DOI: 10.48305/jhsr.v18i2.1455 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 18, No. 2, Summer

Received: 02.03.2022 Accepted: 28.05.2022 Published: 06.07.2022

Presenting a Model of Nurses' Psychological Well-Being Based on the Variables of Spiritual Health, Resilience, and Emotional Atmosphere of the Family during the Corona Pandemic and Its Effect on Emotional Distress Tolerance of Nurses

Farideh Ensafdaran[1], Mahmoud Nejabat[2], Abdolreza Mahmoudi[3], Maryam Shamsaei[4]

Original Article

Abstract

Background: The aim of this study was to investigate the psychological well-being of nurses based on the variables of spiritual health, resilience, and emotional atmosphere of the family during the corona pandemic and its effect on nurses' emotional distress tolerance.

Methods: The present study was a correlational study. The statistical population of the study includes all nurses of public hospitals in Shiraz, Iran. Due to the corona pandemic conditions, 200 members of the community were randomly selected as the research sample. Data were collected using standard questionnaires of psychological well-being, spiritual health, resilience, family emotional atmosphere, and emotional distress tolerance and were analyzed by structural equation modeling (SEM) using SPSS and Amos software.

Findings: The proposed model had a good fit. Based on the results of structural equations, spiritual health ($\beta = 0.170$ and $P = 0.012$), resilience ($\beta = 0.180$ and $P = 0.008$), and family emotional atmosphere ($\beta = 0.360$ and $P < 0.001$) directly affected the nurses' psychological well-being. Moreover, the indirect effects of spiritual health ($\beta = 0.083$ and $P = 0.012$), resilience ($\beta = 0.088$ and $P = 0.005$), and family emotional atmosphere ($\beta = 0.170$ and $P < 0.001$) on the nurses' emotional distress tolerance through psychological well-being was confirmed. Only the direct effect of resilience on emotional distress tolerance ($\beta = 0.030$ and $P = 0.570$) was not confirmed in the model.

Conclusion: The spiritual health, resilience, and emotional atmosphere of the family lead to improvement of psychological well-being and also increase the nurses' emotional distress tolerance.

Keywords: Well-being; Spirituality; Resilience; Family relations; Emotional distress

Citation: Ensafdaran F, Nejabat M, Mahmoudi A, Shamsaei M. **Presenting a Model of Nurses' Psychological Well-Being Based on the Variables of Spiritual Health, Resilience, and Emotional Atmosphere of the Family during the Corona Pandemic and Its Effect on Emotional Distress Tolerance of Nurses.** J Health Syst Res 2022; 18(2): 120-6.

1- Research Center of Quran, Hadith and Medicine, Shiraz University of Medical Sciences AND Lecturer, Department of Psychology, Fatemieh Institute of Higher Education, Shiraz, Iran
2- Professor, Research Center of Quran, Hadith and Medicine AND Department of Ophthalmology, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
3- Assistant Professor, Research Center of Quran, Hadith and Medicine AND Department of Education, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
4- Associate Professor, Research Center of Quran, Hadith and Medicine AND Department of Education, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
Corresponding Author: Farideh Ensafdaran; Research Center of Quran, Hadith and Medicine, Shiraz University of Medical Sciences AND Lecturer, Department of Psychology, Fatemieh Institute of Higher Education, Shiraz, Iran; Email: f.ensafdaran@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

DOI: 10.48305/jhsr.v18i2.1455 Published by Vesnu Publications

ارایه مدلی از بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بر اساس متغیرهای سلامت معنوی، تاب‌آوری و جو عاطفی خانواده در دوران پاندمی کرونا و تأثیر آن بر تحمل آشفتگی هیجانی پرستاران

فریده انصافداران[۱]، محمود نجابت[۲]، عبدالرضا محمودی[۳]، مریم شمسایی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بر اساس متغیرهای سلامت معنوی، تاب‌آوری و جو عاطفی خانواده در دوران پاندمی کرونا و تأثیر آن بر تحمل آشفتگی هیجانی پرستاران انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع همبستگی و جامعه مورد بررسی شامل همه پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز بود. با توجه به شرایط پاندمی کرونا، ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی در دسترس به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد بهزیستی روان‌شناختی، سلامت معنوی، تاب‌آوری، جو عاطفی خانواده و تحمل آشفتگی جمع‌آوری گردید و به روش الگویابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS و Amos مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مدل پیشنهادی از برازش خوبی برخوردار بود. بر اساس نتایج معادلات ساختاری، سلامت معنوی (P = ۰/۰۱۲، β = ۰/۱۷۰)، تاب‌آوری (P = ۰/۰۰۸، β = ۰/۱۸۰) و جو عاطفی خانواده (P < ۰/۰۰۱، β = ۰/۳۶۰) به طور مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران تأثیر داشت. همچنین، تأثیر غیر مستقیم سلامت معنوی (P = ۰/۰۱۲، β = ۰/۰۸۳)، تاب‌آوری (P = ۰/۰۰۵، β = ۰/۰۸۸) و جو عاطفی خانواده (P < ۰/۰۰۱، β = ۰/۱۷۰) بر تحمل آشفتگی هیجانی پرستاران از طریق بهزیستی روان‌شناختی تأیید گردید. تنها تأثیر مستقیم تاب‌آوری بر تحمل آشفتگی (P = ۰/۵۷۰، β = ۰/۰۳۰) در مدل مذکور تأیید نشد.

