



The Study of the Relationship between Quality of Life and Health Literacy among Students of Abadan Faculty of Medical Sciences

Arghavan Afra¹, Shima Seneyssel Bachari², Vida Rahimi Hassanabad^{3,*},
Rouhollah Rouhandeh⁴

¹ Assistant professor, PhD in Nursing, Student Research Committee, Abadan Faculty of Medical Sciences, Abadan, Iran

² Master student in Midwifery, Abadan Faculty of Medical Sciences, Abadan, Iran

³ Master Student in Nursing, Abadan Faculty of Medical Sciences, Abadan, Iran

⁴ School of paramedical, Gerash university of Medical Sciences, Gerash, Iran

* **Corresponding author:** Vida Rahimi Hassanabad, Master Student in Nursing, Abadan Faculty of Medical Sciences, Abadan, Iran. E-mail: vida.rahimi13@yahoo.com

Received: 29 Nov 2018

Accepted: 19 Jun 2019

Abstract

Introduction: Health literacy is an essential element in people's ability to contribute to health-related activities, health decisions, and the ability to prevent illness and lifestyle. Today, health literacy is a global issue because many unpleasant health outcomes result from inadequate health literacy. The purpose of this study was to investigate the relationship between quality of life and health literacy among students of Abadan Faculty of Medical Sciences.

Methods: 250 undergraduate and graduate students were selected through stratified random sampling. Data were gathered using health literacy assessment and SF-36 quality of life questionnaires. Data were analyzed using SPSS version 19, Pearson correlation test and multiple linear regression coefficient.

Results: There was a direct and meaningful weak relationship between the variables of health literacy and the quality of life ($r=0.272$). Also, there was a direct and significant correlation between mental health score and physical health ($r=0.722$), reading and access ($r=0.604$), understanding ($r=0.654$), evaluation ($r=0.538$), decision making and behavior ($r=0.484$). There was also a direct and significant correlation between understanding and reading ($r=0.549$) and evaluation ($r=0.722$). There was a direct and significant correlation between evaluation and reading ($r=0.552$), decision making and behavior and understanding ($r=0.489$) and evaluation ($r=0.458$).

Conclusions: Students with a low level of health literacy have poor quality of life and individuals with better mental health have a healthier physical form. Considering the students' higher score of physical health than their mental health, it is recommended to hold training workshops on stress management, management of living plans, lifestyle in the dormitory, healthy relationships with others, and increased sports and recreational programs to improve the mental health and identify the problems accurately and solve them.

Keywords: Quality of Life, Health Literacy, Students



بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و سواد سلامت دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان

ارغوان افرا^۱، شیما سنسپل بچاری^۲، ویدا رحیمی حسن آباد^۳، روح الله روهنده^۴

^۱ عضو هیئت علمی، دکتری تخصصی آموزش پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران
^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران
^۴ مربی، دانشکده پیراپزشکی، دانشکده علوم پزشکی گراش، گراش، ایران
 * نویسنده مسئول: ویدا رحیمی حسن آباد، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.
 ایمیل: vida.rahimi13@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۰۸

چکیده

مقدمه: سواد سلامت عنصری مهم در توانایی افراد برای مشارکت در فعالیتهای مرتبط با سلامتی، تصمیم گیریهای درمانی، توانایی پیشگیری از بیماریها و شیوه زندگی است. امروزه سواد سلامت به عنوان یک مسئله جهانی مطرح می باشد زیرا بسیاری از نتایج ناخوشایند مربوط به سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی آبادان می باشد.

روش کار: تعداد ۲۵۰ دانشجوی مقاطع کاردانی و کارشناسی از طریق نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. جهت گردآوری داده ها از دو پرسشنامه سنجش سواد سلامت و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36، استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹، آزمون آماری همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

یافته ها: بین متغیر سواد سلامت با متغیر کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معنادار ضعیفی مشاهده شد ($r = 0/272$). هم چنین بین نمره سلامت روانی با سلامت جسمانی ($r = 0/722$)، دسترسی با خواندن ($r = 0/604$)، درک و فهم ($r = 0/654$)، ارزیابی ($r = 0/538$)، تصمیم گیری و رفتار ($r = 0/484$)، همبستگی مستقیم و معناداری یافت شد. درک و فهم با خواندن ($r = 0/549$) و ارزیابی ($r = 0/722$) نیز همبستگی مستقیم و معناداری داشت. بین ارزیابی با خواندن ($r = 0/552$)، تصمیم گیری و رفتار با درک و فهم ($r = 0/489$) و ارزیابی ($r = 0/458$) نیز همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت.

نتیجه گیری: دانشجویان با سطح پایین سواد سلامت، دارای کیفیت زندگی ضعیف هستند و افراد دارای سلامت روان بهتر، دارای جسمی سالم تر می باشند. باتوجه به بالاتر بودن نمره سلامت جسمی دانشجویان از سلامت روانی آنها، توصیه می شود جهت ارتقاء سلامت روان و شناسایی دقیق مشکلات و حل آنها کارگاه های آموزشی درخصوص کنترل استرس، مدیریت برنامه های زندگی، شیوه زندگی در خوابگاه ها، ارتباط سالم با دیگران و افزایش برنامه های ورزشی و تفریحی برگزار گردد.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، سواد سلامت، دانشجویان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

که افراد از کیفیت زندگی شان دارند را نیز مورد توجه قرارداد [۱]. کیفیت زندگی از مهم ترین مولفه های مفهوم کلی بهداشت محسوب می شود [۲]. کیفیت زندگی در تعریف WHO، عبارت است از ارزیابی

WHO، سلامتی را "حالتی که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشانه ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی شود"، تعریف نموده است. بنابراین در ارزیابی سلامتی، باید ادراکی

خودکارآمدی یعنی "توانایی برای اعمال کنترل بر زندگی و محیط اطراف" باشد [۱۰]. از سوی دیگر باتوجه به اینکه سواد سلامت می‌تواند تحت تأثیر عوامل زیادی از جمله عوامل جمعیت‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و زبان قرار گیرد، نتایج متفاوتی از آن در بین جوامع مختلف گزارش شده است [۲۰]. هم‌اکنون سواد سلامت به عنوان یک مسئله و بحث جهانی معرفی شده است [۲۱]. بر این اساس سازمان بهداشت جهانی در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرده که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های راهبردی، در خصوص ارتقاء سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود [۲۲]. اگرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مربوط به سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است. سطح سواد سلامت قابل قبول، سبب می‌شود که مردم در زمینه موضوعاتی که با سلامت آن‌ها گره خورده است، تفسیر و تحلیل مناسب داشته باشند و بیشتر و بهتر بتوانند از خود و اطرافیان خود، در برابر عوامل بیماری‌زا مراقبت کنند. نتایج مطالعات مختلف، نشان داده است: در جوامعی که سطح سواد سلامت مردم، از میزان قابل قبولی برخوردار است، هم مردم با نشاط‌تر، سالم‌تر و پویاترند و هم دولت‌ها، کم‌تر متحمل هزینه‌های سرسام‌آور درمان می‌شوند و بدین ترتیب، هزینه‌هایی که به ناچار باید صرف درمان شود، صرف پیشگیری و بهداشت مردم خواهد شد و این مهم، کیفیت و سبک زندگی مردم را نیز بهبود می‌بخشد. گفته شده است، افراد با سواد سلامت ناکافی، با احتمال کمتری، اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده توسط آنها عمل می‌کنند، وضعیت سلامت ضعیف‌تری دارند و هزینه‌های پزشکی بیش‌تری را متحمل می‌کنند [۲۳]. باتوجه به اهمیت این موضوع اطلاعات زیادی در رابطه با ارتباط بین کیفیت زندگی و سواد سلامت دانشجویان در دسترس نیست. بدلیل عدم مطالعه کافی در رابطه با راهکارهای آموزشی و اجرای آن‌ها جهت ارتقاء سواد سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان، این مشکلات هنوز در حال تداوم هستند. و باتوجه به اینکه در ایران اطلاعات زیادی درخصوص میانگین کیفیت زندگی دانشجویان علوم پزشکی به عنوان مدیران و برنامه‌ریزان سلامت آینده، وضعیت سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی به عنوان عاملی مهم در تصمیم‌گیری‌ها و چگونگی عملکرد آن‌ها در نظام سلامت و بررسی ارتباط بین این دو متغیر در دسترس نیست. بنابراین؛ پژوهشگران برآن شدند پژوهشی با هدف «تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و سواد سلامت دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان در سال ۱۳۹۷» انجام دهند.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی بود، که پس از کسب مجوز و هماهنگی لازم با مسئولین، جهت جمع‌آوری داده‌ها و تکمیل پرسشنامه‌ها به دانشکده علوم پزشکی آبادان مراجعه گردید. برای انتخاب حجم نمونه

و درک افراد از وضعیت زندگی خویش، تحت تأثیر نظام فرهنگی و ارزشی و موقعیتی که در آن زندگی می‌کنند و در واقع اهداف، انتظارات، معیارها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی بر وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات او تأثیرگذار است [۳، ۴]. دانشجویان از اقشار مستعد و برگزیده جامعه و سازندگان آینده کشور خویش هستند و سطح سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر بسزایی در یادگیری و افزایش آگاهی علمی و موفقیت‌های تحصیلی‌شان خواهد داشت به گونه‌ای که اسفندیاری (۱۹۹۹) معتقد است پژوهش‌های متعدد نمایانگر بروز برخی حالات و رفتارهای نامساعد روانشناختی نظیر اضطراب و افسردگی در محیط دانشگاهی است [۵]. و بنا به دلایل مختلفی از جمله، شرایط خاص دوره جوانی، حجم زیاد درس‌ها، مشکلات اقتصادی و دوری از خانواده، تحت تنیدگی، افسردگی، اضطراب و خستگی‌های روانی مستعد تضعیف کیفیت زندگی و از دست دادن سلامت خود هستند [۶]. مطالعه سلطانی و همکاران در گیلان (۱۳۹۰) نشان داد که ۶۲٪ از دانشجویان دارای کیفیت زندگی متوسط و نامطلوب بوده‌اند [۷] و مطالعه امیری و همکاران در یکی از دانشگاه‌های شمال شرق ایران (۱۳۹۲) نشان از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب دانشجویان علوم پزشکی دارد [۸]. همچنین ادعاهایی وجود دارد مبنی بر اینکه عملکرد سلامتی جسمی، روانی و کیفیت زندگی ضعیف‌تر با سواد سلامت پایین مرتبط هستند [۹، ۱۰]. WHO در پنجمین کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت در مکزیك، سواد سلامت را به عنوان مهارت‌های شناختی و اجتماعی که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و بکارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها گردد، معرفی کرده است. در این کنفرانس بیان شد که سواد سلامت نه تنها به عنوان یک ویژگی و مشخصه فردی، بلکه بایستی به عنوان یک تعیین‌کننده کلیدی بهداشت و سلامتی در سطح جمعیت در نظر گرفته شود [۱۱-۱۳]. سواد سلامت عنصری مهم در توانایی افراد برای مشارکت در فعالیت‌های مرتبط با سلامتی، تصمیم‌گیری‌های درمانی و همچنین توانایی آن‌ها برای پیشگیری از بیماری‌ها است. بدون داشتن درک کافی از اطلاعات سلامت، تصمیم‌گیری‌های منجر به پیامدهای مطلوب سلامت برای افراد امکان پذیر نیست [۱۴]. بررسی‌های مختلف طیف گسترده‌ای از سواد سلامت ناکافی را در کشورهای مختلف نشان می‌دهند [۱۵]. یک بررسی ملی که در سطح گسترده‌ای در کشور آمریکا انجام شد، شیوع سواد سلامت ناکافی را ۴۸٪ برآورد کرد که در این مطالعه تنها ۱۱٪ از بزرگسالان از سواد سلامت کافی برخوردار بودند [۱۶]. در مطالعه‌ای که در ایران در این زمینه صورت گرفت ۵۶/۶٪ سواد سلامت ناکافی داشتند و ۲۸/۱٪ از افراد از سطح بالای سواد سلامت برخوردار بودند [۱۷]. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد سواد سلامت پایین با نتایج نامطلوب بهداشتی، رفتارهای بهداشتی زبان‌آور رضایت کم‌تر بیمار و در برخی از موارد با مرگ و میر بالاتر همراه است. در حقیقت بسیاری معتقد هستند که سواد سلامت پایین درواقع به نابرابری‌های سلامت کمک می‌کند [۱۸]. زندگی با کیفیت برتر از چالش‌های پژوهشگران در قرن حاضر است [۱۹]. برخی شواهد نشان داده‌اند که سواد سلامت پایین با کیفیت زندگی ضعیف در ارتباط است که این رابطه می‌تواند به دلیل کاهش قابلیت دسترسی و استفاده کمتر از مراقبت‌های پزشکی، افزایش بار استرس به علت افزایش چالش‌های روزمره زندگی و کاهش

و نمرات ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته شده است. براساس نتایج تحلیل عاملی تاییدی (REMSA = ۰/۹۷، CFI = ۰/۸۲، NFI = ۰/۹۵، $\chi^2/df = ۳/۲$ ، AGFI) پرسشنامه فوق از روایی سازه مطلوبی برخوردار است و پایایی قابل قبولی (۰/۷۸-۰/۹۰) می‌باشد [۲۵].

ب) پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی SF-36 فرم ۳۶ سوالی توسط وارورشوبون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد که وضعیت سلامت افراد را بررسی می‌کند. روایی این پرسشنامه با آزمون «روایی همگرایی» مورد تأیید قرار گرفت (دامنه ضریب تغییرات ۰/۵۸-۰/۹۵) و پایایی آن نیز با مطالعه‌ای پایلوت و با استفاده از آزمون «آلفای کرونباخ» (۰/۸۰) مورد تأیید قرار گرفت. سوالات این پرسشنامه ۸ سازه اصلی در رابطه با سلامت فردی (۴ سازه سلامت جسمی و ۴ سازه سلامت روانی) را اندازه‌گیری می‌کنند. نمره کل این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد، که نمرات در چهار سطح نمره کم‌تر از ۴۵ به عنوان کیفیت زندگی خیلی ضعیف، ۴۵-۶۰ ضعیف، ۶۰-۷۵ متوسط و بالاتر از ۷۵ مطلوب تقسیم‌بندی شدند. آنالیز توصیفی متغیرهای کیفی با استفاده از جدول توزیع فراوانی (درصد و فراوانی) و آنالیز توصیفی متغیرهای کمی با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی شامل میانگین و انحراف معیار می‌باشد هم‌چنین برای ارتباط سنجی بین متغیرهای کمی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹، استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد دانشجویان کاردانی و کارشناسی شرکت‌کننده در این پژوهش ۲۳۰ نفر بودند. میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان شرکت‌کننده ۲۳/۳۷±۲۱/۳۴ بود. ۵۰٪ (۱۱۵ نفر) آن‌ها زن و ۵۰٪ (۱۱۵ نفر) مرد بودند. ۹۱/۸٪ (۲۱۱) از آن‌ها مجرد و ۸/۲٪ (۱۹ نفر) از آن‌ها متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار نمره کل سواد سلامت ۷۸/۱۴±۷۹/۷۰ از ۱۰۰ بود. توزیع فراوانی سطح سواد سلامت دانشجویان مورد مطالعه در جدول ۱ ذکر گردیده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی سطح سواد سلامت دانشجویان کاردانی و کارشناسی دانشکده علوم پزشکی آبادان در سال ۱۳۹۷

گروه‌بندی سواد سلامت	فراوانی (درصد)
سواد سلامت ناکافی	۱۸ (۷/۸٪)
سواد سلامت نه چندان کافی	۷۳ (۳۱/۷٪)
سواد سلامت کافی	۹۳ (۴۰/۴٪)
سواد سلامت عالی	۴۶ (۲۰٪)
کل	۲۳۰ (۱۰۰٪)

میانگین نمره کل کیفیت زندگی دانشجویان مورد مطالعه ۶۸/۷۵ و میانگین نمره ابعاد کلی کیفیت زندگی: سلامت جسمی و روانی به ترتیب ۷۳/۴۴ و ۶۴/۰۶ از ۱۰۰ بود. براساس نتایج مطالعه کم‌ترین نمره در ابعاد مختلف کیفیت زندگی، مربوط به بعد سرزندگی و بیش‌ترین نمره مربوط به بعد کارکرد جسمی بود. نمره کل کیفیت زندگی و میانگین نمرات کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف در جدول ۲ آمده است.

با توجه به حجم کل افراد جامعه که ۷۵۰ نفر بود، با استفاده از جدول جرکسی و مورگان، ۲۵۶ نفر دانشجویان به عنوان حجم نمونه مورد مطالعه بدست آمد که بدلیل عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها ۲۶ دانشجو از مطالعه خارج شدند [۲۴]. به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، به صورت جداگانه تعداد دانشجویان هر رشته تحصیلی (پرستاری، پزشکی، اتاق عمل، علوم آزمایشگاهی، بهداشت و فوریت پزشکی) از آموزش دانشکده گرفته شد و با توجه به فرمول زیر، درصد دانشجویان هر رشته از کل دانشجویان مورد مطالعه (۷۵۰ نفر)، محاسبه شد.

درصد دانشجویان هر رشته تحصیلی

$$= \frac{100 \times \text{تعداد دانشجویان هر رشته تحصیلی}}{\text{تعداد کل دانشجویان دانشکده (750 نفر)}}$$

جهت بدست آوردن تعداد دانشجویان انتخابی از هر رشته تحصیلی، درصد دانشجویان هر رشته تحصیلی که توسط فرمول بالا بدست آمد در عدد ۲۵۰ ضرب شد. بدین صورت تعداد دانشجویان انتخابی هر رشته تحصیلی طی فرآیند ذکر شده و به صورت جداگانه بدست آمد. باتوجه به تعداد مشخص شده، دانشجویان از هر رشته به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. لازم به ذکر است که تعداد دختران و پسران دانشجویان به صورت برابر انتخاب شدند. پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه به صورت کتبی توسط آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی بین آن‌ها توزیع شد، که به صورت خودگزارشی تکمیل شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: دانشجویی سال دوم به بعد، تحصیل در مقطع کاردانی و کارشناسی رشته‌های علوم پزشکی، تمایل افراد برای ورود به مطالعه، داشتن تابعیت ایرانی و اشتغال به تحصیل در دانشکده علوم پزشکی آبادان بود. از همه دانشجویان درخواست شد که با صداقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند، به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به طور محرمانه استفاده می‌شود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو قسمت بود: الف) پرسشنامه سنجش سواد سلامت ایرانی (HELIA: Health Literacy: Iranian Adults). این پرسشنامه استاندارد، دارای ۳۳ گویه اصلی است و توانایی افراد را در ابعاد مختلف سواد سلامت شامل مهارت خواندن (۴ گویه)، دسترسی (۶ گویه)، درک و فهم (۷ گویه)، ارزیابی (۴ گویه) و تصمیم‌گیری و به کارگیری اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) می‌سنجد. مقیاس نمره‌دهی این پرسشنامه بصورت لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد، در سوالات مهارت خواندن؛ امتیاز ۵-۱ تعلق می‌گیرد، امتیاز ۱ به گزیننده کاملاً سخت و ۵ به گزیننده کاملاً آسان اختصاص داده شده است. در مورد ۴ بعد دیگر سواد سلامت؛ نمره ۵-۱ به گزیننده اختصاص داده شده است. به گونه‌ای که امتیاز ۱ به هیچوقت و امتیاز ۵ به همیشه اختصاص یافت. نحوه امتیازدهی در این ابزار به این صورت است که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هر یک از حیطه‌ها از جمع جبری امتیازات به دست آمده، سپس برای تبدیل این امتیاز، به طیف ۰ تا ۱۰۰ از فرمول؛ تفاضل نمره خام به دست آمده از حداقل نمره خام ممکن، تقسیم بر تفاضل حداکثر امتیاز ممکن از حداقل امتیاز ممکن استفاده گردید. نهایتاً برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات همه ابعاد (براساس طیف صفر تا ۱۰۰) جمع گردیده و سپس بر تعداد ابعاد (عدد ۵) تقسیم شده است. نمرات به عنوان ۰ تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی

براساس مشاهدات نمونه و در سطح معنی داری $P < 0/05$ ، ارتباط معناداری بین ارزیابی و سلامت روانی مشاهده نشد ($P = 0/336$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و سواد سلامت دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان در سال ۱۳۹۷ انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد، میانگین نمره کل سواد سلامت دانشجویان ۷۰/۷۹ از ۱۰۰ می‌باشد که نشان‌دهنده کافی بودن سطح سواد سلامت دانشجویان علوم پزشکی آبادان است و بیش از یک سوم دانشجویان (۳۹/۶٪) دارای سواد سلامت ناکافی بودند. نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های حاصل از مطالعه ژنگ و همکاران (۲۰۱۱) که سواد سلامت دانشجویان را ضعیف [۲۵] و یافته‌های مطالعه Asche-Orlow و همکاران (مرور سیستماتیک) در آمریکای شمالی حاکی از آن بود که ۲۶٪ از افراد سواد سلامت پایین و ۲۰٪ سواد سلامت مرزی داشتند [۱۵]، مغایرت دارد که علت این مغایرت را می‌توان به مناسب بودن خودمراقبتی و خودکارآمدی دانشجویان، درک بهتر دستورالعمل دارو، استفاده مناسب از داروها، پیروی از دستورات پزشک، کاهش بستری در بیمارستان و در نتیجه وضعیت سلامت بهتر دانشجویان علوم پزشکی آبادان نسبت به جامعه مورد پژوهش در مطالعه Asche-Orlow و ژنگ مربوط دانست. در صورتی که یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، با نتایج مطالعه پناهی و همکاران (۱۳۹۵) که در آن سواد سلامت در بیش از یک سوم دانشجویان (۳۶/۸ درصد) ناکافی و نه چندان کافی بود، هم‌خوانی دارد [۲۶]. یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که میانگین کل کیفیت زندگی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان، ۶۸/۷۵ از ۱۰۰ بود که نشان‌دهنده کیفیت زندگی خوب این دانشجویان می‌باشد. همچنین حسینی و همکاران (۱۳۹۰) و نیز سلطانی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعات خود، کیفیت زندگی اکثر دانشجویان را در سطح خوب نشان دادند [۲۷، ۷]. کیفیت زندگی خوب دانشجویان علوم پزشکی آبادان، بیانگر رضایت دانشجویان از وضعیت زندگی، جایگاه فعلی و بافت سیستم فرهنگی و ارزش‌هایی است که در آن‌ها زندگی می‌کنند. پاسداران و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود بیانگر مستعد بودن دانشجویان علوم پزشکی به از دست دادن سلامت عمومی و تضعیف کیفیت زندگی به دلیل استرس، دوری از خانواده، مشکلات دوره جوانی، حجم زیاد درس‌ها، مشکلات اقتصادی بوده‌اند [۲۸]. به همین خاطر می‌توان کیفیت زندگی خوب دانشجویان علوم پزشکی آبادان را به سواد سلامت کافی، سازگاری با شرایط دوره دانشجویی، جوانی و دوری از خانواده دانست.

در مطالعه حاضر، نمره سلامت جسمی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان بیش‌تر از سلامت روانی می‌باشد. دانشجویان چون جوان هستند، اهمیت فراوانی به جسم می‌دهند تا به روح. انسان‌ها فراموش کردند که سلامت روح منجر به سلامت جسمی می‌شود. بعد روحی یک بعد تخصصی است و برای ارتقاء آن باید تخصصی برخورد کرد و یک جوان نمی‌تواند به تنهایی سلامت روحی خود را بهبود بخشد. نتایج حاصل از مطالعه حاضر بیانگر اختصاص یافتن بیش‌ترین نمره کیفیت زندگی به زیرمقیاس کارکرد جسمی دانشجویان علوم پزشکی آبادان است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان در ابعاد کیفیت زندگی، بیش‌تر از همه به نیازهای فردی،

جدول ۲: میانگین نمره خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی دانشجویان کردانی و کارشناسی دانشکده علوم پزشکی آبادان در سال ۱۳۹۷

خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی	میانگین (انحراف از معیار)
نمره کل کیفیت زندگی	۶۸/۷۵ ± ۷۸/۱۶
سلامت جسمی	۷۳/۴۴ ± ۱۷/۵
سلامت روانی	۶۴/۰۶ ± ۱۸/۷
کارکرد جسمی	۸۷/۳۲ ± ۱۷
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۷۷/۳۵ ± ۲۷/۵۴
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۸۰/۵۱ ± ۲۶/۱۴
سرزندگی	۶۳/۱۰ ± ۱۸/۲
بهبودی هیجانی	۶۶/۱۳ ± ۱۷/۲
کارکرد اجتماعی	۶۴/۴۵ ± ۲۱/۳
درد	۷۳/۲۹ ± ۲۱/۵
سلامت عمومی	۶۳/۵ ± ۱۶/۶

جهت بررسی ارتباط بین سواد سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتیجه نشان داد که بین متغیر سواد سلامت و متغیر کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد ($P < 0/001$ ، $r = 0/372$). به این معنا که با افزایش سواد سلامت، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. جهت بررسی ارتباط میان ابعاد سلامتی با مولفه‌های کیفیت زندگی در دانشجویان از ماتریس همبستگی استفاده شد (که نتایج آن در جدول ۳ گزارش گردیده است). نتایج بدست آمده، شدت همبستگی را به تفکیک ابعاد کلی کیفیت زندگی (سلامت جسمی و سلامت روانی) با دسترسی، خواندن، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و رفتار ضعیف و معنادار نشان داد. براساس مشاهدات نمونه و در سطح معنی‌داری $P < 0/336$ ، ارتباط معناداری بین ارزیابی و سلامت روانی مشاهده نشد ($P = 0/336$). براساس مشاهدات نمونه و در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ و نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون بین نمره سلامت روانی با سلامت جسمانی ($P < 0/001$ ، $r = 0/722$)، همچنین دسترسی با نمره خواندن ($P < 0/001$ ، $r = 0/604$)، درک و فهم ($P < 0/001$ ، $r = 0/654$)، ارزیابی ($P < 0/001$ ، $r = 0/538$)، تصمیم‌گیری و رفتار ($P < 0/001$ ، $r = 0/484$)، همبستگی مستقیم و معناداری یافت شد. درک و فهم با خواندن ($P < 0/001$ ، $r = 0/549$) و ارزیابی ($P < 0/001$ ، $r = 0/722$) نیز همبستگی مستقیم و معناداری داشت. ارزیابی با خواندن ($P < 0/001$ ، $r = 0/552$)، تصمیم‌گیری و رفتار با درک و فهم ($P < 0/001$ ، $r = 0/489$) و ارزیابی ($P < 0/001$ ، $r = 0/458$) نیز همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت.

جدول ۳: ماتریس ضرایب همبستگی بین ابعاد سواد سلامت و ابعاد کیفیت زندگی دانشجویان کردانی و کارشناسی دانشکده علوم پزشکی آبادان در سال ۱۳۹۷

	سلامت جسمی	سلامت روانی	دسترسی خواندن	درک و فهم ارزیابی
سلامت روانی	۰/۷۲۲*			
دسترسی خواندن	۰/۱۶۳*	۰/۱۷۵*		
درک و فهم	۰/۲۳۹*	۰/۲۱۳*	۰/۵۴۹*	
ارزیابی	۰/۱۳۲*	۰/۱۶۲*	۰/۱۴۴*	۰/۵۵۲*
تصمیم‌گیری و رفتار	۰/۲۶۶*	۰/۲۲۸*	۰/۴۴۴*	۰/۳۸۱*
	۰/۴۵۸*	۰/۴۸۹*	۰/۳۸۱*	۰/۳۸۱*

*معنی‌داری در سطح $P < 0/05$

سلامت دانشجویان (به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی آنان) حداکثر تلاش خود را بکار گیرند. و عدم وجود ارتباط بین ارزیابی و سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آبادان را می‌توان به این مورد مربوط دانست که دانشجویان دارای سواد سلامت کافی هستند و به خوبی اطلاعات مرتبط با سلامت جسمی را ارزیابی می‌کنند. اما این اطلاعات منجر به بهبود سلامت روان آنان نمی‌شود، چون این بکارگیری این اطلاعات در جهت ارتقاء سلامت روان، نیازمند فرد روانشناس است و یک کار تخصصی محسوب می‌شود و از عهده دانشجو به تنهایی خارج است.

نتیجه‌گیری

باتوجه به کافی بودن سطح سواد سلامت و مطلوب بودن کیفیت زندگی دانشجویان کاردانی و کارشناسی دانشکده علوم پزشکی آبادان و وجود ارتباط مثبت و معنادار بین سواد سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان، بنابراین مسئولین ذیربط باید جهت بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی و سواد سلامت در قشر دانشجو خصوصاً دانشجویان علوم پزشکی، که ممکن است منجر به کاهش هزینه‌های روانی و اجتماعی شود، تلاش خود را بکار گیرند. پیشنهاد می‌شود جهت شناسایی دقیق، حل مشکلات و ارتقاء سلامت روان دانشجویان، تدارکات لازم را برای تشکیل کارگاه‌های روان‌شناسی، مشاوره متناسب با مشکلات شناسایی شده و اهداف برنامه‌ریزی شده در مدارس، فراهم نمود و دانشجویان را به ورزش و تفریحات سالم، تغذیه مناسب، روابط مطلوب تشویق نمود و کارگاه‌های دوره‌ای را جهت خودشناسی و دلبستگی صحیح تدوین نمود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم توانایی در تعمیم یافته‌های این پژوهش به دانشجویان سایر مناطق و رشته‌ها، نادیده گرفتن زمینه فرهنگی دانشجویان، جمع‌آوری داده‌ها به صورت خود گزارشی و در نظر نگرفتن برخی عوامل مانند امکانات و شرایط محیطی و خانوادگی و ... که می‌توانست با میزان سواد سلامت ارتباط داشته باشد، اشاره نمود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش کمیته تحقیقات دانشجویی با کد طرح 96st- 0169 و کمیته اخلاق پزشکی دانشکده علوم پزشکی آبادان مورخ ۹۶/۱۱/۱۶ به کد اخلاق شماره IR. 1396.257.ABADANUMS.ac.ir می‌باشد. بدین وسیله پژوهشگران بر خود لازم دانستند از معاونت تحقیقات و فناوری این دانشکده، جهت تمام حمایت‌های ایشان و از تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Campos M. [Quality of Life Differences between First Year Undergraduate Financial Aid and Non-Aid Recipients]. Canada: University of Vancouver 2002.
2. Park K. Park's Text Book of Preventive and Social Medicine. 17th ed. Jabalpur: Banarsidas Bhanot; 2002.
3. WHO-QOL Group. What is Quality of Life?: World Health Organization; 1996.
4. Mirkhani M. [Fundamental of Rehabilitation]. Tehran: Behzisty Organization; 2001.

پیاپی روی و نرمش، کارهای روزانه و نیازهای جسمی (بعد کارکرد جسمی) توجه دارند که این یافته را می‌توان به جوان بودن دانشجویان مربوط دانست، افراد جوان بیشتر از همه چیز به جسم و نیازهای جسمی خود می‌پردازند. به دلیل برخورداری دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان از سواد سلامت مطلوب، جهت مشارکت در فعالیت‌های مرتبط با سلامتی، پیشگیری از بیماری، راهبردهای ارتقاء سطح بهداشت و سلامت تلاش زیادی دارند. همچنین، کم‌ترین نمره به زیرمقیاس سرزندگی اختصاص یافت، که نشان‌دهنده انرژی، حس چالاکتی، سرزندگی پایین و خستگی بالا در این دانشجویان می‌باشد. یافته مذکور می‌تواند به دلیل، استرس دانشجویان، تحت فشار قرار گرفتن آنان بخاطر سنگینی و حجم بودن دروس، خستگی دانشجویان بخاطر گذراندن تمام ساعت روزانه در کلاس‌های درسی و محیط‌های بالینی استرس‌زا را خاطر نشان کند.

طی مطالعه حاضر، با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، ارتباط مثبت و معناداری بین تمام ابعاد سواد سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان کاردانی و کارشناسی دانشکده علوم پزشکی آبادان یافت شد ($P < 0/05$) اما ارتباط معناداری بین ارزیابی و سلامت روانی مشاهده نشد ($P = 0/336$). این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو می‌باشد [۲۹-۳۴]. و با یافته‌های مطالعات کوشیار و همکاران [۳۵]، Macabassco و همکاران [۳۶]، Song و همکاران [۳۷]، Wallace و همکاران [۳۸]، Howard و همکاران [۳۲] که در آن‌ها سطح سواد سلامت با کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری دارد، نیز هم‌راستا می‌باشد.

این مطالعات همسو با نتایج مطالعه حاضر تأیید کننده وجود ارتباط مثبت و معنادار بین سواد سلامت و کیفیت زندگی است و همانطور که بیان شد، دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان دارای سطح سواد سلامت کافی و به طبع آن دارای کیفیت زندگی خوب می‌باشند. این یافته بدین معناست که با افزایش سواد سلامت، کیفیت زندگی دانشجویان نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه دانشجویانی که دارای سطح بالای سواد سلامت هستند، از سطح بهداشت و سلامت بیشتری برخوردار بوده، فعالیت‌های مرتبط با سلامتی مشارکت فعال داشته، از انگیزه بالاتری برخوردار بوده و دارای کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و در نتیجه امید به زندگی بهتری هستند. که منجر به رضایت دانشجویان از وضعیت زندگی، جایگاه فعلی و بافت سیستم فرهنگی و ارزش‌هایی که در آن‌ها زندگی می‌کنند، می‌گردد. و در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت و رضایت از زندگی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان، پیشنهاد می‌شود مسئولین مربوطه جهت ارتقاء سطح سواد

8. Amiri M, Raii M, Khamse A, Rezaii N, Manochehri M. [Study of the quality of life students at a University of Medical Sciences in North east of Iran]. *J Knowledge Health*. 2014;8(176-180).
9. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*. 2009;24(3):285-96. doi: 10.1093/heapro/dap014 pmid: 19372101
10. Skevington SM, Lottfy M, O'Connell KA, Group W. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299-310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00 pmid: 15085902
11. WHO. Division of Health Promotion, Education, and Communication: World Health Organization; 1998. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/64546>.
12. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promot Int*. 1998;13(4):349-64. doi: 10.1093/heapro/13.4.349
13. Kichbush I. [Internal journal of health promotion and healthy lifestyle]. Tehran: Publication of the Ministry of Health; 2006.
14. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M. [Evaluation of health literacy of pregnant woman in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University]. *Daneshvar Med*. 2012;19:1-12.
15. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20(2):175-84. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x pmid: 15836552
16. Kutner M, Greenberg E, Yin J, Paulsen C, White S. The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington (DC): United States Department of Education; 2006.
17. Tehrani Banihashemi S, Amir Khani A, Haghdoost A, Alavian M, Asghari Fard H, Baradaran H. [Health literacy in five province and relative effective factors]. *Strides Dev Med Educ*. 2007;4(1):1-9.
18. Farin E, Ullrich A, Nagl M. Health education literacy in patients with chronic musculoskeletal diseases: development of a new questionnaire and sociodemographic predictors. *Health Educ Res*. 2013;28(6):1080-91. doi: 10.1093/her/cyt095 pmid: 24113084
19. Bowling A. *Measuring disease: a review of disease specific quality of life measurement scales*. Philadelphia: Springer; 2001.
20. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(12):1086-90. doi: 10.1136/jech.2006.053967 pmid: 18000132
21. Izadirad H, Zareban I. The Relationship of Health Literacy with Health Status, Preventive Behaviors and Health Services Utilization in Baluchistan, Iran. *J Educ Commun Health*. 2015;2(3):43-50. doi: 10.20286/jech-02036
22. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health*. 2008.
23. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot*. 2012;1:31. doi: 10.4103/2277-9531.100160 pmid: 23555134
24. Mahmodi H, Taheri A. [Relation between Information Literacy and Health Literacy of Students in Ferdowsi University of Mashhad]. *Hum Inf Interact*. 2015;2(2):31-41.
25. Downey LVA, Zun LS. Assessing Adult Health Literacy in Urban Healthcare Settings. *J National Med Assoc*. 2008;100(11):1304-8. doi: 10.1016/s0027-9684(15)31509-1
26. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Ghazanfari E, Niknami S. Evaluation of Health Literacy and its influencing factors on dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. *J Educ Commun Health*. 2017;3(3):30-6. doi: 10.21859/jech-03035
27. Hosseini SH, Alavinia SM, Rajab Zadeh R, Hossin Zade MH, Majdi MR, Nabavi SH. Effective factors on duration of breast feeding in mothers in the city of Farooj, North Khorasan, in 2010. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2011;3(1):39-42. doi: 10.29252/jnkums.3.1.6
28. Aghakhani N, Baghaie R. [The survey of depression in medical students in West Azarbaijan Province. Congress from new prevention to rehabilitation nursing in mood disorders]. *Shiraz Uni Med Sci J*. 2008;15:8-12.
29. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad V. [Relationship Between Health literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman]. *Salmand*. 2015;10(58-149).
30. Koohyar H, Shorvazi 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):43-134.
31. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Impact of Health Literacy, Self-efficacy, and Outcome Expectations on Adherence to Self-care Behaviors in Iranians with Type 2 Diabetes. *Oman Med J*. 2016;31(1):52-9. doi: 10.5001/omj.2016.10 pmid: 26813680
32. Lai AY, Ishikawa H, Kiuchi T, Mooppil N, Griva K. Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. *Patient Educ Couns*. 2013;91(2):221-7. doi: 10.1016/j.pec.2012.12.018 pmid: 23357415
33. Rafiezadeh Garrehtapeh S, Tabarsy B, Hassanjani S, Razavi M, Amjadi M, Hojjati H. [The Relationship Between Health literacy and self-efficacy in patient with

- type2 diabetes Admitted Gorgan diabetes Clinic in 2014]. *J Diabetes Nurse*. 2015;3(30-42).
34. Miri A, Ghanbari M, Najafi A. [The Relationship Between Health literacy and the Recovery rate of cardiovascular patients after bypass surgery]. *J Health Liter*. 2016;1(2):83-91.
35. 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.
36. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2011;26(9):979-86. doi: [10.1007/s11606-011-1668-y](https://doi.org/10.1007/s11606-011-1668-y) pmid: 21369770
37. Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafl GJ, Blackard B, et al. How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer? Findings from the North Carolina-Louisiana Prostate Cancer Project (PCaP). *Cancer*. 2012;118(15):3842-51. doi: [10.1002/cncr.26713](https://doi.org/10.1002/cncr.26713) pmid: 22180041
38. Wallace L, Rogers E, Weiss B. Relationship between health literacy and health-related quality of life among Tennesseans. *Tenn Med*. 2008;101(35-39).