

## مقایسه اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی کارکنان بخش توانبخشی و اداری جمعیت هلال احمر تهران

### Comparison of anxiety, depression, and quality of life among staff members of the Rehabilitation and Administration Department of the Red Crescent Society of Tehran

Somayeh Eshghi abkenari\*

M.Sc. of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

[somayeh.e3471@yahoo.com](mailto:somayeh.e3471@yahoo.com)

Afroz Ppourfahimi

M.Sc. of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

سمیه عشقی آبکناری (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

افروز پورفهمی

کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

#### Abstract

This study aimed to compare the anxiety, depression, and quality of life of the staff of Tehran Red Crescent's Rehabilitation and Administration Department. The research method was descriptive of the corresponding type. The statistical population consisted of 165 employees in the Rehabilitation and Red Crescent Department, including 80 employees in administrative departments and 85 employees in the rehabilitation department. According to the limited population of employees, 163 employees of the rehabilitation and executive department who entered the research were involved in this study, according to the available sampling method. The instruments of this study were Beck Depression Inventory, Stear and Brown (1996), Beck Anxiety Inventory, Epstein, Brown, and Stein (1998) and World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1996). After the deletion of the three questionnaires, 160 data were analyzed. The findings showed that the average of anxiety scores ( $F = 96.48$ ) and depression ( $F = 15.77$ ) was more than the administration in the rehabilitation group. Still, the quality of life ( $F = 8.76$ ) in both groups was not significant ( $0.01 > P$ ). Since anxiety and depression had a significant impact on the quality of life and given a higher level of depression and anxiety in the rehab group, this group can carry out clinical and educational interventions to maintain and improve this group's mental health.

**Keywords:** anxiety, depression, quality of life

#### چکیده

هدف پژوهش بررسی مقایسه‌ای اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی کارکنان بخش توانبخشی و اداری جمعیت هلال احمر تهران بود. روش پژوهش توصیفی از نوع مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل ۱۶۵ نفر از کارکنان بخش توانبخشی و اداری هلال احمر در سال ۱۳۹۶ بود که ۸۰ نفر از کارکنان را بخش اداری و ۸۵ نفر از کارکنان را بخش توانبخشی تشکیل می‌دادند. با توجه به جمعیت محدود کارمندان، بنا بر روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۶۳ نفر از کارمندان بخش توانبخشی و اداری که شرایط ورود به پژوهش را داشتند در این پژوهش شرکت کردند. ابزارهای این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک، استیر و براون (۱۹۹۶)، پرسشنامه اضطراب بک، ایستین، براون و استین (۱۹۹۸) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) بود. پس از حذف ۳ پرسشنامه مخدوش، داده‌های ۱۶۰ نفر تحلیل شد. یافته‌ها نشان دادند که میانگین نمرات اضطراب ( $F = 96.48$ ) و افسردگی ( $F = 15.77$  و  $P = 0.01$ ) به طور معناداری در گروه توانبخشی بیشتر از اداری است اما کیفیت زندگی ( $F = 8.76$  و  $P = 0.01$ ) در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. از آنجایی که اضطراب و افسردگی تاثیر بسزایی روی کیفیت زندگی دارند و میزان افسردگی و اضطراب در گروه توانبخشی بیشتر از اداری بود، می‌توان جهت حفظ و ارتقای سلامت روان این گروه، مداخلات بالینی و آموزشی مرتبطی به منظور پیشگیری اثر افسردگی و اضطراب روی کیفیت زندگی انجام داد.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی

ویرایش نهایی: تیر ۹۹

پذیرش: اسفند ۹۷

دریافت: بهمن ۹۷

نوع مقاله: کاربردی

#### مقدمه

افسردگی مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های گوناگون روانشناختی است که بروز آن به صورت احساس خفیف غم و دلتنگی تا کاهش و اجتناب از فعالیت‌های روزانه زندگی می‌باشد. افسردگی در مجموعه اختلالات روانپزشکی از جمله شایع‌ترین اختلالات محسوب شده و مشکل بهداشت جهانی می‌باشد. افراد معدودی در طول مدت زندگی‌شان افسردگی را تجربه نمی‌کنند. افسردگی را نمی‌توان متعلق به قشر خاصی دانست اما آسیب‌پذیری برخی از افراد به دلیل شرایط و موقعیت ویژه‌شان نسبت به این اختلال بیشتر است. افسردگی می‌تواند

سبب شود که دقت و کارایی فرد در انجام وظایف محوله و نحوه حضور وی در محل کارش نیز دچار اختلال گردد. همچنین افسردگی سبب تنش در محیط کاری و اختلال در روابط بین فردی و فرآیند انجام کار نیز می‌شود (ویلیامز و اسکاتن، ۲۰۰۸). کریدی، سایدبتما، جمیل، پالانت و فنویک (۲۰۱۷) در مقاله‌ای نشان دادند که شیوع فرسودگی شغلی در ماما‌های استرالیایی بالاست. فرسودگی سایکولوژی و جسمی همراه با انواع مختلف فرسودگی شغلی خود را به صورت علایم افسردگی، اضطراب و استرس نشان می‌دهد. فشارها و استرس‌های متعدد کاری در طول زمان موجب انباشت خستگی در فرد می‌شود که خود را به صورت افزایش غیبت در کار و کناره‌گیری از شغل نشان می‌دهد (گل‌پرور، نیری و مهداد، ۱۳۸۹).

