نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هفتم، بهار ۱۴۰۲، شماره اول، صفحات ۷۵ تا ۸۲

پژوهشی

سطح سواد سلامت و تعیین‌کننده‌های جمعیتی و اقتصادی–اجتماعی آن در شهر شیراز

سراج‌الدین محمودیانی[1*]، احمد دراهکی[2]، کیانا قائدی[3]

۱. *نویسنده مسئول: استادیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران، serajmahmoudani@gmail.com
۲. استادیار جمعیت‌شناسی، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۰۷

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت از مهم‌ترین شاخص‌هایی است که می‌تواند بر وضعیت و شدت رفتارهای سلامت‌محور افراد اثر بگذارد. هدف این مطالعه بررسی عوامل مرتبط با سواد سلامت بوده است.

روش: این مطالعه با روش پیمایش و استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۳۸۵ نفر از جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال شهر شیراز را مورد مطالعه قرار داده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آماره‌های توصیفی و آزمون‌های آماری مقایسه میانگین‌ها (t و F) ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل‌های دو متغیری نشان داد که با افزایش متغیرهای سن، تعداد سال‌های تحصیل و درآمد ماهیانه خانوار، سواد سلامت نیز افزایش خواهد یافت. این تحلیل‌ها همچنین نشان داد که وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، قومیت و هویت طبقاتی رابطه آماری معناداری با سواد سلامت دارند. نتایج تحلیل چند متغیری نشان داد که متغیرهای تعداد سال‌های تحصیل، مذهب و وضعیت اشتغال (خانه‌دار) تأثیر معناداری بر سواد سلامت پاسخگویان دارند.

نتیجه‌گیری: نوجوانان، زنان خانه‌دار و اقلیت‌های مذهبی را می‌توان به‌عنوان گروه‌های آسیب‌پذیری در نظر گرفت که در برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های مرتبط با ارتقای سطح سواد سلامت باید مورد توجه ویژه قرار بگیرند.

کلیدواژه‌ها: ارتقای سلامت، جمعیت‌شناسی، سواد سلامت، سیاست بهداشت، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت

مقدمه

مشتریان سلامت هنگام جستجوی اطلاعات سلامتی با چالش‌های متعددی مانند پیچیدگی سیستم سلامتی، افزایش شیوع و بروز بیمارهای مزمن، نیاز به شرکت در مراقبت و افزایش اطلاعات قابل دسترسی از منابع متعدد و مختلف روبه‌رو هستند. افراد باید بتوانند نقش‌های جدیدی را در زمینه جستجوی اطلاعات، حمایت‌طلبی برای حقوق و مسائل محرمانه، درک مسئولیت‌ها، سنجش و پایش سلامتی، تصمیم‌گیری در مورد بیمه و انتخاب نوع مراقبت خود بپذیرند (۱). در این راستا مفهوم سواد سلامت مطرح و بر اهمیت آن در نظام سلامت تأکید می‌شود. اصطلاح سواد سلامت بری نخستین بار در دهه ۱۹۷۰ به کار گرفته شد (۲) و به صورت کلی بیانگر آن است که آیا یک فرد به اندازه کافی از نیازهای پیچیده در رابطه با ارتقای و حفظ سلامت خود در جامعه جدید برخوردار است یا خیر(۳). به‌عبارتی دیگر اصطلاح سواد سلامت در ارتباط با مهارت‌های شناختی و اجتماعی که بر انگیزه‌ها و توانایی‌های افراد برای دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات به منظور ارتقاء و حفظ سلامت به کار می‌رود اطلاق می‌شود (۳، ۴). طی دو دهه گذشته توجه به این مفهوم به دلیل تأثیر معنادار آن بر سلامت فردی و عمومی و پایداری نظام‌های مراقبت از سلامت در حال افزایش بوده است (۴-۶). این مفهوم به‌ویژه در زمانی که بیمارهای غیرعفونی شایع و هزینه‌های مرتبط با آنها به‌طور پیوسته درحال افزایش است مورد توجه است (۷). در این شرایط افراد مسئولیت بیشتری در قبال حفظ سلامت خودشان و استفاده مؤثرتر از خدمات سلامت برعهده دارند (۸).

سواد سلامت ناکافی با مسائلی در زمینه دانش اطلاعات سلامت در

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

[DOI: 10.22034/7.1.11]

