

Relationship of Health Literacy and Quality of Life in Adults Residing in Karaj, Iran

Rahman Panahi (PhD)¹, Fereshteh Osmani (MSc)², Mehdi Sahraei (MSc)³, Somayeh Ebrahimi (MSc)¹, Mohammadreza Shamsinejad Gashti (BSc)⁴, Erfan Javanmardi (MSc)^{2,*}

¹ Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Department of Biostatistic, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³ Department of Health Information Technology, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Vice Chancellor for Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

* **Corresponding Author:** Erfan Javanmardi, Department of Biostatistic, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: Javanmardierfan@gmail.com

Abstract

Received: 07/12/2017

Accepted: 20/03/2018

How to Cite this Article:

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. *J Educ Community Health*. 2018; 4(4): 13-19. DOI: 10.21859/jech.4.4.13

Background and Objective: Health literacy as one of the most important issues for promoting public health has gained the attention of policy makers. The quality of life and striving to promote it play an important role in individual and social health. Due to the role of adults as a productive group in the community, we aimed to determine the relationship between health literacy and quality of life in adults.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted among 256 adults aged 18 to 65 years in Karaj, Iran, 2016. The participants were selected using the convenience sampling method. Data were collected using the Health Literacy Inventory for Adults (HELIA) and the Quality of Life questionnaire (SF-12). Then, the data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient in SPSS, version 21.

Results: In this study, 24.2% (n=62) of the participants had inadequate health literacy and 23.4% (n=60) had relatively adequate health literacy. The mean±SD scores of quality of life in the physical health and mental health domains, as well as the overall quality of life were 16.24±2.68, 20.43±3.89, and 36.68±5.82 out of 48, respectively. Health literacy had a significant positive correlation with physical and mental dimensions of quality of life and overall quality of life (P<0.05).

Conclusion: Regarding the relationship between health literacy and dimensions of quality of life, it seems necessary to focus more attention on improving people's health literacy, especially adults with inadequate health literacy, in quality of life promotion programs.

Keywords: Adults; Health Literacy; Quality of Life; SF-12

بررسی ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بزرگسالان شهر کرج

رحمان پناهی^۱، فرشته عثمانی^۲، مهدی صحرايي^۳، سمیه ابراهیمی^۴، محمدرضا شمسی نژاد گشتی^۵، عرفان جوانمردی^{۲*}

^۱ دکترای تخصصی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد، گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

^۳ کارشناس ارشد، گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۴ کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

^۵ کارشناس، شبکه بهداشت و درمان شهرستان کرج، البرز، ایران

* نویسنده مسئول: عرفان جوانمردی، گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران.

ایمیل: Javanmardierfan@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: سواد سلامت به‌عنوان یکی از موضوعات مهم برای ارتقای سطح سلامت جامعه مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفته است. از سوی دیگر کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن نقش به‌سزایی در سلامت فردی و اجتماعی دارد. نظر به نقش بزرگسالان به‌عنوان گروه مولد جامعه، این پژوهش با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بزرگسالان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در ارتباط با ۲۵۶ نفر از بزرگسالان ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر کرج در سال ۱۳۹۵ انجام شد. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گشته و وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸ تا ۶۵ ساله ایرانی (HELIA: Health Literacy Inventory for Adults) و پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۲ سؤالی (SF-12: Short Form Health Survey) گردآوری گردیدند. داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی و آزمون همبستگی Pearson در نرم‌افزار SPSS 21 تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۲۴/۲ درصد (۶۲ نفر) از بزرگسالان سواد سلامت ناکافی و ۲۳/۴ درصد (۶۰ نفر) سواد سلامت نه‌چندان کافی داشتند. میانگین (\pm انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت جسمانی ($22/68 \pm 2/24$)، سلامت روانی ($43/89 \pm 3/16$) و کیفیت زندگی کل ($48/82 \pm 5/36$) از ۴۸ بود. از سوی دیگر، بین سواد سلامت و ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی و همچنین کیفیت زندگی کل همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط سواد سلامت با ابعاد کیفیت زندگی، توجه هرچه بیشتر به ارتقای سواد سلامت افراد (به‌ویژه بزرگسالان دارای سواد سلامت ناکافی) در برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: بزرگسالان؛ سواد سلامت؛ کیفیت زندگی؛ SF-12

