

نقش تنظیم هیجانی و معنویت روی استرس شغلی پرستاران نظامی

عزیزه علیزاده^۱، محمدحسن کاظمی گلوگاهی^۲، زهرا جمالی^۳، محمد براتی^۴، مریم عزیزی^۵

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت استرس شغلی در پرستاران، به ویژه پرستاران نظامی که بیش از سایر پرستاران در معرض استرس قرار دارند و با توجه به نقش معنویت و تنظیم هیجانی در سلامت روان، در این مطالعه به بررسی نقش تنظیم هیجانی و معنویت در استرس شغلی پرستاران پرداخته شده است.

مواد و روش ها: این تحقیق از نوع مقطعی توصیفی تحلیلی بود که بر ۱۷۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های نیروهای مسلح در تهران که با روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه استرس شغلی اسپینو، پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجانی و پرسشنامه معنویت بود. داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS ۱۹.۰ و با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون لجستیک چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: میانگین نمره معنویت، نمره استرس و نمره تنظیم هیجانی به ترتیب ۵/۵، ۱۱۲/۸ و ۸۴/۷ بود. در تحلیل تک متغیره معنویت با استرس شغلی ($r = 0.256$) و تنظیم هیجانی ($r = 0.302$) رابطه معنی دار داشت، اما بین تنظیم هیجانی و استرس شغلی رابطه معناداری مشاهده نشد. در تحلیل چند متغیره با استفاده از رگرسیون لجستیک، بین نمره معنویت و استرس شغلی رابطه معکوس و معناداری مشاهده گردید ($RO = 0.05$; $CI = 0.945 - 0.267$) اما رابطه بین نمره تنظیم هیجانی و استرس شغلی معنادار نبود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، به نظر می‌رسد افزایش معنویت می‌تواند موجب کاهش استرس شغلی در پرستاران نظامی گردد و با برنامه‌ریزی مناسب و تقویت سطح معنویت در این افراد می‌توان سلامت روان آنان را بهبود بخشید.

کلید واژه‌ها: استرس شغلی، پرستاری نظامی، تنظیم هیجانی، معنویت

مقدمه

پرستاری یک شغل بسیار پر استرس محسوب می‌شود. میزان بالای استرس در این شغل بر سلامت جسمی و روانی پرستاران اثر می‌گذارد. این استرس، در نتیجه ترکیب عوامل شخصی و عوامل مربوط به محیط کار ایجاد می‌شود (۱). فشارهای محیط پرستاری شامل هوای بسته، فشار زمانی، سر و صدای زیاد، نوسان‌های ناگهانی از کارهای مورد علاقه به کارهای معمولی، مناظر و صداهای ناخوشایند و ایستادن به مدت طولانی است. پرستاران در زمینه مقابله با این عوامل فشارزا آموزش می‌بینند، اما فشارهای مزمن دیگر مانند فشارهای خانه، تعارض در محیط کار، تعداد کم کارکنان، تیم کاری ضعیف، آموزش ناکافی و نظارت ضعیف می‌تواند اثر فشارها را افزایش دهد (۲). همچنین حجم کار، تعارض‌های نقش و تجربه پرخاشگری از دیگر عوامل فشارزای شغل پرستاری می‌باشند (۳). خشونت در محل کار از طرف بیمار، ملاقات‌کننده‌ها و خصوصاً توهین کلامی نیز از دیگر فشارها در خصوص پرستاران بویژه پرستاران بخش اورژانس محسوب می‌شود (۴).

مطالعات مختلف نشان داده است که صفات شخصیتی خاص با استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله پرستاران ارتباط دارد. ابعاد شخصیتی باز بودن^۶ و برون‌گرایی^۷ با استرس ادراک شده کمتری همراه است و صفاتی مانند باز بودن، توافق^۸ و وظیفه‌شناسی^۹ با راهبردهای مقابله‌ای حل مسئله مانند برنامه‌ریزی فعال و ارزیابی مجدد مرتبط است (۵). همچنین، میزان استرس با عزت نفس پرستاران همبستگی منفی دارد (۶). استرس شغلی با فرسودگی شغلی پرستاران نیز مرتبط است (۷).

