بررسی رابطه دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت بر کیفیت زندگی: نقش واسطه ای هراس از کووید-۱۹

دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۶ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

ابراهیم رحیمی ریگی[۱]، باب الله بخشی پور جویباری [۲*]

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور، ساری، ایران ۲. استادیار، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور، ساری، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: کیفیت زندگی کادر درمانی بسیار مهم است. سطح بالایی از فرسودگی کاری کادر درمانی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ می‌تواند بر کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارد. پژوهش حاضر به‌منظور بررسی رابطه دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت با کیفیت زندگی با توجه نقش واسطه ای هراس از کووید-۱۹ اجرا شد.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کارکنان بهداشت شهرستان لردگان از استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۲۷۲ نفر بود و برای این‌که نمونه دارای کفایت لازم باشد تمام افراد جامعه آماری به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. نمونه‌ها، پرسشنامه‌های دلزدگی زناشویی پاینز، اضطراب سلامت سالکووسکیس و وارویک، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه هراس از کووید-۱۹ را تکمیل نمودند. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون، آزمون بوت استراپ و تحلیل مسیر استفاده شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد متغیرهای دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت دارای اثر منفی و معنادار بر کیفیت زندگی کادر بهداشت می‌باشند ($p<۰/۰۱$). همچنین نقش میانجی هراس از کووید-۱۹ در رابطه بین دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت تأیید شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت می‌توانند با میانجی‌گری هراس از کووید-۱۹ بر کیفیت زندگی کادر بهداشت شهرستان لردگان تأثیرگذار باشند.

کلیدواژه‌ها: دلزدگی زناشویی، اضطراب سلامت، هراس از کووید-۱۹، کیفیت زندگی، کادر بهداشت

* **نویسنده مسئول:** استادیار، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور، ساری، ایران

ایمیل: ba_bakhshipour@pnu.ac.ir **تلفن:** ۰۹۱۱۱۵۴۲۸۰۶ **نمابر:** ۰۱۵۱۲۲۰۲۸۰۲

مقدمه

از ۹ مارس ۲۰۲۰، بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ (کووید-۱۹) پس از شناسایی مورد اولیه در پایان دسامبر ۲۰۱۹ در ووهان چین، در بیش از ۱۱۰ کشور گسترش یافت. در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت، شیوع کووید-۱۹ را به‌عنوان یک بیماری همه‌گیر و یک نگرانی جدی برای سلامت عمومی اعلام کرد (۱). مجموعه‌ای از اقدامات محدودکننده ارائه شد و یکی از آن‌ها سازمان‌دهی کلی کار در قالب "کار از خانه" بود که نمی‌توانست برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی اعمال شود. آن‌ها در خط مقدم مراکز بهداشتی و درمانی مبارزه با کووید-۱۹ بودند و علی‌رغم خطرات شخصی بالا، مستقیماً در مبارزه با همه‌گیری شرکت داشتند (۲).

در طول بحران‌های ملی، مانند بلایای طبیعی، جنگ‌ها و شیوع بیماری، کیفیت زندگی تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد و کاهش کیفیت زندگی می‌تواند حداقل تا ۳ سال پس از بحران ادامه یابد. با توجه به تهدید جهانی کووید-۱۹، ازجمله تأثیرات اقتصادی و اجتماعی قابل‌توجه، این احتمال وجود دارد که کیفیت زندگی تحت تأثیر منفی قرار گرفته باشد (۳). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به‌عنوان "ادراک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های خود" تعریف کرد (۴). این تعریف سلامت جسمانی، وضعیت روانی، روابط اجتماعی و محیط را دربر می‌گیرد و بر اساس ارزیابی ذهنی است (۵).

با توجه به تأثیری که ویروس کووید-۱۹ بر کیفیت زندگی افراد دارد، شناسایی متغیرهایی که مرتبط با کیفیت زندگی می‌باشند، ضروری به نظر می‌رسد. ازجمله این متغیرها دلزدگی زناشویی می‌باشد. دلزدگی در زوج‌ها حالت غم‌انگیزی است که افرادی را که انتظار داشتند عشق عاشقانه به زندگی آن‌ها معنا بدهد، ویران می‌کند. این پدیده ازنظر جسمی، عاطفی و ذهنی خود را نشان می‌دهد، مانند عدم لذت بردن از رابطه، احساس خستگی مداوم بدنی و اعتقاد به اینکه مشکلات برای همیشه حل‌نشده باقی می‌مانند. دلزدگی زناشویی حالتی بسیار مخرب است که می‌تواند همه بخش‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۶). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که دلزدگی زناشویی، کیفیت زندگی افراد را کاهش می‌دهد (۷، ۸).

در دوران همه‌گیری، با توجه به قوانین مربوط به قرنطینه و دستور ماندن در خانه، بسیاری از افراد در روابط را مجبور کرده است که زمان بیشتری را در خانه با شریک زندگی خود بگذرانند. حفظ یک رابطه عاشقانه با کیفیت بالا در زمان‌های استرس شدید، مانند مورد همه‌گیری کووید-۱۹، بسیار چالش‌برانگیز است. ناامنی مالی، ناامنی شغلی و انزوای اجتماعی به‌عنوان تهدیدهای بالقوه برای خانواده به دلیل کاهش یا از دست دادن درآمد ظاهر می‌شود که منجر به پریشانی و پرخاشگری نسبت به شریک زندگی می‌شود و احتمال تعارض و دلزدگی زناشویی را بالا می‌برد و کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (۹).

متغیر دیگری که با کیفیت زندگی مرتبط است اضطراب سلامت می‌باشد. اضطراب سلامت یک اختلال روان‌شناختی است که با ترس‌ها و باورهای خاص در مورد ابتلا به یک بیماری جدی باوجود داشتن اطمینان پزشکی و داشتن سلامتی خوب، مشخص می‌شود. تحقیقات دو بعد شناختی متمایز را برای اضطراب سلامت شناسایی کرده است که عبارت‌اند از: اعتقاد به بیماری «این تصور که فرد یک بیماری جدی دارد» و فوبیای بیماری «ترس از ابتلا به یک بیماری جدی» (۱۰). رفتارهای مشخصه بیماران مبتلابه اضطراب سلامت اغلب با هزینه‌های اقتصادی قابل‌توجهی همراه است، زیرا چنین بیمارانی به‌طور مکرر با پزشک مشورت می‌کنند، به دنبال آزمایش‌های اضافی هستند و برای اطلاعات در کتاب‌های درسی یا اینترنت جستجو می‌کنند (۱۱).

اضطراب پایین سلامتی هیچ ضرری ندارد و حتی در صورت وجود بیماری‌های شدید نقش مفیدی در تشخیص زودهنگام دارد. اضطراب سلامتی بالا که در آن ترس‌ها و باورها مبنی بر اینکه فرد دارای یک بیماری جدی است، علیرغم عدم وجود آسیب‌شناسی، در طول زمان باقی می‌ماند یا پیشرفت می‌کند و مضر است (۱۲)؛ بنابراین، اضطراب سلامت تأثیر بلندمدت قابل‌توجهی بر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و بر عملکرد سلامت روانی و جسمی و کیفیت زندگی دارد (۱۳، ۱۴).

تحقیقات گذشته اثرات روانی منفی قرنطینه را پس از شیوع کووید-۱۹ موردمطالعه قرار دادند و مطالعات اخیر اصطلاح "کرونا هراسی" را برای توصیف استرس و اضطراب در میان جمعیت عمومی معرفی کرده‌اند (۱۵). یک تعریف عمومی برای توصیف ترس از ویروس ندارد، بااین‌وجود، جنبه‌های کلی ارزش تعریف

کردن دارند. ترس یک واکنش سازگارانه به تهدیدی عینی است که مارا تحریک می‌کند تا از نظر فیزیکی از خودمان دفاع کنیم. ترس از بدن/ ترس نسبت به بدن، ترس از دیگران مهم/ ترس برای دیگران مهم، ترس از ندانستن/ ترس از دانستن و ترس از اقدام/ ترس از بی‌عملی، چهار حوزه هستند که نمایانگر ویژگی‌های بدنی، بین فردی، شناختی و رفتاری ترس هستند. علائم و نشانه‌های مربوط به ترس از کووید-۱۹ ممکن است شامل اضطراب، عرق کردن، ترس از دست دادن زندگی، بی‌خوابی و تپش قلب باشد (۱۶). افراد مبتلابه ترس اغراق‌آمیز و اضطراب مداوم ممکن است رفتار ناسازگاری داشته باشند، بنابراین ممکن است تصمیمات غیرمنطقی بگیرند و با پیامدهای جسمی و روانی روبرو شوند (۱۷).

کادر بهداشت و درمان به جهت قرار داشتن در خط اول روبرویی با این ویروس، نسبت به سایر افراد، بیشتر در معرض ابتلابه مشکلات روان‌شناختی و خطر کاهش کیفیت زندگی قرار دارند. همچنین با توجه به اینکه تعداد بسزایی از کادر بهداشت و درمان، متأهل می‌باشند، لذا مشکلات روان‌شناختی حاصل از ویروس کووید ۱۹، می‌تواند با مشکلاتی در مسائل زوجی نیز برای این افراد همراه باشد. از سویی دیگر با توجه به مطالب ذکرشده، اگرچه بحث‌های اخیر در ادبیات درباره پیامدهای روان‌شناختی گسترده‌تر قرنطینه برای کنترل شیوع کووید-۱۹ بر کیفیت زندگی افراد هشدار داده است، تحقیقات تجربی در مورد تأثیرات همه‌گیری کووید-۱۹ بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی در کشورهای مختلف کمیاب است (۱۸)؛ بنابراین، درک پیامدهای وضعیت سلامت جسمانی، محدودیت‌های اجتماعی و وضعیت‌های روانی و درنهایت کیفیت زندگی افراد در طول شیوع کووید-۱۹ بسیار مهم است. لذا این پژوهش با هدف بررسی رابطه دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت با میانجی‌گری هراس از کووید-۱۹ بر کیفیت زندگی کادر بهداشت شهرستان لردگان انجام می‌شود.

روش کار

روش پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری کلیه کارکنان بهداشت شهرستان لردگان از استان چهارمحال و بختیاری بود که تعداد آنان ۲۷۲ نفر بود و در محدوده سنی بین ۲۰ الی ۴۵ سال قرار داشتند. جهت انجام پژوهش بر روی کارکنان، برای این‌که نمونه دارای کفایت لازم باشد تمام افراد جامعه آماری به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه دلزدگی زناشویی: این پرسشنامه یک ابزار خود سنجی است که برای اندازه‌گیری درجه دلزدگی زناشویی در میان زوجین توسط Pines (۲۳)، طراحی‌شده و شامل ۲۱ گویه است. این مقیاس دارای سه مؤلفه خستگی عاطفی (۸ سؤال)، خستگی روانی (۷ سؤال) و خستگی جسمی (۶ سؤال) است. تمام این موارد روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شود (۱=هرگز تا ۵=همیشه). این طیف نمره درجه دلزدگی زناشویی فرد را نشان می‌دهد. ضریب پایایی به روش بازآزمایی، در فاصله‌های یک، دو و چهارماهه به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ به‌دست‌آمده است (۱۹). در ایران نیز نعیم این پرسشنامه را بر ۲۴۰ نفر بررسی نمود و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد (۲۰).

پرسشنامه اضطراب سلامت[1]: فرم بلند پرسشنامه اضطراب سلامت اولین بار توسط Salkovskis & Warwick (۲۱) طراحی شد. فرم کوتاه آن در سال ۲۰۰۱ طراحی شده است. این پرسشنامه، یک مقیاس خود گزارشی دارای ۱۸ سؤال است که از فرد خواسته می‌شود تا هر یک از عبارات را به‌دقت خوانده و عبارتی را که به بهترین وجه، وضعیت او را در طول شش ماه گذشته توصیف می‌کند، انتخاب نماید. این پرسشنامه، دارای سه زیر مقیاس است: ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی‌های کلی سلامتی. به هنگام نمره‌گذاری به گزینه‌های مطرح‌شده، نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات این آزمون بین ۰ تا ۵۴ است که هر چه نمره بالاتر باشد، اضطراب سلامت بیشتر است. Salkovskis & Warwick (۲۲) اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسشنامه را ۰/۹۰ به دست آوردند و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند (۲۲). این پرسشنامه در ایران توسط نرگسی و همکاران (۲۳) موردبررسی قرار گرفت. در پژوهش آن‌ها بررسی اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای عامل‌های نگرانی‌های کلی سلامتی ۰/۵۹، برای

[1] Short form of Health Anxiety Inventory (SHAI)

ابتلا به بیماری ۰/۶۰ و برای پیامدهای بیماری ۰/۷۰ به دست آمد که نتایج حاکی از پایایی قابل‌قبول برای این پرسشنامه است (۲۳).

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی ساخته شد و دارای ۲۶ سؤال است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را موردسنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس به نام‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی است. نمرات بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند و سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. پایایی آزمون باز آزمون برای زیرمقیاس سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد (۲۴).

پرسشنامه هراس از کووید-۱۹: این مقیاس دارای یک فرم خود گزارشی ۲۰ گویه‌ای بوده که دارای ۴ خرده‌مقیاس عوامل روان‌شناختی، عوامل روان‌تنی، عوامل اقتصادی و عوامل اجتماعی می‌باشد. نمره‌گذاری طبق طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ است. بازه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده هراس بیشتر است (۲۵). روایی صوری این پرسشنامه توسط Arpaci, Karataş, & Baloğlu, (۲۵) در مقیاس ۱۰ درجه‌ای بررسی‌شده است و میانگین ۹/۱۶ و انحراف استاندارد ۱/۲۸ حاصل‌شده است. در ایران، روایی این پرسشنامه توسط حیدری (۲۶) با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و نیز پایایی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ انجام‌شده است. مقدار اعتبار آن برای هر یک از عامل‌ها و نیز برای نمره کل، مطلوب و بالاتر از ۰/۷ گزارش‌شده است (۲۶).

برای اجرای پژوهش، ابتدا مجوز انجام پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه پیام نور کسب شد. سپس برای اینکه تعداد نمونه‌ها و دسترسی به آن‌ها بیشتر شود پرسشنامه‌ها به صورت کاغذی و اینترنتی طراحی شد تا در بین نمونه‌ها توزیع شود. برای تکمیل پرسشنامه‌ها ابتدا به‌صورت حضوری در مراکز بهداشت حضور یافته و پرسشنامه‌ها در اختیار کارکنانی که تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها داشتند قرار داده شد. تعدادی از کارکنان نیز به‌صورت اینترنتی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و از آن‌ها خواسته شد تا لینک پرسشنامه آنلاین را در اختیار همکاران دیگر خود که در مرخصی یا مأموریت بودند قرار دهند. درنهایت ۱۶۸ پرسشنامه کاغذی و ۴۲ پرسشنامه آنلاین تکمیل شد که از آن‌ها برای تجزیه‌وتحلیل استفاده شد. بقیه افراد به دلیل مجرد بودن، عدم تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها از پژوهش خارج شدند. جهت حفظ اصل رازداری، اطلاعات به‌دست‌آمده از پرسشنامه‌ها، بدون درج نام و نشان از پاسخ‌دهندگان جمع‌آوری شد تا هویت پاسخ‌دهندگان محفوظ بماند. همچنین اختیاری بودن شرکت در مطالعه و جلب اعتماد و اطمینان پاسخ‌دهندگان ازجمله ملاحظات دیگری بود که سعی شد تا در این مطالعه رعایت گردد.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله مراتبی و همچنین از آزمون بوت استراپ و تحلیل مسیر جهت آزمون فرضیه‌های میانجی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۴ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

