



## Investigating the Relationship between Religious Coping and Resilience in Emergency Ward Nurses

Hedayat Jafari<sup>1</sup>, Rahmatollah Marzband<sup>2</sup>, Ravanbakash Esmaeili<sup>3</sup>,  
Rezaali Mohammadpour<sup>4</sup>, Narges Mirshafiei<sup>5\*</sup>

1- Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Traditional and Complementary Medicine Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2- Assistant Professor of Islamic Education, Department of Health Education, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

3-Associate Professor of Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery Orthopedic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

4-Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical, Sciences, Sari, Iran.

5-MSc Student in Critical Care Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences Sari, Iran.

**Corresponding Author:** Narges Mirshafiei, MSc Student in Critical Care Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences Sari, Iran.

**E-mail:** [narges.mirshafie@gmail.com](mailto:narges.mirshafie@gmail.com)

Received: 19 June 2022

Accepted: 15 Oct 2022

### Abstract

**Introduction:** The importance of coping strategies and the role of religion as indicators in the face of problems and adversity have been emphasized in numerous studies. Therefore, the present study was conducted to investigate the relationship between religious coping and the resilience of nurses in the emergency department of Mazandaran University of Medical Sciences.

**Methods:** This is a descriptive-analytical correlational study. All nurses working in the emergency departments of Mazandaran University of Medical Sciences were enrolled in the study by the census. In this study, three questionnaires including a checklist of personal and job characteristics, a resilience questionnaire (Connor and Davidson), and a questionnaire of coping strategies of Aflak Sear and Coleman were used. All data analysis was performed using SPSS software version 25. The significance level was considered  $p > 0.05$ .

**Results:** The nurses participating in the study ranged in age from 21 to 59 years with a mean and standard deviation of  $4 \pm 34 \pm 7.9$ . Job interest ( $p = 0.021$ ) and work experience ( $p = 0.007$ ) had statistically significant differences between different levels of religious confrontation. Job interest ( $p = 0.000$ ) and native status ( $p = 0.001$ ) have statistically significant differences between different levels of resilience. Resilience and most of its components have a significant correlation with religious confrontation and its components ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Spirituality and the use of religious coping methods can increase the potential for adaptability and a sense of support from a higher power and ultimately increase nurses' resilience.

**Keywords:** Resilience, Religious coping, Nurse, Emergency.



## بررسی رابطه مقابله مذهبی با تاب‌آوری پرستاران بخش اورژانس

هدایت جعفری<sup>۱</sup>، رحمت‌اله مرزبند<sup>۲</sup>، روانبخش اسمعیلی<sup>۳</sup>، رضاعلی محمدپور<sup>۴</sup>، نرگس میرشافیعی<sup>۵\*</sup>

۱- دانشیار گروه پرستاری داخلی و جراحی، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۲- استادیار گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۳- دانشیار گروه پرستاری داخلی و جراحی، مرکز تحقیقات ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۴- استادیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۵- دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

**نویسنده مسئول:** نرگس میرشافیعی، دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

ایمیل: [narges.mirshafie@gmail.com](mailto:narges.mirshafie@gmail.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۲۹

### چکیده

**مقدمه:** اهمیت راهکارهای مقابله‌ای و نقش مذهب به عنوان شاخص‌هایی در مواجهه با مشکلات و ناملایمات در مطالعات متعدد مورد تاکید قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط مقابله مذهبی با تاب‌آوری پرستاران بخش اورژانس انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی است. همه پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بصورت سرشماری وارد مطالعه شدند. در این پژوهش از سه پرسشنامه شامل چک لیست مشخصات فردی و شغلی، پرسشنامه تاب‌آوری (کونر و دیویدسون) و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای مذهبی افلاک سیر و کولمن استفاده شد. کلیه تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. سطح معناداری  $p < 0.005$  در نظر گرفته شده است.

**یافته‌ها:** پرستاران شرکت کننده در مطالعه دامنه سنی بین ۲۱ تا ۵۹ سال با میانگین و انحراف معیار  $34.4 \pm 7.9$  داشتند. میزان علاقمندی به شغل ( $p=0.0021$ ) و سابقه کار ( $p=0.0007$ ) در بین سطوح مختلف مقابله مذهبی دارای اختلاف آماری معنی دار بودند. میزان علاقمندی به شغل ( $p=0.0000$ ) و وضعیت بومی بودن ( $p=0.0001$ ) در بین سطوح مختلف تاب‌آوری دارای اختلاف آماری معنی دار می‌باشند. تاب‌آوری و بیشتر مولفه‌های آن با مقابله‌ای مذهبی و مولفه‌های آن دارای همبستگی معنی دار هستند ( $p < 0.005$ ).

**نتیجه گیری:** معنویت و استفاده از روش‌های مقابله مذهبی می‌تواند باعث افزایش پتانسیل انطباق‌پذیری و احساس پشتیبانی از طرف قدرتی بالاتر و در نهایت افزایش تاب‌آوری پرستاران گردد.

**کلیدواژه‌ها:** تاب‌آوری، مقابله مذهبی، پرستار، اورژانس.

**مقدمه**

پرستاران جزئی از بدنه اصلی تیم درمان هستند و نقش مهمی در سلامت جامعه ایفا می‌کنند. بنابراین توجه به سلامتی کارکنان این حرفه تضمین کننده سلامتی کل جامعه خواهد بود (۱). یکی از عوامل تامین کننده سلامتی محیط کار آن‌ها است. اغلب مطالعات بیانگر این واقعیت است که شاغلان حرفه پرستاری نسبت به سایر مشاغل از سلامت محیط کار کمتری برخوردار بوده و همواره با استرس‌های شغلی زیادی مواجه هستند. پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس نیز به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و بیماران، ممکن است استرس بیشتری را تحمل کنند (۲). از عوامل تنش‌زای بخش‌های اورژانس می‌توان به مواردی چون نیاز به سطح بالای دانش و مهارت برای کار در این بخش‌ها و حجم کاری بالا، لزوم پاسخ سریع و بی‌درنگ پرستار به موقعیت‌های فوری و مسئولیت سنگین ناشی از مراقبت بیمار اشاره کرد (۲). شرایط تنش‌زای موجود در بخش اورژانس به ویژه در طولانی مدت باعث افزایش غیبت از کار و تمایل به ترک حرفه در پرستاران می‌شود. ترک حرفه و عدم تمایل به ادامه فعالیت یکی از مشکلات مطرح در حرفه پرستاری است که بر اثربخشی سیستم‌های بهداشتی تاثیر به‌سزایی دارد. یکی از ویژگی‌هایی که به پرستاران در سازگاری با استرس محیط کارشان کمک می‌کند، تاب‌آوری است (۳).

تاب‌آوری را به عنوان پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده و همچنین شرکت فعال و سازنده فرد در محیط تعریف می‌کنند که موجب توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط تنش‌زا می‌شود (۴). تاب‌آوری بواسطه کاهش هیجان‌های منفی و رضایت بیشتر از زندگی نقش میانجی بسیار مهمی در غلبه بر مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها ایفا می‌کند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که تاب‌آوری با آسیب‌های هیجانی رابطه منفی دارد (۵). در صورت فقدان تاب‌آوری، شرایط کار پرستاران بسیار دشوار شده و سبب آسیب‌های روانی و زیستی در آنان می‌شود. همچنین تاب‌آوری پایین در پرستاران سبب افزایش تاثیرات منفی محیط پر استرس می‌گردد (۶).

یکی از عوامل مهم در تفاوت تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای می‌باشد. راهبردهای مقابله‌ای به عنوان یک منبع مهم در مقابله با مشکلات و تاب‌آوری محسوب می‌شوند (۷). در

این میان، نقش مذهب به عنوان شیوه‌ای برای مقابله با استرس، توسط برخی به عنوان شکلی از مقابله یا مکانیزمی دفاعی نگریسته شده است. مذهب در بیشتر شرایط مدیریتی، تأثیری مهم بر رفتارهای مقابله‌ای و نحوه تفسیر حوادث دارد و استفاده از دیگر راهبردهای مقابله‌ای را در رویارویی با عوامل تنش‌زا، تسهیل می‌کند. برخی از مطالعات بیانگر آن است که مقابله مذهبی با سلامت روان ارتباط دارد. در مطالعه‌ای ارتباط معناداری بین مقابله مذهبی با اضطراب دانشجویان گزارش شده است (۸).

در مطالعه دیگری رابطه سبک‌های مقابله مذهبی با کیفیت زندگی افراد HIV مثبت گزارش شده است (۹). به همین دلیل برخی از محققان در تلاش برای شناسایی عوامل ارتقا دهنده تاب‌آوری به بررسی مذهب روی آورده و نقش آن را در ایجاد تاب‌آوری مورد مطالعه قرار داده‌اند. بنابراین، با توجه به اهمیت راهکارهای مقابله‌ای و نقش مذهب به عنوان شاخص‌هایی در مواجهه با مشکلات و ناملایمات که در مطالعات متعدد مورد تأکید قرار گرفته‌اند، این مساله در ادبیات پژوهشی مشخص نیست که آیا تاب‌آوری پرستاران بخش اورژانس با مولفه مقابله‌ای مذهبی قابل پیش‌بینی هست یا خیر؟

همچنین با توجه به شرایط پاندمی کرونا احتمال پدیدایی و مشکلات سلامت روان ناشی از مراقبت بیماران تاکنون این موضوع کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. درواقع، تعیین عوامل تاثیرگذار بر تاب‌آوری پرستاران بخش اورژانس می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای سلامت پرستاران بهبود کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار ایفا کند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط مقابله مذهبی با تاب‌آوری پرستاران بخش اورژانس مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد.

**روش کار**

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس مراکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)، بوعلی، فاطمه زهرا (س) و زارع ساری و همچنین رازی قائمشهر بود. واحدهای مورد مطالعه، بر اساس روش اصلاح شده‌ی پژوهش بدری زاده و همکاران (۱۳۹۷) (۱۰)، تمام پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس مراکز آموزشی-درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی مازندران که معیارهای

## هدایت جعفری و همکاران

میرزا نیکوزاده مجدداً با ضریب آلفای کل برابر با ۰/۹۰ بدست آمد (۱۲).

به منظور سنجش مقابله مذهبی از پرسشنامه راهبردهای مقابله ای مذهبی توسط افلاک سیر و کولمن (۱۳) طراحی و اعتباریابی شده استفاده شد. نتایج تحقیق افلاک سیر و کولمن (۲۰۱۱) بر روی ۲۰۰ نمونه ایرانی نشان داد که مقیاس مقابله مذهبی دارای روایی و پایایی خوبی است. این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه، بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت می باشد. پرسشنامه در قالب پنج خرده مقیاس اعمال مذهبی، احساسات منفی به خداوند، ارزیابی خیرخواهانه مذهبی، راهبردهای مقابله مذهبی منفعلانه و راهبردهای مقابله مذهبی فعالانه است. در پژوهش افلاک سیر و کولمن (۲۰۱۱) آلفای کرونباخ برای مقیاس های مختلف اعمال دینی ۰/۸۹، مقابله دینی منفی ۰/۷۹، ارزیابی خیرخواهانه دینی ۰/۸۲، مقابله دینی منفعل ۰/۷۲ و مقابله دینی فعالانه ۰/۷۸ گزارش شده است.

در مطالعه غلامی کنشتی (۱۳۹۲)، برای بدست آوردن روایی پرسشنامه از نظرات استاد راهنما و چندین تن از دیگر اساتید و متخصصین و کارشناسان استفاده شده است و از آنها در مورد مربوط بودن سؤالات، واضح بودن و قابل فهم بودن سؤالات و اینکه آیا این سؤالات برای پرسش های تحقیقاتی مناسب است و آنها را مورد سنجش قرار می دهد، نظر خواهی شد و مورد تایید قرار گرفت (۱۴). علاوه بر این روایی محتوایی پرسشنامه مذکور توسط مطالعه شناختی محرر و همکاران (۱۵) با آلفای کرونباخ ۰/۷۴ مورد تایید قرار گرفته است.

پرسشنامه ایرانی دارای ۲۲ سوال با ۵ زیرمقیاس می باشد. در این پرسشنامه، پاسخ هر سوال روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای ارزیابی می شود. نحوه پاسخ دهی به پرسشنامه به صورت ۵ گزینه ای بوده و دامنه پاسخ ها از «خیلی کم تا خیلی زیاد» متغیر می باشد. نمره گذاری آن نیز از ۰ تا ۴ است. این ابزار مشتمل بر ۲۲ سوال است و پنج بعد فعالیت های مذهبی (۲-۷-۱۱-۱۴-۱۷-۲۰)، احساسات منفی نسبت به خدا (۳-۸-۱۲-۲۱)، ارزیابی های خیر خواهانه (۱-۶-۱۳-۱۶-۱۸-۲۲) مقابله ی مذهبی منفعل (۴-۹-۱۹) و مقابله مذهبی فعال (۵-۱۰-۱۵) را در بر می گیرد. با توجه به اینکه پرسشنامه مقابله مذهبی در ۲۲ گویه و هر گویه در ۵ حیطه لیکرتی از «خیلی کم تا خیلی زیاد» متغیر پاسخ داده می شود، لذا نمره به میزان ۰ تا ۴ برای

ورود به مطالعه را داشتند (۱۸۰ نفر) به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل شش ماه سابقه کار در مراکز آموزش و درمانی دانشگاه های علوم پزشکی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی لیسانس پرستاری، اشتغال در بخش های اورژانس، شرایط روحی مناسب، عدم ابتلا به اختلالات روان پزشکی شناخته شده و مصرف دارو برای درمان آن، عدم اعتیاد به مصرف هرگونه مواد مخدر بوده است. همچنین عدم تکمیل کامل پرسشنامه ها توسط پرستاران باعث خروج آن ها از مطالعه می گردید.

پس از تصویب طرح در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه، مجوز نمونه گیری اخذ و نمونه گیری انجام و پس از کسب رضایت از طرف پرستاران و تاکید بر محرمانه بودن اطلاعاتی که از آنها گرفته می شد پژوهش آغاز شد. پیش از مطالعه در مورد اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان توضیحات لازم داده شد و به آنها تاکید گردید که هر زمان می توانند از مطالعه خارج شوند. در این پژوهش از سه پرسشنامه استفاده شد. اول چک لیست یا سیاهه مشخصات فردی و شغلی (که از جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه بیماری های زمینه ای، وضعیت بومی بودن، میزان علاقه به شغل، سابقه کار، وضعیت استخدامی و مدرک تحصیلی سوال می شد). دوم پرسشنامه تاب آوری که از مقیاس تاب آوری Connor and Davidson استفاده شد.

کونر و دیویدسون این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در زمینه تاب آوری تهیه نمودند. این ابزار مشتمل بر ۲۵ سؤال است که پنج بعد، تصور از شایستگی فردی (سوال های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵) اعتماد به غریز فردی تحمل عاطفه منفی (سوال های ۶، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰) پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (سوال های ۸، ۵، ۴، ۲، ۱)، کنترل (سوال های ۱۳، ۲۱، ۲۲) و تاثیرات معنوی (سوال های ۳، ۹) را در بر می گیرد. نمره گذاری این ابزار در مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (کاملاً درست) نمره گذاری می شود و نمره کلی آن دامنه بین ۰-۱۰۰ را در بر می گیرد. نمره بین ۰-۳۳ نشان دهنده میزان تاب آوری کم، نمره بین ۳۴-۶۷ تاب آوری متوسط و نمره بیشتر از ۶۸ نیز نشان دهنده تاب آوری زیاد می باشد. سامانی و همکاران در مطالعه ای در ایران، برای پایایی آن از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند، که پایایی این مقیاس را در دانشجویان ۰۰۸۷ به دست آوردند (۱۱). علاوه بر آن در مطالعه دیگر هنجاریابی اولیه توسط کرد

هرگوبه در نظر گرفته می شود. نمره صفر به معنای پایین ترین درجه مقابله مذهبی و نمره ۴ به معنای حداکثر مقابله مذهبی لحاظ می شود. در نهایت تجمیع این نمرات در سه سطح مقابله مذهبی ضعیف، متوسط، بسیار خوب به شرح اعداد ۲۲ تا ۴۴ نمره ضعیف، ۴۴ تا ۸۸ نمره متوسط و نمره بالای ۸۸ نمره بسیار خوب می شود (۱۳).

اطلاعات مطالعه پس از جمع آوری برای آماده سازی برای تجزیه و تحلیل آماری به نرم افزار اکسل وارد گردید. آمار استنباطی نیز برای بررسی فرضیات مطالعه با استفاده از آزمون های پارامتری (تی-استودینت، کای-دو) و ناپارامتری (من-ویتنی) پس از بررسی نرمالیتی داده ها انجام گردید. کلیه تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. سطح معناداری  $p < 0.05$  در نظر گرفته شده است.

## یافته ها

پرستاران وارد شده در مطالعه دارای دامنه سنی بین ۲۱ تا ۵۹ سال با میانگین و انحراف معیار  $34.4 \pm 7.9$  بودند. از تمامی پرستاران شرکت کننده در مطالعه، ۱۲۹ مورد (۷۱.۷ درصد) زن و مابقی مرد بودند. بیشترین فراوانی سطح تحصیلات با ۱۶۱ مورد (۸۹.۴ درصد) مربوط به کارشناسی بود. همچنین ۱۲۷ مورد (۷۰.۶ درصد) متاهل و بقیه مجرد بودند. ۳۹ مورد (۲۱.۷ درصد) از افراد شرکت کننده در مطالعه بیماری زمینه ای داشتند. ۱۵۸ مورد (۸۷.۸ درصد) بومی و بقیه غیربومی بودند. بیشترین فراوانی علاقمندی به شغل با ۱۰۱ مورد (۵۶.۱ درصد) مربوط به معمولی و پس از آن با ۴۲ مورد (۲۳.۳ درصد) مربوط به زیاد بود. وضعیت استخدامی

۱۰۱ مورد (۵۶.۱ درصد) به صورت رسمی-پیمانی و مابقی از سایر انواع بودند. ۱۵۰ مورد (۸۳.۴ درصد) از پرستاران مورد بررسی سابقه کار بیش از ۳ سال داشتند. تمامی پرستاران شرکت کننده در مطالعه، پرسشنامه های تاب آوری و مقابله مذهبی را تکمیل نمودند که نتایج به دست آمده نشان می دهد که ۱۷۳ مورد (۹۶.۱ درصد) تاب آوری متوسط به بالا و ۷۸ مورد (۴۳.۴ درصد) مقابله مذهبی متوسط به بالا داشتند (جدول ۱). بررسی متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران شرکت کننده در مطالعه بر اساس وضعیت تاب آوری نیز نشان داد که هیچ کدام از متغیرهای در بین سطوح مختلف تاب آوری دارای اختلاف آماری معنی دار نمی باشند ( $p > 0.05$ ). بررسی متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران شرکت کننده در مطالعه بر اساس وضعیت مقابله مذهبی نشان داد که در هیچ کدام از متغیرهای مورد بررسی اختلاف آماری معنی داری در بین سطوح مختلف مقابله مذهبی وجود ندارد ( $p > 0.05$ ).

در بررسی متغیرهای شغلی پرستاران شرکت کننده در مطالعه بر اساس وضعیت مقابله مذهبی میزان علاقمندی به شغل ( $p = 0.021$ ) و سابقه کار ( $p = 0.007$ ) در بین سطوح مختلف مقابله مذهبی دارای اختلاف آماری معنی دار بودند، ولی در سایر متغیرها اختلاف آماری معنی داری مشاهده نگردید ( $p > 0.05$ ). بررسی متغیرهای شغلی پرستاران شرکت کننده در مطالعه بر اساس وضعیت تاب آوری نشان می دهد که میزان علاقمندی به شغل ( $p = 0.000$ ) و وضعیت بومی بودن ( $p = 0.001$ ) در بین سطوح مختلف تاب آوری دارای اختلاف آماری معنی دار می باشند. در سایر متغیرهای اختلاف آماری معنی داری مشاهده نگردید ( $p > 0.05$ ).

جدول ۱: وضعیت تاب آوری و مقابله مذهبی پرستاران شرکت کننده در مطالعه

متغیر	فراوانی (%)
وضعیت تاب آوری	کم ۷ (۳۰.۹)
	متوسط ۱۱۶ (۶۴.۴)
	زیاد ۵۷ (۳۱.۷)
وضعیت مقابله مذهبی	ضعیف ۱۰۲ (۵۶.۷)
	متوسط ۷۷ (۴۲.۸)
	خوب ۱ (۰.۶)

مقابله مذهبی و مولفه های آن (به غیر از احساسات منفی نسبت به خدا و مقابله مذهبی منفعل) دارای همبستگی معنی دار هستند.

در ادامه مطالعه به بررسی همبستگی مولفه های پرسشنامه مقابله مذهبی با پرسشنامه تاب آوری پرداخته شد که در جدول ۲ مشهود است. تاب آوری و مولفه های آن با

## هدایت جعفری و همکاران

جدول ۲: همبستگی مولفه‌های پرسشنامه مقابله‌ی مذهبی با پرسشنامه تاب‌آوری

نمره کل	مقابله‌ی مذهبی				فعالیت‌های مذهبی	احساسات منفی نسبت به خدا	ارزیابی‌های خیرخواهانه	مقابله‌ی مذهبی منفعل	مقابله‌ی مذهبی فعال	نمره کل		
	p-value	ضریب همبستگی	p-value	ضریب همبستگی							p-value	ضریب همبستگی
تصور از شایستگی فردی	۰۰۰۰۰	۰۰۳۸۴	۰۰۰۰۰	۰۰۴۷۷	۰۰۴۵۳	۰۰۵۶-	۰۰۰۰۰	۰۰۴۱۸	۰۰۹۴۹	۰۰۱۲۵-	۰۰۰۰۰	۰۰۳۸۴
اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی	۰۰۰۰۰	۰۰۴۱۴	۰۰۰۰۰	۰۰۳۷۱	۰۰۴۸۰	۰۰۵۲-	۰۰۰۰۰	۰۰۴۲۸	۰۰۳۵۱	۰۰۲۵-	۰۰۰۰۰	۰۰۳۴۱
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۰۰۰۰۰	۰۰۳۷۲	۰۰۰۰۰	۰۰۴۴۸	۰۰۳۹۰	۰۰۶۴-	۰۰۰۰۰	۰۰۴۱۹	۰۰۳۵۸	۰۰۱۱۳-	۰۰۰۰۰	۰۰۳۶۳
کنترل	۰۰۰۰۰	۰۰۳۴۷	۰۰۰۰۰	۰۰۳۴۲	۰۰۴۵۹	۰۰۵۶-	۰۰۰۰۰	۰۰۳۸۹	۰۰۲۲۸	۰۰۳۷-	۰۰۰۰۰	۰۰۳۳۲
تأثیرات معنوی	۰۰۰۰۰	۰۰۵۱۷	۰۰۰۰۰	۰۰۳۹۶	۰۰۳۵۸	۰۰۶۹	۰۰۰۰۰	۰۰۵۲۹	۰۰۱۳۷	۰۰۱۱۵-	۰۰۰۰۰	۰۰۵۷۶
نمره کل	۰۰۰۰۰	۰۰۴۶۷	۰۰۰۰۰	۰۰۴۹۱	۰۰۷۸۳	۰۰۲۱-	۰۰۰۰۰	۰۰۵۰۹	۰۰۳۷۴	۰۰۰۸۱-	۰۰۰۰۰	۰۰۴۴۷

## بحث

خودآگاهی، صبر و امید، خرد، فعالیت‌های داوطلبانه و اعتقاد به دنیای اخروی بر تاب‌آوری پرستاران تأثیر دارند که همسو با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد. به نظر می‌رسد پرستارانی که مولفه‌های مقابله‌ی مذهبی را در طول مدت کاری خود به کار می‌گیرند، می‌توانند افکار و احساسات خود را کنترل کرده و بر تنش‌های خود فایز آیند. نتایج همچنین نشان می‌دهد که نمرات مقابله‌ی مذهبی با نمرات تاب‌آوری رابطه معنی‌داری دارد. پرستاران با مقابله‌ی مذهبی بالاتر، با داشتن معنا و هدف در زندگی، نظام باورها و اعتقادات را از ملزومات کار خود می‌دانند که در شرایط کاری آن‌ها می‌تواند بسیار کمک کننده بوده و باعث افزایش تاب‌آوری گردد. سامانه باورهای معنوی و دینی به برخی افراد امکان می‌دهد که به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریزناپذیر که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهد معنا دهند و به یک زندگی بعدی (اخروی) که در آن این گونه دشواری‌ها وجود ندارد، امیدوار و خوشبین باشند. شاید این موضوع به این دلیل باشد که باور اشخاص به پدیده‌های ماوراء طبیعی می‌تواند حمایت

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که همبستگی مثبت و معنی‌داری بین مقابله مذهبی و مولفه‌های آن با تاب‌آوری و مولفه‌های آن در بین پرستاران وجود دارد. از پنج مولفه‌ی مقابله‌ی مذهبی، فعالیت‌های مذهبی، ارزیابی‌های خیرخواهانه و مقابله‌ی مذهبی فعال با تاب‌آوری رابطه‌ی معنی‌داری داشتند و احساسات منفی نسبت به خدا و مقابله‌ی مذهبی منفعل رابطه‌ی معنی‌داری نداشت. در پژوهش حاجی‌وندی و همکاران (۱۶) که به بررسی ارتباط بین هوش معنوی، سخت‌رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دولتی شهر بوشهر پرداخته بودند، بین هوش معنوی و سلامت عمومی رابطه معنادار و مثبتی به دست آمد که در تایید یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد. حمید و همکاران (۱۷) نیز نشان دادند که بین هوش معنوی و تاب‌آوری همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو می‌باشد. در مطالعه رجیبی‌پور و محمدی (۱۸) نشان داده شد که اجزای معنویت شامل ارزش‌های دینی، اخلاق،



روانی و معنوی به همراه داشته باشد که نمی‌تواند به لحاظ پدیدار شناختی اندازه‌گیری شود. به دلیل ماهیت متعالی تجربه‌های معنوی، افراد دارای باورهای معنوی به طور مداوم در ارتباط با درکی از تجربه‌های زندگی خود هستند که شامل مداخلات معنوی و الهی است و این مداخلات می‌توانند رویدادهای زندگی و افکار و رفتار انسان را تغییر دهند و به نحو سودمندی به چگونگی مقابله شخص با رویدادهای نامطلوب تاثیر بگذارند. همچنین هنگامی که فرد برای مقابله با فشار زندگی نیاز به کمک مشاور دارد، حوزه معنوی می‌تواند به فرد کمک کند تا در موقعیت‌های استرس‌زا معنا و مفهومی بیابد و این مقابله را می‌توان به عنوان تلاشی در جهت پیدا کردن معنی در موقعیت‌های استرس‌زا توصیف کرد. امروزه معنویت از اهمیت روز افزونی در رویکرد روان‌شناسی مثبت و روان‌شناسی تحولی برخوردار است. افرادی که از هوش معنوی بالاتری برخوردار هستند، دارای صفات مقابله با سختی‌ها، دردها و شکست‌ها، بالا بودن خودآگاهی و برخوردار بودن از حس انعطاف‌پذیری بالا می‌باشند (۱۹). فرد به واسطه معنویت می‌تواند بهترین و مناسب‌ترین تصمیمات را بر اساس ابعاد روانی و جسمانی در جهت ارتقای سازگاری و انطباق‌پذیری با شرایط و محیط زندگی روزانه و استفاده انطباقی از توانایی‌ها و ارزش‌ها بگیرد. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که مذهبی‌بودن می‌تواند باعث افزایش سلامت روان پرستاران گردد (۲۰). که استفاده از مقابله مذهبی می‌تواند برای پرستاران مفید باشد (۲۱).

تمایل بیشتر افراد جهت مراجعه به اورژانس بیمارستانی حتی با وجود اینکه ماهیت اغلب بیماران به شکلی است که دچار مشکلات و صدمات مهم و تهدید کننده حیات نبوده و به راحتی می‌توانند از درمانگاه‌ها و سایر بخش‌های سرپایی برای مشکلات خود استفاده کنند، باعث ایجاد شلوغی و شرایط سخت برای کارکنان اورژانس به خصوص پرستاران می‌گردد. تاب‌آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و آن‌ها را در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظ می‌کند. افراد تاب‌آور سازگاری فردی بالایی با عوامل استرس‌زای محیطی در زندگیشان دارند. در مطالعه حاضر میزان تاب‌آوری پرستاران در حدود ۶۵ درصد موارد متوسط گزارش شده است. پژوهش Fradelos و همکاران (۲۲) که به بررسی ارتباط بین مذهبی بودن، اضطراب،

افسردگی و تاب‌آوری پرستاران پرداخته‌است، سطح تاب‌آوری پرستاران را متوسط گزارش کرده‌است. در مطالعه گرامی‌نژاد و همکاران (۲۳) که به بررسی ارتباط تاب‌آوری با تعهد حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سطح استان خراسان جنوبی پرداخته‌اند، اکثر پرستاران (حدود ۷۰ درصد) میزان تاب‌آوری را متوسط گزارش کرده‌اند که با یافته‌های این مطالعه همسو می‌باشد. همچنین در مطالعه مهدیه و درویش (۲۴) که به بررسی رابطه بین استرس شغلی و تاب‌آوری در پرستاران پرداخته شده است، میزان تاب‌آوری در حد متوسط گزارش شده است که یافته‌های مطالعه حاضر را تایید می‌کند. با این وجود در حدود یک سوم از پرستاران مورد بررسی در پژوهش حاضر میزان تاب‌آوری بالا گزارش شده‌است که می‌تواند به دلیل بررسی پرستاران اورژانس در مطالعه حاضر باشد، به طوری که در مطالعه شاکری‌نیا و همکاران (۲۵) و سلیمی و همکاران (۲۶) نیز نشان داده شده است که میزان تاب‌آوری پرستاران در بخش‌های ویژه زیاد می‌باشد. از آنجایی که پرستاران در بخش‌های ویژه و اورژانس از شرایط کاری به مراتب سخت‌تری برخوردارند و کار در این بخش‌ها می‌تواند باعث افزایش فرسودگی شغلی، کاهش رضایت از حرفه و زندگی و افزایش تمایل به ترک حرفه شود، لذا پرستاران با تاب‌آوری زیاد قادر به استفاده از مهارت‌های سازگاران مثبت در مقابله با استرس می‌باشند و به ماندن موفقیت‌آمیز آنان به خصوص در محیط پرسترس اورژانس و بخش ویژه کمک می‌کند (۲۷)، (۲۸).

در مطالعه عزیزی و همکاران (۲۹) که میزان تاب‌آوری پرستاران بخش‌های روان و غیرروان را مورد بررسی قرار داده بودند، تفاوت معنی‌دار آماری در میزان تاب‌آوری پرستاران شاغل در این بخش‌ها مشاهده نشد. به نظر می‌رسد که تعمیم نتایج به جامعه‌های آماری دیگر، باید با احتیاط صورت گیرد، چون بررسی مفهوم تاب‌آوری با توجه به متغیرهای روحی و رفتاری پرستاران صورت می‌گیرد و دانش و فرهنگ افراد به شدت بر روی آن موثر است. همچنین در مطالعه حاضر میزان علاقمندی به شغل و وضعیت بومی بودن در بین سطوح مختلف تاب‌آوری دارای اختلاف آماری معنی‌دار می‌باشند. ولی در سایر متغیرهای شغلی و جمعیت‌شناختی اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه عبدالله‌زاده و همکاران (۳۰) و گرامی‌نژاد و

## هدایت جعفری و همکاران

پزشکی مازندران و بخشی از پایان نامه دانشجویی در مقطع ارشد پرستاری و با حمایت مالی آن سازمان باکد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1400.9140 بوده است. بدین وسیله از همکاری تمام پرستاران شاغل در بخش اورژانس مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و دیگر کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند، تقدیر به عمل می آید.

## تضاد منافع

در پژوهش حاضر هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

## References

1. Zahra Hosseini mmH, masoumeh Imanzad, amin Ghanbarnezhad, Zabihollah Gharlipour. Occupational Stress and Mental Health Relationship in Nurses. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2014.
2. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2015;24(5):412-20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>
3. Brown R, Wey H, Foland K. The Relationship Among Change Fatigue, Resilience, and Job Satisfaction of Hospital Staff Nurses. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. 2018;50(3):306-13. <https://doi.org/10.1111/jnu.12373>
4. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
5. Martin J, Pélouquin K, Vachon M-F, Duval M, Sultan S. Systemic aspects of conjugal resilience in couples with a child facing cancer and marrow transplantation. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2016;11(1):32423. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.32423>
6. Hart PL, Brannan JD, De Chesnay M. Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of*

همکاران (۲۳) نیز تاب‌آوری با جنسیت، تاهل و تحصیلات ارتباطی نداشت که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

## نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد که معنویت و استفاده از روش های مقابله مذهبی می تواند باعث افزایش پتانسیل انطباق پذیری و احساس پشتیبانی از طرف قدرتی بالاتر و در نهایت افزایش تاب‌آوری پرستاران گردد.

## سپاسگزارى

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم

- nursing management. 2014;22(6):720-34. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>
7. GH-R.Mahmoudi , AR.Shariati , N.Behnampour Relationship between quality of life and coping among hemodialysis patients in hospitals. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2003;5(2):43-52.
  8. Âzimi H, Zarghami M. Religious coping and anxiety in students of Mazandaran University of Medical Sciences 1999-2000. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2002;12(34):37-48.
  9. Sanagouye Moharer G, Raisi M, Sultan Ahmadi Moghaddam F. Relationship between religious coping styles and quality of life in HIV-positive patients. *Journal of Religion and Health*. 2018;5(2):58-67.
  10. Ansari Shahidi M, Tat M, Maleki S. The role of ethical intelligence and professional value in predicting nurses' resilience. *Yafteh*. 2018;20(3).
  11. Farzaneh niknejadi bc. The effectiveness of mindfulness based cognitive behavioral Education on anxiety of death in patients with epilepsy. *Applied Psychology*. 2019.
  12. Masoudzadeh A, Setareh J, Mohammadpour RA. A survey of death anxiety among personnel of a hospital in Sari. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2008;18(67):84-90.
  13. Aflakseir A, Coleman PG. Initial development of the Iranian religious coping scale. *Journal of Muslim Mental Health*. 2011;6(1). <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0006.104>
  14. Gholami Kanashti S. Predicting mental health



- based on religious coping strategies, marital satisfaction and self-efficacy in cancer patients undergoing chemotherapy, M.Sc. Thesis in Clinical Psychology. Shiraz University. 2013.
15. Sanagouye Moharer G, Raisi M, Sultan Ahmadi Moghaddam F. Relationship between Religious Coping Styles and Quality of Life in HIV-Positive Patients. *Religion and Health*. 2018;5(2):58-67.
  16. Hajivandi A., Akbarizade F, Bagheri F, Hatami H. Association between spiritual intelligence, resiliency and spiritual intelligence and public health in nurses. *J Behood*. 2012; 15(6):466-72.
  17. Hamid N, Keykhosravani M, Babamiri M, Dehghani M. The relationship between mental health and spiritual intelligence with resilience in students of Kermanshah University of Medical Sciences. *Jentashapir*. 2013;3(2 (7)):15-9.
  18. Rajabipoor Meybodi A, Mohammadi M. Identifying the components of spirituality affecting the resilience of nurses. *Journal of nursing management*. 2021;29(5):982-8. <https://doi.org/10.1111/jonm.13235>
  19. Narayanan A, Jose TP. Spiritual intelligence and resilience among Christian youth in Kerala. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2011;37(2):263-8.
  20. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. The associations between religion, bereavement and depression among Hong Kong nurses. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):242. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2588-7>
  21. Dunn KS, Robinson-Lane SG. A philosophical analysis of spiritual coping. *Advances in Nursing Science*. 2020;43(3):239-50. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000323>
  22. Fradelos EC, Alikari V, Vus V, Papathanasiou IV, Tsaras K, Tzavella F, et al. Assessment of the relation between religiosity, anxiety, depression and psychological resilience in nursing staff. *Health Psychol Res*. 2020;8(1):8234-. <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.8234>
  23. GeramiNejad N GMZ, KazemiMajd K, Hosseini M. Association between Resilience and Professional Commitment among Nurses Working in Intensive Care Units. *Journal of Healthcare Management*. 2018;9(3):65-76.
  24. Mahdieh O, Darvish GS. The Study of the Relationship between Nurses' Job Stress and Resiliency. *Journal of Nurse and Physician within War*, 2017; 5(14): 17-22.
  25. Shakerinia I, Mohammadpour M. Relationship between job stress and resiliency with occupational burnout among nurses. *J Kermanshah Univ Med Sci J Kermanshah Univ Med Sci*, 2010; 14(2). [Presian].
  26. Salimi S, Pakpour V, Feizollahzadeh H, Rahmani A. Resilience and its association with the intensive care unit nurses' intention to leave their profession. *J Hayat*, 2017; 23(3): 254-65. [Presian].
  27. Labrague LJ. Resilience as a mediator in the relationship between stress-associated with the Covid-19 pandemic, life satisfaction, and psychological well-being in student nurses: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*. 2021;56:103182. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103182>
  28. Foster K, Roche M, Delgado C, Cuzzillo C, Giandinoto JA, Furness T. Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International journal of mental health nursing*. 2019;28(1):71-85. <https://doi.org/10.1111/inm.12548>
  29. Azizi K, Ahmadian H, Nazemi A. Comparison Of Resiliency, Procrastination, Stress and Burnout among Nurses in Psychiatric and Non-psychiatric Wards. *Quarterly Journal of Nursing Management*, 2016; 5(3-4): 80-91. [Presian]. <https://doi.org/10.29252/ijnv.5.3.4.80>
  30. Abdollahzadeh R, Moodi M, Allahyari A, Khanjani N. The Relationship between Spiritual Intelligence and Resiliency of Patients Suffering from Cancer in South Khorasan State. *Nursing Journal of the Vulnerable*, 2015; 2(3): 15-24. [Presian].