

مقاله پژوهشی

نقش سرسختی روان شناختی و سلامت معنوی در تبیین کیفیت زندگی دانشجویان علوم پزشکی کرمانشاه

افسانه شهبازی راد^{۱*}، فیروزه غضنفری^۲، منظر عباسی^۳، فرشته محمدی^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

^۲ دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

^۳ کارشناس ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۶/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۴/۱۹

چکیده

سابقه و هدف: کیفیت زندگی به عنوان یکی از پدیده‌های مهم سلامتی از عوامل مختلفی تأثیر می‌پذیرد. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش سرسختی روان‌شناختی و سلامت معنوی در تبیین کیفیت زندگی دانشجویان انجام شد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود. حجم نمونه برآورد شده ۱۲۰ نفر بود که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز، مقیاس سلامت معنوی پالوتیزیان و پارک و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) و همچنین برگه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی دانشجویان بود. تحلیل داده‌ها در ویرایش ۱۹ نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام انجام پذیرفت.

یافته‌ها: بین سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی نیز رابطه مثبت و معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$)، اما بین کیفیت زندگی و سلامت معنوی در بُعد وجودی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد، در حالی‌که در بُعد مذهبی رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). سرسختی روان‌شناختی و سلامت معنوی جمعاً ۱۱/۳ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به رابطه بین متغیرهای پژوهش، پیشنهاد می‌شود به منظور بالا بردن کیفیت زندگی دانشجویان، با تدارک بسته‌های آموزشی در خصوص افزایش سلامت معنوی و سرسختی روان‌شناختی در دانشگاه‌ها اقدامات مناسب صورت گیرد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت معنوی، دانشجویان

مقدمه

زندگی به ادراک فرد از جایگاه خودش در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی جامعه و اهداف، معیارها و نگرانی‌های فرد اشاره دارد و از متغیرهایی مثل سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی می‌شود (۱). کیفیت زندگی درکی است که افراد از موقعیت‌شان در

در سال‌های اخیر کیفیت زندگی به دلیل نقشی که در سلامت روان افراد دارد، از اهمیت زیادی برخوردار شده است. امروزه درکنار افزایش طول عمر، عامل مهم دیگری مثل چگونگی زندگی کردن یا کیفیت زندگی مطرح است. بنا به تعریف گروه کیفیت سازمان جهانی بهداشت، کیفیت

* نویسنده مسئول: افسانه شهبازی راد؛ گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و

علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

آدرس: <http://jshwshah.ac.ir> ایمیل: ashahbazirad2020@gmail.com

کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. سرسختی روان‌شناختی ویژگی شخصیتی است که فرد واجد آن، قادر به حل کارآمد مشکلات و استرس‌های بین‌فردی است و در مواجهه با حوادث از آن به عنوان منبع مقاومت و همانند سپری محافظ استفاده می‌کند (۱۳). Kobasa و همکاران سرسختی را ترکیبی از باورها درباره‌ی خود و جهان تعریف کرده‌اند که از سه مؤلفه‌ی تعهد، مهار (کنترل) و مبارزه جویی تشکیل شده است (۱۴). باور به تغییر، دگرگونی و پویایی زندگی و این نگرش که هر رویدادی به معنای تهدیدی برای امنیت و سلامت انسان نیست، انعطاف‌پذیری شناختی و بردباری در برابر رویدادهای سخت تنش‌زا و موقعیت‌های مبهم را به دنبال دارد (۱۵). در واقع سرسختی روان‌شناختی، ساختار واحدی است که از عمل یکپارچه و هماهنگ سه مؤلفه‌ی مرتبط با هم سرچشمه می‌گیرد (۱۶). بررسی رابطه سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی از موضوعات مورد نظر پژوهشگران بوده است. نتایج مطالعه شاکری‌نیا حاکی از آن بود که بین سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان خانه‌دار رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد (۱۷). شکوهی‌فرد و همکاران نیز دریافتند که آموزش سرسختی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی دانشجویان تربیت معلم اثربخش است (۱۸).

