

ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده و رابطه آن با کیفیت زندگی پرستاران

Psychometric properties of the Perceived Social Support Questionnaire and its relationship with the quality of life of nursesرقیه ملکی محمود آبادی^۱

چکیده

Abstract

The aim of this study was to investigate the factor validity and reliability of the Perceived Social Support Questionnaire and its relationship with the quality of life of nurses. This questionnaire was developed by Zemit et al. (2008). For this purpose, 355 male and female nurses were randomly selected from public hospitals in Tehran. Cronbach alpha coefficient was used to evaluate the reliability of the questionnaire and exploratory and confirmatory factor analysis was used to determine its factor validity. The results also showed that the components of friends, family and society have a positive and significant relationship with quality of life and its dimensions. Physical and mental health and quality of life in general had a positive and significant relationship with all dimensions of perceived social support ($P < 0.05$). Therefore, this questionnaire can be a good tool to assess the perceived social support of nurses and ultimately the perceived social support has an impact on the quality of life of nurses.

Keywords: Perceived social support, credibility, validity, factor analysis, quality of life

هدف پژوهش حاضر، بررسی روایی عاملی و پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده و ارتباط آن با کیفیت زندگی پرستاران است. این پرسشنامه توسط زمیت و همکاران (۲۰۰۸) ساخته شده است. به همین منظور به طور تصادفی ۳۵۵ پرستار زن و مرد از بین بیمارستانهای دولتی شهر تهران، انتخاب شدند. برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرانباخ و برای تعیین روایی عاملی آن از تحلیل عاملی اکتشافی و تایید استفاده شد. همسو با نتایج پژوهش زمیت و همکاران (۲۰۰۸) مطالعه حاضر نشان داد که این پرسشنامه از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است و ضرایب آلفای کرانباخ در زیر مقیاس های آن بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ است. همچنین نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی موید آن است که ساختار پرسشنامه برآزش قابل قبولی با داده‌ها دارد و کلیه شاخص های نیکویی برآزش، مدل را تایید می کنند. همچنین نتایج نشان داد مولفه های دوستان، خانواده و جامعه با کیفیت زندگی و ابعاد آن رابطه مثبت و معنادار دارند. سلامت جسمانی و روانی و کیفیت زندگی به طور کلی با کلیه ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه مثبت و معنا دار داشت. ($P < 0.05$). بنابراین این پرسشنامه می تواند ابزار مناسبی برای ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده پرستاران و در نهایت حمایت اجتماعی ادراک شده در کیفیت زندگی پرستاران نقش اثرگذاری دارد.

واژه های کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده، اعتبار، روایی، تحلیل عاملی، کیفیت زندگی

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد سنجش و اندازه گیری، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی، تهران، ایران

مقدمه

کوب^۱ (۱۹۷۶) حمایت اجتماعی را به میزان برخوردارگی از محبت، مساعدت و توجه اعضاء خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده است (به نقل از نصیری ولیک بنی و عبدالملکی، ۱۳۹۵). حمایت اجتماعی به این مسأله می پردازد که فرد در فرایند زندگی و به هنگام مواجهه با مشکلات از هم فکری و مساعدت های اطرفیان خود، خانواده و دوستان بهره مند می شود و می تواند با آنها احساس نزدیکی کند. این حمایت در بر گیرنده کارکردهای حمایتی یا شکل های متفاوت تری از کمک و یاری است که فرد در صورت اندازه داشتن روابط اجتماعی در سطوح مختلف مانند، شبکه های اجتماعی و عضویت در گروه ها می تواند از انواع مساعدتها و کمک های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی برخوردار شود. حمایت عاطفی کمک گرفتن از دیگران هنگام برخورد با دشواری ها است (صدق پور و همکاران، ۱۳۹۸).

ساراسون^۲ و دیگران (۱۹۹۰) حمایت اجتماعی را دارای ابعادی پنج گانه می دانند: (۱) حمایت عاطفی که به معنی داشتن مهارت لازم در کمک گرفتن از دیگران هنگام برخورد با دشواری ها است؛ (۲) حمایت شبکه اجتماعی که به معنی دسترسی به عضویت در شبکه های اجتماعی است؛ (۳) حمایت خود ارز شمند که به معنی این است که دیگران در دشواری ها یا فشارهای روانی به وی بفهمانند که او فردی ارز شمند است و می تواند با به کار گیری توانایی های ویژه خود بر دشواری ها چیره شود؛ (۴) حمایت ابزاری که به معنی دسترسی به منابع مالی و خدماتی در سختی ها و دشواری ها است؛ (۵) حمایت اطلاعاتی که می تواند اطلاعات مورد نیاز فرد را برای درک موقعیت در اختیارش قرار دهد.

محققین مختلف هر کدام در مورد حمایت اجتماعی و انواع آن شامل شبکه اجتماعی، حمایت اجتماعی دریافت شده و حمایت اجتماعی درک شده، تعریفی ارائه داده اند. در عین حال مرور متون مختلف نشان می دهد که حمایت اجتماعی درک شده به عنوان مفهومی برجسته، بیشترین متون مربوط به مفهوم حمایت اجتماعی را در مطالعات گوناگون به خود اختصاص داده است (هولهان^۳ و همکاران، ۲۰۱۰ به نقل از باوزین و سپهوندی، ۱۳۹۶). حمایت اجتماعی درک شده به عنوان تنها مولفه اساسی سازه حمایت اجتماعی، دو مولفه ای اطمینان از دسترس بودن انواع حمایتها (احساسی، ابزاری، اطلاعاتی، مصاحبتی) در مواقع مورد نیاز و رضایت از حمایت فراهم شده را در بر می گیرد (تویتس^۴، ۲۰۱۱ به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۹۴). مطالعات اولیه بر روی حمایت اجتماعی این فرض را مطرح می کند که اثرات مثبت حمایت اجتماعی، بیشتر، از درک فرد از حمایت ناشی می شود تا از رفتارهای حمایتی که فرد در دنیای واقعی دریافت می کند (برکمن

1. Cube

2. Sarason

3. Holahan

4. Thoits

و کاواچی، ۲۰۱۳). در واقع تحقیقات زیادی مطرح می‌کنند که ارزیابی فرد از حمایتی که ممکنست در دسترس باشد می‌تواند حتی از ارتباطات بین فردی واقعی و دریافت حمایت مهمتر باشد. به همین دلیل است که ابزارهای سنجش حمایت درک شده پیش بینی کننده بهتری برای ارزیابی سلامت جسمی و روانی به شمار می‌روند (زیمت و همکاران، ۲۰۰۸ به نقل از بیرامی و همکاران، ۱۳۹۳).

مطالعات مختلف نشان می‌دهند حمایت اجتماعی در حفظ کیفیت زندگی افراد نقش مهمی داشته و در کاهش آثار منفی استرس‌های فراوان ناشی از محیط و جامعه تاثیر دارد. همین با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود و کیفیت زندگی افراد افزایش می‌یابد (علی پور، صحراپیان، علی اکبری و حاجی آقابابایی، ۱۳۹۰).

مفهوم کیفیت زندگی شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری، هیجانی می‌باشد که شخص را قادر می‌سازد تا با هماهنگی با دیگران زندگی کند (سپهرمنش و همکاران، ۱۳۹۲). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) کیفیت زندگی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آنها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف می‌کند. به طور کلی بهداشت روانی ایجاد کیفیت زندگی به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل موثر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است (میلانی فر، ۱۳۹۸). شخصی که کیفیت زندگی مناسبی دارد، می‌تواند ضمن احساس رضایت از زندگی، با مشکلات، به طور منطقی برخورد نماید. به عبارت دیگر، افراد دارای کیفیت زندگی، قادرند در عین کسب فردیت، با محیط نیز انطباق یابند (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۱). یافته‌های پزشکی و روانشناسی نشان می‌دهد که عکس العمل عاطفی به حوادث زندگی کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد که این می‌تواند به طور بالقوه به سلامت جسم آسیب برساند که نشان از اهمیت کیفیت زندگی دارد (معینی و همکاران، ۱۳۹۵). افراد دارای کیفیت زندگی از ۳ ویژگی عمده احساس راحتی، احساس درست نسبت به دیگران و قدرت تأمین نیازهای زندگی برخوردار هستند (موسوی مقدم و همکاران، ۱۳۹۵) هدف از کیفیت زندگی، کمک کردن به مردم برای شاد زیستن، کمک به تشخیص و پیشگیری از اختلالات رفتاری، عاطفی و روانی در شخص میباید (نعمت زاده و شیخ ساری، ۱۳۹۴). بنابراین رفتارهای سلامتی، باعث پیشگیری و کاهش بیماریها، افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های مربوط به سلامتی می‌شود (معینی و همکاران، ۱۳۹۵).

با توجه به اینکه پرستاران در مقایسه با سایر حرفه‌های درمانی، ارتباط بیشتری با بیماران دارند و در عملکرد مراقبتی خود با موقعیت‌های پیچیده‌ای مواجه می‌گردند، چگونگی رویارویی با این موقعیت‌ها، نیازمند برخورداری از سطوح بالای روانی در حیطه‌های گوناگون‌گون آن است. در حالی که نتایج مطالعه‌ای در کشورمان نشان داد، کیفیت زندگی ۰/۳۸ از پرستاران شاغل در بیمارستانهای دانشگاهی شهر تهران در سطح

نامطلوب می‌باشد (خیری و همکاران، ۱۳۹۶). برخورداری از کیفیت زندگی در پرستاران که بر آنند تا با سایر مردم در جهت حفظ حداکثر سلامتی خود کمک نمایند، بسیار حائز اهمیت است، زیرا این گروه از کارکنان عرصه سلامت نیازمند برقرار ارتباطات بین فردی موثر می‌باشند و ارتباط سازنده آنان با سایر اعضای تیم درمان که منجر به همبستگی و انسجام حرفه‌ای می‌شود در سایه سلامت همه جانبه خود آنان فراهم کی‌گردد (مردانی و همکاران، ۱۳۹۰). بنابراین با توجه به اهمیت ارتقا کیفیت زندگی پرستاران و نقش کلیدی آنها بر کیفیت ارائه خدمات پرستاری بخصوص در شرایط کرونایی محقق قصد دارد تا تحقیقی که رابطه حمایت اجتماعی را با کیفیت زندگی پرستاران در جهت ارتقاء کیفیت زندگی پرستاران به انجام برساند و از سوی دیگر حمایت اجتماعی از جمله پرسشنامه‌هایی است که متناسب با هر فرهنگ می‌بایست هنجاریابی گردد و اعتبار و روایی آن نیز باید به دست آید تا بتوان از آنها بعنوان یک پرسشنامه قابل قبول در آن فرهنگ استفاده کرد. مروری بر پژوهش‌های انجام شده حاکی از این است که مطالعات در مورد حمایت اجتماعی ادراک شده پرسنل سازمانهایی که با سلامت و بهداشت مرتبطاند نظیر پرستاران که با جان انسانها سروکار دارند، در ایران محدود می‌باشد.

ابزارهای مختلفی جهت اندازه‌گیری حمایت اجتماعی درک شده موجود است. این ابزارها حمایت اجتماعی درک شده توسط آزمودنی‌های مختلف را اندازه می‌گیرند. در حالی که ابزارهای اختصاصی روی نواحی ویژه‌ای از یک گروه از جامعه خاص متمرکزند. پرسشنامه‌هایی وجود دارد که حمایت اجتماعی درک شده افراد در سازمانها با شرایط کاری مختلف را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این در حالی است که با بررسی‌های انجام شده مشخص شده است که پرسشنامه اختصاصی در پرستاران بخصوص در شرایط کرونایی که حمایت اجتماعی درک شده را مورد ارزیابی قرار دهد، وجود ندارد. با توجه به آنچه که عنوان شد و تجربیات شخصی در محیط بیمارستانی، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی پایایی، اعتبار و نرم مقیاس سنجش حمایت اجتماعی درک شده در پرستاران بیمارستانهای شهر تهران انجام و رابطه آن با کیفیت زندگی آنها بررسی می‌گردد.

با توجه به مطالب عنوان شده، لازم به نظر می‌رسد جهت بدست آوردن اعتبار و روایی و هنجاریابی این پرسشنامه در ایران و بر روی پرستاران اقدام شود و با آگاهی از اینکه کیفیت زندگی جزء روان شناختی و بعد عاطفی حمایت اجتماعی ادراک شده است (کامینز، ۲۰۰۱) و شامل احساس خوشبختی و رضایت از زندگی است، در این پژوهش برای بررسی رابطه ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده خواهد شد. ابعاد کیفیت زندگی شامل: علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. با توجه به موارد مذکور، مقصود از این مطالعه این است: آیا پرسشنامه سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده در جامعه مورد نظر (پرستاران بیمارستانهای دولتی شهر تهران) دارای روایی و اعتبار و نرم است؟ و آیا اینکه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی پرستاران رابطه‌ای وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی، و از نظر نحوه جمع آوری اطلاعات، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری تحقیق شامل پرستاران بیمارستانهای دولتی شهر تهران است که کل حجم جامعه شامل ۱۴۵ هزار نفر پرستار زن و مرد (آمار وزارت بهداشت: خرداد ۱۴۰۰) می باشد که در سال ۱۴۰۰ مشغول به کار بوده اند. به منظور نمونه برداری از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است. محققان برای برآورد حجم نمونه برای تحلیل عاملی فرایندی دیگر را در انتخاب حجم نمونه ارائه می دهند. در همین راستا کامری (۱۹۷۳) پیشنهاد کرده است که گروه نمونه ۱۰۰ نفری ضعیف، ۲۰۰ نفری بد نیست (نسبتاً مناسب است)، ۳۰۰ نفری خوب است، ۵۰۰ نفری خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفری عالی است (نقل از هومن، ۱۳۸۴) و یا براساس یک قانون سرانگشتی و ساده که زیاد پیشنهاد شده است این است که تجزیه و تحلیل قابل قبول مستلزم گروه نمونه ای است که حجم آن دست کم ۱۰ یا ۲۰ برابر عده متغیرهایی باشد که در ماتریس همبستگی وارد می شوند، اما باید توجه داشت که وقتی حجم گروه نمونه افزایش می یابد خطاهای اندازه گیری تصادفی تمایل دارند یکدیگر را خنثی کنند، پارامترهای سوال و تست تقریباً ثابت می ماند و افزایش حجم نمونه اهمیت کمتری پیدا می کند، بنابراین برای نمونه های بزرگتر از ۳۰۰ نفر، رابطه سوالها با تعداد سوالها و با تعداد آزمودنیها مهم خواهد بود. بر همین اساس تعداد حجم نمونه این پژوهش ۳۶۰ نفر در نظر گرفته شد. تعداد ۵ پرسشنامه که ناقص تکمیل شده بود از تحلیل کنار گذاشته شدند و در نهایت تعداد ۳۵۵ پرسشنامه مربوط به پرستاران مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده: این ابزار به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده توسط زیمت و همکاران (۲۰۰۸) ساخته شده است. این پرسشنامه از نوع خودگزارشی و مداد کاغذی است که دارای ۱۲ عبارت است که حمایت اجتماعی ادراک شده افراد را از ۳ منبع: خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی می سنجد. درجه موافقت افراد در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از کاملاً موافق (۷ نمره) تا کاملاً مخالف (۱ نمره) اندازه گیری می شود. دامنه نمره حاصل از این مقیاس ۱۲ تا ۸۴ نمره است که نمرات بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. به بیان دیگر، کسب نمره ۴۳ و بیشتر در مقیاس حمایت اجتماعی حاکی از برخورداری از حمایت اجتماعی و کمتر از آن عدم برخورداری از حمایت را نشان می دهد.

زیمت و همکاران، پایایی درونی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ گزارش نموده‌اند. رجیبی و هاشمی شبانی (۱۳۹۰) 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 معنی دار است. در پژوهش صدوقی و حسامپور (۱۳۹۵) نیز اعتبار مقیاس بر اساس ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است. روایی محتوا، سازه و همگرایی این ابزار نیز مطلوب گزارش است. در پژوهش حاضر، میزان همسانی درونی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ بدست آمده است.

کیفیت زندگی:

این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی که به طور وسیع برای ارزیابی حالات کلی سلامت به کار می‌رود. مقیاس کیفیت زندگی شامل ۸ مقیاس و دو بعد کلی سلامت جسمانی و سلامت روانی می‌باشد که مقیاس‌ها مجموع مولفه سلامت جسمانی عبارتند از: زندگی مستقل^۱، درد^۲ و حواس^۳. مقیاس‌های مجموع مولفه سلامت روانی عبارتند از: سلامت روانی^۴، شادمانی^۵ (یا رضایت از زندگی)، کنار آمدن^۶، روابط^۷ و خودارزشمندی^۸. این هشت مقیاس شامل ۳۵ سوال که پاسخ سوال‌ها بر روی مقیاس ۵،۶،۴ درجه‌ای لیکرت قرار می‌گیرد، به عامل اول "زندگی مستقل" ۴ سوال اختصاص یافته و دامنه نمرات ۴-۲۲ است، عامل دوم "درد" شامل ۳ سوال و دامنه نمرات ۱۳-۳ است، به عامل سوم "حواس" ۳ سوال اختصاص داده شده و دامنه نمرات ۱۶-۱۳ است، عامل چهارم "سلامت روانی" شامل ۸ سوال و دامنه نمرات ۴۱-۸ است، به عامل پنجم "شادمانی" ۴ سوال اختصاص یافته و دامنه نمرات ۲۰-۴ است، عامل ششم "کنار آمدن" شامل ۳ سوال و دامنه نمرات ۱۵-۳ است، به عامل هفتم "روابط" ۷ سوال اختصاص یافته و دامنه نمرات ۳۴-۷ است و عامل آخر "خودارزشمندی" شامل ۳ سوال و دامنه نمرات ۱۵-۳ است. دامنه نمره کل پرسشنامه ۱۷۶-۳۵ است و هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد نشان‌دهنده کیفیت زندگی ضعیف‌تر و برعکس. ریچادسون و همکاران هماهنگی درونی آزمون را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. پایایی پرسشنامه

1. Independent Living

2. Pain

3. Senses

4. Mental Health

5. Happiness

6. Coping

7. Relationship

8. Self-Worth

سنجش کیفیت زندگی را پس از دو هفته با روش بازآزمایی ۰/۹۰ و پس از یک ماه ۰/۸۹ برآورد کرده‌اند. همسانی درونی پرسشنامه برای عامل‌های زندگی مستقل، شادمانی، سلامت روانی، کنار آمدن، روابط، خود ارزشمندی، درد و حواس به ترتیب برابر با: ۰/۸۱، ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۸۵، ۰/۹۰، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۵۴ گزارش کرده‌اند. روایی محتوا، سازه و همگرایی این ابزار نیز مطلوب گزارش است. در پژوهش حاضر، میزان همسانی درونی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ بدست آمده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر به منظور بررسی اعتباریابی اولیه این ابزار از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی و همچنین ضرایب پایایی بر اساس آلفای کرونباخ استفاده شد. تحلیل داده‌ها نیز با بهره‌گیری از نرم افزار اس پی اس (نسخه ۲۲) و تکنیک آماری لیزرل (نسخه ۸/۵) انجام شد. برای گزارش اعتبار پرسشنامه‌ها می‌توان از گزارش مرجع اصلی ابزار مورد نظر و شاخص‌های به مستخرج از اجرای نهایی کمک گرفت.

۱- پایایی

پایایی پرسشنامه "حمایت اجتماعی ادراک شده"، با روش آلفای کرونباخ به دست آمد؛ نتایج محاسبه ضریب پایایی در جدول ۲ گزارش شده است. شاخص‌های ضرائب پایایی جدول ۲ نشان می‌دهد که این پرسشنامه پایایی کافی و قابل قبولی دارد و ضرایب حاصل از آن با نتایج پژوهش زیمت و همکاران (۲۰۰۸) قابل قیاس است.

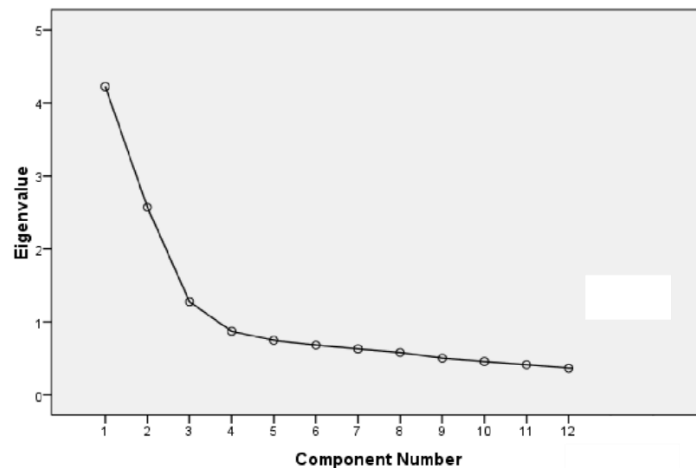
جدول ۱: آلفای کرونباخ پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش حاضر و آلفای کرونباخ پژوهش زیمت و همکاران (۲۰۰۸)

مقیاس	ضریب پایایی (آلفای کرونباخ)	ضریب پایایی زیمت و همکاران (۲۰۰۸) آلفای کرونباخ
دوستان	۰/۸۴	۰/۷۶
خانواده	۰/۷۲	۰/۷۴
جامعه	۰/۷۹	۰/۸۳

۲- تحلیل عاملی اکتشافی

قبل از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، به منظور حصول اطمینان از متناسب بودن نمونه توجه به دو شاخص کفایت نمونه برداری و معناداری ماتریس، ضرورتی انکار ناپذیر است. اندازه شاخص کفایت نمونه برداری کایزر، میر و الکین برابر با ۰/۸۴۴ و معناداری آزمون کرویت بارتلت $P < ۰/۰۰۱$ ، $(N=۳۵۵, X=۱۷۶۵/۱۹۹)$ نشان می‌دهد که نمونه و ماتریس همبستگی برای این تحلیل مناسب بودند. تحلیل مولفه‌های اصلی با روش

واریماکس بر روی ۱۲ سوال پرسشنامه "حمایت اجتماعی ادراک شده" انجام شد. به عبارت دیگر، برای تعیین مناسب‌ترین عامل‌ها، چندین چرخش آزمایشی انجام شد و نهایتاً با توجه به نمودار شیب دامنه کتل، ارزش ویژه و درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل، ۳ عامل بر اساس روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریماکس استخراج شدند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی در جدول ۲ ارائه شده است.



نمودار ۱: اسکری کتل

جدول ۲: مشخصه‌های آماری ۳ عامل پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده بعد از چرخش واریماکس به روش مولفه‌های اصلی

عامل ها	ارزش ویژه	درصد واریانس تبیین شده	درصد تجمعی واریانس تبیین شده
عامل اول	۳/۳۹	۲۴/۲۴	۲۴/۲۴
عامل دوم	۲/۷۳	۱۹/۴۷	۴۳/۷۱
عامل سوم	۱/۹۵	۱۳/۹۶	۵۷/۶۷

این سه عامل ۵۷/۶۷ درصد واریانس را تبیین می‌کنند. به بیانی دقیق‌تر، همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، این ابزار دارای ۳ عامل معنادار با ارزش بزرگتر از ۱ است. عامل اول دارای بالاترین ارزش ویژه (۳/۳۹) و قادر به تبیین ۲۴/۲۴ درصد واریانس است.

جدول ۳: ماتریس عاملی چرخش یافته برای ۱۲ سوال پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده

سوالات	خانواده	دوستان	جامعه
۱	۰/۷۸		
۲	۰/۷۲		
۳	۰/۸۱		
۴	۰/۷۵		
۵		۰/۸۰	
۶		۰/۸۳	
۷		۰/۷۷	
۸		۰/۷۶	
۹			۰/۸۱
۱۰			۰/۷۵
۱۱			۰/۷۶
۱۲			۰/۸۲

جدول ۳ ماتریس عاملی چرخش یافته برای ۱۲ سوال این پرسشنامه را نشان می دهد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود سوالات روی عامل ها بار عاملی بالاتر از ۰/۷ دارند و بار عاملی سوالات بر روی عوامل مناسب می شود. در نهایت پرسشنامه " حمایت اجتماعی ادراک شده " با ۱۲ سوال جهت انجام تحلیل عامل تاییدی آماده گردید.

تحلیل عاملی تاییدی (CFA)

به منظور تایید ساختار عامل های پرسشنامه " حمایت اجتماعی ادراک شده " ، مدل تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از نرم افزار آماری لیزرل بر روی الگوی سه عاملی پرسشنامه " حمایت اجتماعی ادراک شده " نیز به کار گرفته شد و فرض های مربوط به مدل تایید شدند که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: خلاصه شاخص‌های نیکویی برازش پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده

X^2	df	P	df/ X^2	RMSE	RMSEA	NFI	NNFI	CFI
۲۳۰۲/۲۴	۵۳۲	<۰/۰۵	۴/۳۲	۰/۰۵	۰/۰۵۵	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۶

شاخص‌های CFI ، GFI ، NFI ، $NNFI$ ، IFI ، دارای دامنه صفر تا یک هستند؛ هر چه مقدار آنها به یک نزدیکتر باشد بر برازندگی مطلوبتر مدل دلالت دارند. در جمع بندی کلی، با توجه به شاخص‌های اشاره شده، مدل مورد تایید قرار گرفت.

جدول ۵ برخی پارامترها، شامل بار عاملی غیر استاندارد، بار عاملی استاندارد شده، ارزش T و مجذور همبستگی چندگانه را گزارش می‌دهد؛ این پارامترها به مناسب بودن یا نبودن سوالات هر زیر مقیاس اشاره می‌کنند. ارزش T در این جدول نشان می‌دهد که همه بارهای عاملی سوال‌ها در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار است. بر اساس جدول ۵ و هماهنگی با مدلی که جدول ۴ گزارش می‌کند و موید برازندگی و مناسب بودن مدل است، پارامترهای اندازه‌گیری سازه‌ها مناسب تشخیص داده می‌شوند.

مقادیر پارامتر استاندارد شده، نشان می‌دهند قدرت بار عاملی هر سوال بر عامل زیرمقیاس‌های گوناگون چقدر است و اینکه هر سوال چه میزان از واریانس زیر مقیاس را تبیین می‌کند. هر چقدر بار عاملی بزرگ‌تر باشد، واریانس بهتری را تبیین می‌کند و در مجموع این بارهای عاملی، واریانس کل هر زیر مقیاس را نشان می‌دهند. مقادیر t که از ۲ بزرگ‌ترند، معناداری این سهم را نشان می‌دهند.

همه مواردی که گزارش شده‌اند، در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادارند. این ضرایب در واقع معیار قدرت همبستگی خطی و مجذور همبستگی چندگانه، نیز معرف واریانس تبیین شده هستند. در این جدول همه سوال‌های پرسشنامه، به تفکیک هر زیر مقیاس مشخص، ارائه شده‌اند.

جدول ۵: پارامترهای مدل اندازه‌گیری حمایت اجتماعی ادراک شده در تحلیل عامل تأییدی

مجدور همبستگی چندگانه	t	پارامتر استاندارد شده	پارامتر	عامل (گویه) افراد
۰/۲۶	۹/۵۵	۰/۷۳	سوال ۳	عامل (گویه) افراد
۰/۴۰	۱۲/۱۲	۰/۴۴	سوال ۱۱	
۰/۴۰	۱۲/۲۱	۰/۱۶	سوال ۱۲	
۰/۲۴	۹/۰۲	۰/۲۵	سوال ۸	
۰/۶۳	۱۷/۴۲	۰/۶۶	سوال ۴	خانواده
۰/۶۶	۱۸/۰۵	۰/۵۰	سوال ۹	
۰/۷۱	۱۹/۱۰	۰/۵۴	سوال ۱۰	
۰/۵۸	۱۶/۴۱	۰/۶۵	سوال ۳	
۰/۲۴	۱۳/۷۶	۰/۴۶	سوال ۵	دوستان
۰/۳۷	۱۲/۱۸	۰/۴۴	سوال ۶	
۰/۲۰	۸/۴۶	۰/۵۸	سوال ۷	
۰/۳۴	۱۱/۶۰	۰/۸۴	سوال ۱	

* > ۰/۱/p

مطالعه دوم:

برای بررسی رابطه ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی پرستاران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. ابتدا به منظور اطلاع از متوسط عملکرد و پراکندگی نمرات آزمودنی‌ها در هر یک از متغیرها شاخص‌ها میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات به تفکیک مولفه‌های دوستان، خانواده و جامعه ارائه می‌شود (جدول ۶).

جدول ۶: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مولفه	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
حمایت اجتماعی ادراک شده	دوستان	۴/۲۷	۱/۱۰	۱	۷
	خانواده	۵/۳۴	۱/۸۲	۱	۷
	جامعه	۴/۸۳	۱/۳۳	۱	۷
	حمایت اجتماعی ادراک شده	۴/۸۱	۱/۱۵	۱	۷
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی کل	۱۸/۳۷	۳/۵۵	۸	۲۵
	سلامت روانی کل	۵۸/۰۱	۴/۶۲	۱۲	۷۵
	کیفیت زندگی (کلی)	۷۵/۹۷	۹/۱۱	۳۵	۱۰۵

جدول ۷ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود ضریب همبستگی بین مولفه سلامت جسمانی و مولفه جامعه ۰/۲۳ که در سطح خطای ۰/۰۵ رابطه مثبت و معناداری دارند. در این میان کمترین ضریب همبستگی مربوط به رابطه دو مولفه سلامت جسمانی و جامعه ($P < 0.05$, $R = 0.23$) و بیشترین ضریب همبستگی مربوط به دو مولفه سلامت روانی و مولفه خانواده ($P < 0.01$, $R = 0.48$) است که با همدیگر رابطه مثبت و معناداری دارند.

جدول ۷: ماتریس همبستگی مولفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی

مقیاس‌ها	جامعه	خانواده	دوستان
سلامت جسمانی	۰/۲۳*	۰/۴۳**	۰/۳۹**
سلامت روانی	۰/۴۱**	۰/۴۸**	۰/۳۸**
کیفیت زندگی (کلی)	۰/۳۷**	۰/۴۴**	۰/۴۶**

• ** معناداری در سطح $P < 0.01$ * معناداری در سطح $P < 0.05$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که تمام گویه‌ها با کل آزمون همبستگی بالایی دارند و ضریب اعتبار تست ۰/۸۸ به دست آمد. بنابراین سوالات با استفاده از روش همسانی درونی و با استفاده از ضریب الفای کرونباخ از اعتبار بالایی برخوردار بودند. این یافته با نتایج پژوهش‌های آقامیرلی و همکاران (۱۳۹۸)، خدایناهی (۱۳۹۸)، چراغی و دولت آبادی (۹۵) و هومن ولیوارجانی (۱۳۹۴) همخوانی دارد. آنها در یافته‌های خود به این نتیجه دست یافتند که ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد و کلیه شاخص‌های نیکویی برازش مدل را تأیید می‌کند. در پاسخ به این سوال پژوهش، که آیا ابزار مورد استفاده پایا است یا نه، از روش همسانی درونی استفاده شد. این روش بر یکنواختی اجزای تشکیل دهنده یک مقیاس تأکید می‌کند. در این راستا، از ضریب الفای کرونباخ، که یکی از رایج‌ترین شاخص‌های همسانی درونی است، استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان داد که هر یک از ابعاد و نیز کل مقیاس از پایایی مطلوبی برخوردار هستند و ضرایب بدست آمده بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۰ متغیر بودند، اما مقیاس کل ضریب اعتبار آن ۰/۸۸ محاسبه گردید که در حد بالایی بود. طبق نظر اولیس (۲۰۰۳) اگر چه ارزش آلفای کرونباخ به تعداد سوال‌های مقیاس خیلی حساس است و برای مقیاس‌های کوتاه، ضرایب آلفای کرونباخ نسبتاً پایین (در حد ۰/۵۰) امر غیر معقول و نامتعارفی نیست، با این وجود، ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷، یک مقدار ایده‌آل است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که پایایی مقیاس مورد استفاده برای هر یک از عوامل و نیز کل مقیاس در حد مطلوب و ایده‌آل است. در راستای بررسی روایی عاملی پرسشنامه و اینکه از چند عامل اشباع شده است از تحلیل عامل تاییدی استفاده شد. نتایج بیانگر این است که کلیه ضرایب برآورده شده مسیر از لحاظ آماری معنادار است ($P < 0.05$) و دامنه بارهای عاملی بین ۰/۲۵ تا ۰/۹۴ است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های سازندگان اصلی پرسشنامه زمیت و همکاران (۲۰۰۸)، که ساختار عاملی مقیاس را ۳ عاملی گزارش کرده‌اند، همسان است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که همسو با نتایج زمیت و همکاران (۲۰۰۸) سوال‌ها، مناسب انتخاب شده‌اند و پرسشنامه با کم‌ترین تغییر و بدون حذف هیچ سوالی ساختار خود را حفظ می‌کند، بنابراین، تفاوت‌های فرهنگی باعث نشده است که پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده در مقایسه با افراد از زبان‌های مختلف، متفاوت ارزیابی شود. در تبیین نتایج این یافته می‌توان گفت روان بودن، از جمله مهمترین ویژگی‌هایی است که در استفاده از یک مقیاس، مورد توجه قرار می‌گیرد. در این تحقیق، به منظور بررسی روایی مقیاس از روش روایی همگرا استفاده شد. وجود همبستگی پایین بین عوامل استخراج شده از یک مقیاس با یکدیگر و همبستگی نسبتاً بالای آن‌ها با نمره کل مقیاس عامل مهمی در روایی مقیاس می‌باشد که از این منظر نیز، مقیاس مورد بررسی از روایی قابل قبولی برخوردار است. بر اساس نظریه آناستازی (۱۹۸۱) وجود ضریب همبستگی ضعیف بین عوامل یک مقیاس، بیانگر روایی واگرا و وجود ضریب همبستگی قوی‌تر بین هر یک از عوامل و نمره کل، بیانگر روایی همگرا می‌باشد. علاوه بر این، جهت تعیین روایی همگرا و واگرا عوامل

استخراج شده، میزان همبستگی هر یک از ابعاد به ترتیب با کیفیت زندگی پرستاران محاسبه گردید که نتایج حاکی از مطلوب بودن روایی همگرا و واگرایی مقیاس بود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی پرستاران در سطح خطای ۰/۰۵ رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. ضریب همبستگی کیفیت زندگی با بعد افراد (۰/۳۷)، با بعد خانواده (۰/۴۴) و با بعد دوستان (۰/۳۸) محاسبه شد. نتایج این پژوهش با پژوهش گروسی (۱۳۹۴) همخوانی دارد. مطالعه او نشان داد کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در سالمندان رابطه معناداری دارند. در تبیین نتایج این یافته بر طبق نظر ملیسا و همکاران (۲۰۱۵) حمایت اجتماعی سبب افزایش سلامت روان و همچنین بهبود کیفیت زندگی می شود. افرادی که خانواده صمیمی دارند می توانند مشکلات خود را با آنها در میان بگذرانند و از آنها راهنمایی بخواهند. حتی اگر نتوانند آنها را راهنمایی کنند، حمایت عاطفی آنها می تواند سبب کاهش استرس شود. در شرایط بحران، سیستم محیطی و سیستم فردی در کنار هم می توانند بر نتایج سلامت تأثیرگذار باشند. فقدان حمایت خانواده به عنوان متغیرهای سیستم محیطی، فرد را برای پیامدهای روانشناختی مانند استرس آسیب پذیر می سازد. اما حمایت خانواده به عنوان متغیر مهمی از سیستم اجتماعی در شرایط بحرانی، فرد را در کاهش استرس کم کرده، به گونه ای که فقدان حمایت خانواده در این شرایط استرس زا، فشار روانی زیادی را بر فرد وارد می کند، می تواند پیامدهای روانشناختی مانند استرس را به دنبال داشته و فرد را به شدت در برابر استرس آسیب پذیر سازد. حمایت خانواده و تنها نگذاشتن فرد و همچنین درک اندوه و شرایط آنان، سبب می شود که این افراد راحتتر بتوانند با مشکل خود مقابله کرده و شرایط خود را بپذیرند. از لحاظ روان سنجی عوامل حمایت اجتماعی ادراک شده با ابعاد کیفیت زندگی رابطه مثبت و بالایی داشتند به طوری که، با افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده میزان کیفیت زندگی افراد نیز بالا میرفت. این میزان بالاتر از ۰/۲۹ بود که در حد متوسط به بالایی قرار داشت و با توجه به علامت مثبت حاکی از رابطه مستقیم بین دو متغیر بود. در یک اظهار نظر کلی می توان گفت که با توجه به بررسی ویژگی های روان سنجی پایایی و روایی مناسب این پرسشنامه کوتاه بودن و سهولت اجرا، شرایط استفاده محققان از این ابزار فراهم است؛ بنابراین این پرسشنامه که حمایت اجتماعی ادراک شده پرستاران را به خوبی مورد سنجش قرار می دهد، در جامعه پرستاران ایرانی روایی مناسبی دارد و می تواند در موقعیت های پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد و زمینه پژوهش های متعددی در قلمرو روان شناسی فراهم آورد. همینطور از آنجایی که هدف از این مطالعه تعیین اعتبار، روایی و نرم یابی پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده بود، نتایج به دست آمده از این پژوهش در واقع مانند یافته های تحقیقات دیگری است که در این زمینه به زبان های دیگر و در فرهنگ های مختلف انجام شده است. به طور خلاصه و با توجه به نتایج بدست آمده این گونه نتیجه گیری می شود که مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده یک مقیاس معتبر برای استفاده به زبان فارسی در تحقیقات ایران برای جامعه پرستاران است. همینطور اهمیت مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده را در کیفیت زندگی نشان می دهد پیشنهاد می شود که جهت سیاست گذاری های آینده در زمینه رفاه فردی و اجتماعی بهتر است از

این ابزار برای سایر گروه‌های جامعه و در سطح گسترده استفاده شود. با توجه به اینکه نمونه‌گیری این پژوهش در شهر تهران انجام شده است، امکان تعمیم این یافته به سایر شهرها وجود ندارد. همینطور، با توجه به اینکه این پژوهش در مورد پرستاران انجام شده است، این یافته‌ها را نمی‌توان به افراد غیر پرستار تعمیم داد. بنابراین توصیه می‌شود اعتبار و روایی این پرسشنامه روی گروه‌های نمونه دیگر بررسی شود. جهت اطمینان بیشتر نسبت به اعتبار پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شود انجام این پژوهش در سایر استانهای کشور نیز انجام گیرد. در تحقیقات بعدی به نقش متغیرهایی چون سن، جنس، میزان تحصیلات و پایگاه‌های اجتماعی-اقتصادی پرستاران نیز توجه شود. با توجه به ارتباط معنادار حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی پرستاران پیشنهاد می‌گردد مداخله‌های رفتاری و اجتماعی در جهت آموزش و تشویق خانواده‌ها، دیگران مهم و دوستان یا شبکه‌های خویشاوندی به منظور ارائه حمایت‌های اجتماعی ادراک شده به پرستاران و نیز مداخله‌های فرهنگی با هدف افزایش کیفیت زندگی پرستاران صورت گیرد.

منابع

- باوزین، فاطمه و سپهوندی، محمدعلی. (۱۳۹۶). بررسی رابطه مولفه‌های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی در بین سالمندان شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶، مجله پرستاری و مامایی، ۱۵(۱۲): ۹۳۱-۹۳۸.
- بشارت، محمدعلی، کشاورز، سمیرا، غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای خودشفقت ورزی و خودمهارگری در رابطه بین روانسازیه‌های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی. روانشناسی تحولی. ۴۴، ۳۵۵-۳۴۱.
- بیرامی منصور، موحدی معصومه، موحدی یزدان، عزیزی امیر، محمدزادگان رضا. (۱۳۹۳). نقش مولفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی فرسودگی شغلی پرستاران. فصلنامه مدیریت پرستاری. ۳(۱): ۲۷-۳۴.
- خیری، فریدون؛ یارمحمدی نژاد، عرفان؛ سیدالشهدایی مهناز، صابریان پیمان، حقانی حمید(۱۳۹۸). حمایت سازمانی ادراک شده و کیفیت زندگی کاری کارکنان عملیاتی مرکز اورژانس تهران در سال ۱۳۹۸. نشریه پرستاری ایران. ۳۴(۱۳۰): ۴۸-۵۸.
- سپهرمنش، زهرا؛ احمدوند، افشین؛ مروجی، علیرضا و میرزاده، مزده. (۱۳۹۲). بررسی سلامت روان پرستاران بخش‌های روانپزشکی و دیالیز بیمارستان اخوان دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۸۹: (یک گزارش کوتاه). مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. دوره (۱۲).
- سلیمی، سیدحسین؛ آزادمرزآبادی، اسفندیار و عابدی درزی، محمد(۱۳۹۱). بررسی سلامت روانی و رابطه آن با فرسودگی شغلی و رضایت از زندگی کارکنان یک دانشگاه نظامی در سال ۱۳۸۹، مجله طب نظامی، ۱۴(۴): ۲۷۶-۲۸۱.

صدق پور، بهرام؛ اسدی، محسن و میرنادر، محمد. (۱۳۹۸). رابطه نیازهای بنیادین و حمایت اجتماعی در سازگاری آموزشی، اجتماعی و عاطفی دانش آموزان، مجله روان شناسی، ۱۴(۴)، ۴۱۶-۴۰۱.

علی پور، احمد؛ صحراپیان، محمدعلی؛ علی اکبری دهکردی، مهناز و حاجی آقابابایی، مرضیه (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش های روان شناسی اجتماعی. ۱۳۹۰، ۱(۳)، ۱۱۰-۱۳۳.

مردانی، محسن؛ عبدالله زاده، فرحناز؛ اصغری، ال ناز؛ اصغری جعفرآبادی، محمد، محمدی فریبا، روحانی علیرضا (۱۳۹۵). عوامل پیشگویی کننده کیفیت زندگی کاری در پرستاران اتاق عمل. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۲۵ (۹۹): ۵۷-۶۸.

معینی، بابک؛ بابامیری، محمد؛ محمدی، یونس؛ براتی، محمد و رشیدی، سهیلا (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین شادکامی و وضعیت سلامت روان در دانش آموزان دختر دبیرستانی: یک مطالعه توصیفی تحلیلی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۱۴(۱۱)، ۹۴۲-۹۵۲.

موسوی مقدم، سیدرحمت الله، و ظهیری خواه، ندا، و باورصادجانی، آرزو. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و باورهای مذهبی با خودکارآمدی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور شهر شوش. علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۶(۳)، ۱۹۵-۱۹۹. میلانی فر، بهروز (۱۳۹۶). بهداشت روانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

نصیری، فخرالسادات و عبدالملکی، شویر. (۱۳۹۵). تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی با نقش میانجی استرس ادراک شده در زنان سرپرست خانوار شهر سنندج. جامعه شناسی کاربردی. سال بیست و هفتم، پیاپی (۶۴)، شماره چهارم. ۱۱۶-۹۹.

Reference

- Alan V, Jeffrey PH, Lori H, Brian T, Deirdre, W, Doreen S. The social support appraisals (so-a) scale: studies of reliability and validity. American J Common Psychol 1986;14: 195-218.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.
- Baron-Cohen. S., & Wheel Wright. S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning Autism and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-175.
- Bartholomew, K., & Hurwitz, L. M. (1991). Loneliness in young children. In Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E. (2001). *Handbook of health psychology*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.
- Bass, B. M., & Steidlmeier, P. (1999). Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior.

- Leadership Quarterly, 10, 181-217.
- Batson, C. D., Shaw L. L., Evidence of altruism, Nest, L. S., Segerstrom, S. C., & Siphon, S. E. (2000). Engagement and arousal: Optimist's effects during a brief stressor. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(1), 111-120.
- Berker, L., & Constantine, M. G. (2005). Relational variables and life satisfaction in African American and Asian American college women. *Journal of College Counseling*, 8, 5-15.
- Berkman LF, Karachi I. (2013). *Social epidemiology*. Oxford, UK: Oxford University Press;
- Coyle, C. T., & Enright, R. D. (1997). Forgiveness intervention with post abortion men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1042-1046.
- Dawda, D., & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G., & Pierce, G.R. (Eds.). (1990) *Social support: An interactional view*. New York: John Wiley & Sons.
- Slaski, M., & Cartwright, S. (2002). Health performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18, 63-68.
- Smith, A. E. (2000). Quality of life: A review. *Education and Aging*, 15(3), 419-434.
- World Health Organization (1998). *ICIDH-2-international classification of impairments, activities, and participation: A manual of dimensions of disablement and functioning*. Geneva: WHO.
- Worthington, E. L. (2005). *Handbook of forgiveness*. New York: Brunner– Routledge.
- Zeigler-Hill, V., Myers, E. M., & Clark, C. B. (2010). Narcissism and self-esteem reactivity: the role of negative achievement events. *Journal of Research in Personality*, 44, 285-292.