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی، تاب‌آوری و جو عاطفی خانواده، منجر به بهبود بهزیستی روان‌شناختی و همچنین، افزایش تحمل آشفتگی در پرستاران می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی؛ معنویت؛ تاب‌آوری؛ روابط خانوادگی؛ آشفتگی روانی

ارجاع: انصافداران فریده، نجابت محمود، محمودی عبدالرضا، شمسایی مریم. **ارایه مدلی از بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بر اساس متغیرهای سلامت معنوی، تاب‌آوری و جو عاطفی خانواده در دوران پاندمی کرونا و تأثیر آن بر تحمل آشفتگی هیجانی پرستاران.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۱۸ (۲): ۱۲۶- ۱۲۰

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۳/۷ تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۴/۱۵

مقدمه

بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ یک وضعیت اضطراری در سراسر جهان به وجود آورد که تهدیدی ویرانگر برای شاخص‌های سلامت روان، اقتصاد و روابط اجتماعی بود (۱). این بیماری واگیردار نه تنها موجب تهدید سلامت جسمانی جامعه و در برخی از موارد مرگ می‌شود، بلکه با توجه به این که پاندمی‌ها اغلب در مردم عدم اطمینان و سردرگمی ایجاد می‌کنند (۲)، فشار روانی غیر قابل تحملی برای جوامع درگیر مانند استرس، اضطراب، افسردگی، سوگ حل نشده، اختلال استرس پس از سانحه به بار آورده است (۴، ۳). پریشانی عاطفی بیش از حد مرتبط با تهدید شدن به سرایت یا داشتن عفونت واقعی، مسأله‌ای است که از اهمیت بالینی و بهداشتی برخوردار است (۲).

پرستاری از جمله مشاغل مهم و حیاتی در سیستم بهداشت و درمان یک کشور محسوب می‌گردد و به طور تقریبی در تمام کشورها، عمده‌ترین بخش سیستم بهداشتی و در برخی مراکز تا ۸۰ درصد را پرستاران تشکیل می‌دهند (۵) از طرف دیگر، پرستاران به عنوان اعضای اصلی تیم مراقبتی- درمانی، در خط مقدم ارایه خدمات درمانی قرار دارند و عملکرد آنان تا حد زیادی تعیین‌کننده کیفیت مراقبت‌های بهداشتی- درمانی است (۶). بهزیستی روان شناختی برای سلامت کل پرستاران و بهبود عملکرد حرفه‌ای آنان در مراقبت از بیماران به خصوص در دوران پر استرس پاندمی کرونا بسیار مهم و مؤثر است. بهزیستی روان‌شناختی به معنی کارکرد روانی بهینه است و به عنوان تجربه درونی عواطف مثبت و احساس سرزندگی و سلامت عاطفی، عدم تجربه درماندگی ذهنی و رضایتمندی کلی از زندگی و تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد تعریف می‌شود که نقش مهمی در ارتقای

۱- مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مربی، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی غیر انتفاعی- غیر دولتی فاطمیه (س)، شیراز، ایران
۲- استاد، مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب و گروه چشم‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۳- استادیار، مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب و گروه معارف، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۴- دانشیار، مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب و گروه معارف، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
نویسنده مسؤول: فریده انصافداران؛ مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مربی، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی غیر انتفاعی- غیر دولتی فاطمیه (س)، شیراز، ایران
Email: f.ensafdaran@gmail.com

سلامت عمومی و بهبود عملکرد روانی- اجتماعی دارد (۷).

بهزیستی روان‌شناختی عامل مؤثری در ایستادگی در برابر افسردگی و بیماری‌ها و همچنین، موجب تعامل کارامد با اطرافیان (فرزندان و همسر) و به طور کلی، موجب حفظ تعادل کیان خانواده و سلامت روان اعضا می شود (۸). افرادی که از بهزیستی روان شناختی بالاتری برخوردار هستند، توانایی بیشتری برای سازگاری با مشکلات دارند (۱۰، ۹). نتایج مطالعات نشان می‌دهد کارکرد سالم خانواده با کاهش اختلالات روان شناختی همچون افسردگی و اضطراب و افزایش بهزیستی و سلامتی مرتبط است (۱۲، ۱۱). عوامل معنوی همچون سلامت خانواده نیز تأثیرات بسیاری بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد دارد (۱۳). سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت انسان می‌باشد (۱۴). بین معنویت با بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و شغلی کارکنان بیمارستان به ویژه پرستاران، ارتباط معنی‌داری وجود دارد. به طور مثال، نتایج پژوهشی نشان داد که میزان بالاتر هوش معنوی در پرستاران، با افزایش بهزیستی روان شناختی و هدفمندی در زندگی آنان همراه است (۱۵). همچنین، معنویت می‌تواند به صورت مثبت و معنی‌دار، افزایش شادکامی و بهزیستی (۱۶) و افزایش توانمندی پرستاران را تبیین نماید (۱۷).

سلامت معنوی برای پرستاران که روزانه با عوامل استرس‌زای بسیاری مواجه می‌شوند، می‌تواند به عنوان یک منبع آرامش و امیدبخش مفید باشد (۱۸). از جمله مواردی که در نوع مواجهه افراد با شرایط استرس‌زا و آسیب‌های روانی وارد شده به آنان تفاوت ایجاد می‌کند، تحمل آشفتگی است. Ellis و همکاران تحمل آشفتگی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کردند (۱۹). این سازه یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (۲۰). تحمل آشفتگی به طور فزاینده‌ای به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقای آسیب‌های روانی و همچنین، پیشگیری و درمان مشاهده شده است (۲۱). افراد با تحمل آشفتگی پایین، در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (۲۲).

با توجه به سطح گستردگی شیوع بیماری کووید ۱۹ در سطح جهان و میزان تلفات ناشی از این بیماری، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به ویژه پرستاران به دلیل قرارگیری در خط اول مقابله با این بیماری، با امکان بیشتری نسبت به سایر افراد در معرض بروز اختلالات روان شناختی و اضطراب قرار دارند (۲۳). نتایج یک بررسی که بر روی پزشکان و پرستاران بیمارستانی در ووهان چین در طی انتشار بیماری کووید ۱۹ انجام شد، نشان داد که کارکنان مراقبت های پزشکی درجه بالایی از علایم افسردگی (۵۰/۴ در صد)، اضطراب (۴۴/۶ درصد)، بی‌خوابی (۳۴/۰ درصد) و دردمندی (۷۱/۵ درصد) را تجربه می‌کنند (۲۴). مطالعات نشان داده است کارکنانی که در تماس مستقیم با بیماران آلوده به کووید ۱۹ قرار دارند نسبت به افرادی که در تماس مستقیم با این بیماران نیستند، دارای شاخص اضطرابی بیشتری هستند. همچنین، میزان شاخص اضطراب در کارکنان پزشکی شهرهای آلوده (مانند شهر ووهان) نسبت به کارکنان پزشکی سایر شهرها بیشتر است (۲۵). بنابراین، انجام تحقیقاتی در جهت بهزیستی روان‌شناختی پرستاران و حفظ سلامت روان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در طی مواجه با بیماری کووید ۱۹ از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. با توجه به اهمیت و ضرورت توجه به شاخص‌های روان‌شناختی پرستاران به ویژه در دوران همه‌گیری کرونا و پیشینه پژوهش مبنی بر تأثیر عوامل خانوادگی، معنویت و متغیرهای روان‌شناختی بر بهزیستی و تحمل آشفتگی، هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی تأثیر متغیرهای سلامت معنوی، تاب‌آوری و جو عاطفی خانواده در بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی هیجانی در پرستاران در قالب ارایه یک مدل بود.

روش‌ها

این تحقیق از نوع همبستگی و تحلیل مسیر (Path-analysis) بود که با هدف بررسی تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم سلامت معنوی، تاب‌آوری و جو عاطفی خانواده بر بهزیستی روان شناختی و تحمل آشفتگی و با میانجی‌گری بهزیستی روان‌شناختی انجام شد. با توجه به شرایط پاندمی کرونا، ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در ادامه آمده است.

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی: این پرسش‌نامه ساخته Ryff و شامل ۱۸ سوال می‌باشد که ۶ عامل «پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال» را می‌سنجد. همسانی درونی کل مقیاس ۰/۷۱ گزارش شده است (۲۶). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر به روش Cronbach's alpha، ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه سلامت معنوی: پرسش‌نامه ۴۸ سؤالی سلامت معنوی مبتنی بر مذهب اسلام، ساخته شده فرهنگستان علوم پزشکی ایران است. در این پرسش‌نامه حیطه‌های شناختی/ عاطفی و نیز رفتاری در ارتباط با خداوند، ارتباط با خود و ارتباط با پیرامون به عنوان مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی در نظر گرفته شده است. مؤلفه‌های شناختی/ عاطفی شامل ۲۸ سؤال و مؤلفه‌های رفتاری شامل ۲۰ سؤال می‌باشد. روایی پرسش‌نامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا و پایایی آن با استفاده از به روش ضریب Cronbach's alpha، بالاتر از ۰/۷ به دست آمد که در مطالعه امیری و همکاران در یک جامعه شهری ایرانی مورد تأیید قرار گرفت (۲۷). پایایی این ابزار در تحقیق حاضر به روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۱ محاسبه گردید.

پرسش‌نامه تاب‌آوری: پرسش‌نامه مذکور ساخته Connor و Davidson و شامل ۲۵ آیتم می‌باشد که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا ۵ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود (۲۸). Connor و Davidson ضریب Cronbach's alpha این مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کردند. ضریب پایایی حاصل از آن با استفاده از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای، ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی به روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۵ گزارش گردید.

پرسش‌نامه جو عاطفی خانواده: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۶۴ توسط Hill Bern به منظور بررسی ارزیابی جو عاطفی خانواده (رابطه پدر- فرزندی و رابطه مادر- فرزندی یعنی محبت، نوازش، تأیید کردن، تجربه‌های مشترک، هدیه دادن، تشویق کردن، اعتماد، احساس امنیت) طراحی و تدوین شد. مقیاس مذکور دارای ۱۶ سؤال و ۸ بعد می‌باشد. ضریب Cronbach's alpha این پرسش‌نامه در مطالعه ناهیدی، ۰/۸۵ و روایی محتوایی و صوری و ملاکی آن مناسب ارزیابی گردید (۲۹). پایایی این ابزار در تحقیق حاضر به روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه تحمل آشفتگی (Distress Tolerance Scale یا DTS): این پرسش‌نامه اولین بار در سال ۲۰۰۵ توسط Simons و Gaher در ۱۵ ماده

طراحی شد که تحمل آشفتگی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین آشفتگی مورد سنجش قرار می‌دهد. آن‌ها ضریب Cronbach's alpha را برای کل سؤالات، ۰/۸۲ گزارش کردند (۳۰). در پژوهش عسگری و همکاران، ضریب Cronbach's alpha کل مقیاس، ۰/۸۶ به دست آمد (۳۱). پایایی این ابزار در مطالعه حاضر به روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۷ محاسبه گردید.

در نهایت، داده‌ها به روش تحلیل مسیر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) و AMOS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از میان شرکت‌کنندگان، ۸۶/۱ درصد را زنان و ۱۳/۹ درصد را مردان تشکیل دادند. ۶۲/۳ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و ۳۷/۷ درصد از آنان مجرد بودند. بیشترین فراوانی سن شرکت‌کنندگان مربوط به گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال با فراوانی ۲۷/۸ درصد و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال با ۸/۹ درصد بود. جدول ۱ میانگین متغیرهای مورد بررسی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی

شاخص‌های توصیفی	میانگین ± انحراف معیار
سلامت معنوی	۱۴۶/۵۰ ± ۳۸/۴۴
تاب‌آوری	۹۳/۰۰ ± ۱۶/۰۰
جو عاطفی خانواده	۵۴/۰۰ ± ۹/۹۶
بهزیستی روان‌شناختی	۵۴/۰۰ ± ۱۱/۱۵
تحمل آشفتگی	۵۳/۰۰ ± ۹/۴۸

بر اساس داده‌های جدول ۲، همبستگی بین تمام متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار بود. برای آزمون الگوی پیشنهادی، از الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. روابط واسطه‌ای الگوی نهایی نیز با استفاده از Bootstrap (آزمون خودراه‌انداز) نرم‌افزار AMOS نسخه ۱۸ ارزیابی گردید.

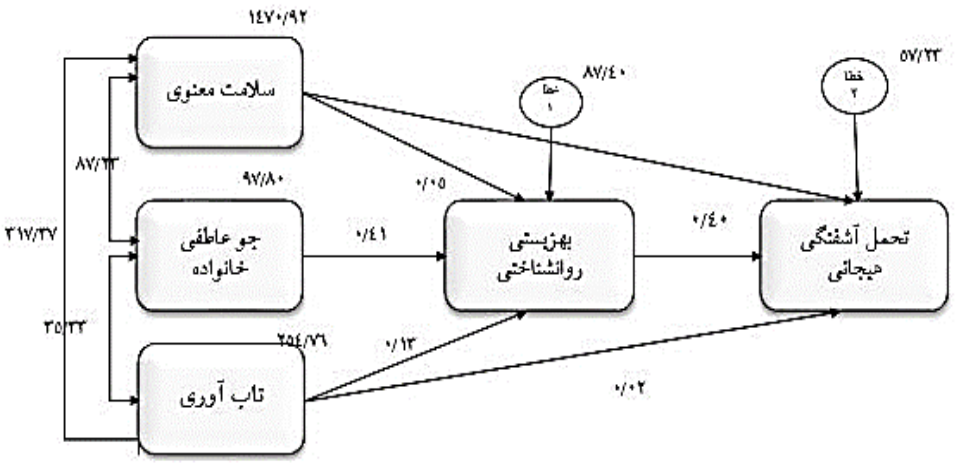
جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
سلامت معنوی	۱	–	–	-	-	-
تاب‌آوری	۰/۵۱۸	۱	–	-	-	-
جو عاطفی خانواده	۰/۲۲۷	۰/۲۱۸	۱	-	-	-
بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۵۷	۰/۳۵۹	۰/۴۴۷	۱	-	-
تحمل آشفتگی	۰/۴۰۱	۰/۳۱۸	۰/۴۷۰	۰/۵۶۰	۱	-

در گام برآورد، مدل پیشنهادی از برازندگی خوبی برخوردار بود و همه مسیرها معنی‌دار شد. بنابراین، بدون نیاز به هیچ اصلاح یا حذف مسیر، مدل مورد تأیید قرار گرفت. شکل ۱ مدل پیشنهادی پژوهش حاضر به همراه ضرایب مسیر را نشان می‌دهد.

جدول ۳ شاخص‌های نیکویی برازش را در مدل پژوهش نشان می‌دهد.

شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی و نهایی شامل شاخص χ^2/ Degree of freedom (df)، شاخص نیکویی برازش (GFI یا Goodness of fit index)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI یا Adjusted goodness of fit index)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI یا Comparative fit index)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI یا Incremental fit index)، شاخص برازندگی Tucker-Lewis (TLI یا Tucker-Lewis index) و مجذور میانگین مجذورات خطای تقریبی (RMSEA یا Root mean square error of approximation) حاکی از برازش بسیار خوب مدل است. جدول ۴ مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم و ضرایب استاندارد آن‌ها در الگوی پیشنهادی و نهایی را نشان می‌دهد.



شکل ۱. برون‌داد مدل پیشنهادی همراه با ضرایب مسیرها

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل پیشنهادی و نهایی پژوهش

شاخص‌های برازندگی	χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مدل پیشنهادی و نهایی	۱/٦٤	۱	۱/٦٤	۰/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۹	۸۰/۹	۰/۹۹۰	۰/۹۹	۰/۰۵۷

df: Degree of freedom; GFI: Goodness of fit index; AGFI: Adjusted goodness of fit index; IFI: Incremental fit index; TLI: Tucker-Lewis index; CFI: Comparative fit index; NFI: Normed fit index; RMSEA: Root mean square error of approximation

بر ا ساس ضرایب م سیر ا ستاندارد و مقادیر بحرانی متناظر ارایه شده در جدول ۴، ملاحظه می شود که همه مسیرهای مستقیم به جزء مسیر تاب‌آوری به تحمل آشفتگی، معنی‌دار بود. همچنین، نتایج آزمون مسیرهای غیر مستقیم با یک متغیر میانجی با استفاده از روش Preacher و Hayes نشان داد که حد پایین و حد بالای رابطه میان متغیرهای پژوهش از طریق متغیر میانجی (بهزیستی روان‌شناختی)، صفر را در برنمی‌گیرد. سطح اطمینان برای این فاصله اطمینان ۹۵ درصد و تعداد نمونه‌گیری مجدد Bootstrap، ۵۰۰۰ می‌با شد. با توجه به این که صفر بیرون از این فا صله اطمینان قرار می‌گیرد و بیان‌کننده معنی‌داری مسیرهای غیر مستقیم است، کلیه متغیرهای پیش‌بین از طریق بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی هیجانی پرستاران تأثیر معنی‌داری داشت.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سلامت معنوی، جو عاطفی خانواده و تاب‌آوری، به طور مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران تأثیر دارد. همچنین، کلیه متغیرهای پیش‌بین از طریق بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی پرستاران نیز تأثیر دارد. تنها تأثیر مستقیم تاب‌آوری بر تحمل آشفتگی پرستاران معنی‌دار نبود.

یافته‌ها نشان داد که جو عاطفی خانواده، بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران تأثیر مثبت و معنی‌داری داشت که این یافته با نتایج تحقیقات Foster و همکاران (۱۰)، Wu و همکاران (۱۱) و ستوده و همکاران (۱۲) هم‌راستا می‌باشد. جو صمیمانه خانوادگی و پاسخ به نیازهای عاطفی فرزندان، به سلامت روان آنان در بزرگسالی کمک می‌کند. افرادی که در فضای خانوادگی صمیمانه و پا سخگو ر شد می‌یابند، ظرفیت روانی بالاتری برای مقابله با شرایط ا سترس‌زا دارند. تجربه جو عاطفی خانوادگی به واسطه افزایش سلامت روان و ظرفیت بالای روان‌شناختی، باعث می‌شود پرستاران که به واسطه شغلشان استرس زیاد و شرایط کاری سختی را در محیط کار تجربه می‌کنند، در تعامل با دیگران و به خصوص بیماران، عملکرد بهتری داشته باشند و همین امر منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنان می‌شود.

در ارتباط با تأثیر م ستقیم سلامت معنوی بر بهزیستی روان شناختی، این یافته با نتایج پژوهش‌های ستوده و همکاران (۱۲)، Hawks و همکاران (۱۴) و صاحب‌الزمانی و همکاران (۱۵) همخوانی داشت. معنویت به عنوان یک شاخص معنی‌داری برای پیامدهای مثبت سلامتی و کیفیت زندگی شناخته شده ا ست. معنویت و دینداری می‌توانند به عنوان راهبردهای مثبت برای افزایش معنا در زندگی، امید و تعاملات اجتماعی در افراد و همچنین، برای مقابله با بیماری‌های روان شناختی همچون اف سردگی و اح ساس تنهایی مفید با شد. مواجه شدن با بیماران، شیفت‌های کاری سنگین، پا سخگویی به سؤالات و شکایات همراهان بیماران، فضای پرتنش بیمارستانی، پرستاران را با بحران‌هایی از لحاظ روحی مواجه می‌سازد که سلامت معنوی به عنوان یک تکیه‌گاه و سپر دفاعی، می‌تواند به تحمل این شرایط سخت کمک نماید. اعتقاد به وجود خداوند و دا شتن رابطه ر ضایت‌بخش با خداوند، هدفمندی و دا شتن معنی در زندگی، به پر ستاران کمک می‌کند که بسیاری از رویدادهای منفی و شرایط استرس‌آور روزانه محیط بیمارستان را با توانمندی بیشتری تحمل نمایند.

جدول ۴. الگوی ساختاری مسیرها و ضرایب استاندارد مربوط به اثرات مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل پیشنهادی و نهایی

مسیر	مدل پیشنهادی و نهایی	
	برآورد استاندارد	مقدار P
سلامت معنوی ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۱۷	۰/۰۱۲
تاب‌آوری ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۱۸	۰/۰۰۸
جو عاطفی خانواده ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳٦	< ۰/۰۰۱
بهزیستی روان‌شناختی ← تحمل آشفتگی	۰/٤۷	< ۰/۰۰۱
سلامت معنوی ← تحمل آشفتگی	۰/۲۱	۰/۰۰۲
تاب‌آوری ← تحمل آشفتگی	۰/۰۳	۰/۵۷۰
مسیرهای غیر مستقیم		
سلامت معنوی ← بهزیستی روان‌شناختی ← تحمل آشفتگی	۰/۰۸۳	۰/۰۱۲
تاب‌آوری ← بهزیستی روان‌شناختی ← تحمل آشفتگی	۰/۰۸۸	۰/۰۰۵
جو عاطفی خانواده ← بهزیستی روان‌شناختی ← تحمل آشفتگی	۰/۱۷	< ۰/۰۰۱

تأثیر مثبت و مستقیم تاب‌آوری بر بهزیستی روان شناختی پرستاران نیز در مطالعه حاضر تأیید گردید. این یافته با نتایج تحقیقات Meyer و همکاران (۳۲)، Smith و Yang (۳۳)، حسن‌زاده نمین و همکاران (۳۴) و کاظمی شاهاندشتی (۳۵) هم سو بود. بر مبنای نظر Smith و Yang، می‌توان گفت که تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت نفس و مقابله موفق با تجارب منفی می‌شود (۳۳). بر این اساس، تاب‌آوری به عنوان یک مکانیزم واسطه‌ای، به انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روان‌شناختی منتهی می‌شود. همچنین، افراد تاب‌آور به طرز خلاقانه و انعطاف‌پذیری به مسایل می‌نگرند، برای حل آن‌ها طراحی و برنامه‌ریزی می‌کنند و در صورت نیاز نسبت به درخواست کمک از دیگران دریغ نمی‌ورزند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که این عوامل از طریق افزایش سلامت و بهداشت روانی، باعث افزایش بهزیستی روان شناختی می شود. تاب‌آوری از طریق فرایندهای توضیح داده شده، می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران تأثیر معنی‌دار مثبت و مستقیمی داشته باشد.

تأثیر مثبت و معنی‌دار بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی هیجانی پرستاران نیز تأیید گردید. بهزیستی روان‌شناختی عامل مؤثری در ایستادگی در برابر افسردگی و بیماری‌ها است و همچنین، منجر به تعامل مناسب با اطرافیان و به طور کلی، سلامت روان اعضا می‌شود (۱۰، ۹). بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به توانمندی‌های شخصی و پیشرفت بسنده، ادراک ویژگی‌ها، تعامل کارامد و مؤثر با جهان و پیوند با جمع تعریف کرد. این حالت دربرگیرنده مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی نیز می‌باشد (۱۰). بنابراین، افرادی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند، به دلیل افزایش ظرفیت روانی، سلامت روان، ظرفیت بالاتر تحمل ابهام و عواطف مثبت، در برابر آشفتگی‌های هیجانی که لازمه شغل پرستاری است، تحمل بیشتری از خود نشان می‌دهند.

به دلیل پاندمی کرونا، حجم بالای کار و مراقبت های بهداشتی در بیمارستان‌ها، دسترسی به نمونه تصادفی پرستاران امکان‌پذیر نبود و ناگزیر از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید که از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین، محدود بودن جامعه آماری به پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز، تعمیم نتایج به سایرگروه‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بر اساس متغیرهای سلامت معنوی، تاب‌آوری و جو عاطفی خانواده در دوران پاندمی کرونا و تأثیر آن بر تحمل آشفتگی هیجانی پرستاران انجام شد. نتایج نشان داد که سلامت معنوی، جو عاطفی خانواده و تاب‌آوری، به طور مستقیمی بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران تأثیر دارد. همچنین، کلیه متغیرهای پیش‌بین از طریق بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی پرستاران نیز تأثیر دارند. تنها تأثیر مستقیم تاب‌آوری بر تحمل آشفتگی پرستاران در تحقیق حاضر معنی‌دار نبود. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و تأثیر مثبت سلامت معنوی، جو عاطفی خانواده و تاب‌آوری در بهزیستی روان‌شناختی و به دنبال آن، تحمل آشفتگی هیجانی پرستاران، پیشنهاد می‌شود توجه به سلامت معنوی و آموزش‌هایی در حوزه تاب‌آوری در دستور کار مراکز بهداشتی- درمانی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۲۲۸۱۵ و کد اخلاق IR.SUMS.REC.1400.545، مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد. بدین وسیله از کلیه پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Kolivand PH, Kazemi H. The effects of COVID-19 on mental health, socio-economic issues, and social interactions in Tehran: A pilot study. Neurosci J Shefaye Khatam 2021; 9(2): 100-10. [In Persian].
2. World Health Organization. WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning. Epidemic alert and response. Geneva, Switzerland; WHO: 2005.
3. Xiao C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. Psychiatry Investig 2020; 17(2): 175-6.
4. Farnoosh G, Alishiri G, Hosseini Zijoud SR, Dorostkar R, Jalali Farahani A. Understanding the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease (COVID-19) based on available evidence - a narrative review. J Mil Med 2020; 22(1): 1-11. [In Persian].
5. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. Nurs Ethics 2012; 19(2): 183-95.
6. Nikpeyma N, Abed-Saeedi J, Azargashb E, Alavi Majd H. A review of nurses 'performance appraisal in Iran. J Health Promot Manag 2014; 3(1): 74-83. [In Persian].
7. Pisanti R, van der Doef M, Maes S, Lazzari D, Bertini M. Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: A cross-national comparison. Int J Nurs Stud 2011; 48(7): 829-37.
8. Lawrence EM, Rogers RG, Zajacova A, Wadsworth T. Marital happiness, marital status, health, and longevity. J Happiness Stud 2019; 20(5): 1539-61.
9. Talebi M, Naderi F, Bakhtiarpour S, Safar zadeh S. The effect of psychological well-being treatment on the tolerance of confusion in mothers of mentally retarded children. Journal of Excellence in counseling and psychotherapy 2020; 9(33): 24-33. [In Persian].
10. Foster K, Roche M, Giandinoto JA, Furness T. Workplace stressors, psychological well-being, resilience, and caring behaviours of mental health nurses: A descriptive correlational study. Int J Ment Health Nurs 2020; 29(1): 56-68.
11. Wu JH, Sun CL, Zhang SM, Ren XH. Relationship between depression and family function in old patients with

coronary heart disease. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban 2012; 43(3): 401-3. [In Chinese].
12. Sotoodeh H, Shakerinia I, Ghasemi Jobaneh R, Kheyrati M, Hoseini Seddigh M. Role of family health and spiritual health on nurses psychological wellbeing. Med Hist 2016; 7(25): 161-84. [In Persian].
13. Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooshki E, Naserirad M, Akbari Lakeh M. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study. Med Ethics 2012; 6(20): 11-44. [In Persian].
14. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: Definition, role, and intervention strategies in health promotion. Am J Health Promot 1995; 9(5): 371-8.
15. Sahebalzamani M, Farahani H, Abasi R, Talebi M. The relationship between spiritual intelligence with psychological well-being and purpose in life of nurses. Iran J Nurs Midwifery Res 2013; 18(1): 38-41.
16. Faribors B, Fatemeh A, Hamidreza H. The relationship between nurses'spiritual intelligence and happiness in Iran. Procedia Soc Behav Sci 2010; 5: 1556-61.
17. Torabi M, Moghimi SM, Monavarian A. Investigating the relation between spiritual intelligence and psychological empowerment among nurses of Faghihi Hospital in 2012. Int J Econ Manag Soc Sci 2013; 2(8): 539-43.
18. Mitchell DL, Bennett MJ, Manfrin-Ledet L. Spiritual development of nursing students: developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. J Nurs Educ 2006; 45(9): 365-70.
19. Ellis AJ, Salgari G, Miklowitz D, Loo SK. Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. Psychiatry Res 2018; 267: 210-4.
20. Van Eck K, Warren P, Flory K. A variable-centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: links to emotional and behavioral concerns. J Youth Adolesc 2017; 46(1): 136-50.
21. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance: theory, measurement, and relations to psychopathology. Curr Dir Psychol Sci 2010; 19(6): 406-10.
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(4): 567-74.
23. Shahyad S, Mohammadi MT. Psychological impacts of COVID-19 outbreak on mental health status of society individuals: A narrative review. J Mil Med 2020; 22(2): 184-92. [In Persian].
24. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open 2020; 3(3): e203976.
25. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. Epidemiol Infect 2020; 148: e98.
26. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology 2014; 9(32): 27-36. [In Persian].
27. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari Jafarabadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. Med Ethics 2015; 8(30): 25-55. [In Persian].
28. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD□RISC). Depress Anxiety 2003; 18(2): 76-82.
29. Nahidi M. Traits of hardiness and self-fulfillment Adolescents [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Islamic Azad University, Science and Research Branch; 2011. [In Persian].
30. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motiv Emot 2005; 29(2): 83–102.
31. Asgari P, Pasha GR, Aminiyan M. Relationship between emotion regulation, mental stresses and body image with eating disorders of women. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology 2009; 4(13): 65-78. [In Persian].
32. Meyer EC, Kotte A, Kimbrel NA, DeBeer BB, Elliott TR, Gulliver SB, et al. Predictors of lower-than-expected posttraumatic symptom severity in war veterans: The influence of personality, self-reported trait resilience, and psychological flexibility. Behav Res Ther 2019; 113: 1-8.
33. Smith GD, Yang F. Stress, resilience and psychological well-being in Chinese undergraduate nursing students. Nurse Educ Today 2017; 49: 90-5.
34. Hasanzadeh Namin F, Peymani J, Ranjbaripour T, Abolmaali Alhosseini K. Psychological well-being prediction model based on resilience and cognitive regulation of emotion with the mediating role of perceived stress. Journal of Social Psychology, 2019, 13(51): 55-67. [In Persian].
35. Kazemi Shahandashti SS. The moderating role of resiliency on the relationship of psychological well-being with work-family conflict, work-family enrichment and turnover intention. Journal of Industrial and Organizational Psychology Studies 2017; 4(1): 19-42. [In Persian].