نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره ششم، بهار ۱۴۰۱، شماره اول، صفحات ۱۰۲ تا ۱۰۹

پژوهشی

ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران شاغل در مراکز بخش درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان

وحید بخشعلی‌پور[۱]، حجت‌اله میاندهی رودسری[۲*]

۱. گروه مدیریت دولتی، مؤسسه آموزش عالی مهر آستان آستانه اشرفیه، ایران
۲. ***نویسنده مسئول:** گروه مدیریت دولتی، موسسه آموزش عالی مهر آستان آستانه اشرفیه، ایران، hj192@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: سرمایه روان‌شناختی یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا می‌باشد که می‌تواند با استفاده از مؤلفه‌های خود، تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران ایجاد کند. از این رو این تحقیق با هدف بررسی ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران شاغل در مراکز بخش درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد.

روش: در این مطالعه توصیفی-همبستگی ۳۱۵ پرستار از شهرستان لاهیجان انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷)، سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۴) و کیفیت زندگی (SF-۳۶) استفاده شد. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار spss و با کمک آزمون‌های آماری تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین سنی پرستاران پژوهش۶/۲ ± ۴۴/۱۳ سال می‌باشد. میانگین نمره سرمایه روان‌شناختی ۳/۰۳، کیفیت زندگی ۳/۱۸ و سلامت اجتماعی ۳/۰۴ به‌دست آمد که نشان می‌دهد که در سطح مطلوب قرار داشتند و بین سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (P ۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی، توجه هر چه بیشتر به ارتقای سرمایه روان‌شناختی در پرستاران و برنامه‌ریزی برای بهبود عوامل تأثیرگذار در برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی، ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: پرستاران، روان‌شناسی اجتماعی، سلامتی، کیفیت زندگی

مقدمه

امروزه از سلامت به عنوان محور توسعه پایدار نام برده می‌شود و به همین دلیل یکی از وظایف حاکمیتی دولت‌ها تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت جامعه است (۱). نیروی انسانی، بازوی کارآمد و مولد هر کشور بوده و نظام مدیریتی از توانمندی‌های ذهنی، جسمی و روانی آنها برای برآوردن نیازهای توسعه و پیشرفت جامعه بهره می‌برد (۲)، به همین منظور حفظ سلامت شاغلان، به خصوص در بخش بهداشتی و درمانی اهمیت ویژه‌ای داشته و یکی از شاخص‌های مهم توسعه یافتگی محسوب می‌شود (۳). از سوی دیگر، پرستاران، مهم‌ترین منابع انسانی در سازمان‌های بهداشتی محسوب می‌شوند، به‌گونه‌ای که موفقیت یک سازمان بهداشتی مانند بیمارستان در رسیدن به اهداف، تا حد زیادی به موضوع سلامت پرستاران بستگی دارد (۴). پرستاران، همواره در شرایط و موقعیت‌های پر تنشی قرار دارند که این موضوع می‌تواند سلامت آنان را تحت تأثیر قرار دهد (۵). یکی از اثرپذیرترین موضوعات که سلامت پرستاران را کاهش می‌دهد، سلامت اجتماعی پرستاران می‌باشد (۶).

سلامت اجتماعی به عنوان جنبه‌ای از سلامت فرد بر ارزیابی فرد از اجتماع و کیفیت و کمیت درگیر شدن در اجتماع و زندگی را در بر می‌گیرد (۷). امروزه سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است (۸). از سوی دیگر، یکی از جنبه‌های مهم و اساسی زندگی هر شخص که همواره در پی دست یافتن به آن می‌باشد، کیفیت زندگی است که تمام ابعاد زندگی از جمله سلامت را شامل می‌شود (۹). کیفیت زندگی، مفهومی پویا است و با مرور زمان دستخوش تغییر و دگرگونی می‌شود که بررسی و سنجش این مفهوم، وضعیت توسعه انسانی در جامعه را به تصویر می‌کشد، بنابراین بررسی مستمر کیفیت زندگی ضروری است(۱۰). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را ارزیابی و ادراک افراد

از وضعیت زندگی خویش، تحت تأثیر نظام فرهنگی و ارزشی موقعیتی که در آن زندگی می‌کند تعریف کرده است (۱۱). امروزه کیفیت زندگی یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می‌آید که برای مواردی همچون ارزیابی مداخلات بهداشتی و اندازه‌گیری آن در بسیاری از پژوهش‌های سلامتی ضروری است (۱۲).

عوامل متعددی در کاهش یا افزایش میزان کیفیت زندگی افراد می‌توانند دخیل باشند وآن را دچار نوسان کنند، یکی از این عوامل سرمایه روان‌شناختی است(۱۳). سرمایه روان‌شناختی می‌تواند به عنوان نگرش مثبت، بازخورد، بهبود عملکرد و توسعه فرد و گروه و سازمان تعریف شود که از این رو می‌تواند در بهبود عملکرد پرستاران مؤثر باشد (۱۴). در حقیقت سرمایه روان‌شناختی، به عنوان نقطه قوتی تلقی می‌شود که دارای پیامدهای مثبت سازمانی است، به طوری که در سطح فردی موجب توسعه و افزایش دارایی‌ها و درآمدهای سازمان و نیز ارتقای مزیت رقابتی و عملکرد سازمان می‌شود (۱۵).

