سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت درجامعه شهری کرمان،۱۳۹۰

نویسندگان:محمود تکویی مقدم[۱] سحر پروا[۲]محمدرضا امیراسماعیلی[۳] محمدرضا بانشی[۴]

۱.دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی،دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی،دانشگاه علوم پزشکی کرمان،ایران

۲.نویسنده مسئول:دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت بهداشتی و درمانی،دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی،دانشگاه علوم پزشکی کرمان،ایران تلفن:۰۹۱۱۱۸۴۹۳۶۸ Email:parva.6490@yahoo.com

۳.استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی،دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان،ایران

۴.استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت،دانشکده بهداشت،دانشگاه علوم پزشکی کرمان،

طلوع بهداشت

فصلنامهٔ علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد

سال یازدهم

شماره: چهارم

زمستان ۱۳۹۱

شماره مسلسل: ۳۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۶/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۱۸

چکیده

سابقه و هدف: با وجود افزایش نگرانی‌ها درباره نتایج سواد سلامت پایین، تاثیرات سواد سلامت بر وضعیت سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت روشن نیست. هدف از این مطالعه ارزیابی سواد سلامت و تعیین ارتباط میان سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان بود.

روش بررسی: در مطالعه ای که به روش مقطعی در شهر کرمان صورت گرفته است، ۱۰۰۰ نفر از افراد باسواد ۱۷ سال و بالاتر مورد پرسشگری قرار گرفتند. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده گردید. برای آنالیز داده ها از شاخص‌های توصیفی و نیز برای بررسی ارتباط متغیرهای از آزمون آماری کای دو، tو آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی استفاده گردید.

یافته ها: در حدود شصت درصد از افراد سطح سواد پایین(ناکافی و مرزی) داشتند. تحصیلات($p=۰/۰۰۱$) و وضعیت بیمه ($p=۰/۰۰۲$) بیشترین ارتباط را با سواد سلامت نشان داد. سواد سلامت بر بهره‌گیری از خدمات سلامت موثر بود. افرادی با نمره سواد سلامت بالا، به یک مرکز بهداشتی و درمانی مراجعه نموده بودند ($p=۰/۰۰۶$). بستری شدن در بیمارستان در افرادی با سواد سلامت پایین بیشتر گزارش شده بود($p=۰/۰۰۳$). تاثیر سواد سلامت بر فاکتورهای بهره‌گیری از خدمات سلامت بعد از حذف اثر عوامل مخدوش کننده، نیز تایید شد.

نتیجه گیری: سواد سلامت در کرمان پایین ارزیابی شد. بهبود سواد سلامت ممکن است استراتژی موثری در بهبود وضعیت سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت گردد. ارزیابی سواد سلامت برای بازتاب سطوح سواد سلامت افراد و تقاضای مناسب از نظام مراقبت سلامت مدرن باید در برنامه ها و سیاست گذاری های نظام سلامت لحاظ گردد. فرهنگ‌سازی و آموزش برای بالا بردن سطح سواد سلامت جامعه و بهبود الگوی بهره-گیری از خدمات سلامت، همکاری و هماهنگی نزدیک نظام سلامت، آموزش و رسانه‌ها را می‌طلبد.

واژه های کلیدی: سواد سلامت، بهره گیری از خدمات سلامت، کرمان

این مقاله حاصل پایان نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد است که طرح پژوهشی آن از سوی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تصویب شده است.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

مقدمه

سواد سلامت به عنوان ظرفیت افراد در کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامت که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است، تعریف می شود(۱) که شامل مجموعه ای از مهارت های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیت‌های سلامت است که لزوما به سال های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی باز نمی گردد(۲). سواد سلامت پایین به عنوان مشکلی جهانی در قرن ۲۱شناخته شده است(۳). در دهه گذشته مطالعات بسیاری ارتباط میان سواد سلامت و تاثیرات آن بر سلامت افراد و نتایج سلامت را بیان کرده اند(۴). مهارت های سواد عموما به عنوان پیش گوی قوی وضعیت سلامت فرد بیش از درآمد، سن، سطح آموزش و وضعیت اشتغال شناخته شده است. بر طبق گزارش سال ۲۰۰۴ سازمان جهانی بهداشت، افرادی که سواد سلامت کافی ندارند، وضع سلامت بدی داشته، دستورات بهداشتی را رعایت نکرده، از خدمات پیشگیری بهره کمی برده(۱)و به میزان بیشتری در بیمارستان بستری می شوند(۶-۵) و نیز اطلاعات کمی درباره راه های بهبود سلامت‌شان و استفاده از برنامه های پیشگیری دارند(۷).

این نتایج این موضوع را مطرح می سازد که چگونه سواد سلامت بر سلامت فردی و بهره گیری از خدمات سلامت موثر است. متخصصین بر این باورند که سواد سلامت بر وضعیت سلامت و بهره گیری از خدمات سلامت از طریق شرایطی چون دانش بیماری، رفتار سلامتی و استفاده از خدمات پیشگیری، تاثیری مستقیم دارد (۴).در این راستا مطالعاتی در نقاطی از دنیا صورت گرفته است. چو و همکارانش نشان دادند که ارتباط مثبتی میان سواد سلامت بالا و استفاده کمتر از خدمات اورژانس و میزان بستری شدن در بیمارستان وجود دارد(۴). در مطالعه ای دیگر توسط لی و همکارانش میان سواد سلامت پایین افراد و وضعیت نامناسب سلامت روان ارتباط مثبتی یافت شد، اما هیچ رابطه ای میان سواد سلامت و میزان استفاده از خدمات ذکر شده یافت نگردید(۸).

