pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت زابل در سال ۱۳۹۵

هایده اربابی[۱]، **علی منصوری[۲]***، ساجده نوشیروانی[۳]، آزاده ارباب[۱]

۱. دانشجوی کارشناسی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۲. کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۳. کارشناسی مامایی، مرکز بهداشت و درمان زهک، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

نویسنده مسئول: علی منصوری، دانشگاه علوم پزشکی زابل ali.mansouri@zbmu.ac.ir

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت اختلال متابولیکی است که با هیپرگلیسمی مزمن مشخص می‌شود. این بیماری به سیستم‌های مختلف بدن صدمه وارد کرده و روی کمیت و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. سلامت عمومی تأثیر زیادی روی کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارد. از طرفی سواد سلامت به عنوان یک عامل در جهت بهبود سلامت عمومی این بیماران عمل می‌کند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت.

مواد روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود. ۱۵۰ نفر بیمار که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. داده‌ها به وسیله سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سواد سلامت (TOFHLA) و پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire) جمع‌آوری شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت ۱۷/۲۲±۶۶/۴۱ بود و افراد مورد پژوهش از نظر سواد سلامت در سطح مرزی قرار داشتند. میانگین نمره سلامت عمومی نیز ۱۱/۷۲±۵۸/۱۳ بود و وضعیت مطلوب سلامت عمومی را نشان می‌داد. بین سواد سلامت و سلامت عمومی ارتباط آماری مثبت معنی داری وجود داشت (r= ۰/۲۲ و p=۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که هرچه نمره سواد سلامت افراد بیشتر باشد نمره سلامت عمومی بالاتری دارند. دیابت مشکلات بالینی و روانی زیادی را به دنبال دارد و سبب محدودیت فعالیت‌های جسمانی و روانی افراد می‌شود. کاهش سواد سلامت با کاهش سلامتی از قبیل مشکلات جسمی و روان شناختی در ارتباط است. بطور کلی سواد سلامت و سلامت عمومی دو مقوله‌ای هستند که بیماران دیابتی هنوز نیازمند آموزش بیشتری در این زمینه می‌باشند.

واژه های کلیدی: سواد سلامت، سلامت عمومی، دیابت

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: 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. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (1) :29-39

تاریخ دریافت: ۹۵/۸/۲۱

تاریخ پذیرش:۹۵/۱۰/۲۲

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]

مقدمه و هدف

دیابت اختلال متابولیکی است که با هیپرگلیسمی مزمن و اختلال در متابولیسم کربوهیدرات‌ها، پروتئین و چربی‌ها که ناشی از کمبود یا فقدان انسولین مشخص می شود. این تغییرات می‌تواند باعث صدمه به سیستم‌های مختلف بدن شده و فرد را دچار بیماری‌های مزمن دیگری نماید که در نهایت روی کمیت و کیفیت عمر تأثیر گذار می‌باشد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت دیابت به عنوان یک اپیدمی خاموش در دنیا به شمار می‌آید. دیابت نوع دو شایعترین نوع دیابت می باشد. سابقه خانوادگی، سن، چاقی، عدم فعالیت بدنی و همچنین عوامل ژنتیکی و محیطی، دیابت را تحت تأثیر قرار می دهد (۱).

بر اساس مطالعات انجام شده تعداد بیماران دیابتی در ایران در سال ۲۰۱۰، ۲۸۷۲۰۰۰ نفر بود که این میزان تا سال، ۲۰۳۰ به ۵۹۸۱۰۰۰ نفر می‌رسد کما اینکه هر سال ۱۵۵ هزار مورد جدید به آمار بیماران دیابتی در ایران اضافه می-گردد. بار اجتماعی و اقتصادی دیابت نوع دو، نگرانی عمده-ای برای سیستم سلامت بسیاری از کشورها در سراسر جهان است. عوارض ناشی از دیابت از قبیل بیماری‌های قلبی- عروقی، رتینوپاتی، نفروپاتی و نوروپاتی بیشترین هزینه را در بیماران دیابتی به خود اختصاص می‌دهند. بر اساس آمار گزارش انجمن دیابت آمریکا در سال ۲۰۰۷ هزینه‌های سرانه پزشکی نسبت به سال ۲۳، ۲۰۰۲ درصد افزایش یافته است. از مقدار تخمین زده شده، ۱۱۶ میلیارد آن صرف هزینه‌های پزشکی به علت عوارض این بیماری بوده و ۵۸ میلیارد دلار آن صرف هزینه‌های غیر مستقیم شده است (۲).

دیابت یکی از پر زحمت‌ترین بیماری‌های مزمن از نظر رفتاری و هیجانی به شمار می آید (۱). این بیماری علاوه بر ایجاد عوارض متعدد بر دستگاه‌های مختلف بدن، گرفتاری‌های رفتاری و اجتماعی عمده‌ای نیز را برای افراد دچار خود در بر دارد. کنار آمدن با همه مشکلات و فرآیند طولانی درمان، بیماران را دچار بحران‌های متعدد می‌کند (۳). از عواملی که امروزه مورد توجه گسترده‌ای قرار گرفته است، سلامت عمومی این بیماران می‌باشد که تأثیر زیادی روی کیفیت زندگی آنان دارد (۴). عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در سیر ابتلا به دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند (۵) و از سوی دیگر این بیماری همانند هر بیماری مزمن و ناتوان کننده دیگری فرد مبتلا را با مشکلاتی مواجه می‌سازد که در نتیجه آن تمامی جنبه‌های زندگی روزمره فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۶). این خطری است که بشر را دائم تهدید می‌کند ولی در قرن بیست یکم شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی و مسائل مربوط به سلامتی دستخوش تغییر و دگرگونی شده است و تأثیر زیادی بر سلامت عمومی گذاشته است. همچنین یکی از آشکارترین مسائلی که در جوامع در حال رشد و پیشرفت به خطر می‌افتد و ذهن هر شخصی را مشغول می‌سازد مسأله سلامت عمومی است (۷). سلامت عمومی عبارت است از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فرد که بین این سه جنبه تأثیر متقابل و پویا وجود داشته باشد (۸). فردی از سلامت عمومی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور باشد و بتواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و با فشارهای زندگی مقابله نماید (۹).

بیماری دیابت یک معظل مهم برای سلامت عمومی است که باعث اثرات گسترده‌ای بر عملکردهای فردی و اجتماعی افراد می‌شود. برای فرد دیابتی مشکلات روانشناختی و اجتماعی ممکن است به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی، قلبی و مغزی به وجود آید. هر چند اکثر این افراد به خوبی با محدودیت‌های بیماری خود کنار می‌آیند اما اقلیت مهمی از آن‌ها در این زمینه مشکلاتی دارند. همکاری در انجام آزمایش خون، رعایت رژیم غذایی و مصرف انسولین غالباً

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]

رضایت بخش نیست و در نتیجه کنترل قند خون غالباً کمتر از حد بهینه می‌باشد (۱۰). از طرفی اهمیت سواد سلامت به طور روز افزون در سطوح سواد عمومی و سواد مراقبتی نشان داده شده است، که می‌تواند به عنوان یک عامل کمک کننده در جهت تسهیل موارد فوق الذکر عمل نماید (۱۱). سواد سلامت اینگونه تعریف می‌شود: ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات بهداشتی پایه مورد نیاز برای تصمیم گیری‌های مناسب بهداشتی (۱۲). سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده‌های امر سلامت معرفی کرده است. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرده که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر را جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های راهبردی در خصوص ارتقاء سطح سلامت در جوامع مختلف تشکیل دهند (۱۱).

نتایج آخرین مطالعه ملی در آمریکا نشان داد که ۳۶ درصد از بالغین، سواد سلامت محدود (سواد سلامت کافی یا مرزی) دارند (۱۳). در مطالعه‌ای که در ایران انجام گرفته است ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد دارای سواد سلامت ناکافی بودند. سطح پایین سواد سلامت در گروه سالمندان، جمعیت مهاجر، افراد بی سواد، افراد کم درآمد، افراد با سلامت روان پایین و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع دو و فشارخون شایعتر است، در نتیجه این افراد به عنوان گروه‌های در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت قرار دارند (۱۴).

بیماری دیابت نه تنها دارای طیف وسیعی از نیازهای درمانی روزانه است، بلکه مسائل زیادی در ارتباط با مشکلات آینده این بیماران وجود دارد. کنترل مداوم رژیم غذایی، مدیریت دقیق استفاده از رژیم دارویی، کنترل قند خون در محدوده طبیعی و .... همگی به حفظ وضعیت تعادل این بیماران کمک می‌کند. که با کنترل مناسب این موارد می‌توان از عوارض و مشکلات آیندع پیشگیری کرد. انجام کلیه این اقدامات لازمه داشتن اطلاعات و نگرش صحیح از این بیماری می‌باشد که در چهارچوب سواد سلامت تعیین می‌گردد (۱۵).

با توجه به شیوع بیماری دیابت و اهمیت آن و جنبه‌های مختلف این بیماری در کشور و از آنجا که دیابت یکی از عوامل تنش‌زای عمده در زندگی است و کنترل آن متأثر از شبکه پیچیده‌ای از عوامل رفتاری، نگرش و مراقبت‌های سلامتی است، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود و محیط پژوهش کلینیک دیابت دانشگاه علوم پزشکی شهرستان زابل تشکیل و جامعه پژوهش را کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به این کلینیک تشکیل داد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به دیابت نوع ۲، توانایی در صحبت کردن، خواندن و نوشتن، گذشت حداقل ۶ ماه از قطعی شدن تشخیص و سابقه درمان دارویی دیابت بود. همچنین بیمارانی که تمایل به ادامه درمان نداشته و دارای مشکلات شناختی بودند از مطالعه خارج شدند. بر همین اساس ۱۵۰ بیمار که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند.

داده‌ها به وسیله سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سواد سلامت و پرسشنامه سلامت عمومی جمع-آوری شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل پرسش-هایی در زمینه سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل، شغل و مدت تشخیص بیماری بود. برای ارزیابی سواد سلامت افراد مورد مطالعه از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA) استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو بخش محاسبات و درک خواندن می‌باشد. بخش محاسبات توانایی فرد را برای درک کردن و عمل کردن براساس توصیه‌هایی که آموزش دهندگان امر سلامت به بیمار می‌دهند و نیاز به محاسبات دارد، مورد سنجش قرار می‌گیرد. این بخش دارای ۱۰ نکته و توصیه

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]

بهداشتی در زمینه داروهای تجویزشده، زمان مراجعه به پزشک، مراحل استفاده از کمک مالی و یک مثال در مورد نتیجه آزمایش طبی است. این نکته‌ها در قالب کارت‌هایی به فرد تحویل و سپس از وی سؤالات مربوطه پرسیده می-شد. نمرات این بخش از ۵۰-۰ در نظر گرفته شد. بخش درک خواندن، توانایی بیمار را در ۳ بخش خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت سلامتی مورد امتحان قرار می‌دهد و شامل ۵۰ سؤال است. متون شامل دستورات آمادگی برای عکس برداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسئولیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه نامه و فرم استاندارد رضایت نامه بیمارستانی است. نمره این بخش نیز بین ۵۰-۰ بود. در مجموع نمرات دو بخش درک خواندن و محاسبه، نمره‌ای بین ۱۰۰-۰ داشت که در سه سطح سواد ناکافی (۵۹-۰)، مرزی (۷۴-۶۰) و سواد کافی (۱۰۰-۷۵) تقسیم بندی شد. در تحقیق مهنوش رئیسی و همکاران پایایی پرسشنامه در بخش محاسبات ۷۹٪ و در بخش درک خواندن ۸۸ درصد بدست آمد (۱۶). علاوه بر آن برای اندازه‌گیری سلامت عمومی از پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire) که توسط گلدبرگ و هیلیر (Goldberg & Hillier) طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۳۰ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. نمره کلی این ابزار با جمع کردن نمره گویه‌ها و میانگین گرفتن از آن‌ها به دست می‌آید. امتیاز نهایی ۲۳ به عنوان نقطه برش تعیین شده است که بیان گر وضعیت نامطلوب سلامت فرد می باشد. پایایی ابزار این روش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۸۴ درصد گزارش شده است (۱۷). همچنین ملکی و همکاران پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۸۱ درصد گزارش کردند (۷). در این مطالعه نیز ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۷۹ درصد محاسبه شد. جهت انجام مطالعه، پس از مراجعه پژوهشگر به کلینیک دیابت دانشگاه علوم پزشکی زابل و تأیید مسئولین مرکز، ضمن معرفی خود به افراد حاضر در پژوهش و ارائه اطلاعات در مورد اهداف پژوهش نسبت به جلب رضایت آن‌ها و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، اقدام شد.

سپس پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط پژوهشگر جمع‌آوری شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون ANOVA، t و ضریب همبستگی پیرسون) در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه ۶/۹۱±۵۸/۳۲ بود. ۶۸ درصد از نمونه‌های پژوهش را زنان و ۳۳ درصد مردان تشکیل می‌دادند. ۸۶ درصد شرکت کنندگان متأهل و بقیه مجرد بودند. در زمینه سطح تحصیلات، ۲۴ درصد زیر دیپلم، ۴۶ درصد دیپلم و ۳۰ درصد بالاتر از دیپلم بودند. از نظر نوع اشتغال، ۴۰ درصد خانه‌دار، ۲۱ درصد شغل آزاد، ۱۵ درصد کارمند و ۲۴ درصد بازنشسته بودند.

میانگین نمره سواد سلامت ۱۷/۲۲±۶۶/۴۱ بود. که بر همین اساس می‌توان گفت افراد مورد پژوهش از نظر سواد سلامت در سطح مرزی قرار داشتند. بر همین اساس ۲۵/۳۳ درصد شرکت کنندگان دارای سواد سلامت ناکافی، ۳۴/۶۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۴۰/۱۱ درصد سواد سلامت کافی داشتند. از جهت دیگر می‌توان گفت نزدیک به ۶۰ درصد نمونه‌ها از سواد سلامت کافی برخوردار نبودند (جدول شماره ۱).

جدول ۱. توصیف سواد سلامت بیماران دیابتی

متغیر		میانگین ± انحراف معیار	فراوانی	درصد
سواد سلامت	ناکافی	۲۴/۱۲±۴۲/۰۱	۳۸	۲۵/۳۳
	مرزی	۱۹/۱۷±۶۸/۱۱	۵۲	۳۴/۶۶
	کافی	۱۳/۲۶±۸۹/۱۳	۶۰	۴۰/۱۱
	کل	۱۷/۲۲±۶۶/۴۱	۱۵۰	۱۰۰

میانگین نمره کل سلامت عمومی در افراد مورد پژوهش ۱۱/۷۲±۵۸/۱۳ بود، که نشان دهنده وضعیت مطلوب سلامت عمومی به شمار می‌رفت. همچنین بیشترین اختلال

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]

در سلامت عمومی مربوط به زیر مقیاس سلامت جسمانی و کمترین اختلال مربوط به زیر مقیاس کارکرد اجتماعی بود (جدول شماره ۲).

جدول ۲. توصیف سلامت عمومی و زیر مقیاس‌های آن در بیماران دیابتی

	متغیر	میانگین ± انحراف معیار
سلامت عمومی	سلامت جسمانی	۱۷/۲۷±۳/۳۲
	اختلال خواب	۱۵/۷۱±۳/۴۳
	کارکرد اجتماعی	۹/۱۲±۳/۰۲
	افسردگی	۱۳/۸۲±۳/۲۹
	نمره کل	۵۸/۱۳±۱۱/۷۲

تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سواد سلامت و سلامت عمومی کل ارتباط آماری مثبت معنی داری وجود دارد (r= ۰/۲۲ و p=۰/۰۰۱). همچنین بین سواد سلامت و زیر مقیاس‌های سلامت جسمانی و اختلال خواب مربوط به سلامت عمومی نیز از نظر آماری ارتباط آماری معنی داری دیده شد (p<۰/۰۵). (جدول شماره ۳).