ارتباط است که منجر به سلامت ضعیف، افزایش احتمال مرگ، استفاده ناکافی و غیرمؤثر از مراقبت سلامت، افزایش هزینه‌ها و نابرابری در سلامت می‌شود (۹). از این رو فرایند سواد سلامت می‌تواند به عنوان بخشی از توسعه افراد به سمت بهبود کیفیت زندگی دیده شود. در جامعه، سواد سلامت به عدالت و پایداری تغییرات در بهداشت عمومی می‌انجامد (۱۰، ۱۱). در این جهت تعداد زیادی از کشورها سواد سلامت را به عنوان یکی از اولویت‌های کلیدی خود در سیاست‌گذاری قرار داده‌اند. سازمان جهانی بهداشت (WHO) سواد سلامت را به عنوان یک ابزار برای دستیابی به چندین هدف کلیدی در اهداف توسعه پایدار پیشنهاد کرده است (۱۲). در کشور ایران نیز، سواد سلامت به‌عنوان یکی از ارکان مهم سلامت همگانی در نظر گرفته شده است و به‌دلیل نقش مهمی که در تصمیم‌گیری افراد در زمینه ارتقای سطح سلامت و دسترسی به خدمات بهداشتی با کیفیت بالاتر دارد، به‌عنوان یکی از اهداف کلان نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی تا سال ۱۴۰۴ و برخورداری ۷۵ درصد از افراد جامعه از حداقل سواد سلامت متناسب با نیاز افراد، مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است (۱۳). بر این اساس، سواد سلامت جزء اولویت‌های پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارد (۱۴).

مسئله از آنجا شروع می‌شود که مطالعاتی که در زمینه سواد سلامت در ایران انجام شده است نشان‌دهنده وضعیت ناکافی آن در جامعه ایران است. براساس مطالعه انجام شده توسط تهرانی و همکاران در پنج استان کشور، تنها ۲۸/۱ درصد شرکت‌کنندگان سواد سلامت کافی و ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند (۱). مطالعه رباط سرپوشی و همکاران با عنوان ارزیابی مطالعات سواد سلامت در ایران: یک مطالعه نظامند بیانگر آن است که سطح سواد سلامت در ایران چه در افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی و چه کسانی که به بیمارستان‌ها، مراکز تحقیقات و ... مراجعه کرده بودند در حد مناسب و مطلوب نبوده است (۱۲). همچنین مطالعات نشان‌دهنده آن است که سطح سواد سلامت با متغیرهای اجتماعی و جمعیتی مانند جنس، سن، سطح تحصیلات، پایگاه اقتصادی و اجتماعی و زمینه‌های شغلی در ارتباط است (۱۵-۲۰).

یک مطالعه در دانمارک نشان داده است که تحصیلات از متغیرهای اصلی تأثیرگذار بر سواد سلامت است و با افزایش آن سواد سلامت نیز افزایش می‌یابد. زنان از سواد سلامت بالاتر در مقایسه با مردان برخوردار بوده‌اند. با افزایش سن سواد سلامت نیز رو به بهبودی می‌گذارد. پایگاه اقتصادی و اجتماعی و زمینه‌ها و مشخصه‌های شغلی نیز از دیگر متغیرهای اجتماعی و جمعیتی تأثیرگذار بر سواد سلامت هستند. همچنین مهاجران سواد سلامت کمتری نسبت به بومیان داشته‌اند (۲۱).

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت سواد سلامت از جمله تعیین‌کننده‌های مهم سواد سلامت در میان افراد جامعه است در این میان مطالعه متغیرهای جمعیتی و اجتماعی مؤثر بر آن می‌تواند به شناخت تفاوت‌های موجود در زمینه سواد سلامت برای شناخت عوامل زمینه‌ای و تأثیرگذار بر آن در جهت سیاست‌گذاری بهتر و موفق‌تر کمک‌کننده باشد. در این راستا این پژوهش می‌کوشد با مطالعه وضع سواد سلامت در شهر شیراز و شناسایی پیشران‌های جمعیتی و اجتماعی موثر بر آن گامی در جهت شناخت و تبیین بهتر سواد سلامت در جامعه مورد مطالعه بردارد.

