

HEALTH LITERACY AND LIFESTYLE

The comparison of health literacy and lifestyle among retired and homemaker older adults' women

ABSTRACT

Background and objective: The diseases during old age have an enormous impact on women elderly and their families. The previous study indicated that health literacy and lifestyle play a crucial role in prevention of diseases in elderly. Therefore, the aim of current study is to compare the health literacy and lifestyle among retired and homemaker older adults' women.

Methods: This study is a descriptive comparative research. The 80 retired women and 80 homemakers were chosen through purposive sampling and sample random sampling respectively in Tehran in 2015. Then, they equalized in aspect of age, education, and economic family status with retired older adults' women. The measuring instruments are Health- Promoting Lifestyle Profile (HELLA) and Health Literacy for Iranian Adults (HPLP II). Data was analyzed utilizing t independent and spss20.

Results: The results showed that there is the significant difference between the lifestyle ($t=-6.46$, $df=158$, $p=0.001$) and health literacy ($t=-6.59$, $df=158$, $p=0.001$) and the subscales of these variables among retired women and housewives ($p<0.001$).

Conclusion: These findings indicated that the level of health literacy and lifestyle in homemaker is lower than retire older adult's women. Hence, it should be considered the educational program to enhance and improve the health literacy and lifestyle in homemaker women's elderly adults.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Lifestyle, Health Literacy, Retired Elderly Women, Housewife Elderly Women.

Anahita Khodabakhshi-koolaee

* Assistant professor, Department of Psychology and education science, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran. (Corresponding Author):
Email: a.khodabakhshid.@khatam.ac.ir

Received: 11 November 2016

Accepted: 15 December 2016

► **Citation:** Khodabakhshi-koolaee. The comparison of health literacy and lifestyle among retired and homemaker older adults' women. *Journal of Health Literacy*. Autumn 2016; 1(3): 155-163.

مقایسه سواد سلامتی و سبک زندگی سالم در زنان سالمند بازنشسته و خانه دار

چکیده

زمینه و هدف: بیماری های دوران سالمندی تاثیرات فراوانی بر زنان سالمند و خانواده های آنان دارد. تحقیقات پیشین نشان داده است سواد سلامتی و سبک زندگی سلامت مدار بر پیشگیری از بیماری در سالمندان موثر است. از این رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه سواد سلامتی و سبک زندگی سلامت مدار در زنان سالمند خانه دار و بازنشسته می باشد.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع توصیفی - مقایسه ای است. ۸۰ زن سالمند بازنشسته به روش نمونه گیری هدف دار و ۸۰ زن سالمند خانه دار به روش نمونه گیری تصادفی ساده در شهر تهران در سال ۹۴۱۳ انتخاب شدند و از نظر سن، میزان تحصیلات و سطح اقتصادی خانواده با گروه بازنشسته همسازی گروهی شدند. ابزار اندازه گیری شامل مقیاس سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی (HPLP II) و مقیاس سواد سلامتی (HELIA) می باشد. داده ها با استفاده از تی مستقل و SPSS نسخه ۲۰ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد تفاوت معناداری بین سبک زندگی ($p < .001$ ، $t = 46/6$ ، $df = 158$) و سواد سلامتی ($p < .001$ ، $t = 59/6$ ، $df = 158$) و خرده مقیاس های این دو متغیر در بین زنان بازنشسته و خانه دار سالمند وجود دارد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد سطح سواد سلامتی و سبک زندگی زنان سالمند خانه دار پایین تر از زنان سالمند بازنشسته است. از این رو، لازم است برنامه های آموزشی در جهت بهبود و ارتقا سواد سلامتی و سبک زندگی این گروه مدنظر قرار بگیرد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه ها: سبک زندگی، سواد سلامتی، زنان سالمند بازنشسته، زنان سالمند خانه دار.

