

الگویابی روابط ساختاری مهارت‌های ارتباطی با میانجیگری کیفیت زندگی اسلامی با تاب‌آوری روان‌شناختی در پرستاران زن

الهام سلطانی/ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران
 علیرضا همایونی/ استادیار گروه روانشناسی، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران
 homayouni.ar@gmail.com orcid.org/0000-0003-1697-5673
 الناز پوراحمدی/ استادیار گروه روانشناسی، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران
 empj1359@yahoo.com
 دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۴ - پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۳۰
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی الگویابی روابط ساختاری مهارت‌های ارتباطی و کیفیت زندگی اسلامی با تاب‌آوری روان‌شناختی در پرستاران زن انجام شد. پژوهش «توصیفی» و از نوع همبستگی مبتنی بر روش الگویابی معادلات ساختاری (به‌طور خاص معادلات رگرسیونی) بود. جامعه آماری پژوهش شامل پرستاران بیمارستان است که با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده‌شده و تخصیص ضریب ۲۵ برای هر متغیر آشکار در الگو ۲۱۷ پرستار به روش «نمونه‌گیری هدفمند» به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های «مهارت ارتباطی» بارتون (۱۹۹۰)، پرسشنامه «کیفیت زندگی اسلامی» نژادمحمد نامقی و همکاران (۱۳۹۴) و پرسشنامه «تاب‌آوری» کونر و دیویدسون (۲۰۰۳) بوده است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از الگویابی معادلات رگرسیونی ساختاری و نرم‌افزار SPSS 18 و Amos 23 استفاده شد. یافته‌ها نشان داد: مهارت‌های ارتباطی و کیفیت زندگی اسلامی اثر مستقیمی بر تاب‌آوری روان‌شناختی دارند، و مهارت‌های ارتباطی با میانجیگری کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری روان‌شناختی اثری غیرمستقیم دارند. همچنین الگوی پژوهش تأیید شد و ۶۹ درصد از تاب‌آوری روان‌شناختی توسط مهارت‌های ارتباطی و کیفیت زندگی اسلامی قابل تبیین است. نتایج این پژوهش با توجه به نقش اثرگذار مهارت‌های ارتباطی و کیفیت زندگی اسلامی می‌تواند در محیط‌های اجتماعی و شغلی، تاب‌آوری روان‌شناختی را در شغل‌های دارای فشار روانی زیاد افزایش دهد.

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های ارتباطی، کیفیت زندگی اسلامی، تاب‌آوری روان‌شناختی، پرستاران.

در سال‌های اخیر رویکرد روان‌شناسی مثبت با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان مدنظر پژوهشگران حوزه‌های گوناگون روان‌شناسی قرار گرفته است. یکی از موضوع‌های مطرح در روان‌شناسی مثبت، «تاب‌آوری» (Resiliency) است.

«تاب‌آوری» واکنش در مقابل ناملایمات و روشی برای اندازه‌گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا و عواملی است که سلامت روان فرد را تهدید می‌کنند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). «تاب‌آوری» توانایی غلبه بر رویدادهای پرفشار روانی و حفظ سلامت روانی و سرزندگی (زاتورا، هال، مورای، ۲۰۱۰) است. افراد تاب‌آور با وجود تهدید و شرایط ناگوار محیطی قادر به تطابق موفقیت‌آمیز هستند، نگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی دارند و در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه می‌کنند و بهتر با رویدادها کنار می‌آیند (معمدی و همکاران، ۱۳۹۴).

همچنین ظرفیت «تاب‌آوری» به‌مثابه یک پیش‌بینی‌کننده برای جلوگیری و کاهش فرسودگی شغلی ناشی از استرس‌های شغلی محسوب می‌گردد (مهدیه و درویشی قرانچی، ۱۳۹۶). افراد تاب‌آور با وجود تهدید و شرایط ناگوار محیطی، قادر به تطابق موفقیت‌آمیز هستند. آنان با نگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی می‌پردازند و در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه می‌کنند و بهتر با رویدادها کنار می‌آیند (بیطرفان و همکاران، ۱۳۹۶).

یکی از عواملی که می‌تواند در تاب‌آوری نقش مؤثری داشته باشد «مهارت‌های ارتباطی» است. «مهارت‌های ارتباطی» به افراد کمک می‌کند یاد بگیرند چگونه گوینده خوبی باشند تا هنگام گفت‌وگو، طرف مقابل احساس نکند آماج حمله قرار گرفته است. یادگیری این مهارت‌ها و توانمند شدن در آنها موجب سهولت ارتباط، احساس درک شدن توسط طرف مقابل، تعامل احساسی با وی و در نهایت، ارتباط مؤثری می‌شود که در آن گوینده و شنونده احساس مطلوب همدلی و همراهی را تجربه می‌کنند (بانرجی و همکاران، ۲۰۱۷).

«مهارت‌های ارتباطی» رفتارهایی هستند که تحول آنها می‌تواند بر روابط بین افراد از یک سو، و بهداشت روانی آنان و نیز عملکرد مفید و مؤثر در اجتماع از سوی دیگر، مؤثر باشد (جوادی و همکاران، ۱۳۹۲). این مهارت‌ها به‌مثابه «وسیله ارتباط بین فرد و محیط» به شمار می‌آیند و این وسیله برای شروع و ادامه یک ارتباط سازنده و سالم با همسالان، به‌مثابه بخش مهمی از بهداشت روانی، به کار گرفته می‌شود و برای ایجاد، سازماندهی و حفظ یک رابطه انسانی لازم است (دای، تانگ، چن و یو، ۲۰۱۶).

این مهارت‌ها شامل انواع متفاوتی هستند. برای مثال، توانایی گوش دادن فعالانه به‌مثابه یک مهارت اساسی در روابط بین فردی همواره مدنظر بوده است (آرنولد و بوگز، ۲۰۱۶). از سوی دیگر خود مهارت‌های ارتباطی نیز تابع شرایط متفاوت، می‌توانند متفاوت عمل نمایند، به‌گونه‌ای که به پیش‌فرض‌های ذهنی فرد بسیار وابسته‌اند و

سازه‌های بسیاری همانند هوش، استعداد، سرسختی روان‌شناختی و درک شرایط پرفشار روانی می‌توانند به‌طور ضمنی بر آن اثرگذار باشند.

«تاب‌آوری» بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌آورد (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵، به نقل از: کامپفر، ۱۳۹۴). در عین حال سازگاری مثبت با زندگی هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به‌شمار آید (کریمی و همکاران، ۱۳۹۲). در زمینه پیامدهای تاب‌آوری، پژوهش کاستا و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد: افزایش سطح سلامت روان و رضایتمندی از زندگی با تاب‌آوری ارتباطی مثبت دارد.

