AGING PSYCHOLOGY
Mohammadi & Basharpoor, Aging Psychology, 2024, 9(4), 377-397
DOI: 10.22126/JAP.2024.9766.1740

Research Article

The Relationship Between Basic Psychological Needs and Health Promoting Behaviors with Health Anxiety in Older Women: The Mediating Role of Resilience

Mona Mohammadi [1*] and **Sajjad Basharpoor** [1]

[1] Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Article Info

Article History
Received: 30.10.2023
Revised: 01.02.2024
Accepted: 04.02.2024
ePublished: 16.02.2024

Keywords
Basic psychological needs, health promoting behaviors, health anxiety, resilience, older adults

How to cite this article
Mohammadi, M., & Basharpoor, S. (2023). The Relationship between basic psychological needs and health promoting behaviors with health anxiety in older women: The Mediating role of resilience. *Aging Psychology, 9*(4), 377-397.

***Corresponding Author**
Mona Mohammadi

Email
monamohammadi.t@gmail.com

© The Author(s)
Publisher: Razi University

Abstract

Old age seems to be one of the most crucial stages of human life during which individuals encounter a wide range of changes, particularly in the realm of physical and psychological health. Health anxiety, especially in older adults, can have undesirable effects, making it important to examine the factors influencing this variable. Therefore, this study aimed to investigate the relationship between basic psychological needs (BPNs) and health-promoting behaviors (HPBs) with health anxiety in older adults, through the mediating role of resilience. This was a correlational study, of path analysis type. The statistical population of this research included all older women residing in Tabriz, Iran in the spring of 2023, among whom 220 individuals were selected as the sample using convenience sampling method. The measurement tools included the Connor and Davidson's Resilience Scale, BPNs Questionnaire, HPBs Questionnaire, and Health Anxiety Questionnaire. The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient in SPSS-23 software and path analysis in LISREL 8.8 software. The results indicated that BPNs (autonomy, competence, and relatedness) have a negative relationship with health anxiety in older women; HPBs (nutrition, physical activity, health responsibility, stress management, interpersonal relationships, and spiritual growth) have a negative relationship with health anxiety in older women. resilience had a negative relationship with health anxiety in older women. Moreover, BPNs were related to health anxiety in older women through resilience, as well as HPBs were related to health anxiety in older women through resilience. Therefore, it can be concluded that increasing resilience in older adults and fulfilling BPNs along with educating HPBs can prevent the increase of health anxiety.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Studies have shown that health anxiety increases with age. Various variables have been examined in the literature to predict health anxiety in older adults, among which basic psychological needs (BPNs) and health-promoting behaviors (HPBs) seem to be among the most important ones. Research indicates a negative relationship between the satisfaction of BPNs and anxiety. HPBs are among the best ways for individuals to maintain and control their health and alleviate their anxiety. Previous studies have investigated the relationship between the above-mentioned variables in older adults, but few have examined how this relationship operates. Various variables may mediate the relationship between BPNs, HPBs, and health anxiety in older adults, with one such variable being resilience. In older adults, resilience may directly relate to HPBs and inversely relate to health anxiety. Given that older adults constitute one of the largest age groups in Iran and health anxiety is a significant concern for these individuals, identifying factors influencing it appears to be crucial. Therefore, the aim of the present study was to examine the relationship between BPNs and HPBs with health anxiety through the mediating role of resilience.

Method

This was a correlational study, of path analysis type. The statistical population comprised all older women residing in Tabriz, Iran in the spring of 2023, among whom a sample of 220 older women was selected through convenience sampling. Inclusion criteria were (1) aged 60 years and above, (2) ability to read and write, and (3) willingness to participate in the study. Exclusion criteria included (1) withdrawal from the study, (2) incomplete questionnaire responses, and (3) diagnosis of psychiatric disorders or use of psychiatric medications within the past year. Participants completed the Salkovskis et al.'s Health Anxiety Inventory (HAI-18), Walker et al.'s Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II), the La Guardia et al.'s Basic Psychological Needs Scale (BPNS), and the Connor & Davidson's Resilience Scale (CD-RISC). To gather necessary data, the researcher visited different parks across Tabriz on six occasions, introduced themselves, explained the study's purpose to older adults, and provided guidance on completing the questionnaires to ensure their informed participation. Subsequently, eligible older individuals were provided with the questionnaires. After data collection, descriptive statistics and Pearson's correlation analysis were performed in SPSS-23. Path analysis was then employed to examine the relationships between variables and to test the hypothesized model in Lisrel 8.8 software.

Results

Before conducting data analysis, it was determined that the distribution of scores for all variables was normal, and the results showed no correlation between errors and no collinearity among variables. Hypothesis testing was approached by examining model fit. Therefore, to evaluate

the hypothesized model, path analysis was utilized. The results of Pearson's correlation test indicated that BPNs had a negative relationship with older women's health anxiety. HPBs had a negative relationship with older women's health anxiety. Resilience had a negative relationship with older women's health anxiety. The results of path analysis indicated that BPNs indirectly related to older women's health anxiety through the mediating role of resilience, and HPBs indirectly related to older women's health anxiety through the mediating role of resilience. The goodness-of-fit indices for the model were as follows: X^2=19623.36, df= 9012, X^2/df= 2.17, CFI=.92, GFI=.94, AGFI=.92, RMSEA=.063, indicating a satisfactory model fit. the final model can be seen in Figure 1.

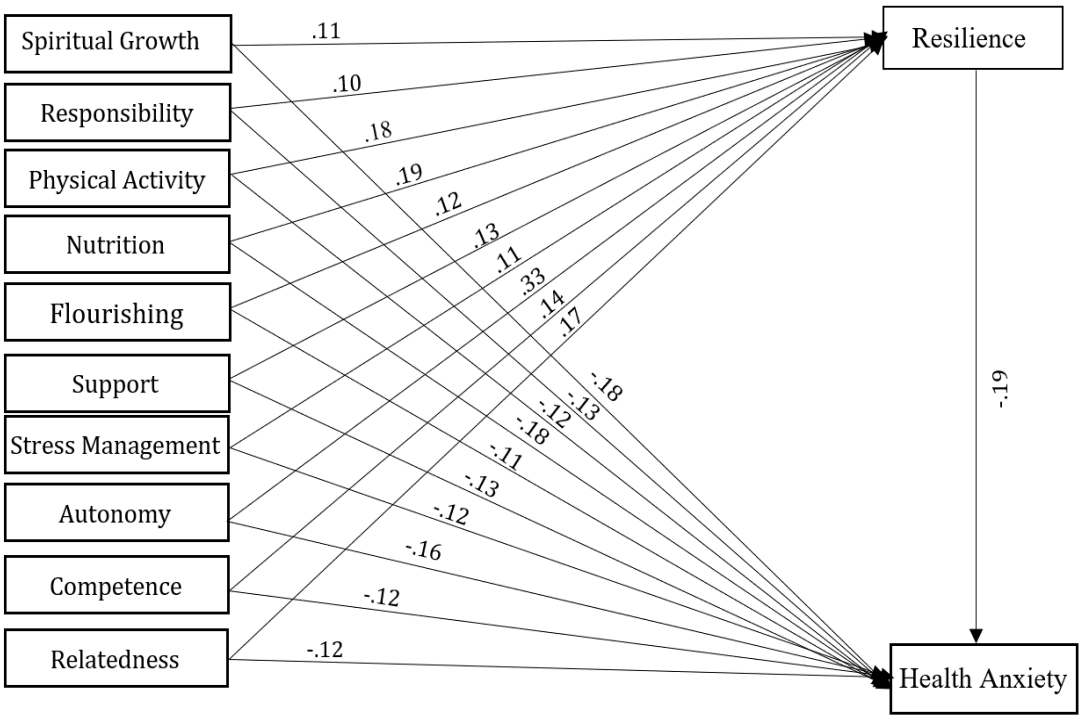


Figure 1. The Final model for the relationship between BPNs and HPBs with health anxiety through the mediating role of resilience.

The results from the Sobel test revealed significant mediating roles of resilience in various relationships. Specifically, resilience was found to mediate the relationship between responsibility and health anxiety (*Z*= -1.26, *P*<.01), physical activity and health anxiety (*Z*= -1.26, *P*<.01), nutrition and health anxiety (*Z*=-2.03, *P*<.01), flourishing and health anxiety (*Z*= -1.60, *P*<.01), support and health anxiety (*Z*= -1.84, *P*<.01), stress managment and health anxiety (*Z*= -1.70, *P*<.01), autonomy and health anxiety (*Z* = -2.42, *P*< .01), competence and health anxiety (*Z*= -2.00, *P*<.01), and relatedness and health anxiety (*Z*=-2.10, *P*<.01). These findings underscore the significant role of resilience in moderating the relationship of various factors with health anxiety among the older women.

Conclusion

As individuals age, their performance in various life domains often declines, leading to reduced impact on both their environment and others. This, in turn, can result in a failure to meet their own needs for autonomy, competence, and relatedness. Aging is often accompanied by the emergence of physical and cognitive symptoms associated with declining health. Misinterpreting these symptoms can lead older adults to experience health anxiety. Increased engagement in HPBs is associated with reduced health anxiety. According to cognitive theory, anxiety arises from erroneous and exaggerated beliefs about existing threats. Conversely, HPBs involve intentional planning and conscious actions aimed at preventing illness and improving health, motivating individuals to pursue a higher quality of life. Individuals with high resilience accept stressful events and are psychologically more resilient. As resilience leads to increased toughness, older adults exhibit greater patience in facing the negative consequences of aging, thereby reducing their anxiety. Satisfying BPNs can play a significant role in resilience, as fulfilling these needs provides the necessary conditions for growth, stability, and well-being. Individuals who feel autonomous in their actions have a greater sense of competence, which in turn enhances their resilience. Satisfying these needs fosters greater adaptability in facing the consequences of aging, including health anxiety, among older adults.

Ethical Consideration

Ethical Code

To comply with ethical standards in the research, the current study was pre-registered at University of Mohaghegh Ardabili.

Financial Support

This study had no financial support

Authors' Contributions

M.M: Project administration, Data curation, Resources, software, validation, formal analysis, writing-original draft, writing-review & editing, Visioalization; S.B: Conceptualization, methodology, Supervision, writing-review & editing Resources, Visioalization

Conflict of Interest

The author had no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors deem it necessary to express gratitude to all older participants involved in this study.

