

تحقیقی

رابطه همدلی هیجانی متعادل و رضایت از زندگی با ناگویی خلقی در پرستاران، ماماها و کاردان های اتاق عمل

برزو امیرپور^{۱*}، علی زکی یی^۲، مریم کلهرنیا گلکار^۳

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. ۲- دانشجوی دکتری روانشناسی، قطب علمی پزشکی جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. ۳- دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ناگویی خلقی، یک صفت شخصیتی است که با مشکلاتی در بازشناسی هیجان، تنظیم و پردازش هیجانی ارتباط دارد. با این وجود درحوزه سلامت و مراقبت، عواطف و هیجانات نقش مهمی را در رابطه ی بین متخصصان و بیماران و به طور کلی رضایت از زندگی ایفا می کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین همدلی هیجانی متعادل و رضایت از زندگی با ناگویی خلقی در پرستاران، ماماها و کاردان های اتاق عمل انجام گرفت.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی بر روی ۳۰۰ نفر از پرستاران، ماماها و تکنسین های اتاق عمل استان کرمانشاه و همدان در سال ۱۳۹۱ به صورت مقطعی اجرا شد. شرکت کنندگان در پژوهش براساس نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب و سه پرسشنامه همدلی هیجانی متعادل مهرابیان و Epstein، مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) دینر و همکاران و پرسشنامه ناگویی خلقی (FTAS-20) تورنورا تکمیل نمودند. داده ها با روش های آماری تحلیل واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی ساده تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش حاکی از آن بود که میانگین نمرات ناگویی خلقی در ماماها ($11/66 \pm 6/2$)، رضایت از زندگی در پرستاران ($13/85 \pm 4/50$) و همدلی هیجانی در پرستاران ($100/95 \pm 12/40$) بالاتر است. علاوه بر این، نتایج پژوهش نشان داد که بین رضایت از زندگی و ناگویی خلقی و بین همدلی هیجانی متعادل و ناگویی خلقی رابطه منفی معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$)، $r = -0/13$ ، $r = -0/16$ ، $P < 0/05$). نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون حاکی از آن بود که رضایت از زندگی ($\beta = -0/18$) و همدلی هیجانی متعادل ($\beta = -0/15$) پیش بینی کننده های منفی و معنی دار ناگویی خلقی هستند.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می شود در محیط های درمانی به نقش همدلی کردن و بالا بردن رضایت از زندگی در کارکنان بیمارستان ها توجه شود.

کلیدواژه ها: همدلی هیجانی متعادل، رضایت از زندگی، ناگویی هیجانی

* نویسنده مسئول: برزو امیرپور، پست الکترونیکی: borzooamirpour@gmail.com

نشانی: کنگاور، دانشگاه پیام نور، گروه روان شناسی. تلفن: ۴۸۲۳۳۴۴۳ (۰۸۳)

وصول مقاله: ۹۳/۱۲/۴، اصلاح نهایی: ۹۴/۳/۴، پذیرش مقاله: ۹۴/۷/۸

مقدمه

بخش بهداشت و درمان به سبب ارتباط مستقیم با سلامت افراد جامعه، یکی از پراهمیت ترین حوزه های مرتبط با توسعه پایدار در هر کشوری محسوب می شود (۱). بنابراین نیروی انسانی شاغل در این بخش باید خود از لحاظ سلامت روانی و هیجانی در حد قابل قبولی باشد. بی شک واکنش های هیجانی و استرس شغلی در این بخش موجب مشکلات زیادی برای کارکنان می شود (۲). بررسی عوامل موثر بر هیجان های پرستاران و کارکنان بخش درمان به سبب ارتباط عاطفی با بیماران از اهمیت بسزایی برخوردار است.

ناگویی خلقی (Alexithymia) برای اولین بار توسط Sifneos در سال ۱۹۷۳ مطرح و عبارت از ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانان است (۳). این متغیر روانشناختی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت گیری فکری بیرونی است. این مشخصه ها که سازه ناتوانی هیجانی را تشکیل می دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانان می باشند (۴)، بخصوص در شرایطی که انجام یک تکلیف چندان آسان نیست (۵). ناگویی خلقی را سازه ای روانشناختی در نظر می گیرند که آن را می توان به دو بعد شناختی و خلقی تقسیم کرد. بعد شناختی آن با مشکلاتی در تشخیص، ابراز کلامی و تحلیل احساسات مشخص می شود و بعد خلقی آن کاهش سطوح تجارب و تصویرسازی ذهنی از هیجانان را شامل می شود (۶).

افرادی که به ناتوانی هیجانی مبتلا می شوند، قادر به تشخیص و تمیز دادن هیجان های خود نیستند و نمی توانند افکار و احساسات خود را درک و توصیف کنند و در آگاهی هیجانی، ارتباط با دیگران و بینش نسبت به احساسات خود نقایصی را نشان می دهند (۷ و ۸). افراد مبتلا به ناگویی خلقی، تهییج های بدنی بهنجار را بزرگ می کنند و نشانه های بدنی انگیزندگی هیجانی را بد تفسیر می کنند. اعتقاد بر این است که ناتوانی هیجانی، عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روان پزشکی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته های جسمانی - هیجانی هستند که به کلام در نمی آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانان شده، سازگاری موفقیت آمیز را دشوار می سازد. افراد مبتلا به ناگویی خلقی

برای بیان احساساتشان دست به فعالیت های غیرکلامی مخربی می زنند. رفتارهایی نظیر پاره کردن، تخریب و شکستن اشیاء، نوشیدن الکل و مصرف مواد مخدر مثال هایی از این گونه فعالیت ها هستند (۹).

بسیاری از پژوهشگران نقش عوامل روانی، اجتماعی و زیستی را در ابتلا به ناگویی خلقی دخیل می دانند که یکی از این عوامل، همدلی است؛ همدلی در مفهوم کلی و عمومی عبارت از توانایی قرار دادن خود به جای دیگران برای درک بهتر احساسات و تجربیات طرفین در تعامل با یکدیگر است (۱۰ و ۱۱). همدلی، توانایی شناخت احساسات و تجربیات دیگران و تعامل احساسات و تجربیات طرفین برای ارتباط موثر می باشد (۱۲).

مفهوم همدلی (Empathy)، یکی از مفاهیم مهم پرستاری است. درک شدن یکی از نیازهای پایه انسان می باشد. ادراک پایه ای را می سازد که روابط بر مبنای آن ساخته می شود (۱۳). در حرفه ی پرستاری، پرستاران ماهرانه با سایرین به تعامل می پردازند. ارتباط بین پرستار و بیمار، پایه اقدامات درمانی است (۱۴).

از طرفی رضایت از زندگی، یکی از شاخص های تعیین کننده میزان سلامتی افراد می باشد (۱۵). رضایت از زندگی یکی از پیش بینی کننده های سلامت روانی است که امروزه توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده است (۱۶). رضایت از زندگی به عنوان یکی از مولفه های بهزیستی درونی شامل نگرش فرد، ارزیابی عمومی وی نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی از جنبه های زندگی، همچون زندگی خانوادگی و تجربه آموزشی است (۱۷). رضایت از زندگی از عوامل مهم مطرح در رفاه فرد است. بررسی رضایت از زندگی در سیستم های مراقبت بهداشتی از این جنبه مهم است که بر اساس پژوهش های انجام شده، این مفهوم در تعامل کامل با سلامتی است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی وجود دارد (۱۸). نکته مهم اینکه ناگویی خلقی اگرچه در ابتدا برای توصیف یک سبک شناختی و ویژگی خلقی بیماران مبتلا به اختلالات روانی - تنی بکار گرفته شد، اما این متغیر پایدار شخصیتی تنها به بیماران مختلف محدود نمی شود، بلکه در جمعیت های

عمومی شیوع ده درصدی و با فراوانی بیشتر از لحاظ جنسیت در مردان برای آن گزارش شده است (۱۹ و ۲۰).

براین اساس و با توجه به نقش هیجان در کار پرستاران و افراد فعال در حوزه بهداشت و درمان به سبب ارتباط با بیماران و چگونگی ابراز هیجان و چگونگی شناسایی هیجانات بیماران، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط همدلی هیجانی متعادل و رضایت از زندگی با ناگویی خلقی در پرستاران، ماماها و کاردان های اتاق عمل انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی می باشد که جامعه پژوهش، ماماها، پرستاران و کاردان های اتاق عمل شاغل در بیمارستان های دولتی استان های کرمانشاه و همدان سال ۱۳۹۱ بودند. جامعه آماری به طور تقریبی در دامنه ۲۵۰۰ تا ۲۷۰۰ نفر قرار داشت و حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۰۰ نفر محاسبه گردید که نمونه ها براساس روش نمونه گیری تصادفی- طبقه ای با توجه به حرفه و محل سکونت وارد مطالعه شدند. نمونه شامل ۸۴ پرستار مرد، ۱۰۵ پرستار زن، ۸۰ ماما و ۳۱ نفر کاردان اتاق عمل بود. برای شرکت کنندگان در پژوهش اهداف مطالعه بیان و رضایت آن ها برای تکمیل سئوالات با تاکید بر محرمانه بودن و پاسخ به سئوالات در هنگام استراحت جلب شد. برای تحلیل داده ها از آزمون های آماری تحلیل واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با سطح اطمینان ۹۵ درصد و از نرم افزار آماری SPSS-18 استفاده شد.

ابزار گردآوری داده ها، شامل سه پرسشنامه همدلی هیجانی متعادل مهرابیان و Epstein؛ مقیاس رضایت از زندگی Diener (Satisfaction with Life Scale) و همکاران و پرسشنامه ناگویی خلقی (FTAS-20) تورنتو بود.

مقیاس رضایت از زندگی توسط Diener و همکاران (۱۹۸۵) تهیه و از ۵ گزاره که مولفه شتاختی بهزیستی فاعلی را اندازه گیری می کند تشکیل شده است. آزمودنی به هر گویه ی آن روی مقیاس هفت درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ می دهد. دامنه ی نمرات این مقیاس ۵ تا ۳۵ می باشد. آزمودنی ها اظهار می دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی اند و یا چقدر به زندگی به آرمانی آن ها نزدیک تر است. مقیاس رضایت از زندگی به

زبان- های گوناگون از جمله فارسی ترجمه شده است. بیانی و همکاران (۱۳۸۶) با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار آن را ۰/۸۳ بدست آورده اند (۲۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ بدست آمد. همبستگی منفی و معنی- دار بین نمرات رضایت از زندگی و ناگویی خلقی نیز حاکی از روایی این مقیاس دارد. نمرات بدست آمده از این مقیاس رضایت از زندگی را در سه مقطع زمانی گذشته، حال و آینده و به طور کلی رضایت از زندگی را می سنجد. نمرات بالاتر در این مقیاس، نشان دهنده رضایت از زندگی بالاتر است.

برای ارزیابی میزان همدلی متعادل آزمودنی ها از مقیاس همدلی مهرابیان و Epstein (۱۹۷۲) استفاده شد. این مقیاس دارای ۳۳ گویه است که ۱۸ پرسش آن به صورت مثبت و ۱۵ پرسش دیگر به صورت معکوس نمره گذاری می شود. پرسش ها به صورت مقیاس پنج گزینه ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) طرح شده که به ترتیب امتیازهای ۵ تا ۱ با حداقل نمره ۳۳ و حداکثر ۱۶۵ را دریافت می کنند. در پژوهش مهرابیان و Epstein (۱۹۷۲) ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۴ و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۸ گزارش کرده است و همبستگی مثبت و معنی دار نمرات خرده مقیاس ها با نمرات کل پرسشنامه همدلی هیجانی متعادل نیز نشان از روایی این ابزار دارد. نمرات بالاتر از ۱۰۶ به عنوان همدلی هیجانی بالا در نظر گرفته شده است و شش بعد از همدلی؛ یعنی واکنشی، بیانی، مشارکتی، اثرپذیری عاطفی، ثبات عاطفی و همدلی نسبت به دیگران را اندازه گیری می کند.

پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو یک آزمون ۲۰ سئوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ ماده) و تفکر عینی (شامل ۸ ماده) را با مقیاس پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می سنجد. نمره کل برای ناگویی خلقی حداقل ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ محاسبه می شود. ویژگی های روان سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو- ۲۰ در پژوهش های متعدد بررسی و تایید شده است. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو- ۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیر مقیاس دشواری در

اتاق عمل با ($F=3/02$ و $P<0/05$) از دو گروه دیگر به طور معنی داری پایین تر است (جدول ۱).

نتایج بدست آمده از ماتریس همبستگی، نشان دهنده همبستگی منفی و معنی دار بین ناگویی خلقی با رضایت از زندگی ($r=-0/13$ ، $P<0/05$) و همدلی هیجانی متعادل ($r=-0/16$ ، $P<0/05$) بود. به منظور تعیین نقش پیش بینی رضایت از زندگی و همدلی هیجانی متعادل برای متغیر ملاک؛ یعنی ناگویی خلقی از تحلیل رگرسیون خطی ساده و از روش ورود استفاده شد. قبل از بکارگیری این روش آماری، مفروضه های آن بررسی شد.

آزمون استقلال خطاها با هدف تعیین تفاوت بین مقادیر واقعی و مقادیر پیش بینی شده با مدل رگرسیون، با استفاده از آماره دوربین واتسن برابر با $1/695$ بود که قرار گرفتن این مقدار در دامنه بین ۱ تا ۳، نشان از مستقل بودن خطاها بود. همچنین مقادیر ضریب تحمل (Tolerance) و تورم واریانس (variance inflation factor/ VIF) با هدف تعیین هم خطی بین متغیرهای پیش بین، نشان دهنده عدم تاثیرگذاری متغیرهای مستقل بر یکدیگر بود. مقدار ضریب تحمل بالا و تورم واریانس پایین، نشان دهنده عدم هم خطی بودن و مناسب بودن مدل رگرسیون است.

در نهایت پیروی از توزیع نرمال برای داده ها به عنوان یکی دیگر از مفروضه- های استفاده از رگرسیون علاوه بر آزمون Shapiro-Wilk، به وسیله نمودار جعبه ای (Box Plot) انجام گرفت که این جعبه ها در هر دو متغیر پیش بین در مرکز نمودار قرار داشتند که بیانگر توزیع نرمال داده های پژوهش حاضر است.

با توجه به سطح معنی داری متغیرهای پیش بین ($P<0/05$) و ضرایب علامت B ($-0/30$) برای رضایت از زندگی و $-0/14$ برای همدلی هیجانی) و $\beta (-0/15)$ برای رضایت از زندگی و $-0/18$ برای همدلی هیجانی) می توان استنباط نمود که رضایت از زندگی و همدلی هیجانی متعادل می توانند به شیوه منفی و معنی داری ناگویی خلقی را پیش بینی کنند (جدول ۲).

تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۸۵، ۸۲، ۷۵ و ۷۲ درصد محاسبه شد که نشانه همسانی درونی مناسب مقیاس است (۲۳). پایایی باز آزمایی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r=0/80$ تا $r=0/87$ برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس های مختلف تایید شد. روایی همزمان مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیر مقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در مقیاس ناگویی خلقی کل با هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی همبستگی معنی دار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس های ناگویی خلقی و متغیرهای فوق نیز معنی دار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز وجود سه عامل دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ گزارش شده است (۲۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه $0/82$ بدست آمد. نمرات بالاتر از ۵۰ در این پرسشنامه به معنای ناگویی خلقی و مشکلاتی در تشخیص و تمیز احساسات و هیجانات است.

یافته ها

یافته ها نشان داد که ۶۳ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش، پرستار (۸۴ مرد و ۱۰۵ زن) با میانگین سنی ۳۵ سال برای مرد و ۳۳ سال برای زنان و انحراف معیار سنی کل شرکت کنندگان $5/73$ ؛ $26/7$ درصد ماما (۸۰ نفر) با میانگین سنی ۳۴ و $10/03$ درصد (۳۱ نفر) با میانگین سنی ۳۰ سال کاردان اتاق عمل بودند. قبل از تحلیل داده ها، توزیع بهنجار داده ها بر اساس آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد که در هر سه متغیر مقادیر ارزش P بالاتر از ۵ صدم بدست آمد که بر توزیع نرمال متغیرها دلالت دارد ($P>0/05$).

نتایج تحلیل واریانس یک طرفه جهت مقایسه میانگین های متغیرهای پژوهش حاکی از تفاوت معنی دار سه گروه تنها در متغیر ناگویی خلقی است، به طوری که نمرات کاردان های

جدول ۱: آماره های توصیفی و نتایج تحلیل واریانس بین گروه ها برای هر سه گروه به تفکیک در متغیرهای پژوهش

متغیر	نوع شغل	میانگین $\pm$ انحراف معیار	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P
ناگویی خلقی	پرستار	۵۸/۹۴ $\pm$ ۸/۲۷	۶۵۲/۶۸	۵۶/۵۹	۳/۰۲	$P < ۰/۰۵$
	ماما	۸۰/۸۸ $\pm$ ۶/۵۰				
	کاردان اتاق عمل	۶۲/۱۹ $\pm$ ۱۱/۶۶				
رضایت از زندگی	پرستار	۱۳/۸۵ $\pm$ ۴/۵۰	۹۲/۴۱	۳۰/۸۰	۱/۷۵	$P > ۰/۰۵$
	ماما	۱۲/۶۰ $\pm$ ۳/۳۸				
	کاردان اتاق عمل	۱۳/۰۹ $\pm$ ۵/۲۸				
همدلی هیجانی	پرستار	۱۰۰/۹۵ $\pm$ ۱۲/۴۰	۱۶۹/۷۹	۲۱۷/۵۶	۰/۰۷۵	$P > ۰/۰۵$
	ماما	۱۰۰/۳۲ $\pm$ ۸/۰۶				
	کاردان اتاق عمل	۹۸/۵۸ $\pm$ ۷/۲۶				

جدول ۲: نتایج پیش بینی رضایت از زندگی و همدلی هیجانی برای پیش بینی ناگویی خلقی

متغیرهای پیش بین	متغیر ملاک	B	β	t	P	مفروضه های هم خطی	مفروضه استقلال خطا ها
رضایت از زندگی	ناگویی خلقی	-۰/۳۰	-۰/۱۵	۲/۶۶	$P < ۰/۰۰۸$	تولرس	آماره دروین واتسن
	همدلی هیجانی	-۰/۱۴	-۰/۱۸	۳/۲۱	$P < ۰/۰۰۱$	VIF	۱/۶۹۵

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که نمره بالاتر از نقطه برش در میزان ناگویی خلقی مشارکت کنندگان در این مطالعه است. به نظر می-رسد از پیامدهای منفی سطوح بالای استرس و فرسودگی شغلی، پیوند آن با نقایصی در پردازش هیجانی و ضعف در توصیف و آگاهی از هیجانات خود و دیگران باشد. در پژوهشی که توسط Vandermeer (۲۰۱۴) انجام شد، ارتباط مثبت و شدید ناگویی خلقی با اختلال آسیب زای ثانویه (Secondary Traumatic Stress) و شیوع بالاتر آن در مشاغل با خطر بالا را گزارش کرده است که می تواند در راستا و همسو با یافته پژوهش حاضر باشد (۲۴).

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، رضایت از زندگی و همدلی هیجانی متعادل، پیش بینی کننده های منفی و معناداری ناگویی خلقی هستند. این یافته بدان معناست که هر چه اندازه میزان ناگویی خلقی در پرستاران، ماماها و کاردان های اتاق عمل بالاتر باشد به دنبال آن موجب کاهش رضایت از زندگی و همدلی هیجانی متعادل در آنان می شود. اگر چه ادبیات پژوهش دارای ضعف مطالعات مرتبط با ناگویی خلقی و رضایت از زندگی است و امکان مقایسه این مطالعه را به خوبی فراهم نکرده است، اما پژوهش های مختلف رابطه منفی و بر نقش پیش بینی کنندگی ناگویی خلقی با رضایت از

زندگی و همدلی هیجانی در جمعیت های مختلف اذعان داشته اند که با یافته های بررسی حاضر همخوانی دارد (۲۵) و (۲۶).

به طور کلی می توان اظهار داشت که اشتغال در محیط های درمانی به سبب این که هر روزه با رنج های طاقت فرسای بیماران توأم است و توان فاصله گرفتن عاطفی و درگیر نشدن با احساسات و هیجانات بیماران برای همه آن ها به دلیل تفاوت فردی امکان پذیر نیست، سطوح بالایی از فشارهای روانی را تجربه می کنند و همین موضوع خود منجر به شکل-گیری و ایجاد چرخه معیوبی از استرس، افسردگی و اضطراب می شود. بنابراین با شناخت عوامل موثر بر آن می توان در راه کاهش و درمان آن قدم برداشت، زیرا که بحث شناخت هیجان ها و چگونگی ابراز هیجان برای پرستاران و افراد شاغل در محیط درمانی یک امر حساس و ویژه است. با عنایت به پژوهش های ذکر شده می توان گفت که ناگویی خلقی، عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روان پزشکی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار سخت تحت فشار همبسته های جسمانی-هیجانی هستند که ابراز و تظاهر بیانی آن ها تا حد بسیاری امکان پذیر نمی باشد. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده و سازگاری موفقیت آمیز را مشکل می-سازد. در تبیین رابطه همدلی با ناگویی خلقی باید به این نکته

اشاره کرد که بسیاری از پژوهشگران، همدلی را به شکل سازه‌ای در نظر گرفته اند که با هیجان ارتباط دارد. همدلی را به عنوان پاسخی هیجانی در نظر گرفته اند که از درک حالت هیجانی فرد نشأت می‌گیرد و با آنچه فرد احساس می‌کند مشابه است (۲۷). با توجه به اینکه همدلی با درک هیجانات و تشخیص هیجان ارتباط دارد، لذا رابطه همدلی با ناگویی خلقی قابل درک است. پرستاران و درمان‌گرانی که می‌توانند هیجان و احساس بیمار را شناسایی و درک کنند، بهتر می‌توانند با او همدلی کنند. بنابراین ناگویی خلقی در آن‌ها کمتر است و باعث بروز به موقع و مناسب هیجان و همدلی با بیمار می‌شود و این امر ممکن است بر فرآیند بهبودی بیماران از شرایط رنج آور با تداخل و تاخیر روبرو شود. همچنین در رابطه بین رضایت از زندگی و ناگویی خلقی باید به این نکته اشاره نمود که بر اساس بسیاری از پژوهش‌ها یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی رضایت از زندگی است. با توجه به موقعیت کاری کادرهای درمانی، رضایت از زندگی یک مقوله بسیار مهم است، زیرا رضایت از زندگی باعث سلامتی فرد می‌شود و کارآمدی وی در محیط کاری نیز بالا می‌رود. اگر رضایت از زندگی در فرد بالا باشد، به معنای آنست که نیازهای بنیادی زندگی از قبیل نیازهای فیزیولوژیک در وی برآورده شده است و وی بهتر می‌تواند هیجان خود را بروز دهد. در واقع رضایت از زندگی یک واکنش هیجانی است که همه ابعاد زندگی را در بر می‌گیرد. در نتیجه افرادی که میزان رضایت از زندگی بیشتری را تجربه دارند ناگویی خلقی نیز در آن‌ها به مراتب در سطوح پایین‌تری قرار می‌گیرد. از جمله محدودیت این پژوهش، می‌توان به عدم امکان استنباط علی- معلولی به دلیل ماهیت روش شناختی پژوهش

اشاره نمود. علاوه بر این تعداد پایین تر کاردان اتاق عمل و ترکیب نامتجانس جنسیتی پرستاران با دو گروه دیگر، از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود. در نتیجه به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود ضمن در نظر گرفتن محدودیت‌های مذکور، این پژوهش را به شیوه مقایسه‌ای با سایر مشاغل کمتر استرس‌زا و گنجاندن متغیرهای جمعیت شناختی بیشتر، مورد مطالعه قرار دهند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود در محیط‌های درمانی به نقش همدلی کردن و بالا بردن رضایت از زندگی در کارکنان بیمارستان‌ها توجه شود؛ عوامل موثر بر رضایت از زندگی توسط مدیران سلامت مثل دستمزد کافی و ارج نهادن به خدمات پرستاران و ماماها و کاردان‌های اتاق یک اصل جدی است که می‌تواند بر سلامتی و توانمندی کاری آن‌ها تاثیر- گذار باشد.

