

مقاله‌ی پژوهشی

فرا تحلیل رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سلامت روان

خلاصه

مقدمه: محققان با تمرکز بر سلامت روان افراد، به طور فزاینده‌ای به مفهوم تاب‌آوری علاقه‌مند شده‌اند. دانش در زمینه‌ی تاب‌آوری ممکن است به توسعه‌ی مداخلات با هدف بهبود نتایج مثبت و یا کاهش پیامدهای منفی کمک کند. تاب‌آوری واند به عنوان یک ساز و کار دفاعی در نظر گرفته شود که افراد را به پایداری در مواجهه با سختی و بهبود سلامت روان، توانا سازد. پژوهش حاضر به جمع‌آوری و یکپارچه‌سازی نتایج رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سلامت روان و محاسبه‌ی میزان اثر آن‌ها با استفاده از الگوی پژوهشی فراتحلیل پرداخته است.

روش کار: تعداد ۹ پژوهش داخلی که از لحاظ روش‌شناسی مورد قبول بودند، انتخاب و فراتحلیل بر روی آن‌ها انجام شد. بازه‌ی زمانی مطالعات از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۲ می‌باشد. ابزار این پژوهش، چک‌لیست فراتحلیل بوده است. **یافته‌ها:** میزان رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سلامت روان ۰/۳۵ بوده است ($P < ۰/۰۰۰۰۱$). هم‌چنین نتایج حاصل از تحلیل تعدیلی بیانگر اثرگذاری متغیرهای تعدیل‌کننده در این رابطه نبود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج فراتحلیل حاضر، میزان رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سلامت روان، مطابق جدول کوهن در حد متوسط است.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، سلامت روان، فراتحلیل

*ترگس سادات مرتضوی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه

اصفهان، اصفهان، ایران

نعمت‌ا... یاراللهی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی

بالینی، دانشگاه شاهد، ایران

*مؤلف مسئول:

دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی،

دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

narsis_nm68@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۳/۲/۴

تاریخ تایید: ۹۳/۹/۱۸

پی‌نوشت:

مقاله حاضر، یک فراتحلیل می‌باشد و داده‌های آن از پژوهش‌های دیگر گرفته شده است. لازم به ذکر است که یافته‌های پژوهش حاضر، منفعتی برای نویسندگان مقاله نداشته و فقط جمع‌آوری و یکپارچه‌سازی نتایج پژوهش‌های مختلف انجام گرفته در زمینه‌ی رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سلامت روان، از نگاهی جامع‌تر و بالاتر انجام شده است. از تمامی پژوهشگران مقالات ذکر شده، قدردانی می‌نمایم.

مقدمه

موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی، مهم و همواره مطرح بوده است. اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده، عموماً بعد جسمانی آن مد نظر قرار گرفته و کمتر به بعد روانی آن توجه شده است. سازمان بهداشت جهانی ضمن توجه دادن مسئولان کشورها به تامین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه، همواره بر این نکته تاکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد. طبق برآوردهای این سازمان میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه رو به افزایش است. این در حالی است که در برنامه‌ریزی‌های توسعه‌ی اجتماعی و اقتصادی، پایین‌ترین اولویت به آن‌ها داده می‌شود. بدون شک، سلامت جسمانی و روانی افراد جامعه اهمیت به‌سزایی داشته و یکی از مسایل مهم جهان امروز است و تامین سلامتی اقشار جامعه یکی از مسایل اساسی هر کشوری است که باید آن را از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی مد نظر قرار داد. تا کنون تعاریف متفاوت از سلامت روانی ارائه شده است: فقدان بیماری، داشتن تعادل عاطفی، سازش اجتماعی، احساس راحتی و آسایش، یکپارچگی شخصیت، شناخت خود و محیط و بسیاری تعاریف دیگر (۱). فرهنگ بزرگ روان‌شناسی لاروس^۱، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: استعداد برای هماهنگی، خوش‌آیند و موثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیر بودن و توانایی جهت ایجاد تعادل خود (۲).

سلامتی، مفهومی چندبعدی است که علاوه بر فقدان بیماری و ناتوانی، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز دربرمی‌گیرد. اغلب روان‌پزشکان، روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی جنبه‌های مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند (۳). با این حال طی یک دهه‌ی اخیر و با گسترش مباحث مربوط به روان‌شناسی مثبت، تمایل به مطالعه‌ی جنبه‌های مثبت سلامت نیز به موازات ابعاد منفی آن در حال افزایش است. رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا تبلور تغییر در علم روان‌شناسی از صرف پرداختن به ترمیم آسیب‌ها به سمت بهینه‌سازی کیفیات زندگی است. این جنبش در پی آن است که از نقاط قوت انسان‌ها به عنوان سپری در مقابل بیماری روانی بهره‌گیری (۴).

رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، با توجه به استعدادهای و توانمندی‌های انسان (به جای پرداختن به نابهنجاری‌ها و اختلالات)، در سال‌های اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است.

این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این رو عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد می‌باشند. در این میان،

تاب‌آوری^۲ جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است، به طوری که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود.

تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است. این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل می‌آورد و آن‌ها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد (۵). تاب‌آوری به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصایب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده است (۶). به بیان دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (۷). البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی، در شرایط خطرناک است (۸).

افزون بر این، پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (۹-۱۲). در مطالعه‌ای هجدال، ووگل، سولم، هاگن و استایلز^۳ نشان دادند، افرادی که بالاترین نمرات را در تاب‌آوری گرفتند، دارای پایین‌ترین سطح از علائم افسردگی، اضطراب و وسواس می‌باشند (۱۳).

کامپفر^۴ باور داشت که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه‌ی رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در عین حال کامپفر به این نکته نیز اشاره می‌نماید که سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به شمار رود و هم به عنوان پیش‌آیند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری می‌داند (۱۴).

پژوهش‌های بی‌شماری نشان می‌دهند که تاب‌آوری عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در معرض خطر، حساب آمده و نقش میانجی بسیار مهمی را در بروز بسیاری از اختلالات روانی از خود نشان می‌دهد (۱۵). از طرف دیگر از عواملی که به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌آور زندگی کمک کرده و افراد را در برابر اختلالات آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگاه می‌دارد تاب‌آوری است (۱۶). علاوه بر این، این ظرفیت می‌تواند در طول زمان

^۲Resilience^۳Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen and Stiles^۴Kampfer^۱Laros

انجام شد و در نهایت، ۹ پژوهش که ملاک‌های ورود به فراتحلیل را داشتند، انتخاب شدند. بازه‌ی زمانی مطالعات از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۲ می‌باشد. اطلاعات مربوط به این پژوهش‌ها در جدول ۱ آورده شده است. در این پژوهش هم‌چنین، با توجه به ماهیت آن از رویکرد هانتر و اشمیت استفاده شده است.

فنون هانتر و اشمیت که آزمون تامین اعتبار نیز نامیده می‌شود، از روان‌شناسی صنعتی و سازمانی بیرون آمده است (۲۱).

در این رویکرد، تلاش برای تصحیح نارایی در شاخص‌های قبل از g و I اندازه‌های اثر، به دست آوردن میانگین اندازه‌های اثر صورت نمی‌گیرد. این رویکرد، از نظر تلاش برای تصحیح شاخص‌های اندازه‌ی اثر برای منابع بالقوه‌ی خطا دقیق‌تر است اما قبل از ترکیب اندازه‌های اثر از طریق فراتحلیل روی پژوهش‌ها نیز انجام می‌شود. فراتحلیل، شیوه‌ای دقیق برای ترکیب هدف‌مند نتایج مطالعات متعدد برای دستیابی به برآوردی بهتر درباره‌ی واقعیت است که شامل مراحل زیر می‌شود (۲۲): جستجوی فراگیر برای تمامی مدارک موجود، ۲- به‌کارگیری معیار روشنی برای تعیین پژوهش‌های قابل شمول، ۳- تعیین اندازه‌ی اثر برای هر تحقیق، ۴- یکی کردن اندازه‌های اثر پژوهش‌ها تا رسیدن به برآوردی کلی از رابطه‌ی بین متغیرها.

در فراتحلیل، اصل اساسی عبارت است از محاسبه‌ی اندازه‌ی اثر برای تحقیقات مجزا و جداگانه و برگرداندن آن‌ها به ماتریسی مشترک (عمومی) و آن‌گاه ترکیب آن‌ها برای دستیابی به میانگین تاثیر اندازه‌ی اثر، نشان‌دهنده‌ی میزان یا درجه‌ی حضور پدیده‌ای در جامعه است. با در دست داشتن آماره‌هایی مانند X, f, I می‌توان شاخص اندازه‌ی اثر مربوط به I را برآورد کرد.

بر اساس نظر کوهن^۲ برای شاخص I ، اندازه‌های اثر $0/1$ و $0/3$ و $0/5$ به ترتیب کوچک و بزرگ و متوسط قلمداد می‌شود. به دلیل این که در پژوهش‌های مورد بررسی، آماره‌ی گزارش شده I می‌باشد در نتیجه نیازی به تبدیل آن‌ها نیست. در نهایت با استفاده از فن هانتر و اشمیت به ترکیب اندازه‌ی اثرها و نتیجه‌گیری پرداخته شد.

فرمول‌های استفاده شده در فن هانتر و اشمیت^۳ شامل فرمول $Z = \frac{\sum}{\sum}$ و فرمول $Z = \frac{\sum}{\sum}$ بود.

هم‌چنین برای تعیین وجود یا عدم وجود متغیر تعدیل‌کننده، تحلیل تعدیلی با استفاده از فرمول‌های $SEV = \frac{(\quad)}{(\quad)}$ و $V = \frac{\sum(\quad)}{\sum}$ صورت گرفت. تمامی این تحلیل‌ها و محاسبات به صورت دستی انجام گرفت و در این زمینه از هیچ نرم‌افزاری استفاده نشد (۲۳).

تغییر کند و ممکن است در صورت وجود عوامل حمایتی در فرد یا محیط، افزایش پیدا کند (۱۷).

هم‌چنین چنین ذکر شده است که تاب‌آوری می‌تواند سلامت روانی افراد را تضمین نموده و ارتقا دهد (۵). در مطالعه‌ای که توسط لی، سادوم و زامورسکی^۱ انجام گرفت نیز نتایج نشان داد که فرایند تاب‌آوری در طول زمان تغییر کرده و می‌تواند به سلامت روانی افراد بعد از تجارب دردناک و نامطلوب، کمک بسیاری کند (۱۸).

روش کار

در این پژوهش، با توجه به اهداف و ماهیت آن، از روش فراتحلیل استفاده شده است. با این روش می‌توان نتایج پژوهش‌ها را با یکدیگر ترکیب و روابطی تازه میان پدیده‌های اجتماعی کشف کرد (۱۹). فراتحلیل، شیوه‌ای قوی برای ترکیب هدف‌مند نتایج مطالعات متعدد، جهت رسیدن به یک برآورد بهتر درباره‌ی حقیقت می‌باشد و می‌تواند با وحدت بخشیدن به مجموعه‌ی پژوهش‌هایی که گاهی ممکن است نتایج متناقضی نیز داشته باشند، یک نتیجه‌گیری کلی حاصل کرده و تناقضات را پایان دهد (۲۰). از این رو استفاده از روش فراتحلیل در این پژوهش، برای رسیدن به یک نتیجه‌گیری کلی در زمینه‌ی بررسی رابطه‌ی بین تاب‌آوری با سلامت روان، ضروری است.

جامعه‌ی آماری این پژوهش، پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و دکتری و تحقیقات مجلات علمی-پژوهشی بود که در زمینه‌ی رابطه‌ی تاب‌آوری با سلامت روان انجام شده است.

این پژوهش‌ها، از لحاظ روایی و اعتبار ابزار اندازه‌گیری و روش نمونه‌گیری، شرایط لازم را داشته و در واقع، از نظر علمی و روش‌شناختی تایید شده است. از میان پژوهش‌های متعدد انجام شده در این زمینه، در مجموع ۹ مطالعه که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. چک‌لیست فراتحلیل که به منظور انتخاب پژوهش‌های مناسب با فراتحلیل حاضر و استخراج اطلاعات مناسب، به کار برده شد، عنوان تحقیق، نام محقق، منبع، حجم نمونه، سال اجرا، ابزارهای پژوهش، آماره، میزان آماره و سطح معنی‌داری را شامل می‌شود.

برای انجام این فراتحلیل، ابتدا یک جستجوی فراگیر صورت گرفت. منابع جستجو، پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه‌ها، مجلات علمی-پژوهشی در حوزه‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، پایگاه منابع اطلاعاتی جهاد دانشگاهی، پورتال جامع علوم انسانی و پایگاه اطلاعاتی نور بودند.

لازم به ذکر است فقط منابع فارسی و تحقیقاتی که در ایران انجام شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. سپس بررسی‌های لازم بر روی آن‌ها

²Cohen

³Hunter and Schmidt

¹Lee, Sodom and Zamorsky

جدول ۱- مشخصات پژوهش‌های استفاده شده در فراتحلیل

ردیف	عنوان پژوهش	منبع	پژوهشگر	ابزار اندازه‌گیری سلامت روان	ابزار اندازه‌گیری تاب‌آوری	حجم نمونه	سال اجرا	آماره	میزان معنی‌داری	سطح
۱	بررسی رابطه‌ی سلامت روان و هوش معنوی با تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	فصل‌نامه‌ی علمی - پژوهشی جنتاشاپیر	نجمه حمید، مولود کیخسروانی، محمد بابامیری، مصطفی دهقانی	مقیاس ۲۸ سوالی سلامت روان	پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری کانر و دیویدسون	۱۰۰	۱۳۹۰	۲	۰/۴۷	۰/۰۱
۲	تأثیر تاب‌آوری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی، یک الگوی روان‌شناختی از بهزیستی	فصل‌نامه‌ی علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان	فیض‌اله پورسرد، ذبیح‌اله عباس‌پور، سهراب عبدی زرین، علی‌اکبر سنگری	مقیاس سلامت عمومی (GHQ-۲۸)	مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS)	۱۷۸	۱۳۹۰	۲	۰/۲۷	۰/۰۱
۳	رابطه‌ی بین افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، تنیدگی و سلامت روانی با افکار خودکشی در دانشجویان	SID	داود کردستانی، رضا پورحسین، سید مصطفی سالاری، عباس متولی‌پور محسن امیری	پرسش‌نامه‌ی سلامت روان	مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS)	۲۶۵	۱۳۹۰	۲	۰/۳۳	۰/۰۵
۴	بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و اینترگر دانشگاه‌های شهر ایلام	مجله‌ی علمی - پژوهشی طب جانباز	سارا آزادی، حسین آزاد	پرسش‌نامه‌ی سلامت روان	مقیاس تاب‌آوری فیلیس گلدبرگ ۱۹۷۹	۲۹۷	۱۳۹۰	۲	۰/۳۲	۰/۰۰۰
۵	تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی	مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران	سیامک سامانی، بهرام جوکار، نرگس صحراگرد	مقیاس افسردگی - اضطراب - فشار روانی DASS	مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS)	۲۸۷	۱۳۸۶	۲	۰/۴۶	۰/۰۱
۶	رابطه‌ی سرسختی روان‌شناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده‌ی زلزله‌ی شهرستان بم	مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران	اسحق رحیمیان بوگر، علی اصغر اصغر نژاد فرید	مقیاس سلامت عمومی (GHQ-۲۸)	مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS)	۳۱۴	۱۳۸۷	۲	۰/۷۴	۰/۰۱
۷	مقایسه‌ی تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودک‌دارای ناتوانی یادگیری و عادی	مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری	نیلوفر میکائیل، مسعود گنجی، مسعود طالبی جویباری	مقیاس سلامت عمومی (GHQ-۲۸)	مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS)	۵۰	۱۳۹۰	۲	۰/۶۲	۰/۰۱
۸	رابطه‌ی تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران	مجله‌ی روان‌شناسی معاصر	محمدعلی بشارت، مریم صالحی، خدیجه شاه‌محمدی، حسین نادعلی، عذرا زبردست	مقیاس سلامت روانی ویت و ویر، ۱۹۸۳	مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS)	۱۳۹		۲	۰/۵۶	۰/۰۰۰
۹	بررسی رابطه‌ی تاب‌آوری با سلامت روان و هوش معنوی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر بوشهر	ششمین کنفرانس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات تبریز	یوسف دهقانی، سوران رجبی	مقیاس سلامت عمومی (GHQ-۲۸)	مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS)	۲۵۰	۱۳۹۲	۲	۰/۴۸	۰/۰۱