روان‌شناسی پیری
محمدی و بشرپور، روان‌شناسی پیری، ۱۴۰۲، ۹(۴)، ۳۹۷-۳۷۷
شناسه دیجیتال: 10.22126/JAP.2024.9766.1740

مقاله پژوهشی

رابطه نیازهای بنیادین روان‌شناختی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت با اضطراب سلامت در زنان سالمند: نقش میانجی تاب‌آوری

مونا محمدی [۱*] **و سجاد بشرپور** [۱]

[۱] گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۰۸

اصلاح: ۱۴۰۲/۱۱/۱۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۱۵

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۲/۱۱/۱۵

کلیدواژه‌ها

اضطراب سلامت، نیازهای بنیادین روان‌شناختی، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، تاب‌آوری، سالمندان

نحوه ارجاع به مقاله

محمدی، م.، و بشرپور، س. (۱۴۰۲). رابطه نیازهای بنیادین روان‌شناختی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت با اضطراب سلامت در زنان سالمند: نقش میانجی تاب‌آوری. *روان‌شناسی پیری*، ۹(۴)، ۳۹۷-۳۷۷.

*** نویسنده مسئول**

مونا محمدی

پست الکترونیکی

monamohammadi.t@gmail.com

چکیده

سالمندی یکی از مهمترین مراحل زندگی انسان است که در آن، سالمند با طیف وسیعی از تغییرات بخصوص در حیطه سلامتی جسمانی و روان‌شناختی مواجه می‌شود. اضطراب سلامت در افراد به خصوص در سالمندان می‌تواند تأثیرات نامطلوبی داشته باشد که بررسی عوامل تأثیرگذار بر آن اهمیت پیدا می‌کند. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی رابطه نیازهای بنیادین روان‌شناختی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت با اضطراب سلامت در سالمندان با میانجی‌گری تاب‌آوری انجام شد. روش مطالعه حاضر توصیفی از نوع همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان سالمند ساکن در شهر تبریز در بهار ۱۴۰۲ بود که از میان آنها تعداد ۲۲۰ سالمند به روش نمونه‌گیری دردسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون، پرسش‌نامه نیازهای بنیادین روان‌شناختی، پرسش‌نامه رفتارهای ارتقادهنده سلامت و پرسش‌نامه اضطراب سلامت بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از تحلیل مسیر به وسیله نرم‌افزار Lisrel نسخه ۸.۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که نیازهای بنیادین روان‌شناختی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) با اضطراب سلامت زنان سالمند رابطه منفی دارد، رفتارهای ارتقادهنده سلامت (تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی و رشد معنوی) با اضطراب سلامت زنان سالمند رابطه منفی دارد. تاب‌آوری با اضطراب سلامت زنان سالمند رابطه منفی دارد. همچنین نیازهای بنیادین روان‌شناختی از طریق تاب‌آوری با اضطراب سلامت زنان سالمند رابطه دارد و رفتارهای ارتقادهنده سلامت از طریق تاب‌آوری با اضطراب سلامت زنان سالمند رابطه دارد. بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که با افزایش تاب‌آوری در سالمندان و برآورده کردن نیازهای روان‌شناختی و آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت می‌توان از افزایش اضطراب سلامت پیش‌گیری کرد.

انسان‌ها طی فرایند زیستی با مرحله‌ای به نام سالمندی[1] روبرو می‌شوند که در گذرگاه رشد طبیعی به دست می‌آید. سالمند به شخصی اطلاق می‌شود که بیش از ۶۰ سال سن داشته باشد و به علت عوارض افزایش سن و تغییرات فیزیولوژیکی نیازمند مراقبت و توان‌بخشی باشد (تیان، چن، ۲۰۲۲). پیری جمعیت یک‌روند جهانی با پیامدهای اجتماعی و اقتصادی گسترده است. سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی کرده است که نسبت سالمندان جهان تا سال ۲۰۵۰ از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد خواهد رسید (سازمان بهداشت جهانی[2]، ۲۰۱۳). همچنین پیری جمعیت یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های جهانی است. بیش از ۱ میلیارد نفر از جمعیت جهان بالای ۶۰ سال سن دارند (ژائو و همکاران، ۲۰۲۳) و در سال ۲۰۵۰، ۸۰ درصد از کل افراد مسن در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی خواهند کرد که آمادگی مقابله با پدیده پیری و پیامدهای اجتماعی/اقتصادی را ندارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸).

با توجه به رشد کاهنده جمعیت در کشور و روند رو به رشد پیر شدن جمعیت طی سال‌های آتی، هرم جمعیتی کشور به سمت افزایش جمعیت سالمندی می‌رود. جمعت سالمندان ایران از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵، ۶ برابر شده و به بالای ۷/۴ میلیون نفر رسیده است که احتمال می‌رود تا سال ۲۰۳۰ از ۶/۵ درصد به ۱۷/۵ درصد افزایش یابد (بلدی موسوی، ۲۰۱۷). در نتیجه بررسی این موضوع و بررسی مسائل روانشناختی برای این قشر از جامعه اهمیت زیادی پیدا می‌کند.

پیامدهای سالمندی شامل تنهایی، ازدست‌دادن همسر، افزایش بیماری‌های مزمن، عدم حمایت خانوادگی/ اجتماعی و عدم استقلال مالی می‌باشد (انگ و همکاران،۲۰۱۶) که تأثیر بسیار منفی بر سلامت جسمی و روحی آنها دارد (مینامی و همکاران، ۲۰۱۵). به‌علاوه مطالعات سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) نشان داده است که به طور تقریبی ۱۵ درصد از جمعیت سالمند از یک اختلال روانی رنج می‌برند. مطالعات نشان داده‌اند که علائم روان‌شناختی با افزایش سن افزایش می‌یابد (زیس و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین یکی از مشکلاتی که سالمندان در این سنین ممکن است داشته باشند، اضطراب سلامتی است. اختلال اضطراب یک مشکل بهداشت عمومی جهانی است که نمی‌توان آن را نادیده گرفت (لیو و همکاران ۲۰۲۳). اضطراب از اختلالات روانی رایج در میان سالمندان است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳) که با بار بالایی از بیماری همراه است و اغلب در مراقبت‌های اولیه کمتر شناخته شده و تحت درمان قرار نمی‌گیرد (دانتاس و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و نگرانی با منشأ ناشناخته که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است (انجمن روان‌شناسی آمریکا[3]، ۲۰۱۳). مشخصه اضطراب در سالمندان نگرانی مفرط و غیرقابل‌کنترل است که با تظاهرات تنش، تحریک‌پذیری، خواب غیر ترمیم‌کننده، و اختلالات گوارشی همراه است (دانتاس و همکاران، ۲۰۲۳) همچنین مطالعات نشان داده است که اضطراب بسیار بالا در دوران سالمندی با مشکلات قلبی عروقی، مشکلات اشتها، سکته مغزی و مرگ‌ومیر سالمندان در ارتباط است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳). در سالمندان این اضطراب خود را به شکل اضطراب سلامت نشان دهد که شیوع به نسبت بالایی دارد (الگابالاویو همکاران، ۲۰۱۳). به طوری که یانگ و همکاران (۲۰۲۲) شیوع اضطراب سلامت را ۹/۵۳ درصد گزارش کردند.

اضطراب سلامتی یک تجربه روانشناختی است که با یک تهدید درک شده برای سلامت فرد مشخص می‌شود که علائم فیزیکی و عاطفی اضطراب را ایجاد می‌کند (آلتو و همکاران، ۲۰۰۵). در تجربه اضطراب سلامتی، فرد احساسات و تغییرات بدنی را به عنوان علائم بیماری در نظر می‌گیرد. اگرچه سطوح عادی اضطراب سلامت اثر محافظتی دارد و منجر به رفتارهای مفید در حوزه سلامت و در رابطه با رفتارهای بهداشتی و مرتبط با سلامتی می‌شود، اما این اضطراب با شدت بالا به لحاظ سلامت روان مشکل‌ساز بوده و مضر است (آسموندسون و تیلور، ۲۰۲۰). در همین زمینه وارلی و آلانکایا (۲۰۲۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین اضطراب سلامت و درک پایین از بیماری رابطه وجود دارد. همچنین بر اساس پژوهش‌های بشارت و همکاران (۱۴۰۰) و روبیو و همکاران (۲۰۲۳) بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و اضطراب رابطه وجود دارد.

نظریه خود تعیین‌گری فرض می‌کند که ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی برای رشد انسان الزامی است و در مقابل هنگامی که این نیازها ناکام بماند، ناسازگاری و آسیب روانی نتیجه آن است (بشارت و همکاران،

[1] age
[2] world health organization
[3] American Psychological Association

۱۴۰۰). نیازهای بنیادین روان‌شناختی[1] برای اولین‌بار توسط دسی و رایان (۲۰۰۰) به‌عنوان نظریه خودتعیین‌گری مطرح شدند. طبق این نظریه مبنای بهزیستی و عملکرد بهینه برآوردن سه نیاز اساسی خودپذیری، شایستگی و ارتباط است. این سه نیاز به‌عنوان انرژی لازم برای کمک به درگیری فعال با محیط پرورش مهارت‌ها و رشد سالم درنظر گرفته می‌شود (نودهی مقدم و همکاران، ۱۳۹۸). نیازهای بنیادین روان‌شناختی تمایلات درونی و جهان‌شمولی هستند که برآورده نمودن آن‌ها برای رشد روان‌شناختی بهینه، یکپارچگی شخصیت و بهزیستی ضروری است (صمدیان و گروسی، ۱۳۹۳). مطابق نظریه خودتعیین‌گری، انسان‌ها به طور ذاتی به فعالیت‌هایی که برای آنها جالب، دارای چالش بهینه و به طور طبیعی خشنودکننده است برانگیخته می‌شوند. این درگیری و تعهد به فعالیت‌های جذاب نیازمند تحقق و برآورده‌شدن نیازهای‌اساسی‌روان‌شناختی است؛ بنابراین می‌توان گفت درگیری و مشارکت افراد در فعالیت‌هایی که موجب ارتقایافتن سلامتی آنها می‌شود، تابعی است از میزانی که نیازهای اساسی آنها برآورده شده باشد (مقدم و همکاران، ۱۳۹۸). در همین راستا انتونس و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که نیازهای بنیادین روان‌شناختی با اضطراب مربوط به‌سلامتی مرتبط است. همچنین در پژوهشی دیگر روبیو و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که بین اضطراب جسمانی و اضطراب شناختی و نیازهای بنیادین روان‌شناختی ارتباط وجود دارد. همچنین در همین راستا لی و همکاران (۲۰۱۷) گزارش کردند که ارضای نیازهای روانی با استرس و اضطراب رابطه منفی دارد بنابراین می‌توان گفت که نیازهای بنیادین روان‌شناختی می‌تواند با اضطراب رابطه داشته باشد. همچنین پژوهش نگ و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که افراد با سطوح بالای نیازهای بنیادین روان‌شناختی از سلامت روان بیشتری برخوردارند.

از طرفی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که علت بسیاری از بیماری‌های مزمن، سبک زندگی و رفتارهای انسان است. انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از بهترین راه‌های است که مردم توسط آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند (خدامرادی و همکاران، ۱۳۹۷) و از سطح اضطراب خود بکاهند (فریور و همکاران، ۱۳۹۹). در واقع رفتارهای ارتقادهنده سلامت بیان‌کننده فعالیت‌های مرتبط با سلامت می‌باشد که در جهت افزایش سطوح سلامتی، خودشکوفایی و احساس بهزیستی فرد و همچنین کاهش اضطراب سلامت کمک می‌نماید و شامل اقداماتی است که افراد در جهت حفظ و ترویج شیوه‌های زندگی سالم یاری می‌کند (آزادی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهشی نقش رفتارهای ارتقادهنده سلامت در پیش‌بینی اضطراب مشاهده شد که رفتارهای ارتقادهنده سلامت به‌ویژه فعالیت بدنی و مدیریت استرس با اضطراب پایین همراه است. درحالی‌که سطح پایین اضطراب برای ایجاد انگیزه و هیجان در یک فرد مفید است، قرارگرفتن در معرض اضطراب ممکن است پیامدهای منفی بر سلامت جسمی و روانی و عملکرد او داشته باشد (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۷). در همین راستا پژوهش فریور و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که رفتارهای ارتقادهنده سلامت با یکی از ابعاد اضطراب سلامت (اضطراب کرونا) در ارتباط است. در دیگر پژوهش نیز نوروزی نیا و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت و اضطراب رابطه وجود دارد. فانگ و مشتاکیو (۲۰۱۴) نیز در پژوهشی بیان داشتند که سواد سلامت و رفتار ارتقای سلامت می‌تواند در کاهش سطح اضطراب سلامت نقش داشته باشد. بنابراین می‌توان انتظار داشت که رفتارهای ارتقادهنده سلامت، همانند نیازهای بنیادین روانشناختی با اضطراب سلامت رابطه داشته باشد.

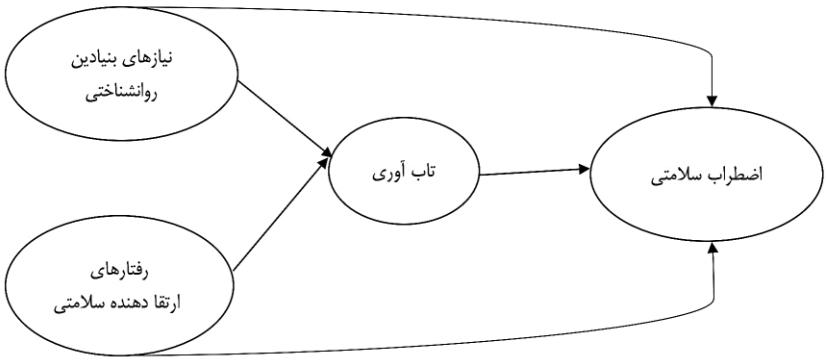
اگرچه مطالعات فوق‌الذکر به بررسی رابطه متغیرهای مورد نظر در سالمندان پرداخته است، اما مطالعات اندکی به بررسی چگونگی این رابطه پرداخته‌اند در این میان متغیرهای مختلفی می‌تواند در رابطه بین نیازهای بنیادین روانشناختی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت با اضطراب سلامت در سالمندان نقش میانجی داشته باشد و بر روابط بین این متغیرها تأثیر بگذارد. یکی از این متغیرها می‌تواند تاب‌آوری باشد (بهشتی و ضرغام حاجبی، ۱۳۹۷). فریبورگ (۲۰۰۶) در پژوهش خود نشان داد که تاب‌آوری با ترس و اضطراب رابطه دارد، به عبارت دیگر افراد تاب‌آور انعطاف‌پذیری بیشتری در شرایط آسیب‌زا دارند و از خود در برابر این شرایط حفاظت می‌کنند. در سالیان اخیر تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه روان‌شناسی تحولی یافته است (نادری و پرندین، ۱۴۰۱). تاب‌آوری یا توانایی سازگاری مثبت با تهدید، یک موضوع روان‌شناختی است که در پاسخ فردی با موقعیت‌های مشکل‌آفرین بررسی شده است (شمس‌الدینی لری و همکاران، ۱۳۹۴). تاب آوری، فرد را آماده می‌کند تا در برابر هر نوع خطری مقابله کرده و

[1] self-determination theory

هوشیار بماند؛ بنابراین به عنوان یک عامل بازدارنده در برابر هرگونه برخورد و رفتار ناسازگار بالقوه عمل می‌کند (امیدوار و همکاران ۱۴۰۰). نقش تاب‌آوری در افزایش و ارتقای سلامت روان افراد، توسط پژوهشگران مختلف تأیید شده است (غریب‌زاده و معینی‌کیا، ۱۳۹۶). در سالمندان نیز تاب‌آوری می‌تواند به طور مستقیم با رفتارهای سلامتی و به طور معکوس با اضطراب سلامتی در ارتباط باشد (مقدم و همکاران، ۱۳۹۸). در همین راستا پژوهش تیموری و همکاران (۱۴۰۲) نشان داده است که تاب‌آوری با اضطراب سلامتی مرتبط است. همچنین نیوفید و مالین (۲۰۱۹) در پژوهش خود به ارتباط تاب‌آوری با نیازهای بنیادین روانشناختی اشاره کردند. ازلم و همکاران (۲۰۲۰) نیز که رابطه بین تاب‌آوری و اضطراب سلامت را در طی همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ بررسی کرده بودند و خیائو و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود بر ارتباط بین تاب‌آوری و اضطراب سلامت صحه گذاشتند.

پاک‌پور و همکاران (۱۴۰۰) به ارتباط تاب‌آوری با رفتارهای ارتقادهنده سلامت اشاره نمودند. در واقع از طریق ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) سلامت روان حاصل می‌شود (نیوفید و مالین، ۲۰۱۹) وزمانی که نیازها برآورده می‌شوند و افراد احساس محرومیت ندارند، انگیزه دارند که به سمت اهداف اجتماعی‌تر حرکت کنند و ارتقاء سلامت می‌تواند یک هدف اجتماعی درنظرگرفته شود (به نقل از شاهی صنوبری و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع داشتن رفتارهای ارتقادهنده سلامت منجر به فعالیت‌های بدنی بیشتر و اتخاذ رژیم‌های غذایی بهتر در سالمندان شده است (لیو و هوانگ ۲۰۲۱) و این رفتارها منجر به بهبود تاب‌آوری آنها می‌شود (پرنا و همکاران، ۲۰۱۲)؛ بنابراین افرادی که دارای تاب‌آوری هستند، مقاومت بیشتری در برابر شرایط دشوار از خود نشان می‌دهند (علاقبند و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارتی، تاب‌آوری تعدیل کنندهٔ تنش و اضطراب است(دسوزا و همکاران، ۲۰۱۹).

در نتیجه از آنجا که سالمندی دارای تأثیر منفی بر سلامت است و منجر به افزایش مشکلات در فعالیت‌های روزانه، تحرک، عوارض جانبی و بیماری‌های روانشناختی می‌شود (هوشی و همکاران، ۲۰۲۰) انجام پژوهش‌هایی در این رابطه اهمیت زیادی پیدا می‌کند. بنابراین با توجه به اینکه یکی از گروه‌های سنی پرشمار ایران را سالمندان تشکیل می‌دهند و اضطراب سلامتی از مسائل مهمی است که این افراد می‌توانند با آن درگیر باشند؛ بنابراین شناسایی عوامل تأثیرگذار بر آن اهمیت زیادی پیدا کند. بنابراین پژوهش حاضر باهدف مدل‌یابی علل اضطراب سلامت سالمندان بر اساس نیازهای بنیادین روانشناسی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی با نقش میانجی تاب‌آوری انجام شد و مدل مفروض زیر مورد آزمون قرار گرفت تا با استفاده از نتایج حاصله آن بتوان گامی در راستای بهبود شرایط سالمندان برداشته شود و متخصصان بهداشت روان و پزشکانی که با این افراد سروکار دارند، بر اساس نتایج پژوهش حاضر بهتر بتوانند مداخله کنند و در نتیجه سلامت جسمی و روانی سالمندان بهبود پیدا کند. همچنین از آنجا که چنین پژوهشی به طور مستقیم در ایران انجام نگرفته است، پژوهش حاضر از این نظر بدیع به نظر می‌رسد. بر همین اساس فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱- بین اضطراب سلامتی و نیازهای بنیادین روان‌شناسی رابطه معنادری وجود دارد. ۲- بین اضطراب سلامتی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی رابطه معنادری وجود دارد. ۳- بین اضطراب سلامتی و تاب‌آوری رابطه معنادری وجود دارد. ۴- تاب‌آوری در رابطه بین اضطراب سلامتی با نیازهای بنیادین روان‌شناسی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی نقش میانجی دارد و بر آنها تأثیر می‌گذارد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش اجرای این پژوهش، توصیفی و طرح پژوهش، همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان زن ساکن در شهر تبریز در بهار ۱۴۰۲ بود. از بین تعداد کل جامعه، ۲۲۰ سالمند زن به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در خصوص حجم نمونه، شایان توضیح است که در تحلیل استیونس(۱۹۹۶، به نقل از مؤمنی و همکارن، ۱۴۰۰) در نظر گرفتن ۱۵ مورد برای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش معمولی کمترین مجذورات استاندارد را که قاعده سرانگشتی خوب اعلام کرده است. بر پایه این موضوع می‌توان اعلام کرد که چون تحلیل معادلات ساختاری در برخی جنبه‌ها کاملاً مرتبط با رگرسیون چندمتغیری است، تعداد ۱۵ مورد به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده در تحلیل معادلات ساختاری غیر منطقی نیست (هومن، ۲۰۱۲). لوهلین[1] (۱۹۹۲، به نقل از مؤمنی و همکاران، ۲۰۲۲) بیان می‌دارد که برای مدل‌هایی با دو یا چهار عامل، پژوهشگر باید روی گردآوری دست‌کم ۱۰۰ مورد یا بیشتر از آن مثلاً ۲۰۰ مورد برنامه‌ریزی کند. بنابراین حجم نمونه مورد مطالعه از کفایت لازم برای اجرای تحلیل مسیر برخوردار است. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: (۱) رده سنی ۶۰ سال به بالا، (۲) دارا بودن سواد خواندن و نوشتن (۳) رضایت برای شرکت در پژوهش؛ ملاک‌های خروج نیز شامل شامل (۱) انصراف از پژوهش و (۲) ناقص پر کردن پرسش‌نامه‌ها و (۳)مبتلا بودن به اختلالات روانپزشکی ومصرف داروهای روانپزشکی در یک سال گذشته بود. ۹۱ نفر از پاسخ دهندگان بین بازه سنی۶۰تا ۶۵ سال، ۶۸ نفر بین ۶۵ تا ۷۰ سال، ۴۶ نفر بین ۷۰تا ۷۵ سال و ۱۵ نفر نیز بالای ۷۵ سال قرار داشتند.۱۰۳ نفر از پاسخ دهندگان با همسر خود، ۵۷ نفر به تنهایی و ۶۰ نفر نیز به همراه فرزندان خود زندگی میکردند. باتوجه به اظهار شرکت‌کنندگان، ۱۱۸ نفر از پاسخ دهندگان دیپلم ؛ ۷۳ نفر فوق دیپلم، ۱۹ نفر لیسانس و ۱۰ نفر فوق لیسانس داشتند.

ابزار

پرسش‌نامه اضطراب سلامت[1]. پرسش‌نامه اضطراب سلامت (HAI-18) برای سنجش اضطراب سلامت استفاده می‌شود. فرم کوتاه این پرسش‌نامه توسط سالکوسیس و وارویک در سال ۲۰۰۲ طراحی‌شده است که مشتمل بر ۱۸ سؤال است. هر آیتم چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به‌صورت یک جمله خبری است که شرکت کنندگان بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر آیتم از صفر تا ۳ نمره می‌باشد. انتخاب گزینه الف «صفر»، گزینه ب «۱»، گزینه ج «۲» و گزینه د «۳» نمره دارد و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامت می‌باشد (سالکوسیس و وارویک،۲۰۰۰). پرسش‌نامه دارای سه عامل بخش اصلی، نگرانی کلی سلامتی و پیامدهای منفی می‌باشد. اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسش‌نامه ۰/۹۰ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ برای این – از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (سالکوسکیس و همکاران،۲۰۰۲). در سال ۱۳۹۰ پرسش‌نامه بین ۳۷۵ شرکت‌کنندگان از بین معلمان اندیمشک اجرا شد که اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از پایایی رضایت‌بخش پرسش‌نامه اضطراب سلامت می‌باشد (نرگسی، ۱۳۹۰). میزان الفای کرونباخ پرسش‌نامه فوق در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۹ بود.

پرسش‌نامه ارتقا دهنده سلامت[2]. این پرسش‌نامه توسط والکر و همکاران (۱۹۹۰) تدوین شد و از ۵۴ سؤال تشکیل شده است که ۶ مولفه تحت عناوین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی و رشد معنوی دارد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به شکل لیکرت ۴ درجه‌ای (۱- هرگز تا ۴- همیشه) است. به‌طورکلی، نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و نمره ابعاد رفتاری با استفاده از میانگین پاسخ‌ها برای کل ۵۲ سؤال و برای هر زیر شاخه (۸-۹ آیتم) محاسبه می‌شود. بنابراین طیف نمرات بین ۵۴ تا ۲۱۶ خواهد بود که نمره بیشتر به معنایی انجام بیشتر رفتار ارتقا دهنده سلامت است (والکر و همکاران، ۱۹۹۰). محمدی زیدی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به این نتیجه رسید که ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر شاخه‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۴ بود. همه موارد، همبستگی مورد کل قابل قبولی داشتند (بیشتر از ۰/۳۴). نتایج آزمون بازآزمون نیز نشان دهنده ثبات برای پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقاء

[1] health anxiety inventory (HAI-18)

[2] promoting lifestyle profile II questionnaire

دهنده سلامت و زیر شاخه‌های آن بود. میزان الفای کرونباخ پرسش‌نامه فوق در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۱ بود.

پرسش‌نامه نیازهای بنیادین روانشناختی[1]. پرسش‌نامه نیازهای بنیادی روان‌شناختی روا توسط لاگاردیا و همکاران (۲۰۰۰) به منظور سنجش نیازهای بنیادی روان‌شناختی طراحی و تدوین شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ سؤال می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت با سؤالاتی مانند (احساس می‌کنم برای تصمیم در خصوص این‌که چطور می‌خواهم زندگی را بگذرانم آزاد هستم) به سنجش نیازهای بنیادی روان‌شناختی می‌پردازد و شامل مولفه‌های خودمختاری، شایستگی و ارتباط است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به شکل لیکرت ۵ درجه‌ای است. کسب نمره بالاتر در هر مؤلفه به معنای بالاتربودن سطح آن نیاز در فرد است. گارسیا و همکاران (۲۰۰۰) ضرایب پایایی حاصل از اجرای آن روی پدر، مادر، دوستان و شریک رمانتیک را به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در ایران، این مقیاس در نمونه‌های مدیران و دانشجویان ایرانی اجرا شده و از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. ضرایب پایایی حاصل از اجرای آن روی مادر، پدر، شریک رمانتیک و دوستان شرکت‌کنندگان به ترتیب ۹۲٪، ۹۲٪، ۹۲٪ و ۹۲ گزارش شده است (قربانی و واتسون، ۲۰۰۴). در پژوهش دیگری آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه بین ۷۴٪ تا ۷۹٪ در نوسان است (صالحی و همکاران، ۱۳۹۲). میزان الفای کرونباخ پرسش‌نامه فوق در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۸ بود.

پرسش‌نامه تاب‌آوری[2]. پرسش‌نامه تاب‌آوری را کارنر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. مولفه‌های این پرسش‌نامه شامل ۱- تصور از شایستگی فردی، ۲- پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، ۳- اعتماد به غرایز فردی/تحمل عاطفه منفی، ۴- کنترل و ۵-تأثیرات معنوی است. شیوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه نیز در یک طیف ۴ درجه‌ای قرار دارد. بنابراین طیف نمرات آزمون بین صفر تا ۱۰۰ قرار دارد. نمره کمتر از ۵۰ نشانه تاب‌آوری کمتر و نمره بیشتر از ۵۰ نشانه ی تاب‌آوری بیشتر است.کارنر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک‌فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است.: این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کارنر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. میزان الفای کرونباخ پرسش‌نامه فوق در پژوهش حاضر برابر با ۰/۹۴ بود.

روش اجرا

بعد از اخذ مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی، برای به دست آوردن اطلاعات موردنیاز پژوهشگر در ۶ نوبت به پارک‌های مناطق دهگانه شهر تبریز (بخصوص پارک هایی که زنان سالمند برای گذراندن اوقات فراغت بیشتر به آنها رجوع میکنند مانند پارک رضوان، پارک آنا و پارک بانوی مهر) مراجعه کردند و بعد از معرفی خود و بیان هدف از اجرای پژوهش برای سالمندان، تمامی راهنمایی‌های مورد نیاز برای پاسخ دادن به پرسش‌نامه‌ها ارائه شد تا سالمندان با رضایت خاطر و صادقانه در پژوهش شرکت کنند. در ادامه به آنها اطمینان خاطر داده شد که این اطلاعات نزد پژوهشگر محفوظ باقی می‌ماند و صرفا برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. سپس پرسش‌نامه‌ها در اختیار سالمندانی که واجد شرایط ملاک‌های ورود بودند قرار گرفت. هر شرکت‌کننده به طور میانگین حدود ۲۰ الی ۳۰ دقیقه برای پاسخ‌دهی وقت لازم داشت. پس از جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ها به شکل داده‌های خام جهت تجزیه و تحلیل نهایی وارد فایل اکسل شد. بعد از جمع‌آوری داده‌ها نیز تجزیه‌وتحلیل، با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و ماتریس همبستگی آن‌ها انجام پذیرفت، سپس به‌منظور بررسی روابط علی بین متغیرها از روش تحلیل مسیر استفاده شد. برای آزمون مدل نظری پژوهش از نرم‌افزار Lisrel ۸.۸ استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های پراکندگی و نتایج آزمون چولگی و کشیدگی برای بررسی نرمالیه گزارش شده است. شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد متغیرها نشانگر پراکندگی مناسب داده‌ها و شاخص‌های چولگی و کشیدگی حاکی از طبیعی بودن توزیع می‌باشند. ماتریس همبستگی مبنای تجزیه و تحلیل مدل‌های علی، بویژه تحلیل مسیر است، بنابراین قبل از پرداختن به آزمون الگوی نظری، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش همراه با ضرایب همبستگی و سطوح معنی‌داری آنها در جدول ۲ آمده است.

[1] basic psychological need satisfaction scales (BPNSS)
[2] resilience scale (CD-RISC)

جدول ۱

شاخص‌های روان‌سنجی متغیرهای مطالعه

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
اضطراب سلامت	–	۱/۵۷	۰/۸۸۷	۰/۲۹۰	-۰/۳۴۷
تاب آوری	–	۳/۵۶	۰/۸۸۴	-۰/۲۱۴	۰/۴۸۵
	سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	۲/۳۰	۱/۰۰۸	۰/۲۸۲	-۰/۲۳۰
	مسئولیت پذیری در مورد سلامت	۳/۰۵۸	۰/۷۷۲	-۰/۲۹۳	۰/۳۶۵
	ورزش	۳/۱۷	۱/۰۵۴	-۰/۲۸۰	-۰/۵۱۶
رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامتی	تغذیه	۳/۵۸	۰/۹۶۵	۰/۲۰۵	-۰/۰۷۸
	خودشکوفایی	۳/۴۱	۱/۰۰۲	-۰/۲۵۸	-۰/۳۴۴
	حمایت بین فردی	۳/۱۴	۱/۰۹۹	-۰/۱۲۶	-۰/۳۴۶
	مدیریت استرس	۳/۵۱	۱/۰۴۲	-۰/۱۹۲	-۰/۰۶۹
	خودمختاری	۳/۵۸	۰/۹۳۴	-۰/۱۵۳	۰/۲۸۸
نیازهای بنیادین روانشاختی	شایستگی	۳/۱۰	۱/۲۵۶	-۰/۲۵۳	-۰/۱۸۲
	ارتباط	۳/۲۱	۰/۹۵۸	-۰/۲۰۰	۰/۱۱۵

شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد متغیرها نشانگر پراکندگی مناسب داده‌ها و شاخص‌های چولگی و کشیدگی حاکی از طبیعی بودن توزیع می‌باشند. ماتریس همبستگی مبنای تجزیه و تحلیل مدل‌های علی، خصوصاً تحلیل مسیر است، لذا قبل از پرداختن به آزمون الگوی نظری، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش همراه با ضرایب همبستگی و سطوح معنی‌داری آنها در جدول ۲ ارائه می‌شود تا رابطه بین متغیرها مورد بررسی قرار گیرد.

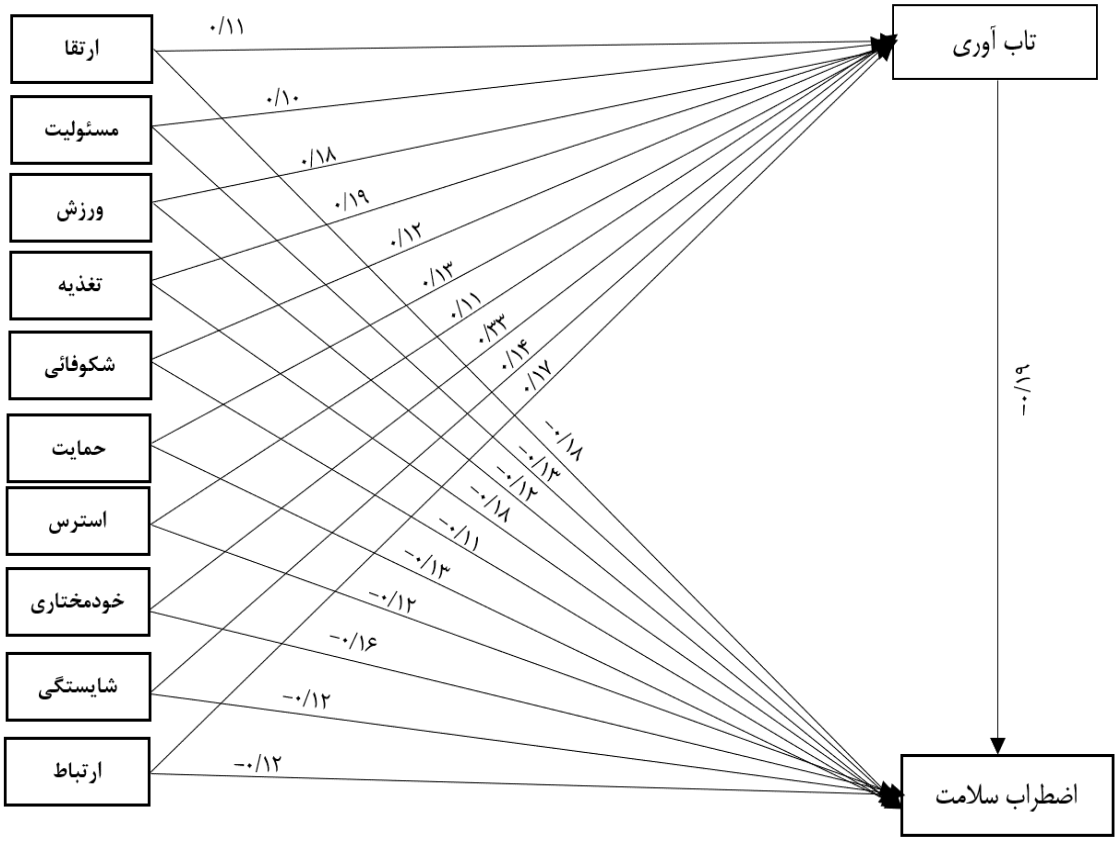
جدول ۲

ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
اضطراب سلامت	۱											
تاب‌آوری	-۰/۱۹*	۱										
سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	-۰/۱۸*	۰/۱۶*	۱									
مسئولیت پذیری در مورد سلامت	-۰/۱۲*	۰/۱۵*	۰/۲۸*	۱								
ورزش	-۰/۱۳	۰/۲۶	۰/۲۸*	۰/۳۱*	۱							
تغذیه	-۰/۱۴	۰/۱۸	۰/۳۰*	۰/۱۸*	۰/۱۴*	۱						
خودشکوفایی	-۰/۱۳	۰/۱۵*	۰/۲۳*	۰/۱۶*	۰/۲۱*	۰/۵۵*	۱					
حمایت بین فردی	-۰/۱۴	۰/۳۳	۰/۲۷*	۰/۲۸*	۰/۳۱*	۰/۳۴*	۰/۴۲*	۱				
مدیریت استرس	-۰/۱۰*	۰/۱۷	۰/۲۳*	۰/۱۳*	۰/۲۲*	۰/۲۱*	۰/۱۷*	۰/۳۸*	۱			
خودمختاری	۰/۲۴	۰/۳۷*	۰/۲۲*	۰/۱۰*	۰/۲۹*	۰/۲۶*	۰/۳۵*	۰/۳۹*	۰/۲۹*	۱		
شایستگی	-۰/۲۸	۰/۲۳*	۰/۳۰*	۰/۱۶*	۰/۲۲*	۰/۱۲	۰/۱۸*	۰/۳۴*	۰/۳۲*	۰/۲۸*	۱	
ارتباط	-۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۱۹	۰/۱۵	۰/۱۹*	۰/۱۲	۰/۱۵	۰/۱۹	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۴	۱

*P<۰/۰۱

با توجه به جدول شماره ۲ رابطه بین مؤلفه‌های نیازهای بنیادین روانشاختی، مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامتی و تاب‌آوری اضطراب با سلامت سالمندان در سطح ۰/۰۱ معکوس و معنی دار است. شکل ۱ مدل آزمون پژوهش را در حالت استاندارد نمایش می دهد. همچنین در جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل آزمون شده



شکل ۲. مدل نهایی رابطه نیازهای بنیادین روان‌شناختی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت با اضطراب سلامت از طریق تاب‌آوری

گزارش شده‌اند که با توجه به معیارهایی که گیفن و همکاران (۲۰۰۰) مطرح نموده‌اند، مدل آزمون شده کل برازش مناسبی با داده‌های گردآوری شده دارد. جدول ۳ شاخص‌های برازش مرتبط با این مدل را نشان می‌دهد.

جدول۳

شاخص‌های برازش کلی مدل آزمون شده پژوهش حاضر

شاخص	X^2	df	X2/df	CFI	GFI	AGFI	RMSEA
پژوهش حاضر	۱۹۶۲۳/۳۶	۹۰۱۲	۲.۱۷	۰/۹۲	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۰۶۳
حد قابل پذیرش	معنی دار نباشد	–	کمتر از ۳	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۸۰	کمتر از ۰/۰۸

در جدول ۴ ضرایب مسیر بین متغیرها و آماره t مربوط به هر مسیر و سطح معنی داری مسیرها گزارش شده اند. با توجه به شکل ۱ و جدول ۴ اثر مستقیم متغیرها شامل مؤلفه‌های نیازهای بنیادین روانشناختی، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تاب‌آوری بر اضطراب سلامت زنان سالمند در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می‌باشد. همچنین با توجه به شکل ۱ و جدول ۴ اثر مستقیم متغیرها شامل مؤلفه‌های نیازهای بنیادین روانشناختی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر تاب‌آوری در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می‌باشد. یکی از ویژگی‌های روش تحلیل مسیر، برآورد اثرات غیر مستقیم متغیرها بر یکدیگر است. معناداری اثرات غیر مستقیم با استفاده از آزمون سوبل به دست آمده است. این ویژگی به پژوهشگران این امکان را می‌دهد تا نقش میانجی متغیرها را در مدل مورد بررسی قرار دهند. با توجه به جدول۴ و شکل ۱، اثر غیرمستقیم متغیرهای ورزش، تغذیه، خودمختاری، شایستگی و ارتباط از طریق نقش میانجی تاب‌آوری بر متغیر اضطراب سلامت در سطح ۰/۰۰۱ درصد تأیید هستند. بنابراین تاب‌آوری نقش واسطه‌ای در ارتباط متغیرهای نامبرده با اضطراب سلامت دارد.

جدول ٤

بررسی رابطه‌های دوتایی متغیرهای مطالعه و آزمون سوبل جهت بررسی نقش میانجی تاب‌آوری

رابطه	برآوردهای استاندارد	آماره t	آزمون سوبل	آماره P
ارتقا ← اضطراب سلامت	-۰/۱۸	-۲/۳۷	-	۰/۰۰۱
مسئولیت ← اضطراب سلامت	-۰/۱۳	۲/۳۳	-	۰/۰۰۱
ورزش ← اضطراب سلامت	-۰/۱۲	-۳/۲۸	-	۰/۰۰۱
تغذیه ← اضطراب سلامت	-۰/۱۸	-۳/۱۵	-	۰/۰۰۱
شکوفایی ← اضطراب سلامت	-۰/۱۱	۲/۱۶	-	۰/۰۰۱
حمایت ← اضطراب سلامت	-۰/۱۳	۲/۵۱	-	۰/۰۰۱
استرس ← اضطراب سلامت	-۰/۱۲	۳/۴۱	-	۰/۰۰۱
خودمختاری ← اضطراب سلامت	-۰/۱۶	-۲/۲۹	-	۰/۰۰۱
شایستگی ← اضطراب سلامت	-۰/۱۲	-۲/۸۴	-	۰/۰۰۱
ارتبط ← اضطراب سلامت	-۰/۱۲	-۴/۳۲	-	۰/۰۰۱
تاب‌آوری← اضطراب سلامت	-۰/۱۹	-۲/۸۹	-	۰/۰۰۱
ارتقا ← تاب‌آوری	۰/۱۱	۲/۱۷	-	۰/۰۰۱
مسئولیت ← تاب‌آوری	۰/۱۰	۳/۳۷	-	۰/۰۰۱
ورزش ← تاب‌آوری	۰/۱۸	۳/۵۳	-	۰/۰۰۱
تغذیه ← تاب‌آوری	۰/۱۹	۳/۴۳	-	۰/۰۰۱
تاب‌آوری←شکوفایی	۰/۱۲	۲/۲۸	-	۰/۰۰۱
حمایت ← تاب‌آوری	۰/۱۳	۲/۶۱	-	۰/۰۰۱
استرس ← تاب‌آوری	۰/۱۱	۲/۱۱	-	۰/۰۰۱
تاب‌آوری←خودمختاری	۰/۳۳	۵/۶۸	-	۰/۰۰۱
شایستگی ← تاب‌آوری	۰/۱۴	۴/۱۰	-	۰/۰۰۱
ارتبط ← تاب‌آوری	۰/۱۷	۴/۵۰	-	۰/۰۰۱
ارتقا ← تاب‌آوری ← اضطراب سلامت	-	-	۱/۶۴	۰/۰۰۱
مسئولیت ← تاب‌آوری ← اضطراب سلامت	-	-	۱/۲۶	۰/۰۰۱
ورزش ← تاب‌آوری ← اضطراب سلامت	-	-	۲/۱۵	۰/۰۰۱
تغذیه ← تاب‌آوری ← اضطراب سلامت	-	-	۲/۰۳	۰/۰۰۱
شکوفایی ← تاب‌آوری ← اضطراب سلامت	-	-	۱/۶۰	۰/۰۰۱
حمایت ← تاب‌آوری ← اضطراب سلامت	-	-	۱/۸۴	۰/۰۰۱
استرس ← تاب‌آوری ← اضطراب سلامت	-	-	۱/۷۰	۰/۰۰۱
خودمختاری ← تاب‌آوری ← اضطراب سلامت	-	-	۲/۴۲	۰/۰۰۱
شایستگی ← تاب‌آوری ← اضطراب سلامت	-	-	۲/۰۰	۰/۰۰۱
ارتبط ← تاب‌آوری ← اضطراب سلامت	-	-	۲/۱۰	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اضطراب سلامت سالمندان بر اساس نیازهای بنیادین روان‌شناختی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی با نقش میانجی تاب‌آوری انجام شد. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که نیازهای بنیادین روان‌شناختی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) بر اضطراب سلامت زنان سالمند اثر مستقیم دارد، رفتارهای ارتقادهنده سلامت (تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی و رشد معنوی) بر اضطراب سلامت زنان سالمند اثر مستقیم دارد، تاب‌آوری بر اضطراب سلامت

زنان سالمند اثر مستقیم دارد و همچنین نیازهای بنیادین روان‌شناختی از طریق تاب‌آوری بر اضطراب سلامت زنان سالمند اثر غیرمستقیم دارد و رفتارهای ارتقادهنده سلامت از طریق تاب‌آوری بر اضطراب سلامت زنان سالمند اثر غیرمستقیم دارد.

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه نیازهای بنیادین (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) با اضطراب سلامت زنان سالمند رابطه منفی دارد تأیید شدکه این یافته با نتایج پژوهش فیرور و همکاران (۱۳۹۹)، مقدم و همکاران (۱۳۹۸)، انتونس و همکاران (۲۰۲۰)، روبیو و همکاران (۲۰۲۳) و لی و همکاران(۲۰۱۷) همسو و با نتیجه پژوهش نگ و همکاران (۲۰۱۲) ناهمسو است. در تبیین نتایج باید گفت که بالا رفتن سن می‌تواند منجر به کاهش عملکرد در اکثر زمینه‌های زندگی شده و این کاهش عملکرد باعث کاهش تأثیرگذاری فرد بر محیط و دیگران می‌شود که این خود منجر به ناکامی نیاز خودمختاری، شایستگی و ارتباط می‌گردد. از طرفی کهولت سن همراه است با بروز علائم فیزیکی و شناختی مرتبط به کاهش سلامتی که سالمندان در صورت تعبیر نادرست این علائم میتوانند اضطراب سلامت را تجربه کنند.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه رفتارهای ارتقادهنده سلامت (تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی و رشد معنوی) با اضطراب سلامت زنان سالمند رابطه منفی دارد، تأیید شد که این یافته با نتایج فریور و همکاران (۱۳۹۹)،خدامرادی و همکاران (۱۳۹۷)، آزادی و همکاران (۱۳۹۵)، عطادخت و همکاران(۱۳۹۷)، نوروزی نیا و همکاران (۱۳۹۲) و فانگ و مشتاکیو (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت هرچه که میزان رفتارهای ارتقادهنده سلامت در فرد بیشتر باشد میزان اضطراب سلامتی در او کمتر است (کلی و همکاران، ۲۰۲۰). در همین راستا نظریه شناختی بیان می‌دارد که اضطراب، نتیجه افکار و عقاید اشتباه، غیرمنطقی و اغراق‌آمیز در مورد خطرات موجود است (ویتورینو و همکاران، ۲۰۱۸). از طرفی، رفتارهای ارتقادهنده سلامت هر نوع برنامه‌ریزی و عملکرد آگاهانه است که با هدف پیشگیری از بیماری، بهبود سلامتی انجام می‌شود و افراد را وادار می‌کند در رفتارهای سلامتی که به سمت ارتقا سلامت و بهبود کیفیت زندگی تمایل پیدا کنند. در واقع رفتارهای ارتقادهنده سلامت عامل مقابله‌ای مهم در پیشگیری از اضطراب است (فریور و همکاران، ۱۳۹۹).

فرضیه سوم این مطالعه مبنی بر اینکه تاب‌آوری با اضطراب سلامت زنان سالمند رابطه منفی دارد تأیید شد که این یافته با نتایج پژوهش‌های مقدم و همکاران(۱۳۹۸)،تیموری و همکاران (۱۴۰۲)،ازلم و همکاران(۲۰۲۰) و خیائو و همکاران(۲۰۲۲) همسو است. در تبیین نتایج باید گفت که افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند سعی می‌کنند رویدادهای استرس‌زا را بپذیرند و به لحاظ روان‌شناختی در مقابل افرادی که تاب‌آوری پایینی دارند، پرتحمل و بردبار هستند. ازآنجایی‌که تاب‌آوری منجر به افزایش سرسختی می‌شود (اعظمی و همکاران، ۱۴۰۱)، سالمندان در مواجه با پیامدهای منفی پیری شکیبایی بیشتری از خود نشان می‌دهند و می‌توان گفت تاب‌آوری بالا سبب کاهش اضطراب در ایشان می‌شود (بهشتی، ضرغام حاجبی، ۱۳۹۷).

فرضیه چهارم این مطالعه مبنی بر اینکه تاب‌آوری در رابطه بین اضطراب سلامتی با نیازهای بنیادین روان‌شناسی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی نقش میانجی دارد تأیید شد و این یافته با نتایج پژوهش‌های پاک پور و همکاران (۱۴۰۰)، نیوفید و مالین(۲۰۱۹)،لیو و هوانگ(۲۰۲۱)، پرنا و همکاران(۲۰۱۲)،علاقبند و همکاران(۲۰۲۰) و دسوزا و همکاران(۲۰۱۹) همسو است.در تبیین نتایج باید گفت که ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی می‌تواند نقش بسزایی در تاب‌آوری داشته باشد، زیرا رفع این نیازها شرایط لازم برای رشد، ثبات و بهزیستی را فراهم می‌کند (نعیمی، ۲۰۱۸) در واقع افرادی که در انجام اعمال خود احساس خودمختاری می‌کنند، شایستگی بیشتری دارند و این احساس شایستگی، تاب‌آوری آنها را افزایش می‌دهد در واقع ارضا این نیاها منجر به سازگارتر شدن سالمندان در مواجه با پیامدهای پیری می‌شود. تنهایی، ازدست‌دادن همسر، افزایش بیماری‌های مزمن، عدم حمایت خانوادگی/اجتماعی و عدم استقلال مالی، بازنشستگی از پیامدهای سالمندی است که تأثیر بسیار منفی بر سلامت جسمی و روانی سالمندان می‌گذارد. مطالعات نشان داده‌اند که علائم روان‌شناختی با افزایش سن، از جمله افسردگی، اضطراب، جسمی‌سازی و اختلالات وسواسی-جبری افزایش می‌یابد (زیس و همکاران، ۲۰۱۷). این مشکلات روانی احساس شادکامی را کاهش داده و سلامت روان را تهدید می‌کند (محمودی و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین تغییرات بیولوژیکی، فیزیکی و

روانی اجتماعی که در طول فرایند پیری رخ می‌دهد می‌تواند بر سلامت روان و شادکامی در سالمندی تأثیر منفی بگذارد (می‌نامی و همکاران، ۲۰۱۵). باتوجه به مشکلات گفته شده و مشکلات جسمی ناشی از تغییرات بیولوژیکی در دوران سالمندی، اضطراب سلامت دغدغه بسیار مهمی برای سالمندان است؛ اما تاب‌آوری سالمندان، عامل کلیدی در بهبود سلامت و کاهش مشکلات ناشی از بیماری‌های مزمن سالمندان است. تاب‌آوری، از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی فرد را با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی مواجه می‌کند. با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب به‌وجودآمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه کند (مهری آدریانی، ۱۳۹۲). تاب‌آوری با تعدیل و کم‌رنگ‌تر کردن عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی روانی افراد را تضمین می‌کند و اضطراب سلامتی در سالمندان کاهش می‌دهد. ازطرفی ورزش‌کردن، رعایت رژیم‌های غذایی و سایر فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت منجر به کاهش استرس و افزایش شکیبایی و سازگاری در افراد می‌شود. در واقع افراد با داشتن رفتارهای ارتقادهنده سلامت، دانش خود در رابطه با مسائل بهداشتی را بهبود می‌بخشند که می‌تواند با افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب مربوط به‌سلامتی مرتبط باشد. افرادی که تاب‌آور هستند تمایل به حفظ وضعیت روانی پایدار دارند. تاب‌آوری روان‌شناختی به توانایی حفظ یا بازیابی سریع وضعیت سالم پس از مواجهه با برخی ناملایمات اشاره دارد؛ اما افرادی که تاب‌آوری پایینی دارند مدام در معرض قرارگرفتن یا مواجه با رویدادهای استرس‌زا دارند (خیائو و همکاران، ۲۰۲۲) و ازآنجایی‌که سالمندان به‌خاطر پیامدهای ناشی از سالمندی در معرض اضطراب بیشتری قرار دارند، تاب‌آوری کمک می‌کند تا اضطراب سلامت خود را کاهش دهند (ازلم و همکاران، ۲۰۲۰).

بنابراین؛ باتوجه به افزایش جمعیت سالمند کشور و بالا بودن تعداد استرس‌هایی که دوره سالمندی با آن روبه‌رو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت روان و به‌خصوص تاب‌آوری در دوره سالمندی از اهمیت زیادی برخوردار است. داشتن درکی روشن از مفهوم تاب‌آوری و سالمندی می‌تواند کمک بزرگی در برداشتن گام‌های کارآمد در جهت خدمات بهداشتی بهتر باشد. باتوجه به کمبود اطلاعات در زمینه تاب‌آوری سالمندان، هدف این پژوهش آگاهی‌بخشی افراد جامعه در برخورد با سالمند تاب‌آور است. تاب‌آوری یک ساختار روان‌شناختی نسبتاً جدید در زمینه سالمندان است که به افراد مسن کمک می‌کند تا توانایی سازگاری مثبت در هنگام مواجهه با ناملایمات را در خود بهبود بخشد. تاب‌آوری همچنین نقش مهمی در بهبود سالمند تاب‌آور پس از گذشتن از ناملایمات و به‌دست‌آوردن سلامت جسمی و روانی بهتر در زندگی دارد؛ بنابراین به‌منظور آگاهی از نقش مؤثر تاب‌آوری روانی سالمندان در بالابردن سلامت عمومی توصیه می‌شود نتایج حاصل از پژوهش‌های پیرامون متغیرهای مذکور در اختیار مراکز سالمندان قرار گیرد. همچنین برطرف نمودن نیازهای بنیادین روانی در سالمندان نقش اساسی در کاهش اضطراب سلامتی دارد؛ لذا با آزمون‌های دوران سالمندی، بالابردن امنیت سلامتی و توجه به نیازهای آنان می‌توان اضطراب را کاهش داد. در نهایت مراکز اطلاعات حرفه‌ای آموزش بزرگسالان در مراکز سالمندان ایجاد شده و مدیران از پژوهش‌های مؤثر سازمانی آگاهی یابند تا از این راه دریچه‌ای برای افزایش سلامت حال سالمندان باز شود.

از محدودیت‌های این پژوهش باید به این نکته اشاره کرد که پژوهش حاضر تنها بر روی سالمندان زن به انجام رسید و به همین خاطر تعمیم‌پذیری نتایج به گروه سالمندان مرد با دشواری همراه خواهد بود؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این پژوهش بر روی گروه سالمندان مرد نیز اجرا بشود. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر اضطراب سلامتی را بررسی می‌کرد بهتر بود از ابزار خودگزارش دهی هم جهت تشخیص ابتدایی این نوع اضطراب کنار پرسش‌نامه استفاده شود؛ اما به علت محدودیت زمانی چنین امکانی برای پژوهشگر فراهم نبود و از همین رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جهت بالابردن روایی ابزار در چنین پژوهش‌هایی در آینده از ابزار خودگزارش دهی مانند مصاحبه نیز استفاده شود.

سپاس‌گزاری

نگارندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام سالمندان حاضر در این پژوهش، سپاس‌گزاری نمایند.

منابع

آزادی، آ.، تقی نژاد، ح.، عزیزی، م.، محمودی، ی.، و جمال الدین، ه. (۱۳۹۵). بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر ایلام و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۴. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*، ۲(۱)، ۲۹-۳۷.

اعظمی.، ی و نبی فارسی، ف. (۱۴۰۱). مقایسه تاب آوری، سلامت روان و میزان اضطراب سلامت در کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا و غیرکرونا بیمارستان‌های نیروی زمینی ارتش تهران سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱. *پرستار و پزشک در رزم*، ۱۰(۳۶)، ۷۸-۸۷.

امیدوار، ع.، غریب زاده، ر.، و عزیزی نژاد، ب. (۱۴۰۰). مقایسه تاب آوری، سخت رویی، پیشرفت تحصیلی و اهمالکاری تحصیلی در دانش آموزان با و بدون ناتوانی‌های یادگیری. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۲۱(۱)، ۹۱-۱۰۲.

بشارت، م.،جعفری، ف.، و غلامعلی لواسانی، م. (۱۴۰۰). پیش بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی بر اساس ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی. *رویش روان شناسی*، ۱۰(۱)، ۳۴-۲۵.

بهشتی، ا.، و ضرغام حاجبی، م. (۱۳۹۷). رابطه تاب‌آوری و عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۲۰(۳)، ۳۴۱- ۳۳۱.

پاک پور، و.، صادقی، ر.، سلیمی، ص.، سربخش، پ.، و ملک میرزایی، ا. (۱۴۰۰). نقش پیشگویی‌کنندگی تاب‌آوری و خود ارزشمندی در رفتارهای ارتقادهنده سلامت سالمندان. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹(۶)، ۴۷۰-۴۸۲.

تیموری یگانه، ل. (۱۴۰۱). مدل یابی علی رابطه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران. *سلامت و بهداشت*، ۱۳(۳)، ۴۵۳-۵۵۱.

جعفری ندرآبادی، م.، باقری، ف.، و قربان جهرمی، ر. (۱۴۰۲). ارائه الگویی برای سبک زندگی تحصیلی سلامت محور: اثر نیازهای بنیادین روانشناختی با نقش میانجی عزت نفس. *دوماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۶(۳)، ۳۰۲-۳۱۱.

خدامرادی، ع.، حسنی پور، س.، دریابیگی خطبه سرا، ر.، و احمدی، ب. (۱۳۹۷). بررسی روند سالمندی و لزوم برنامه ریزی خدمات سلامت برای سالمندان: یک مطالعه مروری. *مجله علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۶(۳)، ۸۱-۹۵.

شاهی صنوبری.، عالی، ش.، و شیدعنبرانی، ب (۱۴۰۱). رابطه نیازهای بنیادین روانشناختی با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت: نقش تعدیل‌کننده جنسیت. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۶(۳)، ۱۸-۱۰.

شمس الدینی لری، ع.، پورمحمدی، ک.، کشتکاران، و.، احمدی کشکولی، ص.، و پور احمدی، م. (۱۳۹۴). بررسی سطح سبک زندگی سالمندان شهر شیراز. *پژوهش‌های سلامت محور*، ۱(۱)، ۸۴-۷۵.

صالحی، ه.، قمرانی، ا.، و صالحی، ز. (۱۳۹۲). رابطه نیازهای بنیادی روانشناختی و سلامت روان جانبازان، *مجله علمی پژوهشی طب جانباز*، ۶(۲۲)، ۹-۱.

صمدیان، ف.، و گروسی، س. (۱۳۹۳). بررسی رابطه نگرش ها، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان (مورد مطالعه: سالمندان ساکن شهر کرمان. *علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱۱(۲)،۲۰۶- ۱۸۹.

عطادخت، ا.، رحیمی، س.، و ولی نژاد، س. (۱۳۹۷). نقش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۴(۲)، ۱۶۰- ۱۵۴.

علاقبند، ل.، شریفی، ح.، فرزاد، و.، و آقایوسفی، ع. (۱۳۹۹). پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس سواد عاطفی، سبک‌های مقابله‌ای، کیفیت زندگی، هیجان خواهی با میانجی‌گری تاب آوری. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۰)، ۷۳۳-۷۴۳.

علی زاده فرد، س.، و صفاری نیا، م. (۱۳۹۸). پیش بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا. *پژوهش‌های روان شناسی اجتماعی*، ۳۶، ۱۲۹-۱۴۱.

غریب زاده، ر.، و معینی کیا، م. (۱۳۹۶). رابطه تاب‌آوری و سخت رویی با پیشرفت تحصیلی دانشجویان با نقش میانجی‌گری شادکامی دانشجویان. *فصلنامه رهبری و مدیریت آموزشی*، ۱۱(۱)، ۹۱- ۸۱.

فریور، م.، عزیزی آرام، س.، و بشرپور، س (۱۳۹۹). نقش رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و باورهای بهداشتی در پیش‌بینی اضطراب بیماری کرونا (کووید-۱۹) در پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۹(۴)، ۱۰-۱.

محمدی زیدی، ع.، پاکپور حاجی آقا، ا.، و محمدی زیدی، ب. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱(۱)، ۱۱۳-۱۰۳.

مهری آذریانی، م.، مجدی نسب، ن.، و شرف الدین زاده، ن. (۱۳۹۲). رابطه افسردگی و استرس با کیفیت زندگی بیماران آلزایمر. *نشریه علمی روانشناسی اجتماعی*، ۱(۲۷)، ۵۳-۴۳.

نادری باغبانان، ل.، و پرندین، ش. (۱۴۰۱). پیش بینی آسیب پذیری در برابر استرس بر اساس صفات شخصیت، منبع کنترل، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری سالمندان مقیم در

خانه سالمندان شهر کرمانشاه. *فصلنامه تحقیقات روانشناختی*، ۱۴(۴۱)، ۷۱-۹۵.

نرگسی، ف. (۱۳۹۰). *مقایسه باورهای ناکارامد، ویژگی های شخصیتی و سابقه ابتلا به بیماری وخیم در معلمان مقطع ابتدایی دارا و فاقد اضطراب سلامتی در شهرستان اندیمشک*. پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران، اهواز.

نعمتی، ف.، گلستانه، م.، جوکار، م. (۱۴۰۱). رابطه‌ی بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی با تاب‌آوری از طریق نقش میانجی‌گری خودکارآمدی در مهارت‌های زندگی در دوره‌ی نوجوانی. *روانشناسی معاصر*، ۲(۱۶)، ۷۲-۵۹.

نودهی مقدم، ا.، رشید، ن.، حسینی اجداد نیاکی، ج.، و حسین زاده، س. (۱۳۹۸). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر مشهد. مجله *سالمندی ایران*، ۱۴(۳)، ۳۱۰-۳۱۹.

نوروزی نیا، ر.، آقابراری، م.، کهن، م.، و کریمی، م. (۱۳۹۲). بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و همبستگی آن با میزان اضطراب و برخی مشخصات جمعیت شناسی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی البرز. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۲(۴)، ۴۹-۳۸.

مؤمنی، خ.، امانی، ر.، جانجانی، پ.، مجذوبی، م. ر.، و هادیان همدانی، ک.، (۱۴۰۰). رابطه سبک‌های دلبستگی و عواطف مثبت و منفی در سالمندان: نقش میانجی سبک‌های خاطره‌پردازی. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۴)، ۴۲۲-۴۰۷.

References

Aalto, A. M., Heijmans, M., Weinman, J., & Aro, A. R. (2005). Illness perceptions in coronary heart disease: Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *Journal of psychosomatic research*, *58*(5), 393-402.

Aazami, Y., Nabi-Farsi, F. (2021). Comparison of resilience, mental health and the amount of health anxiety in the Treatment staff working in the corona and non-corona departments of Tehran army ground forces hospitals in 2021-2022. *Nurse and Physician Within War, 10*(36), 78- 87. [Persian].

Alaghband, L., sharifi, H P., farzad, V., Sghayousefi, A. (2020). Predicting emotional divorce based on emotional literacy, coping styles, quality of life, resilience mediation. *Journal of Psychological Science*, *19*(90), 733-743. [Persian]

Alizadeh Fard, S., Saffarinia, M. (2020). The prediction of mental health based on the anxiety and the social cohesion that caused by Coronavirus. *Social Psychology Research, 9*(36), 129-141. [Persian]

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

Antunes, R., Frontini, R., Amaro, N., Salvador, R., Matos, R., Morouço, P., & Rebelo-Gonçalves, R. (2020). Exploring lifestyle habits, physical activity, anxiety and basic psychological needs in a sample of Portuguese adults during COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, *17*(12), 4360.

Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of anxiety disorders*, *71*, 102211.

Atadokht, A., Rahimi, S., & Valinejad, S. (2018). The Role of Health Promoting Lifestyle and Religious Orientation in Predicting Quality of Life and Death Anxiety in Elders. *Aging Psychology, 4*(2), 143-154 .[Persian]

Azadi, A., Taghinejad, H., Azizi, M. Mahmoudi, Y., Jamaluddin, H. (2016). Scrutiny the quality-of-life elderly in Ilam and its related factors in 2015. Scientific Journal of Nursing, *Midwifery and Paramedical Faculty*, *2*(1), 29-37. [Persian]

Baladi Mousavi, S. The situation of the elderly in Iran. Statistical Centre of Iran 2017 [cited 2020 April]. Available from: https://www.amar.org.ir/ news/ID/5241.

Beheshti, E., Zarqam Hajabi, M. (2022). The Relationship between Resiliency and Practice of Religious Beliefs with Anxiety and Depression among Soldiers. *Journal of Military Medicine, 20*(3), 333-341. [Persian]

Besharat, M A., Jafari, F., Gholam Ali Lavasani, M. (2021). Predicting symptoms of anxiety and depression based on satisfying basic psychological needs. *Rooyesh, 10*(1),25-34. [Persian]

Ghorbani, N., & Watson, P. J. (2004). Two facets of self-knowledge, the five-factor model, and promotions among Iranian managers. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *32*(8), 769-776.

Guardia, G. J. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). Within person variation in security of attachment: A self-theory perspective on attachment, Need Fulfillment and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 367-384.

Hoshi N, Kjodabakhshi Kolaei A, Falsafinejad M. (2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Counseling on Sleep Quality and Rumination in Older People. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, *2*(1), 35-51.