جدول ۳. ارتباط بین سواد سلامت با سلامت عمومی و زیر مقیاس‌های آن در بیماران دیابتی

	متغیر	ضریب همبستگی	P-Value
سواد سلامت	سلامت عمومی کل	۰/۲۲	۰/۰۰۱
	سلامت جسمانی	۰/۲۰	۰/۰۱
	اختلال خواب	۰/۱۷	۰/۰۲
	کارکرد اجتماعی	-۰/۱۱	۰/۵۲
	افسردگی	-۰/۰۹	۰/۱۳

سواد سلامت با سن (p=۰/۰۰۱) ارتباط آماری معنی داری داشت. همچنین بین سلامت عمومی نیز با مدت بیماری (p= ۰/۰۲) ارتباط معنی داری دیده شد (جدول شماره ۴).

جدول ۴. ارتباط بین متغیرهای اصلی و جمعیت شناختی در بیماران دیابتی

	متغیر	متغیرهای اصلی		آزمون آماری
		سواد سلامت	سلامت عمومی	
متغیرهای جمعیت شناختی	سن	p=۰/۰۰۱	p=۰/۱۷	ANOVA
	جنس	p=۰/۲۱	p=۰/۵۵	آزمون t
	تحصیلات	p=۰/۳۱	p=۰/۸۹	ANOVA
	شغل	p=۰/۷۱	p=۰/۳۱	ANOVA
	مدت بیماری	p=۰/۳۲	p=۰/۰۲	آزمون t
	وضعیت تأهل	p=۰/۱۲	p=۰/۵۵	ANOVA

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر بررسی سواد سلامت با سلامت عمومی بیماران دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان زابل بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح سواد سلامت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو در سطح مرزی است. و نزدیک به ۶۰ درصد نمونه‌ها از سطح سلامت کافی برخوردار نبودند. دکتر Orlow و همکاران در یک بررسی سیستماتیک، سطح سواد بهداشتی را در ۲۰ درصد از افراد، مرزی و در حدود ۲۶ درصد از افراد در حد ناکافی گزارش نمودند (۱۸-۱۹). حجتی و همکاران نیز در مطالعه‌ای بیان داشتند که سطح سواد سلامت بیماران دیابتی در حد مرزی است که این نتایج با نتایج مطالعه ما همخوانی داشت (۲۰).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که سلامت عمومی در بیماران دیابتی در محدوده مطلوبی قرار دارد. بیشترین میزان اختلال در سلامت عمومی در بعد سلامت جسمی و کمترین میزان در بعد کارکردهای اجتماعی مشاهده شد. با توجه به این که سلامت عمومی در گروه‌های مختلف افراد جامعه همچنین در بیماران با بیماری‌های مزمن و حاد متفاوت است، تنوع در میانگین سلامت عمومی طبیعی به نظر می رسد. در بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت، اختلالات روانشناختی و جسمی نسبت به جمعیت عمومی شایع‌تر است. این بیماران کیفیت زندگی مرتبط به سلامتی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]

پایینی داشته و در سلامت عمومی به خصوص در بعد سلامت جسمانی دچار محدودیت هستند (۲۲-۲۱). در مطالعه Zhu و همکاران نیز اختلالات فعالیتی در طول روز از جمله عوامل مؤثر برای کنترل ضعیف قند خون بیان گردید (۲۳).

در این مطالعه بین سواد سلامت و سلامت عمومی ارتباط معنی داری یافت شد (r= ۰/۲۲ و p=۰/۰۰۱). به این صورت که هرچه نمره سواد سلامت افراد بیشتر باشد نمره سلامت عمومی بالاتری دارند و هر چه سواد سلامت شخص بیشتر باشد از سلامت عمومی بالاتری برخوردار است. این نتایج با مطالعات Kooshyar (۲۴) و Egde و همکاران (۲۵) مطابقت نداشت.DeWalt و همکاران نشان دادند، مطالعاتی که ارتباط مابین سطح سواد و سلامتی را مورد بررسی قرار می دهند، دارای سه نتیجه مهم می باشند: ۱- درک بهتر در مورد علت واقعی برآیندهای ضعیف تندرستی ۲- مشخص نمودن شاخص‌های بالقوه بالینی در افراد در معرض خطر ۳- دادن آگاهی بالا برای توسعه برای توسعه مداخلات بهداشتی. سواد سلامت پایین با فعالیت فیزیکی پایین در ارتباط است. همچنین با افزایش سواد سلامت، شخص از قرار گرفتن در موقعیت استرس زا جلوگیری می-کند، فعالیت‌هایی از قبیل تماس منظم با دوستان و خانواده را افزایش داده و از مواد مخدر کمتر استفاده می‌کند (۲۶). دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است. گرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است. اما طبق مطالعات مرکز راهبردهای مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامتی پایین، وضعیت سلامتی ضعیف تری دارند (۲۷). با توجه به معنی دار بودن رابطه سواد سلامتی با سلامت عمومی به نظر می‌رسد افرادی که از سطوح بالای سواد سلامتی برخوردارند توانایی بهتری در کنترل مشکلات شناختی و جسمانی در ارتباط با بیماری دیابت دارند.

در این مطالعه ارتباط معنی داری میان سطح سواد سلامت با سن دیده شد، به طوری که شیوع سطح پایین سواد سلامت در افراد با سنین بالا بیشتر است. این نتایج در مطالعات دیگر نیز گزارش شده است (۲۸ تا ۳۲). در مطالعه Weiss و همکاران میزان سطح سواد سلامت ۸/۸ درصد بود که بیانگر ناکافی بودن میزان سطح سواد سلامت در افراد بالای ۶۰ سال می‌باشد. در مطالعه حاضر میانگین سنی افراد مبتلا به دیابت ۵۸/۳۲ درصد بود و این امر نشان دهنده این واقعیت است که سطح سواد سلامت در افراد نیازمند به دریافت مراقبت، ناکافی است (۳۳). این نتایج با مطالعات Gazmararin (۳۴) و Williams (۲۷) و orlow(۱۸) همسو بود. از نظر سید الشهدایی و همکاران (۳۵) چندین دلیل وجود دارد که با افزایش سن، خواندن این متون سخت تر به نظر می رسد: ۱- افراد با سن بالاتر بیشتر در معرض بیماری‌های شناختی هستند ۲- خواندن و پر کردن پرسشنامه‌ها در زمان معین برای آن‌ها سخت‌تر می‌باشد ۳- شیوع بی‌سوادی در کشور ایران در سال‌های قبل نسبت به سال‌های اخیر بیشتر بوده است. از این رو به نظر می‌رسد این افراد سخت‌تر بتوانند به پرسشنامه جواب بدهند. در مطالعات متعدد انجام شده ناکافی بودن سواد سلامت یک فاکتور اساسی در پیدایش عوارض ناشی از دیابت مانند رتینوپاتی، بیماری نارسایی مزمن کلیه و قطع اندام‌های تحتانی به شمار می‌رود (۳۶).

همچنین در این مطالعه بین سلامت عمومی با مدت زمان بیماری نیز ارتباط آماری معنی داری دیده شد. مدت زمان طولانی این بیماری، پی گیری‌های مکرر، محدودیت‌های غذایی، بروز عوارض، نا امیدی از بهبود و درمان موجب بروز اختلالات روان شناختی می‌شود. نگرانی‌های این بیماران جهت کنترل هرچه دقیق‌تر قند خون نیز گاهی باعث برخورد وسواس گونه با این موضوع می‌گردد(۳۷). از طرفی بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی و مدت بیماری با سواد سلامت و سلامات عمومی ارتباط آماری معنی دار مشاهده نشد.

به طور کلی بیماری‌های مزمن، از جمله دیابت مشکلات بالینی، اجتماعی و روانی زیادی به دنبال دارد که این مشکلات به نوبه خود سبب محدودیت فعالیت‌های جسمانی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]

و روانی افراد می‌شود. مطالعات زیادی نشان می‌دهد که سواد سلامت با نتایج ناخوشایند سلامتی از قبیل مشکلات جسمی و روان شناختی در ارتباط است. مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت و سلامت عمومی دو مقوله‌ای هستند که بیماران دیابتی هنوز نیازمند آموزش بیشتری در این زمینه می‌باشند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]

References

1. American Diabetes Association. Dignosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care 2010; 33(1): 62-90.

2. Adili F, Larijani B, Haghighatpanah M. Diabetic Patients. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1084(1): 329-49.

3. Delamater AM, de Wit M, McDarby V, Malik J, Acerini CL. Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. Pediatr Diabetes. 2014; 15(20): 232-44.

4. Moayedi F, Zare S, Nikbakht A. Anxiety and depression in diabetic patient referred to Bandar Abbas diabetes clinic. Bimonthly Journal of Hormozgan University of MedicaSciences. 2014; 18(1): 65-71. [Persian]

5. KaholokulaJK A, Haynes SN, Grandinetti A, Chang HK. Biological, psychosocial, and, sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. J Behav Med. 2003; 26(5): 435-58.

6. Kasper D, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson J, Fauci A. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.

7. Maleki Z, Ashkan S, Ashoori J, Yosefi N. Relationship between personality traits, religiosity and happiness with general health among nursing students. Iranian Journal Nursing. 2014; 26(86): 90-100. [Persian]

8. World Health Organization. The world Health Organization Quality Of Life–BREF. Genave: World Health Organization; 2004.

9. Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The influence of health disparities on targeting cancer prevenship between efforts. Am J Prev Med. 2014; 46(3): 87-97.

10. Cowen P, Harrison P, Burns T. Shorter Oxfordtextbook of psychiatry: Oxford University Press; 2012.

11. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet. 2008; 372(9650): 1661-9.

12. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promot Int. 2005; 20(2): 195-203.

13. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009; 38(5): 601-12.

14. Banihashemi S-AT, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the Influencing Factors: A study in five provinces of Iran. Journal of Strides Development Medical Education. 2012; 4(1): 1-9.

15. Fujihara K, Saito A, Heianza Y, Gibo H, Suzuki H, Shimano H, et al. Impact of psychological stress caused by the Great East Japan Earthquake on glycemic control in patients with diabetes. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2012; 120(9): 560-3.

16. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. The relationship between health literacy and health behaviors among eldery in Isfahan. J Educ Health Promot. 2012;1:31.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]

17. Cheng Y, Li X, Lou C, Sonenstein FL, Kalamar A, Jejeebhoy S, et al. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: finding from the study of the well-being of adolescents in vulnerable enviroments. J Adolesc Health. 2014; 55(6): 31-8.

18. Association AD. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care. 2010; 33(1):62-9.

19. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The Prevalence of Limited Health Literacy. Int J Gen Med. 2005; 20(2): 175–84.

20. Rafiezadeh Gharrehtapeh Sh, Tabarsy B, Hassanjani S, Razavi M, Amjady M, Hojjati H. Relationship between the Health Literacy with selfefficacy of the diabetic patient's type 2 referred to Gorgan city clinic in 2014. Journal of Diabetes Nursing. 2015; 3(2): 30-42. [Persian]

21. Manuel DG, Schultz SE. Health-related quality of life and health-adjusted life expectancy of people with diabetes in Ontario, Canada, 1996–1997. Diabetes Care. 2004; 27(2): 407-14.

22. Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, depression, and quality of life a population study. Diabetes care. 2004; 27(5): 1066-70.

23. Zhu B-Q, Li X-M, Wang D, Yu X-F. Sleep quality and its impact on glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. International Journal of Nursing Sciences. 2014; 1(3): 260-5.

24. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community-Residing Elderly. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014; 23(1): 134-43.

25. Egede LE, Zheng D. Independent factors associated with major depressive disorder in anational sample of individuals with diabetes. Diabetes Care. 2003; 26(1): 104-11.

26. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. J Gen Intern Med. 2004; 19(12): 1228-39.

27. Williams M, Parker R, Baker D, Coates W, Nurss J. The impact of inadequate functional health literacy on patients' understanding of diagnosis, prescribed medications, and compliance. Acad Emerg Med. 1995; 2(5): 386.

28. Zandieh A, Esteghamati A, Morteza A, Noshad S, Khalilzadeh O, Gouya MM, et al. Appropriate BMI cut-off values for identification of metabolicrisk factors: third national surveillance of risk factors of non-communicable diseases in Iran (SuRFNCD-2007). Ann Hum Biol. 2012; 39(6): 484–9.

29. Abolhassani F, Mohajeritehrani M, Tabatabee o, Larijani B. Burden of diabetes and its complications in Iran in year 2000. Iran Journal of Diabetes Lipid Disorders. 2006; 7(2): 35-47. [Persian]

30. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. Popul Health Metr. 2009;7: 9:1-21.

31. Rafieifar S, Ahmadzadehasl M, Sharifi MH. Comprehensive System of patient

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]

health education in islamic republic of Iran. Iran Ministery of Health medical education; 2005. p 501. [Persian]

32. Dealavari A, Mahdavi A, NorooziNejad. A physician and diabetes. Tehran: Sead publisher; 2002. [Persian]

33. Weiss BD, Palmer R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. J Am Board FamPract. 2004; 17(1): 44-7.

34. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient Educ Couns. 2003; 51(3): 267-75.

35. Seyedoshohadaee M, Kaghanizade M, Nezami M, Hamedani B, Barasteh S. Investigate the relationship between health literacy and general health in type 2 diabetic patients. Iranian journal of Diabetes and Metabolism. 2016; 15(5): 312-5. [Persian]

36. Daghio M, Fattori G, Ciardullo A. Use of pictorial advice to promote compliance to diet and drugs among illiterate and migrant patients. Journal of Diabetes. 2010; 1(3): 4.

37. Bell RA, Smith SL, Arcury TA, Snively BM, Stafford JM, Quandt SA. Prevalence andcorrelates of depressive symptoms among rural older African Americans, Native Americans and whites with diabetes. Diabetes Care. 2005; 28(4): 823-9.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]

Journal of Diabetes Nursing
pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

Received: 2016/11/11
Accepted: 2017/01/11
volume **5** number **1** p: **29-39**

The Relationship Between Health Literacy and General Health in Patients with Type II Diabetes Referring to Diabetes Clinic of Zabol in 2016

Arbabi Hayedeh[1], Mansouri Ali[2*], Nooshirvani Sajedeh[3], Arbab Azadeh[1]

1. BSc Student of Midwifery, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
2. MSc of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
3. 3. BSc of Midwifery, Health Center Zehak,

***Corresponding Author**: Ali Mansouri, Zabol University of Medical Sciences E-mail: ali.mansouri@zbmu.ac.ir

Abstract

Introduction: Diabetes is a metabolic disorder characterized by chronic hyperglycemia. This disease can damage various body systems and affect the quantity and quality of life. General health has a huge impact on the quality of life of diabetic patients. Health literacy as a factor in general health can promote quality of life in diabetic patients. This study aimed to examine the association between health literacy and general health in patients with type II diabetes.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 150 patients who met the inclusion criteria. The participants were recruited by convenience sampling. Data were collected using a demographic data form, as well as health literacy and general health questionnaires. The obtained data was analyzed using descriptive and inferential statistics in SPSS version 21. P-value less than 0.05 was considered significant.

Results: Results showed that the mean score of health literacy was 66.41±17.22 and the subjects were on the borderline in this regard. Mean score of general health was 58.13±11.72, indicating a good health. There was a significant positive correlation between health literacy and general health (P=0/001, r= 0/22).

Conclusion: This study demonstrated that health literacy is linked with general health. Diabetes can cause many psychological and clinical problems and can restrict people's physical and mental activities. Lower health literacy is associated with reduced health such as physical and psychological problems. In general, health literacy and general health are two issues that diabetic patients still require more education about.

Keywords: Health literacy, General health, Diabetes

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: 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. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (1) :29-39

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.5.1.8.8]