فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۷، شماره ۲۱، تابستان ۱۴۰۲

مقایسه اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی و تبیین ارتباط بین آن‌ها در پرستاران و روان‌پرستاران

مریم چام[۱] حمیدرضا شمس راوندی[۲]

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی و تبیین ارتباط بین آن‌ها در پرستاران و روان‌پرستاران انجام گرفت. **مواد و روش کار:** روش این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر نحوه جمع‌آوری داده‌ها توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران و روان‌پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان کاشان در بهمن سال ۱۴۰۱ بود. از این جامعه نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر، شامل ۳۰ پرستار و ۳۰ روان‌پرستار به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسشنامه‌های اضطراب کتل (۱۹۵۷)، تاب‌آوری کان‌ور و دیویدسون (۲۰۰۳) و امید به زندگی میلر (۱۹۸۸) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد که بین اضطراب و تاب‌آوری رابطه معکوس معناداری با ضریب همبستگی -0/54وجود دارد ($p<0/001$). به عبارتی ۲۹٪ واریانس اضطراب را تاب‌آوری تبیین می کند. بین تاب‌آوری و امید به زندگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. با توجه به ضریب همبستگی 0/64 بین آنها ۴۰٪ واریانس تاب‌آوری را امید به زندگی تبیین می کند. همچنین بین اضطراب و امید به زندگی رابطه معکوس معناداری وجود دارد. با توجه به ضریب همبستگی ۵۱/۰- بین آنها ۲۶٪ واریانس اضطراب را امید به زندگی تبیین می کند. **بحث و نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های تحقیق اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی سه مؤلفه اثرگذار بر کیفیت سلامت روان‌پرستاران و روان‌پرستاران است که باید مورد توجه قرار گیرد و اقداماتی را جهت افزایش دو مؤلفه تاب‌آوری و امید به زندگی و در نتیجه کاهش اضطراب به کار گرفت.

کلید واژه‌ها: اضطراب، تاب‌آوری، امید به زندگی، پرستاران، روان‌پرستاران

۱- دانش آموخته مقطع کارشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران
۲- دکتری تخصصی روان شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران (نویسنده مسئول)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

مقدمه

هویت در پی کشف این نکته است که چرا فرد خود را متعلق به یک گروه می‌داند و با دیگر گروه‌های اجتماعی احساس قرابتی ندارد و گاهی خود را کاملاً متمایز و حتی مخالف آنها می‌داند. پاسخی که انسان برای این سوال می‌یابد باعث می‌شود که او خود را در گروه‌های متفاوت اجتماعی با مرزبندی‌های گاه پررنگ و گاه کمرنگ دسته‌بندی کند. یکی از این هویت‌های اجتماعی، هویت شغلی است (**1**). بنابراین شغل، یکی از مسائل مهمی است که هر فرد در زندگی خود با آن درگیر است و برای گذراندن زندگی روزمره‌اش به آن نیاز دارد. فرایند بکارگیری داوطلبان استخدام واجد بالاترین سطح سلامت جسمی و روحی، همواره از خواسته‌های هرسازمان نظامی یا غیرنظامی بوده است. غربالگری دقیق و استخدام کارکنان متناسب با شغل مربوطه موجب افزایش بهره‌وری، افزایش روحیه خدمت همکاران، کاهش هزینه‌ها و در نهایت افزایش توان عملیاتی خواهد شد.

با توجه به اینکه نیروی انسانی از ارکان مهم هر سازمانی به شمار می‌آیند و همواره مورد تایید صاحب نظران در مدیریت منابع انسانی بوده است، پرستاران به عنوان بازوی توانمند سیستم خدمات بهداشتی-درمانی نقش بسزایی در تحول و پیشرفت امور مراقبتی و درمانی دارند. پرستار یکی از اعضای کلیدی در گروه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است و دارای نقش‌های گسترده‌ای از جمله نقش مراقبتی، حمایتی، درمانی، هماهنگی، مشورتی، مدیریتی و تحقیقاتی می‌باشد. از ابتدای تاریخ، پرستاری یک نوع خدمت اجتماعی برای حفاظت و نگهداری از خانواده بود و پرستاری با تمایل برای سلامتی افراد و فراهم کردن راحتی و اطمینان خاطر برای بیماران آغاز شد. فلورانس نایتینگل بانی پرستار نوین، اولین فلسفه پرستاری براساس حفظ و ارتقای سلامت مردم را پایه‌گذاری کرد. او اولین برنامه سازمان یافته آموزش پرستاری را در مدرسه آموزشی نایتینگل در بیمارستان سن توماس لندن ایجاد کرد.

توسعه خدمات بهداشتی سبب شده است تا ضرورت تربیت پرستاران علاوه بر حوزه جسمانی،در حوزه روانی هم احساس شود (**2**). از این رو حرفه‌ی پرستاری به دو نوع پرستار، پرستارجسمانی و پرستارروانی (روان‌پرستار) تقسیم می‌شود. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت: تندرستی فقط بیمار نبودن نیست، بلکه سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد و پرستاری که مسئول مراقبت از وضع جسمی بیمار است باید به جنبه‌های روحی او هم توجه کند. مهم‌ترین وظیفه روان‌پرستار، تشویق بیمار در برخورد با وقایع زندگی و پذیرش هرچه زودتر انجام کارهای مستقل از طرف بیمار می‌باشد. روان‌پرستار قسمتی از پرستاری عمومی که هدف آن مراقبت از سلامت روان و پیشگیری از بروز بیماری و راجع به داروهای روانپزشکی و عوارض ناشی از آن می‌باشد. از نظر انجمن پرستاری روان آمریکا، وظایف روان‌پرستار تشخیص و درمان عکس‌العمل انسان درمقابل مشکلات بالقوه و واقعی بهداشتی می‌باشد. از نظر کاپلان روان‌پرستار کسی است که علاوه بر آموزش در زمینه پرستاری عمومی، دارای تحصیلات اختصاصی در زمینه روان‌پرستاری باشد.**(3)**

پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی و جسمانی به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و بیماران ممکن است در معرض به خطر افتادن شادکامی و سلامت روان قرار گیرند (**4**). امروزه تنش شغلی به یک مشکل شایع و پرهزینه در محل کار تبدیل شده است(**5**). چرخش شیفت کاری، مدیریت ضعیف، سطوح بالای مسئولیت، فقدان آموزش در حین کار، تعداد ناکافی کارکنان، محل خدمت و درگیری در محل کار از جمله عوامل تنش زای محیط کاری می‌باشد (**6**). در بین افراد شاغل در مراکز درمانی پرستاران بیشترین فشار کاری را متحمل می شوند. پژوهشگران معتقدند که تجربه ی فشار روانی در بین قشر پرستاران بسیار رایج است. یکی از عوامل تنش، اضطراب است. اضطراب در سراسر طبقه بندی بیماری‌های روانی به چشم می خورد. معمولا اضطراب به عنوان احساس پراکنده، مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می‌شود(**7,8**). شخص مضطرب خصوصاً درمورد خطرات ناشناخته، بسیار نگران است، علاوه بر آن فرد مضطرب ترکیبی از علائم را نشان می‌دهد: تپش قلب، تنگی نفس، بی‌اشتهایی، سستی، سرگیجه، تعریق، بی‌خوابی و لرزش. همه این علائم جسمانی، با ترس و اضطراب همراه است. افراد دچار اضطراب از علل ترسشان آگاهی ندارند. پژوهش‌های مختلف ارتباط معنادار اضطراب را با بیماری‌های روانی تایید کرده‌اند**(9,10)**. مطالعات نشان داده است، شرایط محیط کاری و نوع بخش، شیفت‌های مختلف کاری، خصوصا شیفت شب با کنترل کم روی کار، حمایت اندک سرپرستان از جمله عوامل تنش‌زای پرستاری است که می‌تواند منجر به بروز اضطراب و افسردگی در آنان شود**(11, 12, 13)**.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

لذا شرایط بحرانی و تنش زای موجود در بیمارستان‌ها نه تنها باعث رنج و سختی پرستاران می‌شود، بلکه به احتمال زیاد کیفیت مراقبت از بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد(**14**). به نظر می رسد تنش زا بودن محیط‌های بیمارستانی، سبب تاخیر و اجتناب از انجام وظایف می‌شود. این امر زمانی مورد توجه است که مشخص گردیده پرستاران به علت سختی کار، رویارویی با حوادث پرمخاطره و دردناک یا فوت بیماران و جدال آنان با مرگ، مواجهه با خشونت، فاصله طبقاتی درون گروهی، ارتباط نامناسب نظام نظارتی و حمایتی، رده‌های شغلی و نوع بیمارستان محل خدمت در معرض کاهش سطح سلامت روانی و درنتیجه تاخیر در خدمت‌رسانی در بیماران قرار دارند (**15**).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که پرستاران وقتی در معرض شرایط پرتنش محیط‌های بیمارستانی قرار می‌گیرند، تغییرات جسمی، هیجانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند که می‌توانند از نظر هیجانی حساسیت در روابط بین فردی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی و از نظر اجتماعی و شغلی، بیزاری از کار و غیبت های مکرر را سبب شود. پرستاران مشغول به کار در بخش روانپزشکی و مراکز سلامت روان بیشتر در معرض استرس‌ها و دغدغه‌های شغلی هستند که این استرس‌ها به نوبه خود موجب افزایش اضطراب و افسردگی می‌گردد. همچنین هرروزه علاوه بر درد فیزیکی بیماران، شاهد درد روحی و روانی آنها نیز هستند بنابراین طبیعی است که بیشتر محیط بر آنها اثرگذار بوده و حالت روانی پرستاران نیز تحت‌الشعاع محیط کاریشان قرار گیرد.

از عوامل تسهیل کننده در فرد در مقابل این تنش ها، تاب‌آوری است. تاب‌آوری از سوی مارش به عنوان توانایی عبور از دشواری‌ها و توانایی غلبه بر شرایط زندگی تعریف شده است. همچنین از دیدگاه نیومن به عنوان توانایی تطابق با دشواری‌ها مورد اشاره قرار گرفته است. در مدل استرس-بیماری (بیماری ناشی از استرس) اعتقاد بر این است که افراد در صورتی دچار یک اختلال یا بیماری می‌شوند که در ابتدا زمینه زیستی، روانشناختی یا روانی اجتماعی برای ابتلا به آن اختلال یا بیماری را داشته باشند و سپس تحت استرس قرار می‌گیرند. درحالیکه بسیاری از افراد زمینه ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها را دارند، اما همه دچار این بیماری‌ها نمی شوند. آنچه مانع از پای در آمدن افراد درمقابل استرس می‌شود روش‌هایی است که آنها برای تعدیل استرس به کار می‌برند. این روش‌های کار آمد بر پایه تاب‌آوری بروز می‌کند. تاب‌آوری نه فقط افزایش تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل است، بلکه مهم‌تر از آن حفظ سلامت روانی و ارتقای آن است.**(16)**

عامل تسهیل‌کننده دیگر، امید به زندگی است که به عنوان یک عامل شفادهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب العلاج موثر است (**17**). از مؤلفه‌های تشکیل دهنده امید به زندگی شادکامی و سرسختی روانشناختی است. شادکامی به معنای درجه و معنایی است که یک فرد کیفیت کلی زندگی خود را به عنوان یک زندگی مطلوب مورد ارزیابی قرار می‌دهد. براین اساس شادکامی به نگرش و ادراک شخص مبتنی است و به حالتی مطبوع و دلپذیر دلالت داردکه از تجربه‌های مثبت ناشی می‌شود. شادکامی مولد شور، نشاط و انرژی است و همچون سپری می تواند انسان را دربرابر فشارهای روانی محافظت و سلامت او را تضمین کند (**18**). یکی دیگر از عوامل مرتبط با امید به زندگی، سرسختی روانشناختی است (**19**). سرسختی روانشناختی یک ویژگی شخصیتی است که به عنوان منبع مقاومت در مقابله با رویدادهای تنش‌زا و استرس‌زای زندگی عمل می‌کند (**20**).

