



Prediction of Psychological Well-Being Based on Health Anxiety and Perceived Stress with the Mediating Role of Self-Handicapping in Married Women Working in the School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences in 2018

Shiva Esmaeili¹ , Afsaneh Ghanbari Panah^{2,*} , Roya Koochak Entezar³ 

¹ MSc. General Psychology, Electronic Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Counseling Psychology and Education Faculty, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of General Psychology and Education Faculty, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Afsaneh Ghanbari Panah, Department of Counseling Psychology and Education Faculty, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran. E-mail: af_ghanbary@yahoo.com

Received: 04 Dec 2019

Accepted: 10 Jan 2020

Abstract

Introduction: Considering the provision of bolder social roles for women and the exposure of employed married women to multifaceted roles, paying attention to their psychological well-being is essential. Therefore, the current study was conducted to predict psychological well-being based on health anxiety and perceived stress with the mediating role of self-handicapping in employed married women.

Methods: This is a correlational study. The statistical population of the study was all married women aged 20-60 years, working in the School of Nursing and Midwifery affiliated to Tehran University of Medical Sciences in 2018. A sample of 266 people were included to the study by the consensus sampling method. The data collection tools were questionnaires including sociodemographic data, the Ryff psychological well-being questionnaire, Cohen's perceived stress scale, health anxiety short form, and the self-handicapping scale. The data were analyzed using the SPSS software version 25 and the AMOS software version 24. In this study, in order to evaluate the validity, the external validity and factor validity indices were used, and to assess the reliability, the combined reliability indices and Cronbach's alpha coefficient were used.

Results: The results showed that health anxiety, perceived stress, and self-handicapping predicted 48% of the variance of psychological well-being. Also, perceived stress and health anxiety predicted 43% of the variance of self-handicapping, thereby affecting psychological well-being. Finally, the effects of the independent variables on the dependent, positive and significant were considered significant ($P < 0.05$).

Conclusions: Given the negative impact of perceived stress, health anxiety, and self-handicapping on the psychological well-being of employed married women, and considering the importance of the health of employed women who play roles both in the family and in the workplace, it is recommended that relevant organizations provide appropriate programs to control aforementioned factors and other possible factors.

Keywords: Psychological Well-Being, Health Anxiety, Perceived Stress, Self-Handicapping

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس اضطراب سلامت و استرس ادراک شده با نقش میانجی خود ناتوان سازی در زنان متأهل شاغل دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۷

شیوا اسماعیلی^۱، افسانه قنبری پناه^{۲*}، رؤیا کوچک انتظار^۳

^۱ دانش آموخته کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی، تهران، ایران
^۲ استادیار، عضو هیئت علمی گروه مشاوره و تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران
^۳ استادیار، عضو هیئت علمی گروه روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: فسانه قنبری پناه، گروه مشاوره و تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران. ایمیل: af_ghanbary@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۱۳

چکیده

مقدمه: با فراهم شدن زمینه ایفای نقش‌های اجتماعی پررنگ‌تر برای زنان و مواجهه زنان متأهل شاغل با تعدد نقش، توجه به بهزیستی روانشناختی آنان ضروری به نظر می‌رسد، لذا مطالعه حاضر با هدف پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس اضطراب سلامت و استرس ادراک شده با نقش میانجی خود ناتوان سازی در زنان متأهل شاغل انجام گرفته است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری آن را زنان متأهل ۶۰-۲۰ سال شاغل در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند که به روش سرشماری به تعداد ۲۶۶ نفر وارد مطالعه شدند. ابزار مطالعه پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس بهزیستی روانشناختی Ryff، مقیاس استرس ادراک شده، فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت و مقیاس خودناتوان سازی بوده است که داده‌ها در نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۵ و AMOS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش به منظور ارزیابی روایی از شاخص‌های روایی ظاهری و روایی عاملی و به منظور بررسی پایایی از شاخص‌های پایایی ترکیبی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردیده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد اضطراب سلامتی، استرس ادراک شده و خودناتوان سازی در مجموع ۴۸٪ از واریانس بهزیستی روانشناختی را پیش بینی می‌کنند همچنین استرس درک شده و اضطراب سلامتی ۴۳٪ از واریانس خودناتوان سازی را پیش بینی و از این طریق بهزیستی روانشناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در نهایت اثرات متغیرهای مستقل بر وابسته، مثبت و معنادار است و ($P < 0/05$) تلقی می‌شود.

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر منفی استرس ادراک شده، اضطراب سلامتی و خودناتوان سازی بر بهزیستی روانشناختی زنان متأهل شاغل و با در نظر گرفتن اهمیت سلامت زنان شاغل که هم در خانواده و هم در محیط‌های کاری ایفای نقش می‌کنند، توصیه می‌شود سازمان‌های ذیربط در جهت کنترل عوامل یاد شده و سایر عوامل احتمالی برنامه‌های مناسب تدارک ببینند.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روانشناختی، اضطراب سلامت، استرس ادراک شده، خود ناتوان سازی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

خانواده صورت گرفته و با فراهم شدن زمینه ایفای نقش‌های اجتماعی پررنگ‌تری برای زنان، نقش سنتی آنان دستخوش تغییر و تحول شده است [۲]. مانند هر دگرگونی بنیادین اجتماعی، سازگاری با ساختار و کارکردهای جدید خانواده به آسانی امکان پذیر نیست. به نظر می‌رسد زنان به دلیل نقش محوری خود بیش از سایر اعضای خانواده در معرض این تحولات قرار گرفته‌اند بنابراین با پدیده تعدد نقش،

از دیر باز تا عصر حاضر نهاد خانواده در کنار نهادهای دین، آموزش و پرورش، اقتصاد و سیاست، یکی از پنج نهاد اجتماعی بنیادین (primary social institutions) بوده است [۱]. زنان به طور سنتی در نهاد خانواده به عنوان مادر و مدیر خانواده پیوسته نقش حساس و اساسی داشته‌اند. در فرایند انتقال از دوران سنتی به عصر جدید، دگرگونی‌های اساسی در نظامها و نهادهای اجتماعی واز جمله

است. همچنین زنان به دلیل موقعیت خانوادگی و اجتماعی که دارند، در معرض خودناتوان سازی هستند، هرچند که در این زمینه خلاء دانشی دیده می‌شود، بنابراین مطالعه حاضر با هدف پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس اضطراب سلامت و استرس ادراک شده با نقش میانجی خود ناتوان سازی در زنان متأهل شاغل انجام گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع همبستگی-توصیفی (مقطعی) است. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان متأهل شاغل در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش: ۱-جنس زن؛ ۲- متأهل؛ ۳- شاغل؛ ۴- محدوده سنی ۶۰-۲۰ سال و معیار خروج از مطالعه مخدوش بودن پرسشنامه بود. برای انجام پژوهش به دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه شد. بعد از هماهنگی با مسئول محترم با کلیه اساتید، پرستاران، ماماها، کارکنان رسمی و قراردادی قسمت‌های مختلف دانشکده که مایل به شرکت در پژوهش بودند به تفکیک صحبت و سپس از آن‌ها درخواست شده که در صورت تمایل به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند و به این ترتیب تعداد ۲۶۶ نفر پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل: فرم مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش، مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف، مقیاس استرس ادراک شده، فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت و مقیاس خودناتوان سازی بود که پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (جدول فراوانی و شاخص‌های گرایش به مرکز) در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و آماراستنباطی (مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم مدل سازی معادلات ساختاری) با استفاده از نرم افزار AMOS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل: سن، سطح تحصیلات، مدت زمان تأهل و سابقه کار بوده است. مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف: (RSPWB) این مقیاس توسط Ryff در سال (۱۹۸۹) تهیه شد. و دارای ۸۴ سؤال و ۶ زیر مقیاس (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی هر کدام شامل ۱۴ سؤال) است. این پرسشنامه برای بزرگسالان تهیه شده و دو نسخه ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز دارد. هر سؤال در یک طیف ۶ درجه‌ای لیکرت کاملاً مخالف = ۱؛ تا حدی مخالف = ۲؛ کمی مخالف = ۳؛ کمی موافق = ۴؛ تا حدی موافق = ۵؛ کاملاً موافق = ۶ نمره گذاری می‌شود. بنابراین دامنه نمرات ۵۰۴-۸۴ است و نقطه برش ندارد. نمره بالاتر نشانگر بهزیستی روانشناختی بهتر است [۵]. در ایران معتمدی و همکاران به منظور هنجاریابی این پرسشنامه را در یک نمونه ۱۴۵ نفری از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر اجرا کردند که ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین همبستگی معنادار بین مقیاس‌های بهزیستی روان شناختی این پرسشنامه و پرسشنامه‌های رضایت از زندگی، شادکامی و عزت نفس حاکی از اعتبار این مقیاس است [۱۳].

مقیاس استرس ادراک شده (PSS) این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط Mermelstein و Kamarck, Cohen تهیه شده و دارای ۱۴ سؤال است و برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته به

تعارض نقش و احتمالاً فشار نقش مواجه هستند [۳] که بالقوه می‌تواند پیامدهای منفی داری به همراه داشته باشد. بر اساس مطالعه Mayor 2015 علی رغم این که زنان در مقایسه با مردان رفتارهای پرخطر کم‌تری دارند و بیش تر از مردان نکات بهداشتی را رعایت می‌کنند، اما در تمام گروه‌های سنی و در تمام کشورها در مقایسه با مردان بار بیماری‌های جسمی و روانی بیش‌تری را تحمل می‌کنند و این پدیده به فشار نقش جنسیتی تبعیض آمیز برای زنان نسبت داده می‌شود [۴]. این در حالی است که زنان برای سازگاری با شرایط دنیای مدرن نیاز به توانمندی و سلامتی بیش‌تری دارند.