فرسودگی شغلی با تنظیم هیجانی ضعیف نیز ارتباط دارد (۸).

توانایی آگاهی، شناسایی و نامگذاری هیجان‌ها، تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به هیجان، درک برانگیختگی هیجانی، تعدیل فعالانه هیجان منفی در رسیدن به احساس بهتر، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم تحمل آن از مهارت‌های تنظیم هیجانی است. همچنین، توانایی فرد در روبرو شدن با هیجان منفی (وقتی نمی‌توان هیجان منفی را تغییر داد) به جای اجتناب از آن در حالت پریشانی و درک توأم با شفقت (تشویق و آرام کردن خود) جهت نیل به اهداف مهم از جمله مهارت‌های تنظیم هیجانی است. مطالعات نشان داده‌اند همه این مهارت‌ها به طور معناداری با شاخص‌های مختلف سلامت روان در جمعیت عادی و بالینی همراه هستند (۹) و دشواری‌های تنظیمی هیجانی، می‌تواند سرآغاز شروع اختلالات روانی باشد (۱۰).

۱- ایران، تهران، بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی،

۲- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی، دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی،

۳- ایران، تهران، بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران، کارشناس پرستاری.

۴- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی، استادیار،

۵- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پرستاری، مربی گروه روان‌پرستاری، نویسنده مسئول. mbaratim@gmail.com

6- Openness

7- Extraversion

8- Agreeableness

9- Conscientiousness

یکی دیگر از عواملی که در سلامت افراد مؤثر است، معنویت است. پژوهش‌های بالینی بر ارتباط معنویت و سلامت تأکید کرده‌اند. همچنین، معنویت و مذهبی بودن منبع مهمی در مقابله با بیماری و یک مؤلفه مهم از کیفیت زندگی است (۱۱). به طوری که بین معنویت از یک سو و ایجاد افسردگی، اختلالات اضطرابی و افکار خودکشی از سوی دیگر ارتباط معناداری وجود دارد (۱۲). معنویت/ مذهبی بودن پدیده‌های پیچیده‌ای هستند که در ادبیات مربوط به سلامت توصیف شده‌اند (۱۳) و به عنوان تلاش فرد برای پاسخ به پرسش‌های غایی درباره معنا و متعالی بودن در نظر گرفته می‌شوند (۱۴). معنویت با بهزیستی معنوی، آرامش، آسودگی ناشی از ایمان، مقابله معنوی ارزیابی می‌شود و می‌تواند از مذهب و عبادت متمایز باشد، اما با تجلی اخلاقی، رسمی و ظاهری قداست و با اهمیت مذهب، اعتقاد به خدا و فراوانی تمایلات مذهبی اندازه‌گیری می‌شود (۱۵). معنویت می‌تواند هم تابآوری و هم بهزیستی فرد را در برابر مشکلات پیش‌بینی کند (۱۶). شواهد نشان داده‌اند که معنویت می‌تواند به بهزیستی هیجانی منجر شود (۱۴). همچنین، باورهای مذهبی می‌تواند در سلامت روان خصوصاً در آسیب‌پذیری‌های هیجانی با افزایش ترس، احساس گناه و افزایش بیماری‌های روان مؤثر باشد (۱۶). در بحث موقعیت‌های مختلف شغلی، پرستاری نظامی یک گروه پرخطر فرسودگی شغلی (که در اثر تداوم استرس شغلی ایجاد می‌شود) است که به سبب مطالبات فراوان شغل پرستاری نظامی و ماهیت نوع‌دوستی آن، ویژگی‌های متفاوت پرستاری نظامی و غیرنظامی، به علاوه انعطاف‌پذیری پایین در موقعیت‌های شغلی نظامی، خطر استرس شغلی و در پی آن فرسودگی شغلی افزایش می‌یابد (۱۷). در مطالعات مختلف نقش معنویت و تنظیم هیجانی در سلامت روان بررسی شده است، اما پژوهشی که این متغیرها را در استرس شغلی پرستاران بررسی کند، یافت نشد. با توجه به نقش و اهمیت استرس شغلی در پرستاران، به ویژه، پرستاران نظامی و نیز با توجه به جایگاه معنویت و تنظیم هیجانی در سلامت روان، در این مطالعه به بررسی نقش تنظیم هیجانی و معنویت در استرس شغلی پرستاران پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی و تحلیلی است. جامعه آماری مطالعه حاضر، کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های نیروهای مسلح شهر تهران، در سال ۱۳۹۲ بود. با توجه به تعداد سطوح متغیر پیش‌بینی‌کننده (۱۵ سطح)، به ازای هر سطح متغیر پیش‌بینی‌کننده، ۱۰ نفر انتخاب شدند (۱۹). در مجموع، حجم نمونه ۱۵۰ نفر محاسبه شد که برای کاهش خطا به ۱۷۰ نفر افزایش یافت. روش جمع‌آوری نمونه‌ها، تصادفی چند مرحله‌ای بود. از بین ۹ بیمارستان نیروهای مسلح، ۴ بیمارستان بصورت تصادفی انتخاب شدند. تعداد پرستاران هر بیمارستان به طور میانگین، ۵۰ الی ۶۰ نفر بود. در کل ۴۰۰ نفر در شیفت صبح، عصر و شب این بیمارستان‌ها مشغول به کار بودند. ۱۷۰ نفر از این فهرست به صورت تصادفی انتخاب شدند. با توجه به اینکه

