

## تبیین نقش تاب‌آوری در بهزیستی ذهنی و رابطه آن‌ها با خودکارآمدی

فرهاد فرهادی امجد<sup>\*</sup>، سید محمد میرکمالی<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکتری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. استاد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

(تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۰۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۲/۰۴)

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش تاب‌آوری بر بهزیستی ذهنی و رابطه این دو متغیر با خودکارآمدی مددیاران خانه سالمندان کهریزک انجام گرفته است. پژوهش از نوع کاربردی و به روش توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری پژوهش مددیاران خانه سالمندان به تعداد ۱۷۵ نفرند که نمونه‌ای ۱۲۰ نفری با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان آن‌ها انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های تاب‌آوری با ضریب پایایی ۰/۹۵، پرسشنامه خودکارآمدی با ضریب پایایی ۰/۹۱، و پرسشنامه بهزیستی ذهنی با ضریب پایایی ۰/۹۱ بوده است. نتایج آزمون تی تک‌نمونه نشان داد، میانگین تاب‌آوری مددیاران پایین‌تر از حد متوسط و میانگین خودکارآمدی و بهزیستی ذهنی آنان بالاتر از حد متوسط بوده است. مدل معادلات ساختاری با بررسی شاخص‌های برازش تأیید شد. نشان داد تاب‌آوری بر بهزیستی ذهنی تأثیرگذار بوده است. نتایج همبستگی نشان داد، پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن به‌عنوان مؤلفه تاب‌آوری، و عاطفه مثبت به‌عنوان مؤلفه بهزیستی ذهنی با خودکارآمدی رابطه دارد. در نهایت، نتایج رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد خودکارآمدی توسط مؤلفه پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن، و بهزیستی ذهنی توسط مؤلفه‌های معنویت و پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن پیش‌بینی می‌شوند.

### کلیدواژه‌گان

بهزیستی ذهنی، تاب‌آوری، خودکارآمدی.

\* نویسنده مسئول، رایانامه: F.farhadi1390@yahoo.com

## مقدمه

در قرن بیست و یکم، گروهی از روان‌شناسان متوجه شدند که انسان باید انرژی عقلانی خود را صرف جنبه‌های مثبت تجربه‌اش کند (Myers, 2000). بنابراین، یکی از موضوعاتی که در دهه‌های اخیر توجه بسیاری از صاحب‌نظران را به خود جلب کرده است، روان‌شناسی مثبت‌گراست (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). این دیدگاه بر توانمندی‌ها و داشته‌های فرد تأکید می‌کند و معتقد است هدف روان‌شناسی باید ارتقای سطح زندگی فرد و بالفعل کردن استعداد‌های نهفته وی باشد. با مشاهده افراد در محیط‌های مختلف، همواره این پرسش در ذهن انسان ایجاد می‌شود که چرا برخی افراد در برخورد با عوامل استرس‌زا از انعطاف‌پذیری خاصی برخوردارند، ولی افراد دیگر در مقابله با عوامل استرس‌زا مشکل دارند. پاسخ این پرسش به سازه جدیدی به نام تاب‌آوری برمی‌گردد. این دیدگاه معتقد است هدف روان‌شناسی باید ارتقای سطح زندگی فرد و بالفعل کردن استعداد‌های نهفته وی باشد. امروزه نیز دیدگاهی جدید در علوم وابسته به سلامت به‌طور اعم و در روان‌شناسی به‌طور خاص در حال شکل‌گیری و گسترش است که هدف آن تمرکز بر سلامتی و بهزیستی، و توضیح و تبیین ماهیت بهزیستی روان‌شناختی است. در راستای تعریف این سازه مفهومی، گلداسمیت و همکاران (۱۹۹۷) عقیده دارند بهزیستی روانی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم‌شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر به‌دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود (Goldsmith et al., 1997). بهزیستی روانی، جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است و در حیطه رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف می‌شود و دو بخش دارد، بخش اول قضاوت شناختی درباره اینکه چطور افراد در زندگی‌شان در حال پیشرفت هستند و بخش دوم، سطح تجربه‌های خوشایند است. با این حال، یکی از عواملی که بهزیستی تحت تأثیر آن قرار دارد، متغیری به نام تاب‌آوری است. تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان به شمار می‌رود که باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود. تاب‌آوری نخستین بار توسط روان‌شناسان تحولی در مطالعه کودکانی که در شرایط ناگوار قادر بودند زنده

بمانند، بررسی شد (Garmezzy, 1993). در سال‌های گذشته، افراد متعددی سازه تاب‌آوری را به صورت‌های مختلف تعریف کرده‌اند، از این رو کاریرمک (۲۰۱۰) معتقد است تاب‌آوری شاخصی از سازگاری خوب در شرایط ناگواری مانند وقایع آسیب‌زا یا تنگدستی است (Karaimak, 2010). بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری سبب ارتقای تصورات خودکارآمدی خواهند شد. از این رو، از دیگر عواملی که با این دو متغیر ارتباط دارند، خودکارآمدی است. خودکارآمدی به این شرح تعریف می‌شود: باور فرد از توانایی برای انجام‌دادن تکلیف به‌طور موفقیت‌آمیز، و نتایج مطمئنی از انجام‌دادن تکالیف به‌دست می‌آورد. خودکارآمدی اعتقاد و باور درونی است که یک نفر توانایی و قدرت لازم را برای انجام‌دادن یک وظیفه و اجراکردن توقعات و انتظارات و قدرت مقابله با یک موقعیت نابهنجار را به‌طور موفق دارد (میرکمالی، ۱۳۸۵). در واقع، می‌توان گفت خودکارآمدی به‌معنای باور فرد درباره توانایی مقابله او در موقعیت‌های خاص است و الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی را در سطوح مختلف تجربه انسانی تحت تأثیر قرار می‌دهد و تعیین‌کننده این است که آیا رفتاری شروع خواهد شد یا خیر، و اگر شروع شد، فرد برای انجام‌دادن آن چه مقدار تلاش می‌کند و در رویارویی با مشکل چقدر استقامت نشان خواهد داد (Bandura, 2006). بنا بر آنچه بیان شد، پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش تاب‌آوری در بهزیستی ذهنی و رابطه آن‌ها با خودکارآمدی انجام گرفته است تا با بررسی روابط بین این متغیرها، بتوان پیشنهادهایی راهبردی بیان کرد.

