

## تاثیر حمایت اجتماعی بر امید به زندگی در محیط کار با نقش میانجی خودکارآمدی پرستاران در زمان شیوع ویروس کرونا

مهديه بي كس يکاني

دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، ارومیه، ایران

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین مدل معادلات ساختاری تاثیر حمایت اجتماعی بر امید به زندگی در محیط کار با نقش میانجی خودکارآمدی پرستاران در زمان شیوع ویروس کرونا بود. جامعه آماری پژوهش را پرستاران شاغل در بیمارستان‌های کرونایی شهرستان ارومیه ( $N=1624$ ) تشکیل دادند. با استفاده از جدول مورگان نمونه آماری برابر با ۳۰۰ نفر برآورد شد که به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در این پژوهش جهت سنجش متغیر امید به زندگی از پرسشنامه طراحی شده توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، و برای گردآوری داده‌های حمایت اجتماعی از پرسشنامه زمیت و همکاران (۱۹۸۸) و خودکارآمدی از پرسشنامه ریگز و همکاران (۱۹۹۴) استفاده شد. رویای صوری و محتوایی پرسشنامه‌ها با استفاده از نظرهای اصلاحی استادان روانشناسی استفاده شد و پایایی درونی هر سه پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ به ترتیب  $\alpha=0/87$ ،  $\alpha=0/83$  و  $\alpha=0/90$  به دست آمد. روش تحقیق توصیفی و از نوع معادلات ساختاری حداقل مربعات جزئی بود که به صورت میدانی اجرا شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های از نرم‌افزارهای آماری SPSS24 و PLS3/2/8 استفاده شد. نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی با امید به زندگی رابطه مثبت و معناداری ( $r=0/220, P \geq 0/01$ ) وجود دارد. همچنین بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی رابطه مثبت و معناداری بوده است ( $r=0/348, P \geq 0/01$ ). و بین متغیر خودکارآمدی و امید به زندگی هم رابطه مثبت و معناداری وجود داشته است ( $r=0/621, P \geq 0/01$ ). نتایج نشان داد که خودکارآمدی می‌تواند بین حمایت اجتماعی و امید به زندگی به عنوان یک میانجی عمل نماید ( $r=684/0, P \geq 0/01$ ). با توجه به اینکه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی نقش بسزایی در بهبود عملکرد پرستاران و افزایش امید به زندگی در پرستاران را دارد، بنابراین مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت باید به دنبال ایجاد محیطی قابل اعتماد همراه با تعاملات مفید و سودمند باشند و در پی آن بتوانند شرایط بهبود آسیب‌های روانی ناشی از محیط کار را در پرستاران جبران نمایند.

**واژگان کلیدی:** امید به زندگی؛ خودکارآمدی، حمایت اجتماعی؛ پرستار؛ کرونا ویروس

## مقدمه

کرونا ویروس‌ها خانواده‌ای از ویروس‌های متداول RNA هستند که می‌توانند باعث سرماخوردگی فصلی و حتی عفونت‌های جدی دستگاه تنفسی و به دنبال آن برونشیت و ذات‌الریه شوند (۱). بیماری‌های ویروسی تنفسی حادی که در اثر عفونت‌های دستگاه تنفسی ایجاد می‌شوند که می‌تواند سطح جامعه جهانی را تحت تأثیر قرار داده، و هرساله باعث مرگ حدود ۴ میلیون انسان در جهان شود، به عبارتی حدود ۰.۴٪ از مرگ‌ومیرها توسط کورون ویروس‌ها اتفاق می‌افتد (۲). کرونا ویروس‌ها بسیاری از پدیده‌های التهابی پنومونی (ذات‌الریه) شدید هستند که همراه با آنفولانزا ایجاد می‌شوند ولی می‌توان از طریق واکسیناسیون به‌موقع از مبتلا شدن به آن جلوگیری کرده و به‌این‌ترتیب تعداد مرگ‌ومیرها را به‌طور مؤثر کاهش داد (۳). کرونا ویروس‌ها ممکن است باعث ایجاد بیماری در حیوانات یا انسان شوند. در انسان چندین نوع ویروس باعث عفونت‌های تنفسی می‌شوند از سرماخوردگی گرفته تا بیماری‌های شدیدتر مانند سندرم تنفسی خاورمیانه (MERS) و سندرم شدید تنفسی حاد (SARS) و کرونا ویروس کشف‌شده جدید (۴). قبل از کرونا ویروس جدید، سازمان بهداشت جهانی، وضعیت اضطراری بهداشت عمومی را در ارتباط با موارد شیوع ویروس آنفولانزای H1N1 (سال ۲۰۰۹)، ویروس پول‌یو یا فلج اطفال (سال ۲۰۱۴)، ویروس ابولا در غرب آفریقا (سال ۲۰۱۴)، ویروس زیکا (سال ۲۰۱۶) و ویروس ابولا در جمهوری دموکراتیک کنگو (سال ۲۰۱۹) اعلام کرده است. بدین ترتیب برای جلوگیری از انتشار کروناویروس جدید، نیاز به همکاری کارکنان بهداشتی، دولت‌ها و عموم مردم با یکدیگر هست. سازمان بهداشت جهانی در تاریخ ۱۱ فوریه ۲۰۲۰، نام رسمی را برای بیماری کروناویروس جدید تحت عنوان COVID-۱۹ انتخاب نمود (۵). COVID-۱۹ جدید در جوامع با نرخ ۳-۸٪ بیشتر از آنفولانزای طبیعی گسترش می‌یابد (۶). زمانی که بیماری همه‌گیر اسپانیایی در سال ۱۹۱۸ اتفاق افتاد، میزان مرگ‌ومیر افرادی که در محیط‌های بسته مثل جزایر زندگی می‌کردند بسیار بیشتر بود. تاج ویروس جدید COVID-19 شبیه به آنفولانزای اسپانیایی یا شاید کشنده‌تر است و می‌تواند باعث ایجاد نسل‌کشی در جوامع شود (۷). مطابق با اولین مطالعه بر روی بیماران مبتلابه کروناویروس جدید COVID-۱۹ دوره کمون یا نهفتگی این ویروس به‌طور میانگین ۵ روز و با دامنه بین ۴ الی ۷ روز اعلام شده (۸). سازمان بهداشت جهانی عددی بین ۲-۱۰ روز (۹)، کمیسیون سلامت ملی چین عددی بین ۱۰-۱۴ روز (۱۰)، و مرکز کنترل و پیشگیری بیماری آمریکا عددی بین ۲-۱۴ روز را برای این دوره مشخص کرده‌اند (۱۱). عفونت با COVID-۱۹ جدید در مرحله مقدماتی با علائم غیراختصاصی و کلی نظیر احساس کسالت، خستگی و بدن‌درد، تب و سرفه خشک همراه است. بیماران کمی قبل از تب ممکن است در ابتدا علائمی از حالت تهوع و اسهال داشته باشند. تعداد کمی از بیماران ممکن است سردرد یا استفراغ خونی نیز داشته باشند و حتی نسبتاً بدون علامت باشند (۱۲). در ماه‌های اخیر که بیماری COVID-۱۹ عالم‌گیر شده، دانشمندان، پزشکان و پرستاران در یک عرصه مبارزه جهانی با این بیماری کشنده قرار گرفته‌اند؛ رویدادی که می‌توان از آن به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بحران‌های تاریخ بشریت یاد کرد (۱۰). همچنین در سالی که نقش حائز اهمیت پرستاران بیشتر مورد توجه قرار گرفته است، سازمان جهانی بهداشت (WHO) سال ۲۰۲۰ میلادی را "سال پرستار و ماما" نام‌گذاری کرده است. بر اساس اعلام این سازمان، پرستاری بزرگ‌ترین گروه شغلی در بخش مراقبت‌های بهداشتی است و پرستاران تقریباً ۵۹ درصد از متخصصان بهداشت را تشکیل می‌دهند ولی اما این رقم کافی نیست. گزارش‌ها حاکی از آن است که تقریباً ۲۸ میلیون پرستار در سطح جهان مشغول به کار هستند و با این حال دست‌کم به وجود حدود ۵,۹ میلیون پرستار دیگر نیاز است تا از جمعیت رو به رشد در جهان مراقبت کنند. پرستاران در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مشغول به کار هستند، نوبت‌های طولانی را تحمل می‌کنند، با خستگی، آسیب‌های روانی و جسمی دست‌به‌گریبان هستند و خود را در معرض بیماری قرار می‌دهند تا از بیماران مراقبت کنند (۹). پرستاری یکی از مشاغل استرس‌زا و فشار آور است. برخی از عواملی که در شغل پرستاری باعث استرس و فشار می‌شوند شامل فشار زیاد کار، کار در نوبت‌های کاری در گردش به‌ویژه شبانه، تقاضای زیاد در محل کار، سختی و ابهام در کار، مواجهه با اورژانس‌های حاد و تهدیدکننده حیات و یا بیماران با وضعیت ناپایدار، نداشتن روابط حرفه‌ای مناسب بین پرستاران و پزشکان، تعداد ناکافی پرستاران نسبت به بیماران، کمبود وسایل و در دسترس نبودن پزشکان در موارد

اضطراری هست (13). طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی ۹۳ درصد پرستاران مرتباً تحت تأثیر عوامل استرس‌زای محیط قرار می‌گیرند که این مورد می‌تواند سلامت جسمی و روانی آنان را تحت تأثیر قرار دهد (14). بنابراین بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با سلامت پرستاران ضروری است. یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی مهم؛ امید به زندگی است. امید به زندگی یکی از مفاهیم اساسی روان‌شناختی مثبت نگر و عاملی برای غنای زندگی افراد است (15). امید به زندگی به معنای طول عمر فرد در یک جامعه مشخص با توجه به الگوی مرگ و میر آن جامعه است (16). امید به زندگی از مهم‌ترین انگیزه‌های زندگی انسان محسوب می‌شود و در واقع، به‌عنوان نیروی محرکه می‌تواند افراد را در ارتقای سلامت روحی و روانی و انجام مؤثر سبک زندگی پیش ببرد (17). امید به زندگی یک ویژگی است که دربرگیرنده داشتن هدف، قدرت برنامه‌ریزی، اراده برای دستیابی به اهداف، توجه به موانع و توانایی رفع آن‌ها، و ارتقا و افزایش عملکرد آن‌ها است (18). اشنایدر و همکاران امیدواری را مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (تصمیم‌های هدف‌دار) و مسیرها (شیوه انتخاب‌شده برای نیل به اهداف) است. پرستارانی که امیدواری بیشتری نسبت به پرستارانی که امیدواری پایین دارند، دارای یک حس مدیریت تعیین هدف، همراه با توانایی برای تولید برنامه‌هایی برای رسیدن به اهداف خود همراه با پیاده‌سازی استراتژی سازگاری و مقابله‌ای با بحران‌ها را دارند. آن‌هایی که امیدواری بیشتری دارند، قادر به مفهوم‌سازی اهداف خود به‌روشنی بوده و احساس اعتمادبه‌نفس و قابلیت بیشتری برای مدیریت مؤثر بر عوامل استرس‌زا دارند و به‌خوبی می‌دانند که برای مقابله با هر استرسی باید برنامه خاصی داشته باشند. بدون امیدواری، زندگی از حرکت بازمی‌ایستد و نبود آن باعث نگرانی و اضطراب می‌شود (19). ناامیدی، پرستاران را در وضعیت قرار می‌دهد که نمی‌توانند موقعیت‌های مختلف خود را سنجیده و در مورد آنها تصمیم بگیرند. ناامیدی، پرستاران را در برابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. فرد با گذشت زمان، تمامی امید خود را از دست می‌دهد و افسردگی عمیق را جایگزین آن می‌کند. و طرز تفکر وی حالت انعطاف‌ناپذیر همه‌پاهیچ را به خود گرفته که مانع از حل مسئله می‌شود (20). بدین ترتیب امید به زندگی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های شناخته‌شده بقای انسان و سلامتی وی در نظر گرفته شده است. از آنجاکه بشر همواره علاقه به جاودانگی و افزایش طول عمر داشته است، در جستجوی راه‌های افزایش امید به زندگی برآمده و به عواملی دست‌یافته که بر طول عمر وی تأثیر گذاشته است. از عواملی که ممکن است در امید به زندگی پرستاران تأثیرگذار باشد، حمایت اجتماعی ادراک است (21). از اثرات مهارکننده تنش شغلی می‌توان به حمایت اجتماعی اشاره کرد (22). حمایت اجتماعی به‌عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد مهم در زندگی فرد تعریف می‌شود که فرد آن‌ها را با توجه به شرایط اجتماعی و فردی خود درک می‌کند (23). حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از روش‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر می‌تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت‌های پر تنش و آسیب‌زا از افراد حفاظت کرده یا به آنها کمک کند تا وقایع پر تنش را به صورتی ارزیابی کنند که جنبه تهدیدکنندگی کمتری داشته باشند (24). شناسایی منابع حمایتی اجتماعی به منظور استفاده از آنها جهت کاهش فرسودگی شغلی ضروری است. حمایت زیاد پرستاران سبب کاهش اثرات منفی شغلی و در نتیجه کاهش خستگی هیجانی می‌شود (25). حمایت اجتماعی ادراک شده ترکیبی از سه عنصر عاطفه، تصدیق و یاری است. عاطفه یعنی ابراز عشق و محبت، تصدیق یعنی آگاهی از رفتار و بازخوردهای مناسب و یاری یعنی مساعدت مستقیم مانند مساعدت مالی و یاری دادن در انجام کارها است. یکی از ویژگی‌های افراد نسبتاً مقاوم در برابر رویدادهای تنش‌زا، برخورداری از حمایت اجتماعی است. سیستم‌های حمایت اجتماعی می‌توانند اثرات منفی تنش بر وضعیت بهداشت و سلامت روان را تعدیل نمایند. پرستاران علاوه بر اینکه باید به حمایت از بیماران بپردازند، خود نیز نیازمند سیستم‌های حمایتی هستند (26). حمایت اجتماعی ابزاری عاطفی- اجتماعی است که می‌تواند توسط دوستان، اعضاء خانواده، همسایه‌ها، اقوام و سایر افرادی که جایگاه مهمی در زندگی شخص دارند فراهم شود. افراد می‌توانند از تأثیرات منفی استرس و سندرم فرسودگی از طریق دریافت حمایت از طرف اطرافیان دور بمانند (27). پاینه نیز بیان می‌دارد که حمایت اجتماعی از طرف سوپروایزرها و همکاران و همچنین اعضاء خانواده می‌تواند بسیار مهم باشد زیرا بین مطالبات شغلی به عنوان یک تعدیل کننده یا بافر عمل می‌کند (28). نتایج حاکی بر آن است که فراهم کردن

حمایت اجتماعی به میزان کافی، اثرات مستقیم قابل توجهی بر روی سلامت روان دارد، به طوری که سطوح بالا حمایت اجتماعی با میزان پایین تر آسیب‌های روانی همراه است (30،29). یکی دیگر از عوامل مرتبط با امید به زندگی خودکارآمدی است (31). باورها و قضاوت‌هایی که فرد از توانمندی‌های خود برای توفیق در یک امر، کار یا مسئولیت به دست می‌آورد را خودکارآمدی می‌گویند. افراد با خودکارآمدی بالا به دلیل توانایی حل مشکلات در گذشته و داشتن تجارب موفق، می‌توانند بر آن فائق آیند و به حل مسئله بپردازند (32). افراد با خودکارآمدی کم، تفکرات بدبینانه درباره توانایی‌های خود دارند، بنابراین، این افراد در هر موقعیتی که بر اساس نظر آنها از توانایی‌هایشان فراتر باشد دوری می‌کنند. در مقابل افراد با خودکارآمدی بالا، تکالیف سخت را به عنوان چالش‌هایی که می‌توانند بر آنها مسلط شوند، در نظر می‌گیرند. آنها تکالیف چالش برانگیز را انتخاب می‌کنند، سریع‌تر حس خودکارآمدیشان بهبود می‌یابد و در صورت وجود مشکلات، تلاششان حفظ می‌شود (33). توانایی پرستاران در کنترل امور کاری و خانوادگی تحت برخی شرایط از قبیل فقدان محیط کاری و خانوادگی حمایت کننده، فشارهای مضاعف کاری به دلیل کمبود پرستار و نیز توقعات بیش از حد کاری و خانوادگی کاهش یافته و نقصان خودکارآمدی حاصل می‌گردد. نقصان خودکارآمدی سبب افزایش تداخل وظایف کاری و خانوادگی می‌باشد بدین معنا که به منظور پیشگیری از تبعات منفی تعارض کار- خانواده که در بعضی موارد جبران ناپذیر می‌باشد، پرسنل پرستاری ضمن آشنایی با روند مدیریت علمی تعارض کار- خانواده، از طرف خانواده و بیمارستان مورد حمایت همه جانبه قرار گیرند تا با آزادی عمل بیشتر و انعطاف پذیری بالا نسبت به تنظیم برنامه‌های کاری و خانوادگی خود با حداقل تداخل ممکن، اقدام نمایند (34). سوداگر و همکاران (۲۰۱۳) میانگین خودکارآمدی پرستاران ایرانی در محیط بالینی را  $28/5 \pm 29/78$  گزارش نمودند. آنها بیان نمودند که خودکارآمدی یک سازه پویاست که به مرور زمان در پاسخ به تجربیات جدید مانند آموزش، تجربیات بالینی و تجربیات اجتماعی تغییر می‌کند (35). خودکارآمدی نقش مهمی بر روی عملکرد حرفه‌ای پرستاران و پیش‌گویی کننده مهم رفتارهای پرستاران است. پرستاران نیاز دارند از توانایی خود جهت ارائه مراقبت حرفه‌ای از بیماران و تصمیم‌گیری‌های شغلی خود مطمئن باشند، همچنین باور داشته باشند که آن‌ها می‌توانند نتایج مطلوب و مورد انتظار را ایجاد کنند. اگر پرستاران به توانایی‌های خود معتقد نباشند برای برانگیختن رفتارهای حرفه‌ای مورد انتظار، انگیزه کمی دارند. همچنین افزایش خودکارآمدی پرستاران موجب افزایش کیفیت مراقبت بیماران می‌شود، این به آن معنی است که بیماران نتایج بهتری دریافت می‌کنند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و زمان کمتری در بیمارستان خواهند بود، این خود موجب افزایش رضایت، اعتماد و اطمینان بیماران به سیستم ارائه مراقبت می‌گردد (36). با توجه به اینکه حرفه پرستاری دارای ذاتی تشنج‌زا و آشوب برانگیز بوده و بر امید زندگی و سلامت روان پرستاران تاثیرگذار است، بهتر است به جای توجه صرف به شناخت منابع استرس، به تجهیز پرستاران به ظرفیت‌های فردی، روانی و شخصیتی پرداخته شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در پیش‌بینی امید به زندگی پرستاران هست و در پی پاسخ به این سؤال است که کدام یک از متغیرهای حمایت اجتماعی و خودکارآمدی پیش‌بینی کننده مؤثرتری برای امید به زندگی در پرستاران می‌باشند

#### روش پژوهش

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر ارومیه در سال ۱۳۹۹ را تشکیل داد. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۳۰۰ نفر از پرستاران به عنوان نمونه پژوهش انتخاب گردیدند. بدین صورت که در هر بیمارستان با در نظر گرفتن تعداد پرستاران سهم آن بیمارستان از تعداد کل نمونه تعیین شد. سپس با در نظر گرفتن نسبت پرستاران کل بیمارستان‌ها، تعداد نمونه در بخش ویژه کرونا به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی تعیین گردید. پرستاران از بخش‌های بیمارستان‌های شهید عارفیان، بیمارستان امام خمینی، امام‌رضا، شهید مطهری، طالقانی، ۵۲۳ ارتش وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه، عدم سابقه بیماری روانی، داشتن تحصیلات کاردانی پرستاری یا بالاتر، تمایل و رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش و داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش‌های ویژه و

معیارهای خروج از مطالعه افرادی با سابقه بیماری روانی، و افرادی که پرسشنامه‌ها را به صورت ناقص پر کرده باشند. داده‌های حاصل از پژوهش به وسیله *spss24* و *PLS3/2/8* مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها: در این پژوهش جهت سنجش متغیر امید به زندگی از پرسشنامه طراحی شده توسط اشنايدر و همکاران (۱۹۹۱). همچنین برای گردآوری داده‌های حمایت اجتماعی از پرسشنامه زمیت و همکاران (۱۹۸۸) و خودکارآمدی از پرسشنامه ریگز و همکاران (۱۹۹۴) استفاده شد.

۱- پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر (SHS) این پرسشنامه توسط اشنايدر و همکاران در سال (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شده که دارای (۱۲) سوال بوده که برای بزرگسالان بیش از ۱۵ سال ساخته شده است که با استفاده از مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالف تا ۴ = کاملاً موافق) نمره‌گذاری شده است (لینگ و همکاران). بنابراین دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۴۸ خواهد بود. اشنايدر و همکاران، پایایی این پرسشنامه را در سال ۱۹۹۱ از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ و از طریق بازآزمایی در فاصله زمانی ۱۰ هفته‌ای، ۰/۸۰ گزارش کردند (37). در ایران نیز کرمانی و همکاران (۲۰۱۱) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی (۰/۸۱) گزارش کردند (38). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ (۰/۸۵) محاسبه شده است.

۲- پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده توسط زمیت و همکاران (۱۹۸۸) به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده فرد تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده دارای ۱۲ عبارت است که حمایت اجتماعی دریافت شده افراد را از ۳ منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی که مشتمل بر چهار سؤال مربوط به حمایت خانواده (۸، ۴، ۳، و ۱۱)، چهار سؤال مربوط به حمایت از طرف دوستان (۹، ۷، ۶، و ۱۲) و چهار سؤال مربوط به حمایت از طرف افراد مهم زندگی (۵، ۲، ۱۰، و ۱۰) است می‌سنجد. درجه موافقت افراد در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق (۵ نمره) تا کاملاً مخالف (۱ نمره) اندازه‌گیری می‌شود. دامنه نمره حاصل از این مقیاس ۱۲ تا ۶۰ است که نمرات بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. به بیان دیگر، کسب نمره ۳۱ و بیشتر در مقیاس حمایت اجتماعی حاکی از برخورداری و کمتر از آن عدم برخورداری از حمایت اجتماعی می‌باشد. زمیت و همکاران، پایایی درونی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ گزارش نمودند (39). رجیبی و هاشمی شبانی با ارزیابی ویژگی‌های روان سنجی این مقیاس نشان دادند که بین هر یک از ماده‌های مقیاس با نمره کل، ۰/۴۶ تا ۰/۷۶ همبستگی وجود دارد و ضریب روایی واگرا بین حمایت اجتماعی ادراک شده با بهداشت روانی معنی‌دار است (40). در مطالعه حاضر، اعتبار این مقیاس براساس ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ بود.