رضایت شخصی برای تکمیل پرسشنامه‌ها مهم بود، برای جایگزینی کسانی که تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند، نمونه‌گیری ادامه یافت تا نهایتاً تعداد نمونه‌ها به حد نصاب رسید. ملاحظات اخلاقی شامل محرمانه بودن اطلاعات رعایت گردید.

داده‌های گردآوری شده به کمک نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ و با استفاده از آزمونهای آماری توصیفی و تحلیلی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت بررسی ارتباط بین متغیرها از ضریب همبستگی اسپیرمن و نیز رگرسیون لجستیک چندمتغیره با روش پیشرونده ۱ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده گردید.

۱- پرسشنامه استرس شغلی اسپینو ۲: اسپینو و همکاران در سال ۱۹۸۷، این پرسشنامه را تهیه کردند که دارای ۶۰ سؤال است و بر مبنای طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه شش بعد در سنجش استرس شغلی دارد و هر بعد شامل ۱۰ پرسش است. بعد اول، بار کاری نقش (عدم حمایت لازم در سنگینتر شدن وظایف شغلی) مرتبط با چگونگی پاسخگویی شخص نسبت به تقاضای محیط کار است. بعد دوم، بی‌کفایتی نقش (عدم تناسب بین مهارت‌ها و آنچه شغل از فرد انتظار دارد) مرتبط با تناسب میزان مهارت، تحصیلات و ویژگیهای آموزشی و تجربی فرد با نیازهای محیط کار است. بعد سوم، دوگانگی نقش (ابهام در وظایفی که از فرد انتظار می‌رود انجام دهد و چگونگی ارزیابی آن) مرتبط با آگاهی فرد از اولویت‌ها و انتظارات محیط کار و معیارهای ارزشیابی است. بعد چهارم، محدوده نقش (احساس شک و تردید در بیان مطالبات و روشن نبودن حدود اختیارات) مرتبط با تضادهای فرد از نظر وجدان کاری و نقشی است که از او انتظار می‌رود. بعد پنجم، مسئولیت (احساس فشار ناشی از کار با همکارانی که مشکل‌ساز هستند) مرتبط با احساس مسئولیت فرد از نظر کارایی و رفاه دیگران در محیط کار است. بعد ششم، محیط فیزیکی (سر و صدا، رطوبت، گرد و غبار، گرما، سرما و ...) مرتبط با شرایط نامساعد محیط فیزیکی است که فرد در معرض آن قرار دارد. نمره مربوط به زنان و مردان بر اساس دستورالعمل پرسشنامه اسپینو مشخص گردیده و بر اساس آن در هر حیطه تعیین می‌شود که فرد دارای کدام سطح از استرس شغلی است و در این مقیاس به چهار سطح کمتر از حد طبیعی، طبیعی، متوسط و شدید تقسیم شده است.

جدول ۱: دستورالعمل پرسشنامه شغلی اسپینو برای طبقه‌بندی افراد مورد مطالعه بر اساس نمره کسب شده

استرس کلی	زنان	مردان
کمتر از حد طبیعی	۶۰ - ۱۰۷	۶۰ - ۱۳۳
طبیعی	۱۰۸ - ۲۰۳	۱۳۴ - ۲۱۶
متوسط	۲۰۴ - ۲۵۱	۲۱۷ - ۲۵۸
شدید	۲۵۲ - ۳۰۰	۲۵۹ - ۳۰۰

1- Forward stepwise

2- Osipow

نشان نداد و این امر حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه معنویت است. آلفای کرونباخ در پژوهش حسینی‌مدنی و همکاران در سال ۱۳۹۲، برای کل آزمون ۰/۸۱ محاسبه گردید (۲۳). در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

نتایج

در این مطالعه، ۹۰ نفر مرد و ۸۰ نفر زن شرکت کردند که ۵۸/۸ درصد آنان در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال قرار داشتند. (جدول ۲)

جدول ۲: مشخصات افراد مورد مطالعه بر حسب جنس و گروه سنی

جنس/سن	تعداد	درصد
مرد	۹۰	۵۲/۹
زن	۸۰	۴۷/۱
۲۰-۲۹ سال	۱۰۰	۵۸/۸
۳۰-۳۹ سال	۵۶	۳۲/۹
۴۰-۵۰ سال	۱۴	۸/۲
مجموع	۱۷۰	۱۰۰

میانگین نمره معنویت 11 ± 5.0 بود. کمترین نمره ۲۸ و بیشترین نمره ۸۸ محاسبه گردید. میانگین نمره استرس شغلی 15.5 ± 11.2 بود که کمترین نمره ۶۵ و بالاترین آن ۲۱۲ گزارش گردید. میانگین نمره تنظیم هیجانی نیز، 19 ± 7.4 بود که کمترین نمره ۴۲ و بیشترین نمره آن ۱۷۲ است.

ابتدا جهت تعیین نرمال بودن داده‌های مورد مطالعه، هر کدام از متغیرها به صورت جداگانه با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف^۱ مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد توزیع متغیرها نرمال نیست. بنابراین از تستهای غیر پارامتریک استفاده گردید.

در آزمون تک متغیره جهت بررسی رابطه بین متغیرها، آزمون ضریب همبستگی اسپرمن^۲ به کار برده شد. بر اساس نتایج بدست آمده، بین معنویت و استرس و همچنین معنویت و تنظیم هیجانی رابطه معناداری مشاهده شد ($P = 0.001$)، اما ارتباط بین تنظیم هیجانی و استرس از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۳).

در این مطالعه، فردی که دارای سطح استرس متوسط و شدید است، به عنوان فرد دارای استرس تلقی می‌شود (۲۰). اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط خاتونی، ملاحسنی و خویینی‌ها در سال ۱۳۸۹، از طریق روش آزمون مجدد بررسی شد.

ضریب همبستگی پرسشنامه محاسبه گردید که معادل ۰/۹۰ است و همبستگی مطلوب سئوال‌ها را نشان می‌دهد (۲۰).

۲- مقیاس دشواریهای تنظیم هیجانی: گراتز^۳ و رومر^۴ این مقیاس را در سال ۲۰۰۴ طراحی کردند که ۳۶ عبارت و ۶ خرده‌مقیاس دارد. عدم پذیرش پاسخهای هیجانی (۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹)، دشواریهای دست زدن به رفتار هدفمند (۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳)، دشواری کنترل تکانه (۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲)، فقدان آگاهی هیجانی (۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶)، فقدان شفافیت هیجانی (۱، ۴، ۵، ۷، ۹) به عنوان زیر مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی در نظر گرفته شده است که در یک مقیاس لیکرتی از یک تا چهار (هرگز، گاهی، نیمی از اوقات، بیشتر اوقات)، نمره گذاری میشوند.

