



نقش استرس ادراک شده و تاب آوری در پیش بینی وضعیت روانی زنان داغدیده

فاطمه مدانلو جویباری

چکیده

سلامت روانشناختی از شاخص های مهمی نظیر تاب آوری، استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله و روابط درون فردی تأثیر می پذیرد. هدف این مطالعه تعیین نقش استرس ادراک شده و تاب آوری در پیش بینی وضعیت روانی زنان داغدیده بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر بود که از میان زنان داغدیده شهر ساری به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس استرس ادراک شده، مقیاس تاب آوری و پرسشنامه نشانه های روانی استفاده شد. داده های پژوهش با روش های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد که استرس منفی ($r=0/52$)، استرس مثبت ($r=-0/51$) و تاب آوری ($r=-0/23$) با وضعیت روانی زنان داغدیده رابطه ای معنی داری دارد. نتایج رگرسیون چند متغیری نشان داد که استرس ادراک شده و تاب آوری ۴۴ درصد واریانس وضعیت روانی زنان داغدیده را تبیین می کنند. این نتایج بیان می کند که تاب آوری و استرس از متغیرهای تأثیرگذار در وضعیت روانی زنان داغدیده است. این یافته ها تلویحات مهمی برای پژوهش های آتی و پیشگیری از آشفتگی روانشناختی ناشی از داغدگی دارد.

واژگان کلیدی: استرس ادراک شده، تاب آوری، وضعیت روانشناختی، زنان داغدیده

مقدمه

خاطره‌ی یک انسان با مرگ^۱ او خاتمه نمی‌یابد، با وجودی که جامعه انتظار دارد بازماندگان در مقابل واقعیت مرگ عزیزان خود واکنشی عاقلانه و منطقی داشته باشند، ولی معمولاً اندوه ناشی از مرگ نزدیکان عمیقاً تمام وجود آن‌ها را فرا می‌گیرد. داغ‌دیدی^۲ به واقعیت عینی از دست دادن یا فقدان یک فرد عزیز مانند پدر و مادر، فرزند، همسر یا خواهر و برادر اطلاق می‌شود (احدی و جمهری، ۱۳۸۴). مرگ فرزند، خواه غیر منتظره بوده باشد یا قابل پیش بینی، سخت‌ترین ضایعه‌ای است که یک فرد بزرگسال می‌تواند با آن مواجه شود (استیلیون^۳؛ ۱۹۹۵). واکنش‌های داغ‌دیدی حالات احساسی، روش‌های مقابله‌ای، روابط بین فردی، عزت نفس و نگرش‌های فرد را احتمالاً تحت تاثیر قرار می‌دهند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). شواهد حاکی است که افراد ماتم‌دیده در یک سال پس از وقوع فقدان، مرگ و میر بسیار بالاتری دارند (فیروزبخت، ۱۳۷۶). مرگ فرزند مشکلات سوگ^۴ خاصی را به بار می‌آورد، زیرا فرزندان تداوم احساس‌های والدین و مایه امیدها، آرزوها، از جمله احساس فناپذیری والدین هستند (سیدمحمدی، ۱۳۸۴). سوگواری^۵ در قبال مرگ نزدیکان، فرایندی لازم و طبیعی می‌باشد که اکثر مردم آن را تجربه می‌کنند. اما مردم غالباً فاقد حمایت‌های لازم برای حل و فصل درد ماتم‌زدگی هستند و سوگ غالباً به عنوان علت زیربنایی مسائل مختلف روانشناختی ظاهر می‌گردد (فیروزبخت، ۱۳۷۴).

