



فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی  
سال شانزدهم شماره ۶۴ زمستان ۱۴۰۰



## تبیین مدل ساختاری روابط بین خوشبینی و تاب‌آوری با بهزیستی روانشناختی بر اساس رضایت از زندگی در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی

میترا ولی بیگی<sup>۱</sup>، نعیمه محب\*<sup>۱</sup>، رضا عبدی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

۲- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

۳- دانشیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۵/۱

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تحلیل رابطه ساختاری بهزیستی روانشناختی بر مبنای خوشبینی و تاب‌آوری با میانجی‌گری رضایت از زندگی در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت. پژوهش حاضر توصیفی از نوع مدلسازی معادلات ساختاری بود. نمونه این پژوهش شامل ۵۵۴ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی (۳۶۱ نفر زن و ۱۹۳ نفر مرد) بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند غربال و انتخاب شدند و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۹)، پرسشنامه تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (جکسون و کلاریج، ۱۹۹۱)، پرسشنامه خوشبینی (شپیر و کارور، ۱۹۹۴) و پرسشنامه رضایت از زندگی (دینر و همکاران، ۱۹۸۵) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از مدل ساختاری تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد خوشبینی ( $r = 0/06$ )، تاب‌آوری ( $r = 0/65$ ) و رضایت از زندگی ( $r = 0/23$ ) با بهزیستی روانشناختی رابطه معنی‌داری دارند. همچنین خوشبینی ( $r = 0/27$ ) و تاب‌آوری ( $r = 0/54$ ) با رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارند. از طرفی نقش میانجی رضایت از زندگی در ارتباط بین خوشبینی با بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری با بهزیستی روانشناختی مورد تایید قرار گرفت ( $p < 0/05$ ). با توجه به نتایج شایسته است آموزش تاب‌آوری و خوشبینی در فهرست برنامه‌های درمانی مشاوران دانشگاه قرار گیرد تا از این راهبردها برای افزایش رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی بهره‌مند شوند.

**کلیدواژه‌ها:** بهزیستی روانشناختی، خوشبینی، تاب‌آوری، رضایت از زندگی، اختلال شخصیت مرزی

### مقدمه

دانشجویان به دلیل گذار از نوجوانی به سنین جوانی و بزرگسالی، معمولاً استرس و افسردگی را تجربه می‌کنند که غالباً آنها را ملزم می‌سازد با نقش و هویت اجتماعی جدید سازگار شوند، روابط بین فردی را حفظ کنند و در تلاش برای

تحصیل موفقیت‌آمیز باشند (ماسر، دانیلویتز، گورین، فیندلای و فرانک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). افراد در این دوره از زندگی بیشتر با چالش‌هایی از قبیل اختلال در تنظیم هیجان، رفتار ناسازگارانه، کنترل ضعف تکانه، سوء مصرف مواد مخدر یا حتی با رفتارهای آسیب‌زننده به خود روبرو می‌شوند (پترسون، چن، کارور و لابلیر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). مطالعات تأیید می‌کنند که دانشجویان دارای استرس بالایی هستند (هنین، بالینگر و کوالونت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷) و یک بررسی منظم گزارش داد که شیوع افسردگی در بین دانشجویان بین ۱۰ تا ۸۵ درصد (با میانگین شیوع وزنی ۳۰/۶ درصد) است (ابراهیم، کلی، آدامز و گلزبروک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). علاوه بر افسردگی، یک مطالعه در ایالات متحده نشان داد که ۲۴ درصد از دانشجویان دارای افکار خودکشی گرایانه و ۹ درصد نیز اقدام به خودکشی کرده‌اند (لیو، استیونز، وانگ، یاسویی و چن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). در مقایسه، شیوع افکار خودکشی در بزرگسالان در سراسر جهان ۹ درصد و شیوع تلاش برای خودکشی ۲/۷ درصد است (ناک و همکاران، ۲۰۰۸). در مورد شیوع اختلال شخصیت مرزی در بین دانشجویان، با بررسی ۴۳ مطالعه، شیوع اختلال شخصیت مرزی بین ۰/۵ تا ۳۲/۱ درصد در نظر گرفته شده است (مینی، هاسکینگ و ریپرت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶). ۱۷/۱ درصد از دانشجویان علائم بالینی قابل توجهی از اختلال شخصیت مرزی را گزارش کرده‌اند (سائر و بائر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). دانشجویان که اکثر آنها در گروه سنی پرخطر قرار دارند، نسبت به سایر افراد، پریشانی روانشناختی و علائم روانپزشکی بیشتری را گزارش می‌کنند (دیزی، کاگلان، پیرونام، جوردن و مک‌نامرا<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴).

در دهه‌های اخیر، همراه با افزایش روانشناسی مثبت‌گرا (گیبل و هایدت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵)، تحقیقات روانشناسی تلاش کرده است تا عواملی را که باعث ارتقاء بهزیستی روانی و دیگر هیجانات مثبت می‌شود، بررسی کند (ساتیجی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۹). مطالعات تجربی اخیر سعی در درک عوامل مؤثر در بهزیستی روانشناختی داشتند. بررسی جامع تحقیقات نشان می‌دهد که بهزیستی روانشناختی با پیامدهای مثبت روانی مانند عزت نفس (جوشانلو و دیمی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۵)، بخشش (داتو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۴)، امید (پاکر و همکاران، ۲۰۱۵) و خوشبینی (های، کاو، فینگ، جوان و پینگ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۳)، در ارتباط است. به همین ترتیب، تحقیقات نشان داد که افرادی بهزیستی روانشناختی بالایی دارند به احتمال زیاد دارای تعاملات اجتماعی غنی‌تر، نتایج کار و فعالیت بهتر و از انرژی بیشتری در فعالیت‌های خود برخوردارند (لیوبومیرسکی و همکاران، ۲۰۰۵). اختلال شخصیت

1. Maser, Danilewitz, Guérin, Findlay Frank
2. Peterson, Chen, Karver & Labouliere
3. Heinen, Bullinger & Kocalevent
4. Ibrahim, Kelly, Adams & Glazebrook
5. Liu, Stevens, Wong, Yasui & Chen
6. Meaney, Hasking & Reupert
7. Sauer & Baer
8. Deasy, Coughlan, Pironom, Jourdan & Mcnamara
9. Gable & Haidt
10. Satici
11. Joshanloo & Daemi
12. Datu
13. He, Cao, Feng, Guan & Peng

مرزی نتایج منفی در کیفیت زندگی، بهزیستی رفتاری و شناختی افراد در پی دارد (استرنز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال شخصیت مرزی با هیجانات منفی از قبیل خشم و مهار آن (جاکوب<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸)، شرم (گراتز، روزینتال، تال، لجویز و کاندرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰)، افسردگی، تنش و اضطراب (استیگل مایر، گراتول، لینهان، هورست، فاهرینبرگ و بوهاس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵) رابطه مثبت دارد.

