



پیش بینی سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه

مریم عبدالکریمی نظری

فارغ التحصیل رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد امارات Maryam.abdolkariminazari1355@gmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش طرحواره های ناسازگار اولیه بر سواد سلامت و کیفیت زندگی در میان کارکنان موسسات آموزشی بود. جامعه پژوهش شامل کلیه کارمندان موسسات آموزشی بود. حجم نمونه برابر با ۲۰۰ نفر بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه طرحواره های ناکارآمد یانگ (۱۹۹۰)، پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36) و مقیاس سواد سلامت جمع آوری شد. داده ها با روش های همبستگی و تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بیانگر نقش معنادار و معکوس طرحواره های ناکارآمد اولیه بر کیفیت زندگی و سواد سلامت بود. بطوریکه طرحواره های همه پنج حوزه بر کیفیت زندگی معنادار بود. همچنین همه پنج حوزه بر سواد سلامت و ابعاد سواد سلامت نقش معنادار داشتند. بطور ویژه مشخص شد که از بین حوزه های پنجگانه، حوزه محدودیت مختل بیشترین نقش را در کیفیت زندگی و سواد سلامت داشت. همچنین از بین طرحواره های پانزده گانه، طرحواره های وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به صدمه یا بیماری، شکست، استحقاق - بزرگ منشی و خودانتقادگری افراطی بیشترین همبستگی را با متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی، سواد سلامت و ابعاد پنجگانه سواد سلامت شامل: دسترسی به مطالب، مهارت مطالعه مطالب سلامت، فهم دانش سلامت، ارزیابی دانش سلامت و تصمیم گیری در مورد کاربرد دانش سلامت) داشته اند.

واژگان کلیدی

طرحواره های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی، سواد سلامت، کارمندان

امروزه دغدغه اصلی محققان و پژوهشگران صرفاً یافتن راه های افزایش طول عمر نیست بلکه با نگاهی به آمار و ارقام می توان دریافت که اگر چالش اصلی در قرن بیستم فقط " زنده ماندن " بوده. چالش قرن جدید" زندگی با کیفیت برتر" می باشد (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۲). الگوی ارتقای سلامت در سال ۱۹۸۲ توسط پروفیسور پندر ۱ از دانشگاه میشیگان ارائه شد. وی سلامتی را نه به عنوان نبود بیماری، بلکه به عنوان خودشکوفایی در جهت سالمتر بودن تعریف مینماید. از نظر وی رفتارهای ارتقادهنده ی سلامت به عنوان فعالیتهایی که بر پایه ی سبک زندگی افراد است، عملیاتی میشود. اعمالی نظیر ورزش، تغذیه ی مطلوب، مدیریت استرس، تکامل و پایداری سیستمهای حمایتی اجتماعی، نمونهی بارزی از رفتارهای ارتقا دهندهی سلامتی هستند. این رفتارها در جهت خودشکوفایی و کمال از طریق خودآگاهی، رضایتمندی از خود، لذت بردن و تفریح و تقنین و نشاط است (مروتی، ۱۳۸۶: ۴۳).

سواد سلامت ۱ به معنای مجموعه ای از مهارت خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیتهای سلامتی که به سال های تحصیل توانایی خواندن عموم هم مربوط نمی شود. سواد سلامت یعنی توانایی درک و تفسیر مفهوم اطلاعات سلامت و چگونگی انگیزش برای مردم. (خدابخشی کولایی، ۱۳۹۵). از طرف دیگر کیفیت زندگی ۲ افراد ممکن است تحت تأثیر عوامل گوناگون باشد. زیرا کیفیت زندگی یک مفهوم وسیع است و به صورت پیچیده‌ای با سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی زوجین و عوامل محیطی مرتبط بوده و مطالعه آن در سال‌های اخیر اهمیت به سزایی یافته است (فلاح چای و خالویی، ۱۳۹۵). کیفیت زندگی عبارت از ارزیابی و ادراک افراد از وضعیت زندگی خویش تحت تأثیر نظام فرهنگی و ارزشی بافتی که در آن زندگی می‌کنند، می باشد (فریش ۳، ۲۰۱۴). در تبیین کیفیت زندگی در روان‌شناسی بطور کلی دو دیدگاه مثبت و منفی به زندگی مطرح است که طبق دیدگاه منفی، فرد خود را دایم شکست‌خورده، ضعیف و فقیر و مردود تصور می‌کند و همانند همین الگوی ذهنی نیز زندگی خواهد کرد (نجات، منتظری، محمد، مجدزاده، نبوی، نجات، نبوی و هلاکویی نایینی، ۱۳۸۵). داشتن دیدگاه منفی نسبت به خود، که به نوعی نشانگر کیفیت زندگی پایین در زوجین است می تواند ناشی از علل و متغیرهای گوناگونی باشد که از جمله آنها طرحواره های ناسازگار اولیه می باشند. دیدگاه منفی به زندگی با طرحواره های ناسازگار اولیه مرتبط است. در این میان پژوهش های متعددی (دهقانی، ایزدی خواه، تقی نسب و رضایی، ۱۳۹۳)، رابطه‌ی منفی بین طرح واره های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی را نشان داده است. (مانتا، کوهن، شولدرز و والدینگر ۴، ۲۰۱۵). [1].

از سویی دیگر یافته های برخی مطالعات بیانگر آن است که کیفیت زندگی با سواد سلامت در بیماران مزمن ارتباط نشان داده اند. سواد سلامت عبارت است از ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و نیز درک اطلاعات اولیه خدمات سلامتی که برای تصمیم گیری مناسب، لازم می باشد و نیز شامل به کارگیری مهارت های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل تصمیم گیری در موقعیت های سلامتی است که لزوماً به سال های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی می گردد. سواد سلامت شاخصی حیاتی در نتایج و هزینه‌های مراقبت-های بهداشتی است که عدم بهبود آن موجب استفاده‌ی طولانی‌تر از خدمات درمانی می‌گردد. (دالوندی، ۱۳۹۱). [2].

بر طبق مطالب فوق می توان فرض کرد طرحواره های ناسازگار اولیه ممکن است بر سواد سلامت و کیفیت زندگی نقش داشته باشد. در این راستا، پیش بینی می شود طرحواره های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی و سواد سلامت رابطه منفی داشته باشد بر اساس فرض رابطه منفی بین متغیرهای فوق الذکر، پژوهش حاضر به دنبال بررسی این سنوال است که آیا رابطه میان طرحواره های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی و سواد سلامت کارمندان معنادار است؟ به عبارت دیگر آیا میتوان پیش بینی کرد طرحواره های ناسازگار اولیه تبیین کننده میزان اهمیت به سواد سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت باشد؟

1. Health literacy
2. quality of life
3. Frisch
4. Maneta, Cohen, Schulz & Waldinger

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش شامل همه کارمندان موسسات آموزشی وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی در طی سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ می باشد. با روش نمونه گیری در دسترس، نمونه نهایی ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه گیری به این صورت انجام شد که پژوهشگر در موسسات آموزشی در محوطه دانشگاه و راهروهای آن مراجعه نموده و با توضیح در خصوص هدف پژوهش، به توزیع پرسشنامه های خودگزارشی در بین آنها که مایل به همکاری و مشارکت در اجرای پژوهش بودند، اقدام نمود و پس از ۳۰ دقیقه به جمع آوری پرسشنامه ها اقدام نمود. که در بین دانشجویان پرسشنامه کیفیت زندگی (۱۹۸۹)، پرسش نامه طرحواره های ناسازگار اولیه توسط یانگ (۱۹۹۰)، پرسشنامه سواد سلامت توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۳)، برای سنجش کیفیت زندگی این پرسشنامه پرسش نامه ی WHOQOL-BREF شامل ۳۶ سوال است. ۲ سوال اول وضعیت سلامت و کیفیت زندگی به شکل کلی و ۳۴ سوال بعدی ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت عمومی را مورد بررسی قرار می دهند. تعداد سوال های مربوط به سلامت جسمانی ۷، سلامت روانی ۶، روابط اجتماعی ۳ و سلامت عمومی ۸ سوال است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶). [4],[5],[6].

۳. یافته های پژوهش

۱،۳. یافته های توصیفی

برای بررسی نتایج در بخش آمار توصیفی به نرمال بودن متغیرها پرداخته شده است و در بخش آمار استنباطی برای پاسخ به سوالات پژوهش از روش های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. با توجه به نتایج حاصل از آزمون کولموگروف اسمیرینف که در جدول شماره (۱) گزارش شده است، می توان گفت که داده های پژوهش دارای توزیع نرمال بوده و قابل اعتماد برای تحلیل آماری می باشند.

جدول (۱): نرمال سازی داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرینف

آزمون شاپیرو ویلکز ۶			کولموگروف اسمیرینف			متغیرهای پژوهش
sig	df	شاخص	sig	df	شاخص	
.000	137	.876	.000	137	.161	کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمانی
.000	137	.940	.003	137	.097	کیفیت زندگی در بعد سلامت روان
.000	137	.933	.011	137	.088	سواد سلامت
.000	137	.827	.000	137	.198	طرحواره های حوزه بریدگی/طررد
.000	137	.902	.000	137	.146	طرحواره طرد - بی ثباتی
.000	137	.862	.000	137	.192	طرحواره بی اعتمادی - سوء استفاده
.000	137	.792	.000	137	.215	طرحواره محرومیت هیجانی
.000	137	.587	.000	137	.309	طرحواره نقص - شرم
.000	137	.750	.000	137	.229	طرحواره انزوای اجتماعی - بیگانگی

5 . Young Schema Questionnaire

6. Shapiro-Wilk

.000	137	.959	.002	137	.101	طرحواره های حوزه محدودیت مختل
.000	137	.954	.002	137	.100	طرحواره استحقاق - بزرگ منشی
.000	137	.934	.001	137	.104	طرحواره خویشتن داری - خود انضباطی ناکافی
.000	137	.834	.000	137	.171	طرحواره های حوزه خودگردانی مختل
.000	137	.721	.000	137	.270	طرحواره وابستگی - بی کفایتی
.000	137	.816	.000	137	.196	طرحواره آسیب پذیری نسبت به صدمه یا بیماری
.000	137	.824	.000	137	.184	طرحواره در هم تنیدگی - خود رشد نیافته
.000	137	.751	.000	137	.225	طرحواره شکست
.000	137	.906	.000	137	.137	طرحواره های حوزه دیگر محوری
.000	137	.780	.000	137	.227	طرحواره اطاعت
.000	137	.943	.004	137	.095	طرحواره ایثار
.000	137	.937	.000	137	.131	طرحواره های حوزه بازداری
.000	137	.809	.000	137	.235	طرحواره بازداری هیجانی
.000	137	.958	.015	137	.086	طرحواره انتقاد گری افراطی

با توجه به نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون در جدول ذیل می توان گفت که همه طرحواره های ناسازگار اولیه همبستگی معناداری با کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی و روانی دارند. همچنین طرحواره های ناسازگار اولیه همبستگی معناداری با سواد سلامت و ابعاد پنجگانه آن نشان داده اند.

جدول (۲) ضرایب همبستگی پیرسون یا ساده بین طرحواره های ناکارآمد اولیه با کیفیت زندگی

طرحواره ها پیرسون	همبستگی	دسترسی به دانش	مطالعه دانش سلامت	فهم دانش سلامت	ارزیابی سلامت	دانش مورد سلامت	تصمیم گیری در دانش	سلامت جسمانی	سلامت روانی
----------------------	---------	----------------	----------------------	----------------	------------------	--------------------	-----------------------	-----------------	----------------

.711**	1	.192*	.215**	.295**	.269**	.288**	سلامت جسمانی	همبستگی پیرسون
.000		.019	.008	.000	.001	.000	سطح معناداری	
146	153	149	152	150	152	152	تعداد	
1	.711**	.295**	.254**	.285**	.289**	.310**	سلامت روانی	همبستگی پیرسون
	.000	.000	.002	.000	.000	.000	سطح معناداری	
149	146	145	148	146	148	148	تعداد	
-.333**	-.305**	-.240**	-.197**	-.293**	-.260**	-.343**	محرومیت هیجانی	همبستگی پیرسون
.000	.000	.002	.010	.000	.001	.000	سطح معناداری	
149	153	168	171	169	171	171	تعداد	
-.280**	-.247**	-.215**	-.135	-.201**	-.250**	-.250**	رهانشدگی / بی ثباتی	همبستگی پیرسون
.001	.002	.005	.077	.009	.001	.001	سطح معناداری	
149	153	168	171	169	171	171	تعداد	
-.303**	-.290**	-.251**	-.094	-.252**	-.157*	-.229**	بی اعتمادی / بد رفتاری	همبستگی پیرسون
.000	.000	.001	.222	.001	.040	.003	سطح معناداری	
149	153	168	171	169	171	171	تعداد	
-.273**	-.232**	-.277**	-.208**	-.322**	-.278**	-.297**	نزوای اجتماعی / بیگانگی	همبستگی پیرسون
.001	.004	.000	.006	.000	.000	.000	سطح معناداری	
149	153	168	171	169	171	171	تعداد	
-.300**	-.251**	-.308**	-.226**	-.359**	-.244**	-.354**	نقص / شرم	همبستگی پیرسون
.000	.002	.000	.003	.000	.001	.000	سطح معناداری	
149	153	168	171	169	171	171	تعداد	
-.296**	-.293**	-.307**	-.299**	-.384**	-.258**	-.316**	شکست	همبستگی پیرسون
.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	سطح معناداری	
149	153	168	171	169	171	171	تعداد	
-.321**	-.273**	-.241**	-.245**	-.363**	-.257**	-.337**	وابستگی / بی کفایتی	همبستگی پیرسون
.000	.001	.002	.001	.000	.001	.000	سطح معناداری	