به‌طوری‌که سنتیسی و همکاران نشان دادند که عوامل سرمایه روان‌شناختی می‌توانند موجب آرامش در افراد شوند و در نهایت از سطح زندگی خود رضایت داشته باشند (۱۶). جعفری پورسانیج و فسایی نشان دادند که عوامل سلامت اجتماعی بر سطح کیفیت زندگی تأثیرگذار هستند (۱۷). سیدالشهدایی و همکاران نشان دادند که مشکلات روانی به طور مستقیم بر سلامت و کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد (۱۸). اهمیت سلامت پرستاران به عنوان عضو اصلی سیستم سلامت کشور که وظیفه حفظ سلامت خود، خانواده و جامعه را بر عهده دارند، امری حیاتی و ضروری است و توجه مسئولان به سلامت پرستاران، گامی مهم جهت اعتلای سلامتی در این قشر خواهد شد. با توجه به مطالب عنوان شده و وجود تنش‌های شغلی در پرستاران که می‌تواند موجب آسیب شود و کیفیت خدمات آنان را کاهش دهد، بررسی عوامل تأثیرگذار بر پرستاران ضروری می‌باشد؛ لذا این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران شاغل در مراکز بخش درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش به روش توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش، ۱۶۵۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های دولتی در دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان بودند که ۳۱۵ نفر براساس امکانات تیم تحقیق به عنوان نمونه انتخاب شدند که برای احتیاط شرط پژوهشی از جمله عدم پاسخگویی یا کم میل بودن در مشارکت، تعداد ۳۵۰ پرسشنامه توزیع شد.

با توجه به شیوع کرونا در کشور و درگیری پرستاران با بیماران کرونایی، نهایت تلاش صورت گرفت تا کمترین زمان ممکن از پرستاران گرفته شود. شیوه اجرا بدین صورت بود که ابتدا پس از نمونه‌گیری و هماهنگی با مسئولان مرکز مربوطه، محققان برای توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در بین همه پرستاران در محل اجرای تغییر نوبت کاری و مکان‌های اداری حضور پیدا کردند. در گام اول پس از توضیح در زمینه پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، از شرکت‌کنندگان دعوت به عمل آمد تا در پژوهش حاضر مشارکت کنند. سپس در ادامه پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش از هر یک از پرستاران واجد شرایط خواسته شد تا بدون درج نام، فقط به تکمیل اطلاعات فردی و گویه‌های پرسشنامه‌ها بپردازند. همچنین به منظور جلوگیری از سوگیری مطلوبیت اجتماعی یا جامعه‌پسندی در بین پاسخ‌دهندگان، به آنها اطلاع داده شد که نتایج پژوهش تأثیری در روند شغلی آنها ندارد. در این پژوهش معیارهای ورود شامل تمایل پرستاران به شرکت در پژوهش و مشارکت در تکمیل پرسشنامه‌ها، وضعیت مناسب جسمی و روحی برای پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه‌ها بود؛ همچنین معیارهای خروج، شامل عدم تمایل و بی‌حوصلگی پرستاران برای شرکت در پژوهش، بدحالی پرستاران به دلیل درگیری‌های شغلی ناشی از لحاظ جسمی و روحی به گونه‌ای که امکان پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه‌ها را نداشتند، بود. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و همه انتخاب نمونه‌ها، در بیمارستان‌های دولتی در شهرستان لاهیجان بودند.

در این پژوهش از ابزار اندازه‌گیری استاندارد و معتبر استفاده شد. برای احصا اطلاعات آزمودنی‌ها از پرسشنامه دموگرافیکی استفاده شد و برای اندازه‌گیری سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه معتبر و استاندارد لوتانز (۲۰۰۷) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس امیدواری (۱ تا ۶)، خودکارآمدی (۷ تا ۱۲)،خوش‌بینی (۱۳ تا۱۸) و تاب‌آوری (۱۹ تا ۲۴) می‌باشد. پرسشنامه مورد نظر شامل ۲۴ سؤال است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) پاسخ می‌دهد. برای به‌دست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه به‌دست آورده و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب شده است. هر چه نمره بالاتر باشد نشان می‌دهد وضعیت سرمایه روان‌شناختی در سطح بهتری قرار دارد (۱۴). این پرسشنامه‌ها استاندارد بوده و روایی و پایایی آنها در مطالعات توسط پژوهشگران مورد تأیید قرار گرفته است که در پژوهش محمدی و دشتی پایایی و روایی آن ۰/۸۰ و ۰/۷۸ تأیید شده است (۱۹).