عامل مهم دیگری که در تاب‌آوری و سلامت روان نقش دارد «کیفیت زندگی» است. کیفیت زندگی مفهومی ذهنی دارد و برداشت هر فرد از زندگی به‌مثابه مفهومی چندبعدی مطرح می‌شود (چنگ و لی، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی براساس برداشت و درک فرد از وضعیت زندگی خود، در ارتباط با عوامل فرهنگی، اهداف، عقاید و باورهای او که می‌تواند از عوامل مهم آن «تن‌انگاره» باشد، تعیین می‌شود (کاستا و همکاران، ۲۰۱۷) و تحت تأثیر عواملی است که به زندگی ارزش داده، به ایجاد تجارب مثبت کمک می‌کند و برای افراد گوناگون، معانی متفاوتی دارد (جوادی و همکاران، ۱۳۹۲).

بیشتر صاحب‌نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی و حقایق مثبت و منفی زندگی در کنار یکدیگر در نظر می‌گیرند (نونس نتو و همکاران، ۲۰۱۸) و مفهوم آن همواره ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی، روحی و علایم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان را دربر دارد (پارو و همکاران، ۲۰۱۴).

به‌طور کلی پژوهشگران بر سه ویژگی کیفیت زندگی اتفاق نظر دارند: الف. چندبعدی بودن (شامل ابعاد جسمی، روانی - عاطفی، اجتماعی، معنوی، علائم بیماری)؛ ب. ذهنی بودن؛ ج. پویا بودن (جکسون، ۲۰۱۴).

براساس تعاریف، کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خوداتکایی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد (کاکس و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین عملکرد فیزیکی، کیفیت زندگی و افسردگی در بیماران می‌تواند تابعی از تجربیات بیماری و مشکلات روان‌شناختی و سطح کیفیت زندگی پایین افراد باشد (وارپچ و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از ابعاد اساسی و مهم کیفیت زندگی «بعد معنوی و اسلامی» است (نژادمحمد نامقی و همکاران، ۱۳۹۳)؛ به این صورت که محیط پرورش آدمی در صلح و سلامت با خدای خود، با درون خود، با هموعان خود و با طبیعت پیرامون خود باشد.

مراد از «حیات طیبه» زندگی پاکیزه در جهان آخرت نیست، بلکه در همین دنیای طبیعی است که افراد با یکدیگر حشر و نشر دارند (جوادی آملی، ۱۳۸۹، ج ۱، ص ۶۲۱). در رسیدن به حیات طیبه فقط دو چیز نقش دارد: یکی حُسن فعلی به نام «عمل صالح» و دیگری حُسن فاعلی به نام «مؤمن بودن روح»، خواه بدن مؤنث باشد، خواه مذکر. «هو مؤمن» در آیه ۹۷ سوره «نحل» ناظر به حسن فاعلی است؛ یعنی جان باید مؤمن باشد و «عمل

صالح» ناظر به حسن فعلی است؛ یعنی کار باید صحیح باشد. کار صحیح از کارگر صحیح. این دو حسن که کنار هم ضمیمه شدند حیات طیبه به بار می‌آورند (جوادی آملی، ۱۳۸۸ الف، ج ۱، ص ۳۳).

یکی از اساسی‌ترین محورهای این کیفیت زندگی مبحث «معنویت و رابطه با خدا» است. چنانچه فرد در انگاره خود به موجودی اتکا داشته باشد که همواره و در تمام شرایط حامی اوست و صلاح وی را در نظر دارد، در هر شرایطی عملکرد رضایت‌بخش خواهد داشت که یکی از ابعاد اساسی کیفیت زندگی همین رضایت است؛ رضایتی که در ارتباط با خالق حاصل می‌شود، نه ابزارهای محیطی (نژادمحمد نامقی و همکاران، ۱۳۹۴).

کیفیت زندگی اسلامی مشتمل بر حیطة روابط با خود، خدا، طبیعت و دیگر افراد است و منطقی به نظر می‌رسد که طیف این روابط در حوزه اجتماعی باشد. این روابط می‌تواند توان جسمی و روانی را در افراد تقویت کند و سبب کاهش رفتارهای انزواطلبانه و افسردگی شود. از سوی دیگر حوزه ارتباطی ایجاد شده توسط کیفیت زندگی اسلامی موجب می‌گردد افراد پیش از همه براساس مبانی نظری اجتماعی - فرهنگی، پشتیبان روانی داشته و همواره از حمایت‌های معنوی و اجتماعی برخوردار باشند (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۳).

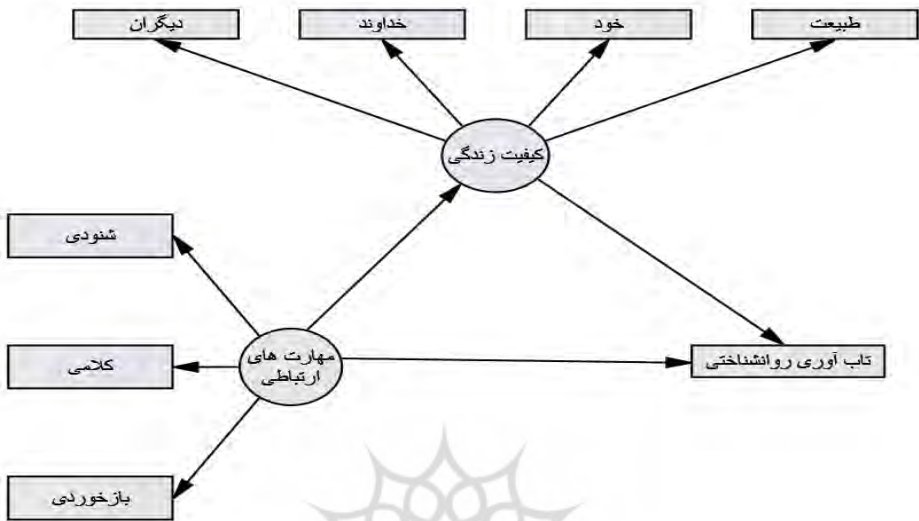
پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهند ارتقای کیفیت زندگی با خودانگاره مثبت و حمایت اجتماعی رابطه‌ای مثبت (اپستاین و همکاران، ۲۰۱۷). دارد. همچنین دلبستگی به خدا و مؤلفه‌های آن (توجه به خدا، اعتماد در مقابل بی‌اعتمادی، توکل به خدا، و ارتباط با خدا) و رشد اخلاقی با تاب‌آوری (شاهرودی، ۱۳۹۷، ص ۶۰)، کیفیت زندگی اسلامی با صمیمیت زناشویی (نادعلی‌زاده، ۱۳۹۷، ص ۷۲)، کیفیت زندگی اسلامی با بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان (همایونی، ۱۴۰۰، ص ۷)، کیفیت زندگی با شوخ‌طبعی، و امیدواری در سالمندان (ریاحی، ۱۳۹۸، ص ۶۷) رابطه مثبت، و کیفیت زندگی اسلامی و مؤلفه‌های آن (خداوند، دیگران، خود و طبیعت) با «نشخوار مرگ» (صمدی مرمتمی و همکاران، ۱۳۹۶) رابطه منفی دارد.

