



رابطه تاب آوری و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در دانشجویان

سیما نقی پور^۱*

مهناز مهربابی زاده هنرمند^{**}

پرویز عسکری

فرح نادری

علیرضا حیدری^{**}

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بود.

روش: روش پژوهش حاضر همبستگی و از نوع پیش بین بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بودند که از بین آنها ۲۶۰ دانشجو به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل مقیاس خود تاب آوری کلاهنن، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک چند بعدی سیمت و همکاران و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود.

یافته ها: برای تحلیل داده ها از روش تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که رابطه بین تاب آوری و کیفیت زندگی، رابطه حمایت اجتماعی و مؤلفه های آن با کیفیت زندگی مثبت و معنی دار است. تاب آوری، حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان، ۴۲ درصد واریانس مربوط به کیفیت زندگی را تبیین می کنند.

نتیجه گیری: از میان متغیرهای مذکور به ترتیب حمایت اجتماعی خانواده، تاب آوری و حمایت اجتماعی دوستان در پیش بینی کیفیت زندگی نقش دارند، اما حمایت اجتماعی افراد مهم نقشی در تبیین واریانس کیفیت زندگی ندارد. **کلید واژه ها:** تاب آوری، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی

* ۱- دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
Naghipoor2014@yahoo.com

۲- دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

** استاد گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

** گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران



مقدمه

بر طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی^۱ مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی- روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در بر گیرد (مونتاجن، پیزا، پیترز، ایپرت و پوجیالی، ۲۰۰۲). امروزه با پیدایش و گسترش روان شناسی سلامت و روان شناسی مثبت، نگرش درباره اختلالات، از چهارچوب پزشکی و مدل تک عاملی خارج شده و محققان معتقدند که بهتر است شکل گیری و گسترش اختلال های روانی را به حساب سبک های زندگی معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود (سلیگمن و سیکزنت میهالی، ۲۰۰۰). از جمله عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی، بهزیستی روان شناختی و به تبع آنها سرزندگی و حمایت اجتماعی^۲ است. حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله ای برای روبرویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل می کند (چان^۳، مولسیوتس^۴، یام^۵، چانگ^۶ و لام^۷، ۲۰۰۱؛ لی^۸، یاجانگ^۹، بوگ پارک^{۱۰} و هانگ چانگ^{۱۱}، ۲۰۰۴، همه به نقل از شرف الدین، ۱۳۸۹). هرچه تعداد منابع حمایتی (خانواده، دوستان، همکاران و...) و میزان مساعدتهایی که به فرد ارائه می شود، بیشتر باشد و هر چه ذهن فرد در مورد مساعدتهای بالقوه روشن تر و مطمئن تر باشد، توانایی وی برای سازگاری با مشکلاتش بیشتر خواهد شد (فرجی، ۱۳۸۰). همچنین تاب آوری^{۱۲} می تواند، باعث شود که فرد پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علی رغم قرار گرفتن در معرض تنشهای شدید، شایستگی اجتماعی و تحصیلی او ارتقاء یابد. تاب آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فرد دیگر متفاوت است و می تواند به مرور زمان رشد کند یا کاستی یابد. پژوهشگران در مطالعه های خود دریافته اند، بسیاری از انسانها که در معرض آسیب قرار گرفته اند، می توانند به سلامت از آن بگذرند و حتی به رشدی بیش از پیش، دست یابند. به همین دلیل آنها به این فکر افتادند که اگر بتوان ویژگی تاب آوری را در افراد شناخت، می توان از این ویژگی در آموزش دیگران به ویژه در زمان کودکی و نوجوانی استفاده کرد (خزائلی پارسا، ۱۳۸۶). از نظر فریبورگ، هجمدال، رزنوینگ و مارتینوسن (۲۰۰۳) افراد تاب آور، تاب آوری بیشتری در مقابل شرایط آسیب زا دارند و خود را در برابر این شرایط حفاظت می کنند. اکثر محققان بر این اعتقادند که عوامل متعددی از جمله ویژگی های درونی- روانی، اجتماعی، حمایت اعضای خانواده و دوستان و حمایت دیگر سیستم های اجتماعی در ایجاد و ارتقاء میزان تاب آوری نقش دارند. با توجه به موارد ذکر شده و اینکه دوران نوجوانی دوران مهمی برای آموزش است و دانشجویان قشر فرهیخته و آینده ساز جامعه هستند و نیاز به شرایطی دارند تا تواناییهای بالقوه آنها بالفعل شوند و در رشد و توسعه کشور سهیم باشند، وجود سازمان های حمایتی از کودکان و نوجوانان، میزان تاب آوری را در این گروه سنی، افزایش می دهد و مارشل (۲۰۰۸) به این مسأله می پردازد که افراد این توانایی و قابلیت را دارند که بر ناملایمات غلبه پیدا کرده و آن را پشت سر بگذارند. تاب آوری در واقع یک الگوی محکم است که حمایت ها و فرصت هایی را