روش

در تحقیق حاضر از رویکرد کمی و روش پیمایش استفاده شده است. قلمرو مکانی تحقیق حاضر شهر شیراز است. جامعه آماری پژوهش حاضر جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر شیراز است که تعداد آنها براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ یک میلیون و ۱۰۵ هزار و ۷۵۱ نفر بودند. روش نمونه‌گیری استفاده شده از نوع خوشه‌ای است. ابتدا جمعیت مورد مطالعه ۱۱ منطقه شهری شیراز در نظر گرفته شد. بدین ترتیب ۱۱ حوزه آماری در کل محدوده شهر شیراز (۱۱ منطقه شهرداری) انتخاب شد. تعداد نمونه در مناطق ۱۱گانه نیز برابر در نظر گرفته شده است. سپس براساس نقشه هر منطقه بلوک‌هایی از هر حوزه آماری به تصادف انتخاب شد. با مراجعه به بلوک‌های منتخب در هر منطقه، پرسشگر به درب منازل مراجعه کرده و در صورت واجد شرایط بودن ساکنان، اقدام به تکمیل پرسشنامه کرده است. پرسشگر در واقع با مراجعه به درب یک ساختمان و رد کردن پنج ساختمان دیگر به درب ساختمان بعدی مراجعه داشته است یعنی نوعی نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک نیز انجام شده است. این فرآیند تا زمان تکمیل تعداد نمونه مورد نظر ادامه یافته است. حجم نمونه نیز براساس فرمول کوکران تعداد ۳۸۵ نفر برآورد و در هر منطقه تعداد ۳۵ پرسشنامه تکمیل شده است.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شده است. پرسشنامه متشکل از دو بخش بود. بخشی از آن به پرسش‌ها درباره مشخصه‌های جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی اختصاص یافت. بخش دیگر پرسشنامه به پرسش‌هایی درباره سواد سلامت اختصاص داده شد که از پرسشنامه استاندارد که توسط منتظری و همکاران (۲۲) طراحی شده در این زمینه استفاده شده است. اعتبار و پایایی پرسشنامه فوق‌الذکر توسط آن محققان مورد تأیید قرار گرفته است. در این مطالعه نیز به‌طور مستقل اعتبار و پایایی پرسشنامه مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. برای بررسی اعتبار از روش اعتبار صوری بهره برده شد یعنی اعتبار پرسشنامه به تأیید چند متخصص ذی‌ربط رسیده است. بررسی پایایی نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ انجام شد و نتیجه گرفته شد که مقدار آلفای کرونباخ برای تمام ابعاد سواد سلامت بالاتر از ۰/۸ است. سواد سلامت دربرگیرنده ۵ بُعد خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری و رفتار است که هر یک به‌ترتیب از طریق ۴، ۶، ۷، ۴ و ۱۲ گویه مورد سنجش قرار گرفته‌اند. در مطالعه حاضر و با توجه به هدف تحقیق بر شاخص کلی سواد سلامت تأکید شده است. نمره نهایی سواد سلامت هر پاسخگو برای تبدیل

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

[DOI: 10.22034/7.1.11]

به طیفی از صفر تا ۱۰۰ از طریق فرمول زیر محاسبه شده است:

$$\frac{\text{نمره خانم به‌دست آمده - حداقل نمره خام ممکن}}{\text{حداکثر امتیاز ممکن - حداقل امتیاز ممکن}} \times ۱۰۰$$

در نهایت از نمره صفر تا ۵۰ به‌عنوان سطح ناکافی، از نمره ۵۰/۱ تا ۶۶ به‌عنوان سطح نه چندان کافی، از نمره ۶۶/۱ تا ۸۴ به‌عنوان سطح کافی و در نهایت از نمره ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به‌عنوان سطح عالی طبقه‌بندی شده است. برای تحلیل داده‌های گردآوری شده نیز از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شده است. متغیرهای مستقل شامل سن، جنس، تعداد سال‌های تحصیل، وضعیت تأهل، درآمد ماهیانه خانوار، وضعیت اشتغال، وضعیت مهاجرتی، قومیت، مذهب و هویت طبقاتی است. متغیر وابسته نیز شاخص سواد سلامت است.

یافته‌ها

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که ۴۴/۹ درصد پاسخگویان مرد و در مقابل ۵۵/۱ درصد آنها زن بوده‌اند. قاطبهٔ پاسخگویان (۵۲/۲ درصد) ۱۸ تا ۲۹ سال سن داشته و در مقابل ۱۰/۷ درصد ۵۰ سال و بالاتر بوده‌اند. شایان ذکر است که میانگین سن پاسخگویان ۳۲ سال به‌دست آمده است. ۵۱/۴ درصد پاسخگویان مجرد و حدود ۴۳/۱ درصد آنها دارای همسر می‌باشند. بیوه و مطلقه نیز هر کدام با ۳/۱ و ۲/۳ درصد کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند.

از نظر قومیت و مذهب نیز مشخص شده است که فارس زبان‌ها با ۷۴/۲ درصد و اهل تشیع با ۹۴/۰ درصد بیشترین تعداد نمونه را در این مورد دارا هستند. یافته‌ها همچنین بیانگر آن است که ۶۱/۶ درصد پاسخگویان تحصیلات دانشگاهی دارند. لازم به توضیح است که متغیر تعداد سال‌های تحصیل نیز در قالب سؤال باز از پاسخگویان پرسیده شده و مشخص شد که میانگین تعداد سال‌ها تحصیل برابر با ۱۴/۳ سال می‌باشد. ۷۸/۸ درصد پاسخگویان بومی شهر شیراز هستند. ۴۲/۹ درصد نمونه خود را متعلق به طبقه متوسط و تنها ۶/۳ درصد آنها خود را به طبقه بالا متعلق دانسته‌اند. ۴۹/۶ درصد پاسخگویان در زمان تحقیق حاضر شاغل و ۱۰/۵ درصد بیکار جویای کار بوده‌اند. درآمد ماهیانه خانوار ۵۱/۴ درصد نمونه بین ۶ میلیون تا ۱۵ میلیون بوده و ۹/۷ درصد نیز درآمدی بالاتر از ۲۸ میلیون دارند.

