تأثیر تاب‌آوری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی، یک الگوی روان‌شناختی از بهزیستی

فیض‌اله پورسردار[1]، ذبیح اله عباسپور[2]، سهراب عبدی زرین[3]، علی اکبر سنگری[4]
۱-گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران
۲-گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران
۳-گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۴-گروه علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

یافته / دوره چهاردهم / شماره ۱ / بهار ۹۱ / مسلسل ۵۱

چکیده

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۱۵ ، پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۱۸

* **مقدمه:** رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا تبلور تغییر در علم روان‌شناسی از صرف پرداختن به ترمیم آسیب‌ها به سمت بهینه‌سازی کیفیات زندگی است. این جنبش در پی آن است که از نقاط قوت انسان‌ها به عنوان سپری در مقابل بیماری روانی بهره گیرد. در این میان تاب‌آوری به عنوان یکی از زیرطبقات این رویکرد نقش مهمی در مقابله با تنیدگی‌ها و تهدیدهای زندگی و آثار نامطلوب آن دارد؛ به شکلی که در طی یک دهه اخیر جایگاه ویژه‌ای را در حوزه بهداشت روان به خود اختصاص داده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر تاب‌آوری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی انجام شد.

* **مواد و روش‌ها:** در بررسی مقطعی ۱۷۸ نفر (۸۶ زن و ۹۲ مرد) از شاغلین به تدریس در مراکز آموزش و پرورش شهرستان رامشیر ارزیابی شدند برای گردآوری داده‌ها مقیاس تاب‌آوری (**CD-RIS**)، مقیاس سلامت عمومی (**GHQ-28**)، مقیاس رضایت از زندگی (**SWLS**) و پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به کار برده شد. برای تحلیل داده‌ها از رگرسیون چندگانه به روش سلسله مراتبی هم زمان استفاده شد.

* **یافته‌ها:** نتایج رگرسیون چندگانه به روش سلسله مراتبی هم زمان، بیانگر معنی‌داری نقش واسطه‌ای سلامت روان، در رابطه میان تاب آوری ($p<۰/۰۰۱$) و رضایت از زندگی ($p<۰/۰۰۱$) بود. هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر تأثیر تاب‌آوری در افزایش سلامت روانی و رضایت از زندگی بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۲/۱۶ سال (انحراف معیار ۵/۷۰) بود.

* **بحث و نتیجه‌گیری:** تاب‌آوری به واسطه افزایش سطح سلامت روانی، رضایت از زندگی را در پی دارد. هم‌چنین متغیر تاب‌آوری دارای اثر غیرمستقیم بر رضایت از زندگی است. به بیان دیگر تاب آوری با تأثیر بر نوع احساس‌ها و هیجان‌های فرد، نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی را در پی دارد.

* **واژه‌های کلیدی:** تاب‌آوری، سلامت روانی، رضایت از زندگی، الگوی روان‌شناختی

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه تربیت معلم تهران دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی
پست الکترونیک: poursardar@gmail.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

مقدمه

سلامتی مفهومی چند بعدی است که علاوه بر فقدان بیماری و ناتوانی، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد. اغلب روان‌پزشکان، روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی جنبه‌های مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند (۱). اگرچه تلاش‌های صورت گرفته در جهت گذر از الگوی سنتی سلامتی، زمینه لازم را برای تلقی سلامت به عنوان حالتی از بهزیستی (نه صرفاً فقدان بیماری) فراهم ساخته است، ولی این تلاش‌ها کافی نیستند؛ الگوهای جدید سلامت به طور عمده بر ویژگی‌های منفی تأکید دارند و ابزارهایی که برای اندازه‌گیری سلامت به کار می‌برند، عموماً با مشکلات بدنی (تحرک، درد، خستگی)، مشکلات روانی (اضطراب، افسردگی) و مشکلات اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی، مشکلات زناشویی) سروکار دارند (۲).

با این حال طی یک دهه اخیر و با گسترش مباحث مربوط به روان‌شناسی مثبت[1]، تمایل به مطالعه جنبه‌های مثبت سلامت نیز به موازات ابعاد منفی آن در حال افزایش است (۳). رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا تبلور تغییر در علم روانشناسی از صرف پرداختن به ترمیم آسیب‌ها به سمت بهینه‌سازی کیفیات زندگی است. این جنبش در پی آن است که از نقاط قوت انسان‌ها به عنوان سپری در مقابل بیماری روانی بهره گیرد (۳)؛ از این رو عواملی که سبب سازگاری و رضایت هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد هستند (۴).

در این بین، تاب‌آوری[2] به عنوان یکی از سازه‌های اصلی این رویکرد طی یک دهه اخیر جایگاه ویژه‌ای را در حوزه روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روان به خود اختصاص داده است؛ به طوری که هر روز بر شمار پژوهش‌های مربوط به این سازه افزوده می‌گردد (۵).

گارمزی و ماستن[3] (۱۹۹۱) تاب‌آوری را "یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدیدکننده محیطی" تعریف نموده‌اند که نقش مهمی در مقابله با تنیدگی‌ها و تهدیدهای زندگی و آثار نامطلوب آن دارد (۶). به بیان دیگر تاب‌آوری، توانایی سازگاری سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی است (۷).

البته تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامون خود است؛ به بیان دیگر تاب‌آوری، توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک است (۸). افزون بر این، پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است که این خود نقش مهمی در سازگاری و رضایت هرچه بیشتر از زندگی دارد (۹و۱۰).

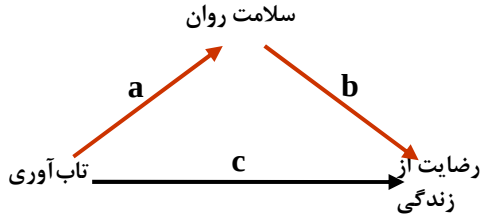
کامپفر[4] (۱۹۹۹) معتقد است که تاب‌آوری نقش مهمی در بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر دارد و از این رو سازگاری مثبت و موفق را در زندگی فراهم می‌کند؛ در عین حال کامپفر به این نکته اشاره می‌نماید که سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به شمار رود و هم به عنوان پیشایند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرایندی به تاب‌آوری می‌داند (۱۱).

در زمینه پیامدهای تاب‌آوری شماری از پژوهش‌ها به افزایش سطح سلامت روان و رضایت از زندگی اشاره داشته‌اند (۱۲-۱۴). گروهی دیگر از پژوهش‌ها نیز به تأثیر سلامت روان یا کاهش مشکلات هیجانی بر رضایت از زندگی اشاره داشته‌اند (۱۵و۱۶).

1. Positive Psychology
2. Resilience
3. Garmezy & Masten
4. Kumpfer

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

بدینسان پژوهش حاضر با به‌کارگیری الگوی مفهومی طراحی شده زیر (شکل ۱) درصدد پاسخگویی به این سؤال کلی است که «آیا متغیر میانجی سلامت روان رابطه بین تاب‌آوری و رضایت از زندگی را کاهش می‌دهد؟»



شکل ۱- الگوی پیشنهادی پیشایند و پیامد تاب‌آوری

پرسش‌های این پژوهش عبارتند از: ۱- آیا سلامت روان در رابطه تاب‌آوری بر رضایت از زندگی نقش متغیر واسطه‌ای دارد؟ ۲- در صورت واسطه بودن متغیر سلامت روان اثر غیرمستقیم تاب‌آوری بر رضایت از زندگی به واسطه این متغیر چقدر است؟

مواد و روش‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش ۱۷۸ نفر از شاغلین به تدریس در مقاطع تحصیلی راهنمایی و متوسطه آموزش و پرورش شهرستان رامشیر استان خوزستان بودند، حجم نمونه به کمک فرمول کوکران ($p<۰/۰۵$ ،$t=۱/۹۶$ ،$q=p=۰/۰۵$) ۱۵۰ نفر برآورد گردید؛ لیکن به دلیل فقدان دسترسی به فهرست نام آزمودنی‌ها، برای انتخاب تصادفی گروه نمونه با افزایش حجم نمونه به ۲۰۰ نفر برای کاهش خطای نمونه‌گیری، روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به کار برده شد. برای اجرای پژوهش، نخست از میان سی مدرسه راهنمایی و متوسطه، شانزده مدرسه به تصادف انتخاب شدند (هشت مدرسه دخترانه و هشت مدرسه پسرانه) و سپس با مراجعه به مدارس مورد نظر از میان دبیران هر مدرسه دوازده دبیر به تصادف انتخاب و از آن‌ها خواسته شد تا مقیاس‌های مورد نظر را تکمیل نمایند (۱۷۸ نفر دبیر، شانزده مدرسه از سی مدرسه). پیش از تکمیل مقیاس‌های مورد نظر توسط آزمودنی‌ها، توضیحاتی در زمینه هدف پژوهش و شیوه تکمیل مقیاس‌های به کار برده شده توسط پژوهشگران برای آزمودنی‌ها ارائه گردید.

ابزار پژوهش

۱) پرسش‌نامه تاب‌آوری کونر و دیویدسون (CD-RIS)[1]:

برای سنجش تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری کونر و دیویدسون (۲۰۰۳)، به کار برده شد. کونر و دیویدسون این پرسش‌نامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۷۹- ۱۹۹۱ در زمینه تاب‌آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه بیمارستان سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شده است. پرسش‌نامه تاب‌آوری کونر و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است (۱۷). برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل بجز گویه سه، ضریب‌های بین ۴۱٪ تا ۶۴٪ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی، تحلیل عاملی شدند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی گویه‌ها، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار کای دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۱۷).

1. Conner-Davidson Resilience Scale

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

۲) پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)[1]: پرسش‌نامه GHQ-28 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. پرسش‌نامه GHQ-28 دارای چهار مقیاس فرعی و هر مقیاس دارای هفت پرسش است. الف: علائم جسمانی، ب: علائم اضطرابی، ج: کارکردهای اجتماعی، د: علایم افسردگی. ضریب پایایی باز آزمایی و آلفای کرونباخ برابر با ۸۸٪ به دست آمد (۱۸). این پرسش‌نامه دارای جمله‌های ساده‌ای پیرامون وضعیت روانی فرد است. برای نمونه «آیا این روزها دچار حواس‌پرتی شده‌اید؟» که با طیف چند درجه‌ای از گزینه خیر (۰ نمره)، تا زیاد (۳ نمره) نمره‌گذاری می‌شود (۱۹).

۳) مقیاس رضایت از زندگی داینر (SWLS)[2]: این مقیاس پنج گویه‌ای برای سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است. روایی (به شیوه همگرا و افتراقی) و پایایی (آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵) مطلوبی جهت این مقیاس گزارش کرده‌اند. پاسخ‌ها در این مقیاس به صورت طیف پنج درجه‌ای از کاملاً راضی‌ام (۵) تا کاملاً ناراضی‌ام (۱) قرار دارد (۱۸). این مقیاس برای استفاده در ایران منطبق شده است و شواهد روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است (۱۵). در پژوهشی که روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی انجام شده است، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ و روایی آن به شیوه تحلیل عاملی محاسبه شده است که نتایج آن حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس است که ۰/۵۴ از واریانس را تبیین می‌کند (۲۰).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای آزمون نقش واسطه‌گری سلامت روان در رابطه تاب‌آوری و رضایت از زندگی از مراحل پیشنهادی بارون و کنی[3] (۱۹۸۶)، به روش سلسله مراتبی هم‌زمان استفاده شد. بر پایه پیشنهاد بارون و کنی[3] چنانچه با ورود متغیر واسطه‌ای به معادله، ضریب متغیر پیش‌بین اولیه به سمت صفر (معناداری) میل نماید واسطه‌گری احراز می‌شود، به عبارت دیگر کاهش معنادار بتا بیانگر نقش واسطه‌ای متغیر مرتبه جدید در ارتباط بین متغیر مرتبه قبل و متغیر ملاک است (۲۱).

یافته‌ها

برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول شماره یک گزارش شده‌اند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۳۲/۱۶ سال (انحراف معیار ۵/۷۰)، میانگین سنی مردان ۳۲/۳۳ سال (انحراف معیار ۵/۷۴) و میانگین سنی زنان ۳۲/۰۱ سال (انحراف معیار ۵/۶۶) بود.

