

بررسی رابطه بین کیفیت زندگی، سبک زندگی و سواد سلامت بیماران در شهر اهواز

احمد فنواتی^۱، دکتر سید ناصر حجازی^۲، دکتر محمد علی چیت‌ساز^۳

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۲۶

چکیده:

امروزه کیفیت زندگی، سبک زندگی و سواد سلامت را سازهای تحلیلی، عناصر سیاستی و کلیدی در سیاست‌گذاری به حساب می‌آورده و از آنها به‌عنوان شاخص‌های توسعه اجتماعی یاد می‌شود. هدف اصلی در این پژوهش بررسی رابطه بین کیفیت زندگی، سبک زندگی و سواد سلامت بیماران در شهر اهواز بوده است. چارچوب نظری بر اساس نظریه پردازانی چون پندر، گیدنز، فرگوسن و باربارا استفاده گردید. روش تحقیق توصیفی پیمایشی بوده و جامعه آماری کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها در شهر اهواز بوده است. نمونه آماری با استفاده از نرم‌افزار سمپل پاور تعداد ۱۷۰ بیمار به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استاندارد کیفیت زندگی منتظری و همکاران (۱۳۸۵)، سبک زندگی والکر (۱۹۹۷) و سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۳۹۳) استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS و SmartPLS 3 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. میانگین نمرات پاسخگویان برای متغیر کیفیت زندگی (۱۹/۲)، سبک زندگی (۵۶/۵) و سواد سلامت (۳۴) می‌باشد. یافته‌ها نشان داد با توجه به مقدار ضریب مسیر ۰.۱۲۰ و مقدار آماره t ۲.۶۱۵ کیفیت زندگی بر سواد سلامت بیماران تأثیر معناداری دارد. و نیز مقدار ضریب مسیر ۰.۷۲۶ و مقدار آماره t ۱۷.۲۹۹ سبک زندگی بر سواد سلامت بیماران تأثیر دارد؛ همچنین نتایج نشان داد مؤلفه‌های تغذیه و مسئولیت‌پذیری بیشترین تأثیر را بر سواد سلامت دارند.

مفاهیم کلیدی: کیفیت زندگی، سبک زندگی، سواد سلامت

^۱ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران a.ghanavati86@yahoo.com

^۲ استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران (نویسنده مسئول) hejazineser@yahoo.com

^۳ استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران mohammadali.chitsaz.dehaghan@gmail.com

مقدمه و بیان مسأله

امروزه سواد سلامت در ارتباط با ظرفیت‌های افراد برای برآوردن نیازهای پیچیده سلامتی در یک جامعه مدرن مورد نیاز می‌باشد سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی کرده است (Marmot, 2008:9). بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، دریافت به موقع این خدمات و کاربرد بهینه منابع سلامتی، صرفاً از طریق سواد سلامت و ارائه آن به جامعه امکان‌پذیر است (Toci & et. al, 2016:6).

سواد سلامت یک مؤلفه اجتماعی سلامت است. بر اساس کتابخانه ملی پزشکی آمریکا سواد سلامت به‌عنوان میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم و ضروری می‌باشد تعریف شده است (Selden & et. al, 2000:54). سواد سلامت به‌عنوان یک مهارت اجتماعی و شناختی دارای ابعاد مختلفی از قبیل کسب^۱، پردازش^۲، فهم^۳ و اجرای دانش و اطلاعات سلامت به دست آمده^۴ می‌باشد (Park & et. al, 2011:75).

طبق مطالعات مرکز راهبردهای مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامتی اندک، با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند که وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند (Javadzade & et. al, 2012:31). نتایج آخرین مطالعه ملی در آمریکا نشان داد که ۳۶ درصد از بالغین، سواد سلامت محدود دارند (Shieh & Halstead, 2009:12).

هم‌زمان سازمان جهانی بهداشت با انتشار بیانیه‌ای، شیوع کرونا ویروس جدید را یک وضعیت اضطراری بهداشت عمومی اعلام کرد که تهدیدی برای تمام جهان به‌شمار می‌رود (Times, 2020:30). در ۱۱ مارس، سازمان جهانی بهداشت شیوع بیماری را دنیاگیری اعلام کرد (Who, 2020:2). کاهش سواد سلامت افراد منجر به پیامدهایی چون شیوع بیماری‌ها، کاهش توانایی بالقوه بیماران جهت اتخاذ تصمیمات آگاهانه، افزایش خطرات تهدیدکننده سلامت، کاهش پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود؛ بنابراین تنها وسیله پیشگیری از چنین وضعیت قرمزی خودمراقبتی می‌باشد؛ که پایه و اساس خودمراقبتی نیز سواد سلامت می‌باشد.

¹ access

² appraising

³ understanding

⁴ apply

مطالعات منتشر شده در فاصله ۱۳۹۷-۱۳۹۰ بیانگر محدود بودن سواد سلامت ۴۴ درصد جمعیت شهری بزرگسال ایران (تقریباً از هر دو نفر یک نفر) در سال است. این مطالعه درصد سواد سلامت محدود در بین زنان و مردان را به ترتیب ۴۲ درصد و ۴۶ درصد برآورد کرده است که از نظر آماری معنادار هستند. طبق نتایج مطالعه مذکور سطح سواد سلامت پایین در بین گروه‌هایی از قبیل افراد بیکار، افراد سنین بالای ۵۵ سال، افراد با سال‌های تحصیل کم (۵ سال و کمتر) و همچنین زنان خانه‌دار بیشتر مشاهده می‌شود. سایر مطالعات نیز که در مجموع ۲۷۹۵۸ نفر، شامل گروه‌های جمعیتی مختلف و یا بیماران را مورد مطالعه قرار داده‌اند عمدتاً پایین بودن سطح سواد سلامت را تأیید می‌کنند. به‌طوری که بیش از ۵۵ درصد مطالعات (۳۶ مطالعه)، سواد سلامت نمونه‌های بررسی شده را در سطح پایین یا متوسط به پایین و ۱۶ درصد (۱۰ مطالعه) نیز آن را در سطح متوسط ارزیابی کرده‌اند؛ همچنین تعداد زیادی از این مطالعات، سواد سلامت را در بیماران (همچون بیماران دیابتی، فشار خون و قلبی عروقی) نیز پایین ارزیابی کرده‌اند (، *PRC*¹, 2020:20).

از یک طرف مطالعات نشان می‌دهد که وضعیت سواد سلامت مرتبط با بیماری‌ها در استان خوزستان مطلوب نمی‌باشد. چنانچه مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در خوزستان ۴۳ درصد از کل مرگ‌ها را به خود اختصاص داده است. طبق آخرین پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۹۵، ۲۶.۹ درصد افراد مورد مطالعه دارای فشار خون بالا، ۱۴ درصد افراد مبتلا به قند خون بالا و ۲۴.۴ درصد افراد با کلسترول خون بالا تشخیص داده شدند. همچنین مشخص شد که ۱۲ درصد افراد دخانیات مصرف می‌کنند، ۵۹.۶۸ درصد دارای اضافه وزن و چاقی هستند و ۵۸.۸ درصد نیز فعالیت فیزیکی کم داشته‌اند. همچنین ۸۴.۷ درصد از جمعیت خوزستان روزانه بیش از میزان مناسب (بیش از ۵ گرم) نمک مصرف می‌کنند؛ اکنون متوسط مصرف روزانه نمک در خوزستان ۹ گرم است (*Alavi, 2020:1*)؛ و نیز مطالعات نشان می‌دهد که در شهر اهواز نیز سطح سواد سلامت بیماران در وضعیت مطلوبی قرار ندارد چنانچه در پژوهشی مشخص شد که ۴۶/۷ درصد سواد سلامت نه چندان کافی و ۳۹/۵ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند. این پژوهش نشان داد سواد سلامت بیماران دیابت نوع دو در شهر اهواز در حد نه چندان کافی می‌باشد (*Norozi & et. al, 2019:1*).

¹ Parliamentary Research Center

از طرفی دیگر از ابتدای بروز کرونا تاکنون حدود ۵۰۰ روز گذشته است و ۷۵ درصد این روزها در استان خوزستان در موج کرونا بوده‌ایم و هیچ استان دیگری این‌گونه نبوده است. بعد از گذشت ۱۷ تا ۱۸ ماه از بروز این بیماری، بسیاری از افراد هنوز علائم بیماری را نمی‌شناسند که باید آموزش افزایش سطح سواد سلامت بیشتر انجام شود افزایش سطح سواد سلامت به مراتب از رعایت پروتکل‌های بهداشتی اثرگذارتر است زیرا زمانی که سطح سواد سلامت یک نفر افزایش می‌یابد، خودش دستورالعمل‌های بهداشتی را رعایت می‌کند (Alavi, 2021:2).

همچنین عوامل متعددی با سواد سلامت بیماران مرتبط می‌باشند یکی از این عوامل کیفیت زندگی می‌باشد. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (Bonomi & et. al, 2000:53). امروزه کیفیت زندگی را سازهای تحلیلی، سیاستی و عنصری کلیدی در سیاست‌گذاری و بررسی سیاست‌های حوزه عمومی به حساب می‌آورند و از آن به‌عنوان شاخص توسعه اجتماعی یاد می‌شود (Ghaffari & et. al, 2012:107). اغلب دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی همواره ۵ بعد زیر را در بر می‌گیرد:

- ۱- فیزیکی: مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود از این دسته هستند.
- ۲- روانی: اضطراب، افسردگی و ترس از این زمره‌اند.
- ۳- اجتماعی: این بعد در مورد رابطه فرد با خانواده، دوستان و همکاران و در نهایت جامعه است.
- ۵- علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان: در این راستا مواردی مانند درد، تهوع و استفراغ را می‌توان نام برد. این بعد بیشتر در ابزارهای اختصاصی مورد توجه واقع می‌شود. رابطه این دامنه‌ها با یکدیگر نیز از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد، برای تفسیر درست این رابطه، آگاهی از زیربنای تئوری آنها لازم است (King & Hinds, 2000:55).
- ۶- روحی: درک فرد از زندگی و هدف و معنای زندگی را در بر می‌گیرد. ثابت شده است که بعد روحی، زیر مجموعه بعد روانی نبوده و یک دامنه مهم و مستقل محسوب

می‌شود. همچنین کریسمن سبک زندگی را طیف فعالیت‌هایی که فرد یا گروه در آن مشارکت می‌کنند معرفی می‌کند (Fazeli, 2003:68).

