

Research Paper

Investigating the Correlation between Health Literacy and Mental Health and Quality of Life Indicators of Inactive Elderly to Lahijan City in 2021

Siavash Khodaparast¹ , Meghdad Farajpour Pirbasti² , *Vahid Bakhshalipour³ 

1. Department of Physical Education and Sport Science, Islamic Azad University of Lahijan, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

2. Department of Management, Mehr Astan Institute of Higher Education, Astaneh Ashrafieh, Iran.

3. Department of Physical Education and Sport Science, Sama Technical and Vocational Training College, Islamic Azad University of Lahijan, Islamic Azad University, Siahkal, Iran.



Citation Khodaparast S, Farajpour Pirbasti M, Bakhshalipour V. [Investigating the Correlation between Health Literacy and Mental Health and Quality of Life Indicators of Inactive Elderly in Lahijan City in 2021 (Persian)]. Qom University of Medical Sciences Journal. 2021; 15(9):618-627. <http://dx.doi.org/10.32598/qums.15.9.2411>

 <http://dx.doi.org/10.32598/qums.15.9.2411>



Received: 21 Oct 2021

Accepted: 24 Nov 2021

Available Online: 01 Dec 2021

ABSTRACT

Background and Objectives Health literacy can affect the quality of life of the elderly due to its role in promoting appropriate decisions in the field of mental health. this study was conducted to investigate the correlation between health literacy and mental health and quality of life indicators of inactive elderly to Lahijan City in 2021.

Methods In this descriptive-correlational study, 200 elderly people were selected from Lahijan city. Health Literacy Questionnaire (HELIA), Goldberg Mental Health Questionnaire (GQH-28) and Quality of Life Questionnaire (SF-12) were used to collect data. The data were analyzed by SPSS v.23 using Kolmogorov-Smirnov test (test K-S), T-Test, Analysis of variance (ANOVA) statistical tests and pearson correlation coefficient were analyzed.

Results The results showed that the mean age of the elderly in the study was 64.9 years. The mean score of health literacy was 58.2 in terms of borderline health literacy, mental health 25.11 and quality of life 40.7 which were at the desired level and there was a statistically significant relationship between health literacy and mental health and quality of life indicators ($P < 0.001$).

Conclusion Considering the relationship between health literacy and mental health and quality of life, it seems necessary to pay more attention to promoting health literacy in the elderly and planning to improve the effective factors in quality of life improvement programs.

Keywords:Health, Happiness,
Quality of Life, Aged

* Corresponding Author:

Vahid Bakhshalipour, PhD

Address: Department of Physical Education and Sport Science, Sama Technical and Vocational Training College, Islamic Azad University of Lahijan, Islamic Azad University, Siahkal, Iran.

Tel: +98 (13) 42328813

E-Mail: VahidBakhshalipour@yahoo.com

مقاله پژوهشی

بررسی همبستگی بین سواد سلامت با سلامت روانی و شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان غیرفعال شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰

سیاوش خداپرست^۱، مقدار فرج‌پور پیربستی^۲، وحید بخشعلی‌پور^۳

۱. گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد لاهیجان، لاهیجان، ایران

۲. گروه مدیریت، مؤسسه آموزش عالی مهر آستان، آستانه اشرفیه، ایران

۳. گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، آموزشکده فنی و حرفه‌ای سما سیهاکل، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد لاهیجان، سیهاکل، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت به دلیل نقشی که در پیشبرد تصمیم‌گیری‌های مناسب در زمینه سلامت روانی سالمندان دارد، می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را از خود متأثر کند. این پژوهش با هدف بررسی همبستگی بین سواد سلامت با سلامت روانی و شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان غیرفعال شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-همبستگی، دویست سالمند از شهرستان لاهیجان انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های سواد سلامت، سلامت روانی گلدبرگ و کیفیت زندگی استفاده شد. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با کمک آزمون‌های آماری کولموگروف-اسمیرنف، آنالیز واریانس، t، و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین سنی سالمندان پژوهش $64/9 \pm 6/2$ سال است. میانگین نمره سواد سلامت $5/2$ که از نظر سواد سلامت در سطح مرزی، سلامت روانی $25/1$ و کیفیت زندگی $40/7$ که در سطح مطلوب قرار داشتند و بین سواد سلامت و سلامت روانی و شاخص‌های کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط سواد سلامت با سلامت روانی و کیفیت زندگی، توجه هرچه بیشتر به ارتقای سواد سلامت در سالمندان و برنامه‌ریزی جهت بهبود عوامل تأثیرگذار در برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد.

تاریخ دریافت: ۲۹ مهر ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۳ آذر ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ آذر ۱۴۰۰

کلیدواژه‌ها:

سلامت، شادکامی،
کیفیت زندگی،
سالمندان

پایین سواد سلامت بر وضعیت سلامت افراد، بسیار مورد توجه قرار گرفته است [۴].

سطح پایین سواد سلامت با مسائلی چون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش‌های پزشکی و پیروی از آن‌ها، مشارکت کمتر جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه و عدم تبعیت از رفتارهای سبک زندگی سالم است [۵-۸]. یکی از عواملی که از سواد سلامت پایین تأثیر می‌پذیرد، سلامت روانی افراد است [۹].

