

The effects of Workaholism and Perfectionism on Marital Stress and Social Skills in Nurses

Abbasi M¹, Dargahi Sh², Rahmati M³, Mohammadi M⁴, Pirani Z^{*3}

1. Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Salman Farsi Kazerun, Fars, Iran.

2. Department of Psychology, Faculty of psychology and Education Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3. Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Islamic Azad University branch, Arak, Iran.

4. Buali hospital, Ardabil University of medical science, Ardabil, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989355386614 E-mail: Z-pirani@iau-arak.ac.ir

Received: Nov 11, 2016 Accepted: Feb 1, 2017

ABSTRACT

Background & objectives: nurses, because of their nature of their profession continuously face with many issues. The aim of this study was to examine the effects of work addiction and perfectionism on marital stress and social skills of nurses.

Methods: This study was descriptive and correlational. The study population included of all nurses in the city of Arak. To select the sample, multistage cluster sampling were used and included 220 nurses as subject. To collect data, Matson Social Skills (1983), Robinson's work addiction questionnaire (1999), Stockholm-Tehran Persian version of Gomer and colleagues Marital Stress Scale questionnaire (2000) and Multidimensional Perfectionism Scale Hoyt and Felt (1991) were used. Data were analyzed using descriptive statistical and Pearson's correlation and multiple regression by SPSS-19.

Results: Results showed that there were significant negative relationships between the self-oriented perfectionism, other-oriented perfectionism, general perfectionism, obsessive desire to work, control, self-worth and general work addiction with social skills of nurses ($p < 0.01$). In contrast, there were no significant relationship between community-oriented perfectionism, the destruction of relationships and weakness in to undertake their roles with social skills. On the other hand, there is positive and significant relationship the obsessive desire to work, control, self-worth, general work addiction, self-oriented perfectionism ($p < 0.05$) and general perfectionism ($p < 0.01$) with marital stress.

Conclusion: In general, it can be concluded that extreme perfectionism by raising irrational ideals and work addiction with one-dimensional activities nurses may reduce social and interpersonal skills which finally can lead to marital stress.

Keywords: Work Addiction, Perfectionism, Marital Stress, Social Skills, Nurses.

تأثیر اعتیاد به کار و کمال‌گرایی بر استرس زناشویی و مهارت‌های اجتماعی پرستاران

مسلم عباسی^۱، شهریار درگاهی^۲، محمدرضا رحمتی^۳، مریم محمدی^۴، ذبیح پیرانی^{۳*}

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، فارس، ایران.

۲. گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۴. بیمارستان بوعلی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۳۵۵۳۸۶۶۱۴ ایمیل: Z-pirani@iau-arak.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران به علت ماهیت حرفه خود، به طور مداوم در معرض مسائل متعددی قرار می‌گیرند. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر اعتیاد به کار و کمال‌گرایی بر استرس زناشویی و مهارت‌های اجتماعی پرستاران بود. **روش کار:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه مورد مطالعه شامل تمام پرستاران شهر اراک بود. برای انتخاب نمونه از روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد و نمونه پژوهش ۲۲۰ آزمودنی را شامل شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی متسون، پرسشنامه اعتیاد به کار رابینسون، نسخه فارسی پرسشنامه استرس زناشویی استکهلم - تهران و مقیاس چندبعدی کمال‌گرایی هوویت و فلت (استفاده شد و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام توسط SPSS-19 تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین کمال‌گرایی خویش‌مدار، کمال‌گرایی دیگر مدار، کمال‌گرایی کلی، تمایل وسواسی به کار، کنترل، خودارزشی و متغیر اعتیاد به کار کلی با مهارت‌های اجتماعی پرستاران رابطه منفی معناداری وجود داشت ($p < 0/01$)، اما بین کمال‌گرایی جامعه مدار، تخریب روابط و ضعف در به عهده گرفتن نقش‌های خود با مهارت‌های اجتماعی رابطه معناداری مشاهده نشد. از سوی دیگر بین تمایل وسواسی به کار، کنترل، خودارزشی، اعتیاد به کار کلی، کمال‌گرایی خویش‌مدار ($p < 0/05$) و کمال‌گرایی کلی ($p < 0/01$) با استرس زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: بطور کلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که کمال‌گرایی افراطی با بالابردن غیرمنطقی ن و اعتیاد به کار با یک بعدی کردن فعالیت پ می‌تواند زمینه کاهش مهارت‌های اجتماعی و بین‌فردی و افزایش استرس زناشویی را فراهم کند.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد به کار، کمال‌گرایی، استرس زناشویی، مهارت‌های اجتماعی، پرستاران

دریافت: ۹۵/۸/۲۱ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۳

مقدمه

پرستاران همواره در فضای حساس و گسترده حرفه خود با انتظارات و رفتارهای نامعقول خانواده‌های بیماران، عوامل فشارزای شغل پرستاری و پیچیدگی‌ها و چالش‌های حرفه‌ای ویژه‌ای دست و پنجه نرم می‌کنند. تهاجم، خشونت، خودکشی،

وحشت و عدم همکاری بیماران نمونه‌های بارز این چالش‌ها هستند که پرستاران با آنها روبه‌رو هستند (۱). این چالش‌ها و استرس‌های حرفه‌ای می‌تواند بر ابعاد غیر حرفه‌ای و شخصی زندگی آنها از جمله سلامت جسمانی و ذهنی، و روابط بین‌فردی و زناشویی تأثیر بگذارد (۲). بر همین اساس پرداختن