### مبانی نظری و پیشینه پژوهش

مک آلیستر و مک کنیون (۲۰۰۹) تاب‌آوری را توانایی برای بهبود در شرایط ناگوار و غلبه بر مشکلات در زندگی افراد، توصیف کرده‌اند (McAllister & McKinnon, 2009). گارمزی و ماستن (۱۹۹۱) تاب‌آوری را فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف کرده‌اند، به بیان دیگر، تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (Waller, 2001). کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) معتقدند تاب‌آوری توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است (Connor & Davidson, 2003). تاب‌آوری همچنین بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این رو، سازگاری

موفق در زندگی را فراهم می‌کند. البته تاب‌آوری، فقط پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نبوده و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود. در واقع، می‌توان گفت تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (Lathar & Cicchetti, 2000; Masten, 2001). با اینکه تعریف‌های متنوعی درباره تاب‌آوری وجود دارد، اکثر محققان معتقدند افراد تاب‌آور در عوامل مشابهی مشترک‌اند. برخی از این عوامل مشترک عبارت‌اند از هوش بالاتر، استقلال، تازه‌جویی پایین‌تر، عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس بالاتر، خودمختاری بالاتر، همدلی، تعهد به کار، جدیت، مهارت‌های حل مسئله خوب و روابط خوب با همسالان. افراد تاب‌آور توانایی تطابق سریع با شرایط جدید، ادراک واضح آنچه رخ می‌دهد، برقرارکردن ارتباط آزادانه و دید مثبت نسبت به خود را دارند. آن‌ها در مقایسه با افراد آسیب‌پذیر قادرند ناکامی را تحمل کرده، اضطراب را مدیریت کنند و در موقع نیاز تقاضای کمک کنند (Issacson, 2002). همچنین، تحقیقات نشان می‌دهد افراد تاب‌آور رفتارهای خودشکنا نه ندارد، از نظر عاطفی آرام‌اند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار و ناخوشایند را دارند (Letzring & Fander, 2005).

برخی محققان، بهزیستی روان‌شناختی را از نظر مؤلفه‌ها یا فرایندهای ویژه نظیر فرایندهای عاطفی مفهوم‌سازی می‌کنند (Roothman et al., 2003). از دیدگاه دینر<sup>۱</sup> (۱۹۸۴)، نظریه‌های روان‌شناختی بهزیستی ذهنی می‌توانند بر پایه تأکید آن‌ها نسبت به اثرات بالا-پایین (بیرونی/موقعیتی) یا اثرات پایین-بالا (صفات درونی و فرایندها) بر بهزیستی ذهنی از یکدیگر متمایز می‌شوند (Harris & Lighthetsey, 2005). در نظریه‌های بالا-پایین، بهزیستی ذهنی دستاورد مجموعه لحظه‌های خوشایند و ناخوشایند است. به بیان دیگر، فرد شاد به نظر می‌رسد، زیرا در مقایسه با لحظه‌های ناخوشایند، لحظه‌های خوشایند بیشتری را تجربه می‌کند.

بندورا (۱۹۹۷) مطرح می‌کند خودکارآمدی، توان سازنده‌ای است که بدان وسیله مهارت‌های

---

1. Diener

شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به‌طور اثربخش سامان‌دهی می‌شود. به نظر وی دانش، مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام‌دادن آن‌ها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است (Bandura, 1997). خودکارآمدی درک‌شده، عاملی مهم و مهارتی اساسی برای موفقیت در عملکرد است. بندورا، خودکارآمدی را اساس عمل انسان می‌داند و اعتقاد دارد انسان‌های خودکارآمد، مبتکر، ژرف‌اندیش و خودسامان‌بخش هستند و برای به‌وجودآوردن پیامدهای مطلوب، نیروی تأثیرگذاری بر اعمالشان را دارند (Gregorj, 2002).

می‌توان گفت خودکارآمدی بر میزان استرس و فشار روانی ناشی از موقعیت‌های تهدیدکننده اثر می‌گذارد. افراد با خودکارآمدی بالا در موقعیت‌های فشارزا، سطح روانی خود را کاهش می‌دهند ولی افراد دارای خودکارآمدی پایین، در کنترل تهدیدها، اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و ناکارآمدی خود را گسترش می‌دهد و بسیاری از جنبه‌های محیطی را پرخطر و تهدیدزا درک می‌کنند که این مسئله می‌تواند موجب استرس و فشار روانی فرد شود. افرادی که باور دارند می‌توانند تهدیدها و پافشاری‌های بالقوه را کنترل کنند، عوامل آشفته‌کننده را به ذهن خود راه نمی‌دهند و در نتیجه به‌وسیله آن‌ها آشفته نمی‌شوند (عبدالهی، ۱۳۸۵).

براساس نتایج پژوهش‌های متعدد انجام‌گرفته در حیطه خودکارآمدی، خودکارآمدی بر پیامدهای رفتاری مؤثر است (Lin, 2006). بر این اساس، ساکس (۱۹۹۵)، تأثیر خودکارآمدی بر گرایش‌های شغلی و پژوهش، و استاجکوویک و لوتانس (۱۹۹۸)، تأثیر خودکارآمدی بر عملکرد شغلی را نشان دادند. براساس یافته‌های این پژوهش‌ها، افراد با عقاید خودکارآمدی بالا، تلاش بیشتر و مقاومت بیشتری نشان داده و فعالیت بهتری نسبت به آن‌هایی که عقاید خودکارآمدی پایین‌تر دارند، انجام می‌دهند (Stajkovic & Luthans, 1998; Saks, 1995). از دیدگاه پژوهشگران، احساس خودکارآمدی پایین، با عزت‌نفس پایین، تفکر بدبینانه نسبت به خود و توانایی عملکرد خود ارتباط دارد. افراد با خودکارآمدی پایین، از هر کنشی که به باور آن‌ها فراتر از توانایی‌شان باشد، پرهیز می‌کنند. از سوی دیگر، احساس خودکارآمدی نیرومند، عملکرد و بهزیستی فرد را بهبود می‌دهد (Locke & Latham, 1990; Bandura, 1997).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است خودکارآمدی بالا، با راهبردهای مقابله‌ای فعالانه، جست‌وجوی حمایت اجتماعی، حل مسئله و خوش‌بینی ارتباط دارد (Bandura & Pastorelli, 1999, p.258; Glass et al., 1990). نتایج پژوهش‌های آزمایشگاهی نیز نشان داده‌اند خودکارآمدی ادراک‌شده بالا، در موقعیت‌های استرس‌زا، بیشتر با راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، مانند مقابله تکلیف‌مدار، ارتباط دارد تا با مقابله هیجان‌مدار (Endler et al., 1993; Endler et al., 2001).

در پژوهشی لنز و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند افراد با خودکارآمدی بالا در عملکرد خود کمتر دچار استرس و اضطراب می‌شوند و افراد با خودکارآمدی پایین، بیشتر به افسردگی مبتلا می‌شوند و بهزیستی روانی پایین‌تری دارند (Lenz, 2002). گرم بوسکی و همکاران (۱۹۹۳) و الیویری (۱۹۹۲) در پژوهش‌های خود دریافتند برخلاف افراد با خودکارآمدی کم، افراد با خودکارآمدی بالا احتمال بیشتری دارد که رفتارهای زیان‌آور (مثل چاقی) و رفتارهای پرخطر (مثل سوء مصرف مواد و مصرف دخانیات) را کنترل کنند (Grembowski, 1993, pp.89-104; O'Leary, 1992, pp.229-245). نتایج پژوهش پروسیا و همکاران (۱۹۹۸) بیان کرده است خودکارآمدی به‌طور مستقیم با عملکرد ارتباط دارد و خودکارآمدی نقش واسطه‌ای مهمی در رابطه با چگونگی اداره و رهبری رفتارهای فردی و نحوه عملکرد ایفا می‌کند (Prussia & Manz, 1998, pp.523-538).

پیمان و رستگار (۱۳۹۰) در پژوهشی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی را بر مدیریت تنش شغلی پرستاران بررسی کردند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد میانگین نمره تنش شغلی و خودکارآمدی عمومی، قبل از مداخله آموزشی در دو گروه آزمایش و شاهد اختلاف معناداری نداشت، اما بعد از مداخله آموزشی، اختلاف معناداری حاصل شد به طوری که بین مهارت‌های شغلی و خودکارآمدی همبستگی قوی وجود داشت و با افزایش خودکارآمدی، مدیریت تنش بهتر بود. نتایج پژوهش میرکمالی و حسینی (۱۳۸۷) نشان داد بین روحیه و خودکارآمدی مدرسان، همبستگی مثبت وجود دارد و افراد خودکارآمد با فرض ثابت نگاه‌داشتن سایر متغیرهای تأثیرگذار، روحیه بالاتری دارند (میرکمالی و حسینی، ۲۰۰۸). بهادری و هاشمی (۱۳۹۰) در پژوهشی رابطه امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی را در دانشجویان بررسی کردند. نتایج تحقیق آن‌ها

نشان داد بین امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و متغیرهای پیش‌بین قادرند تغییرات بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان را پیش‌بینی کنند. براساس این یافته‌ها، افرادی با امیدواری و تاب‌آوری بالا، بهزیستی روانی بالایی دارند. سامانی و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی دریافتند که با کاهش مشکلات هیجانی یا افزایش سطح سلامت روانی، رضایت‌مندی از زندگی افزایش می‌یابد (Samani & Sahraghard, 2007, pp.290-295).

### فرضیه‌های پژوهش

برمبنای پیشینه پژوهش، فرضیه‌ها به شرح زیر بیان می‌شود:

۱. تاب‌آوری افراد بر بهزیستی ذهنی آنان تأثیرگذار است.
۲. تاب‌آوری کارکنان با بهزیستی ذهنی آنان همبستگی چندگانه دارد.
۳. تاب‌آوری افراد با خودکارآمدی آنان رابطه دارد.
۴. تاب‌آوری کارکنان با خودکارآمدی آنان همبستگی چندگانه دارد.
۵. خودکارآمدی افراد با بهزیستی ذهنی آنان رابطه دارد.

### روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را «مددیاران خانه سالمندان کهریزک» به تعداد ۱۷۵ نفر تشکیل داده‌اند که با به‌کارگیری فرمول نمونه‌گیری کوکران و روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، حجم نمونه ۱۲۰ نفر تعیین شد و پس از مراجعه پژوهشگر به خانه سالمندان کهریزک و کسب مجوز از مسئولان محترم، پرسشنامه‌ها توزیع شد و ۱۲۰ پرسشنامه کامل به دست محقق رسید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه با بخش‌هایی به شرح زیر بود.

الف) پرسشنامه تاب‌آوری: برای اندازه‌گیری تاب‌آوری مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به کار گرفته شد. به‌منظور استخراج ابعاد تاب‌آوری تحلیل عاملی اکتشافی و روش

مؤلفه‌های اصلی اجرا شد. در تحلیل عاملی، پرسش‌هایی که بار عاملی کمتر از ۰/۳ داشته یا در دو عامل، بار عاملی بالایی داشتند، از تحلیل خارج شدند. مناسب بودن تعداد نمونه برای تحلیل عاملی، با آزمون کفایت کایزر و میر- اولکین (معادل ۰/۸۲) و بارتلت با معناداری صفر و ضریب خی دو برابر با ۱۰۸۷/۷۷۲ تأیید شد. ملاک استخراج عوامل پرسشنامه، شیب نمودار اسکری و ارزش ویژه بود که با روش چرخش واریماکس سنجش شد. براساس نتایج برای تاب‌آوری پنج عامل با بارهای عاملی معنادار استخراج شد و عامل‌ها براساس پیشینه پژوهش نام‌گذاری شدند. بدین ترتیب، عامل اول معنویت، عامل دوم شایستگی/ استحکام شخصی، عامل سوم اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، عامل چهارم پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن و عامل پنجم مهار نام‌گذاری شد. همچنین، ضریب پایایی عامل اول تا پنجم به ترتیب معادل ۰/۸۲، ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۵۶ و ۰/۵۷ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

ب) پرسشنامه خودکارآمدی: این پرسشنامه توسط شرر<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است و ۲۳ گویه دارد که ۱۷ گویه آن مربوط به خودکارآمدی عمومی، و ۶ گویه دیگر مربوط به تجارب خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است (نجفی و فولادچنگ، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر مقیاس ۱۷ گویه‌ای به کار گرفته شد. روایی محتوا و سازه این پرسشنامه نیز بررسی و تأیید شد. به منظور بررسی روایی سازه تحلیل عاملی تأییدی و نرم افزار لیزرل به کار گرفته شد. پس از حذف خطاهای کوواریانس، شاخص‌های برازندگی بررسی شد. براساس نتایج،  $\chi^2/df=1,67$ ،  $RMSEA=0,075$ ،  $NFI=0,90$ ،  $NNFI=0,93$  و  $IFI=0,93$  که برآزش مناسب را نشان می‌دهد. به منظور بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که معادل ۰/۷۴ به دست آمد که پایایی ابزار را تأیید می‌کند.

ج) پرسشنامه بهزیستی ذهنی: این پرسشنامه شامل ۱۳ گویه است که سه مؤلفه عاطفه مثبت و

---

1. Sherer



منفی و رضایت از زندگی توسط آن سنجیده می‌شود. در مقیاس عاطفه مثبت، از افراد خواسته شد با بهره‌گیری از شش شاخص بشاش، دارای روحیه خوب، فوق‌العاده شاد، آرام و آسوده، راضی و سرزنده، وضعیت خود را بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۱ (هیچ‌وقت) تا ۵ (همیشه) مشخص کنند. در مقیاس عاطفه منفی افراد وضعیت خود را در ۳۰ روز گذشته بر روی شش شاخص آنقدر غمگینم که هیچ چیز نمی‌تواند مرا سر حال بیاورد، عصبی، ناآرام و بی‌قرار، ناامید، همه چیز برایم سخت و پرزحمت بود، و بی‌ارزش بر روی مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۱ (هیچ‌وقت) تا ۵ (همیشه) مشخص کنند. رضایت زندگی نیز توسط یک پرسشنامه با طیف ده‌قسمتی ارزیابی شد. روایی محتوا و سازه این پرسشنامه نیز بررسی و تأیید شد. به منظور بررسی روایی سازه تحلیل عاملی تأییدی با به‌کارگیری نرم‌افزار لیزرل اجرا شد. پس از حذف خطاهای کوواریانس، شاخص‌های برازندگی بررسی شد. براساس نتایج،  $\chi^2/df=2,63$ ،  $RMSEA=0,08$ ،  $NFI=0,94$ ،  $NNFI=0,95$ ،  $IFI=0,97$ ،  $RFI=0,91$  و  $GFI=0,90$  که برازش مناسب را نشان می‌دهد. به منظور بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه نیز آلفای کرونباخ محاسبه شد که در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های عاطفه مثبت ۰,۸۰ و عاطفه منفی ۰,۶۵ و ضریب آلفای کل پرسشنامه نیز ۰,۶۷ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار تحقیق است.

### یافته‌های پژوهش

یافته‌های تحقیق حاضر در چارچوب فرضیه‌های پژوهش بررسی شد. قبل از بررسی فرضیه‌های اصلی، نتایج توصیفی پژوهش بیان شد. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر تاب‌آوری با مقدار ۰,۷۶۷ و سطح معناداری ۰,۵۹۸، متغیر خودکارآمدی با مقدار ۰,۹۹۷ و سطح معناداری ۰,۲۷۳، و متغیر بهزیستی ذهنی با مقدار ۰,۷۴۹ و سطح معناداری ۰,۶۳۰ نشان داد متغیرها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. به منظور بررسی وضعیت متغیرهای پژوهش، آزمون تی تک‌نمونه با ارزش آزمون ۳ به‌کار گرفته شد. از آنجا که نمرات حاصله بین ۱ تا ۵ است، عدد ۳ به‌عنوان میانه (۵۰ درصد نمره‌ها) جهت تعیین وضعیت متغیرها به‌کار گرفته شد. نتایج نشان داد، سطح تاب‌آوری با مقدار تی برابر با ۱۷,۶۰۸- و سطح معناداری صفر نامناسب است. سطح خودکارآمدی با مقدار تی

برابر با ۵,۸۱۸ و سطح معناداری صفر، و بهزیستی ذهنی نیز با مقدار تی ۱۲,۸۱۶ و سطح معناداری صفر به طور معناداری بالاتر از حد متوسط‌اند.

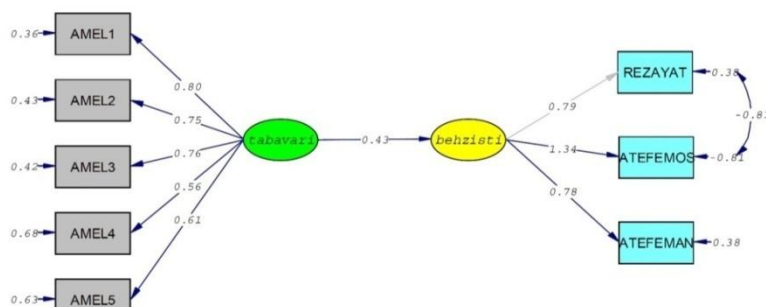
جدول ۱. نتایج آزمون تی تک‌نمونه متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	مقدار تی	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
تاب‌آوری سازمانی	۲,۳۶۸۷	-۱۷,۶۰۸	۱۱۹	۰,۰۰۰	-۰,۶۳۱۳۳
خودکارآمدی	۳,۱۹۶۱	۵,۸۱۸	۱۱۹	۰,۰۰۰	۰,۱۹۶۰۸
بهزیستی ذهنی	۳,۷۲۴۴	۱۲,۸۱۶	۱۱۹	۰,۰۰۰	۰,۷۲۴۳۶

به منظور بررسی تأثیر تاب‌آوری بر بهزیستی ذهنی، مدل‌یابی معادلات ساختاری به کار گرفته شد. براساس الگویابی معادلات ساختاری و پس از حذف خطاهای کوواریانس، بررسی شاخص‌های برازندگی نشان دادند مدل از برازش نسبتاً خوبی با داده‌ها برخوردار است (جدول ۲ و شکل ۱). بر این اساس، تاب‌آوری با  $\gamma=۰,۴۳$  بر بهزیستی ذهنی تأثیر می‌گذارد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی

شاخص برازندگی	$\chi^2/df$	AGFI	GFI	RMSEA	NFI	NNFI	IFI	RFI
دامنه پذیرش	۱-۵	۰,۹	۰,۹	۰,۰۸	۰,۹	۰,۹	۰,۹	۰,۹
مقدار محاسبه شده	۱,۵۱	۰,۹۰	۰,۹۵	۰,۰۶۵	۰,۹۵	۰,۹۷	۰,۹۸	۰,۹۲



Chi-Square=27.18, df=18, P-value=0.07574, RMSEA=0.065

شکل ۱. مدل معادلات ساختاری تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی (در حالت ضرایب معناداری)

برای بررسی معنادار بودن روابط بین متغیرها آماره تی بررسی شد. از آنجا که معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ بررسی شده است، اگر میزان مقادیر حاصله در بازه  $\pm ۱/۹۶$  قرار داشته باشد، رابطه معنادار است. مقدار آماره تی محاسبه شده میان تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی ۳/۵۴ است که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. سایر مقادیر تی در جدول ۳ بیان شده است.

جدول ۳. مقادیر تی محاسبه شده در مدل ساختاری تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی

مسیرها	تاب‌آوری	مسیرها	بهزیستی ذهنی
عامل ۱ (معنویت)	۹/۸۳*	عاطفه مثبت	۳/۳۳*
عامل ۲ (شایستگی/ استحکام شخصی)	۹/۰۳*	عاطفه منفی	۳/۹۱*
عامل ۳ (اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی)	۹/۲۰*		
عامل ۴ (پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن)	۶/۲۲*		
عامل ۵ (مهار)	۶/۸۷*		

\*معناداری در سطح  $P < ۰/۰۵$

به منظور بررسی دقیق تر تأثیر ابعاد تاب‌آوری بر بهزیستی ذهنی رگرسیون گام به گام اجرا شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین، معنویت و پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن، ۲۹ درصد از تغییرات بهزیستی افراد را تبیین می‌کند.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام بین مؤلفه‌های تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی

شاخص‌های آماری	ضریب تعیین	ضریب	همبستگی	ضرایب رگرسیون	
متغیر پیش‌بین	تعدیل شده	تعیین	چندگانه	۱	۲
معنویت	۰/۲۲	۰/۲۲	۰/۴۷	$\beta = ۰/۴۷$	$t = ۵/۸۷$
معنویت، پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن	۰/۲۸	۰/۲۹	۰/۵۴	$\beta = ۰/۳۶$	$t = ۴/۳۲$
				$\beta = ۰/۲۸$	$t = ۳/۳۲$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد معنویت با ضریب ۰/۳۶ و پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن با ضریب ۰/۲۸ بر بهزیستی ذهنی تأثیر می‌گذارند.

برای بررسی رابطه تاب‌آوری و خودکارآمدی ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون محاسبه شد. نتایج نشان داد خودکارآمدی از میان ابعاد تاب‌آوری با پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن ( $r=0.18$ ) و معناداری 0.05 رابطه دارد.

جدول 5. ضرایب همبستگی تاب‌آوری و خودکارآمدی و بهزیستی ذهنی

متغیرها	تاب‌آوری	معنویت	شایستگی / اعتماد به غرایز شخصی / پذیرش مثبت عواطف / مهار	ضرایب همبستگی	معناداری در سطح
خودکارآمدی	0.13	0.11	0.05	0.13	0.05*
	0.01**			0.18*	0.06

برای آزمون فرضیه چهارم پژوهش رگرسیون چندگانه با بهره‌گیری از روش مرحله‌ای (گام‌به‌گام) اجرا شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین به دست آمده، پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن، 3 درصد از تغییرات خودکارآمدی افراد را پیش‌بینی می‌کند.

جدول 6. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام بین مؤلفه‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی

شاخص‌های آماری	ضریب تعیین	ضریب تعیین	همبستگی چندگانه	ضرایب رگرسیون
متغیر پیش‌بین	تعدیل شده	تعیین		2
پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن	0.27	0.35	0.188	$\beta = 0.188$ $t = 2.075$

ضریب همبستگی پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن با خودکارآمدی برابر با 0.188 و معنادار به دست آمد.

در نهایت، به منظور بررسی رابطه خودکارآمدی و بهزیستی ذهنی نیز ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون اجرا شد. نتایج نشان داد از بین مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی، فقط عاطفه مثبت با خودکارآمدی با ضریب 0.25 تأثیر مثبت و معنادار می‌گذارد.

جدول 7. ضرایب همبستگی تاب‌آوری و خودکارآمدی و بهزیستی ذهنی

متغیرها	بهزیستی ذهنی	عاطفه مثبت	عاطفه منفی	رضایت از زندگی
خودکارآمدی	0.13	0.25**	0.04	0.08
	0.01**			

\*\* معناداری در سطح 0.01 \* معناداری در سطح 0.05

## بحث و نتیجه

این پژوهش با هدف تبیین نقش تاب‌آوری در بهزیستی ذهنی و رابطه این دو متغیر با خودکارآمدی مددیاران خانه سالمندان کهریزک انجام گرفت. تاب‌آوری افراد بر بهزیستی ذهنی آنان را اثرگذار بوده و بر اساس الگویابی معادلات ساختاری مدل از برازش نسبتاً خوبی با داده‌ها برخوردار است. بر این اساس، تاب‌آوری با مقدار ضریب مسیر  $0/43$  بر بهزیستی ذهنی تأثیر می‌گذارد. نتیجه پژوهش حاضر در آزمون فرضیه اول با نتایج پژوهش‌های بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرآبادی (۱۳۹۰)، خلعتبری و بهاری (۱۳۸۹)، بونانو (۲۰۰۴)، ماستن (۲۰۰۱)، کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، و لازاروس (۲۰۰۳) همسو است که نشان دادند کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته‌اند. تاب‌آوری، از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت‌نفس و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. بر این اساس، تاب‌آوری از طریق تقویت عزت‌نفس به‌عنوان سازوکاری واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی منتهی می‌شود و افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند، توانایی سازگاری آن‌ها با مشکلات، بیشتر از کسانی است که این مزیت را ندارند (بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرآبادی، ۱۳۹۰). در پژوهشی که توسط رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید (۱۳۸۷) انجام گرفت، بین سرسختی، سلامت روان و خودتاب‌آوری رابطه مثبت و معناداری به‌دست آمد. و نیز ویسی و همکاران (۱۳۷۹) نشان دادند در شرایط پرسترس، افرادی که سلامت روان بیشتری دارند، سرسختی و تاب‌آوری بالاتری نشان می‌دهند.

با توجه به آنچه گفته شد، مدیران ارشد خانه سالمندان کهریزک بهتر است علاوه بر آگاهی از وضعیت و میزان تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی کارکنان خود، ضمن حفظ رویکردهای مناسب، خوب و نوین مدیریتی خود، در سه متغیر این پژوهش دقت مطلوبی داشته باشند. همچنین، همسویی نتایج تحقیقات گذشته با نتایج این پژوهش نشان داد کارکنان در همه سازمان‌ها به ذهنی آرام و بی‌دغدغه و سلامت نیاز دارند و در این پژوهش نیز تأیید شد که دو متغیر مهم

تاب‌آوری و خودکارآمدی، دو عامل مهم در افزایش سلامت و بهزیستی ذهنی کارکنان هستند. خودکارآمدی از میان ابعاد تاب‌آوری با پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن با ضریب ۰/۱۸ و معناداری در سطح ۰/۰۵، و خودکارآمدی با عاطفه مثبت با ضریب ۰/۲۵ و معناداری در سطح ۰/۰۱، به‌عنوان مؤلفه بهزیستی ذهنی رابطه داشته است. براساس مدل فریدریکسون و جوینر (۲۰۰۲)، عاطفه مثبت باعث مقابله مؤثرتر در رویارویی با فشار روانی خواهد شد. به باور استنبرگ و بری (۱۹۹۴) با آموزش مهارت‌هایی مانند مهارت‌های ارتباطی، مقابله، جرأت‌دهی، و ابراز خود می‌توان توان تاب‌آوری و به دنبال آن سطح سلامت افراد را افزایش داد. هر چند تغییر در احساس‌ها به تغییر در نگرش درباره پدیده‌ها می‌انجامد، تغییر در احساس، در مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌ها ریشه دارد و این توانمندی‌ها آموختنی‌اند. از این رو می‌توان با طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب، احساس‌ها و نگرش‌های مثبت در افراد ایجاد کرد. کلاس‌های آموزشی، دوره‌های خودکارآمدی، برگزاری همایش‌های داخلی زیر نظر استادان مجرب و با هدف ایجاد باور در کارکنان در زمینه توانمندی‌های مختلف و فراوان خودشان در این زمینه، نیز می‌تواند مفید باشد.

نتایج رگرسیون گام‌به‌گام حاکی از پیش‌بینی خودکارآمدی توسط مؤلفه پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن و همچنین، بهزیستی ذهنی توسط مؤلفه‌های معنویت و پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن متغیر تاب‌آوری بوده است. در این زمینه می‌توان بیان کرد پذیرش مثبت عواطف از جمله مهم‌ترین مؤلفه‌ها، نه تنها در دو متغیر بالا، بلکه در اکثر مؤلفه‌های مربوط به روان‌شناسی مثبت‌گرا است. هرچه فرد در کار و زندگی فردی و شخصی خود قدرت پذیرش و انتقال مثبت عواطف داشته باشد، سلامت روانی بالاتری خواهد داشت و در نتیجه این فرد در برابر مشکلات تاب‌آورتر می‌باشد که این نیز خود در نتیجه بالابودن سطح و توان خودکارآمدی آن فرد است. این مصادیق در شغل پرستاری و مددکاری یافت می‌شود. به‌طور کلی، ماهیت بعضی مشاغل و تجارب‌طوری است که خواه‌ناخواه افراد دچار مشکل می‌شوند، به‌طوری که ممکن است سلامت روانی آن‌ها تهدید شود. بنابراین، با توجه به ظرفیت‌های فردی و روانی که فرد به کمک آن‌ها بتواند در شرایط دشوار مقاومت کند و دچار آسیب‌دیدگی نشود، حتی در تجربه چنین شرایط مشکل‌آفرین یا

بحرانی، خود را از لحاظ شخصیتی ارتقا بخشد (به غیر از تلاش خود کارکنان چنین مشاغلی در زمینه بالابردن وضعیت روانی و سلامت خود)، نیازمند هدف‌گزینی و برنامه‌ریزی‌های خاص در جهت رسیدن به اهداف هستیم که چنین مواردی، هوش، ذکاوت، خلاقیت، نیازسنجی، همدلی و همدردی مدیران ارشد و مخصوصاً مدیران منابع انسانی چنین سازمان‌هایی را می‌طلبد. در آخر از همه مدیران خانه سالمندان کهریزک و همه کارکنان بخش‌های مختلف که ما را در انجام‌دادن این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

## منابع و مأخذ

۱. بهادری خسروشاهی، جعفر و هاشمی نصرت آبادی، تورج (۱۳۹۰). رابطه امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. *فصل‌نامه اندیشه و رفتار*، دوره ۶، شماره ۲۲، صفحات ۵۰-۴۱.
۲. پیمان، نوشین و عزتی رستگار، خدیجه (۱۳۹۱). تأثیر برنامه آموزشی بر مبنای نظریه خودکارآمدی بر مدیریت تنش شغلی پرستاران. *فصل‌نامه مراقبت‌های نوین*، دوره ۹، شماره ۱، صفحات ۹-۱.
۳. حجازی، الهه و سلیمانی، حمیده (۱۳۸۹). کیفیت دوستی، تقابل دوستی و تاب‌آوری. *مجله علوم رفتاری*، سال ۴، شماره ۱۴، صفحات ۳۲۵-۳۱۹.
۴. حیاتی، داوود، عگبھی، عبدالحسین، حسینی آهنگری، سید عابدین و عزیزی ابرقویی، محسن (۱۳۹۱). بررسی رابطه کیفیت تجارب یادگیری و احساس خودکارآمدی با فرسودگی تحصیلی دانشجویان علامه طباطبایی. *دوفصل‌نامه مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی*، سال ۳، شماره ۴، صفحات ۲۹-۱۸.
۵. خلعتبری، جواد و بهاری، صونا (۱۳۸۸). ارتباط بین تاب‌آوری و رضایت از زندگی. *فصل‌نامه روان‌شناسی تربیتی*، دانشگاه آزاد واحد تنکابن، سال ۱، شماره ۲، صفحات ۹۴-۸۳.
۶. رحیمیان بوگر، اسحق و اصغر نژاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، دوره ۱۴، شماره ۱، صفحات ۷۰-۶۲.
۷. سامانی، سیامک، جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، صفحات ۲۹۵-۲۹۰.
۸. شگری، امید، کدیور، پروین و دانش‌ورپور، زهره (۱۳۸۶). تفاوت‌های جنسیتی در بهزیستی ذهنی: نقش ویژگی‌های شخصیت. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، شماره ۵۰، صفحات ۲۸۹-۲۸۰.



۹. عبد‌الهی، بیژن (۱۳۸۵). نقش خودکارآمدی در توانمندسازی کارکنان. *ماهنامه علمی- پژوهشی تدبیر در زمینه مدیریت*، سال ۱۷، شماره ۱۶۸، صفحات ۴۰-۳۵.
۱۰. محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
۱۱. میرکمالی، سید محمد (۱۳۸۵). *فرهنگی مدیریت آموزشی*. تهران: نشر یسپرون.
۱۲. میرکمالی، سید محمد و حسینی، سید رسول (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین روحیه و خودکارآمدی مدرسان مراکز تربیت معلم. *نامه آموزش عالی*، شماره ۴، صفحات ۱۴۸-۱۳۳.
۱۳. نجفی، محمود و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۸۶). رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله روان‌شناسی بالینی (دانشور رفتار)*، دوره ۱۴، شماره ۲۲، صفحات ۸۳-۶۹.
۱۴. ویسی، مختار، عاطف وحید، محمدکاظم و رضایی، منصور (۱۳۷۹). تأثیر استرس شغلی بر خشنودی و سلامت روان، اثر تعدیل‌کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. *فصل‌نامه اندیشه و رفتار*، سال ۶، شماره‌های ۲ و ۳، صفحات ۷۸-۷۰.
15. Bandura, A. (1997). Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 89, 191-215.
16. Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. *Self-efficacy Beliefs of Adolescents*, 5, 1-43.
17. Bandura, A., Barbaranelli C.V. & Pastorelli, C. (1999). Self- efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258-269.
18. Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *Journal of American Psychology*, 59(1), 20-28.
19. Connor K.M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD- RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
20. Endler, N.S., Kocovski, N.L. & Macrodimitris, S.D. (2001). Coping, efficacy and perceived control in acute vs. chronic illnesses. *Journal of Personality & Individual Differences*, 42, 525-532.
21. Endler, N.S., Parker, J.D.A. & Summerfeldt, L.J. (1993). Coping with health problems: Conceptual and methodological issues. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25, 384-399.
22. Endler, N.S., Speer, R.L., Johnson, J.M. & Flatt, G.L. (2001). Controllability, coping, efficacy and distress. *European Journal of Personality*, 21, 422- 445.

23. Fredrickson, B.L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172-175
24. Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 1(56), 127-136.
25. Glass, D.C., Singer, G.E., Leonard, H.S., Krantz, D. & Cummings, H. (1973). Perceived of aversive stimulation and reduction of stress responses. *Journal of Personality & Social Psychology*, 41, 577-595.
26. Goldsmith, A.H., Veum, J.R. & Darity, W. (1997). Unemployment, joblessness, psychological well-being and self-esteem: Theory and evidence. *The Journal of Socio-Economics*, 26(2), 133-158.
27. Grembowski, D., Patrick, D., Dienr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hetach, J. (1993). Self- efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89- 104.
28. Harris, P.R. & Lighthsey, O.R. (2005). Constructive thinking as a mediator of the relationship between extraversion, neuroticism, and subjective well-beings. *European Journal of Personality*, 19, 409-426.
29. Issacson, B. (2002). *Characteristics and enhancement of resilience in young people: A Research for master since degree with major in guidance and counseling university of Wisconsin stout*. Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Stout.
30. Karairmak, O. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 179(3), 350-356.
31. Keyes, C.L., Mahmotkin, D. & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encpundter of two traditions. *Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
32. Lathar, S.S. & Cicchett, D. (2000) The construct of resilience: implications for intervention and social policies. *Development and Psychopathology*, 71, 857-885.
33. Lazarus, R.S. & Ffolkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
34. Lenz, E.R. & Shortridge-Baggett, L.M. (Eds.) (2002). *Self-efficacy in nursing: research and measurement perspectives*. Springer Publishing Company.
35. Letzring, T.D., Block, J. & Fander, D.C. (2005). Ego control and resiliency: Generalization of self- report scale based on personality descriptions from acquaintances, clinicians and the self. *Journal of Research in Personality*, 29, 395-422.
36. Lin, S.P. (2006). *An exploration of Chinese international student's social self- efficacy*. Ph.D Thesis, Ohio State University.
37. Locke, E.A., & Latham, G.P. (1990). Work motivation and satisfaction: Light at the end of the tunnel. *Psychological Science*, 1(4), 240-246.
38. Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
39. McAllister, M. & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29(4), 371-379.
40. Myers, D.G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-65.

41. O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 229-245.
42. Prussia, G.E., Anderson, J.S. & Manz, C.C. (1998). Self-leadership and performance outcomes: The mediating influence of self-efficacy. *Journal of Organizational Behavior*, 19(5), 523-538.
43. Roothman, B., Kirsten, D.K. & Wissing, M.P. (2003). Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 33(4), 212-218.
44. Saks, A.M. (1995). Longitudinal field investigation of the moderating and mediating effects of self-efficacy on the relationship between training and newcomer adjustment. *Journal of applied Psychology*, 80(2), 227-238.
45. Seligman, M.E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *American Psychologist*, 55(1), 5-183.
46. Stajkovic, A.D. & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124(2), 240-261.
47. Waller, M.A. (2001). Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297.