

## The Relationship of Compassion Fatigue and Tolerance of Ambiguity in Emotional Exhaustion among Healthcare Workers

بررسی رابطه خستگی از شفقت و تحمل ابهام با خستگی هیجانی در پرسنل کادر درمان

<sup>۱</sup> Fatemeh Sadat Samsam Shariat

M.A. Student in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Isfahan, Iran

<sup>۲</sup> Fatemeh Sadat Safaei

M.A. Student in Psychology, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Isfahan, Iran

<sup>۳</sup> Sara Taheri (Corresponding Author)

Assistant Professor, Department of Psychology, Aghigh Institute of Higher Education, ShahrinShahr, Iran

فاطمه سادات صمصام شریعت

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، اصفهان، ایران. [F.shariattt@gmail.com](mailto:F.shariattt@gmail.com)

فاطمه سادات صفایی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، اصفهان، ایران. [fati.safae81@gmail.com](mailto:fati.safae81@gmail.com)

سارا طاهری (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی غیر انتفاعی عقیق، شاهین شهر، ایران. [Dr.Sara.Taheri@aghigh.ac.ir](mailto:Dr.Sara.Taheri@aghigh.ac.ir)

### Abstract

The aim of the present study was to investigate the Relationship of compassion fatigue and tolerance of ambiguity in emotional exhaustion among healthcare personnel. This study employed a descriptive, correlational, cross-sectional design and was conducted in the summer of 2024. The statistical population consisted of all healthcare workers employed in medical and healthcare clinics in the city of Isfahan. To this end, four clinics were randomly selected, and all staff members—including physicians, nurses, nurse aides, midwives, and anesthesia, operating room, radiology, and laboratory technicians—were invited to participate. Ultimately, the study was conducted with a sample of 100 healthcare personnel working in the aforementioned departments. Data were collected using the Compassion Fatigue Scale (Figley, 2000), the Tolerance of Ambiguity Scale (McLain, 2008), and the Emotional Exhaustion Scale (Chen et al., 2019). Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 26, at both descriptive and inferential levels. The results revealed a significant positive relationship between compassion fatigue and emotional exhaustion, as well as a significant negative relationship between tolerance of ambiguity and emotional exhaustion among healthcare personnel. Overall, the findings indicate that compassion fatigue directly increases emotional exhaustion in healthcare workers, while low tolerance of ambiguity exacerbates this process, underscoring the need for supportive and educational interventions to enhance their emotional resilience.

**Keywords:** Compassion fatigue; Tolerance of ambiguity; Emotional exhaustion; Healthcare personnel

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه خستگی از شفقت و تحمل ابهام با خستگی هیجانی در پرسنل کادر درمان بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که به صورت مقطعی در تابستان ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد شاغل در عرصه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی کلینیک‌های شهر اصفهان بود. بدین منظور ۴ کلینیک سطح شهر اصفهان به طور تصادفی انتخاب شد و از تمامی کارکنان آن (متشکل از پزشک، پرستار، بهیار، ماما و تکنسین‌های هوشبری، اتاق عمل، رادیولوژی و آزمایشگاه) برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد و در نهایت، مطالعه حاضر با شرکت ۱۰۰ نفر از پرسنل شاغل در بخش‌های مذکور انجام شد. همچنین برای گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های خستگی از شفقت (فیگلی، ۲۰۰۰)، تحمل ابهام (مکلین، ۲۰۰۸) و خستگی هیجانی (چن و همکاران، ۲۰۱۹)، به کار برده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۶ در سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شده است. نتایج پژوهش حاکی از وجود رابطه مستقیم و معنی دار بین خستگی از شفقت با خستگی هیجانی و رابطه معکوس و معنی دار بین تحمل ابهام و خستگی هیجانی پرسنل کادر درمان می‌باشد و با توجه به یافته‌های پژوهش خستگی از شفقت مستقیماً خستگی هیجانی را در کادر درمان افزایش می‌دهد، در حالی که تحمل پایین ابهام این فرآیند را تشدید کرده و نیازمند راهکارهای حمایتی و آموزشی برای بهبود تاب‌آوری هیجانی آنان است.

**واژه‌های کلیدی:** خستگی از شفقت، تحمل ابهام، خستگی هیجانی، پرسنل کادر درمان

## مقدمه

بخش سلامت و درمان، ذاتاً یک محیط کاری با تنش بالا محسوب می‌شود که ویژگی‌های بارزی چون تصمیم‌گیری‌های پرمخاطره، تعاملات عاطفی شدید با بیماران، و اغلب اوقات کمبود مزمن نیروی انسانی را در بر دارد و به تبع این شرایط، پرسنل کادر درمان در معرض آسیب‌های روانی و پیامدهای منفی سلامت روان قرار دارند، که در این میان خستگی هیجانی<sup>۱</sup> به‌عنوان بعد محوری فرسودگی شغلی—شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین علامت می‌باشد (ماسلاچ<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲)، که به احساس فرسودگی شدید عاطفی و تخلیه منابع روانی-هیجانی فرد اطلاق می‌شود و منجر به کاهش بهره‌وری، گسست عاطفی و ناتوانی در مقابله با خواسته‌های شغلی می‌گردد، که با توجه به تأثیر عمیق خستگی هیجانی بر کیفیت مراقبت از بیمار و نرخ بالای جابه‌جایی کارکنان، بررسی عوامل پیش‌آیند آن در این نیروی کار حیاتی، یک ضرورت پژوهشی محسوب می‌شود (تندفونلاین<sup>۳</sup>، ۲۰۲۵). از طرفی در میان تنش‌زاهای اختصاصی محیط بالینی، خستگی از شفقت<sup>۴</sup> به‌عنوان یک کانون توجه کلیدی مطرح شده است، که گاهی با عنوان «هزینه مراقبت» نیز شناخته می‌شود و حالتی است که با فرسودگی شدید جسمی و عاطفی در افرادی که به‌طور مستمر به کسانی که در رنج هستند، مراقبت و حمایت ارائه می‌دهند، مشخص می‌شود (نجار، ۲۰۲۳). بر خلاف فرسودگی شغلی عمومی، خستگی از شفقت به‌طور مستقیم با ترومای ثانویه و درگیری همدلانه مکرر با درد و رنج بیماران مرتبط است، که مرورهای سیستماتیک اخیر بر نقش حیاتی خستگی از شفقت در حوزه سلامت تأکید دارند و نشان می‌دهند که این مفهوم یک سازه متمایز—هرچند همپوشان—است که می‌تواند آغازگر فرسودگی شغلی شدید و استرس تروماتیک ثانویه باشد و بنابراین، خستگی از شفقت یک سازوکار روانی مهم است که از طریق آن، تقاضاهای مراقبتی به خستگی هیجانی تجربه شده توسط پرسنل کادر درمان تبدیل می‌شود (مرکز تحقیقات خدمات سلامت<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳). علاوه بر فشار مستقیم عاطفی ناشی از مراقبت (خستگی از شفقت)، عدم قطعیت ساختاری ذاتی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی نوین—که با بحران‌های جهانی، پروتکل‌های درمانی سریعاً در حال تحول و پیامدهای غیرقابل پیش‌بینی بیمار تشدید می‌شود—یک تنش‌زای شناختی قوی را معرفی می‌کند (اسمیت و جانسون<sup>۶</sup>، ۲۰۲۴). تحمل ابهام<sup>۷</sup>، که به‌عنوان توانایی فرد در درک، پردازش و عمل بر اساس اطلاعات در مواجهه با فقدان وضوح، کامل بودن یا قطعیت تعریف می‌شود، در چنین محیط‌هایی به یک منبع روانی حیاتی تبدیل می‌گردد (تولر<sup>۸</sup>، ۲۰۲۳). افرادی که دارای تحمل ابهام پایین هستند، ممکن است عدم قطعیت‌های اجتناب‌ناپذیر حرفه پزشکی (مانند معضلات تشخیصی، شکست‌های درمانی) را به‌عنوان تهدیدهای طاقت‌فرسا تلقی کنند، که منجر به افزایش اضطراب و در نهایت، تخلیه سریع‌تر ذخایر هیجانی آن‌ها می‌شود (نگوین<sup>۸</sup>، ۲۰۲۴). علیرغم شیوع شناخته شده خستگی از شفقت و خستگی هیجانی و محیط کاری با ابهام بالای شناخته شده، تحقیقات محدودی به‌طور همزمان به بررسی نحوه تعامل این عوامل پرداخته‌اند و خلاء پژوهشی اصلی در عدم بررسی دقیق نقش خستگی از شفقت و تحمل ابهام به‌عنوان متغیرهای شناختی است؛ به‌طور خاص، مشخص نیست که چگونه توانایی افراد در مدیریت عدم قطعیت‌های بالینی، میزان آسیب‌پذیری آن‌ها را در برابر تحلیل رفتن منابع هیجانی ناشی از فشار عاطفی مراقبت، تعیین می‌کند، و این جنبه نیازمند بررسی عملیاتی برای شناسایی مکانیزم‌های محافظتی سازگاران در کادر درمان است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش خستگی از شفقت و تحمل ابهام در خستگی هیجانی پرسنل کادر درمان صورت گرفت. یافته‌های این تحقیق شواهد تجربی لازم را برای