¹ - Quality of life

² - social support

³ - Chan

⁴ - Molassiotis

⁵ - Yam

⁶ - Chang

⁷ - Lam

⁸ - Lee

⁹ - Yae chang

¹⁰ - Boog park

¹¹ - Hong chung

¹² - resiliency



جهت پیشرفت در زندگی و موفقیت افراد مهیا می سازد (به نقل از مجیدی پور، ۱۳۹۲). بنابراین مسأله پژوهش حاضر چنین است که آیا تاب آوری و مؤلفه های حمایت اجتماعی پیش بین کیفیت زندگی در دانشجویان هستند

در مطالعه ای اسنلر و واندسبورگر (۲۰۰۸) به بررسی نقش خود کارآمدی به عنوان منبعی برای تاب آوری در جهت کاهش فشار روانی بزرگسالان آسیب پذیری که می کوشند تا در رویدادها، زندگی فعال و تعاملات معنادار با خویشاوندانشان^۱ و تعهداتشان را حفظ کنند، پرداختند. نتایج سودمند بودن رفتار های تأثیر گذار از قبیل رسیدگی به بستگان^۲ و دوستان، اشتغال به رفتارهای آرام بخش^۳ و حفظ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت افراد را نشان داد. میلس و دامبک (۲۰۰۵) معتقدند که کیفیت روابط با دیگر افراد تأثیر زیادی بر تاب آوری در برابر بحران های فیزیکی و هیجانی دارد. به طور کلی، کیفیت حمایت های دوستان می تواند باعث تاب آوری در موقعیت های استرس زا باشد. از طرفی توانایی ایجاد و حفظ دوستی های با دوام و توأم با محبت نیز از عوامل مهم در ایجاد سلامتی هیجانی و افزایش تاب آوری است. مرور^۴ (۲۰۰۴)، به نقل از عسگری، مشاک، ضمیری و عباس زاده، (۱۳۹۲) در پژوهشی دریافت که کیفیت روابط با دیگر افراد تأثیر زیادی بر تاب آوری هیجانی در برابر بحران های فیزیکی و هیجانی دارد. به طور کلی، کیفیت حمایت های دوستان می تواند، باعث تاب آوری در موقعیتهای استرس زا شود. از طرفی توانایی ایجاد و حفظ دوستی های با دوام و توأم با محبت نیز از عوامل مهم در ایجاد سلامتی هیجانی و افزایش تاب آوری است. نتایج تحقیق دال، جنو و گرین (۱۹۹۸) نشان داد که بین گروه دوستان^۵ و تاب آوری رابطه ای مثبت وجود دارد. تحقیق هری هوی، فیلیپس، لین، وانگ و شای (۲۰۰۹) نشان داد که تاب آوری دارای همبستگی مثبت با رضایت شغلی، تعادل زندگی کاری و کیفیت زندگی بوده و تاب آوری دارای همبستگی منفی با نشانه های روان شناختی و جسمی و جراحی در کار بوده است. کارا داماس^۶ (۲۰۰۶)، به نقل از نادری، عسگری، روشنی و مهری آدریانی، (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی دریافت که مؤلفه خوش بینی در هوش هیجانی^۷، رابطه خود کارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با جنبه های مختلف بهزیستی روانی^۸ از جمله رضایت از زندگی را تعدیل می کند و باعث گسترش استفاده از راهبردهای مقابله ای مسأله مدار^۹ و تنظیم هیجانات^{۱۰} می شود. اوهارا، کادبوری و دیواید و آید (۲۰۰۲) ارزش جزوه های اطلاعاتی^{۱۱}، جلسات بحث آموزش^{۱۲} و تیم های حمایتی چندگانه^{۱۳} را در مقایسه با گروه کنترل در بیماران مبتلا به ام اس ارزیابی کردند. مؤلفان گزارش دادند که اعضای گروه آزمایش بر حسب مقیاس کیفیت زندگی^{۱۴} در طول زمان بهبود یافته اند (به استثناء نقش فیزیکی و زیر مقیاس نقش هیجانی^{۱۵}). به علاوه گروه آزمایش قابلیت حیات^۱ و سلامت روانی بهتری در مقایسه با