در هر جامعه توجه به وضعیت سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و علایق معنوی و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقق یک زندگی پویا و سالم امری مهم به شمار می‌رود (۱۹). محققان معتقدند بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن، نقش بسزایی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت (۲۰). بیشتر پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه، در بین اقشار خاص مثل زنان و گروه‌های بیمار مثل ایدز و دیابت و غیره صورت گرفته است، لذا انجام چنین پژوهشی در بین دانشجویان به عنوان قشر مهمی از جامعه که در آینده عهده‌دار مسئولیت‌ها و حرفه‌های مختلف هستند، ضروری است. بنابراین این پژوهش به بررسی نقش سرسختی روان‌شناختی و سلامت معنوی در تبیین کیفیت زندگی در بین دانشجویان پرداخته است. شناخت متغیرهای مؤثر در

زندگی، در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی دارند و با اهداف، آرزوها و استانداردهای آن‌ها در ارتباط است (۲). کیفیت زندگی با بهداشت روانی افراد ارتباط دارد و به بیان حالات و تغییرات و توانایی‌های افراد و میزان رضایت افراد از عملکردهای زندگی می‌پردازد (۳). امروزه به ظرفیت‌هایی توجه شده است که در کیفیت زندگی نقش زیادی دارند. یکی از این مؤلفه‌ها، سلامت معنوی می‌باشد، که یک خرده مفهوم معنویت است (۴). عباسی و همکاران معنویت را برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید، تعریف کرده‌اند (۵). Reily و همکاران معتقدند که سلامت معنوی به عنوان فلسفه محوری زندگی و حاصل برآورده شدن نیاز به هدف، معنا، عشق و بخشش در نظر گرفته شده و "سلامت وجودی" به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی و "سلامت مذهبی" به رضایت حاصل از ارتباط با یک قدرت برتر یا خداوند اطلاق می‌گردد (۶).

بررسی ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی مورد هدف پژوهشگران مختلف بوده است. Basavaraj و همکاران با بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز نشان دادند که بهزیستی روانی، سیستم‌های حمایت اجتماعی، راهبردهای کنارآمدن و بهزیستی معنوی پیش‌بینی کننده‌های مهمی برای کیفیت زندگی در این بیماران می‌باشند (۷). نتایج پژوهش PrisláŮcker و همکاران نیز نشان داد که ابعاد جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی با بهزیستی معنوی ارتباط معنی‌داری دارد (۸). همچنین در نتایج مطالعه رمضان‌خانی و همکاران با هدف بررسی رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت صورت گرفت، مشخص شد که بین سلامت معنوی و ابعاد آن، سلامت وجودی و سلامت مذهبی با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت (۹). رابطه بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مطالعات دیگری نیز به اثبات رسیده است (۱۰-۱۲).

ویژگی‌های شخصیتی نظیر سرسختی روان‌شناختی نیز

اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، رشته تحصیلی، وضعیت تأهل و غیره)، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (SF-۳۶)، سرسختی اهواز و سلامت معنوی پالوتیزیان و پارک بود.

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶): این مقیاس توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ طراحی شد. هدف از طرح این پرسشنامه ارزیابی حالت سلامت از ابعاد جسمانی و روانی است. این پرسشنامه یک پرسشنامه معتبر است که به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده شده است. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است و امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بُعد مشخص می‌شود. این پرسشنامه دارای حیطه‌های هشت‌گانه است: عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی و سلامت عاطفی. ضریب پایایی خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. هرچند پایایی خرده مقیاس سرزندگی ۰/۶۵ گزارش شده است. در مجموع یافته‌ها حاکی از آن است که نسخه ایرانی این پرسشنامه از روایی و اعتبار بالایی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت معمولی برخوردار است (۲۲).

ب) پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز: این مقیاس شامل ۲۷ سوال است که در یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (از هرگز = صفر تا بیشتر اوقات = ۴) تنظیم شده است. در این پرسشنامه سوالات ۶، ۷، ۱۰، ۱۳ و ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره قابل اکتساب در این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۸ می‌باشد که احراز نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی سرسختی روان‌شناختی زیاد در افراد است. همسانی درونی کلی سوالات پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ گزارش شده است، این میزان در زیرمقیاس‌های تعهد، کنترل و مبارزه طلبی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ می‌باشد (۲۳). در مطالعه حاضر نیز همسانی درونی سوالات پرسشنامه برای کل آزمون، دانشجویان پسر و دختر به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ به دست آمد.

