



رابطه بین فشار روانی محیط کار و افسردگی با میانجی‌گری خود مراقبتی (مورد مطالعه: مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی شهر مشهد)

فرشید ابراهیمی*^۱، قاسم قجاوند^۲

چکیده

زمینه و هدف: نرخ شیوع نشانه‌های افسردگی گزارش شده به وسیله کارکنان مشاغل یاورانه نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است و این مسأله تبدیل به یک نگرانی عمده شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین فشار روانی محیط کار و افسردگی با میانجی‌گری خودمراقبتی (مورد مطالعه: مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی شهر مشهد) انجام گرفته است.

روش: این پژوهش کاربردی و به لحاظ روش از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کل مددکاران اجتماعی شاغل در اورژانس اجتماعی شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ به تعداد ۱۱۲ تشکیل می‌دهند که از این تعداد ۵۹ نفر مرد و ۵۳ نفر زن می‌باشند. در این پژوهش از روش سرشماری برای انتخاب حجم نمونه استفاده شد و تمامی افراد جامعه آماری که ۱۱۲ نفر می‌باشد به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های افسردگی شغلی گلدبرگ (۱۹۷۹)، فشار روانی شغلی پارکر و دکوتیس (۱۹۸۳) و خودمراقبتی دوروسیاک (۲۰۱۵) استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل همبستگی پیرسون و روش مدلسازی معادلات ساختاری با حداقل مجذورات جزئی و از نرم افزار آماری SPSS28 و PLS3 استفاده شد.

یافته‌ها: نشان داد که خودمراقبتی در رابطه بین فشار روانی محیط کار با افسردگی نقش میانجی ایفا می‌کند. همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که بین فشار روانی محیط کار و افسردگی رابطه معنی دار و مثبت، بین خودمراقبتی با افسردگی رابطه معنی دار و منفی و بین فشار روانی محیط کار با خود مراقبتی رابطه معنی دار و منفی وجود دارد.

نتیجه‌گیری: این پژوهش در راستای کاهش افسردگی کارکنان پیشنهاد می‌کند که در خصوص اهمیت نقش خودمراقبتی در افسردگی شغلی آگاه‌سازی انجام گیرد و آموزش‌های لازم در زمینه خودمراقبتی به مددکاران اجتماعی شاغل در اورژانس اجتماعی داده شود.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، خودمراقبتی، فشار روانی، مددکاران اجتماعی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران
۲. استادیار گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

اهمیت شغل و نقش سرنوشت‌ساز شغل در ابعاد گوناگون زندگی انسان بر کسی پوشیده نیست؛ زیرا شغل علاوه بر اینکه وسیله‌ی تأمین هزینه‌های زندگی است، ارتباط مستقیمی با سلامت جسمی و روانی فرد داشته و زمینه‌ساز ارضای بسیاری از نیازهای غیرمادی او می‌باشد (هاگانی، پاگیل و کوهن^۱، ۲۰۲۲). با وجود فشارزا بودن بسیاری از مشاغل، کارکنان سازمان‌ها می‌دانند که چگونه با این نوع فشارها کنار آمده و از آسیب‌های آن مصون بمانند. اما بعضی از افراد بنا به تحمل‌ناپذیر بودن عوامل فشارزا و یا قدرت و توانایی حل مسأله ضعیف، دائماً احساس تنش می‌کنند (دهقان‌زاده و نیری، ۱۳۹۹). معمولاً کارکنان شغل‌هایی که با خدمات انسانی سروکار دارند، در معرض فرسودگی شغلی، افسردگی، ناامیدی و آسیب‌های جسمی و روانی هستند (چونودی، کوندرات، گودینز و کوتزیان^۲، ۲۰۲۳).

کارکنان سازمان‌های خدمات اجتماعی، از جمله مددکاران اجتماعی، در معرض عوامل زمینه‌ساز افسردگی می‌باشند. این عوامل خطر نشأت گرفته از خصوصیات شغلی مانند عدم استقلال کارکنان در انجام وظایف و تقاضاهای شغلی بالا است (نوبن^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). رانتون^۴ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی که در آن ۲۵۰۰۰ نفر از مددکاران اجتماعی کشورهای فنلاند و سوئد را در فاصله سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۲ بررسی کردند. آنها با بررسی روند غیبت از کار به علت بیماری، مستمری از کارافتادگی و سلامت روانی آنان نتیجه گرفتند که مددکاران اجتماعی نسبت به روانشناسان و معلمان پیش دبستانی بیشتر در معرض خطرات شغلی قرار دارند. مددکاران اجتماعی مشغول به کار در مراکز اورژانس اجتماعی دست‌های از مددکاران اجتماعی هستند که با چالش‌های زیادی بر سر راه سلامت روان خود مواجهند و ناچار به تجربه استرس و فشارهای روانی می‌شوند.

زیستن در دوران مملو از فشار کنونی و مواجهه با استرس‌های اجتماعی و اقتصادی، شیوع بیماری‌های روانی را افزایش داده است (موروگان^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). بیماری‌هایی نظیر افسردگی، اضطراب و اختلالات روحی - روانی از جمله رایج‌ترین ناراحتی‌های روانی در میان مردم به شمار می‌روند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۹). تخمین

1. HaGani, Yagil & Cohen
2. Chonody, Kondrat, Godinez & Kotzian
3. Noben
4. Rantonen
5. Murugan



زده می‌شود که ۲۱ درصد از کل بار بیماری‌ها در سطح جهانی ناشی از اختلالات روانی است و پیش‌بینی می‌شود که این رقم در سال ۲۰۲۰ به ۱۵ درصد برسد (مورگان و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از بزرگترین مشکلات روانی در بین انواع شغل‌های یاورانه و یاریدهنده نظیر مددکاری اجتماعی، مشاوره، پرستاری و... افسردگی است. افسردگی وضعیتی است که با احساس بی‌کفایتی، بی‌کفایتی و ادراک نامطلوب از خود و همچنین کاهش عزت نفس همراه است و با علائم شناختی، رفتاری و جسمانی همراه است (امیدی حسین‌آبادی و عباسی اسفجیر، ۱۳۹۴). افسردگی یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی و اجتماعی امروز است که در صورت تداوم، نیروی کار و توانایی فرد و موقعیت اقتصادی و اجتماعی وی را از بین می‌برد. حدود ۱۵ درصد از جمعیت عمومی در مقطعی از زندگی خود افسردگی شدید را تجربه می‌کنند (زارعی متین، طاهری و سیار، ۱۳۹۰). سندرسون و آندرو^۱ (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان دادند که افسردگی به مثابه یک اختلال رایج در بین شاغلین مطرح شده است. همچنین سازمان بین‌المللی کار، افسردگی شغل را یکی از عوامل اصلی غیبت از کار و مصدومیت و مرگ در محیط کار، در سراسر جهان در نظر گرفته است. مشکلات مربوط به بهداشت روان در محیط کار، می‌تواند به واسطه بالا بردن اهمال‌کاری شغلی، تضعیف توانایی تصمیم‌گیری، فقدان انگیزه و تعهد شغلی، درگیری و تعارضات با همکاران موجب پایین آمدن کارایی کارکنان شود (هارنویس و گابریل^۲، ۲۰۰۰).

در حال حاضر مطالعات انجام گرفته در زمینه مسائل شغلی مددکاران اجتماعی نشان می‌دهد که وضعیت حاکم بر سازمان نیز از جمله عوامل بروز علائم افسردگی در بین مددکاران اجتماعی است (پرنت-لامارش و مرچاند^۳، ۲۰۱۹؛ پرنت لامارش و همکاران، ۲۰۲۰؛ پنیکس^۴ و همکاران، ۲۰۱۹؛ ساجو^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). نرخ شیوع نشانه‌های افسردگی گزارش شده به وسیله کارکنان مشاغل یاورانه نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است و این مسأله تبدیل به یک نگرانی عمده شده است (کسلر^۶ و همکاران، ۲۰۰۵؛ لتوک^۷ و همکاران، ۲۰۱۲). کارکنانی که دچار افسردگی شده‌اند، نسبت به کارکنان غیرافسرده، به احتمال بیشتری ضعف در عملکرد کاری از خود بروز می‌دهند (پرنت-لامارش^۸ و همکاران، ۲۰۲۰).

عوامل شغلی مختلفی می‌توانند زمینه‌ساز اختلالات روانی از جمله افسردگی در بین کارکنان شود. بر مبنای نتایج پژوهش‌های انجام گرفته یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر

1. Sanderson & Andrew
2. Harnois & Gabriel
3. Marchand
4. Penix
5. Saijo
6. Kessler
7. Letvak
8. Parent-Lamarche



افسردگی نیروی کار، فشار روانی ناشی از محیط کار است (ابراهیمی، ۱۳۹۵). فشار روانی عبارت است از واکنش‌های جسمی و روانی که افراد در قابل محیطی ایجادکننده فشارهای عصبی و روانی یا استرس‌زا از خود بروز می‌دهد (بخشی‌پور و صبوری مقدم، ۱۳۹۷). میروسکی و راس^۱ (۲۰۱۰) فشار روانی را به عنوان یک حالت رنج عاطفی که با علایم افسردگی و اضطراب همراه است، تعریف کرده‌اند. کسلر و همکاران (۲۰۱۰) نیز فشار روانی را به عنوان شاخصی از بیماری روانی که شامل علایم روان‌شناختی و رفتاری مرتبط با اضطراب و افسردگی است، تعریف می‌کنند.

بر اساس مطالعات، فشار روانی محیط کار بهداشت روانی و جسمی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، موجب تنزل کیفیت زندگی می‌شود و نیز احتمال به وجود آمدن مصدومیت‌ها و نقصان‌های ناشی از کار را افزایش می‌دهد و بر نتایج سازمانی (از جمله قلدری و پرخاشگری در محیط کار، به وقوع پیوستن سوانح و حوادث در محل کار، ترک شغل و غیبت و نیز فرسودگی شغلی) اثرات منفی برجای می‌گذارد (حکاک، افشانی و محمدی، ۱۳۹۵). فشار روانی شغلی ابعاد متفاوتی دارد که از جمله می‌توان به مواردی همچون عوامل آرگونومیک، گرانباری نقش، بی‌کفایتی (کم باری)، ناساگاری نقش، ابهام نقش، روابط با مافوق، روابط با همکار، نوبت کاری، عوامل فیزیکی، عوامل شیمیایی و عوامل بیولوژیکی اشاره نمود (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۱). فشار روانی شغلی یک دلیل عمده برای کاهش تولید، غیبت کارکنان و فروپاشی و به هم ریختگی سازمان‌ها می‌باشد. اضافه کاری‌های زیاد، ناکافی بودن آموزش‌های لازم از دلایل پنهان ترک شغل است که معمولاً در اثر فشار روانی زیاد بوجود می‌آید. فشار روانی شغلی را می‌توان روی هم جمع شدن عامل‌های فشار روانی‌زا و مرتبط با شغل دانست که بیش‌تر افراد در فشارزا بودن آن اتفاق نظر دارند. به بیان دیگر، فشار روانی ناشی از شغل، فشار روانی‌ای است که فرد معین بر سر شغل معینی به آن دچار می‌شود (داسگوپتا و کومار^۲، ۲۰۰۹). نظریه‌پردازان همواره بر اهمیت خودمراقبتی در پیشگیری از مسائل و مشکلات روانی و کاهش اثرات منفی عوامل مخرب مربوط به محیط پیرامون زندگی انسان‌ها تأکید کرده‌اند. نتایج تحقیقات انجام گرفته حاکی از آن است که فشار روانی از یک سو انجام رفتارهای خودمراقبتی توسط افراد (تقلیلی و همکاران، ۱۴۰۲؛ موسوی و همکاران، ۱۴۰۰) را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از دیگر سو خودمراقبتی از جمله مؤلفه‌های تأثیرگذار بر افسردگی (کامیار و همکاران، ۱۴۰۲؛ آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۶) می‌باشد. خودمراقبتی، اقداماتی را در برمی‌گیرد که در آن، هر شخصی دانش، مهارت و ظرفیت‌های خود را به مثابه یک منبع به کار می‌گیرد تا مستقلاً سلامت خود را نگهداری کند. مراد از مستقلاً، اتخاذ تصمیم پیرامون مسائل شخصی و با تکیه بر خود می‌باشد

1. Mirowsky & Ross

2. Dasgupta and Kumar



کران و وارد^۱، ۲۰۱۶). می‌توان گفت در حیطه مددکاری اجتماعی اقدامات خود مراقبتی نظیر یک خط مشی اخلاقی برای آنان است که موجب پاسداشت ارزش‌های انسانی می‌شود. شکل‌دهی حمایت، ارتقاء و در مجموع هر گونه تعریفی که در صدد تعریف رفتارهای خود مراقبتی باشد، دو بخش را شامل می‌شود. بخش اول مرتبط با ابعاد فیزیولوژیک و تخصصی خود مراقبتی و بخش دوم مرتبط با حوزه‌های روان‌شناختی- اجتماعی و نیازهای عاطفی است (حسین‌زاده، محمدی و شمشیری، ۱۳۹۸).

در مجموع با توجه به پیامدهای منفی فراوانی که اختلالات روانی از جمله افسردگی بر ابعاد مختلف روانی و اجتماعی زندگی مددکاران اجتماعی دارند، بررسی و شناسایی مؤلفه‌هایی که با آن در ارتباطند، حائز اهمیت می‌باشد. با توجه به اهمیت این موضوع و با توجه به خلاء پژوهشی موجود، این پژوهش به بررسی رابطه بین فشار روانی محیط کار و افسردگی با میانجی‌گری خودمراقبتی در مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی پرداخته است و در صدد پاسخگویی به این پرسش است که آیا خودمراقبتی در رابطه بین فشار روانی در محیط کار و افسردگی مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی نقش میانجی‌گری دارد؟

روش‌شناسی

پژوهش حاضر به لحاظ هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و به لحاظ روش جزء پژوهش‌های توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی مددکاران اجتماعی شاغل در اورژانس اجتماعی شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ شده است. تعداد کل جامعه آماری پژوهش ۱۱۲ نفر می‌باشد که از این تعداد ۵۹ نفر مرد و ۵۳ نفر زن می‌باشد. در این پژوهش از روش سرشماری برای انتخاب حجم نمونه استفاده شد و تمامی افراد جامعه آماری که ۱۱۲ نفر می‌باشد به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. پس از پاسخگویی و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها توسط نرم‌افزارهای SPSS28 و PLS3 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه افسردگی شغلی گلدبرگ^۲ (۱۹۷۹): پرسشنامه افسردگی دارای ۱۸ گویه در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت شامل خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲)، خیلی کم (۱) و اصلاً (۰) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب ۱۸ و ۱۰۸ و نقطه برش آن نیز ۵۴ می‌باشد. گلدبرگ (۱۹۷۹) پایایی این پرسشنامه را از طریق آزمون آزمون مجدد ۰/۷۷ گزارش کرده است. همچنین سعیدی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی پایایی پرسشنامه مذکور را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه کرده‌اند.

1. Crane & Ward
2. Goldberg



۲. پرسشنامه فشار روانی شغلی پارکر و دکوتیس^۱ (۱۹۸۳): این پرسشنامه در ایران برای اولین بار توسط دمیری (۱۳۹۰) ترجمه، تنظیم و اجرا گردیده است. این مقیاس اولین بار توسط این پژوهشگران برای تعیین عوامل فشارزای سازمانی مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس دارای ۲۱ ماده است که بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافقم) به آن پاسخ داده می‌شود. در این پرسشنامه فشار روانی شغلی دارای دو بُعد «فشار زمانی» و «اضطراب مربوط شغل» است. ماده‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۰۱، ۱۱ و ۱۲ و مربوط به فشار زمانی و ماده‌های ۱، ۳، ۵، ۶ و ۸ مربوط به بعد اضطراب هستند. وو و چن (۲۰۱۰) پایایی کلی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۵۸/۰ ذکر نموده‌اند. گلپز استتو و زسو (۲۰۰۴) نیز پایایی کلی این مقیاس را در مطالعات مختلف بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. پارکر و دکوتیس (۱۹۸۳) پایایی دو بعد این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای بعد فشار زمانی ۰/۸۶ و برای بعد اضطراب مرتبط با شغل ۴۷/۰ ذکر شده است. دمیری (۱۳۹۰) ضرایب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای فشار زمانی ۸۳/۰، برای بعد اضطراب ۸۲/۰ و پایایی کلی این مقیاس ۹۰/۰ و ضریب اعتبار ۶۸/۰ گزارش شده است.

۳. پرسشنامه خودمراقبتی دوروسیاک^۲ (۲۰۱۵): برای ارزیابی میزان خود مراقبتی مددکاران اجتماعی از مقیاس ۵۲ سؤالی خود مراقبتی شخصی حرفه‌ای دوروسیاک (۲۰۱۵) استفاده شده است. ۲۶ سؤال جهت سنجش خود مراقبتی شخصی و ۲۶ سؤال دیگر خود مراقبتی حرفه‌ای را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس ۱۰ بعد (فیزیکی، روان‌شناختی، معنوی، اجتماعی، تفریحی، تعادل زندگی کاری و توسعه) از خود مراقبتی شخصی و حرفه‌ای را مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ به سؤالات پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) در دو طیف مقیاس مرتب شده‌اند. نمرات بیشتر به معنی مشارکت بیشتر پاسخگویان در زمینه‌های مورد پرسش است. در پژوهش محمدی هنجروی (۱۴۰۱) مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۷ بدست آمده است. برای سنجش پایایی پرسشنامه‌ها، تعداد ۳۰ پرسشنامه در اختیار مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی شهر مشهد قرار گرفت و پس از تکمیل و جمع‌آوری آن، ضریب آلفای کرونباخ هر یک از پرسشنامه محاسبه شد که مقدار به‌دست آمده برای پرسشنامه‌های افسردگی شغلی، فشار روانی شغلی و خودمراقبتی به ترتیب ۸۵/۰، ۷۹/۰ و ۹۱/۰ می‌باشد این مقادیر بیانگر اعتبار مطلوب پرسشنامه‌ها است.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه به مرکز اورژانس اجتماعی شهر مشهد مراجعه نموده و طی جلسه‌ای با حضور مدیر

1. Parker & Decotiis

2. Dorociak



این مرکز توضیحات لازم را در خصوص اهداف پژوهش و تدابیری که در راستای رعایت اصول اخلاقی در فرایند تکمیل پرسشنامه‌ها اندیشیده و اجرا می‌شود، ارائه شد. در ادامه پژوهشگر سه روز در هفته را به صورت حضوری به اورژانس اجتماعی مراجعه کرده و پرسشنامه‌ها پس از ارائه توضیحات لازم در اختیار مددکاران اجتماعی قرار گرفت. بعد از تکمیل و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS28 و PLS3 و با استفاده از روش تحلیل همبستگی پیرسون و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با حداقل مجزورات جزئی تحلیل شدند.

یافته‌ها

تعداد اعضای شرکت‌کننده در این پژوهش ۱۱۲ نفر بودند. جنسیت ۵۲/۷ درصد پاسخگویان را مردان و ۴۷/۳ درصد را زنان تشکیل دادند. از نظر وضعیت تأهل، بیشتر پاسخگویان یعنی ۶۷ درصد متأهل بودند و ۳۳ درصد نیز مجرد بودند. مقطع تحصیلی بیشتر پاسخگویان لیسانس با ۵۹/۸ درصد بود و فوق لیسانس با ۴۰/۲ درصد در رتبه دوم بودند. از نظر سنی، ۵۰ درصد افراد بین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۳۵/۷ درصد بین ۳۶ تا ۴۵ سال و ۱۴/۳ درصد بین ۴۶ تا ۵۵ سال داشتند. بیشترین زمان فعالیت در اورژانس مربوط به بیشتر از ۵ سال با ۵۰ درصد بود.

در جدول زیر شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
فشار روانی محیط کار	۳۲/۴۶	۱۰/۷۴
خودمراقبتی	۱۵۳/۹۹	۳۷/۸۶
افسردگی	۳۶/۵۸	۱۰/۴۰

نتایج جدول ۱ بیانگر آن است که میانگین مقیاس فشار روانی محیط کار برابر با ۳۲/۴۶ با انحراف معیار ۱۰/۷۴ بود. میانگین مقیاس خودمراقبتی برابر با ۱۵۳/۹۹ با انحراف معیار ۳۷/۸۶ بود. همچنین میانگین مقیاس افسردگی برابر با ۳۶/۵۸ با انحراف معیار ۱۰/۴۰ بود.

همچنین برای انجام آزمون‌های استنباطی باید از نرمال بودن داده‌ها اطلاع پیدا کنیم. از شاخص‌های کجی و کشیدگی جهت تعیین وضعیت توزیع داده‌ها (آزمون مفروضه نرمال بودن تک متغیره) استفاده شد. در مورد کجی و کشیدگی، چنانچه مقادیر این آماره‌ها بین -۲ و +۲ باشد نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع تک متغیره است.



جدول ۲: شاخص‌های نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

متغیرها	کجی	کشیدگی
فشار روانی محیط کار	-۰/۴۱۲	-۱/۲۱۵
خودمراقبتی	-۰/۱۵۸	-۱/۲۵۶
افسردگی	۰/۱۶۰	-۰/۷۳۹

مقادیر کجی و کشیدگی در جدول ۲ نشان داد که توزیع متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال انحراف نداشت. مقادیر کجی یا کشیدگی برای تمامی از متغیرها در دامنه ۲- تا ۲+ قرار داشت که به معنای توزیع نرمال بود. مطابق یافته‌ها مفروضه نرمال بودن شکل توزیع داده‌ها تایید شد.