امروزه، یکی از آشکارترین مسائلی که ذهن هر شخصی را مشغول می‌کند، مسئله سلامت روانی است [۱۰]. سلامت روانی مفهومی کلی از جنبه‌های سلامت است که می‌تواند بر بُعد روانی و اجتماعی تأثیر داشته باشد [۱۱]. می‌توان به صراحت اظهار داشت که اصلی‌ترین هدف انسان در امر توسعه سلامت، کیفیت

امروزه، سواد سلامت به عنوان یک مسئله جهانی مطرح است [۱]. سازمان بهداشت جهانی^۱، سواد سلامت را به عنوان مهارت‌های شناختی و اجتماعی که انگیزه و توانایی افراد را برای به دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی در راه ارتقا و حفظ سلامت خوب تعیین می‌کنند، تعریف می‌کند [۲].

این تعریف تنها به دانش فرد نپرداخته و انگیزه و توانایی افراد برای دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات سلامت را نیز در نظر گرفته است [۳]. در طول دهه گذشته اهمیت و اثرات سطح

1. World Health Organization (WHO)

* نویسنده مسئول:

دکتر وحید بخشعلی‌پور

نشانی: سیهاکل، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد لاهیجان، آموزشکده فنی و حرفه‌ای سما سیهاکل، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی

تلفن: ۴۲۳۲۸۸۱۳ (۱۳) ۰۹۸+

رایانامه: VahidBakhshalipour@yahoo.com

شهرستان لاهیجان بودند که دویست سالمند بر اساس امکانات تیم تحقیق انتخاب شدند که برای احتیاط شرط پژوهشی، از جمله عدم پاسخگویی یا کم میل بودن در مشارکت، تعداد ۲۱۳ پرسش‌نامه توزیع شد. نداشتن اختلالات شناخته‌شده روانی و عاطفی (طبق تشخیص پزشک) و عدم فعالیت بدنی به صورت منظم از معیارهای ورود مطالعه بود. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و تمام انتخاب نمونه‌ها در مرکز سالمندان شهرستان لاهیجان انجام شد.

در این پژوهش، از ابزار اندازه‌گیری استاندارد و معتبر استفاده شد. جهت احصای اطلاعات آزمودنی‌ها از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی استفاده شد و برای اندازه‌گیری سواد سلامت از پرسش‌نامه معتبر و استاندارد سواد سلامت^۲ استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۳۳ سؤال بوده و پنج بُعد اصلی خواندن (چهار سؤال)، دسترسی (شش سؤال)، درک و فهم (هفت سؤال)، ارزیابی (چهار سؤال) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (دوازده سؤال) را می‌سنجد [۲۳].

مقیاس نمره‌دهی این پرسش‌نامه، لیکرت پنج گزینه‌ای است؛ بدین صورت که امتیاز پنج به گزینه کاملاً آسان؛ چهار به گزینه آسان؛ سه به گزینه نه آسان و نه سخت؛ دو به گزینه سخت و یک به گزینه کاملاً سخت اختصاص می‌یابد. نحوه امتیازدهی در این ابزار بدین شکل است که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هریک از حیطه‌ها از جمع جبری امتیازات به دست می‌آید و سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا صد از فرمول تفاضل نمره خام به دست آمده از حداقل نمره خام ممکن تقسیم بر تفاضل حداکثر امتیاز ممکن از حداقل امتیاز ممکن استفاده می‌شود.

در نهایت برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات تمام ابعاد (بر اساس طیف لیکرت صفر تا صد) جمع شده و بر تعداد ابعاد (پنج بُعد) تقسیم می‌شود که نمرات صفر تا پنجاه به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی و ۸۴/۱ تا صد به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می‌شوند. این پرسش‌نامه‌ها استاندارد بوده و روایی و پایایی آن‌ها در مطالعات توسط پژوهشگران مورد تأیید قرار گرفته که در پژوهش منتظری و همکاران پایایی و روایی آن ۰/۸۶ و ۰/۷۹ تأیید شده است [۲۳].

برای اندازه‌گیری سطح سلامت روانی نمونه‌های مورد مطالعه از پرسش‌نامه سلامت روانی گلدبرگ^۳ ۱۹۸۹ استفاده شد. این پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی و مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف شناسایی کسانی که یک اختلال روانی دارند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در پرسش‌نامه سلامت عمومی به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود: ناتوانی فرد در برخورداری از یک رفتار سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت

زندگی است [۱۲]؛ امروزه، چالش قرن جدید زندگی با کیفیت برتر است [۱۳]. از سوی دیگر، سلامت مطلوب جسم و روان، پیامد مهم کیفیت زندگی است [۱۴].

شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهد که سبک زندگی سالم منبعی ارزشمند برای ارتقای سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان است [۱۵]. امروزه، توانمندسازی در سالمندان از نیازهای بسیار مهم است [۱۶]. سواد سلامت به عنوان انگیزه، به منظور تصمیم‌گیری و به‌کارگیری در مورد مراقبت‌های سلامت در سالمندان به کار گرفته می‌شود [۱۷، ۱۸].

