

پیش‌بینی کیفیت زندگی پناهندگان ایرانی بر اساس سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری امیدواری

ازاده سهرابی^{۱*}

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی کیفیت زندگی پناهندگان ایرانی بر اساس سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری امیدواری بود.

روش: روش پژوهش همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر همه‌ی پناهندگان ایرانی ساکن در کمپ‌های پناهنگی کشور آلمان بودند. از بین این افراد ۲۰۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شده و پرسشنامه‌های پژوهش روی آنها اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶)، پرسشنامه امید شنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوباسا و همکاران (۱۹۷۹)، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی زیمت و همکاران (۱۹۸۸) بودند. متناسب با سطح سنجش داده‌ها و مفروضات آماری، از روش تحلیل مسیر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل آماری نشان داد که سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده اثر مستقیمی بر امیدواری داشته‌اند. رابطه امیدواری با کیفیت زندگی به صورت مثبت معنادار بود. اثر غیرمستقیم سرسختی روانشناختی بر کیفیت زندگی به واسطه‌ی امیدواری معنادار بود. همچنین اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر کیفیت زندگی به واسطه‌ی امیدواری معنادار بود ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند کیفیت زندگی را پیش‌بینی کند. همچنین امیدواری نیز به عنوان فاکتوری مهم بر پیش‌بینی کیفیت زندگی نقش ایفا می‌کند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سرسختی روانشناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده، امیدواری

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

مقدمه

رشد سریع جمعیت، مشکلات اقتصادی، بی‌ثباتی سیاسی، درگیری‌های قومی و نژادی، جنگ و بیکاری در کشورهای رو به رشد باعث شده است که جمعیت مهاجران^۱ و پناهندگان^۲ در سال‌های اخیر به شدت افزایش یابد (رفیعیان، قضایی و قاضی، ۱۳۹۷). بر پایه داده‌های کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد^۳ در سال ۲۰۰۲ بیش از ۱۲ میلیون پناهنده در دنیا وجود داشته است (تربیب^۴، ۲۰۰۲). فرایند مهاجرت به هر دلیل یا هر مدتی که رخ دهد استرس زا است. چنین استرسی می‌تواند با افزایش نرخ اختلال‌های روانپزشکی در ارتباط باشد و کیفیت زندگی پناهندگان را تحت تاثیر قرار دهد (مولیکا^۵ و همکاران، ۲۰۰۱). کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف است. سازمان بهداشت جهانی^۶ (۲۰۱۴) چهار بعد سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) فریش^۷ (۲۰۰۶) معتقد است یک زندگی دارای کیفیت، معمولاً به صورت خشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فائق آمدن بر مشکلات بروز می‌کند. کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت‌شان در زندگی در زمینه‌ی فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند است و با درک آن‌ها از اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق‌شان در ارتباط است. کیفیت زندگی یک مفهوم با محدوده‌ی وسیع است که با شیوه‌ای پیچیده تحت تاثیر سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، میزان عدم وابستگی و روابط اجتماعی فرد و روابط وی با محیط اطرافش قرار دارد (ترویزان^۸، میازاکی^۹، سیلوا^{۱۰} و راک^{۱۱}، ۲۰۱۷).

بر اساس پژوهش‌های انجام شده کیفیت زندگی تا حد زیادی تحت تاثیر میزان امیدواری افراد است (استفن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۸). اهمیت امیدواری شاید بواسطه پیامدهای عدم وجود امیدواری بهتر مورد فهم قرار گیرد. ناامیدی یک وضعیت وخیم است که منجر افزایش یاس، افسردگی و نهایتاً فقدان اشتیاق به زندگی می‌شود (فلکمن^{۱۳}، ۲۰۱۳). امیدواری به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می‌تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند. فقدان امیدواری و هدف دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یاس آور می‌شود. جهت‌یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی از ویژگی‌های مهم امیدواری هستند. امیدواری در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش فرد می‌شود (هوانگ^{۱۴}، ژانگ^{۱۵} و ژانگ، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش عرب اسماعیلی (۱۳۹۶) نشان داد متغیرهای امیدواری، تاب‌آوری، و هوش معنوی مشترکاً، کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند.

