

پیش‌بینی امید به زندگی در پرستاران بر اساس شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی

زهرا دشت‌بزرگی، صدرا علی‌پور، آمنه شاهنده، سهیلا پایان

چکیده

مقدمه: به دلیل استرس‌های ناشی از سختی کار پرستاران، بهبود ویژگی‌های روانشناختی آنها از جمله امید به زندگی ضروری به نظر می‌رسد.

هدف: این پژوهش با هدف پیش‌بینی امید به زندگی در پرستاران بر اساس شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر اهواز در سال ۱۳۹۶ بودند که از میان آنان ۲۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. تمامی شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های امید به زندگی (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱)، شادکامی آکسفورد (آرگایل و لو، ۱۹۹۰)، عمل به باورهای دینی (گلزاری، ۱۳۷۹) و سرسختی روانشناختی (کوباسا، ۱۹۷۹) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS_{۱۹} و با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین شادکامی ($r=0/483$)، عمل به باورهای دینی ($r=0/345$) و سرسختی روانشناختی ($r=0/291$) با امید به زندگی پرستاران رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. همچنین متغیرهای مذکور به‌طور معناداری توانستند ۴۱/۱ درصد از تغییرات امید به زندگی پرستاران را پیش‌بینی کنند که سهم شادکامی بیشتر از سایر متغیرها بود ($P \leq 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج برنامه‌ریزان، مشاوران و درمانگران باید به آثار و پیامدهای شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی توجه کرده و بر اساس آنها برنامه‌های مناسبی برای بهبود امید به زندگی پرستاران طراحی و اجرا کنند.

کلمات کلیدی: امید، شادکامی، باورهای دینی، سرسختی، پرستاران

زهرا دشت بزرگی

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

صدرا علی‌پور

استادیار، گروه معارف اسلامی، واحد ماکو، دانشگاه آزاد اسلامی، ماکو، ایران

آمنه شاهنده

استادیار، گروه معارف اسلامی، دانشگاه پیام نور، آذربایجان غربی، ایران

مؤلف مسؤؤل: سهیلا پایان

استادیار، گروه معارف اسلامی، واحد کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران

آدرس: sohilapayan@gmail.com

فصلنامه مدیریت پرستاری

سال ششم، دوره ششم

شماره سوم و چهارم

پاییز و زمستان ۱۳۹۶

■ مقدمه

پرستاران درصد قابل توجه‌ای از شاغلین سیستم بهداشت و درمان را تشکیل می‌دهند که جزء مشاغل سخت و دارای نوبت کاری است. انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای آمریکا، پرستاری را در رأس (۴۰) حرفه با شیوع بالای بیماری‌های مربوط به استرس معرفی کرده و عقیده بر این است که احتمالاً حرفه پرستاری در رأس مشاغل پر استرس، در میان مشاغل بهداشتی قرار دارد (۱). (۹۳ درصد) پرستاران مرتباً تحت تأثیر عوامل استرس‌زای محیط کار قرار می‌گیرند که این مورد می‌تواند سلامت جسمی و روانی آنان را تحت تأثیر قرار دهد (۲). بنابراین بررسی ویژگی‌های روانشناختی مرتبط با سلامت پرستاران ضروری است. یکی از ویژگی‌های روانشناختی مهم، امید به زندگی است. امید به زندگی یکی از مفاهیم اساسی روانشناسی مثبت‌نگر و عاملی برای غنای زندگی افراد است (۳). روانشناسی مثبت‌نگر به دنبال شناخت و ارتقاءى وجوه مثبت و نقاط قوت انسان می‌باشد (۴). امید به زندگی به‌عنوان یک عامل شفا دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج مؤثر است (۵). یکی از عوامل مرتبط با امید به زندگی، شادکامی است (۶). شادکامی به‌معنای درجه و میزانی است که یک فرد کیفیت کلی زندگی خود را به‌عنوان یک زندگی مطلوب مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بر این اساس شادکامی به نگرش و ادراک شخص مبتنی است و به حالتی مطبوع و دلپذیر دلالت دارد که از تجربه‌های مثبت ناشی می‌شود (۷). شادکامی مولد شور، نشاط و انرژی است و همچون سپری می‌تواند انسان را در برابر فشارهای روانی محافظت و سلامت او را تضمین کند (۸). نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه معنادار بین شادکامی و امید به زندگی می‌باشند. برای مثال باکر ضمن بررسی رابطه شادکامی و ویژگی‌های شخصیتی به این نتیجه رسید که شادکامی با رضایت از زندگی و امید به زندگی رابطه مثبت و معنادار داشت (۹). در پژوهشی دیگر همچنین سپهریان آذر و همکاران ضمن بررسی رابطه امیدواری، شادکامی و با رضایت زناشویی به این نتیجه رسیدند که بین امیدواری و شادکامی همبستگی مثبت معناداری وجود داشت (۱۰).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با امید به زندگی، عمل به باورهای دینی است (۱۱). دین برای انسان یک موهبت الهی است که نیازها و خواسته‌های بنیادی روانی به‌ویژه نیاز به عشق و جاودانگی را تحقق می‌بخشد (۱۲). دین سیستم سازمان‌یافته‌ای از باورها شامل سنت، ارزش‌های اخلاقی، رسومات و مشارکت در یک جامعه دینی برای اعتقاد راسخ‌تر به خدا یا یک قدرت برتر است (۱۳). باورهای دینی شیوه‌های مؤثر برای رویارویی با سختی‌ها، تجارب دردناک و نشانه‌های بیماری است و در زمان مشکلات و ناراحتی‌ها بر چگونگی روابط

انسانی اثر مثبت می‌گذارد (۱۴). نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه معنادار بین باورهای دینی و امید به زندگی می‌باشند. برای مثال لهماں ضمن پژوهشی درباره امیدواری و دین به این نتیجه رسید که دین و امیدواری رابطه مثبت و معنادار داشتند (۱۵). همچنین صمدی‌فرد ضمن پژوهشی درباره ارتباط بهزیستی معنوی و باورهای دینی با امید به زندگی به این نتیجه رسید که باورهای دینی و امید به زندگی رابطه مثبت معناداری داشتند (۱۶). یکی دیگر از عوامل مرتبط با امید به زندگی، سرسختی روانشناختی است (۱۷). سرسختی روانشناختی یک ویژگی شخصیتی است که به‌عنوان منبع مقاومت در مقابله با رویدادهای تنش‌زا و استرس‌زای زندگی عمل می‌کند (۱۸). افراد سرسخت قدرت کنترل بیشتری بر رویدادها داشته، بهتر مشکلات را حل می‌کنند و به جای دوری از مشکلات آنها را به‌عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می‌کنند. همچنین آنان در حل مشکلات بر نقش خود بیشتر از نقش دیگران تاکید داشته و خود را قربانی تغییر نمی‌دانند، بلکه تغییر را جنبه طبیعی زندگی می‌دانند (۱۹). نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه معنادار بین سرسختی روانشناختی و امید به زندگی می‌باشند. برای مثال الماشان ضمن بررسی رابطه بین سرسختی روانشناختی، شکایات جسمانی، امیدواری و برونگرایی گزارش کرد که بین سرسختی روانشناختی و امیدواری رابطه معنادار مستقیم وجود داشت (۱۷). همچنین زاهد بابلان و همکاران ضمن پژوهشی درباره نقش بخشش و سرسختی روانشناختی در پیش‌بینی امید به این نتیجه رسیدند که امید و سرسختی روانشناختی رابطه معنادار مثبت داشتند (۲۰).

از یک سو پرستاری حرفه‌ای استرس‌زاست و در رأس مشاغل پر استرس در میان مشاغل بهداشتی قرار دارد (۱) و از سوی دیگر عوامل استرس‌زای شغلی می‌توانند سلامت جسمی و روانی آنان را کاهش دهند، لذا بهبود ویژگی‌های روانشناختی آنها ضروری می‌باشد. همچنین با این که پژوهش‌هایی درباره امید به زندگی انجام شده، اما درباره امید به زندگی پرستاران پژوهش‌های اندکی انجام شده است که با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌توان برنامه‌های برای بهبود امید به زندگی آنان طراحی و اجرا کرد. علاوه بر آن گرچه پژوهش‌های گذشته به صورت پراکنده به بررسی رابطه شادکامی، باورهای دینی و سرسختی روانشناختی با امید به زندگی پرداختند، اما یکی از نارسایی‌های اصلی پژوهش‌های قبلی عدم توجه به نقش همزمان این متغیرها در پیش‌بینی امید به زندگی پرستاران می‌باشد. هنگامی که همه این متغیرها در یک مدل در نظر گرفته شوند، کدامیک نقش بیشتری در پیش‌بینی امید به زندگی دارند؟ بنابراین مسأله اساسی این پژوهش بررسی توانایی شادکامی، باورهای

پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ (۰/۹۲) محاسبه شد. پرسشنامه عمل به باورهای دینی: این پرسشنامه توسط گلزاری طراحی شد و دارای (۲۵) گویه می‌باشد که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۰=هیچ تا ۴=خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین (۰ تا ۱۰۰) می‌باشد و نمره بالاتر به معنای باورهای دینی بیشتر است. روایی صوری و محتوایی ابزار تأیید و پایایی آن با روش دونیمه کردن (۰/۹۱) و با روش آلفای کرونباخ (۰/۹۴) گزارش شد (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی: این پرسشنامه توسط کوباسا طراحی شد و دارای ۵۰ گویه می‌باشد که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۴=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین (۰ تا ۲۰۰) می‌باشد و نمره بالاتر به معنای سرسختی روانشناختی بیشتر است. روایی صوری ابزار تأیید و پایایی آن با روش کرونباخ (۰/۷۸) گزارش کرد (۲۶). همچنین رجائی و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ (۰/۷۶) گزارش کردند (۲۷). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ (۰/۷۹) محاسبه شد.

نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از دریافت مجوزهای اخلاقی و پژوهشی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و هماهنگی لازم با مسئولین بیمارستان‌ها اجازه پژوهش و همکاری با پژوهشگر گرفته شد. سپس به بیمارستان‌های نمونه‌گیری شده مراجعه و از پرستاران خواسته شد تا رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش را تکمیل و به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. قبل از تکمیل کردن پرسشنامه‌ها اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی برای آنها بیان و در نهایت پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و نام خانوادگی توسط آنان تکمیل شد. لازم به ذکر است که هیچ پرسشنامه ناقص یا مخدوش وجود نداشت که علت آن کنترل دقیق پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر پس از تکمیل شدن توسط پرستاران بود.

همچنین برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS_{۱۹} در سطح معناداری (۰/۰۱) استفاده شد. در تحلیل داده‌ها از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع متغیرها، از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرها و از رگرسیون چندگانه با مدل همزمان برای پیش‌بینی امید به زندگی پرستاران استفاده شد.

■ یافته‌ها

آزمودنی‌ها (۲۲۰) پرستار با میانگین سنی (۳۴/۷۱) سال بودند که اطلاعات دموگرافیک آنها شامل وضعیت‌های جنسیت، تأهل و تحصیلات آنها در جدول (۱) ارائه شد.

دینی و سرسختی روانشناختی در پیش‌بینی امید به زندگی پرستاران بود؟ در نتیجه هدف کلی این پژوهش بررسی پیش‌بینی امید به زندگی در پرستاران براساس شادکامی، باورهای دینی و سرسختی روانشناختی بود.

■ مواد و روش‌ها

طرح پژوهش مقطعی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اهواز در سال (۱۳۹۶) بودند که تعداد آنها شش بیمارستان بود. در این پژوهش حجم جامعه ۴۵۷ نفر بود که براساس جدول فرمول کوکران حجم نمونه (۲۰۹) نفر برآورد شد که در این پژوهش برای اطمینان از حجم نمونه (۲۲۰) نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. در این روش نمونه‌گیری از میان بیمارستان‌های دولتی تعداد سه بیمارستان به روش تصادفی انتخاب و همه پرستاران شاغل در آن بیمارستان به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی، داشتن سن (۲۵ تا ۴۰) سال و عدم وقوع رخداد تنش‌زا مانند طلاق و مرگ نزدیکان در شش ماه گذشته و معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن اختلال‌های روانپزشکی و مصرف داروهای خاص، عدم همکاری و دستیابی به پرسشنامه ناقص یا نامعتبر بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه امید به زندگی: این پرسشنامه توسط اسنایدر و همکاران طراحی شد و دارای (۱۲) گویه می‌باشد که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً غلط تا ۴=کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین (۱۲ تا ۴۸) می‌باشد و نمره بالاتر به معنای امید به زندگی بیشتر است. روایی سازه ابزار تأیید و پایایی آن با روش بازآزمایی (۰/۸۰) گزارش شد (۲۱). همچنین کرمانی و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی (۰/۸۱) گزارش کردند (۲۲). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ (۰/۸۳) محاسبه شد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: این پرسشنامه توسط آرگایل و لو طراحی شد و دارای (۲۹) گویه می‌باشد که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین (۲۹ تا ۱۴۵) می‌باشد و نمره بالاتر به معنای شادکامی بیشتر است. روایی ابزار با نظر متخصصان تأیید و پایایی آن با روش کرونباخ (۰/۹۰) گزارش شد (۲۳). همچنین کرمانی و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ (۰/۹۵) گزارش کردند (۲۴). در

شد. بنابراین پیش‌فرض‌های استفاده از رگرسیون چندگانه وجود دارد. نتایج میانگین، انحراف معیار، کمترین مقدار و بیشترین مقدار متغیرهای شادکامی، عمل به باورهای دینی، سرسختی روانشناختی و امید به زندگی پرستاران در جدول (۲) ارائه شد. در جدول (۲) شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار، کمترین مقدار و بیشترین مقدار متغیرهای پژوهش قابل مشاهده می‌باشد. برای بررسی رابطه متغیرهای شادکامی، عمل به باورهای دینی، سرسختی روانشناختی و امید به زندگی پرستاران از همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شد.

اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول (۱) قابل مشاهده می‌باشد. پیش از تحلیل داده‌ها با روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه، پیش‌فرض‌های آنها بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود، لذا فرض نرمال بودن تأیید شد. همچنین مقدار عامل تورم واریانس برای متغیرهای پیش‌بین در دامنه (۱/۰۱۹ تا ۱/۳۲۶) بود که از ۱۰ فاصله زیادی داشت، بنابراین فرض هم‌خطی چندگانه رد شد. علاوه بر آن مقدار دوربین-واتسون برابر (۱/۸۵۴) بود که از (۰ و ۴) فاصله زیادی داشت، بنابراین فرض همبستگی پسماندها نیز رد

جدول (۲): میانگین، انحراف معیار، کمترین مقدار و بیشترین مقدار شادکامی، عمل به باورهای دینی، سرسختی روانشناختی و امید به زندگی پرستاران

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
شادکامی	۸۷/۷۱۱	۹/۸۶۶	۳۵	۱۳۹
عمل به باورهای دینی	۶۳/۲۳۴	۷/۰۹۴	۰	۱۰۰
سرسختی روانشناختی	۱۳۹/۸۸۹	۱۵/۲۱۳	۶۲	۱۸۱
امید به زندگی	۳۱/۰۶۶	۴/۲۱۸	۱۷	۴۸

جدول (۱): ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک وضعیت‌های جنسیت، تأهل و تحصیلات

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۴۷	۲۱/۳۶٪
	زن	۱۷۳	۷۸/۶۴٪
وضعیت تأهل	متاهل	۱۹۶	۸۹/۰۹٪
	مجرد	۲۴	۱۰/۹۱٪
تحصیلات	کارشناسی	۲۰۱	۹۱/۳۶٪
	کارشناسی ارشد	۱۹	۸/۶۴٪

جدول (۳): ماتریس همبستگی شادکامی، عمل به باورهای دینی، سرسختی روانشناختی و امید به زندگی پرستاران

متغیرهای پژوهش	شادکامی	باورهای دینی	سرسختی روانشناختی	امید به زندگی
شادکامی	۱			
عمل به باورهای دینی	۰/۱۹۷***	۱		
سرسختی روانشناختی	۰/۲۲۹***	۰/۳۱۶***	۱	
امید به زندگی	۰/۴۸۳***	۰/۳۴۵***	۰/۲۹۱***	۱

*** $P \leq 0/001$

جدول (۴): نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه با مدل همزمان برای پیش‌بینی امید به زندگی پرستاران بر اساس شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی

متغیرهای پژوهش	R	R ²	تغییر F	df	معناداری	B	SE	Beta	T	معناداری
شادکامی	۰/۶۴۱	۰/۴۱۱	۲۵/۳۱۸	۳/۲۱۶	۰/۰۰۱	۱/۶۲۳	۰/۲۲۴	۰/۵۲۷	۷/۲۳۴	۰/۰۰۱
عمل به باورهای دینی						۰/۵۶۶	۰/۱۶۴	۰/۳۲۰	۳/۴۳۱	۰/۰۰۱
سرسختی روانشناختی						۰/۸۶۹	۰/۳۱۴	۰/۲۲۳	۲/۷۶۳	۰/۰۰۲

عوامل باعث افزایش امید به زندگی می‌شوند. تبیین دیگر این که با افزایش میزان شادکامی هیجان‌های مثبت تجربه شده بیشتر و هیجان‌های منفی تجربه شده کمتر می‌شود که این امر خود باعث کاهش بروز مشکلات و استفاده از راهبردهای مناسب برای مقابله با چالش‌ها می‌شود و علاوه بر آن شادکامی باعث می‌شود افراد همه رویدادهای زندگی را به صورت مثبت‌تر ارزیابی کنند که همه این عوامل باعث بهبود امید به زندگی می‌شوند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که عمل به باورهای دینی با امید به زندگی رابطه مثبت و معنادار داشتند که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های لهما (۱۵) و صمدی‌فرد (۱۶) همسو بود. برای مثال لهما (۱۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید دین و امیدواری رابطه مثبت و معنادار داشتند. در پژوهشی دیگر صمدی‌فرد (۱۶) گزارش کرد باورهای دینی و امید به زندگی رابطه مثبت معنادار داشتند. در تبیین این یافته می‌توان گفت دین نظام باور منسجمی ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی خود معنا پیدا کنند. همچنین نظام باورهای دینی به افراد امکان می‌دهد که به ناملایمات، فشارهای روانی و کمبودهای گریزناپذیری که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهد معنا ببخشند. در نتیجه حضور مرتب در امور مذهبی و شرکت در برنامه‌های دینی برای افراد حمایت اجتماعی ایجاد می‌کند که این عوامل باعث بهبود امید به زندگی می‌شوند. تبیین دیگر این که عمل به باورهای دینی موجب ایجاد احساس ارتباط اجتماعی با خدا می‌شود و این ارتباط از جهاتی شبیه ارتباط با سایر انسان‌هاست که موجب خشنودی از زندگی می‌شود. باورهای دینی می‌توانند فرد را به سوی کمال و تعالی و در نتیجه رضایت بیشتر سوق دهند. حال کسانی که در زمینه دین به اعتقاد و یقین قلبی رسیده باشند و در عمل به باورهای دینی موفق باشند در همدلی، درک، مسؤلیت‌پذیری و انعطاف‌پذیری و مواردی از این قبیل توفیق بیشتری کسب خواهند کرد. همچنین این افراد هنگام بروز مشکلات ضمن مقابله با مشکلات صبر پیشه می‌کنند و از خداوند درخواست کمک می‌کنند که این امر باعث احساس آرامش و افزایش امید به زندگی آنها می‌شود.

یافته‌های دیگر نشان داد که سرسختی روانشناختی با امید به زندگی رابطه مثبت و معنادار داشتند که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های الماشان (۱۷) و زاهدباлян و همکاران (۲۰) همسو بود. برای مثال الماشان (۱۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید بین سرسختی و امیدواری رابطه مستقیم وجود داشت. در پژوهشی دیگر زاهد باлян و همکاران (۲۰) گزارش کردند امید و سرسختی روانشناختی رابطه معنادار مثبت داشتند. در تبیین این یافته بر

یافته‌های جدول (۳) نشان داد شادکامی ($r=0/483$)، عمل به باورهای دینی ($r=0/345$) و سرسختی روانشناختی ($r=0/291$) با امید به زندگی پرستاران رابطه مثبت و معنادار دارند ($P\leq 0/01$). روابط سایر متغیرها در جدول (۱) قابل مشاهده است. برای مشخص کردن توانایی متغیرهای شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی در پیش‌بینی امید به زندگی پرستاران از رگرسیون چندگانه با مدل همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شد.

یافته‌های جدول (۴) نشان داد ضریب همبستگی متغیرهای شادکامی، عمل باورهای دینی و سرسختی روانشناختی با امید به زندگی پرستاران ($0/641$) است و این سه متغیر به‌طور معناداری توانستند (۴۱/۱ درصد) از تغییرات امید به زندگی پرستاران را پیش‌بینی کنند ($R^2=0/093, P\geq 0/001$). همچنین در این مدل به ترتیب متغیرهای شادکامی ($\beta=0/527, P\geq 0/001$)، عمل به باورهای دینی ($\beta=0/320, P\geq 0/001$) و سرسختی روانشناختی ($\beta=0/223, P\geq 0/002$) نقش مستقیم و معناداری در پیش‌بینی امید به زندگی پرستاران دارند.

■ بحث

این پژوهش با هدف پیش‌بینی امید به زندگی در پرستاران انجام شد. یافته‌ها نشان داد متغیرهای شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی با امید به زندگی پرستاران رابطه مثبت و معنادار داشتند. همچنین متغیرهای مذکور توانایی پیش‌بینی معنادار امید به زندگی پرستاران را داشتند که سهم شادکامی بیشتر از سایر متغیرها بود.

یافته‌ها نشان داد که شادکامی با امید به زندگی رابطه مثبت و معنادار داشتند که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های باکر (۹)، مهرنویسا (۶) و سپهریان آذر و همکاران (۱۰) همسو بود. برای مثال مهرنویسا (۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید شادکامی و امید به زندگی رابطه معنادار مستقیم داشتند. در پژوهشی دیگر سپهریان آذر و همکاران (۱۰) گزارش کردند بین امیدواری و شادکامی همبستگی مثبت معناداری وجود داشت. در تبیین این یافته بر مبنای نظر سانگ-هو (۲۸) می‌توان گفت شادکامی به معنای نگرش و ادراک شخصی به حالتی مطبوع و دلپذیر است. در نتیجه هر چقدر فرد احساس مطبوع‌تری داشته باشد، بیشتر از زندگی خود احساس رضایت می‌کند. همچنین افراد شاد مهارت‌ها و توانایی‌های خود را مثبت‌تر ارزیابی کرده و رویدادهای مثبت را بیشتر از رویدادهای منفی به یاد می‌آورند و در نتیجه بیشتر به تبادل انرژی مثبت با محیط و اطرافیان پرداخته و روابط خود با آنها را بهبود می‌بخشند که این

مبنای نظر تاریمرادی (۲۹) می‌توان گفت سرسختی ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان می‌باشد که از مؤلفه‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است. فردی که از تعهد بالایی برخوردار است به ارزش و اهمیت خود در انجام فعالیت‌ها واقف است و بر همین مبنا با تکیه بر خود قادر است در فعالیت‌ها موفق شود. همچنین فردی که قدرت کنترل بالایی دارد رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی و کنترل می‌داند و باور دارد که می‌تواند با تلاش خود آنچه را که اتفاق می‌افتد تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر آن فرد مبارزه‌جو با تلاش و پشتکار خود مشکلات را یکی پس از دیگری حل می‌کند و باور دارد که تغییر جنبه طبیعی زندگی است و موقعیت‌های مثبت و منفی را فرصتی برای رشد و یادگیری می‌داند تا تهدید که این عوامل نخست باعث افزایش انعطاف‌پذیری و قدرت تحمل و در نهایت باعث بهبود امید به زندگی می‌شوند. تبیین دیگر این که افراد سرسخت دارای گروهی از ویژگی‌های شخصیتی هستند که به‌عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل می‌کنند. همچنین افراد سرسخت دارای قدرت کنترل بیشتری بر وقایع زندگی هستند و به جای دوری از مشکلات آنها را به‌عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می‌کنند و آنان رویدادهای تنش‌زا را قابل کنترل ارزیابی می‌کنند که این عوامل از طریق کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و کاهش بروز نشانگان تنش‌زا باعث افزایش امید به زندگی می‌شوند.

سایر یافته‌ها نشان داد در یک مدلی که متغیرهای شادکامی، عمل باورهای دینی و سرسختی روانشناختی وارد معادله رگرسیون شوند، توانایی پیش‌بینی معنادار امید به زندگی پرستاران را خواهند داشت. در تبیین توانمند بودن شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی در پیش‌بینی امید به زندگی می‌توان گفت افرادی که کیفیت کلی زندگی خود را مطلوب ارزیابی می‌کنند و نسبت به آن حالتی مطبوع و دلپذیر دارند (افراد دارای شادکامی)، یا افرادی که به ارزش‌ها، باورها و تکالیف دینی خود پایبند و وفادار و درگیر امور مذهبی یا دینی هستند و از آنها در زندگی روزمره بهره می‌گیرند (افراد دارای عمل به باورهای دینی) و یا افرادی که دارای قدرت کنترل بیشتری بر رویدادها داشته، بهتر مشکلات را حل می‌کنند و به جای دوری از مشکلات آنها را به‌عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می‌کنند (افراد دارای سرسختی روانشناختی) در در زندگی استرس کمتری دارند، از زندگی خود احساس رضایت بیشتری دارند، معمولاً شوخ طبع هستند، بیشتر از طنز استفاده می‌کنند و حتی هنگامی که در کار یا زندگی خود با مسائل استرس‌زا مواجه می‌شوند به تنهایی و یا با کمک دیگران به

خوبی بر آنها چیره می‌شوند که در نهایت این عوامل باعث افزایش امید به زندگی آنها می‌شوند. در نتیجه با توجه به مطالب مطرح شده متغیرهای شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی توانایی پیش‌بینی معنادار امید به زندگی را دارند.

■ نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشخص شد در یک مدلی که شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی برای پیش‌بینی امید به زندگی پرستاران وارد معادله رگرسیون شوند، به ترتیب شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی مؤثرترین متغیرها در پیش‌بینی امید به زندگی بودند. در این مدل شادکامی بالاترین وزن استاندارد را داشت. پس آنچه که در امید به زندگی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند در درجه نخست این است که افراد چقدر کیفیت کلی زندگی خود را مطلوب ارزیابی می‌کنند. بنابراین برای بهبود امید به زندگی پرستاران می‌توان به ترتیب شادکامی، عمل به باورهای دینی و سرسختی روانشناختی آنان را افزایش داد. بنابراین توصیه می‌شود برنامه‌ریزان، مسؤولان و سایر دست‌اندرکاران براساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه اقدام به طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب با هدف ارتقای امید به زندگی پرستاران کنند. همچنین مشاوران یا سایر مسؤولان باید پرستارانی که دارای امید به زندگی پایینی هستند را شناسایی و به مراکز مشاوره ارجاع دهند تا با کمک آموزش‌های لازم امید به زندگی آنها را افزایش دهند و از این طریق در میزان امید به زندگی آنان تغییراتی ایجاد کنند. برای تحقق این هدف استفاده از کارگاه‌های آموزشی می‌تواند بسیار کارآمد باشد.

همچنین نخستین و مهم‌ترین محدودیت این پژوهش استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی بود. ممکن است افراد هنگام تکمیل چنین ابزارهایی خویشتن‌نگری کافی نداشته باشند و مسؤولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. محدودیت دیگر، محدود شدن گروه نمونه به پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اهواز می‌باشد، لذا در تعمیم نتایج به سایر پرستاران باید احتیاط کرد. آخرین محدودیت تعداد زیاد گویه‌های پرسشنامه‌ها برای تکمیل کردن توسط پرستاران با توجه به شرایط شغلی آنان بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های ساختاریافته و یا نیمه‌ساختاریافته استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر پرستاران انجام شود و یا این که در شهرهای مختلف انجام و نتایج آن با هم مقایسه شوند. آیا در پرستاران سایر شهرها نیز همین نتایج مشاهده می‌شود؟ آیا در سایر پرستاران و یا حتی پرستاران سایر شهرها نیز شادکامی مؤثرترین عامل در پیش‌بینی امید به زندگی آنان می‌باشد؟ به هر حال برای تدارک برنامه‌های کاربردی برای بهبود

امید به زندگی پرستاران و پاسخگویی به سؤال‌های مطرح شده و سؤال‌های مشابه نیاز به پژوهش‌های بیشتری است.

■ **تشکر و قدرانی**

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مسؤولین بیمارستان‌های دولتی شهر اهواز و کلیه شرکت‌کنندگان که در انجام هرچه بهتر این پژوهش نقش داشتند، صمیمانه تشکر و قدرانی کنند. لازم به ذکر است که رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد اخلاق ۹۶۳۶۷۴۲۷۲ تأیید شد.

■ References

- 1- Wang Y, Liesveld J. Exploring job satisfaction of nursing faculty: theoretical approaches. *Journal of Professional Nursing*. 2015; 31(6): 482-92.
- 2- Gerber M, Jonsdottir IH, Lindwall M, Ahlberg G. Physical activity in employees with differing occupational stress and mental health profiles: A latent profile analysis. *Psychology of Sport and Exercise*. 2014; 15(6): 649-58.
- 3- Griffin B, Hesketh B, Loh V. The influence of subjective life expectancy on retirement transition and planning: a longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*. 2012; 81(2): 129-37.
- 4- Wellenzohn S, Proyer RT, Ruch W. How do positive psychology interventions work? a short-term placebo-controlled humor-based study on the role of the time focus. *Personality and Individual Differences*. 2016; 96: 1-6.
- 5- Bodner E, Bergman YS. Loneliness and depressive symptoms among older adults: the moderating role of subjective life expectancy. *Psychiatry Research*. 2016; 237: 78-82.
- 6- Meherunissa S. An analysis of gratitude and hope in relation to happiness. *The International Journal of Indian Psychology*. 2016; 4(1): 365-76.
- 7- Wang C. Finding purpose, passion, and happiness in your profession. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. 2017; 48(2): 114-7.
- 8- Cordero JM, Salinas-Jimenez J, Salinas-Jimenez MM. Exploring factors affecting the level of happiness across countries: a conditional robust nonparametric frontier analysis. *European Journal of Operational Research*. 2017; 256(2): 663-72.
- 9- Baqer G. Relationship between happiness and personality variables. *European Psychiatry*. 2016; 33: 210-220.
- 10- Sepehrian-Azar F, Mohammadi N, Badalpoor Z, Norozzadeh V. Relationship of hope and happiness with marital satisfaction. *Journal of Health and Care*. 2017; 18(1): 44-37. [Persian]
- 11- Taghizadeh Gogdareh, M. Investigating the relationship between the practice of religious beliefs, life expectancy and life satisfaction with the students' addiction level (Undergraduate Master's Degree in Psychology). Allameh Tabatabaie University, Tehran; 2014. [Persian]
- 12- Cribari-Neto F, Souza TC. Religious belief and intelligence: Worldwide evidence. *Intelligence*. 2013; 41(5): 482-9.
- 13- Strulik H. An economic theory of religious belief. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2016; 12(8): 35-46.
- 14- Willard AK, Norenzayan A. Cognitive biases explain religious belief, paranormal belief, and belief in life's purpose. *Cognition*. 2013; 129(2): 379-91.
- 15- Lehmann D. Hope and religion. *Estudos Avancados*. 2012; 26(75): 219-35.
- 16- Samadifard, HR. Relationship between spiritual well-being and religious beliefs with life expectancy in diabetic patients. *Journal of Islam and Health*. 2016; 2(2): 41-51. [Persian]
- 17- Almashaan O. The relation between psychological hardiness, sector somatic complaints, hope, and extraversion among gender differences in employees in the Governmental sector. *Journal of the Social Sciences*. 2011; 39(3): 49-81.
- 18- Zerach G, Karstoft K, Solomon Z. Hardiness and sensation seeking as potential predictors of former prisoners of wars' posttraumatic stress symptoms trajectories over a 17-year period. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 218: 176-81.

- 19- Salim J, Wadey R, Diss C. Examining the relationship between hardiness and perceived stress-related growth in a sport injury context. *Psychology of Sport and Exercise*. 2015; 19(3): 10-17.
- 20- Zahed Babelan A, Ghasempour A, Hasanzade S. The role of forgiveness and psychological hardiness in prediction of hope. *Knowledge & Research Applied Psychology*. 2011; 12(45): 12-19. [Persian]
- 21- Ling Y, Huebner ES, Liu J, Liu W, Zhang J, Xiao J. The origins of hope in adolescence: A test of a social-cognitive model. *Personality and Individual Differences*. 87: 307-11.
- 22- Kermani Z, Khodapanahi MK, Heidari M. Psychometric properties of Snyder Hope Scale. *Journal of Applied Psychology*. 2011; 5(3): 7-23. [Persian]
- 23- Senik C. The French unhappiness puzzle: The cultural dimension of happiness. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 106: 379-401.
- 24- Karami J, Sanjabi A, Karim P. The prediction of life satisfaction among the elderly based on resilience and happiness. *Journal of Aging*. 2017, 2(4): 229-236. [Persian]
- 25- Golzary, M. Making the scale of assessing the characteristics of religious people and their relationship with their mental health. Tehran Alalmh Tabatabaee University PhD thesis; 2000. [Persian]
- 26- Merino-Tejedor E, Hontangas-Beltran PM, Boada-Grau J, Lucas-Mangas S. Hardiness as a moderator variable between the Big-Five Model and work effort. *Personality and Individual Differences*. 85: 105-10.
- 27- Rajaei, Z; Shafizadeh, H; Babaeiamiri, N; Amir Fakhraei, A; and Ashouri, J. The role of burnout, perceived social support and psychological hardiness in predicting the quality of life of nurses. *Journal of Nursing*. 2017; 30(106), 1-10. [Persian]
- 28- Sang-Ho L. Hong Kong's happiness indices: what they tell us about life? *Journal of Socio-Economics*. 2011; 40(5): 564-72.
- 29- Tarimoradi A. Compares the degree of hardiness and public health between Iranian and English women University Students. *Social Behavior Sciences*. 2014; 116(3): 101-5.

Predicting the life expectancy in nurse based on happiness, acting to religious beliefs and psychological hardiness

Zahra DashtBozorgi, Sadra Alipour, Ameneh Shahandeh, Sohiela Payan[■]

DashtBozorgi Z.

Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Alipour S.

Assistant Professor, Department of Islamic Education, Maku Branch, Islamic Azad University, Maku, Iran

Shahandeh A.

Assistant Professor, Department of Islamic Education, Payam Noor University, West Azerbaijan, Iran

■ Corresponding author:

Payan S.

Assistant Professor, Department of Islamic Education, Kazerun Branch, Islamic Azad University, Kazerun, Iran

Address: sohilapayan@gmail.com

Introduction: Due to the stress caused by the hard work of nurses, improving their psychological characteristics, such as life expectancy, seems essential.

Aim: The aim of this research was predicting the life expectancy in nurses based on happiness, acting to religious beliefs and psychological hardiness.

Material & Method: This study was a cross-sectional from type of correlational. The population were nurses in Governmental hospital of Ahvaz in 2017 year that from them 220 person were selected by cluster sampling method. All participants completed the questionnaires of life expectancy (Snyder & et al, 1991), Oxford happiness (Argyle & Lu, 1990), acting to religious beliefs (Golzari, 2000) and psychological hardiness (Kobasa, 1979). Data was analyzed with using SPSS-19 and by Pearson correlation and multiple regression with enter model methods.

Results: The results showed there was a positive and significant relationship between happiness ($r=0.483$), acting to religious beliefs ($r=0.345$) and psychological hardiness ($r=0.291$) with life expectancy of nurses. Also the mentioned variables Significantly were able to predict 41.1 percent of variance of life expectancy of nurses that the share of happiness was higher than other variables ($p\leq 0.01$).

Conclusion: Regarded to findings planners, counselors and therapists must consider the effect and consequences of happiness, acting to religious beliefs and psychological hardiness and design and implementation appropriate programs to improve the life expectancy of nurses.

Key words: expectancy, happiness, religious beliefs, hardiness, nurses

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Vol 6, No 3&4, 2017&2018