

رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی، رفتارهای پیشگیرانه و استفاده از خدمات سلامت در منطقه بلوچستان

حسین ایزدی راد^{۱*}، ایرج ضاربان^۲

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

^۲ دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

نویسنده مسئول: حسین ایزدی راد، تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و بزرگراه شهید چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۱۱۲۷۰۵۸۱۱، ایمیل: izadi111389@gmail.com

DOI: 10.20286/jech-02036

چکیده

سابقه و هدف: سواد سلامتی عبارت است از مهارت‌هایی شناختی و اجتماعی که تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آنها گردد. افراد باسواد سلامت ناکافی، وضعیت سلامتی ضعیف تری دارند. هدف این مطالعه، تعیین وضعیت سواد سلامت و ارتباط آن با وضعیت سلامت عمومی، استفاده از خدمات درمانی و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۴۰۰ نفر از جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال شهرهای بلوچستان انجام گردید. نمونه‌گیری بصورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. داده‌ها با استفاده از ابزار سنجش سواد سلامت عمومی گردآوری گردید. اطلاعات جمع آوری شده از طریق نرم افزار SPSS-18 و با بکارگیری آزمون‌های آماری من ویتنی و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** تنها ۳۲ درصد شرکت کنندگان از سواد سلامت کافی برخوردار بودند. سطح سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالا، میزان تحصیلات کمتر، درآمد پایین تر و در زنان شایع تر بود. در این مطالعه، بین سطح سواد سلامت و مراجعه به پزشک، انجام رفتارهای پیشگیرانه و وضعیت سلامت عمومی ارتباط آماری معنی داری دیده شد. افراد با سطح سواد سلامت بهتر، وضعیت سلامت عمومی خود را بهتر ارزیابی کردند، همچنین بیش از سایرین نسبت به انجام رفتارهای پیشگیرانه مبادرت ورزیدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به پایین بودن سطح سواد سلامت گروه هدف، مداخلات آموزشی به منظور توسعه مهارت‌های سواد سلامت در جامعه ضروریست.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۷/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲۴

واژگان کلیدی:

سواد سلامت

خدمات بهداشتی

وضعیت سلامت عمومی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

امروزه نقش فرد به عنوان عامل مرکزی در مدیریت سلامت خود مورد تاکید می‌باشد. واژه‌هایی چون مرکزیت قرار دادن بیمار، شیوه زندگی، اعمال بیمار و توانمندسازی همگی بر این موضوع تاکید دارند که فرد نقش حیاتی تری نسبت به ارائه کننده خدمات سلامت در کنترل سلامتی خود دارد. این موضوع نشان می‌دهد که فرد بایستی به عنوان یک مطلع در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی درمانی خود شرکت کند [۱]. برخی از عوامل از جمله پیشرفت‌های دارویی و تولید داروهای جدید، رشد بیماری‌های مزمن، حرکت مستمر به سمت مشتری‌مداری و بیمارمحوری، دسترسی اطلاعات سلامتی از طریق اینترنت، از عوامل مهم همگرایی هستند که در دو دهه اخیر باعث افزایش تقاضا برای مشارکت فرد در تصمیم‌گیری و مدیریت سلامت شده‌اند و اهمیت سواد سلامت را افزایش داده

است [۲]. سواد سلامت عبارت است از مهارت‌های شناختی و اجتماعی که تعیین کننده انگیزه و توانایی افراد در دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات به روشی که سبب حفظ و ارتقاء سلامت آنها گردد [۳]. در تعریفی دیگر، سواد سلامت، شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامت است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی مربوط نمی‌شود [۴].

هم اکنون سواد سلامت به عنوان یک مسئله و بحث جهانی معرفی شده است [۵]. بر این اساس سازمان بهداشت جهانی در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرده که انجمنی متشکل از تمامی افراد متاثر از این امر جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های

و انجام رفتارهای پیشگیرانه و استفاده از خدمات سلامت می‌تواند به عنوان ابزاری مؤثر، به برنامه‌ریزان و مسئولین امر سلامت و سیاست‌گذاران کمک نماید. لذا این پژوهش با هدف تعیین رابطه بین سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی و استفاده از خدمات سلامت در افراد ۱۸ تا ۶۵ سال مناطق شهری بلوچستان (تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ایرانشهر) در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۴ در مناطق شهری بلوچستان، استان سیستان و بلوچستان بر روی افراد ۱۸ تا ۶۵ سال انجام شد. با توجه به مطالعه مقدماتی انجام شده در جمعیت مشابه مورد مطالعه در بلوچستان، درصد سواد سلامت پایین در بین جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال ۵۰ درصد بدست آمد. حجم نمونه با در نظر گرفتن $d = 0.05$, $P = 0.05$ ، و سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۳۸۴ بدست آمد که جهت افزایش دقت مطالعه ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. شهرهای مورد بررسی شامل ایرانشهر، بمپور و سرباز بودند که از بین ۷ شهر منطقه بلوچستان (تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ایرانشهر) بصورت تصادفی انتخاب شدند. با توجه به جمعیت هر شهر، تعداد ۱۵۰ نفر از نمونه‌ها از شهر ایرانشهر، ۱۰۰ نفر از بمپور و ۱۵۰ نفر از شهر سرباز انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه‌ها در هر شهر، ۲ مرکز بهداشتی درمانی شهری بصورت تصادفی انتخاب و سپس با حرکت به سمت راست (هنگام خروج از درب مرکز) از هر مرکز بهداشتی درمانی شهری نمونه مورد نیاز انتخاب شدند. از هر مرکز بهداشتی درمانی شهری ۵۰ درصد نمونه‌های مورد نیاز انتخاب شدند. سپس در هر واحد مسکونی بطور تصادفی ساده برای یکی از اعضای بین ۱۸ تا ۶۵ سال خانواده پرسشنامه تکمیل گردید. نحوه انتخاب افراد به این صورت بود که در خانواده‌هایی که بیش از یک فرد بین ۱۸ تا ۶۵ سال وجود داشت، از بین افراد واجد شرایط بصورت تصادفی ساده، یک نفر جهت مطالعه انتخاب شد، بدین صورت که به هر یک از اعضای خانواده یک شماره تعلق می‌گرفت و سپس از یکی از اعضای خانواده خواسته می‌شد از بین شماره‌های نوشته شده بر روی تکه کاغذهای هم اندازه و بدون آنکه عدد آن برای فرد مشخص باشد، یک کاغذ را بردارد، سپس هر شماره‌ای که انتخاب می‌شد، فرد مربوطه وارد مطالعه می‌گردید. در این مطالعه افراد ۱۸ تا ۶۵ سال که توانایی خواندن داشتند وارد مطالعه شدند. برای شناسایی و اطمینان از اینکه کلیه افرادی که وارد مطالعه

راهبردی، در خصوص ارتقاء سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود [۶]. گرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تاثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مربوط به سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است [۷]. در مطالعه متاآنالیزی که نتایج ۸۵ مطالعه مختلف را جمع‌بندی نموده است، درصد سواد سلامت ناکافی و مرزی در آمریکا را به ترتیب ۲۵ و ۲۰ درصد برآورد نموده است [۸]. مطالعه Williams و همکارانش نیز بر روی بیماران سالمند مبتلا به دیابت و فشار خون بالا در دو بیمارستان آمریکا، سواد سلامت ناکافی را به ترتیب ۴۴ و ۴۹ درصد گزارش نموده‌اند [۹]. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۶ در ایران انجام شد، ۵۶/۶ درصد از افراد سواد سلامت ناکافی داشتند و تنها ۲۸/۱ درصد از افراد، از سطح بالای سواد سلامت برخوردار بودند [۱۰]. همچنین در مطالعه دیگری در ایران در سال ۱۳۹۲، سواد سلامت ۷۹/۷ درصد از سالمندان را در حد ناکافی، ۱۱/۶ درصد مرزی و تنها ۸/۸ درصد شرکت‌کنندگان از سواد سلامت کافی برخوردار بودند [۱۱].

سطح پایین سواد سلامت با مسائلی چون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش پزشکی و پیروی از آنها [۱۲، ۱۳]، مشارکت کمتر جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه [۱۴-۱۶]، تشخیص دیر هنگام بیماری‌ها [۱۷]، ناتوانی در مهارت‌های خودمراقبتی [۱۸] و عدم تبعیت از رفتارهای سبک زندگی سالم [۱۹] مرتبط است. همچنین شیوع بیماری‌های مزمن [۲۰]، میزان مراجعه به پزشک و بستری شدن در بیمارستان [۲۱] در افراد با سواد سلامت ناکافی بیشتر بوده و بطور کلی این افراد هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند [۲۲]. بر اساس نتایج مطالعه انجام شده در اصفهان، قریب به ۸۰ درصد، سواد سلامت پایینی داشته و این امر موجب افزایش نرخ بستری در بیمارستان و میزان مراجعه به پزشک شده است. شرکت در برنامه‌های غربالگری در بین افراد با سطح سواد سلامت پایین، در سطح پایینی گزارش شده است [۱۱]. مطالعات دیگری نشان داده است که افراد با سواد سلامت کم از خدمات اورژانس بیشتر استفاده می‌کنند، در بیمارستان به دفعات بیشتری بستری می‌شوند و سازگاری کمتری با مصرف دارو دارند و از خدمات پیشگیرانه کمتر بهره می‌برند [۲۳].