مفهوم بهزیستی روانشناختی<sup>۵</sup> به عنوان رویکردی که روانشناسی مثبت‌نگر به سلامت روان در سال‌های اخیر مطرح کرده بر ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید داشته و در واقع بر سلامت ذهنی مثبت دلالت دارد (ریف و سینگر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸؛ نوک و سومی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (مایرز و دینر<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵؛ وانگ<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

افرادی که صفات شخصیت مرزی بیشتری دارند، ظرفیت کمتری برای تنظیم هیجانات خود به صورت مثبت و سازنده و توان کمتری برای فایده‌آوردن بر تجارب هیجانی منفی دارند. بنابراین، تنظیم هیجانی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مستقل صفات مرزی در افراد باشد. برخی از پیامدهای سطح بالای خصوصیات اختلال شخصیت مرزی این است که ممکن است در تنظیم هیجانی، دستیابی به اهداف زندگی و بهزیستی روانشناختی اختلال ایجاد کند (به عنوان مثال، کرامر، تورجرزن و کرینگلن، ۲۰۰۶). به طور ویژه، نشان داده شده است که افراد با سطح بالاتری از ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در بیست سال بعدی زندگی رضایت از زندگی را به طور مداوم پایین تر گزارش می‌کنند (وینوگرا، کوهن و چن، ۲۰۰۸).

تعیین اینکه چه عواملی روانشناختی در افزایش سطح بهزیستی روانی نقش دارند، مهم است. یکی از عوامل مرتبط با بهزیستی روانشناختی، خوش‌بینی است که به عنوان انتظار کلی برای دستیابی به نتایج مثبت در آینده شناخته می‌شود (شیر و کارور، ۲۰۱۵). کارور و شیر (۲۰۱۴) اصطلاح خوشبینی را برای توصیف رویکرد خود به عنوان باور کلی یا انتظار

- 
1. Strentz
  2. Jacob
  3. Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez & Gunderson
  4. Stiglmayr, Grathwol, Linehan, Ihorst, Fahrenberg & Bohus
  5. Psychological Well-being (PWB)
  6. Ryff & Singer
  7. Novak & Suomi
  4. Myeris & Diener
  8. Wang

برای نتیجه مطلوب در آینده ترسیم کردند. خوش بینی، سلامت جسمانی و روانی، روابط اجتماعی و بهبود یادگیری و پیشرفت تحصیلی را نشان می‌دهد (راسموسن و همکاران، ۲۰۰۹؛ چاتوردی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

مطالعات نشان می‌دهد که انتظار کلی نتیجه مثبت با بهزیستی جسمی و روانشناختی در ارتباط است (هانسن و همکاران ۲۰۱۵). تحقیقات نشان داده است که خوشبینی با بهزیستی روانشناختی ارتباط دارد (کلیمن و همکاران، ۲۰۱۷؛ راسموسن و همکاران، ۲۰۰۹؛ شیبر و کارور، ۲۰۱۵).

افراد خوش بین تمایل دارند به جای اینکه بدبین باشند، انتظارات مثبت و مطلوب نسبت به آینده خود داشته باشند. خوش‌بینی به افراد کمک می‌کند تا انتظارات مثبت خود را بجای توجه به مشکلات متمرکز کنند (گلمن، ۲۰۰۰)؛ زیرا افراد خوش بین به طور کلی احساس اعتماد به نفس دارند و فکر می‌کنند مشکلات را می‌توان با موفقیت اداره کرد و با روش‌های مختلف به اهداف خود در زندگی برسند (کارور و شیبر، ۲۰۱۴). بخش عمده تحقیقات نشان داد که خوش‌بینی با طیف گسترده‌ای از سازه‌های مثبت و بهزیستی همراه است. کاراداماس (۲۰۰۶) اظهار داشت که خوش‌بینی با سلامت و عملکرد جسمی و روانی مرتبط است. همچنین لیو و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که خوش‌بینی با خودکارآمدی عمومی، رضایت از زندگی مرتبط است.

عامل مهم بعدی که به احتمال زیاد با رضایت از زندگی ارتباط دارد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری توسط رایلی و ماستن (۲۰۰۵) به صورت الگوهای سازگاری مثبت در مقابل ناسازگاری تعریف شده است. دی فابیو و پالازسچی (۲۰۱۵) و کوهن، فردریکسون، براون، میکلز و کانوی (۲۰۰۹) اظهار داشتند که تاب‌آوری نقش مهمی در بهزیستی افراد دارد.

تاب‌آوری به عنوان یک ویژگی شخصیتی پایدار و نسبتاً پایدار توصیف شده است که افراد را قادر می‌سازد با توجه به مشکلات و سختی‌های شدید، با آن روبرو شوند، بر آن غلبه یا تعدیل کنند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). از آنجا که این سازه به افراد کمک می‌کند تا با وقایع استرس‌زا زندگی سازگار شوند، تاب‌آوری با رفتار سازگارانه در ارتباط بوده و منجر به تنظیم بهتر و افزایش سطح بهزیستی می‌شود (بائک، لی، جو، لی و چوی، ۲۰۱۰). افراد دارای تاب‌آوری بالا، تمایل دارند که به طور مؤثر با مشکلات روبرو شوند، به گونه‌ای که آنها در برابر نتایج منفی قدرت تحمل و مقابله بهتری پیدا کنند (فردریکسون، تاگاد، واو و لارکین، ۲۰۰۳).

به نظر می‌رسد خوش‌بینی و تاب‌آوری در بسیاری از مواقع با یکدیگر همراه هستند. این بدان معناست که بین این دو متغیر رابطه تعاملی برقرار است. تاب‌آوری منجر به خوش‌بینی و خوش‌بینی منجر به تاب‌آوری می‌شود. این نتایج با مطالعات بونانو (۲۰۰۵) و کارور، شیبر و سگستروم (۲۰۱۰) همسو است. فوناگی، لوتن، آلیسون و کمپل (۲۰۱۷) نشان می‌دهند که عدم تاب‌آوری یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی است و از عدم انعطاف‌پذیری افراد برای