آناهیتا خدابخش کولایی

* استادیار گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران. (نویسنده مسئول):

a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

◀ **استناد:** خدابخش کولایی آ. مقایسه سواد سلامتی و سبک زندگی سالم در زنان سالمند بازنشسته و خانه دار. *فصلنامه سواد سلامت*. پاییز ۱۳۹۵؛ ۱(۳): ۱۵۵-۱۶۳.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۲۵

مقدمه

با توجه به افزایش افراد بازنشسته به مرز شانزده میلیون نفر تا سال ۲۰۴۰ (۱) و افزایش شاخص امید به زندگی در ایران، طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، که امروزه در مردان ایرانی ۶۷ سال و در زنان ایرانی ۷۱ سال می‌باشد، سالمندی و شرایط ویژه افراد سالمند و تأمین بهداشت و سلامت روانی و جسمانی آنها از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (۲). بعبارتی، با بالا رفتن سن نه تنها بدن فرسوده می‌شود، بلکه از دست دادن خویشاوندان، دوستان و جدایی از فرزندان و از دست دادن شغل همگی می‌توانند مشکلات سلامتی زیادی را به بار آورند (۳). سورنسن و همکاران (۲۰۱۲) با توجه به نتایج مطالعات پیشین در مطالعه مروری، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده‌های امر سلامت معرفی نمودند (۴). سواد سلامت فراتر از داشتن توانایی صرف در خواندن، نوشتن و یا فهمیدن اعداد و شماره‌ها در مکان‌های بهداشتی درمانی است. سواد سلامت در حقیقت داشتن توانایی درک و تفسیر معانی داده‌ها و اطلاعات بهداشتی مکتوب، شنیداری یا مجازی است. سواد سلامت بر توانایی افراد برای پذیرفتن یا سرباز زدن از اقدامات مرتبط با سلامت تأثیر می‌گذارد و سبب می‌شود که آنها در زندگی روزمره خود تصمیمات صحیح در ارتباط با سلامت خود بگیرند (۵). به بیان دیگر، سواد سلامت ناکافی با گزارش فردی وضعیت سلامت در حد ضعیف‌تر، استفاده نامناسب از داروها و عدم پیروی از دستورهای پزشک، کنترل ضعیف‌تر قند خون و افزایش شیوع گزارش فردی مشکلات بهداشتی ناشی از کنترل ضعیف ناشی می‌شوند، دانش بهداشتی کمتر، مشارکت کمتر در تصمیم‌گیری در خصوص درمان، بیان کمتر نگرانی‌های سلامت و ارتباط بدتر با پزشکان همراه است (۶،۷،۸). مطالعات نشان داده که نود درصد بزرگسالان مهارت‌های لازم برای مدیریت نمودن سلامت خود و پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌ها را ندارند، کمتر فواید استفاده از خدمات سلامت را درک نموده و از آنها استفاده می‌کنند و همچنین بیشتر نیاز به بستری شدن پیدا می‌کنند (۹). از سوی دیگر امروزه بیشتر آموزش‌ها و اطلاعات در

سیستم بهداشتی به صورت نوشتاری و در سطحی بالاتر از آنچه برای افراد قابل فهم باشد، ارایه می‌گردد (۱۰). بنابراین آموختن و درک اطلاعات جدید بهداشتی نیازمند مهارت بالایی در خواندن، محاسبات و مهارت تصمیم‌گیری می‌باشد. این در حالی است که مطالعات ثابت کردند که اغلب سالمندان در این سه زمینه مهارت کافی ندارند و ضعیف عمل می‌کنند. همچنین به دلیل تغییرات حسی و ادراکی که همراه با سالمندی به وقوع می‌پیوندد، بر توانایی سالمندان در خواندن و درک اطلاعات بهداشتی تأثیر می‌گذارد. این موارد خود از علل سطح پایین سواد سلامت در این گروه آسیب پذیر محسوب می‌شود و نشان دهنده لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در گروه سالمندان می‌باشد (۱۱). در همین راستا، مطالعات مختلف نیز نشان دادند که سطح پایین سواد سلامت در سالمندان، با پیامدهایی چون افزایش میزان مرگ و میر (۱۲)، کاهش توانایی شناختی (۱۳)، کاهش سلامت فیزیکی (۱۴)، افزایش خطر دمانس (۱۵) و به طور کلی با عوامل خطرناک بیماری‌های مزمن (۱۶) در این گروه مرتبط است. به طور کلی رفتارهای بهداشتی ارتقاء دهنده سلامتی و سبک زندگی نقش مهمی در تعیین سطح سلامتی افراد دارد (۱۷). بعبارتی، افراد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقاء سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها، اقدامات و فعالیت‌هایی از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب، استراحت، فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار، الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها را انجام می‌دهند. این مجموعه فعالیت‌ها، سبک زندگی را تشکیل می‌دهند (۱۸، ۱۹). مطالعات نشان داده است داشتن سبک زندگی ناسالم علت عمده مرگ و میر و عوارض غیرقابل پیشگیری در میان سالمندان است. درحالی که انجام رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت فردی مهم‌ترین و مؤثرترین عامل در حفظ و ارتقاء سلامت سالمندان می‌باشد (۲۰)

راشیدی و بهرامی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای بر روی فاکتورهای مرتبط با سلامت در ۳۰۰ سالمند ۶۵ ساله و بالاتر در اصفهان نشان دادند که طور کلی سالمندان مورد بررسی از سبک زندگی

مطلوبی برخوردار نبودند (۲۱). همچنین محققان در مطالعات متعدد دریافتند سالمندان از نظر فعالیت بدنی و داشتن رژیم غذایی مناسب در سطح مطلوبی نیستند و میزان آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان در خصوص شیوه زندگی سالم و سبک زندگی نسبتاً پایین است (۲۲، ۲۳، ۲۴). تحقیقات متعدد تاثیر فاکتورهای جمعیت شناختی چون شغل، تحصیلات، میزان درآمد را بر سبک زندگی افراد را آشکار ساخته اند (۲۵، ۲۶). این در حالی است که میرزایی و همکاران (۱۳۹۲) رابطه میان میزان درآمد زنان خانه دار و کیفیت و سبک زندگی ایشان مشاهده نکردند (۲۷). این در حالی است که در بیشتر مطالعات، ارتباط منفی میان سن و سطح سواد سلامت گزارش شده است، به عنوان مثال، جوادزاده و همکاران (۱۰)، در پژوهشی نشان دادند سواد سلامت ۷۹/۶ درصد سالمندان در حد ناکافی، ۱۱/۶ درصد مرزی و تنها ۸/۸ درصد شرکت کنندگان از سواد سلامت کافی برخوردار بودند. از این رو مطالعه سبک زندگی و سواد سلامتی در زنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. با توجه به رشد جمعیت سالمندان و به تبع آن بیماریهای دوره سالمندی در زنان توجه به این امر در جمعیت زنان سالمند مضاعف می شود. با توجه به مواردی که ذکر شد، می توان سبک زندگی و سواد سلامت را به عنوان دو عنصر اساسی در سالمندان زن بازنشسته و خانه دار در نظر گرفت. در نتیجه با توجه به میزان اهمیت موضوع و اینکه پژوهش های اندکی در این زمینه در جمعیت سالمندان انجام گرفته است؛ از سویی دیگر، سواد سلامتی، عنصری مهم در توانایی یک زن برای درگیر شدن با فعالیت های ارتقای سلامت و پیشگیری برای خود و فرزندانش محسوب می شود. بدون درک کافی از اطلاعات مراقبت های بهداشتی، برای یک زن، مشکل یا غیرممکن خواهد بود که تصمیم گیری هایی آگاهانه منجر به پیامدهای مطلوب سلامت برای خود داشته باشد (۲۸). بنابراین بررسی این دو عنصر از طریق مقایسه با زنان خانه دار، قابل تأمل است و با توجه به توضیحات فوق الذکر، پرسش اصلی در پژوهش حاضر این است که بین سبک زندگی و سواد سلامتی در دو گروه

از سالمندان زن بازنشسته و خانه دار چه تفاوتی وجود دارد؟ تا بتوان بر اساس نتایج بدست آمده گامی در جهت رفع نیاز زنان سالمند برداشت.

مواد و روش ها

تحقیق حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه ای می باشد. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، کلیه زنان سالمند بازنشسته و خانه دار شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بود. نمونه سالمندان بازنشسته (۸۰ نفر) به روش نمونه گیری تصادفی از بین زنان بازنشسته بالای ۶۰ سال عضو کانون بازنشستگان تهران انتخاب شدند بدین طریق که با مراجع به کانون بازنشستگان تهران، با بازگو کردن اهداف مطالعه از آنان برای شرکت در مطالعه دعوت میشد. همچنین برای انتخاب زنان خانه دار (۸۰ نفر) که به صورت تصادفی ساده انجام شد به صورت تصادفی با مراجع به مناطق شهرداری (۱،۳،۶) از بین زنان خانه دار تعداد ۸۰ نفر برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند که از نظر سن و میزان تحصیلات با گروه بازنشسته همساز می شدند. به آنها اطمینان داده شد که جهت حضور در پژوهش اختیار تام دارند و به آنها اعلام گردید که در صورت تمایل نتایج آزمون در اختیار آنها قرار خواهد گرفت. در نهایت با اخذ رضایت کتبی از آزمودنی ها و اعلام محرمانگی پرسشنامه ها، آزمودنی شروع به تکمیل پرسشنامه ها بدون ذکر نام و با استفاده از کد کردند. در نهایت براساس پرسشنامه های جمع آوری شده به صورت هدفمند و با توجه به معیارهای ورود در مجموع ۱۶۰ سالمند بازنشسته و خانه دار زن انتخاب شد. معیارهای ورود عبارت بود از: ۱- محدوده سنی ۶۰ تا ۷۵ سال، ۲- زنان بازنشسته، ۳- زنان خانه دار. ملاک های خروج از پژوهش شامل: ۱- داشتن مشکلات شناختی جسمی حاد، ۲- بی سواد بودن، ۳- عدم توانایی پاسخگویی مستقل به پرسشنامه.

مقیاس سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی (HPLP II)^۱

این پرسشنامه توسط والکر در سال ۱۹۸۷ ساخته شده است (۲۹)

در نهایت داده‌ها با استفاده از روش های آزمون T مستقل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی زنان سالمند در متغیر سطح تحصیلات شامل؛ ۱۵ نفر (۱۸/۸ درصد) زیر دیپلم، ۴۰ نفر (۵۰ درصد) دیپلم، ۱۵ نفر (۱۸/۸ درصد) فوق دیپلم و ۱۰ نفر (۱۲/۵ درصد) دارای تحصیلات لیسانس می‌باشد. با توجه به داده‌های جدول ۱، می‌توان نتیجه گرفت که بین سواد سلامتی خواندن ($t=-9/057$)، ارزیابی ($t=-10/99$)، تصمیم گیری ($t=-5/55$)، دسترسی ($t=-10/72$) در زنان سالمند بازنشسته و خانه‌دار تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱. نتایج آزمون t مستقل در مورد مقایسه سواد سلامتی و خرده مقیاس های آن در زنان سالمند بازنشسته و خانه‌دار

متغیر	گروه	میانگین و انحراف معیار	شاخص آزمون	
			t	درجه آزادی
سواد سلامتی	بازنشسته	$2/89 \pm 0/54$	۱۵۸	-۶/۵۹
	خانه دار	$3/73 \pm 0/34$		
مهارت خواندن	بازنشسته	$3/57 \pm 0/66$	۱۵۸	-۹/۰۵۷
	خانه دار	$2/67 \pm 0/61$		
ارزیابی	بازنشسته	$2/77 \pm 0/48$	۱۵۸	-۱۰/۹۹
	خانه دار	$3/74 \pm 0/62$		
تصمیم گیری	بازنشسته	$3/70 \pm 0/50$	۱۵۸	-۵/۵۵
	خانه دار	$2/95 \pm 0/32$		
دسترسی	بازنشسته	$3/66 \pm 0/40$	۱۵۸	-۱۰/۷۲
	خانه دار	$2/81 \pm 0/58$		

همچنین، داده‌های جدول ۲، دلالت بر وجود تفاوت معنادار بین سبک زندگی ($t=-6/46$ ، $df=158$ ، $p=0/001$) و خرده

که از ۵۶ سوال تشکیل شده که ۶ زیر مقیاس تحت عناوین، ۱-تغذیه، ۲-ورزش و فعالیت بدنی، ۳-مسئولیت پذیری در مورد سلامتی، ۴-مدیریت استرس، ۵-روابط بین فردی و ۶-رشد معنوی و خودشکوفایی دارد. نحوه امتیازدهی پرسشنامه به این شکل است که نمره کل سبک زندگی از حداقل ۵۶ تا ۲۰۸ نمره و در چهار سطح هرگز، گاهی، اغلب، دائم، به ترتیب با امتیاز ۱ تا ۴ امتیازدهی میشود. در سطح بندی نمره سبک زندگی، نمره زیر ۱۰۰ ضعیف و از نمره ۱۰۰ تا ۱۵۰ متوسط و از نمره ۱۵۰ تا ۲۰۸ خوب به حساب می‌آید. والکر و همکاران (۱۹۹۰)، پایایی پرسش نامه را به وسیله آلفای کرونباخ برای شش مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۵، ۰/۷۹، ۰/۸۷ و برای کل پرسش نامه ۰/۹۴ را به تأیید رسانده اند (۳۰). همچنین محمدی زیدی (۳۱)، پایایی این پرسشنامه را با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ برای کل ابزار و برای زیر شاخه‌ها ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ به دست آورد. روایی سازه این پرسش نامه توسط پورمیدانی، نوری، شفتی (۳۲)، بررسی شد و همبستگی زیر مقیاس های آن با نمره کل بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۰ به دست آمد و پایایی آن ۰/۸۳ به دست آمد. در این تحقیق از نسخه فارسی ترجمه شده استفاده شده است.

