

پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس متغیرهای فردی، خودکارآمدی و اضطراب در شاغلین (دانشجو و غیردانشجو) کادر درمانی بیماران کووید ۱۹

نسرین عبدلی^۱، رقیه اسدی^۲

تاریخ وصول: ۹۹/۰۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۱۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس متغیرهای فردی، خودکارآمدی و اضطراب در کادر درمان (دانشجویان شاغل به عنوان کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ و غیر دانشجویان) در شهر کرمانشاه انجام شد. جامعه آماری پژوهش کلیه کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ در شهر کرمانشاه بود و نمونه شامل کادر درمانی سه بیمارستان درگیر به بیماری کووید ۱۹ بود؛ روش نمونه‌گیری روش در دسترس بود؛ تعداد ۱۷۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سلامت عمومی، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی و پرسشنامه اضطراب بود. نتایج بررسی پایایی حاکی از آن بود که ابزار پژوهش از پایایی مناسبی برخوردار هستند. یافته‌ها حاکی از آن بود که متغیر تحصیلات با متغیر اضطراب دارای ضریب همبستگی $0.27-$ است که در سطح معنی‌داری $P < 0.01$ معنی‌دار است اما میان متغیرهای پژوهش در گروه‌های زنان و مردان تفاوت معنی‌داری یافت نشد. نتایج بررسی برازش مدل حاکی از آن بود که مدل طراحی شده از برازش مطلوبی با داده‌ها برخوردار است و تحصیلات، خودکارآمدی و اضطراب توانسته‌اند که با میانجی‌گری اضطراب در حدود ۴۰ درصد از تغییرات سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند. در نتیجه از یافته‌های فوق می‌توان در راستای کمک‌های روان‌شناختی و ارتقای سلامت عمومی کادر درمان استفاده نمود.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی، خودکارآمدی، اضطراب، متغیرهای فردی

۱. مرکز تحقیقات پیشگیری سوء مصرف مواد، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

امروزه کرونا ویروس از مهمترین پدیده‌هایی است که به صورت پاندمیک^۱ گریبان‌گیر تمام دنیا شده است. سازمان بهداشت جهانی در تاریخ ۱۱ فوریه ۲۰۲۰، نام رسمی را برای بیماری کرونا ویروس جدید تحت عنوان کووید ۱۹ انتخاب نمود. این ویروس اولین بار در دسامبر سال ۲۰۱۹ در شهر ووهان در مرکز چین شناسایی شد. تنها در مدت زمان یک ماه، بیماری ناشی از این ویروس توسط سازمان بهداشت جهانی یک مسأله اورژانسی مربوط به بهداشت عمومی در نظر گرفته شد و تا مارس ۲۰۲۰ به عنوان بیماری همه‌گیر شناخته شد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). در بینابین گسترش این بیماری عفونی در ۲۰۶ کشور در سراسر جهان، شاغلین بخش مراقبت‌های بهداشتی افراد اصلی درگیر در غربالگری و درمان این بیماری هستند. شیوع این بیماری در سراسر جهان و عوارض و مرگ و میر ناشی از آن، ملت‌ها را از چندین طریق به چالش کشیده است. این بیماری نه تنها بر جمعیت عمومی تأثیر گذاشته است بلکه باعث ایجاد پریشانی جسمانی و روان‌شناختی در کارکنان درمانی جبهه مقدم مبارزه با این بیماری شده است. درک تأثیر روان‌شناختی کووید ۱۹ بر این گروه‌های خط مقدم بسیار مهم است.

در ایران همزمان با شیوع ویروس کووید ۱۹ کادر درمان با افزایش حجم کار شبانه‌روزی و در معرض خطر عفونت برای درمان بیماران مبتلا کووید ۱۹ قرار گرفتند و کار کردن در بخش‌های مجزا، اورژانس‌ها، کلینیک‌های تب‌سنجی، بخش مراقبت‌های ویژه، پوشیدن لباس‌های ویژه محافظت فردی، شرایط تغذیه‌ای خاص به مدت زمان طولانی و احساس منفی ناشی از تحمل اضطراب متداول که توسط کادر درمانی در هنگام بروز همه‌گیری بیماری‌های عفونی تجربه می‌شود و همین‌طور شرایط قرنطینه بعد از اتمام شیفت کاری و دوری از خانواده از جمله مواردی هستند که باعث فرسودگی شغلی کادر درمان می‌شود؛ بنابراین، کمک به سلامت جسمی و روانی کادر درمانی برای ارتقاء عملکرد در درمان بیماران و جلوگیری از ابتلاء به عفونت از ضروریات خواهد بود. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس متغیرهای فردی، خودکارآمدی و اضطراب در کادر درمانی بیماران مبتلا به کووید ۱۹ است. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش به صورت ذیل خواهد بود:

1. Pandemic

مدل پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس متغیرهای فردی، خودکارآمدی و اضطراب در کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ از برازش مطلوبی برخوردار است.

متغیرهای فردی، سلامت عمومی کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ را پیش‌بینی می‌کند.

خودکارآمدی، سلامت عمومی کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ را پیش‌بینی می‌کند.

اضطراب، سلامت عمومی کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ را پیش‌بینی می‌کند.

سلامت عمومی^۱ عبارتست از پاسخ سه‌گانه جسمی، روانی و اجتماعی نسبت به محرک‌های داخلی و خارجی در جهت نگه‌داری ثبات و راحتی (معماریان، ۱۳۹۲). سازمان جهانی بهداشت، سلامت عمومی را بر اساس جنبه‌های زیستی و اجتماعی تعریف می‌کند. به نظر این سازمان، سلامت عمومی در افراد، به معنای استعداد ایجاد روابط موزون با دیگران، شرکت در تغییرات محیط اجتماعی و کمک به تغییرات به شیوه سازنده است. همچنین سلامت عمومی ایجاب می‌کند که بین تمایلات غریزی فرد هماهنگی وجود داشته باشد. بسیاری از صاحب‌نظران مفاهیم بهداشت روانی و سلامت عمومی را به یکدیگر نزدیک می‌دانند؛ اما برخی دیگر آن‌ها را از یکدیگر متمایز می‌سازند و به همین دلیل معتقدند که بهداشت روانی یعنی نگاه داشتن سلامت روانی، ریشه‌کن کردن عوامل بیماری‌زا، پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی و ایجاد زمینه مساعدی برای رشد و شکوفایی شخصیت و استعدادهای نهفته انسان. در حالی که سلامت عمومی حالت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف شده است. با توجه به این تعریف می‌توان گفت برای تامین سلامتی حتما باید جزء روانی آن را در نظر گرفت. سلامت عمومی نه تنها در بر گیرنده نبود اختلالات روانی است بلکه شامل جنبه‌های ارتقا و بهبود وضعیت سلامت روانی نیز می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴).

اضطراب یک احساس منفی شایع است که توسط کادر پزشکی در هنگام بروز همه‌گیری بیماری‌های عفونی تجربه می‌شود (پنگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ به یک عامل استرس‌زا تبدیل شده است؛ به‌ویژه که این یک ویروس جدید است و واکنش ندارد. اضطراب^۳ از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است و حالت ناراحت‌کننده‌ای است که خطری نامعلوم را تداعی می‌کند و در حالت شدید تداوم رفتاری فرد را بر هم زده و از

1. general health

2. Peng

3. anxiety

پاسخ منطقی او جلوگیری می‌کند؛ اضطراب عبارت از یک ناراحتی دردناک ذهنی درباره پیش‌بینی یک تهدید و یا ناخوشی در آینده است. از جمله ویژگی‌های اضطراب، ترس، ناراحتی و پیش‌بینی مشکلی است که راه فرار ندارد و معمولاً همراه با احساس درماندگی در یافتن چاره و راه حل است. فرد مضطرب اغلب از علت اضطراب خویش آگاهی ندارد و نمی‌داند که اضطراب، ناشی از احساس ناامنی درون اوست و یا از موقعیت خارجی است که او ترس خود را در آن می‌افکند (اناری، ۱۳۹۶). راجرز^۱، اضطراب را ناشی از تضاد بین برداشت فرد از خود و تجربه‌هایش می‌داند؛ اریکسون^۲ با تأکید بر آموزش و اعتماد و محبت و احساس امنیت در کودکی معتقد بود، کودکانی که از ابتدا امنیت را تجربه نکرده‌اند در مقابل دیگران با اضطراب و ناامنی رو به رو می‌شوند. اضطراب ماهیتی گسترده دارد و بنا به موقعیت برانگیزنده آن متفاوت است. اضطراب ناشی از مرگ، اضطراب ناشی از بارداری، اضطراب امتحان و سایر موقعیت‌های دیگر زندگی انسان، اضطرابی با ماهیت متفاوت ایجاد می‌کنند و در سبب‌شناسی آن‌ها پیش‌بینی‌کننده‌های متفاوتی وجود دارد. محیط‌های آموزشی نیز همواره برای دانش‌آموزان و دانشجویان چالش‌های خاص خود را به همراه دارند. توانمندی‌های افراد در موقعیت‌های آموزشی می‌تواند نقش مهمی در میزان اضطرابی که تجربه می‌کنند داشته باشند. از جمله می‌توان به تعیین‌کننده‌های فردی مانند ادراک توانمندی، خودکارآمدی و رشد هیجانی اشاره کرد (صیادپور و صیادپور، ۱۳۹۶). توانمندی‌ها و دستاوردهای افراد در موقعیت‌های مختلف می‌تواند نقش مهمی در میزان اضطرابی که تجربه می‌کنند داشته باشند. از جمله توانمندی‌های فردی مانند خودکارآمدی.

