

بررسی رابطه ناگویی خلقی و هوش هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران
بیمارستان یک سازمان نظامی

*A Study of the Relationship between Alexithymia and
Emotional Intelligence and Psychological Well-Being of the
Nurses of a Military Hospital*

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۷/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۲/۰۲

Dehghanpour M., Seraj Khorami N. ✉

مصطفی دهقان پور^۱، ناصر سراج خرمی ✉

Abstract

چکیده

Introduction: Psychological well-being of nurses is an important factor of their professional health, and it is essential for providing effective care for patients. This study aims to determine the relationship between alexithymia and emotional intelligence and psychological well-being among the nurses working in a military hospital.

Method: The population consisted of all the nurses in a military hospital in Dezful. From among them, 100 nurses were selected using the simple random sampling method. The research method is descriptive correlational. To collect the required data, the Alexithymia Scale (FTAS-20), the Standard Emotional Intelligence questionnaire, and the Psychological Well-Being Questionnaire (PWBS) were used. Data analysis was carried out using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis.

Results: The results indicated a negative relationship between alexithymia and psychological well-being and a positive relationship between emotional intelligence and psychological well-being. The results of regression analysis further showed that alexithymia and emotional intelligence are predictors of psychological well-being among the nurses in a military hospital (0/05).

Discussion: We can conclude that there is a negative relationship between alexithymia and psychological well-being, there is a positive relationship between emotional intelligence and psychological well-being, and alexithymia and emotional intelligence can predict psychological well-being.

Keywords: alexithymia, emotional intelligence, psychological well-being.

مقدمه: بهزیستی روان‌شناختی پرستاران مؤلفه‌ای مهم در سلامت حرفه‌ای آنان می‌باشد و برای مراقبت مؤثر از بیماران ضروری است. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه ناگویی خلقی و هوش هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران یکی از بیمارستانهای نیروهای مسلح بود.

روش: جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه پرستاران بیمارستان بود. از این تعداد ۱۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مقیاس ناگویی خلقی (FTAS-20)، پرسشنامه استاندارد هوش هیجانی و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (PWBS) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه صورت گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که بین ناگویی خلقی و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه منفی وجود دارد و بین هوش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت وجود دارد. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که ناگویی خلقی و هوش هیجانی، پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران بیمارستان بود (0/05).

بحث: می‌توان نتیجه گرفت که بین ناگویی خلقی و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه منفی و بین هوش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت وجود دارد. همچنین ناگویی خلقی و هوش هیجانی پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی بود.

کلیدواژه‌ها: ناگویی خلقی؛ هوش هیجانی؛ بهزیستی روان‌شناختی.

✉ **Corresponding Author:** Faculty Member,
Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic
Azad University
E-mail: Dr_Sarraj@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران
✉ عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول

مقدمه

با اندکی تأمل می‌توان پی برد که ارتقا و کارایی یک سازمان به توانمندی و سلامت جسمانی، روانی و عملکرد کارکنان آن سازمان بستگی دارد. استفاده از نیروی انسانی کارآمد در همه سازمان‌ها دغدغه تمامی مسئولین و مدیران است. از این میان، پرستاران، بزرگ‌ترین بخش از نیروی انسانی نظام سلامت را تشکیل می‌دهند و نقش اساسی در تداوم و مراقبت و ارتقای سلامت را برعهده دارند. پرستاری یک حرفه پویا بوده که عملکردهای آن به‌طور مداوم در حال تغییر است. پرستاری، یک حرفه کمک‌کننده بوده که دارای صفتی شرافت‌مندانه و قابل‌احترام در خدمت بشریت است و همچنین بزرگ‌ترین پیش‌بین رضایت بیماران است (پاشیب، سیدمحرمی، محمدی و طاهری، ۱۳۹۴: ۵۶). شغل پرستاری، نقش محوری در ارائه مراقبت بهداشتی در همه کشورها دارد و بهزیستی روان‌شناختی برای سلامت کلی پرستاران و بهبود عملکرد حرفه‌ای آنان در مراقبت از بیماران، مهم و مؤثر است. طبق مطالعات متعدد، تنش‌های شغلی، خصوصیات فردی و راهبردهای مقابله‌ای پرستاران در محیط کار، دارای پیامدهای متعددی بر سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی آنان است (کاووسی، قادری، معین‌زاده، ۱۳۸۸: ۱۸۱). بهزیستی روان‌شناختی^۱ به‌عنوان تجربه درونی عواطف مثبت و احساس سرزندگی و سلامت عاطفی، عدم تجربه درماندگی ذهنی و نیز رضایت‌مندی کلی از زندگی تعریف شده است و در ارتقای سلامت عمومی و بهبود عملکرد روانی - اجتماعی، نقش بسزایی دارد. بهزیستی روان‌شناختی از عوامل روانی - اجتماعی چندگانه تأثیر می‌پذیرد. براساس مطالعات مقطعی، عوامل متعددی نظیر: فرسودگی، شرایط محیط کار و عوامل جمعیت‌شناختی در بهزیستی روان‌شناختی پرستاران نقش فصلنامه روان‌شناسی نظامی دوره ۸، شماره ۳۰، تابستان ۱۳۹۶

دارند. عدم مهارت کافی و تجربه کم کاری، عدم حمایت اجتماعی در محیط کار و نارضایتی شغلی، از پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار کاهش بهزیستی روان‌شناختی میان پرستاران هستند (رحیمیان، عشاق، بشارت، ۲۰۱۷). خصوصیات شغلی و شرایط سازمانی بر بهزیستی کلی و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران مؤثر است، به‌گونه‌ایکه شرایط شغلی نامناسب قادر است تنش هیجانی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی آنان را پیش‌بینی و تبیین کند (کهریزا و قمری، ۲۰۱۳: ۱۸۸).

یکی از عواملی که در بهزیستی روان‌شناختی، نقش دارد، ناگویی خلقی^۲ پرستاران است. ناگویی خلقی واژه‌ای است که اولین بار به‌وسیله سیفونوس مطرح شد. ناتوانی در پردازش شناختی، اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها، ناگویی خلقی نامیده می‌شود. ناگویی خلقی، سازه‌ای چندوجهی است که متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و تهییج‌پذیری بدنی مربوط به انگیزندگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات و قدرت تجسم محدود است. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه ناگویی خلقی در بیماران با اختلالات مختلف حاکی از آن است که سبک وسواسی، قدرتمندترین پیش‌بین ناگویی خلقی است. ناگویی خلقی با مشکلات بین‌فردی همبستگی مثبت دارد و می‌تواند مشکلات بین‌فردی را در چهار زمینه قاطعیت، مردم‌آمیزی، صمیمیت و مسئولیت‌پذیری پیش‌بینی کند (زادحسن و سراج خرمی، ۱۳۹۴: ۳۲).

هوش هیجانی^۳ نیز می‌تواند یکی از عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران باشد. هوش هیجانی یک سازه چندعاملی است که از توانایی به‌هم‌پیوسته عاطفی، شخصی و اجتماعی تشکیل شده که ما را در رویارویی با مقتضیات زندگی روزمره یاری می‌دهد.

رابطه هوش هیجانی ادراک‌شده با سلامتی اجتماعی، روانی و جسمی نتیجه گرفتند که اجزای مختلف هوش هیجانی از یک‌سو با مشکلاتی مانند افسردگی و اضطراب، و از سوی دیگر، با کارکرد اجتماعی بسنده، سرزندگی و ادراک مثبت از سلامت عمومی رابطه داشتند. همچنین ابوالقاسمی (۱۳۹۱: ۷)، طی پژوهشی نشان داد که بین امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر، افرادی که امیدواری و تاب‌آوری بالایی دارند از بهزیستی روانی بالایی نیز برخوردارند. بنابراین، می‌توان بررسی کرد که در پرستاران به‌عنوان قشری که این ویژگی‌ها در آنها شکل گرفته است، تاچه‌حد با پدیده‌های ناگویی خلقی و هوش هیجانی مواجهند و این متغیرها تاچه‌میزان بر بهزیستی روان‌شناختی آنها اثر گذاشته است. براین‌اساس، مسئله این پژوهش این است که بین ناگویی خلقی و هوش هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی، رابطه معنادار وجود دارد.

روش

تحقیق حاضر با توجه به هدف آن به‌عنوان یک تحقیق کاربردی و از نظر روش و ماهیت، یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه پرستاران بیمارستان یک سازمان نظامی در سال ۱۳۹۴ به تعداد ۱۴۰ نفر بود. نمونه این پژوهش مشتمل بر ۱۰۰ نفر از جامعه مذکور بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، انتخاب شدند. این‌گونه که ابتدا فهرستی از پرستاران، تهیه و سپس به‌طور تصادفی ساده تعداد ۱۰۰ نفر از آنان برگزیده شدند. در این پژوهش به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای موردنظر از ابزارهای زیر استفاده شده است: **مقیاس ناگویی خلقی (FTAS-20)**: مقیاس ناگویی خلقی تورنتو یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه

هوش هیجانی توانایی‌های یک شخص در مواجهه با چالش‌های محیطی است و موفقیت فرد را در زندگی پیش‌بینی می‌کند. بنابراین، هوش هیجانی را می‌توان به‌کارگیری قابلیت‌های عاطفی خود و دیگران، در رفتارهای، فردی و گروهی، برای کسب حداکثر نتایج تعریف کرد (حرص‌آبادی، سیدشرفی و یعقوبی، ۱۳۹۱: ۱۵۱). شواهد بسیاری ثابت می‌کند افرادی که مهارت هیجانی دارند؛ یعنی کسانی که احساسات خود را به‌خوبی می‌شناسند و هدایت می‌کنند و احساسات دیگران را نیز درک و به طرز اثربخشی با آنان برخورد می‌کنند در هر حیطة‌ای از زندگی، ممتازند (توان، چهرزاد، کاظم‌نژاد و صدیقی، ۱۳۹۰: ۱۳۸). در مطالعه بیرامی و همکاران در تبریز مشخص شد هوش هیجانی و سلامت روان‌شناختی، ۱۲ درصد از تغییرات فرسودگی شغلی را پیش‌بینی می‌کند. حسینی و همکاران در پژوهشی با‌عنوان نقش ویژگی‌های شخصیتی و تاب‌آوری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران به این نتیجه دست یافتند که ویژگی‌های شخصیتی و تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران است (حسینی، اکبری و کرمی، ۱۳۹۲: ۳۱۳). درد سیلر^۴ (۲۰۱۱)، در پژوهشی رابطه بین ناگویی هیجانی و سبک‌های دفاعی DSQ را مورد بررسی قرار داد و نتایج او نشان داد که بین ناگویی هیجانی و سبک‌های دفاعی رشد، همبستگی مثبت معنادار وجود داشت. ایگال و مارک^۵ (۲۰۱۵) نشان دادند که افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی بالا از زندگی خانوادگی خود رضایت دارند، روابط خوبی برقرار می‌کنند و دوستان زیادی دارند و در ضمن بهزیستی روانی با انگیزه‌های درونی ارتباط دارد و سطوح بالاتر شادکامی موجب ارتقای مهارت‌های اجتماعی شده و از افسردگی جلوگیری می‌کند. فرندز و بروکال^۶ (۲۰۱۴) در پژوهشی، بر

بار - ان^۷ (۲۰۰۰) ساخته شده است. پرسشنامه هوش هیجانی بار - ان حاوی ۹۰ سؤال بود که به روش لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) پاسخ داده می‌شد. از مجموع ۹۰ سؤال، ۴۲ سؤال آن به صورت منفی نمره‌دهی می‌شد. این پرسشنامه دارای پنج حیطه درون فردی و ۱۵ زیرمقیاس شامل: خودآگاهی، هیجانی، قاطعیت، حرمت‌نفس، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری، تحمل استرس، کنترل تکانه، خرسندی و خوش بینی است. گزینه‌ها روی طیف ۵ درجه‌ای تنظیم شده است. نمره‌گذاری از ۵ به ۱ (کاملاً موافقم) ۱ (کاملاً مخالفم) و در بعضی از سؤالات با محتوای منفی از ۱ به ۵ (کاملاً موافقم، ۵ کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. در این پژوهش از بررسی روایی محتوایی استفاده شد. همچنین پایایی با استفاده از یک مطالعه مقدماتی در ۳۰ نفر از دانشجویان پرستاری با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۸۳ تعیین شد. از معدل کل دانشجویان به‌عنوان شاخص پیشرفت تحصیلی استفاده شد. پایایی نشان‌دهنده این است که تاچه‌اندازه تفاوت‌های فردی در نمرات آزمون به تفاوت‌های واقعی در ویژگی‌های مورد نظر، قابل استناد است. دو نوع اساسی از مطالعات پایایی روی (EQ-i) انجام شده است: همسانی درونی و پایایی بازآزمایی (بار - اون، ۱۹۸۰).

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (IPWBS): مقیاس بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف^۸ (۱۹۸۰) در دانشگاه ویسکانسین ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را دربر دارد. آزمودنی‌ها در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. چهل و هفت سؤال مستقیم و سی و هفت سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. لیندفورس، برنتسون و لوندبرگ^۹ (۲۰۰۶). ریف به‌منظور هنجاریابی، این آزمون را روی نمونه‌ای ۳۲۱

زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ ماده) و تفکر عینی (شامل ۸ ماده) را در اندازه‌های پنج در چهار لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق)، می‌سنجد. یک نمره کل برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل ۰/۹ و به دست آمده است. زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۱۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0/80$ تا $r = 0/87$ برای ناگویی خلقی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی هم‌زمان مقیاس ناگویی خلقی تورنتو برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی، بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی خلقی کل با هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی خلقی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو نشان داد. در این پژوهش ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ محاسبه شد.

پرسشنامه هوش هیجانی (EQI): این پرسشنامه توسط فصلنامه روان‌شناسی نظامی دوره ۸، شماره ۳۰، تابستان ۱۳۹۶

برای تحلیل داده‌های این تحقیق از هر دو نوع آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در این پژوهش از آزمون کمولوگروف - اسمیرنوف برای مقایسه توزیع نمرات هر یک از مؤلفه‌های پژوهش با توزیع بهنجار (نرمال) بودن داده‌ها، از آزمون همبستگی پیرسون جهت تعیین رابطه بین متغیرها و همچنین از آزمون رگرسیون برای تعیین میزان پیش‌بینی متغیرها استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

نفری اجرا کرد. وی ضریب همسانی این پرسشنامه را این‌گونه گزارش کرده است: خودمختاری ۰/۷۶، تسلط بر محیط = ۰/۹، رشد فردی = ۰/۸۷، ارتباط مثبت با دیگران = ۰/۹۱، زندگی هدفمند = ۰/۹، و پذیرش خود = ۰/۹۳. پایایی حاصل از روش باز آزمایی زیرمقیاس‌ها نیز در یک نمونه ۱۱۷ نفری و در فاصله ۶ هفته بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ بوده است. بیانی و همکاران به‌منظور هنجاریابی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در ایران آن را روی نمونه ۱۴۵ نفری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر اجرا کرده‌اند (بیانی و همکاران، ۲۰۰۸). ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس پذیرش خود ۰/۷۱، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۷، خودمختاری ۰/۷۸، تسلط بر محیط ۰/۷۰، زندگی هدفمند ۰/۷۷ و رشد شخصی ۰/۷۸ به‌دست آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

شاخص‌های توصیفی					
تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	
۱۰۰	۳۶۴/۹۷	۴۴/۰۵	۲۶۱	۴۳۶	بهزیستی روان‌شناختی
۱۰۰	۵۲/۴۵	۲/۳۸	۴۵	۵۸	ناگویی خلقی
۱۰۰	۱۳/۵۴	۱/۱۶	۱۱	۱۶	دشواری در شناسایی احساسات
۱۰۰	۱۳/۵۴	۱/۱۶	۱۱	۱۶	دشواری در توصیف احساسات
۱۰۰	۱۵/۰۰	۱/۵۰	۱۲	۱۸	تفکر عینی
۱۰۰	۳۷۸/۹۳	۱۳/۳۴	۳۴۹	۴۱۸	هوش هیجانی
۱۰۰	۲۵/۳۵	۳/۰۰	۱۶	۳۰	حل مسئله
۱۰۰	۲۵/۲۵	۲/۶۳	۱۹	۳۰	شادمانی
۱۰۰	۲۴/۹۲	۲/۹۸	۱۶	۳۰	استقلال
۱۰۰	۲۴/۹۲	۳/۱۳	۱۸	۳۰	تحمل فشار روانی
۱۰۰	۲۵/۸۱	۲/۹۳	۲۰	۳۷	خودشکوفایی
۱۰۰	۲۵/۳۲	۲/۸۷	۱۶	۳۰	خودآگاهی هیجانی
۱۰۰	۲۵/۵۸	۲/۷۳	۱۸	۳۰	واقع‌گرایی
۱۰۰	۲۵/۴۴	۲/۹۱	۱۹	۳۰	روابط بین فردی
۱۰۰	۲۵/۸۲	۳/۰۴	۱۷	۳۰	خوش‌بینی
۱۰۰	۲۵/۳۱	۳/۱۰	۱۷	۳۰	عزت‌نفس
۱۰۰	۲۵/۷۰	۲/۹۰	۱۹	۳۰	کنترل تکانشی
۱۰۰	۲۴/۸۳	۳/۱۶	۱۶	۳۰	انعطاف‌پذیری
۱۰۰	۲۵/۰۴	۲/۹۲	۱۷	۳۰	مسئولیت‌پذیری اجتماعی
۱۰۰	۲۵/۰۴	۲/۹۴	۱۵	۳۰	همدلی
۱۰۰	۲۴/۶۰	۳/۱۲	۱۴	۳۰	خودابرازی

مؤلفه‌های ناگویی خلقی

مؤلفه‌های هوش هیجانی

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران (۳۶۴/۹۷ و ۴۴/۰۵)، میانگین و انحراف معیار نمره هوش هیجانی در پرستاران (۲/۳۸ و ۵۲/۴۵۵۰) و میانگین و انحراف معیار نمره هوش هیجانی در پرستاران (۳۷۸/۹۳ و ۱۳/۳۴) است.

جدول ۲. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی مفروضه بهنجار بودن نمره ناگویی خلقی، هوش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی

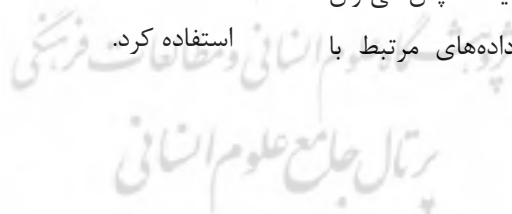
نام متغیر	میزان Z	سطح معناداری	نتیجه آزمون
بهزیستی روان‌شناختی	۱/۰۰۴	۰/۲۶	قبول H_0 (نرمال)
ناگویی خلقی	۱/۰۳۹	۰/۲۳	قبول H_0 (نرمال)
هوش هیجانی	۰/۶۵۲	۰/۷۸	قبول H_0 (نرمال)

** معناداری در سطح ۰/۰۱ * معناداری در سطح ۰/۰۵

متغیر دارای توزیع نرمال است: H_0

متغیر دارای توزیع نرمال نیست: H_1

باتوجه به اطلاعات حاصل از جدول فوق و با تأکید بر Z به‌دست‌آمده برای معناداری نمرات ناگویی خلقی، هوش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران بیمارستان در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. پس می‌توان به این نتیجه رسید که توزیع داده‌های مرتبط با فرضیه‌های پژوهش بهنجار است و می‌توان از آزمون‌های پارامتری مانند همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین ناگویی خلقی و هوش هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران بیمارستان استفاده کرد.



جدول ۳. همبستگی پیرسون بین ناگویی خلقی و هوش هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی

بهزیستی روان‌شناختی					متغیر ملاک (وابسته)
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا (α)	سطح معناداری (P)	ضریب همبستگی پیرسون (r)	متغیر پیش‌بین (مستقل)
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۰۱	-۰/۴۳۲**	ناگویی خلقی
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۱۵	-۰/۲۴۳*	دشواری در شناسایی احساسات
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۰۱	-۰/۳۲۸**	دشواری در توصیف احساسات
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۲۷	-۰/۲۲۱*	تفکر عینی
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۰**	هوش هیجانی
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۱۴	۰/۲۴۶*	حل مسئله
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۰۷	۰/۲۶۸**	شادمانی
H. قبول	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۳۹	۰/۰۸۵	استقلال
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۲۳۸*	تحمل فشار روانی
H. قبول	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۳۷	۰/۰۸۹	خودشکوفایی
H. قبول	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۲۹	-۰/۱۰۶	خودآگاهی هیجانی
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۱۹	۰/۲۳۴*	واقع‌گرایی
H. قبول	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۶۵	۰/۰۴۶	روابط بین‌فردی
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱۵**	خوش‌بینی
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۱۳	۰/۲۴۶*	عزت‌نفس
H. قبول	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۴۹	۰/۰۶۹	کنترل تکانشی
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۰۷	۰/۲۷۰**	انعطاف‌پذیری
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۰۲	۰/۳۱۲**	مسئولیت‌پذیری اجتماعی
H. رد	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۰۲۳	۰/۲۲۷*	همدلی
H. قبول	۱۰۰	۰/۰۵	۰/۳۳	۰/۰۹۷	خودابرازی

** معناداری در سطح ۰/۰۱ * معناداری در سطح ۰/۰۵

بیمارستان در سطح ۰/۰۵ معنادار است. همچنین ملاحظه می‌شود، مقدار آزمون همبستگی پیرسون $(p = ۰/۰۰۱)$ و $r = ۰/۴۳۲$ بین هوش هیجانی با

براساس جدول ۳ ملاحظه می‌شود که مقدار آزمون همبستگی پیرسون $(r = -۰/۴۳۲)$ و $p = ۰/۰۰۱$ بین ناگویی خلقی با بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران

بهبودی روان‌شناختی در پرستاران بیمارستان در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

جدول ۴. ضرایب همبستگی چندگانه ناگویی خلقی، هوش هیجانی با بهبود روان‌شناختی با روش الف) ورود مکرر (Enter) ب) مرحله‌ای (stepwise)

همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین RS(R2)	نسبت F (خطی بودن رگرسیون)		الف) Enter شاخص‌های آماری	
		Beta	B	متغیرهای پیش‌بین	احتمال p (برای خطی بودن رگرسیون)
R = ۰/۶۶۷	R2 = ۰/۴۴۵	F = ۱۹/۰۲ **		P = ۰/۰۰۱	
Sig(p)	t	Beta	B	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک
۰/۸۰۱	-۰/۲۵۳	-----	-۵۱/۴۱۸	ثابت رگرسیونی	روان‌شناختی و بهبودی
۰/۰۴۵	-۲/۰۳۰ *	-۰/۱۷۹	-۳/۲۹۵	ناگویی خلقی	
۰/۰۰۱	۴/۴۴۳ **	۰/۴۲۲	۱/۳۹۳	هوش هیجانی	

ضریب رگرسیون (β)		نسبت F احتمال p	ضریب تعیین RS	همبستگی چندگانه MR	ب) stepwise شاخص‌های آماری	
Sig (p)	t				Beta	B
۰/۰۰۱	۷/۶۲۷ **	F= ۵۸/ ۱۶ ** p=۰/۰۰۱	۰/۳۷۲	۰/۶۱۰	هوش هیجانی	گام اول
۰/۰۰۱	۶/۱۳۰ **	F= ۳۴/ ۲۰ ** p=۰/۰۰۱	۰/۴۱۴	۰/۶۴۳	هوش هیجانی	گام دوم
۰/۰۱۱	-۲/۶۰ *				ناگویی خلقی	

** معناداری در سطح ۰/۰۱ * معناداری در سطح ۰/۰۵

پیش‌بین، متغیر ناگویی خلقی با ضریب بتای ۰/۱۷۹- و مقدار $t = -۲/۰۳۰$ و سطح معناداری $p = ۰/۰۴۵$ به‌طور منفی و معناداری و متغیر هوش هیجانی با ضریب بتای ۰/۴۲۲ و مقدار $t = ۴/۴۴۳$ و سطح معناداری $p = ۰/۰۰۱$ به‌طور مثبت و معناداری در پیش‌بینی‌کنندگی برای بهبود روان‌شناختی در پرستاران بیمارستان نقش خوبی ایفا می‌کند. همچنین طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش مرحله‌ای (stepwise) متغیر هوش هیجانی در گام اول، متغیرهای هوش هیجانی و ناگویی خلقی در گام دوم، بهترین پیش‌بینی‌کننده برای بهبود روان‌شناختی در پرستاران بیمارستان، نقش خود را به‌خوبی ایفا کرده‌اند.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود (Enter)، ضریب همبستگی چندمتغیری برای ترکیب خطی ناگویی خلقی و هوش هیجانی با بهبود روان‌شناختی در پرستاران بیمارستان برابر با $MR = ۰/۶۶۷$ و $RS(R2) = ۰/۴۴۵$ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است ($F = ۱۹/۰۲$ و $p = ۰/۰۰۱$). بنابراین این فرضیه تأیید می‌شود. با توجه به مقدار ضریب تعیین $(R2)RS$ ، مشخص شده که ۴۵ درصد واریانس بهبود روان‌شناختی در پرستاران بیمارستان توسط متغیرهای پیش‌بین (ناگویی خلقی، هوش هیجانی) قابل تبیین است. از میان متغیرهای ناگویی خلقی، هوش هیجانی، به‌عنوان متغیرهای

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از داده‌های تحقیق نشان داد که بین ناگویی خلقی و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه منفی وجود دارد و همچنین بین هوش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت وجود دارد؛ یعنی هرچه ناگویی خلقی در پرستاران بیمارستان بیشتر باشد، کاهش بهزیستی روان‌شناختی بیشتری را به دنبال خواهد داشت و هرچه هوش هیجانی در پرستاران بیمارستان بیشتر باشد، میزان بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد. نتایج این یافته با نتایج پژوهش‌های حسینی و همکاران (۲۰۱۴)، درد کلر (۲۰۱۱)، ایگال و مارک (۲۰۱۵)، فرناندز - بروکال (۲۰۱۴) و ابوالقاسمی (۱۳۹۳)، همسو و همخوان است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که نارسایی در تنظیم و مدیریت هیجان‌ها از ویژگی‌های ناگویی خلقی است. این نارسایی در سطح رفتارهای شخصی با کاهش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش درماندگی روان‌شناختی، سلامت روان را تهدید و تضعیف می‌کند (لوند^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۲). تحقیقات اخیر در زمینه رابطه ناگویی خلقی با بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد که ناگویی خلقی به‌طور مستقیم، بهزیستی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد (نیکولو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱). افراد دچار ناگویی خلقی، توانایی ایجاد روابط صمیمی را ندارند. تحقیقات اخیر بر ابعاد بین‌شخصی این اختلال متمرکز شده است (اورن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۲). ناگویی خلقی نقش عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبستگی‌های جسمانی و هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها شده و

سازگاری را مشکل می‌کند (گل‌من^{۱۳}، ۲۰۱۰). بنابراین پرستاران به‌عنوان نیروی انسانی شاغل در بیمارستان باید خود از لحاظ سلامت روانی و هیجانی در سطح قابل‌قبولی باشند. بی‌شک واکنش‌های هیجانی در این بخش، مشکلات زیادی را برای پرستاران ایجاد می‌کند. ناگویی خلقی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی است که سازه ناتوانی هیجانی را تشکیل می‌دهند و می‌توانند بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها باشند که باعث می‌شود فرد نتواند احساسات خود را به‌درستی تشخیص داده یا آنها را به‌خوبی بیان نماید و همین امر باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی در نتیجه ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی، هویت و تجارب زندگی به‌وجود می‌آید و شناسایی مؤلفه‌های مؤثر در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند به فهم جنبه‌های مثبت و رفتارهای سازگارانه‌ی افراد مختلف جامعه کمک کند (میکائیلی، ۱۳۸۸: ۸۸). همچنین توانایی‌های هوش هیجانی، درک افراد را نسبت به خود و دیگران بالا برده و این افراد گام برداشتن به سمت بهتر شدن را بیشتر درک می‌کنند، از شرایط و وضعیتی که در آن قرار دارند و همچنین از وضعیت ایده‌آل موردنظرشان که دوست دارند کسب نمایند، به‌خوبی آگاهند، پس با مدیریت هیجان‌ها خود و دیگران، افراد می‌توانند مسیرهایی را جهت پیشرفت در زندگی خود انتخاب کنند تا توانایی‌های فردی و اجتماعی آنها به خودآگاهی و خودشکوفایی و تعامل‌های مناسب اجتماعی منجر شود، لذا این‌گونه است که هوش هیجانی بالا با بهزیستی روان‌شناختی بالا و رضایت از زندگی، ارتباط دارد (ماورولی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۱). افرادی که می‌توانند وضعیت هیجانی خود را تنظیم

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از همه افرادی که در اجرا و پیشبرد این تحقیق، همکاری و مساعدت داشته‌اند، کمال تشکر و قدردانی به عمل آورند.

پی‌نوشت

1. Psychological well-being
2. Alexithymia
3. Emotional Intelligence
4. Dard cealer
5. Igal & Mark
6. Fernandez-Berrocal
7. Bar-on
8. Ryff
9. Lindfors, Berntsson, Lundberg
10. Lundh
11. Nicolo
12. Evren
13. Goleman
14. Mavroveli
15. Martins

منابع

- ۱- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۳)، اثربخشی آموزش هوش هیجانی در پیشگیری از گرایش دانش‌آموزان به سوءاستفاده از مواد، اعتیاد پژوهی، شماره ۳۰: ۷ - ۱۱.
- ۲- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷)، رابطه نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه تبریز ۳(۱۰): ۳۶ - ۲۳.
- ۳- بیرامی، مهرداد و همکاران (۱۳۹۳)، نقش بهزیستی معنوی و پایبندی مذهبی در پیش بینی رضامندی زناشویی پرستاران، مجله بالینی پرستاری و مامایی، دوره ۴، شماره ۲: ۱ - ۱۰.
- ۴- بیانی، علی؛ کوچکی، آنهیتا و عاشور، امیر (۱۳۸۷)، روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف، ۱۵۱ - ۱۴۶، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۲.
- ۵- پاشیب، مهدی؛ سید محرمی، سعید؛ محمدی، ایمان و طاهری، سمیه (۱۳۸۸)، بررسی مقایسه‌ای ناگویی خلقی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و غیر سایکوتیک و افراد بهنجار، محاسبه علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

کنند، می‌دانند که چگونه و چه وقت احساسات خود را بیان نموده و قدرت سازگاری بالایی داشته باشند که خود این نیز به بهزیستی روان‌شناختی بیشتر در این افراد منجر می‌شود (مارتینس^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۰). از بین خرده‌مقیاس‌های هوش هیجانی مؤلفه خودمدیریتی، بیشترین همبستگی مثبت را با بهزیستی روان‌شناختی داشته است. گلמן در توصیف خودمدیریتی آن را توانایی کنترل و اداره کردن عواطف و هیجانات، توانایی حفظ آرامش در شرایط بحرانی و استرس‌زا، توانایی خودانگیزی و ابراز هیجانات درونی بیان می‌کند (مؤمنی، ۱۳۹۲: ۳۱۳). این مؤلفه جزء خرده‌مقیاس‌های مرتبط با حوزه شایستگی‌های فردی است و به‌طور مستقیم باقابلیت‌هایی نظیر: صراحت نسبت به بازخورد افراد، خودارزیابی دقیق (در مفهوم شناخت اساس نظام هیجانی)، خودکنترلی، وفق‌پذیری، ابتکار، موفقیت، تعهد و اشتیاق مرتبط هستند (بیرامی و همکاران، ۱۰). همچنین خرده‌مقیاس‌های استقلال، خودشکوفایی، خودآگاهی هیجانی، روابط بین‌فردی، کنترل تکانشی و خودابرازی با بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران بیمارستان هیچ‌گونه رابطه خطی نداشته و معنادار نبود. از طرفی می‌دانیم که بهزیستی روان‌شناختی در مفهوم واقعی به‌عنوان بازتابی از طرز فکر و واکنش‌های هیجانی و احساسات مثبت به رویدادهای زندگی است (خانجانی و همکاران، ۱۳۸۸: ۶۰). لذا به‌دلیل درهم‌آمیختگی با هیجانات خوشایند و ناخوشایند با هوش هیجانی ارتباط دارد و هرچه نمره کل هوش هیجانی در پرستاران بالاتر باشد، میزان بهزیستی روان‌شناختی آنها نیز افزایش می‌یابد. پیشنهاد می‌شود در بیمارستان، کارگاه‌هایی برای کاهش ناگویی خلقی و ارتقای سطح هوش هیجانی افراد و نیز پرورش افکار مثبت، برگزار شود.

- 2- Bar-on, Reuven. (1980). Emotional and social intelligence: Insights from the emotional Quotient Inventory. In R. Bar-on & J. D. A. Parker, (Eds.), Handbook of emotional intelligence. San Francisco: Jossey- Boss.
- 3- Dard cealer Pedram, Asgharnezhad Amir, Atefvahid Mohammad & Bolhari Jafar. (2011). Prevention effectiveness of relapse based on mindfulness in opiad dependency treatment and mental health] Persian. Substance Abuse J; 2(7): 29-41.
- 4- Evren Cuneyt, cagil Dilara, Ulka Muge, Ozcetinkaya Serap, Gokalp Peykan, Cetin Turan, Yigiter Sera. (2012). relationship between defense styles Alexithymia and persnality in alchol- dependnt in patients compr. Psychiatry. 53(6): 860-867.
- 5- Fernandez-Berrocal Pablo. (2014). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the TMMS. Personality and Individuals Differences. 96: 860-867.
- 6- Goleman Daniel. (2010). Emotional intelligence. -964-978.
- 7- Igal.Szleifer. Mark A. Ratne. (2015). chirality on surfaces: modeling and Behaviour. chemistry Today: chimica oggi. 25: 18.
- 8- Kavousi, Zohreh; Ghaderi, Ali Reza; Moeini Zadeh, Majid. (2013). The relationship between psychological well-being with job performance of nurses and their comparison in special sections and normal. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Fourth year: number 1, pages: 175-194.
- 9- Khanjani Mohammad, Shahidi Sasan, Fath-Abadi Jafar, Mazaheri Mohammad, Shokri O. (2014). Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. J Thought Behav Clin Psychol; 8(32): 27-36. [inPersian]
- 10- Lindfors, Petra, Berntsson, Leeni., & Lundberg, Ulf. (2006). Factor structure of Ryff Psychological Well-being Scales in Swedish male and female white-collar workers. Personality and Individual Differences, 40, 1213-1222.
- 11- Lundh Lara-Gunnar, Johnsson Anders, sundqvist Karin, olsson Helen. (2012). Alexithymia, memory of emotion, awareness, and perfectionism. Emotion: 2: 361-369.
- 12- Martins Alexandra, Ramalho Nelson, Morin Estelle. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. Personality and individual differences; 49(6): 554-64.
- بهداشتی درمانی همدان، دوره هفدهم، شماره ۱: ۵۶ - ۶۰.
- ۶- زاد حسن، زهره و سراج خرمی، ناصر (۱۳۹۴)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر شدت درد و استرس ادراک شده و پرخاشگری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس شهر اهواز. مجله مددکاری اجتماعی، شماره ۶: ۳۲ - ۳۶.
- ۷- حرص آبادی، مهدی؛ سید شریفی، سعید و یعقوبی، حسین (۱۳۹۱)، بررسی رابطه ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک با فرسودگی شغلی پرستاران، مجله پزشکی هرمزگان، ۱۶(۲): ۱۶۱ - ۱۵۱.
- ۸- خانجانی، محمد (۱۳۸۸)، بررسی مقایسه‌ای ناگویی خلقی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و غیر سایکوتیک و افراد بهنجار. محاسبه علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره ۱۷، شماره ۱: ۵۶ - ۶۰.
- ۹- مومنی، مونا؛ حسینی، مریم؛ اکبری، محمد و کرمی، سجاد (۱۳۹۲)، نقش ویژگی‌های شخصیتی و تاب آوری در پیش بینی بهزیستی روانشناختی پرستاران، مجله علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۴: ۳۰۷ - ۳۱۳.
- ۱۰- کهریزا، شیما و قمری، سجاد (۱۳۸۸)، آموزش هوش هیجانی، ناگویی خلقی، سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی، فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال پنجم، شماره ۱۹: ۱۸۷ - ۱۹۸.
- ۱۱- توان، چهرزاد؛ کاظم نژاد، شعاع و صدری، حسین (۱۳۹۰)، بررسی رابطه بین هوش هیجانی و عود در زنان مصرف کننده شیشه شهر تهران، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۰: ۱۳۸ - ۱۵۱.
- ۱۲- کاووسی، محمد؛ قادری، رضا و معین زاده، علی (۱۳۸۸)، آموزش هوش هیجانی، ناگویی خلقی، سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی. فصلنامه روانشناسی ایرانی، ۵(۱۹): ۱۹۸ - ۱۸۷.
- ۱۳- میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۸)، مقایسه بهزیستی روان شناختی مادران دانش‌آموزان دبستانی دارای کم توان ذهنی و عادی تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۹۲: ۸۸.
- 1- Bar-on, Reuven. & Parker, Jackson.A. (2000). Handbook of emotional intelligence. San Francisco: Jossey- Boss.

13-Mavroveli Stella, Sánchez Ruiz Mariaa Jose.(2011). Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. *British Journal of Educational Psychology*;81(1):112-34.

14-*Personnel Management*; 38(2):35-48. in Persian.

15-Nicolo Giuseppe, Semerarari Antonia, Lysaker Paul H, dimaggio Giancarl, Conti Laura, Dangerio Stefania, Procacci Michele, Popol Raffaele, Carcione Antonino. (2011). Alexithymia in personality disorder correlations with symptoms and interpersonal functioning . *Psychiatry.Res.* (12):37-62.

16-Rahimian Bouger, Oshagh; Besharat, Mohammad Ali. (2017). The role of burnout, socio-economic factors and environmental conditions of nurses working in mental well-being, *Modern Care: Period 9, number 3, pages: 245-256.*

17-Ryff, Carol. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being.*Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069-1081.

18-Tavan, Asghar; Chehrzad, Minou; Kazem Nejad Leili, Ehsan; Sadri, Nadia. (2016). The relationship between emotional intelligence and burnout among nurses. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*:number 80, pages 58-49.