جدول۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

متغیرهای جمعیت‌شناختی		فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۸۶	۴۸/۳
	مرد	۹۲	۵۱/۷
میزان تحصیلات	فوق دیپلم	۵۱	۲۸/۷
	لیسانس	۱۱۲	۶۲/۹
	فوق لیسانس	۱۵	۸/۴
وضعیت تأهل	مجرد	۳۵	۱۹/۷
	متأهل	۱۴۳	۸۰/۳
سابقه شغلی (سال)	زیر ۵ سال	۵۸	۳۲/۵
	۵ تا ۱۰ سال	۴۹	۲۷/۵
	۱۰ تا ۱۵ سال	۲۵	۱۴/۱
	۱۵ تا ۲۰ سال	۲۸	۱۵/۷
	بالای ۲۰ سال	۱۸	۱۰/۲

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش ارائه شده است. هم‌چنین به منظور مقایسه میانگین نمرات زنان و مردان از آزمون T برای گروه‌های مستقل استفاده شد.

1. General Health Questionnaire-28
2. Satisfaction with Lift Scale
3. Baron&Kenny

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

جدول شماره ۲- نتایج آزمون T برای گروه‌های مردان و زنان در متغیرهای تاب آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی (N=۱۷۸)

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	T
تاب‌آوری[a]	مرد	۵۴/۱۸	۱۰/۵۳	۰/۵۶
	زن	۵۳/۳۰	۸/۷۴	
رضایت از زندگی[b]	مرد	۲۳/۲۵	۷/۲۷	۲/۵۳
	زن	۲۵/۷۰	۵/۲۱	
سلامت روان[c]	مرد	۲۹/۲۶	۶/۲۴	۰/۷۳
	زن	۳۰/۰۳	۷/۸۴	

P valu: a=۰/۵۷ b=۰/۰۱ c=۰/۴۶

جدول۳ ماتریس همبستگی بین متغیرهای تاب‌آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی را نشان می‌دهد. مقادیر همبستگی به دست آمده در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار به دست آمد. مقادیر قطر ماتریس ضریب پایایی ابزار پژوهش به روش آلفای کرونباخ است.

جدول ۳- ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تاب آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی

متغیر	تاب‌آوری	سلامت روان	رضایت از زندگی
تاب‌آوری	۰/۸۱	۰/۲۷	۰/۴۲
سلامت روان		۰/۶۶	۰/۲۳
رضایت از زندگی			۰/۸۸

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، بین متغیرهای تاب‌آوری با سلامت روان، تاب‌آوری با رضایت از زندگی و سلامت روان با رضایت از زندگی همبستگی مثبت و معنی‌داری مشاهده شد. جدول شماره چهار نتایج چهار گام توصیف شده توسط بارون و کنی (۱۹۸۶)، به منظور پیش بینی نقش واسطه‌گری متغیر سلامت روان برای تاب‌آوری و رضایت از زندگی، به شیوه رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی هم زمان است.

در گام اول تاب‌آوری به عنوان پیش‌بینی کننده رضایت از زندگی وارد معادله رگرسیون شد که معنی‌دار بودن ضریب بتای به دست آمده ($p<۰/۰۰۱$ و Beta=۰/۲۸) نشانگر آن بود که تاب‌آوری پیش بینی کننده معنی‌دار رضایت از زندگی است و ۱۸٪ واریانس رضایت از زندگی را پیش بینی می‌کند ($F=۴۰/۲۲$)، لذا شرط اولیه واسطه‌ای بودن برقرار است. در گام دوم نقش تاب‌آوری در پیش‌بینی سلامت روان بررسی شد. با توجه به معنی‌دار بودن ضریب بتای بدست آمده ($p<۰/۰۰۱$ و Beta=۰/۲۰) می‌توان نتیجه گرفت ملاک دوم واسطه‌ای بودن نیز برقرار است و ۷٪ واریانس سلامت روان را پیش بینی می‌کند ($F=۱۴/۸۹$). در گام سوم، تاب‌آوری و سلامت روان به عنوان پیش‌بینی کننده‌های رضایت از زندگی وارد معادله رگرسیون شدند و ضریب رگرسیون سلامت روان بر رضایت از زندگی محاسبه شد ($p<۰/۰۰۱$ و Beta=۰/۲۶). در گام چهارم نیز از نتایج به دست آمده از گام سوم استفاده شد. با بررسی ضریب شیب به دست آمده برای متغیر تاب‌آوری ($p=۰/۰۸$ و Beta=۰/۱۱)، می‌توان نتیجه گرفت مقدار بتای به دست آمده غیر معنی‌دار است. بنابراین می‌توان پذیرفت سلامت روان نقش یک متغیر واسطه‌ای را در رابطه بین تاب‌آوری و رضایت از زندگی را ایفا می‌کند، به این دلیل که برای پذیرش نقش متغیر واسطه‌ای کامل باید میزان رابطه صفر باشد و یا معنی‌دار نباشد.