اضطراب نیز اکثراً با افسردگی همراه است و مشخص نمودن تقدم و تاخر این دو پدیده در خیلی از موارد در افراد مبتلا ممکن نیست. اضطراب در شروع بیماری‌های روان‌تنی مانند فشار خون، آنژین صدری و بیماری کرونر قلب و همچنین اختلالات روانپزشکی از قبیل افسردگی نقش مهمی را ایفا می‌کند (پیترز، ۲۰۰۷). غباری بناب، متولی پور، حکیمی‌راد و حبیبی‌عسگرآباد (۱۳۸۸) در پژوهشی نشان دادند که رابطه بین اضطراب و افسردگی که دو جنبه مهم از سلامت روان هستند با معنویت و کیفیت زندگی و جنبه‌های مختلف آن معکوس است.

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به معنای درک هر شخص از موقعیت خویش در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و ارزشهای اجتماعی که در آن زندگی می‌نماید؛ تفسیر می‌کند که به اشکال مختلف تحت تاثیر باورهای فردی و روابط اجتماعی و وضعیت جسمانی و روانی شخص قرار دارد (شاه حسینی و توکلی، ۱۳۹۳). توجه به کیفیت زندگی افراد می‌تواند باعث افزایش کارایی و جلوگیری از تشنجات روانی گردد (ادینگتون و کارلا، ۲۰۰۹). کیفیت زندگی عبارتست از برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خود و میزان رضایت از این وضع (حمیدی زاده، احمدی، اصلانی، اعتمادی‌فر، صالحی و کردیزدی، ۱۳۸۷). اکبری، علیپور، زارع و شیخی (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که برنامه مداخله کاهش استرس و اضطراب باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش درد در بیماران سرطانی می‌شود. امروزه بیشتر تحقیقات تجربی که در زمینه کیفیت زندگی کاری انجام شده است، به‌طور ضمنی چشم‌انداز جدیدی از استرس‌های شغلی و مفاهیم وابسته به حرفه و شغل را پذیرفته‌اند. زیرا یکی از عوامل موثر بر عملکرد افراد سازمان‌ها، استرس در سازمان است که سلامت و بهداشت بسیاری از افراد را در معرض خطر قرار داده است (ایمنی، کرم‌پوریان و حمیدی، ۱۳۹۲). بین کیفیت زندگی کاری و استرس شغلی با تمایل به ترک شغل همبستگی معناداری وجود دارد (جعفری، حبیبی هوشمند و ماهر، ۱۳۹۶).

مرکز جامع توانبخشی جمعیت هلال احمر در سیستم ارائه خدمات توانبخشی از جایگاه خاصی برخوردار می‌باشد و خدمات متنوع توانبخشی را به مددجویان ارائه می‌کند. پرسنل مراکز توانبخشی به دلیل ارتباط مستمر با اشخاصی که هر یک به گونه‌ای دچار اختلال جسمی و ناتوانی و معلولیت می‌باشند در معرض استرس و اضطراب مداوم هستند. استرس می‌تواند منجر به مشکلات جسمی و روانی، غیبت از کار و کاهش کارایی پرسنل گردد و نهایتاً کیفیت خدمات ارائه شده کاهش می‌یابد و به سبب نارضایتی مددجویان از خدمات توانبخشی، در پروسه درمانی تاخیر ایجاد می‌گردد. بنابراین بررسی و شناخت علل و عوامل موثر بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در بین کارکنان مرکز توانبخشی امری ضروری به نظر می‌رسد. همچنین کارمندان برای اینکه بتوانند درست کار کنند، بایستی درست فکر کنند و برای اینکه درست فکر کنند بایستی سالم باشند. بنابراین سلامت جسم، روان و ذهن می‌تواند تأثیر عمده‌ای در بهره‌وری نیروی انسانی داشته باشد. اضطراب و افسردگی از مباحث مهم روانشناختی می‌باشند که می‌توانند سبب بروز خستگی جسمانی، خستگی روحی و خستگی ذهنی شوند. در نتیجه می‌توانند بستری برای بروز فرسودگی شغلی در شخص باشند. به نظر می‌رسد لازم است این مباحث به صورت علمی مورد تحقیق و بررسی قرار بگیرند تا از بروز مشکل‌های ناشی از آنها جلوگیری شود. مسئله حاضر از این جهت حائز اهمیت است که اگر تفاوت چشمگیری در میزان افسردگی و اضطراب کارکنان بخش اداری و توانبخشی وجود داشته باشد، باید از مسئولین مربوطه انتظار بهبود و رفع معضلات ناشی از شرایط کاری و زندگی کارمندان بخش توانبخشی را داشته باشیم. چون اختلال در بهداشت روانی کارکنان توانبخشی بر کمیت و کیفیت ارائه خدمات اثرات سوء برجای خواهد گذاشت.