از سوی دیگر، سالمندی دوره حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است و آنچه که دانش امروز بدان توجه می‌کند، تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه باید توجه داشت که سال‌های اضافی عمر در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری شود و در صورتی که چنین شرایطی تأمین نشود، پیشرفت‌های علمی برای تأمین زندگی طولانی‌تری بی‌نتیجه و مخاطره‌آمیز خواهد بود [۱۹].

امروزه سالمندی پویا هدف است، یعنی با افزایش جمعیت سالمندی به کیفیت زندگی آنان نیز باید توجه شود [۲۰]. نتایج مطالعه ملی در آمریکا نشان داد که ۳۶ درصد از بالغین، سواد سلامت محدود دارند و همچنین در مطالعه‌ای در ایران نشان داده شد که ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت در حد کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت کافی نداشتند [۸].

سیدالشهدایی و همکاران نشان دادند که مشکلات روانی و جسمانی به‌طور مستقیم بر سواد سلامت و کیفیت زندگی و جنبه‌های سلامت تأثیر منفی می‌گذارد [۸]. نتایج پژوهش خالقی و همکاران نشان داد سواد سلامت، عامل مؤثری بر ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان و سلامت جسمی و روانی آنان است [۱۴]. استبان و همکاران نشان دادند که افراد دیابتی از سطح سلامت و کیفیت زندگی مناسبی برخوردار نیستند [۱۶]. ناتون و همکاران در پژوهشی نشان دادند که سواد سلامت پایین‌تر در بیماران با نارسایی قلبی با خطر مرگ آن‌ها رابطه مثبت دارد [۲۱].

بنابراین برای حفظ و ارتقای سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی و نیز افزایش سواد سلامت ضروری است تحقیقاتی در این زمینه صورت گیرد. از این رو، این پژوهش با هدف بررسی همبستگی بین سواد سلامت با سلامت روانی و شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان غیرفعال شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش به روش توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه آماری پژوهش، ۴۰۸ سالمند غیرفعال

2. Health Literacy Questionnaire (HELIA)
3. Goldberg Mental Health Questionnaire (GQH-28)

امتیازات این پرسش نامه بین ۱۲ تا ۴۸ نمره است [۲۶].

پژوهشگران بعد از کسب مجوز از کمیته تخصصی اعطای مجوز اخلاق در پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان و اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی و پس از گرفتن رضایت نامه آگاهانه از نمونه های پژوهش، پرسش نامه ها را توزیع و بعد از تکمیل آن ها را جمع آوری کردند. در مورد سالمندان کم بینا توسط کارشناس پرسش نامه تکمیل شد. شرح هدف از انجام مطالعه و شرکت در پژوهش در صورت تمایل، اطمینان دادن به افراد شرکت کننده که تمام داده ها و مطالب جمع آوری شده به صورت محرمانه باقی خواهد ماند، قرار دادن نتایج پژوهش در اختیار شرکت کنندگان در صورت تمایل و قدردانی از همه افرادی که در مطالعه شرکت داشتند، از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش بود.

داده های جمع آوری شده با آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار مشخص شد و برای نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف^۵ استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های تحلیل واریانس^۶، t-test و ضریب همبستگی پیرسون به کار گرفته شد و همه عملیات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی واحدهای پژوهش $64/9 \pm 6/2$ سال است که حداقل و حداکثر سن افراد به ترتیب ۶۰ و ۸۲ سال بوده است که از این تعداد ۴۲ (۲۱ درصد) نفر مجرد (به صورت تنها) و ۱۵۸ (۷۹ درصد) نفر متأهل بودند و از نظر سطح تحصیلات ۱۷۲ (۸۶ درصد) نفر دارای دیپلم و ۲۸ (۱۴ درصد)

معلول کننده. در بین ابزارهای غربالگری سلامت روانی، پرسش نامه سلامت عمومی، یکی از ابزارهایی است که به طور وسیعی در سراسر جهان از آن استفاده می شود. به عبارت دیگر، معتبرترین ابزار غربالگری و تعیین مشکلات روان شناختی و شناسایی موارد مثبت در جمعیت عمومی است [۲۴].

این پرسش نامه شامل چهار مقیاس سلامت جسمانی (هفت سؤال)، اضطراب (هفت سؤال)، افسردگی (هفت سؤال) و اختلال عملکرد اجتماعی (هفت سؤال) است. نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاس ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسش نامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود و نمرات هر آزمودنی به طور جداگانه محاسبه و پس از آن نمرات چهار زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی به دست می آید. در این پرسش نامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است. تقوی پایایی این پرسش نامه را در تحقیق خود ۸۷ درصد گزارش کرد [۲۵].