به منظور گردآوری اطلاعات در مورد سطح سلامت اجتماعی نمونه‌های مورد مطالعه از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۴) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال می‌باشد و هدف آن بررسی میزان سلامت اجتماعی از ابعاد مختلف شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی است. سؤالات مربوط به هر زیر مقیاس شامل موارد؛ شکوفایی اجتماعی (۱ تا ۴)، همبستگی اجتماعی

(۵ تا۷)، انسجام اجتماعی (۸ تا ۱۰)، پذیرش اجتماعی (۱۱ تا ۱۵) و مشارکت اجتماعی (۱۶تا۲۰) می‌باشد. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیازات شامل، کاملاً مخالفم ۱، مخالفم ۲، نظری ندارم ۳، موافقم امتیاز ۴، وکاملاً موافقم ۵ هستند. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ خواهد بود (۵). برای به‌دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد، با هم جمع و امتیاز کلی از جمع امتیازات همه سؤالات حاصل می‌شود. امتیازات بالاتر نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بالاتر است. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۲۰ تا ۴۶ باشد، میزان سلامت اجتماعی افراد در حد پایین و ضعیف بوده و باید برنامه‌ریزی اساسی برای آن انجام شود. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۴۷ تا ۷۴ باشد سلامت اجتماعی در حد متوسط و رو به رشد و باید تقویت شود. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۷۵ تا ۱۰۰ باشد سلامت اجتماعی افراد در حد بالا و خوبی بوده و این روند باید تداوم یابد. پایایی و روایی پرسشنامه سلامت اجتماعی در مطالعه هاشمی و همکاران ۰/۸۶ و ۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۰).

برای سنجش میزان کیفیت زندگی آزمودنی‌ها از پرسشنامه (SF-۳۶) استفاده شد. هدف این پرسشنامه ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات هشت گانه تشکیل‌دهنده سلامت به دست می‌آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال است که هشت حیطه مختلف را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این هشت حیطه شامل سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدویت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط، سلامت روانی می‌باشد (۲۱). روش نمره‌گذاری این آزمون به این صورت می‌باشد که سلامت عمومی (۵ عبارت)، عملکرد جسمانی (۱۰ عبارت)، محدودیت ایفای نقش (۴ عبارت)، محدودیت ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، و سلامت روانی (۵ عبارت) را بررسی می‌کند و پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه نمره صفر و بالاترین نمره صد امتیاز است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود. منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۹ روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران مورد بررسی قرار دادند که به ترتیب معادل ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش شد (۲۲). پژوهشگران بعد از کسب و اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی و پس از گرفتن رضایت نامه آگاهانه از نمونه‌های پژوهش، پرسشنامه‌ها را توزیع و بعد از تکمیل آنها را جمع‌آوری کردند. شرح هدف از انجام مطالعه و شرکت در پژوهش در صورت تمایل، اطمینان دادن به افراد شرکت‌کننده که تمام داده‌ها و مطالب جمع‌آوری شده به صورت محرمانه باقی خواهد ماند، قرار دادن نتایج پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان در صورت تمایل و قدردانی از همه افرادی که در مطالعه شرکت داشتند، از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش بود. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. از تمامی پرستارانی که در اجرا و تکمیل این پژوهش با ما همکاری داشته اند، تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله با مجوز و کد پژوهشی به شماره IR.IAU.LIAU.REC.1400.59 مجوز از کمیته تخصصی اعطای مجوز اخلاق در پژوهش انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مشخص و برای نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آزمون‌های K-S و ضریب همبستگی پیرسون به کار گرفته شد و تمامی عملیات آماری با استفاده از نرم‌افزار PSS نسخه ۲۳ صورت گرفت.

یافته‌ها

بررسی توزیع فراوانی جنسیت پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق حاضر نشان داده شده آن است که از مجموع ۳۵۰ نفر، ۳۳ نفر معادل ۹ درصد، آقایان و ۳۱۷ نفر معادل ۹۱ درصد خانم‌ها بودند. بر این اساس خانم‌ها با ۹۱ درصد بیش‌ترین فراوانی را در این تحقیق داشتند.

در جدول ۱ توزیع فراوانی سن پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق حاضر را نشان می‌دهد. بر این اساس از مجموع ۳۵۰ نفر، ۶۴ نفر معادل ۱۸ درصد فراوانی دارای سن کم‌تر از ۳۰ سال، ۱۰۰ نفر معادل ۲۹ درصد فراوانی دارای سن بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۱۵۱ نفر معادل ۴۳ درصد فراوانی دارای سن بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۳۵ نفر معادل ۱۰ درصد دارای سن بیش از ۵۰ سال بودند. بر این اساس پرستاران با سن بین ۴۱ تا ۵۰ سال بیشترین فراوانی را در مقایسه با سایر گروه‌های سنی داشتند (جدول ۱).

از مجموع ۳۵۰ نفر، ۳۰۸ نفر معادل ۸۸ درصد فراوانی دارای تحصیلات کارشناسی یا کم‌تر، ۳۸ نفر معادل ۱۱ درصد فراوانی دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۴ نفر معادل ۱ درصد فراوانی دارای مدرک تحصیلی دکتری بودند. بر این اساس پرستاران با مدرک تحصیلی کارشناسی بیشترین فراوانی را در مقایسه با سایر مدارک تحصیلی داشتند. در جدول ۲ نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای طبیعی یا غیرطبیعی بودن داده‌های تحقیق قابل مشاهده می‌باشد که به تفکیک متغیرهای تحقیق ذکر شده است (جدول ۲).