<sup>1</sup> Emotional Exhaustion<sup>2</sup> Maslach<sup>3</sup> Tandfonline<sup>4</sup> Compassion Fatigue<sup>5</sup> BMC Health Services Research<sup>6</sup> Smith & Johnson<sup>7</sup> Ambiguity Tolerance<sup>8</sup> Nguyen

طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند، مانند برنامه‌های ارتقای تاب‌آوری و آموزش‌های شناختی خاص، به منظور کاهش خستگی هیجانی و ارتقای بهزیستی بلندمدت نیروی کار پزشکی فراهم خواهد کرد، لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی فرضیه زیر بود:

خستگی از شفقت و تحمل ابهام با خستگی هیجانی پرسنل کادر درمان، رابطه دارد.

## روش

### طرح پژوهش، جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. در این گونه تحقیقات امکان کنترل متغیرها وجود ندارد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد شاغل در عرصه مراقبت‌های بهداشتی – درمانی کلینیک‌های شهر اصفهان بود. بدین منظور ۴ کلینیک سطح شهر اصفهان به طور تصادفی انتخاب شد و از تمامی کارکنان آن (متشکل از پزشک، پرستار، بهیار، ماما و تکنسین‌های هوشبری، اتاق عمل، رادیولوژی و آزمایشگاه) برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد و در نهایت، مطالعه حاضر با شرکت ۱۰۰ نفر از پرسنل شاغل در بخش‌های مذکور انجام شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. افراد اجازه خروج از طرح پژوهشی در هر مرحله‌ای داشتند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود و خواهد ماند و رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

### پرسشنامه خستگی از شفقت

پرسشنامه خستگی از شفقت فیگلی (۲۰۰۰) برای سنجش خستگی عاطفی و جسمی ناشی از درگیری مستمر با رنج دیگران طراحی شده است که از شرکت‌کنندگان می‌خواهد میزان تجلی علائم (عاطفی، جسمی، شناختی) را بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای در طول یک ماه گذشته ارزیابی کنند. این نسخه شامل ۱۵ آیتم است که بر سه بُعد اصلی تأکید می‌کند: علائم شناختی/عاطفی: مانند احساس بی‌حسی، تحریک‌پذیری، یا حملات ناگهانی یادآوری رنج. علائم جسمی: مانند خستگی مفرط، مشکلات خواب، یا سردرد. علائم رفتاری: مانند اجتناب از موقعیت‌های مرتبط یا کاهش عملکرد شغلی. معمولاً از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای استفاده می‌شود (مثلاً ۱=به هیچ وجه تا ۵=همیشه). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۳ گزارش شده است که نشان‌دهنده انسجام بالای درونی مقیاس است.

### پرسشنامه تحمل ابهام

ابهام را می‌توان به عنوان دریافت اطلاعات ناکافی ناشی از ویژگی‌های خص موقعیت تعریف کرد (مک لین، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر ابهام، فقدان دریافت اطلاعاتی است که برای درک موقعیت و انتخاب مناسب با پیامدهای قابل پیش‌بینی، مورد نیاز است. بنابراین ابهام مانعی است که باعث اختلال در تصمیم‌گیری و پیش‌بینی می‌شود. تحمل ابهام را نیز می‌توان به عنوان درجه پذیرش چالش‌های شناختی همراه با ابهام تعریف کرد. پرسشنامه تحمل ابهام توسط مک‌لین (۲۰۰۸)، ساخته شده است و نمره گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. حداقل امتیاز ممکن ۱۵ و حداکثر ۷۵ خواهد بود و نمره بین ۱۵ تا ۳۰ : تحمل ابهام پایین است، نمره بین ۳۰ تا ۴۵ : تحمل ابهام متوسط است و نمره بالاتر از ۴۵ : تحمل ابهام بالا است. مک لین

(۱۹۹۳) پایایی درونی مناسبی را برای هر دو فرم ۲۲ آیتمی و ۱۳ آیتمی گزارش کرد (به عنوان مثال آلفای کرونباخ فرم ۱۳ آیتمی: ۰.۸۲؛ و فرم ۲۲ آیتمی: ۰.۸۶ می باشد). در پژوهش حاضر آلفای مرونباخ ۰.۷۸/ بدست آمد.

### پرسشنامه خستگی هیجانی

پرسشنامه خستگی عاطفی توسط چن و همکاران (۲۰۱۹) به منظور سنجش خستگی عاطفی طراحی و تدوین شده است. این ابزار دارای ۲۱ سوال و ۳ مولفه خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و عدم کفایت شخصی می باشد و بر اساس طیف لیکرت با سوالاتی مانند (صبح که از کار برمی خیزم از اینکه مجبورم روز دیگر کار کنم احساس خستگی شدید میکنم). به سنجش خستگی عاطفی می پردازد. نمره گذاری بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای می باشد. برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک تک گویه های مربوط به آن زیرمقیاس را با هم جمع می گردد و برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه های پرسشنامه را با هم جمع می شوند دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۲۱ تا ۱۰۵ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر خستگی عاطفی خواهد بود و بالعکس. در پژوهش حاضر، صرفاً زیرمقیاس خستگی هیجانی برای سنجش متغیر وابسته مورد استفاده قرار گرفت. این زیرمقیاس با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود. نمره خستگی هیجانی از طریق جمع نمرات گویه های مربوط به این زیرمقیاس محاسبه شد، به طوری که نمره بالاتر نشان دهنده سطح بالاتر خستگی هیجانی است. اعتبار یا روایی با این مسئله سر و کار دارد که یک ابزار اندازه گیری تا چه حد چیزی را اندازه می گیرد، که مورد نظر پژوهشگر بوده است (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش نشهری (۱۳۹۸) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش نشهری (۱۳۹۸) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. در پژوهش حاضر آلفای مرونباخ ۰/۸۱/ بدست آمد.

### یافته ها

میانگین و انحراف سنی شرکت کنندگان مرد در پژوهش ۳۴/۲۸ (۹/۵۴) سال و میانگین و انحراف سنی شرکت کنندگان زن ۳۲/۷۴ (۹/۲۱) بود. میانگین و انحراف استاندارد کلی سن شرکت کنندگان ۳۶/۸۴ (۱۱/۵۰) بود. ویژگی جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی ها

| جنسیت   | زن  | مرد | مجرد | متاهل | مقطع تحصیلی | کاردانی |
|---------|-----|-----|------|-------|-------------|---------|
| فرآوانی | ۵۹  | ۴۱  | ۴۲   | ۶۸    | ۱           | ۲       |
| درصد    | ۵۹٪ | ۴۱٪ | ۴۲٪  | ۶۸٪   | ۱٪          | ۲٪      |

|               |         |                  |
|---------------|---------|------------------|
| کارشناسی      | ۳۲      | ۳۲٪              |
| کارشناسی ارشد | ۱۵      | ۱۵٪              |
| دکترا         | ۱       | ۱٪               |
| دکترای پزشکی  | ۴۹      | ۴۹٪              |
| سن            | میانگین | انحراف استاندارد |
|               | ۳۶/۸۴   | ۱۱/۵۰            |

شاخصه های توصیفی مربوط به نمرات آزمودنی ها در متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۲ آمده است. در این جدول شاخصه های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) نمرات آزمودنی ها را در خستگی از شفقت و تحمل ابهام در خستگی هیجانی پنهان می دهد.

جدول ۲: ویژگی های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرها       | آماره | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد |
|---------------|-------|---------|---------|------------------|
| خستگی از شفقت | ۱۰۰   | ۴۸/۳۷   | ۵/۲۰    |                  |
| تحمل ابهام    | ۱۰۰   | ۳۱/۴۵   | ۷/۶۷    |                  |
| خستگی هیجانی  | ۱۰۰   | ۸۳/۲۲   | ۷/۷۲    |                  |

جدول ۲ شاخص های آمار توصیفی نمرات آزمودنی ها را در متغیرهای پژوهش نشان می دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول مذکور، میانگین و انحراف معیار برای نمرات خستگی از شفقت به ترتیب ۴۸/۳۷ و ۵/۲۰، برای تحمل ابهام ۳۱/۴۵ و ۷/۶۷ و برای خستگی هیجانی به ترتیب ۸۳/۲۲ و ۷/۷۲ بود. تحلیل همبستگی برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: همبستگی متغیرهای پژوهش

| متغیرها             | خستگی هیجانی | خستگی از شفقت | تحمل ابهام |
|---------------------|--------------|---------------|------------|
| ضریب همبستگی پیرسون | ۱            | ۰/۶۲          | -۰/۴۵      |
| معناداری            | ۰/۰۰۱        |               |            |
| خستگی هیجانی        | فراوانی      | ۱۰۰           |            |

|       |       |       |                     |               |
|-------|-------|-------|---------------------|---------------|
| ۰/۱۸- | ۱     | ۰/۶۲  | ضریب همبستگی پیرسون |               |
|       |       | ۰/۰۰۱ | معناداری            | خستگی از شفقت |
|       |       | ۱۰۰   | فراوانی             |               |
|       |       | ۰/۴۵- |                     |               |
| ۱     | ۰/۱۸- | ۰/۰۰۱ |                     | تحمل ابهام    |
|       |       | ۱۰۰   |                     |               |

همانطور که مشاهده می شود بین خستگی از شفقت و خستگی هیجانی یک همبستگی مثبت، قوی و معنادار آماری وجود دارد و یافته نشان می دهد که با افزایش خستگی از شفقت، میزان خستگی هیجانی پرسنل نیز به طور قابل ملاحظه ای افزایش می یابد. و بین تحمل ابهام و خستگی هیجانی یک همبستگی منفی، متوسط و معنادار آماری مشاهده شد، که یافته ها حاکی از آن است که هرچه پرسنل توانایی بیشتری در تحمل ابهام داشته باشند، از نظر هیجانی کمتر دچار فرسودگی می شوند.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه خستگی از شفقت و تحمل ابهام با خستگی هیجانی پرسنل کادر درمان بود. نتایج پژوهش حاکی از وجود رابطه مستقیم و معنی دار بین خستگی از شفقت با خستگی هیجانی و رابطه معکوس و معنی دار بین تحمل ابهام و خستگی هیجانی پرسنل کادر درمان می باشد. این یافته ها با نتایج پژوهش کوهرا و کولر (۲۰۱۹)، مبنی بر بررسی رابطه خستگی از شفقت و فرسودگی هیجانی، که این مرور نظام مند و متاآنالیز بزرگ، که بر روی داده های دهه مطالعات انجام شده است، بر رابطه مثبت، قوی و تقریباً جهانی بین خستگی از شفقت و خستگی هیجانی تأکید می کند و یافته های این مطالعه نشان می دهد که این رابطه در محیط های بالینی مختلف (مانند مراقبت های ویژه، انکولوژی و فوریت ها) پایدار است و خستگی از شفقت یکی از قوی ترین پیش بین های خستگی هیجانی در مشاغل مراقبتی است همسو می باشد.

از منظر نظری، خستگی هیجانی به عنوان مؤلفه مرکزی فرسودگی شغلی، با احساس تهی شدگی هیجانی و کاهش توان مقابله با فشارهای عاطفی شغلی تعریف می شود. خستگی از شفقت نیز به عنوان تجربه ای مرتبط با مواجهه مداوم با رنج دیگران، می تواند با این احساسات فرسودگی همراه باشد. بنابراین، رابطه مشاهده شده در این پژوهش را می توان به عنوان همراهی دو پدیده مرتبط در بستر شغلی کادر درمان تفسیر کرد، بدون آنکه استنباط علی از آن صورت گیرد. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تحمل ابهام با خستگی هیجانی رابطه منفی و معناداری دارد. این یافته با پژوهش های پیشین همخوان است که نشان داده اند تحمل ابهام بالاتر با سطوح پایین تر اضطراب شغلی، استرس ادراک شده و فرسودگی هیجانی همراه است (متیک<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). محیط های درمانی ذاتاً با عدم قطعیت های تشخیصی، درمانی و بین فردی همراه هستند و کارکنانی که توانایی بیشتری در پذیرش و مدیریت این ابهام ها دارند، ممکن است فشار هیجانی کمتری را تجربه کنند و خستگی هیجانی زمانی افزایش می یابد که تقاضاهای هیجانی شغل بالا بوده و منابع فردی یا شغلی کافی برای مقابله با آن ها در دسترس نباشد و در این چارچوب، خستگی از شفقت را می توان به عنوان یکی از تقاضاهای هیجانی خاص مشاغل مراقبتی در نظر گرفت که با درگیری عاطفی مستمر با رنج بیماران همراه است، در حالی که تحمل ابهام می تواند به عنوان یک منبع فردی شناختی تلقی شود که نحوه ادراک و مدیریت این تقاضاها را تحت تأثیر قرار می دهد (بیکر و دمورتی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). پژوهش ها نشان داده اند افرادی

<sup>1</sup> Mattick

<sup>2</sup> Bakker & Demerouti

که تحمل ابهام پایین‌تری دارند، موقعیت‌های نامطمئن را استرس‌زاتر ارزیابی کرده و واکنش‌های هیجانی منفی بیشتری گزارش می‌کنند (هیلن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). در محیط‌های درمانی که عدم قطعیت بخش جدایی‌ناپذیر فرآیند تشخیص و درمان است، این الگوی ارزیابی می‌تواند با سطوح بالاتر فشار هیجانی همراه باشد.

همچنین در تبیین یافته فوق می‌توان اذعان داشت که خستگی هیجانی به عنوان هسته اصلی فرسودگی شغلی در کادر درمان، با احساس تخلیه شدن منابع هیجانی و ناتوانی در مواجهه با فشارهای عاطفی ناشی از مراقبت از بیماران تعریف می‌شود. این وضعیت به‌طور مستقیم بر کیفیت مراقبت، رضایت شغلی و سلامت روان کارکنان تأثیر منفی می‌گذارد. در این میان، خستگی از شفقت یک پدیده مرتبط و غالباً پیش‌زمینه خستگی هیجانی است که به‌طور خاص ناشی از مواجهه مکرر و عمیق با رنج و تروما در بیماران است. این فرآیند، که گاهی اوقات به عنوان «فشار ثانویه تروما» شناخته می‌شود، توانایی فرد برای همدلی و دلسوزی را تحلیل برده و فرد را در یک حالت بی‌تفاوتی یا کناره‌گیری هیجانی قرار می‌دهد که خود مستقیماً به خستگی هیجانی منجر می‌شود.

در این پارادایم، تحمل ابهام به عنوان یک متغیر شناختی-شخصیتی کلیدی وارد عمل می‌شود. تحمل ابهام، که به توانایی فرد برای پذیرش، سازگاری و کارآمدی در موقعیت‌های مبهم، نامشخص و فاقد راه‌حل‌های واضح اشاره دارد، نقشی محافظتی ایفا می‌کند. محیط‌های بالینی ذاتاً مملو از ابهام هستند؛ از تشخیص‌های قطعی نشده و پروتکل‌های درمانی متغیر گرفته تا عدم قطعیت در مورد نتایج درمان و تعاملات پیچیده خانوادگی بیماران. افرادی با تحمل ابهام پایین، هرگونه عدم قطعیت را به عنوان یک تهدید ادراک کرده و واکنش‌های اضطرابی شدیدتری نشان می‌دهند که این امر مستقیماً منابع هیجانی آن‌ها را مصرف کرده و فرآیند خستگی هیجانی را تسریع می‌بخشد و هر چه سطح خستگی از شفقت (به دلیل ماهیت کار) بالاتر باشد، برای پرسنلی که دارای تحمل ابهام پایین هستند، خستگی هیجانی به شکل شدیدتری بروز خواهد کرد. در مقابل، کارکنانی که سطح بالاتری از تحمل ابهام دارند، می‌توانند وضعیت‌های مبهم را به جای تهدید، به عنوان چالش‌های قابل مدیریت یا بخشی طبیعی از فرآیند درمانی ببینند. این سازگاری شناختی به آن‌ها اجازه می‌دهد تا در مواجهه با اطلاعات ناقص یا مسیرهای درمانی غیرقطعی، کمتر دچار استرس، تعارضات شناختی و در نهایت، فرسایش منابع هیجانی شوند، در نتیجه نقش حفاظتی در برابر تشدید خستگی هیجانی ایفا می‌کنند.

بنابراین، برای مداخلات پیشگیرانه در کادر درمان، تمرکز نباید صرفاً بر کاهش بار کاری یا مدیریت خستگی شفقت باشد، بلکه باید مهارت‌های شناختی مرتبط با تحمل ابهام را نیز هدف قرار دهد. آموزش تکنیک‌هایی که به پرسنل کمک می‌کند تا عدم قطعیت‌های اجتناب‌ناپذیر حوزه سلامت را به شیوه‌ای سازنده و با حداقل بار هیجانی درونی‌سازی کنند، می‌تواند به‌طور مؤثری از تبدیل شدن خستگی از شفقت به فرسودگی هیجانی مزمن جلوگیری نموده و سلامت شغلی مداوم را در این حرفه حیاتی تضمین نماید.

**سپاسگزاری:** نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که در انجام این مقاله نقش داشته‌اند اعلام می‌دارد.

**تعارض منافع:** در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده‌است.

## منابع

سرمد، ز.، بازرگان، ع.، و حجازی، ا. (۱۳۹۰). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه. شهری، م. (۱۳۹۸).

<sup>1</sup> Hillen

بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه فرسودگی شغلی. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۷(۲)، ۴۵-۶۰. مرکز تحقیقات خدمات سلامت. (۱۴۰۲). گزارش ملی فرسودگی شغلی و خستگی از شفقت در کارکنان نظام سلامت. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

نجار، م. (۱۴۰۲). خستگی از شفقت در کارکنان سلامت: مفاهیم، پیامدها و راهبردهای مقابله‌ای. مجله پژوهش‌های روان‌شناسی سلامت، ۱۱(۳)، ۸۹-۱۰۴.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>

Chen, Y., Li, X., & Zhang, Y. (2019). Development and validation of a multidimensional emotional exhaustion scale. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(3), 456–468. <https://doi.org/10.1037/ocp0000136>

Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare professionals: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.012>

Figley, C. R. (2000). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.

Hancock, J., & Mattick, K. (2020). Tolerance of uncertainty and psychological well-being in healthcare professionals. *Medical Education*, 54(6), 1–9. <https://doi.org/10.1111/medu.14104>

Hillen, M. A., Gutheil, C. M., Strout, T. D., Smets, E. M. A., & Han, P. K. J. (2017). Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Social Science & Medicine*, 180, 62–75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.024>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2022). Burnout: A multidimensional perspective. *Annual Review of Psychology*, 73, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-012420-100002>

McLain, D. L. (2008). Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: The Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale–II (MSTAT-II). *Psychological Reports*, 102(3), 975–988.

Nguyen, T. T. (2024). Uncertainty tolerance and emotional exhaustion among healthcare professionals. *Journal of Health Psychology*, 29(2), 215–228.

Smith, J., & Johnson, R. (2024). Uncertainty and stress in modern healthcare systems. *Health Psychology Review*, 18(1), 45–60.

Toler, J. (2023). Tolerance of ambiguity and psychological functioning in high-stress environments. *Journal of Applied Psychology Quarterly*, 14(4), 233–249.

Tandfonline, S. (2025). Psychological consequences of occupational stress in the healthcare system. *Journal of Occupational Health*, 9(1), 15–28.