براین اساس و باتوجه به مطالعه پیشینه و اطمینان از فقدان پژوهش نظام‌مند در جامعه مورد مطالعه، محقق در این پژوهش درصدد پاسخ به این پرسش است که آیا بین اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت معناداری وجود دارد؟ همچنین بین اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی رابطه معناداری وجود دارد؟

نتایج تحقیق حاضر از یک سو سبب آگاهی مسئولین از تاثیر محیط کار بر کیفیت کاری و ارائه خدمات و شرایط روحی، جسمی و روانی پرستاران و روان‌پرستاران و ارائه راهکار لازم بسته به جدیت میزان تنش‌ها و مشکلات آنها در محیط کاری می‌شود و از سوی دیگر سبب آگاهی مسئولین از تاثیر محیط کار بر کیفیت کاری و ارائه خدمات و شرایط روحی، جسمی و روانی پرستاران و روان‌پرستاران و ارائه راهکار لازم بسته به جدیت میزان تنش‌ها و مشکلات آنها در محیط کاری می‌شود.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات توصیفی از نوع علی-مقایسه ای است. همچنین از نظر ارتباط بین متغیرها از نوع پژوهش همبستگی است، چون به بررسی روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته می پردازد. جامعه

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران و روان‌پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان کاشان در بهمن سال ۱۴۰۱ بود. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۰ پرستار حاضر در بیمارستان متینی کاشان و ۳۰ روان‌پرستار حاضر در بیمارستان کارگرنژاد کاشان، که همگی به روش تصادفی ساده انتخاب شده‌اند. برای بررسی مبانی نظری و پیشینه تحقیق از روش کتابخانه‌ای و منابع اسنادی شامل کتاب، مقالات و مجلات استفاده شده است. برای جمع آوری داده‌ها از سه پرسشنامه اضطراب کتل(۱۹۵۷)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون(۲۰۰۳) و امید به زندگی میلر(۱۹۸۸) استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمونکولموگروف-اسمیرنوف **(K-S)** استفاده شد. به منظور بررسی فرضیه‌ی پژوهش از آزمون **t** مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

پرسشنامه اضطراب کتل (۱۹۵۷)

پرسشنامه اضطراب کتل توسط ریموند برنارد کتل (۱۹۵۷)،ساخته شده است. این مقیاس شامل ۴۰ سوال است که مقیاس اضطراب تست ۱۶ عاملی شخصیت کتل را تشکیل می‌دهد. ۲۰ سوال اول اضطراب پنهان (صفت)،۲۰سوال دوم اضطراب آشکار(حالت) را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس می‌تواند برای زنان و مردان بعد از ۱۴سالگی در اکثر فرهنگ‌ها به کار برده شود. (علیرضایی مطلق و اسدی،۱۳۸۸).

این پرسشنامه در سال ۱۳۶۷ در یک نمونه ایرانی شامل ۹۹۷ دانشجوی دانشگاه تهران در دامنه سنی ۱۸تا۳۰ سال، هنجاریابی شد و دارای نمرات تراز یا هنجار برای اضطراب پنهان، آشکار و اضطراب کلی به دست آمد (کوراز،۱۳۸۶). فرامرزی (۱۳۸۴) همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ و پایایی تنصیف مقیاس را **0/60** به دست آورد. معرف زاده، سودانی و شفیع آبادی (۱۳۸۹) نیز آلفای کرونباخ و پایایی تنصیف مقیاس را به ترتیب**0/79** و **0/75** گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه **0/63**بدست آمد.

نمره‌گذاری پرسشنامه اضطراب کتل: مجموع نمرات ۲۰سوال اول،اضطراب پنهان،مجموع نمرات ۲۰ سوال دوم اضطراب آشکار و مرضی و مجموع کل نمرات اضطراب کل را نشان می‌دهند. با در دست داشتن جمع نمرات و با مراجعه به جدول می‌توانید میزان اضطراب را تعیین کنید.

مردان	زنان	تفسیر تقریبی نتایج
۱۰-۰	۱۴-۰	مستعد برای تحمل وظایفی که در لحظه‌های بحرانی و فشار روانی پیش می‌آید.
۱۴-۱۱	۱۸-۱۵	مستعد برای تحمل وظایفی که در لحظه‌های بحرانی و فشار روانی پیش می‌آید.
۱۹-۱۵	۲۳-۱۹	احتمالا خونسرد و بدون انگیزه، مستعد برای تحمل وظایفی که در لحظه‌های بحرانی و فشار روانی پیش می‌آید.
۲۳-۲۰	۲۷-۲۴	طبیعی از نظر اضطراب
۲۷-۲۴	۳۱-۲۸	طبیعی از نظر اضطراب
۳۲-۲۸	۳۶-۳۳	طبیعی از نظر اضطراب
۳۶-۳۳	۴۰-۳۷	طبیعی از نظر اضطراب
۴۰-۳۷	۴۴-۴۱	نوروتیک‌هایی که اضطراب کمی دارند، طبیعی ازنظر اضطراب
۴۵-۴۱	۴۹-۴۵	اضطراب متوسط، نمره میانگین نوروتیک‌ها
۴۹-۴۶	۵۳-۵۰	اضطراب شدید، نیاز به مشاوره با روان‌درمانی
۸۰-۵۰	۸۰-۵۴	اضطراب خیلی شدید، اضطراب نوروتیک

نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس بدین شرح است: پاسخ سمت راست=۰، ؟=۱، پاسخ سمت چپ:۲

سوالات با نمره‌گذاری معکوس: ۱،۴،۵،۷،۸،۱۲،۱۳،۱۵،۱۶،۱۸،۲۰،۲۱،۲۴،۲۵،۲۷،۲۸،۳۲،۳۳،۳۵،۳۶،۳۸

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)

این تست توسط کانر و دیویدسون(۲۰۰۳) ارائه شده و دارای ۲۵ سوال و هر سوال دارای ۵ گزینه است. بیگدلی و همکاران(۱۳۹۲)،همسانی درونی این مقیاس را براساس آلفای کرونباخ **0/9**گزارش کرده‌اند.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

در این آزمون ۲۵سوالی، امتیاز دامنه‌ای از ۰تا۱۰۰را خواهد داشت. نقطه برش پرسشنامه امتیاز ۵۰ می‌باشد،به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود به همان میزان، هرچه این امتیاز بالاتر باشد،بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس.

شیوه نمره‌گذاری مقیاس: کاملا نادرست =۰، به ندرت =۱، گاهی درست =۲، اغلب درست =۳، همیشه درست =۴

بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰تا۱۰۰ قرار دارد.

عبارات مربوط به هر زیرمقیاس:

زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۱۰-۱۱-۱۲-۱۶-۱۷-۲۳-۲۴-۲۵

زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۶-۷-۱۴-۱۵-۱۸-۱۹-۲۰

زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۱-۲-۴-۵-۸

زیرمقیاس کنترل: ۱۳-۲۱-۲۲

زیرمقیاس تاثیرات معنوی: ۳-۹

پایایی خارجی: کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را**0/89** گزارش کرده اند.همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای **0/87** بوده است.

