

The Role of Self-Efficacy and Resilience in Nurses' Quality of Life

Minoo Razmpush¹, Khosro Ramezani^{1*}, Alireza Maredpoor¹, Pir Hossein Koulivand²

¹Department of Psychology, Faculty of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran

²Shefa Neuroscience Research Center, Khatam Alanbia Hospital, Tehran, Iran

Received: 31 Oct 2017

Article Info:

Accepted: 27 Sep 2018

ABSTRACT

Introduction: Positive psychology, along with the repair of injuries, moves towards optimizing the quality of life. The quality of life of nurses is very important high levels of work stress of nurses can affect their quality of life and consequently the quality and quantity of patient care. The purpose of this research was to investigate the role of self-efficacy and resilience in the quality of life of nurses. **Materials and Methods:** The present study was a descriptive-correlational study. The population was nurses working in Tehran in 2016-2017. The sample consists of 200 individuals selected by random sampling method. Subjects completed World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Scherer Self-efficacy and Connor and Davidson Resilience Questionnaire. **Results:** Self-efficacy significantly increases the quality of life of nurses in Tehran hospitals by 0.266. In addition, the contribution of the resilience variables was significant (0.385) in predicting the quality of life of nurses in this city. Self-efficacy and resiliency can together account for 33.6% of variance in nursing quality of life. **Conclusion:** Resiliency skills training and increasing the psychological capabilities, especially self-efficacy, are effective approaches for improving the nurses' quality of life.

Key words:

1. Quality of Life
2. Self Efficacy
3. Nurses

*Corresponding Author: Khosro Ramezani

E-mail: Kh.ramezani@iauyasooj.ac.ir

نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی پرستاران

مینو رزم پوش^۱، خسرو رضانی^{۲*}، علیرضا مارد پور^۱، پیر حسین کولیوند^۲^۱گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران^۲مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، بیمارستان خاتم‌الانبیاء، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ پذیرش: ۵ مهر ۱۳۹۷

تاریخ دریافت: ۹ آبان ۱۳۹۶

چکیده

مقدمه: روانشناسی مثبت نگر، در کنار ترمیم آسیب‌ها، به سمت بهینه ساختن کیفیت زندگی گام بر می‌دارد. کیفیت زندگی پرستاران بسیار مهم است سطح بالایی از استرس کاری پرستاران می‌تواند بر کیفیت زندگی آن‌ها و در نتیجه کیفیت و کمیت مراقبت از بیمار تأثیر بگذارد. هدف از این پژوهش بررسی نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی پرستاران بود. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پرستاران شاغل در تهران در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ بود. نمونه از ۲۰۰ نفر که به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند، تشکیل شد. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، خودکارآمدی شرر و پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** خودکارآمدی به صورت معنی‌داری، به مقدار ۰/۲۶۶ کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های تهران را افزایش می‌دهد. همچنین سهم متغیر تاب‌آوری به صورت معنی‌داری (۰/۳۸۵) در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران در این شهر می‌باشد. خودکارآمدی و تاب‌آوری نیز با هم می‌توانند ۳۳/۶٪ از واریانس کیفیت زندگی پرستاران را تبیین کنند. **نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های تاب‌آوری و افزایش توانمندی‌های روانشناختی به‌خصوص خودکارآمدی، روش‌های مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی پرستاران می‌باشد.

کلید واژه‌ها:

۱. کیفیت زندگی
۲. خودکارآمدی
۳. پرستاران

* نویسنده مسئول: خسرو رضانی

آدرس الکترونیکی: Kh.ramezani@iauyasooj.ac.ir

مقدمه

جامعه نقش مهمی دارند. چنانچه پرستاران بزرگ‌ترین گروه ارائه‌کننده خدمات مراقبتی به بیماران هستند و کیفیت زندگی خود آن‌ها نیز به‌عنوان یک انسان از یک سو و به‌عنوان یک مراقب‌کننده اصلی از بیمار، حائز اهمیت است (۷).

فشار شغلی و فرسودگی ناشی از حرفه پرستاری سبب شده پرستاری جزء مشاغل سخت طبقه‌بندی شود، چنانچه به‌منظور برآورده کردن نیازهای بیماران گاهی باید به صورت ۲۴ ساعته فعالیت داشته باشند که به نظر می‌رسد این امر تعهدات خانوادگی و اجتماعی این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸).

در همین راستا امروزه شاهد آن هستیم که با پیدایش و گسترش روانشناسی سلامت^۱ و روانشناسی مثبت^۲، نگرش درباره اختلالات، از چارچوب پزشکی و مدل تک‌عاملی خارج شده و محققان معتقدند که بهتر است شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی را به حساب سبک‌های زندگی معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود (۹).