بر اساس مطالعه Ryff یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت، بهزیستی روانشناختی (psychological well-being) است که به عنوان رشد استعدادها و واقعی هر فرد تعریف می‌شود. سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد [۵]. از نظر ریف بهزیستی روان شناختی دارای مؤلفه‌هایی چون پذیرش خود، احساس خودمختاری، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی، رشد شخصی و تسلط بر محیط است [۵]. با این حال بر اساس شواهد، برخی از اختلالات روانی بر بهزیستی روانشناختی تأثیر منفی دارند. از جمله، یکی از عواملی که پیش بینی می‌شود بهزیستی روانشناختی را کاهش دهد، اضطراب سلامتی است. Golden و همکاران اضطراب سلامتی یا خودبیمارانگاری (health anxiety) اختلالی است که با اضطراب و ترس فراوان در مورد داشتن یک بیماری جدی مشخص می‌شود. همچنین استرس ادراک شده (perceived stress)، یک پیش بینی کننده پیامدهای منفی و آسیب شناختی مرتبط با سلامتی است [۶]. از دیگر عوامل تأثیر گذار بر بهزیستی روانشناختی که در سال‌های اخیر مطرح شده است خود ناتوان سازی (self-handicapping) است به عقیده Berglas و Jones افراد تلاش می‌کنند تا شرایط رفتارشان را طوری تنظیم کنند که اگر عملکردشان ضعیف باشد، به عنوان قربانیان شرایط و نه افراد ناتوان به آن‌ها نگریسته شود [۷].

بر اساس تعریف Wusik و Axsom خودناتوان سازی عبارت است از هر عمل یا زمینه عملی که به فرد امکان می‌دهد تا شکست خود را به عوامل بیرونی و موفقیت خود را به عوامل درونی نسبت دهد [۸]. طبق مطالعات Schwinger و همکاران بیش‌تر تحقیقات در مورد خودناتوان سازی مربوط به خودناتوان سازی در بین دانش آموزان و شکست تحصیلی است [۹]. اما از آن جا که ارتباط بین فرزند پروری و خودناتوان سازی نیز گزارش شده است بروز این پدیده در بین زنان نیز می‌تواند مطرح باشد [۱۰]. در مورد ناتوان سازی در بین زنان متأهل و شاغل ایرانی پژوهشی یافت نشد، اما تحقیقات نشان می‌دهد که شیوع افسردگی و اضطراب در زنان ایرانی ۲/۵ برابر مردان است [۱۱] همچنین تحقیقی بین ۳۰۰ معلم شاغل زن و مرد حاکی از آن است که اضطراب سلامت در بین زنان به طور معنادار (P = ۰/۰۱۸) بیش‌تر از مردان است [۱۲].

بر اساس مطالب نظری و نتایج تحقیقات میدانی یادشده، مساله بهزیستی روانشناختی و مساله سازگاری و کنار آمدن زنان ایرانی، بخصوص زنان متأهل شاغل با تحولات اجتماعی، آنان به عنوان عضو محوری خانواده اهمیت فراوانی دارد. از سوی دیگر نشانگانی چون اضطراب، اضطراب سلامتی و استرس ادراک شده در بین زنان شایع

همگرای فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت نیز از طریق همبسته کردن آن با سلامت عمومی، اجتناب تجربی، اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب ۰/۴۲، ۰/۳۱، ۰/۴۷، ۰/۳۲ و ۰/۳۴ به دست آمد [۱۸]. مقیاس خودناتوان سازی: این مقیاس ۲۵ سوالی توسط Rhodewalt و Vohs در سال ۱۹۸۲ طراحی شد. و گرایش افراد به خودناتوان سازی با استفاده از راهبردهایی مانند تلاش نکردن، تمارض، اهمال کاری، آشفتگی هیجانی و نگرانی در مورد پیشرفت را ارزیابی می کند [۱۹]. نمره گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم ۱، تقریباً مخالفم ۲، کمی مخالفم ۳، کمی موافقم ۴، تقریباً موافقم ۵ و کاملاً موافقم ۶) است.

حیدری و همکاران این آزمون را ترجمه و ساختار عاملی آن را بررسی کرده‌اند که از ۲۵ ماده، ۲۳ ماده روی ۳ عامل خلق منفی، عدم تلاش و عذرتراشی بار شده است. ترکیب خلق منفی با نمره معکوس شده تلاش (تلاش نکردن) نشان دهنده خودناتوان سازی رفتاری و ترکیب خلق منفی با عذرتراشی نشان دهنده خودناتوان سازی ادعایی است. همبستگی این مقیاس با سازه‌های مرتبط با آن مانند عذرتراشی و کمی سعی و تلاش در یک نمونه ۲۴۵ نفری از ۰/۲۷ تا ۰/۶۰ و همچنین همسانی درونی آن در پژوهش‌های مختلف از ۰/۳۸ تا ۰/۷۰ گزارش شده است [۱۰]. اعتبار این مقیاس با روش باز آزمایی در پژوهش Arkin و Oleson، ۰/۹۰ و ۰/۹۴ است و همسانی درونی این مقیاس نیز ۰/۷۰ گزارش شده است [۲۰]. در پژوهش شمس و تابع بردبار، ضریب آلفای کرونباخ برای خودناتوان سازی به صورت کلی ۰/۷۸، برای خودناتوان سازی رفتاری ۰/۷۶ و برای خودناتوان سازی ادعایی ۰/۸۰ محاسبه شد [۲۱].

کار می‌رود. نحوه نمره گذاری مقیاس بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت است، به هرگز = ۰، تقریباً هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳ و بسیاری از اوقات = ۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. دامنه امتیازات ۵۶ - ۰ و نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیش‌تر است (۱۴). این مقیاس در کشورهای مختلف کاربردهای فراوانی داشته و به همین خاطر به زبان‌های گوناگون ترجمه و در کشورهای زیادی مورد استفاده قرار گرفته و هنجاریابی شده است [۱۴]. در این مجموعه نسخه ۱۴ ماده‌ای آن ارائه می‌شود. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است [۱۵].

فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت: پرسشنامه Salkovskis و همکاران یک مقیاس خودگزارشی با ۱۸ عبارت است عبارات این آزمون در مورد نگرانی‌های مرتبط با سلامت، توجه به احساسات یا تغییرات بدنی و پیامدهای هولناک ابتلا به یک بیماری است. این پرسشنامه دو عامل احتمال ابتلا به بیماری و پیامدهای منفی ابتلا به بیماری را می‌سنجد. ۱۴ سؤال اول مربوط به عامل احتمال ابتلا به بیماری و بخش اصلی پرسشنامه است و ۴ سؤال آخر پرسشنامه مربوط به عامل پیامدهای منفی ابتلا به بیماری است. دامنه نمرات این آزمون بین ۰ و ۵۴ قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر اضطراب سلامت بیش‌تر است [۱۶]. بررسی‌های متعدد نشان داده‌اند که این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار است و می‌تواند بیماران خودبیمارانگار را از گروه کنترل غیربالینی متمایز سازد [۱۷].

پایایی پرسش نامه در پژوهش کریمی و همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای بعد احتمال ابتلا به بیماری ۰/۷۶، پیامد منفی ابتلا به بیماری ۰/۶۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ محاسبه شد. روایی

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان متأهل شاغل در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران برحسب متغیرهای فردی و شغل در سال ۱۳۹۷

| فراوانی | درصد | درصد معتبر | درصد تجمعی |
|----------------------|------|------------|------------|
| سن | | | |
| زیر ۳۰ سال | ۱۶ | ۰/۶ | ۰/۶ |
| بین ۳۰ - ۴۰ سال | ۶۷ | ۲۵/۲ | ۳۱/۲ |
| بین ۴۰ - ۵۰ سال | ۹۸ | ۳۶/۸ | ۶۸/۰ |
| بالاتر از ۵۰ سال | ۸۵ | ۳۲/۰ | ٪۱۰۰ |
| کل | ۲۶۶ | ٪۱۰۰ | |
| سطح تحصیلات | | | |
| فوق دیپلم | ۲۸ | ۱۰/۵ | ۱۰/۵ |
| لیسانس | ۱۳۱ | ۴۹/۲ | ۵۹/۸ |
| فوق لیسانس | ۸۱ | ۳۰/۵ | ۹۰/۲ |
| دکتری | ۲۶ | ۹/۸ | ٪۱۰۰ |
| کل | ۲۶۶ | ٪۱۰۰ | |
| سابقه کار | | | |
| کمتر از ۵ سال | ۳۱ | ۱۱/۷ | ۱۱/۷ |
| بین ۵ - ۱۰ سال | ۹۴ | ۳۵/۳ | ۴۷/۰ |
| بین ۱۱ - ۱۵ سال | ۱۱۷ | ۴۴/۰ | ۹۱/۰ |
| بالاتر از ۱۵ سال | ۲۴ | ۹/۰ | ٪۱۰۰ |
| کل | ۲۶۶ | ٪۱۰۰ | |
| مدت زمان تاهل | | | |
| کمتر از ۵ سال | ۱۰۰ | ۳۷/۶ | ۳۷/۶ |
| بین ۵ - ۱۰ سال | ۶۱ | ۲۲/۹ | ۶۰/۵ |
| بین ۱۱ - ۱۵ سال | ۴۱ | ۱۵/۴ | ۷۵/۹ |
| بالاتر از ۱۵ سال | ۶۴ | ۲۴/۱ | ٪۱۰۰ |
| کل | ۲۶۶ | ٪۱۰۰ | |

جدول ۲. وضعیت توصیفی متغیرهای اصلی در زنان متأهل شاغل در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۷

| میانگین | بهبودی روانشناختی | خودناتوان سازی | اضطراب سلامتی | استرس ادراک شده |
|---------|-------------------|----------------|---------------|-----------------|
| ۲۳۱/۴۳ | ۵۳/۲۲ | ۲۱/۸۲ | ۲۱/۹۲ | |
| ۰/۵۹ | ۱۲/۲۴ | ۱۰/۳۴ | ۱۱/۶۱ | |
| ۳۴۸۴/۵۱ | ۱۴۹/۸۴ | ۱۰۶/۶۷ | ۱۳۴/۸۱ | |
| - ۰/۶۵ | - ۰/۵۳ | - ۰/۸۶ | - ۰/۰۷۹ | |
| ۰/۰۷ | - ۰/۰۶ | ۰/۱۷ | ۰/۱۹ | |
| ۱۱۱ | ۲۳ | ۲ | ۱ | |
| ۳۷۱ | ۸۰ | ۴۵ | ۴۹ | |
| ۲۶۶ | ۲۶۶ | ۲۶۶ | ۲۶۶ | |

جدول ۳. ضرایب تاثیرمستقیم استرس ادراک شده، اضطراب سلامتی و خودناتوان سازی بر بهبودی روانشناختی

| ضرایب مستقیم مدل پژوهش | | | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------|----------------------|--------------|------------|
| بهبودی روانشناختی | ضریب تأثیر غیراستاندارد | نسبت بحرانی | ضریب تأثیر استاندارد | سطح معناداری | نتیجه مسیر |
| استرس ادراک شده | - ۱/۴۲۹ | ۳/۰۸۰ | - ۰/۲۹۹ | ۰/۰۰۲ | تأیید |
| اضطراب سلامتی | - ۰/۵۴۱ | ۲/۴۹۷ | - ۰/۳۴۶ | ۰/۰۱۳ | تأیید |
| خودناتوان سازی | - ۱/۳۹۶ | ۲/۲۶۳ | - ۰/۳۰۱ | ۰/۰۲۴ | تأیید |
| خودناتوان سازی | | | | | |
| استرس ادراک شده | ۰/۱۳۶ | ۳/۲۵۱ | ۰/۳۵۰ | ۰/۰۰۱ | تأیید |
| اضطراب سلامتی | ۰/۴۹۸ | ۳/۶۱۳ | ۰/۵۵۹ | ۰/۰۰۱ | تأیید |

جدول ۴. ضرایب تاثیر غیرمستقیم استرس ادراک شده و اضطراب سلامتی (از طریق خودناتوان سازی) بر بهبودی روانشناختی

| ضرایب غیرمستقیم | | | | | |
|-------------------------|----------------------|--------------|------------|-----------------|--|
| ضریب تأثیر غیراستاندارد | ضریب تأثیر استاندارد | سطح معناداری | نتیجه مسیر | | |
| - ۰/۱۹۰ | - ۰/۱۰۵ | ۰/۰۲۱ | تأیید | استرس ادراک شده | |
| - ۰/۶۹۵ | - ۰/۱۶۸ | ۰/۰۱۸ | تأیید | اضطراب سلامتی | |

شده (ضریب بتا: ۰/۳۵۰) و اضطراب سلامتی (ضریب بتا: ۰/۵۵۹) تأثیر معنادار و مثبتی بر خودناتوان سازی دارند.

جدول ۴ خلاصه ضرایب گزارش شده (ضرایب غیرمستقیم) را نشان می دهد، استرس ادراک شده (ضریب بتا: -۰/۱۰۵) و اضطراب سلامتی (ضریب بتا: -۰/۱۸) با تاثیرگذاری مستقیم بر خودناتوان سازی به صورت غیرمستقیم بر بهبودی روانشناختی تاثیرگذار هستند. ضرایب تعیین متغیرهای وابسته پژوهش نشان می دهد که استرس ادراک شده، اضطراب سلامتی و خودناتوان سازی توانسته اند ۴۸٪ از واریانس بهبودی روانشناختی را پیش بینی نمایند. در ادامه استرس ادراک شده و اضطراب سلامتی توانسته اند ۴۳٪ از واریانس خودناتوان سازی را پیش بینی نمایند. (جدول ۵).

جدول ۵. ضرایب تعیین متغیرهای وابسته پژوهش

| ضرایب تعیین متغیرهای وابسته پژوهش | |
|-----------------------------------|-------|
| بهبودی روانشناختی | ۰/۴۷۸ |
| استرس ادراک شده | |
| اضطراب سلامتی | |
| خودناتوان سازی | |
| خودناتوان سازی | ۰/۴۳۴ |
| استرس ادراک شده | |
| اضطراب سلامتی | |

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل تصویب پروپوزال در دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی با کد ۹۶۰۰۲۰۷۹۳۵۳۳، رعایت محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان در مطالعه، اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه و اجازه خروج آزادانه از مطالعه بود.

یافته‌ها

۳۰۰ نفر از کارکنان زن متأهل شاغل در دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی تهران در این مطالعه شرکت کردند که اطلاعات ۲۶۶ پرسشنامه تجزیه و تحلیل شد. اکثر زنان مورد مطالعه (۳۶/۸٪) در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال قرار داشتند. بیشترین آنان دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند (۴۹/۲٪). همچنین مدت زمان تأهل بیشتر آنان (۳۷/۶٪) کمتر از ۵ سال بود و اکثر آنان (۴۴٪) سابقه کار بین ۱۵-۱۱ سال داشتند (جدول ۱).

جدول ۲ شاخص‌های گرایش به مرکز و پراکندگی مقیاس مورد استفاده از پژوهش نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار بعد بهبودی روانشناختی $231/43 \pm 59/0$ ؛ خودناتوان سازی $53/22 \pm 12/24$ ؛ اضطراب سلامتی $21/82 \pm 10/34$ و استرس ادراک شده $11/61 \pm 21/92$ محاسبه شده است.

جدول ۳ خلاصه ضرایب گزارش شده (ضرایب مستقیم) را نشان می دهد، استرس ادراک شده (ضریب بتا: -۰/۲۹۹)، اضطراب سلامتی (ضریب بتا: -۰/۳۴۶) و خودناتوان سازی (ضریب بتا: -۰/۳۰۱) تأثیر معنادار و منفی بر بهبودی روانشناختی دارند. در ادامه استرس ادراک

فرد به وجود می‌آید که باعث می‌شود بین اضطراب و بهداشت روانی شخص دور باطل به وجود آید، به طوری که تحمل اضطراب، بهزیستی روانی شخص را به مخاطره می‌اندازد و به خطر افتادن و تضعیف عوامل بهزیستی روانشناختی باعث ایجاد اضطراب در موقعیت‌های مختلف می‌شود Dallas و Kononovas معتقدند که افراد دارای اضطراب، به دلیل وابستگی و ترسو بودن همواره شرایطی را برای خود فراهم می‌کنند که به تنها بودن و نگرانی‌هایشان دامن می‌زند. بنابراین این افراد دستاوردهای اندکی را در زندگی کسب می‌کنند و در زندگی زناشویی و شغلی رضایت کمتری را نشان می‌دهند. به همین دلیل نیز همواره دارای عواطف منفی، خشنودی، رضایت از زندگی و در نتیجه بهزیستی پایین‌تری هستند [۲۶].

همچنان که در ابتدای بحث ذکر شد مطابق یافته‌های تحقیق حاضر اضطراب سلامتی و استرس ادراک شده، علاوه بر تاثیر مستقیم بر بهزیستی روان شناختی از طریق خودناتوان سازی به عنوان متغیر میانجی، بر بهزیستی روانی تأثیر منفی دارند. جستجوهای انجام یافته نشان داد که بیشتر مطالعات خودناتوان سازی در جمعیت دانش آموزان و دانشجویان صورت گرفته است، مطالعه در مورد خودناتوان سازی در زنان متأهل شاغل ایرانی به دست نیامد، لذا به عنوان نقطه شروع، این یافته در جمعیت‌های متفاوت بررسی می‌شود. این یافته با مطالعات زیر همخوانی دارد: پژوهش‌های قاضی و همکاران نشان داد الکیسی تاچیمیا قادر به پیش بینی اضطراب امتحان و خودناتوان سازی تحصیلی است [۲۶]. بشارت نشان داد که رابطه منفی بین اضطراب امتحان، شخصیت روان رنجور، خودناتوان سازی تحصیلی و انگیزش یادگیری است [۲۷] Diener. (نشان داد نارسایی هیجانی با خود ناتوان سازی همبسته است، و افراد دارای سطح بالای خودناتوان سازی، تنظیم شناختی هیجانی پایین‌تری دارند؛ به عبارت دیگر، بین تنظیم شناختی هیجانی و خودناتوان سازی رابطه منفی وجود دارد [۲۸]، نشان دادند که خود کارآمدی و عزت نفس رابطه منفی با خود ناتوان سازی دارند و اضطراب رابطه مثبت با خودناتوان سازی دارد، Tsai و Zuckerman نشان دادند که راهبردهای خود ناتوان سازی منجر به کاهش بهزیستی روانی، احساس کفایت کمتر، انگیزش ذهنی پایین‌تر، افزایش نشانگان خلق منفی و استفاده بیش‌تر از مواد مخدر می‌شود. در جمعیت غیر کلینیکی، خودناتوان سازی از عوامل شناختی- اجتماعی؛ کمال گرایی، مکان کنترل و خودکارایی متأثر شده و با گستره‌ای از پیامدهای منفی، نظیر اضطراب، افسردگی مرتبط است [۲۸] Seligman و Csikszentmihalyi در تبیین نقش میانجی خود ناتوان سازی در رابطه اضطراب سلامت و استرس ادراک شده با بهزیستی روانشناختی در زنان متأهل می‌توان گفت که خودناتوان سازی هر عمل یا زمینه عملی است که به فرد امکان می‌دهد تا شکست را به عوامل بیرونی به عنوان بهانه و موفقیت را به عوامل درونی، به منظور کسب افتخار نسبت دهد. به ویژه این نکته که اضطراب سلامت و استرس ادراک شده، پیش بینی کننده تغییرات مربوط به بهزیستی روانشناختی افراد است، مطابق با دیدگاه Cohen و همکاران می‌باشد [۲۹] که براساس آن تنها رخدادهای استرس زا نیستند که بهزیستی افراد را مورد اثر قرار می‌دهند، بلکه ارزیابی‌ها و قضاوت‌های شناختی افراد در مورد آن‌ها عامل تعیین کننده این تأثیرات است. این یافته، یافته‌ای کاملاً منطقی به نظر می‌رسد و با دیدگاه‌های نظری در این مورد سازگار است. همان طور که

براساس یافته‌های مطالعه حاضر میانگین بهزیستی روانشناختی زنان مورد مطالعه در سطح متوسط و در مقابل میانگین نمره اضطراب سلامتی، استرس درک شده و همچنین خود ناتوان سازی نسبتاً پایین است. در مطالعه ممیزی و همکاران نیز سطح اضطراب، افسردگی و استرس زنان شاغل در مقایسه با زنان غیر شاغل کمتر گزارش شده که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد [۴].

در سطح تحلیلی بین بهزیستی روانشناختی زنان مورد مطالعه با اضطراب سلامتی، استرس ادراک شده و همچنین خودناتوان سازی رابطه معنادار معکوس مشاهده می‌شود علاوه بر این استرس درک شده و اضطراب سلامتی به طور غیر مستقیم نیز با میانجیگری خود ناتوان سازی بر بهزیستی روان شناختی تأثیر منفی دارند. علاوه بر این یافته‌ها نشان دادند اضطراب سلامتی، استرس ادراک شده و خودناتوان سازی در مجموع ۴۸٪ از تغییرات بهزیستی روان شناختی را پیش بینی می‌کنند همچنین استرس درک شده و اضطراب سلامتی ۴۳٪ خودناتوان سازی را پیش بینی می‌کنند.

نتایج مطالعات متعددی با نتایج یاد شده همخوانی دارند از جمله: در مطالعه جعفری و دهقانی آرنای بین بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده رابطه معنادار معکوس مشاهده شد [۲۲]. معتمدی و همکاران نشان دادند که حمایت اجتماعی و مدیریت استرس بهزیستی روان شناختی را پیش بینی می‌کنند [۱۳]. در مطالعه بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرت‌آباد نشان داده شد که استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی را تبیین می‌کند [۲۳]. در مطالعه مهبد و شیخ الاسلامی نیز بین اضطراب با بهزیستی روانشناختی رابطه معکوس معنادار مشاهده شد [۲۴]. علاوه بر مطالعات ایرانی Freire و همکاران نیز نشان دادند بین راهبردهای مقابله با استرس و بهزیستی روانشناختی رابطه معنادار وجود دارد و راهبردهای مقابله با استرس قادر است بهزیستی روانشناختی را پیش بینی نماید [۲۵]. همان گونه که مطالعات یاد شده نشان می‌دهد، واقعیت این است که استرس در زندگی روزمره امری اجتناب ناپذیر است؛ ولی مهم آن است که چگونه انسان با این بحران‌ها کنار آید. مطالعه پاسخ انسان در موقعیت‌های فشارزا نشان می‌دهد که انسان در برابر تهدیدها و نمادهای خطر با استرس واکنش نشان می‌دهد؛ اما شدت این واکنش (استرس)، بسته به این که یک موقعیت معین را تا چه حد استرس زا ادراک می‌کنند، نوسان دارد. استرس ادراک شده حالتی با فرایند روانشناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روانشناختی خود را تهدید آمیز ادراک می‌کند. در واقع، ایجاد استرس به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت‌ها و حوادث بستگی دارد. ممکن است یک موقعیت برای فردی بی خطر و برای فرد دیگر، به صورت تهدید درک شود. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت اضطراب در زندگی عاملی ویران کننده است که بر روی جسم و روان تأثیر منفی می‌گذارد و فرد را از انجام هر کاری منع می‌کند. پس در چنین موقعیتی نمی‌توان انتظار داشت فرد با دید مثبتی به زندگی بنگرد و هر چه نگرانی و دل شوره شخص در موقعیت‌ها بیش‌تر باشد، باعث خواهد شد که میزان سلامت روانی و بهزیستی شخص کاهش یابد و نسبت به زندگی ناامیدتر باشد [۲۵]. از سویی اضطراب با پدید آوردن تأثیرات مخرب در وضعیت جسمانی و روانی

شده و خودناتوان سازی به طور غیرمستقیم از طریق خودناتوان سازی بر بهزیستی روانشناختی زنان شاغل تأثیر منفی دارند که با توجه به سایر مطالعات انجام گرفته در این زمینه لزوم انجام تحقیقات بیشتر در مورد منابع و عوامل استرس نشان می‌دهد. علاوه بر این تدارک برنامه‌های آموزشی در زمینه سلامت روان و به طور خاص مواجهه با استرس، اضطراب (هیجان‌ها) که از مهارت‌های زندگی به شمار می‌آیند، می‌تواند در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت روانی زنان متأهل و شاغل مؤثر باشد زنانی که هم مسئولیت خانواده و پرورش فرزندان را به عهده دارند و هم در عرصه اجتماعی و اقتصادی نقش فعال ایفا می‌کنند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی شیوا اسماعیلی با کد ۹۶۰۰۲۰۷۹۳۵۳۳ دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی است که در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. از همکاری صبوره شرکت کنندگان صمیمانه کمال تشکر را داریم.

Reference

1. Navaei J, Mohammadi Arya A. Association between the early maladaptive schemes and extra marital relationship among married people. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2016;3(4):18-27.
2. Torkaman S, Fathi S. Study the Effect of Women's Employment Concerns Over the Quality of Their Lives. *Soc Women.* 2017;7(4):13-25.
3. Hajikaram A, Ghamari M, Amiri-Majd M. The Effectiveness of Reality Group Therapy on Work-Family Conflict and Psychological Well-being of Married Women Employed in Telecommunication Company. *Community Health.* 2019;6(2):139-48.
4. Mayor E. Gender roles and traits in stress and health. *Front Psychol.* 2015;6:779. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00779 pmid: 26106354
5. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom.* 2014;83(1):10-28. doi: 10.1159/000353263 pmid: 24281296
6. Golden-Kreutz DM, Thornton LM, Wells-Di Gregorio S, Frierson GM, Jim HS, Carpenter KM, et al. Traumatic stress, perceived global stress, and life events: prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychol.* 2005;24(3):288-96. doi: 10.1037/0278-6133.24.3.288 pmid: 15898865
7. Berglas S, Jones EE. Drug choice as a self-handicapping strategy in response to noncontingent success. *J Pers Soc Psychol.* 1978;36(4):405-17. doi: 10.1037//0022-3514.36.4.405 pmid: 650387
8. Wusik MF, Axsom D. Socially Positive Behaviors as Self-Handicapping. *J Soc Clin Psychol.* 2016;35(6):494-509. doi: 10.1521/jscp.2016.35.6.494
9. Schwinger M, Wirthwein L, Lemmer G, Steinmayr R. Academic self-handicapping and achievement: A meta-analysis. *J Educ Psychol.* 2014;106(3):744-61. doi: 10.1037/a0035832
10. Heidari M, Khodapanahi M, Dehghani M. Psychometric examination of self-handicapping scale (SHS). *J Res Behav Sci.* 2009;7(2):97-106.
11. Momayyezi M, Farzaneh F, Lotfi MH. Mental Health Status (Depression, Anxiety and Stress) of Employed and

مشخص است، سبک تبیین افراد بر ادراک آن‌ها از استرس و اضطراب تأثیر می‌گذارد و آن‌گاه که استرسی که مورد تأثیر سبک تبیین افراد هم قرار گرفته است، می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی آن‌ها تأثیر گذار باشد و تغییرات مربوط به آن را پیش بینی کند، به طوری که اگر افراد متأثر از سبک تبیین خود، استرس و اضطراب زیادی را درک و تجربه کنند، احتمال به خطر افتادن بهزیستی روانشناختی آن‌ها افزایش می‌یابد [۱۵].

نتیجه‌گیری

در سطح توصیفی شاید بتوان گزارش بهزیستی روانشناختی متوسط و در مقابل اضطراب سلامتی، استرس ادراک شده و خودناتوان سازی پایین تراز متوسط در زنان شاغل را به شاغل بودن و سطح بالای تحصیلات آنان نسبت داد که البته این احتمال باید در تحقیقات وسیع‌تر و با نمونه‌های متنوع به صورت دقیق‌تری بررسی شود. در سطح تحلیلی نتایج نشان داد که اضطراب سلامتی، استرس ادراک شده و خودناتوان سازی به طور مستقیم و همچنین اضطراب سلامتی، استرس ادراک

- Unemployed Women in Yazd, Iran, 2015. *J Health Dev.* 2018;7(3):239-49.
12. Davoudi I, Nargesi F, Mehrabizadeh HM. Gender differences in health anxiety and its related dysfunctional beliefs: With control of age. *Q J Health Psychol.* 2012;1(3):30-8.
13. Moatamedy A, Borjali A, Sadeqpur M. Prediction of Psychological Well-Being of the Elderly Based on the Power of Stress Management and Social Support. *Salmand.* 2018;13(1):98-109. doi: 10.21859/sija.13.1.98
14. Moghadam M, Rashidzadeh S, Shams-alizadeh N, Fallahi B. The impact of stress management training on the coping style and perceived stress in medical students. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci.* 2014;19(3).
15. A S, kh A, H H. Relationship between Self-efficacy and Perceived Stress in Spouses of Veterans with Post-traumatic Stress Disorder. *Mil Caring Sci.* 2017;4(2):102-10. doi: 10.29252/mcs.4.2.102
16. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med.* 2002;32(5):843-53. doi: 10.1017/s0033291702005822 pmid: 12171378
17. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample. *Cogn Therap Res.* 2007;31(6):871-83. doi: 10.1007/s10608-006-9058-1
18. Karimi J. Evaluation of psychometric properties of the health anxiety inventory. *Hakim Res J.* 2015;17(4):297-305.
19. Rhodewalt F, Vohs KD. Defensive Strategies, Motivation, and the Self: A Self-Regulatory Process View. New York: Guilford Press; 2005.
20. Arkin RM, Oleson KC. Self-handicapping. Attribution and social interaction: The legacy of Edward E Jones. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1998. p. 313-71.
21. Shams F, Tabebordbar F. Mediating role of academic self-efficacy for goal orientation and math performance. *J Psychol Mod Methods.* 2011;1(3):77-89.

22. Jafari A, Deghani Arani Z. Predicting psychological wellbeing of women with hypertension based on Perceived stress with mediating role cognitive emotional regulation. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2019;7(2):39-47.
23. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosratabad T. The relationship between social anxiety, optimism and self-efficacy with psychological well-being in students. *J Urmia Univ Med Sci* 2012;23(2):115-22.
24. Mahbod M, Sheikholeslami R. The Self-Handicapping Based on Family Processes: Mediation Effect of Academic Self-Efficacy. *J Iran Psychol.* 2015;11(44):391-404.
25. Freire C, Ferradás MDM, Valle A, Núñez JC, Vallejo G. Profiles of Psychological Well-being and Coping Strategies among University Students. *Front Psychol.* 2016;7. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01554
26. Dallas T, Kononovas K. Japonijos, Jav Ir Lietuvos Studentų Suvokto Streso Ir AŠ Efektyvumo Palyginimas. *Psichologija.* 2009;39:59-70. doi: 10.15388/Psichol.2009.0.2594
27. Hasanvandi S, Ghadampour EL. Prediction of test anxiety and academic self-handicapping based on alexithymia. *Yafte.* 2017;19(4).
28. Diener E. Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being. *Appl Res Q Life.* 2006;1(2):151-7. doi: 10.1007/s11482-006-9007-x
29. Zuckerman M, Tsai FF. Costs of self-handicapping. *J Pers.* 2005;73(2):411-42. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00314.x pmid: 15745436