جدول ۱- فراوانی سن پرستاران

سن	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
کم‌تر از ۳۰ سال	۶۴	۱۸ درصد	۱۸ درصد
بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۱۰۰	۲۹ درصد	۴۷ درصد
بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۱۵۱	۴۳ درصد	۹۰ درصد
بیش از ۵۰ سال	۳۵	۱۰ درصد	۱۰۰ درصد
مجموع	۳۵۰	۱۰۰ درصد	-

جدول ۲- آزمون کولموگروف- اسمیرنوف متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف معیار	Sig (سطح معنی‌داری)	α(مقدار خطا)	نتیجه آزمون
کیفیت زندگی	۳/۱۸۱۷	۰/۸۵۰۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵	غیرطبیعی
سرمایه روان‌شناختی	۳/۰۳۸۶	۰/۹۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵	غیرطبیعی
سلامت اجتماعی	۳/۰۴۶۳	۰/۷۹۶۰	۰/۰۱	۰/۰۵	غیرطبیعی

جدول ۳- توصیف متغیر سرمایه روان‌شناختی

مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	واریانس
خودکارآمدی	۲/۸۸۷۱	۰/۹۱۸۲	۰/۸۴۳
امیدواری	۳/۱۴۸۶	۱/۰۳۰۷	۱/۰۶۲
تاب‌آوری	۳/۲۰۵۷	۱/۱۳۳۲	۱/۱۸۴
خوش بینی	۲/۹۱۲۹	۱/۰۴۲۹	۱/۰۸۸
سرمایه روان‌شناختی	۳/۰۳۸۶	۰/۹۲۰۹	۰/۸۴۸

جدول ۴- توصیف متغیر سلامت اجتماعی

مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	واریانس
شکوفایی اجتماعی	۲/۹۵۵۷	۰/۹۴۲۵	۰/۸۸۸
همبستگی اجتماعی	۲/۹۵۷۱	۱/۰۳۲۹	۱/۰۶۷
انسجام اجتماعی	۲/۹۹۷۱	۱/۱۳۵۵	۱/۲۸۹
پذیرش اجتماعی	۳/۰۴۲۹	۰/۹۱۲۹	۰/۸۳۳
مشارکت اجتماعی	۳/۲۷۸۶	۰/۹۲۴۱	۰/۸۵۴
سلامت اجتماعی	۳/۰۴۶۳	۰/۷۹۶۰	۰/۶۳۴

جدول ۵- توصیف متغیر کیفیت زندگی

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	واریانس
سلامت روانی	۳/۳۱۱۴	۰/۹۴۲۵	۰/۸۸۸
خستگی یا نشاط	۳/۱۷۷۱	۱/۰۳۲۹	۱/۰۶۷
سلامت عمومی	۳/۲۲۵۷	۱/۱۳۵۵	۱/۲۸۹
عملکرد اجتماعی	۳/۲۳۷۱	۰/۹۱۲۹	۰/۸۳۳
عملکرد جسمانی	۲/۹۵۷۱	۰/۹۲۴۱	۰/۸۵۴
نمره کلی کیفیت زندگی	۳/۱۸۱۷	۰/۸۵۰۶	۰/۷۲۴

در جدول ۳ نتایج توصیف متغیر سرمایه روان‌شناختی نشان داده شده است. بر این اساس مؤلفه «تاب‌آوری» با مقدار ۳/۲۰۵۷ بالاترین و مؤلفه «خودکارآمدی» با مقدار ۲/۸۸۷۱ کم‌ترین میانگین را در مقایسه با سایر گویه‌های متغیر سرمایه روان‌شناختی داشتند. بر این اساس می‌توان دریافت که پرستاران تحقیق حاضر نسبت به مؤلفه تاب‌آوری در مقایسه با سایر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، دیدگاه موافق‌تری دارند (جدول ۳).

در جدول ۴ نتایج توصیف متغیر سلامت اجتماعی نشان داده شده است. بر این اساس مؤلفه «مشارکت اجتماعی» با مقدار ۳/۲۷۸۶ بالاترین و مؤلفه «شکوفایی اجتماعی» با مقدار ۲/۹۵۵۷ کمترین میانگین را در مقایسه با سایر گویه‌های متغیر سلامت اجتماعی داشتند. بر این اساس می‌توان دریافت که پرستاران تحقیق حاضر نسبت به مؤلفه مشارکت اجتماعی در مقایسه با سایر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، دیدگاه موافق‌تری دارند (جدول ۴).

در جدول ۵ نتایج توصیف متغیر کیفیت زندگی نشان داده شده است. بر این اساس خرده مقیاس «سلامت روانی» با مقدار ۳/۳۱۱۴ بالاترین و گویه « عملکرد جسمانی» با مقدار ۲/۹۵۷۱ کمترین میانگین را در مقایسه با سایر خرده مقیاس متغیر کیفیت زندگی داشتند. بر این اساس می‌توان دریافت که غالب پرستاران باوجود برخورداری از روحیه مناسب؛ اما در زندگی خود احساس خستگی می‌کنند (جدول ۵).

همانطور که از جدول ۶ ملاحظه می‌شود، ضریب همبستگی پیرسون بین سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی در کل نمونه مورد مطالعه در سطح ۰/۰۰۰ بررسی شده است؛ لذا مطابق قاعده آزمون همبستگی پیرسون رابطه‌هایی که در مقدار سطح معنی‌داری آن‌ها در سطح ۰/۰۰۰ کمتر از این مقدار می‌باشد و نیز همبستگی پیرسون رابطه‌هایی که در مقدار سطح معنی‌داری آن‌ها در همین سطح کمتر از این مقدار می‌باشد معنادار است. ضریب همبستگی به‌دست آمده از متغیرهای تحقیق نشان داد که میزان همبستگی بین سرمایه روان‌شناختی با سلانت روانی ۰/۴۳۸ درصد، سرمایه روان‌شناختی با خستگی یا نشاط۴۴۵/ ، سرمایه روان‌شناختی با سلامت عمومی۰/۴۰۰، سرمایه روان‌شناختی با عملکرد اجتماعی۰/۴۵۳، سرمایه روان‌شناختی با عملکرد اجتماعی ۰/۴۵۳، سرمایه روان‌شناختی با عملکرد جسمانی ۰/۵۰۸، سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی ۰/۵۴۳، سرمایه روان‌شناختی با شکوفایی اجتماعی ۰/۷۲۸، سرمایه روان‌شناختی با همبستگی اجتماعی ۰/۵۹۶، سرمایه روان‌شناختی با انسجام اجتماعی ۰/۵۸۶، سرمایه روان‌شناختی با پذیرش اجتماعی ۰/۳۷۰، سرمایه روان‌شناختی با مشارکت اجتماعی مشارکت اجتماعی ۰/۷۹۹ و سرمایه روان‌شناختی با سلامت اجتماعی ۰/۷۷۹می‌باشد که نتایج شدت همبستگی نشان می‌دهد ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای تحقیق وجود دارد (جدول ۶).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران شاغل در مراکز بخش

جدول ۶- ضریب همبستگی بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی

متغیرها	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
سرمایه روان‌شناختی ↔ سلامت روانی	۰/۴۳۸	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ خستگی یا نشاط	۰/۴۴۵	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ سلامت عمومی	۰/۴۰۰	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ عملکرد اجتماعی	۰/۴۵۳	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ عملکرد جسمانی	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ کیفیت زندگی	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ شکوفایی اجتماعی	۰/۷۲۸	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ همبستگی اجتماعی	۰/۵۹۶	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ انسجام اجتماعی	۰/۵۸۶	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ پذیرش اجتماعی	۰/۳۷۰	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ مشارکت اجتماعی	۰/۷۹۹	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی ↔ سلامت اجتماعی	۰/۷۷۹	۰/۰۰۱

درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان بود. نتایج این پژوهش حاکی از این بود که بین سرمایه روان‌شناختی و سطح کیفیت زندگی پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود دارد که این موضوع نشان می‌دهد با افزایش سطح سرمایه روان‌شناختی می‌توان بر سطح کیفیت زندگی پرستاران تأثیر مثبت گذاشت که نتایج این پژوهش با تحقیقات ژیونگ و همکاران (۱۵)، کینر و همکاران (۲۳) و لیو و همکاران (۱۳) همخوانی دارد. در تبیین علت همخوانی می‌توان این گونه استنباط کرد که سرمایه روان‌شناختی مجموعه‌ای از صفات و توانمندی‌های مثبت است که می‌تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقای پرستاران نقش داشته باشد؛ در واقع مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی نقش اثرگذاری در گذران زندگی ایجاد می‌کنند، به‌طوری که از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی می‌توان به امیدواری اشاره کرد که در این پژوهش همبستگی معنی‌داری با کیفیت زندگی داشت. امیدواری مؤلفه‌ای روان‌شناختی است که با سلامت جسمی و روانی افراد رابطه دارد و موجب پذیرش آینده‌نگری خوب در پرستاران می‌شود. امیدواری مانند عشق، شادی، لذت به عنوان عاطفه مثبت در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند هیجانات مثبت را در پرستاران تقویت کند. تمرکز بر افزایش امید سبب افزایش اعتمادبه‌نفس، معنا در زندگی و کاهش اضطراب و نشانه‌های افسردگی می‌شود. در واقع، پرستاران با سرمایه‌گذاری در زمینه‌های مختلف در پی افزایش منابع شخصی خود هستند؛ هر چقدر پرستاران دارای منابع بیشتری باشند، سرمایه‌گذاری او در دیگر جنبه‌ها افزایش می‌یابد. خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری منابع با ارزشی محسوب می‌شوند؛ از این رو، هر چه فرد سرمایه روان‌شناختی بیشتری داشته باشند، از این منابع در کار بیشتر بهره می‌گیرند که همین امر سبب می‌شود کار و چالش‌های شغلی را با موفقیت بیشتری پشت سر بگذارد و این موفقیت‌ها خود باعث افزایش منابع ثانویه و کیفیت زندگی پرستاران می‌شود.