<sup>1</sup> William & Schouten

<sup>2</sup> Creedy, sidebotham, gamble, pallant, & fenwick

<sup>3</sup> peters

<sup>4</sup> Addington & Karla

در تحقیقی که توسط دسلی، مارک و همزورث (۲۰۱۴) در رابطه با اضطراب و افسردگی در پرستاران استرالیا انجام شد، مشخص شد که فرسودگی شغلی و استرس به سطوح بالاتر اضطراب و افسردگی مرتبط بودند. سطوح بالاتر اضطراب در پرستارانی دیده می‌شود که جوان‌تر هستند و تمام وقت کار می‌کنند و تحصیلات تکمیلی ندارند. ۲۰ درصد، سطح بالای فرسودگی ناشی از دلسوزی به بیماران را نشان دادند و ۷/۶٪ زندگی بسیار سختی داشتند. در تحقیق آهولا، هاکنن، موتانن و پرهونم<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) مشخص شد که علائم فرسودگی شغلی و افسردگی در کنار هم قرار می‌گیرند و به طور موازی گسترش می‌یابند و نتایج نشان می‌دهد که در شرح کار، علائم افسردگی و فرسودگی شغلی شباهت مفهومی دارند. شون فیلد و بیانچی<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) نشان دادند که فرسودگی شغلی شکلی از افسردگی است و درمان افسردگی می‌تواند سبب درمان فرسودگی شغلی شود. در مقاله ای توسط مارتینز و فیشر<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) مشخص شد که سطوح بالای استرس های کاری با کاهش توانایی کار همراه هستند. در مقاله ای توسط تان، وانگ و جویسی<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) مشخص شد که در سال های اخیر به دلیل توجهی که به محل کار کارگران شده است از میزان افسردگی ایشان کاسته شده است. لین، چن و لو<sup>۶</sup> (۲۰۰۹) در بررسی ناراحتی فیزیکی و تنش های شغلی، اجتماعی-روانی در میان کارکنان مراکز ارتباطات تلفنی در تایوان دریافتند که اپراتورهایی که در معرض تنش و استرس شغلی بیشتری هستند، از لحاظ سلامتی آسیب پذیرتر می‌باشند. در تحقیقی که توسط علیپور، عبدالحمید، امیری، هدایتی، رنجبر و حسینی-پور<sup>۷</sup> (۱۳۹۳) در رابطه با افسردگی، اضطراب و استرس پرستاران انجام شد مشخص گردید که ۳۲٪ پرستاران از افسردگی، ۹٪ از اضطراب و ۵۲٪ از استرس رنج می‌بردند. همچنین بین سن و میزان افسردگی رابطه معناداری به دست آمد. اما بین میزان افسردگی، اضطراب و استرس با میزان تصیلات، جنسیت و وضعیت تاهل افراد ارتباط معنی داری نبود. در بررسی میزان شیوع افسردگی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی زنجان که توسط فلاح، فرهادی، امینی و مهاجری (۱۳۹۰) و با هدف تعیین میزان شیوع و شدت افسردگی آنها انجام شد ۴۰٪ کارکنان با درجات مختلفی به این بیماری مبتلا بودند، ۲۳٪ کارکنان به افسردگی خفیف و ۱۳٪ به افسردگی متوسط و ۴٪ به افسردگی شدید تا بسیار شدید مبتلا بودند. که با توجه به شیوع بالای افسردگی در بین کارکنان، پیشنهاد گردیده بود که مشاوره بهداشت روانی در الویت کاری مسئولان ذیربط قرار گیرد. با توجه به پژوهش های صورت گرفته و بررسی این موضوع که تا به حال هرسه متغیر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در کنارهم درباره کارکنان جمعیت هلال احمر بررسی نشده است این سوال مطرح شد که آیا میزان اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی کارکنان بخش اداری و توانبخشی این سازمان با یکدیگر تفاوت معناداری دارد یا خیر؟

