

نقش تعدیل کننده همدلی در رابطه سرمایه روان شناختی با افسردگی و اضطراب در پرستاران

محمد آزادمنجیری^۱، ابراهیم نامنی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران.
 ۲. دانشیار مشاوره، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۵

زمینه واکنش‌های هیجانی نامناسب مثل اضطراب و افسردگی، در جوامع امروز بسیار مشهود هستند و جامعه پرستاری را درگیر کرده‌اند که می‌توانند بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در حال ارائه تأثیر بگذارند. با توجه به در معرض خطر بودن بهداشت روانی پرستاران، پژوهش حاضر به بررسی تعیین نقش تعدیل کننده همدلی در رابطه سرمایه روان شناختی با افسردگی و اضطراب در پرستاران می‌پردازد.

روش کار این پژوهش، پژوهشی اکتشافی از نوع طرح‌های همبستگی است. با توجه به جدول مورگان، تعداد ۲۱۷ نفر از پرستاران (۱۶۵ زن و ۵۲ مرد) شاغل در بیمارستان‌های شهر سبزوار در بهار سال ۱۳۹۶ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سرمایه روان شناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷)، مقیاس همدلی بارون-کوهن (۲۰۰۳) و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی زیگمون و اسنایت (۱۹۸۳)، استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره تعدیلی به کمک نرم‌افزار spss-22 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها نتایج نشان دادند که بین سرمایه روان شناختی و افسردگی و اضطراب بیمارستانی در پرستاران، رابطه منفی معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین همدلی در رابطه سرمایه روان شناختی با نشانه بالینی اضطراب و افسردگی نقش تعدیل کننده دارد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که همدلی می‌تواند رابطه سرمایه روان شناختی با نشانگان بالینی افسردگی و اضطراب بیمارستانی را تعدیل کند.

کلیدواژه‌ها:

همدلی، سرمایه روان شناختی، افسردگی، اضطراب.

۱. مقدمه

نیروی انسانی، بارزترین منبع برای سازمان‌ها به شمار می‌آید و از ارکان اصلی آن محسوب می‌شود. از این رو به منظور افزایش بهره‌وری و کارایی سازمان‌ها، توجه به نیازهای کارکنان و تأمین سلامت روانی و جسمانی و جلب رضایت آنها، اهمیت ویژه‌ای دارد [۱]. طبق گزارش‌های سازمان جهانی از هر ۴ نفر، ۱ نفر در طی دوره زندگی خود از یک یا چند اختلال روانی رنج خواهد برد. در این میان، پرستاران نیز از این امر

مستثنا نبودند و به دلیل حجم کار فراوان و شرایط خاص شغلی، در معرض خطر بالای اضطراب و افسردگی هستند [۲]. در همین راستا، علیپور، ابراهیمی، امیدی، هدایتی، رنجبر و حسین‌پور [۳] در پژوهشی، این یافته را به دست آوردند که واکنش‌های هیجانی نامناسب مثل استرس، اضطراب و افسردگی در جوامع امروز بسیار مشهود است و جامعه پرستاری را درگیر کرده و موجب مشکلات عدیده‌ای برای پرستاران و بیماران شده است. اضطراب، یک بعد از استرس است که در پاسخ به

* نویسنده مسئول: ابراهیم نامنی

نشانی: سبزوار، توحید شهر، گروه علوم تربیتی، دانشگاه حکیم سبزواری

دورنگار:

تلفن: ۰۹۱۲۲۴۶۱۴۸۳

رایانه: a.namami@hsu.ac.ir

شناسه ORCID: 0000-0001-8284-0684

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-8290-5967

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۹، ص ۴۶۱-۴۵۳

آدرس سایت: http://jsums.medsab.ac.ir رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

مثبت‌گرا حائز اهمیت است. روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌عنوان رویکرد تازه‌ای در روان‌شناسی، بر فهم و تشریح شادمانی و احساس ذهنی بهزیستی و همچنین پیش‌بینی دقیق عواملی که بر آن‌ها مؤثرند، تمرکز دارد [۱۵]. یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا، سرمایه روان‌شناختی^۳ است. منظور از سرمایه روان‌شناختی، درک شخص از خودش، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات می‌باشد [۱۶]. سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی؛ یعنی امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی را در بر می‌گیرد [۱۷]. خودکارآمدی، باور افراد درباره توانایی‌شان برای انجام موفقیت‌آمیز یک رشته اعمال مورد نیاز برای کسب نتایج مطلوب است [۱۸]. ساتویک، بونانو، ماستن، پانتر-بریک و یهودا [۱۹]، تاب‌آوری را به عنوان روند تطبیق درست در مواجهه با سختی، تهدید یا حتی منابع قابل توجهی از استرس تعریف می‌کنند. خوش‌بینی، تنها مثبت بودن سطحی نیست بلکه افراد خوش‌بین، غالباً افکار حمایتی دارند و موقعیت‌های استرس‌زا را با دیدی مثبت، ارزیابی می‌کنند و محاسبه خوبی از توانایی‌هایشان برای گذراندن مشکلات دارند [۲۰]. اسنایدر^۵ [۲۱]، امید و امیدواری را این گونه تعریف می‌کند: امیدواری، یک حالت انگیزشی مثبت و یک فرایند شناختی است که غلبه بر موانع موجود در رسیدن به هدف را شامل می‌شود و نیروی محرکه‌ای با ماهیت اراده ایجاد می‌کند که کسب نتیجه مورد نظر را میسر می‌سازد.

در خصوص تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی، علیپور و همکاران [۲۲]، طباطبایی نسب، سبک‌رو، فلاحی [۲۳]، هودگز^۶ [۲۴]، بیکر، لیونز و کنلان^۷ [۲۵]، استیری، نرگسیان و شریفی [۲۶] این نتیجه را بیان کردند که استفاده از مدل مداخله‌ای سرمایه روان‌شناختی لوتانز بر بهبود سلامت روان و زیرمقیاس‌های اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی، مؤثر است.

به نظر می‌رسد علاوه بر مؤلفه سرمایه روان‌شناختی، همدلی نیز بر نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی، تأثیرگذار باشد؛ زیرا به عقیده وزن، پیوتروسکی و والکنبورگ^۸ [۲۷]، همدلی، یکی از توانایی‌های هیجانی مهم است و نقش مهمی در رشد سلامت روان و عملکرد بهینه دارد. تعاریف گوناگونی از همدلی به واسطه پیچیدگی ساختار همدلی وجود دارد. همدلی ساختاری چندبعدی، متشکل از ابعاد عاطفی و شناختی است

محرک‌های داخلی و خارجی رخ می‌دهد [۴]. اضطراب، یکی از عمده‌ترین مشکلات جامعه بشری است که بخشی از زندگی انسان به شمار می‌رود و تعداد بی‌شماری با آن دست به گریبان هستند [۵].

اضطراب، تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب با علائم دستگاه اتونوم نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس خستگی، بی‌قراری، احساس تنگی نفس در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده، همراه می‌گردد. مجموع علائمی که هنگام اضطراب وجود دارد در افراد مختلف، متفاوت است [۷-۶]. اضطراب خفیف، مبهم اما نگران‌کننده است؛ در حالی که اضطراب شدید می‌تواند به شدت ناتوان‌کننده باشد و تأثیر جدی بر زندگی روزانه فرد بگذارد [۸]. برخی آزمون‌های اضطرابی، اضطراب را به دو شکل آشکار (حالت) و پنهان (صفت) مجزا کرده‌اند. اضطراب آشکار، حالت حاد و متغیری از اضطراب می‌باشد که در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند و یک رویداد مشخص در ایجاد آن، دخیل است و اضطراب پنهان، الگوی دائم اضطراب و به عنوان خصوصیت مزاجی فرد می‌باشد و کمتر احتمال دارد که با یک رویداد محرک خاص، مرتبط باشد [۴].

بنابر مطالعات پیشین، علاوه بر اضطراب، افسردگی و خستگی، از شکایت‌های رایج پرستاران می‌باشد [۹]. پرستاران به دلیل تماس با بیماران ب حال و حجم کاری بالا، در معرض خطر استرس و افسردگی هستند [۱۰]؛ از سویی، به دلیل اینکه تقریباً دو سوم بیماران افسرده، به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند، اهمیت توجه به افسردگی به عنوان یکی از اختلالات مهم روان‌شناختی، آشکار می‌شود [۱۰]. افسردگی با نشانه‌های خلق پایین، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش قابل توجه وزن و اختلال عملکرد، مشخص می‌شود [۱۲]. به طور کل می‌توان گفت افسردگی، واکنشی روانی-زیستی است که با احساس یأس و ناامیدی، ناراحتی، غمناک بودن، فقدان هرگونه انگیزه و امید، کاهش سطح اعتماد به نفس و بدبینی همراه است [۱۳].

با توجه به نتایج پژوهش‌های گوناگون، همچون پژوهش فانگ^۱ [۱۰] و گانگ، هان، یین، یان^۲ و همکاران [۱۴]، مبنی بر شیوع بالای افسردگی و اضطراب در قشر پرستار و در معرض خطر بودن سلامت روان آنان، توجه به روان‌شناسی

5. Snyder

6. Hodges

7. Bakker, Lyons & Conlon

8. Vossen, Piotrowski & Valkenburg

1. Fang

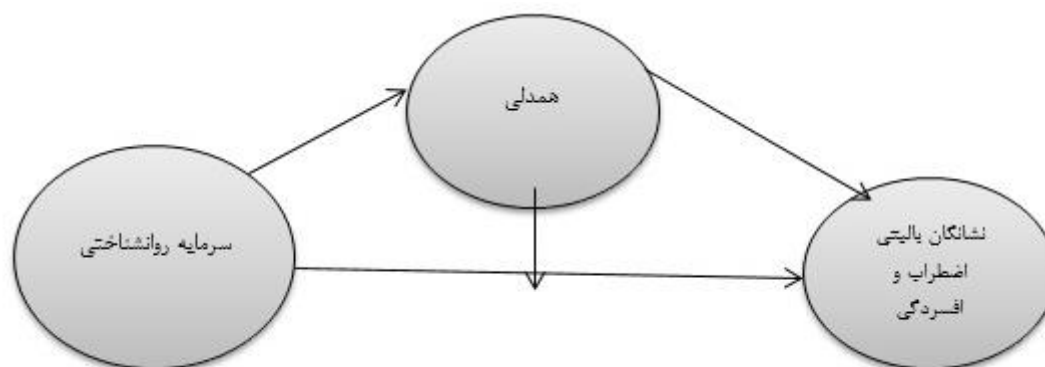
2. Gong, Han, Yin, Yan

3. psychological capital

4. Southwick., Bonanno., Masten., Panter-Brick & Yehuda

زمینه رابطه بین همدلی با نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی می‌توان گفت، همدلی به عنوان پشتوانه‌ای در برخورد با رویدادهای استرس‌زا عمل می‌کند و باعث می‌شود که پرستاران با توجه به مشکلاتی که در زمینه محیط کار دارند، دیدگاه منفی نسبت به خود و زندگی‌شان نداشته باشند و در میان این سختی‌ها در جست‌وجوی معنای جدید باشند و بهتر بتوانند با شرایط استرس‌زای کاری که گاهی با دل‌سردی و ناامیدی همراه است، کنار بیایند و در نتیجه از لحاظ روانی در وضعیت سالم‌تری قرار بگیرند [۳۳]. در همین راستا جوانا، جوزه -پینتو و باربارا [۳۴] در پژوهشی با عنوان ارتباط همدلی و خوددلسوزی در پرستاران با بهزیستی روانشناختی و ابعاد کیفیت زندگی نشان دادند که همدلی و خوددلسوزی، پیش‌بینی‌کننده ابعاد کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی پرستاران است.

بر اساس جست‌جوهای پژوهشگر، با توجه به اینکه تا کنون پژوهشی در خصوص نقش تعدیل‌کننده همدلی در رابطه سرمایه روانشناختی با نشانگان بالینی افسردگی و اضطراب در پرستاران انجام نگرفته و مدلی ارائه نشده است؛ محقق در پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا همدلی در رابطه سرمایه روانشناختی با نشانگان بالینی افسردگی و اضطراب در پرستاران، نقش تعدیل‌کننده دارد؟ با توجه به مبانی نظری مطرح شده، مدل مفهومی پژوهش در قالب شکل ۱ طراحی شد.



بهار ۱۳۹۶ که بر اساس برآورد، حجم جامعه آماری ۵۰۰ نفر می‌باشد که بر اساس جدول مورگان ۲۱۷ نفر به عنوان نمونه پژوهش از بیمارستان‌های واسعی، امداد و حشمتیه، به روش در دسترس و داوطلبانه، انتخاب شدند. از این میان، تعداد ۲۱۲ نفر (۵۲ مرد و ۱۶۰ زن) پرسشنامه‌های تحقیق را به صورت کامل تکمیل کردند؛ بنابراین نمونه نهایی تحقیق، برابر با ۲۱۲ نفر بود. از نظر جمعیت‌شناختی، بیشتر نمونه انتخابی را زنان (۷۵٪)

[۲۸]. محققان در مطالعات اولیه خود بر همدلی، عمدتاً بر ماهیت عاطفی آن، تأکید کرده‌اند و آن را به عنوان پاسخ‌های هیجانی مشاهده شده‌ای به هیجان درک شده دیگران تعریف کرده‌اند [۲۷]. همدلی عاطفی در ارتباط با برخی انگیزش‌های هیجانی است که در رویارویی با بدبختی افراد و تجاربی که قبلاً رخ داده است. در حالی که همدلی شناختی مربوط به درک ذهنی از بدبختی شخص دیگری بدون داشتن تجربه قبلی است، همدلی عاطفی شامل موارد مربوط به اعتماد به نفس اجتماعی و حساسیت می‌باشد [۲۹]. به طور کلی می‌توان گفت همدلی، ظرفیت بنیادین افراد است که به تنظیم روابط، حمایت از فعالیت‌های مشترک و انسجام گروهی کمک می‌کند. این توانایی در زندگی اجتماعی افراد، نقش اساسی بر عهده دارد [۳۰].

با توجه به رابطه بین سرمایه روانشناختی و همدلی با نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی، این تحقیق بر آن شده است تا به بررسی نقش تعدیل‌کننده مؤلفه همدلی در رابطه سرمایه روانشناختی با نشانگان بالینی افسردگی و اضطراب در پرستاران بپردازد. در خصوص رابطه بین سرمایه روانشناختی و نشانگان اضطراب و افسردگی گفته شد، سرمایه روانشناختی با در بر داشتن چهار مؤلفه امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی، منجر به کاهش اضطراب و افسردگی افراد می‌گردد [۳۱]. همچنان که بزاعت، میرمصطفایی، اکبری و عباسی اصل [۳۲] در پژوهشی بیان کردند که سرمایه روانشناختی، کاهنده استرس، اضطراب و افسردگی در بین پرستاران زن است. در

۲. مواد و روش

این پژوهش، یک مطالعه اکتشافی و به لحاظ روش انجام کار، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. در این پژوهش، به بررسی و تجزیه و تحلیل نقش تعدیل‌گری همدلی در رابطه سرمایه روانشناختی با نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی پرستاران پرداخته می‌شود. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه پرستاران (زن و مرد) شاغل در بیمارستان‌های شهر سبزووار در

تعیین گردید [۳۵].

۲.۲. مقیاس همدلی بارون-کوهن^۱

این پرسشنامه را بارون-کوهن در سال ۲۰۰۳ ساختند. این مقیاس ۲۶ سوال دارد و هدف آن، ارزیابی بهره همدلی از ابعاد مختلف (شناختی، مهارت‌های اجتماعی، واکنش‌پذیری هیجانی) می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای (هرگز: ۱ و همیشه: ۵) می‌باشد. این مقیاس، سه عامل را می‌سنجد: همدلی شناختی (۹ مورد)، مهارت‌های اجتماعی (۸ مورد) و واکنش‌پذیری هیجانی (۹ مورد). بارون کوهن و همکاران [۳۶] ضریب اعتبار همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۹ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش ابوالقاسمی [۳۷] ضریب روایی این مقیاس که بر اساس ضریب همبستگی بین مقیاس بهره همدلی با دو مقیاس هوش هیجانی و مقیاس dass-21، به دست آمد، به ترتیب ۰/۲۷ و ۰/۳۲- بود. برای بررسی اعتبار مقیاس، از روش بازآزمایی استفاده شد که مقدار این ضریب پس از چهار هفته ۰/۸۰ به دست آمد [۳۷].

۲.۳. پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی

برای سنجش سرمایه روان‌شناختی، از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده شد [۱۶]. این پرسشنامه ۲۴ سؤالی و شامل چهار خرده‌مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن، هر خرده‌مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. برای محاسبه نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس محاسبه می‌شود و از جمع نمرات خرده‌مقیاس‌ها نمره سرمایه روان‌شناختی حاصل می‌گردد. روایی پرسشنامه در مطالعات مختلف، تأیید شده است. پایایی این ابزار را لوتانز [۱۶] حدود ۰/۹۷ گزارش کرده است. پایایی پرسشنامه را در ایران، بهادری خسروشاهی و همکاران [۱۵]، بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش داده‌اند. روایی پرسشنامه در مطالعات مختلف، تأیید شده است. در پژوهش ضیاء، مبارکی و سعیدیون [۳۸]، روایی همگرایی خرده‌مقیاس‌های خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۶۲، ۰/۵۶ و ۰/۶۹ به دست آمده است که مقادیر بالای ۰/۴۰ قابل قبول است و نیز روایی واگرایی خرده‌مقیاس‌های خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۸، ۰/۷۵ و ۰/۸۳ به دست آمده است. لوتانز و همکاران [۱۶] با استفاده از تحلیل عاملی و

تشکیل می‌دهند که به ترتیب عبارتند از: بیمارستان واسعی (زنان ۲۷٪ و مردان ۹٪)؛ بیمارستان امداد (زنان ۱۶٪ و مردان ۷٪) و بیمارستان حشمتیه (زنان ۳۲٪ و مردان ۹٪). از نظر تحصیلات، بیشترین فراوانی نمونه، مربوط به تحصیلات دیپلم و لیسانس (۷۰٪) و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات کارشناسی ارشد (۳۰٪) بود. اکثریت نمونه، دو فرزند (۶۵٪) داشتند و کمترین فراوانی تعداد فرزند مربوط به تعداد فرزند سه یا بیشتر (۳۵٪) بود.

معیارهای ورود به مطالعه، شامل داشتن حداقل تحصیلات دیپلم بهیاری، داشتن حداقل سابقه ۶ ماه کار در بخش ویژه، نداشتن سابقه بیماری جسمی مزمن بود. معیار خروج از مطالعه، سابقه کاری کمتر از ۶ ماه، داشتن بیماری‌های مزمن جسمی، رضایت نداشتن به شرکت در مطالعه و تنش شدید طی شش ماه گذشته از قبیل مرگ یکی از نزدیکان یا طلاق در نظر گرفته شد.

در پژوهش حاضر، به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی، بهره همدلی بارون-کوهن و سرمایه روان‌شناختی لوتانز و همکاران استفاده شد:

۲.۱. مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی زیگمون و اسنایت

مقیاس اضطراب و افسردگی هاسپیتال را زیگمون و اسنایت (۱۹۸۳) طراحی کرده‌اند. این سیاهه گزینشی ۱۴ ماده‌ای برای سنجش تغییرات خلقی، به ویژه حالات اضطراب و افسردگی، طراحی شده است که هفت سؤال آن مربوط به بررسی اضطراب و هفت سؤال مربوط به بررسی افسردگی است. این پرسشنامه، بر مبنای یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۰، ۱، ۲، ۳) نمره‌گذاری می‌شود. در مجموع، از هر قسمت، ۲۱ امتیاز کسب می‌شود. نقاط برش آن، امتیاز صفر تا ۷ به معنای سالم بودن (بدون علائم بالینی) هشت تا ۱۰ اضطراب یا افسردگی خفیف و امتیاز ۱۱ تا ۲۱ اضطراب و افسردگی شدید (بالینی) برای هر دو زیرمقیاس در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه را کاویانی، صیفوریان، شریفی و ابراهیم‌خانی [۳۵] به منظور استفاده در جمعیت بالینی، هنجارسازی و اعتباریابی کرده‌اند. برای تعیین روایی آن، از روایی صوری، محتوایی و هم‌زمان مبنی بر معیار بیرونی استفاده شده است و روایی پرسشنامه را با آلفای ۰/۷۰ در خرده‌مقیاس افسردگی و آلفای ۰/۸۵ در خرده‌مقیاس اضطراب گزارش کرده‌اند. پایایی آن با محاسبه آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس افسردگی ۰/۷۰ و زیرمقیاس اضطراب ۰/۸۴

داشتند یا مایل بودند که از نتایج این پژوهش اطلاع حاصل کنند، به زبان ساده، اطلاعات حاصل شده در اختیار آنان قرار گرفت.

شایان ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای آزمون سؤالات نیز با توجه به نرمال بودن داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره تعدیلی با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۲ استفاده شد.

۳. یافته‌های پژوهش

اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مؤلفه‌های همدلی، سرمایه روان شناختی، افسردگی و اضطراب (فراوانی شرکت کنندگان: ۲۱۲ نفر)

مؤلفه	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
همدلی	۵۴	۹۶	۷۶/۰۲	۷/۴۷	۰/۱۳	۰/۱۶
سرمایه روان شناختی	۵۲	۱۲۲	۷۹/۹۳	۱۱/۰۲	۰/۲۴	۱/۱۶
افسردگی	۰	۲۸	۱۴/۴۲	۴/۱۱	-۰/۹۸	۱/۹۵
اضطراب	۲	۳۱	۱۴/۱۸	۴/۱۵	-۰/۴۰	۱/۲۷

نرمال می‌باشد.

به منظور آزمون فرضیه تحقیق مبنی بر رابطه بین سرمایه روان شناختی با نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی، از روش آماری همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱	۱			
۲	۰/۶۵**	۱		
۳	-۰/۲۱**	-۰/۲۴**	۱	
۴	-۰/۲۴**	-۰/۱۷*	۰/۳۲**	۱

۱. افسردگی، ۲. اضطراب، ۳. سرمایه روان شناختی، ۴. همدلی (معناداری در سطح ۰/۰۱ (***) و معناداری در سطح ۰/۰۵ (**))

افزایش می‌یابد ($P < 0/01$).

به منظور آزمون فرضیه اصلی تحقیق، مبنی بر نقش تعدیل کننده همدلی در رابطه سرمایه روان شناختی با افسردگی و اضطراب در پرستاران بیمارستان‌های سبزووار، از رگرسیون چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است. به منظور انجام رگرسیون چندمتغیره، سه مفروضه اساسی «نرمال بودن داده‌ها»، «همگنی رگرسیون (ارتباط خطی بین

معادلات ساختاری نسبت خن دو این آزمون را ۲۴/۶ و آماره‌های شاخص تطبیقی و خطای میانگین مجذورات این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده است که روایی عاملی آزمون، تأیید شده است.

در انجام این پژوهش به منظور رعایت حریم و محدوده انسانی، نکاتی لحاظ شد که به اجمال، به آن پرداخته می‌شود. نخست، در انتخاب گروه نمونه، افرادی انتخاب شدند که به شرکت در پژوهش تمایل داشتند. به اعضای شرکت کننده در پژوهش، اطمینان کافی داده شد که اطلاعات حاصل از این پژوهش، جنبه شخصی و محرمانه دارد و به هیچ وجه به صورت فردی در اختیار دیگران قرار نخواهد گرفت بلکه نتایج حاصل از پژوهش به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه به صورت فردی منتشر خواهد شد و آنها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند. هر جا که شرکت کنندگان این پژوهش اصرار

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های پژوهش حاضر نشان داده شده است. به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها، از آزمون کجی و کشیدگی استفاده شد که نتایج آن در تمام متغیرها بین ۱/۹۶+ و ۱/۹۶- می‌باشد که با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت توزیع داده‌ها

با توجه به جدول ۲ می‌توان گفت بین مؤلفه‌های سرمایه روان شناختی و همدلی با اضطراب و افسردگی، رابطه منفی معنی داری وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش نمرات سرمایه روان شناختی و همدلی، نمره اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد ($P < 0/01$) و نیز بین مؤلفه همدلی و سرمایه روان شناختی، رابطه مثبت معنی داری به چشم می‌خورد؛ بدین معنی که با افزایش نمره سرمایه روان شناختی، نمره همدلی نیز

نیست که نشان‌دهنده ارتباط خطی بین متغیرهاست. برای تشخیص یکسانی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری آزمون لوین در تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ لذا واریانس نمرات داده‌ها با یکدیگر، برابر است. با توجه به نتایج مفروضات رگرسیون و رعایت آنها، می‌توان برای آزمون فرضیه تحقیق از روش رگرسیون چندمتغیره تعدیلی^۱ استفاده کرد.

متغیرهای پیش‌بین و ملاک)» و «یکسانی پراکندگی» بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کجی و کشیدگی استفاده شد که نتایج آن در تمامی متغیرها بین ۱/۹۶+ و ۱/۹۶- بود که نشان‌دهنده نرمال بودن داده‌ها می‌باشد. پیش‌فرض دوم، تشخیص هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک بود. نتایج نشان داد که مقدار اغماض در متغیرهای پیش‌بین، کمتر از ۰/۰۱ نمی‌باشد و مقدار (تورم واریانس) نیز از ۱۰ بیشتر

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیلی هم‌دلی در رابطه سرمایه روان‌شناختی با نشانه بالینی افسردگی

مدل	متغیر	B	SE	β	t	p	ΔF	R	R ²	R ² تعدیل شده
۱	سرمایه روان‌شناختی	-۰/۰۵	۰/۰۳	-۰/۱۴۵	-۲/۰۶	۰/۰۴۰	۸/۵۶	۰/۲۷۵	۰/۰۷۶	۰/۰۶۷
	همدلی	-۰/۱۰	۰/۰۴	-۰/۱۹۱	-۲/۲۷	۰/۰۰۷				
۲	سرمایه روان‌شناختی	۰/۷۹	۰/۲۱	۲/۱۳۰	۳/۸۵	۰/۰۰۰۱	۱۱/۸۶	۰/۳۸۲	۰/۱۴۶	۰/۱۳۴
	همدلی	۰/۷۶	۰/۲۱	۱/۳۷۵	۳/۵۸	۰/۰۰۰۱				
	اثر تعدیل‌کننده	-۰/۰۱	۰/۰۰۳	-۳/۱۶۵	-۴/۱۴	۰/۰۰۰۱				