علاوه بر این، به منظور سنجش کیفیت زندگی از پرسش نامه دوازده سؤالی کیفیت زندگی^۴ استفاده شد. این پرسش نامه به طور گسترده ای در مطالعات مختلف استفاده شده است. منتظری و همکاران روایی و پایایی این پرسش نامه را در ایران بررسی کردند که پایایی دوازده سؤال مؤلفه های جسمانی و روانی به ترتیب معادل ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش شد [۲۶].

این پرسش نامه دارای هشت زیرمقیاس درک کلی از سلامت خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، درد جسمانی، مشکلات هیجانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان است که چهار زیرمقیاس اول مؤلفه جسمانی و چهار زیرمقیاس دوم مؤلفه روانی کیفیت زندگی را تشکیل می دهند. دامنه

5. Kolmogorov-Smirnov test (test K-S)

6. Analysis of variance (ANOVA)

4. Quality of Life Questionnaire (SF-12)

جدول ۱. توزیع سالمندان غیرفعال بر اساس شاخص های جمعیت شناختی شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰

متغیر	فراوانی (درصد)
جنس	مرد ۱۶۳ (۸۱/۵)
	زن ۳۷ (۱۸/۵)
وضعیت تأهل	مجرد ۴۲ (۲۱)
	متأهل ۱۵۸ (۷۹)
تحصیلات	دیپلم ۱۷۲ (۸۶)
	دانشگاهی ۲۸ (۱۴)
سن	۶۰-۶۳ ۲۵ (۱۲/۵)
	۶۳-۶۶ ۱۵۹ (۷۹/۵)
	۶۶ و بیشتر ۱۶ (۸)

جدول ۲. نتایج کولموگروف-اسمیرنف برای طبیعی بودن توزیع نمرات سالمندان غیرفعال شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰

متغیر	نمره Z	سطح معناداری
سود سلامت	۲/۳	۰/۵۱
سلامت روانی	۲/۱	۰/۴۲
کیفیت زندگی	۲/۱	۰/۵۳

نفر دارای سطح تحصیلات دانشگاهی بودند (جدول شماره ۱).

مطلوب برخوردار نیستند (جدول شماره ۴).

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف است که نتایج توزیع نمرات متغیرهای تحقیق قابل مشاهده است (جدول شماره ۲).

نتایج نشان داد که میانگین نمره سلامت جسمانی ۱۶/۸ درصد، درد جسمانی ۱۳/۲، عملکرد اجتماعی ۳/۷، نشاط و شادکامی ۲/۰۲، مشکلات هیجانی ۲، سلامت عمومی ۳/۱ و کیفیت زندگی ۴۰/۷ است. بیشترین و کمترین میانگین مربوط به سلامت جسمانی با نمره ۱۶/۸ درصد و نشاط و شادکامی ۲/۰۲ است (جدول شماره ۵).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره سود سلامت ۵۸/۲±۲۸/۱ بود. در سطح بندی سود سلامت، ۳۶/۵ درصد اطلاعات ناکافی، ۲۳/۷ درصد نه چندان کافی، ۲۵/۴ درصد در حد کافی و ۱۴/۴ درصد عالی داشتند. میانگین نمره سود سلامت به تفکیک ابعاد سلامت شامل دسترسی به اطلاعات سلامت ۶۱/۴، فهم و درک اطلاعات ۶۶/۷، مهارت خواندن اطلاعات ۶۲/۸، ارزیابی اطلاعات ۵۴/۶ و تصمیم گیری و رفتار اطلاعات ۴۵/۸ است. در جدول شماره ۳ میانگین نمره سود سلامت و سطوح سود سلامت به تفکیک ابعاد سود سلامت آورده شده است.

خروجی نتایج آماری بین مشخصات جمعیت شناختی نمونه های مورد مطالعه با متغیرهای اصلی نشان داد که بین سود سلامت با تحصیلات ($P=0/001$)، بین سلامت روانی با سن و تحصیلات ($P=0/001$) و بین کیفیت زندگی با وضعیت تأهل ($P=0/001$) سالمندان غیرفعال ارتباط معناداری وجود دارد (جدول شماره ۶).

نتایج آماری نشان داد که میانگین سلامت روانی ۲۵/۱ و حد متوسط بین کارکنان را نشان می دهد. فراوانی پاسخگویان در متغیر مقیاس کلی سلامت روانی نشان داد که ۶۱/۲ درصد از سلامت روانی مطلوب برخوردار بودند و ۳۸/۸ درصد از سلامت روانی مطلوب برخوردار نبودند. همچنین در بررسی خرده مقیاس ها نشان داده شد که ۴۴/۴ درصد شرکت کنندگان از نظر جسمی ۶۰ درصد شرکت کنندگان از نظر اضطراب و اختلال خواب، ۴۵/۶ درصد شرکت کنندگان از نظر کارکرد اجتماعی و ۳۲/۲ درصد شرکت کنندگان از نظر علائم افسردگی، از سلامت