نتایج

روان، برابر ۰/۳۵ است که بر اساس جدول تفسیر اندازه‌ی اثر کوهن، متوسط ارزیابی می‌شود و این اثر در سطح $P < ۰/۰۰۰۰۱$ معنی‌دار می‌باشد. هم‌چنین مقدار SEV/VT به دست آمده، بیانگر عدم وجود متغیر تعدیل‌کننده می‌باشد.

بحث

با پژوهش‌هایی که با استفاده از روش فراتحلیل انجام می‌شوند بایکپارچه‌سازی نتایج حاصل از پژوهش‌های متعدد که بر روی نمونه‌های مختلف اجرا شده‌اند، دید جامع‌تری از میزان تأثیر متغیرهای مختلف ارائه می‌دهند.

در این بخش با استفاده از داده‌های ارائه شده در مطالعات وارد شده در پژوهش و با استفاده از اندازه‌ی اثر هر پژوهش و سطوح معنی‌داری ارائه شده، میانگین اندازه‌ی اثر رابطه‌ی بین تاب‌آوری با سلامت روان و نیز معنی‌داری آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل، شامل اندازه‌ی اثر، اندازه‌ی اثر ترکیبی، مقدار Z تبدیلی از سطح معنی‌داری، سطح معنی‌داری ترکیبی و نتایج تحلیل تعدیلی در جدول ۲ گزارش شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۲، میزان رابطه‌ی بین تاب‌آوری با سلامت

جدول ۲- نتایج فرا تحلیل رابطه‌ی بین سلامت روان و تاب‌آوری

پژوهش	r کوهن	-	z	تبدیل z به سطح معناداری ترکیبی	SEV/VT
۱	۰/۴۷	۰/۳۵	۴/۲	۰/۰۰۰۰۱	۰/۸۷
۲	۰/۲۷				
۳	۰/۳۳				
۴	۰/۳۲				
۵	۰/۴۶				
۶	۰/۷۴				
۷	۰/۶۲				
۸	۰/۵۶				
۹	۰/۴۸				

مارتینوزن و آسلاکسن^۲ در پژوهش خود با عنوان نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در ارتباط با ترس و اضطراب نشان دادند که تاب‌آوری با ابعاد مختلف سلامت و رضایت از زندگی، رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارد. یافته‌های پژوهش هم‌چنین هم‌سو با یافته‌های پژوهش آنتونوسکی^۳ و لازاروس^۴ است که کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و یا افسردگی همراه دانسته‌اند. نخستین اثر ارتقای توان‌مندی‌های فرد در زمینه‌ی تاب‌آوری، کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش میزان سلامت روانی و در نتیجه افزایش میزان رضایت‌مندی فرد از زندگی خواهد بود (۲۵،۳۰). یافته‌های این بررسی نقش پیش‌آیندی متغیر تاب‌آوری بر پیامدهای سازگاران (۱۴) را تایید نمود.

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه‌ی رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سلامت روان با پژوهش‌های استرازدین، لیندال و بروم^۵، هارتر^۶، کلپاتریک^۷، دیویدو، استیوارت، ریتیچی و چاودیو^۸، تول، سانگ و جردن^۹ و بتانکورت و خان^{۱۰} هم‌سو است (۱۷-۳۵،۳۱). این پژوهش‌ها بیانگر این می‌باشند که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط تنش‌زا و موقعیت ناگوار، سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌نمایند. به این صورت که بتانکورت، می‌ریز-اوکی، چارو و هانسن^{۱۱} در پژوهشی که بر روی کودکان مبتلا به ایدز انجام دادند، دریافتند که ایجاد تفکر تاب‌آور در افراد می‌تواند آثاری مثبت بر سلامت روان و در نتیجه سلامت جسمی کودکان داشته باشد (۳۶).

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج فرا تحلیل حاضر، میزان رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سلامت روان، مطابق جدول کوهن، در حد متوسط است.

فرا تحلیل حاضر نیز با کنار هم قرار دادن نتایج ۹ پژوهش نشان داد که بین دو متغیر تاب‌آوری و سلامت روان، رابطه‌ی متوسط معنی‌داری وجود دارد. این یافته بیانگر این می‌باشد که افراد با سطح تاب‌آوری بالا به دلایل مختلفی که در پیشینه نیز عنوان شد از جمله مقاومت در برابر تنش، غلبه بر مشکلات (۶)، واکنش سازگاران در مقابل شرایط ناگوار (۷) و توان‌مندی اجتماعی بالا (۸)، می‌توانند بر مسایل و مشکلات زندگی غلبه کرده و سلامت روان خود را حفظ نمایند و از این جهت رضایت‌مندی کافی از زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی خود داشته باشند.

یافته‌های این پژوهش همانند یافته‌های سایر بررسی‌های انجام شده در این زمینه نشان‌دهنده‌ی نقش موثر توان تاب‌آوری در میزان سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی بود (۲۵،۲۴). در زمینه‌ی پیامدهای تاب‌آوری، شماری از پژوهش‌ها به افزایش سطح سلامت روان و رضایت از زندگی اشاره داشته‌اند (۲۶،۲۷). وولف^۱ در زمینه‌ی تاثیر مثبت تاب‌آوری بر سلامت روان، بر ویژگی‌های افراد تاب‌آور که سلامت روان را ارتقا می‌بخشند، مانند توان اجتماعی، توانایی در حل مسئله، احساس هدف‌مندی و باور به آینده‌ی روشن، تاکید می‌کند. این پژوهش گویای آن است که افراد دارای تاب‌آوری بالا در شرایط تنش‌زای شغلی قادرند سلامت روانی خویش را حفظ نمایند که این خود موجب ارتقای سطح سلامت روان می‌گردد (۲۸،۲۹). فریبورگ، هاجمدال، روزنوینگ،

^۱Wolf

^۲Friborg, Rosenvinge, Martinusen and Aslaksen

^۳Antonsky

^۴Lazaros

^۵Strazdin, Lyndall and Broom

^۶Harter

^۷Kilpatric

^۸Davydov, Stewart, Ritchie and Chaudieu

^۹Tol, Song and Jordans

^{۱۰}Betancourt and Khan

^{۱۱}Betancourt, Meyers-Ohki, Charrow and Hansen

References

- Hosseini SA. [Fundamentals of mental health: A preliminary study of mental health mental therapy and planning in Islamic school]. Tehran: Beh; 2008: 65-67. (Persian)
- Ganji H. [Mental health]. Tehran: Arasbaran; 2003: 25-6. (Persian)
- Ryff CD, Singer B. Psychological wellbeing meaning measurement, and implications for psychotherapy research. J Psychother Psychosomat 1996; 65: 14-23.
- Robbins BD. What is the good life? Positivism and renaissance of humanistic psychology. J Hum Psychol 2008; 36: 96-112.

5. Pinquart M. Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *J Appl Dev Psychol* 2008; 23: 1-8.
6. Cicchetti D, Gramzy N. Milestone in the development of resilience. *Dev Psychopathol* 1993; 5: 497-774.
7. Waller MA. Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 71: 290-7.
8. Conner KM, Davidson JRT. [Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)]. *Depress Anxiety* 2003; 18: 76-82.
9. Garmezy N. Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. *Am Behav Sci* 1991; 34: 416-30.
10. Masten AS. [Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol* 2001; 56: 227-38.
11. Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *J Fam Ther* 1999; 21: 119-44.
12. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000; 71: 543-62.
13. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clin Psychol Psychother* 2011; 18: 314-21.
14. Kumpfer KL. Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. New York: Kluwer Academic; 1999: 269-77.
15. Mylant M, Tde B, Cuaves E, Meehan M. Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilience? *J Am Psychiatry* 2002; 8: 57-64.
16. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 598-611.
17. Harter SL. Psychological adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 311-37.
18. Lee JE, Sudom KA, Zamorski MA. Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *J Occup Health Psychol* 2013; 18: 327.
19. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educ Research* 1976; 5: 3-8.
20. Farahani HA, Oreizy HR. [Advanced research methods in humanities (a practical approach)]. Isfahan: Jihad; 2009: 89-95. (Persian)
21. Hunter JE, Schmidt FL. Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings. New York: Sage; 1990: 65.
22. Streiner DL. Meta-analysis: A 12-step program. *The electronic journal of gambling issues* 2003; 23: 61-75.
23. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Association; 1988: 119-20.
24. Silliman B. Rationale for resilient families' concept paper. New York: National Network for Family Resiliency; 1994: 56-7.
25. Lazarus A. Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, 2001 tragedy. [cited 2004]. Available from: URL; www.marila.Emory.edu/faculty/lazarus.htm
26. Lazarus A. Ordinary magic: Resilience processes in development. *J Am Psychol* 2001; 56: 227-38.
27. Hamarat ER, Thompson DA, Zabucky KM, Matheny KB. Perceived stress and coping resource: Availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *J Exp Aging Res* 2001; 27: 181-96.
28. Wolff T. Consultation and education in community mental health centers: A setting for applied community psychology. New York: Division of Community Psychology Newsletter; 1982: 96-105.
29. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge OH, martinusen M, Aslaksen M. Resilience as a moderator of pain and stress. *J Psychosom Res* 2006; 61: 213-19.
30. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass; 1987: 1-9.
31. Strazdin L, Broom D. The mental health costs and benefits of giving social support International. *J Stress Manag* 2008; 14: 370-85.
32. Kilpatric R. Support, social, relationships and mental health. *Phys Med Rehabil* 2005; 4: 349-64.
33. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 479-95.
34. Tol WA, Song S, Jordans MJ. Annual research review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict—a systematic review of findings in low-and middle-income countries]. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54: 445-60.
35. Betancourt TS, Khan KT. The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20: 317-28.
36. Betancourt TS, Meyers-Ohki SE, Charrow A, Hansen N. Annual research review: Mental health and resilience in HIV/AIDS-affected children—a review of the literature and recommendations for future research. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54: 423-44.