یکی دیگر از متغیرهای مهم مرتبط با سواد سلامت افراد سبک زندگی است. به نظر آسابرگر برای تعریف واژه سبک زندگی با واژه‌ای ذی شمول روبرو هستیم که از سلیقه فرد در زمینه آرایش مو و لباس، تا سرگرمی و تفریح و ادبیات و موضوعات مربوط دیگر را شامل می‌شود. کلمه سبک، مد را تداعی می‌کند پس سبک زندگی در واقع مد یا حالت زندگی یک فرد است. سبک زندگی معمولاً با طبقه اقتصادی - اجتماعی پیوند دارد و در تصویری که فرد از خود می‌سازد بازتاب می‌یابد (Asaberger, 2000:141).

به‌طور کلی عوامل مؤثر بر سلامتی را می‌توان تحت ۴ عامل معرفی کرد که نسبت تأثیر این عوامل به ترتیب عبارتند از: ۱۶ درصد وراثت، ۱۰ درصد مراقبت‌های بهداشتی، ۲۱ درصد محیط زیست و ۵۱ درصد سبک زندگی و عادات مرتبط با سلامتی افراد (Lear & et. al, 2003:24). به موازات اینکه کشورهای در حال توسعه دچار تغییرات و انتقال اقتصادی می‌شوند فشار شهرنشینی، صنعتی‌شدن و جهانی‌شدن اغلب موجب تغییرات سبک زندگی در افراد می‌شود که خود رفتار خطرناک و افزایش عوامل خطر مانند بیماری‌های قلبی عروقی را در آنها موجب می‌شود.

همچنین 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 (Wolf & et. al, 2005:165).

شیوع بیماری‌های مزمن، میزان مراجعه به پزشک و بستری شدن در بیمارستان در افراد با سواد سلامت ناکافی بیشتر بوده و بطور کلی این افراد هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند. در کشورهای توسعه‌یافته مانند ایالات متحده قریب به ۹۰ میلیون نفر، سواد سلامت محدودی داشته و این امر موجب افزایش نرخ بستری در بیمارستان و میزان استفاده از خدمات اورژانس می‌گردد که سالانه معادل ۶۹ بلیون دلار هزینه بر اقتصاد و نظام سلامت تحمیل می‌نمایند. مطالعات دیگری نشان داده است که افراد با سواد سلامت کم از خدمات اورژانس بیشتر استفاده می‌کنند، در بیمارستان به دفعات بیشتری بستری می‌شوند و سازگاری کمتری با مصرف دارو دارند و از خدمات پیشگیرانه کمتر بهره می‌برند (White & et. al, 2008:42)؛ بنابراین مسئله اصلی در این پژوهش آن است که چه رابطه‌ای بین کیفیت زندگی، سبک زندگی و سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به

بیمارستان‌های شهر اهواز وجود دارد؟ چه رابطه‌ای بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی (کارکرد جسمی (PF)، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW)، کارکرد اجتماعی (SF)، درد (P)، سلامت عمومی (GH) و سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز وجود دارد؟ چه رابطه‌ای بین ابعاد سبک زندگی (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی، خودشکوفایی) و سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز وجود دارد؟

پیشینه پژوهش

الف) تحقیقات داخلی

پژوهشی همایون‌فر و همکاران (۱۳۹۸)، با عنوان ارائه مدلی برای بررسی تأثیر سواد سلامت و اقدامات خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی پس از انجام عمل قلب باز انجام دادند. یافته‌ها: نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌ها نشان داد سواد سلامت با ضریب مسیر (۶۸۵/۰) تأثیر مثبت و معنی‌داری با اقدامات خود مراقبتی، سواد سلامت با ضریب مسیر (۳۵۰/۰) تأثیر مثبت و معنی‌دار با کیفیت زندگی بیماران دارد و اقدامات خود مراقبتی با ضریب مسیر (۴۱۸/۰) تأثیر مثبت و معنی‌داری با کیفیت زندگی بیماران دارد. با ارتقای سواد سلامت و آموزش رفتارهای خود مراقبتی به بیماران قلبی پس از انجام عمل قلب باز می‌توان شاهد پیشرفت کیفیت زندگی این بیماران پس از عمل و کاهش عوارض پس از جراحی شد (Homayoun & et. al, 2019:43).

خالقی و همکاران (۱۳۹۸)، در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دانشجویان پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد میانگین نمره سواد سلامت $18/25 \pm 70/35$ بود که ۲۵/۲ درصد (۷۰ نفر) سواد سلامت ناکافی، ۲۱/۹ درصد (۶۱ نفر) سواد سلامت مرزی و ۵۲/۹ درصد (۱۴۷ نفر) سواد سلامت کافی داشتند. همچنین میانگین کیفیت زندگی دانشجویان $5/80 \pm 36/99$ بود که ۳/۲۳ درصد (۹ نفر) کیفیت زندگی ضعیف، ۴۳/۸۸ درصد (۱۲۲ نفر) کیفیت زندگی متوسط و ۵۴/۳۱ درصد (۱۵۱ نفر) از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند. بر اساس نتایج این مطالعه، سواد سلامت دانشجویان ارتباط معناداری با کیفیت زندگی داشت. بر اساس این مطالعه، سواد سلامت دانشجویان با کیفیت زندگی و ابعاد جسمانی و روانی آن در ارتباط است (Khaleghi & et. al:2019:277).

افرا و همکاران (۱۳۹۸) در تحقیقی به بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و سواد سلامت دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان پرداختند. نتایج نشان داد که بین متغیر سواد سلامت با متغیر کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معنادار ضعیفی مشاهده شد همچنین بین نمره سلامت روانی با سلامت، دسترسی با خواندن، درک و فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و رفتار، همبستگی مستقیم و معناداری یافت شد. درک و فهم با خواندن و ارزیابی نیز همبستگی مستقیم و معناداری داشت. بین ارزیابی با خواندن، تصمیم‌گیری و رفتار با درک و فهم و ارزیابی نیز همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت (*Afra & et. al, 2019:53*).

رضایی و سراجی (۱۳۹۷)، در تحقیقی به بررسی رابطه سواد سلامت و سبک زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بیمارستان‌های شهر زاهدان پرداختند. یافته‌ها نشان داد که ۴۰٪ (۷۲ نفر) دارای سواد سلامتی ناکافی، ۴۵٪ (۸۱ نفر) دارای سطح سواد متوسط و ۱۵٪ (۲۷ نفر) دارای سطح سواد کافی و مطلوب بودند. بین سواد سلامت و سبک زندگی رابطه مستقیم و از نظر آماری معنی‌داری وجود داشت. با توجه به نتایج بدست آمده توصیه می‌گردد تا سواد سلامت این بیماران با استفاده از روش‌های مختلف آموزشی، ارتقای داده شود و سبک زندگی سالم به صورت هدفمند و مستمر برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی آموزش داده شود (*Rezaei & Seraji, 2018:154*).

جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷)، در تحقیقی به بررسی ارتباط سواد سلامت و سبک زندگی سالم در داوطلبین سلامت شهرستان نیشابور یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سن افراد مورد پژوهش ۳۲/۹+۹/۷ سال بود. ۶۱/۵ درصد دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بودند. سواد سلامت ۴۴/۶ درصد از رابطین در حد ناکافی، ۳۲/۲ درصد مرزی و ۲۳/۱ درصد در حد کافی بود. میانگین نمره سبک زندگی سالم در افراد مورد بررسی ۱۳۰+۲۳/۸ محاسبه گردید. در این مطالعه بین سن، سطح تحصیلات و سطح سواد سلامت ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد، به طوری که سواد سلامت ناکافی در افراد با سنین بالاتر و تحصیلات کمتر شایع‌تر بود. بین سطح سواد سلامت با تغذیه، معنویت، مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت فیزیکی، روابط بین فردی و مدیریت استرس همبستگی مثبت و معنی‌دار مشاهده گردید. نتایج این پژوهش سطح سواد سلامت را در رابطین بهداشتی پایین نشان داد. این موضوع نشان از لزوم توجه به مسئله سواد سلامت و تلاش در جهت بهبود سطح سواد سلامت افراد می‌دهد (*Jahani Eftekhari & et. al, 2018:7*).

عثمانی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهشی با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و سواد سلامت در بزرگسالان انجام دادند. در این مطالعه ۲۴.۲ درصد (۶۲ نفر) از بزرگسالان، سواد سلامت ناکافی و ۲۳.۴ درصد (۶۰ نفر) سواد سلامت نه چندان کافی داشتند. میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت جسمانی (۱۶.۲۴(۲.۶۸)، سلامت روانی (۲۰.۴۳(۳.۸۹) و کیفیت زندگی کل (۳۶.۶۸(۵.۸۲) از ۴۸ بود. بین سواد سلامت و ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی و همچنین کیفیت زندگی کل همبستگی مستقیم و معنی‌دار وجود داشت (Osmani & et. al, 2017:13).

پناهی و همکاران (۱۳۹۶)، در تحقیقی به بررسی ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بزرگسالان شهر کرج پرداختند. در این مطالعه ۲۴.۲ درصد (۶۲ نفر) از بزرگسالان، سواد سلامت ناکافی و ۲۳.۴ درصد (۶۰ نفر) سواد سلامت نه چندان کافی داشتند. میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت جسمانی (۱۶.۲۴(۲.۶۸)، سلامت روانی (۲۰.۴۳(۳.۸۹) و کیفیت زندگی کل (۳۶.۶۸(۵.۸۲) از ۴۸ بود. بین ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی و سواد سلامت و همچنین کیفیت زندگی کل همبستگی مستقیم و معنی‌دار وجود داشت (Panahi & et. al, 2017:13).

ب) تحقیقات خارجی

Mengyun & et. al (2018) در پژوهشی به بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و سواد سلامت یک بررسی سیستماتیک و فراتحلیل پرداختند. داده‌ها بر اساس منابع اطلاعاتی Elsevier, Web of Science, PubMed, Embase, کتابخانه Cochrane و پایگاه‌های داده الکترونیکی چینی مانند CNKI و Wanfang از سال ۱۹۷۰ تا ۱ فوریه ۲۰۱۸ جستجو شد. منابع بالقوه ناهمگنی با استفاده از تجزیه و تحلیل زیر گروه، تجزیه و تحلیل حساسیت و فرا رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی با سواد سلامت در ارتباط متوسط بوده است.

Panagioti & et. al (2018) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین حوزه‌های کیفیت زندگی و سواد سلامت در افراد مسن در انگلستان پرداختند و متغیرهای کلیدی اجتماعی - جمعیت‌شناختی و بالینی را به‌عنوان عوامل تعدیل‌کننده مورد بررسی قرار دادند. شرکت‌کنندگان معیارهای سواد سلامت، کیفیت زندگی، چند بیماری، افسردگی، حمایت اجتماعی و ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت‌شناختی را تکمیل کردند. نتایج نشان داد که در ابتدا، سواد سلامت ضعیف با نمرات پایین‌تر در هر چهار حیطه کیفیت زندگی (جسمی،

روانی، روابط اجتماعی و محیط)، پس از تعدیل اثرات چند بیماری، افسردگی، حمایت اجتماعی و عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی همراه بود. در پیگیری ۱۲ ماهه، سواد سلامت پایین به‌طور قابل توجهی کاهش در زمینه‌های فیزیکی، روانی و محیطی کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرد، اما در کیفیت اجتماعی روابط اجتماعی نتایج منفی بود.

Protheroe & et. al (2017) مطالعه‌ای در مورد ارتباط بین عوامل دموگرافیک و رفتارهای سبک زندگی با سواد سلامت را در شهر استوک انگلیس بین ۱۰۴۶ نفر از افراد بالای ۱۸ سال به صورت نمونه‌گیری تصادفی با استفاده از پرسشنامه *NVS* انجام دادند که ۲۸.۵٪ نمره سواد سلامت پایین و ۲۳.۵٪ نمره متوسط و ۴۸٪ نمره کافی کسب نموده که سلامت سواد سلامت پایین با سن بالا و سطح تحصیلات پایین و درآمد پایین و سلامت ضعیف و فقدان دسترسی به اینترنت ارتباط داشت. مطالعه وی نشان داد که افرادی که دسترسی به اینترنت ندارند، تقریباً سه برابر بیشتر از افرادی که اینترنت داشته محدودیت سواد سلامت داشتند. وی در یافته‌های خود دریافت که پاسخ‌دهندگان بالای ۶۵ سال و بیشتر احتمال سواد سلامت محدود را داشته که اغلب منجر به کاهش عملکرد شناختی در آنها می‌شود.

خلاصه پیشینه داخلی و خارجی تحقیق نشان می‌دهد که در تمامی پژوهش‌های انجام شده به لحاظ جنبه موضوعی تحلیل رابطه متغیرهای سبک زندگی و کیفیت زندگی و در مواردی عوامل زمینه‌ای و دموگرافیک با متغیر سواد سلامت را به‌صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است؛ همچنین از نظر جنبه مکانی این موضوع در شهر اهواز مورد بررسی قرار نگرفته است؛ بنابراین تاکنون پژوهشی در زمینه رابطه چندگانه متغیرهای سبک زندگی و کیفیت زندگی همراه با مؤلفه و ابعاد آنها با سواد سلامت بیماران در شهر اهواز انجام نشده است که این مورد جنبه نوآوری و جدید این پژوهش محسوب می‌گردد.

چارچوب نظری پژوهش

از نظر پندر (۲۰۱۲)، دو جنبه تکمیلی شیوه زندگی سالم را که ممکن است مبانی انگیزشی متفاوتی داشته باشند، می‌توان توصیف نمود: حفاظت یا پیشگیری بهداشتی همراه با پرهیز از بیماری یا آسیب به‌عنوان مشوق عمل، و ارتقاء سلامت همراه با تمایل به رفاه فراوان به‌عنوان محرک اولیه رفتار. پندر مدل اعتقاد بهداشتی را به‌عنوان نمونه‌ای کاربردی برای جنبه اول معرفی نمودند و مدل ارتقاء سلامت را به‌عنوان چارچوب سلامت محوری برای توضیح و پیش‌بینی جزء ارتقاء دهنده سلامت زندگی مطرح ساختند این دو

مدل تئوریکی در زمینه ساختار عوامل تعیین‌کننده رفتارهای ارتقاء سلامت مانند هم می‌باشند و به متغیرهای ادراکی شناختی، متغیرهای تعدیل‌گر و علت کنش اشاره می‌کنند (Pender, 2012:45).

گیدنز (۲۰۰۲)، بر این باور است سبک زندگی کردارهایی هستند که به جریان عادی زندگی روزمره تبدیل شده‌اند. جریان‌هایی که در لباس پوشیدن، غذا خوردن، شیوه‌های کنش جلوه می‌کنند؛ چنین رفتارهایی بازتاب‌کننده هویت‌های شخصی، گروهی و اجتماعی است وی از اشکال منتخبی از مصرف‌گرایی سخن می‌گوید که سبک زندگی افراد را مشخص می‌کند و متضمن انتخاب انواع خاصی از غذا، پوشاک، مسکن، اتومبیل، عادات کاری، اشکال گوناگون تفریح یا فراغت و انواع دیگری از رفتار منزلت‌جویانه است که با این حال، توسط موقعیت اجتماعی افراد و امکان و میزان دسترسی آنان به منابع اقتصادی و فرهنگی مشروط می‌شود. هر چه نفوذ و کشش صنعت کمتر می‌شود و هر چه زندگی روزمره بیشتر بر حسب تأثیرات متقابل عوامل محلی و جهانی بازسازی می‌شود و افراد بیشتر ناچار می‌شوند سبک زندگی خود را از میان گزینه‌های مختلف انتخاب نمایند. البته عوامل استاندارد کننده هم به‌ویژه از طریق کلایی کردن بیشتر تولیدات اجتماعی نقش خاص خود را دارند، چرا که فرایندهای تولید و توزیع سرمایه‌داری در واقع مؤلفه‌هایی هسته‌ای نهادهای مدرنیته را تشکیل می‌دهند با این وصف به دلیل باز بودن زندگی اجتماعی امروزی و همچنین به علت تکثر زمینه‌های عمل و تنوع مراجع انتخاب سبک زندگی پیش از پیش در ساخت هویت شخصی و فعالیت روزمره اهمیت یافته‌اند (Giddens, 2002:75).

فرگوسن و باربارا (۲۰۰۸)، معتقدند که افراد با سبک زندگی نامطلوب و سواد سلامت ناکافی در سطح پایین‌تری از سلامت می‌باشند، درک نادرستی از اطلاعات بهداشتی را دارند، اغلب به مدت طولانی‌تری منتظر می‌مانند و زمانی به جستجوی کمک‌های درمانی می‌پردازند که مشکل آنها به وضعیت بحرانی رسیده باشد (Ferguson & Barbara, 2008:286).

لیر و همکاران (۲۰۰۳)، معتقدند که به‌طور کلی عوامل مؤثر بر سلامتی را می‌توان تحت ۴ عامل معرفی کرد که نسبت تأثیر این عوامل به ترتیب عبارتند از: ۱۶ درصد وراثت، ۱۰ درصد مراقبت‌های بهداشتی، ۲۱ درصد محیط زیست و ۵۱ درصد سبک زندگی و عادات مرتبط با سواد سلامتی افراد (Lear & et. al, 2003:24).

فرانس (۱۹۹۲)، معتقد است که از لحاظ مفهومی، کیفیت زندگی هم جسمی است و هم ذهنی ولی جنبه ذهنی آن غلبه دارد. فرانس کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه خود می‌داند و معتقد است که اگر درک فرد از کیفیت زندگی‌اش کاهش یابد سایر ویژگی‌های او تحت تأثیر قرار گرفته و باعث تحلیل آنها و در نهایت افت کیفیت زندگی می‌شود (Ferrans, 1992:2).

لی و همکاران (۲۰۰۵)، معتقدند که جنبه ذهنی کیفیت زندگی معمولاً برای بیان حالت‌های وابستگی و رضایت به کار می‌رود مانند حس شخصی از رفاه، رضایت یا نارضایتی از زندگی یا خوشحالی یا ناراحتی. به اعتقاد آنان ارتقاء بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه از ارکان مهم پیشرفت جوامع می‌باشد مراقبت‌های بهداشتی نوین به تدریج تمرکز خود را از بررسی میزان مرگ و میر به‌عنوان پیامد سلامتی به سمت گستره‌های وسیع‌تری نظیر ارتقاء کیفیت زندگی تغییر داده است (Lee & et. al, 2005:457).

اسکوینگتون و همکاران (۲۰۰۴)، بیان نمودند که کیفیت زندگی ضعیف با سواد سلامت پایین در ارتباط است که این رابطه می‌تواند به دلیل کاهش دسترسی و استفاده کمتر از مراقبت‌های پزشکی، افزایش بار استرس به علت افزایش چالش‌های روزمره زندگی، خودمدیریتی، ضعف بیماری و کاهش خودکارآمدی باشد؛ و نیز بیان داشتند که مشارکت اجتماعی پایین و فقدان حمایت اجتماعی اثرات منفی بر سلامت افراد دارد (Skevington & et. al, 2004:199).

فرضیه‌های تحقیق

- ۱- بین کیفیت زندگی و سواد سلامت رابطه معناداری وجود دارد.
- ۲- بین سبک زندگی و سواد سلامت رابطه معناداری وجود دارد.
- ۳- بین کیفیت زندگی و سبک زندگی و سواد سلامت رابطه معناداری وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش بر اساس هدف از نوع تحقیقات کاربردی می‌باشد که برای حل مسائل اجرایی و واقعی بکار می‌رود. هدف تحقیق کاربردی توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است؛ همچنین بر حسب نوع داده‌ها و نحوه اجراء تحقیق توصیفی پیمایشی می‌باشد.

الف) جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مراجعه‌کننده به ۲۰ بیمارستان وابسته به بهداشت درمان و آموزش پزشکی در شهر اهواز می‌باشد.

ب) روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

میزان حجم نمونه در پژوهش حاضر بر اساس نرم‌افزار آماری سمپل پاور^۱ با در نظر گرفتن شرایط سطح معنی‌داری (۰/۰۱)، توان آزمون (۹۰٪) و *R-squared* (۱۰٪) حجم نمونه تعداد ۱۷۰ نفر بدست آمده است. نتایج در جدول ۱ نشان داده شده است. در این تحقیق جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شده است. در این پژوهش بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ابتدا فهرستی از تمامی بیمارستان‌های شهر اهواز تهیه و سپس از میان آنها بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ساده یک بیمارستان (بیمارستان گلستان) انتخاب شده و در مرحله بعد در درون بیمارستان انتخاب شده مجدداً بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۱۷۰ بیمار به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند.