1. Chaturvedi

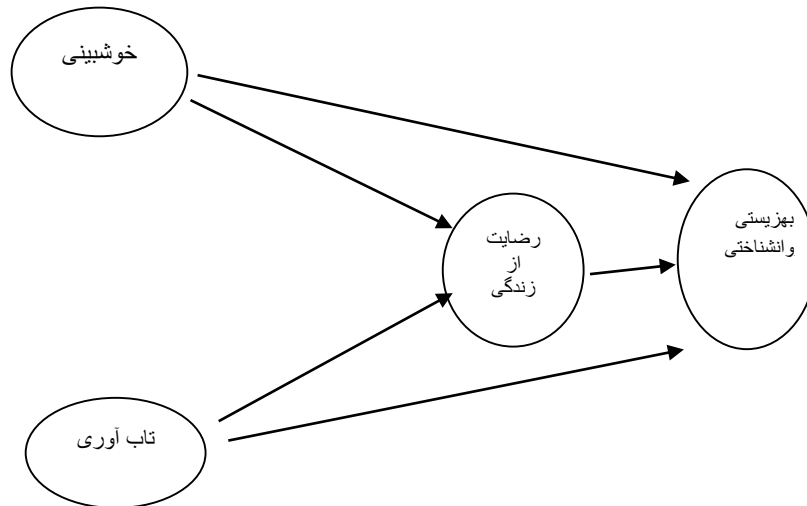
روابط اجتماعی و عدم ارزیابی مجدد (یکی از ویژگی‌های تنظیم هیجانی) هنگام مواجهه با تجربیات منفی در تعاملات اجتماعی ناشی می‌شود.

تاب‌آوری ساختاری چند وجهی است. علاوه بر هیجان‌ات مثبت، تاب‌آوری همچنین با حمایت اجتماعی بهتر، کنترل بیشتر و خوش‌بینی بیشتر همراه است (به عنوان مثال، ریچ و همکاران، ۲۰۱۰). افراد دارای اختلال شخصی مرزی که تاب‌آوری کمتری را گزارش می‌کنند ممکن است در جنبه‌های دیگر تاب‌آوری دارای کمبودهایی باشند، اما می‌توانند از طریق هیجان‌ات مثبت برای تقویت بهزیستی روانی خود استفاده کنند (فوناگی و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از مکانیسم‌های زیربنایی بین علایم اختلال شخصیت مرزی با رضایت از زندگی ممکن است حساسیت به طرد باشد؛ که به عنوان درجه ای که فرد با اضطراب انتظار طرد از طرف دیگران را دارد تعریف می‌شود (لوی، آیدوک و داوئی، ۲۰۰۱). کسانی که دارای سطح بالایی از خصوصیات اختلال شخصیت مرزی هستند، اغلب طرد را به عنوان نشانه عدم تأیید یا کاهش ارزش شخصی تفسیر می‌کنند (استائبر، هلینگ، روزنباخ و رنبرگ، ۲۰۱۱). حساسیت بالا به طرد، به نوبه خود، به طور مداوم با مشکلات روانی اجتماعی از جمله افسردگی و تنهایی در ارتباط بوده و نشان دهنده سطح پایین رضایت از زندگی است (مک دونالد، بوکر، روبین، لورسن و دوچن، ۲۰۱۰؛ ساندستروم، سیلسن و آیزنهور، ۲۰۰۳).

افرادی که از زندگی خود رضایت دارند، بهتر می‌توانند در برخورد با مطالبات و تکالیف مربوط به زندگی آماده می‌شوند و احساس قدرت، خودمختاری و هدف در زندگی دارند (مارکو، پرز، گارسیا-آلاندت و مالینز، ۲۰۱۷). در مقابل، عدم رضایت از زندگی یک وضعیت منفی شناختی-عاطفی-انگیزشی است که با ناامیدی، عدم کنترل زندگی و عدم وجود اهداف مهم همراه است. داشتن رضایت از زندگی و به تبع آن با معنا بودن زندگی با علائم اختلال شخصیت مرزی از چندین جهت رابطه منفی دارد. اولین اینکه این افراد دارای تنظیم هیجانی مثبت بیشتری هستند (شین، لی و لی، ۲۰۰۵) و از راهبردهای تنظیم هیجانی و متمرکز بر هیجان بیشتری استفاده می‌کنند (ادواردز و هولدن، ۲۰۰۱). مدل‌های نظری تأثیر گذار در زمینه اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد می‌کنند که تجربیات کودکی ناشی از تعامل بین فردی نامناسب علت اصلی بدتنظیمی هیجانی در این گروه از بیماران هست (باتمن و فوناگی، ۲۰۰۵؛ لینهان، ۱۹۹۳).

در مجموع بررسی ادبیات پژوهش در حیطه اختلال شخصیت مرزی نشان می‌دهد که تاکنون الگوی ساختاری روابط بین خوشبینی و تاب‌آوری بر بهزیستی روانشناختی با تأکید بر نقش میانجی رضایت از زندگی ارائه نشده است و در این زمینه خلأ پژوهشی وجود دارد. بنابر این مسأله اصلی پژوهش حاضر ارائه الگوی ساختاری روابط بین خوشبینی و تاب‌آوری بر بهزیستی روانشناختی با تأکید بر نقش میانجی رضایت از زندگی در بین دانشجویان دارای نشانگان اختلال مرزی می‌باشد. در شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش ارائه شده است.



شکل ۱: مدل مفهومی تحقیق

## روش

روش پژوهش حاضر توصیفی پیمایشی و طرح پژوهشی همبستگی از نوع مدل‌یابی روابط ساختاری است. پژوهشی همبستگی از نوع مدل‌یابی روابط ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه علامه طباطبائی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بود که طبق اطلاعات بالغ بر ۱۸۵۰۰ دانشجو بوده است. با توجه به این که نمونه مورد هدف این پژوهش دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی دانشگاه علامه طباطبائی بودند. نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند با استفاده از پرسشنامه شخصیت مرزی و با در نظر گرفتن نقطه برش نمره ۱۰ (بابایی فرد، فراهانی و هاشمی رزینی، ۱۳۹۴) از بین دانشجویان این دانشگاه غربال و در نهایت تعداد ۵۵۴ نفر از دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. انتخاب حجم نمونه تابعی از حجم جامعه، هزینه، زمان و امکانات پژوهشگران است. علاوه بر آن، متخصصان مدل‌یابی معادلات ساختاری نمونه‌هایی بیش از ۲۰۰ نفر را برای این گونه پژوهش‌ها پیشنهاد کرده‌اند (هومن، ۱۳۸۷). انتخاب حجم نمونه تابعی از حجم جامعه، هزینه، زمان و امکانات پژوهشگران است. علاوه بر آن، متخصصان مدل‌یابی معادلات ساختاری نمونه‌هایی بیش از ۲۰۰ نفر را برای این گونه پژوهش‌ها پیشنهاد کرده‌اند (هومن، ۱۳۸۷).

## ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش

مقیاس اختلال شخصیت مرزی: در این پژوهش از مقیاس شخصیت مرزی (STB)<sup>۱</sup> که توسط جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) برای سنجش الگوهای شخصیت مرزی در تحقیقات غیر بالینی ساخته شده است استفاده شد. این مقیاس شامل

1. Schizotypal Trait questionnaire- B form

۲۲ گویه است که به صورت بلی/ خیر جواب داده می‌شود. جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) ضریب پایایی بازآزمایی را برای STB ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین راولینگز و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده‌اند. در ایران محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۱۳۸۴) ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله ۴ هفته را برای مقیاس STB ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ را گزارش کردند.

**مقیاس بهزیستی روانشناختی:** برای اندازه‌گیری بهزیستی روانشناختی از پرسشنامه تدوین شده توسط ریف (۱۹۸۹) استفاده شد. این پرسشنامه ۱۸ سؤال دارد و ۶ عامل (خودمختاری، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و تسلط بر محیط) را می‌سنجد. سؤالات بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است. این مقیاس در آغاز بر روی یک نمونه ۳۲۱ نفری اجرا و ضریب همبستگی بین مقیاس‌ها ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد (بیانی، محمد کوچکی و بیانی، ۱۳۸۶) در ایران بیانی، کوچکی و بیانی (۱۳۸۶) پایایی این مقیاس را مورد آزمون قرار دادند و همسانی درونی آن با بهره‌گیری از رشد شخصی ۰/۷۸، پذیرش خود ۰/۷۱، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰ و خودمختاری ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ  $\alpha=0/943$  به دست آمد.

**پرسشنامه تاب‌آوری:** برای اندازه‌گیری تاب‌آوری از پرسشنامه کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده می‌شود. این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی (۸ گویه)، تحمل عاطفه منفی (۷ گویه)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۵ گویه)، کنترل (۳ گویه) و تأثیرات معنوی (۲ گویه) است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۷) در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ  $\alpha=0/913$  به دست آمد.

**پرسشنامه خوش‌بینی:** برای اندازه‌گیری خوش‌بینی از پرسشنامه شی‌پرو کارور (۱۹۹۴) استفاده شد. این پرسشنامه دارای سؤال است. برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در خوش‌بینی و بدبینی عمومی، اولین بار در سال ۱۹۸۵ توسط شیپرو و کارور با هدف سنجش خوش‌بینی سرشتی طراحی شد. فرم اصلی و اولیه این آزمون ۱۲ سؤالی بود. سپس این آزمون در سال ۱۹۹۴ توسط شیپرو، کارور و بریجز مورد تجدید نظر قرار گرفت و به آزمون ۱۰ سؤالی تبدیل شد. نمره‌گذاری

پرسشنامه خوش‌بینی شیبر و کارور به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) می‌باشد. شیبر و همکاران (۱۹۹۴) درباره پایایی و روایی این آزمون پژوهشی به عمل آوردند، همان گونه که انتظار می‌رفت، خوش‌بینی به طور مثبت با خود تسلطی و حرمت خود و به طور منفی با اضطراب خصیصه‌ای و روان آزرده‌خوبی همبسته است. همچنین، همسانی درونی ۶ ماده پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمده که ضریب قابل قبولی است. شیبر و همکاران (۱۹۹۴) پایایی آزمون را به روش بازآزمایی در فاصله ۲۸ ماه، ۰/۷۹ محاسبه نموده‌اند که نشانگر آن است که این آزمون از ثبات نسبی برخوردار است. این آزمون توسط خدابخشی (۱۳۸۳) در ایران هنجاریابی شده است. نتایج بدست آمده نشان داد ضریب روایی همزمان بین مقیاس خوش‌بینی با افسردگی و خودتسلطی یابی ۰/۶۴ و ۰/۷۲ بدست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ  $\alpha=0/90$  به دست آمد.

**مقیاس رضایت از زندگی:** برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی از پرسشنامه دینر و همکاران (۱۹۸۵) استفاده می‌شود. این پرسشنامه دارای ۵ گویه است. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) اندازه‌گیری شدند. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه توسط دینر و همکاران (۱۹۸۵) تأیید شده است. بیانی و همکاران (۱۳۸۶) اعتبار مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد. روایی سازه مقیاس رضایت از زندگی از طریق روایی همگرا با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد و فهرست افسردگی بک برآورد شد. این مقیاس همبستگی مثبت با فهرست شادکامی آکسفورد و همبستگی منفی با فهرست افسردگی بک نشان داد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ  $\alpha=0/775$  به دست آمد. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از نرم افزارهای spss.23 و لیزرل ۸/۸۰ استفاده شد.

## یافته‌ها

نمونه آماری تحقیق شامل ۳۶۱ نفر زن و ۱۹۳ نفر مرد بودند که دامنه سنی آنها بین ۱۹ تا ۳۵ سال قرار داشت. همچنین از مجموع شرکت کنندگان در تحقیق ۱۷۶ نفر (۳۱/۷۶ درصد) در مقطع کاردانی، ۲۱۰ نفر (۳۷/۹۰ درصد) در مقطع کارشناسی، ۱۰۶ نفر (۱۹/۱۳ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد و ۶۱ نفر (۱۱/۰۱ درصد) در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۱: ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهشی

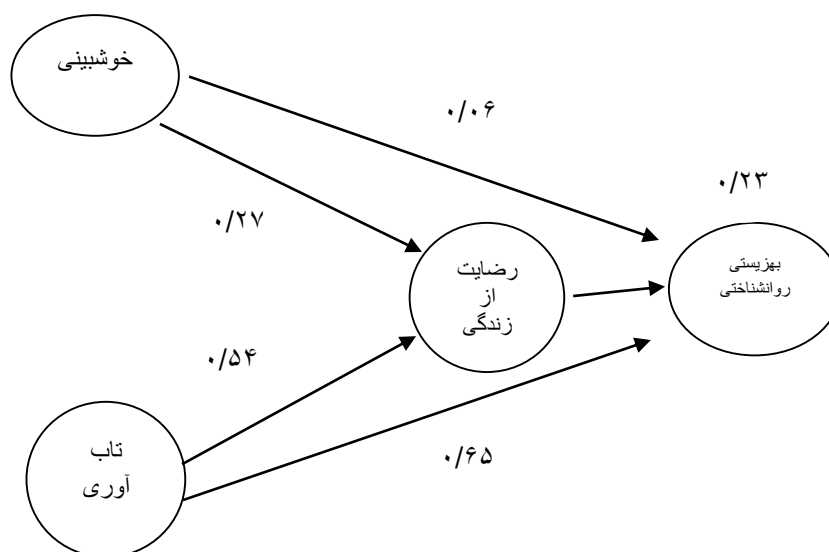
متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	خوشبینی	تاب‌آوری	رضایت از زندگی	بهزیستی روانشناختی
خوشبینی	۲۳/۸۳	۵/۷۴	-			
تاب‌آوری	۵۷/۴۰	۱۳/۹۰	**۰/۵۵	-		
رضایت از زندگی	۱۰/۵۳	۲/۵۹	**۰/۵۶	**۰/۶۸	-	
بهزیستی روانشناختی	۳۸/۶۴	۱۰/۰۳	**۰/۵۴	**۰/۸۴	**۰/۷۱	-

\*p < 0.05, \*\*p < 0.01



جدول شماره ۱، میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی خوش بینی، تاب‌آوری، رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی را نشان می‌دهد. طبق نتایج میانگین و انحراف استاندارد خوشبینی (۲۳/۸۳ و ۵/۷۴)؛ تاب‌آوری (۵۷/۴۰ و ۱۳/۹۰)، رضایت از زندگی (۱۰/۵۳ و ۲/۵۹) و بهزیستی روانشناختی (۳۸/۶۴ و ۱۰/۰۳) بدست آمد. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بیشترین ضریب همبستگی مربوط به تاب‌آوری با بهزیستی روانشناختی (۰/۸۴۲) و کمترین ضریب همبستگی مربوط به رابطه بین خوشبینی با بهزیستی روانشناختی می‌باشد (۰/۵۴۸).