از جمله مفاهیم مرتبط با کیفیت زندگی می‌توان به سرسختی روانشناختی در افراد اشاره کرد (الفرد^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۴). سرسختی روان‌شناختی به عنوان یک ویژگی شخصیتی مقاوم ساز در مقابله با فشارهای روانی، امروزه مورد توجه قرار گرفته است (مرادی و شاکر، ۲۰۱۵). کوباسا^{۱۷} و همکاران (۱۹۸۲؛ به نقل از عظیم^{۱۸}، ۲۰۱۰) مفهوم سرسختی شخصیت را به عنوان

¹ migrants

² refugees

³ United Nations High Commission of Refugees

⁴ Tribe

⁵ Mollica

⁶ World Health Organization

⁷ Frisch

⁸ -Trevizan

⁹ -Miyazaki

¹⁰ -Silva

¹¹ -Roque

¹² Steffen

¹³ Folkman

¹⁴ -Huang

¹⁵ -Zhang

¹⁶ -Alfred

¹⁷ - Kobasa

¹⁸ - Azeem

یک منبع مقاومت که واسطه پیامدهای منفی استرس سطح بالا هستند، توصیف کردند. سرسختی در واقع به عملکرد فرد بر اساس ارزیابی شناختی اشاره داشته افراد سرسخت با جنبه های منفی خود و زندگی شان کمتر مبارزه می کنند (سندویک، هنسن، هیستاد، جانسن و بارتون^۱، ۲۰۱۵). کوباسا (۱۹۷۹) با استفاده از نظریه های موجود درباره شخصیت، سرسختی را ترکیبی از باورها در مورد خود و جهان که از عمل یکپارچه و هماهنگ تعهد، کنترل و مبارزه جویی سرچشمه می گیرد، تعریف کرد. افراد متعهد به توانایی خود برای تغییر تجارب زندگی در جهتی جالب و معنی دار اطمینان دارند (مبشری و کافی، ۱۳۹۵). افرادی که در مولفه کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل پیش بینی و کنترل می دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش آنچه را در اطرافشان رخ می دهد تحت تاثیر قرار دهند. عملکرد افرادی که کنترل کامل دارند نشان می دهد که آنها با حوادث استرس زا برخورد می کنند و در مسئولیت های خود برای زندگی اصرار دارند و قادرند به طور مستقل عمل کنند. افرادی که در مولفه مبارزه جویی در سطح بالایی قرار دارند، به جای اتکا بر جنبه های ثابت زندگی بر انجام تغییرات و تطابق با شرایط تمرکز دارند (تاریمردی^۲، ۲۰۱۴).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) و ادراک شده (ذهنی) مورد مطالعه قرار می گیرد (حسام و همکاران، ۱۳۹۰). در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی های فرد از در دسترس بودن حمایت ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می شود. یا به عبارت دیگر، ادراک یا تجربه یک فرد از این که او را دوست دارند، از او مراقبت می کنند، به او حرمت و ارزش می دهند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدت ها و تعهدات به شمار می آورند (تیلور و همکاران^۳، ۲۰۰۶). پژوهش های متعددی نشان داده اند که هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می کند و بالعکس. از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است (قدسی، ۱۳۸۲). دیلی و لاندروز^۴، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین حمایت و نزدیکی با خانواده و سلامت روان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. افرادی که حمایت اجتماعی ادراک شده را تجربه میکنند، وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند بهتر با مشکلات کنار می آیند و سلامت روان آنها با سهولت بهتری امکان پذیر است. و کیفیت حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش احساس همبستگی بین افراد، سبب بهبود سلامت روانی آنها می شود (دیلی، لاندروز، ۲۰۰۵، به نقل از تقی زاده، ۱۳۹۳).

از آن جا که تامین بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان نیازمند بررسی اطلاعاتی در زمینه مشکلات بهداشت روانی آن ها است، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که کیفیت زندگی پناهندگان ایرانی بر اساس سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی گری امیدواری قابل پیش بینی است؟

روش شناسی

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع تحقیقات توسعه ای و از لحاظ شیوه ی گرد آوری داده ها و تحلیل آنها به روش توصیفی و از نوع طرح های همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر همه ی پناهندگان ایرانی ساکن در کمپ های پناهنگی کشور آلمان بودند. از بین این افراد ۲۰۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. با توجه به برآورد حجم نمونه در پژوهش های مبتنی بر الگویابی معادلات ساختاری که کلاین (۲۰۱۱) آن را به سه نوع ساده، کمی پیچیده و الگوی پیچیده تقسیم می کنند و با توجه به تعداد متغیرهای مورد بررسی، پژوهش حاضر از نوع الگوهای کمی پیچیده است که حجم نمونه حداقل ۲۰۰ نفر برای آن پیشنهاد شده است.

ابزار گرد آوری داده ها در این پژوهش، مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) پرسشنامه امید شنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوباسا و همکاران (۱۹۷۹)، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی زیمت و همکاران (۱۹۸۸) بود.

¹ - Sandvik, Hansen, Hystad, Johnsen & Bartone

² - Tarimoradi

³ - Taylor, S.E.

⁴ - Dehle, C & Landers, J.E.

مقیاس کیفیت زندگی: داده‌های مربوط به کیفیت زندگی به کمک آزمون ۲۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی جمع‌آوری شد. از سال ۱۹۹۶ اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. بونومی در بررسی‌های خود پایایی درونی آزمون را ۰/۹۵ اعلام نمود و در سال ۲۰۰۰، این پرسشنامه به طور همزمان در ۱۵ کشور جهان طراحی و ترجمه شد. استانداردسازی، ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی این پرسشنامه توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸۴ صورت گرفت که مقادیر همبستگی درونی آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد و برای روایی محتوایی ابتدا پرسشنامه دوبار به فارسی ترجمه شد، سپس مطالعه آزمایشی روایی صورتی آن را با اطمینان بالایی تایید کرد (نجات، ۱۳۸۵). این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است و بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. اصلاً برابر با یک و خیلی زیاد برابر ۵ می‌باشد. این پرسشنامه چهار بعد الف: بهداشت و سلامت جسمانی. ب: بعد روانشناختی. ج: بعد روابط اجتماعی و د: بعد محیط و وضعیت زندگی را می‌سنجد.

پرسشنامه امید‌آشنايدر: امیدواری در پژوهش حاضر به وسیله پرسشنامه امید‌آشنايدر و همکاران (۱۹۹۱) سنجیده می‌شود. این مقیاس متشکل از ۱۲ ماده است که ۸ ماده آن امیدواری و ۴ ماده آن شکنندگی یا امیدواری پایین را می‌سنجد. مقیاس امیدواری آشنايدر شامل دو مؤلفه است: مؤلفه تفکر عاملی که تعیین‌کننده هدف‌مداری فرد است و مؤلفه تفکر مسیر که راه‌های برنامه‌ریزی شده برای رسیدن به اهداف را در بر می‌گیرد. هر ماده با مقیاس چهار درجه‌ای اندازه‌گیری می‌شود که دامنه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست را در بر می‌گیرد. مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل‌قبولی را از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی به دست آورده است. در پژوهش بیگی، فراهانی، محمدخانی، و محمدی فر (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ بدست آمده در مؤلفه تفکر عاملی ۰/۷۵ و برای مؤلفه تفکر مسیر ۰/۷۸ به دست آمده است.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوباسا و همکاران (۱۹۷۹): این آزمون به وسیله کوباسا، مدری و بارتون (۱۹۷۹) تهیه شده است. آزمون زمینه‌یابی دیدگاه‌های شخصی، یک پرسشنامه خودگزارشی است که میزان سرسختی روانشناختی افراد با آن سنجیده می‌شود و دارای ۵۰ ماده و سه خرده‌مقیاس کنترل، تعهد و مبارزه‌جویی است که هر یک از آنها ۱۷، ۱۶، ۱۷ ماده از آزمون را به خود اختصاص داده‌اند. آزمودنی برای پاسخگویی باید نظر خود را در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلاً صحیح نیست، تقریباً صحیح است؛ غالباً صحیح است و کاملاً صحیح است) بیان کند. نمره‌گذاری مقیاس از صفر تا سه می‌باشد. در مطالعه کیامرثی و ابوالقاسمی، پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است که مقدار ضریب به دست آمده برای مقیاس سرسختی روان‌شناختی و خرده‌مقیاس‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۶۹ بود (جوشنلو و همکاران، ۲۰۱۰). ضمناً این آزمون توسط دژکام و قربانی (۱۳۷۳) ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده است. در مطالعه‌ای که توسط مدی صورت گرفته، بر اساس آلفای کرونباخ ثبات درونی این آزمون برای هر یک از مقیاس‌ها عبارت است از: مبارزه‌جویی: $a = 0.71$ ، کنترل: $a = 0.84$ ، تعهد: $a = 0.75$ ، سرسختی به طور کامل: $a = 0.84$ مطالعه جمهری (۱۳۸۰) نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سرسختی یعنی تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی هر یک به ترتیب از ضریب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ برخوردارند و این ضرایب برای کل صفت سرسختی ۰/۷۵ محاسبه شده است (نریمانی و عباسی، ۲۰۰۹).

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (MSPSS): این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده‌ی فرد را در هر یک از سه حیطه‌ی مذکور در طیف ۷ گزینیه‌ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. روش نمره‌گذاری به این صورت است که هر گویه در مقیاس ۷ گزینیه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ قرار دارد. برای به دست آوردن امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک‌تک سوالات آنرا با هم جمع‌نمایید. همچنین برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه نمره مجموع سوالات یک تا دوازده را با هم جمع می‌کنیم تا میزان حمایت اجتماعی ادراک شده مشخص شود. این امتیاز دامنه‌ای از ۱۲ تا ۸۴ خواهد داشت. بدیهی است که هر چه این امتیاز بالاتر باشد نشان‌دهنده میزان حمایت اجتماعی ادراک شده خواهد بود و بر عکس در مطالعه شکری (۱۳۸۸) ضریب

الفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه گانه خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی در نمونه ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته ها

یافته‌های توصیفی عوامل سرسختی روانشناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده، امیدواری و کیفیت زندگی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی خرده مقیاس‌های تحقیق

مقیاس	شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد
سرسختی روانشناختی		۱۰۶/۱۷	۲۱/۶۰
حمایت اجتماعی ادراک شده		۳۸/۵۷	۱۳/۸۱
امیدواری		۲۵/۵۰	۹/۱۱
کیفیت زندگی		۷۵/۴۲	۱۶/۸۳

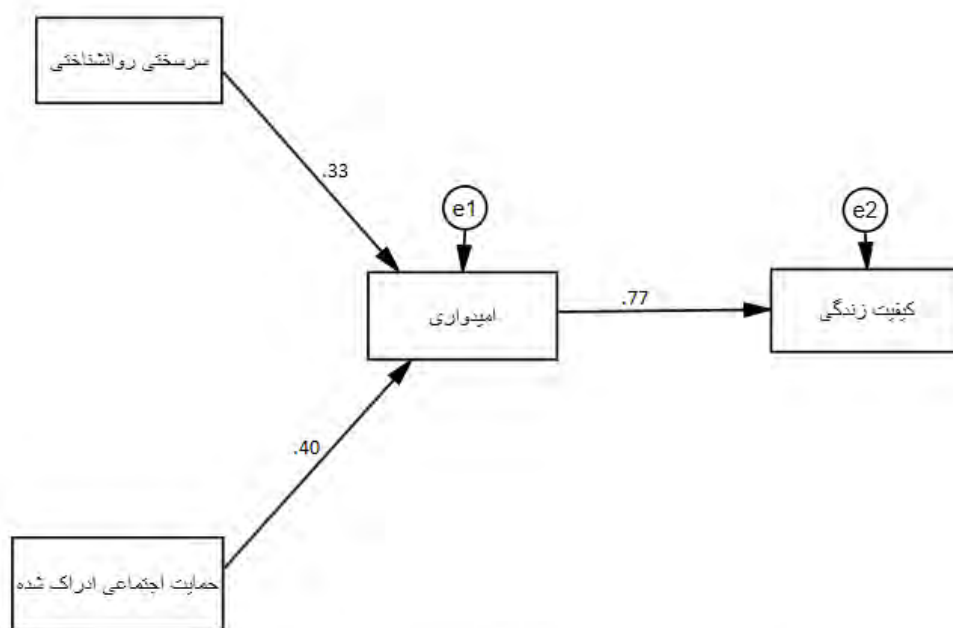
در این بخش در پی پاسخ به پرسش اصلی پژوهش مبنی بر اینکه " آیا مدل تبیین کیفیت زندگی با توجه به سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده و نقش میانجی امیدواری با داده‌های تجربی برازش دارد؟" از روش تحلیل مسیر بهره برده شد.

