Journal of Health Promotion Management (JHPM) Original Article

Winter 2025, Volume 13, Issue 5 10.22034/JHPM.13.5.66

Correlation of Psychological Distress and Coping with Stressful Situations, Health Anxiety in Nurses; Mediating Role of Burnout

Mozhdeh Bagher Zadeh[1], Soheila Mazloum Vajari[2*], Fateme Jafaraghaee[3]

1- MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medicine, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.
3- Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Corresponding author: Soheila Mazloum Vajari, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medicine, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.
Email: mazloum2258@yahoo.com

Received: 20 April 2024 Accepted: 19 Sep 2024

Abstract

Introduction: Health anxiety is one of the main factors affecting the mental health of nurses. The aim of the present study was to determine the correlation between psychological distress and Coping with stressful situations, health anxiety in nurses with the mediating role of job burnout.

Methods: The present research method is descriptive-correlation type. The research population was nurses working in Dr. Pirouz Hospital in Lahijan in 2023, 200 of them (27 men and 173 women) were selected by non-random and convenience sampling method. Data collection instruements include: demographic data questionnaire, "Kessler Distress Psychological Scale", "Coping Inventory for Stressful Situations", "Health Anxiety Inventory" and "Job Burnout Questionnaire" which participants completed them completely. The content validity ratio of the instruments and reliability was done by calculating internal consistency by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed in SPSS .22 and Smart PLS. 3.

Results: Psychological distress was correlated directly and positively with health anxiety (β=0.59, t=8.330, P=0.01). Coping with stressful situations with health anxiety had an indirect and negative significant correlation (β=-0.25, t=-2.167, P=0.01). Psychological distress was correlated directly and positively with burnout (β=0.71, t=17.86, P=0.01). Coping with stressful situations with burnout had an indirect and negative significant correlation (β=-0.14, t=-3.158, P=0.05). Job burnout was directly and positively correlated with health anxiety (β=0.24, t=3.57, P=0.001). Psychological distress (β=0.23) correlated directly and positively with health anxiety by mediating burnout. Also, coping with stressful situations (β=-0.169) with the mediation of burnout was correlated indirectly and negatively with health anxiety.

Conclusions: Psychological distress in a direct and positive manner and Coping with stressful situations in a direct and negative manner, due to burnout increases the health anxiety score in nurses. It is suggested that hospital managers provide the necessary support measures to promote the mental health of nurses working in hospitals by holding workshops on burnout and health anxiety.

Keywords: Health Anxiety, Burnout, Psychological Distress, Nurses.

نشریه مدیریت ارتقای سلامت
مقاله پژوهشی
زمستان ۱۴۰۳، دوره ۱۳، شماره ۵
10.22034/JHPM.13.5.66

همبستگی پریشانی روانشناختی و مقابله با موقعیت‌های تنش زا، اضطراب سلامت در پرستاران؛ نقش میانجی فرسودگی شغلی

مژده باقرزاده[۱]، سهیلا مظلوم واجاری[۲*]، فاطمه جعفرآقائی[۳]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.
۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.
۳- دانشیار، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

نویسنده مسئول: سهیلا مظلوم واجاری، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.
ایمیل: mazloum2258@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۲۹

چکیده

مقدمه: اضطراب سلامت از عوامل اصلی موثر بر سلامت روان پرستاران است. هدف پژوهش حاضر تعیین همبستگی پریشانی روانشناختی و مقابله با موقعیت‌های تنش زا، اضطراب سلامت در پرستاران با نقش میانجی فرسودگی شغلی بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه پژوهش پرستاران شاغل در بیمارستان دکتر پیروز در لاهیجان در سال ۱۴۰۲ بود که تعداد ۲۰۰ تن از آن ها (۲۷مرد و ۱۷۳ زن) به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس انتخاب شدند. ابزار های جمع آوری داده ها شامل: پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر (Kessler Distress Psychological Scale)"، "سیاهه مقابله با موقعیت‌های تنش زا" (Coping Inventory for Stressful Situations)، "سیاهه اضطراب سلامت" (Health Anxiety Inventory) و "پرسشنامه فرسودگی شغلی" (Maslach Burnout Questionnaire) بودند و شرکت کنندگان آن ها را بصورت کامل تکمیل کردند. نسبت روایی محتوای ابزار ها و پایایی به روش محاسبه همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ و اسمارت پی ال اس نسخه ۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها: پریشانی روانشناختی با اضطراب سلامت همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت (β =۰/۵۹، t=۸/۳۳۰، P=۰/۰۱). مقابله با موقعیت‌های تنش زا، با اضطراب سلامت همبستگی معنادارغیرمستقیم و منفی داشت (β =-۰/۲۵، t=-۲/۱۶۷، P=۰/۰۱). پریشانی روانشناختی با فرسودگی شغلی همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت (β =۰/۷۱، t=۱۷/۸۶، P=۰/۰۱). مقابله با موقعیت‌های تنش زا با فرسودگی شغلی همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفی داشت (β =-۰/۱۴، t=-۳/۱۵۸، P=۰/۰۵). فرسودگی شغلی با اضطراب سلامت همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت (β =۰/۲۴، t=۳/۵۷، P=۰/۰۰۱). پریشانی روانشناختی (β=۰/۲۳) با میانجیگری فرسودگی شغلی با اضطراب سلامتی همبستگی معنا دار مستقیم و مثبت داشت. همچنین مقابله با موقعیت‌های تنش زا، (β =۰/۱۶۹-/۰) با میانجیگری فرسودگی شغلی با اضطراب سلامتی همبستگی معنادار غیر مستقیم و منفی داشت.

نتیجه گیری: پریشانی روانشناختی به صورت معنادار مستقیم ومثبت و مقابله با موقعیت‌های تنش زا به صورت معنا دار مستقیم ومنفی، به واسطه فرسودگی شغلی سبب افزایش نمره اضطراب سلامتی در پرستاران می‌شود. پیشنهاد می‌شود، مدیران بیمارستان ها اقدامات حمایتی لازم در راستای ارتقاء سلامت روان پرستاران شاغل در بیمارستان ها را با برگزاری کارگاه‌های آموزشی درزمینه فرسودگی شغلی و اضطراب سلامت فراهم آورند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب سلامت، فرسودگی، پریشانی روانشناختی، پرستاران.

مقدمه

اضطراب سلامت اختلالی است که با اضطراب و ترس فراوان در مورد داشتن یک بیماری جدی مشخص می‌شود (۱) و افراد را در مشاغل مختلف تحت تاثیر قرار می‌دهد، به طوری که پرستاران به دلیل ماهیت سخت شغلی به ویژه مستعد آن هستند (۲،۳). اضطراب سلامت که با نگرانی بیش از حد در مورد سلامت فرد مشخص می‌شود، به طور فزاینده‌ای به عنوان یک موضوع مهم در میان متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از جمله پرستاران شناخته شده است. این اضطراب زمانی اتفاق می افتد که احساسات یا تغییرات جسمی درک شده در فرد به عنوان نشانه‌هایی از بیماری تفسیر شوند که ممکن است این علائم جسمی مثل تب، سرفه و درد عضلانی مرتبط با بیماری عفونی گسترش یافته مربوط باشند ولی الزاماً به آن بیماری محدود نمی‌شوند (۴). بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری انجمن روان پزشکی آمریکا (Diagnostic and Statistical Manual-V-TR)، اضطراب سلامتی یا همان اضطراب بیماری بر روی یک پیوستار قرار دارد. در یک طرف این پیوستار نگرانی کم در مورد بیماری و در سوی دیگر پیوستار نگرانی شدید و در واقع خود بیمارانگاری قرار دارد. انجمن روانشناسان آمریکا اضطراب سلامت را اختلال نسبتاً شایعی ذکر کرده است که در صورت درمان نشدن به صورت مزمن تداوم می‌یابد و باعث استفاده بیش از حد از نظام مراقبت سلامت و اختلال در عملکرد می‌شود (۲). مطالعات نشان دهنده شیوع بالاتر اضطراب سلامت در میان پرستاران در مقایسه با جمعیت عمومی است که پیامدهای بالقوه عمیقی برای بهزیستی فردی و مراقبت از بیمار دارد (۵). پیامدهای اضطراب سلامت در میان پرستاران فراتر از پریشانی فردی است و به طور بالقوه بر کیفیت مراقبت از بیمار و عملکرد کلی پرستاری تأثیر می‌گذارد (۶-۹). پرستارانی که با اضطراب سلامت دست و پنجه نرم می‌کنند ممکن است رفتارهای بیش از حد هوشیارانه و اطمینان جویی بیش از حد از خود نشان دهند که می‌توانند در توانایی آن ها برای تمرکز بر نیازهای بیمار و ارائه مراقبت کارآمد اختلال ایجاد کند (۵، ۱۰).

نتایج چندین مطالعه مانند پژوهش Brooks و همکاران (۱۱) و پژوهش Bai و همکاران (۱۲) نشان دادند که شرایط کارکنان پزشکی که در خط مقدم این بیماری‌ها مبارزه می‌کردند به دلیل مقابله با موقعیت‌های تنش زا، بیماری ناشناخته، خطر بالای مواجهه، شدت کار بالا و تنش قابل توجه، مشکلاتی در سلامت روان آن ها ایجاد شده است. نتایج مطالعات فوق نشان داد که پرستاران بیشتر از پزشکان و سایر کادر درمان از نظر روانی در معرض آسیب جدی بودند (۱۲). در واقع پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که اضطراب سلامت با متغیرهای هیجانی و شناختی بسیاری ارتباط دارد و در صورتی که درمان نشود دامنه وسیعی از مشکلات را برای فرد ایجاد می‌کند (۱۳). به طور کلی عوامل متعددی در ایجاد و تشدید اضطراب سلامت در میان پرستاران نقش دارد. از جمله این موارد می‌توان به پریشانی روانشناختی (psychological distress) اشاره کرد (۱۴). پریشانی سازه‌ای متداول در پژوهش‌های مربوط به بی‌نظمی هیجانی است که به صورت سازه‌ای فراهیجانی (meta-emotion) و به عنوان قابلیت فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالت‌های هیجانی منفی بیان شده است (۱۵). سطوح بالای پریشانی روانشناختی می‌تواند بر عملکرد شناختی، توانایی‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های بین فردی، کاهش رضایت شغلی و افزایش نرخ فرسودگی شغلی پرستاران تاثیر بگذارد و در نتیجه کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار را مختل نماید (۱۶، ۱۷).

علاوه بر این، به نظر می‌رسد یکی دیگر از متغیرهای اثر گذار بر اضطراب سلامت در پرستاران، مقابله با موقعیت‌های تنش زا است (۱۸). مقابله با موقعیت‌های تنش زا، به راهبردهای آگاهانه‌ای اشاره دارد که برای کاهش احساسات ناخوشایند استفاده می‌شود. مقابله با موقعیت‌های تنش زا می‌تواند شناختی یا رفتاری باشد وهمچنین می‌تواند فردی یا اجتماعی باشد. کنار آمدن، مقابله با موقعیت‌های تنش زا و غلبه بر مبارزات و مشکلات در زندگی راهی برای حفظ سلامت روانی و عاطفی فرد است (۱۹). افراد از ترکیبی از چندین نوع مقابله با موقعیت‌های تنش زا استفاده می‌کنند که ممکن است در طول زمان تغییر کند. همه این راهبردها می‌توانند مفید باشند، اما برخی ادعا می‌کنند کسانی که از مقابله با موقعیت‌های تنش زا متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند، بهتر با زندگی سازگار می‌شوند (۲۰). مقابله با موقعیت‌های تنش زای متمرکز بر مسئله ممکن است به فرد امکان کنترل بیشتر بر مشکل خود را بدهد، در حالی که مقابله با موقعیت‌های تنش زای متمرکز بر هیجان ممکن است گاهی به کاهش کنترل ادراک شده منجر شود (مقابله با موقعیت‌های تنش زا ناسازگار) (۲۱).

از سویی دیگر، ازمهم ترین مفاهیم مرتبط با اضطراب سلامت در پرستاران فرسودگی شغلی است که بر سلامت روان پرستاران تاثیر به سزایی دارد. در میان چالش‌های متعددی که پرستاران با آن‌ها مواجه هستند، فرسودگی شغلی به‌عنوان نگرانی برجسته‌ای ظاهر می‌شود که عمیقاً

بـر کیفیـت زندگـی فـردی و کیفیـت مراقبـت از بیمـار تأثیـر می‌گـذارد (۲۲). فرسـودگی شـغلی کاهـش قـدرت سـازگاری فـرد بـا عوامـل تنـش زا اسـت و سـندرمی اسـت مرکـب از خسـتگی جسـمی و عاطفـی اسـت کـه منجـر بـه ایجـاد خـود پنـداره منفـی در فـرد، نگـرش منفـی نسـبت بـه شـغل و فقدان احسـاس ارتبـاط بـا مراجعـان بـه هنـگام انجـام وظیفـه می‌شـود. سـازمان جهانـی بهداشـت (World Health Organization)، فرسـودگی شـغلی را یـک سـندرم ناشـی از تنـش مزمـن ناشـی از کار تعریـف کـرده اسـت کـه بـا علائمـی ماننـد احسـاس تخلیـه انـرژی یـا خسـتگی، افزایـش فاصلـه ذهنـی از شـغل خـود، یـا احسـاس منفـی گرایـی یـا بدبینـی مرتبـط بـا شـغل فـرد و کاهـش کارایـی حرفـه‌ای مشـخص می‌شـود (۲۳) فرسـودگی شـغلی در کارکنـان بهداشـتی درمانـی نـه تنهـا منجـر بـه اختـلال در سـلامت جسـم و روان فـرد و غیبـت از کار می‌شـود، بلکـه کیفیـت خدمـات ارائـه شـده بـه بیمـاران را کاهـش می‌دهـد و موجـب نارضایتـی از خدمـات پزشـکی می‌شـود؛ تشـخیص، درمـان و مراقبـت بیمـاران را مختـل می‌کنـد و ممکـن اسـت باعـث رنجـوری بیمـار بـا نیازهـای جسـمی و روانـی و ناامیـدی گـردد (۲۴).

مـرور مطالعـات مختلـف نشـان داد کـه رابطـه متغییـر پریشـانی روانشـناختی بـا متغییـر فرسـودگی شـغلی بـه صـورت همبسـتگی معنـادار مسـتقیم ومثبـت مطـرح گردیـده اسـت وبراسـاس همبسـتگی هـای مشـاهده شـده در مطالعـات پیشـین و متعـدد متغییرفرسـودگی شـغلی بـه عنـوان متغییرمیانجـی در نظـر گرفتـه شـده اسـت(۲۵، ۲۶). در واقـع رابطـه بیـن پریشـانی روانشـناختی و فرسـودگی شـغلی در پرسـتاران پیچیـده و چندوجهـی اسـت. بـه طـوری کـه پریشـانی روانشـناختی اغلـب بـه عنـوان پیش‌بینـی بـرای فرسـودگی شـغلی عمـل می‌کنـد (۲۷) و بـه مراتـب فرسـودگی شـغلی، می‌توانـد پریشـانی روانشـناختی را تشـدید نمایـد (۲۸) و چرخـه‌ای از تهـی شـدن عاطفـی و خسـتگی را تـداوم بخشـد. تأثیرات پریشـانی روانشـناختی و فرسـودگی شـغلی بـا پیامدهـای گسـترده‌ای همـراه اسـت. پرسـتارانی کـه پریشـانی روانشـناختی و فرسـودگی شـغلی را تجربـه می‌کننـد، بـه احتمـال زیـاد کاهـش رضایـت شـغلی، نـرخ جابجایـی بالاتـر و کاهـش کیفیـت مراقبـت را نشـان می‌دهنـد (۲۵، ۲۶، ۲۹). همچنیـن فرسـودگی شـغلی توانایـی پرسـتاران را بـرای برقـراری ارتبـاط موثـر بـا بیمـاران و شایسـتگی بالینـی تضعیـف می‌کنـد و در نتیجـه عملکـرد مؤثـر در پرسـتاران را کاهـش می‌دهـد (۳۰، ۳۱). عـلاوه بـر ایـن، در مطالعاتـی مشـخص شـده اسـت کـه مقابلـه با موقعیت‌هـای تنـش زا ، بـا فرسـودگی شـغلی ارتبـاط دارد (۳۲). رابطـه بیـن مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا و فرسـودگی شـغلی پیامدهـای قابـل توجهـی بـرای عملکـرد حرفـه‌ای و مراقبـت از بیمـار دارد. پرسـتارانی کـه از مقابلـه انطباقـی اسـتفاده می‌کننـد، بـرای مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا، حفـظ رضایـت شـغلی و ارائـه مراقبت‌هـای بـا کیفیـت بـالا بـه بیمـاران مجهزتـر هسـتند. در مقابـل، کسـانی کـه بـه مقابلـه ی ناسـازگار تکیـه می‌کننـد ممکـن اسـت سـطوح بالایـی از فرسـودگی شـغلی را تجربـه کنند کـه منجـر بـه کاهـش بهـره وری، افزایـش غیبـت و بـه خطـر افتـادن ایمنـی بیمـار می‌شـود (۳۳، ۳۴).

در واقـع مطالعـات نشـان دهنـده ایـن مسـئله هسـتند کـه پریشـانی روانشـناختی و مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا بـا فرسـودگی شـغلی در پرسـتاران ارتبـاط دارنـد؛ بـر ایـن اسـاس بـه سـبب ارتباطـی کـه بیـن فرسـودگی شـغلی بـا اضطـراب سـلامتی در پرسـتاران وجـود دارد، می‌تـوان انتظـار داشـت کـه فرسـودگی شـغلی بتوانـد نقـش میانجـی را بیـن پریشـانی روانشـناختی، مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا و اضطـراب سـلامتی ایفـا کنـد. در مجمـوع مطالعـات پیشـین نشـان دهنـده آن اسـت کـه پریشـانی روانشـناختی، مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا و فرسـودگی شـغلی هـر یـک بـه تنهایـی ایـن ظرفیـت را دارنـد کـه بـر اضطـراب سـلامتی در پرسـتاران تأثیـر بگذارنـد. امـا در بررسـی پیشـینه، مطالعـه‌ای یافـت نشـد کـه ایـن عوامـل را بـه طـور همزمـان در پرسـتاران مـورد بررسـی قـرار دهـد. بـا توجـه بـه مباحـث مطـرح شـده و مطالعـات اندکـی کـه در ایـن گسـتره موضوعـی انجـام شـده اسـت، لـذا پژوهـش حاضـر بـا هـدف تعییـن همبسـتگی پریشـانی روانشـناختی و مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا، اضطـراب سـلامت در پرسـتاران؛ بـا نقـش میانجـی فرسـودگی شـغلی انجـام شـد.

روش کار

روش پژوهـش حاضـر از نـوع توصیفی-همبسـتگی اسـت. جامعـه آمـاری مطالعـه شـامل پرسـتاران شـاغل در بیمارسـتان دولتـی دکتـر پیـروز وابسـته بـه علـوم پزشـکی گیـلان واقـع در شـهر لاهیجـان در سـال ۱۴۰۲ بـود. زیـرا بیمارسـتان دکتـر پیـروز بیـش تریـن تعـداد پرسـتار شـاغل را در شـرق گیـلان دارد ولازم بذکـر اسـت کـه ایـن بیمارسـتان، تنهـا بیمارسـتان دولتی در شـهر لاهیجـان اسـت و وابسـته بـه علـوم پزشـکی گیـلان مـی باشـد. حداقـل تعـداد نمونـه پیشـنهادی براسـاس نظـر هومـن (۳۵) بـرای پژوهـش هـای الگـوی معـادلات سـاختاری، ۲۰۰ تـن پیشـنهاد گردیـده اسـت. بـه جهـت پیشـگیری از ریـزش احتمالـی و افزایـش اعتبـار در نمونـه گیـری، تعـداد نمونـه ۲۲۰ تـن انتخاب شـد تـا بـه دلیـل احتمـال وجـود پرسشـنامه هایـی کـه ناقـص تکمیـل شـده بودنـد، پرسشـنامه هایـی کـه حداقـل درآن هـا بـه یکـی از سـوالات پاسـخ داده نشـده بـود و یـا پرسشـنامه هایـی

کـه حداقـل بـه یکـی از سـوالات ۲ پاسـخ داده شـده بـود حـذف شـود. در مجمـوع ۲۰۰ ابـزار بـه طـور کامـل پاسـخ داده شـده بـود و قابلیـت تحلیـل داشـت. بـر ایـن اسـاس تعـداد ۲۰۰ پرسـتار (۲۷ مـرد و ۱۷۳ زن) بـا روش نمونه‌گیـری دردسـترس در انجـام پژوهـش مشـارکت داشـتند.

معیارهـای ورود شـامل رضایـت کامـل بـرای مشـارکت در پژوهـش، شـاغل بـودن بـه عنـوان پرسـتار، داشـتن حداقـل تحصیـلات در مقطـع کارشناسـی پرسـتاری و داشـتن حداقـل ۲ سـال بـه عنـوان سـابقه کاری در بیمارسـتان هـدف بـود. معیـار هـای خـروج از مطالعـه شـامل : پرسـتارانی کـه تمایـل بـه شـرکت در مطالعـه را نداشـتند یـا پرسشـنامه مربـوط بـه خـودرا بصـورت کامـل تکمیـل نکـرده بودنـد (حتـی بـه یـک سـوال هم پاسـخ نـداده بودنـد) و یـا پاسـخ مشـابه بـه تمـام سـوالات داده بودنـد از مطالعـه خـارج شـدند.

برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

پرسشـنامه جمعیـت شـناختی شـامل جنسـیت، سـن، وضعیـت تاهـل، سـطح تحصیـلات، بخـش فعالیت در بیمارسـتان و سـابقه کار مـی باشـد.

«مقیـاس پریشـانی روانشـناختی» (Psychological Distress Scale) توسـط Kessler و همـکاران در ایـالات متحـده در سـال ۲۰۰۲ بـه منظـور سـنجش اختـلالات روانـی در جمعیـت عمومـی طراحـی و تدویـن شـده اسـت (۳۶). ابـزار دارای ۱۰ عبـارت اسـت. زیـر مقیـاس یافـت نشـد. پاسـخ بـه هـر عبـارت بـر اسـاس طیـف لیکـرت ۵ درجـه‌ای از (هرگز=صفـر) تـا (همیشـه=۴) نمـره گـذاری می‌شـود و حداقـل نمـره در ایـن ابـزار بـرای هـر فـرد صفـر و حداکثـر ۴۰ اسـت. کسـب نمـره کمتـر از ۱۳ پریشـانی روانشـناختی خفیـف، نمـره ۱۴ الـی ۲۷ پریشـانی روانشـناختی متوسـط و نمـره ۲۸ الـی۴۰ پریشـانی روانشـناختی شـدید را نشـان می‌دهـد و هرچـه فـرد نمـره بالاتـری را کسـب کنـد بیانگـر بـالا بـودن مقیـاس پریشـانی روانشـناختی می‌باشـد.

در پژوهـش Arnaud و همـکاران روی ۷۱ بیمـار بخـش اورژانـس دارای اختـلالات مرتبـط بـا مصـرف الـکل روایـی سـازه بـه روش روایـی همگـرای «مقیـاس پریشـانی روانشـناختی» بـا «مقیـاس اضطـراب و افسـردگی بیمارسـتان» (Hospital Anxiety and Depression Scale) بررسـی و ۰/۷۰ و همچنیـن بـا «مقیـاس افسـردگی همیلتـون» (Hamilton Depression Rating Scale) ۰/۴۹ بدسـت آمـد. پایایـی بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی نمونـه هـای فـوق، ۰/۹۴ گـزارش شـد (۳۷). در مطالعـه Pereira و همـکاران (۳۸) روایـی سـازه بـه روش روایـی همگـرای «مقیـاس پریشـانی روانشـناختی» بـا «مقیـاس اضطـراب» (Anxiety Scale)، «مقیـاس خسـتگی» (Tired Scale) و «مقیـاس افسـردگی» (Depressed Scale) روی ۶۹۴ تـن ۱۸ تـا ۷۱ سـال بـا ملیـت پرتغالـی در تمامـی مقاطـع تحصیلـی و مشـاغل بـه ترتیـب برابـر بـا ۰/۶۷، ۰/۵۹، و ۰/۷۶ گـزارش شـد. پایایـی بـه روش همسـانی درونـی با محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی نمونه‌هـای فـوق، ۰/۹۱ بدسـت آمـد. در پژوهـش یعقوبـی (۳۹) روایـی سـازه بـه روش تحلیـل عاملـی تأییـدی «مقیـاس پریشـانی روانشـناختی» روی ۵۰۰ دانشـجو از دانشـگاه‌های علـوم پزشـکی شـهر تهـران انجـام و نتایـج تـک عاملـی بـودن مقیـاس را تاییـد کـرد. پایایـی بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی نمونه‌هـای فـوق، ۰/۹۳ و ضریـب پایایـی تصنیـف ۰/۹۱ گـزارش شـد. در مطالعـه بهبهانـی زاده و همایـی روایـی سـازه بـه روش روایـی همگـرای «مقیـاس پریشـانی روانشـناختی» بـا «مقیـاس انـگ نابـاروری» (Infertility Stigma Scale) روی ۱۷۰ تـن از زنـان نابـارور مراجعـه کننـده بـه مرکـز درمـان نابـاروری جهـاد دانشـگاهی شـهر اهـواز ۰/۵۱ گـزارش شـد. پایایـی بـه روش همسـانی درونی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی نمونه‌هـای فـوق، ۰/۹۵ بدسـت آمـد (۴۰).

«سـیاهه مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا» (Coping Inventory for Stressful Situations) توسـط Endler & Parker در کانـادا در سـال ۱۹۹۰ بـا ۴۸ عبـارت طراحـی شـد. ایـن ابـزار دارای ۳ مولفـه شـامل تکلیـف مـدار (task-oriented) بـا ۱۶ عبـارت (۱، ۲، ۶، ۱۰، ۱۵، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۳۶، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۶، ۴۷) ، هیجـان مـدار (emotion-oriented) بـا ۱۶ عبـارت (۵، ۷، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۸، ۴۵) و پرهیـز مـدار (avoidance-oriented) بـا ۱۶ عبـارت (۳، ۴، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۵، ۳۷، ۴۰، ۴۴، ۴۸) اسـت. پاسـخ بـه هـر عبـارت بـر اسـاس طیـف لیکـرت ۵ درجـه‌ای از (هرگـز =۱) تـا (همیشـه= ۵) نمـره گـذاری می‌شـود و حداقـل نمـره در ایـن ابـزار بـرای هـر مولفـه ۱۶ و حداکثـر ۸۰ اسـت و دراین ابزار کسـب نمـره بالاتـر در هرکـدام از مؤلفه‌هـا بـه معنـای سـطح بالاتـر در آن مولفـه اسـت، بـه عبـارت دیگـر، شـیوه رویارویـی غالـب فـرد باتوجـه بـه نمـره ای کـه کسـب مـی کنـد مشـخص مـی شـود و هـر کـدام از مؤلفه‌هـا نمـره بالاتـری را کسـب نمایـد آن مؤلفـه بـه عنـوان شـیوه رویارویـی فـرد در نظـر گرفتـه مـی شـود. نمـره ۱۶ تـا ۳۲ در هـر مؤلفـه بـه معنـای سـطوح پاییـن آن مؤلفـه، ۳۳ تـا ۴۸ سـطح متوسـط و ۴۹ تـا ۸۰ سـطوح بـالای آن اسـت (۴۱). حداقـل نمـره کل ۴۸ و حداکثـر نمـره کل ۲۴۰ اسـت.

در پژوهـش Endler & Parker (۴۱) روایـی سـازه بـه شـیوه روایـی همگـرای «سـیاهه مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش

زا» بـا «پرسشـنامه سـبک‌های دفاعـی» (Defense Styles Questionnaire) روی ۵۳ زن دانشـجو در کانـادا بررسـی و در محـدوده ۰/۲۷ تـا ۰/۵۹ گـزارش شـد. پایایـی بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی نمونه‌هـای فـوق، بیـن ۰/۷۷ تـا ۰/۹۲ گـزارش گردیـد. مطالعـه‌ای توسـط Choi و همـکاران بـا هـدف بررسـی خصوصیـات روانسـنجی «سـیاهه مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا» روی ۳۰۲ بزرگسـالان کـره‌ای انجـام شـد. روایـی سـازه بـه روش تحلیـل عاملـی تاییـدی روی نمونـه هـای فـوق بررسـی و سـاختار ۳ عاملـی آن تاییـد گردیـد. پایایـی بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی نمونـه هـای فـوق، در مولفه‌هـای تکلیـف مـدار، هیجـان مـدار و پرهیـز مـدار بـه ترتیـب برابـر بـا ۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۸۶ بدسـت آمـد (۴۲).

در پژوهـش قریشـی راد (۴۳) روایـی سـازه بـه روش روایـی همگرای«سـیاهه مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا» بـا «سـیاهه پاسـخ‌های مقابلـه‌ای» (Coping Response Inventory) روی ۴۱۰ دانش‌آمـوز سـال اول دبیرسـتان هـای مختلـف شـهر تبریـز بررسـی و ضریـب همبسـتگی ۰/۶۲ بـرای مقیـاس تکلیـف مـدار و ۰/۴۰ بـرای هیجـان مـدار را نشـان داده شـد. پایایـی بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی نمونه‌هـای فـوق، بـرای کل مقیـاس ۰/۸۳، و بـرای مولفه‌هـای تکلیـف مـدار، هیجـان مـدار و پرهیـز مـدار بـه ترتیـب برابـر بـا ۰/۸۶، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ ($p<0/01$) بدسـت آمـد. در پژوهـش شـکری و همـکاران (۴۴) روایـی سـازه بـه شـیوه تحلیـل عاملـی تاییـدی «سـیاهه پاسـخ‌های مقابلـه‌ای» روی ۴۱۹ دانشـجوی زن و مـرد دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد تهـران شـمال بررسـی و سـاختار ۳ عاملـی آن مـورد تاییـد قـرار گرفـت. همچنیـن پایایـی بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی نمونه‌هـای فـوق، بیـن ۰/۷۰ تـا ۰/۸۶ گـزارش شـد.

«سـیاهه اضطـراب سـلامت» (Health Anxiety Inventory) بـرای سـنجش اضطـراب سـلامت اسـتفاده می‌شـود و فـرم کوتـاه ایـن پرسشـنامه توسـط Salkovskis و همـکاران در دانشـگاه آکسـفورد در سـال ۲۰۰۲ بـا ۱۸ عبـارت طراحـی شـد. ایـن ابـزار ۳ مولفـه کـه عبارتنـد از: نگرانـی کلـی سـلامتی (total health anxiety) شـامل ۷عبـارت (عبـارت هـای۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۱۰و۱۴) ، ابتـلا بـه بیمـاری (getting a disease) شـامل ۶ عبـارت (عبـارت هـای ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲) و پیامدهـای منفـی (negative consequence) شـامل ۵ عبـارت (عبـارت هـای ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و۱۸) را مـورد سـنجش قـرار می‌دهـد (۱). پاسـخ بـه هـر عبـارت بـر اسـاس طیـف ۴ درجـه‌ای لیکـرت از (گزینـه الف=صفـر) تـا (گزینـه د=۳) نمـره گـذاری می‌شـود کـه امـکان ارزیابـی وجـود و شـدت علائـم را فراهـم می‌کنـد و حداقـل نمـره در ایـن ابـزار صفـر و حداکثـر ۵۴ اسـت و در ایـن ابـزار کسـب نمـره بالاتـر بـه معنـای سـطح بالاتـر اضطـراب سـلامت در فـرد اسـت (۱). سـطح‌بندی نمـره یافـت نشـد.

در مطالعـه Salkovskis و همـکاران جهـت بررسـی روایـی بالینـی (clinical validity) یـک ارزیـاب بالینـی آمـوزش دیـده بـا ۱۴ فـرد خودبیمـار انـگار مصاحبـه نمـود و از یـک مقیـاس صفـر تـا ۸ درجـه‌ای بـرای ارزیابـی اختـلال عمومـی ناشـی از خودبیمـار انـگاری اسـتفاده کـرد کـه بـر ایـن اسـاس همبسـتگی بـا «سـیاهه اضطـراب سـلامت» ۰/۲۸ بدسـت آمـد کـه شـواهد خوبـی از روایـی بالینـی ارائـه می‌دهـد. همچنیـن پایایـی بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی ۲۴ تـن مبتـلا بـه خودبیمـار انـگاری، ۱۹ تـن مضطـرب (۱۴ تـن مبتـلا بـه اختـلال هـراس و پنـج تـن بـا فوبیـای اجتماعـی)، ۱۵۹ تـن بهنجـار، ۶۶ دانشـجو، ۱۰۷ زن مراجعـه کننـده بـه کلینیـک عمومـی، ۲۶۷ تـن در یـک کلینیـک گـوارش، ۹۷ تـن در یـک اسـکن MRI، ۱۹۰ تـن غیـر اضطرابـی و ۶۶ دانشـجو، در مجمـوع باهـم ۰/۹۵ گـزارش شـد. همچنیـن بـرای ۲۳ شـرکت‌کننده کـه «سـیاهه اضطـراب سـلامت» را در ۲ نوبـت تکمیـل کردنـد، ضریـب همبسـتگی ثبـات بـه روش بازآزمـون بـا میانگیـن ۲۲ روز بیـن نوبت‌هـا بررسـی و ۰/۷۶ بدسـت آمـد(۱).

در پژوهـش Abramowitz و همـکاران (۴۶) روایـی سـازه بـه روش تحلیـل عاملـی تاییـدی «سـیاهه اضطـراب سـلامت» روی ۴۴۲ دانشـجوی کارشناسـی در دانشـگاهی در غـرب میانـه ایـالات متحـده بررسـی و سـاختار ۳ عاملـی آن تاییـد گردیـد. پایایـی بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی نمونه‌هـای فـوق، برابـر بـا ۰/۸۹ بدسـت آمـد.

در پژوهـش نرگسـی و همـکاران (۴۵) روایـی سـازه بـه روش تحلیـل عاملـی اکتشـافی و تاییـدی «سـیاهه اضطـراب سـلامت» روی ۵۰۰ دانشـجوی زن و مـرد دانشـگاه علـوم پزشـکی لرسـتان بررسـی و ۳ عامـل تاییـد شـد. پایایـی بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ روی نمونه‌هـای فـوق، بـرای نمـره کل، ابتـلا بـه بیمـاری، پیامدهـای منفـی و نگرانـی کلـی سـلامتی بـه ترتیـب برابـر بـا ۰/۷۵، ۰/۶۰، ۰/۷۰، و ۰/۵۹ گـزارش شـد. در پژوهـش چـوب فـروش زاده و همـکاران (۴۷) روایـی سـازه بـه روش روایـی همگـرای «سـیاهه اضطـراب سـلامت» بـا «سـیاهه افسـردگی بک» (Beck Depression Inventory) روی ۲۵۵ تـن از مراقبـان بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان بررسـی و مقـدار آن ۰/۷۴ بـه دسـت آمـد. همچنیـن روایـی سـازه بـه روش تحلیل عاملـی تاییـدی روی نمونه‌هـای فـوق، مـورد تاییـد قـرار گرفـت و نتایـج ۳ عامـل فـوق را نشـان داد. پایایـی بـه روش همسـانی

درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ، ۲نیمه سازی و ثبات به روش بازآزمون به فاصله ۱۰ روز روی نمونه‌های فوق، به ترتیب، ۰/۹۵، ۰/۸۶ و ۰/۶۳ محاسبه گردید.

«سیاهه فرسودگی شغلی مسلش» (Maslach Burnout Inventory) توسط Maslach و همکاران در کالیفرنیا در سال ۱۹۸۱ طراحی شد و دارای ۲۲ عبارت است که شامل ۳ مؤلفه خستگی عاطفی (emotional exhaustion)، با ۹ عبارت (۱، ۲، ۳، ۶، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۲۰) مسخ شخصیت (depersonalization) با ۵ عبارت (۵، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۲۲)، موفقیت فردی (personal accomplishment) با ۸ عبارت (۴، ۷، ۹، ۱۲، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱) است. نمره‌گذاری «سیاهه فرسودگی شغلی مسلش» بر اساس طیف ۷ درجه‌ای لیکرت است. پاسخ به هر عبارت از (هرگز=صفر) تا (هرروز=۶) نمره کسب می‌نماید. نمره کسب شده توسط فرد بین صفر تا ۱۳۲ است که یک نمره کلی محسوب می‌شود و کسب نمره بالاتر در مولفه خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و همچنین کسب نمره پایین‌تر در مولفه موفقیت فردی نشانگر بالابودن فرسودگی شغلی است (۴۸). سطح‌بندی نمره یافت نشد.

در پژوهش Coker & Omoluabi روایی سازه به روش روایی همگرای «سیاهه فرسودگی شغلی مسلش» با «فهرست علائم روانی فیزیولوژیکی» (Psychophysiological Symptoms Checklist) روی ۱۰۰ پزشک و پرستار و ۵۰ دانشجو در نیجریه شامل ۱۰۱ مرد و ۴۹ زن در محدوده سنی ۲۳ تا ۵۰ سال بررسی و نتایج در محدوده ۰/۳۶ الی ۱ بدست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۸۶ بدست آمد (۴۹). در پژوهش Richardsen & Martinussen روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «سیاهه فرسودگی شغلی مسلش» روی ۱۵۹۰ کارمند خدمات انسانی بررسی و ۳ عامل تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، برای مؤلفه‌های خستگی عاطفی، مسخ شخصیت، و موفقیت فردی به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۶۶ و ۰/۷۷ بدست آمد (۵۰).

در پژوهش اکبری و همکاران (۵۱) روایی سازه به روش تحلیل اکتشافی و عاملی تاییدی «سیاهه فرسودگی شغلی مسلش» در ۵۷۰ معلم زبان انگلیسی بررسی و نتایج ۳ عامل را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۸۱ محاسبه شد. همچنین در مطالعه قاسمی‌زاد و همکاران (۵۲) شاخص روایی محتوایی به روش کمی «سیاهه فرسودگی شغلی مسلش» با استفاده از ۱۰ تن از خبرگان دانشگاه آزاد اسلامی شیراز و کازرون بررسی و ۰/۶۲ بدست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۳۰ تن از پرستاران بهداشت و درمان نفت ماهشهر، ۰/۸۰ بدست آمد.

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کمی با نظر ۱۰ تن از مدرسین و متخصصین روانشناسی بالینی و پرستاری دانشگاه آزاد واحد لاهیجان «مقیاس پریشانی روانشناختی»، «سیاهه مقابله با موقعیت‌های تنش زا»، «سیاهه اضطراب سلامت» و «سیاهه فرسودگی شغلی مسلش» مورد بررسی قرار گرفت و نسبت روایی محتوایی بر طبق فرمول Lawshe (۵۳) محاسبه و ۰/۷۸ گزارش گردید وکلیه عبارت ها توسط متخصصان تایید گردید. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه‌های مورد پژوهش (۲۰۰ تن) سنجیده شد. به طور معمول اگر ضریب آلفا کرونباخ از ۰/۷۰ بیشتر باشد پایایی ابزار اندازه گیری مناسب است (۵۴). نتایج برای «مقیاس پریشانی روانشناختی» برابر با ۰/۹۵ بدست آمد. همچنین برای نمره کل، مقابله تکلیف مدار، هیجان‌مدار و پرهیز مدار «سیاهه مقابله با موقعیت‌های تنش زا» به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۸۶ محاسبه شد. بعلاوه برای نمره کل، ابتلا به بیماری، پیامدهای منفی و نگرانی کلی سلامت «سیاهه اضطراب سلامت» به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۶۲، ۰/۵۱ و ۰/۷۱ بدست آمد. در نهایت برای نمره کل، خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و موفقیت فردی «سیاهه فرسودگی شغلی مسلش» به ترتیب ۰/۸۶ ، ۰/۹۰، ۰/۸۳، و ۰/۷۴ حاصل شد.

برای جمع آوری داده‌ها، ابتدا طرح پژوهشی حاضر به تصویب کمیته اخلاق رسید .کد اخلاق در پژوهش و معرفی نامه مربوطه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان و مجوز لازم از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان و دانشگاه علوم پزشکی درمانی و خدمات بهداشتی گیلان کسب گردید. با ارائه معرفی نامه و انجام اقدامات لازم بعد از هماهنگی با مدیریت بیمارستان، اطلاعات لازم از دفتر پرستاری بیمارستان کسب گردید. سپس با مراجعه حضوری پژوهشگر اول مقاله حاضر به محل خدمت پرستاران شامل بخش های ویژه: (شامل آی سی یو، سی سی یو، ان آی سی یو، دیالیز و بخش های غیرویژه(شامل دفترپرستاری بیمارستان، درمانگاه، داخلی مردان، داخلی زنان، جراحی مردان، جراحی زنان، اورژانس جنرال، اورژانس تروما، اورژانس سرپایی، اتاق عمل، زایمان، اطفال، شیمی درمانی، تالاسمی، آندوسکوپی و اتوکلاو) مراجعه و بعد از معرفی و بیان اهداف مطالعه و با اخذ رضایت آگاهانه مندرجات پرسشنامه ها و روش پاسخ دهی به سوالات به

پرستاران توضیح داده شد و توضیحات لازم درزمینه نحوه تکمیل پرسشنامه به نمونه های مطالعه ارائه شد. ابزارها در اختیار پرستاران قرار گرفت و از آن ها خواسته شد با تمرکز ودقت به تمامی سوالات پاسخ مناسب خود را انتخاب کنند. همچنین زمان کافی دراختیار پرستاران قرار داده شد تا بتوانند ابهامات خود را درباره سؤالات پرسشنامه رفع کنند. از تمامی پرستاران شرکت کننده در پژوهش رضایت نامه آگانه کتبی اخذ گردید. یافته های مطالعه حاضر درحدود ۲ماه دوم سال ۱۴۰۲(تیر تا مرداد) گردآوری شد. جمع آوری درساعات اداری وروزهای اداری وغیر تعطیل که سرپرستاران بخش ها حضور داشتند انجام می شد تا با حضور آن ها هماهنگی های لازم انجام شود.

اصول اخلاقی ازجمله اخذ رضایت کامل وعلاقه مند بودن کلیه شرکت کنندگان برای مشارکت درپژوهش، احترام به اصل رازداری شرکت کنندگان واصل محرمانگی پاسخ‌های پرسشنامه‌ها در تمام طول پژوهش رعایت شده است. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ و اسمارت پی ال اس نسخه ۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه نتایج جمعیت شناختی نشان داد که ۱۷۳ زن (۸۶/۵ درصد) و ۲۷ مرد (۱۳/۵ درصد)،۲۱تن (۱۰/۵ درصد) بامحدوده سنی کمتر از ۲۵ سال، ۵۷ تن (۲۸/۵ درصد) محدوده سنی ۳۰-۲۵ سال، ۲۹ تن (۱۴/۵ درصد) محدوده سنی ۳۰-۳۵، ۳۴ تن (۱۷ درصد) محدوده سنی ۴۰-۳۵ و ۵۹ تن (۲۹/۵ درصد) محدوده سنی بیش تراز ۴۰ سال، ۱۳۳ تن (۶۶/۵ درصد) متأهل، ۶۳ تن (۳۱/۵ درصد) مجرد و ۴ تن (۲ درصد) مطلقه، ۱۷۹ تن (۸۹/۵ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی و ۲۱ تن (۱۰/۵ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد، ۵۷ تن (۲۸/۵ درصد) از پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه (آی سی یو، سی سی یو، ان آی سی یو و دیالیز) ، ۱۴۳ تن (۷۱/۵ درصد) در بخش های غیر ویژه، ۹۹ تن (۴۹/۵ درصد) دارای سابقه کاری کمتر از ۱۰ سال، ۶۵ تن (۳۲/۵ درصد) سابقه کاری ۲۰-۱۰ سال و ۳۶ تن (۱۸ درصد) دارای سابقه کاری بیشتر از ۴۰ سال می باشند. جهت تحلیل داده‌ها و الگوی پژوهش ابتدا پیش فرض‌های نرمال بودن متغیرها از طریق معناداری کشیدگی و چولگی مورد بررسی قرار گرفت و داده‌ها نشان داد که مقادیر مربوطه در دامنه استاندارد نرمال قرار دارد. سپس شاخص پایایی ترکیبی و شاخص اشتراکی و آلفا کرونباخ محاسبه شدند. مقادیر آلفا کرونباخ برای هر متغیر و شاخص پایایی ترکیبی (Composite Reliability) سوالات داخل الگو برای هر متغیر با هم همبستگی درونی داشت و مقدار آلفاکرونباخ و پایایی ترکیبی بزرگتر از ۰/۷ به دست آمد. همچنین شاخص اشتراکی برای تمام متغیرها بیشتر از ۰/۵ محاسبه گردید پایایی پرسشنامه‌ها را تأیید کرد. علاوه بر این روایی همگرا و واگرای پرسشنامه‌ها نیز محاسبه شدند که همگی در شاخص‌های CR >AVE مورد تایید بودند. بررسی الگوی معادلات ساختاری به روش تحلیل مسیر انجام گرفت.

شاخص‌های برازش الگوی مفهومی در پژوهش حاضر برای ریشه استاندارد شده میانگین مربعات باقیمانده Standardized SRMR (Root Mean Square Residual)=۰/۱۲۱، شاخص برازندگی هنجار شدگی (NFI) Normal Fit Index=۰/۶۸۹، خی‌دو (Chi-Square)=۱/۰۴۲ بدست آمد. همچنین مقدار Q^2 برای اضطراب سلامت برابر با ۰/۲۴۷ و برای فرسودگی شغلی برابر با ۰/۳۴۶ بدست آمد که مقادیر Q^2>۰/۰۲ قابل قبول می‌باشد. در جدول ۱ کیفیت الگو توسط شاخص‌های افزونگی ارائه شده است.

جدول ۱: بررسی کیفیت الگو توسط شاخص های افزونگی

	ضریب تعیین	اشتراک با روایی متقاطع	روایی متقاطع
اضطراب سلامت	۰/۶۴۲	۰/۳۰۹	۰/۲۴۷
مقابله با موقعیت‌های تنش زا	–	۰/۶۰۱	–
فرسودگی شغلی	۰/۶۷۷	۰/۴۹۶	۰/۳۴۶
پریشانی روانشناختی	–	۰/۶۳۰	–

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود کیفیت الگوی ساختاری توسط شاخص افزونگی روایی متقاطع (CV.RED) محاسبه گردید. با توجه به اینکه سقف عددی ۰/۰۲ ضعیف، ۰/۱۵ متوسط و ۰/۳۵ قوی در نظر گرفته می‌شود، مقادیر شاخص مورد نظر برای ابعاد از مقدار ۰/۳۵ کمتر و از ۰/۱۵ به دست آمد که نشان می‌دهد کیفیت الگوی ساختاری در سطح خوب می‌باشد و الگو تایید می‌گردد. همچنین تمام مقادیر شاخص اشتراک با روایی متقاطع (CV.COM) مثبت بوده که این نتیجه نیز، در راستای تایید الگوی اندازه گیری می‌باشد. همچنین در جدول ۱ ضریب تعیین متغیرها

جهت بررسی میزان تبیین تغییرات هر یک از متغیرهای وابسته به وسیله متغیرهای مستقل محاسبه گردید. مقدار ضریب تعیین برای متغیرهای درون‌زای اضطراب سلامتی برابر ۶۴/۲ به دست آمد که نشان می‌دهد ۶۴/۲ درصد از تغییرات اضطراب سلامتی به وسیله ۳ عامل مقابله با موقعیت‌های تنش زا ، پریشانی روانشناختی و فرسودگی شغلی پیش بینی می‌گردد.

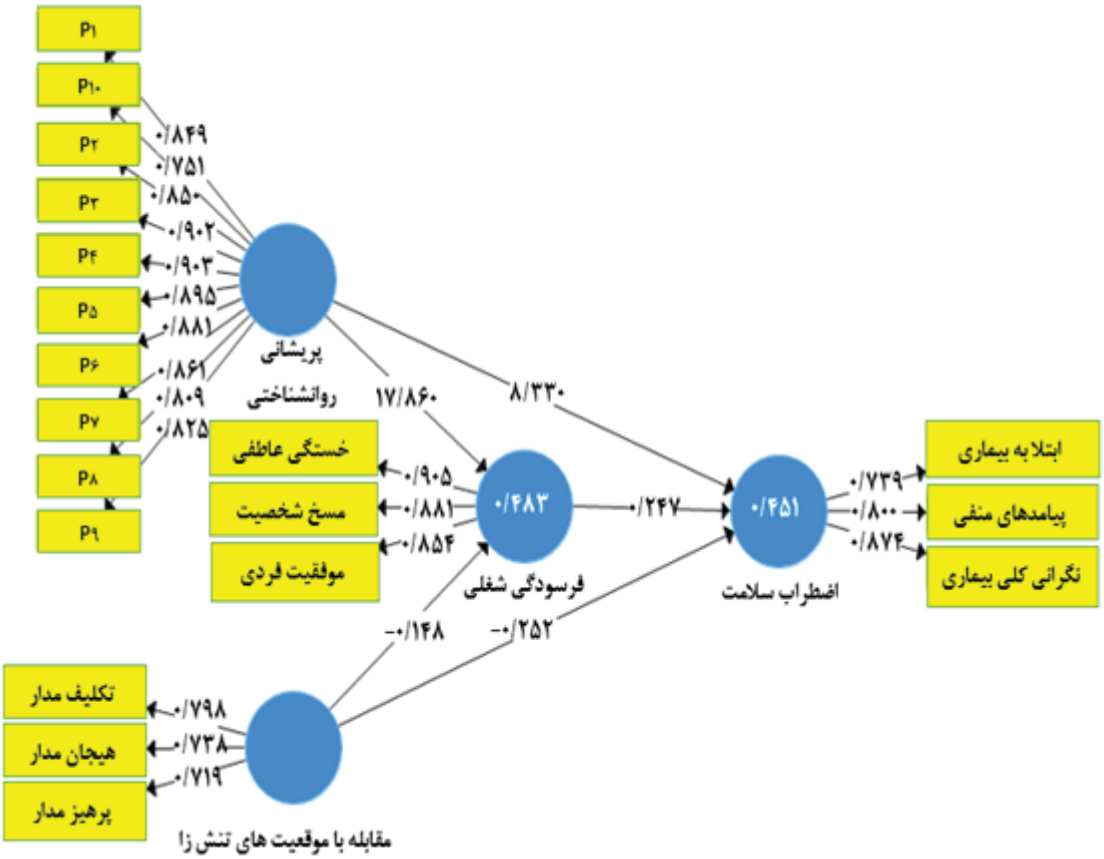
جدول ۲ میزان ضرایب تعیین مسیرهای غیر مستقیم و سطح معناداری آن را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ضرایب تعیین مسیرهای غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش

مسیر ساختاری	ضریب مسیر	t	معناداری
پریشانی روانشناختی ⟸ فرسودگی شغلی⟸ اضطراب سلامت	۰/۲۳	۳/۵	۰/۰۱
مقابله با موقعیت های تنش زا ⟸ فرسودگی شغلی⟸ اضطراب سلامت	-۰/۱۶۹	-۲/۳۶	۰/۰۱

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج آزمون سوبل برای تعیین همبستگی متغیر میانجی نشان داد که در ارتباط بین پریشانی روانشناختی و اضطراب سلامت، فرسودگی شغلی نقش دارد و ضریب تعیین همبستگی معنادار غیرمستقیم و مثبت ۰/۲۳ و t=۳/۵ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. همچنین نتایج آزمون سوبل برای تعیین همبستگی متغیر میانجی نشان داد که در ارتباط بین مقابله با موقعیت‌های تنش زا و اضطراب سلامت، فرسودگی شغلی نقش دارد و ضریب تعیین همبستگی معنادار غیر مستقیم ومنفی ۰/۱۶۹- و t=-۲/۳۶ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

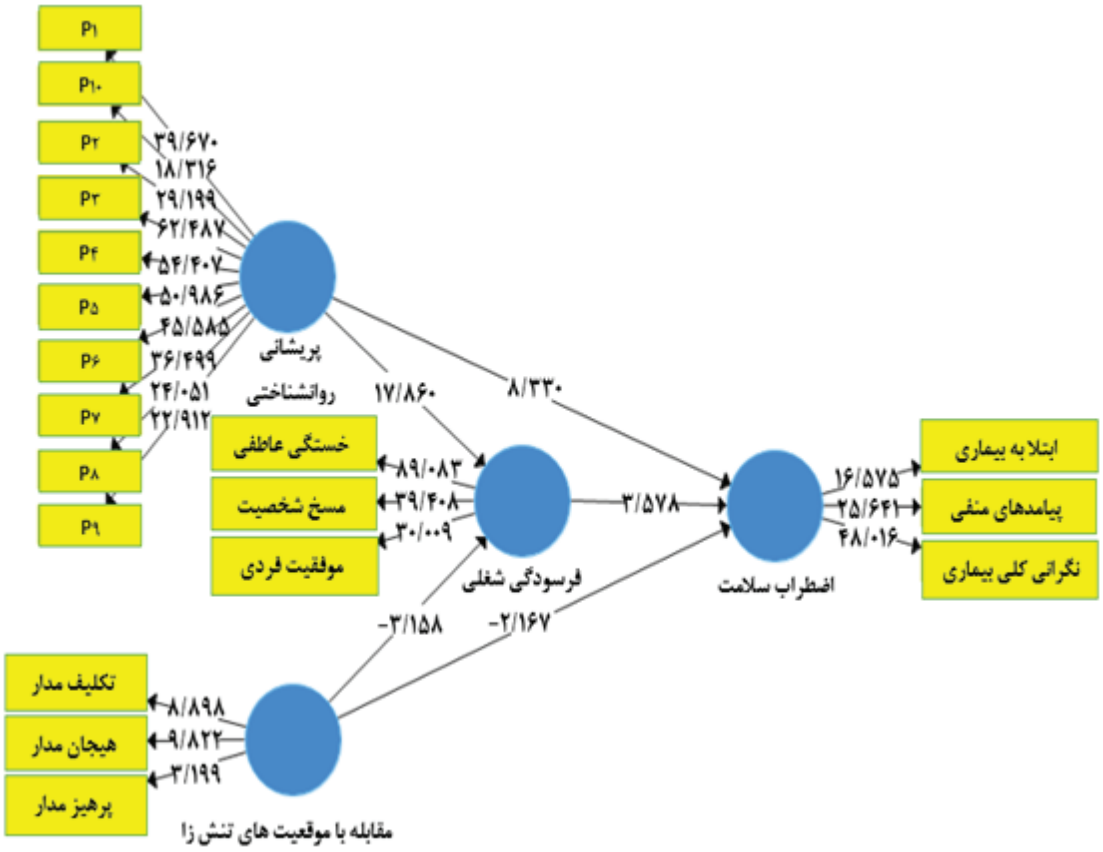
شکل ۱ الگوی اندازه گیری انعکاسی در حالت تخمین استاندارد را نشان می‌دهد.



شکل ۱: الگوی اندازه گیری انعکاسی در حالت تخمین استاندارد

با توجه به شکل ۱ ضریب استاندارد شده مسیر میان پریشانی روانشناختی و اضطراب سلامت بیانگر این مطلب است که پریشانی روانشناختی به میزان ۰/۵۹ از تغییرات اضطراب سلامت را تبیین کرد. ضریب استاندارد شده مسیر میان مقابله با موقعیت‌های تنش زا و اضطراب سلامت بیانگر این مطلب است که مقابله با موقعیت‌های تنش زا به میزان ۰/۲۵- از تغییرات اضطراب سلامت را تبیین کرد. ضریب استاندارد شده مسیر میان پریشانی روانشناختی و فرسودگی شغلی بیانگر این مطلب است که پریشانی روانشناختی به میزان ۰/۷۱ از تغییرات فرسودگی شغلی را تبیین کرد. ضریب استاندارد شده مسیر میان مقابله و فرسودگی شغلی بیانگر این مطلب است که مقابله با موقعیت‌های تنش زا به میزان ۰/۰۱۴- از تغییرات فرسودگی شغلی را تبیین کرد. در نهایت ضریب استاندارد شده مسیر میان فرسودگی شغلی و اضطراب سلامت بیانگر این مطلب است که فرسودگی شغلی به میزان ۰/۲۴ از تغییرات اضطراب سلامت را تبیین کرد.

همچنین شکل ۲، الگوی برآورد آماره t در پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۲: الگوی برآورد آماره t در پژوهش

مطابق با شکل ۲ و بر اساس نتایج، پریشانی روانشناختی با اضطراب سلامت همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت (β =۰/۵۹، t=۸/۳۳۰، P=۰/۰۱)، مقابله با موقعیت‌های تنش زا با اضطراب سلامت همبستگی معنادارغیرمستقیم و منفی داشت (β =-۰/۲۵، t=-۲/۱۶۷، P=۰/۰۱)، پریشانی روانشناختی با فرسودگی شغلی همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت (β =۰/۷۱، t=۱۷/۸۶، P=۰/۰۱)، مقابله با موقعیت‌های تنش زا با فرسودگی شغلی همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفی داشت (β =-۰/۱۴، t=-۳/۱۵۸، P=۰/۰۵)، فرسودگی شغلی با اضطراب سلامت همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت (β =۰/۲۴، t=۳/۵۷، P=۰/۰۰۱).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی پریشانی روانشناختی و مقابله با موقعیت‌های تنش زا اضطراب سلامت در پرستاران با نقش میانجی فرسودگی شغلی انجام شد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد پریشانی روانشناختی با

فرسودگی شغلی همبستگی معنادار مستقیم ومثبت دارد. این یافته با پژوهش‌های Bourbonnais و همکاران (۲۵)، Xiao و همکاران (۲۷)، Mohamed و همکاران (۲۸) و Stefanovska-Petkovska و همکاران (۲۹) به طور ضمنی همخوان است. برای مثال نتایج پژوهش Mohamed و همکاران (۲۸) نشان داد که بین پریشانی روانشناختی و فرسودگی شغلی همبستگی معنادارمستقیم و مثبت وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت این نتیجه با مدل فرسودگی شغلی Maslach مطابقت دارد (۴۸)، که بیان می‌کند قرار گرفتن طولانی‌مدت در معرض عوامل تنش‌زای مرتبط با کار می‌تواند منابع افراد را از بین ببرد و منجر به احساس فرسودگی نسبت به وظایف کاری و روابط بین فردی شود. برای پرستارانی که اغلب در محیطهای پرتنش با ساعت‌های طولانی و وظایف سخت کار می‌کنند، خطر تجربه پریشانی روانشناختی و فرسودگی شغلی بالاست. عواملی مانند بار کاری سنگین، عدم کنترل بر وظایف شغلی، چالش‌های بین فردی با همکاران، و قرار گرفتن در معرض رنج و آسیب در مراقبت از بیمار، همگی می‌توانند به پریشانی روانشناختی و فرسودگی شغلی بالاتر در پرستاران منجر شوند.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد پریشانی روانشناختی با اضطراب سلامت همبستگی معنادار مستقیم ومثبت دارد. این یافته با پژوهش‌های Sonmez و همکاران (۱۴)، Watson و همکاران (۱۶) به طور ضمنی همخوان بود. برای مثال نتایج پژوهش Sonmez و همکاران (۱۴) نشان دادکه مشکلات عاطفی در طول آموزش پرستاری افزایش می یابد و با شاخص های روانشناختی همبستگی معنادار مستقیم ومثبت دارد. درنتیجه پریشانی روانی به طورمعنا داری می تواند باعث افزایش اضطراب وبدتر شدن وضعیت سلامت روان دانشجویان پرستاری شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت پرستارانی که سطوح بالایی از پریشانی روانشناختی را تجربه می‌کنند، ممکن است اضطراب سلامتی شدیدتری را نشان دهند که با نگرانی بیش از حد، هوشیاری بیش از حد نسبت به احساسات بدنی و ترس از بیماری یا آسیب مشخص می‌شود. این نتیجه با الگو های شناختی-رفتاری اضطراب سلامت همخوان است، که بیان می‌کند حالت‌های عاطفی منفی و مقابله ی ناسازگار می‌تواند نگرانی‌های مرتبط با سلامتی افراد را تشدید کند و منجر به افزایش سطح اضطراب و پریشانی شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد مقابله با موقعیت‌های تنش زا با فرسودگی شغلی پرستاران همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفی دارد. این یافته با پژوهش‌های Wallace و همکاران (۳۲)، Healy و همکاران (۳۳) و Portero و همکاران (۳۴) به طور ضمنی همسو بود. برای مثال نتایج پژوهش Wallace و همکاران (۳۲) نشان داد که مقابله با موقعیت‌های تنش زای فعال با تنش شغلی و فرسودگی شغلی همبستگی معنادار غیرمستقیم ومنفی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت مقابله ی انطباقی به عنوان محافظی در برابر اثرات مضر تنش ناشی از شغل عمل می‌کند و به پرستاران کمک می‌کند تا انعطاف پذیری روانی را حفظ کرده و از شروع فرسودگی شغلی جلوگیری کنند. پرستارانی که از روش های مقابله‌ای انطباقی مانند جستجوی حمایت اجتماعی، درگیر شدن در شیوه‌های خودمراقبتی و استفاده از مهارت‌های حل مسئله استفاده می‌کنند، برای مقابله و مدیریت چالش‌های محل کار مجهزتر هستند و در نتیجه احتمال بروز فرسودگی شغلی در آن ها کاهش می‌یابد. برعکس، پرستارانی که فاقد مقابله ی انطباقی هستند یا به رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار متوسل می‌شوند، ممکن است سطوح بالایی از فرسودگی شغلی را تجربه کنند که با خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش موفقیت فردی مشخص می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد مقابله با موقعیت‌های تنش زا با اضطراب سلامت پرستاران همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفی دارد. این یافته با پژوهش‌های Fitzgibbon و همکاران (۲۱)، Stallman و همکاران (۲۰) و غفوری و همکاران (۱۸) به طور ضمنی همخوان بود. برای مثال نتایج پژوهش‌های غفوری و همکاران (۱۸) نشان داد که بین مقابله با موقعیت‌های تنش زا با اضطراب سلامت همبستگی معنادار غیر مستقیم و منفی وجود دارد. بنابراین، لازم است راهبرد های سازگاری متمرکز بر مسئله بیشتر آموزش داده شود تا دانشجویان بتوانند بهتر با اضطراب سلامت COVID-19 مقابله کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت مقابله با موقعیت‌های تنش زای انطباقی به عنوان تعدیل کننده‌های حیاتی عمل می‌کنند و در برابر تأثیر عوامل تنش‌زا بر سطح اضطراب سلامت پرستاران محافظت می‌کنند. هنگامی که پرستاران از روش های مقابله‌ای انطباقی استفاده می‌کنند برای عبور از چالش‌های حرفه‌شان مجهزتر هستند و در نتیجه احتمال بروز اضطراب سلامتی را کاهش می‌دهند. در مقابل مقابله با موقعیت‌های تنش زای ناسازگار، مانند اجتناب و انکار، ممکن است با ارائه تسکین موقت بدون پرداختن به عوامل تنش‌زا، اضطراب سلامتی را تشدید کند. در نتیجه، پرستارانی که به روش های مقابله‌ای ناسازگار تکیه می‌کنند، ممکن است با تلاش برای مدیریت عوامل تنش‌زا، چرخه معیوب تشدید

اضطـراب سـلامت را تجربـه کننـد.

عـلاوه بـر ایـن نتایـج پژوهـش حاضـر نشـان داد فرسـودگی شـغلی بـا اضطـراب سـلامت پرسـتاران همبسـتگی معنـادار مسـتقیم و مثبـت دارد. ایـن یافتـه بـا پژوهش‌هـای Izdebski و همـکاران (۲۳) و Portero و همـکاران (۳۴) بـه طـور ضمنـی همخـوان بـود. بـرای مثـال نتایـج پژوهـش Portero و همـکاران (۳۴) نشـان مـی دهـد اضطـراب، اختـلال عملکـرد اجتماعـی و مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زای پرهیزمـدار ، پیـش بینـی کننـده هـای اصلـی فرسـودگی شـغلی بشـمار مـی رونـد و فرسـودگی شـغلی همبسـتگی معنـادار مسـتقیم و مثبـت بـا آن هـا دارد. در تبییـن ایـن یافتـه می‌تـوان گفـت فرسـودگی شـغلی کـه بـا خسـتگی عاطفـی، مسـخ شـخصیت و کاهـش موفقیـت فـردی مشـخص می‌شـود، بـه عنـوان یـک پیـش بینـی کننـده مهـم بـرای افزایـش اضطـراب سـلامت در میـان پرسـتاران ظاهـر می‌شـود. تنـش مزمـن و بـارکاری طاقت‌فرسـا کـه در حرفـه پرسـتاری وجـود دارد، می‌توانـد نگرانی‌هـای مربـوط بـه سـلامتی پرسـتاران را تشـدید کنـد، باعـث نگرانـی بیـش از حـد، هوشـیاری بیـش از حـد نسـبت بـه احساسـات بدنـی و تـرس از بیمـاری یـا آسـیب شـود. برعکـس، اضطـراب سـلامتی می‌توانـد بـر فرسـودگی شـغلی اثـر بگـذارد و توانایـی پرسـتاران را بـرای مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زای موثـر بـا تنـش هـای مرتبـط بـا کار و حفـظ بهزیسـتی روانـی تضعیـف کنـد و در نهایـت منجـر بـه فرسـودگی شـغلی شـود.

نتیجه‌گیری

نتایـج پژوهـش حاضـر نشـان داد کـه اضطـراب سـلامت در پرسـتاران بـا پریشـانی روانشـناختی همبسـتگی معنـادار مسـتقیم ومثبـت دارد و مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا بـا فرسـودگی شـغلی همبسـتگی معنـادار غیرمسـتقیم و منفیـدارد و متغیرهـای پریشـانی روانشـناختی و مقابلـه بـا موقعیت‌هـای تنـش زا از طریـق فرسـودگی شـغلی، اضطـراب سـلامت را در پرسـتاران میانجیگـری می‌کننـد. پیشـنهاد می‌شـود، مدیـران نظـام سـلامت و مدیـران بیمارسـتان هـا اقدامـات حمایتـی لازم در راسـتای ارتقـاء سـلامت روان پرسـتاران شـاغل دربیمارسـتان هـا را بـا برگـزاری کارگاه‌هـای آموزشـی درزمینـه فرسـودگی شـغلی و اضطـراب سـلامت فراهـم آورنـد. از محدودیـت هـای مطالعـه حاضـر مـی تـوان بـه روش نمونـه گیـری در دسـترس اشـاره کرد. همچنیـن لازم بـه ذکـر اسـت که دسترسـی بـه تمامی پرسـتاران شـاغل در بیمارسـتان هـای سـطح اسـتان گیـلان و کشـور از محـدوده پژوهـش حاضـر خـارج بـود. لـذا در تعمیـم نتایـج بـه جمعیـت هـای دیگـر جانـب احتیـاط رعایـت گـردد.

سپاسگزاری

مطالعـه حاضـر مسـتخرج از پایـان نامـه کارشناسـی ارشـد روانشناسـی بالینـی دانشـجو مـژده باقـرزاده بـا راهنمایی خانـم دکتـر سـهیلا مظلـوم واجـاری مـی باشـد و بـا همـکاری و کسـب مجـوز از معاونـت تحقیقـات و فنـاوری دانشـگاه علـوم پزشـکی گیـلان و دانشـگاه علـوم پزشـکی درمانـی و خدمـات بهداشـتی گیـلان صـورت گرفتـه اسـت. پژوهـش بـا کـد رهگیـری ۱۶۲۷۰۴۸۷۵ در سـامانه پژوهشـیار ثبـت و در تاریـخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۴ بـه تصویـب کمیتـه اخـلاق دانشـگاه آزاد واحـد لاهیجـان رسـیده اسـت ودارای کداخـلاق در پژوهـش بـه شناسـه IR.IAU.LIAU.REC.1402.001 می‌باشـد. از کلیـه مسـئولِین و همـه کسـانی کـه در انجـام ایـن پژوهـش یـاری رسـاندند، بـه ویـژه مسـئولین و کادر پرتـلاش پرسـتاری بیمارسـتان دولتی دکتر پیـروز شهرسـتان لاهیجـان کـه صبورانـه در انجـام ایـن پژوهـش مشـارکت داشـتند صمیمانـه سپاسـگزاری بـه عمـل می‌آیـد.

تضاد منافع

نویسـندگان مقالـه حاضـر هیچ‌گونـه تضـاد منافعـی را گـزارش نکردنـد.

References

1. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark D. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychological Medicine. 2002;32(5):843-853. https://doi.org/10.1017/S0033291702005822
2. Hedari Shams J, Ali Mohammadzadeh Kh, Maher A. [Correlation between health literacy and quality of life with health anxiety in outpatient patients referred to Shahid Beheshti Specialized Polyclinic in Karaj]. Journal of Health Promotion Management. 2020; 9(1): 1-9. http://jhpm.ir/article-1-1109-en.html
3. Mohammadi A, Tahrekhani M, Mohammadi M. [Comparison of life satisfaction with depression, anxiety, stress and demographic characteristics of nurses in intensive and non-intensive care units in the Covid-19 pandemic]. Journal of Health Promotion Management. 2024; 13(1): 1-13.
4. Asmundson G J, Abramowitz J S, Richter A, Whedon M. Health anxiety: currentperspectives and future directions. Current Psychiatry Reports. 2010;12(4):306-312.

https://doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9
5. Mousavi SK, Kamali M, Azizkhani H, Mohammadi S. [Health anxiety among nurses caring for patients with Covid-19]. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2022;27(2):139-143. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_213_20
6. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacally concerns in a community population. Psychological Medicine. 2001; 31(4): 577-584. https://doi.org/10.1017/S0033291701003737
7. Sarboozi Hosein Abadi T, Askari MR, Miri KH, Namazi Nia M. [Depression, stress and anxiety of nurses in COVID-19 pandemic in Nohe-Dey]. Journal of Military Medicine of Torbat-e-Heydariyeh. 2020; 22(6): 526-533.
8. Asadi N, Salmani F, Pourkhajooyi S, Mahdavifar M, Royani Z, Salmani M. [Investigating the relationship between corona anxiety and Nursing care behaviors working in corona's referral hospitals]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2020; 26(3) :306-319. https://doi.org/10.32598/ijpcp.26.3476.1
9. Nochaiwong S, Ruengorn C, Awiphan R, Ruanta Y, Boonchieng W, Nanta S, Kowatcharakul W, Pumpaisalchai W, Kanjanarat P, Mongkhon P, Thavorn K, Hutton B, Wongpakaran N, Wongpakaran T. Mental health circumstances among health care workers and general public under the pandemic situation of COVID-19 (HOME-COVID-19). Medicine (Baltimore). 2020; 26;99(26): e20751. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000020751
10. Yıldız E, Cevik BE, Güler N. Health anxiety level and health-promoting and protective behaviors of nursing students. Journal of Education and Research in Nursing. 2022;19(4):422-8. https://doi.org/10.5152/jern.2022.36675
11. Brooks S.K, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2018; 60(3): 248-257. https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001235
12. Bai Y, Lin C.C, Lin CY, Chen J.Y, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. Psychiatric Services. 2004; 55(9): 1055-1057. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055
13. Shams S. [Predicting Covid disease -19 anxiety based on perceived stress and anxiety sensitivity in nurses: The mediating role of cognitive flexibility]. Journal of Health Promotion Management. 2022. 11(3): 1-14.
14. Sonmez Y, Akdemir M, Meydanlioglu A, Aktekin MR. Psychological distress, depression, and anxiety in nursing students: A longitudinal study. In Healthcare. 2023, 11 (5): 636. https://doi.org/10.3390/healthcare11050636
15. MacKillop J, Murphy C. Drug Self-Administration Paradigms: Methods for Quantifying Motivation in Experimental Research. The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology. 2013 15:315-44.https://doi.org/10.1002/9781118384404.ch12
16. Watson R, Gardiner E, Hogston R, Gibson H, Stimpson A, Wrate R, Deary I. A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. Journal of Clinical Nursing. 2009;18(2):270-278. 2702.2008.02555.x https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02555.x
17. Simães C, Rui Gomes A. Psychological distress on nurses: The role of personal and professional characteristics. Occupational and Environmental Safety and Health. 2019:601-610. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14730-3_64
18. Ghafouri R, Qadimi A, Khomaam HK. [Coping strategy with coronavirus disease-2019 health anxiety in nursing students]. Journal of Education and Health Promotion. 2022;11(1):381. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_861_21
19. Fried R.R, Karmali S, Irwin JD. Minding many minds: An assessment of mental health and resilience among undergraduate and graduate students; a mixed methods exploratory study. Journal of American College Health. 2022; 70(3): 898-910. https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1781134
20. Stallman H.M, Beaudequin D, Hermens D.F, Eisenberg D. Modelling the relationship between healthy and unhealthy coping strategies to understand overwhelming distress: A Bayesian network approach. Journal of Affective Disorders Reports. 2021; 3(1): 100054. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100054
21. Fitzgibbon K, Murphy K.D. Coping strategies of healthcare professional students for stress incurred during their studies: A literature review. Journal of Mental Health. 2023; 32(2): 492-503. https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022616

22. Ghasemizad A, Niyakan V, Mohammadkhani K. [The correlation of organizational health with job burnout and productivity in Mahshahr petroleum industry health organization nurses]. Journal of Health Promotion Management. 2017;6(2):14-18. https://doi.org/10.21859/jhpm-06043
23. Izdebski Z, Kozakiewicz A, Białorudzki M, Dec-Pietrowska J, Mazur J. Occupational burnout in healthcare workers, stress and other symptoms of work overload during the COVID-19 pandemic in Poland. International Journal of Environmental Research and Public Health 2023; 20(3): 2428. https://doi.org/10.3390/ijerph20032428
24. Shahnazdoust M, Maghsudi Sh, Tabari R, Kazemnegad E. [Relationship between Nursing Burnout and Occupational support]. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2012;20(80):49-59. http://journal.gums.ac.ir/article-1-119-en.html
25. Bourbonnais R, Comeau M, Vezina M, Dion G. Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. American Journal of Industrial Medicine. 1998;34(1):20-28. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0274(199807)34:1<20::AID-AJIM4>3.3.CO;2-N
26. Wang B, Lu Q, Sun F, Zhang R. The relationship between sleep quality and psychological distress and job burnout among Chinese psychiatric nurses. Industrial Health. 2021;59(6):427-435. https://doi.org/10.2486/indhealth.2020-0249
27. Xiao Y, Wang J, Chen S, Wu Z, Cai J, Weng Z, Li C, Zhang X. Psychological distress, burnout level and job satisfaction in emergency medicine: A cross-sectional study of physicians in China. Emergency Medicine Australasia. 2014;26(6):538-542. https://doi.org/10.1111/1742-6723.12315
28. Mohamed S, Nikmat A, Hashim NA, Shuib N, Raduan NJ. Burnout and its relationship to psychological distress and job satisfaction among academicians and non-academicians in Malaysia. International Journal of Higher Education. 2021;10(1):85-92. https://eric.ed.gov/?id=EJ1286038 https://doi.org/10.5430/ijhe.v10n1p85
29. Stefanovska-Petkovska M, Stefanovska VV, Bojadjieva S, Bojadjiev MI. Psychological distress, burnout, job satisfaction and intention to quit among primary healthcare nurses. Health Services Management Research. 2021;34(2):92-98. https://doi.org/10.1177/0951484820971444
30. Soroush F, Zargham-Boroujeni A, Namnabati M. [The relationship between nurses' clinical competence and burnout in neonatal intensive care units]. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2016;21(4):424-429. https://doi.org/10.4103/1735-9066.185596
31. Choi SY, Kim KS. The effects of work characteristics, supervision, and cultural competence on nurses' burnout. International Journal of Bio-Science and Bio-Technology. 2014; 6 (4):187-200. https://doi.org/10.14257/ijbsbt.2014.6.4.18
32. Wallace SL, Lee J, Lee SM. Job stress, coping strategies, and burnout among abuse-specific counselors. Journal of Employment Counseling. 2010;47(3):111-122. https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2010.tb00096.x
33. Healy CM, McKay MF. Nursing stress: The effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. Journal of Advanced Nursing. 2000;31(3):681-688. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01323.x
34. Portero de la Cruz S, Cebrino J, Herruzo J, Vaquero-Abellán M. A multicenter study into burnout, perceived stress, job satisfaction, coping strategies, and general health among emergency department nursing staff. Journal of Clinical Medicine. 2020;9(4):1007. https://doi.org/10.3390/jcm9041007
35. Homan H A. [Modeling of Structural Equations Using Lisrel Software (with Corrections)]. Sixth edition, Tehran, SAMT, 2014. https://samt.ac.ir/en/book/4354/structural-equation-modeling-with-lisrel-application
36. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine. 2002;32(6):959-976. https://doi.org/10.1017/S0033291702006074
37. Arnaud B, Malet L, Teissedre F, Izaute M, Moustafa F, Geneste J, Schmidt J, Llorca PM, Brousse G. Validity study of Kessler's psychological distress scales conducted among patients admitted to French emergency department for alcohol consumption-related disorders. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2010;34(7):1235-1245. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01201.x

38. Pereira A, Oliveira CA, Bártolo A, Monteiro S, Vagos P, Jardim J. Reliability and factor structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. Ciencia & Saude Coletiva. 2019;24(3):729-736. https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017
39. Yaghubi H. [Psychometric properties of the 10 Questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). Applied Psychological Research Quarterly]. 2016; 6(4): 45-57. https://japr.ut.ac.ir/article_57963_21c869a1d4faf85f0d12a5a508361ba0.pdf?lang=en
40. Behbahani Mandizadeh A, Homaei R. [The casual relationship Stigma infertility and psychological distress with quality of marital relationship through the mediation of meta-emotion in infertile women]. Journal of Family Research. 2020;16(1):55-76. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97802.html https://doi.org/10.29252/jfr.16.1.4
41. Endler NS, Parker JDA. Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. Psychological Assessment. 1994; 6(1): 50-60. https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.1.50
42. Choi Y, Moon E, Park J.M, Lee BD, Jeong H, Chung YI. Psychometric properties of the Coping Inventory for Stressful Situations in Korean adults. Psychiatry Investigation. 2017; 14(4): 427-433. https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.4.427
43. Ghoreyshirad FAS. Validation of Endler & Parker Coping Scale of stressful situations. International Journal of Behavioral Sciences. 2010;4(1):1-7. https://www.sid.ir/paper/129658/en
44. Shokri O, Taghilou S, Geravand F, Paezi M, Molaei M, Abd Elahpour M, Akbari H. [Factor structure and psychometric properties of the Farsi Version of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)]. Advances in Cognitive Sciences. 2009; 10 (3):22-33. https://www.sid.ir/paper/82981/en
45. Nargesi F, Izadi F, Kariminejad K, Rezaii Sharif A. [The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health Anxiety Questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences]. Quarterly of Educational Measurement. 2017; 7(27): 147-160.
46. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. Cognitive Therapy and Research. 2007;31(6):871-883. https://doi.org/10.1007/s10608-006-9058-1
47. CHoobforoushzadeh A, SHarifi AA, Sayyadifar K. [Psychometric properties of Health Anxiety Inventory in caregiver of cancer patients in Shahrekord]. Quarterly Journal of Health Psychology. 2018;7 (25):121-132.
48. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. Scarecrow Education; 1997. https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual
49. Coker AO, Omoluabi PF. Validation of Maslach Burnout Inventory. IFE PsychologIA: An International Journal. 2009;17(1):231-242. https://doi.org/10.4314/ifep.v17i1.43750.https://www.researchgate.net/publication/267208551_Validation_Of_Maslach_Burnout_Inventory
50. Richardsen AM, Martinussen M. The Maslach Burnout Inventory: Factorial validity and consistency across occupational groups in Norway. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 2004;77(3):377-84. https://doi.org/10.1348/0963179041752691
51. Akbari R, Ghafar Samar R, Kiany Gholam R, Eghtesadi A R. [Factorial validity and psychometric properties of Maslach Burnout Inventory -the Persian version]. Knowledge and Health. 2011;6(3):1-8. https://sid.Ir/paper/108035/en
52. Ghasemizad A, Niyakan V, Mohammadkhani K. [The correlation of organizational health with job burnout and productivity in Mahshahr Petroleum Industry Health Organization Nurses. Journal of Health Promotion Management. 2017;6(2):14-19. https://doi.org/10.21859/jhpm-06043
53. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity 1. Personnel Psychology. 1975; 28 (4):563-575. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
54. Ursachi G, Horodnic IA, Zait A. How reliable are measurement scales? External factors with indirect influence on reliability estimators. Procedia Econ Finance. 2015; 20:679-686. https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00123-9