مطابق گزارش‌های سازمان جهانی از هر چهار تن، یک تن در دوراهی زندگی خود، از یک یا چند اختلال روانی رنج می‌برد. در این میان، پرستاران نیز از این موضوع مستثنا نیستند و به علت حجم کار فراوان و شرایط خاص شغلی، سلامت عمومی و بهداشت روانی آنها به خطر می‌افتد (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۴). پرستاران به علت سروکار داشتن با اقبال گوناگون جامعه و بیماران، نیاز به حفظ روحیه قوی و بهداشت روانی کامل برای ادامه حرفه پرستاری دارند؛ زیرا آنان به‌مثابه بزرگ‌ترین گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات در نظام بهداشتی، دارای نیروی بالقوه قابل توجهی هستند که می‌توانند بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی تأثیر بگذارند (جوادی و همکاران، ۱۳۹۲).

مشکلات شغلی در حیطة پرستاری یکی از مسائل مهم در هر جامعه و از گسترده‌ترین عوامل خطرزا در سلامتی است که می‌توان آن را از منظر عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی بررسی کرد. کیفیت زندگی پرستاران متأثر از عوامل متعددی (از جمله شغل و اعتقادات مذهبی آنها) است که بر میزان کیفیت خدمات آنها تأثیر می‌گذارد. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثر مهارت‌های ارتباطی و کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری روان‌شناختی در پرستاران زن در قالب الگوی ساختاری است.

شکل ۱:

الگوی مفهومی روابط ساختاری مهارت‌های ارتباطی با میانجیگری کیفیت زندگی اسلامی با تاب‌آوری روان‌شناختی در پرستاران



۱. روش پژوهش

این پژوهش با توجه به هدف آن، از نوع «تحقیقات بنیادی» و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها با روش «توصیفی» از نوع «الگویابی معادلات ساختاری» (SEM) و به‌طور خاص «معادلات رگرسیونی» است.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام پرستاران زن است. در این پژوهش برای تعیین حجم نمونه، با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده‌شده و تخصیص ضریب ۲۵ برای هر متغیر (هومن، ۱۳۹۳، به نقل از: استیونس، ۱۹۹۴) ۲۳۰ پرستار به روش «نمونه‌گیری هدفمند» برای حجم نمونه انتخاب شدند که بعد از توزیع پرسشنامه‌ها، تعداد ۲۱۷ پرسشنامه برگشت داده شد و در نهایت، پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص ۲۰۰ پرسشنامه بررسی گردید.

۲. ابزار گردآوری داده‌ها

۲-۱. پرسشنامه «مهارت ارتباطی» بارتون ای. جی.

از پرسشنامه «مهارت ارتباطی» بارتون ای. جی. (۱۹۹۰) شامل ۱۸ سؤال در قالب ۳ بعد (مهارت شنودی، مهارت کلامی، مهارت بازخورد) استفاده شد که در مقیاس طیف لیکرت ۱ تا ۵ سنجیده می‌شود. پایایی این پرسشنامه در تحقیق علیزاده سامع (۱۳۸۷) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای مهارت ارتباطی ۰/۸۷، مهارت کلامی ۰/۶۳، مهارت شنودی ۰/۵۹، و مهارت بازخورد ۰/۷۵ به‌دست آمد.

۲-۲. پرسشنامه «تاب‌آوری» کونور و دیویدسون

کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری این ابزار را تهیه کردند و معتقدند: این ابزار قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور است (دیویدسون، ۲۰۰۳). این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و دارای یک نمره کل است. جوکار (۱۳۸۶) در پژوهشی بر روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی با استفاده از روش «ضریب آلفای کرونباخ» همسانی ۰/۹۳ را برای این مقیاس گزارش کرد که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس است.

۲-۳. پرسشنامه «کیفیت زندگی اسلامی»

پرسشنامه «کیفیت زندگی اسلامی» بر مبنای کتاب‌های آیت‌الله جوادی آملی تا سال ۱۳۸۸ توسط نژادمحمد نامقی و همکاران (۱۳۹۴) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۶۲ سؤال است که به صورت طیف لیکرت از «فوق‌العاده موافقم» تا «فوق‌العاده مخالفم» و به صورت صفر تا ۴ نمره‌گذار می‌شود. سؤال ۱ تا ۱۴ مربوط است به عامل دیگران، سؤال ۱۵ تا ۲۶ عامل خداوند، سؤالات ۲۷ تا ۴۵ عامل خود، و سؤالات ۴۶ تا ۶۲ عامل طبیعت. ماتریس همبستگی پرسش‌ها با استفاد از آزمون KMO برابر ۰/۸۷ و کفایت محتوای پرسشنامه با استفاده از آزمون بارتلت ۸۷۹۴/۵۲ بود. پس از چرخش ماتریس عامل‌های پرسشنامه به شیوه «واریماکس» محتوای هر یک از عامل‌ها بر پایه بار عاملی هر پرسش مشخص گردید و پس از بررسی گویه‌های هر عامل توسط استادان، نامگذاری عامل‌ها صورت پذیرفت.

مقادیر ویژه در هر چهار عامل مشخص شد که بر روی هم ۳۴/۱ واریانس مقیاس «کیفیت زندگی اسلامی» را تبیین می‌کند، به‌گونه‌ای که عامل اول (دیگران) با دارا بودن ۱۴ پرسش ۲۰/۳، گویه‌های عامل دوم (خداوند) با ۱۲ پرسش ۶/۲۳ و عامل سوم (خود) با دارا بودن ۱۹ پرسش ۳/۸ و عامل چهارم (طبیعت) با ۱۷ پرسش ۳/۱ در تبیین واریانس مقیاس «کیفیت زندگی اسلامی» نقش داشته‌اند.

برای بررسی روایی سازه از روش «همبستگی نمره عامل‌ها و ابعاد با نمره کل» نیز استفاده شد که ضریب همبستگی پیرسون در جدول ذیل در سطح معناداری ۰/۰۱ آورده شده است (نژادمحمد نامقی و همکاران، ۱۳۹۴).

برای بررسی پایایی از روش «دو نیم کردن» به شیوه آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب اعتبار برای کل پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد و با استفاده از روش «دو نیم کردن» همبستگی دو نیمه معادل ۰/۶۳ است و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خداوند ۰/۸۷، دیگران ۰/۸۸، خود ۰/۸۰ و طبیعت ۰/۸۱ به دست آمده است (نژادمحمد نامقی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش صمدی و همکاران (۱۳۹۶) ۰/۹۳ به دست آمد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست‌آمده از الگویابی معادلات رگرسیونی ساختاری و نرم‌افزار SPSS 18 و Amos 23 استفاده شد.