به طور کلی هر یک از شاخص‌های بدست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. مقدارهای بدست آمده برای شاخص‌های مدل اولیه نشان داد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش تحلیل مسیر

نام شاخص	مقدار	شاخص‌های برازش
χ^2 df	۱/۴۷	حد مجاز کمتر از ۳
(ریشه میانگین خطای برآورد) RMSEA	۰/۰۶	کمتر از ۰/۱
CFI (برازندگی تعدیل یافته)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹
NFI (برازندگی نرم شده)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹
GFI (نیکویی برازش)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹
AGFI (نیکویی برازش تعدیل شده)	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹

همانگونه که مشاهده می شود شاخص‌های برازش مدل پس از اصلاح و ایجاد کوواریانس در وضعیت مطلوبی قرار گرفته است. در ادامه ضرایب مدل نهایی در شکل ۱ و جدول ۳ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

با توجه به اینکه در مدل آزمون شده بالا، مسیرهای بین متغیرها همان فرضیه‌های پژوهش هستند، در ادامه به همراه جداول اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل به آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده است. جدول ۳. ضرایب و معناداری اثرات مستقیم و غیر مستقیم

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
امیدواری	سرسختی روانشناختی	مستقیم	۰/۴۲	۰/۳۳	۴/۹۱	۰/۰۰۱
امیدواری	حمایت اجتماعی ادراک شده	مستقیم	۰/۵۴	۰/۴۰	۵/۸۷	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	امیدواری	مستقیم	۰/۸۰	۰/۷۷	۱۷/۲۲	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	سرسختی روانشناختی	غیر مستقیم	۰/۳۱	۰/۲۵	۳/۴۸	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	حمایت اجتماعی ادراک شده	غیر مستقیم	۰/۳۶	۰/۳۱	۴/۹۹	۰/۰۰۱

آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که مقیاس‌های سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده اثر مستقیمی بر امیدواری داشته‌اند. رابطه امیدواری با کیفیت زندگی به صورت مثبت معنادار بود. اثر غیرمستقیم سرسختی روانشناختی بر کیفیت زندگی به واسطه امیدواری معنادار بود ($p < 0.05$). همچنین اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر کیفیت زندگی به واسطه امیدواری معنادار بود ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل داده ها نشان داد عوامل سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده اثر غیر مستقیم معنادار بر کیفیت زندگی داشته اند.

در تبیین این یافته می توان گفت که یک عامل قوی در کاهش حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی و در نتیجه کیفیت زندگی پناهندگان، عامل بازخورد اجتماعی است. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد افراد نمونه مورد پژوهش بسیاری از رفتار دیگران را سوءتعبیر کرده و گاهی پیش می آید که در جمع نمی دانند چه برخوردی داشته باشند، زیرا پیوسته نگران نگاه و اندیشه دیگران هستند. برخی از افراد اظهار می داشتند که رفتار خوب یا بد دیگران را سوءتعبیر می کنند و یا شهروندان دیگر نگاه خوبی به پناهندگان ندارند. بنابراین نتایج این تحقیق نشان از تأثیر پناهندگی بر باورهای غیر منطقی و خطاهای ادراکی و کاهش حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی را نشان می دهد. در مقابل افرادی که در مولفه های سرسختی قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل پیش بینی و کنترل می دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش آنچه را در اطرافشان رخ می دهد تحت تاثیر قرار دهند. عملکرد افرادی که کنترل کامل دارند نشان می دهد که آنها با حوادث استرس زا برخورد می کنند و کیفیت زندگی بالاتری خواهند داشت (تاریمردی، ۲۰۱۴).

به علاوه این یافته های پژوهش از ساختار نظریه همبستگی اجتماعی امیل دورکیم حمایت می کند که بیان می کند که عدم وجود همبستگی و حمایت اجتماعی یکی عامل تاثیرگذار بر بروز انومی یا بیهنجاری می باشد. یکی از عوامل زمینه ساز کجروی و بی هنجاری در یک محیط این است که فرد به این باور برسد امکانات و فرصتها به صورت عادلانه و مساوی تقسیم نشده اند. در این صورت فرد برای به دست آوردن این امکانات دست به اقدامات غیرقانونی می زند. در جامعه ایران نیز وقتی امکانات و فرصت ها به صورت برابری پ اختصاص داده نشوند و شهروندان احساس نوعی بی عدالتی و تبعیض در این باره کنند، امیدواری آنان کاهش پیدا کرده و این امر منجر به میل مهاجرت و پناهندگی و کاهش کیفیت زندگی خواهد شد. همسو با این یافته دلیلی و لاندروز (۲۰۰۵)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افرادی که حمایت اجتماعی ادراک شده را تجربه میکنند، وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند بهتر با مشکلات کنار می آیند و سلامت روان آنها با سهولت بهتری امکان پذیر است. و کیفیت حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش احساس همبستگی بین افراد، سبب بهبود سلامت روانی آنها می شود.

بر اساس یافته های پژوهش می توان پیشنهادهایی به مشاوران و روانشناسان جهت بهبود کیفیت زندگی پناهندگان ایرانی ارائه داد. کیفیت زندگی از موضوعات بسیار مهم در زندگی افراد است که ممکن است تحت تاثیر عوامل زیادی باشد. در این پژوهش به سه متغیر سرسختی روانشناختی و امیدواری به عنوان دو ویژگی فردی و حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل اجتماعی پرداخته شد. با توجه به معنی دار شدن رابطه بین متغیرهای پژوهش پیشنهاد می شود که با تدارک بسته ها و آموزش هایی در خصوص افزایش امیدواری و سرسختی روانشناختی در پناهندگان ایرانی به ویژه به کارگیری رویکردهایی مانند امیددرمانی، در جهت بالا بردن میزان کیفیت زندگی این افراد اقدامات مناسب صورت گیرد.

پژوهش حاضر به بررسی سرسختی روانشناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده و امیدواری با کیفیت زندگی پرداخت و نشان داده که متغیرهای سطح فردی یعنی سرسختی روانشناختی و امیدواری و سطح اجتماع یعنی حمایت اجتماعی ادراک شده بر کیفیت زندگی تاثیر دارند. اما میزان واریانس تبیین شده در مدل کامل بود. این امر نشان می دهد که عوامل دیگری نیز در سطح مختلف مانند سطح فردی، فرهنگی و اجتماعی بر این متغیر تأثیر می گذارند که لزوم شناسایی و بررسی آنها در پژوهش های آتی احساس می شود. همچنین با توجه به پیچیده بودن مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده پیشنهاد می شود با استفاده از تحقیقات کیفی نحوه ی تأثیر حمایت اجتماعی بر مشکلات مرتبط با کیفیت زندگی پناهندگان مورد بررسی قرار گیرد. همچنین نمونه مورد بررسی تحقیق حاضر پناهندگان ایرانی در کشور آلمان بودند. بنابراین تعمیم یافته ها به پناهندگان ایرانی در سایر کشورها با محدودیت مواجه است و لازم است تحقیقات در زمینه تعمیم پذیری یافته ها تکرار گردد.

منابع

- تقی زاده، حسین. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی. *تعلیم و تربیت استثنایی*. ۱۴(۲)، پی‌پی ۱۲۴.
- حسام، مسلم؛ آسایش، حمید؛ قربانی، مصطفی؛ شریعتی، علیرضا؛ نصیری، حسین. (۱۳۹۰). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت روان و رضایت از زندگی در دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های دولتی شهر گرگان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان*. ۱۰(۸): ۳۴-۴۱.
- رفیعیان، مجتبی؛ قضایی، محمد و قاضی، رضا. (۱۳۹۷). بررسی جدایی‌گزینی‌های اجتماعی- فضایی مهاجران در شهر مشهد. *فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۷(۱): ۱۷۸-۱۵۱.
- عرب اسماعیلی، محبوبه. (۱۳۹۶). بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و امیدواری در رابطه بین هوش معنوی و کیفیت زندگی دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- قدسی، علی محمد. (۱۳۸۲). بررسی جامعه‌شناختی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و افسردگی. پایان‌نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- مبشری، فاطمه و کافی، موسی. (۱۳۹۵). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سرسختی روان‌شناختی کارکنان اتاق عمل در بیمارستان الزهراء اصفهان در سال ۱۳۹۳. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۳(۱۴۳): ۴۷-۵۶.
- Alfred, G C., Hammer, J H., Good, G E. (2014). Male student veterans: Hardiness, psychological well-being, and masculine norms. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(1): 95-99.
- Azeem, S M. (2010). Personality hardiness, job involvement and job burnout among teachers. *International Journal of Vocational and Technical Education*, 2(3): 36-40.
- Folkman, S. (2013). Stress, coping, and hope. In: Carr BI, Steel J eds, *Psychological Aspects of Cancer*. New York: Springer :119-27.
- Huang, G., Wu, Y., Zhang, G., Zhang, P., et all. (2011). Analysis of the psychological conditions and related factors of breast cancer patients. *The Chinese German Journal of Clinical Oncology*; 9(1): 53-7.
- McDaniel, B T., Teti, D. M., Feinberg, M. E. (2018). Predicting coparenting quality in daily life in mothers and fathers. *Journal of Family Psychology*. Advance online publication.
- Mollica, R.F., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavell, J.(2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality and emigration among Bosnian refugees. *Journal of the American Medical Association*, 5: 546-554.
- Moradi, S., Shaker, A. (2015). The Relationship between psychological hardiness and quality of life among teachers of district one high schools of Urmia city. *JPBS*; 2: 43-7.
- Sandvik, A. M., Hansen, A. L., Hystad, S. W., et all. (2015). Psychopathy, anxiety, and resiliency—Psychological hardiness as a mediator of the psychopathy–anxiety relationship in a prison setting. *Personality and Individual Differences*, 72: 30-34.
- Steffen, L E., Vowles, K E., Smith, B W., Gan, G. N., et all. (2018). Daily diary study of hope, stigma, and functioning in lung cancer patients. *Health Psychology*, 37(3): 218-227.
- Tarimoradi, A. (2014). Compares the Degree of Hardiness and Public Health between Iranian and English Women University Students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116: 101-105.
- Taylor, S. E., Sherman, D., Kim, H. S., Jarcho, J., et all. (2007). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 3.

- Trevizan, F.B., Miyazaki, M., Silva, Y., Roque, C. (2017). Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart Transplantation. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 32(3).
- Tribe, R. (2002). Mental health of refugees and asylumseekers. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8: 240-248.
- World Health Organization. (2014). Facts on ageing and the life course. *World Health Organization, Geneva, Switzerland Retrieved from (<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>)*.



Predicting the Quality of Life of Iranian Refugees Based on Psychological Hardiness and Perceived Social Support through Hope Mediation

Azade Sohrabi¹

Abstract

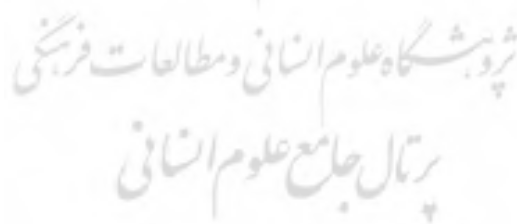
Purpose: The aim of the present study was to predict the quality of life of Iranian refugees based on psychological hardiness and perceived social support through hopeful mediation.

Method: The research method of correlation is structural equation modeling. The population of the study was all Iranian refugees residing in German refugee camps. 200 people were selected from among them and the research questionnaires were administered to them. The instruments used in this study were World Health Organization Quality of Life Scale (1996) Hope Schneider et al (1991) questionnaire, Kobasa et al. (1979) psychological hardiness questionnaire, and Zimet et al. (1988) Multidimensional Perceived Social Support Questionnaire. Depending on the level of measurement of the data and statistical assumptions, the path analysis method was used to analyze the data.

Findings: The results of statistical analysis showed that psychological hardiness and perceived social support had a direct effect on hope. Hope-related relationship with quality of life was positively significant. The indirect effect of psychological hardiness on quality of life through hope was significant. The indirect effect of perceived social support on quality of life through hope was also significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Psychological stubbornness and perceived social support can predict quality of life. Hope also plays an important role in predicting quality of life.

Keywords: Quality of Life, Psychological Hardiness, Perceived Social Support, Hope.



¹ Master of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Tehran-Tehran Branch, Tehran, Iran.