




Research Article

The mediating role of health anxiety on the relationship between health literacy, death anxiety and quality of life

Mahmoud Mohammadi: M.A. Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

mohammadimahmood939@gmail.com

Azadeh Choobforoushzadeh * : Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

Yasser Rezapour Mirsaleh: Associate Professor Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences Ardakan University, Ardakan, Iran.

y.rezapour@ardakan.ac.ir

Elahe Shirovi: M. A. in School counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences Ardakan University, Ardakan, Iran.

elaheshirovi@gmail.com

Abstrac

The present study was conducted with the aim of investigating the mediating role of health anxiety on the relationship between health literacy, death anxiety and quality of life. The research method was descriptive-correlation and structural equation modeling. The statistical population was all the students of Ardakan University in the academic year of 2013-2014, and 334 of them were selected using available sampling method. To collect data, Health Literacy Questionnaire of the Urban Population of Iran, Health Anxiety Questionnaire, Death Anxiety Questionnaire and World Health Organization's Quality of Life Questionnaire SF-36 were used. The findings showed that health literacy and death anxiety have a direct and significant effect on quality of life, health literacy on health anxiety, and death anxiety on health anxiety. Health literacy and death anxiety influence quality of life through the mediation of health anxiety. From the findings of the present research, we can understand the necessity of improving the level of health literacy to improve the quality of life and mental health.

Keywords: Health Literacy, Death Anxiety, Health Anxiety, Quality Of Life

Introduction

Quality of life is defined as people's perceptions of their position in life within the framework of culture and value system, their expectations, standards and concerns in relation to their goals (Bobes et al., 2022) and can be influenced by factors

such as self-efficacy, psychological well-being, health literacy (Söğütlü & Göktaş, 2021), death anxiety and disease perception (Majared, 2018) and health anxiety (Hayter et al., 2016). Death anxiety includes motivational, cognitive and emotional components, changes under the influence of growth stages, events of social and cultural life (Elisabeth, 2020). On the

*. Corresponding author



other hand, health literacy includes a set of reading, listening, analysis and decision-making skills and the ability to use these skills in health situations (Parker & Ratzan, 2019). Health anxiety means creating worry and anxiety when health is threatened. It is defined as a spectrum from ignorance about health to extreme health anxiety or self-morbidity (Bailer et al., 2016). Elizabeth (2020) showed that health literacy is important for both quality of life and long-term treatment adherence. Owen et al. (2020) believe that reducing death anxiety is an important goal in terms of therapeutic intervention to improve the quality of life. The consequences of lack of health literacy are death anxiety and poor quality of life and poor performance of physical and mental health in people. This study examines the mediating role of health anxiety in the relationship between health literacy and death anxiety with quality of life.

Method

The current research design was of a descriptive-correlation type. The statistical population included all the students of Ardakan University in the year 1400, who were selected due to the special conditions

of the society (COVID19 pandemic) with the available sampling method. Inclusion criteria included the following: absence of any chronic physical illness (according to student self-report) and informed consent. The exclusion criteria were: incomplete answers in the questionnaire. Questionnaires were designed online and distributed through social networks (Telegram and WhatsApp) in student groups of Ardakan University. Iranian health literacy questionnaire (HELIA), death anxiety questionnaire, health anxiety questionnaire and quality of life questionnaire were used. Answering the questions was completely voluntary and they could withdraw from the study whenever they wanted. The participants could be informed about the results of their study and questionnaire if they wish. Path analysis method was used for data analysis with the help of SPSS version 24 and AMOS version 24 software.

Results

The results showed that health literacy had a significant positive relationship with quality of life, death anxiety and health anxiety had a negative and significant relationship with quality of life.

Table1

Values of Structural Equation Model Generality Evaluation Indices

| P | NFI | CFI | TLI | GFI | IFI | χ^2/df |
|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|
| <0.05 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 2.92 |

According to the value of the model fit evaluation indices in Table 1, it can be

concluded that the model fit the data well.

Table2

Direct Effects between Research Variables

| Independent variable | Dependent variable | S.E | β | T | P |
|----------------------|--------------------|------|---------|-------|------|
| Health literacy | Quality of life | 0.06 | 0.24 | 5.26 | 0.00 |
| Death anxiety | | 0.16 | -0.2 | -3.86 | 0.00 |
| Health anxiety | | 0.09 | -0.4 | -8.17 | 0.00 |

Table 2 shows that all relationships between variables were significant at the

95% confidence level according to T values ($P < 0.05$).

Table3
Indirect Effects between Research Variables

| <i>Independent variable</i> | <i>Mediation</i> | <i>Dependent variable</i> | S | (P-Value of Bootstrap) |
|-----------------------------|------------------|---------------------------|-------|------------------------|
| Health literacy | Health anxiety | Quality of Life | 0.08 | 0.002 |
| | Death anxiety | | -0.22 | 0.001 |

The results of the bootstrap analysis showed that health literacy and death anxiety affected the quality of life through health anxiety, and its indirect coefficients were 0.08 and 0.22, respectively. Thus, the evaluation of the indirect effect using the bootstrap method showed that the indirect effect of health literacy and death health on quality of life was mediated by health anxiety.

Discussion

The aim of the present study was to analyze the effects of health literacy and death anxiety on quality of life, considering the role of the mediating variable of anxiety on Ardakan University students. The results showed that the variable of health literacy had a positive relationship with quality of life. This finding is in line with the results of researches (Elisabeth, 2020; Nilsen et al., 2020; Zheng et al., 2018). The results showed that death anxiety had a negative and significant relationship with quality of life. This finding is in line with the results of (Onu et al., 2020; Park et al., 2013). The results showed that health anxiety has a negative and significant relationship with quality of life. This finding is in line with the results of (Abdelghani et al., 2021; Eraslan & İlhan, 2023; Hayter et al., 2016). The results showed that health anxiety mediated the relationship between health literacy and death anxiety with students'

quality of life. Death has inevitable fear and excitement, and because no one has experienced or touched it, thinking about it causes anxiety (Onu et al., 2020). Death anxiety includes a set of attitudes towards death such as threat, fear, worry, discomfort and other negative emotional reactions with anxiety that affect mental health (Bowling, 2017). Therefore, reducing the anxiety of death reduces anxiety about people's health, and this reduction of anxiety causes vitality, activity and freshness in their lives.

One of the limitations of the current research is that the current research design was conducted on the student community. It is suggested to conduct a similar research for other sections of society to confirm and complete the results.

Consideration Ethical

Compliance With Ethical Guidelines: All ethical issues such as informed consent and confidentiality of participant's identity were respected.

Author of Contributions: All authors contributed to the study. The first author wrote the first draft of the manuscript. The second and third authors edited the manuscript and the second author is corresponding author.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Funding: This study was extract from the thesis of the master's course and conducted with no financial support.

Acknowledgment: The author thanks all participants in the study.

نقش واسطه‌ای اضطراب سلامت در رابطه بین سواد سلامت و اضطراب مرگ با کیفیت زندگی

محمود محمدی: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

mohammadmahmood939@gmail.com

آزاده چوب فروش زاده:* دانشجوی کارشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

یاسر رضاپور میر صالح: دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

y.rezapour@ardakan.ac.ir

الهه شیروی: کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

elaheshirovi@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای اضطراب سلامت در رابطه بین سواد سلامت و اضطراب مرگ با کیفیت زندگی انجام شد. روش پژوهش، توصیفی - همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری، تمامی دانشجویان دانشگاه اردکان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که از میان آن‌ها ۳۳۴ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سواد سلامت جمعیت شهری ایران، پرسشنامه اضطراب سلامت، پرسشنامه اضطراب مرگ و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند سواد سلامت و اضطراب مرگ بر اضطراب سلامت اثر مستقیم و معنادار دارند، همچنین، سواد سلامت بر اضطراب سلامت و اضطراب مرگ اثر مستقیم و معنادار دارد. سواد سلامت و اضطراب مرگ از طریق میانجی‌گری اضطراب سلامت بر کیفیت زندگی اثر دارند. از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به ضرورت ارتقای سطح سواد سلامت برای بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان پی برد.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت، اضطراب مرگ، اضطراب سلامت، کیفیت زندگی



مقدمه

در جهان پرتنش امروزی، وضعیت سلامت افراد از نظر جسمی و روانی بسیار حائز اهمیت است. از سال ۱۹۴۶، سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است سلامتی نه تنها نبود بیماری است، شامل وجود بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی نیز می‌شود (Trudel-Fitzgerald et al., 2019). این تعریف گسترده از سلامتی باعث افزایش مداوم علاقه به اندازه‌گیری کیفیت زندگی مربوط به سلامتی شده است. کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی^۱ به‌عنوان « ادراکات افراد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و نظام ارزشی، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان در ارتباط با اهدافشان» تعریف شده است (Bobes et al., 2022). علاوه بر این تعریف، کیفیت زندگی شامل تجربه شخصی افراد از حیطه‌های مختلف زندگی ناشی می‌شود؛ مانند سلامت روان، سلامت جسم، اعتماد بنفس، ارتباط با خانواده، دوستان و اجتماع (Ravens-Sieberer et al., 2014). به سبب اینکه کیفیت زندگی، یک نیروی قدرتمند برای هدایت، حفظ و ارتقای سلامت در جوامع مختلف محسوب می‌شود و جنبه‌های مختلف فیزیولوژیکی، عملکردی و وجودی فرد را شامل می‌شود، توجه به آن اهمیت ویژه‌ای دارد (Nilsen et al., 2020) و تحت تأثیر عواملی همچون خودکارآمدی، بهزیستی روانشناختی، سواد سلامت (Sögütli and Göktaş, 2021)، اضطراب مرگ و ادراک بیماری (Mojarad, 2019) و اضطراب سلامت (Hayter et al., 2016) است.

طبق تعریف سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا اضطراب مرگ عبارت است از: «نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد هنگام فکر کردن درباره‌ی فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا یا آنچه بعد از مرگ رخ می‌دهد» (Lillyman et al., 2011). انسان‌ها مرگ را آسیب‌پذیری بشر حتی با وجود پیشرفت‌های تکنولوژی قلمداد می‌کنند؛ در نتیجه، از فکر کردن به مرگ می‌پرهیزند؛ بنابراین، اضطراب مرگ تجربه ناخوشایند و رایج انسان‌هاست (Eraslan & İlhan, 2023). این نوع اضطراب، مؤلفه‌های انگیزشی، شناختی و هیجانی را در بر می‌گیرد و تحت تأثیر مراحل رشد و رویدادهای زندگی اجتماعی و فرهنگی تغییر می‌کند (Elisabeth, 2020). وقتی فردی از نگرانی‌های چند بعدی که منشأ وجودی دارد، احساس ناراحتی می‌کند و در فکر مرگ خود یا مرگ دیگران است، اضطراب مرگ را تجربه می‌کند (Thiemann et al., 2015). اضطراب مرگ می‌تواند تهدید درخور ملاحظه‌ای برای سلامت روانی به شمار رود؛ این امر به‌ویژه برای افراد جوان‌تر واقعیت بیشتری می‌تواند داشته باشد؛ زیرا ترس از مرگ در این گروه بسیار قوی‌تر از بزرگسالان است و آنها پیش‌بینی‌های مبهم بیشتری از مرگ دارند و واکنش‌های شدیدتری در مقایسه با بزرگسالان خواهند داشت (Cohen et al., 2005, 2007, Maxfield et al.). اضطراب مرگ، به‌عنوان یک بحران وجودی، ممکن است رنج ایجاد کند و بنابراین، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (Onu et al., 2020). کیفیت زندگی موضوعی کاملاً ذهنی (Bowling, 2017) بوده است. به دلیل تحت پوشش قرار دادن عوامل متعدد، گاه سلامتی مترادف با کیفیت زندگی در نظر گرفته می‌شود (Hoseini et

1. The World Health Organization

al., 2016)، همچنین، اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی توجه دارد (Nilsen et al., 2020). به نظر می‌رسد یکی از متغیرهایی که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سواد سلامت باشد (Wang et al., 2015).

سواد سلامتی یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار بر سطح آگاهی و در نتیجه، کنترل و پیشگیری مؤثرتر از بیماری محسوب می‌شود (Brabers et al., 2017). سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است (Parker & Ratzan, 2019) و مفهوم گسترده و پیچیده‌ای است که مهارت‌های شناختی اجتماعی و توانایی افراد برای دستیابی به درک و استفاده از اطلاعات موجود در راه ترویج و حفظ سلامت خود را در بر می‌گیرد (Zheng et al., 2018). با توجه به سطح پایین سواد سلامت در بین مردم و نقش آن در پیش‌بینی پیامدهای نامطلوب سلامتی در بسیاری از بیماری‌های مزمن، توجه به سواد سلامت را مهم و جدی می‌دانند. اگر اطلاعات کافی راجع به سلامتی، بیماری‌ها، عوامل مؤثر در بروز و پیشگیری از بیماری‌ها برای افراد، دردسترس قرار گیرد، شاید بتواند به‌عنوان عاملی باشد تا از اضطراب فرد در زمینه سلامت بکاهد و نیز می‌تواند عاملی بر ارتقای کیفیت زندگی فرد چه از لحاظ فیزیولوژیکی و چه از لحاظ عملکردی و اجتماعی شود (Elisabeth, 2020). 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 زیاد شدن چالش‌های روزمره زندگی، خودمدیریتی ضعیف بیماری و کاهش خودکارآمدی یعنی توانایی برای اعمال کنترل بر زندگی و محیط اطراف باشد (Reisi et al., 2012). نتایج یافته‌ها نشان دادند سواد سلامت پایین با مشکلاتی در زمینه خودمراقبتی و افزایش نگرانی درباره سلامت همراه است؛ به گونه‌ای که سواد سلامت پایین به رفتارهای خودمراقبتی افراطی منجر می‌شود که نه تنها مفید نیست، فرد را مستعد ابتلا به انواع مشکلات اضطرابی و متعاقب آن جسمی می‌سازد (Peerson et al., 2009). همچنین، ادعاهایی وجود دارد که سواد سلامت پایین تر با خودگزارشی سلامتی ضعیف، استفاده نامناسب از داروها و رعایت نکردن دستورات پزشک، کنترل ضعیف‌تری روی بیماری‌های مزمن و عملکرد سلامتی جسمی و روانی ضعیف‌تری دارند (Cohen et al., 2005).

اضطراب سلامتی به معنای ایجاد نگرانی و اضطراب هنگام تهدید سلامتی است و به‌صورت یک طیف از ناآگاهی نسبت به سلامتی تا اضطراب سلامتی افراطی یا خودبیمارانگاری مشخص می‌شود (Bailer et al., 2016). بیشتر افراد تا اندازه‌ای اضطراب سلامتی را تجربه می‌کنند؛ اما در صورتی که میزان آن بیش از اندازه باشد، می‌تواند برای فرد خطرناک و آسیب‌رسان باشد (Abdelghani et al., 2021). افرادی که نگرانی بیش از حد درباره سلامت دارند، این عقیده و سواسی را دارند که در آینده نزدیک به بیماری جدی مبتلا خواهند شد (Oh & Lee, 2019). این اختلال می‌تواند

(2021) و ارسلان و ایلهان^۶ (2023) در پژوهشی نشان دادند بین اضطراب سلامت و کیفیت زندگی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. پژوهش سوغوتلو و گوکتاش^۷ (2021) نشان داد بین اضطراب مرگ و اضطراب سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

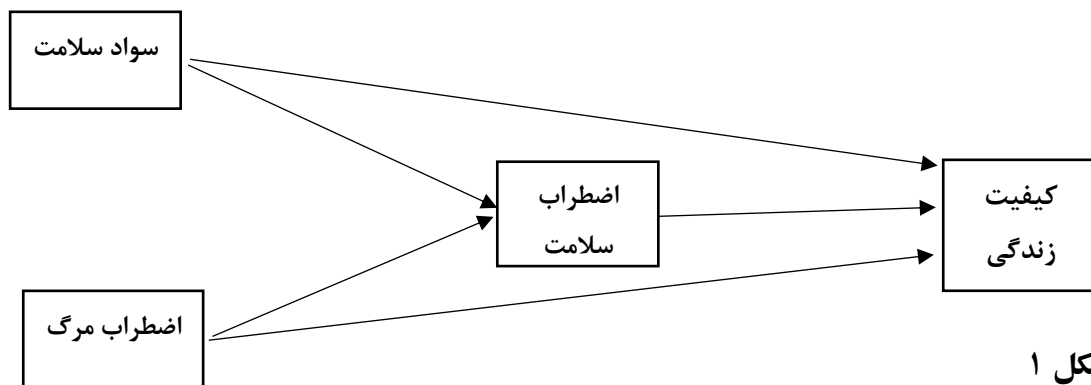
با توجه به مطالب فوق، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ارزیابی ذهنی افراد از احساس خود درباره رفاه و توانایی برای انجام عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی، به طور فزاینده‌ای به عنوان یک شاخص جامع سلامت در مداخلات پزشکی یا تحقیقات بهداشتی استفاده می‌شود. اگر اطلاعات کافی راجع به سلامتی، بیماری‌ها، عوامل مؤثر در بروز و پیشگیری از بیماری‌ها برای افراد، دردسترس قرار گیرد، شاید بتواند به عنوان عاملی باشد تا از اضطراب فرد در زمینه سلامت بکاهد و نیز می‌تواند عاملی بر ارتقای کیفیت زندگی فرد، چه از لحاظ فیزیولوژیکی و چه از لحاظ عملکردی و اجتماعی شود. از آنجایی که یکی از اقسام مهم در هر جامعه‌ای جوانان و دانشجویان هستند که یا توجه به موقعیت اجتماعی و تحصیلی، سطوح سلامت و کیفیت زندگی آنها تأثیر چشمگیری در یادگیری و افزایش آگاهی علمی و موفقیت تحصیلی شان خواهد داشت. بررسی پیشینه پژوهش نشان‌دهنده عدم بررسی الگوی روابط ساختاری متغیرهای مدنظر است. از طرفی با توجه به اهمیت نقش این متغیرها در عملکرد دانشجویان این پژوهش به دنبال پیدا کردن پاسخ این سؤال است که آیا سواد سلامت و اضطراب مرگ از طریق اضطراب سلامت بر کیفیت زندگی دانشجویان اثرگذار است.

باعث آشفتگی فرآیند تنظیم و اداره احساسات در افراد شود (Mokhtaripour et al., 2005) که می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد و هزینه‌های بسیاری را بر سلامت و مراقبت جامعه تحمیل کند (Hedman et al., 2013). گاه ممکن است نگرانی‌ها فراتر از نگرانی راجع به سلامتی برود و ترس از مرگ خود یا عزیزان را شامل شود. حقیقت مرگ و ناتوانی انسان نسبت به آینده و مرگ، ناخوشایندترین مشخصه بشر محسوب می‌شود که باعث به وجود آمدن نگرانی‌های شدید در فرد می‌شود. در واقع اضطراب مرگ در فرد، اضطراب و نگرانی درباره سلامتی‌اش ایجاد کند (Ma et al., 2019)؛ بنابراین، کاهش این اضطراب می‌تواند منجر به افزایش هیجانات مثبت و بهبود کیفیت زندگی شود.

مطالعات بسیاری در زمینه ارتباط کیفیت زندگی با سواد سلامت، اضطراب سلامت و اضطراب مرگ انجام شده است که در اینجا به برخی از آنها اشاره می‌شود. نیلسن^۱ و همکاران (2020)، الیزابت^۲ و همکاران (2020)، خالقی و همکاران (2019) و حیدری شمس و همکاران (2020) در پژوهش‌های خود نشان دادند بین سواد سلامت و کیفیت زندگی همبستگی معنادار و مثبت وجود دارد. در پژوهش تیمن^۳ و همکاران (2015) نشان دادند ارتباط بین اضطراب مرگ بالا و سلامت روانی پایین‌تر نگران‌کننده است. اوون و همکاران^۴ (2020) و مجرد (2019) نشان دادند اضطراب مرگ بر کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد. هایتر^۵ و همکاران (2016)، عبدالغانی و همکاران

1. Nilsen, Moskovitz, Lyu, Harrison, Randazza, Peddada and Johnson
2. Elisabeth
3. Thiemann, Quince, Benson, Wood & Barclay
4. Onu, Ifeagwazi and Chukwuorji
5. Hayter

6. Eraslan & Ilhan
7. Söğütü and Göktas



شکل ۱
مدل پیشنهادی پژوهش

Figure 1
Proposed Research Model

سؤال)، ارزیابی (۴ سؤال) و تصمیم‌گیری و رفتار (۱۲ سؤال) هستند. مقیاس نمره‌دهی این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای است؛ بدین صورت که در سؤالات مربوط به مهارت خواندن؛ امتیاز ۵ به گزینه کاملاً آسان، امتیاز ۴ به گزینه آسان، امتیاز ۳ به گزینه نه آسان است نه سخت، امتیاز ۲ به گزینه سخت و امتیاز ۱ به گزینه کاملاً سخت اختصاص می‌یابد. درباره ۴ بعد دیگر سواد سلامت؛ امتیاز ۵ به گزینه همیشه، امتیاز ۴ به گزینه بیشتر اوقات، امتیاز ۳ به گزینه گاهی از اوقات، امتیاز ۲ به گزینه به ندرت و امتیاز ۱ به گزینه به هیچ وجه (یا هیچ وقت) اختصاص داده شده است. 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 می‌آید. سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر 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 می‌شود. در نهایت، برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات همه ابعاد (براساس طیف صفر تا ۱۰۰) جمع و بر تعداد ابعاد (عدد ۵) تقسیم می‌شود. نمرات ۰ تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه‌چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه اردکان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که به دلیل شرایط خاص جامعه (پاندمی کرونا) با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۵۰ دانشجو انتخاب شدند. طبق نظر کالین (2023) حجم نمونه معمولی در مطالعاتی که از معادلات ساختاری استفاده می‌شود، حدود ۲۰۰ مورد است. بر همین اساس و برای افزایش اعتبار یافته‌ها، در مطالعه حاضر، ۳۵۰ نفر به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شدند. معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: نبود هرگونه بیماری جسمی مزمن (با توجه به خوداظهاری دانشجو) و رضایت آگاهانه. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: کامل نبودن پاسخ‌ها در پرسشنامه بود.

ابزار سنجش: منتظری و همکاران (2014) پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان^۱ (HELIA) را ساختند که دارای ۳۳ گویه (۵ گزینه‌ای) است و در ۵ بعد، سواد سلامت خواندن (۴ سؤال) جمعیت شهری ایران (۱۸-۶۵ سال) را اندازه‌گیری کرد. ابعاد این پرسشنامه شامل: خواندن (۴ سؤال)، دسترسی (۶ سؤال) فهم و درک (۷

قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است (Karimi et al., 2014). سالکوسکیس و وارویک روایی پرسش‌نامه اضطراب سلامتی را ۰/۷۲ گزارش کرده است و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. نرگسی (2017) این پرسشنامه را در ایران برای نخستین بار به فارسی برگرداند. وی برای سنجش روایی آن از پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز استفاده کرد. ضریب روایی ملاکی بین این پرسشنامه و آزمون خودبیمارانگاری اهواز $r=0/75$ و معنادار بود ($p<0/05$). به علاوه، نرگسی (2017) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای پرسشنامه اضطراب سلامتی به دست آورد که حاکی از پایایی رضایت‌بخش آن بود (Aman kokabi, 2017). کریمی و همکاران (2014) طی پژوهش دیگری این پرسشنامه را بررسی کردند و طی آن ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۳ برای پیامد منفی ابتلا به بیماری، ۰/۷۶ برای بعد احتمال ابتلا به بیماری و ۰/۷۹ برای مؤلفه کلی اضطراب سلامت به دست آمد. پایایی به شیوه ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۴ به دست آمد و معنادار بود ($p<0/05$).

پرسشنامه اضطراب مرگ: پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر در سال ۱۹۷۰ ساخته شده و شامل ۱۵ گویه است که نگرش آزمودنی‌ها به مرگ را می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های خیر یا بله مشخص می‌کنند و پاسخ بله نشان‌دهنده وجود اضطراب در شخص است. نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین ۰-۱۵ باشد که نمره بالا نشان‌دهنده اضطراب بالا افراد نسبت به مرگ است. تمپلر (1970) ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس $r=0/83$ و معنادار بود ($p<0/05$) و روایی هم‌زمان آن براساس همبستگی با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ و اضطراب آشکار ۰/۲۷ به دست آورده است. در ایران پایایی و روایی این پرسشنامه بررسی شده است و ضریب همسانی درونی را

و نمرات ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به‌عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می‌شوند. برای تعیین روایی سازه پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان، با روش تحلیل عاملی، ۳۳۶ نفر از شهروندان شهر تهران (۱۸ تا ۶۵ سال) انتخاب شدند و از این تعداد ۱۳ پرسشنامه واجد شرایط شناخته نشدند و تعداد ۳۲۳ پرسشنامه برای ورود به تحلیل عاملی مدنظر قرار گرفتند. نتایج تحلیل عاملی نشان دادند عبارت‌ها در ۹ عامل قرار گرفته‌اند که پس از انجام اصلاحات و حذف عبارت‌های پراکنده با نظر تیم پژوهش و متخصصان این عوامل به ۵ عامل مشخص کاهش یافت. برای تعیین همبستگی درونی مؤلفه‌های هر کدام از عوامل مدنظر در پرسشنامه نیز از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان با اجرای پایلوت توسط ۳۰۰ نفر از شهروندان تهرانی عدد ۰/۷۲ تعیین شد. محمودی و طاهری (2015) روایی محتوایی «پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان» را توسط ۱۰ نفر خبرگان و مدرسین در زمینه سلامت، بررسی و تأیید کردند و ۳۰ نفر از دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۶ به دست آوردند. پایایی به شیوه ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۶ به دست آمد و معنادار بود ($p<0/05$).

پرسشنامه اضطراب سلامت: پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس^۱ و همکاران (2002) یک مقیاس خودگزارشی است که ۱۸ جمله ۴ درجه‌ای دارد و از شرکت‌کننده خواسته می‌شود این عبارات را با دقت بخواند و عبارتی را انتخاب کند که بهترین حالت وضعیت او را در ۱ ماه گذشته نشان می‌دهد. این پرسشنامه دو عامل احتمال ابتلا به بیماری (۱۴ سؤال اول) و پیامدهای منفی ابتلا به بیماری (۴ سؤال آخر) را سنجش می‌کند. دامنه نمرات این آزمون بین ۰ تا ۵۴

1. Salkovskis, Rimes, Warwick and Clark

۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (Rajabi & Bahrani., 2001). برای بررسی روایی ملاکی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس اضطراب آشکار و مقیاس نگرانی مرگ استفاده شد که نتیجه آن ضریب ۰/۳۴ برای همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب آشکار و ضریب ۰/۰۴ برای همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی مرگ بود ($p < 0/05$) (RahimZohreei, 2017). پایایی به شیوه ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد و معنادار بود ($p < 0/05$).

پرسشنامه کیفیت زندگی^۱: پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 برای سنجش ادراک فرد از سلامتی خود است که سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی آن را تهیه کرده و شامل ۳۶ سؤال و ۸ زیرمقیاس است و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسشنامه عبارت‌اند از: عملکرد جسمی (PF)، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی (RP)، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW)، کارکرد اجتماعی (SF)، درد (P) و سلامت عمومی (GH). همچنین، از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه و بالاترین نمره ۱۰۰ است. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. پژوهش‌ها دربارهٔ این مقیاس نشان داده‌اند این پرسشنامه از پایایی و روایی بالایی برخوردار است؛ به طوری که مک هورنی و همکاران در پژوهش خود اعتبار پرسشنامه مذکور را ۰/۷۰ به بالا ذکر کرده‌اند. این پرسشنامه دارای استاندارد جهانی است و ایران هم نیز روایی و پایایی آن را تأیید کرده است (Karimian, 2011). پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، روایی و پایایی نسخه

فارسی پرسشنامه را تأیید کرده است. در این پژوهشکده، برای تعیین روایی از آزمون روایی همگرایی استفاده شده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده (۰/۴) به دست آمده و دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ است که معنادار است ($p < 0/05$). برای تعیین پایایی از همسانی درونی استفاده شده و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (KarimiVakil, 2012). پایایی به شیوه ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۵ به دست آمد و معنادار بود ($p < 0/05$).

روش اجرا و تحلیل: روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که ابتدا پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین طراحی شد و از طریق شبکه‌های اجتماعی (تلگرام و واتس‌آپ) در گروه‌های دانشجویی دانشگاه اردکان انتشار یافت. برای رعایت حقوق شرکت‌کنندگان و اخلاق در پژوهش، شرط اساسی رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش لحاظ شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند. پاسخ به سؤالات کاملاً داوطلبانه بود و هر زمان که تمایل داشتند، می‌توانستند از شرکت در مطالعه انصراف دهند. شرکت‌کنندگان می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسشنامه خود آگاه شوند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر با کمک نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

در بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشخص شد در مجموع ۳۳۴ نفر (۱۶ پرسشنامه ناقص بود)، ۴۸ درصد زن و ۵۲ درصد مرد، ۳۰ درصد متأهل و ۷۰ درصد را مجرد، ۶۹ درصد مدرک لیسانس و ۳۱ درصد مدرک کارشناسی ارشد، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۳/۲ و انحراف معیار ۴/۴ بود. در جدول ۱ به میانگین،

انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش پرداخته شد.

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرها

Table 1
Mean, Standard Deviation and Correlation Coefficients between Variables

| متغیرها | آمار توصیفی | | همبستگی | | | |
|--------------|-------------|------------------|---------|---------|---------|---|
| | میانگین | انحراف استاندارد | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ |
| سواد سلامت | ۱۲/۶۰ | ۲۰/۸ | ۱ | | | |
| اضطراب مرگ | ۵/۱۷ | ۳/۶ | -۰/۵۱** | ۱ | | |
| اضطراب سلامت | ۲۸/۵۹ | ۱۳/۳ | -۰/۴۶** | ۰/۶۲** | ۱ | |
| کیفیت زندگی | ۶۵/۹۳ | ۱۹/۹ | ۰/۵۳** | -۰/۵۸** | -۰/۶۵** | ۱ |

** $P < 0.001$, * $p < 0.05$

ضریب کجی و ضریب کشیدگی نشان دادند با توجه به معیار نرمالبودن، متغیرها پژوهش همگی دارای قدرمطلق ضریب کجی و ضریب کشیدگی کوچکتر از ۳ هستند. نتایج آزمون کولموگروف نیز گویای نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیرهای پژوهش بود ($p > 0.05$).

برازندگی الگوی پیشنهادی براساس ترکیبی از سنجه‌های برازندگی برای تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها استفاده شدند که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده‌اند.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۱، کیفیت زندگی با سواد سلامت (۰/۵۳) دارای رابطه مثبت معنادار و با متغیرهای اضطراب مرگ و اضطراب سلامت دارای رابطه منفی معنادار است.

برای آزمودن مدل پیشنهادی نقش میانجی اضطراب سلامت در رابطه سواد سلامت و اضطراب مرگ با کیفیت زندگی در دانشجویان از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. در ابتدا مفروضه‌های زیربنایی مدل معادلات ساختاری بررسی شدند. برای بررسی نرمال بودن متغیرها از کجی و کشیدگی متغیرها و آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج

جدول ۲

شاخص، ملاک برازش و آماره محاسبه شده در پژوهش

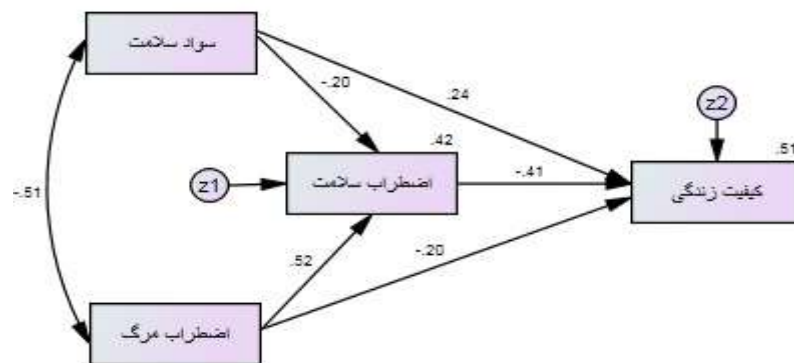
Table 2
Index, Fit Criteria and Statistics Calculated in the Research

| شاخص | χ^2/df | IFI | GFI | TLI | CFI | NFI |
|---------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ملاک برازش | ۲/۹۲ | ۰/۹۱ | ۰/۹۱ | ۰/۹۴ | ۰/۹۰ | ۰/۹۶ |
| سطح قابل قبول | ۱-۳ | >۰/۹۰ | >۰/۹۰ | >۰/۹۰ | >۰/۹۰ | >۰/۹۰ |

با توجه به اطلاعات مربوط به جدول ۲، مقدار شاخص‌های برازش مدل (NFI, CFI, TLI, GFI, IFI) در حد مطلوب (۰/۹) واقع شده است. مقدار نسبت خی دو بر درجه آزادی برابر ۲/۹۲ است و براساس اینکه این شاخص نباید بیش از ۳ باشد، تا الگو تأیید شود (Kline, 2011).

داده‌های به دست آمده با مدل فرضی مطابقت دارند و مدل با توجه به ارزش شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگو، از برازش مناسبی برخوردار است. شکل ۲ نشان‌دهنده مسیرهای مدل فرضی نقش میانجی اضطراب سلامت در رابطه سواد

سلامت و اضطراب مرگ با کیفیت زندگی در دانشجویان است.



شکل ۲

ضرایب مسیر استاندارد در مدل پژوهش

Figure 2
Path Coefficients of Standards in the Research Model

پس از بررسی و تأیید مدل برای آزمون معناداری فرضیه‌ها در جدول ۳ اثر مستقیم متغیرها بررسی شده است.

جدول ۳

خلاصه ضرایب مستقیم استاندارد، ضرایب تعیین، آماره T

Table 3
Summary of standard direct coefficients, determination coefficients, T-statistics

| متغیر مستقل | متغیر وابسته | تخمین غیر استاندارد | تخمین استاندارد | ضریب تعیین (R ²) | خطای استاندارد (S.E) | مقدار T | معناداری P |
|--------------|--------------|---------------------|-----------------|------------------------------|----------------------|---------|------------|
| سواد سلامت | اضطراب سلامت | -۰/۱۵۱ | -۰/۱۹۹ | ۰/۴۲ | ۰/۰۳۷ | -۴/۰۸۵ | ۰/۰۰۰ |
| اضطراب مرگ | اضطراب سلامت | ۰/۹۲۱ | ۰/۵۲۲ | | ۰/۰۸۶ | ۱۰/۶۹ | ۰/۰۰۰ |
| اضطراب مرگ | کیفیت زندگی | -۰/۶۱ | -۰/۲ | | ۰/۱۵۸ | -۳/۸۶۲ | ۰/۰۰۰ |
| سواد سلامت | کیفیت زندگی | ۰/۳۱۶ | ۰/۲۴۱ | ۰/۵۱ | ۰/۰۶ | ۵/۲۶ | ۰/۰۰۰ |
| اضطراب سلامت | کیفیت زندگی | -۰/۷۱۲ | -۰/۴۱۲ | | ۰/۰۸۷ | -۸/۱۷۶ | ۰/۰۰۰ |

آزمون بوت استرپ نیز مشابه آزمون سوبل، معناداری مسیر غیرمستقیم را به صورت یکجا تخمین می‌زند؛ اما روش سوبل نسبت به روش بوت استرپ دقت کمتری دارد. نتایج تحلیل بوت استرپ نشان می‌دهند سواد سلامت و اضطراب مرگ از طریق اضطراب سلامت بر کیفیت زندگی اثر گذارند و ضریب غیرمستقیم آن به ترتیب برابر ۰/۰۸۲ و ۰/۲۱۵ است و معنادار است؛ بنابراین، اضطراب سلامت رابطه بین سواد سلامت و اضطراب مرگ با کیفیت زندگی را میانجی‌گری

جدول ۳ نشان می‌دهد تمامی روابط بین متغیرها با توجه به مقادیر T در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار است ($P < ۰/۰۵$).

برای بررسی ضرایب غیرمستقیم از دو روش بوت‌استرپینگ^۱ و آزمون سوبل استفاده شد که در جدول ۵ نشان داده شد. آزمون سوبل با تخمین خطای استاندارد مسیر غیرمستقیم و با اجرای یک آزمون مقدار Z-Value مسیر غیرمستقیم را تخمین می‌زد. همچنین،

1. Bootstrapping

سلامت را تأیید می‌کند ($p < 0/05$).

می‌کند. نتایج آزمون سوبل هم نقش میانجی اضطراب

جدول ۴

ضرایب غیرمستقیم مسیرها و بررسی نقش میانجی

Table 4
Indirect Coefficients of the Paths and Investigation of the Mediator Role

| متغیر مستقل | متغیر میانجی | متغیر وابسته | ضرایب خام | استاندارد | معناداری بوت | ضریب سوبل | معناداری سوبل |
|-------------|--------------|--------------|-----------|-----------|--------------|-----------|---------------|
| | | | | | استراپ | Z-Value)) | |
| | | | | | (P-Value) | | |
| سواد سلامت | اضطراب سلامت | کیفیت زندگی | ۰/۱۰۸ | ۰/۰۸۲** | ۰/۰۰۲ | ۳/۵۵۴ | ۰/۰۰۰ |
| اضطراب مرگ | اضطراب سلامت | کیفیت زندگی | -۰/۶۵۶ | -۰/۲۱۵*** | ۰/۰۰۱ | -۳/۷۳۴ | ۰/۰۰۰ |

*** $P < 0.001$ ** $P < 0.01$

به نگرانی‌ها و ابعاد سواد در زمینه سلامتی می‌پردازد (Elisabeth, 2020). سواد سلامت تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات است (Shafiei & Nasiri., 2019). محدودیت سواد سلامت زمانی رخ می‌دهد که افراد نتوانند اطلاعات و خدمات بهداشتی مورد نیاز خود را پیدا و استفاده کنند؛ این می‌تواند بر سلامت افراد به‌طور مستقیم و با محدود کردن رشد فردی، اجتماعی و فرهنگی و در نهایت بر کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارد (Zheng et al., 2018). از طرفی، کیفیت زندگی به‌عنوان ادراک افراد از موقعیت‌های زندگی، ارزش‌های آنها، اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرش‌های آنها موضوعی کاملاً ذهنی است و به دلیل تحت پوشش قرار دادن عوامل متعدد، گاه سلامتی مترادف با کیفیت زندگی در نظر گرفته می‌شود (Pinto et al., 2017; Hosieni et al., 2016).

با توجه به نتایج پژوهش، اضطراب مرگ رابطه منفی و معناداری با کیفیت زندگی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Parker et al., ; Onu et al., 2020) (2019) و مجرد (2019) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت اضطراب، یک واکنش طبیعی در مقابل به خطر افتادن یا تهدیدی مبهم

نتایج تحلیل بوت استراپ نشان می‌دهند سواد سلامت و اضطراب مرگ از طریق اضطراب سلامت بر کیفیت زندگی اثرگذار است؛ زیرا ضریب غیرمستقیم آن به ترتیب برابر ۰/۰۸۲ و ۰/۲۱۵ است و معنادار است ($p < 0/05$)؛ بنابراین، اضطراب سلامت رابطه بین سواد سلامت و اضطراب مرگ با کیفیت زندگی را میانجی‌گری می‌کند. نتایج آزمون سوبل هم نقش میانجی اضطراب سلامت را تأیید می‌کند ($p < 0/05$).

بحث

هدف از پژوهش حاضر تحلیل اثرات سواد سلامت و اضطراب مرگ بر کیفیت زندگی با در نظر گرفتن نقش متغیر میانجی اضطراب بر دانشجویان دانشگاه اردکان بود. نتایج حاصل از این پژوهش حاکی از برآزش مناسب الگوی پیشنهادی با داده جمع‌آوری شده بود. نتایج نشان دادند سواد سلامت دارای رابطه مثبت معنادار با کیفیت زندگی است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نیلسن و همکاران، الیزابت، ژنگ و همکاران (Elisabeth, 2020; Nilsen et al., 2020) (Zheng et al., 2018; و حیدری شمس و همکاران (2020) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت سواد سلامت حاصل تشریک مساعی عوامل فردی و اجتماعی بوده و

تمرکز بیشتر به علائم جسمانی که باعث گوش به زنگی شخص نسبت به تغییرات ساده جسمانی می‌شود و سوگیری نسبت به علائم برای تأیید نگرانی‌هایش به وجود می‌آورد (Eraslan & İlhan, 2023)، در نظر گرفتن علائمی که ناشی از افزایش فعالیت سیستم خودکار است، به‌عنوان نشانه‌هایی از بیماری، تغییرات خلقی که باعث افزایش نگرانی در ارتباط با سلامتی می‌شود (Abdelghani et al, 2021) و واریسی علائم بیماری، رفتارهای اطمینان‌جویی باعث افزایش اضطراب سلامتی افراد می‌شود (Hayter et al., 2016)؛ زیرا این‌گونه رفتارها علائم را افزایش می‌دهد و باعث مشغولیت ذهنی می‌شود و تمرکز افراد را بر مسائل دیگر کاهش می‌دهد و زندگی‌شان را با مشکل روبه‌رو می‌کند و درنهایت، کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد (Eraslan & İlhan, 2023).

با توجه به نتایج پژوهش، اضطراب سلامت، رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان را میانجی‌گری می‌کند. پژوهشی مشاهده‌نشده که به‌طور مستقیمی سواد سلامت بر کیفیت زندگی را با میانجی‌گری اضطراب سلامت بررسی کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت اضطراب سلامتی زمانی بیشتر می‌شود که فرد اطلاع درستی از سلامتی نداشته باشد. یکی از منابع غنی که این ناآگاهی را از بین می‌برد، سواد سلامت است (HeidariShams et al., 2020). افرادی که آگاهی بالاتری درخصوص سلامت و رفتارهای مرتبط با سلامت دارند، اقدامات پیشگیرانه بیشتری درخصوص بیماری‌های روحی و روانی و جسمی خواهند داشت (Elisabeth, 2020)؛ در نتیجه، زمینه بروز اضطراب سلامت کاهش می‌یابد؛ بنابراین، افرادی که خود را بازیگر زندگی خود می‌دانند، با شناخت و آگاهی بیشتری درخصوص سلامت تلاش می‌کنند و آسیب‌های روانی اضطراب سلامتی کمتر

محسوب می‌شود. بزرگ‌ترین تهدیدی که یک فرد در زندگی خود تجربه می‌کند، تهدید زندگی یا به عبارتی روبه‌رو شدن با مرگ است؛ بنابراین، درگیری ذهنی زیاد نسبت به مرگ، اضطراب و تنش زیادی برای افراد به همراه دارد و این موضوع باعث فرسایش روانی و جسمی و درنهایت، به خطر افتادن سلامت روان فرد می‌شود (Onu et al., 2020). همچنین، مرگ هراسی با پیامدهای جسمانی متعددی از جمله فشارخون و ضربان قلب بالا، مشکلات گوارشی، حساسیت بالا به دمای محیط و سرگیجه و سردرد همراه است که به‌نوبه خود، قدرت ایجاد حملات پانیک را دارند و در سایر مسائل فیزیولوژیک فرد از جمله تغذیه فرد نیز اثر منفی ایجاد می‌کند (Thiemann et al., 2015). تجربه این موارد می‌تواند باعث اختلال در عملکردهای عادی زندگی روزمره شود و درنهایت، بر کیفیت زندگی نیز اثر منفی ایجاد کنند.

با توجه به نتایج پژوهش، اضطراب سلامت رابطه منفی و معناداری با کیفیت زندگی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Abdelghani, 2021; Eraslan & İlhan, 2023; Hayter et al., 2016) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی و ذهنی است و دربرگیرنده ابعادی مانند سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، تعامل با محیط و باورهای شخصی است؛ بنابراین، کیفیت زندگی بالا نمی‌تواند تنها متأثر از یک عامل باشد (HeidariShams et al., 2020). از طرفی، اهمیت بیشتر افراد به اضطراب سلامت یعنی نگرانی بیش از حد درباره سلامتی و عقیده و سواسی که در آینده نزدیک به بیماری جدی مبتلا خواهند شد، می‌تواند یک عامل در کاهش کیفیت زندگی آنها باشد؛ زیرا اضطراب سلامت مرتبط با اضطراب در رابطه با سلامتی و ترس از علائم بیماری است (Lee & Oh, 2019). به بیان دیگر،

می‌کند (Sögütli & Göktaş, 2021).

پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی داشته است؛ از جمله؛ استفاده از شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس با توجه به شیوع گسترده ویروس کرونا هنگام انجام پژوهش امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت؛ بنابراین، ابزار به صورت آنلاین و از طریق فضای مجازی در دسترس افراد نمونه قرار گرفت. در این راستا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از شیوه نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. پژوهش حاضر بر روی جامعه دانشجویی انجام شد و پیشنهاد می‌شود در تأیید و تکمیل نتایج، پژوهشی مشابه برای سایر اقشار جامعه نیز انجام شود.

بر طبق نتایج حاصل از این مطالعه، سواد سلامت دارای رابطه مثبت معنادار و اضطراب مرگ رابطه منفی و معناداری با کیفیت زندگی دارند. همچنین، اضطراب سلامت، نقش میانجی در رابطه بین اضطراب مرگ و سواد سلامت با کیفیت زندگی داشت؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود نهادهای مرتبط، با تدوین برنامه‌های جامع و همکاری با متخصصان آموزش بهداشت به منظور برنامه‌ریزی و طراحی برنامه‌های آموزشی مفید در این زمینه، گامی مؤثر برای توسعه مهارت‌های سواد سلامت و ارتقای کیفیت زندگی افراد بردارند.

سپاسگزاری

پژوهشگران از تمامی دانشجویان دانشگاه اردکان به دلیل شرکت در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارد.

منابع

امان کوبی، م. (۱۳۹۶). مقایسه سیستم‌های فعال ساز بازدارنده رفتاری، ابزار هیجان خشم، بخشودگی و اضطراب سلامتی در بین افراد با اختلال عروق

متوجه آنها می‌شود (Hayter et al., 2016). از بعد اجتماعی نیز افرادی توانا هستند و شرایط محیطی، اقتصادی و اجتماعی آنها با هدف و برنامه است و مشکلات را بهتر می‌توانند تحمل و مدیریت کنند. با توجه به تعریف کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی است که در آن انتظارات، اهداف و اولویت‌هایشان نیز مشخص می‌شود. این افراد از کیفیت زندگی بهتری برخوردار خواهند بود (Eraslan & İlhan, 2023).

با توجه به نتایج پژوهش، اضطراب سلامت رابطه بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی را میانجی‌گری می‌کند. در این مورد پژوهشگر با پژوهش‌های مشابهی مواجه نشد. در تبیین این یافته می‌توان این‌طور بیان کرد که مرگ ترس و هیجان اجتناب‌ناپذیری دارد و چون کسی آن را تجربه و لمس نکرده است، فکر کردن به آن سبب ایجاد اضطراب می‌شود (Onu et al., 2020). اضطراب مرگ مجموعه نگرش‌هایی به مرگ از قبیل تهدید، ترس، نگرانی، ناراحتی و سایر واکنش‌های هیجانی منفی توأم با اضطراب را شامل می‌شود که بر سلامت روان اثر می‌گذارد (Bowling, 2017)؛ بنابراین، کاهش اضطراب مرگ باعث کاهش اضطراب در خصوص سلامتی افراد می‌شود و این کاهش اضطراب باعث سرزندگی، فعالیت و شادابی در زندگی آنها می‌شود. این افراد با دستیابی به چنین عناصری زندگی خود را از دست رفته، بی‌ارزش و پوچ و بی‌معنا فرض نمی‌کنند (HeidariShams et al., 2020). از طرفی، کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در میان فرهنگ‌های مختلف است که دارای چهار بعد سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی است. در واقع هر میزان که اضطراب افراد در خصوص سلامتی و مرگ کاهش یابد، کیفیت زندگی آنها افزایش پیدا

کریمیان، ن. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مرکز درمان جامعه اصفهان. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه علامه طباطبایی.

مجرد، آ. (۱۳۹۸). نقش اضطراب انتظار، اضطراب مرگ و ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه محقق اردبیلی.

منتظری، ع.، و طاووسی، م.، و رخشانی، ف.، و آذین، س.، و جهانگیری، ک.، و عبادی، م.، و نادری مقام، ش.، و سلیمانیان، آ.، و سربندی، ف.، و معتمدی، ا.، و نقیعی سیستمی، م. (۱۳۹۳). طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال). *پایش*، ۱۳(۵)، ۵۸۹-۶۰۰.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.16807626.1393.13.5.6.0>
نرگسی، ف.، ایزدی، ف.، کریمی‌نژاد، ک.، و رضایی شریف، ع. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *اندازه‌گیری تربیتی*، ۷(۲۷)، ۱۴۷-۱۶۰. <https://sid.ir/paper/214567/fa>

References

- Abdelghani, M., Mahdy, R., & El-Gohari, H. (2021). Health anxiety to COVID-19 virus infection and its relationship to quality of life in a sample of health care workers in Egypt: a cross-sectional study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 23(1), 19-28. <https://doi.org/10.12740/APP/130304>
- Aman Kokabi, m. (2016). *Comparison of behavioral inhibitory activator systems, anger expression, forgiveness and health anxiety among people with coronary artery disease and those without in Urmia city*. [Master's thesis]. Urmia University. [In Persian]
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 219-239.

کرونری قلب و غیر مبتلای شهر ارومیه. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه ارومیه.

حیدری شمس، ج.، و علی محمدزاده، خ.، و ماهر، ع. (۱۳۹۸). همبستگی سواد سلامت و کیفیت زندگی با اضطراب سلامت در بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به پلی‌کلینیک تخصصی شهیدبهشتی. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۹(۱)، ۱-۹. <http://doi.org/10.21859/jhpm-09101>

خالقی، م.، امین شکروی، ف. و پیمان، ن. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دانشجویان. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۷(۱)، ۷۳-۶۶. <http://dx.doi.org/10.30699/ijhehp.7.1.66>
رجبی، غ.، و بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های مقیاس اضطراب مرگ. *مجله روانشناسی*، ۵(۴۲۰)، ۳۴۴-۳۳۱.

رحیم زهره‌ای، م. (۱۳۹۶). مقایسه سلامت معنوی، کیفیت زندگی و اضطراب مرگ بیماران زن و مرد مراجعه‌کننده به بیمارستان سوختگی حضرت ام‌المومنین (ع) شهر شیراز. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه آزاد مرودشت.

شفیعی، ح.، و نصیری، ش. (۱۳۹۹). نقش سواد سلامت، بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲. *روانشناسی سلامت*، ۹(۱۳۳)، ۲۲-۷. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.47749.4497>
کریمی و کیل، ع. (۱۳۹۱). رابطه کیفیت زندگی و جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه علامه طباطبایی.

کریمی، ج.، همایونی نجف‌آبادی، ص. و همایونی نجف‌آبادی، ف. (۱۳۹۳). ارزشیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۶(۴)، ۸۹۴-۸۸۵. <http://dx.doi.org/10.29252/jnkums.6.4.885>

- Journal of Health Literacy*, 1(2):92-9. [In Persian]
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: a Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Karimi, J., HomayuniNajafabadi, S., HomayuniNajafabadi F. (2015). Psychometric Properties of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 6 (4), 885-894. [In Persian]
- Karimi Vakil, A. (2011). *Relationship between quality of life and religious orientation with death anxiety*. [Master's Thesis]. Allameh Tabatabaei University. [In Persian]
- Karimian, N. (2011). *Effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on improving the quality of life and preventing the relapse of substance-dependent men in Isfahan's community treatment center*. [Master's thesis]. Allameh Tabatabaei University. [In Persian]
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=t2CvEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Kline,+R.+B.+\(2023\).+Principles+and+practice+of+structural+equation+modeling.+Guilford+publications.+&ots=sWSIW2a1gJ&sig=bRWmGRHW1B6wBIUW-mDcknzEAPI](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=t2CvEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Kline,+R.+B.+(2023).+Principles+and+practice+of+structural+equation+modeling.+Guilford+publications.+&ots=sWSIW2a1gJ&sig=bRWmGRHW1B6wBIUW-mDcknzEAPI)
- Khaleghi, M., Amin Shokravi, F. & Payman, N. (2018). Examining the relationship between health literacy and quality of life related to health in students. *Health Education and Health Promotion*, 7 (1), 66-73. [In Persian]
- Lillyman S, Gutteridge R, Berridge P. (2011). Using a storyboarding technique in the classroom to address end of life experiences in practice and engage student nurses in deeper reflection. *Nurse Education in Practice*. 11(3), 179-85. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.08.006>
- Ma, Y. J., Wang, D. F., Yuan, M., Long, J., Chen, S. B., Wu, Q. X. ... & Liu, T. Q. (2019). The mediating effect of health anxiety in the relationship between functional somatic symptoms and illness behavior in Chinese inpatients with <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M. P., Bascaran, M. T., Saiz, P. A., & Bouzoño, M. (2022). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2007.9.2/jbobes>
- Bowling, A. (2017). *Measuring health: a review of subjective health, well-being and quality of life measurement scales*. Open University.
- Brabers, A. E., Rademakers, J. J., Groenewegen, P. P., Van Dijk, L., & De Jong, J. D. (2017). What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? *PLoS ONE*, 12(3), e0173316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173316>
- Cohen AB, Pierce JD, Chambers J, Meade R, Gorvine BJ, Harold G, et al. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *J Res Pers*, (39), 24-307. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.02.005>
- Elisabeth Stømer, U., Klopstad Wahl, A., Gunnar Gøransson, L., & Hjorthaug Urstad, K. (2020). Health literacy in kidney disease: Associations with quality of life and adherence. *Journal of Renal Care*, 46(2), 85-94. <https://doi.org/10.1111/jorc.12314>
- Eraslan, P., & Ilhan, A. (2023). The relationships between health anxiety and intolerance of uncertainty with quality of life in caregivers of cancer patients. *Family Practice and Palliative Care*, 8(1), 10-15. <http://dx.doi.org/10.22391/fppc.1172873>
- Hayter, A. L., Salkovskis, P. M., Silber, E., & Morris, R. G. (2016). The impact of health anxiety in patients with relapsing remitting multiple sclerosis: Misperception, misattribution and quality of life. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 371-386. <https://doi.org/10.1111/bjc.12106>
- Hedman, E., Andersson, E., Lindefors, N., Andersson, G., Rück, C., & Ljótsson, B. (2013). Cost-effectiveness and long-term effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychological Medicine*, 43(2), 363-374. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001079>
- Hosieni F, Mirzaei T, Ravari A, Akbary A. The relationship between health literacy and quality of life in retirement of Rafsanjan University of Medical Sciences. (2016).

- health anxiety, and health literacy. *Journal of Health Communication*, 24(11), 837-847. <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1677824>
- Onu, D. U., Ifeagwazi, C. M., & Chukwuorji, J. C. (2020). Does Posttraumatic Growth Buffer the Association between Death Anxiety and Quality of Life among People living with HIV/AIDS? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(2), 229-238. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09708-6>
- Parker, R. M., & Ratzan, S. (2019). Our future with democratization of health requires health literacy to succeed. *American Behavioral Scientist*, 63(7), 948-954. <https://doi.org/10.1177/0002764218755834>
- Peerson A, Saunders M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 96-285. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.11.003>
- Rahim Zohraei, m. (2016). *Comparison of spiritual health, quality of life and death anxiety of male and female patients referred to Hazrat Amr al-Momenin (AS) burn hospital in Shiraz city*. [Master's thesis]. Azad University of Marvdasht. [In Persian]
- Rajabi, Gh, & Bahrani, M. (2001). Factor analysis of death anxiety scale questions. *Journal of Psychology*, 5(4 (series 20)), 331-344. [In Persian]
- Ravens-Sieberer, U., Karow, A., Barthel, D. & Klasen, F. (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. *Dialogues Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 147-58. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2014.16.2/u sieberer>
- Reisi, M., Javadzade, S., Mostafavi, F., Sharifirad, G., Radjati, F., & Hasanzade, A. (2012). Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 1(1). <https://doi.org/10.4103/2277-9531.100160>
- depression. *BMC Psychiatry*, 19, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2246-9>
- Mahmoudi H, Taheri A. (2015). Relation between information literacy and health literacy of students in Ferdowsi University of Mashhad. *Human INF Interact*, 2(2), 31-41. [In Persian]. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.24237418.1394.2.2.4.3>
- Maxfield M, Pyszczynski T, Kluck B, Cox CR, Greenberg J, Solomon S. (2007). Age-related differences in responses to thoughts of one's own death: mortality salience and judgments of moral transgressions. *Psychol Aging*, 22, 53-341. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.22.2.341>
- Mojarad, A. (2018). *The role of waiting anxiety, death anxiety and disease perception in predicting the quality of life of type 2 diabetes patients*. [Master's thesis]. Mohaghegh Ardabili University. [In Persian]
- Mokhtaripour M, Goudarzi Z, Siadat A, Keyvanara M. Relationship between anxiety, depression and demographic characteristics in students of Isfahan Medical University. (2005). *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 5(2), 107-15. <https://sid.ir/paper/106494/en> [In Persian]
- Montazeri, A., Tavousi, M., Rakhshani, F., Azin, A., Jahangiri, K., Ebadi, M., et al. (2014). Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh*, 13 (5), 589-599. [In Persian]
- Nargesi, F., Izadi, F., Kariminejad, K., and Rezaei Sharif, A. (2017). Checking the reliability and validity of the Persian version of the Health Anxiety Questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Educational Measurement*, 7(27), 147-160. [In Persian]
- Nilsen, M. L., Moskovitz, J., Lyu, L., Harrison, C., Randazza, E., Peddada, S. D., & Johnson, J. T. (2020). Health literacy: Impact on quality of life in head and neck cancer survivors. *The Laryngoscope*, 130(10), 2354-2359. <https://doi.org/10.1002/lary.28360>
- Oh, H. J., & Lee, H. (2019). When do people verify and share health rumors on social media? The effects of message importance,

- death anxiety: Severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(3), 335-342. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.03.014>
- Trudel-Fitzgerald, C., Millstein, R. A., von Hippel, C., Howe, C. J., Tomasso, L. P., Wagner, G. R., & VanderWeele, T. J. (2019). Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. *BMC Public Health*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8029-x>
- Wang, C., Kane, R. L., 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(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0190-5>
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., & Summers, G. F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology*, 8, 84-136. <https://doi.org/10.2307/270754>
- Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., & Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1031-7>
- Salkovskis, P.M., Rimes, K.A. Warwick, H.M. Clark, D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843-53. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>
- Shafiei, H., and Nasiri, Sh. (2019). The role of health literacy, psychological well-being and self-efficacy in predicting the quality of life of patients with type 2 diabetes. *Health Psychology*, 9(1 (33)), 7-22. [In Persian]
- Shams, J. H., Mohammadzadeh, K. A., & Maher, A. (2020). Correlation between health literacy and quality of life with health anxiety in outpatient patients referred to Shahid Beheshti Specialized Polyclinic in Karaj. *Journal of Health Promotion Management*, 9(1), 1-9. [In Persian]. http://jhpm.ir/browse.php?a_id=1109&sid=1&slc_lang=en
- Söğütü, L., & Göktaş, S. Ş. (2021). The Effect of COVID-19 Pandemic on Health Anxiety, Death Anxiety and Somatic Symptoms in University Students. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(3 (Forthcoming Issue-Gelecek Sayı)), 1-7. <https://doi.org/10.16899/jcm.878671>
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
- Thiemann, P., Quince, T., Benson, J., Wood, D., & Barclay, S. (2015). Medical students'