

Research Paper

Relationship Between Resilience and General Health in Iranian Older Adults During the COVID-19 Pandemic



Asgar Shahbazi¹, ***Malihe Saboor¹**, **Zhale Zandieh¹**, **Samane Hosseinzadeh²**, **Leila Miri¹**

1. Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Biostatistics–Epidemiology, School of Rehabilitation Science, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Shahbazi A, Saboor M, Zandieh ZH, Hosseinzadeh S, Miri L. [Relationship Between Resilience and General Health in Iranian Older Adults During the COVID-19 Pandemic (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2024; 19(2):208-221. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3626.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3626.1>

ABSTRACT

Objectives The COVID-19 pandemic was a stressful event, especially for the elderly. This study aims to determine the relationship between resilience and general health of Iranian older adults during the COVID-19 pandemic.

Methods & Materials This is a descriptive-analytical study with a cross-sectional design that was conducted in 2021 on 271 older adults aged >60 years referred to the health centers in Ahar county, East Azerbaijan Province, Iran, who were selected using a random cluster sampling method. After recording their demographic characteristics, the general health questionnaire and the Connor-Davidson resilience scale were completed by them. The collected data were analyzed in SPSS software, version 23 using descriptive statistics and chi-square, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Spearman correlation test.

Results The mean total scores of resilience and general health were 64.38 ± 16.42 and 24.56 ± 10.05 , respectively. There was a significant relationship between resilience and general health ($r=0.25$, $P<0.001$). There total score of resilience was higher in older adults with higher educational level ($P<0.05$). The general health and its dimensions of somatic symptoms and social dysfunction were higher in older adults who were living with others ($P<0.05$).

Conclusion There was a significant relationship between resilience and general health in Iranian older adults during the COVID-19 pandemic. It is important to pay attention to these areas in them. Therefore, it is recommended to evaluate the resilience of older people during providing routine elderly care for improving their general health. It is also recommended to design appropriate educational programs during pandemics to increase resilience and general health of older adults.

Keywords Elderly, Resilience, General health, COVID-19

Article Info:

Received: 09 Feb 2023

Accepted: 30 Aug 2023

Available Online: 01 Jul 2024

*** Corresponding Author:**

Malihe Saboor, Assistant Professor.

Address: Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180004

E-mail: saboor_malihe@yahoo.com



Copyright © 2024 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

In December 2019, a new flu-like virus emerged in China [1]. All people are exposed to COVID-19, but the probability of infection and death is higher in the elderly [2].

The World Health Organization (WHO) advised the elderly to observe social distancing to prevent infection. Isolation of the elderly increases the risk of mental health disorders in them [3].

Considering the number and variety of stresses that the elderly face, it has become a necessity to pay attention to mental health and resilience. Resilience is defined as the capacity to return from a difficult and continuous situation and the ability to restore oneself [8].

Maintaining and improving the mental well-being of the general public, especially the elderly, during epidemics is as important as curbing the spread of epidemics. Therefore, this study was conducted to determine the relation-

ship between the resilience and mental health of the elderly in Ahar City during the COVID-19 pandemic in 2021.

Methods

This cross-sectional study (descriptive-analytical) was done on 271 elderly (according to Nabavi [11], the sample size for obtaining the correlation coefficient in the target population was estimated with 80% power ($z=0.85$) and a 95% confidence level ($z=1.96$)) over 60 years old covered by the health centers of Ahar city in 2021. Ahar city with a population of 136,000 people and an area of 3074 km² (6.7% of the area of the province) is located 110 km from Tabriz. Sampling was done using the random cluster method. The inclusion criteria included being at least 60 years old, having consent to participate in the study, having no history of cognitive, mental, and memory disorders in the electronic file of the SIB system, living in Ahar city, and not living in a nursing home. The exclusion criteria included incomplete or distorted questionnaires, refusal to continue cooperation, or death before the completion of the study.

Table 1. Resilience and general health and their dimensions according to demographic characteristics

Variables	The Mann-Whitney Test						Kruskal-Wallis Test					
	Gender		Residence Status		Marital status		Job		Education		Those Living with the Elderly	
	Test Statistic	P	Test Statistic	P	Test Statistic	P	Test Statistic	P	Test statistic	P	Test statistic	P
Resilience	0.90	0.367	0.84	0.400	5.73	0.057	10.09	0.073	12.40	0.034*	7.60	0.107
Individual competence	0.53	0.593	0.77	0.433	2.62	0.270	9.42	0.092	7.96	0.093	2.48	0.647
Trust individual instincts	0.37	0.709	0.60	0.546	1.61	0.446	7.99	0.156	8.31	0.081	4.77	0.312
Positive acceptance of changes	1.33	0.183	0.96	0.334	7.65	0.022*	7.02	0.219	8.88	0.064	7.79	0.044*
Control	0.88	0.380	0.26	0.790	9.61	0.008*	5.38	0.371	8.77	0.067	14.46	0.006*
Spiritual effects	1.09	0.274	0.55	0.579	5.91	0.052	10.49	0.062	2.94	0.567	7.00	0.136
General health	1.24	0.213	0.05	0.957	3.00	0.222	5.19	0.393	2.20	0.697	10.25	0.036*
Physical symptoms	1.87	0.060	0.41	0.680	6.95	0.031*	8.51	0.130	3.24	0.517	9.98	0.041*
Anxiety-sleep disorder	0.03	0.970	0.34	0.733	2.22	0.329	5.13	0.400	3.89	0.421	6.03	0.196
Disruption of social functioning	0.37	0.708	0.21	0.828	2.43	0.296	1.88	0.865	0.56	0.960	15.49	0.004*
Depression	0.44	0.654	1.03	0.300	2.68	0.261	4.84	0.435	3.85	0.426	6.47	0.167

* Significant at P<0.05.

After filling out the demographic questionnaire, the General Health Questionnaire (GHQ) and Connor and Davidson Resilience Questionnaire (CD-RISC) were completed by the elderly. Data were analyzed using SPSS statistical software, version 23 at a significance level of 0.05 by descriptive statistics and chi-square, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis tests, and Spearman correlation coefficient. The Kolmogorov-Smirnov test was used to check the normality of the research variables.

Findings

A total of 265 elderly with an average age of 70.20 ± 7.38 years participated in this study. The mean total resilience score was 64.38 ± 16.42 and the mean general health score was 24.56 ± 10.05 . The average total resilience in people with different educations (based on Tukey's test, only in illiterate and high school students) showed a significant difference ($P < 0.05$) so that with the increase in education, people's resilience increased. The dimensions of positive acceptance, resilience control, and physical symptoms of general health had significant differences with marital status ($P < 0.05$), indicating that married elderly are more resilient than other elderly people. The dimensions of positive change, resilience control, physical symptoms, and general health showed a significant relationship with marital status so that married elderly are more resilient than other elderly. The dimension of positive acceptance of changes, secure relationships, and the dimension of control of total resilience, general health, and the dimension of physical symptoms and impairment in social functioning showed a significant relationship with those living with the elderly ($P < 0.05$), indicating that the elderly who lived with their spouses and children had better general health and resilience than the rest of the elderly (Table 1).

The result of Spearman's correlation coefficient showed a weak negative relationship between the history of residence with total resilience, trust in individual instincts, tolerance of negative emotions, positive acceptance of changes, secure relationships, and control, indicating that with an increase in the score of residence, these variables decrease.

According to the fitted model for general health, the total score of resilience and lifestyle had a significant relationship with general health. As the resilience score increases, the average score of general health decreases (a lower score means better general health). The average score of resilience increases with the decrease of the general health score (lower score means better general health).

Conclusion

The present study was conducted to determine the relationship between resilience and the mental health of the elderly in Ahar City during the COVID-19 pandemic in 2021. The results showed that the resilience of the majority of the elderly was higher than the cut-off point (50) and their average resilience score (64.38) was at the optimal level, and these results are in line with the results of Shahristanki et al. [18].

