مقاله تحقیقاتی

بررسی اثربخشی آموزش خودکنترلی هیجانی بر اختلالات سایکوفیزیولوژیکال پرستاران شهر تهران

حسین ابراهیمی مقدم[1]، *سید حامد واحدی[2]

چکیده

مقدمه: جامعه پرستاری یکی از مشاغلی است که به واسطه رویارویی مداوم با شرایط پر استرس، از درجات ابتلا به مشکلات جسمی و روانی بیشتری برخوردار هستند. اختلالات سایکوفیزیولوژیکال آن دسته از اختلالات جسمانی را شامل می‌شود که دارای منشأ روانی است؛ بنابراین با کنترل هیجانات ناخوشایند و استرس‌ها می‌توان این عوارض را بهبود بخشید.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش خودکنترلی بر اختلالات سایکوفیزیولوژیکال پرستاران انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش به صورت نیمه تجربی با طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل شهر تهران در سال ۱۳۹۳ است که نمونه مورد پژوهش، شامل ۶۸ نفر، از پرستاران یک بیمارستان منتخب است که به روش نمونه گیری در دسترس برآورد شده‌اند. از این تعداد، ۳۰ نفر از افرادی که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره بیشتر از ۲۳ (نقطه برش) را کسب کردند، در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه هوش هیجانی بار- آن و به منظور جمع‌آوری اطلاعات مربوط به اختلالات سایکوفیزیولوژیکال، پرسشنامه سلامت عمومی بود. آموزش خود کنترلی در قالب ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هر ۱۵ روز یک بار به گروه آزمایش ارائه شد. یافته‌های پژوهش نیز با روش‌های آمار توصیفی و استنباطی تحلیل کواریانس از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل کواریانس، بیان‌گر تأثیر آموزش خودکنترلی بر بهبود اختلالات سایکوفیزیولوژیکال بود ($P<۰/۰۰۰۱$). به طوری که علائم اختلال، بین گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت معناداری بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه پرستاران در مواجهه مداوم با شرایط پر استرس هستند، آموزش مهارت‌های خودکنترلی هیجانی برای این گروه شغلی، حائز اهمیت است. از این رو آموزش خودکنترلی به عنوان یکی از مهارت‌های کاربردی به منظور بهبود علائم اختلالات سایکوفیزیولوژیکال پرستاران، پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: آموزش خودکنترلی، اختلالات سایکوفیزیولوژیکال، پرستار.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال دوم ■ شماره ۴ ■ زمستان ۱۳۹۴ ■ شماره مسلسل ۶ ■ صفحات ۲۰۶-۲۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۹/۱۶
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۹
تاریخ انتشار: ۱۳۹۴/۱۲/۱۵

مقدمه

استرس نوعی واکنش فیزیولوژیک بدن در مقابل هر تغییر، تهدید و فشار بیرونی یا درونی است که تعادل روانی فرد را برهم می‌زند. عوامل ایجادکننده استرس درجات و انواع مختلفی دارند. از طرفی این عوامل، با فرض یکسانی محتوا، دارای پاسخ‌های متفاوتی در افراد مختلف هستند. به طوری که متغیرهایی همچون سن، جنس، میزان تحصیلات، طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل، نژاد، ژنتیک و... ازجمله عوامل سبب‌سازی هستند که این گوناگونی را

۱- دکترای تخصصی روان شناسی، استادیار، ایران، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده روان شناسی، گروه روان شناسی.
۲- کارشناس ارشد روان شناسی، ایران، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: s.hamedvahedi@yahoo.com

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.4.206]

منجر می‌شوند. استرس زیاد، واکنش‌های هیجانی شدید، نارضایتی شغلی، مشکلات اقتصادی-اجتماعی، نارضایتی خانوادگی و بسیاری عوامل دیگر، احتمال ابتلا به دسته‌ای از اختلالات روانی را باعث می‌شوند. طبق آخرین بررسی انجام شده در ایران، بیماری‌های روانی در سال ۱۳۹۲، ۲۱ تا ۲۲ درصد افراد ۱۵-۶۵ سال را شامل می‌شود. اختلال‌های روانی با ایجاد هزینه‌های مستقیم (بار مالی جهت اقدامات تشخیصی و درمانی، بازتوانی و پیشگیری) و هزینه‌های غیرمستقیم (کاهش توان فردی، کاهش نیروی فعال جامعه، بار خانوادگی و...) اثرات زیان باری بر جامعه می‌گذارند. این اختلال‌ها علاوه بر روان، جسم را نیز درگیر می‌کنند. تحقیقات تائید کننده این امر است که تنش‌های هیجانی باعث اختلال در سیستم عصبی خودکار و غدد برون‌ریز می‌شوند (۱، ۲).

اختلالات سایکوفیزیولوژیکال نامی است که DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorder) بر روی این گونه اختلالات روانی نهاده است و این اختلال را به صورت مجموعه علائم جسمانی، در پاسخ به حوادث ناگوار روان‌شناختی تعریف می‌کند. نخستین بار هینروت (Heiroth) در سال ۱۸۱۸ این اختلال را با عنوان اختلالات روان- تنی تعریف کرد که البته تنها اختلال خواب را در بر می‌گرفت. پس از آن جاکوبی (Jacobi) روان‌پزشک آلمانی این مفهوم را بسط و عمومیت بخشیده و عوامل مداخله‌گر عصب روان-شناختی را به آن اضافه کرد (۳). اختلالات سایکوفیزیولوژیکال شامل اختلالات قلبی-عروقی، معدی-روده‌ای، استخوانی-عضلانی، تناسلی-ادراری، پوست و نیز تنفسی هستند. همچنین سردردهای میگرنی نیز از جمله موارد شایع این نوع اختلال است. پاسخ‌های فیزیولوژیک به استرس همانند درد و سوزش معده به هنگام استرس، صفات شخصیتی همانند خصومت طلبی، سبک زندگی ناسالم همانند سیگار کشیدن و نیز برخی اختلالات محور I همانند افسردگی اساسی از جمله عواملی هستند که DSM آن‌ها را مسبب بروز و یا تشدید اختلال سایکوفیزیولوژیکال می‌داند (۴). از آنجایی که استرس به عنوان یکی از عوامل اصلی ایجادکننده این اختلال شناسایی شده، شرایط ایجادکننده استرس نیز بایستی بیشتر مورد توجه قرار گیرد. پرستاران از جمله افرادی هستند که همواره در معرض آسیب‌های ناشی از استرس و اضطراب شغلی قرار دارند. به طوری که به واسطه مواجهه مداوم این گروه شغلی با استرس و اضطراب، سازمان جهانی بهداشت، این گرایش شغلی را در ردیف مشاغل سخت قرار داده است. محیط کار و فعالیت‌های مربوط به پرستاران از عوامل تهدید کننده سلامت روان هستند. بخش‌های درمانی عمومی و بیشتر از آن بخش‌های درمانی ویژه، دارای استرس بالایی برای پرستاران است. این استرس‌ها می‌تواند بر عملکرد این گروه شغلی تأثیر مخربی داشته باشد (۵). هر چند پژوهش چندانی در ارتباط با تعیین میزان شیوع اختلالات سایکوفیزیولوژیکال در ایران انجام نشده است، ولی در برخی از این بررسی‌ها، شیوع این اختلال تا ۵۷/۵ درصد تخمین زده شده است (۶). اگرچه مطالعات بیان می‌کند بشر دارای هیجانات مشابهی فارغ از نژاد، فرهنگ و ملیت است، اما افراد در رویارویی با موقعیت‌های یکسان ممکن است واکنش‌های هیجانی متفاوتی را از خود نشان دهند. اینکه فرد، وقوع هیجان را تا چه اندازه شناخته و پس از آن درک کرده و بر اساس آن قضاوت کند به نوعی از هوش بستگی دارد که به آن هوش هیجانی گفته می‌شود (۷). در بررسی‌های به عمل آمده مشخص شده است که بین پاسخ‌های جسمی و هوش هیجانی افراد ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. به طوری که در شرایط غم، پاسخ‌های سمپاتیک و پاراسمپاتیک تحت تأثیر قرار گرفته و بر روی ریتم قلب تأثیر گذاشته و منجر به آریتمی قلبی می‌شود. از طرفی بهبود حالات غمگین منجر به بهبود ریتم قلب می‌شود. هرچند در این میان، تفاوت‌های فردی، متغیر مداخله‌گر مهمی در نظر گرفته شده است (۸). بار-آن (Bar-On) هوش هیجانی را دارای ۵ عامل ترکیبی و ۱۵ خرده مقیاس از جمله خودکنترلی می‌داند (۹). در برخی پژوهش‌ها مشاهده شده است که بیشترین عامل پیش‌بینی کننده واریانس سلامت روان را عامل خودکنترلی تشکیل می‌دهد (۱۰). همچنین مشاهده شده است که آموزش خودکنترلی باعث بهبود علائم اختلالات روانی از جمله پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و استرس نیز می‌شود (۱۱). از این رو در این پژوهش، هدف پژوهش‌گر بررسی تأثیر آموزش خودکنترلی هیجانی بر اختلالات سایکوفیزیولوژیکال است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش در این تحقیق، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون—پس

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.4.206]

آزمون با گروه کنترل است و جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل شهر تهران در سال ۱۳۹۳ است. از تعداد پرستاران شهر تهران آماری در دست نیست ولی تعداد کل پرستاران کشور به میزان ۷۱۰۰۰ نفر برآورد شده است (۱۲). با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس کلیه پرستاران بیمارستان مورد پژوهش (بیمارستان گلستان) به تعداد ۶۸ نفر انتخاب شده و با رعایت پیش شرط شرکت در این آزمون (کارشناس پرستاری بودن) و همچنین بیان ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده و نتایج به دست آمده، شرح چگونگی انجام پژوهش و نیز امکان انصراف از پژوهش در هر مرحله از آن، تمامی ۶۸ نفر پرستار این بیمارستان پرسشنامه را تکمیل کردند. پس از تکمیل پرسشنامه ۹۰ سؤالی هوش هیجانی بار-آن و پرسشنامه سلامت عمومی GHQ (General Health Questioner) توسط گروه نمونه، مجموعه افرادی که در آزمون سلامت عمومی نمره بیشتر از ۲۳ (نقطه برش) را داشتند تعداد نمونه‌ها به ۳۰ نفر تقلیل یافت سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت دوره آموزشی خود کنترلی هیجانی قرار گرفتند. در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. آموزش خودکنترلی در قالب ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هر ۱۵ روز یک بار به گروه آزمایش ارائه شد. جلسات آموزش در کلاس کنفرانس بیمارستان برگزار شده و ابزار مورد استفاده به منظور آموزش شامل وایت برد و اسلاید بود. در جهت تفهیم هرچه بیشتر برنامه آموزشی از ایفای نقش نیز استفاده شد. آموزش خودکنترلی شامل: تعریف هیجان، بیان پایه‌های فیزیولوژیک هیجان، تعریف هوش هیجانی، تعریف مؤلفه‌های هوش هیجانی از دیدگاه بار-آن، خودآگاهی هیجانی، انتقال برانگیختگی، ارتباط خودآگاهی و استرس، فرایند خودتنظیمی، چگونگی درک هیجانات، تعریف خودکنترلی، فواید خودکنترلی، فیزیولوژی خودکنترلی، ارتباط خودکنترلی و درماندگی آموخته شده، ارتباط اضافه بار شناختی و خودکنترلی، فرایندهای حل مسئله و فنون خودکنترلی. فنون خودکنترلی خود شامل: جلوگیری، ارزیابی مجدد شناختی، تغییر توجه، برنامه‌ریزی فعال، کمک خواهی، حل تعارض، یادگیری خوب گوش دادن، گفتگوی درونی، مهارت‌های شاد زیستن، راه کارهای تمایز خواستن و دوست داشتن، راه کارهای کاهش استرس زمینه‌ای، آماده سازی برای رویارویی با مواقع استرس یا سناریو سازی، حساسیت‌زدایی منظم، روش‌های آرام‌سازی یا ریلکسیشن، شرطی سازی از طریق هیجان‌های مثبت.

پرسشنامه هوش هیجانی بار- آن EQI (Emotional Quotient Inventory) (۱۹۹۹) به عنوان نخستین ابزار معتبر فرا فرهنگی جهت سنجش هوش هیجانی به کار می‌رود. این پرسشنامه پنج مؤلفه درون فردی، بین فردی، مدیریت استرس، سازگاری و خلق عمومی را می‌سنجد که هر کدام از مؤلفه‌ها دارای ۳ زیر مقیاس است و هر کدام از مقیاس‌ها از طریق ۶ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌گیرد که در مجموع دارای ۹۰ سؤال کوتاه بوده و پاسخ‌ها با روش لیکرت (هرگز، بندرت، گاهی، معمولاً، همیشه) انتخاب می‌شود. به هر سؤال بر اساس پاسخ آزمودنی نمره یک تا پنج تعلق می‌گیرد و برخی سؤال‌ها به صورت مثبت و برخی به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شود و نمرات خام خرده مقیاس‌ها و مؤلفه‌ها با جمع زدن نمره سؤال‌های مربوطه به دست می‌آید. زیر مقیاس‌ها شامل توانایی حل مسئله، خوشبختی، استقلال، تحمل استرس، خودشکوفایی، خودآگاهی هیجانی، واقع‌گرایی، روابط بین فردی، خوش‌بینی، عزت نفس، خودکنترلی هیجانی، انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری، همدلی و خودابرازی است.

بار- آن پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی در یک دوره یک ماهه ۰/۸۵ و برای دوره چهار ماهه ۰/۷۵ به دست آورد و پایایی آن را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ محاسبه کرد که ضرایب به دست آمده برای همه خرده مقیاس‌ها بالاست. ضریب پایین ۰/۶۹ برای مسئولیت پذیری تا ضریب بالای ۰/۸۶ برای عزت نفس و برای کل پرسشنامه ۰/۷۶ گزارش شده است. بار- آن مجدداً پایایی پرسشنامه را به روش ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آورده است (۹).

دهشیری (۱۳۸۲) پایایی به روش بازآزمایی به فاصله زمانی یک ماه در یک نمونه ۵۲۰ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های تهران را ۰/۷۳ گزارش کرده است (۱۳) و شمس آبادی (۱۳۸۳) در یک نمونه ۹۲۳ نفری از دانش آموزان شهر مشهد ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ به دست آورد. در این پژوهش، ضریب همسانی درونی به عنوان شاخصی از پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.4.206]

به دست آمده برای کل پرسشنامه معادل ۰/۹۳۷ بود (۱۴).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ساخته شد. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد و شامل ۴ خرده مقیاس اختلالات سایکوفیزیولوژیکال، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی است که برای غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیر روان گسیختگی در مراکز درمانی و سایر جوامع طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه علائم مرضی و حالت‌های گوناگون تندرستی شخص را از یک ماه قبل ارزیابی می‌کند و هر خرده مقیاس دارای ۷ سؤال است؛ که بر اساس مقیاس ۴ رتبه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. به دست آوردن نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده علائم مرضی بیشتر و به بیان دیگر سلامت عمومی پایین‌تر است. بالاترین نمره ۸۴ و نقطه برش ۲۳ است که افراد دارای اختلال را نشان می‌دهد. پایایی این آزمون در پژوهش کافی و همکاران (۱۳۷۷) محاسبه شده که ضریب آلفای به دست آمده ۰/۸۹ بود (۱۵). همچنین در پژوهش حقیقتی و همکاران (۱۳۷۸) روایی این آزمون به کمک نمره کل فهرست علائم نود سؤالی بازنگری شده (SCL) محاسبه و ضریب آلفا برای چهار خرده مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ به دست آمده است (۱۶). ویلیام گلدبرگ و هیلر در بازنگری ۴۳ پژوهش، حساسیت این پرسشنامه را ۸۴ درصد و ویژگی آن را ۸۲ درصد گزارش نمودند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۸۶ درصد و ویژگی ۸۲ درصد را گزارش کردند (۱۷، ۱۸) ضریب همسانی درونی توسط کافی و همکاران (۱۳۷۷) با استفاده از روش کرونباخ برای پرسشنامه سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن محاسبه شد که ضرایب برای مقیاس‌های علائم جسمانی ۰/۸۵۹، اضطراب ۰/۷۲۸، کارکرد اجتماعی ۰/۷۵، افسردگی ۰/۹۰۷ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۲۹ به دست آمد (۱۵).

در پژوهش حاضر به منظور جمع‌آوری اطلاعات مربوط به اختلالات سایکوفیزیولوژیکال، به دلیل عدم وجود پرسشنامه مختص سنجش این نوع اختلال، از پرسشنامه GHQ استفاده شده است.

به منظور بررسی تأثیر آموزش خودکنترلی بر بهبود علائم اختلالات سایکوفیزیولوژیکال، ضمن به‌کارگیری آماره‌های توصیفی و پس از بررسی مفروضه‌های آزمون کواریانس که یکسانی واریانس‌ها، همگنی گروه‌ها و فاصله‌ای بودن مقیاس است، از روش تحلیل کواریانس یک راهه که در آن پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی (covariate) در نظر گرفته می‌شود استفاده گردید. لذا، در پژوهش حاضر با توجه به توضیحات فوق آزمون مورد استفاده تحلیل کواریانس و نرم‌افزار استفاده شده SPSS نسخه ۲۲ است. همچنین به منظور بررسی همگنی (نرمال بودن گروه‌ها) دو گروه آزمایش و کنترل، آزمون t مستقل بین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل محاسبه شد و به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد.

یافته‌ها

بازه سنی پرستاران نمونه انتخاب شده بین ۲۴ تا ۴۵ سال بود. ۷۳/۴٪ را زنان تشکیل می‌دهند. ۷۹/۴٪ افراد متأهل و ۴/۴٪ مطلقه بودند. ۷۴٪ متأهلین دارای فرزند بودند. ۲/۹٪ پرستاران دارای مدرک کارشناسی ارشد پرستاری و ۹۷/۱٪ دارای مدرک کارشناسی بودند. آماره‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون اختلالات سایکوفیزیولوژیکال در جدول ۱ ارائه شده است.

آماره‌های مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون خودکنترلی در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون t مستقل عدم تفاوت معنادار و به عبارتی همگنی بین دو گروه آزمایش و کنترل اثبات می‌شود. (جدول ۳)

بنابراین شرط دوم آزمون کواریانس رعایت شده است. لازم به ذکر

جدول ۱- آماره‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون اختلال سایکوفیزیولوژیکال در دو گروه آزمایش و کنترل

موقعیت	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۱۵	٪۵۰	۷/۲۶	۳/۰۸	۱۵	٪۵۰	۷/۷۳	۳/۱۵
پس آزمون	۱۵	٪۵۰	۵/۳۳	۲/۴۶	۱۵	٪۵۰	۷/۹۳	۳/۲۱

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.4.206]

جدول ۲- آماره‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون خودکنترلی در دو گروه آزمایش و کنترل

موقعیت	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۱۵	٪۵۰	۱۵/۶	۴/۶۴	۱۵	٪۵۰	۱۶/۱۳	۴/۱۳
پس آزمون	۱۵	٪۵۰	۱۹/۸۶	۴/۴۸	۱۵	٪۵۰	۱۶/۴۰	۴/۱۸

جدول ۳- نتایج حاصل از آزمون t مستقل بین میانگین نمرات پیش آزمون اختلالات سایکوفیزیولوژیکال در دو گروه آزمایش و کنترل

T مستقل	درجه آزادی	سطح معناداری
۰/۷۵	۲۸	۰/۴۶

است، به واسطه فاصله‌ای بودن دو مقیاس استفاده شده در این پژوهش (پرسشنامه EQI و GHQ)، شرط اول آزمون کواریانس نیز در نظر گرفته شده است. به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج به دست آمده از این آزمون بیانگر یکسانی واریانس‌ها بوده و بدین صورت سه شرط لازم برای انجام آزمون کواریانس احراز شده است. (جدول ۴)

در پایان نیز نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس به منظور بررسی تأثیر متغیر مستقل بر وابسته یا به عبارتی تأثیر آموزش خود کنترلی هیجانی بر اختلالات سایکوفیزیولوژیکال در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

بر اساس نتایج حاصل شده از آزمون تحلیل کواریانس، مشخص شد که ضریب F به دست آمده در سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ برابر با ۱۷/۴۳ است که این میزان از مقدار بحرانی F در سطح معناداری ۰/۰۱ در جدول توزیع F (۷/۶۴)، بیشتر است؛ بنابراین یافته‌های به دست آمده بیان‌گر این موضوع است که متغیر مستقل بر روی متغیر وابسته تأثیر داشته است. به عبارتی آموزش خودکنترلی منجر به افزایش معنادار نمرات حاصل از پس آزمون اختلالات سایکوفیزیولوژیکال شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر که به منظور بررسی تأثیر آموزش خودکنترلی هیجانی بر اختلالات سایکوفیزیولوژیکال انجام گرفته است، بیانگر تأثیر معنادار این نوع آموزش بر بهبود علائم اختلال مذکور است. با نگاهی به پژوهش‌های پیشین، عدم انجام پژوهش در زمینه تأثیر آموزش هر یک از مؤلفه‌های هوش هیجانی بر اختلالات سایکوفیزیولوژیکال مشخص می‌شود. از این رو پژوهش‌گر متوسل به ذکر پژوهش‌ها در زمینه‌های مشابه شده است. در مطالعه خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۶) که به بررسی تأثیر خانواده درمانی شناختی-رفتاری بر اختلالات روان‌تنی پرداخته‌اند، تأثیر معنادار این نوع درمان حاصل شده است (۱۹). هرچند در دو پژوهش مذکور رویکرد، شناختی-رفتاری بوده و بر روی مؤلفه‌های

جدول ۴- نتایج به دست آمده از آزمون لوین به منظور ارزیابی یکسانی واریانس دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اختلالات سایکوفیزیولوژیکال	٪۸۹	۱	۲	٪۷۶

جدول ۵- آماره‌های حاصل از آزمون تحلیل کواریانس دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	ضریب خطا	توان آماری
واریانس بین گروهی	۸۰۱/۱۷۷	۱	۸۰۱/۱۷۷	۱۷/۴۳	۰/۰۰۰۱	۱
واریانس درون گروهی	۸۶۰/۰۵۸	۲۸	۸۶۰/۰۵۸			
مجموع	۱۸۳۵۶	۳۰				

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.4.206]

آنکه قبلاً به آن اشاره شد کار شده است. درمان کایروپراکتیک که به عنوان درمان ترکیبی با درمان خانواده درمانی شناختی-رفتاری به کار برده شده و نمونه مورد پژوهش که شامل ۵ نفر بوده است تا حدی نمایانگر درمان انفرادی افراد است که در پژوهش خدایاری فرد صورت گرفته است. این در حالی است که پژوهش حاضر تنها مداخله روان‌شناختی و گروهی که بیشتر هیجانات فرد را مدنظر قرار داده است ملاک عمل قرار داده است. ظاهری عبده‌وند (۱۳۸۴) نیز در پژوهشی به بررسی ارتباط خشنودی شغلی و بیماری‌های روان‌تنی بین کارکنان ستاد اداره کل زندان‌های خوزستان پرداخته است. به طوری که ۴۸٪ واریانس متغیر خشنودی شغلی را، بیماری‌های روان‌تنی تبیین می‌کنند که این ارتباط از نوع همبستگی منفی است (۲۰). از طرفی هنینگسن و همکاران (۲۰۰۷) تجارب تنش‌زا، حالات عمیق تنش و اضطراب، ناکامی‌های شدید، افسردگی مزمن، بی‌خوابی‌های مداوم و سایر حالات عاطفی منفی را از عوامل مسبب کاهش عملکرد سیستم ایمنی بدن دانسته و بد عملکردی این سیستم را پیش زمینه ابتلا به اختلالات سایکوفیزیولوژیکال در نظر می‌گیرد (۲۱). با تعمق در نتایج دو پژوهش اخیر و تعمیم به پژوهش حاضر، می‌توان به این نتیجه رسید که بین شرایط نامساعد کاری پرستاران (بی‌خوابی‌های مفرط و مداوم، تجارب تنش زا، حالات عمیق تنش و اضطراب، شیفت‌های کاری نامتعارف)، میزان رضایت شغلی و اختلالات سایکوفیزیولوژیکال ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. به طوری که هرچه میزان شرایط نامساعد کاری پرستاران بیشتر شود، نارضایتی شغلی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد که این دو عامل خود منجر به افزایش احتمال ابتلا به اختلالات سایکوفیزیولوژیکال می‌شود. بدیهی بودن این موضوع زمانی بیشتر رخ می‌نمایاند که شرایط پر استرس حرفه پرستاری مدنظر قرار داده شود. به منظور توضیح بیشتر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که اختلالات سایکوفیزیولوژیکال می‌تواند نتیجه بد عملکردی هیجانات باشد. استرس و اضطراب ناشی از سروکار داشتن مداوم با جسم و روان بیماران تا حدی که در شرایط بحرانی با حیات بیمار دست و پنجه نرم می‌شود، می‌تواند آیینه تمام نمایی از شرایط شغلی پرستاران باشد. از این رو بروز اختلالات سایکوفیزیولوژیکال که در پاسخ به این حالات روانی ایجاد می‌شود، چیزی دور از ذهن نیست. بنا بر توضیحات داده شده و بنا بر یافته‌های این پژوهش، آموزش خودکنترلی هیجانی منجر به بهبود علائم اختلالات سایکوفیزیولوژیکال می‌شود. از این رو آموزش‌های دوره‌ای مهارت‌های خودکنترلی هیجانی به گروه شغلی پرستاری و نیز مشاغل مشابهی همچون مأمورین آتش‌نشانی و حتی نیروی پلیس، به عنوان یکی از مهارت‌های کاربردی در شرایط حاد و اورژانسی پیشنهاد می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اشکال در هماهنگی شیفت‌های کاری پرستاران به منظور برگزاری کلاس‌های آموزشی، خستگی و مشکلات خواب پرستاران حین برگزاری کلاس و نیز تعدد نوبت‌های کاری آن‌ها بود. همچنین نبود پرسشنامه اختصاصی مربوط به خودکنترلی هیجانی و نیز اختلالات سایکوفیزیولوژیکال، پژوهش‌گر را ناچار به استفاده از پرسشنامه‌ها با محتوای کلی‌تر کرد. از این رو انجام این پژوهش به تفکیک شیفت‌های کاری معین و نیز تفکیک جنسیتی در پژوهش به منظور تعیین نوع و میزان تأثیر این نوع آموزش، همچنین هنجاریابی پرسشنامه مشخصی که تنها میزان خودکنترلی هیجانی افراد و نیز پرسشنامه اختلالات سایکوفیزیولوژیکال را بسنجد، پیشنهاد می‌شود. طراحی بسته آموزشی خودکنترلی هیجانی نیز می‌تواند راه گشای مشکلات پیش روی اجرای این نوع پژوهش باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با کد ۲۷۴۶۲۳ و تاریخ ثبت ۱۳۹۳/۹/۵ است. بدین وسیله نویسندگان این مقاله، کمال تشکر و قدردانی خود را از همکاری مسئولین دانشگاه و نیز پرسنل پرستاری بیمارستان گلستان اظهار می‌دارند.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.4.206]

References

1- Nasehi A. Prevalence of mental disorder 2013 [cited 2013 May 07]. Available from: http: //www.medcare.behdasht.gov.ir/index.aspx?Sited=312&pageid=35122&newsview=6254.
2- Sarason I, Sarason B. Abnormal psychology. New York: Prentice-Hall Press; 2005.
3- Sadock B, Sadock V. Concise textbook of clinical psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
4- RosenHan D, Seligman M. Abnormal psychology.. New York: W. W. Norton & Company; 2000.
5- Piquette D, Reeves S, LeBlanc VR. Stressful intensive care unit medical crises: How individual responses impact on team performance. Crit Care Med. 2009;37: 1251-5. http: //www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19242320
6- Khaghanizade M, Siratinir M, Abdi F, Kaviani H. [Assessing of mental health level of employed nurses in educational hospitals affiliated to Tehran medical science university0. J Fundament Menta Health. 2006;8: 141-8.
7- Davis M. Test your EQ: Find out how emotionally intelligent you really are. New York: Weekly; 2005.
8- Rash JA, Prkachin KM. Cardiac vagal reactivity during relived sadness is predicted by affect intensity and emotional intelligence. Biol Psychol. 2013;92: 106-13. http: //www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23182876
9- Bar-On R, Parker J. The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
10- Mohammadamini Z, Narimani M, Taravosha B, Nasser Sobhi G. [Relation between emotional intelligence with self-efficacy and mental health and comparison in honor and ordinary student]. Knowledge Res Psychol. 2008;35: 107-22.
11- Denson T, Capper M, Friesemegan O. Self-control training decreases aggression response provocation aggressive individual.. J Res Personal. 2011;45: 252-4.
12- Oskouei F. Number of nurses in Iran 2012 Jun 8 2012. Available from: http: //www.dn.Behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=329&pageid=41399.
13- Dehshiri Q. [Norms of Bar-on emotional intelligence test on student in Tehran University]. Tehran: Tabatabaei Univ; 2003.
14- Shams Abadi R. [Norms and study of factorial structure of Bar-on emotional intelligence questioner in high school student in Mashhad]. Tehran: Tehran Institute of psychiatry; 2004.
15- Kafi M, Bolhari J, Peiravi H. [Study of relation of educational progression and mental health of University student]. Think Behav. 1993;3: 59-66.
16- Haghighati J, Attari Y, Sina Rahimi A, Soleimani Nia L. [Relation of tenacity and its components with mental health of undergraduate male student of Ahvaz University]. J Edu Sci Psychol. 2000;6: 1-18.
17- Hoseini R. Study of prevalence of mental disorder in adolescent between 15-25 in rural zone of Taleghan in Tehran. Tehran: Iran Med Sci Univ; 1996.
18- Khodayarifard M, Sadeghi K, Abedini Y. [Cognitive-behavior family therapy combined with chiropractic in treatment of psychosomatic disorder]. Res Psychol Health. 2007;1: 5-15.
19- Yaghoubi N, Nasr M, Shahmohammadi D. [Epidemiological study of mental disorder in urban and rural zone of some'e sara]. Think Beh. 1996;1: 55-6.
20- Zaheri Abdevand F. [Study of relation occupational satisfaction and psychosomatic disorder]. Edu Sci. 2006;48: 26-8.
21- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. Lancet. 2007;369: 946-55. http: //www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17368156

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.4.206]

Effectiveness of Emotional Self-Control Training on Psychophysiological Disorders of Nurses in Tehran, Iran

Ebrahimi Moghaddam. H[1], *Vahedi. H[2]

Abstract

Background: Nursing is one of the occupations with high degrees of physical and mental problems through continuously encountering stressful situations. Psychological disorders comprise physical disorders that have mental bases. Therefore, by controlling uncomfortable emotions and stress, we can improve these effects.

Objectives: This research was performed in order to study the effectiveness of self-control training on improvement of psychophysiological disorders of nurses in Tehran, Iran.

Materials and Methods: The method of research was quasi-experimental with pretest-posttest design using a control group. The statistical population included all the employed nurses in Tehran in 2014. A total of 68 nurses from a selected hospital were chosen as the sample group by convenience Of these, the set of people who received a score more than 23 (cut off point) in mental health questionnaire, which were narrowed down to 30 people, were divided into two groups, experimental and control. The tool used for data collection was emotional intelligence questionnaire from Bar-on, and for collecting the associated data with psychophysiological disorder, general health questionnaire was used. Emotional self-control training was presented for the experimental group in 7 sessions that lasted one hour every 15 days. Findings were obtained using descriptive and inferential statics (covariance analysis) and SPSS software version 22.

Results: Findings obtained from covariance analysis demonstrated the effect of self-control training on improvement of psychophysiological disorder ($P < 0.0001$). The disorder symptoms between the two groups had significant differences.

Discussion and Conclusion: Since nurses are in continuous encountering with stressful situations, training this occupational group for emotional self-control skills is specifically definable. Therefore, self-control training is suggested as one of the applied skills to improve psychophysiological disorder symptoms, which are results of stressful conditions in nurses.

Keywords: Nurse, Psycho Physiological Disorder, Self-Control Training.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.4.206]

Ebrahimi moghaddam H, Vahedi H. Effectiveness of Emotional Self-Control Training on Psychophysiological Disorders of Nurses in Tehran, Iran. Military Caring Sciences. 2016;2(4).205-213.
Submission: 12/7/2015 Accepted data: 1/9/2016 Published: 3/5/2016

1- Ph.D in Psychology, Assistant of Professor, Iran, Tehran, Rude hen Islamic Azad University, Faculty of Psychology, Psychology Department.
2- (*Corresponding author) MSc in Psychology, Iran, Tehran, Rude hen Islamic Azad University, Faculty of Psychology.
Email: s.hamedvahedi@yahoo.com