پایایی ایرانی: این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است.وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی**0/89** را گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه **0/81**بدست آمد.

اعتبار خارجی: نمرات مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است.

اعتبار افتراقی: نمرات مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون در هنگام شروع آزمایش و همچنین هنگام خاتمه با نمرات مقیاس تجربه جنسی آریزونا همبستگی معناداری نداشت. این مطلب حاکی از اعتبار افتراقی آزمون است.

اعتبار ایرانی: برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیلی عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت۳،ضریب های بین **0/41** تا **0/64** را نشان داد.سپس عبارات مقیاس به روش مولفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات،دو شاخص **KMO** و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار **KMO** برابر **0/87** و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر **28/55** بود که هردو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند.در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد دربین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آنرا **0/93** گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی و همکاران،۲۰۰۶).

پرسشنامه امید به زندگی میلر(۱۹۸۸)

پرسشنامه امیدواری میلر در سال ۱۹۸۸ تویط میلر و پاورز ساخته شد. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سوال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سوال افزایش یافت. هدف این پرسشنامه، سنجش میزان امیدواری در افراد است. گزینه‌های آزمون در یک مقیاس ۵ درجه ای از بسیار مخالف۱ تا بسیار موافق ۵ نمره‌گذاری می‌شود اما ۱۲ شماره از پرسشنامه میلر از ماده های منفی تشکیل شده که در نمره‌گذاری این شماره‌ها بر عکس نمره می‌گیرند و عبارتند از :

(۱۱_۱۳_۱۶_۱۸ _ ۲۵ _ ۲۷ _ ۲۸ _ ۳۱ _ ۳۳_ ۳۴ _ ۳۸ _ ۳۹) و سوال های شماره ۴۱ تا ۴۸ مخصوص بیماران مزمن است. سوال ۴۹ : ‹‹ میزان امیدواری خود را در حال حاضر با انتخاب یکی از شماره‌های زیر مشخص کنید›› آزمودنی بایستی مقدار امیدواری خود را با انتخاب یکی از اعداد ۱ تا ۱۰ مشخص کند. که در آن ۱ حداقل امیدواری و ۱۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

تحلیل (تفسیر) بر اساس میزان نمره پرسشنامه: با توجه به اینکه این پرسشنامه زیرمقیاس ندارد، در پایان تمامی ماده‌ها را جمع کرده و نمره کل را به دست می‌آوریم. نمره هر فرد بین ۴۸ تا ۲۴۰ خواهد بود. این پرسشنامه نمره برش نیز ندارد و هر چه نمره فرد بالاتر باشد امیدواری بیشتری دارد. نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیاز های زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیاز های زیر را ضربدر ۱۰ کنید.

مثال: حد پایین نمرات پرسشنامه به طریق زیر بدست آمده است: تعداد سوالات پرسشنامه * ۱ = حد پایین نمره

حد پایین نمرات پرسشنامه۴۸، حد متوسط۱۴۴و حد بالای نمرات ۲۴۰ است.

امتیازات خود را از ۴۸ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۴۸ و حداکثر ۲۴۰ خواهد بود.

نمره بین ۴۸ تا ۹۶ : امید فرد، کم است.

نمره بین ۹۶ تا ۱۴۴ : امید فرد، متوسط است.

نمره بالاتر از ۱۴۴ : امید فرد، زیاد است .

روایی و پایایی: *میلر* روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را طبق آلفای کرونباخ بالای **0/80** ذکر کرده است. هنجاریابی ایرانی: این آزمون برای اولین بار در ایران توسط سمیعی (۱۳۶۸؛ به نقل از بجستانی، ۱۳۸۸) بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان پسر رشته پرستاری اجرا شد و به منظور تعیین پایایی آن از روش آزمون مجدد با فاصله یک هفته استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون بین دوسری از نمرات آزمون **R= 0/75** بر آورده شد. و میانگین ۱۵۱/۳ بوده است . به منظور اطمینان از پایایی آزمون این پرسشنامه توسط محقق بر روی تعداد بیشتری (۱۵۲ نفر) از دانشجویان دختر و پسر مراکز تربیت معلم تهران اجرا گردید که ضریب آلفای کرونباخ ۹۱/۵٪ به دست آمد و میانگین به دست آمده ۱۹۶ بود.

یافته‌ها

آمار توصیفی

در پژوهش حاضر فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب وضعیت شغلی شامل ۳۰ پرستار و ۳۰ روان‌پرستار است.

جدول ۴-۲: جدول فراوانی سطح تحصیلات به تفکیک وضعیت شغلی

متغیرها	وضعیت شغلی	سطوح	تعداد	درصد
میزان تحصیلات	پرستار	فوق دیپلم	۰	۰٪
		کارشناسی	۲۸	۴۶,۶۶٪
		کارشناسی ارشد	۲	۳,۳۳٪
	روان‌پرستار	فوق دیپلم	۴	۶,۶۶٪
		کارشناسی	۱۸	۳۰٪
		کارشناسی ارشد	۸	۱۳,۳۳٪

با توجه به جدول ۴-۲ در این پژوهش نشان میدهد در گروه پرستاران ۲۸ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و نیز در گروه روان‌پرستار ۴ نفر فوق دیپلم و ۱۸ نفر کارشناسی و ۸ نفر کارشناسی ارشد میباشند. بنابراین پرستار با مدرک فوق دیپلم در پژوهش مدنظر وجود ندارد و بیشترین افراد مربوط به پرستارانی با مدرک کارشناسی می‌باشد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

جدول ۴-۳: جدول فراوانی وضعیت تاهل به تفکیک وضعیت شغلی

متغیرها	وضعیت شغلی	سطوح	تعداد	درصد
جنسیت	پرستار	مجرد	۴	۶,۶۶٪
		متاهل	۲۶	۴۳,۳۳٪
	روان‌پرستار	مجرد	۲	۳,۳۳٪
		متاهل	۲۸	۴۶,۶۶٪

با توجه به جدول ۴-۳ در این پژوهش نشان می‌دهد در گروه پرستاران ۴ نفر مربوط به افراد مجرد و ۲۶ نفر مربوط به افراد متاهل و نیز برای گروه روان‌پرستار ۲ نفر مجرد و ۲۸ نفر برای افراد متاهل می‌باشد. بنابراین کمترین افراد مربوط به روان‌پرستار مجرد و بیشترین افراد مربوط به روان‌پرستار متاهل می‌باشد.

جدول ۴-۴: جدول فراوانی سن به تفکیک وضعیت شغلی

متغیرها	وضعیت شغلی	سطوح متغیر سن	تعداد	درصد
سن	پرستار	۳۰-۲۰ سال	۷	۱۱,۶۶٪
		۴۰-۳۱ سال	۵	۸,۳۳٪
		۵۰-۴۱ سال	۱۶	۲۶,۶۶٪
		۶۰-۵۱ سال	۲	۳,۳۳٪
	روان‌پرستار	۳۰-۲۰ سال	۶	۱۰٪
		۴۰-۳۱ سال	۱۲	۲۰٪
		۵۰-۴۱ سال	۱۲	۲۰٪
		۶۰-۵۱ سال	۰	۰٪

با توجه به جدول ۴-۴ در این پژوهش نشان میدهد در گروه پرستاران ۷ نفر مربوط به بازه سنی ۲۰ -۳۰ سال و ۵ نفر مربوط به بازه سنی ۳۱-۴۰ سال و ۱۶ نفر مربوط به بازه سنی ۴۱-۵۰ سال و ۲ نفر مربوط به بازه سنی ۵۱-۶۰ سال ونیز در گروه روان‌پرستار ۶ نفر مربوط به بازه سنی ۲۰-۳۰ سال و ۱۲ نفر مربوط به بازه سنی ۳۱-۴۰ سال و ۱۲ نفر مربوط به بازه سنی ۴۱-۵۰ سال می‌باشد. بنابراین بیشترین افراد مربوط به پرستاران در بازه سنی ۴۱-۵۰ سال می‌باشد و در بازه سنی ۵۱-۶۰ در گروه روان‌پرستار در این پژوهش فردی وجود ندارد.

جدول ۴-۵: توصیف متغیرهای اصلی بر اساس شاخصهای مرکزی و پراکندگی

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	مینیمم	ماکزیمم
اضطراب	32/97	22/51	۱۲	۱۸۵
تاب‌آوری	67/37	14/32	۳۳	۸۹
امیدبهزندگی	180/22	20/60	۱۱۰	۲۲۱

با توجه به جدول ۴-۵ میانگین و انحراف استاندارد متغیر اضطراب به ترتیب32/97 و22/51، برای متغیر تاب‌آوری67/37 و14/32و برای متغیر امید به زندگی180/22 و20/60 می‌باشد.

بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

جدول ۴-۶: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها در نمونه مورد پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	مقدار آماره	درجات آزادی	سطح معناداری
اضطراب	پرستار	0/23	۳۰	0/14
	روان‌پرستار	0/08	۳۰	0/21
تاب‌آوری	پرستار	0/08	۳۰	0/20
	روان‌پرستار	0/08	۳۰	0/20
	پرستار	0/16	۳۰	0/05

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

امیدبهزندگی	روان‌پرستار	0/14	۳۰	0/10

با توجه به اطلاعات جدول۴-۶ نشان می‌دهد که در سطح معناداری ۹۵ درصد، متغیرهای پژوهش دارای توزیعی نرمال است. لذا باتوجه به اطلاعات فوق امکان استفاده از آزمون‌های پارامتریک (آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون) جهت بررسی فرضیه اصلی و فرضیات فرعی پژوهش وجود دارد.

بررسی همگنی واریانس‌ها

جدول ۴-۷ نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی خطای واریانس

متغیرها	F	df1	df2	سطح معناداری
اضطراب	0/22	۱	۵۸	0/63
تاب‌آوری	0/053	۱	۵۸	0/81
امیدبهزندگی	0/012	۱	۵۸	0/91

بر اساس نتایج جدول ۴-۷ چنین استنباط می‌شود که همگنی واریانس‌ها در تمامی متغیرها محقق شده است.

فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس

جدول ۴-۸ بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس

Box` s M	F	df 1	df 2	سطح معناداری
4/04	0/63	۶	24373/13	0/7

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس محقق شده است(**P**>۰/۰۵).

همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته

جدول ۴-۹ نتایج آزمون کرویت بارتلت

χ^2	df	سطح معناداری
83/01	۵	۰/۰۰۱

برر سی مفرو ضات ن شان داد که شرایط برای اجرای تحلیل واریانس چندمتغیره وجود دارد. بر این ا ساس در ادامه به برر سی یافته‌ها ذیل فرضیات پژوهشی پرداخته می‌شود.

آمار استنباطی

بین اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت وجود دارد.

جهت پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج در جدول ۴-۱۰ گزارش شده است.

جدول ۴-۱۰ نتایج آزمون چندمتغیره تفاوت دو گروه پرستاران و روان‌پرستاران

منبع تغییرات	Wilks` Lambda	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
عضویت گروهی	0/92	۱,۴۱	0/24	0/071

همان‌گونه که در جدول فوق نشان داده شده است تفاوت ترکیب خطی سرسختی روانشناختی (**P**، ۰,۲۴= **F**، ۱,۴۱= **Wilks` Lambda**۰,۹۲=) دو گروه پرستار و روان‌پرستاراز نظر آماری معنادار نمی‌باشد. بدین معنی که میان بین اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت وجود ندارد.

نتایج آزمون تک متغیره در برونداد تحلیل واریانس چند متغیره در جدول ۴-۱۰ آورده شده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

جدول ۴-۱۱ تحلیل واریانس تفاوت دو گروه پرستاران و روان‌پرستاران

متغیرها	مجموع مجذرات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اضطراب	17/06	۱	17/06	0/15	0/69
تاب‌آوری	72/60	۱	72/60	0/35	0/55
امیدبهزندگی	453/75	۱	453/75	1/07	0/30

نتایج جدول ۴-۱۱گویای آن است که تفاوت دو گروه پرستاران و روان‌پرستاران در اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی معنادار نیست(**P**≥۰/۰۵).

بین اضطراب در پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت وجود دارد.

جدول ۴-۱۲- شاخص‌های توصیفی و نتایج آزمون تی مستقل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	tآماره	درجات ازادی	سطح معناداری
پرستار	30/83	10/93	0/39	۵۸	0/69
روان‌پرستار	29/77	9/79			

آزمون تی مستقل نشان داد که میان میانگین اضطراب پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت معناداری وجود ندارد (**t**=۰,۳۹،**P**>۰/۰۵). بر این اساس فرضیه پژوهش رد می‌شود.

فرضیه: بین تاب‌آوری در پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت وجود دارد.

جدول ۴-۱۳- شاخص‌های توصیفی و نتایج آزمون تی مستقل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	tآماره	درجات ازادی	سطح معناداری
پرستار	66/27	14/43	-0/59	۵۸	0/55
روان‌پرستار	68/47	14/37			

آزمون تی مستقل نشان داد که میان میانگین تاب‌آوری پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت معناداری وجود ندارد (**P**>۰/۰۵، ۰,۵۹-=**t**). بر این اساس فرضیه پژوهش رد می‌شود.

فرضیه: بین امید به زندگی در پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت وجود دارد.

جدول ۴-۱۴شاخص های توصیفی و نتایج ازمون تی مستقل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	tآماره	درجات ازادی	سطح معناداری
پرستار	182/97	20/70	1/03	۵۸	0/30
روان‌پرستار	177/47	20/48			

آزمون تی مستقل نشان داد که میان میانگین تاب‌آوری پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت معناداری وجود ندارد (**P**>۰/۰۵، **t**=۱,۰۳). بر این اساس فرضیه پژوهش رد می‌شود.

فرضیه: بین اضطراب و تاب‌آوری رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۱۵ نتایج ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	**r**)ضریب همبستگی (	واریانس مشترک	سطح معناداری	تعداد
اضطراب و تاب‌آوری	0/54-	۲۹٪	0/001	۶۰

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۱۵، بین اضطراب و تاب‌آوری با توجه به سطح معناداری ۰,۰۰۱ رابطه قوی معناداری بین آنها وجود دارد (**P**>۰/۰۵). به عبارتی ۲۹٪ اضطراب را تاب‌آوری تبیین میکند.

فرضیه: بین اضطراب و امید به زندگی رابطه وجود دارد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

جدول ۴-۱۶ نتایج ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	(ضریب همبستگی)	واریانس مشترک	سطح معناداری	تعداد
اضطراب و امیدبه‌زندگی	0/51-	۲۶٪	0/001	۶۰

با توجه به اطلاعات جدول۴-۱۶، بین اضطراب و امیدبه‌زندگی با توجه به سطح معناداری ۰,۰۰۱ رابطه قوی معناداری بین آنها وجود دارد (**P**>۰/۰۵). به عبارتی ۲۶٪ اضطراب را امید به زندگی تبیین می‌کند.

فرضیه: بین تاب‌آوری و امیدبه‌زندگی رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۱۷ نتایج ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	(r ضریب همبستگی)	واریانس مشترک	سطح معناداری	تعداد
تاب‌آوری و امیدبهزندگی	0/64	۴۰٪	0/001	۶۰

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۱۷ ، بین تاب‌آوری و امیدبه‌زندگی با توجه به سطح معناداری ۰,۰۰۱ رابطه معناداری بین آنها وجود دارد (**P**>۰/۰۵). لذا با توجه به ضریب همبستگی (۰,۶۴) از ارتباط قوی برخوردارند به عبارتی ۴۰٪ تاب‌آوری را امید به زندگی تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی و تبیین ارتباط بین آنها در پرستاران و روان‌پرستاران انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی پرستاران و روان‌پرستاران تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش محمد آقاجانی، سینا ولیئی طل آذر(۱۳۸۹) که نشان دادند بین اضطراب مرگ و شادکامی در بین پرستاران در بخش‌های مختلف تفاوت وجود دارد ناهمسو می‌باشد.

همچنین نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری و اضطراب پرستاران و روان‌پرستاران رابطه منفی معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتیجه پژوهش‌های ناصری گرگون، موسوی، سیده مریم شباهنگ، باقری شیخانگفشه، فرزین(۱۳۹۹)، پیشگاهی، دانش، عصمت، سلیمی نیا(۱۳۹۸)، بهشتی، زرغام حاجبی(۱۳۹۶)، امید مهدیه، سعیده درویشی قزانچی(۱۳۹۶)، ایوان، سیلوا، مورنو، کاردوس، آلونسو، گیرون، داوینا، هرنادز مارتین، گابریل مورینو،پیمنتل، محمدی، عبدالکدر، منسس مونروی(۲۰۲۳)، همسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که ویژگی‌های افراد تاب‌آور با دیگر ساختارهای روانشناختی پیوند دارد، برای مثال افراد با احساسات مثبت بالا به عنوان افراد تاب‌آور شناخته می شوند. استرس، اضطراب و پریشانی در چنین کسانی پس از مواجه شدن با دردهای جانکاه و مزمن بدنی و روی هم رفته همه ناراحتی ها و سختی ها، کم و پایش شده است. افراد تاب‌آور در رویدادهای بحرانی بعد اخلاقی گسترده‌تری را به کار می‌گیرند، احساس هدفمندی بیشتری در زندگی می‌کنند و نسبت به گرفتاری‌های دیگران دلسوزی بیشتری نشان می‌دهند. وجود ویژگی‌هایی چون استقلال، خوش‌بینی، عزت نفس، اطمینان، توانایی کنار آمدن موفقیت‌آمیز با استرس، نگرش مثبت هنگام مواجهه با مشکلات و چالش‌ها و حل مسئله در آنها موجب رابطه معکوس این مؤلفه با اضطراب شده است.

از طرفی دیگر نتایج نشان داد که بین اضطراب و امید به زندگی پرستاران و روان‌پرستاران رابطه منفی معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتیجه پژوهش‌های پااول نلسون، جری فارز(۱۹۷۱)، چن، لویبند(۱۹۹۶)، رآب(۲۰۰۷)، محمد آقاجانی،سینا ولیئی، طل آذر(۱۳۸۹)، حقدوست، مبین، امیدی(۱۳۹۸)، مظهری، کامران، برجعلی، احمد، معتمدی، عبدالله(۱۳۹۹)، ارخودی قلعه نوئی، حقایقی، سعیدی رضوانی(۱۳۹۹)، همسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت وقتی کسی امید دارد، درواقع به توانایی‌هایش در رهاشدن از اوضاع پیچیده و مهلکی که خودش به وجود آورده امید دارد. در طول تاریخ، افراد امیدوار در مواجهه با مسائل وخیمی که بشر با آن مواجه است، بیشترین جدیت را به خرج داده‌اند و از راهی منطقی و واقع گرایانه، مجدانه در حل آنها کوشیده اند. امید یعنی احساس گشودگی و تعهد نسبت به زندگی و پیشرفت. با وجود ویژگی‌هایی مثل گشودگی نسبت به مشکلات و چالش‌ها، اعتماد به توانایی های خود و حل مسئله، فرد امیدوار در برخورد با چالش‌ها با بینش مثبت نسبت به آینده

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

نزدیک و موقتی بودن آن چالش، بهترین راهکار را در جهت حل آن و پیشرفت خود به کار می‌برد در نتیجه این مؤلفه با اضطراب رابطه‌ی معکوس دارد.

در آخر نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری و امید به زندگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتیجه پژوهش‌های انصاری، زارع، فارسی، حقیقی زاده(۱۴۰۰)، جعفری، هدایت، مرزبند، رحمت اله، اسمعیلی، روانبخش، محمدپور، رضاعلی، میرشفیعی(۱۴۰۰)، صادقیان، عبدوند(۱۴۰۰)، دلخوش،ایسان، موحدی(۱۴۰۰)، ناصری گرگون، موسوی، سیده مریم، شباهنگ، باقری، شیخانگفشه، فرزین(۱۳۹۹)، پیشگاهی، دانش، عصمت، سلیمی نیا(۱۳۹۸)، نشریه علوم و اعصاب شفای خاتم(۱۳۹۷)، زهرا دشت بزرگی، صدرا علی پور، آمنه شاهنده، سهیلا پایان(۱۳۹۶)، زیبا یراقی ایرانی، محمدجواد بگیان کوله مرز، نادیا هزاری(۱۳۹۵)، سیده مونس حسینی(۱۳۸۸)، اسلامی نسب(۱۳۷۳)، گوریل هااوگن(۲۰۲۲)، همسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت با وجود ویژگی‌های مشترک بین افراد تاب‌آور و امیدوار مثل گشودگی، بینش مثبت، اعتماد به توانایی‌ها و حل مسئله در بحران‌ها و چالش‌های زندگی و رابطه معکوس این دو مؤلفه با اضطراب، بین آنها رابطه‌ی مستقیم برقرار است.

این تحقیق هم همچون پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود از جمله: از آنجایی که ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه بوده است لذا احتمال سوگیری از پاسخ وجود دارد همچنین به دلیل توصیفی بودن پژوهش امکان استنباط رابطه علت معلولی وجود ندارد. براساس نتیجه تحقیق پیشنهاد می‌شود که: از آنجایی که در پژوهش حاضر مشخص شد بین اضطراب و تاب‌آوری رابطه معنادار وجود دارد، پیشنهاد می‌گردد کارگاه‌های آموزشی جهت افزایش مهارت تاب‌آوری جهت کاهش اضطراب و افزایش سایر مؤلفه‌ها صورت گیرد همچنین از آنجایی که در تحقیق فوق مشخص شد بین اضطراب و امید به زندگی رابطه معناداری وجود دارد پیشنهاد می‌گردد با فراهم کردن محیط به دور از تنش و اضطراب، موجب بالابردن مؤلفه امید به زندگی و بهبود عمکرد آنها گردید.

References:

1- Shawardi T, Heydari H. dimensions and components of occupational identity; Presentation of the measurement model. Career and Organizational Counseling Quarterly 2015: 1626-2008, 114-141.

2- Taheri M, Rah Goy A, Fallahi M. The opinions of professors and trainers about the master's curriculum in psychiatric nursing: a qualitative study. Iranian Journal of Education in Medical Sciences 1400: 21, 57-67.

3- Hojjati H. Psychiatric Nursing. Tehran: Jamia Nagar Publications; 1400.

4- Mohammadi N, Demirchi Sadri I. Comparison of mental health and happiness among psychiatric ward nurses and normal ward nurses. Basic and Clinical Research Journal of Daneshvar Medical 2016: 131, 73-80.

5- McNeely E. The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up. Nurs Outlook 2005. ۰۰۱, PMID, 16360700۲۰۰۵ ;53(6), 291-9. DOI: 10.1016/ j.outlook.

6- Park YM; Kim SY. Impacts of Job Stress and Cognitive Failure on Patient Safety Incidents among Hospital Nurses. Saf Health Work 2013: 4(4), 210-5, DOI: 10.1016/j.shaw.2013.10.003 PMID: 24422177.

7- Rajabpour Sh. social phobia, generalized anxiety. Tehran: Giwa Publications; 2015.

8- Roshan Chelsi and colleagues R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Tehran: Ibn Sina Publications; 2018.

9- Golestaneh M; Pirmardond S. Investigating the Relationship between Basic Psychological Needs and Anxiety of Students in Psychology. Teaching and Learning Studies 2016: 9 (1), 22-2.

10- Ghorbani E; Sadatmand S; Sepehrian Azar F; Asadnia S; Feyzipour H. SURVEYING THE RELATIONSHIP BETWEEN HOPE, DEATH, ANXIETY WITH MENTAL HEALTH ON STUDENTS OF URMIA UNIVERSITY. Stud Med Sci 2013: 24 (8), 607-616.

11- Firth J; Torous J; Nicholas J; Carney R; Rosenbaum S; Sarris J. Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of affective disorders 2017: 218, 15-22.

12- Calais KY Chan; Peter F, Lovibond. Expectancy bias in trait anxiety. Journal of abnormal psychology 1996: 105(4), 637.

13- Leka S; Hassard J; Yanagida A. Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental well-being in Japan. J Psychiatr Ment Health Nurs 2012: 19(2), 123.

14- Saijo Y; Yoshioka E; Kawanishi Y; Ito T; Nakagi Y; Yoshida T. Job Factors Related to Intention to Quit and Depressive Symptoms: Local Base Hospital Nurses. Int J Epidemiol 2015: 44(suppl_1), i104-i.

15- Battles ED. An exploration of post-traumatic stress disorder in emergency nurses following Hurricane Katrina. J Emerg Nurs 2007: 33(4), 314-8. DOI: 10.1016/j.jen.2007.01.008 PMID: 17643790.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

16- Magennis C; Slevin E; Cunningham J. Nurses' attitudes to the extension and expansion of their clinical roles. Nurs Stand 1999: 13(51), 32-6, DOI: 10.7748/ns1999.09.13.51.32.c2672 PMID: 10687640.

17- Mc.Allister.McKinnon J. the importance of teaching and learning resilience in the health dis-ciplines,a critical review of the literature.nurses education today2009.

18- Bodner E; Bergman YS. Loneliness and depressive symptoms among older adults: the moderating role of subjective life expectancy. Psychiatry Research 2016: 237, 78-82.

19- Wang C. Finding purpose, passion, and happiness in your profession. Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences 2017: 48(2), 114-7.

20- Almashaan O. The relation between psychological hardiness, sector somatic complaints, hope, and exteraversion among gender differences in employees in the Govermental sector. Journal of the Social Sciences (2011): 39(3), 49-81.

21- Zerach G; Karstoft K; Solomon Z. Hardiness and sensation seeking as potential predictors of former prisoners of wars' posttraumatic stress symptoms trajectories over a 17-year period. Journal of Affective Disorders 2017: 218, 176-81.

22- Aghajani M, Valiei S, Tal azar A. Death anxiety in special and general ward nurses. Iranian Journal of Nursing 2011: 23(67), 59-68.

23- Arkhodi Ghale Noi M, Haqati M, Saidi Rizvani Talia. The mediating role of life expectancy in relation to religious beliefs and coronavirus disease anxiety. Scientific Research Quarterly of Counseling and Psychotherapy Culture 2019: 47(12), 328-307.

24- Naseri Gorgon S, Mousavi S M, Shabahang R, Bagheri Shikhangfeshe F. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction intervention on resilience and life expectancy of gastrointestinal cancer patients. Journal of Psychiatry 2019: 9(2), 60-71.

25- Pishgahi B, Danesh E, Seliminia N. Effectiveness of group therapy based on mindfulness on anxiety, resilience and life expectancy of anxious women. Journal of Psychiatric Nursing 2018: 8(3), 104-117.

26- Beheshti I, Zargham Hajbi M. The relationship between resilience and practice of religious beliefs with anxiety and depression among soldiers. Military Medicine 2016: 3(20), 333-341.

27- Omid M, Darvishi Ghazanchi S. Examining the relationship between job stress and resilience in nurses. Nurse and doctor in battle 2016: 5(14), 17-22.

28- Luis Ivan, Mayor Silva; Guillermo, Moreno, Carmen Cardos, Alonso; Pedro R; Giron, Davina; Marta, Hernandez Martin; Antonio Gabriel, Moreno Pimentel; Samir, Mohamedi Abdelkader; Alfonso, Meneses Monroy. The role of anxiety, fear and resilience in preventive behaviors against COVID-19: a cross-sectional study with nursing students. Academic Journal of Health Sciences, Medicina Balear 2023: 38(1), 66-72.

29- Paul C, Nelson; Jerry Phares E. Anxiety, discrepancy between need value and expectancy, and internal-external control. Psychological Reports 1971: 28(2), 663-668.

30- Abu Alrub R. job stress, job performance and social support among hospital nurse. jornal of nursing scholarship 2004.

31- Haqdoost Z, Mobin M, Omidi S. The relationship between spiritual experiences and life expectancy and death anxiety in burn patients. Journal of Isfahan Medical School 2018: 38(598), 811-817.

32- Mazhari K, Barjali A, Motamedi A. Examining the relationship between Corona anxiety and health concerns with quality of life: the mediating role of resilience in nurses. Studies in Industrial Organizational Psychology 2019: 8(2), 295-316.

33- Hosseinnejad F, Arslani N, Rah Goy A, Biglerian A. Resilience skills training on job satisfaction of nurses. Journal of Gilan University of Medical Sciences 2017: 27(105), 50-60.

34- Great plain Z, Alipour S, Shahandeh A, Payan S. Prediction of life expectancy in nurses based on happiness, adherence to religious beliefs and psychological toughness. Nursing Management Quarterly 2016: 6(3), 57-65.

35- Dehghan A S, Chabkinejad Z, Asi Moznab A. The effectiveness of teaching positivity with an Islamic approach in a group manner on life expectancy in nurses. Journal of Nursing Education 2018: 8(4), 56-61.

36- Yaraghi irani Z, Baghian Koleh Merz M, Hazari N. The effectiveness of resilience training on improving the quality of life of nurses. Nursing Management Quarterly 2015: 5(3), 18-9.

37- Cherovsky E. Nursing Burnout-Mitigating the Impact and Creating a Resilient Nursing Workforce. California State University, Scramento 2022.

38- Golamnejad H; Nikpama N. reasons of cre-action of job stress in nurses (Persian). journal of medicine 2009.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

Comparison of Anxiety, Resilience and Life Expectancy and Explain Their Relationship in Nurses and Psychiatric Nurses

Maryam Chaam[1], Hamidreza Shams Ravandi[2]

Abstract

Background & Aims: The present study was conducted with the aim of comparing anxiety, resilience and life expectancy and explaining the relationship between them in nurses and psychiatric nurses.

Materials & Methods: The method of this research is applied in terms of purpose and descriptive, comparative causative in terms of the method of data collection. The statistical population of the research included all nurses and psychiatric nurses working in Kashan hospitals in February 1401. A sample of 60 people, including 30 nurses and 30 psychiatric nurses, was selected from this population by simple random method. Kettle's anxiety questionnaires (1957), Connor and Davidson's resilience (2003) and Miller's (1988) life expectancy questionnaires were used to measure the variables. Independent t-test and Pearson's correlation coefficient were used to analyze the data. **Results:** The results of the research showed that there is no significant difference between the anxiety, resilience and life expectancy of nurses and psychiatric nurses. Also, the results showed that there is a negative significant relationship between anxiety and resilience with the correlation coefficient - 0/54 ($p<0.001$). In other words, resilience explains 29% of the variance of anxiety. there is a positive significant relationship between resilience and life expectancy. according to the correlation coefficient 0.64 between them 40% of the variance of resilience is explained by life expectancy. Also, There is a negatuve significant relationship between anxiety and life expectancy. according to the correlation coefficient - 0/51 between then 26% of the variance of anxiety is explained by life expectancy. **Conclusion:** Based on the findings of the research, anxiety, resilience and life expectancy are three factors affecting the quality of mental health of nurses and psychiatric nurses, which should be taken into consideration and measures should be taken to increase the two components of resilience and life expectancy and in The result of reducing anxiety was applied.

KeyWords: Anxiety, Resilience, Life Expectancy, Nurses, Psychiatric Nurses

1 Bachelor's degree student, Department of Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad University, Kashan, Iran
2 PhD in Psychology, Department of Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad University, Kashan, Iran (Corresponding Author)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]