مقایسه سواد سلامتی (HELIA)

این ابزار توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۳)، ساخته شده که دارای ۳۳ سوال ۵ گزینه ای است و شامل ۵ عامل می باشد که عبارتند از: دسترسی (۶گویه)، مهارت خواندن (۴گویه)، فهم (۷گویه)، ارزیابی (۴گویه) و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲گویه). روایی سازه این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی آن با محاسبه ضریب همبستگی درونی آن ارزیابی شد. نتایج نهایی تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که پرسشنامه مذکور از روایی سازه مطلوب برخوردار است که مجموعاً ۵۳/۲٪ از تغییرات مشاهده شده را توضیح میدهد. میزان آلفای کرونباخ گویه‌ها در سازه های ذی ربط نیز قابل قبول بوده (۰/۷۲ تا ۰/۸۹) و از این حیث پایایی پرسشنامه نیز تأیید شده است (۳۳).

مقیاس های آن تغذیه ($t=-7/17$)، مسئولیت پذیری ($t=-4/64$)، روابط بین فردی ($t=-6/02$)، فعالیت بدنی ($t=-5/56$)، مدیریت استرس ($t=-3/56$)، رشد معنوی ($t=-5/63$) در زنان سالمند بازنشسته و خانه دار می باشد.

جدول ۲. نتایج آزمون t مستقل در مورد مقایسه سبک زندگی و خرده مقیاس های آن در زنان سالمند بازنشسته و خانه دار

متغیر	گروه	شاخص آزمون		
		میانگین و انحراف معیار	t	درجه آزادی
سبک زندگی	سالمندان بازنشسته	۲۲/۳۵ ± ۴/۸۱	-۶/۴۶	۱۵۸
	سالمندان خانه دار	۲۲/۶۵ ± ۳/۴۹		
تغذیه	سالمندان بازنشسته	۲۶/۳۲ ± ۳/۷۶	-۷/۱۷	۱۵۸
	سالمندان خانه دار	۲۱/۱۲ ± ۵/۲۷		
مسئولیت پذیری	سالمندان بازنشسته	۲۷/۳۰ ± ۳/۶۲	-۶/۴۶	۱۵۸
	سالمندان خانه دار	۲۳/۳۵ ± ۶/۶۸		
مدیریت استرس	سالمندان بازنشسته	۲۷/۹۱ ± ۰/۴۲	-۶/۰۲	۱۵۸
	سالمندان خانه دار	۲۳/۱۸ ± ۰/۶۶		
روابط بین فردی	سالمندان بازنشسته	۲۵/۷۷ ± ۴/۰۶	-۵/۵۶	۱۵۸
	سالمندان خانه دار	۲۱/۵۸ ± ۵/۳۷		
فعالیت بدنی	سالمندان بازنشسته	۲۴/۱۶ ± ۴/۸۱	-۳/۵۰	۱۵۸
	سالمندان خانه دار	۲۱/۲۲ ± ۵/۵۷		
مدیریت استرس	سالمندان بازنشسته	۲۸/۴۷ ± ۰/۵۱	-۵/۶۳	۱۵۸
	سالمندان خانه دار	۲۳/۶۷ ± ۰/۶۷		

در سالمندان زن بازنشسته و خانه دار انجام شد. براساس یافته های پژوهش حاضر، بین سبک زندگی زنان سالمند بازنشسته و خانه دار تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر زنان سالمند بازنشسته نسبت به زنان خانه دار، از سبک زندگی بهتری برخوردارند. این یافته با نتایج مطالعات پیشین همسو می باشد.

