

بررسی ارتباط سبک زندگی با تاب‌آوری مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامعه شهر و روستا در شهرستان قوچان در سال ۱۳۹۶

فرزانه نیک اختران^۱، مینو متقی^۲

^۱ دانشجوی ارشد پرستاری سلامت جامعه، گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اصفهان واحد خوراسگان، اصفهان، ایران
^۲ دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف این مطالعه تعیین ارتباط بین سبک زندگی و تاب‌آوری مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامعه شهری و روستایی شهرستان قوچان در سال ۱۳۹۶ بود. این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی بود. جامعه شامل تمام زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهر و روستا بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه و ۳۲۰ زن باردار از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها از طریق دو پرسش‌نامه سبک زندگی LSQ شامل ۷۰ سؤال در ۱۰ مؤلفه و پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RISC) شامل ۲۵ عبارت؛ جمع‌آوری شد. پایایی ابزارها با آلفای کرونباخ برای LSQ برابر ۰.۸۳ و برای CD-RISC برابر ۰.۸۴ گزارش شد که نشان‌دهنده اعتبار مناسب ابزارهاست. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های کای‌دو، t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. نتایج نشان داد میانگین اکثر مؤلفه‌های سبک زندگی مادران شهری بالاتر از مادران روستایی است. همچنین بین برخی مؤلفه‌های تاب‌آوری (مانند تصور از شایستگی فردی و اعتماد به غرایز) در دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. یافته‌های همبستگی نشان داد تمام مؤلفه‌های سبک زندگی با نمره کلی تاب‌آوری رابطه مثبت و معنی‌دار دارند؛ به‌ویژه سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی و سلامت اجتماعی قوی‌ترین همبستگی را با تاب‌آوری نشان دادند. بر اساس نتایج مطالعه، سبک زندگی سالم نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری زنان باردار دارد. ارتقای رفتارهای سالم در دوران بارداری می‌تواند توان سازگاری و مقاومت روانی مادر را تقویت کند. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مبتنی بر ارتقای سبک زندگی سالم در مراکز شهری و روستایی طراحی و اجرا شود، به‌ویژه برای زنان روستایی که در برخی مؤلفه‌ها نمرات پایین‌تری داشته‌اند.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی، تاب‌آوری، زنان باردار، سلامت روان، مراکز سلامت جامعه

مقدمه

دوره بارداری از حساس ترین و تأثیرگذارترین مراحل زندگی زنان است؛ مرحله ای که همزمان با تغییرات گسترده جسمانی، روان شناختی و اجتماعی همراه است و می تواند توان سازگاری و تاب آوری مادر را به چالش بکشد. در چنین دوره ای، چگونگی سبک زندگی شامل رفتارهای سلامت محور، الگوهای تغذیه، فعالیت بدنی، سلامت روان، روابط اجتماعی و معنوی می تواند نقش بنیادینی در کیفیت تجربه بارداری و سلامت مادر و جنین ایفا کند. (ذالی، شاکری، ۱۳۹۹؛ اسدی گرمارودی، ۱۳۹۸؛ تریوه، کریمی، اکبری، مرادی، ۱۳۹۹). امروزه یکی از مسائل مهم و مورد توجه پژوهشگران حوزه سلامت مادران، بررسی میزان تاب آوری آنان است؛ توانایی فرد برای سازگاری مؤثر با فشارها، حفظ کارکرد مناسب و بازگشت به تعادل پس از مواجهه با چالش ها.

بیان مسئله از اینجا آغاز می شود که زنان باردار، به ویژه در جوامع شهری و روستایی، با عوامل تنش زای متعددی مواجه اند؛ از جمله نگرانی های اقتصادی، تغییرات هورمونی، محدودیت های جسمی، کاهش حمایت اجتماعی و گاه کمبود دسترسی به منابع سلامت. (پیری، امیری مجد، بزازیان، قمری، ۱۳۹۸).

این عوامل می توانند سطح اضطراب، افسردگی و مشکلات سازگاری را افزایش دهند و در صورت نبود تاب آوری کافی، پیامدهای نامطلوبی بر سلامت جسمی و روانی مادر و جنین بر جای گذارند. در چنین شرایطی، سبک زندگی سالم می تواند مهم ترین عامل محافظتی برای ارتقای تاب آوری تلقی شود. (مهاجری امیری، حجرای، بادسار، ۱۳۹۵؛ نادری، وحدت مودب، ۱۳۹۳؛ یزدانی، مومنی، ۱۳۹۳) در سال های اخیر اگرچه پژوهش های متعددی درباره اهمیت سلامت روان و جسم مادران انجام شده است، اما بررسی پیوند میان سبک زندگی و تاب آوری به طور خاص در جمعیت زنان باردار، به ویژه در شهرستان ها و جوامع چندگانه شهری و روستایی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بیشتر تحقیقات داخلی به بررسی یک بعدی متغیرهای سلامت پرداخته اند و کمتر مطالعه ای به این پرداخته که سبک زندگی چگونه می تواند توانایی سازگاری مادران را در شرایط تنش زای بارداری تقویت یا تضعیف کند. این خلأ پژوهشی می تواند در برنامه ریزی های مبتنی بر شواهد مرتبط با سلامت مادر و کودک اثرگذار باشد. ضرورت و اهمیت تحقیق از چند منظر قابل طرح است: نخست آنکه بارداری دوره ای سرنوشت ساز برای سلامت نسل آینده است و هر عاملی که کیفیت این دوره را بهبود بخشد، در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی اهمیت بنیادی دارد. (مؤمنی جلیلی، محسنی، کرمی، سعیدی، احمدی، ۱۳۹۴) دوم اینکه تاب آوری به عنوان یک توانمندی اکتسابی، قابلیت ارتقا دارد و شناخت عوامل تأثیرگذار بر آن می تواند سیاست گذاران سلامت را در طراحی مداخلات آموزشی، حمایتی و روان شناختی یاری دهد. سوم آنکه سبک زندگی زنان باردار در محیط های شهری و روستایی با یکدیگر تفاوت های معناداری دارد؛ این تفاوت ها می تواند در دسترسی به خدمات سلامت، سطح آگاهی، میزان فعالیت بدنی، شیوه تغذیه، حمایت اجتماعی و حتی باورهای فرهنگی آشکار شود. (ذالی، شاکری، ۱۳۹۹؛ اسدی گرمارودی، ۱۳۹۸؛ تریوه، کریمی، اکبری، مرادی، ۱۳۹۹). بنابراین، بررسی رابطه سبک زندگی و تاب آوری در دو بافت متفاوت شهری و روستایی می تواند تصویر دقیق تر و بومی تری از وضعیت سلامت زنان باردار ارائه دهد. از سوی دیگر، ارتقای تاب آوری مادران باردار نه تنها موجب بهبود کیفیت زندگی آنان می شود، بلکه احتمال بروز مشکلات سلامت روان، زایمان سخت، افسردگی پس از زایمان و پیامدهای رفتاری و عاطفی برای نوزاد را کاهش می دهد. پژوهش حاضر می تواند مبنایی علمی برای تدوین مداخلات آموزشی مرتبط با سبک زندگی سالم در دوران

بارداری باشد؛ مداخلاتی که از طریق مراکز سلامت شهری و روستایی قابل اجرا است و می‌تواند نقشی کلیدی در ارتقای سلامت جامعه ایفا کند.

با توجه به توضیحات فوق، سؤال اصلی پژوهش به صورت زیر مطرح می‌شود:

۱- آیا بین سبک زندگی زنان باردار و میزان تاب‌آوری آنان در مراکز سلامت شهری و روستایی شهرستان قوچان در سال ۱۳۹۶ رابطه معناداری وجود دارد؟

این پژوهش با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال و روشن ساختن نقش سبک زندگی در ارتقای تاب‌آوری مادران باردار طراحی شده است تا چشم‌انداز دقیق‌تر و کاربردی‌تری از عوامل مؤثر بر سلامت دوران بارداری ارائه دهد.