گودمن^۳، از نخستین کسانی بود که در زمینه عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کار کرده است. وی در یکی از تحقیقات خود، به این نتیجه رسیده که دو عامل بر کیفیت زندگی مؤثر است، عامل اول ابزاری است و منعکس‌کننده محیط زندگی و موقعیت خانوادگی است. عامل دوم ارتباطی است و کیفیت ارتباط بین فردی را نشان می‌دهد، این دو عامل مشابه نیازهای دوم و سوم مزلو یعنی نیاز به امنیت و نیاز به تعلق و عشق هستند. این مسئله اهمیت ابعاد مختلف زندگی را در بهبود کیفیت زندگی نشان می‌دهد. در کل برای بهبود کیفیت زندگی باید این بهبود در تمام ابعاد زندگی وجود داشته باشد (۱۰).

پژوهش‌های بسیاری مؤید این نکته است که بسیاری از ویژگی‌های روانشناختی افراد از جمله خودکارآمدی، تاب‌آوری و بسیاری دیگر از ویژگی‌های روانشناختی نیز ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی افراد دارد. بندورا نیز در این باره می‌گوید، خودکارآمدی از مهم‌ترین عوامل در تبیین رفتارها، فعالیت‌ها و کنترل کارکرد انسانی در زندگی اجتماعی می‌باشد. همچنین او رضایت از زندگی را که با کیفیت زندگی افراد ارتباط بسیار نزدیک دارد به ویژگی خودکارآمدی پیوند می‌زند (۱۱). در رابطه با فعالیت‌ها و کنترل کارکرد انسانی در زندگی اجتماعی، یافته‌های روانی پور، احمدیان، یزدانی‌پناه، و سلطانیان، نیز ارتباط معنی‌دار، مثبت و نسبتاً قوی بین میزان

در نیم قرن گذشته بیشتر تلاش روانشناسان بر درمان اختلالات و رفع ناتوانی‌ها متمرکز بوده است. اما روانشناسی مثبت به افزایش شادمانی، سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش ویژگی‌های فردی و عوامل اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه تأکید دارد (۱) و در کنار ترمیم آسیب‌ها، به سمت بهینه‌سازی ساختن کیفیت زندگی گام برمی‌دارد و سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت به‌عنوان پیامدی از وضعیت سلامت جامعه در حوزه علوم بهداشت کاربرد گسترده‌ای یافته است (۲).

کیفیت زندگی^۱ از مهم‌ترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت روانی محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به‌عنوان «ادراک فرد از موقعیت خود در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و دل‌مشغولی‌ها تعریف کرده است (۳). کیفیت زندگی یک اصطلاح مورد استفاده در تعدادی از رشته‌های علمی با تعاریف و مفهوم‌سازی‌ها از حالات سلامت تا رضایت‌مندی زندگی و دارا بودن ویژگی‌های مطلوب اجتماعی و مؤثر است. این تعریف مفهوم وسیعی است که به شیوه پیچیده‌ای توسط سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، سطح استقلال و روابط اجتماعی فرد و ارتباط او با خصوصیات بارز محیط وی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و بدین سبب بسیار قابل تأمل است (۳). چنانچه امروزه دغدغه اصلی محققان و پژوهشگران صرفاً یافتن راه‌های افزایش طول عمر نیست، بلکه با نگاهی به آمار و ارقام می‌توان دریافت که اگر چالش اصلی تا قرن بیستم فقط «زنده ماندن» بوده، چالش قرن جدید «زندگی با کیفیت برتر» می‌باشد (۴). از نظر سلو نیز در بررسی کیفیت زندگی، رضایت‌مندی از زندگی، کار و فعالیت‌های اجتماعی ارزیابی می‌گردد (۵).

بنابراین یکی از مهم‌ترین اهداف پژوهش‌های حیطة مرتبط با سلامت روان، بررسی راه‌های افزایش کیفیت زندگی در زندگی اجتماعی آدمی می‌باشد. مطالعات پیشین نیز نشان داده است که در بررسی کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار، شغل افراد می‌باشد که دربرگیرنده توانایی در انجام وظایف و مسئولیت‌های فرد نیز می‌باشد. طبق نظر همائیده^۲ مشاغل پزشکی و خدمات درمانی خصوصاً پرستاری و بهیاری از جمله مشاغل می‌باشند که ذاتاً دارای عوامل و محرک‌هایی از جمله بارکاری بیش از حد هستند که به‌عنوان تهدیدی جدی برای رفاه و آسایش افراد و سطح کیفیت زندگی آن‌ها به شمار می‌روند (۶). در حیطة مشاغل اجتماعی، پرستاران به‌عنوان بخش مهمی از شاغلین عرصه بهداشت در کیفیت سلامت جسم و بهداشت روان احاد

