



رابطه ی بهزیستی معنوی و سرمایه ی روانشناختی با کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان گنجویان دزفول

مریم قائمی مقدم^۱

دکترمریم اصفهانی اصل^۲

چکیده

هدف: در این پژوهش هدف، بررسی رابطه ی بهزیستی معنوی و سرمایه ی روانشناختی با کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان.

روش: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان دزفول بود که برای انجام این پژوهش تعداد ۲۲۵ نفر از این بیمارستان با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های بهزیستی معنوی پالوتز یانوالیسون (۱۹۸۲)، کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) و سرمایه روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده شد. طرح تحقیق از نوع تحقیقات همبستگی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندمتغیری با روش ورود همزمان و روش گام به گام از طریق نرم افزار *SPSS-20* استفاده شد.

یافته ها: در این پژوهش یافته ها نشان داد که بین بهزیستی معنوی و سرمایه های روانشناختی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

نتیجه گیری: نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد با روش ورود همزمان متغیرهای بهزیستی معنوی، و سرمایه های روانشناختی رابطه چندگانه معناداری با کیفیت زندگی دارند.

کلیدواژه ها: بهزیستی معنوی، سرمایه روانشناختی، کیفیت زندگی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اندیمشک، ایران



مقدمه

از سال ۱۹۴۸، زمانی که سازمان بهداشت جهانی^۱، سلامتی را این‌گونه تعریف کرد که «سلامتی تنها فقدان بیماری و ناتوانی نیست بلکه سلامتی عبارت است از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی» موضوع کیفیت زندگی^۲ در روان‌شناسی اهمیت بسیاری یافته است. کیفیت زندگی یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روان‌شناسی مثبت‌نگر^۳ (تغییر تمرکز از آسیب‌شناسی روانی به نقاط قوت انسان) است. تغییر عقیده از این‌که تنها پیشرفت‌های علمی، پزشکی و تکنولوژی می‌تواند منجر به بهبود زندگی شود، به این باور که بهزیستی فردی، خانوادگی، اجتماعی و جامعه از ترکیب این پیشرفت‌ها به همراه ارزش‌ها و ادراکات فرد از بهزیستی و شرایط محیطی به وجود می‌آید، از منابع اولیه گرایش به کیفیت زندگی است. مفهوم کیفیت زندگی در تحقیقات اجتماعی و روان‌شناسی مفهومی تازه است. در اواسط قرن بیستم، با توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشورها و پیشرفت علوم و تکنولوژی، انسان‌ها تدریجاً از رفاه بالاتر برخوردار شده و خواستار کیفیت زندگی بیشتر شدند. با وجود توافق عمومی که در مورد ارزش بالقوه عناصر، ابعاد و مقیاس‌های کیفیت زندگی وجود دارد، توافق واضحی درباره‌ی تعریف کیفیت زندگی دیده نمی‌شود و هر حوزه و رشته با توجه به دیدگاه خود و در راستای هدف تحقیق، تعریفی خاص در رابطه با این مفهوم ارائه می‌دهد (قاسمی‌زاد و همکاران، ۱۳۸۹).

امروزه توجه به ظرفیت‌هایی معطوف شده است که در کیفیت زندگی نقش بسیار دارند. یکی از این مؤلفه‌ها معنویت است که در واقع نوعی آگاهی درونی و احساس ارتباط بین خود و جهان اطراف می‌باشد. یکی از روش‌هایی که کارکنان در نظام اسلامی به‌واسطه آن شرایط روانی خویش را پایدار و با طراوت می‌سازند جنبه‌های مذهبی-معنوی و اتکا به خداوند و انجام اعمال و فرایض دینی است. نزدیکی به خدا و توجه به معنویت زندگی کاری باعث آرامش، خشنودی و سلامت روان آن‌ها می‌شود. ایمونز^۴ (۲۰۰۰) معتقد است که مردم جهان امروزه بیش از گذشته به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند و از همین رو است که بررسی علمی معنویت یکی از مباحث مهم و رایج در بهداشت جسمی و روانی شده است. در حقیقت پژوهش‌ها بیانگر این است که معنویت ارتباط مثبتی با سلامت جسمانی و روانی دارد. طرفداران نقش معنویت در بهبود سلامت روانی و سازگاری بین فردی تلاش‌های متعددی را برای ارتباط بین دو مفهوم سلامتی و معنویت تحت عنوان بهزیستی معنوی^۵ انجام داده‌اند (هاوکس، گودی و گاست^۶، ۲۰۰۳). الیسون^۷ (۱۹۸۳) به نقل از حسین‌دخت، فتحی‌آشتیانی و تقی‌زاده، (۱۳۹۲) معتقد است که بهزیستی معنوی یک عنصر روانی، اجتماعی و یک عنصر مذهبی را شامل می‌شود. بهزیستی مذهبی، که عنصر مذهبی است، نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است. بهزیستی وجودی، عنصری روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از اینکه کیست، چه کار و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشی دارند (حسین‌دخت و همکاران، ۱۳۹۲).

از دیگر مفاهیم حوزه روان‌شناسی مثبت که به نظر می‌رسد در ارتباط با کیفیت زندگی باشد، سرمایه روان‌شناختی^۸ است. از نظر لوتانز^۹ (۱۹۹۹)؛ به نقل از پناهی و فاتحی‌زاده، (۱۳۹۳) سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به‌هم‌پیوسته است که چهار مؤلفه‌ی ادراکی-شناختی یعنی امید^{۱۰}، خوش‌بینی^{۱۱}، خودکارآمدی^۱ و تاب‌آوری^۲ را در بر دارد. این مؤلفه‌ها، در یک فرآیند تعاملی و

1. world health organization (WHO)
2. quality of life
3. positive psychology
4. Emmons
5. spiritual well-being
6. Hawks & Goudy & Gast
7. Elison
8. psychological capital
9. Luthans
10. hope
11. optimism



ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم داده، او را برای ورود به صحنه‌ی عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی را در تحقق اهداف، تضمین می‌کند. از این رو کرید، ماچین و هیکس^۳ (۲۰۰۸؛ به نقل از پناهی و فاتحی‌زاده، ۱۳۹۳) اذعان نمودند که این چهار منبع در یک نظام به هم پیوسته، به تقویت یکدیگر و شکل‌دهی سپری مقاوم در برابر عوامل فشارآفرین عمل می‌کنند. لذا، بر اثرات ضربه‌گیر این منابع، در موقعیت‌های پرتنش تأکید شده است.

روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان شهرستان دزفول است که در سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به اطلاعات به دست آمده از مدیریت منابع انسانی این بیمارستان تعداد کل کارکنان برابر با ۷۳۶ نفر می‌باشد. از آنجا که حجم جامعه آماری در این تحقیق برابر با ۷۳۶ نفر است، نمونه این تحقیق با استفاده از جدول کرجسی-مورگان مشتمل بر ۲۲۵ نفر از جامعه یادشده می‌باشد که برای انتخاب آن‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بهزیستی معنوی پالوتزیان و الیسون: مقیاس بهزیستی معنوی را پالوتزیان و الیسون در سال ۱۹۸۲ ساختند که دارای ۲۰ گویه است، ده گویه آن مربوط به بهزیستی مذهبی و ده گویه بهزیستی وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه‌ی سؤالات به صورت شش گزینه‌ای در مقیاس لیکرت دسته‌بندی می‌شود. دامنه‌ی نمره بهزیستی مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۱۰-۶۰ است. نمره‌ی بهزیستی معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه‌ی آن ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است. پالوتزیان و الیسون (۱۹۸۲)، ضرایب پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس‌های بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و کل مقیاس به ترتیب، برابر با ۰/۶۳، ۰/۸۶، ۰/۹۳ و ضرایب آلفای کرونباخ، به ترتیب، برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (به نقل از حسین دخت و همکاران، ۱۳۹۲). پایایی این مقیاس، توسط دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۱۳۸۷) بر دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و خرده مقیاس بهزیستی وجودی به ترتیب، ۰/۸۲، ۰/۹۰ و ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است. در مطالعه حاضر جهت تعیین اعتبار سازه از یک سوال کلی محقق ساخته که میزان بهزیستی معنوی بازآزمایی می‌کرد بر روی یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای از (۱ کاملاً مخالف تا ۱۰ کاملاً موافق) استفاده گردید. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷۴ محاسبه شد.

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز: برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی PCQ (لوتانز، ۲۰۰۷) استفاده شد. این پرسشنامه از مقادیر استاندارد شده است که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجد مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده مقیاس‌ها نیز اثبات شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. برای به دست آوردن نمره‌ی سرمایه روان‌شناختی، ابتدا نمره‌ی هر خرده مقیاس به صورت جداگانه به دست آمد و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره‌ی کل سرمایه روان‌شناختی محسوب شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی که لوتانز و اولیو (۲۰۰۷) انجام دادند، حاکی از این بود که این آزمون دارای عوامل و سازه‌های مورد نظر سازندگان آزمون است. در حقیقت نتایج تحلیل عاملی روایی سازه آزمون را تأیید کردند. نسبت خبی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و

1. self-efficacy
2. resiliency
3. Creed, Machin & Hicks



آماره‌های CFI و RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ هستند (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷). بهادری خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند و هویدا و همکاران (۱۳۹۱) نیز پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آورده‌اند. لوتانز و همکاران نیز پایایی پرسشنامه را بالای ۰/۹۰ گزارش نمودند. در مطالعه حاضر جهت تعیین اعتبار سازه از یک سوال کلی محقق ساخته که میزان سرمایه روانشناختی بازنمایی می‌کرد بر روی یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای از (۱ کاملاً مخالف تا ۱۰ کاملاً موافق) استفاده گردید. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۱۰ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۸ تدوین شده است. این پرسشنامه، دارای ۲۶ سؤال است که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی را می‌سنجد. پاسخ به سؤالات به صورت لیکرتی و به صورت ۵ گزینه‌ای می‌باشد. در پایان، مجموع کل نمره‌های این پرسشنامه به صورت ۱۰۰-۰ در نظر گرفته می‌شود که بر حسب امتیازهای کسب‌شده، کیفیت زندگی آن‌ها در یکی از سه گروه نامطلوب، متوسط، مطلوب قرار می‌گیرد. در ایران، نجات و همکاران (۲۰۰۶؛ به نقل از حسین دخت و همکاران، ۱۳۹۲) این مقیاس را هنجاریابی کردند. ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی، ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند. ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش کرده‌اند. نصیری و همکاران (۲۰۰۶؛ به نقل از حسین دخت و همکاران، ۱۳۹۲)، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ به دست آورده‌اند. در پژوهش فتحی آشتیانی (۱۳۸۸)، میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمده است. در مطالعه حاضر جهت تعیین اعتبار سازه از یک سوال کلی محقق ساخته که میزان کیفیت زندگی را بازنمایی می‌کرد بر روی یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای از (۱ کاملاً مخالف تا ۱۰ کاملاً موافق) استفاده گردید. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷۶ محاسبه شد.

یافته‌ها

جدول ۱، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمره بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی

متغیر	شاخص‌های توصیفی				
	تعداد سؤالات	تعداد نمرات	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره
کیفیت زندگی	۲۶	۲۲۵	۸۱/۰۹	۱۰/۴۸۱	۵۵
بهزیستی معنوی	۲۰	۲۲۵	۱۲/۱۰۱	۱۶/۵۱۱	۵۳
سرمایه روانشناختی	۲۴	۲۲۵	۱۰/۵	۱۶/۱۰	۶۱

همان طوری که در جدول ۱، مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان (۸۱/۰۹ و ۱۰/۴۸۱)، میانگین و انحراف معیار بهزیستی معنوی کارکنان بیمارستان (۱۲/۱۰۱ و ۱۶/۵۱۱)، میانگین و انحراف معیار سرمایه روانشناختی در کارکنان بیمارستان (۱۰/۵ و ۱۶/۱۰) می‌باشد.

فرضیه اول: بین بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان دزفول رابطه معنی داری وجود دارد.



جدول ۲، همبستگی پیرسون بین بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان

کیفیت زندگی					متغیر ملاک متغیر پیش بین
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا (α)	سطح معناداری (P)	ضریب همبستگی پیرسون (r)	
H_0 رد	۲۲۵	۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰۸	بهزیستی معنوی

براساس جدول ۲، ملاحظه می شود، مقدار آزمون همبستگی پیرسون ($r = 0/308$) بین بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان در سطح $0/05$ معنادار می باشد. لذا فرض صفر رد می شود. و آزمون معنادار می باشد. و از آنجا که مقدار ضریب همبستگی مثبت است وجود رابطه مستقیمی را می پذیریم. یعنی با اطمینان 95% نتیجه می گیریم که هرچه بهزیستی معنوی در کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان دزفول بالاتر باشد، افزایش کیفیت زندگی آنان را به همراه خواهد داشت. پس فرضیه اول تأیید می شود.

فرضیه دوم: بین سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان دزفول رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۳، همبستگی پیرسون بین سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان

کیفیت زندگی					متغیر ملاک متغیر پیش بین
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا (α)	سطح معناداری (P)	ضریب همبستگی پیرسون (r)	
H_0 رد	۲۲۵	۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱	سرمایه روانشناختی

براساس جدول ۳، ملاحظه می شود، مقدار آزمون همبستگی پیرسون ($r = 0/501$) بین سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان دزفول در سطح $0/05$ معنادار می باشد. لذا فرض صفر رد می شود. و آزمون معنادار می باشد. و از آنجا که مقدار ضریب همبستگی مثبت است وجود رابطه مستقیمی را می پذیریم. یعنی با اطمینان 95% نتیجه می گیریم که هرچه سرمایه روانشناختی در کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان دزفول بالاتر باشد، افزایش کیفیت زندگی آنان را به همراه خواهد داشت. پس فرضیه دوم پژوهش تأیید می شود.

فرضیه سوم: بین بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان گنجویان دزفول رابطه چندگانه وجود دارد.



جدول ۴، ضرایب همبستگی چندگانه بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان با روش الف) ورود (Enter) ب) مرحله ای (stepwise)

همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین RS(R ²)	نسبت F (خطی بودن رگرسیون)		الف: Enter شاخص های آماری	
				احتمال p (برای خطی بودن رگرسیون)	
R = ۰/۵۸۲	R ² = ۰/۳۳۹	F = ۳۷/۷۴۱		P = ۰/۰۰۱	
Sig(p)	T	Beta	B	متغیرهای پیش بین	متغیر ملاک
۰/۰۹۶	۱/۶۷۰	۰/۱۰۱	۰/۰۶۴	بهزیستی معنوی	کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۵/۰۱۳	۰/۳۲۲	۰/۲۱۰	سرمایه روانشناختی	کیفیت زندگی

ضریب رگرسیون (β)				نسبت F احتمال p	ضریب تعیین RS	همبستگی چندگانه MR	ب: stepwise شاخص های آماری		
Sig(p)	t	Beta	B				متغیرهای پیش بین ↓	متغیر ملاک	کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۸/۶۶۱	۰/۵۰۲	۰/۴۱۶	f=۷۵/۰۲۱ p=۰/۰۰۱	۰/۲۵۲	۰/۵۰۲	بهزیستی معنوی	گام اول	
۰/۰۰۱	۵/۱۰۸	۰/۳۲۹	۰/۲۱۴	f=۵۴/۷۷۶ p=۰/۰۰۱	۰/۳۳۰	۰/۵۷۵	سرمایه روانشناختی	گام دوم	

همان طوری که در جدول ۴، نشان داده شده است، طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود (Enter)، ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان با $MR = ۰/۵۸۲$ و $R^2 = ۰/۳۳۹$ می باشد که در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. بنابراین فرضیه سوم تأیید می گردد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه ی بهزیستی معنوی و سرمایه ی روانشناختی با کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان دزفول بود. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($t = ۰/۳۰$ ، $p < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر نتایج نشان داد که بهزیستی معنوی بالاتر، کیفیت زندگی بالاتر در کارکنان بیمارستان را به همراه خواهد داشت. یافته های این فرضیه با یافته های پژوهش های یعقوبی و همکاران (۱۳۹۳)، میرزایی و همکاران (۱۳۹۳)، شاه کرمی و همکاران (۱۳۹۳)، اوسارودی، گل افشانی و اکبری (۱۳۹۲)، حشمتی فر، محسن پور و موسی زاده (۱۳۹۲)، الیور (۲۰۱۳) و انگوین و انگوین (۲۰۱۲) همسو است. در تبیین این فرضیه می توان گفت یکی از این مؤلفه های تاثیر گذار بر کیفیت زندگی افراد معنویت است که در واقع نوعی آگاهی درونی و احساس ارتباط بین خود و جهان اطراف



می‌باشد (مؤمنی و شهبازی‌راد، ۱۳۹۱). نزدیکی به خدا و توجه به معنویت زندگی کاری باعث آرامش، خشنودی و سلامت روان آن‌ها می‌شود (قهرمانی و نادى، ۱۳۹۱). در حقیقت پژوهش‌ها بیانگر این است که معنویت ارتباط مثبتی با سلامت جسمانی و روانی دارد. طرفداران نقش معنویت در بهبود سلامت روانی و سازگاری بین فردی تلاش‌های متعددی را برای ارتباط بین دو مفهوم سلامتی و معنویت تحت عنوان بهزیستی معنوی انجام داده‌اند (هاوکس، گودی و گاست^۱، ۲۰۰۳). الیسون^۲ (۱۹۸۳)؛ به نقل از حسین‌دخت، فتحی‌آشتیانی و تقی‌زاده، ۱۳۹۲) معتقد است که بهزیستی معنوی یک عنصر روانی، اجتماعی و یک عنصر مذهبی را شامل می‌شود. بهزیستی مذهبی، که عنصر مذهبی است، نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است. بهزیستی وجودی، عنصری روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از اینکه کیست، چه کار و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشی دارند. در نتیجه، احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی به تبع آن به وجود می‌آید (حسین‌دخت و همکاران، ۱۳۹۲).

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین سرمایه‌های روانشناختی و کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($t=0/50$ ، $p < 0/001$). به عبارت دیگر نتایج نشان داد که کارکنانی که سرمایه روان‌شناختی بالاتری دارند از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار هستند. یافته‌های این فرضیه با پژوهش‌های احمدی، شایان و ولی‌زاده (۱۳۸۹)، دالمیدا و همکاران (۲۰۱۱)، پینتو، و همکاران (۲۰۱۴) و ریولی و همکاران (۲۰۱۲). جهانی، ریجی، هروی کریموپی، هدوی، زئیری و خاتونی (۲۰۱۳) همسو است. در جهت تبیین فرضیه فوق می‌توان بیان کرد که برخوردار بودن از سرمایه روان‌شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند، لذا این‌گونه افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالاتری نیز هستند. در واقع یکی از معیارهای کیفیت زندگی بالا نداشتن استرس و یا توانایی مقابله سازگارانه با شرایط استرس‌زای زندگی است. از طرفی با توجه به نقش سرمایه‌های روانشناختی در تعدیل پیامدهای منفی استرس بر زندگی افراد منجر به سلامت روانشناختی بالاتر و در نهایت کیفیت زندگی بالاتر در افراد می‌شود. در تبیین دیگر رابطه مثبت بین سرمایه‌های روانشناختی بر کیفیت زندگی را می‌توان از طریق تأثیر هر کدام از سرمایه‌های روانشناختی بر کیفیت زندگی تبیین کرد. یکی از مولفه‌های مهم سرمایه‌های روانشناختی امیدواری است. امیدواری یکی از ویژگی‌های انسان است که به او کمک می‌نماید تا ناامیدی‌ها را پشت سر گذاشته، اهداف خود را تعقیب کرده و احساس غیرقابل تحمل بودن آینده را کاهش دهد. حفظ امید به زندگی و افزایش آن از مسائل مهم در همه سنین و برای همه اقشار است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود (Enter)، ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان با $MR = 0/582$ و $R^2 = 0/339$ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشد. بنابراین فرضیه سوم تأیید می‌گردد. با توجه به مقدار ضریب تعیین $(R^2)RS$ ، مشخص شده که ۳۴ درصد واریانس کیفیت زندگی در کارکنان به وسیله ی متغیرهای پیش بین بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی قابل تبیین می‌باشد. همچنین طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش مرحله‌ای (stepwise) متغیرهای بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی بهترین پیش بینی کننده‌ها برای کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان نقش خود را به خوبی ایفا کرده‌اند. این اولویت بندی نشان از قدرت پیش بینی‌کنندگی هر کدام از متغیرها نسبت به متغیرهای دیگر برای پیش بینی‌کنندگی کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان دزفول گواهی می‌دهد. در تبیین این فرضیه

1. Hawks & Goudy & Gast
2. Elison



می‌توان به نتیجه پژوهش‌های جعفری، فرج زادگان، لقمانی، مجلسی و جعفری^۱ (۲۰۱۴) که نشان دادند، همبستگی مثبت و معناداری بین کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن با بهزیستی معنوی کل و خرده مقیاس‌های معنا و صلح وجود دارد. همچنین، حیدری ساربان (۱۳۹۲)، در پژوهشی با عنوان نقش سرمایه روان‌شناختی در ارتقای شاخص‌های کیفیت زندگی در مناطق روستایی، به این نتیجه دست‌یافت که بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد، استناد کرد. بنابراین می‌توان گفت ترکیبی از بهزیستی معنوی و سرمایه روان‌شناختی باعث افزایش کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان می‌شود.

منابع

- بهداری خسروشاهی، ج؛ هاشمی نصرت‌آباد، ت؛ باباپور خیرالدین، ج (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *مجله تخصصی پژوهش و سلامت مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد*، دوره دوم، شماره ۱، ۱۴۵-۱۵۳.
- پناهی، ا؛ فاتحی زاده، م (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی زناشویی در بین زوجین شهر اصفهان. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه، سال پنجم، شماره ۱*، ۱۳۹-۱۵۵.
- جعفری، ع؛ حاجلو، ن؛ فغانی، ر؛ خزان، ک (۱۳۸۷). رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی سالمندان. *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، ویژه نامه سلامت روان، دوره دهم، شماره ۶*، ۴۴۰-۴۳۱.
- حشمتی فر، ن؛ محسن پور، م؛ موسی زاده، ا (۱۳۹۲). نقش معنویت و سلامت معنوی بر کیفیت زندگی. *فصلنامه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، سال هجدهم، شماره ۳ و ۴*، پاییز و زمستان ۹۲، پی در پی ۲۸.
- حیدری ساربان، و (۱۳۹۲). نقش سرمایه روان‌شناختی در ارتقای شاخص‌های کیفیت زندگی در مناطق روستایی. *جغرافیا (فصلنامه علمی-پژوهشی و بین‌المللی انجمن جغرافیای ایران) دوره جدید، سال دوازدهم، شماره ۴۲*، پاییز ۹۳.
- شفاقی، ف؛ رضایی کارگر، ف (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های تفکر خلاق و نقادانه بر بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان. *فصلنامه تحقیقات روان‌شناختی علمی-پژوهشی، سال دوم، شماره ۵*، ۶۹-۵۲.
- فتحی آشتیانی، ع (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)*. تهران: انتشارات بعثت.
- قاسمی زاد، ع؛ برنجیان تبریزی، ح؛ عابدی، م؛ برزیده، ا (۱۳۸۹). بررسی مقایسه‌ای رابطه بین کیفیت زندگی با عزت نفس، کانون کنترل، استرس و سرمایه اجتماعی فرزندان شاهد و ایثارگر فارس. *فصلنامه علمی - پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی / دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، سال اول، شماره ۴*، ۱۲۴-۱۰۷.
- ملفت، ق؛ خیر، م (۱۳۹۱). رابطه بین ادراک دانش آموزان از سبک رفتاری معلمان با بهزیستی روان‌شناختی در آنها. *مجله علوم رفتاری، دوره ششم، شماره ۳*، ۲۷۰-۲۶۳.
- هویدا، ر؛ مختاری، ح؛ فروهر، م (۱۳۹۱). رابطه مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های تعهد سازمانی. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال دوم، شماره ۲ (پیاپی ۳)*، ۵۶-۴۳.



منابع لاتین

- Emmons, A. (2000). Is spirituality intelligence? Motivation cognition and the psychology of ultimate concern. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10 (1), 3-26.
- Hawks, S. R., Goudy, M. B., & Gast, J. A. (2003). Emotional eating and spiritual well-being: A possible connection?. *American Journal of Health Education*, 34, 30-33.
- Luthans,.(2007). *Psychology Capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Van Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being its extension with spiritual well-being. *Journal of Personality and Individual Differences*, 36, 629-643.