1 - their relatives

2 - dealing with relatives

3 - sedative relaxation behavior

4 -Morrow

5 - group of friends

6 - Karadamas

7 - emotional intelligence

8 - well - being

9 - problem-focused coping

10 - emotion regulation strategies

11 - information leaflects

12 - training sessions

13 - multiple support team

14 - Quality Of Life Scale

15 - the scale of emotional



با گروه کنترل در دوره پیگیری نشان دادند. در تحقیقی کیمولی و استیلول (۲۰۰۲)، مشخص کردند که در بعد بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی جوامع، متغیرهایی مانند ارتباطات اجتماعی مثبت و منفی، ویژگی‌هایی مانند وضعیت تأمل^۱، ادراک از آینده^۲ همانند یک نگاه خوب به آینده، در رشد و ارتقاء بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی نقش دارند. در بعد بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی افراد نیز عوامل روان شناختی مانند: همخوانی^۳ با ارزش‌های اولیه جامعه، پیشرفت و پسرفت شخصی^۴، تعلق پذیری^۵، برخورداری از قدرت شخصی^۶ و خارجی و متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، جنس، مذهب و... در ارتقاء و پیشرفت این دو متغیر، نقش دارند. با توجه به پیشینه تحقیق، ضرورت انجام تحقیقی با این عنوان مشخص می‌گردد و از جنبه‌های نوآوری آن چیدمان متغیرها و ترکیب آنها در یک موضوع است.

روش

الف) شرکت کنندگان و طرح پژوهش

جامعه این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود. نمونه آماری این پژوهش، ۲۶۰ نفر از دانشجویان بودند که به روش تصادفی چند مرحله‌ای از میان جامعه مورد نظر انتخاب شدند. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز دارای ۵ دانشکده (علوم پایه با ۲۴ کلاس، پرستاری با ۱۰ کلاس، کشاورزی و منابع طبیعی با ۱۵ کلاس، فنی و مهندسی با ۳۹ کلاس و علوم انسانی با ۱۶ کلاس) می‌باشد. از میان رشته‌های موجود در ۵ دانشکده، ۱۰ رشته و از هر رشته ۵ کلاس و از هر کلاس حدود ۵ الی ۶ دانشجو به تصادف انتخاب شد و پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر در اختیار افراد قرار گرفت. به این ترتیب تعداد کل آزمودنی‌ها ۲۶۰ نفر (۱۵۶ دختر و ۱۰۴ پسر) شدند دانشجویان سالهای اول تا چهارم دوره کارشناسی شرکت کننده در پژوهش تقریباً در گروه‌ها به صورت برابری قرار دارند و در محدوده سنی بین ۲۱ تا ۲۴ سال قرار دارند. طرح تحقیق حاضر، طرح همبستگی است.

