

پیش‌بینی میزان تاب‌آوری بر اساس هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و شفقت خود

در کادر درمان بیمارستان دکتر علی شریعتی در دوران شیوع ویروس کووید ۱۹

سمیه آقا داود مارنانی^۱، سیده لیلا میراحمدی^{۲*}، راضیه ایزدی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، ایران.

۲. استادیار گروه مشاوره، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول).

۳. استادیار گروه مشاوره، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره سیزدهم، بهار ۱۴۰۱، صفحات ۱۳۸-۱۳۷

چکیده

در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹، کرونا ویروس جدیدی، با نام کرونا ویروس نوین-۲۰۱۹، باعث آغاز شیوع پنومونی از ووهان (بازار غذاهای دریایی هانان)، به سراسر کشور چین شد که در حال حاضر تهدیدات بهداشتی بزرگی را برای سلامتی عمومی جهان ایجاد کرده است. این ویروس‌ها می‌توانند عامل ایجاد برخی از انواع سرماخوردگی معمولی تا عامل بیماری‌های شدیدتری همچون سارس، مرس و کووید ۱۹ باشند. هدف این پژوهش پیش‌بینی میزان تاب‌آوری بر اساس هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و شفقت خود در کادر درمان بیمارستان دکتر علی شریعتی در دوران شیوع ویروس کووید ۱۹ بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کادر درمان (پزشکان و پرستاران) شاغل در بیمارستان دکتر علی شریعتی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۶۵ نفر انتخاب شدند؛ و به پرسشنامه‌های تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، هوش هیجانی کارسون و وست (۲۰۰۰)، انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰)، شفقت خود (نف، ۲۰۰۳) پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون رگرسیون چندگانه و از طریق نرم‌افزار آماری SPSS-25 تحلیل شدند. نتایج نشان داد که تاب‌آوری بر اساس هوش هیجانی و شفقت خود در کادر درمان بیمارستان در دوران شیوع کووید ۱۹ قابل پیش‌بینی بود ($p < 0.05$)؛ بنابراین می‌توان با آموزش مهارت‌های فوق، میزان تاب‌آوری را در کادر درمان در این شرایط حساس افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: کووید ۱۹، تاب‌آوری، هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی.

مقدمه

شیوع ویروس کرونا (COVID-19) از دسامبر ۲۰۱۹، منجر به مبتلا شدن به بیش از ۷۰۰۰۰ هزار نفر در شهر ووهان چین شده است. کشور چین اقدامات فعال و موتوری جهت فراهم کردن پشتیبانی پزشکی برای کمک در کنترل شیوع سریع کوید ۱۹ انجام داده است. از ۲۴ فوریه (شب عید چینی)، کشور چین بیش از ۳۰۰۰۰ پرسنل پزشکی جهت پشتیبانی پزشکی به شهر ووهان و استان هوبی فرستاده است. محققان تأیید کرده اند که این اقدامات و استراتژی کارآمد و امکان پذیر همگی بجا و مؤثر هستند (لی و همکاران، ۲۰۲۰). پرسنل پزشکی اغلب تحت فشار و خطر وضعیت ضد همه گیر، مشکلات روانشناسی متنوعی دارند. به طوری که در کشورهای متعدد از جمله ایران، بسیاری از پرسنل و کادر پزشکی در اثر ابتلا به ویروس کرونا جان خود را از دست دادند. یکی از مشاغل که همواره تحت تأثیرات منفی فشارهای جسمی و روانی ناشی از فعالیت شغلی قرار دارد، مشاغل درمانی است. پرسنل کادر درمان، مسئول کنترل و پایش بیست و چهار ساعته بیماران بوده و طبعاً به طور مستمر در معرض عوامل متعدد تنش زا قرار دارند. پرسنل درمانی عموماً هنگام ورود به شغل درمانی، افرادی منظم، دلسوز و علاقه مند هستند، اما بسیاری از آنان پس از مدتی فعالیت و مواجه شدن با انبوهی از مشکلات و استرس های شغلی، احساس خستگی کرده و حتی مایل به کناره گیری از شغل خود هستند (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین توجه کردن به عوامل تعدیل کننده و حتی محافظت کننده کادر درمان در برابر استرسورهای بیرونی و درونی در شرایط شیوع کرونا امری ضروری است.