جدول ۱- توزیع پاسخگویان برحسب متغیرهای جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی

متغیر	تعداد	درصد معتبر	متغیر	تعداد	درصد معتبر
جنس			وضعیت بومی/مهاجر		
زن	۲۱۲	۵۵/۱	بومی	۳۰۱	۷۸/۸
مرد	۱۷۳	۴۴/۹	مهاجر	۸۱	۲۱/۲
گروه‌های سنی			هویت طبقاتی		
۱۸-۲۹	۲۰۰	۵۲/۲	بالا	۲۴	۶/۳
۳۰-۳۹	۹۴	۲۴/۵	متوسط رو به بالا	۹۸	۲۵/۷
۴۰-۴۹	۴۸	۱۲/۵	متوسط	۱۶۴	۴۲/۹
۵۰-۵۹	۲۴	۶/۳	متوسط رو به پایین	۷۱	۱۸/۶
۶۰-۶۸	۱۷	۴/۴	پایین	۲۵	۶/۵
وضعیت تأهل			مذهب		
مجرد	۱۹۸	۵۱/۴	شیعه	۳۶۲	۹۴/۰
دارای همسر	۱۶۶	۴۳/۱	اهل سنت	۱۵	۳/۹
بیوه	۱۲	۳/۱	سایر	۸	۲/۱
مطلقه	۹	۲/۳	وضعیت اشتغال		
سطح تحصیلات			شاغل	۱۸۹	۴۹/۶
ابتدایی	۴	۱/۰	بیکار جویای کار	۴۰	۱۰/۵
راهنمایی	۱۳	۳/۴	خانه‌دار	۷۷	۲۰/۲
متوسطه	۲۳	۶/۰	بازنشسته	۲۳	۶/۰
دیپلم	۱۰۸	۲۸/۱	دانشجو	۵۲	۱۳/۵
فوق دیپلم و بالاتر	۲۳۷	۶۱/۶	درآمد ماهیانه خانوار		
قومیت			۲ میلیون تا ۵ میلیون و پانصد هزار تومان	۷۲	۲۱/۸
فارس	۲۸۴	۷۴/۲	۶ میلیون تا ۱۵ میلیون تومان	۱۷۰	۵۱/۴
کُرد	۸	۲/۱	۱۶ میلیون تا ۲۷ میلیون تومان	۵۷	۱۷/۲
لُر	۴۱	۱۰/۷	۲۸ میلیون تومان و بالاتر	۳۲	۹/۷
عرب	۸	۲/۱			
ترک	۴۲	۱۱/۰			

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

[DOI: 10.22034/7.1.11]

یافته‌های مربوط به وضعیت سواد پاسخگویان به تفکیک ابعاد ۵گانه در جدول ۲ بیانگر آن است که ۵۹/۷ درصد پاسخگویان در بعُد خواندن از سواد کافی و بالاتر برخوردار بوده‌اند. همچنین ۶۸/۶ درصد پاسخگویان در بعُد دسترسی از سطح سواد کافی و بالاتر بهره‌مند می‌باشند. یافته‌ها نشان می‌دهد که در ابعاد فهم و درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری شاخص سواد سلامت به‌ترتیب ۷۰/۹، ۵۹/۲ و ۵۱/۴ درصد از پاسخگویان بررسی شده دارای سطح سواد کافی و بالاتر می‌باشند. بنابراین می‌توان گفت که بهترین وضعیت سواد سلامت پاسخگویان به‌ترتیب به ابعاد فهم و درک، دسترسی، خواندن، ارزیابی و در نهایت تصمیم‌گیری و رفتار برمی‌گردد. با توجه شاخص کلی سواد سلامت نیز مشخص است که تنها ۵۹ درصد از پاسخگویان دارای سواد سلامت کافی و بالاتر هستند.

جدول ۲- توزیع پاسخگویان برحسب وضعیت سواد سلامت به تفکیک ابعاد آن

سواد سلامت	تعداد	درصد
بُعد خواندن		
ناکافی	۸۳	۲۱/۶
نه چندان کافی	۷۲	۱۸/۷
کافی	۱۳۳	۳۴/۵
عالی	۹۷	۲۵/۲
بُعد دسترسی		
ناکافی	۶۵	۱۶/۹
نه چندان کافی	۵۶	۱۴/۵
کافی	۱۷۶	۴۵/۷
عالی	۸۸	۲۲/۹
بُعد فهم و درک		
ناکافی	۵۷	۱۴/۸
نه چندان کافی	۵۵	۱۴/۳
کافی	۱۳۰	۳۳/۸
عالی	۱۴۳	۳۷/۱
بُعد ارزیابی		
ناکافی	۸۳	۲۱/۶
نه چندان کافی	۷۴	۱۹/۲
کافی	۱۳۳	۳۴/۵
عالی	۹۵	۲۴/۷
بُعد تصمیم‌گیری		
ناکافی	۹۷	۲۵/۲
نه چندان کافی	۹۰	۲۳/۴
کافی	۱۳۳	۳۴/۵
عالی	۶۵	۱۶/۹
شاخص کلی سواد سلامت		
ناکافی	۶۲	۱۳/۵
نه چندان کافی	۱۰۶	۲۷/۵
کافی	۱۶۰	۴۱/۶
عالی	۶۷	۱۷/۴