ب) ابزار

مقیاس خود تاب آوری^۸

این مقیاس اولین بار توسط کلاهن^۹ (۱۹۹۶) به شکل مقیاس خودگزارشی ارزیابی تاب آوری از عبارات پرسشنامه روان شناختی کالیفرنیا^{۱۰}، اقتباس شد و توسط علیرضایی در سال ۱۳۸۹ ترجمه و آماده سازی شد. این مقیاس مشتمل بر ۱۴ عبارت است که پاسخ‌ها را در ۴ درجه‌ای لیکرت از ۱ (اصلاً صدق نمی‌کند) تا ۴ (اکثراً صدق می‌کند) می‌سنجد. جمع نمرات حاصل از ۱۴ عبارت، نمره تاب آوری فرد در این مقیاس است (کلاهن، ۱۹۹۶، ترجمه علیرضایی، ۱۳۸۹). ضریب پایایی آلفا برای زوج‌های

¹ -viability

² - the reflection

³ - perception of future

⁴ - mental

⁵ -personal regression

⁶ - of belonging

⁷ - personal power

⁸ - Ego-Resiliency Scale

⁹ - Klahnen

¹⁰ - California Psychological Inventory



فارغ التحصیل شده کالیفرنایی، با این فرض که آزمون تنها یک فاکتور اصلی را می سنجد، ۰/۷۶ بود. طی ۵ سال فاصله بین دو اجرا، ضریب پایایی بازآزمایی برای زنان و مردان به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۵۱ بود. همچنین الگوهای همبستگی بین نمرات مقیاس تاب آوری و تست ویژگی های شخصیتی نشان می دهد افرادی که در مقیاس تاب آوری نمره بالا کسب می کنند، افرادی با علائق متنوع و متفاوت هستند که با ابهام و پیچیدگی مشکلی ندارند و ویژگی های مثبت بسیاری دارند (به نقل از علیرضایی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۷۶ و ۰/۷۷ محاسبه شد.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (MSPSS)

این مقیاس به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع: خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط سیمت^۱ و همکاران (۱۹۸۸)، به نقل از تمنایی فر، لیث و منصوری نیک، (۱۳۹۲) تهیه شده است. در این آزمون به گزینه کاملاً مخالفم، ۱ امتیاز؛ مخالفم، ۲ امتیاز؛ تقریباً مخالفم، ۳ امتیاز؛ نظری ندارم، ۴ امتیاز؛ تقریباً موافقم، ۵ امتیاز؛ موافقم، ۶ امتیاز و کاملاً موافقم، ۷ امتیاز تعلق می گیرد. برای به دست آوردن نمره میانگین کل آزمون، امتیاز همه عبارات را با هم جمع کرده و بر تعداد آنها (۱۲) تقسیم کنید. برای به دست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس، امتیاز عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر را با هم جمع کرده و بر تعداد عبارات آن (۴) تقسیم کنید. نمره بالا در این مقیاس، بیانگر سطح بالای حمایت اجتماعی ادراک شده است. این مقیاس دارای ۳ زیر مقیاس: خانواده^۲ (عبارات ۱، ۸، ۳، ۴)، دوستان^۳ (عبارات ۱۲، ۹، ۶، ۷) و افراد مهم^۴ (عبارات ۱، ۲، ۵، ۱۰، ۱) است (به نقل از فیشر و کن کران، ۲۰۰۶). ضریب آلفای کل آزمون برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیر مقیاس های آن در دامنه ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد (به نقل از فیشر و کن کران، ۲۰۰۶). سلیمی، جوکار و نیک پور (۱۳۸۸)، به نقل از تمنایی فر و همکاران، (۱۳۹۲) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده اند. این مقیاس از روایی عاملی و همزمان مطلوبی برخوردار است؛ زیرا با افسردگی و ابتلا به بیماری های کرونری قلب همبستگی معکوس دارد، به علاوه نویسندگان این مقیاس اظهار کرده اند که روایی سازه این آزمون نیز در تیپ نوع آ مطلوب است؛ زیرا با مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو - کرون همبستگی دارد (به نقل از فیشر و کن کران، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۵ (فرم کوتاه)

