



## Prediction of the Quality of Life of Menopausal Women Based on Health Literacy and Self-Efficacy

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Original Research

#### Authors

Jafari Giv S.<sup>1</sup> MSc,  
Peyman N.<sup>\*2</sup> PhD,  
Esmaeili H.<sup>3</sup> PhD,  
Tajfard M.<sup>2</sup> PhD

#### How to cite this article

Jafari Giv S, Peyman N, Esmaeili H, Tajfard M. Prediction of the Quality of Life of Menopausal Women Based on Health Literacy and Self-Efficacy. Iran Journal of Education and Community Health. 2020;7(1):29-36.

<sup>1</sup>"Social Determinants of Health Research Center" and "Student Research Committee", Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

<sup>2</sup>"Social Determinants of Health Research Center" and "Health Education & Health Promotion Department, Health Faculty", Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

<sup>3</sup>"Social Determinants of Health Research Center" and "Epidemiology & Biostatistics Department, School of Public Health", Mashhad University of Medical Sciences, Iran

#### \*Correspondence

Address: Public Health Faculty, Mashhad University of Medical Sciences, Daneshgah Street, Mashhad, Khorasan Razavi, Iran. Postal Code: 9138813944

Phone: +98 (51) 31892201

Fax: +98 (51) 38713638

peymann@mums.ac.ir

#### Article History

Received: June 19, 2019

Accepted: August 17, 2019

ePublished: March 18, 2020

### ABSTRACT

**Aims** Menopause is one of the most critical periods in women's lives that although it is a physiological event, but it is accompanied by complications that affect women's quality of life. The aim of this study was to determine the prediction of the quality of life of menopausal women based on health literacy and self-efficacy.

**Instrument & Methods** This cross-sectional descriptive-analytical study was conducted on 400 postmenopausal women referred to comprehensive health centers in Mashhad in 2018 who were selected by random cluster sampling method. The research tool was a 4-part questionnaire including demographic characteristics, test of functional health literacy in adults (TOFLA), Sherer general self-efficacy and quality of life in menopause. Data were analyzed by SPSS 22 software using Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Spearman's correlation, and linear regression model.

**Findings** There was a significant correlation between health literacy ( $r=-0.352$ ) and self-efficacy ( $r=-0.338$ ) with quality of life ( $p<0.001$ ). Self-efficacy, health literacy, marriage age, type of delivery, vitamin D consumption, dairy consumption, and fruit were predictors of quality of life in menopausal women ( $p<0.05$ ). Self-efficacy and health literacy predicted 18% and the other variables predicted 31% of variance in quality of life.

**Conclusion** Health literacy and self-efficacy are two factors affecting the quality of life of postmenopausal women.

**Keywords** Menopause; Quality of Life; Health Literacy; Self-Efficacy

### CITATION LINKS

[1] Assessment of questionnaire measuring quality ... [2] Executive summary of the stages of reproductive ... [3] A menopause-specific quality of life questionnaire: development ... [4] The quality of life during and after menopause ... [5] Quality of life and status of physical functioning among ... [6] Maximizing stroke recovery using patient ... [7] Effectiveness of motivational interviewing on the weight ... [8] Self-efficacy training for patients with end-stage renal ... [9] Health literacy: a prescription to end ... [10] Health literacy, health status, health services utilization and their relationships in adults ... [11] The relationship of quality of life with health ... [12] Health literacy and Women's reproductive health ... [13] Examining health behaviors, health literacy, and ... [14] The impact of educational interventions based on individual ... [15] Health literacy and the influencing factors ... [16] Evaluation of health literacy of pregnant women ... [17] A simple and multiple relationship between ... [18] The effect of education on quality of life of menopausal ... [19] The relationship of health literacy to quality of life ... [20] Health literacy and its relationship with medical ... [21] Health literacy as a moderator of health-related ... [22] Correlates of health and financial literacy in ... [23] Improving literacy as a means to reducing health ... [24] Health literacy predicts change in physical ... [25] The relationship between health literacy and quality of life ... [26] Frequent attenders in general practice: quality ... [27] The relationship between self-efficacy ... [28] Influence of self-efficacy, social support and ... [29] Emotional discomfort mediates the relationship ... [30] Investigation of the relationship among ... [31] Self-efficacy in type 2 diabetes mellitus ... [32] Quality of life and menopause: developing a theoretical ... [33] Health literacy and self-efficacy for participating ... [34] Association between health literacy ... [35] Self-efficacy, health literacy, and nutrition and ... [36] Predicting the quality of life based on ... [37] Structural role of perceived benefits ... [38] The health literacy of adults in Alborz ... [39] The relationship between health ... [40] Oral health status and chewing ability ... [41] Evaluation of relationship between nutritional ... [42] Related factors to menopausal women's quality ... [43] Relationship between women's quality of life and ... [44] Comparison of the effect of delivery ... [45] Quality of life and related factors in post-menopausal ...

## پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان یائسه براساس سواد سلامت و خودکارآمدی

سارا جعفری گیو MSc

"مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت" و "کمیته تحقیقات دانشجویی"، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نوشین پیمان\* PhD

"مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت" و "گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

حبیب‌الله اسماعیلی PhD

"مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت" و "گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران"

محمد تاجفرد PhD

"مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت" و "گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

### چکیده

**اهداف:** یائسگی یکی از بحرانی‌ترین دوران زندگی زنان است که اگر چه رویدادی فیزیولوژیک به شمار می‌رود، اما همراه با عوارض و مشکلاتی است که کیفیت زندگی زنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این مطالعه با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان یائسه براساس سواد سلامت و خودکارآمدی انجام شد.

**ابزار و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی در سال ۱۳۹۷ در بین ۴۰۰ زن یائسه مراجعه‌کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهر مشهد که به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند، انجام شد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه چهاربخشی شامل مشخصات دموگرافیک، سواد سلامت بالغین (TOFHLA)، خودکارآمدی عمومی شرر و کیفیت زندگی یائسگی بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 22 و با استفاده از آزمون‌های آماری کروسکال‌والیس، من‌ویتنی، همبستگی اسپیرمن و مدل رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** بین سواد سلامت ( $r=0/352$ ) و خودکارآمدی ( $r=0/338$ ) با کیفیت زندگی همبستگی معنی‌داری وجود داشت ( $p<0/001$ ). خودکارآمدی، سواد سلامت، سن ازدواج، نوع زایمان و مصرف ویتامین D، لبنیات و میوه، متغیرهای پیشگویی‌کننده کیفیت زندگی زنان یائسه بودند ( $p<0/05$ )، به‌طوری که خودکارآمدی و سواد سلامت ۱۸٪ و بقیه متغیرهای مذکور ۳۱٪ واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند.

**نتیجه‌گیری:** سواد سلامت و خودکارآمدی دو عامل موثر بر سطح کیفیت زندگی زنان یائسه محسوب می‌شوند.

**کلیدواژه‌ها:** یائسگی، کیفیت زندگی، سواد سلامت، خودکارآمدی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۲۶

\*نویسنده مسئول: peymann@mums.ac.ir

### مقدمه

اگر چه یائسگی و تغییر در عملکرد تخمدان‌ها روند فیزیولوژیک به شمار می‌رود، اما این دوره همراه با علائم و مشکلاتی است که کیفیت زندگی زنان یائسه را تحت تاثیر قرار می‌دهد. ۵۰ تا ۸۰٪ زنان علائمی همچون گرگرفتگی، تعریق شبانه، اختلالات خواب، خستگی و افسردگی را در این دوره تجربه می‌کنند<sup>[1]</sup>. ختم دوران قاعدگی و باروری را یائسگی می‌گویند که طی مدت ۱۲ ماه پس از

آخرین قاعدگی ایجاد می‌شود<sup>[2]</sup>. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت است از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن هستند، با درنظرگرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان<sup>[3]</sup>. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که متاثر از زمینه‌های مختلفی از جمله جامعه‌شناسی، سیاست، موقعیت شغلی و وضعیت مراقبت بهداشتی افراد قرار می‌گیرد. آنچه واضح و مبرهن است این است که علائم یائسگی تاثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان در این دوره دارد<sup>[4]</sup>. چالش اصلی در قرن بیستم، زنده‌ماندن بود، در حالی که در قرن اخیر اصلی‌ترین چالش، زندگی باکیفیت است. در واقع تنها طولانی‌کردن دوران زندگی مهم نیست، بلکه مهم این است که سال‌های اضافی عمر در نهایت آرامش و سلامتی سپری شود<sup>[5]</sup>.

یکی از عوامل مهم تاثیرگذار بر کیفیت زندگی، خودکارآمدی است<sup>[6]</sup>. بندورا، خودکارآمدی را قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش در انجام اعمال مشخص تعریف می‌کند. خودکارآمدی درک‌شده توسط فرد، مولفه‌ای مهم در عملکرد وی به شمار می‌آید؛ چرا که به‌عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی وی عمل می‌کند. او همچنین خودکارآمدی را عامل پیش‌بینی‌کننده مهمی در قصد انجام رفتارهای بهداشتی و توانایی قبول الگوهای بهداشتی رفتارهای افراد می‌داند. در واقع خودکارآمدی، اعتقاد مردم به قدرت کنترل وقایعی است که زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مردم محرک‌های اندکی برای رفتار خود دارند، مگر این که اعتقاد داشته باشند که نتایج مطلوب به‌وسیله اعمالشان به دست می‌آید. خودکارآمدی زمانی حاصل می‌شود که فرد توانایی نفوذ، تاثیر و کنترل بر رویدادها و شرایط محیطی (که زندگی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهند)، را کسب کند و این همان اصل ضروری برای کنترل و تداوم و استمرار رفتار است که بایستی متعاقب اجرای برنامه‌های بهداشتی-درمانی در فرد محقق شود<sup>[7]</sup>. احساس خودکارآمدی بر تمام جنبه‌های زندگی فرد اثرگذار است. این نکته کاملاً ثابت شده است که افرادی که به توانایی‌های خود اطمینان دارند، فعالانه در برنامه‌های بهداشتی مرتبط با سلامتی شرکت می‌کنند<sup>[8]</sup>.

یکی دیگر از فاکتورهای تعیین‌کننده رفتار و موثر بر کیفیت زندگی، سواد سلامت است. سواد سلامت، طیف گسترده‌ای از مهارت‌ها و شایستگی‌ها است که افراد برای جست‌وجو، درک، ارزیابی و استفاده از اطلاعات و مفاهیم سلامت به‌منظور انتخاب آگاهانه، کاهش خطرات و ارتقای کیفیت زندگی به دست می‌آورند. در گزارش سال ۲۰۰۴ عنوان شده که کسانی که سواد سلامت کافی ندارند وضع سلامت بدتری دارند، کمتر دستورات بهداشتی را رعایت می‌کنند و کمتر از خدمات پیشگیری از بیماری‌ها استفاده می‌کنند<sup>[9]</sup>. عوارض ناشی از سواد سلامت ناکافی می‌تواند به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بروز کند؛ اثرات مستقیم شامل عدم رعایت اندیکاسیون‌ها یا خطاهای دارویی است. اندازه‌گیری اثرات

مشخصات جمعیت‌شناسی شرکت‌کنندگان، بخش دوم مربوط به پرسش‌نامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA)، بخش سوم پرسش‌نامه خودکارآمدی شرر و بخش چهارم مربوط به پرسش‌نامه کیفیت زندگی یائسگی بود.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای شامل سن، سن یائسگی، سن ازدواج، تحصیلات، شغل، درآمد، تعداد زایمان، نوع زایمان، سوء مصرف قلیان، سیگار، اعتیاد و اطلاعات تغذیه‌ای شامل میزان مصرف لبنیات، میوه، سبزی و مصرف منظم مکمل ویتامین D بود.

به‌منظور بررسی سطح سواد سلامت از نسخه فارسی آزمون سواد سلامت عملکردی بالغین که یکی از مهم‌ترین و معتبرترین آزمون‌های بررسی سواد سلامت در جهان است، استفاده شد. *طهرانی بنی‌هاشمی* و همکاران، روایی و پایایی این آزمون را برای جامعه ایرانی تایید نموده‌اند؛ به این صورت که پس از ترجمه پرسش‌نامه به زبان فارسی و انتخاب معادل‌های فارسی برای بخش خواندن و انجام مراحل کامل پایایی اعتبارسنجی، در مطالعه مقدماتی اول، پرسش‌نامه روی ۵۰ نفر اجرا شد. سپس با توجه به ضریب دشواری پرسش‌ها و واریانس پاسخ‌ها، تغییرهایی روی برخی از گزینه‌ها اعمال شد و مطالعه مقدماتی دوم نیز روی ۵۰ نفر صورت گرفت [15].

آزمون سواد سلامت، دو بخش درک خواندن و محاسبات را شامل می‌شود. در بخش درک خواندن، توانایی فرد پاسخ‌دهنده برای خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت‌های سلامت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این بخش شامل سه متن در رابطه با دستورهای آمادگی برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسئولیت‌های بیمار در برگه‌های بیمه‌نامه و یک برگه استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی بود که در قالب ۵۰ پرسش جای خالی چهارگزینه‌ای تنظیم شده بود. در بخش محاسبات، کارت‌هایی حاوی توضیح درباره برخی داروها، وقت ملاقات، مراحل دریافت کمک مالی و یک مثال از نتیجه آزمایش قند خون به فرد داده شده، سپس پرسش‌های این بخش که مشتمل بر ۱۷ سؤال بودند، مطرح و جواب پاسخ‌دهنده ثبت شد. ۵۰ پرسش بخش درک خواندن هر یک دارای یک امتیاز (در مجموع ۵۰ امتیاز) بودند و امتیاز ۱۷ پرسش بخش محاسبات با ضرب کردن امتیاز هر پرسش در ۲/۹۴۱ به دست آمد و در کل، امتیاز این بخش پرسش‌نامه نیز با اعمال ضریب به ۵۰ رسانده شد و امتیاز کل پرسش‌نامه از ۱۰۰ محاسبه می‌شد [16].

به‌منظور بررسی خودکارآمدی از پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی شرر استفاده شد. این ابزار دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال براساس مقیاس لیکرت از دامنه "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" تنظیم شده است. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از یک تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. در سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ به گزینه "کاملاً موافقم" امتیاز ۵ و "کاملاً مخالفم" امتیاز یک تعلق می‌گیرد و بقیه سؤال‌ها به‌صورت معکوس

غیرمستقیم مشکل‌تر است، اما ممکن است مسایل مربوط به بیمه، دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و همین‌طور رفتار سلامتی ضعیف را در بر بگیرد [10]. بسیاری از مشکلات و هزینه‌های روانی اجتماعی بیماری‌ها در افراد با آرایه آموزش سواد سلامت قابل پیشگیری هستند [11].

*کیفویلی* و همکاران در سال ۲۰۱۶ مطالعه‌ای با عنوان بررسی اثر سواد سلامتی بر بهداشت باروری انجام دادند و با توجه به کمبود مطالعات در زمینه سواد سلامتی در دوران یائسگی پیشنهاد انجام مطالعه در این زمینه را مطرح نمودند [12]. طبق مطالعات گذشته، سواد سلامت و خودکارآمدی دو عاملی هستند که برای داشتن رفتارهای مرتبط با سلامتی ضروری‌اند [13]. از آنجایی که زنان محور سلامت خانواده محسوب می‌شوند و بیش از نیمی از جمعیت جامعه را به خود اختصاص می‌دهند و با توجه به اهمیت دوره یائسگی و نقش سواد سلامت و خودکارآمدی در چگونگی کیفیت زندگی ایشان، این مطالعه با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان یائسه براساس سواد سلامت و خودکارآمدی انجام شد.

## ابزار و روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی و مبتنی بر جامعه است که روی ۴۰۰ نفر از زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز جامع خدمات سلامت مشهد در سال ۱۳۹۷ انجام پذیرفت. حجم نمونه براساس بررسی مقاله مشابه [14] و با ضریب اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۶ و میانگین ۱۴/۴۲ و انحراف معیار ۵/۴۳ برای خودکارآمدی با استفاده از فرمول برآورد میانگین یک متغیر، حداقل ۳۱۴ نفر تعیین شد که در نهایت آنالیز داده‌ها روی ۴۰۰ نفر انجام شد که دارای دقت بیشتری بود. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای تصادفی انجام گرفت. ابتدا براساس تعداد زنان همسر دار ۴۵-۶۰ ساله در محدوده پنج مرکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد به‌صورت سهمیه‌ای، تعداد نمونه در محدوده هر مرکز مشخص شد. سپس به‌طور تصادفی از هر مرکز بهداشتی-درمانی ۵-۶ مرکز خدمات جامع سلامت انتخاب شدند، به‌طوری که برای گردآوری نمونه‌ها ۳۰ مرکز از حدود ۸۵ مرکز خدمات جامع سلامت مشهد به‌طور تصادفی انتخاب شدند. مراکز از تمام نقاط شهر انتخاب شدند تا تمام ساختارهای فرهنگی-اقتصادی مختلف را در بر گیرند. سپس با مراجعه به مراکز بهداشتی، از زنان یائسه تحت پوشش مراکز جامع خدمات سلامت، به‌صورت تلفنی و شفاهی درخواست شد در صورت تمایل برای شرکت در مطالعه مراجعه نمایند. معیارهای ورود به مطالعه شامل، زنان ۴۵-۶۰ ساله همسر دار، یائسگی فیزیولوژیک، رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، گذشت حداقل یک سال و حداکثر ۱۰ سال از قطع قاعدگی و عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی یا روانی بود.

تکمیل پرسش‌نامه‌های سواد سلامت، خودکارآمدی و کیفیت زندگی به روش مصاحبه صورت پذیرفت. ابزار مورد استفاده در پژوهش، پرسش‌نامه چهارقسمتی بود، که قسمت اول مربوط به

بیشتر شرکت‌کنندگان مصرف کمتر از ۳ سهم لبنیات روزانه، مصرف کمتر از ۲ سهم میوه در روز و مصرف کمتر از ۳ سهم سبزی روزانه داشتند و اکثراً به‌طور منظم مکمل ویتامین D مصرف نمی‌کردند. میانگین نمرات کیفیت زندگی زنان یائسه برحسب متغیرهای نوع زایمان، مصرف لبنیات، میوه و مکمل ویتامین D دارای اختلاف آماری معنی‌دار بود (جدول ۲).

**جدول ۲** بررسی ارتباط بین میانگین نمرات کیفیت زندگی زنان یائسه (۴۰۰ نفر) با متغیرهای زمینه‌ای و تغذیه‌ای

متغیرها	تعداد (درصد)	نمرات کیفیت زندگی	سطح معنی‌داری
<b>مصرف قلبیان</b>			
بلی	۲۸ (۷/۰)	۱۰۸/۲۹±۲۵/۳۵	*۰/۰۳
خیر	۳۷۲ (۹۳/۰)	۱۰۳/۷۰±۲۳/۲۱	
<b>نوع زایمان</b>			
طبیعی	۳۱۱ (۷۷/۷)	۱۰۳/۳۱±۲۲/۴۶	<۰/۰۰۱**
سزارین	۲۲ (۵/۵)	۸۸/۰۴±۲۷/۰۴	
هر دو	۶۷ (۱۶/۷)	۱۱۲/۶۰±۲۳/۰۵	
<b>مصرف لبنیات</b>			
بیش از ۳ سهم	۲۶ (۶/۵)	۹۶/۱۵±۳۰/۸۶	<۰/۰۰۱**
۳ سهم	۱۳۷ (۳۴/۳)	۹۶/۳۲±۲۰/۹۸	
کمتر از ۳ سهم	۲۳۷ (۵۹/۳)	۱۰۹/۲۷±۲۲/۳۲	
<b>مصرف میوه</b>			
بیش از ۲ سهم	۳۳ (۸/۳)	۸۵/۶۳±۲۹/۵۷	<۰/۰۰۱**
۲ سهم	۱۷۴ (۴۳/۵)	۱۰۰/۲۲±۲۲/۲۹	
کمتر از ۲ سهم	۱۹۳ (۴۸/۳)	۱۱۰/۶۵±۲۰/۵۸	
<b>مصرف سبزی</b>			
بیش از ۳ سهم	۳۱ (۷/۸)	۹۵/۷۰±۲۸/۸۰	*۰/۰۴
۳ سهم	۱۲۷ (۳۱/۸)	۱۰۱/۰۳±۲۲/۳۵	
کمتر از ۳ سهم	۲۴۲ (۶۰/۵)	۱۰۶/۶۶±۲۲/۷۵	
<b>مصرف مکمل ویتامین D</b>			
بلی	۱۶۲ (۴۰/۵)	۹۸/۷۲±۲۲/۳۱	<۰/۰۰۱*
خیر	۲۳۸ (۵۹/۵)	۱۰۷/۵۴±۲۳/۴۲	

\*آزمون من ویتنی؛ \*\*آزمون کروسکال والیس

بیشترین همبستگی بین متغیرهای سواد سلامت و خودکارآمدی وجود داشت. همچنین متغیرهای سواد سلامت و خودکارآمدی با کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار داشتند، یعنی با افزایش سطح سواد سلامت و خودکارآمدی، کیفیت زندگی بهبود می‌یابد. علامت منفی دلایل آن است که نمره کیفیت زندگی هر چه کاهش می‌یابد، وضعیت کیفیت زندگی بهتر می‌شود (جدول ۳).

**جدول ۳** میانگین آماری نمرات و ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای سواد سلامت، خودکارآمدی و کیفیت زندگی

متغیرها	میانگین نمرات	۱	۲
۱- سواد سلامت	۶۰/۹۹±۱۳/۰۰	۱	
۲- خودکارآمدی	۵۷/۴۲±۷/۷۵	۰/۰۴۵*	۱
۳- کیفیت زندگی	۱۰۳/۹۲±۲۳/۳۱	۰/۰۳۵*	۰/۰۳۳*

\*p<۰/۰۰۱

سواد سلامت و خودکارآمدی، متغیرهای پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زنان یائسه بودند، به‌طوری که ۱۸٪ واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند (جدول ۴).

نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد، نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. نمره بالای این آزمون خودکارآمدی قوی‌تر را نشان می‌دهد. نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط *بختیاری برتی*، ترجمه و اعتباریابی شده است [17].

کیفیت زندگی زنان یائسه با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی در یائسگی که توسط *هیلدیچ* در دانشگاه تورنتو طراحی شده و روایی و پایایی آن به زبان فارسی در مطالعه رستمی تایید شده است [18]، استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۴ بخش وازوموتور، روانی-اجتماعی، فیزیکی و جنسی است. شیوه نمره‌دهی براساس مقیاس لیکرت شش‌قسمتی از "هیچ مشکلی ندارم" (امتیاز ۱) تا "مشکل خیلی شدید" (امتیاز ۶) است، بنابراین امتیاز هر یک از نمونه‌ها از ۲۶ تا ۱۵۶ متغیر است.

پرسش‌نامه‌ها به روش مصاحبه و در میانگین زمانی ۶۰ دقیقه تکمیل شدند. مدت‌زمان جمع‌آوری داده‌ها برای این مطالعه ۵ ماه به طول انجامید.

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 22 و آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف (برای سنجش نرمال بودن توزیع داده‌ها)، کروسکال والیس، من ویتنی، همبستگی اسپیرمن و مدل رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

میانگین سنی زنان یائسه ۵۳/۸۳±۳/۸۷ سال بود. بیشتر نمونه‌ها دارای سطح تحصیلات ابتدایی، خانه‌دار و با درآمد در حد کفاف بودند. کیفیت زندگی زنان یائسه مورد مطالعه با متغیرهای سطح تحصیلات، شغل و میزان درآمد ارتباط آماری معنی‌داری داشت (جدول ۱).

**جدول ۱** بررسی ارتباط بین میانگین نمرات کیفیت زندگی زنان یائسه (۴۰۰ نفر) با متغیرهای جمعیت‌شناختی (آزمون کروسکال والیس)

متغیرها	تعداد (درصد)	نمره کیفیت زندگی	سطح معنی‌داری
<b>سطح تحصیلات</b>			
بی‌سواد	۳۵ (۸/۷)	۱۲۱/۸۸±۱۵/۹۲	<۰/۰۰۱
ابتدایی	۱۹۰ (۴۷/۵)	۱۰۸/۷۸±۲۰/۰۷	
سیکل	۷۴ (۱۸/۵)	۹۹/۲۶±۲۲/۰۶	
دیپلم	۷۵ (۱۸/۸)	۹۲/۸۸±۲۵/۱۹	
دانشگاهی	۲۶ (۶/۵)	۹۰/۰۰±۲۷/۹۰	
<b>شغل</b>			
کارمند	۱۰ (۲/۵)	۷۸/۶۰±۱۷/۳۴	<۰/۰۰۱
خانه‌دار	۳۲۵ (۸۱/۲)	۱۰۶/۱۵±۲۲/۹۵	
آزاد	۳۲ (۸/۰)	۱۰۰/۶۱±۲۱/۴۷	
کارمند بازنشسته	۳۱ (۷/۸)	۹۴/۳۰±۲۲/۳۸	
بازنشسته بخش خصوصی	۲ (۰/۵)	۸۵/۵۰±۵۴/۴۴	
<b>میزان درآمد</b>			
کمتر از حد کفاف	۱۵۱ (۳۷/۸)	۱۱۵/۳۹±۱۸/۶۹	<۰/۰۰۱
در حد کفاف	۲۴۲ (۶۰/۵)	۹۷/۰۷±۲۳/۰۲	
بیشتر از حد کفاف	۷ (۱/۸)	۹۴/۰۰±۳۱/۱۵	



سلامت کیفیت زندگی بهبود می‌یابد؛ از جمله مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۸ روی زنان باردار [19]، مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۴ در جمعیت سالمندان دیابتی [20] و مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۵ در زنان روستایی چینی [21] که همه نتایج مشابه با پژوهش حاضر را گزارش کردند. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که سطح پایین سواد سلامت می‌تواند پیامدهای نامطلوب مانند بهداشت عمومی و آمادگی جسمانی پایین، افزایش ناتوانی و درد، کاهش عملکرد فیزیکی و تحرک محدود را در بر داشته باشد و در نتیجه، کیفیت زندگی را کاهش دهد [22]. مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۶ دلیل پایین بودن کیفیت زندگی به دنبال سواد سلامت پایین را کاهش دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی به علت دشواری حرکت در سیستم بهداشتی ذکر می‌کند و معتقد است افراد با سواد سلامت ناکافی، خودکارآمدی پایینی دارند و در نتیجه کیفیت زندگی نامطلوبی را تجربه می‌کنند [23]. در مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۳ گزارش شد افرادی که سواد بهداشتی کافی دارند، دارای خودکارآمدی بالاتری هستند که خود نقش کلیدی در تغییر رفتار و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی دارد [24]. از طرفی مطالعه‌ای نیز در سال ۲۰۱۷ روی افراد دارای بیماری‌های مزمن انجام شد و در آن ارتباطی بین سواد سلامت با کیفیت زندگی یافت نشد [25]. به نظر می‌رسد حصول نتایج متفاوت در مطالعات مذکور، به علت تاثیر وضعیت فرهنگی و موقعیت جغرافیایی شرکت‌کنندگان باشد، زیرا براساس مطالعات دیگر وضعیت فرهنگی و موقعیت جغرافیایی بر کیفیت زندگی اثرگذار است [26].

بین خودکارآمدی با کیفیت زندگی زنان یائسه در این مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. نتایج برخی مطالعات با نتیجه حاضر همسو هستند که البته در جمعیت غیربائسه انجام شده‌اند؛ از جمله مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۷ روی سالمندان [27]، مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۴ در جمعیت میانسال و سالمند روستایی [28]، مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۹ در مبتلایان به اسکیزوفرنی [29]، مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۹ در مبتلایان به سرطان [30] و مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۸ روی بیماران دیابتی [31] که همه نتایجی همسو با مطالعه حاضر گزارش کرده‌اند. افرادی که به توانایی‌های خود اعتقاد دارند، در برنامه‌های مرتبط با ارتقای سلامتی‌شان شرکت می‌کنند، استرس کمتری در زندگی دارند [30] و به طور موثری از عهده کنترل رویدادهای زندگی‌شان بر می‌آیند، بنابراین کیفیت زندگی بهتری دارند [29]. همچنین مطالعه‌ای در ایران روی زنان یائسه انجام شد و ارتباط معنی‌داری بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان یائسه گزارش کرد [32]. محققان نشان داده‌اند خودکارآمدی ارتباط موثری با احساس خوب بودن دارد. احساس خوب بودن یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی است. به عبارت دیگر، زنان یائسه‌ای که خودکارآمدی بالاتری دارند، از طریق ایجاد اهداف واقع‌بینانه که با توانایی‌های آنها مطابقت دارد و همچنین با تلاش برای دستیابی به اهداف، از کیفیت زندگی بهتری نیز برخوردار می‌شوند [32].

**جدول ۴** ضرایب تحلیل رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زنان یائسه

متغیرهای پیش‌بین	ضریب غیراستاندارد B	ضریب استاندارد B	مقدار t	سطح معنی‌داری	ضریب تعیین R <sup>2</sup>	ضریب تعیین R
سواد سلامت	-۰/۴۱	-۰/۲۳	-۴/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۸	۰/۴۲
خودکارآمدی	-۰/۸۱	-۰/۲۷	-۵/۳۲	<۰/۰۰۱		

در بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای، سن ازدواج، نوع زایمان و مصرف ویتامین D، لبنیات و میوه متغیرهای پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زنان یائسه بودند، به طوری که ۳۱٪ واریانس کیفیت زندگی زنان یائسه را پیش‌بینی کردند (R<sup>2</sup>=۰/۳۱)؛ (R=۰/۵۵). متغیرهای سطح تحصیلات، شغل و درآمد به عنوان پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی شناخته نشدند (جدول ۵).

**جدول ۵** ضرایب تحلیل رگرسیون متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زنان یائسه

متغیرهای پیش‌بین	ضریب B	خطای استاندارد	مقدار t	سطح معنی‌داری
<b>سن ازدواج</b>	-۱/۲۱	۰/۳۷	-۳/۲۶	۰/۰۱
<b>نوع زایمان</b>				
طبیعی	-۷/۸۵	۲/۷۴	-۲/۸۶	۰/۰۰۴
سزارین	-۸/۹۶	۵/۲۷	-۱/۷۰	۰/۰۹
طبیعی+سزارین	۰	-	-	-
<b>مصرف لبنیات</b>				
بیشتر از ۳ سهم	۲/۱۱	۴/۸۱	۰/۴۴	۰/۶۶
۳ سهم	-۷/۵۷	۲/۳۳	-۳/۲۴	۰/۰۰۱
کمتر از ۳ سهم	۰	-	-	-
<b>مصرف میوه</b>				
بیشتر از ۲ سهم	-۱۷/۹۹	۴/۵۴	-۳/۹۵	<۰/۰۰۱
۲ سهم	-۳/۳۹	۲/۲۲	-۱/۵۲	۰/۸۲
کمتر از ۲ سهم	۰	-	-	-
<b>مصرف ویتامین D</b>				
دارد	-۴/۳۶	۲/۱۸	-۱/۹۹	۰/۰۴
ندارد	۰	-	-	-

## بحث

این مطالعه با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس سواد سلامت و خودکارآمدی زنان یائسه انجام شد. در این مطالعه، ارتباط آماری معنی‌داری بین سواد سلامت و خودکارآمدی با کیفیت زندگی وجود داشت. در بررسی مطالعات گذشته، مطالعه‌ای که ارتباط سواد سلامت و خودکارآمدی با کیفیت زندگی را بررسی کرده باشد، یافت نشد. اما مطالعه‌ای ارتباط سواد سلامت و خودکارآمدی را با رفتارهای مرتبط با سلامتی مورد بررسی قرار داده و گزارش کرده بود بین این سه مورد ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد [13].

برخی مطالعات ارتباط بین سواد سلامت با کیفیت زندگی را در جمعیت‌های غیربائسه تایید کرده‌اند، به طوری که با افزایش سواد

در این مطالعه نوع زایمان عامل پیشگویی کننده کیفیت زندگی زنان یائسه بود، به طوری که میانگین کیفیت زندگی در افرادی که زایمان طبیعی کرده بودند ۷/۸۵ نمره بهتر از افرادی بود که هر دو روش زایمان طبیعی و سزارین را تجربه کرده بودند. مطالعه‌ای که ارتباط پیشگویی کننده نوع زایمان و کیفیت زندگی را سنجیده باشد یافت نشد، اما مطالعه‌ای نشان داد نوع زایمان ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی زنان ندارد [43]. مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۲ نشان داد افرادی که زایمان طبیعی دارند کیفیت زندگی‌شان بهتر از افرادی است که سزارین می‌کنند [44]. احتمالاً حصول نتایج متفاوت در مطالعات مختلف ناشی از حجم نمونه متفاوت و اختلاف بافت فرهنگی در نمونه‌ها است، زیرا کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی است و اختلافات فرهنگی بر کیفیت زندگی موثر است.

آنچه واضح است این است که زنان محور اصلی خانواده‌اند و توجه به وضعیت کیفیت زندگی‌شان می‌تواند سلامتی آنها را حداقل برای بیش از یک سوم دوره زندگی‌شان تضمین نماید [45]. نتایج این پژوهش نشان داد سواد سلامت و خودکارآمدی دو فاکتور مهم و تاثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه‌اند. از این رو پیشنهاد می‌شود کارکنان و مسئولان بهداشتی برنامه‌های آموزشی بیشتری برای ارتقای سواد سلامت و خودکارآمدی زنان در این برهه حساس زندگی تدوین نمایند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است و با انجام مطالعاتی در دوره زمانی طولانی‌تر بهتر می‌توان روابط علیتی بین متغیرها را بررسی نمود. نکته دیگر مربوط به جامعه آماری پژوهش حاضر است که زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز خدمات سلامت شهرستان مشهد بودند و در نتیجه تعمیم نتایج به کل جامعه باید با احتیاط صورت پذیرد.

پیشنهاد می‌شود نمونه‌گیری با حجم نمونه بیشتر و در زمان طولانی‌تر و در سطح زنان کل جامعه و در جوامع با سطح فرهنگی متفاوت نیز صورت گیرد تا نتایج قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشد.

### نتیجه گیری

کیفیت زندگی زنان در دوره یائسگی اُفت پیدا می‌کند. سواد سلامت و خودکارآمدی دو عامل موثر بر سطح کیفیت زندگی زنان یائسه محسوب می‌شوند.

**تشکر و قدردانی:** پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از بذل مساعدت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد برای حمایت از این طرح (کد طرح ۹۶۰۷۷۶) و همچنین کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش مراتب سپاس و قدردانی را به عمل آورند.

**تاییدیه اخلاقی:** در این مطالعه به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ضمن کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد اخلاق IR.MUMS.REC.1397.011) و توجیه مادران شرکت کننده و کسب

ارتباط معنی دار بین سواد سلامت با خودکارآمدی نیز در مطالعه حاضر ثابت شده است که با نتایج برخی مطالعات همسو است؛ از جمله مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۹ در مبتلایان به کانسر کولورکتال [33] و مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۸ در والدین نوزادان [34] که نتایج مشابهی گزارش نمودند. به نظر می‌رسد افرادی که توانایی کمتری در دریافت، پردازش و درک اطلاعات و خدمات پایه بهداشتی دارند، کمتر احساس توانایی در انجام کارها و موفقیت در آن را دارند، در نتیجه خودکارآمدی کمتری نیز دارند. از طرفی زمانی که افراد خودکارآمدی کمی دارند، اطمینان کمتری به توانایی‌های خود برای کسب و فهم اطلاعات بهداشتی دارند و این ممکن است باعث شود به دنبال دریافت، پردازش و درک اطلاعات بهداشتی نروند و در نتیجه سواد سلامت اندکی خواهند داشت [34]. خودکارآمدی بالا منجر به سواد سلامت بیشتر و درگیر شدن در برنامه‌های مرتبط با سلامتی می‌شود [35].

همچنین از دیگر نتایج این مطالعه شناسایی سواد سلامت، خودکارآمدی، سن ازدواج، نوع زایمان، مصرف ویتامین D و مصرف لبنیات و میوه به عنوان متغیرهای پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان یائسه بود. برخی مطالعات از جمله مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۳ روی بیماران قلبی- عروقی [36] و مطالعه دیگری در سال ۱۳۹۰ روی بیماران دیابتی [37] نیز نشان دادند خودکارآمدی عامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی است. آنچه مسلم است افرادی که دارای خودکارآمدی بالاتری هستند، بهتر با تغییرات زندگی سازگاری پیدا می‌کنند و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتری دارند.

در این مطالعه سواد سلامت به عنوان عامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان یائسه شناسایی شد. از آنجا که سواد سلامت یک پیشگویی کننده قوی سلامت است [38]، حصول این نتیجه دور از ذهن نیست. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۵ انجام شد، سواد سلامت ۴۹٪ واریانس رفتارهای ارتقادهنده سلامت را پیش‌بینی کرده بود [39].

در این مطالعه مصرف لبنیات، میوه و ویتامین D نیز به عنوان متغیرهای پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان یائسه شناسایی شد. در برخی مطالعات از جمله مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۱ تغذیه عامل موثری در سلامتی و ابتلا به بیماری در سالمندی گزارش شده است [40]. در مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۸ تغذیه عاملی موثر بر وضعیت کیفیت زندگی افراد بالغ به شمار رفته است [41]. از آنجا که شیوه زندگی و وضعیت تغذیه بر وضعیت جسمی، روحی و روانی فرد و نهایتاً کیفیت زندگی وی موثر است، لذا می‌توان گفت وضعیت تغذیه بر کیفیت زندگی زنان یائسه تاثیر دارد [42].

سن ازدواج نیز به عنوان عامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان یائسه شناخته شد، به این ترتیب که با افزایش سن ازدواج، کیفیت زندگی زنان یائسه افزایش می‌یافت. به نظر می‌رسد بالا رفتن سن ازدواج مرتبط با برخی عوامل از جمله سطح تحصیلات و شرایط اقتصادی اجتماعی خاص است که می‌تواند بر کیفیت زندگی موثر واقع شود.

14- Mohammadi Zeidi E, Pakpour A, Mohammadi Zeidi B. The impact of educational interventions based on individual empowerment model on knowledge, attitude, self-efficacy, self-esteem and quality of life of postmenopausal women. *Iran J Nurs*. 2013;26(81):21-31. [Persian]

15- Tehrani Banihashemi SA, 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. *Strides Dev Med Educ*. 2007;4(1):1-9. [Persian]

16- Ghanbari S, Majlesi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Med*. 2012;19(6):1-12. [Persian]

17- Barati Bakhtiari S. A simple and multiple relationship between self-efficacy, self-esteem, and self-efficacy with academic performance in third grade male high school students [Dissertation]. Ahvaz: Shahid Chamran University of Ahvaz; 1995. [Persian]

18- Rostami A. The effect of education on quality of life of menopausal women [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2001. [Persian]

19- Moshki M, Mirzania M, Kharazmi A. The relationship of health literacy to quality of life and demographic factors in pregnant women: a cross-sectional study. *J Health Literacy*. 2018;2(4):203-15. [Persian]

20- 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]

21- 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(1):34.

22- Bennett JS, Boyle PA, James BD, Bennett DA. Correlates of health and financial literacy in older adults without dementia. *BMC Geriatr*. 2012;12(1):30.

23- Saha S. Improving literacy as a means to reducing health disparities. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):893-5.

24- Dominick GM, Dunsiger SI, Pekmezi DW, Marcus BH. Health literacy predicts change in physical activity self-efficacy among sedentary Latinas. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(3):533-9.

25- Couture ÉM, Chouinard MC, Fortin M, Hudon C. The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health care services: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):137.

26- Kersnik J, Scvab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care*. 2001;19(3):174-7.

27- Shaabani J, Rahgoi A, Nourozi K, Rahgozar M, Shaabani M. The relationship between self-efficacy and quality of life among elderly people. *Iran J Ageing*. 2017;11(4):518-27. [Persian]

28- Lee H, Cho SH, Kim JH, Kim YK, Choo HI. Influence of self-efficacy, social support and sense of community on health-related quality of life for middle-aged and elderly residents living in a rural community. *J Korean Acad Nurs*. 2014;44(6):608-16. [Korean]

29- Lee SJ, Lawrence R, Bryce S, Ponsford J, Tan EJ, Rossell SL. Emotional discomfort mediates the

نظر موافق آنها، اهداف، اهمیت و ضرورت انجام طرح بازگو شد و رضایت‌نامه کتبی از ایشان گرفته شد و اطمینان داده شد که اطلاعات ایشان محرمانه خواهد ماند.

**تعارض منافع:** تضاد منافعی وجود ندارد.

**سهم نویسندگان:** سارا جعفری گیو (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ نوشین پیمان (نویسنده دوم)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ حبیب‌الله اسماعیلی (نویسنده سوم)، تحلیلگر آماری (۱۵٪)؛ محمد تاجفرد (نویسنده چهارم)، پژوهشگر کمکی (۵٪)

**منابع مالی:** این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، با شماره ۹۶۰۷۷۶ انجام شده است.

## منابع

1- Jenabi E, Shobeiri F, Hazavehei SM, Roshanaei G. Assessment of questionnaire measuring quality of life in menopausal women: a systematic review. *Oman Med J*. 2015;30(3):151-6.

2- Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the stages of reproductive aging workshop+ 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(4):1159-68.

3- Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*. 1996;24(3):161-75.

4- Poomalar G, Arounassalame B. The quality of life during and after menopause among rural women. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(1):135-9.

5- Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey. *Iran J Nurs*. 2008;21(53):29-39. [Persian]

6- Robinson-Smith G, Pizzi ER. Maximizing stroke recovery using patient self-care self-efficacy. *Rehabil Nurs*. 2003;28(2):48-51.

7- Vafadar Z, Reazei R, Navidian A. Effectiveness of motivational interviewing on the weight self-efficacy life style in overweight and obese teenager boys. *Int J Behav Sci*. 2014;8(2):185-93. [Persian]

8- Tsay SL. Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs*. 2003;43(4):370-5.

9- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington D.C: The National Academies Press; 2004.

10- Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian M, Khorasani E. Health literacy, health status, health services utilization and their relationships in adults in Isfahan. *Health Inf Manage*. 2014;10(6):862-75.

11- Khodabakhshi Koolaei A, Bahari M, Falsafinejad MR, Shahdadi H. The relationship of quality of life with health literacy in male patients with type II diabetes: a cross-sectional study in Harsin city, 2015. *J Diabetes Nurs*. 2016;4(4):10-20. [Persian]

12- Kilfoyle KA, Vitko M, O'Connor R, Bailey SC. Health literacy and Women's reproductive health: a systematic review. *J Womens Health*. 2016;25(12):1237-55.

13- Barsell DJ, Everhart RS, Miadich SA, Trujillo MA. Examining health behaviors, health literacy, and self-efficacy in college students with chronic conditions. *Am J Health Educ*. 2018;49(5):305-11.

2013;2;37.

38- Ravati S, Farid M. The health literacy of adults in Alborz province in Iran. *J Community Health Res.* 2018;7(4):222-30. [Persian]

39- Aghamolaei T, Hosseini Z, Hosseini F, Ghanbarnejad A. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in students. *J Prev Med.* 2016;3(2):36-43. [Persian]

40- Samnieng P, Ueno M, Shinada K, Zaitu T, Wright FAC, Kawaguchi Y. Oral health status and chewing ability is related to mini-nutritional assessment results in an older adult population in Thailand. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 2011;30(3):291-304.

41- Banerjee R, Chahande J, Banerjee S, Radke U. Evaluation of relationship between nutritional status and oral health related quality of life in complete denture wearers. *Indian J Dent Res.* 2018;29(5):562-7.

42- Monshipour SM, Mokhtari Lakeh N, Rafat F, Kazemnejad Leili E. Related factors to menopausal women's quality of life in Rasht. *J Holist Nurs Midwifery.* 2016;25(79):80-8. [Persian]

43- Sadat Z, Saberi F, Taebi M, Abedzadeh M. Relationship between women's quality of life and type of delivery. *J Gorgan Univ Med Sci.* 2011;13(1):101-8. [Persian]

44- Taheri-Kalani F, Mami S, Direkvand-Moghadam A, Kaikhavani S, Delpisheh A. Comparison of the effect of delivery type on the quality of life in women attending to health centers of Ilam and Aivan during 2013. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2014;16(2):90-6. [Persian]

45- Moradnia M, Majlesi F, Garmaroodi GR, Hasanzadeh A. Quality of life and related factors in post-menopausal women in Isfahan in 2010. In: *Proceedings of the First Regional Student Conference on Innovation in Nursing and Midwifery*; 2012 May 23-24; Islamic Azad University of Isfahan Branch, Isfahan, Iran. *Civilica*: 2012. [Persian]

relationship between self-efficacy and subjective quality of life in people with schizophrenia. *J Ment Health.* 2019:1-7.

30- Akin S, Kas Guner C. Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *Eur J Cancer Care.* 2019;28(1):e12898.

31- Amelia R, Ariga RA, Sari MI, Savira M. Self-efficacy in type 2 diabetes mellitus patients and the relationship with the quality of life in Medan city. *J Phys Conf Ser.* 2018;1116(5):1-6.

32- Jafari F, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Delavar A. Quality of life and menopause: developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging Ment Health.* 2011;15(5):630-7.

33- von Wagner C, Semmler C, Good A, Wardle J. Health literacy and self-efficacy for participating in colorectal cancer screening: the role of information processing. *Patient Educ Couns.* 2009;75(3):352-7.

34- Fong HF, Rothman EF, Garner A, Ghazarian SR, Morley DS, Singerman A, et al. Association between health literacy and parental self-efficacy among parents of newborn children. *J Pediatr.* 2018;202:265-71. e3.

35- Guntzville LM, King AJ, Jensen JD, Davis LA. Self-efficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. *J Immigr Minor Health.* 2017;19(2):489-93.

36- Behnam Moghadam M, Behnam Moghadam A, Yarian S, Hosseini SM, Mohammad Hosseini S. Predicting the quality of life based on public health, social support and self-efficacy in cardiovascular patients. *Armaghane Danesh.* 2014;19(7):633-42. [Persian]

37- Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Structural role of perceived benefits and barriers to self-care in patients with diabetes. *J Educ Health Promot.*