مقدمه

دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات سلامتی را نیز در نظر گرفته است [۳]. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد سواد سلامت پایین با نتایج نامطلوب بهداشتی، رفتارهای بهداشتی زیان‌آور، رضایت کمتر بیمار و در برخی موارد با مرگ و میر بالاتر همراه است. در حقیقت، بسیاری معتقد هستند که سواد سلامت پایین در واقع به نابرابری‌های سلامت کمک می‌کند [۴]. همچنین ادعاهایی وجود دارد

سواد سلامت به‌عنوان یک مسأله جهانی مطرح می‌باشد [۱]. سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) سواد سلامت را به‌عنوان "مهارت‌های شناختی و اجتماعی که انگیزه و توانایی افراد را برای به‌دست‌آوردن، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی در راه ارتقا و حفظ سلامتی خوب تعیین می‌کنند" تعریف می‌نماید [۲]. این تعریف تنها به دانش فرد نپرداخته و انگیزه و توانایی افراد برای

اهمیت سواد سلامت بزرگسالان بیش از پیش مشخص می‌گردد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بزرگسالان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی و از نوع همبستگی بود که جامعه آماری آن افراد ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر کرج در سال ۱۳۹۵ بودند. در این مطالعه ۲۸۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از مناطق شهری کرج انتخاب شدند. بدین‌منظور متناسب با جمعیت هریک از مناطق دوازده‌گانه شهری کرج، تعداد نمونه مورد نیاز انتخاب گردید. با توجه به اینکه گروه هدف مورد مطالعه افراد بزرگسال بودند و دسترسی به آن‌ها به سادگی ممکن بود، افراد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس وارد پژوهش شدند. با توجه به اینکه در مطالعات قبلی میزان همبستگی بین سواد سلامت و کیفیت زندگی برابر با ۰/۱۸ گزارش شده بود [۱۴]، با لحاظ کردن ضریب اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه ۲۴۵ نفر به دست آمد که با احتساب ۱۵ درصد ریزش احتمالی نمونه‌ها، ۲۸۵ بزرگسال جهت نمونه‌گیری در نظر گرفته شدند. داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، سن ۱۸ تا ۶۵ سال، تابعیت ایرانی، سکونت در مناطق شهری کرج و داشتن رضایت آگاهانه به‌عنوان معیارهای ورود و ابتلا به اختلالات ادراکی و روانی و مشکلات حاد بینایی و شنوایی و تکلم به نحوی که افراد قادر به برقراری ارتباط نباشند و همچنین عدم رضایت به همکاری و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه سواد سلامت جمعیت شهری ۱۸ تا ۶۵ ساله ایرانی (HELIA) و پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۲ سؤالی (SF-12) بود. برای سنجش سطح سواد سلامت از پرسشنامه HELIA استفاده شد. این پرسشنامه دارای دو قسمت است که قسمت اول آن شامل مشخصات دموگرافیکی پاسخگویان (سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و منابع کسب اطلاعات مربوط به سلامت و بیماری) و قسمت دوم دارای ۳۳ سؤال بوده و ۵ بعد اصلی خواندن (۴ سؤال)، دسترسی (۶ سؤال)، درک و فهم (۷ سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال) و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ سؤال) را می‌سنجد. مقیاس نمره‌دهی این پرسشنامه، لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد؛ بدین‌صورت که در سؤالات مربوط به

مبنی بر اینکه سواد سلامت پایین با خودگزارشی ضعیف‌تر بیماری‌های مزمن و عملکرد سلامتی فیزیکی و روانی ضعیف‌تر ارتباط دارد [۳]. بررسی‌های مختلف طیف گسترده‌ای از سواد سلامت ناکافی را در کشورهای مختلف نشان می‌دهند. بررسی سیستماتیک انجام‌شده توسط Asche-Orlow و همکاران در آمریکای شمالی حاکی از آن بود که حدود ۲۶ درصد از افراد سواد سلامت پایین و ۲۰ درصد سطح سواد سلامت مرزی داشتند [۵]. علاوه‌براین، نتایج مطالعات متعدد نشان داده است که سواد سلامت بر وضعیت عمومی سلامتی افراد [۶] و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت [۷] تأثیر می‌گذارد.

