

نقش میانجیگرانه حمایت اجتماعی در رابطه بین سرسختی روانی و احساس

انسجام با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان‌های شهر قوچان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۳۰

امیر قربان پور لقمجانی^{*۱}

مرتضی یاقوتی^۲

سجاد رضائی^۳

چکیده

هدف: تحقیق حاضر با هدف بررسی نقش میانجیگرانه حمایت اجتماعی در رابطه میان سرسختی روانی و احساس انسجام با کیفیت زندگی در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش: در پژوهشی با طرح همبستگی، ۱۱۶ نفر از کارکنان بیمارستان موسی ابن جعفر (ع) و ارتش شهر قوچان به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و به پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)، مقیاس تجدیدنظر شده احساس انسجام آنتونوسکی (۱۹۸۷)، پرسشنامه سرسخت روانی کوباسا (۱۹۷۹) و پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) پاسخ دادند. داده‌ها از طریق تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی واسطه‌ای به شیوه‌ی بارون و کنی (۱۹۸۶) با استفاده از نسخه‌ی ۲۰ نرم‌افزار *SPSS* پردازش شدند.

یافته‌ها: نتایج مشخص ساخت، سرسختی روان‌شناختی و احساس انسجام هر یک به‌طور مجزاً با کیفیت زندگی همبسته هستند ($P < 0/01$) و آن را پیش‌بینی می‌کنند؛ اما به میان آمدن حمایت اجتماعی، رابطه بین سرسختی روان‌شناختی و احساس انسجام با کیفیت زندگی بیشتر می‌شود. نقش میانجیگرانه حمایت اجتماعی در تعامل با متغیرهای سرسختی روان‌شناختی ($F=39/12$ $P < 0/0001$) و احساس انسجام ($F=14/85$ $P < 0/0001$) باعث افزایش معنی‌دار واریانس متغیر کیفیت زندگی شد.

نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی به نیرومندی اثرات مثبت سرسختی روانی و احساس انسجام بر کیفیت زندگی می‌افزاید. بنابراین اجرای مداخلات مدیریتی در محیط بیمارستانی به منظور افزایش حمایت اجتماعی از کارکنان توصیه می‌شود. نتایج برای مدیران بیمارستانی مورد بحث قرار گرفته است.

کلمات کلیدی: احساس انسجام، سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی، کارکنان بیمارستان، کیفیت زندگی

۱. استادیار گروه علوم تربیتی و مشاوره دانشگاه گیلان، رشت، ایران

* نویسنده مسئول: qorbanpoorlafmejani@guilan.ac.ir

۲. کارشناس ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان، رشت، ایران

The mediating role of social support in the relationship between mental hardiness and the sense of coherence with quality of life among staff at hospitals in Quchan

Amir qorbanpoor lafmejani^{1*}

Morteza yaghouti²

Sajjad rezaei³

Abstract

Introduction: Purpose of this study was to investigate the mediating role of social support in the relationship between hardiness and sense of coherence with quality of life in 2017.

Methods: In a correlation study, 116 employees of Musa ibn Ja'far and Army hospitals in Quchan were randomly selected and responded to WHO Quality of Life (1998), Antonovsky's sense of coherence (1987), Kobasa Hardiness (1979) and perceived social support questionnaires (1988). Data were processed through Mediated Hierarchical regression analysis using Baron and Kenny (1986) methods and using SPSS version 20 software.

Results: Findings Shown that hardiness and sense of coherence are correlated with the quality of life separately ($P < 0.01$) and predict it, but with the advent of social support, the relationship between hardiness and a sense of coherence increases with quality of life. The mediating role of social support in interacting with hardiness variables ($P < 0.0001$, $F = 39.12$) and sense of coherence ($P < 0.0001$, $FF = 14.85$) significantly increased the variance of life quality variable.

Conclusion: Social support adds to the potency of the positive effects of hardiness and the sense of coherence on the quality of life. Therefore, implementation of management interventions in the hospital environment is recommended to increase the social support of the staff. The results are discussed for hospital managers.

Keywords: quality of life, psychological hardiness, social support, Sense of Coherence, Personnel, Hospital

1 . Assistant Professor, Department of Educational Sciences and counseling, university of Guilan.

* Corresponding author: qorbanpoorlafmejani@guilan.ac.ir

2 . MA in Career Counseling, Department of counseling, Islamic Azad University, Quchan Branch, Quchan, Iran.

3 . Assistant Professor, Department of Psychology, university of Guilan.

مقدمه

کیفیت زندگی^۱ سازه‌ای چند بعدی است که می‌تواند تحت تأثیر جنبه‌های زندگی کاری و خانوادگی، سلامتی جسمی و روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی که فرد در آن زندگی می‌کند قرار بگیرد (تلس، باربوسا، وارگاس، گومز، فریه را و همکاران^۲، ۲۰۱۴). علیرغم تعاریف متعدد پیرامون مفهوم کیفیت زندگی، یک توافق کلی بین محققین، پیرامون تعریف آن وجود دارد و آن این است که کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که متشکل است از وضعیت مادی (شرایط مالی، درآمد، کیفیت خانه، رفت و آمد)، سلامت جسمانی (سلامت، تناسب بدنی، تحرک، ایمنی شخصی)، سلامتی اجتماعی (روابط شخصی، مشارکت اجتماعی)، سلامت عاطفی (عواطف مثبت، سلامت روانی، شکوفایی، رضایتمندی، باور یا اعتقاد، عزت نفس) و سلامتی مربوط به کارایی (صلاحیت، بهره‌وری) (شک و لی^۳، ۲۰۰۷).

کار، فعالیت اجتماعی است و می‌تواند سلامت و کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (تابالآتو، توماسی و نوس^۴، ۲۰۱۱). تحقیقات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی افراد با توجه به مکانی که در آن کار می‌کنند، متفاوت است (زاوالا، کلینج و کاریلو^۵، ۲۰۱۶) و کارکنان بخش‌های سلامت در مقایسه با افراد عادی، آسیب پذیری بیشتری نسبت به بیماری‌های روانی دارند (یداللهی، رزمجویی، جمالی، نیاکان و قهرمانی، ۲۰۱۶). مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که پزشکان، پرستاران و دیگر کارکنان بیمارستان‌ها از فشارهای کاری زیاد در محل کار رنج می‌برند. سطوح بالای فشار کاری مرتبط با کار می‌تواند آسیب‌پذیری آنها (کارکنان بخش سلامت) را نسبت به بیماری‌های روانی افزایش دهد و در نتیجه کیفیت مراقبت‌های بالینی در بیمارستان کاهش پیدا می‌کند. همانگونه که تحقیقات نشان داده‌اند کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستانی پائین است و این وضعیت برای پرستاران و داروسازان در بیمارستان‌ها بدتر است (سو، وینگ، تی سانگ و وو^۶، ۲۰۰۹).

با عنایت به سختی و حساسیت کار در بیمارستان‌ها و نیز حجم سنگین امور بیمارستانی، شناسایی و ارتقای متغیرهای همبسته با کیفیت زندگی اهمیت زیادی پیدا می‌کند. سرسختی روانی^۷ از جمله عواملی است که بر کیفیت زندگی افراد اثرگذار است. در همین رابطه تحقیقات نشان داده‌اند که بین سرسختی روانی و کیفیت زندگی در زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان آذربایجان غربی رابطه مستقیم وجود دارد (حقیقی، ساکی، محدثی، یاوریان و سلامی، ۱۳۹۲) و همچنین مشخص شده است که آموزش سرسختی روانی بر کیفیت زندگی زنان باردار اثربخش است (قره زاد آزاری، قربان شیرودی و خلعتبری، ۲۰۱۳).

1. quality of life

2. Teles, Barbosa, Vargas, Gomes, Ferreira et al

3. Shek & Lee

4. Tabeleão, Tomasi & Neves

5. Zavala, Klinj & Carrillo

6. Su, Weng, Tsang & Wu

7. hardiness

کوباسا^۱ (۱۹۸۸) سرسختی روانی را ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان تعریف می‌کند که از سه مؤلفه‌ی مبارزه طلبی، تعهد و کنترل تشکیل شده است (مدی^۲، ۲۰۰۶). ترکیب سه نگرش تعهد، کنترل و مبارزه طلبی به‌عنوان منابع درونی، در زمان استرس به افراد کمک می‌کنند و افراد را ترغیب می‌کنند تا از این تجربیات پرفشار، به رشد برسند. همچنین سرسختی روانی، بر احساسات مثبت اندیشی و صلاحیت افراد اثر می‌گذارد (کراسون^۳، ۲۰۱۵). سرسختی روانی از جمله نظام باورهایی است که نقشی بنیادین در کیفیت زندگی انسان داشته و ایجاد تعادل در بین ابعاد مختلف زندگی را بر عهده دارد. در واقع سرسختی روانی، ویژگی شخصیتی است که مقابله‌ی مؤثر با استرس را تسهیل کرده و مانع تشدید مشکلات روانی و جسمی می‌گردد (تیموری، خاکپور، مومنی مهمویی، ۱۳۹۴). تحقیقات شیرازی، چاری، جعفری کاهخا و مرعشی (۲۰۱۸)، واسودوا^۴، آذر و عبداللهی (۲۰۰۶)، شهبازی راد، غضنفری، عباسی و محمدی (۱۳۹۴) و پوراکیبری، خواجهوند خوشلی و اسدی (۱۳۹۳) همگی نشان داده‌اند که سرسختی روانی بر کیفیت زندگی افراد از جمله پرستاران و دانشجویان اثر گذار است.

عامل دیگری که می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد اثرگذار باشد حس انسجام روان‌شناختی^۵ است (لینگا، روزنکوویست، لانگیوس-کلاف^۶، ۲۰۱۱). این مفهوم که توسط آنتونوسکی (۱۹۸۷) ابداع شد (رائمن^۷، ۲۰۰۱) اثرات زیادی بر افراد دارد به نحوی که افراد دارای حس انسجام بیشتر، قابلیت بالاتری برای بسیج منابع و امکانات و استفاده از آنها در محل کارشان دارند (فلدمن^۸، ۲۰۱۱). در همین زمینه تحقیقات نشان داده‌اند که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و حس انسجام روانی همبستگی وجود دارد (کاتاینن، مریلاینن، سینتونن^۹، ۲۰۰۶). احساس انسجام روانی یک جهت‌گیری شخصی به زندگی است که به‌عنوان منبعی درونی، سلامت جسمانی و روانی را تقویت می‌کند. آنتونوسکی (۱۹۸۷) احساس انسجام روانی را این‌گونه توصیف کرده است "یک جهت‌گیری کلی، یک احساس نافذ و پایدار و پویا از اطمینان به اینکه رویدادهای زندگی که شخص با آن مواجه می‌شود قابل درک، ساختاریافته و قابل توضیح‌اند. منابعی برای رویارویی با آنها وجود دارد و این رویدادها معنی دار و سزاوار درگیر شدن هستند. وی بیان می‌کند که مردم زمانی احساس انسجام را تجربه می‌کنند که زندگی‌شان معنی‌دار، کنترل‌پذیر و قابل درک باشد (حسینی،

1. Kobasa
2. Maddi
3. Crosson
4. Vasudeva
5. sense of coherence
6. Lynga, Rosenqvist & Langius-Eklöf,
7. Rothmann
8. Feldman
9. Kattainen, Meriläinen & Sintonen

عبدخدایی، آقامحمدیان شعرفاف، ۱۳۹۶). افراد دارای حس انسجام، حسی از اعتماد دارند مبنی بر اینکه تجارب زندگی، قابل فهم، قابل مدیریت کردن و معنادارند (باینه^۱، ۲۰۰۰).

تحقیقات نشان داده اند که بین حس انسجام و کیفیت زندگی در بزرگسالان بستری در بیمارستان رابطه وجود دارد (هلویک، انگدال و سلباک^۲، ۲۰۱۴). حس انسجام که توسط آنتونوسکی پیرامون سلامتی ایجاد شده است دیدگاهی جامع است که تلاش می‌کند تا این مسأله را تبیین نماید که چرا برخی از افراد با موفقیت استرس‌ها را مدیریت می‌کنند و سالم می‌مانند و برخی دیگر در مقابل استرس‌ها در هم می‌شکنند. حس انسجام بالا به فرد کمک می‌کند تا جهان را به‌عنوان مکانی قابل پیش‌بینی و ساختارمند ببیند. از نظر یک فرد با حس انسجام بالا، مشکلات قابل پیش‌بینی و قابل مدیریت شدن هستند و مطالبات زندگی چالش‌هایی معنادار هستند (باربونی، پاپاکوستا، آماناکی و مراکو^۳، ۲۰۱۷). تحقیق هرسیکانگاس، کانسته، کورپلاینین، بلویگو و کینگاس^۴ (۲۰۱۷) نشان داد که بین حس انسجام و کیفیت زندگی در افرادی که به‌طور افراطی به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. همچنین اولسون، لارسمن و اچوانگ^۵ (۲۰۰۸) در تحقیق خود نشان دادند که بین سلامتی و احساس انسجام روانی در والدین دارای فرزندان با و بدون ناتوانی هوشی رابطه وجود دارد. کلیولند، ناتویگ و چپسن^۶ (۲۰۱۵) نیز در تحقیق خود نشان دادند که بین احساس انسجام روانی و کیفیت زندگی در پرستاران در نروژ رابطه وجود دارد. بنابراین می‌توان به این نتیجه رسید که احساس انسجام روانی نیز بر کیفیت زندگی افراد به ویژه کسانی که در محیط‌های پر استرس مانند بیمارستان‌ها کار می‌کنند اثرگذار است.

با توجه به مطالب فوق مشخص شد که در محیط‌های پر استرس و پرفشار که مطالبات بیرونی زیاد است، سرسختی روانی و احساس انسجام روانی می‌تواند کیفیت زندگی افراد را محافظت نماید. با این حال به نظر می‌رسد که همه‌ی تغییرپذیری‌ها در ابعاد کیفیت زندگی، تحت کنترل و اختیار خود فرد نبوده و به‌طور کامل تابع عوامل روان‌شناختی مانند احساس انسجام و سرسختی روانی نباشد. محققان آشکار ساخته‌اند که بخشی از این کیفیت زندگی تحت تأثیر عوامل بیرونی قرار دارد. برای نمونه تحقیق تلس و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که بین عوامل روانی-اجتماعی و کیفیت زندگی، رابطه وجود دارد.

