

Original article

Evaluating Psychological Resilience in the Urban Population of Dezful, Iran

Mohammad Shokohi^{1,2}, Hooman Etedali^{2,4}, Seyed Ahmad Mosavi^{1,2}, Hamidreza Aghababaeian^{1,2*,3*}, Aziz kasani^{1,2}, Pouya Esmaili^{2,4}, Mobina Nabizadeh^{2,4}, Bahar Hasanpour^{2,4}

1. Department of Health in Emergencies and disasters, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran
2. Center for Climate Change and Health Research (CCCHR), Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran
3. Universal Scientific Education and Research Network (USERN), Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran
4. Student Research Committee of Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

Article Info.**Received: 22- May- 2025****Accepted: 02- Jun- 2025****Abstract**

Background and Aims: Psychological resilience, the ability to cope with challenging situations, is crucial for maintaining mental health. Individuals with higher resilience are better able to prevent psychological harm during disasters and crises. This study aimed to assess the level of psychological resilience among the citizens of Dezful in 2023.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive-analytical study was conducted using multi-stage cluster sampling across various districts of Dezful Municipality, involving 1,000 participants. Data on demographics, socioeconomic status, and psychological resilience were collected using the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale. Data analysis was performed with SPSS software, utilizing the Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Bonferroni tests due to the non-normal distribution of the data.

Result: Among the 993 participants, 52.2% were male and 65.7% were married. The average socioeconomic status was classified as lower-middle (12.92 ± 3.28), and the mean resilience score was 27.22 ± 6.77 , indicating that participants fell into the second quartile. No significant association was found between resilience and socioeconomic factors ($P = 0.11$); however, a significant difference was noted among residents of the three municipal districts ($P = 0.005$). Resilience levels were higher in educated and single individuals compared to those who were married ($P = 0.001$).

Conclusion: The results reveal that the psychological resilience of citizens in Dezful is below average, influenced by education and marital status. Therefore, it is recommended to implement educational and counseling programs to enhance resilience and promote mental well-being within the community.

Keywords: Disasters, Emergencies, Psychological Resilience, Socioeconomic Status

* **Corresponding Author:** Hamidreza Aghababaeian. Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran. E-mail: hamidrezaaghababaeian@yahoo.com

How to Cite: Shokohi. M, Etedali. H, Mosavi. S.A, Aghababaeian. H, kasani. A, Esmaili. P, Nabizadeh. M, Hasanpour. B., Evaluating Psychological Resilience in the Urban Population of Dezful, Iran. *Journal of Student Research Committee Sabzevar University of Medical Sciences*, 2025;30(2): 94-105.

مقاله پژوهشی

سنجش میزان تاب‌آوری روانی شهروندان شهر دزفول در سال ۱۴۰۲

محمد شکوهی^۱، هومن اعتدالی^۲، احمد موسوی^۳، حمیدرضا آقاباباییان^{۴*}، عزیز کسانى^۵، پویا اسماعیلی^۱، مبینا نبی زاده^۱، بهار حسن پور^۱

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

۳. گروه سلامت در بلایا و فوریت ها، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

۴. گروه سلامت در بلایا و فوریت ها، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

۵. گروه سلامت در بلایا و فوریت ها، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۲

چکیده

مقدمه و اهداف: تاب‌آوری روانی به‌عنوان توانایی افراد برای مقابله با شرایط دشوار، نقش مهمی در حفظ سلامت روان دارد. در مواجهه با بلایا و سوانح، افرادی که تاب‌آوری بیشتری دارند، بهتر می‌توانند از آسیب‌های روانی پیشگیری کنند. با توجه به اهمیت این موضوع، مطالعه حاضر باهدف بررسی میزان تاب‌آوری روانی شهروندان دزفول در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی، نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای در مناطق مختلف شهرداری دزفول با مشارکت ۱۰۰۰ نفر انجام شد. داده‌های جمعیت‌شناختی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تاب‌آوری روانی افراد با استفاده از فرم ده سؤالی کانر دیویدسون جمع‌آوری گردید و سپس با نرم‌افزار SPSS و با توجه به غیرفرمال بودن داده‌ها، با استفاده از آزمون‌های من‌ویتنی، کروسکال والیس و آزمون بن فرونی مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: از ۹۹۳ مشارکت‌کننده، ۵۲٪ مذکر و ۶۵٪ متاهل بودند. میانگین وضعیت اقتصادی-اجتماعی مشارکت‌کنندگان در وضعیت متوسط رو به پایین (۳/۲۸ ± ۱۲/۹۲) بود. میانگین امتیاز تاب‌آوری در دزفول (۶۷/۷۷ ± ۲۷/۲۲) و در چارک دوم قرار داشت. تفاوت معناداری بین امتیاز تاب‌آوری و ابعاد وضعیت اقتصادی-اجتماعی وجود نداشت (P=0.11)، اما تفاوت معنی‌داری بین ساکنان مناطق سه‌گانه شهرداری مشاهده شد (P=0.005). تاب‌آوری افراد تحصیل‌کرده و مجرد نسبت به متاهل‌ها بیشتر بود (P=0.001).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که تاب‌آوری روانی مردم در سطح متوسط رو به پایین است و تحت تأثیر عواملی مانند تحصیلات و وضعیت تأهل قرار دارد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای برای افزایش تاب‌آوری روانی در میان شهروندان طراحی و اجرا گردد تا بهبود سلامت روانی جامعه تضمین شود.

کلید واژگان: بلایا، تاب‌آوری روانی، حوادث، وضعیت اقتصادی اجتماعی

نویسنده مسئول: حمیدرضا آقاباباییان، گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران،

hamidrezaaghababaeian@yahoo.com

استناد به مقاله: شکوهی محمد، اعتدال هومن، موسوی احمد، آقاباباییان حمیدرضا، کسانى عزیز، اسماعیلی پویا، نبی زاده مبینا، حسن پور بهار، سنجش میزان تاب‌آوری روانی شهروندان شهر دزفول در سال ۱۴۰۲، مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، تابستان ۱۴۰۴، دوره ۳۰، شماره ۲، صفحات: ۹۴-۱۰۵.

مقدمه

میلیارد دلار بوده که ۱۸۹/۵ میلیارد دلار (۸۱/۶٪) سهم جمعیت غیرنظامی و ۴۲/۷ میلیارد دلار (۱۸/۴٪) سهم جمعیت نظامی بود (۱۴).

ارتفاع تاب‌آوری یکی از عواملی است که می‌تواند در بهداشت روان افراد جوامع مختلف مؤثر باشد (۱۵). به فرایند پویایی که منجر به تطابق‌پذیری با شرایط نامطلوب و ناگوار می‌شود، تاب‌آوری می‌گویند (۱۶). تاب‌آوری ضمن کاهش هیجانات منفی و افزایش سلامت روان رضایت بیشتر از زندگی را در پی داشته و به عنوان منبعی در راستای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، پایداری در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده است. سلامت روان به عنوان یکی از دو رکن سلامتی، لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است. سلامت روان افراد یک جامعه، خصوصاً اقشار کلیدی و سازنده آن، لازمه رشد و اعتلای آن جامعه است. (۱۷)

کانر و دیویدسون^۲ که تاب‌آوری را در حوزه‌های اجتماعی مورد مطالعه قرار داده‌اند، بر این باورند که تاب‌آوری مفهومی تک‌بعدی صرفاً در زمینه پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط اطراف وی بوده که توانمندی وی را در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک، به چالش می‌کشد (۱۸).

شواهد نشان می‌دهد که حوادث ناگوار برای اکثر مردم اتفاق می‌افتد. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که اکثر بالغین در طول زندگی خود، در معرض حداقل یک رویداد آسیب‌زا اعم از یک حادثه تهدیدکننده زندگی، تجاوز جنسی یا فیزیکی هستند. واکنش تمام افراد به این رویدادهای آسیب‌زا مشابه نیست. اگرچه اکثر افراد پس از واقعه، دچار تشویش و سردرگمی می‌شوند اما فقط گروه کوچکی دچار PTSD می‌شوند (۱۹). با توجه به روند رو به رشد تغییرات شدید آب و هوایی و مخاطرات ناشی از آن و احتمال وقوع حوادث و صدمات ناشی از افراد تاب آور افرادی هستند که علیرغم مواجهه با استرس‌های مزمن و تنیدگی‌ها، از آثار نامطلوب

یکی از عوامل تهدیدکننده زندگی انسان‌ها در طول تاریخ، همواره سوانح و حوادث بوده که بشر همواره و در هر زمان، در تلاش بوده تا با توجه به امکاناتی که در اختیار داشته از میزان خسارات شکل گرفته ناشی از حوادث بکاهد (۱). در گذشته، صدمات، به عنوان حوادث غیرقابل‌پیش‌بینی و ناگهانی، توسط افراد قلمداد می‌شدند. در دهه‌های اخیر، با توجه به دسته‌بندی‌های مختلف انجام‌شده، صدمات از حالت غیرقابل‌پیش‌بینی بودن خارج شده و به عنوان رویدادهایی قابل‌پیشگیری قلمداد می‌شوند (۲) و یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشتی جهان محسوب شده و سالیانه بیش از ۴/۵ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۳). حوادث، دومین علت مرگ‌ومیر در کشور ایران محسوب می‌شوند (۴). بر طبق پژوهش انجام‌شده تقریباً میانگین هزینه‌ای که در کشور ایران برای خسارت ناشی از تصادف، صرف می‌شود ۹۰۲۴/۸۲ دلار است (۵). حوادث مختلفی نظیر، حوادث جاده‌ای تانکرهای حامل مواد شیمیایی (۶)، سوانح ترافیکی (۷)، خودکشی (۸) و غرق‌شدگی سالیانه کشور ایران را تحت الشعاع خود قرار می‌دهند. حوادث مذکور از طرق مختلفی نظیر آسیب به اموال، صدمات جسمی و مرگ، ناراحتی‌های روانی، آواره شدن افراد و خانواده‌ها و اختلال طولانی‌مدت در طیف وسیعی از خدماتی که جوامع بشری به آن متکی هستند، منجر به اختلال می‌شوند (۹).

اثرات نامطلوب روانی و رفتاری پس از حوادث می‌توانند به اشکال مختلفی از جمله مشکلات روانی نظیر اختلال استرس پس از سانحه^۱، افسردگی و اضطراب ظاهرشده و در ادامه منجر به عوارض قابل‌توجهی در جوامع شوند (۱۰). اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند پس از مشاهده یا تجربه یک حادثه آسیب‌زا، نظیر رویدادهای تهدیدکننده زندگی یا آسیب جنسی ایجادشده و در ادامه منجر به ناتوانی طولانی‌مدت و شکل‌گیری عوارض و مرگ‌ومیر زودرس در جوامع شود (۱۱-۱۳). در طی پژوهشی در سال ۲۰۱۸ در ایالات متحده، مشخص شد که مجموع بار اضافی اقتصادی PTSD ۲۳۲/۲

2.Davidson & Conner

1. posttraumatic stress disorder (PTSD)



سال (۶۵-۲۰) نمونه‌گیری انجام شد. در هر منطقه نمونه‌گیری به‌صورت مراجعه به درب منازل برای تکمیل پرسشنامه انجام شد.

با توجه به محاسبه حجم نمونه (۱۰۰۰ تایی) ۳۵۰ نمونه به مناطق ۱ و ۲ و همچنین ۳۰۰ نمونه به منطقه ۳ اختصاص داده شد. در هر منطقه ابتدا فهرستی از خیابان‌های اصلی آن منطقه تهیه و سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای درون هر طبقه به‌صورت تصادفی سه خوشه انتخاب گردید. درون خوشه‌ها در تمام‌روزهای هفته (شامل روزهای تعطیل) و در ساعات عصر (۱۵ تا ۲۱)، نمونه‌گیری شروع و تا زمان تکمیل حجم نمونه این کار ادامه یافت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل شهروندان ساکن شهر دزفول با ملیت ایرانی، در بازه سنی ۲۰ تا ۶۵ سال و دارای تمایل به مشارکت در پژوهش بودند. در مقابل، معیار خروج از مطالعه شامل افرادی بود مدت اقامت آن‌ها کمتر از یک سال در شهر دزفول بود. پس از کسب مجوزهای لازم و دریافت کد اخلاق (IR.DUMS.REC.1401.069) از کمیته اخلاق دانشگاه دزفول، پژوهشگر به‌طور میدانی به درب منزل شهروندان مراجعه نمود. بعد از تعیین خیابان‌های اصلی هر منطقه شهرداری که به‌طور تصادفی از بین ۳ منطقه اصلی (منطقه ۱: خیابان بهاران، فرهنگ شهر؛ منطقه ۲: خیابان قاضی، خیابان مقاومت، خیابان سلمان فارسی، خیابان کشاورز؛ منطقه ۳: کوی حافظ، آزادگان، مهرشهر) انتخاب شدند. در هر خیابان منازل به‌صورت سه زنگ در میان انتخاب می‌شد و در هر صورتی که در خانه کسی سکونت نداشت منزل همسایه جایگزین می‌شد.

در هنگام ارائه پرسشنامه به هر مشارکت‌کننده، ضمن ارائه معرفی‌نامه به تشریح اهداف مطالعه پرداخته شد و شهروندانی که رضایت جهت شرکت در مطالعه داشتند به سؤالات پاسخ دادند. پیش از پاسخگویی؛ رضایت آگاهانه از شهروندان دریافت شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

پرسشنامه اول شامل پرسش‌های وضعیت اقتصادی و اجتماعی قدرت‌نما (۱۳۹۲) شامل: سن، جنس، وضعیت

آن‌ها کاسته و سلامت روانی خود را حفظ می‌کنند. آنان دارای رفتارهای خودشکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی مقابله با شرایط ناگوار و ناخوشایند را دارند. می‌توان گفت تاب‌آوری روانی عاملی است که به افراد در سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و از آن‌ها در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌کند (۱۷). اطلاعات کمی در مورد ظرفیت بالغین برای حفظ سلامتی، عملکرد بدون علامت یا انعطاف‌پذیری به دنبال استرس درک شده پس از حادثه وجود دارد. از سوی دیگر گفته شد که افزایش میزان تاب‌آوری روانی در برابر استرس‌های زندگی موجب افزایش سطح سلامت روان افراد و همچنین کاهش بروز آسیب‌های روان‌شناختی می‌شود، از این‌رو در این مطالعه میزان تاب‌آوری روانی مردم شهرستان دزفول مورد مطالعه قرار گرفت تا در صورت لزوم برنامه‌هایی در جهت ارتقا سطح تاب‌آوری و سلامت روان مردم این شهرستان در آینده صورت بگیرد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی بود که در سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه شهروندان ساکن شهرستان دزفول بود. پس از تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و با استناد به نتایج مطالعه آقا بابائیان و همکاران در سال ۲۰۲۴ (۱۵)، میزان میانگین تاب‌آوری در شهروندان شهر دزفول $35/72 \pm 5/16$ برآورد شد، با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و مقدار خطای پذیرفته‌شده ۰/۳۲ با استفاده از فرمول زیر، حدود ۱۰۰۰ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{z_1 - \left(\frac{x}{2}\right)s^2}{d^2}$$

نحوه نمونه‌گیری به روش تصادفی چندمرحله‌ای و به این صورت که ابتدا با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای جامعه موردنظر بر اساس مناطق شهرداری به سه منطقه اصلی تقسیم‌بندی شده و سپس نمونه‌گیری از هر خوشه (از بین چند خیابان اصلی هر منطقه) و با مراجعه حضوری به درب منزل افراد در خیابان‌های اصلی هر منطقه انجام شد. از تمامی نقاط منطقه و همه گروه‌های سنی و جنسی بالای ۲۰



پرسشنامه ارزیابی تاب‌آوری کانر دیویدسون

برای ارزیابی میزان تاب‌آوری روانی شرکت‌کنندگان، از پرسشنامه استاندارد ۱۰ سؤالی تاب‌آوری کانر و دیویدسون (Connor & Davidson, 2003) استفاده شد. این ابزار با مرور مطالعات انجام‌شده در بازه زمانی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ در حوزه تاب‌آوری طراحی‌شده و نسخه کوتاه آن به‌طور گسترده در پژوهش‌های داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. در این مطالعه نیز از نسخه فارسی شده و اعتبارسنجی شده این پرسشنامه بهره گرفته شد.

پرسشنامه شامل ۱۰ گویه بوده و بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. روایی صوری و محتوایی این ابزار در مطالعه کیهانی و همکاران توسط گروهی از متخصصان تأییدشده و ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) آن برابر با ۰/۷۰ گزارش گردیده است (۲۱). نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس چارک بندی امتیازات نمونه‌ها و به شرح زیر بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. نحوه چارک بندی امتیازات پرسشنامه کانر دیویدسون (۲۲)

نحوه چارک بندی امتیازات		
چارک	درصد از جامعه	امتیازات
اول	۱ تا ۲۵ درصد	۰ تا ۲۴
دوم	۲۵ تا ۵۰ درصد	۲۴ تا ۲۸
سوم	۵۰ تا ۷۵ درصد	۲۸ تا ۳۲
چهارم	۷۵ تا ۱۰۰ درصد	بالتر از ۳۲

و برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون بن فرونی استفاده شد و در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ توصیف گردید.

یافته‌ها

از میان ۱۱۵۰ پرسشنامه توزیع‌شده در بین نمونه‌های پژوهش، درمجموع ۹۹۳ پرسشنامه تکمیل‌شده از مناطق یک، دو و سه جمع‌آوری شد، ۳۵۰ نفر از منطقه یک، ۳۵۰ نفر از منطقه ۲ و ۲۹۳ نفر نیز از منطقه ۳ در این پروژه همکاری

تأهل، شغل، تحصیل، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و غیره بود.

رای سنجش وضعیت اقتصادی-اجتماعی مشارکت‌کنندگان، از پرسشنامه استاندارد قدرت‌نما (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۲) استفاده شد. این ابزار شامل چهار مؤلفه اصلی یعنی میزان درآمد، طبقه اقتصادی، سطح تحصیلات و وضعیت مسکن است. مجموعاً این پرسشنامه از ۶ سؤال جمعیت شناختی و ۵ سؤال اصلی تشکیل‌شده است. شیوه پاسخ‌دهی به‌صورت پنج‌گزینه‌ای بوده و طیفی از «خیلی پایین» تا «خیلی بالا» را در برمی‌گیرد که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود.

روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط ۱۲ نفر از متخصصان تأییدشده و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش‌شده است (۲۰). بر اساس مجموع نمرات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی شرکت‌کنندگان در پنج سطح طبقه‌بندی می‌شود: نمره ۵ تا ۹ معادل وضعیت پایین، ۹ تا ۱۳ متوسط رو به پایین، ۱۳ تا ۱۷ متوسط، ۱۷ تا ۲۱ متوسط رو به بالا و ۲۱ تا ۲۵ نشان‌دهنده وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا است.

تجزیه تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی از میانگین، انحراف معیار و فراوانی و درصد و برای بررسی ارتباط بین تاب‌آوری و خصوصیات جمعیت شناختی و وضعیت اقتصادی اجتماعی، ابتدا آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شد، سپس برای متغیرهایی با توزیع غیر نرمال از آزمون‌های نا پارامتری من-ویتنی (برای مقایسه دو گروه مستقل) و کروسکال-وایس (برای مقایسه میان سه یا چند گروه مستقل)



کردند. در این پژوهش، میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه ۴۰/۱۴±۶۲/۲۶ سال بود. سایر اطلاعات جمعیت شناختی در جدول شماره ۲ بیان شده است (جدول شماره ۲).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی افراد مشارکت‌کننده در مناطق شهری دزفول

متغیر	طبقه‌بندی	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۵۱۸	۵۲/۲
	زن	۴۷۵	۴۷/۸
وضعیت تأهل	مجرد	۳۳۹	۳۴/۱
	متأهل	۶۵۲	۶۵/۷
	مطلقه	۲	۰/۲
	دیپلم و زیر دیپلم	۳۸۰	۳۸/۳
وضعیت تحصیلات	فوق دیپلم	۱۵۵	۱۵/۶
	کارشناسی	۲۹۴	۲۹/۶
	کارشناسی ارشد	۱۳۵	۱۳/۶
	دکترای بالاتر	۲۷	۲/۷
شغل	خانه‌دار	۲۲۵	۲۲/۷
	کارمند	۲۱۹	۲۲/۱
	دانشجو	۱۲۳	۱۲/۴
	کارگر	۵۰	۵/۰
	آزاد	۱۹۴	۱۹/۵
	بیکار	۴۷	۴/۷
سن	بازنشسته	۱۳۲	۱۳/۶
	کمتر از ۳۰ سال	۲۹۴	۲۹/۶
	۳۱ تا ۴۰ سال	۲۷۴	۲۷/۶
	۴۱ تا ۵۰ سال	۱۸۷	۱۸/۸
	۵۱ تا ۶۵ سال	۲۳۸	۲۴

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین کلی وضعیت اجتماعی اقتصادی در شهر دزفول (۱۲/۹۲±۳/۲۸) و میانگین متغیر تاب‌آوری در شهر دزفول (۲۷/۲۲±۶/۷۷) است (جدول ۳).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی وضعیت تاب‌آوری و وضعیت اجتماعی اقتصادی در شهر دزفول

نام متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
وضعیت اجتماعی اقتصادی	۱۲/۹۲	۳/۲۸	۵	۲۵
تاب‌آوری کانر دیویدسن	۲۷/۲۲	۶/۷۷	۱۰	۵۰

جهت مقایسه امتیاز تاب‌آوری در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها، امتیازات تاب‌آوری به چهار چارک تقسیم شد و به ترتیب: چارک اول جامعه امتیاز بین ۰ تا ۲۴، چارک دوم ۲۴ تا ۳۲، چارک سوم ۳۲ تا ۴۸، چارک چهارم امتیاز بالاتر از ۴۸ داشتند.



نداشت؛ اما بين وضعيت اقتصادى اجتماعى و سن ارتباط معنادارى وجود داشت ($p > 0.01$) (جدول ۴).

ميانگين امتياز تاب‌آورى در تمام گروه‌هاى سنى در چارک دوم امتيازات قرار گرفت. آزمون کروسکال واليس نشان داد بين سن و ميزان تاب‌آورى ارتباط معنادارى وجود

جدول ۴. بررسى ارتباط بين سن و ميزان تاب‌آورى و وضعيت اقتصادى اجتماعى

متغير	سن	ميانگين	انحراف استاندارد	P-value
تاب‌آورى کانر ديويديسون	کمتر از ۳۰ سال	۲۷/۹۰	۵/۸۲	۰/۱۰
	۳۱ تا ۴۰ سال	۲۷/۲۷	۶/۶۶	
	۴۱ تا ۵۰ سال	۲۷/۰۴	۶/۸۶	
	۵۱ تا ۶۵ سال	۲۶/۴۵	۷/۸۲	
وضعيت اقتصادى اجتماعى	کمتر از ۳۰ سال	۱۴/۷۶	۳/۶۶	<۰/۰۰۱
	۳۱ تا ۴۰ سال	۱۲/۳۹	۲/۹۱	
	۴۱ تا ۵۰ سال	۱۲/۱۱	۲/۹۱	
	۵۱ تا ۶۵ سال	۱۱/۸۸	۲/۴۵	

به‌صورت معنی‌دارى در مقايسه با ساير گروه‌ها بالاتر بود ($P < 0.001$).

در مناطق سه‌گانه شهردارى شهر دزفول، نتايج آزمون کروسکال واليس حاكى از آن بود كه اختلاف آمارى معنی‌دارى در ميانگين امتياز تاب‌آورى ساكنين مناطق مختلف شهردارى وجود دارد ($P < 0.001$) (جدول ۵).

نتايج جدول ۴ با استفاده از آزمون بن فرونى براى مقايسه زوجى گروه‌ها نشان مى‌دهد، اگرچه افراد کمتر از ۳۰ سال ميانگين تاب‌آورى بيشتري نسبت به ساير گروه‌ها داشتند اما اين اختلاف معنی‌دار نبود ($P = 0.10$). همچنين وضعيت اقتصادى اجتماعى در گروه سنى کمتر از ۳۰ سال

جدول ۵. ارتباط بين ميزان تاب‌آورى و وضعيت اجتماعى اقتصادى با ساكنين مناطق مختلف شهرى

نام مؤلفه	منطقه	تعداد	ميانگين	انحراف استاندارد	P-value
تاب‌آورى کانر ديويديسون	منطقه ۱	۳۵۰	۲۵/۶۲	۷/۶۴	<۰/۰۰۱
	منطقه ۲	۳۵۰	۲۶/۶۶	۷/۱۱	
	منطقه ۳	۲۹۳	۲۹/۷۹	۳/۹۷	
وضعيت اجتماعى اقتصادى	منطقه ۱	۳۵۰	۱۳/۳۷	۳/۰۴	<۰/۰۰۱
	منطقه ۲	۳۵۰	۱۲/۷۴	۳/۴۶	
	منطقه ۳	۲۹۳	۱۲/۵۹	۳/۳۱	

متوسط رو به بالا در چارک سوم امتيازات قرار دارد درحالى كه تاب‌آورى براى ميانگين امتيازات ساير طبقات اقتصادى اجتماعى در چهارک دوم قرار دارد. اگرچه نتايج آزمون کروسکال واليس نشان داد بين امتياز تاب‌آورى با ابعاد وضعيت اقتصادى اجتماعى تفاوت معنادارى وجود ندارد ($P = 0.11$).

جهت مقايسه زوجى گروه‌ها از آزمون بن فرونى استفاده شد و نتايج نشان داد تفاوت معنی‌دارى از نظر تاب‌آورى بين ساکنان منطقه ۳ با دو منطقه ديگر وجود دارد ($P = 0.005$). همچنين وضعيت اقتصادى اجتماعى در منطقه ۱ با تفاوت معنی‌دارى نسبت به دو منطقه ديگر بالاتر بود ($P = 0.001$). همان‌طور كه در جدول ۶ ديده مى‌شود ميانگين امتياز تاب‌آورى براى نمونه‌هاى داراى وضعيت اقتصادى اجتماعى



جدول ۶. مقایسه نمره تاب‌آوری کانر دیویدسون بر اساس ابعاد وضعیت اقتصادی اجتماعی

متغیر	طبقه‌بندی	میانگین	انحراف استاندارد	P-value
تاب‌آوری کانر دیویدسون	پایین	۲۶/۴۳	۷/۹۳	۰/۱۱
	متوسط به پایین	۲۶/۹۲	۶/۹۷	
	متوسط	۲۷/۷۶	۵/۸۵	
	متوسط به بالا	۲۸/۵۱	۶/۴۷	
	بالا	۲۷/۰۰	۴/۶۵	

معناداری وجود دارد که با استفاده از آزمون بن فرونی نتایج نشان داد که امتیاز میانگین تاب‌آوری در مجردها به صورت معنی‌داری بیشتر از متأهلین است.

میانگین امتیازات تاب‌آوری برای هر دو جنس در چارک دوم امتیازات قرار داشت. نتایج آزمون ویتنی نشان داد بین امتیاز تاب‌آوری با جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

پژوهشگران این مطالعه با انجام جست‌وجوهایی در منابع علمی و مطالعه کنونی، برای اولین بار به ارزیابی میزان تاب‌آوری روانی شهروندان شهر دزفول در کشور ایران پرداخته و در یک جمعیت عمومی، میزان پایه تاب‌آوری روانی ساکنان شهر دزفول در مناطق مختلف شهری را در سال ۱۴۰۲ مورد بررسی قرار داده است. نتایج این مطالعه نشان داد تاب‌آوری روانی شهروندان دزفول به طور کلی در سطح متوسط رو به پایین (چارک دوم) قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که توانایی مقابله ذهنی با ناملایمات و بازگشت به حالت طبیعی در میان مردم این شهر به طور کلی در حد متوسط رو به پایین است. این وضعیت نشان‌دهنده این است که اگر شهروندان دزفول در مواجهه با برخی ناملایمات، از جمله حوادث و بلایا (که به دلیل آسیب به افراد و خانواده‌های آن‌ها دچار آثار روانی می‌گردند)، قرار بگیرند، این شهروندان به طور کلی در برابر اثرات منفی روانی و عوامل استرس‌زای ناشی از این حوادث و بلایا به طور کمتر از حد متوسط محافظت می‌شوند و این امر می‌تواند به حفظ عملکرد کمتر از متوسط آن‌ها کمک کند (۲۳).

در ارتباط با تعیین ارتباط بین میزان تحصیلات و امتیاز تاب‌آوری و وضعیت اجتماعی اقتصادی، میانگین امتیاز تاب‌آوری برای مشارکت‌کنندگان دارای مقاطع تحصیلی کارشناسی ارشد ($28/40 \pm 5/49$) و دکترا و بالاتر ($3/68 \pm$) $30/15$ بود که در چارک سوم امتیازات قرار داشت، در حالی که میانگین امتیاز تاب‌آوری سایر مقاطع تحصیلی در چارک دوم امتیازات قرار دارد. همچنین میانگین وضعیت اجتماعی اقتصادی نیز در افراد دارای مدرک دکترا و بالاتر نسبت به سایر گروه‌ها بیشتر بود ($2/75 \pm 15/30$). نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد بین تحصیلات با امتیاز تاب‌آوری و وضعیت اقتصادی اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد ($P = 0/001$). از این رو از آزمون بن فرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها استفاده شد و نتایج نشان داد که به طور معنی‌داری میانگین‌های وضعیت اقتصادی اجتماعی و تاب‌آوری در مقاطع تحصیلی بالاتر بیشتر است ($P \geq 0/05$). همچنین میانگین امتیاز تاب‌آوری در مشاغل کارمند، دانشجو و بیکار در چارک سوم امتیازات قرار داشت در حالی که این میانگین امتیاز برای سایر مشاغل در چارک دوم قرار دارد. نتایج آزمون کروسکال والیس حاکی از این بود که این اختلاف میانگین بین امتیاز تاب‌آوری با شغل تفاوت معناداری داشت و آزمون بن فرونی نیز نشان داد که میانگین تاب‌آوری به صورت معنی‌داری در شغل کارمند و دانشجو از سایر شغل‌ها بیشتر است ($P \geq 0/01$).

میانگین امتیاز تاب‌آوری برای گروه مجرد ($6/18 \pm$) $28/10$ در چارک سوم امتیازات و برای گروه متأهل ($7/03 \pm$) $26/78$ در چارک دوم قرار داشت و نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که بین امتیاز تاب‌آوری با وضعیت تأهل تفاوت



مطالعه فرانک‌برگ و همکاران، افراد با سطح تحصیلات بالاتر با توجه به دانش بیشتر نسبت به مسائل، توانایی بالاتری در جهت مراقبت از خود پس از بلایای طبیعی نظیر سونامی از خود نشان می‌دهند و تاب‌آوری آن‌ها بیشتر است (۳۱). لذا می‌توان نتیجه گرفت که فاکتور تحصیلات می‌تواند با توجه به افزایش درک و آگاهی اشخاص در راستای مواجهه با مشکلات در افزایش تاب‌آوری افراد مؤثر باشد.

افزون بر این در این مطالعه مشخص شد شغل کارمند و دانشجو نسبت به سایر مشاغل میزان تاب‌آوری بیشتری دارد. در تائید این موضوع مطالعه Shatté و همکاران در سال ۲۰۱۷ و Smith و همکاران در سال ۲۰۱۸، نشان دادند، کارمندان با سطح تاب‌آوری بالاتر واکنش بهتری در موقعیت‌های استرس‌زا دارند و رفتار بهتری در محیط کار از خود نشان می‌دهند (۳۲، ۳۳). ضمن اینکه Pidgeon و همکاران عنوان کردند که دانشجویانی که میزان تاب‌آوری بیشتری دارند، از حمایت اجتماعی بیشتری در جامعه برخوردار شده و کمتر به مشکلات روان دچار می‌شوند (۳۴). لذا این گونه می‌توان نوشت که دانشجویان به دلیل مواجهه با چالش‌های آموزشی و افراد کارمند با توجه به برخورد با چالش‌های شغلی از تاب‌آوری بالاتری نسبت به سایرین برخوردارند.

اگرچه در این مطالعه مشخص شد که افراد مجرد دارای تاب‌آوری روانی بیشتری نسبت به افراد متأهل می‌باشند؛ اما در مطالعه‌ای که Yu-fang Guo و همکاران انجام دادند مشخص شد پرستاران متأهل تاب‌آوری بالاتری نسبت به هم‌تایان مجرد داشته و کمتر با مشکل فرسودگی شغلی مواجه خواهند شد (۳۵) همچنین مطالعه جین و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد تشکیل خانواده به‌عنوان امری بنیادین در راستای تکامل و تطبیق‌پذیری افراد در برابر مسائل زندگی تلقی می‌شود (۳۶). لذا به نظر می‌رسد در این زمینه شایسته است مطالعات بیشتری انجام شود، اگرچه تاب‌آوری یک ویژگی فردی است و به عوامل زیادی بستگی دارد و ممکن است افراد مجرد با توجه به بهره‌مندی بیشتر از دوستان و

بر اساس یافته‌های پژوهش‌های مختلف مشخص شده است که اکثر بالغین در طول عمر خود در معرض حداقل یک رویداد آسیب‌زا به‌عنوان مثال؛ مرگ عزیزان خود هستند که پس از آن ممکن است اشخاص دچار اختلال اضطراب پس از سانحه شوند (۲۴). لذا ارتقا تاب‌آوری در افراد موجب می‌شود اشخاص علیرغم مواجهه با استرس‌های مزمن از آثار نامطلوب آن‌ها بکاهند و سلامت روانی خود را حفظ کنند (۱۷). بر اساس نتایج مطالعات منتشرشده ثابت شده است که ارائه راه‌حل‌هایی نظیر مدیریت استرس، ترویج عادات سالم مانند ورزش و برگزاری جلسات توجیهی و آموزشی در قالب‌های مختلف می‌تواند تاب‌آوری میان افراد را بهبود بخشد (۲۵-۲۷). برای مثال Rui Guo و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان (نقش آموزش نظامی در بهبود تاب‌آوری روانی و کاهش افسردگی در بین دانشجویان سال اول دانشگاه) در سال ۲۰۲۱ به این نتیجه رسیدند که آموزش نظامی می‌تواند تأثیر مثبتی بر تاب‌آوری روانی داشته باشد و علائم افسردگی را در دانشجویان سال اول دانشگاه، به‌ویژه در میان دانشجویان پسر ساکن شهر کاهش دهد (۲۸). بابانتاج و همکاران ۲۰۱۸ بیان نمودند برگزاری جلسات آموزشی جهت ارتقاء سطح تاب‌آوری در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه مؤثر است (۲۶). بر اساس نتایج مطالعه عسکریان و همکاران (۲۰۱۴) مشخص شد ارائه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مذهبی به همسران جانبازان می‌تواند به‌طور مؤثری سلامت روان آن‌ها را افزایش داده و آن‌ها را در مدیریت چالش‌های خود توانمند کند. (۲۹)

نتایج این مطالعه حاکی از این امر بود که با افزایش میزان تحصیلات در افراد، تاب‌آوری آن‌ها نیز افزایش می‌یافت. در این راستا منتظری و همکاران در سال ۲۰۲۲ در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی میزان تاب‌آوری بزرگسالان ایرانی در طول همه‌گیری COVID-19" بیان کردند که میزان تحصیلات با تاب‌آوری رابطه معناداری دارد و در افراد با تحصیلات بالاتر میزان تاب‌آوری نیز بیشتر است (۳۰). در تائید نتیجه فوق‌الذکر با توجه به



تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجوی پزشکی است (MED-401032-1401). نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از واحد کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی دزفول جهت حمایت و همکاری در طول مطالعه اعلام می‌دارند (کد اخلاق طرح: IR.DUMS.REC.1401.069).

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی دزفول انجام شد.

تعارض منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهمیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

شبکه‌های اجتماعی و مسئولیت‌های کمتری که دارند بتوانند راحت‌تر بر مشکلات غلبه کنند.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نخستین بررسی میزان تاب‌آوری روانی در میان شهروندان شهر دزفول است که در سال ۱۴۰۲ انجام شده و تصویری کلی از وضعیت تاب‌آوری روانی در این جامعه ارائه می‌دهد. نتایج نشان داد که سطح تاب‌آوری روانی شرکت‌کنندگان به‌طور کلی در حد متوسط رو به پایین قرار دارد. این یافته حاکی از آن است که توانمندی ذهنی و روانی شهروندان برای مواجهه با چالش‌ها و بازگشت به وضعیت تعادل، نیازمند تقویت و مداخله است. بر اساس تحلیل داده‌ها، متغیرهایی مانند سطح تحصیلات، نوع شغل و وضعیت تأهل از عوامل تأثیرگذار بر تاب‌آوری بودند؛ به‌گونه‌ای که افراد دارای تحصیلات بالاتر، شاغلان در مشاغل کارمندی و دانشجویی و افراد مجرد از تاب‌آوری بیشتری برخوردار بودند. این نتایج اهمیت توجه به عوامل فردی و اجتماعی در تقویت تاب‌آوری روانی را برجسته می‌سازد. از این رو، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزه سلامت روان، مداخلات آموزشی و روان‌شناختی را با تمرکز بر گروه‌های آسیب‌پذیرتر، طراحی و اجرا کنند. همچنین، انجام مطالعات بیشتر برای بررسی عوامل فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر تاب‌آوری در جمعیت‌های مختلف، می‌تواند در توسعه راهکارهای بومی و مؤثر برای ارتقاء سلامت روان جامعه مؤثر باشد.



References

- [1]. Niqab Masoud HM, Rajaeifard Abdolreza, Choubineh Alireza. Rate of domestic accidents and incidents in Shiraz city (1380-82). *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (Behbood)*. 2017;11:428-40.
- [2]. Bonilla-Escobar FJ, & Gutiérrez, M. I. (2014). Injuries are not accidents: towards a culture of prevention. *Colombia medica*, 45(3), 132-135..
- [3]. Singh H, Fortington, L. V. Thompson, H. & Finch, C. F. (2016). An overview of geospatial methods used in unintentional injury epidemiology. *Injury epidemiology*, 3, 1-12..
- [4]. Azami-Aghdash S, Sadeghi-Bazargani, H. Shabaninejad, H. & Abolghasem Gorji, H. (2017). Injury epidemiology in Iran: a systematic review. *Journal of injury & violence research*, 9(1), 27-40. <https://doi.org/10.5249/jivr.v9i1.852>.
- [5]. Hashempour R, Tahmasebi, A. Veysi, M. Amini, M. & Tavakoli, N. (2019). Cost analysis of accidents according to demographic factors in Iran. *Iranian journal of public health*, 48(7), 1346..
- [6]. Gangadhari RK, Murty S, Khanzode V. Analysis of accidents involving petroleum tankers and their consequences in India. *Process Safety Progress*. 2021;40(1):e12154.
- [7]. Singh SK. Road traffic accidents in India: issues and challenges. *Transportation research procedia*. 2017;25:4708-19.
- [8]. Mokhtari AM, Sahraian, S. Hassanipour, S. Baseri, A. & Mirahmadizadeh, A. (2019). The epidemiology of suicide in the elderly population in Southern Iran, 2011-2016. *Asian journal of psychiatry*, 44, 90-94..
- [9]. Morganstein JC, Ursano RJ. Ecological disasters and mental health: causes, consequences, and interventions. *Frontiers in psychiatry*. 2020;11:1.
- [10]. Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L, Raphael B. Individual and community responses to disasters. *Textbook of disaster psychiatry*. 2007:3-26.
- [11]. Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019;18(3):259-69.
- [12]. Miloyan B, Bulley A, Bandeen-Roche K, Eaton WW, Gonçalves-Bradley DC. Anxiety disorders and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(11):1467-75.
- [13]. Zivin K, Bohnert AS, Mezuk B, Ilgen MA, Welsh D, Ratliff S, et al. Employment status of patients in the VA health system: implications for mental health services. *Psychiatr Serv*. 2011;62(1):35-8.
- [14]. Davis LL, Schein J, Cloutier M, Gagnon-Sanschagrin P, Maitland J, Urganus A, et al. The economic burden of posttraumatic stress disorder in the United States from a societal perspective. *The Journal of clinical psychiatry*. 2022;83(3):40672.
- [15]. Aghababaeian H, Ostadtaghizadeh A, Zareian A, Olff M, van der Meer C, Ahvazi LA. Translation and validation of Persian version of resilience evaluation scale (RES): A cross-cultural methodological research. *Journal of Education and Health Promotion*. 2024;13(1):227.
- [16]. Bonanno GA, Galea S, Bucchiarelli A, Vlahov D. Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological science*. 2006;17(3):181-6.
- [17]. Tourunen A, Siltanen S, Saajanaho M, Koivunen K, Kokko K, Rantanen T. Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson resilience scale among Finnish older adults. *Aging & mental health*. 2021;25(1):99-106.
- [18]. Shin G-S, Choi K-S, Jeong KS, Min Y-S, Ahn Y-S, Kim M-G. Psychometric properties of the 10-item Conner-Davidson resilience scale on toxic chemical-exposed workers in South Korea. *Annals of occupational and environmental medicine*. 2018;30:1-7.
- [19]. Sharif-Nia H, She L, Froelicher ES, Arslan G, Hejazi S, Fomani FK, et al. Resilience in Iranian adolescents during the COVID-19 pandemic: Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*. 2021;33(1-3):111-22.
- [20]. Eslami A, Mahmoudi A, Khabiri M, NAJAFIYAN SM. THE ROLE OF SOCIOECONOMIC CONDITIONS IN THE CITIZENS' MOTIVATION FOR PARTICIPATING IN PUBLIC SPORTS. 2014.
- [21]. Keyhani M TD, Rajabi A, Amirpour B. Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female. *Iranian Journal of Medical Education* 2015;14(10):857-65.
- [22]. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
- [23]. Dai Y, Petri JM, Salisbury-Glennon JD, Luan L, Wang Y, Weathers FW. Initial psychometric evaluation and cross-cultural generalization of the Resilience Evaluation Scale (RES) in college students. *Discover Psychology*. 2024;4(1):25.





- [24]. Liu H, Zhang C, Ji Y, Yang L. Biological and psychological perspectives of resilience: is it possible to improve stress resistance? *Frontiers in human neuroscience*. 2018;12:326.
- [25]. Musich S, Wang SS, Schaeffer JA, Kraemer S, Wicker E, Yeh CS. The association of increasing resilience with positive health outcomes among older adults. *Geriatric Nursing*. 2022;44:97-104.
- [26]. Babanataj R, Mazdarani S, Hesamzadeh A, Gorji MH, Cherati JY. Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. *International journal of nursing practice*. 2019;25(1):e12697.
- [27]. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, Moss M. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*. 2014;23(6):e97-e105.
- [28]. Guo R, Sun M, Zhang C, Fan Z, Liu Z, Tao H. The role of military training in improving psychological resilience and reducing depression among college freshmen. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12:641396.
- [29]. Askaryan S, Agheri M, Hassan Zadeh M. Investigating the Influence of training religious coping skillson resiliency, adaptability and stress management in veterans' spouses. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2014;6(1):60-7.
- [30]. Montazeri A, Maftoon F, Farhangniya M, Bahabadi MR. Resilience during covid-19 pandemic: A population-based study in Iran. *Payesh (Health Monitor)*. 2022;21(4):429-38.
- [31]. Frankenberg E, Sikoki B, Sumantri C, Suriastini W, Thomas D. Education, vulnerability, and resilience after a natural disaster. *Ecology and society: a journal of integrative science for resilience and sustainability*. 2013;18(2):16.
- [32]. 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(2):135-40.
- [33]. 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):1-5.
- [34]. Pidgeon AM, Coast G, Coast G, Coast G, Coast G. Examining characteristics of resilience among university students: An international study. *Open journal of social sciences*. 2014;2(11):14.
- [35]. Guo Yf, Luo Yh, Lam L, Cross W, Plummer V, Zhang Jp. Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(1-2):441-9.
- [36]. Jin X, Xu X, Qiu J, Xu Z, Sun L, Wang Z, Shan L. Psychological resilience of second-pregnancy women in China: a cross-sectional study of influencing factors. *Asian nursing research*. 2021;15(2):121-8.