۳- پرسشنامه خودکارآمدی توسط ریگز و همکاران (۱۹۹۴) به منظور سنجش خودکارآمدی فرد تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌بخشی از کاملاً مخالف "تا" کاملاً موافق "است. امتیاز کلی قابل کسب این پرسشنامه بین صفر تا ۵۰ بود. هر چقدر نمره فرد بیشتر باشد نشانه احساس خودکارآمدی بیشتر در وی است. به بیان دیگر، کسب نمره ۲۶ و بیشتر در مقیاس خودکارآمدی حاکی از برخورداری و کمتر از آن عدم برخورداری از خودکارآمدی می‌باشد (41). این پرسشنامه در مطالعات خارجی استفاده شده و از پایایی بالا برخوردار بوده است. به عنوان نمونه ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در مطالعه ریگز و همکاران (۱۹۹۴)، موس (۲۰۱۲) و برونر به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۹۱ گزارش شده است (41، 42، 43).

یافته‌های جمعیت شناختی

از مجموع ۳۰۰ پرستاری که در این پژوهش شرکت کرده‌اند، ۱۵۶ نفر مرد (۵۲ درصد) و ۱۴۴ نفر زن (۴۸ درصد) هستند. سن پرستاران شرکت کننده در پژوهش ۶۴ درصد (۱۹۲ نفر) بین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۲۵ درصد (۷۵ نفر) بین ۳۵ تا ۴۵ سال و ۱۱ درصد (۳۳ نفر) بالای ۴۵ سال سن داشتند. ۷۴ درصد (۲۲۲ نفر) از پرستاران دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد و ۲۶ درصد (۷۸ نفر) دارای مدرک تحصیلی دکتری بوده‌اند. در نهایت ۱۵۹ نفر (۵۳ درصد) از پرستاران مجرد و ۱۴۱ نفر (۴۷ درصد) متاهل بوده‌اند.

### بررسی برازش مدل مفهومی

قبل از ورود به مرحله آزمون فرضیات و مدل‌های مفهومی پژوهش، ابتدا لازم است از صحت مدل اندازه‌گیری اطمینان حاصل کرد. در مدل اندازه‌گیری رابطه بین متغیرهای مکنون و متغیرهای مشاهده شده بررسی می‌شود. روش‌های مختلفی برای بررسی برازش مدل اندازه‌گیری وجود دارد؛ اما روشی که برازش مدل اندازه‌گیری را همه جانبه بررسی می‌کند، روش PLS است که در آن برای بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری از سه معیار پایایی، روایی همگرا و روایی واگرا استفاده می‌شود. پایایی معیارهای ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی و میانگین واریانس استخراجی را بررسی می‌کند. بررسی ضرایب آلفای کرونباخ نشان از وضعیت مطلوب تمام متغیرها دارد؛ بدین صورت متغیرهای مورد نظر همگی دارای ضرایب بالای ۰/۷ است که می‌تواند در مدل اندازه‌گیری باقی بماند. روش PLS معیار مدرن‌تری نسبت به آلفا به نام پایایی ترکیبی ارائه می‌دهد که پایایی متغیر نه به صورت مطلق بلکه با توجه به همبستگی متغیرهای آنها با یکدیگر محاسبه می‌شود. اگر مقدار پایایی ترکیبی برای هر متغیر بالای ۰/۷ شود، نشان دهنده پایداری درونی مناسب برای مدل‌های اندازه‌گیری است و مقدار ۰/۶ نبود پایایی را نشان می‌دهد (داوری و رضازاده، ۱۳۹۲). جدول ۱ نشان دهنده مقدار پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ برای همه متغیرها است که در وضعیت مطلوبی قرار دارد. بعد از بررسی معیار پایایی، معیار روایی همگرا دومین معیاری است که برای برازش مدل اندازه‌گیری در روش PLS به کار برده می‌شود. معیار (AVE) میانگین واریانس استخراج شده (میزان همبستگی یک متغیر با شاخص‌های خود را نشان می‌دهد که هرچه این همبستگی بیشتر باشد، برازش نیز بیشتر است. مقدار بحرانی برای معیار AVE عدد ۰/۵ است؛ بدین معنی که مقدار AVE بالای ۰/۵ روایی همگرای پذیرفتنی و مناسب را نشان می‌دهد (داوری و رضازاده، ۱۳۹۲). مطابق با جدول ۱ مقادیر AVE برای تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۵ است که نشان دهنده این است که متغیرهای پژوهش همبستگی مطلوبی با شاخص‌های خود دارند. آخرین معیاری که برازش مدل اندازه‌گیری را بررسی می‌کند، روایی واگراست که میزان رابطه یک متغیر با شاخص‌هایش را در مقایسه رابطه آن متغیر با سایر متغیرها می‌سنجد. روش به کار گرفته شده در این پژوهش روایی واگرا به شیوه فورنل و لارکر است که در این روش میزان AVE برای هر سازه باید بیشتر از واریانس اشتراکی بین آن متغیر و متغیرهای دیگر (مربع مقدار ضرایب همبستگی بین متغیرها) در مدل باشد. همان طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، مقدار جذر AVE متغیرهای مکنون در پژوهش حاضر که در خانه‌های موجود در قطر اصلی ماتریس قرار گرفته‌اند، از مقدار همبستگی میان آنها در خانه‌های زیرین و راست قطر اصلی ترتیب داده شده‌اند، بیشتر است. از این رو می‌توان گفت که در پژوهش حاضر، متغیرها در مدل، با شاخص‌های خود تعامل بیشتری دارند تا با متغیرهای دیگر به بیان دیگر، روایی واگرای مدل در حد مناسبی است.

جدول ۱؛ بررسی برازش متغیرهای مدل اندازه‌گیری

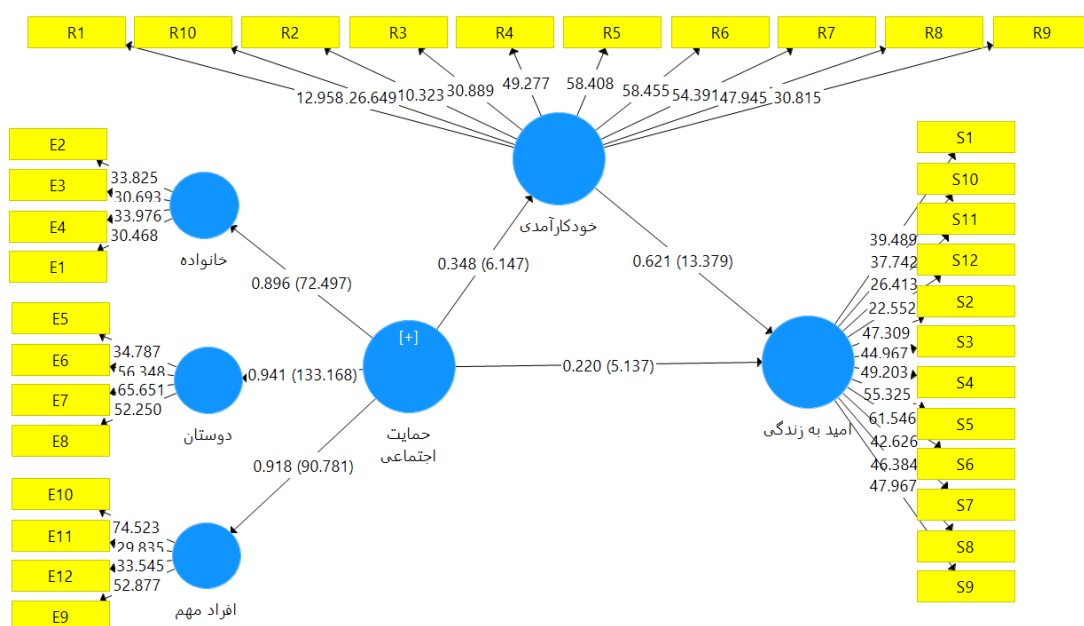
متغیر	افراد مهم زندگی	امید به زندگی	حمایت اجتماعی	خانواده	خودکارآمدی	دوستان	آلفای کرونباخ	CR	AVE
افراد مهم زندگی	۰/۸۲۶						۰/۸۴۴	۰/۸۹۶	۰/۶۸۲
امید به زندگی	۰/۳۸۴	۰/۸۳۳					۰/۹۶۰	۰/۹۶۴	۰/۶۹۴
حمایت اجتماعی	۰/۴۳۶	۰/۷۵۶	۰/۹۱۸				۰/۹۳۱	۰/۹۴۱	۰/۵۷۱
خانواده	۰/۷۱۹	۰/۴۳۳	۰/۷۸۹	۰/۸۹۶			۰/۷۹۸	۰/۸۶۸	۰/۶۲۳
خودکارآمدی	۰/۳۰۶	۰/۶۹۷	۰/۳۴۸	۰/۳۵۱	۰/۸۰۰		۰/۹۳۵	۰/۹۴۶	۰/۶۴۰
دوستان	۰/۸۰۵	۰/۳۸۶	۰/۷۷۱	۰/۳۰۳	۰/۸۵۱	۰/۹۴۱	۰/۸۷۲	۰/۹۱۳	۰/۷۲۴

### برازش مدل کلی (معیار GOF)

معیار GOF مربوط به بخش کلی مدل‌های معادلات ساختاری است. بدین ترتیب محقق با این معیار می‌تواند پس از بررسی برازش بخش اندازه‌گیری مدل پژوهش خود، برازش بخش کلی را نیز بسنجد. این معیار از فرمول زیر به دست می‌آید.

$$GOF = \sqrt{R^2 \times \text{میانگین مقادیر اشتراکی}}$$

براساس رابطه ۱ معیار GOF برای مدل پژوهش ۰/۵۱ به دست آمده است، و تزلزل و همکاران (۲۰۰۹)، سه مقدار ۰/۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی کرده‌اند. با توجه به مقدار به دست آمده برای مدل پژوهش (۰/۴۲) نشان دهنده برازش کلی قوی برای مدل پژوهش است.



یافته‌های پژوهش

نتایج به دست آمده از جدول ۲ حاکی از آن است که اثر متغیرهای پیش بین بر متغیرهای وابسته به لحاظ آماری معنادار است ( $P \leq 0/05$ ). بنابراین فرضیه‌های پژوهش، تأیید می‌شود. به عبارت دیگر با مدنظر قرار دادن ضرایب تأثیر مربوط به حمایت اجتماعی می‌توان گفت اثر حمایت اجتماعی بر متغیر خودکارآمدی و امید به زندگی مستقیم و در حد متوسط برآورد می‌شود به این معنا که افزایش مشخصه حمایت اجتماعی در بیمارستان‌ها می‌تواند منجر به افزایش مؤلفه‌های فوق در پرستاران گردد.

جدول ۲؛ تأثیر متغیرهای پیش بین بر ملاک

نتیجه	برآورد			متغیر وابسته	مسیر	متغیر مستقل
	P. Value	T value	استاندارد			
معنادار می‌باشد	۰/۰۰۱	۴/۹۴۶	۰/۲۲۰	امید به زندگی	<---	حمایت اجتماعی
معنادار می‌باشد	۰/۰۰۱	۶/۵۲۰	۰/۳۴۸	خودکارآمدی	<---	حمایت اجتماعی
معنادار می‌باشد	۰/۰۰۱	۱۲/۹۵۳	۰/۶۲۱	امید به زندگی	<---	خودکارآمدی

در نهایت یکی از آزمون‌های مهم برای سنجش معنی‌داری تأثیر میانجی‌گری یک متغیر در ارتباط میان دو متغیر دیگر، آزمون سوبل  $Z - value = \frac{a \times b}{\sqrt{(b^2 \times sa^2) + (a^2 \times sb^2) + (sa^2 \times sb^2)}}$  و برای تعیین شدت اثر غیر مستقیم متغیر میانجی از آماره‌ای به نام  $VAF = \frac{a \times b}{(a \times b) + c}$  استفاده شده است. آزمون سوبل رویکرد حاصل ضرب ضرایب، روش دلتا یا رویکرد نظریه نرمال هم نامیده شده است. آزمون سوبل برای انجام استنباط در مورد ضریب اثر غیرمستقیم، بر همان نظریه استنباط مورد استفاده برای اثر مستقیم مبتنی است. با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵؛ زمانی که نتیجه آزمون سوبل بیشتر از ۱/۹۶ به دست آید مورد قبول قرار می‌گیرد. بر همین اساس نتیجه به دست آمده از این آزمون (۵/۵۸۵) در فرضیه اصلی پژوهش معنی‌دار است و نقش میانجی خودکارآمدی تأیید می‌گردد. از سوی دیگر برای تعیین شدت اثر متغیر میانجی از آزمون VAF یا همان شمول واریانس است. شمول واریانس در حقیقت نسبت اثر غیر مستقیم بر اثر کل استفاده می‌شود و هرچقدر به ۱ نزدیکتر باشد نشان از شدت بیشتر اثر متغیر میانجی دارد. با توجه به نتیجه این آزمون خودکارآمدی به میزان (۰/۴۸) بر مسیر حمایت اجتماعی بر امید به زندگی پرستاران تأثیر دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تاثیر حمایت اجتماعی بر امید به زندگی در محیط کار با نقش میانجی خودکارآمدی پرستاران در زمان شیوع ویروس کرونا بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی تاثیر مثبت و معناداری بر امید به زندگی پرستاران دارد. نتایج یافته‌های پژوهش فوق با یافته‌های امینی (۲۰۱۵)، یانگ و همکاران (۲۰۱۶)، خالدیان (۲۰۱۳) و مومنی (۲۰۱۱) همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که فضای روان شناختی محیط کار و ارتباط همکاران با یکدیگر، وابستگی بین فردی باعث می‌شود که پرستاران در چنین مجموعه‌ای احساس بهتری داشته باشند. حس درماندگی، ناتوانی و ناامیدی اثر نامطلوبی بر عملکرد پرستاران در زندگی خانوادگی و کاری دارد. این حس نیروی آنان را ضایع کرده و باعث می‌شود که آسیب‌های روانی و رفتاری جدی به آنان وارد شده و از این طریق خانواده و جامعه را دستخوش تزلزل سازد. به همین دلیل اقدام برای به حداقل رساندن فشارهای عصبی و به حداکثر رساندن عملکرد مطلوب پرستاران باید مورد توجه مسئولین امر قرار گیرد. در شرایط سخت فعلی که همه‌ی مردم عزیز کشورمان درگیر مشکلات جدی مبارزه با بیماری کرونا و ویروس هستند، دور از ذهن نیست که از مشکلات حرفه‌ای و کاری پرستاران گفت و رفع دغدغه‌های پرستاران منجر به بهبود روند وضعیت عمومی و اجتماعی جامعه کمک کرده و باری از دوش نگران آن بردارد. حرفه‌ی پرستاری با توجه به نوع کار، حساسیت و استرسی که در آن وجود دارد، فرسودگی روحی و جسمی را حتی در میان مدت بر پرستار تحمیل می‌کند و عموماً پرستاران در میانسالی و سالمندی دچار مشکلات عدیده‌ی جسمی و روحی ناشی از حرفه‌ی خود هستند که در این رابطه حمایت نهادهای مسئول از قبیل وزارت کار و تامین اجتماعی برای کم کردن سن بازنشستگی الزامی به نظر می‌رسد که اگر چنین نشود در آینده‌ای نزدیک خیل عظیم نیروهای بازنشسته‌ی درمانی با هزینه‌های بالای سلامت بر دوش دولت سنگینی خواهد کرد. امید یک عامل اساسی در زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها است، احساس امید می‌تواند سبب ارتقاء جسمی و روانی پرستاران شده و یک عامل حیاتی در مقابله با استرس و افزایش کیفیت زندگی در دوران پراسترس است. امید واقع بینانه، با آگاهی از مشکل، یک عامل مهم برای مقابله با مشکلات موجود با شیوه‌ای موثر و کارآمد است. بنابراین پرستاران برای مقابله با استرس شغلی باید از روابط حمایتی برخوردار شوند و نشان داده شده است که حمایت اجتماعی سبب کاهش اثرات زیان‌بار حوادث و مشکلات استرس‌زا می‌شود. تحقیقات نشان داده است که پرستارانی که حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند، سطح امیدواری بالاتری دارند. در همین رابطه اوزکان (۲۰۰۸) گزارش کرده‌اند که بین حمایت اجتماعی و امیدواری یک رابطه قوی و مستقیم وجود دارد. همچنین حمایت اجتماعی می‌تواند امیدواری را پیش بینی کند. علاوه بر این تقوی و همکاران (۲۰۱۱) و ماتسون (۲۰۱۱) نشان دادند که بین حمایت اجتماعی و امیدواری رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد.



همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان داد که حمایت اجتماعی تاثیر مثبت و معناداری بر خودکارآمدی دارد. نتایج پژوهش فوق با نتایج حاصل از یافته‌های حسنی و همکاران (۲۰۱۶)، رزمی و همکاران (۲۰۱۱)، غلامی بورتنگ و همکاران (۲۰۱۵)، رید ماتیو (۲۰۱۴)، مهدی‌زاده و همکاران (۲۰۱۶)، چنونگ و همکاران (۲۰۰۰) همراستا می‌باشد که نشان داده‌اند افزایش خودکارآمدی با بهبود سلامت روان رابطه داشته. این مطالعه از جمله راهکارهای کمک به افرادی که اضطراب و افسردگی رنج می‌برند، را افزایش خودکارآمدی و فراهم نمودن یک محیط اجتماعی مناسب می‌دانند. خودکارآمدی عمومی بر پایه و اساس قابلیت فرد، برای کنارآمدن موثر با بسیاری از موقعیت‌های تنش‌زا می‌باشد (روانی‌پور، ۲۰۱۵). پرستاران از جمله کسانی هستند که امتیاز خودکارآمدی در آن‌ها همواره در سطح پایینی برآورد می‌شود و همین امر می‌تواند بر سایر ابعاد شخصیتی و کاری آن‌ها تاثیر منفی بگذارد (روح، ۲۰۱۳). با مرور اجمالی متون نیز درمی‌یابیم یکی از مواردی که حمایت اجتماعی بر آن تاثیر دارد، سلامت روانی است. سلامت روانی از جمله مفاهیم مهم و اساسی در روانشناسی است که از مولفه‌های مهم خودکارآمدی است، به بیانی گویاتر بخش مرکزی سلامت، سلامتی روان است، زیرا تمامی تعاملات مربوط به سلامتی به وسیله روان انجام می‌شود (موریس، ۲۰۰۱). در توجیه این یافته باید به این مسئله اشاره نمود که خودکارآمدی به‌عنوان یک میانجی شناختی عمل کرده و تحت تاثیر افکار و احساسات افراد قرار می‌گیرد. و در صورت ایجاد تنش در افراد و تغییر احساسات به سمت اضطراب، خودکارآمدی پایین می‌آید. پرستاران با خودکارآمدی پایین، قادر به اثبات توانمندی‌های خود در محل کار نبوده و این مسئله می‌تواند منجر به نگرش منفی به خود و حرفه خود و عدم تمایل و علاقه و رضایت نسبت به شغل و درنهایت کاهش سلامت روان آن‌ها شود. از طرفی به نظر می‌رسد نقش مدیران پرستاری، در یافتن راه‌حل‌های موفقیت‌آمیز و خلاق، جهت رفع حس خودکارآمدی پایین کارکنان مهم می‌باشد (بندورا، ۱۹۹۷). در این باره بندورا خاطرنشان می‌کند که بخش مهمی از خودکارآمدی، به باورها یا قضاوت‌های فرد در مورد توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها بستگی دارد. وی از میان مهم‌ترین عوامل در تبیین رفتارها، فعالیت‌ها و کنترل کارکرد انسانی، هیچ کدام را موثرتر از خودکارآمدی نمی‌داند (بندورا، ۱۹۹۱). گر چه شالوده‌سازه خودکارآمدی در پرستاری یک تئوری قرض گرفته شده است، اما می‌تواند در زمینه پرستاری بصورت موثری مورد استفاده قرار گیرد. بر اساس این تئوری، رفتارها اغلب توسط عقاید افراد در مورد توانایی‌هایشان قابل پیشگویی ترند (دسیننس، ۲۰۱۲). همچنین نتایج نشان داد که خودکارآمدی تاثیر مثبت و معناداری بر امید به زندگی در پرستاران دارد. امید و امیدواری در زندگی از مفاهیمی هستند که با تطابق و توانمندی مرتبط بوده، از طریق تحمل‌پذیرکردن شرایط موجود می‌تواند به‌عنوان پاسخی مؤثر به عوامل تنش‌زا در نظر گرفته شود (لوپز، ۲۰۰۶). امیدواری از طریق تجارب موفقیت‌آمیز زندگی افزایش می‌یابد و به‌واسطه تجارب شکست تقلیل می‌یابد. کسانی که سبک تبیین مثبت دارند شادی، امید و رضایت بیشتری از زندگی دارند (اونگی، ۲۰۰۶). امید به زندگی به عنوان یک عامل شفاف‌دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند در سازگاری با مشکلات مؤثر است. امید به زندگی یکی از مفاهیم اساسی روانشناسی مثبت نگر و عاملی برای غنای زندگی افراد است (میرمهدی و رازعلی، ۲۰۱۹). افراد امیدوار، گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با مانعی برخورد می‌کنند، می‌توانند انگیزه خود را حفظ، و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند؛ اما افراد ناامید چون گذرگاه‌های کمی دارند در رویارویی با موانع انگیزه خود را از دست می‌دهند (آقاجانی و خلعت‌باری، ۲۰۱۶). افراد دارای امید راهبردی بالا، به‌منظور مقابله با موانع احتمالی، چندین گذرگاه را در نظر می‌گیرند، در مقابل افراد با امید راهبردی پایین، احتمال پیدا کردن راه حلی ممکن برای رسیدن به اهدافشان را ندارند (اسنایدر، ۱۹۹۴). افرادی که می‌توانند تعارضات موجود در رابطه را با به‌کارگیری روش‌های مثبت و استفاده کمتر از تعاملات منفی مدیریت کنند، فضایی ایجاد می‌کنند که در آن فرصت بیشتری برای خودآشنایی و توافق در مورد مشکلات خانواده وجود خواهد داشت (جانسون، ۲۰۰۳). با توجه به اینکه پرستاری روز به روز در حال تغییر است و نقش‌های پرستاران نسبت به گذشته دچار تحول و دگرگونی شده است، لذا تعاریف و نقش‌های پرستاری و به تبع آن نیازهای آموزشی و پرورشی آن نیز در حال تغییر است (کولیوند، ۲۰۱۴). اگر فاصله قابل ملاحظه‌ای بین وضعیت سلامت فرد و امید به زندگی پرستاران وجود داشته باشد و این اختلاف مورد توجه سیاست‌گذاران بهداشتی قرار نگیرد در تصمیم‌گیری‌های

بالینی و سیاست گذاری‌های بهداشتی ممکن است با ترجیحات فرد در یک راستا نبوده، در نتیجه به خطا رفته و نتیجه مطلوب از آن حاصل نشود (سلطانی، ۲۰۱۰). بنابراین به هر عاملی که بر امید به زندگی پرستاران اثر گذار است توجه ویژه صورت گیرد. بر پایه‌های نتایج این پژوهش و دیگر پژوهش‌های همسو که نشانگر این موضوع است که حمایت اجتماعی و خودکارآمدی سهم موثری بر امید به زندگی پرستاران داشته است، می‌توان به برنامه‌ریزان و مدیران آموزشی و اجرایی پرستاری پیشنهاد کرد، در جهت افزایش امید به زندگی و در نتیجه ارتقاء توانمندی‌های روانشناختی آنان، به آموزش مهارت‌های امید به زندگی و افزایش خودکارآمدی آنان از طریق حمایت اجتماعی توجه بیشتری مبذول نمایند. زیرا سلامت روان ناشی از امید به زندگی پرستاران مستقیماً روی سلامت روان همه آحاد جامعه اثرگذار است.

#### منبع

- 1- Jordan PC, Stevens SK, Deval J. Nucleosides for the treatment of respiratory RNA virus infections. *Antivir Chem Chemother* 2018; 26:2040206618764483. doi: 10.1177/2040206618764483.
- 2- Conti P, Ronconi G, Caraffa A, et al. Induction of pro-inflammatory cytokines (IL-1 and IL-6) and lung inflammation by Coronavirus-19 (COVI-19 or SARS-CoV-2): anti-inflammatory strategies. *J Biol Regul Homeost Agents* 2020; 34(2). pii: 1. doi: 10.23812/CONTI-E. [Epub ahead of print]
- 3- Johnston RE. A candidate vaccine for severe acute respiratory syndrome.. *N Engl J Med* 2004; 351(8):827-28.
- 4- Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020; 395(10224):565-574. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30251-8.
- 5- Lai CC, Shih TP, Ko WC, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Cov-2) And Corona Virus Disease-2019 (COVID-19): The Epidemic And The Challenges. *Int J Antimicrob Agents* (In press) 2020; 105924.
- 6- Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020; 395(10224):565-574. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30251-8.
- ۷- Zhao Q, Li S, Xue F, Zou Y, Chen C, Bartlam M, Rao Z. Structure of the main protease from a global infectious human coronavirus, HCoV-HKU1 *J Virol.*; 82(17):8647-55.
- 8-Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics In Wuhan, China, Of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New Engl J Med* (In press) 2020.
- 9- World Health Organization. Novel Coronavirus(2019-Ncov) Situation Report-7. (Accesses January 27, 2020, at <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situationreports/20200127-sitrep-7-2019-ncov.pdf>).
- 10-China's National Health Commission News Conference On Coronavirus. *New York Times*. (Accesses January 26, 2020, at <https://www.nytimes.com/2020/01/26/world/china-coronavirus.html>).
- 11- Symptoms Of Novel Coronavirus (2019-Ncov). CDC. (Accessed February 29, 2020, at <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/symptoms.html>).
- 12- Zu ZY, Jiang MD, Xu PP, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective From China. *Radiology* (In press) 2020; 200490.
- 13- Pour S. [Exploring psychological stressors with regard to the moderating role of perceived social support in Female nurses of hospital emergency department]. *Iran Occupational Health*. 2013;10(4). Persian.
- 14-Chang EM, Daly J, Hancock KM, Bidewell JW, Johnson A, Lambert VA, Lambert CE. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *J Prof Nurs*. 2006 Jan-Feb; 22(1): 30-8.
- 15- Bakhshani NM, Birashk B, Atef Vahid MK, Bolhari J. [Correlation of social support and negative life events with depression]. *Quarterly Journal of Andeesheh Va Raftar*. 2003; 34(9): 49-55. (Persian).

- 16- Maryam Moghadami, Mohammad Hassanzadeh, Saeed Shokreian, The Relationship between Science Indicator and Life Expectancy in Pioneer Countries, *Depiction of Health*, 2015; 6(3): 24-31, <http://dohweb.tbzmed.ac.ir/>
- 17- Sharifzadeh Gholamreza, Dastjerdi Reza, Mahshid Woodworking (2015). The effect of self-care education on the level of hope of patients with acute coronary syndrome. *Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences* 22 (1): 8-1.
- 18- Duggleby W., Ghosh S., Dwernychuk, L. 2013. Hope in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*; 46, 5:661-670.
- 19- Sabzevari M. Karamati M, Nasimi S.A, Correlation between Religious Orientation and Life Expectancy with Life Satisfaction, ©2019 ASP Ins., Afarand Scholarly Publishing Institute, Iran, ISSN: 2322-2166; *Islamic Life Style Centered on Health*. 2019;3(2):91-97.
- 20-Kaisa, E., Sirpa, H., & Irma, N. (2016). Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? *International Journal of Gerontology*, 10(1), 43-45.
- 21- Ifeagwazi CM. The influence of marital status on self-report of symptoms of psychological burnout among nurses. *Omega* 2006;52: 359-73.
- 22- Abualrub RF. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2004; 36(1): 73-8.
- 23- Xu J, Ou L. Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Public Health*. 2014;128(5):430-7.
- 24- Megan E, Roberts C, Michael H, Bernstein Suzanne M. the effects of eliciting implicit versus explicit social support among youths susceptible for late-onset smoking 2016, 62(3), 60-64.
- 25- Albarmarin M & Garcia-Ramirez M. Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *The Europe J of Psychiatry*. 2005; 19(2): 96-106.
- 26- Abualrub RF. The relationship job stress, job performance and social support among hospital nurses. [PhD thesis] *Nursing.Iowa: University of Iowa* 2003.
- 27- Dogan BG, Lacin E, Tural N. Predicatives of the workers' burnout level: life satisfaction and social support. *Social and Behavioral Sciences* 2015;191:1801-6. doi:10.1016/j.sbspro.2015.04.705.
- 28- Payne N. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurs* 2001;33:396-405.
29. Roberts ME, Bernstein MH, Colby SM. The effects of eliciting implicit versus explicit social support among youths susceptible for late-onset smoking. *Addict Behav*. 2016;62:60-4. DOI: 10.1016/j.addbeh.2016.06.017 PMID: 27322670
۳۰. Groh DR, Jason LA, Keys CB. Social network variables in alcoholics anonymous: a literature review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(3):430-50. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.07.014 PMID: 17719158.
- 31- Ghazanfari Mohammad; Zamani Elham (1395). Self-efficacy of memory and life expectancy with quality of life of the elderly in Isfahan province, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Sari Branch; Volume 4, Number 4, Spring 2016, Pages 29 to 34.
- ۳۲- Cancer Patients: Development of a New Paradigm for Neuroimaging Studies.] *J Relig Health*. 2011; 50:437-46.
- 33- Karademas EC, Kalantzi-Azizi A. The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and Individual Differences*. 2004;37(5):1033-43.
- 34- Tavangar H, Alhani F, Vanaki Z. discounting the self: Implications Work - Family Conflict nurses, *Journal of Qualitative Research in Health Sciences First Year* 2011 ; 2:147 - 135. [Persian].
- 35- Soudagar S, Rambod M, Beheshtipour N. Factors associated with nurses' self-efficacy in clinical setting in Iran, 2013. *Iranian j nurs midwifery res*. 2015;20(2):226.
- 36- Masoud Bahrami, Azam Alavi , Ali Zargham-Boroujeni, Alireza Yousefy, Clarify of Caring Self-efficacy Perception of Pediatric Nurse's Perspectives: A Qualitative Study, *Iranian*

Journal of Pediatric Nursing (JPEN) Spring 2019, Volume 5, Issue 3, Original Article DOI: 10.21859/jpen-05034

37-Ling Y, Huebner ES, Liu J, Liu W, Zhang J, Xiao J. The origins of hope in adolescence: A test of a social-cognitive model. *Personality and Individual Differences*. 87: 307-11.

38- Kermani Z, Khodapanahi MK, Heidari M. Psychometric properties of Snyder Hope Scale. *Journal of Applied Psychology*. 2011; 5(3): 7-23. [Persian]

39- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52(1): 30-41.

40- Rajabi G, Hashemi-Shabani S-E. The study of psychometric properties of the Multidimensional Scale Perceived Social Support (MSPSS). *International Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 5(4): 357-64.

41- Riggs M, Warka J, Babasa B, Betancourt R, Hooker S. Development and validation of self-efficacy and outcome expectancy scales for job-related applications. *Edu and Psychological Meas* 1994; 54: 793-802.

42- Moss, E. Assessing understanding of the nature of science and science self-efficacy in undergraduates involved in research in an introductory geology course. [Master of Sciences dissertation], Geological and Atmospheric Sciences dipartment, Iowa State University. 2012

43- Brunner, J. Communication medium: effects on affect, self-efficacy, and goals, [Master of sciences dissertation], Department of Psychology, College of Arts and Sciences. University of Colorado. 2008.

Amini, Assia. (2015). The relationship between social support with hope and anxiety of death among the elderly Hope Cultural Center in Tehran. *Journal of Forward Thinking Green*. 9 (33): 17-21. (Persian)

Yang T, Chu J, Zhou C, Medina A, Li C, Jiang S, Zheng W, Sun L, & Liu J. (2016).

Catastrophic health expenditure: a comparative analysis of empty-nest and non-empty-nest households with seniors in Shandong, China. *BMJ Open*, Jul 5;6(7):e010992. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010992.

Khaledian, M .; Gharibi, H .; gholizadeh, K .; and shakeri, R. (2013). The effectiveness of cognitive - behavioral depression and life expectancy empty nest syndrome. *Journal of Counseling and Psychotherapy family*, Issue 2, 261-279. (Persian).

Momeni, Kh. (2011). The effectiveness of integrative reminiscence and narrative reducing the symptoms of depression in elderly women living in nursing homes. *Journal of Consulting and Ffamily Psychotherapy*, 1 (3), 361-388. (Persian).

Ozkan S, Ogce F. Importance of social support for functional status in breast cancer patients. *Asian Pacific J Cancer Prevention* 2008; 9(4): 601-4.

Taghavi M, Kalafi E, Talei A, Dehbozorgi Gh, Taghavi S. Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. *J Isfahan Med School* 2011; 28(115): 901-8. (Persian).

Mattson M, GibbHall D. *Health as Communication Nexus: A service learning approach*. 1st ed. Kendall Hunt Publishing; 2011.

Hassani M, Shohoudi M, Mirghasemi SJ. The study of relationships between Moral Intelligence and Self-efficiency with Psychological Well-Being among martyr's wife and offspring of Urmia University. *Bioethics J* 2016;6(19):155-80.

Razmi S. The Moderating Role of Self-Efficacy in Relationship between Occupational Stress with Psychological Health and Job Satisfaction of Saderat Bank's Staffs of Tabriz. *IOH* 2011;8(2): 17-0.

GhoilamiBorang F, Moghadari M, Adelpour Z. The Role of Emotional Intelligence and Self- Efficacy in Prediction of Mental Health among Students of Birjand Medical Science University. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2015;22(1): 160-8.

Reid M. Self-efficacy and job satisfaction in nurses who care for mentally disordered offenders: Matthew Reid analyses the relationship between these two complex concepts, and the possible implications this may have for practice. *Mental Health Practice* 2014;18(4): 29-36.

- Mahdizadeh J, Daihimfar F, Kahouei M. The relationship of job stress with self-efficacy among nurses working in hospitals of Semnan University of Medical Sciences, Iran. *Biosci Biotech Res Comm* 2016;9(3): 435-8.
- Cheung S-K, Sun SY. Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *J Soc Behav Pers* 2000;28(5): 413-22.
- Roh YS, Lee WS, Chung HS, Park YM. The effects of simulation-based resuscitation training on nurses' self-efficacy and satisfaction. *Nurse Educ Today* 2013;33(2): 123-8.
- Ravanipour M, Ahmadian A, Yazdanpanah A, Soltanian A. Assessing the relationship between self-efficacy and clinical decision-making in hospital nurse. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2015;23(4): 77-86.
- Bandura A. Social cognitive theory of selfregulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50(2): 248-87.
- Morris P. A brief questionnaire for measuring selfefficacy in youths. *Journal of Psychology and Behavioral Assessment*. 2001; 23(3): 145-9.
- Desbiens JF, Gagnon J, Fillion L. Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. *J Adv Nurs*. 2012;68(9):2113-24. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05917.x pmid: 22211701
- Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Worth Publishers; 1997.
- Koulivand PH, Safavi Bayat Z, Najafi K. Evidencebased nursing with educational approach. *Shefaye Khatam*. 1nd ed. Publisher Mirmah. 2014.
- Soltani R, Kafae S, Salehi I, Karashki H, Rezaie S. Survey the quality of life in Guilan university students. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2010; 19(75): 25-35.
- Lopez SJ, Snyder CR, Pedrotti JT. Hope: many definitions, many measures. *Positive Psychological Assessment: A handbook of models and measures*. USA: American Psychological Association; 2006. 91-106 p.
- Onghae M. *Sustainable optimism*. Iran: Tadbir Publishing; 2006.
- Mirmahdi SR, Razaali M. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience, Emotion Regulation and Life Expectancy among Women with Diabetes. *J Health Psychol*. 2019;7(28):167-83.
- Aghajani M, Khalat Barri J. Effectiveness of Positive teaching Based on Qur'anic Concepts on Self esteem and Life Expectancy in Addicted Women. *Cult Educ J Women Fam*. 2016;11(37):93-112.
- Snyder CR. *The Psychological of Hope: You Can Get There from Here*. New York: Free Press; 1994.
- Johanson S, Whifen V. *Attachment process in coupletherapy*. Ford press 2003.