149	153	168	171	169	171	171	تعداد
-.261**	-.213**	-.231**	-.227**	-.310**	-.214**	-.297**	سبب پذیری همبستگی پیرسون
.001	.008	.003	.003	.000	.005	.000	سطح معناداری
149	153	168	171	169	171	171	تعداد
-.302**	-.239**	-.238**	-.181*	-.321**	-.175*	-.308**	خویشتن تحول نیافته همبستگی پیرسون
.000	.003	.002	.018	.000	.022	.000	سطح معناداری
149	153	168	171	169	171	171	تعداد
-.325**	-.275**	-.164*	-.163*	-.281**	-.203**	-.262**	طاعت همبستگی پیرسون
.000	.001	.034	.033	.000	.008	.001	سطح معناداری
149	153	168	171	169	171	171	تعداد
-.372**	-.240**	-.228**	-.121	-.200**	-.156*	-.152*	بناگرگی همبستگی پیرسون
.000	.003	.003	.115	.009	.042	.047	سطح معناداری
149	153	168	171	169	171	171	تعداد
-.333**	-.202*	-.155*	-.183*	-.220**	-.214**	-.245**	بازداری هیجانی همبستگی پیرسون
.000	.012	.045	.017	.004	.005	.001	سطح معناداری
149	153	168	171	169	171	171	تعداد
-.277**	-.160*	-.290**	-.164*	-.185*	-.211**	-.200**	معیارهای سرسختانه همبستگی پیرسون
.001	.049	.000	.032	.016	.006	.009	سطح معناداری
149	153	168	171	169	171	171	تعداد
-.305**	-.206*	-.226**	-.230**	-.211**	-.154*	-.196*	استحقاق همبستگی پیرسون
.000	.011	.003	.002	.006	.044	.010	سطح معناداری
149	153	168	171	169	171	171	تعداد
-.276**	-.175*	-.189*	-.185*	-.203**	-.216**	-.251**	خودانظباطی همبستگی پیرسون
.001	.031	.014	.016	.008	.005	.001	سطح معناداری
149	153	168	171	169	171	171	تعداد

۲،۳. یافته های مربوط به فرضیه های تحقیق

فرضیه اول: طرحواره های ناسازگار اولیه پیش بینی کننده کیفیت زندگی کارمندان هستند.

همانطور که در جدول (۳) مشاهده می شود برای ارزیابی اثر طرحواره های ناسازگار اولیه بر کیفیت زندگی کارمندان از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج بدست آمده از آن نشانگر میزان همبستگی بین مولفه های طرحواره های حوزه طرد، محدودیت مختل، خودگردانی، با کیفیت زندگی است و مبنی بر نقش پیش بینی کنندگی طرحواره های ناسازگار اولیه بر کیفیت زندگی تأیید می شود. بر این اساس در جدول زیر به بررسی نقش هر یک از طرحواره های حوزه های پنجگانه بر کیفیت زندگی پرداخته شده است. [7],[8]

جدول (۳) مقادیر رگرسیون مربوط به پیش بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

گام منبع	ها مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	Sig.	R	R^2
حوزه طرد	رگرسیون	5	36924.32	4.140	.002a	.356a	.126
	باقیمانده	143	8918.473				
	کل	148	1459963.9				
حوزه محدودیت مختل	رگرسیون	9	30148.94	3.526	.001b	.431b	.186
	باقیمانده	139	8551.243				
	کل	148	1459963.289				
حوزه خودگردانی	رگرسیون	11	26954.36	3.174	.001c	.451c	.203
	باقیمانده	137	8492.44				
	کل	148	1459963.9				
حوزه استقلال	رگرسیون	13	28824.4	3.58	.000d	.507d	.25
	باقیمانده	135	8038.85				
	کل	148	1459963.9				
حوزه بازداری	رگرسیون	15	25407.3	3.32	.000e	.511e	.26
	باقیمانده	133	8111.72				
	کل	148	1459963.9				

نتایج حاصل از مدل رگرسیون چند متغیری گام به گام در جدول (۴) نشان می دهد که ضرایب اثر بدست آمده از رگرسیون کیفیت زندگی بیانگر نقش پیش بینی کنندگی اکثر طرحواره های ناسازگار بر کیفیت زندگی است. ضرایب بتا یا رگرسیون نشان میدهد که طرحواره ایثارگری از حوزه جهت گیری مبتنی بر دیگران بیشترین نقش معنادار را در سطح ($p \leq 0.001$) داشته است که در هر سه گام تحلیل رگرسیون نقش معناداری بر کیفیت زندگی نشان داده است. درحالیکه معیارهای سرسختانه از حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری کمترین نقش را در سطح ($p \leq 0.548$) بر کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه داشته است.

جدول (۴): نتایج ضرایب رگرسیون چندمتغیری کیفیت زندگی از روی طرحواره های ناسازگار

گام های تحلیل	طرحواره ها	ضریب بتا	t	Sig.	همبستگی سهمی
گام اول	وابستگی / بی کفایتی	-0.241a	-2.985	.003	-0.243
	آسیب پذیری	-0.166a	-2.036	.044	-0.168
	خوبستن تحول نیافته	-0.231a	-2.835	.005	-0.231
	شکست	-0.189a	-2.255	.026	-0.186
	استحقاق	-0.172a	-1.735	.085	-0.144
	خودانطباطی ناکافی	-0.120a	-1.150	.252	-0.096
	اطاعت	-0.197a	-2.156	.033	-0.178
	ایثارگری	-0.291a	-3.535	.001	-0.284
	بازداری هیجانی	-0.241a	-2.768	.006	-0.226
	معیارهای سرسختانه	-0.200a	-2.436	.016	-0.200
گام دوم	استحقاق	-0.153b	-1.552	.123	-0.131
	خودانطباطی ناکافی	-0.137b	-1.324	.188	-0.112
	اطاعت	-0.161b	-1.757	.081	-0.148
	ایثارگری	-0.263b	-3.215	.002	-0.264
	بازداری هیجانی	-0.184b	-2.041	.043	-0.171
گام سوم	معیارهای سرسختانه	-0.159b	-1.894	.060	-0.159
	اطاعت	-0.162c	-1.767	.079	-0.150
	ایثارگری	-0.258c	-3.107	.002	-0.257

-0.142	.097	-1.673	-.155c	بازداری هیجانی	گام چهارم
-0.114	.185	-1.333	-.121c	معیارهای سرسختانه	
-0.073	.399	-.846	-.081d	بازداری هیجانی	
-0.052	.548	-.602	-.055d	معیارهای سرسختانه	

فرضیه دوم: طرحواره های ناسازگار اولیه پیش بینی کننده سواد سلامت هستند.

همانطور که در جدول (۵) مشاهده می شود برای ارزیابی اثر طرحواره های ناسازگار اولیه بر سواد سلامت کارمندان از تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام استفاده شد پژوهش مبتنی بر قدرت پیش بینی کنندگی طرحواره های ناسازگار اولیه بر سواد سلامت تأیید می شود. آزمون آماری این مقدار واریانس بیانگر معناداری آن در سطح (p≤0.000) است. [9]

جدول (۵): مقادیر رگرسیون مربوط به پیش بینی سواد سلامت

R ²	R	Sig.	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	گام ها
.147	.416a	.000a	6.579	3297.556	5	16487.77	رگرسیون حوزه طرد
				501.205	157	78689.25	باقیمانده
					162	95177.03	کل
.215	.508b	.000 b	5.917	2730.282	9	24572.54	رگرسیون حوزه محدودیت مختل
				461.467	153	70604.48	باقیمانده
					162	95177.03	کل
.205	.509c	.000c	4.788	2237.537	11	24612.90	رگرسیون حوزه خودگردانی
				467.312	151	70564.12	باقیمانده
					162	95177.03	کل

حوزه استقلال	رگرسیون	24722.11	13	1901.701	4.022	.000	.510d	.195
	باقیمانده	70454.91	149	472.852				
	کل	95177.03	162					
حوزه بازداری	رگرسیون	26891.91	15	1792.794	3.859	.000e	.532e	.209
	باقیمانده	68285.11	147	464.525				
	کل	95177.03	162					

نتایج حاصل از مدل رگرسیون چند متغیری گام به گام برای پیش بینی سواد سلامت در جدول (۶) نشان می دهد که ضرایب اثر بدست آمده از رگرسیون سواد سلامت از روی طرحواره ها بیانگر نقش پیش بینی کنندگی اکثر طرحواره های ناسازگار اولیه بر سواد سلامت است. بطوریکه ضرایب بتا یا رگرسیون نشان میدهد می توان گفت که دو طرحواره شکست و وابستگی - بی کفایتی از حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، معنادارترین نقش را در سطح ($p \leq 0,0001$) بر روی سواد سلامت داشته اند. اما طرحواره معیارهای سرسختانه از حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در هر چهار گام تحلیل رگرسیون نقش معناداری بر سواد سلامت نشان داده است. درحالیکه طرحواره اطاعت از حوزه جهت گیری مبتنی بر دیگران کمترین نقش را در سطح ($p \leq 0,991$) بر سواد سلامت افراد مورد مطالعه داشته است.

جدول (۶): نتایج ضرایب رگرسیون چندمتغیری سواد سلامت از روی طرحواره های ناسازگار

گام های تحلیل	ضریب بتا	t	Sig.	همبستگی سهمی
گام اول	آسیب پذیری	-2.739	.007	-.214
	شکست	-3.993	.000	-.304
	خوبستن تحول نیافته	-2.787	.006	-.218
	وابستگی / بی کفایتی	-3.539	.001	-.273
	استحقاق	-.822	.413	-.066
	خودانظباطی ناکافی	-.194	.846	-.016
	ایثارگری	-1.251	.213	-.100

-065	.420	-809	-.073a	اطاعت	
-.201	.011	-2.560	-.196a	معیارهای سرسختانه	
-.094	.240	-1.180	-.096a	بازداری هیجانی	
-.023	.774	-.288	-.025b	استحقاق	گام دوم
-.016	.847	-.193	-.018b	خودانظباطی ناکافی	
-.038	.642	-.465	-.037b	ایثارگری	
.000	.999	-.001	.000b	اطاعت	
-.169	.036	-2.119	-.162b	معیارهای سرسختانه	
-.031	.699	-.387	-.032b	بازداری هیجانی	
-.035	.665	-.434	-.036c	ایثارگری	گام سوم
-.001	.991	-.011	-.001c	اطاعت	
-.175	.031	-2.178	-.183c	معیارهای سرسختانه	
-.027	.742	-.330	-.028c	بازداری هیجانی	
-.172	.036	-2.119	-.187d	معیارهای سرسختانه	گام چهارم
-.024	.769	-.295	-.026d	بازداری هیجانی	

فرضیه سوم: بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سواد سلامت رابطه وجود دارد.

جدول (۷): مقادیر رگرسیون مربوط به پیش بینی سواد سلامت از طریق کیفیت زندگی

مدل	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	Sig.	R	R ²
سواد سلامت	رگرسیون	2	5645.423	10.339	.000a	.366	.134
	باقیمانده	134	546.010				
	کل	136					

a. متغیرهای پیش بین: سلامت جسمانی، سلامت روانی

b. متغیر وابسته: سواد سلامت

بر اساس نتایج جدول فوق می توان گفت همبستگی بین کیفیت زندگی مربوط به سلامت و سواد سلامت معنادار است.

جدول (۸) ضرایب رگرسیون چندمتغیری دسترسی به دانش سلامت از روی طرحواره های ناسازگار

متغیر ملاک	متغیر هایپیتس بین	ضریب رگرسیون	ضریب بتا	t	sig
سواد سلامت	مقدار ثابت	96.983		12.807	.000
سلامت روانی	سلامت روانی	.068	.274	2.407	.017
سلامت جسمانی	سلامت جسمانی	.033	.117	1.028	.306

بر طبق نتایج مربوط به ضرایب رگرسیون بین سواد سلامت و کیفیت زندگی در جدول فوق می توان گفت ضریب همبستگی سلامت روانی با سواد سلامت در سطح $P >= 0/017$ معنادار است. اما نقش کیفیت زندگی مربوط به سلامت جسمانی با سواد سلامت معنادار نیست $P >= 0/306$.

۴. بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول طرحواره های ناسازگار اولیه پیش بینی کننده کیفیت زندگی می باشد

در تبیین یافته ها همانطور که نتایج نشان داد که متغیرهای طرحواره های ناسازگار اولیه پیش بینی کننده کیفیت زندگی هستند. این یافته از پژوهش با نتایج برخی از مطالعات پیشین مانند این یافته همسو با نتایج مطالعات پورشریفی و همکاران (۲۰۱۱) و دهقانی و همکاران (۱۳۹۳) می باشد که نشان داده اند طرحواره های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی همبستگی معکوس دارد. نتایج پژوهش این پژوهش گران و نیز پژوهش اسماعیلزاده و همکاران (۲۰۱۴) در زمینه رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی نشان داد که طرحواره های حوزه طردشدگی، خودکنترلی مختل، و دیگر محوری با کیفیت زندگی رابطه معکوس و معناداری نشان داده اند. تشابه یافته ها در مورد اثر سه حوزه طردشدگی، خودگرانی یا استقلال مختل و دیگر محوری با کیفیت زندگی بیانگر نقش اثبات شده این سه حوزه بر کیفیت زندگی می باشد [10], [11]

در تبیین رابطه معکوس عنوان شده بین حوزه های طردشدگی، خودگردانی مختل و دیگر محوری با کیفیت زندگی می توان گفت که طرحواره های ناسازگار اولیه موجب سوگیری هایی در تفسیر وقایع می شوند، این سوگیری ها در آسیب شناسی روانی به صورت نگرش های تحریف شده، فرض های غلط، اهداف و انتظارات غیر واقع بینانه در بین افراد تجلی پیدا می کنند (اجتماعی سنگری و سلیمیان ریزی، ۱۳۹۱). زیرا طرحواره های ناسازگار اولیه الگوهای شناختی و هیجانی خودشکانه ای هستند که در اوایل کودکی، آغاز شده و در طول دوره زندگی تکرار می شود و می تواند بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار باشد (مانتا و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین می توان نتیجه گرفت که یکی از عواملی که می تواند بر کیفیت زندگی افراد تأثیر گذارد، وجود طرحواره های ناسازگار اولیه آن هاست. [12] [13] [14]

فرضیه دوم طرحواره های ناسازگار اولیه پیش بینی کننده سواد سلامت است.

در تبیین یافته ها همانطور که نتایج نشان داد که متغیرهای طرحواره های ناسازگار اولیه پیش بینی کننده سواد سلامت هستند. از آنجا که همبستگی کلی مربوط به طرحواره های ناسازگار اولیه و سواد سلامت تأیید شد، لذا بر طبق نتایج می توان گفت که همبستگی کلی بین طرحواره های ناسازگار اولیه با سواد سلامت معنادار و قابل قبول می باشد. بطور جزئی تر جهت مشخص شدن نقش هر یک از طرحواره ها با بررسی ضرایب استاندارد رگرسیون در جدول شماره ۲، مشخص شد که رابطه وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری در مقابل بیماری، خویشترن تحول نیافته، شکست، و معیارهای سرسختانه با سواد سلامت معنادار بود. در نتیجه فرضیه دوم پژوهش مبنی بر وجود رابطه میان طرحواره های ناسازگار اولیه و سواد سلامت کارکنان تأیید شد. این یافته همسو با نتایج مطالعات پیشین است که نشان داده اند ممکن است افراد دارای طرحواره های بریدگی و طرد، بویژه طرحواره رهائشده و بی ثباتی، در مواجهه با موقعیت ها به عنوان مکانیسم دفاعی از رفتارهای وسواس گونه و اعتیاد آمیز استفاده می کنند و این خوردن های نادرست را آنها افزایش می دهد. نتایج پژوهش اسماعیل زاده، ایروانی و قوجاوند (۲۰۱۴) در زمینه رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی نشان

داد که طرحواره های رهاشدگی، مهار، دلبستگی، از خود گذشتگی و اطاعت با کیفیت زندگی رابطه معناداری نشان داده اند. [15] [16] [17]

فرضیه سوم بین سواد سلامت و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

بنابراین براساس این نتیجه فرضیه سوم پژوهش مبنی بر رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی، تأیید شد. این یافته همسو با نتایج مطالعات دیگران همچون (رستمی و همکاران، ۲۰۱۶) است که نشان داده اند بین سواد سلامت و کیفیت زندگی همبستگی مستقیم وجود دارد. بدین شرح که رستمی، محقق، سجادی، نصرتی نژاد، حسین زاده، قاید امینی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه سواد سلامت زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی آنها نتیجه گرفتند که بین سواد سلامت زنان و کیفیت زندگی آن ها رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین در مطالعه ای که توسط جونکیو (۲۰۱۲) در کشور چین انجام شده با عنوان "سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بین کارمندان دولت" که یک مطالعه مقطعی بوده و نتیجه ای که از این مطالعه حاصل شد این بود که بین فاکتورهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی با فاکتورهای سبک زندگی که شامل سیگار کشیدن، تغذیه، خواب، مصرف الکل، صبحانه، ورزش، بی تحرکی و ساعات کار، همبستگی معنی داری وجود دارد. و سبک زندگی بر روی کیفیت زندگی کارمندان تأثیرگذار بوده است (جونکیو، ۲۰۱۲: ۷). [18] [19] [20]

منابع

- [1] فرهادی، اکرم ، فروغان، مهشید ؛ فرحناز محمدی و صحرانورد، محسن.(۱۳۹۲). تأثیر اجرای برنامه آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی.مجله سالمندی ایران. دوره ۸، شماره ۳ - (پاییز ۱۳۹۲) جلد ۸ شماره ۳ صفحات ۳۵-۴۳
- [2] دالوندي اصغر، سيدباقرمداح سادات، خانکه حميدرضا، بهرامي فاضل، پروانه شهريار، حسام زاده علي، دالوندي نيوشا، كياني تيام.(۱۳۹۱). تبیین سبک زندگی سلامت محور مبتنی بر فرهنگ اسلامی. تحقیقات کیفی در علوم سلامت: زمستان ۱۳۹۱، دوره ۱، شماره ۴، ۳۳۲-۳۴۲.
- [3] مروتي، محمدعلي،(۱۳۸۶). بهينه سازي الگوي ارتقاي سلامت و ارزيابي به کارگيري آن همراه با تنوري آموزش بزرگسالان در تغيير رفتارهاي ارتقاي سلامتي در سالمندان شهر يزد، رساله ي دکترا، آموزش بهداشت، دانشگاه تربيت مدرس، تهران



خدابخشی کولایی آناهیتا، پاییز ۱۳۹۵، مقایسه سواد سلامتی و سبک زندگی سالم در زنان سالمند بازنشسته و خانه دار، ۱ (۳): ۱۵۵-۱۶۳.

[4] فلاح چای، سید رضا و خالویی، سجاد. (۱۳۹۵). مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در زوجین هردوشاغل و یکی شاغل. فصلنامه روان شناختی. دوره ۷، شماره ۲۷ زمستان ۱۳۹۵ صفحه ۱۹-۲۷

[5] نجات سحرناز، ۱۳۸۷، کیفیت زندگی و اندازه گیری آن، مجله اپیدمیولوژی ایران، ۴ (۲): ۵۷-۶۲

Atuosa Kafashpour Marandi³؛ Hanieh Rostami Goharni²؛ [6] Anahita Khodabakhshi-Kolaei¹

[7] Assistant Professor of Counseling, Psychology and Education Department, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

[8] Bonomi A, Patric D, Bushnell D. 2000, Validation of the united states' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Journal of Clinical Epidemiology 1-12 :53

[9] Fairclough D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical trials .Chapman & Hall. London : 2002

Fayers P M, Machin D. Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation, Jhon Willy, New york: 2000

[10] Ghanbari A, Rahmatpour P, Khalili M, Mokhtari N, 2017. Health Literacy and its Relationship with Cancer Screening Behaviors among the Employees of Guilan University of Medical Sciences. JHC 18 (4) :306-315

[11] Häkkinen A, Rinne M, Vasankari T, Santtila M, Häkkinen K, 2010 Kyröläinen H Finnish young men. Health and quality of life physical fitness with health- related quality of life in outcoms.;8 :15

[12] Izadirad H, Zareban I, 2015, The Relationship of Health Literacy with Health status, Preventive Behaviors and Health services Utilization in Baluchistan, Iran. J Educ Community Health 2 (3) :43-50.

[13] Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad V R . 2015, The Relationship Between Health Literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman . sija, 10 (2) :146-155

[14] MSc of Clinical Psychology, Department of counseling, Islamic Azad University, Arak, Iran

[15] MSc of Counseling, Psychology and Education Department, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

obese non-binge eaters. [16] Nauta H, Hospers HJ, Jonsen A2000 Cognitions in obese binge eaters and Cogn Ther Res. 521-31:)5(24

[17] Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals Allameh Tabataba'i University

[18] Saatchi M, Panahi M, Ashraf Mozafari A, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V et al . 2017, Health Literacy and Its Associated Factors: A Population-Based Study, Hormuz Island. irje. 13 (2) :136-144



- [19] The comparison between health literacy and quality of life in three groups of mothers with cerebral palsy, Autism and intellectual impairments
- [20] Valiee S, Nikbakht Nasrabadi A, Yaghobei M, Valiee R, 2015, The meaning of health from the perspective of a group of Iranian elderly: a qualitative study. *sjnmp* 1 (2) :20-28