مدل‌یابی ساختاری تأثیر استرس شغلی بر اختلال پرخوری عصبی با نقش میانجی هوش هیجانی پرستاران

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۰۱ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۱

رضا شاهی[۱]، رعنا پیغامی[۲*]

۱. استادیار گروه آمار، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران ۲. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: با توجه به فشارها، استرس‌ها و تنیدگی‌های شغلی پرستاران، از اختلالات رایج در آنها، اختلال پرخوری عصبی است. این پژوهش، با هدف مدل‌یابی ساختاری تاثیر استرس شغلی بر اختلال پرخوری عصبی، با نقش میانجی هوش هیجانی در پرستاران انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری با کمترین مربعات جزئی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی پرستاران بیمارستان‌های علوم پزشکی شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. نمونه این پژوهش، ۳۳۵ نفر بودند که به روش چندمرحله‌ای انتخاب گردیدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه استرس پرستاری Anderson و Gray Taft، مقیاس رفتار پرخوری Gormali و همکاران و پرسشنامه هوش هیجانی Shring بود. از روش معادلات ساختاری با کمترین مربعات جزئی و نرم افزارهای SMART 3PLS و SPSS ۲۶ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که بین استرس شغلی و اختلال پرخوری عصبی رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$). همچنین بین هوش هیجانی و اختلال پرخوری عصبی رابطه‌ی منفی معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$) و بین استرس شغلی و هوش هیجانی نیز رابطه‌ی منفی معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: استرس شغلی و هوش هیجانی بر اختلال پرخوری عصبی تاثیر دارند. باتوجه به نتایج پیشنهاد می‌شود که آموزش کاهش استرس شغلی و افزایش هوش هیجانی در مداخلات مبتنی بر کاهش اختلال پرخوری عصبی درنظر گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال پرخوری عصبی، استرس شغلی، هوش هیجانی، پرستاران

* **نویسنده مسئول:** دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

ایمیل: raana.peighamy@iau.ac.ir **تلفن:** ۰۹۰۳۲۶۱۶۴۹۰ **نمابر:** _

مقدمه

پرستاران یکی از عظیم‌ترین گروه‌های ارائه دهنده خدمات درمان هستند و به دلیل تعامل نزدیکی که با بیماران دارند، سلامت روانی آنان در بیماران تأثیر قابل توجهی دارد (۱). آنان در بخش‌های مهمی مشغول هستند که هوشیاری بالایی را می‌طلبند، از این رو توجه به هیجانات و توانایی کنترل آنها اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد (۲). توانایی ادراک هیجانات در خود و دیگران از زیر شاخه‌های هوش هیجانی است. این اصطلاح در ابتدا توسط مایر ابداع گردید، و بر توانایی کنترل و پذیرش عواطف خود، دیگران و کنترل روابط و اعمال اجتماعی تأکید دارد و همچنین توانایی برقراری ارتباط مناسب، تشخیص نشانه‌های هیجانی و ارائه پاسخ‌های مناسب است که یکی از اساسی‌ترین مهارت‌های زندگی اجتماعی است. از آنجا که پرستاران تعاملات متعددی را با بیماران و خانواده‌هایشان برقرار می‌کنند هوش هیجانی در آنها از اهمیت بالایی برخوردار است (۳، ۴). افرادی که از هوش هیجانی بالایی برخوردارند، در وضعیت‌های مختلف می‌توانند بازدهی بالاتری داشته باشند و از رضایت از زندگی و شغلی بالاتری برخوردار باشند (۵). هوش هیجانی با برخی از جنبه‌های تفکر مرتبه بالاتر نظیر تفکر انتزاعی و حل مساله مرتبط است (۶). هوش هیجانی بالا این توانایی را به افراد می‌دهد که در برابر ناراحتی‌ها تحمل بالاتری داشته باشند و درصدد حل این هیجانات منفی به طرق نامناسب از جمله استفاده از مواد مخدر و یا استفاده افراطی از مواد غذایی و یا به عبارت دیگر پرخوری عصبی نباشند (۷).

یکی از متغیرهایی که ارتباط نزدیکی با هوش هیجانی دارد، پرخوری عصبی است. زنان مبتلا به اختلالات خوردن، در آگاهی از هیجانات خود و کنترل آنها توانایی کمتری داشته و در هنگام ناراحتی، بیش‌تر به غذاخوردن روی می‌آورند (۸). توانایی افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی در پذیرش هیجانات خود کم است و به میزان بیشتری از مکانیزم‌های منفی تنظیم هیجان بهره می‌گیرند (۹). با توجه به استرس‌ها و تنیدگی‌های شغلی پرستاران، یکی از مسائلی که می‌تواند بروز کند، پرخوری عصبی است. افراد مبتلا به اختلالات خوردن برای ایجاد احساس آرامش، به غذا روی می‌آورند و یاد می‌گیرند که غذا می‌تواند راه‌حلی برای حل مسائل هیجانی ناخوشایندشان باشد (۱۰). پرخوری عصبی شکلی از اختلالات خوردن است که در آن فرد بیش از نیاز و بیش از مقداری که هر فرد عادی دیگری در آن مدت زمان می‌تواند کالری مصرف کند، غذا می‌خورد و این پرخوری‌های مکرر ناخواسته منجر به اقدامات ثانویه‌ای نظیر استفراغ یا ورزش‌های شدید و افراطی می‌شود (۱۱). شیوع اختلالات خوردن و مشکلات مرتبط با آن، به طرز شگفت‌آوری افزایش داشته و همچنان رو به افزایش است، به طوری که تقریباً ۱ تا ۲ درصد جمعیت جهان، در طول زندگی خود به پرخوری عصبی مبتلا می‌شوند و این اختلال با اختلال در عملکرد جسمی، افزایش مرگ و میر، افزایش استرس، اختلال خواب همراه است و علاوه بر این، با خودکشی و افسردگی نیز مرتبط دانسته شده است (۱۲، ۱۳). به لحاظ وضعیت اقتصادی_اجتماعی، یکی از سریع‌ترین بخش‌های جمعیتی در حال رشد افراد مبتلا به علائم اختلالات خوردن و کسانی که بیشترین علائم را داشتند، بخش‌های ضعیف اقتصادی_اجتماعی بودند (۱۴). اختلالات خوردن در میان جمعیت‌های محروم، شامل محرومیت‌هایی نظیر ناامنی غذایی، فقر فرهنگی محله زندگی، کمبود منابع جامعه، وضعیت اقتصادی پایین خانواده، و آموزش ضعیف، افزایش یافته است (۱۵). وضعیت اجتماعی و اقتصادی، به‌ویژه در جوامع محروم و گروه‌های اقلیت، خطر توسعه اختلالات خوردن را افزایش می‌دهد. عوامل فرهنگی نیز نقشی کلیدی در بروز اختلالات غذایی دارند. عوامل خطر اختلالات خوردن، از نظر فرهنگی و قومی ممکن است به‌طور معنی‌داری متفاوت باشند و به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و تجربه تبعیض یا بیگانگی در محیط‌های مختلف ظهور کنند (۱۶).

همانطور که ذکر گردید، پرخوری عصبی می‌تواند به دلیل عواملی چون تنش و استرس بروز پیدا کند. شواهد قوی نشان داده‌اند که قرار گرفتن فرد در معرض استرس‌های مختلف، از اصلی‌ترین عامل‌های خطر اختلالات پرخوری عصبی و پرخوری هستند؛ و هرچه این استرس ادراک شده بیش‌تر باشد، این احتمال خطر نیز به مراتب بیش‌تر خواهد بود. همچنین مستند شده است که سطح اضطراب و استرس، در میان افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی در بیشترین حد است (۱۷) و این افراد عمدتا در پاسخ به شرایط پراسترس، با پرخوری عصبی پاسخ می‌دهند. پرستاران به سبب عواملی نظیر پیچیدگی وظایفشان و ساعات کاری طولانی، استرس شغلی فراوانی را تجربه می‌کنند؛ در نتیجه بیشتر در معرض اختلال پرخوری عصبی قرار دارند (۱۸). استرس

شغلی به استرس‌های عاطفی، شناختی، رفتاری و روانی اشاره دارد و موقعی که منابع فرد برای برآوردن تقاضای یک موقعیت ناکافی است ایجاد می‌شود و می‌تواند پیامدهای بسیاری را در پی داشته باشد (۱۹، ۲۰). با توجه به افزایش شیوع اختلال پرخوری عصبی و همایندی آن با سایر اختلالات روانشناختی و تاثیرات نامطلوب آن؛ لزوم انجام مطالعات در این حوزه بیش از پیش احساس می‌شود و با توجه به اینکه پژوهش‌های معدودی به بررسی اختلال پرخوری عصبی و استرس شغلی به خصوص در پرستاران پرداخته‌اند، و به منظور تکمیل خلاهای موجود، پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری تأثیر استرس شغلی بر اختلال پرخوری عصبی با نقش میانجی هوش هیجانی پرستاران انجام گرفت.

روش کار

پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری (Structural Equation Modeling) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را، کلیه پرستاران بیمارستان‌های علوم پزشکی شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ تشکیل می‌دادند. با توجه به پژوهش‌های پیشین و بر اساس جدول مورگان (۱۹۷۰)، تعداد نمونه ۳۳۵ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری مورد استفاده، از نوع چند مرحله‌ای بود؛ به این صورت که در مرحله‌ی اول، از بین بیمارستان‌های علوم پزشکی تبریز که ۱۳ بیمارستان هستند، ۵ بیمارستان به نام‌های شهدا، سینا، الزهرا، طالقانی و شهید مدنی به روش تصادفی ساده انتخاب شدند؛ و در مرحله‌ی دوم، گروه‌های مجازی پرستاران این بیمارستان‌ها شناسایی و پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در اختیار آنان قرار گرفت. آنها نیز به شکل داوطلبانه و با اطمینان کامل از اینکه اطلاعاتشان محرمانه خواهد بود، در پژوهش شرکت کردند. از بین بیمارستان‌های مذکور، به ترتیب تعداد ۹۱، ۴۷، ۴۴، ۵۴ و ۹۹ پرسشنامه تکمیل گردید.

از معیارهای ورود به این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: کادر درمانی شاغل، بودن در بازه‌ی سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، دارا بودن شاخص توده‌ی بدنی بالاتر از ۲۵، علاقه‌مندی و تمایل به شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال شدید روانشناختی همزمان، بود. مخدوش بودن پرسشنامه‌ها و قرار داشتن در خارج از بازه‌ی سنی و شاخص توده‌ی بدنی تعیین شده نیز از جمله ملاک‌های خروج از این پژوهش بودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

در پژوهش حاضر علاوه بر اطلاعات دموگرافیکی که شامل سن، جنسیت، تحصیلات، سابقه‌کاری، وضعیت تأهل و استخدامی بود، از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه استرس پرستاری (Nursing Stress Scale)

این پرسشنامه توسط Anderson و Gray Taft در سال ۱۹۸۱ طراحی شده است که ۳۴ سؤال دارد و میزان استرس شغلی پرستاران را مشخص می‌کند (۱). این پرسشنامه میزان استرس پرستاران را در هفت مؤلفه شامل درگیری با پزشکان، تعارض با دیگر پرستاران، عدم آمادگی‌کافی، رنج و مرگ بیمار، فشار کاری، فقدان حمایت و عدم اطمینان درباره درمان می‌سنجد. هر گویه براساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت، از نمره صفر برای "هرگز" تا نمره‌ی سه برای "خیلی زیاد" نمره‌گذاری می‌شود. در نتیجه، حداکثر نمره در این پرسشنامه، ۱۰۲ و حداقل نمره، ۳۴ است (۲۱). پایایی بازآزمون این پرسشنامه توسط Lee, Holzemer & Faucett (2007)، ۰/۸۱ گزارش شده است؛ و نیز پایایی با روش همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۲).

مقیاس رفتار پرخوری گورمالی (Gormali Bing Eating Behavior Scale)

مقیاس پرخوری Gormali, Black, Duston & Radin (1982) شامل ۱۶ گویه است و شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی را اندازه‌گیری می‌کند و شامل ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری اختلال پرخوری است (۲۳). گویه‌های این پرسشنامه، به این صورت نمره گذاری می‌شوند: روی یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای، نمره‌ها برای گزینه‌های الف تا د، در سوالات ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴و ۱۵ از صفر تا سه؛ برای سوال ۱ به صورت صفر، صفر، یک، سه است؛ در سوال ۳ به صورت صفر، یک، سه، سه است؛ در سوال ۴ به صورت صفر، صفر، صفر، دو است؛ در سوال ۱۳ به صورت صفر، صفر، صفر، دو است؛ در سوال ۷ به صورت صفر، دو، سه، سه و در یک طیف لیکرت سه درجه‌ای، نمره‌ها برای گزینه‌های الف تا ج، در سوال ۶ به صورت صفر، یک، سه و برای سوال ۱۶، به صورت صفر، یک و دو است. نمره کلی بین صفر تا ۴۶ متغیر است، که کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری، و نمرات بالاتر از آن، شدت این اختلال را نشان می‌دهند (۲۴).

مولودی و همکاران در مطالعه‌ای خصوصیات روانسنجی نسخه ایرانی این مقیاس را بررسی کرده و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۵ و روایی میزان حساسیت آزمون را ۰/۸۵گزارش کرده‌اند و آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و پس از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است (۲۵) .

پرسشنامه هوش هیجانی(Emotional Intelligence Scale)

این مقیاس توسط Siberia Shring در سال ۱۹۹۶ طراحی شده است؛ که ۵ مؤلفه هوش هیجانی که شامل خودکنترلی، خودانگیزی، خودآگاهی، مهارت‌های اجتماعی و هوشیاری اجتماعی است را می‌سنجد (۲۶). این مقیاس دارای ۳۳ سؤال است و در طیف لیکرت پنج درجه‌ای تنظیم شده است که از ۱ برای "هیچ وقت" تا ۵ برای "همیشه" نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌گذاری معکوس نیز وجود ندارد. کمترین نمره در آن مقیاس، ۳۳ و بیشترین نمره آن ۱۶۵ است (۶). این آزمون در ایران توسط منصوری (۱۳۸۰) هنجاریابی شده و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ به دست آمده است (۲۷).

داده‌های به دست آمده با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با کمترین مربعات جزئی (Partial Least Square) و از طریق نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS و نسخه ۳ نرم‌افزار SMART PLS، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج

در این پژوهش تعداد ۳۳۵ نفر شرکت کردند که از بین آنها ۲۳٪ زن و۷۷٪ مرد بودند، از نظر تاهل، ۴۵/۱٪ آنها مجرد، ۵۲/۵٪آنها متاهل، و ۲/۴٪ در سایر حالات قرار داشتند. از نظر تحصیلات ۸۲/۸٪ آنها در مقطع کارشناسی، ۱۵/۶٪ آنها کارشناسی ارشد و ۱/۶٪ آنها در مقطع دکتری بودند. از نظر وضعیت استخدامی نیز ۲۳/۸٪ آنها پیمانی، ۹/۸٪ شرکتی، ۲۶٪/۲ قراردادی و ۴۰/۲٪ رسمی بودند.

بر اساس تحلیل‌های انجام گرفته، چون قدر مطلق بارهای عاملی استاندارد شده‌ی تمامی گویه‌های پژوهش بزرگتر از ۰/۵ بوده و حداقل در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند، بنابراین تمامی گویه-های پرسشنامه‌ها از اعتبار کافی برخوردار هستند. همچنین بر اساس تحلیل‌های انجام گرفته، چون مقدار VIF هیچ کدام از گویه‌ها بزرگتر از ۵ نیست، برای آزمون مدل پژوهش، مشکل همخطی چندگانه وجود ندارد. جدول ۱، پایایی ترکیبی (Composite reliability)، آلفای کرونباخ و شاخص میانگین واریانس تبیین شده (Average Variance Extracted) را برای متغیرهای تحقیق نشان می‌دهد.

جدول ۱. نتایج بررسی اعتبار متغیرهای پژوهش

متغیر	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	میانگین واریانس تبیین شده
اختلال پرخوری عصبی	۰/۹۰۵	۰/۹۱۹	۰/۵۲۳
درگیری با پرستاران	۰/۸۴۵	۰/۸۸۷	۰/۶۱۲
درگیری با پزشکان	۰/۷۱۸	۰/۸۱۵	۰/۵۸۲
رنج و مرگ بیمار	۰/۸۷۶	۰/۸۹۲	۰/۵۴۷
عدم آمادگی کافی	۰/۷۶۲	۰/۸۱۴	۰/۵۹۴
عدم اطمینان در مورد درمان	۰/۸۰۳	۰/۸۶۰	۰/۵۵۳
فشارکاری	۰/۷۹۶	۰/۸۵۶	۰/۵۰۵
فقدان حمایت	۰/۷۰۳	۰/۸۳۳	۰/۶۲۴
هوش هیجانی	۰/۸۷۸	۰/۸۷۰	۰/۵۱۸

باتوجه به اطلاعات موجود در جدول، اعتبار ابزارهای اندازه‌گیری و سازه‌های پژوهش مورد تایید می‌باشد. جدول شماره ۲ ضرایب همبستگی پیرسون و شاخص روایی منفک را نشان می‌دهد. قطر اصلی این ماتریس، ریشه‌ی دوم میانگین واریانس تبیین شده را نشان می‌دهد.

جدول۲. ضرایب همبستگی پیرسون و شاخص روایی منفک

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- پرخوری عصبی	۰/۶۵۰								
۲- درگیری با پرستاران	۰/۲۹۸	۰/۷۸۲							
۳- درگیری با پزشکان	۰/۱۸۴	۰/۷۱۶	۰/۶۹۴						
۴- رنج و مرگ بیمار	۰/۲۷۲	۰/۴۱۷	۰/۵۵۲	۰/۷۴۰					
۵- عدم آمادگی کافی	۰/۲۷۷	۰/۴۳۶	۰/۴۷۹	۰/۶۶۴	۰/۷۷۱				
۶- عدم اطمینان در مورد درمان	۰/۱۹۴	۰/۵۸۸	۰/۶۴۶	۰/۶۲۹	۰/۶۹۷	۰/۷۴۳			
۷- فشار کاری	۰/۱۵۲	۰/۶۵۲	۰/۶۴۳	۰/۵۲۵	۰/۵۸۹	۰/۷۲۵	۰/۷۱۱		
۸- فقدان حمایت	۰/۲۴۶	۰/۴۴۸	۰/۴۶۹	۰/۵۷۱	۰/۶۱۶	۰/۵۶۰	۰/۴۷۱	۰/۷۹۰	
۹- هوش هیجانی	-۰/۳۹۵	-۰/۳۹۹	-۰/۳۱۸	-۰/۲۲۵	-۰/۳۲۶	-۰/۲۷۰	-۰/۳۱۴	-۰/۴۶۲	۰/۴۶۷

با توجه به جدول فوق، مقادیر موجود بر روی قطر اصلی دارای بیشترین مقدار ستون است. در نتیجه روایی سازه‌ها نیز مورد تایید می‌باشد.

در تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری با کمترین مربعات جزئی که با نرم‌افزار PLS انجام می‌شود، معمولا شاخص‌های GOF، SRMR، RMS_theta و NFI برای نیکویی برازش مدل گزارش می‌شوند. محدوده‌ی مجاز این شاخص‌ها به ترتیب، ۰/۳۶< ، ۰/۱< ، ۰/۱۲< و ۰/۷< هستند. با توجه به اینکه مقادیر شاخص‌های فوق در پژوهش حاضر به ترتیب، ۰/۴۲۹، ۰/۰۹۲، ۰/۰۹۶ و ۰/۸۲۸ هستند که در محدوده‌ی مجاز قرار می‌گیرند، لذا مدل مورد استفاده در این پژوهش مدل مناسبی می‌باشد.

نتایج آزمون فرضیه‌های تحقیق، در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که فرضیه‌های ۱، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۵ ($p<۰/۰۱$) معنادار هستند، زیرا آماره t آنها بزرگتر از ۲/۵۸ است و فرضیه‌های۳، ۴، ۸، ۱۴ نیز معنادار هستند ($p<۰/۰۵$)، زیرا آماره‌ی t آنها بزرگتر از۱/۹۶ است؛ اما فرضیات ۲ و ۱۲ رد می‌شوند ($p>۰/۰۵$). اعتبار مدل با استفاده از ضریب تعیین (R^2) مشخص شده است. میزان این ضریب برای متغیر «هوش هیجانی» برابر با ۰/۳۸۲ است. این بدان معناست که ۳۸/۲٪ تغییرات هوش هیجانی از طریق تغییرات متغیرهای درگیری با پرستاران، درگیری با پزشکان، رنج و مرگ بیمار، فشار کاری، عدم اطمینان در مورد درمان، عدم آمادگی کافی و فقدان حمایت تبیین می‌شود. همچنین میزان ضریب تعیین متغیر وابسته- ی «اختلال پرخوری عصبی» برابر با ۰/۸۳۸ است؛ یعنی ۸۳/۸٪ تغییرات «اختلال پرخوری عصبی» از طریق تغییرات متغیرهای درگیری با پرستاران، درگیری با پزشکان، رنج و مرگ بیمار، فشار کاری، عدم اطمینان درمورد درمان، عدم آمادگی کافی، فقدان حمایت و هوش هیجانی تبیین می‌شود

برای آزمون معناداری اثر غیرمستقیم استرس شغلی روی متغیر «اختلال پرخوری عصبی» از طریق متغیر میانجی «هوش هیجانی»، از آزمون سوبل استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول ۴ آورده شده است.

.

جدول۳. ضرایب مسیر، آماره t و نتایج فرضیه‌های تحقیق

شماره فرضیه	فرضیه‌های تحقیق	ضریب تاثیر (β)	آماره t	P-Value	ضریب تعیین	نتیجه
۱	تاثیر «درگیری با پرستاران» روی «هوش هیجانی»	۰/۲۵۹	۲/۶۸۷**	۰/۰۰۷		تایید
۲	تاثیر «درگیری با پزشکان» روی «هوش هیجانی»	۰/۰۳۱	۰/۲۵۹	۰/۷۹۶		رد
۳	تاثیر «رنج و مرگ بیمار» روی «هوش هیجانی»	-۰/۲۳۳	۲/۳۰۲*	۰/۰۱۳		تایید
۴	تاثیر «عدم آمادگی کافی» روی «هوش هیجانی»	۰/۲۲۷	۲/۳۰۲*	۰/۰۱۳	۰/۳۸۲	تایید
۵	تاثیر «عدم اطمینان درمورد درمان» روی «هوش هیجانی»	-۰/۲۹۲	۲/۷۷۴**	۰/۰۰۴		تایید
۶	تاثیر «فشار کاری» روی «هوش هیجانی »	۰/۲۷۸	۲/۸۱۰**	۰/۰۰۲		تایید
۷	تاثیر «فقدان حمایت» روی «هوش هیجانی»	۰/۳۹۹	۵/۶۶۹**	<۰/۰۰۱		تایید
۸	تاثیر «درگیری با پرستاران» روی «اختلال پرخوری عصبی»	۰/۲۸۷	۲/۵۱۹*	۰/۰۱۲		تایید
۹	تاثیر «درگیری با پزشکان» روی «اختلال پرخوری عصبی»	-۰/۲۴۳	۲/۵۹۴**	۰/۰۰۹		تایید
۱۰	تاثیر «رنج و مرگ بیمار» روی «اختلال پرخوری عصبی»	۰/۲۲۲	۳/۱۸۳**	۰/۰۰۲		تایید
۱۱	تاثیر «عدم آمادگی کافی » روی «اختلال پرخوری عصبی»	۰/۲۴۱	۲/۶۱۵**	۰/۰۰۶	۰/۸۳۸	تایید
۱۲	تاثیر «عدم اطمینان درمورد درمان» روی «اختلال پرخوری عصبی»	-۰/۰۹۰	۰/۸۹۲	۰/۳۲۷		رد
۱۳	تاثیر « فشارکاری » روی «اختلال پرخوری عصبی»	-۰/۳۰۱	۲/۷۹۶**	۰/۰۰۳		تایید
۱۴	تاثیر «فقدان حمایت» روی «اختلال پرخوری عصبی»	-۰/۲۸۳	۲/۰۱۷*	۰/۰۳۹		تایید
۱۵	تاثیر « هوش هیجانی » روی «اختلال پرخوری عصبی»	۰/۳۳۵	۵/۲۹۷**	<۰/۰۰۱		تایید

*|t|>۱/۹۶ نشان‌دهنده‌ی معناداری در سطح۰/۰۵ است.

** |t|> ۲/۵۸ نشان‌دهنده‌ی معناداری در سطح ۰/۰۱ است.

بحث

نتایج نشان داد که تمامی متغیرهای استرس شغلی، به غیر از متغیرهای درگیری با پزشکان و عدم اطمینان در مورد درمان، تاثیر مستقیم معنادار بر اختلال پرخوری عصبی دارند. همچنین تمامی متغیرهای استرس شغلی، به غیر از متغیر درگیری با پزشکان، اثر غیرمستقیم معناداری بر اختلال پرخوری عصبی دارند. پژوهش‌های Santoniccolo & Rollè و Peleg و همکاران، نشان دادند که پریشانی عاطفی، یک پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم برای اختلالات خوردن است؛ و افزایش حساسیت به پریشانی عاطفی، از جمله استرس محل کار، آسیب‌پذیری نسبت به اختلال پرخوری عصبی را افزایش می‌دهد (۲۸، ۲۹). با توجه به پژوهش‌های فوق و با توجه به استرس شغلی بالای پرستاران، آنان بیشتر در معرض اختلال پرخوری عصبی قرار دارند. طبق پژوهش آبرهه و همکاران، اگرچه استرس شغلی در همه حرفه‌ها ظاهر می‌شود، اما مشاغل مرتبط با انسان با سطوح بالایی از استرس همراهند (۳۰).

پژوهش Bartone & Tripp، نشان می‌دهد از آنجا که استرس یک عنصر زمینه‌ساز اختلالات خوردن است؛ علائم اختلالات خوردن می‌توانند از طریق رویکردهای مقابله با استرس کاهش یابند (۱۷).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت‌که با توجه به پژوهش‌های ذکر شده، استرس شغلی، نقش تعیین‌کننده‌ای در اینکه افراد در معرض اختلالات خوردن قرار گیرند یا خیر، دارد و هر چه میزان آن در افراد بالاتر باشد، به احتمال بیشتری به اختلال پرخوری عصبی مبتلا خواهند گردید.

از نتایج دیگر این پژوهش، اثر مستقیم معنادار هوش هیجانی بر اختلال پرخوری عصبی است. پژوهش شاهی و همکاران، نشان داد که هرچه هوش هیجانی بیشتر باشد، پرخوری عصبی کمتر است (۳۱). همچنین پژوهش‌های فیروزجاه و همکاران و محمدی مقدم و همکاران نشان دادند که اختلالات خوردن بالا و هوش هیجانی پایین با یکدیگر همبستگی دارند. علاوه بر این نشان دادند که نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجان، قادر به پیش‌بینی

اختلال پرخوری هستند و شناسایی و درمان زودهنگام آنها می‌تواند به کاهش اختلال پرخوری کمک کند (۳۲، ۳۳)

پژوهش‌های Thompson & Martin-Wagar و Kilby، نشان می‌دهند که پرداختن به مسئله تنظیم هیجان در مراحل اولیه درمان برای همه افراد مبتلا به اختلالات خوردن، از اهمیت برخوردار است. مشکلات تنظیم هیجان به خصوص در افرادی که در کودکی مورد بدرفتاری قرارگرفته‌اند، وجود دارد که موجب ایجاد الگوهای غذایی مختل می‌شود. درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجانات بر بهبود پرخوری عصبی و اضطراب، افسردگی و دشواری تنظیم هیجان مؤثر هستند (۳۴، ۳۵)

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلالات خوردن آگاهی‌کمتری از هیجانات خود دارند. آنها در نیمی از دوره‌های پرخوری، در تلاش برای کنار آمدن با هیجانات خود هستند؛ و استراتژی‌های ناکارآمد تنظیم هیجان در آنها، آنان را برای کنار آمدن با احساسات منفی، به سمت خوردن سوق می‌دهد (۳۶). باتوجه به پژوهش‌های ذکر شده، افراد برخوردار از هوش هیجانی پایین‌تر، بیشتر دچار اختلال پرخوری عصبی می‌شوند؛ زیرا این افراد از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد بهره می‌گیرند.

از نتایج دیگر این پژوهش، اثر مستقیم استرس شغلی بر هوش هیجانی است. پژوهش‌های مظلومی و همکاران و چراغی و همکاران، نشان دادندکه هوش هیجانی بر کاهش استرس شغلی تأثیر معنادار و مستقیمی دارد (۳۷، ۳۸).

در تبیین یافته‌های ذکر شده می‌توان گفت، با توجه به پژوهش‌های بیان گردیده، استرس شغلی و هوش هیجانی با یکدیگر ارتباط غیر مستقیمی دارند، در نتیجه هر چه میزان هوش هیجانی بالاتر باشد، استرس شغلی کمتر است. به کارگیری و آموختن مهارت هوش هیجانی می‌تواند از میزان استرس شغلی افراد به میزان قابل توجهی بکاهد. همچنین افراد این امکان را می‌یابند که در شرایط پراسترس، عملکرد مطلوب‌تری داشته باشند.

علی رغم مناسب بودن حجم نمونه‌ی مورد مطالعه‌ی پژوهش، نمونه‌ی بیشتر می‌تواند قدرت آماری و تعمیم پذیری پژوهش را افزایش دهد. محدودیت دیگر، عدم‌دسترسی حضوری به شرکت کنندگان و امکان نمونه‌گیری تصادفی بود؛ همچنین می‌توان به مقطعی بودن پژوهش حاضر اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

در حالت کلی، نتایج این پژوهش، بینش‌های ارزشمندی را در خصوص اینکه هوش هیجانی، رابطه بین استرس شغلی و اختلال پرخوری عصبی را میانجی‌گری می‌کند ارائه می‌دهد. نتایج پژوهش نشان داد که استرس شغلی، نه تنها به طور مستقیم با اختلال پرخوری عصبی در ارتباط است، بلکه به طور غیر مستقیم و از طریق هوش هیجانی به عنوان میانجی نیز می‌تواند بر اختلال پرخوری عصبی تاثیرگذار باشد. در واقع وجود استرس شغلی بالای پرستاران، می‌تواند باعث کاهش هوش هیجانی آنان گردد، که این موضوع می‌تواند منجر به کاهش توانایی پرستاران در تنظیم و کنترل هیجاناتشان گردد. در نتیجه‌ی این مساله، آسیب‌پذیری آنان در برابر اختلال پرخوری عصبی افزایش می‌یابد. بنابراین، اجرای آموزش‌ها و درمان‌هایی که میزان استرس شغلی را کاهش می‌دهند و منجر به ارتقای توانایی‌های شناخت، کنترل و تنظیم هیجانات، یا به عبارت دیگر ارتقای هوش هیجانی می‌گردند، می‌توانند احتمال ابتلای پرستاران به اختلال پرخوری عصبی را کاهش دهند. علاوه بر این با توجه به شیوع بالاتر اختلالات خوردن و به طور ویژه، اختلال پرخوری عصبی در زنان و اهمیت جنسیت در این اختلالات، پژوهش‌های آتی تفاوت‌های جنسیتی را نیز درنظر داشته و تجزیه و تحلیل نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمام پرستاران گرانقدری که در این پژوهش شرکت داشته اند اعلام می‌داریم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

حمایت مالی

برای انجام پژوهش حاضر حمایت مالی دریافت نگردیده است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای گواهی تایید کمیته اخلاق در پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1402.181 می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

رعنا پیغامی: طراحی موضوع پژوهش، گردآوری داده‌ها و نگارش مقاله.

رضا شاهی: نظارت بر جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، اصلاح و تایید نهایی.

References

1. Farhangian S, Mihandoost Z, Ahmadi V. The comparative effect of cognitive behavioral and emotion regulation based therapy on general health reduction of aggression and occupational stress of nurses. Ibn Sina Journal of Nursing and Midwifery Care. 2021;30(1):52-62. (in Persian)
2. Raeisi S, Heidari H, Sedhi M, Forouzandeh N, Masoudi R. The effect of Benson's relaxation programs and progressive muscle relaxation on the emotional arousal of intensive care unit nurses: a clinical trial study. Journal of Nursing and Midwifery. 2019;8(3):414-22. (in Persian)
3. Afkari F, Haji Hashemi M. The relationship between emotional and generalized anxiety disorders, social skills and self-control. Journal of Movement and Behavioral Sciences. 2021;4(2):151-61. (in Persian)
4. Nemati Jahan N, Banisi P, Vatan Khah HR. Prediction of life satisfaction based on emotional intelligence, spiritual intelligence and mental health of couples. Journal of Applied Family Therapy. 2021;4(5):397-408. (in Persian)
5. Saikia M, George LS, Unnikrishnan B, Nayak BS, Ravishankar N. Thirty years of emotional intelligence: A scoping review of emotional intelligence training programme among nurses. International Journal of Mental Health Nursing. 2024;33(1):37-51.
6. Yari M, Foroughi A, Rasouli MA, Rezagholi P. Investigating the relationship between emotional intelligence and job burnout and quality of life in operating room nurses. Journal of Paramedical Sciences and Military Health. 2021;16(1):1-8. (in Persian)
7. Parsamanesh F, Kraskian A, Hokmi M, Ahadi H. The effectiveness of Gross's emotion regulation model on the tolerance of emotional disturbance. Scientific Research Journal of Psychological Methods and Models. 2017;8(9):23-52. (in Persian)
8. Chester MA, Viranda T, Kaye WH, Berner LA. Evaluating the predictions of an interoceptive inference model of bulimia nervosa. Journal of Eating Disorders. 2024;12(1):57.
9. Zarabi SH, Tabatabaeinejad FS, Latify Z. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and self-healing on the distress tolerance of women with bulimia nervosa. Journal of Behavioral Science Research. 2021;19(2):369-80. (in Persian)
10. Asghari A, Aghili SM. The role of mediators of self-compassion in relationship to eating prevention and self-injurious behaviors in girls. Journal of Psychological Methods and Models. 2022;13(47):117-28. (in Persian)
11. Zheng L, Wang Y, Ma J, Wang M, Liu Y, Li J, et al. Machine learning research based on diffusion tensor images to distinguish between anorexia nervosa and bulimia nervosa. Frontiers in Psychiatry. 2024;14:1326271.
12. Kocsis-Bogar K, Ossege M, Aigner M, Wancata J, Friedrich F. Caregivers' depressive symptoms and eating disorder severity in adults with anorexia and bulimia nervosa. International Journal of Social Psychiatry. 2024; online first:00207640241280159.
13. Hartmann S, Timm C, Barnow S, Rubel JA, Lalk C, Pruessner L. Web-based cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa: A randomized clinical trial. JAMA Network Open. 2024;7(7):e2419019.
14. Botelho E. (Master's thesis). Eating disorder symptoms in transgender adults: Examining the impact of gender dysphoria and minority stress on eating disorder symptomatology. Birmingham: University of Alabama at Birmingham; 2023.
15. Mikhail ME. (PhD dissertation). Disadvantage and disordered eating: Examining phenotypic and genotype × environment associations across development. East Lansing: Michigan State University; 2024.
16. Guo J. (Dissertation). Eating disorders among ethnic minoritized adolescents and young adults: A narrative review on biological and cultural risk factors. 2025.
17. Bartone PT, Tripp KH. Stress, hardiness and eating disorder symptoms in military academy cadets. Eating Disorders. 2024;1-24.
18. Lioka E, Moschovi M, Koutelekos I, Baka M, Polychronopoulou S, Petsios K, et al. Assessment of pediatric oncology nurses' occupational stress: A comparative study. International Journal of Caring Sciences. 2022;15(1).

19. Glawing C, Karlsson I, Kylin C, Nilsson J. Work-related stress, stress reactions and coping strategies in ambulance nurses: A qualitative interview study. Journal of Advanced Nursing. 2024;80(2):538-49.
20. Yosef B, Berhe YW, Fentie DY, Getahun AB. Occupational stress among operation room clinicians at Ethiopian university hospitals. Journal of Environmental and Public Health. 2022;2022:2077317.
21. Rahnama N, Bakhtiarpour S, Bavi S, Jayervand H, Dashtbozorgi Z. Presenting a causal model of the quality of working life based on occupational stress and emotional intelligence with the mediation of fatigue in single nurses in Ahvaz city. Journal of Nursing Education. 2021;10(4):49-62. (in Persian)
22. Niknam M. The effectiveness of Luthans' psychological capital intervention on occupational stress and job toughness of nurses. Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology. 2021;22(3):107-19. (in Persian).
23. Niko Seresht T, Shomali Oskuii A. Presenting a structural model for predicting bulimia nervosa based on stress and emotional regulation with the mediation of dissociation of mind. Roiesh Psychology Journal. 2021;10(6):63-74. (in Persian)
24. Badagi E, Hasani J, Moradi AR. Activity of behavioral brain systems in patients with binge eating disorder, addiction and normal people. Journal of Neuropsychology. 2016;2(3):7-24. (in Persian)
25. Haji Seyyed Taghavi ZS, Poorsharifi H, Meschi F, Hasanabadi HR, Rezaii M. The role of childhood traumatic experiences in predicting binge eating disorder with the mediation of early maladaptive schemas. Journal of Sciences and Food Industries of Iran. 2021;16(2):131-40. (in Persian)
26. Salibi J. The relationship between personality traits and emotional intelligence with tendency to commit crimes in female prisoners aged 18 to 40 in Tehran. Woman Research Paper. 2022;13(39). (in Persian)
27. Vosoughi SH, Davari M, Ebrahimi H, Abolghasemi J, Talebi M. Investigation of the relation between emotional intelligence and job stress with the safety behavior of licensees in one of the oil industries. Occupational Health Engineering Journal. 2022;9(1):29-36. (in Persian).
28. Santoniccolo F, Rollè L. The role of minority stress in disordered eating: A systematic review of the literature. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2024;29(1):41.
29. Peleg O, Idan M, Katz R. Exploring the relationship between binge eating and differentiation of self: The mediating role of emotional distress and work stress. Frontiers in Nutrition. 2024;11:1368995.
30. Aberhe W, Mariye T, Bahrey D, Hailay A, Mebrahtom G, Zereabruk K, et al. Job stress among nurses in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2024;100661.
31. Shahi R, Peighami R, Mohammadi Delband S, Hojjati A. Prediction of bulimia nervosa based on personality traits with the mediation of emotional intelligence in nurses. Iranian Journal of Health Psychology. 2024;7(2):33-44.
32. Firouzjah MH, Hower H, Shahrbanian S. Associations between physical activity, mental health concerns, eating disorder symptoms, and emotional intelligence in adolescent athletes transitioning from COVID-19. Journal of Eating Disorders. 2024;12(1):2.
33. Moghaddm M, Goodarzi MA, Imani M. Prediction of binge-eating disorder based on symptoms of depression, emotion regulation, and psychological flexibility in women with type 2 diabetes. Journal of Tolooebehdasht. 2022. (in Persian)
34. Thompson CJ, Martin-Wagar CA. Cognitive flexibility and emotion regulation in eating disorder patients with comorbid generalized anxiety and posttraumatic stress symptoms. Research Square. 2024.
35. Kilby R. Effects of emotional intelligence and social support on the relationship between childhood maltreatment and disordered eating. 2024.
36. Shaker NM, Azzam LA, Zahran RM, Hashem RE. Frequency of binge eating behavior in patients with borderline personality disorder and its relation to emotional regulation and impulsivity. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2022;27(7):2497-2506.
37. Mazloomi E, Dortaj F, Asgari M, Molaii H. Predicting occupational stress based on organizational climate, emotional intelligence and personality types. Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences. 2022;65(4):1402-10. (in Persian)
38. Heraghi R, Almasi L, Alinejad V, Jasemi M, Eghtedar S. Investigating the relationship between emotional intelligence and job performance and job stress in nurses working in educational and medical centers in Urmia in 2022. Journal of Nursing and Midwifery. 2023;21(7):575-88. (in Persian)

Structural Modeling of the Effect of Occupational Stress on Bulimia Nervosa Disorder with the Mediating Role of Nurse's Emotional Intelligence

Received: 19 Feb 2025 Accepted: 11 May 2025

Reza Shahi [1], Raana Peighami [2*]
1. Assistant Professor, Department of Statistics, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran 2. PhD Student, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Abstract

Introduction: Due to the pressures, stresses, and work-related tensions experienced by nurses, binge eating disorder is becoming increasingly common among them. This study aimed to structurally model the impact of occupational stress on binge eating disorder, with emotional intelligence playing a mediating role among nurses.

Materials and Methods: The research method employed in this study was descriptive-Analytical, based on Structural Equation Modeling with partial least squares. The statistical population of this study consisted of all nurses working in medical science hospitals in Tabriz in the year 2022. A total of 335 participants were selected using the multi-stage sampling method. The research tools included the Anderson and Gray Taft (1981) Nursing Stress Questionnaire, the Gormali et al. (1982) Binge Eating Behavior Scale, and the Shring (1996) Emotional Intelligence Questionnaire. Structural equation modeling with partial least squares was employed to analyze the data utilizing Smart PLS 3 software and SPSS version 26.

Results: The results showed that there is a significant positive relationship between occupational stress and Bulimia Nervosa (P-value<0.05). Moreover, there is a significant negative relationship between emotional intelligence and Bulimia Nervosa (P-value<0.001). In addition, a significant negative relationship was found between occupational stress and emotional intelligence (P-value<0.05).

Conclusion: Occupational stress and emotional intelligence influence binge eating disorder. Based on these results, it is recommended that training in reducing occupational stress and increasing emotional intelligence be considered in interventions aimed at decreasing binge eating disorder.

Keywords: Bulimia nervosa, Occupational stress, Emotional intelligence, Nurses

***Corresponding Author:** PhD Student, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
Email: raana.peighamy@iau.ac.ir **Tel:** +989032616490 **Fax:** _