جدول ۳- رابطه سن، تحصیلات و درآمد ماهیانه خانوار با سواد سلامت

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون
سن	۰/۰۶۲^{ns}
تعداد سال‌های تحصیل	۰/۴۹۳**
درآمد ماهیانه خانوار	۰/۱۸۳**

نکته: **معنادار در سطح ۰/۰۱، ns غیرمعنادار

تحلیل دو متغیری مرتبط با متغیرهای سن، تعداد سال‌های تحصیل و درآمد ماهیانه خانوار در جدول ۳ نشان می‌دهد که هر سه متغیر مذکور رابطه مثبت و معناداری با شاخص سواد سلامت دارند. در واقع با افزایش متغیرهای سن، تعداد سال‌های تحصیل و درآمد، سواد سلامت نیز افزایشی خواهد بود.

آزمون تفاوت میانگین‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که متغیرهای جنس، وضعیت بومی/مهاجر و مذهب رابطه معناداری با سواد سلامت ندارند. با وجود این یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره وضعیت سلامت زنان، بومی‌ها و اهل تشیع بیشتر از دیگر همتایان خود است. وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، قومیت و هویت طبقاتی رابطه آماری معناداری با سواد سلامت دارند. افراد بیوه بالاترین و مطلقه‌ها کمترین نمره سواد سلامت برحسب وضعیت تأهل را به ثبت رسانده‌اند. بازنشسته‌ها بیشترین و در مقابل بیکاران جویای کار کمترین میانگین نمره سواد سلامت برحسب وضعیت اشتغال را به خود اختصاص داده‌اند. بیشترین و کمترین میانگین نمره سواد سلامت برحسب قومیت به‌ترتیب به فارس‌ها و کُرد زبانان تعلق دارد. افرادی که خود را متعلق به طبقه بالای جامعه می‌دانند بیشترین و افرادی که خود را متعلق به طبقه پایین جامعه می‌دانند کمترین میانگین نمره سواد سلامت برحسب متغیر هویت طبقاتی را کسب کرده‌اند.

نتایج تحلیل چند متغیری در جدول ۵ نشان می‌دهد که متغیرهای تعداد سال‌های تحصیل، مذهب و وضعیت اشتغال (خانه‌دار) تأثیر معناداری بر سواد سلامت پاسخگویان دارند. با افزایش تعداد سال‌های تحصیل نمره سواد سلامت پاسخگویان نیز افزایش می‌یابد. افراد شیعه و اهل سنت در مقایسه با دیگر مذاهب از سواد سلامت بالاتری برخوردارند. سواد سلامت پاسخگویان خانه‌دار نیز به‌طور معناداری کمتر از دانشجویان است. تأثیر متغیرهای سن، درآمد، وضعیت تأهل، قومیت و هویت طبقاتی که در روابط دو متغیری معنادار بودند در تحلیل رگرسیونی، با کنترل تأثیر سایر متغیرها، معناداری خود را از دست داده‌اند. ضرایب بتای استاندارد حاکی از آن است که تعداد سال‌های تحصیل در مقایسه با وضعیت خانه‌دار و مذهب بیشترین اثرگذاری را بر متغیر سواد سلامت دارد. ضریب تعیین تعدیل شده نیز نشان می‌دهد که ۳۱/۳ درصد از واریانس سواد سلامت توسط مدل حاضر تبیین شده که به‌طور نسبی قابل توجه است.

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

[DOI: 10.22034/7.1.11]

جدول ۴- تفاوت میانگین نمره سواد سلامت برحسب جنس، وضعیت مهاجرتی، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، قومیت، مذهب و هویت طبقاتی

متغیر	میانگین نمره سواد سلامت	نوع و مقدار آزمون	متغیر	میانگین نمره سواد سلامت	نوع و مقدار آزمون
جنس		T = ۰/۶۴۶	قومیت		F = ۲/۹۰۰*
مردان	۶۸/۵		فارس	۷۰/۳	
زنان	۶۹/۵		کُرد	۵۳/۵	
وضعیت بومی/مهاجر		T = ۰/۰۸۸ns	لُر	۶۶/۴	
بومی	۶۹/۳		عرب	۶۹/۸	
مهاجر	۶۹/۱		ترک	۶۸/۰	
وضعیت تأهل		F = ۲/۶۶۷*	مذهب		F = ۲/۷۵۱ns.
مجرد	۶۹/۰		شیعه	۶۹/۴	
دارای همسر	۶۹/۵		اهل سنت	۶۸/۸	
بیوه	۷۴/۵		سایر	۵۶/۴	
مطلقه	۵۶/۱		هویت طبقاتی		F = ۵/۶۱۹*
وضعیت اشتغال		F = ۹/۱۰۵*	بالا	۷۶/۵	
شاغل	۷۱/۴		متوسط رو به بالا	۷۲/۹	
بیکار جویای کار	۶۲/۳		متوسط	۶۸/۸	
خانه‌دار	۶۲/۴		متوسط رو به پایین	۶۶/۰	
بازنشسته	۷۴/۹		پایین	۶۱/۲	
دانشجو	۷۲/۸				

