Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Summer 2024, Volume 10, Issue 4 10.22034/IJRN.10.4.8

The Relationship Between Spiritual Health and Psychological Distress of Nurses: The Mediating Role of Coping Styles

Elham Khalili Basseri[1], Homeira Soleimannejad[2*], Maryam Safara[3], Vahid Ahmadi[2]

1-PhD Student in General Psychology, Ilam branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
2-Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
3-Department of Psychology, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Homeira Soleimannejad, Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
Email: soleimannejadh@yahoo.com

Received: 2023/9/30 Accepted: 2024/4/7

Abstract

Introduction: Investigating and identifying factors related to nurses' psychological distress plays an important role in their occupational health, so the present study was conducted to investigate the mediating role of coping styles in the relationship between spiritual health and nurses' psychological distress.

Methods: The descriptive-correlation research method was path analysis. From the research community, which included all married female nurses working in public medical centers in Tehran in the second six months of 2022; 409 people were selected as a sample and answered the spiritual health questionnaires of Palutzin and Ellison (1982), Kalzbeek et al.'s coping styles (2006), and psychological distress questionnaires by Kessler et al. (2002). SPSS version 22 and Amos software were used for data analysis.

Results: According to the results of the present study, 103 people were between 20 and 30 years old, 188 people were between 31 and 40 years old, 108 people were between 41 and 50 years old, and 10 people were between 51 and 60 years old. Also, 66 members of the research had a diploma, 22 had a post-diploma, 195 had a bachelor's degree, 120 had a master's degree, and 6 had a doctorate in nursing. The results showed that spiritual health is directly (β= -0.162, $p< 0.01$) and indirectly (β = -0.509, $p< 0.01$) and with the mediation of coping styles. It affects the psychological distress of nurses.

Conclusions: Based on the results between spiritual health and psychological distress of nurses, Problem-oriented coping styles had a mediating role. Therefore, spiritual health can help reduce psychological distress in nurses through increasing coping styles.

Keywords: Spiritual Health, Coping Styles, Psychological Distress, Nurses.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.8]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
تابستان ۱۴۰۳، دوره ۱۰، شماره ٤
10.22034/IJRN.10.4.8

رابطه سلامت معنوی با پریشانی روانشناختی پرستاران: نقش میانجی سبک‌های مقابله‌ای

الهام خلیلی باصری[۱]، حمیرا سلیمان نژاد[۲*]، مریم صف آرا[۳]، وحید احمدی[۲]

۱-دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
۳-گروه روانشناسی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: حمیرا سلیمان نژاد، استادیار گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
ایمیل: soleimannejadh@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸/ ۷/ ۱۴۰۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۱۹

چکیده

مقدمه: بررسی و شناسایی عوامل مربوط بر پریشانی روانشناختی پرستاران نقش مهمی در سلامت شغلی آن ها دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی سبک‌های مقابله‌ای در رابطه سلامت معنوی با پریشانی روانشناختی پرستاران انجام شد.

روش کار: روش پژوهش توصیفی- همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. از جامعه پژوهش که شامل تمامی پرستاران زن متاهل شاغل در مراکز درمانی دولتی شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۴۰۱ بودند؛ ۴۰۹ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲)، سبک‌های مقابله کالزبیک و همکاران (۲۰۰۶) و پریشانی روانشناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و Amos استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج در پژوهش حاضر ۱۰۳ نفر بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۸۸ نفر بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۱۰۸ نفر ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۰ نفر بین ۵۱ تا ۶۰ سال سن داشتند. همچنین ۶۶ نفر از اعضای پژوهش دارای مدرک دیپلم، ۲۲ نفر فوق دیپلم، ۱۹۵ لیسانس، ۱۲۰ نفر فوق‌لیسانس و ۶ نفر دارای مدرک دکتری پرستاری بودند. نتایج نشان داد سلامت معنوی هم به‌صورت مستقیم (β=-۰/۱۶۲، p<۰/۰۱) و هم به صورت غیرمستقیم (β=-۰/۵۰۹، p<۰/۰۱) و با میانجی‌گری سبک‌های مقابله‌ای بر پریشانی روانشناختی پرستاران تأثیر دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج در رابطه سلامت معنوی با پریشانی روانشناختی پرستاران، سبک‌های مقابله‌ای دارای نقش میانجی بود؛ بنابراین سلامت معنوی از طریق افزایش سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار در پرستاران می‌تواند به کاهش پریشانی روانشناختی آن‌ها کمک کند.

کلیدواژه ها: سلامت معنوی، سبک‌های مقابله‌ای، پریشانی روانشناختی، پرستاران.

