رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۱، شماره پیاپی ۹۲، بهمن ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(11), 2024

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

دکتر هادی بهرامی احسان
استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
الهام ولی زاده چاری (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
حدیث رستمی
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه آزاد کرج، کرج، ایران.

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.

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. جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ 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 (F =۹/۰۵۷، p<۰/۰۵،η^2=۰/۰۸۸) و پارانویا (F =۴/۸۳۹، p<۰/۰۵،η^2=۰/۰۴۹) تفاوت وجود دارد. همچنین بین پرستاران شاغل در بخش کرونا، رابطهٔ بین حساسیت بین‌فردی (r=-۰/۳۴۸)، افسردگی (r=-۰/۵۴۶)، اضطراب (r=-۰/۳۵۳)، پرخاشگری (r=-۰/۳۵۱)، فوبیا (r=-۰/۳۳۴)، پارانویا (r=-۰/۳۰۳) و روانپریشی (r=-۰/۳۹۷) با بهزیستی سازمانی، معکوس و معنی‌دار است. در نتیجه نمره ی پرخاشگری و پارانویا به‌صورت معناداری در پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا بیشتر از پرستاران شاغل در سایر بخش ها 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.*

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 (η^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.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۲** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

مقدمه

ویروس کرونا یا کووید-۱۹ یک بیماری حاد تنفسی[1] و یک فوریت برای بهداشت عمومی و همراه با نگرانی جهانی است (سابینو-سیلوا[2] 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 کاهش‌یافته است (شیگرمورا و همکاران[3]، 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[4] در آنان شده است (لای[5] و همکاران، ۲۰۲۰). این شرایط می‌توانند تأثیر قابل‌توجهی 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[6] 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 مراقبت های بهداشتی در معرض کوید به ویژه پرستاران بود (دلبوسکو[7] و همکاران، ۲۰۲۰؛ پدرسن[8] و همکاران، ۲۰۲۱؛ سامپایو[9] و همکاران، ۲۰۲۰؛ استلنیکی[10] 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[11] و همکاران،۲۰۲۱). با توجه به تأثیر اختلالات روانی بر کارایی کاری پرستاران و خدمات آنها به بیماران، تحقیقات گسترده ای در این زمینه مورد نیاز است و اهمیت این موضوع در دوران همه گیری کووید-۱۹ دوچندان می شود (رئیسی 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 نتایجی 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[12]، ۲۰۱۳)، گفته شده است که نشانگان روانشناختی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روانی بااهمیت بالینی است که فرد تجربه می‌کند و با ناراحتی یا ناتوانی یا افزایش خطر درد، مرگ، رنج، ناتوانی و ازدست‌دادن 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[13] و همکاران، ۲۰۱۳). نشانگان روان‌شناختی شامل افسردگی، اضطراب، علایم جسمانی، وسواس فکری - عملی، حساسیت بین‌فردی، 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

بهزیستی سازمانی شامل بهزیستی روانی، زندگی شخصی و بهزیستی محیط کار است (نوری و همکاران، ۱۳۹۵). از آن جایی که تنگ[1] و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود بهزیستی روانی را به‌طورکلی به معنای عدم وجود نشانگان روانشناختی تعریف می‌کنند، بهزیستی سازمانی می‌تواند رابطهٔ تنگاتنگی با نشانگان روانشناختی ای که افراد تجربه می‌کنند، داشته باشد. هر عاملی که منجر به کاهش سلامت روانی کارکنان شود، بهزیستی سازمانی را نیز کاهش می‌دهد. همچنین سلامت روان با بهزیستی روانشناختی ارتباط دارد. براین‌اساس، هر اختلالی که سلامت روان را کاهش دهد، می‌تواند با تأثیر بر زندگی فردی و اجتماعی پرستاران، بهزیستی سازمانی را کاهش دهد (کندی[2] و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر کیفیت خدمات پرستاران و عملکرد موفق این گروه ارتباط مستقیمی بااحساس بهزیستی سازمانی آنها دارد (فیلی و پویا، ۱۳۹۵). مطمئناً پرستاران با سطح رفاه پایین‌تر در محیط کار خود، رویدادها و موفقیت‌های کاری خود را نامطلوب ارزیابی می‌کنند، کارایی شغلی کمتری دارند و رضایت شغلی کمتری دارند و تمایل دارند احساسات منفی بیشتری را تجربه کنند (طاهری قره‌قاچ و میرزایی، ۱۳۹۹). در نتیجه ارزیابی مداوم علائم و نشانگان روانشناختی می‌تواند به بهبود عملکرد کارکنان و در نهایت سازمان به‌عنوان بهزیستی سازمانی مفهوم‌سازی شود (هی[3] و همکاران، ۲۰۱۹). بهزیستی سازمانی به‌عنوان کیفیت زندگی و وضعیت روانی کارکنان در محیط کار تعریف می‌شود (کون و گدنز[4]، ۲۰۱۹). در نتیجه، لازم به ذکر است که همه‌گیری کووید-۱۹ عوامل استرس‌زا متعددی را بر حرفه پرستاری تحمیل می‌کند که پیامدهای قابل‌توجهی بر علائم روانی پرستاران و بهزیستی روانشناختی آنها و همچنین ارائه خدمات آنها به بیماران در طول همه‌گیری دارد (لی[5] و همکاران، ۲۰۲۰). کینمن، تئو و هریس[6] (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 طولانی‌مدت و گسترده و فرسودگی شغلی در میان پرستاران و ماماها می‌شود. درحالی‌که این گزارش قبل از همه‌گیری کووید-۱۹، نوشته شده است، بیشتر مشخص می‌کند که در این دوران وجود محیط کار حمایتی برای پرستاران و ماماها ضروری است. به‌علاوه حمایت سازمانی متوسطی که پرستاران در بخش‌های کووید-۱۹ و غیر کووید-۱۹ دریافت کرده‌اند، با سطوح پایین استرس، اضطراب و افسردگی مرتبط بود (سرابی و همکاران، ۲۰۲۲).

نظر به اینکه پژوهشی جهت مقایسهٔ نیمرخ روانشناختی دو گروه پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا و غیر کرونا وجود ندارد تا بتوان رابطهٔ دقیق این نشانگان با بهزیستی سازمانی را دریافت و تأثیر بیماری کووید-۱۹ بر سلامت روانشناختی پرستاران و بهزیستی سازمانی آن‌ها به‌عنوان عوامل کلیدی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، نتایج این پژوهش از اهمیت بالایی برخوردار است. به‌علاوه، شناخت نشانگان روانشناختی پرستاران در بخش‌های کرونا و غیر کرونا و تأثیر آن بر بهزیستی سازمانی می‌تواند به مدیران و سیاست‌گذاران در بهبود شرایط کاری و سلامت روان پرستاران کمک کند و این مطالعه می‌تواند 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 به‌موقع 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 آن‌ها انجام شد.

روش

مطالعه حاضر از جهت پارادایم روش‌شناسی، کمی و شامل دو مرحله بود؛ در مرحله اول به‌منظور مقایسه نیمرخ نشانگان روانشناختی پرستاران شاغل در بخش کرونا و غیر کرونا، روش پژوهش علی - مقایسه‌ای (پس رویدادی) و در مرحله دوم به‌منظور تعیین رابطه نشانگان روانشناختی با بهزیستی سازمانی در پرستاران شاغل در بخش کرونا، روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ پرستاران (مرد و زن) شاغل در بخش‌های مختلف (بخش کرونا و غیر کرونا) بیمارستان آیت‌الله روحانی شهر بابل بود که بین آبان و اسفند سال ۱۳۹۹ مشغول به کار بودند. در پژوهش حاضر، تعداد ۱۴۰ نفر از پرستاران به‌صورت در دسترس انتخاب شدند که به‌منظور مقایسهٔ نشانگان اختلال‌های روانی و بهزیستی سازمانی آنها، نمونه‌ها به یک گروه ۷۰ نفره از پرستاران شاغل در بخش‌های کرونایی و یک گروه ۷۰