## روش

روش تحقیق این مطالعه از نوع مقایسه ای است؛ زیرا در این تحقیق به تفاوت افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در کارکنان بخش اداری و توانبخشی پرداخته شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه کارمندان یعنی ۱۶۵ نفر از کارکنان معاونت بهداشت، درمان و توانبخشی جمعیت هلال احمر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. که شامل ۸۵ نفر کارمند توانبخشی و ۸۰ نفر کارمند اداری می‌شد. با توجه به جمعیت محدود کارمندان، بنابر روش نمونه گیری در دسترس، ۸۳ نفر از کارمندان بخش توانبخشی و کلیه کارمندان بخش اداری در صورت تمایل و طبق شرایط ورود به پژوهش، در این پژوهش شرکت کردند. ملاک ورود آزمودنی ها، کارمند بخش اداری و توانبخشی جمعیت هلال احمر تهران بودن، حداقل تحصیلات دیپلم و رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش بود. با توجه به مخدوش بودن ۳ پرسشنامه، نهایتا داده های ۱۶۰ نفر شامل ۸۰ نفر از کارکنان بخش توانبخشی و ۸۰ نفر از کارکنان بخش اداری تحلیل شدند.

## ابزار سنجش

**پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم:** این پرسش نامه رایج ترین ابزار خود سنجی استفاده شده برای اندازه گیری شدت افسردگی است. دومین ویرایش پرسشنامه افسردگی بک که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر<sup>۸</sup> و براون منتشر شد (نقل از علی پور و محمدی، ۱۳۹۴). این آزمون از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های مختلف افسردگی تشکیل شده است. نمره کل

<sup>1</sup> Desley, Mark &hemsoworth

<sup>2</sup> Ahola, Hakanen, Mutanen & perhonemie

<sup>3</sup> Shonfild & Bianchi

<sup>4</sup> Martinez & fischer

<sup>5</sup> Tan, Wang & joyce

<sup>6</sup> Lin, chen & lou

<sup>7</sup> Beck depression inventory-II

<sup>8</sup> steer

این پرسش نامه از ۰ تا ۶۳ در نظر گرفته شده است که میانگین نمره ۲۰ به بالا دارای افسردگی متوسط و شدید هستند. جو، وولی، براون، قهرمان لو هالووی و بک (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۴، و همبستگی هریک از ماده های آن را با نمره کل در دامنه ای از ۰/۴۷ تا ۰/۷۰، و همبستگی آن را با مقیاس تجدیدنظر شده درجه بندی افسردگی همیلتون ۱۹۹۵ برابر با ۰/۶۶ به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسشنامه اضطراب بک<sup>۱</sup>:** بک، اپستین<sup>۲</sup>، براون و استین<sup>۳</sup> در سال ۱۹۹۸ پرسشنامه اضطراب بک، را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می سنجد. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. هر یک از ماده های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه ای از ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۰ به دست آمد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه<sup>۴</sup>:** پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می آید که باید از طریق یک فرمول به نمره ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. مقادیر همبستگی درون خوشه ای و آلفای کرونباخ این آزمون در تمام حیطه ها، بالای ۰/۷ بدست آمده ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می تواند به علت تعداد سوال کم در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. (شاه حسینی و توکلی، ۱۳۹۳). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۶۸ به دست آمد.

### شیوه اجرای پژوهش

ابتدا موضوع پژوهش مورد تایید معاونت بهداشت، درمان و توانبخشی جمعیت هلال احمر تهران قرار گرفت. سپس کارمندان اداری و کارمندان بخش توانبخشی مشخص شدند. ملاک ورود آزمودنی ها حداقل تحصیلات دیپلم و رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش بود. در مورد موضوع، پرسشنامه ها و اهداف آن ها برای آزمودنی ها توضیح داده شد و به آن ها گفته شد که شرکت در آزمون داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در آزمون، وجود ندارد. سپس هر یک از شرکت کنندگان پرسشنامه مشخصات فردی شامل جنسیت، سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات را پر کردند. سپس پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک و همچنین پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ۲۲ استفاده شد.

### یافته ها

میانگین سنی شرکت کننده ها در کارمندان اداری ۴۰/۲۱ با انحراف معیار ۶/۹۷ و در کارمندان توانبخشی ۳۴/۰۹ با انحراف معیار ۸/۲۲ بود. ۳۵ نفر (۴۳/۷۵ درصد) از کارمندان بخش اداری مرد و ۴۵ نفر (۵۶/۲۵ درصد) از آنها زن بودند. ۱۹ نفر (۲۳/۷۵ درصد) از کارمندان بخش توانبخشی مرد و ۶۱ نفر (۸۶/۲۵ درصد) زن بودند. تحصیلات کارمندان اداری ۱۶ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۴۰ نفر (۵۰ درصد) کارشناسی، ۲۱ نفر (۲۶/۲۵ درصد) کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۳/۷۵ درصد) دکتری بود. تحصیلات کارمندان توانبخشی ۲۱ نفر (۲۶/۲۵ درصد) دیپلم، ۲۶ نفر (۳۲/۵ درصد) کارشناسی، ۳۲ نفر (۴۰/۰ درصد) کارشناسی ارشد و ۱ نفر (۱/۲۵ درصد) دکتری بود. ۹ نفر (۱۱/۲۵ درصد)