In this study, there was a significant relationship between resilience score and education. In the present study, the average overall score of general health was 24.56. Also, 53.6% of the elderly had good mental health (score ≤ 23) and 46.4% of people had bad mental health (score > 23), which indicates the appropriate state of mental health in the studied elderly. Rashidi et al. performed a similar study to ours [5]. The reason why the results of this research are inconsistent with the results of some studies (Pasha et al. and Tehrani et al.) [24, 25] can be attributed to their different statistical sample (elderly living in nursing homes).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#) (IR.USWR.REC.1400.333). All ethical principles were considered in this research.

Funding

This article was extracted from the master's thesis of Asghar Shahbazi in geriatric health, at the Department of Gerontology, [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#). This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

All authors participated in the design, implementation, and writing of all parts of this research.

Conflicts of interest

The authors reported no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the comprehensive health service centers and the elderly who participated in this research for their cooperation.

مقاله پژوهشی

بررسی رابطه تاب‌آوری با سلامت روان سالمندان شهرستان اهر در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ در سال ۱۴۰۰

اصغر شهبازی^۱، *ملیحه صبور^۱، ژاله زندیه^۱، سمانه حسین زاده^۲، لیلا میری^۱

۱. مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲. گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online

**Citation** Shahbazi A, Saboor M, Zandieh ZH, Hosseinzadeh S, Miri L. [Relationship between Resilience and General Health in Iranian Older Adults during the COVID-19 Pandemic (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2024; 19(2):208-221. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3626.1> <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3626.1>

حکیده

اهداف: شیوع همه‌گیری کووید-۱۹ یک رویداد استرس‌زا به‌ویژه در سالمندان محسوب می‌شود. این مطالعه باهدف تعیین ارتباط تاب‌آوری با سلامت روان در همه‌گیری کووید-۱۹ بر روی سالمندان شهرستان اهر انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی)، در سال ۱۴۰۰ بر روی ۲۷۱ نفر سالمند بالای ۶۰ سال تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اهر انجام شد و نمونه‌گیری با استفاده از روش خوشه‌ای تصادفی صورت گرفت. پس از پرکردن پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، سالمندان پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RISC) را تکمیل کردند. جهت تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳، از آمار توصیفی و آزمون‌های کای‌اسکوئر، من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمره کل تاب‌آوری 64.38 ± 16.42 و میانگین نمره کل سلامت عمومی 24.56 ± 10.05 است، بین سلامت عمومی کل و تاب‌آوری ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($F=0.725, P<0.001$). میانگین تاب‌آوری کل با افزایش سطح تحصیلات در سالمندان افزایش یافت ($P<0.05$). سلامت عمومی و بعد علائم جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی با افرادی که با سالمند زندگی می‌کنند (همسر-فرزندان) افزایش داشت ($P<0.05$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به ارتباط تاب‌آوری با سلامت روان سالمندان توجه به این حوزه‌ها در سالمندان دارای اهمیت است. بنابراین ارزیابی وضعیت تاب‌آوری سالمندان در برنامه‌های مراقبت روتین سالمندان به منظور بالا بردن سلامت عمومی ایشان پیشنهاد می‌شود. همچنین توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی مناسب در زمان همه‌گیری‌ها و دوران قرنطینه برای بالا بردن تاب‌آوری و سلامت عمومی طراحی و اجرا شود.

کلیدواژه‌ها: سالمند، تاب‌آوری، سلامت روان، کووید-۱۹

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۲۰ بهمن ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۰۸ شهریور ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ تیر ۱۴۰۳

* نویسنده مسئول:

دکتر ملیحه صبور

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، مرکز تحقیقات سالمندی.

تلفن: +۹۸ (۲۱) ۲۲۱۸۰۰۰۴

پست الکترونیکی: saboor_malihe@yahoo.com

Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

یک ضرورت تبدیل کرده است. تاب‌آوری به‌عنوان ظرفیت بازگشتن از وضعیت دشوار پایدار و ادامه‌دار و توانایی ترمیم خویشتن تعریف شده است و می‌تواند در رویارویی با شرایط سخت و ناگوار زندگی ظرفیت فرد را افزایش دهد [۸]. کانر و دیویدسون می‌نویسند تاب‌آوری یکی از مؤلفه‌های سلامت روان است که در شرایط بافتی، زمانی و سنی زندگی متفاوت می‌باشد و تغییر می‌کند و وابسته به بستر و عوامل اجتماعی است [۹].

باتوجه به اینکه سالمندان از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند و طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران، ۱۰ درصد از جمعیت ایران را تشکیل می‌دهند [۱۰] توجه به سلامتی آن‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است. همچنین وضعیت فعلی بروز همه‌گیری کرونا (قرنطینه، تنه‌اماندن، رعایت فاصله اجتماعی و غیره) باعث شد سلامت روان سالمندان در معرض خطر جدی قرار بگیرد. حفظ و بهبود بهزیستی روانی عموم مردم به‌خصوص گروه‌های آسیب‌پذیرتر^۱ نظیر سالمندان در زمان همه‌گیری‌ها به اندازه مهار انتشار و گسترش همه‌گیری‌ها حائز اهمیت است. بدین ترتیب این مطالعه باهدف تعیین ارتباط تاب‌آوری بر روی سلامت روان سالمندان شهرستان اهر در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است. جامعه آماری این پژوهش متشکل از زنان و مردان سالمند بالای ۶۰ سال ساکن در شهرستان اهر بود. شهرستان اهر با جمعیت ۱۳۶۰۰۰ نفر و با وسعت ۳۰۷۴ کیلومتر مربع (۶/۷ درصد مساحت استان) در ۱۱۰ کیلومتری تبریز واقع شده است. باتوجه به مقاله نبوی [۱۱]، حجم نمونه باهدف کسب ضریب همبستگی در جامعه موردنظر، با توان ۸۰ درصد ($Z=0/85$) و سطح اطمینان ۹۵ درصد ($Z=1/96$)، ۲۷۱ نفر تعیین شد.

نمونه‌گیری بدین صورت بود که باتوجه به نسبت جمعیت سالمند هر مرکز بهداشتی درمانی (۱۳ مرکز) به جمعیت سالمند شهرستان اهر (۱۶۵۲۱)، ۲۷۱ نفر سالمند که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند از لیست جمعیت سالمند ثبت‌شده در سامانه سیب با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل سن ۶۰ سال، داشتن رضایت از شرکت در مطالعه، عدم داشتن سابقه ابتلا به اختلالات شناختی، روانی و حافظه در پرونده الکترونیکی سامانه سیب، ساکن بودن در شهرستان اهر و عدم سکونت در خانه سالمندان بود. و معیارهای خروج شامل پرسش‌نامه‌های ناقص یا مخدوش و انصراف از ادامه همکاری و یا فوت قبل از اتمام مطالعه بود.

تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌صورت حضوری، جداگانه و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی برای سالمندانی که معیار ورود به مطالعه را

در دسامبر سال ۲۰۱۹ (آذر ماه سال ۱۳۹۸) در چین گزارش‌هایی مبنی بر ظهور ویروس جدیدی شبیه به آنفلوآنزا منتشر شد که افراد بسیاری را در شهر ووهان مبتلا کرده بود [۱]. با وجود اینکه افراد در هر سنی در معرض ابتلا به بیماری کووید-۱۹ قرار دارند، اما احتمال ابتلا به عفونت‌های شدید، عوارض^۱، ناتوانی^۲ و مرگ‌ومیر^۳ در سالمندان^۴ بیشتر است [۲].

سازمان بهداشت جهانی^۵ و دولت‌ها به سالمندان توصیه کردند که برای پیشگیری از ابتلا در خانه بمانند، فاصله اجتماعی^۶ را رعایت کنند [۳، ۲]. جداسازی سالمندان به‌واسطه کاهش مشارکت اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی، خطر ابتلا به اختلالات سلامت روان را در آن‌ها افزایش می‌دهد و در این بین سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات روانی خواهند بود و کیفیت زندگی و بهزیستی روانی کمتری خواهند داشت [۲].

نتایج مطالعه‌ای در کشور چین بر روی بیش از ۵۰ هزار نفر نشان داد شیوع اختلالات سلامت روان در طی همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ در افراد سالمند (۶۰ سال به بالا) بیش از دیگر افراد بوده است [۴]. براساس نتایج مطالعه اپیدمیولوژیک دیگری در کشور چین بر روی ۱۵۵۶ نفر از سالمندان، بیش از ۳۷ درصد از آن‌ها نشانه‌هایی از اضطراب و افسردگی را در طی بحران همه‌گیری کووید-۱۹ نشان دادند [۵].

سالمندان به‌علت کاهش اعتمادبه‌نفس، نقصان فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن^۷، بازنشستگی^۸ و غیره، تحت فشار روانی زیادی هستند و به‌شدت در معرض بروز اختلالات روان‌شناختی مختلفی مانند اضطراب، ترس، افسردگی و همچنین افکار منفی قرار دارند [۶]. عوامل متعددی باعث شد تا دوره سالمندی به‌عنوان یکی از پرتنش‌ترین دوره‌های زندگی شناخته شود که از این جمله می‌توان به کاهش ظرفیت جسمی و ذهنی، دردسترس نبودن منابع مالی در موارد اضطراری، کمبود و درد دسترس نبودن وسایل و امکانات موردنیاز، درد و رنج سالمند و خانواده وی، افزایش تقاضا برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش انتظارات سالمندان و وابستگان آن‌ها اشاره کرد [۷]. باتوجه به تعدد و تنوع استرس‌هایی که سالمندان با آن مواجهه هستند، توجه به مقوله سلامت روان و تاب‌آوری را به

1. Complications
2. Disability
3. Death
4. The elderly
5. World Health Organization (WHO)
6. Social distance
7. Chronic Diseases
8. Retirement

9. Vulnerable groups

سؤال) علائم جسمانی، اضطراب-اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است [۱۵]. مرور مطالعات انجام شده در زمینه اعتبار و پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی، در کشورهای مختلف دلالت بر این داشت که این پرسش‌نامه از اعتبار و پایایی بالایی به‌عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانی در جامعه برخوردار است [۱۴]. روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در سال ۱۳۷۹ نوربالا و همکاران ارزیابی کرده‌اند. بهترین نمره برش با استفاده از روش نمره‌گذاری لیکرت، برای افراد مورد مطالعه نمره ۲۳ (حساسیت = ۷۰/۵؛ ویژگی = ۹۲/۳) به دست آمد. با این روش نمره‌گذاری، نمره ۲۳ و کمتر (فرد سالم)، نمره ۲۴ و بالاتر (مشکوک به اختلال) محسوب می‌شود [۱۴]. در مطالعه همتی و همکاران که بر روی ۱۸۰ نفر سالمند انجام شد از پرسش‌نامه سلامت عمومی برای سنجش سلامت روان استفاده کردند [۱۶].

از آمارهای توصیفی مثل میانگین و انحراف‌معیار و تعداد و درصد برای توصیف مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان و متغیرهای پژوهش استفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف اسمیرنوف^{۱۳} استفاده شد. آزمون‌های ناپارامتری من-ویتنی^{۱۴} و کروسکال والیس^{۱۵} جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در گروه‌ها و ضریب همبستگی اسپیرمن برای بررسی ارتباط متغیرها استفاده شده است. جهت آزمون تعقیبی، باتوجه‌به اینکه متغیرها از توزیع نرمال پیروی نمی‌کردند، ابتدا متغیرها رتبه‌بندی^{۱۶} شدند و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی برای رتبه‌های حاصل انجام شد. باتوجه‌به مقادیر چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش و تعداد نمونه، مدل رگرسیونی خطی برای جهت تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت عمومی و تاب‌آوری استفاده شد. در این مدل‌های تک‌متغیره با تنها یک متغیر مستقل در مدل برازش شد و متغیرهایی که دارای مقدار احتمال بیشتر از ۰/۲ داشتند در مدل رگرسیونی چندمتغیره وارد شدند. متغیرهای مستقل مجدداً با روش پیش‌گام رو به عقب انتخاب شدند. تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۶۵ سالمند مشارکت کردند. میانگین سنی سالمندان نمونه‌گیری شده $70/20 \pm 7/28$ سال بود. میانگین تعداد فرزندان ۴ نفر، سابقه سکونت در محل فعلی ۴۰/۷ سال، و تعداد افرادی که با سالمند زندگی می‌کنند ۳ نفر بود. نیمی از شرکت‌کنندگان زن (۵۲/۱ درصد)، اکثراً متأهل (۷۴ درصد) و بیسواد (۵۲/۸ درصد) بودند. شرکت‌کنندگان خانه‌دار (۳۴/۷ درصد) و دارای مسکن شخصی (۹۲/۸ درصد) بودند. شرکت‌کنندگان دارای بیماری مزمن (۶۶/۸ درصد) و اکثراً بیمه تکمیلی داشتند (۷۹/۶ درصد). شرکت‌کنندگان

داشتند انجام شد. در مورد سالمندانی که از سواد کافی برخوردار نبودند، جداگانه و به روش مصاحبه تکمیل شد (توسط کارکنان آموزش‌دیده مراکز بهداشتی). سالمند در صورت عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، حق انصراف داشت. بازه زمانی تکمیل پرسش‌نامه‌ها از ۲۰ آبان تا ۲۰ اسفند سال ۱۴۰۰ بود. پرسش‌نامه مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر دیویدسون (CD-RISC)^{۱۰} و پرسش‌نامه سلامت روان (GHQ)^{۱۱} بودند.

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی

این پرسش‌نامه شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، درآمد، تعداد فرزندان، سابقه سکونت، مسکن، با چه کسانی زندگی می‌کنید، تعداد افراد، بیماری زمینه‌ای، بیمه تکمیلی بود.

پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)

پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ طراحی شد و شامل ۲۵ سؤال است که در یک مقیاس لیکرتی ۵ تایی نمره هر سؤال بین (۰) تا (۴) قرار دارد. (کاملاً نادرست = ۰)، به ندرت = (۱)، گاهی درست = (۲)، اغلب درست = (۳) و همیشه درست = (۴) نمره‌گذاری می‌شود. طیف نمرات آزمون بین (۰) تا (۱۰۰) قرار دارد و نقطه برش این پرسش‌نامه ۵۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. این آزمون دربرگیرنده ۵ مؤلفه تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی-تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییرات-روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کردند. ضریب پایایی درونی این مقیاس در دامنه‌ای بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش شد [۹]. این مقیاس در ایران محمدی در ۱۳۸۴ هنجاریابی کرده و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است [۱۲]. در مطالعه خلیلی و همکاران باهدف بررسی میزان تاب‌آوری و عوامل مرتبط با آن در سالمندان، از این پرسش‌نامه استفاده شد که در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد [۱۲].

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)

از این پرسش‌نامه برای سنجش وضعیت سلامت روان سالمندان استفاده شد. گلدبرگ و هیلیر^{۱۲} در سال ۱۹۷۹ آن را تدوین کردند و یک پرسش‌نامه «غربالگری» مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است. شامل ۲۸ سؤال و در یک مقیاس لیکرتی ۴ تایی نمره هر سؤال بین (۰) تا (۳) قرار دارد (اصلاً = ۰)، حد معمول = (۱)، بیش از حد معمول = ۲، به مراتب بیشتر از حد معمول = (۳)، حداکثر نمره آزمون در این روش ۸۴ است [۱۴]. دربرگیرنده ۴ مقیاس (هر مقیاس ۷

13. Kolmagorov-Smirnov

14. Mann-Whitney U test

15. Kruskal-Wallis

16. Rankig

10. Connor & Davidson

11. General Health Questionnaire

12. Goldberg and Hillier

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	رده	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	۱۲۷(۴۷/۹)
	زن	۱۳۸(۵۲/۱)
تاهل	متاهل	۱۹۶(۷۴)
	مجرد	۷(۲/۶)
	بیوه	۵۸(۲۱/۹)
	مطلقه	۳(۱/۱)
	سایر	۱(۰/۴)
	بی سواد	۱۴۰(۵۲/۸)
	ابتدایی	۵۴(۲۰/۴)
تحصیلات	راهنمایی	۱۷(۶/۴)
	دیپلستان	۳۷(۱۴)
	تحصیلات دانشگاهی	۱۷(۶/۴)
	شاغل دولتی	۱۵(۵/۷)
	شاغل خصوصی	۲۲(۸/۳)
	بازنشسته	۵۴(۲۰/۴)
	بیکار	۳۴(۱۲/۸)
وضعیت شغل	خانهدار	۹۲(۳۴/۷)
	سایر	۴۸(۱۸/۱)
	شخصی	۲۴۶(۹۲/۸)
	استیجاری	۱۰(۳/۸)
	رهن-اجاره	۴(۱/۵)
	سازمانی	۰(۰)
	سایر موارد	۵(۱/۹)
بیماری مزمن	دارد	۱۷۷(۶۶/۸)
	ندارد	۸۸(۳۳/۲)
بیمه تکمیلی	دارد	۲۱۱(۷۹/۶)
	ندارد	۵۴(۲۰/۴)
با چه کسانی زندگی می‌کنید؟	تنها	۲۸(۱۰/۶)
	همسر	۸۰(۳۰/۲)
	همسر-فرزندان	۱۰۶(۴۰)
	فرزندان	۴۱(۱۵/۵)

متغیر	رده	تعداد (درصد)
با چه کسانی زندگی می‌کنید؟	اقوام	۶(۲/۲)
	پرستار	۰(۰)
	سایر افراد	۴(۱/۵)
درآمد	بدون درآمد	۱۶(۶)
	کمتر از ۵۰۰ هزار	۲۸(۱۰/۶)
	مساوی ۵۰۰ هزار	۱۰(۳/۸)
	۶۰۰ هزار تا ۱ میلیون	۸۳(۳/۳)
	بیشتر از ۱ تا ۳ میلیون	۶۳(۲۳/۸)
	بیشتر از ۳ تا ۵ میلیون	۶۱(۲۳)
	بیشتر از ۵ تا ۱۰ میلیون	۴(۱/۵)
	بدون درآمد	۱۶(۶)

سالمند (براساس آزمون توکی فقط در افراد بیسواد و دبیرستانی) تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0/05$)؛ یعنی با افزایش تحصیلات، تاب‌آوری افراد بیشتر می‌شد. بعد پذیرش مثبت تغییرات-روابط ایمن و بعد کنترل تاب‌آوری، بعد علائم جسمانی سلامت عمومی با وضعیت تأهل (براساس آزمون توکی فقط در بین افراد متأهل و سایر (بیوه یا طلاق گرفته)) تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0/05$)؛ یعنی سالمندان متأهل نسبت به بقیه سالمندان تاب‌آورتر هستند. تاب‌آوری کل، سلامت عمومی و هیچ‌یک از ابعاد آن‌ها در افراد با وضعیت شغل مختلف تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$). بعد پذیرش مثبت تغییرات-روابط ایمن و بعد کنترل تاب‌آوری کل، سلامت عمومی و بعد علائم جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی در افرادی که با سالمند زندگی می‌کنند تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0/05$)؛ یعنی سالمندانی که با همسر-فرزندان زندگی می‌کردند سلامت عمومی و

با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند و هیچ‌کدام پرستار نداشتند (۴۰ درصد). شرکت‌کنندگان درآمد بین ۱ تا ۳ میلیون داشتند (۳۱/۳ درصد) (جدول شماره ۱).

میانگین نمره کل تاب‌آوری $16/42 \pm 64/38$ ، میانگین نمره کل سلامت عمومی $10/05 \pm 24/56$ بود. میانگین سایر ابعاد آن همراه با انحراف معیار و میانه در جدول شماره ۲ ارائه شده است. نتیجه آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف نشان داد متغیرها از توزیع نرمال پیروی نمی‌کنند ($P < 0/05$) (جدول شماره ۲).

نتیجه آزمون من-ویتنی نشان داد میانگین تاب‌آوری و سلامت عمومی و ابعاد آن‌ها در شرکت‌کنندگان زن و مرد و وضعیت شغل تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0/05$). نتیجه آزمون کروسکال-والیس نشان داد تنها میانگین تاب‌آوری کل در افراد با تحصیلات مختلف

جدول ۲. مشخصات توصیفی تاب‌آوری و سلامت عمومی و ابعاد آن‌ها

متغیر	کمینه	بیشینه	میانه	میانگین \pm انحراف معیار
تاب‌آوری	۸	۱۰۰	۶۷	$64/38 \pm 16/42$
شایستگی فردی	۰	۳۲	۲۲	$20/59 \pm 5/93$
اعتماد به غرایز فردی - تحمل عاطفه منفی	۰	۲۸	۱۷	$16/85 \pm 5/02$
پذیرش مثبت تغییرات - روابط ایمن	۰	۲۰	۱۴	$13/50 \pm 3/88$
کنترل	۰	۱۲	۸	$7/88 \pm 2/44$
تأثیرات معنوی	۱	۸	۶	$5/54 \pm 1/70$
سلامت عمومی	۰	۵۹	۲۳	$24/56 \pm 10/05$
علائم جسمانی	۰	۱۹	۷	$7/78 \pm 3/72$
اضطراب-اختلال خواب	۰	۲۱	۷	$7/15 \pm 4/68$
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰	۱۹	۸	$8/28 \pm 3/41$
افسردگی	۰	۱۵	۰	$1/23 \pm 2/70$

سالمند

جدول ۳. تاب‌آوری و سلامت عمومی و ابعاد آن‌ها برحسب مشخصات جمعیت‌شناختی

متغیر	آزمون من-ویتنی						آزمون کروسکال-والیس					
	جنسیت		مسکن		تاهل		شغل		تحصیلات		افرادی که با سالمند زندگی می‌کنند	
	آماره آزمون	p	آماره آزمون	p	آماره آزمون	p	آماره آزمون	p	آماره آزمون	p	آماره آزمون	p
تاب‌آوری	۰/۳۶۷	۰/۸۴	۰/۴۰۰	۵/۷۳	۰/۰۵۷	۱۰/۰۹	۰/۰۷۳	۱۲/۴۰	۰/۰۳۴*	۷/۶۰	۰/۱۰۷	
شایستگی فردی	۰/۵۳	۰/۷۷	۰/۴۳۳	۲/۶۲	۰/۲۷۰	۹/۴۲	۰/۰۹۲	۷/۹۶	۰/۰۹۳	۲/۴۸	۰/۶۴۷	
اعتماد به غرایز فردی	۰/۳۷	۰/۷۰۹	۰/۵۴۶	۱/۶۱	۰/۴۴۶	۷/۹۹	۰/۱۵۶	۸/۳۱	۰/۰۸۱	۴/۷۷	۰/۳۱۲	
پذیرش مثبت تغییرات	۱/۳۳	۰/۱۸۳	۰/۳۳۴	۷/۶۵	۰/۰۲۳*	۷/۰۲	۰/۲۱۹	۸/۸۸	۰/۰۶۴	۹/۷۹	۰/۰۴۴*	
کنترل	۰/۸۸	۰/۳۸۰	۰/۲۶	۹/۶۱	۰/۰۰۸*	۵/۳۸	۰/۳۷۱	۸/۷۷	۰/۰۶۷	۱۴/۴۶	۰/۰۰۶*	
تأثیرات معنوی	۱/۰۹	۰/۲۷۴	۰/۵۷۹	۵/۹۱	۰/۰۵۲	۱۰/۴۹	۰/۰۶۲	۲/۹۴	۰/۵۶۷	۷/۰۰	۰/۱۳۶	
سلامت عمومی	۱/۲۴	۰/۲۱۳	۰/۹۵۷	۳/۰۰	۰/۲۲۲	۵/۱۹	۰/۳۹۳	۲/۲۰	۰/۶۹۷	۱۰/۲۵	۰/۰۳۶*	
علائم جسمانی	۱/۸۷	۰/۰۶۰	۰/۴۱	۶/۹۵	۰/۰۳۱*	۸/۵۱	۰/۱۳۰	۳/۲۴	۰/۵۱۷	۹/۹۸	۰/۰۴۱*	
اضطراب- اختلال خواب	۰/۰۳	۰/۹۷۰	۰/۳۴	۲/۲۲	۰/۳۲۹	۵/۱۳	۰/۴۰۰	۳/۸۹	۰/۴۲۱	۶/۰۳	۰/۱۹۶	
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۳۷	۰/۷۰۸	۰/۲۱	۲/۴۳	۰/۲۹۶	۱/۸۸	۰/۱۸۶۵	۰/۵۶	۰/۹۶۰	۱۵/۴۹	۰/۰۰۴*	
افسردگی	۰/۴۴	۰/۶۵۴	۱/۰۳	۲/۶۸	۰/۲۶۱	۴/۸۴	۰/۴۳۵	۳/۸۵	۰/۴۲۶	۶/۴۷	۰/۱۶۷	

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

سالمند

جدول ۴. رابطه نمره تاب‌آوری و سلامت عمومی ابعاد آن‌ها با متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	سن	تعداد فرزندان	سابقه سکونت	تعداد افرادی که با سالمند زندگی می‌کنند
تاب‌آوری	۰/۰۵-۰/۳۷۳	۰/۰۲-۰/۳۷۳	۰/۱۳-۰/۰۲۷	۰/۰۱-۰/۸۱۴
شایستگی فردی	۰/۰۴-۰/۴۸۱	۰/۰۲-۰/۶۹۲	۰/۰۹-۰/۱۳۲	۰/۰۰-۰/۹۶۵
اعتماد به غرایز فردی-تحمل عاطفه منفی	۰/۰۷-۰/۲۳۵	۰/۰۳-۰/۵۴۶	۰/۱۳-۰/۰۳۳	۰/۰۱-۰/۸۱۴
پذیرش مثبت تغییرات-روابط ایمن	۰/۰۴-۰/۵۰۶	۰/۰۲-۰/۷۳۵	۰/۱۶-۰/۰۰۸	۰/۰۲-۰/۶۹۴
کنترل	۰/۰۷-۰/۳۴۶	۰/۰۶-۰/۳۲۹	۰/۱۳-۰/۰۱۷	۰/۰۹-۰/۱۳۹
تأثیرات معنوی	۰/۰۳-۰/۵۸۵	۰/۰۳-۰/۵۲۲	۰/۰۲-۰/۶۴۴	۰/۰۳-۰/۶۰۴
سلامت عمومی	۰/۰۷-۰/۳۴۶	۰/۰۰-۰/۹۰۷	۰/۰۵-۰/۳۷۵	۰/۰۶-۰/۳۱۹
علائم جسمانی	۰/۰۸-۰/۱۹۵	۰/۰۱-۰/۷۸۷	۰/۰۸-۰/۱۷۹	۰/۰۷-۰/۲۵۵
اضطراب-اختلال خواب	۰/۰۵-۰/۳۴۵	۰/۰۹-۰/۱۱۶	۰/۰۵-۰/۴۱۷	۰/۰۷-۰/۲۱۸
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۰۵-۰/۳۵۷	۰/۰۶-۰/۳۰۸	۰/۰۲-۰/۶۴۲	۰/۰۰-۰/۹۹۸
افسردگی	۰/۱۰-۰/۱۰۳	۰/۰۸-۰/۱۷۹	۰/۰۰-۰/۹۷۵	۰/۰۱-۰/۸۶۴

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

سالمند

جدول ۵. ضریب همبستگی بین تاب‌آوری و ابعاد آن با سلامت عمومی و ابعاد آن

متغیر	سلامت عمومی*	علائم جسمانی*	اضطراب و اختلال خواب*	اختلال در کارکرد اجتماعی	افسردگی
تاب‌آوری	($<0/001$)-۰/۲۵	($<0/001$)-۰/۲۵	($<0/001$)-۰/۳۵	($0/044$)-۰/۱۳*	($0/222$)-۰/۰۷
شایستگی فردی	($0/001$)-۰/۲۰	($<0/001$)-۰/۲۲	($<0/001$)-۰/۲۷	($0/045$)-۰/۱۳*	($0/493$)-۰/۰۴
اعتماد به غرایز فردی-تحمل عاطفه منفی	($<0/001$)-۰/۲۴	($<0/001$)-۰/۲۵	($<0/001$)-۰/۳۱	($0/120$)-۰/۰۹	($0/461$)-۰/۰۴
پذیرش مثبت تغییرات-روابط ایمن	($0/010$)-۰/۱۵	($0/002$)-۰/۱۹	($<0/001$)-۰/۲۷	($0/005$)-۰/۱۷*	($0/176$)-۰/۸۳
کنترل	($<0/001$)-۰/۲۷	($<0/001$)-۰/۲۳	($<0/001$)-۰/۳۵	($0/127$)-۰/۰۹	($0/144$)-۰/۰۹
تأثیرات معنوی	($0/009$)-۰/۱۶	($0/002$)-۰/۱۹	($<0/001$)-۰/۲۱	($0/340$)-۰/۰۷	($0/245$)-۰/۰۷

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

سالمند

باتوجه به مدل رگرسیونی برازش شده برای تاب‌آوری، متغیرهای وضعیت تأهل، بیمه، مدت اقامت در محل فعلی، سلامت عمومی رابطه معنی‌داری با تاب‌آوری داشتند. میانگین نمره تاب‌آوری در افراد مجرد و سایر افراد (مطلقه و غیره) کمتر از میانگین تاب‌آوری در افراد متأهل بود. میانگین نمره تاب‌آوری با کاهش نمره سلامت عمومی (نمره کمتر یعنی سلامت عمومی بهتر)، افزایش می‌یابد (جدول شماره ۶).

بحث

مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط تاب‌آوری با سلامت روان سالمندان شهرستان اهر در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ در سال ۱۴۰۰ انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد تاب‌آوری اکثریت سالمندان جامعه پژوهش بیشتر از خط برش (۵۰) و میانگین نمره تاب‌آوری (۶۴/۳۸) آن‌ها در حد مطلوب بود که با نتایج حاصل از مطالعات شهرستانکی و همکاران [۱۷]، کرمی و همکاران [۱۸]، منگ و همکاران در چین [۱۹] در یک راستا هستند.

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین نمره تاب‌آوری و تحصیلات وجود داشت که با مطالعه خلیلی و همکاران در اردبیل [۱۳]، مطالعه جعفری و همکاران [۲۰] هم‌سو و با مطالعه پسونتی و همکاران [۲۱] ناهم‌سو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت سالمندان

تاب‌آوری بهتری نسبت به بقیه سالمندان داشتند (جدول شماره ۳).

نتیجه ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد سابقه سکونت با تاب‌آوری کل، بعد اعتماد به غرایز فردی-تحمل عاطفه منفی، بعد پذیرش مثبت تغییرات-روابط ایمن و بعد کنترل رابطه منفی ضعیفی وجود دارد؛ یعنی با بیشتر شدن سابقه سکونت این متغیرها کاهش می‌یابند (جدول شماره ۴).