کیفیت زندگی می‌تواند در تدارک برنامه‌ها و اقدامات مناسب برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت دانشجویان مفید واقع شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، تعداد ۱۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ به تحصیل مشغول بودند، انتخاب شدند. برای انتخاب آزمودنی‌ها نخست از میان دانشکده‌ها، چهار دانشکده به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس از بین هر دانشکده، یک کلاس و در انتها، از هر کلاس تعداد ۳۰ دانشجو انتخاب شدند. Pedhazur و Kerlinger معتقدند که برای تعیین حجم نمونه باید تعداد شرکت کنندگان برابر با بزرگترین مقدار یکی از این دو مورد باشند: هشت برابر تعداد متغیرهای پیش‌بین به علاوه پنجاه و یا برابر با تعداد متغیرهای پیش‌بین به علاوه صد و چهار (۲۱)، که بر اساس موارد ذکر شده تعداد حجم نمونه برای پژوهش حاضر، بیشتر از مقدار مطرح شده و ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد. بعد از انتخاب نمونه‌ها، ابتدا اهداف پژوهش و توضیحات تکمیلی در خصوص نحوه‌ی تکمیل پرسشنامه‌ها به شرکت کنندگان داده شد، سپس از آنان خواسته شد تا در محیط کلاس به سوالات پاسخ دهند. مدت زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها یک ساعت در نظر گرفته شد. البته تعداد پرسشنامه‌های توزیع شده بیشتر از ۱۲۰ پرسشنامه بود که با کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش، تعداد مورد نظر برای تحلیل داده‌ها باقی ماند. در این پژوهش جنبه‌های اخلاقی شامل موارد زیر در نظر گرفته شدند: دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش از اختیار لازم برای همکاری برخوردار بودند و رضایت آنان به صورت شفاهی جلب شد، اطلاعات مربوط به شرکت‌کننده‌ها محفوظ نگه‌داشته شد و این اطمینان به آنان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد بود. ابزار گردآوری داده‌ها، شامل پرسشنامه‌های کتبی بود که از طریق خودگزارش‌دهی توسط دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه تکمیل گردید. پرسشنامه‌ها شامل چهار بخش

یافته‌ها

محدوده‌ی سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر بین ۲۰ تا ۲۹ سال با میانگین $24/5 \pm 0/73$ بود. از میان شرکت‌کنندگان، $72/5$ درصد مجرد و $27/5$ درصد متأهل بودند. در این مطالعه میانگین و انحراف معیار نمرات کلی کیفیت زندگی دانشجویان $20/86/7 \pm 26/0/1$ بود. همچنین میانگین نمرات سرسختی روان‌شناختی و سلامت معنوی نیز به ترتیب $47/53 \pm 4/65$ و $58/10 \pm 6/52$ بدست آمد. بر پایه نتایج، کیفیت زندگی با سرسختی روان‌شناختی رابطه‌ی مثبت معنی‌دار ($r=0/257, P=0/005$) داشت. کیفیت زندگی رابطه منفی معنی‌داری ($P=0/034$)، $r=-0/189$ با سلامت معنوی داشت. همچنین مشخص شد که از بین دو مولفه سلامت معنوی، تنها سلامت مذهبی ($r=-0/223, P=0/011$) با کیفیت زندگی همبستگی داشت. نتایج جدول شماره ۱ حاکی از آن است که ابعاد محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمی، انرژی و نشاط و محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی با سرسختی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری داشته است ($P<0/05$). طبق یافته‌ها، بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سلامت معنوی همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد.