روان‌شناختی و هم‌دلی باعث کاهش افسردگی پرستاران می‌شود. از طرفی، در مدل دوم، اثر توام سرمایه روان‌شناختی و همدلی دارای ضریب رگرسیونی ۰/۰۱- با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰۱ می‌باشد. لذا با توجه به معنی‌دار بودن مدل دوم و متفاوت بودن مدل‌ها با یکدیگر می‌توان گفت نقش تعدیل‌کنندگی همدلی در رابطه سرمایه روان‌شناختی با نشانه بالینی افسردگی با اطمینان ۹۵٪ تأیید می‌گردد. لازم به ذکر است، اثر مستقیم مؤلفه سرمایه روان‌شناختی بر افسردگی ۰/۰۵- بوده است و اثر غیرمستقیم مؤلفه سرمایه روان‌شناختی بر افسردگی ۰/۰۱- بوده است.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، میزان R² در مرحله اول بعد از وارد کردن متغیر تعدیل‌گر به شکل مجزا (۰/۰۷۶) می‌باشد و در نهایت در مرحله دوم برای آزمون فرضیه، اثر متقابل سرمایه روان‌شناختی و همدلی به مدل اضافه گردید و میزان R² (۰/۱۴۶) به دست آمد که میزان آن در مرحله دوم بعد از ورود اثر تعاملی سرمایه روان‌شناختی و همدلی تغییر داشته است. شایان ذکر است ضریب استاندارد متناظر با سرمایه روان‌شناختی و همدلی به ترتیب برابر ۰/۰۵- و ۰/۱۰- می‌باشد؛ لذا با توجه به کمتر بودن سطح معنی‌داری در هر دو مدل این گونه استنباط می‌شود که بهبود هر دو شاخص سرمایه

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیلی همدلی در رابطه سرمایه روان‌شناختی با نشانه بالینی اضطراب

مدل	متغیر	B	SE	β	t	p	ΔF	R	R ²	R ² تعدیل شده
۱	سرمایه روان‌شناختی	-۰/۰۷	۰/۰۳	-۰/۲۰۲	-۲/۸۶	۰/۰۰۵	۷/۷۴	۰/۲۵۷	۰/۰۶۶	۰/۰۵۷
	همدلی	-۰/۰۶	۰/۰۴	-۰/۱۰۶	-۱/۴۹	۰/۱۳۵				
۲	سرمایه روان‌شناختی	۰/۵۵	۰/۲۱	۱/۴۶۸	۲/۵۸	۰/۰۱۰	۸/۰۵	۰/۳۲۳	۰/۱۰۴	۰/۰۹۱
	همدلی	۰/۵۸	۰/۲۲	۱/۰۴۴	۲/۶۵	۰/۰۰۹				
	اثر تعدیل‌کننده	-۰/۰۱	۰/۰۰۳	-۲/۳۲	-۲/۹۶	۰/۰۰۳				

مرحله دوم بعد از ورود اثر تعاملی سرمایه روان‌شناختی و همدلی، تغییر داشت. در مدل اول، ضریب استاندارد متناظر با سرمایه روان‌شناختی و همدلی به ترتیب برابر ۰/۰۷- و ۰/۰۶- می‌باشد؛ لذا با توجه به کمتر بودن سطح معنی‌داری تنها در مؤلفه سرمایه روان‌شناختی این گونه استنباط می‌شود که بهبود سرمایه

همچنین با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴ می‌توان گفت میزان R² در مرحله اول بعد از وارد کردن متغیر تعدیل‌گر، به شکل مجزا (۰/۰۶۶) می‌باشد و در نهایت، در مرحله دوم برای آزمون فرضیه، اثر متقابل سرمایه روان‌شناختی و همدلی، به مدل اضافه شد و میزان R² (۰/۱۰۴) به دست آمد که میزان آن در

1. moderate multivariate regression analyses

طرق مختلف به کاهش نشانگان بالینی خصوصاً افسردگی و اضطراب کمک کند. در مورد خوش‌بینی، تحقیقات اولیه سلیگمن نشان داده که مهم‌ترین علت افسردگی، درماندگی آموخته شده می‌باشد که می‌تواند منجر به احساس ناتوانی در تغییر شرایط شود. بعدها سلیگمن، واژه خوش‌بینی آموخته شده را جایگزین درماندگی آموخته شده کرد [۴۰].

سرمایه‌های روان‌شناختی از طریق تأثیر بر سبک اسنادی پرستاران و از طرفی گذرا بودن مشکلات می‌تواند به بهداشت روانی آنان کمک کند. همچنین، خوشبینی باعث می‌شود پرستاران، بهترین برداشت را از دیگران داشته باشند و رفتارهای آنان را تهدیدآمیز تفسیر نکنند. در نتیجه، خوش‌بینی می‌تواند به بهبود روابط اجتماعی با دیگران کمک کند و افزایش ارتباطات اجتماعی به کاهش افسردگی و افزایش خلق کمک می‌کند و در مجموع نقش مهمی در کاهش نشانگان بالینی داشته باشد.

یکی دیگر از متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی، تاب‌آوری است. نگاهی به ویژگی‌های افراد تاب‌آور می‌تواند تبیین‌های مهمی در چرایی ارتباط سرمایه‌های روان‌شناختی و کاهش نشانگان بالینی به همراه داشته باشد. افراد تاب‌آور، در زندگی هدف و توانایی جذب و استفاده از حمایت اجتماعی را دارند. تاب‌آوران، افرادی خلاق و مبتکر هستند و در کمک به دیگران توانایی دارند. بنابراین، از آنجایی که افراد تاب‌آور، خلاق هستند و خلاقیت با شادی همبستگی مثبت دارد [۴۱] می‌تواند به صورت عکس به کاهش افسردگی کمک کند. همچنین افراد تاب‌آور به علت داشتن ارتباطات محکم اجتماعی به سمت برون‌گرایی تمایل دارند [۴۱] و برون‌گرایی، به کاهش اضطراب و افسردگی کمک شایانی می‌کند و این مسئله نیز به کاهش نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی کمک کرده است.

