

رابطه راهبردهای مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب با تاب آوری روانی در بین نوجوانان زلزله زده استان کرمانشاه

ساره شاکریان^۱، بهمن مرادی^۲، سعید شایسی زاد^۳

^۱ دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی گروه آموزش جامعه نگر در نظام سلامت دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
^۲ کارشناسی ارشد رشته آموزش جامعه نگر در نظام سلامت دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران (نویسنده مسئول)
^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه پیام نور

چکیده

زمینه تحقیق و هدف: هدف از این پژوهش، بررسی رابطه راهبردهای مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب با تاب آوری روانی در بین نوجوانان زلزله زده استان کرمانشاه بود. **روش مطالعه:** این پژوهش از لحاظ ماهیت جز تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا جز تحقیقات همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش شامل نوجوانان زلزله زده استان کرمانشاه (شهرهای ثلاث باباجانی و سرپل ذهاب) بود که شامل دانش آموزان دختر و پسر مقطع دبیرستان دوره دوم بودند که تعداد آنها حدود ۴۰۰۰ نفر اند. از بین جامعه آماری، تعداد ۳۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای بر حسب جدول مورگان استفاده شد. پرسشنامه های مورد استفاده راهبردهای مقابله ای: اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، افسردگی بک (۱۹۹۶) اضطراب نجاریان (۱۳۷۶) و تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. **نتایج:** یافته ها نشان داد متغیر راهبرد مقابله مسئله مدار با ضریب بتای ۰/۳۴ می تواند به طور مثبت و معنی دار، متغیر اضطراب با ضریب بتای ۰/۳۲، متغیر افسردگی با ضریب بتای ۰/۳۱ و متغیر راهبرد مقابله هیجان مدار با ضریب بتای ۰/۲۸ و راهبرد مقابله اجتنابی با ضریب بتای ۰/۲۴ می تواند به طور منفی و معنی داری تاب آوری نوجوانان را پیش بینی کنند. بین راهبرد مقابله مسئله مدار با تاب آوری نوجوانان رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هر چه راهبرد مقابله مسئله مدار نوجوانان افزایش می یابد به همان اندازه تاب آوری آنان بیشتر خواهد بود. بین راهبرد مقابله هیجان مدار با تاب آوری نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد. بین راهبرد مقابله اجتنابی (غیرمؤثر) با تاب آوری نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، با کاهش راهبرد مقابله هیجان مدار و اجتنابی (غیرمؤثر) نوجوانان با افزایش تاب آوری آنان همراه شده است. بین افسردگی با تاب آوری روانی در بین نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هر اندازه میزان اضطراب نوجوانان کاهش یابد از تاب آوری بالاتری برخوردار خواهند بود. بین اضطراب با تاب آوری روانی در بین نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هر اندازه میزان اضطراب نوجوانان کاهش یابد از تاب آوری بالاتری برخوردار خواهند بود.

واژه های کلیدی: راهبردهای مقابله با استرس، افسردگی، اضطراب، تاب آوری روانی

مقدمه

هر رخداد ساده را یک اتفاق می‌نامند. و زمانی که این اتفاق ناگهانی باشد به آن حادثه می‌گویند. هر اتفاق غیر منتظره‌ای که منشا طبیعی داشته باشد و باعث از بین رفتن و کاهش توانمندی‌های انسانی، اجتماعی، اقتصادی و... (ضررهای مالی و جانی) برای افراد شود به آن بلایای طبیعی گفته می‌شود. بلایای طبیعی بخشی از طبیعت محیط زیست ما انسان‌ها را تشکیل می‌دهد که منشا انسانی ندارند، مثل (آتشفشان، سیل، زلزله و...) این حوادث معمولاً غیرقابل پیش بینی بوده و یا حداقل نمی‌توان وقوع آنها را پیش بینی نمود. با رخ دادن این حوادث وضعیت عادی زندگی روزمره دگرگون شده و انسان‌ها در معرض آثار ناشی از این بلایا از جمله مرگ و میر، آسیب‌های جسمی و اختلالات روانی پس از آسیب‌های قرار می‌گیرند. تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که در قرن اخیر بیش از دو میلیون نفر در جهان بر اثر بلایای طبیعی، جان خود را از دست داده‌اند و حدود یک میلیارد انسان نیز بر اثر وقوع بلایای طبیعی آسیب دیده‌اند. کشور ما ایران نیز جز ده کشور بلاخیز جهان به شمار می‌رود که از چهل نوع بلایای طبیعی شناخته شده در جهان ۲۱ نوع از این بلایا در کشور ما وجود دارد که بیشترین تعداد وقوع بلایا و آسیب پذیری آن‌ها سیل و زلزله می‌باشد. زلزله یکی از مخرب‌ترین بلایای طبیعی است که باعث آسیب‌های روانی- اجتماعی و کاهش سلامت عمومی جامعه می‌شوند اکثر مطالعات مختلف نشان داده‌اند که قرار گرفتن با ترومای زلزله میزان اختلالات مختلف روان شناختی مانند افسردگی، اختلال پس از سانحه، اختلال خواب، مصرف مواد، اختلالات اضطرابی افزایش می‌یابد (۶). زلزله‌های رخ داده در ایران نیاز به مداخلات روانی- اجتماعی را به عنوان بخشی از مدیریت بحران تایید می‌کنند. هرگونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازگاری مجدد است. همه مردم مسایل و عوامل استرس‌زا در زندگی‌شان را تجربه می‌کنند و باید راهبردهایی را برای مقابله با این دشواری‌ها پیدا کنند. روش‌های مقابله با این تنش‌ها و تغییرات در افراد مختلف و برحسب شرایط گوناگون متفاوت است. راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تغییر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا (زلزله) به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج و ناراحتی ناشی از بحران می‌شود. دانون سبک مقابله‌ای طبق مدل فولکمن و لازاروس (۱۹۸۸) وجود دارد. مقابله مساله مدار و مقابله هیجان مدار. در مقابله مساله مدار تلاش فرد در جهت تغییر و اصلاح مشکل پیش آمده است و در مقابله هیجان مدار فرد آرامش و تعادل روانی خود را بازیابد. سپس افرادی که خودکارایی قوی و موثری دارند در مواجهه با این بحران‌های ناشی قوی و موثری دارند در مواجهه با این بحران‌های ناشی از حوادث با تلاش و کوشش بیشتری با ناامیدی‌ها کنار می‌آیند و در مقابل افرادی که خودکارایی ضعیفی دارند، اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهند و احساس فشار روانی بیشتری دارند و در معرض مبتلا شدن به افسردگی و اختلالات اضطرابی شدید قرار می‌گیرند. و در ادامه پژوهش حاضر به بررسی راهبردها و اختلالات پیش آمده در رابطه با آثار اینگونه حوادث طبیعی به توضیحات گسترده تری می‌پردازد (۵).