در این مطالعه شیب از ۰/۲۸ به ۰/۱۱ کاهش یافت. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که رابطه واسطه‌ای اتفاق افتاده است. میزان واسطه‌ای بودن با محاسبه اختلاف شیب‌های گام اول و چهارم محاسبه می‌شود که این مقدار مساوی با (۰/۱۷ = ۰/۱۱ - ۰/۲۸)، است. برای بررسی الگوی پیشنهادی و پاسخ به پرسش نخست پژوهش، یافته‌های این چهار مرحله، نقش واسطه‌گری متغیر سلامت روان در رابطه تاب‌آوری و رضایت از زندگی را تأیید نمود. بر اساس آنچه ضریب خطای به دست آمده نشان می‌دهد ($1-R^2=۰/۸۱$)، این الگو۱۹٪ واریانس رضایت از زندگی را پیش‌بینی می‌نماید.

هم‌چنین برای پاسخگویی به پرسش دوم پژوهش یعنی میزان اثر غیرمستقیم تاب‌آوری بر رضایت از زندگی، ضرایب به دست آمده از مسیرهای تاب‌آوری به سلامت روان و از سلامت روان به رضایت از زندگی محاسبه شد که نتیجه مثبت و معنی‌دار به دست آمد [Indirect Effect=۰/۲۰×۰/۲۶=۰/۰۵۲ و $p<۰/۰۵$]. این نتایج

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

نشان دادند که متغیر تاب‌آوری اثر مستقیم معنی‌داری بر رضایت از زندگی ندارد، اما دارای اثر غیرمستقیم چشمگیر می‌باشد.

جدول ۴- تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی سلامت روان از طریق تاب‌آوری و رضایت از زندگی

گام	مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		T
		عرض از مبدأ	B	خطای استاندارد	Beta	
اول	رضایت از طریق تاب‌آوری[a]	۱۸/۰۱	۰/۳۱	۶/۰۵	۰/۲۸	۷/۶۱
دوم	سلامت روان از طریق تاب آوری	۲۹/۰۲	۰/۳۰	۲/۷۲	۰/۲۰	۵/۱۱
سوم	رضایت از زندگی از طریق سلامت	۲۰/۸۱	۰/۲۰	۲/۰۶	۰/۲۶	۶/۱۸
چهارم	رضایت از طریق تاب آوری و سلامت	۸/۴۵	۰/۱۲	۱/۳۲	۰/۱۱	۱/۷۷

P valu: a=۰/۰۰۱ b=۰/۰۸

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش همانند یافته‌های سایر بررسی‌های انجام شده در این زمینه نشان دهنده نقش مؤثر توان تاب‌آوری در میزان سلامت روانی و رضایت از زندگی بود. اما چگونگی این تأثیرگذاری بر این دو متغیر (سلامت روان و رضایت از زندگی) متفاوت است؛ بدین ترتیب که تاب‌آوری بر سلامت روان اثر مستقیم دارد و در زمینه میزان رضایت از زندگی دارای اثر غیرمستقیم است. به بیان دیگر تاب‌آوری با تأثیر بر نوع احساس‌ها و هیجان‌های فرد، نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی را در پی دارد.

این یافته همسو با یافته‌های والر[1] (۲۰۰۱) و لازاروس[2] (۲۰۰۴) است که کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته‌اند و همسو با یافته‌های هامارت[3] (۲۰۰۱) است که ناخرسندی درباره زندگی را به دنبال این احساس‌ها در فرد گزارش کرده‌اند. به بیان دیگر نخستین اثر ارتقای توانمندی‌های فرد در زمینه تاب‌آوری، کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش میزان سلامت روانی و در نتیجه افزایش میزان رضایت از زندگی خواهد بود.

پژوهشگران بر این باورند تاب‌آوری به عنوان یک احساس بنیادی از کنترل، به فرد، امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردهای از عهده برآیی را نیز خواهد داد که این خود نقش مهمی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ دارد (۱۲و۱۳).

وولف[4] (۱۹۹۵)، در زمینه تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سلامت روان، بر ویژگی‌های افراد تاب آور که سلامت روان را ارتقا می‌بخشند، مانند توان اجتماعی، توانایی در حل مسئله، احساس هدفمندی و باور به آینده روشن تأکید می‌کند؛ این پژوهش گویای آن است که افراد دارای تاب‌آوری بالا در شرایط استرس‌زای شغلی قادرند سلامت روانی خویش را حفظ نمایند که این خود موجب ارتقای سطح سلامت روان می‌گردد (۲۴). هم‌چنین پژوهشگران نیز بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است که این خود نقش مهمی در سازگاری و رضایت هر بیشتر از زندگی و در نتیجه افزایش سطح سلامت روان دارد (۲۲).

یافته‌های این بررسی نقش پیشایندی متغیر تاب‌آوری بر پیامدهای سازگارانه را تأیید نمود. این یافته‌ها گویای اهمیت تقدم تغییر احساسات (سلامت روان) بر تغییر نگرش (رضایت از زندگی) بود. شاید بتوان گفت تغییر در احساسات می‌تواند تغییر در نگرش فرد درباره زندگی و محیط پیرامون را در پی داشته باشد (۱۲).

با توجه به تأکید متخصصان بر آموختنی بودن مهارت تاب‌آوری، می‌توان با آموزش این مهارت‌ها به افراد، سطح سلامت

1. Waller
2. Lazarus
3. Hamarat
4. Wolff

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

روانی و هیجانی آنان را افزایش داد و از این رو احساس رضایت از زندگی را در آن‌ها بالا برد، به عبارت دیگر آموزش مهارت‌هایی همانند مهارت‌های ارتباطی، مقابله، جرأت دهی و ابراز خود می‌تواند تاب‌آوری و به دنبال آن سطح سلامت افراد را افزایش دهد (۲۳،۲۲).

هر چند تغییر در احساس‌ها به تغییر در نگرش درباره پدیده‌ها می‌انجامد، تغییر در احساس خود ریشه در مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌ها دارد و این توانمندی‌ها آموختنی هستند. از این رو می‌توان با طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب احساس‌ها و نگرش‌های مثبت در افراد ایجاد نمود.

نتایج این پژوهش نشان داد که متغیر تاب‌آوری بر دو متغیر رضایت از زندگی و سلامت روان تأثیرگذار است؛ اما چگونگی این تأثیرگذاری بر این دو متغیر متفاوت است. به این ترتیب که متغیر تاب‌آوری بر سلامت روان اثر مستقیم دارد و در زمینه متغیر رضایت از زندگی نیز دارای اثر غیرمستقیم است. به عبارت دیگر افزایش توان تاب‌آوری، کاهش مشکلات جسمانی و روانی را در پی دارد و کاهش این مشکلات نیز به افزایش رضایت از زندگی می‌انجامد.

فریبورگ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود با عنوان نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در ارتباط با ترس و اضطراب نشان دادند که تاب آوری با ابعاد مختلف سلامت و رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی‌دار دارد (۲۴).

سامانی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان تاب‌آوری، رضایت از زندگی و سلامت روان نشان دادند که کاهش مشکلات هیجانی از عوامل مؤثر بر افزایش سطح رضایت از زندگی بود (۱۷).

