000
- [6]. Ratzan SC, Parker RM. Introduction. In: *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy.* Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, Editors. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services Available from: URL: <http://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>. Joint
- [7]. Sihota S, Lennard L. Health literacy: being able to make the most of health. London: National Consumer Council; 2004: 11 Available from: http://www.ncc.org.uk/nccpdf/poldocs/NCC064_health_literacy.pdf
- [8]. 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 [available at: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm.pdf]. 2015.
- [9]. Arozullah AM, Lee SY, Khan T, Kurup S, Ryan J, Bonner M, et al. The Roles of Low Literacy and Social Support in Predicting the Preventability of Hospital Admission. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(2): 140-5.

داده‌اند. در مروری سیستماتیک که توسط پاسچه اورلو و همکاران [۴۱] در آمریکای شمالی درباره ۸۵ پژوهش انجام شد. حدود ۲۶ درصد از افراد به‌طور کلی دارای سطح پایین سواد سلامت و حدود ۲۰ درصد سطح متوسط سواد سلامت بودند. بر اساس نتایج مطالعه بکر و همکاران [۱۶] که با استفاده از پرسشنامه S-TOFHLA صورت گرفت، ۴۶ درصد از افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند مطالعه ونگر و همکاران [۴۲] سطح سواد سلامت متوسط و ضعیف را در بزرگسالان کشور انگلستان ۱۱/۴ درصد بیان کردند.

نتایج این مطالعات نشان داد که به‌طور کلی سطح سواد سلامت در ایران چه در افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی چه کسانی که به بیمارستان‌ها، مراکز تحقیقات و... مراجعه کرده بودند در حد مناسب و مطلوب نیست. به‌رغم شواهد بسیار در زمینه اهمیت و نتایج سواد سلامت، بسیاری از کارکنان بهداشتی و درمانی یا از اهمیت موضوع آگاهی نداشته یا مهارت و وقت کافی در برخورد با بیماران با رویکرد سواد

- [10]. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan I, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012; 12:80.
- [11]. Tsai TL, Lee SY, Tsai YW, Kuo KN. Methodology and Validation of Health Literacy Scale Development in Taiwan. *J Health Commun.* 2011; 16(1): 50-61.
- [12]. Tavousi M, Ebadi M, Fattahi E, Jahangir L, Hashemi A, Hashemiparast M, Montazeri A. Health literacy measures: A systematic review of the literature. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research.* 2015; 4: 485-49
- [13]. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian IA, Nielsen-Bohlman LI, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine.* 2005; 20:175-84
- [14]. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion, definition, concepts and examples in Eastern Mediterranean Region. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Region; 2010. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf. Accessed Jan 10, 2014.
- [15]. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. National Academies Press; 2004. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/10883.htm>.
- [16]. Baker DW, Gazmararian IA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health.* 2002; 92(8):1278-83.
- [17]. Scott TL, Gazmararian IA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care.* 2002;40(5):395-404.
- [18]. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan I, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012; 12.
- [19]. 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-U89.
- [20]. Sanders LM, Shaw JS, Guez G, Baur C, Rudd R. Health literacy and child health promotion: implications for

- research, clinical care, and public policy, *Pediatrics*. 2009 Nov;124Suppl 3:S306-14.
- [21]. Tehrani BA, Amirkani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asghari FH, Baradaran H, Barghmadi M, Parsinia S, Ranjbar FS. Health Literacy in 5 provinces and the factors of affecting about it. *Journal of Strides in Development of Medical Education*. 2008; 4(1): 1-9.
- [22]. Afshari M, Khazaei S, Bahrani M, Merati H. Investigating adult health literacy in tuvserkan city. *Journal of Education and Community Health*. 2011; 1(2): 48-55.
- [23]. Benjamin I, Jane V, Hayden B. Can this patient read and understand written health information? *The Journal of the American Medical Association*. 2010; 304: 76-84
- [24]. Amidi Mazaheri M, Heidarnia A, Ghofranipour F, Shafie A, The Effect of Theory- based intervention on promote workers safe behavior in isfahan steel compan, *Journal of Isfahan Medical School*. 2010; (27)102:798-808.
- [25]. Mclaghlin R A. Association among health Literact Levels and health out comes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting PhD Dissertation, Health science center University of Tennessee, 2009
- [26]. Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. [Health literacy and the affecting factors: a study in five provinces of Iran]. *Journal of Medical Education Development Center*. 2007; 4(1):1-9 (in Persian).
- [27]. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*. 2009; 24(3):285-296
- [28]. Sevedoshohadaee M, Barasteh S, Jalalinia F, Eghbali M, Nezami M. The relationship between health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *IJNR*. 2016; 10 (4): 43-51
- [29]. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad V R. The Relationship Between Health Literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman. *sija*. 2015; 10 (2): 146-155.
- [30]. Mahmoudi H, Taheri A. Relation between Information Literacy and Health Literacy of Students in Ferdowsi University of Mashhad. *Human Info Interact*. 2015; 2 (2).
- [31]. Ramezankhani A, Ghafari M, Rakhshani F, Ghanbari S, Azimi S. Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic year 92-93 . *pajoothane*. 2015; 20 (2): 78-85.
- [32]. Rafiezadeh Gharrehtapeh S, Tabarsv B, Hassanjani S, Razavi M, Amjadi M, Hojjati H. The relationship between health literacy and self-efficacy in patients with type II diabetes admitted to gorgan diabetes clinic in 2014. *J Diabetes Nurs*. 2015; 3 (2): 30-42.
- [33]. Haerian Ardakani A, Morowatisharifabad M, Rezapour Y, Pourghayumi Ardakani A. Investigation of the Relationship of oral health literacy and oral hygiene self-efficacy with self-reported oral and dental health in students. *TB*. 2015; 13 (5):125-140.
- [34]. 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. *ijdld*. 2016; 14 (3):199-208
- [35]. Qobadi M, Besharat MA, 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): 46-51.
- [36]. Ghanbari SH, Majlesi F, Ghafari M, Mahmoodi M. The survey of health Literasy of pregnant women referring to health centers Shahid Beheshti University of Medical Science. *Journal of Shahed University*. 2012; 19(97):1-12 (in Persian).
- [37]. Amiresmaili M, Nekoei Moghadam, Saberi anari SH, Sadeghi A, Saber M, Taheri G, Hosseini SH, Rezazadeh J. Study of health literacy level of women referring to health centers. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012; 55:1071-1077 (in Persian).
- [38]. Peyman N, Behzad F, Taghipour A, Esmaily H. Evaluation of communication between healthcare workers and patients with chronic diseases according to their levels of health literacy. *Journal of Research Health*. 2014; 4(1):599-607 (in Persian).
- [39]. Peyman N, Samiee KH. Investigating the status of health literacy among health providers of rural area. *Journal of health literacy*. 2016; 1(1):46-502 (in Persian).
- [40]. Khosravi A, Ahmadzadeh KH, Arastoopoor SH, Tahmasbi R. Health literacy levels of diabetic patients referred to shiraz healthcenters and its effective factors. *Journal of Health Administration*. 2016; 12(2):194-205 (in Persian).
- [41]. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005; 20(2):175-84.
- [42]. Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(12):1086-90.

Assessment of Health Literacy Studies in Iran: Systematic Review

Davoud Sarpooshi Robat¹, Seyedeh Belin Tavakoly Sany², Hadi Alizadeh Siuki³,
Nooshin Peyman^{3*}

1. PhD Student of Health Education and Health Promotion, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. orcid: 0000-0002-4873-5220
2. Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Professor, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Health literacy is seen as an important component of public health And for playing a key role in how people make decisions in the areas of health, community health promotion and high quality health care providers, policymakers have been concerned Given the importance of health literacy of individuals and the role they have in promoting their own health and others This study was conducted to evaluate the health literacy studies in different groups in the country .In this article keyword health literacy, in the title and abstract of published papers in scientific databases were searched and all the articles in Farsi on the list of health literacy. The abstracts were reviewed and in several steps unbiased duplicates were eliminated and finally 34 articles that had been done only on health literacy for a comprehensive review and data extraction were selected.

The results of this study show that the health literacy in different groups in our country is not desirable, therefore, should be considered coherent planning and efficient health policy

Received: 2017/04/17

Accepted: 2018/03/02

Keywords: Health Literacy, Hospital, Health center