امروزه بخش وسیعی از اطلاعات دانش متخصصان به این حیطه اختصاص دارد. لازاروس و کوهن^۲ (۱۹۷۷) در طبقه بندی فشار زاهای محیطی این موقعیتها را تحت علوم (حوادث بزرگ) گروه بندی می‌کند و آنها را حوادث ناگهانی، بی‌همتا و قوی تر از حوادث معمولی فشارزای زندگی می‌دانند که افراد برای سازگاری با آنها به پاسخهای روان شناختی همه جانبه و عمده

Folkman and Lazarus

^۲Lazarus. cohen

ای نیاز دارند این شرایط وضعیت‌هایی هستند که اجتماع کوچک یا بزرگ را در حادثه‌های ناگوار و فاجعه آمیز درگیر و پریشانیه‌های فراگیر ایجاد می کنند (۳). از این دهها نوع حادثه سهمگین و مهیب که با فشار روانی شدید همراهند می توان به جنگها، سیل ها، آتش سوزیها و از همه مهمتر زلزله ها اشاره کرد این قبیل سوانح که با عنوان (فاجعه) شناخته شده اند، شدیدترین رویدادهایی هستند که بشر از آغاز خلقت تا کنون با آنها روبرو بوده است. سیر هر فاجعه ای را میتوان از جنبه های مختلف و از پیش از وقوع آن تا دوره های پس از آن تقسیم کرد (۹). در دیدگاه روانشناختی مرحله بندی زمانی فاجعه بیشتر از مرحله بندی فیزیکی مورد نظر است. و طی آن سه دوره زمانی: اثر، دوره فروکش و دوره پس از ضربه مشخص شده است دوره اثر هنگامی است که فشار زاهای فاجعه شروع می شوند و مدتی ادامه می یابند. در حادثه های حاد و سریعی مانند زلزله این دوره کوتاه است. دوره فروکش زمانی است که فشار زاهای اولیه فاجعه متوقف میشوند یا افراد از آنها میگریزند اما فشارهای ثانویه ای در این مرحله ایجاد می شوند در سومین دوره که در حقیقت یک دوره اساسی است و حتی ممکن است کل زندگی فرد را شامل شود از فشارهای اولیه و ثانویه اثری نیست (۸)

هنگامیکه فاجعه‌های روی می دهد واکنش افراد به آن متفاوت است عده ای شوکه شده و دچار بهت و حیران می شوند، دیگران ممکن است کمتر دچار این عوارض شوند این موضوع تا اندازه ای به صفات و ویژگیهای شخصیتی و تفاوت‌های افراد و همچنین به وضعیت اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی آنان بستگی دارد. فشارزاهای فاجعه نیز ممکن است به قربانی شدن افراد منتهی شوند. در بررسیهای مربوط به قربانیان میتوان چنین نتیجه گیری کرد که معمولاً در بین قربانیان، افرادی نیز یافت می شوند که با توجه به صفات فردی و نیز وضعیت اقتصادی فرهنگی و اجتماعی خود آسیب پذیری بیشتری برای ابتلا به عوارض وخیم و شدیدتر روانی و جسمی دارند. بسیاری از تحقیقات نشان داده اند که متعاقب فاجعه ها، علایم و اختلالات روانشناختی افزایش مییابد. در محافل علمی و علوم رفتاری و روانشناختی این پدیده ها با عبارت اختلال استرس پس از ضربه^۳ (PTSD) یا اختلالات سازگاری به رسمیت شناخته شده است (۱۱).

پویایی امکانات لازم برای مقابله فعال با موقعیت استرس زا را در اختیار فرد قرار می دهد. این وضعیت تمام تواناییهای بالقوه فرد را برای مقابله مثبت و حل مساله فرا می خواند و احتمال موفقیت وی را افزایش می دهد. بنابراین راهبرد های کارآمد مقابله از طریق افزایش اعتماد به نفس افراد، مهارت‌های حل مسئله آنها را بهبود بخشیده و به رضایت بیشتر منجر می شود (۲۱). در مقابله متمرکز بر مشکل (مسئله مدار) که می تواند معطوف به درون یا بیرون باشد. در معطوف به بیرون هدف تغییر موقعیت یا رفتارهای دیگران است در صورتیکه مقابله معطوف به درون شامل تلاشهایی که برای بررسی مجدد نگرش‌ها و نیازهای خود و کسب مهارت‌ها و پاسخ‌های تازه انجام می گیرد. هدف اصلی متمرکز بر هیجان، کنترل ناراحتی هیجانی است که بیشتر با تمرین جسمانی، مراقبت، بیان احساسات و جستجوی حمایت اجتماعی همراه است. معمولاً وقتی افراد احساس می کنند می توانند درباره ی مشکل، کاری انجام دهند، از مقابله مسئله مدار استفاده می کنند و ... اگر موقعیت را فراتر از تواناییهای خود تلقی کنند به مقابله هیجان مدار دست می زنند. ولی غالباً ترکیبی از دو روش را استفاده می کنند که نتیجه مطمئنتری در بردارد. بعنوان مثال: وقتی قرار است با فرد مهمی ملاقات کنید با حفظ خونسردی (متمرکز بر هیجان) و با استفاده از مهارت‌های ارتباطی مؤثر (متمرکز بر مشکل) با این مشکل مقابله کنید. همچنین آماده شدن برای جلسه امتحان هم کنترل هیجان و اضطراب لازم است و هم مطالعه و تمرین و تکرار موضوع امتحان در استفاده کردن از مقابله های اختصاصی نیز چه بسا لازم باشد از روش‌های متعدد آن در رسیدن به هدف استفاده کرد. و برای این منظور شناخت مقابله‌های کار آمد و ناکار آمد و

^۳ Post traumatic stress disorder (PTSD)

جایگاه اختصاصی آن، کمک زیادی در موقع لزوم به ما خواهد کرد تا بهترین استفاده را از تکنیک‌های مربوطه داشته باشیم (۱۷). استرس یکی از عمده ترین مشکلات جامعه بشری است و تعداد زیادی از انسانها با آن دست به گریبان هستند. به نظر می رسد استرس جزء ضروری و نتیجه اجتناب ناپذیر تعامل انسان با محیط است. استرس واکنشهای فیزیکی، ذهنی و عاطفی را در بر می گیرد که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد، تجربه می شوند. تغییرات می توانند بزرگ یا کوچک باشند. پاسخ افراد به تغییرات زندگی متفاوت است. استرس مثبت می تواند یک انگیزش دهنده باشد در حالی که استرس منفی می تواند در زمانی که این تغییرات و نیازها، فرد را شکست می دهند، ایجاد شود. استرس ادراک شده حالت یا فرایندی روان شناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روانشناختی خود را تهدید آمیز ادراک می کند. به عبارت دیگر استرس ادراک شده توانایی ها و اطمینان خاطر ادراک شده فرد در مواجهه با درخواست های محیطی است (۸).

لازاروس بطور خلاصه در تعریف استرس می گوید: استرس اشاره به موضوعات وسیعی دارد که خارج از توانایی ظرفیت سازی دستگاه ارگانیزم خواه فیزیولوژی اجتماعی یا روانشناختی است. به رویدادهایی که می توانند سبب استرس شوند اصطلاحاً استرسور یا فشارزا می گویند. حالت درونی و روانی فشار به محض آنکه بوسیله فشارها ایجاد شده می تواند به پاسخهای فیزیکی و روانی بدن، از قبیل اضطراب، افسردگی، ناامیدی و بیقراری بیانجامد (۱۶). برخی از وقایع استرس زا چون امتحان، بلایای طبیعی، شغل‌های مخاطره آمیز و طلاق فرد راملزم به انجام رفتارهای سازگارانها برای کنار آمدن با درخواستهای محیطی تحمیل شده می کنند و از آن جا که سازگاری با چنین حوادثی دشوار و بالقوه خطرناک است مردم دچار استرس می شوند. در روی آورد دوم استرس به منزله پاسخ توصیف شده است این الگو که بر نشانگان عمومی سازش مبتنی است. استرس را یک فرآیند پاسخ دهی می داند. طبق نظریه سلیه فیزیولوژیست، الگوی نامتمایز فعالیت فیزیولوژی ذاتا ناگوار است. زیرا تند شدن ضربان قلب، تند شدن تنفس و افزایش تنش عضلانی کارکرد تعادل حیاتی را مختل می سازد. طبق نظر سلیه هرگاه شخصی برای مدت نسبتاً طولانی انگیزش فیزیولوژیکی را تجربه کند، بدن دچار استرس می شود. پژوهشگران دیگری گویند. واکنش استرس نه تنها تغییرات فیزیولوژیکی بلکه اختلال واکنشهای رفتار حرکتی، آشفتگی هیجانی و بدکاری شناختی را نیز شامل می گردد. روی آورد سوم برچگونگی ادراک فرد از موقعیت تاکید می ورزد و استرس را به شبکه وسیع عوامل محرک، پاسخ ویژگیهای فردی، ارزشیابها و سبکهای دریافتی نسبت می دهد که بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند. از این دیدگاه موقعیتهای خودی خود، تنیدگی را نیستند بلکه استرس ناشی از عدم موازنه ای است که بین ادراک فرد از الزامهای محیط پیرامونی و ارزشیابی وی از توانایی خویشتن را پاسخدهی به آنها به وجود می آید. بنابراین تنها زمانی که فرد بتواند با خواسته های محیط پیرامونی مقابله کند یا به عبارت دیگر بین موقعیتهای برونی و ظرفیت واکنش عینی یا فاعلی او نسبت به آنها ناهمگرایی وجود داشته باشد، حالت استرس و استیصال ایجاد می شود (۲).

از سوی دیگر تاب آوری^۴ فرایند مقابله و سازگاری موفقیت آمیز در برابر شرایط چالش بر انگیز و تهدید کننده زندگی است به عبارتی نوعی سازگاری مثبت در برابر شرایط ناگوار است و ایجاد تقویت آن در انسان ها بالاخص از زمان کودکی تاثیر بسزایی در سازگاری با شرایط مختلف زندگی و سلامت روان دارد و همچنین از طرفی یکی از عوامل موثر بر آن شرایط اجتماعی رفاهی و منطقه ای است که فرد در آن زندگی می کند. کاپلان^۵ (۱۹۶۸) معتقد است اشخاص تاب آور از رفتارهای ارتقای

Resiliency

*Kaplan

سلامتی مشارکت بیشتری دارند و از درگیری در فعالیت های روزانه استقبال می کنند. از چالش ها لذت می برند و تغییر را به جای ثبات ترجیح می دهند. در واقع افراد دارای تاب آوری بالا نسبت به افراد فاقد تاب آوری رویدادهای منفی را به صورت انعطاف پذیرتر و واقع بینانه تر در نظر می گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می دانند و از شیوه های مقابله ای مفیدتر نیز سود می جویند (۱۴). در پژوهش انجام شده توسط شهبازی راد (۱۳۹۱) به معنا دار بودن بین تاب آوری و معنویت و راهبردهای مقابله ای با کیفیت زندگی اشاره می کند. تاب آوری به عنوان حیطه ای پر طرفدار در سال های اخیر به مطالعات و کشف توانمندی های فردی و بین فردی می پردازد که باعث پیشرفت و مقاومت در شرایط دشوار می شود. کودریچ - هال و پیرسون (۲۰۱۲) بیان می دارند که نیاز به این مسأله احساس می شود افراد مهارتهایی را بیاموزند که هنگام مواجهه با مشکلات و موقعیت های استرس زا به شیوه ای تاب آورانه تری تفکر و سپس عمل کنند. از این رو، مداخله هایی که هدفشان تحت تأثیر قرار دادن فرایندهای فکری است می توانند گام مهمی در ایجاد مهارت ها و توانایی های مربوط به تاب آوری باشند. از نظر سرنیک^۷ (۲۰۱۱) بخشی از محبوبیت مفهوم تاب آوری و پژوهش های مرتبط با آن به این دلیل است که این دیدگاه بر توانمندی ها، ظرفیت ها، امید قدرت فرد تمرکز دارند، این که عوامل محافظت کننده به عنوان سپری برعلیه رفتارهای خطرناک و پیامدهای همراه با آنها مطرح هستند، تبیین کننده ی این موضوع است که چرا بسیاری از جوامع در سطوح محلی و ملی به شناسایی عوامل موثر بر تاب آوری و به دنبال آن طراحی برنامه های درمانی و ارتقای تواناییهای لازم در نوجوانان اقدام کرده اند. افراد تاب آور رشد بیشتری رادروژیگی های شخصیتی مثل خوش بینی، آسودگی و آرامش نشان می دهند. در پژوهشی که توسط هاشمی نصرت آبادی (۱۳۹۰) انجام شده بر اساس داده ها افرادی که امیدواری و تاب آوری بالایی دارند از بهزیستی روانی بالایی برخوردارند.

حال، با توجه به تأثیر زلزله بر گستره زندگی افراد و نیز پژوهش های اندک موجود در زمینه استرس و اضطراب، در این پژوهش به بررسی رابطه راهبردهای مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب با تاب آوری روانی در بین نوجوانان زلزله زده استان کرمانشاه پرداخته می شود و مشاهده شود آیا راهبردهای مقابله با استرس پیش بینی کننده تاب آوری روانی در بین نوجوانان زلزله زده است؟

روش پژوهش

این پژوهش از لحاظ هدف جزء تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا جزء تحقیقات همبستگی می باشد. جامعه آماری در این پژوهش شامل نوجوانان زلزله زده استان کرمانشاه (شهرهای ثلاث باباجانی و سرپل ذهاب) بود که شامل دانش آموزان دختر و پسر مقطع دبیرستان دوره دوم می باشند که تعداد آنها حدود ۴۰۰۰ نفر اند. از بین جامعه آماری، تعداد ۳۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای بر حسب جدول مورگان استفاده شد. ملاک ورود آزمودنی ها ابتدا از بین مدارس دخترانه و پسرانه مقطع متوسطه دوره دوم استان کرمانشاه، چهار مدرسه بصورت تصادفی انتخاب شد و از بین آن مدارس به تعداد ۳۵۰ نفر پرسشنامه توزیع گردید. همچنین ملاک خروج آزمودنی ها، انتخاب نمونه ها از جاهای که بیشترین خسارت در زلزله را دارا باشند گرفته شد.