<sup>1</sup> Beck Anxiety inventory

<sup>2</sup> Epstin

<sup>3</sup> Estin

<sup>4</sup> WHO Quality Of Life- BREF

درصد) از کارمندان بخش اداری مجرد و ۷۱ نفر (۸۸/۷۵ درصد) متأهل بودند. ۲۲ نفر (۲۷/۵ درصد) از کارمندان بخش توانبخشی مجرد و ۵۸ نفر (۷۲/۵ درصد) متأهل بودند.

تحلیل های آماری	کارکنان توانبخشی )۸۰(n=	کارکنان اداری )۸۰(n=	Parametric Measures (MANOVA)
F(df)= value, p, effect size	Mean (SD)	Mean (SD)	
۰/۰۳۶, n.s., $\eta^2=۳/۸۴$ )=۱ و ۱۵۸F(	۶۴/۲۲ (۱۴/۰۳)	۵۸/۹ (۱۲/۵۴)	سلامت جسمی
۰/۰۰۱, n.s., $\eta^2=۰/۰۴$ )=۱ و ۱۵۸F(	۶۲/۶۵ (۱۸/۴۳)	۶۴/۵ (۲۸/۰۸)	سلامت روان
۰/۰۰۱, n.s., $\eta^2=۰/۰۰۸$ )=۱ و ۱۵۸F(	52/73 (18/5)	52/89 (18/66)	روابط اجتماعی
۰/۰۰۳, n.s., $\eta^2=۰/۳۶$ )=۱ و ۱۵۸F(	53/18 (18/12)	50/78 (14/2)	سلامت محیط
۰/۰۰۱, n.s., $\eta^2=۰/۰۰۳$ )=۱ و ۱۵۸F(	57/05 (18/28)	55/53 (19/24)	کیفیت زندگی کل

#### جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه کیفیت زندگی کل و عوامل آن در دو گروه

با توجه به معناداری تفاوت دو گروه در متغیرهای سن ( $P<۰/۰۰۱$ ,  $t=۴/۱۶$ ) و وضعیت تأهل ( $P=۰/۰۱۱$ ,  $\chi^2=۶/۶۹$ ) و به منظور کنترل اثرات آنها، این دو متغیر به عنوان متغیرهای کوواریانس در نظر گرفته شدند و در ادامه برای مقایسه خرده مقیاس های کیفیت زندگی در دو گروه کارکنان اداری و کارکنان توانبخشی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در مورد خرده مقیاس های کیفیت زندگی اگرچه مفروضه برابری چند متغیره ماتریس های کوواریانس برقرار نبود، ولی با توجه به برابر بودن حجم نمونه در دو گروه بخش اداری و توانبخشی و امکان استفاده از نتایج بعدی، یافته ها نشان داد که بین دو گروه در خرده مقیاس ها و نمره کل کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود ندارد.

(Box's M= 56/78, F(15, 44081/63)=56/78, P<0/005). که خلاصه این یافته ها در جدول ۱ آمده است.

#### جدول ۲. نتایج آزمون مانووا روی میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در دو گروه توانبخشی و اداری

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذورات
گروه	اضطراب	۳۶۴۶/۵۸	۱	۳۶۴۶/۵۸	۹۶/۴۸	۰/۳۳
	افسردگی	۲۴۲	۱	۲۴۲	۱۵/۷۷	۰/۰۷
خطا	اضطراب	۷۴۸۲/۹۲	۱۵۸	۳۷/۷۹		
	افسردگی	۳۰۳۸/۲۲	۱۵۸	۱۵/۳۴		
کل	اضطراب	۳۱۲۹۹۴	۱۶۰			
	افسردگی	۲۸۲۳۴	۱۶۰			

\* $P<۰/۰۱$

همانطور که در جدول ۲ نشان می دهد، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که میانگین نمرات اضطراب ( $F=۹۶/۴۸$  و  $P=۰/۹۵$ ) و افسردگی ( $F=۱۵/۷۷$  و  $p=۰/۱۳$ ) به طور معناداری در گروه توانبخشی بیشتر از اداری است.

#### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای تفاوت بین کارکنان بخش اداری و توانبخشی جمعیت هلال احمر تهران در رابطه با سه متغیر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بود. با توجه به اهمیت حفظ نیروی کارکنان و سالم نگه داشتن این قشر در وهله اول به عنوان

یک انسان و در مرحله بعد به عنوان افرادی که در ارتباط مستقیم با مددجویان می‌باشند، ضرورت دارد تا براساس نتایج به دست آمده از وضعیت افسردگی و اضطراب کارکنان مرکز جامع توانبخشی، گام‌هایی در جهت حفظ و ارتقای سلامت روان آنها برداشته شود. طبق یافته های به دست آمده تفاوت معناداری بین میزان کیفیت در زندگی این دو گروه وجود نداشت. این نتیجه با نتایج به دست آمده از تحقیقی از وانگ، چن، لایی و چو (۲۰۰۶) تحت عنوان " بررسی کیفیت زندگی و افسردگی افسران پلیس در کانوسیونگ تایوان " متفاوت است به طوری که آنها دریافتند که استرس، اضطراب و افسردگی بیشتر با کیفیت زندگی رابطه ای معکوس دارد. هم‌چنین در مقاله‌ای که توسط نصیری زرین قبایی، طالب پورامیری، حسینی ولشکلایی و رجب زاده (۱۳۹۵) انجام شد، مشخص شد که افزایش استرس شغلی پرستاران بر بعضی از ابعاد کیفیت زندگی ایشان تاثیر می‌گذارد. لذا باید مدیران مربوطه در جهت کاهش نیازهای فیزیکی، فشارهای روان‌شناختی و مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها در جهت کاهش استرس‌های ایشان عمل کنند که این امر متعاقبا سبب افزایش کیفیت کاری و کیفیت زندگی پرستاران می‌گردد. خاقانی زاده، عبادی، سیرتی نیر و رحمانی (۱۳۸۷) نیز در تحقیقی نشان دادند که میزان کیفیت در زندگی پرستاران در حد متوسطی است. باتوجه به اینکه میزان کیفیت زندگی در کارکنان بخش توانبخشی با کارکنان بخش اداری تفاوت معناداری نداشت می‌توان نتیجه گرفت که احتمالا این گروه با وجود استرس و اضطراب زیادی که متحمل می‌شوند توانسته‌اند معیارهای کلی کیفیت زندگی را در خود حفظ کنند که خود نقطه عطفی برای مسئولان مرتبط با این گروه است. حمیدی، مرتضایی، حیدری پهلویان، سلطانیان و حیدری مقدم (۱۳۹۳) نیز در تحقیقی نشان دادند که با شناخت استرس و مشارکت کارکنان و با ارائه و پیاده‌سازی استراتژی‌های مناسب مشارکت و کاهش استرس، می‌توان کیفیت زندگی کاری و نهایتا بهره‌وری سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی را افزایش داد که می‌توان با توجه به این نتیجه با استفاده از برنامه‌های مداخله‌ای استرس را کاهش داد که اثر مستقیم و مثبتی بر میزان کیفیت زندگی دارد.

هم‌چنین یافته ها نشان دادند که میزان استرس و اضطراب میان دو گروه کارکنان اداری و بخش توانبخشی جمعیت هلال احمر تهران به طور معناداری متفاوت است. نتایج با یافته های پژوهشی حسین زاده و پوراطمینان (۱۳۹۳) و خیرآبادی، باباییان، صدری، مهکی و بهزادی (۱۳۹۳) همسو است. موسی رضایی، مومنی، موسی رضایی، معینی و خدایی (۱۳۹۳) نیز در تحقیقی نشان دادند که میزان افسردگی در کارکنان شیوع بیشتری دارد که با میزان استرس و فرسودگی شغلی آنها مرتبط است. در مقاله ای که توسط کسانی، نیازی، منتی، علی محمدی و منتی (۲۰۱۸) انجام شد مشخص شد که به منظور کم شدن افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران، برنامه‌ریزی توسط مدیران پرستاری در راستای افزایش سطح روانی پرستاران، کاهش و توزیع ساعات کار و کم کردن ساعات کار برای پرستاران شیفت شب می‌تواند تاثیرگذار باشد. می‌توان همین موضوع را در رابطه با کارکنان بخش توانبخشی نیز انجام داد به گونه ای که می‌توان برای آنها ساعات کاری کمتری در نظر گرفت. محمدی شیرمحل، جمهری، کراسکیان و ملیحی‌الذاکرینی (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی نشان دادند که ذهن‌آگاهی با تغییر در میزان آگاهی، بودن در زمان حال و مراقبه می‌تواند باعث کاهش اضطراب شود. بنابراین می‌توان از ذهن‌آگاهی نیز برای کاهش اضطراب کارکنان استفاده کرد.

در مجموع اکثر تحقیقات انجام شده در رابطه با افسردگی و اضطراب کارکنان نشان می‌دهد که اضطراب، افسردگی و استرس با فرسودگی شغلی رابطه معناداری دارند و هم‌چنین میزان استرس، افسردگی و اضطراب در گروه کارکنان درمانی بالاتر از کارکنان اداری می‌باشد که ضرورت دارد تا براساس نتایج به دست آمده از وضعیت افسردگی و اضطراب کارکنان مرکز جامع توانبخشی، گام‌هایی در جهت حفظ و ارتقای سلامت روان آن‌ها برداشته شود. با توجه به اینکه بخش مهمی از اضطراب و استرس کارکنان ناشی از سازمان است لازم است موارد زیر رعایت گردد: جایابی مناسب افراد و هماهنگی بین شخصیت کارکنان و شغلی که به ایشان داده شده است، شفاف سازی انتظارات از کارکنان در رابطه با مسئولیت‌شان، تقسیم کار مناسب، بهبود روابط با مافوق، اصلاح شرایط فیزیکی محل کار، تعیین مناسب نوبت‌های کاری، برطرف کردن احساس عدم امنیت شغلی و ترس از تنزل مقام، برطرف کردن احساس یکنواختی در محیط کار، توجه به ورزش کارکنان و برنامه‌ریزی جهت خدمات تفریحی ایشان، بهبود ارتباط صمیمانه میان کارکنان، آموزش مهارت‌های روابط بین فردی و ارتباط کارمندان با یکدیگر، آموزش کنترل استرس و راهکارهای مقابله با افسردگی و اضطراب، آموزش ذهن‌آگاهی، ارتباط کارمندان با روانشناسان مستقر در کلینیک به صورت منظم. از آنجایی که پژوهش مورد نظر مقطعی بود، پیشنهاد می‌شود که متغیرهای پژوهش مورد نظر و هم‌چنین متغیرهای بیشتری در زمان های مختلف در مورد جامعه و نمونه مدنظر صورت گیرد.

## منابع

- اکبری، مهرداد، علیپور، احمد، زارع، حسین، و شیخی، عبدالکریم. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران دچار سرطان پستان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۸ (پیاپی ۲۹): ۷-۲۸.
- ایمنی، بهزاد، کرم پوریان، آرزو، و حمیدی، یدالله. (۱۳۹۲). ارتباط کیفیت زندگی کاری و استرس شغلی در کارکنان سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان همدان. *مجله طب نظامی*، ۱۵ (۴): ۲۵۳-۲۵۷.
- جعفری، مهرنوش، حبیبی هوشمند، بهرام، و ماهر، علی. (۱۳۹۶). رابطه استرس شغلی، کیفیت زندگی کاری و تمایل به ترک شغل در پرستاران بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهرهای منتخب استان گیلان در سال ۱۳۹۵. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۳ (۳): ۱۲-۲۴.
- حسین زاده نیکویی، حمید، و پور اطمینان، آرزو. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط بین اضطراب، استرس و افسردگی با فرسودگی شغلی (مطالعه موردی در شرکت توزیع نیروی برق استان قم). بیست و نهمین کنفرانس بین المللی برق.
- حمیدی زاده، سعید، احمدی، فضل اله، اصلانی، یوسف، اعتمادی فر، شهرام، صالحی، کمال، و کردیزدی، رحمت اله. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر برنامه ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان در سال ۱۳۸۵-۸۶. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۶ (۱): ۱۶۷-۱۶۰.
- حمیدی، یدالله، مرتضایی، مرضیه، حیدری پهلویان، احمد، سلطانیان، علیرضا، و حیدری مقدم، رشید. (۱۳۹۳). رابطه کیفیت زندگی کاری با سطح مشارکت و استرس در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی. *فصلنامه انجمن ارگونومی و مهندسی عوامل انسانی ایران*، ۲ (۴): ۱۸-۲۴.
- خاقانی زاده، مرتضی، عبادی، عباس، سیرتی نیر، مسعود، و رحمانی، منظر. (۱۳۸۷). بررسی رابطه استرس شغلی و کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب نیروهای مسلح. *مجله طب نظامی*، ۱۰ (۳): ۱۷۵-۱۸۴.
- خیرآبادی، غلامرضا، بابائیان، لیلا، صدری، سیما، مهکی، بهزاد، و مسائلی، نسرين. (۱۳۹۳). افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی در دانشجویان غیر ایرانی و ایرانی دانشکده های پزشکی، دندان پزشکی و داروسازی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۹۲-۱۳۹۱. *مجله تحقیقات و علوم رفتاری*، ۱۲ (۴): ۶۲۰-۶۱۱.
- شاه حسینی، پروانه، و توکلی، هانیه. (۱۳۹۳). تحلیل شاخص های کیفیت زندگی شهری مورد: محله وردآورد منطقه ۲۱ شهر تهران. *نشریه آمایش محیط*، ۲۴ (۷): ۱۲۷-۱۴۴.
- علیپور، فرشید، و محمدی، شهناز. (۱۳۹۴). نشخوارفکری، نشانه های اضطراب و افسردگی در افراد دچار لکنت زبان، اضطراب اجتماعی و بهنجار. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۹ (پیاپی ۳۴): ۹۷-۱۱۴.
- علیپور، رضا، عبدالحمید، ابراهیمی، امید، رقیه، هدایتی، آروین، رنجبر، حسام، و حسینپور، سالار. (۱۳۹۳). افسردگی، اضطراب، استرس و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان ولیعصر دانشگاه علوم پزشکی فسا در سال ۱۳۹۳. *مجله علمی پژوهان*، ۱۳ (۴): ۵۲-۵۹.
- غباری بناب، باقر، متولی پور، عباس، حکیمی راد، الهام، و حبیبی عسگرآباد، مجتبی. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۲ (پیاپی ۱۰): ۱۲۳-۱۱۰.
- فلاح، رمضان، فرهادی، صدف، امینی، کوروش، و مهاجری، منصور. (۱۳۹۰). بررسی میزان شیوع افسردگی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۷۵: ۱۰۷-۱۱۴.
- کسانی، عزیز، نیازی، محسن، منتی، رستم، علی محمدی، یوسف، و منتی، والیه. (۲۰۱۸). ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در پرستاران: کاربرد مدل تحلیل مسیری. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۳ (۲): ۶۹-۶۱.
- گل پرو، محسن، نیری، شیرین، و مهداد، علی. (۱۳۸۹). الگوی پیشگیری از استرس شغلی، فرسودگی هیجانی و رفتارهای انحرافی از طریق مدیریت، رهبری و ارزش های اخلاقی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۴ (پیاپی ۱۳): ۷-۲۵.
- محمدی شیرمحل، فاطمه، جمهری، فرهاد، کراسکیان، آدیس، و ملیحی الذاکرینی، سعید. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و قندخون بیماران دیابتی با نوع شخصیت بازدارنده. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۰ (پیاپی ۳۸): ۱۳۹-۱۵۶.
- موسی رضایی، امیر، مومنی قلعه قاسمی، طاهره، موسی رضایی، نسرين، معینی، مهین، و خدایی، مهناز. (۱۳۹۳). بررسی افسردگی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی. *مجله روان پرستاری*، ۲ (۳): ۳۷-۴۵.
- نصیری زرین قبایی، داوود، طالب پورامیری، فرشته، حسینی ولشکایی، سید محمدرضا، و رجب زاده، رضوان. (۱۳۹۵). کیفیت زندگی و ارتباط آن با استرس شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان های شهر ساری. *مجله آموزش پرستاری*، ۵ (۲): ۴۰-۴۸.

- Ahola, K., Hakanen, J., Mutanen, P., & Perhonen, R. (2014). *Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centered approach*. *Burnout research*, Vol. 1, (p 29-37).
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6):893-897.
- Creedy, D. K., Sidebotham, M., Gamble, G., Pallant, J., & Fenwick, J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australia midwives: a cross-sectional survey. *Journal of BMC pregnancy and children*, 10(11):12-15.
- Desley, G., Mark, C., & Hemsoworth, R. (2014). *Compassion satisfactions, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia*. *Nursing Management*. Vol. 22, (p 506-518).
- Lin, Y. H., Chen, C. Y., & Lu, S. Y. (2009). Physical Discomfort and Psychological job stress Among male and female operators at telecommunication call center in Taiwan. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 37(10): 1603-1621.
- Martinez, M., & Fischer, F. (2015). A Cohort study of psychosocial work stressors on work ability among Brazilian Hospital workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(7): 795-806.
- Peters, B. M. (2007). The relationship among psychological and perceived stress, quality of life, self-care, and impairment in doctoral student. Retrieved July 13th, available from: <http://proquest.umi.com>.
- Schonfeld, I., & Bianchi, R. (2015). Burnout and Depression: Two Entities or one? *Journal of clinical psychology*, 72: 22-37.
- Tan, L., Wang, M., Modini & Joyce, S. (2014). Preventing the development of depression at work: systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(6): 88-94.
- Wang, S. y., Chen, H. C., Chou, F. H., & Lai, J. Y. (2006). *A survey of quality of life and depression for police officers in Kaohsiung, Taiwan*. *Quality of life research*. Vol. 16, (p 1289-1297).
- Williams, C. D. & Schouten, R. (2008). Assessment of occupational impairment and disability from depression. *Journal of Occupational and Environmental Health*, 50:441-450.



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی