



بررسی رابطه تاب آوری و سلامت روان دانشجویان دختر دانشکده علوم پزشکی شهرستان رشت

شهریار شهریوی

شهین احمدوند

مهران شهریوی

۱- هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شادگان، گروه آموزش ابتدایی، شادگان، ایران

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

۳- اداره آموزش و پرورش اهواز، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین تاب آوری و سلامت روان در دانشجویان دختر دانشکده علوم پزشکی شهرستان رشت بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر مشغول به تحصیل آن دانشگاه ۰ در سال ۱۳۹۳ بود که تعداد ۵۰ نفر از آنها به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و با پرسشنامه تاب آوری و سلامت روان مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد بین تاب آوری و سلامت روان دانشجویان، رابطه مثبت و معنا دار ($P \leq 0/001$) بود. همچنین بین خرده مقیاس های سلامت روان (علایم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی) با تاب آوری دانشجویان، رابطه مثبت و معنا دار وجود داشت.

واژگان کلیدی: تاب آوری، سلامت روان، دانشجویان دختر

۱- هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شادگان، گروه آموزش ابتدایی، شادگان، ایران

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

۳- اداره آموزش و پرورش اهواز، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

مقدمه

(۵) که یکی از مسائل مطرح در روانشناسی مثبت می باشد (۶). می توان گفت تاب آوری باعث ارتقای توانایی حل مشکل در افراد می گردد (۷). منظور از تاب آوری آن است که فرد علی رغم مواجهه با عوامل خطر، دچار عارضه این مواجهه نشده (۹) و حتی قوی تر هم شود (۱۰).

کانر (۲۰۰۶)، تاب آوری را به عنوان روشی برای اندازه گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس زا و عواملی که سلامت روانی فرد را تهدید می کند، تعریف کرده است (۱۲). تاب آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه های تلخ و ناگوار اطلاق می شود (لاتار و چیچتی، ۲۰۰۰، مستن، ۲۰۰۱) و فراتر از جان سالم به در بردن از استرس و ناملاپمات زندگی است (بونانو، ۲۰۰۴) (۱۳). انزلیچت و همکاران (۲۰۰۶)، تاب آوری و سرسختی را باعث کاهش اضطراب و افسردگی دانسته اند (۱۴). به باور والر (۲۰۰۱)، تاب آوری سازگاری مثبت فرد در واکنش به آسیب و تهدیدات است (۱۵، ۱۶). البته تاب آوری تنها پایداری در برابر آسیب ها و شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود و نوعی ترمیم خود است که با پیامد های هیجانی، عاطفی و شناختی همراه می باشد (گارمزی، ۱۹۹۱ و ماستن، ۲۰۰۱؛ راتر، ۱۹۹۹؛ لوتار، سیچتی و بکر، ۲۰۰۰) (۲۰-۲۴).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) سلامت را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و تعریف می کند، نه صرفاً نبود بیماری و ناتوانی. به نحوی که در آن، فرد قادر به شناختن توانایی های خود بوده و بتواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی کنار بیاید (۱). سلامت، نیازی ضروری و اساسی در هر زمان است و به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی می باشد نه فقط نبود بیماری و ناتوانی. بین این سه جنبه، تأثیر متقابل و پویا وجود دارد. بنابراین سلامت روان به عنوان یکی از ملاک های تعیین کننده سلامت عمومی افراد به مفهوم احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی های بالقوه فکری، هیجانی و غیره است (گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۱) (۲). در ارزیابی سلامتی، نباید تنها به نرخ مرگ و میر و ابتلای به بیماری (شاخصهای سنتی سلامتی) توجه نمود، بلکه باید کیفیت زندگی افراد را نیز در نظر گرفت (۳).

سلامت روان نیازی اساسی است و برای بهبود کیفیت زندگی انسان، امری حیاتی محسوب می شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). که با ویژگی های توانمند ساز درونی یا منابع درونی قدرت، ارتباط دارد. برخورداری از این منابع درونی توانایی فرد را، با وجود شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، برای رشد سازگاران خود افزایش می دهد تا بتواند سلامت روان خود را حفظ نماید (جکلون، ۱۹۹۷) (۴). یکی از عوامل تأثیر گذار بر سلامت روانی، تاب آوری است

گوناگون درباره یک موقعیت یا مسأله خاص دارند که باعث می شود با وجود قرار گرفتن در معرض تنش های شدید، شایستگی خود را بهبود بخشند. در نتیجه این امر منجر به توسعه بهزیستی روانشناختی و سلامت روانی افراد می شود (۱، ۲۷).

در برخی از پژوهش ها رابطه بین سلامت روان و بهزیستی روانشناختی بررسی شده است. جورج و لاندن (۱۹۸۴) رابطه بین سلامت عمومی و بهزیستی روانشناختی را قابل توجه دانستند. شات و ریف نیز (به نقل از پارادایس و کرنیس، ۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد بهزیستی روانشناختی و روان رنجوری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. (۲۸).

در یک بازنگری گسترده از مطالعات در زمینه ی تاب آوری در طی ۲۵ سال که توسط ماستن و کاتزورث (۲۹) انجام شد، مشخص شد که عوامل حمایتی تاب آوری در سلامت جوانان مؤثرند. یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف، بهداشت روان آن جامعه است. بی شک سلامت روان، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می کند. در زمینه تاب آوری، گروهی از پژوهش ها به تأثیر سلامت روان یا کاهش مشکلات هیجانی بر رضایت از زندگی اشاره داشته اند (هامارات، تومپسون، زابروکی، استیل و ماتنی، ۲۰۰۱؛ فوروهالد، لوفلر، اهر، سالتو و بومهالک، ۲۰۰۱؛ باسو، ۲۰۰۴) (۱۷). ویتالیانو و همکاران (۱۹۸۸) نیز طی مطالعاتی،

پژوهش های انجام شده حاکی از آن است که برخی افراد تاب آور پس از رویارویی با موقعیت های دشوار زندگی، دوباره به سطح عملکرد معمولی باز می گردند. حال آنکه برخی دیگر از افراد، پس از رویارویی با ناکامی ها، مصیبت ها و دشواری ها، نسبت به گذشته ارتقاء پیدا می کنند (۱۸). ماستن (۲۰۰۱)، تاب آوری افراد را عامل توانمندی آنان در راستای تغییر حوادث ناگوار در جهت مثبت و کمک به حفظ سلامتی شخصی می داند (۲۳، ۲۵). فرد تاب آور، بطور عادی قادر به تفکر خلاقانه و منعطف درباره حل مسایل است. افراد تاب آور وقتی از محیطشان انتقاد دارند، قادر هستند که نظراتشان را به دیگری انتقال دهند. آنها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان داشته و توانایی هایشان را برای تغییر دادن محیطشان باور دارند (آلورد و همکاران، ۲۰۰۵) (۸).

کاپلان (۲۶) معتقد است اشخاص تاب آور در رفتار های ارتقای سلامتی مشارکت بیشتری دارند و از درگیری در فعالیت های روزانه استقبال می کنند، از چالش ها لذت می برند و تغییر را به جای ثبات ترجیح می دهند. پژوهش های رحیمیان بوگر و اصغر نژاد فرید (۱۳۸۷) و بشارت و همکاران (۱۳۸۷)، بیان کننده آن است که افراد با قدرت مقابله در برابر مشکلات، نیاز به منبع بیرونی برای رفع مشکلات ندارند، زیرا این توانمندی را در خود جستجو می کنند، در مقابل شرایط سخت انعطاف پذیر بوده و توانایی شگفت انگیزی درباره پیدا کردن راه حل های

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین سلامت روان و تاب آوری در دانشجویان دختر شاغل به تحصیل در دانشکده بهداشت علوم پزشکی شهر رشت است. این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین تاب آوری و سلامت روان دانشجویان دختر رابطه وجود دارد؟ مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهر رشت است که در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ مشغول به تحصیل بودند. ۵۰ نفر از این دانشجویان به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و با مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (CD-RTSC) و مقیاس ۲۸ سوالی سلامت روان (GHQ-۲۸) مورد آزمون قرار گرفتند.

برای سنجش میزان تاب آوری و اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید از پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون استفاده شد. این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۳۵) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه و ضریب اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. این مقیاس دارای ۲۵ گویه و ۵ مؤلفه است: ۱- شایستگی/ احترام شخصی؛ ۲- اعتماد به غرایز/ تحمل عواطف منفی؛ ۳- پذیرش مثبت تغییرات/ روابط ایمن ۴- کنترل و ۵- معنویت، که بر اساس طیف لیکرت (از کاملاً نادرست=۰ تا کاملاً درست=۴) نمره گذاری می شود. دامنه نمره گذاری

سلامت روان دانشجویان دانشکده پزشکی واشنگتن را مورد بررسی قرار دادند (۳۰). در پژوهش های انجام شده در داخل کشور در زمینه تاب آوری و سلامت روان، آزاد و آزادی (۱۳۹۰) به بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه های شهر ایلام پرداختند (۳۱). مظفری و همکاران (۱۳۹۰)، به نقش واسطه گری تاب آوری در ارتباط بین ابعاد دل بستگی و سلامت روان دانش آموزان دبیرستانی اشاره کردند (۲). خسرو شاهی و نصرت آباد (۱۳۹۰) رابطه امیدواری و تاب آوری با بهزیستی روانشناختی در دانشجویان را نشان دادند (۱۹). سامانی و همکاران (۱۳۸۶) تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی را در دانشجویان پسر دانشگاه شیراز بررسی کردند (۱۷). سودانی و همکاران (۱۳۸۸) پژوهشی در مورد رابطه ی سلامت روان و سرسختی روان شناختی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد گچساران انجام دادند (۳۲). قاسمی پور و جهانبخش گنجه (۱۳۸۹) رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان را در دانشجویان شهرستان خرم آباد بررسی کردند (۳۳). خلعتبری و بهاری (۱۳۸۹) پژوهشی درباره ارتباط بین تاب آوری و رضایت از زندگی انجام دادند (۱۸). دهقانی و همکاران (۱۳۹۱) رابطه سلامت روان و هوش معنوی با تاب آوری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه را مورد بررسی قرار دادند (۳۴).

اضطراب، شامل سؤالهای ۸ تا ۱۴ است که مواردی چون اضطراب، بی خوابی و تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره را مورد بررسی قرار می دهد؛ اختلال در کارکرد اجتماعی شامل سؤالهای ۱۵ تا ۲۱ است که احساس رضایت و توانایی فرد را در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت های روزمره را بررسی می کند و نشانه های افسردگی، از سؤال ۲۲ تا ۲۸ را شامل می شود و احساس بی ارزشی در خود و زندگی، نا امیدي و افکار خودکشی، آرزوی مرگ و ناتوانی در انجام کارها را مورد بررسی قرار می دهد. از این پرسشنامه، ۵ نمره حاصل می شود که ۴ نمره آن مربوط به خرده مقیاس های فوق و آخری مربوط به کل پرسشنامه است. حداکثر نمره ای که فرد می تواند در این پرسشنامه کسب کند، ۸۴ و حداقل نمره، صفر است. نظام نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت می باشد که به هر یک از موقعیت های چهار گانه نمره (۰-۱-۲-۳) داده می شود (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) (۳۲).

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸)، پایایی و روایی این پرسشنامه را در جمعیت ایرانی تعیین کرده است (۳۷). هومن (۱۳۷۶) و بهاری و همکاران (۱۳۸۷)، پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۹۲ به دست آورده اند. پژوهش های متعددی بهترین نقطه برش را ۲۱ الی ۲۳ به عنوان نقطه مشکوک در اختلال پیشنهاد داده اند (به نقل از تقوی و همکاران، ۱۳۸۰) (۱۵).

آن بین ۰ تا ۱۰۰ است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) (۳۶) هنجاریابی شده است و بر اساس گزارش از روایی و پایایی مناسب برای پژوهش برخوردار است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل به جز گویه ۳ ضرابی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. برای تعیین پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۱۵).

پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر^۳ طراحی و تدوین شده است و شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است. این پرسشنامه به صورت فرم های ۲۸، ۳۰، ۶۰ و ۱۲ سؤالی می باشد (هندرسون، ۱۹۹۰، به نقل از اوتادی، ۱۳۸۰). پرسشنامه سلامت عمومی، ناراحتی هایی با طول مدت کمتر از دو هفته را شناسایی می کند و نسبت به بیماری های گذرا که ممکن است بدون درمان شفا یابند نیز حساس است. نسخه ارایه شده در این پژوهش فرم ۲۸ سؤالی می باشد. نمره بالا در این آزمون بیانگر وجود بیماری و نمره پایین، بیانگر عدم بیماری و یا داشتن سلامت عمومی است. این پرسشنامه، از ۴ خرده مقیاس که هر کدام شامل ۷ سؤال در زمینه نشانه های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی می باشد، تدوین شده است. نشانه های جسمانی از سؤال ۱ تا ۷ که شامل سردرد، احساس ضعف و سستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی و یا سردی بدن می باشد؛ نشانه

نتایج

مشخصه های آماری آزمودنی ها بر حسب نمره های تاب آوری، سلامت روان و خرده مقیاسهای سلامت روان (علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد

اجتماعی و افسردگی) در جدول شماره ۱ ارائه شده است. با توجه به جدول، هرچه سلامت روان فرد افزایش پیدا کرد میزان تاب آوری وی نیز بیشتر شد. این موضوع در سایر مولفه های مورد نظر یعنی علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی نیز صادق بود.

جدول ۱. مشخصه های آماری نمرات آزمودنی ها در تاب آوری و خرده مقیاس های سلامت روان

متغیر	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	۶۱	۱۳/۸
سلامت روان (نمره کل)	۴۶/۳	۱۵/۵۸
علایم جسمانی	۱۱/۱	۴/۹
اضطراب	۱۰/۸۴	۴/۶۳
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۱/۷	۳/۸۸
افسردگی	۱۲/۸	۵/۷۷

جدول ۲. ضرایب همبستگی تاب آوری و خرده مقیاس های سلامت روان

متغیر ملاک	ضریب همبستگی	سطح معنا داری
سلامت روان	۰/۴۲	۰/۰۰۲
علایم جسمانی	۰/۲۸	۰/۰۵
اضطراب	۰/۳۲	۰/۰۲۲
عملکرد اجتماعی	۰/۱۲	۰/۴۱۹
افسردگی	۰/۵۷	۰/۰۰۰

نتایج آزمون همبستگی نشان داد که بین نمره سلامت روان و مولفه های آن با تاب آوری همبستگی مثبت معنادار بود. برای بررسی همبستگی چندگانه این مولفه ها، نتایج تحلیل همبستگی چندگانه به روش ورود در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب همبستگی چندگانه متغیر های پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
تاب آوری	۱				
علائم جسمانی	۰/۲۸	۱			
اضطراب	۰/۳۲	۰/۷۸	۱		
اختلال در عملکرد اجتماعی	۰/۱۲	۰/۵۰	۰/۶۱	۱	
افسردگی	۰/۳۰	۰/۱۴	۰/۳۳	۰/۱۲	۱

سپس رابطه سلامت روان به عنوان متغیر پیش بین و تاب آوری به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون بصورت همزمان تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون بین سلامت روان و تاب آوری در جدول ۴ ارائه شده است. بر اساس این نتایج ۰/۱۶ واریانس مربوط به تاب آوری توسط سلامت روان تبیین می گردد. ضرایب تاثیر سلامت روان نشان می دهد که با اطمینان می توان تغییرات مربوط به تاب آوری را پیش بینی کرد.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون و تحلیل واریانس سلامت روان و تاب آوری

منبع تغییرات								
S _e	R ²	R	p	F	ms	df	ss	
۱۲/۶۲	۰/۱۶۴	۰/۴۲۶	۰/۰۰۲	۱۰/۶۳	۱۶۹۳/۸۳	۱	۱۶۹۳/۸۳	رگرسیون
					۱۵۹/۳۸	۴۸	۷۶۵۰/۱۷	باقی مانده
						۴۹	۹۳۴۴	مجموع

بحث

بر اساس فرض این پژوهش، بین تاب آوری و سلامت روان دانشجویان دختر رابطه وجود دارد. طبق نتایج به دست آمده، افزایش سلامت روان دانشجویان دختر با افزایش تاب آوری آن ها همراه بود. با توجه به نتایج می توان گفت افرادی که دچار اختلال در زمینه خرده مقیاس های سلامت روان هستند، تاب آوری پایینی دارند. این نتایج با یافته های انزلیچت و همکاران (۲۰۰۶) همخوان است که نشان می دهند بین تاب آوری و سرسختی روانشناختی با اضطراب و افسردگی، رابطه منفی معنا داری وجود دارد که گویای آن است که افراد با تحمل می توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند (۱۴). بسیاری از محققان بین تاب آوری و مشکلات روانشناختی، رابطه معنا دار و منفی را گزارش کرده اند و تحقیقات آنها نشان می دهد که این سازه می

تواند به عنوان عامل میانجی بین سلامت روانی و بسیاری دیگر از متغیرها قرار گیرد و با ارتقای تاب آوری، فرد می تواند در برابر عوامل استرس زا، اضطراب آور و همچنین عواملی که سبب بوجود آمدن بسیاری از مشکلات روانشناختی آن ها می شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آن ها غلبه نماید (۱۱، ۱۲، ۳۸، ۳۹، ۴۰). سلامت روان افراد یک جامعه خصوصاً اقشار مؤثر و سازنده آن، لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است. نقش برجسته و منحصر به فرد دانشجویان به عنوان مدیران و سازندگان آینده هر جامعه، ضرورت تأمین سلامت روان آن ها و نیز شناسایی و حذف عوامل منفی مؤثر بر سلامت روانی آن ها را ضروری می نماید (۳۱).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد بین تاب آوری و سلامت روان دانشجویان، رابطه مثبت و معنا دار ($P \leq 0/001$) بود. بین خرده مقیاس های سلامت روان (علایم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی) با تاب آوری دانشجویان نیز، رابطه مثبت و معنا دار وجود داشت. لذا افراد با سلامت روان بالا، درجات بالاتری از تاب آوری را نشان می دهند. از این رو توجه به وضعیت سلامت روانی و بهداشت روان افراد امری ضروری است زیرا در عملکرد نظام سلامت کشور نقش بسزایی دارد و یک جامعه سالم نیازمند افرادی سالم و تاب آور است. لازم است با آموزش تاب آوری به جامعه، آستانه تحمل و مقاومت افراد در برابر سختی‌ها را بالا برده و سلامت روان آن‌ها را افزایش دهیم.

تشکر و قدردانی

از کلیه دانشجویانی که در این پژوهش شرکت کردند،
تشکر و قدردانی می شود.



References

- 1-Seiyedi Saruee M, Farhand S, Amini M, Hoseini M. Relation ship between family communication pattern and personality characteristics with the psychological well-being, mediated by a resilience in MS patients. *methods and models of psychological*. Spring 2013, 3(11): 17-38 [In Persian].
- 2- Mozafari M, sohrabi shegefti N, Samani S. The role of mediator in the relationship between the dimensions of the attachment and mental health. *methods and psychological models*. especially the second semester 2011. Vol 1: 165-182 [In Persian].
- 3- Saxena S, O'Connell K. A commentary crosscultural quality of life assessment at the end of life. *Geromologist*. 2002; 42: 81- 85.
- 4-Rahimian Bugar S, Asgharnejad F. The relationship between psychological hardiness also ego-resiliency and mental health in adolescent and adult survivors of Bam earthquake. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. Spring 2008, 14(1): 62-70 [In Persian].
- 5- Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge J.H, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2005:14 (1), 29-42
- 6-Yousefi F, Keshavarzi S. The Relationship between And Resilience. Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence. *Journal of Psychology*. Autumm 2012, 16 (3): 299-318 [In Persian].
- 7-Salehi Fadardi J, Azad H, Nemati A. The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 1956-1960.
- 8- Keshtkaran T. The relationship between family communication pattern with resiliency among students of Shiraz University. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2009; 11(39): 43-53.[In Persian].
- 9- Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. *J Adolesc Health* 1993; 14: 626 – 31.



10-Werner Ek, Smith RS. Overcoming the Odds: High Risk Children from birth to Adulthood. Ithaca, *New York : Cornell University Press*, 2000.

11- Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and Resilience. A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2005. 6 (3), 195-216

12- Connor, Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006: 67 (2), 46-9

13-Borjali A, Bermas H, Kakavand A, Hagh ranjbar F. Resilience and the quality of life of mothers with children at the mental strength. Spring 2011, 1(1): 177-187 [In Persian].

14-Narimani M, Abbasi M. To examine the relationship between the tenacity psychological and self-resilience with Job Burnout . *Management beyond*. Spring 2009, 2(8): 75-92 [In Persian].

15-Meikaeilei N, Ganji M & Talebi Joybari M. A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children. *Journal of Learning Disabilities*. Autumn 2012, 2(1):120-137 [In Persian].

16-Seiyed Mahmudi J, Rahimi Ch, Mohammadi N. factors affecting on resilience in the face of people with the mental trauma. *Clinical psychology and counseling researchs*. 2011, 1(1): 5-14 [In Persian].

17-Samani S, Jokar B, Sahragard N. Resilienc, mental health and satisfactory of life. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. Autumn 2007, 13(3): 290-295 [In Persian].



18- Khalatbari J, Bahari S, Relationship between Resilience and Satisfaction of Life. *Quarterly Journal of Educational Psychology*. Islamic Azad University Tonekabon Branch. Spring 2010, 1(2): 83-94 [In Persian].

19-Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosrat abad T. Relationship between hope and resilience with psychological well-being in students. *Thought & Behavior in Clinical psychology*. Winter 2011, 6(22): 41-50 [In Persian].

20-Shakerinia I, Mohammadpur M. Relationship between job stress and resilience with burnout in women nurses. *Quarterly Journal of scientific research Kermanshah University of Medical Sciences*. Summer 2010, 14(2): 161-169 [In Persian].

21- Garmezy N. Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. *American Behavioral Scientist*.1991 ;(34): 416-430.

22- Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*.1999 (21):119-144.

23- Wilson JP, Drozdek B. (Eds.), Broken spirits:The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims. In: C.E. Agaibi, J.P. Wilson. Trauma, PTSD, and Resilience. A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 2004: 6 (3), 195-216

24- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000 (71):543-562.



- 25-Momeni Kh, Shahbazirad A. Relationship of spirituality, resiliency, and coping strategies with quality of life in university students. *Journal of Behavioral Science*. Summer 2012,6(2): 97-103 [In Persian].
- 26- Kaplan HB. Toward the understanding of resilience: A critical review of definitions and models', in MD Glantz & JL Johnson (eds), Resilience and development: Positive life adaptations, plenum, *New York*; 2002.
- 27-Abolghasemi A. Relationship between resilience, stress and self-efficiency with satisfaction of life in Students with high and low academic progress. Psychological studies the Faculty of Education and psychology at the Alzahra University. Autumn 2011, 7(3):131-151 [In Persian].
- 28-Bayani A, Gudarzi H, Kuchaki A. The relationship between dimension of psychological well-being and general health at the Islamic Azad University students, unit of Azadshahr (2006-2007). *knowledge and research in psychology*. Spring and Summer 2008, 35, 36: 153-164 [In Persian].
- 29-Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist* 1998; 53; 205-20.
- 30- Vitalino Peter, et al. A biopsychosocial model of medical distress. *Behavioral medicine*. 1988; 11: 311- 331.
- 31-Azad H, Azadi S. Study the relationship between the social support, resilience and mental health in affiant and zealot students of universities in the city of ilam. *Journal scientific-research of janbaz medicine* Summer2011, 3(12): 48-58 [In Persian].



Shafiqi M Z, Sodani M, Shafiabadi A. Relationship between mental health and psychological tenacity of students. Thought and behavioral. Autumn 2009, 4(13): 7-16 [In Persian].

33- Ghasemipur M, Jahanbakhsh Ganje S. Relationship between social support and mental health in khorramabad students. *Quarterly Journal of scientific research lorestan University of Medical Sciences*. Spring 2010, 43(1): 57-64 [In Persian].

34- Hamid N, keikhosravani M, Babamiri M, Dehghani M. The relationship between mental health, spiritual intelligence with resiliency in student of Kermanshah University of Medical Sciences. *jentashapir Quarterly Journal*. Summer 2012. 3(2): 331-338 [In Persian].

35-Conner KM, Davidson, JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003 ;(18):76-82.

36-Mohammadi M. A study of effective factors in the resiliency of high risk individuals. *Ph.D dissertation. The University of Rehabilitation and Welfare Sciences*, 2006. [In Persian]

37-Besharat M. Reliability and Validity form of 28 question the scale of the mental health of the population in the Iranian. *Scieintific Journal of Forensic*. Summer 2009, 15(2): 87-91 [In Persian].

38-Besharat M. Resilience, vulnerability and mental health. *Journal of psychological science*. 2007, 6(383): 24-373 [In Persian].



39- Joseph S, Williams R, & Yule W. Understanding post traumatic stress: A psychology perspective on PTSD and treatment. 1997: West in di :Wiley.

40- Besharat MA. Resiliency, Vulnerability and Mental Health. *Majale Oloome Ravanshenakhti*. 2007; 6 (383): 24-373. [In Persian].

Archive of SID