

بررسی نقش تعدیل کننده رضایت از زندگی در رابطه بین تاب آوری و سلامت عمومی

محمدعلی بشارت^۱

حسینعلی جاهد^۲

سیده اسماء حسینی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۸

تاریخ وصول: ۹۲/۱۱/۱۴

چکیده

در این پژوهش نقش تعدیل کننده رضایت از زندگی در رابطه بین تاب آوری و سلامت عمومی در یک نمونه دانشجویی مورد بررسی قرار گرفت. هفتاد و پنج نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر ری (۶۵ دختر و ۱۰ پسر) در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت کنندگان در پژوهش خواسته شد تا مقیاس خود-تاب آوری (ERS)، مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان داد که بین تاب آوری و رضایت از زندگی با مشکلات مربوط به سلامت عمومی همبستگی منفی معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل اثرات اصلی و تعدیلی بر حسب معادلات ساختاری نشان داد که رضایت از زندگی می تواند رابطه بین تاب آوری و مشکلات مربوط به سلامت عمومی دانشجویان را تعدیل کند. بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که رابطه بین رضایت از زندگی و تاب آوری با سلامت عمومی فقط یک رابطه ساده نیست و تعامل متغیرهای مختلف می تواند به شکل های متفاوت سلامت

۱- نویسنده مسئول، استاد دانشگاه تهران Besharat2000@ut.ac.ir

۲- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره)

۳- دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت دانشگاه تهران

عمومی را تحت تأثیر قرار دهد.

واژگان کلیدی: رضایت از زندگی، تاب‌آوری، سلامت روانی، سلامت جسمانی.

مقدمه

رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان (به جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها) در سال‌های اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است. این رویکرد هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این رو عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد هستند. در این میان تاب‌آوری^۱ جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است. گارمزی و مستن^۲ (۱۹۹۱؛ به نقل از کانر و دیویدسون^۳، ۲۰۰۳) تاب‌آوری را یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف کرده‌اند. البته تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). تاب‌آوری را به عنوان عامل حافظ سلامت روانی و فرایندهای ارتقاء و بهبود در نظر گرفته‌اند. این واژه عموماً برای توصیف ظرفیت ماده یا سیستم برای بازگشت به تعادل، بعد از بی‌تعادلی به کار گرفته می‌شود. با وجود این که بیماری‌های جسمی، ضربه روانی و استرس مزمن به عنوان پیشایندهای رایج اختلالات روان‌پزشکی شناخته شده‌اند، مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که در حقیقت، اکثریت مردمی که چنین وقایع استرس‌زایی را

1. resilience

2. Garnezy, N., & Masten, A. S.

3. Connor, K. M., Davidson, J. R. T.

تجربه می‌کنند، دچار اختلال نمی‌شوند که این سؤال را برمی‌انگیزند که کدام عوامل تاب‌آوری این ایمنی روانی را فراهم کرده‌اند (داویدوف، استیوارت، ریچی و چاودیو^۱، ۲۰۱۰). تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (لاتار و چیچتی، ۲۰۰۰؛ مستن، ۲۰۰۱). تاب‌آوری که «مقاومت در برابر استرس»^۲ (گارمزی، ۱۹۸۵) یا «رشد پس‌ضربه‌ای»^۳ (تدشی، پارک و کالان، ۱۹۹۸) نیز نامیده شده است، در امتداد یک پیوستار با درجات متفاوت از مقاومت در برابر آسیب‌های روان‌شناختی قرار می‌گیرد (اینگرام و پرایس، ۲۰۰۱). تاب‌آوری بر حسب این تعریف، فراتر از جان سالم بدر بردن از استرس‌ها و ناملایمات زندگی است (بونانو، ۲۰۰۴) و با رشد مثبت، انطباق‌پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در وضعیت تعادلی پیشین، مطابقت می‌کند (ریچاردسون، ۲۰۰۲). روان‌شناسان بالینی، اخیراً مدل‌هایی از تاب‌آوری را تحت شرایط فقدان^۴، مصیبت^۵، افسردگی^۶ و درد^۷ بررسی کرده‌اند (بونانو، ۲۰۰۴؛ چارنی، ۲۰۰۴؛ زاترا، جانسون و دیویس، ۲۰۰۵؛ سوتیک، ویتلینگما و چارنی، ۲۰۰۵). نتایج هماهنگ این پژوهش‌ها مؤید تأثیرات مثبت، سازنده و محافظت‌کننده تاب‌آوری در مقاومت و مقابله موفق و انطباق‌رشدیافته با شرایط خطیر و استرس‌زای فوق‌الذکر است. برعکس، سطوح پایین و ضعیف تاب‌آوری با آسیب‌پذیری و اختلال‌های روان‌شناختی مرتبط است (بشارت، ۱۳۸۶؛ بونانو، ۲۰۰۴؛ کمپل-سیلس، کوهان و استین، ۲۰۰۶).

