

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

مریم چام، 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 $-0/54$ وجود دارد ($p > 0/001$). به عبارتی ۲۹٪ واریانس اضطراب را تاب‌آوری تبیین می‌کند. 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 می‌کند. 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 می‌کند. **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 روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران (نویسنده مسئول)

هویت در پی کشف این نکته است که چرا فرد خود را متعلق به یک گروه می‌داند و با دیگر گروه‌های اجتماعی احساس قربانی 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 پرتنگ 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، پرستار جسمانی و پرستار روانی (روان پرستار) 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 روان پرستار، تشویق بیمار در برخورد با وقایع زندگی و پذیرش هرچه زودتر انجام کارهای مستقل از طرف بیمار می‌باشد. روان پرستار 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 روان پرستار تشخیص و درمان عکس‌العمل انسان در مقابل مشکلات بالقوه و واقعی بهداشتی می‌باشد. از نظر کاپلان روان پرستار کسی است که علاوه بر آموزش در زمینه پرستاری عمومی، دارای تحصیلات اختصاصی در زمینه روان پرستاری باشد. (3)

پرستاران شاغل در بخش‌های 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 تنش‌زای محیط کاری می‌باشد (6). در بین افراد شاغل در مراکز درمانی پرستاران بیشترین فشار کاری را متحمل می‌شوند. پژوهشگران معتقدند که تجربه‌ی فشار روانی در بین قشر پرستاران بسیار رایج است. یکی از عوامل تنش، اضطراب است. اضطراب در سراسر طبقه بندی بیماری‌های روانی به چشم می‌خورد. معمولاً 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، خصوصاً 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).

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 می‌رسد تنش‌زا 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 در نتیجه 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 غیبت‌های 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 تسهیل‌کننده در فرد در مقابل این تنش‌ها، 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 نمی‌شوند. آنچه مانع از پای در آمدن افراد در مقابل 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 شفاف‌دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج موثر است (17). از مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده 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 دارد که از تجربه‌های مثبت ناشی می‌شود. شادکامی مولد شور، نشاط و انرژی است و همچون سپری می‌تواند انسان را در برابر 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-مقایسه‌ای است. همچنین از نظر ارتباط بین متغیرها از نوع پژوهش همبستگی است، چون به بررسی روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته می‌پردازد. جامعه

آماري پژوهش شامل كليہ پرستاران و روان پرستاران شاغل در بيمارستان‌هاي شهرستان كاشان در بهمن سال ۱۴۰۱ بود. نمونه آماري پژوهش شامل ۳۰ پرستار حاضر در بيمارستان متيني كاشان و ۳۰ روان پرستار حاضر در بيمارستان كارگرنژاد كاشان، كه همگي به روش تصادفي ساده انتخاب شده‌اند. براي بررسي مباني نظري و پيشينه تحقيق از روش كتابخانه‌اي و منابع اسنادي شامل كتاب، مقالات و مجلات استفاده شده است. براي جمع آوري داده‌ها از سه پرسشنامه اضطراب كتل (۱۹۵۷)، تاب آوري كانر و ديويديسون (۲۰۰۳) و اميد به زندگي ميلر (۱۹۸۸) استفاده شد. جهت تحليل داده‌ها از آمار توصيفي و استنباطي استفاده شده است. براي بررسي نرمال بودن داده‌ها از آزمون كولموگوروف-اسميرنوف (K-S) استفاده شد. به منظور بررسي فرضيه‌ي پژوهش از آزمون t مستقل و ضريب همبستگي پيرسون استفاده شد.

پرسشنامه اضطراب كتل (۱۹۵۷)

پرسشنامه اضطراب كتل توسط ريموند برنارد كتل (۱۹۵۷)، ساخته شده است. اين مقياس شامل ۴۰ سوال است كه مقياس اضطراب تست ۱۶ عاملي شخصيت كتل را تشكيل مي‌دهد. ۲۰ سوال اول اضطراب پنهان (صفت)، ۲۰ سوال دوم اضطراب آشكار (حالت) را اندازه‌گيري مي‌كند. اين مقياس مي‌تواند براي زنان و مردان بعد از ۱۴ سالگي در اكثر فرهنگ‌ها به كار برده شود. (عليرضايي مطلق و اسدي، ۱۳۸۸).

اين پرسشنامه در سال ۱۳۶۷ در يك نمونه آيراني شامل ۹۹۷ دانشجوي دانشگاه تهران در دامنه سني ۱۸ تا ۳۰ سال، هنجاريابي شد و داراي نمرات تراز يا هنجار براي اضطراب پنهان، آشكار و اضطراب كلي به دست آمد (كوراز، ۱۳۸۶). فرامرزي (۱۳۸۴) همساني دروني به روش آلفاي كرونباخ و پايايي تنصيف مقياس را 0/60 به دست آورد. معرف زاده، سوداني و شفيع آبادي (۱۳۸۹) نيز آلفاي كرونباخ و پايايي تنصيف مقياس را به ترتيب 0/79 و 0/75 گزارش كردند. در پژوهش حاضر نيز ضريب آلفاي كرونباخ پرسشنامه 0/63 بدست آمد.

نمره‌گذاري پرسشنامه اضطراب كتل: مجموع نمرات ۲۰ سوال اول، اضطراب پنهان، مجموع نمرات ۲۰ سوال دوم اضطراب آشكار و مرضي و مجموع كل نمرات اضطراب كل را نشان مي‌دهند. با در دست داشتن جمع نمرات و با مراجعه به جدول مي‌توانيد ميزان اضطراب را تعيين كنيد.

مردان	زنان	تفسير تقريبي نتايج
۱۰-۰	۱۴-۰	مستعد براي تحمل وظايفي كه در لحظه‌هاي بحراني و فشار رواني پيش مي‌آيد.
۱۴-۱۱	۱۸-۱۵	مستعد براي تحمل وظايفي كه در لحظه‌هاي بحراني و فشار رواني پيش مي‌آيد.
۱۹-۱۵	۲۳-۱۹	احتمالا خونسرد و بدون انگيزه، مستعد براي تحمل وظايفي كه در لحظه‌هاي بحراني و فشار رواني پيش مي‌آيد.
۲۳-۲۰	۲۷-۲۴	طبيعي از نظر اضطراب
۲۷-۲۴	۳۱-۲۸	طبيعي از نظر اضطراب
۳۲-۲۸	۳۶-۳۳	طبيعي از نظر اضطراب
۳۶-۳۳	۴۰-۳۷	طبيعي از نظر اضطراب
۴۰-۳۷	۴۴-۴۱	نوروتيك‌هايي كه اضطراب كمی دارند، طبيعي از نظر اضطراب
۴۵-۴۱	۴۹-۴۵	اضطراب متوسط، نمره ميانگين نوروتيك‌ها
۴۹-۴۶	۵۳-۵۰	اضطراب شديد، نياز به مشاوره با روان‌درماني
۸۰-۵۰	۸۰-۵۴	اضطراب خيلي شديد، اضطراب نوروتيك

نمره‌گذاري گزينه‌ها در اين مقياس بدین شرح است: پاسخ سمت راست = ۰، ؟ = ۱، پاسخ سمت چپ: ۲

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

پرسشنامه تاب آوري كانر و ديويديسون (۲۰۰۳)

اين تست توسط كانر و ديويديسون (۲۰۰۳) ارائه شده و داراي ۲۵ سوال و هر سوال داراي ۵ گزينه است. بيگدلي و همكاران (۱۳۹۲)، همساني دروني اين مقياس را براساس آلفاي كرونباخ 0/9 گزارش کرده‌اند.

در این آزمون ۲۵ سوالی، امتیاز دامنه‌ای از ۱۰ تا ۱۰۰ را 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: کاملاً نادرست = ۰، به ندرت = ۱، گاهی درست = ۲، اغلب درست = ۳، همیشه درست = ۴
بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۱۰ تا ۱۰۰ 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 کرده‌اند. 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 شیپان 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 عبارت ۳، ضریب‌های 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 هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین 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 توسط 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 درجه‌ای از بسیار مخالف ۱ تا بسیار موافق ۵ نمره‌گذاری می‌شود اما ۱۲ شماره از پرسشنامه میلر از ماده‌های 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 سوال‌های 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.

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 پرسشنامه ۴۸، حد متوسط ۱۴۴ و 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: میگر 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 ۰/۹۱/۵ 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.

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

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

با توجه به جدول ۳-۴ 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 روان پرستار ۲ نفر مجرد و ۲۸ نفر برای افراد متاهل می‌باشد. بنابراین کمترین افراد مربوط به روان پرستار مجرد و بیشترین افراد مربوط به روان پرستار متاهل می‌باشد.

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

متغیرها	وضعیت شغلی	سطوح متغیر سن	تعداد	درصد
سن	پرستار	۲۰-۳۰ سال	۷	۱۱,۶۶٪
		۳۱-۴۰ سال	۵	۸,۳۳٪
		۴۱-۵۰ سال	۱۶	۲۶,۶۶٪
	روان پرستار	۵۱-۶۰ سال	۲	۳,۳۳٪
		۲۰-۳۰ سال	۶	۱۰٪
		۳۱-۴۰ سال	۱۲	۲۰٪
		۴۱-۵۰ سال	۱۲	۲۰٪
		۵۱-۶۰ 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 نیز در گروه روان پرستار 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 سال در گروه روان پرستار در این پژوهش فردی وجود ندارد.

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

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

با توجه به جدول ۵-۴ میانگین و انحراف استاندارد متغیر اضطراب به ترتیب 32/97 و 22/51، برای متغیر تاب آوری 67/37 و 14/32 و برای متغیر امید به زندگی 180/22 و 20/60 می‌باشد.

بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

جدول ۶-۴: 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
	روان پرستار	0/08	۳۰	0/21
تاب آوری	پرستار	0/08	۳۰	0/20
	روان پرستار	0/08	۳۰	0/20
	پرستار	0/16	۳۰	0/05

امیدبهن زندگی	روان پرستار	0/14	۳۰	0/10
---------------	-------------	------	----	------

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۶ نشان می‌دهد که در سطح معناداری ۹۵ درصد، متغیرهای پژوهش دارای توزیعی نرمال است. لذا با توجه 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
امیدبهن زندگی	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 ($P > 0/05$).

همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته

جدول ۴-۹ نتایج آزمون کرویت بارتلت

سطح معناداری	df	χ^2
0/001	۵	83/01

بررسی مفروضات نشان داد که شرایط برای اجرای تحلیل واریانس چندمتغیره وجود دارد. بر این اساس در ادامه به بررسی 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 ($P = 0,24$, $F = 1,41$).

($Wilks` Lambda = 0,92$) دو گروه پرستار و روان‌پرستار از نظر آماری معنادار نمی‌باشد. بدین معنی که میان 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.

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

متغیرها	مجموع مجذرات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اضطراب	17/06	۱	17/06	0/15	0/69
تاب آوری	72/60	۱	72/60	0/35	0/55
امید به زندگی	453/75	۱	453/75	1/07	0/30

نتایج جدول ۴-۱۱ گویای آن است که تفاوت دو گروه پرستاران و روان پرستاران در اضطراب، تاب آوری و امید به زندگی معنادار نیست ($P \geq 0/05$).

بین اضطراب در پرستاران و روان پرستاران تفاوت وجود دارد.

جدول ۴-۱۲ شاخص های توصیفی و نتایج آزمون تی مستقل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t آماره	درجات آزادی	سطح معناداری
پرستار	30/83	10/93	0/39	۵۸	0/69
روان پرستار	29/77	9/79			

آزمون تی مستقل نشان داد که میان میانگین اضطراب پرستاران و روان پرستاران تفاوت معناداری وجود ندارد ($t=0/39, P > 0/05$).

بر این اساس فرضیه پژوهش رد می شود.

فرضیه: بین تاب آوری در پرستاران و روان پرستاران تفاوت وجود دارد.

جدول ۴-۱۳ شاخص های توصیفی و نتایج آزمون تی مستقل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t آماره	درجات آزادی	سطح معناداری
پرستار	66/27	14/43	-0/59	۵۸	0/55
روان پرستار	68/47	14/37			

آزمون تی مستقل نشان داد که میان میانگین تاب آوری پرستاران و روان پرستاران تفاوت معناداری وجود ندارد ($t=-0/59, P > 0/05$).

بر این اساس فرضیه پژوهش رد می شود.

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

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

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t آماره	درجات آزادی	سطح معناداری
پرستار	182/97	20/70	1/03	۵۸	0/30
روان پرستار	177/47	20/48			

آزمون تی مستقل نشان داد که میان میانگین تاب آوری پرستاران و روان پرستاران تفاوت معناداری وجود ندارد ($t=1/03, P > 0/05$).

بر این اساس فرضیه پژوهش رد می شود.

فرضیه: بین اضطراب و تاب آوری رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۱۵ نتایج ضریب همبستگی پیرسون

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

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۱۵، بین اضطراب و تاب آوری با توجه به سطح معناداری ۰,۰۰۱ رابطه قوی معناداری بین آنها وجود دارد ($P > 0/05$). به عبارتی ۲۹٪ اضطراب را تاب آوری تبیین میکند.

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

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 جدول ۴-۱۶، بین اضطراب و امیدبه‌زندگی با توجه به سطح معناداری ۰,۰۰۱ رابطه قوی معناداری بین آنها وجود دارد ($P > 0/05$). 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	(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 ($P > 0/05$). 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، طل‌آذر (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، سلیمی‌نیا (۱۳۹۸)، بهشتی، زرغام حاجبی (۱۳۹۶)، امید مهدیه، سعیده درویشی قزائچی (۱۳۹۶)، ایوان، سیلوا، مورنو، کاردوس، آلونسو، گیرون، داوینا، هرناز مارتین، گابریل مورینو، بیمنتل، محمدی، عبدالکدر، منسس مونرووی (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 می‌شوند. استرس، اضطراب و پریشانی در چنین کسانی پس از مواجه شدن با دردهای جانکاه و مزمن بدنی و روی هم رفته همه ناراحتی‌ها و سختی‌ها، 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 پاول نلسون، جری فارز (۱۹۷۱)، چن، لویبند (۱۹۹۶)، راب (۲۰۰۷)، محمد آقاجانی، سینا ولیئی، طل‌آذر (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 واقع‌گرایانه، مجدانه در حل آنها کوشیده‌اند. امید یعنی احساس گشودگی و تعهد نسبت به زندگی و پیشرفت. با وجود ویژگی‌هایی مثل گشودگی نسبت به مشکلات و چالش‌ها، اعتماد به توانایی‌های خود و حل مسئله، فرد امیدوار در برخورد با چالش‌ها با بینش مثبت نسبت به آینده

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 هاوگن (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 عملکرد 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. 53(6), PMID, 16360700; 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.

- 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- McAllister, McKinnon J. the importance of teaching and learning resilience in the health disciplines, a critical review of the literature. *nurses education today* 2009.
- 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 extraversion among gender differences in employees in the Governmental 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. *journal 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- Hosseinejad 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- Chervovsky E. *Nursing Burnout-Mitigating the Impact and Creating a Resilient Nursing Workforce*. California State University, Sacramento 2022.
- 38- Golamnejad H; Nikpama N. reasons of cre-action of job stress in nurses (Persian). *journal of medicine* 2009.

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

Maryam Chaam¹, 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 negative 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)