بیکر و همکارانش ارتباط میان سطح سواد پایین و میزان بیشتر بهره گیری از بخش اورژانس را در مطالعه خود بیان نموده اند(۹). در ایران در خصوص سواد سلامت مطالعات بسیار اندکی انجام شده است. در بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۶ که در ۵ استان منتخب ایران صورت گرفت، نشان داد که ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۲۸/۱درصد سواد سلامت کافی داشتند که به طور کل سطح سواد سلامت در ایران پایین است(۱۰).

با توجه به اهمیت نقش سواد سلامت بر ارتقا سلامت جامعه ، انجام مطالعاتی در این زمینه نیاز به توجه ویژه ای دارد. در حال حاضر در برخی نظام های بهداشتی و درمانی مانند امریکا توجه ویژه‌ای به پژوهش در این حوزه وجود دارد که نشان دهنده درک نظام های بهداشتی از اهمیت تاثیر سواد سلامت بر الگوی بهره گیری از خدمات سلامت است.

در این مقاله، به بیان نتایج حاصل از ارزیابی سواد سلامت در جامعه شهری کرمان پرداخته می‌شود که در بردارنده دو هدف است: ارزیابی سطح سواد سلامت در میان بزرگسالان ساکن شهر کرمان و آزمون ارتباط سواد سلامت با بهره‌گیری از خدمات سلامت(مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی، و بستری شدن در بیمارستان).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

بررسی این ارتباط می تواند در تعیین نقش و اهمیت آن و ایجاد دانش مورد نیاز افراد، پزشکان، و برنامه ریزان آموزشی و اجرائی در سطوح مختلف جهت پیشبرد برنامه های ارتقا سلامت و استفاده مناسب از خدمات موثر واقع شود.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مقطعی است که بر روی افرد بالای ۱۷ سال و باسواد و به روش پرسشگری درب منازل انجام شد. در مطالعات مشابه صورت گرفته تعداد ۱۴۹۳نفر (۸) و ۱۰۸۶ نفر (۱۰)به عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. در مطالعه حاضر با توجه به جمعیت ساکن در شهر کرمان که در حدود هفتصد هزار نفر برآورد شده است و با لحاظ نمودن تعداد متغیرهای مورد بررسی در مطالعه و با هدف بالا بردن قدرت مطالعه و پیش بینی صحیح، نمونه‌ای که بتواند معرف جامعه بوده و بتوان با بررسی اطلاعات حاصل از آن به نتایج قانع کننده رسید، تعداد ۱۰۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. بر اساس ملاحظات آماری نیز از آن جایی که یکی از اهداف مطالعه، تعیین سطح سواد سلامت افراد می‌باشد، در یک مطالعه مشابه(۱۰) مشخص گردید که حدودا ۳۰٪ افراد از سواد سلامت کافی برخوردار هستند. با استفاده از فرمول برآورد نسبت با قراردادن p=۰/۳ و d= ۰/۰۳ و z=۱/۹۶ خواهیم داشت:

$$N= \frac{Z^2 p (1-p)}{d^2} = \frac{(۱/۹۶)^۲ (۰/۳) (۰/۷)}{(۰/۰۳)^۲} \cong ۹۰۰$$

حجم نمونه بر اساس ملاحظات آماری ۱۰۰۰نفر تعیین گردید. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد. در شهرستان کرمان بر اساس اطلاعات مرکز بهداشت شهرستان، در مجموع ۳۵ پایگاه و مرکز بهداشتی و درمانی مشغول به فعالیت هستند. انتخاب این مراکز بدین دلیل بود که، تمام خانوار های ساکن در شهرستان کرمان و مناطق جغرافیایی تحت پوشش پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی قرار دارند و از این طریق می‌توان انتظار داشت کل جامعه مورد بررسی تحت پوشش این پژوهش قرار گیرند. در مرحله بعد با توجه به بعد جغرافیایی و جمعیت تحت پوشش هر مرکز ، متناسب با آن، تعداد نمونه در هر یک از این مناطق تعیین شد. در نهایت از هر پلاک شهرداری در هر منطقه یک واحد مسکونی به طور تصادفی وارد طرح شد و با حرکت به سمت راست در هنگام خروج از درب هر خانه ، تعداد واحد مسکونی متناسب با تعداد نمونه تعیین شده در هر منطقه، مورد پرسشگری قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از سه پرسشنامه استفاده گردید. پرسشنامه اول، مربوط به خصوصیات دموگرافیک افراد می شد.پرسشنامه دوم، پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان است که یکی از مهمترین و معتبر ترین پرسشنامه ها در این خصوص در سطح دنیا است، که در مطالعه‌ای که در ایران توسط بنی‌هاشمی طهرانی و همکاران انجام شد، این پرسشنامه به فارسی برگردانده و اعتبار و روایی آن اثبات شده است(۹). این پرسشنامه از دو بخش محاسباتی و درک خواندن تشکیل شده است. بخش درک خواندن توانایی افراد را در خواندن مطالب مربوط به مراقبت سلامتی مورد بررسی قرارمی داد که خود شامل ۵۰ سوال می شد. بخش محاسباتی شامل یک سری توضیحات در زمینه داروهای تجویز شده، وقت ویزیت، مراحل گرفتن کمک مالی و یک مثال از نتیجه یک آزمایش طبی بود. پس از تحویل این توضیحات در قالب کارت هایی به هر فرد، سوالات مربوط به آن پرسیده می شد. نمره سواد سلامت افراد عددی از صفر تا صد بود که در سه دسته سواد

