نقش میانجی خودکارآمدی مقابله‌ای در رابطه بین بهزیستی و سرسختی روان‌شناختی پرستاران شهر کرمانشاه

دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۹ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۴

پریسا جانجانی[۱]، امیر حسین شیخ پور [۲*]

۱. مرکز تحقیقات قلب و عروق، پژوهشکده سلامت، بیمارستان امام علی(ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران ۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: پرستاری یکی از مشاغل مهم و پراسترس است که پیامدهای جدی جسمانی و روانی ایجاد می‌کند. بهزیستی روانشناختی یکی از شاخص‌های مهم سنجش وضعیت بهداشت روان است. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی خودکارآمدی مقابله‌ای در رابطه بین بهزیستی و سرسختی روان‌شناختی پرستاران شهر کرمانشاه صورت گرفته است.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی-تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه‌ی پرستاران شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۲ بودند که تعداد ۲۷۸ نفر از آنها به صورت در دسترس به عنوان نمونه پژوهشی وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی، پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی و مقیاس خودکارآمدی استفاده شد. نسخه ۳/۳ نرم‌افزار Smart PLS برای تدوین مدل تحلیل عاملی تاییدی و معادلات ساختاری و SPSS نسخه ۲۵ برای آمار توصیفی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان دادن بین سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). همچنین از طریق نقش میانجی خودکارآمدی مقابله‌ای بین بهزیستی و سرسختی روانشناختی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). ضریب همبستگی بین متغیرها با اطمینان ۹۹٪ مستقیم و معنی‌دار بود (p<۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت پرستارانی که سرسختی روانشناختی بالاتری دارند از بهزیستی روانی بهتری برخوردارند و همچنین هرچه خودکارآمدی پرستاران بالاتر باشد وضعیت بهزیستی روانشناختی آنها هم بهتر می‌شود. نتایج این مطالعه بر اهمیت نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در ارتباط بین بهزیستی و سرسختی روانشناختی تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: سرسختی روان‌شناختی، بهزیستی روان‌شناختی، خودکارآمدی مقابله‌ای، پرستاران

* **نویسنده مسئول:** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

ایمیل: amirpsycho67@gmail.com **تلفن:** 09372432750 **نمابر:** -

مقدمه

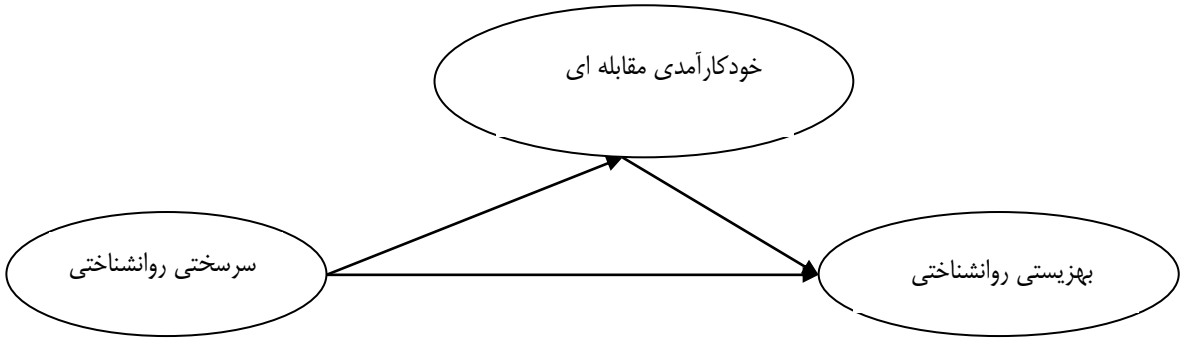
پرستار، فردی است که مسئول کنترل و پایش ۲۴ ساعته بیماران بوده و به طور مداوم در معرض عوامل تنش‌زا قرار دارد (۱). یک سازه مورد مطالعه در ارتباط با پرستاران، بهزیستی روانشناختی(Psychological Well-Being) است. طبق تعریف Ryff، بهزیستی روانشناختی یک سازه چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است (۲). بهزیستی روانشناختی به عنوان تجربه درونی عواطف مثبت و احساس سرزندگی و سلامت عاطفی، عدم تجربه درماندگی ذهنی و رضایت کلی از زندگی و تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های واقعی فرد و همچنین به معنی کارکرد روانی بهینه در نظر گرفته می‌شود (۳). بهزیستی روانشناختی درجه‌ای است که فرد کارکرد روانشناختی بهینه‌ای را تجربه می‌کند. همچنین شامل شادی و حس تعلق است که با وجود درد و رنج روانی می‌تواند همچنان باقی بماند (۴). هرچه بهزیستی روانشناختی افراد بالاتر باشد، به طور عمده هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند و از اتفاقات اطراف خود ارزیابی مثبتی دارند در حالی‌که افراد با بهزیستی روانشناختی پایین، بیشتر هیجان‌های منفی مانند افسردگی، خشم و اضطراب را تجربه می‌کنند (۵). بهزیستی روانشناختی پرستاران، به دلیل نقش مهم آنها در بهبود بیماران و نتایج غیر قابل جبرانی که نارسایی کار آنها ممکن است به بار آورد، بسیار حائز اهمیت است (۶).

سرسختی روانشناختی (Psychological toughness) یکی از متغیرهای مرتبط با شرایط پرستاران است (۷). روانشناختی یک ویژگی صرفا ذاتی نیست بلکه یک ویژگی اکتسابی و یاد گرفتنی است. این ویژگی مثبت به عنوان یک سازه شخصیتی از تجربیات مفید و متفاوت دوران کودکی نشئت گرفته و به تدریج به عنوان یک ویژگی کلی در رفتارها و احساسات فرد تظاهر می‌یابد (۸). سرسختی روانشناختی به عنوان منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای زندگی عمل می‌کند (۹) و از جمله متغیرهایی است که می‌تواند تنیدگی و آثار نامطلوب آن را متعادل کند، چرا که سرسختی روانشناختی به ظرفیت‌ها و ویژگی‌های مثبتی اشاره دارد که منجر به مقابله مثبت و مفید فرد با چالش‌های محیطی شده و او را از ابتلا به اختلالات روانی مرتبط با استرس محافظت می‌کند (۱۰).

یکی از سازه‌هایی که نقش حساسی در بازداری و پایداری رفتار فرد در موقعیت‌های مختلف ایفا می‌کند، خودکارآمدی (Self-Efficacy) است. به باور Bandura، خودکارآمدی یکی از مهم ترین عوامل در رشد ارتباطات سالم اجتماعی است که زندگی فرد را لذت بخش نموده و او را قادر می‌سازد تا با فشارها و استرس‌های طولانی مدت مقابله کند (۱۱). تعیین میزان کارآمدی فردی یکی از مواردی است که می‌تواند در تعیین میزان آمادگی گروه‌های مختلف شغلی در مواجهه با تنش فراوان به صورت نزدیک به واقعیت عمل کند. بنابراین تعیین کارآمدی فردی پرستاران در مقابله با آثارحوادث می‌تواند عملکرد واقعی آنها را در شرایط بحرانی مشخص کند (۱۲). خودکارآمدی، اطمینان به توانایی خود در کنترل رفتار، احساسات و فعالیت هاست بنابراین روی پیامد اعمال اثر می‌گذارد (۱۳). خودکارآمدی مقابله ای باعث بروز رفتارهای مقابله‌ای انطباقی یا سازگارانه بیشتری در افراد می‌شود، بنابراین افراد در طول زمان هنگام مواجه شدن با مشکلات و شرایط چالش برانگیز، از مهارت های مقابله ای بیشتری استفاده می‌کنند و در مقابل استرس، آسیب پذیری کمتری دارند (۱۴). نتایج برخی مطالعات نشان داده است که بین سرسختی روانشناختی، خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی در دانشجویان رابطه وجود دارد (۱۵). یک مطالعه دیگر به بررسی نقش واسطه‌ای خود شفقت ورزی در ارتباط بین بهزیستی و سرسختی روانشناختی پرستاران پرداخته است. بر اساس نتایج این مطالعه سرسختی روان‌شناختی با بهزیستی روان‌شناختی از طریق نقش میانجی‌گری خود شفقت-ورزی پرستاران رابطه وجود دارد (۱۶).