تشکر و قدردانی

دراستها از مسئولان موسسه روان پویش (هسته روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه) که از این طرح پژوهشی با کد ۱۰۲۲۰ مورخ ۱۳۹۱/۹/۲۳ حمایت نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین از شرکت کنندگان محترم در پژوهش که براساس رضایت شخصی علی‌رغم مشغله کاری زیاد وقت خود را برای تکمیل پرسشنامه‌ها اختصاص دادند، صمیمانه تقدیر می‌نمایم. از سرکارخانم زهره خزائی و مینا صحرایی، دانشجویان ساعی رشته روانشناسی که در توزیع پرسشنامه‌ها همکاری داشته‌اند، سپاسگزاری بعمل می‌آید.

References

1. Shahnazdoust M, Maghsoudi Sh, Tabari R, Kazemnejad Leili E. Level of burnout in nurses and its related factors in Medical Educational Hospitals in Rasht in 2010. Holistic nurs midwifery. 2012; 21(66):20-7. [Persian]
2. Mahmoudi H, Ebrahimian A, Solymani M, Ebadi A, Hafezi S, Fayzi F, Sadeghi M. The Study of Job Motivation Factors in Critical Care Nurses. J Behav Sci. 2007; 1 (2):171-8. [Persian]
3. Heshmati R, GHorbani N, Rostami R, Ahmadi M, Akhavand V. Comparative study of alexithymia in patient with psychotic disorders, on psychotic and normal people. Sci J hamadan uni Med sci health serv. 2010; 17(1):56-61.

4. Lumineta O, Vermeulenb N, Demaretb C, Taylorc G J, Bagby MR. Alexithymia and level of processing: evidence for an overall deficit in remembering emotional words. J Res Personal. 2006;5(40): 713- 33.
5. Scarpazza C, Di Pellegrino G, Lдавас E. Emotional modulation of touch in alexithymia. Emotion. 2014;14(3):602-10.
6. van der Velde J, Gromann PM, Swart M, Wiersma D, de Haan L, Bruggeman R & et al. Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. Soc Cogn Affect Neurosci. 2014; 10 (2): 285-93.
7. Lee YJ, Yu Sh, Cho SJ, Cho IH, Koh SH, Kim SJ. Direct and indirect effects of the temperament and character on alexithymia: A pathway analysis with

- mood and anxiety. *Compar Psychiatry*. 2010; 51 (2): 201-6.
8. Ricciardi L, Demartini B, Fotopoulou A, Edwards MJ. Alexithymia in neurological disease: A review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2015;1-9. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.neuropsych.14070169>
 9. Serani D. What is "Alexithymia"? Available at: <http://rdeborahserani.blogspot.com>, Accessed in: Oct, 2010.
 10. Zakiei A. Relationship among alexithymia, irrational beliefs, positive and negative affect with mental disorders. [MA dissertation]. Kermanshah Razi university, faculty of humanities science; 2012. [Persian]
 11. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(10):1434-8.
 12. Hojat M, Gonnella J, Mangione S, Nasca TJ. Physician empathy in medical education and practice: experience With the Jefferson scale of physician empathy. *Seminars Inter Med* 2003; 1(1): 25-41.
 13. Williams A. A literature review on the concept of intimacy in nursing. *J Adv Nurs* 2001; 33(5): 660-7.
 14. Irving P, Dickson D. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2004; 17(4-5):212-20.
 15. Brog C, Fagerström C, Balducci C, Burholt V, Ferring D, Werber G, et al. Life satisfaction in 6 european contries: the relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (Aged 65-89) with reduced functional capacity. *Geriatric nurs* 2008; 29:48-57.
 16. Pavot W, Diener E, Suh E. The Temporal Satisfaction with Life scale. *J Personal Assess* 1998; 70: 340-54.
 17. Diener EE, Sun M, Lucas RE, Smith HL. Subjective well -being: Three decades of progress. *Psychol bull* 1999; 125(2): 276-302.
 18. Niknamy M, Namjoo A, Baghaee M, SATrkar Roshan Z. urvey the Relationship between Life Satisfaction and Health Behaviors in Elderly People Referring to Active Retire mental Centers. *J Guilan Uni Med Sci* 2009;73(73)19:46-54. [Persian]
 19. Pinna F, Sanna L, Carpinello B. Alexithymia in eating disorders: therapeutic implications. *Psychol Res Behav Manag*. 2014; 22(8):1-15.
 20. Karukivi M, Saarijärvi S. Development of alexithymic personality features. *World J Psychiatr*. 2014; 4(4): 91-102. Bayani AA, Koocheky M, Goodarzi, H. The Reliability and Validity of the Satisfaction with Life Scale. *Develop Pscychol* 2007; 11(3):259-65. [Persian]
 21. Abolghasemi A. The Reliability and Validation of the Empathy Quotient Scale for high school students. *J Psychol St* 2010; 5 (4):9-28. [Persian]
 22. Besharat MA. Reliability and validity of the Persian version of the scale with a sample of Iranian students in the Toronto alexithymia. *Psychol Rep*. 2007; 101(1): 209-20.
 23. Vandermeer Matthew R.J. "Secondary T raumatic Stress and Alexithymia in High-Risk Professionals" (2014). University of WesternOntario - Electronic Thesis and Dissertation Repository. P: 1973.
 24. Shibata M, Ninomiya T, Jensen MP, Anno K, Yonemoto K, Makino S, & et al. Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and negative affect and with lower life satisfaction in a general population: the Hisayama Study. *PLoS One*. 2014; 9(3): 18.
 25. Khodabakhsh MR, Relationship of alexithymia with empathy and emotional intelligence, *Global J Psychol Res* 2012; 2(1): 9-14.
 26. Jacob H. Exploring the phenomenon of empathy. [Doctoral dissertation]. Sweden: Stockholm University, Department of Psychology; 2003.

Original Paper

Relationship between Balanced Emotional Empathy and Life Satisfaction, and Alexithymia in Nurses, Midwives and Operating Room Technicians

Borzoo Amirpour (PhD)^{*1}, Ali Zakie (MSc)², Maryam Kalhornia Golkar (PhD)³

1- Assistance Professor, Department of Psychology, Payame-Noor University Tehran, Iran. 2- PhD Student in Psychology, Center of Excellence for Community Oriented for Medicine Education, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. 3- PhD in Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.

Abstract

Background and Objective: Alexithymia is a personality trait associated with difficulties in emotion recognition, regulation and emotional processing. However, in the field of health and care, emotions and affects play an important role in the relationship between specialists and patients, and in general, life satisfaction. This study aimed at determining the relationship between balanced emotional empathy and life satisfaction and Alexithymia in Nurses, midwives and operating room technicians.

Material and Methods: This cross-sectional study was undertaken on 300 Nurses, midwives and operating room technicians selected via stratified random sampling in Kermanshah and Hamadan provinces, 2012. The instruments were Emotional Empathy Scale of Mehrabian & Epstein, Life Satisfaction Scale of Diener et al and Toronto alexithymia scale. Using SPSS-18, the data was analyzed by analysis of variance (ANOVA), Pearson correlation and simple linear regression.

Results: The results indicated that the mean score of alexithymia in midwives (62.19 ± 11.66), life satisfaction in nurses (50.4 ± 85.13) and emotional empathy in nurses (40.12 ± 95.100) was higher. The results showed that both life satisfaction ($r = -0.13$, $P < 0.05$) and balanced emotional empathy ($r = -0.16$) had negative significant correlation with alexithymia ($p < 0.05$). Based on regression analysis, life satisfaction ($\beta = -0.18$) and balanced emotional empathy ($\beta = -0.15$) were the negative significant predictors of alexithymia.

Conclusion: Given the results, we recommend considering the role of empathy in healthcare settings and the enhancement of life satisfaction among hospital staff.

Keywords: Balanced Emotional Empathy, Life Satisfaction, Alexithymia

*** Corresponding Author:** Borzoo Amirpour (PhD), **Email:** borzooamirpour@gmail.com

Received 23 Feb 2015

Revised 25 May 2015

Accepted 30 Sep 2015

This paper should be cited as: Amirpour B, Zakie A, Kalhornia Golkar M. [Relationship between Balanced Emotional Empathy and Life Satisfaction, and Alexithymia in Nurses, Midwives and Operating Room Technicians]. J Res Dev Nurs Midwifery. Autumn & Winter 2015; [Article in Persian]