یکی از متغیرهایی که بر وضعیت روانشناختی زنان تاثیر می‌گذارد، استرس ادراک شده^۶ است. برخی پژوهشگران معتقدند که عوامل استرس‌زا، موقعیت‌ها و رویدادهایی هستند که افراد را وادار به واکنش می‌نمایند و این واکنش‌ها ممکن است به صورت پاسخ‌های مختلف جسمانی، رفتاری و یا روانی متجلی شوند (لازاروس و فالکمن، ۱۹۸۹^۷) بخش عمده‌ای از واکنش فرد به استرس منوط به ارزیابی فرد از توانایی‌های خود، چگونگی برخورد و کنترل موقعیت‌های استرس‌زا و اهمیتی است که در این رویارویی برای سلامتی فرد دارند (غضنفری و قدم‌پور، ۱۳۸۷). پژوهش حکایت از آن دارد که رویدادهای معینی از زندگی که موجب تغییر می‌شوند، فرد را در برابر بیماری ناشی از استرس آسیب‌پذیرتر می‌کند. تغییرات زندگی با توجه به شدت می‌تواند در دامنه‌ای از بحران‌های اصلی زندگی مثل مرگ عزیزان تا رویدادهای جزئی زندگی باشد (هولمز و راهه، ۱۹۶۴) در مجموع زنانی که شرایط استرس‌زا را کمتر تهدیدآمیز و بیشتر قابل کنترل ارزیابی می‌کنند، رضایت خاطر، سلامت روانی و موفقیت بیشتری تجربه می‌کنند. برعکس، زنانی که شرایط استرس‌زا را تهدیدآمیز و کمتر قابل کنترل ارزیابی می‌نمایند، میزان آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به استرس، افسردگی و اضطراب دارند (هولمز و راهه، ۱۹۶۷، سینها و همکاران، ۲۰۰۰، ایوانز و کلی، ۲۰۰۴). در پژوهشی نشان دادند که رویدادهای منفی زندگی نقش مهمی در آغاز اختلالات افسردگی و بیماری‌های جسمی دارند (هورش، کلومک و آپتر^۸، ۲۰۰۸).

تاب آوری نیز از متغیرهایی است که سلامت و وضعیت روانشناختی زنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. نظریه‌های آغازین تاب‌آوری بر ویژگی‌های مرتبط با پیامدهای مثبت در مواجهه با مصائب و نامالایمات زندگی تاکید داشتند (راتر، ۱۹۹۳؛ ورنر، ۱۹۹۵). تاب‌آوری از

1. death

2. bereavement

3. Stillion

4. grief

5. mourning

6. Perceived stress

7. Lazarus & Folkman

8. Holmes & Rahe

9. Horesh, Klomek, Apter

جمله متغیرهایی است که می تواند تنیدگی ها و آثار نامطلوب آنها را تعدیل نماید (جوزف و همکاران، ۱۹۹۷). به اعتقاد برخی پژوهشگران سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می کند تا از عوطف مثبت به منظور پشت سر نهادن تجارب نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند (توگاد و فردریکسون، ۲۰۰۴). پژوهشگران دیگر خاطر نشان می کنند که نظریه های کنونی، تاب آوری را سازه ای چند بعدی متشکل از متغیرهای سرشتی مانند مزاج و شخصیت، همراه با مهارت های ویژه مثل مهارت حل مساله، سرسختی روانشناختی و ابراز وجود می دانند. سطوح بالای تاب آوری با مقاومت و مقابله موفق و انطباق رشد یافته با شرایط خطرناک و استرس زا ارتباط دارد. برعکس، سطوح پایین و ضعیف تاب آوری با آسیب پذیری و اختلالات روانشناختی مرتبط است (کمپل سیلس، کوهن و استین، ۲۰۰۶).

در مدل های اخیر، روانشناسان بالینی تاب آوری را تحت شرایط فقدان، مصیبت، افسردگی و درد بررسی کرده. در برخی از پژوهش ها، تاب آوری بر کاهش هیجانات و افزایش رضایت از زندگی تاثیر داشته است (بونانو، به نقل از بشارت، ۱۳۸۶). در زمینه پیامدهای تاب آوری، برخی از پژوهش ها به افزایش سطح سلامت روان و رضایتمندی از زندگی اشاره داشته اند (آنتونوسکی، ۱۹۸۷؛ لازاروس، ۲۰۰۱؛ سیلین، ۱۹۹۴). همچنین مطالعات نشان داده اند که افراد تاب آور می توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند (راتر، ۱۹۹۳؛ ورنر، ۱۹۹۵). سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) نشان دادند که تاب آوری به واسطه ی کاهش مشکلات هیجانی (و یا افزایش سطح سلامت روانی)، رضایتمندی از زندگی را در پی دارد (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۵). در پژوهشی با عنوان تاب آوری و رابطه ی آن با سلامت عمومی نشان دادند که تاب آوری ارتباط بین استرس و سلامت روانشناختی را تعدیل می کند (بیسیلی، تومپسون و دیویدسون، ۲۰۰۳). در برخی پژوهش ها نشان داده شد که بین عوامل تاب آوری، اضطراب و کیفیت روابط، تعداد روابط دوستانه و عزت نفس بالا ارتباط معنی دار وجود دارد (لگات، آناواتی و فلاین، ۲۰۰۶). در پژوهشی نشان داده شد که تاب آوری واریانس معنی داری از پاسخ های هیجانی به استرس روزمره را تبیین می کند (وانگ، هرتل و والبرگ، ۲۰۰۶). سطوح بالاتر تاب آوری ارتباط ضعیف تر بین هیجانات مثبت و منفی را پیش بینی می نماید. تجربه هیجانات مثبت به افراد دارای تاب آوری کمک می کند که بتوانند با استرس های روزمره بهتر مقابله نمایند (کمپل - سیلس، کوهن و استین، ۲۰۰۶). برخی پژوهش ها نشان دادند که تاب آوری بر کاردانی و حس همبستگی از طریق ایجاد تفکر مثبت اثر مثبت دارد. در پژوهشی بر روی جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بزم نشان دادند که تاب آوری و سرسختی، سلامت روان را به طور معنی داری پیش بینی می کنند (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد فرید، ۱۳۸۷). در پژوهشی به تأثیر تاب آوری بر سلامت روان و رضایت از زندگی اشاره شد (هامارات، تومپسون، زابروکی، استیل و ماتنی، ۲۰۰۱). پژوهشگران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تاب آوری، کاهش مشکلات هیجانی و در نتیجه سلامت روان را در پی دارد (فوروهوالد، لوفلر، اهر، سالتو و بومها کل، ۲۰۰۱). پژوهشگران در پژوهشی دریافتند که تاب آوری می تواند بر ارزیابی توانایی مقابله با استرس و توانایی درمان اضطراب، افسردگی و واکنش استرس تأثیر بگذارد. همچنین آنها تاب آوری را با وضعیت سلامت جسمی و روانی مرتبط دانستند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۴). در پژوهشی تاب آوری را در همسران داغ دیده، والدین داغ دیده و مردان داغ دیده مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که تاب آوری افراد بواسطه ی کیفیت ارتباطشان با تروماتیک، آشفتگی روانشناختی و مشکلات افزایش می یابد (بونانو، تدلای، موسکوویتز، پاپا و فالکمن، ۲۰۰۵). در پژوهشی نشان داده شد که هیجانات مثبت، افزایش تاب آوری و رضایت از زندگی را پیش بینی می کند (کوهن، فردریکسون، براون، مایکلز و کانوی، ۲۰۰۹).

1. Joseph et al

2. Tugade & Fredrickson

3. Cameple- Silis, Kohen & Steen

4. Antonovsky

5. Rutter

6. Werner

7. Beasley, Thompson & Davidson

هر چند در پژوهش‌های نسبتاً معدودی متغیرهای تاب آوری، استرس با سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، اما تحقیقات بسیار کمی در مورد وضعیت روانی زنان داغ‌دیده انجام شده است. همچنین در پژوهشی رابطه ترکیبی این دو متغیر با وضعیت روانی زنان صورت نگرفته است، از اینرو، پژوهش در این زمینه مهم و ضروری بنظر می‌رسد. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش استرس‌های مثبت و منفی و تاب آوری در پیش بینی وضعیت روانی زنان داغ‌دیده است.

روش

این تحقیق از نوع همبستگی است. در این پژوهش تاب آوری، حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله با استرس به عنوان متغیرهای پیش‌بین و وضعیت روانی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده‌اند.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان داغ‌دیده شهر ساری تشکیل می‌دادند. از میان زنان داغ‌دیده (فرزند از دست داده) شهر ساری ۶۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب گردیدند. با توجه به اینکه در مطالعات همبستگی حداقل تعداد نمونه ۳۰ نفر می‌باشد، در این پژوهش برای افزایش اعتبار بیرونی ۶۰ آزمودنی انتخاب شد.

برای جمع آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد.

(۱) مقیاس تاب آوری روانشناختی: مقیاس تاب آوری توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۵ سؤال دارد که به صورت پنج درجه‌ای توسط هر آزمودنی پاسخ داده می‌شود. ضریب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در دامنه‌ای از ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۱ بدست آمده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه مقابله آدامز و بلودن معنی دار ($P < ۰/۰۱$ ، $r = ۰/۴۳$) می‌باشد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در یک تحقیق مقدماتی ضرایب پایایی این مقیاس را از طریق روش‌های آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی محاسبه کرد. نتایج نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۴ می‌باشند. همچنین برای بررسی ضریب اعتبار مقیاس تاب آوری از مقیاس عواطف مثبت و منفی و مقیاس شادی و افسردگی استفاده شد. نتایج نشان داد که مقیاس عواطف مثبت ($r = ۰/۶۶$) و منفی ($r = -۰/۴۱$) و مقیاس شادی ($r = ۰/۴۶$) و افسردگی ($r = -۰/۴۵$) با مقیاس تاب آوری همبستگی معنی داری دارند (مدانلو، ۱۳۸۸).