عبارات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری میشوند. گراتز و رومر در بررسی پایایی مقیاس، همسانی درونی بالای ۰/۹۳ را برای کل مقیاس محاسبه کردند.

نتایج مطالعه علوی و همکاران، همسانی درونی کل مقیاس ۰/۸۶ و همچنین ۰/۷۵ برای خرده‌مقیاس عدم پذیرش، ۰/۷۴ برای خرده‌مقیاس دشواریهای دست زدن به رفتار هدفمند، ۰/۷۶ برای خرده‌مقیاس دشواری کنترل تکانه، ۰/۶۳ برای خرده‌مقیاس فقدان آگاهی هیجانی، ۰/۷۴ برای خرده‌مقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و ۰/۸۵ برای خرده‌مقیاس فقدان شفافیت هیجانی بدست آمد (۲۱). آلفای کرونباخ محاسبه شده در این مطالعه برای کل مقیاس ۰/۷۴ بود.

۳- پرسشنامه معنویت^۵: پارسیان و دونینگ^۵ در سال ۲۰۰۹، به منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد مختلف آن، این پرسشنامه را ساختند.

این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴) میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات آن مشخص سازد. پرسشنامه معنویت دارای ۲۹ عبارت و ۴ زیرمقیاس است.

خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی، فعالیتهای معنوی و نیازهای معنوی را می‌سنجد. به علاوه تهیه کنندگان پرسشنامه، ۲ سوال باز درباره تعریف معنویت و تاثیر معنویت بر سلامت و بهزیستی نیز مطرح کرده‌اند که استفاده از آنها اختیاری است.

طراحان مقیاس آلفای کرونباخ محاسبه شده برای نمره کل را ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند (۲۲). نتایج حاصل از روش بازآزمایی در ایران، در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای، تفاوت معناداری بین نمرات مرتبه اول و دوم

- 1- Difficulties of Emotion Regulation Scale
- 2- Gratz
- 3- Roemer
- 4- Spirituality questionnaire
- 5 - Parsian & Dunning
- 6- Kolmogorov-Smirnov
- 7- Spearman

جدول ۳: نتایج بررسی رابطه بین متغیرها با استفاده از آزمون

ضریب همبستگی اسپیرمن

متغیرها	ضریب همبستگی	P-value
معنویت و استرس	۰/۲۵۶	۰/۰۰۱
معنویت و تنظیم هیجانی	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱
تنظیم هیجانی و استرس	۰/۰۳۳	۰/۶۶۹

در تحلیل چند متغیره، علی‌رغم اینکه متغیر وابسته (استرس شغلی) یک متغیر پیوسته است، اما با توجه به عدم برقراری فرض نرمال بودن، امکان استفاده از آزمون رگرسیون خطی وجود نداشت. به همین دلیل از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد. بدین منظور، متغیرهای مربوط به صورت دو حالتی یعنی بزرگتر از میانگین نمره‌ها و یا کوچکتر یا مساوی میانگین نمره‌ها تعریف شد. بر اساس نتایج آزمون رگرسیون لجستیک، بین نمره معنویت و استرس شغلی رابطه معکوس وجود دارد (OR=0.5; CI=0.267-0.945) یعنی با افزایش معنویت، استرس شغلی کاهش می‌یابد که از نظر آماری معنادار است (P=0/30)، اما رابطه بین متغیر تنظیم هیجانی و استرس شغلی از نظر آماری معنادار نیست (P=0.61).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش معنویت و تنظیم هیجانی بر استرس شغلی پرستاران نظامی است. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که متغیر معنویت با استرس شغلی همبستگی و نیز دو متغیر معنویت و تنظیم هیجانی همبستگی معناداری دارند. در حالی که بین استرس شغلی و تنظیم هیجانی رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج پژوهش‌های انجام شده حاکی از همبستگی منفی بین معنویت و استرس شغلی (۲۲) و همبستگی مثبت معنویت با بهزیستی هیجانی و تاب‌آوری (۱۷، ۱۸) است.