یکی از این متغیرهای روانی اجتماعی، حمایت اجتماعی^۷ است (کوئبرت، کینگ-شایر، روثه ثر، تاپ و کالوس-رید^۸، ۲۰۱۷) که به نظر می‌رسد می‌تواند از کارکنان در برابر افت کیفیت زندگی

1. Bayne
2. Helvik, Engedal & Selbæk,
3. Barbouni, Papakosta, Amanaki & Merakou
4. Hirsikangas, Kanste, Korpelainen, Bloigu & Kyngäs
5. Olsson, Larsman & Hwang
6. Kleiveland, Natvig, & Jepsen
7. social support
8. Cuthbert, King-Shier, Ruether, Tapp, & Culos-Reed

حفاظت نماید و شدت رابطه سرسختی روانی و احساس انسجام را با کیفیت زندگی نیرومند نماید. کیفیت زندگی به عنوان یک سازه‌ی چندبعدی که عملکرد اجتماعی، روانی و جسمانی فرد را در بر می‌گیرد تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد که از جمله‌ی این متغیرها می‌توان به مشخصات جمعیت شناختی، حمایت اجتماعی، احساس انسجام و انتظارات افراد اشاره کرد (که، لیو و لی، ۲۰۱۰). حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل مستقیم در تقویت بهزیستی و سلامتی افراد عمل می‌کند (لیو، ژو و وانگ، ۲۰۱۷). تحقیق گرمانو^۳ (۱۹۹۶) نشان داد که حمایت اجتماعی از جمله عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی بیماران دارای آرتروز می‌باشد. اسپاتوزی، وسپا، لورنزی، میسینسی، رسی یوتی و همکاران^۴ (۲۰۱۶) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که زنان دارای سرطان سینه که ادراک مثبتی از شبکه‌ی حمایتی اجتماعی دارند به نحو بهتری با اثرات روان‌شناختی جراحی کنار آمده‌اند. تحقیق هامرن، چانگ خام و هاید^۵ (۲۰۱۵) نشان داد که مذهبی بودن و معنویت و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در سالمندان اتیوپیایی^۶ رابطه دارد. سرنسون، کلانگسیر، کلینر و کِلپ^۷ (۲۰۱۱) نشان دادند که حمایت اجتماعی و احساس انسجام هر دو بخشی از واریناس سلامت روانی را تبیین می‌کنند و تعامل بین این دو متغیر وقتی که فرد رویدادهای منفی زندگی را تجربه می‌کند افزایش می‌یابد. همچنین تحقیق رجایی، شفیع زاده، بابایی امیری، امیرفخرایی و عاشوری (۱۳۹۶) نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانی، رابطه مثبت و معناداری با کیفیت زندگی پرستاران دارد. تحقیق عاشوری (۱۳۹۵) نیز نشان داد که حمایت اجتماعی، سرسختی روانی و سرمایه اجتماعی می‌توانند کیفیت زندگی زنان سالمند را پیش بینی نماید.

با توجه به حجم زیاد جمعیت شاغل در بخش سلامت که با زندگی کاری استرس‌آور، استقلال و خودمختاری محدود و کاهش مطلوبیت کاری مواجه می‌شوند، ارزیابی و نظارت رضایتمندی آنها در رابطه با کیفیت زندگی‌شان ضروری است؛ زیرا کیفیت زندگی کارکنان، به‌طور مستقیم در خدماتی که به بیماران ارائه می‌دهند، اثر می‌گذارد (شاکلا، شاهانه و دی سوزا، ۲۰۱۷). مطالب پیش گفته، نشان داد که بین سرسختی روانی و احساس انسجام با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد. از طرفی دیگر برخی تحقیقات نیز نشان داد که حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی، سرسختی روانی و احساس انسجام نیز رابطه دارد. با توجه به این نکات به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی بتواند رابطه‌ی بین متغیرهای سرسختی روانی و احساس انسجام با کیفیت زندگی را میانجی‌گری نماید. تحقیقاتی که تا کنون درباره‌ی این متغیرها در محیط‌های پرستری چون بیمارستان‌ها انجام شده

1. Ke, Liu & Li
2. Liu, Xu & Wang
3. Germano
4. Spatuzzi, Vespa, Lorenzi, Miccinesi, Ricciuti et al
5. Hamren, Chungkham, & Hyde
6. Ethiopians
7. Srensen, Klungysr, Kleiner, & Klepp
8. Shukla, Shahane & D'Souza

عمدتاً نقش این متغیرها را روی کیفیت زندگی پرستاران و زنان بیمار، سالمندان، بیماران و دیگر افراد بررسی کرده اند حال آنکه کارکنان شاغل در محیط‌های بیمارستانی فقط شامل پرستاران نمی‌شوند و افراد دیگری نیز در این کادر می‌گنجد که نیازمند بررسی و توجه هستند. مروری بر تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که نقش میانجی‌گرانه‌ی حمایت اجتماعی در رابطه‌ی بین سرسختی روانی و احساس انسجام با کیفیت زندگی بررسی نشده است. با توجه به موارد فوق الذکر در تحقیق حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال هستیم که آیا حمایت اجتماعی در رابطه میان سرسختی روانی و احساس انسجام با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان‌های شهر قوچان نقش میانجی‌گرانه دارد؟.

روش

این پژوهش از نظر هدف، بنیادی و از نظر روش از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش در این تحقیق را کلیه کارکنان بیمارستان‌های شهر قوچان تشکیل می‌دهند و بنا به گزارش رسمی بیمارستان موسی بن جعفر (ع) و ارتش، تعداد آنها ۱۶۹ نفر می‌باشد. با در نظر گرفتن تمامی کارکنان و با استفاده از جدول مورگان ۱۱۶ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

معیار ورود به تحقیق، رضایت آگاهانه‌ی کارکنان، داشتن حداقل مدرک دیپلم و تمایل به پر نمودن پرسشنامه‌ها بود و معیار خروج نیز عدم تمایل آنها و تکمیل نمودن پرسشنامه‌های تحقیق بود. از لحاظ اخلاقی نیز اصل محرمانگی رعایت شد و این اطمینان به کارکنان داده شد که اطلاعات هویتی آنها محرمانه خواهد ماند. ابزار گردآوری داده‌ها نیز چهار آزمون بودند که توسط یکی از محققین که خود از پرسنل بیمارستان ارتش قوچان بوده در بین کارکنان توزیع شد. پس از گردآوری داده‌ها، برای سنجش میزان ارتباط بین متغیرهای تحقیق از آزمون همبستگی پیرسون و برای پاسخدهی به سوال اصلی تحقیق از تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی واسطه‌ای به روش بارون و کنی (۱۹۸۶) استفاده شد. بدین منظور متغیرهای مستقل اصلی شامل سرسختی روانی و احساس انسجام روان‌شناختی در گام اول، متغیر میانجی حمایت اجتماعی در گام دوم، تعامل‌های ممکن (حاصل ضرب دو متغیر پیش بین و میانجی) در گام سوم وارد تحلیل شدند. متغیر تعاملی که در گام سوم وارد تحلیل رگرسیون شده است از حاصل ضرب دو متغیر پیش بین و میانجی به وجود آمده است، به همین دلیل همبستگی قدرتمندی بین این متغیر جدید با دو متغیر پیش بین و میانجی وجود خواهد داشت و اگر این سه متغیر با یکدیگر وارد تحلیل رگرسیون شوند مشکل همخطی چندگانه پیش می‌آید (تاباکنیک و فیدل^۱، ۲۰۰۷). برای حل این مشکل چندین راه حل پیشنهاد شده است. در این مطالعه از روش آیکن و وست^۲ (۱۹۹۱) استفاده شد و بدین منظور ابتدا نمره‌ی هر

شرکت‌کننده در دو متغیر پیش‌بین و میانجی از میانگین کسر شد و به دنبال آن متغیر تعاملی از ضرب دو متغیر جدید به‌دست آمد.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی (۱۹۹۸)^۱: این ابزار ۲۶ سوالی مشهورترین و پر استفاده‌ترین مقیاس برای سنجش کیفیت زندگی است. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه ۴ حیطه وسیع را اندازه‌گیری می‌کند که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط. آیتم‌های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. تحلیل همسانی درونی، همبستگی‌های آیتم‌ها با نمره کل مقیاس، روایی سازه و روایی افتراقی از طریق تحلیل عاملی نشان داد که ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی مختصر ۲۶ سوالی از جمله پایایی اش خوب و عالی است و روایی آن نیز در بررسی‌های اولیه خوب بوده است. این نتایج نشان داده است که در مجموع، این پرسشنامه کامل است و سنجشی معتبر و بین فرهنگی از کیفیت زندگی را ارائه می‌کند (اسکوینگتون، لاتفی و اکانل^۲، ۲۰۰۴). در پژوهشی که توسط نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) انجام شد مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به‌دست آمد. در تحقیق حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و سایر ابعاد سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط به ترتیب ۰/۷۶۹، ۰/۷۰۲، ۰/۷۶۲، ۰/۸۴۱ و ۰/۷۴۷ به دست آمد.

ب) پرسشنامه سرسختی روانی کوباسا (۱۹۷۹)^۳: این مقیاس یک پرسشنامه ۵۰ سوالی است که در آن سؤالات در مقیاس چهار درجه ای لیکرت از نمره صفر تا سه برای سه زیر مقیاس چالش (مبارزه طلبی)، تعهد، کنترل (مهار) محاسبه می‌شود. هر یک از زیر مقیاس‌های این آزمون به ترتیب ۱۷، ۱۶ و ۱۷ گویه دارد. از جمع کل نمره ی زیر مقیاس‌ها یک نمره کل برای سرسختی روانی و سه نمره برای عامل‌های بالا به دست می‌آید. ضریب اعتبار عامل‌های سرسختی (تعهد، مهار و مبارزه طلبی) به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ و برای نمره کل سرسختی برابر با ۰/۷۵ به دست آمد (ایوبی، تیموری و نیری، ۱۳۸۹).

روایی و پایایی این ابزار در تحقیقات خارجی نیز مطلوب گزارش شده است (مدی، هاروی، خوشاب، لو^۱ و همکاران ۲۰۰۶). کوباسا (۱۹۸۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵، ۰/۶۵ و ۰/۷۰ را برای سه خرده مقیاس تعهد، کنترل و چالش گزارش کرده است. در تحقیق حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و ابعاد تعهد، چالش و کنترل به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۹۲ به دست آمد.

ج) پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (۱۹۸۸)^۲: این ابزار توسط زیمت، دهلم، زیمت و فارلی^۳ (۱۹۸۸) ساخته شده است که ۱۲ سؤال و سه خرده مقیاس خانواده، دوستان و اشخاص مهم دارد و بر اساس طیف لیکرت نمره گذاری می‌شود. روایی همگرای این پرسشنامه از طریق همبستگی آن با پرسشنامه رضایت از زندگی به دست آمد که نشانگر روایی همگرا و واگرایی این مقیاس است. در تحقیقات انجام شده همسانی درونی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای هر خرده مقیاس به ترتیب، ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ به دست آمد. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۲ و حداکثر آن ۶۰ خواهد بود. کسب نمره‌ی بالا نشانگر ادراک بالای فرد از حمایت‌های اجتماعی است (بیرامی، موحدی و موحدی، ۱۳۹۳). تحلیل عاملی تأییدی، وجود سه خرده مقیاس را تأیید نمود و آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌های دیگران مهم، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به دست آمد. روایی سازه‌ی این ابزار نیز از طریق همبسته نمودن نمره‌های این ابزار با آزمون‌های افسردگی و اضطراب مورد تأیید قرار گرفت (زیمت، دهلم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸).

در تحقیق حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و ابعاد حمایت ادراک شده از سوی خانواده، دیگران مهم و دوستان به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۶ به دست آمد.

د) پرسشنامه احساس انسجام (۱۹۸۷)^۴: این پرسشنامه توسط آنتونوسکی ساخته شد که فرم تجدید نظر شده‌ی آن ۲۹ سؤالی است که شامل سه بعد قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معناداری می‌باشد. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت است و هر سوال هفت گزینه دارد که از یک تا هفت درجه بندی شده اند. تعداد سیزده سوال به صورت برعکس نمره گذاری می‌شوند که این سؤالات عبارت اند از ۱، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۲۷. برای نمره گذاری باید نمرات افراد را از ۲۹ عبارت پرسشنامه با یکدیگر جمع نمود. حداقل امتیاز ممکن ۲۹ و حداکثر ۲۰۳ خواهد بود. نمره بین ۲۹ تا ۵۸ نشانگر حس انسجام پایین، نمره بین ۵۸ تا ۱۱۶ نشانگر حس انسجام متوسط و نمره بالاتر از ۱۱۶ نشانگر حس انسجام بالا است. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط علیپور و شریف (۱۳۹۱) بررسی شد و همسانی درونی سؤالیهای

1. Maddi, Harvey, Khoshaba, Lu & et al
2. Perceived social support scale
3. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley
4. Sense of Coherence questionnaire

پرسشنامه برابر $\alpha = 0/969$ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب این پرسشنامه است. تحقیق اریکسون و لیندستورم (2005) نیز که مروری سیستماتیک بر روایی این پرسشنامه بود نشان داد که این پرسشنامه از روایی و پایایی خوبی برخوردار است و قابلیت کاربرد در فرهنگ‌های دیگر را دارد. در تحقیق حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و سایر خرده مقیاس‌های قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنی دار بودن به ترتیب $0/83$ ، $0/76$ ، $0/72$ و $0/89$ به دست آمد.

یافته‌ها

در این پژوهش 68 نفر زن ($58/6\%$) و 48 نفر مرد ($41/4\%$) با میانگین سنی $38/5 \pm 6/9$ حضور داشتند. حدوداً 88 نفر لیسانس ($73/2\%$) مابقی دیپلم و فوق دیپلم ($26/8\%$) بودند. 56 پرستار ($48/2\%$)، 11 نفر رادیولوژیست ($9/5\%$)، 14 نفر کارشناس علوم آزمایشگاهی ($12/1\%$)، 8 کمک بهیار ($6/9\%$)، 6 نیروی خدماتی ($5/2\%$) و سرانجام 21 کاردان اتاق عمل و هوشبری ($18/10\%$) در این پژوهش شرکت کردند. در ادامه جدول 1 آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق را ارائه می‌نماید.

جدول 1. شاخص‌های آمار توصیفی و ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون میان متغیرهای تحقیق

($n=116$)

متغیرها	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار	1	2	3	4
1-حمایت اجتماعی	20	46	33/79	5/77	1			
2-سرسختی روانی	47	178	116/35	28/02	-0/317**	1		
3-احساس انسجام روان‌شناختی	52	200	132/31	34/31	-0/267**	-0/193**	1	
4-کیفیت زندگی	32	99	66/19	19/74	-0/266**	-0/261**	-0/350**	1

** $P < 0/01$

نتایج تحلیل‌های همبستگی پیرسون مندرج در جدول 1 نشان داد کیفیت زندگی بیشترین ارتباط را به ترتیب با حمایت اجتماعی، سپس احساس انسجام و سرانجام سرسختی روانی دارد ($P < 0/01$). حمایت اجتماعی نیز بیشترین رابطه را به ترتیب با کیفیت زندگی، سپس با سرسختی روانی و سرانجام با احساس انسجام دارد ($P < 0/01$). پیش از اجرای تحلیل‌های رگرسیون نمرات کیفیت زندگی از روی سرسختی روانی و احساس انسجام روان‌شناختی با میانجیگری حمایت اجتماعی، پیش‌فرض‌های آماری آن مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت ارزیابی نرمال بودن متغیر ملاک از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن نشان داد، نمرات متغیر کیفیت زندگی از توزیع نرمال تبعیت می‌کند ($P = 0/074$ ، $K-S z = 0/175$). به منظور ارزیابی مفروضه‌ی آماری مستقل بودن خطاها در تحلیل رگرسیون نمرات کیفیت زندگی، از آماره دوربین-واتسون استفاده شد

که مقادیر آن باید در دامنه ۱/۵۰ تا ۲/۵۰ باشد. نتایج آزمون اخیر در هریک از جداول مربوط گزارش شده است. در ذیل به آزمون فرضیه‌های این پژوهش پرداخته شده است. فرضیه اول بیان می‌کند، حمایت اجتماعی نقش میانجی‌گرانه در رابطه بین سرسختی روان‌شناختی با کیفیت زندگی دارد. در این مورد نتایج جدول ۲ تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی کیفیت زندگی با میانجیگری حمایت اجتماعی از روی مقادیر سرسختی روانی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. خلاصه نتایج مدل‌های رگرسیون سلسله‌مراتبی نمرات کیفیت زندگی با میانجیگری حمایت

اجتماعی از روی مقادیر سرسختی روانی			متغیرهای پیش‌بین	
مدل ۳	مدل ۲	مدل ۱		
۱۶,۴۸۹	۲۳,۸۰۱	۴۴,۷۵۹	ضریب رگرسیونی	مقدار ثابت
۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۱	۰,۰۰۰۱	سطح معناداری	
۰,۱۱۴	۰,۱۴۵	۰,۱۸۴	ضریب رگرسیونی	سرسختی روان‌شناختی
۰,۰۱۳	۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	سطح معناداری	
۰,۷۷۹	۰,۲۵۵	---	ضریب رگرسیونی	حمایت اجتماعی
۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	---	سطح معناداری	
۰,۸۶۵	---	---	ضریب رگرسیونی	تعامل حمایت اجتماعی × سرسختی روان‌شناختی
۰,۰۰۰۱	---	---	سطح معناداری	
۰,۴۱۰	۰,۳۹۸	۰,۳۶۵	ضریب تعیین	
۱,۹۵۲	۱,۸۹۶	۱,۸۵۶	آماره دوربین واتسون	
۳۹,۱۲	۳۸,۸۵	۳۵,۱۲	آماره F	نتایج کلی مدل
۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	سطح معناداری	

با توجه به نتایج جدول ۲ در تحلیل‌های رگرسیون سلسله‌مراتبی نمرات کیفیت زندگی مشاهده می‌شود که سرسختی روان‌شناختی در گام اول به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد تحلیل شد، سپس حمایت اجتماعی در گام دوم وارد بلوک پیش‌بین شده و هر یک توانستند نسبت معنی‌داری از واریانس کیفیت زندگی (در دامنه بین ۳۶/۵ تا ۴۰ درصد) را تبیین کنند. در گام سوم برای آزمون نقش میانجی‌گرانه، تعامل حمایت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی در رابطه با کیفیت زندگی وارد بلوک پیش‌بین شد. نتایج نشان دادند حمایت اجتماعی در رابطه بین سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری نقش میانجی‌گرانه ایفا می‌کند. در گام سوم مقدار R^2 گویای آن بود که متغیر اثر تعاملی ۴۱ درصد از واریانس مشترک نتایج کیفیت زندگی را تبیین می‌نماید. باتوجه به اینکه اثر تعاملی باعث افزایش واریانس متغیر ملاک شده و ضریب آن معنی‌دار است می‌توان تایید نمود که حمایت اجتماعی نیرومندی رابطه میان سرسختی روانی و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. فرضیه دوم بیان می‌کند، حمایت اجتماعی نقش میانجی‌گرانه در رابطه بین احساس انسجام روان‌شناختی با کیفیت زندگی دارد. در این مورد نتایج جدول ۳ تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی کیفیت زندگی با میانجیگری حمایت اجتماعی از روی مقادیر احساس انسجام روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. خلاصه نتایج مدل‌های رگرسیون سلسله‌مراتبی نمرات کیفیت زندگی با میانجیگری حمایت

اجتماعی از روی مقادیر احساس انسجام روان‌شناختی

مدل ۳	مدل ۲	مدل ۱	متغیرهای پیش‌بین	
۱۱,۴۵۷	۲۳,۸۰۱	۳۹,۴۷۸	ضریب رگرسیونی	مقدار ثابت
۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	سطح معناداری	
۰,۱۵۶	۰,۱۲۴	۰,۲۰۱	ضریب رگرسیونی	احساس انسجام روان‌شناختی
۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	سطح معناداری	
۰,۶۰۰	۰,۲۵۵	---	ضریب رگرسیونی	حمایت اجتماعی
۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	---	سطح معناداری	
۰,۷۰۱	---	---	ضریب رگرسیونی	تعامل حمایت اجتماعی × احساس انسجام
۰,۰۰۰۱	---	---	سطح معناداری	روان‌شناختی
۰,۲۰۳	۰,۱۳۴	۰,۱۲۳	ضریب تعیین	
۱,۸۹۷	۱,۷۰۲	۱,۶۸۹	آماره دوربین واتسون	
۱۴,۸۵	۱۲,۳۶۵	۱۴,۵۶	آماره F	نتایج کلی مدل
۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	سطح معناداری	

با توجه به نتایج جدول ۳ در تحلیل‌های رگرسیون سلسله‌مراتبی نمرات کیفیت زندگی مشاهده می‌شود که احساس انسجام روان‌شناختی در گام اول به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد تحلیل شد، سپس حمایت اجتماعی در گام دوم وارد بلوک پیش‌بین شده و هریک توانستند نسبت معنی‌داری از واریانس کیفیت زندگی (در دامنه بین ۱۲ تا ۱۳ درصد) را تبیین کنند. در گام سوم برای آزمون نقش میانجیگرانه، تعامل حمایت اجتماعی و احساس انسجام روان‌شناختی در رابطه با کیفیت زندگی وارد بلوک پیش‌بین شد. نتایج نشان دادند حمایت اجتماعی در رابطه بین احساس انسجام روان‌شناختی و کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری نقش میانجیگرانه ایفا می‌کند. در گام سوم مقدار R^2 گویای آن بود که متغیر اثر تعاملی ۲۰ درصد از واریانس مشترک نتایج کیفیت زندگی را تبیین می‌نماید. با توجه به اینکه اثر تعاملی باعث افزایش واریانس متغیر ملاک شده و ضریب آن معنی‌دار است می‌توان تایید نمود که حمایت اجتماعی نیرومندی رابطه میان احساس انسجام روان‌شناختی و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با هدف بررسی نقش میانجیگرانه حمایت اجتماعی در رابطه میان سرسختی روانی و احساس انسجام روانی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان‌های شهر قوچان انجام شد. با توجه به یافته‌های تحقیق، در فرضیه اول مشخص شد سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی هر یک به‌طور مجزا کیفیت زندگی را در کارمندان بیمارستان پیش‌بینی می‌کنند اما با به میان آمدن حمایت اجتماعی، رابطه بین سرسختی و کیفیت زندگی بیشتر می‌شود. از این رو به نظر می‌رسد وجود حمایت اجتماعی به نیرومندی اثرات مثبت سرسختی روانی بر کیفیت زندگی می‌افزاید. این یافته‌ها

با تحقیقات کومکاگیز و شاهین^۱ (۲۰۱۷)، بلانگر، احمد، وفائی، کرسیو، فیلیپس و زانزانگوی^۲ (۲۰۱۶)، شیرازی، چاری، جعفری کاهخا و مرعشی (۲۰۱۸) و شهبازی راد، غضنفری، عباسی و محمدی (۱۳۹۴) همسو است.

به‌عنوان مثال، تحقیق کومکاگیز و شاهین (۲۰۱۷) نشان داد که بین حمایت اجتماعی از سمت خانواده و دوستان با کیفیت زندگی در نوجوانان رابطه وجود دارد. تحقیق بلانگر، احمد، وفائی، کرسیو، فیلیپس و زانزانگوی (۲۰۱۶) نشان داد که در بین سالمندان امریکائی لاتینی تبار، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، فرزندان و افراد هم صحبت با افسردگی کمتر و کیفیت زندگی بالاتر رابطه وجود دارد. همچنین تحقیقات شیرازی، چاری، جعفری کاهخا و مرعشی (۲۰۱۸) و شهبازی راد، غضنفری، عباسی و محمدی (۱۳۹۴) نیز نشان داد که بین سرسختی روانی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد. با این حال، تحقیق حاضر نشان داد وقتی حمایت اجتماعی میانجیگری کند شدت رابطه‌ی بین سرسختی روانی و کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه گفت که سرسختی روانی ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان است که از سه مؤلفه‌ی مبارزه طلبی، تعهد و کنترل تشکیل شده است و در زمان استرس و شرایط سخت و طاقت فرسا به افراد کمک می‌کند تا از این تجربیات پرفشار، به رشد برسند. در واقع سرسختی روانی، ویژگی‌ای است که مقابله‌ی مؤثر با استرس را تسهیل کرده و مانع تشدید مشکلات روانی و جسمی می‌گردد. وقتی فرد در روزهای پرکار و پرفشار کاری در بیمارستان از حمایت‌های دوستان و دیگران مهم یا همکاران برخوردار گردد به این باور پیرامون خود می‌رسد که تنها نیست و می‌تواند روی برخی از کمک‌ها برای مقابله با فشارها حساب باز کند. پس در صورت برخورداری از حمایت‌ها فرد با این باور می‌رسد که از منابع بیشتری برای مقابله با مشکلات برخوردار است. در نتیجه می‌توان گفت که حمایت اجتماعی می‌تواند باعث شود که اعتقاد فرد به توانایی هایش برای مدیریت اتفاقات پیش رو افزایش یابد که متعاقباً آن خودکارآمدی فرد بالاتر می‌رود. همانطور که تحقیق وانگ، کو و ژو^۳ (۲۰۱۵) نشان داده است بین خودکارآمدی و تمامی ابعاد حمایت اجتماعی در روان‌پزشکان زن رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین تحقیق آدلر-کونستانتینسکو، بسو و نگووان^۴ (۲۰۱۳) نشان دادند که بین حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم با خودکارآمدی ادراک شده در نوجوانان رابطه‌ای مثبت وجود دارد. خودکارآمدی بالا استقامت در رویارویی با مشکلات و میزان تحمل فشارها در افراد را بیشتر می‌کند. تحقیق لیو، ژو و وانگ^۵ (۲۰۱۷) نشان داد حتی در شرایطی که حمایت اجتماعی کم هم باشد وقتی که خودکارآمدی در فرد بالا باشد، بیماران بهتر می‌توانند سلامت روانی خود را حفظ کنند احتمالاً به دلیل اینکه

1. Kumcağız, Şahin

2. Bélanger, Ahmed, Vafaei, Curcio, Phillips & Zunzunegui

3. Wang, Qu, Xu

4. Adler-Constantinescu, Beşu & Negovan

5. Liu, Xu & Wang

خودکارآمدی دیگر منابع روانی فرد از جمله خوش بینی و تاب آوری را فراخوانی می‌کند. از طرفی، تحقیقات دیگر نشان داده‌اند بین خودکارآمدی و سرسختی روانی نیز رابطه وجود دارد (کراسون^۱، ۲۰۱۵؛ واسودوا، آذر و عبداللهی، ۲۰۰۶). به‌عنوان مثال، تیموری، خاکپور و مومنی مهمویی (۱۳۹۴) در تحقیق خود نشان داد که بین خودکارآمدی و سرسختی روانی در مبتلایان به سرطان پستان رابطه مستقیم وجود دارد. هاشمی، احدی و آزاد یکتا (۲۰۱۷) نیز در تحقیق خود به نتیجه‌ی مشابهی دست یافتند. در نتیجه می‌توان اینگونه برداشت کرد که دریافت حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم، می‌تواند وضعیت روانی فرد را برای مقابله با شرایط سخت و پراسترس بالا برده و در واقع در نتیجه‌ی بالا بودن این حمایت‌ها، خودکارآمدی فرد افزایش می‌یابد و از آنجائیکه خودکارآمدی هم با سرسختی روانی ارتباط محکمی دارد در نتیجه سرسختی روانی فرد نیز در اثر ارتقای خودکارآمدی بالا می‌رود. همانگونه که ادبیات تحقیق هم نشان داد سرسختی روانی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد لذا وقتی سرسختی روانی بالا رود، کیفیت زندگی نیز افزایش خواهد یافت.

در فرضیه دوم هم مشخص شد احساس انسجام روان‌شناختی و حمایت اجتماعی هر یک به‌طور مجزا کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان را پیش‌بینی می‌کنند، اما با به میان آمدن حمایت اجتماعی، رابطه بین احساس انسجام و کیفیت زندگی بیشتر می‌شود. از این رو به نظر می‌رسد وجود حمایت اجتماعی به نیرومندی اثرات مثبت احساس انسجام روان‌شناختی بر کیفیت زندگی می‌افزاید. تحقیقات هلویک، انگدال و سلباک (۲۰۱۴) و باربونی، پاپاکوستا، آماناکی و مراکو^۲ (۲۰۱۷) همسو با یافته‌های تحقیق حاضر نشان دادند بین احساس انسجام با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد. همچنین تحقیقات سان، الوی، مان، وانگ، چنگ و همکاران^۳ (۲۰۱۷) و کوئرت، کینگ شایر، روه‌ثر، تاپ و کالوس رید (۲۰۱۷) نیز نشان دادند که حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی اثر دارد. از طرفی تحقیق حاضر نشان داد که وقتی حمایت اجتماعی در کنار احساس انسجام قرار می‌گیرد شدت رابطه‌ی بین این متغیر و کیفیت زندگی را قوی‌تر می‌کند. همانطور که گفته شد احساس انسجام روانی زمانی حاصل می‌شود که فرد به این باور برسد که رویدادهای زندگی که با آن مواجه می‌شود قابل درک، ساختاریافته و قابل مدیریت شدن و حل شدن می‌باشند و منابعی برای رویارویی با آنها وجود دارد که یکی از منابع لازم برای درگیر شدن با مشکلات می‌تواند حمایت‌های دریافتی از سوی خانواده، دوستان، همکاران و دیگران مهم از جمله افراد اثرگذار همچون رئیس یا سرپرست یا مافوق باشد که می‌تواند ابعاد مختلفی داشته باشند. بنابراین در تبیین این یافته می‌توان اینگونه بیان نمود که دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران به ویژه افراد اثرگذار در محیط کار، می‌تواند میزان کنترل فرد بر رویدادهای بیرونی را افزایش دهد. وقتی فرد با برخورداری از حمایت‌های اجتماعی با

1. Crosson

2. Barbouni, Papakosta, Amanaki, & Merakou

3. Sun, Lv, Man, Wang, Cheng & et al

پدیده‌های بیرونی مواجه می‌شود میزان غلبه بر مشکلات و استرس‌ها بیشتر می‌شود و در نتیجه فرد به این جمع بندی خواهد رسید که میزان کنترلش بر رویدادها بیشتر شده و در واقع مکان کنترل فرد درونی‌تر می‌شود. همانگونه که تحقیق لو^۱ (۱۹۹۵) نشان داد از جمله عوامل اثرگذار بر حمایت اجتماعی مکان کنترل است. کامینگز^۲ (۱۹۸۹) نیز در تحقیق خود نشان داد که رابطه‌ی انواع حمایت‌های اجتماعی با رضایت شغلی تابع ادراک فرد از مکان کنترلش است. همچنین سولومون، میکولینسر و آویتزار^۳ (۱۹۸۸) در تحقیق خود نشان دادند که بین مکان کنترل، سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی با اختلال استرس پس از سانحه رابطه وجود دارد. واندرز، بانک و ساندرمان^۴ (۱۹۹۷) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که دانشجویان با مکان کنترل درونی بیشتر، حمایت اجتماعی بیشتری را درک و تجربه نمودند. از طرفی تحقیقات نشان دادند که بین مکان کنترل با احساس انسجام نیز رابطه وجود دارد. به‌عنوان مثال فلدمن^۵ (۲۰۱۱) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که بین هوش هیجانی، مکان کنترل و احساس انسجام رابطه‌ی معناداری وجود دارد. راثمن^۶ (۲۰۰۱) نیز در تحقیق خود نشان داد که مکان کنترل، احساس انسجام و خودکارآمدی سازه‌هایی به هم مرتبط هستند. باینه^۷ (۲۰۱۱) نیز در تحقیق خود نشان داد که مکان کنترل درونی و فردگرایی و مکان کنترل بیرونی و جمع‌گرایی، پیش‌بین‌های احساس انسجام هستند.

به‌عنوان نتیجه کلی می‌توان اظهار کرد که بهره‌مندی از حمایت اجتماعی از جانب دیگران مهم^۸، توان فرد برای غلبه بر شرایط سخت و طاقت فرسا را بالا می‌برد و در واقع در نتیجه‌ی بالا بودن این حمایت‌ها، میزان کنترل فرد بر شرایط بیرونی و حوادث و رویدادها یا همان مکان کنترل درونی فرد افزایش می‌یابد و از آنجائیکه مکان کنترل هم با احساس انسجام ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد در نتیجه احساس انسجام فرد نیز در اثر درونی‌تر شدن مکان کنترل، بالا می‌رود. زیرا یکی از مؤلفه‌های احساس انسجام، قابل‌مدیریت بودن مسائل و مشکلات است. وقتی فرد بتواند با کمک و حمایت دیگران بر رویدادهای استرس‌زا فائق آید در نتیجه مکان کنترلش درونی‌تر خواهد شد و به این نتیجه خواهد رسید که مسائل و مشکلات قابل‌مدیریت شدن هستند و وی حداقل، بر بخشی از این مشکلات کنترل دارد. بنابراین، همانگونه که ادبیات تحقیق هم نشان داد احساس انسجام با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد لذا وقتی احساس انسجام بالا رود، کیفیت زندگی نیز افزایش خواهد یافت.

1. Lu

2. Cummins

3. Solomon, Mikulincer & Avitzur

4. VanderZ, Buunk, Sanderman

5. Feldman

6. Rothmann

7. Bayne

8. significant Others

در جمع بندی تحقیق حاضر می توان گفت که سرسختی روان شناختی و احساس انسجام هر یک به طور مجزاً با کیفیت زندگی همبسته هستند و آن را پیش بینی می کنند؛ اما با به میان آمدن حمایت اجتماعی، رابطه بین سرسختی روان شناختی و احساس انجام با کیفیت زندگی بیشتر می شود. نقش میانجیگرانه حمایت اجتماعی در تعامل با متغیرهای سرسختی روان شناختی و احساس انسجام باعث افزایش معنی دار واریانس متغیر کیفیت زندگی شد. حمایت اجتماعی به نیرومندی اثرات مثبت سرسختی روانی و احساس انسجام بر کیفیت زندگی می افزاید و در رابطه ی بین سرسختی روانی و احساس انسجام با کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان نقش میانجی گرانه ایفاء می کند.

در رابطه با محدودیت های تحقیق می توان اینگونه گفت از آنجائیکه احتمالاً متغیرهای دیگری از جمله شرایط مادی و اقتصادی و نحوه ی ارتباط بین همکاران و نیز ارتباط کارکنان با سرپرستان و مدیران بالادستی، بر کیفیت زندگی کاری افراد تأثیر می گذارد پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی نقش این متغیرها نیز در کیفیت زندگی پرسنل بیمارستان بررسی گردد. یافته های این مطالعه قابل تعمیم به سازمان های غیردرمانی نیست. به لحاظ آماری تعیین دقیق اثرات مستقیم و غیرمستقیم و منابع خطا با تحلیل رگرسیون میانجی امکان پذیر نیست. لذا پیشنهاد می شود در نظر گرفتن این محدودیت و افزایش حجم نمونه از روش های آماری تحلیل مسیر و یا مدل یابی معادلات ساختاری بهره گیری شود. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و اهمیت حمایت های اجتماعی در کیفیت زندگی پرسنل بیمارستانی، اجرای مداخلات مدیریت بیمارستانی برای افزایش حمایت اجتماعی در محیط پر استرس بیمارستان ها پیشنهاد می شود.

منابع

- ایوبی، سمیه؛ تیموری، سعید و نیری، مهدی. (۱۳۸۹). سرسختی، کیفیت زندگی و احساس بهزیستی. فصلنامه روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی. ۲۴(۶)، ۳۵۲-۳۶۰.
- بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان؛ موحدی، معصومه. (۱۳۹۳). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی با اعتیاد به اینترنت در جامعه دانشجویی. علوم تربیتی و روان شناسی (شناخت اجتماعی). ۳(۶)، ۱۰۹-۱۲۲.
- پورا کبری، فهیمه؛ خواجهوند خوشلی، افسانه و اسدی، جوانشیر. (۱۳۹۳). رابطه سرسختی روان شناختی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در پرستاران. مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی. ۱۱(۲)، ۵۳-۵۹.
- تیموری، سعید؛ خاکپور، معصومه؛ مومنی مهمویی، حسین. (۱۳۹۴). رابطه سخت رویی با خودکار آمدی و کنترل شخصی در مبتلایان به سرطان پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه (طنین سلامت). ۳(۱)، ۳۵-۴۲.

- حسینی، مریم؛ عبدخدایی، محمدسعید؛ آقامحمدیان شعرفاف، حمیدرضا. (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گری احساس انسجام روانی در رابطه طول مدت و تعداد عوارض جسمانی دیابت با میزان سلامت روان در افراد دیابتی نوع دو. *هفتمین کنگره ملی روانشناسی اجتماعی ایران*، ۳۳(۴)، ۳۱۱-۳۱۷.
- حقیقی، ماه منیر؛ ساکی، کوروش؛ محدثی، حمیده؛ یاوریان، رویا؛ سلامی، لیلا. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط بین سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی. *مجله دانشکده پرستایی و مامایی ارومیه*، ۱۱(۵)، ۳۸۵-۳۹۰.
- رجایی، زهرا؛ شفیع زاده، حمید؛ بابایی امیری، ناهید؛ امیرفخرایی، آریتا و عاشوری، جمال. (۱۳۹۶). نقش فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روان‌شناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۰(۱۰۶)، ۱-۱۰.
- شهبازی راد، افسانه؛ غضنفری، فیروزه؛ عباسی، منظر؛ محمدی، فرشته. (۱۳۹۴). نقش سرسختی روان‌شناختی و سلامت معنوی در تبیین کیفیت زندگی دانشجویان علوم پزشکی کرمانشاه. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۲(۲)، ۲۰-۲۷.
- عاشوری، جمال. (۱۳۹۵). بررسی نقش سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت‌رویی روان‌شناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان سالمند. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۲(۴)، ۷۰-۸۱.
- علیپور، احمد؛ شریف، نسیم. (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه حس انسجام در دانشجویان. *پژوهنده*، ۱۷(۱)، ۵۰-۵۶.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم؛ مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (*WHOQOL-BREF*): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- Adler-Constantinescu, C., Beșu, E. C., & Negovan, V. (2013). Perceived social support and perceived self-efficacy during adolescence. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78, 275-279.
- Aiken, LS, West, SG, Reno, RR. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage.
- Barbouni, A., Papakosta, A., Amanaki, E., & Merakou, K. (2017). Sense of Coherence, Sleep Disorders and Health Related Quality of Life in Women with Breast Cancer in Greece. *International Journal*, 10(2), 743.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.

- *Bélanger, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P., & Zunzunegui, M. V. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. BMJ open, 6(6), e011503.*
- *Bayne, G. (2000). The relationship between individualism/collectivism, locus of control and sense of coherence. Doctoral dissertation, University of Johannesburg.*
- *Cummins, R. (1989). Locus of control and social support: Clarifiers of the relationship between job stress and job satisfaction. Journal of Applied Social Psychology, 19(9), 772-787.*
- *Crosson JB. (2015) Moderating Effect of Psychological Hardiness on the Relationship between Occupational Stress and Self-Efficacy among Georgia School Psychologists. Doctor of Philosophy. Georgia, College of Social and Behavioral Sciences, Walden University; pp 49.*
- *Cuthbert, C. A., King-Shier, K., Ruether, J. D., Tapp, D., & Culos-Reed, S. N. (2016). Exploring correlates of quality of life in older family caregivers to cancer patients, 186.*
- *Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health, 59(6), 460-466.*
- *Feldman, J. (2011). The relationship between emotional intelligence, locus of control sense of coherence in a market research organization. Doctoral dissertation. University of South Africa, Pretoria.*
- *Germano D.(1996). Quality of life and sense of Coherence in People with Arthritis.MA Thesis. School of Psychology. Faculty of Health and Behavioural Science Deakin University (Burwood). 1996 Oct.*
- *Gharehzad Azari, Maryam, Ghorban Shirudi, Shohre, Khalatbari , Javad, K. (2013). Effectiveness of Hardiness Training on Anxiety and Quality of Life of Pregnancy Women. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 84, 1785-1789.*
- *Hashemi, S. H., Ahadi, H., & Azad Yekta, M. (2017). Relationship between psychological hardiness and self-efficacy in patients with type 2 diabetes:(The mediating role of self-esteem and social support) using structural equation modeling. European Online Journal of Natural and Social Sciences, 6(2), pp-273.*
- *Hamren, K., Chungkham, H. S., & Hyde, M. (2015). Religion, spirituality, social support and quality of life: Measurement and predictors CASP-12 (v2) amongst older Ethiopians living in Addis Ababa. Aging & mental health, 19(7), 610-621.*
- *Helvik, A. S., Engedal, K., & Selbæk, G. (2014). Sense of coherence and quality of life in older in-hospital patients without cognitive impairment-a 12 month follow-up study. BMC psychiatry, 14(1), 82.*
- *Hirsikangas, S., Kanste, O., Korpelainen, J., Bloigu, R., & Kyngäs, H. (2017). The effects of intervention on the quality of life, sense of coherence*

- and daily activities of frequent attenders. Journal of Nursing Education and Practice, 8(2), 63.*
- *Kattainen, E., Meriläinen, P., & Sintonen, H. (2006). Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. European Journal of Cardiovascular Nursing, 5(1), 21-30.*
 - *Kleiveland, B., Natvig, G. K., & Jepsen, R. (2015). Stress, sense of coherence and quality of life among Norwegian nurse students after a period of clinical practice. PeerJ, 3, e1286.*
 - *Ke, X., Liu, C., & Li, N. (2010). Social support and Quality of Life: a cross-sectional study on survivors eight months after the 2008 Wenchuan earthquake. BMC Public Health, 10(1), 573.*
 - *Kobasa, S. C. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers. Journal of Personality and social Psychology, 42(4), 707.*
 - *Kumcağız H, Şahin C. (2017). The relationship between quality of life and social support among adolescents. InSHS Web of Conferences, (Vol. 37, p. 01053). EDP Sciences.*
 - *Liu, L., Xu, N., & Wang, L. (2017). Moderating role of self-efficacy on the associations of social support with depressive and anxiety symptoms in Chinese patients with rheumatoid arthritis. Neuropsychiatric disease and treatment, 13, 2141-2150.*
 - *Lu, L. (1995). Correlates of social support: Personal characteristics and social resources. Counselling Psychology Quarterly, 8(2), 173-181.*
 - *Lynga, P., Rosenqvist, M., & Langius-Eklöf, A. (2011). The impact of sense of coherence on quality of life and self-care ability after an interactive patient education programme for patients with heart failure. International Journal of Person Centered Medicine, 1(3), 501-506.*
 - *Maddi SR. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. The Journal of Positive Psychology, 1(3):160-8.*
 - *Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Lu, J. L., Persico, M., & Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. Journal of personality, 74(2), 575-598.*
 - *Olsson, M. B., Larsman, P., & Hwang, P. C. (2008). Relationships among risk, sense of coherence, and well-being in parents of children with and without intellectual disabilities. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 5(4), 227-236.*
 - *Rothmann, S. (2001). Sense of coherence, locus of control, self-efficacy and job satisfaction. South African Journal of Economic and Management Sciences, 4(1), 41-65.*
 - *Su, J. A., Weng, H. H., Tsang, H. Y., & Wu, J. L. (2009). Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff. Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 25(5), 423-430.*

- Shukla, K., Shahane, S., & D'Souza, W. (2017). Role of demographic and job-related variables in determining work-related quality of life of hospital employees. *Journal of postgraduate medicine*, 63(1), 4.
- Shek, D. T., & Lee, B. M. (2007). A comprehensive review of quality of life (QOL) research in Hong Kong. *The Scientific World Journal*, 7, 1222-1229.
- Shirazi, M., Chari, M., Jafari Kahkha, S. J., & Marashi, F. (2018). The Role of Hope for the Future and Psychological Hardiness in Quality of Life among Dialysis Patients. *Jentashapir Journal of Health Research*, 9(1).
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). 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. *Quality of life Research*, 13(2), 299-310.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 55(2), 279.
- Spatuzzi, R., Vespa, A., Lorenzi, P., Miccinesi, G., Ricciuti, M., Cifarelli, W., ... & Giulietti, M. V. (2016). Evaluation of social support, quality of life, and body image in women with breast cancer. *Breast Care*, 11(1), 28-32.
- Srensen, T., Klungysyr, O., Kleiner, R., & Klepp, O. M. (2011). Social support and sense of coherence: independent, shared and interaction relationships with life stress and mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(1), 27-44.
- Sun, N., Lv, D. M., Man, J., Wang, X. Y., Cheng, Q., Fang, H. L., ... & Wu, Q. H. (2017). The correlation between quality of life and social support in female nurses. *Journal of clinical nursing*, 26(7-8), 1005-1010.
- Tabachnick BG, Fidell LS. (2007). *Using multivariate statistics*. Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Teles, M. A. B., Barbosa, M. R., Vargas, A. M. D., Gomes, V. E., e Ferreira, E. F., de Barros Lima, A. M. E., & Ferreira, R. C. (2014). Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 72.
- Tabeleão, V. P., Tomasi, E., & Neves, S. F. (2011). Quality of life and burnout among public high school and primary school teachers in Southern Brazil. *Cadernos de saude publica*, 27(12), 2401-2408.
- VanderZee KI, Buunk BP, Sanderman R.(1997). Social support, locus of control, and psychological well-being. *Journal of Applied Social Psychology*. 27 (20):1842-59.
- Vasudeva, P., Azar, I. A. S., & Abdollahi, A. (2006). Relationship between quality of life, hardiness, self-efficacy and self-esteem amongst employed

- and unemployed married women in zabol. Iranian Journal of Psychiatry, 1(3), 104-111.*
- Wang CM, Qu HY, Xu HM. (2015). *Relationship between social support and self-efficacy in women psychiatrists. Chinese Nursing Research. 2(4):103-6.*
 - Yadollahi, M., Razmjooei, A., Jamali, K., Niakan, M. H., & Ghahramani, Z. (2016). *The relationship between professional quality of life (ProQol) and general health in Rajae Trauma Hospital staff of Shiraz, Iran. Shiraz E-Medical Journal, 17(9).*
 - Zavala, M. O. Q., Klinj, T. P., & Carrillo, K. L. S. (2016). *Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. Revista latino-americana de enfermagem, 24.*
 - Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). *The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment, 52(1), 30-41.*