نتیجه ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین سلامت عمومی و ابعاد علائم جسمانی و اضطراب و اختلال خواب با تاب‌آوری کل و ابعاد آن رابطه منفی وجود داشت. همچنین بین بعد اختلال در کارکرد اجتماعی سلامت عمومی با تاب‌آوری کل، و شایستگی فردی و پذیرش مثبت تغییرات-روابط ایمن رابطه مثبتی وجود داشت (جدول شماره ۵).

باتوجه به مدل برازش شده برای سلامت عمومی، نمره کل تاب‌آوری و نحوه زندگی با سلامت عمومی رابطه معنی‌داری داشت. با افزایش نمره تاب‌آوری، میانگین نمره سلامت عمومی کاهش (نمره کمتر یعنی سلامت عمومی بهتر) می‌یابد. همچنین میانگین نمره سلامت عمومی افرادی که تنها زندگی می‌کردند بیشتر از افرادی است که با دیگران زندگی می‌کردند.

جدول ۶. مدل رگرسیون عوامل مرتبط با سلامت عمومی کل و تاب‌آوری

عوامل مرتبط	متغیر (سطح پایه)	رد	ضریب	SE	اماره آزمون	P*
مدل رگرسیون عوامل مرتبط با سلامت عمومی کل	نمره کل تاب‌آوری	-	-۰/۱۲	۰/۰۳	۱۰/۸۸	۰/۰۰۱
	زندگی به تنهایی (با دیگران)*	-	۴/۶۱	۱/۹۴	۵/۶۱	۰/۰۱۸
	وضعیت تأهل (متأهل)	مجرد	-۱۲/۳۷	۵/۸۶	۴/۴۶	۰/۰۳۵
		سایر	-۵/۰۳	۲/۱۸	۵/۳۴	-۰/۰۲۱
مدل رگرسیون عوامل مرتبط با تاب‌آوری	مدت اقامت در محل فعلی	-	-۰/۰۹	۰/۰۴	۶/۵۳	۰/۰۰۱
	بیمه (دارد)	ندارد	-۷/۲۰	۲/۳۰	۹/۸۰	۰/۰۰۲
	سلامت عمومی	-	-۰/۳۴	۰/۰۹	۱۳/۷۶	<۰/۰۰۱

سالمند

*دیگران می‌تواند فردی مثل همسر، فرزند، اقوام و دوستان باشد.

روان سالمندان است؛ بدین ترتیب که زنان در مقایسه با مردان از سلامت روان پایین‌تری برخوردار بودند [۲۹]. به‌طور کلی در بررسی متون تفاوت‌های جنسیتی در سلامت روان سالمندان، گوناگونی نتایج گزارش شده است که می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی جوامع مختلف مورد مطالعه باشد. بافت فرهنگی و مذهبی شهرستان اهر به‌گونه‌ای است که احترام به بزرگ‌ترها و خصوصاً سالمندان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. یافته‌های این مطالعه در خصوص عدم معنی‌دار بودن جنسیت سالمندان با سلامت روان حاکی از آن باشد که زنان سالمند همانند مردان سالمند از حمایت اجتماعی خانواده و اطرافیان برخوردار و تاب‌آوری بالایی دارند.

در این مطالعه بین سلامت عمومی کل با تأهل ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، از جمله مطالعات همسو در این زمینه به یافته‌های سیمون و همکاران [۳۰] و مطالعه نیکنامی و ایزدی راد [۲۸] و از جمله مطالعات ناهم‌تراز مطالعه علوی و همکاران [۲۹] و نتایج مطالعات ایندر و کری [۳۱] را می‌توان ذکر کرد. در مطالعه حاضر علت عدم معنی‌دار بودن وضعیت تأهل سالمندان با سلامت روان می‌تواند حاکی از آن باشد که تعداد افراد غیرمتاهل (مجرد، مطلقه و بیوه) نمونه پژوهش کمتر بوده است و همین درصد کم هم از حمایت خانواده‌ها برخوردار بوده‌اند.

در مطالعه حاضر بین سلامت عمومی کل با سن و شغل ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، از جمله مطالعات ناهمسو در این زمینه، مطالعه نگارستانی و همکاران [۲۶] و علوی و همکاران [۲۹] را می‌توان نام برد. شاید در تحلیل این نتایج در مورد سن بتوان گفت که همیشه با افزایش سن سلامت عمومی کاهش پیدا نمی‌کند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت سلامت روان موضوعی است که مربوط به تمام سنین می‌باشد و تحت تأثیر عوامل شخصی و محیطی افراد می‌باشد و در هر سنی فرد ممکن است دچار اختلال در سلامت روان شود و صرفاً افزایش سن به اختلال در سلامت روان منجر نمی‌شود. چه بسا که افزایش سن ممکن است به بهبود سلامت روان منجر شود. علت معنی‌دار نبودن شغل با سلامت روان در مطالعه حاضر می‌تواند به تعداد افراد خانه‌دار و بیکار (۴۸ درصد) نمونه پژوهش مربوط باشد.

در این مطالعه رابطه معنی‌داری بین تحصیلات و سلامت عمومی یافت نشد، از جمله مطالعات ناهمسو که تحصیلات از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان هستند. به مطالعه نگارستانی و همکاران [۲۶] و علوی و همکاران [۲۹] می‌توان اشاره کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت احتمالاً افرادی که تحصیلات بالاتری دارند، به‌دلیل سبک زندگی فعال و داشتن شبکه ارتباطی قوی، بهتر می‌توانند مشکلات دوران سالمندی را مدیریت کنند. عدم همسوئی مطالعه حاضر در این زمینه می‌تواند به علت بیسواد بودن اکثریت نمونه مورد مطالعه (۵۲/۸ درصد) باشد.

در مطالعه حاضر بین سلامت عمومی و ابعاد آن (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب) با تاب‌آوری کل و ابعاد آن رابطه معنی‌دار منفی وجود دارد. از جمله مطالعات همسو در این زمینه، مطالعه لی و همکاران [۳۲] را می‌توان نام برد.

با تحصیلات بیشتر، دارای روابط اجتماعی بالا و برخوردار بودن از منابع فردی و اجتماعی هستند و در هنگام مواجهه با مشکلات، تهدیدها، رویدادهای استرس‌زا مثل همه‌گیری‌ها (مثل همه‌گیری کووید-۱۹) می‌توانند با افزایش تعاملات به افزایش تاب‌آوری کمک کنند.

در این مطالعه رابطه معنی‌داری بین تأهل و تاب‌آوری یافت نشد که همسو با مطالعه علایی و همکاران [۱۸] و ناهمسو با مطالعه جعفری و همکاران [۲۰] است. با توجه به مدل چالشی تاب‌آوری که یک عامل استرس‌زا به‌عنوان عاملی جهت تقویت شایستگی ارائه می‌شود، سالمندان هم مانند سایر افراد تاب‌آور، وقتی در معرض مشکلات و سختی‌ها قرار می‌گیرند. سعی در افزایش اعتمادبه‌نفس و افزایش توانایی‌های خود برای حل مسئله می‌کنند و در هنگام غلبه به مشکل، شایستگی ایشان تقویت می‌شود [۱۸]. از این رو تاب‌آوری سالمندان ارتباطی به وضعیت تأهل نداشت.

در مطالعه حاضر بین تاب‌آوری و ابعاد آن با جنسیت و شغل، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. از جمله مطالعات همسو در این زمینه، مطالعه توروون و همکاران [۲۲] علایی و همکاران [۱۸] و از جمله مطالعات ناهمسو منزینی و همکاران [۲۳] منگ و همکاران در چین [۱۹] را می‌توان نام برد.

در این مطالعه بین سابقه سکونت با تاب‌آوری کل رابطه منفی ضعیفی وجود داشت. در مطالعه حاضر میانگین نمره کل سلامت عمومی ۲۴/۵۶ به دست آمد. ۵۳/۶ درصد از افراد سلامت روان خوب (نمره ۲۳ و کمتر از ۲۳) و ۴۶/۴ درصد از افراد سلامت روان بد (نمره بالاتر از ۲۳) داشتند که نشان‌دهنده وضعیت مناسب سلامت روان در سالمندان مورد مطالعه می‌باشد. از جمله مطالعات همسو می‌توان به مطالعات نبوی و همکاران [۱۱]، راشدی و همکاران [۵] و به مطالعه‌ای کیو و همکاران [۴] و از جمله مطالعات ناهمسو، می‌توان به مطالعات پاشا و همکاران [۲۴] و مطالعه همتی و همکاران [۱۶] اشاره کرد. علت ناهمسو بودن نتایج این تحقیق با نتیجه بعضی مطالعات (مطالعه پاشا و همکاران [۲۴]، مطالعه طهرانی و همکاران [۲۵] را می‌توان ناشی از نمونه آماری متفاوت آنان (سالمندان خانه‌های سالمندی) دانست.

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین سلامت عمومی کل و ابعاد آن با جنسیت، تحصیلات، وضعیت شغل، نوع مسکن، سن، تعداد فرزندان، سابقه سکونت و تعداد افرادی که با سالمند زندگی می‌کنند وجود نداشت. بین بعد علائم جسمانی سلامت عمومی در افراد با وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری دارد.

در مطالعه حاضر بین سلامت عمومی کل با جنسیت ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، از جمله مطالعات هم‌خوان در این زمینه، می‌توان به مطالعه نگارستانی و همکاران [۲۶]، یافته‌های راشدی و همکاران [۲۷] و از جمله مطالعات ناهم‌خوان، مطالعه نیکنامی و ایزدی راد [۲۸]، علوی و همکاران [۲۹] اشاره کرد. مطالعه علوی و همکاران نشان داد جنسیت یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت

ابعاد آن رابطه منفی معنی‌داری داشت؛ یعنی با کاهش نمره سلامت عمومی (سلامت عمومی بهتر)، نمره تاب‌آوری بیشتر (تاب‌آوری بهتر) می‌شود. در نهایت، نتایج ما نشان داد تاب‌آوری یک پیش‌بینی‌کننده مثبت برای سلامت روان در طول همه‌گیری کووید-۱۹ است. با توجه به شیوع بالای مرگ و میر و افسردگی در سالمندان در دوران کرونا و نتایج تحقیق سایر محققان مبنی بر تاب‌آوری با سلامت عمومی، اهمیت بررسی بیشتر تاب‌آوری و تأثیر آن‌ها بر روی سلامتی، طراحی و اجرای مداخلات مناسب به منظور افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ‌ومیر سالمندان در زمان‌های تهدیدات و مخاطرات بزرگ و یا سایر همه‌گیری‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که سالمندان به دلیل سن زیاد و کم‌حوصلگی در پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها در برخی موارد پرسشگر را با مشکل مواجهه می‌کردند و به دلیل بحران کووید-۱۹ با مشکلات (استفاده از ماسک و رعایت فاصله اجتماعی) و استرس‌های ناشی از آن روبه‌رو بودیم.

پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری در زمینه سلامت روان و تاب‌آوری در سایر مناطق ایران انجام شود تا مقایسه و تحلیل بهتری برای سالمندان ایرانی در این زمینه به دست بیاید.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران با کد اخلاق (IR.USWR.REC.1400.333) تصویب شده است. اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است.

حامی مالی

مقاله حاضر پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد اصغر شهبازی رشته سلامت سالمندی، دانشکده سلامت اجتماعی، گروه آموزشی سالمندی در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی استخراج شده است و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابراین اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همکاری مراکز خدمات جامع سلامت و نیز سالمندانی که در این پژوهش مشارکت کردند تقدیر و تشکر می‌کنند.

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ای، در زمان حمله تروریستی ۱۱ سپتامبر در نیویورک که نوعی رویداد و بحران بزرگ محسوب می‌شد، سلامت روان سالمندان تحت تأثیر قرار نگرفت و سالمندان تاب‌آوری ذهنی بالایی را نشان دادند که به آن‌ها کمک کرد در این بحران مقاومت کنند و بهزیستی روانی خود را حفظ کنند. این بدان معنی است که در زمان رویداد یک بحران، سالمندان توانسته‌اند تعادل روانی و روحی خود را حفظ کنند و خیلی سریع خود را با شرایط همسو کنند تا دچار آسیب‌های ناشی از بحران نشوند [۳۳].

در مقایسه با افراد جوان‌تر، وقوع رویدادهای زندگی در میان افراد مسن ممکن است همیشه به پریشانی روانی منجر نشود، زیرا تغییرات خاصی در زندگی با افزایش سن انتظار می‌رود. علاوه بر این، افراد مسن اغلب تجربه قابل توجه و ظرفیت خوبی برای مقابله با این تغییرات دارند [۳۴].

افراد تاب‌آورتر، روابط اجتماعی بهتری با دیگران دارند و در فعالیت‌های اجتماعی خود موفق‌تر عمل می‌کنند. در مطالعه نتو جی وان تیل برگ و همکاران [۳۵] سلامت روان در دوران کرونا ثابت ماند. در پاسخ به وضعیت کووید-۱۹، تاب‌آوری با افزایش حمایت در گذشته نشان داده شد.

شهبازی فام و لطیفی نیا [۳۶] در پژوهشی نیمه آزمایشی نشان دادند که آموزش تاب‌آوری به افزایش کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان در سالمندان منجر می‌شود.

در زمان بحران‌هایی مانند همه‌گیری بیماری کووید-۱۹، با انجام مداخلات اجتماع‌محور قبل از وقوع بحران (مثل آموزش تاب‌آوری برای گروه‌های آسیب‌پذیر (سالمندان)، انجام آموزش‌ها و مطالعات در جهت بالا بردن حمایت‌های اجتماعی برای مناطق مختلف کشور به دلیل تفاوت فرهنگی موجود در ایران، سنجش سلامت عمومی کیفیت زندگی سالمندان شهرها و مناطق مختلف) می‌توان به افراد برای کنار آمدن با شرایط و حفظ تعادل روحی و روانی کمک کرد. بنابراین بحران‌ها همیشه به نتایج منفی ختم نمی‌شوند، بلکه با مدیریت صحیح بحران و پیاده‌سازی مداخلات سلامت‌محور مبتنی بر جامعه‌نه‌تنها می‌توان بحران را کنترل کرد بلکه می‌توان همبستگی و انسجام اجتماعی را ارتقا داد که خود به‌عنوان عاملی قدرتمند برای بهزیستی و سلامت روانی افراد به حساب می‌آید.

نتیجه‌گیری نهایی

یافته‌های این مطالعه تأییدکننده ارتباط تاب‌آوری با سلامت روان سالمندان بود. سلامت روانی افراد مسن در حد مطلوب بود، بنابراین نشان‌دهنده این است که پارادوکس پیری هنوز در زمینه همه‌گیری کووید-۱۹ وجود دارد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد تاب‌آوری در افراد متأهل بیشتر از دیگر گروه‌ها و در افراد بدون بیمه کمتر از سایرین است. همچنین تاب‌آوری کل با تحصیلات و سابقه سکونت ارتباط معنی‌داری داشت. سلامت عمومی کل با نمره تاب‌آوری و کلیه

References

- [1] Habibi N, Uddin S, Al-Salameen F, Amad S, Kumar V, Otaibi M. Identification and characterization of novel corona and associated respiratory viruses in aerosol. Kuwait: Kuwait Institute for Scientific Research; 2021. [Link]
- [2] Esmaeili ED, Azizi H, Sarbazi E, Khodamoradi F. The global case fatality rate due to COVID-19 in hospitalized elderly patients by sex, year, gross domestic product, and continent: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *New Microbes and New Infections*. 2023; 51:101079. [PMID]
- [3] Rostami Z, Abbasian M, Sarbazi E, Soleimanpour H, Mostafaei H, Ghasemi M, et al. Features influencing older adults' quality of life and their association with loneliness and activities of daily living: A cross-sectional study in Iran. *International Journal of Aging*. 2023; 1:2. [Link]
- [4] Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*. 2020; 33(2):e100213. [DOI:10.1136/gpsych-2020-100213] [PMID] [PMCID]
- [5] Rashedi V, Asadi-Lari M, Foroughan M, Delbari A, Fadayevatan R. Mental health and pain in older adults: Findings from urban HEART-2. *Community Mental Health Journal*. 2017; 53(6):719-24. [DOI:10.1007/s10597-017-0082-2] [PMID]
- [6] Padayachey U, Ramlall S, Chipps J. Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice*. 2017; 59(2):61-6. [DOI:10.4102/safp.v59i2.4536]
- [7] Soleimanpour H, Ghaffari-fam S, Sarbazi E, Gholami R, Azizi H, Daliri M, et al. The association between self-care and quality of life among Iranian older adults: Evidence from a multicenter survey. *Journal of Rehabilitation Sciences & Research*. 2023. [Link]
- [8] Payami Bousari M, Ebrahimi H, Ahmadi F, Abedi H A. Types and major causes of conflicts experienced by nurses: A qualitative analysis. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. 2008; 16(65):61-76. [Link]
- [9] 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. [DOI:10.1002/da.10113] [PMID]
- [10] Mohamadzadeh M, Rashedi V, Hashemi M, Borhaninejad V. [Relationship between activities of daily living and depression in older adults (Persian)]. *Salmand*. 2020; 15(2):200-11. [DOI:10.32598/sija.13.10.180]
- [11] Nabavi SH, Alipour F, Hejazi A, Rabani E, Rashedi V. [Relationship between social support and mental health in older adults (Persian)]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2014; 57(7):841-6. [DOI:10.22038/MJMS.2014.3756]
- [12] Rafie AH, Jazayeri AR, Mohammadi M, Pourshahbaz A, Joukar B. [Resilience factors in individuals at risk for substance abuse (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2006; 1(2-3):203-24. [Link]
- [13] Khalili Z, Gholipour F, Habibi Soola A. [Evaluation of resilience and its related factors in the elderly of Ardabil city (Persian)]. *Journal of Health and Care*. 2021; 22(4):286-94. [DOI:10.52547/jhc.22.4.286]
- [14] Nourbala A, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA. [The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool (Persian)]. *Hakim Research Journal*. 2009; 11(4):47-53. [Link]
- [15] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979; 9(1):139-45. [DOI:10.1017/S0033291700021644] [PMID]
- [16] Hemmati Alamdarlou G, Dehshiri G, Shojaie S, Hakimi Rad E. [Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families (Persian)]. *Salmand*. 2008; 3(2):557-64. [Link]
- [17] Shahrestanaki M, Alaee N, Heravi karimooi M, Zaeri F. [The burden of caring for family caregivers of the elderly with chronic diseases in Tehran, 1398 (Persian)]. *Journal of Geriatric Nursing*. 2018; 5(1):28-40. [Link]
- [18] Karami J, Moradi A, Hatamian P. [The effect of resilience, self-efficacy, and social support on job satisfaction among the employed, middle-aged and elderly (Persian)]. *Salmand*. 2017; 12(3):300-11. [DOI:10.21859/sija.12.3.300]
- [19] Meng M, He J, Guan Y, Zhao H, Yi J, Yao S, et al. Factorial invariance of the 10-item connor-davidson resilience scale across gender among Chinese elders. *Frontiers in Psychology*. 2019; 10:1237. [DOI:10.3389/fpsyg.2019.01237] [PMID] [PMCID]
- [20] Jafari M, Alipour F, Raheb G, Mardani M. [Perceived stress and burden of care in elderly caregivers: The moderating role of resilience (Persian)]. *Salmand*. 2022; 17(1):62-75. [DOI:10.32598/sija.2021.2575.2]
- [21] Pessotti CFC, Fonseca LC, Tedrus GMAS, Laloni DT. Family caregivers of elderly with dementia relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. *Dementia & Neuropsychologia*. 2018; 12(4):408-414. [DOI:10.1590/1980-57642018dn12-040011] [PMID] [PMCID]
- [22] Tourunen A, Siltanen S, Saajanaho M, Koivunen K, Kokko K, Rantanen T. Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson resilience scale among Finnish older adults. *Aging & Mental Health*. 2021; 25(1):99-106. [DOI:10.1080/13607863.2019.1683812] [PMID]
- [23] Manzini CSS, Bregola A, Pavarini SCI, Vale FAC. Factors associated with the resilience of family caregivers of persons with dementia: A systematic review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016; 19(4):703-14. [DOI:10.1590/1809-98232016019.150117]
- [24] Pasha GR, Saffar Zadeh S, Mashak R. [General health and social support in two groups of elders living in nursing homes and with families (Persian)]. *Journal of Family Research*. 2007; 3(1):503-17. [Link]
- [25] Tehrani H, Vahedian Shahroodi M, Fadayevatan R, Abusalehi A, Esmaeili H. [Mental health status and its related factors in elderly people residing in nursing homes of Mashhad, Iran (Persian)]. *Health and Development Journal*. 2017; 6(3):171-81. [Link]
- [26] Negarestani M, Rashedi V, Mohamadzadeh M, Borhaninejad V. [Psychological effect of media use on mental health of older adults during the COVID-19 pandemic (Persian)]. *Salmand*. 2021; 16(1):74-85. [DOI:10.32598/sija.16.1.1116.6]
- [27] Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2014; 12(1):9-13. [Link]
- [28] Niknami S, Izadi Rad H. Social support and mental health among older women in Iranshahr, Iran. *Elderly Health Journal*. 2017; 3(2):94-8. [Link]

- [29] Alavi M, Jorjoran Shushtari Z, Noroozi M, Mohammadi Shahboulaghi F. [Mental health and related factors in old population in Tehran 2014-2015 (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2018; 27(158):112-22. [\[Link\]](#)
- [30] Simon MA, Chen R, Dong X. Gender differences in perceived social support in US Chinese older adults. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*. 2014; 3(4):163-72. [\[DOI:10.4172/2167-7182.1000163\]](#)
- [31] Inder KJ, Lewin TJ, Kelly BJ. Factors impacting on the well-being of older residents in rural communities. *Perspectives in Public Health*. 2012; 132(4):182-91. [\[DOI:10.1177/1757913912447018\]](#) [\[PMID\]](#)
- [32] Li F, Luo S, Mu W, Li Y, Ye L, Zheng X, et al. Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1):16. [\[DOI:10.1186/s12888-020-03012-1\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [33] Bonanno GA, Galea S, Bucchiarelli A, Vlahov D. Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*. 2006; 17(3):181-6. [\[DOI:10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x\]](#) [\[PMID\]](#)
- [34] Revicki DA, Mitchell JP. Strain, social support, and mental health in rural elderly individuals. *Journal of Gerontology*. 1990; 45(6):S267-74. [\[DOI:10.1093/geronj/45.6.S267\]](#) [\[PMID\]](#)
- [35] van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, van der Roest H, de Vries DH. Loneliness and mental health during the covid-19 pandemic: A study among dutch older adults. *The Journals of Gerontology*. 2021; 76(7):e249-55. [\[DOI:10.1093/geronb/gbaa111\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [36] Shahabifam L, Lotfinia H. [The effectiveness resilience training on quality of life, coping strategies and mental health of the elderly living in Mehr Tabriz nursing home (Persian)]. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2022; 17(65):174-81. [\[Link\]](#)