

## نقش واسطه‌ای اضطراب در رابطه‌ی بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی در زنان شاغل و غیرشاغل

علی مصطفائی<sup>۱\*</sup>، انور نیک نام<sup>۲</sup>، بهار عزیزی نژاد<sup>۳</sup>، سید طاهره موسوی راد<sup>۴</sup> و سید علی آزادمنش<sup>۵</sup>  
تاریخ دریافت: ۹۷/۰۲/۱۸ صص ۳۶۳-۳۸۰ تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۶/۰۷

### چکیده

هدف از اجرای این پژوهش تبیین نقش واسطه‌ای اضطراب در بین بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی در زنان شاغل و غیرشاغل شهرستان بوکان بود. نوع این پژوهش براساس هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، کلیه‌ی زنان شاغل آموزش و پرورش شهرستان بوکان و نمونه با استفاده از فرمول کوکران و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده‌ی ۱۰۰ زن شاغل و ۱۰۰ زن غیرشاغل که همسران آن‌ها شاغل آموزش و پرورش بودند، انتخاب شد. داده‌ها از روش پرسش‌نامه‌های بک (1990)، نتو (1989) و فرسودگی حیاتی ماستریخت (2005) گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تی و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر انجام گرفت. نتایج حاصل از آزمون تی نشان داد که بین زنان شاغل و غیرشاغل از نظر بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی و اضطراب تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین زنان شاغل از نظر بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی و اضطراب رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. افزون بر این، نتایج تحلیل مسیر نشان دادند که متغیر اضطراب، به صورت مستقیم بر متغیر بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی زنان شاغل تأثیر می‌گذارد. براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که اضطراب، شدت و میزان بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی افراد شاغل را پیش‌بینی می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب، بازداری اجتماعی، فرسودگی حیاتی، زنان شاغل، غیرشاغل

۱. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور-آذربایجان غربی-ایران

۲. کارشناسی ارشد تربیت بدنی - مدیریت ورزشی دانشگاه پیام نور-شهر ری-ایران

۳. استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه پیام نور-آذربایجان غربی-ایران

۴. استادیار گروه تربیت بدنی دانشگاه پیام نور-تهران-ایران

۵. مربی گروه مشاوره دانشگاه پیام نور-آذربایجان غربی-ایران

\*- نویسنده مسئول: mostafaie\_a@yahoo.com

## مقدمه

اضطراب یکی از مشکلات روز جهانی است که با آغاز انقلاب صنعتی و رواج تولید انبوه و شکل‌گیری نهادهای دولتی و سازمان‌های گسترده و مدنظر صاحب‌نظران روانشناسی و مدیریت و علوم اجتماعی قرار گرفت. مفهوم اضطراب از زمان تحول خود از زمان گذشته تا عصر حاضر هر چه بیشتر شهرت یافته از دقت آن کاسته نشده است (Nasiri bari et al, 2010). اضطراب به‌عنوان یک حالت احساسی همراه با تنش، نگرانی، دلهره، عصبانیت و افزایش سیستم عصبی خودکار تعریف می‌شود (Bally et al, 2003). اضطراب به‌عنوان یک پیش‌بین در بیماری‌ها شناخته شده است و یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین مشکلات روانشناختی در بروز سکتها و بازداری‌های اجتماعی است (Lops et al, 2010).

اضطراب واکنش در برابر خطری نامعلوم، درونی، مبهم و از نظر منشأ ناخودآگاه و غیرقابل کنترل بوده و عوامل متعددی آن را ایجاد می‌کنند (Salami, 2007). اضطراب که نوعی احساس ترس و ناراحتی است، اغلب نشانه‌ی بسیاری از اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شود که اغلب به‌وسیله‌ی رفتارهای دفاعی مانند فرار از یک موقعیت ناخوشایند یا انجام عمل طبق نظم و آیین معین کاهش می‌یابد و در صورت ادامه‌ی اضطراب، باعث فرسودگی و ناراحتی‌های روانی و جسمی می‌شود.

هم چنین مطالعات نشان داده‌اند که میزان مشکلات سلامتی روان، نظیر افسردگی و فرسودگی در حرفه‌های گوناگون را می‌توان به تفاوت آن‌ها و متفاوت بودن میزان تنش و اضطراب در حرفه‌ها دانست (Hosseini, 2007). این در حالی است که باقی ماندن تنیدگی، احتمال کناره‌گیری عاطفی و فرسودگی را در پی دارد (Shushtari Hakim, 2004).

از مؤلفه‌هایی که با اضطراب ارتباط تنگاتنگی دارد، بازداری اجتماعی است. بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز هیجانات در تعاملات اجتماعی اشته می‌کند (Pederson & Denollet, 2005). فرد دنیای اطراف خود را تهدیدآمیز می‌بیند و بیشتر از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کند و نیز به مبتلا شدن به بیماری قلبی و عروقی مستعد است (Denollet, 2000). پدرسون و همکاران (Pedersen et al, 2007) در پژوهشی نشان دادند که ۱۸ درصد از بیماران قلبی عروقی بازداری اجتماعی دارند. بازداری اجتماعی نسبت به افراد عادی به‌صورت معناداری نمرات زیاده‌تری در مقیاس وضعیت بهداشتی داشتند. در این مطالعه، افراد با تیپ شخصیتی بازداری اجتماعی با بیش از ۳ تا ۶ برابر افزایش خطر کیفیت زندگی آسیب دیده در بیماران قلبی ارتباط داشت. مطالعه‌ی ده ساله‌ی دنولت (Denollet, 2005) نشان داد که افراد با تیپ شخصیتی بازداری اجتماعی، به‌عنوان

پیش‌بینی‌کننده‌ی آسیب‌زای بالینی و پیامدهای روانی در بیماران قلبی می‌باشد. بروک و ماتینز (Broek & Martens, 2007) در پژوهشی با بررسی ۵۴۴ بیمار قلبی نشان دادند که افراد با بازداری اجتماعی به رفتارهای مربوط به تندرستی، کمتر تمایل دارند و این امر منجر به افزایش سطح آشفتگی و اضطراب آن‌ها می‌شوند.

هم چنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اضطراب با احساسات و رفتارها و نشانه‌های ناراضی‌تی از دیگران همراه است. نظریه‌های شناختی در زمینه‌ی اضطراب نیز بیان می‌کنند که توجه انتخابی به تهدیدها، اضطراب را شدیدتر می‌کند و قضاوت در زمینه‌ی رویدادهای اجتماعی را به انحراف می‌کشاند (Taylor et al, 2012). پله و همکاران (Pelle et al, 2009) با بررسی بر روی افراد، نتیجه‌گیری کردند که متغیرهای عاطفی منفی، افسردگی، اضطراب و بازداری اجتماعی، از متغیرهای متمایزکننده‌ی بیماران عروق کرونری هستند. بخشنده و محمد حسین (Bakhshandeh & Mohammad Hossein, 2014) در پژوهشی به بررسی ارتباط کیفیت زندگی و عملکرد شغلی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که تدوam چرخه‌ی اضطراب و عملکرد می‌تواند به مرور باعث فرسایش توانایی‌های روانی جسمانی شاغلین شده و پس از مدتی به اختلالات عصبی پایدار و افت قابل توجه در عملکرد آنان می‌انجامد. براساس مطالعات انجام شده، شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به قلبی-عروقی از ۲۴ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (Lane et al, 2003). علاوه بر نقش عوامل شخصیتی در وقوع بیماری‌ها، برخی حالات هیجانی و احساسی مثل اضطراب نیز در پیش‌آگهی وقوع این بیماری‌ها نقش دارند. در مطالعات صورت گرفته بر روی بیماران قلبی - عروقی بر نقش فرسودگی حیاتی نیز در این بیماری نقش قابل توجه دارد (Denollet et al, 2003).

هم چنین تحقیقات ثابت شده است که افسردگی، اضطراب و فرسودگی شغلی در افرادی که شغلی پر استرس دارند، افزایش می‌یابد (Choubineh A, Rajayifard A, Neghab M, 2006).

کارنی و همکاران (Carney et al, 2004) بیان می‌دارند که فرسودگی (خستگی) حیاتی، یک حالت ذهنی است که با خستگی، تضعیف روحیه و کج خلقی مشخص می‌شود. فرسودگی حیاتی یک حالت ذهنی - روانی است و مواقعی که فرد از خستگی غیرمعمول، کاهش انرژی و احساس افسردگی شکایت می‌کند، ظاهر می‌شود. از طرفی مطالعه‌ی پدرسون و میلد (Pedersen & Middel, 2001) حاکی از آن است که تیپ شخصیتی بازداری اجتماعی، خستگی حیاتی را در بیماران کرونری و سایر بیماران قلبی پیش‌بینی کند.

در خصوص نقش استرس در فرسودگی حیاتی در بروز بیماری‌ها می‌توان به دیدگاه رازنسکی (Rozanski, 1999) اشاره نمود. وی عنوان می‌کند که فرسودگی حیاتی در وقوع رخدادها

از دو طریق عمل می‌کند. از یک سو فرسودگی حیاتی می‌تواند با زمینه‌سازی عادت ناسالم زندگی و استرس، نقش خود را ایفا کند و از سوی دیگر فرسودگی حیاتی با راه اندازی سازوکارهای پاتوفیزیولوژیایی ویژه، قادر است وقوع بیماری‌ها را تسریع کند. سندرم فرسودگی حرفه‌ای اساساً یک اختلال روانی نیست؛ اما به آهستگی در طول زمان پیشرفت می‌کند و ممکن است به یک ناتوانی تبدیل گردد (Rasulyan, 2004).

مطالعات نشان داده‌اند که اضطراب و استرس در افراد باعث پاسخ‌های قلبی نامطلوب می‌گردد و به صورت یک سیکل معیوب، موجب افزایش ضربان قلب و افزایش فشارخون و درد قفسه سینه و شکایات شایع دیگر و فرسودگی حیاتی افراد می‌شود و هم چنین ثابت شده است که استرس یک پیش‌بین قوی برای تکرار سکتته‌ی قلبی است (Clarke, 2008). آرتور (Arthur, 2006) نیز بیان می‌کند که اضطراب با افسردگی، انزوا و حمایت اجتماعی ارتباط دارد.

هم چنین تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که هیجان منفی خشم و خصومت و اضطراب، علاوه بر بروز بیماری‌ها، موجب تشدید و وخامت آن و فرسودگی حیاتی در فرد می‌شود (shapiro et al, 2003). هم چنین تحقیقات دیگر که توسط کاواچی و همکاران (kawachi et al, 2000) درباره‌ی نقش اضطراب در بروز بیماری‌ها انجام شد، تأیید کننده‌ی همین نتایج هستند.

کالیها و همکاران (Kayalha et al, 2013) مشاهده کردند که در زنان سطح اضطراب به‌طور آشکار و پنهان با سن و اشتغال رابطه‌ی معنادار وجود دارد. نتایج زندگی و همکاران (Zandi et al, 2011) در پرستاران بیمارستان نظامی نشان داد که اضطراب با سن، سابقه‌ی کاری، نوبت کاری و تعداد شب‌کاری، ارتباط معنی‌دار دارد. نتایج مطالعه‌ی عطوف و همکاران (Atoof et al, 2013) نشان داد کیفیت زندگی پرستاران در حد متوسط می‌باشد. کیفیت زندگی با جنسیت و بخش محل خدمت رابطه‌ی معناداری دارد.

در پژوهش‌هایی نشان داده شد که درماندگی روانشناختی که شامل نشانه‌های بیگانگی اجتماعی، بازداری اجتماعی و افسردگی (Williams et al, 2012؛ Schiffer et al, 2005)؛ Hashemi Nosrat Abad et al, 2012)، خشم و اضطراب (Chida & Steptoe, 2009؛ Heidari)؛ Pahlavan et al, 2008) و فرسودگی حیاتی (Pedersen & Middel, 2001) است، رابطه دارد. پورشهریارمه (Porshhryary Meh, 2007) در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی افسردگی، انزوای اجتماعی و ارتباطات خانوادگی دانش‌آموزان دختر کاربر و غیرکاربر اینترنتی دبیرستان‌های تهران به این نتایج دست یافت، که از میان کاربران اینترنتی (میانگین ۱۰ ساعت یا بیشتر) و غیرکاربر در

سه متغیر مقایسه شدن که نتایج، بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه در هر سه متغیر بود. از سویی دیگر، تحقیقات، رابطه‌ی بین اضطراب ( به عنوان یکی از مؤلفه‌های بازداری اجتماعی) و احساسات مربوط به اضطراب، با افزایش بیماری‌ها و فرسودگی حیاتی را نشان می‌دهد (Aghayousefi & shahande, 2012 ؛ Moradi & zamani, 2014 ؛ Masoudnia, 2011).

تداوم چرخه‌ی اضطراب با فرسودگی می‌تواند به مرور باعث فرسایش توانایی‌های روانی- جسمانی آنان شده و پس از مدتی به اختلالات عصبی پایدار (Hemati Mastak, 2005) و افت قابل توجه در عملکرد آنان می‌انجامد (Bakhshandeh & Mohamad hossein, 2014). در نتیجه مسلم است که توان و علاقه‌ی کافی برای فعالیت در سازمان و بیرون از آن را نخواهد داشت. عوامل موجود در محیط کار، به‌طور وسیعی با سلامت و بیماری افراد شاغل در ارتباط می‌باشد. به گزارش سازمان بین‌المللی کار، از هر سه نفر مستخدم، یک نفر از کشمکش بین کار و اضطراب به‌عنوان یکی از مشکلات زندگی یاد می‌کنند (Paula, 2005).

ایران از جمله کشورهایی است که بخشی از جمعیت زنان آن در ادارات دولتی، مراکز و مؤسسات غیرانتفاعی مشغول به فعالیت هستند. از این رو، پرداختن به بهزیستی روانی آنان و پویایی این قشر عظیم، دارای ضرورت و اولویت است. بدیهی است، هر گونه نارسایی در بهداشت جسمی و روانی در محیط کار و اجتماع و در نتیجه کاهش توانایی‌های این قشر پرتحرک، به‌گونه‌ای اجتناب‌ناپذیر، به‌کندی پیشرفت در جامعه می‌انجامد. از سوی دیگر، عدم توجه به میزان اضطراب و مؤلفه‌ی مرتبط با آن، همچون فرسودگی حیاتی و بازداری اجتماعی آن‌ها ممکن است در درازمدت بر سلامتی و بهزیستی تمامی آحاد جامعه اثر منفی گذارد. بنابراین، توجه به میزان اضطراب و تأثیر آن بر میزان فرسودگی حیاتی و بازداری اجتماعی آن‌ها، دارای ضرورت و اهمیت بسیار زیادی است. مشاغل یکی از مؤلفه‌های مورد توجه برای افراد در جامعه است که براساس آن، فرد سرمایه‌گذاری- های روانی و اجتماعی را براساس شغل و حرفه خود انجام می‌دهد که خود می‌تواند پیامدهای جدی روانی را ایجاد کند، به‌ویژه در زنان شاغل که با چندگانگی نقش روبه‌رو هستند، موجب تأثیرات منفی بر آن‌ها و فرزندان و افراد مرتبط گردد. هنگامی که زنان شاغل، احساس فرسودگی کنند و به این نتیجه برسند که توانایی انجام کار و مسئولیت خود را ندارد و تغییری در جهان موجود ایجاد نمی‌کنند، احساس ناامیدی و کناره‌گیری از اجتماع می‌کنند و باعث کاهش فعالیت آن‌ها در اجتماع و فرسودگی حیاتی آنان می‌شود.

از آن جایی که پدیده‌ی اضطراب، فرسودگی حیاتی و بازداری اجتماعی از مسایل مورد بحث جوامع حال حاضر است و سازمان بهداشت جهانی بر حل و برخورد مؤثر آن تأکید می‌کند و

عملياتي کردن تأثيرات آن مستلزم شناسايي عوامل دخیل در آن است؛ لذا اجرائی این پژوهش، در شناسايي این عوامل کمک شایانی خواهد کرد و از این روست که ضرورت و اهمیت اجرائی این پژوهش احساس می‌شود. از سویی، کاربست یافته‌های این پژوهش در عرصه‌ی بهداشت عمومی، به‌خصوص بهداشت محیط کار، اهمیت دو چندان اجرائی این پژوهش را تضمین می‌کند. لذا، با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته و شیوع اضطراب به‌عنوان عامل بازدارندگی در کار و فعالیت اجتماعي و فرسودگي حياتي در افراد شاغل و تحمیل هزینه‌های هنگفت بر جوامع، ضرورت بررسی نقش واسطه‌ای اضطراب در رابطه‌ی بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي در زنان شاغل به چشم می‌خورد. لذا، این تحقیق، هم از جنبه‌ی نظری و هم از جنبه‌ی کاربردی، حائز اهمیت است. از جنبه‌ی نظری، این پژوهش درصدد بررسی نظام‌مند نقش واسطه‌ای اضطراب در رابطه‌ی بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي در زنان شاغل و غيرشاغل می‌باشد و از جنبه‌ی کاربردی نیز این پژوهش می‌تواند برای مسئولان و افرادی که با مسائل اشتغال زنان سروکار دارند، مفید و مؤثر باشد. براساس یافته‌های موجود، پژوهش حاضر با یک هدف اصلی انجام شده است: تعیین نقش واسطه‌ای اضطراب بین دو مؤلفه‌ی بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي زنان شاغل و دو هدف فرعی: اول تعیین تفاوت بین اضطراب زنان شاغل و غير شاغل به میزان است؛ دوم، تعیین میزان تفاوت بین اضطراب، بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي زنان شاغل و غير شاغل مورد مطالعه قرار گرفتند و هم چنین به بررسی یک فرضیه‌ی اصلی و دو فرضیه‌ی فرعی زیر پرداخت:

۱. اضطراب در بین بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي زنان شاغل نقش واسطه‌ای دارد.
۲. بین اضطراب زنان شاغل و غيرشاغل تفاوت معنادار وجود دارد.
۳. بین اضطراب، بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي زنان شاغل رابطه‌ی معنادار وجود دارد.

### روش پژوهش و ابزار پژوهش

این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی است، زیرا هدف پژوهش، توسعه‌ی دانش کاربردی است و از نظر ماهیت و روش گردآوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های توصیفی می‌باشد و براساس دسته‌بندی پژوهش‌های توصیفی، به این دلیل که پژوهشگر با استفاده از نمونه‌گیری اقدام به گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه نموده و سپس با استفاده از تحلیل آماری، نتایج را به جامعه تعمیم داده است، جزو پژوهش‌های پیشمایشی به‌شمار می‌رود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی زنان شاغل آموزش و پرورش شهرستان بوکان می‌باشد که تعداد نمونه آماری با استفاده از فرمول

کوکران مربوط به جامعه محدود (خطای نمونه‌گیری برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد)، ۱۰۹ نفر تعیین شد که در نهایت، براساس داده‌های ۱۰۰ پرسش‌نامه، عودت داده شد و نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود. نمونه‌ی غیرشاغل از طریق هم‌تاسازی همسران خانه‌دار معلمان آموزش و پرورش بوکان (از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی) بودند انتخاب شدند و نمونه پژوهش در جامعه‌ی افراد غیرشاغل ۱۰۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود، انتخاب شدند. از نمونه ۱۰۰ نفری شاغل مورد مطالعه، میانگین سنی آن‌ها برابر با ۴۶/۷۴ سال و با انحراف استاندارد ۵/۵۷ بود. از نظر وضعیت تأهل ۸۷/۴۵ درصد متأهل و ۱۲/۵۵ مجرد بودند. از نمونه‌ی ۱۰۰ نفری غیرشاغل مورد مطالعه، میانگین سنی آن‌ها برابر با ۴۴/۶۷ و انحراف استاندارد؛ ۵/۹۳ بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۱۰۰ درصد متأهل بودند. حداقل سطح سواد برای نمونه‌ی غیر شاغل، پایه‌ی سوم راهنمایی برای حصول اطمینان از این که افراد بتوانند به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند، در نظر گرفته شد.

در این پژوهش، از سه پرسش‌نامه‌ی استاندارد اضطراب بک، فرم بلند پرسش‌نامه‌ی شخصیتی نئو و فرسودگی حیاتی ماستریخت استفاده شد.

پرسشنامه‌ی اضطراب بک<sup>۱</sup>: این پرسشنامه برای سنجش میزان اضطراب توسط بک (Beck, 1990) طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه برای انتخاب وجود دارد. هر عبارت، بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند. مطالعات بک و همکاران (Beck and et al, 1990) با ارائه‌ی یافته‌های معتبر، مبنی بر هماهنگی درونی این مقیاس ۰/۹۳ و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۷۵ و نیز روایی هم‌گرا و تمایزی قابل اعتماد برای پرسشنامه با آزمودن نمونه بالینی و نیز با آزمودن دانشجویان، پایایی و روایی این پرسشنامه را تأیید کردند. هم چنین کاظمی (kazemi, 2010)، پایایی این آزمون در ایران را با روش آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. هم چنین، در بررسی روایی این آزمون با کاربرد روش تجربی افتراقی بین دو گروه اضطرابی و بهنجار، در سطح کم تر از ۰/۰۰۱، معادل ۱۲/۳ گزارش شده است. هم چنین برای اندازه‌گیری پایایی این مقیاس، از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۷۷ بوده است.

فرم بلند پرسش‌نامه‌ی شخصیتی نئو<sup>۲</sup>: این پرسش‌نامه برای سنجش و اندازه‌گیری ۵ عامل اصلی شخصیت که عبارتند از: نوروتیسم (N)، برون‌گرایی (E)، انعطاف‌پذیری (O)، دلپذیر بودن (A) و با

<sup>۱</sup> . beck Anxiety

<sup>۲</sup> . Neo Personality Inventory

وجدان بودن (C) در سال ۱۹۸۹ توسط کوستا و مک کری ساخته شده است و هر عامل نیز شامل ۶ خرده آزمون می‌باشد. اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت و هم چنین بازداری اجتماعی استفاده شد. مک کری و کوستا پایایی پرسش‌نامه را از طریق ضریب آلفا برای مقیاس‌های اصلی از ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین، حق شناس (Haghshenas, 2008) در پژوهشی در زمینه‌ی هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران، ضریب آلفای ۰/۸۳ همبستگی آزمون-آزمون مجدد ۰/۶۴ گزارش کرده است. اعتبار این پرسش‌نامه نیز از طریق ضریب همبستگی بین گزارش‌های شخصی افراد (فرم S) و ارزیابی مشاهده‌گر (فرم R) برای مقیاس‌های اصلی از ۰/۴۵ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (GarusiFarshi et al, 2001). برای اندازه‌گیری پایایی این مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شد که آلفای آن ۰/۷۶ بوده است.

پرسش‌نامه فرسودگی حیاتی ماستریخت<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه توسط ماستریخت ساخته شده و شامل ۲۱ سؤال است. هر آیتم برحسب مقیاس سه درجه‌ای (خیر=۲، ؟=۱، بلی=۰) ارزیابی می‌شود. کمترین نمره، صفر است و بیشترین نمره، ۴۲ است. نمره‌ی بالا، نشان دهنده‌ی سطح شدید فرسودگی حیاتی است. نمره‌ی متوسط در جمعیت سالم است (Appels et al, 2005). در مطالعه‌ی هاشمی و همکاران (Hashemi Nosrat Abad et al, 2012) پایایی این پرسش‌نامه را براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده است. هم‌چنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به دست آمد.

به منظور آزمون فرضیه‌ها، ابتدا با استفاده از آزمون نرمال بودن (کولموگروف-اسمیرنوف) این که آیا داده‌ها از جامعه‌ی نرمال می‌باشد یا نه، بررسی شد. در ادامه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی، شامل میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی با توجه به فرضیه‌ها، از روش آماری ضریب همبستگی، تفاوت میانگین‌ها و تحلیل مسیر استفاده شد.

## یافته‌های پژوهش

در بخش آمار توصیفی، ابتدا میانگین و انحراف استاندارد برای هر یک از گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته، یعنی اضطراب، فرسودگی حیاتی و بازداری اجتماعی را که توسط آزمون‌ها به دست آمده، در جدول ۱ ارائه شده است.

<sup>1</sup>.Maastricht vital Exhaustion Questionnaire (MVEQ)



جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اضطراب، فرسودگی حیاتی و بازداری اجتماعی در زنان شاغل و غیر شاغل

زنان شاغل		زنان غیر شاغل		متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۴/۳۴	۵۹/۶۳	۴/۴۷	۴۸/۵۵	اضطراب
۵/۳۴	۵۸/۰۸	۵/۴۲	۵۴/۷۸	بازداری اجتماعی
۳/۴۱	۲۸/۲۰	۲/۴	۱۰/۰۱	فرسودگی حیاتی

براساس نتایج جدول ۱ که نشان می‌دهد که در متغیرهای اضطراب، بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی، میانگین گروه شاغل نسبت به گروه عادی بیشتر است و از سویی پراکندگی این شاخص در گروه شاغل نسبت به گروه غیر شاغل بیشتر است.

برای بررسی تفاوت بین دو گروه شاغل و غیر شاغل از لحاظ متغیرهای پژوهش، از آزمون آماری لوین استفاده شد تا مشخص شود آیا واریانس‌های دو گروه همگون هستند یا نه؟ در صورتی که واریانس‌ها همگون باشند، لازم است که از شاخص‌های پارامتریک استفاده شود؛ که نتایج به دست آمده از آزمون لوین در اضطراب، بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی به ترتیب برابر ۱/۵۴، ۰/۳۶ و ۰/۴۹ است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین آزمون‌های دو گروه همگون هستند.

**فرضیه‌ی اول:** بین اضطراب زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول شماره ۲- تفاوت میانگین اضطراب زنان شاغل و غیر شاغل

متغیر مستقل تعداد میانگین T سطح اطمینان	
زنان شاغل ۱۰۰	۴/۹۸ ۵۹/۶۳ ۰/۰۰۰
زنان غیر شاغل ۱۰۰	۴۸/۵۵

جدول شماره‌ی ۲، تفاوت میانگین اضطراب را براساس اشتغال پاسخگویان می‌سنجد. با توجه با مقدار T این جدول ۴/۹۸ که در سطح ۰/۰۰۰ (Sig=۰/۰۰۰) می‌باشد، تفاوت معناداری بین زنان شاغل و غیر شاغل در اضطراب وجود دارد. همان‌گونه که داده‌های جدول نشان می‌دهد،

میانگین نمره‌ی خانم‌های شاغل، بیش‌تر است. نتایج جدول حاکی از آن است که زنان شاغل نسبت به زنان غیرشاغل، اضطراب بیش‌تری دارند، بدین صورت که زنان شاغل اضطراب بیش‌تری از این بابت داشته‌اند.

**فرضیه‌ی دوم:** بین اضطراب، بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي زنان شاغل، رابطه‌ی معنادار وجود دارد.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین نمره‌های اضطراب، بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي با زنان شاغل در جدول ۳ نشان داده شده است. براساس داده‌های این جدول، بین اضطراب، بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي با زنان شاغل همبستگی مثبت و معنادار ( $P < 0/01$ ) وجود دارد.

**جدول ۳- ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره‌های اضطراب، بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي زنان شاغل**

متغیر	زنان شاغل
اضطراب	۰/۳۳
بازداري اجتماعي	۰/۲۹
فرسودگي حياتي	۰/۲۷

همه‌ی ضرایب همبستگی در سطح  $0/01 =$  معنادار است.

فرضیه‌ی سوم: نقش اضطراب در بین بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي زنان شاغل، رابطه‌ی معنادار وجود دارد.

برای تعیین نقش واسطه‌ای اضطراب در رابطه‌ی بین بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي زنان شاغل، تحلیل مسیر انجام شد. با توجه به این مدل، فرض شده است که بازداري اجتماعي و فرسودگي حياتي از طریق اضطراب زنان شاغل رابطه دارد. نتایج ضرایب غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به اضطراب، در جدول شماره‌ی ۴ گزارش شده است. بررسی ضرایب غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای موجود در مدل اضطراب نشان می‌دهد که اثر بازداري اجتماعي با زنان شاغل، اثر اضطراب با زنان شاغل، اثر بازداري بر اضطراب و اثر فرسودگي حياتي بر اضطراب در سطح  $P < 0/05$  معنادار است.

جدول ۴- ضرایب غیر استاندارد و استاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به اضطراب

t	$\beta$	B	مسیر
*۲/۸۷	۰/۲۰	۰/۲۹	اثر بازداری اجتماعی با افراد شاغل
*۲/۱۱	۰/۱۷	۰/۳۸	اثر بازداری اجتماعی بر اضطراب
*۲/۰۷	۰/۱۵	۰/۱۳	اثر اضطراب با افراد شاغل
*۳/۳۲	۰/۲۸	۰/۴۵	اثر اضطراب بر فرسودگی حیاتی
*۲/۳۵	۰/۲۴	۰/۵۱	اثر فرسودگی حیاتی با افراد شاغل

\*در سطح  $P < ۰/۰۵$  معنادار است.

در آخر، مهم‌ترین یافته‌ی پژوهش، رسیدن به یک مدل معادله‌ی ساختاری است که علاوه بر تبیین نقش واسطه‌ای اضطراب در رابطه‌ی بین بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی با زنان شاغل، از برازش و معناداری کافی برخوردار است. همان‌گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، برازش مدل مطلوب است.

جدول ۵- شاخص‌های برازش مدل مربوط به اضطراب

ECV	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	$X^2/df$	p	df
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰۱	۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۱/۰۰	0

در مدل مناسب،  $X^2/df$  باید کوچکتر از ۲ باشد که در مدل حاضر،  $۰/۰۱$  است و نشان دهنده‌ی برازش کامل مدل است. هم‌چنین شاخص RMSEA باید کوچکتر از  $۰/۰۵$  باشد که در این مدل  $۰/۰۱$  به دست آمده است. شاخص‌های GFI، AGFI، CFI، ECV در مدل‌های مناسب باید بزرگتر از  $۰/۹۵$  باشد که در این مدل،  $۱/۰۰$  به دست آمده است و نشان دهنده‌ی این است که اعتبار این مدل، مطلوب و رضایت بخش است.

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه با این‌که هدف این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای اضطراب در رابطه‌ی بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی در زنان شاغل و غیرشاغل بود، نتایج پژوهش نشان دادند که میانگین نمره‌ی آزمودنی‌های گروه شاغل در اضطراب از میزان بیشتری نسبت به نمونه‌ی غیرشاغل برخوردار

است. که بیانگر این مطالب است که اضطراب یک حالت هیجانی است و به دنبال ارزیابی اطلاعات درباره‌ی رویداد تهدید کننده یا ادراک توانایی شخصی برای رویارویی با آن پدید می‌آید (Gaudiano & Herbert, 2003). طبق نظر بندورا، ناکارآمدی شغلی ادراک شده، نقش مهمی در اضطراب، استرس، روان آزرده‌گی و دیگر حالت‌های عاطفی بازی می‌کند. وقتی افراد خود را در کنار آمدن با محرک‌ها ناتوان ببینند، مضطرب خواهند شد (Muris, 2002).

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بین دو گروه زنان شاغل و غیرشاغل از لحاظ بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی، تفاوت معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های جونک و همکاران (Jonge et al, 2007)؛ دنولت و همکاران (Denollet et al, 2003) همسو است. این نتایج حاکی از این است که تنش‌های ناشی از بازداری اجتماعی از طریق تغییرات رفتاری و فیزیولوژیکی بر سلامتی اثر می‌گذارند. افراد با تنش و اضطراب بالا تمایل افراطی به انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آن‌ها را افزایش می‌دهد (Sarafino, 2002). هم‌چنین شرایط اضطراب‌زا موجب ترشح آدرنالین و نورآدرنالین شده و ضربان قلب را افزایش می‌دهد. که این امر سبب ناراحتی قلبی- عروقی می‌شود؛ به عبارت دیگر، در نتیجه‌ی تغییراتی مانند افزایش ضربان قلب و بالا رفتن فشار خون، نیاز قلب به اکسیژن افزایش می‌یابد و این خود می‌تواند در افرادی که بیماری قلبی دارند، سبب حمله‌های قلبی و فرسودگی حیاتی در فرد شود. متغیرهای رفتاری و روانشناختی این امکان را فراهم می‌سازند که افراد را از طریق مسیرهای رفتاری و عملکردی، از جمله اختلال در عملکرد رفتار یا شکست در رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت، تحت تأثیر قرار دهند.

نقش اضطراب در بین بازداری اجتماعی و فرسودگی حیاتی زنان شاغل رابطه‌ی معنادار وجود دارد، تأیید شد و این یافته با نتایج دنولت و همکاران (Denollet et al, 2003)، سیلگمن (Seligman, 2003) مبنی بر این که زنان شاغل در مقایسه با زنان غیرشاغل بازداری اجتماعی بیشتری در تعاملات اجتماعی خود دارند، همسو است و هم‌چنین با یافته‌های شاپیرو و همکاران (Shapiro et al, 2003) هانسن و بری (Hansen & Berry, 2001) مبنی بر وجود ارتباط بین بازداری اجتماعی و بروز بیماری قلبی- عروقی و فرسودگی حیاتی است. نتایج این تحقیق حاکی از آن است که اضطراب احتمال خطر حمله‌های قلبی را در زنان شاغل که مبتلا به نوعی از بیماری‌های قلبی هستند، افزایش می‌دهد. هم‌چنین احتمال سکتة و نارسایی قلبی در این افراد بیشتر خواهد بود. نتایج مطالعات بیانگر این است که اضطراب به صورت نامطلوبی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و در موارد بسیار شدید، ناتوان کننده است و سطح بالای اضطراب،

روی سلامت تأثیر می‌گذارد؛ به همین دلیل بایستی توجه خاصی به موضوع اضطراب و کیفیت زندگی کاری شود (Sreeramareddy et al, 2007).

در حد یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهادهای زیر را به منزله‌ی پیامدهای پژوهش در دستور کار اقدامات آموزشی، بهداشتی و بالینی، مخصوصاً در چهارچوب امور زنان شاغل قرار داد. بنابراین بهتر است مسئولان و دست‌اندرکاران مسائل بانوان راهکارهایی بیندیشند که در زمینه و کیفیت زندگی کاری، نه تنها پاسخگوی درک کارکنان زن شاغل از کار خود باشد، بلکه اضطراب آنان را نیز در محیط کار کاهش دهد. با توجه به یافته‌های این مطالعه، برنامه‌های آموزش ضمن خدمت برای شاغلین زن در زمینه‌ی مهارت‌های کنترل اضطراب با توجه به بالاتر بودن سطح اضطراب در آنان، ایجاد تنوع در نوع فعالیت کاری شاغلین زن بپردازند. افراد را به راهبردهای مهارت‌های اجتماعی تجهیز کرد. این مهارت‌ها، مجموعه مهارت‌هایی هستند که تحت‌تأثیر آموزش و تجربه آموخته می‌شوند و نسبتاً قابل تغییرند. تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با سطح تحول، سبک‌های مقابله‌ی معمول و مسلط، نیازها و مشکلات مقابله‌ای آزمودنی و تعیین شیوه‌های مطلوب به عنوان اهداف و اقدامات اساسی محسوب می‌شوند. اهمیت برنامه‌های پیشگیرانه وقتی برجسته می‌شود که مطابق یافته‌های موجود بر پیدایش بیماری‌های استرس محور و تهدید سلامت عمومی افراد کمک نماید. هم‌چنین به مدیران بخش بهداشت و درمان، ایجاد مراکز مشاوره‌ی تخصصی و برنامه‌های منظم و مستمر آموزش بهداشت روانی، بهسازی محیط سازمانی نسبت به شناسایی و رفع عوامل ایجاد کننده‌ی اضطراب و فشار عصبی، توجه به مسائل و مشکلات معیشتی و خانوادگی - اجتماعی، برقراری جلسات منظم و تشویق شاغلین به ابراز مشکلات و نارسایی موجود در محیط کار، ارتقای مهارت‌های حل تعارض بین فردی و ارتباطی از طریق آموزش ابرازگری و مدیریت خشم و تدابیری جهت ایجاد شرایط مناسب زیستی و ایمنی، محیط کار و برنامه‌ریزی شغلی با استفاده از فن‌آوری جدید و پیشرفته و تجارب مشاوران (با به‌کارگیری کارشناسان مهندسی، متخصصین بهداشت کار، روانشناسان) پیشنهاد می‌شود. محدودیت جامعه آماری پژوهش به‌دلیل شرایط شغلی و حرفه‌ای، سطح دانش آن‌ها، محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند.

## References

- Aghayousefi, A., & Shahande, M. (2012). Relationship between Angery and stubbornness and quality of life in coronary artery disease. *Journal of Health Psychology*, 3, 49-44. (in Persian)

- Akbar Mahdi., & Aslanabadi, N. (2008). Examine the effect of negative emotions, social inhibition and the role of gender in the incidence of coronary heart disease. *Journal of Psychological Studies*, 1, 71-86. (in Persian)
- American Heart Association. (2002). *Heart and Stroke Statistical Update*, Dallas, TX
- Barefoot, J. C., Schroll, M., 1996. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a Community Sample, *Circulation*, 93, 1976-1980.
- Appels, A., Bar, F., vander Pol, G., Erdman, R., Assman, M., Trijsburg, W., Van Diest, R., Van Dixhoorn, J., & Mendes de Leon, C.(2005). "Effects of treating exhaustion in angioplasty patients on new coronary events: Results of the randomized exhaustion intervention trial (ECIT)", *Journal of Psychosom Med*; 67: 217-23.
- Arthur, H. M. (2006). Depression, Isolation, Social Support, and Cardiovascular Disease in older Adults. *Journal Cardiovasc Nurs*: 21(5 Suppl1):52-7.
- Atoof, F., kogaiebidgoli, S., & Mehmandoost, S. (2013). Quality of life and its related factors among nurses in Kashan Shahid- Beheshti hospital. *Journal of clinical research in paramedical sciences*; 2:147- 55. (in Persian)
- Bakhshandeh M., & Mohammad Hossein, H. (2014). Investigating the relationship between the quality of working life and the performance of employees: A case study. *Journal of Human Resources management*; 22:7 (in Persian)
- Bally, K., Campbell, D., CChesnik, K., & Tranmer, J, E. (2003). Effects of Patient-Controlled Music Therapy During Coronary Angiography on Procedura Pain and Anxiety Distress Syndrome. *Journal of Crit Care Nurse*; 23(2): 50-8.
- Beck, AT., & Steer, RA. (1990). *The Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Broek, P., & Martens, p. (2007). "Increased Emotional distress in type-D cardiac patients with out a partner", *Journal of Psychosom Res*; 63(1): 41-9.
- Carney R. M., Freedland K. E., Jaffe, A.S., Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Sheps D.S. (2004) "Depression as a risk factor for post-MI mortality", *Journal of the American College of Cardiology*; 44, 472-474.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The Association of Anger and Hostility with Future coronary Heart Disease: a meta- Analytic Review of Prospective E vidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53, 936-946.
- Choubineh, A., Rajayifard, A., & Neghab, M. (2006). Problems associated with shifts in health care workers of medical sciences university of Shiraz. *Iranian Journal of Medicine of East*, 12 (3 & 4): 340-346. (in Persian).
- Clarke, David, M., & Christopher, J. (2008). *Cognitive Behavior Therapy*. Translation by Kaviani, H, October, mining. PP. 495.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266.
- Denollet, J., & Vaes, J., & Brautsaert, D. L. (2000). " Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5 year prognosis and quality of life ", *Circulation* , 102 , 630-5.
- Denollet, J., Conraads, V. M., Brutsaert, D. I., Clerck, L. D., Stevens, W, J., & vrints, C. L . (2003). Cytokines and immune activation in systolic heart failure: The role of type-D personality ", *Journal of Brain Behav Immun*; 17(4): 304-9.

- Denollt, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, Social inhibition, and Type D personality ‘’, *Journal of Psychosom Med*; 67 (1): 89-97.
- GarusiFarshi, MT. (2001). Standardization NEOPI-R personality inventory and analysis of the characteristics and factor structure among university students in Iran. Dissertations, Tehran, Tarbiat Modarres University. (in Persian)
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2003). Preliminary psychometric evaluation of new self-efficacy scale and its relationship to treatment outcome in social anxiety disorder. *Journal of Cognitive Therapy and Research* 27(5), 537-555.
- Grigs, A., & Ioskalzo, K. (2005). ‘‘[Internal principles of Cecil medicine]’’, Is ted. Teimoorzadeh; 15-6.
- Haghshenas, H. (2008). Normalization of the NEO Five Factor Inventory (Revised). *Journal of Thought and Behavior* 28, 47-38. (in Persian)
- Hansen, J. S., & Berry, D. S. (2001). Positive and negative emotion, and Social interaction in patients with coronary heart disease, *Journal of personality and Social psychology*, 11, 790-809.
- Hashemi Nosrat Abad, T., Mashynch Abbasi, N., Adl Nasab, A., & Laden Bahador Khosroshahi, J. (2012). Comparing the type D personality and vital exhaustion to heart disease and normal subjects. *Journal of Health Psychology*, 3, 68-60. (in Persian)
- Heidari Pahlavan, A., Gharakhani, M., & Mahjoub, H. (2008). Hostility, personality and coronary heart disease. *Journal of Medical Sciences and Health Services, Hamadan*, 4, 44-47. (in Persian)
- Hemati Mastak Pak, M. (2005). Assessment of Anxiety Level of Employed Formal Nurses in Hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*; 3: 2. (in Persian)
- Hosseini, M. (2007). Management of Nursing Services. Tehran. Publishing and promoting boshra, Tohfe; First Printing. p. 279. (in Persian)
- Jonge, P., Denollet, J., Van Melle, J., Kuyper, A., Honig, A., & Hschene, A. (2007). ‘‘ Association of type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients’’ *Journal of Psychosom Res*; 63(5) : 477-89
- kawachi, I., Colditz, G, A., & Williams, W, C. (2000). Prospective Study of phobic anxiety and depression risk factor of Coronary heart disease in Women, *Circulation*, 89, 1992-1997.
- Kayalha, H., Yazdi, Z., Rastak, S., & Dizanih, M. (2013). Obvious and Hidden Anxiety and the Related Factors in Operating Room Nurses Employed in General Hospital. *Global Journal of Health Science*; 62 (5): 7-11
- Kazemi V. (2010). Comparison of cognitive distortion in depressed and anxious patients. Thesis M.A. in university Shiraz. (in Persian)
- Kudielka, B. M., Van Kane, R., Gander, M. L., & Fischer, J. E. (2004). ‘‘ The interrelationship of Psychosocial risk factors for coronary artery disease in a working population ‘’, *Journal of Behavior medicine*, 30 (1) , 35 -40
- Lane, D., Carroll, D., & Lip GYH, A. (2003). Anxiety Depression, and Prognosis After Myocardial Infarction: Is There a Causal Association? *Journal of Am Coll Cardiol*; 42(10): 1808-10
- Lops, J de L., Nogueira – Martins, L, A., Goncalves, M. A., & de Barros, AL. (2010). Comparing Levels of Anxiety During Bed and Shower Baths in Patients

with Acute Myocardial Infarction, *Journal of Re Lat Am Enfermagem*; 18(2): 217-223

-Masoudnia. A. (2011). The Relationship between type D personality and its components and general health of students. *Journal of Behavioral Sciences*, 5 (2): 149-143(in Persian)

-Moradi, G., & Zamani, M. (2014). Examines the role of social phobia social isolation of rural women in villages Dalahoo, *Journal of Strategic Security and social order*. 3 (7): 112-118(in Persian)

- Muris, P., Bogie, N., & Hoogsteader, A. (2002). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Journal of Behavioral Research and Therapy*, 39(5), 555-565.

-Nasiri Bari, H., Payvasteh, A., & Derakhshan A. (2012). An Investigation into and Prioritization of the Effective Factors on Job stress among the Military Commanders and Managers (A Case Study in an Iranian Army Ground Force). *Journal of military management*; 12: 131-54(in Persian)

-Paula B. A. (2005). Comparative investigation of the predictors of work-related psychological wellbeing within police, fire and ambulance workers New Zealand *Journal of Psychology*; 34. 127-34

-Pedersen, S. S., & Middel, B. (2001). Increased vital exhaustion among Type- D patients with ischaemic heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 4430449

-Pederson, S. S., & Denollet, J. (2005). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, 10(4), 241-248.

- Pedersen, S. S., Denollet, J., Ong, A., Serruys, W., Erdman, R., & Van-donburg, R. (2007). Impaired health Status in type – D Patients Following PCI in the drug-eluting stent era ‘’, *Internatiinal Journal of Cardioligy* , 114, 358-65

-Pelle, A. J., Denollet, J., Zwisler, A., & Pedersen, S. S. (2009) , ‘‘ Overlap and distinctiveness of psychological risk factors in patients with ischemic heart disease and chronic heart failure : Are we there yet?’’ *Journal of Affect Disord*; 113(1-2): 150-6

-Porshhryary Meh, S. (2007). Compare depression, social isolation and family links users and non-Internet Users high school female students in Tehran. *Journal of Psychological Studies*, 3(2): 49-64 (in Persian)

-Rasulyan, M. (2004). Associated burnout in nurses with the personality characteristics, *Journal of Thought and Behavior*, 4:18-24. (in Persian)

-Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). ‘‘Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy’’, *Circulation*, 99, 2192-2217.

- Salemi, S. (2007). Basic theory and practice of nursing. First ed., Tehran, Selmi. (in Persian)

-Sarafino, E. P. (2002). ‘‘ Health Psychology. 4thed. Philadelphia: Wiley and sons’’, 42-8

-Schiffer, A. A., Pedersen, S. S., Widdershoven, J. W., Hendrikes, E. H., Winter, J. B. , & Denollet, J . (2005). The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in



chronic heart failure. *European Journal of cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12, 341-346.

-Seligman, M. P. (2003). Positive psychology fundamental assumption. *The psychologist*. 16. 126 – 127.

-Shapiro, J., Kolodner, K, B., & Spiro, A. (2003). Negative affect, gender, and expressive Style predict elevated ambulatory blood pressure , *Journal of behavioral Medicine* , 60 . 596-605.

-Shushtari Hakim, F., Arab gule, F., Khajadini, N., & Elahi, F. (2004). Study burnout syndrome in nursing with children behavioral problems, *Journal of cognitive science*, 21 (4): 67-72.

- Siegman, A, W. (2000). Cardiovascular Consequences of expressing experiencing, and repressing anger in women, *Journal of behavioral Medicine*, 19 , 539-569.

-Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Medical – Surgical Nursing, O the Ed*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilking co.

-Sreeramareddy, CT., Shankar, PR., Binu, V., Mukhopadhyay, C., Ray, B., & Menezes, R, G. (2007). Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students, *Journal of Nepal BMC Medical education*;22(7): 26-31

-Taylor, C.T., Bomyea, J., & Amir, N. (2010). Attention bias away from positive social information mediates: The link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 403-408.

-Williams, L., O'Connor, R., Grubb, N., & O'Carroll, R. (2012). Type D personality and three- month psychosocial outcomes among patients post- myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 422-426.

- Zandi, M., Sayari, R., Ebadi A., & Sanainasab, H. (2011). Abundance of depression, anxiety and stress in militant Nurses. *Journal of Mil Med*; 13:103-108. (in Persian)



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی