

A Review of Global Health Information Literacy Policies and Recommendations for Iran

Vida Seifouri^{1*} 

¹ Department of Information Science, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Policy Brief

Article History:

Received: 9 Jun 2025

Revised: 29 Oct 2025

Accepted: 10 Dec 2025

ePublished: 20 Dec 2025

Keywords:

Health Information
Literacy,
Health Policymaking,
Health System,
Policymaking
Challenges

Abstract

Background. Health information literacy is a fundamental capability that enhances informed decision-making regarding individual and community health. Despite its importance in global health system policymaking, this domain in Iran faces significant structural and content-related challenges. This study aims to analyze and compare health information literacy policies in Iran with those of selected countries and to provide a concise summary of local policy through an analytical-comparative approach.

Methods. This study, employing an analytical-comparative approach, presents a policy review that provides a narrative summary of local health information policies in Iran and selected countries. The data used in this study include national and international policy documents, scientific articles indexed in Scopus, PubMed, Web of Science, and SID databases, reports from international organizations such as WHO and OECD, and health policy resources from selected countries (Australia, Canada, the United States, and the European Union).

Results. In Iran, policymaking related to health information literacy education is primarily shaped within three major institutions: The Ministry of Health, the Ministry of Education, and the national media (IRIB). However, efforts within these institutions have been fragmented and inconsistent, lacking a unified and comprehensive national strategy. This fragmentation has led to isolated initiatives without institutional coordination.

Conclusion. Health information literacy in Iran requires a fundamental shift in the policymaking approach to overcome current fragmentation and move toward an integrated policy framework. International experiences demonstrate that effective policymaking in this area depends on coordinated interaction among health institutions, education systems, media, and civil society. Adopting cohesive and strategic policies can improve public health outcomes and reduce health inequalities in Iran.

Seifouri V. A Review of Global Health Information Literacy Policies and Recommendations for Iran. *Depiction of Health*. 2025; 16(4): 345-359. doi: 10.34172/doh.2025.28. (Persian)

* Corresponding author; Vida Seifouri, E-mail: v.seifouri@gmail.com



© 2025 This work is published by Depiction of Health as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Background

Health Information Literacy (HIL) refers to individuals' ability to seek, understand, evaluate, and apply health information to make informed decisions. In recent decades, especially with the rise of digital technologies and the spread of health misinformation, HIL has gained recognition as a vital component of public health systems. It is now considered essential for patient empowerment, health promotion, and equitable access to healthcare services. Globally, many countries have taken steps to institutionalize HIL through strategic planning, intersectoral collaboration, and integration into education and health systems. Countries like Canada, Australia, and Finland have developed national health literacy frameworks that align with broader health and digital transformation agendas. In Iran, although the concept of health literacy has gained some attention in policy discourse, health information literacy remains underdeveloped. There is no comprehensive national framework guiding HIL policies, and efforts across institutions often remain fragmented and inconsistent. This gap becomes more critical considering Iran's diverse population, growing burden of chronic diseases, and expanding access to digital platforms that expose citizens to both credible and misleading health information. This paper analyzes the current state of health information literacy policymaking in Iran, identifies key barriers and gaps, and provides strategic recommendations informed by lessons from global best practices.

Methods

This study, employing an analytical-comparative approach, presents a policy review that provides a narrative summary of local health information literacy policies in Iran and selected countries. The method includes: Review of Iranian health and education policy documents, including strategies from the Ministry of Health and Medical Education, national development plans, and educational reform initiatives. Analysis of academic literature related to health literacy, digital health, and public health education in Iran. Comparative review of HIL policy strategies from countries with notable progress in this domain- Australia, European Union, Canada & United States - selected based on their structured national approaches and relevance to the Iranian context. The analysis focuses on identifying common themes, gaps, and policy mechanisms that can inform Iran's approach.

Results

The findings highlight both the limitations of Iran's current HIL landscape and the strengths of international approaches that could inform future policy development.

1. Fragmentation and Absence of a National Strategy

Iran lacks a coordinated national policy for health information literacy. While some health promotion initiatives indirectly touch on elements of HIL—such as campaigns against self-medication or digital health portals—there is no overarching strategy that defines HIL, sets measurable goals, or allocates responsibilities across sectors. This leads to fragmented efforts, limited reach, and overlapping mandates between institutions.

2. Limited Integration with Education and Media Systems

HIL has not been systematically embedded into formal education or media literacy curricula in Iran. Schools and universities rarely address how students can critically assess health information, particularly online. Additionally, public media and health communication campaigns often fail to account for the varying literacy levels and information-processing skills across population groups.

3. Insufficient Capacity Building

There is a significant gap in professional training for healthcare providers and educators regarding HIL. Health professionals are not routinely trained to recognize patients' information literacy levels or to guide them in finding and interpreting reliable sources. Furthermore, librarians, educators, and media workers are rarely involved in public health communication efforts.

4. Global Lessons and Best Practices

The countries analyzed in this study demonstrate several effective strategies: Canada launched the Canadian Health Literacy Roadmap, encouraging integration of HIL into healthcare practice, school curricula, and public health policies. The strategy emphasizes equity, Indigenous health, and digital inclusion. Australia developed a National Health Literacy Strategy embedded within its broader health system reform. It promotes community engagement, plain language communication, and culturally tailored messaging. The European Union has successfully incorporated HIL into school curricula and library services in many countries, making it part of lifelong learning. Libraries and public media actively contribute to citizens' access to reliable health information and foster critical thinking. These countries share common principles: multi-sectoral collaboration, education-centered frameworks, monitoring and evaluation tools, and institutional commitment at national and local levels.

Conclusion

The promotion of health information literacy in Iran is both a pressing need and a strategic opportunity. As health systems become increasingly digital and citizens

are overwhelmed by diverse—and often contradictory—health messages, access to and critical assessment of health information are essential for public well-being. Iran's current policy environment lacks the coherence and institutional integration required for HIL to thrive. A clear national strategy is urgently needed, one that defines HIL, sets priorities, and promotes collaboration among health, education, and media sectors. Lessons from selected countries show that structured policies, supported by cross-sector engagement and educational innovation, can lead to measurable improvements in public health outcomes.

Policymakers in Iran should prioritize: designing a comprehensive HIL framework, with input from multiple sectors; integrating HIL into formal and informal education, including teacher training and media literacy programs; empowering healthcare professionals through targeted training in communication and patient

education; leveraging digital technologies and platforms to disseminate accessible and credible health content; and monitoring progress through clear indicators and regular assessments. By embedding HIL into national health and education strategies, Iran can build a more informed, resilient, and health-literate society capable of navigating the complexities of modern health information environments.

Practical Implications of the Research

The key practical implications of this study are: the necessity to create a comprehensive national document, incorporate health information literacy into the education system, enhance the role of libraries and information centers, leverage technology to fight misinformation, target vulnerable populations, and engage in ongoing monitoring and evaluation of policies.

مروری بر سیاست‌گذاری‌های سواد اطلاعات سلامت جهانی و توصیه‌های سیاستی برای ایران

ویدا صفوری^{۱*}^۱ گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

چکیده

زمینه. سواد اطلاعات سلامت به‌عنوان یک توانمندی کلیدی در بهبود تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت فردی و اجتماعی، جایگاه ویژه‌ای در سیاست‌گذاری نظام‌های سلامت یافته است. با این حال، در ایران این حوزه با چالش‌هایی ساختاری و محتوایی مواجه است. با توجه به اهمیت این موضوع و نقش آن در کارآمدی نظام سلامت، هدف این مطالعه بررسی و تحلیل سیاست‌های سواد اطلاعات سلامت در ایران با بهره‌گیری از الگوهای موفق جهانی، به منظور شناسایی شکاف‌ها و ارائه پیشنهاد‌های سیاستی متناسب با بستر ایران بود.

روش کار. این مطالعه یک مرور نقلی با رویکرد تحلیلی-تطبیقی است اسناد سیاستی، مقالات علمی نمایه شده در پایگاه‌های PubMed، Scopus، Web of Science و SID، گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی نظیر WHO و OECD، در بازه سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴ بررسی شدند. برای تحلیل داده‌ها از مدل چهار سطحی سیاست‌گذاری (تدوین، اجرا، ارزیابی و بازنگری) استفاده شد.

یافته‌ها. بررسی‌ها نشان داد کشورهای پیشرو (اتحادیه اروپا، استرالیا، کانادا و آمریکا) از اسناد ملی، نهادهای هماهنگ‌کننده و ابزارهای استاندارد سنجش سواد سلامت بهره برده‌اند. در ایران، سیاست‌گذاری در این حوزه عمدتاً پراکنده، جزیره‌ای و فاقد انسجام نهادی است. هرچند ظرفیت‌هایی مانند شبکه گسترده نظام سلامت، زیرساخت‌های دیجیتال و ابزارهای بومی مانند HELIA وجود دارد، اما نبود سند ملی و ضعف پایش موجب کندی پیشرفت شده است.

نتیجه‌گیری. ارتقای سواد اطلاعاتی سلامت در ایران مستلزم تدوین سند ملی، ایجاد نهاد هماهنگ‌کننده، تعریف شاخص‌های ملی ارزیابی، تقویت برنامه‌های آموزش میان‌رشته‌ای و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین برای مقابله با اطلاعات نادرست است. سیاست‌گذاری منسجم می‌تواند به افزایش مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌های سلامت و کاهش نابرابری‌های اطلاعاتی و اثرات سوء آن در نظام اطلاعاتی کشور منجر شود.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

خلاصه سیاستی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۹

اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۸/۰۷

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۹

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۹/۲۹

کلیدواژه‌ها:

سواد اطلاعات سلامت،
سیاست‌گذاری سلامت،
نظام سلامت،
چالش‌های سیاست‌گذاری

خلاصه اجرایی

این مطالعه با هدف تحلیل سیاست‌های سواد اطلاعاتی سلامت در ایران و مقایسه آن با کشورهای پیشرو انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهد سیاست‌گذاری در این حوزه در ایران عمدتاً پراکنده و فاقد یک چارچوب ملی منسجم است. بررسی تجارب کشورهایمانند آلمان، کانادا و استرالیا نشان داد که ایجاد سند ملی، تعیین نهاد هماهنگ‌کننده، استفاده از ابزارهای سنجش معتبر و ادغام آموزش سواد سلامت در برنامه‌های آموزشی و رسانه‌ای از عوامل کلیدی موفقیت است.

بر مبنای یافته‌های پژوهش، سه سطح سیاستی برای ایران پیشنهاد می‌شود:

۱. سطح کلان: تدوین سند ملی سواد اطلاعاتی سلامت، تشکیل شورای ملی سواد سلامت، و تعریف شاخص‌های ارزیابی.
۲. سطح نهادی: آموزش میان‌رشته‌ای، توانمندسازی کتابداران و مربیان سلامت، و توسعه برنامه‌های آموزشی هدفمند برای گروه‌های آسیب‌پذیر.
۳. سطح فناورانه- رسانه‌ای: طراحی سامانه‌های اعتبارسنجی محتوا، اجرای کمپین‌های سواد دیجیتال سلامت، و توسعه محتوای بومی چندرسانه‌ای.

* پدیدآور رابط: ویدا صفوری، آدرس ایمیل: v.seifouri@gmail.com



نتایج مطالعه نشان می‌دهد که ارتقای سواد اطلاعاتی سلامت می‌تواند نقش چشمگیری در افزایش عدالت سلامت، بهبود خودمراقبتی، و کاهش هزینه‌های نظام سلامت داشته باشد. اتخاذ رویکرد مشارکت‌جویانه، داده‌محور و فناورانه می‌تواند مسیر اصلاح سیاست‌های سواد سلامت در ایران را هموار کند.

مقدمه

در عصر اطلاعات، توانایی افراد برای دسترسی، درک، ارزیابی و استفاده مؤثر از اطلاعات سلامت، به یکی از پایه‌های اصلی توانمندسازی شهروندان در مراقبت از سلامت خود تبدیل شده است. این توانایی که در متون علمی با عنوان سواد اطلاعاتی سلامت (Health Information Literacy) شناخته می‌شود، نه تنها بر کیفیت تصمیم‌گیری‌های فردی و رفتارهای بهداشتی تأثیرگذار است، بلکه به عنوان مؤلفه‌ای تعیین‌کننده در عدالت سلامت، کارآمدی نظام سلامت و توسعه پایدار نیز نقش دارد.^۱ اهمیت این مفهوم در نظام‌های سلامت نوین روزافزون است، چرا که سواد اطلاعاتی ناکافی می‌تواند منجر به رفتارهای پرخطر، مصرف نادرست دارو، افزایش مراجعات غیرضروری و تحمیل هزینه‌های بالا شود.^۲

مطالعات متعددی در سطح جهانی و ملی به بررسی مفهوم، ابعاد و اهمیت سواد اطلاعاتی سلامت پرداخته‌اند. پژوهش‌های اولیه، عمدتاً از دهه ۱۹۹۰ به بعد، بر ارتباط بین سواد سلامت و پیامدهای فردی در نظام درمانی متمرکز بوده‌اند.^۳ با گسترش دیدگاه‌های انتقادی و بین‌رشته‌ای، پژوهشگران به مرور به اهمیت نقش سیاست‌گذاری، آموزش عمومی، و ساختارهای نهادی در ارتقای این نوع سواد توجه نشان دادند.^۴ یکی از مدل‌های پایه‌ای و پرکاربرد در این حوزه، مدل سه‌سطحی "ناتیبیم" (Nutbeam) است که سواد سلامت را به سه سطح عملکردی، تعاملی و انتقادی تقسیم می‌کند.^۵ سواد عملکردی شامل مهارت‌های پایه خواندن، نوشتن و درک دستورالعمل‌های ساده سلامت است؛ سواد تعاملی به توانایی‌های شناختی و اجتماعی برای مشارکت فعال‌تر در مراقبت‌های سلامت اشاره دارد؛ سواد انتقادی سطحی پیشرفته است که فرد را قادر می‌سازد اطلاعات را تحلیل، ارزیابی و در جهت کنترل بر عوامل مؤثر بر سلامت خود به کار گیرد. این مدل به‌ویژه برای طراحی مداخلات آموزشی

و تقویت مهارت‌های فردی کاربرد دارد، اما در سیاست‌گذاری کلان ممکن است به دلیل تأکید بر سطح خرد، محدودیت‌هایی داشته باشد. در مقابل، مدل تلفیقی ارائه‌شده توسط سورنسن (Sørensen) و همکاران که حاصل مرور نظام‌مند بیش از ۱۷ تعریف و مدل مفهومی است، یک دیدگاه جامع‌نگر را ارائه می‌دهد. در این مدل، سواد سلامت به توانایی فرد برای دسترسی، درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات سلامت در چهار حوزه اصلی (مراقبت، پیشگیری از بیماری، درمان و ارتقای سلامت) تقسیم می‌شود. این مدل همچنین به تأثیر عوامل نظام‌مند مانند ساختارهای نهادی، آموزش رسمی، و ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی در ارتقا یا تضعیف سواد سلامت توجه دارد. از نظر کاربرد سیاستی، مدل سورنسن مبنای طراحی ابزار HLS-EU-Q قرار گرفت و در اتحادیه اروپا به عنوان چارچوب رسمی برای ارزیابی و سیاست‌گذاری پذیرفته شد.^۶ در زمینه سواد اطلاعاتی سلامت، برخی پژوهشگران بر ترکیب دو حوزه‌ی سواد اطلاعاتی و سواد سلامت تأکید دارند و پیشنهاد داده‌اند سیاست‌گذاران باید به ابعاد دیجیتال، جستجو و ارزیابی انتقادی اطلاعات نیز توجه کنند.^۷ به‌ویژه در جوامعی با فراوانی اطلاعات گمراه‌کننده یا محدودیت‌های دسترسی، ارتقای مهارت‌های تشخیص منابع معتبر، تحلیل داده‌ها، و مقابله با اخبار نادرست اهمیتی دوچندان دارد.^۸

امروزه دسترسی افراد به اطلاعات سلامت بیش از پیش از طریق وبسایت‌های تجاری، پلتفرم‌های اجتماعی و چت‌بات‌ها صورت می‌گیرد. این بسترها حجم زیادی از داده و محتوا را در اختیار عموم قرار می‌دهند، اما در صورت فقدان سواد اطلاعاتی سلامت، می‌توانند به منبعی مخرب و آسیب‌زا تبدیل شوند. سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization (WHO) و نهادهایی چون سازمان همکاری‌های توسعه اقتصادی (Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)، بارها بر ضرورت توانمندسازی شهروندان از طریق ارتقای سواد اطلاعاتی در نظام‌های سلامت تأکید کرده‌اند.^{۱۰}

گزارش‌های دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا WHO Regional Office for Europe (۲۰۱۳، ۲۰۱۷) تأکید می‌کنند که سواد سلامت نه تنها یک موضوع فردی بلکه یک مسئله اجتماعی و سیاستی است که نیازمند

چارچوب‌های ملی، سرمایه‌گذاری پایدار، و مشارکت بین‌بخشی است. در این اسناد، بر پیوند میان سواد سلامت و عدالت در سلامت نیز تأکید شده است.^۹ همچنین، سازمان OECD نیز در گزارش‌های خود (۲۰۱۸، ۲۰۱۹) نشان داده است که ارتقای سواد سلامت می‌تواند موجب کاهش هزینه‌های نظام سلامت، افزایش کارآمدی خدمات، و بهبود کیفیت تصمیم‌گیری شهروندان شود. OECD پیشنهاد می‌کند که کشورها با استفاده از شاخص‌های استاندارد، سطح سواد سلامت جامعه را پایش کنند و آن را به یکی از محورهای سیاست سلامت عمومی تبدیل نمایند.^{۱۰}

سواد اطلاعات سلامت می‌تواند به‌طور مستقیم بر سلامت و نشاط افراد تأثیر بگذارد. به‌عنوان مثال، تحقیقات نشان داده است که سطح پایین سواد اطلاعات سلامت، میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری را برای افرادی که از شرایط خاص سلامتی رنج می‌برند، به‌طور قابل توجهی افزایش می‌دهد.^{۴،۳} چشم‌انداز مراقبت‌های بهداشتی به‌طور فزاینده‌ای پیچیده‌تر می‌شود و بیماران ممکن است بلافاصله متوجه نشوند که چگونه در خدمات مراقبت‌های بهداشتی شرکت کنند و آنها را دریافت کنند و چه زمانی به دنبال آنها باشند، تعیین کنند که آیا می‌توانند از عهده درمان برآیند، اصطلاحات پزشکی پیچیده مربوط به تشخیص را درک کنند، دستورالعمل‌های موجود در خلاصه ترخیص را درک کنند یا تشخیص دهند که چه منابعی برای انجام مستقل تحقیقات مرتبط با سلامت قابل اعتماد است؟^۴ متأسفانه، حوزه‌های دیگری نیز وجود دارند که ممکن است تحت تأثیر منفی سواد اطلاعات سلامت پایین قرار گیرند، به‌عنوان مثال، گاوگانی در مقاله‌ای پیرامون اینفودمیک (Infodemic) بر این نکته تأکید دارد که گسترش حجم عظیم اطلاعات سلامت در بسترهای دیجیتال، به‌ویژه شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های آنلاین، اگر با مهارت‌های سواد اطلاعاتی سلامت همراه نباشد، می‌تواند پیامدهای منفی و آسیب‌های جدی برای جامعه به دنبال داشته باشد. از این منظر، ارتقای سواد اطلاعاتی سلامت به‌عنوان ابزاری کلیدی برای توانمندسازی افراد در شناسایی اطلاعات درست از نادرست، نقشی تعیین‌کننده در کاهش اثرات منفی اینفودمیک ایفا می‌کند.^{۱۱}

در ایران، پژوهش‌های مرتبط با سواد اطلاعاتی سلامت اغلب به سنجش وضعیت موجود در گروه‌های خاص

(دانشجویان، بیماران، و سالمندان) پرداخته‌اند. برای مثال در مطالعه محمودی و همکاران، سطح سواد اطلاعاتی سلامت در میان بیماران مزمن پایین گزارش شده و نیاز به آموزش هدفمند مطرح شده است.^{۱۲} پژوهش ابراهیم‌پور و همکاران نیز نابرابری اجتماعی را یکی از موانع جدی دسترسی به اطلاعات سلامت دانسته است.^{۱۳} در حوزه سیاست‌گذاری، مطالعاتی چون کیکبوش (Kickbusch) و همکاران و مطالعه بترهام (Batterham) و همکاران بر لزوم توسعه سیاست‌های کلان برای ترویج سواد سلامت تأکید داشته‌اند. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رویکردهای بین‌بخشی، مداخلات مبتنی بر جامعه، و مشارکت کنشگران مختلف (از جمله کتابداران، معلمان و مراقبان سلامت اولیه) نقش کلیدی در موفقیت این برنامه‌ها دارند. این مطالعات همچنین بر اهمیت مداخلات سیاستی و نقش آموزش رسمی و غیررسمی در ارتقای سواد سلامت تأکید دارند. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فقدان سیاست‌گذاری منسجم و نادیده گرفتن تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی می‌تواند اثربخشی برنامه‌های سواد سلامت را کاهش دهد.^{۱۰،۱۴}

پژوهش مظلومی‌گاوغانی و همکاران، نشان داد میانگین سواد اطلاعاتی سلامت در جمعیت عمومی ایران در سطح "پایین تا متوسط" است.^{۱۶} پژوهش رهبری بناب و بختیاری علی‌آباد نیز بر چالش‌های سیاست‌گذاری در این حوزه، به‌ویژه نبود چارچوب رسمی و ضعف همکاری میان‌بخشی، تأکید می‌کند.^{۱۷} توکلی ثانی و همکاران نیز در یک مرور نظام‌مند بیان کردند که بیش از ۵۰ درصد جمعیت ایران دارای سواد سلامت ناکافی هستند.^{۱۸} در سطح جهانی، پروژه HLS-EU (European Health Literacy Survey) در اروپا نشان داد که کشورهایی با سیاست‌گذاری جامع‌تر، دارای نرخ‌های بالاتری از سواد سلامت هستند.^۶ در ایران، علی‌رغم توسعه ابزار سواد سلامت برای بزرگسالان (HELIA) توسط طاووسی و همکاران، هنوز سیاست رسمی و کلان‌نگر برای به‌کارگیری آن در سطح ملی تدوین نشده است.^{۱۹} با این حال، خلأ مشخصی در تحلیل سیاست‌ها و ساختارهای راهبردی آموزش سواد اطلاعاتی سلامت در ایران وجود دارد. اغلب مطالعات موجود، به جنبه‌های فردی و توصیفی موضوع محدود شده‌اند و کمتر به بررسی عوامل ساختاری، سیاست‌گذاری و نقش نهادهای

مقالات منتشر شده در پایگاه‌های علمی مانند PubMed، Scopus و SID در بازه زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴. معیار انتخاب منابع، اعتبار علمی و سیاستی آن‌ها بود؛ به‌گونه‌ای که تنها اسناد و مقالات منتشر شده توسط نهادهای رسمی یا مجلات معتبر علمی وارد مطالعه شدند. معیارهای گزینش کشورها در تحلیل تطبیقی عبارت بودند از:

۱. برخورداری از سیاست‌گذاری رسمی و شفاف در حوزه سواد اطلاعاتی سلامت،
۲. وجود ساختارهای بین‌بخشی برای اجرای برنامه‌ها،
۳. قابلیت دسترسی به اسناد و داده‌های قابل استناد به زبان انگلیسی.

در میان کشورهای پیشرو، می‌توان به گزارش‌ها و اقدامات استرالیا (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care)،^{۲۱} در اتحادیه اروپا و مخصوصاً آلمان، شفر (Schaeffer) و همکاران،^{۲۲} ایالات متحده (Office of Disease Prevention and Health Promotion)، و کانادا (Rootman & Gordon-El-Bihbety)^{۲۳} اشاره کرد که تلاش کرده‌اند با تبیین اهداف، شاخص‌ها و ابزارهای مداخله، برنامه‌های ملی ارتقای سواد سلامت را به اجرا درآورند. بر این اساس، کشورهای استرالیا، اتحادیه اروپا، کانادا، و ایالات متحده آمریکا به‌عنوان الگوهای جهانی و کشور ایران به‌عنوان مورد بومی مورد بررسی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها بر پایه مدل چهار سطحی سیاست‌گذاری عمومی شامل تدوین، اجرا، ارزیابی و بازنگری انجام شد.^{۲۴، ۲۵}

۱. تدوین (Policy Formulation): در این مرحله مسئله عمومی شناسایی می‌شود و راه‌حل‌های مختلف طراحی و بررسی می‌شوند. دولت‌ها و سیاست‌گذاران بر اساس شواهد، پژوهش‌ها، مشورت با ذی‌نفعان و بررسی تجارب سایر کشورها، گزینه‌های سیاستی را آماده می‌کنند. نتیجه این مرحله معمولاً به شکل اسناد رسمی، قوانین، راهبردها یا برنامه‌های ملی منتشر می‌شود.^{۲۵}

۲. اجرا (Policy Implementation): سیاست تدوین شده باید توسط نهادهای مسئول (وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، و نهادهای محلی) به اجرا گذاشته شود. این مرحله شامل تخصیص منابع مالی، سازماندهی نیروی انسانی، آموزش، و طراحی سازوکارهای اجرایی است. موفقیت یک سیاست در عمل، بیشتر به ظرفیت نهادی و هماهنگی بین سازمان‌ها بستگی دارد.^{۲۶}

میان‌واسط در توسعه این حوزه پرداخته‌اند. در کنار این موارد، گزارش‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز تأکید دارند که سواد سلامت باید از طریق اسناد بالادستی مانند نقشه جامع علمی کشور و بسته‌های تحول نظام سلامت در آموزش عالی ادغام شود.^{۲۰}

در مجموع، اگرچه پژوهش‌های توصیفی در ایران رو به افزایش‌اند، اما هنوز شکاف‌های جدی در پژوهش‌های تحلیلی با رویکرد سیاست‌گذاری وجود دارد. فقدان رویکردهای میان‌رشته‌ای، عدم مشارکت نهادهای واسط علمی مانند کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع‌رسانی پزشکی، و تمرکز صرف بر آموزش‌های فردمحور از جمله خلأهای ادبیات موجود به شمار می‌رود. با این حال، اغلب مطالعات داخلی بیشتر به جنبه‌های فردی یا آموزشی سواد سلامت پرداخته‌اند و تحلیل ساختارهای سیاستی و تطبیقی کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

این پژوهش با هدف بررسی سیاست‌های ملی سواد اطلاعاتی سلامت در برخی کشورهای منتخب از جمله استرالیا، کانادا، آمریکا و اتحادیه اروپا و بهره‌گیری از این تجارب برای ارائه پیشنهادهایی جهت بومی‌سازی سیاست‌گذاری این حوزه در ایران انجام شده است.