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی

متغیرها	عوامل جمعیتی	تعداد	درصد
وضعیت تأهل	مجرد	۷۲	۳۶
	متأهل	۱۲۸	۶۴
وضعیت تحصیلی	کارشناسی	۱۱۲	۵۶
	کارشناسی ارشد	۸۸	۴۴

با توجه به جدول (۱) اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه در شاخص‌های وضعیت تأهل و وضعیت تحصیلی نشان داده می‌شود.

جدول ۲: آمارهای توصیفی زیرمقیاس‌های متغیرهای کیفیت زندگی اسلامی، مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری روان‌شناختی

متغیر	زیرمقیاس‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی اسلامی	دیگران	۱۵	۴۸	۲۲/۳۶	۷/۱۳
	خداوند	۱۹	۳۹	۲۴/۹۵	۴/۷۱
	خود	۱۴	۴۶	۲۵/۱	۹/۲۵
	طبیعت	۱۰	۳۹	۲۲/۸۴	۸/۸۵
مهارت‌های ارتباطی	مهارت شنودی	۸	۲۶	۱۵/۴۷	۲/۲۹
	مهارت کلامی	۱۰	۱۹	۱۴/۹	۲/۳۴
	مهارت بازخورد	۱۰	۲۷	۱۶/۰۳	۲/۳۸
تاب‌آوری روان‌شناختی	-	۳۷	۸۸	۵۹/۴۶	۱۱/۷۷

جدول (۲) داده‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر داده‌های حاصل از خرده‌مقیاس‌های متغیر کیفیت زندگی اسلامی، مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری را روان‌شناختی نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی متعادل بودن داده‌ها

کلموگراف - اسمیرنوف			متغیر
معناداری	درجه آزادی	آماره	
۰/۰۵۶	۲۰۰	۱/۳۳۸	دیگران
۰/۰۶۷	۲۰۰	۱/۳۰۴	خداوند
۰/۰۶۴	۲۰۰	۱/۳۱۳	خود
۰/۱۰۲	۲۰۰	۱/۲۱۹	طبیعت
۰/۰۵۲	۲۰۰	۱/۳۵۳	مهارت شنودی
۰/۰۵۳	۲۰۰	۱/۳۴۶	مهارت کلامی
۰/۰۶۸	۲۰۰	۱/۳۰۰	مهارت بازخورد
۰/۰۷۴	۲۰۰	۱/۲۸۴	تاب‌آوری روان‌شناختی

با توجه به جدول (۳) وضعیت تعادلی داده‌های در آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان‌دهنده متعادل بودن داده‌هاست و با توجه به متعادل بودن داده‌ها از آزمون پارامتریک «همبستگی» پیرسون استفاده گردید.

جدول ۴: ماتریس همبستگی بین متغیرهای مهارت‌های ارتباطی، کیفیت زندگی اسلامی و تاب‌آوری روان‌شناختی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
دیگران	۱							
خداوند	۰/۲۹**	۱						
خود	۰/۵۱**	۰/۲۶**	۱					
طبیعت	۰/۶۴**	۰/۳۴**	۰/۶۷**	۱				
مهارت شنودی	۰/۱۶**	۰/۰۷	۰/۱۲*	۰/۱۶**	۱			
مهارت کلامی	۰/۰۸	۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۱۳**	۰/۱۴*	۱		
مهارت بازخورد	۰/۲۵**	۰/۲۵**	۰/۱۷*	۰/۱۷**	۰/۱۴*	۰/۰۳	۱	
تاب‌آوری روان‌شناختی	۰/۳۶**	۰/۲۴**	۰/۵۳**	۰/۴۴**	۰/۳۴**	۰/۱۰	۰/۳۲**	۱

* سطح ۰/۰۵ معناداری ** سطح ۰/۰۱ معناداری

نتایج مندرج در جدول (۴) همبستگی معناداری بین خرده‌مقیاس‌های متغیر دیگران (۰/۳۶)، خداوند (۰/۲۴)، خود (۰/۵۳)، طبیعت (۰/۴۴)، مهارت شنودی (۰/۳۴)، مهارت کلامی (۰/۱۰) و مهارت بازخورد (۰/۳۲) با تاب‌آوری روان‌شناختی نشان می‌دهد.

جدول ۵: شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها

شاخص‌های نیکویی برازش	مقادیر مطلوب	مقادیر به‌دست‌آمده	نتیجه‌گیری
آزمون نیکویی برازش (χ^2)	Nil	۳۳/۲۵۶	-
شاخص نیکویی برازش (GFI)	$90 \geq$	۰/۹۶۱	برازش قابل قبول
شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI)	$90 \geq$	۰/۹۲۱	برازش قابل قبول
شاخص استاندارد شده برازش (NFI)	$90 \geq$	۰/۹۲۱	برازش قابل قبول
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	$90 \geq$	۰/۹۶۲	برازش قابل قبول
شاخص برازش تطبیقی (TLI)	$90 \geq$	۰/۹۴۱	برازش قابل قبول
شاخص برازش نسبی (RFI)	$90 \geq$	۰/۹۷۷	برازش قابل قبول
شاخص برازش هنجار شده (PNFI)	$\geq 0/5$	۰/۵۹۲	برازش قابل قبول
ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب (RMSEA)	$0/8 \leq$	۰/۰۴۳	برازش قابل قبول
نسبت مجزور کای به درجات آزادی (χ^2 / df)	≥ 3	۱/۷۹۲	برازش قابل قبول

با توجه به جدول (۵) مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۴۳ بوده که این مقدار کمتر از ۰/۱ است و نشان‌دهنده آن است که میانگین مجزور خطاهای الگو مناسب و در نتیجه، الگو قابل قبول است. همچنین مقدار کای دو به درجه آزادی

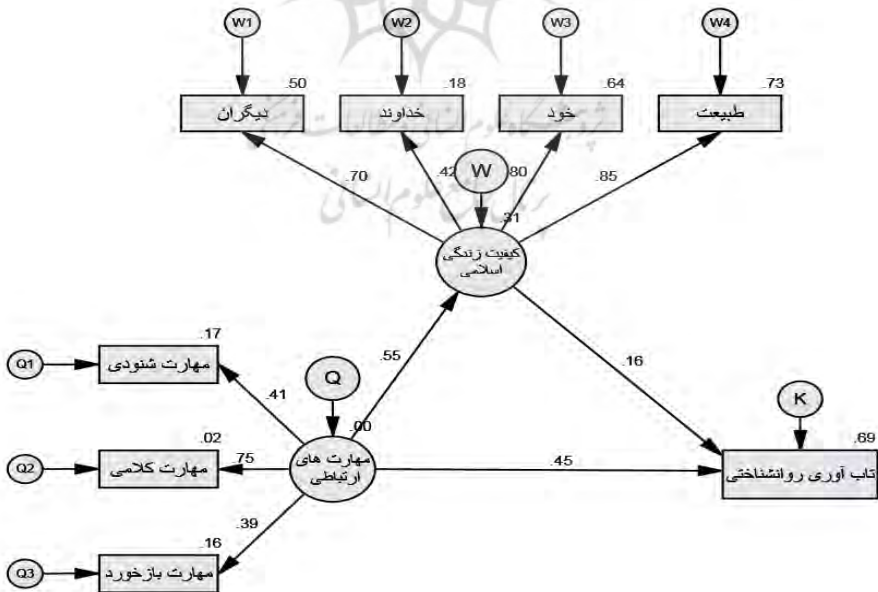
الگویابی روابط ساختاری مهارت‌های ارتباطی با میانجیگری کیفیت زندگی اسلامی ♦ ۱۷۵

(۱/۷۹۲) بین ۱ و ۳ قرار دارد و میزان شاخص GFI، CFI و NFI نیز برابر با ۰/۹ است که نشان می‌دهد الگوی اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش، الگویی مناسب و دارای برازش است.