رضایت از زندگی را می‌توان به عنوان جامع‌ترین ارزیابی افراد از شرایط زندگی خود در نظر گرفت (داینر^۸، ۲۰۰۰). رضایت از زندگی می‌تواند به صورت معنادار شاخص‌های سلامت

1. Davydov, D., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I.
2. stress resistance
3. post-traumatic growth
4. loss
5. bereavement
6. depression
7. pain
8. Diener, E.

روان را پیش‌بینی کند (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). بین سلامت جسمی پایین و رضایت از زندگی ادراک شده رابطه وجود دارد. رضایت از زندگی با تنوعی از رفتارهای سلامت نوجوانان رابطه دارد (زولینگ، والوآ، هیوینر و درین^۱، ۲۰۰۵)، که این مسئله رابطه بین رضایت از زندگی و سلامت جسمی را مشخص می‌کند.

سلامت روان یکی از مؤلفه‌های مهم بهداشت عمومی است. اصطلاح سلامت روان برای توصیف سطح بهزیستی شناختی و هیجانی و برای نشان دادن مبتلا نبودن به اختلالات روانی به کار می‌رود. هیچ تعریف رسمی برای بهداشت روان وجود ندارد و همه تفاوت‌های فرهنگی، ارزیابی شخصی و نظریه‌های تخصصی رقیب بر شیوه تعریف این اصطلاح اثر می‌گذارند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱؛ به نقل از فتی، موتابی، شکیبیا و باروتی، ۱۳۸۷). با این حال، همگان توافق دارند که بهداشت روان، توانایی برقراری توازن در زندگی و مقاومت در برابر مشکلات است (فتی و همکاران، ۱۳۸۷). سلامت روان، نیازی اساسی و برای بهبود کیفیت زندگی انسان امری حیاتی است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱). سلامت روان با ویژگی‌های توانمندساز درونی یا منابع درونی قدرت رابطه دارد. برخورداری از این منابع درونی، با وجود شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، توانایی فرد را برای رشد سازگارانه خود افزایش می‌دهد تا سلامت روان خود را حفظ نماید (جسلون^۲، ۱۹۹۷). تاب‌آوری با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیش‌گیری می‌کند (بروکس^۳، ۲۰۰۳).

با توجه به یافته‌های پژوهشی، مشخص شده که تاب‌آوری و رضایت از زندگی، هر دو با سلامت جسمی و روانی رابطه دارند. بر این اساس، فراسوی روابط ساده و خطی این متغیرها و به منظور مطالعه همزمان متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی، نقش تعدیل‌کننده رضایت از زندگی در رابطه بین تاب‌آوری و سلامت عمومی در این پژوهش بررسی می‌شود.

1. Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W.

2. Jacelon, C. S.

3. Brooks, M. V.

در نتیجه، مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا رضایت از زندگی رابطه تاب‌آوری با سلامت عمومی را تعدیل می‌کند یا خیر؟ فرضیه‌ها و سؤال‌های پژوهش نیز از این قرار هستند: فرضیه اول- بین تاب‌آوری و سلامت عمومی رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه دوم- بین رضایت از زندگی و سلامت عمومی رابطه مثبت وجود دارد؛ سؤال اول- آیا رضایت از زندگی رابطه تاب‌آوری و سلامت عمومی را تعدیل می‌کند؟

روش

روش پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر نحوه انجام پژوهش، توصیفی از نوع پیمایشی است. این پژوهش همچنین به شناسایی بیشتر مفهوم تاب‌آوری به لحاظ نظری کمک می‌کند. جامعه این پژوهش کلیه افراد بزرگسال را در برمی‌گیرد. روش نمونه‌گیری روش نمونه در دسترس بوده است. برای انجام چنین تحقیقی، تعداد ۷۵ تا ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه کفایت می‌کند (هومن، ۱۳۸۵). برای پژوهش حاضر، تعداد ۷۵ نفر مورد آزمون قرار گرفتند. آزمودنی‌ها دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرری بودند، که در ماه‌های بهمن و اسفند ۹۰ در پژوهش شرکت کردند. در این پژوهش به منظور بررسی رابطه تاب‌آوری با سلامت جسمی و روانی و رضایت از زندگی با سلامت روانی و جسمی از روش همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن استفاده شد. همچنین برای بررسی نقش تعدیل‌کننده رضایت از زندگی در رابطه بین تاب‌آوری و سلامت جسمی و روانی از مدل‌سازی معادلات ساختاری به روش حداقل مجذورات جزئی^۱ (PLS)، نرم افزار Visual PLS، استفاده شد. رویکرد (PLS) رویکردی نیرومند جهت بررسی اثرات تعاملی^۲ یا مدل‌هایی که در آنها متغیرهای تعدیل‌کننده^۳ وجود دارد، است. به باور چین، مارکولین و نیوستد^۴ (۱۹۹۶) رویکردهای مبتنی بر کوواریانس هنگام

1. Partial Least Squares
2. interaction effects
3. moderators
4. Chin, W. W., Marcolin, B., & Newsted, P.

برآورد اثرات تعاملی با مشکلات عدم تعیین مقیاس و بروز مشکلات در برآورد مدل‌های ساختاری پیچیده روبرو هستند. از طرف دیگر بررسی روایی و پایایی مدل‌های اندازه‌گیری متغیرهای مکنون تعدیل‌کننده در رویکرد مبتنی بر کوواریانس با مشکل مواجه است.