همچنین به منظور آزمون نقش میانجی رضایت از زندگی در ارتباط بین خوشبینی و تاب‌آوری با بهزیستی روانشناختی از تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار لیزرل استفاده گردید. شکل شماره ۲ و جدول شماره ۳ نتایج آزمون فرضیه اصلی به روش تحلیل مسیر را نشان می‌دهند. شکل شماره ۲ نمایانگر ضریب استاندارد (R) و رابطه علی پیشنهاد شده میان خوشبینی، تاب‌آوری، بهزیستی روانشناختی با نقش میانجی رضایت از زندگی را نشان می‌دهد.



شکل ۲: مدل رابطه ساختاری بهزیستی روانشناختی بر مبنای خوشبینی و تاب‌آوری با میانجی‌گری رضایت از زندگی در حالت تخمین استاندارد

جدول ۲: جدول شاخص‌های برازش مدل مورد مطالعه در پژوهش حاضر

p	NFI	CFI	AGFI	GFI	X <sup>2</sup> /df	RMSEA
۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۹۶	۲/۹۶	۰/۰۶۴

طبق مندرجات جدول ۲ شاخص‌های برازش کلی مدل در سطح مناسبی هستند. در این مدل رضایت از زندگی به عنوان متغیر میانجی توانست نقش واسطه‌ای خود را بین خوشبینی و تاب‌آوری با بهزیستی روانشناختی ایفا کند.

جدول شماره ۳. اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر

اثرات مسیر	اثر مستقیم	سطح معنی‌داری (t-value)	اثر غیرمستقیم	اثر کل	سطح معنی‌داری
خوشبینی ← بهزیستی روانشناختی	۰/۰۶	۲/۱۹	۰/۰۶	۰/۱۲	$p < ۰/۰۵$
خوشبینی ← رضایت از زندگی	۰/۲۷	۷/۵۰	.	.	$p < ۰/۰۵$
تاب‌آوری ← بهزیستی روانشناختی	۰/۶۵	۲۱/۲۱	۰/۱۲	۰/۷۷	$p < ۰/۰۵$
تاب‌آوری ← رضایت از زندگی	۰/۵۴	۱۵/۳۰	.	.	$p < ۰/۰۵$
رضایت از زندگی ← بهزیستی روانشناختی	۰/۲۳	۷/۳۰	.	.	$p < ۰/۰۵$

طبق نتایج جدول ۳، خوشبینی ( $r = ۰/۰۶$ ,  $t = ۲/۱۹$ )، تاب‌آوری ( $r = ۰/۰۶۵$ ,  $t = ۲۱/۲۱$ ) و رضایت از زندگی ( $r = ۰/۲۳$ ,  $t = ۷/۳۰$ ) با بهزیستی روانشناختی رابطه معنی‌داری دارند. همچنین خوشبینی ( $r = ۰/۲۷$ ,  $t = ۷/۵۰$ ) و تاب‌آوری ( $r = ۰/۵۴$ ,  $t = ۱۵/۳۰$ ) با رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، اثر غیرمستقیم برای خوش‌بینی بر بهزیستی روانشناختی (از طریق رضایت از زندگی)  $۰/۰۶$  و اثر غیرمستقیم برای تاب‌آوری بر بهزیستی روانشناختی (از طریق رضایت از زندگی)  $۰/۱۲$  به دست آمده است. پس می‌توان نتیجه گرفت که خوشبینی و تاب‌آوری به صورت غیر مستقیم می‌توانند بهزیستی روانشناختی را پیش‌بینی کنند. همچنین اثر کل خوشبینی و تاب‌آوری بر روی بهزیستی روانشناختی معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تحلیل رابطه ساختاری بهزیستی روانشناختی بر مبنای خوشبینی و تاب‌آوری با میانجی‌گری رضایت از زندگی در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شد. با توجه به نتایج، خوشبینی، تاب‌آوری و رضایت از زندگی با بهزیستی روانشناختی رابطه معنی‌داری دارند. همچنین خوشبینی و تاب‌آوری با رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارند. از طرفی نقش میانجی رضایت از زندگی در ارتباط بین خوش‌بینی با بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری با بهزیستی روانشناختی مورد تایید قرار گرفت.

این نتایج با یافته‌های کلیمن و همکاران (۲۰۱۷)، راسموسن و همکاران (۲۰۰۹) و شیبر و کارور (۲۰۱۵) در خصوص رابطه خوشبینی با بهزیستی روانشناختی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد خوش‌بین هنگام مواجهه با مشکلات از راهبردهای حل مسئله مؤثرتر و مناسب‌تری استفاده می‌کنند و تنظیم هیجانی بهتری دارند. افراد خوش‌بین در مقایسه با افراد بدبین به هنگام مواجهه با مشکلات کمتر از مکانیزم انکار استفاده کرده و خود را از