(۲) مقیاس استرس ادراک شده: مقیاس استرس ادراک شده (میمورا و گرفتیت؛ ۲۰۰۴) ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود. مقیاس استرس ادراک شده دو خرده مقیاس منفی و مثبت را اندازه‌گیری می‌کند. ضریب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ بدست آمده است (میمورا و گرفتیت، ۲۰۰۴). در یک تحقیق مقدماتی ضرایب پایایی این مقیاس را از طریق روش‌های آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی محاسبه کرد (مدانلو، ۱۳۸۸). نتایج نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی برای استرس منفی ادراک شده به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۵ و برای استرس مثبت ادراک شده به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۵ می‌باشند. همچنین برای بررسی ضریب اعتبار مقیاس استرس ادراک شده از مقیاس عواطف مثبت و منفی و مقیاس شادی و افسردگی استفاده شد. نتایج نشان داد مقیاس عواطف مثبت با استرس ادراک شده ی مثبت ($r = ۰/۷۳$) و منفی ($r = -۰/۵۳$)، مقیاس عواطف منفی با استرس ادراک شده ی مثبت ($r = -۰/۶۸$) و منفی ($r = ۰/۶۸$)، مقیاس شادی با استرس ادراک شده ی مثبت ($r = ۰/۶۸$) و منفی ($r = -۰/۴۳$) و افسردگی با استرس ادراک شده ی مثبت ($r = -۰/۵۷$) و منفی ($r = ۰/۴۹$) همبستگی معنی داری دارند (مدانلو، ۱۳۸۸).

(۳) فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی^۱: فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی با استفاده از تحلیل عوامل تاییدی توسط دورا و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده است. این پرسشنامه ۱۸ آیتم و سه عامل (جسمانی سازی، افسردگی و اضطراب) دارد که سؤالات آن به صورت پنج

^۱ Mimura & Griffiths

^۲- Short Form of Psychological Symptoms Inventory

درجه ای لیکرتی توسط هر آزمودنی پاسخ داده می شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط دورا و همکاران (۲۰۰۶) ۰/۸۹ گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسشنامه ۰/۸۲ بدست آمده است (دورا و همکاران ۲۰۰۶). در پژوهشی بین این پرسشنامه و مقیاس عواطف مثبت ($r=0/38$) و منفی ($r=0/46$) رابطه معنی داری بدست آورده است (مدانلو ۱۳۸۸).

روش اجرا: در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات ابتدا آزمودنی ها انتخاب شدند و سپس هدف پژوهش برای آن ها توضیح داده شد و از آنها درخواست گردید که پرسشنامه های تحقیق را با دقت تکمیل نمایند و سوالی را تا حد امکان بی جواب نگذارند. هر آزمودنی حدود ۲۰ تا ۲۵ دقیقه به صورت انفرادی پرسشنامه های تحقیق را تکمیل می نمود. سرانجام داده های جمع آوری شده با روش های ضریب همبستگی و رگرسیون چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج

نتایج نشان داد که میانگین (و انحراف معیار) سنی زنان به ترتیب ۵۲/۳ (و ۸/۲) با دامنه ۲۸ تا ۵۶ سال می باشد. ۶۵ درصد (۳۹ نفر) سیکل، ۲۶/۷ درصد (۱۶ نفر) دیپلم، ۳/۳ درصد (۲ نفر) فوق دیپلم و ۵ درصد (۳ نفر) لیسانس داشته اند. ۹۵ درصد (۵۷ نفر) زنان متأهل و ۵ درصد (۳ نفر) زنان بیوه بوده اند. ۲۳/۴ درصد (۱۴ نفر) زنان داغ دیده شاغل و بقیه خانه دار بوده اند. ۱۸/۳ درصد (۱۱ نفر) فرزندان از دست رفته زنان داغ دیده دختر و ۸۱/۷ درصد (۴۹ نفر) پسر بوده اند. ۳۰/۸ درصد (۳۷ نفر) فرزندان زنان داغ دیده بر اثر تصادف، ۱۴/۲ درصد (۱۷ نفر) بر اثر بیماری، ۲/۵ درصد (۳ نفر) بر اثر غرق شدگی و ۲/۵ درصد (۳ نفر) بر اثر قتل فوت شده اند.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار استرس های ادراک شده، تاب آوری و وضعیت روانی زنان داغ دیده

زنان داغ دیده		متغیر
\bar{x}	SD	
۲/۷۷	۳۳/۰۷	استرس ادراک شده منفی
۴/۶۹	۲۱/۹۷	استرس ادراک شده مثبت
۱۳/۱۳	۷۸/۳۹	تاب آوری
۱۵/۳۰	۵۴/۱۹	وضعیت روانی

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می شود میانگین و انحراف معیار زنان داغ دیده در وضعیت روانی ۵۴/۱۹ (۱۵/۳۰)، تاب آوری ۱۳/۱۳ (۷۸/۳۹)، استرس منفی ۲/۷۷ (۳۳/۰۷) و استرس مثبت ۴/۶۹ (۲۱/۹۷) می باشد.

جدول ۲ همبستگی تاب آوری، استرس مثبت و منفی با وضعیت روانی زنان داغ دیده

متغیر	وضعیت روانشناختی		
	نیکایت جسمانی	افسردگی	اضطراب کل
تاب آوری	-۰/۱۷	***-۰/۴۶	-۰/۲۲
استرس منفی	۰/۵۰	۰/۵۵	۰/۳۷
استرس مثبت	۰/۴۹	۰/۵۵	۰/۳۶

*** $P < 0/001$ ** $P < 0/01$ * $P < 0/05$

جدول شماره ۲ ضرایب همبستگی استرس ادراک شده و تاب آوری با وضعیت روانی را نشان می دهد. نتایج نشان داد که استرس مثبت ($r=0/51$)، استرس منفی ($r=0/52$) و تاب آوری ($r=-0/23$) با وضعیت روانی زنان رابطه معنی داری دارند ($p < 0/001$).

جدول ۳ ضریب رگرسیون چند متغیری استرس های مثبت و منفی و تاب آوری با وضعیت روانی زنان داغدیده

مدل	SS	df	MS	F	p
رگرسیون	۶۱۲۲/۰۷	۳	۲۰۴۰/۶۹	۱۴/۸۴	۰/۰۰۱
باقیمانده	۷۷۰۰/۹۲	۵۶	۱۳۷/۵۲		
کل	۱۳۸۲۲/۹۸	۵۹			
متغیرهای پیش بین	R	R2	ضرایب غیر استاندارد	ضریب استاندارد	t (P)
(Constant)	-	-	Beta	B	SE
			-۲/۰۳	-۴۱/۵۸۱	۲۰/۵۳۴
			(۰/۰۴)		
استرس منفی	۰/۵۲۴	۰/۳۷۴	۰/۶۱۹	۲/۸۹۶	۴/۶۸
			(۰/۰۰۱)		
استرس مثبت	۰/۶۴۹	۰/۴۲۱	۰/۳۴۲	-۱/۳۰۲	-۳/۸۱
			(۰/۰۰۱)		
تاب آوری	۰/۶۶۶	۰/۴۴۳	۰/۱۳۳	-۰/۱۹۶	-۱/۴۷
			(۰/۱۴)		

برای تعیین تاثیر هر یک از متغیرهای استرس ادراک شده و تاب آوری بر واریانس وضعیت روانی، استرس ادراک شده و تاب آوری به عنوان متغیرهای پیش بین و وضعیت روانی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون بین میانگین نمره وضعیت روانی با استرس های مثبت و منفی و تاب آوری در جدول ۳ ارائه شده اند. بر اساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنی دار است ($p < ۰/۰۰۱$) و ۴۴ درصد از واریانس وضعیت روانی توسط این سه متغیر تبیین می شود. همانطور که ملاحظه می شود استرس منفی ($B = ۲/۸۹۶$) و استرس مثبت ($B = -۱/۳۰۲$) با توجه با آماره t می توانند تغییرات مربوط به وضعیت روانی زنان داغدیده را پیش بینی کنند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین تاب آوری و وضعیت روانی زنان داغدیده رابطه ی منفی معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). این نتیجه در راستای یافته سامانی و همکاران است که تاب آوری به واسطه کاهش مشکلات هیجانی (و یا افزایش سطح سلامت روانی)، رضایت از زندگی را افزایش می دهد (سامانی و همکاران ۱۳۸۶). همچنین رحیمیان بوگر و اصغرزاد فرید (۱۳۸۷) در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که تاب آوری با سلامت روان رابطه مثبت معنی داری دارد (۱۳۸۶). همچنین توگاد و فردریک سون (۲۰۰۴) و بونانو (۲۰۰۴) نتیجه گیری کردند که تاب آوری با هیجانات مثبت رابطه مثبت و با هیجانات منفی رابطه معکوس دارد. نتایج این پژوهش ها حاکی از تاثیر مثبت، سازنده و محافظت کننده تاب آوری در زمینه پیامد های آن است. همچنین این نتیجه با این یافته وانگ و همکاران (۲۰۰۶) که سطوح بالاتر تاب آوری، هیجانات مثبت و منفی را پیش بینی می نماید، همخوانی دارد. تجربه هیجانات مثبت به افراد دارای تاب آوری کمک می کند که بتوانند با استرس های روزمره بهتر مقابله نمایند.