هامارت و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان پیش‌بینی کننده‌های رضایت از زندگی در جوانان و بزرگ‌سالان نشان دادند که تاب‌آوری از عوامل مؤثر بر افزایش سطح سلامت روان و در نتیجه رضایت از زندگی است (۱۴).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی به شرح زیر همراه بود. زیاد بودن شمار پرسش‌های پرسش‌نامه‌ها به طولانی شدن زمان اجرای آن می‌انجامید که این عامل ممکن بود بر میزان دقت پاسخ‌های شرکت کنندگان اثر بگذارد. اندک بودن بررسی‌های انجام شده در ایران و جهان و نیز محدودیت دسترسی به این نتایج، یافتن نتایج لازم برای مقایسه یافته‌های این پژوهش را دشوار ساخت. نظر به اهمیت نقش شرایط محیطی در ارتقای منابع درون فردی، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده گروه‌های با سطوح اقتصادی - اجتماعی پایین به عنوان گروه‌های مقایسه انتخاب و بررسی شوند.

تشکر و قدردانی

از کارکنان واحد تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان خوزستان و همچنین از همکاران فرهنگی شرکت‌کننده در اجرای این پژوهش که با صرف وقت در گردآوری داده‌ها همکاری نمودند قدردانی می‌شود.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

References

1. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being meaning measurement, and implications for psychotherapy research. Journal of Psychotherapy and Psychosomatics. 1996; 65: 14-23.
2. Changn S, Chan A. Measuring Psychological well –being in the Chinese Personality and Individual Differences. Journal of Adolescence. 2005; 38(3) : 1307–1316.
3. Robbins BD. What is the good life? Positivism and Renaissance of Humanistic Psychology. Journal of Humanistic Psychologist. 2008;36:96-112.
4. Seligman MA, Csikszent MH. Positive psychology. Journal of American Psychologist. 2000; 55(4) : 5-14.
5. Jacelon CS.The trait and process of resilience. Journal of Advanced Nursing. 1997; 25: 123-129.
6. Garmezy N, Masten A.A. particular resiliency to threatening environments. Journal of Experimental Social Psychology. 2006;42: 323-336.
7. Waller MA. Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. American Journal of Orthopsychiatry. 2001; 71: 290-297.
8. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Journal of Depression and Anxiety. 2003; 18: 76-82.
9. Luthar SS,Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development. 2000; 71: 543-562.
10. Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. Journal of Family Therapy. 1999. 21:119-144.
11. Kumpfer KL. The concept of hardiness: A brief but critical commentary. Journal of Advanced Nursing. 1996; 24:588-590.
12. Lazarus A. Ordinary majic: Resilience processes in development. Journal of American Psychology .2001;56:227-238.
13. Silliman B. Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. Journal Acta Paediatrica Supplement. 1997; 422:103-105.
14. Hamarat ER. Thompson DA. Zabrucky KM. Matheny KB. Perceived stress and copingresource: Availability as predictors of life satisfactionin young, middle-aged, and older adults. Journal of Experimental Aging Research. 2001;27: 181-196.
15. Basu D. Quality-of-life issues in mental health care: Past, present, future. German Journal of Psy-chiatry. 2004; 7: 35-43.
16. Fruhwald S,Loffler H, Eher R. Relationship between depression, anxiety and quality of life: A study of stroke patients compared to chronic low back pain and myocardial ischemia patients. Journal of Psychopathology. 2001; 34: 50-56.
17. Samani SI, Jokar BA, Sahragard NA. [Resiliency, mental health and life satisfaction]. Journal of psychiatric and clinical psychology Iran. 1387;13: 295-290. (In Persian)

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

18. Goldberg DP, Hillier VE. A scaled version of General Health Questionnaire. Journal of Psychological Medicine. 1979;9: 131-145.
19. Palahn H, Nasr-Esfahani M, Barahani M d.[investigated the epidemiology of mental disorders in the city of Kashan]. Journal of Thought and Behavior. 1994; 2: 27-19. (In Persian).
20. Diener ER. Emmons RA, Larsan RJ. The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment. 1985; 49: 71-75.
21. Baron RM, Kenny DA. The moderat or mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology. 1986;5:73-77.
22. Sternberg JA, Bry BH. Solution generation and family conflict over time in problem-solving therapywith families of adolescents: The Impact of therapist be havior. Child and Family Behavior Therapy. 1994; 16: 65-76.
23. Wolff S. The concept of resilience. Australian and New Zealand. Journal of Psychiatry. 1995; 29: 565-574.
24. Friborg O, Hjmedal O, Rosenvinge OH, martinusen M, Aslaksen M. Resilience as a moderator of pain and stress. Journal of psychosomatic research. 2006; 61: 213-219.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]