مسئله دور می‌کنند بلکه تلاش می‌کنند با مسأله برخورد منطقی تری داشته باشند و هیجانان خود نسبت به مسأله را تنظیم کنند. علاوه بر این، افراد خوش بین رویدادها یا تجربه‌های منفی را به نسبت دادن علت آن‌ها به عوامل بیرونی گذرا و خاص تبیین می‌کنند، همچنین افراد خوش‌بین به جنبه‌های روشن امور حتی در شرایط مصیبت بار توجه بیشتری دارند در نتیجه از تنظیم هیجان شناختی بیشتری برخوردارند (بالدوین و همکاران، ۲۰۱۰). افراد خوش‌بین، اعتقاد دارند که می‌توانند مسائل را حل کنند و بر بدبختی و بیچارگی چیره شوند و حوادث زندگی را کنترل کنند، افراد خوش‌بین اسنادهای خوش‌بینانه‌تری را ایجاد می‌کنند، انتظار دارند که چیزهای خوبی در آینده اتفاق بیفتد و اعتقاد دارند که آن‌ها قادر به کنترل حوادث در زندگی‌شان خواهند بود و انگیزه‌ها و برنامه‌هایی برای رسیدن به اهدافشان دارند و این ویژگی‌ها باعث می‌شود بهزیستی روانشناختی بیشتری داشته باشد (هانسن و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین نتایج پژوهش در زمینه تاب‌آوری با بهزیستی روانشناختی، با یافته‌های دی فابیو و پالازسچی (۲۰۱۵) و کوهن، فردریکسون، براون، میکلز و کانوی (۲۰۰۹) همسو است. افراد تاب‌آور سازگاری فردی بالایی با عوامل استرس‌زای محیطی در زندگیشان دارند در نتیجه رضایت زندگی بالاتری دارند. تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد هیجانان خود را شناخته و آنها را کنترل کنند. همچنین باعث می‌شود افراد راهبردهای کنار آمدن و ساز کارهای دفاعی بهتر و مناسب‌تر برای مقابله با استرس‌های زندگی داشته باشند؛ بنابراین افراد قادر می‌شوند که موقعیت‌ها و مشکلات را ارزیابی کنند و این می‌تواند تاثیر بسیار بسزایی در افزایش رضایت از زندگی افراد داشته باشد. همچنین تاب‌آوری باعث خودشناسی و شناسایی هیجانان خود و تلاش برای رشد نگرش مثبت می‌شود و به میزان زیادی در پرورش مثبت روابط افراد با خلق محیطی که غنی از روشنفکری و انعطاف‌پذیری است برخلاف محیطی که منتقد و خشک است کمک می‌نماید.

در واقع تاب‌آوری افراد را قادر سازد که هر لحظه بر نقاط قوت و ضعف زندگی خود آگاه باشند و محیطی دائما پویا و انعطاف‌پذیر در زندگی خود ایجاد کنند که این محیط پویا و انعطاف‌پذیر مانع رشد تعارضات مزمن و فاصله‌های روانی و عاطفی طولانی مدت می‌شود و در نتیجه منجر به افزایش رضایت از زندگی می‌شود (مالکوج و یالچین، ۲۰۱۵). افراد با تاب‌آور بالا در لحظات استرس و بحران می‌دانند که برای کمک گرفتن به کجا مراجعه کنند، وقتی که تحت فشار هستند، تمرکزشان را از دست نمی‌دهند و درست فکر می‌کنند، اگر شکست بخورند، به راحتی دلسرد نمی‌شوند، در برابر چالش‌ها و مشکلات زندگی خود را فردی توانمند می‌دانند، می‌توانند احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل کنند و بر زندگی کنترل دارند.

بنابراین چنین افرادی دارای بهزیستی روانشناختی بیشتری هستند. از سوی دیگر هر چه فرد قدرت بیشتری در تاب‌آوری، مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی داشته باشد کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و از سلامت روانی بالاتری بهره‌مند می‌شوند و در نتیجه بهزیستی روانشناختی بالاتری داشته باشند (ساگونه و کارولی، ۲۰۱۴).

از طرفی نتایج نشان داد رضایت از زندگی با بهزیستی روانشناختی رابطه معنی دارد که این یافته نیز با یافته‌های استائبر، هلینگ، روزنباخ و رنبرگ (۲۰۱۱)، مک دونالد، بوکر، روبین، لورسن و دوچن (۲۰۱۰) و ساندستروم، سیلسن و آیزنهاور (۲۰۰۳) همسو است. رضایت از زندگی در ارتباط بین تاب‌آوری با بهزیستی روانشناختی نقش میانجی معناداری دارد. در نتیجه می‌توان گفت که تاب‌آوری از طریق نقش میانجی رضایت از زندگی منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تاب‌آوری باعث می‌شود افراد مثبت‌اندیش و واقع‌نگر باشند و در نظر داشته باشند که همه افکار منفی و احتمال‌های بد آن‌ها قرار نیست حتماً به وقوع بپیوندد و آنها مجبور نیستند همه زندگی‌شان را تحت تاثیر این افکار خراب کنند.

علاوه بر این تاب‌آوری باعث می‌شود تا علاوه بر اینکه بهزیستی روانی افراد افزایش یابد، درماندگی روانی شان نیز کاهش پیدا می‌کند. ارتقا تاب‌آوری در افراد سبب می‌شود که آنها از احساس اعتماد به نفس و کارآمدی بیشتری برخوردار شوند که به آنها اجازه می‌دهد با موفقیت چالش‌های زندگی را پشت سر بگذارند. این افراد احساس ناامیدی و تنهایی کمتری داشته و از این مهارت برخوردارند که به یک مشکل به عنوان مسئله‌ای که می‌تواند آن را کند و کاو کنند، تغییر دهند، تحمل کنند و یا به طریق دیگر حل کنند، نگاه کنند که این به نوبه خود منجر به بهبود رضایت از زندگی و در نتیجه افزایش بهزیستی روانشناختی می‌شود (دی‌فایبو و بوسی، ۲۰۱۵).

در واقع می‌توان گفت لینهان (۱۹۹۳) بر اساس نظریه جامع زیستی-روانی-اجتماعی در مورد اختلال شخصیت مرزی ادعا کرد افرادی که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند توسط یک محیط ناامین احاطه شده‌اند که در آن روابط با پاسخ‌های نامنظم، نامناسب و شدید توسط دیگران انجام می‌شود. همراه با علل زمینه ساز زیستی، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دچار آسیب هیجانی می‌شوند که منجر به: (الف) افزایش حساسیت به محرک‌های هیجانی، (ب) هیجان‌ات به شدت شدید و (ج) بازگشت آهسته به حالت هیجانی اولیه خود، می‌شود. لینهان (۱۹۹۳) همچنین اظهار داشت که این پیشرفت بدتنظیمی هیجان منجر به ایجاد اختلال در تنظیم رفتارهای بعدی- رفتارهایی که کنترل آنها دشوار است و باعث اختلال در کارکرد فرد مبتلا می‌شود؛ زیرا این رفتارها راهی را برای فرد فراهم می‌کند تا توجه خود را از حالت‌های هیجانی ناخوشایند دور کند (سیلی و جویئر، ۲۰۰۹).

همسو با این ادعا کودری، گاردنر، اولیری، لینلافت و روبینو (۱۹۹۱) مطالعه‌ای را انجام دادند که در آن بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هر روز دو بار وضعیت خویش را ارزیابی می‌کردند. نتایج آن‌ها نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای بیشترین تنوع خلقی صبح تا عصر است. کوئین‌اسپرگ و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از نظر خشم، اضطراب و نوسان بین افسردگی و اضطراب نسبت به بیماران مبتلا به افسردگی، اختلال افسرده‌خویی و اختلال دوقطبی، بی‌ثباتی هیجانی بیشتری را تجربه کرده‌اند.

در یک تجربه تحقیقی دیگر که به مدت یک ماه انجام به طول انجامید ترول و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مرتباً تجربه شدیدتری در نحوه خشم، ترس و غم و اندوه نسبت به بیماران افسرده تجربه می کنند. سرانجام، ین، زلوتنیک و کاستلو (۲۰۰۲) دریافتند که شدت تغییرات خلقی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با تعداد علایم و نشانه‌های این اختلال در ارتباط است.

تنظیم هیجان نه تنها باعث کاهش مشکلات هیجانی می‌شود بلکه تحقیقات نشان می‌دهد تنظیم هیجانی مثبت باعث ثبات و استحکام روانی و جسمی و همچنین بهبود عملکرد کلی می‌شود (چارنی، ۲۰۰۴). افرادی که نسبت به استرس تاب‌آوری بالایی از خود نشان می دهند، ویژگی‌های شخصیتی را نشان می‌دهند که به تنظیم هیجانی مؤثر کمک می‌کند. این افراد با یک چشم انداز خوش بینانه، درک این که کنترل حوادث زندگی را در اختیار دارند، یک سبک مقابله فعال در مقابله با شرایط استرس‌زا دارند، خودپنداره مثبتی از خود نشان می‌دهند و حس معنا یا هدف در زندگی، دارند (بریمنر و همکاران، ۲۰۰۴؛ چارنی، ۲۰۰۴). به طور خلاصه، افراد با تاب‌آوری بالا نه تنها از یک واقعه استرس‌زا با خودتنظیمی هیجانی مثبتی که دارند به سلامتی عبور کرده و آن‌ها این توانایی را دارند که تفسیر خود را از این رویداد استرس‌زا تغییر دهند و آن را فرصتی برای رشد شخصی خود بدانند (چارنی، ۲۰۰۴؛ پوتنام و سیلک، ۲۰۰۵). در مقابل، افراد دارای تنظیم هیجانی منفی در برابر استرس و اثرات منفی آن دچار آسیب روانشناختی مزمن می‌شود، همچنین باعث اضطراب مزمن، گوش به زنگی، ترس، افکار تکرار شونده منفی، ناامیدی و درماندگی آموخته شده می‌شود (چارنی، ۲۰۰۴؛ بریمنر و همکاران، ۲۰۰۴).

از جمله محدودیت‌های پژوهش خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهشی و انجام آن در بین دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در دانشگاه علامه طباطبائی بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را دشوار می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تأثیر تعدیل‌کننده متغیرهای جنسیت، شخصیت، سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی اقتصادی بر متغیرهای پژوهش بررسی شود. از طرفی یافته‌های حاصل از تحقیق بیانگر آن است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به افراد غیرمبتلا دارای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی پایین‌تری هستند.

بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روانشناسی و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی و همچنین مراکز درمانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت، فرایندهای هیجانی و روانشناختی این افراد مورد بررسی دقیق و کامل قرار گرفته و سپس با بهره‌گیری از روش‌های مداخله‌ای روانشناختی مناسب نارسایی‌های هیجانی و روانشناختی آنان برطرف گردد.

### تشکر و قدردانی

در آخر از ریاست محترم دانشگاه و دانشجویان علامه طباطبائی که در اجرای پژوهش صمیمانه یاریگر بودند و از تمامی دوستانی که با نهایت صبر و حوصله در فرایند پژوهش همکاری داشتند، قدردانی می‌شود.

## منابع

- بابایی فرد، م.، فراهانی، م. ن.، هاشمی رزینی، ه. (۱۳۹۴). رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت اسکیزوتیپی در یک نمونه ی غیر بالینی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۹(۳)، ۱۲-۲.
- بیانی، ع. ا.، کوچکی، ع. م.، گودرزی، ح. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۳(۱۱)، ۲۶۵-۲۵۹.
- سامانی، س.، جوکار، ب.، صحراگرد، ن. (۱۳۸۷). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی، *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.
- محمدزاده، ع.، گودرزی، م. ع.، تقوی، س. م. ر.، ملازاده، ج. (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۷(۲۸)، ۷۵-۸۹.
- محمدی، م. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، رساله دکتری*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- هومن، ح. ع. (۱۳۸۷). *مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل (با اصلاحات)*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
- Baek, H. S., Lee, K. U., Joo, E. J., Lee, M. Y., & Choi, K. S. (2010). Reliability and validity of the Korean version of the Connor-Davidson Resilience Scale. *Psychiatry investigation*, 7(2), 109.
- Baldwin, D. R., Jackson III, D., Okoh, I., & Cannon, R. L. (2011). Resiliency and optimism: An African American senior citizen's perspective. *Journal of Black Psychology*, 37(1), 24-41.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2005). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bonanno, G. A. (2004). Resilience in the face of potential trauma. *Current directions in psychological science*, 14(3), 135-138.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., Vythilingam, M., Afzal, N., Schmahl, C., Elzinga, B., & Charney, D. S. (2004). Neural correlates of the classic color and emotional stroop in women with abuse-related posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 55(6), 612-620.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293-299.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, 30(7), 879-889.
- Carver, C.S.(2005).*Optimism*. Available at: <http://www.docps.ncbi.nlm.nih.gov/brp/constructs/dispositional-optimism.pdf>.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American journal of Psychiatry*, 161(2), 195-216.

- Chaturvedi, A. T. K. R. (2014). Optimism: A factor of intrinsic motivation and achievement. 1341(04), 1–8
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2), 76-82.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2), 76-82.
- Cowdry, R. W., Gardner, D. L., O'Leary, K. M., Leibenluft, E., & Rubinow, D. R. (1991). Mood variability: A study of four groups. *The American journal of psychiatry*.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringle, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A Population Study. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 178–184
- Datu, J. A. D. (2014). Forgiveness, gratitude and subjective well-being among Filipino adolescents. *International Journal for the Advancement of Counselling, 36*(3), 262-273.
- Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D., & Mcnamara, P. M. (2014). Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. *Health promotion international, 30*(1), 77-87.
- Di Fabio, A., & Bucci, O. (2015). Affective profiles in Italian high school students: life satisfaction, psychological well-being, self-esteem, and optimism. *Frontiers in Psychology, 6*, 1310.
- Di Fabio, A., & Palazzeschi, L. (2015). Hedonic and eudaimonic well-being: the role of resilience beyond fluid intelligence and personality traits. *Frontiers in Psychology, 6*, 1367.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment, 49*(1), 71-75.
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of clinical psychology, 57*(12), 1517-1534.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 4*(1), 1-11.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of personality and social psychology, 84*(2), 365.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology?. *Review of general psychology, 9*(2), 103-110.
- Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard business review, 78*(2), 4-17.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: The role of shame. *Comprehensive psychiatry, 51*(3), 275-285.
- Hanssen, M. M., Vancleef, L. M. G., Vlaeyen, J. W. S., Hayes, A. F., Schouten, E. G. W., & Peters, M. L. (2015). Optimism, motivational coping and well-being: Evidence supporting the importance of flexible goal adjustment. *Journal of Happiness Studies, 16*(6), 1525-1537.