یکی از عوامل تأثیرگذار بر تحمل شرایط سخت، تاب آوری است؛ ظرفیت تاب آوری به عنوان یک عامل پیش بینی کننده جهت جلوگیری و کاهش تنیدگی و استرس های حرفه ای محسوب می شود (گروشو و همکاران، ۲۰۲۱؛ هتزل و همکاران، ۲۰۱۹؛ چندلر و همکاران، ۲۰۱۵). تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است (میرو و نیول، ۲۰۱۹). تاب آوری پرستاران را قادر می سازد تا با محیط کاری خود و همچنین با حفظ عملکرد روانی سالم و پایدار مواجه شوند (جعفر جلال و همکاران، ۱۳۹۸). کادر درمان به منظور رویارویی با مشکلات حرفه ای و تأمین سلامت روانی خود باید به طور ماهرانه ای تاب آوری را در خود گسترش دهند، زیرا تاب آوری و رفتارهای تاب آورانه به طور بالقوه به افراد کمک می کند تا بر تجارب منفی غلبه کنند و این تجارب را به تجارب مثبت در خود تبدیل کنند (گرامی نژاد و همکاران، ۱۳۹۷). تاب آوری باعث می شود که افراد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر از ظرفیت های موجود خود، در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی فردی خود استفاده کنند و از این چالش ها و آزمون ها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره جویند و از آن ها سربلند بیرون بیایند (زارعی وش و همکاران، ۱۳۹۹).

برخورداری از هوش هیجانی باعث ارتقاء تاب آوری می شود (توفیقی و حسینی، ۱۳۹۸؛ خوش نظری و همکاران، ۱۳۹۴). نظریه پردازان بر این باورند که بین هوش هیجانی و قدرت مقابله با موقعیت های مخاطره آمیز رابطه مثبت وجود دارد و بالا بودن هوش هیجانی را به عنوان یک عامل محافظت کننده مطرح نموده اند (بارون و همکاران، ۲۰۰۰). هوش هیجانی در مقایسه با هوش عمومی شامل توانایی ها، شایستگی ها و مهارت های شناختی و غیرشناختی می شود که باعث فائق آمدن فرد بر فشارها و نیازهای محیط می گردد و موجبات احساس شادمانی فرد در زندگی را فراهم می سازد (خوش نظری و همکاران، ۱۳۹۴). هوش هیجانی

مجموعه‌ای از توانایی فرد را برای کسب موفقیت در مقابله با فشارهای محیطی تحت تأثیر قرار می‌دهد که می‌توان آن را از طریق تلاش و کوشش و تمرین و تجربه آموزش داد و ارتقاء بخشید (نوشیروانی و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پرستارانی که هوش هیجانی بالاتری دارند می‌توانند در برابر هیجان‌ات و احساساتشان تصمیمات بهتر و هدفمندتری بگیرند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۵؛ سوتو-روبیو و همکاران، ۲۰۲۰). هوش هیجانی بالا بین کادر درمان منجر به کاهش استرس شغلی، به حداکثر رساندن عملکرد شغلی و افزایش سازگاری می‌شود (هریفیش و ال-هدراوی، ۲۰۲۰؛ ایشی و هوریکاو، ۲۰۱۹). تأثیر هوش هیجانی در موفقیت افراد در سازمان‌های بهداشتی و درمانی از اهمیت خاصی برخوردار است. این مهارت‌ها به افراد اجازه می‌دهد تحت شرایط سخت بهتر فکر کنند و از هدر رفتن زمان به‌واسطه احساساتی همچون خشم و اضطراب و ترس جلوگیری نموده و به‌سادگی ذهن خود را آرام ساخته و به‌این ترتیب راه را برای بصیرت درونی و ایده‌های خلاق به روی خود باز کنند (شهبازی و همکاران، ۱۳۹۱).

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند تا حد زیادی کادر درمان را از ابتلای به آسیب‌های شغلی مصون دارد، انعطاف‌پذیری شناختی است (میرشکار و همکاران، ۱۳۹۹؛ مهدوی و همکاران، ۱۳۹۵). انعطاف‌پذیری شناختی سازگار بودن افکار و رفتار با تغییرات محیط و موقعیت‌ها به حساب می‌آید. افراد انعطاف‌پذیر، نرم‌خو هستند و وقتی موقعیت‌های شگفت‌آور ظهور می‌یابند، قادر هستند انعطاف پیدا کنند (لمینگ و هایزر، ۲۰۱۶). اصطلاح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به ظرفیت افراد برای رسیدگی کردن به وضعیت فعلی اشاره دارد که این رسیدگی بر اساس فرصت‌های ایجادشده در آن وضعیت و اقدام‌های مؤثر جهت حمایت از انتخاب‌های خود بر اساس ارزش‌ها، حتی در حضور ناخواسته رویدادهای درونی مثل حواس فیزیولوژیک، افکار و احساسات است (مک کراکن و مورلی، ۲۰۱۴). کنت و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود بیان کردند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأثیر زیادی در استرس ادراک‌شده پرستاران دارد. حرفه‌های مرتبط با بهداشت و درمان به‌واسطه ویژگی خاص خود، محیط پرستاری برای کارکنان است؛ بنابراین ویژگی‌های خاص پرسنل این حرفه می‌تواند نقش مهمی در کنترل استرس و یا تأثیرپذیری از آن داشته باشد (گالوین و همکاران، ۲۰۲۰؛ مک بت و گاملی، ۲۰۱۲).

حرفه‌های سلامتی از نظر روانی مستلزم داشتن یک نگرش دلسوزانه برای مراقبت از بیماران هستند به‌عبارت‌دیگر مراقبت یک عمل دلسوزانه به حساب می‌آید و در این میان دلسوزی و شفقت برای دیگران در هر شکلی که صورت گیرد، خود مستلزم داشتن شفقت نسبت به خود است (اندروز و همکاران، ۲۰۲۰؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۵). شفقت خود به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و بهوشیاری در مقابل همانندسازی افراطی تعریف‌شده است (اندروز و همکاران، ۲۰۲۰) ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. مهربانی با خود، درک خود به‌جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی-کفایتی‌های خود است. اعتراف به این‌که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه اشتراکات انسانی است. بهوشیاری در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند (نف، ۲۰۰۹). افرادی که شفقت خود بالایی دارند نسبت به

افرادی که شفقت خود کمی دارند سلامت روان شناختی بیشتری دارند؛ زیرا در آن‌ها درد گریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می‌کنند به وسیله یک سرزنش خود بی‌رحمانه، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌ها استمرار نمی‌یابد. این نگرش حمایت‌گرا نه نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات بین شخصی، حل مسئله سازنده، ثبات زندگی زناشویی، آمادگی برای شرم کمتر، کاهش ترس از شکست، خودآزمایی منفی کمتر، کمال‌گرایی نوروتیک کمتر در ارتباط است. سازه شفقت خود با سبک‌های مقابله و تنظیم‌گری هیجان‌ها نیز مرتبط است همچنین شفقت خود به‌صورتی معنادار با داشتن شفقت نسبت به دیگران همراه است (نف و پومبر، ۲۰۱۳). با توجه به این موضوع که کادر درمان روزانه با چالش‌های فراوانی از جمله مراقبت از بیماران درحال مرگ یا بیماری‌های بحرانی روبه‌رو می‌شوند و همچنین به دلیل کمبود کادر درمان و خستگی عاطفی‌شان، پرداختن به مفهوم تاب‌آوری به منظور حفظ نیروی انسانی سالم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به مباحث فوق، در این پژوهش، پژوهشگران برآنند که مشخص کند آیا می‌توان میزان تاب‌آوری را بر اساس هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت خود در کادر درمان بیمارستان دکتر علی شریعتی در دوران شیوع ویروس کووید ۱۹ پیش‌بینی کرد؟

روش پژوهش

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که جامعه آماری آن شامل کلیه کادر درمان (پزشکان و پرستاران) شاغل در بیمارستان دکتر علی شریعتی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. این تعداد برابر، ۸۵۰ نفر بودند. تعداد نمونه بر اساس جدول مورگان تعداد ۲۶۵ نفر از پرسنل کادر درمان محاسبه شد که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. لازم به ذکر است که اجرای پژوهش حاضر با رعایت تمام معیارهای اخلاقی از جمله استانداردهای مطرح‌شده در بیانیه هلسینکی مثل محرمانگی اطلاعات آزمودنی‌ها و کسب رضایت آگاهانه انجام شد. در خصوص هدف مطالعه و روند اجرای آن و همچنین محرمانگی و ناشناس ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان به آن‌ها توضیح داده شد و از آن‌ها خواسته شد به پرسش‌نامه‌های زیر پاسخ دهند.

پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون و پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) طراحی شده است. این آزمون دارای ۲۵ سؤال است که در یک مقیاس پنج لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست=۱) تا پنج (کاملاً درست=۵) دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمره بالا نشان‌دهنده بالا بودن میزان تاب‌آوری و نمره پایین نشانگر پایین بودن میزان تاب‌آوری است. این پرسشنامه دارای پنج زیر مقیاس به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۱. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون

سؤالات	مقیاس‌ها
۱۰-۱۱-۱۲-۱۶-۱۷-۲۳-۲۴-۲۵	زیرمقیاس‌های تصور از شایستگی فردی
۶-۷-۱۴-۱۵-۱۸-۱۹-۲۰	زیرمقیاس‌های اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی
۱-۲-۴-۵-۸	زیرمقیاس‌های پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
۱۳-۲۱-۲۲	زیرمقیاس‌های کنترل
۳-۹	زیرمقیاس‌های تأثیرات معنوی

پایایی و روایی این آزمون توسط بک و همکاران (۲۰۱۰) به میزان ۰/۸۵ گزارش شده است. در نمونه ایرانی، پایایی و روایی این مقیاس در توسط باقری دستگردی (۱۳۹۵)، ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌های تصور از شایستگی فردی (۰/۸۷)؛ زیرمقیاس‌های اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی (۰/۷۵)؛ زیرمقیاس‌های کنترل (۰/۷۶)؛ زیرمقیاس‌های تأثیرات معنوی (۰/۸۵) گزارش شده است.

پرسشنامه هوش هیجانی

پرسشنامه هوش هیجانی توسط کارسون و وست (۲۰۰۰) طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال بوده و جواب سؤالات به صورت سه گزینه‌ای می‌باشد. گزینه صحیح برابر ۲، گزینه غلط برابر ۰ و گزینه تا حدودی برابر ۱ نمره‌گذاری گردید. دامنه نمرات این پرسشنامه برابر ۶۰-۰ است و نمرات بالا نشان‌دهنده بالا بودن هوش هیجانی و نمره پایین نشان‌دهنده پایین بودن هوش هیجانی افراد است. کارسون و وست (۲۰۰۰) این پرسشنامه را در دانشجویان موردسنجش قراردادند و نتایج آن بیانگر این بود که این آزمون در سطح ۰/۹۵ دارای اعتبار است. با توجه به این‌که مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی یا بیش از ۰/۸۰ است آزمون از اعتبار بالایی برخوردار است (عساکره، ۱۳۸۷).

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) جهت سنجش انعطاف‌پذیری شناختی طراحی شد این آزمون دارای ۲۰ سؤال است که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای کاملاً مخالف (۱)، مخالفم (۲)، تا حدی مخالفم (۳)، نه موافق نه مخالفم (۴)، تا حدی موافقم (۵)، موافقم (۶)، کاملاً موافقم (۷) لیکرت نمره‌گذاری می‌گردد. سؤالات ۲، ۱۷، ۱۱، ۹، ۷، ۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمرات تمام سؤالات، نمره کل آزمون انعطاف‌پذیری شناختی را محاسبه می‌کند. بالاترین نمره‌ای که فرد در این پرسشنامه می‌تواند کسب کند، ۱۴۰ و کمترین نمره ۲۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین است. سلطانی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای، ضرایب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند.

پرسشنامه شفقت خود

پرسشنامه شفقت خود توسط (نف، ۲۰۰۳) تهیه گردیده است. این آزمون دارای ۲۶ سؤال و پاسخ‌های آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱۰ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند؛ و دارای ۶ مؤلفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی است که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم ۵ نمره‌گذاری می‌گردد. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. نمره بالا نشان‌دهنده بالا بودن میزان شفقت خود و نمرات پایین نشان‌دهنده پایین بودن میزان شفقت خود است.

جدول ۲. پرسشنامه شفقت خود

مؤلفه‌ها	سؤالات مربوط به هر مؤلفه
مهربانی به خود	۵,۱۲,۱۹,۲۳,۲۶
قضاوت کردن خود	۱,۸,۱۱,۱۶,۲۱
تجارب مشترک انسانی	۳,۷,۱۰,۱۵
انزوا	۴,۱۳,۱۸,۲۵
بهشیاری یا ذهن آگاهی	۹,۱۴,۱۷,۲۲
هماندسازی افراطی	۲,۶,۲۰,۲۴

همسانی درونی این مقیاس در پژوهش مشکوری و آتش پور (۱۳۹۷) از طریق ضریب آلفا برای نمره کلی پرسشنامه ۰/۸۵ است. همچنین ضرایب آلفای کروناخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ گزارش شده است.

به دلیل شیوع ویروس کرونا و رعایت اقدامات بهداشتی، همچنین به دلیل حساسیت کاری پرسنل کادر درمان، پس از تهیه پرسشنامه‌ها به صورت دیجیتال، لینک پاسخ‌دهی پرسشنامه برای افراد در گروه‌های شبکه‌های اجتماعی یا از طریق ایمیل ارسال شد و از آنان درخواست شد که به سؤالات پاسخ دهند. جهت تجزیه و تحلیل از نرم افزار Spss-25 در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. آمارهای توصیفی نظیر محاسبه مقادیر میانگین، انحراف استاندارد، کوچک‌ترین و بزرگ‌ترین داده و در قسمت آمار استنباطی از آزمون رگرسیون چندگانه و همبستگی پیرسون استفاده شد.

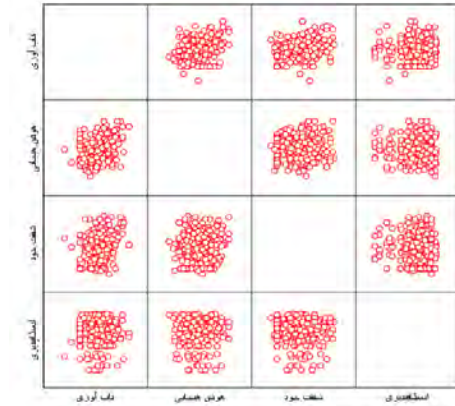
یافته‌ها

جهت بررسی فرضیه‌ی پژوهش از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. متغیر ملاک تاب‌آوری و متغیرهای پیش‌بین شامل هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت خود هستند. نتایج همبستگی پیرسون با رعایت پیش‌فرض‌های لازم در جلد ۳ ارائه شده است. نمودار ۱ پراکنش دوبه‌دو بین متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ماتریس همبستگی تاب‌آوری، هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت خود

متغیر	تاب‌آوری	هوش هیجانی	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	شفقت خود
تاب‌آوری	۱			
هوش هیجانی	۰/۳۷۷**	۱		
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۰/۰۵۳	۰/۰۷۱	۱	
شفقت خود	۰/۳۸۳**	۰/۱۰۸	۰/۰۲۳	۱

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$



نمودار ۱. پراکنش دوه‌دو بین تاب‌آوری، هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت خود

جدول (۳) ماتریس همبستگی موارد مطالعه را نشان می‌دهد. مندرجات این جدول حاکی از آن است که بین تاب‌آوری با هوش هیجانی مثبت همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($R=0.377, P<0/01$). همچنین بین تاب‌آوری با شفقت خود همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($R=0.383, P<0/01$). به منظور پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت خود از آزمون رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد و قدرت پیش‌بینی متغیرهای پیش‌بین (مستقل) در متغیر ملاک (وابسته) محاسبه شد. در روش گام‌به‌گام ابتدا متغیر مستقل اول بر اساس بیشترین میزان تأثیر وارد مدل می‌شود و اگر متغیرهای مستقل دیگر هم بتوانند به صورت معنادار بر متغیر وابسته اثرگذار باشند، در گام‌های بعدی وارد مدل می‌شوند.

جدول ۴. تحلیل واریانس مدل پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت خود

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	متوسط مربعات	F	سطح معنی‌داری (p)	ضریب همبستگی (R)	ضریب تعیین (R^2)	آزمون دوربین واتسون
گام اول	۴۱۰۰/۹۵	۱	۴۱۰۰/۹۵	۴۵/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸۳	۰/۱۴۳	۲/۳۶
شفقت خود	۲۳۸۶۹/۴۲	۲۶۳	۹۰/۷۵					
گام دوم	۲۷۹۷۰/۳۷	۲۶۴	۳۶۴۸/۳۴	۴۶/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۱	۰/۲۵۵	
هوش هیجانی	۲۰۶۷۳/۶۹	۷۸/۹	۲۶۲					
	۲۷۹۷۰/۳۷	۲۶۴						

جدول (۴) پارامترهای اعتبارسنجی مدل پژوهش به صورت تابعی از متغیرهای پیش‌بینی کننده نشان می‌دهد. بر طبق نتایج در گام اول متغیر شفقت خود توانست ۱۴ درصد از تاب‌آوری را تبیین کند؛ در گام دوم با افزوده شدن هوش هیجانی این مقدار به ۲۵ درصد رسید. متغیر انعطاف‌پذیری به دلیل عدم همبستگی با متغیر تاب‌آوری وارد مدل نشده است. با توجه به مقدار پارامتر مدل معنادار به دست آمده، مدل ارائه شده از اهمیت آماری بالایی برخوردار بوده و به خوبی قادر است (در سطح اطمینان ۹۹٪) میزان تاب‌آوری را به صورت تابعی از متغیرهای پیش‌بینی کننده پیش‌بینی نماید. مقادیر ضرایب رگرسیون مدل پیش‌بینی تاب‌آوری در جدول (۵) ارائه شده‌اند.

جدول ۵. ضرایب رگرسیون مدل پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت خود

سطح معنی‌داری (P)	T	ضرایب غیراستاندارد		B	انحراف استاندارد	مقدار ثابت	گام اول
		ضرایب استاندارد					
		Beta	انحراف				
۰/۰۰۱	۷/۴۲	-	۴/۸۳	۳۵/۸۹	۰/۳۳۲	شفقت خود	شفقت خود
۰/۰۰۱	۶/۷۲	۰/۳۸	۰/۰۴۹	۲۸/۶۵	۰/۳۰	مقدار ثابت	گام دوم
۰/۰۰۱	۶/۱۶	-	۴/۶۴	۰/۳۰	۰/۳۴	شفقت خود	هوش هیجانی
۰/۰۰۱	۶/۴۷	۰/۳۵	۰/۰۴۶	۰/۴۱	۰/۳۴	هوش هیجانی	هوش هیجانی
۰/۰۰۱	۶/۳۶	۰/۳۴	۰/۰۶۵				

با توجه به نتایج جدول (۵) رگرسیون در دو گام انجام شد. در گام اول از بین متغیرهای مستقل (هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت خود) ابتدا شفقت خود با ضریب بتای استاندارد برابر با ۰/۳۸ وارد معادله رگرسیون شد. این ضریب تأثیرگذاری با مقدار t برابر با ۶/۷۲ با سطح معناداری برابر با ۰/۰۰۱ در سطح $P < 0/01$ معنادار است. این نشان‌دهنده این مطلب است که با افزایش یک انحراف استاندارد در شفقت خود، تاب‌آوری با توجه به مثبت بودن ضریب، ۰/۳۸ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت.

در گام دوم هوش هیجانی با ضریب بتای استاندارد برابر با ۰/۳۴ وارد معادله رگرسیون شد. این ضریب تأثیرگذاری با مقدار t برابر با ۶/۳۶ با سطح معناداری برابر با ۰/۰۰۱ در سطح $P < 0/01$ معنادار است. این نشان‌دهنده این مطلب است که با افزایش یک انحراف استاندارد در هوش هیجانی، تاب‌آوری با توجه به مثبت بودن ضریب، ۰/۳۴ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت؛ بنابراین می‌توان گفت که هوش هیجانی و شفقت خود قادر به پیش‌بینی میزان تاب‌آوری در کادر درمان بیمارستان دکتر علی شریعتی در دوران شیوع کووید ۱۹ هستند.

مدل رگرسیونی خطی برازش شده پیش‌بینی میزان تاب‌آوری بر اساس هوش هیجانی و شفقت خود با ضرایب غیراستاندارد عبارت است از:

$$\text{هوش هیجانی } ۰/۴۱ + \text{شفقت خود } ۰/۳۰ + ۲۸/۶۵ = \text{تاب‌آوری}$$

همچنین مدل رگرسیونی خطی برازش شده فوق با ضرایب استاندارد عبارت است از

$$\text{هوش هیجانی } ۰/۳۴ + \text{شفقت خود } ۰/۳۵ = \text{تاب‌آوری}$$

لازم به ذکر است که متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به دلیل نداشتن تأثیر معنادار بر تاب‌آوری از مدل حذف شده است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که تاب آوری بر اساس هوش هیجانی، شفقت خود و انعطاف پذیری روان شناختی پیش بینی می شود. نتیجه این فرضیه با یافته های توفیقی و حسینی (۱۳۹۸) مبنی بر رابطه بین هوش هیجانی و تاب آوری کارکنان بهزیستی شهر دهمشهر؛ محمدی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر بررسی رابطه شفقت به خود، تاب آوری و رفتارهای پرخطر در نوجوانان؛ مستقیم و سامانی (۱۳۹۸) مبنی بر بررسی پیش بینی تاب آوری بر اساس شفقت خود و تنظیم هیجانی در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره؛ زارع زاده، جوبفروش زاده و چابکی نژاد (۱۳۹۷) مبنی بر پیش بینی تاب آوری بر اساس شفقت به خود، هوش هیجانی و هوش معنوی در زنان متاهل؛ بهرامی مهر و تمنایی فر (۱۳۹۷) مبنی بر پیش بینی تاب آوری بر اساس هوش هیجانی در امدادگران هلال احمر تهران؛ جوکار و جعفری صدر (۱۳۹۷) و سلطانی دلگشا و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر مقایسه هوش هیجانی و تاب آوری در زنان و مردان؛ تریگوروس و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر تأثیر هوش هیجانی بر تاب آوری دانشجویان و اشنایدر، لیون، کازن (۲۰۱۳) مبنی بر بررسی هوش هیجانی و انعطاف پذیری، همسو بود.

در تبیین این نتایج می توان گفت که پیش بینی تاب آوری از طریق هوش هیجانی از این نظر حائز اهمیت است که افراد با شناخت احساسات و هیجان های خود و دیگران می تواند تاب آوری خود را در شرایط سخت و دشوار حفظ نماید و همچنین وجود این ویژگی در کادر درمان به منظور مقابله با استرس های محیط کار و جلوگیری از بروز تنش و به وجود آوردن نگرش مثبت در شرایط سخت و ناگوار ضروری به نظر می رسد؛ بنابراین هرچه میزان هوش هیجانی کار درمان بالاتر باشد می توان تاب آوری بیشتر در کادر درمان پیش بینی نمود.

از سوی دیگر با توجه به ساختار و مؤلفه های هوش هیجانی می توان گفت که ادراک و ابراز هیجانات، بهره جویی از هیجان و اداره کردن هیجان در موقعیت های پرخطر و ناگوار به عنوان عامل محافظ عمل می کند و تاب آوری افراد را ارتقاء می دهد. در ادبیات پژوهشی تاب آوری نیز به مواردی مشابه مؤلفه های هوش هیجانی برمی خوریم که به عنوان عوامل مؤثر بر تاب آوری افراد مطرح هستند و به مؤلفه های هوش هیجانی نزدیک هستند. از طریق ارتباط درونی که بین مؤلفه های هوش هیجانی است می توان رابطه آن را با تاب آوری توجیه کرد. تنظیم هیجانات به استفاده مثبت از هیجانات در تسهیل تفکر و فرایند حل مسئله کمک می کند و به واکنش مؤثرتر در موقعیت های پرخطر و شرایط استرس زا (مثل ایام کرونا) می انجامد؛ بنابراین تنظیم هیجانات به کاربرد بهینه و بهره جویی از هیجانات که مؤلفه دوم هوش هیجانی است، کمک می کند. تنظیم هیجانات می تواند به مدیریت خوب هیجانات کمک کند. مدیریت خوب هیجانات به خودکنترلی منجر می شود و خودکنترلی از عوامل مؤثر بر تاب آوری است (محمدی، ۱۳۸۴؛ به نقل از جوادی، ۱۳۸۷).

همچنین نتایج نشان داد که تاب آوری بر اساس شفقت خود، پیش بینی شد؛ که در تبیین این نتایج می توان گفت، شفقت خود به عنوان یک عامل محافظتی کلیدی برای سلامت روان شناخته شده است و تاب آوری به نوعی با شفقت به خود تقویت می شود بنابراین افرادی که از شفقت خود بالایی برخوردارند وقتی با اتفاقات منفی در محیط بیمارستان روبرو می شوند بهتر می توانند شرایط استرس زا را مدیریت کنند؛ که این باعث می شود افرادی که شفقت خود بالایی دارند، تاب آوری آنان نیز افزایش یابد، شفقت خود راهکارهای

مؤثری برای دستیابی به حداکثر توانمندی مدیریت هیجانات ارائه می‌کند در نتیجه، کارکنان با تاب‌آوری بالا می‌توانند مدیریت کنند که چگونه با مشکلات و چالش‌های به وجود آمده در محیط بیمارستان کنار آیند.

از سوی دیگر تاب‌آوری ظرفیت انسان برای مواجهه با شرایط غیرقابل اجتناب زندگی است و افرادی که شفقت خود بالایی دارند، تاب‌آوری بیشتری دارند چراکه فردی که خود شفقت ورز است تلاش می‌کند خود را از تجربه رنج محافظت کند و از رفتارهای حل مسئله استفاده کند؛ بنابراین شفقت خود باعث بروز رفتارهای تاب آورانه در جهت حفظ و ارتقای سلامت روانی می‌شود. همچنین نتایج نشان داد که تاب‌آوری بر اساس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پیش‌بینی نمی‌شود. می‌توان یکی از دلایل احتمالی این نتیجه هم‌پوشانی متغیرها با یکدیگر دانست. هرچند این نتیجه نیازمند پژوهش‌های بیشتری است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده نویسنده اول است. بدین‌وسیله نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم می‌دانند مراتب قدردانی خود را از حمایت مالی صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران کشور اعلام نمایند. همچنین از همکاری افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، از مدیریت و کادر درمان بیمارستان شریعتی اصفهان، جهت همکاری و ارائه مجوز تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

- آقاجانی، م؛ تیزدست، ط؛ عباس قربانی، م؛ باج‌ور، م. (۱۳۹۲). ارتباط سرسختی روانشناختی با فرسودگی شغلی پرستاران. *مجله پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۳(۲)، ۱-۷.
- باقری، دستگردی ف. (۱۳۹۵). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، بخشودگی بین فردی، تاب‌آوری و هوش معنوی بین آزادگان جنگ تحمیلی و افراد عادی استان اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- توفیقی، م؛ حسینی، ف. (۱۳۹۸). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و تاب‌آوری کارکنان بهزیستی شهر دهدشت، پنجمین کنفرانس ملی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، کاربردها و توانمندسازی با محوریت روان‌درمانی، تهران.
- جعفر جلال، ع، عزیزمحمدی، ف؛ فاطمی، ن؛ حقانی، ح. (۱۳۹۸). استرس ثانویه ناشی از آسیب و تاب‌آوری در پرستاران بخش‌های روانپزشکی شهر تهران، نشریه پرستاری ایران، ۳۲(۱۲۰)، ۳۳-۴۵.
- خوش‌نظری، ص؛ حسینی، م؛ فلاحی خشک‌ناب، م؛ بخشی، ع. (۱۳۹۴). تأثیرآموزش مهارتهای هوش هیجانی بر تاب‌آوری پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی. *مجله روان پرستاری*، ۳(۴)، ۲۸-۳۷.
- رستمی، م؛ موقری، م؛ تقوی لاریجانی، ت؛ مهران، ع. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین هوش هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس در پرستاران بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه. *پژوهش پرستاری*، ۱۱(۱)، ۵۱-۶۱.
- زارعی‌وش، ف؛ فرهادی‌نژاد، م؛ رستگار، ع؛ مجاهدی، م. (۱۳۹۹). پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس مزاج با نقش تعدیل‌گری جنسیت، *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۱۲(۳)، ۷۵-۹۲.
- سلطانی، م؛ رکنی، ا؛ عمرانی، ل؛ سیدان، ا. (۱۳۹۵). مقایسه هوش هیجانی و تاب‌آوری زنان و مردان، چهارمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی.

- شهبازی، س، حیدری، م، ونکی، ز. (۱۳۹۱). هوش هیجانی نیاز پرستاری امروز: مطالعه مروری. فصلنامه مدیریت پرستاری، ۱(۳)، ۵۵-۶۴.
- عساکره، ع. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر پرخشگیری دانش آموزان پسر پایه سوم دوره راهنمایی ناحیه ۴ اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- گرامی نژاد، ن، حسینی، م، موسوی میرزایی، م، قربانی مقدم، ز. (۱۳۹۷). ارتباط تاب آوری با کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های ویژه. نشریه پرستاری ایران، ۱۱۶(۳۱)، ۴۹-۶۰.
- محمدی، س؛ برهانی، ف؛ روشن زاده، م. (۱۳۹۵). شفقت نسبت به خود در پرستاران مراقبت‌های ویژه. فصلنامه مدیریت پرستاری، ۵(۲)، ۴۵-۴۹.
- میرشکار، س؛ هاشمی؛ مهرابی زاده هنرمند، م؛ ارشدی، ن. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی عاطفی و کار هیجانی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر اهواز. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۱(۴)، ۹۹-۹۰.
- نوشیروانی، م؛ دمهری، ف؛ آخوندزاده، ب. (۱۳۹۴). تاب آوری و هوش هیجانی در پرستاران. کنگره انجمن روانشناسی تهران. ایران.
 - Andrews, H., Tierney, S., & Seers, K. (2020). Needing permission: The experience of self-care and self-compassion in nursing: A constructivist grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies, 101*, 103436.
 - Baek, H. S., Lee, K. U., Joo, E. J., Lee, M. Y., & Choi, K. S. (2010). Reliability and validity of the Korean version of the Connor-Davidson Resilience Scale. *Psychiatry investigation, 7*(2), 109.
 - Bar-On, R., Handley, R., & Fund, S. (2008). The impact of emotional intelligence on performance. *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence with individuals and groups*, 3-19.
 - Carlson, J., & West, A. (2000). Emotional intelligence and competitive advantage: examining the relationship from a resource-based view. *Strategic Change, 13*(2), 83-93.
 - Chandler, G. E., Roberts, S. J., & Chiodo, L. (2015). Resilience intervention for young adults with adverse childhood experiences. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 21*(6), 406-416.
 - Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research, 34*(3), 241-253.
 - Galvin, J., Howes, A., McCarthy, B., & Richards, G. (2020). Self-compassion as a mediator of the association between autistic traits and depressive/anxious symptomatology. *Autism, 1362361320966853*.
 - Grueschow, M., Stenz, N., Thörn, H., Ehlert, U., Breckwoldt, J., Maeder, M. B., ... & Kleim, B. (2021). Real-world stress resilience is associated with the responsivity of the locus coeruleus. *Nature communications, 12*(1), 1-17.
 - Hetzel-Riggin, M. D., Swords, B. A., Tuang, H. L., Deck, J. M., & Spurgeon, N. S. (2019). Work engagement and resiliency impact the relationship between nursing stress and burnout. *Psychological reports, 0033294119876076*.

- Hrefish, Z. A., & AL-Hadrawi, H. H. (2020). Emotional Intelligence and Work-related Stress among Nurses Working in Psychiatric Hospitals. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(1).
- Ishii, S., & Horikawa, E. (2019). The emotional intelligence of Japanese mental health nurses. *Frontiers in psychology*, 10, 2004.
- Kent, W., Hochard, K. D., & Hulbert-Williams, N. J. (2019). Perceived stress and professional quality of life in nursing staff: How important is psychological flexibility?. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 11-19.
- Leeming, E., & Hayes, S. C. (2016). Parents are people too: The importance of parental psychological flexibility.
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., ... & Zhou, Q. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, behavior, and immunity*.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
- McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain*, 15(3), 221-234.
- Meerow, S., & Newell, J. P. (2019). Urban resilience for whom, what, when, where, and why?. *Urban Geography*, 40(3), 309-329.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and identity*, 12(2), 160-176.