همان طور که از جدول شماره ۷ ملاحظه می شود، ضریب همبستگی پیرسون بین سود سلامت و سلامت روانی و کیفیت زندگی در کل نمونه مورد مطالعه در سطح ۰/۰۰۱ بررسی شده است؛ بنابراین مطابق قاعده آزمون همبستگی پیرسون رابطه هایی که مقدار سطح معناداری آن ها در سطح ۰/۰۰۱ کمتر از این مقدار است و نیز همبستگی پیرسون رابطه هایی که در مقدار سطح معناداری آن ها در همین سطح کمتر از این مقدار است، معنادار است. ضریب همبستگی به دست آمده از متغیرهای تحقیق نشان داد که میزان همبستگی بین سود سلامت و سلامت روانی

جدول ۳. توصیف آماری شاخص های سود سلامت سالمندان غیرفعال شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰

متغیر	ناکافی	نه چندان کافی	کافی	عالی	میانگین ± انحراف معیار
دسترس به اطلاعات	۴۰/۱	۱۱/۷	۲۱/۴	۲۶/۸	۶۱/۴±۱۸/۷
فهم و درک اطلاعات	۲۱/۴	۲۰/۷	۳۳/۴	۲۴/۴	۶۶/۷±۲۱/۴
مهارت خواندن اطلاعات	۳۶/۸	۱۱/۷	۲۶/۱	۲۵/۴	۶۲/۸±۲۸/۰
ارزیابی اطلاعات	۴۶/۲	۱۲/۴	۲۰/۷	۲۰/۷	۵۴/۶±۲۰/۸
تصمیم گیری	۳۴/۹	۱۵/۳	۳۳/۱	۱۶/۷	۴۵/۸±۲۱/۹
سود سلامت کل	۳۶/۵	۲۳/۷	۲۵/۴	۱۴/۴	۵۸/۲±۲۸/۱

جدول ۴. توصیف آماری شاخص‌های سلامت روانی سالمندان غیرفعال شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار
علائم جسمانی	۶/۲ $\pm$ ۰/۳۱
افسردگی	۷/۸ $\pm$ ۰/۴۲
اضطراب	۶/۴ $\pm$ ۰/۳۴
کارکرد اجتماعی	۴/۵ $\pm$ ۰/۲۸
سلامت روانی	۲۵/۱ $\pm$ ۰/۴۳


 مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

ارتقا دهنده سلامت گام محکمی برداشت، به طوری که هرچه نمره سواد سلامت افراد بیشتر باشد، نمره سلامت روانی بالاتری دارند.

نتایج پژوهش حوساین^۷ و همکاران با عنوان تأثیر سواد سلامت بر تبعیت از مصرف دارو در زنان مسن مبتلا به دیابت نوع دو نشان داد که افراد با سواد سلامت کافی در مقایسه با افراد با سواد کم، بیشتر مصرف دارو را به خاطر می‌آورند و بدون نظارت پزشک مورد نظر و متخصص سلامت در دُز مصرف دارو تغییری ایجاد نمی‌کنند [۲۷]. دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامت، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است که طبق مطالعات مرکز راهبردهای مراقبت سلامت آمریکا، افراد با سواد سلامت پایین، وضعیت سلامت ضعیف‌تری دارند [۲۸].

یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که بین سواد سلامت و کیفیت زندگی با سن آزمودنی‌های مورد مطالعه، ارتباط معناداری به لحاظ آماری مشاهده نشد که با تحقیقات کوشیار و افتمو^۸ همخوانی داشت [۲۰، ۱۵]. به نظر می‌رسد با گذشت زمان، عوامل متغیر سواد سلامت از دوران سالمندی تأثیر

7. Hussain
8. Efthymiou

۰/۶۴ درصد، سواد سلامت با سلامت جسمانی ۰/۷۹، سواد سلامت با درد جسمانی ۰/۵۸، سواد سلامت با عملکرد اجتماعی ۰/۸۲، سواد سلامت با نشاط و شادکامی ۰/۴۶، سواد سلامت با مشکلات هیجانی ۰/۵۳، سواد سلامت با سلامت روانی ۰/۴۴ و سواد سلامت با کیفیت زندگی ۰/۵۶ است (جدول شماره ۷).

بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی همبستگی بین سواد سلامت با سلامت روانی و شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان غیرفعال شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰ بود. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که بین سواد سلامت و سلامت روانی سالمندان غیرفعال ارتباط معناداری وجود دارد که نشان می‌دهد با افزایش و ارتقای سطح سواد سلامت در سالمندان می‌توان بر سلامت روانی تأثیر گذاشت که نتایج این پژوهش با تحقیقات پناهی و همکاران، کوچر و همکاران همخوانی دارد [۱۲، ۱۳].

در تبیین علت همخوانی می‌توان این‌گونه استنباط کرد که خرده‌مقیاس‌های سواد سلامت نقش مؤثری در ارتقای دانش و یادگیری مفاهیم سلامت سالمندان دارند و با ارتقای سطح سواد سلامت در سالمندان جامعه، می‌توان در جهت تقویت رفتارهای

جدول ۵. توصیف آماری شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان غیرفعال شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سلامت جسمانی	۱۶/۸ $\pm$ ۰/۲
درد جسمانی	۱۳/۲ $\pm$ ۰/۲
عملکرد اجتماعی	۳/۷ $\pm$ ۰/۳
نشاط و شادکامی	۲/۰ $\pm$ ۰/۳
مشکلات هیجانی	۲/۰ $\pm$ ۰/۴
سلامت عمومی	۳/۱ $\pm$ ۰/۴
کیفیت زندگی	۴۰/۷ $\pm$ ۰/۵


 مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ۶. ارتباط سواد سلامت و سلامت روانی و کیفیت زندگی با متغیرهای جمعیت‌شناختی سالمندان غیرفعال شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰

متغیر جمعیت‌شناختی	متغیر تحقیق			آزمون آماری
	سواد سلامت	سلامت روانی	کیفیت زندگی	
وضعیت تأهل	۰/۹۰۳	۰/۳۲۹	۰/۰۰۱	آزمون تحلیل واریانس
جنس	۰/۴۶۱	۰/۷۶۹	۰/۸۶۳	آزمون t
تحصیلات	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲	آزمون تحلیل واریانس
سن	۰/۰۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱	آزمون تحلیل واریانس

یافتن به اطلاعات سلامت و ارزیابی و فهم آن‌ها داشته‌اند. پناهی و همکاران به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد سواد سلامت و کیفیت زندگی ارتباط و همبستگی معناداری وجود دارد به گونه‌ای که در تحقیق خود نشان داده‌اند که ابعاد سواد سلامت پایین با کیفیت زندگی ضعیف در ارتباط است و نیز دریافتند که بُعد دسترسی بیشترین ضریب همبستگی را دارد [۱۲].

مطالعه طاهری و همکاران با نتایج این پژوهش مغایرت داشت و هم‌خوان نبود که در آن کیفیت زندگی پایین‌تر از سطح متوسط گزارش، مغایرت دارد. از دلایل احتمالی این مغایرت می‌توان به تفاوت مطالعه ذکرشده با پژوهش حاضر در موضوعاتی همچون دامنه سنی افراد شرکت‌کننده، ابزار سنجش کیفیت زندگی، منطقه سکونت و میزان تحصیلات افراد اشاره کرد. به نظر می‌رسد افراد با دامنه سواد کم، کمتر با روش‌های حل مشکل آشنایی دارند [۲۹]. از طرفی، در بیشتر مواقع وضعیت اقتصادی افراد کم‌سواد، نامناسب است که این مسائل موجب می‌شود تا این افراد بیشتر در معرض استرس بوده و کیفیت زندگی پایین‌تری داشته باشند.

می‌پذیرند که می‌تواند بر مشکلات شناختی افزایش دهد که یکی از عوامل ناهم‌خوانی باشد.

درواقع، مطالعاتی که ارتباط مابین سطح سواد و سلامت را بررسی می‌کنند، سه نتیجه مهم دارند: ۱- درک بهتر در مورد علت واقعی برآیندهای ضعیف تندرستی، ۲- مشخص کردن شاخص‌های بالقوه بالینی در افراد در معرض خطر و ۳- دادن آگاهی بالا برای توسعه آزمایشات بهداشتی. سواد سلامت پایین با فعالیت فیزیکی پایین در ارتباط است و با افزایش سواد سلامت، شخص از قرار گرفتن در موقعیت استرس‌زا جلوگیری می‌کند، فعالیت‌هایی از قبیل تماس منظم با دوستان و خانواده را افزایش داده، استفاده می‌کند [۲۲-۱۰]. با توجه به معنادار بودن رابطه سواد سلامت با سلامت روانی به نظر می‌رسد افرادی که از سطوح بالای سواد سلامت برخوردار هستند، توانایی بهتری در کنترل مشکلات روانی دارند.

نتایج نشان داد که بین سواد سلامت یا شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان غیرفعال ارتباط معناداری وجود دارد که با نتایج خالقی و همکاران و استبان و همکاران هم‌خوانی دارد [۱۶، ۱۴]. نتایج این پژوهش در میان افراد تحت مطالعه، آن‌هایی که دچار مشکلات جسمی و عملکردی بوده‌اند، تلاش بیشتری برای دست

جدول ۷. ضریب همبستگی بین سواد سلامت با سلامت روانی و شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان غیرفعال شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۰

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری
سواد سلامت ↔ سلامت روانی	۰/۶۴	۰/۰۰۱
سواد سلامت ↔ سلامت جسمانی	۰/۷۹	۰/۰۰۱
سواد سلامت ↔ درد جسمانی	۰/۵۸	۰/۰۰۱
سواد سلامت ↔ عملکرد اجتماعی	۰/۸۲	۰/۰۰۱
سواد سلامت ↔ نشاط و شادکامی	۰/۴۶	۰/۰۰۱
سواد سلامت ↔ مشکلات هیجانی	۰/۵۳	۰/۰۰۱
سواد سلامت ↔ سلامت عمومی	۰/۴۴	۰/۰۰۱
سواد سلامت ↔ کیفیت زندگی	۰/۵۶	۰/۰۰۱

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌پردازی، نگارش پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی: سیاوش خداپرست و وحید بخشعلی‌پور؛ روش تحقیق، تجزیه و تحلیل آماری، احصای داده‌ها و فرمت‌سازی: مقدار فرج‌پور پیربستی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

افراد با سواد سلامت بالاتر از کیفیت زندگی جسمانی و روانی و به طور کلی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری برخوردار بودند. هاسوم و همکاران در پژوهش خود رابطه بین سواد سلامت کارکردی و مراقبت از منزل از طریق کاربرد تلفن را در بیماران دیابتی نوع دو بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که استفاده از فناوری و مراقبت از منزل با تلفن به تنهایی بدون آموزش سواد سلامت نمی‌تواند به افزایش سواد سلامت کارکردی در بیماران منجر شود. از این رو، آموزش سواد سلامت بر همه مؤلفه‌های مراقبتی و جسمی دیگر برای کمک به بیماران مقدم است [۳۰].

ازجمله محدودیت‌های موجود هنگام اجرای پژوهش حاضر، دشواری در جلب همکاری بعضی از سالمندان در زمان پرسش‌نامه‌ها بود. به علاوه، حالات روانی سالمندان در زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها و صداقت آنان در پاسخگویی به پرسش‌نامه، از محدودیت‌های خارج از اختیار پژوهشگران بود.

نتیجه‌گیری

در نتایج مطالعه حاضر مشاهده شد که بین سواد سلامت با سلامت روانی و شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان ارتباط معناداری وجود دارد. به نظر می‌رسد مؤلفه‌های سواد سلامت به عنوان یک ابزار مهم، برای افزایش سطح توانمندی سالمندان لازم است و به عنوان پیش نیاز افزایش سلامت روانی و سطح کیفیت زندگی ضروری است که ابتدا سطح سواد افراد را ارتقا دهیم. درواقع، هرچه دسترسی سالمندان به اطلاعات سلامت بالاتر باشد و آموزش در زمینه مهارت‌های سلامت روانی بهتر باشد، وضعیت رفاهی و کیفیت زندگی سالمندان متعاقباً بالاتر خواهد بود.

از این رو، پیشنهاد می‌شود که متخصصان و پژوهشگران حوزه سلامت و بهداشت با کمک جزوه‌ها، کتابچه‌ها، برگزاری کارگاه‌ها و ساخت فیلم‌های آموزشی به افزایش سطح سواد سلامت در جامعه کمک کنند و مطالعاتی با حجم نمونه بزرگ‌تر و محدود جغرافیایی وسیع‌تر انجام گیرد تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه به کارگیری متغیرهای ذکر شده فراهم شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله دارای مجوز و کد پژوهشی به کد اخلاق IR.IAU. REC.1400.045 از کمیته تخصصی اعطای مجوز اخلاق در پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان است.