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸، کیفیت زندگی را مورد توجه قرار داد. این پرسشنامه ۲۶ سؤال دارد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای به هر سؤال پاسخ دهد. سؤال یک میزان کلی رضایت از زندگی فرد و سؤال ۲ میزان سلامت کلی وی را مورد سنجش قرار می دهد. بدین ترتیب این پرسشنامه با استفاده از ۲۴ سؤال، چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط (به ترتیب دارای ۷ و ۶ و ۳ و ۸ سؤال) را مورد سنجش قرار می دهد (به نقل از عسگری و همکاران، ۱۳۹۲). پایایی این آزمون در ایران، توسط نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) محاسبه شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی نمونه سالم ۰/۷۰ و نمونه بیمار ۰/۷۲،

¹- Symet

²- Family

³- Friends

⁴- Significant other

⁵- World Health Organization - Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL)



برای سلامت روان نمونه سالم ۰/۷۳ و نمونه بیمار ۰/۷۰، برای روابط اجتماعی نمونه سالم ۰/۵۵ و نمونه بیمار ۰/۵۲ و برای سلامت محیط نمونه سالم ۰/۸۴ و نمونه بیمار ۰/۷۲ به دست آمد. در تحقیق موسوی و عظیمی (۱۳۹۰)، به نقل از عسگری و همکاران، (۱۳۹۲) نیز برای تعیین پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی، از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد و برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۹۴ و ۰/۹۲ که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده می باشد. توانایی فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در متمایز ساختن افراد بیمار از افراد عادی، حاکی از روایی افتراقی این آزمون است. همچنین نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی، حاکی از اعتبار ساختاری مطلوب این آزمون است. به منظور اطمینان از روایی صوری، پرسشنامه دو بار به فارسی برگردانده شد و سرانجام یک نسخه نهایی فارسی تهیه شد. این نسخه به صورت جداگانه ۲ بار به انگلیسی، ترجمه شد. از روی این نسخه یک نسخه نهایی انگلیسی، تهیه گردید و با پرسشنامه اصلی، مقایسه شد. اختلاف معنادار نمرات دو گروه سالم و بیمار در ابعاد چهارگانه نیز حاکی از روایی افتراقی نسخه فارسی این مقیاس است (به نقل از نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۰ محاسبه شد.

ج) شیوه گردآوری داده ها

بعد از اخذ مجوز لازم برای اجرای پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و بعد از هماهنگی با مسئول آموزش دانشکده های مختلف، پرسشنامه ها بین کلاس های انتخابی، توزیع شدند و توضیحات لازم برای پاسخگویی به سؤالات شرح داده شد و دانشجویان مورد نظر، پرسشنامه ها را به طور کامل پاسخ و عودت نمودند. لازم به ذکر است که گردآوری داده ها به مدت ۲ ماه به طول انجامید.

نتایج

جدول ۱ اطلاعات توصیفی از قبیل میانگین، انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمره کسب شده مربوط به متغیرهای پژوهش در آزمودنی ها را نشان می دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره آزمودنی ها در متغیرهای پژوهش

شاخص متغیر	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	۴۹/۴۳	۷۹/۵
حمایت خانواده	۷۹/۲۰	۵۴/۵
حمایت دوستان	۷۹/۱۷	۴۲/۶
حمایت افراد مهم	۸/۱۸	۷۶/۶
کل حمایت اجتماعی	۳۹/۵۷	۵۸/۱۵
کیفیت زندگی	۸۱/۹	۱۳/۸۸



جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در نمونه‌ی دانشجویان دارای علائم افسردگی و

اضطراب

ردیف	متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	تاب آوری	-	۰/۳۹**	۰/۳۲**	۰/۳۷**	۰/۲۸**	۰/۴۵۴**
۲	کل حمایت اجتماعی	-	-	۰/۸۲**	۰/۸۲**	۰/۸۶**	۰/۵۷**
۳	حمایت خانواده	-	-	-	۰/۵۰**	۰/۵۹**	۰/۵۶**
۴	حمایت دوستان	-	-	-	-	۰/۵۲**	۰/۴۸**
۵	حمایت افراد مهم	-	-	-	-	-	۰/۴۰**
۶	کیفیت زندگی	-	-	-	-	-	-

$P > 0.01^{**}$

فرضیه: بین تاب آوری و مؤلفه های کیفیت زندگی (خانواده، دوستان، افراد مهم) با کیفیت زندگی رابطه چندگانه وجود دارد.

جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مربوط به متغیرهای تاب آوری و مؤلفه های حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان، افراد مهم) با کیفیت زندگی را به روش گام به گام (Stepwise) نشان می دهد.



جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه تاب آوری و مؤلفه های حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان، افراد مهم) با کیفیت زندگی به روش گام به گام (Stepwise)

مقدار ثابت (a)	ضرایب رگرسیون (B) و (t)			نسبت F احتمال p	ضریب تعیین RS	همبستگی چندگانه MR	شاخص آماری متغیرهای پیش بین
	۳	۲	۱				
۵۳/۰۳	-	-	B=۱/۳۹ =۰/۵۵۵ t=۱۰/۷۱ p=۰/۰۰۱	F=۱۱۴/۷۴ p>۰/۰۰۱	۰/۳۰۸	۰/۵۵۵	۱- حمایت اجتماعی خانواده
۲۶/۱۷	-	B=۰/۷۳۷ =۰/۳۰۷ t= ۵/۹۸ p=۰/۰۰۱	B=۱/۱۴ =۰/۴۵ t= ۸/۸۷ p=۰/۰۰۱	F=۸۲/۹۹ p>۰/۰۰۱	۰/۳۹۲	۰/۶۲۶	۲- تاب آوری
۲۷/۸۲	۰/۴۲۴ B= ۰/۱۹۶ = ۳/۴۴ t= ۰/۰۰۱ p=	B=۰/۶۲۵ =۰/۲۶۱ t= ۰/۵ p=۰/۰۰۱	B= ۰/۹۳۲ =۰/۳۷ t= ۶/۶۶ =p۰/۰۰۱	F=۶۱/۶۱ p>۰/۰۰۱	۰/۴۱۹	۰/۶۴۸	۳- حمایت اجتماعی دوستان

بحث و نتیجه گیری

همان طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است، طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش گام به گام، از میان متغیرهای پیش بین، به ترتیب حمایت اجتماعی خانواده، تاب آوری و حمایت اجتماعی دوستان بهترین پیش بینی کننده های کیفیت زندگی هستند. ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای پیش بین برابر با $0/648 = 0/419$ می باشد که در سطح $0/001 >$ معنی دار است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می گردد و با تحقیقات اسنلر و واندسبورگر (۲۰۰۸)، میلس و دامبک (۲۰۰۵)، مرور (۲۰۰۴)، دال و همکاران (۱۹۹۸)، هری هوی و همکاران (۲۰۰۹)، کاراداماس (۲۰۰۶)، به نقل از نادری و همکاران (۱۳۸۸)، اوهارا و همکاران (۲۰۰۲)، کامپوس (۲۰۰۲) و کیمولی و استیلول (۲۰۰۲) همخوانی دارد. در تبیین آن می توان گفت انسان موجودی اجتماعی است که با جامعه و افراد آن متقابلاً در ارتباط است او نیازمند کمک و حمایت دیگران است و در مراحل دشوار و سخت زندگی و حتی در دوران خوشی و شادمانی نیاز به شرکایی دارد که او را همراهی کنند، از او حمایت کنند و در زندگی با او باشند. هرچه تعداد منابع حمایتی (خانواده، دوستان، همکاران و...) و میزان مساعدتهایی که به فرد ارائه می شود،



بیشتر باشد و هر چه ذهن فرد در مورد مساعدتهای بالقوه روشن تر و مطمئن تر باشد، توانایی وی برای سازگاری با مشکلاتش بیشتر خواهد شد (فرجی، ۱۳۸۰) و از جمله عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی، بهزیستی روان شناختی و به تبع آنها سرزندگی و حمایت اجتماعی است (چان و همکاران، ۲۰۰۱؛ لی و همکاران، ۲۰۰۴، به نقل از شرف الدین، ۱۳۸۹). اکثر محققان بر این اعتقادند که عوامل متعددی از جمله ویژگی های درونی- روانی، اجتماعی، حمایت اعضای خانواده و دوستان و حمایت دیگر سیستم های اجتماعی در ایجاد و ارتقاء میزان تاب آوری نقش دارند و تاب آوری در واقع یک الگوی محکم است که حمایت ها و فرصت هایی را جهت پیشرفت در زندگی و موفقیت افراد مهیا می سازد (مجیدی پور، ۱۳۹۲).