در نهایت باید گفت پرستارانی که دارای سرمایه روانی خودکارآمدی هستند، اضطراب و افسردگی کمتری دارند؛ زیرا پرستاران خودکارآمد، خود را منحصر به فرد می‌دانند و خود را با دیگران مقایسه نمی‌کنند و از این طریق، احساس ارزشمندی می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که این افراد دارای خودگویی مثبت هستند و خود را تصدیق می‌کنند. همچنین از طریق ایجاد حالات عاطفی مثبت و ایجاد آرامش، استرس‌های رایج روزمره زندگی خود را کاهش می‌دهند [۲۵]. بنابراین می‌توان گفت پرستارانی که دارای سرمایه روانی خودکارآمدی هستند به دلیل این احساس باور دارند که می‌توانند از عهده اعمال شخصی خود برآیند و میزان وابستگی آنها به دیگران کاهش

روان‌شناختی باعث کاهش اضطراب پرستاران می‌شود. در مدل دوم، اثر توام سرمایه روان‌شناختی و همدلی، ضریب رگرسیون $0/01$ - با سطح معنی‌داری $0/003$ دارد. لذا با توجه به معنی‌دار بودن مدل سوم و متفاوت بودن مدل‌ها با یکدیگر می‌توان گفت نقش تعدیل‌کنندگی همدلی در رابطه سرمایه روان‌شناختی با نشانه بالینی اضطراب با اطمینان 95% تأیید می‌گردد. با توجه به مطالب بیان شده می‌توان گفت همدلی در رابطه سرمایه روان‌شناختی با افسردگی و اضطراب در پرستاران بیمارستان‌های سبزوار، نقش تعدیل‌کنندگی دارد. شایان ذکر است که اثر مستقیم مؤلفه سرمایه روان‌شناختی بر اضطراب $0/07$ - بوده است و اثر غیرمستقیم مؤلفه سرمایه روان‌شناختی بر اضطراب $0/01$ - بوده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی نقش تعدیل‌کننده همدلی در رابطه سرمایه روان‌شناختی با افسردگی و اضطراب در پرستاران بیمارستان‌های سبزوار صورت گرفت. نتایج پژوهش حاضر عبارت بود از اینکه بین سرمایه روان‌شناختی با اضطراب و افسردگی، رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. فرضیه پژوهش مبنی بر رابطه منفی معنی‌دار بین سرمایه روان‌شناختی با اضطراب و افسردگی با پژوهش‌های علیپور و همکاران [۲۲]، طباطبایی‌نسب و همکاران [۲۳]، هودگر [۲۴]، بیکر و همکاران [۲۵]، استیری و همکاران [۲۶] و کراسیکوا، لستر و هارمز [۳۹]، هم‌خوانی دارد. با توجه به مطالعات انجام گرفته و نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان این گونه استنباط کرد که سرمایه‌های روان‌شناختی، تبیین‌کننده مهم کاهش اضطراب و افسردگی هستند.

در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که در اضطراب، معمولاً افراد، نگاه نگران‌کننده به آینده دارند. امید به عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی می‌تواند از طریق تغییر نگاه و کاهش اضطراب نسبت به آینده از اضطراب بکاهد و به کاهش این نشانه بالینی کمک کند. در واقع پرستارانی که با یک گفتگوی درونی مثبت، مداوم به خودامیدواری می‌دهند که می‌توانند از عهده کارها برآیند و هرگز تسلیم نمی‌شوند، هیجان‌های منفی کمی را تجربه می‌کنند و احتمال ابتلا به اختلالات روانی همچون افسردگی و اضطراب در آنان کاهش می‌یابد. این دسته از افراد پس از هر شکست می‌دانند چگونه مسیر افکار خود را به سمت امیدواری و خوش‌بینی سوق دهند تا بتوانند بر افسردگی و ناامیدی غلبه کنند. در همین راستا، خوش‌بینی به عنوان مؤلفه دیگر سرمایه روان‌شناختی می‌تواند از

و متعاقب آن، کاهش افکار منفی در افراد می‌گردد [۲۹]. به طور مختصر در خصوص نقش تعدیل‌کننده همدلی در پرستاران می‌توان گفت همدلی در پرستاران، از انگیزش در جهت خود و دیگری، نشأت می‌گیرد و هر یک از این انگیزش‌ها پیامدهای خاصی به دنبال دارد. پاسخ‌هایی که جهت‌گیری به سمت خود دارند در جهت کاهش احساس نامطلوب اضطراب و افسردگی به دلیل مشاهده پریشانی فرد دیگر، به وجود می‌آیند. این پاسخ‌ها عمدتاً از انگیزش خودمحورانه به منظور کاهش پریشانی فرد، نشأت می‌گیرد [۴۶]. از طرفی، پرستاری، به عنوان یک حرفه پرسترس، همواره با چالش‌های جدی رو به رو است که مایوس نشدن در ناکامی‌ها و اعتقاد به قابل حل بودن تمام مشکلات و همچنین اعتماد به توانایی‌های شخصی، منجر به بهره‌گیری از فواید و نتایج مثبت مسائل و افزایش مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی چون امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوشبینی می‌شود [۴۷]. با توجه به مطالب بیان شده می‌توان گفت همدلی، از طریق درک حالت عاطفی و اشتراک‌گذاری عاطفی به ویژه در کاهش واکنش‌های هیجانی منفی چون افسردگی و اضطراب و افزایش عواطف مثبت، عامل مهمی در افزایش سرمایه روانشناختی می‌باشد؛ در نتیجه با توجه به نقش همدلی در بهبود سطح سلامت روان فرد می‌توان این گونه نتیجه گرفت که همدلی در رابطه سرمایه روان‌شناختی با اضطراب و افسردگی در پرستاران، نقش تعدیل‌کنندگی دارد.

در نتیجه‌گیری پایانی می‌توان گفت مفهوم سرمایه روان‌شناختی و همدلی، به تازگی در متون علمی مطرح شده‌اند؛ از این رو پژوهش‌های بسیاری نیاز است تا بتوان نتایج محکم‌تری ارائه داد. اما به طور کلی، یافته‌های این پژوهش شواهدی فراهم کرد که نشان داد استفاده از سرمایه روان‌شناختی و نیز مؤلفه همدلی به عنوان تعدیل‌کننده، موجب ارتقای سطح سلامت روان پرستاران و کاهش نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی در بین آنان شده است.

هر پژوهشی، محدودیت‌هایی دارد که پژوهش حاضر، از آن مستثنی نیست؛ از جمله نتایج حاصل از این پژوهش، مربوط به پرستاران در بیمارستان‌های عادی شهر سبزوار است که عمدتاً از سطح سلامت نسبتاً مناسبی برخوردار بوده‌اند، در تعمیم یافته‌های آن به پرستاران بیمارستان روانپزشکی و افراد با مشکلات خاص، جوانب احتیاط در نظر گرفته شود. همچنین به دلیل شرایط خاص بیمارستان و ملاحظات اخلاقی، تفکیک پرستاران از لحاظ درجه افسردگی انجام نگرفت؛ بنابراین با نقش

یابد. همچنین این احساس که می‌توانند از عهده برخی اعمال و تکالیف برآیند، به افزایش سطح فعالیت منجر می‌شود و بر اساس تحقیقات، هر چه فعالیت بیشتر باشد؛ میزان افسردگی، کاهش می‌یابد [۲۳]. از سوی دیگر، به این دلیل که افراد خودکارآمد به وسیله خودگویی مثبت می‌توانند اضطراب را کنترل کنند، این امر به کاهش اضطراب آنان نیز کمک کرده است. با توجه به مطالب پیش‌گفته می‌توان گفت بین سرمایه روانشناختی (امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری) با اضطراب و افسردگی، رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که همدلی در رابطه سرمایه روانشناختی با اضطراب و افسردگی در پرستاران، نقش تعدیل‌کنندگی دارد. نتایج تحقیق مبنی بر نقش تعدیل‌کننده همدلی در رابطه سرمایه روانشناختی با اضطراب و افسردگی با یافته‌های زینر [۴۲]، واندرگرف، برنجی، دوید و میژو [۴۳] و ساهوو [۴۴]، هم‌خوان می‌باشد.