حامی مالی

این تحقیق هیچ کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

References

- [1] Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: A review of progress. *Health Promot Int*. 2018; 33(5):901-11. [DOI:10.1093/heapro/dax015]
- [2] Chen X, Hay JL, Waters EA, Kiviniemi MT, Biddle C, Schofield E, et al. Health literacy and use and trust in health information. *J Health Commun*. 2018; 23(8):724-34. [DOI:10.1080/10810730.2018.1511658]
- [3] Eden K, Mann M, Miller G, Abraham S. Health literacy and use of preventative care of female undergraduate nursing vs. non-nursing students. *Int J Nurs Stud*. 2017; 3(1):22-33. [DOI:10.20849/ijns.v3i1.230]
- [4] Kim KA, Kim YJ, Choi M. Association of electronic health literacy with health-promoting behaviors in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *Comput Inform Nurs*. 2018; 36(9):438-47. [DOI:10.1097/CIN.0000000000000438]
- [5] Morrison AK, Glick A, Yin HS. Health literacy: Implications for child health. *Pediatr Rev*. 2019; 40(6):263-77. [DOI:10.1542/pir.2018-0027]
- [6] Ghazimirsaeed SJ, Ghaemizade M. [E-health literacy among post-graduate students in Tehran university of medical sciences, Iran, during 2015-2016 (Persian)]. *Health Inf Manage*. 2018; 14(6):243-8. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=577568>
- [7] Farin E, Ullrich A, Nagl M. Health education literacy in patients with chronic musculoskeletal diseases: Development of a new questionnaire and sociodemographic predictors. *Health Educ Res*. 2013; 28(6):1080-91. [DOI:10.1093/her/cyt095]
- [8] Seyedshohadaee M, Kaghazade M, Nezami M, Hamedani B, Barasteh S. [The relationship between health literacy and general health in patients with type 2 diabetes (Persian)]. *Iran J Diabetes Metab*. 2016; 15(5):312-9. https://ijld.tums.ac.ir/browse.php?a_id=5446&sid=1&slc_lang=en
- [9] Nadi T, Poorolajal J, Doosti-Irani A. Socioeconomic inequality in health literacy, self-rated health, and general health in Arak, Iran: A population-based cross-sectional study. *J Educ Community Health*. 2021; 8(1):59-64. [DOI:10.52547/jech.8.1.59]
- [10] Chan CQH, Lee KH, Low LL. A systematic review of health status, health seeking behaviour and healthcare utilisation of low socioeconomic status populations in urban Singapore. *Int J Equity Health*. 2018; 17(1):39. [DOI:10.1186/s12939-018-0751-y]
- [11] Isazadeh M, Asadi ZS, Jamshidian A, Khademi Geshlaghe R. [The relationship between students' e-health literacy and general health in a military university of medical sciences (Persian)]. *Mil Caring Sci*. 2019; 6(3):228-37. [DOI:10.29252/mcs.6.3.9]
- [12] Panahi R, Osmani F, Sahraei M, Ebrahimi S, Shamsinejad Gashti M, Javanmardi E. [Relationship of health literacy and quality of life in adults residing in Karaj, Iran (Persian)]. *J Educ Community Health*. 2018; 4(4):13-9. [DOI:10.21859/jech.4.4.13]
- [13] Couture E, Chouinard M, Fortin M, Hudon C. The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health care services: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2017; 15(1):137. [DOI:10.1186/s12955-017-0716-7]
- [14] Khaleghi M, Amin Shokravi F, Peyman N. [The relationship between health literacy and health-related quality of life in students (Persian)]. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2019; 7(1):66-73. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=683280>
- [15] 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 (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014; 23(1):134-43. http://jmums.mazums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1256-117&slc_lang=en&sid=1
- [16] Esteban y Peña MM, Hernandez Barrera V, Fernández Cordero X, Gil de Miguel A, Rodríguez Pérez M, Lopez-de Andres A, et al. Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. *Diabetes Metab*. 2010; 36(4):305-11. [DOI:10.1016/j.diabet.2010.02.003]
- [17] De Leo D, Diekstra RF, Lonnqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to access quality of life in elderly. *Behav Med*. 2018; 42(1):17-27. [DOI:10.1080/0896428909596377]
- [18] Yeghaneh B, Einalia J, Charaghi M, Eskandari Shahraki Z. [Evaluation of quality of life and vulnerability components of elderly women in rural areas case study: Zanjan city (Persian)]. *J Gerontol*. 2019; 3(4):67-77. <http://joge.ir/article-1-280-en.html>
- [19] Mosallanezhad Z, Sotoudeh GR, Jutengren G, Salavati M, Harms-Ringdahl K, Nilsson Wikmaret L, et al. A structural equation model of the relation between socioeconomic status, physical activity level, independence and health status in older Iranian people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017; 70:123-9. [DOI:10.1016/j.archger.2017.01.004]
- [20] Efthymiou A, Middleton N, Charalambous A, Papastavrou E. The association of health literacy and electronic health literacy with self-efficacy, coping, and caregiving perceptions among carers of people with dementia: Research protocol for a descriptive correlational study. *JMIR Res Protoc*. 2017; 6(11):e221. [DOI:10.2196/resprot.8080]
- [21] McNaughton CD, Cawthon C, Kripalani S, Liu D, Storrow AB, Roumie CL. Health literacy and mortality: A cohort study of patients hospitalized for acute heart failure. *J Am Heart Assoc*. 2015; 4:e001799. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/jaha.115.001799https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/jaha.115.001799>
- [22] Chalesghar-kordasiabi M, Ramezani A, Bakhshavand A. [Relationship between health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes (Persian)]. *J Health Syst Res*. 2020; 15(4):262-71. [DOI:10.32592/hsr.2020.15.4.102]
- [23] Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. [Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): Development and psychometric properties (Persian)]. *Payesh*. 2014; 13(5):589-99. http://payeshjournal.ir/browse.php?a_id=279&sid=1&slc_lang=en
- [24] Sedigh Arfaei F, Rahimi H, Ghodusi Z. [Relationship between attachment styles and mental health among nurses (Persian)]. *Iran J Nurs*. 2014; 27(88):11-21. [DOI:10.29252/ijn.27.88.11]

- [25] Taghavi SMR. [Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of Shiraz university (Persian)]. *J Psychol*. 2000; 5(4):381-98. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=39078>
- [26] Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): Factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC Public Health*. 2009; 9:341. [DOI:10.1186/1471-2458-9-341]
- [27] Hussain N, Said ASA, Khan Z. Influence of health literacy on medication adherence among elderly females with type 2 diabetes in Pakistan. *Int Q Community Health Educ*. 2020; 41(1):35-44. [DOI:10.1177/0272684X19896724]
- [28] Arbabi H, Mansouri A, Nooshirvani S, Arbab A. [The relationship between health literacy and general health in patients with type II diabetes referring to diabetes clinic of Zabol in 2016 (Persian)]. *J Diabetes Nurs*. 2017; 5(1):29-39. <https://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-233-en.html>
- [29] Tahery N, Ghajari H, Shahbazi H. [The association of health literacy with self-efficacy and self-care, in type 2 diabetes patients (Persian)]. *Iran J Endocrinol Metab*. 2018; 20(3):135-41. <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-2353-fa.html>
- [30] Korsbakke Emtakaer Haesum L, Ehlers L, Hejlesen OK. Interaction between functional health literacy and telehomecare: Short-term effects from a randomized trial. *Nurs Health Sci*. 2016; 18(3):328-33. [DOI:10.1111/nhs.12272]