پ) پرسشنامه سلامت معنوی: برای سنجش سلامت معنوی، از پرسشنامه سلامت معنوی پالوتیزیان و پارک استفاده شد. این پرسشنامه‌ی ۲۰ عبارتی شامل دو بعد سلامت وجودی و سلامت مذهبی است که ده عبارت با شماره زوج، سلامت وجودی و ده عبارت با شماره فرد، سلامت مذهبی را اندازه‌گیری می‌کنند. نمره‌ی سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است و دامنه‌ی آن بین ۱۲۰-۲۰ می باشد. پاسخ عبارات بر طبق مقیاس لیکرت در شش قسمت (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) دسته‌بندی شده است. در عباراتی که فعل مثبت داشتند، پاسخ کاملاً مخالف نمره یک و کاملاً موافق نمره شش و عباراتی که فعل منفی داشتند، پاسخ کاملاً مخالف نمره شش و کاملاً موافق نمره یک گرفتند (۲۴). روایی این پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوی تایید شده است (۱۱)، همچنین پایایی آن نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ $0/82$ گزارش شده است (۲۴). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ویرایش ۱۹ نرم افزار SPSS و با بکارگیری روش‌های آمار استنباطی همچون ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون خطی (به روش قدم به قدم) انجام گردید. سطح معنی داری در همه آزمون‌ها کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۱. ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد کیفیت زندگی با سرسختی روان‌شناختی و سلامت معنوی

ابعاد کیفیت زندگی	سرسختی روان‌شناختی		سلامت معنوی	
	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
عملکرد جسمانی	۰/۰۸۵	۰/۳۵۷	۰/۰۴۹	۰/۵۹۴
محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمی	۰/۲۱۰	۰/۰۲۵	۰/۱۶۸	۰/۰۶۱
دردهای بدنی	۰/۰۴۳	۰/۶۴۵	۰/۱۰۳	۰/۲۶۳
سلامت عمومی	۰/۰۹۱	۰/۳۲۲	۰/۱۲۴	۰/۱۷۹
انرژی و نشاط	۰/۱۹۳	۰/۰۳۵	۰/۱۰۴	۰/۲۵۷
عملکرد اجتماعی	۰/۰۸۶	۰/۳۴۸	۰/۱۳۰	۰/۱۵۸
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی	۰/۲۰۶	۰/۰۲۴	۰/۰۹۳	۰/۳۱۲
سلامت عاطفی	۰/۰۲۴	۰/۷۹۵	۰/۱۱۸	۰/۲۰۰

جدول شماره ۲. نتایج رگرسیون خطی برای پیش‌بینی کیفیت زندگی از طریق متغیرهای سرسختی روان‌شناختی و سلامت معنوی

متغیر	ضریب رگرسیونی (β)	خطای استاندارد	شیب خط (b)	سطح معنی‌داری	ضریب تبیین (R^2)
سرسختی روان‌شناختی	۱۵/۷۰۲	۲۵۲/۷۶	۰/۲۸۰	۰/۰۰۲	
سلامت معنوی	۸/۷۶۲	۲۴۷/۲۸	۰/۲۱۹	۰/۰۱۲	۱۱/۳ درصد
مقدار ثابت	۱۸۴۹/۵۹۲	۲۹۲/۸۷۸	---	۰/۰۰۱	

* نتایج مربوط به مرحله دوم رگرسیون خطی به روش قدم‌به‌قدم (Step wise) می‌باشد.

برابر رویدادهای فشارزا، مصون می‌سازد. شخص متعهد احساس ارزشمندی می‌کند و در زندگی نسبت به امور احساس مسئولیت می‌نماید. فردی که ویژگی مبارزه‌جویی دارد، مشکلات زندگی را میدانی برای مبارزه و رشد تلقی می‌کند و در برابر رویدادها، حالت درماندگی و تسلیم نشان نمی‌دهد (۲۵). در تبیین این امر می‌توان اشاره کرد که افراد سرسخت به دلیل برخورداری از سبک تبیینی خوش-بینانه، احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات، برخورد مسأله‌مدارانه با مشکلات، انتظارات مثبت در مورد پیامدها و باور به وابستگی پیامد به عمل، می‌توانند کیفیت زندگی خود را در رویدادهای پیش‌بینی نشده و ناگوار حفظ کنند. سرسختی همچنین به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیش‌گیری می‌کند.

بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی همبستگی مثبتی مشاهده شد. نتایج این پژوهش با مطالعه Basavaraj و همکاران (۷)، PrishaÜcker و همکاران (۸)، رمضان‌خانی و همکاران (۹)، پیراسته مطلق و نیک‌منش (۱۰) و مومنی و شهبازی‌راد (۱۲) همخوانی داشت. بین سلامت وجودی و کیفیت زندگی همبستگی معنی‌داری وجود نداشت، در حالی که بین سلامت مذهبی و کیفیت زندگی رابطه مثبتی مشاهده شد. این یافته تا حدودی با نتایج مطالعه‌ی اله-بخشیان و همکاران که بین سلامت معنوی در بعد مذهبی و کیفیت زندگی رابطه مثبتی گزارش کردند، همخوانی داشت، هرچند در مورد رابطه‌ی سلامت وجودی و کیفیت زندگی همخوانی مشاهده نشد (۱۱). بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سلامت معنوی نیز همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد. سلامت معنوی به فرد خودآگاهی و انعطاف‌پذیری می‌دهد، همچنین دیدی کلی در مورد زندگی و تجارب و رویدادها برای شخص ایجاد می‌کند که این می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی شود. سلامت معنوی به سبب این که با سوالات هستی و تعالی در ارتباط است می‌تواند به عنوان یک منبع مهم در تصمیمات شخص، میزان رضایتمندی فرد و غیره مورد استفاده قرار گیرد. همچنین می‌تواند نقش

نتایج تحلیلی رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی نشان داد که در گام نخست، متغیر سرسختی روان‌شناختی ۶/۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرد (ضریب تبیین R^2) و در گام دوم با اضافه شدن متغیر سلامت معنوی، این میزان به ۱۱/۳ درصد رسید. (جدول شماره ۲).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش سرسختی روان‌شناختی و سلامت معنوی در تبیین کیفیت زندگی دانشجویان انجام شد. طبق یافته‌ها، سرسختی روان‌شناختی و سلامت معنوی توانستند ۱۱/۳ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کنند. نتایج این پژوهش با مطالعه‌ی Basavaraj و همکاران (۷)، PrishaÜcker و همکاران (۸)، رمضان‌خانی و همکاران (۹)، شاکری‌نیا (۱۷)، پیراسته مطلق و نیک‌منش (۱۰) و مومنی و شهبازی‌راد (۱۲) همخوانی داشت. سرسختی روان‌شناختی باعث پرورش دیدی خوش‌بینانه نسبت به عوامل استرس‌زا می‌شود، به عبارتی، سرسختی فرد را قادر می‌سازد تا رویدادهای ناخوشایند را به جای این که تهدیدی برای امنیت خود در نظر بگیرد، به فرصت‌هایی جهت یادگیری تبدیل کند و بدین سبب این ویژگی باعث می‌شود تا کیفیت زندگی در آنان افزایش یابد. از سویی دیگر سلامت معنوی با امید و معنا دادن به زندگی افراد و تشویق آنان به تحمل مشکلات، باعث به وجود آمدن نگرش مثبت به زندگی و نهایتاً بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود.

نتایج همچنین حاکی از آن بود که بین سرسختی روان-شناختی و کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری وجود داشت. از نظر مؤلفه‌های کیفیت زندگی نیز ابعاد محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمی و محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت عاطفی و انرژی و نشاط، با کیفیت زندگی همبستگی مثبت داشت و بین مؤلفه‌های دیگر و کیفیت زندگی رابطه معناداری مشاهده نشد. نتایج این مطالعه با پژوهش شاکری‌نیا (۱۷) و شکوهی فرد و همکاران (۱۸) همخوانی داشت. Maddi و Khoshaba معتقدند که برخی افراد ساختار شخصیتی ویژه‌ای دارند که آن‌ها را در

نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی از موضوعات بسیار مهم در زندگی افراد است که ممکن است تحت تاثیر عوامل زیادی باشد. در این پژوهش به دو بُعد سرسختی روان‌شناختی به عنوان یک ویژگی فردی و سلامت معنوی به عنوان یک بُعد ارزشی و معنوی پرداخته شد. با توجه به معنی‌دار شدن رابطه بین متغیرهای پژوهش پیشنهاد می‌شود که با تدارک بسته‌ها و آموزش‌هایی در خصوص افزایش سلامت معنوی و سرسختی روان‌شناختی در دانشگاه‌ها در جهت بالا بردن میزان کیفیت زندگی افراد اقدامات مناسب صورت گیرد. همچنین مشاورین و مبلغین حوزه معنویت در دانشگاه‌ها به نقش و اهمیت سلامت معنوی توجه بیشتری داشته باشند و برنامه‌های درسی مناسب جهت افزایش سلامت معنوی دانشجویان در دانشگاه‌ها تدارک دیده شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله از تمام دانشجویانی که در این پژوهش همکاری داشتند کمال تشکر و قدردانی را دارد.

References

1. Stenner PH, Cooper D, Skevington SM. Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Soc Sci Med*.2003; **57**(11):2161-72.
2. Barbotte E, Guillemin F, Chau N. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in general population: Review of recent literature. *Bull World Health Organ*.2001; **79**(11):1047-55.
3. Endicott J, Nee J, Harisson W, Blumenthal R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull*.1993; **29**(2):321-6.
4. Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: prayer and meaning in life. *J Holist Nurs*.1999; **17**(1):18-33.
5. Abbasi M, Azizi F, Shamsi A, Naserirad M, Akbari-lakeh M. [Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study]. *Journal of Medical Ethics*.2012; **6**(20):11-47. (Persian)
6. Reily BB, Perna R, Tate DG. Type of spiritual well-being among person with chronic illness: their relationship to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil*.1998; **79**(3):258-64.
7. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Quality of life in HIV/AIDS. *Indian J Sex Transm Dis*.2010; **31**(2):75-80.
8. Prislaućker C, Marisa-Campio M, Maria-Lúcia NT. Quality of life and spiritual well-being in individuals with HIV/AIDS. *J Psicoestud*.2008; **13**(3):523-30.
9. Ramezankhani A, Ghaedi M, Hatami H, Taghdisi MH, Golmirzai J, Behzad A. [Association between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes in Bandar Abbas, Iran]. *Medical Journal of Hormozgan University*.2014; **18**(3):229-37. (Persian)
10. Pirasteh-Motlagh A, Nikmanesh Z. [The role of spirituality in quality of life patients with AIDS/HIV]. *Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences*.2013; **20**(2):571-81. (Persian)

تهدیدها و استرس‌های زندگی را کم اهمیت جلوه داده و موجب بالا رفتن کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روانی شود. در تبیین سلامت مذهبی و وجودی دو احتمال مطرح است: اول اینکه، ممکن است سلامت مذهبی مربوط به ابعاد و قسمت‌هایی باشد که بیشتر ملموس و عینی می‌باشد، به این سبب بیشتر با کیفیت زندگی در ارتباط است. دوم اینکه تفاوت ناشی از پرسشنامه‌ای است که مورد استفاده قرار گرفته است و بهتر است در پژوهش‌های آتی از ابزارهایی که با فرهنگ و مکتب ایرانی و اسلامی همخوانی بیشتری دارد استفاده شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود، از جمله این‌که پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و نمی‌توان از آن نتایج علت و معلولی استنباط کرد. لذا بهتر است پژوهش‌های مداخلاتی جهت بررسی رابطه علت و معلولی انجام شود. همچنین با توجه به این‌که پژوهش حاضر بر روی دانشجویان صورت گرفت، لذا باید جانب احتیاط را در تعمیم نتایج به سایر افراد رعایت کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بیشتری در زمینه بررسی این متغیرها بر روی جمعیت‌های دیگر اعم از سالمندان، طلاب و دانش‌آموزان صورت بگیرد و نتایج باهم مقایسه شوند.

11. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. [A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*.2010; **12**(3):23-33. (Persian)
12. Momeni K, Shahbazirad A. [Relationship of spiritually, resiliency, and coping strategies with quality of life in University students]. *Journal of Behavioral Sciences*.2012; **6**(2):97-103. (Persian)
13. Homaei R. Survey relationship between psychological stressors of girls precollege of Ahvaz with mental health by regarding the moderating role of psychological hardiness in them [MSc Thesis]. Ahvaz: Ahvaz Shahid Chamran University; 2000. (Persian)
14. Kobasa SC, Puccetti MC. Personality and social resources in stress resistance. *J Pers Soc Psychol*.1983; **45**(4):839-50.
15. Maddi RS, Wadha P, Haier JR. Relationship of hardiness to alcohol and drug use in adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse*.1996; **22**(2):247-57.
16. Kobasa SC. Hardiness in Lindsey, Thompson and Spring. 3rded. New York: Worth Publication; 1988.
17. Shakerinia I. [Relationship examination of noise perception, psychological hardiness and mental health with psychological hardiness and mental health with the quality of life in inhabitants of Rasht bustle area]. *Iranian Journal of Health and Environment*.2011; **3**(4):475-84. (Persian)
18. Shokoohifard S, Hamid N, Sodani M. [The effect of hardiness training on quality of life of teacher training female students]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*.2013; **14**(2):14-25. (Persian)
19. Karami S, Pirasteh A. [Mental health status among college students in Zanjan university of medical sciences]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*.2001; **9**(35):66-73. (Persian)
20. Cynthia RK. Overview of quality of life controversial issues. In: Cynthia RK, Hinds. Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives. 2nded. Sudbury: Jones and Bartlett Press; 1998. pp:23-30.
21. Kerlinger FN, Pedhazur EJ. Multiple regression in behavioral research. 2thed. Holt: Rinehart and Winston Publication; 2008.
22. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. [Translate, appointment reliability and validity type Persian of questionnaire SF-36]. *Payesh*.2005; **5**(1):49-56. (Persian)
23. Kiamarsi A, Najarian B, Mehrbizade-Honarmand M. [Production and validity scale for psychological hardiness]. *Journal of Psychological*.1998; **7**(2):271-84. (Persian)
24. Paloutzian RE, Park CL. Psychology of Religion and Applied Areas. In: Paloutzian RE, Park CL. Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. 1thed. London: Guilford Press; 2005. pp:562-80.
25. Maddi SR, Khoshaba DM. Hardiness and mental health. *J Pers Assess*.1994; **63**(2):256-74.

Research Article

The Role of Psychological Hardiness and Spiritual Health in Predict of Quality of Life in Students of Kermanshah University of Medical Sciences

Afsaneh Shahbazirad (MSc)^{1*}, Firoozeh Ghazanfari (PhD)¹, Manzar Abbasi (MSc)², Fereshteh Mohammadi (MSc)²

¹ Department of Psychology, School of Literature and Humanities' Sciences, Lorestan University, Khoram Abad, Iran.

² Faculty of Social Science, Razi University, Kermanshah, Iran.

Received 10 Jul. 2015

Accepted 22 Sep. 2015

Abstract

Background and Objectives: Nowadays, quality of life is one of the main phenomena in health, which is affected by different factors. The aim of this study was to investigate the role of psychological hardiness and spiritual health in predicting the quality of life among students.

Materials and Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 120 students of Kermanshah University of Medical Sciences, Iran, during 2013-2014. Participants were selected by cluster sampling method. Data were collected using a demographic questionnaire, Ahvaz psychological hardiness questionnaire, spiritual health questionnaire of Paloutzian & Park and Quality of life questionnaire. Data were analyzed in SPSS 19 using Pearson's correlation test and stepwise regression analysis.

Results: There was a significant positive correlation between psychological hardiness and quality of life ($P < 0.05$). There was a significant positive correlation between spiritual health and quality of life ($P < 0.05$). However, there was no significant relationship between quality of life and spiritual health in the existential dimension; while, there was a significant relationship with religious dimension ($P < 0.05$). Psychological hardiness and spiritual health can predict 11.3 % of the variance in quality of life.

Conclusions: Considering the relationship between the variables, it is better to provide training packages about the increase of spiritual health and psychological hardiness, in order to enhance the quality of life of university students.

Keywords: Quality of Life; Spirituality; Students

Corresponding Author: Afsaneh Shahbazirad, Department of Psychology Faculty of literature and humanities' Science, Lorestan University, Khoram Abad, Iran. Email: ashahbazirad2020@gmail.com, Tel: +986633120097

Please cite this article as: Shahbazirad A, Ghazanfari F, Abbasi M, Mohammadi F. [The Role of Psychological Hardiness and Spiritual Health in Predict of Quality of Life in Students of Kermanshah University of Medical Sciences]. *Journal of Education and Community Health*.2015; 2(2):20-27.