کیفیت زندگی کاربردی در علوم پزشکی به‌عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شناخته می‌شود و به معنای ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی خویش، مراقبت‌های بهداشتی و فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت می‌باشد و به فرد اجازه می‌دهد که اهداف ارزشمندی را دنبال کند [۸،۹]. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را ادراک افراد از موقعیت زندگی خود در متن فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های آن‌ها می‌باشد، تعریف می‌کند [۱۰]. این درحالی است که زندگی با کیفیت برتر از چالش‌های پژوهشگران در قرن حاضر است. در حقیقت هسته مرکزی کیفیت زندگی، سلامتی است و از آنجایی که در نظام سلامت نمی‌توان به‌طور کامل پدیده کیفیت زندگی را مورد توجه قرار داد، مفهوم سلامتی در ارتباط با کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار می‌گیرد که در قالب مفهوم "کیفیت زندگی مرتبط با سلامت" تعریف می‌شود [۱۱].

برخی شواهد نشان داده‌اند که سواد سلامت پایین با کیفیت زندگی ضعیف در ارتباط است که این رابطه می‌تواند به دلیل کاهش قابلیت دسترسی و استفاده کمتر از مراقبت‌های پزشکی، افزایش بار استرس به علت افزایش چالش‌های روزمره زندگی، خودمدیریتی ضعیف بیماری و کاهش خودکارآمدی یعنی "توانایی برای اعمال کنترل بر زندگی و محیط اطراف" باشد [۸]. از سوی دیگر با توجه به اینکه سواد سلامت می‌تواند تحت تأثیر عوامل زیادی از جمله عوامل فردی (مانند سن، جنسیت، نژاد، تحصیلات و غیره)، اجتماعی، فرهنگی و زبان قرار گیرد، نتایج متفاوتی از آن در بین جوامع مختلف گزارش شده است [۱۲]. شایان ذکر است که گروه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال به‌عنوان گروه مولد جامعه محسوب می‌شوند [۱۳]. با توجه به تمام این مسائل،

پرسشنامه پاسخ دهند و به آن‌ها اطمینان داده شد که از تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به صورت محرمانه استفاده خواهد گشت. روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه به شیوه مصاحبه حضوری با واحدهای مورد پژوهش بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 و توسط آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون همبستگی Pearson مورد تحلیل قرار گرفتند. سطح معناداری در این مطالعه معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع تعداد ۲۵۶ بزرگسال وارد مطالعه شدند و ۲۹ نفر به دلیل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و عدم رضایت نسبت به همکاری از پژوهش حذف گردیدند (میزان پاسخ‌دهی ۹۰ درصد). میانگین (\pm انحراف معیار) سنی واحدهای پژوهش (۱۱/۳۹ \pm) ۳۳/۴۸ سال بود که ۵۱/۲ درصد (۱۳۱ نفر) از آن‌ها زن و ۴۸/۸ درصد (۱۲۵ نفر) مرد بودند. همچنین ۵۳/۵ درصد (۱۳۷ نفر) از بزرگسالان مورد مطالعه متأهل بودند و ۲۵/۴ درصد (۶۵ نفر) مدرک تحصیلی دیپلم و یا پیش‌دانشگاهی داشتند. از سوی دیگر رادیو، تلویزیون، پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی مهم‌ترین منابعی بودند که به ترتیب ۴۲/۵ (۱۰۹ نفر) و ۳۷/۲ (۹۵ نفر) درصد از افراد شرکت‌کننده به صورت معمول اطلاعات بهداشتی خود را از طریق آن‌ها به دست می‌آوردند. میانگین (\pm انحراف معیار) نمره سواد سلامت واحدهای پژوهش نیز معادل (۱۹/۲۴ \pm) ۴۸/۹۳ از ۱۰۰ بود. نمودار ۱ توزیع فراوانی سواد سلامت بزرگسالان را در ۴ گروه با سواد سلامت ناکافی، نه‌چندان کافی، کافی و عالی نشان می‌دهد.

علاوه‌براین، نتایج نشان داد که میانگین (\pm انحراف معیار) بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بزرگسالان مورد مطالعه به ترتیب معادل (۲/۶۸ \pm) ۱۶/۲۴ و (۳/۹۸ \pm) ۲۰/۴۳ بود. همچنین میانگین (\pm انحراف معیار) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بزرگسالان برابر با (۵/۸۲ \pm) ۳۶/۶۸ از ۴۸ به دست آمد (جدول ۱). از سوی دیگر، نتایج نشان داد که بین نمره سواد سلامت و بعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ($r=0/31$) و ($P<0/05$) و بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ($r=0/24$) و ($P<0/05$) همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد. بین نمره سواد سلامت و نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ($r=0/28$) و ($P<0/05$) نیز همبستگی مستقیم و معناداری مشاهده شد (جدول ۲).

مهارت خواندن امتیاز ۵ به گزینه کاملاً آسان؛ امتیاز ۴ به گزینه آسان؛ امتیاز ۳ به گزینه نه آسان است و نه سخت؛ امتیاز ۲ به گزینه سخت و امتیاز ۱ به گزینه کاملاً سخت اختصاص می‌یابد. در مورد ۴ بعد دیگر سواد سلامت نیز امتیاز ۵ به گزینه همیشه؛ امتیاز ۴ به گزینه بیشتر اوقات؛ امتیاز ۳ به گزینه برخی از اوقات؛ امتیاز ۲ به گزینه به ندرت؛ امتیاز ۱ به گزینه به هیچ وجه (یا هیچ وقت) اختصاص داده شده است. نحوه امتیازدهی در این ابزار بدین شکل می‌باشد که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هریک از حیطه‌ها از جمع جبری امتیازات به دست می‌آید. سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا ۱۰۰ 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 تمامی ابعاد (براساس طیف ۰ تا ۱۰۰) جمع شده و بر تعداد ابعاد (۵ بعد) تقسیم می‌گردد که نمرات ۰ تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت کافی و ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می‌شوند. منتظری و همکاران طی پژوهشی به طراحی و روان‌سنجی این ابزار پرداختند و آن را دارای روایی مطلوب و پایایی قابل قبول دانستند [۱۵].

علاوه‌براین، به منظور سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت واحدهای مورد پژوهش از پرسشنامه ۱۲ سؤالی کیفیت زندگی (SF-12) که فرم کوتاه‌تر شده SF-36 است، استفاده گردید. این پرسشنامه به طور گسترده‌ای در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۶]. منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۹ روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران مورد بررسی قرار دادند که پایایی ۱۲ سؤال مؤلفه‌های جسمانی و روانی به ترتیب معادل ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش شد. این پرسشنامه دارای ۸ زیرمقیاس درک کلی از سلامت خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، درد جسمانی، مشکلات هیجانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان می‌باشد که ۴ زیرمقیاس اول مؤلفه جسمانی و ۴ زیرمقیاس دوم مؤلفه روانی کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهند. دامنه امتیازات این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۴۸ نمره می‌باشد [۱۷].

شایان ذکر است که این پژوهش مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تربیت مدرس می‌باشد (شناسه اخلاق: IR.TMU.REC.1394.172). در این مطالعه از تمامی شرکت‌کنندگان خواسته شد که با صداقت کامل به سؤالات



جدول ۱: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه در مقیاس‌های هشت‌گانه

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار
درک کلی از سلامت خود	۳/۳۹۸	۰/۹۹۳
عملکرد فیزیکی	۲/۵۲۰	۰/۶۶۲
سلامت جسمانی	۱/۸۶۳	۰/۳۴۴
مشکلات هیجانی	۱/۶۶۸	۰/۴۷۱
درد جسمانی	۴/۰۷۸	۰/۸۶۰
عملکرد اجتماعی	۴/۶۹۹	۱/۱۱۶
نشاط و انرژی	۴/۰۹۰	۱/۰۹۴
سلامت روانی	۴/۱۵۶	۱/۲۰
بعد جسمانی کیفیت زندگی	۱۶/۲۴۲	۲/۶۸۷
بعد روانی کیفیت زندگی	۲۰/۴۳۸	۳/۸۹۶
کیفیت زندگی کل	۳۶/۶۸۰	۵/۸۲۶

جدول ۲: بررسی ابعاد کیفیت زندگی بر حسب سطح سواد سلامت افراد و ارتباط بین سواد سلامت و ابعاد کیفیت زندگی

سطح معناداری	کیفیت زندگی کل				کیفیت زندگی بعد روانی				کیفیت زندگی بعد جسمانی			
	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی*	سطح معناداری	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی*	سطح معناداری	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی*	سطح معناداری
سواد سلامت ناکافی	۳۴/۱۶	۶/۱۹			۱۹/۰۴	۳/۹۰			۱۵/۱۱	۳/۰۲		
سواد سلامت نه چندان کافی	۳۶/۷۵	۵/۷۸			۲۰/۶۶	۳/۷۵			۱۶/۰۸	۲/۸۸		
سواد سلامت کافی	۳۷/۲۹	۵/۴۷	۰/۲۸۳	۰/۰۰۳	۲۰/۶۷	۳/۹۳	۰/۲۴	۰/۰۰۷	۱۷/۳۷	۱/۸۱	۰/۳۱	۰/۰۰۱
سواد سلامت عالی	۳۹/۱۶	۴/۷۳			۲۱/۷۸	۳/۴۴			۱۷/۳۷	۱/۸۱		

* نتایج آزمون همبستگی Pearson

از دلایل احتمالی وجود این شدت همبستگی متوسط بین سطح سواد سلامت و ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت باشد.