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

سلامت کافی، مرزی و ناکافی از طریق نقاط جداسازی۵۹ و ۷۴ طبقه بندی گردید. به منظور سنجش بهره‌گیری از خدمات سلامت، پرسشنامه‌ای که با این هدف در مطالعه‌ای در گیلان بکاربرده شده و پایایی و روایی آن تایید گردید(۱۰) استفاده شد. در پرسشنامه بهره گیری از خدمات سلامت با در نظر گرفتن بازه زمانی شش ماه گذشته داده‌هایی چون وجود بیماری یا ناراحتی در افراد، مراجعه افراد به مراکز مختلف بهداشتی و درمانی، وبستری شدن در بیمارستان جمع آوری شد.

تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار۱۸ spss صورت گرفت.برای آنالیز داده ها از شاخص های توصیفی و نیز برای بررسی ارتباط متغیرهای از آزمون آماری کای دو و آزمون t و واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته ها

در ادامه پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده مورد بررسی قرار گرفته و موارد ناقص و اندازه‌گیری‌های غیر واقعی از مطالعه خارج شدند که در نهایت ۹۰۰ پرسشنامه به مطالعه وارد شدند. ملاک و معیار حذف پرسشنامه‌های مذبور عدم پاسخگویی به بخش خواندن یا محاسباتی پرسشنامه سواد سلامت، عدم پاسخگویی به بیش از دو سوال در پرسشنامه بهره‌گیری از خدمات سلامت و نیز عدم تناسب پاسخ‌ها در پرسشنامه بهره‌گیری از خدمات سلامت بود.

در مورد خصوصیات دموگرافیکی و اجتماعی جامعه مورد پژوهش،پاسخ دهندگان از نظر سنی در گروه دارای ۱۷ تا ۷۹ سال قرار داشتند که متوسط سن ایشان ۱۲/۲۲±۳۵/۳۲ بود. ۶۲/۴ درصد افراد را زنان تشکیل می‌دادند. بزرگترین گروه از پاسخ دهندگان به ترتیب دارای تحصیلات دیپلم (۴۲/۲٪) و زیر دیپلم(۳۳/۲٪) بودند. اکثریت افراد را متاهلین تشکیل می-دادند(۶۹/۳٪). از میان پاسخ‌دهندگان ۵۲/۷٪ مشغول به کار نبودند. بیشتر افراد درآمدی کمتر از ۴۰۰۰۰۰۰ریال را گزارش کردند(۸۳٪). بیش از ۹۴٪ تحت پوشش یکی از بیمه‌های پایه بودند که از این میان تنها ۱۳٪ دارای بیمه تکمیلی نیز بودند.

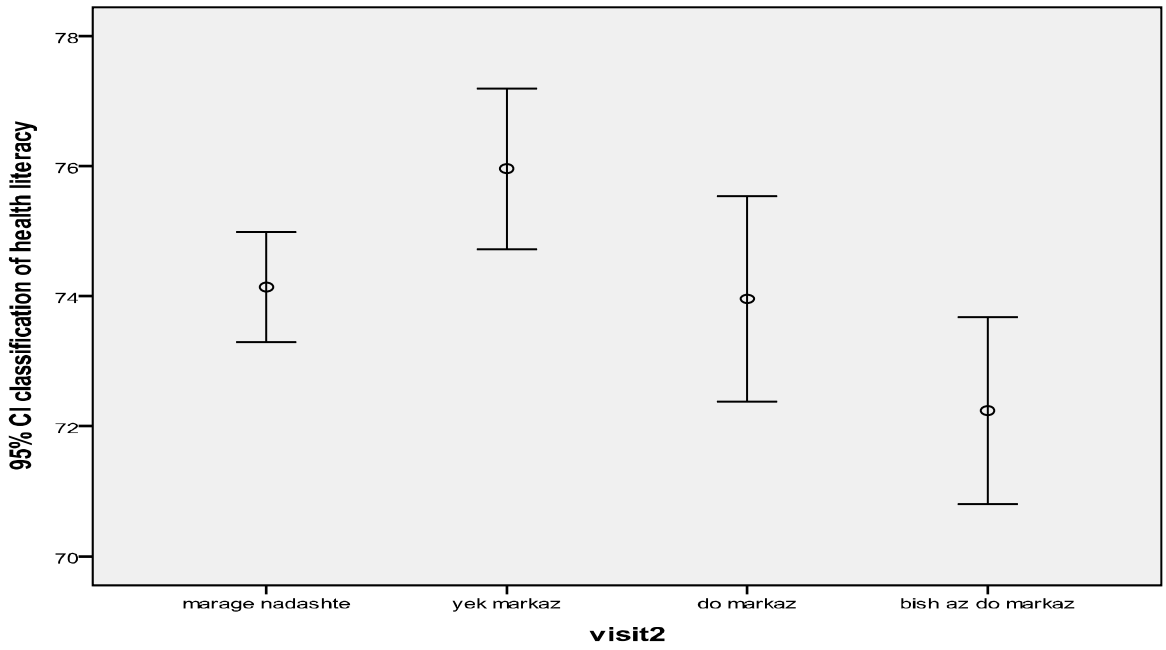
میانگین نمره سواد سلامت در جامعه مورد بررسی ۹/۱±۷۴/۴بود. سطح سواد سلامت در ۴/۸٪ از پاسخ دهندگان ناکافی، در ۵۳/۸٪ مرزی و در ۴۱/۴٪ کافی بود. آزمون t و واریانس یک طرفه، ارتباط بین سواد سلامت با تحصیلات، بیمه پایه و بیمه تکمیلی را نشان داد. نمره سواد سلامت با افزایش سطح تحصیلات در افراد افزایش می‌یافت. اختلاف نمره سواد سلامت در مقطع تحصیلات عالیه با تحصیلات زیر دیپلم ۶/۱۸ بود. نمره خام سواد سلامت در افرادی که تحت پوشش بیمه قرار داشتند نسبت به سایرین بیشتر بود. اختلاف نمره سواد سلامت در افراد تحت پوشش بیمه پایه نسبت به سایرین ۲/۶۶ بود. این اختلاف در خصوص بیمه تکمیلی به ۲/۱ رسید. به طور کل، نمره سواد سلامت در افراد با سطح تحصیلات پایین و فاقد بیمه پایین بود(جدول۱) .

در خصوص یافته های مربوط به سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت، در حدود ۲۵/۳درصد از پاسخ دهندگان مراجعه به یک مرکز بهداشتی و درمانی، ۱۳/۷درصد مراجعه به دو مرکز بهداشتی و درمانی و ۹/۷درصد مراجعه به بیش از دو مرکز را گزارش کردند. افرادی که به یک مرکز بهداشتی و درمانی مراجعه داشتند نمره سواد سلامتی در حدود۷۶ را کسب نمودند(نمودار۱). از میان افراد مورد پژوهش ۲۳/۸ درصد بستری شدن در شش ماه گذشته را بیان نمودند. آزمون واریانس

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

یک طرفه نشان داد که میان نمره سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت ارتباط معناداری وجود دارد. اختلاف نمره سواد سلامت در افرادی که به یک مرکز بهداشتی و درمانی مراجعه داشته‌اند با افرادی که مراجعه نداشتند ۱/۸۲ بود. نمره سواد سلامت با افزایش مراجعه افراد به مراکز بهداشتی و درمانی کاهش یافت. اختلاف نمره سواد سلامت با مراجعه به بیش از دو مرکز بهداشتی و درمانی به ۱/۰۹- رسید. در مورد بستری شدن در بیمارستان نیز اختلاف نمره میان افرادی که بستری شدن در بیمارستان را تجربه نکرده بودند به سایرین ۲/۱۳ بود. بنابراین می‌توان گفت افرادی که در شش ماه گذشته به یک مرکز بهداشتی و درمانی مراجعه داشته و در بیمارستان بستری نشده اند، نمره سواد سلامت بیشتری را کسب نموده بودند(جدول۱).

در آزمون رگرسیون به بررسی ارتباط نمره اصلاح شده سواد سلامت و سطح تحصیلات، بیمه پایه و تکمیلی، مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی و بستری شدن در بیمارستان پرداخته شد. مراجعه به یک مرکز بهداشتی و درمانی (p=۰/۰۰۱) و بستری شدن در بیمارستان (p=۰/۰۰۷) با سواد سلامت ارتباط داشت. افرادی با سواد سلامت پایین بیشتر محتمل بود که از خدمات مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان بیشتر بهره‌گیرند. این نتیجه بعد از حذف فاکتورهای تحصیلات و وضعیت بیمه افراد نیز صدق می‌کرد (جدول۲).سه متغیر دموگرافیکی و اجتماعی- تحصیلات، بیمه پایه و تکمیلی- با سواد سلامت ارتباط داشت. در مدل اصلاح شده و با حذف سایر عوامل، سطح تحصیلات و وضعیت بیمه افراد ارتباط مثبتی با سطح سواد سلامت داشت (جدول۲).



مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی

نمودار۱: میانگین نمره سواد سلامت به تفکیک میزان مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

جدول ۱: ارتباط نمره خام سواد سلامت با خصوصیات دموگرافیکی و اجتماعی و بهره‌گیری از خدمات سلامت

متغیر	فراوانی	نمره سواد سلامت	انحراف معیار	P
سن				
۱۶-۳۲	۴۲۶(٪۴۷/۳)	۷۵/۰۳	۹/۳۶	۰/۲۳۱
۳۲-۴۸	۳۳۶ (٪۳۷/۳)	۷۳/۹۷	۸/۴۵۶	
۴۸-۶۴	۱۱۴ (٪۱۲/۶)	۷۳/۵۷	۹/۶۷۷	
۶۴-۸۰	۲۴(٪۲/۶۶)	۷۲/۹۶	۱۰/۳۶۱	
جنس				۰/۳۵۳
مرد	۳۳۸(٪۳۷/۵۵)	۷۴/۰۳	۸/۰۷۳	
زن	۵۶۲ (٪۶۲/۴۴)	۷۴/۶۱	۹/۶۷۹	
تحصیلات[1]				<۰/۰۰۱
زیر دیپلم	۲۲۹(٪۳۳/۲۲)	۷۳/۲۴	۹/۳۶۵	
دیپلم	۳۸۲ (٪۴۲/۴۴)	۷۴/۰۱	۸/۳۵۱	
فوق دیپلم	۱۰۵ (٪۱۱/۶۶)	۷۵/۲۷	۸/۷۰۶	
کارشناسی	۹۰ (٪۱۰)	۷۷/۵۰	۱۰/۵۲۵	
درجات بالاتر	۲۴ (٪۲/۶۶)	۷۹/۴۲	۹/۶۵۹	
اشتغال				۰/۱۶۲
بیکار	۴۷۴(٪۵۲/۶۶)	۷۴/۵۱	۹/۵۸۹	
کارمند	۱۶۲ (٪۱۸)	۷۵/۳۱	۷/۸۷۴	
شغل آزاد	۲۶۴ (٪۲۹/۳۳)	۷۳/۶۲	۸/۸۹۷	
درآمد				۰/۰۸۵
۰-۴۰۰۰۰۰۰	۴۷۴ (٪۷۵/۴۷)	۷۴/۲۸	۹/۰۴۳	
۴۰۰۰۰۰۰-۸۰۰۰۰۰۰	۱۴۰(٪۲۲/۳۳)	۷۴/۴۸	۸/۸۷۴	
>۸۰۰۰۰۰۰	۱۳ (٪۲/۰۷)	۷۹/۹۲	۱۳/۶۴۷	
بیمه پایه				۰/۰۴۵
بلی	۸۵۰(٪۹۴/۴۴)	۷۴/۵۴	۹/۱۲۱	
خیر	۵۰ (٪۵/۵۵)	۷۱/۸۸	۸/۶۱۳	
بیمه تکمیلی				۰/۰۲
بلی	۱۱۷ (٪۱۳)	۷۶/۲۲	۹/۴۴۵	
خیر	۷۸۳ (٪۸۷)	۷۴/۱۲	۹/۰۳۲	
مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی				۰/۰۰۶
عدم مراجعه(عدم بیماری یا خوددرمانی)	۴۶۲(٪۵۱/۳۳)	۷۴/۱۴	۹/۲۹۶	
مراجعه به یک مرکز	۲۲۸(٪۲۵/۳۳)	۷۵/۹۶	۹/۴۵۶	
مراجعه به دو مرکز	۱۲۳(٪۱۳/۶۶)	۷۳/۹۶	۸/۸۴۲	
مراجعه به بیش از دو مرکز	۸۷(٪۹/۶۶)	۷۲/۲۴	۶/۷۳۶	
بستری شدن در بیمارستان				
بلی	۲۱۴(٪۲۳/۷۷)	۷۲/۷۷	۶/۱۴۵	۰/۰۰۳
خیر	۶۸۶(٪۷۶/۲۲)	۷۴/۹۰	۹/۸۰۱	

اختلاف نمره سواد سلامت در گروه‌های تحصیلات با در نظر گرفتن تحصیلات زیر دیپلم به عنوان پایه به ترتیب در دیپلم ۰/۷۷، فوق دیپلم ۲/۰۳ ، کارشناسی ۴/۲۶ و در تحصیلات بالاتر ۶/۱۸ است.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

جدول۲: ارتباط نمره اصلاح شده سواد سلامت و متغیرهای دموگرافیکی و اجتماعی و بهره‌گیری از خدمات سلامت

متغیر	رگرسیون خطی چندمتغیره			رگرسیون خطی تک متغیره		
	B	انحراف معیار	P	B	انحراف معیار	P
تحصیلات						
زیر دیپلم(پایه)						
دیپلم	۱/۰۰۹	۰/۶۹۳	۰/۱۴۵	۰/۷۶۱	۰/۶۹۵	۰/۲۷۴
فوق دیپلم	۲/۲۰۹	۱/۰۲۳	۰/۰۳۱	۲/۰۲۳	۱/۰۲۲	۰/۰۴۸
کارشناسی	۴/۰۲۳	۱/۰۷۹	<۰/۰۰۱	۴/۲۵۶	۱/۰۸۳	<۰/۰۰۱
درجات بالاتر	۶/۲۵۹	۱/۹۰۶	۰/۰۰۱	۶/۱۷۳	۱/۹۱۱	۰/۰۰۱
بیمه پایه						
خیر(پایه)						
بلی	۲/۲۸۸	۱/۳۰۵	۰/۸	۲/۶۶۱	۱/۳۲۳	۰/۰۴۵
بیمه تکمیلی						
خیر(پایه)						
بلی	۰/۹۴۱	۰/۹۰۳	۰/۲۹۸	۲/۱۰۲	۰/۹۰۱	۰/۰۲
مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی						
عدم مراجعه(عدم بیماری یا خوددرمانی) (پایه)						
مراجعه به یک مرکز	۲/۶۷	۰/۷۷۴	۰/۰۰۱	۱/۸۲	۰/۷۳۳	۰/۰۱۳
مراجعه به دو مرکز	۱/۵۷۸	۱/۰۷۶	۰/۱۴۳	-۰/۱۸۱	۰/۹۱۹	۰/۸۴۴
مراجعه به بیش از دو مرکز	۰/۱۸۶	۱/۳۰۶	۰/۸۸۷	-۱/۸۹۹	۱/۰۵۹	۰/۷۳
بستری شدن در بیمارستان						
خیر(پایه)						
بلی	۲/۵۹۶-	۰/۹۵۲	۰/۰۰۷	-۲/۱۳۵	۰/۷۱	۰/۰۳

بحث و نتیجه‌گیری

دولت ها در سیاست گذاری و برنامه ریزی های خود نیازمند داشتن اطلاعات معتبر و دقیق از وضعیت درهم پیچیده بازار سلامت هستند. دانستن اطلاعات در خصوص عوامل موثر بر الگوی بهره‌گیری از خدمات سلامت از نیازهای ویژه در نظام های سلامت است(۱۱). در این خصوص از جمله مباحث مطرح مقوله سواد سلامت است. استفاده از اطلاعات سلامت، درک وضعیت سلامت و بهره گیری از خدمات سلامت، سه مبحثی هستند که منجر به درک بهتر از تاثیر سواد سلامت بر بهره گیری از اطلاعات و خدمات سلامت می شود(۱۱). سواد سلامت مشکلی پنهان است چرا که اغلب از سوی سیاست‌گذاران و ارائه‌کنندگان خدمت نادیده گرفته می‌شود (۱۲). افرادی با سواد سلامت پایین دانش سلامت کم و وضعیت سلامت ضعیف دارند و به نسبت افرادی با سواد سلامت بالا بیشتر از خدمات سلامت بهره می‌گیرند و هزینه‌های بالاتری را متقبل می‌شوند(۱۳).

نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر ساکنین شهر کرمان دارای سواد سلامت پایین (ناکافی و مرزی) سواد سلامت مرزی هستند. سواد سلامت بعد از کنترل متغیرهای دموگرافیکی و اجتماعی تاثیر مستقیمی بر بهره‌گیری از خدمات سلامت داشت. افرادی با

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

سطح سواد سلامت پایین بیشتر از خدمات سلامت بهره گرفتند. در مطالعات دیگر نیز سواد سلامت به عنوان پیشگوی بهره‌گیری از خدمات سلامت شناخته شده است. به عنوان مثال بیکر و همکارانش نشان دادند که بیماران درمانگاه‌های سرپایی با سطح سواد سلامت پایین، احتمال بیشتری دارد که دفعات بیشتری به پزشک مراجعه کنند و در بیمارستان بستری شوند(۵،۶،۹). مطالعه چو نیز این مسئله را که سواد سلامت در تعیین میزان بهره‌گیری از خدمات سلامت موثر است را تایید می‌کند(۴).البته در مطالعه‌ای ملی که در تایوان صورت گرفت ارتباط مستقلی میان سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت گزارش نشد(۸).

تحصیلات و بیمه با سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت ارتباط داشتند. بر اساس نتایج این مطالعه، سواد سلامت تاثیر مستقیمی بر مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی و بستری شدن در بیمارستان دارد و این در حالی است که سطح تحصیلات و وضعیت بیمه افراد با تاثیر بر سواد سلامت، تاثیری غیر مستقیم بر بهره‌گیری از خدمات سلامت بر جای می‌گذارند. تحصیلات در دیگر مطالعات نیز به عنوان عاملی مهم در سواد سلامت شناخته شده است(۴،۱۰،۱۴). تحصیلات پایین، مشکل در ارتباطات نوشتاری، یا آشنایی محدود با اصطلاحات پزشکی، تمامی خصوصیاتی هستند که به توانایی افراد در تعامل موفقیت-آمیز با نظام مراقبت سلامت آسیب می‌رسانند. خود مدیریتی برای موفقیت در آموزش بیمار و به منظور مذاکره با نظام سلامت امروزی ضروری است. فقدان خود مدیریتی که ناشی از سواد سلامت پایین است احتمال آن را که بیماران قادر به درک نبوده و در نتیجه آن‌چه را که برای دریافت مراقبت فراهم شده که نیازمند آن هستند را یاد نگیرند، افزایش می‌دهد(۱۵). به منظور حداقل ساختن تاثیر عوامل مختلف تاثیرگذار بر سواد سلامت از جمله تحصیلات، باید نظام سلامت را برای افرادی با سطح سواد سلامت پایین از طریق آموزش با استفاده از تصاویر ساده و مثال های فرهنگی از طریق رسانه ها، برقراری ارتباطات به زبان ساده و دستورالعمل های ساده تر برای بالابردن درک افراد از اطلاعات سلامت، در دسترس تر ساخت(۴).

استفاده از مجموعه ای از رسانه های گروهی به منظور آگاه سازی بیماران و عموم ، اغلب برای ارتقا برخی رفتارهای سلامت یا شکل بهره‌گیری از خدمات سلامت، می‌تواند تاثیرات مثبتی بر افراد برجای گذارد (۱۵). مطالعات نشان می‌دهد که در بسیاری موارد، مشتریان خدماتی را که نیاز ندارند، زیاد استفاده می‌کنند و در مقابل از خدماتی که باید بهره گیرند، کمتر استفاده می‌کنند. اغلب استفاده بیش از اندازه از خدمات ناشی از عدم درک بهترین راه برای هدایت نظام مراقبت سلامت از سوی افراد است (۱۶).

با وجود آن که بیماران برای دریافت مراقبت نیازمند بیمه هستند، اما استفاده از خدمات بیمه نیازمند درک قوانین ثبت شده و اجرای مستندات است، که بسیاری از آن‌ها در فرم نوشتاری پیچیده‌ای هستند. این پیچیدگی ممکن است وضعی را موجب شود که مانع از کسب پوشش بیمه‌ای مناسب گردد(۱۵). افرادی با سطح سواد سلامت بالا بیش از دیگران به اهمیت بیمه آگاه‌اند و از سوی دیگر افراد تحت پوشش بیمه با مطالعه مستندات و قوانین بیمه، از سطح سواد بیشتری در این خصوص برخوردار می‌شوند. این نشان دهنده آن است که بیمه و سواد سلامت تاثیرات متقابلی بر یکدیگر می‌گذارند.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

ارزیابی‌های صورت گرفته در سطح جهانی موید آن است که توانایی بزرگسالان در بکارگیری اطلاعات نوشتاری محدود است. شواهد بسیاری عدم مطابقت بین مهارت‌های افراد و تقاضا از نظام سلامت را نشان داده‌اند. افراد بسیاری که در مراودات خود با دیگر جنبه‌های زندگی به صورت اثربخش، عمل می‌کنند، کسب، درک و استفاده از اطلاعات در حوزه سلامت را بسیار مشکل یافته‌اند. همانا، سواد سلامت مشکلی پنهان است چرا که اغلب از سوی سیاست‌گذاران و ارائه‌کنندگان خدمت نادیده گرفته می‌شود، و افرادی با سطح سواد سلامت پایین و یا کسانی که درباره مراقبت‌های سلامت دچار سردرگمی شده‌اند، به دلیل احساس خجالت از مطرح کردن مشکلات خود امتناع می‌کنند(۱۲). به بیانی دیگر می‌توان گفت که سواد سلامت پایان دهنده سردرگمی‌ها در حیطه سلامت است. سواد سلامت با مسائل حیاتی بهبود سلامت کشور و سیاست‌های سلامت ارتباط دارد. قوانین سلامت عمومی که برای حمایت از سلامت افراد جامعه تدوین می‌شود در ارتباطی استراتژیک با سایر مسائل حوزه سلامت قرار دارد. سواد سلامت نگرانی‌هایی را در زمینه دستورالعمل‌های محصولات، سلامت محیط، حقوق بیمار و مسئولیت‌ها، کیفیت مراقبت و یا دسترسی به اطلاعات، بیمه و خدمات سلامت موجب می‌شود(۱۷،۱۸). تامل در این مسئله، زنگ بیدار باشی برای متولیان سلامت است.

بیان محدودیت‌های این مطالعه می‌تواند فرصتی برای مطالعات آینده باشد. اول، از خصوصیات پرسشنامه سنجش سواد سلامت تاکید آن بر جنبه‌های خواندن و نوشتن است، این در حالی است که برای موفقیت در برخورد با نظام سلامت مهارت‌هایی دیگر چون گوش کردن و سخن گفتن، داشتن اطلاعات زمینه‌ای نیز مورد نیاز است. مورد دیگر می‌توان به این نکته اشاره نمود که در سنجش بهره‌گیری از خدمات به خود گزارش‌دهی افراد اکتفا شده بود که می‌تواند موضوعاتی چون مشکلات یادآوری و تورش را موجب شود. سوم، نتایج این مطالعه از بررسی مقطعی حاصل شده است و در مطالعه‌ای با دوره زمانی طولانی‌تر می‌توان رابطه علیتی میان آن‌ها را بیشتر درک کرد. در آخر، در این مطالعه ارتباط سواد سلامت با عوامل تعیین کننده سلامت مانند دانش بیماری، مهارت‌های خود مراقبتی و رفتارهای سلامت مورد بررسی قرار نگرفت. بررسی ارتباط این فاکتورها با سواد سلامت می‌تواند در شناسایی مداخلاتی در جهت بهبود سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر یاری دهنده باشد.

در انتها، این مطالعه سطح سواد سلامت در ساکنین کرمان پایین (ناکافی و مرزی) ارزیابی شد. تحصیلات و بیمه بیشترین ارتباط را با سواد سلامت داشت و نیز سواد سلامت بر بهره‌گیری از خدمات سلامت موثر بود. در این خصوص ارزیابی سواد سلامت برای بازتاب سطوح سواد سلامت افراد و تقاضای مناسب از نظام مراقبت سلامت مدرن باید در برنامه ها و سیاست گذاری های نظام سلامت لحاظ گردد. در کنار آن فرهنگ-سازی و آموزش برای بالا بردن سطح سواد سلامت جامعه و بهبود الگوی بهره‌گیری از خدمات سلامت، همکاری و هماهنگی نزدیک نظام سلامت، آموزش و رسانه‌ها را می‌طلبد.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی و کمیته تحقیقات مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت کرمان به جهت تصویب این طرح سپاسگزاری می‌شود.از زحمات آقایان وحیدرضا برهانی نژاد و حسین شیرخانی که در جمع آوری اطلاعات طرح همکاری صمیمانه ای داشتند نیز کمال تشکر را داریم.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

References

1-World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000; 1981(3):21

2-Sihota S, Lennard L, Health Literacy: being able to make the most of health. London: National Consumer Council؛2004:11

3-Nutbeam D, kickbusch I. Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. Health promotion international 2000; 15(3):183-4.

4-Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, et al. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Social Science & Medicine 2008; 66(8):1809-16.

5-Baker DW, Parker RM, Williams MV, et al. Health literacy and the risk of hospital admission. Journal of General Internal Medicine 1998; 13(12):791-8.

6-Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. American journal of public health 2002; 92(8):1278.

7-Kickbusch I. Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. Health Education 2008; 108(2):101-4.

8-Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, et al. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. BMC Public Health 2010; 10(1):614.

9-Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV,et al. Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. Journal of General Internal Medicine 2004; 19(3):215-20.

10-Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA,et al. Health Literacy and The Influencing Factors: A study in five provinees of Iran. Strides in the development of medical education 2007, 4 (1):1-9. [Persian]

11-Naghavi M, Jamshidi H, et al. Benefit from health services, 2003, the Islamic Republic of Iran: Ministry of Health and Medical Education 2004. (In Persian)

12- Nielsen-Bohlman L, Panzer A, Hamlin B ,et al. Health Literacy: A Prescription to End Confusion , Consensus Report of Committee on Health Literacy Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of medicine of the national academies; 2004.Availabel at www.nap.edu

13-Yin HS, Forbis SG, Dreyer BP. Health Literacy and Pediatric Health. Curr Problem Pediatric Adolescent Health Care 2007; 37:258-86.

14-Ferguson LA, pawlak R. Health literacy: The road to improved health outcomes. The Journal for Nurse Practitioners 2011; 7:123-129.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

15-Consul AJ. Wide Scale Evidence- Based Research on Health Literacy and Health Outcomes in the United States: Systematic. 2009. Available from: http//: www. ProQuest.com

16- Costello D, Geller J. Health Literacy in Action: Helping People Understand Their Care, This report from **Health Dialog** (the U.S. branch of the global heath and **care organization).** 2010, Available at http://www.healthdialog.com/Libraries/Research_Documents/Health_Literacy_in_Action.sflb.ashx

17-Hausman A. Taking Your Medicine. Health marketing quarterly 2001; 19(2):49-71.

18-Hayes-Bautista DE. Modifying the treatment: Patient compliance, patient control and medical care. Social Science & Medicine 1976; 10(5):233-8.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011

Nekoei-Moghadam M(Ph.D)[1] Parva S (MS.c)[*2] Amiresmaili MR(Ph.D)[3] Baneshi MR(Ph.D)[4]

1.Associate Professor of health care management, Department of Health Care Management, Kearman University of Medical Sciences, Kearman, Iran.

2. MS.c Student in Health Care Management, Department of Health Care Management, Kearman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3.Assistant Professor of health care management, Department of Health Care Management, Kearman University of Medical Kearman, Kerman, Iran

4.Assistant Professor of statistics, Department of Statistics and Epidemiology, Research center for Modeling in Health, Kearman University of Medical Sciences, Kearman, Iran

Abstract

Background: Despite increasing concern on the effects of low health literacy, the influence of health literacy on health status and utilization of health services is not clear. The dim of this research is to assess health literacy and find out the relationship between health literacy and health services utilization.

Methods: The present study was performed cross-sectionally. One thousand literates from urban population aged 17- up were investigatoel. Questionnaires were used for data collection. Data were analysed using descriptive statistics, to study variables relationships statistical tests such as chi square, T test, one way ANOVA and linear regression were applied.

Results: The level of health literacy of 60% percent of the population was low (inadequate, boarder line). Education (p=0.001) and insurance coverage status (p=0.002) had the most correlation with health literacy. Health Literacy had influence on health services utilization. The groups with high score of health literacy walk on one health center (p=0.006). It was reported the people with low level of health literacy had more hospitalization (p=0.003). The effect of health literacy was confirmed on health services Utilization factors after removing the effect of confounding factors.

Conclusion: Health literacy was assessed low in Kerman. Enhancing health literacy may be an effective strategy for health improvement and health services utilization. Health literacy assessment for feedback of health literacy levels and appropriate demand from modern health care system should be measured by health care plans and policy making. The necessity of cultural and educational preparedness for promoting individual health literacy, improvement of blueprint in health services utilization, and the close cooperation and coordination among health system, education system and media is suggested.

Keywords: Health Literacy, Health Services Utilization, Kearman

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]