نتایج

از بین ۲۱۰ نفر نمونه پژوهش، ۱۷۰ نفر زن (۸۰/۹۵٪) و ۴۰ نفر مرد (۱۹/۰۴٪) بودند. از بین این تعداد ۷۸ نفر، سن ۲۰ تا ۳۰ سال (۳۷/۱۴٪)، ۹۷ نفر سن ۳۰ تا ۴۰ سال (۴۶/۱۹٪) و ۳۵ نفر سن ۴۰ تا ۵۰ سال (۱۶/۶۶٪) داشتند. همچنین تعداد ۱۵ نفر از آن‌ها دارای مدرک پایین‌تر از دیپلم (۷/۱۴)، ۱۵۱ نفر دارای مدرک دیپلم یا فوق‌دیپلم (۷۱/۹۰٪)، ۳۰ نفر دارای مدرک کارشناسی (۱۴/۲۸٪)، ۴ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد (۱/۹۰٪) و ۱۰ نفر دارای مدرک دکترا (۴/۷۶٪) بودند. میانگین و انحراف معیار، ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش و نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، ضریب همبستگی و نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	٤	آماره	معنی‌داری
دلزدگی زناشویی	۷۱.۹۹	۱۸/۸۴	۱				۱/۱۴۰	۰/۲۱۵
اضطراب سلامت	۴۷.۲۳	۱۵/۰۶	۰/۲۱۵**	۱			۱/۳۲۹	۰/۰۵۶
کیفیت زندگی	۳۵.۲۹	۹/۱۹	۰/۲۲۸**	۰/۳۵۵**			۱/۳۵۳	۰/۰۷۸
هراس از کووید-۱۹	۷۳.۵۵	۱۶/۸۷	−۰/۵۲۷**	−۰/۴۹۶**	−۰/۴۱۳**	۱	۱/۱۵۷	۰/۱۱۷

جدول ۱ نشان می‌دهد بین دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت با کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنادار بین دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت با هراس از کووید-۱۹ همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد مقدار معنی‌داری به‌دست‌آمده برای هر ۴ متغیر، بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند.

جهت آزمون فرضیه‌های میانجی از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی الگوی پیشنهادی موردبررسی قرار گرفت که در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص برازش	RMSEA	PNFI	CFI	NFI	GFI	AGFI
حد مطلوب	<۰/۰۸	>۰/۵	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۸۰
مقدار	۰/۴۵	۰/۷۴۴	۰/۹۲۶	۰/۹۰۶	۰/۹۲۷	۰/۹۰۲

با توجه به نتایج جدول ۲، شاخص‌های برازش کلی مدل در سطح نسبتاً مناسبی هستند؛ لذا می‌توان گفت مدل پژوهش از برازش مطلوب و خوبی برخوردار است. جدول ۳ مسیرها و ضرایب استاندارد در مدل نهایی پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضرایب استاندارد مسیر الگوی نهایی

مسیرها	اثر غیراستاندارد	اثر استاندارد	خطای استاندارد	T	معناداری مسیر
دلزدگی زناشویی به هراس از کووید-۱۹	۱/۶۵	۰/۵۱۰	۰/۱۳۶	۱۱/۴۵۸	۰/۰۰۱
اضطراب سلامت به هراس از کووید-۱۹	۱/۱۸	۰/۳۷۲	۰/۱۰۸	۹/۷۲۴	۰/۰۰۱
دلزدگی زناشویی به کیفیت زندگی	−۰/۶۷	−۰/۴۹۸	۰/۱۴۰	−۳/۸۵۴	۰/۰۰۱
اضطراب سلامت به کیفیت زندگی	−۱/۷۴	−۰/۴۲۶	۰/۱۲۴	−۷/۷۴۴	۰/۰۰۱
هراس از کووید-۱۹ به کیفیت زندگی	−۰/۵۴	−۰/۳۴۳	۰/۱۸۳	−۱۲/۱۴۴	۰/۰۰۱

طبق جدول ۳، کلیه مسیرهای پیش‌بینی‌شده در مدل مسیر پیشنهادی با توجه به مقادیر t و سطح معنی‌داری آن معنادار می‌باشند(p<۰/۰۵). برای تحلیل اثرات غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته از طریق میانجی، از آزمون بوت استراپ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ٤. نتایج بوت استراپ برای مسیر غیرمستقیم الگوی پژوهش

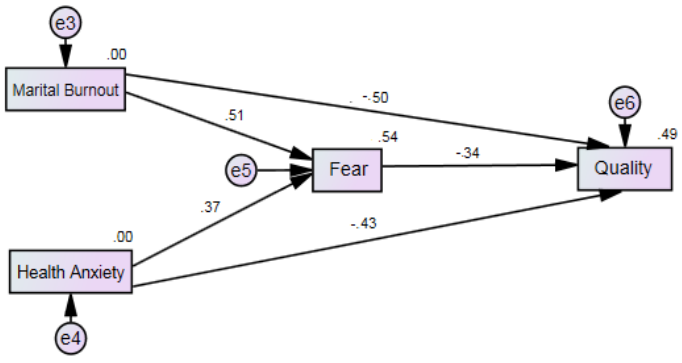
متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر وابسته	مقدار اثر	سوگیری	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معناداری
						حد پایین	حد بالا	
دلزدگی زناشویی	هراس از کووید-۱۹	کیفیت زندگی	۰/۳۳	۰/۰۰۰۹	۰/۰۹۵۰	۰/۱۵۱۵	۰/۵۲۸۳	۰/۰۱
اضطراب سلامت	هراس از کووید-۱۹	کیفیت زندگی	۰/۱۵	۰/۰۰۰۵	۰/۰۵۸۷	۰/۱۱۸۳	۰/۲۵۱۲	۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون بوت استراپ نشان می‌دهد که متغیر هراس از کووید-۱۹ در رابطه بین دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت با کیفیت زندگی نقش میانجی ایفا می‌کند؛ زیرا که در این مسیر مقدار صفر بیرون از فاصله اطمینان حد پایین و بالا قرار دارد، به عبارتی هر دو مقدار حد بالا و پایین در این متغیر دارای مقادیر مثبت هستند و صفر را شامل نمی‌شوند که این می‌تواند رابطه غیرمستقیم متغیر میانجی هراس از کووید-۱۹ را تأیید نماید. سطح اطمینان برای این فاصله ۹۵٪ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استراپ ۱۰۰۰ است. جدول ۵، اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای اصلی را ارائه می‌دهد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، در جدول ۵، کلیه ضرایب مستقیم، غیرمستقیم و کل در مدل مسیر آزمون شده آمده است. شکل ۱ مدل مسیر آزمون شده در نرم‌افزار AMOS را با ضرایب استاندارد نشان می‌دهد.

جدول ۵. ضرایب مسیر استانداردشده اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل در مسیر پیشنهادی

مسیرها	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	اثر کل
دلزدگی زناشویی به هراس از کووید-۱۹	---	۰/۵۱۰	۰/۵۱۰
اضطراب سلامت به هراس از کووید-۱۹	---	۰/۳۷۲	۰/۳۷۲
دلزدگی زناشویی به کیفیت زندگی	-۰/۰۷۹	-۰/۴۹۸	-۰/۵۷۷
اضطراب سلامت به کیفیت زندگی	-۰/۰۶۸	-۰/۴۲۶	-۰/۴۹۴
هراس از کووید-۱۹ به کیفیت زندگی	---	-۰/۳۴۳	۰/۳۴۳



شکل ۱. مسیرهای استانداردشده مستقیم و غیرمستقیم مدل آزمون شده

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای هراس از کووید ۱۹ در رابطه بین دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت با کیفیت زندگی کادر بهداشت شهرستان لردگان بود. نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که بین دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی کادر بهداشت رابطه منفی معنادار وجود دارد. این نتایج با یافته‌های حیدری شرف و همکاران (۸)، فرازمند و ابراهیمی (۷)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته McKain (۲۷)، معتقد است در ارزیابی کیفیت زندگی سه جنبه از سلامت که شامل سلامت جسمانی، روانی و محیطی یا اجتماعی است موردبررسی قرار می‌گیرد. از طرفی بنا بر نتایج پژوهش فرجی و همکاران (۲۸)، دلزدگی زناشویی نیز با پیامدهای جسمی، روانی–عاطفی و اجتماعی برای زوجین همراه می‌باشد. پیامدهای جسمی دلزدگی زناشویی برای زوجین شامل دردهای عصبی، اختلال در خواب و احساس خستگی زیاد است. پیامد روانی عاطفی دلزدگی زناشویی شامل بی‌حوصلگی، خودخوری، کشمکش روانی و کاهش انگیزه برای ادامه زندگی می‌باشد. پیامد اجتماعی دلزدگی زناشویی نیز شامل مجبور شدن به ظاهرسازی در اجتماع، کمرنگ شدن روابط با خانواده همسر می‌باشد؛ بنابراین دلزدگی زناشویی، کلیه بخش‌های زندگی زوجین را تحت‌الشعاع قرار داده و موجب اختلال در هر سه جنبه از سلامت آن‌ها شده و درنهایت سبب می‌شود تا کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه کنند.

به‌علاوه، طبق نتایج بین اضطراب سلامت و کیفیت زندگی کادر بهداشت رابطه منفی معنادار وجود دارد. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های حیدری شمس و همکاران (۱۴)، Sauer و همکاران (۲۹)، Hayter و همکاران (۱۳)، همسو می‌باشد. مطالعات انجام‌شده در ارتباط با همه‌گیری‌های ویروسی گذشته مانند ابولا و آنفلوانزای پرندگان نشان داده است که اضطراب و نگرانی‌های سلامتی در طول این همه‌گیری‌ها بسیار گسترده است (۳۰). در تبیین رابطه مورد تأیید این فرضیه، می‌توان گفت که در زمان همه‌گیری کووید–۱۹، رسانه‌ها با انتشار اخبار و داستان‌های هیجان‌انگیز و نادرست در مورد این بیماری وحشت را تبلیغ می‌کنند، از سویی دیگر اخبار رسانه‌ها و گفتگوهای افراد در محیط جامعه بر این بیماری و رعایت اصول و نکات بهداشتی متمرکز شده است و ازآنجایی‌که حس‌های بدنی و تفسیر فرد از آن‌ها تحت تأثیر حوادث محیطی قرار می‌گیرد، میزان اضطراب سلامت در افراد بیش‌ازپیش می‌شود (۳۰). Sauer و همکاران (۲۹) نیز بر اساس مدل شناختی–رفتاری اضطراب سلامتی، فرض می‌کنند که در زمان این نوع همه‌گیری‌ها، احساس‌های جسمانی یا علائم بی‌خطر نیز به‌عنوان تهدید و نشانه‌هایی از یک بیماری جدی تفسیر می‌شود که منجر به افزایش اضطراب سلامتی و متعاقباً افزایش احساس‌های جسمانی می‌شود. لذا می‌توان گفت تأکید زیاد بر روی یک موضوع نگران‌کننده موجب تمرکز بیش از حد افراد بر روی آن و فعال شدن سمپاتیک می‌شود و بدین ترتیب در فرد اضطراب بیشتری ایجاد می شود و کیفیت زندگی او را مختل می‌کند.

در پژوهش حاضر، نقش میانجی‌گری هراس از کووید ۱۹ در رابطه بین دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی کادر بهداشت تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های هاشمی و رشیدی (۳۱)، حیدری شرف و همکاران (۸)، فرازمند و ابراهیمی (۷)، Aksoy Abiç, Değirmenci & Yılmaz (۳۲)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت، در طول شرایط کووید–۱۹ با اعمال سیاست‌های شدید بهداشتی و قرنطینه، زوجین مجبور شده‌اند که زمان بیشتری را در خانه با یکدیگر بگذرانند. حفظ یک رابطه عاشقانه با کیفیت بالا در زمان‌های استرس شدیدی مانند همه‌گیری کووید–۱۹، بسیار چالش‌برانگیز است. چنانچه پاشا شریفی و توکلی (۳۳)، معتقدند ظهور همه‌گیری کووید–۱۹ خود به‌عنوان علت تعارضات زناشویی نیست، بلکه عاملی است که باعث تشدید علل و عوامل تعارضات زناشویی و به‌تبع دلزدگی زناشویی می‌شود. ناامنی مالی، ناامنی شغلی و انزوای اجتماعی به‌عنوان تهدیدهای بالقوه برای خانواده به دلیل کاهش یا از دست دادن درآمد ظاهر می‌شود که منجر به پریشانی و پرخاشگری نسبت به شریک زندگی می‌شود (۹)، از طرفی در شرایط قرنطینه، هراس ناشی از کووید–۱۹ می‌تواند موجب آشفتگی فضای خانه و کاهش سازگاری در میان زوجین شود (۳۱).

نوع رفتار و کردار زوجین در یک خانواده بر یکدیگر تأثیرگذار است. احساس اضطراب در یکی از زوجین تحت تأثیر شرایط سخت، در کلیه اعمال و رفتارش نمود پیدا کرده و این رفتار توسط شریک زندگی او حس شده و احتمال اینکه تحت این شرایط،

همسرش را به دلیل دور ماندن از کشمکش‌های ناشی از این اضطراب طرد کند بسیار زیاد می‌شود. در عمیق‌ترین حالت، این مسئله موجب کاهش صمیمیت بین زوجین و دور شدن آن‌ها از یکدیگر شده و زمینه‌ای را برای ایجاد تعارض بین زوجین و دلزدگی زناشویی فراهم می‌کند.

در این پژوهش، نقش میانجی‌گری هراس از کووید ۱۹ در رابطه بین اضطراب سلامت و کیفیت زندگی کادر بهداشت نیز تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اصغری ابراهیم‌آباد و همکاران (۳۰)، Sauer و همکاران (۲۹)، Aksoy (۳۲)، Mertens و همکاران (۳۴)، همسو می‌باشد.

Mertens و همکاران (۳۴)، در پژوهش خود اضطراب سلامت را به‌عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی کننده هراس از کووید-۱۹ معرفی نمودند. همچنین نتایج مطالعهBlakey & Abramowitz (۳۵)، در بین دانشجویان دانشگاه، نشان داد اضطراب سلامت بیشتر با افزایش ترس برای همه‌گیری آنفولانزای خوکی H1N1 در سال‌های ۲۰۰۹-۲۰۱۰ و شیوع ویروس زیکا در سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۱۶ همراه بود.

در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش Roy و همکاران (۳۶)، می‌توان گفت افرادی که دارای اضطراب سلامت هستند، نسبت به علائم و نشانه‌های جسمی خود حساسیت بیشتری دارند که این مسئله موجب اضطراب و تنش زیادی در آن‌ها می‌شود. اضطراب سلامت موجب افزایش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و روان‌شناختی می‌شود. افرادی که از اضطراب سلامت بالایی برخوردارند در مقایسه با افرادی که از اضطراب سلامت پایین‌تری برخوردارند به میزان بیشتری برای دریافت خدمات متفاوت به متخصصان بهبود سلامت جسمی و روانی ازجمله پزشکان و درمانگران روان‌شناختی مراجعه می‌کنند.

ازآنجایی‌که کووید-۱۹ یک بیماری ناشناخته و نوظهور است شیوع آن اضطراب بالایی را در افراد ایجاد کرده است، Özmen, Özkan, Özer, & Yanardağ (۳۷)، بیان کرده‌اند که افراد نمی‌توانند درحالی‌که با سطح بالایی از ترس در برابر کووید-۱۹ واکنش نشان می‌دهند، سالم و منطقی فکر کنند. از آنجایی‌که کادر بهداشت به‌عنوان یکی از گروه‌های خط مقدم مبارزه با این بیماری، شناخته می‌شوند، بیشتر در معرض خطر درگیری و ابتلا به آن هستند، لذا منطقی به نظر می‌رسد که با افزایش اضطراب سلامت، میزان هراس از کووید-۱۹ در این افراد افزایش یابد و کیفیت خدمات‌رسانی و فعالیت‌هایشان در زندگی حرفه‌ای و شخصی را تحت تأثیر قرار دهد. چیزی که باید به آن توجه شود این است که اضطراب موجب تأثیرات مخرب بر وضعیت جسمانی و روانی فرد به‌عنوان مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی می‌شود که این خود باعث می‌شود بین اضطراب و کیفیت زندگی فرد دور باطلی ایجاد شود، بدین ترتیب که تحمل اضطراب، کیفیت زندگی او را به خطر انداخته و به خطر افتادن و تضعیف مؤلفه‌های کیفیت زندگی نیز باعث ایجاد اضطراب در موقعیت‌های مختلف می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، هراس از کووید ۱۹ میانجی رابطه بین دلزدگی زناشویی و اضطراب سلامت با کیفیت زندگی کادر بهداشت شهرستان لردگان می‌باشد. بر اساس این یافته‌ها، نتیجه می‌گیریم که در طول همه‌گیری کووید-۱۹، ازدواج‌ها به‌خصوص در بین کارکنان مراقبتی و بهداشتی در معرض خطر بالایی می‌باشد و زوج‌ها برای حفظ روابط زناشویی خود نیاز به حمایت دارند. لذا یک مداخله آموزشی روانی که به‌طور خاص برای زوج‌ها طراحی شده است تا ازدواجشان زنده بماند، به‌ویژه برای بهبود سازگاری و ارتباطات زناشویی، تنظیم احساسات، مدیریت تعارض، حل مسئله و ایجاد صمیمیت در طول بحران بسیار موردنیاز است. همچنین استفاده از برنامه‌های آموزشی مثل شناخت صحیح شاخص‌های سلامت و آموزش رفتارهای خود مراقبتی و خود مدیریتی جهت ارتقای سلامت کادر بهداشت برای کاهش اضطراب سلامتی و اضطراب کووید-۱۹ و افزایش کیفیت زندگی آنان پیشنهاد می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه پژوهشی حاضر یعنی کادر بهداشت شهر لردگان اشاره کرد، درنتیجه تعمیم نتایج به دیگر افراد و سایر شهرها باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین گردآوری داده‌های پژوهش از طریق ابزارهای خودگزارشی یعنی پرسشنامه بود که ممکن است تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی قرار بگیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های مشابهی بر روی دیگر افراد در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، انجام‌شده و یافته‌های

به‌دست‌آمده از آنان با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود تا بتوان درزمینه تعمیم یافته‌های پژوهش نیز تصمیم مناسبی اتخاذ شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد برای تحقیقات آتی از روش‌های دیگری مثل مصاحبه بالینی در کنار پرسشنامه استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کارکنان بهداشت شهرستان لردگان که ضمن مشارکت در اجرای تحقیق صادقانه پاسخگوی سؤالات بودند، صمیمانه تشکر می‌نماییم. این مطالعه حاصل یک پایان نامه است که با کد اخلاق IR.PNU.REC.1401.266 به ثبت رسیده است. این پژوهش بدون حمایت مالی هیچ‌گونه نهاد خاصی انجام‌شده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Wong E L Y, Ho K F, Wong S Y S, Cheung A W L, Yau P S Y, Dong D, et al. Views on workplace policies and its impact on health-related quality of life during coronavirus disease (COVID-19) pandemic: cross-sectional survey of employees. International Journal of Health Policy and Management. 2022; 11(3): 344-53.
2. Stojanov J, Malobabic M, Stanojevic G, Stevic M, Milosevic V, Stojanov A. Quality of sleep and health-related quality of life among health care professionals treating patients with coronavirus disease-19. International Journal of Social Psychiatry. 2021; 67(2): 175-81.
3. Shamblaw A L, Rumas R L, Best M W. Coping during the COVID-19 pandemic: Relations with mental health and quality of life. Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 2021; 62(1): 92–100.
4. Algahtani F D, Hassan SN, Alsaif B, Zrieq R. Assessment of the Quality of Life during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey from the Kingdom of Saudi Arabia. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(3): 847.
5. Dorji N. Adverse life experiences and quality of life among senior citizens of Bhutan. Queensland: Queensland University of Technology; 2016; 13.
6. Sirin H D, Deniz M. The Effect of the family training program on married women's couple-burnout levels. educational sciences: Theory and Practice. 2016; 16(5): 1563-85.
7. Farazmand M, Ebrahimi S. Effectiveness of Quality of Life Therapy on marital burnout and psychological distress in the infertile women. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019; 61: 320-29. (in Persian)
8. Heydari Sharaf P, Nosrati R, Alromahi A, Siyah Kamari R, Abbasi M, Rezayi F. Relationship between quality of life, resiliency and forgiveness with marital disturbance of female teachers in Kermanshah city. The Journal of New Advances in Behavioral Sciences. 2019; 4(35): 17-38. (in Persian)
9. Epifani I, Wisyaningrum S, Ediati A. Marital distress and satisfaction during the COVID-19 pandemic: A systematic review. In International Conference on Psychological Studies; Atlantis Press. 2020; 109-15.
10. Bailey R, Wells A. Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: the MCQ-HA. Psychiatry Research. 2016, 230(3): 871-77.
11. Ay DS, Kuhne F, Weck F. The Assessment of cognitive-behavioral therapy skills in patients diagnosed with health anxiety: development and pilot study on an observer-based rating scale. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2019; 1–11.
12. Gao J. Health anxiety and online health information seeking: an experimental study. Austin: Texas at Austin; 2019: 25.
13. Hayter A L, Salkovskis P M, Silber E, Morris R G. The Impact of health anxiety in patients with relapsing remitting multiple sclerosis: Misperception, misattribution and quality of life. British Journal of Clinical Psychology. 2016; 55(4): 371-86.
14. Hedari Shams J, Mohammadzadeh K A, Maher A. Correlation between Health Literacy and Quality of Life with Health Anxiety in Outpatient Patients Referred to Shahid Beheshti Specialized Polyclinic in Karaj. Journal of Health Promotion Management, 2020; 29 (1): 1-9. (in Persian)
15. Asmundson G J, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. Journal of Anxiety Disorders. 2020; 71: 102211.
16. Barron D A. Professional quality of life and fear of COVID-19 moderated by perceived job market outlook: predicting registered nurse turnover intentions in south florida during the COVID-19