مفاهیم و تعاریف پایه‌ای پژوهش

تعریف سبک زندگی و تاب‌آوری

سبک زندگی به مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری، عادات، نگرش‌ها و انتخاب‌هایی گفته می‌شود که افراد در زندگی روزمره خود اتخاذ می‌کنند و این مجموعه، نحوه زیستن و تعامل آن‌ها با محیط را شکل می‌دهد. سبک زندگی دربرگیرنده ابعادی مانند رفتارهای مرتبط با سلامت، الگوی تغذیه، فعالیت بدنی، خواب، روابط اجتماعی، مدیریت هیجان‌ها و معنویت است و نشان می‌دهد فرد چگونه نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود را تأمین می‌کند. (عابدی جبلی، احمدی، پیرزاد، محلوچی، ۱۳۹۸) از منظر سلامت، سبک زندگی سالم به رفتارهایی اشاره دارد که موجب ارتقای سلامت جسمی و روانی و پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود. در دوران بارداری، سبک زندگی اهمیت دوچندان پیدا می‌کند؛ زیرا عادات مادر می‌تواند به‌طور مستقیم بر رشد جنین و سلامت آینده او اثرگذار باشد. (محمودی، سروری دردشتی، صادقی، ۱۳۹۹).

عواملی همچون تغذیه مناسب، فعالیت بدنی متعادل، کنترل وزن، پرهیز از مصرف دخانیات و مواد، مدیریت استرس، داشتن شبکه حمایت اجتماعی و پایبندی به مراقبت‌های بهداشتی بخشی از مؤلفه‌های اصلی سبک زندگی سالم در زنان باردار به شمار می‌روند. (غلامی ارجنکی، ۱۴۰۲) تاب‌آوری توانایی فرد برای حفظ کارکرد سازگارانه در مواجهه با تنیدگی، مشکلات و رویدادهای تهدیدکننده است. این مفهوم به معنای مصونیت کامل در برابر آسیب نیست، بلکه نشان‌دهنده ظرفیت فرد برای بازیابی تعادل روان‌شناختی پس از چالش‌ها، کنار آمدن با شرایط دشوار و تبدیل تهدیدها به فرصت رشد است. (عابدی جبلی، احمدی، پیرزاد، محلوچی، ۱۳۹۸) تاب‌آوری مجموعه‌ای از ویژگی‌های فردی (مانند اعتماد به نفس، مدیریت هیجان، معنویت و حل مسئله)، منابع بین‌فردی (حمایت خانواده و جامعه) و شرایط محیطی است که به فرد کمک می‌کند در برابر فشارها مقاومت کرده و حتی عملکرد بهتری ارائه دهد. (محمودی، سروری دردشتی، صادقی، ۱۳۹۹)؛ فاضلی کبریا، شفقت، بهمنی، کریمی، ۱۴۰۰). در زندگی زنان تاب‌آوری نقش حیاتی دارد؛ زیرا زنان با تغییرات جسمانی، نگرانی‌های روانی، نوسانات خلقی و گاه فشارهای اجتماعی روبه‌رو می‌شود. تاب‌آوری بالا باعث کاهش اضطراب و افسردگی بارداری، بهبود کیفیت زندگی، افزایش

احساس کنترل و تقویت سازگاری مادر با شرایط جدید می‌شود و از این طریق، زمینه‌ساز بارداری سالم‌تر و پیامدهای مثبت‌تر برای مادر و نوزاد خواهد بود. (دارابی، حیدرآبادی، اله‌پور، ۱۴۰۱؛ دانشوری‌نسب، مقصودی، صالحی، ۱۴۰۰).

بارداری از منظر روان‌شناختی و سلامت

بارداری فرایندی زیستی-روانی است که طی آن تغییرات گسترده‌ای در بدن و روان زن رخ می‌دهد. از منظر سلامت جسمانی، بارداری شامل تحولاتی در ساختار هورمونی، متابولیک و فیزیولوژیک است که برای رشد و تکامل جنین ضروری‌اند. در کنار این تغییرات، بارداری از نگاه روان‌شناختی مرحله‌ای حساس از زندگی محسوب می‌شود؛ زیرا زنان در این دوره با طیفی از هیجانات مثبت و منفی مواجه می‌گردند. احساس شادی، امید و حس مادری از یک سو، و نگرانی، ترس از زایمان، تغییرات خلق، حساسیت عاطفی و گاه اختلالات اضطرابی از سوی دیگر در این دوره شایع است. بسیاری از زنان در دوران بارداری نیاز بیشتری به حمایت عاطفی، اجتماعی و آموزشی دارند تا بتوانند با تغییرات جسمی و روانی سازگار شوند. از نظر سلامت روان، کیفیت روابط خانوادگی، حمایت همسر، سبک زندگی سالم و دسترسی به خدمات بهداشتی نقش تعیین‌کننده‌ای در تجربه بارداری سالم دارند. بارداری تنها یک فرایند زیستی نیست، بلکه تجربه‌ای چندبعدی است که بر هویت، نقش‌های اجتماعی و روابط بین‌فردی زنان نیز تأثیر می‌گذارد. بنابراین، درک بارداری باید از منظر «زیستی-روانی-اجتماعی» صورت گیرد؛ نگاهی که سلامت مادر و جنین را در ارتباط با عوامل فردی، اجتماعی، محیطی و فرهنگی بررسی می‌کند. (عسگریان، آمره، رحمانی، ۱۴۰۲)

پیشینه پژوهش

حسین‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، به بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان پرداختند، در این پژوهش ۳۶۴ نفر از دانشجویان به عنوان نمونه آماری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش پرسش‌نامه سبک زندگی اسلامی کاویانی ILST، پرسش‌نامه سلامت روان GHQ-۲۸ و پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون CD-RIS بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان رابطه معنی‌دار وجود دارد، همچنین نتایج فرضیه‌های جزئی این پژوهش نشان داد که بین سبک زندگی اسلامی و سلامت مادران و میزان تاب‌آوری دانشجویان با جنسیت آنان رابطه وجود دارد. از سوی دیگر این سبک زندگی اسلامی، سلامت و میزان تاب‌آوری دانشجویان با تأهل و مجرد آنها نیز رابطه معنادار مشاهده شد. نتایج ایشان نشان داد سبک زندگی اسلامی موجب ارتقا سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان می‌شود.

یزدانی و همکاران (۱۳۹۵)، به بررسی نقش سبک زندگی و تاب‌آوری در پیش‌بینی سلامت روان و خودشفقت‌ورزی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه در سال ۱۳۹۳ پرداختند. بدین‌منظور طی یک پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی، دانشگاه رازی شهر کرمانشاه که تعداد ۳۷۶ نفر (۱۸۸ پسر و ۱۸۸ دختر) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های سبک زندگی (میلر و اسمیت^۱، ۲۰۰۳)، تاب‌آوری (کانور دیویدسون ۲۰۰۳)، سلامت روان (گلدبرگ^۲ ۱۹۷۲) و چند شفقت‌ورزی (نِف^۳، ۲۰۰۳) استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزاری آماری SPSS از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل دگرسیون استفاده شد. نتایج ایشان نشان داد که بین سبک زندگی با سلامت روان و خودشفقت‌ورزی و بین سبک زندگی با خودشفقت‌ورزی رابطه وجود دارد. همچنین بین تاب‌آوری با سلامت روان و تاب‌آوری با خودشفقت‌ورزی رابطه وجود دارد که در سطح معنادار است. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد، متغیرهای سبک زندگی و تاب‌آوری در مجموع ۰.۲۳ تغییرات مربوطه به سلامت روان را تبیین می‌کنند و این متغیرها به ترتیب با ضریب بتای ۰/۱۵ و ۰/۳۹ قادر به پیش‌بینی سلامت روان هستند. همچنین سبک زندگی و تاب‌آوری می‌توانند ۰/۰۹ تغییرات خودشفقت‌ورزی را پیش‌بینی می‌کنند.

محدثی و همکاران (۱۳۹۵)، به بررسی تأثیر مشاوره بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در مادران مبتلا به دیابت حاملگی و مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی در شهر ارومیه پرداختند. در این کارآزمایی بالینی ۶۰ درصد مبتلا به دیابت بارداری به روش نمونه‌گیری در استرس انتخاب شدند نمونه‌ها به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار داده شدند. گروه مداخله ۵ جلسه مشاوره شدند. ابزارهای پژوهش پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه استاندارد سبک زندگی بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون کای‌دو و من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش ایشان نشان داد مداخله به صورت مشاوره باعث بهبود سبک و روش ارتقاءدهنده سلامت در مادران مبتلا به دیابت بارداری در گروه مداخله شده است.

صحتی و همکاران (۱۳۹۳)، به بررسی سبک زندگی و ارتباط آن با نتایج بارداری در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی تبریز پرداختند. بدین‌منظور طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بر روی ۳۸۵ زن باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های الزهرا و طالقانی تبریز که به صورت در دسترس انتخاب، و با استفاده از ابزار پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سه بخش، مشخصات فردی اجتماعی در سبک زندگی و نتایج بارداری مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۱۱ و آزمون‌های آماری آنووا همبستگی پیرسون و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. براساس نتایج مطالعه سبک زندگی ۱۶۶ نفر (۷/۴۴٪) از زنان باردار متوسط و ۲۱۳ نفر (۳/۵۵٪) خوب بود، در بعد ورزش وضعیت ضعیف در بقیه ابعاد اکثراً وضعیت خوب مشاهده شد. بین سبک زندگی تفاوت آمار معنی‌داری وجود داشت، و براساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون ارتباط بین ورزش و سن بارداری و نیز ارتباط بین تغذیه با وزن تعداد و سن بارداری ارتباط معنی‌دار بود. سمیعی و همکاران (۱۳۹۱)، به بررسی تأثیر آموزش اصلاح سبک زندگی در کنترل اضطراب، استرس، و افسردگی مبتلایان به پرفشاری خون پرداختند. در این پژوهش که یک مطالعه نیمه‌تجربی با طراح پیش‌آزمون - پس‌آزمون کمک پژوهی بود ۵۵ نفر از بیماران مبتلا به فشار خون به صورت نمونه‌گیری آسان و مبتنی بر هدف انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه عمومی OASZI بود. اطلاعات داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۷ و با استفاده از T-Test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش گروهی می‌تواند سبب بهبود کنترل اضطراب،

۱. Miller & Smith

۲. Goldberg

۳. Nef

استرس و افسردگی در مبتلایان به فشار خون بالا گردد، ولی بین میزان میانگین فشار خون قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد.

روش پژوهش

در این پژوهش که با هدف بررسی رابطه سبک زندگی و تاب‌آوری مادران باردار انجام شد، از روش توصیفی-همبستگی استفاده گردید؛ روشی که برای سنجش ارتباط میان متغیرها بدون دخالت پژوهشگر در شرایط واقعی کاربرد دارد. جامعه پژوهش شامل تمامی مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهری و روستایی شهرستان قوچان در سال ۱۳۹۶ بود و همین مراکز نیز به‌عنوان محیط اجرای مطالعه انتخاب شدند. داده‌ها از دو طریق گردآوری شد: نخست، مطالعه کتابخانه‌ای برای بررسی پیشینه نظری و سوابق پژوهش؛ دوم، روش میدانی که طی آن پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری و در فضای آرام مراکز سلامت توسط مادران تکمیل شد. برای نمونه‌گیری، ابتدا به صورت تصادفی ۵ مرکز شهری و ۱۷ مرکز روستایی انتخاب شد. سپس نمونه‌ها به روش در دسترس وارد مطالعه گردیدند و در مجموع ۳۲۰ مادر باردار مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه نیز با استفاده از فرمول کوکران تعیین شد تا اعتبار نتایج تضمین گردد. ابزار گردآوری اطلاعات دو پرسش‌نامه معتبر بود:

۱. پرسش‌نامه سبک زندگی (LSQ) شامل ۷۰ سؤال در ۱۰ بُعد مختلف.

۲. پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون شامل ۲۵ عبارت در پنج زیرمقیاس.

هر دو پرسش‌نامه پیش‌تر در ایران اعتباریابی شده‌اند و در این پژوهش نیز پایایی آنها تأیید شد؛ به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ برای سبک زندگی ۰/۸۳ و برای تاب‌آوری ۰/۸۴ به دست آمد. فرآیند گردآوری داده‌ها طی سه ماه صورت گرفت. پژوهشگر با حضور منظم در مراکز، توضیح اهداف پژوهش، اخذ رضایت آگاهانه و نظارت بر تکمیل پرسش‌نامه‌ها، از دقت و صحت داده‌ها اطمینان حاصل کرد. در پایان، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۲ تحلیل شدند. تحلیل‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت و آزمون‌هایی همچون کای دو، t مستقل، t تک‌نمونه‌ای و همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه میان سبک زندگی و میزان تاب‌آوری مادران باردار شهری و روستایی به کار گرفته شد.

یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر، ارتباط سبک زندگی با تاب‌آوری مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامعه شهر و روستا در شهرستان قوچان در سال ۱۳۹۶ مورد بررسی قرار گرفت. در این بخش ابتدا به مقایسه مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای دو گروه مورد پژوهش پرداخته و سپس در راستای رسیدن به اهداف پژوهش جداول و نتایج آزمون‌های آماری هر کدام گزارش شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی سن مادران مورد بررسی در شهر و روستا

روستا		شهر		گروه
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	سن
۲۷/۵۰	۴۴	۱۲/۵۰	۲۰	کمتر از ۲۵ سال
۶۹/۳۸	۱۱۱	۷۰/۶۳	۱۱۳	۲۵ تا ۳۵ سال
۳/۱۳	۵	۱۶/۸۸	۲۷	بالای ۳۵ سال
۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	جمع کل
۲۷/۲۹ ± ۵/۳۰۸		۳۰/۶۸ ± ۶/۲۹۱		انحراف معیار ± میانگین
$\chi^2 = 24.143, df = 2 \quad P\text{-value} = 0.001$				نتایج آزمون کای دو

همانطور که در جدول (۱) مشاهده می شود اکثریت مادران مورد بررسی در شهر و روستا سن بین ۲۵ تا ۳۵ سال داشتند و کمترین سن مادران در شهر کمتر از ۲۵ سال و کمترین سن مادران در روستا بالای ۳۵ سال می باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ سنی ناهمگن می باشند.

جدول ۲. توزیع فراوانی مدت ازدواج مادران مورد بررسی در شهر و روستا

روستا		شهر		گروه
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	مدت ازدواج
۲۳/۷۵	۳۸	۳۰	۴۸	کمتر از ۵ سال
۷۰	۱۱۲	۵۸/۱۳	۹۳	۵ تا ۱۵ سال
۶/۲۵	۱۰	۱۱/۸۷	۱۹	بالای ۱۵ سال

۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	جمع کل
۸/۵۰ ± ۴/۹۸۵		۷/۵۶ ± ۵/۱۳۹		انحراف معیار ± میانگین
$\chi^2 = ۵,۷۱۷, df = ۲ \quad P - value = ۰,۰۵۷$				نتایج آزمون کای دو

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می شود اکثریت مدت ازدواج مادران مورد بررسی در شهر و روستا بین ۵ تا ۱۵ سال و کمترین مدت ازدواج در مادران شهر و روستا بالای ۱۵ سال بوده است. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ مدت ازدواج همگن می باشند.

جدول ۳. توزیع فراوانی تحصیلات مادران مورد بررسی در شهر و روستا

روستا		شهر		گروه
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	تحصیلات
۵/۶۲	۹	--	۰	بی سواد
۷۰/۶۳	۱۱۳	۱۱/۲۵	۱۸	زیر دیپلم
۲۳/۷۵	۳۸	۲۱/۸۸	۳۵	دیپلم
--	۰	۶/۸۸	۱۱	فوق دیپلم
--	۰	۵۳/۱۳	۸۵	کارشناسی
--	۰	۶/۸۸	۱۱	کارشناسی ارشد
۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	جمع کل
$\chi^2 = ۱۸۵,۰۱۶, df = ۵ \quad P - value = ۰,۰۰۱$				نتایج آزمون کای دو

همانطور که در جدول (۳) مشاهده می شود تحصیلات اکثریت مادران مورد بررسی در شهر کارشناسی و کمترین تحصیلات بیسواد می باشد، در روستا تحصیلات بیشتر مادران مورد بررسی زیر دیپلم می باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ تحصیلات مادران ناهمگن می باشند.

