

Winter 2025, Volume 13, Issue 5

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

Mozhdeh Bagher Zadeh<sup>1</sup>, Soheila Mazloum Vajari<sup>2\*</sup>, Fateme Jafaraghaee<sup>3</sup>

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, Medicine of Faculty, 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, Assistant Professor, Department of Nursing, Medicine of Faculty, 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 instruments 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 ( $\beta=0.59$ ,  $t=8.330$ ,  $P=0.01$ ). Coping with stressful situations with health anxiety had an indirect and negative significant correlation ( $\beta=-0.25$ ,  $t=-2.167$ ,  $P=0.01$ ). Psychological distress was correlated directly and positively with burnout ( $\beta=0.71$ ,  $t=17.86$ ,  $P=0.01$ ). Coping with stressful situations with burnout had an indirect and negative significant correlation ( $\beta=-0.14$ ,  $t=-3.158$ ,  $P=0.05$ ). Job burnout was directly and positively correlated with health anxiety ( $\beta=0.24$ ,  $t=3.57$ ,  $P=0.001$ ). Psychological distress ( $\beta=0.23$ ) correlated directly and positively with health anxiety by mediating burnout. Also, coping with stressful situations ( $\beta=-0.169$ ) 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.

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

مژده باقرزاده<sup>۱</sup>، سهیلا مظلوم واجاری<sup>۲\*</sup>، فاطمه جعفرآقائی<sup>۳</sup>

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 لاهیجان، 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 لاهیجان، لاهیجان، ایران.  
ایمیل: mazloum2258@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱

### چکیده

**مقدمه:** اضطراب سلامت از عوامل اصلی موثر بر سلامت روان پرستاران است. هدف پژوهش حاضر تعیین همبستگی پریشانی روانشناختی و مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا، 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 آن‌ها (۲۷ مرد و ۱۷۳ زن) به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل: پرسشنامه جمعیت‌شناختی، "مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر (Kessler Distress Psychological Scale)", "سیاهه مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا" (Coping Inventory for Stressful Situations)، "سیاهه اضطراب سلامت" (Health Anxiety Inventory) و "پرسشنامه فرسودگی شغلی" (Maslach Burnout Questionnaire) بودند و شرکت‌کنندگان آن‌ها را بصورت کامل تکمیل کردند. نسبت روایی محتوای ابزارها و پایایی به روش محاسبه همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ و اسمارت پی ال اس نسخه ۳ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** پریشانی روانشناختی با اضطراب سلامت همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت ( $P=0/01$ ,  $t=8/330$ ,  $\beta=0/59$ ). مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا، با اضطراب سلامت همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفی داشت ( $t=-2/167$ ,  $\beta=-0/25$ ). پریشانی روانشناختی با فرسودگی شغلی همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت ( $P=0/01$ ,  $t=17/86$ ,  $\beta=0/71$ ). مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا با فرسودگی شغلی همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفی داشت ( $t=-3/158$ ,  $\beta=-0/14$ ). فرسودگی شغلی با اضطراب سلامت همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت ( $P=0/001$ ,  $t=3/57$ ,  $\beta=0/24$ ). پریشانی روانشناختی ( $\beta=0/23$ ) با میانجیگری فرسودگی شغلی با اضطراب سلامت همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت. همچنین مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا، ( $\beta=0/-0/169$ ) با میانجیگری فرسودگی شغلی با اضطراب سلامت همبستگی معنادار غیر مستقیم و منفی داشت.

**نتیجه‌گیری:** پریشانی روانشناختی به صورت معنادار مستقیم و مثبت و مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا به صورت معنادار مستقیم و منفی، به واسطه فرسودگی شغلی سبب افزایش نمره اضطراب سلامتی در پرستاران می‌شود. پیشنهاد می‌شود، مدیران بیمارستان‌ها اقدامات حمایتی لازم در راستای ارتقاء سلامت روان پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها را با برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه 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 می‌افتد 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 می‌تواند در توانایی آن‌ها 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 تنش‌زا، بیماری ناشناخته، خطر بالای مواجهه، شدت کار بالا و تنش قابل توجه، مشکلاتی در سلامت روان آن‌ها 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 تأثیر 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 تنش‌زا است (۱۸). مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا، به راهبردهای آگاهانه‌ای اشاره دارد که برای کاهش احساسات ناخوشایند استفاده می‌شود. مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا می‌تواند شناختی یا رفتاری باشد و همچنین می‌تواند فردی یا اجتماعی باشد. کنار آمدن، مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا 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 تنش‌زا 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 تنش‌زا متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند، بهتر با زندگی سازگار می‌شوند (۲۰). مقابله با موقعیت‌های تنش‌زای متمرکز بر مسئله ممکن است به فرد امکان کنترل بیشتر بر مشکل خود را بدهد، در حالی که مقابله با موقعیت‌های تنش‌زای متمرکز بر هیجان ممکن است گاهی به کاهش کنترل ادراک شده منجر شود (مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا ناسازگار) (۲۱).

از سویی دیگر، از مهم‌ترین مفاهیم مرتبط با اضطراب سلامت در پرستاران فرسودگی شغلی است که بر سلامت روان پرستاران تأثیر به‌سزایی دارد. در میان چالش‌های متعددی که پرستاران با آن‌ها مواجه هستند، فرسودگی شغلی به‌عنوان نگرانی برجسته‌ای ظاهر می‌شود که عمیقاً

بیمار دارد. پرستارانی که از مقابله انطباقی استفاده می‌کنند، برای مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا، حفظ رضایت شغلی و ارائه مراقبت‌های با کیفیت بالا به بیماران مجهزتر هستند. در مقابل، کسانی که به مقابله‌ی ناسازگار تکیه می‌کنند ممکن است سطوح بالایی از فرسودگی شغلی را تجربه کنند که منجر به کاهش بهره‌وری، افزایش غیبت و به خطر افتادن ایمنی بیمار می‌شود (۳۳، ۳۴).

در واقع مطالعات نشان دهنده این مسئله هستند که پریشانی روانشناختی و مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا با فرسودگی شغلی در پرستاران ارتباط دارند؛ بر این اساس به سبب ارتباطی که بین فرسودگی شغلی با اضطراب سلامتی در پرستاران وجود دارد، می‌توان انتظار داشت که فرسودگی شغلی بتواند نقش میانجی را بین پریشانی روانشناختی، مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا و اضطراب سلامتی ایفا کند. در مجموع مطالعات پیشین نشان دهنده آن است که پریشانی روانشناختی، مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا و فرسودگی شغلی هر یک به تنهایی این ظرفیت را دارند که بر اضطراب سلامتی در پرستاران تأثیر بگذارند. اما در بررسی پیشینه، مطالعه‌ای یافت نشد که این عوامل را به طور همزمان در پرستاران مورد بررسی قرار دهد. با توجه به مباحث مطرح شده و مطالعات اندکی که در این گستره موضوعی انجام شده است، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی پریشانی روانشناختی و مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا، اضطراب سلامت در پرستاران؛ با نقش میانجی فرسودگی شغلی انجام شد.

### روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری مطالعه شامل پرستاران شاغل در بیمارستان دولتی دکتر پیروز وابسته به علوم پزشکی گیلان واقع در شهر لاهیجان در سال ۱۴۰۲ بود. زیرا بیمارستان دکتر پیروز بیشترین تعداد پرستار شاغل را در شرق گیلان دارد و لازم بذکر است که این بیمارستان، تنها بیمارستان دولتی در شهر لاهیجان است و وابسته به علوم پزشکی گیلان می‌باشد. حداقل تعداد نمونه پیشنهادی براساس نظر هومن (۳۵) برای پژوهش‌های الگوی معادلات ساختاری، ۲۰۰ تن پیشنهاد گردیده است. به جهت پیشگیری از ریزش احتمالی و افزایش اعتبار در نمونه‌گیری، تعداد نمونه ۲۲۰ تن انتخاب شد تا به دلیل احتمال وجود پرسشنامه‌هایی که ناقص تکمیل شده بودند، پرسشنامه‌هایی که حداقل در آن‌ها به یکی از سوالات پاسخ داده نشده بود و یا پرسشنامه‌هایی

بر کیفیت زندگی فردی و کیفیت مراقبت از بیمار تأثیر می‌گذارد (۲۲). فرسودگی شغلی کاهش قدرت سازگاری فرد با عوامل تنش‌زا است و سندرمی است مرکب از خستگی جسمی و عاطفی است که منجر به ایجاد خود پنداره منفی در فرد، نگرش منفی نسبت به شغل و فقدان احساس ارتباط با مراجعان به هنگام انجام وظیفه می‌شود. سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization)، فرسودگی شغلی را یک سندرم ناشی از تنش مزمن ناشی از کار تعریف کرده است که با علائمی مانند احساس تخلیه انرژی یا خستگی، افزایش فاصله ذهنی از شغل خود، یا احساس منفی‌گرایی یا بدبینی مرتبط با شغل فرد و کاهش کارایی حرفه‌ای مشخص می‌شود (۲۳) فرسودگی شغلی در کارکنان بهداشتی درمانی نه تنها منجر به اختلال در سلامت جسم و روان فرد و غیبت از کار می‌شود، بلکه کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران را کاهش می‌دهد و موجب نارضایتی از خدمات پزشکی می‌شود؛ تشخیص، درمان و مراقبت بیماران را مختل می‌کند و ممکن است باعث رنجوری بیمار با نیازهای جسمی و روانی و ناامیدی گردد (۲۴).

مرور مطالعات مختلف نشان داد که رابطه متغییر پریشانی روانشناختی با متغییر فرسودگی شغلی به صورت همبستگی معنادار مستقیم و مثبت مطرح گردیده است و براساس همبستگی‌های مشاهده شده در مطالعات پیشین و متعدد متغییر فرسودگی شغلی به عنوان متغییر میانجی در نظر گرفته شده است (۲۵، ۲۶). در واقع رابطه بین پریشانی روانشناختی و فرسودگی شغلی در پرستاران پیچیده و چندوجهی است. به طوری که پریشانی روانشناختی اغلب به عنوان پیش‌بینی برای فرسودگی شغلی عمل می‌کند (۲۷) و به مراتب فرسودگی شغلی، می‌تواند پریشانی روانشناختی را تشدید نماید (۲۸) و چرخه‌ای از تهی شدن عاطفی و خستگی را تداوم بخشد. تأثیرات پریشانی روانشناختی و فرسودگی شغلی با پیامدهای گسترده‌ای همراه است. پرستارانی که پریشانی روانشناختی و فرسودگی شغلی را تجربه می‌کنند، به احتمال زیاد کاهش رضایت شغلی، نرخ جابجایی بالاتر و کاهش کیفیت مراقبت را نشان می‌دهند (۲۵، ۲۶، ۲۹). همچنین فرسودگی شغلی توانایی پرستاران را برای برقراری ارتباط موثر با بیماران و شایستگی بالینی تضعیف می‌کند و در نتیجه عملکرد موثر در پرستاران را کاهش می‌دهد (۳۰، ۳۱). علاوه بر این، در مطالعاتی مشخص شده است که مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا، با فرسودگی شغلی ارتباط دارد (۳۲). رابطه بین مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا و فرسودگی شغلی پیامدهای قابل توجهی برای عملکرد حرفه‌ای و مراقبت از

که حداقل به یکی از سوالات ۲ پاسخ داده شده بود حذف شود. در مجموع ۲۰۰ ابزار به طور کامل پاسخ داده شده بود و قابلیت تحلیل داشت. بر این اساس تعداد ۲۰۰ پرستار (۲۷ مرد و ۱۷۳ زن) با روش نمونه‌گیری در دسترس در انجام پژوهش مشارکت داشتند.

معیارهای ورود شامل رضایت کامل برای مشارکت در پژوهش، شاغل بودن به عنوان پرستار، داشتن حداقل تحصیلات در مقطع کارشناسی پرستاری و داشتن حداقل ۲ سال به عنوان سابقه کاری در بیمارستان هدف بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: پرستارانی که تمایل به شرکت در مطالعه را نداشتند یا پرسشنامه مربوط به خود را بصورت کامل تکمیل نکرده بودند (حتی به یک سوال هم پاسخ نداده بودند) و یا پاسخ مشابه به تمام سوالات داده بودند از مطالعه خارج شدند.

برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنسیت، سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، بخش فعالیت در بیمارستان و سابقه کار می‌باشد.

«مقیاس پریشانی روانشناختی» (Psychological Distress Scale) توسط Kessler و همکاران در ایالات متحده در سال ۲۰۰۲ به منظور سنجش اختلالات روانی در جمعیت عمومی طراحی و تدوین شده است (۳۶). ابزار دارای ۱۰ عبارت است. زیر مقیاس یافت نشد. پاسخ به هر عبارت بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از (هرگز=صفر) تا (همیشه=۴) نمره گذاری می‌شود و حداقل نمره در این ابزار برای هر فرد صفر و حداکثر ۴۰ است. کسب نمره کمتر از ۱۳ پریشانی روانشناختی خفیف، نمره ۱۴ الی ۲۷ پریشانی روانشناختی متوسط و نمره ۲۸ الی ۴۰ پریشانی روانشناختی شدید را نشان می‌دهد و هرچه فرد نمره بالاتری را کسب کند بیانگر بالا بودن مقیاس پریشانی روانشناختی می‌باشد.

در پژوهش Arnaud و همکاران روی ۷۱ بیمار بخش اورژانس دارای اختلالات مرتبط با مصرف الکل روایی سازه به روش روایی همگرایی «مقیاس پریشانی روانشناختی» با «مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان» (Hospital Anxiety and Depression Scale) بررسی و ۰/۷۰ و همچنین با «مقیاس افسردگی همیلتون» (Hamilton Depression Rating Scale) ۰/۴۹ بدست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۹۴ گزارش شد (۳۷). در مطالعه Pereira و همکاران (۳۸) روایی سازه به روش روایی همگرایی «مقیاس پریشانی روانشناختی» با «مقیاس اضطراب» (Anxiety Scale)، «مقیاس خستگی»

(Tired Scale) و «مقیاس افسردگی» (Depressed Scale) روی ۶۹۴ تن ۱۸ تا ۷۱ سال با ملیت پرتغالی در تمامی مقاطع تحصیلی و مشاغل به ترتیب برابر با ۰/۵۹، ۰/۶۷، و ۰/۷۶ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۹۱ بدست آمد. در پژوهش یعقوبی (۳۹) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «مقیاس پریشانی روانشناختی» روی ۵۰۰ دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام و نتایج تک عاملی بودن مقیاس را تأیید کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف ۰/۹۱ گزارش شد. در مطالعه بهبهانی زاده و همایی روایی سازه به روش روایی همگرایی «مقیاس پریشانی روانشناختی» با «مقیاس انگ ناباروری» (Infertility Stigma Scale) روی ۱۷۰ تن از زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری جهاد دانشگاهی شهر اهواز ۰/۵۱ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۹۵ بدست آمد (۴۰).

«سیاهه مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا» (Coping Inventory for Stressful Situations) توسط Enderl & Parker در کانادا در سال ۱۹۹۰ با ۴۸ عبارت طراحی شد. این ابزار دارای ۳ مؤلفه شامل تکلیف مدار (task-oriented) با ۱۶ عبارت (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷)، هیجان مدار (emotion-oriented) با ۱۶ عبارت (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷)، پرهیز مدار (avoidance-oriented) با ۱۶ عبارت (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷) است. پاسخ به هر عبارت بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از (هرگز=۱) تا (همیشه=۵) نمره گذاری می‌شود و حداقل نمره در این ابزار برای هر مؤلفه ۱۶ و حداکثر ۸۰ است و در این ابزار کسب نمره بالاتر در هر کدام از مؤلفه‌ها به معنای سطح بالاتر در آن مؤلفه است، به عبارت دیگر، شیوه رویارویی غالب فرد باتوجه به نمره ای که کسب می‌کند مشخص می‌شود و هر کدام از مؤلفه‌ها نمره بالاتری را کسب نماید آن مؤلفه به عنوان شیوه رویارویی فرد در نظر گرفته می‌شود. نمره ۱۶ تا ۳۲ در هر مؤلفه به معنای سطوح پایین آن مؤلفه، ۳۳ تا ۴۸ سطح متوسط و ۴۹ تا ۸۰ سطوح بالای آن است (۴۱). حداقل نمره کل ۴۸ و حداکثر نمره کل ۲۴۰ است.

در پژوهش Enderl & Parker (۴۱) روایی سازه به شیوه روایی همگرایی «سیاهه مقابله با موقعیت‌های تنش



ارزیابی وجود و شدت علائم را فراهم می‌کند و حداقل نمره در این ابزار صفر و حداکثر ۵۴ است و در این ابزار کسب نمره بالاتر به معنای سطح بالاتر اضطراب سلامت در فرد است (۱). سطح‌بندی نمره یافت نشد.

در مطالعه Salkovskis و همکاران جهت بررسی روایی بالینی (clinical validity) یک ارزیاب بالینی آموزش دیده با ۱۴ فرد خودبیمار انگار مصاحبه نمود و از یک مقیاس صفر تا ۸ درجه‌ای برای ارزیابی اختلال عمومی ناشی از خودبیمار انگاری استفاده کرد که بر این اساس همبستگی با «سیاهه اضطراب سلامت» ۰/۲۸ بدست آمد که شواهد خوبی از روایی بالینی ارائه می‌دهد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۲۴ تن مبتلا به خودبیمار انگاری، ۱۹ تن مضطرب (۱۴ تن مبتلا به اختلال هراس و پنج تن با فوبیای اجتماعی)، ۱۵۹ تن بهنجار، ۶۶ دانشجوی ۱۰۷ زن مراجعه کننده به کلینیک عمومی، ۲۶۷ تن در یک کلینیک گوارش، ۹۷ تن در یک اسکن MRI، ۱۹۰ تن غیر اضطرابی و ۶۶ دانشجوی، در مجموع باهم ۰/۹۵ گزارش شد. همچنین برای ۲۳ شرکت کننده که «سیاهه اضطراب سلامت» را در ۲ نوبت تکمیل کردند، ضریب همبستگی ثبات به روش بازآزمون با میانگین ۲۲ روز بین نوبت‌ها بررسی و ۰/۷۶ بدست آمد (۱).

در پژوهش Abramowitz و همکاران (۴۵) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی «سیاهه اضطراب سلامت» روی ۵۰۰ دانشجوی زن و مرد دانشگاه علوم پزشکی لرستان بررسی و ۳ عامل تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، برای نمره کل، ابتلا به بیماری، پیامدهای منفی و نگرانی کلی سلامتی به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۶۰، ۰/۷۰، و ۰/۵۹ گزارش شد. در پژوهش چوب فروش زاده و همکاران (۴۷) روایی سازه به روش روایی همگرای «سیاهه اضطراب سلامت» با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) روی ۲۵۵ تن از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بررسی و مقدار آن ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی روی نمونه‌های فوق، مورد تایید قرار گرفت و نتایج ۳ عامل فوق را نشان داد. پایایی به روش همسانی

زا» با «پرسشنامه سبک‌های دفاعی» (Defense Styles Questionnaire) روی ۵۳ زن دانشجوی در کانادا بررسی و در محدوده ۰/۲۷ تا ۰/۵۹ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ گزارش گردید. مطالعه‌ای توسط Choi و همکاران با هدف بررسی خصوصیات روانسنجی «سیاهه مقابله با موقعیت‌های تنش زا» روی ۳۰۲ بزرگسالان کره‌ای انجام شد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی روی نمونه‌های فوق بررسی و ساختار ۳ عاملی آن تایید گردید. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، در مولفه‌های تکلیف مدار، هیجان مدار و پرهیز مدار به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۶ بدست آمد (۴۲).

در پژوهش قریشی راد (۴۳) روایی سازه به روش روایی همگرای «سیاهه مقابله با موقعیت‌های تنش زا» با «سیاهه پاسخ‌های مقابله‌ای» (Coping Response Inventory) روی ۴۱۰ دانش‌آموز سال اول دبیرستان‌های مختلف شهر تبریز بررسی و ضریب همبستگی ۰/۶۲ برای مقیاس تکلیف مدار و ۰/۴۰ برای هیجان مدار را نشان داده شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، برای کل مقیاس ۰/۸۳، و برای مولفه‌های تکلیف مدار، هیجان مدار و پرهیز مدار به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۱، و ۰/۷۹ ( $p < 0.01$ ) بدست آمد. در پژوهش شگری و همکاران (۴۴) روایی سازه به شیوه تحلیل عاملی تاییدی «سیاهه پاسخ‌های مقابله‌ای» روی ۴۱۹ دانشجوی زن و مرد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال بررسی و ساختار ۳ عاملی آن مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۶ گزارش شد.

«سیاهه اضطراب سلامت» (Health Anxiety Inventory) برای سنجش اضطراب سلامت استفاده می‌شود و فرم کوتاه این پرسشنامه توسط Salkovskis و همکاران در دانشگاه آکسفورد در سال ۲۰۰۲ با ۱۸ عبارت طراحی شد. این ابزار ۳ مولفه که عبارتند از: نگرانی کلی سلامتی (total health anxiety) شامل ۷ عبارت (عبارت‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۱۰ و ۱۴)، ابتلا به بیماری (getting a disease) شامل ۶ عبارت (عبارت‌های ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲) و پیامدهای منفی (negative consequence) شامل ۵ عبارت (عبارت‌های ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸) را مورد سنجش قرار می‌دهد (۱). پاسخ به هر عبارت بر اساس طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از (گزینه الف=صفر) تا (گزینه د=۳) نمره گذاری می‌شود که امکان

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 و کلیه عبارت‌ها 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 بخش‌های ویژه: (شامل آی سی یو، سی سی یو، ان آی سی یو، دیالیز و بخش‌های غیروژه) شامل دفتر پرستاری 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 پرسشنامه‌ها و روش پاسخ دهی به سوالات به

درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ، ۲ نیمه 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، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، 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 مؤلفه خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و همچنین کسب نمره پایین‌تر در مؤلفه موفقیت فردی نشانگر بالابودن فرسودگی شغلی است (۴۸). سطح بندی 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 نمونه‌های 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

## مژده باقرزاده و همکاران

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 ۱۰-۲۰ سال و ۳۶ تن (۱۸ درصد) دارای سابقه کاری بیشتر از ۴۰ سال می باشند. جهت تحلیل داده ها و الگوی پژوهش ابتدا پیش فرض های نرمال بودن متغیرها از طریق معناداری کشیدگی و چولگی مورد بررسی قرار گرفت و داده ها 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 آلفا کرونباخ و پایایی ترکیبی بزرگتر از ۰/۷ به دست آمد. همچنین شاخص اشتراکی برای تمام متغیرها بیشتر از ۰/۵ محاسبه گردید پایایی پرسشنامه ها را تأیید کرد. علاوه بر این روایی همگرا و واگرایی پرسشنامه ها نیز محاسبه شدند که همگی در شاخص های  $CR > AVE$  مورد تایید بودند. بررسی الگوی معادلات ساختاری به روش تحلیل مسیر انجام گرفت.

شاخص های 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 Normal Fit Index (NFI) = ۰/۶۸۹،  $\chi^2/df$  = 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 می باشد. در جدول ۱ کیفیت الگو توسط شاخص های افزونگی ارائه شده است.

جدول ۱: بررسی کیفیت الگو توسط شاخص های افزونگی

ضریب تعیین	اشتراک با روایی متقاطع	روایی متقاطع
۰/۶۴۲	۰/۳۰۹	۰/۲۴۷
-	۰/۶۰۱	-
۰/۶۷۷	۰/۴۹۶	۰/۳۴۶
-	۰/۶۳۰	-

به دست آمد که نشان می دهد کیفیت الگوی ساختاری در سطح خوب می باشد و الگو تایید می گردد. همچنین تمام مقادیر شاخص اشتراک با روایی متقاطع (CV.COM) مثبت بوده که این نتیجه نیز، در راستای تایید الگوی اندازه گیری می باشد. همچنین در جدول ۱ ضریب تعیین متغیرها

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

اصول اخلاقی از جمله اخذ رضایت کامل و علاقه مند بودن کلیه شرکت کنندگان برای مشارکت در پژوهش، احترام به اصل رازداری شرکت کنندگان و اصل محرمانگی پاسخ های پرسشنامه ها در تمام طول پژوهش رعایت شده است. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ و اسمارت پی ال اس نسخه ۳ تحلیل شدند.

## یافته ها

در این مطالعه نتایج جمعیت شناختی نشان داد که ۱۷۳ زن (۸۶/۵ درصد) و ۲۷ مرد (۱۳/۵ درصد)، ۲۱ تن (۱۰/۵ درصد) با محدوده سنی کمتر از ۲۵ سال، ۵۷ تن (۲۸/۵ درصد) محدوده سنی ۲۵-۳۰ سال، ۲۹ تن (۱۴/۵ درصد) محدوده سنی ۳۰-۳۵، ۳۴ تن (۱۷ درصد) محدوده سنی ۳۵-۴۰ و ۵۹ تن (۲۹/۵ درصد) محدوده سنی بیش تر از 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

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود 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 می شود، مقادیر شاخص مورد نظر برای ابعاد از مقدار ۰/۳۵ کمتر و از ۰/۱۵



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.

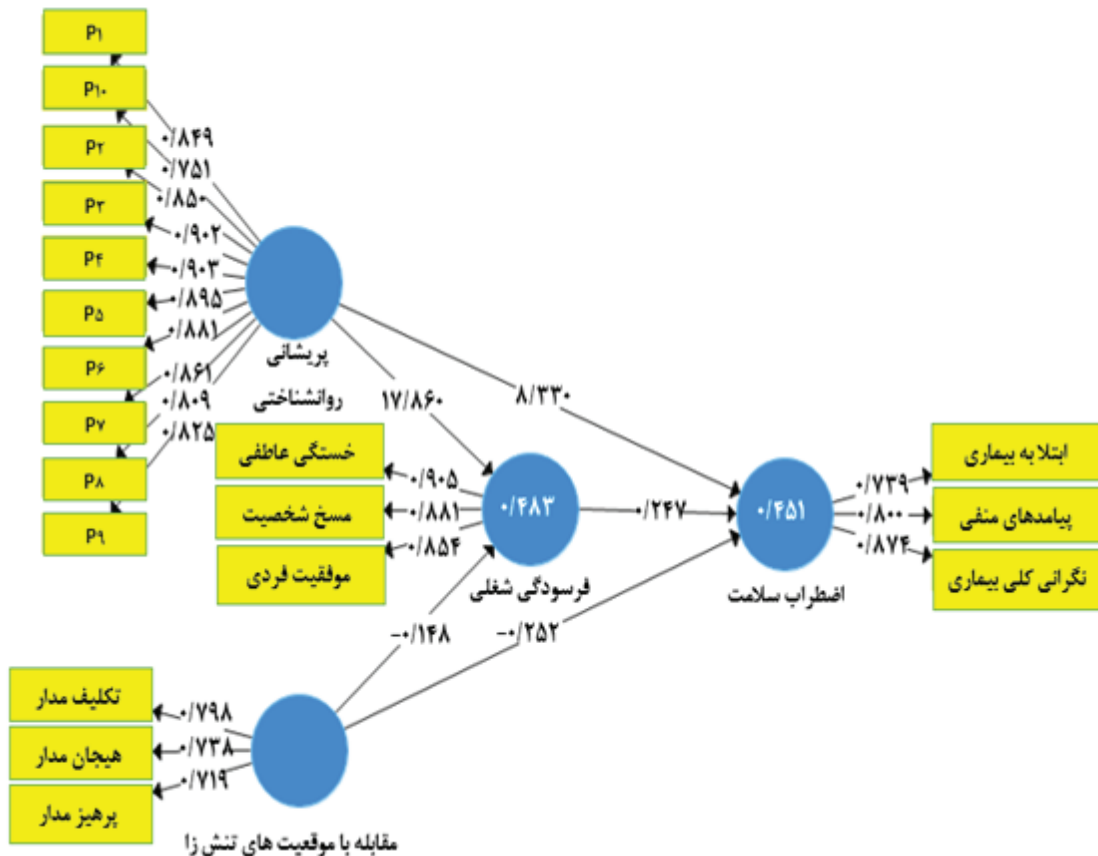
جهت بررسی میزان تبیین تغییرات هر یک از متغیرهای وابسته به وسیله متغیرهای مستقل محاسبه گردید. مقدار ضریب تعیین برای متغیرهای درون‌زای اضطراب سلامتی برابر ۶۴/۲ به دست آمد که نشان می‌دهد ۶۴/۲ درصد از تغییرات اضطراب سلامتی به وسیله ۳ عامل مقابله با

جدول ۲: ضرایب تعیین مسیرهای غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش

معناداری	t	ضریب مسیر	مسیر ساختاری
۰/۰۱	۳/۵	۰/۲۳	پریشانی روانشناختی $\Leftarrow$ فرسودگی شغلی $\Leftarrow$ اضطراب سلامت
۰/۰۱	-۲/۳۶	-۰/۱۶۹	مقابله با موقعیت‌های تنش زا $\Leftarrow$ فرسودگی شغلی $\Leftarrow$ اضطراب سلامت

با موقعیت‌های تنش زا و اضطراب سلامت، فرسودگی شغلی نقش دارد و ضریب تعیین همبستگی معنادار غیر مستقیم منفی  $-۰/۱۶۹$  و  $t=-۲/۳۶$  به دست آمد که در سطح  $۰/۰۱$  معنادار است. شکل ۱ الگوی اندازه‌گیری انعکاسی در حالت تخمین استاندارد را نشان می‌دهد.

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

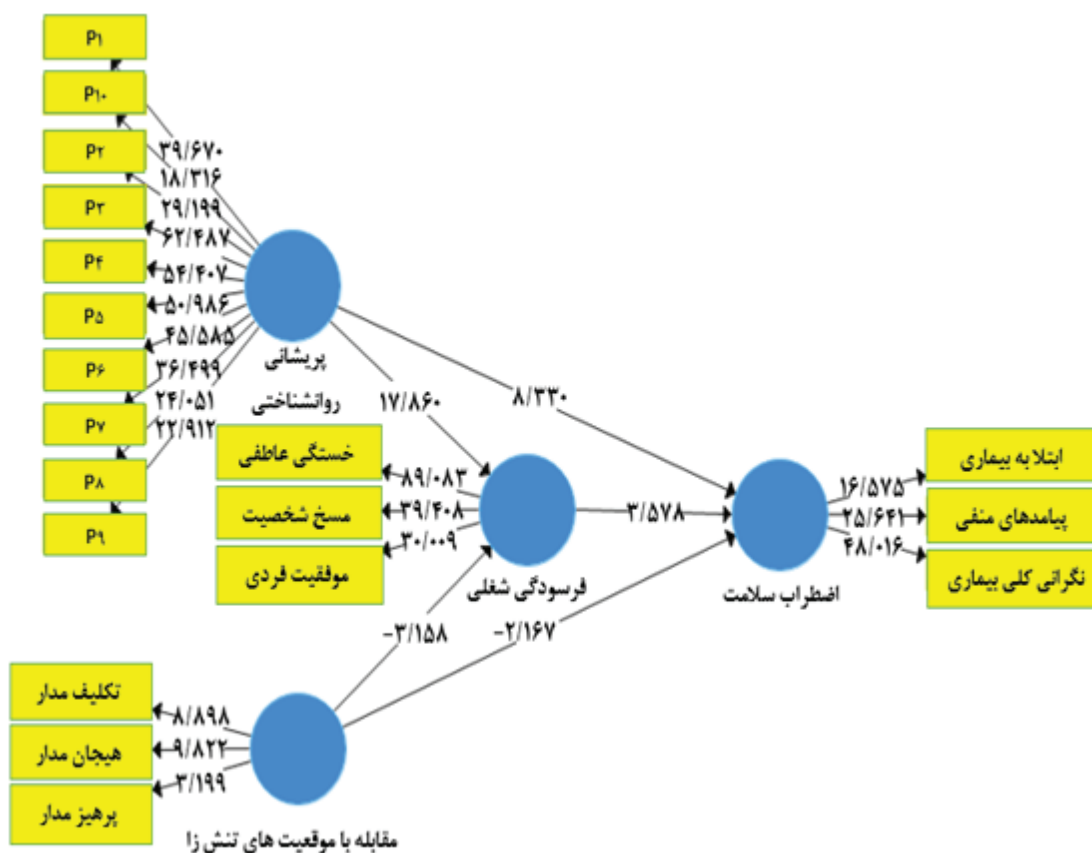


شکل ۱: الگوی اندازه‌گیری انعکاسی در حالت تخمین استاندارد

## مژده باقرزاده و همکاران

را تبیین کرد. ضریب استاندارد شده مسیر میان مقابله و فرسودگی شغلی بیانگر این مطلب است که مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا به میزان  $0/14$  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  $0/24$  از تغییرات اضطراب سلامت را تبیین کرد. همچنین شکل ۲، الگوی برآورد آماره  $t$  در پژوهش را نشان می‌دهد.

با توجه به شکل ۱ ضریب استاندارد شده مسیر میان پریشانی روانشناختی و اضطراب سلامت بیانگر این مطلب است که پریشانی روانشناختی به میزان  $0/59$  از تغییرات اضطراب سلامت را تبیین کرد. ضریب استاندارد شده مسیر میان پریشانی روانشناختی و اضطراب سلامت بیانگر این مطلب است که مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا به میزان  $0/25$  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  $0/71$  از تغییرات فرسودگی شغلی



شکل ۲: الگوی برآورد آماره  $t$  در پژوهش

اضطراب سلامت همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت  $(P=0/001, t=3/57, \beta=0/24)$ .

### بحث

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

نتایج پژوهش حاضر نشان داد پریشانی روانشناختی با

مطابق با شکل ۲ و بر اساس نتایج، پریشانی روانشناختی با اضطراب سلامت همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت  $(P=0/01, t=8/330, \beta=0/59)$  مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا با اضطراب سلامت همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفی داشت  $(P=0/01, t=-2/167, \beta=-0/25)$  پریشانی روانشناختی با فرسودگی شغلی همبستگی معنادار مستقیم و مثبت داشت  $(P=0/01, t=17/86, \beta=0/71)$  مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا با فرسودگی شغلی همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفی داشت  $(P=0/05, t=-3/158, \beta=-0/14)$  فرسودگی شغلی با

(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 و منفی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت مقابله‌ی انطباقی به عنوان محافظی در برابر اثرات مضر تنش ناشی از شغل عمل می‌کند و به پرستاران کمک می‌کند تا انعطاف‌پذیری روانی را حفظ کرده و از شروع فرسودگی شغلی جلوگیری کنند. پرستارانی که از روش‌های 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 آن‌ها کاهش می‌یابد. برعکس، پرستارانی که فاقد مقابله‌ی 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 تنش‌زا 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 تنش‌زا با اضطراب سلامت همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفی وجود دارد. بنابراین، لازم است راهبرد‌های 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 تنش‌زای انطباقی به عنوان تعدیل‌کننده‌های حیاتی عمل می‌کنند و در برابر تأثیر عوامل تنش‌زا بر سطح اضطراب سلامت پرستاران محافظت می‌کنند. هنگامی که پرستاران از روش‌های 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 تنش‌زای 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 روش‌های مقابله‌ای ناسازگار تکیه می‌کنند، ممکن است با تلاش برای مدیریت عوامل تنش‌زا، چرخه معیوب تشدید

فرسودگی شغلی همبستگی معنادار مستقیم و مثبت دارد. این یافته با پژوهش‌های Bourbonnais و همکاران (۲۵) Xiao و همکاران (۲۷) Mohamed و همکاران (۲۸) و Stefanovska 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 معنادار مستقیم 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 پر تنش 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 و مثبت 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 داد که مشکلات عاطفی در طول آموزش پرستاری افزایش می‌یابد و با شاخص‌های روانشناختی همبستگی معنادار مستقیم و مثبت دارد. در نتیجه پریشانی روانی به طور معناداری می‌تواند باعث افزایش اضطراب و بدتر 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 الگوهای شناختی-رفتاری اضطراب سلامت همخوان است، که بیان می‌کند حالت‌های عاطفی منفی و مقابله‌ی 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 تنش‌زا با فرسودگی شغلی پرستاران همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفی دارد. این یافته با پژوهش‌های Wallace و همکاران

میانجیگری می‌کنند. پیشنهاد می‌شود، مدیران نظام سلامت و مدیران بیمارستان‌ها اقدامات حمایتی لازم در راستای ارتقاء سلامت روان پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها را با برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه فرسودگی شغلی و اضطراب سلامت فراهم آورند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. همچنین لازم به ذکر است که دسترسی به تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سطح استان گیلان و کشور از محدوده پژوهش حاضر خارج بود. لذا در تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر جانب احتیاط رعایت گردد.

### سپاسگزاری

مطالعه حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشجو مژده باقرزاده با راهنمایی خانم دکتر سهیلا مظلوم واجاری می‌باشد و با همکاری و کسب مجوز از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان و دانشگاه علوم پزشکی درمانی و خدمات بهداشتی گیلان صورت گرفته است. پژوهش با کد رهگیری ۱۶۲۷۰۴۸۷۵ در سامانه پژوهشیار ثبت و در تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۴ به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد لاهیجان رسیده است و دارای کد اخلاق در پژوهش به شناسه IR.IAU.LIAU.REC.1402.001 می‌باشد. از کلیه مسئولین و همه کسانی که در انجام این پژوهش یاری رساندند، به ویژه مسئولین و کادر پرتلاش پرستاری بیمارستان دولتی دکتر پیروز شهرستان لاهیجان که صبورانه در انجام این پژوهش مشارکت داشتند صمیمانه سپاسگزاری به عمل می‌آید.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

### 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*

اضطراب سلامت را تجربه کنند. علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر نشان داد فرسودگی شغلی با اضطراب سلامت پرستاران همبستگی معنادار مستقیم و مثبت دارد. این یافته با پژوهش‌های Izdebski و همکاران (۲۳) و Portero و همکاران (۳۴) به طور ضمنی همخوان بود. برای مثال نتایج پژوهش Portero و همکاران (۳۴) نشان می‌دهد اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و مقابله با موقعیت‌های تنش‌زای پرهیزمدار، پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی فرسودگی شغلی بشمار می‌روند و فرسودگی شغلی همبستگی معنادار مستقیم و مثبت با آن‌ها دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت فرسودگی شغلی که با خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش موفقیت فردی مشخص می‌شود، به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم برای افزایش اضطراب سلامت در میان پرستاران ظاهر می‌شود. تنش مزمن و بارکاری طاقت‌فرسا که در حرفه پرستاری وجود دارد، می‌تواند نگرانی‌های مربوط به سلامتی پرستاران را تشدید کند، باعث نگرانی بیش از حد، هوشیاری بیش از حد نسبت به احساسات بدنی و ترس از بیماری یا آسیب شود. برعکس، اضطراب سلامتی می‌تواند بر فرسودگی شغلی اثر بگذارد و توانایی پرستاران را برای مقابله با موقعیت‌های تنش‌زای موثر با تنش‌های مرتبط با کار و حفظ بهزیستی روانی تضعیف کند و در نهایت منجر به فرسودگی شغلی شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اضطراب سلامت در پرستاران با پریشانی روانشناختی همبستگی معنادار مستقیم و مثبت دارد و مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا با فرسودگی شغلی همبستگی معنادار غیرمستقیم و منفیدارد و متغیرهای پریشانی روانشناختی و مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا از طریق فرسودگی شغلی، اضطراب سلامت را در پرستاران

- 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: current perspectives 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](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. Sarbooz 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, Pourkhajoooyi 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.00000000000020751>
  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. Simões 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](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](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](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, Genešte 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](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://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](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](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 HealthPromotionManagement*. 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](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00123-9)