یک مطالعه دیگر نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین خوش‌بینی، بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در دانشجویان ایرانی را مورد بررسی قرار داده است. نتایج مطالعه نشان داده خودکارآمدی در رابطه بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی (تسلط بر محیط، خودمختاری، خودپذیری، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی و هدف در زندگی) و تاب‌آوری را در بین دانشجویان ایرانی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند (۱۷). اگرچه مطالعات فوق‌الذکر رابطه بین برخی متغیرها را در ارتباط با بین بهزیستی روانشناختی تایید می‌کند را بیان می‌کنند، اما مطالعات اندکی به بررسی چگونگی این رابطه پرداخته‌اند و فقط یک مطالعه نقش واسطه‌ای خود شفقت ورزی را در ارتباط بین سرسختی و بهزیستی روانشناختی پرستاران مورد بررسی قرار داده است (۱۶) و نقش واسطه‌ای خودکارآمدی مقابله ای در ارتباط بین سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در پرستاران مورد بررسی قرار نگرفته است. از سوی دیگر با توجه

به اهمیت بهزیستی روانشناختی کادر درمان بـه دلیـل مسـولیت بالای حرفه¬ای که می تواند کیفیت زندگی آنان را تحت تـاثیر قرار دهـد مطالعـه حاضـر بـا هـدف بررسـی نقـش واسـطه‌ای خودکارآمدی مقابله ای در رابطه بـین بهزیسـتی روانشـناختی و سرسختی روانشناختی پرستاران شهر کرمانشـاه در سـال ۱۴۰۲ انجام شده است. مـدل مفـرض در شـکل ۱ نمـایش داده شـده است.



شکل ۱. نقش واسطه ای خودکارآمدی مقابله ای در رابطه بین سرسختی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی

روش کار

پـژوهش حاضـر توصـیفی-تحلیلـی از نـوع مطالعـات همبستگی-تحلیل مسیر می‌باشد. جامعه آمـاری مطالعـه حاضـر شامل تمامی پرستاران بیمارستان‌های دولتی کرمانشـاه در سـال ۱۴۰۱ بود که از میان آنها به صورت در دسـترس ۲۷۸ نفـر بـه عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند. در خصـوص تعیـین حجـم نمونه، لازم به توضیح اسـت کـه در تحلیـل Stevens در نظـر گرفتن ۱۵ مورد برای هر متغیر پیش‌بـین در تحلیـل رگرسـیون چندگانه با روش معمـولی کمتـرین مجـذورات اسـتاندارد را کـه قاعده سرانگشتی خوب اعلام کـرده اسـت (۱۸). بـر پایـه ایـن موضوع می‌توان اعلام کرد کـه چـون تحلیـل مسـیر در برخـی جنبه‌ها کاملاً مرتبط با رگرسیون چنـدمتغیری اسـت، تعـداد ۱۵ مورد به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شـده در تحلیـل مسـیر غیـر منطقی نیست. در این مطالعه نیز با توجه بـه ایـن‌کـه پـژوهش حاضر شامل ۱۳ خرده مقیاس بود، حداقل تعداد نمونه مورد نیـاز برای انجام مطالعه ۱۹۵نفر محاسبه شد. با توجه به اینکه توصیه لوهلین (Lohin) مبنی بـر داشـتن نمونـه‌ای بـیش از ۲۵۰ نفـر نمونه مناسبی است با در نظر گرفتن پرسشنامه‌های مخـدوش و ۱۰٪ ریزش نمونه تعداد ۲۷۸ نفر وارد مطالعه شدند (۱۸).

ملاک ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانـه و شـاغل بـه کار بودن پرستاران در بیمارستان‌های دولتی شهر کرمانشاه بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پـژوهش از چـک لیسـت برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیـت شـناختی و پرسشـنامه‌هـای استاندارد به شرح زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه اطلاعـات جمعیـت‌شـناختی: بـرای سـنجش شاخص‌های فـردی، اجتمـاعی و اقتصـادی از پرسشـنامه خـود گزارش‌دهی اطلاعـات دموگرافیـک اسـتفاده شـده اسـت. ایـن پرسشنامه شـامل اطلاعـات جمعیـت شـناختی از قبیـل (سـن، وضعیت تاهل، سابقه کار، وضعیت اقتصادی) می‌باشد.

۲- پرسشـنامه بهزیسـتی روان‌شـناختی Psychological well-being Questionnaire (RSPWB)): ایـن مقیـاس توسط Ryff در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است که نسـخه کوتـاه آن (۱۸سوالی) را شامل می شود. شرکت‌کننـدگان در مقیـاس ۶ درجه‌ای کـاملا مخـالف تـا کـاملا موافـق بـه سـوالات پاسـخ می‌دهند. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است. سوال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال؛ سوال‌های ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط بر محیط؛ سوال‌های ۷، ۱۵ و ۱۷ عامل رشد شخصی؛ سوال‌هـای ۳، ۱۱ و ۱۳ عامل ارتباط مثبت با دیگران؛ سوال‌های ۵ ،۱۴ و ۱۶ عامـل هدفمندی در زندگی و سوال‌های ۲، ۸ و۱۰ عامل پذیرش خـود را می‌سنجد. آلفای کرونباخ به‌دست آمده در مطالعه Ryff بـرای پـذیرش خـود ۰/۹۳، ارتبـاط مثبـت بـا دیگـران ۰/۹۱، خودمختاری۰/۸۶، تسلط بـر محـیط ۷۷ و رشـد شخصـی۰/۸۷ گزارش شده است (۱۹). در پژوهش امینی و همکاران روایی این

مقیاس با روش تحلیل عاملی تاییدی مطلوب گزارش شده است و ضریب پایایی به دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف اسپیرمن-براون به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۰). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد.