ابزار پژوهش

مقیاس خودتاب‌آوری (ERS)^۱: این مقیاس اولین بار توسط کلانن^۲ (۱۹۹۶) به شکل مقیاس خودگزارشی ارزیابی تاب‌آوری از عبارات پرسشنامه روان‌شناختی کالیفرنیا اقتباس شده و روی نمونه‌ای از زوج‌های فارغ‌التحصیل شده کالیفرنیا اجرا شد که نتایج آن با عبارات پرسشنامه روان‌شناختی کالیفرنیا همبستگی داشت. بعدها بلاک^۳ مقیاس ارزیابی خودتاب‌آوری را با اقتباس از عبارات پرسشنامه چند مرحله‌ای شخصیت مینه سوتا طراحی نمود. بلاک و کرمن^۴ (۱۹۹۶) این مقیاس را به صورت مطالعه‌ای طولی روی گروهی در دو نوبت یکبار در ۱۸ سالگی و بار دیگر در ۲۳ سالگی آنها اجرا کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای این گروه با این فرض که آزمون تنها یک عامل اصلی را می‌سنجد، ۰/۷۶ بود. طی ۵ سال فاصله بین دو اجرا، ضریب پایایی بازآزمایی برای زنان و مردان به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۵۱ بود. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه لترزینگ، بلاک و فاندرد^۵ (۲۰۰۵) برابر ۰/۷۲ گزارش شده است. این مقیاس مشتمل بر ۱۴ عبارت است که پاسخ‌ها را در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۱ (اصلاً صدق نمی‌کند) تا ۴ (اکثراً صدق می‌کند) می‌سنجد. جمع نمرات حاصله از ۱۴ عبارت، نمره خودتاب‌آوری فرد در این مقیاس است.

1. Ego-Resiliency Scale

2. Klohnen, E. C.

3. Block, J.

4. Block, J., & Kremen, A. M.

5. Letzring A., T. D., Block B., J., & Funder, D. C.

مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)^۱: این مقیاس پنج جمله‌ای توسط داینر، امونس، لارسن و گرiffin^۲ (۱۹۸۵) جهت سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است. این مقیاس روایی (به شیوه همگرا و افتراقی) و پایایی (آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵) مطلوبی دارد. در این مقیاس در برابر هر جمله طیف لیکرت ۵ نمره‌ای از کاملاً راضی (۵) تا کاملاً ناراضی (۱) قرار دارد (داینر و همکاران، ۱۹۸۵). این مقیاس توسط خیر و سامانی (۱۳۸۳)، به نقل از نصیری و جوکار، (۱۳۸۷) برای استفاده در ایران مورد انطباق قرار گرفته و شواهد روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. در پژوهشی که جوکار (۱۳۸۵)، به نقل از نصیری و جوکار، (۱۳۸۷) روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی انجام داده است، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ و روایی آن را به شیوه تحلیل عاملی محاسبه کرده است که نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس بود که می‌توانست بیش از ۵۴٪ از واریانس را تبیین نماید. در پژوهش نصیری و جوکار (۱۳۸۷) برای بررسی پایایی این مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۸ به دست آمد. روایی این مقیاس نیز با استفاده از تحلیل عوامل به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس نشان داد که در مقیاس یک عامل اصلی وجود دارد که ۶۴٪ از واریانس کل را تبیین می‌نماید (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)^۳: پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر^۴ (۱۹۷۹) ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس‌های مذکور عبارتند از: مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و مقیاس علائم افسردگی. نمره گذاری مقیاس به این ترتیب است: برای جمع‌بندی نمرات به اصلاً نمره صفر، در حد معمول ۱، بیش از حد معمول ۲، و خیلی بیشتر از حد معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس، از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به

1. Satisfaction With Life Scale
2. Diener, E. D., A. Emmons, R., J. Larsen, R., & Griffin, S.
3. General Health Questionnaire
4. Goldberg, D. P., & Hiller, V.

بالا، بیانگر علائم مرضی است. پرسشنامه سلامت عمومی از ابزارهای غربالگری شناخته شده روانپزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های روانی غیرسایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار می‌رود (یعقوبی، نصرافهانی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴). گلدبرگ و ویلیامز^۱ (۱۹۸۹) در تحلیل ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۰/۸۲ گزارش نمودند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۸۲ را گزارش نمودند. پایایی فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه توسط پالاهنگ، نصرافهانی و براهنی (۱۳۷۵) ۰/۹۱ محاسبه شده است و با بهترین نقطه برش این پرسشنامه (۲۳)، حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۱۶ گزارش نمودند. ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ در بررسی یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) برابر با ۰/۸۸ به دست آمد (رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید، ۱۳۷۸).