جدول ۴. توزیع فراوانی تحصیلات همسر مادران مورد بررسی در شهر و روستا

گروه	شهر		روستا	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بی سواد	۰	--	۲۹	۱۸/۱۳
زیر دیپلم	۲۲	۱۳/۷۵	۹۸	۶۱/۲۵
دیپلم	۴۷	۲۹/۳۸	۲۸	۱۷/۵۰
فوق دیپلم	۲۱	۱۳/۱۳	۵	۳/۱۳
کارشناسی	۳۹	۲۴/۳۸	۰	--
کارشناسی ارشد	۳۱	۱۹/۳۸	۰	--
جمع کل	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰
نتایج آزمون کای دو	$\chi^2 = 161,793, df = 5 \quad P\text{-value} = 0,001$			

همانطور که در جدول (۴) مشاهده می شود، تحصیلات همسر اکثریت مادران مورد بررسی در شهر دیپلم و کمترین تحصیلات همسر بیسواد می باشد، و در روستا تحصیلات همسر بیشتر مادران مورد بررسی زیر دیپلم و کمترین میزان تحصیلات کارشناسی می باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ تحصیلات همسر ناهمگن می باشند.

جدول ۵. توزیع فراوانی شغل مادران مورد بررسی در شهر و روستا

گروه	شهر		روستا	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بیکار	۰	--	۴	۴/۵۰
کارمند	۱۱۱	۶۹/۳۸	۰	--
آزاد	۴	۲/۵۰	۰	--

خانه دار	۴۵	۲۸/۱۲	۱۵۶	۹۷/۵۰
جمع کل	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰
نتایج آزمون کای دو $\chi^2 = 180.299, df = 3 \quad P\text{-value} = 0.001$				

همانطور که در جدول (۵) مشاهده می شود اکثریت شغل مادران مورد بررسی در شهر کارمند و کمترین شغل بیکار می باشد، و در روستا بیشتر مادران مورد بررسی خانه دار و کمترین کارمند و آزاد می باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ شغل ناهمگن می باشند.

جدول ۶. توزیع فراوانی شغل همسر مادران مورد بررسی در شهر و روستا

شغل همسر	شهر		روستا	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بیکار	۸	۵	۲۷	۱۶/۸۸
کارمند	۶۰	۳۷/۵۰	۰	--
آزاد	۸۸	۵۵	۱۳۳	۸۳/۱۳
خانه دار	۴	۲/۵۰	۰	--
جمع کل	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰
نتایج آزمون کای دو $\chi^2 = 83.477, df = 3 \quad P\text{-value} = 0.001$				

همانطور که در جدول (۶) مشاهده می شود شغل همسر اکثریت مادران مورد بررسی در شهر و در روستا آزاد است و کمترین شغل همسر مادران شهری خانه دار و شغل همسر مادران روستایی کارمند و خانه دار می باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ شغل همسر ناهمگن می باشند.

جدول ۷. توزیع فراوانی تعداد فرزندان مادران مورد بررسی در شهر و روستا

گروه	شهر		روستا	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تعداد فرزندان	۴۴	۲۷/۵۰	۵	۳/۱۳
۱	۷۰	۴۳/۷۵	۳۳	۲۰/۶۳
۲	۱۶	۱۰	۵۷	۳۵/۶۳
۳	۱۹	۱۱/۸۸	۴۶	۲۸/۷۵
۴ و بالاتر	۱۱	۶/۸۸	۱۹	۱۱/۸۸
جمع کل	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰
نتایج آزمون کای دو	$\chi^2 = ۸۰٫۷۰۸, df = ۴ \quad P - value = ۰٫۰۰۱$			

همانطور که در جدول (۷) مشاهده می شود، اکثریت مادران مورد بررسی در شهر ۱ فرزند و کمترین تعداد ۴ فرزند و بالاتر و در روستا بیشتر مادران مورد بررسی ۲ فرزند و کمترین تعداد فرزند ۰ می باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ تعداد فرزندان ناهمگن می باشند.

جدول ۸. توزیع فراوانی نوع مسکن مادران مورد بررسی در شهر و روستا

گروه	شهر		روستا	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
نوع مسکن	۲۳	۱۴/۳۸	۰	--
رهنی	۵۱	۳۱/۸۸	۸۳	۵۱/۸۸
اجاره ای	۸۶	۵۳/۷۵	۷۷	۴۸/۱۳
مالک	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰
جمع کل	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰
نتایج آزمون کای دو	$\chi^2 = ۳۱٫۱۳۹, df = ۲ \quad P - value = ۰٫۰۰۱$			

همانطور که در جدول (۴-۸) مشاهده می‌شود اکثریت مادران مورد بررسی در شهر و در روستا مالک مسکن و کمترین نوع مسکن مادران در شهر و روستا رهنی می‌باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ نوع مسکن ناهمگن می‌باشند.

جدول ۹. توزیع فراوانی تعداد اتاق منزل مادران مورد بررسی در شهر و روستا

تعداد اتاق منزل	شهر		روستا	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱	۳۰	۱۸/۷۵	۶۶	۴۱/۲۵
۲	۱۰۳	۶۴/۳۸	۷۶	۴۷/۵۰
۳	۱۹	۱۱/۸۸	۱۸	۱۱/۲۵
۴	۸	۵	۰	--
جمع کل	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰
نتایج آزمون کای دو $\chi^2 = 25.600, df = 3, P-value = 0.001$				

همانطور که در جدول (۹) مشاهده می‌شود تعداد اتاق منزل اکثریت مادران مورد بررسی در شهر و در روستا ۲ اتاق و کمترین تعداد اتاق ۴ می‌باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ تعداد اتاق منزل ناهمگن می‌باشند.

جدول ۱۰. توزیع فراوانی نوع زندگی مادران مورد بررسی در شهر و روستا

نوع زندگی	شهر		روستا	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مستقل	۱۴۴	۹۰	۱۲۰	۷۵
خانواده خود	۴	۲/۵۰	۳۵	۳/۱۲
خانواده همسر	۱۲	۷/۵۰	۲۵	۲۱/۸۸

۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	جمع کل
$\chi^2 = 13,548, df = 2 \quad P\text{-value} = 0.001$				نتایج آزمون کای دو

همانطور که در جدول (۱۰) مشاهده می شود اکثریت مادران مورد بررسی در شهر و در روستا مستقل زندگی می کنند و کمترین نوع زندگی مادران در شهر با خانواده خود و در روستا با خانواده همسر می باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ نوع زندگی مادران ناهمگن می باشند

بررسی اهداف پژوهش

هدف اول: تعیین وضعیت سبک زندگی مادران باردار شهری و روستایی مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه در شهرستان قوچان در سال ۱۳۹۶

جدول ۱۱. توصیف مولفه های سبک زندگی مادران باردار شهری مراجعه کننده به مراکز سلامت

مولفه	انحراف معیار \pm میانگین	نتایج آزمون t تک نمونه
سلامت جسمانی	$1/93 \pm 0/344$	$t = 15,835, df = 159 \quad P\text{-value} = 0.001$
ورزش و تندرستی	$1/27 \pm 0/432$	$t = -6,471, df = 159 \quad P\text{-value} = 0.001$
کنترل وزن و تغذیه	$1/86 \pm 0/480$	$t = 9,567, df = 159 \quad P\text{-value} = 0.001$
پیشگیری از بیماری ها	$2/42 \pm 0/277$	$t = 42,011, df = 159 \quad P\text{-value} = 0.001$
سلامت روان شناختی	$1/96 \pm 0/460$	$t = 12,913, df = 159 \quad P\text{-value} = 0.001$
سلامت معنوی	$2/24 \pm 0/421$	$t = 22,311, df = 159 \quad P\text{-value} = 0.001$
سلامت اجتماعی	$2/14 \pm 0/416$	$t = 16,569, df = 159 \quad P\text{-value} = 0.001$
اجتناب از داروها و مواد مخدر	$2/80 \pm 0/195$	$t = 84,928, df = 159 \quad P\text{-value} = 0.001$
پیشگیری از حوادث	$2/37 \pm 0/428$	$t = 25,930, df = 159 \quad P\text{-value} = 0.001$

$t = 18,892, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/17 \pm 0/454$	سلامت محیطی
$t = 31,381, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/11 \pm 0/246$	سبک زندگی

یافته‌های آزمون t یک نمونه در جدول (۱۱) نشان داد که تفاوت معنادار بین میانگین تمامی مولفه‌ها با مقدار متوسط (۱/۵۰) است. با توجه به مقادیر میانگین‌ها مشخص است که وضعیت مولفه ورزش و تندرستی در مادران باردار شهری پایین‌تر از سطح متوسط و وضعیت سایر مولفه‌ها و شاخص کلی سبک زندگی بالاتر از سطح متوسط است.