جدول ۶: برآورد مستقیم الگو به روش «حداکثر درست‌نمایی» (ML)

ضرایب مسیر	متغیر	b	β	R2	t	p
مستقیم	مهارت‌های ارتباطی بر تاب‌آوری روان‌شناختی	۰/۵۴	۰/۴۵	۰/۲۴۸	۴/۶۳۵	۰/۰۰۱
	کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری روان‌شناختی	۰/۳۳	۰/۱۴	۰/۰۴۶	۲/۴۳۱	۰/۰۰۱
غیرمستقیم	مهارت‌های ارتباطی بر تاب‌آوری روان‌شناختی با میانجیگری کیفیت زندگی اسلامی	۰/۷۰۵	۰/۶۷۱	۰/۴۷۳	۵/۹۶۸	۰/۰۰۱
کل	مجموع اثرات مستقیم و غیرمستقیم	۰/۸۹۰	۰/۷۷۶	۰/۶۹۰	۷/۷۰۹	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۶)، مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم توسط متغیرهای مهارت‌های ارتباطی و کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری روان‌شناختی اثری مستقیم و معنادار دارند. همچنین نتایج نشان می‌دهند: مقادیر ضریب بتا در دو مسیر مهارت‌های ارتباطی و کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری روان‌شناختی - به ترتیب - برابر با ۰/۴۵ و ۰/۱۴ بوده و مقادیر واریانس مشترک (R2) نیز - به ترتیب - برابر با ۰/۲۴۸ و ۰/۰۴۶ است. میزان اثر مسیر غیرمستقیم مهارت‌های ارتباطی بر تاب‌آوری روان‌شناختی با میانجیگری کیفیت زندگی اسلامی ۰/۶۷۱ و مقادیر واریانس مشترک (R2) نیز - به ترتیب - برابر با ۰/۴۷۳ است. مجموع اثرات مستقیم و غیرمستقیم برابر با ۰/۷۷۶ و مقادیر واریانس مشترک (R2) نیز - به ترتیب - برابر با ۰/۶۹۰ است.



شکل ۲: الگوی نهایی آزمون‌شده به همراه آماره‌های پیش‌بینی استانداردشده

با توجه به شکل (۲) متغیرهای مهارت‌های ارتباطی و کیفیت زندگی اسلامی توان پیش‌بینی متغیر «تاب‌آوری روان‌شناختی» را دارند و به طور کلی ۶۹ درصد از رابطه بین متغیر مهارت‌های ارتباطی با تاب‌آوری روان‌شناختی از مسیر کیفیت زندگی اسلامی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، «مهارت‌های ارتباطی» و «کیفیت زندگی اسلامی» بر تاب‌آوری روان‌شناختی اثر مستقیم، و «مهارت‌های ارتباطی» بر تاب‌آوری روان‌شناختی با میانجیگری کیفیت زندگی اسلامی اثر غیرمستقیم دارد. این نتایج با یافته‌های خرمائی و همکاران (۱۳۹۴)، صیدی و همکاران (۱۳۹۳)، میررجائی و همکاران (۱۳۹۶)، جوادی و همکاران (۱۳۹۲)، نادعلی‌زاده (۱۳۹۷)، صمدی‌مرمتی و همکاران (۱۳۹۶)، بانرجی و همکاران (۲۰۱۷)، دای، تانگ، چن و یو (۲۰۱۶)، کویلی و همکاران (۲۰۱۵)، ژانگ و لیوریورک (۲۰۱۸)، کاستا و همکاران (۲۰۱۷)، پشستاین و همکاران (۲۰۱۷)، پهرسون و همکاران (۲۰۱۶)، همسو بوده است.

زمانی که از ویژگی‌های انسان تاب‌آور سخن به میان می‌آید راهکارها در آن مطرح می‌گردد. یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در تاب‌آوری، ارتباطات سالم اجتماعی با توجه به حرفه است. به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی و افزایش تعاملات اجتماعی به تدریج تاب‌آوری را به فرد می‌آموزند؛ زیرا در زندگی اجتماعی باید حرف‌های دیگران را خوب شنید. پس مهارت «شنیدن» را به انسان می‌آموزند تا ارتباط کلامی مؤثری داشته باشد. او باید بتواند ارتباط خوبی با دیگران برقرار کند. باید به زبان بدن توجه نماید؛ زیرا تاب‌آوری تنها با زبان گفتار نیست و برای اینکه منظور خود را انتقال دهد به حرکات و رفتار نیاز دارد (وو و همکاران، ۲۰۱۵).

فرد تاب‌آور نحوه استدلال و نگرش متفاوتی را در مواجهه با شرایط ناگوار به کار می‌گیرد و به جای فاجعه ساختن از مشکل و گرفتار شدن در تبعات آن، به خود و توانایی‌هایش بیشتر توجه می‌کند (فتحی و عتیق، ۱۳۹۰). برای مثال، چنین شخصی ممکن است یک موقعیت پرمخاطره را یک فرصت در نظر بگیرد، نه یک تهدید، و در دشواری‌ها به جای اضطراب، موفقیت را تجربه کند. بنابراین تاب‌آوری موجب سازگاری مناسب در مواجهه با مشکلات می‌شود و این چیزی بیش از اجتناب ساده از پیامدهای منفی است.

به نظر می‌رسد کسانی مهارت‌های ارتباطی متناسبی را اتخاذ می‌نمایند که خلاقانه رابطه «شرایط ناگوار باعث ایجاد آسیب‌های روانی می‌شوند» را حذف و با یک تغییر جدید، رابطه «شرایط پرمخاطره باید زمینه‌ساز رشد و بالندگی شوند» را جایگزین آن می‌کنند؛ یعنی مهارت‌های ارتباطی مناسب گاهی به معنای «تاب‌آورهای مناسب» هستند که ذهن فرد را به گونه‌ای جهت می‌دهند که بعد از هر موقعیت استرس‌آوری به دنبال رشد خود است و زود تسلیم آسیب‌های روانی نمی‌شود.

