



Scientific Journal

## Journal of Research in Educational Systems

Volume 15, Issue 55,  
Pp. 153-164  
Winter 2022

Print ISSN: 2383-1324

Online ISSN: 2783-2341

Indexed by ISC

[www.jiera.ir](http://www.jiera.ir)



Journal by  
Research in Educational  
Science is licensed under a  
Creative Commons  
Attribution-  
NonCommercial 4.0  
International License.

Document Type:  
Original Article

✉ Corresponding Author:

[s.toulabi@khu.ac.ir](mailto:s.toulabi@khu.ac.ir)

Receive Date: 10 September 2021

Revise Date: 20 November 2021

Accept Date: 17 December 2021

Publish Date: 05 January 2022

**How to Site:** Toulabi, S., Ita, T. (2022). Comparison of the Quality of Life, Mental Health, Alexithymia and Distress Tolerance of Nurses Working in Intensive Care Units of Covid-19 (Corona) Patients with Nurses in Other Wards. *Journal of Research in Educational Science*, 15(55), 153-164.

[doi: 10.1001.1.23831324.1400.15.55.13.1](https://doi.org/10.1001.1.23831324.1400.15.55.13.1)

## Comparison of the Quality of Life, Mental Health, Alexithymia and Distress Tolerance of Nurses Working in Intensive Care Units of Covid-19 (Corona) Patients with Nurses in Other Wards \*

**Saeed Toulabi**✉

Ph.D., Educational Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

**Tina Ita**

Master, General Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran

### Abstract

The aim of this study was to compare the quality of life, mental health, and alexithymia and Distress tolerance of nurses working in intensive care units of Covid-19 (Corona) patients with nurses in other wards. Which was done by descriptive method of causal-comparative studies. The statistical population of this study was selected from all hospitals in Tehran's third district and the sample size was equal to 97 people (47 nurses in the intensive care unit and 50 nurses in the normal ward). Data collection tools in this study included the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (short form) (1989), Goldberg and Hiller General Health Questionnaire (1979), Toronto Bagby et al (1994). Emotional Dysfunction Scale, Simmons and Gaher(2005). Methods of data analysis in this study using the questionnaires in the descriptive section including describing the demographic characteristics of the sample group, mean, standard deviation, and preparing a frequency distribution table, statistical graphs, and in the analysis of hypotheses. Achieving the result was analyzed using independent t-test by SPSS22 software. The results showed that there was a significant difference between quality of life in nurses working in intensive care units and nurses working in normal wards. The quality of life of nurses working in normal wards is higher than nurses in special wards and also mental health, emotional malaise and tolerance of anxiety of nurses working in special wards are higher than nurses in normal wards. According to the results of the present study, providing adequate personal protective equipment and creating the conditions for using counseling and psychological services in a timely manner, along with other security and incentive measures, can be useful in reducing the psychological overload of nurses.

### Keywords:

quality of life, mental health, emotional malaise, distress tolerance

\* The present article is taken from the master thesis in General Psychology, Saveh Branch of Islamic Azad University



نشریه علمی

پژوهش در  
نظام‌های آموزشی

دوره ۱۵، شماره ۵۵،  
ص ۱۵۳-۱۶۴  
زمستان ۱۴۰۰

شاپا (چاپی): ۱۳۲۴-۲۳۸۳

شاپا (الکترونیکی): ۲۳۴۱-۲۷۸۳

نمایه در ISC

www.jiera.ir



نشریه علمی  
پژوهش در نظام‌های آموزشی تحت قانون  
بین‌المللی کپی‌رایت Creative  
Commons: BY-NC می‌باشد.

نوع مقاله:

مقاله اصیل پژوهشی

✉ نویسنده مسئول:

s.toulabi@khu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۰۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۱۰/۱۵

استناد به این مقاله: طولابی، س.، ای.ا. ت. (۱۴۰۰). مقایسه کیفیت زندگی، سلامت روان، ناگویی هیجانی و تحمل پریشانی در پرستاران بخش مراقبت از بیماران کووید-۱۹ با پرستاران سایر بخش‌ها. پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۱۵(۵۵)، ۱۵۳-۱۶۴.

doi: 20.1001.1.23831324.1400.15.55.13.1

## مقایسه کیفیت زندگی، سلامت روان، ناگویی هیجانی و تحمل پریشانی در پرستاران بخش مراقبت از بیماران کووید-۱۹ با پرستاران سایر بخش‌ها \*

سعید طولابی ✉

دکتری تخصصی روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تینا ایطا

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه کیفیت زندگی، سلامت روان، ناگویی هیجانی و تحمل پریشانی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مراقبت از بیماران کووید-۱۹ (کرونا) با پرستاران سایر بخش‌ها بود که با روش توصیفی از نوع مطالعات علی-مقایسه‌ای انجام شد. جامعه آماری این پژوهش تمام پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منطقه سه تهران بود، که از بین آن‌ها نمونه‌ای برابر ۹۷ نفر (۴۷ نفر پرستار در بخش مراقبت از بیماران کووید-۱۹، ۵۰ نفر پرستار در بخش عادی) با روش در دسترس انتخاب شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه) سازمان بهداشت جهانی (1989)، پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg & Hilder (1979)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Bagbay et al., 1994)، مقیاس تحمل پریشانی Simons & Gaher (2005) بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون t مستقل و نرم‌افزار SPSS22 استفاده شد. یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی و سلامت روان پرستاران شاغل در بخش‌های عادی از پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا بالاتر است؛ اما تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی پرستاران شاغل در بخش کرونا بالاتر از پرستاران شاغل در بخش‌های عادی بود. براساس نتایج بررسی حاضر، تأمین تجهیزات محافظت شخصی کافی و ایجاد زمینه بهره‌گیری از خدمات مشاوره و روان‌شناسی به‌موقع، در کنار سایر اقدامات تأمینی و تشویقی، می‌تواند در کاهش اضافه‌بار روانی پرستاران مفید باشد.

### واژه‌های کلیدی:

کیفیت زندگی، سلامت روان، ناگویی هیجانی، تحمل پریشانی، پرستاران

\* مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد ساوه است.

## مقدمه

پرستاران اعضای تیم‌های درمانی در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و افرادی هستند که در زمینه اصول علمی و مهارت‌های حرفه‌ای مراقبت، درمان و آموزش تحصیل کرده و در آن مهارت دارند (وحدتی و کبودی، ۲۰۱۶). چه در شرایط عادی و چه در بحران‌ها، پرستاران در خط مقدم ارائه خدمات بهداشتی-درمانی هستند و وظیفه مراقبت جامع از انواع بیماران را دارند. به دلیل تنوع وظایف، آن‌ها نقش مهمی در سیستم‌های درمانی-بهداشتی دارند (Alshammari & Althobaity, 2020). در بحران‌ها، پرستاران وظایف بیشتری برای جلب رضایت بیماران و خانواده‌هایشان دارند؛ بنابراین، پرستاران باید مجهز به دانش و مهارت‌های اساسی مدیریت بحران، ضدعفونی کردن، قرنطینه، ارتباطات، تریاژ، پشتیبانی روان‌شناختی و مراقبت‌های تسکینی باشند (Borasio et al., 2020). در بحران کووید-۱۹ (کرونا)، نقش پرستاران در درمان بیماران شامل تریاژ و تشخیص موارد مشکوک به عفونت، ارائه اقدامات درمانی اضطراری، کمک به کاهش آلوده‌سازی و هماهنگی با سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، تهیه اقدامات جامع پرستاری در مدیریت بحران، ایفای نقش‌های حیاتی در گسترش خدمات مراقبت، و تعامل با خویشاوندان بیمار است (Xie et al., 2020). بیماری همه‌گیر جهانی کووید-۱۹، یک بحران گسترده بهداشت عمومی است که چالش‌های زیادی برای کارکنان بهداشت و درمان سراسر دنیا ایجاد کرده است. این عفونت ناشی از ویروس سارس، بدترین بیماری همه‌گیر از زمان آنفلوآنزای اسپانیایی با شیوع سریع فردبه‌فرد است که بسیاری از سیستم‌های بهداشتی را تحت فشار قرار داده است (Mareiniss, 2020; Tsamakis, 2020). این بیماری توسط سازمان بهداشت جهانی (2020) کووید-۱۹ نام‌گذاری گردید و گسترش آن به دلیل سرعت انتقال منحصربه‌فردش بود (Fang et al., 2020؛ نقل از یاور و لطفی، ۱۴۰۰). افزایش میزان و شدت کار، عدم وجود درمان مؤثر یا واکسن، عفونت زیاد و ترس از آلوده‌سازی عزیزان، تأثیرات منفی قابل توجهی بر سلامت روان پرستاران بخش‌های کرونایی دارد (Kisis, 2020). درک عوامل مختلف مؤثر در بهزیستی

روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت از بیماران کرونا که در دوران همه‌گیری نقش بسیار حیاتی در کنترل بیماری دارند، بسیار ضروری و نیازمند طراحی مداخلات خاص برای به حداقل رساندن پیامدهای منفی آن است (Arden et al., 2020).

پیشانی روان‌شناختی و بهداشت روانی ضعیف در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و پرستاران در خط مقدم طی همه‌گیری کووید-۱۹، گزارش شده است. یک بررسی مقطعی بین ۱۲۵۷ نفر از پرستاران و کادر درمانی که از بیماران کووید-۱۹، در چین مراقبت می‌کنند، نشان داد که تقریباً نیمی از آن‌ها علائم اضطراب و افسردگی داشتند (Lai et al., 2020). براساس این گزارش، میزان بروز افسردگی شدید پرستاران در مقایسه با پزشکان به‌طور قابل توجهی بالاتر بود. کارکنان بهداشت در بیمارستان‌های «تعیین‌شده کووید-۱۹» نسبت به سایر بیمارستان‌ها، دو تا سه برابر احتمال پیشانی، اضطراب و افسردگی داشتند (Mo et al., 2020).

علاوه بر تأثیرات کوتاه‌مدت، اثرات مداوم و طولانی‌مدت این همه‌گیری بر پرستاران خط مقدم مراقبت از بیماران کووید-۱۹، قابل پیش‌بینی است. به‌عنوان مثال مطالعه Maunder (2006) نشان داد، ۲ سال پس از شیوع سارس در سال ۲۰۰۳، فرسودگی شغلی، پیشانی روان‌شناختی، اختلال استرس پس از سانحه، مصرف سیگار و نوشیدن الکل در بین مراقبان بهداشتی کانادا در مقایسه با سایر مراقبان بهداشتی به‌طور معنی‌داری بالاتر بود (Marjanovic et al., 2007). این تأثیرات نامطلوب کوتاه‌مدت و بلندمدت اپیدمی‌ها بر سلامت روان پرستاران و کادر مراقبت‌های بهداشتی، توجه مسئولین را به نیازهای سازمانی جهت پشتیبانی جامع از آنان، به خود جلب کرده است (Hyun et al., 2020).

اگرچه مطالعات اخیر، بهداشت روانی پرستاران را در طی بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ «پایین» توصیف کرده است، اما تأثیر عوامل مختلف در سلامت روان و کیفیت زندگی آنان به‌طور کامل بررسی نشده است (Lai et al., 2020; Mo et al., 2020). کیفیت زندگی جریانی فعال، پویا و چندوجهی از دریافت‌ها، نگرش‌ها، و تغییرات رفتاری است که از مجموع تجربیات گوناگون زندگی فرد و از عملکرد وی متأثر می‌شود.

تجارب هیجانی معرفی می‌کنند که مربوط به فهم و ادراک حالت ذهنی است (Xu et al., 2018). ناگویی هیجانی به معنی فقدان لغت برای هیجان‌ها است. به عبارت دیگر، ناگویی هیجانی نوعی اختلال در عملکرد شناختی-هیجانی تلقی می‌شود که در آن فرد ناتوان از انتقال تجارب هیجانی خود در قالب احساسات و تصورات است (Schimmenti et al., 2017) از نظر Mahapatra and Sharma (2018)، ویژگی‌های اصلی ناگویی هیجانی عبارت‌اند از دشواری در تشخیص و تمایز هیجان‌ها از حس‌های جسمانی، توصیف آن‌ها برای دیگران و نیز سبک‌شناختی متمرکز بر بیرون که سه نقطه اجتماعی را منعکس می‌سازد: (۱) نقص در مؤلفه‌های شناختی-تجربه‌ای سیستم پاسخ‌دهی هیجانی (۲) نقص در تنظیم هیجان‌ها در روابط بین شخصی و (۳) ظرفیت محدود برای خیال‌پردازی. براساس نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط بشارت و همکاران (۱۳۹۴) و (Feki et al., 2017; Loas, et al., 2016) افراد دارای ناگویی هیجانی، در موقعیت‌های پرتنش، در تنظیم احساسات خود با مشکلاتی مواجه هستند که به طور مستقیم فرد را مستعد اختلال‌های مربوط به ناتوانی در تنظیم احساسات می‌کند.

عامل دوم، تحمل پریشانی است. از نظر Bonfils و همکاران (2018) تحمل پریشانی نقش مهمی در ارتقای سلامت دارد و این سازه شامل توانایی تحمل، ارزیابی، ظرفیت پذیرش حالت عاطفی و شیوه تنظیم هیجان‌های منفی است (Zvolensky et al., 2011) تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارد؛ به طوری که افراد دارای تحمل پریشانی پایین‌تر، واکنشی شدیدتر به استرس نشان می‌دهند (Veilleux et al., 2019). افراد دارای تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌ها منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و شرایط برانگیزاننده آن باشند (Keogh et al., 2010). لذا با توجه به مطالب فوق و تأثیر سطح کیفیت زندگی و سلامت روان پرستاران در عملکرد و خدمت‌رسانی آنان به بیماران و کمبود اطلاعات در مورد ارتباط بین مکانیسم‌های مختلف

بر طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید ابعاد فیزیکی، عاطفی- روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در برگیرد (Herbert, 2015). مفهوم کیفیت زندگی دارای دو بُعد عینی و ذهنی است. بُعد ذهنی به مفهوم «خوب بودن»، رضایت از زندگی یا «شادی» اشاره دارد، درحالی‌که بعد عینی منوط به جنبه‌های عملکرد اجتماعی و محیط‌زیست فرد است (Xie et al., 2020). Hinchliff و همکاران (2011)، معتقدند امروزه برای تعیین نیازها و ارتقاء سطح سلامتی افراد، کیفیت زندگی آن‌ها را موردبررسی قرار می‌دهند، و توجه به آن می‌تواند موجب افزایش کارایی و جلوگیری از تشنجات روانی شود (Hines-Martin et al., 2020).

یکی از عناصر کیفیت زندگی، سطح سلامت روان<sup>۱</sup> است. سلامت روان قدرت آرام زیستن، با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خویشتن و قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله با فشارهای زندگی است (سیف، ۱۳۹۷). Maninger (1990)، سلامت روان را سازگاری فرد با جهان اطراف با حداکثر امکان به طوری که موجب شادی و برداشت مفید و مؤثر در فرد شود، تعریف می‌کند (Epond, 1996؛ نقل از فرهنگی، ۱۳۹۷). تحقیقات نشان داده که سلامت روان لازمه حفظ دوام عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد جامعه و تأمین آن هدف اصلی اجرای برنامه‌های بهداشت روان در جامعه است (اکبری جبلی و همکاران، ۱۳۹۵). سلامت روان پرستاران، تحت تأثیر عوامل متعددی چون مسئولیت حفظ سلامتی و زندگی انسان‌ها، مواجهه با بیماری‌های درمان‌ناپذیر و درمان‌ناپذیر، ارتباط طولانی با بیماران بدحال و روبه‌مرگ، حجم کاری زیاد، حمایت کم مدیران از پرستاران، عدم دریافت پاداش و تشویق مناسب نسبت به سایر مردم جامعه، می‌تواند در معرض خطر قرار گیرد (Ellenbecker & Cushman, 2012; Currid, 2008).

مطالعات نشان داده، دو عامل مؤثری که بر سلامت روان و به دنبال آن بر کیفیت زندگی مؤثرند ناگویی هیجانی<sup>۲</sup> و تحمل پریشانی<sup>۳</sup> است. مفهوم‌سازی‌های کنونی، ناگویی هیجانی را به‌عنوان یک نقص صفتی در فرایندهای شناختی



چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارت‌اند از: (۱) سلامت جسمانی (۷ سؤال)، (۲) سلامت روان‌شناختی (۶ سؤال)، (۳) روابط اجتماعی (۲ سؤال)، (۴) ادراک از محیط زندگی (۸ سؤال). دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. پاسخگویی به سؤال‌ها به صورت پنج گزینه‌ای (اصلاً=۱، خیلی کم=۲، در حد متوسط=۳، زیاد=۴ و خیلی زیاد=۵) تنظیم شده است و سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۲۵ و حداکثر نمره ۱۲۵ است (رحیمی و خیر، ۱۳۸۶). در ایران ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. پایایی مقیاس با روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته‌ای)، تصنیفی و آلفای کرونباخ بررسی شده و هر سه مورد بیانگر مطلوبیت مقیاس بوده است. همچنین روایی این مقیاس برای بعد سلامت جسمی، بهزیستی روانی، بعد روابط اجتماعی و بعد محیط زندگی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۷، ۰/۶۵ و ۰/۷۷ گزارش شده است (نصری و رضویه، ۱۳۸۵).

پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۳</sup> (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط Goldberg and Hilder (1979) ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس‌های مذکور عبارت‌اند از: مقیاس علائم جسمانی<sup>۴</sup>، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب<sup>۵</sup>، مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی<sup>۶</sup>، مقیاس علائم افسردگی<sup>۷</sup>. پاسخگویی به سؤال‌ها به صورت ۴ گزینه‌ای تنظیم شده است و به هر سؤال صفر تا ۳ نمره تعلق می‌گیرد؛ بنابراین دامنه نمره در این پرسشنامه صفر تا ۸۴ است. نمره پایین‌تر نشانه برخوردار از سلامت روان بیشتر است. پایایی پرسشنامه در فرهنگ‌های مختلف تأیید شده است. برای مثال، Shigemi و همکاران (2007)، با انجام این پرسشنامه بر روی کارمندان ژاپنی ضریب پایانی آلفای کرونباخ، ۰/۹۰، را برای این پرسشنامه گزارش کردند. Cheung and Spears (1994) ضریب پایانی این پرسشنامه را در گروه کامبوج‌های ساکن نیوزلند، به کمک

مقابله‌ای و سلامت روان پرستاران طی بیماری همه‌گیر کووید-۱۹، چنین تحقیقاتی می‌تواند به سازمان‌ها کمک کند تا مفیدترین مداخلات را برای بهبود و تداوم بهزیستی روان‌شناختی پرستاران در خط مقدم بحران کووید-۱۹، شناسایی کنند. لذا با توجه به اهمیت موضوع، در این پژوهش بر آن شدیم تا به بررسی وضعیت سلامت روان، کیفیت زندگی، میزان تحمل پریشانی و نحوه ابراز هیجان پرستاران شاغل در بخش کووید-۱۹ و مقایسه آن‌ها با سایر پرستاران بپردازیم.

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات توصیفی از نوع مطالعات علی-مقایسه‌ای است. حجم نمونه با استفاده از فرمول Julie Pallant (2009) ۸۸ نفر محاسبه شد که با احتساب احتمال افت آزمودنی، ۱۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و از این بین ۹۷ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی تهران و رعایت کلیه پروتکل‌های بهداشتی، از بین تمامی بیمارستان‌های منطقه سه تهران، ۴۷ نفر از پرستاران بخش‌های ویژه مراقبت از بیماران کووید-۱۹ و ۵۰ نفر در بخش عادی به پرسشنامه‌های موردنظر پاسخ دادند. ترکیب مشارکت‌کنندگان شامل ۶۲ زن (۳۹ نفر بخش عادی و ۲۳ نفر در بخش ویژه) و ۳۵ مرد (۱۱ نفر بخش عادی و ۲۴ نفر بخش ویژه) بود. داده‌های گردآوری شده با آزمون‌های آماری مناسب به وسیله نرم‌افزار SPSS، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اشتغال تمام وقت به عنوان پرستار، رضایت کامل و آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و اشتغال در بخش ویژه مراقبت از بیماران کووید-۱۹ و بخش عادی به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش بود. در ادامه، ابزارهای استفاده شده مورد بررسی قرار می‌گیرند.

پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۱</sup> (فرم کوتاه): این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ تهیه شده است. شامل ۲۶ سؤال است و به مطالعه

5. anxiety and sleep disorder  
6. disorder in social function  
7. depression symptoms

1. quality of life questionnaire  
2 world health organization(WHO)  
3. general health questionnaire  
4. somatic symptoms

تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را براساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین پریشانی موردسنجش قرار می‌دهند. گویه‌های مقیاس به صورت پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست. ضرایب آلفا برای خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است (Simons & Gaher, 2005). اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش نموده است؛ و عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) نیز آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۷۹ گزارش کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون t مستقل به وسیله نرم‌افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شد. بررسی پیش فرض نرمال بودن با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف نشان داد که همه متغیرها دارای توزیع نرمال بودند ( $P > 0.01$ ). بر این اساس از آزمون‌های پارامتریک در تحلیل فرضیه‌های تحقیق استفاده شد.

### یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های نمونه نشان داد که ۶۴ درصد از مشارکت‌کنندگان (زن) و ۳۶ درصد (مرد) بودند و سن آن‌ها بین ۲۴ تا ۶۶ ساله بود. در ادامه، جداول ۱ و ۲، وضعیت دو گروه را در متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد.

روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ تا ۴ هفته و با استفاده از فرمول ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن به میزان ۰/۵۵ برآورد نمودند و ضریب هماهنگی درونی این پرسشنامه را با روش نمره‌گذاری لیکرت به میزان ۰/۸۵ گزارش کردند (به نقل از قاسمی، ۱۳۸۸). در ایران نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و ضریب اسپیرمن-بران ۰/۹۰ و ضریب تنصیف گاتمن نیز ۰/۹۰ گزارش شده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶). در پژوهش حسن نژاد رسکتی، میرزائیان، و حسینی (۱۳۹۸) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده است.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو: توسط Bagbay و همکاران (1994) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۰ ماده و سه زیرمقیاس (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی) است و براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارم، موافق و کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. روایی مقیاس ناگویی هیجانی توسط سازندگان آن مورد تأیید قرار گرفته است. اعتبار آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ توسط Bagbay و همکاران (1994) و در ایران توسط بشارت (۱۳۸۷) هنجار و اعتبار به روش کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵، دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۲، و تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۶۹ به دست آمده است. در پژوهش قنادزادگان و همکاران (۱۳۹۷) نیز آلفای کرونباخ تفکر عینی ۰/۸۳، دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۷ و دشواری در توصیف احساسات ۰/۹۱ به دست آمد. مقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تهیه شده است. دارای ۱۵ گویه و ۴ خرده مقیاس