Jafary Nadrabady, M., Bagheri, F., Ghorban Jahromi, R. (2023). Providing a Model for a Health-Oriented Academic Lifestyle: The Effect of Basic Psychological Needs on the Mediating Role of Self-Esteem. *Education Strategies in Medical Sciences (ESMS),16*(3),302-311. [Persian]

Kelly, D. L., Yang, G. S., Starkweather, A. R., Siangphoe, U., Alexander-Delpech, P., & Lyon, D. E. (2020). Relationships among fatigue, anxiety, depression, and pain and health-promoting lifestyle behaviors in women with early-stage breast cancer. *Cancer nursing*, *43*(2), 134-146.

Khodamoradi, A., Hassanipour, S., Daryabeigi Khotbesara, R., Ahmadi, B. (2018). The trend of population aging and planning of health services for the elderly: A review study. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 6(3), 81-95. [Persian].

Kızılkurt, O. K., Yılmaz, A., Noyan, C. O., & Dilbaz, N. (2021). Health anxiety during the early phases of COVID-19 pandemic in Turkey and its relationship with postpandemic attitudes, hopelessness, and psychological resilience. *Perspect. Psychiatr. Care*, *57*, 399-407.

La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, *79*(3), 367.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, *18*(2),76-82.

Dantas, E. H. M., Figueira, O. A., Figueira, A. A., Höekelmann, A., Vale, R. G. D. S., Figueira, J. A., & Figueira, H. A. (2023). The association between physical activity and anxiety in aging: a comparative analysis. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 15, p. 2164). MDPI.

De Souza, I. M. B., Sakaguchi, T. F., Yuan, S. L. K., Matsutani, L. A., do Espírito-Santo, A. D. S., Pereira, C. A. D. B., & Marques, A. P. (2019). Prevalence of low back pain in the elderly population: a systematic review. *Clinics*, *74*.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The" what" and" why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, *11*(4), 227-268.

El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Thibodeau, M. A., Asmundson, G. J. G., & Sareen, J. (2013). Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1096-1105.

Fang, S., & Mushtaque, I. (2024). The Moderating Role of Health Literacy and Health Promoting Behavior in the Relationship Among Health Anxiety, Emotional Regulation, and Cyberchondria. *Psychology Research and Behavior Management*,51-62.

Farivar, M., Aziziaram, S., Basharpoor, S. (2020). The Role of Health Promoting Behaviors and Health Beliefs in Predicting of Corona Anxiety (COVID-19) among Nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management, 9*(4), 1-10. [Persian]

Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research*, *61*(2), 213-219.

Gharibzadeh, R., Moini Kia, M. (2017). Resilience and hardiness relationship with students' academic progress with the mediating role of students' happiness. *Educational Leadership and Management Quarterly, 11*(1), 81-91. [Persian]

Li, C., Ivarsson, A., Lam, L. T., & Sun, J. (2019). Basic psychological needs satisfaction and frustration, stress, and sports injury among university athletes: a four-wave prospective survey. *Frontiers in psychology*, *10*, 665.

Liu, X. Q., Guo, Y. X., & Xu, Y. (2023). Risk factors and digital interventions for anxiety disorders in college students: Stakeholder perspectives. *World Journal of Clinical Cases*, *11*(7), 1442.

Liu, Y., & Huang, X. (2021). Effects of basic psychological needs on resilience: A human agency model. *Frontiers in psychology*, *12*, 700035.

M, L. Chang, H. Liu, Y. Hsieh, L. Lo, L. Lin, M. Lu, K (2013). The Relationship between Health-Promoting Behaviors and Resilience in Patients with Chronic Kidney Disease. *The Scientific World Journa*:

Martins Van Jaarsveld, G. (2020). The effects of COVID-19 among the elderly population: a case for closing the digital divide. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 1211.

Mehri Adriani, M., Magdi Nasab, N., Sharafuddin Zadeh, N. (2013). The relationship between depression and stress and the quality of life of Alzheimer's patients. *Scientific Journal of Social Psychology, 1*(27), 43-53. [Persian].

Minami, U., Nishi, M., Fukaya, T., Hasebe, M., Nonaka, K., Koike, T., & Fujiwara, Y. (2015). Effects of the change in working status on the health of older people in Japan. *PloS one*, *10*(12), e0144069.

Mohammadi Zeydi., A. Pakpour Haji Agha., A. Mohammadi Zeydi, b. (2011). Reliability and Validity of Persian Version of the HealthPromoting Lifestyle Profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 21*(1), 103-113. [Persian]

Momeni, Kh., Amani, R., Janjani, P., Majzoobi, M. R., & Hadian Hamedani, K. (2021). The Relationship between attachment styles with positive and negative affect in the elderly: The Mediating role of reminiscence styles. *Aging Psychology, 7*(4), 407-422.

Momeni, K., Amani, R., Janjani, P., Majzoobi, M. R., Forstmeier, S., & Nosrati, P. (2022). Attachment styles and happiness in the elderly: The Mediating role of reminiscence styles. *BMC Geriatrics*, *22*, Article 349. https://doi.org/10.1186/s12877-022-03053-z

Naderi Baghbanan, L., Parandin, Sh. (2022). Predicting vulnerability to stress based on personality traits, locus of control, social support and resilience of elderly residents in a nursing home in Kermanshah. Psychological Research Quarterly, 14(41), 71-95. [Persian]

Naemi, A. M. (2018). Relationship between basic psychological needs satisfaction with resilience and marital satisfaction in teachers. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, *4*(2), 78.- 83.

Nargesi, F. (2013). C*omparison of dysfunctional beliefs, personality traits and history of serious illness in primary school teachers with and without health anxiety in Andimeshk city*. Master's thesis, Shahid Chamran University, Ahvaz .[Persian]

Nemati, F., Golestane, M., Jokar, M. (2022). The relationship between basic psychological needs and resilience through the mediating role of self-efficacy in life skills during adolescence. *Contemporary Psychology, 2*(16), 59-72. [Persian].

Neufeld, A., & Malin, G. (2019). Exploring the relationship between medical student basic psychological need satisfaction, resilience, and well-being: a quantitative study. *BMC medical education*, *19*, 1-8.

Nodehi Moghadam, A., Rashid, N., Hosseini Ajdad Niaki, S J., Hosseinzadeh, S. (2019). Evaluation of Quality of Life and its Related Factors in Elderly in Mashhad in 2019. *Salmand: Iranian Journal of Ageing, 14*(3), 310-319. [Persian]

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Kohan, M., Karimi, M. (2013). Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences. *Journal of Health Promotion Management, 2*(4), 3949. [Persian].

Omidhar, A., Gharibzadeh, R. and Azizi Nejad, b. (140). Comparison of resilience,

persistence, academic progress and academic procrastination in students with and without learning disabilities. *Journal of Exceptional Children, 21*(1), 102-91. [Persian]

Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, *62*(4), 443-449.

Pakpour, V., Sadeghi, R., Salimi, S., Sarbakhsh, P., Malek Mirzaei, E. (2021). The Predictive role of resilience and self-worth in health-promoting behaviors among the elderly. *Nursing and Midwifery Journal, 19*(6), 470-482. [Persian]

Perna, L., Mielck, A., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Holle, R., Breitfelder, A., & Ladwig, K. H. (2012). Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. *International journal of public health*, *57*, 341-349.

Rubio, I., Ángel, N. G., Silva, S., & Brito-Costa, S. (2023). Levels of Somatic Anxiety, Cognitive Anxiety, and Self-Efficacy in University Athletes from a Spanish Public University and Their Relationship with Basic Psychological Needs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(3), 2415.

Salehi, H., Qumrani, A., Salehi, Z. (2013). The relationship between basic psychological needs and mental health of veterans, *iranian journal of War and public health, 6*(22),19. [Persian]

Salkovskis P.M., & Warwick, H.M. (2000). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. *Modern Perspectives on an Ancient Malady. New York, NY: Oxford University*, *23*, 202-222.

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, *32*(5), 843-853.

Samadian, F., & Garrusi, S. (2015). The Relationship between Attitude, Social Support, and Elderly's Life of Quality (A case study of Kerman). *Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences, 11*(2), 189-206. [Persian]

Shahi Senobari, S., Aali, S., Shidanbarani, B. (2022). The Relationship between Basic Psychological Needs and Health-Promoting Lifestyle: The Gender-Modifying Role. *Islamic Life Style, 6*(3), 10-18. [Persian]

shamsadini Lori, A., pourmohamadi, K., keshtkaran, V., ahmadi kashkoli, S., pourahmadi, M R. (2015). A Survey on the Level of the Elderly Lifestyle in Shiraz. *Health_Based Research, 1*(1), 75-84. [Persian]

Teymouri Yeganeh, L. (2022). Causal Modeling of the Relationship between Health-promoting Lifestyle and Nurses' Self-efficacy and Psychological Well-being. *Journal of Health, 13*(3), 441-453. [Persian]

Tian, H. Chen, J. (2022). Study on Life Satisfaction of the Elderly Based on Healthy Aging. *Journal of Healthcare Engineering*, *1*(2), 1-10.

Tóth-Király, I., Gajdos, P., Román, N., Vass, N., & Rigó, A. (2021). The associations between orthorexia nervosa and the sociocultural attitudes: the mediating role of basic psychological needs and health anxiety. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *26*, 125-134.

Varlı, Ü., & Alankaya, N. (2022). Effect of health anxiety on disease perception and treatment compliance in elderly patients during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, *40*, 84-90.

Vitorino, L. M., Chiaradia, R., Low, G., Cruz, J. P., Pargament, K. I., Lucchetti, A. L., & Lucchetti, G. (2018). Association of spiritual/religious coping with depressive symptoms in high-and low-risk pregnant women. *Journal of clinical nursing*, *27*(3), e635-e642.

Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. *Nursing research*, *39*(5), 268-273.

World Health Organization (2013). *Health topics on elderly depression*. World Health Organization, Geneva.

Yang, G., Tian, L., Wang, Y., Li, J., Qiu, P., Rao, S., & Kuang, W. (2022). Prevalence and relative factors of health anxiety of elders in community healthcare centers. *International Psychogeriatrics*, *34*(8), 735-742.

Zhang, P., Wang, L., Zhou, Q., Dong, X., Guo, Y., Wang, P., ... & Sun, C. (2023). A network analysis of anxiety and depression symptoms in Chinese disabled elderly. *Journal of Affective Disorders*, *333*, 535-542.

Zhang, Y., Kuang, J., Xin, Z., Fang, J., Song, R., Yang, Y., ... & Wang, J. (2023). Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *110*, 104980.

Zhao, X., Yu, J., & Liu, N. (2023). Relationship between specific leisure activities and successful aging among older adults. *Journal of Exercise Science & Fitness*, *21*(1), 111-118.

Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clinical interventions in aging*, *12*, 709-720.