



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND SONSTIGE GEBIETE
Chemny Universität
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

رابطه افسردگی، فرسودگی شغلی و تنظیم هیجانی با خودبیمارانگاری در بین پرستاران بیمارستان های اصفهان

مهرداد حسینی^۱ - نرگس سلک^۲

چکیده

تحقیق حاضر بررسی رابطه بین افسردگی، فرسودگی شغلی و تنظیم هیجانی با خودبیمارانگاری در بین پرستاران بیمارستان های اصفهان بوده است. روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع پس رویدادی است. جامعه آماری تحقیق را کلیه پرستاران بیمارستان های استان اصفهان تشکیل داده اند که از بین آنها تعداد ۲۰ بیمارستان به شیوه تصادفی ساده انتخاب گردید و پس از ارایه پرسشنامه خودبیمارانگاری تعداد ۱۶۰ نفر به شیوه تصادفی ساده در دو گروه افراد خودبیمارانگار (۸۰ نفر) و افراد سالم (۸۰ نفر) قرار گرفتند. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه های خودبیمارانگاری ایوانز، افسردگی بک، فرسودگی شغلی مسلش و جکسون، تنظیم هیجانی گراتز و روئمر بود. روش تجزیه و تحلیل آماری نیز تحلیل کوواریانس چندمتغیره MANCOVA در نظر گرفته شد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین افراد خودبیمارانگار و افراد سالم در افسردگی، مولفه های فرسودگی شغلی و همچنین تمامی مولفه های تنظیم هیجانی تفاوت معنادار حاصل شده است و افراد سالم سطوح مطلوب تری را در مقایسه با افراد خودبیمارانگار نشان داده اند. نتایج نشان داد که عواملی همچون افسردگی، فرسودگی شغلی و تنظیم هیجانی می توانند بر بروز خودبیمارانگاری تاثیر داشته باشند و به عنوان یک راهکار می بایست خدمات روانشناختی را برای افراد توسعه داد.

کلید واژه ها: افسردگی، فرسودگی شغلی، تنظیم هیجانی، خودبیمارانگاری، پرستاران

Abstract

Purpose: The purpose of this research was comparison depression, burnout and emotion regulation between hypochondriatic and non-hypochondriatic nurses in Isfahan hospitals. Research method was causal and the population included nurses of Isfahan hospitals. ۲۰ hospitals selected and ۱۶۰ persons randomly selected and were designed in two groups of hypochondriatic and non-hypochondriatic. The instrument included hypochondriasis, burnout,

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی mhnet۱@gmail.com

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی صنعتی و سازمانی salak.na@gmail.com

depression and emotion regulation questionnaires. The results identified difference in depression, burnout and emotion regulation between hypochondriatic and non-hypochondriatic nurses. The non-hypochondriatic nurses showed better in depression, burnout and emotion regulation.

Key words: depression, burnout, emotion regulation, hypochondriasis, nurses

مقدمه

پرستاری یکی از حرفه های پر استرس است. پرستاران یکی از گروه هایی هستند که بیشترین استرس شغلی را تجربه می کنند (پیامی، ۱۳۷۹). عوامل استرس زای فراوان موجود در این حرفه تأثیرات زیادی را در کارکنان آن به جای گذاشته است. پرستاران نیز مانند بیماران استرس را تجربه می کنند و بسیاری از آنها تحت تأثیر استرس هایی قرار می گیرند که توانایی تطبیق با آنها را ندارند (کورانیان، خسروی و اسماعیلی، ۱۳۸۷). فشارهای ناشی از شغل از جمله استرس هایی هستند که اگر بیش از حد باشند می توانند با ایجاد عوارض جسمی، روانی و رفتاری برای فرد، سلامت وی را به مخاطره اندازند. همچنین وجود این فشارها با تهدید اهداف سازمانی موجب کاهش کیفیت عملکرد می شود (دیویس و نیواستورم، ترجمه طوسی، ۱۳۷۷) و می تواند باعث شود تا افراد تفسیر متفاوتی از تاثیر استرس و مسایل مختلف زندگی شان بر خود داشته باشند. اختلالات روان تنی^۱ و خودبیمارانگاری^۲ از جمله مسایلی هستند که پرستاران آنها را تجربه می کنند و پژوهش های متعددی موید این موضوع هستند (عبدالرحیم و حمیدا^۳، ۲۰۱۲؛ گری و اندرسون^۴، ۲۰۰۲؛ پیکو^۵، ۱۹۹۹). خودبیمارانگاری از جمله راهبردهای روانشناختی است که عمدتاً افراد در مقابله با مشکلات شان بر می گزینند.

ویژگی بنیادین خودبیمارانگاری^۶ براساس ویرایش چهارم سیستم طبقه بندی آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV) اشتغال ذهنی به ترس از ابتلا یا اعتقاد به ابتلا به یک بیماری جدی است که اساس آن تفسیر نادرست یک یا چند نشانه توسط شخص است. ارزیابی جامع پزشکی وجود یک بیماری جسمانی که به طور کامل توجیه کننده نگرانی های شخص درباره بیماری، یا علایم و نشانه ها باشد را مشخص نمی کند (DSM-IV-TR، ۱۳۸۱). خودبیمارانگاری یک شرایط ناتوان کننده است. بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری شرایط سلامت خود را بدتر از حالت عادی نشان می دهند و نشانه های روانپزشکی شدیدی را به نسبت سن و جنسیت فرد ارایه می نمایند (نویز و همکاران^۷، ۱۹۹۳). به عنوان یک معیار تشخیصی ترس از بیماری در خودبیمارانگاری با نشانگان جسمانی ارتباط دارد. در

^۱ Psychosomatic
^۲ hypochondriasis
^۳ Abdelrahim & Humaida
^۴ Gray & Anderson
^۵ Piko
^۶ hypochondriasis
^۷ Noyes et al

حالی که از سوی دیگر نشانگان غیر قابل توصیف طبی ممکن است باعث ترس از بیماری یا حداقل تردید فرد در مورد سلامتی اش باشد (لیبراند، هیلر و فیچر^۱، ۲۰۰۰). بارسکی، فرانک، کلیری، وایشاک و کلرمان^۲ (۱۹۹۱) با بررسی نیمرخ اختلالات روانی در ۴۲ بیمار مبتلا به خودبیمارانگاری دریافتند که ۲۱ درصد از آنها شاخص های تشخیصی اختلال روان-تنی را هم نشان دادند.

برخی از مولفین این اختلال را جزئی از طیف اختلالات وسواسی-جبری می دانند. یک مطالعه نشان داد که وجود بیماری های همزمان با اختلال خودبیمارانگاری شایع بوده و باید تحت درمان قرار گیرند. بیشترین همپوشانی بین اختلال خودبیمارانگاری با افسردگی و اضطراب وجود دارد اما افسردگی تنها بخش کوچکی از این اختلال می باشد و ارتباط دادن تمام اختلال خودبیمارانگاری به یک محور یک اشتباه است (جیسوریا، ردی و سریناث^۳، ۲۰۰۰؛ آبراموویتز، ۲۰۰۵). خودبیمارانگاری منجر به ایجاد اختلال در کارکرد اجتماعی، شغلی و خانوادگی می گردد (دیکون و آبراموویتز^۴، ۲۰۰۸). از جمله عواملی که با خودبیمارانگاری و اختلالات روان تنی ارتباط آن یافت شده است، فرسودگی شغلی است.

فرسودگی شغلی ممکن است که منوط به عوامل استرس زای فردی یا سازمانی افزایش یا کاهش پیدا کند. چنین استدلال شده که فرسودگی شغلی برون داد منفی تعامل بین فرد و جو محیط کار است (کاووس و دمیر^۵، ۲۰۱۰). فرسودگی شغلی فرآیندی از خستگی فیزیکی-روانی است که در اثر فشار هیجانی ثابت و پیاپی ناشی از درگیری دراز مدت در انسانها ایجاد می شود (طوبایی، دقیق افکار و حق شناس، ۱۳۸۸). مفهوم فرسودگی شغلی، در اوایل دهه ی ۱۹۷۰ مطرح شد. از این سازه برای توصیف تجارت نامناسب در مشاغل خدماتی و رسیدن به مرحله ای نام برده شده است که در طی آن، افراد قادر نیستند تا وظایفشان را به طور موثر انجام دهند (دورکین، ساها و هیل^۶، ۲۰۰۳). ماسلاچ^۷ (۲۰۰۱) سندرم روان شناختی فرسودگی شغلی را شامل خستگی عاطفی مسخ شخصیت و کاهش عملکرد فردی می داند. فرسودگی، اشاره به تجربه خستگی شدید و ناکامی دارد که در نتیجه قربانی شدن فرد در راهی است که به پاداش های مورد انتظار فرد نمی انجامد (یوکی و تانگ^۸، ۱۹۹۵). فرد فرسوده دچار یک نوع بحران وجودی و هویتی می شود و احساس می کند که زندگی پوچ و بی معناست. آنها حس می کنند که کارشان از ارزش و شخصیت آنها می کاهد، این باعث می شود در خود احساس شک و تردید کنند؛ در نتیجه از میزان ارزشی که برای خود قایل اند می کاهند و دچار نوعی بحران وجودی می شوند (پاینز^۹، ۲۰۰۲). پژوهش گران، علل فرسودگی شغلی را فشار حجم کار زیاد، نداشتن احاطه بر فرایند کار، نبود پاداش، ضعف

^۱ Leibbrand, Hiller & Fichter

^۲ Barsky, Frank, Cleary, Wyshak & Klerman

^۳ Jaisooriya, Reddy & Srinath

^۴ Deacon & Abramowitz

^۵ Çavuş & Demir

^۶ Dworkin, Saha & Hill

^۷ Maslach

^۸ Yiu-kee & Tang

^۹ Pines

ارتباطی میان همکاران، بی عدالتی در پرداخت دستمزد، بی ارزش بودن فرد و دوگانگی میان ارزشهای فردی و شغلی می دانند (جورج، میلون و هولیستر^۱، ۱۹۸۶؛ طویایی و همکاران، ۱۳۸۸).

افسردگی دلیل عمده ناتوانی های مزمن است (اوستون، یاسوماتئوز، چاترجی و همکاران^۲، ۲۰۰۴) و می تواند جنبه های مختلف از زندگی از جمله کار را تحت تاثیر قرار دهد. در واقع تاثیر افسردگی بر عملکرد شغلی بیش از دیگر بیماری های مزمن مانند آرتروز، فشارخون، مشکلات کمر درد و دیابت برآورد شده است (کسلر، گرینبرگ، میکلسون و همکاران^۳، ۲۰۰۱). افراد مبتلا به افسردگی ترکیبی از نشانه های جسمانی و روانشناختی را ارایه می دهند (تایلی و گاندی^۴، ۲۰۰۵). در تحقیقی که توسط تایلی و همکاران (۱۹۹۹) (۱۹۹۹) بر روی ۱۸۸۴ بیمار مبتلا به افسردگی انجام گرفته، دو سوم از نشانه های افسردگی افراد مربوط به نشانه های جسمانی^۵ بوده است. برخی پژوهش ها نشان داده است که بیماران دارای نشانه های روان تنی ریسک بیشتری در توسعه افسردگی را نشان داده اند (تری، پوستون و فوریت^۶، ۲۰۰۳؛ هوتوف، مایو، وادزورث و وسلی^۷، ۱۹۹۸).

تنظیم عاطفی به فرایندهایی که ما را تحت الشعاع خود قرار می دهند، اشاره دارد. اینکه چه عواطفی داریم، چه وقت آنها را داریم و چگونه آنها را تجربه و بیان می کنیم (گراس^۸، ۱۹۹۸). زیرا عواطف ما فرایندهای چندوجهی هستند که در طول زمان آشکار می شوند. تنظیم عاطفی شامل تغییرات در پویایی های عاطفی (تامپسون، ۱۹۹۰) یا دوره نهننگی، آشکارسازی، اهمیت، مدت و متعادل کردن پاسخ ها در جنبه های رفتاری، تجربی، یا فیزیولوژیک می باشد. تنظیم عاطفی همچنین شامل تغییرات در نحوه ای که چگونه وجوه مختلف پاسخ هنگام بروز هیجان، مرتبط با هم هستند، می شود. به عنوان مثال، چه زمانی پاسخدهی فیزیولوژیک با وجود فقدان رفتار آشکار، رخ می دهد (گراس، ۲۰۰۲). گراس و جان^۹ (۲۰۰۲) بیان می کنند که دو استراتژی مؤثر در تنظیم عاطفی شامل ارزیابی تازه یا توقف ارزیابی با در نظر گرفتن تفاوت های فردی با کارکرد فرد مانند خشنودی از زندگی، بهزیستی و افسردگی ارتباط دارد.

با توجه به این که پرستاران مسایل و مشکلات زیادی را در محیط های شغلی خود تجربه می نمایند و این که از سوی دیگر، احساس خودبیمارانگاری از جمله مسایلی است که می تواند کارکرد شغلی و اجتماعی افراد را تحت تاثیر قرار دهد و بر کیفیت و رضایت از زندگی تاثیر داشته باشد، شناخت عواملی که بر بروز آن تاثیر دارد حائز اهمیت است و می تواند به عنوان یک راهکار برای پژوهشگران و مشاورین به کار گرفته شود. لذا براین اساس هدف تحقیق این است که مشخص شود که آیا افسردگی، فرسودگی شغلی و تنظیم

^۱ George, Milone & Hollister

^۲ Ustun, Yuso-Mateos, Chatterji et al

^۳ Kessler, Greenberg, Mickelson et al

^۴ Tylee & Gandhi

^۵ somatic

^۶ Terre, Poston & Foreyt

^۷ Hotopf, Mayou, Wadsworth & Wessely

^۸ Gross

^۹ John

هیجانی می توانند بر خودبیمارانگاری تاثیر داشته باشند. بدین ترتیب فرضیه اصلی حاضر عبارت است از مقایسه سطوح افسردگی، فرسودگی شغلی و تنظیم هیجانی در بین افراد خودبیمارانگار و سالم در پرستاران استان اصفهان.

روش تحقیق

روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع پس رویدادی است. جامعه آماری تحقیق را کلیه پرستاران بیمارستان های استان اصفهان تشکیل داده اند. روش انتخاب بیمارستان ها به شیوه تصادفی ساده (قرعه کشی) انجام گرفت و بدین ترتیب تعداد ۲۰ بیمارستان به شیوه تصادفی انتخاب شدند. تعداد نمونه آماری در تحقیق حاضر مشتمل بر ۱۶۰ نفر از پرستاران بیمارستان ها بوده است که در دو گروه مجزا قرار گرفتند. روش نمونه گیری به صورت تصادفی ساده انجام گرفت و بدین ترتیب بود که در ابتدا پرسشنامه خودبیمارانگاری در اختیار پرستاران بیمارستان ها قرار گرفت و سپس از بین آنها تعداد ۸۰ نفر که در شاخص خودبیمارانگاری نمرات بالایی (بالای ۶۰) دریافت کرده بودند و همچنین تعداد ۸۰ نفر که در این شاخص نمرات پائینی (کمتر از ۲۵) دریافت کرده بودند، به شیوه تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. بدین ترتیب تعداد ۱۶۰ نفر به شیوه تصادفی ساده در دو گروه افراد خودبیمارانگار و افراد سالم قرار گرفتند.

ابزار تحقیق

برای جمع آوری اطلاعات از چهار ابزار زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز: پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز^۱ (۱۹۸۰) حاوی ۳۶ سوال است و افراد بر مبنای نمره ی کسب شده در گروه های سالم (۰-۲۰)، مرزی (۲۱-۳۰)، خفیف (۳۱-۴۰)، متوسط (۴۱-۶۰) و شدید (بالای ۶۰) قرار می گیرند. ضریب پایایی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است. به علاوه همبستگی بالای پرسش نامه با سایر آزمون های سنجش خودبیمارانگاری مانند خرده مقیاس خودبیمارانگاری پرسشنامه ی شخصیت چند وجهی مینسوتا (MMPI) و چک لیست علامتی ۹۰ سئوالی (SCL-۹۰) بیانگر اعتبار مناسب آن می باشد (طلایی و همکاران، ۱۳۸۸).
۲. افسردگی بک^۲: این تست که شامل ۲۱ ماده است حالت فرد را نسبت به رویدادهای متفاوت بر اساس خودسنجی ارزیابی می کند. هر پرسش دارای ۴ جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از کم (نمره صفر) تا زیاد (نمره ۳) نشان می دهد. نمره کلی هر فرد با جمع نمرات در تمام جنبه ها به دست می آید. حکیم جوادی، لواسانی، حقیقت گو و زبردست (۱۳۸۹) پایایی پرسشنامه را بر اساس روش تنصیف برابر با ۰/۹۳ گزارش نمودند. بهادری خسروشاهی و خانجانی (۱۳۹۱) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ به دست آوردند.

^۱. Evans

^۲. Beck

۳. پرسشنامه فرسودگی شغلی (MBI): پرسشنامه فرسودگی شغلی توسط مسلش و جکسون (۱۹۸۲) ساخته شده و مشتمل بر ۲۲ سوال است که مولفه های خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و عملکرد فردی را مورد ارزیابی قرار می دهد. مسلش و جکسون (۱۹۸۲) با استفاده از روش آلفای کرونباخ، همسانی درونی کل این پرسشنامه ۰/۸۳ و پایایی هر یک از ابعاد سه گانه را در خستگی عاطفی ۰/۹۰، مسخ شخصیت ۰/۷۹ و در بعد فقدان عملکرد فردی ۰/۷۱ گزارش کرده اند. عابدی، شفیق آبادی، احمدی و سلیمی زاده (۱۳۸۲) نیز پایایی پرسشنامه را برای خرده مقیاس خستگی عاطفی ۰/۸۵، مسخ شخصیت ۰/۸۰ و موفقیت فردی ۰/۷۹ گزارش کرده است. فیلیان (۱۳۸۱) نیز میزان پایایی کل پرسشنامه را ۰/۹۶ ارزیابی کرده است.

۴. پرسشنامه‌ی تنظیم هیجانی: این پرسشنامه که در سال توسط گراتز و روئمر^۱ (۲۰۰۴) ساخته شده است. یک پرسشنامه‌ی ۳۶ سوالی چند بعدی خود گزارشی است که الگوهای تنظیم هیجانی افراد را مورد ارزیابی قرار می دهد و از شش خرده مقیاس تشکیل شده است. این خرده مقیاس ها عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجانی و کمبود وضوح هیجانی. این پرسش نامه از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است ۰/۹۳ و پایایی خرده مقیاس های آن برای هر مقیاس با آلفای کرونباخ بیش از ۰/۸۰ می باشد. عسگری، پاشا و امینیان (۱۳۸۸) پایایی پرسشنامه‌ی تنظیم هیجانی را با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه کردند که برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۸۶ و ۰/۸۰ بوده است. این پژوهشگران بیان می دارند که پایایی پرسشنامه بین ۰/۵۴ تا ۰/۸۶ در نوسان است.

جهت تجزیه و تحلیل آماری در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره MANCOVA استفاده گردید. دلیل استفاده از روش تحلیل کوواریانس این بود که عامل جنسیت و سابقه کاری به عنوان متغیر مداخله گر در تحلیل آماری به کار گرفته شدند. جهت تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار آماری ۱۷ SPSS استفاده به عمل آمد.

^۱. Gratz & Roemer

یافته ها

در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه ها ارایه شده است.

جدول (۱) - میانگین و انحراف استاندارد مولفه های تحقیق

تنظیم هیجانی						فرسودگی شغلی				گروه ها	
وضوح هیجانی	راهکارهای تنظیم هیجانی	آگاهی هیجانی	کنترل تکانه	مشارکت رفتارهای منتهی به هدف	پذیرش پاسخ هیجانی	عملکرد فردی	مسخ شخصیت	خستگی عاطفی	افسردگی		
۱۴/۱۲	۲۰/۲۷	۱۳/۱	۱۹/۳۷	۱۶/۲۷	۱۷/۸۵	۱۲/۷۵	۱۹/۸	۲۸/۳	۲۹/۷۸	میانگین	خودبیمارانگاران
۲/۵	۲/۷	۲/۶	۲/۷	۲/۶	۳/۸	۵	۲/۹	۷/۶	۶/۷	انحراف استاندارد	
۱۱/۷۲	۱۲/۸۷	۱۰/۹۸	۱۱/۸۵	۱۴/۹۸	۱۴/۵۱	۲۰/۴۲	۱۰/۱۳	۱۲/۹	۱۴/۱۲	میانگین	سالم
۲/۵	۲/۳	۲/۱	۲/۶	۲/۲	۲/۹	۵/۰۸	۳/۳	۵/۳	۵/۷	انحراف استاندارد	

همانگونه که در جدول (۱) دیده می شود، در کلیه مولفه های مورد نظر تحقیق، میانگین گروه افراد سالم در مقایسه با میانگین گروه افراد خودبیمارانگاران در سطح مطلوب تری برآورد شده است. در جدول (۲) به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه با توجه به مولفه های تحقیق از تحلیل مانکوا استفاده شده است.

جدول (۲) - تحلیل مانکوا برای مقایسه دو گروه با توجه به مولفه های تحقیق

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
افسردگی	۹۷۹۶/۹	۱	۹۷۹۶/۹	۲۴۹/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
خستگی عاطفی	۹۵۳۲/۷	۱	۹۵۳۲/۷	۲۲۱/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
مسخ شخصیت	۳۷۳۴/۶	۱	۳۷۳۴/۶	۳۷۹/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱
عملکرد فردی	۲۳۶۵/۲	۱	۲۳۶۵/۲	۹۲/۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۱

۱	۰/۱۹	۰/۰۰۰۱	۳۸/۷۲	۴۴۵/۶	۱	۴۴۵/۶	پذیرش پاسخ هیجانی
۱	۰/۰۷	۰/۰۰۱	۱۱/۳۸	۶۶/۳	۱	۶۶/۳	مشارکت رفتارهای منتهی به هدف
۱	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱	۳۰۸/۲۶	۲۲۶۵/۰۲	۱	۲۲۶۵/۰۲	کنترل تکانه
۱	۰/۱۷	۰/۰۰۰۱	۳۱/۹	۱۷۸/۵	۱	۱۷۸/۵	آگاهی هیجانی
۱	۰/۶۸	۰/۰۰۰۱	۳۳۷/۷۴	۲۱۹۰/۴	۱	۲۱۹۰/۴	راهکارهای تنظیم هیجانی
۱	۰/۱۹	۰/۰۰۰۱	۳۶/۴۵	۲۳۰/۴	۱	۲۳۰/۴	وضوح هیجانی

تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که لاندای ویلکز برابر با ۰/۱۴۴ بدست آمده و معنادار بوده و بیانگر این است که ضریب اثر محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار بوده است و این نشان دهنده تفاوت گروهی در کلیه مولفه های تحقیق است. با توجه به نتایج آزمون باکس (Box'M = ۱۶/۷۶ و $P > ۰/۰۵$ و $F = ۰/۹۸۲$) تساوی کوواریانس های دو گروه تأیید شد. به منظور بررسی همگنی واریانس دو گروه از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج آزمون لوین نشان داد که به جز در مورد خستگی عاطفی از ابعاد فرسودگی شغلی ($P \leq ۰/۰۵$) و کمبود آگاهی هیجانی از ابعاد ($P \leq ۰/۰۵$) آزمون لوین معنادار نبوده ($P > ۰/۰۵$) و می توان گفت که در مورد آنها پیش فرض تساوی واریانس ها رعایت شده است.

نتایج تحلیل مانوکوا در جدول (۲) نشان داد بین دو گروه در کلیه مولفه های تحقیق تفاوت معنادار حاصل شده است. بر اساس توان آماری تقریباً در کلیه مولفه های تحقیق، ۱۰۰ درصد از تغییرات در واریانس نمرات خودبیمارانگاری ناشی از افسردگی، ابعاد فرسودگی شغلی و تنظیم هیجانی بوده است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه تحقیق چنین بوده که بین افسردگی، ابعاد فرسودگی شغلی و تنظیم هیجانی افراد خودبیمارانگار و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحقیق نشان داد که براساس تحلیل مانکووا بین کلیه مولفه های مورد نظر تحقیق در بین دو گروه افراد خودبیمارانگار و افراد سالم تفاوت معنادار حاصل شده است. بدین ترتیب می توان نتیجه گرفت که افسردگی، فرسودگی شغلی و تنظیم هیجانی در بروز خودبیمارانگاری موثر بوده اند. خودبیمارانگاری اختلالی است که شامل نگرانی در مورد وجود یک بیماری جسمی است و فرد براین اعتقاد است که به یک بیماری جسمی دچار شده است و برای آن نشانه ها و علائم خاصی نیز برمی شمارد. ریشه و اساس این اختلال اضطراب است و فرد برای اضطراب خود نشانه ها و علائم جسمانی خاصی نیز تعیین می کند (آبرامویتز و برادوک، ۲۰۰۶). زمانی که اضطراب تداوم پیدا می کند و پیامدهای منفی برای کارکرد روانشناختی فرد ایجاد می نماید، خودبیمارانگاری به عنوان یک

واکنش روانشناختی ایجاد می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). افسردگی خود به عنوان یک پیامد روانشناختی و اختلالی که ناشی از ناتوانی فرد برای ایستادگی و مقاومت در مقابل منابع استرس و فشارهای زندگی ایجاد می شود، شناخته شده است. احساس یاس و ناامیدی و احساس ناکارآمدی مفرط که حتی ممکن است فرد را به سوی نابودی و خودکشی سوق دهد. بنابراین همراستا با یافته تحقیق حاضر، افسردگی با هیپوکندریا ارتباط دارد. همانگونه که براوو و سیلور (۲۰۰۹) نیز عنوان نموده اند بین افسردگی و خودبیمارانگاری رابطه وجود دارد و افسردگی به عنوان یک مسبب برای بروز خودبیمارانگاری نقش ایفا می کند. گریفالوس و همکاران (۲۰۰۸) نیز عنوان نموده اند که افسردگی به عنوان یک اختلال همراه^۱ برای اختلال خودبیمارانگاری است و علاوه بر آن ترس از وجود یک بیماری و مسایل همراه با آن نیز افسردگی و اضطراب را در وجود فرد توسعه می بخشد. براساس نتایج تحقیقی می توان گفت که پرستارانی که در محیط شغلی خود احساس فشار و و تنش زیادی دارند و راهبردهای مناسبی برای مواجهه با این فشارها را ندارند، بیشتر خود را در معرض بیماری های مختلف و آسیب های جسمی می بینند و لذا احساس خودبیمارانگاری در آنها ایجاد می شود.

فشارها و استرسورها از جمله منابع مهم اضطراب به شمار می روند و در محیط های شغلی تداوم و استمرار آنها فرد را به سوی فرسودگی سوق می دهند. جورج و میلون (۱۹۸۶) عنوان نموده اند که نشانه های فشار ممکن است به صورت روانشناختی و یا فیزیکی باشد و حتی خود را به صورت بیماری های جسمانی نیز نشان دهند. همسو با تحقیق حاضر، کین^۲ (۲۰۰۹) بین عوامل استرس زای شغلی و اختلالات سایکوسوماتیک در بین پرستاران ارتباط معنادار بدست آورده است. بنابراین براساس نتایج حاصله می توان گفت که وجود فرسودگی شغلی در محیط های کاری می تواند زمینه ساز بروز اختلالات سایکویوماتیک و خودبیمارانگاری باشد که افراد به عنوان یک راهبرد روانشناختی منفی که در مواجهه با استرس های محیطی خود برمی گزینند. افراد در محیط های مختلف پاسخ های متنوعی به عوامل استرس زا می دهند. از جمله انزوا، احساس خودناکارآمدی، یاس و ناامیدی و افسردگی، ترک شغل، غیبت و خودبیمارانگاری نیز از جمله پیامدهای مواجهه با استرس مزمن است.

عابدی (۱۳۸۱) علائم فرسودگی شغلی را به چهار دسته علائم جسمانی، علائم هیجانی، علائم اجتماعی و علائم سازمانی تقسیم نموده است. در این تقسیم بندی خستگی، مشکلات خواب، مشکلات جسمانی و مشکلات تغذیه در قسمت علائم جسمانی قرار می گیرند. بنابراین می توان گفت که بسیاری از علایمی که افراد به عنوان نشانه های جسمانی وجود اختلال یک بیماری جسمی در نظر می گیرند، غیرواقعی است و به عنوان خودبیمارانگاری و نه واقعا، نشانه وجود یک بیماری جسمی است. با در نظر گرفتن مسایل و مشکلاتی که پرستاران با آنها مواجهند از جمله پرباری نقش، وجود انتظارات مختلف از آنها در محیط شغلی، کمبود نیروی کار در بیمارستان ها،

^۱ comorbidity
^۲ Kane

امنیت شغلی پائین برای بسیاری از پرستاران و نارضایتی نسبی از حقوق و پاداش و احساس عدم توجه از سوی مسئولین و مافوق بروز فرسودگی شغلی در بین آنها قابل انتظار است و بدین ترتیب احساس خستگی جسمی و پیامدهای ناشی از آن مانند خودبیمارانگاری و اختلالات روان تنی نیز از جمله نتایج بروز فرسودگی شغلی است.

براساس نتایج تحقیق، تنظیم هیجانی نیز با خودبیمارانگاری ارتباط معنادار داشته و بین افراد خودبیمارانگار و افراد سالم تفاوت معنادار حاصل شده است. تنظیم هیجانی نحوه مواجهه افراد با هیجاناتی که در موقعیت های مختلف با آن مواجه می شوند را مشخص می سازد. پاروت^۱ (۱۹۹۳؛ به نقل از سیسلر و همکاران^۲، ۲۰۱۰) عنوان می کند که تنظیم هیجانی می تواند به شیوه های آشکار و ظریفی خود را آشکار سازد از جمله ارزیابی مجدد، حواس پرتی، اجتناب، فرار، مقابله به شیوه حل مسئله یا هیجانی، تغییرات شناختی، سوء مصرف مواد یا تجربه عاطفی کند. گراس (۲۰۰۷) نیز عنوان می کند که تنظیم هیجانی پیامدهای مختلفی داشته باشد که براساس موقعیت، نوع رویداد، برداشت فرد از رویداد، زمان و مکان فرد قابل تغییر هستند. به عبارت دیگر، تنظیم هیجانی نحوه پاسخ افراد را به موقعیت ها را تعیین می کند. براساس نتایج تحقیق حاضر، تنظیم هیجانی می تواند به عنوان تعیین کننده و برداشت ذهنی افراد به عنوان وجود یک اختلال جسمانی نیز عمل نماید. عدم توانایی تنظیم هیجانات، باعث می شود که احساسات فرد بر عقل و منطقش غلبه داشته باشد و فرد در موقعیتهای مختلف تنها با تکیه بر جو احساسی محیط و بدون توجه به راه حل های منطقی ممکن تصمیم گیری کند. اگر شخصی از لحاظ هیجانی، ناهشیار باشد و در تنظیم و تعدیل عواطف و هیجان های خود به نحوی اشکال داشته باشد. یکی از این اشکالات به عنوان وجود اختلالات روان تنی یا خودبیمارانگاری مطرح است.

با توجه به این که شغل پرستاری به عنوان شغلی مملو از عوامل استرس زا و پرفشار مطرح است، لذا ارایه توجه به آنها و ارایه خدمات روانشناختی از جمله ارایه خدمات مشاوره ای و ارایه آموزش هایی که بتواند به آنها در مواجهه اصولی و مناسب با مشکلات و مسایل شغلی و اجتماعی کمک نماید، می تواند به بهبود کارکرد و ایجاد احساسات مطلوب و کارآمد و رشد احساس خودکارآمدی و به کارگیری شیوه های مقابله ای مناسب کمک نماید.

در پایان از همکاری تمامی مدیران بیمارستان ها و همچنین پرستاران محترم که با وجود مشغله و مسئولی های زیاد با گروه تحقیقاتی همکاری نمودند کمال تشکر را داریم و برای آنها آرزوی موفقیت، سلامتی و شادی داریم.

^۱ Parrot

^۲ Cisler et al

منابع

- بهداری خسروشاهی ج، خانجانی ز. ۱۳۹۱. ارتباط شوخ طبعی و رویدادهای استرسزای زندگی با افسردگی در دانشجویان. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان. ۲: ۹۶-۹۹.
- پیامی م. ۱۳۷۹. بررسی وضعیت حمایت‌های اجتماعی و ارتباط آن با فرسودگی شغلی پرستاران مراقبت‌های ویژه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، ۳۳: ۵۲-۵۷.
- حکیم جوادی م، غلامعلی لواسانی م، حقیقت گو م، زبردست ع. ۱۳۸۹. بررسی رابطه افسردگی، اضطراب، استرس و عوامل شخصیت در فرزندان ایثارگران. مجله علمی-پژوهشی طب جانباز. ۹: ۹-۱۶.
- دیویس ک، نیواستروم ج. ۱۳۷۷. رفتار انسانی در کار - رفتار سازمانی. ترجمه محمدعلی طوسی. تهران: انتشارات آموزش مدیریت دولتی.
- طلایی ع، فیاضی بردبار م، نصیریایی ا، ثمری ع، میرشجاعیان، رضایی اردانی ا. ۱۳۸۸. خودبیمارانگاری و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۱۷: ۸-۱۸.
- طوبایی ش، دقیق افکار م، حق شناس ح. ۱۳۸۸. رابطه فرسودگی شغلی با سطح بهداشت روان و ویژگی های شخصیتی دندانپزشکان. مجله دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۰(۴): ۳۴۸-۳۵۵.
- عابدی م، شفیع آبادی ا، احمدی ا، سلیمی زاده ک. ۱۳۸۲. بررسی میزان فرسودگی شغلی مشاوران آموزش و پرورش شهر اصفهان. فصلنامه دانش و پژوهش. ۱۵: ۳۸-۲۳.
- عابدی م. ۱۳۸۱. بررسی و مقایسه اثر بخشی روش‌های مشاوره شغلی به سبک نظریه یادگیری اجتماعی، سازگاری شغلی و مدل شناختی رفتاری شادمانی فوردایس بر کاهش فرسودگی شغلی مشاوران آموزش و پرورش شهر اصفهان. پایان نامه دکترای مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- عسگری پ، پاشا غ، امینیان م. ۱۳۸۸. رابطه ی تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳: ۶۵-۷۸.
- فیلبان، ع. ۱۳۸۱. بررسی میزان فرسودگی شغلی و ارتباط آن با روش های مقابله ای به کارگرفته شده توسط پرستاران بیمارستان های آموزشی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- کورانیان ف، خسروی ع، اسماعیلی ح. ۱۳۸۷. بررسی ارتباط نستوهی و منبع کنترل با فرسودگی شغلی در پرستاران. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (افق دانش)، ۱۴(۱): ۵۸-۶۷.

- Abdelrahim I, Humaida I. ٢٠١٢. Relationship between Stress and Psychosomatic Complaints among Nurses in Tabarjal Hospital. *Open Journal of Medical Psychology*, ١: ١٥-١٩.
- Abramowitz JS. ٢٠٠٥. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry*, ١٧(٤):٢١١-٧.
- American Psychiatric Association. (١٩٩٤). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (٤th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barsky AJ, Frank CB, Cleary PD, Wyshak G, Klerman GL. ١٩٩١. The relation between hypochondriasis and age. *American Journal of Psychiatry*, ١٤٨(٧):٩٢٣-٨.
- Beck AT, Steer RA, Epstein N. Self-concept dimension cilinical depressed and anxious out patients. *J Clin Psychol* ١٩٧٩; ٤٨(٤): ٤٢٣-٤٣٢.
- Bravo, I., & Silverman, W. (٢٠٠١). Anxiety sensitivity, anxiety, and depression in older patients and their relation to hypochondriacal concerns and medical illness. *Aging and Mental Health*, ٥, ٣٤٩-٣٥٧.
- Çavuş MF, Demir Y. ٢٠١٠. The Impacts of Structural and Psychological Empowerment on Burnout: A Research of Staff Nurses in Turkish State Hospitals. *Canadian Social Sciences*, ٦(٤): ٦٣-٧٢.
- Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. ٢٠١٠. Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of Psychopathological Behavior Assessment*, ٣٢(١): ٦٨-٨٢.
- Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, ٥٦(٤):٣٩١-٤٠٨.
- Deaton B, Abramowitz JS. ٢٠٠٨. Is Hypochondriasis Related to Obsessive- Compulsive Disorder, Panic Disorder, or Both? An Empirical Evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, ٢٢(٢١): ١١٥-١٢٧.
- Dworkin, A. Saha, L. and Hill, A. ٢٠٠٢. Teacher Burnout and Perceptions of a Democratic School Environment. *International education journal*, ٤(٢), ٦٤-٧٢.
- Evans Ch. ١٩٨٠. *Understanding yourself*; Upgraded Edition, Signet Publications. Jul: ٨٧.
- Garryfalos G, Adamopoulou AR, Karastergiou AN, Bouzikas V, Voikli M, Vaxevanis T, Stylopoulos E, Christoforidis G. ٢٠٠٨. Hypochondriasis: demographic characteristics and comorbidity with other psychiatric diagnosis in Greece. *Hellenic Psychiatry General Hospital*, ٥(٢): ٧٧-٨٢.
- George JM, Milone CL, Hollister WG. ١٩٨٦. *Stress management for the dental team*. ٤th ed., Philadelphia; Lea & Febiger p. ٣-٢٠.
- George JM, Milone CL, Hollister WG. ١٩٨٦. *Stress management for the dental team*. ٤th ed., Philadelphia; Lea & Febiger; ٣-٢٠.

- Gratz K L, Roemer L. 2004. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gray P, Anderson JG. 2002. Stress among Hospital Nursing Staff: It Is Causes and Effects. *Medical Psychology*, 10: 639-647.
- Gross J J, John O P. 2002. Wise emotion regulation. In L. Feldman Barrett & P. Salovey (Eds.), *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence*. New York: Guilford.
- Gross J J. 2002. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39: 281-291.
- Gross J J. *Handbook of Emotion Regulation*. New York, NY: Guilford Press; 2007.
- Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. 1998. Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. Results from a national birth cohort. *British Journal of Psychiatry*, 173: 200-61.
- Jaisoorya TS, Reddy YC, Srinath S. 2003. The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. *Compr Psychiatry*, 44(4):217-23.
- Kane PP. 2009. Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine* 13(1): 28-32.
- Kessler, Ronald C., Paul E. Greenberg, Kristin D. Mickelson et al. 2001. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(3): 218-220.
- Leibbrand R, Hiller W, Fichter MM. 2000. Hypochondriasis and somatization: two distinct aspects of somatoform disorders? *Journal of Clinical Psychology*, 56(1):63-72.
- Maslach C, Jackson S. 1982. *Maslach Burnout Inventory*. Consulting psychologists press, palo Alto, CA.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. 2001. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.
- Noyes R, Kathol RG, Fisher MM, Phillips BM, Suelzer MT, Holt CS. The validity of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:961-70.
- Piko B. 1999. Work-Related Stress Among Nurses: A Challenge for Health Care Institutions. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 119(3): 106-112.
- Pines AM. 2002. Teacher burnout: a psychodynamic existential perspective. *Teachers and Teaching: Theory and Practice*, 8(2): 121-140.
- Terre L, Poston WS, Foreyt J, St Jeor ST. 2003. Do somatic complaints predict subsequent symptoms of depression? *Psychother Psychosom*, 72(5):261-7.
- Tylee A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J. 1999. Identification of depressed patient types in the community and their treatment needs: findings from the DEPRES II (Depression Research

in European Society II) survey, DEPRES Steering Committee. International Clinical Psychopharmacology, 14, 103-110.

Ustun T.B, J L Yuso-Mateos, S. Chatterji et al. 2004. Global burden of depressive disorders in the year 2000. British Journal of Psychiatry, 184: 386-392.

Yiu- kee C, Tang CS. 1990. Existential correlates of burnout among mental health professionals in Hong- Kong journal of Mental Health Counseling, 17:2, 220-229.