منابع

منابع فارسی

- تمنایی فر، م.، لیث، ح. و منصوری نیک، ا. (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده خودکارآمدی در دانش آموزان. مجله روان شناسی اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، دوره دوم، سال هشتم، شماره ۲۸، صص ۳۹-۳۱.
- خزایی پارسا، ف. (۱۳۸۶). تاب آوری، ظرفیت غلبه بر دشواریها، پایداری سرسختانه، بهسازی خویشتن. مرکز مشاوره دانشجویی، معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه تهران.
- شرف الدین، ه (۱۳۸۹). رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی واحد علوم و تحقیقات خوزستان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز
- عسگری، پ.، مشاک، ر.، ضمیری، ا. و عباس زاده، ز. (۱۳۹۲). مقایسه تفکر انتقادی، هوش اجتماعی و انعطاف پذیری کنشی دانشجویان دختر و پسر. فصلنامه علمی- تخصصی مجله روان شناسی اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، دوره دوم، سال ۸، شماره ۲۷، صص ۴۱-۲۵.
- فرجی، م. (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با عزت نفس، اضطراب و افسردگی در دانش آموزان دختر پایه اول دبیرستان های شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز
- کلاهنن، ای. سی. (۱۹۹۶). مقیاس خود تاب آوری. ترجمه نرگس علیرضایی (۱۳۸۹). آزمون یارپویا.
- مجیدی پور، س. (۱۳۹۲). رابطه بین الکسی تایمیا و سندرم ایمپاستر و هوش هیجانی با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- نادری، ف.، عسگری، پ.، روشنی، خ. و مهتری آدریانی، م. (۱۳۸۸). رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با رضایت از زندگی سالمندان. فصلنامه علمی - پژوهشی یافته های نو در روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، سال پنجم، شماره ۱۳.
- نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکوئی نائینی، م.، محمد، ک. و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استاندردسازی و ترجمه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت روان سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴، صص ۱-۱۲.



- Doll, B., Jew, C., & Green, K. (1998). *Resilience and peer friendship*. Paper presented at annual meeting of the American Educational Research Association (San Diego, CA, April; 13-17).
- Fisher, J., & Concoran, K (2006). *Measures for clinical practice and research: A source book*, volume 2, adults, Oxford University Press. Inc.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). *A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment?. International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2),65-76.
- from: [Http://WWW.Mentalhelp.Net/](http://WWW.Mentalhelp.Net/).
- Harry Hui, Oi-lingsiu C, Phillips.David R, Lin Lin ,Naiwong –Tze and Shi.Kan (2009). *A study of resiliency among Chinese health care workers: Capacity to copy with workplace stress. Journal of Research in personality*, 770 – 776.
- Kimweli, D. M. S., & Stilwell, W. E. (2002). *Community subjective well- being: Personality trails and quality of life therapy. Journal of Social Indicators research*, 60, 1-3
- Marshel, A. (2008). *Blood glucose. Diabetes care*, 28(9), 2145-49.
- Mills, H., & Dombeck, M. (2005). *Emotional resilience*. Online available
- Montagne, J., Pizza W., Peters, K., Eippert, G., & Poggiali, T. (2002). *The wellness solution. J ACT aging*, (18), 67-81.
- O'Hara, L., Cadbury, H., Devaid, S. L., & Ide, L. (2002). *Evaluation of the effectiveness of professionally guided self care for people with multiple sclerosis living in the community: A randomized control trail. Clin Rehab*, 16(2), 119-128.
- Schneller, Debora P., & Vandsburger, ETTY. (2008). *Self-efficacious behaviors for reducing strees in older adulthood. [Http://WWW.Spring.Com](http://WWW.Spring.Com)*.
- Seligman, M. E. P., & Csilkszentminali, M. (2000). *Positive psychology: An introduction. Journal of American Psychology*, 55, 5-14.