همچنین، پژوهش‌ها بین معنویت و مذهبی بودن و سلامت روان ارتباط معناداری یافته‌اند. معنویت می‌تواند با افزایش توان مقابله با فشارزها، درک عمیق فرد از معانی و اهداف یا کاهش احساس ناامیدی، سلامت روان افراد را پیش‌بینی کند (۱۹). یافته‌ها اثربخشی مداخلات معنوی مبتنی بر یاد خدا بر دست‌اندرکاران مراقبت و بهداشت، به ویژه پرستارانی که در محیط‌های پر فشار بیمارستانی کار می‌کنند را تایید کرده است. همچنین، نتایج مطالعات نشان داد که برنامه‌های معنوی محیط کار می‌تواند به نتایج سودمندی مانند افزایش لذت، آرامش، رضایت شغلی و تعهد و نیز بهبود بارآوری شغلی و کاهش افت بازده کاری منجر شود. مداخلات معنوی، کاهش استرس و فرسودگی شغلی دست‌اندرکاران سلامت و مراقبت را نیز در پی دارد (۲۴). معنویت، منبع امید و حمایت برای این گروه محسوب می‌شود تا در اوج یاس و ناامیدی به کار با بیمار ادامه دهند (۲۵، ۲۶). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داد که دیدگاه‌های معنوی پرستاران می‌تواند بر مراقبت از بیمار نیز اثر بگذارد

و به افزایش مراقبت‌های معنوی از بیماران منجر شود (۲۷). بررسی ۴۵۴ مطالعه، نشان داد که معنویت در طیف وسیعی از بیماری‌های جسمی مانند بیماری‌های پزشکی عمومی، درد مزمن، بیماری‌های کلیه، ریوی، قلبی، سرطان و سایر بیماری‌های جسمی، فشارهای پرستاری، بیماری‌های روانپزشکی، داغداری، مسائل مربوط به پایان زندگی، استرس‌های عمومی زندگی، بلایای طبیعی، جنگ و اعمال تروریستی و موقعیت‌های فشارزای مختلف زندگی به مردم کمک می‌کند. به علاوه، هیجانهایی مثبت مانند بهزیستی، شادی، امیدواری، خوش‌بینی، معنی و هدف بخشیدن به زندگی، عزت نفس بالا و احساس کنترل بر زندگی به همراه دارد که این هیجان‌ها با ویژگی مثبت مانند نوع دوستی، مهربانی، شفقت و حق‌شناسی مرتبط است (۱۷). در پژوهش‌هایی که به ارتباط معنویت و بهزیستی پرداخته‌اند، ارتباطی قوی بین بهزیستی و معنویت مشاهده شده است. نظریه مشارکت اجتماعی امیل دورکیم^۱ (به این نکته اشاره دارد که مشارکت‌های معنوی که به طور بالقوه با معنویت فردی ارتباط دارد، می‌تواند به بهزیستی روانشناختی افراد و هیجان‌ها مثبت مانند ایمان، امیدواری و عشق منجر شود (۲۸). به علاوه، مطالعه گراس^۲ نشان داد که دو مولفه مهم تنظیم هیجانی شامل ارزیابی مجدد مثبت و تجربه و بیان هیجان مثبت، می‌تواند به کارکرد بین فردی بهتر و بهزیستی روانشناختی و فردی منجر شود (۲۹). بنابراین، معنویت با ایجاد احساسات مثبت می‌تواند به تنظیم هیجانی افراد کمک کند.

پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که بین فرسودگی شغلی و دشواری در تنظیم هیجانی ارتباط وجود دارد (۱۲). در مطالعه حاضر بین تنظیم هیجانی و استرس شغلی ارتباط معناداری مشاهده نشد. پژوهشی که به بررسی ارتباط بین استرس شغلی و تنظیم هیجانی بپردازد، نیز یافت نشد. ادبیات پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجانی، بعد تازه‌ای از تنظیم هیجانی را بررسی کرده است. این بعد، مطالعات تنظیم هیجانی را به عنوان یک پدیده تک‌عاملی در نظر گرفته است که در اصل با فرآیندهای روان‌شناختی مشخص می‌شود. در حالی که علل جامعه‌شناختی این متغیر نادیده گرفته شده است. در مطالعات هوشیلد^۳، رویکرد هدایت اجتماعی تجربیات هیجانی مطرح گردیده است. با استفاده از این نظریه، اسچو^۴ مدل‌های روانشناختی تنظیم هیجانی را به علل جامعه‌شناختی مشکلات هیجانی مرتبط می‌سازد که نشان می‌دهد محتوای تنظیم هیجانی به طور منظم با فرهنگ و جامعه شکل می‌گیرد. وی با یک مدل دو عاملی تنظیم هیجانی این نکته را عنوان ساخت که سهم اصلی فرآیندهای تنظیم هیجانی، از هنجارهای هیجانی مشتق می‌شود. در مقابل، هیجان‌های عمومی، هیجان‌های مربوط به لذت و هنجارهای هیجانی، به میزان زیادی خاص موقعیت‌های اجتماعی و بافت‌های مربوط به نهادها و سازمان‌ها است. این ویژگی به وسیله

1 - Emile Durkheim's Social Participation

2 - Gross

3- Hochschild

4- Christian von Scheve

adjustment emotion. *Emotion*. 2005;5:80-8.

10-Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in Emotion – Regulation Skills Predict Alcohol use During and After Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol Dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(3):307-18.

11-Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. *Society of General Internal Medicine*. 2011;26(11):1345–57.

12-Hourani LL, Williams J, Forman-Hoffman V, Lane ME, Weimer B, Bray RM. Influence of Spirituality on Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Suicidality in Active Duty Military Personnel. *Depression Research and Treatment*. 2012; 9:425-63.

13- Szaflarski M, Kudel I, Cotton S, Leonard AC, Tsevat JP, Ritchey N. Multidimensional Assessment of Spirituality/Religion in Patients with HIV: Conceptual Framework and Empirical Refinement. *J Relig Health*. 2012; 51(4):1239-60.

14- Greeson JM, Webber DM, Smoski MJ, Brantley JG, Ekblad AG, Suarez EC, Wolever RQ. Changes in spirituality partly explain health-related quality of life outcomes after Mindfulness-Based Stress Reduction. *J Behav Med*. 2011; 34(6):508–18.

15- Löckenhoff CE, Ironson GH, Cleirigh CO, Costa PT. Five-Factor Model Personality Traits, Spirituality/Religiosity, and Mental Health among People Living With HIV. *J Pers*. 2009;77(5):1411–36.

16- Ayala E, Carnero AM. Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel: A Cross-Sectional Study from Peru. *PLOS ONE*. 2013; 8(1):48-54.

17-Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;27(8):200-33.

۱۸-شوماخر، رندال ای؛ لومکس، ریچارد جی. مقدمه ای بر مدل سازی معادله ساختاری، ترجمه وحید قاسمی. تهران: انتشارات جامعه شناسان؛ ۸۸۳۱

19- Bahrami A, Akbari H, Mousavi GA, Hannani M, Ramezani Y. Job stress among the nursing staff of Kashan hospitals. *Feyz, J Kashan Univ Med Sci*. 2012; 15(4):366-73.

20-Khatooni M, Mollahasan M, Khoainiha S. Job stress and its related factors in accountant employees of Qazvin University of Medical Sciences. *Iran Occup Health*. 2011; 8(2):66-76[Persian]

21- Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *J Fundam Ment Health*. 2011; 13(2):124-35.

22 Heredia LPD, Sánchez AIM, Vargas DD. Reliability and validity of spirituality questionnaire by Parsian and Dunning in the Spanish version. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(3):559-66.

23HosseiniAlmadani SA, Karimi Y, Bahrami H, Moazedian A. Predicting Membership in Addict & Non-Addict Groups

فرآیندهای شناختی اجتماعی تعیین می‌شود و با قوانین جامعه هدایت می‌گردد. به علاوه، احتمالاتی وجود دارد که تنظیم هیجانی را متمرکز بر منابع پیشین می‌داند که به ویژه در انتخاب و تعدیل موقعیت برای افراد، به طور دلخواه در دسترس نیستند و در عوض وابسته به اقتصاد، فرهنگ و منابع اجتماعی هستند (۳۰). با توجه به یافته‌های این پژوهش و نیز نقش عوامل احتمالی جامعه‌شناختی در تنظیم هیجانی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به بررسی علل و عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر در دشواری‌های تنظیم هیجانی پرداخته شود. با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، به نظر می‌رسد افزایش معنویت می‌تواند موجب کاهش استرس شغلی در پرستاران نظامی گردد و با برنامه‌ریزی مناسب و تقویت سطح معنویت در این افراد میتوان سلامت روان آنان را بهبود بخشید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان، از همکاری کارشناسان بیمارستان‌های نظامی که در تهیه داده‌های پایه این مطالعه همکاری صادقانه خود را دریغ نداشتند، صمیمانه تشکر می‌کنند.

منابع

1-Wu H, Chi TS, Chen L, Wang L, Jin YP. Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *J Adv Nurs*. 2010; 66:627-34.

2-Kane PP. Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian J Occup Environ Med*. 2009; 13(1):28-32.

3-Lim ba J, msocsci F, Bogossian M, Ahern KM. Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2010;57(1):22-31.

4-Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. *Nurs Econ*. 2011; 29(2):59-66.

5-Burgess L, Irvine F, Wallymahmed A. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nurs Crit Care*. 2010; 15:129-40.

6-Edwards D, Burnard P, Bennett K, Hebden U. A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurs Educ Today*. 2010;30(1):78-84.

7-Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Rodríguez-Carvajal R. Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *Int J Nurs Stu*. 2011; 48(4):479-89.

8-Brackett MA, Palomera R, Mojsa-Kaja J, Reyes MR, Salovey P. Emotion-regulation ability, burnout, and job satisfaction among British secondary-school teachers. *Psychol Schs*. 2010;47:406-17.

9-Chaplin TM, Cole PM, Zahn-Waxler C. Parental socialization of emotion expression: Gender differences and relations to child

- nian nurses' perception of spirituality and spiritual care: a qualitative content analysis study. *J Med Ethics History Med.* 2010; 3(6):2-8.
- 28- Greenfield EA, Vaillant GE, Marks NF. Do Formal Religious Participation and Spiritual Perceptions Have Independent Linkages with Diverse Dimensions of Psychological Well-Being? *J Health Soc Behav.* 2009; 50(2): 196–212.
- 29-Gross JJ, John OP. Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *J Pers Soc Psychol.* 2003; 85(2):348–62.
- 30-Scheve CV. Emotion regulation and emotion work: two sides of the same coin. *Frontiersin.* 2012; 3:1-10.
- According to Spirituality, Personality Traits, Identity Styles, and Resiliency. *J Rafsanjan Univ MedScie* 2012; 12(1): 57-70. [Persian]
- 24-Hill PC, Dik BK, Dik BJ. Psychology of Religion and Workplace Spirituality. *IAP Psychology.* 2012; 1:246-51.
- 25-Yong J, Kim J, Park J, Seo I, Swinton J. Effects of a Spirituality Training Program on the Spiritual and Psychosocial Well-Being of Hospital Middle Manager Nurses in Korea. *J Contin Educ Nurs.* 2011; 42(6):280-8.
- 26-Pargament KI. Conversations with Eeyore: Spirituality and the generation of hope among mental health providers. *Bulletin of the Menninger Clinic.* 2013; 77:395-412.
- 27-Mahmoodishan1 G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Ira-