ابزارهای پژوهش:

۱) **راهبردهای مقابله‌ای: اندلر و پارکر (۱۹۹۰) CISS** را با هدف ارزیابی انواع راهبردهای مقابله‌ای افراد در موقعیت‌های تنیدگی‌زا شامل راهبردهای مقابله مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی طراحی کردند. این آزمون شامل ۴۸ سؤال است که هر ۱۶ سؤال به یکی از ابعاد مقابله مربوط بوده و پاسخ به هر سؤال بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) مشخص می‌شود. راهبرد مقابله اجتنابی قابل تفکیک به خرده مقیاس‌های حواس‌پرتی و مشغولیت اجتماعی است که هر یک به ترتیب از طریق ۸ و ۵ سؤال ارزیابی می‌شوند. گفتنی است که راهبرد غالب هر فرد با توجه به نمره وی در هر یک از ابعاد سه گانه راهبردهای مقابله تعیین می‌شود. به بیان دیگر، هر کدام از رفتارها که در مقیاس نمره بالاتری کسب کنند، آن رفتار به عنوان راهبرد مقابله‌ای ترجیحی فرد در نظر گرفته می‌شود. نتایج تحلیل عامل تأییدی بر روی نسخه کوتاه (۲۱ سؤالی) CISS در مطالعه کوهن و همکاران (۲۰۰۶) که با هدف بررسی ساختار عاملی CISS-SF انجام شد نشان داد که الگوی چهار عاملی CISS-SF در مقایسه با الگوی سه عاملی، برازش بهتری با داده‌ها دارد. در پژوهش کوهن و همکاران (۲۰۰۶) ضرایب آلفای کرونباخ و ضرایب همبستگی حاصل از آزمون - بازآزمون خرده مقیاس‌ها نشان داد که CISS-SF از اعتبار بالایی برخوردار است. در نسخه کوتاه CISS، هر یک راهبردهای مقابله مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی از طریق ۷ سؤال اندازه‌گیری می‌شود. در مطالعه شکری (۱۳۸۸)، ضرایب آلفای کرونباخ راهبردهای مقابله مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی در بین دانشجویان ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۷۳ در بین دانشجویان سوئدی به ترتیب برابر با ۰/۶۹، ۰/۷۷، ۰/۶۸ و در کل برابر با ۰/۷۲، ۰/۷۱، ۰/۷۴ به دست آمد. اما در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای سه عامل مسأله‌مداری، اجتنابی بودن و هیجان‌مداری در بین والدین کودکان عادی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۶۵ و در کل ۰/۷۶ و در بین والدین کودکان استثنایی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۷۳، ۰/۶۵ و در کل ۰/۷۸ به دست آمد.

۲) **پرسشنامه افسردگی بک:** این پرسشنامه فرم بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی شدت علائم افسردگی تدوین شده بود. پرسشنامه افسردگی بک یکی از پرستفاده‌ترین ابزارهای تشخیصی روانپزشکی است. پرسشنامه افسردگی بک ۲۱ سوال دارد که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای چهار گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند که افراد گزینه‌ای را انتخاب می‌کنند که بهتر از همه احساس آنان را نشان می‌دهد. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن ۰ است. سئوالات شامل: خلق، بدبینی، احساس شکست، خودشناسی، گناه، تنبیه، از خود بی‌خاری، خود مقصر بینی، افکار خودکشی، گریه، تحریک پذیری، کناره‌گیری، تهدید، تفسیر و پنداشت تن، دشواری کار، بی‌خوابی، خستگی ناپذیری، فقدان اشتها، کاهش وزن، اشتغال ذهنی نسبت به تن و کاهش میل جنسی می‌باشد. مطالعات روانسنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به طور کلی این پرسشنامه جانسین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود. بک استیر و براون (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. به علاوه دریک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار روایی BDI-II بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار باز آزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳ بود (۱۸).

۳) **پرسشنامه اضطراب:** این پرسشنامه توسط نجاریان، بهمن، عطاری، یوسفعلی، مکنونی، بهنام، (۱۳۷۴) ساخته و دارای ۲۰ سوال بوده و هدف آن بررسی میزان اضطراب است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت چهار گزینه‌ای بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه در جدول زیر ارائه گردیده است. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. این امتیاز دامنه ای از ۲۰ تا ۸۰ را خواهد داشت. امتیازات بالاتر نشان دهنده میزان اضطراب بالاتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. به عنوان یک نقطه برش، افرادی که بالاتر از ۵۰ را کسب نمایند، دارای اختلال اضطراب بوده و این اختلال با بالا رفتن نمره بیشتر خواهد بود. در پژوهش نجاریان و همکاران (۱۳۷۴) روایی همزمان این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. برای تعیین پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن برای پرسشنامه ANQ ۰/۹۰ بدست آمد که حاکی از پایایی عالی این مقیاس است.

۴) **پرسشنامه تاب آوری:** برای سنجش میزان تاب آوری از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون استفاده گردید مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) یک ابزار ۲۵ گویه ای است که کانر و دیویدسون آن را با باز بینی منبع پژوهشی ۱۹۹۱ - ۱۹۷۹ در زمینه تاب آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی های روانسنجی این مقیاس در گروه هایی مثل جمعیت های عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و بیماران مبتلا به اختلال پس از ضربه انجام شده است سازندگان این مقیاس معتقدند که این پرسشنامه افراد تاب آور را از افراد غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی جدا می کند و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی به کار رود. این پرسشنامه در یک مقیاس پنج درجه ای از کاملاً نادرست تا همیشه درست ساخته شده است. به نحوی که کاملاً درست نمره یک، به ندرت درست نمره دو، گاهی درست نمره سه، اغلب درست نمره چهار و همیشه درست نمره پنج را به خود اختصاص می دهند. دامنه نمره گذاری این مقیاس بین ۱۲۵-۲۵ است. کانرو و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. نمرات مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنا دار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیپهان همبستگی منفی معنا داری داشتند. که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. این مقیاس در ایران توسط محمدی در سال ۱۳۸۴ هنجاریابی شده است. برای سنجش روایی این مقیاس ابتدا همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه شده و همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳ ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد و سپس از روش تحلیل عاملی استفاده شده است، قبل از سنجش تحلیل عاملی، دو شاخی KMO و آزمون کرویت بارتلت هم محاسبه شد و مقدار KMO برای ۰/۸۷ و مقدار تی دو در آزمون بارتلت ۲۸/۵۵۵۶ به دست آمد که هر دو این موارد نشان دهنده شرایط مناسب برای انجام تحلیل عاملی است. برای پایایی این مقیاس هم از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. و میزان آن هم ۰/۸۹ گزارش شده است (محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهش دیگری که توسط سامانی و همکاران (۱۳۸۶) برای بررسی پایایی این مقیاس در دانشجویان صورت گرفت، پایایی این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند. میزان شاخص KMO هم برابر ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت برای ۲/۴۷ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف / روابط ایمن، مهار / معنویت را برای مقیاس تاب آور یاد کرده است. چون روایی و پایایی زیر مقیاس ها هنوز به طور قطع تأیید نشده اند در حال حاضر نمره کل تاب آوری برای هدف های پژوهشی معتبر محسوب می شود.