به عنوان مثال؛ کرمان ساروی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه ای بر روی ۲۲۰ زنان شاغل و خانه دار نشان دادند نمرات میانگین زنان شاغل در تمامی سنجش های کیفیت زندگی بجز عملکرد جسمانی بالاتر از زنان خانه دار می باشد (۲۷). مقایسه سبک زندگی زنان شاغل و غیرشاغل توسط زنجانی و بیات نشان داد در تمام ابعاد سبک زندگی، زنان شاغل میانگین نمره بیشتری نسبت به زنان غیر شاغل کسب نموده بودند (۳۴). از آنجایی که تحقیقی مشابه در این زمینه صورت نگرفته بود امکان مقایسه گسترده امکان پذیر نشد. اما با توجه به نتایج تحقیقات دیگر چون استنهم و همکاران (۳۵) که تفاوتی در سبک زندگی بازنشستگان نسبت به کارکنان بالای ۶۵ سال، مشاهده نکردند و باتوجه به تحقیقات پیشین بر روی متغیرهای جمعیت شناختی و ساختاری (۲۵،۲۶)، می توان اینگونه بیان کرد که میزان درآمد، متغیر تعیین کننده ای در سطح سبک زندگی افراد دارد (۳۶،۳۷). علاوه براین، بنظر می رسد اشتغال و مشارکت در فعالیت های اجتماعی زنان موجب گسترش شبکه های اجتماعی می شود (۳۸) در نتیجه موجب افزایش حمایت های اجتماعی دریافتی و احساس رضایت مندی بیشتر در زنان و به تبع آن موجب ارتقا سبک زندگی زنان سالمند بازنشسته نسبت به زنان خانه دار می شود.

همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان داد بین سواد سلامتی زنان سالمند بازنشسته و سواد سلامتی زنان سالمند خانه دار تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر زنان بازنشسته نسبت به زنان خانه دار، از سواد سلامتی بالاتری برخوردارند. این نتایج با یافته های کرمان ساروی و همکاران (۲۷) و زنجانی و بیات (۳۴) که دریافتند نمرات میانگین دو بعد نشاط و سلامت روانی زنان شاغل بالاتر از زنان خانه دار می باشد، همسو می باشد.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور مقایسه سواد سلامتی و سبک زندگی

بدیهی است تمام این موارد بر سبک زندگی و سواد سلامتی زنان سالمند بازنشسته تأثیرگذار بوده و باعث تفاوت بین آنها و زنان سالمند خانه دار شود.

نتیجه گیری: زنان سالمند بازنشسته در تمامی مولفه های سبک زندگی (رشد معنوی، روابط بین فردی، مدیریت استرس، مسئولیت پذیری، فعالیت بدنی و تغذیه) و مولفه های سواد سلامتی (دسترسی، مهارت خواندن، ارزیابی و تصمیم گیری) در مقایسه با زنان سالمند خانه دار در وضعیت بهتری قرار داشتند. با توجه به اهمیت دوره سالمندی و افزایش تعداد سالمندان، پیشنهاد می شود امکانات ویژه ای از جمله تشکلهای سالمندی مرتبط با نیازهای سالمندان، برنامه ریزی جهت برگزاری دوره های آموزشی با محوریت سبک زندگی و سواد سلامتی (۴۵، ۴۶) برای آنان در نظر گرفته شود تا جامعه با آمادگی بیشتری به استقبال این پدیده برود و بتواند نیازهای سالمندان را هر چه بهتر برآورده کند و از بسیاری از مشکلات دوره سالمندی پیشگیری شود. محدود بودن جامعه به زنان سالمند بازنشسته عضو کانون بازنشستگان و زنان سالمند خانه دار در شهر تهران، امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به مردان سالمند و سایر شهرها و جمعیت های دیگر که ویژگی های جمعیتی شناختی متفاوت دارند را با محدودیت مواجه می سازد.

سپاسگزاری

در پایان نویسنده مراتب سپاس و قدردانی خود را نسبت به تمامی سالمندان محترم شهر تهران و کارمندان کانون بازنشستگان که در انجام این تحقیق همکاری کردند ابراز می دارند.

References:

1. Orbach A. Counselling older clients. Translator: Khodabakhshi Koolaee A. 3th ed. Tehran: Jangal; 2010. (Persian)
2. Makvandi B, Heydarei AR, Valizadeh SH. Comparison of mental health and despir before retirement and retire state of an industrial organization in Khozestan. Journal of Social Psychology. 2012; 7(23):149-160. (Persian)
3. Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, et al. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. Quality of Life Research. 2011;20(1):57-67.
4. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012;12(1):80.

همچنین، جهانگیرزاده و خدابخشی کولایی (۱۳۹۵) به این نتیجه دست یافتند که، زنان سالمند بازنشسته از امید به زندگی بالاتر و رضایت زندگی بیشتری در مقایسه با زنان سالمند خانه دار برخوردارند (۳۹). پژوهش مرتبط با نتایج به دست آمده یافت نشد، اما تحقیقات نشان داده است سطح سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، میزان تحصیلات کمتر، درآمد پایین تر و زنان شایع تر بود (۴۰-۴۳). البته با تغییر شرایط اجتماعی و آسیب های خانوادگی از جمله طلاق مشکلات زنان سالمند پیچیده تر هم می شود (۴۴). این یافته را می توان اینگونه استدلال کرد که با توجه به تعاریف ارائه شده برای سواد سلامت که شامل میزان ظرفیت فرد برای کسب، درک و تفسیر اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی در جهت تصمیم گیری متناسب برپایه دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، می توان اینگونه بیان کرد که زنان شاغل عمدتاً ممکن است به واسطه شغل خود مطالعه بیشتری داشته و در معرض اطلاعات وسیع تر از طریق آموزش های متفرقه قرار گرفته باشند که این امر نقش بسزایی در افزایش دانش افراد در مورد بیماری ها و پیشگیری در اختیار زنان قرار دهد. علاوه بر این، زنان سالمند بازنشسته به واسطه شغل خود با افراد متفاوتی در ارتباط بوده اند و تعاملات، تبادل اطلاعات و روابط گسترده تری را نسبت به زنان سالمند خانه دار تجربه کرده اند و این روابط و تعاملات همچنان از طریق ایجاد و حفظ شبکه های اجتماعی و تبادل تجارب و نظرات در کانون بازنشستگان روز به روز گسترده تر شده و موجب می شود زنان شاغل بازنشسته نسبت به زنان سالمند خانه دار به افراد و اطلاعات وسیع تری دسترسی داشته باشند. بنابراین

5. UNESCO: Literacy for all. Education for All Global Monitoring Report 2006. UNESCO Publishing; 2005.
6. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. Health promotion international. 2009;24(3):285-296.
7. Nijman J, Hendriks M, Brabers A, de Jong J, Rademakers J. Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. Journal of health communication.2014;19(8):955-969.
8. Smith SG, O'Connor R, Curtis LM, Waite K, Deary IJ, Paasche-Orlow M, et al. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. Journal of epidemiology and community health. 2015; 69(5):474-480.
9. Wolf MS, Feinglass J, Thompson J, Baker DW. In search of 'low health literacy': Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. Social science & medicine.2010;70(9):1335-1341.
10. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. Health System Research.2012; 7(4):1-11. (Persian)
11. Wengryn M, Jackson Hester E. Pragmatic skills used by older adults in social communication and health care contexts: Precursors to health literacy. Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders.2011;38,41-52.
12. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. BMJ (Clinical research ed.).2011;344:e1602-e1602.
13. Serper M, Patzer RE, Curtis LM, Smith SG, O'Connor R, Baker DW, et al. Health literacy, cognitive ability, and functional health status among older adults. Health services research. 2014 9(4):1249-1267.
14. Möttus R, Johnson W, Murray C, Wolf MS, Starr JM, Deary IJ. Towards understanding the links between health literacy and physical health. Health Psychology. 2014;33(2):164.
15. Kaup AR, Simonsick EM, Harris TB, Satterfield S, Metti AL, Ayonayon HN, et al. Older adults with limited literacy are at increased risk for likely dementia. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2014;69(7):900-906.
16. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC family practice. 2014;13(1):49.
17. Wei CH N, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of healthpromoting lifestyle profile in Japanese university students. Environ Health Prev Med. 2012; 17:222-7
18. Hu FB, Liu Y, Willett WC. Preventing chronic diseases by promoting healthy diet and lifestyle: public policy implications for China.Obesity Reviews. 2011; 12(7): 552-559.
19. Fuglestad PT, Jeffery RW, Sherwood NE. Lifestyle patterns associated with diet, physical activity, body mass index and amount of recent weight loss in a sample of successful weight losers. Int J Behav Nutr Phys Act.2012; 9(1):79.
20. Heshmati H, Poor naser B, Haji ebrahimi MH, Cherkzi A, Asadi Z, Dehnadi A. Hygiene status in rural elderlies of maraveh tapanah city in Golestan province in 2010. Salmand 2012; 24(1): 8-18. (Persian)
21. Rashedi S, Bahrami M. Factors Related to the health promoting life stlye among geriatric patients. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2015; 13(2): 90-98. (Persian)
22. Han TS, Lee DM, Lean MEJ, Finn JD, O'Neill TW, Bartfai G, et al. Associations of obesity with socioeconomic and lifestyle factors in middle-aged and elderly men: European Male Aging Study (EMAS). European Journal of Endocrinology. 2015; 172(1): 59-67.
23. Rizzuto D, Orsini N, Qiu C, Wang X, Fratiglioni L. Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study. BMJ, 2012;345:e5568.
24. Ford ES, Bergmann MM, Boeing H, Li C, Capewell S. Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. Preventive medicine. 2012;55(1): 23-27
25. Makai P, Brouwer WB, Koopmanschap MA, Stolk EA, Nieboer AP. Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review. Social Science & Medicine. 2014;102:83-93.
26. Askhatova LI, Bulnina IS. Quality-of-life (QOL) improvement as a strategic resource of sustainable social and economic development of a region. Life Science Journal. 2014;11(6s):354-357.
27. Kermansarvi F, Montazeri A, Bayat M. Quality of life in worker women and housewife. Payesh. 2012;11(1):111-116. (Persian)
28. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2009;38(5):601-612.
29. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing research. 1987;36(2):76-81.
30. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish Language Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. Nursing Research. 1990;39(5):268-273.
31. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012;21(1):102-113. (Persian)

32. Pourmeidani S, Noori A, Shafti SA. Relationship between Life Style and Marital Satisfaction. *Journal of Family Research*. 2014;10(3):331-344.
33. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties « (2014);13(5):589-599. (Persian)
34. Zanjani HA, Bayat M. A survey of the impacts of employment on women's life qualification in Mashhad city 2009. *Journal of Contemporary Sociology*. 2010; 2:171-190. (Persian)
35. Stenholm S, Westerlund H, Salo P, Hyde M, Pentti J, Head J, et al. Age-related trajectories of physical functioning in work and retirement: the role of sociodemographic factors, lifestyle and disease. *Journal of epidemiology and community health*. 2014;68(6): 503-509.
36. Hsu KJ, Lee HE, Wu YM, Lan SJ, Huang ST, Yen YY. Masticatory factors as predictors of oral health-related quality of life among elderly people in Kaohsiung City, Taiwan. *Quality of Life Research*. 2014;23(4):1395-1405.
37. Baumann M, Le Bihan E, Chau K, Chau N. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. *BMC neurology*. 2014;14(1):92.
38. Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, et al. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*. 2014;20(1): 57-67.
39. JahangiriZadeh P, Khodabakhshi Koolae A. The relationship between self-concept, life satisfaction and hope among retired and housewife older adults' women. *Journal of Gerontology*, 3. 2016; 1 (1) :35-44. URL [http://www.joge.ir/article-1-68-fa.html\(persian\)](http://www.joge.ir/article-1-68-fa.html(persian))
40. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health* 2009; 31(4):490-495.
41. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Santoro Bahia V, Dozzi Brucki SM, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4):631-638
42. Downey La Vonne A, Zun Leslie S. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *Journal of the National Medical Association* 2008; 100(11): 1304-1308
43. Banihashemi SAT, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the Influencing Factors: A study in five provinces of Iran. *Journal of Strides Development Medical Education*. 2012;4(1):1-9. (Persian)
44. Khodabakhshi Koolae A, Hashemi Asl Z. The Relationship between Fear of Intimacy and Attachment Styles among Elderly Divorced Women. *Journal of prevention and health*, 3. 2016; 2 (1) :25-32. [http://www.hpjournal.ir/article-1-61-fa.html\(Persian\)](http://www.hpjournal.ir/article-1-61-fa.html(Persian))
45. Hadden KB. Health literacy training for health professions students. *Patient education and counseling*. 2015;98(7):918-20.
46. Ahmed Kh. Improving health literacy among elderly: The impact of low health literacy on health and well-being of older individuals. Thesis degree, Arcadia university. 2015. Available on: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015110415961>.