

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سلامت روان و مؤلفه‌هایش در آزمودنی‌ها

منبع کنترل	سلامت روان	نشانه‌های جسمانی	اختلال افسردگی	اختلال اضطراب	اختلال عملکرد اجتماعی	
۱۶/۱۵	۵۶/۹۲	۱۴/۲۸	۱۴/۳۰	۱۳/۹۱	۱۴/۴۳	میانگین
۳/۴۲۴	۸/۲۹۰	۲/۷۴۹	۳/۰۹۵	۲/۷۲۹	۲/۶۴۵	انحراف معیار

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره سلامت روان و مؤلفه‌هایش در سطح متوسطی بودند.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر منبع کنترل در افراد افسرده و سواس اجباری

سطح معنی داری	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
$p = ۰/۲۲۰$	۳/۳۳۹	۱۵/۷۷	۷۰	افسرده	منبع کنترل
	۳/۴۸۵	۱۶/۴۸	۷۰	وسواسی	

بر اساس نتایج جدول ۳ میانگین نمره منبع کنترل در بیماران با اختلال وسواسی بیشتر از نمره منبع کنترل بیماران افسرده بود. هرچند این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار سلامت روان و ابعاد آن بین بیماران افسرده و سواس اجباری

	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
$p = ۰/۹۹۳$	۲/۳۱۱	۱۴/۴۳	۷۰	افسرده	اختلال در عملکرد اجتماعی
	۲/۹۱۹	۱۴/۶۳	۷۰	وسواسی	
$p = ۰/۳۴۰$	۲/۶۶۴	۱۳/۶۸	۷۰	افسرده	اختلال اضطرابی
	۲/۷۸۵	۱۴/۱۲	۷۰	وسواسی	
$p < ۰/۰۰۱$	۳/۰۳۰	۱۴/۶۱	۷۰	افسرده	اختلال افسردگی
	۳/۱۳۶	۱۳/۹۴	۷۰	وسواسی	
$p = ۰/۴۰۸$	۲/۳۹۷	۱۴/۰۱	۷۰	افسرده	نشانه‌های جسمانی
	۳/۰۳۶	۱۴/۷۵	۷۰	وسواسی	
$p < ۰/۰۰۱$	۷/۱۵۸	۵۶/۳۵	۷۰	افسرده	سلامت روان
	۹/۱۷۹	۵۷/۴۱	۷۰	وسواسی	

از نظر متغیرهای اختلال در عملکرد اجتماعی، اختلال اضطرابی و نشانه‌های جسمانی تفاوت معناداری بین گروه‌ها دیده نشد. اما نشانه‌های افسردگی در افراد افسرده بیشتر از افراد وسواسی بود و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. وضعیت سلامت روان در افراد وسواس به طور معناداری نسبت به افراد افسرده ضعیف‌تر بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

در تحقیق حاضر به مقایسه منبع کنترل و سلامت روان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و افسردگی اقدام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از نظر منبع کنترل بین بیماران وسواس و افسرده تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. این در حالیست که نتایج مطالعه شیخ حسنی و همکاران نشان داد که مؤلفه غیر قابل کنترل بودن در طرحواره‌های هیجانی در بیماران وسواس از بیماران افسرده بیشتر است (شیخ حسنی، ۱۳۹۷). از طرفی نتایج مطالعه نعمتی و ناشی و همکاران نشان داد که بیماران وسواسی از منبع کنترل سلامت بهتری نسبت به افراد افسرده برخوردار بودند و در تبیین این یافته‌ها بیان داشتند که بیماران افسرده بیشتر منبع کنترل بیرونی دارند و دلیل رفتارهایشان را به عوامل بیرونی مانند خانواده، دوستان، جامعه و ... نسبت می‌دهند (نعمتی و ناشی، ۱۳۹۷). اینوزو<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی بیان داشت که منبع کنترل خارجی با سطح بیشتری از علائم افسردگی همراه بوده و هیچ ارتباط معناداری با شدت علائم وسواس ندارد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیماران وسواس نسبت به بیماران افسرده از سلامت روان کمتری برخوردار بودند و از بین مؤلفه‌های سلامت روان تنها در مؤلفه افسردگی تفاوت آماری معنادار دیده شد بدین معنا که افسردگی در بیماران افسرده نسبت به بیماران وسواسی بیشتر بود و در سایر مؤلفه‌ها تفاوتی دیده نشد که گزارش افسردگی بیشتر در افراد افسرده دور از ذهن نیست. میگل<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که ۸۷ درصد بیماران وسواسی دارای نوع خفیف یا متوسط افسردگی هم هستند و احساس ترس و تهدید در این بیماران بیشتر از بیماران افسرده بود. نتایج مطالعه‌ای در هلند نشان داد که بیماری وسواس و اختلال افسردگی عمده ۵۶/۶ درصد با هم بروز می‌کنند و در توجیه این نتایج بیان کردند که اختلال وسواس و افسردگی از میزان همبودی بالایی برخوردارند (ریکلت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). در مطالعه حاضر اختلال در عملکرد اجتماعی بین دو گروه تفاوت آماری معناداری را نشان نداد. مطالعات مختلف نشان دادند که افسردگی و وسواس با اختلال در عملکرد اجتماعی همراه بودند و این خود می‌تواند توجیهی برای این عدم تفاوت باشد (گلپور، ۱۳۹۶؛ جانسن، اورگاو و د بروین<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰؛ الیور<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ کامپف، والتر و روشه<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶). در مطالعه حاضر، از نظر نشانه‌های جسمانی بین دو گروه بیماران وسواس و افسرده تفاوت معناداری دیده نشد. در این خصوص مطالعات مختلف هم نشان دادند که بیماری‌های روانی مختلف نشانه‌های جسمانی مشترکی را بروز می‌دهند که همسو با نتیجه مطالعه حاضر است (براون، لستر، جاسی، هیمن و کربس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵؛ ریاحی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین از نظر اختلال اضطرابی نیز تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مورد مطالعه دیده نشد. در این راستا مطالعات

<sup>۱</sup>. Inozu

<sup>۲</sup>. Miegel, Jelinek and Moritz

<sup>۳</sup>. Rickelt

<sup>۴</sup>. Jansen, Overgaauw and De Bruijn

<sup>۵</sup>. Oliveri

<sup>۶</sup>. Kampf, Walter and Rösche

<sup>۷</sup>. Brown, Lester, Jassi, Heyman and Krebs

<sup>۸</sup>. Riahi

نشان دادند که بین افسردگی با اضطراب و اختلال وسواس با اضطراب همبستگی مثبت، قوی و معناداری وجود دارد (دسوکی، ابراهیم و عمر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵؛ سان، لی، بایس و استروچ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه آماری و روش نمونه‌گیری تصادفی ساده اشاره کرد که بر همین مبنا برای تعمیم نتایج پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین از دیگر محدودیت‌ها عدم بررسی شاخص‌های بالینی دیگر و تمرکز بر پرسشنامه به عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی به شمار می‌آید. انجام مطالعات گسترده‌تر برای ارزیابی منبع کنترل و سلامت روان در افراد دارای بیماری‌های مختلف با حجم نمونه بیشتر و به صورت مقایسه چند مرکزی در سطح کشور توصیه می‌شود تا با استفاده از نتایج آن بتوان برنامه‌ریزی مناسب‌تری برای بهبود ارتقاء سلامت روان انجام داد. همچنین با توجه به اهمیت و شیوع اختلال‌های روانی افسردگی و وسواس، مقایسه سایر متغیرها و مؤلفه‌ها در این اختلالات به تفکیک جنسیت، میزان تحصیلات، سطح اقتصادی و اجتماعی و ناحیه جغرافیایی محل زندگی امری ضروری به نظر می‌رسد و با انجام پژوهش‌های آینده در حوزه تأثیر پروتکل‌های درمانی مؤثر نیز می‌توان گامی بزرگ در راستای بهبود افراد با این اختلالات برداشت.

به طور خلاصه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران افسرده و وسواس اجباری حداقل در برخی از مؤلفه‌های سلامت روان دارای نیمرخ شخصیتی متفاوت هستند، هر چند از نظر منبع کنترل تفاوت آماری معناداری را نشان ندادند.

### تشکر و قدردانی

لازم می‌دانیم از تمامی مسئولان، به ویژه بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی به عمل آوریم که با همکاری صمیمانه خود ما را در انجام این تحقیق یاری کردند.

### فهرست منابع

- پور ابراهیم عمران، عباس، شاهیداغی، محمدرحیم، عبدی، سلمان و کمالی، محمد (۱۳۹۴). ترجمه و بررسی روایی و پایایی مقیاس منبع کنترل رفتار در بزرگسالان دارای لکنت. *توانبخشی نوین*. ۹ (۳): ۷۹-۸۵.
- تقوی، سیدمحمد رضا (۱۳۸۵). *هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز. روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۶ (۱): ۱-۱۲.
- دلیر، مجتبی (۱۳۹۸). فراوانی زیرگروه‌های اختلال وسواس-اجبار: نقش جنسیت. *رویش روان‌شناسی*. ۸ (۲): ۳۱-۳۸.
- شیخ حسنی، شهرزاد، حاتمی، محمد، نصرالهی، بیتا (۱۳۹۷). مقایسه طرحواره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار، افسردگی اساسی و عادی. *مجله علوم شناختی*. ۱۷ (۷۲): ۸۷۳-۸۸۱.

<sup>1</sup>. Desouky, Ibrahem and Omar

<sup>2</sup>. Sun, Li, Buys and Storch

- صدیقی، الهه، بیدکی، رضا، میدانی، عباس، احمدی‌نیا، حسن و رضائیان، محسن (۱۳۹۵). بررسی وضعیت سلامت روان در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۴. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۷(۷): ۶۶۹-۶۸۰.
- گل پور، رضا و ترخان، مرتضی (۱۳۹۶). نقش تعدیلی افسردگی و اهمال کاری در تأثیر خوددلسوزی بر عملکرد اجتماعی-انطباقی در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۱۸: ۹۲-۱۰۱.
- نابینیان، محمدرضا، نیک آذین، امیر و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۳). ساختار عاملی، اعتبار و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) در نوجوانان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۲۱ (۱۰): ۱۵۹-۱۷۲.
- نعمتی‌وناشی، رویا و سلیمی‌نیا، علیرضا (۱۳۹۷). مقایسه ابعاد کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در بیماران دچار اختلال وسواس فکری-عملی و بیماران افسرده. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۱۲(۴): ۵۱۳-۵۲۹.
- Attili, G., Toni, A., & Di Pentima, L. (2019). Attaccamento, locus of control e quadri sintomatologici: differenze per genere ed età in infanzia e adolescenza. *Attaccamento, locus of control e quadri sintomatologici: differenze per genere ed età in infanzia e adolescenza*, 251-283.
- Auten, D., & Fritz, C. (2019). Mental health at work: How mindfulness aids in more ways than one. *Organizational Dynamics*, 48(3), 98-104 .
- Brown, H., Lester, K., Jassi, A., Heyman, I., & Krebs, G. (2015). Paediatric obsessive-compulsive disorder and depressive symptoms: Clinical correlates and CBT treatment outcomes. *Journal of abnormal child psychology*, 43(5), 933-942 .
- Dalir, M. (2019). Frequency of Obsessive-Compulsive Disorder Subtypes: Gender Role. *Rooyesh*. 8 (2) :31-38. (In Persian)
- Desouky, D. E. S., Ibrahem, R. A., & Omar, M. S. (2015). Prevalence and comorbidity of depression, anxiety and obsessive compulsive disorders among Saudi secondary school girls, Taif Area, KSA. *Arch Iran Med*, 18(4), 234-238 .
- Epstein, I., Khanlou, N., Balaquiao, L., & Chang, K.-Y. (2019). University students' mental health and illness experiences in health and allied health programs: a scoping review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(3), 743-764 .
- Golpoor, R., & Tarkhan, M. (2018). The moderating role of depression and procrastination in the effects of self-compassion on adaptive social functioning in high school students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 18(4), 92-101. (In Persian)
- golpoor, R., tarkhan, M. (2018). The moderating role of depression and procrastination in the effects of self-compassion on adaptive social functioning in high school students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 18(4), 92-101. (In Persian)
- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. *Jama*, 317(13), 1358-1367 .
- Hovenkamp-Hermelink, J. H., Jeronimus, B. F., Spinhoven, P., Penninx, B. W., Schoevers, R. A., & Riese, H. (2019). Differential associations of locus of control with anxiety, depression and life-events: A five-wave, nine-year study to test stability and change. *Journal of affective disorders*, 253, 26-34 .

- Inozu, M., Yorulmaz, O., & Terzi, S. (2012). Locus of control in obsessive-compulsive (OC) and depression symptoms: the moderating effect of externality on obsessive-related control beliefs in OC symptoms. *Behaviour Change*, 29(3), 148-163 .
- Jansen, M., Overgaauw, S., & De Bruijn, E. R. (2020). Social cognition and obsessive-compulsive disorder: A review of subdomains of social functioning. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 118 .
- Kampf, C., Walter, U., & Rösche, J. (2016). The impact of anxiety, seizure severity, executive dysfunction, subjectively perceived psychological deficits, and depression on social function in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 57, 5-8 .
- Miegel, F., Jelinek, L., & Moritz, S. (2019). Dysfunctional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and depression as assessed with the Beliefs Questionnaire (BQ). *Psychiatry research*, 272, 265-274 .
- Mohamad Reza Naeinian, Amir Nikazin, Mohamad Reza Shairi, (2014). Factor structure, Validity, and Reliability of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Iranian Adolescents, *Biannual Peer Review Journal of Clinical Psychology & Personality*, 12(1), 159-172. (In Persian)
- Nainian, M. R., Nik Azin, A. and Shairi, M. R. (2014). Factor structure, validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in Iranian adolescents. *Clinical Psychology and Personality (Behavior Scholar)*, 21 (10), 159-172.
- Nemati Vanashi, R., & Saliminia, A. R. (2019). Comparison of dimensions of perfectionism and the source of health control in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and depressed patients. *Journal of Applied Psychology*, 12(4), 513-529. (In Persian)
- Nemati Vanashi, R., Saliminia, A. (2019). Comparison of dimensions of perfectionism and the source of health control in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and depressed patients. *Journal of Applied Psychology*, 12(4), 513-529. (In Persian)
- Oliveri, L. N., Awerbuch, A. W., Jarskog, L. F., Penn, D. L., Pinkham, A., & Harvey, P. D. (2020). Depression predicts self assessment of social function in both patients with schizophrenia and healthy people. *Psychiatry Research*, 284, 112681 .
- Pourebrahim Omran, A., Shahbodaghi, M. R., Abdi, S., & Kamali, M. (2016). Developing of the Persian Version of " Locus of Control of Behavior" Scale and Determined its Validity and Reliability in Person with Stuttering, *Journal of Modern Rehabilitation*, 9(3), 79-85. (In Persian)
- Pourebrahim Omran, A., Shahbodaghi, M.R., Abdi, S. and Kamali, K. (2016). Developing of the Persian Version of " Locus of Control of Behavior" Scale and Determined its Validity and Reliability in Person with Stuttering, *Journal of Modern Rehabilitation*, 9(3), 79-85. (In Persian)
- Rezaeian, M., Zare-Bidaki, M., Bakhtar, M., and Hadimoghadam, M. (2013). A Survey of Research Self-Efficacy in Internship Medical Students of Rafsanjan University of Medical Sciences in. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 17 (7): 669-680. (In Persian)
- Riahi, F., Izadi-Mazidi, M., Khajeddin, N., Nasirzadeh, S., Shafieian, F., Helalinasab, A., & Deilamani, M. (2016). Investigation of Mental Health in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms. *Iranian journal of psychiatry*, 11(1), 14-29.
- Rickelt, J., Viechtbauer, W., Lieverse, R., Overbeek, T., van Balkom, A. J., van Oppen, P., . . . Tibi, L. (2016). The relation between depressive and obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder: results from a large, naturalistic follow-up study. *Journal of affective disorders*, 203, 241-247 .

- Sedighi, E., Bidaki, R., Meidani, A., Ahmadiania, H., & Rezaeian, M. (2018). Mental health status in medical students of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2016. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 17(7), 669-680. (In Persian)
- Sedighi, Elaha., Bidaki, Reza., Maidani, Abbas., Ahmadiania, Hassan and Rezaian, Mohsen (2015). Investigating the state of mental health in medical students of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 17(7): 669-680.
- Sheikhhassani, S., Hatami, M., Nasrolahi, B. (2019). Compare Emotional Schemas in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Major Depression and Normal. *Psychological sciences*, 17(72), 873-881. (In Persian)
- Sheikhhassani, S., Hatami, M., Nasrolahi, B. (2019). Compare Emotional Schemas in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Major Depression and Normal. *Journal of Psychological Science*, 17 (72), 873-881. (In Persian)
- Sun, J., Li, Z., Buys, N., & Storch, E. A. (2015). Correlates of comorbid depression, anxiety and helplessness with obsessive-compulsive disorder in Chinese adolescents. *Journal of affective disorders*, 174, 31-37 .
- Taghavi, S. (2008). The Normalization of General Health Questionnaire for Shiraz University Students (GHQ-28). *Clinical Psychology and Personality*, 6(1), 1-12. (In Persian)
- Taghavi, S. (2008). The Normalization of General Health Questionnaire for Shiraz University Students (GHQ-28). *Clinical Psychology and Personality*, 6(1), 1-12. (In Persian)
- Dalir, M. (2019). Frequency of Obsessive-Compulsive Disorder Subtypes: Gender Role. *Rooyesh*, 8 (2), 31-38

<https://doi.org/10.30495/hpsbiourna.2022.1948401.1053>

## Comparison of mental health and locus of control in depressed and obsessive- compulsive patients Referred to psychiatric clinics in Kermanshah

Masoumeh Heydarian<sup>✉1</sup>

Submission Date: 0000- 00-00      Acceptance Date: 0000- 00-00

### Abstract

Depression and obsessive-compulsive disorders are common mental health problems in people, and several factors play a role in these disorders. One of the most important components of mental health is the locus of control. The aim of this study was to compare the locus of control and mental health in depressed and obsessive-compulsive patients. The research method was descriptive and causal-comparative with the participation of 140 people (70 people with obsessive-compulsive disorder and 70 people with depression) from outpatients referred to Kermanshah psychiatric clinics in 2021. The instrument of the present study included the General Health Questionnaire (GHQ) which was first formulated by Goldberg in 1972 and Rutter's Locus of Control Questionnaire formulated by Julian Rutter (1966). Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests with SPSS version 22 software. The results showed that the locus of control of most people (82.1%) was external and the score of mental health and its components were moderate. Although the variables include social dysfunction, anxiety disorder, and physical symptoms were more prevalent in obsessive disorder than in depressed individuals, this difference was not statistically significant. Depression was more common in depressed people than in obsessive-compulsive disorder, and the difference was statistically significant. Mental health was significantly weaker in obsessive disorder than in depressed individuals, although locus of control was not significantly different in the two groups of patients.

**Keywords:** Depression, Mental health, Internal-external control, Obsessive-compulsive

---

<sup>1</sup>. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran  
masoumeh.haidarian@gmail.com







## پیش‌بینی تنیدگی شغلی بر اساس کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی در پرستاران بیمارستان‌های پذیرنده بیماران کرونا

محمد محمدی‌پور<sup>۱</sup>  
افسانه اژدری<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۰۷

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی تنیدگی شغلی بر اساس کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی در پرستاران اجرا شد. روش پژوهش برحسب هدف بنیادی و برحسب گردآوری اطلاعات توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه پرستاران شهر تهران با جمعیت ۳۵۰۰ نفری بوده است که در بخش بیماران کرونایی در بیمارستان مشغول به کار بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تنیدگی شغلی مؤسسه سلامت و ایمنی انگلستان و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی کاری والتونو پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی کوئین دام استفاده شد. نتایج رگرسیون هم‌زمان نشان داد کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی می‌توانند عملکرد شغلی را پیش‌بینی کنند. با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی پرستاران بر میزان تنیدگی شغلی آن‌ها تأثیرگذار است. با در نظر گرفتن قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مهارت‌های ارتباطی در رابطه با تنیدگی شغلی، می‌توان چنین مهارت‌هایی را به پرستاران آموزش داد تا از تنیدگی و استرس شغلی آن‌ها کاسته شود.

**واژگان کلیدی:** تنیدگی شغلی، کیفیت زندگی کاری، مهارت‌های ارتباطی، پرستاران.

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران  
۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

## مقدمه

ویروس جدید کرونا که امروزه با عنوان COVID-19 شناخته می‌شود، اولین بار در دسامبر ۲۰۱۹ در کشور چین، به‌ویژه در ووهان، چین شیوع یافت. تأثیر این بیماری بر مشاغل، اقتصاد و زندگی شخصی افراد در سطح جهانی بی‌سابقه است. اثرات مهیب این ویروس جدید باعث بسته شدن اقتصاد در مقیاس بزرگ، از دست دادن اشتغال، تغییرات ناخوشایند در زندگی بسیاری از مردم، ابتلای حداقل ۱۲۰ میلیون نفر به بیماری و مرگ ناهنگام حداقل ۳ میلیون نفر تا سه‌ماهه آخر ۲۰۲۰ شده است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). حدود دو میلیون و سیصد هزار از موارد ابتلا شامل کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بودند که هنگام انجام وظایف مراقبت از مبتلایان به COVID-19 به این بیماری مبتلا شدند (شورای بین‌المللی پرستاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). در ایران هم هرچند آمار دقیقی از تعداد مبتلایان در دست نیست، اما طبق گزارش معاونت پرستاری وزارت بهداشت در سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۹، حدود ۴۵ هزار پرستار مبتلا به کرونا ویروس شده‌اند (وزارت بهداشت، ۱۳۹۹).

با افزایش تعداد مرگومیر کارکنان بهداشتی که از بیماران COVID-19 مراقبت می‌کنند، چالش‌های روان‌شناختی برای این کارکنان مطرح شده است. عدم اطمینان و ناراحتی در این حالت جدید ممکن است تهدید مضاعفی برای بهزیستی روان‌شناختی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باشد. پرستاران به‌عنوان کسانی که در خط مقدم مراقبت‌های بهداشتی قرار دارند، آسیب‌پذیرترین گروه کادر درمان هستند (دلوسانتوز و لاپاروز<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). در حقیقت، در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، پرستاران بیشترین اضطراب و فشار را در مراقبت و درمان بیماران آلوده به ویروس COVID-19 دارند (مو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). به‌عنوان مثال، موارد بی‌شماری اضطراب کارکنان بهداشتی گزارش شده است، از جمله نگرانی درباره آلوده شدن خود یا آلوده شدن ناخواسته دیگران و مراقبت از یک بیمار ویروسی در حال مرگ (پاپا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، موقعیت‌های کاری مانند برنامه کاری نامنظم و طاقت‌فرسا، کمبود تجهیزات محافظتی کارکنان و استقرار اجباری در ایستگاه‌های ناآشنا، از جمله موارد افزایش فشار بر روی این کارکنان است. علاوه بر این یکی از نگرانی‌های دیگران این کارکنان این است که آیا کارفرمایان آن‌ها وضعیت رفاهی زندگی کارکنانشان را مدنظر قرار می‌دهند (ماربن و باریج<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). گزارش‌هایی از افزایش خستگی عاطفی و بروز اختلال استرس پس از سانحه در میان پرستاران بخش مراقبت از بیماران COVID-19 وجود دارد (هو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ لی و همکاران، ۲۰۲۰). پرستاران بیمارستان، به‌ویژه زنانی که تشخیص، مراقبت، درمان و مدیریت بیماران مبتلا به COVID-19 را انجام می‌دهند، اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، کمبود خواب و افسردگی را نشان داده‌اند (لی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه ترکیبی از چنین عوامل استرس‌زا متعددی که بهزیستی روانی را بی‌ثبات می‌کنند، تجربیات کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در طول همه‌گیری

<sup>1</sup>. World Health Organization

<sup>2</sup>. International Council of Nurses

<sup>3</sup>. De los Santos and Labraque

<sup>4</sup>. Mo

<sup>5</sup>. Pappa

<sup>6</sup>. Maben & Bridges

<sup>7</sup>. Hu

<sup>8</sup>. Li

کووید-۱۹ به فرسودگی شغلی و اختلال استرس پس از سانحه منجر می‌شود. استرس کاری نتیجه تضاد بین نیازهای کاری یا نیازهای بیماران و توانایی‌های کارگران است. می‌تواند باعث کاهش سلامت روان و افزایش قصد ترک شغل یا جابه‌جایی واقعی پرستاران شود. طی دهه‌های گذشته، توجه جهانی زیادی برای کاهش اثرات منفی استرس در محیط کار و جلوگیری از نتایج آسیب‌های روانی اجتماعی در بین پرستاران شده است (دلگادو و دیگران، ۲۰۱۷). محققان به دنبال مؤلفه‌ها و متغیرهایی هستند که بتوانند آسیب‌های روانی محیط کار، از جمله تنیدگی شغلی<sup>۱</sup> را پیش‌بینی کنند. لذا در این پژوهش به منظور پیش‌بینی تنیدگی شغلی بر اساس کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی در پرستاران بیمارستان‌های پذیرنده بیماران کرونا انجام شده است تا با شناخت عوامل مؤثر بر تنیدگی شغلی پرستاران و کاهش آن‌ها برای جلوگیری از رفتارهایی مانند ترک کار، کاهش تعهد و کاهش بهره‌وری پرستاران تلاش شود که از مهم‌ترین رکن‌های سلامت کشور هستند.

تنیدگی شغلی یکی از انواع اصلی تنیدگی محسوب می‌شود و در حقیقت نوعی از تنیدگی است که از مسائل مربوط به شغل ناشی می‌شود. راس و آلتمایر (۲۰۱۴) در کتاب خود تنیدگی شغلی را کنش متقابل بین شرایط کار و ویژگی‌های فردی شاغل به گونه‌ای تعریف کرده‌اند که خواسته‌های محیط کار و در نتیجه فشارهای مرتبط با آن بیش از آن باشد که فرد بتواند از عهده آن‌ها برآید (شیر طاهری و همکاران، ۲۰۱۹). سلی<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) تنیدگی شغلی را به دو بخش تقسیم می‌کند. الف) تنیدگی شغلی مطلوب (تنیدگی شغلی مثبت): نوعی از تنیدگی شغلی که فرد را برای موفقیت برمی‌انگیزد. ب) تنیدگی شغلی نامطلوب (تنیدگی شغلی منفی یا دوگانه): تنیدگی شغلی که فرد را دچار سردرگمی و ضعف می‌کند (شیر طاهری و همکاران، ۲۰۱۹). در طبقه‌بندی دیگر دو نوع تنیدگی شغلی مشخص شده است. الف) تنیدگی شغلی چالش‌گرا: تنیدگی شغلی است که باعث ایجاد چالش‌ها و احساسات تحقق یا موفقیت، مانند وظایف مرتبط با حجم کار سنگین، فشار زمان و سطوح بالایی از مسئولیت می‌شود. ب) تنیدگی شغلی مانع‌گرا: تنیدگی شغلی است که احساس محدودیت‌های شخصی و انجام کار ناشی از ابهام نقش، نامنی شغلی، سیاست‌های سازمانی، و خط قرمز را توسعه می‌دهد (نارسا و همکاران، ۲۰۲۱). در طبقه‌بندی دیگر استرس‌ها از نظر شدت و فراوانی تقسیم‌بندی شده‌اند.

استرس فاجعه‌آمیز (شدید): بعضی از اتفاقات تغییر بسیار شدید در زندگی ایجاد می‌کنند مانند سیل، زلزله، جنگ، آتش‌سوزی و تصادفات. استرس معمول و هنجار زندگی: این نوع از استرس در زندگی همه انسان‌ها رخ می‌دهد. استرس‌هایی مانند طلاق، ازدواج، ورود به دانشگاه، از دست دادن عزیزان، بیماری، بدهکاری و مشکلات مالی. استرس خرد یا ریز استرس: این استرس شدت بسیار کمی دارد، ولی فراوان در زندگی رخ می‌دهد. نمونه این استرس عبارت‌اند از: سروصدای خوابگاه، مهمان ناخوانده، ترافیک، نداشتن محل خلوت برای استراحت و مطالعه، از سرویس جا ماندن (شیر طاهری و همکاران، ۲۰۱۹)

1. job stress

2. Sely

3. Narsa

کیفیت زندگی کاری<sup>۱</sup> یکی از متغیرهایی است که محققان در بررسی آسیب‌های روانی محیط کار به آن توجه کرده‌اند. کیفیت زندگی کاری یک مسأله اجتماعی مهم برای سازمان‌های انسانی و جوامع بزرگ است (لیو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). کیفیت زندگی کاری مجموعه عوامل تأثیرگذار در شغل را بررسی می‌کند که به رضایت شغلی، قصد ترک شغل، میزان گردش مالی، شخصیت و استرس و تنیدگی ناشی از کار مربوط است (ساده و سویفان<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰) سازمان‌های امروز باید برای به دست آوردن بهترین استعدادها رقابت کنند و سپس برای آموزش و به‌کارگیری و نگهداشتن ایشان هزینه کنند. طبیعی است که سازمان‌ها از جمله محیط‌های بهداشتی و درمانی باید تلاش کنند، کارکنانشان از سلامت روانی کافی برخوردار باشند و در مواجهه با مشکلات کاری، به‌زیستی روانی خود را حفظ کرده و به‌دور از تنیدگی‌های شغلی، وظایف شغلی را به‌درستی انجام دهند؛ بنابراین، درک بهتری از کیفیت زندگی کاری مهم است زیرا مشخص شده است که این متغیرها با متغیرهایی مانند به‌زیستی روان‌شناختی و آسیب‌های روانی محیط کار مرتبط است (عبدیراهمن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌هایی نیز در این راستا انجام شده است، از جمله سوری، رمضان زاده و احسان‌پور (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند بین عوامل استرس‌زای شغلی کارکنان راهور تهران بزرگ و تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری رابطه معناداری وجود دارد. نگهداری و همکاران (۲۰۱۸) نیز در بررسی ارتباط استرس شغلی و کیفیت زندگی کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی به این نتیجه رسیدند که هرچه‌قدر استرس شغلی بیشتر باشد، به‌تبع آن کیفیت زندگی کاری پایین می‌آید. همچنین ایشان به این نتیجه رسیدند که کارکنان اورژانس تنیدگی شغلی متوسط به بالایی را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی کاری آن‌ها نیز متوسط به پایین است.

هرچند کیفیت زندگی کاری از عوامل مرتبط با تنیدگی شغلی است، اما آن تنهاترین عامل نیست. پژوهشگران در بررسی متغیرهای مختلف، توانایی‌ها و مهارت‌های فردی همچون مهارت‌های ارتباطی را نیز بررسی کردند. مهارت‌های ارتباطی جزو مهمی از خدمات پزشکی و پرستاری شناخته شده است و بحث‌های زیادی در این باره همواره مطرح بوده است که ارتباط مؤثر پایه و اساس کیفیت خدمات مراقبت‌ها را تشکیل می‌دهد. توانایی برقراری ارتباط مناسب با همکاران، بیماران و دیگران، پایه و اساس مهارت‌های بالینی را برای ارائه مراقبت‌های پزشکی ایده‌آل و هسته مرکزی فعالیت‌های پزشکی مطلوب تشکیل می‌دهد (پور اصغر و همکاران، ۲۰۱۸). رامیرز<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۵) گزارش داد که پزشکان و پرستارانی که در مهارت‌های ارتباطی و مدیریتی آموزش کافی ندیده‌اند، نسبت به افرادی که آموزش کافی دارند، سطح تنش و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (آرولدوس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

مهارت‌های ارتباطی شامل توانایی شخص در درک دقیق (از طریق نشانه‌های کلامی و غیرکلامی) شخص دیگری است و برای تحقق خواسته‌های شخص ضروری است. همچنین مهارت‌های ارتباطی شامل مهارت‌های

<sup>1</sup>. quality of work-life

<sup>2</sup> Liu

<sup>3</sup> Saadeh and Suifan

<sup>4</sup> Abdirahman

<sup>5</sup>. Ramierz

<sup>6</sup>. Aruldoss

پاسخگویی و شنیداری مؤثر است که به کدگذاری صحیح و ارسال پیامها و درک صحیح پیامهایی منجر می‌شود که فرد دریافت می‌کند (یوساف<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). مهارت‌های ارتباطی خوب یک نیاز اصلی برای ارائه خدمات حرفه‌ای پرستاری است زیرا برای آن‌ها درک عمیق بیماران، حل مشکلات پیچیده و تجزیه و تحلیل منطقی و تحلیل منطقی موقعیت‌ها را امکان‌پذیر می‌کند (پناق<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). وقتی ارتباط مؤثر برقرار شود، توانایی‌های حل مسأله و حرفه‌ای بودن پرستاران تقویت می‌شود (ورمیر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

به گفته پارک<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) زمانی که تنش اجتماعی و مهارت‌های تعاملی و ارتباطات ضعیف باشد، پرستاران در روابط بین فردی دچار مشکل می‌شوند. علاوه بر این، این عوامل نه تنها در کار پرستار، بلکه در درک حرفه نیز تأثیر منفی دارند. مهارت‌های ارتباطی هم با ایجاد روابط با بیماران و هم با توانایی انجام وظایف پرستاری مرتبط است. به‌منظور بهبود و توسعه عملکرد کلی پرستاری و دوری از آسیب‌های روانی از جمله تنیدگی شغلی، تکمیل توانایی‌های مربوط به پرستاری یکپارچه مهم است (هاپکینسون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

ارتباط مؤثر یک مهارت اصلی برای همه متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و به‌ویژه کارکنان پرستاری است، زیرا پرستاران بیش از هر متخصص بهداشت دیگر زمان زیادی را با بیماران و بستگان آن‌ها می‌گذرانند. ایجاد رابطه برای ارتقاء مراقبت‌های خوب از بیماران ضروری است. روابط حمایتی با بیماران و مراقبان از تماس با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی گرم، اصیل و دلسوز رشد می‌کند. هنگامی که پرستاران به‌طور مؤثر و باعلاقه ارتباط برقرار کنند، فعالانه گوش دهند و دلسوزی نشان دهند، ممکن است بیماران حتی در مواقع پریشانی و سلامتی نیز تجربیات خود را مثبت گزارش کنند. پرستاران در مراکز مختلف مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی در مراقبت از بیماران و عزیزانشان دارند؛ بنابراین، هر نقطه تماس می‌تواند فرصتی برای بهبود مراقبت و روابط بیمار با استفاده از ارتباط مؤثر باشد (سیدهو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). باوجود پژوهش‌های مذکور، داده‌هایی بسیار ناچیزی وجود دارد که بتواند به‌طور جامع روابط ساختاری بین این ویژگی‌ها و چگونگی تأثیر آن‌ها بر تنیدگی شغلی پرستاران را توضیح دهند؛ بنابراین، تفاوت این پژوهش با پژوهش‌های انجام شده در این است که پژوهش حاضر کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی و نقش پیش‌بینی‌کنندگی این دو مؤلفه را بر روی تنیدگی شغلی در پرستارانی بررسی می‌کند که در بیمارستان‌های پذیرنده بیماران کرونایی مشغول به کار هستند. با توجه به موضوع مطالعه، پژوهش حاضر به دنبال بررسی دو فرضیه است. فرضیه اول مربوط به قدرت پیش‌بینی تنیدگی شغلی بر اساس کیفیت زندگی کاری است و فرضیه دوم مربوط به قدرت پیش‌بینی تنیدگی شغلی بر اساس مهارت‌های ارتباطی و مؤلفه‌های آن است.

1. Yousaf

2. Pangh

3. Vermeir

4. Park

5. Hopkinson

6. Sidhu

## روش

روش پژوهش برحسب هدف بنیادی و برحسب گردآوری اطلاعات توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران شهر تهران است که در بیمارستان‌های پذیرنده بیماران کرونایی مشغول به کار بودند. هرچند در ابتدای شیوع بیماری کرونا، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران تعداد بیمارستان‌های پذیرنده بیماران کرونایی را ۸ مورد اعلام کرد، اما با بروز این بیماری، تعداد بیمارستان‌ها افزایش یافت و به بیش از ۱۵ بیمارستان رسید. درباره آمار دقیق پرستاران هم در این بیمارستان‌ها عدد دقیقی در دست نبود، اما طبق گزارش برخی نهادهای بیمارستانی و تعداد پرستاران مشغول به کار در بیمارستان‌های مذکور، ۳۵۰۰ پرستار بود. حجم نمونه به کمک فرمول کوکران (فرمول ۱) ۳۴۶ نفر برآورد شد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس از بیمارستان‌های انصاری، بعثت نهجا، آتیه، شریعت رضوی، کاشانی شهر تهران استفاده شد.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times s^2}{d^2} = \frac{1.96 \times 2.715^2}{0.05} = 346$$

برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه استفاده شد. شایان ذکر است ۳۴۶ پرسشنامه اجرا شد و اما در نهایت از ۲۹۸ پرسشنامه برای تحلیل استفاده شد.

**پرسشنامه تنیدگی شغلی مؤسسه سلامت و ایمنی انگلستان<sup>۱</sup> (HSE):** این پرسشنامه دارای ۳۵ سؤال با هفت حیطه است. این ابزار در اواخر دهه ۱۹۹۰ میلادی توسط مؤسسه سلامت و ایمنی انگلستان به‌منظور سنجش استرس شغلی کارگران و کارمندان انگلیسی ساخته شد. در پژوهش مک‌کاری و همکاران ضرب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در حدود ۰/۶۳ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. در پژوهشی دیگر آزاد مرزآبادی و غلامی (۲۰۱۱)، آلفای کرونباخ و روش دونیمه کردن به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۶۵ به‌دست آوردند. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه ابتدا در هر عبارت باید به ترتیب هرگز، به‌ندرت، بعضی‌اوقات، اغلب و همواره از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شود.

**پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی کاری والتون<sup>۲</sup> (QWL):** این پرسشنامه شامل ۳۴ سؤال بسته-پاسخ است و بر پایه مدل والتون (۱۹۷۳) که شامل مؤلفه‌های پرداخت منصفانه و کافی، محیط کار ایمن و بهداشتی، تأمین فرصت رشد و امنیت مداوم، قانون‌گرایی در سازمان، وابستگی اجتماعی زندگی کار، فضای کلی زندگی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی و توسعه قابلیت‌های انسانی است. این پرسشنامه را قلاوندی (۱۳۸۹) اعتباریابی کرده است و میزان آلفای کرونباخ کل ۰/۹۳ به‌دست آمده است.

**پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی کوئین دام<sup>۳</sup> (CSTR):** پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی را کوئین دام در سال ۲۰۰۴ تهیه کرده است. این پرسشنامه برای سنجش مهارت‌های ارتباطی بزرگسالان ابداع شده است و ۳۴ گویه دارد که مهارت‌های ارتباطی را توصیف می‌کند. مهارت‌های ارتباطی فرعی که در این مقیاس بررسی می‌شوند

<sup>1</sup>. the British Institute of Health and Safety Job Stress Questionnaire

<sup>2</sup>. the Walton Standard Quality of Work Quality Questionnaire

<sup>3</sup>. the Queen Dam Communication Skills Questionnaire

شامل پنج مهارت گوش دادن<sup>۱</sup>، توانایی دریافت و ارسال پیام<sup>۲</sup>، بینش نسبت به فرآیند ارتباط<sup>۳</sup>، کنترل عاطفی<sup>۴</sup> و ارتباط توأم با قاطعیت<sup>۵</sup> هستند. برای سنجش اعتبار آزمون مهارت‌های ارتباطی، ابتدا با استفاده از روش آلفای کرونباخ، اعتبار کل آزمون محاسبه شد که مقدار عددی آن برابر با ۰/۶۹ و حاکی از همسانی درونی قابل قبول این آزمون بود. این مقدار برای آزمودنی‌های دانشجوی ۰/۷۱ و برای دانش‌آموزان دبیرستانی برابر با ۰/۶۶ بود. همچنین ضریب اعتبار کل آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن برابر با ۰/۷۱ به دست آمد (نقدی و همکاران، ۲۰۲۰).

### یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌های پژوهش ابتدا آماره‌های توصیفی بررسی می‌شوند، سپس در بخش آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره استفاده می‌شود که نتایج در جداول ذیل آورده شده است. نتایج توصیف داده‌های پژوهش نشان داد که ۵۲ نفر (۱۷/۳٪) کمتر از ۲۵ سال، ۹۲ نفر (۳۰/۶٪) بین ۲۵ - ۳۵ سال، ۸۹ نفر (۲۹/۶٪) ۴۵ - ۵۵ سال و ۶۷ نفر (۲۲/۳٪) سن داشتند. همچنین از لحاظ جنسیت بیشترین میزان مربوط به مردان فراوانی ۵۰/۳ است و جنسیت زن نیز دارای فراوانی ۴۹/۷ است.

جدول ۱: داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

انحراف معیار	میانگین	متغیر
۴/۰۹	۵۲/۳۷	تنیدگی شغلی
۵/۰۱	۵۹/۷۵	کیفیت زندگی کاری
۳/۴۸	۱۷/۵۶	توانایی دریافت و ارسال پیام
۲/۴۲	۱۶/۶۵	کنترل عاطفی
۱/۶۳	۱۸/۷۲	مهارت گوش دادن
۱/۱۶	۱۶/۸۸	بینش نسبت به فرآیند ارتباط
۳/۶۹	۱۷/۳۲	ارتباط توأم با قاطعیت

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین تنیدگی شغلی ۵۲/۳۷ است، همچنین کیفیت زندگی کاری میانگین ۵۹/۷۵ است. در بین مهارت‌های ارتباطی، مهارت گوش‌دادن با میانگین ۱۸/۷۲ بیشترین میانگین و کنترل عاطفی با میانگین ۱۶/۶۵، کمترین میانگین را دارا بود.

<sup>۱</sup>. listening skills

<sup>۲</sup>. Ability to receive and send messages

<sup>۳</sup>. Insights into the communication process

<sup>۴</sup>. Emotional control

<sup>۵</sup>. Communication with determination

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون پیرسون

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
						-	تنیدگی شغلی
					-	-۰/۳۹**	کیفیت زندگی کاری
				-	۰/۲۱	-۰/۳۶**	توانایی دریافت و ارسال پیام
			-	۰/۳۲	۰/۲۵	-۰/۲۴*	کنترل عاطفی
		-	۰/۱۸*	۰/۱۵**	۰/۱۴	-۰/۳۲**	مهارت گوش دادن
	-	۰/۱۲**	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۱۰	-۰/۳۳*	بینش نسبت به فرآیند ارتباط
-	۰/۱۵**	۰/۱۶**	۰/۱۵	۰/۱۳	۰/۱۴	-۰/۲۶**	ارتباط توأم با قاطعیت

\*\* همبستگی در سطح ۰/۰۱ \* همبستگی در سطح ۰/۰۵

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود تنیدگی شغلی با کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی همبستگی معنادار و منفی دارد. به این معنی که با بالا رفتن تنیدگی شغلی، کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی پایین می‌آید.

در ادامه به‌منظور تبیین متغیر ملاک (تنیدگی شغلی) توسط متغیرهای پیش‌بین (کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی) از رگرسیون خطی استفاده می‌شود. به‌منظور انجام رگرسیون لازم است ابتدا مفروضه‌های رگرسیون (کلموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها و دوربین واتسون برای استقلال داده‌ها) اجرا می‌شود. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف و دوربین نشان می‌دهد سطح معناداری برای تمام متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ است، که گویای این امر است که توزیع داده‌ها نرمال است. همچنین دوربین واتسون برای رگرسیون کیفیت زندگی کاری ۱/۶۲ است و برای مهارت‌های ارتباطی ۱/۷۹ است، با توجه به اینکه میزان دوربین واتسون باید بین ۲/۵-۱/۵ باشد تا مفروضه تأیید شود، در آزمون بالا میزان آن بین ۲/۵ و ۱/۵ است، در نتیجه این مفروضه نیز تأیید می‌شود.

جدول ۳: نتایج رگرسیون هم‌زمان برای پیش‌بینی تنیدگی شغلی به‌وسیله متغیرهای پیش‌بین

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	سطح معناداری	میانگین	F	R <sup>2</sup>	B	Beta	T
تنیدگی شغلی	کیفیت زندگی کاری	۰/۰۴۱	۲/۳۰۹	۳۳/۰۴**	۰/۵۵	-۲/۶۷	-۰/۶۵	-۷/۶۸**
	توانایی دریافت و ارسال پیام	۰/۰۰۰	۸/۶۴۷	۵۵/۳۹۹	۰/۳۶۶	-۰/۶۵۲	-۰/۶۰۵	-۷/۴۴۳
	کنترل عاطفی	۰/۰۰۰	۲۶/۴۸۲	۶۷/۵۳۹	۰/۴۱۳	-۰/۷۰۷	-۰/۶۴۳	-۸/۲۱۸
	مهارت گوش دادن	۰/۰۰۰	۳۷/۷۲۷	۱۳۷/۲۱۴	۰/۵۸۸	-۰/۷۶۷	-۰/۷۶۷	-۱۱/۷۱۴
	بینش نسبت به فرآیند ارتباط	۰/۰۰۰	۳۶/۲۷۱	۱۲۵/۰۲۳	۰/۵۶۶	-۰/۸۴۵	-۰/۷۵۲	-۱۱/۱۸۱
	ارتباط توأم با قاطعیت	۰/۰۰۰	۵۳/۳۴۷	۴۷۵/۲۵۵	۰/۸۳۲	۰/۹۸۷	۰/۹۱۲	۲/۱۸۰۰

\*\* در سطح ۰/۰۱



جدول ۳ نتایج رگرسیون خطی برای پیش‌بینی تنیدگی شغلی به‌وسیله (کیفیت زندگی کاری و مؤلفه‌های مهارت‌های ارتباطی) را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین کیفیت زندگی کاری و متغیر ملاک (تنیدگی شغلی) رابطه خطی وجود دارد. کیفیت زندگی توانسته متغیر ملاک (تنیدگی شغلی) را به‌طور معنادار و منفی پیش‌بینی کند.

همچنین مشاهده می‌شود بین مؤلفه‌های مهارت‌های ارتباطی و متغیر ملاک (تنیدگی شغلی) رابطه خطی وجود دارد. مؤلفه توانایی دریافت و ارسال پیام و کنترل عاطفی و مهارت گوش دادن و بینش نسبت به فرآیند ارتباط توانسته‌اند متغیر ملاک (تنیدگی شغلی) را به‌صورت معنادار و منفی و متغیر ارتباط توأم با قاطعیت توانسته متغیر ملاک را معنادار و مثبت پیش‌بینی کند. با مقایسه مقدار  $R^2$  می‌توان بیان کرد که بیشترین تأثیر را ارتباط توأم با قاطعیت بر تنیدگی شغلی دارد مهم‌ترین عامل پیش‌بینی کننده آن است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی تنیدگی شغلی بر اساس کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی در پرستاران انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که هرچقدر کیفیت زندگی کاری پایین‌تر باشد، تنیدگی شغلی بالا بوده و نیز هرچقدر مهارت‌های ارتباطی نیز پایین‌تر باشد، تنیدگی شغلی نیز بیشتر است. به‌عبارت‌دیگر کیفیت زندگی کاری و مهارت‌های ارتباطی، پیش‌بینی‌کننده خوبی برای تنیدگی شغلی هستند. حوادث و اتفاقات ناگهانی که تهدیدکننده سلامت عمومی هستند خواسته و ناخواسته سبب بروز تغییرات زیادی در روحیات و زندگی افراد مختلف جامعه می‌شوند (زانگ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹؛ ابراهیم و ممیش<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). اثرات روانی ناشی از همه‌گیری‌ها و اپیدمی‌ها همیشه مورد توجه محققان مختلف بوده است (لیما<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در این بین اما کسانی که بیشترین درگیری را با این شرایط دارند، کادر درمان و در رأس آن‌ها پرستاران هستند. با در نظر گرفتن جامعه پژوهش حاضر که شامل پرستاران مشغول به کار در بیمارستان‌های پذیرنده بیماران کرونایی بود؛ توان پیش‌بینی کنندگی سازه‌های مذکور بیش‌ازپیش با اهمیت می‌شود؛ چراکه طبق گزارش مؤسسه واکسن‌سازی بایون تک<sup>۴</sup> (۲۰۲۱)، بیماری کرونا دست‌کم تا ۱۰ سال ریشه‌کن نخواهد شد و این مسأله نشان می‌دهد در جذب پرستاران در سال‌های آتی و به‌ویژه پرستارانی که با چنین بیماری‌های استرس‌زایی روبرو خواهند شد، باید سازه‌هایی را در نظر گرفت که سلامت روانی ایشان را پیش‌بینی می‌کنند. هرچند پرستاری در همه زمان‌ها جزو مشاغل بود که با استرس‌های زیادی همراه بود و به دلیل نیاز به مهارت تمرکز بالا در انجام کار، به همکاری گروهی قوی و ارائه مراقبت ۲۴ ساعته از تنیدگی شغلی بالای برخوردار است (کاظمی‌عندلیب و عرفانی، ۲۰۲۱)؛ اما بیماری جدید نیز تنش‌های این گروه شغلی رو به‌شدت افزایش داده است. در پژوهش حاضر دو فرضیه آزمون شد که در این بخش به ترتیب درباره آن‌ها بحث می‌شود.

<sup>1</sup>. Zhang et al.

<sup>2</sup>. Ebrahim & Memish

<sup>3</sup>. Lima

<sup>4</sup>. Biontech