به وضعیت زندگی زناشویی، روابط بین فردی و اجتماعی پرستاران دارای اهمیت فراوانی است. بُعد لازم توجه از زندگی پرستاران که می‌تواند تحت تاثیر این عوامل فشارزای شغلی قرار گیرد مهارت‌های اجتماعی آنان است. ابراز نکردن خود و نداشتن مهارت ارتباطی و اجتماعی سالم، انسان را گرفتار بیماری‌های جسمی و روانی و روابط اجتماعی ناسالم می‌کند (۳). پرستاران در محیط بیمارستانی مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند و این مشکلات سبب واکنش‌های عاطفی و افزایش تنش روانی می‌شود که منجر به کاهش روابط بین فردی می‌گردد (۴). نتایج مطالعات داخلی و خارجی نیز نشان داده که به‌طور کلی ارتباط پرستاران با بیماران کم بوده و از مهارت اجتماعی پایینی در ارتباط با بیماران برخوردارند (۵). استرس یکی از جنبه‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی است که به شکل‌های مختلفی زندگی زناشویی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. افراد متأهل بویژه آن‌هایی که در رشته‌های مرتبط با سلامتی شاغل هستند با عوامل استرس‌زای زیادی روبرو هستند (۶). در واقع، شرایط شغلی پر تنش، مدت زمانی که شرکای جنسی با هم صرف می‌کنند و یا مدت زمانی که از لحاظ احساسی باید در کنار هم باشند را کاهش می‌دهد و اینگونه می‌تواند بر تمایل جنسی، رضایت زناشویی و فعالیت مشترک تاثیر منفی بگذارد و فراوانی تجارب مشترک، مقدار و شدت احساسات مشترک و احساس «ما بودن» را بطور معنی‌داری کاهش دهد (۷). همچنین، استرس بیرون از خانه می‌تواند باعث تنش در زندگی زناشویی شود و روابط نزدیک و برخوردار صمیمانه زوجین با هم را تحت تاثیر قرار دهد و در نتیجه تنش زناشویی را افزایش دهد. در واقع استرس زناشویی یک پدیده میان فردی است که هر دو زوج را به روش‌های مختلف تحت تاثیر قرار می‌دهد (۸). نتایج تحقیقات متعدد نشان داده که استرس کاری می‌تواند زندگی زناشویی و روابط بین فردی پرستاران را تحت تاثیر قرار دهد (۹) و استرس شغل

پرستاری نیز از این امر مستثنی نیست. پیمان‌پاک و همکاران تاثیر منفی استرس کاری بر رضایت زناشویی پرستاران ایرانی را گزارش کردند (۲). انسان، سازمان را خلق می‌کند تا به وی خدمت کند، اما پس از مدتی، چنان شیفته و غرق در آن می‌شود که گویی خادم سازمان است (۱۰). در این حالت کار آنقدر برای فرد با اهمیت می‌شود که با تمام هویت فرد گره خورده و فرد بدون آن نمی‌تواند زندگی کند، به عبارتی به کار اعتیاد پیدا می‌کند (۱۱). در ادبیات متعارف در زمینه اعتیاد به کار، شغل پرستاری از مشاغل مستعد این پدیده می‌باشد و زمانی ایجاد می‌شود که افراد علاوه بر پاداش‌های بیرونی، به دلیل انگیزه‌های درونی با شغل‌شان عجین می‌شوند (۱۳، ۱۲). اعتیاد به کار با تمایل به کارکردن شدید (بعد رفتاری) و داشتن وسواس کاری (بعد شناختی) که خود را به شکل اجبار نشان می‌دهد تعریف می‌شود و شامل دو مولفه کلیدی اشتیاق درونی نسبت به کار و صرف زمان زیاد بر روی کار حتی بیشتر از کارهای مهم در زندگی است (۱۷-۱۴). کار، برای معتادان به کار بالاترین اهمیت را در فهرست امور زندگی دارد و به خاطر الزامات کار و اجبار یا نیاز غیرقابل کنترل به کار بی‌وقفه، نمی‌توانند زمان کافی به خانواده و دوستان اختصاص دهند؛ لذا روابط بین فردی و روحیه اجتماعی بودن در آنها تضعیف می‌شود (۱۸، ۱۴). این افراد چون فرصت کمی برای استراحت دارند، به مرور زمان از لحاظ شناختی و هیجانی فرسوده و همانطور که گفته شد چون دائماً در فکر کار هستند (حتی زمانی که در محیط کار نیستند) دچار برانگیختگی سمپاتیک و آشفته‌گی می‌شوند و اضطراب و استرس را در حوزه‌های مختلف زندگی شغلی و زناشویی تجربه می‌کنند. از بین رفتن قوای جسمی و روانی باعث ایجاد خلق منفی و خستگی می‌گردد و در صورتی که کاهش نیابد باعث فرسودگی فرد می‌شود (۱۹). پیامدهای دیگر این آسیب شغلی، عدم رسیدگی به برنامه‌های جنبی،

از بین رفتن تعادل کار - خانواده و خارج شدن کنترل فردی، رضایت پایین زندگی و شغلی، تعارضات بین فردی، دوگانگی، بیماری‌های روانی و عدم همکاری در کارهای گروه به دلیل محدود شدن مهارت‌های اجتماعی است (۲۱، ۲۰، ۱۳). کمال‌گرایی از جمله ویژگی‌های افرادی است که با اعتیاد به کار مواجه هستند. در واقع افراد دارای اعتیاد به کار کمال‌گرا هستند (۲۰). کمال‌گرایی نوعی سبک شخصیتی است که در آن افراد برای انجام اعمال بدون نقص تلاش زیادی کرده و معیارهای بالایی برای ارزیابی رفتار در نظر می‌گیرند (۲۲). این مفهوم به عنوان سازه سه بعدی شخصیت در نظر گرفته شده که از کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار تشکیل شده است (۲۳). از آنجایی که افراد کمال‌گرا همواره به دنبال رسیدن به معیارها و استانداردهای شخصی هستند، کمتر گستره‌ای پهن‌تر از هیجان‌ات سالم را تجربه می‌کنند و در عوض، هیجان‌ات این دسته از افراد تنها بین دو طیف هیجانی احساس تسکین و وحشت تغییر می‌کند و همین عامل باعث می‌شود تا کمتر احساس رضایت از زندگی را تجربه کرده و به تبع آن، کمتر از روابط خود لذت ببرند (۲۴). ناتوانی در پذیرش بی‌قید و شرط خود که در کمال‌گرایان شایع است، گه‌گاه گسترش یافته و به ناتوانی در پذیرش سایرین منجر می‌شود (۲۵). ضعف در پذیرش دیگران می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلاتی در مهارت‌های اجتماعی این افراد باشد. یادگیری مهارت‌های اجتماعی زمینه‌ساز و باعث جریان رشد کفایت‌ها و قابلیت‌های اجتماعی و هیجانی فرد است که افراد را برای شناسایی و مدیریت هیجان‌ات، ایجاد روابط سالم، انتخاب هدف‌های مثبت، نیازهای اجتماع و گرفتن تصمیم مسئولانه و اخلاقی توانا می‌سازد (۲۶). اما افراد معتاد به کار، ویژگی‌های کمال‌گرایانه از خود نشان داده و متعاقباً با توجه به ضعف‌شان در مهارت‌های اجتماعی، در مدیریت هیجان‌ات خود با مشکلاتی مواجه می‌شوند که یکی از

پيامدهای قابل مشاهده آن استرس است که به شکل-های گوناگون ابعاد مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷۲). پرستاری شغلی است که به واسطه تجربه مسایل فراوان در محیط بیمارستانی، سبب واکنش‌های عاطفی و افزایش تنش روانی می‌شود و این مشکلات به درون خانواده و سایر روابط اجتماعی آنان کشیده می‌شود و منجر به بروز تعارضات بین فردی می‌گردد که نقش متغیرهای تأثیرگذاری همچون اعتیاد به کار و کمال‌گرایی قابل بررسی است. بنابراین، با توجه اهمیت موارد مطرح شده، پژوهش حاضر در پی بررسی تأثیر اعتیاد به کار و کمال‌گرایی بر استرس زناشویی و مهارت‌های اجتماعی پرستاران می‌باشد.

روش کار

روش مورد استفاده در پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه مورد مطالعه شامل تمام پرستاران بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مطب‌های شهر اراک بودند که بصورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. نمونه آماری از نظر جنس و سن محدودیتی نداشته و پرستاران از هر دو جنس و با سنین مختلف مورد آزمون قرار گرفتند. با توجه به این که در پژوهش‌های همبستگی، حجم نمونه ۵۰ نفر توصیه می‌شود (۲۸) و داشتن ۴ متغیر در پژوهش حاضر، برای اطمینان از کفایت تعداد آزمودنی‌های نمونه جهت تعمیم‌پذیری نتایج، حجم نمونه‌ای که در این مطالعه انتخاب گردید ۲۰۰ پرستار بود و به خاطر مخدوش بودن احتمالی برخی از پرسشنامه‌های برگشتی از سوی آزمودنی‌ها، تعداد ۲۰ نفر به آزمودنی‌ها افزوده شد و نهایتاً نمونه پژوهش حاضر ۲۲۰ آزمودنی را شامل شد. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی پزشکان شهر اراک با بیان اهداف و اهمیت پژوهش حاضر برای بهبود شرایط و کیفیت زندگی شخصی و شغلی پرستاران در جهت جلب نظر

مسئولین بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها و خود پرستاران برای همکاری با پژوهشگر اقدام شد. سپس در موعدهایی که مسئولین بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها و پرستاران مشخص کردند به مکان‌های تعیین شده مراجعه شد و با اطمینان دادن به پرستاران در مورد محرمانه ماندن اطلاعات از آنان درخواست شد که در اجرای این پژوهش شرکت کنند و پرسشنامه‌های مورد سنجش را پاسخ گویند. نهایتاً برای تحلیل فرضیه‌ها نیز از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده گردید.

در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از چهار ابزار استفاده شد. پرسشنامه اول، پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی متسون^۱ بود. این ابزار توسط متسون و همکاران ساخته شد که دارای ۵۶ سوال بوده و هدف آن سنجش ابعاد مختلف مهارت‌های اجتماعی شامل مهارت‌های اجتماعی مناسب، رفتارهای غیراجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی، برتری طلبی، اطمینان زیاد به خود داشتن و رابطه با همسالان است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالف=۱؛ مخالف=۲؛ نظری ندارم=۳؛ موافق=۴؛ کاملاً موافق=۵) می‌باشد. دامنه نمرات این ابزار بین ۵۶ تا ۲۸۰ است. تحقیقات نشان داده که مقیاس مهارت‌های اجتماعی متسون از ثبات روان‌سنجی، پایایی بالای بازآزمایی و روایی افتراقی قابل قبولی برخوردار است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه یوسفی و خیر با آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ به دست آمد (۲۹). دومین ابزار پژوهش، پرسشنامه اعتیاد به کار^۲ بود. این پرسشنامه که عنوان دقیق آن «خطر ابتلا به اعتیاد به کار» است یک پرسشنامه ۲۵ سوالی می‌باشد که در سال ۱۹۹۹ توسط رابینسون^۳ ساخته شد. در این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می‌شود تا برطبق شرایط کاری خود یکی از

گزینه‌هایی که بهترین توصیف از آن شرایط دارد را انتخاب کند. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای از کاملاً نادرست تا کاملاً درست نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمرات فرد بین ۲۵ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمره بالاتر به معنی داشتن اعتیاد به کار بیشتر است. همچنین این پرسشنامه دارای ۵ زیرمقیاس است که عبارتند از: تمایل و سواسی به کار کردن، کنترل، تخریب روابط و جذب شدن فرد در خود، ضعف در به عهده گرفتن نقش‌های مختلف و خود ارزشی.^۴ در پژوهش عسکری و نوری در مورد آزمون خطر اعتیاد به کار روایی بالایی به دست آمد و آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۲ بوده و اعتبار محتوای پرسشنامه نیز در سطح $p < ۰/۰۱$ معنادار بود (۳۰). ابزار دیگر پژوهش پرسشنامه استرس زناشویی استکهلم^۵ است. این مقیاس یک مصاحبه ساختارمند برای اندازه‌گیری استرس زناشویی است که توسط اورت گومر^۶ و همکاران برای پژوهش درباره زنان مبتلا به بیماری قلبی ساخته شد (۳۱). در عین حال می‌توان از آن برای پژوهش درباره مردان و سایر اختلالات سلامت نیز استفاده کرد. مقیاس اصلی دارای ۱۷ سؤال است که به صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره این مقیاس صفر و حداکثر نمره آن ۶۸ است هرچقدر نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد استرس موجود در روابط او و همسرش بیشتر است. اورت گومر و همکاران، آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۷۷ گزارش کردند (۳۱). بشارت و همکاران در سال ۱۳۸۵ همسانی درونی ترجمه این آزمون را بر حسب ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ گزارش کردند (۳۲). پس از ترجمه، اصلاح و تغییرات لازم این مقیاس، در نهایت فرم ۱۶ سوالی آن تهیه شد. پنج گزینه بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم و بسیار کم، به ترتیب برابر با ۵، ۴، ۳، ۲،

^۴ Self-worth

^۵ Stockholm Marital Stress Scale (STMSS)

^۶ Orth.Gomer

^۱ Matson social skills

^۲ Work Addiction Risk Test

^۳ Robinson

۱ و نمره هر آزمودنی را از ۲۴ (حداقل) تا ۱۲۰ (حداکثر) مشخص می‌کند (دو مورد از سوال‌های این مقیاس پنج قسمتی است و در کل جمع سوال‌ها به ۲۴ می‌رسد) و نهایتاً از مقیاس چندبعدی کمال‌گرایی^۱ استفاده گردید که پرسشنامه‌ای است که توسط هوویت و فلت^۲ در سال ۱۹۹۱ ساخته شده و در ایران توسط بشارت و همکاران روی نمونه ایرانی هنجاریابی و اعتباریابی شده است (۳۲). این مقیاس یک آزمون ۳۰ سوالی است که دارای سه بعد کمال‌گرایی خویش‌نمدار (سوالات ۱ تا ۱۰)، کمال‌گرایی دیگرمدار (سوالات ۱۰ تا ۲۰) و کمال‌گرایی جامعه‌مدار (سوالات ۲۰ تا ۳۰) است. این پرسشنامه دارای مقیاس لیکرت از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) می‌باشد. در اعتباریابی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس روی یک نمونه ۱۸۰ نفری از دانشجویان دانشکده‌های مختلف دانشگاه تهران، آلفای کرونباخ به دست آمده برای کمال‌گرایی خویش‌نمدار ۰/۹۰، برای کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۸۳، و برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۷۸ بوده، که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است (۲۳). ضرایب همبستگی بین ۴۰ نفر از دانشجویان در دو نوبت با فاصله ۴ هفته‌ای برای کمال‌گرایی خویش‌نمدار ۰/۸۴، و برای کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۸۲، و برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۰ بود که نشانه پایایی بازآزمون بالای مقیاس است. در پژوهش بشارت ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای پرسشنامه ابعاد کمال‌گرایی برابر ۰/۸۹ بود (۲۳).

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین و انحراف معیار برای متغیر مهارت‌های اجتماعی ۱۰۷/۷۲ (۱۸/۵۷)، استرس زناشویی ۱۵/۹۵ (۳/۶۶)، کمال‌گرایی ۳۶/۷۷

زناشویی رابطه معناداری دیده نشد (جدول ۳). براساس نتایج حاصل شده از آزمون رگرسیون گام به گام، در گام اول متغیر کمال‌گرایی کلی وارد معادله شد و این مدل حدود ۷ درصد از واریانس مهارت‌های اجتماعی را تبیین می‌کند. در گام دوم با افزوده شدن مولفه خودارزشی اعتیاد به کار، همچنان که در ستون « R^2 تغییر یافته» دیده می‌شود، این متغیر ۳/۴ درصد به واریانس تبیین شده مدل قبلی افزود. سپس در دو مرحله بعدی هر یک از دو مولفه کمال‌گرایی جامعه‌مدار و کنترل به ترتیب ۲/۲ درصد و ۱/۷ درصد به قدرت تبیین این مدل

¹ Multidimensional Perfectionism Scale

² Hewitt & Felt

دوم و نهایی با افزوده شدن مولفه کمال‌گرایی جامعه‌مدار، همچنان که در ستون « R^2 تغییر یافته» دیده می‌شود، این متغیر ۴/۶ درصد به واریانس تبیین شده مدل قبلی افزود. این مدل (کمال‌گرایی کلی، کمال‌گرایی جامعه‌مدار) در مجموع حدود ۹/۶ درصد از واریانس استرس زناشویی را تبیین کرد (جدول ۵).

افزودند و این مدل (کمال‌گرایی کلی، خودارزشی، کمال‌گرایی جامعه‌مدار، کنترل) در مجموع حدود ۱۳/۱ درصد از واریانس مهارت‌های اجتماعی را تبیین کرد (جدول ۴). براساس نتایج حاصل شده از آزمون رگرسیون گام به گام، در گام اول متغیر کمال‌گرایی کلی وارد معادله شد و این مدل حدود ۵/۴ درصد از واریانس استرس زناشویی را تبیین می‌کند و در گام

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مهارت‌های اجتماعی، استرس زناشویی، کمال‌گرایی و اعتیاد به کار

متغیر	میانگین	انحراف معیار
مهارت اجتماعی	۱۰۷/۷۲	۱۸/۵۷
استرس زناشویی	۱۵/۹۵	۳/۶۶
کمال‌گرایی	خوب‌ترین مدار	۱۳/۴۰
	دیگرمدار	۹/۰۸
	جامعه‌مدار	۱۵/۰۱
	کمال‌گرایی کل	۳۶/۷۷
اعتیاد به کار	تمایل و سواسی به کار	۱۰/۵۴
	کنترل	۷/۹۲
	تخریب روابط و جذب در خود	۷/۵۷
	ضعف در به عهده گرفتن نقش‌های خود	۱۴/۴۰
	خودارزشی	۸/۰۴
	اعتیاد به کار کل	۲۸/۲۲

جدول ۲. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین کمال‌گرایی با مهارت‌های اجتماعی و استرس زناشویی

متغیر	مهارت‌های اجتماعی		استرس زناشویی	
	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری
کمال‌گرایی خوب‌ترین مدار	-.۲۰۳ **	۰/۰۰۳	۰/۱۶۰ *	۰/۰۱۷
کمال‌گرایی دیگرمدار	-.۱۵۴ **	۰/۰۰۰	۰/۱۱۳	۰/۰۹۴
کمال‌گرایی جامعه‌مدار	-.۰۳۰	۰/۶۶	۰/۰۲۰	۰/۷۶۵
کمال‌گرایی کل	-.۲۳۴ **	۰/۰۰۰	۰/۲۰۸ **	۰/۰۰۲

** (P < ۰/۰۱) * (P < ۰/۰۵)

جدول ۳. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین اعتیاد به کار با مهارت‌های اجتماعی و استرس زناشویی

متغیر	مهارت‌های اجتماعی		استرس زناشویی	
	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری
تمایل و سواسی به کار	-.۲۱۴ **	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷ *	۰/۰۱۳
کنترل	-.۱۸۵ **	۰/۰۰۶	۰/۱۵۹ *	۰/۰۱۸
تخریب روابط و جذب در خود	-.۰۷۷	۰/۲۵۵	۰/۰۱۳	۰/۸۵۱
ضعف در به عهده گرفتن نقش‌های خود	-.۱۱۳	۰/۱۰۵	۰/۱۱۲	۰/۱۱۰
خودارزشی	-.۲۱۳ **	۰/۰۰۲	۰/۱۴۷ *	۰/۰۳۱
اعتیاد به کار کل	-.۱۹۱ **	۰/۰۰۵	۰/۱۴۸ *	۰/۰۳۲

** (P < ۰/۰۱) * (P < ۰/۰۵)

جدول ۴. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه (با روش گام به گام) برای تبیین مهارت‌های اجتماعی پرستاران

مدل	متغیر مستقل	R	R ^۲	R ^۲ تعدیل یافته	R ^۲ تغییر یافته	F	معناداری
۱	کمال‌گرایی کل	۰/۲۷۳	۰/۰۷۵	۰/۰۷۰	۰/۰۷۵	۱۶/۴۰	۰/۰۰۰
۲	خودارزشی	۰/۳۳۰	۰/۱۰۹	۰/۱۰۰	۰/۰۳۴	۱۲/۳۸	۰/۰۰۰
۳	کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۰/۳۶۲	۰/۱۳۱	۰/۱۱۸	۰/۰۲۲	۱۰/۱۲	۰/۰۰۰
۴	کنترل	۰/۳۸۵	۰/۱۴۸	۰/۱۳۱	۰/۰۱۷	۸/۶۸	۰/۰۰۰
	ضریب ثابت	B	Std.E	ضرایب استاندارد		t	معناداری
		۱۳۳/۷۲	۶/۵۷۳	بتا		۲۰/۳۴	۰/۰۰۰
	کمال‌گرایی کل	-۱/۰۲۹	۰/۲۳۲	-۰/۴۲۳		-۴/۴۴	۰/۰۰۰
	خودارزشی	-۳/۳۵۸	۱/۳۱۶	-۰/۷۱۶		-۲/۵۵	۰/۰۱۱
مدل ۴	کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۱/۱۷۱	۰/۵۲۲	۰/۲۱۲		۲/۲۴	۰/۰۲۶
	کنترل	۲/۶۶۴	۱/۳۴۴	۰/۵۵۸		۱/۹۸	۰/۰۴۹

جدول ۵. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه (با روش گام به گام) برای تبیین استرس زناشویی پرستاران

مدل	متغیر مستقل	R	R ^۲	R ^۲ تعدیل یافته	R ^۲ تغییر یافته	F	معناداری
۱	کمال‌گرایی کل	۰/۲۴۲	۰/۰۵۹	۰/۰۵۴	۰/۰۵۹	۱۲/۶۴	۰/۰۰۰
۲	کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۰/۳۲۴	۰/۱۰۵	۰/۰۹۶	۰/۰۴۶	۱۱/۸۲	۰/۰۰۰
	ضریب ثابت	B	Std.E	ضرایب استاندارد		t	معناداری
		۱۲/۸۵	۱۲/۵۸	بتا		۱۰/۲۱	۰/۰۰۰
	کمال‌گرایی کل	-۰/۲۲۳	۰/۰۴۶	-۰/۴۶۵		۴/۸۴	۰/۰۰۰
مدل ۲	کمال‌گرایی جامعه‌مدار	-۰/۳۳۸	۰/۱۰۵	-۰/۳۱۰		-۳/۲۲	۰/۰۰۱

بحث

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، اعتیاد به کار و کمال‌گرایی توان پیش‌بینی استرس زناشویی و مهارت‌های اجتماعی پرستاران را دارند. بر اساس نتایج به دست آمده، بین کمال‌گرایی با مهارت‌های اجتماعی پرستاران رابطه منفی وجود داشت. در واقع، بر اساس نتایج، بین کمال‌گرایی خویش‌مدار، دیگرمدار و کمال‌گرایی کلی با مهارت‌های اجتماعی پرستاران رابطه منفی معناداری مشاهده شد. این یافته با پژوهش‌های ادیب حاج باقری و احتشام‌زاده همسو می‌باشد (۳۴ و ۳۳). در تبیین یافته حاضر می‌توان اشاره کرد که وقتی فرد ایده‌آل‌های دست نیافتنی و کمال‌گرایانه را برای ابعاد زندگی خود در نظر می‌گیرد باعث می‌شود تا او با تفکری صفر و صد

به زندگی بنگرد و در خاکستری دیدن امور و اینکه زندگی تلفیقی از ضعف و قوت و خوشایندی و ناخوشایندی است ناتوان باشد و بر همین اساس سعی می‌کند تا حوزه‌های مختلف زندگی او و از جمله امور و مهارت‌های اجتماعی‌اش به گونه‌ای بی‌نقص و کاملاً درست باشد (۲۳). اما چنین چیزی نشدنی و یا بسیار سخت است زیرا انسان همیشه در یک حالت کاملاً متعادل و سازگارانه نیست بلکه به دلایل مختلف زیستی، روانی، اجتماعی، شغلی، مالی و... دستخوش تجربه‌های شخصی و درونی مختلف خوشایند و ناخوشایند می‌شود و این امر بر چگونگی تجربه‌ای که فرد در لحظه دارد اثر می‌گذارد. این تجربیات در لحظه بر حالات فکری، هیجانی و رفتاری و نهایتاً بر چگونگی مهارت‌های اجتماعی و میزان تحمل ملایمات

و ناملايمات بين فردی و اجتماعی که شخص در آن لحظه تجربه می‌کند اثرات مثبت و منفی می‌گذارد و این امر در کادر درمانی بیمارستانی بویژه در مورد پرستاران که به علت روبرو بودن با بیماری و مرگ انسان‌ها، در زندگی‌شان تجربیات در لحظه ناخوشایند زیادی را تجربه می‌کنند بیشتر صدق می‌کند (۳۳،۲۳). بنابراین، درگیر شدن در کمال‌گرایی خویشتن‌مدار و انتظار از خود برای برآورده کردن ایده‌آل‌های سطح بالا در مهارت‌ها و روابط اجتماعی می‌تواند به فرد فشار روانی زیادی وارد کند (۳۵)، زیرا روابط و مهارت‌های اجتماعی شخص بویژه در مشاغل پرستاری مانند پرستاری فقط تحت کنترل خود فرد نیست بلکه دیگران و شرایط اجتماعی و فرهنگی و موقعیت کنونی نیز دخیل هستند. از سوی دیگر، وقتی پرستاری دارای نمره بالایی در کمال‌گرایی دیگرمدار باشد به دلیل متمرکز شدن تفکر کمال‌گرایانه بر انجام وظایف بدون نقص و رفتارهای ایده‌آلی که از دیگران توقع دارد احتمالاً در روابط اجتماعی این انتظار را از همکاران دارد که آنان در ارتباط با او به شکلی عمل و رفتار کنند که مطابق با خواسته‌ها و ایده‌آل‌های ارتباطی او باشد. اما هر زمانی که دیگران نتوانند توقعات ارتباطی او را برآورده کنند دچار نارضایتی از روابط اجتماعی و ارتباطات می‌شود و افزایش افراطی در میزان کمال‌گرایی دیگرمدار با کاهش مهارت‌مندی اجتماعی همراه خواهد بود. بین کمال‌گرایی با استرس زناشویی پرستاران رابطه معناداری یافت شد. در واقع، بین کمال‌گرایی خویشتن‌مدار و کمال‌گرایی کلی با استرس زناشویی رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد. این یافته با پژوهش‌های پیشین (۳۶،۳۲) همسو می‌باشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان اشاره کرد که کمال‌گرایی کلی با افزایش انتظارات فرد از خود و همسرش و زندگی‌اش همراه خواهد بود و فرد ایده‌آلهایی زناشویی و زوجینی را با خود به زندگی می‌آورد که خود، همسر و زندگی

زناشویی‌شان توانایی برآورده کردنش را ندارند و نتیجه عدم برآورده شدن این ایده‌آل‌های کمال‌گرایانه منفی زناشویی احتمالاً چیزی جز وجود آمدن سرخوردگی زناشویی پرستار نیست (۳۷). سرخورده شدن و احساس ناکارآمدی زناشویی نیز می‌تواند با استرس و تنش‌های زناشویی همراه باشد. از سویی دیگر، انتظارات ناشی از کمال‌گرایی خویشتن‌مدار زناشویی باعث می‌شود تا فرد در امور مختلف زناشویی از خود ناراضی باشد و احساس کند که در نحوه روابط بین‌فردی، تامین هزینه‌های مالی و اقتصادی خانواده، روابط جنسی و... عملکرد خوبی نداشته و دچار ضعف و نقص است به همین دلیل دچار احساس ناشایستی می‌شود و توانایی و عملکرد خود را کم برآورد می‌کند و به همین دلیل ممکن است این کمال‌گرایی زناشویی افراطی منجر به سرزنش خود شود یا اینکه پرستار علی‌رغم کارکرد مناسب زناشویی باز هم به دلیل مشغله‌های کاری (۲) احساس کند که آنچنان که ایده‌آل اوست عملکرد خوب و فوق‌العاده‌ای نداشته و خود را ملامت کند زیرا کمال‌گرایان منفی کمتر هیجانات سالم را تجربه می‌کنند (۲۴). اقدام پرستار به سرزنش خود که یکی از مکانیسم‌های ناسازگارانه نظم‌جویی هیجانی است می‌تواند با هیجانات و احساسات ناخوشایندی همراه باشد و رضایت‌مندی زناشویی شخص پرستار را کاهش دهد و استرس‌های زناشویی و فشار روانی بسیاری را بر پرستار تحمیل کند که این نیز بالطبع بر عملکرد کاری و مجدداً بر کارکرد زناشویی اثرات منفی بگذارد و بصورت یک چرخه منفی احساس عملکرد ناکافی- استرس زناشویی- اختلال در کارکرد نمایان شود و تداوم یابد. همچنین بین اعتیاد به کار با مهارت‌های اجتماعی پرستاران رابطه معناداری یافت شد. به عبارتی دیگر، بر اساس نتایج بین مولفه‌های تمایل وسواسی به کار، کنترل، خودارزشی و متغیر اعتیاد به کار کلی با مهارت‌های اجتماعی رابطه منفی معناداری مشاهده شد. این یافته با پژوهش‌های

پیشین (۳۸،۳۶،۱۲) همسو می‌باشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان اشاره کرد که وقتی فرد درگیر افکار و رفتارهای شغلی و کاری اعتیادگونه می‌شود زندگی-اش دچار عدم تعادل می‌شود و ممکن است به سایر ابعاد زندگی خود نتواند رسیدگی کافی کند و حتی در روابط اجتماعی و بین‌فردی نیز تداخل ایجاد شود زیرا به جای اینکه فرد بخشی از زمان و توان خود را صرف شکل دادن و تقویت تعاملات و مهارت‌های اجتماعی خود کند بخش بسیار زیادی از وقت و توان خود را صرف کار و امور شغلی می‌کند و از تعاملات و درونی کردن مهارت‌های سازگاران اجتماعی غافل می‌ماند و حتی از برخی انتظارات اجتماعی و بین-فردی که افراد کناری پرستار مانند همکاران و... دارند غافل شود و تمرکز او بیشتر متوجه انجام کارها باشد (۳۵). زیرا در اعتیاد به کار یک میل درونی قوی به سخت کار کردن وجود دارد که نمی‌توان در برابر آن مقاومت نمود؛ بنابراین، چنین روند غیرقابل کنترلی که میل به تمرکز شدید بر کار کردن است باعث تداخل در سایر امور می‌شود با کاهش مهارت اجتماعی پرستاران همراه خواهد بود و پرستاران احتمالاً از نظر مهارت‌های اجتماعی افت خواهند کرد. زیرا در اعتیاد به کار، نیاز به کار کردن برای یک فرد معتاد به کار بسیار شدید بوده و این امر به سلامتی آنان آسیب رسانده، شادابی آنان را کاهش می‌دهد و باعث اختلال در روابط میان‌فردی و نقش‌های اجتماعی آنان می‌گردد (۱۳). نهایتاً طبق نتایج بین اعتیاد به کار با استرس زناشویی پرستاران رابطه معناداری وجود داشت. در واقع، بین مولفه‌های تمایل و سواسی به کار، کنترل، خودارزشی و متغیر اعتیاد به کار کلی با استرس زناشویی رابطه مثبت معناداری مشاهده شد. این یافته با پژوهش‌های پیشین (۳۲، ۳۶، ۸، ۲) همسو می‌باشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان اشاره کرد که چون در اعتیاد به کار در فرد احساس نیاز به کار کردن بسیار شدید است این امر خطرهایی را برای سلامتی، شادابی شخصی،

روابط بین‌شخصی و وظائف اجتماعی آنان در پی دارد (۲۲) که می‌تواند شامل روابط بین‌فردی زناشویی نیز بشود و تعاملات زناشویی را نیز دستخوش ناخوشایندی و اختلافات زناشویی کند و وقتی که پرستار بیش از حد درگیر کار کردن می‌شود زمینه‌ای برای رخ دادن اعتراضات همسر و تنش‌های میان زن و شوهر می‌شود که این امر به تعارضات زناشویی، فشارها و استرس‌های زناشویی منجر می‌شود. در واقع، وقتی همسر شخص پرستار می‌بیند که افکار، احساسات و زمان بسیار زیادی از زندگی روزانه زن/شوهرش صرف کار و درگیری با کار می‌شود از وضعیت موجود ناراضی می‌شود و با همسر خود دچار یک رابطه تنش‌زا و استرس‌آور می‌شود (۸) زیرا شخص در اعتیاد به کار ساعت‌های طولانی و زمان شخصی خود را به کار اختصاص می‌دهد و بدین‌صورت از زمان مسائل شخصی، خانوادگی و زناشویی غافل خواهند ماند. البته یکی از منابع اعتیاد به کار ویژگی‌های گرایش (نظیر عزت نفس، ارزش‌های موفقیت‌طلبی، شخصیت نوع A، شخصیت و سواسی- افراطی است که وجود چنین گرایش‌هایی نیز می‌توانند در زندگی زناشویی تنش‌زا و استرس‌آور باشند (۱۳)). بنابراین، افزایش گرایش یافتن پرستاران به اعتیاد به کار با افزایش تنش و استرس‌های زناشویی همراه خواهد بود (۸، ۲). محدود بودن به پرستاران شهر اراک و استفاده صرف از پرسشنامه از مهمترین محدودیت‌های این پژوهش بشمار می‌آید.

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که افزایش کمال‌گرایی افراطی و منفی و اعتیاد به کار پرستاران با کاهش مهارت‌های اجتماعی و افزایش استرس زناشویی آنان همراه است. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پیشایندها و پیامدهای اعتیاد به کار و کمال‌گرایی را با توجه به اثر متغیرهای میانجی و

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همکاری صمیمانه کلیه پرستاران شرکت کننده در مطالعه، تقدیر و تشکر می‌نمایند.

تعدیل‌کننده مانند کیفیت زندگی کاری، فضای مشارکت و همکاری، همدلی، اخلاق کاری، میزان اعتماد بین کارکنان و... مورد مطالعه قرار دهند. همچنین این تحقیق را می‌توان در میان مشاغل مختلف با درجه سختی متفاوت تکرار نمود و نتایج آن را با هم مقایسه نمود.