نکته: *معنادار در سطح ۰/۰۵، ns غیرمعنادار

جدول ۵- تحلیل رگرسیون خطی تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق بر سواد سلامت پاسخگویان

متغیر	ضریب بتای استاندارد	متغیر	ضریب بتای استاندارد
سن	۰/۰۶۹ns	هویت طبقاتی	
تعداد سال‌ها تحصیل	۰/۴۲۲*	بالا	۰/۰۶۶ns
درآمد ماهیانه خانوار	۰/۰۱۶ns	متوسط رو به بالا	۰/۱۰۳ns
جنس		متوسط	۰/۰۳۶ns
مرد	-۰/۰۸۸ns	متوسط رو به پایین	-۰/۰۱۳ns
زن (مرجع)		پایین (مرجع)	
وضعیت بومی/مهاجر		مذهب	
مهاجر	۰/۰۳۹ns	شیعه	۰/۲۳۰*
بومی (مرجع)		اهل سنت	۰/۱۹۴*
وضعیت تأهل		سایر (مرجع)	
مجرد	۰/۲۳۰ns	وضعیت اشتغال	
دارای همسر	۰/۱۸۳ns	شاغل	-۰/۰۹۶ns
بیوه	۰/۱۰۱ns	بیکار جویای کار	-۰/۰۹۱ns
مطلقه (مرجع)		خانه‌دار	-۰/۲۶۰*
قومیت		بازنشسته	۰/۰۲۶ns
فارس	۰/۰۷۸ns	دانشجو (مرجع)	
کُرد	-۰/۰۸۵ns		
لُر	-۰/۰۵۴ns		
عرب	۰/۰۴۵ns		
تُرک (مرجع)			
ضریب تعیین تعدیل‌شده	۰/۳۱۳		

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

[DOI: 10.22034/7.1.11]

بحث و نتیجه‌گیری

سواد سلامت از مهمترین شاخص‌هایی است که در ارزیابی دانش بهداشتی یک جمعیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. ارتقاء سواد سلامت در جامعه می‌تواند به ارتقاء وضعیت سلامت جامعه بی‌انجامد. در واقع بهبود شاخص ذکر شده می‌تواند سطح و شدت بسیاری از بیمارهای مزمن و غیرمزمن را در جامعه دستخوش تغییر سازد. اگر سواد سلامت افراد جامعه در حد کافی باشد بی‌تردید رفتارهای پرخطر و غیرسالم نیز کاهش خواهد یافت. شیوع بیماری‌های همه‌گیر، همچون ویروس کرونا، و تأثیر شاخص سواد سلامت جامعه در کنترل و پیشگیری از آن بار دیگر موجب توجه مضاعف به این شاخص شده است. در مطالعه حاضر با توجه به خلأهای تحقیقاتی موجود تلاش شد که وضعیت سواد سلامت و همبسته‌های جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی آن در کلانشهر شیراز مورد بررسی قرار گیرد. برای این هدف تعداد ۳۸۵ نفر از جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال مناطق ۱۱گانه این شهر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و پرسشنامه ساخت‌یافته پیمایش شدند.

با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت درصد قابل توجهی از پاسخگویان در شهر شیراز از سواد سلامت کافی برخوردار هستند. براساس نتایج این پژوهش ۵۹ درصد از پاسخگویان دارای سواد سلامت کافی و بالاتر هستند که سطح نسبتاً قابل قبولی را ارائه می‌دهد. این نتیجه با پژوهش‌های قبلی (۱) که در استان‌های بوشهر، مازندران، کرمانشاه و تهران انجام شده بود همخوانی ندارد. این امر بیانگر آن است که توجه به تفاوت‌های استانی و منطقه‌ای در سواد سلامت بسیار حائز اهمیت است. در پژوهش ذکر شده با بررسی استان‌های مورد اشاره این نتیجه به دست آمده است. بنابراین بهتر است در مطالعات سواد سلامت در ایران به تفاوت‌های منطقه شامل استان، شهرستان و شهری و روستایی بودن توجه ویژه شود.

به نظر می‌رسد شهر شیراز به عنوان یکی از شهرهای مهم کشور در مقایسه با سایر مناطق در زمینه سواد سلامت از وضعیت نسبتاً مطلوب‌تری برخوردار باشد که البته این شاخص نیازمند بهبود و ارتقا است. مطالعه رباط سرپوشی و همکاران با عنوان ارزیابی مطالعات سواد سلامت در ایران: یک مطالعه نظامند بیانگر آن است که سطح سواد سلامت در ایران چه در افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی و چه کسانی که به بیمارستان‌ها، مراکز تحقیقات و ... مراجعه کرده بودند در حد مناسب و مطلوب نیست (۱۲)؛ بنابراین با مقایسه نتایج این پژوهش با سایر مطالعات در ایران می‌توان گفت به لحاظ سواد سلامت مناطق جغرافیایی کشور از وضعیت همگنی برخوردار نیستند و ممکن است برخی از مناطق توسعه‌یافته‌تر از وضعیت سواد سلامت بهتری در مقایسه با سایر مناطق برخوردار باشند. توجه و شناسایی مناطقی که نیاز به مداخله بیشتر در این زمینه دارند لازم و ضروری است. با توجه به اهمیت موضوع نیاز به یک پیمایش ملی و جامع که در برگیرنده نمونه نمایا برای مقایسه و شناسایی وضعیت موجود در کشور است احساس می‌شود.

نتایج پژوهش نشان‌دهنده آن است تعداد سال‌های تحصیل بیشترین تأثیر را بر سواد سلامت دارد. این نتیجه همسو با تحقیقات مختلف در زمینه سواد سلامت است (۱۵-۲۰). همچنین تأثیر متغیرهای جمعیتی و اجتماعی دیگر شامل مذهب و وضعیت اشتغال نیز در تحلیل چندمتغیره با کنترل سایر متغیرهای پژوهشی معنادار باقی مانده است. اقلیت‌های مذهبی در مقایسه با دو گروه مذهبی غالب جامعه، اهل تشیع و اهل تسنن، از سواد سلامت کمتری برخوردار هستند که بیانگر ضرورت توجه خاص به اقلیت‌های مذهبی در این حوزه است. افراد خانه‌دار، که بیشتر زنان هستند نیز در مقایسه با گروه مرجع یعنی دانشجویان از سطح سواد سلامت کمتری برخوردارند. این مورد گویای آن است که زنان خانه‌دار نیز در موضوع ارتقای سطح سواد سلامت نیازمند توجه ویژه هستند.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که سواد سلامت تا حدود قابل توجهی از متغیرهای اجتماعی و جمعیتی تبعیت می‌کند. بنابراین در زمینه سیاست‌گذاری در این زمینه باید به تفاوت‌های جمعیتی و اجتماعی موجود توجه شود. تأثیر تحصیلات بر سواد سلامت در تمامی پژوهش‌های انجام شده به اثبات رسیده است و اکثر تحقیقات بر این نکته وفاق دارند که تحصیلات مهمترین تبیین‌کننده و پیش‌بینی‌کننده سواد سلامت است. بنابراین انتظار می‌رود با توجه به اینکه جمعیت جوان کشور از تحصیلات بالاتری نسبت به گذشته برخوردار هستند این شاخص نیز ارتقا یابد.

توجه به تفاوت‌های منطقه‌ای در بحث سواد سلامت لازم و ضروری است و به نظر می‌رسد که مناطق مختلف جغرافیایی کشور در این زمینه وضعیت همگن و یکسانی نداشته باشند. چنانچه شهر شیراز که مطالعه حاضر در آن انجام شده است از وضعیت تااندازه مطلوبی در این زمینه برخودار است؛ لذا پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت موضوع که در مقاله شرح داده شده است و به لحاظ سیاست‌گذاری در این زمینه هیچگونه جای شک و تردیدی نیست انجام یک پیمایش ملی در کشور با توجه به مناطق مختلف جغرافیایی جهت تعیین وضع موجود سواد سلامت راه‌گشا خواهد بود. همچین توجه به تفاوت و زمینه‌های اجتماعی و جمعیتی در زمینه سیاست‌گذاری سواد سلامت لازم و ضروری است. افزایش سطح تحصیلات در جامعه نویدبخش افزایش سواد سلامت می‌باشد. ذکر این نکته لازم و ضروری است که تحصیلات یکی از راه‌های تحقق آگاهی بخشی در زمینه افزایش سواد سلامت است و با توجه به گسترش وسایل ارتباط جمعی جدید، از این وسایل نیز می‌توان در راستای افزایش آگاهی بخشی و تسهیل در زمینه سواد سلامت استفاده کرد. همچنین با توجه به اینکه در این مطالعه و مطالعات گذشته از متغیر سن به عنوان یکی از متغیرهای مرتبط و دارای ارتباط با سواد سلامت یاد شده است توجه به گروه‌های سنی پایین‌تر که دارای سواد سلامت کمتری در مقایسه با سایر دوره‌های سنی بالاتر هستند – به‌ویژه نوجوانان- لازم و ضروری است. از دوره نوجوانی به عنوان دروازه‌ای به سمت سلامت بزرگسالی و سالمندی

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

[DOI: 10.22034/7.1.11]

یاد می‌شود. بنابراین با توجه به نقص مطالعات در زمینه مطالعات مرتبط با سواد سلامت نوجوانان پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در زمینه سواد سلامت نوجوانان در کشور انجام شود. براساس نتایج این مطالعه می‌توان نوجوانان، زنان خانه‌دار و اقلیت‌های مذهبی را به‌عنوان گروه‌هایی معرفی کرد که در برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های مرتبط با ارتقای سطح سواد سلامت باید مورد توجه ویژه قرار بگیرند. در واقع گروههای مورد اشاره را می‌توان به‌عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر در این حوزه معرفی کرد که مستلزم توجه خاص سیاست‌گذاران خواهد بود.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله نویسندگان مراتب قدردانی خود را از تمام افراد مشارکت‌کننده در این تحقیق اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافعی در مورد انتشار این نسخه وجود ندارد.