- Hanssen, M. M., Vancleef, L. M. G., Vlaeyen, J. W. S., Hayes, A. F., Schouten, E. G. W., & Peters, M. L. (2015). Optimism, motivational coping and well-being: Evidence supporting the importance of flexible goal adjustment. *Journal of Happiness Studies*, 16(6), 1525-1537.
- He, F., Cao, R., Feng, Z., Guan, H., & Peng, J. (2013). The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: A structural equation modelling analysis. *PloS one*, 8(12), e82939.
- Heinen, I., Bullinger, M., & Kocalevent, R. D. (2017). Perceived stress in first year medical students-associations with personal resources and emotional distress. *BMC medical education*, 17(1), 4.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research*, 47(3), 391-400.
- Jackson, M., & Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 30(4), 311-323.
- Jacob, G. A., Guenzler, C., Zimmermann, S., Scheel, C. N., Rüscher, N., Leonhart, R., ... & Lieb, K. (2008). Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(3), 391-402.
- Joshanloo, M., & Daemi, F. (2015). Self-esteem mediates the relationship between spirituality and subjective well-being in Iran. *International Journal of Psychology*, 50(2), 115-120.
- Karademas, EC (2006) Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences* 40(6): 1281–1290.
- Kleiman, E. M., Chiara, A. M., Liu, R. T., Jager-Hyman, S. G., Choi, J. Y., & Alloy, L. B. (2017). Optimism and well-being: A prospective multi-method and multi-dimensional examination of optimism as a resilience factor following the occurrence of stressful life events. *Cognition and Emotion*, 31(2), 269-283.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., ... & Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 784-788.
- Levy, S. R., Ayduk, O., & Downey, G. (2001). The role of rejection sensitivity in people's relationships with significant others and valued social groups. In M. R. Leary (Ed.), *Interpersonal rejection* (pp. 251–289). New York, NY: Oxford University Press.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, 137, 201-201.
- Liu, C. H., Stevens, C., Wong, S. H., Yasui, M., & Chen, J. A. (2019). The prevalence and predictors of mental health diagnoses and suicide among US college students: Implications for addressing disparities in service use. *Depression and anxiety*, 36(1), 8-17.
- Liu, C., Cheng, Y., Hsu, A. S., Chen, C., Liu, J., & Yu, G. (2018). Optimism and self-efficacy mediate the association between shyness and subjective well-being among Chinese working adults. *PloS one*, 13(4), e0194559.



- Malkoç, A., & Yalçın, İ. (2015). Relationships among Resilience, Social Support, Coping, and Psychological Well-Being among University Students. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(43): 63-71.
- Marroquín, B., Tennen, H., & Stanton, A. L. (2017). Coping, Emotion Regulation, and Well-Being: Intrapersonal and Interpersonal Processes. In *The Happy Mind: Cognitive Contributions to Well-Being* (pp. 253-274). Springer, Cham.
- Maser, B., Danilewitz, M., Guérin, E., Findlay, L., & Frank, E. (2019). Medical Student Psychological Distress and Mental Illness Relative to the General Population: A Canadian Cross-Sectional Survey. *Academic Medicine*, 94(11), 1781-1791.
- McDonald, K. L., Bowker, J. C., Rubin, K. H., Laursen, B., & Duchene, M. S. (2010). Interactions between rejection sensitivity and supportive relationships in the prediction of adolescents' internalizing difficulties. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 563-574.10.
- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Prevalence of borderline personality disorder in university samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *PloS one*, 11(5), e0155439.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & De Graaf, R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Novak, M. A., & Suomi, S. J. (2016). Psychological Well-Being. *The International Encyclopedia of Primatology*, 1-4.
- Parker, P. D., Ciarrochi, J., Heaven, P., Marshall, S., Sahdra, B., & Kiuru, N. (2015). Hope, friends, and subjective well-being: A social network approach to peer group contextual effects. *Child Development*, 86(2), 642-650.
- Peterson, A. L., Chen, J. I., Karver, M. S., & Labouliere, C. D. (2019). Frustration with feeling: Latent classes of non-suicidal self-injury and emotion regulation difficulties. *Psychiatry research*, 275, 61-70.
- Putnam, K. M., & Silk, K. R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 899-925.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256
- Reich, J.W., Zautra, A.J., & Hall, J.S. (2010). Handbook of adult resilience. New York, NY: Guilford Press.
- Riley, J. R., & Masten, A. S. (2005). Resilience in context Dans R. DeV. Peters, B. Leadbeater et RJ McMahon (Dir.), Resilience in children, families and communities: Linking context to practice and policy (pp. 13-25.).
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28.

- Sagone, E., & De Caroli, M. E. (2014). Relationships between psychological well-being and resilience in middle and late adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *141*, 881-887.
- Sandstrom, M. J., Cillessen, A. H. N., & Eisenhower, A. (2003). Children's appraisal of rejection experiences: Impact on social and emotional adjustment. *Social Development*, *12*, 530-550.
- Satici, B. (2019). Testing a model of subjective well-being: The roles of optimism, psychological vulnerability, and shyness. *Health psychology open*, *6*(2), 2055102919884290.
- Sauer, S. E., & Baer, R. A. (2010). Validation of measures of biosocial precursors to borderline personality disorder: Childhood emotional vulnerability and environmental invalidation. *Assessment*, *17*(4), 454-466.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2015). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update 1, (December). <https://doi.org/10.1007/BF01173489>.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, *67*(6), 1063.
- Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, *13*(3), 219-229.
- Shin, J. Y., Lee, Y. A., & Lee, K. H. (2005). The effects of lifemeaning and emotional regulation strategies on psychological well-being. *Korean Journal of Counselling and Psychotherapy*, *17*, 1035-1057.
- Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2011). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*, 275-283.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(5), 372-379.
- Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Watson, D. (2008). Affective instability: measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of abnormal psychology*, *117*(3), 647.
- Wang, F., Lee, E. K. O., Wu, T., Benson, H., Fricchione, G., Wang, W., & Yeung, A. S. (2014). The effects of tai chi on depression, anxiety, and psychological well-being: a systematic review and meta-analysis. *International journal of behavioral medicine*, *21*(4), 605-617.
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 933-941.
- Yen, S., Zlotnick, C., & Costello, E. (2002). Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *The Journal of nervous and mental disease*, *190*(10), 693-696.