

مقاله پژوهشی

رابطه سواد سلامت و تاب‌آوری با نقش میانجی پذیرش خود در سالمندان

بهرنگ اسماعیلی شاد^{۱*}، فرناز کشاورزی ارشدی^۲، علی یعقوبی^۳

^۱ استادیار گروه علوم تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

^۲ دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی-تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ استادیار گروه تربیت بدنی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۳

چکیده

مقدمه: امروزه در اکثر جوامع، سالمندی به‌عنوان یک مسئله مهم مطرح است. محققان بر تاثیر مثبت تاب‌آوری بر بهزیستی و سلامت سالمندان تاکید دارند؛ لذا یافتن رابطه تاب‌آوری با مولفه‌هایی که بیشترین مجاورت را با آن دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است. هدف پژوهش، تعیین رابطه سواد سلامت و تاب‌آوری با نقش میانجی پذیرش خود در سالمندان بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل ۱۱۰ نفر افراد بالای ۶۵ سال عضو خانه جهان‌دیدگان شهر ساری در سال ۱۳۹۹ می‌باشد که ۸۵ نفر با استفاده از جدول کرجسی - مورگان به روش تصادفی ساده به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه پذیرش خود چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱)، سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (منتظری و همکاران، ۱۳۹۳) و پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار PLS3 استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل آماری نشان داد بین سواد سلامت و پذیرش خود، بین سواد سلامت و تاب‌آوری، بین پذیرش خود و تاب‌آوری و بین سواد سلامت و تاب‌آوری با نقش میانجی پذیرش خود در افراد سالمند رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: با ارتقای سواد سلامت و بهبود ظرفیت پذیرش خود در سالمندان می‌توان احساس آنها به خود را بهبود بخشید و تاب‌آوری آنها را افزایش داد.

کلمات کلیدی: سواد سلامت، تاب‌آوری، پذیرش خود، سالمندان

مقدمه

موفق که از جنبش روانشناسی مثبت نشأت گرفته است، سعی در شناسایی و به‌کارگیری منابع و توانمندی‌های شخصی دارد که می‌توانند به حفظ مطلوب‌تر عملکرد در سنین سالمندی کمک کنند (۳).

سالمندی مرحله‌ای است از تحول در فراخوانی زندگی که با کاهش و زوال جسم و فکر شخص و به تبع آن افول انعطاف‌پذیری شناختی و نیز میزان تاب‌آوری همراه است (۴). تحقیقات نشان می‌دهد یکی از عواملی که بهزیستی

جمعیت جهان به سرعت در حال سالمندشدن است. امروزه در اکثر جوامع، سالمندی به‌عنوان یک مسئله مهم مطرح است (۱). برای ارتقای سلامت سالمندان و پیشگیری و کاهش بیماری‌ها، اولین گام، شناسایی وضعیت سالمندان است. در دهه‌های گذشته تمرکز بیشتر روی جنبه‌های منفی ویژگی‌های افراد مسن بوده است و حوزه‌هایی مانند سلامت ذهن و سلامت روان کمتر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (۲)؛ اما به تازگی مفهوم سالمندی

محققان، تأکید ویژه‌ای بر مقوله «سواد سلامت» داشته و آن را یکی از متغیرهای اصلی تاثیرگذار بر کیفیت زندگی می‌دانند (۱۶-۱۲).

سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب، پردازش، درک اطلاعات و خدمات بهداشتی پایه است که برای تصمیم‌گیری سلامتی لازم می‌باشد. سالمندان به‌عنوان مهم‌ترین گروه‌های در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت به‌شمار می‌آیند (۱۷). Lee و همکاران (۲۰۰۵) 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 (۱۸). یافته‌های کوشیار و همکاران (۱۳۹۲) نشان می‌دهد افراد با سواد سلامت کافی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند (۱۵). همچنین نتایج تحقیق Zheng و همکاران (۲۰۱۸)، Alnawajha (۲۰۱۸)، Couture و همکاران (۲۰۱۷) و Wang و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که سواد سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تاثیرگذار است (۲۱-۱۹، ۱۶).

از سوی دیگر، Piquart (۲۰۰۹) تاب‌آوری را به‌عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر استرس، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد، تعریف می‌نماید (۲۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین تاب‌آوری و پذیرش خود و اعتماد به نفس افراد رابطه مثبتی وجود دارد (۲۴، ۲۳). این احساس از مجموع افکار، احساس‌ها، عواطف و تجربیات در طول زندگی ناشی می‌شود (۲۵). رزم پوش و همکاران (۱۳۹۷)، کاویانی و حیدری (۱۳۹۹) و سلیمی و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش‌های خود به این نتیجه دست یافتند که با آموزش پذیر کردن خود می‌توان سطح تاب‌آوری و تحمل افراد را بالا برد که نشان از رابطه مثبت بین این دو مولفه است (۲۸-۲۶).

افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، تاب‌آوری است (۵). «تاب‌آوری» عبارت است از تسلیم نشدن در برابر موقعیت‌های پرتنش و پرفشار و تلاش برای استفاده از شرایط موجود برای پیشرفت. به‌عبارت دیگر، بررسی وضعیت موجود و تلاش برای پیدا کردن راه‌حل‌های منطقی، بدون نشان دادن واکنش‌های هیجانی و بیمارگونه، که به این مقاومت و تلاش برای یافتن راه حل منطقی (به جای تسلیم شدن در برابر تنش‌ها) «تاب‌آوری» می‌گویند (۶). Boon و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند تاب‌آوری ویژگی افرادی است که می‌توانند خود را با محرک‌های بیرونی تطبیق دهند و با افزایش قدرت تحمل خود، زندگی سازگاران‌های در پیش گیرند (۷). Masten و همکاران (۲۰۰۱) معتقدند که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه در شرایط تهدیدآمیز است و از این رو سبب سازگاری موفق در زندگی می‌شود (۸).

اگرچه محققان بر تاثیر مثبت تاب‌آوری بر بهزیستی و سلامت تاکید دارند؛ اما یافتن رابطه تاب‌آوری با مولفه‌هایی که بیشترین مجاورت را با آن دارند، از اهمیت زیادی برخوردار است (۹).

بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده، تاب‌آوری بیشترین مجاورت را با شناخت دارد که می‌تواند یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های آن باشد. شناخت و تاب‌آوری بر همدیگر تاثیرگذار هستند. یکی از مولفه‌های شناختی موثر بر تاب‌آوری «سواد سلامت» می‌باشد. سواد سلامت رابطه معناداری با تاب‌آوری دارد (۱۰).

Muszalik و همکاران (۲۰۰۹) بیان کردند 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 (۱۱)؛ بر این اساس امروزه، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به‌عنوان یکی از شاخص‌های مهم سلامت تلقی می‌شود و شمار زیادی از

دیدگان شهر ساری و معیار خروج عبارت بود از عدم تمایل به تکمیل ابزار تحقیق.

ابزار پژوهش عبارت بودند از:

الف) پرسشنامه تاب‌آوری Conner & Davidson (۲۰۰۳): شامل ۲۵ گویه می‌باشد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از:

- زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۵- ۲۴- ۲۳- ۱۷- ۱۶- ۱۲- ۱۱- ۱۰

- زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی / تحمل عاطفه منفی: ۲۰- ۱۹- ۱۸- ۱۵- ۱۴- ۷- ۶

- زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸- ۵- ۴- ۲- ۱

- زیرمقیاس کنترل: ۲۲- ۲۱- ۱۳

- زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۹- ۳

کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (۳۶). سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند (۳۷).

ب) پرسشنامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران: شامل ۳۳ گویه بر اساس طیف پنج‌گانه لیکرت است که مولفه‌های خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری و رفتار را می‌سنجد. حداقل امتیاز ۳۳ و حداکثر ۱۶۵ می‌باشد.

ج) پرسشنامه پذیرش خود (USAQ): این پرسشنامه توسط Chamberlain & Haaga (۲۰۰۱) طراحی شده است و شامل ۲۰ گویه بر اساس طیف لیکرت ۷ گانه می‌باشد و دارای ۲ بعد پذیرش بی‌قید و شرط خود، پذیرش

هنگامی که افراد پیر می‌شوند با فقدان کارکردی روبرو می‌شوند که باعث درماندگی تدریجی در انجام فعالیت‌های اساسی روزانه آنها می‌شود (۲۹). انتظار سالمندان از خودشان و باور آنان به اینکه قابلیت‌های کمتری دارند - یعنی نوعی احساس درماندگی- از عواملی هستند که پذیرش خود را در آنان کاهش می‌دهد و باعث عملکرد ضعیف‌تر آنها می‌شود (۳۰). پذیرش خود شامل آگاهی ذهنی و واقع‌بینانه از نقاط ضعف و قوت خودمان است (۳۱). به‌زعم Nolen-hoehsema و همکاران (۲۰۰۹) پذیرش خود عبارت است از درجه تصویب و تأیید و ارزشی که شخص برای خود احساس می‌کند، یا قضاوتی که فرد درباره ارزش خود دارد (۳۲). نتایج پژوهش Popov, Radanović & Biro (۲۰۱۶) نشان داد که میان پذیرش خود و سلامت روان رابطه وجود دارد (۳۳). بسیاری از پژوهش‌ها پذیرش روانشناختی را با کیفیت زندگی مرتبط می‌دانند (۳۴). Thompson و همکاران (۲۰۰۱) پذیرش را از عناصر اساسی تاب‌آوری معرفی می‌کنند (۳۵).

با عنایت به موارد فوق، پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین مولفه‌های سواد سلامت و تاب‌آوری و پذیرش خود در سالمندان می‌پردازد و از آنجایی که مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد، پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین سواد سلامت و تاب‌آوری با نقش میانجی پذیرش خود در سالمندان رابطه وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل ۱۱۰ نفر افراد بالای ۶۵ سال عضو خانه جهان‌دیدگان شهر ساری بود که ۸۵ نفر با استفاده از جدول کرجسی - مورگان به روش تصادفی در دسترس به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. معیار ورود به پژوهش عبارت بود از: سن بالای ۶۵، عضویت در خانه جهان-

مشروط خود می‌باشد.

در این مقیاس گرفتن نمره بالا در ۹ عبارت شامل عبارت‌های ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ نشان‌دهنده پذیرش بی‌قید و شرط خود است (دامنه نمرات از ۹ تا ۶۳)، درحالی‌که ۱۱ مورد دیگر (عبارت‌های ۱، ۴، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۹ و ۲۰) به‌صورت معکوس است؛ به‌طوری‌که نمره پایین‌تر نشان‌دهنده پذیرش مشروط خود است (دامنه نمرات از ۱۱ تا ۷۷).

چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱) همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کردند که در سطح قابل قبولی است (۳۸).

الیس و مک لارن (۱۳۸۵) روایی محتوایی پرسشنامه را مطلوب و پایایی پرسشنامه و مولفه‌های آن را به روش آلفای کرونباخ به شرح زیر اعلام کردند (۳۹):

بعد پذیرش بی‌قید و شرط خود: ۰/۸۶

بعد پذیرش مشروط خود: ۰/۷۹

پایایی کلی: ۰/۹۱

پایایی پرسشنامه در ایران از طریق دو نیمه کردن و با استفاده از روش تنصیف اسپیرمن - برون ۰/۶۳ به‌دست آمد. روایی همگرایی این پرسشنامه از طریق همبستگی نمرات آن با نمرات پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ بررسی شد، که ضریب همبستگی آن ۰/۳۷ (P < ۰/۰۰۸) به‌دست آمد.

در پژوهش حاضر با استفاده از نظر ۱۰ تن از اساتید دانشگاهی روایی صوری و محتوای ابزارها مورد تایید قرار گرفت. پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، به ترتیب، ۰/۸۹، ۰/۹۳ و ۰/۹۴ محاسبه شد.

نتایج

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ۵۵ درصد نمونه-ها را مردان و ۴۵ درصد را زنان تشکیل دادند. ۲۸ درصد پاسخ‌دهندگان دارای مدرک کارشناسی و ۶۹ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۲ نفر دارای مدرک دکترا بودند. جدول ۱ به توصیف میانگین و انحراف معیار مولفه‌های تحقیق می‌پردازد.

در بخش مدل معادلات اندازه‌گیری، روایی ابزار سنجش بررسی و تأیید شد. بررسی اعتبار ترکیبی هر یک از سازه‌ها در جدول ۳ مشخص شده است. اعدادی که در ستون پایایی مرکب نوشته شده است، اعتبار ترکیبی سازه‌ها را نشان می‌دهد که مقدار بیشتر از ۰/۷ آن قابل قبول است و در این تحقیق این اعداد بیشتر از ۰/۷ است. اعدادی که در ستون میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE) نوشته شده است، نشان‌دهنده اعتبار مناسب ابزارهای اندازه‌گیری است و مقدار مناسب آن باید بیشتر از ۰/۵ باشد و در این تحقیق این اعداد بیشتر از ۰/۵ بود.

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

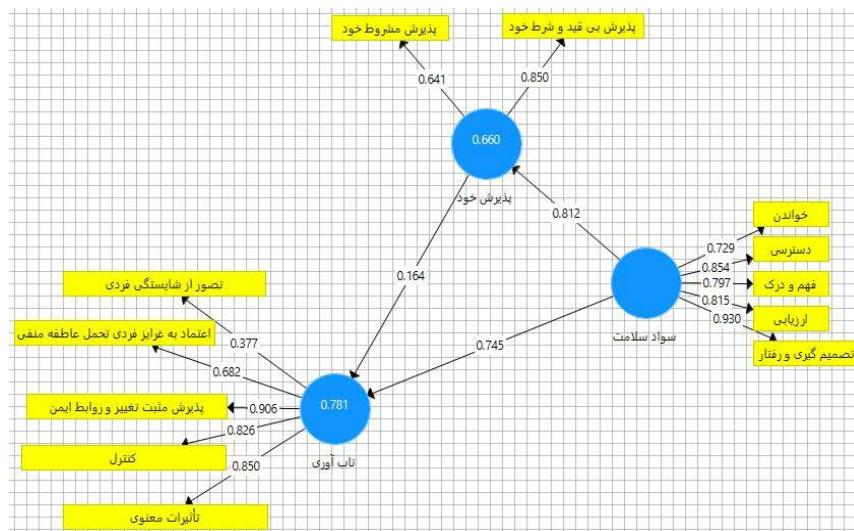
ابعاد	مولفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
سواد سلامت	خواندن	۲۲/۱۰	۷۶/۱
	دسترسی	۳۸/۱۹	۹۷/۰
	فهم و درک	۲۳/۲۸	۵۶/۱
	ارزیابی	۱۲/۱۵	۸۶/۱
	تصمیم‌گیری و رفتار	۲۷/۳۹	۴۹/۰
تاب‌آوری	تصور از شایستگی فردی	۳۱/۲۵	۳۴/۲
	اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	۶۴/۲۱	۷۶/۱
	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۸۷/۱۳	۶۱/۲
	کنترل	۵۴/۹	۰۲/۱
پذیرش خود	تأثیرات معنوی	۴۷/۶	۴۸/۰
	پذیرش بی‌قید و شرط خود	۴۸/۴۵	۳۲/۴
	پذیرش مشروط خود	۳۸/۵۱	۲۸/۵

جدول ۳: اعتبار ترکیبی هر یک از سازه‌ها

آلفا کرونباخ	rho_A	پایایی مرکب	میانگین واریانس استخراج شده (AVE)
۰/۷۹۸	۰/۸۹۷	۰/۸۵۹	۰/۵۶۶
۰/۸۸۳	۰/۸۹۲	۰/۹۱۵	۰/۶۸۵
۰/۸۴۶	۰/۷۶۶	۰/۷۱۹	۰/۵۶۷

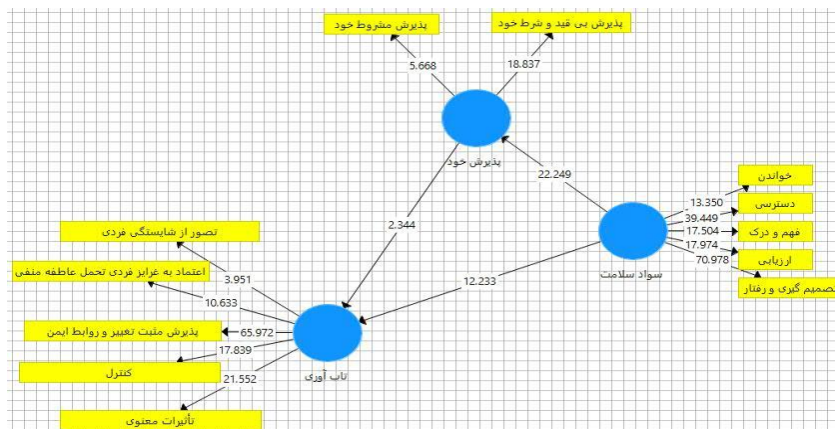
با توجه به جدول ۳، می‌توان نسبت به برازش مدل اندازه‌گیری اطمینان حاصل نمود، به عبارت دیگر داده‌های مشاهده شده با مدل مفهومی پژوهش تناسب داشته است. در ادامه ساختار مدل، روابط بین متغیرهای نهفته

درونی و بیرونی مورد توجه قرار می‌گیرند. در اینجا هدف، تشخیص این موضوع است که آیا روابط تئوریک بین متغیرها که در مرحله تدوین چارچوب مفهومی مد نظر محقق بوده است، به وسیله داده‌ها تأیید گردیده یا خیر.



شکل ۱: ضرایب استاندارد مدل ساختاری تحقیق

جهت بررسی معنادار بودن رابطه بین متغیرها و بارهای عاملی از آماره آزمون t یا همان t -value نیز استفاده می‌شود. چون معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ بررسی می‌شود بنابراین اگر میزان بارهای عاملی مشاهده شده با آزمون t -value از ۱/۹۶ کوچکتر محاسبه شود، رابطه معنادار نیست. همانطور که در شکل زیر مشخص است برای تمام مولفه‌ها t -value از ۱/۹۶ بیشتر است.



شکل ۲: معناداری ضرایب استاندارد مدل ساختاری تحقیق

جدول ۴: نتایج آزمون فرضیات

فرضیه	برآورد استاندارد	کمیت تی	نتیجه آزمون
بین سواد سلامت و پذیرش خود رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.	۰/۸۱۲	۲۲/۲۴	تأیید
بین سواد سلامت و تاب آوری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.	۰/۷۴۵	۱۲/۲۳	تأیید
بین پذیرش خود و تاب آوری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.	۰/۱۶۴	۲/۳۴	تأیید
بین سواد سلامت و تاب آوری با نقش میانجی پذیرش خود رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.	۰/۱۳۳	۲/۲۷	تأیید

بحث

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 (۴۰). بر این اساس توجه به مسائل و نیازهای دوران سالمندی، ضرورتی اجتماعی به شمار می‌رود (۴۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مولفه‌هایی مانند سواد سلامت بر کیفیت زندگی افراد سالمند تاثیر دارند. سطح پایین سواد سلامت با مسایلی چون درک ناکافی، مشارکت اندک در انجام رفتارهای پیشگیرانه، ناتوانی در مهارت‌های خودمراقبتی ارتباط دارد. بر این اساس در پژوهش حاضر به بررسی این پرسش پرداخته شد که آیا بین سواد سلامت و تاب آوری با نقش میانجی پذیرش خود رابطه‌ای وجود دارد؟ تحلیل داده‌ها ارتباط آماری معناداری را بین مولفه‌های تحقیق نشان می‌دهد که همسو با یافته‌های تحقیقات موسوی و همکاران (۱۳۹۹)، سهیلی‌زاد و همکاران (۱۳۹۵) و کرامتی و پاینده‌فر (۱۳۹۵) می‌باشد (۲۴، ۲۳، ۱۰).

تاب آوری، از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. کاهش میزان تاب آوری در برابر رویدادهای زندگی فرد را با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی مواجه می‌کند. با

ارتقای تاب آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روانشناختی می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه کند (۳۶). تاب آوری با تعدیل و کم‌رنگ‌تر کردن عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی روانی افراد را تضمین می‌کند (۴۲). بنابراین با توجه به افزایش جمعیت سالمند کشور، تعداد استرس‌هایی که سالمندی با آن روبه‌رو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت روان و به خصوص تاب آوری در دوره سالمندی از اهمیت زیادی برخوردار است.

Bishop & Martin (۲۰۰۶) بیان می‌کنند که رضایت از زندگی در سالمندان می‌تواند به وسیله دسترسی‌های فردی به منابع کلیدی و مهم زندگی آنها ایجاد شود و این منابع را همان منابع مادی، اجتماعی یا ویژگی‌های شخصی که سالمندان به آن متعلق هستند تعریف می‌کنند (۴۳). یکی از این منابع و ویژگی‌ها سواد سلامت می‌باشد؛ 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 می‌شود، مورد توجه ویژه قرار داد. همچنین پژوهش‌ها به تاثیر مثبت آموزش پذیرش بر تاب آوری اشاره دارند (۴۵، ۴۴). بر این اساس مولفه پذیرش خود در تحقیق حاضر به عنوان متغیر میانجی منظور شد که یافته‌های آماری نشان‌دهنده رابطه مثبت و معنادار آن با تاب آوری بود.

براساس یافته‌های تحقیق حاضر پیشنهاد می‌شود: سیاست‌گذاران حوزه سلامت، به فکر ارتقاء و بهبود عوامل و

کیفیت زندگی سالمندان از طریق پیدا کردن درک درست از سواد سلامت و پذیرش خود و رابطه آنها با تاب‌آوری بود تا بتوان بر این اساس، تدابیر لازم را به عمل آورد.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر مطابق با بند ۴ مصوبه ش.پ ۶۵ شورای پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد انجام گرفته است.

تضاد منافع

این پژوهش با هیچ شخصیت حقیقی و حقوقی تعارض منافع ندارد. این اثر قبلاً در جای دیگری منتشر نشده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از سالمندان محترم عضو خانه جهان دیدگان شهر ساری که در انجام این تحقیق ما را یاری دادند، تشکر می‌گردد.

مولفه‌های مؤثر بر تاب‌آوری سالمندان باشند. توجه بیشتر به اطلاع‌رسانی در حوزه سواد سلامت و آموزش آن به سالمندان شود. فراهم نمودن زمینه‌های مشارکت بیشتر اجتماعی سالمندان به منظور افزایش احساس مثبت آنها نسبت به خود و توانمندی‌هایشان نیز پیشنهاد می‌شود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است که عبارتند از: محدودیت جامعه تحقیق به شهر ساری؛ بنابراین تعمیم نتایج تحقیق باید با احتیاط صورت پذیرد. ابزار پژوهش فقط پرسشنامه بوده است. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه خود گزارش‌دهی بودن ابزار مطالعه می‌باشد. همچنین نتایج این مطالعه از بررسی مقطعی حاصل شده است.

نتیجه‌گیری

امروزه نقش افراد به‌عنوان محور مدیریت سلامت مورد تاکید می‌باشد. مرکزیت دادن افراد با هدف تبیین سبک زندگی و توانمندسازی آنان در اولویت برنامه‌های پیشگیری و بهداشت جامعه قرار گرفته است. با عنایت به این امر و از آنجایی که جمعیت سالمند در جامعه ایرانی در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده است، هدف از تحقیق حاضر، بهبود

References

1. Forozan A. The role of social support in elderly quality of life. *Social Welfare Quarterly*. 2009;8(33):149-67. [Persian]
2. Attari B, Monirpour N, Hajeb MZ. Explaining happiness in the elderly on the basis of self-acceptance, appreciation and forgiveness with the mediating role of self-empowerment. *Aging Psychology*. 2018;4(3):197-211. [Persian]
3. Su H, Cao J, Zhou Y, Wang L, Xing L. The mediating effect of coping style on personality and mental health among elderly Chinese empty-nester: A cross-sectional study. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2018;75:197-201.
4. Kabirinasab Y, Abdollahzadeh H. Effects of training mindfulness-based acceptance and commitment on cognitive flexibility and resilience of the elderly in Behshahr City. *Advances in Cognitive Science*. 2018; 19(4): 20-7. [Persian]
5. Farhadi Amjad F, M Irkamali SM. Explain the role of resilience on subjective well-being and their relationship with self-efficacy at nursing care assistants of the Kahrizak Elderly Home. *Organizational Culture Management*. 2016;14(4):1181-99. [Persian]
6. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. *Acceptance and commitment therapy: Distinctive features*: Routledge; 2010.
7. Boon HJ, Cottrell A, King D, Stevenson RB, Millar J. Bronfenbrenner's bioecological theory for modelling community resilience to natural disasters. *Natural Hazards*. 2012;60(2):381-408.
8. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*. 2001;56(3):227.
9. Isaacson B. *Characteristics and enhancement of*

- resiliency in young people. 2002.
10. Mousavi SH ,Bagherian-saraoudi R, Meschi F, Khalatbari J, Tajeri B. The Role of Mediating Resilience in the Relationship Between Health Literacy and Specific Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Quarterly Journal Of Health Psychology*. 2020;9(33):79-94. [Persian]
 11. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Functional assessment and health-related quality of life (HRQOL) of elderly patients on the basis of the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT)-F questionnaire. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2009;49(3):404-8.
 12. Tavasoli Z, Nava F. 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*. 2017;2(1):31-8. [Persian]
 13. Panahi R, Osmani F, Sahraei M, Ebrahimi S, Shamsizadeh Nehadghashti M, Javanmardi E. Relationship of health literacy and quality of life in adults residing in Karaj, Iran. *J Educ Community Health*. 2018;4(4):13-9. [Persian]
 14. 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. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(2):92-9. [Persian]
 15. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;23(1):134-43. [Persian]
 16. Couture ÉM, Chouinard M-C, Fortin M, Hudon C. 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*. 2017;15(1):1-6.
 17. Peyman N, Abdollahi M. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(1):5-12. [Persian]
 18. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*. 2006;43(3):293-300.
 19. Zheng M, Jin H, Shi N, Duan C, Wang D, Yu X, et al. The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*. 2018;16(1):1-10.
 20. Alnawajhai S. 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): 2018. IJNC MS ID.505.
 21. Wang C, Kane RL, Xu D, Meng Q. Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BMC women's health*. 2015;15(1):1-8.
 22. Pinquart M. Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of applied Developmental psychology*. 2009;30(1):53-60.
 23. Soheylizad M, Yahaghi Amjad E, Amini D, Gholamaliee B. Relationship between self-esteem, resilience and quality of life in patients with type 2 diabetes in Hamadan in 2015. *Pajouhan scientific journal*. 2016;15(1):1-8. [Persian]
 24. Keramati M, Payandefar S. The relationship between self-esteem and self-resilience with physical selfconcept in students with physical disabilities. *Journal of Exceptional Children*. 2017;16(4):63-78. [Persian]
 25. Salomé GM, de Souza Pellegrino DM, Blanes L, Ferreira LM. Self-esteem in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of tissue viability*. 2011;20(3):100-6.
 26. Razmpush M, Ramezani K, Maredpour A, Koulivand PH. The Effect of Acceptance and Commitment Training on Quality of Life and Resilience of Nurses. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2019;7(1):62-51. [Persian]
 27. Kaviani Z, BakhtiarPoor S, Heidari A, Askary P, Eftekhar Z. The Effect of Treatment Based on Acceptance and Commitment (ACT), on Resiliency and Dysfunctional Attitudes of MS Female Patients in Tehran. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2020;21(1):84-92. [Persian]
 28. Salimi M, Mahdavi A, Yeghaneh SS, Abedin M, Hajhosseini M. The effectiveness of group based acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion cognitive regulation strategies in mothers of children with autism spectrum. *Maedica*. 2019;14(3):240.
 29. Khodabakhshi-Koolae A, Heidari F, Motlagh FZ. The effect of mixed prayer and positive psychology group therapy on life meaning and death anxiety among elderly women with physical-motor disabilities. *Journal of Research on Religion & Health*. 2018;4(2):16-28. [Persian]
 30. Taghiloo S. Study of adolescents perceived parenting styles based on their gender and age. *Journal of Family Research*. 2017;3:447-59.
 31. Kwok SY, Gu M, Sychaisuksawat P, Wong WW. The relationship between parent-child triangulation and early adolescent depression in Hong Kong: The

- mediating roles of self-acceptance, positive relations and personal growth. *Children and youth services review*. 2020;109:104676.
32. Nolen-Hoeksema S, Fredrickson B, Loftus G, Wagenaar W. Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology (15th edi). Wadsworth Cengage Learning. 2009.
 33. Popov S, Radanović J, Biro M. Unconditional self-acceptance and mental health in ego-provoking experimental context. *Suvremena psihologija*. 2016; 19(1): :71-81
 34. Butler J, Ciarrochi J. Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of life Research*. 2007;16(4):607-15.
 35. Thompson RW, Arnkoff DB, Glass CR. Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2011;12(4):220-35.
 36. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
 37. Samani S, Jokar B ,Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*. 2007;13(3):290-5. [Persian]
 38. Chamberlain JM, Haaga DA. Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2001;19(3):163-76.
 39. Ellis A, MacLaren C. Rational emotive behavior therapy. *The quick theory reference guide: A resource for expert and novice mental health professionals*. 2008:127-39.
 40. Ebrahimi A. The relationship between depression and religious attitude and performances in adults Isfahan 1998. *Journal Of Research In Medical Sciences (JRMS)*. 2003; 8(1): 94-95. [Persian]
 41. Ghazi Mohseni M, Soleimanian AA, Heidarnia A. Examining the effectiveness of hope-based group training on the life quality of the elderly People. *Iranian Journal of Ageing*. 2016;11(2):300-9. [Persian]
 42. Connor KM. Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of clinical psychiatry*. 2006;67(2):46-9.
 43. Bishop A, Martin P, Poon L. Happiness and congruence in older adulthood: A structural model of life satisfaction. *Aging and Mental Health*. 2006;10(5):445-53.
 44. Seyyedjafari J, Motamedi A, Mehradsadr M, Olamaie Kopaei M, Hashemian S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resilience in elderlies. *Aging Psychology*. 2017;3(1):21-9. [Persian]
 45. Hojatkhah SM, Golmohammadian M. Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on resilience mothers of children with mental retardation. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2018;8(29):85-109. [Persian]



Original Article

The relationship between health literacy and resilience with the mediating role of self-acceptance in the elderly

Behrang Esmaeilshad^{1*}, Farnaz Keshavarzi Arshadi², Ali Yaghoubi³

¹ Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

² Associate Professor, Department of Clinical-Educational Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Physical Education, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Received: 24 June 2021

Accepted: 3 March 2022

Abstract

Introduction: Today in most societies, aging is an important issue. Researchers emphasize the positive effect of resilience on the well-being and health of the elderly, so finding a relationship between resilience and the components that are most closely related to it is very important. This study aimed to determine the relationship between health literacy and resilience with the mediating role of self-admission in the elderly.

Materials and Methods: The research was the descriptive-correlational method. The statistical population includes 110 people over 65 years of age who are members of Sari World Visitors House in 1399. 85 people were selected as a sample using a simple Krejcie and Morgan table. The research instruments include the Chamberlain and Hague Self-Admission Questionnaire (2001), Health Literacy Assessment of Iran's Urban Population (Montazeri et al., 2014), and Connor and Davidson Resilience Questionnaire (2003). Structural equation modeling and PLS 3 software were used to analyze the data.

Results: Statistical analysis showed that there is a significant relationship between health literacy and self-acceptance, between health literacy and resilience, between self-acceptance and resilience, and between health literacy and resilience with the mediating role of self-acceptance in the elderly (P -value = 0/00).

Conclusion: By promoting health literacy and improving their admission capacity the elderly, their sense of self can be improved and their resilience can be increased.

Keywords: health literacy, resilience, self-acceptance, the elderly.

* **Corresponding Author:** Behrang Esmaeilshad, Department of Educational Sciences, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran. Email: Esmaili@Bojnourdiau.Ac.Ir