از سوی دیگر، نتایج این پژوهش نشان داد که رادیو و تلویزیون و پس از آن پرسش از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی، مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات بهداشتی برای شرکت‌کنندگان بوده‌اند. یافته‌های مطالعه طاووسی و همکاران نیز بیانگر آن بود که مخاطبان بیشترین اطلاعات سلامت را به ترتیب از طریق رادیو و تلویزیون (۴۲ درصد) و پرسش از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی (۴۰/۶ درصد) کسب کرده‌اند [۲۰]. این نتایج علایق رسانه‌ای افراد شرکت‌کننده را به خوبی گزارش می‌کنند. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نادیده گرفتن سایر مهارت‌های مربوط به سواد سلامت مانند خودکارآمدی، ارتباط و محاسبه و همچنین نادیده گرفتن زمینه‌های فرهنگی و مهارت‌هایی مانند صحبت کردن، گوش دادن و برخورداری از دانش زمینه‌ای و فرهنگی افراد، تعداد نسبتاً کم نمونه‌ها و نمونه‌گیری به روش در دسترس اشاره کرد. ذکر این نکته ضرورت دارد که جمع‌آوری داده‌ها به صورت خودگزارشی انجام شد و این مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر بود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، نتایج این مطالعه بیانگر ناکافی بودن سطح سواد سلامت، وجود ارتباط معنادار بین سواد سلامت و ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و همچنین اهمیت توجه به رادیو و تلویزیون به‌عنوان مهم‌ترین محبوب‌ترین منابع کسب اطلاعات بهداشتی در بزرگسالان مورد مطالعه بود؛ بنابراین با توجه به طیف گسترده سواد سلامت ناکافی و نه‌چندان کافی در بزرگسالان، لزوم توجه هرچه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی بیش از پیش ضروری می‌باشد. بدین‌منظور می‌توان با در نظر گرفتن سطح مهارت‌ها و علایق رسانه‌ای افراد در گروه‌های هدف، رویکردهای آموزشی مؤثر را برای توسعه هر یک از مهارت‌های سواد سلامت اتخاذ نمود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با حمایت مالی معاونت تحقیقات دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است. بدین‌وسیله نهایت

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بزرگسالان انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که سطح سواد سلامت حدود ۴۷/۶ درصد از بزرگسالان در حد ناکافی و نه‌چندان کافی می‌باشد. این نتایج با یافته‌های مطالعات افشاری و همکاران [۱۸]، ایزدی راد و ضاربان [۱۹] و طاووسی و همکاران [۲۰] که به ترتیب به بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهر تویسرکان، منطقه بلوچستان و ۳۱ استان در ایران پرداخته بودند همسو است. در رابطه با کیفیت زندگی نیز نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بزرگسالان مورد مطالعه در سطح متوسط قرار دارد. این نتایج با یافته‌های مطالعات حسینی و همکاران [۲۱]، یزدی مقدم و همکاران [۲۲] و سلطانی و همکاران [۲۳] همخوان بود؛ اما با نتایج مطالعه فرهادی و همکاران [۲۴] که در آن کیفیت زندگی پایین‌تر از سطح متوسط گزارش شد، مغایرت دارد. از دلایل احتمالی این مغایرت می‌توان به تفاوت مطالعه ذکر شده با پژوهش حاضر در موضوعاتی همچون دامنه سنی افراد شرکت‌کننده، ابزار سنجش کیفیت زندگی، منطقه سکونت و میزان تحصیلات افراد اشاره کرد.

علاوه‌براین، نتایج پژوهش حاضر حاکی از ارتباط متوسط و معنادار بین سطح سواد سلامت و ابعاد کیفیت زندگی (بعد جسمانی، بعد روانی و کیفیت زندگی کل) بود؛ به‌طوری که افراد با سواد سلامت بالاتر از کیفیت زندگی جسمانی و روانی و به‌طور کلی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری برخوردار بودند. نتایج این قسمت با یافته‌های مطالعات کوشیار و همکاران [۲۵]، Macabasco و همکاران [۱۴]، Song و همکاران [۲۶]، Wallace و همکاران [۲۷] و Howard و همکاران [۲۸] که در آن‌ها سطح سواد سلامت کافی به‌طور معناداری با افزایش نمرات بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی واحدهای پژوهش همراه بود، همخوانی دارد. از جمله دلایل احتمالی متوسط بودن شدت همبستگی بین سطح سواد سلامت و ابعاد کیفیت زندگی می‌توان به این نکته اشاره کرد که بر مبنای شواهد، سواد سلامت پایین با کیفیت زندگی ضعیف ارتباط دارد [۸]؛ از این رو با توجه به ناکافی بودن سواد سلامت در این مطالعه انتظار می‌رفت که کیفیت زندگی نیز در سطح ضعیفی قرار داشته باشد؛ درحالی که نتایج دال بر سطح متوسط کیفیت زندگی در بزرگسالان مورد مطالعه بود. به نظر می‌رسد که وجود این تناقض می‌تواند

یاری رسانند، تشکر و قدردانی به عمل آورند. شایان ذکر است که هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

قدردانی و تشکر از آن‌ها به عمل می‌آید. علاوه‌براین، نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری تمامی افرادی که در جمع‌آوری داده‌ها و انجام این مطالعه

REFERENCES

- Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15:183-4. DOI: 10.1093/heapro/15.3.183
- Frisch AL, Camerini L, Diviani N, Schulz PJ. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promot Int*. 2011;27(1):117-26. PMID: 21724626 DOI:10.1093/heapro/dar043
- Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*. 2009;24(3):285-96. PMID: 19372101 DOI: 10.1093/heapro/dap014
- 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. PMID: 24113084 DOI: 10.1093/her/cyt095
- Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielson-Bohman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20(2):175-84. PMID: 15836552 DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x
- Javadzade H, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults in Isfahan. *J Health Serv Res*. 2013;9(5):540-9. [Persian]
- Wang C, Kane RL, Xu D, Meng Q. Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BMC Womens Health*. 2015;15:34. PMID: 25887361 DOI: 10.1186/s12905-015-0190-5
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial: a report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299-310. PMID: 15085902 DOI: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Leininger M. Theoretical questions and concerns: response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality perspective. *Nurs Sci Q*. 2007;20(1):9-13. PMID: 17354347 DOI: 10.1177/0894318406296784
- Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad V. Investigate the relationship between health literacy and health status among elderly people in Kerman. *Iran J Ageing*. 2015;10(2):146-55. [Persian]
- Bowling A. *Measuring disease: a review of disease specific quality of life measurement scales*. Philadelphia: Springer; 2001.
- 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. PMID: 18000132 DOI: 10.1136/jech.2006.053967
- Wengryn MI, Hester EJ. Pragmatic skills used by older adults in social communication and health care contexts: precursors to health literacy. *Contemporary Issues Commun Sci Disord*. 2011;38:41-52.
- Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2011;26(9):979-86. PMID: 21369770 DOI:10.1007/s11606-011-1668-y
- 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(5):589-99. [Persian]
- Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:55. PMID: 17900374 DOI: 10.1186/1477-7525-5-55
- 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. PMID: 19758427 DOI: 10.1186/1471-2458-9-341
- Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating adult health literacy in Tuysarkan city. *J Educ Community Health*. 2014;1(2):48-55. [Persian] DOI: 10.20286/jech-010248
- 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. [Persian] DOI: https://doi.org/10.20286/jech-02036
- Tavousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh*. 2014;15:95-102. [Persian]
- Hosieni F, Mirzaei T, Ravari A, Akbary A. The relationship between health literacy and quality of life in retirement Rafsanjan University of medical sciences. *J Health Literacy*. 2016;1(2):92-9. [Persian]
- Yazdi Moghaddam H, Estaji Z, Heidari A. Check the quality of life of nurses in hospitals in Sabzevar 2005-2006. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2009;1(16):50-6. [Persian]
- Soltani R, Kafee S, Salehi I, Karashki H, Rezaee S. Survey the quality of life in Guilan university students. *J Guilan Uni Med Sci*. 2010;19(75):25-35. [Persian]
- Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F. Rural quality of life: a study in the city of Bushehr Dashti. *Iran J Ageing*. 2011;6(20):38-46. [Persian]
- 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. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014;23(1):134-43. [Persian]
- 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):3842-51. PMID: 22180041 DOI: 10.1002/cncr.26713
- Wallace L, Rogers ES, Weiss BD. Relationship between health literacy and health-related quality of life among Tennesseans. *Tenn Med*. 2008;101(5):35-9. PMID:18507259
- Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):857-61. PMID: 16881947 DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00530.x