مقدمه

پرستاران به عنوان عضو اصلی تیم مراقبتی درمانی نقش مهمی در بهبود و ارتقای سلامت جامعه ایفا می‌کنند و بنا به مقتضای حرفه‌ای همواره در معرض عوامل تنش‌زای گوناگون محیط کار قرار می‌گیرند (۱). تنش شغلی همراه با پریشانی روان‌شناختی همواره مشکلی قابل‌ملاحظه در پرستاران محسوب می شود (۲). پریشانی روانشناختی اصطلاحی است که برای توصیف کلی روان‌پزشکی در یک فرد با ترکیبی از علائم افسردگی، اضطراب و استرس استفاده می‌شود و به عنوان عامل آسیب‌شناختی در انواع متعدد اختلالات روانی شناخته شده است (۳). همچنین پریشانی به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان یک حالت در پاسخ به عوامل استرس‌زا و با ناراحتی ادراک شده مشخص می‌شود (۴). افراد با پریشانی روانشناختی، آشفتگی هیجانی خود را غیرقابل‌تحمل و غیرقابل‌پذیرش توصیف و ارزیابی می‌کنند برای تسکین حالات هیجانی منفی خود

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.8]

تلاش می‌کنند و قادر به تمرکز توجه به موضوعی غیر از احساس پریشانی خود نیستند (۵). افراد مبتلابه پریشانی روانی بیشتر از علائم بیماری جسمی شکایت می‌کنند و فراوانی بیماری‌های جسمی، پیش‌بینی کننده قوی آسیب در کارکرد اجتماعی روانشناختی و جسمی است (۶). پریشانی روانشناختی موجب کاهش سلامتی است، و تأثیر منفی قابل توجهی بر عملکرد پرستاران دارد (۷). از این رو بررسی عوامل موثر در پریشانی روانشناختی پرستاران ضروری است.

یکی از طرق دستیابی به‌سلامت پرستاران، بهره‌مندی از سلامت معنوی است، زیرا این بُعد از سلامت انسان را در مقابل بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات روحی و روانی مصون نگه می‌دارد (۸). سلامت معنوی حالتی از داشتن و برخوردار شدن از حس پذیرش, اتصال به قدرتی برتر و طی مسیر در جهت خواست آن قدرت و یکپارچگی در کل وجود بر مبنای مسیر تعیین شده از سوی قدرت برتر (خداوند) است(۹). سلامت معنوی در اصطلاح متون روان‌شناسی دارای ویژگی‌های ارتباط با خداوند (قدرت برتر قدسی)، هدف‌داری و معناداری در زندگی، حالت بنیادینِ پویا و مثبتی از بودن (بهباشی) و برخورداری از رویکرد کل‌نگرانه و هماهنگ‌کننده به هستی است که در ابعاد گوناگون شناختی، عاطفی و رفتاری نمودار می‌شود (۱۰). سلامت معنوی می‌تواند ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ کند و یک رابطه یکپارچه بین نیروهای درونی ایجاد کند، درواقع بعد مهمی است که م یتواند عملکرد روانی و سازگاری افراد را تقویت نماید (۱۱). در مطالعات نقش سلامت معنوی بر پریشانی روان‌شناختی دانشجویان (۱۲)، بهزیستی روانشناختی پرستاران (۱۳)، رفتارهای مراقبتی پرستاران (۱۴) تأیید شده است.

یکی از عواملی که باعث می شود افراد کمتر تحت تأثیر فشارهای مختلف قرار گرفته و کمتر آسیب ببینند، به کار بردن سبک های مقابله ای است (۱۵). مجموعه تلاش‌های آگاهانه شناختی و رفتاری که برای برآورده ساختن خواسته‌ای درونی و بیرونی در برخورد با فشارها، ناکامی‌ها، ناامیدی‌ها و شکست‌ها به‌کاربرده می‌شود، سبک مقابله نام دارد (۱۶). سه سبک مقابله شامل مقابله مسئله مدار (راهبردهایی مانند جمع‌آوری، سازمان‌دهی و تفسیر اطلاعات)، مقابله هیجان مدار (راهبردهایی شامل تنظیم درماندگی هیجانی مثل جستجوی دیگران برای حمایت عاطفی، اشتغال فکری با خود، خیال‌پردازی و تمرکز بر ابعاد هیجانی) و مقابله اجتناب مدار (راهبردهایی متمرکز بر اجتناب از موقعیت) وجود دارد (۱۷). پژوهش‌ها از نقش سبک های مقابله‌ای در پریشانی روانشناختی پرستاران (۱۸)، سلامت روان پرستاران (۱۹)، رضایت شغلی پرستاران (۲۰)، حکایت دارند. همچنین ارتباط سلامت معنوی با سبک‌های مقابله در جوامعی متفاوت از پژوهش حاضر از جمله زنان دوران بارداری (۲۱)، بیماران همودیالیز (۲۲) و سالمندان (۲۳) تأیید شده است.

پرستاران به عنوان اولین پاسخ‌دهندگان، تأمین‌کنندگان و رهبران تیم سلامت همواره نقش مهمی را در سلامت خود، خانواده‌ها، جوامع و مددجویان بر عهده دارند. لازمه نیل به این مهم، برخورداری از سلامت نزد پرستاران است. مسئولیت‌پذیری پرستاران در حفظ و ارتقاء سلامت خود، منجر به ارائه خدمات ایمن و اثربخش به مددجویان و درنتیجه سلامت جامعه می‌شود (۲۴)، لذا با بررسی و شناسایی عوامل مربوط به پریشانی روانشناختی پرستاران می‌توان از بروز مشکلات مربوط به‌تمامی ابعاد سلامت این افراد پیش‌گیری کرد، از سویی نظر به اهمیت متغیرهایی همچون سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای و عدم وجود پژوهش در زمینه ارتباط متغیرهای مذکور در جامعه پرستاری، موجب شد تا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی سبک‌های مقابله‌ای در رابطه سلامت معنوی با پریشانی روانشناختی پرستاران انجام شود و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا سبک‌های مقابله‌ای در رابطه سلامت معنوی با پریشانی روانشناختی پرستاران نقش میانجی دارند؟

روش کار

روش پژوهش توصیفی- همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه پژوهش تمامی پرستاران زن متاهل شاغل در مراکز درمانی دولتی شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۴۰۱ بودند(بیش از ده هزار نفر)؛ که به دلیل گستردگی و فراوانی زیاد جامعه هدف و عدم دسترسی کامل پرستاران زن متاهل، بر اساس جدول گجرسی و مورگان (۱۹۷۱) تعداد ۳۸۴ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به دلیل ریزش احتمالی در شیوه نمونه‌گیری مجازی تعداد ۵۰۰ نفر انتخاب شدند و درنهایت ۴۰۹ نفر وارد تحلیل شدند. واحدهای پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و از طریق شبکه‌های اجتماعی (واتساپ، تلگرام، اینستا و ایتا) وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به تکمیل پرسش‌نامه، زن متاهل، پرستار بودن و دسترسی داشتن به فضای مجازی بود؛ و ملاک‌های خروج شامل

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.8]

تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌های مطالعه بود. ابراز گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بودند:

مقیاس سلامت معنوی: این آزمون ۲۰ سؤالی توسط پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ساخته شد که دو خرده مقیاس سلامت مذهبی (سؤالات فرد آزمون) و بهزیستی وجودی (سؤالات زوج آزمون) را بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً موافقم (نمره شش) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) می‌سنجد. دامنه نمره سلامت معنوی برای هر یک از ابعاد سلامت مذهبی و وجودی به تفکیک معادل ۶۰-۱۰ است و نمره کل سلامت معنوی (جمع دو بعد) به تفکیک معادل ۱۲۰-۲۰ هست و هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، نشان‌دهنده سلامت معنوی بالاتر خواهد بود. پالوتزین و الیسون، در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۵). پایایی این مقیاس، توسط دهشیری و همکاران به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس سلامت مذهبی و وجودی، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۷ با روش باز آزمایی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است (۲۰). در پژوهش حاضر پایایی کل و خرده مقیاس سلامت مذهبی و وجودی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش نامه سبک های مقابله: این پرسشنامه ۲۱ سوالی توسط کالزبیک و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده که سه سبک مقابله‌ای هیجان مدار، مسئله مدار و اجتنابی (شامل دو بعد توجه گردانی و سرگرمی اجتماعی) را بر مبنای طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (هرگز: نمره یک تا خیلی زیاد: نمره ۵) نمره گذاری میشود و نمره ابعاد با مجموع نمره گویه های آن بعد بدست می آید، لذا دامنه نمرات هر بعد بین ۷ تا ۳۵ می باشد و نمره بالاتر به معنای بیشتر داشتن آن سبک می باشد. کالزبیک و همکاران، روایی سازه را به روش تحلیل عاملی تایید و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سبک مقابله‌ای هیجان مدار، مسئله مدار و اجتنابی ۰/۷۷، ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش کردند (۲۶). قریشی راد (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی تایید و پایایی ۰/۸۳ را به روش آلفای کرنباخ برای کل این مقیاس گزارش نمودند (۲۷). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه پریشانی روانشناختی: این پرسش‌نامه ۱۰ سؤالی توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده است، پاسخ سؤالات، به‌صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی‌اوقات = ۲، به‌ندرت = ۱ و هیچ‌وقت = است که بین ۴-۰ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. پژوهش‌های انجام‌گرفته بر روی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر نشان‌دهنده ارتباط قوی میان نمرات بالا در پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر و تشخیص بیماری‌های خلقی است و پایایی آن در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان به روش آلفای کرون باخ ۰/۷۶ گزارش شد (۲۸). در مطالعه یعقوبی روایی محتوایی توسط اساتید دانشگاه تهران، تأیید و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن- براون ۰/۹۱ به دست آمد (۲۹). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان در تکمیل پرسش نامه ها مختار بودند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن ها محرمانه نگه داشته شد. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و حتی بازخورد کلی در خصوص نمرات اخذشده در متغیرها به شرکت‌کنندگان داده شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و Amos استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج در پژوهش حاضر ۱۰۳ نفر بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۸۸ نفر بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۱۰۸ نفر ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۰ نفر بین ۵۱ تا ۶۰ سال سن داشتند. همچنین ۶۶ نفر از اعضای پژوهش دارای مدرک دیپلم، ۲۲ نفر فوق‌دیپلم، ۱۹۵ لیسانس، ۱۲۰ نفر فوق‌لیسانس و ۶ نفر دارای مدرک دکتری پرستاری بودند. از بین اعضای حاضر در پژوهش ۵۲ نفر بدون فرزند، ۱۵۲ دارای یک فرزند، ۱۴۷ نفر دو فرزند، ۵۲ نفر سه فرزند و ۶ نفر دارای چهار فرزند بودند. در ادامه در جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.8]

جدول ۱. ماتریس ضرایب همبستگی بین سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای با پریشانی روانشناختی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	٤	٥
۱- سلامت معنوی	۱۰۳/۵۶	۱۳/۴۰۶	۱				
۲-راهبرد اجتنابی	۲۱/۸۹	۳/۱۲۹	**-۰/۴۹۵	۱			
۳-راهبرد هیجان‌مدار	۲۳/۲۱	۳/۸۷۱	**-۰/۴۷۱	**۰/۳۶۷	۱		
۴-راهبرد مساله‌مدار	۲۱/۰۲	۲/۶۱۳	**۰/۵۳۷	**-۰/۴۴۵	**-۰/۵۰۷	۱	
۵- پریشانی روانشناختی	۱۴/۹۵	۴/۹۱۲	**-۰/۶۳۳	**۰/۵۴۲	**۰/۶۷۲	**-۰/۸۱۰	۱

** معنی داری در سطح ۰/۰۱

بر اساس نتایج جدول ۱. ضرایب همبستگی محاسبه‌شده بین سلامت معنوی و راهبرد مساله‌مدار با پریشانی روانشناختی منفی و همبستگی بین راهبرد اجتنابی و راهبرد هیجان‌مدار با پریشانی روانشناختی مثبت بوده و معنی‌دار بود ($p<۰/۰۱$).

معنی‌داری ضرایب پیش شرط لازم برای تحلیل مسیر را فراهم می‌آورد. پیش از انجام تحلیل داده‌های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار جعبه‌ای و داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از آماره ماهالانوبیس بررسی و از مجموعه داده‌ها کنار گذاشته شدند. کجی و کشیدگی توزیع نمرات متغیرها با استفاده از نرم افزار SPSS محاسبه و نتایج نشان داد هیچ کدام از مقادیر کجی و کشیدگی بیشتر از دامنه ۱± نمی‌باشد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف_اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد توزیع نمرات متغیرهای مدل نرمال است ($P>۰/۰۵$). فرض استقلال خطاها با آماره دوربین واتسون برای محاسبه‌ی معادلات رگرسیونی مدل پژوهش بررسی شد که مقدار به دست آمده (۱/۹۵۰=آماره دوربین-واتسون) بیانگر برقراری این مفروضه است. مفروضه‌ی هم خطی بین متغیرها با استفاده از همبستگی پیرسون بین زوج متغیرها بررسی شد. با توجه به اینکه همبستگی دو متغیری ۰/۹ و بالاتر نشان دهنده‌ی همخطی است، این مشکل در داده‌های پژوهش حاضر مشاهده نشد. علاوه بر آن آماره تحمل و عامل تورم واریانس به منظور بررسی هم خطی چندگانه محاسبه شد. نتایج نشان داد هیچکدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچکدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند؛ بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در داده‌ها مشاهده نشد. پس از بررسی مفروضه‌ها و حصول اطمینان از برقراری آنها، به منظور ارزیابی مدل مورد بررسی از تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج در شکل ۱. ارائه شده است.

شکل ۱. ضرایب استاندارد مدل نقش میانجی سبک‌های مقابله‌ای در رابطه بین سلامت معنوی با پریشانی روانشناختی

در شکل ۱. ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی به منظور بررسی نقش میانجی سبک‌های مقابله‌ای در رابطه بین سلامت معنوی با پریشانی روانشناختی نشان داده شده است. شاخص های مربوط به برازش مدل در جدول ۲. ارائه شده است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.8]

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص برازش	دامنه مورد قبول	مقدار مشاهده شده	ارزیابی شاخص برازش
IFI	>۰/۹	۰/۹۲۷	مناسب
NFI	>۰/۹	۰/۹۲۵	مناسب
SRMR	<۰/۰۸	۰/۰۷۳	مناسب
CFI	>۰/۹	۰/۹۲۷	مناسب
GFI	>۰/۹	۰/۹۲۴	مناسب

در جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است. شاخص ریشه استاندارد واریانس باقی مانده (SRMR) برابر با ۰/۰۷۳ است که نشان دهنده برازش مطلوب مدل است. شاخص‌های IFI، CFI، GFI و NFI نیز از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگتر هستند. ضرایب بدست آمده حاکی از برازش مطلوب مدل است.

جدول ۳. اثرهای مستقیم، غیرمستقیم، کل و واریانس‌های تبیین شده متغیرها

از متغیر	به متغیر	اثرمستقیم	اثرغیرمستقیم	اثرکل	واریانس تبیین شده
سلامت معنوی	راهبرد اجتنابی	**-۰/۴۹۵	-	**-۰/۴۹۵	۰/۲۴۵
	راهبرد هیجان‌مدار	**-۰/۴۷۱	-	**-۰/۴۷۱	۰/۲۲۲
	راهبرد مساله مدار	**۰/۵۳۷	-	**۰/۵۳۷	۰/۲۸۸
پریشانی روانشناختی	سلامت معنوی	**-۰/۱۶۲	**-۰/۵۰۹	**-۰/۶۷۱	۰/۷۵۸
	راهبرد اجتنابی	**۰/۱۳۵	-	**۰/۱۳۵	
	راهبرد هیجان‌مدار	**۰/۳۰۳	-	**۰/۳۰۳	
	راهبرد مساله‌مدار	**-۰/۵۵۸	-	**-۰/۵۵۸	

**معنی داری در سطح ۰/۰۱

بر اساس نتایج بدست آمده سلامت معنوی بر راهبرد اجتنابی (β=-۰/۴۹۵، $p<$۰/۰۱) و راهبرد هیجان‌مدار (β=-۰/۴۷۱، $p<$۰/۰۱) به صورت منفی و بر راهبرد مساله‌مدار (β=۰/۵۳۷، $p<$۰/۰۱) به صورت مثبت تاثیر مستقیم دارند. سلامت معنوی هم به صورت مستقیم (β=-۰/۱۶۲، $p<$۰/۰۱) و هم به صورت غیرمستقیم (β=-۰/۵۰۹، $p<$۰/۰۱) و با میانجی‌گری سبک‌های مقابله‌ای بر پریشانی روانشناختی تاثیر دارد. راهبرد اجتنابی به صورت مستقیم (β=۰/۱۳۵، $p<$۰/۰۱) بر پریشانی روانشناختی تاثیر مثبت دارد. راهبرد هیجان‌مدار به صورت مستقیم (β=۰/۳۰۳، $p<$۰/۰۱) بر پریشانی روانشناختی تاثیر مثبت دارد. راهبرد مساله‌مدار به صورت مستقیم (β=۰/۵۵۸، $p<$۰/۰۱) بر پریشانی روانشناختی تاثیر منفی دارد.

بحث

پریشانی روانشناختی پرستاران نقش مهمی در سلامت شغلی آنان دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی سبک‌های مقابله‌ای در رابطه سلامت معنوی با پریشانی روانشناختی پرستاران انجام شد. نتایج نشان داد سلامت معنوی به‌صورت مستقیم بر پریشانی روانشناختی تأثیر منفی دارد، یافته به دست آمده با نتایج پژوهش‌های مشابه در این زمینه همسو است، ازجمله پژوهش گراوند و سبزیان (۱۴۰۲) نشان داد سلامت معنوی اثر منفی مستقیم بر پریشانی روان‌شناختی دانشجویان دارد (۱۲). یافته‌های پژوهشی دیگر نشان داد ارتباط مثبت معناداری بین رفتارهای مراقبتی و سلامت معنوی پرستاران وجود دارد (۱۴). مطالعه ستوده و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد ارتباط مثبت و معنی‌داری بین سلامت معنوی با بهزیستی روانشناختی پرستاران شاغل در بیمارستان وجود داشت (۱۳). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت به سبب وجود سلامت معنوی افراد جامعه هنوز احساس می‌کنند که هنوز زندگی برای آنان تمام نشده و با اندیشه درباره آینده حسن خوش‌بینی دارند، فکر می‌کنند که آینده خوبی در انتظار آنان است، هرلحظه به فکر برنامه‌ریزی برای آینده هستند و اعتقاد به این دارند که معنایی در زندگی وجود دارد که آنان برای رسیدن به آن در حال

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.8]

تلاش‌انـد و خدایـی هسـت کـه در ایـن مسـیر یـارای آنـان اسـت (۳۰). بنابرایـن اعتقـاد بـه وجـود خداونـد و داشـتن رابطـه رضایت‌بخـش بـا خداونـد، هدفمنـدی و داشـتن معنـی در زندگـی بـه پرسـتاران کمـک می‌کنـد کـه بسـیاری از رویدادهـای منفـی و شـرایط اسـترس‌آور روزانـه محیـط بیمارسـتان را بـا توانمنـدی بیشـتری تحمـل کننـد.

نتایـج نشـان داد سـلامت معنـوی بـر راهبـرد اجتنابـی و راهبـرد هیجان‌انگیـز بـه صـورت منفـی و بـر راهبـرد مسـاله‌مدار به‌صـورت مثبـت تأثیـر مسـتقیم دارد، یعنـی سـلامت معنـوی موجـب بهبـود سـبک‌های مقابلـه‌ای در پرسـتاران شـد. در زمینـه یافتـه به‌دسـت‌آمده مطالعـه‌ای به‌صـورت مسـتقیم انجام‌نشـده اسـت، امـا بـا نتایـج مطالعـات مرتبـط در ایـن زمینـه همسـو اسـت، بـه عنـوان مثـال مطالعـه بهرامـی و همـکاران (۱۴۰۰) بـر روی سـالمندان نشـان داد ارتبـاط سـلامت معنـوی بـا تمـام راهبردهـای مقابلـه‌ای معنـی‌دار و مسـتقیم بـود (۲۳). همچنیـن نتایـج پژوهشـی دیگـر نشـان داد رابطـه خطـی مثبـت و معنـی‌دار بیـن سـلامت معنـوی بـا سـبک‌های مقابلـه بـا اسـترس در زنـان باردار وجـود دارد (۲۱). در همیـن راسـتا پژوهـش مردانیـان دهکـردی و شـاه قلیـان (۱۳۹۲) نشـان داد بیـن سـلامت معنـوی بـا سـبک‌های مقابلـه‌ای رابطـه مثبـت و معنـی‌داری در بیمـاران همودیالیـز وجـود داشـت (۲۲). در تبییـن یافتـه فـوق می‌تـوان گفـت نخسـتین و مهم‌تریـن عامـل مربـوط بـه تأثیـر ویـژه معنویـت بهبـود نگـرش و تفسـیر فـرد نسـبت بـه زندگـی اسـت. اهمیـت عامـل فشـار آور از طریـق ارزیابی‌هـای شـناختی کـه تحـت تأثیـر باورهـا و ارزش‌هـای فـردی ماننـد کنتـرل فـردی و باورهـای وجـودی و معنـوی قـرار دارد، تعییـن می‌شـود. افـراد بـر مبنـای منابـع در دسـترس و از راه‌هـای گوناگـون با فشـارهای کاری و زندگـی برخـورد می‌کننـد. باورهـا، ارزیابی‌هـای شـناختی مهـم را در فراینـد مقابلـه تحـت تأثیـر قـرار می‌دهنـد و از ایـن رو معنویـت می‌توانـد بـه افـراد کمـک کنـد تـا وقایـع منفـی را بـه شـیوه متفاوتـی ارزیابـی نماینـد؛ بنابرایـن معنویـت حـس قوی‌تـری از کنتـرل را ایجـاد می‌نمایـد کـه از ایـن راه بـه سـازگاری روانـی کمـک می‌کنـد (۳۱).

نتایـج نشـان داد راهبـرد هیجان‌انگیـز و اجتنابـی بـه صـورت مسـتقیم بـر پریشـانی روانشـناختی تأثیـر مثبـت امـا راهبـرد مسـاله‌مدار به‌صـورت مسـتقیم بـر پریشـانی روانشـناختی تأثیـر منفـی داشـتند. نتیجـه به‌دسـت آمـده بـا نتایـج مطالعـات مشـابه در ایـن زمینـه همسـو اسـت، بـه عنـوان مثـال مطالعـه نـوری (۱۴۰۰) نشـان داد زنـان پرسـتار، در طـول مراقبـت از بیمـاران کوویـد از اسـتراتژی‌های سـازنده (آرام بخشـی، خودسـازگاری، اسـتفاده از منابـع حمایتـی) بـرای کاهـش پریشـانی روانشـناختی اسـتفاده نمودنـد (۱۸). نتایـج پژوهشـی دیگـر نشـان داد از میـان سـبک‌های مقابلـه، فقـط سـبک مسـئله‌دار و هیجان‌انگیـز قابلیـت پیش‌بینـی سـلامت روان پرسـتاران را دارنـد (۱۹). امـا بـا نتایـج مطالعـه زارع و همـکاران (۱۴۰۰) کـه دریافتنـد بیـن راهبردهـای مقابلـه‌ای و بهزیسـتی روانشـناختی، ارتبـاط معنـاداری مشـاهده نشـد، همسـو نبـود (۸). در تبییـن یافتـه فـوق می‌تـوان گفـت افـرادی کـه از شـیوه‌های مقابلـه‌ای متمرکـز بـر حـل مسـئله اسـتفاده می‌کننـد، در برخـورد بـا مشـکلات بـه شـیوه منطقـی و بـه صـورت گام بـه‌گام حرکـت می‌کننـد و از کلیـه امکانـات محیطـی و روان‌شـناختی بـرای مقابلـه بـا مشـکل پیـش رو اسـتفاده کـرده و به‌خوبـی اسـترس‌های شـغلی و تنـش هایـی را کـه بـا آن مواجـه هسـتند، مدیریـت می‌کننـد. امـا افـرادی کـه از راهبـرد مقابل‌هـای هیجـان مـدار اسـتفاده می‌کننـد بـه عواطفـی کـه بـا آن موقعیـت مرتبـط اسـت تمرکـز می‌کننـد نـه کنتـرل خـود موقعیـت و درصـدد تسـکین هیجان‌هـای ناشـی از موقعیـت تنـش‌زا برمی‌آینـد ایـن راهبـرد بـه طـور موقـت بـه تخفیـف هیجانـی کمـک می‌کنـد، امـا ایـن امـر باعـث می‌شـود، افـراد بـا روش‌هـای عملی حـل مسـئله درگیـر نشـوند. در این نوع مقابلـه فـرد فعالیـت، تـلاش و کوشـش خاصـی بـرای کاهـش یا حـذف اسـترس نمـی کنـد بلکـه تمـام تـلاش او متوجـه کاهـش احساسـات ناخوشـایند اسـت. همچنیـن در مقابلـه اجتنابـی، کـه راهبردهـای آن راهبـردی کارآمـد و کوتاه‌مـدت اسـت، امـا در درازمـدت مانـع سـازش روان‌شـناختی می‌شـود و نشـانه‌های پریشـانی روانشـناختی را افزایـش خواهـد داد (۲۰).

نتایـج نشـان داد سـلامت معنـوی صـورت غیرمسـتقیم و بـا میانجی‌گـری سـبک‌های مقابلـه‌ای بـر پریشـانی روانشـناختی تأثیـر دارد. در زمینـه نتیجـه به‌دسـت‌آمده تـا آنجـا کـه محقـق بررسـی نمـوده اسـت، مطالعـه‌ای به‌صـورت مسـتقیم انجام‌نشـده اسـت، بنابرایـن در تبییـن یافتـه فـوق می‌تـوان گفـت سـلامت معنـوی بـه عنـوان سـپری در برابـر مشـکلات و ناراحتی‌هـای افـراد قرارگرفتـه و به‌صـورت ضربه‌گیـر عمـل می‌کنـد و بـا افزایـش خودآگاهـی، ایجـاد ارتبـاط و پیونـد بـا اطرافیـان، دریافـت حمایـت اجتماعـی از سـوی دیگـران، افزایـش حـس اطمینـان، معنـی و هـدف در زندگـی و مقابلـه و سـازگاری مؤثـر بـا مشـکلات روانـی و جسـمانی را افزایـش می‌دهـد (۱۳)، و از ایـن راه بـه راهبردهـای مقابلـه‌ای فـرد کمـک می‌کنـد کـه وی بـا داشـتن اطمینـان قلبـی بـه خداونـد به‌عنـوان قـدرت لایـزال

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.8]

در سختی‌ها به او پناه برده و مقابله بهتری را به کار گیرد، از طرفی در راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار فرد سهم مهمی در کم کردن اثرات مشکل دارد و در افرادی که از این سبک بیشتر استفاده می‌نمایند وضعیت سلامت عمومی بهتر است، پس استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مؤثر که شامل راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار هست، فرد را در مهار منابع استرس‌زا و علائم آن یاری می‌دهد. اما کسانی می‌توانند از راهبرد مقابله‌ای هیجان استفاده نمایند که ازنظر روانی کاملاً به بلوغ رسیده باشند و مهارت‌های کنترل استرس را کسب کرده باشند، افرادی که در برابر استرس‌های روزمره از راهبرد مقابله‌ای غیر مؤثر نظیر راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی می‌کنند نه‌تنها استرس را کاهش نمی‌دهند بلکه موجب افزایش آن نیز می‌گردند (۳۲).

محدودیت این مطالعه خستگی و اضطراب شرکت‌کنندگان به علت شیوع بیماری کرونا در زمان مطالعه و حجم کاری بالای آن‌ها بود که قابل کنترل نبود. همچنین جامعه‌ی آماری پژوهش محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی تعمیم‌یافته‌ها مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند نمونه‌ی موردبررسی پرستاران بوده و در تعمیم‌یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. با توجه به نقش سلامت معنوی و سبک مقابله‌ای در پریشانی روانشناختی پرستاران، پیشنهاد می‌شود تا با برگزاری کلاس‌های مختلف آموزشی برای پرستاران به کاهش پریشانی روانشناختی کمک شود. درنهایت امید است تا نتایج پژوهش حاضر بتواند در مراکز بهداشت و کلینیک‌های درمانی در جهت کمک به پرستاران مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج با به‌کارگیری سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد، می‌توان پریشانی روانشناختی پرستاران را کاهش داد، بنابراین پیشنهاد می‌شود که متصدیان نظام بهداشت و سلامت در برنامه‌ریزی در جهت بهبود وضعیت روانشناختی پرستاران، نقش سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای را مورد توجه قرار دهند. از این رو پیشنهاد می‌شود متخصصان سلامت و افرادی که در حوزه پرستاری فعالیت می‌کنند، یافته‌های این مطالعه را در طراحی مداخلات روان‌شناختی، بسته‌های آموزشی و همچنین برگزاری کارگاه سلامت معنوی و سبک مقابله‌ای در جهت کاهش پریشانی روانشناختی پرستاران مورد توجه قرار دهند.

سپاسگزاری

نویسندگان بدین‌وسیله از تمامی پرستاران زن متاهل شاغل در مراکز درمانی دولتی شهر تهران که در تکمیل پرسشنامه‌ها ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

References

1. Mohebbi H, Khaksary SR, Babaei Meybodi H, Eslami S. The effect of managers' communicational behaviors on nurses' work engagement and psychological distress considering the mediating role of social support. Quarterly Journal of Nersing Management. 2020;9(1):23-35.
2. Aghajari G, Naderi F, Nikpey Z, Jandaghi F, kiadarbandsari F. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Spiritual Therapy on Job Stress and Psychological Distress among Intensive Care Unit Nurses. Islamic Life Style. 2019;3(5):25-31.
3. Mazzer K, Boersma K, Linton SJ. A longitudinal view of rumination, poor sleep and psychological distress in adolescents. Journal of affective disorders. 2019;245:686-96. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.053
4. Miegel F, Jelinek L, Moritz S. Dysfunctional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and depression as assessed with the Beliefs Questionnaire (BQ). Psychiatry Research. 2019;272:265-74. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.070
5. Chowdhury N, Kevorkian S, Hawn SE, Amstadter AB, Dick D, Kendler KS, et al. Associations between personality and distress tolerance among trauma-exposed young adults. Personality and individual differences. 2018;120:166-70. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.041
6. Hesari M, Rezaei AM, Talepasand S. predicting academic procrastination based on psychological distress and corona anxiety. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2022; 11 (3):219-232.
7. Norouzi S, Bashardoust S, Mojtabaie M. Presenting a structural model for predicting

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.8]

mental disorders based on intolerance of uncertainty mediated by a sense of psychological cohesion and cognitive flexibility in students. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2022;65(2):1-1.
8. Zarei L, Hosseinzadeh A, Farahati A. Indicators of spiritual health in Alevi teachings. Biannual Journal Current Studies in Nahj al-Balaghah. 2023:In press.
9. Safara M, Ghasemi-Yazdabadi M, Heyrat A, Rezaeinasab A. Reexamining the Influential Components of Spiritual Health in Human Health. Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (ie, Research on Religion & Health). 2022;8(1):130-46.
10. Azarbayjani m. The Model of Spiritual Health in the Holy Qur'an with a Semantic Approach. Islam and Researches about Spirituality. 2023;1(1):7-36.
11. Kütmeç Yılmaz C, Kara FŞ. The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. 2021. https://doi.org/10.1111/ppc.12566
12. Garavand H, Sabzian S. The Mediating Role of Spiritual Well-Being in the Relationship between Health-Promoting Lifestyle and Psychological Distress in During the COVID-19 Prevalence. Islamic Life Style. 2023;7(1):99-109.
13. Sotoodeh H, Shakerinia I, Ghasemi Jobaneh R, Kheyrati M, Hoseini Seddigh M. Role of Family Health and Spiritual health on Nurses Psychological Wellbeing. Tārīkh-i pizishkī. 2016;7(25):161-84.
14. Atashzadeh Shoorideh F, Abdoljabbari M, Karamkhani M, Shokri Khubestani M, Pishgooi SA. The relationship between Nurse's spiritual health and their caring behaviors. Journal of Pizhuhish dar din va salamat. 2017;3(1):5-17.
15. Nouri N, Moeini B, Ghaleiha A, Faradmal J, Zareban I. The effect of emotional intelligence training based on social support theory on reducing perceived stress and promoting communication skills among male high school students in Hamadan. Journal of Education and Community Health. 2017;3(4):45-51. https://doi.org/10.21859/jech.3.4.45
16. Rodríguez-Naranjo C, Caño A. Daily stress and coping styles in adolescent hopelessness depression: Moderating effects of gender. Personality and Individual Differences. 2016;97:109-14. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.027
17. Ebrahimi N, Abedipoor M, Karimi M, Jaras M. The relationship between spiritual intelligence and coping styles with stress in adolescent girls in Gonabad. Iranian Journal of Pediatric Nursing. 2023;9(3):1-10.
18. Nori chenashk T. Qualitatively in search of psychological distress and coping strategies of female frontline nurses. Counseling Culture and Psycotherapy. 2022;13(49):279-308.
19. Rahimi H, Sedigh Arfaee F, Ghodousi Z. Investigate the relationship between coping styles and nurse's mental health. Journal of Ethics and Culture in nursing and midwifery. 2014;1(2):45-53.
20. Khanjani Z, Raef M, Asgari M. The Relationship Between Hardiness, Personality Traits and Coping Styles with Occupational Satisfaction Among the Nurses of Governmental Hospitals in Tabriz. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2018;26(4):237-46. https://doi.org/10.30699/sjhnmf.24.4.246
21. Foruzandeh Hafshejani M, Foruzandeh Hafshejani N, Darakhshandeh Hafshejani S, Deris F. Predicted coping styles with pregnancy-specific stress on basis of spiritual well-being. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018;7(1):55-66.
22. Mardanian Dehkordi L, Shahgholian N. Relation between spiritual health & coping style in patients undergoing hemodialysis treatment. J Res Behave Sci. 2015;12(4):481-9.
23. Bahrami L, Mohammadi-Shahboulaghi F, Rahgoy A, Biglarian A. Predicting Coping Strategies based on Spiritual Health and Resilience in the Elderly in Tehran. Journal of Nursing Education. 2021;9(1):56-65.
24. Hossein Abbasi N, Agha Amiri M. Survey of Relationship Between Health Promoting Lifestyle and Job Satisfaction in Male Nurses in Ahwaz City: A Descriptive Study. Iran Journal of Nursing. 2022;34(134):74-87. https://doi.org/10.32598/ijn.34.6.6
25. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. 1982;1. https://doi.org/10.1037/t00534-000
26. Calsbeek H, Rijken M, Bekkers MJ, Van Berge

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.8]

Henegouwen GP, Dekker J. Coping in adolescents and young adults with chronic digestive disorders: impact on school and leisure activities. Psychology and Health. 2006;21(4):447-62. https://doi.org/10.1080/14768320500410910

27. Ghoreyshi Rad F. Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations. International Journal of Behavioral Sciences. 2010;4(1):1-7.
28. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand S-L, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological medicine. 2002;32(6):959-76. https://doi.org/10.1017/S0033291702006074
29. Yaghubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). Journal of Applied Psychological Research. 2016;6(4):45-57.
30. Akhlaghifard M, Meraji N. Predicting corona anxiety based on emotional distress (depression, anxiety and stress) and spiritual health in nurses and aides. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2021;10(6):161-70.
31. Simoni JM, Martone MG, Kerwin JF. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. Journal of counseling psychology. 2002;49(2):139. https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.2.139
32. Ghafoori e, Hejazi M, Sheikhi MR. The Relationship of Coping Strategies with Academic Stress in Nursing Students. Journal of Nursing Education. 2019;7(3):41-7.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.8]