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

نفره از پرستاران شاغل در بخش‌های غیرکرونایی 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.۱۴۰۰.۰۱۲) 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[1] (SCL-90): این پرسش‌نامه توسط دراگوتیس[2] و همکاران (۱۹۷۳) برای نشان‌دادن جنبه‌های روانی بیماران جسمی و روانی طراحی شد. فهرست تجدیدنظرشده 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 ی یک هفته ۰/۹۲ از پایایی مناسبی برخوردار است. بین نه بعد از SCL-90-R و مقیاس های پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا (MMPI) همبستگی دیده شد که بیشترین همبستگی بین اضطراب و افسردگی SCL-90-R با ضعف روانی در MMPI(r=۰/۵۹) و وسواس و روان پریشی با اسکیزوفرنی (r=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[3]): این مقیاس توسط ژنگ[4] 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 قابل‌توجهی با تعهد سازمانی عاطفی (r=۰/۵۴) و عملکرد شغلی (r=۰/۶۸) بر اساس داده‌های جمع‌آوری‌شده 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 (r=۰/۷۰) و همبستگی هر سؤال با نمره کل مقیاس (p<۰/۰۱)، پایایی قابل‌قبولی را نشان داد. روایی مقیاس بهزیستی کارکنان تأیید شد. نتایج روایی پیش‌بینی نشان داد که بهزیستی کارکنان قادر به پیش‌بینی رضایت شغلی (r=۰/۵۵ , p<۰/۰۱) ، تعهد عاطفی (r=۰/۵۱ , p<۰/۰۱) ، قصد ترک خدمت (r=-۰/۳۶ , p<۰/۰۱) و عملکرد شغلی است (r=۰/۵۱ , p<۰/۰۱) (کعب عمیرنوری و همکاران، ۱۳۹۵). برای بررسی پایایی از روش الفای کرونباخ استفاده شد که نمره ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته ها

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
3Organizational wellbeing scale
4 Zheng

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

مرد (۱۲ درصد) و ۶۶ نفر زن بودند (۸۸ درصد) و ۵ نفر از شرکت‌کنندگان بخش‌های غیرکرونا 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 غیرکرونایی متأهل (سایرین مجرد) بودند. در بخش‌های غیرکرونایی، ۲۶ درصد بین ۲۴ تا ۳۴، ۶۶ درصد از ۳۵ تا ۴۵ و ۸ درصد از شرکت‌کنندگان ۴۶ تا ۵۶ ساله بودند؛ متناظرا شرکت‌کنندگان بخش‌های کرونایی به‌صورت 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 خی‌دو استفاده شد و نتایج نشان داد که از نظر وضعیت تأهل (p=۰/۵۵۴، χ^2 =۰/۷۹۶) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد؛ اما از نظر جنسیت (χ^2 =۶/۳۵۳، p=۰/۰۲۳) 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 شرکت‌کنندگان در گروه پرستاران شاغل در بخش غیر کرونا و پرستاران شاغل در بخش کرونا به ترتیب برابر با ۳۷/۳۲ و ۳۶/۹۴ بود که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (t =۰/۳۲۲، p=۰/۳۸۰).

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	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشانگان روانشناختی	علایم جسمانی	۱۰/۸۸	۷/۹۰	۱۱/۸۶	۹/۳۳
	وسواس	۹/۹۰	۵/۳۸	۱۱/۲۰	۵/۹۶
	حساسیت بین‌فردی	۷/۳۰	۵/۱۴	۸/۰۰	۵/۳۹
	افسردگی	۱۰/۶۰	۷/۷۰	۱۱/۲۶	۹/۲۷
	اضطراب	۶/۴۶	۵/۱۳	۷/۱۶	۶/۷۸
	پرخاشگری	۴/۲۲	۳/۵۶	۵/۹۶	۴/۳۲
	فوبیا	۳/۰۲	۳/۵۶	۳/۴۸	۳/۸۰
	پارانویا	۴/۹۸	۳/۸۶	۶/۲۸	۴/۴۴
	روان‌پریشی	۴/۸۴	۵/۲۴	۶/۰۶	۶/۲۶
بهزیستی سازمانی	بهزیستی روان‌شناختی	۳۴/۴۸	۵/۲۸	۳۲/۱۲	۷/۲۳
	بهزیستی زندگی شخصی	۳۴/۱۰	۵/۴۷	۳۱/۷۴	۸/۷۰
	بهزیستی کاری	۳۲/۸۴	۶/۲۵	۲۹/۲۴	۹/۲۴
	نمره کل بهزیستی سازمانی	۱۰۱/۴۲	۱۳/۷۹	۹۳/۱۰	۲۱/۴۱

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

توجه به نتایج، چون مقدار معناداری اغلب متغیرهای پژوهش در آزمون کولموگروف اسمیرنف بالاتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می‌توان فهمید که مفروضه‌ی نرمال بودن برای انجام تحلیل نهایی برقرار می‌باشد. نتایج آزمون لوین برای تمام متغیرهای پژوهش غیرمعنی‌دار 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 ۰/۰۵ بود (F =۱/۵۰۲،p=۰/۰۱۶، ۷۵/۲۲۷= Box's M) برای جلوگیری از خدشه به نتایج تحلیل واریانس از آزمون اثر پیلای استفاده گردید.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسهٔ نشانگان روانشناختی و بهزیستی سازمانی

	نشانگان روانشناختی				بهزیستی سازمانی			
اثر	ارزش	F	P	η^2	ارزش	F	P	η^2
اثر پیلای	۰/۱۸۳	۲/۱۳۳	۰/۰۳۵	۰/۱۸۳	۰/۰۵۵	۱/۸۷۸	۰/۱۳۸	۰/۰۵۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

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

باتوجه‌به جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که اثر اصلی گروه بر ترکیب ۹ متغیر وابسته علایم جسمانی، وسواس، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا، پارانویا و روانپریشی معنی‌دار است ($F =۲/۱۳۳، p<۰/۰۵، \eta^2=۰/۱۸۳$). به‌علاوه، اثر اصلی گروه بر ترکیب ۳ متغیر وابسته بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی زندگی شخصی و بهزیستی کاری معنی‌دار نیست ($p>۰/۰۵، \eta^2=۰/۰۵۵$، $F =۱/۸۷۸$).

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

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

باتوجه‌به 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 ($F =۹/۰۵۷، p<۰/۰۵، \eta^2=۰/۰۸۸$). 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 ($p<۰/۰۵، \eta^2=۰/۰۴۹$، $F =۴/۸۳۹$).

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

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

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

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در بین پرستاران شاغل در بخش کرونا، رابطهٔ بین حساسیت بین‌فردی (r=-۰/۳۴۸)، افسردگی (r=-۰/۵۴۶)، اضطراب (r=-۰/۳۵۳)، پرخاشگری (r=-۰/۳۵۱)، فوبیا (r=-۰/۳۳۴)، پارانویا (r=-۰/۳۰۳) و روانپریشی (r=-۰/۳۹۷) با بهزیستی سازمانی، معکوس و معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه نیمرخ نشانگان روانشناختی پرستاران شاغل در بخش کرونا و غیر کرونا و رابطه آن با بهزیستی سازمانی آن‌ها انجام شد. همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد، بین دو گروه پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ و پرستاران شاغل در بخش‌های غیر کووید-۱۹ در پرخاشگری و افکار پارانوئید تفاوت معنی‌داری وجود دارد، پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ در پرخاشگری و افکار پارانوئید میانگین نمرهٔ بالاتر از پرستاران شاغل در بخش غیر کووید-۱۹ دارند. این نتایج با یافته‌های قبلی سان و همکاران (۲۰۲۱)، دلبوسکو و همکاران (۲۰۲۰)، پدرسن و همکاران (۲۰۲۱)، سامپایو و همکاران (۲۰۲۰) و استلنیکی و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود و نشان می‌دهد که سلامت روانی پرستاران در طول همه‌گیری کووید-۱۹ بسیار پایین است و پرستاران از آسیب‌های اجتماعی و روانی به‌عنوان پیامدهای منفی کووید-۱۹ برای پرستاران رنج می‌برند (داورینیا مطلق قوچان و همکاران، ۱۴۰۱؛ مرادزاده و نامدار جویمی، ۱۳۹۹). برای تبیین پرخاشگری بیشتر در پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹، می‌توان گفت که پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ به طور خستگی‌ناپذیری برای محافظت و مراقبت از بیماران خود تلاش می‌کنند. از سوی دیگر، عوامل متعددی بر آنها فشار زیادی وارد می‌کند، از جمله منابع محدود تجهیزات حفاظت فردی، ترس از انتقال ویروس به اعضای خانواده و مشاهده بیمار شدن همکاران (بنفانته[1] و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد استرس، احساس درماندگی و گناه، خستگی مفرط و خواب ناکافی باعث پرخاشگری بیشتر پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ شده است (بروکز[2] و همکاران، ۲۰۲۰).

برای تبیین بیشتر بودن افکار پارانوئیدی در میان پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹، می‌توان بیان کرد که با شیوع کووید-۱۹، سطح خوش‌بینی کاهش یافته و منجر به افزایش سطح اضطراب، بدبینی و عدم اعتماد می‌شود (مکلی[3] 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 عدم‌اطمینان در مورد وضعیت آینده این بیماری. در نتیجه، رفتارهای محافظه‌کارانه و محتاطانه زمانی فعال می‌شوند که این افکار با خطر ابتلا به بیماری همراه باشد (لی و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، بدبینی و بی‌اعتمادی به دیگران در میان پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ ترویج می‌شود.

برای تبیین عدم تفاوت معنادار بین سایر زیرمقیاس‌ها در میان پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ و غیر کووید-۱۹، می‌توان گفت که به نظر می‌رسد انعطاف افراد در طول زمان نسبت به پذیرش شرایط ویژهٔ مربوط به کرونا در طول زمان افزایش می‌یابد (مانچیا[4] و همکاران، ۲۰۲۰). به‌علاوه، استراتژی‌هایی که تنهایی را کاهش می‌دهند احتمالاً علائم سلامت روان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. در نتیجه روحیهٔ کار تیمی و همدلی ای که میان کارکنان سلامت روان وجود دارد، به‌عنوان یک محافظ عمل می‌کند (راسین[5] و همکاران، ۲۰۲۲). پرستاران کووید-۱۹ اغلب داوطلبانه کار می‌کنند و آمادگی ذهنی نسبتاً خوبی دارند. علاوه بر این، پرستاران کووید-۱۹ به‌طورکلی دارای تجربه کاری بالاتر، دانش بیشتر در مورد بیماری همه‌گیر و ظرفیت روانی بالاتری هستند (لی و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، می‌توان پیش‌بینی کرد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشود

1 Benfante
2 Brooks
3 Mækelæ
4 Manchia
5 Racine

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

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 به‌عبارت‌دیگر 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 قره‌قاچ 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 ضربان 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 طردشدن توسط جامعه، افسردگی با بی‌علاقگی به فعالیت‌های روزمره و اجتماعی، ناامیدی، غمگینی، پوچی، اضطراب ناشی از هیجانات ناخوشایند، 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[1]، ۲۰۲۰؛ فلاحیان و همکاران، ۱۳۹۳؛ کراوس ویتبورن و هالجین[2]، ۲۰۱۵؛ ماهی و همکاران، ۱۳۹۱؛ ورا سان خوان[3] 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. ازاین‌رو، آنها در طول اپیدمی کووید-۱۹ رنج روانی قابل‌توجهی 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[4]،۲۰۲۰؛ رمبولان[5] 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 خصومت 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.

باتوجه‌به 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

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 زمینهٔ 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 رضانژاد، 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 بین المللی 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. rg/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) :۱۴-۱https://doi.org/10.22062/6.1.1.

رئیسی، پ؛ رئیسی، 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*، (86)24، 42-35 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*،سنندج،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؛ نامدارجویمی، الف. (۱۳۹۹). تجربه زیسته پرستاران بخش کرونا از دیسترس اخلاقی در حین انجام وظیفه سازمانی. *مدیریت پرستاری*؛۹(۳):۵۹-۷۳https://sid.ir/paper/387995/fa.

نوری، ک؛ شبندی، ف؛ هاشمی شیخ شبانی، س. (۱۳۹۵). بررسی کفایت شاخص های روانسنجی مقیاس بهزیستی کارکنان. مشاوره شغلی و سازمانی، ۸(۲۷)، 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

Dal'Bosco, 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., & Gadanecz, P. (2022). Workplace happiness, well-being and their relationship with psychological capital: A study of

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

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

Mækelæ, 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/jiems.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, Hougardy 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]