منبع حمایت کننده: ندارد.

منابع

1. Tehrani BA, Amirkani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asghari FH, Baradaran H, et al. Health Literacy in 5 provinces and the factors of affecting about it. The Strides in Development of Medical Education Journal 2008; 4(1): 1-9 .[In Persian]
2. Simonds SK. Health education as social policy. Health Educ Behav 1974; 2(1):1–10.
3. Kickbusch I, Maag D. International encyclopedia of public health. Oxford: Academic Press; 2008.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000; 15(3): 259–67.
5. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot Int 2009; 24(3): 285–96.
6. Sanders LM, Shaw JS, Guez G, Baur C, Rudd R. Health literacy and child health promotion: implications for esearch, clinical care, and public policy .Pediatrics 2009; 124(3): 306-314.
7. Benziger CP, Roth GA, Moran AE. The global burden of disease study and the preventable burden of NCD. Glob Heart 2016; 11(4): 393–7.
8. Mcqueen DV, et a. Health and modernity: the role of theory in health promotion. New York: Springer; 2007.
9. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. J Health Commun 2011; 16 Suppl 3: 30-54.
10. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, 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. World Health Organization. Policy brief 4: health literacy. 2016. Available at: https://www.dors.it/documentazione/testo/201609/policy-brief4-health-literacy.pdf
12. Robatsarpooshi D, Tavakoly Sany S, Alizadeh Siuki, H, Peyman N. Assessment of health literacy studies in iran: systematic review. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2019; 25(6): 793-807. [In Persian]
13. Mosadeghrad AM, Dehnavi H, Isfahani P. Predicting COVID-19 epidemics using Google search trends. Payesh 2021; 20(2): 237-242. [In Persian]
14. Rabat-Sarposhi D, Tavakolisani SB, Alizadeh-Seyuki H, Peyman N. Evaluation of health literacy studies in Iran: a systematic review. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2016; 25(6): 793-807. [In Persian]
15. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health 2015 Dec; 25(6): 1053-8.
16. Duplaga M. Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society. Int J Environ Res Public Health 2020 Jan 19; 17(2): 642.
17. Olives T, Patel R, Patel S, Hottinger J, Miner JR. Health literacy of adults presenting to an urban ED. Am J Emerg Med 2011 Oct; 29(8): 875-82.
18. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. J Epidemiol 2017 Feb; 27(2): 80-86.
19. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, et al. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. BMC Public Health 2019 Aug 16; 19(1): 1122.
20. Saatchi M, Panahi M, Ashraf Mozafari A, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V, et al. Health Literacy and Its Associated Factors: A Population-Based Study, Hormuz Island. Iranian Journal of Epidemiology 2017; 13(2): 136-144. [In Persian]
21. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. BMC Public Health 2020; 20(1): 565.
22. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. Payesh 2014; 13(5): 589-599. [In Persian]

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

[DOI: 10.22034/7.1.11]

Original

The Level of Health Literacy and its Socioeconomic and Demographic Determinants in Shiraz-Iran

Serajeddin Mahmoudiani[1*], Ahmad Dorahaki[2], Kiyana Ghaedi[3]

1. ∗**Corresponding Author**: Assistant Professor in Demography, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran, serajmahmoudiani@gmail.com
2. Assistant Professor in Demography, Department of Demography, University of Allameh Tabatabaei, Tehran, Iran
3. M.A in Demography, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

Abstract

Background: Health literacy is one of the most important indicators that can affect the status and severity of health-oriented behaviors. The aim of this study was to investigate factors related to health literacy.

Methods: This research studied 385 people aged 18 to 65 years in Shiraz in southern Iran by survey method and using cluster sampling. Data was analyzed using SPSS software version 20 and descriptive statistics and statistical tests comparing means (t and f), Pearson correlation coefficient and multiple linear regression.

Results: Bivariate analysis showed that with health literacy is directly related to increasing age, number of years of education, and income. These analyses also showed that marital status, employment status, ethnicity, and class affiliation have a statistically significant relationship with health literacy. The results of multivariate analysis showed that the variables of number of years of education, religion, and status of employment (housewife) have a significant effect on the health literacy of respondents.

Conclusion: Adolescents, housewives, and religious minorities can be considered vulnerable groups that should be given special attention in programs and policies related to promoting health literacy.

Keywords: Demography, Health Literacy, Health Policy, Health Promotion, Social Determinants of Health

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

[DOI: 10.22034/7.1.11]