همچنین از جمله عواملی که به ارتقای سلامت عمومی نیز منجر می‌شود، خودکارآمدی است. الساری^۳ خودکارآمدی را اعتقاد فرد به داشتن توانایی برای سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به یک هدف خاص تعریف کرده است. به نظر وی یکی از عوامل مهم در ایجاد انگیزه فرد برای اقدام، عقیده او در توانایی‌اش برای اقدام و تأثیرگذاری است (رفیعی‌فر و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از صلحی و همکاران، ۱۳۹۲). خودکارآمدی به عنوان یک مفهوم از مفاهیم یادگیری اجتماعی مطرح شده است و اولین بار در سال ۱۹۹۷ توسط

1. Roger
2. Erikson
3. Olsary

بندورا مطرح شد (آلتو و همکاران، ۱۹۹۷). مفهوم خودکارآمدی، توسط آلفرد بندورا^۱ شکل گرفته است که یکی از جنبه‌های نظریه شناختی اجتماعی اوست (شوارتزر^۲، ۱۹۹۷). عنوان شناختی اجتماعی عنوان مناسبی است که هم به خاستگاه اجتماعی رفتار و هم به بعد شناختی آن توجه دارد (بندورا، ۱۹۸۶؛ نقل از کدیور، ۲۰۰۶). بندورا خودکارآمدی را به‌عنوان یک مفهوم مرکزی ارایه داده که به ادراک توانایی‌ها برای انجام دادن عملی که مطابق میل است اشاره می‌کند. در این دیدگاه رفتار تحت تأثیر نیروهای اجتماعی است ولی نحوه برخورد و چگونگی تأثیرگذاری بر نیروهای اجتماعی در اختیار فرد است؛ بنابراین همان قدر که شرایط محیطی، انسان را شکل می‌دهد انسان نیز موقعیت‌ها را انتخاب می‌کند بر دیگران تأثیر می‌گذارد و از دیگران تأثیر می‌پذیرد (کدیور، ۲۰۰۶). خودکارآمدی، به حس کنترل هر فرد روی محیط و رفتارش وابسته است و باوری شناختی است که تعیین می‌کند آیا رفتار می‌تواند تغییرات لازم را ایجاد کند؟ چه میزان تلاش لازم است؟ و تا کی می‌توان در مقابله با موانع و شکست مقاومت کرد؟ خودکارآمدی به‌طور مستقیم با رفتارهای سالم در ارتباط است و به‌طور غیرمستقیم روی رفتارهای سالم در جهت رسیدن به اهداف تأثیر می‌گذارد. خودکارآمدی روی چالش‌هایی که افراد با آن مواجه می‌شوند اثر می‌گذارد. افراد با خودکارآمدی قوی، اهداف مشکل‌تری را انتخاب می‌کنند؛ آن‌ها روی موقعیت‌ها و شرایط توجه می‌کنند به جای آنکه به موانع اهمیت دهند (شوارتزر و لوتس سینسکا^۳، ۲۰۰۷). روزنبرگ و همکاران (۱۹۸۸) معتقد هستند خودکارآمدی اطمینان‌خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاص احساس می‌کند. این مفهوم، میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. در فرآیند تغییر رفتار، ارتقای خودکارآمدی بسیار قابل اهمیت است. تکرار در عملکرد، ساده کردن و تقسیم نمودن یک کار به مراحل کوچک، می‌تواند در انجام هر مرحله از کار، فرد را خودکفا کند و در نهایت به خودکارآمدی کامل منجر شود. در مورد پژوهش حاضر خودکارآمدی به کادر درمانی کمک می‌کند تا با کار پرخطر و پر فشار رو به رو شوند و به آن‌ها در حفظ وضعیت روحی پایدار کمک می‌کند. خودکارآمدی منجر به افزایش اعتماد به نفس برای انجام کار مناسب می‌شود، و هنگامی که با حمایت‌های اجتماعی همراه می‌شوند، اعضای حرفه پزشکی کمتر از احساس تنهایی رنج

-
1. Bandura
 2. Schwarzer
 3. Luszczyńska

می‌برند و ممکن است خوش‌بین‌تر باشند که این امر مکانیسم‌های مقابله را در هنگام استرس بهبود می‌بخشد (سگرین و پاسالاسکوآ، ۲۰۱۰).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خودکارآمدی با سلامت بیشتر، موفقیت بالاتر و یکپارچگی اجتماعی رابطه دارد. این مفهوم در حیطه‌های مختلفی از قبیل موفقیت تحصیلی، اختلالات هیجانی، سلامت انتخاب شغل و تغییرات اجتماعی سیاسی کاربرد دارد (شوارتزر و فاجس، ۱۹۹۶). جورسالم و میتاگ^۲ (۱۹۹۵) نشان دادند که خودکارآمدی عمومی با خوش‌بینی و انگیزه پیشرفت همبستگی مثبت و با اضطراب، افسردگی و روان‌آزردگی، همبستگی منفی دارد. سیوکا چنگک و استفان^۳ (۲۰۰۰) نشان دادند که افزایش خودکارآمدی، بهبود سلامت روان را به دنبال دارد. شوارتزر و لوتس سینسکا (۲۰۰۷) نشان دادند که آزمون خودکارآمدی شوارتزر با اضطراب، افسردگی، استرس، فرسودگی روانی و شکایات جسمانی همبستگی منفی و با اعتماد به نفس همبستگی مثبت دارد. همچنین در تحقیق اوگون‌یمی و مابکوجه^۴ (۲۰۰۷) رابطه خودکارآمدی با اضطراب، افسردگی و نشانه‌های مرضی جسمانی منفی گزارش شده است. پژوهش خوشنویسان و افروز (۱۳۹۰) نشان داد که بین خودکارآمدی، افسردگی، اضطراب، استرس و نمره کل این مقیاس همبستگی معکوس وجود دارد. یافته‌های بندورا و همکاران (۱۹۹۷)، اوگون‌یمی و مابکوجه (۲۰۰۷)، شوارتزر و فاجس (۱۹۹۶)، جورسالم و میتاگ (۱۹۹۵)، شوارتزر و لوتس سینسکا (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که رابطه منفی بین خودکارآمدی با استرس، افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبتی بین خودکارآمدی و سلامت روان وجود دارد.

اسپورتی^۵ (۲۰۲۰) مطالعه‌ای را با هدف مرور ادبیات در مورد مشکلات بهداشت روان شاغلین در مراقبت‌های بهداشتی^۶ (HCW) در طول دوره بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ انجام داد. جستجوی ادبیات در پژوهش وی در پایگاه‌های داده‌های پاب‌مد^۷، گوگل اسکولار^۸،

1. Segrin, C., & Passalacqua
2. Jerusalem & Mittag
3. Siu-kau cheng & Stephen
4. Ogunyemi & Mabekoj
5. Spoorthy
6. health care workers
7. PubMed
8. Google Scholar

کتابخانه کوکران^۱ و Embase. در ۴ ماه (ژانویه ۲۰۲۰ تا آوریل ۲۰۲۰) نشان داد که تحقیقات مورد نظر بر ارزیابی چندین جنبه از سلامت روان متأثر از کووید ۱۹ در ارزیابی شاغلین بخش مراقبت‌های بهداشتی متمرکز بودند. متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل متغیرهای جنسیت، تخصص، سن، محل کار، گروه کاری و متغیرهای روان‌شناختی مانند حمایت اجتماعی ضعیف، خودکارآمدی با افزایش استرس، اضطراب، علائم افسردگی، بی‌خوابی در شاغلین بخش مراقبت‌های بهداشتی همراه بود. شواهد رو به افزایشی وجود داشت که نشان می‌داد کووید ۱۹ می‌تواند یک عامل خطر پیش‌بین برای استرس در شاغلین بخش مراقبت‌های بهداشتی باشد. وی اشاره می‌دارد با وجود باقی ماندن پرسنل مدیریت بحران، شاغلین بخش مراقبت‌های بهداشتی، خود در برابر پیامدهای روانی ناشی از کووید ۱۹ مصون نیستند. در بین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی نیز، شاغلین خط مقدم که در برخورد مستقیم با این بیماران قرار دارند، بیشتر از سایرین در معرض خطر هستند. دلایل چنین پیامدهای روانی نامطلوب در آن‌ها، شامل کار بیش از حد / ساعت کاری زیاد، تجهیزات محافظت شخصی ناکافی، احساس عدم حمایت مناسب و غیره است (کای و همکاران، ۲۰۲۰؛ تام و همکاران، ۲۰۰۴؛ لی و همکاران، ۲۰۱۸؛ استیرا و همکاران، ۲۰۰۸). یکی دیگر از دلایل مهم چنین تأثیر روانی، میزان عفونت در کارکنان پزشکی است. جابجایی ناگهانی نقش از شاغلین بخش مراقبت‌های بهداشتی به بیمار ممکن است منجر به سرخوردگی، ناتوانی، مسائل مربوط به تطابق، ننگ، ترس از تبعیض در کادر پزشکی و غیره شود (رانا و همکاران، ۲۰۲۰). علیرغم میزان مرگ و میر کم ۲ درصد، ویروس کووید ۱۹ از سرعت انتقال بالایی برخوردار است (مهاز، ۲۰۲۰). ادبیات منتشر شده در هنگام شیوع سارس^۲ تقریباً بیش از یک دهه پیش نشان داد که احتمال ابتلا شاغلین بخش مراقبت‌های بهداشتی در این دوره‌ها به خطر اضطراب، افسردگی و استرس بیشتر است (وو و همکاران، ۲۰۰۵). یافته‌های متضادی توسط لیانگ و همکاران (۲۰۲۰) و لای و همکاران (۲۰۲۰) در مورد شاغلین خط مقدم و میزان اضطراب و علائم افسردگی نشان داده شد. لیانگ یی و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که بین نمرات اضطراب و افسردگی بین کارکنان بخش مرتبط با کووید ۱۹ و سایر بخش‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در حالی که در مطالعه لی و همکاران (۲۰۲۰) کارکنان بهداشت و درمان خط مقدم و کسانی که در وهان کار می‌کنند، اضطراب شدید، علائم افسردگی،

1. Cochrane Library
2. SARS

بی‌خوابی و نمرات بالاتری را گزارش کردند. همچنین همین مطالعه نشان داد که پرستاران در مقایسه با پزشکان اضطراب، افسردگی و اضطراب بیشتری دارند. کای و همکاران (۲۰۲۰) همچنین گزارش داد که پرستاران نسبت به سایر متخصصان احساس اضطراب بیشتری می‌کنند.