با وجود اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت، در کشور ایران به این موضوع کمتر پرداخته شده است، بطوری که در منطقه بلوچستان چنین مطالعه‌ای تا کنون انجام نشده است. پرداختن به موضوع سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی

پژوهش نظرات خود را بصورت ۵ گزینه (همیشه=۴، اغلب=۳، گاهی اوقات=۲، بندرت=۱، هرگز=۰) بیان نمودند. نمره سواد سلامت فرد بین ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد که بر اساس نظر طراحان پرسشنامه به چهار سطح ناکافی (۰-۵۰)، مرزی (۵۰-۶۶)، کافی (۶۶-۸۴) و عالی (۸۴-۱۰۰) تقسیم شد. در این مطالعه، دو سطح کافی و عالی با هم به عنوان سطح کافی در نظر گرفته شد (۶۶/۱-۱۰۰).

در پژوهش حاضر برای اندازه گیری سلامت عمومی شرکت کنندگان از پرسشنامه استاندارد ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (General Health Questionnaire) استفاده شد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات مختلفی در ایران به تایید رسیده است [۲۶، ۲۵]. میزان استفاده از خدمات سلامت در ۵ حیطه از افراد سؤال شد که شامل: مراجعه سرپایی به پزشک، علت مراجعه (چکاپ، بیماری)، مراجعه به اورژانس، سابقه بستری در بیمارستان و انجام رفتارهای پیشگیرانه بود. در این مطالعه اقدام فرد برای بررسی میزان فشارخون، دیابت، معاینات چشم و دهان و دندان در طی یک سال اخیر به عنوان رفتارهای پیشگیرانه در نظر گرفته شد. سنجش میزان استفاده از خدمات سلامت بوسیله پرسشنامه محقق ساخته که روایی و پایایی آن مورد سنجش و تأیید قرار گرفت، انجام شد. روایی محتوایی پرسشنامه شامل شاخص روایی محتوی (CVI) و نسبت روایی محتوی (CVR) بوسیله ۶ متخصص انجام گردید. جهت تعیین پایایی نیز ابزار توسط ۳۰ نفر تکمیل گردید که ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷ به دست آمد.

داده‌های جمع‌آوری شده به روش پرسشگری درب منازل به کمک ویرایش ۱۸ نرم افزار SPSS و توسط آمار توصیفی برای تعیین میانگین، انحراف معیار، درصد مشخصات فردی و سطح سواد سلامت در افراد مورد مطالعه و آمار تحلیلی شامل آزمون من‌ویتنی و کروسکال والیس جهت تعیین ارتباط بین سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و استفاده از خدمات سلامت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت سنجش روایی پرسشنامه سواد سلامت (تحلیل عامل تأییدی) از نرم افزار لیزرل استفاده شد. سطح معنی‌داری در همه آزمون‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که ۶۲/۲ درصد از افراد مورد مطالعه زن بودند. ۶۹ درصد افراد شرکت کننده دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند. میزان درآمد خانوار ۵۵/۵ درصد از افراد مورد مطالعه در سطح ضعیف بود (جدول ۱). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت در افراد مورد

شدند، افرادی با توانایی خواندن هستند، ابتدا از آنان خواسته شد قسمتی از پرسشنامه را بخوانند. افرادی که تمایلی به تکمیل پرسشنامه نداشتند و همچنین افرادی که دچار مشکل بینایی، دچار اختلالات روانی و ادراکی بودند از مطالعه خارج شدند. همچنین آزمودنی‌ها در خصوص هدف از انجام پژوهش و اختیاری بودن شرکت در مطالعه توجیه شده و با کسب رضایتنامه وارد مطالعه شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار سنجش سواد سلامت بزرگسالان جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال) Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) استفاده شد [۲۴]. از ویژگی‌های این پرسشنامه، می‌توان به کم بودن تعداد سؤالات، سهولت اجرا، پوشش تمامی ابعاد سواد سلامت (دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری) و عمومی بودن آن اشاره کرد، بطوری که این ابزار اختصاص به قشر، شغل، تحصیلات و گروه سنی خاصی نداشته و می‌توان آن را در مورد گروه‌های مختلف جمعیتی به کار برد. همچنین این ابزار توانایی سنجش سطح سواد سلامت را با دقت قابل قبولی دارا می‌باشد [۲۴]. این پرسشنامه دارای دو قسمت شامل مشخصات جمعیت‌شناختی پاسخگویان و قسمت گویه‌های اصلی با ۳۳ سؤال، دسترسی (۶ گویه)، مهارت خواندن (۴ گویه)، فهم (۷ گویه)، ارزیابی (۴ گویه) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) می‌باشد. روایی اولیه پرسشنامه توسط طراحان آن، بوسیله تحلیل عامل اکتشافی مورد تأیید قرار گرفته است [۲۴]. همچنین مجدداً روایی پرسشنامه بوسیله تحلیل عامل تأییدی توسط محققین مطالعه حاضر در جمعیت بلوچستان انجام شد و روایی ابزار مورد تأیید قرار گرفت. براساس نتایج تحلیل عاملی تأییدی، مقدار $REMSA=0/07$ ، $AGFI=0/28$ و $GFI=0/80$ ، $NFI=0/95$ ، $X^2_{df}=2/8$ ، $CFI=0/97$ بدست آمد. می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه برازش قابل قبولی دارد و شاخص نیکویی برازش، مدل را تأیید می‌کنند، لذا این پرسشنامه یک ابزار قابل اعتماد و معتبر برای اندازه گیری سواد سلامت در جمعیت شهری می‌باشد. جهت سنجش پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. قبل از اجرای مطالعه، پرسشنامه بین ۳۰ نفر از افراد مشابه جمعیت مورد مطالعه، که بصورت تصادفی انتخاب شدند، توزیع شد. سپس پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و به کمک نرم افزار SPSS ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید. پایایی پرسشنامه برای حیطه دسترسی ۰/۸۵، مهارت خواندن ۰/۷۸، فهم ۰/۸۸، ارزیابی ۰/۷۹، تصمیم‌گیری ۰/۹۰ و کل پرسشنامه ۰/۹۲ بدست آمد. معیارهای سنجش سواد سلامت بر اساس مقیاس لیکرت به گونه‌ای تنظیم گردید که افراد مورد

جدول ۲. توزیع فراوانی سواد سلامت، وضعیت عمومی سلامت و انجام رفتارهای پیشگیرانه (n = ۴۰۰)

متغیر	فراوانی	درصد
سواد سلامت		
ناکافی	۱۳۶	۳۴
مرزی	۱۳۶	۳۴
کافی	۱۲۸	۳۲
وضعیت عمومی سلامت		
بسیار ضعیف	۲	۰/۵
ضعیف	۲۰	۵
متوسط	۱۱۷	۲۹/۲
خوب	۱۸۳	۴۵/۸
بسیار خوب	۷۸	۱۹/۵
انجام رفتارهای پیشگیرانه		
بلی	۲۲۳	۵۵/۷۵
خیر	۱۷۷	۴۴/۲۵

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه (n = ۴۰۰)

متغیرهای جمعیت شناختی	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۱۵۱	۳۷/۸
زن	۲۴۹	۶۲/۲
تحصیلات		
دیپلم و پایین تر	۲۷۶	۶۹
فوق دیپلم	۳۸	۹/۵
لیسانس و بالاتر	۸۶	۲۱/۴
شغل		
بیکار	۳۱	۷/۸
خانه دار	۱۰۶	۲۶/۵
دانش آموز / دانشجو	۱۰۶	۲۶/۵
کارمند	۹۴	۲۳/۵
سایر	۶۳	۱۵/۷
میزان درآمد		
ضعیف	۲۲۲	۵۵/۵
متوسط	۱۰۳	۲۵/۸
خوب	۷۵	۱۸/۷

جدول ۳. ارتباط بین وضعیت سلامت عمومی و استفاده از خدمات درمانی و انجام رفتارهای پیشگیرانه با سطح سواد سلامت در جمعیت بزرگسال بلوچستان

سطح معنی داری	سواد سلامت کافی	سواد سلامت مرزی	سواد سلامت ناکافی	خودارزیابی وضعیت سلامت عمومی
۰/۰۰۱				بسیار ضعیف
	۰ (۰)	۱ (۰/۸۱)	۱ (۰/۸۴)	ضعیف
	۵ (۳/۱۴)	۴ (۳/۲۵)	۱۱ (۹/۳۲)	متوسط
	۳۱ (۱۹/۴۹)	۴۱ (۳۳/۳۳)	۴۵ (۳۸/۱۳)	خوب
	۱۲۳ (۷۷/۳۵)	۷۷ (۶۲/۵۹)	۶۱ (۵۱/۶۸)	
۰/۰۲۱				مراجعه سرپایی به پزشک
	۱۲۵ (۷۸/۶۱)	۹۱ (۷۳/۹۸)	۸۶ (۷۲/۸۸)	بلی
	۳۴ (۲۱/۳۸)	۳۲ (۲۶/۰۱)	۳۲ (۲۷/۱۱)	خیر
۰/۱۴۵				دلیل مراجعه به پزشک
	۳۴ (۲۷/۰۲)	۱۳ (۱۴/۲۸)	۱۶ (۱۸/۶۰)	چکاپ
	۵۴ (۴۳/۰۲)	۶۰ (۶۵/۹۳)	۳۷ (۴۳/۰۲)	بیماری
	۳۷ (۲۹/۶۰)	۱۸ (۱۹/۷۸)	۳۳ (۳۸/۳۷)	چکاپ و بیماری
۰/۳۲۹				مراجعه به اورژانس
	۹۳ (۵۸/۴۹)	۷۶ (۶۱/۷۸)	۶۱ (۵۱/۶۹)	بلی
	۶۶ (۴۱/۵۰)	۴۷ (۳۸/۲۱)	۵۷ (۴۸/۳۰)	خیر
۰/۲۵۳				سابقه بستری شدن
	۶۰ (۳۷/۷۳)	۴۷ (۳۸/۲۱)	۳۶ (۳۰/۵۰)	بلی
	۹۹ (۶۲/۲۶)	۷۶ (۶۱/۷۸)	۸۲ (۶۹/۴۹)	خیر
۰/۰۰۱				انجام رفتار پیشگیرانه
	۱۰۴ (۶۵/۴۰)	۶۰ (۴۸/۷۸)	۵۹ (۵۰)	بلی
	۵۵ (۳۴/۵۹)	۶۳ (۵۱/۲۱)	۵۹ (۵۰)	خیر