^۱ sample power

جدول ۱: برآورد حجم نمونه بر اساس نرم افزار سمپل پاور

Table 1: Estimation of Sample Size Based on Sample Power Software

		Power as a Function of Sample Size, Alpha																								
		Tails = 2																								
Alpha	N1=	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250
	N2=	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250
0.010		0.027	0.070	0.129	0.199	0.276	0.356	0.438	0.512	0.584	0.648	0.707	0.759	0.802	0.839	0.870	0.897	0.918	0.935	0.949	0.961	0.970	0.977	0.982	0.986	0.989
0.050		0.071	0.152	0.244	0.339	0.433	0.522	0.602	0.674	0.735	0.780	0.811	0.837	0.859	0.878	0.893	0.905	0.914	0.921	0.927	0.932	0.936	0.939	0.942	0.944	0.946
0.050		0.110	0.213	0.320	0.424	0.521	0.608	0.684	0.749	0.801	0.845	0.880	0.906	0.930	0.947	0.960	0.970	0.978	0.984	0.989	0.991	0.994	0.995	0.997	0.998	0.999
1																										

ج) ابزار پژوهش و آزمون‌های آماری تجزیه و تحلیل داده‌ها

۱- پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی ۲۴ سؤالی (SF-24)، این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال است و از هشت مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس متشکل از ۳ ماده است. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: ۱- کارکرد جسمی^۱ (PF)، ۲- اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی^۲ (RP)، ۳- اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی^۳ (RE)، ۴- انرژی/خستگی^۴ (EF)، ۵- بهزیستی هیجانی^۵ (EW)، ۶- کارکرد اجتماعی^۶ (SF)، ۷- درد^۷ (P)، ۸- سلامت عمومی^۸ (GH)؛ ۲- پرسشنامه استاندارد سبک زندگی والکر: این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال بوده و هدف آن اندازه‌گیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در شش بعد (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی، خودشکوفایی) است؛ ۳- پرسشنامه استاندارد سواد سلامت: این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال با طیف لیکرت و دارای خرده مقیاس‌های خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی، تصمیم‌گیری و رفتار می‌باشد. پایایی پرسشنامه‌های از طریق آزمون آلفای کرونباخ محاسبه شده که نتایج نشان داد که مقدار آلفای محاسبه شده برای تمامی مؤلفه‌های مورد

¹ physical functioning

² role limitations due to physical health

³ role limitations due to emotional problems

⁴ energy/fatigue

⁵ emotional well-being

⁶ social functioning

⁷ pain

⁸ general health

بررسی بالای ۰/۷ می‌باشد که در سطح مطلوب قرار دارد. نتایج در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲: نتایج قابلیت اعتماد و روایی متغیرها

Table 2: Results of Reliability and Validity of Variables

مقدار واریانس تبیین‌یافته	تحلیل عاملی			پایایی		تعداد گویه‌ها	متغیر
	سطح معناداری	درجه آزادی	آزمون بارتلت	KMO	آلفای کرونباخ		
0/59	0/000	276	3295	0/958	0/967	24	کیفیت زندگی
0/60	0/000	153	2452	0/952	0/973	18	سبک زندگی
0/54	0/000	105	1970	0/931	0/946	15	سواد سلامت

بر اساس نتایج جدول ۲ مقدار آلفای متغیر وابسته کیفیت زندگی برابر ۰/۹۶۷ و متغیر مستقل سبک زندگی برابر ۰/۹۷۳ و متغیر مستقل سواد سلامت ۰/۹۷۳ بدست آمده است. با توجه به نتایج آزمون KMO برای متغیر کیفیت زندگی ۰/۹۵۸، متغیر سبک زندگی ۰/۹۵۲ و برای متغیر سواد سلامت برابر با ۰/۹۳۱ بوده است، مقدار آزمون بارتلت برای متغیرهای یاد شده در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار بوده است. مقادیر KMO بین ۰/۸ و ۱ نشان می‌دهد که نمونه‌برداری برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) کافی است. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون K-S، شاپیرو ویلک استفاده شده است. در مورد آزمون K-S چنانچه سطح معناداری از ۵ درصد بیشتر باشد متغیر نرمال می‌باشد و در غیر اینصورت داده‌ها غیر نرمال می‌باشند. با توجه به جدول ۲ داده‌ها از توزیع نرمال پیروی نمی‌کنند.

جدول ۳: نتایج آزمون K-S و شاپیرو ویلک

Table 3: K-S and Shapiro Wilk Test Results

شاپیرو ویلک	آزمون K-S	
170	170	حجم نمونه
0/888	0/134	آماره
0/000	0/000	Sig

در این تحقیق پس از گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ها؛ کدها بر روی کدبرگ‌هایی ثبت شده و آنگاه اعداد ثبت شده از طریق نرم‌افزار *SPSS* و *SmartPLS 3* برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

د) تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

۱- تعاریف مفهومی

کیفیت زندگی: کیفیت زندگی عبارتست از برداشت هر شخص از وضعیت زندگی خود و میزان رضایت از این وضع (*Hamidizadeh & et. al, 2008:81*). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فرد از جایگاهش در زندگی در بافت سیستم فرهنگ و ارزش‌هایی که او در آنها زندگی می‌کند می‌داند که در ارتباط با هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های اوست (*Shah & et. al, 2011:200*).

سبک زندگی: الگوی منحصربه‌فردی از ویژگی‌ها، رفتارها و عادت‌هایی است که هر فرد از خود نشان می‌دهد که در صورت معیوب بودن فرد در معرض خطر بیماری یا حوادث قرار می‌گیرد. سبک زندگی روشی است که افراد در طول زندگی انتخاب کرده‌اند و زیربنای آن در خانواده پی‌ریزی می‌شود که در واقع متأثر از فرهنگ، نژاد، مذهب، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و باورها می‌باشد.

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی سبک زندگی به روش زندگی مردم با بازتابی کامل از ارزش‌های اجتماعی، طرز برخورد و فعالیت‌ها اشاره دارد. همچنین ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی است که در پی فرایند اجتماعی شدن بوجود آمده است (*Fazeli & et. al, 2011:139*).

سواد سلامت: سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری مناسب ضروری می‌باشد (*Sihota & Lennard, 2004:11*).

۲- تعاریف عملیاتی

جدول ۴: تعریف عملیاتی متغیر کیفیت زندگی

Table 4: Operational Definition of Quality of Life Variable

متغیر	مولفه	معرف	گویه
Variable	Component	Introduced	Item
کیفیت زندگی (مستقل)	کارکرد جسمی	فعالیت کردن	در فعالیت‌های شدید مثل دویدن، بلند کردن اجسام سنگین، شرکت کردن در ورزش‌های سنگین در فعالیت‌های متوسط مثل جا به جا کردن میز، کشیدن جارو برقی و ... در حمل کردن خرید روزانه
	اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	فعالیت کم	مجبور شده‌اید که از زمان لازم برای انجام کار یا فعالیت‌های دیگر کم کنید. کمتر از آنچه که می‌خواستید وقت گذاشته‌اید. در انجام یک نوع کار یا فعالیت خاص مشکل داشته‌اید.
	اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	فعالیت کم	مجبور شده‌اید که از زمان لازم برای انجام کار یا فعالیت‌های دیگر کم کنید. کمتر از آنچه که می‌خواستید وقت گذاشته‌اید. در انجام کارهای روزمره از دقت معمول برخوردار نبوده‌اید.
	انرژی/خستگی	روحیه - احساس	روحیه خوبی داشته‌اید. خود را با انرژی احساس می‌کردید. احساس غمگینی یا ناامیدی داشته‌اید.
	بهزیستی هیجانی	عصبانیت - آرامش	روحیه خوبی داشته‌اید. خیلی عصبانی بوده‌اید. آنقدر عصبانی بوده‌اید که هیچ چیز شما را خوشحال نمی‌کرد. احساس آرامش می‌کردید.
	کارکرد اجتماعی	روابط اجتماعی	در طی چهار هفته گذشته وضعیت سلامت جسمی و روانی شما در روابط اجتماعی معمول شما در رابطه با خانواده اختلال ایجاد کرده است. در طی چهار هفته گذشته وضعیت سلامت

متغیر	مولفه	معرف	گویه
<i>Variable</i>	<i>Component</i>	<i>Introduced</i>	<i>Item</i>
	درد	داشتن درد	جسمی و روانی شما در روابط اجتماعی معمول شما در رابطه با دوستان، همسایگان و یا سایر افراد اختلال ایجاد کرده است. در طی چهار هفته گذشته مشکلات و مسائل جسمی و عاطفی بر فعالیت‌های اجتماعی شما تأثیرگذار بوده است.
	سلامت عمومی	تصورات سلامتی	در طی چهار هفته گذشته درد بدنی داشته‌اید. در طی چهار هفته گذشته درد بدنی مانع از انجام کارهای عادی شما شده است. من از دیگران زودتر بیمار می‌شوم. سلامت من در حد سلامت دیگران است. انتظار دارم وضعیت سلامتی‌ام بدتر شود.

جدول ۵: تعریف عملیاتی متغیر سبک زندگی

Table 5: Operational Definition of Lifestyle Variables

متغیر	مؤلفه	معرف	گویه
<i>Variable</i>	<i>Component</i>	<i>Introduced</i>	<i>Item</i>
سبک زندگی (مستقل)	خودشکوفایی	احساس مثبت	احساس می‌کنم که در حال ترقی هستیم و در مسیر مثبتی رشد می‌کنم. از خود راضی‌ام و احساس آرامش می‌کنم. به آینده امیدوار هستم.
	مسئولیت‌پذیری	مراقبت از خود	اطلاعاتی را از افراد متخصص، در مورد نحوه مراقبت درست از خودم، درخواست می‌کنم. در برنامه‌های آموزشی در زمینه مراقبت بهداشت فردی شرکت می‌کنم. در مورد مسائل نگران‌کننده مربوط به سلامت من با متخصصان بهداشت و درمان گفتگو می‌کنم.
	حمایت بین فردی	ارتباط با دیگران	وقتم را با دوستان نزدیک می‌گذرانم. با دیگران رابطه پر معنی و رضایت‌بخشی دارم. بیان نگرانی، عشق و صمیمیت به دیگران برایم آسان است.
	مدیریت استرس	کنترل استرس	از روش‌های خاصی برای کنترل استرس خودم استفاده می‌کنم.

متغیر	مؤلفه	معرف	گویه
<i>Variable</i>	<i>Component</i>	<i>Introduced</i>	<i>Item</i>
			به قدر کفایت می‌خواهم. هر روز دقایقی را برای آرام‌سازی و شل کردن عضلات، تعیین می‌کنم.
	ورزش	فعالیت ورزشی	در جریان فعالیت‌های معمول روز ورزش می‌کنم (مانند قدم زدن زمان ناهار، استفاده از پله بجای آسانسور، پارک ماشین در محلی دورتر از مقصد و پیاده‌روی تا محل کار و غیره). برنامه منظمی برای ورزش کردن دارم. هنگام فعالیت ورزشی ضربان قلبم به میزان مطلوب می‌رسد.
	تغذیه	تغذیه روزانه	روزانه ۵-۳ وعده سبزی و میوه می‌خورم. روزانه فقط ۳-۲ وعده گوشت قرمز، مرغ، حبوبات خشک، تخم مرغ و آجیل مصرف می‌کنم. روزانه ۳-۲ وعده شیر، ماست یا پنیر می‌خورم.