۳- پرسشنامه سرسختی Abridged Hardiness Scale)) (AHS: این پرسشنامه توسط kobasa در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است که دارای ۵۰ سوال بوده و آزمودنی پس از خواندن هر ماده به یکی از چهار گزینه کاملاً صحیح است، تقریباً صحیح است، تاحدودی صحیح است، اصلاً صحیح نیست پاسخ می‌دهد. نمره‌های ۳۹ سوال از ۵۰ تا وارونه در نظر گرفته شده در مجموع یک نمره کلی برای سرسختی و سه نمره برای مولفه‌های جداگانه به دست می‌آید بالاترین نمره‌ای که فرد در این پرسشنامه می‌تواند به دست آورد ۱۵۰ می‌باشد (۲۱). در ایران نیز روایی واگرا و سازه این پرسشنامه توسط رحمتی و عبدالهی، ۰/۹۱ و ۰/۷۶ اعلام شده است که نشان دهنده قابلیت اطمینان پرسشنامه است (۲۲). در پژوهش کرمی و همکاران نیز در کل مقیاس و هر یک از مولفه‌های تعهد، کنترل و مبارزه جویی در جمعیت نمونه، به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۷ و ۰/۳۵ به دست آمده، که بیانگر پایایی مقیاس سرسختی می باشد (۲۳). در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

۴- پرسشنامه خودکارآمدی مقابله¬ای (Coping self-efficacy Scale(CSES)) این پرسشنامه توسط Chesney و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است. این مقیاس مقابله مثبت و سازنده را اندازه‌گیری می‌کند، بر اعتماد یک فرد نسبت به توانایی خویش جهت مقابله موثر متمرکز است و با توجه به نظریه خودکارآمدی بندورا تدوین شده است. نمرات این مقیاس نشان دهنده میزان اعتماد فرد برای مقابله موثر و مدیریت بحران‌ها و چالش‌های زندگی است. مقیاس خودکارآمدی ۲۶ ماده دارد و به صورت خودگزارش دهی است و شیوه نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۳ درجه‌ای است. این پرسشنامه سه خرده مقیاس دارد که عبارتند از: توقف هیجان و افکار ناخوشایند، مقابله مسئله مدار، دریافت حمایت از خانواده و دوستان که ۴ گویه دارد. پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های توقف هیجان و افکار ناخوشایند، مقابله مسئله‌مدار و دریافت حمایت از خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۴). این پرسشنامه در ایران توسط بهرامیان و همکاران اعتباریابی شده است که پایایی کل ابزار ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۵). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

روش اجرا

پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، پرسشگر آموزش‌دیده با مراجعه به پرستاران واجد شرایط برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه دعوت به عمل آورد. پس از توجیه افراد در رابطه با پژوهش و تشریح اهداف و اخذ رضایت‌نامه و همچنین اطمینان‌بخشی در زمینه محرمانه بودن پاسخ‌ها و عدم لزوم ذکر نام، بر پاسخ‌گویی کامل و با دقت پرسشنامه‌ها تاکید شد. از شرکت‌کنندگان درخواست شد اگر در فرآیند تکمیل پرسشنامه‌ها با مشکلی از قبیل (ابهام در سوالات) مواجه شدند از پژوهش‌گر درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. پیش از آنکه افراد به مرحله تکمیل پرسشنامه‌ها برسند، اهداف پژوهش برای آنها ارائه شد، توضیحاتی در رابطه با عدم وجود اطلاعات هویتی، رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان ارائه شد، و رضایت آگاهانه آنها برای شرکت در پژوهش توسط دانشجویان مجری این پژوهش اخذ گردید. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر در نرم‌افزارهای SPSS-21 و نرم‌افزار smart-pls نسخه ۳/۳ مورد تحلیل قرار گرفتند. قبل از اجرای تحلیل پیش‌فرض‌های تحلیل مسیر شامل نرمال بودن توزیع، استقلال خطاها و هم‌خطی چندگانه بررسی شد.

