Military Caring Sciences **Original Article**

Investigating the Relationship between Health Literacy and Quality of Life with the Mediating Role of Self-Care Using Structural Equation Modeling in Students of Aja University of Medical Sciences

Feizi. N[1]
*Hoseini Ahangari. S A[1]
Vakilimofrad. H[1]

*1- Medical Library and Information Science Department, Paramedicine School, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran (*Corresponding Author), Email: hoseini.abed@gmail.com*

ABSTRACT

Introduction: Health literacy and self-care are significant factors influencing the quality of life of medical students.

Objective: The present study aimed to determine the relationship between health literacy and quality of life mediated by self-care among students of Aja University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This study is a multivariate correlational research employing structural equation modeling (SEM). It was conducted cross-sectionally during the first half of 2024. The statistical population consisted of all students at Aja University of Medical Sciences. Based on rules of thumb, 297 individuals were selected via convenience sampling. Data collection tools included standard questionnaires on Adult Health Literacy, Quality of Life (SF-12), and Self-care. Data were analyzed using SPSS version 24 and Smart PLS version 3.

Results: The mean score for health literacy was 77.28 ± 13.41, indicating a "sufficient" level. The mean self-care score was 34.26 ± 3.39, demonstrating a high level of self-care ability. The mean quality of life score was 53.38 ± 5.43, indicating a good status. Path analysis in the structural equation model revealed that both health literacy and self-care had a direct and significant effect on quality of life ($P<0.001$). Furthermore, the mediating role of self-care in the relationship between health literacy and quality of life was confirmed using the Sobel test ($Z = 2.067$, $P<0.05$).

Conclusion: Health literacy and self-care not only directly affect quality of life, but self-care also mediates the relationship between health literacy and quality of life. These findings underscore the importance of health-centered education, the promotion of self-care skills, and attention to the psychosocial components affecting students' quality of life. Designing comprehensive interventions that simultaneously promote health literacy, improve individual skills, and reduce academic stress can play a significant role in enhancing the quality of life of medical students.

Keywords: Health Literacy, Quality of Life, Self-Care, Students

Cite this article: Feizi N, Hoseini AhangariS A, Vakilimofrad H. Investigating the Relationship between Health Literacy and Quality of Life with the Mediating Role of Self-Care Using Structural Equation Modeling in Students of Aja University of Medical Sciences. Military Caring Sciences. 2025; 12 (4): 309-321.

Received: 2025/02/17 Received in revised form: 2025/06/30 Accepted:2025/06/30 Published: 2025/13/30

©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences

علوم مراقبتی نظامی

مقاله پژوهشی

بررسی رابطه میان سواد سلامت و کیفیت زندگی با میانجی‌گری خودمراقبتی با استفاده از معادلات ساختاری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آجا

نرجس فیضی[1]
*سید عابدین حسینی[1]
حسین وکیلی مفرد[1]

۱- گروه کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (*نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک:
hoseini.abed@gmail.com

چکیده

مقدمه: سواد سلامت و خودمراقبتی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی دانشجویان علوم پزشکی هستند.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه میان سواد سلامت و کیفیت زندگی با میانجی‌گری خودمراقبتی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آجا انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع همبستگی چند متغیره به روش مدل یابی معادلات ساختاری است که از نظر زمانی مقطعی است و در شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آجا بود. بر اساس قوانین سرانگشتی، تعداد ۲۹۷ نفر به عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های استاندارد سواد سلامت بزرگسالان، کیفیت زندگی SF-12 و خودمراقبتی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و Smart PLS نسخه ۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره سواد سلامت دانشجویان ۷۷/۲۸۳±۱۳/۴۱۷ بود که در سطح "کافی" قرار داشت. میانگین نمره خودمراقبتی ۳۴/۲۶±۳/۳۹ نشان‌دهنده توانایی بالا در مراقبت از خود بود. میانگین نمره کیفیت زندگی ۳۸/۵۳±۵/۴۳ در سطح خوب قرار داشت. تحلیل مسیر در مدل معادلات ساختاری نشان داد که سواد سلامت و خودمراقبتی هر دو به‌طور مستقیم تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی دارند ($P<0/001$). همچنین نقش میانجی خودمراقبتی در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی با استفاده از آزمون سوبل تأیید شد ($Z=2/067$، $P<0/05$).

نتیجه‌گیری: سواد سلامت و خودمراقبتی نه‌تنها به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر دارند، بلکه خودمراقبتی به‌عنوان یک متغیر میانجی بخشی از تأثیر سواد سلامت بر کیفیت زندگی را نیز تبیین می‌کند. این نتایج بر اهمیت آموزش‌های سلامت‌محور، ارتقای مهارت‌های خودمراقبتی و توجه به مؤلفه‌های روانی–اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی دانشجویان تأکید دارد. طراحی مداخلاتی با رویکرد جامع که هم‌زمان به ارتقای سواد سلامت، بهبود مهارت‌های فردی و کاهش استرس‌های آموزشی بپردازد، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان علوم پزشکی ایفا کند.

کلمات کلیدی: خودمراقبتی، دانشجویان، سواد سلامت، کیفیت زندگی

استناد: فیضی نرجس، حسینی سید عابدین، وکیلی مفرد حسین. بررسی رابطه میان سواد سلامت و کیفیت زندگی با میانجی‌گری خودمراقبتی با استفاده از معادلات ساختاری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آجا. علوم مراقبتی نظامی. ۱۴۰۴؛ ۱۲(۴): ۳۲۱- ۳۰۹.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۹ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۹ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۱۰

CC BY NC

©نویسندگان

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی آجا

مقدمه

کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت فردی و اجتماعی، در سال‌های اخیر به محور اصلی بسیاری از مطالعات سلامت تبدیل شده است؛ به‌گونه‌ای که برخی محققان، «زندگی با کیفیت بهتر» را چالش اصلی قرن بیست و یکم معرفی کرده‌اند (۱). علی‌رغم درک غریزی افراد از این مفهوم، نظریات و تعاریف گوناگونی درباره کیفیت زندگی وجود دارد. این مفهوم اغلب به عنوان احساس رضایت یا نارضایتی از جنبه‌های مختلف زندگی شخصی نظیر سلامت، اشتغال، وضعیت اقتصادی، روابط اجتماعی و میزان استقلال تعریف می‌شود (۲). کیفیت زندگی، ادراک ذهنی و فردی از میزان رضایت از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی زندگی است که با هدف حفظ یا ارتقاء عملکرد فرد حتی در شرایط ناتوانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (۳). به‌عنوان شاخصی ترکیبی، این مفهوم، ابعاد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و عملکردی را دربر می‌گیرد (۴).

در حوزه سلامت، مفهوم "کیفیت زندگی" برای بررسی تأثیر وضعیت سلامت جسمی و روانی بر درک فرد از کیفیت زندگی به کار می‌رود (۵). یکی از مؤلفه‌های کلیدی تأثیرگذار بر این شاخص، سواد سلامت است؛ مفهومی که به توانایی افراد در دسترسی، درک، ارزیابی و استفاده مؤثر از اطلاعات سلامت اشاره دارد (۶). سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سواد سلامت را مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی و اجتماعی می‌داند که تعیین‌کننده ظرفیت و انگیزه فرد برای تصمیم‌گیری‌های مؤثر در زمینه سلامت است (۷). یافته‌های جهانی حاکی از آن است که بخش قابل‌توجهی از جمعیت بزرگسال در کشورهای مختلف، از سطح مطلوبی از سواد سلامت برخوردار نیستند؛ به عنوان مثال، در اروپا حداقل یک نفر از هر ده نفر و در آمریکا حدود ۹۰ میلیون بزرگسال، در فهم و استفاده از اطلاعات بهداشتی با چالش مواجه‌اند (۸، ۹). در ایران نیز طبق گزارش‌ها، حدود ۴۴ درصد از بزرگسالان شهری سواد سلامت محدودی دارند (۱۰) سطح پایین سواد سلامت، با پیامدهای نامطلوبی مانند درک ناکافی اطلاعات، مشارکت اندک در اقدامات پیشگیرانه و ناتوانی در رفتارهای خودمراقبتی مرتبط است (۱۱، ۱۲).

خودمراقبتی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم در ارتقای سلامت، فرآیندی فعال برای حفظ و ارتقاء وضعیت سلامتی فرد از طریق رفتارهای سالم و مدیریت بیماری‌ها است. مطالعات نشان داده‌اند که خودمراقبتی می‌تواند بهبود کیفیت زندگی، کاهش نیاز به مداخلات درمانی و افزایش رضایت‌مندی فرد را به دنبال داشته باشد (۱۳). عوامل متعددی مانند جنس، سن، تحصیلات، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بر رفتارهای خودمراقبتی تأثیرگذارند (۱۴، ۱۵). افزون بر آن، خودمراقبتی به‌عنوان متغیری میانجی گر در ارتباط بین عوامل فردی و کیفیت زندگی معرفی شده و نقش مهمی در کاهش استرس و ارتقای سلامت روان ایفا می‌کند (۱۶، ۱۷). برخی پژوهش‌ها نیز اعتماد به توانایی در خودمراقبتی را پیش‌بینی کننده مستقلی برای کیفیت زندگی می‌دانند (۱۸). دانشجویان علوم پزشکی به‌عنوان سرمایه‌های انسانی نظام سلامت آینده، گروهی حساس محسوب می‌شوند. سلامت و کیفیت زندگی این افراد نه‌تنها بر یادگیری و عملکرد علمی آن‌ها تأثیرگذار است، بلکه در کیفیت خدماتی که در آینده ارائه خواهند کرد نیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (۱۹). با این حال، زندگی دانشجویی همواره با فشارهای روانی ناشی از امتحانات، آموزش‌های سخت‌گیرانه، مسئولیت‌های علمی و اجتماعی، مدیریت مالی و تعاملات بین فردی همراه است (۲۰-۲۲). شواهد پژوهشی به شرایط نامطلوب کیفیت زندگی در میان دانشجویان علوم پزشکی اشاره داشته‌اند، به‌ویژه با افزایش نشانه‌هایی نظیر اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی که پیامدهایی منفی بر عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای این گروه دارند (۲۳، ۲۴).

از سوی دیگر، دانشجویان نظامی علوم پزشکی با فشارهای مضاعفی مواجه هستند که شامل الزامات انضباطی، آموزش‌های نظامی و محدودیت‌های ساختاری محیط نظامی است. سطح مناسب سواد سلامت در این گروه می‌تواند نقش مهمی در کاهش انگ‌های مرتبط با مشکلات سلامت روان، ارتقاء رفتارهای ارتقادهنده سلامت و مدیریت بهتر چالش‌های روانی و جسمی ایفا کند (۲۵).

علیرغم اهمیت این موضوع، مطالعات اندکی به بررسی همزمان سواد سلامت، خودمراقبتی و کیفیت زندگی در میان دانشجویان، به‌ویژه دانشجویان نظامی، پرداخته‌اند. همچنین نقش میانجی‌گر خودمراقبتی در این ارتباط کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ بنابراین، این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی با در نظر گرفتن نقش میانجی خودمراقبتی در

میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آجا انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی چند متغیره به روش مدل یابی معادلات ساختاری است که از نظر زمانی مقطعی است. جامعه مورد مطالعه شامل ۲۹۷ دانشجو مشغول به تحصیل در دانشگاه منتخب نظامی در شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بود. تعیین حجم نمونه مورد نیاز بر اساس قانون سرانگشتی پیشنهاد شده توسط بنتلر و چو (Bentler and Cho) تعیین شد (۲۶). این قانون بیان می‌کند که به ازای هر پارامتر برآورد شده در مدل، باید حداقل ۵ تا ۱۰ مشاهده (نمونه) وجود داشته باشد. با توجه به تعداد سؤالات پرسشنامه‌ها (۵۷ سؤال)، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۲۸۵ نفر برآورد شد. نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد. بدین ترتیب دانشجویانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند وارد مطالعه شدند و معیارهای خروج از مطالعه، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها در مطالعه بود. در این مطالعه ۲۹۷ نفر دانشجو، شرکت در مطالعه را قبول کرده بودند و پرسشنامه‌های مربوطه را به صورت کامل تکمیل نمودند و موردی از خروج مطالعه مشاهده نشد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های سواد سلامت، کیفیت زندگی و خودمراقبتی بود.

پرسشنامه سواد سلامت: این پرسشنامه در سال ۱۳۹۳ توسط منتظری و همکاران (۲۷) طراحی شده است که شامل ۳۳ سؤال و پنج بعد از جمله دسترسی (شش گویه)، مهارت خواندن (چهار گویه)، فهم (هفت گویه)، ارزیابی (چهار گویه) و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای به دو صورت (کاملاً آسان است: ۵، آسان است: ۴، نه آسان است و نه سخت: ۳، سخت است: ۲ و کاملاً سخت است: ۱) و (همیشه: ۵، بیشتر اوقات: ۴، گاهی اوقات: ۳، به ندرت: ۲ و به هیچ وجه: ۱) می‌باشد. در صورتی که نمره فرد بین صفر تا ۵۰ باشد، سواد سلامت ناکافی، بین ۵۰/۱ تا ۶۶ سواد سلامت نه چندان کافی، بین ۶۶/۱ تا ۸۴ سواد سلامت کافی و بین ۸۴/۱ تا ۱۰۰ باشد سواد سلامت عالی خواهد داشت. برای بررسی پایایی این پرسشنامه از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که نتایج حاصل نشان داد مقدار آلفای کرونباخ ابعاد این ابزار در فاصله ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ قرار داشته و پایایی پرسشنامه مورد تأیید است (۲۷). در مطالعه‌ی حاضر به روایی انجام شده توسط محققان دیگر استناد شد اما برای پایایی به روش تعیین ضریب آلفای کرونباخ انجام شد و α =۰/۹۴ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-12: این پرسشنامه فرم خلاصه شده و کاربردی‌تر پرسشنامه SF-36 است که توسط گاندک (Gandak) و همکاران در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است. این پرسشنامه ابزاری عمومی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در افراد ۱۴ سال به بالا محسوب می‌شود که شامل ۱۲ سؤال و دو مقیاس ذهنی و جسمی و هشت زیر مقیاس عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روحی–روانی است (۲۸). شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت (بله و خیر)، (اصلاً تا خیلی زیاد) و (هیچ وقت تا تمام اوقات) است. در صورتی که نمره فرد بین ۱۲ تا ۲۴ باشد، کیفیت زندگی ضعیف، بین ۲۵ تا ۳۶ کیفیت زندگی متوسط و بین ۳۷ تا ۴۸ کیفیت زندگی خوب خواهد داشت. در ایران این ابزار توسط منتظری و همکاران (۲۹) با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به ترتیب برای حیطه‌های جسمی و روانی و با روایی همگرای بالایی بین عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی و سلامت عمومی با نمرات PCS-12 و همبستگی مناسب بین انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روحی–روانی و MSC-12 معتبر شده است (۲۸). در مطالعه‌ی حاضر به روایی انجام شده توسط محققان دیگر استناد شد اما برای پایایی به روش تعیین ضریب آلفای کرونباخ انجام شد و α=۰/۸۲۵ به دست آمد.

پرسشنامه خود مراقبتی: این پرسشنامه برای ارزیابی میزان مهارت‌های مراقبت از خود و انجام فعالیت‌های روزمره زندگی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال می‌باشد و بر اساس طیف چهار گزینه‌ای لیکرت (عدم توانایی انجام مهارت با نمره صفر، توانایی انجام مهارت ولی انجام نمی‌دهم با نمره یک، توانایی و انجام مهارت با تشویق، با نمره دو و توانایی و انجام مهارت به طور مستقل با نمره سه) با سؤالاتی مانند (شانه زدن موها، توانایی به‌کارگیری پول و غیره) به سنجش وضعیت مراقبت از خود می‌پردازد. دامنه امتیاز این پرسشنامه امتیاز بین

صفر تا ۳۶ اســـت. امتیازات بالاتر نشـــان‌دهنده توانایی بالاتر فرد پاســـخ‌دهنده در وضعیت مراقبت از خود و توانایی بالاتر در انجام فعالیت‌های روزمره خواهد بود و برعکس (۳۰). سطح‌بندی نمرات این پرسشنامه شامل، ۰ تا ۱۲: ضعیف (توانایی بسیار کم در انجام مهارت‌های خودمراقبتی)، ۱۳ تا ۲۴: متوســـط (توانایی نسبی در انجـــام مهارت‌های خودمراقبتی)، ۲۵ تـــا ۳۶: خوب (توانایی بالا در انجام مهارت‌های خودمراقبتی به صورت مســـتقل) است (۳۰) این ابزار برای اندازه‌گیری وضعیت مهارت‌های مراقبت از خود در تحقیقات زیادی که در ایران بر روی مراقبت از خود انجام شـــده اســـت به کار گرفته شـــده و اعتبار و پایایی آن در مطالعه فلاحی و غضنفری اثبات شـــده است (۳۱). در مطالعه‌ی حاضر به روایی انجام شـــده توسط محققان دیگر استناد شـــد اما برای پایایی به روش تعییـــن ضریب آلفـــای کرونباخ انجام شـــد و $\alpha =$ ۰/۸۹ به دست آمد.

ابتدا شـــاخص‌های توصیفی شرکت کنندگان در مطالعه در قالب میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) گزارش شـــد. ســـپس میانگین (انحراف معیار)، کمترین مقدار و بیشـــترین مقدار نمره هر یک از پرسشنامه‌ها و ابعادشان گزارش خواهد شد. در ادامه به منظور تعیین تأثیر سواد سلامت بر کیفیت زندگی با میانجی‌گری اقدامات خودمراقبتی از مدل معادلات ساختاری استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر نرم‌افزارهای SPSS نســـخه ۲۶ و SmartPLS نســـخه ۳ جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. برای بررســـی برازش مدل، سه مورد ســـازگاری درونی یا آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و ضـــــرایب بارهای عاملی، همگرایی و واگرایی مورد اســـتفاده قرار می‌گیرند. مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷ نشانگر پایایی قابل قبول است. درصورتی‌که مقدار پایایی ترکیبی برای هر ســـازه بالای ۰/۷ شود، نشـــان‌دهنده پایداری درونی بالا بـــرای مدل بوده و مقدار کمتر از ۰/۶ عدم وجود پایایی را نشـــان می‌دهد. بـــه منظور بررســـی همگرایی، ابتدا مـــدل پژوهش در نرم‌افزار SmartPLS بدون حذف ســـؤالات پرسشنامه اجرا شده و درصورتی‌که بارهای عاملی مربوط به هر ســـؤال بیشتر از ۰/۴ و متوسط واریانس استخراج شده بیشتر از ۰/۵ نباشند، مدل مجدداً با حذف ســـؤالات با بـــار عاملی کمتر از ۰/۴ اجرا شـــده و نتایج گزارش داده می‌شـــوند. جهت محاسبه واگرایی از Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT) اســـتفاده می‌شود. R^2 نیز جهت بررسی میزان تغییرات متغیر وابسته بر اساس میزان تأثیرپذیری متغیر مســـتقل اســـتفاده شـــد. مقادیر ۰/۱، ۰/۳ و ۰/۷ به‌عنوان ملاکی برای ضعیف، متوســـط و قوی بودن میزان R^2 معرفی شده اســـت. در نهایت، معیار اساســـی برای رابطه بین سازه‌ها در مدل (بخش ساختاری) معناداری آماره t است. در صورتی که مقدار این عدد برای هر سازه از ۱/۹۶ بیشتر شود یا به طور معادل p–مقدار کمتر از ۰/۰۵ باشـــد، نشـــان‌دهنده صحت رابطه بین ســـازه‌ها و درنتیجه تأیید فرضیه‌های پژوهش در ســـطح اطمینان ۹۵ درصد اســـت. همچنین جهت بررســـی اینکه آیا تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابســـته از طریق یک متغیر میانجی معنادار است یا خیر از آزمون تحلیل بوت استرپینگ (Bootstrapping) و بارون و کنی (Baron & Kenny) استفاده می‌شود.

پـــس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشـــگاه علوم پزشـــکی همدان به شماره IR.UMSHA.REC۱۴۰۳.۱۷۴ و بیان اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، به آن‌ها از محرمانه بودن اطلاعات شخصی اطمینان خاطر داده شد. همه شرکت‌کنندگان در مطالعه رضایت‌نامه آگاهانه کتبی را تکمیل نمودند. ســـپس پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت. همچنین در مطالعه حاضر سایر مفاد بیانه هلسینکی و اصول اخلاق در نشر (COPE) مورد توجه قرار گرفت.

یافته‌ها

از میـــان ۲۹۷ شـــرکت کننده در این مطالعـــه، ۱۹۱ نفر (۶۴/۳ درصد) را مردان و ۱۰۶ نفر (۳۵/۷ درصد) را زنان تشکیل دادند. نتایج نشـــان داد، ۲۹۵ (۹۹/۳ درصد) نفر مجرد و ۲ (۰/۷ درصد) نفر متأهل بودند. در پرســـش نحوه دسترســـی به منابع اطلاعات سلامت، نتایج نشـــان داد دانشجویان برای دسترسی به اطلاعات سلامت، عمدتاً از پزشک (۵۳/۹ درصد) و اینترنت (۳۴/۳ درصد) اســـتفاده می‌کردند. از سایر منابع اطلاعاتی، کتاب با ۵/۱ درصد، صدا و سیما و دوستان هر کدام با ۱/۷ درصد، تلفن با ۱/۳ درصد و نشریات با ۰/۷ درصد، کمترین میزان استفاده را داشتند. همچنین ۱/۳ درصد از شـــرکت‌کنندگان منبع مشخصی برای دسترسی به اطلاعات سلامت نداشـــتند. میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کننـــدگان در این مطالعه (۱/۷۸) ۲۱/۲۲ ســـال گزارش گردید. شاخص‌های توصیفی شرکت کنندگان در مطالعه در قالب فراوانی (درصد) در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	رده	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۱۹۱ (۶۴/۳)
	زن	۱۰۶ (۳۵/۷)
نحوه دسترسی به منابع سلامت	پزشک	۱۶۰ (۵۳/۹)
	اینترنت	۱۰۲ (۳۴/۳)
	تلفن	۴ (۱/۳)
	صدا و سیما	۵ (۱/۷)
	نشریات	۲ (۰/۷)
	دوستان	۵ (۱/۷)
	کتاب	۱۵ (۵/۱)
	سایر	۴ (۱/۳)
وضعیت تأهل	متأهل	۲ (۰/۷)
	مجرد	۲۹۵ (۹۹/۳)
کل	-	۲۹۷ (۱۰۰/۰۰)

شاخص‌های توصیفی برای نمره هر یک از پرسشنامه‌های سواد سلامت و پنج بعد این پرسشنامه (مهارت خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت)، نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد سلامت جسمی و روانی این پرسشنامه و نمره کل وضعیت مراقبت از خود (خودمراقبتی) بر اساس نمره خام و نمره استاندارد شده در مقیاس ۱۰۰ و همچنین مقادیر آلفا کرونباخ در جدول شماره ۲ گزارش شده است. میانگین (انحراف معیار) نمره وضعیت مراقبت از خود در این مطالعه (۳/۳۸۳) ۳۴/۲۶ گزارش شد. کمترین و بیشترین نمره کسب شده توسط شرکت کنندگان در این مطالعه به ترتیب ۹ و ۳۶ بود. میانگین (انحراف معیار)، کمترین مقدار و بیشترین مقدار نمره کل پرسشنامه کیفیت زندگی به ترتیب ۳۸/۵۳ (۵/۴۳)، ۱۳ و ۴۸ بود. میانگین (انحراف معیار)، کمترین مقدار و بیشترین مقدار نمره کل سواد سلامت به ترتیب ۱۳۵/۰۱ (۱۷/۷۱)، ۸۳ و ۱۶۵ گزارش گردید (جدول ۲).

میانگین (انحراف معیار) نمره استاندارد شده در مقیاس ۱۰۰ برای پرسشنامه‌های وضعیت مراقبت از خود، کیفیت زندگی و سواد سلامت به ترتیب (۹/۳۹۶) ۹۵/۱۶۴، (۱۵/۰۸۰) ۷۳/۷۰۰ و (۱۳/۴۱۷) ۷۷/۲۸۳ گزارش گردید. مقادیر آلفا کرونباخ برای تمام ابعاد و پرسشنامه‌ها قابل قبول بوده و نشان دهنده پایا بودن پرسشنامه‌ها است (جدول ۲).

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی نمره پرسشنامه‌های سواد سلامت، کیفیت زندگی و وضعیت مراقبت از خود (خودمراقبتی) و آلفا کرونباخ

متغیر	نمره خام هر پرسشنامه			نمره استاندارد شده در مقیاس ۱۰۰			آلفا کرونباخ
	میانگین (انحراف معیار)	کمترین	بیشترین	میانگین (انحراف معیار)	کمترین	بیشترین	
نمره کل وضعیت مراقبت از خود	۳۴/۲۵۹ (۳/۳۸۳)	۹	۳۶	۹۵/۱۶۴ (۹/۳۹۶)	۲۵/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰/۸۹۸
بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی	۱۷/۵۰۸ (۲/۰۵۲)	۷	۲۰	۸۲/۲۰۳ (۱۴/۶۵۶)	۷/۱۴	۱۰۰/۰۰	۰/۷۰۰
بعد سلامت روانی کیفیت زندگی	۲۱/۰۲۴ (۳/۹۷۳)	۶	۲۸	۶۸/۲۸۹ (۱۸/۰۶۰)	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰/۸۰۶
نمره کل کیفیت زندگی	۳۸/۵۳۲ (۵/۴۲۸)	۱۳	۴۸	۷۳/۷۰۰ (۱۵/۰۸۰)	۲/۷۸	۱۰۰/۰۰	۰/۸۲۵
بعد مهارت خواندن سواد سلامت	۱۶/۲۲۹ (۲/۹۴۵)	۷	۲۰	۷۶/۴۳۱ (۱۸/۴۱۱)	۱۸/۷۵	۱۰۰/۰۰	۰/۷۱۴
بعد دسترسی سواد سلامت	۲۵/۰۶۷ (۴/۰۰۵)	۱۴	۳۰	۷۹/۴۴۷ (۱۶/۶۸۵)	۳۳/۳۳	۱۰۰/۰۰	۰/۹۰۳
بعد فهم سواد سلامت	۳۰/۰۷۱ (۴/۳۶۱)	۱۸	۳۵	۸۲/۳۹۵ (۱۵/۵۷۸)	۳۹/۲۹	۱۰۰/۰۰	۰/۸۹۲
بعد ارزیابی سواد سلامت	۱۶/۲۸۶ (۲/۵۵۹)	۹	۲۰	۷۶/۷۸۹ (۱۵/۹۹۵)	۳۱/۲۵	۱۰۰/۰	۰/۸۰۱
بعد تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت سواد سلامت	۴۷/۳۶۰ (۷/۷۹۱)	۲۸	۶۰	۷۳/۶۶۷ (۱۶/۲۳۱)	۳۳/۳۳	۱۰۰/۰۰	۰/۸۶۴
نمره کل سواد سلامت	۱۳۵/۰۱۴ (۱۷/۷۱۰)	۸۳	۱۶۵	۷۷/۲۸۳ (۱۳/۴۱۷)	۳۷/۸۸	۱۰۰/۰۰	۰/۹۴۶

با توجه به نتایج گزارش شده، ۱۹۸ شرکت کننده (۶۶/۷ درصد) از نمره کیفیت زندگی خوبی برخوردار هستند و نمره کیفیت زندگی تنها ۵ شرکت کننده (۱/۷ درصد) ضعیف است. همچنین نمره سواد سلامت ۱۲۷ شرکت کننده (۴۲/۸ درصد) کافی و ۷ شرکت کننده

(۲/۴ درصد) از نمره سواد سلامت ناکافی برخوردار بودند (جدول ۳).

جدول ۳- رده بندی نمره پرسشنامه کیفیت زندگی و سواد سلامت

پرسشنامه	مقیاس نمره	فراوانی	درصد
کیفیت زندگی	۱۲-۲۴	۵	۱/۷
	۲۵-۳۶	۹۴	۳۱/۶
	۳۷-۴۸	۱۹۸	۶۶/۷
سواد سلامت	۰-۵۰	۷	۲/۴
	۵۰/۱-۶۶	۵۸	۱۹/۵
	۶۶/۱-۸۴	۱۲۷	۴۲/۸
	۸۴/۱-۱۰۰	۱۰۵	۳۵/۴

برای تعیین تأثیر سواد سلامت بر کیفیت زندگی با میانجی‌گری اقدامات خودمراقبتی از مدل معادلات ساختاری استفاده شد. مقدار پایایی ترکیبی ابعاد مهارت خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی، تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت پرسشنامه سواد سلامت به ترتیب ۰/۸۲۴، ۰/۹۲۵، ۰/۹۱۵، ۰/۸۷۰ و ۰/۸۹۰ گزارش گردید. مقدار پایایی ترکیبی ابعاد سلامت جسمی و روانی پرسشنامه کیفیت زندگی به ترتیب ۰/۷۹۶ و ۰/۸۶۰ بود. مقدار پایایی ترکیبی خودمراقبتی، سواد سلامت و کیفیت زندگی به ترتیب برابر با ۰/۹۱۸، ۰/۹۵۱ و ۰/۸۶۳ بوده و می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های پژوهش از پایایی بالایی برخوردار هستند.

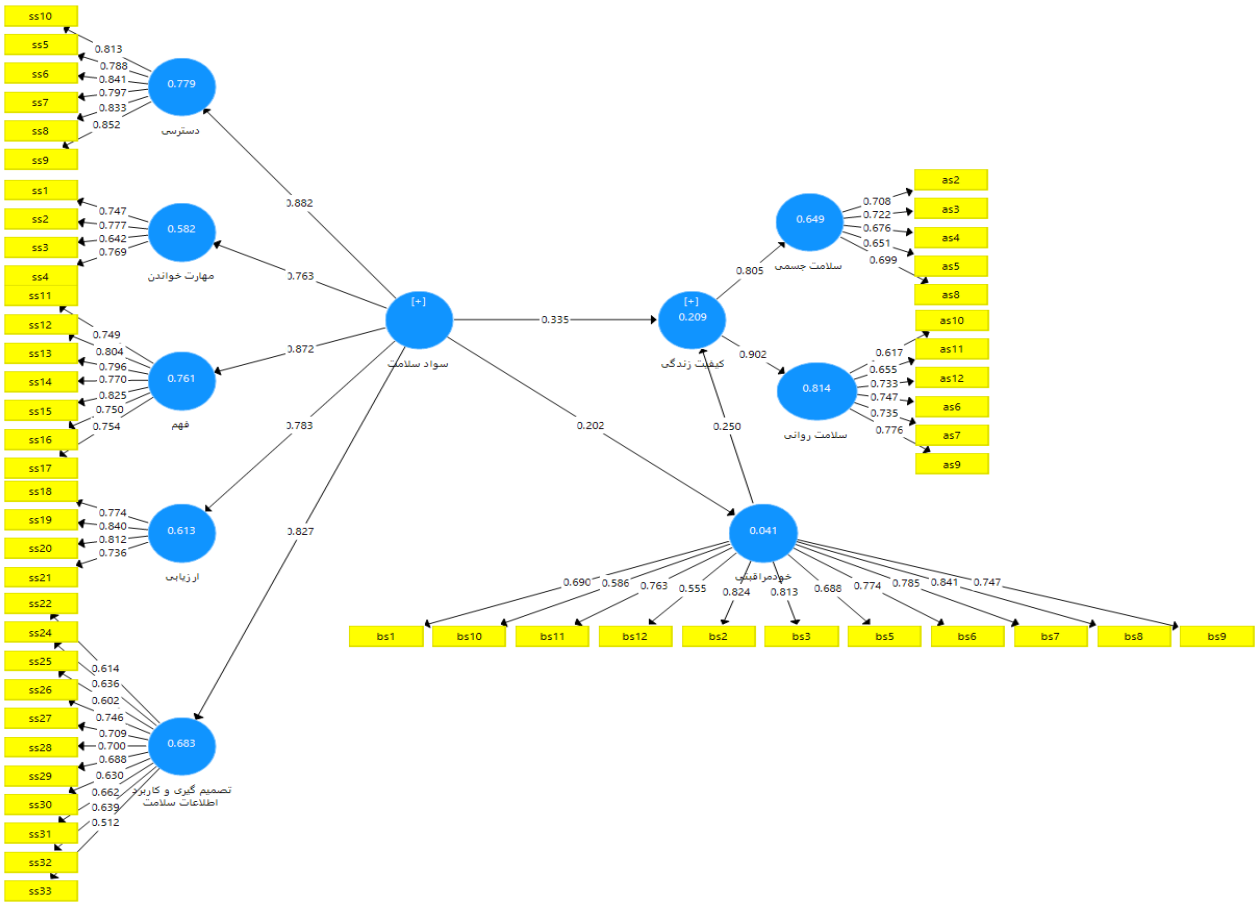
نتایج حاصل از بررسی "همگرایی" و "واگرایی" نشان داد سؤال اول پرسشنامه کیفیت زندگی دارای بار عاملی کمتر از ۰/۴ بود. لذا، این سؤال از مدل حذف و تحلیل مجدداً انجام شد. مقدار متوسط واریانس استخراج شده برای ابعاد مهارت خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت پرسشنامه سواد سلامت به ترتیب ۰/۵۴۱، ۰/۶۷۴، ۰/۶۰۷، ۰/۶۲۷ و ۰/۵۰۰ گزارش گردید. مقدار متوسط واریانس استخراج شده ابعاد سلامت جسمی و روانی پرسشنامه کیفیت زندگی به ترتیب ۰/۵۰۰ و ۰/۵۰۸ بود. مقدار متوسط واریانس استخراج شده خودمراقبتی، سواد سلامت و کیفیت زندگی به ترتیب برابر با ۰/۵۰۱، ۰/۵۰۰ و ۰/۵۰۰ بوده و می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های پژوهش از روایی همگرای مناسبی برخوردار هستند. نتایج فورنل و لارکر (Fornell-Larcker) جهت بررسی "همگرایی" و "واگرایی" در جدول شماره ۴ گزارش شده است. مقدار جذر متوسط واریانس استخراج شده متغیرهای موجود در قطر اصلی ماتریس، از مقدار همبستگی‌های آن‌ها که در خانه‌های زیرین و چپ قطر اصلی آورده شده‌اند، بیشتر است؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که سازه‌ها در مدل تعامل بیشتری با شاخص‌های خود دارند تا با سازه‌های دیگر؛ لذا، "همگرایی" و "واگرایی" مدل در حد مناسبی نشان داده شده است.

جدول ۴- نتایج فورنل و لارکر (واگرایی)

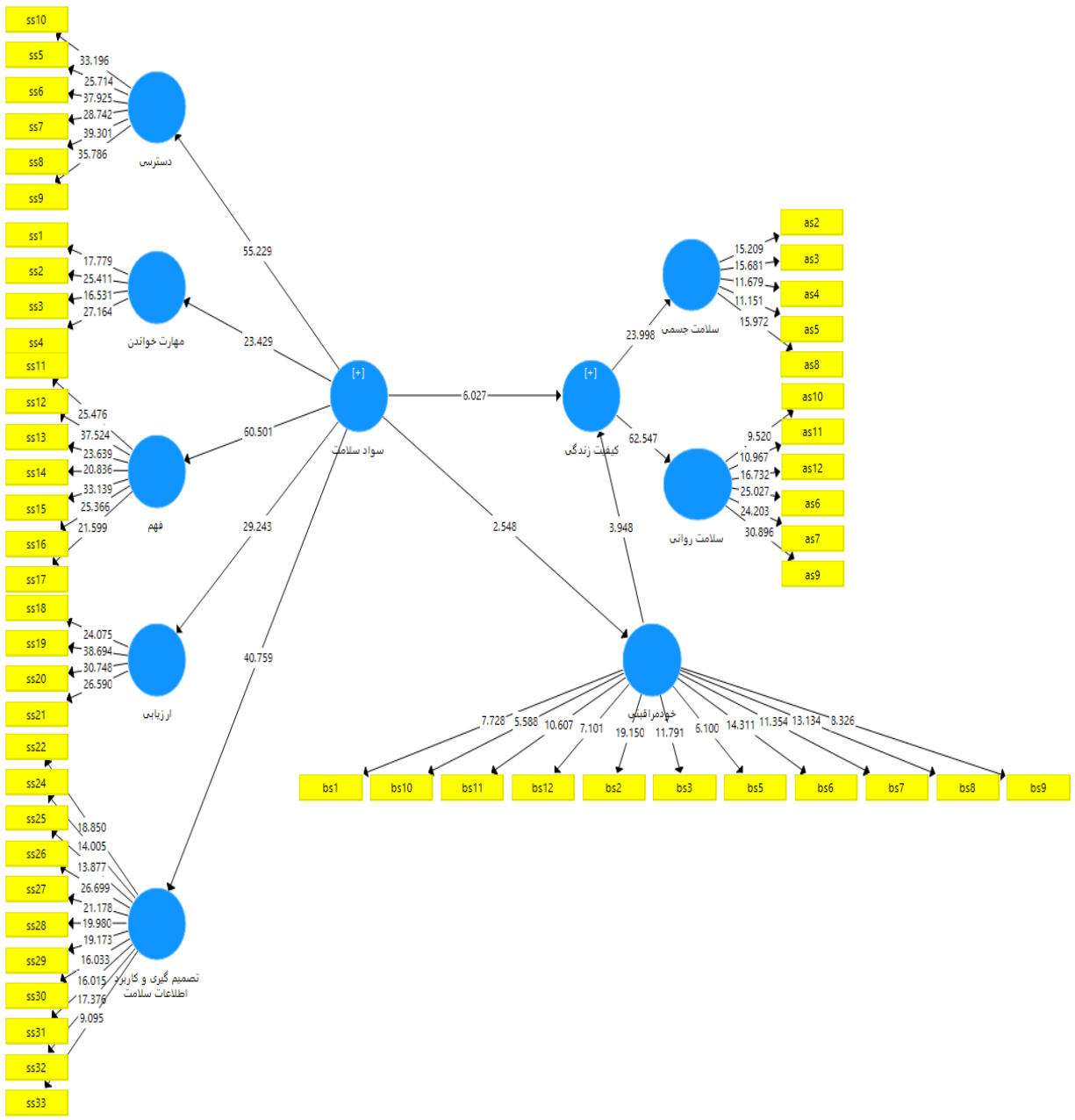
	ارزیابی	تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت	خودمراقبتی	دسترسی	سلامت جسمی	سلامت روانی	سواد سلامت	فهم	مهارت خواندن	کیفیت زندگی
ارزیابی	۰/۷۹۲									
تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت	۰/۵۶۸	۰/۷۰۷								
خودمراقبتی	۰/۱۴۳	۰/۱۶۵	۰/۷۰۸							
دسترسی	۰/۶۵۳	۰/۶۱۶	۰/۲۰۳	۰/۸۲۱						
سلامت جسمی	۰/۱۶۰	۰/۲۲۷	۰/۳۲۷	۰/۲۶۲	۰/۷۰۷					
سلامت روانی	۰/۲۷۱	۰/۳۳۷	۰/۲۴۵	۰/۲۹۲	۰/۴۷۹	۰/۷۱۲				
سواد سلامت	۰/۷۰۳	۰/۶۲۷	۰/۲۰۴	۰/۸۰۲	۰/۲۸۹	۰/۳۵۳	۰/۷۰۷			
فهم	۰/۵۹۴	۰/۵۸۸	۰/۲۰۱	۰/۷۳۱	۰/۳۰۵	۰/۲۵۱	۰/۶۷۲	۰/۷۷۹		
مهارت خواندن	۰/۵۸۰	۰/۵۶۶	۰/۰۸۰	۰/۵۸۷	۰/۱۹۱	۰/۳۳۴	۰/۷۰۳	۰/۶۲۶	۰/۷۳۵	
کیفیت زندگی	۰/۲۶۳	۰/۳۴۹	۰/۳۱۸	۰/۳۲۸	۰/۷۰۵	۰/۷۰۲	۰/۳۸۶	۰/۳۲۳	۰/۳۲۴	۰/۷۰۷

نتایج حاصل از برازش مدل و آزمون تی در شکل شماره ۱ و ۲ گزارش گردید. مقدار R^2 برای متغیرهای ارزیابی، تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، خودمراقبتی، دسترسی، سلامت جسمی، سلامت روانی، فهم، مهارت خواندن و کیفیت زندگی به ترتیب ۰/۶۱۳، ۰/۶۸۴، ۰/۰۴۱، ۰/۷۷۸، ۰/۶۴۸، ۰/۸۱۴، ۰/۷۶۱، ۰/۵۸۲ و ۰/۲۰۹ بود.

مقدار ضریب مسیر برای تأثیر سواد سلامت بر خودمراقبتی ۰/۲۰۴ است که نشان دهنده تأثیرگذاری مثبت می‌باشد. این رابطه از نظر آماری معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱). مقدار ضریب مسیر برای تأثیر خودمراقبتی بر کیفیت زندگی ۰/۲۵۰ است که نشان دهنده تأثیرگذاری مثبت می‌باشد. این رابطه نیز از نظر آماری معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱). آزمون تحلیل بوت استرپینگ نیز جهت بررسی اثر میانجی‌گری خودمراقبتی انجام شد که نتایج نشان دهنده معنی‌داری نقش متغیر میانجی (خودمراقبتی) در میان رابطه متغیر مستقل (سواد سلامت) و وابسته (کیفیت زندگی) است. مقدار ضریب بتا، آماره t و P مقدار برای بررسی رابطه متغیر مستقل و وابسته به ترتیب ۰/۳۸۷، ۷/۲۵۶ و کمتر از ۰/۰۰۱ بود که نشان‌دهنده معنی‌داری رابطه بین این دو متغیر است. مقدار ضریب بتا، آماره t و P مقدار برای بررسی رابطه متغیر مستقل و میانجی به ترتیب ۰/۲۲۴، ۳/۳۶۷ و ۰/۰۰۱ بود که نشان‌دهنده وجود ارتباط معنی‌دار بین این دو متغیر است. مقدار ضریب بتا، آماره t و P مقدار برای بررسی رابطه متغیر میانجی و وابسته به ترتیب ۰/۳۲۰، ۶/۵۰۳ و کمتر از ۰/۰۰۱ بود که حاکی از معنی‌داری ارتباط بین این دو متغیر است. پس از برازش مدل کلی نیز رابطه بین متغیر مستقل و وابسته در حضور متغیر میانجی معنی‌دار بوده و مقدار ضریب بتا ۰/۳۳۵ بود. مقدار t و P مقدار اثرات غیرمستقیم نیز به ترتیب ۲/۵۶۴ و ۰/۰۱۰ و معنی‌دار بود. نتایج به دست آمده نشان دهنده تأثیر میانجی‌گری متغیر خودمراقبتی در این مطالعه است.



شکل ۱- ضرایب مسیر مدل اثر سواد سلامت بر کیفیت زندگی با میانجیگری اقدامات خودمراقبتی



شکل ۲- مقادیر آماره t برای مدل اثر سواد سلامت بر کیفیت زندگی با میانجیگری اقدامات خودمراقبتی

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه میان سواد سلامت و کیفیت زندگی با میانجی‌گری خودمراقبتی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آجا انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح سواد سلامت دانشجویان در محدوده "کافی" قرار داشت. این یافته با نتایج مطالعات خالقی و همکاران و محمدی‌فرح و همکاران که به ترتیب سواد سلامت کافی را در ۵۲/۹ و ۵۰/۵ درصد دانشجویان گزارش کردند، همسو است (۳۲، ۳۳). این سطح مطلوب سواد سلامت را می‌توان به ماهیت رشته تحصیلی و محیط آموزشی دانشجویان علوم پزشکی نسبت داد که به واسطه محتوای آموزشی، دسترسی به منابع معتبر و تعامل مستمر با متخصصان سلامت، زمینه مناسبی برای توسعه سواد سلامت فراهم می‌کند. علاوه بر این، می‌توان گفت حضور در محیط‌های بالینی و مواجهه با مسائل واقعی سلامت، درک و کاربرد اطلاعات سلامت را برای این دانشجویان معنادارتر می‌سازد. همچنین انگیزه درونی و علاقه به حوزه سلامت که معمولاً در دانشجویان علوم پزشکی وجود دارد، می‌تواند عامل مهمی در تقویت سواد سلامت باشد (۳۴، ۳۵).

در خصوص خودمراقبتی، نتایج نشـــان‌دهنده سطح بالای توانایی دانشـــجویان در مراقبت از خود بود. ایـــن یافته با نتایج مطالعات سیید (Seid) و همکاران و کوییرلا (Koirala) و همکاران ناهمسو است که ســـطح خودمراقبتی را ناکافی گزارش کردند (۱۴، ۱۸). این تفاوت می‌تواند ناشـــی از دانـــش تخصصی و تجربیات بالینی دانشـــجویان علوم پزشکی باشد که با مشاهده مستقیم پیامدهای عدم خودمراقبتی در بیماران، انگیزه بیشـــتری برای رعایت اصول خودمراقبتی پیدا می‌کنند (۳۶). چنانکه آیالا (Ayala) و همکاران نیز ارتباط مثبت بین خودمراقبتی و عملکرد دانشجویان را نشان دادند (۱۷). به نظر می‌رســـد فرهنگ ســـازمانی حاکم بر محیط دانشـــگاه‌های علوم پزشـــکی و تأکید بر اهمیت سلامت فردی در این محیط‌ها، نقش مهمی در شکل‌گیری رفتارهای خودمراقبتی دارد (۳۷). همچنین خودآگاهی حرفه‌ای و درک اهمیت سلامت شخصی در ارائه خدمات مؤثر به دیگران، می‌تواند انگیزه قوی‌تری برای خودمراقبتی ایجاد کند (۳۸).

در رابطه با کیفیت زندگی، نتایج نشان داد که دانشجویان از سطح کیفیـــت زندگی خوب برخوردار بودند. ایـــن یافته با نتایج مطالعه خالقی و همـــکاران (۳۲) که در آن بیش از نیمی از دانشـــجویان کیفیت زندگی خوب داشـــتند و همچنین بـــا مطالعات عطایی و همکاران (۳۹) و آیالا و همکاران (۱۷) که کیفیت زندگی مطلوب را در جمعیت دانشجویی گزارش کردند، همسو است. کیفیت زندگی بالای دانشجویان ممکن است حاصل ترکیبی از سواد سلامت بالا، رفتارهای مؤثر خودمراقبتی، سلامت روانی پایدار، محیط دانشگاهی حمایتگـــر و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی باشـــد (۱۷، ۱۸، ۳۷–۴۰). این عوامل به‌صورت هم‌افزا می‌توانند موجب ارتقای درک دانشجویان از وضعیت سلامت خود، افزایش رضایت کلی از زندگی و کاهش تنش‌های روانی شوند (۱۷، ۱۸، ۳۹).

نتایج نشـــان داد که کیفیت زندگی با سواد سلامت رابطه مثبت و معناداری داشـــت. این یافته با نتایج مطالعات عطایی و همکاران، مجیدی و همـــکاران و ارژنگی و همکاران که همگی ارتباط مثبت بین ســـواد سلامت و کیفیت زندگی را گزارش کردند، همسو است (۳۹، ۴۱، ۴۲). این ارتباط را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که سواد سلامت بالاتر، توانایی درک و پردازش اطلاعات سلامت را افزایش می‌دهد و به تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر در مورد سلامت کمک می‌کند. همچنین، افزایش خودکارآمدی سلامت و توانایی بهتر در تشخیص زودهنگام مشکلات سلامتی در افراد با سواد سلامت بالاتر، می‌تواند به بهبـــود کیفیت زندگی منجر شـــود. این یافته بـــا نتایج ربابا و همکاران که نشـــان دادند سواد ســـلامت از طریق کاهش استرس بـــه بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند، همخوانـــی دارد (۴۳). با این حال، برخی پژوهش‌ها یافته‌های ناهمســـویی گزارش کرده‌اند. به عنوان مثال، افرا (Afra) و همکاران (۱۹) ارتباط معناداری بین سواد سلامت و کیفیت زندگی دانشـــجویان نیافتند و چو (Cho) و همکاران (۱۱) نیز نشـــان دادند که عوامل اقتصادی و اجتماعی می‌توانند نقش تعدیل‌گر در این رابطه ایفا کنند.

همچنین، نتایج حاکی از ارتباط مثبت و معنادار بین خودمراقبتی و کیفیـــت زندگی بـــود. این یافته بـــا نتایج مطالعات ســـیید و همـــکاران، پاکایا و همـــکاران و چراغی و همـــکاران که ارتباط مســـتقیم خودمراقبتی با کیفیت زندگی را نشـــان دادند، همسو است (۱۴، ۱۵، ۴۰). به نظر می‌رسد رفتارهای خودمراقبتی مانند تغذیه مناسب، فعالیت فیزیکی منظم و مدیریت استرس، از طریق پیشـــگیری و کنترل مشکلات ســـلامتی به بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کنند. چنانکه کوییرلا و همکاران نیز نشان دادند، اعتماد به خودمراقبتی یک پیش‌بینی کننده مستقل برای کیفیت زندگی اســـت (۱۸). علاوه بر این، خودمراقبتی از طریق تقویت احساس کنترل بر سلامت و افزایش مهارت‌های مدیریت استرس می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی کمک کند (۱۷).

