



Prediction of Death Anxiety based on Personality Traits and General Health in Nurses Working in Intensive Care Unit (ICU) of Karaj City Hospitals

Nahid Havassi Somar^{1*}, Shabnam Karobi²

1-Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Master Student of General Psychology, Department of Health and Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

Corresponding author: Nahid Havassi Somar, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: nahid@kiaau.ac.ir

Received: 25 Dec 2023

Accepted: 5 Sep 2024

Abstract

Introduction: The final stage of the patient's life, when death anxiety is experienced more intensely, is a difficult process that can bring positive and negative experiences for the nurse. The aim of the present study is to determine the Prediction of Death Anxiety based on Personality Traits and general health in nurses working in Intensive Care Unit (ICU) of Karaj City hospitals.

Methods: The research method was descriptive-correlation. The statistical population of the present study was all the nurses of the special care departments of Karaj hospitals in the year 2022-2023. The samples were calculated by random multi-stage cluster method in the number of 122 people. Data collection instruments including demographic questionnaire, Templer Death Anxiety Scale, "NEO Five-Factor Inventory" and "General Health Questionnaire" were used. The validity of the instruments was calculated using the qualitative content validity method by 5 lecturer of Faculty of Psychology of the Islamic Azad University of Karaj, and the reliability was calculated using the internal consistency method by calculating the Cronbach's alpha coefficient for the instruments. The collected data were analyzed in SPSS . 26 .

Results: Personality traits ($\beta=-0.403$ and $P\leq 0.05$), and general health ($\beta=0.372$ and $P\leq 0.05$) predict death anxiety in intensive care unit nurses. Also, the components of personality traits and general health components predict death anxiety in nurses of special care units.

Conclusions: Personality traits and general health predict death anxiety in intensive care unit nurses. Therefore, it is suggested that nursing officials consider related programs in order to promote the general health of nurses.

Keywords: Death Anxiety, Personality Traits, General Health.



پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس ویژگی های شخصیت و سلامت عمومی پرستاران بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان های شهر کرج

ناهید هواسی سومار^{۱*}، شبنم کربوبی^۲

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش عمومی، گروه روانشناسی سلامت و بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

نویسنده مسئول: ناهید هواسی سومار، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.
ایمیل: nahid@kiauo.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۰۵

چکیده

مقدمه: مرحله پایانی از عمر بیمار هنگامی که اضطراب مرگ با شدت بیشتری تجربه می شود، فرایندی دشوار است که می تواند تجربیات مثبت و منفی را برای پرستار به همراه آورد. هدف پژوهش حاضر تعیین پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس ویژگی های شخصیت و سلامت عمومی پرستاران بخش های مراقبت های ویژه شهر کرج است.

روش کار: روش پژوهش توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه پرستاران بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان های شهر کرج در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. نمونه ها به روش تصادفی خوشه ای چند مرحله ای به تعداد ۱۲۲ تن محاسبه شد. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس اضطراب مرگ تمپلر" (Templer Death Anxiety Scale)، "سیاهه پنج عاملی نئو" (NEO Five-Factor Inventory) و "پرسشنامه سلامت عمومی" (General Health Questionnaire) مورد استفاده قرار گرفت. روایی ابزارها به روش روایی محتوای کیفی توسط ۵ تن از مدرسین دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای هر ۳ ابزار محاسبه شد. داده های جمع آوری شده در نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته ها: ویژگی های شخصیت ($\beta = -0.403$ و $P < 0.05$)، و سلامت عمومی ($\beta = 0.372$ و $P < 0.05$) اضطراب مرگ را در پرستاران بخش های مراقبت های ویژه پیش بینی می کند. همچنین مؤلفه های ویژگی های شخصیت و مؤلفه های سلامت عمومی اضطراب مرگ را در پرستاران بخش های مراقبت های ویژه پیش بینی می کند.

نتیجه گیری: ویژگی های شخصیت و سلامت عمومی، اضطراب مرگ را در پرستاران بخش های مراقبت های ویژه پیش بینی می کند. لذا، پیشنهاد می شود که مسئولین پرستاری، به منظور ارتقای سلامت عمومی پرستاران برنامه های مرتبط را در نظر داشته باشند.

کلیدواژه ها: اضطراب مرگ، ویژگی های شخصیت، سلامت عمومی.

مقدمه

بیمارستان اصلی‌ترین و پر مخاطره‌ترین مرکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نظام‌های سلامت به شمار می‌رود. در میان نیروی انسانی موجود در بیمارستان فعالیت نیروهای پرستاری به دلیل ارائه مراقبت‌های درمانی به بیماران و ارتباط بیشتر با آن‌ها بیش از سایر گروه‌ها حائز اهمیت است. بدیهی است ارائه مطلوب خدمات پرستاری با کمیت و کیفیت پرستاران حاضر در بیمارستان ارتباط دارد. این در حالی است که محیط‌های کاری که پرستاران در آن مشغول هستند به طور فزاینده‌ای به عنوان محیط‌های کاری پر خطر شناخته می‌شود (۱).

توجه به سلامت عمومی در تمام اثار زندگی از جمله زندگی فردی اجتماعی و شغلی حائز اهمیت بوده و جای بحث دارد. یکی از زمینه‌هایی که سلامت روان در آن حائز اهمیت می‌باشد شغل و حرفه افراد است (۲). یکی از مهمترین حوزه‌های توسعه و ارتقاء سلامت در جوامع بخش بهداشت و درمان می‌باشد که ارتباط مستقیمی با سلامت افراد جامعه دارد و در عین حال به عنوان یک شغل پر تنش در نظر گرفته می‌شود. سر و کار داشتن با جان بیماران به دلیل حساسیت فوق العاده و تنش و فشار روانی که بر اعضای تیم پزشکی به خصوص پرستاران وارد می‌نماید می‌تواند زمینه ساز اختلالات در سلامت عمومی و اضطراب از جمله اضطراب مرگ باشد (۳). در این زمینه سلامت نیروی کار از شروع اولیه بهره‌وری بوده و بیشترین اهمیت را در رابطه با توسعه پایدار اقتصادی اجتماعی داراست. بسیاری از افراد بیشتر از یک سوم زندگی پس از بلوغ خود را در محیط‌های مخاطره‌آمیز شغلی می‌گذرانند که در این زمان با انواع مخاطرات شغلی روبرو هستند. آمارها نشان می‌دهد پرستاران ۲۷/۴ بار بیشتر از پزشکان در معرض خطر قرار دارد. اهم خطراتی که پرستاران بیمارستان را تهدید می‌کند شامل خطرات بیولوژیکی ناشی از تماس با مواد ضد عفونی، خطرات تماس با مواد شیمیایی، خطرات فیزیکی، خطرات ایمنی و ارگونومیکی، حمله و ضرب شتم و تأثیرات منفی روانی اجتماعی و سازمانی می‌باشد (۱). همچنین عوامل تنش‌زای شغلی متعددی در حرفه پرستاری وجود دارند که از جمله این عوامل می‌توان به تماس مکرر با بیماران در هنگام شیوع بیماری‌های مانند پاندمی کووید-۱۹ دانست (۳).

از جمله مسائل و مشکلاتی که در ادامه محیط کاری پرتنش

از جمله پرستاران می‌تواند شکل بگیرد، اضطراب مرگ (death anxiety) می‌باشد چرا که، پرستاران از جمله گروه‌هایی هستند که به سبب شغلی مکرر با مرگ و بیماران در حال فوت روبرو می‌شوند و این مواجهه می‌تواند موجب بروز اضطراب مرگ در این افراد گردد عدم توجه به آن می‌تواند موجب عواقب ناخواسته و نامناسب برای پرستاران و از جمله مشکلات روانی گردد (۴). فعالیت در اتاق عمل، اورژانس و بخش‌های مراقبت‌های ویژه از جمله آی سی یو و سی سی یو و سر و کار داشتن با جان بیماران به دلیل حساسیت فوق العاده و تنش و فشار روانی بیش از سایر بخش‌ها می‌تواند زمینه ساز اختلالات روانی و اضطراب از جمله اضطراب مرگ باشد (۴).

اضطراب مرگ نوعی از اضطراب است که انسان زنده آن را تجربه می‌کند و می‌تواند سلامتی وجودی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۵). اضطراب مرگ بالا در پرستاران می‌تواند به صورت خودداری از صحبت کردن در مورد مرگ با بیماران تظاهر یابد در حالی که افراد در حال مرگ دوست دارند که با اطرافیان خود در این باره صحبت کند. پرستاران به عنوان گروهی از کارکنان که به جامعه کمک فراوانی می‌کنند درگیر حالات مختلف سلامت عمومی می‌گردند که بعضی از آن‌ها خوشایند و برخی ناخوشایند هستند (۲). از طرفی، بخش‌های مراقبت ویژه یکی از ارکان ضروری و حیاتی بیمارستان‌ها است که بیماران با وضعیت بخشی را در معرض خطر مرگ قرار دارند در خود جای می‌دهد. این بخش با ارائه صحیح خدمات درمانی و استفاده بهینه از تجهیزات مدرن پزشکی و بهره‌گیری از کادر مجرب و واجد صلاحیت و تصمیم‌گیری گروهی تیم درمان در مورد بیمار می‌تواند در بازگرداندن سلامت بیماران بدحال مؤثر باشد. البته باید توجه داشته کار کردن در بخش‌های مراقبت ویژه تنش بیشتری به پرستاران وارد می‌کند و کیفیت مراقبت از آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). همین امر باعث ایجاد تنش فراوان به خصوص اضطراب مرگ در پرستاران شده و می‌تواند علائمی مانند خستگی مفرط، درماندگی، روحیه پایین، اختلال خواب، کاهش حس همدردی و نظایر آن را ایجاد نماید (۶). اضطراب مرگ در دراز مدت می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی کاهش کارآمدی و مؤثر بودن در محل کار غیبت زیاد از بخش کاهش رضایت بیماران ترک حرفه پرستاری مشکلات زناشویی مصرف الکل و مواد مخدر کاهش خلاقیت ناسازگاری با همکاران افسردگی و

نتایج مطالعه مهرافشان و شفیعی (۱۴) نیز نشان داد که از مؤلفه‌های روانشناختی با مشخصه‌های روان رنجورخویی ارتباط مثبت و با مشخصه توافق پذیری ارتباط منفی داشت و همچنین مشخصه ی وظیفه شناسی با افسردگی ارتباط منفی و با اضطراب و تنش ارتباط مثبت داشت؛ همچنین، روان رنجورخویی نقش قوی تری در پیش بینی هر ۳ متغیر افسردگی، اضطراب و تنش دارد. بعلاوه، تابع بردبار و همکاران (۱۰) به این نتیجه رسیدند که تیپ‌های شخصیتی و سلامت عمومی تعیین کننده نمره اضطراب مرگ را بوده و مؤلفه روان نژندی به صورت مثبت و معناداری و مؤلفه‌های برونگرایی و مسئولیت پذیری به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب مرگ در سالمندان می‌باشند. در پیشینه خارجی نیز نتایج مطالعه Khajoei و همکاران (۱۵) نشان داد که میزان اضطراب مرگ و وسواس مرگ در پرستاران بیشتر از کارکنان فوریت‌های پزشکی بود. همچنین، İspir و همکاران (۱۲) در مطالعه خود با عنوان رابطه ویژگی‌های شخصیتی و گرایش‌های کارآفرینی با سازگاری شغلی دانشجویان پرستاری به این نتیجه رسیدند که بین ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری شغلی همبستگی وجود دارد.

لذا می توان گفت که ممکن است عوامل روانشناختی با اضطراب مرگ ارتباط داشته باشد. با عنایت به اینکه پژوهش‌های اندکی به بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیت، سلامت روان و اضطراب مرگ به طور همزمان پرداخته اند، مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه شهر کرج در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام علی (ع) و بیمارستان قائم در شهر کرج سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ به تعداد کل ۲۲۰ تن بود. با استفاده از فرمول Tabachink & Fidel (۱۶) تعداد نمونه، ۱۲۲ پرستار انتخاب شد.

در پژوهش حاضر روش نمونه گیری به صورت تصادفی خوشه ای چند مرحله ای بود. بدین صورت که شهر کرج در تقسیمات شهری به ۱۱ منطقه تقسیم شده که با استفاده

خودکشی در پرستاران شود، اضطراب مرگ بر کیفیت خدمات پرستاری تأثیر نامطلوب می‌گذارد و جزء عوامل تنیدگی آور برای پرستاران محسوب می‌شود (۷).

بعلاوه، تیپ‌های شخصیتی (personality traits) از متغیرهایی است که می‌تواند در درک از مرگ و ترس از مرگ تأثیرگذار باشد (۸). ویژگی‌های شخصیتی، عاملی تأثیر گذار در کیفیت سلامتی و زندگی است (۹). نظریه‌های زیادی در رابطه با شخصیت ارائه شده است و صاحب نظران و پژوهشگران به عوامل و صفات مختلفی اشاره کرده‌اند. یکی از مهمترین دستاوردها در این زمینه نظریه ۵ عاملی را می‌توان نام برد که بر این اساس ۵ عامل اصلی شخصیت شامل بی ثباتی هیجانی یا روان نژندی، برونگرایی، انعطاف پذیری یا باز بودن به تجربه، توافق یا دلپذیر بودن، مسئولیت پذیری یا وظیفه شناسی می باشد (۱۰). آگاهی از ویژگی‌های شخصیتی برای مقابله مؤثر با مشکلات زندگی مفید و سودمند است. ویژگی‌های شخصیتی عمیقاً با نحوه ادراک فرد از جهان و واکنش او به رویدادهای تنش زای مرتبط است. طبیعی است که برخی از ویژگی‌های شخصیتی از ویژگی‌های دیگر انعطاف پذیرتر است. در مقابل نیز برخی از افراد نمی‌توانند خود را با اقتضای یک موقعیت مشخص منطبق سازند و فاقد مهارت‌های زندگی بوده و بدترین واکنش‌ها به زندگی نشان می‌دهند. بسیاری از نظریه پردازان شخصیت قبول دارند محیط اجتماعی در شخصیت آدمی تأثیرگذار است و با اهمیت است (۱۱). ویژگی‌های شخصیت صفات پایداری هستند که از موقعیت به موقعیت دیگر چندان تغییری نمی‌کند آن‌ها گرایش‌های با ثبات و بادوام پاسخدهی به شیوه یکسان به محرک‌های مختلف هستند و می‌تواند پیش بینی کننده رفتار فرد در موقعیت‌های مختلف باشند (۱۲، ۱۳).

فرخ نژاد افشار و همکاران (۳) در مطالعه خود نشان دادند که ۵/۵۳ درصد پرستاران اضطراب مرگ بالایی را تجربه می‌کردند، تمام ابعاد اضطراب مرگ و سلامت عمومی با هم همبستگی مستقیم و معناداری داشتند و ابعاد ترس از مرگ و زمان گذرا و زندگی کوتاه قادر به پیش بینی سلامت عمومی بودند پس از بین ابعاد اضطراب مرگ «ترس از مرگ» و «زمان گذر و زندگی کوتاه» مهمترین ابعادی هستند که قادر به پیش بینی سلامت عمومی پرستاران در زمان همه گیری کرونا و ویروس بودند. همچنین،

از روش تصادفی ساده (قرعه کشی) ۲ منطقه ۱ و ۱۰ انتخاب شد. سپس فهرست بیمارستان‌ها موجود در این ۲ منطقه تهیه و از هر کدام از این مناطق به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) یک بیمارستان (امام علی (ع) از منطقه ۱ و بیمارستان قائم از منطقه ۱۰) انتخاب شد.

بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های نامبرده شامل: مراقبت‌های ویژه قلبی، مراقبت‌های ویژه کودکان، مراقبت‌های ویژه نوزادان، مراقبت‌های ویژه جراحی و مراقبت‌های ویژه سیار بود. سپس اسامی پرستاران از واحد اداری بیمارستان‌های فوق که تعداد ۲۲۰ پرستار در بخش‌های مذکور شاغل بودند، بدست آمد. پس از کسب اطمینان از عدم مرخصی اسامی پرستاران روی برگه نوشته شد. با توجه به تعداد نمونه محاسبه شده، ۱۲۲ پرستار به روش تصادفی ساده و به روش قرعه کشی انتخاب شدند. با توجه به ریزش نمونه‌ها، تعداد ۱۵۰ پرسشنامه توزیع گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها با احتساب ریزش نمونه‌ها، ۱۲۲ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت.

معیارهای ورود به پژوهش بدین شرح بود که: اشتغال تمام وقت بخش‌های مراقبت‌های ویژه، ساکن کرج باشند (بدلیل جامعه آماری که در عنوان و متن پژوهش آمده است)؛ در دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال باشند. معیارهای خروج نیز، شامل پاسخگویی ناقص به ابزارهای پژوهش (حداقل به یک سوم عبارات ابزارهای پژوهش پاسخ نداده باشند) بود.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: پرسشنامه جمعیت شناختی که شامل جنسیت، سن و مقطع تحصیلی بود.

«مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» (Templer Death Anxiety Scale) در سال ۱۹۷۰ در آمریکا توسط Templer در سال ۱۹۷۰ طراحی شد (۱۶). این مقیاس شامل ۱۵ عبارت و تک عاملی است. این مقیاس بر اساس ۵ تایی لیکرت (کاملاً مخالفم: ۱، مخالفم: ۲، نظری ندارم: ۳، موافقم: ۴ و کاملاً موافقم: ۵) نمره گذاری شده است. حداقل نمره بدست آمده در این آزمون ۱۵ و حداکثر آن ۷۵ می‌باشد. همچنین، تفسیر نمره بدست آمده بدین ترتیب است که نمره بین ۲۵-۱۵: نشان دهنده اضطراب مرگ پایین، ۵۰-۲۶: نشان دهنده اضطراب مرگ متوسط و ۷۵-۵۱: نشان دهنده اضطراب مرگ بالا تفسیر می‌گردد.

Templer (۱۷) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی

«مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» را روی ۷۶ تن از دانشجویان آمریکایی سنجید و نتایج وجود تک عاملی بودن آن را نشان داد. بعلاوه، روایی سازه به روش روایی همگرایی مقیاس فوق با «مقیاس اضطراب ولش» (Welsh Anxiety Scale) روی نمونه‌های فوق، سنجیده و ۰/۳۹ گزارش شد. همچنین، ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ هفته روی نمونه‌های فوق، را ۰/۸۳ گزارش کرد.

Tomás-Sabado & Gomez-Benito (۱۸) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» را روی ۱۸۷ تن از دانشجویان اسپانیایی بررسی و ساختار تک عاملی تأیید شد. بعلاوه، ثبات به روش بازآزمون با فاصله زمانی ۳ هفته روی نمونه‌های فوق را ۰/۸۷ گزارش کردند.

در ایران نیز، سلیمانی و همکاران (۱۹) در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» را روی ۳۲۶ تن از زنان و مردان ایرانی محاسبه و ساختار تک عاملی تأیید شد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، محاسبه و ۰/۸۱ گزارش شد. شریف نیا و همکاران (۲۰) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» را روی ۲۱۱ تن از جانبازان ایرانی بررسی و ساختار تک عاملی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۸۹ گزارش شد.

«سیاه پنج عاملی نئو» (NEO Five-Factor Inventory) توسط Costa & McCrae در اوکراین در سال ۱۹۸۳ طراحی شد (۲۱). ابزار شامل ۶۰ عبارت و ۵ مولفه روان رنجوری (neuroticism) با ۱۲ عبارت: ۵۶، ۵۱، ۴۶، ۴۱، ۳۶، ۳۱، ۲۶، ۲۱، ۱۶، ۱۱، ۶، ۱؛ برونگرایی (extraversion) با ۱۲ عبارت: ۵۷، ۵۲، ۴۷، ۴۲، ۳۷، ۳۲، ۲۷، ۲۲، ۱۷، ۱۲، ۷، ۲؛ گشودگی به تجربه (openness to experience) با ۱۲ عبارت: ۵۸، ۵۳، ۴۸، ۴۳، ۳۸، ۳۳، ۲۸، ۲۳، ۱۸، ۱۳، ۸، ۳؛ توافق پذیری (agreeableness) با ۱۲ عبارت: ۵۹، ۵۴، ۴۹، ۴۴، ۳۹، ۳۴، ۲۹، ۲۴، ۱۹، ۱۴، ۹، ۴ و وظیفه شناسی (conscientiousness) با ۱۲ عبارت: ۶۰، ۵۵، ۵۰، ۴۵، ۴۰، ۳۵، ۳۰، ۲۵، ۲۰، ۱۵، ۱۰ می‌باشد. این سیاه بر روی طیف ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم: صفر، مخالفم: ۱، نظری ندارم: ۲، موافقم: ۳ و کاملاً موافقم: ۴) نمره گذاری شده است. شایان ذکر است که عبارات ۱، ۱۶، ۳۱، ۴۶، ۲۷، ۴۲، ۵۷، ۳، ۸،

تن از دانشجویان و دانش آموختگان دانشگاه علوم انتظامی شهر تهران مورد بررسی قرار دادند. نتایج وجود ۵ مولفه را نشان داد. بعلاوه، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، محاسبه و برای هر یک از زیر مولفه های روان رنجوری ۰/۸۶، برونگرایی ۰/۷۱، گشودگی به تجربه ۰/۷۰، توافق پذیری ۰/۷۸، وظیفه شناسی ۰/۷۵ گزارش شد.

«پرسشنامه سلامت عمومی» (General Health Questionnaire) توسط Goldberg (مکان آن قید نشده است) در سال ۱۹۷۹ طراحی گردید (۲۶). این پرسشنامه دارای نسخه های ۶۰ عبارتی، ۲۸ عبارتی و ۱۲ عبارتی می باشد. در پژوهش حاضر بدلیل اینکه نسخه ۲۸ عبارتی آن، نسبت به سایر نسخه ها دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است، از نسخه ۲۸ عبارتی استفاده شد. این ابزار دارای ۲۸ عبارت و ۴ مولفه میس: علائم جسمانی (physical symptoms) با ۷ عبارت: ۷-۱، اضطراب و اختلال خواب (anxiety and sleep disorder) با ۷ عبارت: ۱۴-۸، اختلال کارکرد اجتماعی (social dysfunction) با ۷ عبارت: ۲۱-۱۵ و افسردگی (depression) با ۷ عبارت: ۲۸-۲۲ را شامل می شود. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت ۴ تایی (بهتر/ سالم تر از حد طبیعی: ۳، معمول ۲، بدتر/ بیشتر از حد معمول: ۱، بسیار بدتر/ بیشتر از حد معمول: صفر) می باشد. حداقل نمره کسب شده در این آزمون صفر و حداکثر نمره کسب شده ۸۴ می باشد. تفسیر این پرسشنامه نیز بدین ترتیب است که با توجه به اینکه نمره ۲۳ نقطه برش می باشد، نمره بیش از ۲۳ نشان دهنده عدم اختلال در سلامت عمومی بوده و نمره کمتر از ۲۳ نیز نشان دهنده اختلال در سلامت عمومی است.

Cheung & Spears (۲۷) در پژوهش خود روایی ملاکی به روش روایی همزمان «پرسشنامه سلامت عمومی» را با «آزمون کوتاه وضعیت حال» (Short Present State Examination) توسط یک روانپزشک (مشخصات بیشتر گزارش نشده) محاسبه شد. نتایج همبستگی بین ۲ ابزار را نشان داد (عدد بدست آمده گزارش نشده). همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۲۲۳ تن از افراد بالای ۱۸ سال شهر Dunedin در کشور نیوزلند محاسبه و نتایج برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و برای علائم جسمانی ۰/۸۶، اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۵، اختلال کارکرد اجتماعی ۰/۶۶ و افسردگی ۰/۸۵ گزارش شد.

۱۸، ۲۳، ۳۳، ۳۸، ۴۸، ۹، ۱۴، ۲۹، ۳۹، ۴۴، ۵۶، ۵۹، ۳۰، ۱۵، ۴۵، ۵۵ در این سیاهه، بصورت معکوس (کاملاً مخالفم نمره ۴، مخالفم نمره ۳، بی تفاوت نمره ۲، موافقم نمره ۱ و کاملاً موافقم نمره صفر) نمره گذاری می گردد. بعلاوه، حداقل نمره کسب شده در این سیاهه نمره هر مولفه، صفر و حداکثر ۴۸ می باشد. همچنین، تفسیر نمره بدست آمده در کل این سیاهه به این صورت است که نمره بین ۱۲۰-۶۰: روان رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری و وظیفه شناسی کم، ۱۸۰-۶۱: متوسط و زیاد تفسیر می گردد (۲۲).

Costa & McCrae (۲۱) در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «سیاهه پنج عاملی نئو» را روی ۱۰۹ مرد و زن سالم در آمریکا مورد بررسی قرار دادند که نتایج وجود ۵ مولفه (روان رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری، وظیفه شناسی) را نشان داد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، محاسبه و برای روان رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری، وظیفه شناسی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۷۶ و ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین، Vassend & Skrandal (۲۳) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی را برای «سیاهه پنج عاملی نئو» را روی ۹۶۱ تن از مردم عادی کشور نروژ محاسبه نمودند. نتایج وجود ۵ مولفه روان رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری، وظیفه شناسی را حاکی و تایید کرد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق محاسبه و برای روان رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری، وظیفه شناسی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۶۸، ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۶۵ گزارش شد.

ازخوش و عسگری (۲۴) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی را «سیاهه پنج عاملی نئو» را روی ۱۶۳۹ تن از مردم عادی شهر تهران محاسبه و نتایج وجود ۵ مولفه روان رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری، وظیفه شناسی را حاکی و تایید کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمونه فوق الذکر محاسبه گردیده که در دامنه بین ۰/۸۲ تا ۰/۵۲ گزارش شد. همچنین، دلاور و همکاران (۲۵) در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی برای «سیاهه پنج عاملی نئو» را در نمونه ای متشکل از ۴۲۴

تمپلر» ۰/۸۳؛ برای «سیاهه پنج عاملی نئو» مولفه های روان رنجوری ۰/۸۸، برونگرایی ۰/۷۶، گشودگی به تجربه ۰/۷۳، توافق پذیری ۰/۷۹، وظیفه شناسی ۰/۸۳ و برای «پرسشنامه سلامت عمومی» در علائم جسمانی ۰/۹۱، اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۷، اختلال کارکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۸۵ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۵ بدست آمد.

برای جمع آوری داده ها ابتدا گواهی تاییدیه ایرانداک و مجوز معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج دریافت گردید. سپس به معاونت پژوهشی بیمارستان های امام علی (ع) و قائم در شهر کرج مراجعه گردیده و مجوز شروع کار دریافت شد.

در مرحله بعدی، هدف از انجام پژوهش در بین نمونه های پژوهش حاضر توضیح داده شد و رضایت نامه کتبی از ایشان کسب گردید. پرسشنامه ها در محل کار آن ها توزیع و پس از تکمیل جمع آوری شد. اجرای این پژوهش حدود ۴ ماه (آذر تا اسفند ۱۴۰۱) به طول انجامید. شایان ذکر که روزانه حدودا ۳-۴ ساعت زمان صرف جمع آوری داده ها شد.

از نظر ملاحظات اخلاقی نیز اصول اخلاقی از جمله رازداری، حفظ حریم خصوصی افراد و محرمانه ماندن اطلاعات دریافتی از شرکت کنندگان رعایت شد.

تحلیل داده ها با روش های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی، از شاخص های گرایش مرکزی مانند میانگین و شاخص های پراکندگی نظیر انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی در ابتدا از مفروضه های پژوهش شامل آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و دوربین واتسون استفاده شد. در سطح استنباطی جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و جهت تعیین پیش بینی متغیر ملاک براساس متغیرهای پیش بین از تحلیل رگرسیون چندمتغیره گام به گام به کار برده شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته ها

بررسی های جمعیت شناختی نشان داد تعداد ۶۵ تن (۵۳ درصد) شرکت کنندگان زن و ۵۷ تن (۴۷ درصد) شرکت کنندگان نیز مرد بوده اند. در خصوص سن نیز ۴۰ تن (۳۳ درصد) در دامنه سنی زیر ۳۰ سال، ۳۹ تن (۳۲ درصد) در دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۲۹ تن (۲۴ درصد) از افراد ۴۰ تا ۵۰ سال و ۱۴ تن (۱۱ درصد) بالای ۵۰ سال سن داشتند. تحصیلات ۴ تن (۷ درصد) مدرک دیپلم، ۲۸ تن (۲۲ درصد)

بعلاوه، سنجش پایایی را به روش ۲ نیمه کردن روی ۸۵۳ تن از داوطلبان عادی و بیماران سرپایی در لندن محاسبه و ۰/۹۵ گزارش نمودند (۲۷) Chan. (۲۸) در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه سلامت عمومی» را روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ سنجید. نتایج وجود ۴ مولفه علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی را نشان داد. بعلاوه، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق، محاسبه و ۰/۹۳ گزارش شد.

تقوی و همکاران (۲۹) بررسی روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه سلامت عمومی» را روی ۱۶۷ تن از دانشجویان دانشگاه شیراز بررسی و نتایج وجود ۴ مولفه مقیاس: علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی را نشان داد. همچنین روایی ملاکی به روش روایی همزمان پرسشنامه فوق با «پرسشنامه بیمارستان میدلسکس» (Middlesex Hospital Questionnaire) بررسی و ضریب همبستگی ۰/۵۵ گزارش شد. بعلاوه، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ، ۲ نیمه کردن و ثبات به روش بازآزمون روی نمونه های فوق، محاسبه و به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۷۰ گزارش نمودند. نظیفی و همکاران (۳۰) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی «پرسشنامه سلامت عمومی» را روی ۴۱۵ تن از کارکنان بیمارستان های کرمان، محاسبه نمودند که نتایج وجود ۴ مولفه شامل: علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق، برای هریک از مولفه ها بالاتر از ۰/۷۴ (اعداد دقیق گزارش نشده) گزارش شد.

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر»، «سیاهه پنج عاملی نئو» و «پرسشنامه سلامت عمومی» توسط ۵ تن از مدرسین دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بررسی و تایید شد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر»، «سیاهه پنج عاملی نئو» و «پرسشنامه سلامت عمومی» بر روی ۳۰ تن از پرستاران شرکت کننده در پژوهش حاضر محاسبه و به ترتیب برای «مقیاس اضطراب مرگ

ناهید هواسی سومار و شبنم کروی

اسمیرنف استفاده شد که همان گونه که مشاهده می شود توزیع نمره متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است (جدول ۱).

مدرک کاردانی، ۴۲ تن (۳۳ درصد) مدرک کارشناسی و ۴۸ تن (۳۹ درصد) مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف-

جدول ۱: آمار توصیفی و آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع نمره

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	کولموگروف-اسمیرنف	مقدار احتمال
روان رنجوری	۱۲۲	۲۵/۵۲	۶/۱۹	۱۴	۴۲	۰/۹۱۱	۰/۸۲۸
برونگرایی	۱۲۲	۳۲/۱۳	۹/۱۲	۰	۴۸	۰/۵۶۱	۰/۴۳۲
گشودگی به تجربه	۱۲۲	۳۳/۸۸	۸/۳۶	۴	۴۸	۰/۷۴۳	۰/۷۷۰
توافقپذیری	۱۲۲	۳۶/۱۶	۶/۵۷	۲۰	۴۸	۰/۵۳۴	۰/۴۱۴
وظیفه‌شناسی	۱۲۲	۳۶/۷۹	۷/۰۸	۱۸	۴۸	۰/۱۰۹	۰/۰۶۵
علائم جسمانی	۱۲۲	۱۱/۱۴	۴/۲۰	۰	۲۰	۰/۱۸۴	۰/۲۰۰
اضطراب و اختلال خواب	۱۲۲	۱۱/۴۳	۴/۶۷	۳	۲۱	۰/۱۴۴	۰/۱۱۰
اختلال کارکرد اجتماعی	۱۲۲	۱۰/۵۹	۵/۶۲	۰	۲۱	۰/۱۵۲	۰/۱۱۵
افسردگی	۱۲۲	۱۱/۱۱	۵/۶۵	۰	۲۱	۰/۱۸۷	۰/۲۰۰
سلامت عمومی	۱۲۲	۴۴/۲۹	۱۶/۴۹	۳	۷۲	۰/۱۰۳	۰/۰۶۲
اضطراب مرگ	۱۲۲	۶/۶۰	۴/۸۳	۰	۱۵	۰/۷۳۲	۰/۶۵۳

به تجربه، توافق پذیری و وظیفه شناسی) و اضطراب مرگ را در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه را نشان می دهد.

جدول ۲ نتایج آزمون همبستگی پیرسون مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیت (روان رنجوری، برونگرایی، گشودگی

جدول ۲: ماتریس همبستگی پیرسون برای مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیت (روان رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری و وظیفه شناسی) و اضطراب مرگ

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
اضطراب مرگ	۱					
روان رنجوری	**۰/۳۳۲	۱				
برون گرایی	**۰/۴۲۴	**۰/۳۱۶	۱			
گشودگی به تجربه	**۰/۳۱۳	۰/۱۵۱	**۰/۸۴۵	۱		
توافق پذیری	**۰/۲۶۰	۰/۲۲۹	**۰/۴۶۷	**۰/۴۷۳	۱	
وظیفه شناسی	**۰/۳۲۶	**۰/۲۵۰	**۰/۵۹۷	**۰/۵۳۴	**۰/۶۹۶	۱

$P \leq 0.05$

$**P \leq 0.01$

** ضرایب همبستگی در سطح $\alpha = 0.01$ معنادار هستند.

* ضرایب همبستگی در سطح $\alpha = 0.05$ معنادار هستند.

توافق پذیری و وظیفه شناسی با اضطراب مرگ همبستگی منفی و معنادار وجود دارد.

جدول ۳ نیز نتایج آزمون همبستگی پیرسون مؤلفه‌های سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی)، اضطراب مرگ را در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه را نشان می دهد.

نتایج جدول ۲ نشان می دهد، بین مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیت شامل روان رنجوری، گشودگی به تجربه، موفق بودن، برونگرایی و وظیفه شناسی و اضطراب مرگ همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. این نتایج نشان می دهد که بین روان رنجوری با اضطراب مرگ همبستگی مثبت و معنا داراست، اما بین رابطه برون گرایی، گشودگی به تجربه،

جدول ۳: ماتریس همبستگی پیرسون برای مؤلفه‌های سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی) و اضطراب مرگ

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
اضطراب مرگ	۱					
علائم جسمانی	**۰/۳۳۸	۱				
اضطراب و اختلال خواب	**۰/۲۷۷	**۰/۵۷۱	۱			
اختلال کارکرد اجتماعی	**۰/۲۷۶	**۰/۳۹۸	**۰/۵۲۳	۱		
افسردگی	*۰/۱۹۲	**۰/۵۰۴	**۰/۵۳۳	**۰/۷۵۵	۱	
سلامت عمومی	۰/۲۹۹	۰/۷۵۲	۰/۷۹۰	۰/۸۴۹	۰/۸۸۰	۱

** ضرایب همبستگی در سطح $\alpha = 0/01$ معنادار هستند.

* ضرایب همبستگی در سطح $\alpha = 0/05$ معنادار هستند.

اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی با اضطراب مرگ همبستگی مثبت و معنادار است. خلاصه نتایج الگوی رگرسیون در جدول ۴ گزارش شده است.

با توجه به نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین مؤلفه‌های سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی) و اضطراب مرگ همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد که بین علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب،

جدول ۴: خلاصه الگوی رگرسیون چند متغیره اضطراب مرگ براساس ویژگی شخصیت و سلامت عمومی

الگو	همبستگی چندگانه (R)	مجذور R (ضریب تعیین)	مجذور R تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۵۳۰	۰/۲۸۱	۰/۲۴۴	۴/۱۹

مرگ براساس ویژگی شخصیت و سلامت عمومی تبیین می‌شود.

جدول ۴ خلاصه الگوی رگرسیون چند متغیره اضطراب مرگ براساس ویژگی شخصیت و سلامت عمومی را نشان می‌دهد که ۲۸/۱ درصد از واریانس چند متغیره اضطراب

جدول ۵: گزارش ضرایب استاندارد و غیراستاندارد درگرسون چندمتغیره اضطراب مرگ بر اساس ویژگی شخصیت و سلامت عمومی

متغیرهای پیشین	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد		t	مقدار احتمال
	B	خطای استاندارد	ضریب بتا (β)	ضریب بتا		
ثابت (Constant)	۱۱/۱۹۶	۳/۳۴۹	-	-	۳/۴۴۶	۰/۰۰۱
روان رنجوری	۰/۱۳۰	۰/۰۸۱	۰/۱۳۹	۰/۱۳۹	۴/۳۷۳	۰/۰۱۰
گشودگی به تجربه	۰/۲۰۷	۰/۰۸۸	۰/۳۹۰	۰/۳۹۰	۲/۳۶۰	۰/۰۲۰
توافقپذیری	۰/۱۳۳	۰/۰۹۰	۰/۱۵۸	۰/۱۵۸	۴/۳۴۴	۰/۰۱۱
برون گرایی	۰/۱۵۲	۰/۰۸۴	۰/۱۷۰	۰/۱۷۰	۳/۶۱۹	۰/۰۳۷
وظیفه شناسی	۰/۱۴۲	۰/۰۸۳	۰/۱۶۲	۰/۱۶۲	۲/۵۰۷	۰/۰۱۳
سلامت عمومی	۰/۱۸۱	۰/۰۲۸	۰/۲۷۶	۰/۲۷۶	۲/۸۳۷	۰/۰۰۵

شناسی (با ضریب بتا ۱۶۲) و سلامت عمومی (با ضریب بتا ۲۷۶) معنادار بودند. براساس نتایج به دست آمده، با یک واحد تغییر در متغیر ویژگی شخصیت و سلامت عمومی تنها ۲۸/۱ درصد واریانس مربوط به اضطراب مرگ به وسیله ویژگی‌های شخصیته و مؤلفه‌های آن و سلامت عمومی را به صورت معنادار تبیین می‌کند. بنابراین، اضطراب مرگ براساس ویژگی‌های شخصیت و سلامت عمومی در پرستاران

نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد که معادله پیش بینی عبارت است از: گزارش ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره اضطراب مرگ بر اساس ابعاد ویژگی شخصیت و سلامت عمومی را نشان می‌دهد. از میان متغیرهای ویژگی‌های شخصیته، روان رنجوری (با ضریب بتا ۱۳۹)، گشودگی به تجربه (با ضریب بتا ۳۹۰)، توافق پذیری (با ضریب بتا ۱۵۸)، برون گرایی (با ضریب بتا ۱۷۰)، وظیفه

بخش های مراقبت های ویژه قابل پیش بینی است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس ویژگی های شخصیتی و سلامت عمومی در پرستاران بخش های مراقبت های ویژه شهر کرج انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که همبستگی معنادار میان مؤلفه های ویژگی های شخصیت (روان رنجوری، گشودگی به تجربه، موفق بودن، برونگرایی و وظیفه شناسی) با اضطراب مرگ وجود دارد. در این زمینه، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش تابع بردبار و همکاران (۱۰)، خیاط و همکاران (۸)، احمدی کهنعلی و باقری (۱۱) هم راستا می باشد. برای مثال خیاط و همکاران (۸) با عنوان «نقش میانجی رضایت از زندگی در رابطه بین عوامل شخصیت و اضطراب مرگ در سالمندان» پژوهشی انجام دادند. نتایج بیانگر این امر بود که همبستگی منفی و مستقیمی بین هر یک از متغیرهای توافق و رضایت از زندگی با اضطراب مرگ مشاهده شد؛ بعلاوه، هر یک از متغیرهای روان رنجوری و وظیفه شناسی نیز با اضطراب مرگ همبستگی مستقیم و مثبتی داشت. همچنین، تابع بردبار و همکاران (۱۰) در پژوهش خود که با عنوان «پیش بینی اضطراب مرگ در سالمندان بر اساس تیپ های شخصیتی و سلامت روان» انجام دادند، یافته های پژوهش نشان داد تیپ های شخصیتی در کل نزدیک به ۴۵ درصد و سلامت روان ۲۵ درصد از واریانس نمره اضطراب مرگ را تبیین می کنند و مؤلفه روان نژندی به صورت مثبت و معناداری و مؤلفه های برونگرایی و مسئولیت پذیری به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب مرگ در سالمندان می باشند. از سوی دیگر، احمدی کهنعلی و باقری (۱۱) پژوهشی با عنوان «پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس سرسختی روانشناختی و ویژگی های شخصیتی» انجام دادند که نتایج پژوهش حاکیست سرسختی روانشناختی و ویژگی های شخصیت، اضطراب مرگ را پیش بینی می کند. در تبیین یافته پژوهش حاضر می توان چنین بیان کرد که ویژگی های روان رنجوری خویی فرد را برای تجربه هیجان های منفی مستعد می سازد و بر سازگاری های روانی در طول زندگی تاثیرگذار است. نمره بالا در روان رنجوری نشان می دهد که فرد در حل و فصل اضطراب ها و تعارض ها ناتوان بوده و دچار برخی نشانه های بیمارگونه می باشد که وی را رنج می دهند. همچنین

ویژگی های روان آزردہ گرای فرد را برای تجربه هیجان های منفی مستعد می سازد و بر سازگاری های روانی در طول زندگی تاثیر گذار است. نمره بالا در روان آزردہ فرد نشان می دهد که فرد در رفع و یا کاهش اضطراب ها و تعارض ها ناتوان بوده و دچار برخی نشانه های بیمارگونه می باشد که وی را رنج می دهند (۸). افراد با روان آزردہ بالا به دلیل اضطراب و نگرانی، قادر به انجام بهینه تکالیف نیستند و بیشتر مستعد بیماری های روانشناختی می باشند. روان آزردہ با اضطراب مرگ همبستگی دارد بطوری که اضطراب مرگ به صورت خاطرات هیجانی همواره در طول تاریخ نقش مهمی را در بقای انسان ایفا کرده است. اضطراب مرگ با سلامت روانی نیز مرتبط می باشد. افراد با روان آزردہ بالا از موقعیت های جدید و چالش انگیز اجتناب کرده و موقعیت های آشنا را ترجیح می دهند. در نتیجه، پیش بینی و فکر کردن به مرگ برای آن ها تحمل ناپذیر می شود. نگرش افراد برونگرا از بیرون برانگیخته می شود و با عوامل بیرونی و عینی هدایت می گردد. برون گراها کلا در دنیای بیرون سیر می کنند. آن ها دوست دارند که سرخوش، اجتماعی، رقابت جو، سریع و واقع گرا باشند. برای آن ها هر چیزی که شفاف تر و مشخص تر باشد بهتر است. با گذشت زمان و افزایش سن تغییراتی در میزان برونگرایی بوجود می آید. بدین معنی که با افزایش سن، برونگرایی کاهش می یابد. با تغییر در مراحل تحولی فرد، تجلی اضطراب مرگ نیز تغییر می کند (۱۰). افراد وظیفه شناسی از توانایی های عالی در سازماندهی و نیز انگیزه های بالا در انجام فعالیت های هدفمند برخوردارند. این ویژگی بیشتر با اضطراب زندگی بعد از مرگ مرتبط می باشد. بطوری که افراد وظیفه شناس با احترام به استانداردهای مذهبی و انجام دقیق تعهدات و ممنوعیت ها در زندگی دنیوی سعی می کنند با اضطراب ناشی از مرگ کنار آیند. همچنین این افراد به دلیل کنترلی که بر رفتارهای خود دارند با واقعیت مرگ سازگارتر بوده و در واقع، مرگ نیروی محرکی است برای این که بتوانند به طور کامل و بهتر زندگی کنند (۱۱).

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که همبستگی معنادار میان مؤلفه های سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی) با اضطراب مرگ وجود دارد. در این زمینه، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های فرخ نژاد افشار و

پیش بینی می‌کند. لذا، پیشنهاد می‌شود جهت کاهش میزان اضطراب مرگ در پرستاران، درمانگران با تمرکز بر ویژگی‌های شخصیت و سلامت عمومی فرد، مداخلات لازم را از جمله آموزش و یا انجام روش‌هایی برای تغییر نگرش پرستاران در مورد مرگ بعمل آورند، تا بدینوسیله بتوان از شدت تعارضات کاسته و در جهت ارتقاء سلامت عمومی موفق گامی برداشت. همچنین، در خصوص محدودیت‌هایی پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود که چون ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، جزء ابزارهای خودگزارشی بوده، این مسئله باعث می‌شود که گاهی اطلاعات دقیق و قابل اعتمادی از شرکت کنندگان اخذ نشده، لذا در استفاده از یافته‌های پژوهش لازم است احتیاط گردد.

سیاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دانشجوی شبنم کروی رسته روانشناسی مقطع کارشناسی ارشد و به راهنمایی خانم دکتر ناهید هواسی سومار در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می‌باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1402.100 در تاریخ ۱۴۰۲/۶/۲۱ و به شماره ایرانداک ۱۹۲۸۲۷۹۹ به تاریخ ۱۴۰۱/۵/۶ مصوب گردید. نویسندگان مراتب سپاس خود را به پرستاران که با صبر و حوصله در این مطالعه شرکت کردند، اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان مطالعه حاضر هیچ گونه تعارض منافی را ذکر نکرده اند.

References

1. Arab M, Hoseini M, Panahi M, Khalili Z. [Nursing occupational hazards of the emergency department in teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences]. Journal of Hospital. 2015; 14 (2): 35-48. <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-5432-fa.html>
2. Valiee S, Aghajani M, Tol A. [Death anxiety among nurses in critical care and general wards]. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2011; 23 (67): 59- 68. <https://www.sid.ir/paper/114021/fa>
3. Farokhnezhad Afshar P, Javadian H, Sadeghmaghaddam L, Farhadi A. [Relationship

همکاران (۳)، قربانی و همکاران (۱۳) همسو است. برای این یافته چنین می‌توان اظهار داشت که اضطراب با اثر بر کارکردهای جسمی و روانی می‌تواند سلامت را به خطر بیندازد. رویارویی دائمی با بیماران، داشتن مسئولیت سلامت انسان‌ها، انجام فرایندهای بالینی، مواجهه با بیماران در حال احتضار، برخورد با موقعیت‌های اضطراری و فوری می‌تواند باعث کاهش عملکرد مطلوب پرستاران گردد. اضطراب مرگ یکی از تنش‌هایی است که پرستاران در محیط کار خود تجربه می‌کنند. بعلاوه، اساس روان رنجوری برهیجانات نامطلوب استوار است که شامل ترس، اضطراب، افسردگی، باورهای نامعقول و غیرواقع بینانه، کنترل بسیار کم تکانه‌ها در مقابل نیازها، نالیمنی شخصی، تنیدگی، عزت نفس پایین و آسیب پذیری می‌باشد. این ویژگی‌ها فرد را برای تجربه هیجان‌های منفی مستعد می‌سازد و بر سازگاری در طول زندگی تاثیرگذار است. افرادی که روان رنجوری بالایی را تجربه می‌کنند تمایل زیادی به نگرش‌های منفی و باورهای غیرمنطقی نسبت به پیری از جمله بیماری، خستگی، بدخلقی و غیرجذاب بودن از منظر ظاهر فیزیکی، نشان می‌دهند. با افزایش سن، روان آزرد به عنوان یک پیش بین قوی در درک فرد از سلامتی خود عمل می‌کند. در نتیجه افراد با روان رنجوری بالا به احتمال زیاد تصور ذهنی ضعیفی از سلامتی خود دارند و این باعث ایجاد نگرش منفی نسبت به پیری در آن‌ها می‌شود (۳).

نتیجه گیری

نتایج حاکیست ویژگی‌های شخصیت و سلامت عمومی، اضطراب مرگ را در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه

- between death anxiety and mental health of nurses working in Bushehr Persian Gulf Martyrs hospital at the time of coronavirus virus]. Quarterly Journal of Nursing Management. 2021;10 (2): 68-75. <https://ijnv.ir/article-1-836-fa.html>
4. Moudi S, Bijani A, Tayebi M, Habibi S. [Relationship between death anxiety and mental health status among nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences]. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2017; 19 (2): 47-53. <http://jbums.org/article-1-6531-fa.html>
 5. Ramezani F, Leil Abadi L, Emamipour S. [Com-

- paring the effectiveness of "Mindfulness Therapy Based on Stress Reduction" and "Narrative Therapy" on death anxiety in the elderly]. *Journal of Health Promotion Management*. 2023; 12 (4): 28-39. <http://jhpm.ir/article-1-1641-fa.html>
6. Rezaee N, Salar A, Keykha A. [Nurses' experience of nursing care in the intensive care unit: a qualitative study]. *Journal of Critical Care Nursing*. 2020; 13 (2): 46-53. <http://jccnursing.com/article-1-465-fa.html>
7. Dadgari F, Rouhi M, Farsi Z. [Death anxiety in nurses working in critical care units of AJA hospitals]. *Journal of Military Care Sciences*. 2015; 2 (3) :150- 157. <http://mcs.ajau.ac.ir/article-1-67-fa.html> <https://doi.org/10.18869/acadpub.mcs.2.3.150>
8. Khayat KH, Tajeri B, Pashang S, Malihi Azakerini S. [Mediating role of life satisfaction in relationship between personality factors and death anxiety in the elderly]. *Journal of Research in Behavioral Science*. 2018; 16 (2) :189- 197. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-599-fa.html>
9. Ekhtiari Amiri R, Hajihasani M, Raeisi S. [Comparison of physical and mental health in single and married students of Shahrekord University: Controlling the effect of personality traits]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10 (6) :42- 53. <http://jhpm.ir/article-1-1243-fa.html>
10. Tabe bordbar F, Esmaceli M, Asadi R. [The prediction of death anxiety in the elderly based on personality types and mental health]. *Aging Psychology*. 2019; 5 (3): 239-249. https://jap.razi.ac.ir/article_1278.html
11. Ahmadi Kohnali H, Bagheri M. [Prediction of death anxiety based on psychological toughness of personality traits]. *Journal of Personality & Individual Differences*. 2015; 4 (9): 95-114. <https://www.sid.ir/paper/249710/fa#downloadbottom>
12. İspir Ö, Elibol E, Sönmez B. The relationship of personality traits and entrepreneurship tendencies with career adaptability of nursing students. *Nurse Education Today*. 2019; 79 (?): 41-47. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691719307063> <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.017>
13. Ghorbani E, Sadatmand S, Sepehrian Azar F, Asadnia S, Feyzipour H. [The relationship between hope, death anxiety and mental health in Urmia University students]. *Studies in Medical Sciences* 2013; 24 (8) :607-616. URL: <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-1887-fa.html>
14. Mehr Afshan Z, Shafiei H. [Managing and predicting the level of depression, anxiety and stress during the Corona outbreak based on personality traits in the treatment staff of Tehran]. *Journal of New Researches in Entrepreneurship Management and Business Development*. 2021; 2 (3): 124- 136. <https://civilica.com/doc/1761538/>
15. Khajoei R, Dehghan M, Heydarpour N, Mazallahi M. [Comparison of Death Anxiety, Death Obsession, and Humor in Nurses and Medical Emergency Personnel in COVID-19 Pandemic]. *Journal of Emergency Nursing*. 2022; 48 (5): 559- 570. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-3748-fa.html> <https://doi.org/10.32598/qums.17.949.10>
16. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 5th ed. Boston, US: Pearson Education. 2007. <https://psycnet.apa.org/record/2006-03883-000>
17. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*. 1970; 82 (1): 165- 177. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4394812/> <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
18. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*. 2002; 91(3): 1116-1120. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12585522/> <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1116>
19. Soleimani MA, Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Banihashemi H, Nia HS, Haghdoošt AA. [Validity and reliability of the Persian version of Templer Death Anxiety Scale in family caregivers of cancer patients]. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2016; 21 (3): 284-290. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27186206/> <https://doi.org/10.4103/1735-9066.180390>
20. Sharif Nia H, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan YH. [Reliability and validity of the Persian version of Templer Death Anxiety Scale-Extended in veterans of Iran-Iraq warfare]. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2014; 8 (4): 29-37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25798171/>
21. Costa PT, McCrae RR. *NEO PI-R professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment

- Resource. 1992. https://www.researchgate.net/publication/240133762_Neo_PI-R_professional_manual#fullTextFileContent
22. Young MS, Schinka JA. Research validity scales for the NEO-PI-R: Additional evidence for reliability and validity. *Journal of Personality Assessment*. 2001; 76 (3): 412-420. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7603_04
23. Vassend O, Skrondal A. Validation of the NEO Personality Inventory and the five-factor model. Can findings from exploratory and confirmatory factor analysis be reconciled?. *European Journal of Personality*. 1997; 11 (2): 147-166. <https://psycnet.apa.org/record/1997-06746-04> [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(199706\)11:2<147::AID-PER278>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0984(199706)11:2<147::AID-PER278>3.0.CO;2-E)
24. Azkhosh M, Asgari A. [Five Factor Model in Iranian culture: A psychometrics analysis of NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI)]. *International Journal of Indian Psychology*. 2014; 1 (4): 78-101. <https://www.sid.ir/paper/46232/fa>
25. Delavar A, Bartiyan M, Kashef H. [Normalization of NEO - FFI 5 factors test for selecting candidates of police academy entrance]. *Naja Scientific Quarterly of Human Resources*. 2014; 5 (35): 105-122. http://journals.police.ir/article_12422.html
26. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979; 9 (1): 139-145. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/424481/> <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
27. Cheung P, Spears G. Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item General Health Questionnaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1994; 29 (2): 95-99. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8009326/> <https://doi.org/10.1007/BF00805629>
28. Chan D W. The Chinese version of the General Health Questionnaire: Does language make a difference? *Psychological Medicine*. 1985; 15 (1): 147-155. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3991829/> <https://doi.org/10.1017/S0033291700021012>
29. Tagvi SMR. [Investigating the validity and reliability of the General Health Questionnaire (G.H.Q)]. *Journal of Psychology*. 2022; 5 (4): 381-398. <https://www.sid.ir/paper/54489/fa>
30. Nazifi M, Mokarami H, Akbaritabar A, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. [Reliability, validity and factor structure of the Persian translation of General Health Questionnaire (GHQ-28) in hospitals of Kerman University of Medical Sciences]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2013; 3 (4): 336- 342. <https://www.magiran.com/paper/1254402/> <https://doi.org/10.17795/jhealthscope-15547>