Journal of Nurse and Physician within War/Autumn 2022/ Tenth Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78

Comparison of resilience, mental health and the amount of health anxiety in the treatment staff working in the corona and non-corona departments of Tehran army ground forces hospitals in 2021-2022

Abstract

Introduction: The aim of the current research was to compare resilience, mental health and health anxiety in Treatment staff working in corona and non-corona departments.

Methods: The design of the current research was causal-comparative. The statistical population included all the employees working in the ground forces hospitals of Tehran Army who were working in 1401. From this statistical population, 278 people were selected by multi-stage cluster sampling method. Resilience Questionnaire (CD-RISC), General Health Questionnaire (GHQ) and Health Anxiety Questionnaire (HAI) were used to measure research variables. The research data was analyzed using statistical methods of multiway analysis of variance and using SPSS-23 software.

Results: The results indicated that there is a difference between the two groups of Treatment staff subjects working in the Corona ICU and non-coronavirus ICUs in resilience, mental health, except in the subscale of social functioning and health anxiety at the level of $p \leq 0.05$. Also, the results of the data analysis showed that the average scores of resilience, mental health and health anxiety were better in the non-corona ward treatment staff group. On the other hand, there was a difference between the two groups in the scores of resilience, mental health, except for the subscale of social functioning and health anxiety.

Conclusion: According to the obtained results, it can be concluded that the nurses of the corona ward feel less mental health among them, which leads to the occurrence of psychological disorders among them, which requires more attention and investigation by the relevant authorities.

Keywords: resilience, mental health, health anxiety, corona.

Article Info

Authors:

Yousef Aazami[1]

Fateme Nabi-Farsi*[2]

Affiliations

1 . Assistant Professor, Department of General Psychology, Electronics Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran. phone: 09189297109, email: aazami67@gmail.com

2. Master's student in General Psychology, Electronics Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Phone: 09164508394 Email: fati.nabifarsi73@gmail.com (Corresponding author)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78]

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78 سخن آغازین

مقایسه تاب آوری، سلامت روان و میزان اضطراب در کادر درمان شاغل در بخش های کرونا و غیرکرونای بیمارستان‌های نیروی زمینی ارتش تهران سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱

چکیده

یوسف اعظمی [۱]
فاطمه نبی فارسی*[۱]

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه تاب‌آوری، سلامت روانی و اضطراب سلامت در کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا و غیرکرونا بود.

روش کار: طرح پژوهش حاضر، علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری، شامل تمامی کارکنان شاغل در بیمارستان‌های نیروی زمینی ارتش تهران است که در سال ۱۰۴۱ مشغول به خدمت بودند. از این جامعه آماری، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، تعداد ۸۷۲ نفر انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه تاب‌آوری (RISC-CD)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه اضطراب سلامت (HAI) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آماری روش تحلیل واریانس چندراهه و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۳ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج بیانگر آن بود که بین دو گروه آزمودنی‌های کادر درمان شاغل در بخش‌های ICU کرونا و بخش‌های غیرکرونا در تاب‌آوری، سلامت روانی به جز در خرده‌مقیاس کارکرد اجتماعی و اضطراب سلامت تفاوت در سطح $p \geq ۰/۵۰$ وجود دارد. هم‌چنین، نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین نمرات تاب‌آوری، سلامت روانی و اضطراب سلامت در گروه کادر درمان بخش غیرکرونا بهتر بود. از سویی، در نمرات تاب‌آوری، سلامت روانی به جز خرده‌مقیاس کارکرد اجتماعی و اضطراب سلامت بین دو گروه تفاوت وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که پرستاران بخش کرونا بهداشت روانی کمتری را در خود احساس می‌کنند، همین امر منجر به بروز اختلالات روانشناختی در آنان می‌شود که نیازمند توجه و بررسی بیشتر توسط مسئولان مربوطه می‌باشد.

کلید واژگان: تاب‌آوری، سلامت روانی، اضطراب سلامت، کرونا

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱ استادیار، گروه روانشناسی عمومی، واحد الکترونیک، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. محل انجام پژوهش: تهران، آدرس پستی: تهران، خیابان پاسداران، خیابان نیستان هشتم، تقاطع خیابان رام و نیستان ۹، پلاک ۵، کد پستی: ۱۹۴۶۸۵۴۴۱۱۲، تلفن: ۰۹۱۸۹۲۹۷۱۰۹، ایمیل: aazami67@gmail.com

***۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد الکترونیک، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.**

تلفن: ۰۹۱۶۴۵۰۸۳۹۴، آدرس ایمیل: fati.nabifarsi73@gmail.com (نویسنده مسئول)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78]

مقدمه

شیوع و ابتلا به انواع بیماریهای عفونی در طول تاریخ، یکی از جدی‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت بشر بوده که از جدیدترین نوع آن می‌توان به ویروس نوظهور کووید-۱۹ یا کروناویروس اشاره کرد (۱). شیوع بیماری کرونا از دسامبر سال ۲۰۱۹ در یوهان چین شروع و بسیاری از مناطق را آلوده ساخت (۲). در فوریه سال ۲۰۲۰ اولین آزمایش نمونه مثبت کروناویروس در ایران شناسایی شد و تعداد موارد مثبت کووید-۱۹[1] تنها در عرض یک هفته از زمان گزارش اولین بیمار، به ۲۴۵ مورد افزایش یافت (۳). شیوع بیماری کووید-۱۹، تقریباً تمامی جنبه‌های مهم اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و حتی نظامی کشورهای جهان را تحت‌تأثیر قرار داده و باعث گردید آثار این بیماری ویروسی روی سلامت روانی[2] افراد در سطوح مختلف جامعه اهمیت پیدا کند (۴).

عوامل مختلفی می‌تواند باعث ایجاد نگرانی و استرس در کادر درمان شود. بخشی از این استرس می‌تواند مربوط به ویژگی‌های فرد و ارزیابی او از تغییر شرایط و موقعیت باشد (۵). مجموعه این عوامل باعث می‌شود تا کادر درمان از مقابله سازنده با بحران‌ها و استرس‌ها ناتوان باشند و قابلیت انطباق با شرایط پیش آمده را نداشته باشند (۶).

قابلیت انطباق همان مفهوم تاب‌آوری[3] است (۷). تاب‌آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه‌دار و توانایی ترمیم خویشتن است (۸)، که علی‌رغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، منجر به موفقیت انسان در برابر حوادث و اتفاقات شده و باعث افزایش عملکرد اجتماعی، اقتصادی و شغلی در افراد می‌شود (۹).

عدم قطعیت و پیش‌بینی‌پذیری پایین این بیماری نه تنها سلامت فیزیکی افراد را تهدید می‌کند، بلکه سلامت روانی افراد، به ویژه از نظر احساسات و شناخت را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. احساسات منفی طولانی مدت، عملکرد ایمنی افراد را کاهش می‌دهد (۱۰). مطالعات قبلی شواهدی را در مورد ارتباط بین شیوع بیماری‌های عفونی از جمله سارس و مرس[4] و آنفولانزا با مشکلات سلامت روانی در مراقبین بهداشتی ارائه داده‌اند (۱۱). به طور کلی، در زمان شیوع کرونا، سلامت روانی کادر درمان به ویژه پرستاران درگیر با این بیماری کاهش یافته است (۱۲).

شیوع ویروس کووید-۱۹ در جهان در سال ۲۰۱۹ میتواند آسیب‌های روانشناختی متعددی ایجاد کند، که از جمله این آسیب‌ها می‌توان به اضطراب اشاره کرد (۱۳). اضطراب یک احساس منفی رایج است که توسط افراد و کادر پزشکی در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی تجربه می‌شود (۱۴). مطالعات انجام شده ارتباطات واضحی بین بیماری‌های همه‌گیر با اضطراب و افزایش علائم استرس، نگرانی‌های آلودگی، اضطراب سلامتی، استرس پس از سانحه و خودکشی را نشان داده است (۱۵).

اضطراب سلامت[5] به معنای نگرانی زیاد افراد در مورد سلامتی‌شان است. اضطراب سلامت با نگرانی‌های مداوم و شدید درباره سلامتی مشخص می‌شود و در اصطلاح تشخیصی کسانی که به وسیله اضطراب سلامت ناتوان شوند، تشخیص خودبیمارپنداری می‌گیرند (۱۶).

بر این اساس شناسایی و اولویت‌بندی پیامدهای روانی بیماری کووید-۱۹ در میان کادر درمانی که به طور مستقیم با این بیماری درگیر هستند، می‌تواند موجب ایجاد درک شفافی برای مدیران و سیاست‌گذاران درمانی کشور شود تا اقدامات مطلوبی در راستای حمایت از کادر درمانی فعال در مقابله با بیماری کووید-۱۹ به ثمر رسانند، چرا که انجام فعالیت‌های حمایتی می‌تواند منجر به حفظ و توسعه قابلیت‌های عملیاتی کادر پرستاری پس از این بحران شود (۱۷).

بنابراین میتوان عنوان کرد؛ از آن جا که سلامت جسمی و روانی پرسنل بیمارستان به شکل مستقیم با کیفیت عملکرد آنان در مراقبت از بیماران، افزایش رضایتمندی و علاقه به کار و افزایش بازده کاری آنان مرتبط است و از طرفی شیوع ویروس کرونا باعث افزایش حجم کاری و استرس‌های شغلی در بین کادر درمان مربوط به مراقبین و درمان بیماران کرونایی شده است، لذا سؤال اساسی در پژوهش حاضر این گونه بیان می‌شود که آیا بین کادر درمان درگیر با بیماران کرونایی در مقایسه با سایر شاغلین در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها از جهت تاب‌آوری، سلامت روانی و اضطراب سلامت تفاوت وجود دارد؟

روش کار

این مطالعه از نوع پژوهشهای توصیفی – مقطعی و علی – مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کارکنان شاغل بیمارستان‌های نیروی زمینی ارتش تهران بودند که در سال ۱۴۰۱ در این بیمارستان‌ها مشغول به خدمت بودند. حجم جامعه مورد نظر، بنابر آخرین آمار اعلام شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی آجا تهران، ۱۰۰۰ نفر اعلام شد. پس از هماهنگیهای لازم با مسئولین مربوطه تعداد ۱۳۹ نفر کادر درمان شاغل در بخش‌های ICU کرونا و ۱۳۹ نفر کادر درمان شاغل در بخش‌های غیرکرونا بیمارستان‌های نیروی زمینی

1. COVID-19
2 Mental Health
3. Resilience
4. MERS
5. Health anxiety

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-10]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78]

ارتش (بیمارستان‌های بیما خانواده، بیما ۵۰۳ و بیما ۵۰۲) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای در تهران انتخاب شدند.

معیارهای ورود نمونه در پژوهش: داشتن یک سال سابقه کاری یا بیشتر، داشتن میل و رغبت برای شرکت در پژوهش، مراقبت مستقیم از بیماران مبتلا به کووید-۱۹، تکمیل کامل پرسشنامه‌ها بود. همچنین، معیارهای خروج نمونه در پژوهش: شامل، داشتن سابقه بیماری‌های روانپزشکی، مصرف داروهای روانی و عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها بود. لازم به ذکر است که به منظور رعایت اصول اخلاقی در برخورد با کادر درمان کد اخلاق دریافت گردید. ملاحظات اخلاقی شامل محرمانه بودن اطلاعات شخصی مشارکتکنندگان، ارائه اطلاعات لازم در زمینه طرح پژوهشی، رعایت شئونات اسلامی و رازداری در پژوهش بود و در این باره به کادر درمان اطمینان کامل داده شد. این مطالعه مستخرج از رساله کارشناسی ارشد نویسنده مسئول با کد اخلاق پژوهشی ۵۰۳۴۲۹۰۵۹۶۹۹۶۲۰۵۸۲۰۰۵۱۶۲۴۵۱۱۲۹ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیک تهران میباشد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع آوری دادهها از ابزارهای ذیل استفاده گردید:

۱-پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): این مقیاس در سال (۲۰۰۳) توسط کانر و دیودسون ساخته شده است (۱۸). این پرسشنامه یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (۰) تا کاملاً درست (۴) می‌سنجد. نادی نجف‌آبادی و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهشی روی دانشجویان علوم پزشکی اهواز پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آوردند (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار در مطالعه حاضر ۰/۸۲ محاسبه شد.

۲-پرسشنامه سنجش سلامت عمومی: این مقیاس در سال (۱۹۷۹) توسط گلدبرگ و میلر ساخته شده است و شامل ۲۸ ماده است (۲۰). این پرسشنامه مشتمل بر چهار مقیاس فرعی (افسردگی، اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی و علایم جسمانی) است که هر یک از آن‌ها دارای هفت پرسش می‌باشد. گیبونز[1] (۲۰۰۴)، در پژوهش خود پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آورد و با استفاده از روش بازآزمایی پایایی را ۰/۷۴ به دست آورد (۲۱). در پژوهش نادی نجف‌آبادی و همکاران (۲۰۱۳)، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن است (۱۹). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۷۷، اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۰، اختلال در کنش اجتماعی ۰/۷۲، شکایات جسمانی ۰/۷۰، ارزشیابی و کل مقیاس ۰/۷۹ به دست آمده است.

۳-پرسشنامه اضطراب سلامت (HAI): این مقیاس توسط سالکوسکیس و وارویک در سال (۲۰۰۲) ساخته شده است و شامل ۱۸ ماده است (۲۲). سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) پایایی آزمون و بازآزمون این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. نرگسی، ایزدی، کریمی‌نژاد و رضایی شریف (۱۳۹۶) در نمونه دانشجویی پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار در مطالعه حاضر ۰/۸۸ محاسبه شد.

دادهها با استفاده از SPSS نسخه ۲۳ با تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

تعداد کل نمونه پژوهشی ۲۷۸ نفر بودند که در دو گروه کادر درمان بخش کرونا و کادر درمان بخش غیرکرونا مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی نمره‌های متغیرهای پژوهش را در گروه کادر درمان بخش غیرکرونا نشان می‌دهد.

همانطورکه در جدول ۱ مشاهده میشود، میانگین نمرات کادر درمان بخش کرونا و غیر کرونا در ابعاد تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کنش اجتماعی، شکایت جسمانی، ابتلا به بیماری، نگرانی کلی سلامتی و پیامدهای بیماری متفاوت است

قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین[2] استفاده شد. جدول ۴-۳، نتایج آزمون‌های ام باکس و همگنی واریانس لوین را نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که آزمون لوین در نمره‌های افسردگی، اختلال کنش اجتماعی، شکایت جسمانی و اضطراب سلامت معنی‌دار نمی‌باشند و در نمره‌های تاب‌آوری و اضطراب و اختلال خواب معنی‌دار است. بنابراین، واریانس خطای متغیرهای پژوهش دو گروه کادر درمان بخش کرونا و بخش غیرکرونا در نمره‌های افسردگی، اختلال کنش اجتماعی، شکایت جسمانی و اضطراب سلامت به طور معنی‌داری متفاوت نیستند و در نمره تاب‌آوری و اضطراب و اختلال خواب به طور معنی‌داری متفاوت است، فرض همگنی واریانس‌ها به جز در تاب‌آوری و اضطراب و اختلال خواب تأیید می‌شود.

1. Gibbons

2. Leven's test of equality of variances

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78]

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه کادر درمان بخش کرونا و غیرکرونا

متغیر	M±SD بخش کرونا	M±SD بخش غیرکرونا
تاب‌آوری	۳۷/۵۳±۷/۷۹	۵۱/۳۳±۱۱/۰۶
افسردگی	۱۴/۹۴±۲/۰۴	۱۲/۲۳±۲/۲۱
اضطراب و اختلال خواب	۱۳/۸۹±۲/۵۴	۱۱/۰۷±۱/۷۳
اختلال کنش اجتماعی	۱۲/۳۲±۲/۵۲	۱۲/۰۹±۲/۳۱
شکایت جسمانی	۱۵/۷۱±۲/۰۶	۱۲/۲۰±۲/۰۴
ابتلا به بیماری	۱۳/۲۸±۱/۶۱	۱۲/۲۷±۲/۵۱
نگرانی کلی سلامتی	۱۵/۵۰±۱/۷۹	۱۳/۴۸±۱/۹۷
پیامدهای بیماری	۱۰/۴۱±۱/۴۱	۱۰/۸۸±۱/۶۲

جدول ۲. نتایج آزمون ام باکس و آزمون لوین جهت برابری واریانس خطای متغیرهای

متغیر وابسته	ام باکس	df۱	df۲	F	p
تاب‌آوری	F=۴۲/۱۳ P=۰/۰۵۹	۱	۲۷۶	۷	۰/۰۰۹
افسردگی		۱	۲۷۶	۱/۴۳	۰/۲۳۱
اضطراب و اختلال خواب		۱	۲۷۶	۱۷/۸۱	۰/۰۰۱
اختلال کنش اجتماعی		۱	۲۷۶	۳/۲۱	۰/۰۷۴
شکایت جسمانی		۱	۲۷۶	۰/۳۱	۰/۵۷۴
اضطراب سلامت		۱	۲۷۶	۰/۵۴	۰/۴۶۳

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین‌های متغیرهای پژوهش

شاخص آماری / نام آزمون	ارزش	F	فرضیهdf	خطاdf	p
اثر پیلایی	۰/۷۱	۱۱۰/۵۶	۶	۲۷۱	۰/۰۰۱
لمبدای ویلکز	۰/۲۹	۱۱۰/۵۶	۶	۲۷۱	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۴۴	۱۱۰/۵۶	۶	۲۷۱	۰/۰۰۴
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۴۴	۱۱۰/۵۶	۶	۲۷۱	۰/۰۰۱

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78]

جدول ٤. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا برای مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
تاب‌آوری	۱۳۲۳۲/۸۲	۱	۱۳۲۳۲/۸۲	۱۴۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱
افسردگی	۵۱۱/۲۵	۱	۵۱۱/۲۵	۱۱۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱
اضطراب	۵۵۵/۵۷	۱	۵۵۵/۵۷	۱۱۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱
اختلال کنش اجتماعی	۳/۶۸	۱	۳/۶۸	۰/۶۲	۰/۴۲۹	۰/۰۰	۰/۱۲۴
شکایت جسمانی	۸۵۶/۶۳	۱	۸۵۶/۶۳	۲۰۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
اضطراب سلامت	۴۵۸/۴۵	۱	۴۵۸/۴۵	۴۸/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۱۴	۱

هم‌چنین، آزمون ام باکس جهت بررسی شرط همگنی ماتریس-کواریانس در متغیرهای پژوهش به عمل آمد که با توجه به عدم معنی‌داری آن در این پژوهش، این شرط رعایت شده است (۰۵۶/۰p≥ ، ۱۳/۴۲F=). در ادامه در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین‌های متغیرهای پژوهش در کادر درمان بخش کرونا و بخش غیرکرونا ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۳ می‌توان استنباط کرد که بین کادر درمان بخش کرونا و بخش غیرکرونا از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای پژوهش (تاب‌آوری، سلامت روانی و اضطراب سلامت) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی دقیق‌تر این تفاوت، تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا انجام شده است. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا برای مقایسه میانگین‌های کادر درمان بخش کرونا و بخش غیرکرونا از لحاظ متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل واریانس یک‌راهه برای تاب‌آوری (F=۱۴۴/۴۰ و P=۰/۰۰۱)، افسردگی (F=۱۱۲/۶۸ و P=۰/۰۰۱)، اضطراب و اختلال خواب (F=۱۱۷/۰۶ و P=۰/۰۰۱)، شکایت جسمانی (۲۰۳F/۶۴= و P=۰/۳۳۹) و اضطراب سلامت (F=۴۸/۴۵ و P=۰/۱۷۸) معنی‌دار و برای اختلال در کنش اجتماعی (F=۰/۶۲ و P=۰/۴۲۹) غیرمعنی‌دار می‌باشد. بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش بین تاب‌آوری در کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا و غیرکرونا تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل با یافته‌های پوردل و سودانی (۲۴)، اسلام دوست خناچاه (۲۵)، سرا-کارسیا (۲۶)، جو (۲۷) و هوانگ و همکاران (۲۸) همخوان است. همه‌گیری ویروس کرونا و به دنبال آن شرایط سختی که به وجود آورد، می‌تواند باعث ایجاد بحران در هر سازمانی شود. برای مقاومت در مقابل بحران و ماندگاری و وفاداری نسبت به سازمان، وجود افراد تاب‌آور الزامی است. پرستاران از جمله گروه‌هایی هستند که کرونا بیشترین تأثیر را بر شرایط کاری آن‌ها داشته است (۲۹)، لذا تاب‌آوری در همه دوران کاری آن‌ها و به ویژه در شرایط حاد کرونایی برای آن‌ها یک شیوه مهم زندگی است. در تبیین یافته حاضر می‌توان بیان داشت که پرستاران بخش کرونا به دلیل مواجهه با بیمارانی که شدت مشکلات جسمانی زیادی را تحمل می‌کنند و ممکن است جان خود را حتی با وجود تمام تلاش‌های پرستاران از دست دهند، تاب‌آوری کمتری را نسبت به پرستاران سایر بخش‌ها از خود نشان می‌دهند. افرادی که تاب‌آوری بالاتری دارند، سعی می‌کنند رویدادهای استرس‌زا را بپذیرند و به لحاظ روانشناختی در مقایسه با افرادی که تاب‌آوری پایینی دارند، پرتحمل و بردبار هستند. از آن جایی که تاب‌آوری روانشناختی، تحمل‌پذیری و سرسختی را در افراد افزایش می‌دهد، پرستاران سایر بخش‌ها که تاب‌آوری بالاتری داشته، به لحاظ شناختی با تمرکز ذهنی بیشتر و تصویرسازی ذهنی مثبت به درمان بیماران پرداخته و در شرایط به دور از استرس و به شیوه‌ای مطلوب‌تر و دیدگاهی کارآمدتر فرایند درمان بیماران را طی می‌کنند (۲۴). پرستاران شاغل در بخش ویژه کرونا، هیجانات منفی بیشتری تجربه می‌کنند، با شرایط سخت و طاقت‌فرسا بیشتر روبه‌رو هستند، فشار کاری زیادی در اثر دیدن بیماران با وضع وخیم تحمل می‌کنند، در نتیجه تاب‌آوری کمتری از

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-10]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78]

سایر پرستاران نشان می‌دهند (۳۰).
براساس یافته های حاصل از این پژوهش بین سلامت روانی در کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا و غیرکرونا تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل با یافته‌های خاکی و همکاران (۱۲)، پوردل و سودانی (۲۴)، طولابی و ایطا (۳۰) و چینوارا‌راک (۳۱) همخوان و با نتایج پژوهش داوری‌نیا و همکاران (۳۲) ناهمخوان است. کادر درمان بخش کرونا، به دلیل روبه‌رو شدن روزانه با بیمارانی که مشکلات شدیدتری از لحاظ جسمی و روانی نسبت به بیماران سایر بخش‌ها دارند تحمل می‌کنند و قاعدتا این تنشها از لحاظ روحی و روانی این گروه از پرستاران را تحت فشار قرار می‌دهد. این تنش‌ها زیان‌آور بوده و توانایی پرستاران بخش کرونا را جهت حمایت از بیمار و انجام مراقبت‌های با کیفیت کاهش می‌دهد و بهزیستی و سلامت روانی آنان را با مشکل مواجه می‌کند. به دنبال افزایش خستگی هیجانی در پرستاران بخش کرونایی، نوعی بدبینی نسبت به تلاش‌های خویش و حتی نسبت به دیگران افزایش می‌یابد و زندگی شغلی فرد را به سوی افسردگی و اضطراب بالا سوق می‌دهد. در واقع، می‌توان بیان کرد که هر چه احساس دستآورد یا کفایت شخصی پرستاران بالاتر باشد، میزان سلامت روانی آنان نیز بیشتر خواهد بود. علاوه بر این می‌توان گفت ماهیت پرخطر شرایط کووید-۱۹، غیرقابل پیش‌بینی بودن اوضاع و عدم اطمینان از زمان کنترل این بیماری و همچنین وجود تحلیل‌ها و اطلاعات نادرست در مورد این بیماری می‌توانند موجب مشکلات روانشناختی در پرستاران شوند که به طور مستقیم با بیماران و شرایط بسیار سخت مربوط به این بیماری سروکار دارند (۳۳). محدودیت‌های شدید، دوری از خانواده و فاصله‌گذاری اجتماعی باعث گردید که پرستاران از نظر روانی دچار آسیب شوند و نشانگان افسردگی بروز دهند (۳۴).
براساس یافته های حاصل از این پژوهش بین اضطراب سلامت در کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا و غیرکرونا تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل با یافته‌های صدرایی نجفی (۳۵)، اسلام دوست خناچاه (۲۵)، خانال و همکاران (۳۶) و مادالایموتو و کادهیراوانا (۳۷) همخوان است. پرستارانی که از بیماران عفونی نوپدید مراقبت می‌کنند، به علت کمبود دانش و اطلاعات لازم در مورد بیماری، در انجام وظایف خود و عدم درک درست از وظایف جدید، در محیط کار احساس بی‌کفایتی می‌کنند و دچار اضطراب سلامت می‌شوند. پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن هستند که اضطراب سلامت یک واکنش معمول و شایع به بیماری‌های همه‌گیر است. در طول همه‌گیری کروناویروس، پرستاران به علت شیفت‌های طولانی، شب کاری، ترس از ابتلا به کووید-۱۹ و تجهیزات محافظتی ناکافی اضطراب سلامت بالایی را تجربه کردند (۳۸). هم‌چنین، در بخش‌های کرونایی به دلیل حجم کار زیاد، حجم زیاد بیماران مراجعه‌کننده به بخش‌های کرونایی و فشار کاری و خستگی زیاد و هم‌چنین ترس از ابتلا کیفیت مراقبت ایمن از خود پایین آمده و باعث عملکرد ضعیف در بخش پرستاران بیماران کرونایی می‌شود که می‌توانند از عوامل ایجادکننده اضطراب سلامت در پرستاران بخش کرونا باشند (۳۹). از سوی دیگر، پرستاران بخش کرونا به دلیل این که در مورد بیماری کرونا و نشانه‌های آن اطلاعات بیشتری دارند، گاهی علائمی که در زندگی روزمره با آن مواجه می‌شوند، سوء تعبیر کرده و به عنوان نشانه‌های بدنی مربوط به بیماری درک می‌کنند. بنابراین، استرس بیشتری تحمل می‌کنند و به همین دلیل این افراد اضطراب سلامت بیشتر و هم‌چنین پیامدهای منفی بیشتری تجربه می‌کنند (۴۰).
در این پژوهش مانند هر مطالعه دیگر با محدودیتهایی مواجه بود از جمله؛ استفاده از ابزار خودگزارشی برای بررسی نمونه پژوهشی، محدودیت سوگیری در پاسخ‌دهی را ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام شد که همه اطلاعات در یک بازه زمانی جمع‌آوری شدند که این امر مانع آن می‌شود که اثرات متقابل متغیرها را در طول زمان بررسی کرد. همچنین چون این پژوهش روی کارکنان شاغل در بیمارستانهای نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران در تهران انجام گرفته است، لذا در تعمیمی نتایج این پژوهش به سایر کارکنان شاغل در بیمارستانها باید احتیاط نمود. لذا پیشنهاد میگردد در آینده ، پژوهشهایی در جامعه‌های دیگر و شهرهای دیگر تکرار شود. در مطالعات بعدی به جای ابزار خودگزارشی، جهت اطمینان بیشتر از صحت و واقعی بودن نتایج، از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها مانند مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. براساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود با توجه به سطح گستردگی بیماری کووید-۱۹ در سطح جهان و میزان تلفات ناشی از این بیماری و امکان درگیری بیشتر پرستاران نسبت به سایرین به اختلالات روانشناختی و اضطراب، تمهیدات لازم برای حفظ و ارتقای سلامت روانی پرستاران از قبیل معاینات و مشاوره‌های منظم و برگزاری جلسات متعدد برای افزایش روحیه، تقویت باورهای فکری و ارزشی و نیز انگیزه کاری، استفاده از برنامه‌های مفرح ورزشی، فرهنگی و مذهبی همراه با اعطای امتیازات ویژه مالی و غیرمالی در راستای ارتقای رتبه شغلی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی
دستاندرکاران این پژوهش بر خود لازم میدانند تا از شرکتکنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-10]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78]

منابع

1.Peeri NC, Shrestha N, Rahman MS, Zaki R, Tan Z, Bibi S, Baghbanzadeh M, Aghamohammadi N, Zhang W, Haque U. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned?. International journal of epidemiology. 2020 Jun 1;49(3):717-26.

2.Riou J, Althaus CL. Pattern of early human-to-human transmission of Wuhan 2019 novel coronavirus (2019-nCoV), December 2019 to January 2020. Eurosurveillance. 2020 Jan 30;25(4):2000058.

3.fazaeli S, yousefi M, khorsand vakilzaeh A, ebrahimi Z. Hospital support measures from the perspective of infectious and non-infectious nurses caring for patients with COVID-19. Journal Modern Medical Information. 2021 Jul; 7 (1) :29-37. [Persian]

4.shahyad S, Mohammadi M T. Psychological Impacts of Covid-19 Outbreak on Mental Health Status of Society Individuals: A Narrative Review. Journal Military Medicine. 2020 May; 22 (2) :184-192. [Persian]

5.Pothiawala S. Psychological impact of the COVID-19 on health care workers in the emergency department. Frontiers in Emergency Medicine. 2020 Apr 22;4(2s):e58-.

6.Mohammadzade F, Delshad-Noghabi A, Bazli J, Karimi H, Alami H. Stress factors and coping strategies during the outbreak of the 2019 coronavirus disease among hospital employees: a case study in Iran. Journal Ofogh Danesh. 2021 Jul; 27(2): 148-62. [Persian]

7.Lennon SL, Heaman M. Factors associated with family resilience during pregnancy among inner-city women. Midwifery. 2015 Oct 1;31(10):957-64.

8.Mooziri A, Shafiabady A, Esmaily M, Younesi J. Modeling the effective factors on irani-an family's resilience. Journal of Psychological Science. 2021 Feb; 19(95): 1401-9. [Persian]

9.karimirad M R, Seyedfatemi N, Noghani F, Amini E, Kamali R. Resiliency family caregivers of people with mental disorders in Tehran. Iranian Journal of Nursing Research. 2018 Mar; 13(1): 57-63. [Persian]

10.Farahati M. Psychological consequences of the spread of the corona virus in society. Social impact assessment. 2020 May; 1(2): 3-8. [Persian]

11.Mahdieh A, Darvishi-Ghazanchi S. The Study of the Relationship between Nurses' Job Stress and Resiliency. N and Physician Within War. 2017 May; 5(14): 17-22. [Persian]

12.khaki S, Fallahi-Khoshkenab M, arsalani N, mojtaba R, sadeghy N, nematifard T. Mental Health Status of Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. Systematic Review in Medical Sciences. 2022 Mar; 2(1): 36-52. [Persian]

13.Feihuan C, Sollmann U. The Association between Stress and Illness Anxiety during the Corona-Virus Outbreak in China in 2019. International Journal of Body, Mind and Culture. 2020 Jun 2:37-43.

14.Lee SA. Replication analysis of the coronavirus anxiety scale. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2020 Jun 1;33(3):203-5.

15.Amirfakhraei A, Masoumifard M, Esmaeilishad B, DashtBozorgi Z, Darvish Baseri L. Prediction of Corona virus Anxiety based on Health Concern, Psychological Hardiness, and Positive Meta-emotion in Diabetic Patients. Journal of Diabetes Nursing. 2020 Sep; 8(2): 1072-83. [Persian]

16.Shahamatinejad S. The Relationship between Health Anxiety and Emotion Regulation with Rumors on Social Networks during the COVID-19 Pandemic. Journal of Assessment

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78]

es with other hospital wards. Iranian Journal of Nursing Research. 2022 Nov; 16(6): 45-54. [Persian]
25.Islam Dost Khanachah, p. Comparison of health anxiety, resilience and spiritual health in nurses working in the department of patients with covid-19 and the surgery department [Dissertation]. Iran: Payamnoor University of Astana Ashrafieh 2019. [Persian]
26.Sierra-García E, Sosa-Palanca EM, Saus-Ortega C, Ruiz-Hontangas A, Juárez-Vela R, Gea-Caballero V. Modulating Elements of Nurse Resilience in Population Care during the COVID-19 Pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022 Apr 7;19(8):4452.
27.Jo S, Kurt S, Bennett JA, Mayer K, Pituch KA, Simpson V, Skibiski J, Takagi E, Karaaslan MM, Ozluk B, Reifsnider E. Nurses' resilience in the face of coronavirus (COVID–19): An international view. Nursing & health sciences. 2021 Sep;23(3):646-57.
28.Huang L, Wang Y, Liu J, Ye P, Cheng B, Xu H, Qu H, Ning G. Factors associated with resilience among medical staff in radiology departments during the outbreak of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): a cross-sectional study. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. 2020;26:e925669-1.
29.Saffari M, vahedian-azimi A, Mahmoudi H. Nurses' Experiences on Self-Protection when caring for COVID-19 patients. Journal of Military Medicine. 2020 Sep; 22(6): 570-9. [Persian]
30.Toulabi, S., Ita, T. Comparison of the Quality of Life, Mental Health, Alexithymia and Distress Tolerance of Nurses Working in Intensive Care Units of Covid-19 (Corona) Patients with Nurses in Other Wards. Journal of Research in Educational Science. 2022 Mar; 15(55): 153-
and Research in Counseling and Psychology. 2021Mar; 3(1): 38-48. [Persian]
17.Sepahvand R, Momeni mofrad M, Taghipour S. Identifying and prioritizing the psychological consequences of the Covid 19 virus in nurses. Journal Hospital. 2020 Jun; 19(2): 17-24. [Persian]
18.Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson resilience scale (CD–RISC). Depression and anxiety. 2003 Sep;18(2):76-82.
19.Najafabadi FN, Chegeni AN, Bassaknejad S. Design and test a model of the relationship between negative life events and mental health with resiliency and social support mediation in female medical sciences students at jundishapour university of Ahvaz. Jentashapir Journal of Health Research. 2014 Feb 28;5(1). [Persian]
20.Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological medicine. 1979 Feb;9(1):139-45.
21.de Arévalo HF, Mónico M, Gibbons P. Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. International journal of clinical and health psychology. 2004;4(2):389-98.
22.Salkovskis PM, Warwick HM. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behaviour research and therapy. 1986 Jan 1;24(5):597-602.
23.Nargesi F, Yazidi F, Kariminejad K, Rezaei Sharif A. Checking the reliability and validity of the Persian version of health anxiety questionnaire among students of Lorestan University of Medical Sciences. Educational Measurement Quarterly. 2017 Jun; 7(27): 147-60. [Persian]
24.Pour-Del M, Sodani M. Comparison of job motivation, mental health, psychological flexibility and psychological capital of corona nurs-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78]

64. [Persian]
31.Chinvararak C, Kerdcharoen N, Pruttithavorn W, Polruamngern N, Asawaroekwisoot T, Munsukpol W, Kirdchok P. Mental health among healthcare workers during COVID-19 pandemic in Thailand. PloS one. 2022 May 20;17(5):e0268704.
32.Davarinia Motlagh Quchan A, Tajabadi A, Borzoei F, Heshmatifar N, Mohamadzadeh Tabrizi Z, Rastaghi S. Comparison of Mental Health of Nurses Working in COVID-19 Reference Hospitals with Other Hospitals. Journal of Military Medicine. 2020 Oct; 22 (11): 1145-52. [Persian]
33.Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. The lancet. 2020 Feb 22;395(10224):e37-8.
34.Han L, Wong FK, She DL, Li SY, Yang YF, Jiang MY, Ruan Y, Su Q, Ma Y, Chung LY. Anxiety and depression of nurses in a north west province in China during the period of novel coronavirus pneumonia outbreak. Journal of Nursing Scholarship. 2020 Sep;52(5):564-73.
35.Sadraei Najafi, sh. Comparison of cognitive emotion regulation strategies, health anxiety, and intellectual and practical obsessions in nurses with and without covid-19 [Dissertation]. Iran: Payamnoor University of Astana Ashrafieh 2022. [Persian]
36.Khanal P, Paudel K, Devkota N, Dahal M, Mishra SR, Joshi D. Corona virus fear among health workers during the early phase of pandemic response in Nepal: A web-based cross-sectional study. PLOS Global Public Health. 2021 Dec 15;1(12):e0000083.
37.Madalaimuthu A. The Mediating Role of Health Anxiety and Corona Virus Anxiety in the Relationship between Personality and Depression Among General Population during COVID-19 Pandemic. ECS Transactions. 2022 Apr 24;107(1):1689.
38.Xiong H, Yi S, Lin Y. The psychological status and self-efficacy of nurses during COVID-19 outbreak: a cross-sectional survey. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. 2020 Sep;57:0046958020957114.
39.Motamedzadeh M, Sarvary M H, Ebadi A. Comparison of Quality Nursing Safe Care in Corona and Non-Corona Wards. Paramedical Sciences and Military Health. 2021Jul; 16(2): 34-41. [Persian]
40.nam SB. Anxiety and depression among students of a medical college in Saudi Arabia. International journal of health sciences. 2007 Jul;1(2):295.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.78]