در خصوص متغیرهای روان‌شناختی شیائو و همکاران (۲۰۲۰) نقش حمایت اجتماعی در کارکنان پزشکی را مورد مطالعه قرار داده و به دنبال ارتباط آن با خودکارآمدی، کیفیت خواب، درجه اضطراب و استرس بودند. نتایج حاکی از آن بود که حمایت اجتماعی به کارکنان پزشکی موجب کاهش اضطراب و استرس و افزایش خودکارآمدی آنها شده است. اما هیچ ارتباطی بین حمایت اجتماعی و کیفیت خواب مشاهده نشد (شیائو و همکاران، ۲۰۲۰). طبق گفته‌های کای و همکاران (۲۰۲۰) نگرانی از ایمنی شخصی، نگرانی برای خانواده‌های آنها و نگرانی از مرگ و میر بیماران از عوامل مهم تحریک کننده استرس در کادر پزشکی بود. لای و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه‌ای را از ۳۴ بیمارستان در چین انجام دادند، نتایج آنها حاکی از آن است که سه چهارم از ۱۲۵۷ نفر از شاغلین بخش مراقبت‌های بهداشتی در پریشانی بودند، نیمی از شرکت کنندگان علائم افسردگی و یک سوم آنها بی‌خوابی و دو پنجم از آنها علائم اضطراب گزارش شده است. در مطالعه‌ای که در هند انجام شده است، نتایج ترس‌ها و نگرانی‌های شخصی خاصی را در رابطه با چندین عامل روشن ساخت. این افراد احتمال ابتلا به عفونت، ایزوله یا قرنطینه اعضای خانواده و سایر کارکنان در معرض خطر، ترس از استفاده نادرست از وسایل محافظت شخصی و ترس از مشکلات بیمه درمانی هستند. راه‌حل‌های ممکن پیشنهادی این مطالعه افزایش نیروی انسانی و آگاهی بهتر جامعه برای کاهش احساس برچسب زدن است (موهیندرا^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

کانگ و همکاران (۲۰۲۰) گزارش دادند که میزان تماس با موارد تأیید شده یا مشکوک به بیماری و دسترسی به منابع روان‌شناختی با میزان اختلالات سلامت روان مرتبط است. میزان تماس با موارد تأیید شده به بیماری مستقیماً با اختلالات سلامت روان ارتباط داشت؛ در حالی که دسترسی به کمک‌های روان‌شناختی به طور معکوس با اختلالات سلامت روان مرتبط است. ادراک جسمی سلامت جسمی نیز در شرکت کنندگان با مشکلات بهداشت روان بالاتر، ضعیف‌تر بود. افراد کادر پزشکی و پرستاری با سطح بالاتری از مشکلات

بهداشت روان، علاقه بیشتری به مهارت‌های خودایمنی داشتند و تمایل بیشتری را برای دریافت کمک‌های روان‌درمانی و روانپزشکی نشان دادند. افراد دارای اختلالات خفیف‌تر، ترجیح می‌دادند چنین خدماتی را از منابع رسانه‌ای به دست آورند، در حالی که کارکنان با مشکلات جدی‌تر ترجیح می‌دادند به طور مستقیم از متخصصین روان‌درمانی خدمات را دریافت کنند (کانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

مطالعات نشان می‌دهد که شاغلین بخش مراقبت‌های بهداشتی به دلیل بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ با استرس، اضطراب، افسردگی و بی‌خوابی روبه‌رو هستند. گروه‌های ویژه کووید ۱۹ که مسئولیت مشکلات سلامت روان را بر عهده دارد فعالیت‌هایی شامل گمانه‌زنی‌ها در مورد نحوه انتقال آن، سرعت انتشار و عدم وجود پروتکل‌های درمانی قطعی یا واکسن را بر عهده دارد. در مقایسه با شیوع سارس، ارتباط گسترده جهانی و پوشش گسترده رسانه‌ها منجر به واکنش‌های فاجعه‌آمیز ثانویه به شیوع آن می‌شود (تنگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ هو و همکاران، ۲۰۲۰). تحقیقات در گذشته نشان داده بود که همه‌گیری‌ها می‌توانند اثرات روانی شدید و متغیری را بر روی افراد ایجاد کنند. در جمعیت عمومی، این می‌تواند منجر به بروز علائم جدید روان‌پزشکی یا وخیم‌تر شدن بیماری‌های موجود شود. صرف نظر از قرار گرفتن در معرض افراد آلوده یا آلوده بودن خود افراد، ترس از بیمار شدن یا فوت شدن، نگرانی یا اضطراب بیش از حد، ناتوانی و تمایل به سرزنش سایر افراد بیمار را ایجاد کند. بیماری‌های روانپزشکی که در افراد ایجاد می‌شود شامل افسردگی، اضطراب، حملات هراس، علائم جسمی و علائم اختلال استرس پس از سانحه، هذیان، روان‌پریشی و حتی خودکشی است (هال و همکاران، ۲۰۰۸؛ مولر، ۲۰۱۴؛ سیم و همکاران، ۲۰۱۰).

پژوهش کای و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان معتقدند که وظیفه اجتماعی و حرفه‌ای برای ادامه کار در ساعات طولانی دارند. پرسنل پزشکی نسبت به ایمنی و امنیت خانواده‌های خود مضطرب بودند و اثرات روانی را از گزارش مرگ و میر ناشی از عفونت کووید ۱۹، گزارش می‌دادند. در دسترس بودن دستورالعمل‌های دقیق کنترل عفونت، تجهیزات تخصصی، اشراف به تلاش‌های آن‌ها توسط مدیریت بیمارستان و دولت و کاهش موارد گزارش شده از کووید ۱۹ بهبود روان‌شناختی را فراهم می‌آورد. نتایج نشان داد که مهمترین عنصر، مسئولیت اجتماعی و اخلاقی آن‌هاست که باعث می‌شود آن‌ها در حین شیوع، به کار خود ادامه دهند و پزشکان بالاترین میانگین

امتیاز را داشتند. همچنین پرستاران نگرانی بیشتری راجع به جبران هزینه مالی اضافی در حین یا بعد از وقوع بیماری هنگام مقایسه با سایر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی داشتند. با این حال، کارکنان پرستاری هنگام مقایسه با سایر گروه‌ها نیز عصبی و مضطرب‌تر بودند. پزشکان از اضافه کاری در هنگام شیوع کووید ۱۹ نسبت به سایر کارمندان مراقبت‌های بهداشتی ناراضی بودند. عوامل اصلی مرتبط با استرس نگرانی در مورد ایمنی شخصی، نگرانی برای خانواده‌هایشان، و نگرانی از مرگ و میر بیمار بود. کادر پزشکی در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال بیشتر از آلوده کردن خانواده‌های خود نسبت به سایر گروه‌ها نگران بودند؛ کارکنان بالای ۵۰ سال با دیدن بیماران خود احساس استرس بیشتری کردند. نگرانی در مورد ایمنی خود نیز عامل مهمی در اضطراب در کارکنان پزشکی به‌ویژه در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بود. عدم دسترسی به لباس‌های محافظ و فرسودگی ناشی از افزایش مدت زمان کار نیز در کارکنان مسن به طور معنی‌داری افزایش یافته بود. ایمنی خانواده بیشترین تأثیر را در کاهش استرس کارکنان نشان داد، اگرچه در جنسیت‌های مختلف تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. با این حال، عواملی مانند راهنمایی صحیح و اقدامات حفاظتی مؤثر برای پیشگیری از انتقال بیماری، اضطراب بیشتر کارکنان زن را کاهش داد. نگرش مثبت همکاران نیز در کاهش اضطراب کارکنان در هنگام بروز بیماری مؤثر بود.

اگرچه گزارش‌های اخیر نشان داده‌اند که ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ علائم خفیف داشته و بهبود می‌یابند و میزان مرگ و میر تا ۲ درصد است اما به دلیل سرعت بالای انتقال، میزان مرگ و میر کل کووید ۱۹ بیشتر از آمار ترکیبی مرگ و میر سارس و مرس است (ماهاسه^۱، ۲۰۲۰). پری و همکاران^۲ گزارش کردند که میزان عفونت کارکنان پزشکی در حین شیوع سارس و مرس به ترتیب به ۲۱ درصد و ۱۸/۶ درصد رسیده است که منجر به عوارض جانبی روانی، از جمله اضطراب و افسردگی شده است (پری و همکاران، ۲۰۲۰). کارمندان پزشکی در اثر بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ در چین آلوده شده‌اند و درگذشتند، هیچ درمانی برای این عفونت وجود ندارد و هیچ واکسن ایجاد نشده است. همه این عوامل در افزایش استرس روانی کارکنان پزشکی خط مقدم در چین، که ممکن است عواقب فوری یا طولانی‌روانی داشته باشد مؤثر است که ممکن است دارای عوارض حاد یا مزمن جسمانی باشد که منجر به شرایطی مانند آریتمی قلبی و انفارکتوس میوکارد می‌شود؛ با این وجود،

1. Mahase
2. Peeri

مطالعات اندکی صورت گرفته است که راهکارهای مقابله‌ای را که کارکنان پزشکی خط مقدم می‌توانند در طول بیماری‌های همه‌گیر استفاده کنند، بررسی کرده‌اند. قبلاً نشان داده شده است که خصوصیات شخصیتی مانند خوش‌بینی، تاب‌آوری و نوع‌دوستی تأثیرات مثبتی در کاهش استرس روان‌شناختی می‌گذارد (پارک^۱ و همکاران، ۲۰۱۸).

کانگ و همکاران (۲۰۲۰) بیان داشتند که مددکاران پزشکی که در ووهان حضور دارند با فشارهای زیاد رو به رو شدند، از جمله خطر بالای عفونت و محافظت ناکافی از آلودگی، کار بیش از حد، سرخوردگی، تبعیض، انزوا، بیماران مبتلا به احساسات منفی، عدم تماس با خانواده‌ها و خستگی، وضعیت شدید باعث ایجاد مشکلات سلامت روان مانند استرس، اضطراب، علائم افسردگی، بی‌خوابی، انکار، عصبانیت و ترس می‌شود. این مشکلات بهداشت روان نه تنها بر توجه، درک و توانایی تصمیم‌گیری کارکنان پزشکی تأثیر می‌گذارد، که ممکن است مانع مبارزه با کووید ۱۹ شود، همچنین می‌تواند تأثیر ماندگاری در بهزیستی کلی آن‌ها داشته باشد. از این رو محافظت از سلامت روانی این کارکنان پزشکی برای کنترل بیماری همه‌گیر و سلامت طولانی مدت آن‌ها مهم است. لی و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که بخش قابل توجهی از کارمندان مراقبت‌های بهداشتی علائم افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی و پریشانی را تجربه کرده‌اند؛ به‌ویژه زنان، پرستاران و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی مقدم، و افرادی که به طور مستقیم در تشخیص، معالجه و یا ارائه مراقبت‌های پرستاری برای بیماران مشکوک یا تأیید شده کووید ۱۹ مشغول‌اند. آن‌ها همچنین اذعان داشتند که در بین شاغلین بخش مراقبت‌های بهداشتی چینی که در معرض کووید ۱۹ قرار دارند، زنان، پرستاران و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی خط مقدم، خطر ابتلا به پیامدهای نامطلوب بهداشت روانی را دارند و ممکن است نیاز به حمایت روانی یا مداخلات داشته باشند. آن‌ها نشان دادند بخش قابل توجهی از شرکت‌کنندگان علائم افسردگی (۵۰/۴ درصد)، اضطراب (۴۴/۶ درصد)، بی‌خوابی (۳۴ درصد) و پریشانی (۷۱/۵ درصد) را گزارش کردند. پرستاران، زنان و کارکنان مراقبت‌های مقدم نسبت به سایر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی دارای شدیدترین میزان علائم سلامت روانی را دارا بودند (به‌عنوان مثال، نمرات پرسشنامه سلامتی بیمار در مورد پزشکان در مقابل پرستاران: ۴/۹ درصد در مقابل ۷/۱ درصد). میانگین نمرات مقیاس اختلال اضطراب عمومی در بین مردان در مقابل زنان (۳/۴

درصد در مقابل ۵/۸ درصد) میانگین شاخص شدت بی‌خوابی در بین شاغلین خط مقدم در مقابل شاغلین خط دوم ۱/۷ درصد در مقابل ۰/۴ درصد.

مطالعه ژیا و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از آن بود که سطح حمایت اجتماعی از کادر پزشکی با خودکارآمدی و کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری داشت و با درجه اضطراب و استرس رابطه منفی داشت. سطح اضطراب به‌طور معناداری با سطح استرس همراه بود، که بر خودکارآمدی و کیفیت خواب تأثیر منفی گذاشت. اضطراب، استرس و خودکارآمدی متغیرهای واسطه‌ای با حمایت اجتماعی و کیفیت خواب بودند. یافته‌ها نشان داد که کادر پزشکی در چین که در طول ژانویه و فوریه ۲۰۲۰ با بیماران مبتلا به عفونت کووید ۱۹ روبه‌رو بودند، دارای اضطراب، استرس و خودکارآمدی بودند که به کیفیت خواب و حمایت اجتماعی وابسته بودند. بنابراین با توجه به مبانی نظری و بررسی ادبیات پژوهش مشخص است که توجه به سلامت عمومی کادر درمان که به عنوان سربازان خط مقدم مبارزه با بیماری کووید ۱۹ جان بر کف ایستاده‌اند موضوعی است که پژوهش‌های متعددی را می‌طلبد تا در راستای شناسایی عوامل ارتقای سلامت عمومی ایشان تلاش گردد.

روش

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس متغیرهای فردی، خودکارآمدی و اضطراب در کادر درمان (دانشجویان شاغل به عنوان کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ و غیر دانشجویان) در شهر کرمانشاه انجام شد. این پژوهش یک مطالعه توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ در شهر کرمانشاه بود و نمونه شامل کادر درمانی سه بیمارستان درگیر به بیماری کووید ۱۹ بود؛ روش نمونه‌گیری روش در دسترس بود. و تعداد ۱۷۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل کادر درمانی که از تاریخ مارس ۲۰۱۹ در مراکز درمانی بیماران کووید ۱۹ شاغل بودند و معیارهای خروج شامل کادر درمانی فاقد سابقه کار در این مراکز بود، به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل: (۱) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، (۲) پرسشنامه سلامت عمومی، (۳) پرسشنامه خودکارآمدی (۴). بخش اضطراب پرسشنامه داس بود. برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی و تحلیل مسیر استفاده شد.

پرسشنامه سلامت عمومی: پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی توسط عبادی و همکاران در سال ۱۳۸۱ بررسی شد؛ شیوه نمره گذاری پرسشنامه بین صفر (وضعیت

مطلوب) تا ۱۲ (وضعیت نامطلوب) متغیر است؛ برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتیجه برابر با ۰/۸۷ بود. روایی پرسشنامه نیز با استفاده از روش مقایسه گروه‌های شناخته‌شده مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج آزمون تحلیل واریانس در بررسی وضعیت کلی کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر گروهی نماینگر تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای بین گروه‌ها بود؛ به این صورت که افراد دارای وضعیت بهتر کیفیت زندگی در نمرات پایین‌تری کسب کرده بودند؛ از سوی دیگر افراد دارای کیفیت زندگی خیلی بد تا بد به‌صورت معنی‌داری در پرسشنامه سلامت عمومی نمره بالایی کسب کرده بودند؛ همچنین یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به اعتباریابی و بررسی ساختار عاملی پرسشنامه سلامت عمومی در دانشجویان پرداختند؛ یافته حاکی از آن بود که تحلیل عاملی تأییدی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی ساختار عاملی این پرسشنامه را تأیید کرد؛ ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۲ ضریب تصنیف و اسپیرمن بروآن ۰/۹۱ به دست آمد. اعتبار سازه و ضریب اعتبار به دست آوردن نشان می‌دهد که این پرسشنامه برای غربالگری آسیب‌شناسی روانی در دانشجویان مناسب است. در پژوهش تقریبی و همکاران (۱۳۹۳) نیز پایایی آن را مورد تأیید قرار دادند. جهت تعیین روایی از روایی همزمان بررسی و تأیید شد. در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ نشان داد که ضریب آلفا برابر با ۰/۸۴ که مقدار مناسبی است.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: پرسشنامه خودکارآمدی در سال ۱۹۷۹ توسط شوآرتزر و جروسلم طراحی شد. این پرسشنامه مقیاس خودکارآمدی عمومی است. نحوه امتیازدهی بر اساس رتبه‌بندی چهار درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ است و نمرات بین ۱۰ تا ۲۰ به عنوان خودکارآمدی پایین، ۲۱-۳۰ خودکارآمدی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۰ به عنوان خودکارآمدی بالا در نظر گرفته شده است (شوآرتزر، ۲۰۰۰، به نقل از معینی، ۲۰۰۷). غلامرضا رحیمی در سال ۱۳۸۵ به بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی پرداخت؛ ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد؛ همچنین ضریب روایی همزمان برای مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی و مقیاس عزت نفس ۰/۳ برآورد شد که معنادار بودند؛ بنابراین نشان داده شد که مقیاس ۱۰ سوالی خودکارآمدی عمومی را می‌توان در پژوهش‌های روان‌شناختی و موقعیت‌های به‌کار گرفت. همچنین دلاور و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس خودکارآمدی

عمومی در کارکنان دانشگاه پرداختند؛ محققان پیشنهاد کردند که خودکارآمدی عمومی به‌طور قابل ملاحظه‌ای می‌تواند به‌طوری سازمان تحقیق و عمل کمک کند. یافته‌ها نشان داد که نتایج تحلیل عاملی و روش مولفه‌های اصلی ساختار پرسشنامه را تایید کرد؛ در پژوهش حاضر محاسبه پایایی با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ نشان دارد که ضریب آلفا برابر با ۰/۹۲ است که مقدار مناسبی است.

مقیاس اضطراب پرسشنامه افسردگی، اضطراب و فشار روانی: سیامک سامانی و بهرام جوکار در سال ۱۳۸۶ به بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی اضطراب و فشار روانی^۱ پرداختند در این مقیاس هر عامل روانی توسط هفت سال مورد ارزیابی قرار می‌گیرد؛ سوالات این مقیاس به صورت مدرج ۴ درجه‌ای (کاملاً شبیه من = ۳، شبیه من = ۲، متفاوت از من = ۱ و کاملاً متفاوت از من = ۰) اندازه‌گیری می‌شود. در خصوص بررسی روایی همگرا و واگرا مقیاس مورد نظر با ابزاری از جمله پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه چند بعدی سلامت روانی استفاده شد. نتایج بررسی اعتبار به شیوه آزمون و با آزمون نیز سبب تأیید اعتبار مقیاس افسردگی اضطراب و فشار روانی بود. همچنین در مورد ضریب آلفای کرونباخ نیز نتایج حاکی از تأیید ضریب آلفا بود. مجموعه نتایج حاصل از این بررسی نتیجه نشانگر کیفیتی مناسب برای استفاده در ایران بود؛ در خصوص پژوهش حاضر به جهت هدف پژوهش بخش اضطراب پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت و محاسبه پایایی با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ نشان دارد که ضریب آلفا برابر با ۰/۷۹ است که مقدار مناسبی است.

نتایج

در خصوص شرکت کنندگان در پژوهش نتایج به این صورت بود که از بین شرکت کنندگان در پژوهش ۹۶ نفر (۶۰/۴ درصد) زن و ۶۱ نفر (۳۸/۴ درصد) مرد بودند (۱۳ نفر بدون پاسخ)؛ میانگین سنی برابر با ۳۵/۲۹ سال، میانه برابر با ۳۴ سال و مد برابر با ۳۲ سال بود، انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در پژوهش برابر با ۷/۴۸ بود. در خصوص تحصیلات شرکت کنندگان در پژوهش یافته‌ها حاکی از آن بود که ۱۰ نفر (۶/۳ درصد) از شرکت کنندگان دارای تحصیلات دیپلم، ۴ نفر (۲/۵ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۹۷ نفر

(۶۱ درصد) در مقطع لیسانس و ۴۶ نفر (۲۸/۹ درصد) نیز در مقطع فوق لیسانس بودند. در خصوص سابقه کاری نیز یافته‌ها به این صورت بود که میانگین سابقه کاری برابر با ۳/۷۹ سال، میانه برابر با ۴ سال، مد برابر با ۵ سال و کمترین و بیشترین سابقه کاری برابر با ۱ سال و ۵ سال بود. نتایج بررسی توصیفی ابزار اندازه‌گیری به این صورت بود که در مورد پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی کمترین و بیشترین نمره به دست آمده به ترتیب برابر با ۲ و ۳۲ و میانگین و انحراف استاندارد پرسشنامه سلامت عمومی به ترتیب برابر با ۱۸/۵۷ و ۶/۴۳ بود؛ در مورد پرسشنامه خودکارآمدی کمترین و بیشترین نمره به ترتیب برابر با ۰ و ۳۰ و میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برابر با ۱۶/۸۹ و ۷/۳۰ بود. در مورد پرسشنامه اضطراب، کمترین و بیشترین داده به ترتیب برابر با ۰ و ۱۶ و میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برابر با ۵/۲۶ و ۴/۰۹ بود. جهت بررسی فرضیات پژوهش لازم بود که توزیع متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گیرد؛ نتیجه بررسی توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف حاکی از آن بود که توزیع تمامی متغیرها از توزیع نرمال تبعیت می‌کند. (در مورد تمامی متغیرها $p > 0/05$).

جدول ۱. ضریب همبستگی متغیرهای فردی و روان‌شناختی

	سلامت عمومی	خودکارآمدی	اضطراب
تحصیلات	۰/۰۹	۰/۰۸	-۰/۲۷**
سابقه کاری	۰/۰۰۱	-۰/۰۶	-۰/۰۱
سن	۰/۰۰۶	۰/۰۴	-۰/۰۲

نتایج همبستگی بین متغیر تحصیلات، سابقه کاری و سن با متغیرهای پژوهش حاکی از آن بود که تنها متغیر تحصیلات با متغیر اضطراب دارای ضریب همبستگی $-0/27$ است که در سطح $0/01$ معنی‌دار است.

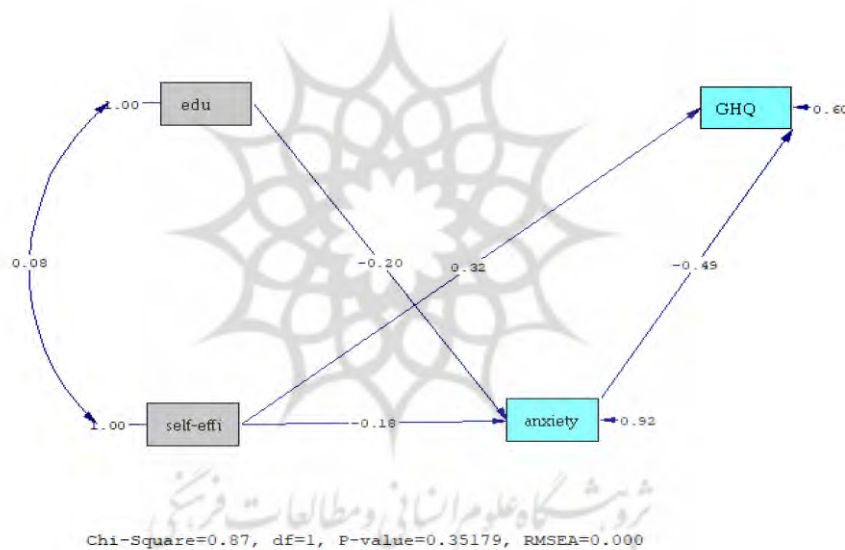
جدول ۲. جدول ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

	سلامت عمومی	خودکارآمدی	اضطراب
سلامت عمومی	۱	۰/۴۱۹**	-۰/۵۵**
خودکارآمدی		۱	-۰/۱۸۸*
اضطراب			۱

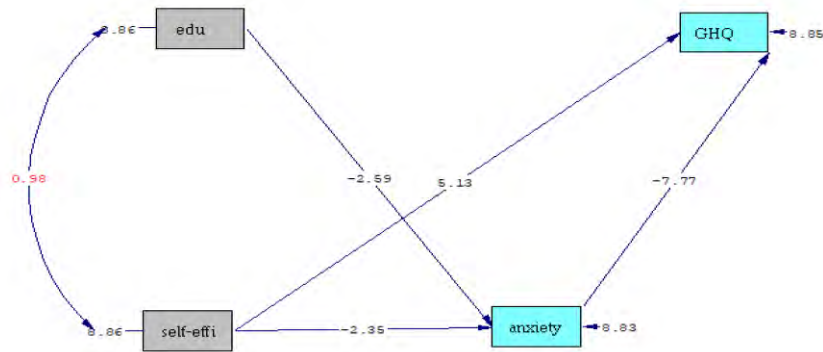
نتایج بررسی ضریب همبستگی نشان داد که متغیرهای پژوهش دارای همبستگی معنی‌داری با یکدیگر هستند. ضریب همبستگی بین متغیر سلامت عمومی و خودکارآمدی برابر با $0/41$

($p < 0/01$)، ضریب همبستگی بین سلامت عمومی با اضطراب برابر با $-0/55$ ($p < 0/01$) و ضریب همبستگی بین خودکارآمدی و اضطراب برابر با $-0/18$ ($p < 0/05$) بود. در ادامه با استفاده از نرم افزار *lisrel 8.8* به بررسی مدل پیش‌بینی سلامت عمومی با استناد به ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش پرداخته شده است. از بین متغیرهای فردی، متغیر تحصیلات توانست که با متغیرهای روان‌شناختی همبستگی معنی‌داری را برقرار کند بنابراین وارد مدل شد.

- مدل پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس متغیرهای فردی، خودکارآمدی و اضطراب در کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ از برازش مطلوبی برخوردار است.



شکل ۱. مدل ضرایب استاندارد



Chi-Square=0.87, df=1, P-value=0.35179, RMSEA=0.000

شکل ۲. مدل مقادیر تی

جهت بررسی برازش داده‌ها با مدل پژوهش از شاخص‌های برازش استفاده شده است. برازش مدل این‌گونه تعریف شده است: «برازش مدل، میزان انطباق واریانس و کواریانس نمونه را با مدل معادلات ساختاری تعیین می‌کند». از معیارهای بررسی برازش مدل معنی‌داری آماری هر یک از پارامترهای برآورد شده برای مسیرها در مدل است که معمولاً در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تعیین می‌شود (شوماخر و لومکس، ۱۳۸۸). معیار دیگر، شاخص‌های برازش^۱ مدل هستند. هرچند فهرست دقیق و مورد توافقی از شاخص‌های برازش مدل و استانداردهای لازم در هنگام آزمون مدل وجود ندارد، پژوهشگران معمولاً این معیارهای برازش متداول را در نظر می‌گیرند: کای اسکور^۲ (χ^2)، نیکویی برازش^۳ (GFI)، شاخص برازش تطبیقی^۴ (CFI)، شاخص برازش هنجار شده^۵ (NFI)، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۶ (RMSEA). نقطه برش مناسب معیارهای برازش، در نشریات مختلف متفاوت است. تعیین یک نقطه برش خاص برای هر معیار برازش مشکل است، زیرا در موقعیت‌های

1. Fit indexes
2. Chi-square
3. Goodness-of-fit index
4. Comparative Fit Index
5. Normed Fit Index
6. Root Mean Square Error of Approximation

مختلف به صورت یکسان و به خوبی عمل نمی‌کند (هیو و بنتلر، ۱۹۹۹). بر اساس معیارهای متداول، هر مدلی با معیار برازش بالاتر از ۰/۹۰ به عنوان مدلی قابل قبول پذیرفته می‌شود.

جدول ۳. جدول شاخص‌های برازش

شاخص	مجدور	سطح	درجه	ریشه خطای	شاخص	شاخص	شاخص	شاخص
عنوان آماری	X ²	P	Df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI
حد مطلوب	غیر معنادار			۰/۰۸۵	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹
برآورد	۰/۸۶	۰/۳۵۳	۱	۰۰/۰	۱	۰/۹۷	۱	۰/۹۹

نتایج جدول شاخص‌های برازش مدل نشان می‌دهد که تمامی از مقادیر مطلوبی برخوردار هستند؛ در نهایت این طور نتیجه گرفته می‌شود که مدل پیش‌بینی سلامت عمومی از برازش قابل قبولی برخوردار است. بر این اساس فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه مدل پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس متغیرهای فردی، خودکارآمدی و اضطراب در کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ از برازش مطلوبی برخوردار است تأیید می‌شود. اما در ادامه به بررسی مقادیر ضرایب مسیر (مستقیم، غیرمستقیم کل) پرداخته شده است.

جدول ۴. جدول ضرایب

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل
اضطراب -> سلامت عمومی	-۰/۴۹(-۷/۷۵)	-۰/۴۹(-۷/۷۵)	-۰/۴۹(-۷/۷۵)
خودکارآمدی -> سلامت عمومی	۰/۳۲(۵/۱۱)	۰/۰۹(۱/۲۵)	۰/۴۱(۵/۷)
تحصیلات -> اضطراب	-۰/۲(-۲/۵۸)	-۰/۲(-۲/۵۹)	-۰/۲(-۲/۵۹)
خودکارآمدی -> اضطراب	-۰/۱۸(-۲/۳۴)	-۰/۱۸(-۲/۳۵)	-۰/۱۸(-۲/۳۵)
تحصیلات -> سلامت عمومی	۰/۱(۲/۴۶)	۰/۱(۲/۴۶)	۰/۱(۲/۴۶)

- متغیرهای فردی، سلامت عمومی کادر درمانی بیماران ۱۹ (COVID-) را پیش‌بینی می‌کند.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که متغیر تحصیلات دارای اثر غیرمستقیم و کل ۰/۱ بر سلامت عمومی است که در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ از نظر آماری معنی‌دار است. (اثر مستقیم معنی‌دار نبود و حذف شد) بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. اما نتایج جانبی تحقیق نشان داد که تحصیلات دارای اثر مستقیم ۰/۲- بر اضطراب است که در سطح معنی‌داری $p < 0/01$ از نظر آماری معنی‌داری است.

• خودکارآمدی، سلامت عمومی کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ را پیش‌بینی می‌کند.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که متغیر خودکارآمدی دارای اثر مستقیم ۰/۳۲ بر سلامت عمومی است که در سطح معنی‌داری $p < 0/01$ معنی‌دار است؛ اما اثر غیرمستقیم (۰/۰۹) معنی‌دار نبود و اثر کل نیز برابر با مقدار ۰/۴۱ بود که در سطح معنی‌داری $p < 0/01$ معنی‌دار است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. اما نتایج جانبی تحقیق نشان داد که خودکارآمدی دارای اثر مستقیم ۰/۱۸- بر اضطراب است که در سطح معنی‌داری $p < 0/01$ از نظر آماری معنی‌داری است.

• اضطراب، سلامت عمومی کادر درمانی بیماران کووید ۱۹ را پیش‌بینی می‌کند. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که متغیر اضطراب دارای اثر مستقیم ۰/۴۹- بر سلامت عمومی است که در سطح معنی‌داری $p < 0/01$ معنی‌دار است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۵. میزان واریانس تبیین شده

متغیر	درصد واریانس
سلامت عمومی	۴۰ درصد
اضطراب	۸ درصد

همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که مدل توانسته است ۴۰ درصد از تغییرات سلامت عمومی را پیش‌بینی کند. در ادامه به مقایسه سلامت عمومی، خودکارآمدی و اضطراب بین گروه‌های زنان و مردان پرداخته شده است. نتایج بررسی توصیفی حاکی از آن بود که میانگین و انحراف استاندارد سلامت عمومی در زنان به ترتیب برابر با ۱۸/۶۹ و ۵/۸۶ و در مردان به ترتیب برابر با ۱۸/۳۶ و ۷/۳۸ بود؛ میانگین و انحراف استاندارد خودکارآمدی در زنان به ترتیب برابر با ۱۶/۸۲ و ۶/۶۸ و در مردان به ترتیب برابر با ۱۷/۵۵ و ۷/۷۴ بود؛ میانگین و انحراف استاندارد اضطراب در زنان به ترتیب برابر با ۵/۶ و ۳/۹۴ و در مردان به

ترتیب برابر با ۴/۸۶ و ۴/۲۹ بود؛ جهت بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شده است که نتایج در جدول ذیل قابل مشاهده است.

جدول ۶. جدول آزمون تی مستقل

		آزمون تی مستقل				آزمون لوین			
حد بالا	حد پایین	خطای استاندارد تفاوت	میانگین تفاوت	sig	Df	t	sig	F	
									همسانی واریانس
۲/۴۳	-۱/۷۶	۱/۰۶	۰/۳۳۷	۰/۷۵۲	۱۵۵	۰/۳۱۷	۰/۰۳۸	۴/۴۰۳	سلامت عمومی
									عدم همسانی واریانس
۲/۵۵	-۱/۸۸	۱/۱۱	۰/۳۳۷	۰/۷۶۴	۱۰۶/۸۴	۰/۳۰۱			
									همسانی واریانس
۱/۵۶	-۳/۰۳	۱/۱۶	-۰/۷۳۴	۰/۵۲۹	۱۵۵	-۰/۶۳	۰/۲۹۹	۱/۰۸۴	خودکارآمدی
									عدم همسانی واریانس
۱/۶۵	-۳/۱۱	۱/۲۰	-۰/۷۳۴	۰/۵۴۳	۱۱۴	-۰/۶۱			
									همسانی واریانس
۲/۰۶	-۰/۵۹	۰/۶۷	۰/۷۳۷	۰/۲۷۴	۱۵۴	۱/۰۹۷	۰/۳۸۴	۰/۷۶۴	اضطراب
									عدم همسانی واریانس
۲/۰۹	-۰/۶۲	۰/۶۸	۰/۷۳۷	۰/۲۸۴	۱۱۷/۴۱	۱/۰۷۶			

نتایج جدول صفحه قبل حاکی از آن است که در هیچ یک از متغیرهای پژوهش بین دو گروه زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که ضریب همبستگی از بین متغیر تحصیلات، سابقه کاری و سن با متغیرهای پژوهش تنها متغیر تحصیلات با متغیر اضطراب دارای ضریب همبستگی $0/27 -$ بود که در سطح معنی‌داری $P < 0/01$ معنی‌دار است. همچنین نتیجه مقایسه‌ای متغیرهای پژوهش در بین گروه‌های جنسیتی حاکی از آن بود که در هیچ یک از متغیرهای پژوهش بین دو گروه زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$). یافته‌های مطالعه اسپورتی (۲۰۲۰) نشان داد که در میان مطالعات انجام شده در این بررسی، میانگین سنی کادر پزشکی بین ۲۶ تا ۴۰ سال و شرکت کنندگان غالب در ۴ مطالعه زن بودند ($68/7$ درصد، $85/5$ درصد). لی (۲۰۲۰) نشان داد که زن بودن و داشتن یک عنوان حرفه‌ای واسطه‌ای، با اضطراب، افسردگی و پریشانی بالاتر همراه است (لی و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعه انجام شده توسط لیانگ و همکاران (۲۰۲۰) سعی کرد رابطه سن و علائم افسردگی را بررسی کند. اگرچه کادر پزشکی در سن جوانتر (> 30 سال) دارای نمرات افسردگی بالاتری از افراد با سن بالاتر (۳۰ سال) بودند، اما تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. پژوهش کای و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد کادر پزشکی در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال بیشتر از آلوده کردن خانواده‌های خود نسبت به سایر گروه‌ها نگران بودند؛ کارکنان < 50 سال سن با دیدن بیماران خود احساس استرس بیشتری کردند. نگرانی در مورد ایمنی خود نیز عامل مهمی در اضطراب در کارکنان پزشکی به‌ویژه در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بود. عدم دسترسی به لباس‌های محافظ ($P = 0/0195$) و فرسودگی ناشی از افزایش مدت زمان کار ($P = 0/03$) نیز در کارکنان مسن به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است. کانگ و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند بخش قابل توجهی از شرکت کنندگان علائم افسردگی ($50/4$ درصد)، اضطراب ($44/6$ درصد)، بی‌خوابی (۳۴ درصد) و پریشانی ($71/5$ درصد) را گزارش کردند. پرستاران، زنان و کارکنان مراقبت‌های مقدم نسبت به سایر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی دارای شدیدترین میزان علائم سلامت روانی بودند (به‌عنوان مثال، نمرات پرسشنامه سلامتی بیمار در مورد پزشکان در مقابل پرستاران: $4/9$ درصد در مقابل $7/1$ درصد) ($p = 0/007$). میانگین نمرات مقیاس اختلال اضطراب عمومی در بین مردان در مقابل زنان: $3/4$ درصد در مقابل $5/8$

درصد)؛ $p < 0/01$ میانگین شاخص شدت بی‌خوابی در بین شاغلین خط مقدم در مقابل شاغلین خط دوم: $1/7$ درصد در مقابل $0/4$ درصد؛ $p < 0/01$ ؛ در بررسی شیائو و همکاران، تأثیر حمایت اجتماعی بر خودکارآمدی، بی‌خوابی، اضطراب و افسردگی نشان داده شده است (۲۰۲۰). بررسی حاضر نشان داد که پرستاران نسبت به پزشکان اضطراب و علائم افسردگی بالاتری دارند. با این حال، یک مطالعه از سنگاپور نشان داد که پزشکان مجرد برای ایجاد علائم روانپزشکی در معرض خطر بیشتری نسبت به پرستاران متأهل هستند (چان و هواک^۱، ۲۰۰۴). در خصوص عدم تفاوت در نمرات اضطراب در بین گروه‌های مختلف سنی، جنسی و سابقه کاری در پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌هایی که به آن‌ها اشاره شد شاید بتوان این‌طور بیان داشت که شروع بیماری از کشور چین بوده و پس از آن وارد کشور ایران شده است؛ بنابراین بخشی از تجربیات گروه چینی در خصوص مقابله با بیماری به جهان انتقال یافته است که شاید این در کاهش نسبی اضطراب تأثیرگذار بوده باشد.

یافته‌های دیگر پژوهش حاضر به این قرار بود که بررسی شاخص‌های برازش جهت سنجش برازش مدل پیش‌بینی سلامت عمومی حاکی از آن بود که مدل از برازش قابل قبولی برخوردار است؛ و در بین بررسی اثرات متغیرها بر متغیرهای ملاک مشخص شد که متغیر تحصیلات دارای اثر غیرمستقیم و کل $0/1$ بر سلامت عمومی است که در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ از نظر آماری معنی‌دار است؛ متغیر خودکارآمدی دارای اثر مستقیم $0/32$ بر سلامت عمومی است که در سطح معنی‌داری $p < 0/01$ معنی‌دار است. اما اثر غیرمستقیم ($0/09$) معنی‌دار نبود و اثر کل نیز برابر با مقدار $0/41$ بود که در سطح معنی‌داری $p < 0/01$ معنی‌دار به دست آمد. متغیر اضطراب دارای اثر مستقیم $-0/49$ بر سلامت عمومی بود که در سطح معنی‌داری $p < 0/01$ معنی‌دار بود؛ یافته‌های پژوهش کای و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که کارکنان پزشکی خط مقدم در هنگام شیوع کووید ۱۹، استرس عاطفی را تجربه کرده‌اند که توسط مطالعات قبلی در مورد همه‌گیری‌های دیگر نیز پشتیبانی شده است، اگرچه میزان آن‌ها متفاوت است (که^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). از نظر کادر پزشکی در هونان، نگرانی اصلی در مورد عفونت است زیرا آن‌ها نگران هستند که ممکن است خانواده خود را با کووید ۱۹ آلوده کنند. کادر پزشکی بین ۳۱ تا ۴۰ سال بیشترین نگرانی راجع به انتقال ویروس به خانواده‌های خود داشتند، احتمالاً به این دلیل که بیشتر آن‌ها فرزندان خردسال و

1. Chan & Huak

2. Koh

والدین مسنی در خانواده های خود داشتند. یکی دیگر از دلایل استرس پرسنل پزشکی، آگاهی از میزان مرگ و میر ناشی از عفونت کووید ۱۹ بود. بنابراین، مدیران بیمارستان باید مداخلات را برای جلوگیری از شیوع همه گیری ها بهبود بخشند، روش های درمانی بیماری را ارتقا داده و همچنین خدمات روان پزشکی را به کادر پزشکی خود ارائه دهند. لی و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که مهمترین عاملی که به کاهش استرس پرسنل پزشک کمک می کند، این بود که خانواده آن‌ها به کووید ۱۹ آلوده نبودند و اعتقاد بر این نبود که در معرض خطر عفونت هستند. یک محیط کار مثبت با اطمینان از ایمنی شخصی هنگام کار در حین بیماری همه گیر کووید ۱۹ دو عامل اصلی بودند که ممکن است برای تشویق کادر پزشکی برای ادامه کار در طول اپیدمی مهم باشد. همچنین آگاهی از تأثیر اقدامات پیشگیری از بیماری با کاهش تعداد موارد گزارش شده، استرس کارکنان را کاهش می دهد. در این مطالعه نگرانی های مالی یا سایر دستمزد نگرانی های پرسنل پزشکی وجود نداشت. در طول اپیدمی بیماری های عفونی، حمایت از خانواده و دوستان و همچنین نگرش مثبت قبلاً نشان داده شده است که استرس را کاهش می دهد (لی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

مطالعات قبلی در طی شیوع سندرم تنفسی حاد شدید و سندرم تنفسی نشان داده است که کارکنان پزشکی نه تنها در هنگام بروز همه گیری تحت استرس هستند بلکه ممکن است مدت ها پس از پایان شیوع اولیه از نظر روانی نیز رنج ببرند (خالد^۲ و همکاران، ۲۰۱۶، جی و اسکودال^۳، ۲۰۱۷). اگرچه هر اپیدمی به دلیل موقعیت جغرافیایی، مسیر انتقال، عفونت، میزان مرگ و میر و در دسترس بودن درمان ها تفاوت های معناداری داشته باشد، براساس مطالعات قبلی، همه گیری ها تأثیر بسزایی در بهزیستی روان شناختی کارکنان پزشکی دارند (لین^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). بر این اساس راهکارهای مقابله شخصی که می تواند توسط کادر پزشکی برای کاهش استرس در بین متخصصان به کار رود شامل راهبردهایی از قبیل آگاهی از روش های پیشگیری و انتقال و پیروس، اقداماتی در راستای افزایش نگرش مثبت در خصوص برخورد با بیماران مبتلا به بیماری، کمک های حمایتی از جانب خانواده و دوستان، مشاوره با روانشناس برای گفتگو در مورد احساسات آن‌ها، خصوصاً در جامعه پزشکان و

1. Lai
2. Khalid
3. Gee & Skovdal
4. Lin

تکنسین‌های پزشکی. در ادامه با استناد به ادبیات در حوزه کووید ۱۹ و یافته‌های پژوهش پیشنهاداتی در راستای کمک به بهبود وضعیت مبارزه با بیماری کووید ۱۹ ارائه می‌گردد که امید است بتواند سهمی هرچند کوچک در راستای غلبه بر شرایط حاضر داشته باشد. پیشنهاد می‌شود اقدامات عینی از جمله شناخت و قدردانی از تلاش‌های حرفه‌ای پزشکی، مدیریت بیمارستان و تمامی دست‌اندرکاران حوزه درمان بیماری کووید ۱۹ که تأثیر مثبتی بر استرس تجربه شده توسط کادر پزشکی در هنگام بیماری‌های اپیدمی دارد. مداخله در بحران توسط تیم حرفه‌ای سلامت روان در پاسخ به اثرات مخرب بیماری کووید ۱۹ شکل‌گیری تیم‌ها و انجمن‌های سلامت روان که نقش آن بسیج متخصصان مجرب در زمینه مداخله سلامت روان است و با هماهنگی یکپارچه سازمان‌ها و ادارات بهداشت و درمان به صورت منظم به مداخله اضطراری روان‌شناختی می‌پردازند. به عنوان مثال دولت چین برای رسیدگی به مسائل روان‌شناختی اقدامات ابتکاری خاصی انجام داده است. یک دستورالعمل مداخله‌ای برای مداخله در بحران روانی اضطراری برای مبتلایان به کووید ۱۹ (کمسیون ملی بهداشت جمهوری خلق چین^۱، ۲۰۲۰) صادر شده است. دولت چین همچنین استراتژی‌های خاصی را برای کاهش فشار روانی شاغلین بخش بهداشت به کار گرفته است. این موارد شامل راه‌اندازی تیم‌های مداخله روان‌شناختی، انجام وظایف کادر درمان به صورت شیفتی، پلتفرم‌های آنلاین برای مشاوره پزشکی است. تیم‌های مداخله روان‌شناختی شامل ۴ تیم مختلف بودند که عبارتند از: تیم پاسخ روان‌شناختی^۲ (متشکل از مدیران و مسئولان مطبوعات در بیمارستان‌ها) که وظایف تبلیغاتی تیم مدیریت را هماهنگ می‌کند، تیم پشتیبانی فنی مداخله روان‌شناختی^۳ (متشکل از کارشناسان ارشد مداخله روان‌شناختی) که وظیفه تدوین مواد و قوانین مداخله روان‌شناختی و ارائه راهنمایی و نظارت فنی را برعهده دارند، تیم پزشکی مداخله روان‌شناختی^۴، که عمدتاً روانپزشک هستند، در مداخلات روان‌شناختی بالینی برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و بیماران شرکت می‌کنند و تیم‌های خط تلفن کمک‌رسانی روان‌شناسی^۵ (متشکل از داوطلبانی که آموزش مقابله با روان‌شناسی در برخورد با بیماری همه‌گیر سال ۲۰۱۹ دریافت کرده‌اند) راهنمایی‌های تلفنی را برای

1. National Health Commission of the People's republic of China
2. the psychosocial response team
3. psychological intervention technical support team
4. psychological intervention medical team
5. psychological assistance hotline teams

کمک به مقابله با مشکلات سلامت روان ارائه می‌دهند (کانگ و همکاران، ۲۰۲۰). صدها نفر از کارکنان پزشکی، با پاسخ خوب، این مداخلات را دریافت می‌کنند و ارائه آن‌ها برای بیشتر افراد و بیمارستان‌ها گسترش می‌یابد. رنا و همکاران پیشنهادی مشابه برای تدوین برنامه مداخله در بحران روانی و ایجاد تیم مداخله در بحران روانی ارائه دادند. (۲۰۲۰). مداخلات طبقه‌بندی شده برای گروه‌های هدف مختلف از جمله ارائه خدمات بهداشت روان برای مبتلایان، مداخله در بحران برای افراد نیازمند و مداخله در بحران برای کادر پزشکی. پیگیری مداوم وضعیت سلامت گروه‌های مختلف تحت تأثیر بیماری کووید ۱۹ و شناسایی گروه‌های پرخطر جهت شناسایی و پیشگیری رفتارهای پرخطر مانند و ارائه راه حل‌های پیشنهادی. استفاده جامع از فن آوری‌های مختلف مداخله در بحران. تقسیم‌بندی گروه‌های جامعه به گروه‌های مختلف جهت آموزش و بهره‌مندی از آموزش‌ها با سطوح مختلف جهت مقابله و رفتار مناسب با کووید ۱۹ (شامل بیماران مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای، افراد مبتلا با علایم خفیف، افراد در ارتباط با دو گروه مذکور، کادر درمان به صورت عمومی، کادر درمان درگیر در خط مقدم مقابله با بیماری و در نهایت عموم مردم). راه اندازی خطوط آنلاین مشاوره برای کادر درمان. آموزش وضعیت روانی بیماران مبتلا و روند طبیعی روانی و رفتاری سیر بیماری به کادر درمان تا در صورت مواجهه با پرخاشگری، غم و رفتارهای غیرعادی بیماران رفتار عادی خود را کنترل نموده و مقابله منطقی را در دستور کار خود قرار دهند و به‌طور فعال آموزش ببینند که بیماران را ترغیب به همکاری جهت اقدامات درمانی نمایند.

کادر درمان در صورت بی‌خوابی، افسردگی، اضطراب می‌توانند به دنبال مداخله در زمینه بحران روان‌شناختی یا خدمات بهداشت روان باشند، می‌توانند خدمات روانشناسی آنلاین را انجام دهند و مداخله بحران روانی رو در رو می‌تواند در مناطق واجد شرایط انجام شود و در صورت عدم تسکین و تداوم مشکل می‌بایست توسط روانپزشکی ارزیابی و درمان شود.

می‌بایست به شیوع اختلالاتی از جمله استرس پس از سانحه توجه جدی گردد.

از آنجا که این یک مطالعه مقطعی بود، تأثیر تغییرات مداوم بر وضعیت روانی کارکنان پزشکی مورد بررسی قرار نگرفت. همچنین داده‌های این مطالعه بر اساس پاسخ‌های ذهنی با استفاده از پرسشنامه بود و در مطالعات بعدی، این یافته‌ها باید با اندازه‌گیری عینی استرس پشتیبانی شود.

منابع

- تقریبی، زهرا؛ شریفی، خدیجه و سوکی، زهرا. (۱۳۹۳). روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی باسبک نمره دهی GHQ-C در زنان، مجله مراقبت های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی، ۴ (۲)،
- خوشنویسان، زهرا و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۰). رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس. مجله اندیشه و رفتار، ۵ (۲۰)، ۲۱۵-۲۲۰.
- دلاور، علی؛ نجفی، محمود. (۱۳۹۲). خصوصیات روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی در کارکنان دانشگاه. اندازه‌گیری تربیتی، ۳ (۱۲)، ۱-۲۳.
- رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی در دانشجویان روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت.
- سامانی، سیامک و جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی، مجله علوم اجتماعی و انسانی، ۲۶ (۳)، ۲۵-۳۶.
- صلحی، مهناز؛ کاظمی، سیده سمیه و حقانی، حمید. (۱۳۹۱). بررسی رابطه سلامت عمومی و خودکارآمدی در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ چالوس. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۰ (۱۰۹)، ۲۵-۴۲.
- صیادپور، زهره. و صیادپور، مرجان. (۱۳۹۶). تأثیر یادگیری مشارکتی بر اضطراب و انگیزه پیشرفت تحصیلی، فصلنامه پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۴۴ (۲۶)، ۴۰۴-۴۳۰.
- عبادی، مهدی؛ حریری، امیرمحمود؛ شریعتی، محمد؛ گرمارودی، غلامرضا؛ فاتح، ابوالفضل و منتظری، علی. (۱۳۸۱). ترجمه، تعیین پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی. مجله پایش، ۱ (۳)، ۶۶-۷۸.
- فاتحی، فریبا؛ محمدی، مرتضی؛ کریمیان، منیره؛ آزمون، مهرانگیز؛ غریبی، فردین و شهابی، هانیه. (۱۳۹۴). رابطه عوامل استرس شغلی با خودکارآمدی و سلامت عمومی پرستاران و ماماها در بیمارستان بعثت سنندج. فصلنامه علمی پژوهشی شناخت، ۲ (۳)، ۱۰۰-۱۱۱.
- کدیور، پروین. (۱۳۸۵). روانشناسی تربیتی. تهران: سمت
- معماریان، ربابه. (۱۳۹۲). کاربرد مفاهیم و نظریه های پرستاری. انتشارات دانشگاه تربیت

یعقوبی، حمید؛ کریمی، معصومه؛ امید، عبدالله؛ باروتی، عصمت و عابدی میلاد. (۱۳۹۱).
اعتباریابی و ساختار عاملی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۱۲) در دانشجویان. *مجله
علوم رفتاری*، ۶(۲)، ۱۵-۳۶.

- Aalto, A. M., Uutela, A., & Aro, A. R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. *Patient education and counseling*, 30(3), 215-225.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press.
- Brugha, T., Bebbington, P. E., MacCarthy, B., Potter, J., Sturt, E., & Wykes, T. (1987). Social networks, social support and the type of depressive illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(6), 664-673.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (Covid 19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, 1-12.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (Covid 19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, 1-11.
- Chan, A. O., & Huak, C. Y. (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine*, 54(3), 190-196.
- COVID, C. (19). *situation report by February 29*. National Health Commission of the People's Republic of China.
- Eisenbarth, C. A. (2019). Coping with stress: Gender differences among college students. *College Student Journal*, 53(2), 151-162.
- Esler, M. (2017). Mental stress and human cardiovascular disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 269-276.
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(1), 11-19.
- Gee, S., & Skovdal, M. (2017). The role of risk perception in willingness to respond to the 2014-2016 West African Ebola outbreak: a qualitative study of international health care workers. *Global health research and policy*, 2(1), 1-10.

- Hall, R. C., Hall, R. C., & Chapman, M. J. (2008). The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *General hospital psychiatry*, 30(5), 446-452.
- Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of Covid 19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*, 49(1), 1-3.
- Jerusalem, M., & Mittag, W. (1995). *Self-efficacy in stressful life transition. In Bandura self-efficacy in changing societies*. New York Cambridge: University Press.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... & Chen, J. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 12-14.
- Kent de Grey, R. G., Uchino, B. N., Trettervik, R., Cronan, S., & Hogan, J. N. (2018). Social support and sleep: A meta-analysis. *Health Psychology*, 37(8), 787-789.
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare workers' emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical medicine & research*, 14(1), 7-14.
- Koh, D., Lim, M. K., Chia, S. E., Ko, S. M., Qian, F., Ng, V., ... & Ng, W. (2005). Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and Personal Lives of Healthcare Workers in Singapore What Can We Learn? *Medical care*, 10, 676-682.
- Lai, T. H., Tang, E. W., Chau, S. K., Fung, K. S., & Li, K. K. (2020). Stepping up infection control measures in ophthalmology during the novel coronavirus outbreak: an experience from Hong Kong. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 1, 1-7.
- Lange, T., Dimitrov, S., & Born, J. (2010). Effects of sleep and circadian rhythm on the human immune system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1193(1), 48-59.
- Lin, C. Y., Peng, Y. C., Wu, Y. H., Chang, J., Chan, C. H., & Yang, D. Y. (2007). The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emergency Medicine Journal*, 24(1), 12-17.
- Mahase, E. (2020). Coronavirus: Covid 19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality rate. *BMJ Journals*, 1, 1-3.
- Mohindra, R., Suri, V., Bhalla, A., & Singh, S. M. (2020). Issues relevant to mental health promotion in frontline health care providers managing quarantined/isolated COVID19 patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102084-102086.
- Müller, N. (2014). Infectious diseases and mental health. *Comorbidity of Mental and Physical Disorders*, 99, 1-3.
- Naushad, V. A., Bierens, J. J., Nishan, K. P., Firjeeth, C. P., Mohammad, O. H., Maliyakkal, A. M., ... & Schreiber, M. D. (2019). A systematic review of the impact of disaster on the mental health of medical responders. *Prehospital and disaster medicine*, 34(6), 632-643.

- Ogunyemi, A. O., & Mabekoje, S. O. (2007). Self-efficacy, risk-taking behavior and mental health as predictors of personal growth initiative among university undergraduates. *Journal of Research in Educational Psychology*, 12, 349-362.
- Peeri, N. C., Shrestha, N., Rahman, M. S., Zaki, R., Tan, Z., Bibi, S., ... & Haque, U. (2020). The SARS, MERS and novel coronavirus (Covid 19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? *International journal of epidemiology*, 1, 1-3.
- Peng, E. Y. C., Lee, M. B., Tsai, S. T., Yang, C. C., Morisky, D. E., Tsai, L. T., & Lyu, S. Y. (2010). Population-based post-crisis psychological distress: an example from the SARS outbreak in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(7), 524-532.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: a meta analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 403-417.
- Rana, W., Mukhtar, S., & Mukhtar, S. (2020). Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic Covid 19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102080-102082.
- Rosenstock LM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Quarterly*. 1988; 15(2): 175-83.
- Schwarzer, R. (1997). *General perceived self-efficacy* in 14 cultures. Retrieved from: <http://www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/world14.htm>.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self- Efficacy and health behaviors. In Conner & Norman, P. (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. UK: Open University Press.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). *Health behavior constructs: Theory, measurement, and research*. National Cancer In
- Segrin, C., & Passalacqua, S. A. (2010). Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health communication*, 25(4), 312-322.
- Sim, K., Chan, Y. H., Chong, P. N., Chua, H. C., & Soon, S. W. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of psychosomatic research*, 68(2), 195-202.
- Siu-kau, C., & Stephen, Y. K. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and Personality*, 1 413-422.
- Spoorthy, M. S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the Covid 19 pandemic-a review. *Asian Journal of Psychiatry*.1, 1-5.
- Tang, L., Bie, B., Park, S. E., & Zhi, D. (2018). Social media and outbreaks of emerging infectious diseases: A systematic review of literature. *American journal of infection control*, 46(9), 962-972.
- World Health Organization. (2014) *Promoting mental health: concepts, emerging evidence and practice: report of the world*.

- Wu, K. K., Chan, S. K., & Ma, T. M. (2005). Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(1), 39-42.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., & Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (Covid 19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, 4-6.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (Covid 19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, 1-3.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (Covid 19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, 1-11.
- Yao, K. W., Yu, S., Cheng, S. P., & Chen, I. J. (2008). Relationships between personal, depression and social network factors and sleep quality in community-dwelling older adults. *Journal of Nursing Research*, 16(2), 131-139.