مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۷، شماره ۵، مرداد ۱۳۹۹ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

بررسی مقایسه کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و تحریک پذیری در بین آتش نشان‌ها و افراد عادی

عادله السادات جلالی مقدم: کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

فرزانه قربانی: کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

جواد چنگی آشتیانی: کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) javad_changi@atu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: آتش نشانی از جمله مشاغلی است که در موقعیت‌ها و بحران‌ها فرد را در معرض آسیب جسمی و روانی قرار می‌دهد. این پژوهش با هدف بررسی مقایسه کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و تحریک پذیری در بین آتش نشان‌ها و افراد عادی انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی بود و جامعه آماری این تحقیق تعدادی از آتش نشانان درگیر در حادثه پلاسکو و افراد عادی بزرگسال شاغل در مشاغل مختلف در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. حجم نمونه ۱۱۶ نفر از آتش نشانان درگیر در حادثه پلاسکو و ۱۰۱ نفر از افراد عادی بودند. از روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل: پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-12)، مقیاس تحمل پریشانی (DTS) و پرسشنامه تحریک پذیری (RIQ) بود که به روش خود گزارش دهی توسط شرکت کنندگان در مطالعه تکمیل گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و در سطح آمار توصیفی از میانگین، و انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین کیفیت زندگی در بین آتش نشان ها و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد، بین آتش نشان ها و افراد عادی حداقل در یکی از خرده مقیاس های تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد و با مقایسه میانگین نمرات دو گروه مشاهده می‌شود که تحریک پذیری در افراد عادی نسبت به آتش نشان‌ها بیشتر است.

نتیجه‌گیری: سلامت جسمانی و روانی از پیش زمینه‌های پیشرفت و افزایش کارایی در هر شغل و حرفه‌ای به شمار می‌آید و بررسی هر نوع زمینه و عواملی که می‌تواند تهدیدی برای آن به حساب بیاید، مهم است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

کلیدواژه‌ها

کیفیت زندگی، ت

حمل پریشانی،

تحریک پذیری،

آتش نشان

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۳/۱۲

تاریخ چاپ: ۹۹/۰۵/۰۵

شیوه استناد به این مقاله:

Jalali Moghadam AS, Ghorbani F, Changi Ashtiani J. Comparison of quality of life, distress tolerance and irritability between firefighters and normal people. Razi J Med Sci. 2020;27(5):22-35.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

Razi Journal of Medical Sciences. 2020;27(5):22-35. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Comparison of quality of life, distress tolerance and irritability between firefighters and normal people

Adele Sadat Jalali Moghadam, MA of Rehabilitation Consulting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
Farzane Ghorbani, MA of Rehabilitation Consulting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
Javad Changi Ashtiani, MA of Rehabilitation Consulting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (* Corresponding Author) javad_changi@atu.ac.ir

Abstract

Background: Accidents and emergencies associated with natural or human-made environment have been occurring on the earth in recent years. There should be precise and effective reactions against critical incidents and urgent conditions. Firefighters are the first group attending in the place where important urgent accidents occur in order to cope with such incidents. They are responsible for citizens' safety and some functions such as firefighting, rescue people, preventive measures by evaluating risks against life and properties of people, and medical aids. On the other hand, accidents may negatively affect the people involved in the incidents as well as their quality of life and social relationships. World Health Organization (WHO) defines quality of life as individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in the relation to their goals, expectations, standards and concerns. Furthermore, rescue team may tackle with emotions, irritability and frustration in accidents associated with immediate rescue conditions. Irritability is defined as the tendency to respond to aggressive feelings, impulsivity, hostility, and failure behaviors in disagreement. Moreover, the concept of distress tolerance covers a multidimensional nature including tolerance, assessment and acceptance of emotional state, emotional regulation method, and influence of negative affections and their impact on dysfunction. Distress tolerance represents itself in two forms: first, the individual's ability to tolerate negative emotions and second, behavioral presentations of tolerating unpleasant inner states caused by various stressors. A study was conducted on 643 firefighters in Kaohsiung City, Taiwan, 2006 and results indicated that 16.7-19.3% of rescue members experienced psychological diseases. A longitudinal study on rescuers attending in a warehouse explosion in residential area in Netherlands indicated an increase from 2.9% (6 months ago) to 5.3% (after the disaster) in number of rescuers who visited occupational physician because of psychological problems. These results are in line with previous findings indicating that exposure to disasters and catastrophes may cause health problems in rescuers so that they are at the risk of psychological problems. In addition, another relevant study proved that quality of life of people has effect on the inter-organizational relationships and professional tasks. Therefore, it is essential to examine quality of life, distress tolerance and irritability occurring in hard jobs, in particular firefighters who are at the risk of physical and mental harms. Hence, this study was conducted to investigate the quality of life, distress tolerance, and irritability among firefighters and comparing them with normal people.
Methods: This was a descriptive study and its statistical population comprised some of firefighters involved in Plasco Building Incident and normal adults working in different professions during 2017. Sample size included 116 firefighters who were involved in Plasco Building Incident and 101 normal people. Random Cluster Sampling method was used. Inclusion criteria were as follows: firefighter involved in Plasco Building

Keywords
Quality of life,
Distress tolerance,
Irritability,
Firefighter

Received: 01/06/2020
Published: 26/07/2020

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

Incident, normal adults working in other professions and interest in participation; exclusion criteria included absence of firefighters in Plasco incident, those normal people who were not firefighters and lack of interest in participation in research. Data collecting tools included Quality of Life Questionnaire (SF-12), Distress Tolerance Scale, and Irritability Questionnaire (RIQ), which were filled out by participants based on self-report method. The collected data were analyzed through SPSS22 Software using mean and standard deviation at descriptive statistics as well as independent t test and multivariate (MANOVA) at inferential statistics.

Results: MANOVA and independent t test were used to compare quality of life, distress tolerance and irritability among firefighters and normal individuals. Statistical presumptions of normal distribution of scores, homogeneity of variances and homogeneity of covariance matrixes were assessed before the abovementioned tests using Kolmogorov–Smirnov test, Levin Tests and Mbox test, respectively. These tests could be used due to unbiased assumptions. The Obtained results indicated no significant difference between quality of lives of firefighters and normal individuals; however, there was a significant difference between firefighters and normal individuals in terms of at least one of subscales of distress tolerance. Comparison between mean scores of groups indicated higher irritability among normal people relative to firefighters.

Conclusion: Physical and mental health is considered as a key factor for productivity and progress in any profession or job so it is essential to any cause threating this health. Quality of life, irritability and distress tolerance are some of important psychological variables that improve performance and productivity of individuals in many of professions such as firefighting, which highly makes the person at the risk of physical or mental harms. As the quality of life, irritability and distress tolerance are the most substantial psychological variables in hard jobs such as firefighting, firefighters need a high physical and mental capacity in coping with critical and dangerous situations, which may lead to any physical or psychological harm. In fact, the obtained results indicate that some of significant psychological factors such as quality of life, irritability and distress tolerance should be considered to identify and employ workers of hazardous jobs such as firefighting. Therefore, research findings of this study indicate the importance of the case so that these findings can be used as a scientific evidence to make preventive and professional programs regarding optimal psychological performance of firefighters. In the end, it should be said that the present study had some limitations, including the fact that this study is a descriptive study and it is not possible to draw conclusions about cause and effect. Another limitation of this study was that this study was conducted in connection with firefighters involved in the Plasco accident and adults working in other occupations in Tehran. Therefore, the possibility of generalizing the results is limited; Therefore, it is suggested that a similar study be conducted with the present study in other communities. In addition, it is suggested that future studies examine qualitative and causal comparisons of psychological factors such as quality of life, irritability, and distress tolerance between firefighters and other occupations. Also, considering the important role of quality of life, irritability and tolerance of anxiety in the psychological state of firefighters and, consequently, the quality of their performance in critical situations, further studies can be sessions on the effectiveness of treatments related to quality of life, irritability and Examine the tolerance of distress.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Jalali Moghadam AS, Ghorbani F, Changi Ashtiani J. Comparison of quality of life, distress tolerance and irritability between firefighters and normal people. Razi J Med Sci. 2020;27(5):22-35.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

در سال‌های اخیر، حوادث و فوریت ها در رابطه با محیطی طبیعی یا ساخته دست انسان، بطور مکرر اتفاق افتاده و کل زمین را در خود فراگرفته‌اند (۱). وقایع بحرانی و شرایط اضطراری مهم، نیاز به واکنش‌های دقیق و موثر دارند. آتش نشانها اولین گروهی هستند که باید در صورت وقوع حوادث اضطراری مهم، برای مقابله با چنین اتفاقاتی، در منطقه حضور یابند (۲). آنها مسئولیت ایمنی شهروندان و عملکردهایی شامل: مبارزه با آتش سوزی، نجات جان افراد، اقدامات پیشگیرانه از طریق ارزیابی خطرات مربوط به جان و مال و کمک به فوریت های پزشکی را بر عهده دارند (۳). به عبارت دیگر، ماهیت کار آتش نشانها خطرناک است (۴) زیرا آنها بطور مداوم در معرض حوادث استرس زا، اثرات مضر مواد سمی محیط‌های به شدت خشن و خطرناک و غالبا صحنه هایی از کشتار قرار می گیرند (۱). همچنین برای آنها خطر شوک هیجانی زیاد هنگام وقوع فاجعه را برای آنها به همراه دارد (۵). در واقع بدلیل اثرات آسیب زای احتمالی ناشی از این تجربیات، آتش نشانان پس از یک واقعه فاجعه در معرض مشکلات بهداشتی (سلامتی) بسیاری قرار می گیرند (۶). این اثرات آسیب زای احتمالی جسم و روان آنها را تحت الشعاع قرار می‌دهد (۷ و ۸).

همچنین حوادث می‌تواند بر افراد درگیر در حادثه تاثیر منفی بسزایی بگذارد و کیفیت زندگی و روابط اجتماعی آنها را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد (۹). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی دریافتی است که افراد از وضعیت زندگی، زمینه فرهنگی و سیستم های ارزشی که درآن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان دارند (۱۰). کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی شخصی، از نظر فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند و اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های ایشان تعریف شده است (۱۱). کیفیت زندگی نشان دهنده تفسیر شخصی فرد از محط زیست تاثیر آن بر سلامت فرد است، این یک مفهوم ذهنی و چند بعدی است (۱۲). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی، ذهنی و کلی است و حداقل چهار بعد سلامت جسمانی، اجتماعی، شناختی و هیجانی را شامل می‌شود (۱۳).

پذیری به عنوان تمایل به واکنش به احساسات پرخاشگرانه، تکانشگری، خصومت طلبی و رفتارهای ناکامی درعدم توافق تعریف شده است (۱۴). تحریک پذیری حالتی است که فرد حساسیت زیاد به هر تحریکی را داشته باشد. اغلب این افراد استرس و اضطراب دارند، بی قرار و کم صبر هستند و زود عصبانی می‌شوند (۱۵). این حالت معمولا در شرایط تنش زا یا تحت فشار به وجود می‌آید و می‌توانند با زندگی اجتماعی و رویه های روزانه همخوانی داشته باشند (۱۶). تحریک پذیری شامل مجموع مفاهیم اضطراب، برانگیختگی بالا، خصومت، افسردگی، شتاب زدگی، عدم سازگاری، عدم پشتکار، عدم تمرکز، تکانه ای عمل کردن، نارضایتی و بی حوصلگی می‌باشد (۱۷).

علاوه بر این مفهوم تحمل پریشانی ماهیتی چند بعدی دارد و دارای ابعادی شامل تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه ی تنظیم هیجان به وسیله‌ی فرد و مقدار جذب به وسیله ی هیجان های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می‌شود (۱۸). تحمل پریشانی به دو شکل بروز و ظهور می نماید، یک شکل آن به توانایی فرد در تحمل هیجان‌های منفی اشاره دارد و شکل دیگر آن، تظاهرات رفتاری تحمل حالت های درونی ناخوشایندی است که به وسیله موقعیت های مختلف تنش زا فراخوانده می‌شود (۱۹). تحمل پریشانی (آشفتگی) به توانایی تجربه و تحمل موقعیت های روان شناختی منفی اطلاق می‌شود (۲۰). سطح پایین تحمل پریشانی نوعی بدتنظیمی هیجان در فرد ایجاد می کند که منجر به پاسخ های رفتاری ناسازگارانه به موقعیت و شرایط تنش زا می شود (۲۱). به طوری که افرادی که تحمل پریشانی بالایی دارند، کمتر توسط فشارهای عاطفی ناشی از مشکلات برانگیخته شده، رویدادهای منفی را واقع بینانه‌تر و انعطاف پذیرتر در نظر می‌گیرند و شرایط تنش زا را اغلب گذار می‌پندارند (۲۲).

در مطالعه‌ای بین ۶۴۳ آتش نشان که در شهر کوهسونگ تایوان در سال ۲۰۰۶ صورت گرفته است، نشان می‌دهد ۱۶/۷ تا ۱۹/۳ درصد از نیروهای نجات بیماری‌های روانی را تجربه کرده‌اند (۶). یک مطالعه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

طولی بر روی امدادگران واقع در حادثه انفجار یک انبار در منطقه ای مسکونی در هلند انجام گرفت، نشان می‌دهد که تعداد نیروهای نجات دهنده که برای مشکلات روانشناختی به پزشک شغلی مراجعه کرده اند از ۲/۹ درصد (شش ماه قبل از فاجعه) به ۵/۳ درصد (پس از فاجعه) افزایش یافته است. این نتایج که با یافته‌های قبلی مطابقت دارد نشان می دهد که قرار گرفتن در معرض بلایا ممکن است منجر به مشکلات سلامتی در بین نجات گران شود و آنها از قرار گرفتن در برابر چنین معضلاتی مصون نمانند (۲۳). همچنین پژوهشی نشان داد، کیفیت زندگی افراد بر روابط درون سازمانی و انجام وظایف شغلی شان تاثیر دارد (۲۴). نتایج پژوهشی نشان داد، بین ایده خودکشی مربوط به آتش نشان‌ها و کیفیت زندگی آنها رابطه معنادار وجود دارد (۲۵). یافته ها نشان داد که در بررسی ۱۴۰۰ نمونه آتش نشان در لنکشایر از هر ۱۰۰ نفر، ۳۰ درصد درگیر علائم تحمل پریشانی احتمالی بودند که از این میزان ۴ درصد علائم PTSD را داشتند (۲۶). تجزیه و تحلیل داده های مربوط به جراحات از ۶ آژانس فدرال در ایالت متحده نشان داد که خطر آسیب دیدگی به یک مامور آتش نشانی در محل کار ۲ الی ۷ برابر بیشتر از سایر نیروهای صنعتی است (۳ و ۴). در مطالعه دیگری که از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ در بین آتش نشانان کره ای توسط دووکیم و همکاران انجام شده است، میزان صدمات ناشی از کار به ازای هر ۱۰۰۰ نفر آتش نشان، ۱/۶ برابر میانگین بروز تمام حوادث صنعتی در کره جنوبی گزارش شده است (۲۷). بررسی‌های دیگر در یک مقاله با عنوان "ارزیابی بهداشتی شرایط و روند کار نیروهای نجات آتش نشانی"، نشان داد که کار در حوزه اطفای حریق به کارکردهای فیزیولوژیکی افراد آتش نشان تاثیر معناداری داشته و باعث کاهش توجه، حافظه، دقت، واکنش و افزایش سطح اضطراب در آنها می‌شود (۲۸). تحقیقات انجام شده نشان می دهد که میزان بالای بروز علائم اولیه بیماری مربوط به کارکنان خدمات آتش نشانی و خدمات امداد و نجات حوادث است، در عین حال مهم‌ترین آنها بیماری های تنفسی، شوک وارد شده به بدن، مسمومیت و برخی دیگر از پیامدهای تاثیر آن است (۲۹). تجربه ها و مطالعات انجام شده نشان داده است که قبل، در حین و حتی پس از وقایع فاجعه بار، عود افراد برای ایجاد عواقب روانشناختی زیاد است که بر ثبات عاطفی آنها تاثیر گذاشته و همچنین زندگی شخصی، خانوادگی و شغلی شان را درگیر می کند که حتی به مرور مزمن‌تر خواهد شد (۹). همچنین در راستای این یافته باید عنوان داشت حمایت سازمانی ادراک شده بر ابعاد سلامت روانی آتش نشانان تاثیر مثبت می‌گذارد (۳۰) و بین شدت اختلال درد مزمن با راهبردهای مقابله‌ای آتش نشانان رابطه معنادار وجود دارد (۳۱). مطالعات نشان داده است، آتش نشانان در گروه مهم ترین مشاغل ویژه هستند که برای انجام ایمن وظایف و ماموریت هایشان، نیاز به توان جسمانی و روحی روانی بالایی دارند (۳۲). بنابراین لزوم بررسی کیفیت زندگی، تحمل پرشانی و تحریک پذیری در مشاغل سخت به ویژه آتش نشانان که مستعد هر گونه آسیب های جسمی و روانی هستند، ضروری به نظر می رسد؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و تحریک پذیری در بین آتش نشان‌ها و افراد عادی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی می باشد که جامعه آماری آن تعدادی از آتش نشانان درگیر در حادثه پلاسکو و افراد عادی بزرگسال شاغل در مشاغل مختلف در آبان و آذر سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. در این پژوهش حجم نمونه ۱۱۶ نفر از آتش نشانان حاضر در حادثه پلاسکو و ۱۰۱ نفر از افراد عادی بودند. برای نمونه گیری از جامعه مورد مطالعه از روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. معیارهای ورود به این مطالعه شامل: آتش نشانان درگیر در حادثه پلاسکو، افراد عادی بزرگسال شاغل در سایر شغل‌ها و علاقمندی به شرکت در انجام این پژوهش و معیارهای خروج هم عدم حضور آتش نشانان در حادثه پلاسکو، افراد عادی که آتش نشان نبودند و عدم علاقمندی به همکاری در انجام پژوهش بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-12): این پرسشنامه ۱۲ سوالی کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامتی (عبارت۱)، عملکرد فیزیکی (عبارت ۲ و ۳)، سلامت جسمانی (عبارت ۴ و ۵)، مشکلات هیجانی (عبارت ۶ و ۷)، درد جسمانی (عبارت ۸)، عملکرد

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

اجتماعی (عبارت ۹)، نشاط و انرژی حیاتی (عبارت ۱۱) و سلامت روان (عبارت ۱۰ و ۱۲) مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ دهندگان میزان توافق‌شان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه "اصلا تا "خیلی زیاد"گسترده است، نشان می‌دهند. افراد بر حسب نمره‌ای که در پرسشنامه کسب می کنند به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی می‌شوند. دامنه نمرات از ۱۲ تا ۴۸ متغیر است، به عبارت دیگر امتیاز بالا نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. به طور کلی بررسی ها نشان داده اند که روایی پرسشنامه کیفیت زندگی در این پژوهش با روش روایی محتوا سنجیده شده است و جهت تعیین اعتبار ابزار از روش آزمون مجدد (r=۰/۹۰) استفاده گردید (۳۳). همچنین این پرسشنامه در جامعه سالمندان و کل جامعه ایرانی اعتباریابی شده است (۳۴ و ۳۵).

مقیاس تحمل پریشانی (DTS): مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی است که دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس است، خرده مقیاس‌ها عبارتند از: ۱. تحمل (تحمل پریشانی هیجانی/ عبارت ۱، ۳ و ۱۵)، ۲. جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی/ عبارات ۲، ۴، ۱۵)، ۳. ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی/ عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و ۴. تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی/ عبارات ۸، ۱۳، ۱۴). عبارات این پرسشنامه، ب روی مقیاس ۵ درجه‌ای (۱) کاملا موافق (۲) اندکی موافق (۳) به یک اندازه موافق و مخالف (۴) اندکی مخالف (۵) کاملا مخالف نمره گزاری می‌شوند. عبارت شماره ۶ در این مقیاس به صورت معکوس نمره گزاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ بدست آمده است. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی و ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (۱۹). پس از ترجمه عبارات این مقیاس به فارسی، در یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، پایایی همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) محاسبه شد. نتایج این مطالعه، پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (α = ۰/۷۱)، (M = ۴۲/۴۷) و (Sd = ۸/۵۹) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد ۰/۵۴ برای خرده مقیاس تحمل (M = ۷/۸۳) و (Sd = ۲/۷۳)، ۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب (M = ۹/۰۲) و (Sd =۲/۶۴)، ۰/۵۶ برای خرده مقیاس ارزیابی (M = ۱۸/۱۲) و (Sd = ۴/۲۴) و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس تنظیم (M = ۷/۵) و (Sd = ۲/۹۶) (۳۶).

پرسشنامه تحریک پذیری (RIQ): پرسشنامه تحریک پذیری نیمرخ افراد با میزان تحریک پذیری بالا و پایین را از هم متمایز می‌کند و به طور عمده برای استفاده در همه رده‌های سنی و گروه بیماران دچار اختلالات عصب شناختی مناسب است. نسخه اصلی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۶ بر روی ۲۲ بیمار اختلالات عاطفی، ۲۳ بیمار هانتیگتون، ۱۹ بیمار آلزایمر و ۴۶ نفر به عنوان گروه کنترل، اجرا و اعتباریابی شد. نتیجه بررسی نشان داد که این ابزار برای اندازه گیری تحریک پذیری در افرادی با اختلالات عصب شناختی مناسب است. این پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت است که به صورت اصلا = ۰، کمی = ۱، تا حدودی= ۲ و زیاد = ۳ پاسخ داده می‌شود. بدین گونه که می‌توان به هر سوال از صفر تا ۳ نمره داده شود. دامنه نمرات از صفر تا ۶۳ است، نمره بالاتر از ۴۲ نشان دهنده تحریک پذیری بالا و نمره پایین‌تر از آن نشان دهنده‌ی تحریک پذیری پایین است. هیچ کدام از عبارت‌های این پرسشنامه نمره معکوس ندارند. این مقیاس توسط کریگ، هیتانن، ماکووا و برییوس (۲۰۰۶)، ساخته و اعتباریابی شده است (۳۷). در ایران این مقیاس در سال ۱۳۹۲ توسط حاجی ترجمه شده و بر روی ۶۰ بیمار مصروع اجرا شده است و پایایی آن با استفاده از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بدست آمده است (۳۸). ضریب آلفای کرونباخ نسخه اصلی برای کل آزمون ۰/۹۰ و بین دو نیمه آزمون برابر با ۰/۷۸ است و اعتبار این آزمون پس از گذشت دو هفته ۰/۸۲ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه ترجمه شده ۰/۷۷ بدست آمده است (۳۹). این نتایج نشان می‌دهد که نسخه ترجمه شده آزمون تحریک پذیری از پایایی و روایی خوبی برای استفاده افراد دارای اختلالات عصب شناختی از جمله بیماران صرعی برخوردار است.

همچنین یکی از پژوهشگران بعد از انجام و پیگیری روال اداری و دریافت مجوز از سازمان‌های مربوطه به

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

ایستگاه‌های آتش نشانی درگیر در حادثه پلاسکو جهت توزیع پرسشنامه‌ها مراجعه کرد. همچنین پرسشنامه بین افراد عادی بزرگسال شاغل در سایر مشاغل هم توزیع شد. روش کار به این صورت بود که پیش از توزیع پرسشنامه‌ها هدف از انجام پژوهش برای افراد توضیح داده می‌شد و آنها در صورت تمایل با تکمیل رضایتنامه در پژوهش شرکت می‌کردند. اصول اخلاقی که در این پژوهش مدنظر قرار گرفت شامل این موارد بود که ابتدا رضایت کتبی و آگاهانه از شرکت کنندگان در پژوهش گرفته شد و همچنین محقق افراد مورد تحقیق را از روش به کار گرفته شده، فواید و گروه‌هایی که از نتایج مطالعه بهره مند خواهند شد به نحو مناسبی آگاه کرد و به شرکت کنندگان اجازه داده شد که در صورت عدم تمایل از پر کردن پرسشنامه‌ها انصراف دهند. برای آنها توضیح داده شد که محقق مسئول حفظ اسرار شرکت کنندگان است و تدابیر مناسبی برای جلوگیری از انتشار آن اتخاذ نموده است. همچنین برای حفظ اصول اخلاقی به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات ثبت شده در پرسشنامه‌ها بدون نام و محرمانه خواهند بود و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و نتایج به صورت گروهی و آماری و نه به صورت فردی منتشر خواهد شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و در سطح آمار توصیفی از میانگین، و انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی به تفکیک برای آتش نشان‌ها و افراد عادی نشان داده شده است.

در جدول شماره ۲ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات تحمل پریشانی به تفکیک برای آتش نشان‌ها و افراد عادی نشان داده شده است.

در جدول شماره ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات تحریک پذیری به تفکیک برای آتش نشان‌ها و افراد عادی نشان داده شده است. همان

جدول ۱- توصیف آماری نمرات کیفیت زندگی به تفکیک گروه

متغیر	عادی		آتش نشان	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درک کلی از سلامت خود	۳/۴۵	۱/۰۲۹	۳/۴۸	۱/۱۸۳
عملکرد فیزیکی	۵/۰۳	۱/۱۳۲	۵/۲۲	۰/۹۳۱
سلامت جسمانی	۳/۶۷	۰/۶۹۷	۳/۷۳	۰/۶۵۱
مشکلات هیجانی	۰/۷۰	۰/۸۳۴	۰/۶۲	۰/۸۴۱
درد جسمانی	۲/۶۹	۰/۸۲۴	۲/۶۱	۰/۸۳۲
عملکرد اجتماعی	۴/۶۳	۱/۱۲۴	۴/۷۵	۱/۱۸۶
نشاط و انرژی حیاتی	۳/۹۳	۰/۹۹۷	۳/۹۷	۱/۲۰۱
سلامت روان	۸/۴۴	۱/۸۹۲	۸/۹۱	۲/۰۴۷
نمره کلی کیفیت زندگی	۳۲/۵۰	۴/۰۳۶	۳۳/۲۸	۴/۶۳۲

جدول ۲- توصیف آماری نمرات تحمل پریشانی به تفکیک گروه

متغیر	عادی		آتش نشان	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل	۹/۰۲	۲/۹۹۷	۹/۱۲	۳/۶۴۱
جذب	۱۰/۲۵	۳/۱۵۶	۱۰/۵۹	۳/۱۳۹
ارزیابی	۱۹/۹۳	۴/۳۸۳	۲۰/۵۳	۵/۳۵۶
تنظیم	۷/۳۹	۲/۹۶۷	۶/۳۸	۲/۸۱۴
نمره کلی تحمل پریشانی	۴۶/۶۰	۱۰/۲۲۶	۴۶/۶۱	۱۱/۹۹۶

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

طور که ملاحظه می‌گردد میانگین نمرات تحریک پذیری افراد عادی برابر با ۴۸/۳۹ و برای آتش نشان‌ها برابر با ۴۴/۷۶ می‌باشد.

به منظور مقایسه کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و تحریک پذیری در بین آتش نشان‌ها و افراد عادی، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون t مستقل استفاده شد. پیش از انجام این آزمون ها، مفروضه های آماری نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، همگنی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین و همسانی ماتریس کواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام باکس مورد بررسی قرار گرفت که با توجه به عدم تخطی از مفروضه ها استفاده از این آزمون‌ها بلامانع می‌باشد.

همانطور که مشاهده می‌گردد سطح معنی داری هر چهار آمارهٔ چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، بزرگتر از ۰/۰۵ است (p>۰/۰۵). با توجه به عدم معنی‌داری آماره‌های بدست آمده نتیجه گرفته می‌شود بین کیفیت زندگی در بین آتش نشان‌ها و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد.

به منظور مقایسه دو گروه در هر یک از ابعاد کیفیت زندگی، آزمون اثرات بین آزمودنی مورد استفاده قرار

جدول ۳- توصیف آماری نمرات تحریک پذیری به تفکیک گروه

گروه	میانگین	انحراف معیار
عادی	۴۸/۳۹	۷/۴۹
آتش نشان	۴۴/۷۶	۸/۹۹

جدول ٤- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه کیفیت زندگی آتش نشان‌ها و افراد عادی

اثر	آزمونها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۰۳۲	۰/۸۶۱	۸	۲۰۷	۰/۵۵۰	۰/۰۳۲
	لامبدای ویلکز	۰/۹۶۸	۰/۸۶۱	۸	۲۰۷	۰/۵۵۰	۰/۰۳۲
	اثر هتلینگ	۰/۰۳۳	۰/۸۶۱	۸	۲۰۷	۰/۵۵۰	۰/۰۳۲
	بزرگترین ریشه روی	۰/۰۳۳	۰/۸۶۱	۸	۲۰۷	۰/۵۵۰	۰/۰۳۲

جدول ۵- آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه ابعاد کیفیت زندگی آتش نشان‌ها و افراد عادی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
درک کلی از سلامت خود	بین گروهی	۰/۰۵۸	۱	۰/۰۵۸	۰/۰۴۶	۰/۸۳۰	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۶۵/۷۱۶	۲۱۴	۱/۲۴۲			
عملکرد فیزیکی	بین گروهی	۱/۸۲۲	۱	۱/۸۲۲	۱/۷۲۲	۰/۱۹۱	۰/۰۰۸
	درون گروهی	۲۲۶/۵۳۱	۲۱۴	۱/۰۵۹			
سلامت جسمانی	بین گروهی	۰/۱۲۱	۱	۰/۱۲۱	۰/۴۶۷	۰/۴۹۵	۰/۰۰۲
	درون گروهی	۹۶/۸۲۶	۲۱۴	۰/۴۵۲			
مشکلات هیجانی	بین گروهی	۰/۳۰۹	۱	۰/۳۰۹	۰/۴۴۰	۰/۵۰۸	۰/۰۰۲
	درون گروهی	۱۵۰/۲۲۱	۲۱۴	۰/۷۰۲			
درد جسمانی	بین گروهی	۰/۲۹۷	۱	۰/۲۹۷	۰/۴۳۳	۰/۵۱۱	۰/۰۰۲
	درون گروهی	۱۴۶/۸۶۸	۲۱۴	۰/۸۶۸			
عملکرد اجتماعی	بین گروهی	۰/۸۱۳	۱	۰/۸۱۳	۰/۶۰۷	۰/۴۳۷	۰/۰۰۳
	درون گروهی	۲۸۶/۹۲۶	۲۱۴	۱/۳۴۱			
نشاط و انرژی حیاتی	بین گروهی	۰/۰۷۰	۱	۰/۰۷۰	۰/۰۵۶	۰/۸۱۳	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۶۴/۳۶۷	۲۱۴	۱/۲۳۵			
سلامت روان	بین گروهی	۱۱/۷۷۷	۱	۱۱/۷۷۷	۳/۰۱۳	۰/۰۸۴	۰/۰۱۴
	درون گروهی	۸۳۶/۳۴۴	۲۱۴	۳/۹۰۸			

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

گرفت که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه ابعاد کیفیت زندگی آتش نشان ها و افراد عادی، نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۵، مقدار F بدست آمده، برای هیچ یک از ابعاد معنی‌دار نمی‌باشد (p>۰/۰۵). بنابراین نتیجه گرفته می شود بین ابعاد کیفیت زندگی آتش نشان ها و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد.

همانطور که مشاهده می‌گردد سطح معنی داری هر چهار آمارهٔ چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، کوچکتر از ۰/۰۵ است (p<۰/۰۵). با توجه به معنی‌داری آماره‌های بدست آمده نتیجه گرفته می‌شود بین آتش نشان ها و افراد عادی حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد.

به منظور مقایسه دو گروه در هر یک از خرده مقیاس های تحمل پریشانی، آزمون اثرات بین آزمودنی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

در جدول ۷ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی در بین آتش نشان ها و افراد عادی، نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۷، مقدار F بدست آمده تنها برای خرده مقیاس تنظیم در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است (p<۰/۰۱) و تفاوت دو گروه در سایر خرده مقیاس‌ها معنی‌دار نمی‌باشد (p>۰/۰۵). با مقایسه میانگین نمرات دو گروه مشاهده می شود که میانگین نمرات تنظیم در افراد عادی نسبت به آتش نشان‌ها بالاتر است.

در جدول ۸ نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه میزان تحریک پذیری در بین آتش نشان‌ها و افراد عادی ارائه شده است. بر اساس مندرجات جدول مقدار t بدست جهت مقایسه میانگین نمرات دو گروه برابر با ۳/۱۹۲ است و سطح معنی داری آن نیز کوچکتر از

جدول ٦- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه تحمل پریشانی در بین آتش نشان‌ها و افراد عادی

اثر	آزمونها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۰۴۸	۲/۶۹۲	۴	۲۱۲	۰/۰۳۲	۰/۰۴۸
	لامبدای ویلکز	۰/۰۴۸	۲/۶۹۲	۴	۲۱۲	۰/۰۳۲	۰/۰۴۸
	اثر هتلینگ	۰/۰۴۸	۲/۶۹۲	۴	۲۱۲	۰/۰۳۲	۰/۰۴۸
	بزرگترین ریشه روی	۰/۰۴۸	۲/۶۹۲	۴	۲۱۲	۰/۰۳۲	۰/۰۴۸

جدول ۷- آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی آتش نشان‌ها و افراد عادی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تحمل	بین گروهی	۰/۵۶۳	۱	۰/۵۶۳	۰/۰۵۰	۰/۸۳۲	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۴۲۲/۲۳۵	۲۱۵	۱۱/۲۶۶			
جذب	بین گروهی	۶/۱۳۶	۱	۶/۱۳۶	۰/۶۲۰	۰/۴۳۲	۰/۰۰۳
	درون گروهی	۲۱۲۹/۱۰۸	۲۱۵	۹/۹۰۳			
ارزیابی	بین گروهی	۱۸/۹۶۶	۱	۱۸/۹۶۶	۰/۷۸۱	۰/۳۷۸	۰/۰۰۴
	درون گروهی	۲۴/۲۸۲	۲۱۵	۲۴/۲۸۲			
تنظیم	بین گروهی	۵۵/۹۱۳	۱	۵۵/۹۱۳	۶/۷۱۱	۰/۰۱۰	۰/۰۳۰
	درون گروهی	۱۷۱۹/۲۵۷	۲۱۵	۸/۳۳۱			

جدول ۸- نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه تحریک پذیری در آتش نشان‌ها و افراد عادی

متغیر	آماره t	df	سطح معنی داری	تفاوت میانگین
تحریک پذیری	۳/۱۹۲	۲۱۴	۰/۰۰۲	۳/۶۳

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

۰/۰۱ می باشد (p<۰/۰۱). با توجه به معنی داری مقدار آماره t بدست آمده، فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تایید قرار می گیرد. با مقایسه میانگین نمرات دو گروه مشاهده می شود که تحریک پذیری در افراد عادی نسبت به آتش نشان‌ها بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

سلامت جسمانی و روانی از پیش زمینه‌های پیشرفت و افزایش کارایی در هر شغل و حرفه‌ای به شمار می‌آید و بررسی هر نوع زمینه و عواملی که می‌تواند تهدیدی برای آن به حساب بیاید، مهم است. کیفیت زندگی، تحریک پذیری و تحمل پریشانی از جمله متغیرهای روانشناختی قابل تامل در بهبود عملکرد مناسب و بهره‌وری افراد در مشاغل مختلف از جمله آتش نشانی است که به نسبت سایر مشاغل احتمال آسیب دیدگی جسمی و روانی آنها بیشتر است. با توجه به اینکه کیفیت زندگی، تحریک پذیری و تحمل پریشانی از جمله متغیرهای روانشناختی مهم در مشاغل سخت مثل آتش نشانی است و همچنین تحقیقات نشان می‌دهد آتش نشانان با موقعیت‌های بحرانی و خطرناک که احتمال بروز هرگونه آسیب و صدمه جسمی و روانی است، نیاز به توان جسمانی و روحی روانی بالایی دارند (۳۲). بررسی پیش بینی کننده‌های این سه متغیر بیش از پیش ضرورت می‌یابد. در این ارتباط پژوهش حاضر به بررسی مقایسه کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و تحریک پذیری را بین آتش نشانان درگیر در حادثه پلاسکو پرداخته است. باتوجه به نتایج به دست آمده مشخص گردید که بین کیفیت زندگی در بین آتش نشان ها و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد، بین آتش نشان ها و افراد عادی حداقل در یکی از خرده مقیاس های تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد و با مقایسه میانگین نمرات دو گروه مشاهده می شود که تحریک پذیری در افراد عادی نسبت به آتش نشان‌ها بیشتر است.

نتایج به دست آمده در زمینه کیفیت زندگی نشان داد بین کیفیت زندگی در بین آتش نشان ها و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد. بر اساس یافته های پژوهش حاضر نبود تفاوت بین کیفیت زندگی آتش نشانان و افراد عادی گویای این است که آتش نشانان در تمامی ابعاد کیفیت زندگی در سطحی همانند افراد عادی عمل می کنند، در صورتی که آتش نشانان به عنوان نیروهای نجات دهنده در عملیات بحرانی نیازمند وجود سطوح بالاتری از کیفیت زندگی هستند که به دنباله آن رضایت شغلی را همراه دارد و علاوه بر آن در کش و قوس های عملیات های بحرانی بتوانند با وجود فشار و استرس های فراوان از ابعاد کیفیت زندگی بالا به عنوان توشه ای حمایتی برای کنترل وضعیت و بهبود عملکرد حرفه ای و روان شناختی به کار گیرند. در واقع مفهوم کیفیت زندگی می‌تواند پیش بینی کننده‌ای قوی در امر سلامت روان برای مشاغل تحت استرس و بحران باشد. در همین راستا تحقیقات نشان داد بین سلامت روان و کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد؛ بدین معنا که با افزایش سلامت روان کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد (۴۰ و ۴۱). علاوه بر این، کیفیت زندگی افراد بر روابط درون سازمانی و انجام وظایف شغلی شان تاثیر دارد (۲۴). بین ایده خودکشی مربوط به آتش‌نشان‌ها و کیفیت زندگی آنها رابطه معنادار وجود دارد (۲۵). یافته های پژوهشی نشان داد، کیفیت زندگی کارکنان به طور مستقیم و تدریجا با رضایت شغلی همراه بود، بدین معنا که سطوح بالاتر رضایت شغلی با کیفیت زندگی بهتر همراه است (۴۲). همچنین نتایج مطالعه ای تایید کرد که کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی به طور قابل ملاحظه‌ای به ویژگی‌های شغلی، شرایط اشتغال و عومل شیوه زندگی بستگی دارد (۴۳) وجود نتایج یافته های پژوهش حاضر و پژوهش دیگر نشان از نقش موثر و گسترده کیفیت زندگی در کارایی و بهره وری افراد در مشاغل مختلف مخصوصا آتش نشانی را نشان می دهد و به منظور افزایش بهره وری، کارایی، رضایت شغلی و مولفه های تقویت کننده مرتبط با وضعیت جسمی و روانی افراد در مشاغل حساس و مخاطره آمیزی مثل آتش نشانی، توجه و بررسی وضعیت کیفیت زندگی بسیار مهم است.

همچنین یافته‌های پژوهش‌ها نشان داد که میزان تحمل پریشانی بین آتش نشان ها و افراد عادی حداقل در یکی از خرده مقیاس های تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد. از آنجایی که مشاغلی همچون آتش نشانی در معرض انواع مخاطرات و فشارهای ناشی از آن رو به رو است، وجود قابلیت کنترل هیجان های

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

منفی در موقعیت های تنش زا امری حیاتی در راستای انجام عملکرد مطلوب شغلی است. با این حال در پژوهش حاضر فقط در یکی از خرده مقیاس های تحمل پریشانی بین آتش نشانان و افراد عادی تفاوت معنادار بود و این نشانگر توجه ویژه به این مساله است که تقویت وضعیت تمامی خرده مقیاس های تحمل پریشانی یعنی تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم باید به‌منظور مقابله مناسب در موقعیت‌های تنش زا مورد توجه قرار گیرد. باتوجه به پیشینه، تحمل پریشانی ممکن است بر تعدادی از فرایندهای مربوط به خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشانی آور اثر بگذارد یا تحت تاثیر آنها قرار بگیرید (۴۴). بر این اساس پژوهشی نشان داد توانایی افتراقی برای تحمل پریشانی ممکن است نشان دهنده‌ی یک عامل خطر در ابتلا به اختلال وحشت به علاوه پیامدهای سلامتی منفی دیگر در تنظیم انگیختگی ناخوشایند باشد (۴۵). مطالعات تحمل پریشانی کم را با سلامت روان مرتبط دانسته‌اند و بر اهمیت توجه به تحمل پریشانی تاکید کرده‌اند (۴۶). همچنین یافته‌ها تاثیر متغیر تحمل پریشانی بر متغیر سیستم مغزی رفتاری گریز را تایید کردند (۴۷). با وجود نتایج بدست آمده در این پژوهش و پژوهش‌های پیشین وجود تحمل پریشانی بالا در مشاغل حساس همواره نشانگر عملکرد متناسب با موقعیت‌های مخاطره آمیز و استرس زا است و نتایج یافته‌ها هم بر برنامه‌های آموزشی مرتبط با تحمل پریشانی درافزایش کیفیت عملکرد مطلوب آتش نشانان تاکید کرده است (۴۸). به طوری که پژوهشی دیگر نشان داد، افراد با تحمل پریشانی پایین و مضطرب نسبت به افراد بهنجار به میزان بیشتری جذب هیجانات منفی مرتبط با سلامتی خود می شوند و به سبب ناتوانی در تحمل پریشانی‌ها، از موقعیت‌های استرس زای مرتبط با پریشانی‌ها اجتناب می‌کنند (۴۹). نتایج یافته های پژوهشی خود گواه بر این مساله است که اهمیت شناسایی وضعیت تحمل پریشانی در موقعیت‌های استرس زا می تواند به آتش نشان‌ها در ایفای کارایی حرفه‌ای، عملکرد روانشناختی مطلوب را به ارمغان آورد.

یافته‌های دیگر مطالعه نشان داد که با مقایسه میانگین نمرات دو گروه مشاهده می‌شود تحریک پذیری در افراد عادی نسبت به آتش نشان ها بیشتر است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که این سازه به طرز قابل ملاحظه‌ای به ظرفیت تحمل ناکامی فرد و تسلط بر هیجانات و واکنش فرد هم در موقعیت-های واقعی و هم ظاهری از خطر، تجاوز و حمله اشاره دارد و به طرز قابل توجهی به درک تأثیر هر دو فرایند تهییج و کنترل معیوب بر هیجانات در موقعیت های تحریک آمیز و خشونت طلبانه مرتبط است. با توجه به اینکه میزان تحریک پذیری آتش نشانان در مقایسه با افراد عادی کمتر و در حد مطلوبی است، این مورد نشانگر آیتمی مطلوب برای آتش نشانان است که معمولا با موقعیت های پراسترس و نگران کننده رو به رو هستند. وجود تحریک پذیری پایین تر آتش نشانان خود گواه بر این است که از لحاظ روان شناختی می توانند شتاب زدگی، تکانه ای عمل کردن را کنترل کنند و خود را نسیت به شرایط بحرانی و مخاطره آمیز سازگار کنند تا عملکرد مطلوبی داشته باشند. یافته‌ها به روشنی نشان می‌دهد که تحریک پذیری می‌تواند تأثیر تحریکات مضر را با افزایش برانگیختگی توسط بازداری پردازش شناختی- هیجانی یا با تقویت فقدان کنترل شخصی نسبت به منبع هیجان، تقویت نماید. به این ترتیب تحریک‌پذیری می‌تواند احساس خشم و پاسخ‌های پرخاشگرانه را به عنوان نتیجه ناکامی افزایش دهد که این احتمالاً به دلیل فعالیت نیمه اتوماتیک از یک توالی خاص رفتاری (یعنی تحریک هیجان-پرخاشگری) است که واکنش‌های پرخاشگرانه را نسبت به موقعیت‌های تحریک کننده تسهیل می‌کند (۵۰). در همین راستا Bettencourt و همکاران معتقدند افراد تحریک پذیر برای عصبانی شدن مستعدترند و حتی کوچکترین تحریک را به عنوان خطر و مشکل تلقی می‌کنند (۵۱). علاوه بر این وجود هر گونه کم صبر بودن، بی قراری و عدم تمرکز از وجود تحریک پذیری بالا نشات می گیرد که خوشبختانه در این پژوهش تحریک پذیری آتش نشانان در مقایسه با افراد عادی در حد مطلوبی است تا بتوانند در برابر موارد گفته شده از لحاظ روانی به طور مقبولی عمل کنند. در تایید این امر یافته های پژوهشی نشان داد، کارکنان با عصبانیت بالا ممکن است بیشتر مستعد تحریک پذیری به استرس

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

شغلی از طریق شیوه های مختلف باشند. تفاوت های اصلی بین افراد کم تحریک پذیر و زود تحریک پذیر بر عوامل استرس زا و بر روی احساسات و رفتار را تاثیر گذار است (۵۲).

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی در بین آتش نشان ها و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد، بین آتش نشان ها و افراد عادی حداقل در یکی از خرده مقیاس های تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد و با مقایسه میانگین نمرات دو گروه مشاهده می شود که تحریک پذیری در افراد عادی نسبت به آتش نشان ها بیشتر است. پژوهشی که بطور مستقیم به بررسی مقایسه کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و تحریک پذیری پرداخته باشد یافت نشد اما این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های زیادی است که از رابطه مثبت بین هر کدام از متغیرهای کیفیت زندگی، تحریک پذیری و تحمل پریشانی را با سلامت روان حکایت دارد (۵۳، ۵۴ و ۵۵). در واقع با توجه به نتایج بدست آمده می توان گفت آیتم‌های مهم روان شناختی همچون کیفیت زندگی، تحریک پذیری و تحمل پریشانی برای شناسایی و به کار گرفتن کارکنان مشاغل حساس و مخاطره آمیزی همچون آتش نشانی امری حیاتی است. در نتیجه وجود یافته های این پژوهش مهری تاییدی بر اهمیت و عملیاتی کردن این مساله است و با به کارگیری یافته‌های پژوهش‌های این چنینی به عنوان پشتوانه ای علمی می توان برای تدارک برنامه های پیشگرانه و حرفه ای در زمینه عملکرد روانشناختی مطلوب برای کارکنان آتش نشان اقدامات مطلوبی اعمال کرد.

در پایان باید گفت مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که از آن جمله می‌توان به این مورد اشاره کرد که این مطالعه از نوع توصیفی بوده و امکان نتیجه‌گیری‌های علت و معلولی در آن وجود ندارد. محدودیت دیگر این پژوهش این بود که این مطالعه در ارتباط با آتش نشان‌های درگیر در حادثه پلاسکو و افراد بزرگسال شاغل در سایر مشاغل در شهر تهران انجام شد؛ بنابراین امکان تعمیم نتایج آن محدود می‌گردد؛ از این رو پیشنهاد می‌شود که پژوهشی مشابه با مطالعه حاضر در جوامع دیگر انجام شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به بررسی مقایسه‌ای کیفی و علّی عوامل روانشناختی همچون کیفیت زندگی، تحریک پذیری و تحمل پریشانی بین آتش نشانان و مشاغل دیگر بپردازند. همچنین باتوجه نقش مهم کیفیت زندگی، تحریک پذیری و تحمل پریشانی در وضعیت روانشناختی آتش نشان‌ها و به تبع آن میزان کیفیت عملکرد آنها در موقعیت‌های بحرانی، مطالعات بعدی می توانند جلسات اثربخشی درمان‌های مرتبط با کیفیت زندگی، تحریک پذیری و تحمل پریشانی را مورد بررسی قرار دهند.

تقدیر و تشکر

از کلیه عزیزانی که با رضایت و صبوری حاضر به انجام این پژوهش شدند کمال تشکر را نموده و در پایان از اساتید گرانقدر که با راهنمایی‌های بی دریغشان باعث بهتر انجام شدن این مطالعه گردیده‌اند سپاس گذاری می‌نماییم.

References

1. Jintao LU, Naiding Y, Jinfu YE, Haoran WU. The influence paths of emotion on the occupational safety of rescuers involved in environmental emergencies-systematic review article. Iran J Public Health. 2014;43:1478.
2. Kyriacou E, Nicolaidou I, Hadjichristofi G, Kyprianou S, Christou S, Constantinou R. Health and rescue services management system during a crisis event. Healthc Technol Let. 2016;3:205-211.
3. Kim YK, Ahn YS, Kim K, Yoon JH, Roh J. Association between job stress and occupational injuries among Korean firefighters: a nationwide cross-sectional study. BMJ Open. 2016;6:12002.
4. Yoon JH, Kim YK, Kim KS, Ahn YS. Characteristics of workplace injuries among nineteen thousand Korean firefighters. J Korean Med Sci. 2016;31:1546-1552.
5. Chen YS, Chen MC, Chou FHC, Sun FC, Chen PC, Tsai KY, Chao SS. The relationship between quality of life and posttraumatic stress disorder or major depression for firefighters in Kaohsiung, Taiwan. Qual Life Res. 2007;16:1289-1297.
6. Morren M, Dirkzwager AJ, Kessels FJ, Yzermans CJ. The influence of a disaster on the health of rescue workers: a longitudinal study. CMAJ. 2007;176: 1279-1283.
7. Han M, Park S, Park JH, Hwang SS, Kim I. Do police officers and firefighters have a higher risk of

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

8. disease than other public officers? A 13-year nationwide cohort study in South Korea. BMJ Open. 2018;8:19987.
9. Lin PY, Wang JY, Shih DP, Kuo HW, Liang WM. The Interaction Effects of Burnout and Job Support on Peptic Ulcer Disease (PUD) among Firefighters and Policemen. Int J Environ Res Public Health. 2019;16: 2369.
10. Ponce de León Vargas AP. Síntomas de trastorno de estrés postraumático y calidad de vida en bomberos con diferentes niveles de carga laboral. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). 2019.
11. Nejati V, Aamadi K, Sharifian M, Shoaff F. Comparing quality of life dimension in defferent age decades: prediction for medical acience. J Fars Univ Med Sci. 2012;4: 227-232. (Persian)
12. Hossein Khani Z, Sabaghian M, Fooladvand A, Shams Gilani N, Fatahi Z, Motahari Fard M. Quality of Life of Stan Qazvin Behvarzes. J School Health Instit Health Res. 2016;14:71-80. (Persian)
13. Asadi Hassanvand A, Sudani M, Abbaspour Z. The Effectiveness of Group-Based Solution Therapy on Improving the Quality of Life of Children. J Urmia Nurs Midwif Fac. 2017;15:449-459.
14. Russo P, Pappalardo A. Predictors of quality of life among patuents with multiple sclerosis. Occup Thetapy Int. 2007;16:57-70.
15. Fida R, Paciello M, Barbaranelli C, Tramontano C, Fontaine RG. The role of irritability in the relation between job stressors, emotional reactivity, and counterproductive work behaviour. Eur J Work Organ Psychol. 2012;23:31-47.
16. Venes D. Taber's cyclopedic medical dictionary. FA Davis. 2017.
17. Pourafrouz E, Rajaee A. Construction and standardization of psychometric evaluation of irritability questionnaire. 6th Iranian Scientific Congress on Development and Promotion of Iranian Educational and Psychological Sciences; 2017. [Persian]
18. Pourafrouz E, Rajaee A, Khoynejad G. Comparison of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Yoga on the Threshold of Irritability. Contemp Psychol. 2015;10:302-304. (Persian)
19. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. Psychol Bull. 2010;136:576-600.
20. Ocleirigh C, Ironson G, Smits JA. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV. Behav Ther. 2007;38:314-23.
21. Simons JS, Gaher RM. The Disrtess Tolerance Scale: development and validation of a self-report measure. Motiv Emot. 2005;29:83-102.
22. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. Behav Ther. 2010;41:567-574.
23. Haglund ME, Nestadt P, Cooper N, Southwick S, Charney D. Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress related psychopathology. Develop Psychopathol. 2007;19:889-920.
24. Dirkzwager AJE, Yzermans CJ, Kessels FJM. Psychological, musculoskeletal, and respiratory problems and sickness absence before and after involvement in adisaster: a longitudinal study among rescue workers. Occup Environ Med. 2004;61:870–872.
25. Bahshi E, Kalantari R. Assessment of quality of work life and its relationship with job performance in health care workers. Occup Health Engin. 2016;3:31-37. (Persian)
26. Ryu Sh. The Association among Suicidal Ideation, Anexiety Symptoms, and Quality of Life in Firefighters. Korean J Psychopharmacol. 2014;25(1):29-35.
27. Khan K, Charters J, Graham TL, Nasriani HR, Ndlovu S, Mai J. A case study of the effects of posttraumatic stress disorder on operational fire service personnel within the Lancashire fire and rescue service. Saf Health Work. 2018;9:277-289.
28. Kim HD, An Y, Kim DH, Jeong KS, Ahn YS. An overview of compensated work-related injuries among Korean firefighters from 2010 to 2015. Ann Occup Environ Med. 2018;30:2-8.
29. Shafran LM, Nekhoroshkova LV. Hygienic evaluation of working conditions and working process of fire rescue employees. Gig Sanit. 2015;94:77-82.
30. Ibrayeva A, Turdalieva B, Aimbetova P. General health status among firefighters and rescue operations workers. Georgian Med News. 2017;270:130-135.
31. Amir Azadi N, Mostafavi Rad F, Mathematics Z. The Impact of Perceived Organizational Support on Mental Health Dimensions of Shiraz Fire Department Employees. 2nd Iranian Congress of Social Psychology. Tehran March 14th and 15th, 2013. [Persian]
32. Nematpour Kapoorchal S, Poladi Roushari A, Golestaneh S. Coping strategies and severity of chronic pain disorder in firefighters in Tehran. 2nd Iranian Congress of Social Psychology. Tehran March 14th and 15th, 2013. [Persian]
33. Rosenstock L, Olsen J. Firefighting and death from cardiovascular causes. N Engl J Med. 2007;356(12):1261-3.
34. Habibi Sola A, Nikpour S, Seyyed al-Shohada M, Haqqani H. Assessment of health promoting behaviors and quality of life in the elderly. Ardabil

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

Univ Med Sci. 2008;8:36-29. (Persian)
35. Resntick B, Nahm ES. Reliability and validity testing of the revised 12-item short form Health Survey in older adults. J Nurs Measur. 2010;9:161-151.
36. Montazeri A, Vahidaninia M, Mousavi S , Omidvari S. The Iranian version of 12-item short form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. BMC Public Health. 2009;9:341-353. (Persian)
37. Alawi Kh. The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy in Reducing Depression Symptoms in Mashhad Students. Master thesis. Mashhad Ferdowsi University. 2009. (Persian)
38. Haji O. [The relationship between clinical, psychosocial and psychological characteristics with quality of life and self-efficacy in patients with epilepsy]. Master thesis. University of Mohaghegh Ardabili. 2014. (Persian)
39. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. J Affict Disord. 2005;85:245-258.
40. Craig KJ, Hietanen H, Markova IS, Berrios GE. [The Irritability Questionnaire: A new scale for the measurement of irritability]. Psychiatry Res. 2008;159:367-375.
41. Namni Ghorbani S. The Relationship between Mental Health and Quality of Life in Abused Children of 7-12 Years: The Moderating Effect of Social Support Perception. Soc Welfare. 2018;18:55-77. (Persian)
42. Mokhtari F, Qasemi N. Comparison of Quality of Life and Mental Health in the Elderly / Non-Resident Elderly Home. Iran Aging. 2019;5:53-63. (Persian)
43. Manuela Siraiama MD, da Pureza DY. Association between job satisfaction and workers' quality of life in a public maternity hospital in the far north of Brazil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2019;19(3):723-732.
44. Szemik S, Małgorzata K, Halina K. Quality of life and health among people living in an industrial area of Poland. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(7):1221.
45. Forouzanfar A. Distress Tolerance: Theory, Mechanism, and Relation to Psychopathology. Rise Psychol. 2017;6:239-262. (Persian)
46. Schmidt NB, Richey JA, Cromer KR, Buckner J. Discomfort intolerance: Evalauation of a potential risk factor for anxiety psychopathology. Behav Ther. 2007;38:247-255.
47. Michel NM, Rowa K, Young L, McCabe RE. Emotional distress tolerance across anxiety disorders. J Anxiety Disord. 2016;40:94–103.
48. Faravani R, Amini N, Dire Shafiabadi A. Modeling Structural Equations Modeling Addiction Predictability Based on Dependency / Inadequacy Scheme and Distress Tolerance with Mediating Role of Brain-Behavioral Systems in Students. Counsel Psychother Culture. 2018;10: 31-58. (Persian)
49. Khodabakhshi KA, Falsafinejad MR, Moghadam F, Mojarab M. Effectiveness of Stress Management Training on Life Quality and Occupational Burnout among Firefighters of Tehran. J Med Sci. 2018;6(1):11-19.
50. Moghbeli-Hanzaii M, Omidi A, Zanjani Z. The comparison of distress tolerance and experiential avoidance in people with health anxiety and normal people. Feyz. 2019;23(6):689-697.
51. Caprara GV, Barbaranelli C, Zimbardo PG, Understanding the Complexity of Human Aggression: Affective, Cognitive, and Social Dimensions of Individual Differences in Popensity Toward Aggression. Eur J Pers. 1996;10:133-155.
52. Bettencourt BA, Talley A, Benjamin AJ, Valentine J. Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: a meta-analytic review. Psychol Bull.. 2006;132:751-77.
53. Fida R. The role of irritability in the relation between job stressors, emotional reactivity, and counterproductive work behaviour. Eur J Work Organiz Psychol. 2014;23(1):31-47.
54. Efati Diocelli M, Kafi Masouleh M, Del A. The Relationship between Mental Health and Quality of Life in Substance Dependents. Addict Res. 2016;6:55-64. (Persian)
55. Suleimanzadeh S, Shaker Dolg A. Comparison of distress tolerance, spiritual health, and conflict management between indigenous and non-indigenous conscripts of a military organization. Mil Psychol. 2019;10:71-80. (Persian)
56. Sonboli S, Farhang A, Tizdast T. Comparison of the efficacy of mindfulness-based cognitive-behavioral group therapy and mindfulness therapy on reducing symptoms and improving the excitability and concentration of chemical warfare victims of post traumatic stress disorder in Tehran province. Mil Nassie's Psyche. 2016;7:33-45. (Persian)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]