جدول ۱۲ توصیف‌های آماری مولفه‌های سبک زندگی مادران باردار روستایی مراجعه کننده به مراکز سلامت

نتایج آزمون t تک نمونه	انحراف معیار \pm میانگین	مولفه
$t = 19,949, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/09 \pm 0/375$	سلامت جسمانی
$t = -1,155, df = 159$ $P-value = 0.250$	$1/44 \pm 0/616$	ورزش و تندرستی
$t = 10,326, df = 159$ $P-value = 0.001$	$1/85 \pm 0/434$	کنترل وزن و تغذیه
$t = 32,556, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/39 \pm 0/347$	پیشگیری از بیماری‌ها
$t = 12,103, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/06 \pm 0/586$	سلامت روان شناختی
$t = 15,141, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/18 \pm 0/571$	سلامت معنوی
$t = 16,167, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/15 \pm 0/514$	سلامت اجتماعی
$t = 49,101, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/77 \pm 0/327$	اجتناب از داروها و مواد مخدر
$t = 28,658, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/51 \pm 0/449$	پیشگیری از حوادث
$t = 30,792, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/43 \pm 0/382$	سلامت محیطی
$t = 27,936, df = 159$ $P-value = 0.001$	$2/18 \pm 0/310$	سبک زندگی

یافته‌های آزمون t یک نمونه در جدول (۴-۱۲) نشان دهنده آن است که تفاوت معنادار بین میانگین تمامی مولفه‌ها بجز مولفه ورزش و تندرستی، با مقدار متوسط (۱/۵۰) است. با توجه به مقادیر میانگین‌ها مشخص است که در مادران باردار روستایی وضعیت تمامی مولفه‌ها بجز مولفه ورزش و تندرستی، بالاتر از سطح متوسط است. عدم وجود تفاوت معنادار بین میانگین مولفه ورزش و تندرستی با مقدار متوسط (۱/۵۰) نشان دهنده آن است که وضعیت مولفه ورزش و تندرستی در سطح متوسط می‌باشد.

جدول ۱۳. توصیف‌های آماری مولفه‌های سبک زندگی مادران باردار شهری و روستایی مراجعه کننده به مراکز سلامت

نتایج آزمون t مستقل	روستا	شهر	گروه
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	مولفه
$t = -4.011, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.001$	2.09 ± 0.375	1.93 ± 0.344	سلامت جسمانی
$t = -2.775, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.006$	1.44 ± 0.616	1.27 ± 0.432	ورزش و تندرستی
$t = 0.174, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.862$	1.85 ± 0.434	1.86 ± 0.480	کنترل وزن و تغذیه
$t = 0.763, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.446$	2.39 ± 0.347	2.42 ± 0.277	پیشگیری از بیماری‌ها
$t = -1.560, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.120$	2.06 ± 0.586	1.96 ± 0.460	سلامت روان شناختی
$t = 1.057, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.291$	2.18 ± 0.571	2.24 ± 0.421	سلامت معنوی
$t = -0.273, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.785$	2.15 ± 0.514	2.14 ± 0.416	سلامت اجتماعی
$t = 1.279, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.202$	2.77 ± 0.327	2.80 ± 0.195	اجتناب از داروها و مواد مخدر
$t = -2.856, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.005$	2.51 ± 0.449	2.37 ± 0.428	پیشگیری از حوادث
$t = -5.341, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.001$	2.43 ± 0.382	2.17 ± 0.454	سلامت محیطی
$t = -2.375, df = 318 \quad P\text{-value} = 0.018$	2.18 ± 0.310	2.11 ± 0.246	سبک زندگی

یافته‌های آزمون t مستقل در جدول (۱۵) نشان دهنده آن است که؛ در مادران باردار شهری و روستایی بین وضعیت مولفه‌های سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی تفاوت معنادار وجود داشت. با توجه به مقادیر میانگین‌ها مشخص است که وضعیت مولفه‌های سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی در مادران روستایی بالاتر از مادران شهری است. همچنین در مادران باردار شهری و روستایی در بین وضعیت مولفه‌های کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی و اجتناب از داروها و مواد مخدر تفاوت معنادار وجود نداشت.

هدف دوم: تعیین وضعیت تاب‌آوری مادران باردار شهری و روستایی مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه در شهرستان قوچان در سال ۱۳۹۶

جدول ۱۴ توصیف‌های آماری مولفه‌های تاب‌آوری مادران باردار شهری مراجعه کننده به مراکز سلامت

مولفه	انحراف معیار \pm میانگین	نتایج آزمون t تک نمونه
تصور از شایستگی فردی	$2/64 \pm 0/619$	$t = 13/116, df = 159, P-value = 0/001$
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	$2/23 \pm 0/529$	$t = 5/563, df = 159, P-value = 0/001$
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	$2/81 \pm 0/521$	$t = 19/664, df = 159, P-value = 0/001$
کنترل	$2/57 \pm 0/711$	$t = 10/266, df = 159, P-value = 0/001$
تأثیرات معنوی	$2/66 \pm 0/910$	$t = 9/245, df = 159, P-value = 0/001$
تاب‌آوری	$2/55 \pm 0/475$	$t = 14/770, df = 159, P-value = 0/001$

یافته‌های آزمون t یک نمونه در جدول (۱۳) نشان دهنده وجود تفاوت معنادار بین میانگین تمامی مولفه‌ها با مقدار متوسط (۲) است. با توجه به مقادیر میانگین‌ها مشخص است که وضعیت تمامی مولفه‌ها و شاخص کلی تاب‌آوری بالاتر از سطح متوسط است.

جدول ۱۵. توصیف های آماری مولفه های تاب آوری مادران باردار روستایی مراجعه کننده به مراکز سلامت

نتایج آزمون t تک نمونه	انحراف معیار \pm میانگین	مولفه
$t = 10.778, df = 159, P\text{-value} = 0.001$	$2/48 \pm 0/569$	تصور از شایستگی فردی
$t = 9.691, df = 159, P\text{-value} = 0.001$	$2/41 \pm 0/537$	اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی
$t = 13.135, df = 159, P\text{-value} = 0.001$	$2/70 \pm 0/682$	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
$t = 11.378, df = 159, P\text{-value} = 0.001$	$2/72 \pm 0/810$	کنترل
$t = 10.318, df = 159, P\text{-value} = 0.001$	$2/78 \pm 0/957$	تأثیرات معنوی
$t = 14.732, df = 159, P\text{-value} = 0.001$	$2/56 \pm 0/482$	تاب آوری

یافته های آزمون t یک نمونه در جدول (۱۴) نشان دهنده وجود تفاوت معنادار بین میانگین تمامی مولفه ها با مقدار متوسط (۲) است. با توجه به مقادیر میانگین ها مشخص است که وضعیت تمامی مولفه ها و شاخص کلی تاب آوری بالاتر از سطح متوسط است.

جدول ۱۶. توصیف های آماری مولفه های تاب آوری مادران باردار شهری و روستایی مراجعه کننده به مراکز سلامت

نتایج آزمون t مستقل	گروه		مولفه
	روستا	شهر	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$t = 2.361, df = 318, P\text{-value} = 0.019$	$2/48 \pm 0/569$	$2/64 \pm 0/619$	تصور از شایستگی فردی
$t = -2.993, df = 318, P\text{-value} = 0.003$	$2/41 \pm 0/537$	$2/23 \pm 0/529$	اعتماد به غرایز فردی
$t = 1.509, df = 318, P\text{-value} = 0.132$	$2/70 \pm 0/682$	$2/81 \pm 0/521$	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
$t = -1.784, df = 318, P\text{-value} = 0.075$	$2/72 \pm 0/810$	$2/57 \pm 0/711$	کنترل

$t = -۱٫۱۰۷$, $df = ۳۱۸$ $P-value = ۰٫۲۶۹$	$۲/۷۸ \pm ۰/۹۵۷$	$۲/۶۶ \pm ۰/۹۱۰$	تأثیرات معنوی
$t = -۰٫۱۲۶$, $df = ۳۱۸$ $P-value = ۰٫۹۰۰$	$۲/۵۶ \pm ۰/۴۸۲$	$۲/۵۵ \pm ۰/۴۷۵$	تاب‌آوری

یافته‌های آزمون t مستقل در جدول (۱۶) نشان دهنده آن است که؛ در مادران باردار شهری و روستایی بین وضعیت مولفه‌های تصور از شایستگی فردی و اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی تفاوت معنادار وجود داشت. با توجه به مقادیر میانگین‌ها مشخص است که وضعیت مولفه تصور از شایستگی فردی در مادران شهری بالاتر از مادران روستایی و وضعیت مولفه اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی در مادران روستایی بالاتر از مادران شهری است. همچنین در مادران باردار شهری و روستایی بین وضعیت مولفه‌های پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی و شاخص کلی تاب‌آوری تفاوت معنادار وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

براساس جدول (۴-۱)، اکثریت مادران مورد بررسی در شهر (۷۰/۶۳٪) سن بین ۲۵ تا ۳۵ سال و در روستا بیشتر مادران مورد بررسی (۶۹/۳۸٪) سن بین ۲۵ تا ۳۵ سال داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی مادران مورد بررسی در شهر برابر با $۶/۲۹۱ \pm$ و $۳۰/۶۸$ سال و در روستا برابر با $۵/۳۰۸ \pm ۲۷/۲۹$ سال بود. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای‌دو دو گروه از لحاظ سنی ناهمگن بود. در مطالعه کمالی و همکاران، ۱۳۹۴ با عنوان "مقایسه خشونت خانگی، برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار در دو جمعیت شهری و روستایی شهرستان زرنند" نشان داد، که میانگین سنی زنان باردار شهری $۲۸/۵ \pm ۲/۳۷$ و روستایی $۲۷/۵ \pm ۰/۴$ سال بود که با نتیجه مطالعه حاضر همسو می‌باشد. این مورد بیانگر اینست که زنان روستایی در سن پایین فرزند دار می‌شوند.

براساس نتایج جدول (۲)، اکثریت مدت ازدواج مادران مورد بررسی در شهر (۵۸/۱۳٪) بین ۵ تا ۱۵ سال و در روستا مدت ازدواج بیشتر مادران مورد بررسی (۷۰٪) بین ۵ تا ۱۵ سال بود. میانگین و انحراف معیار مدت ازدواج مادران مورد بررسی در شهر برابر با $۷/۵۶ \pm ۵/۱۳۹$ سال و در روستا برابر با $۴/۹۸۵ \pm ۸/۵۰$ سال بود. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای‌دو دو گروه از لحاظ مدت ازدواج همگن بود. در مطالعه رحیمی و همکاران در سال ۱۳۹۳ میانگین فاصله ازدواج تا تولد اول $۲۷/۶۳$ ماه بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. بیانگر اینست که مدت ازدواج تا زمان باردای در زنان روستایی کمتر می‌باشد.

براساس نتایج جدول (۳)، تحصیلات اکثریت مادران مورد بررسی در شهر (۵۳/۱۳٪) کارشناسی و در روستا تحصیلات بیشتر مادران مورد بررسی (۷۰/۶۳٪) زیر دیپلم بود. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای‌دو دو گروه از لحاظ تحصیلات مادران ناهمگن بود. در مطالعه‌ای که با عنوان "سواد بهداشتی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی" توسط امیر اسماعیلی و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام شد نشان داد ۲۴ درصد زنان مورد مطالعه دارای سواد بهداشتی خوب، ۴۵ درصد دارای سواد بهداشتی متوسط و ۳۱ درصد ایشان دارای سواد بهداشتی مادری ضعیف بودند و ارتباط بین سواد بهداشتی با سن،

سطح تحصیلات، سابقه سقط و تعداد فرزندان معنی دار بود، از این رو با مطالعه حاضر همسو می باشد. همچنین براساس مطالعه جویباری و همکاران با عنوان "کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به تهوع و استفراغ حاملگی" نشان داد ۴۶/۷٪ مادران و ۳۹/۲٪ همسران تحصیلات دبیرستانی دارند. که با نتایج در زنان باردار روستایی همسو می باشد. بیانگر این موضوع است که امکان و شرایط تحصیلات در زنان روستایی ضعیف می باشد.

براساس نتایج جدول (۴)، تحصیلات همسر اکثریت مادران مورد بررسی در شهر (۲۹/۳۸٪) دیپلم و در روستا تحصیلات همسر بیشتر مادران مورد بررسی (۶۱/۲۵٪) زیر دیپلم بود. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ تحصیلات همسر ناهمگن بودند. در مطالعه‌ای با عنوان خشونت خانگی، شیوع در زنان باردار و ارتباط آن با پیامدهای مادری توسط محسنی و همکاران در سال ۱۳۹۲ انجام شد، نشان داد که زنان باردار تحت خشونت بیشتر کم سواد بودند، که دارای تعداد فرزند بیشتر (میانگین تعداد فرزند برابر $4/1 \pm 5$)، همسران جوانتر (میان همسران برابر $26/12 \pm 5$)، بیکار با تحصیلات کم بودند که با نتایج مطالعه فوق در زنان روستایی همسو می باشد. و این موضوع بیانگر اینست که در قشر روستایی سطح تحصیلات پایین بوده و خیلی دارای اهمیت نمی باشد.

براساس نتایج جدول (۵)، اکثریت مادران مورد بررسی در شهر (۶۹/۳۸٪) کارمند و در روستا بیشتر مادران مورد بررسی (۹۷/۵۰٪) خانه دار بودند. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ شغل ناهمگن بودند. در مطالعه با عنوان "سواد سلامت عملکردی مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه" در سال ۱۳۹۴ که توسط بقایی و همکاران انجام شد، نشان داد ۸۴٪ شرکت کنندگان خانه دار بودند که با نتایج مطالعه فوق در زنان باردار روستایی همسو می باشد. این موضوع بیانگر اینست که تفاوت شرایط زندگی و هزینه‌های آن در شهر و روستا باعث اختلاف در نوع شغل زنان شهری و روستایی شده است.

براساس نتایج جدول (۶)، شغل همسر اکثریت مادران مورد بررسی در شهر (۵۵٪) و در روستا (۸۳/۱۳٪) آزاد بود. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ شغل همسر ناهمگن بود. در مطالعه‌ای با عنوان بررسی ارتباط شغل همسر و بروز پره اکلامسی در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۰ توسط غلامی و همکاران انجام شد، نشان داد بین شغل همسر و پره اکلامسی ارتباط معنی داری وجود دارد در گروه مبتلا به پره اکلامسی درصد افراد کارگر نسبت به گروه سالم بیشتر بود. همچنین در گروه سالم درصد افراد با شغل آزاد نسبت به گروه مبتلا به پره اکلامسی بیشتر بود و شیوع پره اکلامسی در خانواده افراد کارگر بیشتر از خانواده افراد کارمند و شغل آزاد است. که نتایج مطالعه فوق همسو می باشد. این موضوع بیانگر اینست که با توجه به شرایط زندگی در شهر و وجود پست‌های دولتی اکثر همسران کارمند می باشند و در روستا بیشتر حرفه کشاورزی و دامداری داشته ازینرو دو گروه ناهمگن بوده است.

براساس نتایج جدول (۷)، اکثریت مادران مورد بررسی در شهر (۴۳/۷۵٪) ۱ فرزند و در روستا بیشتر مادران مورد بررسی (۳۵/۶۳٪) ۲ فرزند داشتند. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ تعداد فرزندان ناهمگن می باشند. در مطالعه با عنوان حاملگی ناخواسته و علل مربوط به آن در زنان باردار شهر کرمان در سال ۱۳۹۲ که توسط اشرف گنجوی و همکاران انجام شد، نشان داد در بررسی رابطه بین تعداد فرزند و حاملگی ناخواسته بیشترین شیوع حاملگی ناخواسته (۷۷/۸٪) حاملگی ناخواسته در خانواده با بیشتر از ۴ فرزند گزارش شد و اختلاف بین تعداد فرزندان و شیوع حاملگی ناخواسته معنی دار بود. با نتایج مطالعه فوق ناهمسو بود، که می تواند به دلیل شرایط اقتصادی و رفاهی و اجتماعی مناطق مختلف کشور باشد.

اکثریت مادران مورد بررسی در شهر (۵۳/۷۵٪) و در روستا (۴۸/۱۳٪) مالک مسکن بودند. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ نوع مسکن ناهمگن بودند.

در مطالعه با عنوان "تأثیر آموزش تغذیه دوران بارداری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و آگاهی و گسترش زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گنبدکاووس" که توسط احمدپور و همکاران انجام شد، نشان داد نوع مسکن بیشتر افراد تحت بررسی در گروه کنترل (۷۸/۸٪) و گروه کنترل (۸۲/۵٪) شخصی گزارش شده است. که با نتایج مطالعه فوق ناهمسو می باشد که می تواند به علت شرایط اقتصادی و محل زندگی باشد.

تعداد اتاق منزل اکثریت مادران مورد بررسی در شهر (۶۴/۳۸٪) و در روستا (۴۷/۵۰٪) ۲ اتاق بود. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ تعداد اتاق منزل ناهمگن بودند. در مطالعه با عنوان بررسی کیفیت خواب زنان در دوره نفاس و عوامل مرتبط با آن در شهر زنجان" در سال ۱۳۹۳ که توسط بهبودی مقدم و همکاران انجام شد، نشان داد با توجه به عوامل محیطی مورد مطالعه در این پژوهش میزان روشنایی اتاق خواب و اتاق خواب مستقل با کیفیت خواب همبستگی معناداری نداشت، در حالی که اتاق خواب مستقل داشتند. که با نتایج مطالعه فوق از نظر تعداد اتاق منزل همسو می باشد. این موضوع بیانگر اینست که زندگی در محیط روستایی دوستانه تر و به دور از تجملات شهر می باشد، و تعداد اتاق خیلی دارای اهمیت نیست.

اکثریت مادران مورد بررسی در شهر (۹۰٪) و در روستا (۷۵٪) مستقل زندگی می کنند. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو دو گروه از لحاظ نوع مسکن ناهمگن بودند. در مطالعه با عنوان "باورها و رفتارهای جنسی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان کرج" در سال ۱۳۹۰ که توسط حرقاتی و همکاران انجام شد، نشان داد ۹۲٪ زنان به صورت مستقل در ۱۲/۵ درصد با خانواده همسر خود زندگی می کنند. که با نتایج مطالعه فوق همسو می باشد. این موضوع بیانگر اینست که در روستاها خانواده ها بصورت سنتی زندگی کرده و پس از ازدواج با والدین زندگی میکنند در حالیکه در زندگی شهرنشینی اکثر خانواده ها از نوع هسته ای می باشند.

بر اساس نتایج مولفه های سبک زندگی مادران باردار شهری مراجعه کننده به مراکز سلامت نشان داد که؛ p-value که برای تمامی مولفه ها کوچکتر از مقدار ۰/۰۵ است که نشان دهنده وجود تفاوت معنادار بین میانگین تمامی مولفه ها با مقدار متوسط (۱/۵۰) است. با توجه به مقادیر میانگین ها مشخص است که وضعیت مولفه ورزش و تندرستی پایین تر از سطح متوسط و وضعیت سایر مولفه ها و شاخص کلی سبک زندگی بالاتر از سطح متوسط است. در مطالعه بصری و همکاران با عنوان "بررسی سبک زندگی خانم های باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری گناباد" که بر روی ۱۱۵ زن باردار انجام شده است بالاترین میانگین مولفه های سبک زندگی مربوط به عدم مصرف دخانیات و داروها و کمترین میانگین آنها به فعالیت بدنی و تندرستی و پس از آن کنترل استرس بوده است، که با نتایج مطالعات فوق همسو می باشد. و همچنین در مطالعه صحتی و همکاران با عنوان "سبک زندگی و ارتباط آن با نتایج بارداری در زنان باردار مراجعه کننده بیمارستانهای آموزشی تبریز" که بر روی ۳۸۵ زن باردار انجام شد نشان داد، تنها در بعد ورزش وضعیت ضعیف و در بقیه ابعاد اکثراً وضعیت خوب مشاهده شد. در مطالعه مروری دونز و همکاران (۲۰۱۲) برآوردهای بخشی از جمعیت که فعالیت ورزشی دارند بین ۱۵ تا ۷۸٪ متغیر بود که با نتایج مطالعه فوق همسو می باشد. این مورد بیانگر این است که زنان باردار از ورزش کردن در دوران بارداری بدلیل هراس از زایمان زودرس امتناع می ورزند.

بر اساس نتایج مولفه‌های سبک زندگی مادران باردار روستایی مراجعه‌کننده به مراکز سلامت نشان داد که؛ p -value برای تمامی مولفه‌ها بجز مولفه ورزش و تندرستی، کوچکتر از مقدار $0/05$ است که نشان دهنده وجود تفاوت معنادار بین میانگین تمامی مولفه‌ها بجز مولفه ورزش و تندرستی، با مقدار متوسط ($1/50$) بود. با توجه به مقادیر میانگین‌ها مشخص است که وضعیت تمامی مولفه‌ها بجز مولفه ورزش و تندرستی، بالاتر از سطح متوسط است و p -value برای مولفه ورزش و تندرستی بزرگتر از مقدار $0/05$ است، که نشان دهنده عدم وجود تفاوت معنادار بین میانگین مولفه ورزش و تندرستی با مقدار متوسط ($1/50$) است. بنابراین وضعیت مولفه ورزش و تندرستی در سطح متوسط است. در مطالعه حسین پور و همکاران 1392 با عنوان " بررسی ارتباط سواد سلامت با سبک زندگی در زنان باردار روستای تحت پوشش پزشک خانواده مرکز بهداشت ایذه " انجام شده است، مؤلفه‌های تغذیه، کنترل استرس، رفتارهای بهداشتی، مراقبت نامناسب و روابط اجتماعی کمترین میانگین را داشته اند. که با نتایج مطالعات فوق همسو نبوده که میتواند بعلت فرهنگ و شرایط متفاوت زندگی باشد.

یافته‌های آزمون t مستقل در جدول (۴-۱۳) نشان داد که؛ p -value برای مولفه‌های سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی کوچکتر از مقدار $0/05$ است که نشان دهنده وجود تفاوت معنادار بین وضعیت این مولفه‌ها در مادران باردار شهری و روستایی است. با توجه به مقادیر میانگین‌ها مشخص است که وضعیت مولفه‌های سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی در مادران روستایی بالاتر از مادران شهری است. همچنین p -value برای مولفه‌های کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی و اجتناب از داروها و مواد مخدر بزرگتر از مقدار $0/05$ است، که نشان دهنده عدم وجود تفاوت معنادار بین وضعیت این مولفه‌ها در مادران باردار شهری و روستایی است.

بر اساس نتایج پژوهش مولفه‌های تاب‌آوری مادران باردار شهری مراجعه‌کننده به مراکز سلامت نشان داد که؛ p -value برای تمامی مولفه‌ها کوچکتر از مقدار $0/05$ است، که نشان دهنده وجود تفاوت معنادار بین میانگین تمامی مولفه‌ها با مقدار متوسط (۲) است. با توجه به مقادیر میانگین‌ها مشخص است که وضعیت تمامی مولفه‌ها و شاخص کلی تاب‌آوری بالاتر از سطح متوسط است و همچنین در مطالعه مهربان و همکاران با عنوان " بررسی ارتباط بین اضطراب بارداری و زایمان زودرس در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اردبیل " در سال ۹۰ که بر روی ۲۴۱ زن باردار انجام شده است، نشان داد بین اضطراب دوران بارداری و زایمان زودرس ارتباط معناداری وجود داشت. در مطالعه چون‌های نی و همکاران (۲۰۱۷) تحت عنوان « بررسی تاثیر تاب‌آوری بر پیامدهای روانی در زنان باردار تهدید به زایمان زودرس مطالعه مقطعی در جنوب شرقی چین » مؤلفه‌های تصور از شایستگی‌های فردی، اعتماد به غرایز فردی و کنترل در زنان باردار در معرض زایمان زودرس پایین‌تر بوده است. با نتایج مطالعه فوق همسو نمی‌باشد، که میتواند بدلیل تفاوت قومیت، نژاد، اقلیم و فرهنگ و سبک زندگی متفاوت باشد.

یافته‌ها نشان داد مولفه‌های تاب‌آوری مادران باردار روستایی مراجعه‌کننده به مراکز سلامت نشان نشان داد که؛ p -value برای تمامی مولفه‌ها کوچکتر از مقدار $0/05$ است، که نشان دهنده وجود تفاوت معنادار بین میانگین تمامی مولفه‌ها با مقدار متوسط (۲) است. با توجه به مقادیر میانگین‌ها مشخص است که وضعیت تمامی مولفه‌ها و شاخص کلی تاب‌آوری بالاتر از سطح متوسط است. طبق مطالعه خدابخشی و همکاران با عنوان " ارتباط هوش معنوی با تاب‌آوری در برابر استرس و ترجیح روش زایمان در بین زنان باردار " در سال 1392 که بررسی 211 زن باردار مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی انجام شد و میزان

تاب‌آوری از طریق پرسش‌نامه کانر و دیویدسون انجام شد. میانگین نمرات تاب‌آوری ۵۶/۴۹ بوده که با مطالعه فوق همسو بوده است. این موضوع بیانگر اینست که در زنان روستایی بدلیل شرایط سخت تر زندگی از تاب‌آوری بالایی برخوردارند.

در مطالعه صحتی و همکاران در سال ۱۳۹۳ با عنوان «بررسی سبک زندگی و ارتباط آن با نتایج بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی تبریز» محل زندگی (شهر روستا) با سبک زندگی تفاوت معنی دار داشته است، به طوریکه مولفه‌های مراقبت از خود و سلامت اجتماعی دارای بیشترین همبستگی را با محل زندگی داشته‌اند و استفاده از داروها و مواد مخدر و فعالیت‌های بدنی و تندرستی و تغذیه رابطه معنی‌داری با محل زندگی نداشته‌اند. که این عدم همخوانی‌ها می‌تواند ناشی از اختلاف سطح فرهنگ‌ها و میزان آگاهی زنان باردار در استان‌های مختلف کشور است. یافته‌های آزمون t مستقل نشان داد که p -value برای مولفه‌های تصور از شایستگی فردی و اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی کوچکتر از مقدار ۰/۰۵ است، که نشان دهنده وجود تفاوت معنادار بین وضعیت این مولفه‌ها در مادران باردار شهری و روستایی است. با توجه به مقادیر میانگین‌ها مشخص است که وضعیت مولفه‌ها تصور از شایستگی فردی در مادران شهری بالاتر از مادران روستایی و وضعیت مولفه‌ها اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی در مادران روستایی بالاتر از مادران شهری است. همچنین p -value برای مولفه‌های پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی و شاخص کلی تاب‌آوری بزرگتر از مقدار ۰/۰۵ است که نشان دهنده عدم وجود تفاوت معنادار بین وضعیت این مولفه‌ها در مادران باردار شهری و روستایی است. در مطالعه چون‌های نی و همکاران (۲۰۱۷)، میانگین تاب‌آوری در زنان باردار در معرض زایمان زودرس روستایی و شهری تفاوت معنی داری نداشته است که با مطالعه فوق همسو می‌باشد. این موضوع بیانگر اینست که تاب‌آوری در زنان شهری و روستایی بالا می‌باشد.

منابع

- اسدی گرمارودی، نصیره، ۱۳۹۸، اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر میزان صبر و سلامت روانی بانوان در دوران بارداری، نخستین کنگره ایرانی روانشناسی مثبت، تهران، ۱۰۲۲۳۳۹، <https://civilica.com/doc/۱۰۲۲۳۳۹>
- پیری، زهرا، امیری مجد، مجتبی، بزازیان، سعیده، و قمری، محمد. (۱۳۹۸). نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای در رابطه دشوار تنظیم هیجان و اعتیاد به اینترنت /فقی دانش، ۲۶(۱)، ۵۲-۴۳.
- تریوه، ب.، کریمی، ک.، اکبری، م.، و مرادی، ا. (۱۳۹۹). الگوی ساختاری تعهد زناشویی براساس باورهای ارتباطی زناشویی، درگیری عاطفی و انتقاد در خانواده: نقش میانجی گر صمیمیت زناشویی. *روان‌شناسی کاربردی*. ۱۴(۱)، ۱۵۸-۱۳۹ https://apsy.sbu.ac.ir/article_۹۷۳۰۴.html
- حسین‌پور، ف.، رضایی، ف.، و غلامرضایی، س. (۱۳۹۸). پیش‌بینی ذهن‌آگاهی زنان باردار براساس دشواری در تنظیم هیجان‌ات، استرس ادراک‌شده، اضطراب بارداری و افسردگی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*. ۱۷(۶)، ۴۹۳-۴۸۵ <http://unmf.umsu.ac.ir/article-۱-۳۸۵۰-fa.html>
- دارابی، مسعود، حیدرآبادی، ابوالقاسم، اله‌پور، هادی. (۱۴۰۱). بررسی و تبیین مؤلفه‌های شناختی و تأثیر آن بر تاب‌آوری اجتماعی شهروندان در شرایط بحران (مورد مطالعه: شهر بیرجند). *مدیریت بحران*، ۱۱(۲)، شماره ۲۲، اسفند ۱۴۰۱.
- دانشوری‌نسب، عبدالحسین، مقصودی، سوده، صالحی، مریم. (۱۴۰۰). رابطه حمایت اجتماعی با تاب‌آوری اجتماعی زنان آسیب‌دیده از سیل (مورد مطالعه: شهرستان دلگان)، *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۹(۲)، ۷-۵۰.

- ذالی، معصومه و شاکری، معصومه، ۱۳۹۹، بررسی ارتباط تاب آوری با نتایج بارداری در مادران باردار مراجعه کننده به مراکز مراقبت سلامت شهر زنجان در سال ۱۳۹۹، اولین همایش ملی روان شناسی بالینی کودک و نوجوان، اردبیل، ۱۹۳۲۲۹، <https://civilica.com/doc/1193229>
- عابدی جبلی، مریم، مهناز، احمدی، حسن، پیرزاد و فرشته، محلوجی (۱۳۹۸) تاب آوری اجتماعی، تهران، انتشارات فراگیران سینا.
- عسگریان، آزاده و آمره، محمد و رحمانی، مبینا، ۱۴۰۲، بررسی سلامت روان زنان در دوران بارداری و تاثیر عوامل روانشناختی بر سلامت جسمانی و روانی آنان در شهر قم، سومین همایش ملی ایده های کاربردی در علوم تربیتی، روانشناسی و مطالعات فرهنگی، بوشهر، ۱۷۸۸۵۱۷، <https://civilica.com/doc/1788517>
- غلامی ارجنکی، سحر، ۱۴۰۲، رابطه سبک های هویت و معنا در زندگی با تاب آوری در دانشجویان، هشتمین همایش ملی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران، تهران، ۱۹۸۵۵۵۷، <https://civilica.com/doc/1985557>
- فاضلی کبریا، حامد، شفقت، ابوطالب، بهمنی، اکبر، کریمی، مینو. (۱۴۰۰). تأثیر سرمایه اجتماعی بر تاب آوری با تأکید بر نقش میانجی رفتار شهروندی سازمانی در بحران ها مورد مطالعه: کارکنان جمعیت هلال احمر استان کرمانشاه. مدیریت بحران، ۱۰(۱)، ۷۳-
- فتحی، آ. و گلک خیبری، س. (۱۳۹۶). بررسی رابطه نگرانی های دوران بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی با سلامت عمومی زنان باردار. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۱۵(۱۲)، ۹۴۹-۹۳۹. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3233-fa.html>
- محمودی، بیت الله، سروری دردشتی، زهرا، صادقی، ستار. (۱۳۹۹). شناسایی، طبقه بندی و اولویت بندی معیارها و شاخص های تاب آوری اجتماعی در کشور. مطالعات راهبردی سیاست گذاری عمومی، ۱۰(۳۶)، ۹۶-۱۱۸.
- مهاجری امیری ش، حجرای غ، بادیار م. ۱۳۹۵. بررسی نقش عوامل اجتماعی در روان شناختی بر توانمندسازی زنان روستایی سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد (مورد مطالعه شهرستان عباس آباد). مجله تحقیقات اقتصاد و توسعه کشاورزی ایران، ۱: ۲۲۵-۲۱۱
- مؤمنی خ، جلیلی ز، محسنی ر، کرمی ح، سعیدی م، احمدی س م. ۱۳۹۴. اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی، ۱۵
- نادری م، وحدت مودب ه. ۱۳۹۳. توانمندسازی زنان روستایی برای مشاغل خانگی، سومین همایش ملی پایداری روستایی. همدان، مؤسسه آموزش عالی عمران و توسعه.
- یزدانی م ر، مومنی خ. ۱۳۹۳. نقش سبک زندگی و تاب آوری در پیش بینی سلامت روان و خود شفقت ورزی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه در سال ۱۳۹۳. ۲: ۱۱۵-۱۲۴