اطلاعات در جدول به صورت تعداد (درصد) بیان شده اند

مرزی در مطالعه نکویی مقدم [۲۷] و قنبری [۲۸] به ترتیب ۶۰ درصد و ۵۴/۶ درصد گزارش شده است. این مقایسه نشان می‌دهد که درصد کمی از جمعیت منطقه بلوچستان دارای سطح سواد سلامت کافی هستند. هرچند بهتر است این نتیجه با احتیاط تفسیر شود چرا که افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه را نداشتند، از مطالعه خارج شدند و این امکان وجود دارد که این افراد از سطح سواد سلامت بالاتری برخوردار باشند. بین سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی، مراجعه به پزشک و انجام رفتارهای پیشگیرانه رابطه معنی‌دار آماری مشاهده شد و بین سواد سلامت با دلیل مراجعه به پزشک، مراجعه به اورژانس و سابقه بستری شدن رابطه آماری مشاهده نشد. نتایج حاکی از آن است که ارتباط آماری معنی‌داری بین سطح سواد سلامت و مراجعه به پزشک وجود داشت که نتایج آن با سایر مطالعات که ارتباط بین سواد سلامت با مراجعه سرپایی به پزشک را نشان داده بودند همخوانی دارد [۲۹، ۳۰]. البته در تعدادی از مطالعات هم ارتباط آماری معنی‌داری بین سطح سواد سلامت و مراجعه به پزشک مشاهده نشد [۱۲، ۳۱، ۳۲]. دلیل تفاوت در نتایج مطالعات مختلف، می‌تواند به علت اختلاف در عوامل تاثیرگذار بر استفاده از خدمات سلامت در جوامع، از جمله سطح آگاهی مردم، آموزش‌های ارائه شده، ویژگی‌های نظام سلامت و وضعیت اقتصادی، اجتماعی افراد باشد.

نتایج مطالعات مشابه نشان داد، تعداد پذیرش‌های سرپایی با افزایش سواد سلامت کاهش می‌یابد [۱] که با مطالعه ما همخوانی ندارد، بطوری که در مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد افراد با سواد سلامت بالاتر، به دلیل بالا بودن سطح تحصیلات، آگاهی‌های سلامت، حساس و نگران بودن در خصوص سلامت شخصی، مراجعات سرپایی بیشتری به پزشک داشتند.

اگرچه در این مطالعه بین سواد سلامت و دلیل مراجعه به پزشک ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد، ولی نتایج مطالعه حاضر بیانگر این واقعیت است که درصد بیشتری از کسانی که سواد سلامت کافی دارند جهت چکاپ به پزشک مراجعه نمودند. به نظر می‌رسد، افراد با سطح سواد سلامت بالاتر، آگاهی بیشتری از آزمایش‌های غربالگری و لزوم انجام این آزمایش‌ها داشته باشند.

در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری میان سطح سواد سلامت و مراجعه به اورژانس مشاهده نشد. این یافته با نتایج مطالعه رئیسی [۲۹] که در آن ارتباط آماری معنی‌داری میان سطح سواد سلامت و مراجعه به اورژانس مشاهده نشد، همخوانی دارد. در مطالعه Lee و همکاران نیز رابطه

مطالعه ۶۸/۱۳ از ۱۰۰ بود. بطوری که ۶۸ درصد افراد سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند و تنها ۳۲ درصد سواد سلامت در سطح کافی را دارا بودند. ۳۴/۷ درصد وضعیت سلامت عمومی خود را در سطح متوسط و پایین‌تر گزارش نمودند. ۴۴/۲۵ درصد از شرکت‌کنندگان در طی یک سال گذشته برنامه‌های پیشگیرانه را انجام نداده بودند (جدول ۲)

حدود ۵۵ درصد از آزمودنی‌ها با سواد سلامت کافی وضعیت سلامت عمومی خود را در حد خوب و حدود ۲۳ درصد در سطح خیلی خوب ارزیابی نمودند. دلیل مراجعه ۲۷/۰۲ درصد از افراد با سواد سلامت کافی به پزشک، چکاپ بود که نسبت به افراد با سواد سلامت مرزی و ناکافی بیشتر بود. همچنین در طی سال اخیر بیش از نیمی از افراد شرکت‌کننده در مطالعه به بخش اورژانس مراجعه نموده بودند. آزمون من‌ویتنی بین سطح سواد سلامت با مراجعه سرپایی به پزشک و انجام رفتارهای پیشگیرانه (معاینات چشم، دهان و دندان، فشارخون و دیابت) ارتباط آماری معنی‌دار نشان داد. همچنین آزمون کروسکال والیس بین سطح سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی، ارتباط آماری معنی‌دار نشان داد. افراد با سطح سواد پایین‌تر نسبت به افراد با سطح سواد سلامت کافی، کمتر سابقه بستری در بیمارستان را داشتند. همچنین افراد با سطح سواد سلامت بالاتر بیشتر از سایر افراد برای چکاپ مراجعه و اقدام به انجام رفتارهای پیشگیرانه نمودند. در این بخش ارتباط آماری معنی‌داری میان سطح سواد سلامت با مراجعه به بخش اورژانس، سابقه بستری شدن و دلیل مراجعه به پزشک مشاهده نشد (جدول ۳).

از نظر منبع کسب اطلاعات سلامت و بیماری، به ترتیب ۱۹۹ نفر (۴۹/۸ درصد) از طریق پزشک، ۷۶ نفر (۱۹ درصد) از رادیو و تلویزیون، ۵۵ نفر (۱۳/۸ درصد) اینترنت، ۳۰ نفر (۷/۵ درصد) از طریق دوستان، ۱۳ نفر (۳/۲ درصد) کتابچه، بروشور، ۷ نفر (۱/۵ درصد) روزنامه و ۲ نفر (۰/۵ درصد) از طریق تلفن گویا کسب اطلاع می‌کردند و ۱۸ نفر (۴/۵ درصد) در مورد اینکه از چه منبعی باید اطلاعات سلامت و بیماری خویش را پیگیر باشند، اطلاعی نداشتند. براساس نتایج مطالعه، به ترتیب پزشک، رادیو و تلویزیون به عنوان مهمترین منابع کسب اطلاعات سلامت و بیماری عنوان شدند.

بحث

۶۸ درصد از افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند. درصد سواد سلامت ناکافی و

نتایج مطالعه نشان داد که کارکنان بهداشتی درمانی و پس از آن تلویزیون و رادیو، مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات سلامت برای پاسخگویان بوده است. در مطالعه‌ای ۹۷ درصد تلویزیون را اولین منبع کسب اطلاعات بهداشتی معرفی کردند. بیماران کم‌سواد اغلب به دنبال کسب اطلاعات از منابع غیر از مواد چاپی مانند تلویزیون، رادیو، دوستان و خانواده هستند [۳۷]. در نتایج مطالعه Downey گزارش شده است که ۵۷ درصد از شرکت کنندگان به طور معمول اطلاعات سلامت مورد نیاز خود را از پزشکان و ۲۵/۴ درصد از مراکز بهداشتی درمانی کسب کرده‌اند [۳۸]. نتایج مطالعه حاضر، نقش مهم پزشکان، کارکنان بهداشت و درمان، تلویزیون و رادیو را در تامین اطلاعات سلامت جمعیت نشان می‌دهد. افراد برای تصمیم‌گیری مناسب در خصوص سلامت باید بتوانند اطلاعات کافی را که در محیط‌های اختصاصی سلامت به آنها ارائه می‌شوند، درک و از آنها استفاده نمایند. ارائه دهندگان خدمات باید از توانایی‌های بیماران برای پردازش اطلاعات سلامت به منظور بهبود پیامدهای بیماری خود آگاه باشند، همچنین باید بتوانند اطلاعات را به بیماران با سطح سواد سلامت مختلف منتقل کنند [۳۹].

یکی از محدودیت‌های این مطالعه خودگزارش‌دهی بودن ابزار مطالعه می‌باشد که می‌تواند موضوعاتی چون مشکلات یادآوری و تورش را موجب شود. همچنین 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.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این مطالعه سطح سواد سلامتی را ناکافی نشان داد که به عنوان هشدار برای ارائه دهندگان خدمات سلامت محسوب می‌شود. از آنجا که سواد سلامت می‌تواند در ارتقاء انجام رفتارهای پیشگیرانه، مراجعه به موقع به پزشک و در نتیجه کاهش هزینه‌های نظام سلامت مؤثر باشد، ضروریست در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت توجه بیشتری به سطح سواد سلامت جامعه و ارتقاء آن گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند، از تمامی عزیزانی که محققین را در اجرای پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی بعمل آورند.

معنی‌داری بین سطح سواد سلامت و مراجعه به اورژانس مشاهده نشد [۳۳]. اما در مطالعه Cho و همکاران مشخص شد که ویژگی‌های اورژانس با افزایش سواد سلامت به طور چشم‌گیری کاهش می‌یابد. افزایش سواد سلامت با کاهش ۶۰ درصدی در استفاده از اورژانس ارتباط دارد [۱۲]. نتایج مطالعه Hardie نیز نشان داد که افراد با سطح سواد سلامت ناکافی مراجعه بیشتری به بخش اورژانس دارند [۳۴]. دلیل تفاوت نتایج مطالعه حاضر می‌تواند به این علت باشد که وضعیت اورژانسی ممکن است برای هر فردی جدای از سطح سواد سلامت اتفاق بیافتد و فرد ناچار به مراجعه اورژانس می‌باشد و این مراجعه تحت تاثیر شرایط حاد ایجاد شده بوده و ارتباطی با سطح سواد سلامت فرد ندارد.

بر خلاف نتایج مطالعات قبلی [۲۱، ۲۹، ۳۰] که ارتباط آماری معنی‌داری بین سطح سواد سلامت و میزان بستری شدن را گزارش کرده‌اند، در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین سطح سواد سلامت و بستری شدن مشاهده نشد که نشان می‌دهد در جامعه مورد بررسی، فرد نقش چندانی در تصمیم‌گیری برای بستری شدن ندارد و در اکثر موارد بیماران با تشخیص و دستور پزشک در بیمارستان بستری می‌شوند. در مجموع در این مطالعه بین سواد سلامت با مراجعه به اورژانس، بستری شدن و دلیل مراجعه به پزشک، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد که با نتایج پژوهش Lee و همکاران همخوانی دارد [۳۳].

ارتباط بین سطح سواد سلامت و انجام رفتارهای پیشگیرانه در پژوهش حاضر، از نظر آماری معنی‌دار بود، بطوری که افراد با سواد سلامت بالاتر، بیشتر جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه (انجام معاینات چشم، دهان و دندان، فشارخون و دیابت) مبادرت ورزیدند. در مطالعه Scoot و همکاران نیز افراد با سواد سلامت بالا، بیش از افراد با سواد سلامت ناکافی جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه اقدام نمودند [۱۶] که دلیل آن می‌تواند آگاهی افراد با سواد سلامت بالا، از رفتارهای پیشگیرانه و لزوم انجام آنها و حساسیت و نگرانی بالاتر آنها در خصوص سلامتی باشد. با توجه به نتایج مطالعه، انجام مداخلات مؤثر به منظور افزایش مشارکت افراد با سطح سواد سلامت ناکافی و مرزی، جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه ضروریست، زیرا با تشخیص به موقع و پیشگیری از مشکلات سلامتی از تحمیل هزینه‌های اضافی بر خانواده و جامعه کاسته خواهد شد. در پژوهش حاضر، افراد با سواد سلامت بالاتر، وضعیت سلامت عمومی خود را بهتر ارزیابی نمودند، دیگر مطالعات نیز نتایج مشابهی یافته‌اند [۳۵، ۳۶].

REFERENCES

- 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. DOI: [10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005](https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005) PMID: [21768583](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21768583/)
- 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. DOI: [10.1080/10810730.2010.529488](https://doi.org/10.1080/10810730.2010.529488) PMID: [21058141](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21058141/)
- World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
- Carollo S. Low health literacy in older women: the influence of patient-clinician relationships. *Geriatr Nurs.* 2015;**36**(2 Suppl):S38-42. DOI: [10.1016/j.gerinurse.2015.02.017](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.02.017) PMID: [25858518](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25858518/)
- Nutbeam D. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;**15**(3):183-4. DOI: [10.1093/heapro/15.3.183](https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.183)
- World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Javadzade SH, Sharifrad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanazade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot.* 2012;**1**:31. DOI: [10.4103/2277-9531.100160](https://doi.org/10.4103/2277-9531.100160) PMID: [23555134](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23555134/)
- Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med.* 2005;**20**(2):175-84. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x) PMID: [15836552](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15836552/)
- Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA.* 1995;**274**(21):1677-82. PMID: [7474271](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7474271/)
- TehraniBanihashemi S, Amir Khani A, Haghdoost A, Alavian M, AsghariFard H, Baradaran H. [Health literacy in five province and relative effective factors]. *Stud Develop Med Edu.* 2007;**4**(1):1-9.
- Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifrad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *J Educ Health Promot.* 2014;**3**:119. DOI: [10.4103/2277-9531.145925](https://doi.org/10.4103/2277-9531.145925) PMID: [25540792](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25540792/)
- 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. DOI: [10.1016/j.socscimed.2008.01.003](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.003) PMID: [18295949](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18295949/)
- Davis TC, Wolf MS, Bass PF, 3rd, Middlebrooks M, Kennen E, Baker DW, et al. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *J Gen Intern Med.* 2006;**21**(8):847-51. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2006.00529.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00529.x) PMID: [16881945](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16881945/)
- Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;**186**(5):938-43. PMID: [12015518](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12015518/)
- Lindau ST, Basu A, Leitsch SA. Health literacy as a predictor of follow-up after an abnormal Pap smear: a prospective study. *J Gen Intern Med.* 2006;**21**(8):829-34. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2006.00534.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00534.x) PMID: [16881942](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16881942/)
- Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care.* 2002;**40**(5):395-404. PMID: [11961474](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11961474/)
- Bennett CL, Ferreira MR, Davis TC, Kaplan J, Weinberger M, Kuzel T, et al. Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer. *J Clin Oncol.* 1998;**16**(9):3101-4. PMID: [9738581](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9738581/)
- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA.* 2002;**288**(4):475-82. PMID: [12132978](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12132978/)
- von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health.* 2007;**61**(12):1086-90. DOI: [10.1136/jech.2006.053967](https://doi.org/10.1136/jech.2006.053967) PMID: [18000132](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18000132/)
- Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med.* 2005;**165**(17):1946-52. DOI: [10.1001/archinte.165.17.1946](https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946) PMID: [16186463](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16186463/)
- 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. PMID: [12144984](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12144984/)
- Weiss BD, Palmer R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. *J Am Board Fam Pract.* 2004;**17**(1):44-7. PMID: [15014052](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15014052/)
- Kickbusch I, Maag D. Navigating Health: the Role of Health Literacy. *Int Encyclop Public Health.* 2008;**3**(1):204-11. DOI: [10.1016/b978-012373960-5.00584-0](https://doi.org/10.1016/b978-012373960-5.00584-0)
- Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. [Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties]. *Payesh.* 2014;**13**(2):589-99.
- Jafari A, Sadri J, Fathimoghadam GH. [The relationship between performance of family, religion and mental health and comparing them in Girl and boy students]. *Counsel Res Develop.* 2007;**6**(22):107-15.
- Reza BA. [The Relationship Between Personality Types And General Health With Job Satisfaction Of Yazd Health Center Staffs]. *Payavard Salamat.* 2013;**7**(1):42-55.
- Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. [Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011]. *Tolue Behdasht Journal.* 2012;**11**(14):123-34.
- Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. [Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University]. *Daneshvar.* 2012;**19**(97):1-12.
- Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifrad G, Radjati F, Hasanazade A. [Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran]. *J Educ Health Promot.* 2012;**1**(1):31.
- 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. DOI: [10.1097/NUR.0b013e3181c4abd0](https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3181c4abd0) PMID: [20010182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20010182/)
- 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. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2005.00300.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00300.x) PMID: [16336616](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16336616/)
- 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. PMID: [15009775](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15009775/)
- 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. DOI: [10.1186/1471-2458-10-614](https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-614) PMID: [20950479](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20950479/)
- 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. DOI: [10.1080/10810730.2011.604703](https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604703) PMID: [21951260](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21951260/)
- 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. DOI: [10.1093/pubmed/udp049](https://doi.org/10.1093/pubmed/udp049) PMID: [19454605](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19454605/)
- 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. DOI: [10.1016/j.pec.2009.03.031](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.031) PMID: [19403259](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19403259/)
- Andrus MR, Roth MT. Health literacy: a review. *Pharmacotherapy.* 2002;**22**(3):282-302. PMID: [11898888](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11898888/)
- Downey LV, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J Natl Med Assoc.* 2008;**100**(11):1304-8. PMID: [19024227](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19024227/)
- Headley AJ, Harrigan J. Using the Pregnancy Perception of Risk Questionnaire to assess health care literacy gaps in maternal perception of prenatal risk. *J Natl Med Assoc.* 2009;**101**(10):1041-5. PMID: [19860304](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19860304/)

The Relationship of Health Literacy with Health Status, Preventive Behaviors and Health Services Utilization in Baluchistan, Iran

Hossein Izadirad (MSc)^{1,*}, Iraj Zareban (PhD)²

¹ Department of Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

² Zahedan Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

* Corresponding author: Hossein Izadirad, Department of Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Tel: +98-9112705811, Email: izadi111389@gmail.com

DOI: 10.20286/jech-02036

Received: 04.10.2015

Accepted: 15.12.2015

Keywords:

Health Literacy

Health Services

Health Status

How to Cite this Article:

Izadirad H, Zareban I. The Relationship of Health Literacy with Health Status, Preventive Behaviors and Health Services Utilization in Baluchistan, Iran. *J Educ Community Health*. 2016;2(3):43-50. DOI: 10.20286/jech-02036

© 2015 Journal of Education and Community Health

Abstract

Background and Objectives: Health Literacy has been defined as the cognitive and social skills that determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. People with inadequate health literacy have poorer health status. Thus, the aim of this study was to determine the status of health literacy and its relationship with general health status, use of health services and preventive behaviors.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 400 individuals aged 18 to 65 years in Balochistan, Iran. Multi-stage cluster sampling was used. Data were collected using Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) questionnaires. Data analyses were conducted using Kruskal-Wallis and Mann-Whitney, using SPSS (version 18).

Results: The mean age of the studied population was 9.29 ± 28.7 years. Only 32% of adults were found to have adequate health literacy. Inadequate health literacy was more common in older people, ones with fewer years of schooling or lower household income, and females. The health literacy level was associated with outpatient visits, screening, and health status. Individuals with higher levels of health literacy had performed screening more than others.

Conclusions: Due to the low health literacy level in the target population, educational interventions are needed to develop health literacy skills in the community.