جدول ۶: تعریف عملیاتی متغیر سواد سلامت

Table 6: Operational Definition of Health Literacy Variable

متغیر	مؤلفه	معرف	گویه
<i>Variable</i>	<i>Component</i>	<i>Introduced</i>	<i>Item</i>
سواد سلامت (وابسته)	خواندن	خواندن مطالب پزشکی	خواندن مطالب آموزشی در خصوص بهداشت و سلامت (کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی) برای من آسان است. خواندن دستورات کتبی خاصی که پزشکان، دندانپزشکان و کارکنان بهداشتی در مورد بیماری‌ام به من می‌دهند برای من آسان است. خواندن فرم‌های پزشکی و دندانپزشکی (مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی) برای من آسان است.
	دسترسی	دسترسی به منابع سلامتی	من می‌توانم اطلاعات بهداشتی و درمانی مورد نیاز خود را از منابع مختلف به دست آورم.

متغیر	مؤلفه	معرف	گویه
<i>Variable</i>	<i>Component</i>	<i>Introduced</i>	<i>Item</i>
			<p>من می‌توانم اطلاعات مربوط به تغذیه سالم را به دست آورم.</p> <p>من می‌توانم اطلاعات مورد نیاز در خصوص برخی مشکلات مربوط به سلامتی و بیماری‌ها مثل فشار خون بالا و نیز قند و چربی خون بالا را به دست آورم.</p>
	فهم و درک	فهم توصیه‌های پزشکی	<p>توصیه‌های مربوط به تغذیه سالم را متوجه می‌شوم. توضیحاتی را که پزشک در خصوص بیماری‌ام ارائه می‌دهد، متوجه می‌شوم.</p> <p>معنی و مفهوم مطالب نوشته شده در فرم‌های پزشکی و دندانپزشکی (مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان و مراکز درمانی) را متوجه می‌شوم.</p>
	ارزیابی	ارزیابی اطلاعات پزشکی	<p>درستی اطلاعات ارائه شده مرتبط با سلامتی در اینترنت را می‌توانم ارزیابی کنم.</p> <p>درستی اطلاعات ارائه شده در مورد سلامتی توسط تلویزیون و رادیو را می‌توانم ارزیابی کنم.</p> <p>درستی توصیه‌هایی که دوستان و بستگان در مورد سلامتی به من ارائه می‌دهند را می‌توانم ارزیابی کنم.</p>
	تصمیم‌گیری و رفتار	تصمیمات پزشکی	<p>با دیدن علائم بیماری می‌دانم به کجا و یا به چه کسی مراجعه کنم.</p> <p>داروهایی که پزشک برای بیماری‌ام تجویز نموده است را بدون اجازه او قطع نمی‌کنم، حتی اگر علائم بیماری از بین رفته باشد.</p> <p>من حتی اگر علامتی از بیماری نداشته باشم، برای چکاپ (معاینات دوره‌ای) سالانه به پزشک مراجعه می‌کنم.</p>

یافته‌های پژوهش الف) یافته‌های توصیفی

جدول ۷: توزیع نسبی بیماران بر حسب متغیر سن

Table 7: Relative Distribution of Patients by Age Variable

متغیر	میانگین	انحراف معیار	واریانس	کمترین	بیشترین
Variable	Average	S.D	Variance	Min	Max
سن	46/64	15/76	98/674	19	78

بر اساس داده‌های جدول فوق، میانگین سن افراد نمونه برابر با ۴۶/۶۴، انحراف معیار برابر با ۱۵/۷۶، واریانس برابر با ۹۸/۶۷۴ بوده است. کوچک‌ترین فرد گروه نمونه ۱۹ سال و بزرگ‌ترین فرد نیز ۷۸ ساله بوده است.

جدول ۸: توزیع نسبی بیماران بر حسب متغیر جنسیت

Table 8: Relative Distribution of Patients by Gender Variable

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
Gender	Abundance	Frequency	The Cumulative Frequency
مرد	92	54/1	54/1
زن	78	45/8	100
کل	170	100	-

طبق داده‌های جدول فوق، ۹۲ نفر از کل اعضای نمونه را مردان و ۷۸ نفر را نیز زنان تشکیل می‌دهند، که درصد فراوانی آن‌ها به ترتیب برابر با ۵۴/۱ و ۴۵/۸ درصد می‌باشد.

جدول ۹: توزیع نسبی بیماران بر حسب متغیر تحصیلات

Table 9: Relative Distribution of Patients by Education Variable

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
Level of Education	Abundance	Frequency	The Cumulative Frequency
زیر دیپلم	39	22/9	22/9
دیپلم	48	28/2	51/1
فوق دیپلم	22	12/9	64/0
لیسانس	42	24/7	88/7
فوق لیسانس	17	10/0	98/7
دکتری	2	1/1	100
کل	170	100	-

بر اساس داده‌های جدول فوق، ۳۹ نفر از افراد نمونه دارای مدرک زیر دیپلم، ۴۸ نفر دیپلم، ۲۲ نفر فوق دیپلم، ۴۲ نفر لیسانس، ۱۷ نفر فوق لیسانس و در نهایت ۲ نفر دارای مدرک تحصیلی دکتری بوده‌اند.

ب) یافته‌های استنباطی

ارزیابی مدل‌های اندازه‌گیری

در این تحقیق برای تعیین پایایی پرسش‌نامه تأکید بر همسانی درونی سؤالات از روش ضریب آلفای کرونباخ^۱ و ضریب پایایی ترکیبی^۲ استفاده شده که به وسیله نرم‌افزار *Smart PLS3* برای مجموع سؤالات مرتبط با هر متغیر محاسبه شده است. یافته‌ها نشان داد که مقادیر بارهای عاملی و *AVE* برای روایی همگرا به ترتیب متغیرهای سبک زندگی (آلفا = ۰.۹۶۱) ($CR=0.964$)، ($AVE=0.601$)، کیفیت زندگی (آلفا = ۰.۹۶۷) ($CR=0.971$)، و متغیر سواد سلامت (آلفا = ۰.۹۴۱) ($CR=0.948$) ($AVE=0.548$) بدست آمده است. برای بررسی روایی ممیز از جدول *Fornell and Larcker, 1981* استفاده شده است. بر این اساس نتایج نشان می‌دهد که مقدار جذر متوسط واریانس استخراج شده برای تمام متغیرها از ضرایب همبستگی آن با سایر متغیرها بیشتر می‌باشد که نشان‌دهنده روایی ممیز مناسب متغیرهاست.

ارزیابی مدل ساختاری و بررسی فرضیه‌های تحقیق

برای بررسی فرضیه‌های اصلی تحقیق از مقادیر ضرایب مسیر^۳ و مقادیر معناداری^۴ استفاده شده است. در این پژوهش مقدار *SRMR* در خروجی مدل اصلی برآورد شده ۰.۰۸۳ و مدل اشباع ۰.۰۸۲ گزارش شده است. همچنین مقدار این شاخص در مدل برآورد شده فرضیه‌های فرعی ۰.۰۹۳ و مدل اشباع ۰.۰۸۳ گزارش شده است که برازش نسبتاً مناسب مدل اندازه‌گیری و ساختاری را نشان می‌دهد.

¹ Cronbach's Coefficient Alpha

² Composite reliability (CR)

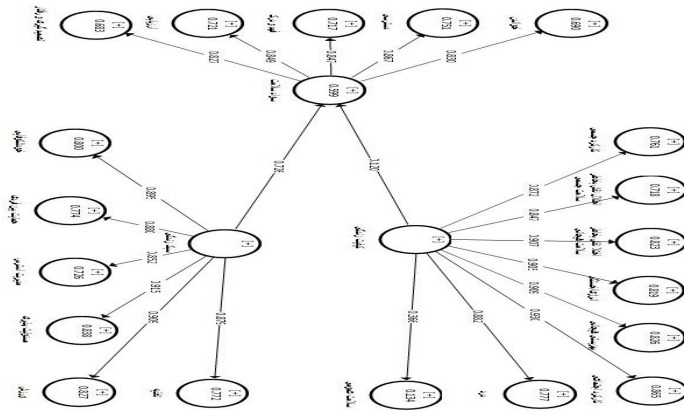
¹ path coefficients

² t-statistics

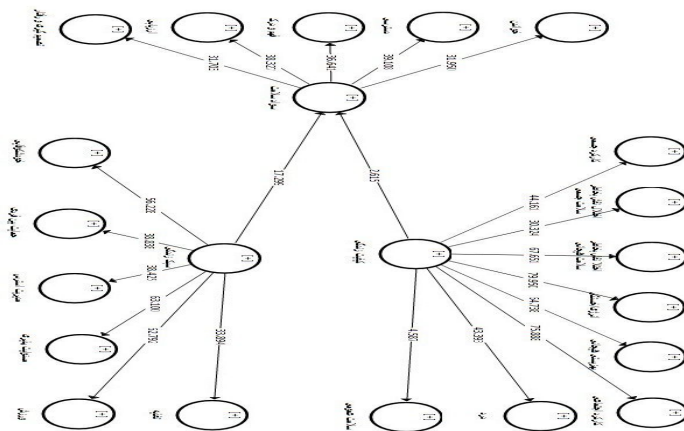
جدول ۱۰: شاخص‌های مدل ساختاری

Table 10: Structural Model Indicators

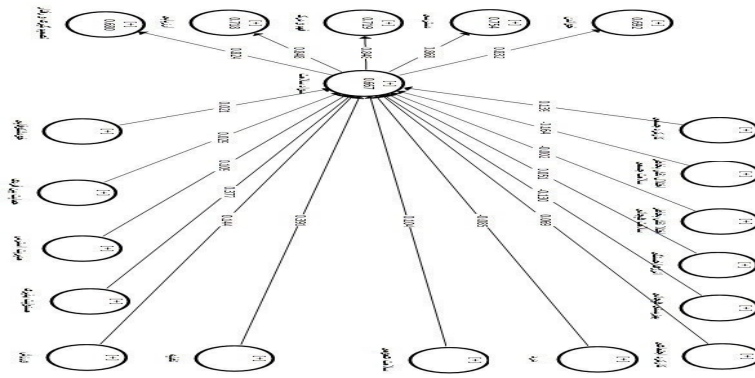
CC-Com	CC-Red	R ² Adjusted	R ²	متغیر
0/570	0/652	82/2%	82/3%	اختلال نقش ناشی از سلامت جسمی
0/590	0/575	71/7%	71/8%	اختلال نقش ناشی از سلامت هیجانی
0/631	0/594	72%	72/1%	ارزیابی
0/654	0/688	81/8%	81/9%	انرژی / خستگی
0/626	0/681	82/5%	82/6%	بهزیستی هیجانی
0/477	0/501	68/1%	68/3%	تصمیم‌گیری و رفتار
0/624	0/637	77/1%	77/2%	تغذیه
0/519	0/592	77/3%	77/4%	حمایت بین فردی
0/612	0/562	68/8%	69%	خواندن
0/481	0/596	79/9%	80%	خودشکوفایی
0/635	0/643	77/6%	77/7%	درد
0/478	0/554	75%	75/1%	دسترسی
0/551	-	-	-	سبک زندگی
0/549	0/103	12/9%	13/4%	سلامت عمومی
0/489	0/319	59/4%	59/9%	سواد سلامت
0/385	0/493	71/6%	71/7%	فهم و درک
0/408	0/508	72/4%	72/6%	مدیریت استرس
0/443	0/606	83/7%	83/8%	مسئولیت‌پذیری
0/529	0/637	82/6%	82/7%	ورزش
0/574	0/689	86/4%	86/5%	کارکرد اجتماعی
0/681	0/652	75/9%	76/1%	کارکرد جسمی
0/557	-	-	-	کیفیت زندگی



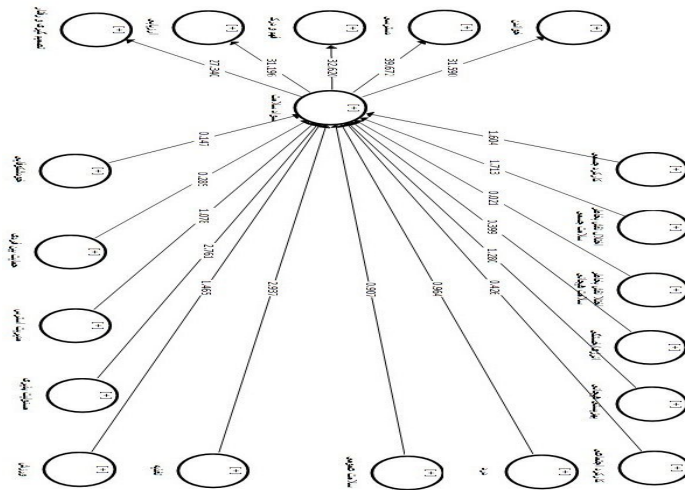
شکل ۱: مقادیر ضریب مسیر (و مقادیر بارهای عاملی) مدل فرضیه‌های اصلی تحقیق
 Figure 1: Path Coefficient Values (and Factor Load Values) Model of the Main Research Hypotheses



شکل ۲: مقادیر اعداد معناداری (T-Statistics) مدل فرضیه‌های اصلی تحقیق
 Figure 2: Significant Number Values (T-Statistics) of the Main Research Hypotheses Model



شکل ۳: مقادیر ضریب مسیر (و مقادیر بارهای عاملی) مدل فرضیه‌های فرعی تحقیق
Figure 3: Path Coefficient Values (and Factor Load Values) of the Research Sub-Hypotheses Model

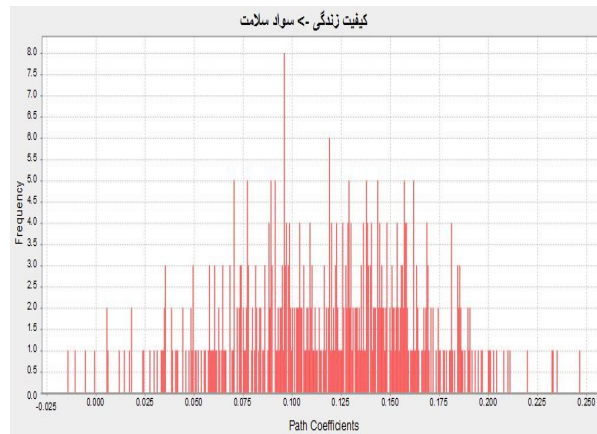


شکل ۴: مقادیر اعداد معناداری (T-Statistics) مدل فرضیه‌های فرعی تحقیق
Figure 4: Significant Number Values (T-Statistics) of the Research Sub-Hypotheses Model

فرضیه اصلی اول: کیفیت زندگی بر سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به

بیمارستان‌های شهر اهواز تأثیر معناداری دارد.

با توجه به شکل یک، مقدار ضریب مسیر بین دو متغیر کیفیت زندگی و سواد سلامت بیماران ۰.۱۲۰ می‌باشد؛ همچنین مقدار آماره t با توجه به شکل ۲، ۲.۶۱۵ بزرگتر از (۱/۹۶) می‌باشد و می‌توان بیان نمود که فرضیه اصلی اول تحقیق مورد پشتیبانی قرار می‌گیرد و تأیید می‌شود. همچنین فواصل اطمینان فرضیه اصلی اول نشان داده شده است که نشان از معناداری فرضیه اول اصلی با توجه به تفاوت معنادار فاصله اطمینان با صفر می‌باشد؛ بنابراین این نتیجه بیانگر آنست که کیفیت زندگی بر سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز تأثیر معناداری دارد.



نمودار ۱: بافت نگار تأیید معناداری فرضیه اصلی اول

Graph 1: Graph Confirmation of the Significance of the First Main Hypothesis

فرضیه فرعی ۱-۱: مؤلفه‌های کیفیت زندگی (کارکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر

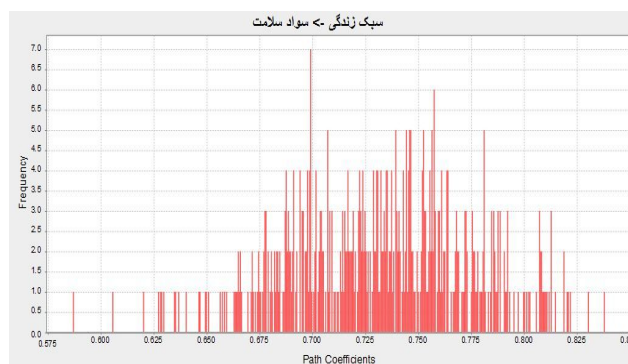
سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) بر سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز تأثیر معناداری دارد.

با توجه به شکل ۳، مقدار ضریب مسیر بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سواد سلامت بیماران مورد بررسی قرار گرفت. همچنین مقدار آماره t با توجه به شکل ۴ مورد بررسی

قرار گرفته است. نتایج نشان داد مؤلفه‌های کیفیت زندگی به تنهایی تأثیر معناداری بر سواد سلامت ندارند و تنها زمانی که تحت عنوان متغیر اصلی کیفیت زندگی قرار می‌گیرند تأثیر معناداری بر سواد سلامت دارند. ذکر این نکته ضروری می‌باشد که تمامی مؤلفه‌ها دارای تأثیر بر سواد سلامت بوده‌اند اما این تأثیر در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نبوده است.

فرضیه دوم: سبک زندگی بر سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز تأثیر معناداری دارد.

با توجه به شکل ۱، مقدار ضریب مسیر بین دو متغیر سبک زندگی و سواد سلامت بیماران ۰.۷۲۶ می‌باشد. همچنین مقدار آماره t با توجه به شکل ۲، ۱۷.۲۹۹ می‌باشد و می‌توان بیان نمود که فرضیه اصلی دوم تحقیق مورد پشتیبانی قرار می‌گیرد و تأیید می‌شود، همچنین بافت نگار فواصل اطمینان فرضیه اصلی اول در نمودار ۲ نشان داده شده است که نشان از معناداری فرضیه دوم اصلی با توجه به تفاوت معنادار فاصله اطمینان با صفر می‌باشد.



نمودار ۲: بافت نگار تأیید معناداری فرضیه اصلی دوم

Graph 2: Graph Confirmation of the Significance of the Second Main Hypothesis

فرضیه فرعی ۱-۲: مؤلفه‌های سبک زندگی (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خودشکوفایی) بر سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز تأثیر معناداری دارد.

با توجه به شکل ۳، مقدار ضریب مسیر بین مؤلفه‌های سبک زندگی و سواد سلامت بیماران مورد بررسی قرار گرفت. همچنین مقدار آماره t با توجه به شکل ۴ مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد مؤلفه‌های تغذیه و مسئولیت‌پذیری تأثیر معناداری بر سواد سلامت دارند و سایر مؤلفه‌ها تنها زمانی که تحت عنوان متغیر اصلی سبک زندگی قرار می‌گیرند تأثیر معناداری بر سواد سلامت دارند. ذکر این نکته ضروری می‌باشد که تمامی مؤلفه‌ها دارای تأثیر بر سواد سلامت بوده‌اند اما این تأثیر در سطح اطمینان ۹۵ درصد برای برخی مؤلفه‌ها معنادار نبوده است. میزان ضریب تأثیر هر یک از مؤلفه‌ها بر سواد سلامت در جدول ۲ ذکر شده است.

فرضیه سوم: سبک زندگی و کیفیت زندگی بر سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز تأثیر معناداری دارند.

با توجه به معناداری فرضیه اصلی اول و دوم می‌توان ادعا نمود که سبک زندگی و کیفیت زندگی بر سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز تأثیر معناداری دارند.

جدول ۱۱: نتایج فرضیات تحقیق

Table 11: Results of Research Hypotheses

نتیجه	P-value	انحراف معیار	T-Statistic	ضریب مسیر	فرضیه‌ها
تأیید	0/009	0/046	2/615**	0/120	کیفیت زندگی - سواد سلامت
رد	0/109	0/087	1/604	0/139	کارکرد جسمی - سواد سلامت
رد	0/087	0/095	1/713	-0/164	اختلال سلامت جسمی - سواد
رد	0/983	0/095	0/021	-0/002	اختلال سلامت هیجانی - سواد
رد	0/690	0/128	0/399	0/051	انرژی/خستگی - سواد سلامت
رد	0/201	0/102	1/280	-0/130	بهبودی هیجانی - سواد سلامت
رد	0/670	0/162	0/426	0/069	کارکرد اجتماعی - سواد سلامت

نتیجه	P-value	انحراف معیار	T-Statistic	ضریب مسیر	فرضیه‌ها
رد	0/335	0/088	0/964	-0/085	درد - سواد سلامت
رد	0/365	0/115	0/907	0/104	سلامت عمومی - سواد سلامت
تأیید	0/000	0/042	17/299 ***	0/726	سبک زندگی - سواد سلامت
تأیید	0/003	0/133	2/937 ***	0/391	تغذیه - سواد سلامت
رد	0/144	0/098	1/465	0/144	ورزش - سواد سلامت
تأیید	0/006	0/137	2/761 ***	0/377	مسئولیت‌پذیری - سواد
رد	0/282	0/101	1/078	0/109	مدیریت استرس - سواد سلامت
رد	0/776	0/103	0/285	0/029	حمایت بین فردی - سواد
رد	0/883	0/140	0/147	0/021	خودشکوفایی - سواد سلامت

Note: $t > 1.96$ at $* p < 0.05$; $t > 2.58$ at $** p < 0.01$; $t > 3.29$ at $*** p < 0.001$; two-tailed test

در جدول فوق بررسی ماتریس اهمیت - عملکرد^۱ در سطح متغیرها و مؤلفه‌ها نشان داده شده است. در واقع ماتریس اهمیت - عملکرد بر شناسایی متغیرهایی که دارای اهمیت بالایی هستند اما در جامعه آماری مورد نظر عملکرد فعلی آنان مناسب نیست متمرکز می‌باشد. بنا بر یافته‌های تحقیق می‌توان ادعا نمود که متغیر سبک زندگی دارای بالاترین اهمیت می‌باشد در حالی که پایین‌ترین عملکرد را در جامعه مورد نظر دارد و نیازمند توجه می‌باشد. در سطح مؤلفه‌ها نیز تغذیه و مسئولیت‌پذیری دارای بالاترین اهمیت بوده‌اند اما عملکرد متوسطی را ارائه نموده‌اند. ضمن اینکه مؤلفه حمایت بین فردی پایین‌ترین عملکرد را در کنار ورزش و خودشکوفایی نشان می‌دهد. همچنین جهت آزمون فرضیات زمینه‌ای از آزمون‌های t نمونه‌های مستقل و آزمون تحلیل واریانس استفاده گردید که نتایج آن در زیر مشاهده می‌شود.

جدول ۱۲: نتایج آزمون t نمونه‌های مستقل

Table 12: Independent Sample T-Test Results

آزمون برای میانگین‌ها				آزمون لون			متغیر
Test for Averages				Lenenes test			
تأیید یا رد	تفاوت میانگین‌ها	معناداری	df	t	Sig	آزمون F	Variable
رد	1	0/254	168	0/985	0/871	0/41	کیفیت زندگی
	انحراف معیار: 2/3	میانگین: 19/4		تعداد: 92		مرد	
	انحراف معیار: 2/3	میانگین: 19		تعداد: 78		زن	

نتایج جدول ۱۲ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری بدست آمده ۰/۲۵۴ بزرگتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین نمی‌توان ادعا نمود که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

¹ Importance-Performance Matrix (IPMA)

جدول ۱۳: نتایج آزمون t نمونه‌های مستقل

Table 13: Independent Sample T-Test Results

آزمون برای میانگین‌ها				آزمون لون			متغیر
Test for Averages				Lenenes test			
تأیید یا رد	تفاوت میانگین‌ها	معناداری	df	t	Sig	آزمون F	Variable
رد	3	0/452	168	0/854	0/674	0/54	سبک زندگی
انحراف معیار: 14		میانگین: 58	تعداد: 92		مرد		
انحراف معیار: 15/2		میانگین: 55	تعداد: 78		زن		

نتایج جدول ۱۳ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری بدست آمده ۰/۲۵۴ بزرگتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین نمی‌توان ادعا نمود که بین میانگین نمرات سبک زندگی زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۱۴: نتایج آزمون t نمونه‌های مستقل

Table 14: Independent Sample T-Test Results

آزمون برای میانگین‌ها				آزمون لون			متغیر
Test for Averages				Lenenes test			
تأیید یا رد	تفاوت میانگین‌ها	معناداری	df	t	Sig	آزمون F	Variable
رد	2	0/369	168	1/5	0/356	0/147	سواد سلامت
انحراف معیار: 11		میانگین: 35	تعداد: 92		مرد		
انحراف معیار: 10		میانگین: 33	تعداد: 78		زن		

نتایج جدول ۱۴ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری بدست آمده ۰/۳۶۹ بزرگتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین نمی‌توان ادعا نمود که بین میانگین نمرات سواد سلامت زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

همچنین جهت بررسی این فرض که با توجه میزان تحصیلات بین میانگین نمرات بیماران در هر سه متغیر (کیفیت زندگی، سبک زندگی و سواد سلامت) تفاوت معنی‌داری وجود دارد از آزمون تحلیل واریانس استفاده گردید و نتایج زیر حاصل گردید.

جدول ۱۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس

Table 15: Analysis of Variance Test Results

متغیر	منبع متغیر	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره	معناداری	تأیید/رد
Variable	Source of Change	Df	Average of Squares	F	Sig	
کیفیت زندگی	بین گروهی	6	623	87	0/000	تأیید
	درون گروهی	165	7			
	کل	169				
سبک زندگی	بین گروهی	6	586	2/7	0/032	تأیید
	درون گروهی	165	217			
	کل	169				
سواد سلامت	بین گروهی	6	465	4/5	0/002	تأیید
	درون گروهی	165	103			
	کل	169				

با توجه به متغیر سطح تحصیلی پاسخگویان میانگین نمرات آنان در هر سه متغیر کیفیت زندگی، سبک زندگی و سواد سلامت با هم متفاوتند. عبارتی در متغیرهای کیفیت زندگی، سبک زندگی و سواد سلامت بین میانگین نمرات پاسخگویان با توجه به سطح تحصیلی آنان تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری

امروزه آگاهی بیماران با سبک زندگی و کیفیت زندگی مناسب و عادات‌های رفتاری صحیح موجب می‌شود تا هم بیماران با افزایش آگاهی و بهبود عملکرد از وقوع مجدد بیماری جلوگیری و هم سایر افراد جامعه به‌عنوان یک فاکتور پیشگیری‌کننده سبک زندگی مناسب و عادات‌های رفتاری را مورد نظر قرار دهند؛ همچنین بسیاری از مشکلات و هزینه‌های روانی و اجتماعی که بیماری‌ها در افراد ایجاد می‌کنند را می‌توان با ارائه آموزش سواد سلامت مرتفع ساخت؛ بنابراین این پژوهش به بررسی رابطه بین کیفیت زندگی،

سبک زندگی و سواد سلامت بیماران در شهر اهواز پرداخت. یافته‌ها نشان داد که کیفیت زندگی بر سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز تأثیر معناداری دارد. این یافته با نتایج تحقیقات همایون‌فر و همکاران (۱۳۹۸)، خالقی و همکاران (۱۳۹۸)، افرا و همکاران (۱۳۹۸)، عثمانی و همکاران (۱۳۹۶)، پناهی و همکاران (۱۳۹۶)، (Mengyun & et. al, 2018)، (Panagiotti & et. al, 2018) همسو و هماهنگ است. جهت تبیین این یافته می‌توان گفت که کیفیت زندگی مؤلفه‌هایی چون سلامت عاطفی، روابط بین فردی، بهداشت، روابط زناشویی، رشد فردی، رشد فردی، سلامت عاطفی، روابط بین فردی، بهداشت، روابط زناشویی، رشد فردی، سلامت جسمانی، توانایی تصمیم‌گیری برای خود و دیگران را در بر می‌گیرد. (Rezaei & et. al, 2007). کیفیت زندگی به‌طور خاص مسائل مربوط به وضعیت بهداشتی - سلامتی و محیط زیست انسان را مورد توجه قرار می‌دهد. اهمیت وضعیت بهداشتی - سلامتی شهروندی به حدی است که دیگر نمی‌توان آن را در قالب فقدان بیماری یا رهایی از چنگ امراض خلاصه کرد. سلامتی هم اکنون به‌عنوان یک حالت کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی مطرح می‌باشد. همچنین در دنیای امروز، نه فقط کمیت زندگی، بلکه کیفیت زندگی و ارزیابی که فرد از زندگی دارد، ارزش زیادی پیدا کرده است، چرا که میزان لذتی که فرد از زندگی می‌برد و میزان رضایتی که از زندگی دارد مهم‌ترین فرصت را برای داشتن یک زندگی شاد به او می‌دهد.

همچنین یافته‌ها نشان داد که سبک زندگی بر سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز تأثیر معناداری دارد. این یافته با نتایج تحقیقات رضایی و سراجی (۱۳۹۷)، جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷)، (Protheroe & et al. (2017) همسو و هماهنگ است. جهت تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد با سبک زندگی نامطلوب و سواد سلامت ناکافی در سطح پایین‌تری از سلامت می‌باشند، درک نادرستی از اطلاعات بهداشتی را دارند، اغلب به مدت طولانی‌تری منتظر می‌مانند و زمانی به جستجوی کمک‌های درمانی می‌پردازند که مشکل آنها به وضعیت بحرانی رسیده باشد (Ferguson & Barbara, 2008:286)؛ بنابراین سطح پایین سواد سلامت با مسایلی چون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش پزشکی و پیروی از آنها مشارکت کمتر جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه تشخیص دیر هنگام بیماری‌ها ناتوانی در مهارت‌های خودمراقبتی و عدم تبعیت از رفتارهای سبک زندگی سالم مرتبط است، همچنین شیوع بیماری‌های مزمن میزان مراجعه به پزشک و بستری شدن در بیمارستان در افراد با سواد سلامت ناکافی بیشتر بوده و بطور کلی این افراد هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل

می‌شوند. یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که سبک زندگی و کیفیت زندگی بر سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز تأثیر معناداری دارند. این یافته با نتایج تحقیقات همایون‌فر و همکاران (۱۳۹۸)، خالقی و همکاران (۱۳۹۸)، افرا و همکاران (۱۳۹۸)، عثمانی و همکاران (۱۳۹۶)، رضایی و سراجی (۱۳۹۷)، جهانی افتخاری و همکاران (۱۳۹۷)، پناهی و همکاران (۱۳۹۶)، *Panagiotti & et. al (2018)*، *Protheroe & et. al (2017)* همسو و هماهنگ است. جهت تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که مراقبت‌های بهداشتی نوین به تدریج تمرکز خود را از بررسی میزان مرگ و میر به‌عنوان پیامد سلامتی به سمت گستره‌های وسیع‌تری نظیر ارتقاء سبک زندگی و کیفیت زندگی تغییر داده است. کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است؛ همچنین ویژگی‌های کیفیت زندگی مانند پویایی، چند بُعدی بودن و پنداشت‌های مختلف از آن سبب شده تا این سازه که در ابتدا در حوزه‌های بهداشت و سلامت مورد استفاده قرار می‌گرفت به تدریج به دیگر حوزه‌های مطالعاتی نیز ورود پیدا کند. بی‌گمان چنین اقبال و توجهی موجب افزایش حجم مطالعات و واکاوی بیشتر این سازه شده است.

