

## رابطه سواد سلامت و کیفیت زندگی با نقش میانجی سازگاری اجتماعی در افراد سالمند

بهرنگ اسماعیلی شاد<sup>۱\*</sup>، مسعود قاسمی<sup>۲</sup>، فاطمه مرتضوی کیاسری<sup>۳</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش، بررسی رابطه سواد سلامت و کیفیت زندگی با نقش میانجی سازگاری اجتماعی در افراد سالمند بود.

**روش:** هدف تحقیق، کاربردی و روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل ۱۱۰ نفر افراد بالای ۶۵ سال عضو خانه جهان دیدگان شهر ساری بودند که ۸۵ نفر با استفاده از جدول کرجسی و مورگان به روش تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت است از پرسشنامه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶)، پرسشنامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران شامل ۳۳ گویه و پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱) با ۳۲ گویه. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون معادلات ساختاری و نرم افزار PLS استفاده شد.

**یافته ها:** یافته های آماری نشان داد که سواد سلامت و کیفیت زندگی با نقش میانجی سازگاری اجتماعی در افراد سالمند رابطه معناداری داشتند ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** با آموزش سواد سلامتی می توان عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشید.

**کلمات واژه ها:** سواد سلامت، کیفیت زندگی، سازگاری اجتماعی، سالمند.

<sup>۱</sup>استادیار گروه علوم تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. (نویسنده مسئول) behrang\_esmaeeli@yahoo.com

<sup>۲</sup>استادیار گروه روانشناسی بالینی و تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۳</sup>دانشجوی دکتری گروه روانشناسی عمومی و استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## مقدمه

جمعیت جهان به سرعت در حال سالمند شدن است. افزایش چشمگیر جمعیت سالمندی در سراسر دنیا، پدیده ای است که از قرن بیستم آغاز شده و در قرن ۲۱ که قرن سالخوردگی جمعیت دنیا است، ادامه دارد. امروزه در اکثر جوامع، سالمندی به عنوان یک مسئله مهم مطرح است. همزمان با افزایش کمیت سالمندان، توجه به کیفیت زندگی سالمندان و شناسایی عوامل موثر بر آن جهت سیاست‌گذاری‌های جامع و صحیح برای این قشر از افراد جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است (علی پور و همکاران، ۱۳۸۷). سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله، ضرورتی اجتماعی به شمار می رود (قاضی محسنی و همکاران، ۱۳۹۵).

رشد سالمندی در روند پیر شدن جمعیت ایران نیز به چشم می خورد. آمارها حاکی از افزایش سهم جمعیت سالمند با سن بیشتر از ۶۵ سال از ۵/۷ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۶/۱ درصد در سال ۱۳۹۵ است. این افزایش جمعیت در گروه میانسالان ۳۰ الی ۶۴ سال نیز مشهود است به نحوی که سهم آنها از کل جمعیت کشور به ۴۴/۸ درصد رسیده است که نشان می دهد در مجموع بیش از نیمی از جمعیت کشور را افراد میانسال و مسن تشکیل می دهند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، نیاز است که به رفاه جمعیت سالمند از لحاظ ابعاد جسمانی، روحی و اجتماعی توجه شود. برای ارتقای سلامت سالمندان و پیشگیری و کاهش بیماریها، اولین گام، شناسایی وضعیت سالمندان است. یکی از شاخص هایی که به خوبی بیانگر وضعیت سالمندان است، شاخص کیفیت زندگی است (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۷). آگاندیر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۷) بیان می کنند که کیفیت زندگی می تواند پیش بینی کننده میزان و تأثیر بیماریها، صدمات و ناتوانی ها و سنجش سلامت روانی در جامعه باشد.

بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویتهایشان می باشد (بونومی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). کیفیت زندگی در سالمندان به معنای تاکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی است (علی پور و همکاران، ۱۳۸۸). اگر چه چالش اصلی بهداشت و سلامت در قرن بیستم فقط «زنده ماندن» بوده، اما چالش اصلی قرن جدید در این حوزه "زندگی کردن با کیفیتی برتر" است. بر این اساس نباید فقط افزایش امید به زندگی در سالمندان توجه شود بلکه امروزه در جهان واژه سالمندی پویا مطرح است یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمندی، کیفیت زندگی آنها نیز باید مورد توجه قرار گیرد (خدایی و همکاران، ۱۳۸۳). نظر به اهمیت موضوع کیفیت زندگی سالمندی، پژوهشهای رو به گسترشی برای شناسایی عوامل موثر بر کیفیت زندگی با هدف شناسایی شاخص های بهبود دهنده کیفیت زندگی انجام شده اند.

<sup>1</sup>.Ogundare

<sup>2</sup>.Bonomi

کونگر و مور<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) بیان می‌دارند که شواهد بیانگر این واقعیت است که سالمندان دچار اختلالات متعدد حسی، گوارشی و عضلانی می‌شوند که نتیجه آن محدود شدن عملکردهای اجتماعی و افزایش تدریجی وابستگی به دیگران و کاهش کیفیت زندگی است؛ بر این اساس امروزه، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان یکی از شاخصهای مهم سلامت تلقی می‌شود و شمار زیادی از محققان و صاحبانظران، تأکید ویژه‌ای بر مقوله «سواد سلامت» داشته و آن را یکی از متغیرهای اصلی تاثیر گذار بر کیفیت زندگی می‌دانند (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۶؛ توسلی و نوا، ۱۳۹۶؛ پناهی و همکاران، ۱۳۹۶؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ کوشیار و همکاران، ۱۳۹۲؛ کوترا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب، پردازش، درک اطلاعات و خدمات بهداشتی پایه است که برای تصمیم‌گیری سلامتی لازم می‌باشد. سالمندان به عنوان مهمترین گروههای در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت به شمار می‌آیند (پیمان و عبدالهی، ۱۳۹۵). لی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود بیان می‌دارند که سواد سلامت در سالمندان، تاثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبتهای بهداشتی خواهد شد. باید اذعان داشت که سلامت از مفاهیم بسیار پویایی است که روزه روز بر دامنه و ابعاد آن افزوده می‌شود (حائری و همکاران، ۱۳۹۴).

در واقع سلامت مفهومی چند بعدی است و سازمان جهانی بهداشت نیز به چهار بعد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی آن اشاره کرده است. بنا بر این تعریف، سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل دهنده سلامت است (ون امرن، ساگزنا و ساراسنو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). اسمیت و کریستاکیس<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کنند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری می‌دانند که به کارا بودن فرد در جامعه منجر می‌گردد.

بُعد اجتماعی سلامت شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه ارتباط شخص در شبکه روابط اجتماعی توجه می‌شود (براون<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). مفهوم سلامت اجتماعی دارای شاخص‌های متعددی شامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق و سازگاری اجتماعی می‌باشد (حائری و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۱۳). همچنین پژوهشها نشان می‌دهند که کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با عملکردهای اجتماعی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی دارد (ساری و همکاران، ۱۳۹۲؛ رضوانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ فاسینو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ برگلند و ناروم<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷).

1. Conger & Moore

2. Couture

3. Lee

4. Van Ommeren, Saxena & Saraceno

5. Smith & Christakis

6. Brown

7. Fassino

8. Bergland & Narum

در دوران سالمندی، تغییراتی در ابعاد مختلف سلامتی به وجود می آید و سالمند مستعد آسیب و کاهش کیفیت زندگی شده و نیازمند توجه، رعایت و برخورداری از الگوی مراقبتی ویژه می گردد (کان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). اصلاح الگوی زندگی و توجه به کیفیت آن و شناسایی عوامل موثر بر آن تا حد بسیار زیادی می تواند باعث افزایش کار آیی و استقلال سالمندان گردد و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان های مختلف آن کمک نماید (ون مالدرن و متز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). نظر به مطالب فوق الذکر، پژوهش حاضر درصدد بررسی رابطه سواد سلامت و کیفیت زندگی با نقش میانجی سازگاری اجتماعی در افراد سالمند می باشد.

برخی مطالعات انجام شده در این خصوص عبارتند از: یوسفی و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که بین سواد سلامت و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. یافته های طهرانی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که سواد سلامت با عملکرد اجتماعی رابطه معناداری دارد. همایی و پویان مهر (۱۳۹۶) به این نتیجه دست یافتند که بین مجموعه متغیرهای کیفیت خواب و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با سازگاری اجتماعی و امید به زندگی یک تابع معنی دار با ضریب کانونی ۰/۶۸۹ وجود دارد. پناهی و همکاران (۱۳۹۶) به این نتیجه دست یافتند که بین سواد سلامت و ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی و همچنین کیفیت زندگی کل همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد. یافته های بهروز و جعفرزاده فخاری (۱۳۹۵) نشان داد که بین سواد سلامت با بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت اما با بعد اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود نداشت. بنا بر یافته های حسینی و همکاران (۱۳۹۵) سواد سلامت به عنوان پیشگویی کننده نمره کیفیت زندگی بود.

یافته های کوشیار و همکاران (۱۳۹۲) حاکی از آن بود که افراد با سواد سلامت کافی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند و بین سواد سلامت با بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت ولی با بعد اجتماعی ارتباط معنی داری مشاهده نشد. نتایج تحقیق ژنگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۸)، کوتور<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۷) و وانگ<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که سواد سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تاثیر می گذارد. النواجها<sup>۶</sup> (۲۰۱۸) نشان داد که کیفیت زندگی به عنوان نتیجه ی سواد سلامت در بیماران مبتلا به بیماریهای غیر واگیر در عربستان سعودی می باشد. یافته های تحقیق انگوین<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۸) رابطه معناداری بین سواد سلامت و کیفیت زندگی نشان نداد. اسکوینگتون<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۴) به این نتیجه دست یافتند که سواد سلامت پایین با کیفیت زندگی ضعیف در ارتباط است که این رابطه میتواند به دلیل کاهش قابلیت دسترسی و استفاده کمتر از مراقبتهای پزشکی، افزایش بار استرس به علت افزایش

- 
1. Kun
  2. Van Malderen & Mets
  3. Zheng
  4. Couture
  5. Wang
  6. Alnawajha
  7. Nguyen
  8. Skevington

چالشهای روزمره زندگی، خودمدیریتی ضعیف بیماری و کاهش خودکارآمدی باشد. بیان داشتند که مشارکت اجتماعی پایین و فقدان حمایت اجتماعی، اثرات منفی بر سلامت افراد دارد.

## روش

پژوهش از نظر هدف، کاربردی و روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری تحقیق شامل ۱۱۰ نفر افراد بالای ۶۵ سال عضو خانه جهان دیدگان شهر ساری بودند که ۸۵ نفر با استفاده از جدول کرجسی و مورگان به روش تصادفی ساده به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت است از: الف) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF): شامل ۲۶ گویه است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی.

نجات و همکاران (۱۳۸۵) برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه، پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام دادند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاسها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱. ضریب پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی

زیرمقیاس	گروه سالم، تعداد = ۷۰۰	گروه بیمار، تعداد = ۳۶۷
سلامت جسمانی	۰/۷۰	۰/۷۲
سلامت روان	۰/۷۳	۰/۷۰
روابط اجتماعی	۰/۵۵	۰/۵۲
سلامت محیط	۰/۸۴	۰/۷۲

ب) پرسشنامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران: شامل ۳۳ گویه بر اساس طیف پنجگانه لیکرت (۱-۵) است که مولفه های خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم گیری و رفتار را می‌سنجد. حداقل امتیاز ۳۳ و حداکثر ۱۶۵ می‌باشد.

ضاربان و همکاران (۱۳۹۵) روایی این سازه را با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی و پایایی ضریب همبستگی درونی آن، مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته ها نشان داد این پرسشنامه دارای همسانی درونی مناسبی (آلفای کرونباخ ۰/۷۸۵ تا ۰/۹۰) برای سنجش سواد سلامت است. بر اساس نتایج تحلیل عاملی تاییدی (REMSA= 0/07۰, X2/df= 3/2, CFI=0/97۰, AGFI=0/82, GFI= 0/81 NFI=0/95) پرسشنامه فوق از روایی سازه مطلوبی برخوردار است، لذا این مقیاس در ابعاد دسترسی، خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم گیری قادر به سنجش سواد سلامت است. روایی و پایایی HELIA را تایید کرد.

ج) پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱): آزمون دارای ۳۲ سوال می باشد و دارای ۵ مولفه سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی می باشد. گزینه های آن بله و خیر و نمی دانم می باشند که گزینه بله ۱ نمره و خیر صفر نمره دارد. در پژوهش میکائیلی و امام زاده (۱۳۸۷) پایایی ۰/۸۴ و روایی آن ۰/۸۰ محاسبه شد. در پژوهش حاضر، روایی صوری و محتوایی پرسشنامه ها مورد تایید ۱۰ تن از پژوهشگران این حوزه قرار گرفت. پایایی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۴ و ۰/۷۸ محاسبه گردید.

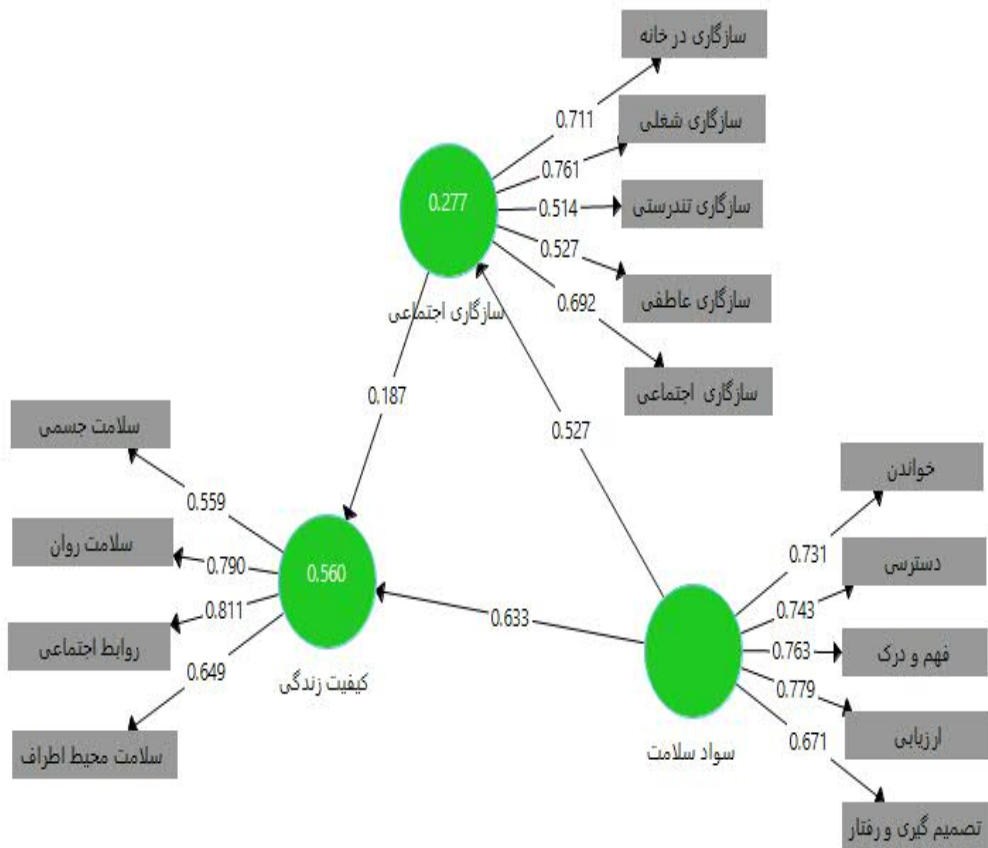
## یافته‌ها

از نظر ویژگی های جمعیت شناختی ۵۵ درصد نمونه را مردان و بقیه را زنان تشکیل می دهند. حدود ۲۸ درصد پاسخ دهندگان دارای مدرک کارشناسی، ۶۹ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۲ نفر دارای مدرک دکترا می باشند. جدول ۲ آمار توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق را نشان می دهد:

جدول ۲. وضعیت متغیرهای تحقیق به شکل کمترین و بیشترین پاسخ و میانگین و انحراف معیار

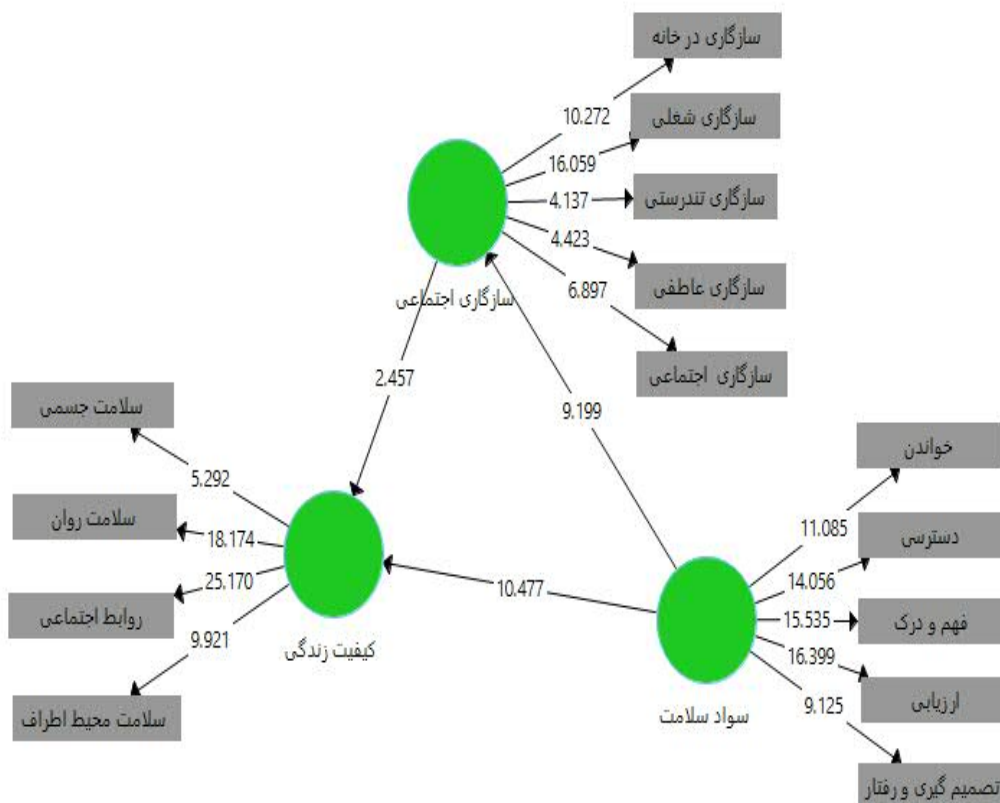
ابعاد	مولفه ها	میانگین	انحراف معیار
سواد سلامت	خواندن	۱۱.۶۵	۰.۹۴
	دسترسی	۲۲.۰۲	۰.۵۳
	فهم و درک	۲۹.۴۷	۱.۲۳
	ارزیابی	۱۴.۳۹	۱.۰۵
	تصمیم گیری و رفتار	۴۳.۹۳	۰.۲۶
سازگاری اجتماعی	سازگاری در خانه	۴.۳۱	۱.۱۸
	سازگاری شغلی	۳.۸۲	۱.۰۸
	سازگاری تندرستی	۳.۴۰	۱.۱۵
	سازگاری عاطفی	۴.۰۳	۱.۲۹
	سازگاری اجتماعی	۴.۲۱	۱.۵۱
کیفیت زندگی	سلامت جسمی	۳.۴۸	۱.۰۲
	سلامت روان	۴.۰۲	۰.۹
	روابط اجتماعی	۳.۹۳	۰.۴۶
	سلامت محیط اطراف	۲.۵	۱.۳۴

با استفاده از معادلات ساختاری، روابط بین تغییرهای نهفته درونی و بیرونی مورد توجه قرار می گیرند. در اینجا هدف، تشخیص این موضوع است که آیا روابط تئوریکی بین تغییرها در مرحله تدوین چارچوب مفهومی مدنظر محقق بوده است، به وسیله داده‌ها تأیید گردیده یا خیر. با توجه به اینکه بارهای عاملی باید بزرگ‌تر از ۰.۳ باشد، عواملی که بار عاملی کمتر از ۰.۳ دارند، باید حذف شوند و همان‌طور که مشاهده می شود، تمام بارهای عاملی مؤلفه‌ها بیشتر از ۰.۳ است و نیاز به حذف هیچ‌یک از عوامل نیست.



شکل ۱. نمودار مدل استاندارد معادلات ساختاری

جهت بررسی معنادار بودن رابطه بین متغیرها و بارهای عاملی از آماره آزمون  $t$  نیز استفاده می‌شود چون معناداری در سطح خطای  $0.05$  بررسی می‌شود بنابراین اگر میزان بارهای عاملی مشاهده شده با آزمون  $t$ -value از  $1.96$  کوچک‌تر محاسبه شود، رابطه معنادار نیست. همان‌طور که در شکل ۲ مشخص است برای تمام مؤلفه‌ها  $t$ -value از  $1.96$  بیشتر است.



شکل ۲. نمودار معناداری ضرایب مدل معادلات ساختاری

با توجه به شکل های ۱ و ۲ نتایج آزمون فرضیه‌ها به شرح جدول ۳ خواهد بود:

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون فرضیه‌ها

نتیجه	معناداری	ضریب مسیر	فرضیه
تایید	۱۰/۴۷۷	۰/۶۳۳	بین سواد سلامت و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.
تایید	۹/۱۹۹	۰/۵۲۷	بین سواد سلامت و سازگاری اجتماعی رابطه وجود دارد.
تایید	۲/۴۵۷	۰/۱۸۷	بین سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.
تایید	۲/۱۶۹	۰/۰۹۸	بین سواد سلامت و کیفیت زندگی با نقش میانجی سازگاری اجتماعی رابطه وجود دارد.

جهت بررسی کیفیت مدل اقدامات زیر انجام گرفت:

**الف) بررسی اعتبار ترکیبی هر یک از سازه‌ها:**

جدول ۴. بررسی اعتبار ترکیبی هر یک از سازه‌ها

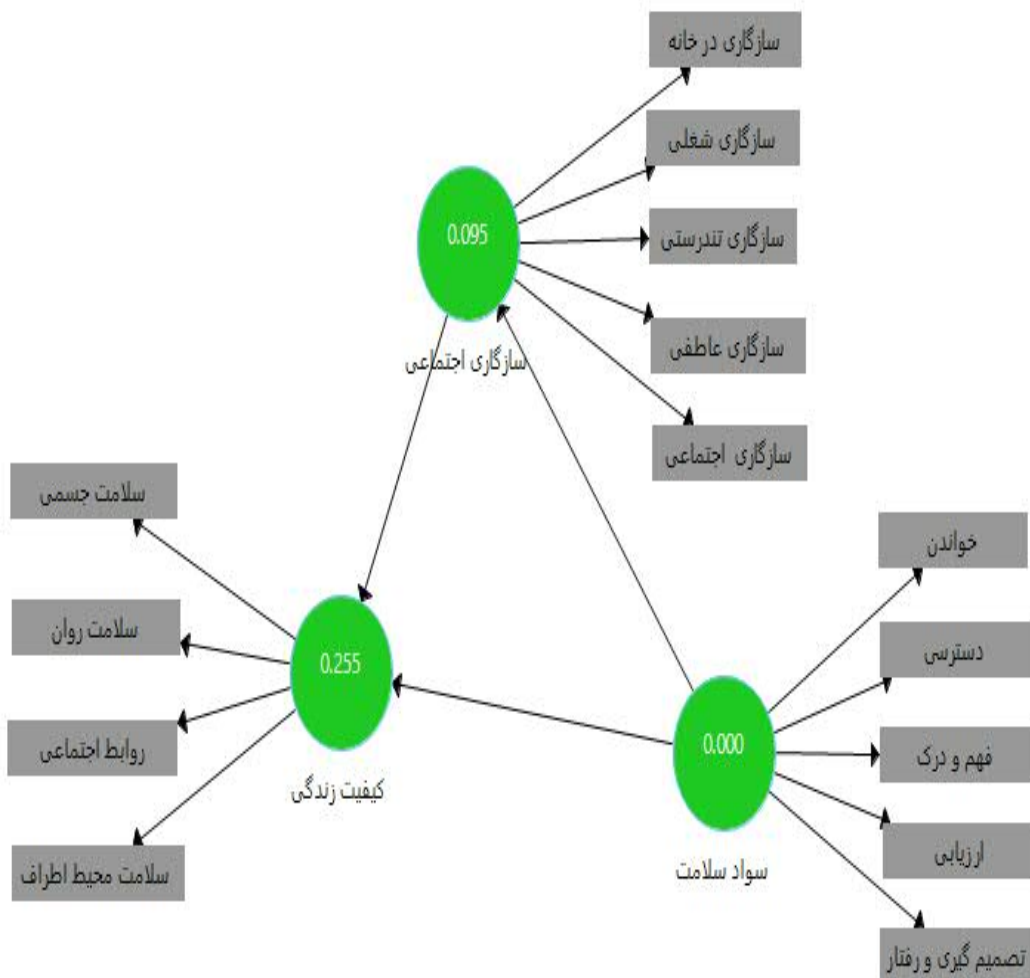
آلفا کرونباخ	پایایی مرکب	میانگین واریانس استخراج شده
۰.۸۷۶	۰.۷۹۲	۰.۷۸۰
۰.۷۹۳	۰.۸۰۴	۰.۸۵۷



اعدادی که در ستون پایایی مرکب نوشته شده اعتبار ترکیبی سازه ها را نشان می دهد که مقدار بیشتر از ۰.۷ آن قابل قبول است. اعدادی که در ستون میانگین واریانس استخراج شده نوشته شده، نشان دهنده اعتبار مناسب ابزارهای اندازه گیری است و مقدار مناسب آن باید بیشتر از ۰.۵ باشد و در این تحقیق این اعداد بیشتر از ۰.۵ است.

**ب) بررسی اعتبار حشو یا افزونگی مدل:**

این شاخص ( $Q (=1-SSE/SSO)$ ) کیفیت اعتبار اشتراک مدل معادلات ساختاری را نشان می دهد و اعداد مثبت نشان دهنده اعتبار مدل می باشد. همان طور که در شکل ۳ مشاهده می شود، در مدل تحقیق حاضر این اعداد مثبت می باشند.



شکل ۳. نمودار بررسی اعتبار حشو یا افزونگی مدل

## نتیجه گیری

پیشرفت پزشکی و بهداشتی در قرن بیستم باعث افزایش طول عمر انسان ها شد. بنابر آمار سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۰۰، جمعیت افراد ۶۰ ساله و بیشتر حدود ۶۰۰ میلیون نفر بوده است و این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید. بیش از دوسوم این جمعیت سالمند در کشورهای در حال توسعه ساکن هستند که تا سال ۲۰۲۵ افزایش بیش از ۳۰۰ درصدی در این کشورها مشاهده خواهد شد. ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه از این قضیه مستثنا نخواهد بود (ابراهیمی، ۲۰۰۳). یکی از شاخص هایی که به خوبی بیانگر وضعیت سالمندان است، شاخص کیفیت زندگی است. همچنین پژوهش ها نشان می دهند که مولفه هایی مانند سواد سلامت و مولفه های اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد تاثیر دارند. بر این اساس در پژوهش حاضر به بررسی این پرسش پرداخته شد که آیا بین سواد سلامت و کیفیت زندگی با نقش میانجی سازگاری اجتماعی رابطه وجود دارد؟

یافته های تحقیق نشان داد که بین متغیرهای تحقیق رابطه مثبت معناداری برقرار است که با یافته های پژوهشهای پیشین همسو می باشد (یوسفی و همکاران، ۲۰۱۹؛ طهرانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ پناهی و همکاران، ۱۳۹۶؛ بهروز و جعفرزاده فخاری، ۱۳۹۵؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ کوشیار و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج تحقیقات ژنگ و همکاران (۲۰۱۸)، انگوین و همکاران (۲۰۱۸)، النواجها (۲۰۱۸)، کوتور و همکاران (۲۰۱۷)، وانگ و همکاران (۲۰۱۵) و اسکوبینگتون و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان داد که سواد سلامت بر کیفیت زندگی تاثیر می گذارد که با یافته های تحقیق حاضر مطابقت دارد. یافته های بهروز و جعفرزاده فخاری (۱۳۹۵) نشان داد که بین سواد سلامت با بعد اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود نداشت که با یافته های تحقیق حاضر مغایرت دارد.

به طور کلی یافته های این تحقیق ارتباط آماری معنی داری را بین سواد سلامت و کیفیت زندگی سالمندان نشان می دهد که بیانگر نقش کلیدی و مهم سواد سلامت در ارتقا کیفیت زندگی آنها می باشد این یافته بدین معناست که با افزایش سواد سلامت، کیفیت زندگی سالمندان نیز افزایش می یابد. در نتیجه سالمندانی که دارای سطح بالای سواد سلامت هستند، از سطح بهداشت و سلامت بیشتری برخوردار بوده، فعالیت های مرتبط با سلامتی مشارکت فعال داشته، از انگیزه بالاتری برخوردار بوده و دارای کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و در نتیجه امید به زندگی بهتری هستند. که منجر به رضایت سالمندان از وضعیت زندگی، جایگاه فعلی و بافت سیستم فرهنگی و ارزش هایی که در آنها زندگی می کنند، می گردد. لذا بایستی سواد سلامت را به عنوان عاملی که موجب ارتقا رفتارهای بهداشتی و ایجاد سبک زندگی سالم و در نهایت بهبود کیفیت زندگی سالمندان می شود، مورد توجه ویژه قرار داد. سلامتی دارای ابعاد متعددی است که هر کدام از ابعاد آن می تواند بر کیفیت زندگی مؤثر باشد و انسان ها از آنرو به سلامتی اهمیت می دهند که بر روند زندگی و آسایش آنها تأثیر می گذارد.

از طرفی سلامتی دارای ابعاد اجتماعی می باشد که با کیفیت زندگی نیز دارای رابطه دو طرفه می باشد به طوری که مشکلات اجتماعی که روی کیفیت زندگی اثر می گذارد، می تواند موجب مشکلات بهداشتی شده

و همچنین مشکلات و مداخلات بهداشتی بر کیفیت زندگی مؤثر است. سواد سلامت یک تعیین کننده اجتماعی برای سلامت است و قابل اصلاح می باشد. سواد سلامت از طریق توانمند ساختن افراد برای غلبه بر موانع سلامت، می تواند در این خصوص مؤثر باشد. منافع حاصل از سواد سلامت همه فعالیت های زندگی (در خانه، محل کار، جامعه و فرهنگ) را تحت تاثیر قرار می دهد. سواد سلامت بالاتر منجر به استقلال و توانمندی بیشتر فرد می شود. همچنین می تواند سبب بهبود کیفیت زندگی افراد و در نتیجه منجر به ایجاد عدالت و پایداری تغییرات در سلامت همگانی جوامع شود. به عبارتی سواد سلامت، مولفه ای کلیدی جهت بهبود کنترل بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت است. فلذا هدف از بررسی صورت گرفته توسط محققین در خصوص ارتقا سواد سلامت افراد و کیفیت زندگی سالمندان، پیدا کردن درک درست از میزان سواد سلامت آنها و کیفیت زندگی آنها است تا بتوان بر این اساس، تدابیر لازم را به عمل آورد و برنامه ریزی کرد. بر اساس یافته های تحقیق حاضر پیشنهاد می شود: (۱) سیاستگذاران حوزه سلامت، به فکر ارتقاء و بهبود ابعاد متعدد مؤثر در کیفیت زندگی سالمندان باشند. (۲) تقویت و توجه بیشتر به آگاهی بخشی در حوزه سواد سلامت و آموزش آن به سالمندان. (۳) فراهم نمودن زمینه های مشارکت و حمایت اجتماعی در جهت تأمین سلامت و کیفیت زندگی سالمندان.

#### منابع

- بهروز، شهره؛ جعفرزاده فخاری، مهدی. (۱۳۹۵). بررسی سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به دیابت شهر مشهد، سومین همایش سالیانه علمی پژوهشی دانشجویان علوم پزشکی. پناهی، رحمان؛ عثمانی، فرشته؛ صحرایی، مهدی؛ ابراهیمی، سمیه؛ شمسی نژاد گشتی، محمد رضا؛ جوانمردی، عرفان. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بزرگسالان شهر کرج، مجله آموزش و سلامت جامعه، ۴(۴): ۱۳-۱۹.
- پیمان، نوشین؛ عبدالهی، منیره. (۱۳۹۵). ارتباط بین سواد سلامت و خودکارآمدی فعالیت جسمی در زنان پس از زایمان، فصلنامه سواد سلامت، ۱(۱): ۵-۱۲.
- توسلی، زهرا؛ نوا، فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی میزان سواد سلامت با رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان متأهل ۳۰ تا ۴۰ مشهد؛ فصلنامه سواد سلامت، ۲(۱): ۳۸-۳۱.
- حائری، سیده مریم؛ طهرانی، هادی؛ اولیایی منش، علیرضا؛ نجات، سحرناز. (۱۳۹۴). عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۳(۴): ۳۱۸-۳۱۱.
- حسینی، فاطمه؛ میرزایی، طیبه؛ راوری، علی؛ اکبری، علی. (۱۳۹۵). ارتباط سواد سلامت و کیفیت زندگی در بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، فصلنامه سواد سلامت، ۱(۲): ۹۲-۹۹.
- خدایی، غلامحسین؛ حسینی، سیدجواد؛ آرمات، محمدرضا؛ توکلی قوچانی، حمید. (۱۳۸۳). سالمندی پویا، مشهد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد.

رضوانی، محمدرضا؛ منصوریان، حسین؛ احمدآبادی، حسن؛ احمدآبادی، فرشته؛ پروایی هره دشت، پروانه. (سنجش عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان در مناطق روستایی (مطالعه موردی: شهرستان نیشابور)، فصلنامه پژوهش های روستایی، ۴(۲): ۳۰۱-۳۲۶.

ساری، نگار؛ کوشیار، هادی؛ واقعی، سعید؛ کامل نیا، حامد. (۱۳۹۲). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ساکن در خانه های سالمندان شهر مشهد، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۳، ویژه نامه ۱: ۲۴۳-۲۵۲.

ضاریان، ایرج؛ ایزدی راد، حسین؛ عربان، مرضیه. (۱۳۹۵). روان سنجی پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ساکن شهرهای ایران (HELIA) در جمعیت شهری منطقه بلوچستان. نشریه پایش: آذر و دی ۱۳۹۵، دوره ۱۵، شماره ۶، از صفحه ۶۶۹ تا صفحه ۶۷۶.

طهرانی، هادی؛ رحمانی، مهیا؛ جعفری، علیرضا. (۱۳۹۷). سواد سلامت و ارتباط آن با سلامت عمومی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی، فصلنامه سواد سلامت، ۳(۳): ۱۹۸-۱۹۱.

علی پور، فردین؛ سجادی، حمیرا؛ فروزان، آمنه؛ بیگلریان، اکبر. (۱۳۸۸). نقش حمایت های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۸ (۳۳): ۱۶۷-۱۴۹.

قاضی محسنی، میثم؛ سلیمانیان، علی اکبر؛ حیدرنیا، احمد. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی امیدمحور بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، فصلنامه سالمند، ش ۴۱: ۳۰۱-۳۰۸.

کاظمی، نیلوفر؛ سجادی، حمیرا؛ بهرامی، گیتی. (۱۳۹۷). کیفیت زندگی سالمندان ایرانی: یک مطالعه مروری، فصلنامه سالمند، دوره ۱۳، شماره ویژه: ۵۱۸-۵۳۲.

کوشیار، هادی؛ شوروزی، مریم؛ دلیر، زهرا؛ 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. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران؛ ۲۳ (۱): ۱۴۳-۱۳۴.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم؛ مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و

روان سنجی گونه ایرانی؛ مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴): ۱-۱۲

نوروزی، سپیده؛ رضایی، روح اله؛ صفا، لیلا. (۱۳۹۶). اثر میانجی سبک زندگی سلامت محور در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی در شهرستان اسلام آباد غرب، فصلنامه مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان، ۱۵(۳): ۴۲-۷.

همایی، رضوان؛ پویان مهر، مهسا. (۱۳۹۶). رابطه کیفیت خواب و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با سازگاری اجتماعی و امید به زندگی در بین سالمندان، فصلنامه روانشناسی پیری، ۳(۴): ۲۷۱-۲۸۰

Alnawajha, Samer. (2018). Quality of Life as a Result of Health Literacy among Patients with Non-Communicable Diseases in Saudi Arabia. *Iris J of Nur & Car*. 1(1)  
Bergland Astrid Narum, Ingrid. (2007). Quality of Life Demands Comprehension and Further Exploration, *Journal of Aging and Health*, 19(1): 39-61

- Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. (2003). Validation of the United States' version of the world Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*; 53(1):1-12.
- Brown SJ, Yelland JS, Sutherland GA, Baghurst PA, Robinson JS. (2011). Stressful life events, social health issues and low birthweight in an Australian population-based birth cohort: challenges and opportunities in antenatal care. *BMC public health*; 11(1):196.
- Conger SA, Moore KD. (2002). chronic illness and quality of life: the social workers role. TSAO foundation
- Couture Éva Marjorie, Chouinard Maud-Christine, Fortin Martin, Hudon Chatherine. (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(1)
- Ebrahimi, A. (2003). The relationship between depression and religious attitude and performances in adults Isfahan, *Journal of research in medical sciences*, 8(1):25-36.
- Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, et al. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr*. 2002 Jul-Aug; 35(1): 9-20.
- Kun LG. (2001). Telehealth and the global health network in the 21st century. From homecare to public health informatics. *Compute Methods Programs Biomed*; 64(3): 155-67.
- Lee T.W, Ko I.s, lee, k.J. (2005). Health promotion behaviors and quality of life among community– dwelling elderly in Korea. *International journal of nursing studies*; 49(2): 129-137.
- Nguyen Ba Thinh, El-Khoury T, Pathmanathan N, Loder P, Ctercteko G. (2018). Health literacy and quality of life following rectal resections for cancer, *International surgery journal*, 5(10): 3186-3191
- Ogundare, O. M., Shah, V. G., Salunke, S. R., Malhotra, R., Pati, S., Karmarkar, A., & Shah, M. V. (2017). Fifteen Dimensions of Health and their Associations with Quality of Life among Elderly in Rural Villages in Maharashtra, (India). *Indian Journal of Gerontology*, 31(1).
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. (2004). WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. *Qual Life Res*;13(2):299-310.
- Smith KP, Christakis NA. (2008). Social networks and health. *Annu Rev Sociol*; 34:405-29.
- Van Malderen L, Mets T, Gorus E. (2013). Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care. *Ageing Res Rev*, 12(1):141-50
- Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*; 83(1):71-5.
- Wang C, Kane RL, 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 Healt*; 15:34.
- Yusefi A R, Ebragim Z, Bastani P, Najibi M, Radinmanesh M, Mehrtak M. (2019). Health literacy status and its relationship with quality of life among nurses in teaching hospitals of Shiraz University Of Medical Sciences, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24 (1): 73-79.
- 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 Qual Life Outcomes*; 16: 201

## The relationship between health literacy and quality of life with the mediating role of social adjustment in the elderly

Behrang Esmailshad<sup>1</sup>, Masoud Ghassemi<sup>2</sup>, Fatemeh Mortazavi Kiasari<sup>3</sup>

### Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the relationship between health literacy and quality of life with the mediating role of social adjustment in the elderly.

**Method:** The study was applied in term of purpose and the research method was a descriptive correlational one. The statistical population consisted of 110 individuals over 65 years of age in the Jahan Didegan House in Sari. 85 individuals were selected using simple random sampling using Krejcie and Morgan table. The research tools are the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1996), health literacy questionnaires with 33 items and the Bell,s Social Satisfaction Questionnaire (1961) with 32 items. Structural equation test and PLS software were used for data analysis.

**Results:** Statistical findings showed that health literacy and quality of life have a significant relationship with the mediating role of social adjustment in the elderly.

**Conclusion:** Health literacy training can improve social performance and quality of life of older people.

**Keywords:** health literacy, quality of life, social adjustment, elderly.

---

<sup>1</sup>.Department of Educational Sciences, Bojnourd branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran. behrangsmaili@gmail.com

<sup>2</sup> Department of Clinical and Educational Psychology, Central Tehran branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Department of General and Exceptional Psychology, Central Tehran branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran