Volume 21, Issue 4 (July- August 2022)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.9.7]

[DOI: 10.52547/payesh.21.4.429]

Resilience during covid-19 pandemic: A population-based study in Iran

Ali Montazeri[1*], Farzaneh Maftoon[1], Mansoureh Farhangniya[1], Mehdi Rafiee Bahabadi[2], Fatemeh Naghizadeh Moghari[1]

1. Health Metrics Research Center, Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
2. Health Education and Promotion Office, Deputy of Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Received: 23 May 2022
Accepted for publication: 15 June 2022
[EPub a head of print-31 July 2022]
Payesh: 2022; 21(4): 429- 438

Abstract

Objective(s): Resilience could result in individuals' stability and subsequently could contribute to one's mental health during difficult situations. Thus, this study aimed to assess resilience and its related factors in adult populations.
Methods: This was a population-based study among a random sample of Iranian adults aged 18 to 65 years old. To collect data a short demographic questionnaire and the Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC2) was administered. Descriptive statistics and logistic regression were performed to explore the data.
Results: In all 20487 Iranian adults participated in the study. The mean age of participants was 41.25±13.9. The mean resilience score was 6.1±1.9 (out of 8). Overall, 57.2 percent of participants scored equal or higher than mean. The results obtained from logistic regression analysis indicated that younger age (OR= 0.996 ،95%CI: 0.993-0.999), education [primary school (OR= 2.00, 95%CI: 1.83-2.19), high school (OR=1.35 ،95% CI: 1.26-1.44)], employment status [unemployed (OR= 1.12, 95%CI: 0.98-1.28), housewife (OR= 1.25, 95% CI: 1.12-1.4), student (OR= 1.35, 95%CI: 1.22-1.48), employed (OR= 1.50, 95%CI: 1.33-1.69)] were significantly associated with lower resilience.
Conclusion: The findings suggest that Iranian adults showed a relatively high resilience during the covid-19 pandemic. It seems that age, education and employment status play important role in increased or decreased resilience.

Keywords: Resilience, Covid-19, Pandemic

* Corresponding author: Health Metrics Research Center, Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
E-mail: montazeri@acecr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.9.7]

[DOI: 10.52547/payesh.21.4.429]

بررسی میزان تاب آوری بزرگسالان ایرانی در طول همه گیری COVID-19: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت

علی منتظری[1*]، فرزانه مفتون[1]، منصوره فرهنگ نیا[1]، مهدی رفیعی بهابادی[2]، فاطمه نقی زاده موغاری[1]

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

۲. مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۲۵

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۹ مرداد ۱۴۰۱]

نشریه پایش: ۴۳۸- ۴۲۹ :(۴)۲۱ ؛۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: تاب آوری می تواند منجر به ثبات فردی شود و در موقعیت های مختلف، کمک زیادی به نحوه برخورد افراد با استرس و بهبود عملکرد آنها داشته باشد. شیوع جهانی کروناویروس باعث افزایش مشکلات سلامت روان (مانند اضطراب و افسردگی) در سطح جهانی گردیده است. توجه به این نکته که در زمان همه گیری ویروس کرونا، خانواده ها تحت فشارهای متعددی هستند، برای هر گونه راهکارهای کنترلی تاب آوری ضروری است. این مطالعه با هدف ارزیابی تاب آوری و عوامل موثر بر آن در بزرگسالان ایرانی انجام شد.

مواد و روش کار: مطالعه ی حاضر یک تحقیق پیمایشی در جامعه ایران بود. مخاطبان با نمونه گیری تصادفی ساده، انتخاب شدند. شرکت کنندگان به یک پرسشنامه دموگرافیک کوتاه و مقیاس تاب آوری Connor-Davidson (CD-RISC2) پاسخ دادند. تحلیل رگرسیون لجستیک برای ارزیابی ارتباط بین متغیرهای مستقل و تاب‌آوری انجام شد.

یافته ها: در این مطالعه ۲۰۴۸۷ بزرگسال ایرانی (۴۹/۹ درصد مرد و ۵۰/۱ درصد زن) شرکت داشتند. میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت کنندگان ۱۳/۹± ۴۱/۲۵ سال بود. میانگین نمره تاب آوری ۱/۹±۶/۱ (از ۸ نمره) بود و در مجموع ۵۷/۲ درصد از شرکت کنندگان امتیازی برابر یا بالاتر از میانگین کسب کردند. ارتباط سن (OR=۰/۹۹، ۰/۹۹۹-۰/۹۹۳ :CI%۹۵)، سطح تحصیلات [(برای تحصیلات متوسطه OR=۱/۳۵، ۱/۴۴-۱/۲۶ :CI % ۹۵ برای آموزش ابتدایی OR=۲/۰۰، ۲/۱۹-۱/۸۳: CI%۹۵)] و وضعیت اشتغال [(برای بیکار OR=۱/۱۲، ۱/۲۸-۰/۹۸ :CI% ۹۵ برای خانه دار [OR=۱/۲۵، ۱/۴-۱/۱۲ :CI% ۹۵ برای دانشجو OR= ۱/۳۵، ۱/۴۸-۱/۲۲ :CI% ۹۵ برای افراد شاغل OR= ۱/۵۰، ۱/۶۹-۱/۳۳ :CI% ۹۵)] با تاب آوری از نظر آماری معنی دار بود. سن بالاتر و تحصیلات عالی از عوامل محافظت کننده بودند و وضعیت اشتغال با کاهش تاب آوری در ارتباط بود.

نتیجه‌گیری: یافته های این مطالعه نشان داد بطور نسبی مردم ایران از تاب‌آوری قابل قبولی در دوران پاندمی کووید-۱۹ برخوردار بودند. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد تاب آوری بیشتر با سن و تحصیلات بالاتر و تاب آوری کمتر با وضعیت اشتغال ارتباط داشت به نحوی که افراد شاغل تاب آوری کمتری نسبت به سایر گروههای شغلی داشتند.

کلیدواژه: تاب آوری، کووید-۱۹، پاندمیک

کد اخلاق: IR.ACECR.IBCRC.REC.1400.009

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳

E-mail: montazeri@acecr.ac.ir

مقدمه

تاب آوری به عنوان توانایی قدرت ذهنی است، زمانی که در چالش ها یا ناملایمات، فرد می تواند از نظر روانی ثابت و متمرکز باشد. تاب آوری می تواند در موقعیت های مختلف، کمک زیادی به نحوه برخورد افراد با استرس و بهبود عملکرد آنها داشته باشد [۱]. شیوع جهانی کروناویروس (COVID-19) میلیون ها نفر را مبتلا کرده و صدها هزار نفر را کشته است [۳, ۲]. همچنین، COVID-19 باعث افزایش مشکلات سلامت روان (مانند اضطراب و افسردگی) در سطح جهانی شده است [۸-۴]، که منجر به رکود جهانی گردیده، بطوریکه در تاریخ معاصر دیده نشده است و کماکان یک تهدید جدی برای سلامت عمومی در سراسر دنیا باقی مانده است. به هر حال مفهوم تاب آوری نوعی سازگاری مثبت در برابرشرایط ناگوار است و ایجاد تقویت آن در انسان ها بالاخص از زمان کودکی تاثیر بسزایی در سازگاری با شرایط مختلف زندگی و سلامت روان دارد. تاب آوری ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است. افراد و جوامع میتوانند حتی پس از مصیبت های ویرانگربه بازسازی زندگی خود بپردازند. تاب آور بودن به این معنا نیست که از این طریق بتوانید زندگی بدون تجربه استرس و درد را داشته باشید. تاب آوری، استرس را محدود نمی کند، مشکلات زندگی را پاک نمی کند، بلکه به افراد قدرت می دهد تا با مشکلات پیش رو مقابلهٔ سالم داشته باشند، بر سختی ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند. با این وجود، ممکن است به عنوان معیاری برای توانایی مقابله با استرس در نظر گرفته شود و به این ترتیب، می تواند هدف مهمی در درمان اضطراب، افسردگی و واکنش های استرس زا باشد [۹].

کووید-۱۹ فاجعه ای ایجاد کرده است که در آن تأثیر عمیقی بر زندگی روزمره داشته است، از جمله افزایش عدم اطمینان در مورد تاریخ پایان همه گیری، ترس های جدید در مورد گسترش بیماری، مرگ، افزایش عوامل استرس زا و کاهش دسترسی به عوامل پیشگیرانه [۱۰]. علاوه بر این، بسیاری از مردم برای بهبودی از علائم و عوارض کووید-۱۹ در تلاشند و برخی بدون امکان برگزاری مراسم سوگواری برای عزیزان از دست رفته شان در حال زندگی و کنار آمدن با این مسائل هستند. آنچه در کوتاه مدت و بلندمدت مهم است، توانایی فرد برای حفظ تاب آوری در برابر کووید-۱۹ و تحمل تمام اثرات ناگهانی و نامطمئن آن است[۱۱]. افراد مبتلا به اضطراب کرونا از طیف گسترده ای از مشکلات روانی رنج می برند و ابتلا به عفونت کرونا یک عامل خطر اصلی برای افراد با این نوع آسیب روانی است. نتایج تحقیقات حکایت از روند نگران کننده ویروس کرونا در میان مردم ایالات متحده، چین و هند دارد[۱۲]. خطر از دست دادن تاب‌آوری و آسیب‌پذیری خانواده در اتفاقات بسیار استرس‌زا و مشکلات اجتماعی دیده می‌شود. پریشانی خانوادگی ممکن است نتیجه یک موقعیت آسیب زا، از جمله مرگ یکی از عزیزان یا آسیب های ناشی از یک بیماری همه‌گیر و اثرات گسترده‌تر آن باشد. یک راهبرد تاب‌آوری برای این موقعیت، آگاهی از مسائلی است که می تواند خانواده را برای سازگاری با شرایط راهنمایی کند. از سوی دیگر، آگاهی از برخی متغیرها که این خطر را افزایش می دهند، فرآیند کلیدی است که منجر به بهبود و افزایش تاب آوری می شود [۱۳].

توجه به این نکته که در زمان همه گیری ویروس کرونا، خانواده ها تحت فشارهای متعددی هستند، برای هر گونه راهکارهای کنترلی تاب آوری ضروری است. آنها تحت فشارهای روحی متعددی قرار دارند و به انعطاف پذیری بیشتری نیاز دارند: سوگواری و سازگاری با هر گونه خسارت ویرانگر، تقویت پیوندهای عاطفی و حیاتی برای تحمل اتفاقات غیر قابل پیش بینی و غلبه بر چالش های استرس زای پیش رو از راههای بالا بردن تاب آوری می باشد [۱۴].

تحقیقات در ۲۰ سال گذشته نشان داده است که تاب آوری یک ویژگی چند بعدی است که با توجه به زمان، سن، جنسیت و فرهنگ، مانند یک فرد در شرایط مختلف زندگی، متفاوت است [۱۵]. یک نظریه برای این تنوع توسط ریچاردسون و همکاران ارائه شد که یک مدل تاب آوری را پیشنهاد کردند [۹]. بنابراین، تاب آوری می تواند یک هدف مهم در درمان اضطراب، افسردگی و واکنش مناسب در برابر استرس های متفاوت باشد. در واقع پس از ظهور ویروس کرونا و همه گیری آن، مطالعاتی برای بررسی تاب آوری مردم در کشورهای مختلف انجام شده است. آنها نشان داده‌اند که تاب‌آوری علاوه بر عملکرد تحصیلی، با عوامل اجتماعی-اقتصادی، مذهبی [۱۶, ۸] فردی و خانوادگی [۱۷] نیز مرتبط است. همچنین باید توجه داشت که دیدگاه های متفاوتی در مورد ظرفیت تاب‌آوری و اهمیت آن برای جنسیت وجود دارد [۱۸].

با توجه به اینکه این مشکلات سلامت روان بر توجه، درک و توانایی تصمیم گیری افراد نیز تأثیر گذاشته است [۱۱, ۱]، و شهروندان سراسر جهان تحت فشار قرار گرفته‌اند، دولت‌ها در تلاشند تا سرعت شیوع این بیماری را کاهش دهند تا طبق دستورالعمل‌های ارائه‌شده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.9.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.429]

توسط مقامات بهداشتی، سریع و کارآمد عمل کنند. حفاظت از سلامت روان برای کنترل اپیدمی و سلامت طولانی مدت افراد مهم است[۱۰].

واضح است که تاب‌آوری هنر تجلی ویژگی‌های شخصی است که فرد را قادر می‌سازد در مواجهه با ناملایمات رشد کند. تاب آوری چارچوب مناسبی برای هدایت فعالیت های چندگانه جهت تقویت جوامع در برابر تهدیدهای شناخته شده یا جدید فراهم می کند. به عبارت دیگر، هدف تاب آوری این است که افراد و سیستم ها بتوانند با بحران ها و شرایط اضطراری جزئی یا بزرگ کنار بیایند تا سلامت جسمی و روانی بیشتری داشته باشند [۱۹].

تمامی پژوهش های ذکر شده به این نتیجه رسیدند که نیاز به ارتقای سطح تاب آوری در جامعه ضروری است [۱۷, ۱۶, ۸]. هدف از این مطالعه دستیابی به وضعیت تاب‌آوری در همه‌گیری کرونا در نقاط مختلف کشور ایران بود تا بتوان از این نتایج در سیاست‌های پیشگیری و لزوم مداخلات برای ارتقای «تاب‌آوری» استفاده کرد.

مواد و روش کار

طراحی مطالعه و شرکت کنندگان

این پژوهش، یک مطالعه پیمایشی است که در تمام استان های سراسر کشور در ۲۰۴۸۷ مرد و زن ۱۸ تا ۶۵ ساله انجام شده است. نمونه‌گیری بصورت تصادفی ساده و با کاربرد اعداد تصادفی جهت اطمینان از برآورد صحیح ویژگی‌های جمعیتی انجام گرفته است.

رضایت افراد برای مشارکت اخذ شده و داده ها بصورت ناشناس جمع آوری شده است. متغیر وابسته تاب‌آوری و متغیرهای مستقل، خصوصیات دموگرافیک مانند سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و سابقه ابتلا به کووید-۱۹ بودند. شایان ذکر است به منظور کنترل برخی متغیرهای مخدوش کننده؛ در هنگام نمونه‌گیری، نمونه‌ها از نظر جنسیت در دو گروه طبقه‌بندی شدند. جمع آوری داده ها بصورت آنلاین انجام شد. پاسخ دهندگان داوطلب در صورتی که به پرسشنامه به طور کامل پاسخ داده بودند، وارد مطالعه شدند. پاسخ دهندگان در صورتی که در دسترس نبودند یا علاقه ای به ارائه اطلاعات نداشتند از مطالعه حذف شدند. قابل ذکر است که پس از حذف پرسشنامه های ناقص، گروه‌ها از نظر جنسیت یکسان بودند.

نحوه سنجش

علاوه بر یک پرسشنامه کوتاه در مورد داده های دموگرافیک، از نسخه دو گزینه ای مقیاس تاب آوری کانر- دیویدسون (CD-RISC2) جهت ارزیابی احساس توانایی و قدرت در مواجهه با مشکلات استفاده شد [۲۰]. مقیاس تاب آوری کانر- دیویدسون (CD-RISC) شامل ۲۵ ماده است که هر کدام در مقیاس ۵ درجه ای (۴-۰) رتبه بندی شده اند، که نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری بیشتر است [۹]. بالاتر بودن نمره CD-RISC با بهبود کلی علائم کلینیکی در جهان در ارتباط بود، افراد با بالاترین بهبودی کلی، بیشترین افزایش در کل نمرات و افراد با حداقل پیشرفت جهانی یا بدون بهبودی در علائم با کمترین نمرات در این مقیاس مشاهده شدند [۱۰]. مقیاس CD-RISC دارای ویژگی های روان سنجی است و افراد با انعطاف پذیری بیشتر و کمتر را متمایز می‌کند. نسخه کوتاه دو گزینه ای CD-RISC2 شامل گزینه ۱ (توانایی سازگاری با تغییر) و گزینه ۸ (تمایل به بازگشت به شرایط عادی پس از بیماری یا سختی) از مقیاس ۲۵ گزینه ای اولیه تاب آوری است [۲۰, ۹]. این گزینه ها به این دلیل انتخاب شدند که کانر و دیویدسون معتقدند که این دو گزینه «از نظر ریشه‌شناختی ذات انعطاف‌پذیری، یعنی توانایی بازگشت و سازگاری موفقیت‌آمیز با تغییر را پوشش می دهند و اینگونه استدلال می شود، به دلیل اینکه CD-RISC2 به اندازه کافی قادر به اندازه گیری مقیاس انعطاف پذیری است، CD-RISC2 می تواند به جای CD-RISC25 بصورت موردی استفاده شود [۲۰]. این مقیاس برای بیماری کووید-۱۹ نیز تطبیق داده شده است. هر آیتم در یک مقیاس ۵ درجه ای از ۰ تا ۴ رتبه بندی می شود که نمره کل از ۰ تا ۸ را ارائه می دهد و نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری بیشتر است [۲۱].

تحلیل آماری

تفاوت در نمرات تاب‌آوری بین گروه‌ها با درنظر گرفتن ویژگی‌های دموگرافیک افراد از نظر معنی‌داری با استفاده از آزمون مجذور کای ارزیابی شد. عوامل تأثیرگذار بالقوه برای تاب آوری با استفاده از تحلیل رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری P<۰/۰۵ تعیین شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۲۰۴۸۷ بزرگسال (۱۰۲۱۹ مرد و ۱۰۲۶۸ زن) در مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۴۱/۲۵ (انحراف معیار =۱۳/۹) سال بود. اکثر افراد متاهل (۷۵/۴٪) بودند (جدول ۱). میانگین نمره تاب آوری ۶/۱ (انحراف معیار =۱/۹) بود. در کل ۵۷/۲ درصد از شرکت کنندگان امتیازی برابر یا بالاتر از میانگین کسب کردند (جدول ۲).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.9.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.429]

نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که سن (OR=۰/۹۹۶، ۰/۹۹۹-۰/۹۹۳ :CI% ۹۵)، سطح تحصیلات [(برای تحصیلات متوسطه OR=۱/۳۵، ۱/۲۶-۱/۴۴ :CI% ۹۵ برای آموزش ابتدایی OR=۲/۰۰، ۱/۸۳-۲/۱۹ :CI% ۹۵)] و وضعیت اشتغال [(برای بیکار OR=۱/۱۲، ۰/۹۸-۱/۲۸ :CI% ۹۵ برای خانه دار OR=۱/۲۵، ۱/۱۲-۱/۴ :CI% ۹۵ برای دانشجو OR= ۱/۳۵، ۱/۲۲-۱/۴۸ :CI% ۹۵ برای افراد شاغل OR= ۱/۵۰، ۱/۳۳-۱/۶۹ :CI% ۹۵)] عوامل مؤثر بر تاب آوری بودند (جدول ۳). در نهایت، هنگامی که تجزیه و تحلیل یکسان برای مردان و زنان به طور جداگانه انجام شد، سطح تحصیلات [(برای تحصیلات متوسطه OR=۱/۴۷، ۱/۳۵-۱/۶۰ :CI% ۹۵)، برای آموزش ابتدایی (OR=۱/۹۸، ۱/۶۹-۲/۳۱ :CI% ۹۵)]، وضعیت اشتغال [(برای بیکار (OR=۱/۳۳، ۰/۰۹-۱/۶۱ :CI% ۹۵) ، برای شاغل (OR=۰/۸۱، ۰/۷۱-۰/۹۳ :CI% ۹۵)] و سابقه کووید-۱۹ (OR=۰/۸۷، ۰/۷۸-۰/۹۷ :CI% ۹۵)، برای مردان از نظر آماری معنی دار بود. همچنین تجزیه و تحلیل زیر گروه زنان نشان داد که سطح تحصیلات [(برای تحصیلات متوسطه (OR=۱/۳۷، ۱/۵۱-۱/۲۴ :CI% ۹۵)، برای آموزش ابتدایی (OR=۱/۹۳، ۱/۶۵-۲/۲۴ :CI% ۹۵)] و اشتغال (برای زنان خانه دار OR=۱/۲۵، ۱/۵۵-۱/۰۰ :CI% ۹۵)، معنی دار بود (جدول ۴).

جدول ۱: مشخصات شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک متغیرهای جمعیتی (n=۲۰۴۸۷)

	تعداد	درصد
سن (میانگین± انحراف معیار)	۴۱/۲۵ ±۱۳/۱۹	
دامنه تغییرات	۱۸-۶۵	
جنسیت		
مرد	۱۰۲۱۹	۴۹/۹
زن	۱۰۲۶۸	۵۰/۱
وضعیت تاهل		
متاهل	۱۵۴۴۷	۷۵/۴
مطلقه یا بیوه	۹۴۸	۴/۶
مجرد	۴۰۶۰	۱۹/۸
تحصیلات		
تحصیلات عالی	۷۹۲۱	۳۸/۷
تحصیلات متوسطه	۸۰۲۳	۳۹/۲
تحصیلات ابتدایی	۴۵۴۳	۲۲/۲
وضعیت اشتغال (n=۲۰۴۳۷)		
بازنشسته	۱۸۵۳	۹/۱
بیکار	۱۳۱۹	۶/۴
خانه دار	۶۵۸۵	۳۲/۲
دانشجو	۱۳۵۹	۶/۶
شاغل	۹۳۲۱	۴۵/۵
سابقه ابتلا به کووید-۱۹		
خیر	۱۷۳۳۲	۸۴/۶
بله	۳۱۵۴	۱۵/۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.9.7]

[DOI: 10.52547/payesh.21.4.429]

جدول ۲: فراوانی پاسخ شرکت کنندگان به گزینه های پاسخ پرسشنامه تاب آوری (n=۲۰۴۸۷)

	تعداد	درصد
توانایی سازگاری با تغییرات ناشی از کووید-۱۹		
اصلا درست نیست	۷۶۰	۳/۷
به ندرت درست است	۹۲۸	۴/۵
گاهی اوقات درست است	۵۵۹۵	۲۷/۳
تقریباً همیشه درست است	۲۷۰۲	۱۳/۲
خیلی اوقات درست است	۱۰۵۰۲	۵۱/۳
توانایی بازگشت به شرایط عادی قبل از کرونا		
اصلا درست نیست	۶۴۷	۳/۲
به ندرت درست است	۸۰۴	۳/۹
گاهی اوقات درست است	۵۳۴۱	۲۶/۱
تقریباً همیشه درست است	۱۷۹۴	۸/۸
خیلی اوقات درست است	۱۱۹۰۱	۵۸/۱
نمره تاب آوری		
میانگین(SD)	۶/۱ (۱/۹)	-
دامنه	۰-۸	-
نمرات مساوی یا بالاتر از میانگین (فراوانی، ٪)	۱۰۸۰۱	۵۲/۷
نمرات کمتر از میانگین (فراوانی، ٪)	۹۶۸۶	۴۷/۳

جدول ۳: بررسی عوامل موثر بر تاب آوری با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک (n=۲۰۴۸۷)

	چند متغیره	
	نسبت شانس تعدیل شده (فاصلهٔ اطمینان ٪۹۵)	P
سن	۰/۹۹۶ (۰/۹۹۳-۰/۹۹۹)	۰/۰۱۷
جنسیت		
مرد	۱/۰۰ (ref)	
زن	۱/۰۵ (۰/۹۶-۱/۱۳)	۰/۲۸۷
تاهل		
متاهل	۱/۰۰ (ref)	
مطلقه یا بیوه	۱/۰۱ (۰/۹۲-۱/۱۰)	۰/۸۹۶
مجرد	۰/۹۹ (۰/۸۵-۱/۱۷)	۰/۹۷۴
سال های تحصیل		
دانشگاهی	۱/۰۰ (ref)	
متوسطه	۱/۳۵ (۱/۲۶-۱/۴۴)	<۰/۰۰۱
ابتدایی	۲/۰۰ (۱/۸۳-۲/۱۹)	<۰/۰۰۱
وضعیت اشتغال		
بازنشسته	۱/۰۰ (ref)	
بیکار	۱/۱۲ (۰/۹۸-۱/۲۸)	۰/۰۸۸
خانه دار	۱/۲۵ (۱/۱۲-۱/۴۰)	<۰/۰۰۱
دانشجو	۱/۳۵ (۱/۲۲-۱/۴۸)	<۰/۰۰۱
شاغل	۱/۵۰ (۱/۳۳-۱/۶۹)	<۰/۰۰۱
سابقه ابتلا به کووید ۱۹		
خیر	۱/۰۰ (ref)	
بله	۱/۰۷ (۰/۹۹-۱/۱۶)	۰/۰۷۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.9.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.429]

جدول ۴: بررسی عوامل موثر بر تاب آوری به تفکیک جنسیت با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک

	مردان		زنان	
	نسبت شانس تعدیل شده (فاصلهٔ اطمینان ٪۹۵)	p	نسبت شانس تعدیل شده (فاصلهٔ اطمینان ٪۹۵)	p
سن	۱/۰۰ (۰/۹۹-۱/۰۰۴)	۰/۹۳	۰/۹۹ (۰/۹۹-۱/۰۰)	۰/۱۲
وضعیت تاهل				
متاهل	۱/۰۰ (ref.)		۱/۰۰ (ref.)	
مطلقه یا بیوه	۱/۰۵ (۰/۷۹-۱/۴۰)	۰/۸	۱/۰۰ (۰/۸۵-۱/۱۷)	۰/۹۹
مجرد	۰/۹۹ (۰/۸۸-۱/۱۳)	۰/۹۲	۱/۰۴ (۰/۹۱-۱/۱۹)	۰/۵۵
سال های تحصیل				
دانشگاهی	۱/۰۰ (ref.)		۱/۰۰ (ref.)	
متوسطه	۱/۴۷ (۱/۳۵-۱/۶۰)	<۰/۰۰۱	۱/۳۷ (۱/۲۴-۱/۵۱)	<۰/۰۰۱
ابتدایی	۱/۹۸ (۱/۶۹-۲/۳۱)	<۰/۰۰۱	۱/۹۳ (۱/۶۵-۲/۲۴)	<۰/۰۰۱
وضعیت اشتغال				
بازنشسته	۱/۰۰ (ref.)		۱/۰۰ (ref.)	-
بیکار	۱/۳۳ (۰/۰۹-۱/۶۱)	۰/۰۰۴	۱/۱۲ (۰/۸۳-۱/۵۲)	۰/۴۵
خانه دار	-	-	۱/۲۵ (۱/۰۰-۱/۵۵)	۰/۰۴
دانشجو	۰/۸۷ (۰/۶۹-۱/۱۰)	۰/۲۵	۱/۰۲ (۰/۷۷-۱/۳۶)	۰/۸۷
شاغل	۰/۸۱ (۰/۷۱-۰/۹۳)	۰/۰۰۲	۰/۸۹ (۰/۷۱-۱/۱۲)	۰/۳۴
سابقه ابتلا به کووید- ۱۹				
خیر	۱/۰۰ (ref.)		۱/۰۰ (ref.)	
بله	۰/۸۷ (۰/۷۸-۰/۹۷)	۰/۰۱۶	۰/۹۸ (۰/۸۸-۱/۰۹)	۰/۷۱

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد با افزایش سن و تحصیلات، تاب آوری نیز افزایش می یابد و از سوی دیگر وضعیت اشتغال در کاهش تاب آوری نقش دارد. احساس ناامنی در مورد شغل و نگرانی در مورد آینده و وضعیت شغلی برای افرادی که کار آنها در تماس با مردم بود، از جمله عواملی هستند که بیشتر در جوانان وجود دارد و در سنین بالاتر تأثیری در میزان تاب آوری آنها ندارد [۲۲]. بنابراین سن عاملی است که با تاب آوری رابطه مستقیم دارد. در افراد شاغل افزایش خطر مواجهه به دلیل کاهش فاصله اجتماعی، استرس این گروه از افراد را افزایش داده و درنتیجه باعث کاهش تاب‌آوری می‌شود. در مطالعه حاضر، شاغلین و دانشجویان به ترتیب تاب آوری کمتری در برابر همه گیری داشتند. یزدانی راد و همکاران نیز نتیجه مشابهی را داشتند آنها دریافتند که تاب آوری تحت تأثیر همه گیری کووید-۱۹ است. این بیماری همه گیر در نتیجه افزایش استرس شغلی و خطر بیشتر در معرض قرار گرفتن باعث شده تاب آوری کارکنان کاهش یابد، به ویژه این امر در کادر بهداشت و درمان بیشتر اتفاق می افتد [۲۳-۲۶]. در مطالعه ای دیگر نشان داده شده تحصیلات عالی تاب آوری را افزایش می دهد و به طور غیرمستقیم اختلالات روانی را کمتر می کند. سطح تحصیلات بالاتر با توانایی دسترسی به مراقبت های پزشکی در مواقع نیاز ارتباط دارد و همچنین سطح تحصیلات بالاتر باعث اعتماد به سیستم مراقبت های بهداشتی می شود [۲۷]. در یافته های نتیجه آزمون کای دو در هر دو گروه مرد و زن (بصورت کلی) دریافتیم که ابتلا به کرونا احتمال تاب آوری پایین تر را ۷٪ افزایش داده که از نظر آماری معنی دار نیست. اما در این مطالعه، این عوامل را با طبقه بندی جنسیت در دو گروه مرد و زن جهت کاهش سوگیری و کنترل عوامل مخدوش کننده مورد تجزیه و تحلیل قرار دادیم، که در گروه مردان رابطه تاب آوری با سابقه ابتلا به بیماری کرونا معنا دار شده است (P=۰/۰۱۶) اما برای زنان معنادار نمی باشد (P=۰/۷۱). به عبارت دیگر این یافته ها نشان می دهد پس از ابتلا به کووید-۱۹، زنان تاب آوری بیشتری از خود نشان داده اند و مردان بصورت معناداری تاب آوری کمتری را گزارش کرده اند. ما در هر دو گروه دریافتیم که تحصیلات عالی تاب‌آوری را افزایش می‌دهد و همچنین در گروه مردان سابقه ابتلا به کووید-۱۹ تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. در هر دو زیرگروه وضعیت اشتغال باعث کاهش تاب‌آوری شد. در مردان، وضعیت بیکاری و سابقه کووید-۱۹ مهمترین عامل در کاهش تاب آوری بود. در زیرگروه زنان، زنان خانه دار تاب آوری کمتری را نشان دادند. طبق

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.9.7]

[DOI: 10.52547/payesh.21.4.429]

مطالعه Bahagia و همکاران، دلایلی برای این کاهش تاب آوری در زنان خانه دار وجود دارد. آنها با برخی از مشکلات مانند آموزش درسی کودکان سر و کار دارند. آموزش و هدایت کودک در آموزش آنلاین یکی از عوامل فزاینده استرس است که بر تاب آوری آنها تأثیر می گذارد. آنها همچنین سعی می کنند کیفیت زندگی را برای خانواده خود بهبود بخشند و همچنین به عنوان یک کمک و همکار در مشکلات تمامی اعضای خانواده خود حضور دارند [۲۸]. ارتباط منفی بین نگرانی‌های ناشی از بیماری کووید-۱۹ و آسایش و رفاه در طول همه‌گیری، باعث تاثیر در رضایت از زندگی و سلامت روان و رفاه می‌شود [۲۹]. به همین دلیل بخاطر درآمد کمتر، همه‌گیری کووید-۱۹ استرس شغلی را در کارگران افزایش داده و تاب‌آوری آنها را کاهش داده است[۲۳, ۲۲]. طبق مطالعه Shatté و همکاران در سال ۲۰۱۷ و Smith و همکاران در سال ۲۰۱۸، کارگران با سطح تاب آوری بالاتر واکنش بهتری در موقعیت های استرس‌زا داشتند و پاسخ روانشناختی بهتری نسبت به استرس و همچنین رفتار بهتری در محیط کار داشتند [۳۰, ۲۶]. علاوه بر این، در برخی از مطالعات گزارش شده است که در محیط‌های سخت کاری، کارگران دارای سطوح تاب آوری بالاتر، غیبت کمتری از کار و بهره‌وری در مقایسه با سایر کارگران با سطوح پایین‌تر هستند[۳۳-۳۱]. محدودیت این نوع مطالعات بدلیل اینکه بیماری پاندمی می شود، نداشتن گروه کنترل است. همچنین در این مطالعه انواع شغل بصورت مجزا طبقه بندی نشدند. بنابراین، نمی توان تعیین کرد که آیا این یافته ها نمونه ای قابل تعمیم از انواع محیط های کاری یا مشاغل هستند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی انواع مشاغل و سطح درآمد نیز لحاظ شوند. نمونه‌گیری کلان داده‌ها در سراسر کشور و گروه بندی مجزای جنسیتی از مهم‌ترین نقاط قوت این پژوهش است.

نتایج این تحقیق می‌تواند در حوزه های دیگری از جمله سیاست گذاری در وزارت بهداشت با در نظر گرفتن توان تضعیف یا تقویت عوامل تأثیرگذار و یافتن گروه هایی با تاب آوری کمتر در جامعه برای انجام برخی مداخلات از جمله آموزش بیشتر و افزایش قدرت ذهن آگاهی افراد مورد استفاده قرار گیرد. متعاقباً جلوگیری از تاب‌آوری پایین منجر به کاهش پیامدهای آن می‌شود و مسائل سلامت روان، مانند اضطراب، افسردگی، PTSD، افکار خودکشی، اختلالات خواب، اعتیاد به مواد مخدر و الکل بویژه در کارمندان مخصوصاً افراد شاغل در سیستم بهداشت و درمان، مهاجرین و کارگرانی که بیشتر در تماس با مردم هستند، دیده می شود [۳۴]. لذا آگاهی و سیاست‌گذاری در این راستا از ضروریات کنترل عواقب این همه گیری می باشد.

یافته های این مطالعه به طور کلی نشان داد بطور نسبی مردم ایران از تاب آوری قابل قبولی در دوران پاندمی کووید-۱۹ برخوردار بودند. همچنین نتایج نشان داد که سن و تحصیلات بالاتر عامل احتمال تاب آوری بیشتر و در برخی از شرایط اشتغال عامل خطر برای کاهش تاب آوری بود.

سهم نویسندگان

علی منتظری: مجری طرح، طراحی مطالعه، ترجمه پرسشنامه، تجزیه و تحلیل اطلاعات، تهیه گزارش و تصحیح و ویراستاری نسخه نهایی مقاله

فرزانه مفتون: همکاری در تدوین پروپوزال و مقاله

منصوره فرهنگ نیا: همکاری در تجزیه و تحلیل داده ها و تدوین مقاله

مهدی رفیعی بهابادی: همکاری در اجرای طرح

فاطمه نقی زاده: همکاری در تدوین گزارش طرح و مقاله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.9.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.429]

منابع

1. Kwok ST, Wong WN, Lee TY. Effect of resilience on self-perceived stress and experiences on stress symptoms. A surveillance report. Universal Journal of Public Health 2014; 2:64–72

2. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, Liang W-h, Ou C-q, He J-x, et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England Journal Medicine 2020; 382:1708-1720

3. The Lancet. COVID-19: fighting panic with information. Lancet 2020; 395:537

4. Rubin R. Sorting Out Whether Vitamin D Deficiency Raises COVID-19 Risk. Journal of the American Medical Association 2021; 325: 329-330

5. Gao P, Zhang H, Wu Z, Wang J. Visualising the expansion and spread of coronavirus disease 2019 by cartograms. Environment and Planning A: Economy and Space 2020; 52: 698-701

6. Poon E, Liu KS, Cheong DL, Lee CK, Yam LY, Tang WN. Impact of severe respiratory syndrome on anxiety levels of front-line health care workers. Hong Kong Medicine Journal 2004; 10: 325-30

7. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, Guan Z, Wu P. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. Compr Psychiatry 2012; 53: 15-23

8. Román-Mata SS, Zurita-Ortega F, Puertas-Molero P, Badicu G, González-Valero G. A Predictive Study of Resilience and Its Relationship with Academic and Work Dimensions during the COVID-19 Pandemic. Journal of Clinical Medicine 2020; 9: 3258

9. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety 2003; 18: 76-82

10. Gilan D, Röthke N, Blessin M, Kunzler A, Stoffers-Winterling J, Müssig M, et al. Psychomorbidity, resilience, and exacerbating and protective factors during the SARS-CoV-2 pandemic: A systematic literature review and results from the German COSMO-PANEL. Deutsches Ärzteblatt International 2020; 117: 625

11. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, Wang Y, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. Lancet Psychiatry 2020; 7: 14

12. Lee SA, Jobe MC, Mathis AA. Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. Psychological Medicine 2020; 16: 1-2

13. Aldrich DP. Fixing recovery: social capital in post-crisis resilience. Journal of Homeland Security 2010; 6: 1–16

14. Walsh F. Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. Family Process 2007; 46: 207-27

15. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. Emerging Infectious Diseases 2006; 12: 1924-32

16. García Crespo FJ, Fernández Alonso R, Muñiz J. Resilient and low performer students: Personal and family determinants in European countries. Psicothema 2019; 31: 363-375

17. Orkaizagirre-Gómara A, Sanchez De Miguel M, Ortiz de Elguea J, Ortiz de Elguea A. Testing general self-efficacy, perceived competence, resilience, and stress among nursing students: An integrator evaluation. Nursing & health sciences 2020; 22: 529-38

18. Akhtar M, Bilour N. State of Mental Health among Transgender Individuals in Pakistan: Psychological Resilience and Self-esteem. Community Mental Health Journal 2020; 56: 626-634

19. Wulff K, Donato D, Lurie N. What is health resilience and how can we build it? Annual Review of Public Health 2015; 36:361-74

20. Vaishnavi S, Connor K, Davidson JR. An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. Psychiatry Research 2007; 152: 293-7

21. Alshehri FS, Alatawi Y, Alghamdi BS, Alhifany AA, Alharbi A. Prevalence of post-traumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. Saudi Pharmaceutical Journal 2020; 28: 1666-73

22. Mousavi SM, Yazdanirad S, Jahadi Naeini M, Abbasi M, Sadeghian M. The role of individual factors on corona-induced hypochondriasis and job stress: A case study in workplace. Medical Journal Islamic Republic Iran 2021; 35:11

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.9.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.429]

23. Yazdanirad S, Sadeghian M, Jahadi Naeini M, Abbasi M, Mousavi SM. The contribution of hypochondria resulting from Corona virus on the occupational productivity loss through increased job stress and decreased resilience in the central workshop of an oil refinery: A path analysis. Heliyon 2021; 7: e06808

24. Clemente-Suárez VJ, Martínez-González MB, Benitez-Agudelo JC, Navarro-Jiménez E, Beltran-Velasco AI, Ruisoto P, Diaz Arroyo E, Laborde-Cárdenas CC, Tornero-Aguilera JF. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Disorders. A Critical Review. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18:10041

25. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, Etain B, Paquet C, Gohier B, Bennabi D, Birmes P, Sauvaget A, Fakra E, Prieto N, Bulteau S, Vidailhet P, Camus V, Leboyer M, Krebs MO, Aouizerate B. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks. Encephale 2020; 46: 73-80

26. Shatté A, Perlman A, Smith B, Lynch WD. The positive effect of resilience on stress and business outcomes in difficult work environments. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2017; 59: 135-140

27. Boulware L. E., Cooper, L. A., Ratner, L. E., LaVeist, T. A., & Powe, N. R. Race and Trust in the Health Care System. Public Health Reports 2003; 118: 358–365

28. Bahagia, B. Nurrahmawati, D. Nurhayati, I. Resilience of Household Mother in Dealing with Covid-19. Tunas Geografi 2021; 9: 129-136

29. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, Arcangeli G, Mucci N. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17:7857

30. Smith B, Shatté A, Perlman A, Siers M, Lynch WD. Improvements in Resilience, Stress, and Somatic Symptoms Following Online Resilience Training: A Dose-Response Effect. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2018;60: 1-5

31. Winwood, Peter C. PhD; Colon, Rochelle M Org Psych; McEwen, Kath B Psych (Hons) A Practical Measure of Workplace Resilience, Journal of Occupational and Environmental Medicine 2013; 55: 1205-1212

32. Joyce S, Shand F, Bryant RA, Lal TJ, Harvey SB. Mindfulness-Based Resilience Training in the Workplace: Pilot Study of the Internet-Based Resilience@Work (RAW) Mindfulness Program. Journal of Medical Internet Research 2018; 20: e10326

33. Botha E, Gwin T, Purpora C. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2015; 13: 21-9

34. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, et al. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17: 7857

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.9.7]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.429]