تحقیقات مختلف، به تأثیر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی بر سلامت روانی و کاهش نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی در افراد اشاره کرده‌اند [۲۶-۲۵]. سرمایه‌های روان‌شناختی تبیین‌کننده مهمی برای کاهش اضطراب و افسردگی هستند و از عوامل اساسی در سلامت روانی-اجتماعی می‌باشند. شایان ذکر است امروزه، سلامت روان‌شناختی، تنها فقدان آسیب روانی در دوران بزرگسالی نیست بلکه هدف، حضور جنبه‌های مثبت در زندگی مانند همدلی است. در همین راستا، واندرگرف و همکاران [۴۳] در پژوهشی به این یافته رسیدند که همدلی، به طور معناداری، نشانگان بالینی پرخاشگری را در افراد کاهش می‌دهد و احساس امنیت و سلامت روانی را به افراد هدیه می‌کند. در همین راستا، کلارک، چمبرلین و ساهاکیان [۴۵]، در پژوهشی بیان کردند که سطح همدلی در بین بیماران افسرده، به شدت پایین است و به عبارتی می‌توان گفت همدلی پایین در بین این افراد، منجر به افسردگی شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت همدلی، مجموعه‌ای از آمادگی‌ها و تمایلات رفتاری را در فرد ایجاد می‌کند و افرادی که دارای همدلی بالاتری هستند، آمادگی هیجانی و رفتاری بالاتری برای غلبه بر هیجانات منفی خود همچون اضطراب و استرس دارند. در همین راستا، ریف و همکاران [۳۰] اشاره می‌کنند که همدلی، ظرفیت بنیادین افراد است و به تنظیم روابط، حمایت از فعالیت‌های مشترک و انسجام گروهی کمک می‌کند و در کنترل هیجانات منفی افراد، نقش اساسی دارد؛ زیرا منجر به ارتقای اعتماد به نفس اجتماعی

3. Sahoo

4. Clark, Chamberlain & Sahakian

1. Tziner

2. Van der Graaff, Branje, De Wied & Meeus

مورد پژوهش قرار داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد نیشابور با کد اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1396.14 می باشد. بدین وسیله نویسندگان این مقاله، کمال تشکر را از معاونت پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد نیشابور، گروه روانشناسی و کلیه پرستارانی که با همکاری صمیمانه خود، ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند ابراز می دارند.

References

- Azad Marzabadi E, Salimi SH. Study on Job Stress in a Military Unit. *Journal of Military Medicine*. 2005; 6(4): 279-284. (Persian).
- Mohammadi J, Gholamrezaee S, Aziz A. The Relationship between Religious Orientation and Mental Health among female nurses working in public hospitals of Tabriz in 2014. *Journal of Science in Sabzevar*. 2015; 22(6): 1080-1087. (Persian).
- Alipoor R, Ebrahimi A, Omid R, Hedavati H, Ranibar H, Hosseinpour S. Depression, anxiety, stress and related demographic variables in nurses of Valiasr hospital in Fasa University of Medical Sciences in 2014. *Pajouhan Scientific Journal*. 2015; 13(4): 51-59. (Persian).
- Rajeswari S. Efficacy of progressive muscle relaxation on stress, anxiety and pregnancy outcome among primigravidae [PhD thesis]. India: Sri Ramachandra University; 2013.
- Rafiee B, Akbarzade M, Asadi N, Zare N. [Comparison of attachment and relaxation training effects on anxiety in third trimester and postpartum depression among primipara women]. *Journal of Hayat*. 2013; 19(1):76-88. (Persian)
- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical. Poorafkari N (translator). 10th ed. Tehran: Sharab Publisher; 2015. (Persian)
- Tafazoli M, Zaremobini F, Mokhber N, Emami A. [The effects of lavender oil inhalation on level of anxiety during first stage of labor in primigravida women]. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 12(4): 720-6. (Persian).
- Sam ML. Effectiveness of progressive muscle relaxation technique on anxiety. *Sinhgad e-Journal of Nursing*. 2014; 17(1): 23-5.
- Taghva A, Yazdani A, Ebrahimi MR, Alizadeh K, Sakhabakhsh. Prevalence of depression in psychiatric nurses and comparison with other parts of the AJA hospitals. *Nurse and Physician Within War*. 2017; 23: 1-16. (Persian).
- Fang Y. Burnout and work-family conflict among nurses during the preparation for reevaluation of a grade A tertiary hospital. *Chinese Nursing Research*. 2017; 4(1): 51-55.
- Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry, 11ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2014.
- Halpern JH, Pope Jr HG. Hallucinogens on the Internet: a vast new source of underground drug information. *Am J Psychiat*. 2001; 158: 481-483.
- Atkinson R, Nolen Hoksma S, Bam D, Smith E, Atkinson R. *Hilgard's Introduction to Psychology*. Zamani R., Beik M., Birashk B., Baraheni MT., Shahraray M(translator). 10th ed. Tehran: Roshd; 2015. (Persian).
- Gong Y, Han T, Yin X, Yan G, Zhuang R, Chen Y, Lub Z. Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: A cross-sectional study. *Scientific Reports*. 2014; 4: 7109.
- Bahadori Khosroshahi I, Hashemi Nosratabad T, Babapur Kheyroddin J. The relationship between social capital and psychological well-being among the students of Tabriz university. *Social Cognition*. 2014; 3(2): 54-44. (Persian)
- Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*. 2007; 60(3): 541-572.
- Avey JB, Reichard RJ, Luthans F, MhatreKH. Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human resource development quarterly*. 2011; 22 (2): 127-152.
- McKenzie J, Aitken P. Development of Digital Product Catalogue for Enabling Agility in a Manufacturing Organization. *Strategic HR Review*. 2012; 11: 12-31
- Southwick S, Bonanno GA, Masten A, Panter-Brick C, Yehuda R Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014; 5: 1-14.
- Bleil ME, Pasch LA, Gregorich SE, Millstein SG, Katz PP, Adler NE. Fertility treatment response: is it better to be more optimistic or less pessimistic? *Psychosomatic medicine*. 2012; 74(2): 193-199
- Snyder CR. Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*. 2012; 13(4): 249-275.
- Alipor A, Akhondy N, Sarami Foroshany GR, Saffarinia M, Agah Heris M. The Effectiveness of Psychological Capital Intervention model (PCI) on the mental health in the experts working in Iran Khodro Diesel co. *Iran Occupational Health*. 2012; 10(4): 17-23. (Persian)
- TabatabaiNasab M, Sabokro M, Fallahi MB. The effect of psychological capital on work engagement with mediating role of work -family conflict among nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2017; 6(1): 21-30. (Persian)
- Hodges TD. An experimental study of the impact of psychological capital on performance, engagement, and the contagion effect, [Thesis] Dissertation for the degree of doctor of Philosophy. Nebraska: Interdepartmental Area of Business (Management) University of Nebraska - Lincoln; 2010
- Bakker DJ, Lyons ST, Conlon PD. An Exploration of the Relationship between Psychological Capital and Depression among First-Year Doctor of Veterinary Medicine Students. *J Vet Med Educ*. 2017; 44(1): 50-62.
- Estiri M, Nargesian A, Dastpish F, Sharifi M. The impact of psychological capital on mental health among Iranian

- nurses: considering the mediating role of job burnout. Springerplus. 2016; 5(1): 1377.
- [27]. Vossen HGM, Piotrowski JT, Valkenburg PM. Development and Validation of the Adolescent Measure of Empathy and Sympathy (AMES). *Personality and Individual Differences*. 2015; 74: 66-71.
- [28]. Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, O'Brien MD. Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: Their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*. 2009; 15: 217-234.
- [29]. Alloway T, Copello E, Loesch M, Soares C, Watkins J, Miller D, Campell G, Tarter A, Law N, Soares C, Rav S. Investigating the reliability and validity of the Multidimensional Emotional Empathy Scale. *Measurement*. 2016; 90: 438-442.
- [30]. Rieffe C, Ketelaar L, Wiefferink CH. Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Personality and Individual Differences*. 2010; 49(5): 362-367.
- [31]. Tiwari S, Singh R, Chand H. Spirituality and Psychological Wellbeing of Elderly of Uttarakhand: A Comparative Study Across Residential Status. *Journal of psychology*, 2016; 7(2): 112-118.
- [32]. Baezza F, Mirmostafae M, Akbari A, Abbasi-Asl R. Causal Model for Depression Based on Psychological Capital by Mediating of Hospital Stress and Anxiety in Woman Nurses. *Women Health Bull*. 2017 ; 4(4): 1-7.
- [33]. Johansson GW. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive Critical Care Nursing*. 2012; 17: 29-39.
- [34]. Joana Duarte, José Pinto-Gouveia & Bárbara Cruz. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 60:1-11
- [35]. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADSH): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal*. 2009; 67(5): 379-385. (Persian)
- [36]. Baron-Cohen S, Richler J, Bisarya D, Guranathan N, Wheelwright S. The systemizing quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex difference. *Philosophical Transactions of the Royal Society London*. 2003; 358: 361-374.
- [37]. Abolghasemi A. The Reliability and Validation of the Empathy Quotient Scale for high school students. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2009; 5(4): 9-27. (Persian).
- [38]. Zivae B, Mobaraki MH, Saiedioon M. The effect of psychological capital on organizational performance with emphasis On the role of mediator of innovation in information technology(Case Study: Branches of Agricultural Bank of Tehran). *Innovation Management*. 2014; 3(4): 77-100.
- [39]. Krasikova V, Lester PB, Harms P. Effects of Psychological Capital on Mental Health and Substance Abuse. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 2015; 22(3): 280-291.
- [40]. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American psychologist*. 2006; 61(7): 774-788.
- [41]. Schofield G, Beek M. Risk and resilience in long-term foster care. *British Journal of Social Work*. 2005; 35(8): 128-301.
- [42]. Tziner A. The mediating and moderating role of burnout and emotional intelligence in the relationship between organizational justice and work misbehavior El papel mediador y moderador del burnout y de la inteligencia emocional en la relación entre la justicia organizacional y el mal comportamiento en el trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2017; 33(2): 157-164.
- [43]. Van der Graaff J, Branje S, De Wied M, Meeus W. The moderating role of empathy in the association between parental support and adolescent aggressive and delinquent behavior. *Aggress Behav*. 2012; 38(5): 368-377.
- [44]. Sahoo B. Moderating Role of Emotional Intelligence and Psychological Capital towards the relationship between Workplace Ostracism and Work attitudes. Thesis| Dissertation for the degree of doctor of Philosophy. Department of Applied Psychology School of Physical, Chemical and Applied Sciences Pondicherry University; 2015.
- [45]. Clark L, Chamberlain SR, Sahakian BJ. Neurocognitive mechanisms in depression: implications for treatment. *Annual Review of Neuroscience*. 2009; 32: 57-74.
- [46]. Bavani M, Goodarzi H. Study of the relationship between psychological well-being and general health among students of Islamic Azad University, AzadShahr Branch. *Journal of Knowledge and Research in Psychology*. 2006; 35(36): 164-153. (Persian).
- [47]. Bahadori M, Raadabadi M, Teymourzadeh E, Yaghoubi M. Confirmatory factor analysis of the Herzberg Job Motivation Model for workers in the military health organizations of Iran. *Journal of Military Medicine*. 2015;17(2):65-71. (Persian).

The Moderating Effect of Empathy on the Relation Psychological Capital with Depression and Anxiety Among Nurses

Mohammad Azadmajiri¹, Ebrahim Namani^{2*}

1. MA in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Neyshabur, Neyshabur, Iran.
2. Counseling Associate Professor Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran.

Abstract

Introduction: Inappropriate emotional reactions such as anxiety and depression is very evident in today's societies, affecting and causing too many problems for nurses, then effect on the quality of providing health cares. According to the nurses' exposure to mental health disorders, the purpose of the present research is to study empathy moderating role in relationship between psychological capital with depression and anxiety of nurses.

Materials and Methods: This research is an exploratory research of correlation plans. Based on Morgan Table were selected 217 subjects of employed nurses (100 male and 117 female) as hospitals of Sabzevar in spring 2018 by available sampling. In order to obtain data, Luthans et al (2007), psychological capital questionnaire, Baron-Cohen empathy(2003), and Anxiety and Depression Scale of Zigmond and Snaith Hospital (1983), were used. Data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multivariate regression analyses by SPSS-22 software.

Results: Findings of the present research showed that there are negative significant relationship between psychological capital and hospital of anxiety and depression of nurses ($p < 0.01$). also empathy is mediating role in relationship between psychological capital and clinical symptoms of anxiety and depression ($p < 0.01$).

Conclusion: According to the findings of the research, it can be concluded that empathy can be mediated relationship psychological capital and hospital clinical symptoms of depression and anxiety.

Received: 2018/07/24

Accepted: 2018/11/06

Keywords: Empathy, Psychological capital, Depression, Anxiety.