



## مقایسه بین امیدواری و تحمل پریشانی در پرستاران بخش داخلی با افراد عادی

فاطمه محمودزاده کوچک سرایی<sup>۱</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه بین مقایسه امیدواری و تحمل پریشانی در پرستاران با افراد عادی انجام شد. جامعه آماری را کلیه پرسنل شاغلین بیمارستان ولیعصر قائم شهر اشتغال به کار دارند بوده که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد 70 نفر پرستار و 70 نفر افراد عادی انتخاب و همتا سازی شدند. یافته ها نشان می دهد میانگین تفاوت ارزشی پرستاران بخش داخلی در تحمل پریشانی و امیدواری برابر با 29/94 بوده که در مقایسه با همین مقدار در پاسخگویان افراد عادی که برابر با 36/93 می باشد و نشان دهنده این است که پرستاران بخش داخلی از میانگین کمتری در تحمل پریشانی به نسبت پاسخگویان برخوردار می باشند بنابراین یافته های پژوهش حاضر نشان داد افراد امیدوار از مشکلات جسمی و آشفتگی روانی کمتری رنج می برند و از نظر اجتماعی سازگارتر و امیدوارتر هستند تا افرادی که از نظر حس امید به زندگی در سطح پایین تری هستند.

**واژگان کلیدی:** امیدواری، تحمل پریشانی پرستاران، افراد عادی، بیمارستان

## مقدمه

قدرت امید سهم مهمی در بهبودی بیماری های مختلف جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی و تحمل پریشانی افراد دارد. معنا داری و توجه به هدف، یکی از اجزای مهم امید می باشد. قدرت امید، احساس امکان پذیر بودن یک رویداد یا رفتار مطلوب را در آینده تسهیل می نماید. امید به زندگی نیز مؤلفه های متعددی مانند معنای زندگی، هدف زندگی، برنامه ریزی و قدرت اراده را در بر می گیرد (اسنایدر، 2002). امید مکانیسم سازگاری مهم در بیماریهای مزمن جسمی و روانی می باشد و به عنوان یک فاکتور پیچیده چند بعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازگاری موثر تعریف می شود. از نظر بنزئین (2006)، امید از نظر فیزیولوژی و عاطفی به بیماران کمک می کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند.

یالوم، (2000) امید را به عنوان یک عنصر اساسی فرایند درمان مشخص می کند افراد به هنگام درمان معمولاً شرایط مبهمی دارند و در مورد آینده مردد هستند. زمانی که افراد در شرایط مبهمی هستند و رسیدن به اهداف در آن شرایط قطعی نیست، ممکن است از طریق متوسل شدن به استراتژی های متنوعی، اراده و هدفمندی خود را حفظ کنند. به عنوان مثال، ممکن است از طریق شبکه اجتماعی حمایت کننده و یا از طریق الگوبرداری از استراتژی هایی که دیگر افراد در گذشته استفاده کرده اند، اراده خود را در رسیدن به اهداف تقویت کنند و مسیرهای جدیدی را جهت رسیدن به اهداف بیابند. پژوهش ها مشخص کرده اند که امیدواری بالا باعث تقویت اعتماد به نفس، خودکارآمدی بالا و تحمل پریشانی افراد می شود (وانگ و لیم، 2009).

امیدواری به عنوان یک فرایند شناختی هدف مدار در نظر گرفته می شود. بر اساس نظر اسنایدر بزرگسالان و کودکان با امیدواری بالا می توانند روش های دستیابی بیشتری را برای اهدافشان ایجاد کنند و به طور مؤثری برای رسیدن به پایان مطلوب انگیزه مند شوند. در مقابل افراد با امیدواری پایین، نه احتمال پیدا کردن راه حل های ممکن برای اهدافشان را دارند، و نه انگیزه بیشتری برای رسیدن به خواسته هایشان دارند (نیک دوز، 1387). به طور کلی شاخص های ذهنی، همان برداشت ذهنی و قضاوت فردی هر شخص از وضعیت زندگی خودش است و به عوامل درونی وابسته است. شاخص های ذهنی بر این مبنا طرح ریزی شده اند که کیفیت زندگی مفهومی ذهنی، چند بعدی و پیچیده است و فرآیندی است که علاوه بر ارضاء نیازهای حیاتی، جنبه هایی را که باعث شکوفایی می گردد نیز شامل می شود. در زمینه ارزیابی کیفیت زندگی برخی بر این باورند که شاخص های ذهنی در مقایسه با شاخص های عینی بهتر می توانند آسایش و رفاه افراد را تعیین کنند (بیجاری، 1387). فرل یکی از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی را شغل می داند. از سوی دیگر با وجود آن که کار یک منبع بسیار مهم برای امرار معاش و احراز موقعیت های اجتماعی است. در عین حال می تواند به نارضایتی و تحلیل قوای جسمانی و روانی منجر شود. محیط کار از دلیل همبستگی بین امیدواری با امیدواری، سلامت فکر و جسم به تفاوت در انتخاب روش های تحمل پریشانی به وسیله افراد خوشبین و بدبین وابسته می باشد. افراد خوشبین تمایل دارند از سازگاری، حل مسأله روشهای حمایت اجتماعی بهره جویند و نیز بر جنبه های مثبت رویدادهای پُراسترس تأکید کنند. در حالی که، افراد بدبین مایلند، روش سازگاری انکار و اجتناب را برگزینند و به احساسات منفی (پریشانی روانی) توجه کنند (ایواناگا<sup>۲</sup> و همکاران، 2004).

در تحقیق هو، چنگ و چنگ<sup>۳</sup> (2009) بر دانشجویان دانشگاه چینی شاتین، وانگ و لیم<sup>۴</sup> (2009) بر 334 دانش آموز دبیرستانی در سنگاپور، مطالعه آلبرتو و جوینر<sup>۵</sup> (2008) بر بیماران مزمن انسداد ریوی، وندرولدن گریونیک و دیجکاند<sup>۶</sup> (2006) بر قربانیان بلایای طبیعی، ترنزو و پینتو<sup>۷</sup> (2003) بر زنان مبتلا به سرطان سینه، همچنین اچت و کهن<sup>۸</sup> بر بیماران به سرطان کلیه و افراد میانسال، موحد (1382) بر دانشجویان دانشگاه چمران، مشخص گردید که رابطه مثبت معناداری بین خوش بینی و امید به زندگی وجود دارد (غباری بناب، 1388). مطالعات اسداللهی (1386) تاثیر درمان شناختی با تکیه بر درمان عقلانی - عاطفی آلیس و خوش

<sup>1</sup> - Wong, S. & Lim

<sup>1</sup>. Iwanaga

<sup>2</sup>. Ho & Cheung

<sup>3</sup>. Wong & Lim

<sup>4</sup>. Alberto & Joyner

<sup>5</sup>. Vander velden , Grievink & dijkand

<sup>6</sup>. Trunzo & Pinto

<sup>7</sup>. Achat & Cohen

بینی سلیگمن - بر ناامیدی و افسردگی دانش آموزان دبیرستان های دخترانه شهر تهران را به شکل معناداری نشان داد (نیک رو، 1387). خدایاری فرد و همکاران (1386) همچنین در تحقیقاتی تاثیر آموزش مثبت نگری به عنوان بخشی از شیوه درمانی بر اساس آموزه های دینی بر زندانیان رجایی شهر را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که شیوه درمانی همزمان با تاکید بر آموزه های دینی و آموزش مثبت نگری در تمامی مقیاس های سلامت عمومی به جز زیر مقیاس وسواس اجباری، روابط فردی، ترس مرضی و روانپزشکی تاثیر معناداری داشته است. امیدواری با افسردگی کمتر، ناراحتی کمتر (یالی و لوبل<sup>1</sup>، 2002، دوینست و میر<sup>2</sup>، 2002) و حتی با زایمان بهتر و سالم تر (لوبل، دوینست، کمینر و میر، 2003) در زنان باردار همراه بوده است امیدواری با عملکرد شغلی (بگلی، لی و زاجکا، 2000) رابطه مثبت دارد (درگاهی و همکاران، 1386).

مطالعات آینده نگر و گذشته نگر در مورد مثبت نگری و امیدواری، نشان می دهد که افراد دارای سبک تبیینی خوش بینانه، به عبارت دیگر، افراد مثبت نگر، در مقایسه با افراد دارای سبک تبیینی بدبینانه، کمتر احتمال دارد که به هنگام رویارویی با رویدادهای استرس زای عمده زندگی، به ضعف سلامت جسمانی یا افسردگی و ناامیدی دچار شده و یا به خودکشی دست بزنند. همچنین معلوم شده که بین خوش بینی، امید و سلامت، همبستگی معناداری وجود دارد. خوش بینی و امید با شاخص های آسیب شناختی روانی فعلی شخص و به طور کلی، با افسردگی موجود در وی به طور خاص، همبستگی منفی دارند. خوش بینی و امید، سلامت جسمی و روانی را، آن گونه که با انواع شاخص ها، از جمله سلامت خودگزارشی، پاسخ مثبت به مداخله های پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن شناختی، کنار آمدن مؤثر (ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای استرس زای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) و رفتار ارتقا دهنده سلامت مشخص شده اند، پیش بینی می کند (حسن شاهی، 1386).

سلیگمن معتقد است امیدواری واقعا قابل یادگیری است مبنای مثبت اندیشی و خوش بینی در نحوه ی تفکر افراد درباره علتها می باشد که به آن سبک تبیین گفته می شود سبک تبیین در هر فرد در دوره کودکی شکل می گیرد و در صورتی که از خارج دخالتی در آن اعمال نشود تا آخر عمر پابرجا می ماند (سلیگمن<sup>3</sup>، 2004). نتایج تحقیقات متعددی به عنوان نمونه اسنایدر (2006)، هامفلد (2005) و پوستر (2001)، نشان داد که قدرت امید سهم مهمی در بهبودی بیماری های مختلف جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی و سلامت عمومی این بیماران دارد. معنا داری و توجه به هدف، یکی از اجزای مهم امید می باشد. قدرت امید، احساس امکان پذیر بودن یک رویداد یا رفتار مطلوب را در آینده تسهیل می نماید.

امیدواری با بهره گیری از راهبردهای کنار آمدن فعال ارتباط دارد. امیدوارها جبرگرای، سرزنش و فرار را کمتر به کار می برند، بر جنبه های منفی موقعیت متمرکز نمی شوند یا در زمینه سرکوب نشانه هایشان کوشش نمی کنند و موقعیت های غیر قابل تغییر را به جای تلاش در فرار از آنها، می پذیرند. خوش بین ها هم چنین به واسطه کنار آمدن در برابر بیماری های شدید (تحمل پریشانی) و نگرانی های مربوط به تهدید های سلامتی از بدبین ها متمایز می شوند. به طور کلی خوش بین ها نسبت به بدبین ها گرایش امیدوارانه بیشتری به کاربرد راهبردهای مسأله مدار دارند (اسنایدر<sup>4</sup> و لویز، 2002). با توجه به موارد فوق حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا بین امیدواری و تحمل پریشانی در پرستاران بخش داخلی با افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از دسته پژوهش های توصیفی از نوع علی مقایسه ای است. جامعه آماری را تمامی پرستاران شاغل بیمارستان ولیعصر که در بخش داخلی اشتغال به کار داشته اند بوده که با روش نمونه گیری در دسترس تعداد 70 نفر پرستار به عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین افراد عادی از طریق همتا سازی با گروه های پرستاری در متغیرهایی مانند جنس، سن، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات از میان کارکنان شاغل بیمارستان ولیعصر به شیوه تصادفی به تعداد 70 نفر انتخاب شدند.

### ابزار گرد آوری داده ها :

مقیاس امیدواری: پرسش نامه 48 سؤالی ارزیابی امیدواری میلر: این آزمون شامل 48 جنبه از حالت های امیدواری و درماندگی می باشد که ماده های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا نهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده اند. در برابر هر

1. Yali & Lobel

2. Devincent & Meyer

3. Sligman

4. Snider

جنبه، که نماینده یک نشانه رفتاری است، گزینه‌هایی به شرح زیر قرار دارد: 2- مخالف 3- بی تفاوت 4- موافق 5- بسیار موافق. میزان پایایی آزمون امیدواری میلر در پژوهش حاضر، به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه گردید که مقدار 0/91 به دست آمد. برای محاسبه اعتبار آزمون نیز نمره کل پرسش‌نامه، با نمره سرال ملاک، که به طور همزمان توسط آزمودنی‌ها کسب شده بود، همبسته گردید و ضریب اعتبار  $r=0/64$  و  $p=0/001$  به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی: مقیاسی 15 گزینه‌ای است. گزینه‌های این مقیاس تحمل آشفتگی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین آشفتگی، مورد سنجش قرار می‌دهند. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شوند. نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره پنج به معنای عدم توافق کامل با گزینه مورد نظر می‌باشد. نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس دارد. هر چند، پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی وجود چهار عامل اول، تحمل<sup>1</sup> من نمی‌توانم به احساس آشفتگی ام رسیدگی کنم، جذب<sup>2</sup> (هنگامی که آشفته و پریشان هستم، همواره به این فکرمی‌کنم که چه احساس بدی دارم)، ارزیابی<sup>3</sup> تحمل آشفتگی و پریشانی همیشه برای من کار بسیار سختی است) و تنظیم<sup>4</sup> (من برای جلوگیری از بروز احساساتم حاضرم هر کاری را انجام دهم کشف شد ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس 0/81 و برای مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب 0/71، 0/077/69 و 0/73 می‌باشد.

روش اجرا

پرسشنامه‌های پژوهش در روز و ساعت خاصی که اکثر پرستاران شاغل بیمارستان ولیعصر قائم شهر حضور داشتند توزیع گردید و مقرر شد که پرسشنامه‌های تکمیل شده ظرف مدت 60 دقیقه و بدون ذکر نام و نام خانوادگی، عودت داده شود. در ضمن از آنها تعهد شفاهی گرفته شد تا اگر در اجرای آزمون‌ها مشکلی بوجود آید هفته آینده مجدداً همکاری لازم را نمایند. به منظور تجزیه تحلیل داده‌ها پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و اطمینان از کامل بودن آنها، اقدام به کدگذاری مشخصات فردی و اطلاعات بدست آمده گردید و سپس کدهای مذکور با استفاده از برنامه SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه و متناسب با سوالات تحقیق از روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد، برای توصیف وضعیت موجود و دسته‌بندی گروه‌های آزمودنی از نظر صفات مختلف و توصیف ویژگی‌های جامعه آماری از روش‌های آمار توصیفی همچون جدول فراوانی و درصد آن، میانگین و انحراف معیار نمودارهای ستونی استفاده و در بخش آمار استنباطی از آزمون T استفاده گردید.

یافته‌ها

جدول 1 توزیع برحسب امیدواری پرستاران

تعداد	بیشترین امیدواری پرستاران	کمترین امیدواری پرستاران	انحراف استاندارد	میانگین
70	20	9	2/574	12/41

همانطوری که در جدول 1 مشاهده می‌شود میانگین امیدواری پرستاران برابر با 12/41 بوده و انحراف معیار آن 2/574 می‌باشد. همچنین کمترین رتبه امیدواری پرستاران برابر با 9 و بیشترین رتبه امیدواری پرستاران برابر با 20 می‌باشد.

جدول 2 توزیع برحسب امیدواری پاسخگویان بهنجار (عادی)

تعداد	بیشترین امیدواری پاسخگویان بهنجار	کمترین امیدواری پاسخگویان	انحراف استاندارد	میانگین
-------	-----------------------------------	---------------------------	------------------	---------

1. Toleranc  
2. Absorption  
3. Appraisal  
4. Regulation

امیدواری	13/24	3/364	8	بهنجار (عادی)	(عادی)	26	70
پاسخگویان بهنجار (عادی)							

همانطوریکه در جدول 2 مشاهده می شود میانگین امیدواری پاسخگویان بهنجار (عادی) برابر با 13/24 بوده و انحراف معیار آن 3/364 می باشد. همچنین کمترین رتبه امیدواری پاسخگویان بهنجار (عادی) برابر با 8 و بیشترین رتبه امیدواری پاسخگویان بهنجار (عادی) برابر با 26 می باشد.

#### جدول شماره 3 توزیع برحسب تحمل پریشانی پرستاران

میانگین	انحراف	کمترین تحمل پریشانی	بیشترین تحمل	تعداد
پریشانی	استاندارد	پرستاران	پریشانی پرستاران	
29/63	10/212	15	63	70
تحمل پریشانی پرستاران				

همانطوریکه در جدول 3 مشاهده می شود میانگین تحمل پریشانی پرستاران برابر با 29/63 بوده و انحراف معیار آن 10/212 می باشد. همچنین کمترین رتبه تحمل پریشانی پرستاران برابر با 15 و بیشترین رتبه تحمل پریشانی پرستاران برابر با 63 می باشد.

#### جدول شماره 4 توزیع برحسب تحمل پریشانی پاسخگویان بهنجار (عادی)

میانگین	انحراف	کمترین تحمل پریشانی	بیشترین تحمل پریشانی	تعداد
پیشانی	استاندارد	پاسخگویان بهنجار (عادی)	پاسخگویان بهنجار (عادی)	
31/56	9/878	14	58	70
تحمل پریشانی پاسخگویان بهنجار (عادی)				

همانطوریکه در جدول 4 مشاهده می شود میانگین تحمل پریشانی پاسخگویان بهنجار (عادی) برابر با 31/56 بوده و انحراف معیار آن 9/878 می باشد. همچنین کمترین رتبه تحمل پریشانی پاسخگویان بهنجار (عادی) برابر با 14 و بیشترین رتبه تحمل پریشانی پاسخگویان بهنجار (عادی) برابر با 58 می باشد

اختلاف میانگین پرستاران بخش ICU و پاسخگویان بهنجار (عادی) در امیدواری :

#### جدول 5 : آزمون مقایسه پاسخگویان بهنجار (عادی) و پرستاران بخش ICU در امیدواری

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار آزمون T	df	Sig
70	12/41	2/275	-1/367	138	0/1
70	13/24	3/364			
پاسخگویان بهنجار (عادی)					

با توجه به جدول فوق میانگین پرستاران بخش ICU در امیدواری برابر با 12/41 بوده که در مقایسه با همین مقدار در پاسخگویان بهنجار (عادی) که برابر با 13/24 می باشد نشان می دهد که پرستاران بخش ICU از میانگین کمتری در امیدواری به نسبت پاسخگویان برخوردار می باشند. همچنین مقدار آزمون برابر با -1/367 و درجه آزادی 138 و سطح معنی داری 0/1 نشان می دهد هیچ تفاوت معنی داری بین امیدواری و پرستاران بخش ICU و پاسخگویان بهنجار (عادی) وجود ندارد. بنابراین H0 رد و H1 با حداکثر اطمینان 95٪ تایید می شود.

اختلاف میانگین پرستاران و پاسخگویان بهنجار (عادی) در کیفیت زندگی :

### جدول 6: آزمون مقایسه پاسخگویان بهنجار (عادی) و پرستاران بخش ICU در تحمل پریشانی

Sig	df	T	مقدار آزمون	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	( تحمل پریشانی )
0/25	138	-1/136	10/212	29/63	70	70	پرستاران بخش ICU
			9/878	31/56	70	70	پاسخگویان بهنجار (عادی)

تفسیر: با توجه به جدول فوق میانگین پرستاران بخش ICU در تحمل پریشانی برابر با 29/63 بوده که در مقایسه با همین مقدار در پاسخگویان بهنجار (عادی) که برابر با 31/56 می باشد نشان می دهد که پرستاران بخش ICU از میانگین کمتری در تحمل پریشانی به نسبت پاسخگویان برخوردار می باشند. همچنین مقدار آزمون برابر با 1/136- و درجه آزادی 138 و سطح معنی داری 0/25 نشان میدهد هیچ تفاوت معنی داری بین تحمل پریشانی و پرستاران بخش ICU و پاسخگویان بهنجار (عادی) وجود ندارد. بنابراین H0 رد و H1 با حداکثر اطمینان 95٪ تایید می شود.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان می دهد که پرستاران بخش بیمارستان رازی قائم شهر، از میانگین کمتری در امیدواری و تحمل پریشانی نسبت به پاسخگویان برخوردار می باشند. که این نتایج با یافته های پژوهش عقلی نژاد (1386)، میچل کریپل و دوناهندرسون یکنگ (2010)، کوین فوتتاین و همکاران (2006)، آنگر لایگی دوگال و همکاران (2006)، برون (2005)، والتر کریستین (2004)، لئونارد جاسون و همکاران (2003) و بنسون (2006) هماهنگ می باشد.

معمولا کسانی که دچار سطح ناامیدی بالاتر و تحمل پریشانی پایین تری هستند، فکر آنها معمولا یک حالت خشک همه یا هیچ دارد که مانع حل مسئله می شود؛ در حقیقت ناامیدی باعث می شود مهارت های حل مسئله آنها ضعیف شود. ناامیدی باعث می شود که بیمار دائما تجربه هایش را به شکل منفی و به غلط ارزیابی کند و نتایج شوم و نگران کننده ای را برای مشکلاتش در نظر بگیرد (یک، 2003). امیدواری می تواند یک مهارت مقابله ای مهم در برابر مشکلات زندگی باشد. اسنایدر (2006) در پژوهشی به این نتیجه رسید که بین امیدواری بالا و هیجانات مثبت و امیدواری پایین و هیجانات منفی همبستگی معنی داری وجود دارد. در تحقیقی که فرای هایت، اورهولسر و لرنرت (1998) انجام دادند، رابطه بین افسردگی و امیدواری بررسی شد. نتایج نشان داد افسردگی با ناامیدی رابطه مستقیم داشت. هنگام رو به رو شدن با یک چالش یا آشفتگی، افرادی که دارای تحمل پریشانی بالا و پایداری می باشند بر این باورند که ناملایمات می توانند به شیوه موفقیت آمیزی اداره شوند و این تفاوت در نگرش نسبت به ناملایمات در تحمل پریشانی افراد تاثیر می گذارد بر این اساس افراد امیدوار از روشهای مقابله ای که دوری از مشکل و انفعال است و فرد بیشتر دچار استرس و فشار روانی ناشی از آن شده و در نهایت تسلیم استرس می شوند کمتر استفاده می کنند و در برابر مشکلات و فشار روانی گوناگون، در راستای تغییر یا حذف عامل استرس زا کوشش می کنند و با پذیرش نقش خود در ایجاد مشکل و تلاش برای اصلاح موقعیت در برابر مسئله ایستادگی می کنند. این تبیین بیان کننده این است که اگر ادراکات عادی انسان با یک مفهوم مثبت از خود و از کنترل شخصی و یک دیدگاه خوش بینانه، حتی کاذب در مورد آینده همراه شود نه تنها در اداره جزر و مد زندگی بلکه در کنار آمدن با حوادث بسیار استرس زا و تهدید کننده زندگی به افراد کمک می کند. پیترسن (2000) نیز بیان می دارد که امیدواری با خلق مثبت و اخلاق خوب رابطه دارد. امیدواری با پشتکار، شهرت عمومی، موفقیت تحصیلی، شغلی، خانوادگی و سلامت و حتی طول عمر و فقدان ضربه های عاطفی رابطه مثبت نشان داده است.

آنچه که در تبیین میانگین پایین مولفه های امیدواری و تحمل پریشانی در پرستاران نسبت به افراد عادی نشان می دهد این است که چگونه سیستم؛ پرداخت، طرحریزی و مدیریت می شود. وقتی علایق پرستاران و سازمان هم راستا می شود، پرستاران رفتاری را در پیش خواهند گرفت که منجر به اثر بخشی سازمانی می شود و نهایتا کیفیت زندگی کاری و بهره وری ارتقا می یابد (رادوان، 2006). همه ویژگی های شغلی نظیر خودمختاری، حمایت، احساس ارزشمند بودن کار آنها، برای سازمان می بایست مورد توجه قرار گیرد تا پرستاران برانگیخته شده و قادر به اهداف سازمانی شوند. توجه به کیفیت زندگی یعنی تاکید بر روش هایی که سازمان را دگرگون می سازد تا رضایت روانی و جسمی پرستار را افزایش دهد و در نتیجه مشارکت و خشنودی آنها از کار بیشتر شده و

فشار روانی ناشی از کار کاهش می یابد (شیمون، 1384). بنابراین مدیران با اندازه گیری عوامل روانی و ارائه بازخوردها از کارکنان می توانند موضوعات کلیدی محیط کاری که توسط کارکنان درک شده است را تشخیص داده و بدین وسیله به پیشرفت استراتژی‌هایی که شرایط کیفیت زندگی کاری را در سازمان ارتقا می دهد دست یابند و با تعیین عوامل مرتبط با سلامت روانی کاری پرستاران و ارتقای آن از توانمندیهای بالقوه کارکنان در ارائه خدمات به افراد جامعه استفاده نمایند.

### منابع

- بیجاری، هانیه. (1388). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد .
- حسن شاهی، محمد مهدی. (1386). بررسی ارتباط میان خوش بینی و راهبردهای مقابله با استرس دردانشجویان دانشگاه . فصلنامه اصول بهداشت روانی، - سال چهارم، شماره 15 و 16 ، ص. 86-98.
- خدایاری فرد، محمد، و دیگران. (1386). «روان درمانگری و توانبخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجایی شهر، روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تحقیق و پژوهش به سفارش شورای برنامه ریزی و مدیریت بهداشت روان و اصلاح رفتار زندانیان اداره کل سازمان زندان های استان تهران، سال دوازدهم، ص 23-45.
- درگاهی حسین، قریب میترا، گودرزی مریم. (1386). بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی تهران، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) ، دوره شماره 13، ص 13-21.
- روزنهان، ال دیوید. سلیگمن، پی، مارتین. (1385). آسیب شناسی روانی، جلد دوم، تهران، انتشارات ارسباران.
- غباری بناب، باقر. (1388). مشاوره و روان درمانگری با رویکرد معنویت، تهران، نشر آوران.
- نیکرو، طیبه. (1387). بررسی اثر بخشی گشتالت درمانی بر افزایش امید به زندگی و عزت نفس زنان بازنشسته آموزش و پرورش شهرستان بهبهان، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اهواز.
- Banson W (2006). The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students highschool and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication. *These are for degree of Master of Science in the department of educational sciences Middle East technical university.*
- Hom.Y. Cheung, F. M. & Cheung, S. F. (2009). *The role of meaning in life and optimism in promoting well-being*. The Chinese University of Hong Kong: Shatin, University of Macau, China.
- Ho, M. Y., et al, (2009.) *The role of meaning in life and optimism in promoting well-being*. The Chinese University of Hong Kong: Shatin, University of Macau, China.
- Iwanaga, M., Yokoyama, H., & Seiwa, H. (2004). Coping an availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Personality and Individual Differences*, 36, 11-22.
- Koenig H, Parkerson GR(2006), Meador K G. Religion index for psychiatric research. *American Journal of Psychiatry*. 153: 885. 6
- Lobel, M., Yali, A. M., Zhu, W., Devin cent, C. J., & Meyer, B. A. (2002) *Beneficial association between optimistic disposition and emotional distress in high-risk pregnancy*.
- Michelle N Krypael and Donna Henderson –King. (2010). Stress, coping style, and optimism: are they related to meaning of education in students lives? *Social psychology of Education: An International journal*, vol.13, Iss 3; pg.409, proquest.
- Snyder, C. R. & Lopez, J, (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Suzanne C. Segerstrom. (2010). Dispositional optimism and coping: A Meta –Analytic Review .Department of psychology, University of Kentucky, *SAGE journal online*, page1.

Theresa (2010). Optimism, Resilience and leadership-3 qualities to help move you Toward Greatness.

Debbie j and teal. (2010). Association between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and cancer. *Journal of social and clinical Psychology*, pages 110 -125.

Vandervelden, R. J., Grievink, K, L., & dijkand, D, (2006). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and comparison group: A prospective study. *Journal of affective disorders*.

Wong, S. & Lim, T, (2009). Hope versus optimism in Singaporean adolescent: Contribution to depression and life satisfaction. Psychological Studies Academic Group, National Institute of Education, *Nan Yang Technological University*, 1 Nan Yang Walk, Singapore 637616, Republic of Singapore.