References

- 1- Moradi T, Maghaminejad F, Azizi-Fini I. Quality of working life of nurses and its related factors. *Nursing and Midwifery Studies* 2014; 3(2),1-10.
- 2- Peimanpak F, Mansour L, Sadeghi M, Purebraham T. The relationship of job stress with marital satisfaction and mental health in nurses of Tehran hospitals. *Quarterly Journal of Career and Organizational Counseling* 2012; 4(13): 27-54. [Persian]
- 3- Shojaie E, Bayati A. The effect of life skills training on self-esteem in students of Shahrekord University of Medical Sciences. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2014; 15 (6):101-107.
- 4- Adib-Hajbaghery M, Khamechian M, Alavi N M. Nurses' perception of occupational stress and its influencing factors: A qualitative study. *J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(5): 352-9.
- 5- Anoosheh M, Zarkhas S, Faghihzaeh S, Vasimoradi M. Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *International nursing review* 2009; 56(2): 243-9. [in Persian]
- 6- Rostami A. Marital satisfaction in relation to social support, coping, and quality of life in medical staff in Tehran, Iran, 2013.(Doctoral dissertation, Umeå university).
- 7- Bodenmann G, Cina A. Stress und coping als Prädiktoren für Scheidung: Eine prospektive Fünf-Jahre-Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Familienforschung.* 2000;12(2):5-20.
- 8- Story LB, Bradbury TN. Understanding marriage and stress: Essential questions and challenges. *Clinical psychology review.* 2004;31;23(8):1139-62.
- 9- Hamaideh SH. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. *Issues in mental health nursing* 2011; 33(1):15-23.
- 10- Arab F, Rezaei- Rad M, Esmaeil- Nia K. Evaluation of the relationship between workaholism, organizational silence. *Journal of Health Research in Community* 2015; 1 (4): 21-27. [Persian]
- 11- Innanen H, Tolvanen A, Salmela-Aro K. Burnout, work engagement and workaholism among highly educated employees: Profiles, antecedents and outcomes. *Burnout Research* 2014; 1(1):38-49.
- 12- Zaree-Matin H, Jamshidi-Kohsari H. The Survey of Iranian nurses' workaholism based on gender difference. *Organizational Culture Management* 2010; 8(21):133-57. [Persian]
- 13- Burke RJ. *Research companion to working time and work addiction*: Edward Elgar Publishing; 2006.
- 14- Khaef- Eaa, Nargesian A, Babashahi J. Investigating the relationship between workaholism and organizational citizenship behavior (Case of: nurses in Tehran City). *Transformation Management Journal* 2010; 3 (7): 21-36. [Persian]
- 15- Taris TW, Geurts SA, Schaufeli WB, Blonk RW, Lagerveld SE. All day and all of the night: The relative contribution of two dimensions of workaholism to well-being in self-employed workers. *Work & Stress* 2008; 22(2):153-65.
- 16- Snir R, Zohar D. Workaholism as discretionary time investment at work: an experience-sampling study. *Applied Psychology* 2008; 57(1):109-27.
- 17- Ahmadi p, Tahmasebi r, Babashahi j, Fattahi m. The Role of personality factors in workholism formation Case of: Academic staff of University of Tehran. *Transformation Management Journal* 2010; 2 (3): 46-67. [Persian]
- 18- Gholipour A, Nargesian A, Tahmasebi R. Workaholism: a new challenge for human resource management of organizations. *Journal of Management Knowledge* 2008; 21 (81):91-110 [Persian].

- 19- Shimazu A, Schaufeli WB. Does distraction facilitate problem-focused coping with job stress? A 1-year longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine* 2007; 30(5):423-34.
- 20- Robinson BE. *Chained to the desk: A guidebook for workaholics, their partners and children, and the clinicians who treat them*: NYU Press; 2014.
- 21- Chaufeli WB, Bakker AB, Van der Heijden FM, Prins JT. Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work & Stress* 2009; 23(2):155-172.
- 22- Hajloo N, Sobhi Gharamaleki N, Rahbar Taramsari M, Haghghatgoo M. Relationship between perfectionism and job burnout in nurses. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2011; 20(77):23-30. [Persian]
- 23- Besharat MA. An investigation of the relationship between perfectionism and self-esteem in pre-college students. *Developmental Psychology*. 2004; 1(1):21-30. [Persian]
- 24- Aghamohammadian-Sharbat HR, Zarezade-Kheibari S, Horouf-Ghanad M, Hokm-Abadi ME. The Relationship between perfectionism and sexual function in infertile women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2014; 17(97): 9-17. [Persian]
- 25- Shafiabadi A, Niknam M. The relationship between perfectionism and job burnout in nurses: the mediating role of unconditional self-acceptance. *Psychological Studies* 2015; 11(1):115-40. [Persian]
- 26- Shekarey A. Effects of cooperative learning on the development of students' social skills. *Bimonthly Journal of Education Strategies in Medical Sciences* 2012; 5(1):31-7. [Persian]
- 27- Schaufeli WB, Taris TW, Van Rhenen W. Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology*. 2008; 1;57(2):173-203.
- 28- Delaware A. *Research Methods in Psychology and Education*. Tehran, University of Payam-e-Noor publisher, 2012. [Persian]
- 29- Yousefi F, Khaeir M. Evaluation of validity and reliability of Matson Social Skills Scale and compare the performance of high schooler boys and girls on this scale. *Journal of Social and Humanities Sciences of Shiraz University*. 2003; 18 (2):147-158. [Persian]
- 30- Askari A, Nouri A. Investigating the relationship between workaholic and dimensions of general health in the employees of an organization in Isfahan. *Iran Occupational Health Journal* 2011; 8(2):14-0. [Persian].
- 31- Orth-Gomer K, Wamala SP, Horsten M, Schenck-Gustafson K, Schneiderman N, Mittleman MA. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The Stockholm female coronary risk study. *JAMA* 2000; 284(23): 3008-14.
- 32- Besharat MA, Shamsipoor H, Barati N. Reliability and validity of Stockholm-Tehran Marital Stress Scale. *Journal of Cognitive Science*. 2006; 19:217-25. [Persian]
- 33- Adib-Hajbaghery M, Lotfi M, Hosseini F. The Relationship between occupational stress and marital satisfaction of nurses. *Journal of Health and Care* 2014; 16(1): 9-18. [Persian]
- 34- Ehtesham-Zadeh p, Makvandi B, Bagheri A. The relationship between forgiveness and perfectionism with marital satisfaction of spouses of veterans in Ahvaz. *Journal of New findings in psychology* 2010; 4 (12): 123-136. [Persian]
- 35- Blatt SJ. The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist* 1995; 50(12):1003.
- 36- Latifzadeh SH, Zarea K. Occupational stress and its related factors in nurses working in intensive care units of educational hospitals in Ahwaz, Iran. *Journal of Novel Applied Sciences* 2015; 4(4): 483-487. [Persian]
- 37- Gol HC, Rostami AM, Goudarzi M. Prediction of marital satisfaction based on perfectionism. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013; 10 (89):567-71. [Persian]
- 38- Rigney DB, Baernholdt M. Using problem solving for better health nursing in a clinical nurse leader program. *Journal of Professional Nursing* 2013; 29(1): 10-3.