افرادی که تاب‌آوری بالاتری دارند استرس و اضطراب کمتری را تجربه خواهند کرد. همین در افزایش عزت نفس آنها نیز می‌تواند تأثیرگذار باشد. با توجه به فشارهای زندگی و هجوم استرس‌های متعدد، افزایش تاب‌آوری می‌تواند در این مسیر به افراد کمک کند. بدین‌روی توجه به این موضوع که بتوان استرس و اضطراب آنها را در زندگی کمتر ساخت از اهمیت فراوانی برخوردار است (کاسگان و همکاران، ۲۰۱۴).

کیفیت زندگی به‌مثابه یکی از عوامل مهم در تاب‌آوری روان‌شناختی به شمار می‌آید، به‌گونه‌ای که شخص می‌تواند از امکانات مهم زندگی‌اش لذت ببرد (رافائل و دیگران، ۱۹۹۶). از این‌رو می‌توان به‌طور کلی کیفیت زندگی را سازه‌ای چندبعدی در نظر گرفت: بعد عینی یا محیطی به پاسخ‌گویی به تقاضاهای فرهنگی و اجتماعی برای ثروت مادی، پایگاه اجتماعی و بهزیستی جسمانی؛ بعد ذهنی یا روان‌شناختی به احساس رضایت به‌طور عام، و بعد معنوی به‌طور خاص اشاره دارد (دوریت و همکاران، ۲۰۱۶). بعد ذهنی ادراکات و ارزش‌یابی‌های افراد از وضعیت زندگی‌شان را دربر می‌گیرد و راه‌هایی را که مردم محیط پیرامونشان را درک و ارزیابی می‌کنند، تشریح می‌نماید (ژانگ و لیوربورک، ۲۰۱۸).

کیفیت یا پایداری به اصول معنوی نیروی منحصربه‌فردی است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند. سلامت مذهبی بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است (دوریت و همکاران، ۲۰۱۶). وقتی سلامت معنوی به‌طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی (مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی) شود (کورتیس و همکاران، ۲۰۱۳).

تجربه زندگی با مشکلات کاری پرفشار در شغل‌هایی با فشارهای روانی و جسمانی زیاد، نشان می‌دهد: سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم با توجه به تنش‌های فراوان این حرفه‌هاست و در این افراد زندگی هدفدار و معنادار را موجب می‌شود. اگر فرد چراهای زندگی خود را بداند، می‌تواند به سؤالاتی که در ذهنش ایجاد می‌شود، پاسخ دهد. چراهای زندگی فرد قسمتی از هدف وجودی اوست که از زندگی خود کسب می‌کند و این بخش خود تشکیل‌دهنده بعد معنوی زندگی فرد است. در قرآن نیز اشاراتی به این مفاهیم شده است:

– آیه ۲ سوره «عنکبوت» می‌فرماید: «أَحْسِبَ النَّاسُ أَنْ يَتْرُكُوا أَنْ يَقُولُوا آمَنَّا وَهُمْ لَا يُفْتَنُونَ»؛ آیا مردم می‌پندارند همین که گفتند ایمان آوردیم رها می‌گردند و آزمایش نمی‌شوند؟

– آیه ۱۵۵ سوره «بقره» نیز می‌فرماید: «وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ»؛ و قطعاً شما را به چیزی از [قبیل] ترس و گرسنگی و کاهش در اموال و جان‌ها و محصولات می‌آزماییم و مژده باد شکیبایان را!

– آیه ۱۵۳ سوره «بقره» هم می‌فرماید: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ»؛ ای کسانی که ایمان آورده‌اید، از شکیبایی و نماز یاری جوید؛ زیرا خداوند با شکیبایان است.

خداوند، هم روش‌های ارتباطی با خود را برای انسان میسر ساخته و هم آزمون‌ها را برای بررسی کیفیت زندگی و ارتباط در نظر گرفته است. در این باره یکی از اساسی‌ترین محورهای کیفیت زندگی مبحث «معنویت» و ارتباط معنوی و مذهبی است. چنانچه فرد در انگاره خود، متکی به موجودی باشد که همواره و در تمام شرایط حامی اوست و صلاح وی را در نظر دارد، موجب می‌شود در هر شرایطی عملکرد رضایت‌بخش داشته باشد.

به‌طور کلی افرادی که بعد معنوی‌شان را تقویت می‌کنند به شکل مؤثری می‌توانند با مشکلات خود سازگار شوند، تاب‌آورتر باشند و مسیر زندگی خود را به خوبی بگذرانند. کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند و در زندگی روزانه خود از روش‌های مقابله‌ای مثبت (مانند عفو، بخشش، جست‌وجو برای ارتباط معنوی با خداوند، دوستی با افراد مذهبی، دریافت حمایت معنوی – اجتماعی، امید داشتن، شناخت خداوند به‌عنوان خیرخواه و مهربان) استفاده می‌کنند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و سلامت روان بالاتری دارند (اپشتاین و همکاران، ۲۰۱۷).

در سطح بالاتر، چون مقابله‌های معنوی و به‌کارگیری اصول اولیه مبانی اسلامی در زندگی فردی دربردارنده منابع حمایت عاطفی، اجتماعی و امید هستند، افرادی که از این مقابله‌ها در زندگی روزانه خود استفاده می‌کنند، افسردگی و اضطراب کمتری دارند و سریع‌تر بهبود می‌یابند. همچنین به نظر می‌رسد دیدگاه معنوی بر روی باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیری عمیق داشته، بر روی «بیوشیمی» و «فیزیولوژی» فرد نیز اثر می‌گذارد و از چهار مسیر رفتارهای بهداشتی، حمایت اجتماعی، «سایکو نوروفیزیولوژیک» و اثرات مافوق طبیعی بر روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد که نتیجه این تأثیرات پیشگیری از بیماری و افزایش تحمل و تاب‌آوری روان‌شناختی است.

دین برای رشد و بهبود کیفیت زندگی انسان‌ها اهمیت زیادی قائل است. دین اطلاعاتی را در اختیار انسان می‌گذارد تا زندگی برای او در مجموعه هستی میسر و مطبوع شود و به تعبیر دیگر، بین آدمی و جهان و زندگی و خویشتن او آشتی برقرار گردد و همه‌چیز را به دید مثبت بنگرد. همچنین به ابعاد گوناگون وجودی انسان پرداخته و از هیچ جنبه‌ای غافل نمانده است، از ارتباط انسان با خود گرفته تا مناسبات انسان با موجودات هستی که از جمله آنان انسان‌ها هستند و یا نسبت او با پروردگارش. برای همه این مناسبات، آموزه‌ها و توصیه‌های حکیمانه‌ای بیان کرده است (جوادی آملی، ۱۳۸۸، ب، ج ۱، ص ۹).

خداوند متعال رشد و سعادت بشر را در پرتو اصلاح روابط بیان می‌کند و رستگاری وی را مرهون آن می‌داند و سلامت و کیفیت محیط پرورش آدمی را در سلامت ارتباط بشر با خداوند خود، با درون خود، با هموعان خود و با طبیعت پیرامون خود می‌شمارد.

مراد از «حیات طیبه» زندگی پاکیزه در جهان آخرت نیست، بلکه در همین دنیای طبیعی است که افراد با یکدیگر حشر و نشر دارند. در رسیدن به حیات طیبه فقط دو چیز نقش دارد: یکی حُسن فعلی به نام «عمل صالح» و دیگری حُسن فاعلی به نام «مؤمن بودن روح»، خواه بدن مؤنث باشد، خواه مذکر. «هو مؤمن» در آیه ۹۷ سوره «نحل» ناظر به حسن فاعلی است؛ یعنی جان باید مؤمن باشد و «عمل صالح» ناظر به حسن فعلی است؛ یعنی کار باید صحیح باشد. کار صحیح از کارگر صحیح؛ این دو حسن که کنار هم ضمیمه شوند حیات طیبه به بار می‌آورند (جوادی آملی، ۱۳۸۸ الف، ج ۱، ص ۹۱).

این در حالی است که در تبیین کیفیت زندگی و مسائل مربوط به آن، مبانی فلسفی و دینی اسلام زیاد مدنظر قرار نگرفته و به الگوهای مدون غربی اکتفا شده است. لذا لازم است در تبیین هر موضوع و تدوین الگو به مبانی فلسفی توجه شود، به گونه‌ای که آیت‌الله جوادی آملی در این زمینه می‌نویسد: تمام اندیشه‌های علمی و انگیزه‌های عملی در بستر جهان‌بینی قرار می‌گیرد (جوادی آملی، ۱۳۹۰، ص ۱۶۸ به نقل از نژادمحمد نامقی و همکاران، ۱۳۹۳).

آنچه امروز در کنار آسیب‌شناسی‌های روانی ناشی از استرس‌های گوناگون محیطی و مسئولیت‌های شغلی مدنظر قرار گرفته مسئله «تاب‌آوری» و عوامل مؤثر بر آن است و نقش عوامل فردی و اجتماعی در میزان بروز آسیب‌ها و سطح عملکرد یا مهارت‌های ارتباطی آنها بسیار تعیین‌کننده است. موفقیت در کنار آمدن با شرایط پراسترس موجود در دو بعد هیجانی و رفتاری در ارتباطات معنا پیدا می‌کند و در واقع تاب‌آوری به‌مثابه قابلیت مثبت برای برخورد هیجانی و رفتاری مناسب برای بروز حداقل اختلالات روانی در مقابل شرایط استرس‌زا می‌باشد (کیانژاد اندواری و همکاران، ۱۳۹۲).

یکی از ابعاد اساسی کیفیت زندگی همین «رضایت از زندگی» است؛ رضایتی که از ارتباط با خالق حاصل می‌شود، نه فقط ابزارها و امکانات محیطی. رکن اساسی در تاب‌آوری این است که معنویت را در خود تقویت کنیم؛ زیرا در تاب‌آوری نقش اساسی دارد و ضمن اینکه باید با دیگران ارتباط مناسب داشته باشیم، باید در زندگی خود معنا و هدف داشته باشیم و همواره به خدا توکل کنیم.

منابع

- برقی ایرانی، زیبا و همکاران، ۱۳۹۵، «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران»، *مدیریت پرستاری*، ش ۵، ص ۱۸۹.
- بیطرفان، لیلیا و همکاران، ۱۳۹۶، «رابطه دلبستگی به خدا و تاب‌آوری با اضطراب مرگ در سالمندان»، *مطالعات سالمندی سالمند*، ش ۱۱۲(۴)، ص ۴۴۹-۴۵۷.
- جوادی آملی، عبدالله، ۱۳۸۸ الف، *زن در آینه جلال و جمال*، قم، اسراء.
- _____، ۱۳۸۸ ب، *اسلام و روابط بین الملل*، تحقیق محمدحسین الهی‌زاده، قم، اسراء.
- _____، ۱۳۸۹، *تسنیم، تفسیر قرآن کریم*، قم، اسراء.
- _____، ۱۳۹۰، *انسان از آغاز تا انجام*، چ سوم، قم، اسراء.
- جوادی، مهروز و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های خرم‌آباد»، *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ش ۲۱(۱)، ص ۳۳-۴۲.
- جوکار، بهرام، ۱۳۸۶، «نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی»، *روانشناسی معاصر*، ش ۲(۴)، ص ۳-۱۲.
- حسن‌زاده، رمضان و همکاران، ۱۳۹۳، «رابطه بین توکل به خدا، کیفیت زندگی و امید به زندگی در معلمان ناحیه یک ساری»، *اسلام و سلامت*، ش ۱، ص ۱۵-۲۱.
- خرمائی، فرهاد و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش‌بینی شادکامی براساس ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده با واسطه‌گری تاب‌آوری در دانش‌آموزان»، *روانشناسی تربیتی*، ش ۱۲، ص ۶۳-۸۲.
- ریاحی، رویا، ۱۳۹۸، *پیش‌بینی امید به زندگی بر اساس سبک‌های شوخ‌طبعی و کیفیت زندگی اسلامی در سالمندان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندر گز.
- شاهرودی، اقدس، ۱۳۹۷، *بررسی رابطه بین دلبستگی به خدا و رشد اخلاقی با تاب‌آوری کارکنان متأهل*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندر گز.
- صمدی مرمئی، مینا و همکاران، ۱۳۹۶، «نقش کیفیت زندگی اسلامی در وسواس مرگ بیماران سرطانی»، *در: دومین کنفرانس ملی روانشناسی و مشاوره*، اصفهان.
- صیدی سارویی، محمد و همکاران، ۱۳۹۳، «رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی با واسطه‌گری تاب‌آوری در بیماران ام. اس»، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ش ۳، ص ۱۷-۳۸.
- علیزاده سامح، مریم، ۱۳۸۷، *بررسی رابطه بین مهارت‌های ارتباطی مدیران و روحیه دبیران دبیرستان‌های شهرستان مراغه*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی.
- فتحی افشار، خیرمحمد و مهدی عتیق، ۱۳۹۰، «رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در بین بیماران قلبی - عروقی»، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ش ۲، ص ۱۰۹-۱۲۲.
- کیانژاد اندواری، نسرین و همکاران، ۱۳۹۲، «رابطه هوش معنوی و تاب‌آوری با کیفیت زندگی معلمان»، *در: تسنیمین همایش بین‌المللی روان‌شناسی کودک و نوجوان*، تبریز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.
- کریمی، یوسف و همکاران، ۱۳۹۲، «رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری در تبیین تأثیر تاب‌آوری بر کیفیت زندگی با واسطه‌گری تمایز یافتگی»، *زن و مطالعات خانواده*، ش ۵، ص ۸۹-۱۰۴.
- معتدی، عبدالله و همکاران، ۱۳۹۴، «تأثیر بهزیستی معنوی و تاب‌آوری در پیش‌بینی اضطراب مرگ در میان سالمندان در شهر تهران»، *علوم اعصاب شفای خاتم*، ش ۳(۲)، ص ۱۹-۲۶.
- مهدیه، امید و سعیده درویشی قزاقچی، ۱۳۹۶، «بررسی رابطه بین استرس شغلی و تاب‌آوری پرستاران»، *پرستار و پژوهشگر در رزم*، ش ۱۱۴(۵)، ص ۱۷-۲۲.

میرجانی، آتناالسادات و همکاران، ۱۳۹۶، «تأثیر کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنیدگی ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی پرستاران»، *روان پرستاری*، ش ۴، ص ۷-۵.

نادعلی‌زاده، زینب، ۱۳۹۷، *پیش‌بینی صمیمیت زنانسویی براساس مهارت‌های ارتباطی و کیفیت زندگی اسلامی در زنان متأهل فرهنگی شهر بهشهر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی.

نژادمحمد نامقی، عاطفه و همکاران، ۱۳۹۳، «ساختار و الگوی کیفیت زندگی اسلامی مبتنی بر دیدگاه آیت‌الله جوادی آملی»، *پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی*، ش ۳۲(۲۲)، ص ۷-۲۶.

نژادمحمد نامقی، عاطفه و همکاران، ۱۳۹۴، «ساخت و اعتباریابی پرسشنامه کیفیت زندگی مبتنی بر آراء آیت‌الله جوادی آملی»، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ش ۶(۲۰)، ص ۱۰۳-۱۱۴.

همایونی، علیرضا و حانیه صیادی، ۱۴۰۰، «پیش‌بینی عملکرد تحصیلی بر اساس کیفیت زندگی اسلامی و بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان»، در: *نهمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، ۲۰ خرداد، قم.

هومن، حیدرعلی، ۱۳۹۳، *مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل*، تهران، سمت.

Arnold, E. C., & Boggs, K. U., 2016, *Interpersonal Relationships-E-Book: Professional Communication Skills for Nurses*, Elsevier Health Sciences.

Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., Krueger, C. A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., & Parker, P. A., 2017, "The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses", *Translational behavioral medicine*, N. 7(3), p. 615-623.

Burton, G. E, 1990, *Exercises in Management Manual*, Boston, Houghton Mifflin College Div.

Cheng, C., & Li, A. Y. L., 2014, "Internet addiction prevalence and quality of (real) life: a meta-analysis of 31 nations across seven world regions", *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, N. 17(12), p. 755-760.

Connor, K. M., Davidson, J. R., 2003, "Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD-RISC)", *Depression and anxiety*, N. 18(2), p. 76-82.

Coşkun, Y. D., Garipağaoğlu, Ç. Tosun, Ü., 2014, "Analysis of the relationship between the resiliency level and problem solving skills of university students", *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, N. 114, p. 673-680.

Costa, A. L. S., Heitkemper, M. M., Alencar, G. P., Damiani, L. P., Da Silva, R. M., & Jarrett, M. E., 2017, "Social support is a predictor of lower stress and higher quality of life and resilience in Brazilian patients with colorectal cancer", *Cancer nursing*, N. 40(5), p. 352-360.

Cox, J., Loughran, M. J., Adams, E. M., & Navarro, R. L., 2012, "Life satisfaction and health related quality of life among low-income medical patients: The mediating influence of self-esteem", *Psychology, health & medicine*, N. 17(6), p. 652-658.

Coyle, N., Manna, R., Shen, M. J., Banerjee, S. C., Penn, S., Pehrson, C.,... & Bylund, C. L., 2015, "Discussing death, dying, and end-of-life goals of care: a communication skills training module for oncology nurses", *Clinical journal of oncology nursing*, N. 19(6), p. 697-702.

Curtis, J. R., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z.,... & Arnold, R. W., 2013, "Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial", *Jama*, N. 310(21), p. 2271-2281.

Dai, H. D., Tang, F. I., Chen, I. J., & Yu, S., 2016, "Taiwanese version of the Work-Related Quality of Life scale for nurses: translation and validation", *Journal of Nursing Research*, N. 24(1), p. 58-67.

- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B., 2016, "Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study", *International journal of nursing studies*, N. 60, p. 1-11.
- Epstein, R. M., Duberstein, P. R., Fenton, J. J., Fiscella, K., Hoerger, M., Tancredi, D. J.,... & Kaesberg, P., 2017, "Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and health care utilization in advanced cancer: the VOICE randomized clinical trial", *JAMA oncology*, N. 3(1), p. 92-100.
- Jackson, K. L., 2014, "Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women's Health across the Nation (SWAN)", *Archives of Women's Mental Health*, N. 17, p. 177-187.
- Nunes-Neto, P. R., Köhler, C. A., Schuch, F. B., Solmi, M., Quevedo, J., Maes, M. & Gearhardt, A. N., 2018. "Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample", *Journal of psychiatric research*, N. 96, p. 145-152.
- Paro, H. B., Silveira, P. S., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R., & Tempiski, P. Z., 2014, "Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout?", *PloS one*, N. 9(4), p. 1-10.
- Pehrson, C., Banerjee, S. C., Manna, R., Shen, M. J., Hammonds, S., Coyle, N.,... & Bylund, C. L., 2016, "Responding empathically to patients: Development, implementation, and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses", *Patient education and counseling*, N. 99(4), p. 610-616.
- Raphael, D., 1996, "Quality of life of older adults: towards the optimization of the aging process", In: R. Renwick, I. Brown, & M. Nagler (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, and applications*, (pp. 290—306), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Warraich, H., Kitzman, D., Whellan, D., Pamela, D., Mentz, R., Pastva, A., Nelson, B., & Reeves, G., 2018, "physical function, quality of life, depression in elderly, hospitalized patients with acute decompensated heart failure, with preserved versus reduced ejection fraction: Analysis from the rehab-hf trial", *Journal of the American College of Cardiology*, V. 71, N. 11, p. 1-11.
- Wu, W. W., Tsai, S. Y., Liang, S. Y., Liu, C. Y., Jou, S. T., & Berry, D. L., 2015, "The mediating role of resilience on quality of life and cancer symptom distress in adolescent patients with cancer", *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, N. 32(5), p. 304-313.
- Zautra, A.J.; Hall, J.S. Murray, K.E., 2010, "Resilience: A new definition of health for people and communities", in Reich, J, W., Zautra, A.J., Hall, *J.S. Handbook of adult resilience*, The Guilford Press, New York, London.
- Zhang, M., Loerbroks, A., & Li, J., 2018, "Job burnout predicts decline of health-related quality of life among employees with cardiovascular disease: A one-year follow-up study in female nurses", *General hospital psychiatry*, N. 50, p. 51-53.