روش کار

این مطالعه از نوع مرور سیاست‌ها برای ارائه خلاصه سیاستی بومی است که با هدف تحلیل و مقایسه سیاست‌های سواد اطلاعات سلامت در ایران و کشورهای منتخب انجام شد. روند مرور به‌صورت نقلی انجام شد؛ یعنی پژوهشگر پس از گردآوری منابع، آن‌ها را دسته‌بندی، مرور و تحلیل کرد و سپس یافته‌ها در قالب مضامین اصلی (چارچوب‌های سیاستی، مشارکت ذی‌نفعان، منابع مالی و پایش) سازمان‌دهی شدند. در این پژوهش، اسناد سیاستی و مقالات علمی مرتبط با سواد اطلاعات سلامت مورد بررسی قرار گرفتند. منابع شامل:

اسناد ملی ایران در حوزه سلامت و آموزش، سیاست‌ها و گزارش‌های بین‌المللی منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) و اتحادیه اروپا (EU)، اسناد سیاستی و برنامه‌های ملی کشورهای منتخب (استرالیا، کانادا، ایالات متحده و اتحادیه اروپا)،

۳. ارزیابی (Policy Evaluation): در این مرحله، سیاست اجرا شده بررسی می‌شود تا مشخص شود تا چه حد به اهدافش دست یافته است. ابزارهای ارزیابی شامل شاخص‌های کمی (مثلاً نرخ بهبود بیماری، افزایش دسترسی به خدمات) و کیفی (رضایت ذی‌نفعان، اثرات اجتماعی) است. ارزیابی به سیاست‌گذاران کمک می‌کند که ناکارآمدی‌ها یا شکاف‌ها را شناسایی کنند.^{۲۷}

۴. بازنگری (Policy Revision / Termination): نتایج ارزیابی منجر به تصمیم‌گیری درباره اصلاح، ادامه یا توقف سیاست می‌شود. اگر سیاست موفق باشد، ممکن است گسترش یابد؛ اگر ناکارآمد باشد، اصلاح یا حتی متوقف می‌شود. بازنگری نشان‌دهنده ماهیت چرخه‌ای سیاست‌گذاری عمومی است، زیرا سیاست‌ها باید خود را با شرایط جدید (مثلاً تحولات اجتماعی، بحران‌ها یا فناوری‌های نو) وفق دهند.^{۲۸}

سیاست‌گذاری سواد اطلاعاتی سلامت در کشورهای منتخب: مروری تطبیقی

در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته، سواد اطلاعاتی سلامت به‌عنوان یکی از ارکان کلیدی عدالت در سلامت و توانمندسازی اجتماعی تلقی شده و به‌صورت مستقیم در اسناد سیاست‌گذاری سلامت یا آموزش گنجانده شده است.

استرالیا: یکی از کشورهای پیشگام در سیاست‌گذاری نظام‌مند در حوزه سواد سلامت، استرالیا است. در سال ۲۰۱۴، "چارچوب ملی سواد سلامت" توسط وزارت سلامت این کشور منتشر شد که اهداف راهبردی آن شامل یکپارچه‌سازی آموزش سواد سلامت در نظام خدمات سلامت، بهبود ارتباط پزشک-بیمار، و مشارکت فعال جامعه در تصمیم‌گیری‌های سلامت بود.^{۲۹} کتابداران پزشکی و مراکز اطلاع‌رسانی سلامت نیز در این برنامه جایگاه ویژه‌ای یافتند.

اتحادیه اروپا: در اتحادیه اروپا، پروژه‌ای کلان با عنوان HLS-EU منجر به شکل‌گیری مدل جامع سواد سلامت شد

که بر ابعاد دسترسی، درک، ارزیابی و استفاده از اطلاعات سلامت تأکید دارد.^۶ این مدل به‌صورت مستقیم در سیاست‌های سلامت کشورهای عضو مانند آلمان، اتریش، و هلند گنجانده شده است. به عنوان مثال: آلمان در سال‌های اخیر با اجرای "طرح ملی ارتقای سواد سلامت"، سواد سلامت را در اولویت سیاست‌های آموزش عمومی و مراقبت‌های اولیه سلامت قرار داده است. این طرح به صراحت از مشارکت بین‌رشته‌ای نهادهای علمی، رسانه‌ها، و بخش سلامت حمایت می‌کند.^{۳۰}

کانادا: رویکرد سیاستی کانادا به سواد سلامت به‌طور همزمان در دو سطح فردی و ساختاری دنبال می‌شود. وزارت سلامت این کشور در همکاری با نهادهایی چون انجمن سلامت عمومی کانادا (Canadian Public Health Association)، راهنماهایی برای طراحی ارتباطات سلامت ساده و قابل فهم تدوین کرده و آموزش سواد سلامت را در برنامه‌های مدارس و آموزش بزرگسالان ادغام کرده است.^{۳۱}

ایالات متحده آمریکا: از اوایل دهه ۲۰۰۰، "سواد سلامت" در ایالات متحده به عنوان یکی از ۲۰ هدف برنامه Healthy People معرفی شد. مرکز ملی سواد سلامت پیشنهادهایی برای کاهش پیچیدگی ارتباطات سلامت، توانمندسازی بیماران، و مشارکت جامعه در آموزش‌های بهداشتی ارائه کرده است. تجارب جهانی نشان می‌دهد که سیاست‌گذاری موفق در حوزه سواد اطلاعاتی سلامت مستلزم وجود چارچوب مفهومی روشن و بین‌رشته‌ای، مشارکت نهادهای آموزش، رسانه و سلامت، سرمایه‌گذاری دولت در آموزش عمومی و حرفه‌ای، و ارزیابی مداوم اثربخشی مداخلات است.^{۳۲} فقدان چنین چارچوب‌هایی در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، یکی از موانع کلیدی ارتقای سواد سلامت و کاهش نابرابری‌های بهداشتی محسوب می‌شود. جدول ۱، مقایسه تطبیقی سیاست‌گذاری سواد اطلاعاتی سلامت در کشورهای منتخب را نشان می‌دهد.

جدول ۱. مقایسه تطبیقی سیاست‌های سواد اطلاعاتی سلامت در کشورهای منتخب

کشور	نهاد متولی مشخص	توصیف مدل اجرای سند	دارای سیستم سنجش و ارزیابی	ویژگی‌های کلیدی
استرالیا	کمیسیون ایمنی و کیفیت مراقبت سلامت The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)	آموزش هم در مدارس و هم در بیمارستان‌ها (بیماران و پرسنل)	بله (ابزارهای ملی)	رویکرد سیستمی و بیمارمحور

کشور	نهاد متولی مشخص	توصیف مدل اجرای سند	دارای سیستم سنجش و ارزیابی	ویژگی‌های کلیدی
اتحادیه اروپا	شبکه دانشگاهی سواد سلامت اروپا European Health Literacy HLS-EU	در آموزش عمومی و رسانه، مدارس و دانشگاه‌ها	بله	توسعه مدل چهار مرحله‌ای سواد سلامت (دسترس، درک، ارزیابی، استفاده)
آمریکا	دفتر ارتقای سلامت National Institutes of Health (NIH)	در مدارس کمتر، بیشتر در خدمات درمانی و رسانه‌های عمومی	بله (ابزارهای ملی)	تاکید بر مسئولیت نظام سلامت در تسهیل فهم اطلاعات
کانادا	موسسات فدرال و استانی سلامت Public Health Agency of Canada	مشارکت با نهادهای آموزشی، رسانه‌های عمومی و وب‌سایت‌های دولتی	بله (ارزیابی‌های استانی)	مدل‌های بومی‌سازی شده و مشارکتی

این جدول به صورت خلاصه نشان می‌دهد که کشورهای موفق دارای چارچوب صریح و قابل پیاده‌سازی، نهاد متولی، و برنامه‌های ارزیابی هستند. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد آموزش و رسانه به عنوان بازوی اجرایی مؤثر مورد توجه قرار گرفته‌اند. در اغلب کشورها، سواد دیجیتال سلامت به‌ویژه در دهه اخیر به برنامه‌ها اضافه شده است. در هیچ‌یک از کشورها، سیاست‌گذاری موفق بدون مشارکت چندبخشی (آموزش، سلامت، رسانه، جامعه مدنی) حاصل نشده است.

ارزیابی عملکرد فعلی (سیاست‌ها و اقدامات پیشین)

در ایران، اقدامات مرتبط با سواد سلامت عموماً در قالب آموزش‌های پراکنده، کمپین‌های سلامت یا برنامه‌های مدارس و مراکز بهداشت صورت می‌گیرد و فاقد یک چارچوب سیاستی مشخص است.^{۱۹} موانعی چون ضعف همکاری بین‌بخشی، نبود سند جامع، و کم‌توجهی به ظرفیت‌های رسانه‌ای و نهادهای محلی موجب شده تا سیاست‌گذاری در این حوزه به صورت مقطعی و غیرپایدار باقی بماند. همچنین ابزار سنجش بومی مانند HELIA به‌طور کامل در سیاست‌های کلان وارد نشده است.^۶ در ایران، سیاست‌گذاری در زمینه آموزش سواد اطلاعاتی سلامت عمدتاً در تقاطع سه نهاد اصلی شکل گرفته است: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش و رسانه ملی (صدا و سیما). با وجود آن که هر یک از این نهادها اقداماتی پراکنده در این زمینه داشته‌اند، نبود یک راهبرد جامع و یکپارچه، باعث شده تلاش‌ها اغلب به صورت جزیره‌ای و بدون انسجام نهادی دنبال شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: در سال‌های اخیر، وزارت بهداشت برنامه‌هایی در حوزه "ارتقای

سلامت" و "آموزش خودمراقبتی" اجرا کرده است که در آن‌ها به عناصر مرتبط با سواد اطلاعاتی سلامت اشاره شده است، مانند طرح تحول سلامت یا شبکه‌های بهداشت و مراقبت اولیه. با این حال، این برنامه‌ها بیشتر به ارتقای آگاهی عمومی متمرکز بوده‌اند تا توسعه مهارت‌های ارزیابی و استفاده از اطلاعات توسط افراد. همچنین، برخی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، در برنامه‌های آموزشی خود به موضوع سواد اطلاعاتی سلامت پرداخته‌اند. برای نمونه، دوره‌های "آموزش سواد سلامت" برای مربیان بهورزی یا پزشکان خانواده طراحی شده‌اند.^{۴۹} با این حال، نبود الگوهای استاندارد آموزش برای عموم مردم و عدم گسترش این برنامه‌ها در سطح ملی، از جمله کاستی‌هاست.

وزارت آموزش و پرورش: در سطح آموزش رسمی، برنامه‌های درسی مدارس ایران هنوز به صورت مستقیم به سواد اطلاعاتی سلامت نمی‌پردازند. اگرچه برخی مضامین سلامت جسمی یا پیشگیری از بیماری‌ها در کتاب‌های علوم، بهداشت و مشاوره گنجانده شده‌اند، اما آموزش نحوه جستجو، تحلیل و ارزیابی اطلاعات سلامت در فضای دیجیتال غایب است.^{۳۰} این خلأ به‌ویژه در دوران پاندمی کووید-۱۹ آشکار شد، زمانی که نوجوانان و خانواده‌ها برای یافتن اطلاعات درست در فضای مجازی با چالش‌های زیادی روبه‌رو بودند.

رسانه ملی و نهادهای عمومی: سازمان صدا و سیما با تولید برنامه‌هایی در حوزه سلامت تلاش کرده تا اطلاعات پزشکی عمومی را در دسترس عموم قرار دهد، اما در اغلب موارد، این اطلاعات به صورت یک‌سویه و بدون ارتقای مهارت تحلیل مخاطب ارائه شده‌اند. افزون بر این، فقدان سواد رسانه‌ای در جامعه باعث شده اثرگذاری این

برنامه‌ها گاه با پذیرش اطلاعات نادرست همراه باشد.^{۳۱} از منظر اسناد بالادستی نیز، اگرچه "نقشه جامع علمی کشور" و "سند تحول سلامت" به اهمیت آموزش عمومی سلامت اشاره دارند، اما سواد اطلاعاتی به عنوان یک محور مستقل مورد توجه قرار نگرفته است.^{۳۲} این نشان می‌دهد که در سطح کلان، درک جامعی از اهمیت این سواد در سیاست‌گذاری‌های سلامت وجود ندارد یا به صورت صریح تبیین نشده است.

گزینه‌های سیاستی پیشنهادی

بررسی یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که سیاست‌گذاری در حوزه سواد اطلاعاتی سلامت در ایران با

چالش‌هایی چندسطحی روبه‌رو است که بخشی از آن به نبود هماهنگی نهادی و بخشی دیگر به ضعف در آموزش، فناوری و زیرساخت‌های ارتباطی بازمی‌گردد. تحلیل تطبیقی با کشورهای منتخب نشان داد که این کشورها با شناسایی دقیق چالش‌ها در سه سطح کلان، نهادی و فناورانه، توانسته‌اند سیاست‌های منسجم و چندبخشی برای ارتقای سواد سلامت طراحی کنند. بر همین اساس، در جدول ۲ خلاصه‌ای از مهم‌ترین چالش‌ها و راهبردهای پیشنهادی سیاستی برای ایران بر اساس یافته‌های پژوهش و الگوهای موفق جهانی متناسب با بستر بومی کشور تنظیم شده است.

جدول ۲. چالش‌ها و راهبردهای پیشنهادی سیاست‌گذاری سواد اطلاعاتی سلامت در ایران

سطح سیاستی	چالش‌ها	راهبرد پیشنهادی
کلان	• فقدان سند ملی و نهاد هماهنگ کننده بین دستگاه‌ها ^{۳۳}	• تدوین سند ملی سواد اطلاعاتی سلامت با مشارکت چندبخشی
	• پراکندگی و تداخل وظایف میان وزارت بهداشت، آموزش و پرورش و رسانه ملی ^{۳۵، ۳۴}	• تشکیل شورای ملی سواد سلامت برای هماهنگی، نظارت و پایش سیاست‌ها
	• فقدان شاخص‌های سنجش ملی سواد اطلاعاتی سلامت ^{۳۷، ۳۶}	• تعریف شاخص‌های عملکردی و ارزیابی مستمر در سطح ملی
	• ضعف در آموزش میان رشته‌ای و مشارکت نهادهای علمی ^{۳۷}	• طراحی دوره‌های آموزشی سواد اطلاعاتی سلامت در دانشگاه‌ها و
نهادی	• بی‌توجهی به نقش کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع‌رسانی سلامت ^{۴۰-۳۸}	• مدارس ^{۴۶، ۴۵}
	• نبود برنامه آموزشی برای گروه‌های خاص (دانش‌آموزان، بیماران مزمن، سالمندان) ^{۴۱}	• استفاده از ظرفیت کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع‌رسانی پزشکی برای آموزش عمومی
	• گسترش اطلاعات نادرست (Misinformation) و ضعف در پالایش محتوای سلامت در فضای مجازی ^{۴۳، ۴۲}	• برگزاری برنامه‌های آموزشی هدفمند برای گروه‌های آسیب‌پذیر
	• کمبود بسترهای دیجیتال استاندارد و محتوای بومی قابل اعتماد ^{۴۴}	• توسعه سامانه‌های اعتبارسنجی محتوا و الگوریتم‌های Fact-checking ^{۴۷}
فناورانه	• کمبود بسترهای دیجیتال استاندارد و محتوای بومی قابل اعتماد ^{۴۴}	• راه‌اندازی کمپین‌های سواد دیجیتال سلامت با همکاری وزارت بهداشت و رسانه‌ها ^{۴۸، ۴۷}
	• حمایت از تولید محتوای سلامت بومی و چندرسانه‌ای در پلتفرم‌های داخلی ^{۵۰، ۴۹}	

استفاده از هوش مصنوعی در پالایش محتوای نادرست می‌تواند به بهبود سلامت اطلاعاتی جامعه کمک کند. در ایران، ترکیب راهبردهای کلان با اقدامات آموزشی و فناورانه می‌تواند مسیر تحقق عدالت سلامت و ارتقای مشارکت اجتماعی را هموار کند.

توصیه‌های سیاستی

با توجه به یافته‌های حاصل از تحلیل تطبیقی اسناد و سیاست‌های مرتبط با سواد اطلاعاتی سلامت و با اتکا به چارچوب چرخه سیاست‌گذاری عمومی (شامل مراحل

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بخش عمده‌ای از چالش‌های موجود در ایران ماهیت ساختاری و نهادی دارند و بدون ایجاد یک چارچوب سیاستی منسجم در سطح ملی قابل حل نیستند. در سطح کلان، تجربه کشورهایمانند آلمان و کانادا نشان می‌دهد که تدوین اسناد ملی و ایجاد ساز و کارهای ارزیابی مستمر، نخستین گام مؤثر در نهادینه‌سازی سواد سلامت است. در سطح نهادی، تربیت نیروی میان‌رشته‌ای در حوزه کتابداری پزشکی و فناوری سلامت برای آموزش عمومی و هدفمند ضروری است. در سطح فناورانه نیز توسعه پلتفرم‌های دیجیتال و

همچنین سیاست‌گذاری مؤثر برای ارتقای سواد اطلاعاتی سلامت در ایران مستلزم اتخاذ راهبردهایی چندسطحی، نظام‌مند و بین‌بخشی است. در این بخش، سه دسته کاربست گزینه‌های سیاستی بر اساس تجارب بین‌المللی و اقتضائات بومی ایران ارائه می‌شود:

الف) راهبردهای کلان سیاستی: تدوین "سند ملی سواد اطلاعاتی سلامت" الگوبرداری از کشورهای همچون آلمان که در سال ۲۰۱۸ سند ملی سواد سلامت خود را با مشارکت نهادهای علمی، اجرایی و مدنی تدوین کرد،^{۵۱} نشان می‌دهد که وجود یک نقشه‌راه فراگیر و مبتنی بر شواهد، نقطه عزیمت سیاست‌گذاری مؤثر است. این سند در ایران نیز باید با تعریف اهداف، شاخص‌های سنجش‌پذیر، تقسیم‌کار نهادی، و پیوست بودجه‌ای تدوین شود. پیشنهاد می‌شود نهاد ناظر بر این سند، یک "شورای ملی سواد سلامت" متشکل از وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، سازمان نظام پزشکی، دانشگاه‌ها، انجمن‌های علمی و نهادهای مدنی باشد. تدوین سند ملی سیاست‌گذاری سواد اطلاعاتی سلامت با مشارکت وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، کتابخانه ملی، مرکز ملی فضای مجازی، و انجمن‌های علمی صورت پذیرد. ادغام اهداف سواد اطلاعاتی سلامت در برنامه توسعه هفتم و سند تحول دیجیتال سلامت به‌عنوان شاخص‌های عملکردی بین‌بخشی و تأسیس شورای بین‌بخشی سواد سلامت برای هماهنگی راهبردی و نظارت بر اجرای مداخلات ضروری است.

ب) راهبردهای نهادی- آموزشی: نهادینه‌سازی آموزش میان‌رشته‌ای بر اساس تجربه موفق نروژ در پیوند کتابخانه‌های عمومی با مراکز سلامت،^{۵۲} نشان می‌دهد که ایران نیز می‌تواند از ظرفیت کتابخانه‌های عمومی، کتابخانه‌های بیمارستانی و مراکز بهداشت به‌عنوان کانون‌های ترویج سواد اطلاعاتی سلامت بهره‌گیرد. تدوین واحدهای درسی اختیاری یا اجباری برای دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی، علوم کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، فناوری اطلاعات سلامت و علوم تربیتی با محوریت "سواد اطلاعاتی سلامت" گامی اساسی در جهت تربیت نیروی انسانی میان‌رشته‌ای و آگاه به سیاست‌گذاری سلامت است.

همچنین طراحی و بومی‌سازی ابزار ملی سنجش سواد اطلاعاتی سلامت با الگوبرداری از (Health Literacy) HLS-EU

تدوین، اجرا، ارزیابی و بازنگری) مجموعه‌ای از توصیه‌های سیاستی به‌منظور ارتقای سواد اطلاعاتی سلامت در نظام سلامت ایران ارائه می‌شود. این توصیه‌ها بر اساس مقایسه وضعیت موجود ایران با الگوهای منتخب جهانی و با در نظر گرفتن الزامات نهادی، فرهنگی و ساختاری کشور استخراج شده‌اند.

در مرحله تدوین سیاست، ضروری است سواد اطلاعاتی سلامت به‌عنوان یک اولویت صریح در اسناد بالادستی نظام سلامت و آموزش کشور مورد توجه قرار گیرد. تدوین یک چارچوب ملی منسجم با مشارکت وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم، سازمان صدا و سیما و سایر نهادهای مرتبط می‌تواند به یکپارچگی سیاست‌ها و جلوگیری از پراکندگی اقدامات کمک کند. همچنین، تعریف اهداف مشخص، گروه‌های هدف و شاخص‌های قابل سنجش در اسناد سیاستی، زمینه را برای اجرای مؤثر فراهم می‌سازد.

در مرحله اجرای سیاست، تمرکز بر توسعه برنامه‌های آموزشی چندسطحی و بین‌بخشی ضروری است. ادغام آموزش سواد اطلاعاتی سلامت در برنامه‌های درسی مدارس و دانشگاه‌ها، توانمندسازی حرفه‌ای کارکنان سلامت و بهره‌گیری از ظرفیت رسانه‌های جمعی و پلتفرم‌های دیجیتال می‌تواند دسترسی عادلانه‌تر گروه‌های مختلف جامعه به اطلاعات معتبر سلامت را تسهیل کند. در این مرحله، استفاده از فناوری‌های نوین و همکاری با سازمان‌های مردم‌نهاد نقش مهمی در افزایش اثربخشی مداخلات دارد.

در مرحله ارزیابی سیاست، طراحی و استقرار نظام پایش و ارزیابی منظم با استفاده از شاخص‌های معتبر ملی و بین‌المللی پیشنهاد می‌شود. ارزیابی مستمر پیامدهای برنامه‌ها، از جمله تغییر در دانش، نگرش و رفتارهای مرتبط با سلامت، امکان شناسایی نقاط قوت و ضعف سیاست‌ها را فراهم کرده و به بهبود تصمیم‌گیری‌های آتی کمک می‌کند.

در مرحله بازنگری و اصلاح سیاست‌ها، بهره‌گیری از نتایج ارزیابی‌ها و بازخورد ذی‌نفعان برای به‌روزرسانی راهبردها ضروری است. انعطاف‌پذیری سیاست‌ها در پاسخ به تحولات اجتماعی، فناوری و نیازهای سلامت جامعه می‌تواند به پایداری و اثربخشی بلندمدت برنامه‌های ارتقای سواد اطلاعاتی سلامت منجر شود.

Europe) و با در نظر گرفتن فرهنگ و زبان فارسی نیز گام موثری در این راستا خواهد بود. گنجاندن آموزش سواد اطلاعاتی سلامت در برنامه درسی دانشجویان علوم پزشکی، کتابداری، آموزش بهداشت و فناوری اطلاعات سلامت در جهت توانمندسازی کتابداران، مربیان سلامت و مراقبین اولیه بهداشت در زمینه منابع اطلاعات سلامت و آموزش مخاطب محور ضروری به نظر می‌رسد.

پ) راهبردهای فناورانه- رسانه‌ای: سیاست‌گذاری برای فضای دیجیتال سلامت در کنار ارتقای زیرساخت‌های سلامت الکترونیک، باید به تولید، پالایش و ترویج محتوای سلامت در بسترهای دیجیتال توجه داشت. استفاده از هوش مصنوعی برای پایش اطلاعات نادرست و اعطای گواهی اعتبار به منابع دیجیتال معتبر، راهبردهایی آزموده شده هستند.^{۵۲} در ایران نیز لازم است وزارت بهداشت و مرکز ملی فضای مجازی با همکاری پلتفرم‌های بومی (روبیکا، آپارات، ایپا) سامانه‌ای برای رتبه‌بندی محتوای سلامت طراحی کرده و کمپین‌های "سواد دیجیتال سلامت" برای کاربران راه‌اندازی کنند. همچنین، راه‌اندازی سامانه ملی اطلاعات سلامت همگانی با محتوای ساده‌سازی شده، چندرسانه‌ای و قابل دسترس برای عموم مردم را در اولویت قرار دهد.

بحث

بررسی تطبیقی تجارب جهانی و تحلیل وضعیت سیاست‌گذاری در ایران نشان می‌دهد که کشور ما هنوز از داشتن یک چارچوب جامع و منسجم در زمینه سواد اطلاعاتی سلامت محروم است. یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر به نتایج مشابهی از مطالعه رهبری بناب و بختیاری علی‌آباد دست یافت.^{۱۳} با وجود آنکه طی سال‌های اخیر مفاهیمی چون سواد سلامت، سلامت دیجیتال و عدالت در سلامت در اسناد بالادستی مطرح شده‌اند، اما هنوز این موضوع به‌عنوان یک سیاست ملی مستقل جایگاه روشنی در نظام سلامت و آموزش کشور ندارد. سیاست‌گذاری در این حوزه بیشتر به‌صورت مقطعی، پروژه‌محور و بدون هماهنگی نهادی میان وزارت بهداشت، آموزش و رسانه دنبال شده است. این وضعیت موجب شده برنامه‌ها از ثبات، ارزیابی منظم و پیوستگی لازم برخوردار نباشند.

از سوی دیگر، یافته‌ها نشان می‌دهد ایران در کنار ضعف ساختاری، از فرصت‌هایی نیز برخوردار است؛ از جمله شبکه گسترده دانشگاه‌های علوم پزشکی، کتابخانه‌های پزشکی و عمومی، توسعه زیرساخت‌های فضای مجازی و افزایش آگاهی عمومی پس از همه‌گیری کووید-۱۹. بهره‌گیری هدفمند از این ظرفیت‌ها می‌تواند مسیر تدوین و اجرای سیاست‌های مؤثر در حوزه سواد اطلاعاتی سلامت را هموار سازد.

مطالعه موردی کشورهای نظیر آلمان، استرالیا و کانادا نشان داد که تدوین سیاست ملی، تبیین نقش نهادهای اطلاعاتی، توسعه ابزارهای سنجش بومی، و طراحی مداخلات هدفمند برای گروه‌های آسیب‌پذیر، از جمله پیش‌شرط‌های حیاتی در ارتقای سواد اطلاعاتی سلامت هستند. در مقابل، ایران با چالش‌هایی مانند فقدان سند راهبردی، پراکندگی نهادی، ضعف زیرساخت‌های دیجیتال، و کم‌توجهی به نقش کتابخانه‌ها و متخصصان اطلاعات سلامت روبه‌روست که با پژوهش کیکبوش و همکاران^{۱۴} و مطالعه بترهام و همکاران^{۱۵} در یک راستا است.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کشورهای پیشرو مانند آلمان، کانادا، استرالیا و اتحادیه اروپا با طراحی اسناد ملی سواد سلامت، ایجاد نهادهای هماهنگ‌کننده و توسعه ابزارهای سنجش، توانسته‌اند این حوزه را از سطح آموزش فردی فراتر برده و به یکی از محورهای عدالت اجتماعی و سلامت پایدار تبدیل کنند. تجربه این کشورها بیانگر آن است که ارتقای سواد اطلاعاتی سلامت نه صرفاً یک اقدام آموزشی، بلکه سیاستی میان‌بخشی است که به مشارکت فعال نهادهای آموزش، سلامت، رسانه و جامعه مدنی نیاز دارد.

ارتقای سواد اطلاعاتی سلامت در ایران نیازمند تغییر پارادایم سیاست‌گذاری سلامت از الگوهای سنتی آموزش‌محور به رویکردی داده‌محور، فناورانه و مشارکت‌جویانه است. این تحول باید با تدوین یک سند ملی، تعریف شاخص‌های ارزیابی، و هماهنگی بین‌بخشی میان وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، رسانه ملی و نهادهای مدنی پشتیبانی شود. علاوه بر آن، آموزش میان‌رشته‌ای در دانشگاه‌ها، طراحی دوره‌های سواد دیجیتال سلامت، و استفاده از فناوری‌های نو مانند هوش مصنوعی برای پالایش اطلاعات نادرست، از اقدامات ضروری در سطح اجرایی به شمار می‌روند.

پیامدهای عملی پژوهش

مهم‌ترین پیامدهای عملی این مطالعه عبارت‌اند از: ضرورت تدوین یک سند ملی فراگیر، ادغام سواد اطلاعاتی سلامت در نظام آموزشی، تقویت نقش کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع‌رسانی، کاربرد فناوری برای مبارزه با اطلاعات نادرست، تمرکز بر گروه‌های آسیب‌پذیر و پایش و ارزیابی مستمر سیاست‌ها.

قدردانی‌ها

بدینوسیله از راهنمایی‌های تمام اساتید و متخصصانی که در پژوهش حاضر از مشاوره ارزنده آنان بهره بردم، صمیمانه قدردانی می‌نمایم.

مشارکت پدیدآوران

این مقاله توسط ویدا صیفوری تحلیل، نگارش و بازبینی شده است. نویسنده مسئولیت کامل تمامی مراحل مطالعه را بر عهده داشته و نسخه نهایی مقاله را تایید می‌کند.

منابع مالی

این مقاله حمایت مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مبتنی بر مرور منابع و تحلیل سیاست‌ها بوده و فاقد داده‌های انسانی است؛ بنابراین، مشمول دریافت کد اخلاق نمی‌باشد.

تعارض منافع

نویسنده اعلام می‌دارد که در رابطه با انجام این مطالعه هیچ گونه تعارض منافع علمی، مالی یا شخصی وجود ندارد.

در نهایت، می‌توان نتیجه گرفت که سواد اطلاعاتی سلامت نه تنها ابزاری برای بهبود آگاهی فردی، بلکه راهبردی برای توانمندسازی اجتماعی و تحقق عدالت در سلامت است. سیاست‌گذاران باید آن را به‌عنوان یکی از ارکان کلیدی توسعه سلامت پایدار در برنامه‌های کلان کشور بگنجانند. اتخاذ چنین رویکردی می‌تواند به ارتقای مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت، افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت و کاهش نابرابری‌های سلامت در جامعه ایرانی منجر شود.

اگرچه تلاش شده این مطالعه با بهره‌گیری از منابع معتبر و روش تحلیلی دقیق به تحلیل سیاست‌گذاری سواد اطلاعاتی سلامت در ایران و مقایسه آن با نمونه‌های بین‌المللی بپردازد، اما با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است از جمله محدودیت دسترسی به داده‌های سیاستی به‌روز و شفاف در ایران، به‌ویژه در حوزه سیاست‌گذاری سلامت عمومی و سواد اطلاعاتی، موجب شد بخشی از تحلیل‌ها مبتنی بر اسناد پراکنده یا مطالعات ثانویه باشد. فقدان ابزارهای سنجش بومی در ایران باعث شده ارزیابی دقیق وضعیت موجود سواد اطلاعاتی سلامت مبتنی بر داده‌های مقایسه‌پذیر دشوار شود، در حالی که کشورهای منتخب اغلب از ابزارهای سنجش ملی استفاده کرده‌اند. در بخش تطبیقی، انتخاب محدود کشورها به دلیل محدودیت حجم مقاله و دشواری دسترسی به برخی اسناد رسمی بوده و امکان تحلیل جامع‌تر را محدود کرده است. تمرکز مقاله بر سطح سیاست‌گذاری کلان و نهادی باعث شده جنبه‌های فردی یا روان‌شناختی سواد اطلاعاتی سلامت، که در برخی پژوهش‌های دیگر محور بوده‌اند، مورد بحث قرار نگیرد. این محدودیت‌ها اگرچه ممکن است بر تعمیم‌پذیری کامل نتایج اثرگذار باشند، اما اعتبار تحلیل‌های انجام‌شده در چارچوب اسنادی و تطبیقی محفوظ مانده و می‌تواند مبنای مطالعات میدانی یا کاربردی آینده قرار گیرد.

References

1. Zanobini P, Del Riccio M, Lorini C, Bonaccorsi G. Empowering Sustainable Healthcare: The Role of Health Literacy. *Sustainability*. 2024; 16(10): 1-12. doi: 10.3390/su16103964
2. 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; 25(6):1053-1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043
3. Ratzan SC, Parker RM. 2000. Introduction. In: National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. 2000. https://www.researchgate.net/publication/230877250_National_Library_of_Medicine_Current_Bibliographies_in_Medicine_Health_Literacy

4. Vamos S, Okan O, Sentell T, Rootman I. Making a Case for "Education for Health Literacy": An International Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(4): 1-18. doi: 10.3390/ijerph17041436
5. 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): 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
6. Sørensen 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: 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
7. Bodie GD, Dutta MJ. Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Mark Q*. 2008; 25(1-2): 175-203. doi: 10.1080/07359680802126301
8. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res*. 2006; 8(2): 1-10. doi: 10.2196/jmir.8.2.e9
9. World Health Organization. Health literacy: The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2af06b64-bd8f-4d76-93f9-725af381bad5/content>
10. Moreira L. Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand? OECD Publishing; 2018: 1-55. doi: 10.1787/d8494d3a-en
11. Gavgani VZ. Government Public Health Interventions: Crucial Steps in COVID-19 Pandemic in Iran. *Depiction of Health*. 2022; 13(Suppl 1): I-IV. doi: 10.34172/doh.2022.49. (Persian)
12. Mahmoodi H, Dalvand S, Ghanei Gheshlagh R, Kurdi A. A Systematic Review and Meta-analysis of Health Literacy in the Iranian Population: Findings and Implications. *Shiraz E-Medical Journal*. 2019; 20(4): 1-10. doi: 10.5812/semj.81115
13. Ebrahimipour H, Keyvanlo Z, Heidarian Miri H, Yousefi M, Ariaifar M, Rezazadeh A, et al. Productivity loss of diabetes in Iran (South Khorasan Province). *Journal of Research & Health*. 2021; 11(6): 403-412. doi: 10.32598/JRH.11.6.1780.1. (Persian)
14. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: the role of health literacy. Alliance for Health and the Future. 2013: 1-24. <https://repository.graduateinstitute.ch/record/294626/files/NavigatingHealth.pdf>
15. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016; 132: 3-12. doi: 10.1016/j.puhe.2016.01.001
16. Mazloumi Gavgani A, Walker FR, Hodgson DM, Nalivaiko E. A comparative study of cybersickness during exposure to virtual reality and "classic" motion sickness: are they different? *J Appl Physiol*. 2018; 125(6): 1670-1680. doi: 10.1152/jappphysiol.00338.2018
17. Rahbari Bonab M, Bakhtiari Aliabad M. The Status of Health Literacy in Iranian Society. Tehran, Iran: Research Center of the Islamic Consultative Assembly; 2020. (Persian)
18. Tavakoly Sany SB, Doosti H, Mahdizadeh M, Orooji A, Peyman N. The Health Literacy Status and Its Role in Interventions in Iran: A Systematic and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(8): 1-23. doi: 10.3390/ijerph18084260
19. Tavousi M, Haeri-Mehrzi AA, Sedighi J, Montazeri A, Mohammadi S, Ardestani M, et al. Health Literacy Instrument for Adults-Short Form (HELIA-SF): Development and psychometric properties. *Payesh*. 2022; 21(3): 309-319. doi: 10.52547/payesh.21.3.309. (Persian)
20. Ministry of Health and Medical Education. Roadmap for the Transformation of the Health System of the Islamic Republic of Iran (2021-2025). Tehran: Strategic Deputy of the Ministry of Health; 2021. (Persian). <https://behdasht.gov.ir/%D8%AC%D8%B3%D8%AA%D8%AC%D9%88>
21. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality. 2014.
22. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. Health literacy in the German population. *Dtsch Arztebl Int*. 2017; 114(4): 53-60. doi: 10.3238/arztebl.2017.0053
23. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy. Ottawa: Canadian Public Health Association; 2008.
24. Centers for Disease Control and Prevention. National Action Plan to Improve Health Literacy. 2024. <https://www.cdc.gov/health-literacy/php/develop-plan/national-action-plan.html>
25. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems. Oxford University Press; 2009.
26. Hill M, Hupe P. Implementing Public Policy. Sage Publications Ltd; 2021.
27. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
28. Vedung E. Public Policy and Program Evaluation. Transaction Publishers; 1997.

29. Sabatier PA. Theories of the Policy Process. Westview Press; 2007. <https://ruby.fgcu.edu/courses/twimberley/EVR2861/heoryopolprocess.pdf>
30. Hajialibeigloo R, Mazlum SR, Mohajer S, Morisky DE. Effect of self-administration of medication programme on cardiovascular inpatients' medication adherence and nurses' satisfaction: A randomized clinical trial. *Nurs Open*. 2021; 8(4): 1947–1957. doi: 10.1002/nop2.870
31. Jafaripour M, Biabani M. Examining the challenges and opportunities of students' health literacy and its role in the general health of the community. Proceedings of the First National Virtual Conference on New Findings in Physical Education and Student Health; 2022. (Persian)
32. Ghasemi M, Fardanesh H, Hatami J, Ahmady S. Evaluation of the electronic learning system of medical education: A case study of Shahid Beheshti Medical School. *Journal of Education Strategies in Medical Sciences*. 2018; 11(4): 39–52. doi: 10.29252/edcbmj.11.04.06. (Persian)
33. Supreme Council of the Cultural Revolution. National Master Plan for Science. <https://www.globalsecurity.org/military/world/iran/scrc.htm>
34. Sorensen K, Cawood AL, Gibson GR, Cooke LH, Stratton RJ. Amino acid formula containing synbiotics in infants with cow's milk protein allergy: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2021; 13(3): 1-20. doi: 10.3390/nu13030935
35. Jalali M, Khodabakhshi Koolae A. Relationship between health literacy and general health among patients with leukemia before bone marrow transplant. *Iranian Journal of Cancer Care*. 2022; 1(1):1–7. doi: 10.29252/ijca.1.1.1. (Persian)
36. Pelikan JM, Ganahl K, Roethlin F. Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. *Glob Health Promot*. 2018; 25(4): 57–66. doi: 10.1177/1757975918788300
37. Ghorbani A, Mohammadi N, Rooddehghan Z, Bakhshi F, Nikbakht NA. Effective factors and challenges of forming transformational education in the nursing education system: a qualitative study. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2022; 19(1): 20210113. doi: 10.1515/ijnes-2021-0113
38. The Reading Agency. Quick Reads 2021. <https://readingagency.org.uk/get-reading/find-a-read/quick-reads-2021/>
39. Farokhzadian J, Khajouei R, Hasman A, Ahmadian L. Nurses' experiences and viewpoints about the benefits of adopting information technology in health care: a qualitative study in Iran. *BMC Med Inform* *Decis Mak*. 2020; 20(1): 1-12. doi: 10.1186/s12911-020-01260-5
40. Statistical Center of Iran. Information and Communication 2023. <https://amar.org.ir/information-and-communication/2023>
41. Lee CS, Kim D. Pathways to cybersecurity awareness and protection behaviors in South Korea. *Journal of Computer Information Systems*. 2023; 63(1): 94–106. doi: 10.1080/08874417.2022.2031347
42. Pleasant A, Rudd RE, O'Leary C, Paasche-Orlow MK, Allen MP, Alvarado-Little W, et al. Considerations for a new definition of health literacy. NAM Perspectives. National Academy of Medicine. 2016.
43. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008; 67(12): 2072–2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
44. Tehrani Banihashemi A, Haghdooost AA, Amirkhani MA, Haghdooost AA, Alavian M, Asgharifard H, et al. Health literacy and the influencing factors: A study in five provinces of Iran. *Strides in Development of Medical Education*. 2007; 4(1): 1–9. (Persian)
45. Hemmat M, Ayatollahi H, Maleki M, Saghaei F. Health information technology foresight for Iran: A Delphi study of experts' views to inform future policymaking. *Health Inf Manag J*. 2021; 50(1-2): 76–87. doi: 10.1177/1833358319868445
46. Andalib Kondori M, Varnaseri A, Ghanbari Khoshnood M, Hoseini Ahangari SA, Saberi MK, Bourghi H. Study the status of providing health information services in public libraries in Tehran. *Payavard Salamat*. 2024; 17(6): 557–570. (Persian)
47. Vosoughi S, Roy D, Aral S. The spread of true and false news online. *Science*. 2018; 359(6380): 1146–1151. doi: 10.1126/science.aap9559
48. Bazrafshan A, Sadeghi A, Bazrafshan M, Mirzaie H, Shafiee M, Geerts J, et al. Health risk communication and infodemic management in Iran: development and validation of a conceptual framework. *BMJ Open*. 2023; 13(7): 1-13. doi: 10.1136/bmjopen-2023-072326
49. Khosravipour E. Investigating the impact of social media content on promoting health literacy with an emphasis on improving media literacy. 13th National Education Conference; 2021. (Persian)
50. European Commission. Brussels: European Commission; 2024. https://commission.europa.eu/index_en
51. Koohi F, Rahmanzadeh A, Kia AA, Naghibulsadat R. Digital health in the comprehensive health communication system in Iran. *New Media Studies*. 2024; 11(42): 1-26. doi: 10.22054/nms.2024.81833.1755. (Persian)
52. Mosadeghrad AM. A practical model for health policy making and analysis. *Payesh*. 2022; 21(1):7-24. doi: 10.52547/payesh.21.1.7. (Persian)