همچنین این نتیجه در راستای یافته های آنتونوسکی (۱۹۸۷)، باسو (۲۰۰۴)، هامارات و همکاران (۲۰۰۱) بونانو (۲۰۰۵)، لگات و همکاران (۲۰۰۶) است که عدم رضایت از زندگی را به دنبال این احساس ها در فرد گزارش کرده اند. همچنین یافته پژوهش حاضر در زمینه رابطه بین تاب آوری و سلامت روان در راستای یافته های اینزلیجت^۱ و همکاران (۲۰۰۶)، بیسلی و همکاران (۲۰۰۳)، ماستن (۲۰۰۱) و فریبرگ و

همکاران (۲۰۰۱)، است. این پژوهش‌ها نشان داده اند که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس زا و موقعیت های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را بهتر حفظ می‌نمایند. این یافته را چنین می‌توان تبیین کرد که افراد تاب‌آور و کم تنش، رضایت از زندگی بالاتری نشان می‌دهند. تاب‌آوری، مقابله مطلوب و موثر را در فرد افزایش داده، جهت‌گیری فرد را به زندگی مثبت و در نتیجه وضعیت روانی فرد را بهبود می‌بخشد. همچنین می‌توان بیان کرد که تاب‌آوری با تأثیر بر نوع احساس ها و هیجان های فرد، نگرش مثبت رضایت از زندگی، نهایتاً سلامت روان شناختی را در پی دارد. به بیان دیگر، نخستین اثر ارتقاء توانمندی های فرد در زمینه ی تاب‌آوری، کاهش مشکلات روانی و هیجانی و در نتیجه افزایش میزان سلامت روانی خواهد بود. همچنین این نتیجه را می‌توان در زنان داغ‌دیده این گونه تبیین کرد که تاب‌آوری به عنوان سپری در مقابل آشفتگی های روانشناختی در موقعیت های مختلف زندگی برای زنان داغ‌دیده عمل می‌کند. توانایی و مهارت مقابله با استرس های زندگی بر اثر تاب‌آوری به این زنان امکان می‌دهد که در فضایی با استرس و آشفتگی کمتر و آرامش بیشتر، از استعدادها و توانمندیهای خویش بهتر استفاده نمایند، این مهارت‌ها، بهزیستی روانشناختی فرد را افزایش می‌دهد.

نتایج نیز نشان داد که استرس منفی با وضعیت روانی زنان داغ‌دیده رابطه مثبت معنی‌داری دارد ($P < 0/01$). همچنین بین استرس مثبت و وضعیت روانی زنان داغ‌دیده رابطه ی منفی معنی‌داری بدست آمد ($P < 0/01$). این نتیجه در راستای این یافته است که رویدادهای معینی با تغییر در زندگی، فرد را در برابر بیماری ناشی از استرس آسیب پذیرتر می‌کنند. این رویدادهای زندگی، تغییرات گوناگونی را نظیر تغییرات در وضعیت سلامت، روابط خانوادگی، شرایط اقتصادی و زندگی شامل می‌شوند (هولمز و راهه، ۱۹۶۷). یافته های پژوهش حاضر در زمینه رابطه بین استرس و سلامت روان با یافته های کوباسا و همکاران (۱۹۷۹)، مارگولیس و همکاران (۱۹۷۴) و هورش، کلوک و آپتر (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. مطالعات دیگر رابطه بین تغییرات زندگی و وضعیت روانی را نشان داده اند. همچنین بیسلی و همکاران به نتایجی همسو با پژوهش حاضر رسیدند که استرس های زندگی و حوادث آسیب زا با پریشانی های روانشناختی ارتباط دارند (بیسلی، تومپسون و دیویدسون، ۲۰۰۳). این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که افزایش سطح استرس در این زنان باعث تسلط کمتر آنان بر شرایط و موقعیت های مختلف زندگی شده، توانایی های مقابله ای نیز کاهش می‌یابد و احتمال درماندگی های آنان نیز بیشتر می‌گردد.

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که استرس های منفی و مثبت و تاب‌آوری، وضعیت روانی زنان را پیش بینی می‌کنند. به این معنی که این سه متغیر در پیش بینی وضعیت روانی زنان ۴۴ درصد سهم داشته‌اند. این نتیجه نشان می‌دهد که احتمالاً ۵۶ درصد واریانس باقیمانده توسط متغیرهای زیست-شیمیایی، روانشناختی و شخصیتی تبیین می‌شود. این نتایج در راستای یافته های رحیمیان و اصغرنژاد فرید (۱۳۸۷) و سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۵) می‌باشد. می‌توان بیان کرد که کاهش سطح تاب‌آوری و افزایش استرس، سلامت روانی فرد را در معرض آسیب قرار داده و باعث آشفتگی روانشناختی می‌گردند.

محدود بودن تعداد نمونه پژوهش یکی از محدودیت‌های پژوهش بود که تعمیم نتایج را به کل زنان داغ‌دیده با مشکل مواجه می‌کند. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که آزمودنی‌های تحقیق فقط از میان زنان داغ‌دیده در شهر ساری انتخاب شدند، بنابراین نمی‌توان نتایج را به کل زنان داغ‌دیده ی استان یا کشور تعمیم داد. استفاده صرف از پرسشنامه جهت جمع‌آوری داده، از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش های آتی با حجم نمونه ی بالاتری و در سطح وسیع‌تری انجام گیرد تا نتایج قابلیت تعمیم بالاتری پیدا کند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از روش‌های دیگری مانند مصاحبه، برای جمع‌آوری داده استفاده شود. با توجه به یافته های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد که با آموزش مهارت‌های مقابله ای، زمینه افزایش تاب‌آوری و راهبردهای مقابله ای مناسب با استرس را فراهم ساخت.

منابع

- احدی، حسن، جمهری، فرهاد. (۱۳۸۴). روانشناسی رشد. تهران: چاپ و نشر بنیاد.
- برک، لورا ای. (۲۰۰۱). روانشناسی رشد. ترجمه سید محمدی، یحیی. ۱۳۸۴. تهران: نشر ارسباران، چاپ چهارم.
- سارافینو، ادوارد. (۱۹۴۰). روانشناسی سلامت، ترجمه‌ی گروهی از مترجمان؛ زیر نظر دکتر الهه میرزایی. ۱۳۸۷. تهران: نشر رشد، چاپ دوم.
- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام، صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). پژوهشی با عنوان تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۳، ۲۹۵-۲۹۰.
- غضنفری، فیروزه، قدم پور، عزت اله. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبرد های مقابله ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال دهم، شماره سی و هفتم، صفحه ۵۴-۴۷.
- رحیمیان بوگر، اسحق، اصغر نژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷). رابطه سر سختی روانشناختی و خود تاب آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگ سالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهار دهم، شماره ۱، ۶۲-۷۰.
- کاپلان، ه، سادوک، ب، گرب، ج. (۱۹۹۴). خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصرت الله پورافکاری. ۱۳۷۶. تهران: شهرآب.
- کاپلان، ه، سادوک، ب. (۱۹۹۴). خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصرت الله پورافکاری. ۱۳۸۲. تهران: شهرآب.
- مدانلو، فاطمه (۱۳۸۸). بررسی ارتباط تاب آوری، راهبردهای مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با وضعیت روانشناختی زنان داغدیده. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه محقق اردبیلی.
- وردن، جیمز ویلیام (۱۹۹۲) مشاوره سوگ و درمان سوگ. ترجمه دکتر مهرداد فیروزبخت، و خشایار بیگی ۱۳۷۴. تهران: انتشارات ابجد.
- Antonovsky A. unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass 1987: 61-72.
- Bonanno G.A. Loss, (2004) trauma, and human resilience. American Psychologist; 59: 20-28.
- 20- Gloria AM, Castellanos SJ, Orozco N. Perceived educational barriers, cultural fit, coping responses and psychological well being of Latina undergraduates. Hispanic Journal of Behavioral Sciences 2005; 27(2): 161-183.
- Basu D. , (2004) Quality-of-life issue in mental health care: Past, Present, future. German Journal of psychiatry; 1: 35-43.
- Bonanno GA, Moskowitz TJ. Papa A, & Folkman S. , (2005) Resilience to Loss in Bereaved Gayman; 88(5): 827-843.
- Beasley M, Thompson T, & Davidson J. , (2003) Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. Journal personality and Individual Differences; 34: 77-95.
- Besharat MA.(2007). [Resilience,vulnerability mental health. Journal of Psychological Science] 2008; 24:373-383.
- Conner KM, & Davidson JR. , (2003) Development of a new resilience scale. Depression and Anxiety; 18: 76-82.
- Cohn M. A., Fredricson B. L., Brown S. L., Mikels J. A., & Conway A. M. , (2009) Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life satiafaction by Building Resilience. Emotion; 9(3): 361-368.