نتایج

تعداد زنان شرکت کننده در مطالعه برابر ۹۵ نفر (۳۴/۶٪) و تعداد مردان برابر ۱۸۳ نفر (۶۵/۴٪) می‌باشند. تعداد ۲۲ نفر در مقطع دیپلم (۷/۹٪)، تعداد ۳۳ نفر در مقطع کاردانی (۵/٪)، تعداد ۱۳۹ نفر در مقطع کارشناسی (۵۰/۳٪) و تعداد ۸۴ نفر در مقطع کاشناسی ارشد (۳۰/۴٪) قرار داشتند. تعداد ۸۳ نفر کمتر از ۳۰ سال (۲۹/۸٪)، تعداد ۹۳ نفر بین ۳۰ تا ۴۰ سال (۳۳/۴٪)، تعداد ۵۲ نفر بین ۴۰ تا ۵۰ سال (۱۸/۷٪)، و تعداد ۵۰ نفر بالای ۵۰ سال سن (۱۷/۹٪) داشتند. جدول ۱ خلاصه اطلاعات توصیفی ابعاد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین (انحراف استاندارد)	چولگی
بهزیستی روانشناختی	۲۷۸	۱	۶	۴/۳۲±۰/۱۳	-۰/۲۳۲
سرسختی روانشناختی	۲۷۸	۱	۴	۴/۲۷±۰/۶۷	-۰/۳۲۱
خودکارآمدی مقابله‌ای	۲۷۸	۱	۵	۴/۳۲±۰/۶۴	-۰/۵۳

در جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش نشان داده شده‌است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ضریب همبستگی بین متغیرها با اطمینان ۹۹٪ مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۱). در این بخش با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری به بررسی کفایت و مناسب بودن مدل مفهومی پژوهش پرداخته شد.

طبق نتایج جدول ۳ مسیر سرسختی روانشناختی به بهزیستی روانشناختی (β=۰/۸۱ و t=۲/۲۱)، مسیر سرسختی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی از طریق نقش میانجی‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای (β=۰/۲۱ و t=۲/۳۸)، بدست آمد که همه مقادیر در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار هستند. بنابراین فرضیه ۱ و ۲ پژوهش مبنی بر اینکه بین سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی از طریق میانجی‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای رابطه وجود دارد، تایید شد.

جدول۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

		۱	۲	۳
۱. بهزیستی روانشناختی	ضریب همبستگی	۱	**۰/۶۸۹	**۰/۵۳۲
	سطح معنی‌دار	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
۲. سرسختی روانشناختی	ضریب همبستگی	**۰/۵۲۶	۱	**۰/۵۲۶
	سطح معنی‌دار	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
۳. خودکارآمدی مقابله ای	ضریب همبستگی	**۰/۶۹۹	**۰/۶۹۹	۱
	سطح معنی‌دار	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

جدول۳. اثرات مستقیم و غیرمستقیم سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی از طریق خودکارآمدی مقابله ای رابطه

اثر	پارامتر استاندارد	مقدار t	مقدار p
مستقیم			
سرسختی روانشناختی --بهزیستی روانشناختی	۰/۸۱	۲/۲۱	<۰/۰۱
غیر مستقیم			
سرسختی روانشناختی-- خودکارآمدی مقابله ای--بهزیستی روانشناختی	۰/۲۱	۲/۳۸	<۰/۰۱

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی مقابله‌ای در رابطه بین سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی پرستاران در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه بین بهزیستی روانشناختی و سرسختی روانشناختی پرستاران رابطه وجود دارد، تایید شد. نتایج حاصل از این فرضیه با پژوهش‌های تیموری و مشهدی (۲۶)، Beasley M (۲۷)، اصغری ابراهیم‌زاده و ممی-زاده اوجور (۲۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت سرسختی روان‌شناختی از طریق تجهیز فرد به عاملی برای مقابله با شرایط استرس‌زا موجب کاهش سطح اضطراب و افسردگی می‌شود و از طریق فعال‌سازی راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور در شرایط استرس‌زا باعث می‌شود فرد رویدادها را با خوش‌بینی بیشتری مدنظر قرار دهد. در نتیجه احتمال وقوع

بیماری‌های جسمی و روانی کاهش یافته و هیجان‌های خوشایند، شادکامی و احساس مثبت به زندگی و بهزیستی روان-شناختی فرد را افزایش می‌دهد (۲۹). سرسختی روان‌شناختی از طریق تقویت عزت‌نفس به عنوان یک مولفه میانجی به انطباق-پذیری مثبت و بهزیستی روانی منجر می‌شود. افرادی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند، نسبت به کسانی که بهزیستی روان‌شناختی آنها پایین‌تر است، توانایی سازگاری بیشتری با مشکلات دارند (۳۰). این یافته با پژوهش ما همسو می‌باشد. بنابراین درستی فرضیه اول تایید می‌شود.

فرضیه دوم پژوهش نیز، مبنی بر اینکه بین بهزیستی روانشناختی و سرسختی روانشناختی پرستاران از طریق نقش میانجی خودکارآمدی مقابله‌ای رابطه وجود دارد، تایید شد. در پژوهش‌های گذشته نتایج نشان دادند بین بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی مقابله‌ای رابطه مستقیم وجود دارد که این نتیجه را می‌توان از پژوهش‌های کوتو و همکاران (۳۱)،کاپرا و ستکا (۳۲) و مظاهری و بهرامیان (۳۳) استنباط کرد. احساس خودکارآمدی بالا، توانایی انجام تکالیف و کارها را از راه‌های گوناگون بیشتر می‌کند و به تسلط افراد روی مشکل خود به عنوان یک چالش منجر می‌شود. این افراد مطمئن هستند می-توانند تهدیدهای بالقوه را به تسلط خود دراورده و با شرایط سازگاری پیدا کنند و همچنین اضطراب و افسردگی کمتر و بهزیستی روانشناختی بالاتری را تجربه کنند (۳۴). همچنین یافته‌های پژوهش نجد و همکاران نشان داد بین خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی رابطه معنی‌دار وجود دارد، به عبارت دیگر افرادی که خودکارامدی و سرسختی روانشناختی بالاتری دارند از بهزیستی روانی بیشتری برخوردارند (۳۵). با توجه به یافته-های حاصل از پژوهش می‌توان نتیجه گرفت خودکارآمدی مقابله‌ای بین سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند و درمانگران و متخصصین این حوزه می‌توانند از نتایج این مطالعه در راستای ارتقاء بهزیستی روانشناختی پرستاران بهره مند شوند. در مجموع با توجه به تایید نقش واسطه‌ای خودکارامدی در ارتباط بین سرسختی و بهزیستی روانشناختی در جامعه پرستاران، اهمیت این متغیر بیش از پیش برجسته می‌شود و متخصصین می‌توانند از این فاکتور در جهت ارتقاء بهزیستی پرستاران بهره جویند.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر نقش واسطه‌ای خودکارآمدی مقابله‌ای در رابطه بین سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی پرستاران تایید شد. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند تلویحات مهم برای پژوهشگران و درمانگران این حوزه در بر داشته باشد. درمانگران می‌توانند بر اساس مسیرهای مشخص شده در این مطالعه نگاه روشن‌تری به رابطه بین سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی از طریق خودکارآمدی داشته باشند. این یافته‌ها ممکن است تلویحات جدیدی برای شکل دادن به پروتکل‌های درمانی که در بهزیستی روانشناختی پرستاران به کار می‌رود در بر داشته باشد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه به نحوه جمع‌آوری اطلاعات که از طریق پرسشنامه‌های خودسنجی بود، برمی‌گردد. اگرچه این پرسشنامه‌ها اطلاعات مفیدی در اختیار قرار می‌دهند اما گاهی خود می‌توانند از اعتبار نتایج به دست آمده بکاهند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده برای به دست آوردن نتایج واقعی‌تر، بهتر است در کنار ابزارهای خود گزارش-دهی از ابزارهای کمکی مانند مصاحبه استفاده شود. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر به تعمیم‌دهی نتایج مرتبط است. با توجه به اینکه پژوهش بر روی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر کرمانشاه صورت گرفته است نمی‌توان نتایج را به تمام پرستاران تعمیم داد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود، با توجه به اهمیت نقش مسائل فرهنگی و اجتماعی، پژوهش حاضر در مناطق مختلف دیگر اجرا شود تا امکان تعمیم آن به جوامع مختلف با دقت بیشتری انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

از همه پرستارانی که نهایت همکاری را با ما داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این پژوهش تعارض منافع نداشته است.

حمایت مالی

این پژوهش حمایت مالی نداشته است

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه حاصل یک پایان نامه است که حمایت مالی ندارد و با کد اخلاق پایان نامه IR.IAU.KSH.REC.1402.017 به ثبت رسیده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم است .نویسنده دوم مسئول طراحی پژوهش، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری و نگارش اولیه مقاله بوده است. نویسنده اول به‌عنوان استاد راهنما، با ارائه مشاوره علمی، نظارت بر مراحل پژوهش، و بازبینی نهایی مقاله در تهیه و تدوین آن مشارکت داشته است

References

1. Tizdast T, Abbas Ghorbani M, Bajvar M. Relationship between hardiness and nurses' professional burnout. Journal of Holistic Nursing And Midwifery. 2013;23(2):1-7.(in Persian)
2. Ryff CD. Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. Perspectives on Psychological Science. 2018;13(2):242-8.
3. Ensafdaran F, Nejabat M, Mahmoudi A, Shamsaei M. Presenting a model of nurses' psychological well-being based on the variables of spiritual health, resilience, and emotional atmosphere of the family during the corona pandemic and its effect on emotional distress tolerance of nurses. Journal of Health System Research. 2022;18(2):120-6. (in Persian)
4. Mousavi SN, Fathi Chegeni F. Investigating the effect of fear of COVID-19 on psychological well-being of nurses with the moderating role of resilience. Iranian Journal of Ergonomics. 2022;9(4):136-46. (in Persian)
5. Asselmann E, Specht J. Dramatic effects but fast adaptation: Changes in life satisfaction and different facets of affective well-being around the death of a partner and death of a child. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2023;15(2):451-65.
6. Ghanbari F, Abdorahimi Noshad L, Bazzazzadeh N, Esgandari A, Moazen N. Comparison of cognitive emotion regulation strategies and health locus of control in children with asthma and normal children. Iranian Journal of Nursing Research. 2018;13(3):76-82. (in Persian)
7. Kim EY, Chang SO. Exploring nurse perceptions and experiences of resilience: a meta-synthesis study. BMC nursing. 2022;21(1):1-14.
8. Jamali M, Noroozi A, Tahmasebi R. Factors affecting academic self-efficacy and its association with academic achievment among students of Bushehr University Medical Sciences 2012-13. Iranian Journal of Medical Education. 2013;13(8):629-41. (in Persian)
9. Kowalski CM, Schermer JA. Hardiness, perseverative cognition, anxiety, and health-related outcomes: A case for and against psychological hardiness. Psychological Reports. 2019;122(6):2096-118.
10. Desai Rahul B. Psychological hardiness among college students. The International Journal of Indian Psychology. 2017;4(3):80-4.
11. Burke J. Reading reminders: Tools, tips, and techniques: Boynton/Cook; 2000.
12. McConville SA, Lane AM. Using on-line video clips to enhance self-efficacy toward dealing with difficult situations among nursing students. Nurse education today. 2006;26(3):200-8.
13. Pillai R, Williams EA. Transformational leadership, self-efficacy, group cohesiveness, commitment, and performance. Journal of Organizational Change Management. 2004;17(2):144-59.
14. Bosmans MW, Van der Velden PG. Longitudinal interplay between posttraumatic stress symptoms and coping self-efficacy: A four-wave prospective study. Social Science & Medicine. 2015;134:23-9.
15. Pour Jahormi K RC, Chitsazi M. Psychological toughness, self-efficacy and psychological well-being in college students. Congress of the Iranian Psychological Association. 2017.4(3).21-3 (in Persian)
16. Sheikhpour A, Janjani P. Investigating the relationship between psychological resilience and psychological well-being of nurses with the mediating role of self-compassion among nurses in Kermanshah. Journal of Caspian Health and Aging. 2023;8(2):58-67. (in Persian)
17. Sabouripour F, Roslan S, Ghiami Z, Memon MA. Mediating role of self-efficacy in the relationship between optimism, psychological well-being, and resilience among Iranian students. Frontiers in psychology. 2021;12:675645. (in Persian)
18. Momeni K, Amani R, Janjani P, Majzoobi MR, Forstmeier S, Nosrati P. Attachment styles and happiness in the elderly: the mediating role of reminiscence styles. BMC Geriatrics. 2022;22(1):349. (in Persian)
19. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 1989;57(6):1069.
20. Amini M, Shehni Yailagh M, Hajiyakhchali A. The causal relationship of psychological capital with psychological well-being and academic performance with the mediating role of social

capital. Positive Psychology Research. 2020;6(2):1-16. (in Persian)
21. Kobasa SC. Commitment and coping in stress resistance among lawyers. Journal of Personality and social Psychology. 1982;42(4):707.
22. Rahmati P, Abdollahi A. Moderating role of hardiness in the relationship between job stress and job satisfaction. Career and Organizational Counseling. 2020;12(42):161-78. (in Persian)
23. Karami J, Sharefi K, Beshlidehali K. The relationship between family function with mental hardiness among the students of secondary school in Kermanshah city. Psychological Achievements. 2009;16(2):167-88. (in Persian)
24. Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, Folkman S. A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. British Journal of Health Psychology. 2006;11(3):421-37.
25. Bahramiyan SF, Morovati Z, Yousefi AM, Amiri M. Reliability, validity, and factorial analysis of coping self-efficacy scale. 2018. (in Persian)
26. Teimuri S, Mashhadi A. Hardiness and personality characteristics of acquired students. Journal of Psychological Sciences. 2008;25:114-02. (in Persian)
27. Beasley M, Thompson T, Davidson J. Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. Personality and Individual Differences. 2003;34(1):77-95.
28. Asghari Ebrahimabad M, Mamizade M. An investigation into the role of psychological flexibility and hardiness in explaining soldiers' psychological well-being. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2018;8(1):37-51. (in Persian)
29. Pourakbari F, Khajevand Khoshli A, Asadi J. Relationship of psychological hardiness and quality of life with death anxiety in nurses. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery. 2014;11(2):53-9. (in Persian)
30. Kazemianmoghadam K, Haroon Rashidi H. Relationship between Family Communication Patterns coherence and flexibility with Psychological well-being: mediating of hardiness in students. Educational Researches. 2021;16(67):161-78. (in Persian)
31. de Paula Couto MCP, Koller SH, Novo R. Stressful life events and psychological well-being in a Brazilian sample of older persons: The role of resilience. Ageing International. 2011;36:492-505.
32. Caprara GV, Steca P. Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. European Psychologist. 2005;10(4):275-86.
33. Mazaheri M, Bahramian SH. Prediction of psychological well-being based on the positive and negative affection and coping self–efficacy. Positive Psychology Research. 2016;1(4):1-14. (in Persian)
34. Raggi A, Leonardi M, Mantegazza R, Casale S, Fioravanti G. Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia Gravis: a common pathway towards positive health outcomes. Neurological Sciences. 2010;31:231-5.
35. Najd MR, Mosahebi MR, Atashpour H. Prediction of psychological well-being through components of self-efficacy, psychological hardiness & perceived social support. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2014;8(30):47-56. (in Persian)

The Mediating Role of Coping Self-Efficacy in the Relationship between Well-Being and Psychological Toughness of Kermanshah Nurses

Received: 18 May 2024 Accepted: 02 Feb 2025

Parisa Janjani[1], Amirhossein Sheikhpour[2*]
1. Cardiovascular Research Center, Health Institute, Imam Ali Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran 2. Master of Science in Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran

Abstract

Introduction: Nursing is one of the most important and stressful jobs that causes a lot of serious physical and psychological consequences. Psychological well-being is one of the important indicators of an individual's mental health status. Therefore, this research aims to investigate the relationship between psychological well-being and psychological hardiness among nurses, with the mediating role of self-efficacy in nurses, from Kermanshah city.

Materials and Methods: The present research employed a descriptive-analytical correlation design with path analysis. The statistical population of this research comprised all the nurses of Kermanshah city in 1402, of whom 278 were selected as a research sample, to collect data, Psychological Well-being Questionnaire, Mental Toughness Questionnaire and Self-Efficacy Scale were used. Version 3.3 of Smart PLS software was used to develop the confirmatory factor analysis model and structural equation modeling, and SPSS 25 version was used for descriptive statistics.

Results: The results obtained from this study show that there is a positive and significant relationship between psychological toughness and psychological well-being ($p<0.01$). There is also a positive and significant relationship between well-being and psychological toughness through the mediating role of coping self-efficacy ($p<0.01$). The correlation coefficient between the variables is direct and statistically significant at 99% confidence level ($p<0.01$).

Conclusion: According to the findings, it can be concluded that nurses with more or higher psychological hardiness have better psychological well-being. Moreover, higher self-efficacy, is associated with better psychological well-being among nurses, too. The results of this study emphasize the importance of the mediating role of self-efficacy in the relationship between well-being and psychological hardiness.

Keywords: Psychological Toughness, Psychological Well-Being, Coping Self-Efficacy, Nurses

***Corresponding Author:** Master of Science in Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran
Email: amirpsycho067@gamil.com **Tel:** +98 09372432750 **Fax:** -