### جدول ۱.

آزمون تی دو گروه مستقل در متغیر کیفیت زندگی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	$\alpha$	p-value
ویژه	۴۷	۳/۱۷	۰/۴۱	۶/۵۸	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۳۷
عادی	۵۰	۳/۴۹	۰/۴۷				

## جدول ۲.

مؤلفه‌های آزمون تی دو گروه مستقل

مؤلفه‌های کیفیت زندگی	گروه	تعداد	میانگین پاسخ‌ها	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	$\alpha$	p-value
سلامت جسمانی	ویژه	۴۷	۳/۰۸	۰/۳۶	۶/۴۶	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۳۱
	عادی	۵۰	۳/۳۸	۰/۴۵				
سلامت روان‌شناختی	ویژه	۴۷	۳/۲۲	۰/۴۴	۵/۵۲	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۳۳
	عادی	۵۰	۳/۵۳	۰/۵۱				
روابط اجتماعی	ویژه	۴۷	۳/۲۸	۰/۴۳	۳/۲۸	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۴۱
	عادی	۵۰	۳/۵۶	۰/۴۵				
ادراک از محیط زندگی	ویژه	۴۷	۳/۲۲	۰/۳۸	۳/۲۴	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۴۱
	عادی	۵۰	۳/۴۶	۰/۴۶				

معناداری وجود دارد؛ و این تفاوت به نفع پرستاران شاغل در بخش‌های عادی است. جداول ۳ و ۴ نیز نتایج مقایسه سلامت روان و مؤلفه‌های آن را در دو گروه نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۲ با ۹۵٪ اطمینان نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مراقبت از بیماران کووید-۱۹، با پرستاران شاغل در بخش‌های عادی تفاوت

## جدول ۳.

آزمون تی دو گروه مستقل در متغیر سلامت روان

گروه	تعداد	میانگین پاسخ‌ها	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	$\alpha$	p-value
ویژه	۴۷	۳/۶۱	۰/۴۷	۴/۴۴	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۳
عادی	۵۰	۳/۴۰	۰/۳۸				

## جدول ۴.

مؤلفه‌های آزمون تی دو گروه مستقل

مؤلفه‌های سلامت روان	گروه	تعداد	میانگین پاسخ‌ها	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	$\alpha$	p-value
علائم جسمانی	ویژه	۴۷	۳/۷۳	۰/۶۹	۵/۴۶	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۱
	عادی	۵۰	۳/۳۲	۰/۴۵				
علائم اضطرابی	ویژه	۴۷	۳/۶۸	۰/۶۳	۳/۵۲	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۶
	عادی	۵۰	۳/۴۶	۰/۵۲				
کارکرد اجتماعی	ویژه	۴۷	۳/۵۱	۰/۵۵	۳/۲۸	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۸
	عادی	۵۰	۳/۳۱	۰/۵۱				
علائم افسردگی	ویژه	۴۷	۳/۶۳	۰/۶۵	۴/۵۲	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۳
	عادی	۵۰	۳/۳۸	۰/۳۸				

روان پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مراقبت از بیماران کووید-۱۹، پایین‌تر از پرستاران بخش‌های عادی است. در ادامه، نتایج به دست آمده از مقایسه دو گروه در متغیر ناگویی هیجانی در جداول ۵ و ۶ آمده است.

نتایج جدول ۴، گویای وجود تفاوت بین سلامت روان دو گروه است. با توجه به اینکه، کسب نمره پایین در مقیاس سلامت روان، نشانه بالا بودن سطح سلامت روان است، از مقایسه میانگین پاسخ‌ها این نتیجه حاصل می‌گردد که سلامت

### جدول ۵.

آزمون تی دو گروه مستقل در متغیر ناگویی هیجانی

گروه	تعداد	میانگین پاسخ‌ها	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	$\alpha$	p-value
ویژه	۴۷	۴/۰۳	۰/۶۱	۴/۷۶	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۲
عادی	۵۰	۳/۵۶	۰/۵۳				

### جدول ۶.

مؤلفه‌های آزمون تی دو گروه مستقل

مؤلفه‌های ناگویی هیجانی	گروه	تعداد	میانگین پاسخ‌ها	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	$\alpha$	p-value
دشواری در شناسایی احساسات	ویژه	۴۷	۳/۸۸	۰/۵۶	۴/۴۱	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۳
	عادی	۵۰	۳/۴۶	۰/۴۸				
دشواری در توصیف احساسات	ویژه	۴۷	۴/۱۱	۰/۵۸	۵/۰۶	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۱
	عادی	۵۰	۳/۵۸	۰/۵۱				
تفکر عینی	ویژه	۴۷	۴/۰۶	۰/۷۷	۴/۸۸	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۲
	عادی	۵۰	۳/۵۱	۰/۵۳				

بخش‌های کووید-۱۹، بالاتر از پرستاران بخش‌های عادی بود؛ و در نهایت جداول ۷ و ۸ نتایج مقایسه عملکرد دو گروه در متغیر تحمل پریشانی را نشان می‌دهند.

براساس نتایج جدول ۶، این نتیجه حاصل می‌گردد که بین ناگویی هیجانی دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی پرستاران

### جدول ۷.

آزمون تی دو گروه مستقل در متغیر تحمل پریشانی

گروه	تعداد	میانگین پاسخ‌ها	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	$\alpha$	p-value
ویژه	۴۷	۳/۵۳	۱/۲۹				
عادی	۵۰	۳/۰۲	۰/۸۶	۶/۴۱	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۰

### جدول ۸.

مؤلفه‌های آزمون تی دو گروه مستقل

مؤلفه‌های تحمل پریشانی	گروه	تعداد	میانگین پاسخ‌ها	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	$\alpha$	p-value
تحمل پریشانی هیجانی	ویژه	۴۷	۳/۶۱	۱/۳۳	۶/۴۶	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۰
	عادی	۵۰	۳/۱۰	۰/۹۱				
هیجانان منفی	ویژه	۴۷	۳/۴۱	۰/۹۶	۵/۵۲	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۱
	عادی	۵۰	۲/۹۱	۰/۸۱				
برآورد ذهنی پریشانی	ویژه	۴۷	۳/۳۶	۰/۹۱	۴/۲۸	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۲
	عادی	۵۰	۳/۰۶	۰/۸۹				
تنظیم تلاش‌ها	ویژه	۴۷	۳/۵۵	۱/۳۱	۶/۴۴	۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۰
	عادی	۵۰	۳/۰۸	۰/۸۹				



و همکاران (2020) است. آن‌ها در مطالعه خود روی دانشجویان نشان دادند که ناگویی هیجانی به واسطه مواجهه با بحران بهداشتی کووید-۱۹، تشدید شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ناگویی هیجانی یک ویژگی شناختی عاطفی است که در آن فرد به دلیل ناتوانی نسبی‌اش در درک حالت‌های عاطفی خود و دیگران نمی‌تواند از کلام جهت تنظیم و تعدیل عواطفش استفاده کند؛ یعنی فرد قادر به ارزیابی و بیان هیجان‌های خود به صورت کلامی نیست. این سازه به‌عنوان یک پدیده شناختی به اختلال خاصی در کارکرد روانی اطلاق می‌شود که دلیل به وجود آمدنش بازداری خودکامی اطلاعات و احساسات هیجانی است. شرایط و مشکلات کاری بخش ویژه کرونا موجب درماندگی روان‌شناختی پرستاران شده و آن‌ها را وارد یک دور باطل می‌سازد که در نهایت باعث افزایش میزان ناگویی خلقی آن‌ها می‌شود. فرآیند این دور باطل به این صورت است که ابتدا با ایجاد یک درماندگی روان‌شناختی در فرد سیستم پردازش شناختی او مختل می‌شود و فرآیند شناسایی و توصیف احساسات دشوار می‌گردد. پرستاران بخش‌های بخش کرونا به دلیل استرس و اضطرابی که همه‌روزه در محیط کاری خود تجربه می‌کنند کمتر قادر به بیان احساسات و هیجان‌های خود به صورت کلامی هستند و در مدیریت عواطف خود ضعیف عمل می‌کنند.

دیگر یافته پژوهش حاضر تفاوت معنی‌دار سطح تحمل پریشانی پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا نسبت به پرستاران شاغل در بخش‌های بود. این یافته با نتایج Falavarjani and Yeh (2019) همسو و با نتایج مطالعه Lie و همکاران (2020) و Hutcheon (2021) مغایر است. Hutcheon (2021) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافت که پرستاران بخش مراقبت از بیماران کرونا برای ایجاد توازن در وظایف شغلی و مراقبت از بیماران، با نیازهای بهداشتی و مراقبت از خانواده خود، متحمل بار اضافه شناختی - هیجانی شده‌اند. این امر باعث شده است که تعداد بیشتری از پرستاران تفکر خودکشی را تجربه کنند. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت، پرستاران شاغل در بخش ویژه کرونا هیجان‌های منفی بیشتری تجربه می‌کنند، با شرایط سخت و طاقت‌فرسا خود گرفته‌اند و در نتیجه تحمل پریشانی بیشتری نسبت به پرستاران

نتایج جدول ۸، نشان می‌دهد که بین تحمل پریشانی دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین پاسخ‌ها نشان می‌دهد که تحمل پریشانی پرستاران بخش‌های کووید-۱۹، بالاتر از پرستاران بخش‌های عادی بود.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد کیفیت زندگی و سلامت روان پرستاران شاغل در بخش‌های عادی بالاتر از پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مراقبت از بیماران کووید-۱۹، است. این نتایج با یافته‌های مطالعه Lie و همکاران (2020)؛ Mo و همکاران (2020)؛ Wu and Wei (2020) که در پژوهش‌های خود نشان دادند پرستاران و مراقبان بهداشتی درگیر تشخیص، درمان و مراقبت مستقیم از بیماران مبتلا به کرونا، نسبت به سایر پرستاران، دارای علائم افسردگی، اضطراب، استرس و بی‌خوابی بیشتری هستند، همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین ادعان داشت که پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه کرونا، در این روزهای کرونایی که وضعیت بغرنج‌تر از قبل شده است، به شدت خسته و فرسوده‌اند. ادامه این شرایط بر فرسودگی شغلی پرستان اثرات نامطلوبی برجای خواهد گذاشت. پرستاران در این شرایط اضطراب و تنش‌های زیادی در طول ساعات کاری خود تجربه می‌کنند و از شرایط محیطی نامطلوبی برخوردارند. آن‌ها شاهد وقایع دل‌خراشی هستند و باید بتوانند از نظر روانی خود را محکم و استوار نشان دهند که این به نوبه خود کیفیت زندگی آن‌ها را پایین می‌آورد. کادر پرستاری براساس گزارش‌های اعلامی، به ازای هر تخت در ۲۴ ساعت حدود ۰٫۷ تا ۰٫۸ است که فاصله زیادی با ۳/۵ نفر (استاندار جهانی) دارد. به این عامل، چالش جبران نیرو به‌خصوص در شیفت‌های عصر و شب را نیز باید اضافه کرد. کادر پرستاری با هجمه‌ای از بیماران کرونایی مواجه است که رسیدگی به آن‌ها در برخی موارد ممکن است رضایت‌بخش نباشد. این شرایط کاری، آن‌ها را مستعد ابتلا به انواع اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب می‌کند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا، بالاتر از پرستاران بخش‌های عادی است. این یافته همسو با نتایج مطالعه، Tang

بشارت، م.، مسعودی، م.، و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۴). ناگویی هیجانی و آسیب‌پذیری روانی-بدنی. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۳۴، ۴۷-۵۶.

پلنت، ج. (۱۳۸۹). SPSS. ترجمه علیرضا کاکاوند. کرج: سرافراز. جاودان، م.، حاجی علی زاده، ک.، رفیعی پور، ا. (۱۳۹۴). رابطه علی بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی و سبک‌های هویت با پیشرفت تحصیلی از طریق خود کارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه شهر بندرعباس. پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۹(۳۰)، ۱۲۳-۱۴۵.

حسن نژاد رسکتی، م.، میرزائیان، ب.، و حسینی، س. (۱۳۹۸). اثر آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان و سلامت روان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۲۱(۴)، ۲۲-۲۷.

سیف، ع. (۱۳۹۷). اندازه‌گیری، سنجش و ارزیابی آموزشی. تهران: دوران.

عزیزی، ع.، میرزایی، آ.، شمس، ج. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. مجله پژوهشی حکیم، ۱۱(۱)، ۱۳-۱۸.

فرهنگی، ع. (۱۳۹۷). ارتباطات انسانی: مبانی. تهران: رسا. قناد زادگان، ح.، صالحی، م.، کوچک انتظار، ر.، سپاه منصور، م. (۱۳۹۷). مدل‌یابی اعتیاد به اینترنت براساس سبک‌های هویت: نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی. روان‌شناسی تحولی روان‌شناسان ایرانی، ۱۵(۵۸)، ۱۶۵-۱۷۳.

یاوری، ه.، و لطفی، ع. (۱۴۰۰). پیش‌بینی بی‌صدقتی تحصیلی بر اساس مجذوبیت تحصیلی، اهداف پیشرفت و باورهای ضمنی هوش در دوران شیوع کرونا ویروس. پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۱۵(۵۲)، ۳۳-۴۵.

## References

- Akbari Jebli, A., Maghsoudi, J., & Pahlavanzadeh, S. (1395). Investigating the relationship between mental health and organizational commitment in nurses working in hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. *Rehabilitation Research in Nursing*, 3 (1), 62-57.
- Althobaity, A., Alshammari, F. (2020). Nurses on the Frontline against the COVID-19 Pandemic: An Integrative Review. *Dubai medical journal*, 3, 87-92
- Arden, M. A., & Chilcot, J. (2020). Health psychology and the coronavirus (COVID-19) global pandemic: A call for research. *The British Journal of Health Psychology*, 25(2), 231-232.
- Azizi, A., Mirzaei, A., Shams, J. (1389). Investigating the relationship between disturbance tolerance and

بخش عادی دارند. آن‌ها با تجربه هر روزه اضطراب، افزایش فشار کاری و دیدن بیماران با وضع وخیم، توانایی تحمل پریشانی بالایی کسب می‌کنند و با این شرایط خود می‌گیرند. البته این خوگیری به معنای بی‌تفاوتی و قساوت قلب نیست، بلکه به‌عنوان یک مکانیسم روانی برای کاهش اثرات فشار کاری است. پرستاران بخش عادی به دلیل شرایط معمولی محیط کاری، هرچند از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند اما تحمل پریشانی پایین‌تری نسبت به پرستاران بخش‌های ویژه دارند. تداوم بیماری کرونا در سراسر جهان و نامعلوم بودن وضعیت آینده، کادر درمان را دچار خستگی و فرسودگی نموده است. کیفیت زندگی می‌تواند با افزایش احساس خوشایند و رضایت‌مندی از زندگی موجب امیدواری و نشاط شود (جاودان و همکاران، ۱۳۹۴). لذا به‌منظور افزایش سلامت روان پرستاران و به‌طورکلی کادر درمان، دولت و نظام سلامت کشور می‌بایست ضمن تأمین تجهیزات محافظت شخصی کافی، زمینه را برای بهره‌گیری از خدمات مشاوره و روان‌شناسی به‌موقع جهت کاهش اضافه‌بار روانی آن‌ها مهیا سازد. چراکه کاهش سلامت روانی پرستاران می‌تواند نظام بهداشتی کشور را در برابر بحران آسیب‌پذیر نماید. با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر محدود به منطقه سه تهران است و این منطقه نمی‌تواند نماینده کاملی از رفتار پرستاران کل کشور باشد، لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. همچنین اجرای این پژوهش در سایر مراکز درمانی کشور، با نمونه‌های بیشتر و بررسی توأمان سایر متغیرهای مؤثر بر سلامت روان و کیفیت زندگی پرستاران و کادر پزشکی می‌تواند زمینه پژوهش‌های آتی باشد.

## تعارض منافع

نویسندگان تعارض منافع ندارند.

## منابع

- اکبری جبلی، آ.، مقصودی، ج.، و پهلوان‌زاده، س. (۱۳۹۵). بررسی رابطه سلامت روان با تعهد سازمانی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. پژوهش توان‌بخشی در پرستاری، ۳(۱)، ۵۷-۶۲.

- C., Joo, H., Kim, E., Kim, H., Kim, H. S., Ko, J., Lee, J. H., Lee, S. M., Lee, S. H., & Chung, U. S. (2020). Psychosocial support during the COVID-19 outbreak in Korea: Activities of multidisciplinary mental health professionals. *Journal of Korean Medical Science*, 35(22), e211.
- Javedan, M., Haji Alizadeh, K., Rafiipour, A. (1394). The causal relationship between mental well-being, quality of life and identity issues with academic achievement through academic self-efficacy in male high school students in Bandar Abbas. *Research in Educational Systems*, 9 (30), 123-145
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, 567-574.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.
- Loas, G., Dalleau, E., Lecointe, H., & Yon, V. (2016). Relationships between anhedonia, alexithymia, impulsivity, suicidal ideation, recent suicide attempt, C-reactive protein and serum lipid levels among 122 inpatients with mood or anxious disorders. *Psychiatry Research*, 246, 296-302.
- Mahapatra, A., & Sharma, P. (2018). Association of Internet addiction and alexithymia – A scoping review. *Addictive Behaviors*, 81(9), 175-182
- Mareiniss, D. P. (2020). The impending storm: COVID-19, pandemics and our overwhelmed emergency departments. *American Journal of Emergency Medicine*, 38(6), 1293- 1294.
- Marjanovic, Z., Greenglass, E. R., & Coffey, S. (2007). The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 991- 998.
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., Qin, M., & Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1002- 1009.
- Plant, J. (1389). SPSS. Translated by Alireza Kakavand. Karaj: Proud.
- Seif, A. (1397). *Educational measurement, measurement and evaluation*. Tehran: Doran.
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., & Tyagi, S. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 200-205.
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Caretti, V., Marca, L. L., Granieri, A., Iacolino, C., Gervasi, A. M., Maganuco, N. R., & Billieux, J. (2017). Traumatic experiences, alexithymia, and Internet addiction symptoms among late adolescents: A moderated mediation analysis. *Addictive Behaviors*, 64, 314-320.
- Simons, J. S. & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale Development and validation of a emotional regulation with students' dependence on smoking. *Hakim Research Journal*, 1 (11), 18-13.
- Bagbay, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). Twenty Item Alexithymia Scale: Item selection and across validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32
- Besharat, M., Masoudi, M., Gholam A., Lavasani, M. (1394). Emotional malaise and psycho-physical vulnerability. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 34, 56-47.
- Bonfils, K. A., Minor, K. S., Leonhardt, B. L., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between distress tolerance and empathy in schizophrenia. *Psychiatr Re*, 265, 1-6.
- Borasio, G. D., Gamondi, C., Obrist, M., Jox, R. (2020). For the Covid-Task Force of palliative ch. COVID-19: decision making and palliative care. *Journal of Swiss Med Wkly*, 150(1314)
- Currid, T. J. (2008). The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses. *British Journal of Nursing*, 17(14), 880-884.
- Ellenbecker, C.h., & Cushman, M. (2012). Home healthcare nurse retention and patient outcome model: discussion and model development. *J Adv Nurs*, 68(8), 1881-93.6.
- Falavarjani, M. F., & Yeh, C. J. (2019). Optimism and distress tolerance in the social adjustment of nurses: Examining resilience as a mediator and gender as a moderator. *Journal of Research in Nursing*, 24(7), 500-512
- Farhangi, A (1397). *Human Communication: Basics*. Tehran: Rasa.
- Galehdar, N., Kamran, A., Toulabi, T. et al. (2020). Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20, 489.
- Ghanadzadegan, H., Salehi, M., Koochak Entezar, R., Sepah Mansour, M. (1397). Modeling Internet Addiction Based on Identity Styles: The Mediating Role of Emotional Speech. *Evolutionary Psychology of Iranian Psychologists*, 15 (58), 173-165.
- Feki, R., Sellami, R., Feki, I., Trigui, D., Turki, H., & Masmoudi, J. (2017). Association between depression and alexithymia in adolescents with Acne vulgaris. *European Psychiatry*, 41, 437-445
- Hassan Nejad Roskti, M., Mirzaeian, B., & Hosseini, S. (1398). The effect of acceptance and commitment-based training techniques on the difficulty of regulating emotion and mental health. *Scientific Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 21 (4), 27-22.
- Hutcheon, G. A. (2021). *Healthcare and Nursing staff Distress-tolerance during Covid-19*. Competition Funded PhD Project. Liverpool John Moores University.
- Herbert, L. J., Clary, L., Owen, V., Monaghan, M., Alvarez, V., & Streisand, R. (2015). Relations among school/daycare functioning, fear of hypoglycaemia and quality of life in Parents of young children with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10), 1199-1209.
- Hines-Martin, V., Cox, F., & Cunningham, H. R. (2020). Library Collaborations and Community Partnerships: Enhancing Health and Quality of Life.
- Hyun, J., You, S., Sohn, S., Kim, S. J., Bae, J., Baik, M., Cho, I. H., Choi, H., Choi, K. S., Chung, C. S., Jeong,

- Medical Science Monitor Basic Research*, 26, e924085.
- Xie, J., Tong, Z., Guan, X., Du, B., Qiu, H., Slutsky, A. S. (2020). Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. *Intensive Care Med*, 46(5), 837-40
- Xu, P., Opmeer, E. M., van Tol, M.-J., Goerlich, K. S., & Aleman, A. (2018). Structure of the alexithymic brain: A parametric coordinate-based meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 87, 50-55.
- Yavari, H., Lotfi, A. (1400). Predicting academic dishonesty based on academic attraction, achievement goals, and implicit beliefs during the outbreak of coronavirus. *Research in Educational Systems*, 15 (52), 33-45.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.
- self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102
- Tang, W., Hu, T., Yang, L., & Xu, J. (2020). The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in China. *Personality and individual differences*, 165, 110131.
- Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A. J., Chaidou, S., Kypouropoulos, S., Spartalis, E., Spandidos, D. A., Tsiptsios, D., & Triantafyllis, A. S. (2020). COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 19(6), 3451-3453.
- Veilleux, J. C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic re-view and synthesis. *Clin Psychol Re*, 71, 78-89.
- Wu, K., & Wei, X. (2020). Analysis of psychological and sleep status and exercise rehabilitation of front-line clinical staff in the fight against COVID-19 in China.

