

HEALTH LITERACY AND QUALITY OF LIFE

The relationship between health literacy and quality of life in retirement of Rafsanjan University of Medical Sciences

ABSTRACT

Background and objective: Health literacy of individuals have the capacity to obtain, process and understand basic information to decide an appropriate health service in this area is necessary. This study aimed to determine the association between health literacy and quality of life in retirement Rafsanjan University of Medical Sciences.

Methods: This cross-sectional study on 137 retirees of the city of Rafsanjan University of Medical Sciences. The sampling method was census. The validity of the questionnaire Functional Health Literacy Adult TOFHLA, and the questionnaire was 36 SF. Information collected through SPSS18 software and using ANOVA statistical tests, and chi-square and Pearson correlation and regression analysis.

Results: Total score quality of life and level of health literacy in retirement for the 58.9047 and 57.07± 60.45 respectively. Health literacy as a predictor of quality of life score (001 / = 0p and 064 / Or =). One-way analysis of variance between health literacy and age, and chi-square test showed that the variables life style, education, efficient your knowledge, has a significant relationship with the disease. However, health literacy level variables marital status, sex, satisfaction with the economic situation, and the drug had no significant relationship.

Conclusion: Retirement planning in order to increase the level of health literacy can enhance their quality of life
Keywords: seniors, health literacy, and quality of life.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health Literacy, Retirement, Quality of Life.

► **Citation:** Hosieni F, Mirzaei T, Ravari A, akbary A. The relationship between health literacy and quality of life in retirement Rafsanjan University of Medical Sciences. *Journal of Health Literacy*. Summer 2016; 1(2):92-99.

Fatemeh Hosieni

MSc in nursing, Gerontological Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences.

Tybeh Mirzaei

*Assistant Professor, Gerontological Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences. (Corresponding Author): Email: t.mirzaei@rums.ac.ir

Ali Ravari

Assistant Professor, Gerontological Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences.

Ali akbary

MSc in nursing, nursing school, Rafsanjan University of Medical Sciences.

Received: 02 February 2015

Accepted: 14 July 2015

ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت میزان ظرفیت هر فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه از خدمات سلامتی است که برای تصمیم گیری متناسب در این حوزه ضروری می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام گرفت. **مواد و روش‌ها:** مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است که بر روی ۱۳۷ نفر از بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی شهر رفسنجان انجام شد. روش نمونه گیری به صورت سرشماری بود. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA)، و پرسشنامه SF ۳۶ انجام شد. اطلاعات جمع آوری شده از طریق نرم افزار SPSS ۱۸ و با به کارگیری آزمون‌های آماری آنوا، و کای اسکور و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نمره کلی کیفیت زندگی و سطح سواد سلامت در سالمندان به ترتیب ۹۰۴۷/۵۸ و ۵۷/۰۷±۵۷/۰۴۵۱۰۰/۶۰ بود. سواد سلامت به عنوان پیشگوی کننده نمره کیفیت زندگی بود ($p=0.01$) و ۰۶۴/۰۲=). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بین سطح سواد سلامت با جنس، و آزمون کای اسکور نشان داد با متغیرهای نحوه‌ی زندگی، تحصیلات، کارآمد دانستن خود، دچار بیماری بودن رابطه‌ی معنی‌داری دارد. ولی سطح سواد سلامت با متغیرهای وضعیت تأهل، جنس، رضایت از وضعیت اقتصادی، و مصرف دارو رابطه معنی‌داری دارد.

نتیجه‌گیری: با برنامه ریزی و طراحی برنامه‌های آموزشی مفید در زمینه سواد سلامت متناسب با سالمندان می‌توان جهت توسعه مهارت‌های سواد سلامت در جامعه گامی مؤثر برداشت و کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا داد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، سواد سلامت، کیفیت زندگی.

فاطمه حسینی

کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

طیبه میرزایی

* استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان (نویسنده مسئول)
t.mirzaei@rums.ac.ir

علی راوری

استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

علی اکبری

کارشناس ارشد پرستاری، مربی، دانشکده پرستاری، رفسنجان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۳

◀ **استناد:** حسینی ف، میرزایی ط، راوری ع، اکبری ع. ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. *فصلنامه سواد سلامت*. تابستان ۱۳۹۵؛ ۱(۲): ۹۲-۹۹.

مقدمه

با پیشرفت علم پزشکی، امید به زندگی افزایش یافته و جوامع را با افزایش جمعیت روبرو ساخته است. افزایش چشمگیر تعداد سالمندان نسبت به کل جمعیت با افزایش بیشتر انتظارات و نیاز به حمایت آنها، همراه بوده است (۱ و ۲) مخصوصاً طبق سرشماری انجام گرفته در ایران در حال حاضر سالمندان ۳۰ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند و در سال ۲۰۳۰ این رقم به حدود ۵۰ درصد جمعیت ایران می‌رسد (۳)

کیفیت زندگی در تعامل با ابعاد سلامت جسمی و روانی بوده و تحت تاثیر عوامل مختلف اقتصادی، روانی و جسمی - اجتماعی می‌باشد (۴) می‌توان گفت شاخص اساسی زندگی سالمندان کیفیت زندگیشان است (۵) بنابراین امروزه برنامه‌های ارتقاء سلامت تنها به دنبال افزایش کمیت زندگی نیستند (۶)، بلکه همراه با افزایش کمیت خواهان افزایش کیفیت زندگی نیز هستند (۶) گرچه پیر شدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به‌شمار می‌آید، ولی اگر برای مواجهه با آن در جهان توسعه یافته آماده نباشیم، عوارض و پیامدهای منفی بسیاری در پی خواهد داشت. از یاد نبریم که اگر چالش اصلی و عمده بهداشت عمومی در قرن بیستم افزایش امید به زندگی بود (۷) چالش اصلی قرن بیست و یکم «زندگی با کیفیت بهتر است». وجود نابرابری اقتصادی و عدم کفایت خدمات اجتماعی، مراقبت‌های پزشکی، سبب گردیده این گروه از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه باشند. از این رو باید در طراحی و تدوین برنامه‌های خدماتی بر بهبود و کیفیت زندگی این گروه تأکید بیشتری نمود (۸). در کل دنیا نیز، به منظور شناخت مسائل و مشکلات سالمندان تحقیقات مستمری صورت گرفته است تا بر مبنای یافته‌ها، نسبت به حل مسائل و مشکلات سالمندان اقدام نمایند و شرایط بهتری را برای آنان فراهم آورند. در این مطالعات عوامل تاثیر گذاری بر کیفیت زندگی سالمندان مانند ورزش و جوان بودن (۹) بیماری و جنس (۱۰) وضعیت اقتصادی و خود کارآمدی (۱۱) شادی (۱۱). سطح درآمد، فعالیت و ارتباط با خانواده (۱۲) وضعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی و شرایط

اقلیمی و نوع تفریحات بر روی کیفیت زندگی افراد تاثیر دارد. اما آنچه اهمیت دارد این است که اهمیت فردی این عوامل است (۱۲) رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان، تاثیر بالقوهای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی خواهد شد (۱۳) ارتقاء بهداشت و تامین سلامت افراد جامعه از ارکان مهم پیشرفت جوامع می‌باشد مراقبت‌های بهداشتی نوین به تدریج تمرکز خود را از بررسی میزان مرگ و میر به عنوان پیامد سلامتی به سمت گستره‌های وسیع‌تری نظیر ارتقاء کیفیت زندگی تغییر داده است (۱۴) در طول دهه گذشته به اهمیت و اثرات سطح سواد سلامت بر وضعیت سلامتی افراد، توجه شده است (۱۵).. سواد سلامت ناکافی به صورت توانایی محدود افراد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی که برای تصمیم‌گیری مناسب در حیطة سلامتی میباشد (۱۶) سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم می‌باشد. سالمندان به عنوان مهمترین گروه‌های در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت به شمار می‌آیند. رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان، تاثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی خواهد شد (۱۷) رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان، تاثیر بالقوهای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی خواهد شد (۱۳) آمار ارایه شده در مورد دلایل اصلی مرگ و میر، بیانگر آن است که ۵۳٪ از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط مورد توجه قرار گرفته است و منجر به ایجاد یک ارتباط پیچیده بین آموزش و سلامتی شده است (۱۸)

بررسی اجمالی صورت گرفته توسط محقق در خصوص در ارتقا سواد سلامت افراد و کیفیت زندگی سالمندان پیدا کردن درک درست از میزان سواد سلامت آنها و کیفیت زندگی آنها است تا

شامل گویه‌های ۱ الی ۶، مهارت خواندن شامل گویه‌های ۷ الی ۱۰، فهم شامل گویه‌های ۱۱ الی ۱۷، ارزیابی شامل گویه‌های ۱۸ الی ۲۱ و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت شامل گویه‌های ۲۲ الی ۳۳ می‌باشد. کل سواد سلامت که می‌توانست عددی بین ۰ تا ۱۰۰ باشد، محاسبه شد. در نهایت نمره سواد سلامت عملکردی آزمودنیها، بر اساس نقاط برش ۵۹ و ۷۴ به سه سطح ناکافی طبقه بندی (۷۵-۱۰۰) کافی و (۶۰-۷۴)، انحراف معیار و درصد مشخصات فردی و سطح سواد سلامت در افراد مورد مطالعه) و با استفاده از آزمونهای آنالیز واریانس یک طرفه و کای اسکوئر جهت تعیین ارتباط بین سطح سواد سلامت با مشخصات فردی و رفتارهای ارتقا دهنده سواد سلامت مود تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنیداری در این مطالعه ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

در این پژوهش از ۱۳۷ فرد انتخاب شده، ۷۴ نفر (۵۴/۰ درصد) مرد، ۵۹ نفر (۴۳/۱ درصد) زن و ۴ نفر (۲/۹ درصد) بدون پاسخ بوده‌اند. و ۱۱۳ نفر (۸۲/۵ درصد) دارای همسر، ۱۲ نفر (۸/۸ درصد) همسر فوت شده، ۲ نفر (۱/۵ درصد) همسر جدا شده و ۹ نفر (۶/۶ درصد) بدون پاسخ بوده‌اند. و ۷۱ نفر (۵۱/۸ درصد) با همسر خود، ۱۳ نفر (۹/۵ درصد) با فرزندان خود، ۳۴ نفر (۲۴/۸ درصد) با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کنند و ۱۹ نفر (۱۳/۹ درصد) بدون پاسخ بوده‌اند. و ۶ نفر (۴/۴ درصد) بیسواد، ۵۷ نفر (۴۱/۶ درصد) زیر دیپلم، ۳۹ نفر (۲۸/۵ درصد) فوق دیپلم، ۱۴ نفر (۱۰/۲ درصد) لیسانس، ۱ نفر (۰/۷ درصد) فوق لیسانس و ۲۰ نفر (۱۴/۶ درصد) بدون پاسخ بوده‌اند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $24 \pm 7/6$ بود که کمترین مورد ۵۶ سال و بیشترین مورد ۷۱ سال داشت. میانگین نمره سواد سلامت در افراد مورد مطالعه $57/07 \pm 45/10/60$ از ۱۰۰ بود. ۲۴/۴ درصد سواد سلامت نا کافی و ۶۲ در صد سواد مرزی و ۲۰ در صد سواد سلامت کافی داشتند از نظر ابعاد کلی کیفیت زندگی، میانگین معیارهای جسمی کیفیت زندگی $5/2279$ و میانگین معیارهای روان

بتوانند بر این اساس، تدابیر لازم را به عمل آورد و برنامه ریزی کرد لذا در تحقیق حاضر به بررسی کیفیت زندگی بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و ارتباط آن با سواد سلامت پرداختیم

مواد و روش‌ها

داده‌های مربوط به کیفیت زندگی به وسیله پرسشنامه، بعد از اخذ مجوز از مسئولین جمع آوری شد. نمونه گیری بصورت سر شماری صورت گرفت و کل ۳۰۰ نفر بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شدند. که ۲۰۰ نفر شرایط ورود به مطالعه را داشتند و از بین آنها ۱۳۷ نفر به سوالات پرسشنامه پاسخ داده بودند. از شرایط خروج از مطالعه افرادی که دچار بیماری حادی شده‌اند که بر کیفیت زندگی آنان در شش ماه اخیر تاثیر گذاشته باشد و از دست دادن عزیزان بود. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای سه قسمتی بود که قسمت اول آن شامل سوالاتی در رابطه با اطلاعات دموگرافیک و زندگی واحدهای پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL) بود. در این پرسشنامه با استفاده از ۳۶ سؤال سلامت جسمی و روانی فرد در ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است که ۴ سازه سلامت فیزیکی و ۴ سازه سلامت روانی را اندازه گیری می‌کنند و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است این موارد شامل فعالیت فیزیکی، درد جسمی، ایفای نقش جسمی، درک کلی از سلامت عمومی، قوه یا نیروی حیاتی، فعالیت اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی می‌باشد. همچنین از ادغام زیر مقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. برای امتیازبندی این پرسشنامه از مقیاس رتبه بندی لیکرت از نمره صفر تا صد استفاده شده است. صفر نشان دهنده پایین ترین سطح کیفیت زندگی و عدد صد بیانگر حداکثر یا بالاترین سطح کیفیت زندگی می‌باشد. داده‌های مربوط به سلامت توسط پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران جمع آوری شد این پرسشنامه در سال ۱۳۹۳ طراحی گردیده است که شامل ۳۳ گویه و ۵ مولفه می‌باشد مولفه‌ها عبارتند از: دسترسی

شناختی ۶۱/۶۶۵۱ بوده و میانگین کلی ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی ۵۸/۹۰۴۷ بوده است (جدول شماره ۱).

جدول ۱. ابعاد کلی (جسمی و روانی) کیفیت زندگی بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	مقدار P در همبستگی با سواد سلامت
معیارهای جسمی	۵۶/۲۲۷۹	۲۱/۷۱۹۷۷	$R = ۰/۰۱$ $R = ۰/۴۴$
معیارهای روان‌شناختی	۶۱/۶۶۵۱	۱۹/۶۸۲۶۹	$R = ۰/۰۱$ $R = ۰/۵۴$
معیارهای کلی	۵۸/۹۰۴۷	۱۸/۸۶۱۲۶	$R = ۰/۰۰۱$ $R = ۰/۶۴$

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بین سطح با جنس، ارتباط معنی داری نشان داد و زنان سطح سواد سلامت بالاتری داشتند. و آزمون کای اسکوئر نشان داد که سطح سواد سلامت با متغیرهای وضعیت تأهل، جنس، رضایت از وضعیت اقتصادی، و مصرف دارو رابطه معنی‌داری ندارد ولی با متغیرهای نحوه‌ی زندگی، تحصیلات، کارآمد دانستن خود، دچار بیماری بودن رابطه‌ی معنی‌داری دارد (جدول شماره ۲).

به طوری که سطح سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر، میزان تحصیلات کمتر و درآمد پایین تر و همچنین در مردان شایعتر بود. نمره کلی کیفیت زندگی ۵۸/۹۰ بوده است که با نمره سواد سلامت همبستگی مستقیم داشته است ($p=۰/۰۰۱$ و $r=۰/۰۶۴$).

جدول ۲. مقایسه‌ی ارتباط بین سواد سلامت و متغیرهای وضعیت تأهل، نحوه‌ی زندگی، تحصیلات، کارآمد دانستن خود، رضایت از وضعیت اقتصادی، دچار بیماری بودن و مصرف دارو توسط بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

P-Value	آماره F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	متغیر
۰/۰۸۹	۲/۲۲۲	۷۳۷/۹۲۷	۳	۲۲۱۳/۷۸۲	بین گروهی
		۳۳۲/۱۹۳	۱۱۴	۳۷۸۷۰/۰۲۶	درون گروهی
		-----	۱۱۷	۴۰۰۸۳/۰۸۸	کل
۰/۰۴۹	۳/۱۰۹	۱۰۹۶/۸۹۵	۲	۲۱۹۳/۷۹۰	بین گروهی
		۳۵۲/۷۸۶	۱۰۶	۳۷۳۹۵/۲۶۳	درون گروهی
		-----	۱۰۸	۳۹۵۸۹/۵۳۰	کل
۰/۰۳۸	۲/۶۴۴	۸۸۶/۴۳۸	۴	۳۴۶۵/۷۵۳	بین گروهی
		۳۲۷/۷۱۱	۱۰۲	۳۳۴۲۶/۵۵۰	درون گروهی
		-----	۱۰۶	۳۶۸۹۲/۳۰۳	کل
۰/۰۰۰	۹/۰۴۴	۲۷۰۵/۷۸۹	۳	۸۱۱۷/۳۶۷	بین گروهی
		۲۹۹/۱۷۵	۱۱۵	۳۴۴۰۵/۰۷۶	درون گروهی
		-----	۱۱۸	۵۲۲۴۲/۴۴۳	کل
۰/۰۷۲	۲/۲۱۸	۷۹۴/۲۹۲	۴	۳۱۷۷/۱۶۷	بین گروهی
		۳۵۸/۱۲۸	۱۰۸	۳۸۶۷۷/۸۷۲	درون گروهی
		-----	۱۱۲	۴۱۸۵۵/۰۳۹	کل
۰/۰۰۱	۲/۶۴۳	۶۶۰/۲۰۲	۲۴	۱۵۸۴۴/۸۴۳	بین گروهی
		۲۴۹/۷۵۶	۸۹	۲۲۲۲۸/۲۶۹	درون گروهی
		-----	۱۱۳	۳۸۰۷۳/۱۱۲	کل
۰/۲۴۱	۱/۲۵۶	۴۱۹/۱۶۹	۱۷	۷۱۲۵/۸۷۷	بین گروهی
		۳۳۳/۸۵۳	۸۷	۲۹۰۴۵/۱۸۶	درون گروهی
		-----	۱۰۴	۳۶۱۷۱/۰۶۳	کل

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی یافته‌های این تحقیق ارتباط آماری معنیداری را بین سطح سواد سلامت و کیفیت زندگی سالمندان نشان می‌دهد که بیانگر نقش کلیدی و مهم سواد سلامت در ارتقا کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد. با توجه به اینکه رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در سالمندان، تاثیر بالقوهای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبتهای بهداشتی خواهد شد، لذا بایستی سواد سلامت را به عنوان عاملی که موجب ارتقا رفتارهای بهداشتی و ایجاد سبک زندگی سالم و در نهایت بهبود کیفیت زندگی آنها می‌شود، مورد توجه ویژه قرار داد. نظر به اینکه مطالعه حاضر در گروه سالمندان (افراد ۶۰ سال به بالا) انجام شده است، در نتیجه یافته‌های به دست آمده قابل تعمیم به سایر گروههای سنی نمی‌باشد. لذا مطالعات دیگری لازم است تا اثرات سواد سلامت را بر جنبه‌های مختلف سلامتی در این افراد مورد بررسی قرار دهند...

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح سواد سلامت در بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در حد متوسط است و سطح سواد سلامت حدود ۲۴ درصد از بازنشستگان ناکافی می‌باشند. مطالعات دیگر نیز طیف وسیعی تری از سواد سلامت ناکافی در سالمندان را نشان می‌دهد. مانند رئیس‌ی و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی دارد در مطالعه مذکور حدود ۷۹ درصد از سالمندان دارای سواد سلامت ناکافی بودند (۱۹) همچنین با مطالعه کوترو همکاران (۲۰۰۶) که به بررسی سواد سلامت در بالغین در سطح ملی در کشور آمریکا پرداخته بودند، نیز تنها سه درصد از سالمندان از سطح سواد سلامت بالا برخوردار بودند (۲۰) در مطالعه کیم (۲۰۰۹) نیز سطح سواد سلامت اکثر سالمندان در سطح ناکافی بوده است (۲۱). این تفاوت شاید مربوط به این که سالمندان شرکت کننده در این مطالعه اکثرا با سواد و کارمند دانشگاه علوم پزشکی بودند.