نتایج تحلیل مســـیر نشـــان داد که خودمراقبتی توانســـت نقش میانجی معناداری در رابطه بین ســـواد سلامت و کیفیت زندگی ایفا کند ($Z = ۲/۰۶۷$ ،$P < ۰/۰۵$). این یافته با نتایج چین (Chin) و همکاران و همایون‌فر و همکاران همســـو اســـت (۱۶، ۴۴). این معنـــاداری را می‌توان از چند منظر تبیین کرد. نخســـت، به نظر می‌رســـد سواد سلامت و خودمراقبتی به طور مستقل و موازی بر کیفیت زندگـــی تأثیر می‌گذارند، بدون آنکه لزوماً در یک زنجیره علّی قرار گیرند. در واقع، ســـواد ســـلامت ممکن اســـت از طریق مکانیســـم‌هایی مانند توانایی درک و پردازش اطلاعات ســـلامت (۳۲) و خودمراقبتی از طریق رفتارهای پیشگیرانه، به طور جداگانه کیفیـــت زندگی را تحت تأثیر قـــرار دهند (۱۷). علاوه بر این، در دانشجویان علوم پزشکی، عواملی مانند دانش تخصصی، تجربیات بالینی و سطح بالای آگاهی در حوزه سلامت می‌تواند باعث شود که سواد ســـلامت، مســـتقیماً و با میانجی‌گری خودمراقبتی، بر

کیفیت زندگی تأثیر بگـــذارد (۴۵). چین و همکاران در پژوهش خود به اهمیت متغیرهای زمینه‌ای مانند سطح استرس تحصیلی، فشـــار کاری در محیط‌های بالینی و مســـئولیت‌های حرفه‌ای در نحوه ارتباط این متغیرها اشـــاره کرده‌انـــد (۱۶). این ویژگی‌های خاص جامعه دانشجویان علوم پزشـــکی می‌تواند الگوی ارتباطی پیچیده‌تری را شکل دهد که فراتر از یک رابطه ساده میانجی‌گری است.

از محدودیت‌های عمده این پژوهش می‌توان به اســـتفاده از روش نمونه‌گیری در دســـترس اشـــاره کرد که قابلیـــت تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌ســـازد. همچنین، اســـتفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی می‌تواند منجر به ســـوگیری در پاســـخ‌ها شده باشـــد. برای کاهش اثر این محدویت ها، تلاش شـــد نمونه‌ها از میان دانشـــجویان با تنوع در مقاطع تحصیلی، رشته‌های مختلف و پایه‌های آموزشـــی استفاده شـــوند تا حدی از نمایندگی آماری حاصل شود و سوگیری کاهش یابد. همچنین پرسشنامه در فضای آرام و بدون حضور افراد ناظر توزیع شـــد و به شـــرکت کنندگان اطمینان داده شد که پاسخ‌ها محرمانه باقی می‌مانند. از ابزارهای اســـتاندارد با پایایی و روایی تائید شده اســـتفاده گردید تا دقت داده‌ها افزایش یابد و سوگیری پاسخ‌دهی کاهش یابد.

در مجمـــوع یافته‌های این پژوهش نشـــان می‌دهد که در محیط دانشـــگاه‌های علوم پزشکی، صرف داشـــتن دانش و مهارت‌های ســـلامت برای تضمین کیفیـــت زندگی مطلوب کافـــی بود. لذا، پیشـــنهاد می‌شـــود مداخلات جامعی با در نظر گرفتن همزمان عوامل فردی و محیطی از جمله ارائه خدمات مشاوره تخصصی با تمرکز بر مدیریت اســـترس، بازنگری در برنامه‌های آموزشی برای ایجـــاد تعادل بین وظایف تحصیلی و نیازهای شـــخصی و فراهم کردن امکانات و تسهیلات لازم برای تداوم رفتارهای خودمراقبتی در محیط دانشگاه طراحی شود و نیز دوره‌های آموزشی کاربردی با موضوع "تبدیل دانش سلامت به عمل" برگزار شود تا دانشجویان بتوانند از ســـواد سلامت خود برای بهبود کیفیت زندگی استفاده کنند. یافته‌هـــای این پژوهش می‌توانند به عنـــوان مبنایی برای طراحی برنامه‌های ارتقای ســـلامت در محیط‌های دانشگاهی به کار رونـــد. با توجه به نقش میانجـــی خودمراقبتی در رابطه بین ســـواد ســـلامت و کیفیت زندگی، می‌توان برنامه‌های آموزشی و مداخلاتی طراحی کرد که نه‌تنها دانش سلامت را افزایش دهند، بلکه مهارت‌های عملی خودمراقبتی مانند مدیریت استرس، خواب کافی، تغذیه ســـالم و تعادل بیـــن تحصیل و زندگی را نیز تقویت کنند. مسئولان آموزشی و مشاوران سلامت در دانشگاه‌های علوم پزشـــکی می‌توانند از نتایج این مطالعه برای تدوین سیاست‌ها و برنامه‌هایی استفاده کنند که به بهبود کیفیت زندگی دانشجویان منجر شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشی به بررسی نقش میانجی متغیرهای روان‌شناختی مانند تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان بپردازد.

تشکر و قدردانی

ایـــن مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناســـی ارشـــد کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی همدان در تاریخ ۱۴۰۳/۳/۲۶ به شـــماره ۴۴۹۴۴ تصویب رسید. بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه، مسئولین دانشگاه علوم پزشـــکی آجا که ما را جهت انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

بدین‌وســـیله نویســـندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Cai T, Verze P, Bjerklund Johansen TE. The quality of life definition: Where are we going? Uro. 2021; 1(1): 14-22. DOI: 10.3390/uro1010003
2. Antoniadou M. Quality of Life and Satisfaction from Career and Work-Life Integration of Greek Dentists before and during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(16): 9865. DOI: 10.3390/ijerph19169865
3. Bahadori Z, Bakhshi A, Mohamadi pour M. The relationship between emotional regulation strategies and sense of social security with quality of life of Bojnord students. Teaching and Learning Researches. 2022; 17(69): 67-86. (Persian) DOI:10.30495/educ.2022.685556
4. Zheng M, Jin H, Shi N, Duan C, Wang D, Yu X, et al. The relationship between health literacy and quality of life: A systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes. 2018; 16(1):201. DOI: 10.1186/s12955-018-1031-7
5. Panahi R, Osmani F, Sahraei M, Ebrahimi S, Shamsizadeh Nehadghashti M, Javanmardi E. Relationship of health literacy and quality of life in adults residing in karaj, Iran.

J Educ Community Health. 2018; 4(4): 13-9. (Persian). DOI:10.21859/jech.4.4.13

6. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12: 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80
7. World Health Organization. Track 2: Health literacy and health behaviour Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2021 28 June]. Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/health-literacy#:~:text=Health%20Literacy%20has%20been%20defined,pamphlets%20and%20successfully%20make%20appointments.
8. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in europe: Comparative results of the european health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015; 25(6):1053-8. DOI:10.1093/eurpub/ckv043
9. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med. 2007; 167(14): 1503-9. DOI:10.1001/archinte.167.14.1503
10. Robatsarpooshi D, Tavakoly Sany S, Alizadeh Siuki H, Peyman N. Assessment of health literacy studies in Iran: Systematic review. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2019; 25(6): 793-807. (Persian). URL:https://jsums.medsab.ac.ir/article_1142.html?lang=en
11. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Soc Sci Med. 2008; 66(8): 1809-16. DOI:10.1016/j.socscimed.2008.01.003
12. Seyedoshohadaee M, Kaghanizade M, Nezami M, Hamedani B, Barasteh S. The relationship between health literacy and general health in patients with type 2 diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2016; 15(5): 312-9. (Persian). URL: http://ijdld.tums.ac.ir/article-1-5446-en.html
13. Orakifar N, Moradi N, Shaterzadeh yazdi Mj, Hosieni bedokhti M, Saadat M, Ravanbakhsh M, et al. The effect of educational webinar on the level of knowledge related to covid- 19 and familiarity with self-care methods in professors and students of ahvaz faculty of rehabilitation sciences. Horizons of Medical Education Development. 2022; 13(2): 71-81. (Persian) DOI:10.22038/hmed.2021.55629.1127
14. Seid SS, Amendoeira J, Ferreira MR. Self-care and quality of life among adult patients with heart failure: Scoping review. SAGE Open Nurs. 2023; 9: 23779608231193719. DOI: 10.1177/23779608231193719
15. Pakaya RE, Syam Y, Syahrul S. Correlation of self-efficacy and self-care of patients undergoing hemodialysis with their quality of life. Enfermería Clínica. 2021; 31: S797-S801. DOI:10.1016/j.enfcli.2021.07.033
16. Chin C-H, Tseng L-M, Chao T-C, Wang T-J, Wu S-F, Liang S-Y. Self-care as a mediator between symptom-management self-efficacy and quality of life in women with breast cancer. PLOS ONE. 2021; 16(2):e0246430. DOI:10.1371/journal.pone.0246430
17. Ayala EE, Winseman JS, Johnsen RD, Mason HRC. U.S. Medical students who engage in self-care report less stress and higher quality of life. BMC Med Educ. 2018; 18(1): 189. DOI: 10.1186/s12909-018-1296-x
18. Koirala B, Dennison Himmelfarb CR, Budhathoki C, Davidson PM. Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. Heliyon. 2020; 6(2): e03412. DOI:10.1016/j.heliyon.2020.e03412
19. Afra A, Seneysel bachari S, RahimiHassanabad V, Rouhandeh R. The study of the relationship between quality of life and health literacy among students of abadan faculty of medical sciences. Journal of Nursing Education. 2019; 8(1): 53-60. (Persian) URL: http://jne.ir/article-1-982-en.html
20. Yildirim Y, Kilic SP, Akyol AD. Relationship between life satisfaction and quality of life in turkish nursing school students. Nurs & Health Sci. 2013; 15(4): 415-22. DOI:10.1111/nhs.12029
21. Bhandari P. Stress and health related quality of life of nepalese students studying in south Korea: A cross sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2012; 10(1): 26. 10.1186/1477-7525-10-26. DOI: 10.1186/1477-7525-10-26
22. Wolf L, Stidham AW, Ross R. Predictors of stress and coping strategies of us accelerated vs. Generic baccalaureate nursing students: An embedded mixed methods study. Nurse Educ Today. 2015; 35(1): 201-5. DOI:10.1016/j.nedt.2014.07.005
23. Cruz JP, Felicilda-Reynaldo RFD, Lam SC, Machuca Contreras FA, John Cecily HS, Papathanasiou IV, et al. Quality of life of nursing students from nine countries: A cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2018; 66: 135-42. DOI:10.1016/j.nedt.2018.04.016
24. Ribeiro ÍJS, Pereira R, Freire IV, de Oliveira BG, Casotti CA, Boery EN. Stress and quality of life among university students: A systematic literature review. Health Professions Education. 2018; 4(2): 70-7. DOI:10.1016/j.hpe.2017.03.002
25. Portela-Pino I, Hernaiz-Sanchez A, Lomba-Portela L. Evaluation of health literacy and its predictive formative factors among spanish military personnel. Mil psychol: 2025; 37(1): 14-21. DOI:10.1080/08995605.2023.2274755
26. Bentler PM, Cho C P. Practical issues in structural modeling. Sociological Methods & Research. 1987; 16(1):78-117. DOI: 10.1177/0049124187016001004
27. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin S A, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health literacy for iranian adults (HELIA): Development and psychometric properties. Payesh. 2014; 13(5):589-99. (Persian). URL: http://payeshjournal.ir/article-1-279-fa.html
28. Tucker G, Adams R, Wilson D. New Australian population scoring coefficients for the old version of the sf-36 and sf-12 health status questionnaires. Qual Life Res. 2010; 19(7): 1069-76. DOI: 10.1007/s11136-010-9658-9

29. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item short form health survey (sf-12): Factor structure, internal consistency and construct validity. BMC Public Health. 2009; 9:341. DOI: 10.1186/1471-2458-9-341
30. Madad S. Investigating the effect of self-care training on self-care skills of mentally retarded children. Tehran, University of Sciences. Welfare and Rehabilitation. (Persian) URL: https://cipfile.com/standard-self-care-status-questionnaire
31. Fallahi M, Ghazanfari N. The effect of group recreational activities on the self-care skills of schizophrenic patients. Iranian Journal of Nursing Research. 2007; 2(5): 25-30. (Persian) URL:http://ijnr.ir/article-1-126-en.html
32. Khaleghi M, Amin Shokravi F, Peyman N. The relationship between health literacy and health-related quality of life in students. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2019; 7(1): 66-73. (Persian) DOI:10.30699/ijhehp.7.1.66
33. Mohammadi Farah S, Saati Asr MH, Kavivani Manesh A, Barati M, Afshari M, Mohammadi Y. Health literacy level and its related factors among college students of hamadan university of medical sciences, Hamadan, Iran. J Educ Community Health. 2017; 4(2):11-7. (Persian). DOI:10.21859/jech.4.2.11
34. Mullan J, Burns P, Weston K, McLennan P, Rich W, Crowther S, et al. Health literacy amongst health professional university students: A study using the health literacy questionnaire. Education Sciences. 2017; 7(2): 54. DOI: 10.3390/educsci7020054
35. Pourmoghaddam S, Shadman A, Mardi A. A comparative study on students' health literacy in two faculties of ardabil university of medical sciences in Iran, 2020. International Journal of Scientific Reports. 2022; 8(8): 215-20. DOI:10.18203/issn.2454-2156.IntJSciRep20221836
36. Campoli J, Cummings JA. "Becoming a person who does self-care": How health care trainees naturalistically develop successful self-care practices. J Med Educ Curric Dev. 2024; 11:23821205231223321. DOI: 10.1177/23821205231223321
37. Canales-Gómez IJ, Torres-Mendoza BM. Cultural context and self-care impact on medical students' quality of life. A mixed-methods approach. Gac Med Mex. 2024; 160(1):86-95. 2024; 160(1): 86-95. DOI:10.24875/gmm.m24000860
38. Sundukova I, Stasenko O, Lohvinova Y, Kovalova Y, Radionova O. Physical culture as a means of physical activity and strengthening the health of young students. SPORT TK-Revista EuroAmericana De Ciencias Del Deporte. 2024; 13: 24. DOI: 10.6018/sportk.557541
39. Ataei M, Esmaelzadeh Saeieh S, Yazdkhasti M, Jashni Motlagh A. Coping with identity threat and health literacy on the quality of life and mental health in students: Structural equation modeling. Neuropsychopharmacol Rep. 2023; 43(2): 195-201. DOI:10.1002/npr2.12328
40. Cheraghi F, Borzo S, Khatibian M, Maghsoudi Z. The effect of applying orem self-care model on quality of life in Iranian patients: A systematic review study. Iranian Journal of Systematic Review in Medical Sciences. 2022; 2(1): 30-40. (Persian) URL:http://ijsr.ir/article-1-58-fa.html
41. Majidi S, Kaveh Maryan S, Esmaeilpour_Bandboni M. The relationship between health literacy and quality of life of the elderly living in nursing homes in guilan province in 2020. Journal of Nursing Education. 2021; 10(5): 78-85. (Persian) URL: http://jne.ir/article-1-1303-fa.html
42. Arzhangi R, Ghasemi S, Mohammadi S, Norouzi M, Norouzi K. Investigating the relationship between health literacy and quality of life on hemodialysis patients in selected medical centers under the auspices of ardabil university of medical sciences. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2022; 8(2): 21-31. (Persian) DOI: 10.22034/ijrn.8.2.3.
43. Rababah JA, Al-Hammouri MM, Drew BL. The impact of health literacy on college students' psychological disturbances and quality of life: A structural equation modeling analysis. Health Qual Life Outcomes. 2020; 18(1):292. DOI: 10.1186/s12955-020-01541-7.
44. Homayounfar M, Zargar SM, Danaei A. The mediating effect of self-care measures on the relationship between health literacy and quality of life of patients after open heart surgery. Journal of Healthcare Management. 2019; 10(3):43-53. (Persian) URL: https://sanad.iau.ir/fa/Article/806337?FullText=FullText
45. Aker EB, Doganer YÇ, Aydogan U. Quality of life and associated factors in medical students. Eurasian Journal of Family Medicine. 2020; 9(3): 154-62. DOI:10.33880/EJFM.2020090306