جدول شماره ۱: شاخص های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

N	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر های پژوهش
۳۵۰	۶/۴۸	۴۴/۵۶	راهبرد مقابله مسئله مدار
	۳/۰۶	۵۱/۷۱	راهبرد مقابله هیجان مدار
	۴/۱۹	۴۰/۸۸	راهبرد مقابله اجتنابی (غیرمؤثر)
	۶/۰۲	۲۶/۵۶	افسردگی
	۷/۹۳	۲۹/۷۷	اضطراب
	۱۰/۷۸	۷۲/۱۰	تاب آوری

جدول ۱ شاخص های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات راهبردهای مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب با تاب آوری روانی نوجوانان را نشان می دهد.

جدول ۲ نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش

انحراف معیار	کشیدگی	انحراف معیار	کجی	شاخص های توصیفی
				مقیاس ها
کشیدگی	کجی	کجی	کجی	
۰/۴۱۳	۴/۴۱۹	۰/۲۰۸	-۱/۴۵۰	راهبرد مقابله مسئله مدار
۰/۴۱۳	۴/۵۱۱	۰/۲۰۸	-۱/۴۳۵	راهبرد مقابله هیجان مدار
۰/۴۱۳	-۰/۷۰۹	۰/۲۰۸	۰/۰۸۷	راهبرد مقابله اجتنابی (غیرمؤثر)
۰/۳۲۱	-۰/۶۳۲	۰/۴۵۲	۰/۸۵۲	افسردگی
۰/۲۸۹	-۰/۳۸۹	۰/۳۲۱	۰/۶۳۱	اضطراب
۰/۴۲۱	-۰/۸۶۵	۰/۵۶۹	۰/۹۸۵	تاب آوری

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود ضریب کجی (و ضریب کشیدگی) به ترتیب برای متغیرهای راهبرد مقابله

مسئله مدار -۱/۴۵۰ (و ۴/۴۱۹)، راهبرد مقابله هیجان مدار -۱/۴۳۵ (و ۴/۵۱۱) و راهبرد مقابله اجتنابی (غیرمؤثر) ۰/۰۸۷ (و

۰/۷۰۹)، به دست آمدند. مندرجات جدول ۴-۲ نشان می دهند که با توجه به معیار نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱۰ هستند و لذا تخطی از نرمال بودن داده ها قابل مشاهده نیست.

جدول ۳: ضرایب همبستگی چندگانه متغیرهای پیش بین (راهبردهای مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب) با تاب آوری نوجوانان با روش ورود همزمان

متغیرهای پیش بین	R	R ²	F	p=	ε	t	p=	β _۱
راهبرد مقابله مسئله مدار					۰/۳۴	۹/۰۴	۰/۰۰۰۱	
راهبرد مقابله هیجان مدار					-۰/۲۸	-۶/۰۸	۰/۰۰۰۱	
راهبرد مقابله اجتنابی (غیرمؤثر)	۰/۷۹	۰/۶۳	۴۶/۳۶	۰/۰۰۰۱	-۰/۲۴	-۴/۴۸	۰/۰۰۰۳	«ورود»
افسردگی					-۰/۳۱	-۸/۲۰	۰/۰۰۰۱	
اضطراب					-۰/۳۲	-۸/۵۷	۰/۰۰۰۱	

همان طوری که در جدول ۳ ارائه شده است، رگرسیون پیش بینی تاب آوری نوجوانان از روی متغیرهای راهبردهای مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب معنی دار می باشد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F=۸۱/۳۶$). متغیر راهبرد مقابله مسئله مدار با ضریب بتای ۰/۳۴ می تواند به طور مثبت و معنی دار، متغیر اضطراب با ضریب بتای ۰/۳۲، متغیر افسردگی با ضریب بتای ۰/۳۱ و متغیر راهبرد مقابله هیجان مدار با ضریب بتای ۰/۲۸ و راهبرد مقابله اجتنابی با ضریب بتای ۰/۲۴ می تواند به طور منفی و معنی داری تاب آوری نوجوانان را پیش بینی کنند. همچنین، مقدار R² نشان می دهد ۶۳٪ از واریانس تاب آوری نوجوانان توسط متغیرهای یاد شده تبیین می شود.

جدول ۴: ضرایب همبستگی ساده بین راهبردهای مقابله با استرس با تاب آوری نوجوانان

متغیر	شاخص آماری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری (p)	تعداد نمونه (n)
راهبرد مقابله مسئله مدار	متغیر پیش بین	۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	
راهبرد مقابله هیجان مدار	متغیر پیش بین	-۰/۴۱	۰/۰۰۰	
راهبرد مقابله اجتنابی (غیرمؤثر)	متغیر پیش بین	-۰/۳۸	۰/۰۰۰۱	۳۵۰
افسردگی	متغیر پیش بین	-۰/۵۱	۰/۰۰۰۱	
اضطراب	متغیر پیش بین	-۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	

همان طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است بین راهبرد مقابله مسئله مدار با تاب آوری نوجوانان رابطه مثبت معنی داری وجود دارد ($p = 0/001$ و $r = 0/65$). به عبارت دیگر، هر چه راهبرد مقابله مسئله مدار نوجوانان افزایش می یابد به همان اندازه تاب آوری آنان بیشتر خواهد بود. بین راهبرد مقابله هیجان مدار با تاب آوری نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد ($p = 0/0001$ و $r = -0/41$). بین راهبرد مقابله اجتنابی (غیرمؤثر) با تاب آوری نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد ($p = 0/0001$ و $r = -0/38$). به عبارت دیگر، با کاهش راهبرد مقابله هیجان مدار و اجتنابی (غیرمؤثر) نوجوانان با افزایش تاب آوری آنان همراه شده است. بین افسردگی با تاب آوری روانی در بین نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد ($p = 0/0001$ و $r = 0/65$). به عبارت دیگر، هر اندازه میزان افسردگی نوجوانان کاهش یابد از تاب آوری بالاتری برخوردار خواهند بود. بین اضطراب با تاب آوری روانی در بین نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد ($p = 0/0001$ و $r = 0/65$). به عبارت دیگر، هر اندازه میزان اضطراب نوجوانان کاهش یابد از تاب آوری بالاتری برخوردار خواهند بود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد، رگرسیون پیش بینی تاب آوری نوجوانان از روی متغیرهای راهبردهای مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب معنی دار می باشد. متغیر راهبرد مقابله مسئله مدار با ضریب بتای $0/34$ می توانند به طور مثبت و معنی دار، متغیر اضطراب با ضریب بتای $0/32$ ، متغیر افسردگی با ضریب بتای $0/31$ و متغیر راهبرد مقابله هیجان مدار با ضریب بتای $0/28$ و راهبرد مقابله اجتنابی با ضریب بتای $0/24$ می توانند به طور منفی و معنی داری تاب آوری نوجوانان را پیش بینی کنند. همچنین، مقدار R^2 نشان می دهد 63% از واریانس تاب آوری نوجوانان توسط متغیرهای یاد شده تبیین می شود. در تبیین این یافته ها می توان گفت که زمانی که یک بحران پیش می آید افراد تاب آور قادرند راه حل های مناسب تری انتخاب کنند تا به نتایج بهتری برسند. زمانی که از بحران زلزله بگذریم ممکن است با افرادی مواجه شویم که آسیب دیده از شرایط بحران گذر کرده اند. راهبرد مقابله ای مسئله مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاستن یا از بین بردن یک تنیدگی انجام دهد محاسبه می کند. رفتارهای مسئله مدار شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام هایی برای مخاطب قرار دادن مسئله می شود؛ معقولانه بنظر می رسد که دانشجویان با راهبرد مقابله ای مسئله مدار، بهتر بتوانند مسائل و مشکلات استرس زا را ریشه یابی کنند و کمتر در حالت هیجانی استرس غرق شوند و در صدد به توافق رسیدن و حل مشکلات این چنینی برآیند. همچنین راهبردهای مقابله با استرس ای هیجان مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خویش است. واکنش های مقابله ای هیجان مدار شامل گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتار های عیب جویانه، اشتغال ذهنی و خیال پردازی است؛ با این تفاسیر روشهای هیجان مدار رویارویی با استرس گرچه سبب تخلیه ی هیجانی و احساسی دانشجویان از بار استرس موجود در زندگی شان می شود اما الزاما منجر به افزایش یا کاهش مستقیم تاب آوری نمی شود. راهبردهای مقابله با استرس اجتنابی مستلزم فعالیت ها و تغییراتی شناختی است که هدف آن ها اجتناب از موقعیت تنیدگی زا است. رفتارهای مقابله ای اجتنابی ممکن است به شکل روی آوردن و درگیر شدن

در یک فعالیت تازه و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود (۲۱). همچنین گاهی نیز دربرگیرنده‌ی عدم درگیری رفتاری در جهت مسأله، تمرکز بر هیجان و استفاده از داروها و الکل می باشد (۶). از سوی دیگر کارنی و برادبوری (۲۰۰۷) الگوی آسیب پذیری، تنیدگی و سازش را درباره زندگی مطرح کرده اند. براین اساس سه عامل مهم کیفیت و ثبات و تداوم زندگی را تعیین می کنند: الف) وقایع استرس زای زندگی ب) ناتوانی در مقابله ی مؤثر با استرس و افزایش یا تداوم استرس. ج) استمرار استرس که منجر به کاهش ظرفیت نوجوانان برای سازش و داشتن بهزیستی روانشناختی می شود. فشارهای روانی به عنوان میانجی بین ارگانیزم و عوامل تنش‌زا عمل کرده و برحسب توانایی‌ها و شرایط افراد تحت فشار، اختلالات جسمانی گوناگونی را در آن به دنبال می‌آورد. به عبارت و واضح‌تر، عوامل تنش‌زا و فشارآور زندگی، نظیر فشارهای شغلی و تحصیلی، حوادث زندگی، تعارض نقش‌ها وجود محرومیت‌ها و نابرابری‌های اجتماعی، رواج تبعیض‌های نژادی-قومی و جنسیتی، مشقت اقتصادی، سطح پایین استانداردهای زندگی و غیره، موجب ایجاد یا تشدید فشار روانی و در نتیجه بروز استرس، اضطراب افسردگی و اختلالات دیگر می‌شود.

نتایج نشان داد بین راهبرد مقابله مسئله مدار با تاب آوری نوجوانان رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هر چه راهبرد مقابله مسئله مدار نوجوانان افزایش می یابد به همان اندازه تاب آوری آنان بیشتر خواهد بود. بین راهبرد مقابله هیجان مدار با تاب آوری نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد. بین راهبرد مقابله اجتنابی (غیرمؤثر) با تاب آوری نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، با کاهش راهبرد مقابله هیجان مدار و اجتنابی (غیرمؤثر) نوجوانان با افزایش تاب آوری آنان همراه شده است. با توجه به این نتیجه، مشخص گردید تاب آوری به عنوان یک مهارت مهم در زندگی، در کنار مولفه‌هایی از جمله امید، خوش بینی و خود کارآمدی از مؤلفه‌های تشکیل دهنده سرمایه روان شناختی است. سرمایه‌ای که به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم می دهد و او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند. با وجود بحران زلزله و حساسیت بالای نوجوانان، از سطوح بالایی از عوامل استرس زا برخوردارند، از طرفی روشهای مقابله تلاشهای ذهن آگاهی برای مدیریت استرس بیرونی و درونی می باشد، تلاشهای ذهن آگاهی می توانند بیرونی (مساله مدار) و درونی (هیجان مدار) باشند که مقابله مسئله مدار می تواند به عنوان تلاش برای مدیریت و تغییرمساله استرس زا در نظر گرفته می شود و مقابله هیجان مدار تلاش برای کم کردن استرس هیجانی در درون خویش است. لازاروس و فولکمن (۱۹۹۱) معتقدند که در مقابله مؤثر، هر دو عملکرد معمولاً همزمان رخ می دهند. استرس، یکی از عمده ترین مشکلات جامعه بشری است و تعداد زیادی از انسانها با آن دست به گریبان هستند. به نظر می رسد استرس جزء ضروری و نتیجه اجتناب نا پذیر تعامل انسان با محیط است. اما آنچه که باعث ایجاد تفاوت در عملکرد نوجوانان می شود این است که چگونه با آن مبارزه می کنند. بیشتر نوجوانان می توانند در حد قابل قبولی سلامت خود را حفظ کنند و در یک شرایط پر از استرس به ادامه تحصیل بپردازند. به استناد اسپادا و همکاران، ۲۰۰۸؛ نقل از بزرگان، (۱۳۹۸) سبک های مقابله ای، یکی از مفاهیم کلیدی در مواجهه با استرس است. با توجه به گریز ناپذیر بودن استرس، استفاده از سبک های مقابله ای مناسب می تواند فرد را در برابر استرس های شدید محافظت کند. مهارت توانایی مقابله با استرس و شناخت روش صحیح برخورد با تغییرات استرس زا این امکان را به ما می دهد تا منابع استرس و نحوه تاثیر آن را بر زندگی

خود بشناسیم و با اعمال و موضع گیری های صحیح و به جای خود بتوانیم فشار و استرس را در خود کاهش داده و آرامش خود را تامین کنیم. هنگامی که افراد با مشکل روبه رو می شوند، واکنش های مختلفی نشان می دهند که این واکنش ها جنبه هیجانی، شناختی و گاهی رفتاری دارند. گاهی اوقات ممکن است به حل مشکل بینجامد یا فرد را از آن دور کند. این واکنش ها در قالب سبک های مقابله، بررسی می شوند. راهبردهای مقابله ای هیجان مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات نا خوشایند خویش است. واکنش های مقابله ای هیجان مدار شامل گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتار های عیب جویانه، اشتغال ذهنی و خیال پردازی است. از سوی دیگر تاب آوری به افراد کمک می کند که احساس شایستگی و کارآمدی بیشتری در مسئولیت های روزانه و چالش های زندگی داشته باشند و موجب پیشرفت افراد در مهارت های مدیریت فشار روانی، حل مساله و تصمیم گیری، حل تعارض ها، خودگردانی، رهبری، وظیفه شناسی و رشد رفتارهای پسندیده شود.

نتایج نشان داد بین افسردگی با تاب آوری روانی در بین نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هر اندازه میزان افسردگی نوجوانان کاهش یابد از تاب آوری بالاتری برخوردار خواهند بود. در تبیین این نتیجه می توان گفت که تاب آوری یک فرآیند توانایی با پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده است و صرفاً پایداری در برابر آسیب ها با شرایط تهدید آمیز نیست. بلکه شرکت فعال و سازنده ی فرد در محیط است و می توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد، در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک می باشد. فردی که در تاب آوری است چاره ساز و انعطاف پذیر بوده مطابق تغییرات محیط خود را وفق می دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشار زا به سرعت به حالت بهبود باز می گردد. مادرانی که در انتهای سطح پایین تاب آوری هستند به مقدار ناچیزی خودشان را با موقعیت های جدید وفق می دهد. اینها به کندی از موقعیتهای فشار زا به حالت طبیعی بهبود می یابند. در واقع مادران دارای تاب آوری بالا نسبت به مادران فاقد تاب آوری رویدادهای منفی را به صورت انعطاف پذیرتر و واقع بینانه تر در نظر می گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می دانند و از شیوه های مقابله ای مفیدتر نیز سود می جویند. با توجه به یافته های پژوهش حاضر، افرادی که عادت به استفاده از راهبردهای سازگاران ای با مضمون فکر کردن به وقایع مثبت (مثبت اندیشی) به جای وقایع منفی، تفکر درباره ی پی ریزی برنامه های موثر برای مداخله در حل مشکل، معنای مثبت بخشیدن به واقعه یا تفسیر واقعه به صورت مثبت و همچنین کم اهمیت شمردن واقعه و کوچک شمردن آن در مقایسه با وقایع بزرگتر را دارند، نسبت به سایر افراد که از این راهبردها استفاده ی کمتری دارند، از تاب آوری بالاتری برخوردار خواهند بود. استفاده از این نوع راهبردهای سازگاران ممکن است با کاستن از هیجانات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات رویارویی فرد برای حل مشکل و افزایش تاب آوری او را فراهم آورد. فردریکسون، توگاد، وایوک و لارکین (۲۰۰۳) نیز بیان کردند که افراد به این دلیل تاب آور اند که از احساسات مثبت به طور استراتژیک و هوشمندانه برای دستیابی به نتایج مقابله ای برتر استفاده می کنند. برخی پژوهشگران، تنظیم هیجان را به عنوان یک واسطه در زمینه ی سازگاری با استرس پیشنهاد کرده اند. استفاده از برخی راهبردهای سازگاران ای تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با استرس، در بسیاری از مواقع علاوه بر کاستن از هیجانات منفی، می تواند باعث افزایش هیجانات مثبت شود.

تاب آوری تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل

زیستی-روانی در شرایط خطرناک است. افزون بر این اکثر پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی می باشد. اهمیت نقش تاب آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با فشارهای، غلبه یافتن در نوجوانان انکار ناپذیر بوده. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می شود، توسعه می یابد و به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می گردد.

نتایج نشان داد بین اضطراب با تاب آوری روانی در بین نوجوانان رابطه منفی معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هر اندازه میزان اضطراب نوجوانان کاهش یابد از تاب آوری بالاتری برخوردار خواهند بود. در تبیین این نتیجه می توان گفت که اضطراب احساسی طبیعی در انسان هاست، که هرکسی در شرایطی از زندگی آن را تجربه می کند. خیلی از افراد زمانیکه در کار دچار مشکل شده، قبل از امتحان دادن و یا قبل از گرفتن تصمیم های حساس عصبی و مضطرب می شوند. با اینحال افراد مبتلا به اختلالات اضطراب ترس غیرمنطقی و نگرانی بیش از حد نسبت به شرایط روزمره دارند. این احساسات باعث اختلال در زندگی روزمره شده، بسختی کنترل می شوند و برای مدت طولانی باقی می ماندند. اضطراب ممکن است از کودکی در افراد ظاهر شده و تا بزرگسالی آنها ادامه یابد (۶). سلامتی و تندرستی مفهومی فراتر از نداشتن بیماری و برخورداری از یک نیروی حیاتی و شور و شوق برای زندگی است؛ به عبارتی، افراد سالم از بیماری هایی مانند اضطراب، افسردگی و فشار روانی دور بوده و ویژگی های فیزیکی، تغذیه و شرایط عاطفی، آنها را بدون هیچ گونه احساس خستگی قادر به انجام کارهای روزمره می سازد. برای دستیابی به سلامت کامل و در نهایت تندرستی مطلوب، ایجاد شرایط رفاهی مناسب و بهزیستی، ضروری به نظر می رسد (۱۵). بحران های ناشی از زلزله به سبب نبود تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می شود، اما بیشترین حالت در این دوره برای بیمار حس یأس و ناامیدی است. ماهیت این بیماری به گونه ای است که هویت و شخصیت کودکان و نوجوانان مبتلا را به خطر می اندازد و آنها را با مسایلی همچون اضطراب، افسردگی، ناامیدی، احساس انزوای اجتماعی، ترس از مرگ و ... روبه رو می سازد (۹). همچنین در تبیین این نتیجه می توان اظهار داشت که زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها باعث کاهش واکنش های هیجانی که معمولاً توسط نشانه های اضطراب برانگیخته شده است می گردد. از سویی دیگر می توان اظهار داشت آموزش فنون مبتنی بر تاب آوری با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه منعطف روی محرک های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، مبتلایان به اختلالات اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی در مورد عملکرد رها کرده و با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و بر گرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می گردد.

تاب آوری بخشی از توانایی یک انسان است که با استفاده از آن می تواند شرایط نامطلوب را پشت سر گذاشته و به نحو مناسبی از توانایی سازگاری خود برای فرونشاندن قدرت تخریب آنها استفاده می کند، انسانی که تاب آور است از هر بحران یک فرصت طلایی می سازد. اینکه بحران ها، همچون سکه ها دو رو دارند، یک روی آنها همانی است که از اسمشان پیداست، ایجاد تشویش و نگرانی، بیماری، آسیب های اقتصادی و روانی و اجتماعی، و روی دیگر آنها محک زدن توانمندی و آمادگی آدمی است و اینکه انسان در برابر شدائد و دشواری ها تا چه اندازه قوی و مهیای مبارزه و ماندگار شدن است؛ گویی بحران ها گاهی نقش تربیتی هم برای انسان بازی می کنند. آموزش می دهند و امتحان می گیرند. زندگی بشر همواره یا این دست مشکلات و بحران ها مواجه بوده و شاید بتوان گفت بسیاری از جلوه های پیشرفت اعم از اختراعات و کشفیات و حتی شناخت نقاط ضعف و قوت زندگی بشر و آشکار شدن ضرورت های زندگی نیز به نوعی مرهون حضور و بروز همین بحران ها است. از سوی دیگر بحران ها نه تنها در حوزه علوم و فناوری ها بلکه برای غلبه بر بحران ها، تحول در

نظام‌های مدیریتی، رفتاری، نگرش‌ها و ارزش‌ها و به طور کلی سبک زندگی انسان چه در بُعد فردی و چه در بُعد اجتماعی و حتی جهانی را نیز رقم زده‌اند. اگر چه این بحران محدودیت‌ها و ممنوعیت‌هایی برای همه انسان‌ها همراه داشته و مشکلات اقتصادی و شغلی ایجاد کرده اما آموزه‌های عملی خاصی هم برای ما در برداشته است؛ البته اگر ما بدانیم که انسان هوشمند از چالش‌ها و تهدیدهای روزگار هم فرصت‌ها و موقعیت‌های مطلوب را به دست می‌آورد. اساساً فرق میان انسان‌های آسیب پذیر و مقاوم همین است که گروه نخست آماده شکسته شدن هستند چرا که آمادگی مواجهه با چالش‌ها را ندارند در حالی که گروه دوم، نه تنها آمادگی برخورد با مشکلات را دارند بلکه به موازات آن، امید به رهایی از آنها را هم در خود زنده نگه می‌دارند.

منابع

- ۱) M. r. Mohammadian, Jalal (1398). Comparison of stressors and ways to deal with it in Tehran students. *Journal of Psychology, University of Tehran*, No. 21, Volume 6, pp. 29-38.
- ۲) Azad, Hossein (1398). *Psychopathology, (Volume I) Twelfth Edition*. Tehran: Besat Publications.
- ۳) Ebrahimi, Alireza. (1397). Evaluation of the effectiveness of the practical training program of problem-oriented coping strategies on increasing the quality of life and reducing stress in patients with asthma referred to medical clinics in Tehran. Master Thesis in Clinical Psychology, University of Tehran.
- 4) Ehteshamzadeh, Parvin, Mohammad, Borna, Yousefi, Maryam. (1398). Investigating the Relationship between Religious Orientation and Irrational Beliefs with Patients' Depression (New Findings in Vanology, Volume 6, Number 20).
- ۵) Akbari, Ibrahim; Bakhshipour, Rudsari, Abbas, Azimi, Zeinab; Fahimi, Samad; Qasempour, Abdullah and Amiri Picha
- 6) Kalami, Ahmad (1398). Comparison of Anxiety و Depression. *Brain-Behavioral Systems - Coping Strategies and Hostility Anger in People with Asthma and Non-Asthmatics - Journal of Behavioral Science Research / Volume 9, Number 5.*

- ۷) Bagherinejad, Mina; Salehi Fedredi, Javad; Tabatabai, Mahmoud (1397). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Educational Studies and Psychology*, Volume 1, Number 11
- ۸) Hossein.jahani. (۱۳۹۸) *Psychopathology*, Volume 2, Second Edition, Payame Noor Publications
- ۹) Hamedi, Massoud. (1396). Predictive study of metacognitive state and resilience in explaining test anxiety. Master Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, General Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran.
- 10) Khodayari Fard, Mohammad; Parand, Akram (2017) *Stress and ways to deal with it* Tehran, University of Tehran Press
- ۱۱) Calligraphers, Zahra and Afrooz, Gholam Ali (1398). The relationship between self-efficacy and depression and anxiety and stress. *Journal of Clinical Psychology Thought and Behavior*, Fifth Year, No. 20.
- 12) Daneshpour, Aida; Sarvagd, Sirus (1398). The Relationship between Cognitive Aggression Strategies and Stress Coping Methods and Pre-University Students in Shiraz. *Journal of Cognitive Methods and Models*, Volume One, Number Two, pp. 44-25.
- 13) Rosenhan, de Seligman, M. (1995). *Psychopathology*, translated by Seyed Mohammadi, H. (1397). Tehran: Savalan
- 14) Shirinpour, Ali (1397). Comparison of stress and resilience in formal and contract employees of a Ramhormoz industrial unit. Bachelor Thesis in General Psychology. Islamic Azad University, Ramhormoz Branch.
- ۱۵) Farmer, conductor. (1396). The effectiveness of metacognitive therapy on reducing depression and rumination in patients with major depressive disorder: a single case study. Master Thesis, Tehran: Allameh Tabatabai University
- ۱۶) Shahbazi Rad, Afsaneh; Mo'meni, Khodamrad (1397). Relationship between spirituality, resilience and coping strategies with quality of life of Razi University of Kermanshah students, *Behavioral Sciences*. No. 2, Volume 6, pp. 103-97
- 17) Alipour, Ahmad (1397), *Introduction to Health Psychology*, Tehran Payame Noor Publications
- ۱۸) Kamkari, Kambiz, Askarian, Mahnaz. Saatchi, Mahmoud (1398) *Psychological tests*. Publish editing.
- 19) Sahraei, Mehdi (1398), Comparison of coping strategies with stress in patients with substance abuse (opium and normal people), Tehran Master Thesis.
- ۲۰) Ganji, Mehdi (۱۳۹۶) *Psychopathology* (third edition). Tehran, Savalan Publishing.

- 21)Tavakoli, Mahin. (2016). Methods of coping with stress in relation to mental health in Tehran: (Nashrqoo(
- ۲۲)Akin – A.. Self – Efficay. Achievemenl Goals and Depression, Anxiety, and Stress: A Structural Equation Modeling. World Applied Sciences Journal 2009: 3(5): 725 – 732
- ۲۳)Beck, A: (1976).Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty Five Years of Evaluation. Clinical Psychology Review. &(1): 77 – 100
- ۲۴)Buysse, D.J.; Reynolds, C.F.; Mnk, T.H. & Berman, S. R.(2012). The Pittsburgh Sleep Quality: A New Instrument For Psychiatrice And Psychiatry Research
- 25)Drake C, Nickel C, Burduvali E, Roth T, Jefferson C, Pitero B. (2013). The pediatric daytime sleepines scale (PDSS): sleep habits and school outcomes in middle-school children. Sleep, 3(6): 603-12.
- 26)Eler, HR, Atevogt BM. (2012). Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. Editors, Committee on Sleep medicine and Research, 1-32.
- ۲۷)Hagak FA, Cajochen C. (۲۰۱۱). Melatonin in the Regulation of Sleep and Circadian Rhythms. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editor. Principles and practice of sleep medicine. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders, P. 359-404.
- 28)hayon, M.M.; Carskadon, M.A.; Guilleminault, C. Vitiello, M.V. (2013)Meta-analysis of Quantitative Sleep Parameters from Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. Sleep22, 7: 1255-1273.
- ۲۹)Haren ,Exmittchell, C.W.(2010). Relationships Between the Five= Factor Personality.Model and Cop ing Styles. Pschology and Eduction: and interdisciplinary. Journai: 40 (1): 3848
- ۳۰)Komada, Y.; Takashi, N.; Masayoshi, K.; Nakashima,K.; Okajima, I.; Sasi, T. Inoue, Y. (2012).A two-year Follow-up Study on the Symptoms of Sleep Disturbances/Insomnia and Their Effects on daytime Functioning. Sleep Medicine, 13: 1115-1121
- ۳۱)Ohaune M, Akerstedt T. (۲۰۱۲). Sleep loss and performance: no safe duration of a monotonous task. Psychol Behav, 64: 599-604.
- 32)Van Cauter, E.; Leproult, R. & Plat, L. (2013)Age-Related Changes in Slow Wave Sleep and REM Sleep and Relationship With Growth Hormone and Cortisol Levels in Healthy Men. JAMA, 284, 7: 861-868