یافته‌ها

جدول ۱ مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را بر حسب نمره‌های تاب آوری، رضایت از زندگی و سلامت عمومی نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها بر حسب تاب آوری، رضایت از زندگی و

سلامت عمومی		
متغیر	میانگین	انحراف معیار
شاخص		
تاب آوری	۴۴/۹۳	۵/۳۱۳
رضایت از زندگی	۲۳/۶۵	۵/۷۱۵
سلامت عمومی	۲۲/۹۶	۱۲/۰۵۸

1. Goldberg, D. P., & Williams, P.

به منظور بررسی رابطه تاب‌آوری و رضایت از زندگی با سلامت عمومی از روش همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن استفاده شد. نتایج همبستگی‌ها در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در مورد تاب‌آوری، رضایت از زندگی و

سلامت عمومی			
متغیر	۱	۲	۳
۱- تاب‌آوری	۱		
۲- رضایت از زندگی	۰/۳۳**	۱	
۳- سلامت عمومی	-۰/۲۵*	-۰/۲۸*	۱

** ضرایب همبستگی در سطح $\alpha = ۰/۰۱$ معنادار هستند.

* ضرایب همبستگی در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار هستند.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین تاب‌آوری و سلامت عمومی رابطه همبستگی منفی معنادار ($I = -۰/۲۵۴$) وجود دارد. نمرات سلامت به صورت برعکس هستند. یعنی هرچه سلامت فرد پایین‌تر باشد، نمره بالاتری می‌گیرد. پس همبستگی منفی بین تاب‌آوری و سلامت به این معنی است که تاب‌آوری بالاتر با سلامت بالاتر همبستگی مثبت دارد. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. بین رضایت از زندگی و سلامت عمومی همبستگی منفی معنادار ($I = -۰/۲۸۶$) وجود دارد، یعنی رضایت از زندگی بالاتر با سلامت عمومی بالاتر همبستگی مثبت دارد. بنابراین، فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

جهت پاسخ‌گویی به سؤال تحقیق، مدل‌یابی معادلات ساختاری به روش PLS در دو گام اجرا شد. در مرحله اول مدل اندازه‌گیری (روایی و پایایی مقیاس‌های اندازه‌گیری) و در مرحله دوم مدل ساختاری (فرضیه‌های تحقیق) مورد آزمون قرار گرفت.

آزمون مدل اندازه‌گیری: آزمون مدل اندازه‌گیری شامل بررسی پایایی و روایی سازه‌ها و

ابزارهای پژوهش می‌شود که در ادامه بررسی می‌شوند:

جدول ۳. بارهای عاملی، میانگین واریانس استخراج شده و پایایی ترکیبی سازه خودتاب آوری

گویه‌های نهایی	بار عاملی
تاب آوری ۲	۰/۶۶
تاب آوری ۶	۰/۷۲
تاب آوری ۱۲	۰/۷۷
میانگین واریانس استخراج شده	۰/۵۲
پایایی ترکیبی	۰/۷۶

با توجه به جدول فوق سازه خودتاب آوری از پایایی مناسبی برخوردار است.

جدول ۴. بارهای عاملی، میانگین واریانس استخراج شده و پایایی ترکیبی سازه رضایت از زندگی

گویه‌های نهایی	بار عاملی
رضایت ۱	۰/۸۴
رضایت ۲	۰/۸۷
رضایت ۳	۰/۸۷
رضایت ۴	۰/۷۷
میانگین واریانس استخراج شده	۰/۷۰
پایایی ترکیبی	۰/۹۰

با توجه به جدول ۴ سازه رضایت از زندگی از پایایی مناسبی برخوردار است.

۷۷ _____ بررسی نقش تعدیل کننده رضایت از زندگی ...

جدول ۵. بارهای عاملی، میانگین واریانس استخراج شده و پایایی ترکیبی سازه سلامت جسمی و

روانی

بار عاملی	گویه	بعد
۰/۷۱	جسمی ۱	بعد جسمی
۰/۸۵	جسمی ۳	
۰/۸۵	جسمی ۴	
متوسط واریانس استخراج شده		
	۰/۶۵	
پایایی ترکیبی		
	۰/۸۴	
بعد اضطراب	اضطراب ۱	۰/۸۶
	اضطراب ۲	۰/۷۸
	اضطراب ۵	۰/۷۴
	اضطراب ۶	۰/۷۳
میانگین واریانس استخراج شده		
	۰/۶۱	
پایایی ترکیبی		
	۰/۸۶	
بعد اجتماعی	اجتماعی ۱	۰/۷۶
	اجتماعی ۲	۰/۸۵
	اجتماعی ۳	۰/۷۸
	اجتماعی ۴	۰/۷۶
میانگین واریانس استخراج شده		
	۰/۶۲	
پایایی ترکیبی		
	۰/۸۷	
بعد افسردگی	افسردگی ۱	۰/۷۴
	افسردگی ۲	۰/۸۴
	افسردگی ۳	۰/۸۶
	افسردگی ۵	۰/۷۳
	افسردگی ۶	۰/۸۳
	افسردگی ۷	۰/۷۳
	میانگین واریانس استخراج شده	
	۰/۶۳	
پایایی ترکیبی		
	۰/۹۱	

سلامت کلی	جسمی	۰/۷۰
	اضطراب	۰/۸۱
	اجتماعی	۰/۷۳
	افسردگی	۰/۸۲
میانگین واریانس استخراج شده		۰/۵۹
پایایی ترکیبی		۰/۸۵

با توجه به جدول فوق، مقیاس سلامت عمومی از پایایی مناسبی برخوردار است.

جدول ۵. ماتریس همبستگی و جذر میانگین واریانس استخراج شده سازه های تحقیق

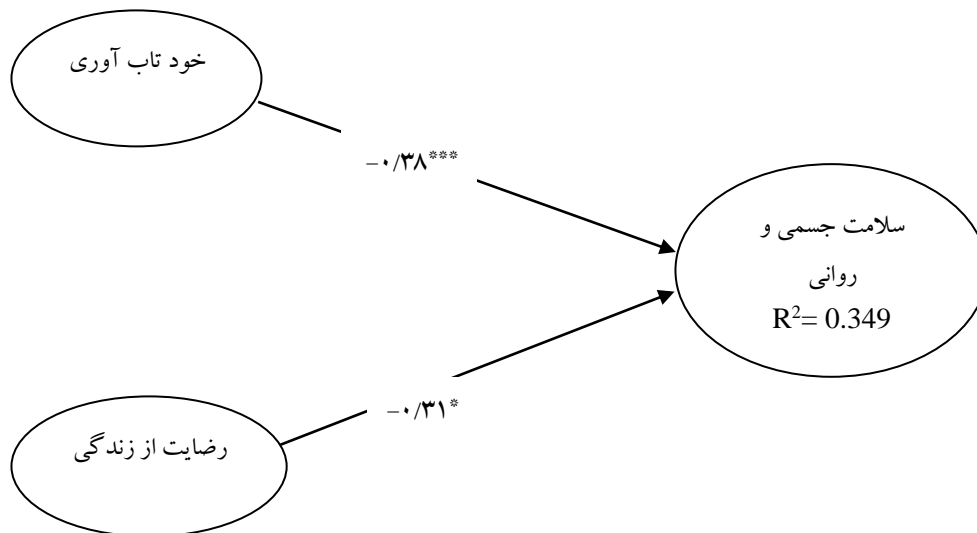
ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	خودتاب آوری	۰/۷۲						
۲	رضایت از زندگی	۰/۳۶**	۰/۸۴					
۳	جسمی	-۰/۲۳*	-۰/۳۴**	۰/۸۰				
۴	اضطراب	-۰/۳۴**	-۰/۳۵**	۰/۶۰**	۰/۷۸			
۵	اجتماعی	-۰/۳۵**	-۰/۲۱	۰/۴۲**	۰/۵۶**	۰/۷۹		
۶	افسردگی	-۰/۳۳**	-۰/۴۵**	۰/۴۴**	۰/۵۸**	۰/۵۲**	۰/۷۹	
۷	سلامت عمومی	-۰/۳۹**	-۰/۴۲**	۰/۷۵**	۰/۸۷**	۰/۷۶**	۰/۸۰**	۰/۷۷

توجه: اعداد روی قطر ماتریس جذر متوسط واریانس استخراج شده است.

با توجه به جدول فوق سازه های تحقیق از روایی و اگرایی مناسبی برخوردار هستند.

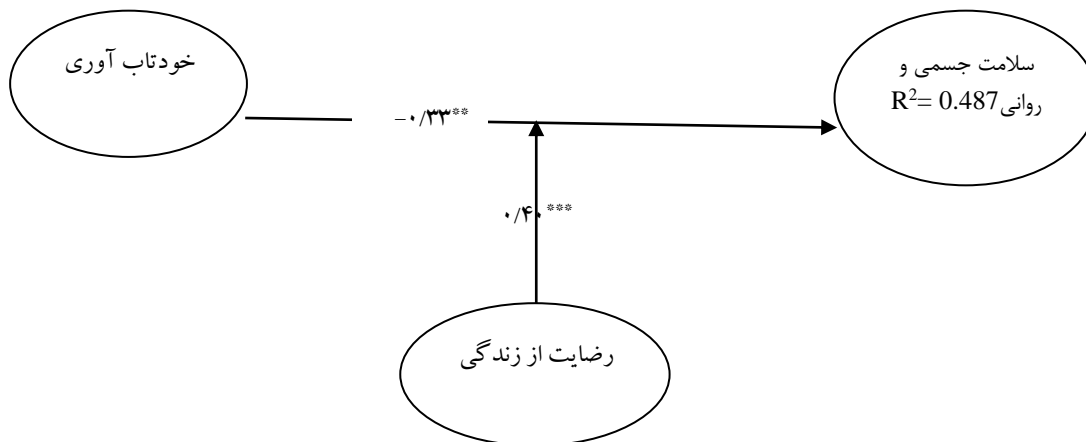
آزمون مدل ساختاری و بررسی فرضیه های تحقیق: به منظور تعیین فاصله اطمینان از ضرایب مسیر و استنباط آماری روش های نمونه گیری مجدد بوت استراپ با ۲۰۰ زیر نمونه استفاده شد. برای آزمون تعدیل کنندگی متغیر رضایت از زندگی از رویکرد عبارات حاصل

ضرب^۱ استفاده شد. در این رویکرد ابتدا اثرات اصلی (بدون تعدیل کننده) مورد بررسی قرار می گیرد. در شکل ۱ مدل آزمون شده اثرات اصلی گزارش شده است.



شکل ۱. مدل آزمون شده اثرات اصلی

با توجه به شکل فوق اثر مستقیم خودتاب آوری بر سلامت جسمی و روانی در سطح 0.001 و رضایت از زندگی در سطح 0.05 منفی و معنی دار هستند. بنا بر این خودتاب آوری و رضایت از زندگی اثر مثبتی بر افزایش سلامت عمومی فرد دارند. این دو متغیر در مجموع $34/9$ درصد از تغییرات سلامت جسمی و روانی را به خوبی پیش بینی می کنند. با توجه به معیار چین (۱۹۸۸) این مقدار واریانس تبیین شده قابل پذیرش است. در شکل ۲ مدل آزمون شده اثرات تعدیل کننده رضایت از زندگی گزارش شده است.



شکل ۲. مدل آزمون شده اثرات تعدیل شده

با توجه به شکل ۲ اثر تعدیل کنندگی متغیر رضایت از زندگی بر رابطه خودتاب آوری با سلامت جسمی و روانی در سطح ۰/۰۰۱ مثبت و معنی دار است، یعنی با افزایش میزان رضایت از زندگی اثر خودتاب آوری بر سلامت عمومی کاهش می یابد. بنابراین نقش تعدیل کنندگی رضایت از زندگی در ارتباط خودتاب آوری با سلامت جسمی و روانی تایید می شود. در جدول ۶ نتایج مربوط به فرضیه های تحقیق گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج اثرات و تعدیل اصلی کننده متغیرها بر حسب فرضیه های پژوهش

مدل اثرات اصلی				
فرضیه	ضریب تعیین	ضریب تاثیر	آماره t	p
خودتاب آوری < سلامت	۰/۳۴۹	-۰/۳۸	-۴/۴۲	۰/۰۰۰۱
رضایت از زندگی < سلامت		-۰/۳۱	-۲/۲۸	۰/۰۱
مدل اثرات تعدیل کننده				
فرضیه	ضریب تعیین	ضریب تاثیر	آماره t	p
خودتاب آوری < سلامت	۰/۴۸۷	-۰/۳۳	-۳/۴۶	۰/۰۰۱
رضایت از زندگی < سلامت		-۰/۱۵	-۲/۱۹	۰/۰۱

با توجه به جدول فوق فرضیه های یک و دو تأیید می‌شوند، یعنی رابطه متغیرهای خودتاب آوری و رضایت از زندگی با سلامت عمومی تأیید می‌شود. علاوه بر آن جواب سؤال پژوهش نیز مثبت است، یعنی رضایت از زندگی در رابطه بین خود تاب آوری با سلامت عمومی نقش تعدیل‌کننده ایفا می‌کند.

بحث

هدف این پژوهش، بررسی نقش تعدیل‌کننده رضایت از زندگی در رابطه بین تاب آوری و سلامت عمومی بود. چنان که در نتایج مشاهده شد، رضایت از زندگی توانایی ایفای این نقش را دارد. همچنین اهداف فرعی این پژوهش نیز محقق شد و این نتیجه حاصل شد که بین تاب-آوری با سلامت عمومی و بین رضایت از زندگی با سلامت عمومی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته های تحقیقات پیشین در زمینه رابطه تاب آوری با سلامت روانی (بروکس، ۲۰۰۳؛ بشارت، ۱۳۸۶؛ بونانو^۱، ۲۰۰۴؛ داویدف و همکاران، ۲۰۱۰؛ کمپل - سیلس، کوهن، و استین^۲، ۲۰۰۶)، سلامت جسمی (بروکس، ۲۰۰۳) و رضایت از زندگی (سامانی و همکاران، ۱۳۸۵) مطابقت می‌کند. نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات قبلی در زمینه رابطه رضایت از زندگی با سلامت روانی (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷) و سلامت جسمی (زولینگ و همکاران، ۲۰۰۵) نیز همخوانی دارند. یافته‌های پژوهش را می‌توان بر حسب احتمالات زیر تبیین کرد.

تاگید و فردریکسون^۳ (۲۰۰۴) و کارل و چسین^۴ (۲۰۰۴) در پژوهش های جداگانه نشان دادند که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان های مثبت به

1. Bonanno, G. A.
2. Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B.
3. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L.
4. Carle, A. C., & Chassin, L.

منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. بعضی از محققان، به عنوان یک تبیین احتمالی، گفته‌اند که تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود (بنتی و کمباروپالوس^۱، ۲۰۰۶؛ بونانو، ۲۰۰۴). بر اساس این تبیین، تاب‌آوری از طریق تقویت حرمت خود به عنوان مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت منتهی می‌شود. این تبیین مستلزم آن است که در صورت ضعف سازه تاب‌آوری، حرمت خود تضعیف و فرایند مقابله با تجربه‌های منفی، ناکارآمد شود. بنابراین، آسیب‌پذیری روانشناختی، درماندگی، افسردگی و اضطراب، از پیامدهای ضعف تاب‌آوری محسوب می‌شوند.

شایستگی و استحکام شخصی یکی از مولفه‌های تاب‌آوری است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). احتمال دیگری که برای تبیین یافته‌های این پژوهش مطرح می‌شود این است که تاب‌آوری از طریق تقویت شایستگی و استحکام شخصی با شاخصهای سلامت و آسیب‌پذیری روانشناختی مرتبط می‌شود. بر این اساس، افزایش سطوح تاب‌آوری با افزایش شایستگی‌های شخصی (قابل مقایسه با «رشد پس‌ضربه‌ای» تدشی، پارک و کالان^۲، ۱۹۹۸) و تقویت استحکام و قدرت شخصی (قابل مقایسه با «مقاومت در برابر استرس»، گارمزی، ۱۹۸۵)، با بهبود شاخصهای سلامت روانی در ارتباط قرار می‌گیرد. برعکس، کاهش سطوح تاب‌آوری از طریق کاهش شایستگیهای شخصی و تضعیف استحکام و قدرت شخصی، با افزایش آسیب‌پذیری روانشناختی مرتبط می‌شود. تبیین دو بعدی فوق‌تر می‌تواند با استناد به میزان «تحمل عواطف منفی» به عنوان یکی دیگر از مولفه‌های تاب‌آوری نیز تکرار کرد.

مهارگری، یعنی توانایی فرد در مهار و مدیریت شرایط، یکی دیگر از مؤلفه‌های تاب‌آوری است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این توانمندی به فرد تاب‌آور کمک می‌کند تا شرایط استرس‌زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و ناملايمات زندگی، نه تنها جان سالم

1. Benetti, C., & Kambouropoulos, N.

2. Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. F.

بدر برد (بونانو، ۲۰۰۴) که به سطحی جدید از تعادل و رشد مثبت (ریچاردسون^۱، ۲۰۰۲) دست یابد؛ ویژگی‌هایی که با شاخص‌های سلامت روانی مطابقت می‌کنند. بدیهی است که ضعف فرد در مهارگری به عنوان یکی از مؤلفه‌های تاب‌آوری نیز به نوبه خود، قدرت مهار و مدیریت شرایط استرس‌زا را تحلیل می‌برد و با به کار بستن راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد احتمال آسیب‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد.

تبیین احتمالی دیگری که برای یافته‌های این پژوهش مطرح می‌شود، رابطه تاب‌آوری با شاخص‌های سلامت و آسیب‌پذیری روانشناختی از طریق باورها و ارزش‌های معنوی است. معنویت، به عنوان یکی از مؤلفه‌های تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، می‌تواند از یک سو به مثابه سپر، مقاومت فرد را در برابر استرس‌های زندگی افزایش دهد (عامل حفاظت‌کننده) و از سوی دیگر به منزله سازش و انطباق‌پذیری مثبت، فرد را به تعالی و کمال برساند (عامل تعالی بخش). هر یک از سطوح دفاعی و تحولی باورها و ارزش‌های معنوی مربوط به تاب‌آوری به نحوی با بهبود شاخص‌های سلامت روانی در ارتباط قرار می‌گیرد. ضعف تاب‌آوری در زمینه باورها و ارزش‌های معنوی، بر عکس، با تضعیف مبانی درون‌روانی مقاومت فرد در برابر استرس‌های زندگی و استحاله تعالی و کمال، احتمال آسیب‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد.

نتایج این پژوهش نشان داد که رضایت از زندگی با سلامت عمومی رابطه مثبت معنادار دارد و میزان این همبستگی به اندازه‌ای است که می‌تواند رابطه بین تاب‌آوری و سلامت عمومی را تعدیل کند. افراد هنگامی سطوح بالای رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی آنها با ملاک‌هایی که برای خود تعیین کرده‌اند، مطابقت داشته باشد (داینر، ۲۰۰۰). رضایت از زندگی یکی از مولفه‌های بهزیستی است (امونس و داینر^۲، ۱۹۸۵) و افزایش آن از یک سو مستقیماً باعث ارتقاء سطح سلامت جسمانی و روانی می‌شود (استوبر و استوبر^۳،

1. Richardson, G. E.
2. Emmons, R. A., & Diener, E.
3. Stoeber, J., & Stoeber, F. S.

(۲۰۰۹)، و از سوی دیگر می‌تواند رابطه تاب‌آوری با سلامت عمومی را تعدیل کند. متقابلاً، یافته‌های پژوهشی (زولینگ و همکاران، ۲۰۰۵) تایید کرده‌اند که با کاهش سطح سلامت جسمانی و روانی میزان رضایت از زندگی نیز کم می‌شود.

براساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهادهایی کاربردی برای مشاوران ارائه می‌شود: با توجه به اهمیت زیاد تاب‌آوری که در مقاله نیز به آن اشاره شد، توصیه می‌شود مشاوران در مراحل آخر کار خود و پس از رفع مشکلات فوری مراجع، با اقدامات مناسب مثل افزایش توانمندی‌های فردی، تاب‌آوری او را افزایش دهند. همچنین کار روی مؤلفه رضایت از زندگی مراجعان اهمیت زیادی دارد. زیرا برخی مراجعان با ملاک‌های غیرواقعی که برای زندگی خود در نظر گرفته‌اند، رضایت از زندگی بسیار پایینی دارند که با کار بر روی آنها و نزدیک کردن آنها به واقعیت می‌توان رضایت از زندگی و در نتیجه سلامت فرد را افزایش داد. این پژوهش محدودیت‌هایی دارد که مهمترین آنها به این شرح است. طرح پژوهش همبستگی است و نمی‌توان با استناد به یافته‌های آن به تفسیرها و تبیین‌های علت‌شناختی مبادرت کرد. نمونه مورد بررسی در این پژوهش یک نمونه دانشجویی بوده و در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. برای بررسی دقیق‌تر رابطه تاب‌آوری و سلامت عمومی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه بررسی نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای متغیرهای مهم دیگر مثل راهبردهای مقابله و مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین تاب‌آوری و سلامت عمومی انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور شناخت بهتر تأثیرات آسیب‌زای ضعف تاب‌آوری بر مشکلات روانشناختی، رابطه این دو متغیر در نمونه‌های بالینی شامل نمونه‌های مبتلا به اختلال‌های روانشناختی و اختلال‌های شخصیت مورد بررسی قرار گیرد.

منابع فارسی

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴، ۳۷۳-۳۸۳.
- حسینی، رشید. (۱۳۷۴). بررسی شیوع اختلال‌های روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ سال مناطق روستایی طالقان در استان تهران. پایان‌نامه پزشکی تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- رحیمیان‌بوگر، اسحق و اصغرزاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله بم. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱، ۶۲-۷۰.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد؛ نرگس. (۱۳۸۵). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۹۰-۲۹۵.
- نصیری، حبیب‌الله و جوکار، بهرام. (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. *پژوهش زنان*، ۶، ۱۵۷-۱۷۶.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۵). *تحلیل داده‌های چندمتغیری در پژوهش رفتاری*. تهران: پیک فرهنگ.
- یعقوبی، نوراله؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ شاه محمدی، داود. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴، ۵۵-۶۴.

منابع لاتین

- Benetti, C., & Kambouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences, 41*, 341-352.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 349-361.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist, 59*, 20-28.
- Brooks, M. V. (2003). Health-related hardiness and chronic illness. *Nursing Forum, 38*, 11-20.

- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.
- Carle, A. C., & Chassin, L. (2004). Resilience in a community sample of children of alcoholics: its prevalence and relation internalising symptomatology and positive affect. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25, 577-596.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161, 195-216.
- Chin, W. W. (1988). The partial least squares approach to structural equation modeling. In G. A. Marcoulides (Ed.), *Modern methods for business research*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chin, W. W., Marcolin, B & Newsted, P. (1996). *A partial least squares latent variable modeling approach for measuring interaction effects: Results from a Monte Carlo simulation study and voice mail emotion/adoption study*. Proceedings of the 17th International Conference on Information Systems, Cleveland, Ohio.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Davydov, D., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, ED., A. Emmons, R., J. Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Emmons, R. A., & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 89-97.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: the search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology*. Journal of Child Psychology; Psychiatry Book Supplement, 4 (pp. 213-133). Pergamum: Oxford.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1989). The user guide to General Health Questionnaire. Windsor: Nelson.
- Ingram, R. E., & Price, J. M. (2001). The role of vulnerability in understanding psychopathology. In R. E. Ingram, & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: risk across the life span* (pp. 3-19). New York: The Guilford Press.
- Klohn, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1067-1079.
- Letzring A., T. D., Block B., J., & Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 36, 395-422.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543-562.
- Richardson, G. E. (2002). The meta theory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 307-321.
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 255-291.
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domain of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences, 46*, 530-535.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. F. (1998). *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*, 320-333.
- Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 212-220.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality Life Research, 14*, 1573-1584.