pandemic. (dissertation). Saint Leo: Saint Leo University; 2022: 18.
17. Abdel Wahed W Y, Hefzy E M, Ahmed M I, Hamed N S. Assessment of knowledge, attitudes, and perception of health care workers regarding COVID-19, a cross-sectional study from egypt. Journal of Community Health. 2020; 45(6): 1242-51.
18. Rubin G J, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. Bmj. 2020; 28: 368.
19. Pines AM. Couples burnout: courses and cures. London Rout Ledge. 1996; 32: 1-27.
20. Naeem S. The Relationship between marital dissatisfaction, intimate relationships with Spouse and marital conflicts with violence against women in ilam city. (dissertation). Ahvaz Branch: Islamic Azad University; 2008 (in Persian)
21. Salkovskis P M. Warwick H M, Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriasis. Cognitive Behaviour Therapy. 1989; 18(2): 85-92.
22. Salkovskis P M, Rimes K A, Warwick H M C, Clark DM. The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychological Medicine. 2002; 32(5): 843–53.
23. Nargesi F, Izadi F, Kariminejad K, Rezaii Sharif A. The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. Quarterly of Educational Measurement. 2017; 7(27): 147-60. (in Persian)
24. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006; 4(4): 1-12. (in Persian)
25. Arpaci I, Karataş K, Baloğlu M. The Development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 phobia scale (C19P-S). Personality and Individual Differences. 2020; 164: 110108.
26. Heydari S. A Preliminary investigation of the factor structure of the scale of fear of covid-19 (C19P-S). National Conference on Social Health in Crisis; Ahvaz. 2020; (in Persian)
27. McKain D. A Study of home choices and quality of life for senior citizens: A quantitative study. Phoenix: University of Phoenix; 2019: 21.
28. Faraji J, Sanai B, Namvar H. A qualitative inquiry of effective factors on marital burnout: A case study of tehran. Family Counseling And Psychotherapy. 2020; 9(2): 173-94. (in Persian)
29. Sauer K S, Schmidt A, Jungmann S M, Bailer J, Witthöft M. Do patients with pathological health anxiety fear COVID-19? A time-course analysis of 12 single cases during the "first wave" of the COVID-19 pandemic in Germany. Journal of Psychosomatic Research. 2022; 152: 110687.
30. Asghari Ebrahim Abad M., Mazloomzadeh M, Shirkhani M, Sabbagh K, Salayani F. Predicting health anxiety based on fear of Covid-19 mediated by behavioral activation and inhibition System. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2021; 28(3): 311-9. (in Persian)
31. Hashemi S, Rashidi M. Predicting of couple burnout based on corona virus anxiety with mediating role of conflict resolution styles and distress tolerance. Nurse and Physician Within War. 2021; 9(32): 18-27. (in Persian)
32. Aksoy A, Abiç A, Değirmenci F, Yılmaz D V. The relationship between quality of life and fear of Turkish individuals during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Archives of Psychiatric Nursing. 2021; 35(5): 472-8.
33. Pasha Sharifi, H, Tavakkoli M. Investigating the factors and strategies to coping with marital conflicts in times of crisis of COVID-19 news. Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal. 2020; 5 (2): 95-118. (in Persian)
34. Mertens G, Boddez Y, Sevenster D, Engelhard I M, De Houwer J. A review on the effects of verbal instructions in human fear conditioning: Empirical findings, theoretical considerations, and future directions. Biological Psychology. 2018; 137: 49–64.
35 .Blakey S M, Abramowitz J S. Psychological predictors of health anxiety in response to the zika virus. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2017; 24(3–4): 270–8.
36. Roy D, Tripathy S, Kar SK., Sharma N, Verma S K, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety and perceived mental healthcare need in Indian population during COVID -19 pandemic. Asian Journal Psychiatr. 2020; 51: 1 -7.
37. Özmen S, Özkan O, Özer Ö, Yanardağ M Z. Investigation of COVID-19 fear, well-being and life satisfaction in Turkish society. Social Work in Public Health. 2021; 36(2): 164-77.

Investigating the relationship between Marital Burnout and Health Anxiety on Quality of Life: the Mediating Role of Fear of Covid-19

Received: 6 Jan 2023 Accepted: 15 Mar 2023

Ebrahim Rahimi Rigi[1] ,Babollah Bakhshipour Juybari [2*]

1. MA in Family Counseling, Payame Noor University, Sari, Iran 2. Assistant Professor of Family Counseling, Payame Noor University, Sari, Iran

Abstract

Introduction: The quality of life of the medical staff is very important. A high level of burnout of the medical staff during the Corona virus pandemic can affect their quality of life. The present study was conducted in order to investigate the relationship between marital burnout and health anxiety with the mediation of fear of covid-19 on the quality of life of health workers in Lordegan city.

Materials and Methods: The current research is a descriptive correlational study. The statistical population of this research was formed by all the health workers of Lordegan city from Chaharmahal and Bakhtiari province in 1401, whose number was 272 and in order to have a sufficient sample size , all the people of the statistical population were selected as the sample. The samples completed Pines Marital burnout Questionnaire, Salkovskis and Warwick Health Anxiety Questionnaire, World Health Organization Quality of Life Questionnaire, and Fear of Covid-19 Questionnaire. Pearson's correlation coefficient, regression analysis, bootstrap test and path analysis were used to analyze the data. SPSS and AMOS software version 24 were used for data analysis.

Results: The results of the analysis showed that the variables of marital burnout and health anxiety have a negative and significant effect on the quality of life of health workers. Also, the mediating role of fear of COVID-19 in the relationship between marital burnout and health anxiety was confirmed.

Conclusion: Based on the obtained results, marital burnout and health anxiety can affect the quality of life of Lordegan health workers through the mediation of fear of covid-19.

Keywords: Marital Burnout, Health Anxiety, Fear of Corona Virus, Quality of Life, Health Staff

***Corresponding Author:** Assistant Professor of Family Counseling, Payame Noor University, Sari, Iran
Email: ba_bakhshipour@pnu.ac.ir **Tel**: 09111542806 **Fax**: 01512202802