در تحقیق پوردل و سودانی (۲۴) نشان داده شد که پرستاران بخش کرونا، سرمایه روان‌شناختی کمتری را در مقایسه با سایر پرستاران بخش‌های بیمارستانی تجربه می‌کنند. می‌توان اینگونه استنباط کرد با توجه به اینکه پرستاران بخش کرونا در مقایسه با سایر پرستاران بخش‌های دیگر از سطح اضطراب و استرس بیشتری برخوردارند، و هر روز ممکن است با مرگ بیماران کرونایی روبرو شوند، همین امر بر سطح امید آنان تأثیر گذاشته و سبب کاهش آن می‌شود، خودکارآمدی نیز به معنی اعتقاد به توانایی خود می‌باشد و اینکه پرستاران هر روزه با وجود امدادهای فراوانی که برای بیماران کرونایی انجام می‌دهند ولی باز هم شاهد درد و رنج آنان هستند، همین امر در خودکارآمدی آنان نیز اثرگذار است و پرستاران نسبت به قابلیت‌ها و توانایی‌های خود دچار ضعف می‌شوند. سطح بالای اضطراب و استرس در پرستاران بخش کرونایی منجر به بروز هیجانات منفی در آنان می‌شود و میزان تاب‌آوری آنان را کاهش می‌دهد، چرا که سطوح بالای تاب‌آوری به پرستاران کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب به وضعیت مطلوب استفاده کنند.

سنتیسی و همکاران (۱۶) در تحقیقی به بررسی ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی با استفاده از نقش پایداری و رشادت در شغل پرداختند. نتایج آن‌ها نشان داد که بین این متغیرها به لحاظ آماری رابطه معنی‌داری وجود دارد که با نتایج

این تحقیق همخوانی دارد. به نظر می‌رسد تاب‌آوری از دیگر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی است که می‌تواند مؤید تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر کیفیت زندگی پرستاران باشد؛ پرستاران با تاب‌آوری بالا با مشکلات، بیماری‌ها و وقایع آسیب‌زا بهتر کنار می‌آیند؛ در واقع، تاب‌آوری بالا با کاهش ناراحتی‌های عاطفی پس از قرار گرفتن در معرض وقایع آسیب‌زا همراه است؛ به طوری که پرستارانی که سطح تاب‌آوری بالاتری دارند با اضطراب کمتری مواجه می‌شوند. تاب‌آوری بالا موجب افزایش فعالیت‌های بدنی، بهبود بیماری در زمانی کوتاهتر و کاهش آسیب‌های ناشی از تنش شغلی می‌شود و می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی پرستاران کمک کند (۱۳).

نتایج تحقیق کینر و همکاران نشان داد که متغیر تاب‌آوری قوی‌ترین و اثرگذارترین متغیر برای پیش‌بینی هر یک از حوزه‌های کیفیت زندگی پرستاران در شرایط ویروس کرونا است؛ همچنین نتایج نشان داد که پرستارانی که کیفیت زندگی بهتری را گزارش کردند، کسانی بودند که توانستند خود را با تغییرات و چالش‌های اجباری در طول همه‌گیری COVID-19 وفق دهند(۲۳).

یافته‌های حاصل از تجزیه‌وتحلیل آماری نشان داد که بین سرمایه روان‌شناختی و سلامت اجتماعی پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود دارد که با تحقیقات میرغفاری (۲۵) و وانگ و همکاران (۲۶) هم‌راستا است. به نظر می‌رسد از آنجایی که سرمایه روان‌شناختی شامل مؤلفه‌های خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری است که همگی از منابع قابل رشد محسوب می‌شوند، با چنین منابعی پرستاران بهتر می‌توانند با چالش‌ها روبرو شوند و نگرش بهتری نسبت به خود پیدا کنند که در نهایت منجر به تعادل بیشتر در زندگی و کیفیت بهتر زندگی خواهد شد که می‌تواند در سلامت اجتماعی نقش مثبتی داشته باشد. همان طور که از تعریف مفهوم خودکارآمدی مشخص می‌شود، باورهای ذهنی پرستاران نسبت به خوش‌بینی و امیدواری نقش اساسی در برقراری تعادل زندگی فرد و بالابردن سلامت اجتماعی آنان دارد و توانمندی‌های افراد متأثر از باورهای آنها و نه قابلیت‌های واقعی آنها است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد دارای خودکارآمدی بالا می‌توانند بر اضطراب و ناراحتی، افسردگی و علائم روانی فائق آیند که این موضوع می‌تواند سلامت اجتماعی آنان را افزایش دهد (۱۵).

سلوراج و هات (۲۷) در تحقیق خود نشان دادند که مؤلفه خوش‌بینی به شغل تأثیر مثبتی بر سلامت اجتماعی افراد دارد که با یافته‌های تحقیق حاضر همخوانی دارد. در واقع خوش‌بینی یکی دیگر از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی است که بر روش‌های مقابله افراد با تجارب استرس‌زا تأثیر دارد. کیم و همکاران (۲۸) در تحقیق خود نشان دادند که پرستاران اگر از خوش‌بینی بالایی برخوردار باشند، مشکلات و تنش‌های احتمالی خود را با دید مثبت ارزیابی می‌کنند و با شرایط غیرقابل کنترل چون ضعف و خستگی و محدودیت‌های حاکی از شیفت کاری با راهبردهایی چون پذیرش موضوع و شوخ‌طبعی و خوش‌بینی، موجب سازگاری بهتر پرستاران با شرایط زندگی می‌شود.

هال و همکاران (۲۹) در تحقیق خود نشان دادندکه همه‌گیری ویروس کرونا تأثیر منفی بر سلامت اجتماعی پرستاران دارد. به نظر می‌رسد پرستارانی که در محیط شغلی خود، دارای امیدواری بالا و تاب‌آوری مناسبی باشند و نسبت به آینده شغلی و زندگی خود خوش‌بین باشند از سطح سلامت اجتماعی بهتری برخوردار خواهند بود.

در مطالعه حاضر از جمله محدودیت‌های موجود هنگام اجرای پژوهش، دشواری در جلب همکاری بعضی از پرستاران در زمان پرکردن پرسشنامه‌ها بود. به‌علاوه، حالات روانی پرستاران در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها و صداقت آنان در پاسخگویی به پرسشنامه، از محدودیت‌های خارج از اختیار پژوهشگران بود.

به‌طورکلی در نتایج مطالعه حاضر مشاهده شد که بین سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود دارد. به نظر می‌رسد مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی هر اندازه به طور مستمر ارتقاء یابد به همان میزان از آسیب‌ها و اختلالات روان‌شناختی و نارضایتی از زندگی کاسته می‌شود. سرمایه روان‌شناختی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان نقش مهمی در تعامل زندگی اجتماعی هر انسانی دارد و با استفاده و استناد به نتایج حاصل از پژوهش می‌توان راهبردهای عملی مناسبی را جهت بهبود سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی پرستاران با استفاده از به کارگیری راهکارهای بهبود ارتقای مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی فراهم کرد.

انجام پژوهش‌های مداخله‌ای در جهت افزایش سرمایه روان‌شناختی، کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود. از جمله پیشنهادهای کاربردی می‌توان به ارتقاء سرمایه روان‌شناختی و سایر متغیرهای اثرگذار در پرستاران بخش کرونایی به صورت آموزش ضمن شغل اشاره کرد. همچنین در پژوهش‌های آتی نمونه‌های متنوع‌تری از جمله تعداد نسبتاً برابر زن‌ها و مردها، انتخاب شوند و روابط بین متغیرها به‌طور جداگانه برحسب جنس و سن بررسی شود. به علاوه، در جمع‌آوری داده‌ها از رویکردهای ترکیبی (چند روشی) از جمله مشاهدات رفتاری یا مصاحبه‌های تشخیصی استفاده شود.

منابع

1. Diržytė A, Perminas A. Self-reported health-related experiences, psychological capital, and psychological wellbeing in Lithuanian adults sample. Health Psychol Open 2021; 8(1): 1-16.
2. Schelleman-Offermans K, Massar K. Explaining socioeconomic inequalities in self-reported health outcomes: The mediating role of perceived life stress, financial self-reliance, psychological capital, and time perspective orientations. PLoS One 2021; 15(12): e0243730.
3. Lupşa D, Vîrgă D. Psychological capital, health, and performance: the mediating role of burnout. Psihologia Resurselor Umane 2020; 18(1): 7-22.
4. Wang H, Zhang D, Hou Z, Yan F, Hou Z. Association between social health insurance and choice of hospitals among internal migrants in China: a national cross-sectional study. BMJ open 2018; 8(2): e018440.
5. Maleki M, Janmohammadi S, Ahmadi Z, Haghani H. Social Health and Quality of Life in Health Workers in Qorveh and Dehgolan, 2019. IJN 2021; 33 (128): 40-53. [In Persian]
6. Papadopoulo I, Koulouglioti C, Ali S. Views of nurses and other health and social care workers on the use of assistive humanoid and animal-like robots in health and social care: a scoping review. Contemp Nurse 2018; 54(4-5): 425-442.
7. khodaparast S, Pourabdi J, Bakhshalipour V. Predicting the Motivation of Sports Participation Based on the Social Health Dimensions in the Staff of the Baqerul Uloom Marine Specialties Training Center. J Mar Med 2021; 3(3): 128-135. [In Persian]
8. Abdel-All M, Thrift AG, Riddell M, Thankappan KRT, Mini GK, Chow CK, et al. Evaluation of a training program of hypertension for accredited social health activists (ASHA) in rural India. BMC Health Serv Res 2018; 18(1): 1-11.
9. Yusefi AR, Nikmanesh P, Daneshi S, Bayati M, Rezabeigi Davarani E. Assessing the correlation between the level of depressive disorder and quality of life in employees working in Covid-19 reference hospital in 2020. Qom Univ Med Sci J 2021; 15(7): 508-517. [In Persian]
10. Hakiminya B, Poorafkari N, Ghafari D. Factors affecting quality of life with emphasis on social intelligence and social health (the case of Kermanshah city). Journal of Applied Sociology 2017; 28(2): 163-178. [In Persian]
11. Hossieni M, Heidari M, Fasih M, dibajiforooshani Z, sokhsndan H. Correlation between self-care behaviors and quality of life of patients with Quid 19 referred to Bank Melli Hospital in Tehran in 1399-1400. Qom Univ Med Sci J. 2021; 15(9). [In Persian]
12. Zanjani F, Mohammad Khan kermanshahi S, Gholami Fesharaki M. The Effect of Health Promotion Support Program on Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes. Qom Univ Med Sci J 2021; 15(4) :296-305. [In Persian]
13. Liu Y, Aungsuroch Y, Gunawan J, Zeng D. Job Stress, Psychological Capital, Perceived Social Support, and Occupational Burnout Among Hospital Nurses. J Nurs Scholarsh 2021; 53(4): 511-518.
14. Hidayat F, Afif MA, Dermawan KI, Chusniyah T. Psychological Capital as a Predictor of Self Compassion Amongst those of Productive Age Unemployed During the Pandemic. KnE Social Sciences 2021; 4(15): 88–96.
15. Xiong J, Hai M, Wang J, Li Y, Jiang G. Cumulative risk and mental health in Chinese adolescents: The moderating role of psychological capital. Sch Psychol Int 2020; 41(5): 409-429.
16. Santisi G, Lodi E, Magnano P, Zarbo R, Zammitti A. Relationship between Psychological Capital and Quality of Life: The Role of Courage. Sustainability 2020; 12(13): 5238.
17. Jafari Poursakich Z, Manteghi Fasaii A. Meta-analysis of social health studies and quality of life of athletic and non-athletic students. Social Research 2018; 10(41): 118-138. [In Persian]
18. Seyedoshohadaee M, Kaghanizade M, Nezami M, Hamedani B, Barasteh S. The Relationship Between Health Literacy And General Health In Patients With Type 2 Diabetes. ijdld 2016; 15(5) : 312-319. [In Persian]
19. Mohammadi M, Dashti Chahgahi P. Investigating the effect of psychological capital on the quality of life of Lordegan teachers. Journal of New Research Approaches in Management and Accounting 2020; 4(48): 106-113. [In Persian]
20. Hashemi T, Hekmati I, Vahedi SH. Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. Journal of Behavioral Sciences 2014; 8(1): 9-11. [In Persian]
21. Habibi M, Pooravari M, Salehi S, Ghamkhar Fard Z, Pooravari M. Validity and reliability of the multidimensional student's life satisfaction scale among Iranian girl students. Journal of Research and Health 2015; 5(1): 65-73. [In Persian]
22. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. BMC Public Health 2009; 9: 341. [In Persian]
23. Keener TA, Hall K, Wang K, Hulsey T, Piamjariyakul U. Relationship of quality of life, resilience, and associated factors among nursing faculty during COVID-19. Nurse Educ 2021; 46(1): 17-22.
24. Pourdel M, Sodani M. Comparison of job motivation, mental health, psychological flexibility and psychological capital of corona nurses with other hospital wards. IJNR 2022; 16(6): 45-54. [In Persian]
25. Mirghaffari S, Nikoogoftar M. The Relationship of Social Health and Parents' Psychological Capital with Adolescents' Prosocial Behavior: The Mediating Role of Empathy. Journal of Developmental Psychology 2020; 17(65): 95-107. [In Persian]
26. Wang Z, Liu H, Yu H, Wu Y, Chang S, Wang L. Associations between occupational stress, burnout and well-being among manufacturing workers: mediating roles of psychological capital and self-esteem. BMC psychiatry 2017; 17(1): 1-10.
27. Selvaraj PR, Bhat CS. Predicting the mental health of college students with psychological capital. J Ment Health 2018; 27(3): 279-287.
28. Kim DO, Lee HJ, Lee AY. A Study on Relationship among Positive Psychological Capital, Physical Health Status, Depression, Interpersonal Relationship and Learning Flow in Nursing Students. Journal of the Korea Convergence Society 2020; 11(1): 349-357.
29. Hoel V, Seibert K, Domhoff D, Preuß B, Heinze F, Rothgang H, et al. Social Health among German Nursing Home Residents with Dementia during the COVID-19 Pandemic, and the Role of Technology to Promote Social Participation. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(4): 1-18.

Original

The Relationship of Psychological Capital with Quality of Life and Social Health of Nurses Working in Treatment Centers of Guilan University of Medical Sciences

Vahid Bakhshalipour[1], Hojjatullah Miandehi Rudsari[2*]

1. Department of Public Management, Mehr Astan Institute of Higher Education, Ashrafieh Astana, Iran
2. ***Corresponding Author**: Department of Public Management, Mehr Astan Institute of Higher Education, Ashrafieh Astana, Iran, hj192@yahoo.com

Abstract

Background: Psychological capital is one of the indicators of positivity psychology that can have a beneficial influence on the quality of life and social health of nurses. Therefore, this study was conducted to investigate the relationship of psychological capital with quality of life and social health of nurses working in the treatment centers of Guilan University of Medical Sciences.

Methods: In this descriptive-correlational study, 315 nurses from Lahijan city were selected. Lutans (2007) Psychological Capital Questionnaire (Keyes Social Health (2004) and Quality of Life Questionnaire (SF-36) were used to collect data. Statistical tests in SPSS software were used to analyze data.

Results: The results showed that the mean age of the nurses in the study was 44.13. The mean score of psychological capital was 3.03, quality of life was 3.18 and social health was 3.04. This indicated that participants were at the desired level and that there was a statistically significant relationship between psychological capital and quality of life and social health of nurses (p 0/001).

Conclusion: Considering the relationship of psychological capital with quality of life and social health, it seems necessary to pay more attention to promotion of psychological capital in nurses and plans to improve effective factors in quality of life improvement programs.

Keywords: Health, Nurses, Quality of life, Social Psychology