¹ Quality of life

² Hamaideh

³ Health psychology

⁴ Positives psychology

⁵ Goodman

پرستاران دارد؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات مقطعی و توصیفی -همبستگی بود که به منظور بررسی نقش متغیرهای خودکارآمدی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی پرستاران انجام شده است. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. از میان بیمارستان‌های شهر تهران یک بیمارستان به طور تصادفی انتخاب گردید. سپس پرستاران شاغل پرسشنامه‌های مربوط به تحقیق را پر کردند. ۱۱ نفر بر اثر عدم دقت در مراحل تکمیل کردن پرسشنامه‌ها حذف شدند و پرسشنامه‌های ۱۸۹ نفر زن و مرد بررسی گردید. به منظور بررسی نقش هر یک از متغیرهای خودکارآمدی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی پرستاران، اطلاعات گردآوری شده به روش رگرسیون چندگانه همزمان و آزمون همبستگی پیرسون با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ تحلیل شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سؤالی کوتاه

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL) ۲۶ سؤالی کوتاه، فرم کوتاهی از نسخه ۱۰۰ سؤالی پرسشنامه کیفیت زندگی است و ۲۶ سؤال دارد و ۴ حیطه وسیع را با ۲۴ سؤال می‌سنجد که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط. از ۲۶ سؤال، دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به طور کلی می‌سنجند. سؤال‌های پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه نشان‌دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روانشناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶، محیط ۰/۸۰) و دارای پایایی مناسبی است (۱۸). اعتبار این ابزار از سوی سازمان جهانی بهداشت بالای ۰/۹۰ درصد تعیین شده است و در ایران نیز نسخه فارسی این ابزار توسط نجات، منتظری، هولاکویی نایینی، محمد و مجدزاده بررسی گردید و پایایی ابزار در هر چهار حیطه مورد بررسی بالای ۰/۷ به دست آمد که مؤید تکرارپذیری این آزمون است. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز در کلیه حیطه‌ها به غیر از حیطه اجتماعی، بالای ۰/۷ گزارش شده است (۱۹).

پرسشنامه خودکارآمدی شرر

پرسشنامه خودکارآمدی شرر (SES) در سال ۱۹۸۲ توسط شرر، مادوکس، مرکاندانت، پرنیتیک -دون، جاکوبس و

خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی پرستاران را در محیط شغلی نشان داده است ($r = 0/563$ ، $P < 0/01$). پرستاران در اکثر مواقع باید به توانایی تصمیم‌گیری بالینی کارآمد در برخورد با شرایط ویژه بیماران مجهز باشند و از مهارت‌های اجرایی افزون‌تری در ارائه خدمات پرستاری برخوردار بوده تا در حیطه شغلی و اجتماعی نیز از کیفیت زندگی بهتر و بالاتری بهره‌مند باشند. به نظر می‌رسد پرستاران از جمله کسانی هستند که امتیاز خودکارآمدی در آن‌ها همواره در سطح پایینی برآورد می‌شود و همین امر می‌تواند بر سایر ابعاد شخصیتی و کاری آن‌ها و در کل کیفیت زندگیشان اثر بگذارد. روانی‌پور و همکاران پیشنهاد دادند که با توجه به اهمیت بحث تصمیم‌گیری بالینی و ارتباط معنی‌دار آن با خودکارآمدی در پرستاران، توصیه می‌شود در فرایند سیاست‌گذاری جهت ارتقاء کمی و کیفی خدمات، بهبود خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی پرستاران در ساختار نظام سلامت مد نظر قرار گیرد (۱۲).

همچنین از دیگر عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی تاب‌آوری می‌باشد. تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی -روانی، در شرایط خطرناک تعریف شده است (۱۳). طبق پژوهش آزاد و آزادی، افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می‌نمایند و دارای سازگاری روانشناختی هستند (۱۴). تحقیقات سامانی و همکاران نیز بین تاب‌آوری و سلامت روانی که از مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی نیز هست، همبستگی مثبت به‌دست آوردند (۱۵). نتایج پژوهش سوریا و حسنی راد^۶ نیز نشان داده است که سلامت روانی تحت تأثیر ویژگی‌های شخصی مانند تاب‌آوری قرار دارد (۱۶). پژوهش برقی ایرانی و بگیان، نشان داده که آموزش تاب‌آوری برای پرستاران بیمارستان ایران شهر بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران مؤثر واقع شده است (۱۷). پس می‌توان به این نتیجه رسید که راه‌های بررسی نقش تاب‌آوری و خودکارآمدی پرستاران و اثرات آن بر کیفیت زندگی آن‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار است. با توجه به بررسی‌های انجام گرفته، محقق درصدد است با استفاده از پژوهش حاضر نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری را به‌عنوان متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی پرستاران بررسی نماید، تا بتوان از نتایج این پژوهش در سطح آموزش روانی و پیشگیری از اختلالات و افزایش سطح سلامت روانی و ارتقای کیفیت زندگی افراد جامعه فعالیت گسترده‌تری نمود. تاکنون و در تحقیقات قبلی نقش متغیرهای خودکارآمدی و تاب‌آوری به‌طور همزمان به‌عنوان ویژگی‌های فردی در کیفیت زندگی پرستاران شهر تهران بررسی نشده است که از نکات نو در انجام پژوهش جاری می‌باشد. لذا پژوهشگر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا خودکارآمدی و تاب‌آوری سهم معنی‌داری در پیش‌بینی کیفیت زندگی

⁶ Soria and Hasani Rad

⁷ World health organization quality of life

⁸ Self - efficacy scale

را به وسیله ضریب آلفا ۰/۸۷ گزارش کردند. مضاف بر اینکه میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش تعیین سهم هوش معنوی و تاب‌آوری در جهت‌گیری زندگی توسط رزم پوش اندازه‌گیری شد و مقدار آن برابر با ۰/۹۳۵ بود که نشانگر پایایی بسیار بالای این پرسشنامه می‌باشد (۲۳).

یافته‌ها

از ۱۸۹ شرکت‌کننده پژوهش حاضر، ۵۲ نفر مرد (۲۷/۵ درصد) و ۱۳۶ نفر زن (۷۲ درصد) بودند و یک پرسشنامه بدون ذکر جنسیت (۰/۵ درصد) بوده است. ۵۱ نفر (۳۱/۴ درصد) بین ۲۲ تا ۳۰ سال، ۶۸ نفر (۳۶/۲ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۵۱ نفر (۳۱/۴ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال، و ۱۰ نفر (۵/۳ درصد) بین ۵۱ تا ۵۷ سال سن داشتند. نتایج آمار توصیفی پژوهش حاضر، یعنی میانگین و انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات افراد، در متغیرهای مورد مطالعه، در جدول ۱ ارائه شده است.

به‌منظور بررسی نقش هر یک از متغیرهای پیش‌بین (یعنی خودکارآمدی و تاب‌آوری) در کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر ملاک، به روش رگرسیون چندگانه همزمان، اطلاعات گردآوری شده در پژوهش حاضر تحلیل شدند. تحلیل رگرسیون چندگانه چندین مفروضه دارد که رعایت آن‌ها ضروری و تخطی از آن‌ها غیرقابل اغماض می‌باشند (۲۴). به‌منظور بررسی مفروضه‌های تحلیل رگرسیون چندگانه: آزمون نرمال بودن داده‌ها، خطی بودن رابطه نمره‌های متغیرهای پیش‌بین و ملاک، همگنی واریانس‌ها و آزمون هم‌خطی چندگانه انجام شدند که همگی عدم تخطی از مفروضه‌ها را حکایت کرده‌اند. با استفاده از روش همزمان، مدل رگرسیون معنی‌داری به دست آمده است $R^2 = ۰/۳۳۶$ ، $(F_{(۲,۱۸۶)} = ۴۷/۱۶, P < ۰/۰۰۱)$. طبق نتایج متغیر تاب‌آوری و خودکارآمدی بر روی هم به اندازه ۳۳/۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی را توجیه می‌کند. در جدول ۲، سهم هر یک از متغیرهای مورد مطالعه که کیفیت زندگی را به‌عنوان متغیر ملاک، پیش‌بینی می‌کنند، ارائه شده است.

راجرز^۹ (۲۰) ساخته شده است. مقیاس مورد استفاده نسخه ۱۷ سؤالی می‌باشد. برای هر سؤال مقیاس خودکارآمدی، ۵ پاسخ پیشنهاد شده است. به همین دلیل به هر سؤال ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤالات شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ امتیازشان افزایش می‌یابد و بقیه سؤالات به صورت معکوس یعنی از چپ به راست امتیازشان افزایش می‌یابد. امتیاز کلی از جمع نمرات سؤالات به دست می‌آید. افرادی که یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین کسب کنند، به‌عنوان افراد با خودکارآمدی بالا و پایین مشخص می‌شوند. این آزمون توسط براتی (۲۱)، در سال ۱۳۷۵ مورد استفاده قرار گرفت. برای بررسی میزان روایی و پایایی، آزمون بر روی ۱۰۰ نفر انجام شد. طبق پژوهش براتی پایایی مقیاس خودکارآمدی برابر ۰/۷۶ است و آلفای کرونباخ یا همسانی کلی سؤالات برابر ۰/۷۹ است که در تحقیق مذکور رضایت‌بخش ارزیابی شد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)^{۱۰} را کانر و دیویدسون (۱۳) در ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ تهیه کردند. در این پرسشنامه، ۲۵ عبارت وجود دارد و هر عبارت بر اساس یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۰۰ است و نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات یا کل ارزش‌های به دست آمده از هر یک از سؤالات است و میزان تاب‌آوری هر پاسخگو برابر با نمره خام (نمره به دست آمده) تقسیم بر ۱۰۰، ضربدر ۱۰۰ است. میانگین نمره ۵۰ است، نمره کمتر از ۵۰ نشانه تاب‌آوری کمتر و نمره بیشتر از ۵۰ نشانه تاب‌آوری بیشتر است. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی برابر ۰/۸۹ بود و روایی به شیوه تحلیل عاملی برابر ۰/۸۷ بوده است. پایایی این پرسشنامه علاوه بر هنجاریابی اولیه توسط کردمیرزا نیکوزاده (۲۲) مجدداً با ضریب آلفای کل برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. سامانی و همکاران (۱۵) اعتبار این مقیاس

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (N=۱۸۹).

متغیر	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	حداقل نمره	حداکثر نمره
خودکارآمدی	۶۳/۳	۸/۳	۳۹	۸۲
تاب‌آوری	۶۶/۴۸	۱۶/۶۷	۸	۱۰۰
کیفیت زندگی	۶۲/۶۵	۱۳/۴۳	۲۲	۱۰۰

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه خودکارآمدی و تاب‌آوری بر کیفیت زندگی.

متغیرهای پیش‌بین	همبستگی چندگانه	تعیین (R ^۲)	ضریب	سطح معنی‌داری	مقدار بتای (β) استاندارد	مقدار بتا (β)	خطای معیار	آماره t	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی	۰/۶۷	۰/۵۸۰	۰/۰۰۱	۰/۲۶۶	۰/۴۳۱	۰/۱۱۸	۳/۶۴	۰/۰۰۱	
تاب‌آوری				۰/۳۸۵	۰/۲۵۲	۰/۰۶۷	۵/۲۶	۰/۰۰۱	

^۹ Scherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs

^{۱۰} Connor-Davidson resilience scale

نیز خودکارآمدی اجتماعی به معنای ظرفیت‌های فرد در مواجهه با چالش‌های اجتماعی، احساس توانایی در روابط با همسالان و توانایی مدیریت ناسازگاری‌های بین‌فردی است. همین‌طور، خودکارآمدی هیجانی را، توانایی ادراک شدهٔ چیرگی بر هیجانات منفی توسط فرد تعریف می‌کند (۲۹). هرچه افراد دارای احساس خودکارآمدی قوی‌تری باشند، در نتیجه تلاش فرد برای غلبه بر حالات منفی بیشتر می‌شود و در امر درمان و مراقبت از بیماران در بالین مشارکت بیشتری از خود نشان می‌دهند و در نتیجه در محیط اجتماعی و شغلی خود نیز کیفیت زندگی را بهتر و غنی‌تر ارزیابی می‌کنند. همچنین شواهد حاکی از آن است که احساس خودکارآمدی قوی، مانع از تأثیرات استرس بر بدن می‌شوند و کارکرد سیستم ایمنی بدن را افزایش می‌دهند و سلامت جسمانی بیشتری را تجربه می‌کنند و سلامت جسمانی نیز از مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی است. بنابراین باورهای مرتبط با خودکارآمدی و ادراک توانایی چیرگی بر مشکلات شغلی سخت چون پرستاری می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان مؤثر بوده و سطح رضایت‌مندی از زندگی را در پرستاران بیافزاید. چنانچه نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داده است که خودکارآمدی سهم معنی‌داری در تبیین کیفیت زندگی پرستاران شهر تهران دارد ($P < 0.001$, $\beta = 0.266$).

از آنجا که نظریهٔ کیفیت زندگی بر این فرض استوار است که عناصر عاطفی و هیجانی -شادمانی تا حد زیادی از قضاوت‌های شناختی از رضایت‌مندی از زندگی ناشی می‌شود و یا از این ارزیابی حاصل می‌شود که چه وقت فرد احساس شادمانی و امنیت می‌کند و معیارهای او در مورد کار و فعالیت رضایت‌بخش برآورده شده است (۵)، می‌توان جهت افزایش و بهبود کیفیت زندگی هرچه بیشتر زندگی پرستاران، بر سطح احساس خودکارآمدی افراد اثرگذاری کرد. چرا که به گفتهٔ ایساکسون (۲۵) افراد تاب‌آور نیز قادرند احساس خودکارآمدیشان را حفظ کرده و شرایط را ارزیابی کنند، تعهد به اهدافشان را تقویت نمایند و رفتار انگیزشی را افزایش دهند و در نتیجه پیشرفت بالایی را کسب نمایند و در نتیجه میزان کیفیت زندگی خویش را ارتقاء دهند (۲۵).

در همین راستا عزیزی و همکاران (۳۰)، در پژوهش مقایسهٔ میزان تاب‌آوری، اهمالکاری، استرس و فرسودگی شغلی در پرستاران بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی نشان دادند که بین پرستاران بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی از نظر میزان استرس شغلی و فرسودگی شغلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. پژوهش برقی ایرانی و بگیان (۱۷)، نیز نشان داده که آموزش تاب‌آوری برای پرستاران بیمارستان ایرانشهر بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران مؤثر واقع شده است و این مطالعه نشان می‌دهد برای ارتقای سطح کیفیت

با توجه به آنچه که در جدول ۲ گزارش شده است، با در نظر گرفتن مقادیر β همراه با سطح معنی‌داری متناظر با آن، خودکارآمدی به صورت معنی‌داری، به مقدار 0.266 کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های تهران را پیش‌بینی می‌کند. همچنین سهم متغیر تاب‌آوری به صورت معنی‌داری، به مقدار 0.385 در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های تهران می‌باشد. با توجه به نتایج گزارش شده، فرضیهٔ کلی پژوهش حاضر یعنی «خودکارآمدی و تاب‌آوری سهم معنی‌داری در تبیین کیفیت زندگی پرستاران شهر تهران دارند» تأیید شده است ($R^2 = 0.336$, $P < 0.001$, $F(2, 186) = 47.16$) و مدل رگرسیون معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

بازنگری گسترده‌ایی که بر روی ادبیات پژوهش‌های داخلی و خارجی انجام شد، نشان داد که نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های روانی پور و همکاران (۱۲)، آزاد و آزادی (۱۴)، سوریا و حسنی راد (۱۶)، برقی ایرانی و بگیان (۱۷)، ایساکسون (۲۵)، گومز و مک لارن^{۱۱} (۲۶)، و بهرامی (۲۷) همسو است.

شناسایی عوامل مثبت و مؤثر بر رفتار، عملکرد شغلی و سلامت روانی افراد جامعه از جمله مسئولیت‌های دانش آموختگان رشتهٔ روانشناسی است. یکی از اهداف مستتر در این پژوهش پرداختن به موضوعاتی است که سبب ارتقای کیفیت زندگی پرستاران و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان در حیطة وظایف و مسئولیت‌های شغلی است. طبق شواهد پژوهش‌های پیشین با توجه به اینکه مراقبت‌کنندگان، خصوصاً پرستاران که در ارتباط نزدیک با بیماران هستند، ممکن است تحت تأثیر تنش‌های زیادی قرار گیرند و در نتیجه کیفیت زندگی خود آنان تحت تأثیر قرار گیرد (۷). پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی پرستاران انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که خودکارآمدی و تاب‌آوری سهم معنی‌داری در تبیین کیفیت زندگی پرستاران شهر تهران دارند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طبق نظر بندورا خودکارآمدی، به باورها یا قضاوت‌های فرد در مورد توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. وی از میان مهم‌ترین عوامل در تبیین رفتارها، فعالیت‌ها و کنترل کارکرد انسانی، هیچ‌کدام را مؤثرتر از خودکارآمدی نمی‌داند (۱۱). با مرور اجمالی متون نیز در می‌یابیم یکی از مواردی که خودکارآمدی بر آن تأثیر دارد، سلامت روانی است. سلامت روانی از جمله مفاهیم مهم و اساسی در روانشناسی است که از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی است، به بیانی گویاتر بخش مرکزی سلامت، سلامت روان است؛ زیرا تمامی تعاملات مربوط به سلامتی به وسیلهٔ روان انجام می‌شود (۲۸). بر طبق نظر موریس^{۱۲}

¹¹ Gomes and McLaren

¹² Morris

تغییر است. همچنین نتایج پژوهش بهرامی (۲۷) که با هدف تعیین کیفیت زندگی پرستاران انکولوژی در یک مرکز منتخب در اصفهان انجام گردید، نشان داده است که کم توجهی به کیفیت زندگی پرستاران و برطرف نکردن دغدغه‌های منطقی آن‌ها، ممکن است کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان و در نهایت کیفیت زندگی آنان را به شکل قابل توجهی تحت تأثیر قرار دهد. افزایش تاب‌آوری، باعث ایجاد راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر، در افراد می‌شوند و به این طریق می‌توانند کیفیت زندگی افراد را افزایش دهند، به نظر می‌رسد که تلاش برای ارتقای کیفیت زندگی پرستاران و توانمندی‌های روانشناختی آنان بر کیفیت مراقبت از بیماران نیز تأثیرگذار است. پس می‌توان جهت افزایش و بهبود کیفیت زندگی و رضایتمندی هرچه بیشتر پرستاران، بر مهارت‌های افزایش تاب‌آوری و احساس خودکارآمدی و دیگر ویژگی‌های مثبت و مؤثر روانشناختی آنان توجه کرد تا در حیطه شغلی نیز کارآمدتر حضور داشته باشند. چنانچه در پژوهش جاری نتایج نشان داد که تاب‌آوری سهم معنی‌داری در تبیین کیفیت زندگی پرستاران شهر تهران دارد ($\beta = 0/385$ ، $P > 0/001$).

بر پایه‌های نتایج این پژوهش و دیگر پژوهش‌های همسو که نشانگر این موضوع است که خودکارآمدی و تاب‌آوری سهم مؤثری بر کیفیت زندگی پرستاران داشته است، می‌توان به برنامه‌ریزان و مدیران آموزشی و اجرایی پرستاری پیشنهاد کرد، در جهت افزایش کیفیت زندگی پرستاران و در نتیجه دانش افزایی و ارتقای توانمندی‌های روانشناختی آنان، به آموزش مهارت‌های تاب‌آوری و افزایش خودکارآمدی آنان توجه بیشتری مبذول نمایند. زیرا سلامت روان ناشی از بهبود کیفیت زندگی پرستاران مستقیماً روی سلامت روان همهٔ احاد جامعه اثرگذار است. تاکنون و در تحقیقات قبلی نیز متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی پرستاران تعیین سهم نشده بودند که از نکات نو در انجام پژوهش جاری می‌باشد.

زندگی پرستاران می‌توان از آموزش تاب‌آوری استفاده کرد و نتایج پژوهش وی همسو با نتایج پژوهش جاری می‌باشد. تاب‌آوری توانایی افراد در سازگاری مؤثر با محیط، علی‌رغم قرار داشتن در معرض عوامل خطرآفرین است. عوامل خطرآفرین آن دسته شرایط و موقعیت‌های منفی هستند که با پیامدهای منفی و مشکلات رفتاری مرتبط می‌شوند (۱۳)، طبق پژوهش آزاد و آزادی (۱۴)، نیز افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می‌نمایند و دارای سازگاری روانشناختی هستند. سامانی و همکاران بین تاب‌آوری و سلامت روانی (از مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی) همبستگی مثبت به‌دست آوردند (۱۵).

نتایج پژوهش سوریا و حسنی راد (۱۶) نیز نشان داد که سلامت روانی تحت تأثیر ویژگی‌های شخصی مانند انعطاف‌پذیری (تاب‌آوری) قرار دارد که این یافته نیز هم‌راستا با پژوهش حاضر است. بنابر تجربهٔ سلطانی، ارتباط بین شاخص‌های سلامت و کیفیت زندگی اهمیت بسیار زیادی در تصمیم‌گیری‌های بالینی و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی دارد به طوری که چشم‌انداز کیفیت زندگی، یک محرک قوی برای تصمیمات و ترجیحات فرد است. اگر فاصلهٔ قابل ملاحظه‌ای بین وضعیت سلامت فرد و کیفیت زندگی او وجود داشته باشد و این اختلاف مورد توجه سیاست‌گذاران بهداشتی قرار نگیرد در تصمیم‌گیری‌های بالینی و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی ممکن است با ترجیحات فرد در یک راستا نبوده، در نتیجه به خطا رفته و نتیجهٔ مطلوب از آن حاصل نشود (۳۱)، بنابراین به هر عاملی که بر کیفیت زندگی پرستاران اثرگذار است بهتر است توجه ویژه صورت گیرد. با توجه به نظر کولیوند و همکاران (۳۲) پرستاری روز به روز در حال تغییر است و نقش‌های پرستاران نسبت به گذشته دچار تحول و دگرگونی شده است، لذا تعاریف و نقش‌های پرستاری و به تبع آن نیازهای آموزشی و پژوهشی آن نیز در حال

منابع

1. Mousavi Nasab SM, Taghi QMR, Mohammadi N. Optimism and stress assessment: a review of two theoretical models in the prediction of psychological adjustment. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2006; 13(2): 111-20.
2. Snyder CR, Lopez J. *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University press. 2002.
3. Gashtasbi A. A survey on quality of health in Tehran. The first national conference on quality of life. Tarbiat Modarres University. 2004.
4. Farhadi A, Foughan M, Mohammadi F, Sahranavard M. The effect of healthy life style educational program on rural elderly's quality of life in dashti district of bushehr province. *Iranian Journal of Salmand*. 2013; 8(3): 35-43.
5. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol*. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 1995; 22(2-3): 73-81.
6. Hamaideh SH. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. *Issus Ment Health Nurs*. 2012; 33(1): 15-23.
7. Ergun FS, Oran NT, Bender CM. Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nurs*. 2005; 28(3): 193-9.

8. Amiry S, Firooz Abady M, Bahrami T, Sadaty L. Study quality of life and related factors in the staff Alborz university of medical sciences in 2011. Alborz University of Medical Sciences. 2013; 3(1): 18-22.
9. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol*. 2000. 55(1): 5-14.
10. Goodman EA, Zammuto RF, Gifford BD. The competing values framework: understanding the impact of organizational culture on the quality of work life. *Organization Development Journal*. 2001; 19(3): 58-69.
11. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50(2): 248-87.
12. Ravanipour M, Ahmadian A, Yazdanpanah A, Soltanian AR. Assessing the relationship between self-efficacy and clinical decision-making in hospital nurse. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2015; 23(4): 77-86.
13. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the connor – davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82.
14. Azadi S, Azad H. The correlation of social support, tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in universities of Ilam. *Iran J War Public Health*. 2011; 3(4): 48-58.
15. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 13(3): 290-5.
16. Soria H, Hasanirad T. Relationship between resilience, optimism and psychological well-being in students of medicine. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30: 1541-4.
17. Barghi Irani Z, Begian MC. The effectiveness of resilience training program on improving nurses' quality of life. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2017; 5(3-4): 9-18.
18. Skevington SM, Lofty M, O'Connell KA. The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004; 13(2): 299-31.
19. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The world health organization quality of life (whoqol-bref) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(4):1-12.
20. Scherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*. 1982; 51: 663-71.
21. Barati S. Simple and multivariate study the relationship between self-efficacy, self-care and self-esteem and academic performance in students. Master's thesis, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz. 1996.
22. Kurd Mirza Niko Zadeh AU. Psychological-spiritual patterning in person's dependent on materials and development of an interventional program for promoting probiotic-based rhetorical-resilient resilience. PhD thesis, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University. 2009.
23. Razmpush M. Determining the contribution of spiritual intelligence and resilience to the orientation of students' life. Master's thesis. Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Roudehen Branch. Tehran. Iran. 2012.
24. Ramezani Kh, Ramezani M. Methods of data analysis in behavioral sciences research. 1nd ed. Yasooj: Fatemiye Publications, Islamic Azad University. 2017; p. 256.
25. Isakson B. Characteristics and enhancement of resiliency in young people, a research paper for Master of Science degree with major in guidance and counseling, University of Wisconsin-stout. 2002.
26. Gomes R, McLaren S. The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety / depression among late adolescents: applicability of resiliency models. *Pers Individ Dif*. 2006; 40(6): 1165-76.
27. Bahrami M. Quality of life of nurses working in internal-surgical wards of oncology center of Isfahan university of medical sciences. *Nursing Journal of the Vulnerable*. 2016; 3(7): 36-46.
28. Videbeck Sheila L. Psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, USA. 2004; p. 56-100.
29. Morris P. A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychology and Behavioral Assessment*. 2001; 23(3): 145-9.
30. Azizi K, Ahmadian H, Nazemi ASR. Comparison

of resiliency, procrastination, stress and burnout among nurses in psychiatric and non-psychiatric departments. Quarterly Journal of Nursing Management. 2017; 5(3-4): 80-91.

31. Soltani R, Kafae S, Salehi I, Karashki H, Rezaie S. Survey the quality of life in Guilan university students.

Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2010; 19(75): 25-35.

32. Koulivand PH, Safavi Bayat Z, Najafi K. Evidence-based nursing with educational approach. Shefaye Khatam. 1nd ed. Publisher Mirmah. 2014.

Archive of SID