مطالعه حاضر همچنین نشان داد که افراد با سواد سلامت

کافی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری برخوردار بودند که با نتایج مطالعه ژانک و همکاران (۲۰۰۹)، همخوانی ندارد. اما در مطالعه Song و همکارانش (۲۰۱۲). به این نتیجه رسیدند که سطح سواد سلامت کافی به طور معنیداری با افزایش نمرات بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی واحدهای پژوهش همراه بوده است (۲۲)

در مطالعه حاضر نمره کیفیت زندگی در بعد روانی ۶۱/۶۶۵۱ بود که نسبت به بعد جسمی ۵۶/۲۲۷۹ بالاتر بود. در مطالعه آقا نوری و همکاران و بسیاری مطالعات دیگر نیز امتیاز بعد روانی در مقایسه با بعد جسمی بالاتر بود (۲۳-۲۵). نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد نمره کیفیت زندگی سالمندان ۵۸/۹۰۴۷ است. در مطالعات انجام شده در ایران میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را به عنوان شاخص هنجار و قابل قبول برای وضعیت کیفیت زندگی سالمندان می‌توان در نظر گرفته شده است (۴) لذا مقایسه این دو نمره نشان می‌دهد نمره کیفیت زندگی در سالمندان بازنشسته حاضر در این مطالعه بالاتر است. اما در مقایسه ای که نتایج حاصل از این تحقیق با تحقیقات خارج از کشور انجام شد، مشخص شد که کیفیت زندگی سالمندان آنها از سطح بالاتری برخوردار است (۲۶). دلیل این تفاوت در کیفیت زندگی را میتوان وجود شرایط سیستم‌های حمایتی متفاوت از طرف دیگر سبک زندگی آسان تر و راحت تر در سایر کشورها دانست. اما داشتن برنامه‌های که باعث ارتقا سواد سلامت شوند نوعی حمایت اجتماعی از سالمندان محسوب می‌شوند که هزینه زیادی ندارد اما می‌تواند کیفیت زندگی آنها را بطور قابل توجهی افزایش دهد.

محدودیت‌های مطالعه: با توجه به ماهیت ابزار سنجش سواد سلامت در پژوهش حاضر تنها مهارتهای خواندن و محاسبات افراد مورد بررسی قرار گرفتند که اگرچه سنجش این مهارتها به عنوان اولین گام برای ارزیابی سواد سلامت مهم و ضروری است اما تنها بخشی از مفهوم کلی سواد سلامت را تشکیل می‌دهند. در حالی که برای موفقیت در برخورد با نظام سلامت، سایر مهار

که ارتباط بین این دو مقوله قابل قبول است. این مسأله لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای سلامت برای سالمندان را می‌رساند. با برنامه‌ریزی و طراحی برنامه‌های آموزشی مفید در این زمینه متناسب با سالمندان و برای توسعه مهارت‌های سواد سلامت در جامعه گامی مؤثر برداشت. و کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا داد

سپاسگزاری

این مقاله مصوب طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علو پزشکی رفسنجان با کد اخلاق 2.rums.rec.می‌باشد. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند، از تمامی عزیزان که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدر دانی بعمل آورند.

تها چون گوش دادن، سخن گفتن و داشتن دانش زمینه‌های و فرهنگی نیز بایستی مورد توجه قرار گیرد. همچنین از آنجا که اکثر ابزارهای سنجش سواد سلامت در کشورهای غربی طراحی شده و اعتبارسنجی گشته‌اند، لذا ساخت ابزاری ایرانی منطبق با فرهنگ سازمانی و ساختار خدمات بهداشتی و اجتماعی جهت سنجش سواد سلامت پیشنهاد می‌گردد. نظره اینکه مطالعه حاضر به صورت مقطعی انجام گرفت لذا با انجام پژوهشهایی با دوره زمانی طولانیتر می‌توان روابط علیتی میان متغیرها را بهتر درک نمود.

نتیجه گیری:

سالمندان دانشگاه علوم پزشکی در پژوهش حاضر نمره سواد سلامت و کیفیت زندگی بالاتری نسبت سایر تحقیقات گرفتند

References:

1. Adib-Hajbaghery M, Rajaei M. Lived experiences of elderly home residents: a qualitative study. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2011;15(5).
2. Haery SM, Tehrani H, Olyaeimanesh A, Nedjat S. Factors Influencing the Social Health of Employees of the Ministry of Health and Medical Education in Iran. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2016;3(4):311-8.
3. Matlabi H, Shaghghi A, Amiri S. A Pilot Physical Activity Initiative to Improve Mental Health. Health Promotion Perspectives. 2014;4(1):68-76. PubMed PMID: 25097839.
4. Abbasimoghadam MA, Dabiran S, Safdari R, Djafarian K. Quality of life and its relation to sociodemographic factors among elderly people living in Tehran. Geriatrics & gerontology international. 2009;9(3):270-5.
5. Knussen C, Tolson D, Brogan CA, Swan IR, Stott DJ, Sullivan F. Family caregivers of older relatives: Ways of coping and change in distress. Psychology, Health and Medicine. 2008;13(3):274-90.
6. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F. The Quality of Life Among Rural Elderlies; A Cross-sectional Study. Iranian Journal of Ageing. 2011;6(2):0- eng %@ 1735 - 806X % [2011.
7. Amir-Sadri A, Soleimani H. Elderly phenomena and its outcomes in Iran. The Journal of Hygin and Health. 2005;1(2):19-35.
8. hmyra S, A. B. quality of life in elderly women. Quarterly monitoring. 1385; ;fifth year (second number):105-8.
9. Wu T-Y, Chie W-C, Liu J-P, Liaw C-K, Netuveli G, Blane D. Association of quality of life with laboratory measurements and lifestyle factors in community dwelling older people in Taiwan. Aging & mental health. 2015;19(6):548-59.
10. Deshmukh PR, Dongre AR, Rajendran KP, Kumar S. Role of Social, Cultural and Economic Capitals in Perceived Quality of Life Among Old Age People in Kerala, India. Indian Journal of Palliative Care. 2015 Jan-Apr;21(1):39-44. PubMed PMID: PMC4332126.
11. Top M, Dikmetaş E. Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. Health Expectations. 2015;18(2):288-300.
12. Xavier FM, Ferraz M, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people s definition of quality of life. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2003;25(1):31-9.
13. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. International Journal of Nursing Studies. 2006;43(3):293-300.
14. Lee C, Chien LY, Chaou YH, Tai CJ, Liou YM. Development and psychometric Properties of the Chinese language version of the TAPQOL: a health - related quality of life instrument for pre school children. Int J Nurs Stud. 2005;42:457-65.
15. Selden C, Zorn M, Ratzan S, Parker R. Health Literacy. Current Bibliographies in Medicine. No 2000-1. Bethesda, MD: National Library of Medicine. 2000.
16. Habibi A, Savadpoor MT, Molaei B, Samshiri M, Ghorbani M. Survey of physical functioning and prevalence of chronic illnesses among the elderly people. Iranian Journal of Ageing. 2009;4(13):
17. Peyman N, Abdollahi M. The relationship between health

- literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(1):5-12.
18. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of internal medicine*. 2005;165(17):1946-52.
 19. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community-Residing Elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*. 2014;23.
 20. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006.
 21. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(16):2337-43.
 22. Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafelz GJ, Blackard B, et al. How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer? *Cancer*. 2012;118(15)
 23. Rouhani S, Zoleikani P. Socioeconomic status and quality of life in elderly people in rural area of Sari-Iran. *Life Science Journal*. 2013;10(2s).
 24. Capuron L, Moranis A, Combe N, Cousson-Gélie F, Fuchs D, De Smedt-Peyrusse V, et al. Vitamin E status and quality of life in the elderly: influence of inflammatory processes. *British journal of nutrition*. 2009;102(10):1390-4.
 25. Agha nouri A, Mahmoudi M, Salehi H, Jafarian K. Quality of life in the elderly people covered by health centers in the urban areas of Markazi Province, Iran. *Iranian Journal of Ageing*. 2012;6(4):20-9.
 26. Dickson VV, Howe A, Deal J, McCarthy MM. The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2012;41(1):5-14.