

مقایسه نیمرخ نشانگان روانشناختی پرستاران شاغل در بخش کرونا و غیر کرونا و رابطه آن با بهزیستی سازمانی آن‌ها

Comparison of Psychological Symptoms Profile of Nurses Working in the Covid-19 and non-Covid-19 Wards and its Relationship with Their Organizational Well-being

Dr. Hadi Bahrami Ehsan

Professor, Department of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

Elham Valizadeh Chari *

Master's graduate of Clinical Psychology, Department of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

elhamvalizadeh1996@gmail.com

Hadis Rostami

Master's graduate of General Psychology, Department of Psychology and Education, Azad University of Karaj, Karaj, Iran.

دکتر هادی بهرامی احسان

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

الهام ولی زاده چاری (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

حدیث رستمی

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد کرج، کرج، ایران.

Abstract

This study aimed to investigate the difference between the psychological symptoms of nurses working in the COVID-19 wards and other wards and the relationship between these psychological symptoms and their organizational well-being. Causal-comparative (post-event) and descriptive research method was used. The statistical population included all nurses working in different wards from October 2019 to March 2020 (70 nurses in COVID-19 and 70 nurses in non-COVID-19 wards) of Ayatollah Rouhani Hospital in Babol, Iran. Symptoms Clinical List-Revised (SCL-90) (Drogatis et al., 1973) and the Organizational Well-Being Scale (Zheng et al., 2015) were used to collect data. Multivariate and univariate variance and Pearson correlation analyses were conducted for statistical analysis. The findings indicate a significant difference between the two groups of nurses working in the Covid-19 and non-Covid-19 wards regarding hostility ($\eta^2=0.08$, $p<0.05$, $F = 0.057$) and paranoid ideation ($\eta^2=0.049$, $p<0.05$, $F = 0.049$). Also, among the nurses working in the covid-19 wards, the relationship between interpersonal sensitivity ($r=0.348$), depression ($r=0.546$), anxiety ($r=0.353$), hostility ($r = -0.351$), phobic anxiety ($r=0.334$), paranoid ideation ($r=0.303$) and psychoticism ($r=0.397$) are inverse and significant with organizational well-being. In conclusion, the score of aggression and paranoid ideation was significantly higher in nurses working in COVID-19 wards than in nurses working in other wards, and there is a relationship between psychological symptoms and organizational well-being among nurses working in COVID-19 wards.

Keywords: Organizational well-being, Psychological symptoms, Nurses, Covid-19.

چکیده

مطالعه حاضر باهدف بررسی تفاوت بین علائم روانشناختی پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ و سایر بخش‌ها و ارتباط بین این علائم روان‌شناختی و بهزیستی سازمانی در میان شرکت‌کنندگان در این گروه‌ها انجام شد. روش پژوهش کمی و به‌صورت علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) و توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان آیت‌الله روحانی شهر بابل بین آبان و اسفند سال ۱۳۹۹ بود که تعداد ۷۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش کرونا و ۷۰ نفر شاغل در بخش‌های غیر کرونا به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌های فهرست علائم بالینی تجدیدنظر شده (SCL-90)، دروگاتیس و همکاران، (۱۹۷۳) و مقیاس بهزیستی سازمانی (OWS)، ژنگ و همکاران، (۲۰۱۵) برای جمع‌آوری داده‌ها و به‌منظور تجزیه‌وتحلیل آماری در مرحله اول از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و تک‌متغیره و در مرحله دوم از روش همبستگی پیرسون، استفاده شد. نتایج نشان داد بین دو گروه پرستاران شاغل در بخش کرونا و پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا، از لحاظ متغیر پرخاشگری ($\eta^2=0.088$ ، $p<0.05$ ، $F=9.057$) و پارانوئیا ($\eta^2=0.049$ ، $p<0.05$ ، $F=0.049$) تفاوت وجود دارد. همچنین بین پرستاران شاغل در بخش کرونا، رابطه بین حساسیت بین‌فردی ($r=0.348$)، افسردگی ($r=0.546$)، اضطراب ($r=-0.351$)، پرخاشگری ($r=0.334$)، فوبیا ($r=0.303$)، پارانوئیا ($r=0.397$) و روان‌پریشی ($r=0.397$) با بهزیستی سازمانی، معکوس و معنی‌دار است. در نتیجه نمره ی پرخاشگری و پارانوئیا به‌صورت معناداری در پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا بیشتر از پرستاران شاغل در سایر بخش‌ها بود و بین نشانگان روانشناختی و بهزیستی سازمانی در میان پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا رابطه وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی سازمانی، نشانگان روانشناختی، پرستاران، کرونا.

مقدمه

ویروس کرونا یا کووید-۱۹ یک بیماری حاد تنفسی^۱ و یک فوریت برای بهداشت عمومی و همراه با نگرانی جهانی است (سابینو-سیلوا^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). شیوع این بیماری و نرخ مرگ و میر ناشی از آن، فشار روانی بالایی را بر تمامی جوامع وارد کرده است که به موجب آن، سلامت افراد در سه بُعد جسمی، ذهنی و اجتماعی کاهش یافته است (شیگرمورا و همکاران^۳، ۲۰۲۰). در این شرایط بحرانی، عوامل بهداشتی و درمانی به‌عنوان عوامل اساسی در سیستم بهداشت و درمان برای مراقبت از بیماران و مقابله با ویروس کووید-۱۹ وظایف بسیار حساسی برعهده دارند. در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، پرستاران، جزء گروه پُرخطر ابتلا به این بیماری قرار دارند؛ چراکه در تماس مستقیم با بیماران آلوده و یا افراد مشکوک هستند و این موضوع موجب القای فشار ذهنی بالا و بروز اختلال‌های روانی^۴ در آنان شده است (لای^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). این شرایط می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر نیمرخ نشانگان روانشناختی پرستاران در بخش کرونا داشته باشند. نتایج یک فراتحلیل در چین نشان داد که همه‌گیری کوید تأثیرات روانی شدیدی را روی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به‌ویژه زنان و نیروهای خط اول درمان ایجاد کرده است. (سان^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). کیفیت پایین خواب، افسردگی، اضطراب و خطر بالای از دست دادن سلامت روانی و بهزیستی به دلیل افزایش استرس و بار کاری ناشی از همه‌گیری کرونا در ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در معرض کوید به ویژه پرستاران بود (دلپوسکو^۷ و همکاران، ۲۰۲۰؛ پدرس^۸ و همکاران، ۲۰۲۱؛ سامپایو^۹ و همکاران، ۲۰۲۰؛ استلنیک^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). یک پژوهش نشان داد میزان فرسودگی شغلی، بی‌خوابی و اضطراب پرستاران را در مقایسه با پزشکان بالاتر است. پرستار بودن، جوان بودن، منزوی بودن و افزایش حجم کار، عوامل خطر برای پیامدهای وخیم تر سلامت روان بودند (تایت^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به تأثیر اختلالات روانی بر کارایی کاری پرستاران و خدمات آنها به بیماران، تحقیقات گسترده‌ای در این زمینه مورد نیاز است و اهمیت این موضوع در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ دوچندان می‌شود (رئیس^{۱۲} و همکاران، ۱۳۹۳). مقاله مورد نظر با ارائه مقایسه‌ای بین نیمرخ نشانگان روانشناختی پرستاران شاغل در بخش کرونا و بخش‌های غیر کرونا، به ما کمک می‌کند تا فهم بهتری از وضعیت روانشناختی پرستاران در هر دو بخش داشته باشیم. علاوه بر این، بررسی رابطه بین نیمرخ نشانگان روانشناختی و بهزیستی سازمانی پرستاران در این دو بخش نیز می‌تواند نتایج مفید و کاربردی ارائه کند. این تحقیق می‌تواند بهبود عملکرد و رضایت شغلی پرستاران را در هر دو بخش تسهیل کند و در نهایت باعث بهبود کیفیت خدمات در حوزه بهداشت و درمان شود.

در چاپ پنجم نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۳}، ۲۰۱۳)، گفته شده است که نشانگان روانشناختی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روانی با اهمیت بالینی است که فرد تجربه می‌کند و با ناراحتی یا ناتوانی یا افزایش خطر درد، مرگ، رنج، ناتوانی و از دست دادن آزادی همراه است. به بیانی دیگر نشانگان روان‌شناختی، مجموعه‌ای از رفتارهای نابهنجار است که با ناراحتی، ناتوانی یا افزایش خطر بروز مشکلات همراه است (سادوک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۳). نشانگان روان‌شناختی شامل افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی، وسواس فکری - عملی، حساسیت بین فردی، پرخاشگری، پارانویا، فوبیا (اختلال هراس) و روان‌پریشی است. داوری‌نیا مطلق قوچان و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی به مقایسه سلامت روان در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مرجع کووید-۱۹ با سایر بیمارستان‌ها پرداختند و گزارش نمودند سلامت روان در پرستاران در همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ در سطح خیلی پایینی است. از طرفی، پرستارانی که در بخش‌های غیر کرونا خدمت می‌دهند نیز با تغییرات و شرایطی که به علت شیوع بیماری در بخش بهداشت و درمان به وجود آمده است، مواجه هستند.

1. Severe Acute Respiratory Syndrome
 2. Sabino-Silva
 3. Shigemura,
 4. Psychopathy
 5. Lai
 6. Sun
 7. Dal' Bosco
 8. Pedersen
 9. Sampaio
 10. Stelnicki
 11. Tiete
 12. American Psychiatric Association
 13. Sadok

بهبودی سازمانی شامل بهزیستی روانی، زندگی شخصی و بهزیستی محیط کار است (نوری و همکاران، ۱۳۹۵). از آن جایی که تنگ^۱ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود بهزیستی روانی را به طور کلی به معنای عدم وجود نشانگان روانشناختی تعریف می کنند، بهزیستی سازمانی می تواند رابطه تنگاتنگی با نشانگان روانشناختی ای که افراد تجربه می کنند، داشته باشد. هر عاملی که منجر به کاهش سلامت روانی کارکنان شود، بهزیستی سازمانی را نیز کاهش می دهد. همچنین سلامت روان با بهزیستی روانشناختی ارتباط دارد. بر این اساس، هر اختلالی که سلامت روان را کاهش دهد، می تواند با تأثیر بر زندگی فردی و اجتماعی پرستاران، بهزیستی سازمانی را کاهش دهد (کندی^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر کیفیت خدمات پرستاران و عملکرد موفق این گروه ارتباط مستقیمی با احساس بهزیستی سازمانی آنها دارد (فیلی و پویا، ۱۳۹۵). مطمئناً پرستاران با سطح رفاه پایین تر در محیط کار خود، رویدادها و موفقیت های کاری خود را نامطلوب ارزیابی می کنند، کارایی شغلی کمتری دارند و رضایت شغلی کمتری دارند و تمایل دارند احساسات منفی بیشتری را تجربه کنند (طاهری قره قاچ و میرزایی، ۱۳۹۹). در نتیجه ارزیابی مداوم علائم و نشانگان روانشناختی می تواند به بهبود عملکرد کارکنان و در نهایت سازمان به عنوان بهزیستی سازمانی مفهوم سازی شود (هی^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). بهزیستی سازمانی به عنوان کیفیت زندگی و وضعیت روانی کارکنان در محیط کار تعریف می شود (کون و گدنز^۴، ۲۰۱۹). در نتیجه، لازم به ذکر است که همه گیری کووید-۱۹ عوامل استرس زا متعددی را بر حرفه پرستاری تحمیل می کند که پیامدهای قابل توجهی بر علائم روانی پرستاران و بهزیستی روانشناختی آنها و همچنین ارائه خدمات آنها به بیماران در طول همه گیری دارد (لی^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). کینمن، تئو و هریس^۶ (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان سلامت روان و بهزیستی پرستاران و ماماها در انگلستان گزارش شده که استرس ناشی از کار منجر به مشکلات روانی طولانی مدت و گسترده و فرسودگی شغلی در میان پرستاران و ماماها می شود. در حالی که این گزارش قبل از همه گیری کووید-۱۹، نوشته شده است، بیشتر مشخص می کند که در این دوران وجود محیط کار حمایتی برای پرستاران و ماماها ضروری است. به علاوه حمایت سازمانی متوسطی که پرستاران در بخش های کووید-۱۹ و غیر کووید-۱۹ دریافت کرده اند، با سطوح پایین استرس، اضطراب و افسردگی مرتبط بود (سرابی و همکاران، ۲۰۲۲).

نظر به اینکه پژوهشی جهت مقایسه نیمرخ روانشناختی دو گروه پرستاران شاغل در بخش های کرونا و غیر کرونا وجود ندارد تا بتوان رابطه دقیق این نشانگان با بهزیستی سازمانی را دریافت و تأثیر بیماری کووید-۱۹ بر سلامت روانشناختی پرستاران و بهزیستی سازمانی آن ها به عنوان عوامل کلیدی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، نتایج این پژوهش از اهمیت بالایی برخوردار است. به علاوه، شناخت نشانگان روانشناختی پرستاران در بخش های کرونا و غیر کرونا و تأثیر آن بر بهزیستی سازمانی می تواند به مدیران و سیاست گذاران در بهبود شرایط کاری و سلامت روان پرستاران کمک کند و این مطالعه می تواند به ارائه راهکارهایی برای مدیریت استرس و بهبود کیفیت زندگی پرستاران در شرایط بحرانی (آتی) کمک کند. زیرا در شرایط بحرانی مشاوره و مداخله روانشناختی به موقع باید برای متخصصان سلامت اجرا شود تا از اضطراب و افسردگی آنها کاسته شود و سلامت روان عمومی آنها بهبود یابد. بنابراین، این مطالعه باهدف مقایسه نیمرخ نشانگان روانشناختی پرستاران شاغل در بخش کرونا و غیر کرونا و رابطه آن با بهزیستی سازمانی آن ها انجام شد.

روش

مطالعه حاضر از جهت پارادایم روش شناسی، کمی و شامل دو مرحله بود؛ در مرحله اول به منظور مقایسه نیمرخ نشانگان روانشناختی پرستاران شاغل در بخش کرونا و غیر کرونا، روش پژوهش علی - مقایسه ای (پس رویدادی) و در مرحله دوم به منظور تعیین رابطه نشانگان روانشناختی با بهزیستی سازمانی در پرستاران شاغل در بخش کرونا، روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران (مرد و زن) شاغل در بخش های مختلف (بخش کرونا و غیر کرونا) بیمارستان آیت الله روحانی شهر بابل بود که بین آبان و اسفند سال ۱۳۹۹ مشغول به کار بودند. در پژوهش حاضر، تعداد ۱۴۰ نفر از پرستاران به صورت در دسترس انتخاب شدند که به منظور مقایسه نشانگان اختلال های روانی و بهزیستی سازمانی آنها، نمونه ها به یک گروه ۷۰ نفره از پرستاران شاغل در بخش های کرونایی و یک گروه ۷۰

1 Tang
 2 Kundi
 3 He
 4 Kun and Gadanez
 5 Li
 6. Kinman

نفره از پرستاران شاغل در بخش‌های غیرکروناپی تقسیم شدند. به‌منظور اجرای پژوهش، پس از اخذ مجوز از دانشگاه، تعداد ۱۴۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش کرونا بیمارستان آیت‌الله روحانی شهر بابل به‌صورت در دسترس انتخاب و فهرست علائم بالینی تجدیدنظر شده (SCL-90) و مقیاس بهزیستی سازمانی به آنان تحویل داده شد و پس از تکمیل مسترد گردید. ملاک ورود به پژوهش اشتغال در بخش‌های مختلف بیمارستان بیش از سه ماه، داشتن حداقل ۳۵ ساعت شیفت کاری در هفته، نداشتن اختلالات روانپزشکی مانند اضطراب و افسردگی، عدم شرکت در مداخلات روانشناختی، مثبت نبودن تست کووید، عدم ابتلا به بیماری، عدم دریافت تشخیص‌های روانپزشکی مانند اضطراب و افسردگی، عدم مرخصی‌های بیش از ۳ ماه مانند مرخصی زایمان و بازنشستگی و ملاک خروج، ارائه پرسشنامه مخدوش و ناقص بود. این پروژه مطابق با اصول اخلاقی و هنجارها و استانداردهای ملی برای انجام تحقیقات پزشکی در ایران (شماره مرجع: IR.UT.PSYEDU.REC.۱۴۰۰۰۱۲) تشخیص داده شد. در همین حال، رضایت شفاهی آگاهانه از هر شرکت کننده قبل از شروع مطالعه اخذ شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و تک متغیره و در مرحله دوم از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با استفاده نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

ابزار سنجش

فهرست علائم بالینی تجدیدنظر شده^۱ (SCL-90): این پرسشنامه توسط دراگوتیس^۲ و همکاران (۱۹۷۳) برای نشان دادن جنبه‌های روانی بیماران جسمی و روانی طراحی شد. فهرست تجدیدنظر شده علائم بالینی یک چک‌لیست خودارزیابی روانپزشکی است. پاسخ‌دهندگان به ۹۰ سؤال در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای پاسخ می‌دهند. دراگوتیس و همکاران (۱۹۹۷) ضمن تأیید روایی درونی مقیاس، پایایی بازآزمایی به مدت یک هفته آن را بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۷ تا ۰/۹ گزارش کرده است. نسخه فارسی موجود (SCL-90-R) با توجه به ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴۷ و ضریب همبستگی دو نیم شدن ۰/۸۵ و آزمون-آزمون مجدد به فاصله یک هفته ۰/۹۲ از پایایی مناسبی برخوردار است. بین نه بعد از SCL-90-R و مقیاس‌های پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا (MMPI) همبستگی دیده شد که بیشترین همبستگی بین اضطراب و افسردگی SCL-90-R با ضعف روانی در MMPI (۰/۵۹) و وسواس و روان پریشی با اسکیزوفرنی (۰/۵۸) وجود داشت. همبستگی دو آزمون در سطح آلفای ۰/۵ معنی دار بود (مدبرنیا و همکاران، ۱۳۸۹). آلفای کرونباخ به دست آمده در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۶ بود.

مقیاس بهزیستی سازمانی (OWS^۳): این مقیاس توسط ژنگ^۴ و همکاران (۲۰۱۵) تهیه شده است. آنها ابتدا ۹۳ مورد را بر اساس یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با نمونه‌ای متشکل از ۴۰۰ مدیر اجرایی و کارمند یک شرکت چینی توسعه دادند. این مواد به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که شامل هر سه مؤلفه است: رفاه زندگی، رفاه محل کار و رفاه روانی. سؤالات این مقیاس در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. روایی و پایایی این پژوهش با روش‌های کم توسط ژنگ و همکاران (۲۰۱۵) سنجیده شد. نتایج نشان می‌دهد این مقیاس به طور قابل توجهی با تعهد سازمانی عاطفی (۰/۵۴) و عملکرد شغلی (۰/۶۸) بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده از منابع متعدد در دو مقطع زمانی همبستگی دارد. در این پژوهش نیز پایایی به روش آلفای کرونباخ در حد مناسبی گزارش شده است (۰/۸۷). روایی و پایایی پرسشنامه فارسی هم تأیید شده است. همسانی درونی با آلفای کرونباخ (۰/۷۰) و همبستگی هر سؤال با نمره کل مقیاس ($p < 0.01$)، پایایی قابل قبولی را نشان داد. روایی مقیاس بهزیستی کارکنان تأیید شد. نتایج روایی پیش‌بینی نشان داد که بهزیستی کارکنان قادر به پیش‌بینی رضایت شغلی ($p < 0.01$, $r = 0.55$)، تعهد عاطفی ($p < 0.01$, $r = 0.51$)، قصد ترک خدمت ($p < 0.01$, $r = -0.36$) و عملکرد شغلی است ($p < 0.01$, $r = 0.51$) (کعب عمیرنوری و همکاران، ۱۳۹۵). برای بررسی پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که نمره ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

توزیع شرکت‌کنندگان پژوهش در گروه پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا و پرستاران شاغل در بخش کرونا نشان می‌دهد که از نظر متغیرهای دموگرافیک تقریباً به‌صورت مشابهی در دو گروه پژوهش توزیع یافته‌اند. تعداد ۹ نفر از شرکت‌کنندگان شاغل بخش‌های کرونا

1. Symptoms Clinical List (SCL-90-R)

2 Derogatis

3 Organizational wellbeing scale

4 Zheng

مرد (۱۲ درصد) و ۶۶ نفر زن بودند (۸۸ درصد) و ۵ نفر از شرکت کنندگان بخش‌های غیر کرونا مرد (۶ درصد) و ۷۰ نفر زن بودند (۹۴ درصد). ۸۴ درصد گروه شاغل در بخش‌های کرونایی و ۹۰ درصد از گروه شاغل در بخش‌های غیر کرونایی متأهل (سایرین مجرد) بودند. در بخش‌های غیر کرونایی، ۲۶ درصد بین ۲۴ تا ۳۴، ۶۶ درصد از ۳۵ تا ۴۵ و ۸ درصد از شرکت کنندگان ۴۶ تا ۵۶ ساله بودند؛ متناظرا شرکت کنندگان بخش‌های کرونایی به صورت ۳۶، ۵۴ و ۱۰ درصد در سه گروه سنی ذکر شده توزیع یافته بودند. برای اطمینان حاصل کردن از عدم تفاوت معنی‌دار گروه‌های پژوهش از این نظر از آزمون خی دو استفاده شد و نتایج نشان داد که از نظر وضعیت تأهل $p=0/554$ ($\chi^2=0/796$) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد؛ اما از نظر جنسیت $p=0/023$ ($\chi^2=6/353$) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا و پرستاران شاغل در بخش کرونا وجود دارد که اثر آن در تحلیل‌های بعدی با استفاده از روش‌های آماری خنثی شد. لازم به توضیح است که میانگین سن شرکت کنندگان در گروه پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا و پرستاران شاغل در بخش کرونا به ترتیب برابر با $37/32$ و $36/94$ بود که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($t=0/322$, $p=0/380$).

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا و پرستاران شاغل در بخش کرونا

متغیر	ابعاد	پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا	پرستاران شاغل در بخش کرونا
نشانیگان	علایم جسمانی	۱۰/۸۸	۷/۹۰
	وسواس	۹/۹۰	۵/۳۸
روانشناختی	حساسیت بین فردی	۷/۳۰	۵/۱۴
	افسردگی	۱۰/۶۰	۷/۷۰
بهبیستی	اضطراب	۶/۴۶	۵/۱۳
	پرخاشگری	۴/۲۲	۳/۵۶
سازمانی	فوبیا	۳/۰۲	۳/۵۶
	پارانویا	۴/۹۸	۳/۸۶
بهبیستی	روان پریشی	۴/۸۴	۵/۲۴
	بهبیستی روان شناختی	۳۴/۴۸	۵/۲۸
سازمانی	بهبیستی زندگی شخصی	۳۴/۱۰	۵/۴۷
	بهبیستی کاری	۳۲/۸۴	۶/۲۵
	نمره کل بهبیستی سازمانی	۱۰/۱۴۲	۱۳/۷۹

باتوجه به مقادیر جدول ۱ می‌توان مشاهده کرد که گروه پرستاران شاغل در بخش کرونا نسبت به پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا در تمام مولفه‌های نشانیگان روانشناختی میانگین بیشتری را کسب کرده‌اند، از طرف دیگر این افراد نسبت به پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا در مولفه‌های بهبیستی سازمانی میانگین کمتری را کسب نمودند.

توجه به نتایج، چون مقدار معناداری اغلب متغیرهای پژوهش در آزمون کولموگروف اسمیرنوف بالاتر از $0/05$ است، بنابراین می‌توان فهمید که مفروضه‌ی نرمال بودن برای انجام تحلیل نهایی برقرار می‌باشد. نتایج آزمون لوین برای تمام متغیرهای پژوهش غیر معنی‌دار است که این حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها است. لازم به ذکر است برای تعیین همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون M باکس استفاده شد که چون سطح معنی‌داری این آزمون کمتر از $0/05$ بود ($F=1/502$, $p=0/016$)، $F=75/227$ ، $p=0/000$ (Box's M) برای جلوگیری از خدشه به نتایج تحلیل واریانس از آزمون اثر پیلا استفاده گردید.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه نشانیگان روانشناختی و بهبیستی سازمانی

اثر	ارزش	نشانیگان			بهبیستی		
		F	P	η^2	F	P	η^2
اثر پیلا	۰/۱۸۳	۲/۱۳۳	۰/۰۳۵	۰/۱۸۳	۰/۰۳۵	۰/۰۵۵	
				ارزش		ارزش	

مقایسه نیمرخ نشانگان روانشناختی پرستاران شاغل در بخش کرونا و غیر کرونا و رابطه آن با بهزیستی سازمانی آن‌ها
Comparison of Psychological Symptoms Profile of Nurses Working in the Covid-19 and non-Covid-19 Wards and its Relationship...

۰/۰۵۵	۰/۱۳۸	۱/۸۷۸	۰/۹۴۵	۰/۱۸۳	۰/۰۳۵	۲/۱۳۳	۰/۸۱۷	لامبدای ویلکز
۰/۰۵۵	۰/۱۳۸	۱/۸۷۸	۰/۰۵۹	۰/۱۸۳	۰/۰۳۵	۲/۱۳۳	۰/۲۲۳	اثر هتلینگ
۰/۰۵۵	۰/۱۳۸	۱/۸۷۸	۰/۰۵۹	۰/۱۸۳	۰/۰۳۵	۲/۱۳۳	۰/۲۲۳	بزرگ‌ترین ریشه
روی								

باتوجه به جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که اثر اصلی گروه بر ترکیب ۹ متغیر وابسته علایم جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا، پارانویا و روانپریشی معنی‌دار است ($F = 2/133, p < 0/05, \eta^2 = 0/183$). به علاوه، اثر اصلی گروه بر ترکیب ۳ متغیر وابسته بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی زندگی شخصی و بهزیستی کاری معنی‌دار نیست ($p > 0/05, \eta^2 = 0/055$). ($F = 1/878$).

جدول ۳: آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها بر روی نمرات علایم جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا، پارانویا و روانپریشی

η^2	P	F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	متغیر وابسته
۰/۰۰۱	۰/۷۳۰	۰/۱۲۰	۷/۶۷۹	۷/۶۷۹	علایم جسمانی
۰/۰۲۴	۰/۱۳۳	۲/۲۹۲	۶۱/۳۲۳	۶۱/۳۲۳	وسواس
۰/۰۱۸	۰/۱۹۷	۱/۶۹۰	۳۸/۳۲۸	۳۸/۳۲۸	حساسیت بین فردی
۰/۰۰۱	۰/۷۸۷	۰/۰۷۳	۴/۳۱۷	۴/۳۱۷	افسردگی
۰/۰۰۳	۰/۵۷۹	۰/۳۱۱	۸/۴۰۳	۸/۴۰۳	اضطراب
۰/۰۸۸	۰/۰۰۳	۹/۰۵۷	۱۰۹/۶۶۶	۱۰۹/۶۶۶	پرخاشگری
۰/۰۰۷	۰/۴۲۱	۰/۶۵۲	۷/۵۸۵	۷/۵۸۵	فوبیا
۰/۰۴۹	۰/۰۳۰	۴/۸۳۹	۵۸/۰۶۷	۵۸/۰۶۷	پارانویا
۰/۰۳۳	۰/۰۷۷	۳/۱۹۴	۷۴/۱۱۷	۷۴/۱۱۷	روان‌پریشی

باتوجه به نتایج حاصل از جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد که بین دو گروه پرستاران شاغل در بخش کرونا و پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا از لحاظ متغیر پرخاشگری تفاوت معنادار وجود دارد و پرستاران شاغل در بخش کرونا نسبت به پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا میانگین بیشتری را در پرخاشگری دارا می‌باشند ($F = 9/057, p < 0/05, \eta^2 = 0/088$). همچنین می‌توان مشاهده نمود که بین دو گروه پرستاران شاغل در بخش کرونا و پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا از لحاظ متغیر پارانویا تفاوت معنادار وجود دارد و پرستاران شاغل در بخش کرونا نسبت به پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا میانگین بیشتری را در پارانویا دارا می‌باشند ($p < 0/05, \eta^2 = 0/049$). ($F = 4/839$).

جدول ۴: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای نشانگان روان‌شناختی (علایم جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا، پارانویا و روانپریشی) و بهزیستی سازمانی

متغیر	R	p
علایم جسمانی	-۰/۲۱۶	۰/۱۳۶
وسواس	-۰/۲۸۰	۰/۰۵۱
حساسیت بین فردی	-۰/۳۴۸	۰/۰۱۴
افسردگی	-۰/۵۴۶	۰/۰۰۱
اضطراب	-۰/۳۵۳	۰/۰۱۳

۰/۰۱۳	-۰/۳۵۱	پرخاشگری
۰/۰۱۹	-۰/۳۳۴	فوبیا
۰/۰۳۴	-۰/۳۰۳	افکار پارانوئید
۰/۰۰۵	-۰/۳۹۷	روان پریشی

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود در بین پرستاران شاغل در بخش کرونا، رابطه بین حساسیت بین فردی ($r=-0/348$)، افسردگی ($r=-0/546$)، اضطراب ($r=-0/353$)، پرخاشگری ($r=-0/351$)، فوبیا ($r=-0/334$)، پارانوئیا ($r=-0/303$) و روان پریشی ($r=-0/397$) با بهزیستی سازمانی، معکوس و معنی دار است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه نیمرخ نشانگان روانشناختی پرستاران شاغل در بخش کرونا و غیر کرونا و رابطه آن با بهزیستی سازمانی آن ها انجام شد. همان طور که یافته ها نشان می دهد، بین دو گروه پرستاران شاغل در بخش های کووید-۱۹ و پرستاران شاغل در بخش های غیر کووید-۱۹ در پرخاشگری و افکار پارانوئید تفاوت معنی داری وجود دارد، پرستاران شاغل در بخش های کووید-۱۹ در پرخاشگری و افکار پارانوئید میانگین نمره بالاتر از پرستاران شاغل در بخش غیر کووید-۱۹ دارند. این نتایج با یافته های قبلی سان و همکاران (۲۰۲۱)، دلبوسکو و همکاران (۲۰۲۰)، پدرسین و همکاران (۲۰۲۱)، سامپایو و همکاران (۲۰۲۰) و استلنیکو و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود و نشان می دهد که سلامت روانی پرستاران در طول همه گیری کووید-۱۹ بسیار پایین است و پرستاران از آسیب های اجتماعی و روانی به عنوان پیامدهای منفی کووید-۱۹ برای پرستاران رنج می برند (داورینیا مطلق قوچان و همکاران، ۱۴۰۱؛ مرادزاده و نامدار جویمی، ۱۳۹۹). برای تبیین پرخاشگری بیشتر در پرستاران شاغل در بخش های کووید-۱۹، می توان گفت که پرستاران شاغل در بخش های کووید-۱۹ به طور خستگی ناپذیری برای محافظت و مراقبت از بیماران خود تلاش می کنند. از سوی دیگر، عوامل متعددی بر آنها فشار زیادی وارد می کند، از جمله منابع محدود تجهیزات حفاظت فردی، ترس از انتقال ویروس به اعضای خانواده و مشاهده بیمار شدن همکاران (بنفانته^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می رسد استرس، احساس درماندگی و گناه، خستگی مفرط و خواب ناکافی باعث پرخاشگری بیشتر پرستاران شاغل در بخش های کووید-۱۹ شده است (بروکز^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

برای تبیین بیشتر بودن افکار پارانوئیدی در میان پرستاران شاغل در بخش های کووید-۱۹، می توان بیان کرد که با شیوع کووید-۱۹، سطح خوش بینی کاهش یافته و منجر به افزایش سطح اضطراب، بدبینی و عدم اعتماد می شود (مکلی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، چندین عامل باعث ایجاد افکار پارانوئیدی در پرستاران شده است، از جمله نحوه انتقال کووید-۱۹ از فردی به فرد دیگر و عدم اطمینان در مورد وضعیت آینده این بیماری. در نتیجه، رفتارهای محافظه کارانه و محتاطانه زمانی فعال می شوند که این افکار با خطر ابتلا به بیماری همراه باشد (لی و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، بدبینی و بی اعتمادی به دیگران در میان پرستاران شاغل در بخش های کووید-۱۹ ترویج می شود.

برای تبیین عدم تفاوت معنادار بین سایر زیرمقیاس ها در میان پرستاران شاغل در بخش های کووید-۱۹ و غیر کووید-۱۹، می توان گفت که به نظر می رسد انعطاف افراد در طول زمان نسبت به پذیرش شرایط ویژه مربوط به کرونا در طول زمان افزایش می یابد (مانچیا^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). به علاوه، استراتژی هایی که تنهایی را کاهش می دهند احتمالاً علائم سلامت روان را تحت تأثیر قرار می دهند. در نتیجه روحیه کار تیمی و همدلی ای که میان کارکنان سلامت روان وجود دارد، به عنوان یک محافظ عمل می کند (راسین^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). پرستاران کووید-۱۹ اغلب داوطلبانه کار می کنند و آمادگی ذهنی نسبتاً خوبی دارند. علاوه بر این، پرستاران کووید-۱۹ به طور کلی دارای تجربه کاری بالاتر، دانش بیشتر در مورد بیماری همه گیر و ظرفیت روانی بالاتری هستند (لی و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، می توان پیش بینی کرد که تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشود.

1 Benfante
2 Brooks
3 Mäkeläe
4 Manchia
5 Racine

نتایج نشان می‌دهد که بین علائم روانشناختی (جسمانی‌سازی، اختلال وسواس فکری-عملی، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا، افکار پارانوئید و روانپریشی) و بهزیستی سازمانی (بهزیستی روانشناختی، بهزیستی زندگی شخصی و بهزیستی کاری) در میان پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ رابطه وجود دارد. به عبارت دیگر بهزیستی سازمانی با افزایش حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا، افکار پارانوئید و روانپریشی در میان پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ کاهش می‌یابد. به طور دقیق، بهزیستی روانی با افزایش اختلال وسواس فکری اجباری، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا، افکار پارانوئید و روانپریشی کاهش می‌یابد. بهزیستی زندگی شخصی با افزایش افسردگی و افکار پارانوئید کاهش می‌یابد و با افزایش افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا و روانپریشی در میان پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹، بهزیستی کاری کاهش می‌یابد. بر اساس یافته‌های محقق، هیچ پژوهشی مستقیم رابطه بین علائم روان‌شناختی و بهزیستی سازمانی را در میان پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ بررسی نکرده است. اما می‌توان به این نکته اشاره کرد که یافته‌های این بخش از پژوهش به طور غیرمستقیم با نتایج برخی مطالعات قبلی تنگ و همکاران (۲۰۱۹)، کندی و همکاران (۲۰۲۰)، طاهری قره‌قاج و میرزایی (۱۳۹۹) و لی و همکاران (۲۰۲۰) همخوانی دارد. بنابراین، عوامل متعددی عملکرد فردی و اجتماعی پرستاران را مختل می‌کند که منجر به کاهش بهزیستی سازمانی می‌شود. جهت تبیین یافته‌ها می‌توان گفت، جسمانی شدن با افزایش ضربه قلب، تنگی نفس، لرزش، تعریق و حرکات غیرارادی؛ اختلال وسواس فکری-اجباری باعث تضعیف ارزش‌ها و نیازهای انگیزشی، ایجاد فرسودگی هیجانی از طریق عوامل زیر می‌شود؛ ایجاد افکار مزاحم، تکراری و اضطراب‌آور؛ حساسیت بین‌فردی به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط صمیمانه و پرهیز از موقعیت‌های اجتماعی و طرد شدن توسط جامعه، افسردگی با بی‌علاقگی به فعالیت‌های روزمره و اجتماعی، ناامیدی، غمگینی، پوچی، اضطراب ناشی از هیجان‌ناخوشایند، تنش، تحریک‌پذیری و خستگی مفرط، خلق منفی و خصومت، پرخاشگری به دلیل رفتارهای تهاجمی که منجر به هدف مخرب می‌شود؛ فوبیا دلیل شروع فوری اضطراب در یک موقعیت ترسناک (مانند اضطراب کووید-۱۹)؛ روانپریشی به دلیل رفتارها، افکار و صحبت‌های غیرمعمول باعث ناسازگاری در محیط اجتماعی و کاری و کاهش عملکرد پرستاران می‌شود؛ و افکار پارانوئیدی با بدبینی و بی‌اعتمادی به دیگران و دنیا، حساسیت بیش از حد به مسائل جزئی و بی‌اهمیت و تمایل به بررسی دقیق محیط، منجر به ایجاد اختلال در فعالیت‌های فردی و اجتماعی برای یک زندگی عادی و رفع نیازهای روزانه، بهزیستی روانشناختی، زندگی شخصی و محیط کار پرستاران را کاهش می‌دهد (احمدزاده وسطی کالایی و همکاران، ۱۳۹۷؛ آکسوی و کوچاک^۱، ۲۰۲۰؛ فلاحیان و همکاران، ۱۳۹۳؛ کراوس ویتبورن و هالچین^۲، ۲۰۱۵؛ ماهی و همکاران، ۱۳۹۱؛ ورا سان خوان^۳ و همکاران، ۲۰۲۱).

برای تبیین عدم وجود رابطه خطی بین جسمانی‌سازی و بهزیستی روانشناختی پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹، می‌توان به این نکته اشاره کرد که رفتارهای ایمنی‌جویانه فعال به‌عنوان تلاشی برای کاهش خطر تلقی می‌شود و رفتارهای محافظه‌کارانه سازگار در نظر گرفته شده است. از این رو، آنها در طول اپیدمی کووید-۱۹ رنج روانی قابل توجهی ایجاد نمی‌کنند. بنابراین، این علائم ارتباط زیادی با بهزیستی روانشناختی پایین نشان نداده‌اند.

متغیرهای میانجی می‌توانند عدم وجود رابطه بین برخی از خرده مقیاس‌های نشانه‌های روانشناختی و بهزیستی سازمانی را توضیح دهند. بر اساس مدل مفهومی بهزیستی سازمانی، متغیرهای میانجی متعددی از جمله محیط سازمانی، کار معنادار، نوع مدیریت و رهبری و متغیرهای انگیزشی نقش ایفا می‌کنند (بهاتاگار و آگراوال^۴، ۲۰۲۰؛ رمبولان^۵ و همکاران ۲۰۲۲).

مطالعه حاضر نشان داد که بین دو گروه پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ و پرستاران شاغل در بخش‌های غیر کووید-۱۹ در خصوصیت و افکار پارانوئید تفاوت معناداری وجود دارد، پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ میانگین نمره بالاتری در پرخاشگری و افکار پارانوئید نسبت به پرستاران شاغل در بخش غیر کووید-۱۹ کسب کرده‌اند. همچنین، نشانگان روانشناختی با بهزیستی سازمانی در میان پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ همبستگی منفی دارد.

باتوجه به محدود بودن جامعه پژوهشی به پرستاران (مرد و زن) شاغل در بخش‌های مختلف (بخش کرونا و غیر کرونا) بیمارستان آیت‌الله روحانی شهر بابل و نمونه‌گیری در دسترس تا حدی تعمیم نتایج به سایر پژوهش‌ها را با محدودیت مواجه می‌کند، پیشنهاد می‌شود

1 Aksoy & Koçak

2 Krauss Whitbourne & Halgin

3 Vera San Juan

4 Bhatnagar & Aggarwal

5 Rembulan

پژوهشی با همین موضوع در سایر شهرها و با نمونه‌گیری تصادفی با حجم بیشتر نیز انجام شود تا معیاری برای مقایسه نتایج فراهم شود. به‌علاوه باتوجه‌به موضوع پژوهش و همبستگی و مقطعی بودن آن، محدودیت‌هایی در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح بوده است که باید در نظر گرفته شوند؛ لذا پیشنهاد می‌شود تا از طریق روش‌های علی-مقایسه‌ای، روابط علت و معلولی این سازه‌ها مشخص شود.

منابع

- احمدزاده وسطی کلایی، ف؛ و رضائزاد، ن؛ احمدی، ت؛ قلی پور، م. (۱۳۹۷). رابطه بین بهزیستی روان شناختی، استرس شغلی و کیفیت زندگی کاری با سلامت روانی در پرستاران، پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، قزوین. <https://civilica.com/doc/815302>
- فلاحیان، ر؛ آقایی، الف؛ آتش پور، س؛ و کاظمی، الف. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش بهزیستی روان شناختی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان). *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۵(۲) (پیاپی ۵۶)، ۱۴-۲۴. <https://sid.ir/paper/163762/fa>
- فیلی، الف. و پویا، الف. (۱۳۹۵). تأثیر ابعاد عدالت سازمانی رضایت شغلی پرستاران و کارکنان بهداشتی (نقش میانجی تعارض کار- خانواده و تعهد سازمانی). *مجله تحقیقات پرستاری ایران*، ۱۱(۴)، ۱۱-۱۹. <https://doi.org/10.21859/ijnr-110402>
- داوری نیا مطلق قوچان، الف؛ تاج آبادی، ع؛ برزویی، ف؛ حشمتی فر، ن؛ محمدزاده تبریزی، ز؛ رستاقی، ص. (۱۴۰۱). مقایسه سلامت روان در پرستاران شاغل در بیمارستان های مرجع کووید-۱۹ با سایر بیمارستان ها. *طب نظامی*، ۲۲(۱۱)، ۱۱۴۵-۱۱۵۲. <https://doi.org/10.30491/JMM.22.11.1145>
- طاهری قره قاچ، ح؛ میرزایی، الف. (۱۳۹۹). تعیین رابطه بین عدالت سازمانی با بهزیستی در کار پرستاران بیمارستان های دولتی و خصوصی. *پژوهش های سلامت محور*، ۱۳۹۹؛ ۶(۱): ۱-۱۴. <https://doi.org/10.22062/6.1.1>
- رئیس، پ؛ رئیس، ن؛ شکوهنده، ل. (1393) رابطه سلامت روان پرستاران و میزان انگیزش آن ها در انجام وظایف پرستاری در بیمارستان گنجویان دزفول، *فصلنامه پیشرفت در پرستاری و مامایی*، ۲۴(86)، 35-42. magiran.com/p1377284
- ماهی، ش؛ منصوری، م؛ حسن بیگی، م. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط سلامت روان با بهزیستی روان شناختی در میان دانشجویان دختر دانشگاه آزاد در سال ۱۳۹۱، *نخستین همایش ملی شخصیت و زندگی نوین، سمنج*. <https://civilica.com/doc/164901>
- مدبرنیا، م؛ شجاعی تهرانی، ح؛ فلاحی، م؛ و فقیرپور، م. (۱۳۸۹). هنجاریابی آزمون SCL-90-R در دانش آموزان دبیرستانی، پیش دانشگاهی استان گیلان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۹(۷۵)، ۵۸-۶۵. <https://sid.r/paper/39685/fa>
- مرادزاده، ع؛ نامداریومی، الف. (۱۳۹۹). تجربه زیسته پرستاران بخش کرونا از دیسترس اخلاقی در حین انجام وظیفه سازمانی. *مدیریت پرستاری*؛ ۳(۹): ۵۹-۷۳. <https://sid.ir/paper/387995/fa>
- نوری، ک؛ شبنودی، ف؛ هاشمی شیخ شبنانی، س. (۱۳۹۵). بررسی کفایت شاخص های روانسنجی مقیاس بهزیستی کارکنان. *مشاوره شغلی و سازمانی*، ۲۷(۲)، ۹-۲۹. <https://sid.r/paper/149437/fa>
- Aksoy, Y. E., & Koçak, V. (2020). Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 427-433. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2020.07.011>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fifth)*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Benfante, A., Di Tella, M., Romeo, A., & Castelli, L. (2020). Traumatic Stress in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Review of the Immediate Impact. *Frontiers in Psychology*, 11(October). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.569935>
- Bhatnagar, J., & Aggarwal, P. (2020). Meaningful work as a mediator between perceived organizational support for environment and employee eco-initiatives, psychological capital and alienation. *Employee Relations: The International Journal*, 42(6), 1487-1511. <https://doi.org/10.1108/ER-04-2019-0187>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Dal'Busco, E. B., Floriano, L. S. M., Skupien, S. V., Arcaro, G., Martins, A. R., & Anselmo, A. C. C. (2020). Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- He J, Morrison AM, Zhang H. Improving Millennial Employee Well-Being and Task Performance in the Hospitality Industry: The Interactive Effects of HRM and Responsible Leadership. *Sustainability*. 2019; 11(16):4410. <https://doi.org/10.3390/su11164410>
- Kinman G, Teoh K, Harriss A. (2020). Supporting the well-being of healthcare workers during and after COVID-19. *Occup Med (Chic Ill)*. Jul 17;70(5):294-6. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa096>
- Krauss Whitbourne, S., & Halgin, R. P. (2015). *Abnormal Psychology (seventh)*. McGraw Hill Education.
- Kun, A., & Gadanez, P. (2022). Workplace happiness, well-being and their relationship with psychological capital: A study of

- Hungarian teachers. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 41(1), 185–199. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00550-0>
- Kundi, Y. M., Aboramadan, M., Elhamalawi, E. M. I., & Shahid, S. (2020). Employee psychological well-being and job performance: exploring mediating and moderating mechanisms. *International Journal of Organizational Analysis*, 29(3), 736–754. <https://doi.org/10.1108/IJOA-05-2020-2204>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of covid-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
- Manchia M, Gathier AW, Yapici-Eser H, et al. The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022;55:22-83. doi:10.1016/j.euroneuro.2021.10.864
- Mækela, M. J., Reggev, N., Defelipe, R. P., Dutra, N., Tamayo, R. M., Klevjer, K., & Pfuhl, G. (2021). Identifying Resilience Factors of Distress and Paranoia During the COVID-19 Outbreak in Five Countries. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661149>
- Pedersen, E. R., Davis, J. P., Prindle, J., Fitzke, R. E., Tran, D. D., & Saba, S. (2021). Mental health symptoms among American veterans during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Research*, 306. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114292>
- Racine S, Miller A, Mehak A, Trolio V. Examining risk and protective factors for psychological health during the COVID-19 pandemic. *Anxiety, Stress Coping*. 2022;35(1):124-140. doi:10.1080/10615806.2021.1958789
- Rembulan, G. D., Limei, H., & Nurprihatin, F. (2022). The Effect of Work Environment, Motivation, and Leadership on Employee Performance with Employee Engagement as Mediating Variable. *JIEMS (Journal of Industrial Engineering and Management Systems)*, 14(2). <https://doi.org/10.30813/jiem.v14i2.3591>
- Sabino-Silva, R., Jardim, A. C. G., & Siqueira, W. L. (2020). Coronavirus COVID-19 impacts to dentistry and potential salivary diagnosis. *Clinical Oral Investigations*, 24(4), 1619–1621. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03248-x>
- Sadok, B., Zadok, V., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh ed.)*. Wolters Kluwer.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(10), 783–787. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001987>
- Sarabi N, Hajatpour M, Masoudiyekta L, Moosavi A. (2022). Organizational Support, Anxiety, Depression, and Stress Among Nurses in COVID-19 and Non-COVID-19 Units: A Cross-sectional Study. *Jundishapur J Health Sci*. 2022;14(3):e127455. <https://doi.org/10.5812/jjhs-127455>.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., Jurges, H., & Borsch-Supan, A. (2007). Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees--baseline results from the SHARE Study. *The European Journal of Public Health*, 17(1), 62–68. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl084>
- Stelnicki, A. M., Carleton, R. N., & Reichert, C. (2020). Nurses' Mental Health and Well-Being: COVID-19 Impacts. *Canadian Journal of Nursing Research*, 52(3), 237–239. <https://doi.org/10.1177/0844562120931623>.
- Sun P, Wang M, Song T, Wu Y, Luo J, Chen L, et al. (2021) The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Health Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2021 Jul 8;12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.626547>
- Tang YY, Tang R, Gross JJ. Promoting psychological well-being through an evidence-based mindfulness training program. *Front Hum Neurosci*. 2019;13(July):1-5. doi:10.3389/fnhum.2019.00237
- Tiete J, Guatteri M, Lachaux A, Matossian A, Hougard JM, Loas G, et al. Mental Health Outcomes in Healthcare Workers in COVID-19 and Non-COVID-19 Care Units: A Cross-Sectional Survey in Belgium. *Front Psychol*. 2021 Jan 5;11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.612241>
- Vera San Juan, N., Aceituno, D., Djellouli, N., Sumray, K., Regenold, N., Syversen, A., Mulcahy Symmons, S., Dowrick, A., Mitchinson, L., Singleton, G., & Vindrola-Padros, C. (2021). Mental health and well-being of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK: contrasting guidelines with experiences in practice. *BJPsych Open*, 7(1).
- Zheng, X., Zhu, W., Zhao, H., & Zhang, C. (2015). Employee well-being in organizations: Theoretical model, scale development, and cross-cultural validation. *Journal of Organizational Behavior*, 36(5), 621–644. <https://doi.org/10.1002/job.1990>