

اثر میانجی سبک زندگی سلامت محور در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی در شهرستان اسلام آباد غرب

سپیده نوروزی

دانش آموخته کارشناسی ارشد، گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان

روح اله رضائی*

دانشیار گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان

لیلا صفا

استادیار گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان

چکیده

هدف این تحقیق بررسی اثر میانجی سبک زندگی سلامت محور در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی بود. جامعه آماری پژوهش را ۱۳۸۳۵ نفر از زنان روستایی ۱۵ - ۶۴ سال شهرستان اسلام آباد غرب تشکیل دادند. با توجه به جدول بارتلت، کوترلیک و هیگینس (۲۰۰۱)، ۲۵۰ نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای برای اجرای تحقیق انتخاب شدند. پرسشنامه‌های استاندارد (پس از متناسب‌سازی با زمینه مرتبط با پژوهش) برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. روایی محتوایی پرسشنامه‌ها با نظرسنجی از متخصصان تأیید و روایی سازه و پایایی ترکیبی آن با برآورد مدل اندازه‌گیری به‌دست آمد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از تکنیک چند متغیره مدل‌سازی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل و از روش چندمنظوره خودگردان‌سازی برای آزمون اثر میانجی استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که سواد سلامت اثر مثبت و معناداری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی داشته ($\beta=0/518$, $p\text{-value}=0/001$) و در حدود ۲۷ درصد از واریانس آن را تبیین کرد. همچنین، نتایج تحقیق حاکی از آن بود که مجموع اثر غیرمستقیم سواد سلامت بر

* نویسنده مسئول

تاریخ ارسال: ۱۳۹۵/۸/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۱۸

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از طریق سبک زندگی سلامت‌محور معنادار بوده ($p\text{-value}=0/001$)، $\beta=0/175$ و متغیر سبک زندگی سلامت‌محور در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اثر میانجی جزئی داشت.

واژگان کلیدی

زنان روستایی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، سبک زندگی سلامت‌محور، سواد سلامت.

مقدمه

امروزه، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان یکی از شاخص‌های مهم سلامت (قاسمی، رجبی‌گیلان، رشادت، توانگر، سعیدی و صوفی، ۱۳۹۳)، هدف نهایی سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی و مراقبتی در کشورهای مختلف است (لین، لین و فان^۱، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، سلامت زنان به عنوان زیربنای خانواده و جامعه، از مفاهیم اصلی توسعه و رفاه اقتصادی-اجتماعی به شمار می‌رود (سجادی، ۱۳۹۲). این در حالی است که زنان در مقایسه با مردان آسیب‌پذیری بیشتری در برابر بیماری داشته، شیوع برخی بیماری‌ها در میان آن‌ها بیشتر است و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی-درمانی شرایط نامساعدتری دارند (ودادهیر، هانی‌ساداتی و احمدی، ۱۳۸۷) که این مسائل سبب شده است تا بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان به عنوان یک اولویت مهم در سطح جهانی در نظر گرفته شود (ردی و فرانز^۲، ۲۰۱۷). به رغم اهمیت موضوع، بررسی‌ها به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، حاکی از آن است که عقب‌ماندگی در جوامع روستایی، زنان را در تله‌ای از محرومیت‌ها و محدودیت‌های مختلف اعم از بی‌قدرتی، ضعف جسمانی و فقر قرار داده است؛ محرومیتی که بالطبع آن، جایگاه اجتماعی-اقتصادی زنان در فرایند توسعه به شدت تنزل یافته (بزی و رئیسی، ۱۳۹۱) و در ساختار اجتماعی جوامع، آن‌ها را از نظر تحصیلی و آموزشی، اشتغال و کار و درآمد و ثروت در وضعیت پایین‌تری نسبت به مردان قرار داده است (خزان و وثوقی، ۱۳۹۵). در حقیقت، زنان روستایی در فرآیند توسعه در حاشیه قرار گرفته و با مسائل پرشماری از جمله سطح سواد پایین، زیاد بودن مشغله کاری داخل منزل، اعتماد به نفس کم (چرمچیان لنگرودی و علی‌بیگی، ۱۳۹۲)، بالا بودن ساعت کاری زنان روستایی و انجام بیشتر فعالیت‌های

1. Lin, Lin & Fan
2. Reddy & Frantz



کشاورزی توسط آن‌ها (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۳)، ضعف حمایت خانوادگی، کمبود تجربه کاری، دستمزد پایین، مشکل برقراری روابط با دیگران، عدم حمایت نهادها و تشکل‌های مردمی (سعدی، یعقوبی فرانی، زلیخایی سیار و قهرمانی، ۱۳۹۶)، بیکاری، پایین بودن سطح بهداشت و ضعف جسمانی و محرومیت از دریافت خدمات آموزشی (رستمی، صحرایی، ملکی، ساسانی و شاهمرادی، ۱۳۹۳)، مواجه هستند. در مجموع، وجود چنین مسائل و مشکلاتی سبب شده است تا سطح کیفیت زندگی زنان روستایی به‌ویژه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها به طور جالب توجهی کاهش یابد (رضائی، نوروزی، مجردی و صفا، ۱۳۹۵؛ کارماکار، ماجومدار، داس‌گوپتا و داس^۱، ۲۰۱۷؛ الاهدادی^۲، ۲۰۱۱). از این‌رو، ضروری است تا از طریق بررسی و شناخت عوامل و متغیرهای تأثیرگذار، زمینه لازم برای بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان به‌ویژه زنان روستایی فراهم شود. در این بین، شمار زیادی از محققان و صاحب‌نظران تأکید ویژه‌ای بر سواد سلامت داشته و آن را یکی از متغیرهای اصلی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌دانند (توسلی و نوا، ۱۳۹۶؛ محسنی، خانجانی، ایرانپور، تابع و برهانی نژاد، ۱۳۹۴؛ کوشیار، شوروزی، دلیر و حسینی، ۱۳۹۲؛ کوتر، پوینارد، فورتن و هودان^۳، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که رابطه بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سواد سلامت، رابطه ساده‌ای نبوده و می‌تواند تحت تأثیر سایر متغیرها از جمله سبک زندگی سلامت‌محور قرار گیرد؛ به عبارت دیگر، سواد سلامت علاوه بر اثر مستقیم بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، می‌تواند به واسطه تأثیر بر سبک زندگی سلامت‌محور و بهبود آن نیز به افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت منجر شود (رخشانی، شجاع‌زاده، باقری لنگرانی، رخشانی، کاوه و زارع^۴، ۲۰۱۴؛ یی، ژانگ و یوآ^۵، ۲۰۱۴). با توجه به مطالب اشاره شده، هدف اصلی این تحقیق بررسی اثر میانجی سبک زندگی سلامت‌محور در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی در شهرستان اسلام‌آباد غرب بود.

1. Karmakar, Majumdar, Dasgupta & Das
2. Allahdadi
3. Couture, Chouinard, Fortin & Hudon
4. Rakhshani, Shojaiezadeh, Bagheri Lankarani, Rakhshani, Kaveh & Zare
5. Yi, Zhong & Yao

کیفیت زندگی به عنوان رضایت فرد از تمام ابعاد زندگی اش تعریف می‌شود (اویاما و فوکاهوری^۱، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر، کیفیت زندگی بیان‌کننده این موضوع است که یک فرد جنبه‌های مختلف زندگی اش را چگونه ارزیابی می‌کند و این ارزیابی شامل واکنش‌های عاطفی فرد به حوادث و رخداد‌های زندگی، احساس رضایت و خرسندی از زندگی و رضایت از روابط شخصی است (تئوفیلو^۲، ۲۰۱۳). به همین منوال، مولیرا، سالاس و اوبرین^۳ (۲۰۱۷) در یک تعریف جامع، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را به عنوان ادراک ذهنی افراد درباره تأثیر سلامت بر روی زندگی روزانه آن‌ها در نظر گرفته و آن را شامل اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایی می‌دانند که افراد به صورت ذهنی درخصوص وضعیت سلامت خود دارند. درواقع، مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر مبنای دو مفهوم سلامت و کیفیت زندگی شکل گرفته است که از طریق تجارب، باورها، انتظارات و دیدگاه‌های افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل هر دو جنبه مثبت و منفی سلامت می‌شود؛ جنبه منفی دربردارنده بیماری و وجود اختلال در عملکرد فرد بوده و جنبه مثبت آن شامل احساس سلامت ذهنی و فیزیکی، آمادگی بدنی، برخورداری از عملکرد مناسب و غیره می‌شود (لین و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به گستردگی مفهوم کیفیت زندگی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نیز یک پدیده پیچیده و چندبعدی به شمار می‌رود (مولیرا و همکاران، ۲۰۱۷؛ یونسی^۴، ۲۰۱۵) که علاوه بر سه بعد اصلی جسمانی، روانی/احساسی و اجتماعی (ردی و فرانتز، ۲۰۱۷؛ کارماکار و همکاران، ۲۰۱۷؛ یونسی، ۲۰۱۵)، بعد محیطی (نامدار، نقی‌زاده، زمانی، یغمائی و ثامنی^۵، ۲۰۱۷؛ چانگ، لی، وانگ، لی، تای، تانگ و لین^۶، ۲۰۱۶؛ لین و همکاران، ۲۰۱۳) را نیز در بر می‌گیرد. در این زمینه؛ بعد جسمانی شامل ادراک فرد درباره وضعیت سلامت خود بوده و سطح فعالیت فیزیکی، انرژی و مقاومت بدنی فرد را ارزیابی می‌کند. بعد روانی بر احساسات مثبت فرد، رضایت از زندگی و همچنین، احساس ناراحتی و

-
1. Oyama & Fukahori
 2. Theofilou
 3. Muliira, Salas & O'Brien
 4. Younsi
 5. Namdar, Naghizadeh, Zamani, Yaghmaei & Sameni
 6. Chang, Lee, Wang, Lee, Tai, Tang & Lin



خوشحالی و توانایی ذهنی برای سازش با دیگران تأکید دارد. بعد اجتماعی را می‌توان به داشتن تعامل مناسب با اعضای خانواده، برقراری روابط اجتماعی با دوستان و احساس برخورداری از حمایت اجتماعی نسبت داد (فرییر و فریرا^۱، ۲۰۱۶). در نهایت، بعد محیطی نیز مربوط به محیط پیرامون زندگی فرد بوده و به حمل و نقل، دسترسی به منابع مالی، محیط خانه، دسترسی به خدمات رفاهی و درمانی و سایر موارد اشاره دارد (چانگ و همکاران، ۲۰۱۶).

هم‌اکنون، سواد سلامت به‌عنوان یک مسأله و بحث جهانی معرفی شده است (رحیمی و احمدیان مازین، ۱۳۹۵)، به ویژه اینکه تحقیقات در میان گروه‌های آسیب‌پذیر و فقیر نشان می‌دهد که به طور عام، سواد سلامت یک عامل تعیین‌کننده حیاتی برای بهبود وضعیت سلامت افراد و کاهش نابرابری‌های مرتبط با سلامت است (آموآ، فیلپس، گیاسی، کودو و ادوسی^۲، ۲۰۱۷). سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی افراد بر نمی‌گردد (رئسی، جوادزاده، مصطفوی، توسلی و شریفی‌راد، ۱۳۹۲). به‌طور جامع‌تر، سواد سلامت به عنوان دسترسی افراد به خدمات بهداشتی، فهم و استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی بهداشتی، تفسیر مشکلات مربوط به بهداشت و تصمیم‌گیری درست تعریف شده است (توسلی و نوا، ۱۳۹۶). مرور ادبیات نشان می‌دهد که دارا بودن سواد سلامت منجر به افزایش خودکارآمدی افراد در مواجهه با مسائل بهداشتی (سعیدی کوپایی و متقی، ۱۳۹۵)، افزایش شرکت در فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها (ضاربان، ایزدی‌راد و جدگال، ۱۳۹۵)، بهبود سطح سلامت عمومی (حسینی، میرزایی، راوری و اکبری، ۱۳۹۵؛ ضاربان و همکاران، ۱۳۹۵) و در نهایت بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد می‌شود، موضوعی که به واسطه نتایج پژوهش‌های تجربی پرشماری تأیید شده است؛ برای نمونه، توسلی و نوا (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند که بین میزان سواد سلامت با متغیرهای میزان رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان متأهل رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. در پژوهش دیگری، ضاربان و همکاران (۱۳۹۵) در بررسی میزان سواد

-
1. Freire & Ferreira
 2. Amoah, Phillips, Gyasi, Koduah & Edusei

سلامت، وضعیت سلامت عمومی و بهره‌مندی از خدمات سلامت در زنان استان سیستان و بلوچستان، دریافتند که زنان با سطح سواد سلامت بالاتر، وضعیت سلامت عمومی خود را بهتر ارزیابی کرده و بیش از سایرین نسبت به انجام‌دادن غربالگری اقدام کرده‌اند. در مطالعه دیگری، محسنی و همکاران (۱۳۹۴) در بررسی رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت جسمانی در بین سالمندان شهر کرمان به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت و معناداری بین سواد سلامت با وضعیت سلامت جسمانی و توانایی انجام‌دادن فعالیت‌های روزانه وجود داشت. به همین منوال، بودهاتوکی، پوخارل، گود، لیمبو، باتاچان و اوسبورن^۱ (۲۰۱۷) در تحقیق خود تأکید می‌کنند که سواد سلامت یک عامل تعیین‌کننده محوری در درک، دسترسی و استفاده از اطلاعات سلامت و خدمات بهداشتی بوده و ضروری است که به نیازهای سواد سلامت افراد به‌ویژه زنان به طور جدی توجه شود. به طور مشابه، نتایج پژوهش آموآ و همکاران (۲۰۱۷) حاکی از آن بود که سواد سلامت اثر مثبت و معناداری بر برداشت ذهنی افراد درباره وضعیت سلامت عمومی‌شان داشت. وانگ، کین، ژو و منگ^۲ (۲۰۱۵) در پژوهش خود تأثیر سواد سلامت زنان روستایی چین را بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها بررسی کرده‌اند. بر اساس نتایج این تحقیق مشخص شد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی که دارای سطح سواد و اطلاعات بیشتری در حوزه سلامت و بهداشت بودند، به‌طور معناداری بالاتر از زنان روستایی بود که سطح سواد سلامت آن‌ها پایین بود.

امروزه، یکی از شاخص‌های اصلی ارزیابی سلامت در جوامع مختلف، بررسی سبک زندگی سلامت‌محور است (وانگر و بارث^۳، ۲۰۱۲) که عاملی تعیین‌کننده برای پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش میزان مرگ و میر و بهبود سطح سلامت عمومی افراد جامعه محسوب می‌شود (یانگ، هی، وانگ، لیو، شنگ و گانگ^۴، ۲۰۱۵). به‌طور کلی، سبک زندگی سلامت‌محور شامل رفتارهایی است که فرد طی آن به تغذیه مناسب، ورزش، دوری از رفتارهای مخرب و استفاده از مواد مخدر و تشخیص نشانه‌های بیماری در بعد جسمی، کنترل عواطف و احساسات و کنار آمدن با مشکلات در بعد روانی و استقلال و سازگاری و اصلاح

1. Budhathoki, Pokharel, Good, Limbu, Bhattachan & Osborne

2. Wang, Kane, Xu & Meng

3. Wagner & Barth

4. Yang, He, Wang, Liu, Shen & Gong



روابط بین فردی در بعد اجتماعی اقدام می‌کند (نوروزی‌نیا، آقابراری، کهن و کریمی، ۱۳۹۲). آنچه مسلم است، سبک زندگی سلامت‌محور یک عامل مهم در تعیین وضعیت سلامت است که هدف آن توانمندسازی افراد در راستای اصلاح روش زندگی‌شان برای داشتن یک زندگی سالم به لحاظ جسمانی و روانی است (توکلی و عمادی، ۱۳۹۴). مرور ادبیات مرتبط حاکی از آن است سبک زندگی ارتقاءدهنده سبب بهبود وضعیت سلامت و پایین آمدن هزینه‌های بهداشتی جامعه شده (زارع شاه‌آبادی و خالویی، ۱۳۹۴) و منبعی سودمند برای کاهش عوامل استرس‌زای زندگی، افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی به ویژه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد محسوب می‌شود (میرغفوروند، محمدعلیزاده چرندابلی، بهروزی لک و علی اصغری، ۱۳۹۵). این موضوع به واسطه نتایج پژوهش‌های تجربی مختلف تأیید شده است؛ برای نمونه، رضائی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و مؤلفه‌های آن شامل مدیریت تغذیه، حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، ورزش و فعالیت بدنی، مدیریت استرس و ارزشمند بودن زندگی در حدود ۵۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی را تبیین کردند. کلدی، کبیران عین‌الدین، محقق‌کیمال و رضا سلطانی (۱۳۹۳) در بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با کیفیت زندگی در بین دانشجویان دانشگاه تهران نشان دادند که بین سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان با کیفیت زندگی آن‌ها رابطه مثبت و معناداری وجود داشته و متغیر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت یک متغیر پیش‌بینی‌کننده قوی برای کیفیت زندگی بود. به‌طور مشابه، نتایج تحقیق نقیبی، گلمکانی، اسماعیلی و محرری (۱۳۹۲) حاکی از آن بود که بین تمامی ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور شامل تغذیه، روابط بین فردی، رشد معنوی، مدیریت استرس و فعالیت فیزیکی و ورزشی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرستان مشهد رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. در پژوهش دیگری، چی‌ایو، هوسو و هونگ^۱ (۲۰۱۶) در بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نشان دادند که بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با مؤلفه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. سینول، اونالان، سویر و آرگون^۲

1. Chiou, Hsu & Hung

2. Şenol, Ünalán, Soyuer & Argün

(۲۰۱۴) در بررسی رابطه بین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین سالمندان کشور ترکیه دریافتند که بین سبک زندگی سلامت محور با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. به همین ترتیب، بر اساس نتایج تحقیق وونگ، فونگ، سیو، وونگ، لو و فونگ^۱ (۲۰۱۲) مشخص شد که فعالیت های مختلف مرتبط با سبک زندگی سلامت محور شامل فعالیت بدنی مستمر، کنترل وزن، عدم استعمال سیگار و تغذیه سالم، از عوامل اصلی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بودند.

با توجه به اهمیت سبک زندگی سلامت محور به منزله یکی از متغیرهای اصلی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، این مفهوم در سال های اخیر همواره مورد توجه جدی محققان و برنامه ریزان قرار گرفته است، به نحوی که آن ها تلاش کرده اند تا از طریق شناخت عوامل مؤثر بر آن، شرایط بهتری را برای بهبود وضعیت سبک زندگی سلامت محور و در نهایت، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت فراهم کنند؛ در این زمینه، بسیاری از صاحب نظران تأکید ویژه ای بر سواد سلامت داشته و آن را از متغیرهای اصلی اثرگذار بر سبک زندگی سالم در نظر گرفته اند (سجادی، حسین پور، شریفیان ثانی و محمودی، ۱۳۹۵؛ کوشیار و همکاران، ۱۳۹۲؛ کودو، یوکوکاوا، فوداکا، هیساکا، ایسونوما و نایتو^۲، ۲۰۱۶؛ یوکوکاوا، فودوکا، یوسا، سانادا، هیساکا و نایتو^۳، ۲۰۱۶). به طور معمول، افراد با سطح سواد سلامت ناکافی از سبک زندگی مناسبی برخوردار نبوده و با مسائلی همچون درک ناکافی از اطلاعات بهداشتی و آموزش های پزشکی و پیروی از آن ها، تشخیص دیر هنگام بیماری ها و ناتوانی در مهارت های خود مراقبتی (رئیس، جوادزاده، بایایی حیدرآبادی، مصطفوی، نوسلی و غلامرضایی^۴، ۲۰۱۴) مواجه هستند که سبب می شوند تا آن ها در سطح پایین تری از سلامت قرار بگیرند (سجادی و همکاران، ۱۳۹۵). به هر حال، به اهمیت سواد سلامت، به عنوان یکی از شاخص های اصلی مؤثر بر سبک زندگی سلامت محور، بر اساس نتایج مطالعات مختلفی تأکید شده است؛ برای نمونه، سجادی و همکاران (۱۳۹۵) در بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سبک زندگی زنان روستایی مشخص کردند که بین سطح سواد سلامت با برخی از مؤلفه های سبک زندگی شامل

-
1. Wong, Fung, Siu, Wong, Lo & Fong
 2. Kudo, Yokokawa, Fukuda, Hisaoka, Isonuma & Naito
 3. Yokokawa, Fukuda, Yuasa, Sanada, Hisaoka & Naito
 4. Reisi, Javadzadeh, Babaei Heydarabadi, Mostafavi, Tavassoli & Gholamrezaei



وضعیت تغذیه و مدیریت استرس رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. رئیسی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان دادند که بین سطح سواد سلامت و انجام فعالیت‌های فیزیکی و مصرف میوه و سبزی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت، به طوری که در سالمندان با سطح سواد سلامت بالا، میزان فعالیت فیزیکی و مصرف میوه و سبزی بیشتر بود. در مطالعه دیگری، کوشیار و همکاران (۱۳۹۲) دریافتند که افراد با سواد سلامت کافی از سبک زندگی سالم‌تر و کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. کودو و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین سواد سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور پاسخگویان مرد رابطه مثبت و معناداری وجود داشت، در حالی که این رابطه برای زنان به دلیل عدم درگیری آن‌ها در رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، معنادار نبود. به همین ترتیب، نتایج تحقیق یوکوکاوا و همکاران (۲۰۱۶) حاکی از آن بود که بین سواد سلامت با ویژگی‌های سبک زندگی سلامت‌محور رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. در مجموع با توجه به مطالب اشاره شده در خصوص تأثیر سواد سلامت بر سبک زندگی سلامت‌محور از یک سو و تأثیر همزمان سبک زندگی سلامت‌محور بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، همان‌طور که یی و همکاران (۲۰۱۴) و رخشانی و همکاران (۲۰۱۴) تأکید دارند، به نظر می‌رسد که سبک زندگی سلامت‌محور دارای اثر میانجی در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است.

در این بخش، در قالب هدف اصلی تحقیق شامل بررسی اثر میانجی سبک زندگی سلامت‌محور در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی، تلاش شد تا از طریق بررسی و پردازش ادبیات نظری و مطالعات تجربی انجام شده، به جمع‌بندی آن‌ها در راستای تدوین مدل مفهومی تحقیق اقدام شود (شکل ۱).

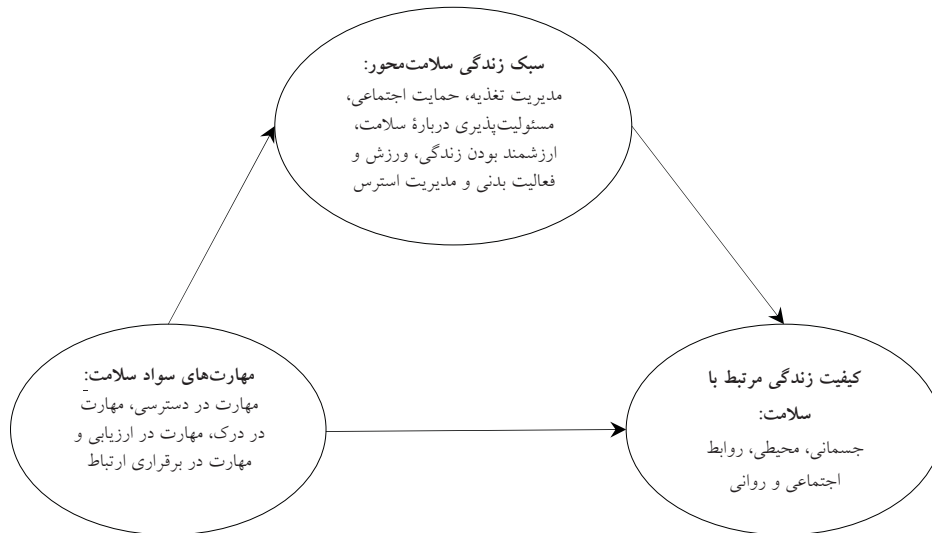
بر اساس مدل مفهومی پژوهش، فرضیه‌های اصلی این تحقیق شامل موارد زیر بودند:

- فرضیه ۱: مهارت‌های سواد سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی اثر

مثبت و معناداری دارد (H_1).

- فرضیه ۲: سبک زندگی سلامت‌محور در رابطه بین مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت

زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی اثر میانجی دارد (H_2).



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش پژوهش

این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی و از نوع همبستگی و به طور مشخص مبتنی بر مدل معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش ۱۳۸۳۵ نفر از زنان ۱۵ تا ۶۴ سال، ساکن در مناطق روستایی شهرستان اسلام‌آباد غرب در استان کرمانشاه بود. این شهرستان دارای دو بخش (مرکزی و حمیل) و هفت دهستان (شامل دهستان‌های حومه جنوبی، حومه شمالی، حسن‌آباد و شیان در بخش مرکزی و دهستان‌های حمیل، هرسم و منصوری در بخش حمیل) و در مجموع ۱۷۱ روستای دارای سکنه است. به منظور تعیین حجم نمونه، از جدول بارتلت، کوترلیک و هیگینس^۱ (۲۰۰۱) استفاده شد که بر اساس آن، تعداد نمونه ۲۵۰ نفر برآورد شد. به منظور دستیابی به نمونه‌ها در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شد؛ بدین ترتیب که ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای دو دهستان در داخل هر بخش (به عنوان طبقه) به صورت تصادفی ساده انتخاب شد که در مجموع، چهار دهستان انتخاب شده دارای ۱۰۷ روستا بودند. در مرحله بعد،

1. Bartlett, Kotrlik & Higgins



با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای با احتمال متناسب با حجم، ۲۲ روستا از بین ۱۰۷ روستای اشاره شده برای انجام مطالعه مد نظر قرار گرفتند، به نحوی که بر اساس تعداد روستا در هر دهستان، این روستاها به صورت متناسب در بین چهار دهستان مورد بررسی توزیع شدند. سپس، با توجه به توزیع غیریکنواخت تعداد زنان روستایی در روستاهای انتخاب شده، در این مرحله تعداد نمونه مناسب به هر یک از روستاهای اختصاص یافته و در نهایت، پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی ساده در بین اعضای نمونه آماری توزیع و گردآوری شد. در خصوص مشخصه‌های جمعیت‌شناختی نمونه آماری انتخاب شده، نتایج این تحقیق نشان داد که میانگین سن و تعداد اعضای خانوار زنان روستایی مورد مطالعه به ترتیب ۳۵/۹۶ سال و ۴/۹۴ نفر بود. درباره وضعیت تأهل پاسخگویان، نتایج نشان داد که ۷۵/۲ درصد از زنان مورد مطالعه متأهل و ۲۴/۸ درصد از آن‌ها مجرد بودند. با توجه به نتایج تحقیق، میانگین تعداد فرزند و سابقه زندگی مشترک برای پاسخگویان متأهل، به ترتیب ۳/۰۱ نفر و ۱۷/۸۵ سال بود. بر اساس اطلاعات کسب شده، تنها ۲/۸ درصد از زنان مورد مطالعه سرپرست خانوار بوده و بیشتر آن‌ها (۹۷/۲ درصد) سرپرست خانوار نبودند. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی (۲۴/۴ درصد) مربوط به زنانی بود که تحصیلات آن‌ها در سطح ابتدایی قرار داشت. ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق، پرسشنامه بود که برای بخش‌های مختلف از ابزارهای اندازه‌گیری به شرح زیر استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (فرم کوتاه): این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی^۱ در سال ۱۹۹۶ تدوین شده است. مقیاس اولیه این پرسشنامه شامل ۱۰۰ سؤال بود که در سال‌های بعد برای استفاده آسان‌تر تعدیل شده و فرم کوتاه ۲۶ سؤالی آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارای چهار زیرمقیاس جسمانی (۷ پرسش)، روانی (۶ پرسش)، روابط اجتماعی (۳ پرسش) و محیطی (۸ پرسش) است که به صورت مقیاس لیکرت ۵ سطحی نمره‌گذاری می‌شوند. پرسش‌های شماره ۱ و ۲ نیز پرسش‌های کلی در خصوص ارزیابی ذهنی فرد از کیفیت زندگی و رضایت از وضعیت سلامت خود است. در ضمن، در این پرسشنامه پرسش‌های شماره ۳، ۴ و ۲۶ به‌طور معکوس نمره‌دهی می‌شوند. نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این پرسشنامه با توجه به دستورالعمل استاندارد نمره‌دهی

1. WHO (World Health Organization)

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) از صفر تا ۱۰۰ محاسبه شده و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتر است. پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در ایران در مطالعات مختلف از جمله جهانلو و عالیشان کرمی^۱ (۲۰۱۱) و نجات، منتظری، محمد و مجدزاده^۲ (۲۰۰۷) روان‌سنجی شده است، به نحوی که نتایج تحلیل جهانلو و عالیشان کرمی (۲۰۱۱) نشان داد که این پرسشنامه همسانی درونی بالایی (۰/۸۷۹) داشته و ضریب آلفای کرونباخ آن در دامنه‌ای بین ۰/۸۶۶ تا ۰/۸۹۹ به دست آمد. همچنین، مقدار ضریب همبستگی بین تمامی زیرمقیاس‌ها با یکدیگر معنادار بوده و در طیفی بین ۰/۴۴۱ تا ۰/۸۹۱ قرار داشت. شایان ذکر است که در این مطالعه نیز برای بررسی پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت علاوه بر شاخص آلفای کرونباخ، از شاخص پایایی ترکیبی نیز استفاده شد که مقادیر محاسبه شده بالای ۰/۷ برای زیرمقیاس‌های مختلف، بیان‌کننده پایایی مناسب ابزار اندازه‌گیری بر اساس هر دو شاخص اشاره شده بود (جدول ۱). افزون بر این، در خصوص روایی سازه (شامل روایی همگرا و روایی تشخیصی)، نتایج این پژوهش نشان داد که بر پایه دو معیار میانگین واریانس استخراج شده (AVE^۳) برابر و بزرگ‌تر از ۰/۵ و پایایی ترکیبی (CR^۴) برابر و بزرگ‌تر از ۰/۷، ابزار تحقیق دارای روایی همگرای مناسبی بود. به همین منوال، درباره روایی تشخیصی نیز با توجه به اینکه مقدار میانگین واریانس استخراج شده برای هر متغیر مکنون در قالب مدل اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، از مقادیر میانگین مجذور واریانس مشترک (ASV^۵) و حداکثر مجذور واریانس مشترک (MSV^۶) بین تمامی متغیرهای مکنون در مدل اندازه‌گیری بزرگ‌تر بود، در نتیجه، ابزار تحقیق روایی تشخیصی مناسبی داشت (جدول ۱).

پرسشنامه سبک زندگی سلامت‌محور: پرسشنامه اولیه سبک زندگی سلامت‌محور را با ۴۰ پرسش، چن، وانگ، یانگ و لیو^۷ (۲۰۰۳) تدوین کرده‌اند و فرم کوتاه آن حاوی ۲۳ پرسش در

1. Jahanlou & Alishan Karami
2. Nedjat, Montazeri, Mohammad & Majdzadeh
3. Average Variance Extracted
4. Composite Reliability
5. Average Shared Squared Variance
6. Maximum Shared Squared Variance
7. Chen, Wang, Yang & Liou



سال ۲۰۱۴ ارائه شد (چن، لای، چن و گایت^۱، ۲۰۱۴). بر اساس این مقیاس، سبک زندگی سلامت‌محور در قالب شش مؤلفه شامل مدیریت تغذیه (۴ پرسش)، حمایت اجتماعی (۴ پرسش)، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت (۵ پرسش)، ارزشمند بودن زندگی (۳ پرسش)، ورزش و فعالیت بدنی (۳ پرسش) و مدیریت استرس (۴ پرسش) اندازه‌گیری می‌شود. این پرسشنامه طیف لیکرت ۵ سطحی از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) را برای بررسی فراوانی رفتارهای گزارش شده توسط آزمودنی‌ها استفاده می‌کند. بر این اساس، گستره امتیازهای یک آزمودنی بین ۲۳ - ۱۱۵ به دست می‌آید و به هر اندازه امتیاز بالاتر باشد، سبک زندگی سلامت‌محورتر خواهد بود. نتایج تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سبک زندگی سلامت‌محور (فرم کوتاه) نشان داد که این مقیاس از همسانی درونی بسیار مطلوبی برخوردار است، به نحوی که مقادیر ضریب مک‌دونالد امگا و ضریب کرونباخ آلفا برای آن به ترتیب ۰/۹۰۴ و ۰/۹۰۵ به دست آمد. همچنین، مقدار ضریب همبستگی بین تمامی زیرمقیاس‌ها با یکدیگر معنادار بوده و در طیفی بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار داشت. نتایج برآورد تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی روایی همگرایی پرسشنامه حاکی از آن بود که مقدار بار عاملی تمامی متغیرها در هر یک از شش زیرمقیاس بزرگ‌تر از ۰/۵ (در دامنه بین ۰/۵۱ تا ۰/۹۰) بوده و پرسشنامه دارای روایی همگرا بود. به همین ترتیب، روایی تشخیصی پرسشنامه با استفاده از تحلیل رگرسیون لجستیک بررسی شد که با توجه به مقدار نسبت شانس (OR) برای کل پرسشنامه ($p < 0/001$) و ($OR = 2/23$)، روایی تشخیصی پرسشنامه در سطح مطلوب بود (چن و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران نیز نوروزی (۱۳۹۵) پایایی پرسشنامه سبک زندگی سلامت‌محور را بررسی کرده است؛ که مقدار ضریب کرونباخ آلفا در دامنه بین ۰/۷۳۰ تا ۰/۸۳۹ به دست آمده است. در نهایت، نتایج تحلیل روان‌سنجی این تحقیق نیز نشان داد که مقیاس سبک زندگی سلامت‌محور (فرم کوتاه) از پایایی (بر اساس دو شاخص کرونباخ آلفا و پایایی ترکیبی) و روایی (شامل روایی همگرا و تشخیصی) مناسبی برخوردار بود (جدول ۱).

پرسشنامه مهارت‌های سواد سلامت: برای اندازه‌گیری مهارت‌های سواد سلامت از مقیاس استاندارد بگورای و کی‌وان^۲ (۲۰۱۲) استفاده شد که بر مبنای آن، مهارت‌های سواد سلامت در

1. Chen, Lai, Chen & Gaete
2. Begoray & Kawn

قالب چهار مؤلفه مهارت در دسترسی (۲ پرسش)، مهارت در درک (۲ پرسش)، مهارت در ارزیابی (۳ پرسش) و مهارت در برقراری ارتباط (۲ پرسش) سنجیده شد. در این پرسشنامه که به صورت خودگزارشی است، از آزمودنی خواسته می‌شود تا با استفاده از طیف لیکرت ۵ سطحی (۱= سطح مهارت خیلی کم تا ۵= سطح مهارت خیلی زیاد)، میزان مهارت خود را در هر یک از چهار حیطة اشاره شده مشخص کنند. به این ترتیب، دامنه امتیازهای آزمودنی بین ۹ - ۴۵ خواهد بود که نمره بالاتر بیان‌کننده سطح مهارت سواد سلامت بیشتر است. روایی پرسشنامه مهارت‌های سواد سلامت با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی آن با محاسبه ضریب همسانی درونی ارزیابی شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این پرسشنامه از روایی عاملی مناسبی برخوردار بوده و در مجموع، متغیرهای وارد شده در تحلیل در حدود ۶۵ درصد از تغییرات مشاهده شده را تبیین کردند. همچنین، مقدار کرونباخ آلفا در زیربخش‌های مختلف در سطح قابل قبولی (در گستره‌ای بین ۰/۸۳۲ تا ۰/۸۵۲) بوده و از این نظر پایایی پرسشنامه تأیید شده است (بگورای و کی‌وان، ۲۰۱۲). در تحقیق حاضر نیز بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مهارت‌های سواد سلامت حاکی از آن بود که بر مبنای شاخص‌های کرونباخ آلفا و پایایی ترکیبی، این پرسشنامه پایایی مناسبی داشته و روایی سازه آن نیز در دو بخش روایی همگرا و روایی تشخیصی بر اساس مقادیر میانگین واریانس استخراج شده، میانگین مجذور واریانس مشترک و حداکثر مجذور واریانس مشترک مورد تأیید بود (جدول ۱).

افزون بر موارد اشاره شده، به منظور آزمون برازش مدل‌های اندازه‌گیری با داده‌های میدانی برای هر سه مقیاس مورد مطالعه شامل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، سبک زندگی سلامت‌محور و مهارت‌های سواد سلامت از شاخص‌های مختلف برازندگی استفاده شد که بر اساس نتایج تحقیق، برازش هر سه مدل اندازه‌گیری در سطح مطلوبی بود (جدول ۱).



جدول ۱: خلاصه نتایج درباره‌ی روایی و پایایی ابزار تحقیق و برازش مدل‌های اندازه‌گیری

مدل‌های اندازه‌گیری	متغیرهای مکنون	AVE	CR	MSV	ASV	کرونباخ آلفا
	روابط اجتماعی	۰/۶۹۵	۰/۸۷۲	۰/۲۱۳	۰/۱۴۸	۰/۷۸۸
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	جسمانی	۰/۵۷۶	۰/۹۰۲	۰/۳۵۳	۰/۲۵۶	۰/۷۹۱
	روانی	۰/۶۷۱	۰/۹۲۳	۰/۴۲۰	۰/۲۹۷	۰/۷۷۴
	محیطی	۰/۵۳۰	۰/۸۹۷	۰/۴۲۰	۰/۳۲۸	۰/۸۳۱
شاخص‌های برازش: $\chi^2=472/045$, $df=241$, $\chi^2/df=1/959$, $GFI=0/837$, $AGFI=0/803$, $RMR=0/062$, $TLI=0/931$, $NFI=0/907$, $CFI=0/940$, $IFI=0/941$, $RAMSEA=0/069$						
	مدیریت تغذیه	۰/۷۱۲	۰/۹۰۸	۰/۴۱۲	۰/۲۰۹	۰/۸۰۴
سبک زندگی سلامت محور	حمایت اجتماعی	۰/۶۰۱	۰/۸۵۶	۰/۴۱۲	۰/۲۱۶	۰/۷۸۲
	مسئولیت‌پذیری سلامتی	۰/۶۴۴	۰/۸۹۸	۰/۲۷۴	۰/۱۳۵	۰/۸۳۹
	ورزش و فعالیت بدنی	۰/۷۷۶	۰/۹۱۲	۰/۳۴۹	۰/۱۹۳	۰/۷۷۷
	مدیریت استرس	۰/۵۴۱	۰/۸۲۳	۰/۴۳۶	۰/۲۰۹	۰/۷۹۵
	ارزشمند بودن زندگی	۰/۶۷۶	۰/۸۹۰	۰/۴۳۶	۰/۲۱۵	۰/۸۲۸
شاخص‌های برازش: $\chi^2=445/706$, $df=236$, $\chi^2/df=1/889$, $GFI=0/848$, $AGFI=0/807$, $RMR=0/053$, $TLI=0/928$, $NFI=0/901$, $CFI=0/938$, $IFI=0/939$, $RAMSEA=0/067$						
مهارت‌های سواد سلامت	مهارت در دسترسی	۰/۸۴۷	۰/۹۱۷	۰/۴۶۲	۰/۳۰۰	۰/۷۴۱
	مهارت در درک	۰/۷۲۸	۰/۸۴۲	۰/۲۸۳	۰/۲۷۳	۰/۸۱۲
	مهارت در ارزیابی	۰/۷۲۰	۰/۸۳۷	۰/۵۳۹	۰/۳۳۰	۰/۷۳۱
	مهارت در برقراری ارتباط	۰/۵۹۲	۰/۸۱۱	۰/۵۳۹	۰/۴۲۸	۰/۷۷۳
شاخص‌های برازش: $\chi^2=23/701$, $df=16$, $\chi^2/df=1/481$, $GFI=0/974$, $AGFI=0/958$, $RMR=0/047$, $TLI=0/956$, $NFI=0/934$, $CFI=0/992$, $IFI=0/993$, $RAMSEA=0/049$						

در این تحقیق برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شده و بر اساس مدل ساختاری به تخمین روابط بین متغیرها و آزمون اثر سازه‌ها بر روی یکدیگر در قالب فرضیه‌های تحقیق اقدام شد. البته، شایان ذکر است که درباره‌ی فرضیه دوم تحقیق یعنی اثر میانجی سبک زندگی سلامت‌محور در رابطه بین مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی

مرتبط با سلامت، از تکنیک چندمنظوره خودگردان‌سازی^۱ استفاده شد (پریچرر و هایز^۲، ۲۰۰۸). در این روش، ابتدا مدل تأثیر کامل یا تأثیر مستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته بدون حضور متغیر میانجی برآورد می‌شود و در صورت معنادار بودن این تأثیر، در مرحله دوم مدل با تأثیر میانجی مطالعه می‌شود که شامل متغیر میانجی است. در صورت معنادار بودن مسیر غیرمستقیم در این مدل، فرضیه میانجی بودن تأیید می‌شود (هایز، ۲۰۱۳). در ادامه با بررسی رابطه مستقیم متغیر مستقل و وابسته در مدل با تأثیر میانجی، اگر این رابطه هنوز معنادار باشد، فرضیه میانجی جزئی و در صورتی که رابطه اشاره شده معنادار نباشد، فرضیه میانجی کامل تأیید می‌شود (پهلوان شریف و مهدویان، ۱۳۹۴). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و اجرای روش خودگردان‌سازی از نرم‌افزار AMOS²⁰ استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد به همراه ماتریس همبستگی برای بررسی روابط بین متغیرهای مختلف پژوهش در جدول (۲) آورده شده است. همان‌طور که از نتایج پیداست میانگین تمامی متغیرهای مطالعه شده در حد متوسط و بالاتر از متوسط است. همچنین، روابط همبستگی بین تمامی متغیرها با یکدیگر مثبت و معنادار شده است (جدول ۲).

-
1. Bootstrapping
 2. Preacher & Hayes

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی برای متغیرهای پژوهش

متغیرهای مکنون	میانگین (از ۵)	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱- روابط اجتماعی	۳/۱۸	۱/۰۰۵	۱													
۲- جسمانی	۳/۳۱	۰/۹۱۵	۰/۵۹۲ ^{**}	۱												
۳- روانی	۳/۰۴	۰/۹۱۲	۰/۶۹۱ ^{**}	۰/۵۸۶ ^{**}	۱											
۴- محیطی	۲/۸۸	۰/۹۶۸	۰/۶۰۶ ^{**}	۰/۵۶۷ ^{**}	۰/۵۳۴ ^{**}	۱										
۵- مدیریت تغذیه	۳/۵۹	۱/۰۰۰	۰/۳۷۷ ^{**}	۰/۴۱۷ ^{**}	۰/۳۹۲ ^{**}	۰/۴۳۶ ^{**}	۱									
۶- حمایت اجتماعی	۳/۵۷	۱/۰۲۷	۰/۴۱۱ ^{**}	۰/۴۷۸ ^{**}	۰/۳۹۹ ^{**}	۰/۴۷۴ ^{**}	۰/۷۵۹ ^{**}	۱								
۷- مسئولیت پذیری سلامتی	۳/۰۲	۱/۱۷۳	۰/۲۵۴ ^{**}	۰/۲۶۵ ^{**}	۰/۲۲۴ ^{**}	۰/۲۶۰ ^{**}	۰/۳۹۳ ^{**}	۰/۴۰۴ ^{**}	۱							
۸- ورزش و فعالیت بدنی	۲/۵۰	۱/۱۷۰	۰/۳۴۱ ^{**}	۰/۴۱۳ ^{**}	۰/۳۸۴ ^{**}	۰/۴۱۳ ^{**}	۰/۶۱۵ ^{**}	۰/۶۵۱ ^{**}	۰/۵۵۰ ^{**}	۱						
۹- مدیریت استرس	۳/۱۲	۱/۰۸۸	۰/۳۰۱ ^{**}	۰/۳۸۶ ^{**}	۰/۳۳۸ ^{**}	۰/۳۵۷ ^{**}	۰/۵۸۳ ^{**}	۰/۵۶۳ ^{**}	۰/۴۷۱ ^{**}	۰/۶۲۴ ^{**}	۱					
۱۰- ارزشمند بودن زندگی	۳/۵۰	۱/۱۰۰	۰/۳۲۱ ^{**}	۰/۴۲۴ ^{**}	۰/۳۲۲ ^{**}	۰/۳۹۳ ^{**}	۰/۵۷۲ ^{**}	۰/۶۰۲ ^{**}	۰/۵۵۱ ^{**}	۰/۶۳۴ ^{**}	۰/۵۷۶ ^{**}	۱				
۱۱- مهارت در دسترسی	۲/۶۸	۱/۰۶۰	۰/۴۳۱ ^{**}	۰/۳۱۶ ^{**}	۰/۲۹۴ ^{**}	۰/۳۳۵ ^{**}	۰/۳۱۳ ^{**}	۰/۲۷۵ ^{**}	۰/۲۵۰ ^{**}	۰/۲۷۰ ^{**}	۰/۲۳۴ ^{**}	۰/۳۰۰ ^{**}	۱			
۱۲- مهارت در درک	۲/۸۰	۱/۰۳۵	۰/۳۳۹ ^{**}	۰/۲۸۲ ^{**}	۰/۲۶۰ ^{**}	۰/۲۶۵ ^{**}	۰/۲۲۲ ^{**}	۰/۲۲۷ ^{**}	۰/۲۱۲ ^{**}	۰/۲۲۰ ^{**}	۰/۱۸۹ ^{**}	۰/۲۷۳ ^{**}	۰/۶۵۹ ^{**}	۱		
۱۳- مهارت در ارزیابی	۲/۳۲	۱/۰۵۹	۰/۳۵۲ ^{**}	۰/۲۲۸ ^{**}	۰/۲۸۴ ^{**}	۰/۲۶۶ ^{**}	۰/۲۷۹ ^{**}	۰/۲۰۹ ^{**}	۰/۲۳۴ ^{**}	۰/۲۲۷ ^{**}	۰/۱۴۷ ^{**}	۰/۱۷۸ ^{**}	۰/۵۶۳ ^{**}	۰/۴۰۰ ^{**}	۱	
۱۴- مهارت در برقراری ارتباط	۲/۸۶	۱/۰۳۴	۰/۳۵۸ ^{**}	۰/۲۵۸ ^{**}	۰/۲۵۷ ^{**}	۰/۳۱۱ ^{**}	۰/۲۶۴ ^{**}	۰/۲۶۵ ^{**}	۰/۲۲۵ ^{**}	۰/۲۲۳ ^{**}	۰/۱۷۷ ^{**}	۰/۲۷۴ ^{**}	۰/۶۶۶ ^{**}	۰/۵۵۹ ^{**}	۰/۴۸۶ ^{**}	۱

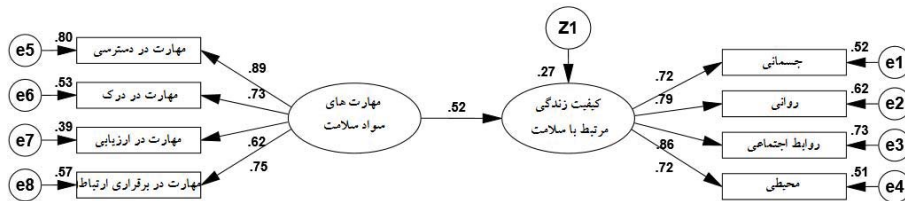
** یعنی در سطح یک صدم معنادار است.

* یعنی در سطح پنج صدم معنادار است.

در این بخش، با توجه به مطالب اشاره شده در بخش‌های قبلی در خصوص استفاده از تکنیک خودگردان‌سازی برای آزمون نقش میانجی متغیرها، به برآورد مدل‌های ساختاری مستقیم و میانجی تحقیق و ارائه نتایج حاصل از آن‌ها اقدام شد.

الف- مدل ساختاری مستقیم: مدل ساختاری مستقیم بیان‌کننده رابطه مستقیم متغیر مستقل مهارت‌های سواد سلامت با متغیر وابسته تحقیق یعنی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بود. همان‌طور که از شکل (۲) پیداست هر چند مدل برآورد شده بر اساس معناداری شاخص کای اسکویئر از برازش مناسبی برخوردار نیست، اما بر اساس سایر شاخص‌ها، برازش مدل در سطح مقبولی بود. همچنین بر اساس نتایج تحقیق، مهارت‌های سواد سلامت ۲۷ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تبیین کرده است (شکل ۲).

Chi-square (df) = 17.541 (19); P value (≥ 0.05) = .553
 ;Relative Chi-Sq (≤ 5) = .923; AGFI (≥ 0.9) = .960
 ;GFI (≥ 0.9) = .979; CFI (≥ 0.9) = .980; IFI (≥ 0.9) = .981
 ;RMSEA (≤ 0.08) = .000; RMR (≤ 0.08) = .031
 (Standardized estimates)



شکل ۲: مدل ساختاری مستقیم مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با ضرایب استاندارد شده

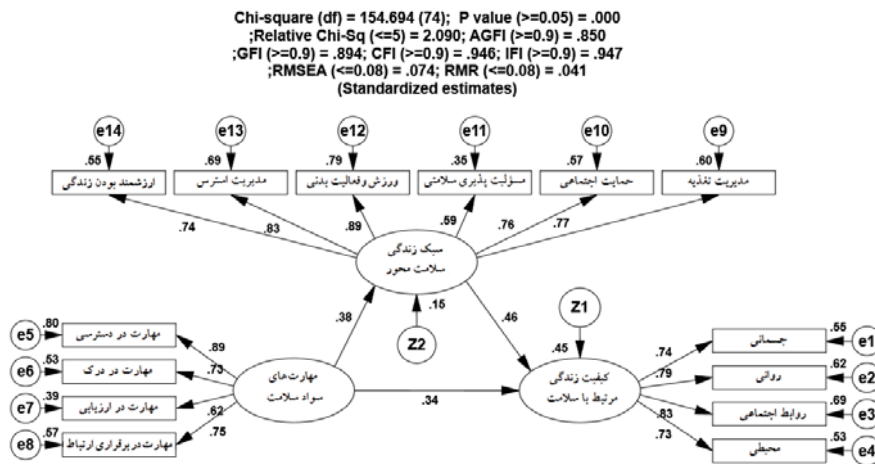
افزون بر موارد اشاره شده، نتایج تحقیق در جدول (۳) حاکی از آن بود که رابطه بین مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مثبت و معنادار شده است ($\beta = 0.518$, $p\text{-value} = 0.001$). بدین ترتیب، فرضیه (۱) تحقیق تأیید شد.



جدول ۳: نتایج به‌دست آمده از مدل ساختاری مستقیم مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

نتیجه آزمون	سطح معناداری	نسبت بحرانی	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	مقدار غیراستاندارد	رابطه
تأیید فرضیه	۰/۰۰۱	۶/۱۷۷	۰/۵۱۸	۰/۰۶۰	۰/۳۷۰	مهارت‌های سواد سلامت ← کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

ب- مدل ساختاری میانجی: با توجه به معنادار شدن رابطه بین مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مدل ساختاری مستقیم، در این بخش به برآورد مدل ساختاری میانجی و آزمون اثر میانجی سبک زندگی سلامت‌محور در رابطه بین مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با استفاده از تکنیک چند منظوره خودگردان‌سازی اقدام شد. برای اجرای روش خودگردان‌سازی همان‌گونه که در شکل (۳) آمده است، ابتدا مدل مفهومی میانجی مفروض پژوهش طراحی شد و سپس بر اساس نمونه آماری پیشنهادی پریچرز، پوکر و هایز^۱ (۲۰۰۷)، از طریق انجام نمونه‌گیری‌های فرعی متعدد با جای‌گذاری بر مبنای داده‌های اصلی گرفته شده از ۲۵۰ نفر از زنان روستایی مورد مطالعه به ایجاد و جایگزینی نمونه ۵۰۰۰ تایی در سطح اطمینان ۹۵ درصد اقدام شد. همان‌طور که از شکل (۳) پیداست هر چند مدل برآورد شده بر اساس معناداری شاخص کای اسکویر از برازش مناسبی برخوردار نیست، اما بر اساس سایر شاخص‌ها، برازش مدل در سطح قابل قبولی بود. همچنین بر اساس نتایج به‌دست آمده، دو متغیر مهارت‌های سواد سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور در حدود ۴۵ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تبیین کردند که از افزایش ۱۸ درصدی نسبت به مدل ساختاری مستقیم برخوردار بود.



شکل ۳: مدل ساختاری میانجی با ضرایب استاندارد شده

در خصوص فرضیه مرتبط با اثر میانجی سبک زندگی سلامت محور در رابطه بین مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (فرضیه دوم تحقیق)، نتایج حاصل از اجرای روش خودگردان‌سازی حاکی از آن بود که مجموع اثر غیرمستقیم مهارت‌های سواد سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از طریق متغیر سبک زندگی سلامت محور معنادار بود ($\beta = 0.175$, $p\text{-value} = 0.001$)؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که فرضیه (۲) تحقیق تأیید شده و متغیر سبک زندگی سلامت محور دارای اثر میانجی در رابطه بین مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بود (جدول ۴). البته، با توجه به اینکه در مدل با اثر میانجی، مسیر مستقیم بین مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مثبت و معنادار است ($\beta = 0.52$, $p\text{-value} = 0.001$). بنابراین، متغیر سبک زندگی سلامت محور اثر مهارت‌های سواد سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را به صورت جزئی میانجی‌گری می‌کند (پهلوان‌شریف و مهدویان، ۱۳۹۴).



جدول ۴: خلاصه نتایج به دست آمده از آزمون فرضیه اثر میانجی تحقیق

نتیجه آزمون	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		خطای استاندارد اثر غیرمستقیم	ضریب استاندارد شده غیرمستقیم	رابطه
	کران بالا	کران پایین			
تأیید فرضیه	۰/۰۰۱	۰/۳۱۲	۰/۰۶۱	۰/۰۶۴	۰/۱۷۵

مهارت‌های سواد سلامت ← سبک زندگی سلامت‌محور ← کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی، این تحقیق با هدف اصلی بررسی تأثیر مهارت‌های سواد سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی در شهرستان اسلام‌آباد غرب با تأکید بر اثر میانجی سبک زندگی سلامت‌محور انجام شد. براساس نتایج تحقیق مشخص شد که فرضیه اول تحقیق تأیید شده و بر مبنای آن، سواد سلامت از اثر مثبت و معناداری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی برخوردار بود. به عبارت دیگر، با افزایش سطح سواد سلامت، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نیز افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج تحقیقات توسلی و نوا (۱۳۹۶)، ضاربان و همکاران (۱۳۹۵)، محسنی و همکاران (۱۳۹۴)، بوده‌اتوکی و همکاران (۲۰۱۷)، آموا و همکاران (۲۰۱۷) و وانگ و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی داشت. در این زمینه، بساطی (۱۳۹۳) معتقد است که آموزش در زمینه سلامت و بهداشت، امری بدیهی است که نیازی به توضیح ندارد، چرا که افراد با سواد سلامت کم و سطح آموزش پایین، در معرض خطر بالاتری بوده و در مقایسه با افراد دارای سواد سلامت و آموزش بالاتر، از احتمال بیشتری برای ابتلاء به بیماری‌های مختلف برخوردار هستند. به طور کلی، افزایش سواد سلامت به شیوه‌های گوناگون از جمله بهبود سطح دانش و آگاهی افراد درباره بیماری‌ها و نحوه درمان آن‌ها، تغییر نگرش افراد برای رعایت رفتارهای پیشگیری و ترغیب آن‌ها به استفاده از خدمات پیشگیری و ارتقاء رفتار سلامتی، کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی، کاهش مصرف دارو، کاهش بار مراجعه به مراکز بهداشت و درمان، توجه بیشتر به کنترل و خودمراقبتی، حساسیت بیشتر درباره سلامت و افزایش عمل به

توصیه‌های ارائه شده توسط متخصصان بهداشتی، بهبود توانایی قبول مسئولیت‌های مرتبط با سلامتی، کمک به تشخیص به موقع بیماری و سایر موارد، می‌تواند بر بهبود سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد به‌طور جالب توجهی اثرگذار باشد و همان‌طور که نتایج این تحقیق نشان داد به بهبود آن در ابعاد مختلف منجر شود.

افزون بر اثر مستقیم مهارت‌های سواد سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، نتایج این تحقیق نشان داد که سواد سلامت به شکل غیرمستقیم از طریق بهبود سبک زندگی سلامت‌محور زنان روستایی نیز می‌تواند بر افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها تأثیرگذار باشد. به عبارت دیگر، فرضیه دوم این تحقیق نیز تأیید شده و سبک زندگی سلامت‌محور در رابطه بین مهارت‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی اثر میانجی داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های رخشانی و همکاران (۲۰۱۴) و یی و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی داشت. در این خصوص، نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که بهبود سطح مهارت‌های سواد سلامت به انحای مختلف می‌تواند بر روی مؤلفه‌های مختلف سبک زندگی سلامت‌محور تأثیر گذاشته و از طریق بهبود آن‌ها به افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت منجر شود؛ برای نمونه، افرادی که از سطح سواد سلامت کافی برخوردار هستند، مدیریت بهتری را بر رژیم غذایی خود اعمال کرده و رفتار/ عملکرد تغذیه‌ای مناسب‌تری دارند که این موضوع ضمن پیشگیری از بروز انواع بیماری‌ها و حتی درمان آن‌ها و در نتیجه بهبود سطح سلامت جسمانی افراد، با جلوگیری از ابتلاء به اضافه وزن، سبب ایجاد خودپنداره یا تصویر ذهنی بدنی مثبت و افزایش سطح اعتماد به نفس و در نهایت، بهبود سطح سلامت روانی افراد به عنوان یکی از ابعاد اصلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌شود. در این زمینه، با توجه به اینکه زنان در مناطق روستایی از دسترسی خوبی به مواد غذایی سالم و متنوع برخوردار هستند، از این رو، افزایش سطح سواد سلامت آن‌ها به‌طور جالب توجهی می‌تواند از طریق کمک به بهبود مدیریت تغذیه آن‌ها، نقش مهمی در ارتقاء سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی داشته باشد. به‌طور مشابه، افراد با سطح سواد سلامت بالاتر، مسئولیت‌پذیری، وظیفه‌شناسی و حساسیت بیشتری درباره مسائل مختلف مرتبط با سلامت خود دارند؛ در این زمینه، همان‌طور که احمدی و روستا^۱ (۲۰۱۵) تأکید دارند، چنین افرادی



به دلیل داشتن سطح آگاهی و دانش بیشتر به طور خودتنظیم نکات بهداشت فردی را رعایت کرده، به طور مستمر برای معاینه به پزشک مراجعه می‌کنند و درباره مسائل نگران‌کننده مربوط به سلامت خود با پزشکان و متخصصان بهداشت گفتگو می‌کنند که این موضوع سبب می‌شود تا آن‌ها دارای سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری به ویژه در ابعاد جسمانی و روانی باشند. البته، در این خصوص بایستی اشاره شود که به دلیل موقعیت مکانی و جغرافیایی مناطق روستایی، زنان در برخی از روستاهای مطالعه شده در شهرستان اسلام‌آباد غرب دسترسی فیزیکی مناسبی به مراکز بهداشتی و درمانی نداشته و نمی‌توانند به طور مستمر برای ارزیابی وضعیت سلامتی خود به پزشکان و متخصصان مراجعه کنند که این مسأله می‌تواند پیامدهای منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها داشته باشد. افزون بر موارد اشاره شده، بهبود سطح سواد سلامت سبب می‌شود تا افراد زمان بیشتری را برای ورزش و انجام دادن مستمر و منظم فعالیت‌های جسمانی و نیز نرمش‌های سبک در حین کار یا موقع استراحت صرف کنند که این موضوع می‌تواند به تندرستی و سلامت جسمانی و متعاقباً سلامت روحی و ذهنی افراد منجر شود. هر چند، با توجه به مشغله زیاد زنان روستایی و مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های بیرون از خانه به ویژه کشاورزی و دامپروری، آن‌ها در طول روز زمان بسیار کمی برای انجام دادن ورزش و فعالیت بدنی منظم دارند. یکی دیگر از مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور که می‌تواند تحت تأثیر سواد سلامت قرار گیرد، مؤلفه مدیریت استرس است. در واقع، بهبود سطح سواد سلامت سبب می‌شود تا ضمن مدیریت بهتر فشارهای روانی ناشی از زندگی روزمره، به ویژه در مواجهه با بیماری‌های مختلف، افراد توان بیشتری برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با آن‌ها داشته باشند که این موضوع به معنای داشتن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتر است. به هر حال، زنان در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری دارای محیط زندگی نسبتاً آرام و کم تنش هستند که این نکته مثبت می‌تواند در صورت افزایش سطح سواد سلامت آن‌ها، به واسطه کمک به مدیریت بهتر استرس‌های ایجاد شده، توان بیشتری به زنان روستایی برای بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها دهد. علاوه بر موارد اشاره شده، همان‌گونه که طاووسی، عبادی، فتاحی، جهانگیری، هاشمی، هاشمی‌پرست و منتظری (۱۳۹۴) تصریح کرده‌اند، افراد دارای سواد سلامت ناکافی، درباره روش‌های پیشگیری از بیماری‌ها دانش کمی داشته و کم‌تر در برنامه‌های مراقبت در برابر بیماری‌های مزمن شرکت

می‌کنند. چنین افرادی اغلب آموزش‌های پزشکی و بهداشتی را درک نمی‌کنند و حتی ممکن است که آن‌ها را به اشتباه تفسیر کنند و متعاقب آن، موفقیت معالجات هم در این افراد پایین آید. بدین ترتیب، همان‌طور که نتایج این تحقیق نشان داد، بهبود سواد سلامت به شکل غیرمستقیم از طریق هدایت افراد به سوی داشتن یک سبک زندگی سلامت‌محور و سالم می‌تواند در نهایت، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها را در ابعاد مختلف افزایش دهد. در مجموع، با توجه به مطالب اشاره شده می‌توان نتیجه گرفت که رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یک رابطه ساده نبوده، بلکه، یک رابطه شرطی یا وابسته به سبک زندگی سلامت‌محور است که از طریق آن تسهیل و تسریع می‌شود. به عبارت دیگر، به‌منظور پیشینه کردن تأثیر مهارت‌های سواد سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، ضروری است تا سبک زندگی سلامت‌محور و مؤلفه‌های آن در بین زنان روستایی تقویت شوند.

در نهایت، ذکر این نکته ضروری است، به‌رغم اهمیت متغیر سواد سلامت و اثر مستقیم و غیرمستقیم (از طریق متغیر سبک زندگی سلامت‌محور) آن بر متغیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، نتایج توصیفی این تحقیق نشان داد که سطح سواد سلامت زنان روستایی مورد مطالعه در حد مطلوب نبود، به نحوی که پاسخگویان خود را از نظر مؤلفه‌های مختلف سواد سلامت شامل مهارت در دسترسی، مهارت در درک و مهارت در برقراری ارتباط، در سطح متوسط و حتی در خصوص مؤلفه مهارت در ارزیابی در حد کم‌تر از متوسط ارزیابی کرده بودند. اهمیت این مسأله با در نظر گرفتن پایین بودن میزان تحصیلات بیشتر زنان در روستاهای مورد مطالعه دو چندان است. وجود چنین شرایطی سبب شده است تا آن‌ها از مهارت و خودکارآمدی کافی در پیشگیری و مواجهه با بیماری‌ها و مسائل مختلف بهداشتی برخوردار نبوده و در نتیجه، مستعد کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت باشند.

با توجه به نتایج به‌دست آمده از این پژوهش، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

۱- با توجه به یافته‌های به‌دست آمده از تحقیق پیشنهاد می‌شود، دانش و اطلاعات ضروری در زمینه نحوه صحیح انجام ورزش و فعالیت‌های بدنی و اصلاح رفتار تغذیه‌ای زنان روستایی در راستای رسیدن به رژیم غذایی مناسب و تغذیه سالم از طریق مشاوران و بهورزان خانه‌های بهداشت روستایی در اختیار آن‌ها قرار گیرد. همچنین، آموزش مهارت مدیریت



استرس و شیوه‌های مقابله با آن به ویژه آموزش‌های کاربردی در این خصوص و زمینه‌سازی برای برخورداری مناسب زنان روستایی از مراقبت‌های بهداشتی، از دیگر نکات مهمی است که می‌تواند در بهبود سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی مفید واقع شود. به همین منوال، با توجه به اهمیت ارتباطات بین فردی و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی در ایجاد سرمایه اجتماعی و در نتیجه بهبود سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی، آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر مهارت‌های ارتباطی از دیگر اولویت‌هایی است که می‌تواند از طریق سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط به ویژه سازمان ترویج کشاورزی و خانه‌های بهداشت مورد توجه قرار گیرد.

۲- بر اساس نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود که مفاهیم و موضوعات مرتبط با سلامت از طریق آموزش‌های کاربردی و به زبان ساده و شیوا و متناسب با درک و سطح سواد زنان روستایی به آن‌ها ارائه شود، شیوه خود مراقبتی به زنان آموزش داده شده و آن‌ها به انجام رفتارهای خود مراقبتی تشویق شوند. همچنین، کانال‌ها و مجراهای دسترسی و کسب اطلاعات مربوط به سلامتی و بهداشت به زنان روستایی آموزش داده شده و توانایی آن‌ها در استفاده از خدمات سلامت و بهداشت بالا برده شود.

منابع

- بزی، خدارحم و رئیس، اسلام (۱۳۹۱). ارزیابی جایگاه و نقش زنان در فرآیند توسعه روستایی و کشاورزی ایران، مجموعه مقالات همایش ملی توسعه روستایی، رشت، ۱۴ و ۱۵ شهریور ماه ۱۳۹۱، ۱-۱۷.
- بساطی، مرزبان (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر محیط یادگیری تلفیقی (تعاملی- تجربی) بر میزان سواد سلامت دانش آموزان، مجموعه مقالات دومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت چالش‌ها و راهکارها، شیراز، ۱ مهر ماه ۱۳۹۳، ۱-۸.
- پهلوان‌شریف، سعید و مهدویان، وحید (۱۳۹۴). مدل‌سازی معادلات ساختاری با AMOS، تهران: بیشه.
- توسلی، زهرا و نوا، فاطمه (۱۳۹۶). بررسی میزان سواد سلامت با رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان متأهل ۳۰ تا ۴۰ مشهد، فصلنامه سواد سلامت، ۲(۱): ۳۱-۳۸.
- توکلی، ماهگل و عمادی، زهرا (۱۳۹۴). پیش‌بینی سبک ارتقاء بخش سلامت بر مبنای متغیرهای سلامت روان، سبک‌های مقابله‌ای و جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳(۱): ۶۴-۷۸.
- چرمچیان لنگرودی، مهدی و علی بیگی، امیرحسین (۱۳۹۲). بررسی عوامل مؤثر بر توانمندسازی روانشناختی زنان روستایی، فصلنامه زن و جامعه، ۴(۱): ۱۶۵-۱۹۲.
- حسینی، فاطمه، میرزایی، طیبه، راوری، علی و اکبری، علی (۱۳۹۵). ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، فصلنامه سواد سلامت، ۱(۲): ۹۲-۹۹.
- خزان، نگار و وثوقی، منصور (۱۳۹۵). تبیین جامعه‌شناختی تأثیرات مردسالاری بر احساس محرومیت نسبی و احساس بیگانگی زنان از خود و از زندگی زناشویی، فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۷(۱): ۵۷-۹۸.
- رحیمی، علی و احمدیان ماژین، نسیم (۱۳۹۵). بررسی سطح سواد سلامت و ارتباط آن با



- عوامل دموگرافیک در پرستاران مراکز آموزشی درمانی غرب کشور در سال ۱۳۹۵، فصلنامه سواد سلامت، ۲(۱): ۵۴-۶۱.
- رستمی، فرحناز، صحرایی، ماریه، ملکی، طاهره، ساسانی، فاطمه و شاهمرادی، مهنا (۱۳۹۳). آسیب‌شناسی چالش‌ها و مشکلات دختران در جوامع روستایی (مورد مطالعه: دهستان ماهی‌دشت شهرستان کرمانشاه)، فصلنامه زن و توسعه سیاست، ۱۲(۴): ۴۸۹-۵۰۶.
- رضائی، روح‌اله، نوروزی، سپیده، مجردی، غلامرضا و صفا، لیلا (۱۳۹۵). عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی شهرستان اسلام‌آباد غرب، فصلنامه زن در توسعه و سیاست، ۱۴(۲): ۱۸۱-۲۰۲.
- رئیزی، مهنوش، جوادزاده، همام‌الدین، مصطفوی، فیروزه، توسلی، الهه و شریفی‌راد، غلامرضا (۱۳۹۲). سواد سلامت و رفتارهای ارتقاءدهنده سواد سلامت در سالمندان شهر اصفهان، فصلنامه تحقیقات نظام سلامت، ۹(۸): ۸۲۷-۸۳۶.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر و خالویی، زهرا (۱۳۹۴). مقایسه سبک زندگی سلامت‌محور در بین گروه‌های مختلف زنان شهر یزد (با تأکید بر زنان شاغل و غیرشاغل)، فصلنامه زن و جامعه، ۶(۴): ۱-۱۸.
- سجادی، حمیرا (۱۳۹۲). بررسی ارتباط سواد سلامت با سبک زندگی در زنان روستایی همسردار زیر پوشش پزشک خانواده مرکز بهداشت ایذه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سجادی، حمیرا، حسین‌پور، ناصر، شریفیان‌ثانی، مریم و محمودی، زهره (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین سواد سلامت با سبک زندگی در زنان روستایی همسردار مرکز بهداشت ایذه در سال ۱۳۹۲، فصلنامه سلامت و بهداشت، ۷(۴): ۴۸۰-۴۸۹.
- سعدی، حشمت‌اله، یعقوبی‌فرانی، احمد، زلیخایی‌سیار، لیلا و قهرمانی، فاطمه (۱۳۹۶). تحلیل موانع و محدودیت‌های اشتغال زنان روستایی (مطالعه موردی: شهرستان تویسرکان)، فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی، ۶(۱۷): ۳۵-۴۸.
- سعیدی‌کوپایی، مرضیه و متقی، مینو (۱۳۹۵). مقایسه سواد سلامت دختران دبیرستانی و

- مادران آن‌ها درباره سلامت زنان، فصلنامه سواد سلامت، ۱(۴): ۲۲۰-۲۲۹.
- ضاربان، ایرج، ایزدی‌راد، حسین و جدگال، خیر محمد (۱۳۹۵). بررسی میزان سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی و بهره‌مندی از خدمات سلامت در زنان منطقه سیستان و بلوچستان، فصلنامه سواد سلامت، ۱(۲): ۷۱-۸۲.
- طاووسی، محمود، عبادی، مهدی، فتاحی، اسماعیل، جهانگیری، لیلا، هاشمی، اکرم، هاشمی‌پرست، مینا و منتظری، علی (۱۳۹۴). ابزارهای سنجش سواد سلامت: یک مطالعه نظام‌مند، نشریه پایش، ۱۴(۴): ۴۸۵-۴۹۶.
- قاسمی، رامین، رجبی‌گیلان، نادر، رشادت، سهیلا، توانگر، فاتح، سعیدی، شهرام و صوفی، مسلم (۱۳۹۳). کیفیت گذران اوقات فراغت در زنان حاشیه‌نشین و ارتباط آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۳(۱۲): ۱۴-۲۴.
- کلدی، علیرضا، کبیران‌عین‌الدین، حمیده، محقق‌کی‌کمال، سید حسین و رضا سلطانی، پوریا (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با کیفیت زندگی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۱۳۹۲)، فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۶(۴): ۹۶-۸۷.
- کوشیار، هادی، شوروزی، مریم، دلیر، زهرا و حسینی، مسعود (۱۳۹۲). بررسی رابطه سواد سلامت با تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به دیابت ساکن جامعه، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۳(۱): ۱۳۴-۱۴۳.
- محسنی، محبت، خانجانی، نرگس، ایرانپور، عابدین، تابع، راحله و برهانی‌نژاد و حمیدرضا (۱۳۹۴). رابطه سواد سلامت و وضعیت سلامت جسمانی در سالمندان شهر کرمان ۱۳۹۲، مجله سالمند، ۱۰(۲): ۱۴۶-۱۵۵.
- میرغفوروند، مژگان، محمدعلیزاده چرندابی، سکینه، بهروز لک، طاهره و علی اصغری، فاطمه (۱۳۹۵). بررسی وضعیت سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و پیش‌بینی کننده‌های فردی-اجتماعی آن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، فصلنامه حیات، ۲۲(۴): ۳۹۴-۴۰۷.



نقیبی، فوزیه، گلمکانی، ناهید، اسماعیلی، حبیب‌اله و محرری، فاطمه (۱۳۹۲). بررسی ارتباط سبک زندگی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دختران نوجوان دبیرستان‌های شهرستان مشهد در سال تحصیلی ۹۱-۹۲، *فصلنامه زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۶(۶۱):۹-۱۹.

نوروزی، سپیده (۱۳۹۵). *بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان.

نوروزی‌نیا، روح‌انگیز، آقابراری، مریم، کهن، محمود و کریمی، مهرداد (۱۳۹۲). بررسی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و همبستگی آن با میزان اضطراب و برخی مشخصات جمعیت‌شناسی دانشجویان علوم پزشکی البرز، *فصلنامه مدیریت ارتقاء سلامت*، ۲(۴):۳۹-۴۹.

ودادهیر، ابوعلی، هانی ساداتی، سیدمحمد و احمدی، بتول (۱۳۸۷). سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران، *فصلنامه زن در توسعه و سیاست*، ۶(۲):۱۳۳-۱۵۵.

Ahmadi, A. & Roosta, F. (2015). Health Knowledge and Health Promoting Lifestyle among Women of Childbearing Age in Shiraz. *Women's Health Bulletin*, 2(3):1-4.

Allahdadi, F. (2011). Towards Rural Women's Empowerment and Poverty Reduction in Iran. *Life Science Journal*, 8(2):213-216.

Amoah, P., Phillips, D., Gyasi, R., Koduah, A. & Edusei, J. (2017). Health Literacy and Self-Perceived Health Status among Street Youth in Kumasi, Ghana. *Cogent Medicine*, 4,1-13.

Bartlett, J., Kotrlík, J. & Higgins, C. (2001). Organizational Research: Determining Appropriation Sample Size in Research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, 19(1):43-50.

Basati, M. (2012). Investigating of the Effect of Education Based on Integrative Learning Environment on Amount of Students' Health Literacy. *Proceeding of the 2nd International Conference on Challenges Management and Solutions*, Shiraz, 23 September 2014, pp. 1-8(Text in Persian).

Bazzi, K. & Raesi, I. (2012). Assessment of the Position and Role of Women in the Process of Iran's Rural and Agriculture Development. *Proceeding of the National Conference on Rural Development*, Rasht -5 September 2012, pp. 1-17(Text in Persian).

Begoray, D. & Kawn, B. (2012). A Canadian Exploratory Study to Define a Measure of Health Literacy. *Health Promotion International*, 10,1-10.

- Budhathoki, S., Pokharel, P., Good, S., Limbu, S., Bhattachan, M. & Osborne, R. (2017). The Potential of Health Literacy to Address the Health-Related UN Sustainable Development Goal 3 (SDG3) in Nepal: A Rapid Review. *BMC Health Services Research*, 17,237-249.
- Chang, C., Lee, L., Wang, J., Lee, C., Tai, C., Tang, T. & Lin, J. (2016). Health-Related Quality of Life in Patients with Barrett's Esophagus. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14,158-166.
- Charmchian Langerodi, M. & Alibaygi, A. (2013). An Investigation of Effective Factors on Rural Women's Psychological Empowerment. *Journal of Woman and Society*, 4(1): 165-192(Text in Persian).
- Chen, M., Lai, L., Chen, H. & Gaete, J. (2014). Development and Validation of the Short-Form Adolescent Health Promotion Scale. *Bmc Public Health*, 14,1-9.
- Chen, M., Wang, E., Yang R. & Liou, Y. (2003). Adolescent Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Public Health Nursing*, 20,104-110.
- Chiou, A., Hsu, M. & Hung, M. (2016). Predictors of Health-Promoting Behaviors in Taiwanese Patients with Coronary Artery Disease. *Applied Nursing Research*, 30,1-6.
- Couture, E., Chouinard, M., Fortin, M. & Hudon, C. (2017). The Relationship between Health Literacy and Quality of Life among Frequent Users of Health Care Services: A Cross-Sectional Study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15,137-142.
- Freire, T. & Ferreira, G. (2016). Health-Related Quality of Life of Adolescents: Relations with Positive and Negative Psychological Dimensions. *International Journal of Adolescence and Youth*, 21,1-14.
- Ghasemi, R., Rjabi Gilan, G., Reshadat, S., Tavangar, F., Saedi, S. & Soofi, M. (2014). Quality of Leisure Time in Women Resident in Marginal Areas and its Relationship with Health Related Quality of Life. *Journal of Gilan University of Medical Sciences*, 24(12), 14-24(Text in Persian).
- Hayes, A. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, Guilford Press(Text in Persian).
- Hosieni, F., Mirzaei, T., Ravari, A. & Akbary, A. (2016). The Relationship Between Health Literacy and Quality of Life in Retirees of Medical Sciences Rafsanjan University. *Journal of Health Literacy*, 1(2): 92-99.
- Jahanlou A. & Alishan Karami, N. (2011). WHO Quality of Life-BREF 26 Questionnaire: Reliability and Validity of the Persian Version and Compare it with Iranian Diabetics Quality of Life Questionnaire in Diabetic Patients. *Prim Care Diabetes*, 5(2):103-107.
- Kaldi, A., Kabiran Einoddin, H., Mohagheghi Kamal, H. & Reza Soltani, P. (2014).



- The Relationship between Health-Promoting Lifestyle and Quality of Life (Case of Study: Students of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences in Tehran, 2013). *Journal of Iranian Social Development Studies*, 6(4): 87-96(Text in Persian).
- Karmakar, N., Majumdar, S., Dasgupta, A. & Das, S. (2017). Quality of Life among Menopausal Women: A Community-Based Study in a Rural Area of West Bengal. *Journal of Mid-life Health*, 8,21-27.
- Khazan, N. & Vosoughi, M. (2016). Sociological Explanation of the Impact of Patriarchy on Women's Perceived Relative Deprivation and Alienation of Marital Life. *Journal of Social Issues of Iran*, 7 (1): 57-98(Text in Persian).
- Koshyar, H., Shoorvazi, M., Dalir, Z. & Hosseini, M. (2014). Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Elderly. *Journal Mazandaran University Medical Science*, 23(1): 134-143(Text in Persian).
- Kudo, N., Yokokawa, H., Fukuda, H., Hisaoka, T., Isonuma, H. & Naito, T. (2016). Analysis of Associations between Health Literacy and Healthy Lifestyle Characteristics among Japanese Outpatients with Lifestyle-Related Disorders. *Journal of General and Family Medicine*, 17(4):299-306.
- Lin, X., Lin, I. & Fan, S. (2013). Methodological Issues in Measuring Health-Related Quality of Life. *Tzu Chi Medical Journal*, 25,8-12.
- Mirghafourvand, M., Mohammad-Alizadeh Charandabi, S., Behroozi Lak, T. & Aliasghari, F. (2016). Study of Health Promoting Lifestyle Status and its Socio-demographic Predictors Among Women with Polycystic Ovarian Syndrome. *Journal of HAYAT*, 22(4): 394-407(Text in Persian).
- Mohseni, M., Khanjani, N., Iranpour, A., Tabe, R. & Borhaninejad, V. (2015). The Relationship between Health Literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman, 2013. *Journal of Salmand*, 10(2): 146-155(Text in Persian).
- Muliira, R., Salas, A. & O'Brien, B. (2017). Quality of Life among Female Cancer Survivors in Africa: An Integrative Literature Review. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 4,6-17.
- Naghibi, F., Golmakani, N., Ismaeili, H. & Moharari, F. (2013). Studying the Relationship between Life Style and Health Related Quality of Life Among the Female Students of High Schools in Mashhad, 2012-2013. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 16 (61): 9-19(Text in Persian).
- Namdar, A., Naghizadeh, M., Zamani, M., Yaghmaei, F. & Sameni, M. (2017). Quality of Life and General Health of Infertile Women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15,139-146.
- Nedjat, S., Montazeri, A., Mohammad, K. & Majdzadeh, S. (2007). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOLBREF) Questionnaire: Translation and Validation Study of the Iranian Version. *Journal of School of*

- Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4):1-12.
- Noroozi, S. (2016). Investigating of Factors Affecting the Rural Women' Health related Quality of Life. *MSc Thesis*, Faculty of Agriculture, University of Zanjan(Text in Persian).
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Kohan, M. & Karimi, M. (2013). Health Promotion Behaviors and its Relationship with Anxiety and Some Students' Demographic Factors in University of Alborz Medical Sciences. *Journal of Health Promotion Management*, 2 (4): 39-49(Text in Persian).
- Oyama, Y. & Fukahori H. (2015). A Literature Review of Factors related to Hospital Nurses' Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Management*, 23(5):661-673.
- Pahlavan Sharif, S. & Mahdavian, V. (2015). *Modeling of structural equations with AMOS*. Tehran: Bisheh Publisher(Text in Persian).
- Preacher, K., Rucker, D. & Hayes, A. (2007). Assessing Moderated Mediation Hypotheses: Theory, Methods, and Prescriptions. *Multivariate Behavioral Research*, 42,185-227.
- Preacher, L. & Hayes, A. (2008). Asymptotic and Resampling Strategies for Assessing and Comparing Indirect Effects in Multiple Mediator Models. *Behavior Research Methods*, 40(3):879-891.
- Rahimi, A. & Ahmadian Majin, N. (2016). Investigating Health Literacy Level and its Relation to Demographic Factors of Nurses in Educational Hospitals at West Cities of Iran 2016. *Journal of Health Literacy*, 2(1): 54-61(Text in Persian).
- Rakhshani, T., Shojaiezadeh, D., Bagheri Lankarani, K., Rakhshani, F., Kaveh, M. & Zare, N. (2014). The Association of Health-Promoting Lifestyle with Quality of Life among the Iranian Elderly. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(9):1-6.
- Reddy, P. & Frantz, J. (2017). The Quality of Life of HIV-Infected and Non-Infected Women Post-Caesarean Section Delivery. *Health Sa Gesundheit*, 22,87-92.
- Reisi, M., Javadzade, H., Mostafavi, F., Tavassoli, E. & Sharifirad, G. (2013). Health Literacy and Health Promoting Behaviors Among Older Adults in City of Isfahan. *Journal Health System Studies*, 9 (8): 827-836(Text in Persian).
- Reisi, M., Javadzadeh, M., Babaei Heydarabadi, A., Mostafavi, F., Tavassoli, E. & Gholamrezaei, S. (2014). The Relationship between Functional Health Literacy and Health Promoting Behaviors among Older Adults. *Journal of Education and Health Promotion*, 3,109-119.
- Rezaei, R., Noroozi, S., Mojaradi, G. & Safa, L. (2016). Factors Affecting Rural Women's Health-Related Quality of Life in West Islam Abad Township. *Women in Development and Policy*, 14 (2): 181- 202(Text in Persian).
- Rostami, F., Sahraee, M., Maleki, T., Sasani, F. & Shahmoradi, M. (2014). Study of



- the Challenges and Barriers Face Girls in Rural Communities (Case study: Mahidasht Rural District of Kermanshah County). *Women in Development and Policy*, 12 (4): 489-506(Text in Persian).
- Saadi, H., Yaghoubi Farani, A., Zoleikhaei Sayyar, L. & Ghahremani, F. (2017). Analyzing the Barriers and Limitations of Rural Women Employment (Case Study: Tuysarkan County). *Journal of Research and Rural Planning*, 6(17): 35-48(Text in Persian).
- Saeedi Koupai, M. & Motaghi, M. (2016). Comparing the Health Literacy of High School Female Students and Their Mothers Regarding Women's Health. *Journal of Health Literacy*, 1(4): 220-229(Text in Persian).
- Sajjadi, H. (2013). Investigation of the Relationship between Health Literacy and Life Style of Married Rural Women Under Supervision of Family Medicine in Izeh Health Center. *MSc Thesis*, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences(Text in Persian).
- Sajjadi, H., Hosseinpour, N., Sharifian Sani, M. & Mahmoodi, Z. (2016). Studying the Relationship Between Health Literacy and Life Style in Married Rural Women in Izeh, 2013. *Journal of Health*, 7(4): 480-489(Text in Persian).
- Şenol, V., Ünalán, D., Soyuer, F. & Argün, M. (2014). The Relationship between Health Promoting Behaviors and Quality of Life in Nursing Home Residents in Kayseri. *Journal of Geriatrics*, 1,1-9.
- Tavakoli, M. & Emadi, Z. (2015). Prediction of Health-promoting Lifestyle Based on Mental Health, Coping Styles and Religious Orientation Among Students of Isfahan University. *Journal Research Behavioral Sciences*, 13 (1): 64-78(Text in Persian).
- Tavasoli, Z. & Nava, F. (2017). The Relationship Between Health Literacy and Marital Satisfaction and Quality of Life of Married Women Aged 30 to 40 in Mashhad. *Journal of Health Literacy*, 2 (1): 31-38(Text in Persian).
- Tavousi, M., Ebadi, M., Fattahi, I., Jahangiry, L., Hashemi, A., Hashemiparast, M. & Montazeri, A. (2015). Health Literacy Measures: A Systematic Review. *Payesh Journal*, 14(4): 485-496(Text in Persian).
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1):150-162.
- Vedadhir, A., Hani Sadati, M. & Ahmadi, B. (2008). Women's Health from the Perspective of Hygiene and Health Magazines in Iran. *Women in Development and Policy*, 6(2): 133-155(Text in Persian).
- Wagner, K. & Brath, H. (2012). A Global View on the Development of Non-Communicable Diseases. *Preventive Medicine*, 54,38-41.
- Wang, C., Kane, R., Xu, D. & Meng, Q. (2015). Health Literacy as a Moderator of Health-Related Quality of Life Responses to Chronic Disease among Chinese Rural Women. *BMC Women's Health*, 15(34):1-8.

- WHO (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. Research Report, World Health Organization, Geneva.
- Wong, C., Fung, C., Siu, C., Wong, K., Lo, Y. & Fong, Y. (2012). The Impact of Work Nature, Lifestyle, and Obesity on Health-Related Quality of Life in Chinese Professional Drivers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54,989-994.
- Yang, H., He, F., Wang, T., Liu., Y., Shen, Y. & Gong, J. (2015). Health-Related Lifestyle Behaviors among Male and Female Rural-to-Urban Migrant Workers in Shanghai, China. *PLOS One*, 10(2):1-14.
- Yi, J., Zhong, B. & Yao, S. (2014). Health-Related Quality of Life and Influencing Factors among Rural Left-Behind Wives in Liuyang, China. *BMC Women's Health*, 14,67-71.
- Yokokawa, H., Fukuda, H., Yuasa, M., Sanada, H., Hisaoka, T. & Naito, T. (2016). Association between Health Literacy and Metabolic Syndrome or Healthy Lifestyle Characteristics among Community-dwelling Japanese People. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 8,30-38.
- Younsi, M. (2015). Health-Related Quality-of-Life Measures: Evidence from Tunisian Population Using the SF-12 Health Survey. *Value in Health Regional Issue*, 7,54-66.
- Zare Shahababadi, A. & Khaluei, Z. (2015). Comparing the Healthy Lifestyle Among Different Groups of Women in Yazd (with Emphasis on Employed and Unemployed Women). *Journal of Woman and Society*, 6 (4): 1- 18(Text in Persian).
- Zareban, I., Izadirad, H. & Jadgal, K. (2016). Study of Health Literacy, General Health Status and Health Services in Women of Sistan and Baluchestan Region. *Journal of Health Literacy*, 1(2): 71- 82(Text in Persian).



نویسندگان

سپیده نوروزی

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد رشته ترویج و آموزش کشاورزی در گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی دانشگاه زنجان، دارای چهار مقاله چاپ شده در فصلنامه‌های علمی-پژوهشی معتبر در کشور، دو مقاله کنفرانس داخلی.

دکتر روح‌اله رضائی

دکترای ترویج و آموزش کشاورزی از دانشگاه تهران و دانشیار گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی دانشگاه زنجان؛ دارای بیش از صد مقاله علمی پژوهشی منتشر شده در فصلنامه‌ها و ژورنال‌های معتبر (ISI و ISC)، انتشار بیش از ۲۰ مقاله علمی ترویجی در مجلات معتبر داخلی و چاپ بیش از صد مقاله در کنفرانس‌های معتبر داخلی و خارجی؛ راهنمایی و مشاوره پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و دکتری در حوزه مسائل مرتبط با ترویج کشاورزی و توسعه روستایی؛ پژوهشگر برتر دانشکده کشاورزی و پژوهشگر جوان دانشگاه زنجان در هفته پژوهش طی سال‌های ۱۳۹۱ الی ۱۳۹۳.

دکتر لیلا صفا

دکترای ترویج و آموزش کشاورزی از دانشگاه تهران و استادیار گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی دانشگاه زنجان؛ دارای بیش از بیست مقاله علمی پژوهشی منتشر شده در فصلنامه‌های معتبر داخلی (ISC) و چاپ بیش از سی مقاله در کنفرانس‌های معتبر داخلی و خارجی؛ راهنمایی و مشاوره پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد در حوزه موضوعات مرتبط با ترویج و آموزش کشاورزی.



Mediation Effect of Healthy Lifestyle in the Relationship between Health Literacy and Rural Women's Health Related Quality of Life in West Islam Abad Township

Sepideh Norozi¹
Rohollah Rezaei²
Leila Safa³

Abstract

The aim of this study was to investigate the mediating effect of Healthy Life Style (HLS) in the relationship between Health Literacy (HL) and Rural Women's Health Related Quality of Life (HRQL). The statistical population of the study consisted of 13835 rural women aged from 15 to 64 years old in West Islam Abad Township. According to Bartlett, Kotrlik & Higgins' Table (2001), 250 persons of the them were selected using multiple stage sampling method for doing study. Standard questionnaires (after adjusting the questions with the field of research) were employed for data collection. Content validity of the questionnaires confirmed by experts and construct validity and composite reliability of the questionnaires satisfied by estimating the measurement model. Collected data was analyzed using Structural Equation Modeling (SEM) multivariate technique and the Bootstrapping method was used for testing mediating effect. The results showed that HL had a positive and significant effect on HRQL ($\beta=0.518$, $p\text{-value}=0.001$) and explained about 27 percent of its variances. Moreover, the results indicated

1. MSc Graduate, Department of Agricultural Extension, Communication and Rural Development, Faculty of Agriculture, University of Zanjan

2. Associate professor, Department of Agricultural Extension, Communication and Rural Development, Faculty of Agriculture, University of Zanjan

3. Assistant professor, Department of Agricultural Extension, Communication and Rural Development, Faculty of Agriculture, University of Zanjan

Submit Date: 2016-11-03

Accept Date: 2017-10-24

DOI:10.22051/jwsps.2017.12483.1322



that sum of indirect effect of HL on HRQL through the variable of HLS was significant ($\beta=0.175$, $p\text{-value}=0.001$) and HLS partially mediated positive effect of HL on HRQL.

Keywords

Rural Women; Health Related Quality of Life; Healthy Life Style; Health Literacy