

سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی، بهره‌مندی از خدمات سلامت

و رابطه‌ی بین آن‌ها در بزرگسالان*

سعید کریمی^۱، محمود کیوان آرا^۲، محسن حسینی^۳، مرضیه جعفریان جزی^۴، الهه خراسانی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: عواقب ناشی از سواد کم سلامت هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم بروز می‌کند. از این رو هدف از این مطالعه، تعیین سواد سلامت، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت و ارتباط بین آن‌ها در بزرگسالان شهر اصفهان بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بوده که بر روی ۳۰۰ نفر از افراد ۱۸-۶۴ ساله‌ی شهر اصفهان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای در سال ۱۳۹۰ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته، اقتباس شده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد سواد سلامت CAHP (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) بود و روایی و پایایی آن سنجیده شد. وضعیت سلامت فرد بر اساس خودارزیابی فیزیکی و روانی سلامت اندازه‌گیری شد. میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت هم در شش حیطه از افراد سوال شد که شامل تعداد مراجعه به پزشک عمومی، به پزشک متخصص، به درمانگاه یا مطب، به اورژانس، میزان استفاده از خدمات تشخیصی در ۳ ماه گذشته و میزان بستری شدن در بیمارستان در یک سال گذشته می‌باشد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ آمار توصیفی و آزمون کای اسکور استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی سواد سلامت ۲/۴ و در حد متوسط، میانگین نمره‌ی وضعیت سلامت ۳/۱ و در حد خوب و میانگین نمره‌ی بهره‌مندی از خدمات سلامت ۲/۱ و 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 منطقه‌ی محل سکونت هم در بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت مؤثر است.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع سواد سلامت متوسط در بزرگسالان شهر اصفهان و نیز پایین بودن میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت لزوم توجه بیش‌تر به امر سواد سلامت و بهبود ارتباط پزشک و بیمار و آگاه‌سازی افراد جامعه از طریق برنامه‌های ارتقای سلامت و یا رسانه‌ها توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت؛ وضعیت سلامت؛ خدمات سلامت؛ بهره‌مندی

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۲۹ اصلاح نهایی: ۹۲/۱/۱۷
پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۱۲
این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد که توسط مدیریت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت شده است.

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

- ۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشیار، جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- دانشیار، اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، اصفهان، ایران
(نویسنده‌ی مسؤول) Email: jafarian_86@yahoo.com
- ۵- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

امروزه توجه زیادی به نقش بیمار به‌عنوان عامل مرکزی در مدیریت سلامت خود شده است. واژه‌هایی چون «مرکزیت قرار دادن بیمار»، «بیماری‌های مربوط به شیوه‌ی زندگی»، «اعمال بیمار» و «قدرت‌مند کردن بیمار» همگی بر روی این موضوع

را افزایش داده است (۲). موضوع سواد سلامت به وضوح در دورنمای نقشه‌ی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ نیز بیان شده است؛ جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴ جامعه‌ای سالم و توانمند در تحقق چشم‌انداز بیست ساله است. مردم در این جامعه از سواد سلامت (توانایی دسترسی به اطلاعات، تحلیل و قدرت تصمیم‌گیری درست در زمینه‌ی سلامت) و سطح مطلوبی از سرمایه‌ی اجتماعی برخوردار خواهند بود (۶). در اهداف انسان سالم ۲۰۱۰ بیان شده است که سواد سلامت به طور فزاینده‌ای به افراد کمک می‌کند تا اطلاعات بهداشتی خود را ارزیابی کنند (۷).

سواد سلامت راهی برای پایان دادن به سردرگمی است. انجمن دارویی گزارش داده است که ۹۰ میلیون نفر در آمریکا (نزدیک به نیمی از جمعیت) در درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی مشکل دارند. در نتیجه بیماران داروها را با دستورالعمل‌های اشتباه و نامنظم استفاده می‌کنند و برخی از آن‌ها را (مانند با معده‌ی خالی) متوجه نمی‌شوند (۳). داده‌های موجود اشاره به شکاف‌های بزرگ در سواد سلامت دارد. به‌عنوان مثال، یک بررسی در کانادا نشان داد که ۲۲ درصد از کانادایی‌ها قادر به خواندن برچسب دارو بودند و به‌درستی مقدار مورد نیاز دارو دادن به کودک را محاسبه می‌کردند (۵).

عواقب ناشی از سواد کم سلامت هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم بروز می‌کند: اثرات مستقیم شامل عدم رعایت اندیکاسیون‌ها یا خطاهای دارویی می‌باشد. اندازه‌گیری اثرات غیرمستقیم مشکل‌تر است، اما ممکن است مسایل مربوط به بیمه، دسترسی داشتن به خدمات بهداشتی درمانی و رفتار سلامتی ضعیف را در بر بگیرد (۳).

سواد سلامت کم منجر به ضرر اقتصادی و اجتماعی است و ممکن است به‌طور کامل از درگیر شدن افراد با جامعه و دستیابی به اهداف زندگی آن‌ها جلوگیری کند (۵). تأثیرات اقتصادی سواد پایین سلامت علاوه بر اثراتی که روی افراد می‌گذارد، عواقب اقتصادی ناشی از آن در جامعه نیز بروز می‌کند (۸، ۵). آکادمی ملی جامعه‌ی سالمندان آمریکا تخمین زده است که هزینه‌های مازاد در مراقبت‌های بهداشتی درمانی به دلیل سواد کم سلامت در حدود ۷۳ بیلیون دلار در سال

تأکید دارند که بیمار نقش حیاتی‌تری نسبت به ارایه‌کننده‌ی خدمات سلامت در کنترل سلامتی خود دارد. این موضوع نشان می‌دهد که بیمار بایستی به‌عنوان یک فرد مطلع در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی درمانی خود شرکت کند (۱). سیستم‌های بهداشتی درمانی مدرن دامنه‌های مختلفی از سلامت مشتری را ایجاد کرده‌اند. از زمانی که خود-مدیریتی مراقبت‌های بهداشتی درمانی افزایش پیدا کرده است، افراد به دنبال نقش‌های جدیدی هستند تا اطلاعات به‌دست آورند، حقوق‌شان و پاسخ‌گویی را درک کنند و برای خود و دیگران تصمیمات مربوط به سلامتی را اتخاذ کنند. زیرمجموعه‌ی چنین تقاضایی پذیرفتن مهارت و دانش افراد است (۲). با این وجود به نظر می‌رسد برخی از بیماران با اطلاعات بهداشتی درمانی آشنایی کم‌تری دارند. مطالعات نشان می‌دهد ۴۰ تا ۸۰ درصد اطلاعات پزشکی که بیمار دریافت می‌کند به‌سرعت فراموش می‌شود و نیمی از اطلاعات باقی‌مانده ناصحیح است (۱).

سواد سلامت درجه‌ای است که در آن هر فرد ظرفیت لازم برای به‌دست آوردن، پردازش و درک اطلاعات اولیه‌ی بهداشتی برای تصمیم‌گیری متناسب بهداشتی را دارد که شامل؛ توانایی درک دستورالعمل‌های روی بطری داروی تجویز شده، بروشورهای آموزش پزشکی، فرم‌های رضایت‌نامه، توانایی استفاده از سیستم‌های پیچیده‌ی پزشکی (۳)، مهارت خواندن، شنیدن و تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد (۴). تعریف WHO (World Health Organization) از سواد سلامت به‌عنوان «مهارت‌های شناختی و اجتماعی و توانایی افراد برای دستیابی به درک و استفاده از اطلاعات موجود در راه ترویج و حفظ سلامتی خوب» می‌باشد (۵).

برخی از عوامل از جمله پیشرفت‌های دارویی و تولید داروهای جدید، رشد بیماری‌های مزمن، حرکت مستمر به سمت مشتری‌مداری و بیمار محوری، استقرار اطلاعات سلامتی در دسترس در اینترنت، از عوامل هم‌گرایی هستند که در دو دهه‌ی اخیر باعث افزایش تقاضا برای مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و مدیریت بیماری شده‌اند و اهمیت سواد سلامت

عناصر ساختاری پیام‌هایی که بر فهم و قابلیت استفاده از آن‌ها اثر می‌گذارد و (د) قابلیت هدایت‌گری Navigability کل سیستم بهداشت و درمان است (۱۲).

افرادی که سواد سلامت کم‌تری دارند از لحاظ توانایی مراقبت از بیماری‌های مزمن و استفاده از خدمات مراقبتی نیز در سطح پایینی قرار دارند. نقش کلیدی سواد سلامت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی و بهبود نتایج حاصل از آن به خوبی ثابت شده است (۱۲). سواد سلامت یک پایه‌ی اساسی برای سلامت و زندگی شهروندی مدرن است. سواد سلامت ترکیبی حیاتی از سرمایه‌ی اجتماعی است و باید به‌عنوان یک سیاست - نه تنها در بخش سلامت بلکه در تمام بخش‌ها مورد توجه قرار گیرد (۱۳). در واقع سواد سلامت فعال است: همان‌طور که جامعه در تغییر است، انجام مهارت‌های سواد به عمل کردن نیاز دارد. شهروندان به طور مستمر اطلاعات جدید را یاد می‌گیرند و به‌منظور هدایت تصمیم‌گیری‌های سلامت خود اطلاعات منسوخ را فراموش می‌کنند. هم‌چنین سواد سلامت پویا است: افراد دارای سواد سلامت دائماً درگیر مبادله و گفت‌وگو با محیط خود هستند. آن‌ها می‌توانند در استقلال و وابستگی تعاملات خود با متخصصان بهداشت و درمان، موسسات مربوط با بیماران و کلیه‌ی خدمات در جامعه تادل ایجاد کنند (۵).

با وجود اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت، این موضوع در ایران کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. نیاز به پرداختن به این موضوع و ابعاد آن می‌تواند به‌عنوان ابزاری مؤثر به برنامه‌ریزان و مسؤولین و متولیان کمک کند. نتایج تحقیقات اندک نشان از پایین بودن سواد سلامت در ایران است (۴). حتی در خصوص دانش سلامت نیز مطالعات کشوری و جامع که در برگیرنده‌ی ابعاد مختلف سلامت باشد، کم‌تر در بررسی متون قابل دست‌یابی بود. با توجه به توضیحات فوق ضرورت انجام مطالعه‌ای که وضعیت سواد سلامت در ارتباط با وضعیت سلامت و میزان بهره‌مندی از خدمات را مشخص نماید، کاملاً مشهود است. با توجه به این‌که تاکنون هیچ مطالعه‌ای در ایران به بررسی سواد سلامت، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت در محدوده‌ی سنی ۱۸-۶۴ سال نپرداخته

۱۹۹۸ بوده است (۸، ۳) که این شامل ۳۰ بیلیون دلار برای افرادی که بی‌سواد هستند و ۴۳ بیلیون دلار برای کسانی که سواد حاشیه‌ای سلامت دارند (۳). در میان بزرگسالانی که بیش از یک شب در بیمارستان می‌مانند آن‌هایی که سواد سلامت پایین‌تری دارند نسبت به کسانی که سطح سواد سلامت بالاتری دارند ۶ درصد احتمال ماندن بیش از ۲ روز در بیمارستان وجود دارد (۳). مطالعات دیگر نشان داده است که افراد با سواد کم از خدمات اورژانس بیش‌تر استفاده می‌کنند، در بیمارستان به دفعات بیش‌تری بستری می‌شوند، سازگاری کم‌تری با دارو دارند و از خدمات پیش‌گیرانه کم‌تر بهره می‌برند (۵).

تحقیقات زیادی نشان داده است که سواد سلامت کم با وضعیت سلامت ضعیف و دانش کم در مورد پیشگیری و درمان بیماری‌ها ارتباط مستقیم دارد (۱۱-۸، ۳). وضعیت سلامت از الگوهای رفتاری و ویژگی‌های فردی تأثیر می‌پذیرد، ولی اندازه‌گیری‌های مستمر تفاوت‌های معناداری را در شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی نشان می‌دهد (۱). وضعیت سلامت یک مفهوم کلی است. این مفهوم فراتر از وجود یا عدم وجود بیماری است (۷). ارزیابی سلامت توسط فرد یا سلامت خود گزارشی (Self-rated health) یک شاخص شناخته‌شده‌ی بین‌المللی است که برای سنجش وضعیت سلامت افراد در تحقیقات سلامت همگانی و اپیدمیولوژی دارای کاربرد گسترده‌ای است. در واقع ارزیابی سطح سلامت با پاسخ به یک سوال منفرد توسط سازمان سلامت جهانی (World Health Organization) با انجام پروژه‌ای توسط اتحادیه‌ی اروپا به‌منظور هماهنگ‌سازی مفهوم سلامت به‌عنوان یکی از بهترین شاخص‌های اندازه‌گیری سلامت در سطح فردی و جمعیتی در نظر گرفته شده است (۱۰). به بیان دیگر سنجش‌های حاصل از ارزیابی سلامت افراد توسط خودشان، پیش‌گویی‌کننده‌ی پیامدها و مخاطرات سلامتی طول زندگی آن‌هاست (۱۱). بدون شک فرایندی که با آن سواد سلامت بر وضعیت سلامت تأثیر می‌گذارد شامل: الف) صلاحیت‌های ارتباطی مصرف‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی یعنی بیماران، ب) شایستگی‌های ارتباطی ارائه‌دهندگان خدمت، ج)

مرحله‌ی اول، جامعه‌ی مورد مطالعه به چند منطقه‌ی اصلی تقسیم شد، سپس از درون مناطق بزرگ‌تر به طور تصادفی، مناطق کوچک‌تر (بلوک‌ها) انتخاب شدند. پس از اتمام مرحله‌ی جمع‌آوری داده‌ها و انجام تحقیقات، کلیه‌ی اطلاعات لازم مورد بازبینی قرار گرفته و پس از ساختن دفترچه کد کامپیوتری بر اساس سطوح اندازه‌گیری، متغیرها و گویه‌های مورد نظر کدگذاری و استخراج گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند، بدین ترتیب کلیه‌ی اطلاعات به کامپیوتر منتقل و تغییرات لازم برای شاخص‌سازی صورت گرفت. داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از جداول توزیع فراوانی و در بررسی روابط متغیرها، از جداول دوبعدی و در سطح استنباطی از آزمون آنالیز واریانس چند متغیره، chi-square, kendall و آزمون معناداری P استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد که ۴۷/۳ درصد از افراد مورد مطالعه مرد و ۵۲/۷ درصد زن بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۱۱/۵۴ ع ۳۳/۹۳ بود. ۶۸/۳ درصد افراد مورد مطالعه متأهل بودند. بعد خانوار اکثر افراد مورد مطالعه (۳۴ درصد) ۴ نفر بود. ۱۹/۷ درصد افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۵ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۳۲ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و ۱۳/۳ درصد تحصیلات ارشد و دکتری داشتند. از نظر پوشش بیمه ۲۳/۳ درصد خدمات درمانی، ۶۱/۷ درصد تأمین اجتماعی و ۱۵ درصد سایر بیمه‌ها را داشتند که اکثر افراد مورد مطالعه (۶۱/۷ درصد) تحت پوشش بیمه‌ی تأمین اجتماعی قرار داشتند (جدول ۱).
نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت در بزرگسالان شهر اصفهان ۲/۴ از ۴ و در حد متوسط بود به طوری که حدود ۴۹/۸ درصد بزرگسالان دارای سواد سلامت متوسط یا مرزی می‌باشند. میانگین نمره وضعیت سلامت ۳/۱ از ۵ که در حد خوب و میانگین نمره بهره‌مندی از خدمات سلامت ۲/۱ از ۵ که در حد ضعیف ارزیابی شد (جدول ۲).

است، این پژوهش با هدف تعیین رابطه‌ی بین سواد سلامت، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت در این افراد شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بوده که بر روی ۳۰۰ نفر از افراد ۱۸-۶۴ ساله‌ی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته اقتباس شده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد سواد سلامت CAHP (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) بود (۱۴). در این مطالعه ابتدا پرسش‌نامه طراحی شد و پس از بررسی، سوالات پرسش‌نامه‌ی تحقیق بر اساس مفاهیم و متغیرهای به کار رفته در فرضیه‌های تحقیق با توجه به ویژگی‌های فرهنگی کشورمان انتخاب شد. بعد از طراحی پرسش‌نامه و قبل از اجرای نهایی آن ابتدا روایی صوری پرسش‌نامه توسط چند متخصص انجام شد. سپس در یک مطالعه‌ی مقدماتی ابتدا پرسش‌نامه بین ۳۰ نفر از اعضای جامعه توزیع شد و با توجه به ضریب دشواری سوالات و واریانس پاسخ‌ها تغییرات مورد نیاز روی سوالات اعمال شد تا نهایتاً روایی و پایایی پرسش‌نامه تأیید شود. از این‌رو از ضریب آلفای کرونباخ بهره گرفته شده است که پایایی آن برای گویه‌ها بالای ۰/۷۵ در حد خوب ارزیابی شد. وضعیت سلامت فرد نیز بر اساس خودارزیابی فیزیکی و روانی سلامت در طول ۶ ماه گذشته در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از خیلی زیاد تا خیلی کم اندازه‌گیری شد. میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در شش حیطة از افراد سوال شد که شامل تعداد مراجعه به پزشک عمومی، تعداد مراجعه به پزشک متخصص، تعداد مراجعه به درمانگاه یا مطب، تعداد مراجعه به اورژانس، میزان استفاده از خدمات تشخیصی در ۳ ماه گذشته و میزان بستری شدن در بیمارستان در یک سال گذشته می‌باشد. جامعه‌ی آماری در این تحقیق افراد ۱۸-۶۴ ساله‌ی شهر اصفهان هستند که از بین آن‌ها ۳۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین‌صورت که در

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ی مورد مطالعه

متغیرهای زمینه‌ای	تعداد	درصد
سن	۲۴-۱۸	۲۱/۷
	۳۹-۲۵	۵۰
	۴۹-۴۰	۱۳/۷
	۵۰ و بیش‌تر	۱۴
جنس	مرد	۴۷/۳
	زن	۵۲/۷
محل سکونت (محل یا منطقه)	۴	۳۳/۳
	۶	۳۳/۳
	۱۴	۳۳/۳
وضعیت تأهل	مجرد	۳۱/۷
	متأهل	۶۸/۳
وضعیت بیمه	خدمات درمانی	۲۳/۳
	تأمین اجتماعی	۶۱/۷
	سایر	۱۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۹/۷
	دیپلم	۳۵
	کارشناسی	۳۲
	کارشناسی ارشد، دکتری	۱۳/۳
بعد خانوار	۱ و ۲	۱۸/۳
	۳	۲۰
	۴	۳۴
	۵ و بیش‌تر	۲۷/۷

جدول ۲: توزیع فراوانی سواد سلامت، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد	میانگین نمره
سواد سلامت	ضعیف	۱۳	۵/۵	۲/۴
	متوسط	۱۱۸	۴۹/۸	
	خوب	۹۶	۴۰/۵	
	عالی	۱۰	۴/۲	
وضعیت سلامت	خیلی ضعیف	۱۷	۵/۷	۳/۱
	ضعیف	۷۲	۲۴	
	متوسط	۹۴	۳۱/۳	
	خوب	۹۵	۳۱/۷	
بهره‌مندی از خدمات سلامت	خیلی خوب	۲۲	۷/۳	۲/۱
	خیلی ضعیف	۷۸	۲۶	
	ضعیف	۱۱۳	۳۷/۷	
	متوسط	۸۵	۲۸/۳	
	خوب	۲۰	۶/۷	
	خیلی خوب	۴	۱/۳	

جدول ۳: تعیین ارتباط بین سواد سلامت با بهره‌مندی از خدمات سلامت و وضعیت سلامت برحسب متغیرهای دموگرافیک و نوع بیمه

متغیر	بهره‌مندی از خدمات سلامت			وضعیت سلامت		
	میانگین	فاصله اطمینان	Pvalue	میانگین	فاصله اطمینان	Pvalue
سن	۲۴-۱۸	(۱۳/۳۴، ۲/۶۵۵)	۰/۷۴۷	۶/۵۴۹	(۳/۶۹۷، ۶/۶۵۴)	۰/۲۷۶
	۲۵-۳۹	(۱۴/۵۰، ۲/۵۴۷)	۰/۳۷۵	۶/۰۰۴	(-۰/۳۱۹، ۱/۱۱۴)	۰/۶۲۱
	۴۰-۴۹	(۱۳/۶۲، ۲/۱۱۷)	۰/۹۵۹	۵/۷۳۷	(-۱/۱۳۰، ۰/۳۰۱)	۰/۲۵۴
	۵۰-۶۴	۱۳/۷۰	.	۶/۱۵۲	.	.
جنس	مرد	(-۱/۵۲۶، ۰/۹۱۶)	۰/۶۲۳	۶/۲۷	(۰/۰۷۸، ۰/۷۲۳)	۰/۱۱۴
	زن	۱۳/۹۴	.	۵/۹۴	.	.
وضعیت تأهل	متأهل	(-۱/۰۵۳، ۱/۹۴۲)	۰/۵۵۹	۵/۹۴	(۰/۸۴۱، ۰/۱۹۰)	۰/۲۱۵
	مجرد	۱۳/۵۷	.	۶/۲۷	.	.
تحصیلات	زیر دیپلم	(-۲/۴۵۹، ۱/۱۸۶۱)	۰/۷۸۵	۵/۸۸	(-۱/۰۵۴، ۰/۴۰۷)	۰/۳۸۴
	دیپلم	(-۱/۳۸۸، ۲/۴۶۶)	۰/۵۸۲	۵/۸۱	(-۱/۰۴۰، ۰/۲۴۸)	۰/۲۲۷
	کارشناسی	(-۴/۶۷۷، -۰/۳۱۵)	*۰/۰۲۴	۶/۵۳	(-۰/۳۷۳، ۱/۰۱۷)	۰/۳۶۲
	ارشد و بالاتر	۱۴/۳۳	.	۶/۲۱	.	.
محل سکونت	منطقه ۴	(-۰/۵۲۴، ۱/۹۲۴)	۰/۲۶۱	۶/۴۱	(۰/۰۷۵، ۱/۰۶۳)	*۰/۰۲۴
	منطقه ۶	(-۴/۹۹۴، -۲/۵۴۶)	* <0.001	۶/۰۶	(-۰/۲۹۰، ۰/۷۲۱)	۰/۴۰۲
	منطقه ۱۴	۱۴/۷۳	.	۵/۸۴	.	.
بعد خانوار	۱ و ۲	(-۱/۹۶۷، ۲/۰۷۹)	۰/۹۵۷	۶/۵۸	(۰/۴۶۰، ۱/۷۸۴)	*۰/۰۰۱
	۳	(-۰/۶۷۱، ۲/۹۷۴)	۰/۲۱۵	۵/۹۸	(-۰/۰۸۹، ۱/۱۳۰)	۰/۰۹۴
	۴	(-۱/۷۰۸، ۱/۴۶۵)	۰/۸۸	۶/۴۱	(۰/۴۳۱، ۱/۴۷۰)	*۰/۰۰۰
	۵ و بالاتر	۱۳/۵۲	.	۵/۴۶	.	.
	خدمات درمانی	(-۰/۶۰۶، ۳/۵۴۱)	۰/۱۶۴	۵/۹۳	(-۰/۸۷۰، ۰/۵۱۱)	۰/۶۰۹
نوع بیمه	تأمین اجتماعی	(-۰/۸۰۷، ۰/۷۴۴)	۰/۲۸۴	۶/۲۹	(-۰/۴۰۳، ۰/۷۶۳)	۰/۵۴۴
	سایر بیمه‌ها	۱۲/۹۸	.	۶/۱۹	.	.
سواد سلامت	۱۳/۵۹	(-۰/۰۶۱، ۰/۰۳۱)	۰/۵۲۱	۶/۱۲	(-۰/۰۱۳، ۰/۰۱۸)	۰/۷۶۶

این پارامتر صفر در نظر گرفته شده و سایر پارامترها با آن مقایسه می‌شود.

استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج آن در جدول ۳ بیان شده است. با توجه به نتایج جدول ۳ بین سواد سلامت، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. میزان تحصیلات افراد و منطقه‌ی محل سکونت در بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت مؤثر است. بهره‌مندی در

ارتباط بین نمره‌ی سواد سلامت با بهره‌مندی از خدمات سلامت و وضعیت سلامت برحسب متغیرهای دموگرافیک و نوع بیمه

متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، بعد خانوار، منطقه‌ی محل سکونت، وضعیت تأهل و نوع بیمه، نمره‌ی سواد سلامت، نمره‌ی بهره‌مندی از خدمات سلامت و نمره‌ی وضعیت سلامت با

گذشته داشتند.

در این بخش آزمون آماری chi-square و Kendall ارتباط آماری معناداری بین سواد سلامت با تعداد مراجعه به پزشک عمومی، پزشک متخصص، درمانگاه، بخش اورژانس و بستری در بیمارستان نشان نداد.

ارتباط بین سطوح سواد سلامت با وضعیت سلامت

با توجه به نتایج جدول ۴ در سطح سواد سلامت ضعیف، بیش‌تر افراد وضعیت سلامت خود را ضعیف ارزیابی نموده (۶/۸ درصد) و نیز درصد بیش‌تری از افراد وضعیت سلامت خود را نسبت به سال گذشته خیلی بدتر ارزیابی کرده‌اند (۱۵/۴ درصد).

هم‌چنین در سطح سواد سلامت متوسط، بیش‌تر افراد وضعیت سلامت خود را خیلی خوب ارزیابی نموده (۴۶/۲ درصد) و نیز درصد بیش‌تری از افراد وضعیت سلامت خود را نسبت به سال گذشته بهتر ارزیابی کرده‌اند (۴۶/۳ درصد). در سطح سواد سلامت خوب، بیش‌تر افراد وضعیت سلامت خود را متوسط ارزیابی نموده (۴۴/۵ درصد) و نیز درصد بیش‌تری از افراد وضعیت سلامت خود را نسبت به سال گذشته بهتر ارزیابی کرده‌اند (۴۶/۳ درصد) و نیز در سطح سواد سلامت عالی، بیش‌تر افراد وضعیت سلامت خود را خیلی خوب ارزیابی نموده (۷/۷ درصد) و نیز درصد بیش‌تری از افراد وضعیت سلامت خود را نسبت به سال گذشته بدتر ارزیابی کرده‌اند (۵/۸ درصد).

در این بخش آزمون آماری chi-square و Kendall ارتباط آماری معناداری بین سطوح سواد سلامت با دو سوال وضعیت سلامت نشان نداد (جدول ۴).

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۰/۱ ع ۳۳/۹۳ می‌باشد. ۴۷/۳ درصد از افراد مورد مطالعه مرد و ۵۲/۷ درصد زن بودند. میانگین نمره‌ی سواد سلامت ۲/۴ و در حد متوسط، میانگین نمره‌ی وضعیت سلامت ۳/۱ و در حد خوب و میانگین نمره‌ی بهره‌مندی از خدمات سلامت ۲/۱ و در حد ضعیف ارزیابی شد. بین سواد سلامت، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد.

منطقه‌ی ۶ و در گروه تحصیلی کارشناسی کم‌تر است. بعد خانوار در وضعیت سلامت افراد مؤثر است. وضعیت سلامت در افراد مسن‌تر، متأهل، زنان، بعد خانوار بالا، گروه زیر دیپلم و منطقه‌ی ۱۴ از سایر گروه‌ها پایین‌تر است.

ارتباط بین سطوح سواد سلامت با بهره‌مندی از خدمات سلامت با توجه به نتایج جدول ۴ در سطح سواد سلامت ضعیف، درصد بیش‌تری از افراد بیش از سه بار مراجعه به پزشک عمومی (۲۴/۷ درصد)، یک بار مراجعه به پزشک متخصص (۷/۱ درصد)، یک بار مراجعه به اورژانس (۶/۳ درصد)، یک بار استفاده از خدمات تشخیصی (۷/۴ درصد) در طول سه ماه گذشته و یک بار سابقه‌ی بستری در بیمارستان (۹/۴ درصد) در طول سال گذشته داشتند. هم‌چنین هیچ‌گونه مراجعه‌ای به درمانگاه نداشتند (۷/۱ درصد).

در سطح سواد سلامت متوسط، درصد بیش‌تری از افراد مراجعه‌ای به پزشک عمومی (۵۷/۶ درصد)، پزشک متخصص (۵۹/۴ درصد) و درمانگاه (۶۴/۳ درصد) نداشتند و هم‌چنین آن‌ها بیش از سه بار مراجعه به اورژانس (۶۶/۶ درصد)، بیش از سه بار استفاده از خدمات تشخیصی (۶۲/۵ درصد) در طول سه ماه گذشته و دو بار سابقه‌ی بستری در بیمارستان (۵۶/۳ درصد) در طول سال گذشته داشتند. در سطح سواد سلامت خوب، درصد بیش‌تری از افراد دو بار مراجعه به پزشک عمومی (۵۰/۹ درصد)، دو بار مراجعه به پزشک متخصص (۴۵/۶ درصد)، دو بار مراجعه به درمانگاه (۴۹ درصد)، دو بار مراجعه به اورژانس (۵۱/۷ درصد)، دو بار استفاده از خدمات تشخیصی (۵۸/۶ درصد) در طول سه ماه گذشته داشته‌اند و هیچ سابقه‌ای از بستری در بیمارستان (۵۶/۳ درصد) در طول سال گذشته نداشتند.

با توجه به نتایج جدول ۴ در سطح سواد سلامت عالی، درصد بیش‌تری از افراد مراجعه‌ای به پزشک عمومی (۱۲/۱ درصد)، پزشک متخصص (۹/۴ درصد) در طول سه ماه گذشته نداشتند و هم‌چنین هیچ استفاده‌ای از خدمات تشخیصی (۵۸/۶ درصد) در این مدت نداشتند. هم‌چنین درصد بیش‌تری از این افراد دو بار مراجعه به درمانگاه (۸/۲ درصد)، بیش از سه بار مراجعه به اورژانس (۱۶/۶ درصد) در طول سه ماه گذشته داشته‌اند و بیش از سه بار سابقه‌ی بستری در بیمارستان (۵۰ درصد) در طول سال

جدول ۴: ارتباط بین وضعیت سلامت عمومی و بهره‌مندی از خدمات سلامت با سواد سلامت در بزرگسالان شهر اصفهان

Pvalue	سواد سلامت عالی		سواد سلامت خوب		سواد سلامت متوسط		سواد سلامت ضعیف		درصد	تعداد	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد			
۰/۸۸۵	۰	۰	۳۰	۳	۶۰	۶	۱۰	۱	۴/۲	۱۰	خودرزیایی وضعیت سلامت عمومی
	۶/۸	۳	۳۶/۴	۱۶	۵۰	۲۲	۶/۸	۳	۱۸/۶	۴۴	خیلی ضعیف
	۳/۹	۵	۴۴/۵	۵۷	۴۶/۱	۵۹	۵/۵	۷	۵۴	۱۲۸	ضعیف
	۲/۴	۱	۳۵/۷	۱۵	۵۹/۵	۲۵	۲/۴	۱	۱۷/۷	۴۲	متوسط
	۷/۷	۱	۳۸/۵	۵	۴۶/۲	۶	۷/۷	۱	۵/۵	۱۳	خوب
۰/۳۲۸	۰	۰	۳۸/۵	۵	۴۶/۲	۶	۱۵/۴	۲	۵/۵	۱۳	خیلی خوب
	۵/۸	۳	۳۶/۶	۱۸	۵۱/۹	۲۷	۷/۷	۴	۲۱/۹	۵۲	مقایسه وضعیت سلامت با سال گذشته
	۴/۷	۵	۴۱/۱	۴۴	۵۰/۵	۵۴	۳/۷	۴	۴۵/۱	۱۰۷	خیلی بدتر
	۲/۴	۱	۴۶/۳	۱۹	۴۶/۳	۱۹	۴/۹	۲	۱۷/۳	۴۱	بدتر
	۴/۲	۱	۴۱/۷	۱۰	۵۰	۱۲	۴/۲	۱	۱۰/۱	۲۴	مشابه
۰/۵۸۸	۱۲/۱	۴	۲۴/۲	۸	۵۷/۶	۱۹	۶/۱	۲	۱۳/۹	۳۳	بهبتر
	۲/۶	۲	۴۳/۶	۳۴	۴۷/۴	۳۷	۶/۴	۵	۳۲/۹	۷۸	خیلی بهتر
	۵/۳	۳	۵۰/۹	۲۹	۴۲/۱	۲۴	۱/۸	۱	۲۴/۱	۵۷	مراجعه به پزشک عمومی در ۳ ماه گذشته
	۰/۰۱	۱	۳۶/۲	۲۵	۵۵/۱	۳۸	۲۴/۷	۵	۲۹/۲	۶۹	هیچ
	۹/۴	۳	۲۵	۸	۵۹/۴	۱۹	۶/۳	۲	۱۳/۵	۳۲	۱ بار
۰/۸۵۵	۳/۶	۳	۴۴	۳۷	۴۵/۲	۳۸	۷/۱	۶	۲۴/۱	۸۴	۲ بار
	۳/۵	۲	۴۵/۶	۲۶	۴۷/۴	۲۷	۳/۵	۲	۱۴/۸	۵۷	۳ بار و بیشتر
	۳/۱	۲	۳۹/۱	۲۵	۵۳/۱	۳۴	۴/۷	۳	۲۷/۱	۶۴	مراجعه به درمانگاه یا مطب در ۳ ماه گذشته
	۳/۶	۱	۲۵	۷	۶۴/۳	۱۸	۷/۱	۲	۱۱/۸	۲۸	هیچ
	۳/۷	۳	۴۳/۹	۳۶	۴۶/۳	۳۸	۶/۱	۵	۳۴/۶	۸۲	۱ بار
۰/۹۹۶	۸/۲	۴	۴۹	۲۴	۴۰/۸	۲۰	۲	۱	۲۰/۷	۴۹	۲ بار
	۲/۵	۲	۳۷/۱	۲۹	۵۳/۸	۴۲	۶/۴	۵	۳۲/۹	۷۸	۳ بار و بیشتر
	۶/۶	۵	۳۲/۹	۲۵	۵۵/۳	۴۲	۵/۳	۴	۳۲/۱	۷۶	استفاده از خدمات اورژانس در ۳ ماه گذشته
	۲/۴	۳	۴۳/۷	۵۵	۴۷/۶	۶۰	۶/۳	۸	۵۳/۲	۱۲۶	هیچ
	۳/۴	۱	۵۱/۷	۱۵	۴۱/۴	۱۲	۳/۴	۱	۱۲/۲	۲۹	۱ بار
۰/۳۱۷	۱۶/۶	۱	۱۶/۶	۱	۶۶/۶	۴	۰	۰	۲/۵	۶	۲ بار
	۸/۶	۶	۳۰	۲۱	۵۵/۷	۳۹	۵/۷	۴	۲۹/۵	۷۰	۳ بار و بیشتر
	۱/۶	۲	۴۳/۴	۵۳	۴۷/۵	۵۸	۷/۴	۹	۵۱/۵	۱۲۲	استفاده از خدمات تشخیصی در ۳ ماه گذشته
	۳/۴	۱	۵۸/۶	۱۷	۳۷/۹	۱۱	۰	۰	۱۲/۲	۲۹	هیچ
	۶/۲	۱	۳۱/۲	۵	۶۲/۵	۱۰	۰	۰	۶/۸	۱۶	۱ بار
۰/۱۵۲	۵/۴	۹	۴۲/۲	۷۰	۴۷/۶	۷۹	۴/۸	۸	۷۰	۱۶۶	۲ بار
	۰	۰	۳۵/۸	۱۹	۵۴/۷	۲۹	۹/۴	۵	۲۲/۴	۵۳	۳ بار و بیشتر
	۶/۳	۱	۳۷/۵	۶	۵۶/۳	۹	۰	۰	۶/۸	۱۶	سابقه بستری در بیمارستان در سال گذشته
	۵۰	۱	۰	۰	۵۰	۱	۰	۰	۰/۸	۲	هیچ
											۱ بار

حاضر همسو است که نشان داده بودند در لس‌آنجلس، سطح سواد سلامت با تعداد ویزیت پزشک در ۳ ماه گذشته ارتباط ندارد. البته در آنتالیا، بیماران با سواد سلامت ناکافی نسبت به بیماران با سواد سلامت کافی، به میزان بیش‌تری پزشک را در طول سه ماه گذشته ملاقات کرده بودند (۶۹ درصد در مقابل ۶۱/۲ درصد)، هم‌چنین آن‌ها به میزان بیش‌تری دو بار یا بیش‌تر پزشک را ملاقات کرده‌اند (۴۴/۴ درصد در مقابل ۳۶/۹ درصد). با این وجود در این مطالعه هم بعد از خارج کردن تأثیر سایر متغیرها بر سواد سلامت، هیچ تفاوتی بین استفاده از مراقبت‌های سرپایی طبق سطوح سواد سلامت وجود نداشت (۹).

نتایج مطالعه‌ی Nancy و همکاران نشان می‌دهد که خدمات سرپایی کم‌تر با سواد سلامت بالاتر ارتباط معنادار دارد. در واقع تعداد پذیرش‌های سرپایی با افزایش سواد سلامت کاهش می‌یابد (۲۱) که با مطالعه‌ی ما مطابقت ندارد. بخش زیادی از مراجعات سرپایی نه به علت بیماری واقعی، بلکه به علت نگرانی‌های بی‌مورد بیماران و خانواده‌های آن‌ها و یا القاهای صورت گرفته از سوی جامعه، رسانه و حتی نظام سلامت صورت می‌گیرد. ولی با افزایش سواد سلامت افراد، میزان مراجعات سرپایی غیرضروری کاهش می‌یابد.

در مطالعه‌ی حاضر ارتباط آماری معناداری میان سطح سواد سلامت و مراجعه به اورژانس وجود ندارد که این نتیجه در مطالعات (۲۳، ۱۸) نیز تأیید شده است. در مطالعه‌ی Lee و همکاران هیچ ارتباط معناداری بین سطوح سواد سلامت و مراجعه به اورژانس وجود نداشت (۲۳). اما در مطالعه‌های دیگری این رابطه معنادار شده است (۲۰، ۱۷). البته باید به این نکته توجه نمود که این مطالعات از ابزارهای متفاوتی برای سنجش سواد سلامت استفاده کرده‌اند که همین امر مقایسه‌ی نتایج آن‌ها را با مطالعه‌ی حاضر مشکل می‌کند.

در مطالعه‌ی Cho و همکاران ویزیت‌های اورژانس با افزایش سواد سلامت به طور چشم‌گیری کاهش می‌یابد. افزایش سواد سلامت با کاهش ۶۰ درصدی در استفاده از اورژانس ارتباط دارد (۱۵). افراد با نمره‌ی سواد سلامت ناکافی تمایل بیش‌تری برای دریافت خدمات اورژانس دارند (۲۴).

در مطالعه‌ی David و همکاران افراد با سواد سلامت ناکافی و مرزی نسبت به افراد با سواد سلامت کافی، تمایل بیش‌تری

میزان تحصیلات افراد و منطقه‌ی محل سکونت در بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت مؤثر است. بهره‌مندی در منطقه‌ی ۶ و در گروه تحصیلی کارشناسی کم‌تر است. تعداد اعضای خانواده در وضعیت سلامت افراد مؤثر است. وضعیت سلامت در افراد متأهل، زنان، بعد خانوار بالا، گروه زیر دیپلم و منطقه‌ی ۱۴ از سایر گروه‌ها پایین‌تر است.

نتایج حاکی از آن است که ارتباط معناداری بین سطح سواد سلامت و مراجعه به پزشک وجود ندارد که نتایج آن با مطالعات دیگر که نشان داده بودند بین سطح سواد سلامت با مراجعه‌ی سرپایی به پزشک ارتباط آماری معناداری وجود ندارد (۱۷-۱۵) هم‌خوانی دارد. البته در تعدادی از مطالعات هم ارتباط آماری معناداری بین سطح سواد سلامت و استفاده از خدمات درمانی وجود داشت (۲۰-۱۸، ۹) که با این مطالعه هم‌خوانی ندارد. در پژوهش Nancy و همکاران یک بار ملاقات در مطب هیچ ارتباطی با سواد سلامت نداشت (۲۱) که با مطالعه‌ی حاضر مطابقت دارد. به علت تفاوت جامعه‌ی آماری مورد بررسی در مطالعات ذکر شده با مطالعه‌ی حاضر، نتایج نیز می‌تواند متفاوت باشد، چرا که ویژگی‌های نظام سلامت هر جامعه، سطح آگاهی مردم و نوع آموزش‌های ارائه شده به آن‌ها در بهره‌مندی از خدمات مؤثر است و این عوامل می‌تواند زمینه‌ی تفاوت نتایج مطالعات را فراهم کند.

بر اساس پژوهش David و همکاران سواد سلامت ناکافی ارتباط بسیار کم یا هیچ ارتباطی با تعداد کل ویزیت‌های سرپایی در بین افراد تحت پوشش مراقبت‌های مدیریت شده مدیرک ندارد (۲۲) و در مطالعه‌ی Walker و همکاران و نیز در مطالعه‌ی Reisi و همکاران رابطه‌ی مثبتی بین سواد سلامت با احتمال مراجعه به پزشک به دست آمده است (۲۰-۱۸). هم‌چنین در مطالعه‌ی Lee و همکاران ارتباط منفی بین سطوح سواد سلامت با ویزیت‌های سرپایی وجود داشته است (۲۳).

نتایج این مطالعه با پژوهش‌های دیگر که افراد جوان‌تر و بیماران بیمه نشده را بررسی کرده‌اند مطابقت دارد که یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد سواد سلامت به صورت مستقل با تعداد ویزیت‌های سرپایی خود گزارش شده‌ی بیماران در طول ۳ ماه گذشته ارتباطی ندارد (۱۷، ۹). هم‌چنین نتایج مطالعه‌ی دیگری نیز با یافته‌های پژوهش

بیش‌تری برای دو بار بستری یا بیش‌تر در بیمارستان دارند که این ارتباط معنادار شده است. افراد با سواد سلامت ناکافی ۵۲ درصد احتمال بیش‌تری برای بستری در بیمارستان دارند (۹).

به هر حال تأثیر سواد سلامت ناکافی بر روی میزان بستری وابسته به عواملی هم‌چون ویژگی‌های سیستم بهداشتی درمانی و جمعیت بیماران است. خصوصاً سواد سلامت ناکافی برای افرادی که با موانع مدیریتی برای کسب مراقبت‌ها روبرو هستند، بیش‌تر است (۹). در لس‌آنجلس سطح سواد با بستری شدن در بیمارستان ارتباط معناداری نداشت (۱۹).

با توجه به این که شاخص‌هایی مانند تعداد ویزیت پزشک، مراجعه به اورژانس و بستری در بیمارستان در مجموع بهره‌مندی فرد از سیستم سلامت را نشان می‌دهد، در این مطالعه ارتباط معناداری در مجموع بین سطوح سواد سلامت و میزان بهره‌مندی مشاهده نشد که با نتایج پژوهش Lee و همکاران هم هم‌خوانی دارد (۲۳).

استفاده از ویزیت‌های سرپایی یکی از قدیمی‌ترین شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی محسوب می‌شود. البته تعداد کل ویزیت‌های سرپایی یک شاخص ناکامل برای دسترسی به مراقبت‌ها محسوب می‌شود. موانع بزرگ‌تر در دسترسی به مراقبت‌ها مثل نداشتن بیمه‌ی سلامت است که معمولاً در تعداد کم‌تر ویزیت سرپایی دیده می‌شود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد سواد سلامت ناکافی به‌عنوان یک مانع بزرگ در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی محسوب نمی‌شود. این نتیجه با مطالعات قبلی مطابقت دارد که افراد با سواد سلامت ناکافی و افراد با سواد سلامت کافی به‌طور یکسان مشکلات دسترسی به مراقبت‌ها را بیان می‌کنند (۱۷).

نتایج نشان می‌دهد که ارتباط بین سواد و سلامت با استفاده‌ی کم از خدمات بهداشتی درمانی توجیه نمی‌شود. در هر صورت می‌توان گفت بیماران با سواد کم از خدمات کم‌تری نسبت به حد ضرورت استفاده می‌کنند. بیماران با سواد کم ممکن است مراقبت‌های غیر مؤثری دریافت کنند چرا که راهنمایی‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را به طور کامل متوجه نمی‌شوند. بنابراین ممکن است آن‌ها به ویزیت‌های بیش‌تری برای رسیدن به همان هدف درمانی مشابه نیاز داشته باشند (۹).

برای مراجعه به اورژانس دارند، چرا که ۲۱/۸ درصد افراد با سواد سلامت کافی، ۲۷/۶ درصد با سواد سلامت مرزی و ۳۰/۴ درصد با سواد سلامت ناکافی مراجعه به اورژانس داشتند و این روند هم از نظر آماری معنادار شده است که با پژوهش حاضر همسو نیست. هم‌چنین ۱۵ درصد افراد با سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد با سواد سلامت مرزی و ۱۷ درصد با سواد سلامت ناکافی یک بار مراجعه به اورژانس داشتند. هم‌چنین ۶/۸ درصد افراد با سواد سلامت کافی، ۱۲/۳ درصد با سواد سلامت مرزی و ۱۳/۴ درصد با سواد سلامت ناکافی دو بار و بیش‌تر مراجعه به اورژانس داشتند (۲۲)، در صورتی که در مطالعه‌ی حاضر تفاوت معناداری در مراجعه به اورژانس در سطوح مختلف سواد سلامت وجود نداشت. این نشان می‌دهد که در کشور ما سواد سلامت نقش چندانی در مراجعه‌ی افراد به اورژانس ندارد که شاید علت آن دسترسی آسان به خدمات اورژانس است. زیرا افراد حتی برای مشکلات و بیماری‌های معمولی مثل سرماخوردگی در هر ساعت از شبانه‌روز این اطمینان را دارند که می‌توانند از خدمات اورژانس موجود در سطح شهر و یا اورژانس بیمارستان‌ها استفاده نمایند.

در این مطالعه ارتباط معناداری بین سطح سواد سلامت و بستری شدن در بیمارستان مشاهده نشد که نشان می‌دهد در جامعه‌ی مورد بررسی سواد سلامت نقش کمی در بستری بیماران دارد و در بسیاری از موارد بیماران نه به میل شخصی بلکه با دستور پزشک در بیمارستان بستری می‌شوند.

ولی نتایج مطالعه‌ی Walker نشان می‌دهد که ارتباط معکوس معناداری بین سواد سلامت و فراوانی بستری در بیمارستان وجود دارد. برای مثال افراد با سطح سواد سلامت پایین‌تر نسبت به افراد با سطح سواد سلامت بالاتر، فراوانی بستری در بیمارستان بیش‌تری دارند (۲۰). این رابطه‌ی معنادار در تعدادی دیگر از مطالعات نیز به‌دست آمده است (۹، ۱۹).

در مطالعه‌ی Baker و همکاران نشان داده‌اند که افراد با سواد سلامت مرزی (۳۳/۹ درصد) و ناکافی (۳۴/۹ درصد) نسبت به افراد با سواد سلامت کافی (۲۶/۷ درصد) احتمال بیش‌تری برای بستری در بیمارستان دارند که این ارتباط معنادار شده است. افراد با سواد سلامت مرزی (۱۷/۸ درصد) و ناکافی (۱۹/۹ درصد) نسبت به افراد با سواد سلامت کافی (۱۴ درصد) احتمال

سلامتی و به‌کارگیری مؤثر منابع دارد که نتیجه‌ی نهایی آن می‌تواند بهبود و ارتقای سلامت افراد جامعه باشد. با توجه به نتایج این مطالعه که شیوع سواد سلامت متوسط در بزرگسالان شهر اصفهان و نیز پایین بودن میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت را نشان داد، لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت آشکار می‌گردد و بهبود ارتباط پزشک و بیمار و آگاه‌سازی افراد جامعه از طریق برنامه‌های ارتقای سلامت و یا رسانه‌ها برای استفاده‌ی بهینه از منابع موجود توصیه می‌شود.

پیشنهادات

تحقیقات بیشتر در زمینه‌ی سواد سلامت می‌تواند به بررسی نژاد و قومیت و یا آداب و رسوم فرهنگی و تأثیر آن در سواد سلامت، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت بپردازد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به بررسی سواد سلامت در بیماری‌های مختلف پرداخته شود. همچنین با بررسی تأثیر رسانه‌های جمعی در بهبود رفتارهای سلامتی افراد می‌توان به بهبود آن رفتارها و در نتیجه ارتقای سلامت کمک کرد.

ارتباط بین سواد سلامت و وضعیت سلامت خودگزارش‌دهی بایستی با احتیاط تفسیر شود. وضعیت سلامت خودگزارشی، فقط یک آیتم منفرد برای اندازه‌گیری برداشت‌های سلامت عمومی است. انجام مطالعاتی که در آن وضعیت سلامت با جزئیات بیشتر بررسی شود پیشنهاد می‌گردد تا این ارتباط با دقت بیشتر مشخص شود.

علاوه بر آن سوالات فردی و مقیاس‌های وضعیت سلامت در بیماران کم‌سواد بایستی از نظر اعتبار مورد بررسی قرار گیرد تا این اطمینان به وجود آید که تفاوت در وضعیت سلامت خودگزارشی ناشی از تفاوت در سبک پاسخ بین بیماران کم‌سواد و بیماران با سواد کافی نباشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله لازم است از کلیه‌ی اساتید عزیز که با راهنمایی ارزنده‌ی خود به پیشبرد اهداف این پژوهش کمک نمودند قدردانی شود. همچنین نویسندگان از کلیه‌ی افرادی که در امر تکمیل پرسش‌نامه ما را یاری نمودند کمال تشکر را دارند.

در این مطالعه بین میانگین نمره‌ی سواد سلامت، سطوح سواد سلامت و وضعیت سلامت ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. مطالعات دیگری نیز این عدم ارتباط را تأیید کرده‌اند (۲۵، ۹). مطالعه‌ای که بین آمریکایی‌های آفریقایی و لاتین‌ها انجام شد نشان می‌دهد هیچ ارتباطی بین این دو وجود ندارد (۲۶). اما در مطالعات زیادی هم این ارتباط معنادار گزارش شده است (۳۰-۲۶، ۲۴، ۲۲، ۹-۸، ۵، ۳).

در مطالعه‌ی Wolf و همکاران افراد با سطح سواد سلامت ناکافی به طور معناداری میانگین سلامت فیزیکی و روانی خود را کم‌تر گزارش نمودند. ارتباط بین سواد سلامت ناکافی و سلامت فیزیکی ضعیف‌تر افزایش می‌یابد (۲۹).

در مطالعه‌ی دیگری نیز آمده است افراد با سطح سواد سلامت بالاتر، اطلاعات بیشتر نسبت به وضعیت سلامت خود دارند. به طور کلی ارتباط مستقیمی بین سواد سلامت و وضعیت سلامت وجود دارد (۲۰). در جمعیت بزرگسالان مدیگر، سواد سلامت ناکافی با کارکرد فیزیکی و سلامت روان ضعیف ارتباط دارد (۲۹، ۲۴). مطالعه‌ای بر روی بزرگسالان ژاپنی هم انجام شده است که نشان می‌دهد سواد سلامت ضعیف با وضعیت سلامت فیزیکی و روانی ضعیف در ارتباط است (۲۷).

همچنین سواد سلامت ناکافی به طور معناداری با سلامت روانی ضعیف خود-گزارشی همبستگی دارد. این یافته‌ها شگفت‌انگیز است چرا که بیشتر مطالعات ارتباط معناداری بین سواد سلامت و وضعیت سلامت خود گزارشی نشان داده‌اند (۲۳).

در پژوهش Reisi و همکاران افراد با سواد سلامت بالاتر، وضعیت سلامت عمومی خود را بهتر ارزیابی کردند (۱۸). سواد سلامت ناکافی به شدت بر روی دانش بیماران، خود مراقبتی در بیماری‌های قلبی، وضعیت سلامت و ریسک بستری شدن اثر می‌گذارد (۱۹). یکی از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر خود گزارشی بودن پاسخ‌ها و اطلاعات جمع‌آوری شده می‌باشد که احتمال دارد افراد وضعیت سلامت خود را بیشتر به صورت ذهنی ارزیابی کرده باشند و یک روند عینی برای همه‌ی پاسخ‌گویان جاری نبوده است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این مطالعه تأثیر به‌سزایی در بهبود مهارت‌های ارتباطی رایبدهندگان و گیرندگان خدمات، وضعیت

References

1. North Carolina Institute of Medicine. Just What Did the Doctor Order? Addressing Low Health Literacy in North Carolina [Online]. 2007. Available from: URL: http://www.nciom.org/wp-content/uploads/NCIOM/projects/health_literacy/Preface.pdf.
2. Tsai TI, Lee SY, Tsai YW, Kuo KN. Methodology and Validation of Health Literacy Scale Development in Taiwan. *J Health Commun* 2011; 16(1): 50-61.
3. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1999; 281(6): 552-7.
4. Tehrani 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.
5. Kickbusch L, Wait S, Maag D. Navigating Health: the Role of Health Literacy [Online]. 2006; Available from: URL: http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy.
6. Ministry of Health, Treatment and Education. Map of Iran's Health System in 1404 [Online]. 2011; Available from: URL: <http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=130&newsview=10724>.
7. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2010 Objectives: Draft for Public Comment. Washington, DC: Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services; 1998.
8. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of Functional Health Literacy to Patient's Knowledge of Their Chronic Disease: A Study of Patients with Hypertension and Diabetes. *Arch Intern Med* 1998. 158 (2): 166-72.
9. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J. The Relationship of Patient Reading Ability to Self-Reported Health and Use of Health Services. *Am J Public Health*. 1997; 87(6): 1027-30.
10. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health Literacy among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *Journal of the American Medical Association JAMA*, 1999. 281(6): 545-51.
11. de Bruin A, Picavet HS, Nossikov A. Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments. *WHO Reg Publ Eur Ser*. 1996; 58:i-xiii, 1-161.
12. Manderbacka K, Kåreholt I, Martikainen P, Lundberg O. The Effect of Point of Reference on the Association between Self-Rated Health and Mortality. *Soc Sci Med* 2003; 56(7): 1447-52.
13. Rubin DL, Parmer J, Freimuth V, Kaley T, Okundaye M. Associations between Older Adults' Spoken Interactive Health Literacy and Selected Health Care and Health Communication Outcomes. *J Health Commun* 2011; 16(Suppl 3): 191-204.
14. CAHPS Clinician and Group Survey and Reporting. About the CAHPS Item Set for Addressing Health Literacy [Online]. 2009; Available from: URL: <http://www.hcea-info.org/docs/CAHPS-HlthLiteracy.pdf>.
15. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization amongst the Elderly. *Soc Sci Med* 2008; 66(8): 1809-16.
16. 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.
17. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Health Literacy and Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees. *J Gen Intern Med* 2004; 19(3): 215-20.
18. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzade A, Sharifirad GR. The Relationship between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors among Elderly in Isfahan, Iran. *Health system research journal* 2011; 7(4): 469-80.
19. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission among Medicare Managed Care Enrollees. *Am J Public Health* 2002; 92(8): 1278-83.
20. Walker J, Pepa C, Gerard PS. Assessing the Health Literacy Levels of Patients Using Selected Hospital Services. *Clin Nurse Spec* 2010; 24(1): 31-7.
21. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med* 2011; 155(2): 97-107.
22. Institute of Medicine of the National Academies. Health Literacy: A Prescription to End Confusion [Report]. Washington: National Academies Press; 2004. Available from: URL: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion/healthliteracyfinal.pdf>.

23. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health Literacy, Health Status, and Healthcare Utilization of Taiwanese Adults: Results from a National Survey. *BMC Public Health* 2010; 10: 614.
24. Hardie NA, Kyanko K, Busch S, Losasso AT, Levin RA. Health Literacy and Health Care Spending and Utilization in a Consumer-Driven Health Plan. *J Health Commun* 2011; 16 (Suppl 3): 308-21.
25. Guerra CE, Shea JA. Health Literacy and Perceived Health Status in Latinos and African Americans. *Ethn Dis* 2007; 17(2): 305-12.
26. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional Health Literacy among Primary Health-Care Patients: Data from the Belgrade Pilot Study. *J Public Health (Oxf)* 2009; 31(4): 490-5.
27. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in Japanese Adults. *Patient Educ Couns* 2009; 75(3): 411-7.
28. Kutner MA, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. *The Health Literacy of America s Adults [Research]*. U.S: NAAL, Department of Education; 2006.
29. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med* 2005. 165(17): 1946-52.
30. Agency for Healthcare Research and Quality. Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. 2011; Available from: URL: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/litupsum.pdf>.



Health Literacy, Health Status, Health Services Utilization and Their Relationships in Adults in Isfahan*

Saeed Karimi¹; Mahmood Keyvanara²; Mohsen Hosseini³;
Marzie Jafarian Jazi⁴; Elahe Khorasani⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Health literacy is the degree to which people understand the health information and can operate in the health care system. Consequences of low health literacy occur both directly and indirectly. Therefore, the aim of this study was to determine health literacy, health status and health services utilization and their relationships in adults in Isfahan.

Methods: This study was a descriptive analytical survey on 300 (18-64 years old) people in Isfahan, multi stage sampling was performed. For collecting the data, questionnaire adapted from CHAP (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) health literacy questionnaire was used. Health status was measured by self-assessment of physical and mental health over the last 6 months. Health services utilization was asked by six areas that include the number of GP visits, number of special physician visits, number of outpatient or clinic visits, number of the emergency department visits, number of diagnostic services use of the last 3 months and the hospitalization in the past year. For data analysis SPSS18 software, descriptive statistics and Chi-square test was used.

Results: Average health literacy score was 2.4, which was moderate. The average health status score was 3.1, which was good and the average health services utilization score was 2.1, which was weak. Health literacy, health status and health care utilization were not statistically significant. Levels of education and place of residence were effective on health services utilization.

Conclusion: According to the average prevalence of health literacy in adults in Isfahan and low health services utilization, more attention to the improvement of health literacy and doctor-patient relationship and awareness of community through health programs and media was recommended.

Keywords: Health Literacy; Health Status; Health Services; Utilization

Received: 19 Dec, 2012

Accepted: 2 May, 2013

Citation: Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian Jazi M, Khorasani E. **Health Literacy, Health Status, Health Services Utilization and Their Relationships in Adults in Isfahan.** Health Inf Manage 2014; 10(6): 875.

* This article is derived from MSc thesis in Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Associate Professor, Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Medical Sociology, Research Center of Effective Social Factors in Health, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- MSc Student, Health Services Management, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: jafarian_86@yahoo.com

5- MSc Student, Health Services Management, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran