

# بررسی رابطه ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک با فرسودگی شغلی در پرستاران

محمد رضا خدابخش<sup>۱</sup> پروین منصوری<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تهران

مجله پزشکی هرمزگان سال شانزدهم شماره دوم خرداد و تیر ۹۱ صفحات ۱۶۱-۱۵۱

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک با فرسودگی شغلی در پرستاران انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی روی نمونه ۱۹۰ نفری شامل ۷۸ مرد و ۱۱۲ زن از دانشجویان رشته پرستاری مشغول به تحصیل در دانشگاههای تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹؛ که با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند، انجام گرفت. اجرای پژوهش با استفاده از پرسشنامه فرسودگی شغلی تدیم و مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20) انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نگرارش ۱۸ و از روش‌های آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون انجام گرفت.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد سطوح فرسودگی شغلی از میان متغیرهای دموگرافیک با سن و سطح تحصیلات همبستگی مثبت و با طبقه اجتماعی - اقتصادی همبستگی منفی معنی‌دار دارد ( $P < 0/05$  و  $r = -0/23$ ). ناگویی خلقی با سطوح فرسودگی شغلی پایین ( $r = 0/28$ )؛ و سطوح فرسودگی شغلی بالا دارای همبستگی مثبت و معنی‌دار است ( $r = 0/23$ ). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد فرسودگی شغلی توسط متغیرهای دموگرافیک سن، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی - اقتصادی پیش‌بینی می‌گردد ( $P = 0/001$ ). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد فرسودگی شغلی توسط ابعاد دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی پیش‌بینی می‌گردد ( $P = 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک در فرسودگی شغلی مهم هستند و این عوامل میزان بالایی از تغییرپذیری فرسودگی شغلی را تبیین می‌نمایند. ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک از عوامل مستعدکننده در فرسودگی شغلی بوده و نیازمند توجه بیشتری در تحقیقات بالینی هستند.

**کلیدواژه‌ها:** دموگرافی - فرسودگی - پرستاران

نویسنده مسئول:  
محمد رضا خدابخش  
دانشگاه روانشناسی دانشگاه تهران  
تهران - ایران  
تلفن: ۰۲۱ ۸۸۱۰۵۰۰  
پست الکترونیکی:  
khodabakhsh@ut.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۹/۷/۲۱ اصلاح نهایی: ۹۰/۲/۷ پذیرش مقاله: ۹۰/۳/۲۱

## مقدمه:

احساسات هنگامی است که فرد نمی‌تواند آنچه را که به لحاظ هیجانی احساس کرده، بیان کند. جهت‌گیری تفکر بیرونی زمانی رخ می‌دهد که فرد تمایل به تفکر درباره امور به صورت بیرونی و در تضاد با جهت‌گیری تفکر درونی دارد (۱۲، ۱۶، ۱۹). ناگویی خلقی به عنوان اختلال تنظیم عواطف با دفاع‌های اولیه، سبک‌های کنار آمدن غیرانطباقی، آسیب‌پذیری در برابر استرس و نشانه‌های روانی بدنی پیوند می‌یابد (۳، ۴، ۲۰). افراد با ناگویی خلقی سطوح کمتری از همدلی را نشان می‌دهند (۲۱). تحقیقات

سیفنتوس ناگویی خلقی را (۴-۱) به عنوان افرادی با نشانه‌های روانی بدنی که قادر به شناسایی و بیان هیجانات نیستند، تعریف می‌کند (۵-۹). ناگویی خلقی دارای سه ویژگی اصلی مشکل در شناسایی احساسات توصیف احساسات و سبک‌های جهت‌گیری تفکر بیرون است (۱۸-۱۰، ۱۵). مشکل در شناسایی احساسات زمانی رخ می‌دهد که فرد در تمایز میان احساسات دچار پریشانی می‌شود. مشکل در توصیف

## روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران و دانشجویان رشته پرستاری مشغول به تحصیل در دانشگاههای تهران در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ بودند. حجم نمونه با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۹ درصد و با توان آزمون ۸۰ درصد، ۱۹۰ نفر تعیین گردید. از این تعداد ۷۸ نفر مرد و ۱۱۲ نفر زن بودند که به صورت نمونه‌گیری تصادفی به منظور پاسخگویی به پرسشنامه فرسودگی شغلی تیم و مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20) انتخاب شدند. البته چنانچه فردی تمایل به همکاری در تحقیق را نداشت یا دارای سابقه هرگونه اختلال روانی بود یا پس از بررسی پرسشنامه‌ها با بی‌دقتی پاسخ داده بود از گروه نمونه حذف و فرد جانشین انتخاب شد. از این تعداد ۴ نفر از آزمودنی‌های مرد و ۳ نفر از آزمودنی‌های زن به علت عدم همکاری مناسب از محیط پژوهش حذف شدند. پرسشنامه‌های ۲ آزمونی نیز به علت عدم تکمیل هر دو پرسشنامه از تجزیه و تحلیل خارج شد. در تمام این موارد از افراد جانشین در نمونه استفاده شد. پس از تشریح اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها به صورت یک مجموعه در اختیار افراد نمونه انتخاب شده به منظور پاسخگویی آزمودنی‌ها قرار گرفت. مدت زمان تقریبی لازم برای پر کردن پرسشنامه‌ها ۲۵ دقیقه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نگارش ۱۸ و از روش‌های توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده گردید. مقیاس ۲۰ ماده‌ای ناگویی خلقی تورنتو TAS-20: یک ابزار خودگزارش دهی ۲۰ سئوالی است که شامل سه زیر مقیاس (۱) دشواری در شناسایی احساسات (DIF)، (۲) دشواری در توصیف احساسات (DDF) و (۳) تفکر عینی می‌باشد که به اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) تقسیم می‌گردد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های ۳ زیر مقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌شود. این مقیاس توسط آزمودنی کامل می‌شود. بشارت (۱۳۸۶) در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ را تهیه و ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد که

اخیر نشان می‌دهد ناگویی خلقی اثرات منفی بر روی بهزیستی روانشناختی و هیجانی می‌گذارد و عاملی خطر ساز در ابتلا افراد به پریشانی هیجانی، مشکلات روانشناختی و تشخیص عدم سلامت ذهنی است (۲۲،۲۳). ناگویی خلقی با درد (۲۴)، آرتریت روماتوئید (۲۵)، چاقی (۲۶)، فشارخون (۲۷)، سندرم روده تحریک‌پذیر (۲۸)، افسردگی (۲۳،۲۹،۳۰)، رفتارهای خود معیوب‌سازی (۳۱)، بی‌اشتهایی عصبی (۳۲،۳۳)، پرخوری (۳۴) و فرسودگی شغلی (۳۳) رابطه دارد.

به دلیل افزایش میزان فرسودگی شغلی در پرستاران (۳۵،۳۶،۳۷) و اثراتی که ناگویی خلقی بر فرسودگی شغلی دارد (۲۳)، یکی از هدف‌های پژوهش حاضر بررسی رابطه ناگویی خلقی با فرسودگی شغلی است. در دهه‌های اخیر فرسودگی شغلی توجه فراوانی را به خود جلب کرده است. فرسودگی شغلی موضوع مهمی در زندگی شغلی مدرن است (۴۲-۳۸). فرسودگی شغلی پاسخ به استرس مزمن شغلی است (۴۳،۴۴،۴۵). تحقیقات نشان داده‌اند که شیوع فرسودگی شغلی با بروز بیماری‌های روان‌تنی مانند فشارخون و مشکلات گوارشی در ارتباط است. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۷) اعلام کرده است که ۹۰ درصد کارکنان دارای رضایت شغلی نیستند. هر شغلی با استرس همراه است، اما برخی مشاغل به سبب حساس بودن نوع وظایف و مسئولیتهای آنها دارای استرس بیشتری هستند (۴۶). مازلاک و جکسون (۴۴،۴۷)، فرسودگی شغلی را سندرمی می‌دانند که دارای نشانه‌های خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و عدم کارایی فردی است (۴۸،۴۹). فرسودگی شغلی اساساً یک اختلال روانی نیست، اما در طول زمان به آهستگی پیشرفت می‌کند و به یک ناتوانی تبدیل می‌گردد (۵۰). فرسودگی شغلی بیشتر در مشاغلی دیده می‌شود که فرد ساعات زیادی را در تماس نزدیک با افراد دیگر می‌گذراند (۵۱). پرستاری حرفه‌ای پرسترس به خصوص در بخش‌های مراقبت ویژه است (۵۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فرسودگی شغلی باعث افت سطح سلامت روانی پرستاران (۵۳،۵۴،۵۰،۴۱) و کیفیت مراقبت از بیمار شده و کاهش رضایت بیمار از فرآیند درمان را به همراه دارد (۵۵). با توجه به مطالب بیان شده، تمرکز مطالعه حاضر، بررسی رابطه ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک با فرسودگی شغلی است.

نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (28,56). پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-20 در یک نمونه 67 نفری در دو نوبت با فاصله 4 هفته از 0/80 تا 0/87 برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاسهای مختلف تأیید شد (0/57). این مقیاس پرکاربردترین ابزار به منظور اندازه‌گیری ناگویی خلقی است (17).

پرسشنامه فرسودگی شغلی تدم، ابزاری استاندارد می‌باشد که میزان فرسودگی شغلی را بوسیله مقیاس پنج درجه‌ای طیف لیکرت می‌سنجد. این پرسشنامه مشتمل بر 22 سؤال است. در مورد روایی محتوای این پرسشنامه باید گفت که این پرسشنامه بر اساس مطالعات آثار مؤلفینی چون پنیس آرسون و کافری تهیه و اصلاح شده است که سه جنبه از فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه در چندین پژوهش استفاده شده که می‌توان به کاربرد آن در پژوهش کولانز سال 1996 تحت عنوان استرس شغلی، فرسودگی شغلی و نستوهی اشاره کرد (0/58). اعتبار و اعتماد این پرسشنامه در ایران توسط کورانیان با استفاده از روش بازآزمایی 0/86 به دست آمده است (0/57).

نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (28,56). پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-20 در یک نمونه 67 نفری در دو نوبت با فاصله 4 هفته از 0/80 تا 0/87 برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاسهای مختلف تأیید شد (0/57). این مقیاس پرکاربردترین ابزار به منظور اندازه‌گیری ناگویی خلقی است (17).

پرسشنامه فرسودگی شغلی تدم، ابزاری استاندارد می‌باشد که میزان فرسودگی شغلی را بوسیله مقیاس پنج درجه‌ای طیف لیکرت می‌سنجد. این پرسشنامه مشتمل بر 22 سؤال است. در مورد روایی محتوای این پرسشنامه باید گفت که این پرسشنامه بر اساس مطالعات آثار مؤلفینی چون پنیس آرسون و کافری تهیه و اصلاح شده است که سه جنبه از فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه در چندین پژوهش استفاده شده که می‌توان به کاربرد آن در پژوهش کولانز سال 1996 تحت عنوان استرس شغلی، فرسودگی شغلی و نستوهی اشاره کرد (0/58). اعتبار و اعتماد این پرسشنامه در ایران توسط کورانیان با استفاده از روش بازآزمایی 0/86 به دست آمده است (0/57).

### نتایج:

جدول شماره 1 مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را بر اساس نمره‌های ناگویی خلقی، فرسودگی شغلی و متغیرهای دموگرافیک نشان می‌دهد.

برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش، ابتدا ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش محاسبه شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های ناگویی خلقی دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی (بیرونی) با فرسودگی شغلی پایین همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد که به ترتیب ( $P < 0/001$  و  $r = 0/35$ )، ( $P < 0/001$  و  $r = 0/38$ ) و ( $P < 0/001$  و  $r = 0/32$ ) است. دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی (بیرونی) با فرسودگی شغلی بالا همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد که به ترتیب ( $P < 0/001$  و  $r = 0/38$ )، ( $P < 0/001$  و  $r = 0/32$ ) و ( $P < 0/001$  و  $r = 0/32$ ) است.

جدول شماره 1- تعداد میانگین و انحراف استاندارد نمره ناگویی خلقی، فرسودگی شغلی و متغیرهای دموگرافیک

متغیرها	آماره	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
جنس	مرد	78	-	-
	زن	112	-	-
سن	21-25	77	27/10	10/22
	26-30	57		
	31-35	25		
	36-40	21		
وضعیت اجتماعی - اقتصادی	پائین	48	2/3	1/78
	متوسط	92		
	بالا	50		
میزان تحصیلات	کاربدانی	34	2/2	2/12
	کارشناسی	112		
	ارشد	44		
الکسی تایی	مرد	78	46	10
	زن	112	28	7
	کل	190	42	11
سطوح فرسودگی شغلی	فرسودگی پائین	190	16/78	9/3
	فرسودگی متوسط	190	19/23	11/17
	فرسودگی بالا	190	22/51	15/75
	فرسودگی بالا	190		

جدول شماره ۲- ماتریس همبستگی بین سطوح فرسودگی شغلی و متغیرهای جمعیت شناختی با مؤلفه‌های ناگویی خلقی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
سن	۱									
تحصیلات	۰/۵۷°	۱								
اجتماعی-اقتصادی	۰/۳۹°	۰/۲۲***	۱							
فرسودگی شغلی پائین	۰/۳۲°	۰/۱۷	-۰/۲۰	۱						
فرسودگی شغلی متوسط	۰/۲۶°	۰/۰۹	-۰/۱۱	-۰/۰۹	۱					
فرسودگی شغلی بالا	۰/۴۱°	۰/۲۵°	-۰/۲۳°	-۰/۰۰	-۰/۰۰	۱				
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۲۲***	-۰/۲۱***	-۰/۱۶	-۰/۳۵°	-۰/۰۸	-۰/۳۸°	۱			
دشواری در توصیف احساسات	۰/۱۹	-۰/۲°	-۰/۱۸	-۰/۳۸°	-۰/۱۹	-۰/۳۲°	-۰/۴۷°	۱		
تفکر عینی	۰/۲۹°	-۰/۳۳°	-۰/۲۹°	-۰/۴۱°	-۰/۱۰	-۰/۲۹°	-۰/۴۴°	-۰/۴۹°	۱	
الکسی تایمی	۰/۲۳°	۰/۲۶°	-۰/۲۱***	-۰/۳۸°	-۰/۱۲	-۰/۳۳°	-۰/۴۵°	-۰/۴۹°	-۰/۴۳°	۱

P < ۰/۰۵ \*\*\* P < ۰/۰۱ \*\* P < ۰/۰۰۱ \*

جدول شماره ۳- خلاصه رگرسیون الکسی تایمی و ویژگی‌های دموگرافیک با فرسودگی شغلی

سطح معنی‌داری	DF	F	R2	R
سن	(۱, ۱۸۹)	۸/۴۱	۰/۱۲	۰/۳۶
سطح تحصیلات	(۱, ۱۸۹)	۴/۱۲	۰/۰۸	۰/۲۹
طبقه اجتماعی-اقتصادی	(۱, ۱۸۹)	۶/۳۷	۰/۱۰	۰/۳۳
دشواری در شناسایی احساسات	(۱, ۱۸۹)	۱۹/۳۴	۰/۳۰	۰/۵۵
دشواری در توصیف احساسات	(۱, ۱۸۹)	۱۵/۵۸	۰/۲۶	۰/۵۱
تفکر عینی	(۱, ۱۸۹)	۱۲/۳۱	۰/۲۴	۰/۴۹
الکسی تایمی	(۱, ۱۸۹)	۱۶/۹۳	۰/۲۸	۰/۵۳

عنوان یک متغیر پیشگو ( $P=0/001$ )، حدود ۱۲ درصد از واریانس فرسودگی شغلی را تبیین می‌کند ( $R^2=0/12$ ). سطح تحصیلات به عنوان یک متغیر پیشگو در فرسودگی شغلی ( $P=0/001$ )، حدود ۸ درصد از واریانس فرسودگی شغلی را تبیین می‌کند ( $R^2=0/08$ ) و بالاخره طبقه اجتماعی-اقتصادی در پیش‌بینی فرسودگی شغلی ( $P=0/001$ )، این متغیر حدود ۱۰ درصد از واریانس فرسودگی شغلی را تبیین می‌کند ( $R^2=0/10$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از انجام این مطالعه بررسی رابطه ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک با فرسودگی شغلی در پرستاران بود. پژوهش حاضر نشان داد که ناگویی خلقی با فرسودگی شغلی دارای همبستگی مثبت و معنی‌دار است. این یافته در راستای پاسخگویی به سؤال اول پژوهش با نتایج تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده‌اند (۶،۲۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت ناگویی خلقی با عدم رضایت از زندگی و فقدان

به منظور بررسی دقیق‌تر ارتباط ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک با سطوح فرسودگی شغلی از تحلیل رگرسیون استفاده شد. ناگویی خلقی و ویژگی‌های دموگرافیک به عنوان متغیر پیش بین و فرسودگی شغلی به عنوان متغیر ملاک، وارد معادله رگرسیون شدند. از مؤلفه‌های ناگویی خلقی، دشواری در شناسایی احساسات، فرسودگی شغلی را بیش‌بینی می‌کند ( $P=0/001$ )، این متغیر حدود ۳۰ درصد از واریانس فرسودگی شغلی را تبیین می‌کند ( $R^2=0/30$ ). مؤلفه دشواری در توصیف احساسات، فرسودگی شغلی به عنوان یک متغیر پیشگو ( $P=0/001$ )، این متغیر حدود ۲۶ درصد از واریانس فرسودگی شغلی را تبیین می‌کند ( $R^2=0/26$ ). مؤلفه تفکر عینی، فرسودگی شغلی را بیش‌بینی می‌کند و ( $P=0/001$ )، حدود ۲۴ درصد از واریانس فرسودگی شغلی را تبیین می‌کند ( $R^2=0/24$ ). ناگویی خلقی به طور کلی نیز به عنوان یک متغیر پیشگو فرسودگی شغلی ( $P=0/001$ )، حدود ۲۸ درصد از واریانس فرسودگی شغلی را تبیین می‌کند ( $R^2=0/28$ ). از ویژگی دموگرافیک سن به

بهبودی پرستاران و جلوگیری از فرسودگی شغلی دارد (۶۷). نتایج پژوهش بشارت (۵۶)، نشان داد که بین بهزیستی روانشناختی با ناگویی خلقی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. پژوهش حاضر نشان داد که متغیرهای دموگرافیک با فرسودگی شغلی دارای رابطه معنی‌دار است. این یافته در راستای پاسخگویی به سؤال دوم پژوهش نشان داد فرسودگی شغلی با متغیرهای دموگرافیک سن و سطح تحصیلات دارای رابطه مثبت و با وضعیت اجتماعی - اقتصادی دارای رابطه منفی است. این یافته با نتایج تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده‌اند (۶۹، ۶۸) همخوانی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که متغیرهای دموگرافیک، فرسودگی شغلی در پرستاران را پیش بینی می‌کنند. یافته‌های پژوهش نشان داد که ناگویی خلقی با سن دارای رابطه مثبت و با طبقه اجتماعی - اقتصادی و سطح تحصیلات رابطه منفی دارد؛ به عبارتی ناگویی خلقی با افزایش سن، آموزش پایین و وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین پیوند می‌یابد که این نتایج با تحقیقات دیگر منطبق می‌باشد (۷۳-۷۰). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی خلقی ساختاری وابسته به جنسیت است و مردان تا حدودی نرخ شیوع بالاتری از زنان دارند (۸۰، ۸۱). شیوع ناگویی خلقی در جمعیت در سن فعالیت، بین ۹٪ تا ۱۷٪ در مردان و ۵٪ تا ۱۰٪ در زنان است (۲۹، ۷۱). شیوع فرسودگی شغلی در جامعه پرستاران بالاست. لذا برای پیشگیری از فرسودگی شغلی در آنها باید به این گروه توجه ویژه‌ای مبذول گردد (۲۹). نتایج پژوهش‌های صورت گرفته توسط خدابخش (۳۵)، نشان داد که پرستاران زن بیشتر از پرستاران مرد دچار خستگی عاطفی می‌شوند ولی در سایر ابعاد فرسودگی شغلی بین پرستاران مرد و زن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. پرستارانی که فرسودگی شغلی را تجربه می‌کنند ممکن است احساساتی از قبیل خستگی مزمن، تند مزاجی، بی‌حوصلگی و خشم نسبت به بیماران، فقدان همدلی و همدردی نسبت به بیمار، کناره‌گیری روانی یا فیزیکی از بیمار و وظایف شغلی را بروز دهند (۷۴). فرسودگی شغلی در واقع پیامد نهایی استرس شغلی و فشارهای روانی ناشی از کار است که روابط فردی، شغلی و سازمانی را درگیر می‌کند. فرسودگی شغلی اثرات مخربی بر سلامت جسمی و روانی پرستاران دارد و باعث افت کیفیت خدمات مراقبتی می‌شود. لذا باید به دنبال راهکارهایی به منظور

حمایت اجتماعی پیوند می‌یابد (۵۹). فقدان حمایت و همکاری در محیط کار باعث تخریب شرایط محیط کاری می‌شود و این عامل نقش مهمی در ایجاد فرسودگی شغلی دارد (۶۰). تحقیقات اخیر در زمینه رابطه ناگویی خلقی با افسردگی و حمایت اجتماعی نشان می‌دهد که ناگویی خلقی به طور مستقیم حمایت اجتماعی را کاهش می‌دهد (۶۱). افراد دچار ناگویی خلقی توانایی ایجاد روابط صمیمی را ندارند. تحقیقات اخیر بر ابعاد بین شخصی این اختلال متمرکز شده‌اند (۶۲). این عوامل نقش مهمی در ایجاد فرسودگی شغلی در پرستاران ایفا می‌کنند. در واقع می‌توان گفت ناگویی خلقی عامل زمینه ساز در ایجاد فرسودگی شغلی است (۶۳). نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد مولفه‌های الکسی تایمی، فرسودگی شغلی را پیش بینی می‌کنند. در تبیین یافته‌های تحقیق می‌توان گفت ناگویی خلقی عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روانپزشکی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته‌های جسمانی - هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده و سازگاری را مشکل می‌سازد (۶۳). یافته‌های تحقیق با پژوهش‌های صورت گرفته توسط ماتیلا (۲۳) همسو است. استرس کاری مفرط چون اضافه کار و تعارض در میان همکاران بر عملکرد کاری پرستاران اثر گذاشته و باعث عدم رضایت و فرسودگی شغلی می‌شود. افراد دارای اختلال ناگویی خلقی نه تنها مشکلاتی در شناسایی هیجان‌های خود دارند؛ بلکه مشکلاتی در شناسایی هیجان‌های دیگران نیز دارند. ناگویی خلقی با عدم کفایت در کنار آمدن انطباقی با استرس‌های شغلی، عامل زمینه ساز در ایجاد فرسودگی شغلی است. در تحقیق براتیس (۶) آزمودنی‌های دارای اختلال ناگویی خلقی، آسیب‌پذیری بیشتری در برابر فرسودگی شغلی داشتند. سیف‌نوس بیان می‌کند افراد با اختلال ناگویی خلقی حساسیت کمتری نسبت به روابط بین شخصی داشته و در نتیجه مشکلاتی در ایجاد روابط دارند (۶۴). کریستال بیان می‌کند مشکلات افراد دچار اختلال ناگویی خلقی در حوزه روابط بین شخصی، تا حدودی به واسطه داشتن مشکلاتی در پردازش احساسات ایجاد می‌شود (۶۵). افراد با ناگویی خلقی سطوح کمتری از همدلی را نشان می‌دهند (۶۶)، این در حالی است که همدلی جزء مهم روابط پزشک - بیمار است و نقش مهمی در

از بین بردن و یا کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران باشیم. می‌توان راه‌حل‌های مختلفی را در جهت کاهش علایم فرسودگی شغلی از جمله تغییر شرایط کاری نامناسب و نامطلوب، استفاده از روشهای تن آرامی، ورزش، برنامه‌های غذایی مناسب و استفاده از برنامه‌های مدیریت زمان پیشنهاد کرد. سطوح بالاتری از خوش‌بینی از طریق ترغیب پرستاران به استفاده از راهبردهای کنار آمدن موفقیت‌آمیز منجر به تجربه سطوح پایین‌تری از استرس و فرسودگی شغلی می‌شود. برای رسیدن به اهداف فوق می‌توان دوره‌های آموزشی مناسبی به منظور افزایش سلامت و بهزیستی روانشناختی تشکیل داد؛ محیط‌های شاد در بیمارستانها ایجاد کرد و تلاش نمود تا موقعیتهای استرس‌زا را از محیط بیمارستان دور کرده و شبکه ارتباطی سازمانی را در بین پرستاران تقویت نمود. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، کم بودن حجم نمونه می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر و در نمونه‌های متفاوت انجام شود تا تکرارپذیری و قدرت تعمیم نتایج این پژوهش آزموده شود. پژوهش حاضر، به دلیل تازگی آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تأییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. همین طور، نمونه پژوهش (گروهی از دانشجویان) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیتهایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. به علاوه، مشکلات و

محدودیت‌های مربوط به ابزارهای خودگزارش‌دهی در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت. به طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک، می‌توانند بر فرسودگی شغلی تأثیرگذار باشند. بر این اساس، می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره کرد. در سطح عملی، تهیه برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای به منظور اصلاح و تغییر محیط کاری پرستاران، می‌تواند مهارت‌ها و راهبردهای مناسب و کارآمد را به پرستاران در زمینه بهبود سلامت روان و در نتیجه کاهش فرسودگی شغلی را به همراه داشته باشد. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به فرسودگی شغلی کمک کند و همچنین پرسش‌ها و فرضیه‌های جدید در مورد نسبت و رابطه ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک در چهارچوب پژوهش‌های مربوط به فرسودگی شغلی مطرح سازند.

#### سپاسگزاری:

از دانشجویان رشته پرستاری که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و با همکاری صمیمانه آنها اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید، تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

## منابع

1. Sifneos PE. Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis; Harvard University Press; 1972.
2. Picardi A, Toni A, Caroppo E. Stability of alexithymia and its relationships with the 'Big Five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychother Psychosom*. 2005;74:371-378.
3. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1299-1301.
4. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder. Comparative evaluation of somatoform disorder panic disorder, obsessive compulsive disorder and depression. *Psychosomatics*. 2001;42:235-240.
5. Taylor GJ, Bagby RM. The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school and in the workplace. 1<sup>st</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass Press; 2000: 263-276.
6. Bratis D, Tselebis A, Sikaras C, Moulou A, Giotakis K, Zoumaki E, et al. Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Hum Resour Health*. 2009;7:72.
7. Szatmari P, Georgiades S, Duku E, Zwaigenbaum L, Goldberg J, Bennett T. Alexithymia in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2008;38:1859-1865.
8. Stedman's Medical Dictionary. 2006. In Stedman's medical dictionary. Available from: URL: <http://stedman.com/section.cfm/45>.
9. Henry JD, Phillips LH, Maylor EA, Hosie, J, Millne AB, Meyer C. A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: Implications for research involving older adults. *J Psychosom Res*. 2006;60:535-543.
10. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Jarvelin M, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry*. 2001;42:471-476.
11. Posse M, Hallström T, Backenroth-Ohsako G. Alexithymia, social support, psycho-social stress and mental health in a female population. *Nord J Psychiatry*. 2002;56:329-334.
12. Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res*. 1999;46:75-82.
13. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994;38:23-32.
14. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *J Psychosom Res*. 1992;36:417-424.
15. Franz M, Popp K, Schafer R, Sitte W, Schneider C, Hardt J, et al. Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43:54-62.
16. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *J Psychosom Res*. 2004;57:239-247.
17. Grynberg D, Luminet O, Corneille O, Grèzes J, Berthoz S. Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*. 2010;49:845-850.
18. Mueller RJ. When a patient has no story to tell: alexithymia. *Psychiatry Times*. 2000;17:23-29.
19. Lundh LG, Johnsson A, Sundqvist K, Olsson H. Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*. 2002;2:361-379.
20. Picardi A, Toni A, Caroppo E. Stability of alexithymia and its relationships with the 'Big Five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychother Psychosom*. 2005;74:371-378.
21. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. New York: Cambridge University Press; 1997.

22. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom.* 2004;73:68-77.
23. Mattila AK, Ahola K, Honkonen T, Salminen JK, Huhtala H, Joukamaa M. Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *J Psychosom Res.* 2007;62:657-665.
24. Sriram TG, Chaturvedi SK, Gopinath PS, Shanmugam V. Controlled study of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychother Psychosom.* 1987;47:11-17.
25. Fernandez A, Sriram TG, Rajkumar S, Chandrasekar AN. Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study. *Psychother Psychosom.* 1989;51:45-50.
26. Legorreta G, Bull RH, Kiely MC. Alexithymia and symbolic function in the obese. *J Psychother Psychosom.* 1988;50:88-94.
27. Nordby G, Ekeberg O, Knardahl S, Os I. A double-blind study of psychosocial factors in 40-year-old women with essential hypertension. *J Psychother Psychosom.* 1995;63:142-150.
28. Porcelli P, Leoci C, Guerra V, Taylor GJ, Bagby RM. A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res.* 1996;41:569-573.
29. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaeki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res.* 2000;48:99-104.
30. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TB. Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res.* 2001;51:729-733.
31. Zlotnick C, Shea T, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin, A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr Psychiatry.* 1996;37:12-16.
32. Schmidt U, Jiwany A, Treasure J. A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr Psychiatry.* 1993;34:54-58.
33. Carano A, De Berardis D, Gambi F, Di Paolo C, Campanella D, Pelusi L, et al. Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2006;39:332-340.
34. Quinton S, Wagner HL. Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences.* 2005;38:1163-1173.
35. Khodabakhsh MR, Mansuri P. Analysis and comparison between frequency and depth of the job-burnout (aspects among) male and female nurses. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences.* 2010;13:40-42. [Persian]
36. Knudsen HK, Ducharme LJ, Roman PM. Clinical supervision, emotional exhaustion, and turnover intention: A study of substance abuse treatment counselors in the clinical trials network of the national institute on drug abuse. *J Subst Abuse Treat.* 2008;35:387-395.
37. Sommer CA. Vicarious traumatization, trauma-sensitive supervision, and counselor preparation. *Counselor Educ Supervision.* 2008;48:61-71.
38. Shirom A. Reflections on the study of burnout. *Work & Stress.* 2005;19:263-270.
39. Shirom A, Melamed S, Toker S, Berliner S, Shapira I. Current knowledge and future research direction. London: John Wiley & Sons Press; 2005: 269-308.
40. Ghorpade J, Larckritz J, Singh G. Burnout and personality: Evidence from academia. *J Career Assessment.* 2007;15:240-256.
41. Khodabakhsh MR, Mansuri P. Investigation adaptive and non- adaptive aspects Humor and subjective well-Being in job burnout among nurses. *Journal of Mashhad School of Nursing & Midwifery.* 2011;10:20-31 [Persian]
42. Templeton MC. Burnout among public rehabilitation counselors. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling.* 2007;38:39-45.
43. Halbesleben JRB, Demerouti E. The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress.* 2005;19:208-220.



44. Maslach C, Leiter MP. Stress and burnout: the critical research. 2<sup>nd</sup> ed. Boca Raton: FL CRC Press; 2005.
45. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
46. Russell DW, Altmaier E, Van velzen D. Job related stress, social support and burnout among classroom teachers. *J Appl Psychol*. 1987;72:262-274.
47. Maslach C, Jackson, S. The maslach burnout inventory. CA: Consulting Psychologists Press; 1993.
48. Shironv A. Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*. 2005;19:263-270.
49. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005;19:192-207.
50. Glass DS, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. *J Consult Psychol*. 1993; 61:147-155.
51. Maslach C, Schaufeli WB, Marek T. Professional burnout recent development in theory and research. Taylor & Francis Press; 1993.
52. Thelan LA. Critical care Nursing Diagnosis and Management. Philadelphia: Mosby Press; 1990:870-873.
53. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burn-out in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;34:383-396.
54. Bellani ML, Furlani F, Gnechi M. Burnout and related factors among HIV/AIDS health care workers. *Journal of AIDS Care*. 1996;8:207-221.
55. Schmitz N, Neumann W, Oppermann R. Stress, burnout and locus of control in German nurses. *Int J Nurs Stud*. 2000;37:95-99.
56. Besharat MA. The relations between personality dimensions and alexithymia. *Contemporary Psychology*. 2007;2:50-58. [Persian]
57. Kooranian F, Khosravi AR, Esmaeeli H. The relationship between hardiness/locus of control and burnout in nurses. *The Journal of Ofoghe-Danesh*. 2008;14:58-66. [Persian]
58. Collins MA. The relation of work stress, hardiness and burnout among full-time hospital staff nurses. *J Nurs Staff Deve*. 1996;12:81-85.
59. Fukunishi I, Berger D, Wogan J, Kuboki T. Alexithymic traits as predictors of difficulties with adjustment in an outpatient cohort of expatriates in Tokyo. *Psychol Rep*. 1999;85:67-77.
60. Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P, Toppinen-Tanner S. Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work & Stress*. 2003;17:109-122.
61. Kojima M, Senda Y, Nagaya T, Tokudome S, Furukawa TA. Alexithymia, depression and social support among Japanese workers. *Psychother Psychosom*. 2003;72:307-314.
62. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess*. 2007;89:230-246.
63. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD, Grotstein J. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. 1<sup>st</sup> ed. London: Cambridge University Press; 1999.
64. Sifneos PE. Alexithymia: Past and present. *Am J Psychiatry*. 1996;153:137-142.
65. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychother*. 1979;33:17-31.
66. Taylor GJ, Taylor HL. Alexithymia.
67. Khodabakhsh MR, Mansori P. Empathy and revision of its role in improvement of physician-patient relationship. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;2:18-22. [Persian]
68. Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and practice. London: Taylor & Francis Press; 1998.
69. Ahola K, Honkonen T, Isometsa E, Nykyri E, Kalimo R, et al. Burnout in the general population results from the finnish health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:11-17.

70. Honkalampi K, Saarinen P, Hintikka J, Virtanen V, Viinamaki. Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychother Psychosom.* 1999;68:270-275.
71. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Compr Psychiatry.* 1998;39:377-385.
72. Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with the sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res.* 1999;46:75-82.
73. Kokkonen P, Karvonen JT, Vejjola J, Lakso K, Jokelainen J, Jarvelin MR, Joukama M. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry.* 2001;42:471-476.
74. Kuiper NA, Grimshaw M, Leite C, Kirsh G. Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research.* 2004;17:135-168.

Archive of SID

## Investigating correlation between Alexithymia and Demographic variables with job burnout among nurses

M. Khadabakhsh, MSc<sup>1</sup>      P. Mansouri, MSc<sup>1</sup>

MSc of General Psychology<sup>1</sup>, University of Tehran, Tehran, Iran.

(Received 19 Apr, 2010    Accepted 21 Sep, 2010)

### ABSTRACT

**Introduction:** The aim of this study was to investigate the correlation between alexithymia and demographic variables with job burnout among nurses.

**Methods:** This descriptive-correlation study was conducted on 190 nursing students (78 males and 112 females) from nursing students studying in city of Tehran universities in 2009. The students were randomly selected and they answered the Tedim job burnout inventory and Toronto alexithymia Scale-20 (TAS-20). Descriptive statistics methods, Pearson correlation coefficient and regression analysis were used for statistical analysis.

**Results:** Results of this study showed that job burnout among demographic variables with age and level of education had a positive and significant correlation. It showed that socioeconomic status is negatively correlated with burnout ( $r = -0.23$ ,  $P < 0.05$ ). Alexithymia with low level of job burnout ( $r = 0.38$ ,  $P < 0.001$ ) and high level of job burnout had a negative and significant correlation ( $r = 0.33$ ,  $P < 0.001$ ). Regression analysis showed job burnout by age, level of education, socioeconomic status, difficulties in identifying feelings, difficulties describing feelings and externally-oriented thinking ( $P = 0.001$ ).

**Conclusion:** Alexithymia and demographic variables are important factors in job burnout and these factors can account for a high amount of variance in job burnout. Knowledge about the relationship between alexithymia and demographic variables and job burnout could help nurses towards protecting and promoting mental health.

**Key words:** Demography- Burnout - Nurses

*Correspondence:*  
M. Khodabakhsh, MSc.  
Department of Psychology,  
University of Tehran.  
Tehran, Iran  
Tel: +98 936 586 1050  
Email:  
khodabakhsh@ut.ac.ir