بنابراین با توجه نتایج این پژوهش و نیز نتایج دیگر مطالعات که نشان می‌دهد وضعیت سواد سلامت مرتبط با بیماری‌ها در استان خوزستان مطلوب نمی‌باشد و در شهر اهواز نیز سطح سواد سلامت بیماران در وضعیت مطلوبی قرار ندارد پیشنهاد می‌شود که دولت و سیستم اجرایی کشور کیفیت زندگی که از شاخص‌های مهم توسعه است را به‌عنوان عنصری کلیدی در سیاست‌گذاری و سیاست‌های حوزه عمومی مورد توجه قرار دهد؛ و نیز دولت جهت افزایش کیفیت زندگی افراد به بهبود خدمات‌رسانی، ترغیب مشارکت عمومی، اعتلای حقوق انسانی، توزیع برابر منابع اقتصادی برنامه‌ریزی‌های مناسب داشته باشد. دولت جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد به مواردی مانند ارزیابی اثرات سیاست‌های اجتماعی، ارزیابی تصمیم‌گیری‌های صورت گرفته در سطح خرد و کلان توجه نماید و در نهایت با توجه به رابطه سبک زندگی و سواد سلامت پیشنهاد می‌شود که وسایل ارتباط‌جمعی برنامه‌هایی را بطور منظم در زمینه‌های شیوه‌های تغذیه، ارزش‌ها، نگرش‌ها، و رفتارهای انسانی مرتبط با مصرف وسبک زندگی ارتقاءدهنده آگاهی و سطح سواد سلامت افراد تولید و ارائه نمایند.

Reference:

Afra A., Senisel Bachari S., Rahimi Hassanabad V., Rohandeh R. (2019). "Relationship between quality of life and health literacy of students of Abadan University of Medical Sciences", *Journal of Nursing Education*, Volume 8, Number 1, Pages 53-60. (Persian).

Alavi S. (2021). Other people obey the advice , Khuzestan has been in the "wave" for 75% of the days, *Iranian Students News Agency*. 12 july. (Persian).

Alavi, S. (2020). Cardiovascular diseases cause 43% of deaths in Khuzestan, *Iranian Students News Agency*, 29 september. (Persian).

Asaberger, A. (2000). *Methods of media analysis*. Translated by Parviz Jlali. Media Studies and Research Center, Tehran.

Bonomi A.; Patric D.; Bushnell, D.; (2000). "Validation of the united states' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument", *Journal of Clinical Epidemiology*; 53: 1-12.

Fayers, P. M., Machin, D. (2000). *Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation*, Jhon Willy, New York.

Fazel, A., Haghshenas, H., Keshavarz, Z. (2011). "The power of predicting personality traits and lifestyle on the satisfaction of a couple of nurses in Shiraz", *Women and Society Quarterly*, Vol. 2, No. 7, pp. 139-163.

Fazeli, M. (2003). *Consumption and lifestyle*. Sobh Sadegh Publications, First Edition, Tehran. (Persian).

Ferguson, B. (2008). "Health literacy and health disparities: The role they play in maternal and child health", *Nursing for women's health* 12.4 (2008): 286-298.

Ferrans, C. (1992). Conceptualization of quality of life in cardiovascular research. *Progress in cardiovascular nursing*, No. 7, 2-6.

Ghaffari G. Karimi A. Nozari H. (2012). "The process of studying the quality of life in Iran", *Journal of Social Studies and Research*, Vol. 1, No. 3: 134-107. (Persian).

Giddens, A. (2002). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in Late Modern Age*, Translated by N.S Moafaghyan, Nashreney. (Persian).

Hamidizadeh, S., Ahmadi, F., Aslani, Y., Etemadifar, S., Salehi, K., Kurdyazdi R. (2008). "The effect of group exercise program on the quality of life of the elderly in 2006-2007", *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*, 16 (1), 81. (Persian).

Homayounfar, M.; Zargar, S.; Danaei A. (2019). The mediating effect of self-care measures on the relationship between health literacy and quality of life of patients after open heart surgery, *Health Management Quarterly*, Volume 10 - Number 3. Pages 43 to 53. (Persian).

Jahani Eftekhari M, Peyman N, Dosti H. (2018). "Investigating the relationship between health literacy and healthy lifestyle in health volunteers in Neishabour: a cross-sectional study", *Journal of Ilam University of Science and Medicine*, Vol. 26, No. 3, pp. 7-15. (Persian).

Javadzade Sh.; Sharifirad, G.; Radjati, F.; Mostafavi, F.; Reisi M.; Hasanzade, A. (2012). Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran, *J Educ Health Promot* 2012; 1:31. (Persian).

Khaleghi M.; Aminshokravi, F.; Peyman, N. (2019). "Investigating the Relationship between Health Literacy and Health-Related Quality of Life in Students", *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, Vol. 7, No. 1, Pages 73-66. (Persian).

King CR. Hinds PS. (2003). *Quality of Life from Nursing and Patient Perspective*. Jones and Bartlett publishers. Massachusetts:

Lear S. A, Ignaszewskib A, Lindenc W, Brozicd A. (2003). The Extensive Lifestyle Management Intervention (ELMI) following cardiac rehabilitation trial. *Eur Heart J*; 24: 1920-1927.

Lee C, Chien LY, Chaou YH, Tai CJ, Liou YM.(2005). 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*. 42:457-65.

Mengyun Z, Hui J, Naiyang S, Chunxiao D, Donglei W, Xiaoge Y, Xiaoning L. (2018). "The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis", *Health Qual Life Outcomes*. 2018; 16: 201, Published online 2018 Oct 16. doi: 10.1186/s12955-018-1031-7.

Montazeri, A. & et. al. (2014). Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh*; 13: 589-600. (Persian).

Montazeri A, Goshtasbi A, Wahdaninia M. (2006). Translation, determination of reliability and validity of Persian version of standard tool SF-36. *Monitoring Quarterly*, 5 (1): 49-56. (Persian).

Norozi, M., Modmoli, Y., Derikvandi, M., Saki M. (2019). "Assessing the level of health literacy and its relationship with some factors about type 2 diabetes in Ahvaz", *Health Literacy Quarterly*, Volume: 4, Issue: 1. (Persian).

Osmani F, Sahraei M; Ebrahimi S, Shamsi Nejad Gashti M, Javanmardi A., Panahi R. (2017). Investigating the Relationship between Health Literacy and Quality of Life in Adults of Karaj, *Journal of Community Health and Education*, Vol. 4, No. 16, Pages - 14 to 19.

Panagioti, M., Skevington SM, Hann M, Howells K, Blakemore A, Reeves, D. (2018). Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. *Qual Life Res*. 2018; 27 (5):1257–1268. doi: 10.1007/s11136-017-1775-2.

Panahi, R., Osmani F., Sahraei, M., Ebrahimi S., Shamsi, M., Javanmardi E. (2017). Investigating the relationship between health literacy and quality of life in adults in Karaj, *Journal of Education and Community Health*.; 4 (4): 13-19. (Persian).

Park JY, June KJ. (2011). Influencing factors on functional health literacy among the rural elderly. *J Korean Acad Community Health Nurs*. 2011 Mar; 22(1): 75-85.

Parliamentary Research Center (2020). The status of health literacy in Iranian society. Deputy of Socio-Cultural Research Office: Social Studies, Subject code: 210 Serial number: 17145.

Pender, N. (2012). Health promotion model. Available on: www.nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender.

Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J.(2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expectations*, 2017; 20(1):112-9.

Rezaei F, Ahadi H, Sharifi H, Karimi Y. (2007). "Relationship between parents' quality of life and school performance of students in Isfahan", *knowledge and research in psychology*. Ninth Volume, No. 33,131-148.

Rezaei N, Seraji M. (2018). "The relationship between health literacy and lifestyle of patients with heart failure", *Health Literacy Quarterly*, Vol. 3, No. 3, pp. 174-181. (Persian).

Selden C, Zorn M, Ratzan S, Parker R. (2000). *Current bibliographies in medicine: health literacy*. Bethesda, Md: National Library of Medicine.

Shah, R. & et. al. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*; 190: 200–205.

Shieh C., Halstead, J.A. (2009). "Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2009; 38 (5):601-12.

Sihota S, Lennard L.(2004). *Health Literacy: being able to make the most of health*. London: National Consumer Council; 11.

Skevington S.M., Lofty M, O'Connell KA.(2004). WHOQOL group. The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. *Qual Life Res*, 13(2):299-310.

Times The New York (2020-01-30). "Coronavirus Live Updates: W.H.O. Declares a Global Health Emergency". ISSN 0362-4331. Retrieved 2020-01-30.

Toci E, Burazeri G, Myftiu S, Sorensen K, Brand H. (2016). Health literacy in a population-based sample of adult men and women in a South Eastern European country. *J Public Health*; 38(1): 6-13.

Walker S.N, Hill-Polerecky D.M. (1997). Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln.

White S. Chen J. Atchison R. (2008). Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *Am J Health Behav* 2008; 32(3): 227-42.

Wolf MS. Gazmararian JA. Baker DW.(2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of internal medicine*;165 (17):1946-52.

World Health Organization (2020). Archived from the original on 31 January 2020. Retrieved 30 January 2020.

The Relationship between Quality of Life, Life style and Health Literacy in Ahwaz

Ahmad Ghanavati¹, Seyed Naser Hejazi (Ph.D)²
Mohammadali Chitsaz (Ph.D)³

DOI: 10.22055/QJSD.2024.36564.2393

Abstract:

Today, quality of life, lifestyle and health literacy are considered as analytical structures, policy and key elements in policy making and are referred to as indicators of social development. The main purpose of this study was to investigate the relationship between quality of life, lifestyle and health literacy of patients in Ahvaz. The theoretical framework was used based on theorists such as Pender, Giddens, Ferguson and Barbara. The research method was descriptive-survey and the statistical population was all patients referred to hospitals in Ahvaz. Statistical sample Using sample power software, 170 patients were selected as the sample size. To collect data, standard questionnaires of quality of life of Montazeri et al. (2006), Walker lifestyle (1997) and health literacy of Montazeri et al. (2014) were used. Data were used for data analysis using SPSS and SmartPLS 3 software. The average scores of the respondents for the variables of quality of life (19.2), lifestyle (56.5) and health literacy (34). Findings showed that according to the path coefficient of 0.120 and the value of t-statistic of 2.615, quality of life has a significant effect on patients' health literacy. Also, the value of the path coefficient of 0.726 and the value of the lifestyle statistic of 17.299 t affect the health literacy of patients. The results also showed that the components of nutrition and responsibility have the greatest impact on health literacy.

Key Concepts: *Quality of Life, Lifestyle, Health Literacy*

¹ Sociology doctoral student, Dahaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran, a.ghanavati86@yahoo.com

² Assistant Professor, Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran (Corresponding Author), hejazinaser@yahoo.com

³ Assistant Professor, Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran, mohammadali.chitsaz.dehaghan@gmail.com