- Campbell-Sills L., Cohan S. L & Stein M.B. , (2006) Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior Research and Therapy*; 44(4): 585-599.
- Dura A. E., Andrea Y., Galdona J. M., Ferrandoa M., Murguib S., , (2006) Povedac R., & Jimenez Y. Psychological assessment of patients with temporomandibular disorders: Confirmatory analysis of the;60:365-370.
- Evans W, & Kelly B. Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures. *Journal Nurse Education Today* 2004; 24(6): 473-482.
- Inzlicht M, Aronson J, Good C,& Mckay LA. , (2006) Particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*; 42: 323- 336.
- Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge OH, Martinussen M, Aslaksen, M, & Flaten MA. , (2006) Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic Research*; 61: 213- 219.
- Fruhwald S, Lofffler H, Eher R, Saletu B, & Baumhackl U, , (2001) Relationship between depression, anxiety and quality of life: A Study of Stroke Patients Compared to chronic low back. Pain and myocardial ischemia patients. *Psychopathology*; 34: 50-56.
- Feuerstein M., Labbe E., & Kuczmierzcyk, A. R (1987). *Health Psychology* (Second printing). Plenum Press New York and London 198: 29-42.
- Holmes TH, & Rahe RH. , (1967) The Social readjustment rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*; 11: 208-213.
- Hamarat E, Thompson D, Zabucky KM, Steele D, & Mathery KB. , (2001) Perceived stress and coping resource: Availability as Predictors of life Satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research*; 27:181-196.
- Horesh N, Klomek AB, & Apter A. , (2008) Stressful life events and major depressive disorders. *Psychiatry Research*; 160: 192-199.
- Joseph S, Williams R, & Yule W. , (1997) *Understanding post-traumatic stress: A psychological perspective on PTSD and treatment*. West Sussex: Willey.
- Kobasa, S. C. 1979. Stressful life events, Personality, and health: An in quiry into hardiness. *Journal of personality, and Social Psychology*. 37, 1-11.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. , (1989). *The practice of multimodal behavior therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus A. , (2001) Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, tragedy. The Emory center for myth and ritual in American life. Available on: www.marila.emory.edu/faculty/Lazarus.htm2004.
- Legault L, Anawati M, & Flynn R. , (2006) Factors favoring psychological resilience among Fostered young people. *Journal of children and Youth Services Review*; 28: 1024-1038.
- Mimura CM., & Griffiths P. , (2004) A Japanese version of the perceived stress scale. *International Journal of Nursing Studies*; 41(4): 85-379.
- Margolis BL. Job , (1974) Stresion unlisted occupational hazard. *Journal of occupational Medicine*; 16: 659-661.

- Norris FH, Tracy M. & Galea S. , (2009) Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Journal Social Science& Medicine*; 68: 2190-2198.
- Rutter M. , (1993) Resilience: some conceptual considerations. *Journal Addles Health* ;14(4): 626
- Stilion M. (1995)Death in the lives of adults: Responding to the tolling of the bell. In H. Wass & R.A.Neimeryer New York: Taylor & Francis.
- Sinha BK, Willson LR, & Watson DC. (2000) Stress and Coping Among Students in India and Canada.*Canadian Journal of Behavioral Science* 2000; 32(4): 218-225.
- Sideridis GD. (2005)Goal Orientation, Academic Achievement, and Depression: Evidence in Favor of a Revised Goal Theory Framework. *Journal of Educational Psychology*; 97(3): 366-375.
- Tugade MM, & Fredrickson B. (2004)Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology* ; 86(2):320-333.
- Wang MC, Haertel GD, & Walberg HJ. (1994) Educational resilience in inner cities. In M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* . Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum: 45-72
- Werner EE . (1995) Resilience in development. *Current Directions in psychological sciences*; 4: 81-85.
- Zauszniewski AJ, Bekhet KA, & Suresky JM. (2009) Effects on Resilience Of Women Family Caregivers of Adults With Serious Mental Illness: The Role of Positive Cognitions. *Archives of Psychiatric Nursing Article in Press*; 23: 412-422.