عدم وجود هم خطی چندگانه از مفروضات آزمون مدلسازی معادلات ساختاری است که این مفروضه با شاخص عامل تورم واریانس (VIF) بررسی شد و نتایج در جدول ۳ آمده است. اگر مقدار معیار عامل تورم واریانس برابر یا بیشتر از ۵ باشد، نشان‌دهنده این است که حداقل ۰۸ درصد میزانی که آن شاخص سازه را تعریف می‌کند، توسط شاخص‌های دیگر نیز تبیین می‌شود و بنابراین احتیاجی به باقی ماندن آن شاخص در مدل نیست (داوری و رضازاده، ۱۳۹۲). بنابراین هرچه مقدار عامل تورم واریانس کمتر از ۵ باشد مقدار مناسب‌تری است و میزان هم‌خطی کمتر است. در جدول ۳ مقادیر عامل تورم واریانس برای دو متغیر پیش بین یعنی فشار روانی محیط کار و خودمراقبتی با توجه به متغیر وابسته افسردگی آمده است.

جدول ۳: بررسی مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه

متغیرهای پیش بین	آماره عامل تورم واریانس
فشار روانی محیط کار	۱/۵۷
خودمراقبتی	۱/۷۵

بررسی مقادیر عامل تورم واریانس (VIF) در جدول ۳ نشان داد مقادیر عامل تورم واریانس کمتر از معیار ۵ بود. می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه برقرار بود و همبستگی شدید و مشکل‌سازی بین متغیرهای پیش بین وجود نداشت و می‌توان از آزمون‌های چندمتغیره استفاده کرد.

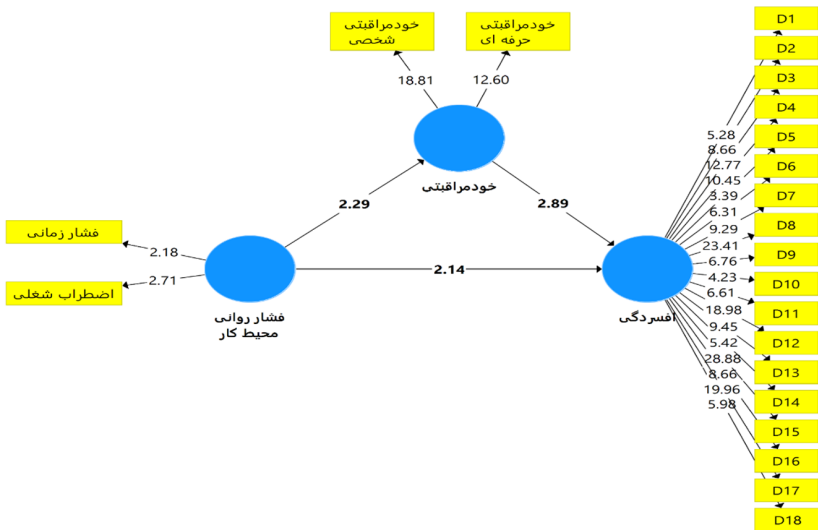
در جدول ۴ با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون به بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش پرداخته شد.



جدول ۴: ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی

متغیرها	فشار روانی محیط کار	خودمراقبتی	افسردگی
فشار روانی محیط کار	۱		
خودمراقبتی	-۰/۶۶**	۱	
افسردگی	۰/۶۴**	-۰/۴۲**	۱

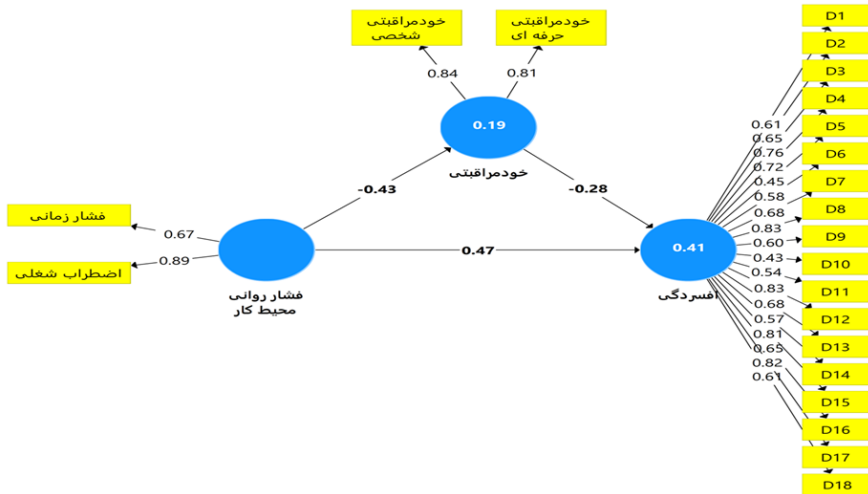
نتایج جدول ۴ نشان داد رابطه بین تمامی متغیرها وجود داشت. نتایج نشان داد بین فشار روانی محیط کار با افسردگی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. همچنین بین خودمراقبتی با افسردگی رابطه منفی معنی داری وجود دارد. نتایج نشان داد بین فشار روانی محیط کار و خودمراقبتی نیز رابطه منفی معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$). مدل مفهومی پژوهش با استفاده از تکنیک مدلیابی معادلات ساختاری به روش حداقل مجذورات جزئی و با نرم افزار PLS آزمون شد. شکل ۲ مدل تجربی در حالت مقدار t یا معنی داری است و شکل ۳ مدل تجربی در حالت ضرایب استاندارد است.



شکل ۲: مدل پژوهش در حالت مقدار t (معنی داری روابط)

شکل ۲ مدل تجربی در حالت مقدار t است. از نظر آماری چنانچه قدر مطلق این آماره بیشتر از $1/96$ شود به معنای تایید رابطه در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد است ($p < 0/50$). بررسی روابط مستقیم نشان داد تاثیر تمامی متغیرها معنی دار بود و رابطه معنی داری بین فشار روانی محیط کار و خودمراقبتی با افسردگی وجود داشت.





شکل ۳: مدل پژوهش در حالت ضرایب مسیر استاندارد

شکل ۳ مدل را در حالت ضرایب استاندارد نشان می‌دهد. بررسی ضرایب استاندارد شده نشان داد قوی‌ترین تاثیر بر افسردگی مربوط به فشار روانی محیط کار با ضریب ۰/۴۷ بود. ضریب تعیین مدل نیز برابر با ۰/۴۱ بود و نشان داد فشار روانی محیط کار و خودمراقبتی توانستند ۴۱ درصد از واریانس افسردگی را تبیین کنند که نشان از قدرت تبیین قابل قبول مدل داشت.

در جدول ۵ شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است. شاخص NFI یا شاخص برازش هنجار شده چنانچه بیشتر از ۰/۹۰ شود و شاخص SRMR یا ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد چنانچه کمتر از ۰/۰۸ شود نشان از برازش قابل قبول مدل دارد و چنانچه بین ۰/۸۰ تا ۱ شود بیانگر برازش متوسط است (قاسمی، ۱۳۹۲). ارزیابی بخش ساختاری مدل با دو شاخص برازش اعتبار افزونگی و ضریب تعیین انجام شد. جهت ارزشیابی مدل ساختاری نیز از ضریب Q^2 (Stone-Geisser criterion) استفاده میشود که به آن اعتبار افزونگی یا CV-Redundancy نیز می‌گویند. در مورد شدت قدرت پیش بینی مدل در مورد سازه‌های درون زا مقادیر ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای شاخص افزونگی معرفی شده است (داوری و رضازاده، ۲۹۳۱:۴۹). معیار ضروری برای سنجش مدل ساختاری، ضریب تعیین (R^2) متغیرهای مکنون درون‌زاست. چین (۱۹۸۸) مقادیر ضریب تعیین ۰/۶۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ در مدل مسیر PLS را به ترتیب قابل توجه، متوسط و ضعیف توصیف می‌کند (داوری و رضازاده، ۱۳۹۲:۹۶).



جدول ۵: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

متغیر وابسته	ضریب تعیین (R^2)	شاخص اعتبار افزونگی (Q^2)	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد (SRMR)
افسردگی	۰/۴۱	۰/۱۵	۰/۹۳	۰/۰۷۴

مطابق جدول ۵، مقدار شاخص NFI برابر با ۰/۹۳ بدست آمد که بیشتر از معیار ۰/۹۰ بود که نشان از برازش مناسب مدل تجربی داشت. شاخص برازش میانگین مربعات باقیمانده استاندارد برابر با ۰/۰۷۴ بود و بدین دلیل که کمتر از ۰/۰۸ بود، برازش مدل از نظر شاخص SRMR مقدار مناسبی بود. مقدار شاخص افزونگی برای افسردگی برابر با ۰/۱۵ بود که برابر با مقدار متوسط ۱۵ بود و در کل می‌توان برازش مدل را از نظر شاخص افزونگی مقدار متوسطی دانست. ضریب تعیین برای متغیر وابسته افسردگی برابر با ۰/۴۱ بود که بیشتر از مقدار متوسط ۰/۳۳ بود و مقدار نسبتاً قابل قبولی بود. بر این اساس متغیرهای پیش بین شامل فشار روانی محیط کار و خودمراقبتی توانستند ۴۱ درصد از واریانس افسردگی را تبیین کنند. در مجموع بررسی شاخص‌های برازش نشان داد مدل تجربی از برازش قابل قبولی برخوردار بود.

در جدول ۶، نقش میانجی خودمراقبتی در رابطه فشار روانی محیط کار با با روش بوت استرپینگ و خطای استاندارد حاصل از این روش بررسی شد.

جدول ۶: آزمون اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرها

نوع تاثیر	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	مقدار p
فشار روانی محیط کار - < افسردگی	۰/۴۶۹	۰/۲۱۹	۲/۱۴	۰/۰۳۵
خودمراقبتی - < افسردگی	-۰/۲۸۳	۰/۰۹۸	۲/۹۰	۰/۰۰۵
فشار روانی محیط کار - < خودمراقبتی	-۰/۴۳۲	۰/۱۸۹	۲/۲۹	۰/۰۲۴
فشار روانی محیط کار - < خودمراقبتی - < افسردگی	۰/۱۲۲	۰/۰۵۹	۲/۰۷	۰/۰۴۱

نتایج جدول ۶ نشان داد که از نظر آماری و در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد تاثیر فشار روانی محیط کار بر افسردگی تایید شد ($p < ۰/۰۵$). جهت تاثیر فشار روانی محیط کار بر افسردگی مثبت بود و بیانگر این بود که افزایش فشار روانی محیط کار با افزایش افسردگی همراه بود. شدت رابطه برابر با ۰/۴۶۹ بود که نشان از شدت تاثیر متوسط بود.



همچنین نتایج نشان داد که از نظر آماری و در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد تاثیر خودمراقبتی بر افسردگی تایید شد ($p < 0/05$). جهت تاثیر خودمراقبتی بر افسردگی منفی بود و بیانگر این بود که افزایش خودمراقبتی با کاهش افسردگی همراه بود. شدت رابطه برابر با $0/283-$ بود.

نتایج آزمون مدل نشان داد که از نظر آماری و در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد تاثیر فشار روانی محیط کار بر خودمراقبتی تایید شد ($p < 0/05$). جهت تاثیر فشار روانی محیط کار بر خودمراقبتی منفی بود و بیانگر این بود که افزایش فشار روانی محیط کار با کاهش خودمراقبتی همراه بود. شدت رابطه برابر با $0/432-$ بود که نشان از شدت تاثیر متوسط بود.

همچنین نتایج نشان داد که نقش میانجی خودمراقبتی در رابطه بین فشار روانی محیط کار با متغیر وابسته افسردگی تایید شد ($p < 0/05$). یافته‌ها نشان داد سطح معنی داری بدست آمده برابر با $0/041$ بود که کمتر از معیار $0/05$ بود و نشان داد خودمراقبتی در رابطه بین فشار روانی محیط کار با متغیر افسردگی نقش میانجی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف هدف بررسی رابطه بین فشار روانی محیط کار و افسردگی با میانجی‌گری خودمراقبتی (مورد مطالعه: مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی شهر مشهد) انجام گرفت.

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که خودمراقبتی در رابطه بین فشار روانی محیط کار با متغیر افسردگی نقش میانجی دارد. این یافته‌ی پژوهش با نتایج تحقیقات جانی و همکاران (۱۴۰۲)، کامیار و همکاران (۱۴۰۲)، نجاری فروشانی و نامداریور زری مقدم و همکاران (۱۴۰۰)، زارعی نژاد و حسینی المدنی (۱۳۹۹)، سجادی و همکاران (۱۳۹۸)، آقاخانی و همکاران (۱۳۹۶)، ابراهیمی (۱۳۹۵)، علوی، مهرداد و مکارم (۱۳۹۴)، خان کلابی و همکاران (۱۳۹۳)، کسانی و همکاران (۱۳۹۳)، حسینی و همکاران (۱۳۹۲)، خلیل‌زاده، یاوریان و خلخالی (۱۳۸۴)، ریان و هولاک^۱ (۲۰۲۴)، مادوک، مک گیگان و مک کاسکر^۲ (۲۰۲۳)، هاسن ادر^۳ و همکاران (۲۰۲۲)، گاوریوا^۴ و همکاران (۲۰۲۲)، لی، ژانگ و هی^۵ (۲۰۲۲)، پیلکینگتون و ویلند^۶ (۲۰۲۰)، تافت و نمراف^۷ (۲۰۱۵) همسو و با یافته‌های پژوهش سجادی و همکاران (۱۳۹۷) ناهمسو

1. Ryan & Hulac
2. Maddock, McGuigan & McCusker
3. [redeonessuH](#)
4. Gavurova
5. Li, Zhang & He
6. Pilkington & Wieland
7. Tafet & Nemeroff



می‌باشد. دیدگاه‌های روان تحلیل در سبب شناسی افسردگی بر نقش اعتماد بنفس و ناکامی در دستیابی به اهداف در بروز افسردگی تأکید می‌کنند. براین اساس مشاغلی که به دلیل حجم زیاد مسائل و مشکلات شغلی، بر عملکرد شغلی افراد شاغل تأثیر گذاشته و آن را دچار تنزل می‌کند و به این واسطه اعتماد بنفس آنان را کاهش می‌دهد، می‌تواند زمینه‌ساز آسیب‌های روانی و از جمله افسردگی شود. بک که از نظریه پردازان رویکرد شناختی اس، در الگوی شناختی خود بر نقش شکست، فقدان و احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی در افسردگی اشاره می‌کند و معتقد است که احساس شکست و پیامدهای آن نظیر بی‌کفایتی و بی‌ارزشی احتمال بروز افسردگی را در فرد افزایش می‌دهد. بنابراین در صورتی که فرد در دستیابی به اهداف شغلی دچار ناکامی و شکست شود، احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی و در نهایت افسردگی در او افزایش می‌یابد. رویکرهای شناختی اوروم در نظریه‌ای که در باب خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن مطرح کرده است بر تأثیر اهداف و عملکرد بر خودمراقبتی اشاره کرده است. فرد برحسب اینکه تا چه میزان هدفمند باشد و از عملکرد مطلوبی برخوردار باشد، رفتارهای خودمراقبتی بروز می‌دهد و از سبک‌های زندگی خودمراقبتی پیروی می‌کند. در این بین شغل و شرایط حاکم بر محل کار به لحاظ اینکه فرد بخشی از زمان خود را به حضور در محل کار و پرداختن به فعالیت‌های شغلی اختصاص می‌دهد، نقش زیادی در خودمراقبتی فرد ایفا می‌کند. مشاغلی که میزان بالایی فشار روانی به فرد وارد می‌کنند و احساس بی‌هدفی در او ایجاد می‌کند و بر عملکردش تأثیر منفی می‌گذارد، موجب می‌شود که برنامه‌ها و اقدامات خودمراقبتی توسط افرادی که در این مشاغل فعالیت می‌کنند صورت نگیرد. روبر و رگر^۱ (۲۰۰۶) و برادی^۲ و دیگران (۱۹۹۹) دریافته‌اند افرادی که در مشاغل فعالیت دارند که وقت بیشتری را صرف کار با مراجعین قربانی می‌کنند سطح بالاتری از علائم از اضطراب، افسردگی و استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند. برخی از محققان نشان داده‌اند که افزایش استفاده از راهکارهای خود مراقبتی ممکن است منجر به کاهش پیامدها یا عواقب منفی درگیر شدن در فعالیت‌های مربوط به ارائه خدماتی انسانی شود (الکما^۳ و همکاران، ۲۰۰۸؛ روبر و رگر، ۲۰۰۶؛ کالکرنی^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این محققان استدلال می‌کنند که افزایش مشارکت در عمل خود مراقبتی منجر به همدردی رضایت‌بخش و انعطاف‌پذیری حرفه‌ای می‌شود (فینک-سامنیک^۵، ۲۰۰۹؛ کیلیان^۶، ۲۰۰۸). بنابراین خودمراقبتی را می‌توان یک راهبرد مقابله‌ای در برابر مسائل و مشکلاتی شغلی نیز در نظر گرفت که می‌تواند فشارهای روانی ناشی

1. Rober & Regehr
2. Brady
3. Alkema
4. Kulkarni
5. Fink-Samnck
6. Killian



را تعدیل کند و به این واسطه از اختلالات روانی چون افسردگی، اضطراب و استرس پیشگیری کند. مددکاران اجتماعی به اقتضای ماهیت شغلی حرفه خود با دشواری‌ها و چالش‌های بسیاری مواجه می‌شوند که خودمراقبتی را به عنوان یک ضرورت مطرح می‌سازد. فشارهای روانی ناشی از سروکار داشتن با مراجعین آسیب دیده و در معرض آسیب می‌تواند بر فعالیت‌های خودمراقبتی آنان تأثیرات منفی گذاشته موجب شود که آنان مراقبت از خود را به عنوان یک ضرورت در نظر نگیرند و یا شرایط لازم را برای طراحی و اجرای برنامه مراقبت از خود نداشته باشند. به علاوه فشارهای روانی ناشی از کار در حرفه مددکاری اجتماعی می‌تواند سلامت روانی آنان را کاهش دهد و زمینه ابتلا به افسردگی را برای آنان فراهم کند. با اینحال همان‌گونه که پیشتر ذکر گردید، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که خودمراقبتی یکی از راهکارهای پیشگیرانه در برابر مسائل روانی است و مددکاران اجتماعی می‌بایستی از ظرفیت‌های آن جهت ارتقا سلامت روانی خود بهره گیرند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بین فشار روانی در محیط کار و افسردگی در مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی شهر مشهد رابطه معناداری وجود دارد. به عبارتی تأثیر فشار روانی محیط کار بر افسردگی تأیید شد. جهت تأثیر فشار روانی محیط کار بر افسردگی مثبت بود و بیانگر این بود که افزایش فشار روانی محیط کار با افزایش افسردگی همراه بود. این یافته‌ی پژوهش با نتایج تحقیقات نجاری فروشانی و نامداریپور (۱۴۰۱)، سجادی و همکاران (۱۳۹۷)، ابراهیمی (۱۳۹۵)، علوی، مهرداد و مکارم (۱۳۹۴)، حسینی و همکاران (۱۳۹۲)، خلیل‌زاده، یاوریان و خلخالی (۱۳۸۴)، اکبری (۱۳۷۹)، هاسن ادر و همکاران (۲۰۲۲)، لی، ژانگ و هی (۲۰۲۲)، تافت و نمرآف (۲۰۱۵) همسو است. تئوری‌ها و مدل‌های مفهومی زیادی برای تفسیر ارتباط بین وضعیت روان‌شناختی شغلی افراد و سلامت آنها وجود دارد. مدل تقاضا - کنترل فشار شغلی یکی از شناخته شده ترین و رایج‌ترین تئوری‌های مورد استفاده برای تعیین تأثیر زندگی کاری بر سلامت است. تئوری تقاضا-کنترل تنیدگی شغلی زمانی رخ میدهد که میزان درخواست‌های کاری زیاد و تسلط روی کار کم باشد. در این نظریه کاراسک و همکاران (۱۹۹۸) عدم توازن تلاش - پاداش در شغل را حالتی از آشفتگی هیجانی تعریف می‌کنند. بنابراین هنگامی که در شغلی بین هزینه و سود تعادل برقرار نباشد، فشار روانی ایجاد می‌شود و می‌تواند به آشفتگی هیجانی منتهی شود که فرد شاغل دچار اختلالات روانی همچون افسردگی شود. مددکاری اجتماعی به ویژه در بخش اورژانس اجتماعی از جمله زمینه‌های شغلی است که به دلیل سروکار داشتن با مددجویان در معرض آسیب‌های اجتماعی و روانی تقاضای شغلی بالایی دارد و مستلزم تلاش زیاد توسط مددکاران اجتماعی است. با این وجود به دلیل عدم وجود سازوکار حمایت شغلی از مددکاران اجتماعی، میزان حقوق و مزایای آنان متناسب با میزان تلاش و تقاضاهای شغلی نیست. این مسائل موجب شکلگیری مسائل شغلی و در نهایت



افزایش احتمال تنزل سلامت روانی مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی می‌شود. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین خودمراقبتی و افسردگی در مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی شهر مشهد رابطه معناداری وجود دارد. به عبارتی تاثیر خودمراقبتی بر افسردگی تأیید شد. جهت تأثیر خودمراقبتی بر افسردگی منفی بود و بیانگر این بود که افزایش خودمراقبتی با کاهش افسردگی همراه بود. این یافته‌ی پژوهش با نتایج تحقیقات جانی و همکاران (۱۴۰۲)، کامیار و همکاران (۱۴۰۲)، زری مقدم و همکاران (۱۴۰۰)، زارعی نژاد و حسینی المدنی (۱۳۹۹)، باقریان سرارودی و همکاران (۱۳۹۸)، سجادی و همکاران (۱۳۹۸)، آقاخانی و همکاران (۱۳۹۶)، ریان و هولاک (۲۰۲۴)، مادوک، مک گیگان و مک کاسکر (۲۰۲۳)، گاووروا و همکاران (۲۰۲۲)، پیلکینگتون و ویلند (۲۰۲۰)، لی و میلر^۱ (۲۰۱۳) همسو است. براساس نظریه فیس (۱۹۹۱)، استفاده از شیوه‌های خودمراقبتی و تغییر در رفتار توسط افراد میتواند زمینه تقویت جسمی و روانی آنان را فراهم نماید و این امر سبب تسلط بر مشکلات و ناتوانی‌ها می‌شود. در واقع او خودمراقبتی را گونه‌ای تقویت و پیشبرد فرد در شرایطی که با چالش‌ها و فشار در زمینه‌های مختلف مواجه است، میدانند. به بیان دیگر فیس معتقد است که خودمراقبتی فرد را جهت مدیریت و کنترل موقعیت‌های تهدیدکننده و چالش برانگیز مجهز می‌کند و به این واسطه به ارتقاء سلامت روانی او یاری می‌رساند. براین اساس می‌توان گفت که مددکاران اجتماعی به عنوان افرادی که بنا به اقتضای شغلی خود در معرض بیماری‌های روانی نظیر افسردگی قرار دارند، می‌توانند از خودمراقبتی در راستای تقویت خود در ابعاد مختلف بهره گیرند تا بتوانند با کنترل محیط شغلی با چالش‌های و مسائل مربوط به آن بصورت مؤثری و مطلوبی مواجه شوند و در نتیجه زمینه ارائه خدمات اجتماعی به جامعه هدف خود را به بهترین شکل ممکن فراهم آورند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین فشار روانی در محیط کار و خودمراقبتی در مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی شهر مشهد رابطه معناداری وجود دارد. به عبارتی تاثیر فشار روانی محیط کار بر خودمراقبتی تأیید شد. جهت تأثیر فشار روانی محیط کار بر خودمراقبتی منفی بود و بیانگر این بود که افزایش فشار روانی محیط کار با کاهش خودمراقبتی همراه بود. فشار روانی بر اساس آنچه هانس سلیه مطرح کرده است، عکس‌العملی است که بدن در مقابل تقاضاهایی که از آن می‌شود نشان می‌دهد. او معتقد است که بدن در سه مرحله به عامل استرس واکنش نشان می‌دهد. این مراحل عبارتند از: هشدار، مقاومت و از پا درآمدن. از زمانی که فرد با عامل استرس‌زا مواجه می‌شود، بدن به مقاومت با آن عامل می‌پردازد و در صورت مداومت عامل استرس‌زا، بدن رو به مقاومت عمیق‌تر و طولانی‌تر جهت سازگاری با آن می‌آورد و در نهایت چنانچه عامل استرس‌زا تداوم بیشتری داشته باشد، به دلیل محدودیت بدن در صرف

1. Lee & Miller



انرژی برای سازگاری با این عامل از پا می‌افتد. براین اساس می‌توان اینگونه استنباط کرد که فشار روانی ناشی از کار می‌تواند به تضعیف انرژی فرد شاغل بیانجامد و امکان بکارگیری استراتژی‌های پیشگیرانه و یا درمانی را در او کاهش دهد. بنابراین وجود فشار روانی شغلی در حرفه مددکاری اجتماعی می‌تواند مددکاران اجتماعی را دچار ضعف جسمی و روانی کند و توان استفاده از راهبردهای خودمراقبتی را در آنان دچار تنزل کرده و به این واسطه زمینه بروز مسائل و مشکلات روانی نظیر افسردگی را در آنان فراهم نماید.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی به شرح ذیل بود: در پژوهش حاضر به مانند سایر پژوهش انسانی، وضعیت محیط زندگی، سایر مؤلفه‌های شغلی، شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد از جمله عوامل مؤثر بر نتایج پژوهش می‌باشد. به این دلیل در تعمیم نتایج آن به کل جامعه مددکاران اجتماعی شاغل در اورژانس اجتماعی می‌بایست احتیاط شود. همچنین جامعه این تحقیق تنها به مددکاران اجتماعی اورژانس اجتماعی شهر مشهد محدود می‌شد که این امر تعمیم یافته‌ها را با محدودیت روبه‌رو می‌کرد. پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام گرفته است و جامعیت پژوهش‌های طولی را ندارد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که سازمان بهزیستی و مدیران اورژانس اجتماعی می‌بایست ضمن آگاهی از پیامدهای منفی فشار روانی کار بر خودمراقبتی و افسردگی مددکاران اجتماعی، زمینه کاهش فشار روانی ناشی از شرایط کار را فراهم نمایند.

منابع

۱. آقاخانی، ن؛ سنایی، خ؛ بقایی، ر و خادم وطن، ک. (۱۳۹۶). بررسی تاثیر بسته آموزشی-حمایتی خودمراقبتی بر اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۴، ۲۹۱-۲۸۱.
۲. امیدی حسین آبادی، ح و عباسی اسفجیر، ع. (۱۳۹۴). رابطه نوبت کاری شب با میزان افسردگی و اضطراب پرستاران. مجله مدیریت پرستاری، ۴(۲)، ۳۸-۲۹.
۳. باقریان سرارودی، ر؛ خیرآبادی، غ؛ مراثی، م و قانع فر، س. (۱۳۹۸). رابطه خصوصیات شخصیتی، اضطراب، افسردگی و استرس با وضعیت خودمراقبتی در بیماران همودیالیزی. مجله روانشناسی سلامت، ۲، ۱۴۵-۱۵۶.
۴. تقلیلی، ف، محمدی شاه‌بلاغی، ف، خانکه، ح و نوروزی تبریزی، ک. (۱۴۰۲). خودمراقبتی معنوی پرستاران: تحلیل مفهوم با رویکرد واکر و اوانت. مجله پرستاری و مامایی، ۲۱(۷)، ۵۴۷-۵۴۷.
۵. جانی، محمد رضا، سروری، محمدهدادی، محسنی زاده، سید مصطفی و کاتبی، مریم سادات. (۱۴۰۲). تاثیر آموزش برنامه خودمراقبتی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آنژین صدری. افق توسعه آموزش علوم پزشکی، ۱۴(۴)، ۵۳-۶۳.
۶. حسین زاده، ح؛ محمدی، م و شمشیری، م. (۱۳۹۸). بررسی رفتارهای مراقبتی و عوامل تعیین کننده آن از دیدگاه پرستاران مراکز آموزشی-درمانی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۶. مجله سلامت



- و مراقبت، ۲۱(۳)، ۲۱۱-۲۰۳.
۷. حسینی، ز؛ هزاوه‌ای، س. م و ایمان زاد، م. (۱۳۹۲). بررسی وضعیت استرس شغلی و ارتباط آن با سلامت روان پرستاران. مجله دانشکده پرستاری و مامایی، ۲۳(۸۲)، ۵۵-۶۲.
۸. حکاک، م؛ افشانی، م و محمدی، م. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر استرس بر عملکرد کارکنان با توجه به نقش واسط تبعیض ادراک شده. مجله مطالعات رفتار سازمانی، ۵ (۱ پیاپی ۱۷)، ۲۲۷-۲۰۵.
۹. خلیل‌زاده رحیم، یاوریان رویا، خلخالی حمیدرضا. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط استرس‌های شغلی و اختلال افسردگی و اضطراب در پرستاران بیمارستان‌های آموزشی، درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. مجله پرستاری و مامایی، ۳ (۱)، ۱۰-۱۷.
۱۰. داوری، ع و رضازاده، آ. (۱۳۹۲). مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم‌افزار PLS. تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی.
۱۱. دهقانزاده، محبوبه و دهقان نیری، عباس. (۱۳۹۹). بررسی تاثیر ارتباط معنویت در محیط کار با رضایت شغلی و تعدیل استرس کارکنان حوزه ستادی دانشگاه علوم پزشکی یزد، پنج‌مین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، تهران.
۱۲. رحیمی، ز؛ اسماعیلی، ح؛ تقی پور، ع؛ موسی فرخانی، ا و جمالی، ج. (۱۳۹۹). ارزیابی شیوع پریشانی روانی و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در جمعیت ۸۱ تا ۵۶ سال استان خراسان رضوی: یک مطالعه مقطعی در ابعاد بسیار بزرگ. مجله اپیدمیولوژی ایران، ۱۶(۴)، ۳۱۵-۳۲۴.
۱۳. زارعی‌نژاد، م و حسینی‌المدنی، س. ع. (۱۳۹۹). تأثیر خود مراقبتی بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان قم. فصلنامه علوم اجتماعی، ۲، ۷۲-۵۵.
۱۴. زری مقدم، زهرا، داوودی، حسین، غفاری، خلیل، و جمیلیان، حمیدرضا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودمراقبتی روانی بر سلامت روان و اشتیاق تحصیلی دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره آورد دانش)، ۲۴ (۱ پیاپی ۱۴۹)، ۱۵۵-۱۶۷.
۱۵. سجادی، م؛ اکبری، ع؛ کیان مهر، م و عطاردی، ع. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط خودمراقبتی و افسردگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده. دومین کنگره سالیانه کشوری دانشجویی طبیری و بیست و دومین کنگره سالیانه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ساری، ایران.
۱۶. علوی، س. ش؛ مهرداد، ر و مکارم، ج. (۱۳۹۴). تاثیر فشار شغلی بر سلامت روان کارکنان اداری. مجله طب کار، ۲، ۳۲-۴۳.
۱۷. کامیار، ف؛ علی‌نژاد، و؛ آقاخانی، ن و فرامرزاده، ر. (۱۴۰۲). تأثیر آموزش خودمراقبتی بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران دچار نارسایی قلبی: یک مطالعه نیمه‌تجربی. مجله پرستاری و مامایی، ۲۱(۹)، ۷۰۷-۶۹۸.
۱۸. موسوی، م؛ تهران‌چی، آ؛ صادقی پور، م؛ نامداری، م؛ دالبند، م؛ اخلاصمند کرمانی، م و ملک محمدی، م. (۱۴۰۰). رابطه میزان استرس و خودمراقبتی با بروز رفتارهای حفاظتی در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی در شرایط پاندمی کووید ۹۱: مطالعه تحلیل مسیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)، ۳۱(۲۰۱)، ۱۰۳-۹۳.

1. Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4(2), 101-119.



2. Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 417-428.
3. Dasgupta, H. and Kumar, S. (2009) Role Stress among Doctors Working in a Government Hospital in Shimla (India). *European Journal of Social Sciences*, 9, 356-370.
4. Chonody, J., Kondrat, D., Godinez, K., & Kotzian, A. (2023). Job satisfaction amongst social work faculty: The role of relationships. *Journal of Social Work Education*, 59(3), 803-817.
5. Crane, P. J., & Ward, S. F. (2016). Self-Healing and Self-Care for Nurses. *AORN journal*, 5, 386-400.
6. Dorociak, K. E. (2015). Development of the Personal and Professional Self-Care Scale. Master's Theses, Loyola University Chicago
7. Fink-Samnick, E. (2009). The professional resilience paradigm: Defining the next dimension of professional self-care. *Professional Case Management*, 14(6), 330-332.
8. HaGani N, Yagil D, Cohen M.(2022). Burnout among oncologists and oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychol*, 41(1):53-64
9. Harnois, G., & Gabriel, P. (2000). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva: World Health Organization.
10. Hussenoeder, F. S., Conrad, I., Pabst, A., Luppia, M., Stein, J., Engel, C., ... & Riedel-Heller, S. G. (2022). Different areas of chronic stress and their associations with depression. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8773.
11. Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, Cuitan M, et al.(2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res*, 19(S1):4-22.
12. Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44.
13. Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. (2012). Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurs Spec*, 26, 177-182.
14. Li, X., Zhang, N., & He, X. (2022). Role stress and depressive symptoms amongst social workers in China: The moderating effects of social support. *The British Journal of Social Work*, 52, 26-43.
15. Maddock, A., McGuigan, K., & McCusker, P. (2023). A randomised trial of Mindfulness-based Social Work and Self-Care with social workers. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 11, 9170-9183.
16. Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2010). Why education is the key to socioeconomic differentials in health. *Handbook of medical sociology*, 6, 33-51.
17. Noben, C., Smit, F., Nieuwenhuijsen, K., Ketelaar, S., Gärtner, F., Boon, B., Sluiter, & Evers, S. (2014). Comparative cost-effectiveness of two interventions to promote



work functioning by targeting mental health complaints among nurses: pragmatic cluster randomised trial. *International journal of nursing studies*, 10, 1321-1331.

18. Penix E, Whitmer D, Thomas J, Wilk J, Adler A. (2019). Behavioral health of US military veterinary personnel deployed to Afghanistan. *J Am Vet Med Assoc*, 254:520.
19. Parent-Lamarche A, Marchand A, Saade S (2020) Does depression mediate the effect of work organization conditions on job performance? *J Occup Environ Med*, 62, 296–302.
20. Parent-Lamarche A, Marchand A (2019) Work and depression: the moderating role of personality traits. *J Work Behav Health*, 34, 219–239.
21. Pilkington, K., & Wieland, L. S. (2020). Self-care for anxiety and depression: a comparison of evidence from Cochrane reviews and practice to inform decision-making and priority-setting. *BMC complementary medicine and therapies*, 20, 1-15.
22. Rantonen, O., Alexanderson, K., Pentti, J., Kjeldgård, L., Hämäläinen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Kivimäki, M., Vahtera, J., & Salo, P. (2017). Trends in work disability with mental diagnoses among social workers in Finland and Sweden in 2005-2012. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 6, 644–654.
23. Ryan, A. M., & Hulac, D. M. (2024). The Relationship Between Self-Care Behaviors and Depression and Anxiety Symptoms in School Psychology Graduate Students. *Contemporary School Psychology*, 1-9.
24. Saijo, Y., Yoshioka, E., Kawanishi, Y., Nakagi, Y., Itoh, T., & Yoshida, T. (2016). Relationships of job demand, job control, and social support on intention to leave and depressive symptoms in Japanese nurses. *Industrial health*, 1, 32–41.
25. Tafet, G. E., & Nemeroff, C. B. (2016). The links between stress and depression: psychoneuroendocrinological, genetic, and environmental interactions. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 28(2), 77-88.



دوره ۲

شماره ۲

سال ۱۴۰۲