مجله علمی پژوهان
مقاله پژوهشی
دوره ۱۴، شماره ۳، بهار ۱۳۹۵
صفحات ۲۰ تا ۲۹

نقش صفات شخصیت و الگوهای ارتباطی خانواده در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان های شهید مفتح و پانزده خرداد شهر ورامین در سال ۱۳۹۴

مهشید مجتهدی[۱]، جمال عاشوری[۲*]

۱. کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران
۲. دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران

مشخصات مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۲۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۱۰

واژگان کلیدی

صفات شخصیت
الگوهای ارتباطی خانواده
کیفیت زندگی
پرستاران

نویسنده مسئول

جمال عاشوری، دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران

تلفن: ۰۲۱-۳۶۷۲۹۶۸۸
ایمیل: Jamal_ashoori@Yahoo.com

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی تحت تاثیر عوامل روانشناختی زیادی است که از مهمترین آنها می‌توان به صفات شخصیت و الگوهای ارتباطی خانواده اشاره کرد. این پژوهش با هدف بررسی نقش صفات شخصیت و الگوهای ارتباطی خانواده در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی_تحلیلی از نوع مقطعی بود. در مجموع ۱۸۰ پرستار با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از میان پرستاران بیمارستان‌های شهید مفتح و پانزده خرداد شهر ورامین در سال ۱۳۹۴ انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه‌های صفات شخصیت Costa & McCrae، الگوهای ارتباطی خانواده Koerner & Fitzpatrick و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی جمع آوری شد. داده‌ها با روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۱۹ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که روان‌رنجورخویی و الگوی همنوایی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه منفی و معنادار و برون‌گرایی، پذیرش، سازگاری، وظیفه‌شناسی و الگوی گفت و شنود با کیفیت زندگی پرستاران رابطه مثبت و معنادار داشتند ($P<۰/۰۵$). تحلیل رگرسیون نشان داد برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی و الگوی ارتباطی همنوایی توانستند ۲۴/۵ درصد از تغییرات کیفیت زندگی پرستاران را پیش‌بینی کنند ($P<۰/۰۰۱$). همچنین سهم روان‌رنجورخویی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بیش از سایر متغیرها بود ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی و الگوی ارتباطی همنوایی توانایی پیش‌بینی معنادار کیفیت زندگی پرستاران را داشتند، لذا این متغیرها می‌توانند نقش موثری در بهبود کیفیت زندگی پرستاران داشته باشند. بنابراین توصیه می‌شود که درمانگران به متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آنها برنامه‌هایی برای بهبود کیفیت زندگی پرستاران طراحی کنند.

مقدمه

یکی از آشکارترین مسائلی که در هر سازمانی به ویژه بیمارستان ذهن کادر اجرایی را مشغول می‌سازد، مساله کیفیت زندگی پرسنل به ویژه کیفیت زندگی پرستاران است که مسئول حفظ و ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی بیماران می‌باشند [۱]. شغل پرستاری یکی از مشاغل استرس‌زا است. عواملی که باعث استرس می‌شوند شامل فشار زیاد کار، کار در شیفت‌های شبانه، تقاضاهای زیاد در محل کار، سختی کار، مواجهه با اورژانس حاد و تهدید کننده حیات و یا بیماران با وضعیت ناپایدار، تعداد ناکافی پرستاران نسبت به بیماران و کمبود وسایل و تجهیزات می‌باشند [۲]. امروزه کیفیت زندگی یک مفهوم فراگیر است

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.21859/psj-140320]

که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تاثیر می‌پذیرد و بر ادراک فرد مبتنی است. در واقع کیفیت زندگی گستره‌ای شامل ابعاد عینی و ذهنی است که در تعامل با یکدیگر می‌باشند [۳]. کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی و پیچیده به معنای ادراک از وضعیتی که افراد در آن زندگی می‌کنند و ادراک از زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن قرار دارند، می‌باشد که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق آنها است [۴].کیفیت زندگی تحت تاثیر عوامل روانشناختی زیادی است که از مهمترین آنها می‌توان به صفات شخصیت و الگوهای ارتباط خانواده اشاره کرد. یکی از عوامل روانشناختی مرتبط با کیفیت زندگی، صفات شخصیت می‌باشد. شخصیت مجموعه سازمان یافته و واحدی متشکل از خصوصیات نسبتا ثابت و با دوام است که در مجموع یک فرد را از افراد دیگر متمایز می‌کند [۵]. نظریه های شخصیت با استفاده از دیدگاه‌های صفت و دیدگاه‌های زیستی_روانی پیشنهاد می‌کنند که شخصیت نقش حساس و موثری برای پیش‌بینی رضایت، سازگاری و کیفیت زندگی دارد. زیرا شخصیت یک عامل مهم و موثر در برقراری سطح تعادل بهنجار می‌باشد [۶]. بر اساس نظر Costa & McCrae (۱۹۹۲) شخصیت، صفات شخصیت دارای پنج مولفه روان‌رنجورخویی (Neuroticism)، برون‌گرایی (Extroversion)، پذیرش (Openness)، سازگاری (Agreeableness) و وظیفه‌شناسی (Conscientiousness) می‌باشد. روان‌رنجورخویی به تمایل فرد برای تجربه اضطراب، استرس، ترحم جویی، خصومت، تکانش‌ورزی، افسردگی و عزت نفس پایین اشاره دارد، در حالی که برون‌گرایی به تمایل فرد برای مثبت بودن، جرات طلبی، پر انرژی و صمیمی بودن اشاره می‌کند. پذیرش به تمایل فرد برای کنجکاوی، عشق به هنر، هنرمندی، انعطاف پذیری و خردورزی اشاره دارد، در حالی که سازگاری تمایل فرد را برای بخشندگی، مهربانی، سخاوت، همدلی، همفکری، نوع دوستی و اعتمادورزی مد نظر قرار می‌دهد. سرانجام اینکه وظیفه‌شناسی به تمایل فرد برای منظم بودن، کارا بودن، قابلیت اعتماد و اتکا، خودنظم بخشی، پیشرفت مداری، منطقی و آرام بودن اطلاق می‌گردد [۷]. نتایج حاکی از رابطه مولفه‌های شخصیتی با کیفیت زندگی است [۸-۱۱]. برای مثال Takeshita و همکاران (۲۰۱۵) ضمن پژوهشی درباره ارتباط صفات شخصیت با کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که روان‌رنجورخویی با کیفیت زندگی رابطه معنادار معکوس و برون‌گرایی، سازگاری و وظیفه‌شناسی با کیفیت زندگی رابطه معنادار مستقیم داشت [۸]. همچنین شیخ‌الاسلامی و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی درباره پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس دانش و نگرش جنسی و صفات شخصیت به این نتیجه رسیدند که روان‌رنجورخویی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار و برون‌گرایی، پذیرش، سازگاری، وظیفه‌شناسی و دانش و نگرش جنسی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار داشت [۱۰]. یکی دیگر از عوامل روانشناختی مرتبط با کیفیت زندگی، الگوهای ارتباطی خانواده می‌باشد. کیفیت زندگی افراد تحت تاثیر محیط‌ها و روابط اجتماعی قرار دارد و از آنجا که خانواده اولین نظامی است که کودک در آن چشم باز می‌کند، آموزش می‌بیند و از آن تاثیر می‌پذیرد بیشترین اثر را بر افراد می‌گذارد. خانواده یک سیستم کوچک است که از بخش‌های به هم مرتبط تشکیل شده و هر بخش بر بخش‌های دیگر تاثیر می‌گذارد و از آنها تاثیر می‌پذیرد [۱۲]. خانواده‌ها با روش‌های تربیتی و تعامل‌های متفاوت بر زندگی آینده فرزندان خود تاثیر بسیاری دارند. زیرا فرزندان بیشتر وقت خود را در خانه سپری می‌کنند و به دلیل ارتباطات میان اعضای خانواده از یکدیگر تاثیر می‌پذیرند. بنابراین امروزه به نقش خانواده در شکل‌گیری نحوهٔ زندگی و کیفیت زندگی تاکید زیادی می‌شود [۱۳]. یکی از مدل‌های مطرح در خانواده که به تعاملات در خانواده و نقش آن در سازگاری موثر با محیط و کیفیت زندگی پرداخته است، مدل الگوی ارتباطی خانواده است. اصولاً مفهوم الگوی ارتباطی خانواده یا طرحواره‌های ارتباطی خانواده ساختاری علمی از دنیای ارتباطی خانواده است که بر اساس ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر و اینکه اعضای خانواده چه چیزی به یکدیگر می‌گویند و چه کاری انجام می‌دهند و اینکه چه معنایی از این ارتباطات دارند، تعریف می‌شود [۱۴]. در زمینه الگوهای ارتباطی خانواده دو جهت‌گیری کلی شامل جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری همنوایی وجود دارد. منظور از جهت‌گیری

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.21859/psj-140320]

همنوایی میزان فشاری است که خانواده بر اعضا، برای هم‌رأیی و یکسان‌سازی گرایش‌ها، ارزش‌ها و باورها وارد می‌آورد. در این الگو ارتباط میان نسل‌ها بر حرف شنوی از پدر و مادر و دیگر بزرگسالان استوار است. جهت‌گیری گفت و شنود به فضایی اشاره دارد که اعضای خانواده به تعاملات خودانگیخته با یکدیگر و مشارکت در مباحث به طور باز و آزاد در مورد طیف وسیعی از موضوعات و ابراز ایده‌های جدید تشویق می‌شوند [۱۵]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی است [۱۶-۱۹]. برای مثال Sanavi و همکاران (۲۰۱۳) ضمن بررسی الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های والدینی با کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی رابطه معنادار مثبت داشت، اما الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی رابطه معناداری نداشت [۱۷]. عسگری و همکاران (۲۰۱۵) ضمن پژوهشی درباره رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و تمایز یافتگی خود با کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که الگوی ارتباطی گفت و شنود و تمایز یافتگی خود با کیفیت زندگی رابطه معنادار مستقیم داشت، اما الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی رابطه معناداری نداشت [۱۸]. با توجه به اینکه بیماران اغلب کیفیت خدمات ارایه شده از بیمارستان را بر پایه درک خود از مراقبت پرستاری بنا می‌کنند و چون خدمات پرستاری نقش بسیار مهمی در رضایت بیماران دارد، می‌توان انتظار داشت که ویژگی‌های روانشناختی پرستاران بر رضایت بیماران تاثیرگذار باشد [۲۰]. همچنین با توجه به متناقض بودن نتایج در زمینه رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی و اینکه یکی از مسائل مهم پرستاران بحث کیفیت زندگی می باشد و کمک به این افراد برای بهبود وضعیت زندگی امری ضروری و اجتناب ناپذیر است، لذا برای این منظور باید به بررسی جنبه های مختلف کیفیت زندگی پرستاران پرداخت. به این ترتیب هدف کلی این پژوهش بررسی نقش صفات شخصیت و الگوهای ارتباطی خانواده در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بود.

روش کار

این مطالعه توصیفی_تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعه این پژوهش همه پرستاران بیمارستان‌های شهید مفتح و پانزده خرداد شهر ورامین در سال ۱۳۹۴ بودند. از میان آنان ۱۸۰ پرستار به صورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. برای انتخاب اعضای نمونه پس از مشخص شدن لیست پرستاران هر دو بیمارستان، به نسبت حجم پرستاران هر بیمارستان، به همان نسبت نمونه انتخاب شد. ملاک ورود به مطالعه برخورداری از سلامت جسمانی و روانی و عدم عامل رخداد استرس‌زا مانند طلاق یا مرگ عزیزان نزدیک در شش ماه گذشته بود. همچنین ملاک خروج از مطالعه عدم همکاری و یا دستیابی به پرسشنامه ناقص بود. نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی لازم با بیمارستان‌ها و اخذ نامه همکاری با پژوهشگر، هدف پژوهش و رعایت اصل رازداری برای افراد نمونه توضیح داده شد. سپس از آنان خواسته شد تا رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش را امضا کنند و با دقت به پرسشنامه‌های زیر را پاسخ دهند. پرسشنامه صفات شخصیت (Personality Traits Questionnaire) توسط Costa & McCrae (۱۹۹۲) طراحی شده است. این ابزار دارای ۵ مولفه روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، پذیرش، سازگاری و وظیفه‌شناسی است که در مجموع ۶۰ گویه (هر مولفه ۱۲ گویه) دارد. در این پرسشنامه پاسخ هر گویه با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود و نمره مولفه ها با جمع کردن نمره گویه‌های سازنده آن و میانگین گرفتن از آنها بدست می‌آید و هر چه نمره آزمودني در یک مولفه بیشتر باشد به میزان بیشتري داراي آن ویژگي است. Kozako و همکاران (۲۰۱۳) پایایی مولفه‌های روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، پذیرش، سازگاری و وظیفه‌شناسی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۳ و ۰/۸۸ گزارش کردند [۲۱]. شکری و همکاران (۲۰۰۸) پایایی مولفه‌های مذکور را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ گزارش کردند. آنان روایی پرسشنامه را با روش تحلیل عاملی محاسبه و گزارش کردند که هر پنج عامل برازش قابل قبولی داشت [۲۲]. در این مطالعه ضرایب پایایی مولفه‌های مذکور با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۴، ۰/۷۶ و ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده (Family Communication

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.21859/psj-140320]

Koerner & Fitzpatrick توسط (Patterns Questionnaire (۲۰۰۲) طراحی شده است. این ابزار دارای ۲ مولفه الگوی ارتباطی گفت و شنود و الگوی ارتباطی همنوایی است که در مجموع ۲۶ گویه (الگوی گفت و شنود ۱۵ گویه و الگوی همنوایی ۱۱ گویه) دارد. در این پرسشنامه پاسخ هر گویه با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود و نمره مولفه‌ها با جمع کردن نمره گویه‌های سازنده آن و میانگین گرفتن از آنها بدست می‌آید و هر چه نمره آزمودني در یک مولفه بیشتر باشد به میزان بیشتري داراي آن ویژگي است. Koerner & Fitzpatrick (۲۰۰۲) پایایی ابعاد گفت و شنود و همنوایی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۲ گزارش کردند [۱۴]. همچنین کورش نیا و همکاران (۲۰۱۰) ضمن تایید روایی صوری ابزار، پایایی ابعاد گفت و شنود و همنوایی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۱ گزارش کردند [۲۳].

در این مطالعه ضرایب پایایی ابعاد گفت و شنود و همنوایی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۶ محاسبه شد.پرسشنامه کیفیت زندگی (Life Quality Questionnaire) توسط World Health Organization (۲۰۰۴) طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۶ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود و نمره آن با جمع کردن گویه‌ها و میانگین گرفتن از آنها به دست می‌آید و هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، کیفیت زندگی او بالاتر می‌باشد. WHO (۲۰۰۴) پایایی ابزار را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ گزارش کرد [۴، ۲۴، ۲۵]. همچنین این ابزار توسط مسائلی و همکاران (۲۰۱۰) هنجاریابی شد و آنان ضمن تایید روایی ابزار با نظر متخصصان، پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند [۲۶]. در این مطالعه ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از شاخص های توصیفی و در سطح استنباطی از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. لازم به ذکر است که برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-۱۹ استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش ۱۸۰ پرستار با میانگین سنی ۳۵/۷۲±۳/۷۶ سال بودند. از میان آنان ۱۳۷ نفر زن (۷۶/۱۱ درصد) و ۴۳ نفر مرد (۲۳/۸۹ درصد) بودند. همچنین از میان آنها ۱۹ نفر مجرد (۱۰/۵۶درصد) و ۱۶۱ متاهل (۸۹/۴۴ درصد) بودند. علاوه بر آن ۷ نفر فوق دیپلم (۳/۸۹ درصد)، ۱۶۱ نفر لیسانس (۸۹/۴۴ درصد) و ۱۲ نفر فوق لیسانس (۶/۶۷ درصد) بودند. در جدول ۱ برای بررسی روابط میان متغیرها میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. یافته‌های جدول ۱ نشان داد که روان‌رنجورخویی (r=-۰/۲۷۵≥P=۰/۰۱) و الگوی همنوایی (r=-۰/۲۹۰≥P=۰/۰۱) با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار و برون‌گرایی (r=۰/۳۶۸≥P=۰/۰۱)، پذیرش (r=۰/۲۲۵≥P=۰/۰۱)، سازگاری (r=۰/۱۴۰≥P=۰/۰۵)، وظیفه‌شناسی (r=۰/۲۶۷≥P=۰/۰۱) و الگوی گفت و شنود (r=۰/۳۳۵≥P=۰/۰۱) با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار داشتند. رابطه سایر متغیرها با یکدیگر در جدول ۱ قابل مشاهده است. در جدول ۲ نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیری با مدل گام‌به‌گام برای بررسی پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بر اساس صفات شخصیت و الگوهای ارتباطی خانواده ارائه شده است. یافته‌های جدول ۲ نشان داد که در مدل اول، نخست برون‌گرایی وارد معادله شد. ضریب همبستگی این متغیر با کیفیت زندگی ۰/۳۶۸ بود و این متغیر توانست ۱۳/۶ درصد از تغییرات کیفیت زندگی پرستاران را پیش‌بینی کند (R^2=۰/۱۳۶). در مدل دوم پس از برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی وارد معادله شد. ضریب همبستگی این دو متغیر با کیفیت زندگی ۰/۴۴۱ بوده و این دو متغیر توانستند ۱۹/۵ درصد از تغییرات کیفیت زندگی پرستاران را پیش‌بینی کنند (R^2=۰/۱۹۵). ورود متغیر روان‌رنجورخویی توانست ۵/۹ درصد توان پیش‌بینی را افزایش دهد. در مدل سوم پس از برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی، الگوی همنوایی وارد معادله شد. ضریب همبستگی این سه متغیر با کیفیت زندگی ۰/۴۹۵ شد و این سه متغیر توانستند ۲۴/۵ درصد از تغییرات کیفیت زندگی پرستاران را پیش‌بینی کنند (R^2=۰/۲۴۵). ورود متغیر الگوی همنوایی توانست ۵ درصد توان پیش‌بینی را افزایش دهد. در

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.21859/psj-140320]

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش (N=۱۸۰)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. روان‌رنجورخویی	۳/۰۷۳	۰/۵۰۲	۱							
۲. برون‌گرایی	۳/۴۸۰	۰/۵۰۶	۰/۰۸۹	۱						
۳. پذیرش	۳/۲۹۷	۰/۳۹۹	۰/۰۷۹	**۰/۴۹۵	۱					
۴. سازگاری	۳/۳۶۹	۰/۴۳۱	**-۰/۴۰۹	*۰/۱۵۰	۰/۰۹۲	۱				
۵. وظیفه‌شناسی	۳/۶۹۲	۰/۵۹۰	**-۰/۳۱۴	**۰/۵۴۲	**۰/۴۸۶	**۰/۵۵۰	۱			
۶. گفت و شنود	۳/۵۶۳	۰/۵۲۹	۰/۰۹۵	**۰/۴۸۹	**۰/۴۶۳	۰/۰۹۲	**۰/۴۸۲	۱		
۷. همنوایی	۳/۰۹۱	۰/۴۷۳	**۰/۳۰۴	**۰/۲۲۷	*۰/۱۵۸	**-۰/۱۷۵	۰/۰۲۸	۰/۰۸۲	۱	
۸. کیفیت زندگی	۳/۳۴۵	۰/۴۴۵	**-۰/۲۷۵	**۰/۳۶۸	**۰/۲۲۵	*۰/۱۴۰	**۰/۲۶۷	**۰/۳۳۵	**-۰/۲۹۰	۱

**P≤۰/۰۱ *P≤۰/۰۵

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری با مدل گام به‌گام برای پیش‌بینی کیفیت زندگی

مدل	متغیر پیش‌بین	R	R۲	R تغییر	F تغییر	df۱	df۲	احتمال
۱	برون‌گرایی	۰/۳۶۸	۰/۱۳۶	۰/۱۳۶	۲۷/۹۱۸	۱	۱۷۸	۰/۰۰۰۱
۲	برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی	۰/۴۴۱	۰/۱۹۵	۰/۰۵۹	۱۳/۰۴۲	۱	۱۷۷	۰/۰۰۰۱
۳	برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی و الگوی همنوایی	۰/۴۹۵	۰/۲۴۵	۰/۰۵۰	۱۱/۶۸۴	۱	۱۷۶	۰/۰۰۱

جدول ۳. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد در معادله رگرسیون با مدل گام به‌گام

مدل	متغیر پیش‌بین	ضرایب رگرسیون			T
		B غیر استاندارد	انحراف معیار	ß ا ندارد شده	
۱	برون‌گرایی	۰/۳۲۴	۰/۰۶۱	۰/۳۶۸	**۵/۲۸۴
۲	برون‌گرایی	۰/۳۰۵	۰/۰۶۰	۰/۳۴۶	**۵/۱۱۶
	روان‌رنجورخویی	-۰/۲۱۷	۰/۰۶۰	-۰/۲۴۵	**-۳/۶۱۱
۳	برون‌گرایی	۰/۲۵۰	۰/۰۶۰	۰/۲۸۴	**۴/۱۶۳
	روان‌رنجورخویی	-۰/۲۸۸	۰/۰۶۲	-۰/۳۲۴	**-۴/۶۴۸
	الگوی همنوایی	-۰/۲۳۰	۰/۰۶۷	-۰/۲۴۴	*-۳/۴۱۸

**P≤۰/۰۰۰۱ *P≤۰/۰۰۱

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.21859/psj-140320]

جدول ۳ نتایج ضرایب استاندارد و غیر استاندارد متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون با مدل گام‌به‌گام برای پیش‌بینی موثرترین متغیرها در پیش‌بینی کیفیت زندگی ارائه شده است. وارد شده در معادله رگرسیون با مدل گام‌به‌گام برای پیش‌بینی موثرترین متغیرها در پیش‌بینی کیفیت زندگی ارائه شده است. بر اساس یافته‌های جدول ۳ و با قبول ترتیب ورود متغیرها در مدل سوم روان‌رنجورخویی با بتای استاندارد معادل ۰/۳۲۴- بیشترین سهم را در پیش‌بینی تغییرات کیفیت زندگی پرستاران داشت که این سهم منفی بود، سپس برون‌گرایی با بتای استاندارد ۰/۲۸۴ نقش مثبت و موثری در پیش‌بینی تغییرات کیفیت زندگی پرستاران داشت و در نهایت الگوی همنوایی با بتای استاندارد ۰/۲۴۴- نقش منفی و موثری در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران داشت.

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد روان‌رنجورخویی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار و برون‌گرایی، پذیرش، سازگاری و وظیفه‌شناسی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار داشت که این یافته با یافته پژوهش‌های قبلی در این زمینه همسو بود [۸-۱۱]. برای مثال Filipović و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین اضطراب و روان‌رنجورخویی با کیفیت زندگی رابطه معنادار منفی و بین برون‌گرایی، پذیرش، سازگاری و وظیفه‌شناسی با کیفیت زندگی رابطه معنادار مثبت وجود داشت [۹]. همچنین حمید و زمستانی (۲۰۱۳) ضمن پژوهشی با عنوان رابطه هوش معنوی و ویژگی های شخصیتی با کیفیت زندگی در دانشجویان پزشکی به این نتیجه رسیدند که روان‌رنجورخویی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار و برون‌گرایی، پذیرش، سازگاری و وظیفه‌شناسی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار داشتند [۱۱]. در تبیین رابطه منفی روان‌رنجورخویی با کیفیت زندگی می‌توان گفت افراد روان‌رنجورخو نسبت به سایر افراد وقایع زندگی منفی را بیشتر تجربه می‌کنند و علاوه بر آن وقایع را منفی تر ارزیابی می‌کنند، زیرا آنان خود را در شرایطی قرار می‌دهند که خودپنداره منفی خود را تقویت کنند. هر چه افراد روان‌رنجورخو این شرایط را بیشتر تجربه کنند، نخست وضعیت سلامتی خود را پایین‌تر ارزیابی می‌کنند که این امر خود باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود. در تبیین رابطه مثبت برون‌گرایی و سازگاری با کیفیت زندگی می‌توان گفت افراد برون‌گرا و سازگار وقایع زندگی مثبت را بیشتر تجربه می‌کنند و چنین تجربه‌ای احساس رضایت بیشتر را در آنان ایجاد می‌کند که این امر باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. تبیین دیگر اینکه افراد برون‌گرا و سازگار دوستان بیشتری دارند و اکثر اوقات خود را در جمع دوستان سپری کرده و انگیزه بیشتری برای برقراری روابط صمیمانه با دوستان دارند و به همین دلایل نگاه خوش بینانه‌تری به زندگی دارند و به طور کلی وضعیت سلامتی خود را مثبت‌تر ارزیابی می‌کنند که این امر باعث افزایش کیفیت زندگی آنان می‌شود. در تبیین رابطه مثبت پذیرش با کیفیت زندگی می‌توان گفت که میان پذیرش با خلاقیت و تفکر واگرا رابطه مثبتی وجود دارد و این امر باعث می‌شود که افرادی دارای ویژگی پذیرش از سوی دیگران تایید شوند، راحت‌تر به موقعیت‌های بالاتر دست یابند و خودشان احساس رضایت بیشتری از زندگی شغلی و خانوادگی می‌کنند که این امر باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. در تبیین رابطه مثبت وظیفه‌شناسی با کیفیت زندگی می‌توان گفت که افراد وظیفه‌شناس تمایل زیادی برای اتمام کار خود به نحو احسن دارند و این امر باعث افزایش شانس آنان برای دریافت پاداش و تایید می‌شود. این امر در درجه نخست باعث افزایش احساس احترام و کمال و در نهایت باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود [۲۷]. یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار و الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار داشت که این یافته با یافته پژوهش‌های قبلی در این زمینه همسو بود [۱۶-۱۹]. برای مثال Zarei و همکاران (۲۰۱۳) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که الگوی ارتباط گفت و شنود با تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معنادار و الگوی ارتباطی همنوایی با تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنادار داشت [۱۶]. همچنین شهرکی‌ثانوی و همکاران (۲۰۱۱) ضمن پژوهشی درباره رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که الگوی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.21859/psj-140320]

ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار و الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار داشت [۱۹]. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد دارای الگوی ارتباطی همنوایی برخلاف افرادی دارای الگوی ارتباطی گفت و شنود که آزادانه ابراز وجود کردند به دلیل اینکه دائما به آنها امر و نهی و تاکید بر اطاعت و همنوایی شده، خودکارآمدی و عزت نفس پایین‌تری دارند و نمی‌توانند به راحتی ابراز وجود کنند. لذا هنگامی که در زندگی با مشکلات و چالش‌ها روبرو می‌شوند، نمی‌توانند با استفاده از راهبردهای مثبت و سازگار با آنها مقابله کنند و به همین دلیل کیفیت زندگی پایین‌تری دارند که در نتیجه الگوی همنوایی باعث کاهش کیفیت زندگی و الگوی گفت و شنود باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. تبیین دیگر اینکه افراد در خانواده‌های دارای الگوی ارتباطی گفت و شنود برخلاف افراد در خانواده‌های دارای الگوی ارتباطی همنوایی قادر هستند تا نیازها، خواسته‌ها و علاقه‌های خود را با اعضای خانواده در میان بگذارند، عشق، دوستی و محبت را نسبت به یکدیگر ابراز کنند و به خوبی از عهده مشکلات و مسائل برآیند که این امر نخست باعث افزایش عزت نفس و خوپنداره مثبت و بهبود مهارت‌های اجتماعی و در نهایت باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود [۱۴]. در نتیجه می‌توان گفت الگوی ارتباطی گفت و شنود با تاثیراتی که دارد باعث افزایش کیفیت زندگی و الگوی ارتباطی همنوایی با تاثیراتی که دارد باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود.

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد در یک مدلی که صفات شخصیت (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، پذیرش، سازگاری و وظیفه‌شناسی) و الگوهای ارتباطی خانواده (الگوی گفت و شنود و الگوی همنوایی) برای پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران رقابت نمایند، متغیرهای برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی و الگوی ارتباطی همنوایی توانایی پیش‌بینی معنادار کیفیت زندگی پرستاران را داشتند که با توجه به بتای استاندارد روان‌رنجورخویی بیشترین سهم را در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران داشت که این سهم منفی بود. پس آنچه در پیش‌بینی کیفیت زندگی نقش عمده ای ایفا می‌کند در درجه نخست این است که افراد خود را روان‌رنجورخو ارزیابی نکنند.

در این پژوهش مهمترین محدودیت استفاده از روش همبستگی و ابزارهای خودگزارش‌دهی بود. در این روش روابط کشف شده را نمی‌توان به عنوان روابط علی فرض کرد و در ابزارهای خودگزارش‌دهی ممکن است افراد خویشتن‌نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. محدودیت دیگر این پژوهش مشکلاتی در زمان اجرا بود که تلاش شد با بیان هدف پژوهش و دریافت موافقت رئیس بیمارستان‌ها این مشکل را برطرف کرد. محدود شدن نمونه پژوهش به پرستاران بیمارستان‌های شهر ورامین محدودیت دیگر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای جمع‌آوری داده از مصاحبه‌های ساختار یافته و نیمه ساختار یافته استفاده شود. همچنین انجام پژوهش‌های مداخله‌ای برای بررسی تاثیر آنها و دستیابی به رابطه علی نیز پیشنهاد مناسبی برای انجام پژوهش در آینده می‌باشد. علاوه بر آن پژوهش بر روی پرستاران سایر شهرها می‌تواند زمینه جدیدی برای مطالعه باشد. به هر حال به نظر می‌رسد درباره کیفیت زندگی به ویژه کیفیت زندگی پرستاران باید پژوهش‌های بیشتری انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که متغیرهای روان‌رنجورخویی و الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه منفی و معنادار و متغیرهای برون‌گرایی، پذیرش، سازگاری، وظیفه‌شناسی و الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی پرستاران رابطه مثبت و معنادار داشتند. همچنین در یک مدل پیش‌بین فقط متغیرهای برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی و الگوی ارتباطی همنوایی توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران را داشتند که سهم روان‌رنجورخویی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بیش از سایر متغیرها بود. بنابراین درمانگران، مشاوران و روانشناسان بالینی برای افزایش کیفیت زندگی نخست باید به افراد آموزش‌هایی برای دور شدن از روان‌رنجورخویی دهند، سپس به آموزش برون‌گرایی بپردازند و در نهایت به افراد آموزش‌هایی برای رهایی از الگوی ارتباطی همنوایی دهند. همچنین برنامه‌ریزان و مسئولان بیمارستان‌ها برای افزایش کیفیت زندگی پرستاران باید به نشانه‌های

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.21859/psj-140320]

متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آنها برنامه‌هایی برای بهبود کیفیت زندگی پرستاران طراحی کنند.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه مسئولین و پرستاران بیمارستان‌های شهید مفتح و پانزده خرداد شهر ورامین که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده و حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

لازم به ذکر است که این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده است.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی نداشته است.

References

1. Soltan Ahmadi F. The relationship between perceived social support and psychological hardiness with life satisfaction among nurses of Mashhad hospitals [MA Dissertation]. Mashhad:Islamic Azad University of Neyshabur Branch;2015. (Persian)

2. 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):65-74. (Persian)

3. Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: The importance of feeling well. International Journal of Cardiology. 2011;149(2):4–9.

4. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva:World Health Organization;2004.

5. De Haro JM, Castejon JL, Gilar R. General mental ability as moderator of personality traits as predictors of early career success. Journal of Vocational Behavior. 2013; 83(2):171-180.

6. Spotts EL, Lichtenstein P, Pedersen N, Neiderhiser JM, Hansson K, et al. Personality and marital satisfaction: a behavioral analysis. European Journal of Personality. 2005;19(3):205-227.

7. Costa PR, Terracciano A, McCrae RR. Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. Journal of Personality and Social Psychology. 2001;81(2):322-331.

8. Takeshita H, Ikebe K, Kagawa R, Okada T, Gondo Y, et al. Association of personality traits with oral health-related quality of life independently of objective oral health status: A study of community-dwelling elderly Japanese. Journal of Dentistry. 2015;43(3):342-349.

9. Filipović BF, Randjelovic T, Ille T, Markovic O, Milovanović B, et al. Anxiety, personality traits and quality of life in functional dyspepsia-suffering patients. European Journal of Internal Medicine. 2013;24(1):83-86.

10. Sheykholeslami A, Azarniyoor S, Mohammadi N. Prediction of quality of life based on sexual attitude and knowledge, and personality traits in married women. Journal of Health and Care. 2015;17(3):260-269. (Persian)

11. Hamid N, Zemestani M. The relationship between spiritual intelligence, personality traits and quality of life in medical students. Hormozgan Medical Journal. 2013;17(4):347-355. (Persian)

12. Sigelman CK, Rider EI. Life-span human development 7th Ed. Belmont, CA:Wadsworth;2012.

13. Baxter LA, Bylund CL, Imes RS, Scheive DM. Family communication environments and rule-based

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.21859/psj-140320]

social control of adolescents' healthy lifestyle choices. Journal of Family Communication. 2005;5(3):209-227.

14. Koerner AF, Fitzpatrick MA. Toward a theory of family communication. Communication Theory. 2002;12(1):70-91.

15. Fitzpatrick MA. The family communication patterns theory observations on its development and application. Journal of Family Communication. 2004;4(3-4):167-179.

16. Zarei E, Fallahchai SR, Vahedi Sarrigani N. The study of relationship between family communications patterns with resilience and quality of life the high school girl's students. Journal of Life Science. 2013;3(4):289-293.

17. Sanavi FS, Baghbanian A, Shovey MF, Ansari-Moghaddam A. A study on family communication pattern and parenting styles with quality of life in adolescent. Journal of Pakistan Medical Association. 2013;63(11):1393-1398.

18. Asgari S, Rashidi A R, Naghshineh T, Sharifi S. The relationship between Family communication patterns and differentiation of self with quality of life of women applicant divorce. Frooyesh. 2015;4(2):87-112. (Persian)

19. Shahraki Sanavi F, Navidian A, Ansari Moghaddam AR, Faraji Shoy M. Investigation the relationship of family communication patterns in quality of life among adolescents. Journal of Family Counselor Psychiatry. 2011;1(1):101-114. (Persian)

20. Alipoor R, Ebrahimi A, Omidi R, Hedayati A, Ranjbar H, Hosseinpour S. Depression, anxiety, stress and related demographic variables in nurses of Valiasr hospital in Fasa university of medical sciences in 2014. Pajouhan Scientific Journal. 2015;13(4):51-59. (Persian)

21. Kozako AMF, Safin SZ, Abdul Rahim AR. The relationship of big five personality traits on counterproductive work behavior among hotel employees: An exploratory study. Journal of Procedia Economics and Finance. 2013;7:181–187.

22. Shokri O, Daneshvar Pour Z, Askari A. Gender differences in academic performance: The role of personality traits. Journal of Behavioral Sciences. 2008;2(2):127-142. (Persian)

23. Koroshnia M, Mazidi M, Hosienchari M. Relation between perceived communication patterns in family and religiosity among university students. Journal of New Education Thought. 2010;6(3):45-66. (Persian)

24. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Jamshidian N, Saberi H, Shams J, Haghparast A. Prediction of quality of life by self-efficacy, pain intensity and pain duration in patient with pain disorders. Basic and clinical neuroscience. 2013;4(2):11-18.

25. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Saberi H, Shams J, Osanlo S, Nori G, et al. The Role of Resilience and Age on Quality of life in Patients with Pain Disorders. Basic and clinical neuroscience. 2013;4(1):24-30.

26. Masaeli N, Attari A, Molavi H, Najafi M, Siavash M. Normative data and psychometric properties of the quality of life questionnaire for patients with diabetes mellitus. Koomesh. 2010;11(4):263-269. (Persian)

27. Najjar A. Relation between psychological hardiness, personality traits and perceived organizational support with mental health and quality of life [MA Dissertation]. Semnan:Islamic Azad University of Garmsar Branch;2016. (Persian)

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.21859/psj-140320]

Pajouhan Scientific Journal
Research Article
Vol 14, No 3, Spring 2016

The role of personality traits and family communication patterns in prediction of qualityof life among nurses of Shahid Mofatteh and 15 Khordad hospitals in Varamin city, 2015

Mahshid Mojtahedi[1], Jamal Ashoori[2*]

1. MA of Educational Administration, Department of Educational Science, Urmia University, Urmia, Iran
2. Ph.D. of Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Article Info

Recieved: 16 Mar. 2016
Accepted: 30 May 2016

Keywords

Personality traits
Family communication patterns
Quality of life
Nurses

Coresponding Author

Jamal Ashoori, Ph.D. of Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Tel: +982136729688
Email: Jamal_ashoori@Yahoo.com

Citation

Mojtahedi M, Ashoori J. [The role of personality traits and family communication patterns in prediction of qualityof life among nurses of Mofatteh and 15 Khordad hospitals in 2015]. Pajouhan Scientific Journal. 2016;14(3):20-29

Abstract

Introduction: Quality of life is affected by several psychological factors of which personality traits and family communication patterns can be noted as the most important ones. This research aimed to investigate the role of personality traits and family communication patterns in prediction of quality of life among nurses.

Methods: This is a descriptive-analytical study of cross-sectional type. The statistical population included 180 nurses of Shahid Mofatteh and 15 Khordad hospitals of Varamin city in 2015, as selected by stratified randomly sampling method. The data was collected through questionnaires comprising personality traits of Costa & McCrae, family communication patterns of Koerner & Fitzpatrick and quality of life of World Health Organization. Data was analyzed by Pearson correlation and multivariate regression with using SPSS-19 software.

Results: The results showed that neuroticism and conformity communication pattern had a significantly negative relationship with quality of life of nurses; and extroversion, openness, agreeableness, conscientiousness and conversation communication pattern had a significantly positive relationship with life quality of nurses ($P<0.05$). In the other hand, extroversion, neuroticism and conversation communication pattern predicted 24.5 percent of life quality variance of nurses ($P<0.001$). Also, the share of neuroticism in predicting quality of life was more than other variables ($P<0.001$).

Conclusion: Extroversion, neuroticism and conversation communication pattern reveal a significant ability of predicting quality of life among nurses. Therefore, these variables can have an effective role in improving the quality of life of nurses. It is suggested that therapists should consider these variables and design appropriate programs, based on them, to improve the quality of life of nurses.

© 2016 Pajouhan Scientific Journal. All right reserved

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.21859/psj-140320]