

August- September 2024, Volume 12, Issue 3

Development of a Causal Model of the Relationship between Sleep Quality, Health Anxiety, Cognitive Emotion Regulation and Emotional Exhaustion with the Mediation of Cognitive Fatigue in Nurses with Chronic Fatigue Syndrome

Omid Enayatian¹, Hossein Fakoori Hajiyar^{2*}, Hossein Akbari Amarghan³

1. Department of Counseling, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

2. Department of Educational Sciences, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

3. Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

Corresponding author: Hossein Fakoori Hajiyar, Department of Educational Sciences, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

Email: dr.hosseinfh43@yahoo.com

Received: 2 April 2024

Accepted: 22 July 2024

Abstract

Introduction: Psychosomatic disorders are debilitating and common disorders. These disorders, like chronic fatigue syndrome, are debilitating and cause physical and mental breakdown. Among these, nurses in the field of healthcare are among the people who are more at risk of suffering from chronic fatigue syndrome. This syndrome has symptoms similar to depression, does not recover easily, and overshadows the quality of a person's life.

Methods: The current research method was descriptive and correlational and retrospective. This research was conducted in the spring of 1402 in Imam Reza, Qaim, Razavi, Farabi, Khatam al-Anbia and Hefdeh Shahrivar hospitals in Mashhad. The statistical method was structural equation method. Sampling was non-random and available, and finally, among 1000 nurses, 291 nurses were qualified and selected based on the entry criteria. The tools of this research include Sleep Quality Questionnaire (PSQI), Emotional Exhaustion (EEQ), Health Anxiety Questionnaire (HAI), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Jason Chronic Fatigue Syndrome Questionnaire (CFSQ), Rumination Questionnaire (RQ) and Measurement Questionnaire. Multidimensional Fatigue (MFI) was used. All the mentioned tools had validity and validity confirmed in domestic and foreign researches and finally the data were analyzed using Amos-24.0 and Spss-27.0.1 software.

Results: The results of the research showed that sleep quality, health anxiety and cognitive regulation of emotions cannot predict emotional exhaustion directly and only if cognitive fatigue plays a mediating role. Also, the indirect paths of the model were significant and sleep quality, health anxiety, cognitive regulation of emotion and cognitive fatigue explained a total of 60% of the variance of emotional exhaustion and cognitive regulation of emotion, sleep quality and health anxiety also explained 48% of cognitive fatigue. ($P < 0.05$)

Conclusions: According to the results of the research, to reduce emotional exhaustion in the nursing profession, attention should be paid to cognitive fatigue. Cognitive fatigue is a state of helplessness that makes a person unable to make decisions in important and different life situations. Improvement of cognitive fatigue can ultimately reduce the symptoms of emotional exhaustion and increase sleep quality, reduce health anxiety and use positive emotion cognitive regulation strategies in nurses.

Keywords: Health anxiety, Cognitive emotion regulation, Cognitive fatigue, Chronic fatigue syndrome, emotional exhaustion, Sleep quality.

تدوین مدل علی از رابطه بین کیفیت خواب، اضطراب سلامتی، تنظیم شناختی هیجان و فرسودگی هیجانی با میانجی گری خستگی در پرستاران مبتلا به سندرم خستگی مزمن

امید عنایتیان^۱، حسین فکوری حاجی یار^{۲*}، حسین اکبری امرغان^۳

۱. گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران .

۲. گروه علوم تربیتی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران .

۳. گروه مشاوره و روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران .

نویسنده مسئول: حسین فکوری حاجی یار، گروه علوم تربیتی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزاد شهر، ایران.
ایمیل: dr.hosseinfh43@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۱۴

چکیده

مقدمه: اختلالات روان تنی اختلالاتی ناتوان کننده و شایع می باشند. این اختلالات همچون سندرم خستگی مزمن ناتوان کننده بوده و باعث تحلیل جسمانی و روانی می شود. از این میان پرستاران در حوزه بهداشت درمان از جمله افرادی هستند که بیش از سایرین در خطر ابتلا به سندرم خستگی مزمن هستند. این سندرم نشانه هایی شبیه به افسردگی دارد، به راحتی بهبود نمی یابد و کیفیت زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می دهد.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بوده و گذشته نگر بود. این پژوهش در بهار سال ۱۴۰۲ در بیمارستان های امام رضا، قائم، رضوی، فارابی، خاتم الانبیا و هفده شهریور شهر مشهد انجام شد. روش آماری روش معادلات ساختاری بود. نمونه گیری غیر تصادفی و به صورت در دسترس بود و در نهایت از بین ۱۰۰۰ پرستار تعداد ۲۹۱ نفر از پرستاران بر اساس ملاک های ورود واجد شرایط بودند و انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI)، فرسودگی هیجانی (EEQ)، پرسشنامه اضطراب سلامتی (HAI)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)، پرسشنامه سندرم خستگی مزمن جیسون (CFSQ)، پرسشنامه نشخوار فکری (RQ) و پرسشنامه سنجش چند بعدی خستگی (MFI) استفاده شد. تمامی ابزارهای ذکر شده دارای روایی و پایایی تأیید شده در پژوهش های داخلی و خارجی بود و در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار Amos-24.0 و Spss-27.0.1 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که کیفیت خواب، اضطراب سلامتی و تنظیم شناختی هیجان به صورت تنها و مستقیم نمی توانند فرسودگی هیجانی را پیش بینی کنند و فقط در صورتی این پیش بینی اتفاق می افتاد که خستگی شناختی نقشی واسطه ای داشته باشد. همچنین مسیرهای غیر مستقیم مدل معنادار بود و کیفیت خواب، اضطراب سلامتی، تنظیم شناختی هیجان و خستگی شناختی در مجموع ۶۰ درصد از واریانس فرسودگی هیجانی را تبیین کردند و تنظیم شناختی هیجان، کیفیت خواب و اضطراب سلامتی نیز ۴۸ درصد از خستگی شناختی را تبیین کردند. ($P < 0.05$).

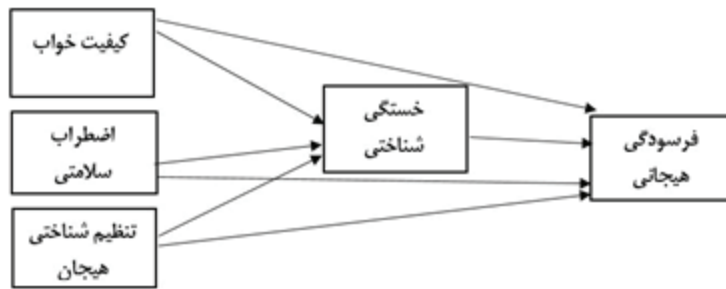
نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش برای کاهش فرسودگی هیجانی در حرفه پرستاری باید به خستگی شناختی توجه داشت. خستگی شناختی حالتی از درماندگی است که باعث می شود فرد نتواند در موقعیت های مهم و مختلف زندگی دست به تصمیم گیری بزند. بهبود خستگی شناختی در نهایت می تواند باعث کاهش نشانه های فرسودگی هیجانی و افزایش کیفیت خواب، کاهش اضطراب سلامتی و استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت در پرستاران شود.

کلیدواژه ها: اضطراب سلامتی، تنظیم شناختی هیجان، خستگی شناختی، سندرم خستگی مزمن، فرسودگی هیجانی، کیفیت خواب.

خستگی از عوامل مهم دخیل در زندگی روزمره انسان است. خستگی یک پاسخ مهم و طبیعی به فعالیت زیاد جسمی، استرس روانی طولانی مدت و محرومیت از خواب می باشد، اگرچه می تواند یک علامت غیر اختصاصی از اختلال جسمی یا روانی نیز باشد (۱). در این میان سندرم خستگی مزمن یک بیماری است که باعث می شود فرد به حدی احساس خستگی کند که نتواند فعالیت های عادی و روزمره خود را انجام دهد (۲). این خستگی تمام بدن را احاطه کرده و فعالیت بدنی و توان فرد را کم می کند (۳). فرناندز و همکاران (۴)، در پژوهش خود نشان دادند که بین پاداش دریافتی توسط پرستاران و تجربه فرسودگی هیجانی ارتباطی قوی وجود دارد. آنها نشان دادند که کیفیت محیط کار، حقوق، مزایا و پاداش از عوامل موثر در کاهش فرسودگی هیجانی است. فرسودگی هیجانی عاملی موثر در ایجاد نشانگان خستگی مزمن است. فرسودگی هیجانی احساس بیش از حد هیجانی شدن توسط افراد درگیر با کار است (۵) و زمانی اتفاق می افتد که کارمند از نظر فیزیکی احساس فرسودگی می کند و یا از نظر روانشناختی و هیجانی خالی شده است (۶). در این خصوص نظریاتی وجود دارد که در ادامه به آنها اشاره می شود. نظریه بقا بیان می کند فرسودگی هیجانی زمانی اتفاق می افتد که افراد در رابطه با چیزهایی که برای آنها با ارزش است احساس تهدید کنند (۷). در رویکرد روانشناختی- اجتماعی ماسلش و همکارانش به این نتیجه رسیدند که فرسودگی شغلی یک ساختار چند بعدی است که عبارتند از تحلیل یا فرسودگی هیجانی که منجر به از دست دادن انرژی های عاطفی شخص می شود (۷). در رویکرد تبادل چرنیس مرحله اول فشار روانی است که منابع تنیدگی (فشار روانی) که علل به وجود آورنده فرسودگی هیجانی به شمار می رود. (۸). مرحله دوم آشفتگی روانی با مولفه های روان شناختی و جسمانی و رفتاری همراه است. مرحله سوم مقابله دفاعی است که این مرحله با اثرات فرایند فرسودگی روانی و کیفیت کمک ارائه شده مربوط است. در مدل کاپنر بین تیپ شخصیت (A) و تنش زاهای ادراکی بوسیله افراد یک رابطه مثبت وجود دارد و بین تیپ شخصیت (A) و حمایت اجتماعی رابطه منفی وجود دارد (۹). رویکرد ساختاری اساساً به خصوصیات وابسته به یک سازمان توجه دارد. این ویژگی همواره در کل سازمان وجود داشته و به صورت کل در نظر

گرفته می شود (۹). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان عاملی مهم و تأثیر گذار در فرسودگی هیجانی است. فرنزل و همکاران (۱۰)، تنظیم شناختی هیجان را به صورت سلسله ای از رویدادها مفهوم سازی کرده است، به صورتی که چنانچه فرد الگوی ناکارآمدی از تنظیم شناختی هیجان را بکار ببندد، احتمال استفاده از آن در سایر رویدادها نیز وجود دارد. در دیدگاه گرانفسکی و کرایج راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان با سطوح پایین افسردگی و اضطراب و فرسودگی هیجانی و راهبردهای غیرانطباقی و ناسازگارانه با سطوح بالاتر افسردگی و اضطراب و فرسودگی هیجانی در ارتباط هستند (۱۱). همچنین بر طبق دیدگاه گراس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پاسخ های شناختی به وقایعی هستند که موجب برانگیختگی هیجان می شوند. (۱۲). نظریه دشواری در تنظیم شناختی هیجان گراتز و رومر به تنظیم شناختی هیجان و فرآیندهای درونی و بیرونی برای پردازش، ارزیابی و شناسایی واکنش های هیجانی اشاره دارد. (۱۳). فرسودگی هیجانی و تنظیم شناختی هیجان از عوامل مهم در سندرم خستگی مزمن می باشد. این عوامل می توانند کیفیت خواب را دستخوش تغییر کنند. خواب نیز از عوامل مهم در این سندرم و مرتبط با فرسودگی هیجانی می باشد. لی و همکاران (۱۴)، در پژوهش خود نشان دادند که مشکلات خواب در ایجاد فرسودگی هیجانی در طول زمان نقش دارند و کاهش کیفیت خواب سبب افزایش فرسودگی هیجانی می شود. اختلال در خواب شبانه می-تواند موجب بروز مشکلاتی از جمله خواب آلودگی و کسالت در طول روز، استرس و اضطراب از جمله اضطراب سلامتی، سردرد و همچنین عملکرد ضعیف افراد و کاهش عملکرد در برنامه های درسی و کاری و ایجاد خستگی مزمن در صورت بی خوابی مزمن گردد (۱۵). در نهایت کیفیت خواب پایین سبب ایجاد اضطراب می شود. اضطراب سلامتی یک مفهوم پیوستاری است که برای اولین بار توسط سالکوسکیس و واریک در سال ۱۹۸۶ پیشنهاد شده است که در یک طرف پیوستار نگرانی های خفیف درباره ی سلامتی و ابتلا به بیماری و در طرف دیگر آن اختلال خودبیمارانگاری قرار می گیرد که با ترس های افراطی و گاه هذیانی درباره سلامتی و علایم جسمانی مشخص می شود (۱۶). همچنین می توان گفت که یک همبستگی قوی مثبتی بین اضطراب سلامتی و افسردگی و سندرم خستگی مزمن وجود دارد (۱۷). لیانگ و همکاران (۱۸)، در پژوهش خود

(۲۲)، در پژوهش خود نشان دادند که فرسودگی هیجانی و اضطراب توسط بخش بزرگی از دانشجویان دندانپزشکی تجربه شده است. کیراوون و همکاران (۲۳)، در پژوهش خود نشان دادند تنظیم هیجان تا حدی رابطه بین کیفیت خواب و هر دو صفت پرخاشگری فیزیکی و ارتکاب خشونت را واسطه می کند. مشکلات تنظیم هیجان ممکن است در واقع مکانیزمی باشد که از طریق آن خواب با کیفیت پایین منجر به رفتارهای بین فردی پرخاشگرانه می شود. در خصوص اعتبار مدل پژوهش پیش رو به پژوهش هایی از قبیل لیو و همکاران (۲۴)، جمشیدیان و همکاران (۲۵) و پژوهش هایی که پیشتر ذکر شد می توان اشاره کرد. با توجه به پیشینه ای که تاکنون بررسی شد می توان دریافت که مدل علی ارائه شده در این پژوهش بدیع بوده و در سایر پژوهش ها مشاهده نشده است. با استفاده از نتایج این پژوهش می توان سهم به سزایی در کاهش فرسودگی هیجانی و نشانگان خستگی مزمن و بهبود کیفیت کاری پرستاران داشت. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی خستگی شناختی در رابطه بین کیفیت خواب، اضطراب سلامتی، تنظیم شناختی هیجان و فرسودگی هیجانی در پرستاران مبتلا به سندرم خستگی مزمن انجام شد. در ادامه مدل مفهومی پژوهش ارائه شده است.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

شدند؛ تشکیل دادند. در این فراخوان ۱۰۰۰ پرستار شرکت کردند. نمونه گیری به صورت در دسترس در گروه پرستاران مبتلا به سندرم خستگی مزمن که از طریق فراخوان آنلاین جمع آوری شدند انجام شد. در نهایت باید حداقل تعداد ۲۷۸ نفر بر اساس فرمول کوکران و جدول کریسی و مورگان (۲۶)، انتخاب می شدند که تعداد ۲۹۱ نفر واجد شرایط انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل پرستار بودن، داشتن حداقل چند سال سابقه کار پرستاری، نبودن در مرخصی، کسب نمره حد نصاب در پرسشنامه سندرم

نشان دادند که ارزیابی مجدد شناختی دارای تأثیر منفی در خستگی شناختی در حالی که سرکوب کلامی دارای تأثیری مثبت است. در یک دید کلی میزان اضطراب ادراک شده، فرسودگی هیجانی، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و کیفیت خواب در ارتباط با خستگی شناختی می باشند (۱۹). خستگی شناختی بر اثر ناتوانی در ساخت یک طرحواره یا برنامه شناختی مناسب به وجود می آید. بر اساس این دیدگاه، درماندگی معمولاً در موقعیت های مشکل دار به وجود می آید که در این شرایط هدف مشخص شده، اما برای عملی کردن آن هنوز روشی پیدا نشده است (۱۹). در پاسخ به چنین موقعیتی، فرد فعالیت شناختی طراحی شده ای را به کار می گیرد تا یک برنامه عملی مؤثر را توسعه دهد. در اینجا، فرد برای حل مسأله فرضیاتی را شکل می دهد و تلاش می کند که آنها را ضمن مواجهه بیشتر با تکالیف، مورد بررسی قرار دهد (۱۹). ونسینک و همکاران (۲۰)، در پژوهش خود نشان دادند که خستگی جسمانی و خستگی شناختی به شدت با یکدیگر مرتبط بودند و نوساناتی را در سطوح خستگی بین افراد نشان دادند. پوتارد و لنديس (۲۱)، در پژوهش خود نشان دادند که باورهای عدم تحمل ناکامی با فرسودگی هیجانی و ابعاد مسخ شخصیت فرسودگی شغلی مرتبط است. خیمنز-اوریتز

روش کار

روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی و روش رسم مدل معادلات ساختاری بود. این پژوهش در بهار سال ۱۴۰۲ در بیمارستان های امام رضا، قائم، رضوی، فارابی، خاتم الانبیا و هفده شهریور شهر مشهد انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران مبتلا به سندرم خستگی مزمن در بیمارستان های پیشتر ذکر شده در شهر مشهد که از طریق فراخوان آنلاین در پژوهش شرکت کردند و بر اساس پرسشنامه سندرم خستگی مزمن جیسون غربال

امید عنایتیان و همکاران

است. همچنین آلفای کرونباخ برای هر خرده مقیاس در بازه ۰/۷۶ تا ۰/۸۰ بدست آمد. علاوه بر این نتایج نشان داد که کیفیت خواب رابطه منفی و معنی داری با فرسودگی هیجانی دارد ($p < ۰/۰۵$) که این موضوع نشان دهنده روایی ملاکی ابزار حاضر می باشد.

پرسشنامه اضطراب سلامتی (Health anxiety questionnaire)، پرسشنامه اضطراب سلامتی توسط سالکوسکیس و واریک در سال ۲۰۰۱ طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۱۸ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت می باشد. سالکوسکیس و واریک اظهار داشتند آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۸ بود (۳۰). آرنائز و همکاران (۳۱)، در پژوهش خود نشان دادند که این پرسشنامه یک ابزار غربالگری کافی برای اندازه گیری اضطراب سلامت در بزرگسالان جامعه اسپانیایی زبان است. علیپور و همکاران (۳۲)، در پژوهش خود نشان دادند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بود که پایایی مناسب موجودی را نشان می دهد. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد که نشان دهنده پایا بودن ابزار حاضر می باشد. از سوی دیگر نتایج نشان داد که اضطراب سلامتی رابطه مثبت و معنی داری با فرسودگی هیجانی داشت ($p < ۰/۰۵$) که این موضوع نشان دهنده روایی ملاکی پرسشنامه اضطراب سلامتی است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive emotion regulation questionnaire)، این پرسشنامه، پرسشنامه ای چند بعدی که توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپانهون در سال ۲۰۰۱ تدوین شد و یک ابزار خود گزارش دهی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه {۹} راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می کند (۳۳). در این پرسشنامه از فرد خواسته می شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدید آمیز و رویدادهای استرس زای زندگی که به تازگی تجربه کرده اند را بوسیله پاسخ به ۵ تا پرسش که استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می کند مشخص نماید (۳۳). گارنفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه که شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره ای (از همیشه یا هرگز) می باشد را گزارش داده اند و همچنین ضریب آلفا برای خرده

خستگی مزمز جیسون (۲۷) و ملاک های خروج شامل پرستار نبودن، نداشتن سابقه کاری، در مرخصی بودن، عدم کسب نمره حد نصاب در پرسشنامه سندرم خستگی مزمز جیسون بود. در گام نخست در این پژوهش پرسشنامه ها به صورت آنلاین ساخته شده و در اختیار پرستاران بیمارستان هایی که بیشتر ذکر شد قرار گرفت و ۱۰۰۰ نفر از پرستاران بدون توجه به ملاک های ورود پرسشنامه ها را تکمیل کردند و در گام بعدی با توجه به ملاک های ورود و خروج تعداد ۲۹۱ نفر در تحلیل نهایی وارد شدند و در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار Amos-24.0 و Spss-27.0.1 مورد تحلیل قرار گرفت. اطلاعات دریافتی از آزمودنی ها محرمانه بوده و آنها جهت شرکت و یا ترک پژوهش مختار بودند. در ادامه به ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش اشاره شده است.

پرسشنامه کیفیت خواب (Sleep Quality Inventory)، پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبرگ توسط پیتسبرگ در سال ۱۹۸۹ تدوین شد که نگرش افراد را پیرامون کیفیت خواب در چهار هفته گذشته را بررسی می کند. این پرسشنامه ۱۹ آیتم و هفت نمره دارد و هر مقیاس پرسشنامه نمره ای از صفر تا سه می گیرد (۲۸). مولفه های این پرسشنامه شامل توصیف کلی فرد از کیفیت خواب، تاخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب (برپایه نسبت طول مدت خواب مفید بر کل زمان سپری شده در رختخواب محاسبه می شود)، اختلال های خواب (به صورت بیدار شدن شبانه فرد اندازه گیری می شود)، میزان داروی خواب آور مصرفی و عملکرد صبحگاهی (به صورت مشکلات ناشی از بدخوابی که توسط فرد در طول روز تجربه شده است تعریف می باشد) (۲۸). طبق گزارش پیتسبرگ و همکاران آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۷۳ و برای هر خرده مقیاس از بازه ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ بود (۲۸). سیتوسوان و همکاران (۲۸)، در پژوهش خود نشان دادند که این پرسشنامه ابزاری معتبر و قابل اعتماد برای غربالگری و شناسایی وجود اختلالات خواب قابل توجه است و با نسخه انگلیسی اصلی قابل مقایسه است. فراهی مقدم و همکاران (۲۹)، در پژوهش خود میزان آلفای کرونباخ را ۰/۷۷ بدست آوردند و در نهایت روایی و پایایی پرسشنامه مورد تأیید بود. در این پژوهش برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشان داد آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ است که نشان دهنده پایا بودن ابزار

دارای ۱۴ سوال می باشد و بر اساس طیف لیکرت به سنجش سندرم خستگی مزمن می‌پردازد. به گونه ای که هر گویه ای را که فرد تجربه می کند میزانش را از {۱} اصلا، {۲} در حد معمول، {۳} بیش از حد معمول و {۴} به مراتب بیش از حد معمول در پرسشنامه علامت گذاری می کند. جیسون (۲۷)، میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را برای کل پرسشنامه بدست آورد. هاواک و همکاران (۴۰)، در پژوهش خود برای این پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۷۰ را بدست آوردند که مقداری قابل قبول است. احمدی چرخابی (۴۱)، میزان ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل پرسشنامه میزان ۰/۸۷ بدست آورد که مورد قبول است. در نهایت در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه میزان ۰/۸۶ بدست آمد که میزان قابل قبولی بود ($p < 0.05$).

پرسشنامه سنجش چندبعدی خستگی (Multidimensional Fatigue Inventory)، پرسشنامه سنجش چندبعدی خستگی توسط اسمتس در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است که از ۲۰ گویه و ۵ خرده مقیاس خستگی عمومی (۴ سوال)، خستگی جسمی (۴ سوال)، کاهش فعالیت (۴ سوال)، کاهش انگیزه (۴ سوال) و خستگی ذهنی (۴ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش خستگی بکار می رود (۴۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در گروه های مختلف جمعیت شناختی، مانند بیماران مبتلا به سرطان که تحت درمان با روش رادیوتراپی بودند، بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن، دانشجویان سال اول روانشناسی و پزشکی، سربازان و دانشجویان سال سوم پزشکی ارزیابی شد. اسمتس و همکاران، میزان آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس به میزان ۰/۷۹ و برای هر خرده مقیاس در بازه ۰/۶۹ و ۰/۷۱ محاسبه نمودند که نشان از روایی و پایایی قابل قبول ابزار دارد (۴۲). هینز و همکاران (۴۳)، در پژوهش خود میزان آلفای کرونباخ برای اکثر نمونه ها و مقیاس ها را در بازه ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ بدست آوردند که قابل قبول بود. چهره گشا و همکاران (۴۴)، در پژوهش خود نشان دادند که پرسشنامه از روایی و پایایی مناسب و قابل قبولی برخوردار است و میزان آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۰ بود. در این پژوهش میزان آلفا کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد که نشان دهنده پایا بودن پرسشنامه است. بعلاوه میزان آلفای کرونباخ برای هر خرده مقیاس در بازه ۰/۶۸ تا ۰/۷۴ بدست آمد. علاوه بر این نتایج روایی ملاکی نیز نشان داد که سندرم خستگی

مقیاس های این پرسشنامه به وسیله گارنفسکی و همکاران در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (۳۴). سانتوس و همکاران (۳۵)، میزان آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۷۳ و برای هر مقیاس میزان ۰/۶۹ بدست آوردند. سادات رسول و همکاران (۳۶)، در پژوهش خود نشان دادند که ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۲ و آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بود، که حاکی از پایایی مطلوب آن است. در این پژوهش نیز نتایج بیانگر آن بود که آلفای کرونباخ برای مولفه ها در دامنه بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۴ قرار داشت که این امر بیانگر پایایی مناسب ابزار می باشد. آلفای کرونباخ برای کل ابزار میزان ۰/۸۶ بدست آمد. علاوه بر این اکثر مولفه های سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ارتباط معنی داری با متغیرهای مشابه یا متضاد خود داشتند ($p < 0.05$) که این امر بیانگر روایی ملاکی مطلوب پرسشنامه است.

پرسشنامه فرسودگی هیجانی (Emotional exhaustion questionnaire)، پرسشنامه فرسودگی هیجانی توسط مسلش و جکسون در سال ۱۹۸۱ طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه از ۹ سوالی که بر مقیاس ۶ درجه ای (هرگز = ۱ تا همیشه = ۶) پاسخ داده می شود. سطح احساس فرسودگی هیجانی و روانی در حین کار را مورد بررسی قرار می دهد (۳۷). مسلش و جکسون میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۸ را برای کل پرسشنامه گزارش کردند (۳۷). هاوارت و کونوسکی (۳۸)، در پژوهش خود نشان دادند که مدل دو عاملی این پرسشنامه با یک عامل فرسودگی عمومی و سه عامل متعامد خاص موفقیت شخصی، مسخ شخصیت و فرسودگی هیجانی بهترین تناسب را با داده ها نشان داد. این پرسشنامه از روایی و پایایی خوبی برخوردار بود. گل پرور و همکاران (۳۹)، در پژوهش خود نشان دادند که روایی و پایایی پرسشنامه ۹ سوالی مسلش و جکسون از طریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون دارای توان پیش بینی معنادار ($p < 0.01$ یا $p < 0.05$) است. در این پژوهش نیز میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد؛ علاوه بر این نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز تک عاملی بودن پرسشنامه را نیز تایید کرد ($p < 0.05$).

پرسشنامه سندرم خستگی مزمن (Chronic Fatigue Syndrome Questionnaire)، پرسشنامه سندرم خستگی مزمن توسط جیسون در سال ۲۰۱۴ به منظور سنجش سندرم خستگی مزمن تدوین شده است (۲۷). این پرسشنامه

امید عنایتیان و همکاران

پرسشنامه مذکور را در پژوهش خود میزان ۰/۷۸ بدست آوردند که مورد قبول بود. خادم و همکاران (۴۷)، در پژوهش خود میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای این پرسشنامه بدست آوردند که قابل قبول است. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد که نشان دهنده پایا بودن ابزار حاضر می باشد ($p < 0.05$).

یافته ها

در جدول ۱ شاخص های جمعیت شناختی شرکت کنندگان ارائه شده است.

مزمّن رابطه معنی داری با متغیرهایی نظیر کیفیت خواب و فرسودگی هیجانی داشت ($p < 0.05$) که این امر نشان دهنده روایی ملاکی پرسشنامه است. پرسشنامه نشخوار فکری (Rumination Questionnaire)، پرسشنامه نشخوار فکری توسط هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ برای سنجش نشخوار فکری طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۲ سوال می باشد و بر اساس طیف چهار گزینه ای لیکرت به سنجش نشخوار فکری می پردازد (۴۵). هوکسما و مارو (۴۵)، میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۳ بدست آوردند که میزانی مورد تأیید بود. برگمن و همکاران (۴۶)، میزان آلفای کرونباخ برای

جدول ۱: شاخص های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۲۹/۵
	زن	۷۰/۵
وضعیت تاهل	مجرد	۴۵/۰۱
	متاهل	۵۴/۹۹
سابقه شغلی	کمتر از ۵ سال	۱۴/۰۸
	۵ تا ۱۰ سال	۲۶/۴۷
	۱۰ تا ۲۰ سال	۴۴/۳۳
	۲۰ تا ۳۰ سال	۱۲/۰۲
سن	بالاتر از ۳۰ سال	۳/۱۰
	گروه	میانگین
انحراف معیار	مردان	۹/۷۰
	زنان	۲۸/۴۰

در جدول ۲ شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
فرسودگی هیجانی	۱۷/۴۰	۱۰/۰۶
کیفیت خواب	۱۰/۰۷	۴/۷۹
اضطراب سلامت	۱۵/۱۹	۶/۲۷
ملامت خود	۱۱/۶۰	۲/۷۳
پذیرش	۱۲/۱۹	۱/۸۴
نشخوار	۱۱/۳۹	۲/۵۲
تمرکز مجدد مثبت	۱۲/۷۷	۳/۴۷
تمرکز مجدد برنامه ریزی	۱۳/۶۳	۲/۹۲
ارزیابی مجدد	۱۳/۹۳	۲/۹۲
دیدگاه گیری	۱۳/۹۹	۲/۹۸

۴/۴۶	۹/۹۳	فاجعه سازی
۳/۱۳	۹/۶۸	ملامت دیگران
۲/۳۵	۱۲/۰۴	خستگی عمومی
۲/۷۰	۱۲/۵۹	خستگی جسمی
۲/۲۲	۱۲/۷۶	کاهش فعالیت
۲/۳۸	۱۲/۵۶	کاهش انگیزه
۲/۸۱	۱۲/۱۸	خستگی ذهنی
۱۰/۰۷	۶۲/۱۵	نمره کل خستگی

در جدول ۳ شاخص‌های چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

کشیدگی	چولگی	متغیر
-۰/۵۶	۰/۳۲	فرسودگی هیجانی
-۱/۲۵	۰/۱۴	خستگی عمومی
-۰/۵۴	۰/۰۳	خستگی جسمی
-۰/۷۶	-۰/۳۲	کاهش فعالیت
-۰/۹۹	۰/۲۸	کاهش انگیزه
-۰/۸۵	-۰/۲۷	خستگی ذهنی
-۰/۸۲	-۰/۱۹	نمره کل خستگی
-۰/۶۶	-۰/۴۳	کیفیت خواب
-۰/۴۷	۰/۳۳	اضطراب سلامت
-۰/۲۱	-۰/۲۶	ملامت خود
-۱/۲۳	-۰/۰۹	پذیرش
۱/۹۸	-۱/۴۲	نشخوار
۱/۵۴	-۱/۲۱	تمرکز مجدد مثبت
۱/۲۵	-۰/۹۰	تمرکز مجدد برنامه ریزی
-۱/۲۳	۰/۰۷	ارزیابی مجدد
-۱/۳۳	۰/۱۹	دیدگاه گیری
-۰/۷۲	۰/۰۱	فاجعه سازی
-۰/۶۵	-۰/۰۴	ملامت دیگران

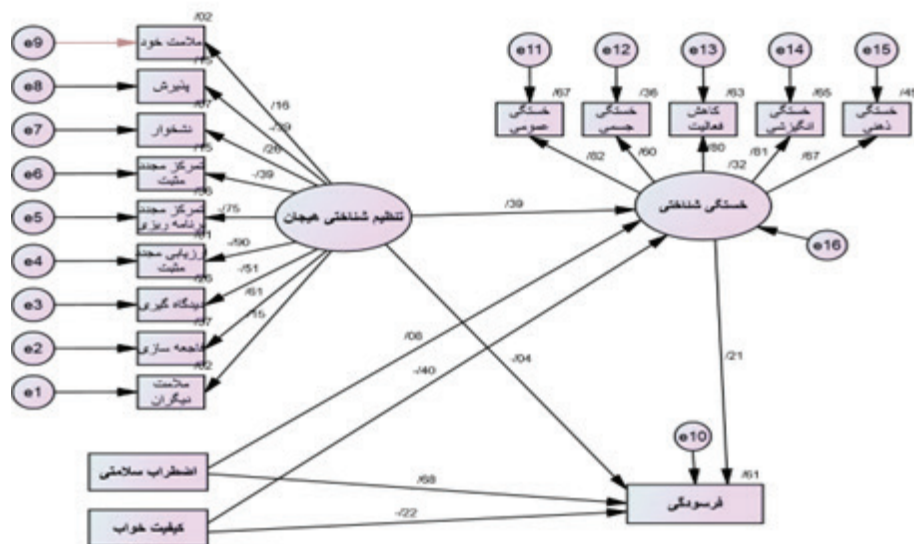
معادلات ساختاری و بیشینه احتمال برای آزمون الگوی نظری پژوهش و برازش آن با داده‌های گردآوری شده استفاده شد. با این حال تحلیل اولیه نشان داد که الگوی مفروض برازش مناسبی ندارد ($\chi^2/df=6/63$, $GFI=0/71$). همچنین این الگوی برازش نایافته در شکل ۲، نشان داده شده است.

همانگونه که از نتایج جدول ۳ قابل مشاهده است، شاخص چولگی و کشیدگی هیچکدام از متغیرهای خارج از بازه از ۲ و ۲- نیست، بنابراین پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش تایید می‌باشد. سوال پژوهش بیان می‌کند که آیا خستگی شناختی نقش میانجی در رابطه بین کیفیت خواب، اضطراب سلامتی و تنظیم شناختی هیجان با فرسودگی هیجانی دارد؟ برای تحلیل این سؤال از روش

امید عنایتیان و همکاران

معادلات ساختاری و بیشینه احتمال برای آزمون الگوی نظری پژوهش و برآزش آن با داده‌های گردآوری شده استفاده شد. با این حال تحلیل اولیه نشان داد که الگوی مفروض برآزش مناسبی ندارد ($GFI=0/71$), $X^2/df=6/63$, $AGFI=0/69$, $CFI=0/65$, $NFI=0/88$, $RMSEA=0/10$). همچنین این الگوی برآزش نایافته در شکل ۲، نشان داده شده است.

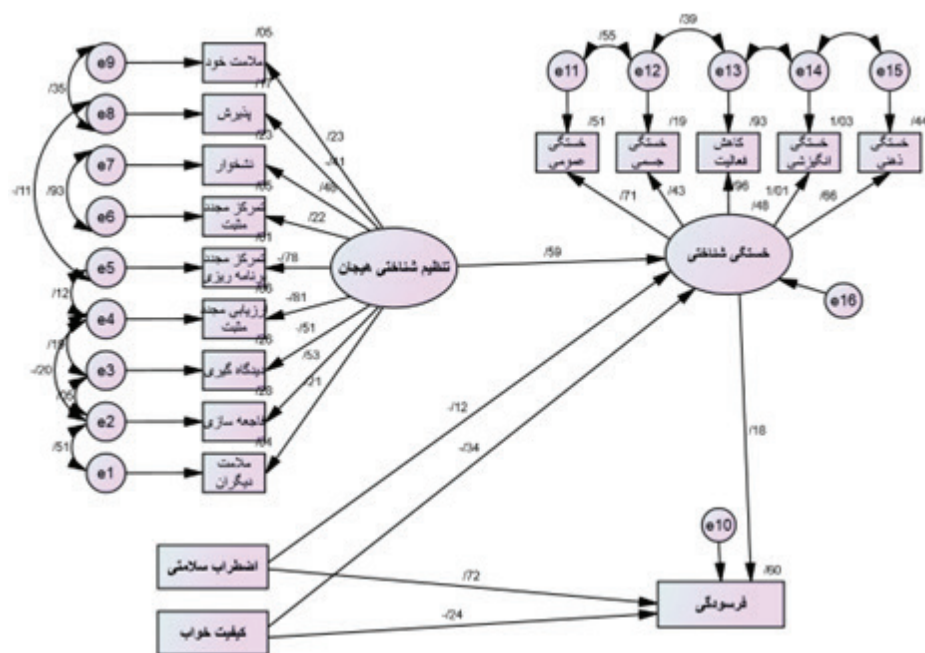
همانگونه که از نتایج جدول ۳ قابل مشاهده است، شاخص چولگی و کشیدگی هیچکدام از متغیرهای خارج از بازه از ۲- و ۲+ نیست، بنابراین پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش تایید می‌باشد. سوال پژوهش بیان می‌کند که آیا خستگی شناختی نقش میانجی در رابطه بین کیفیت خواب، اضطراب سلامتی و تنظیم شناختی هیجان با فرسودگی هیجانی دارد؟ برای تحلیل این سؤال از روش



شکل ۲: مدل برآزش نایافته سوال پژوهش

مدل برآزش مطلوبی پیدا کرد ($GFI=0/99$), $X^2/df=1/63$, $AGFI=0/98$, $CFI=0/99$, $NFI=0/99$, $RMSEA=0/02$). این الگوی برآزش یافته در شکل ۳ نشان داده شده است.

برای برآزش الگوی برآزش نایافته اولیه، تعدیل‌هایی صورت گرفت؛ و مسیرهای غیر معنادار از الگو حذف گردید و مجدداً برآزش الگو مورد بررسی قرار گرفت که این بار



شکل ۳: مدل برآزش یافته سوال پژوهش

تنظیم شناختی هیجان، کیفیت خواب و اضطراب سلامتی نیز ۴۸ درصد از خستگی شناختی را تبیین می کنند. در جدول ۴ نیز ضرایب رگرسیونی متغیرها گزارش شده است.

با توجه به شکل ۳، کیفیت خواب، اضطراب سلامتی، تنظیم شناختی هیجان و خستگی شناختی در مجموع ۶۰ درصد از واریانس فرسودگی هیجانی را تبیین می کنند.

جدول ۴: نتایج مربوط به اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش در سوال پژوهش

مسیر	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد برآورد	CR	Sig.
کیفیت خواب بر فرسودگی هیجانی	-۰/۲۴	-۰/۴۷	۰/۰۷	-۶/۱۵	۰/۰۰۱
اضطراب سلامتی بر فرسودگی هیجانی	۰/۷۲	۱/۰۹	۰/۰۵	۱۹/۴۲	۰/۰۰۱
خستگی شناختی بر فرسودگی هیجانی	۰/۱۸	۱/۰۱	۰/۱۹	۵/۱۶	۰/۰۰۱
کیفیت خواب بر خستگی شناختی	-۰/۳۴	-۰/۱۲	۰/۰۱	-۷/۶۲	۰/۰۰۱
اضطراب سلامتی بر خستگی شناختی	-۰/۱۲	-۰/۰۳	۰/۰۱	-۳/۳۸	۰/۰۰۱
تنظیم شناختی هیجان بر خستگی شناختی	۰/۵۹	۱/۵۷	۰/۳۵	۴/۴۲	۰/۰۰۱

است. اثر کیفیت خواب بر خستگی شناختی (-۰/۳۴) مثبت و در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. اثر اضطراب سلامتی بر خستگی شناختی (-۰/۱۲) منفی و در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. اثر تنظیم شناختی هیجان بر خستگی شناختی (۰/۳۵) مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

با توجه به جدول ۴، اثر کیفیت خواب بر فرسودگی هیجانی (-۰/۲۴) منفی و در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. اثر اضطراب سلامتی بر فرسودگی هیجانی (۰/۷۲) مثبت و در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. اثر خستگی شناختی بر فرسودگی هیجانی (۰/۱۸) مثبت و در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است.

جدول ۵: نتایج مربوط به اثرات غیر مستقیم سوال پژوهش

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای استاندارد برآورد	Sig.	حد بالا	حد پایین
تنظیم شناختی هیجان - خستگی شناختی - فرسودگی هیجانی	۰/۱۱	۰/۹۹	۰/۰۲	۳/۴۸	۰/۸۸
اضطراب سلامتی - خستگی شناختی - فرسودگی هیجانی	-۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۴	-۰/۰۲	-۰/۰۶
کیفیت خواب - خستگی شناختی - فرسودگی هیجانی	-۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۳	-۰/۰۸	-۰/۱۸

و فرسودگی هیجانی با میانجی گری خستگی شناختی در پرستاران مبتلا به سندرم خستگی مزمن بود. مطابق با اولین بخش یافته های پژوهش مشخص شد که کیفیت خواب بر فرسودگی هیجانی اثری مستقیم دارد. این یافته با پژوهش کندی (۴۸) که نشان داد رابطه منفی و معنادار بین فرسودگی هیجانی و کیفیت خواب در پرستاران شاغل در بیمارستان وجود دارد همسو است. لوکی (۴۹) معتقد است که کمبود خواب می تواند اثرات زیان آوری روی سلامتی و بهبودی بیمار داشته باشد. در خصوص تبیین می توان گفت که خواب به دلیل اینکه ماهیتی توان بخش دارد لذا در تجدید قوا و تأمین انرژی از دست رفته افراد بسیار مؤثر است. کم خوابی به هر دلیلی باعث هم خوردن سیکل خواب و بیداری فرد و در نهایت باعث بوجود آمدن مشکلات بسیاری از جمله فرسودگی هیجانی در افراد می شود. به عبارتی دیگر عدم تأمین انرژی و بازبایی ذهنی بدن در طی خواب، به مرور باعث ایجاد

با توجه به جدول ۵، اثر غیر مستقیم خستگی شناختی بر فرسودگی هیجانی از طریق تنظیم شناختی هیجان ۰/۱۱ مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. همچنین اثر غیرمستقیم اضطراب سلامتی و کیفیت خواب بر فرسودگی هیجانی مثبت و به ترتیب برابر با ۰/۰۲ و -۰/۰۶ می باشند. با توجه به اینکه اثرات غیر مستقیم اضطراب سلامتی و کیفیت خواب بر فرسودگی هیجانی از طریق خستگی شناختی اعمال میشود، می توان نتیجه گرفت که سوال پژوهش تایید می شود و بر این اساس می توان گفت که خستگی شناختی نقش میانجی در رابطه بین کیفیت خواب، اضطراب سلامتی و تنظیم شناختی هیجان با فرسودگی هیجانی دارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر تدوین مدلی علی از رابطه بین کیفیت خواب، اضطراب سلامتی، تنظیم شناختی هیجان

امید عنایتیان و همکاران

نمی‌داند باید چه گزینه‌ای را انتخاب کند. در نهایت دچار درماندگی می‌شود و ممکن است حالاتی از قبیل غم و غصه، گوشه‌گیری، ناراحتی و بسیاری از نشانه‌های مشابه افسردگی را از خود نشان دهد. اگر چنین فردی شاغل نیز باشد در این حالت نشانه‌های فرسودگی هیجانی در موقعیت شغلی به سراغش می‌آید که بی‌تردید باز هم نشانه‌هایی مثل نشانه‌های افسردگی است. در نهایت چنانچه بتوان با مداخلات روانشناختی شدت خستگی شناختی را کاهش داد در نهایت نشانه‌های فرسودگی هیجانی نیز کم خواهد شد.

در رابطه با چهارمین بخش یافته‌های پژوهش مشخص شد که کیفیت خواب بر خستگی شناختی اثری مستقیم دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش جعفری و همکاران (۵۳) که نشان دادند بین کیفیت خواب و افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد و در واقع افسردگی تأثیری بر کیفیت خواب ندارد ناهمسو است. آشونگ و همکاران (۵۴) باور دارد که به‌طور کلی، خستگی شناختی در مورد درماندگی به این واقعیت اشاره دارد که مواجهه با رویدادهای غیرقابل کنترل منجر به مواردی مانند کاهش فعالیت شناختی، اختلال در توجه و مهار اطلاعات می‌شود. در خصوص تبیین این یافته باید گفت که خستگی شناختی به دلیل ناتوانی در انتخاب الگوی شناختی مناسب در واقع به نوعی باعث ایجاد درماندگی آموخته‌شده در فرد می‌شود که این علائم شبیه به علائم افسردگی است. بنابراین چنانچه فردی کیفیت خواب نامناسبی داشته باشد در نتیجه به دلیل خستگی زیاد امکان بوجود آمدن علائم خستگی شناختی در فرد بالا می‌رود. بنابراین داشتن خوابی کافی، منظم و با کیفیت می‌تواند در کاهش میزان خستگی شناختی و افسردگی نقش مهمی را ایفا کند.

در رابطه با پنجمین بخش یافته‌های پژوهش مشخص شد که اضطراب سلامتی بر خستگی شناختی اثری مستقیم دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش دنیلز و همکاران (۵۵) که نشان دادند اضطراب سلامتی در خستگی مزمن دخیل است همسو است. جانسون و همکاران (۵۰) اشاره دارد که عوامل مختلفی از قبیل مشکلات روانی مانند افسردگی، وسواس و اضطراب‌ها از جمله اضطراب سلامتی باعث ایجاد خستگی و فرسودگی روانی شود. در خصوص تبیین این یافته می‌توان گفت که اضطراب به دلیل ماهیت تخریب‌کننده اش و همچنین ایجاد فرسودگی در بلندمدت در بدن و روان

نشانگان فرسودگی هیجانی در فرد می‌شود که طی آن کیفیت عملکرد شناختی فرد، ارتباطات بین فردی وی، سبک زندگی فرد و بسیاری از عوامل دیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در رابطه با دومین بخش یافته‌های پژوهش مشخص شد که اضطراب سلامتی بر فرسودگی هیجانی اثری مستقیم دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش جانسون و همکاران (۵۰) که در خصوص رابطه مثبت و معنادار بین افسردگی، اضطراب و فرسودگی هیجانی در میان دانشجویان دستیار پزشکی، همسو است. باتیستا و همکاران (۵۱) باور دارند که ۹ عامل اصلی را که اغلب برای پرستاران به عنوان اضطراب محسوب می‌شوند، شناسایی کردند. تعارض با پزشکان، عدم آمادگی کافی، مشکل داشتن با دوستان و همکاران در محیط کار، مشکل داشتن با سرپرست، تبعیض و بی‌عدالتی، سختی کار، عدم اطمینان و عدم قطعیت برخی درمان‌ها برای بیماران، مواجهه شدن با مرگ بیماران و انتظارات و رفتارهای بیماران و خانواده‌های آن‌ها از عوامل مهم بود. در نهایت این عوامل باعث ایجاد فرسودگی هیجانی می‌گردد. در رابطه با تبیین این یافته می‌توان گفت که اضطراب از هر نوعی که باشد به مرور باعث افزایش کورتیزول در بدن فرد می‌شود که این هورمون باعث کاهش کیفیت عملکرد سیستم ایمنی بدن می‌شود. به دنبال آن نشانه‌های فرسودگی هیجانی در بدن فرد پدیدار می‌شود که مشابه نشانه‌های افسردگی است. به نظر می‌آید چنانچه بتوان به وسیله مداخلات درمانی و دارو میزان اضطراب فرد را کنترل کرد در نهایت می‌توان نشانه‌های فرسودگی هیجانی را در فرد مدیریت کرد.

در رابطه با سومین بخش یافته‌های پژوهش مشخص شد که خستگی شناختی بر فرسودگی هیجانی اثر مستقیم دارد. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش فرناندز و همکاران (۴) که نشان دادند فرسودگی هیجانی باعث افزایش اضطراب و خستگی مزمن می‌شود همسو است. جانوکسی و همکاران (۵۲)، باور دارند که خستگی شناختی عاملی تحلیل‌برنده است که باعث ایجاد فرسودگی در روان فرد می‌شود. این فرسودگی به حدی ناتوان‌کننده است که در نهایت باعث اختلال در زندگی روزمره فرد می‌شود. در خصوص تبیین این فرض می‌توان گفت که خستگی شناختی ناتوانی در تصمیم‌گیری فردی در موقعیت‌های زندگی بوده و در واقع در این حالت فرد در انتخاب بهترین راه عاجز می‌شود و

از آنجایی که خستگی شناختی بیان تازه ای از درماندگی آموخته شده است پس دور از انتظار نبود که بتواند نقش واسطه ای ایفا کند. خستگی شناختی به دلیل اینکه باعث ناتوانی در انتخاب الگوی شناختی مناسب می شود و فرد ناتوان در تصمیم گیری در موقعیت های مختلف می شود، لذا کیفیت خواب فرد هم دستخوش کاهش می شود. در نهایت این شناخت ها هستند که طبق رویکردهای شناختی رفتاری باعث ایجاد اضطراب می شوند. به عبارتی دیگر در این حالت فرد ممکن است در خصوص سلامتی اش دچار اضطراب شود. فرد این فکر را دارد که ممکن است به بیماری صعب العلاج مبتلا شده باشد. پس در این حالت دور از انتظار نیست که فرد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار را فراخوانی می کند. مثلاً دائماً دچار نشخوار فکری می شود. این نشخوار فکری فرد را فرسوده می کند و در نهایت نشانه های فرسودگی هیجانی که بسیار شبیه به افسردگی می باشد در فرد نمود پیدا می کند. وسنا و همکاران (۶۰)، بیان می دارند که در خصوص بعد فیزیولوژیکی خستگی شناختی به این دلیل که فعالیت جبرانی مغز در حفظ عملکرد حرکتی در مواجهه با خستگی و عملکرد شناختی در مواجهه با محرومیت از خواب نقش بازی می کند لذا احتمال دارد که سر و صدای محیطی و پیری نیز با خستگی شناختی درگیر باشند. هوپر و مکهوگ (۶۱)، بیان می کنند که موقعیت هایی که یک فرد با آن روبرو می شود می تواند قابل کنترل و یا غیر قابل کنترل باشد. در واقع در هنگام موقعیت های قابل کنترل فرد بازخورد اطلاعاتی مناسبی دارد و میزان خستگی شناختی کم است. اما در هنگام موقعیت های غیر قابل کنترل فرد الگوهای منفی تنظیم شناختی هیجان را انتخاب می کند که این مسئله باعث افزایش میزان درماندگی و خستگی شناختی می شود. در نهایت میزان اضطراب بالا رفته و کیفیت خواب دستخوش کاهش می شود. بنابراین بهتر است برای بهبود کیفیت خواب، کاهش اضطراب سلامتی و افزایش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و در نهایت کاهش میزان فرسودگی هیجانی به حل مسائل شناختی مخصوصاً تمرکز بر بهبود خستگی شناختی در افراد پرداخته شود. در واقع اگر با استفاده از رویکردهای شناختی رفتاری شناخت های ناکارآمد در افراد مدیریت شود در نهایت می توان بر بروز نشانگان فرسودگی هیجانی در پرستاران غلبه کرد. استفاده از شیوه نمونه گیری

فرد باعث ایجاد طیفی از خستگی می شود. در خستگی شناختی فرد به حالت درماندگی و ناتوانی در تصمیم گیری می رسد که در این حالت می توان گفت که اضطراب باعث تشدید این حالت می شود. به نظر می آید چنانچه قصد کاهش میزان خستگی شناختی وجود داشته باشد می توان با کاهش میزان اضطراب سلامتی میزان خستگی شناختی را نیز کاهش داد.

در رابطه با ششمین بخش یافته های پژوهش مشخص شد که تنظیم شناختی هیجان بر خستگی شناختی اثری مستقیم دارد. این یافته با یافته پژوهش اکبری (۵۶) که نشان داد بین مهارت های خود تنظیم شناختی هیجان خشم، خستگی شناختی و ادراک خویشتن با راهبردهای خود نظارتی نوجوانان پرورشگاهی ارتباط معنی داری وجود دارد، همسو است. همانطور که پیشتر هم در خصوص تنظیم شناختی هیجان اشاره شد ویور و اسکوفیلد (۵۷) و براندو (۵۸) اشاره کردند که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان اثر قابل ملاحظه ای بر هیجاناتی که فرد تجربه می کند می گذارند. به عبارتی دیگر وقتی فرد در هنگام بروز هیجانهای راهبردهای ناکارآمد را که در نهایت باعث ایجاد خطاهای شناختی می شود را بکار می برد، در نهایت این مسئله باعث ایجاد فرسودگی، اضطراب و افسردگی نیز می شود. در خصوص تبیین این یافته باید گفت هنگامی که فردی در مواجهه با موقعیت های مختلف از راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان مثل فاجعه سازی و... استفاده می کند، این مسئله در تشدید و یا بوجود آمدن خستگی شناختی که حالتی از ناتوانی در تصمیم گیری است مؤثر واقع می شود. یعنی این راهبردهای ناسازگار باعث ناتوانی در تصمیم گیری در فرد می شود. بالعکس چنانچه راهبردهایی که فرد استفاده می کند کارآمد باشد بی شک میزان خستگی شناختی نیز تنزل پیدا خواهد کرد. پس در نتیجه یکی از راههای کاهش خستگی شناختی تقویت استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در فرد است.

مطابق با مهمترین بخش یافته های پژوهش مشخص شد که خستگی شناختی نقش میانجی در رابطه بین کیفیت خواب، اضطراب سلامتی، تنظیم شناختی هیجان و فرسودگی هیجانی دارد. این یافته با پژوهش کرمی و همکاران (۵۹)، که نشان دادند استفاده از تنظیم شناختی هیجان منفی خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش می دهد و کیفیت خواب را کاهش می دهد، همسو است. به طور کلی

افراد شد.

سیاسگزاری

نویسنده مراتب تشکر را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد و سایر افراد و دست اندر کارانی که پژوهشگران را در رسیدن به جامعه هدف مورد پژوهش یاری داده اند بجای می آورد. این پژوهش مستخرج از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، رشته مشاوره با کد رساله ۱۱۱۶۴۸۷۰۷۰۰۴۱۷۹۹۰۳۰۱۹۱۶۲۶۹۱۸۷۶ می باشد. مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد مورخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۰ و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد مشهد مورخ ۱۴۰۲/۱۳/۱۳ به کد اخلاق شماره IR.IAU.MSHD.REC.1402.075 می باشد.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Karabuga Yakar H, Oguz S, Bulut B, Kapusuz C, Abi P, Yavuz R. Compassion fatigue in nurses caring for chronic diseases. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2023 Jan 2;29(1):109-14. <https://doi.org/10.1080/10803548.2021.2025314>
2. Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane database of systematic reviews*. 2019(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011040.pub2>
3. Bjørklund G, Dadar M, Pen JJ, Chirumbolo S, Aaseth J. Chronic fatigue syndrome (CFS): Suggestions for a nutritional treatment in the therapeutic approach. *Biomedicine & pharmacotherapy*. 2019 Jan 1;109:1000-7. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2018.10.076>
4. Sun HL, Zhao YJ, Sha S, Li XH, Si TL, Liu YF, Su Z, Cheung T, Chang A, Liu ZM, Li X. Depression and anxiety among caregivers of psychiatric patients during the late stage of the COVID-19 pandemic: A perspective from network analysis. *Journal of*

غیر تصادفی در دسترس که ناتوانی در شناسایی روابط علی معلولی و قدرت کم تعمیم نتایج را دارد و همچنین در نظر نگرفتن سایر متغیرهای میانجی (مانند آشفتگی روانشناختی) از محدودیت های پژوهش می باشد. استفاده از روش های نمونه گیری تصادفی، و در نظر گرفتن سایر متغیرهای دخیل و میانجی پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

همانطور که پیشتر بحث شد کیفیت خواب، اضطراب سلامتی، تنظیم شناختی نمی توانند بدون واسطه گری خستگی شناختی فرسودگی هیجانی را در پرستاران پیش بینی کنند. این مسئله بدان معناست که در خصوص کاهش نشانه های فرسودگی هیجانی و در نهایت بهبود سندرم خستگی مزمن می بایست به خستگی شناختی پرستاران که نتیجه فرسایش کاری و فشار فکری بالای آنها می باشد توجه ویژه داشت. پس صرف نظر از شیوه های دارویی برای کنترل شناخت ها در پرستاران، می توان با استفاده از شیوه های درمانی شناختی- رفتاری و درمان های هیجان مدار باعث بهبودی در وضعیت خستگی شناختی این

Affective Disorders. 2024 Jan 1;344:33-40.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.034>

5. Tavella G, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. Burnout: Redefining its key symptoms. *Psychiatry Research*. 2021 Aug 1;302:114023. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114023>
6. Sein Myint NN, Kunaviktikul W, Stark A. A contemporary understanding of organizational climate in healthcare setting: A concept analysis. *In Nursing forum* 2021 Jan (Vol. 56, No. 1, pp. 172-180). <https://doi.org/10.1111/nuf.12513>
7. Queirós C, Passos F, Bártolo A, Marques AJ, Da Silva CF, Pereira A. Burnout and stress measurement in police officers: Literature review and a study with the operational police stress questionnaire. *Frontiers in psychology*. 2020 May 7;11:524470. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00587>
8. Yin J, Ji Y, Ni Y. Supervisor incivility and turnover intention of the employees in the hospitality industry of China. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 2023 Jan 27;35(2):682-700. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-10-2021-1302>

9. Angelini G. Big five model personality traits and job burnout: a systematic literature review. *BMC psychology*. 2023 Feb 19;11(1):49. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01056-y>
10. Frenzel AC, Goetz T, Stockinger K. Emotions and emotion regulation. In *Handbook of educational psychology 2024* (pp. 219-244). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429433726-13>
11. Kraaij V, Garnefski N. The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2019 Jan 15;137:56-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
12. Besharat, Khalili Khazrabadi, Rezazadeh, Seyyed Mohammad Reza. The mediating role of emotion regulation difficulty in the relationship between early maladaptive psychostructures and marital problems. *Bi-quarterly Journal of Family Psychology*. 2021 Aug 17;3(2):27-44
13. Sadikova E, Soland J, Menezes M, Mazurek M. Impact of adverse childhood experiences and family resilience on sleep duration in autistic children. *Autism*. 2024 May 28;13623613241235880. <https://doi.org/10.1177/13623613241235880>
14. Li C, Zhang Y, Randhawa AK, Madigan DJ. Emotional exhaustion and sleep problems in university students: Does mental toughness matter?. *Personality and Individual Differences*. 2020 Sep 1;163:110046. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110046>
15. Shukargar, Nekonam, Yasmin, Nikkhah, Farkhandeh. The effectiveness of neurofeedback on the quality of sleep and anxiety of people in the Corona era. *Neuropsychology*. 2021 May 22;7(24):59-70.
16. Kube T, Riecke J, Heider J, Glombiewski JA, Rief W, Barsky AJ. Same same, but different: effects of likelihood framing on concerns about a medical disease in patients with somatoform disorders, major depression, and healthy people. *Psychological Medicine*. 2023 Dec;53(16):7729-34. <https://doi.org/10.1017/S0033291723001654>
17. Volk F, Koenig HG. Moral injury and religiosity in active duty US Military with PTSD symptoms. *Military Behavioral Health*. 2019 Jan 2;7(1):64-72. <https://doi.org/10.1080/21635781.2018.1436102>
18. Liang S, Liu C, Rotaru K, Li K, Wei X, Yuan S, Yang Q, Ren L, Liu X. The relations between emotion regulation, depression and anxiety among medical staff during the late stage of COVID-19 pandemic: a network analysis. *Psychiatry Research*. 2022 Nov 1;317:114863. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114863>
19. Malone TW, Lepper MR. Making learning fun: A taxonomy of intrinsic motivations for learning. In *Aptitude, learning, and instruction 2021* May 30 (pp. 223-254). Routledge.
20. Wensink M, Schaap G, Ten Klooster PM, Doggen CJ, van der Palen J, Vonkeman HE, Bode C. Physical and mental fatigue in post-COVID syndrome and their associations over time: A small-sample ESM-study to explore fatigue, quality of sleep and behaviours. *Journal of psychosomatic research*. 2023 Jan 1;164:111084. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111084>
21. Potard C, Landais C. Relationships between frustration intolerance beliefs, cognitive emotion regulation strategies and burnout among geriatric nurses and care assistants. *Geriatric Nursing*. 2021 May 1;42(3):700-7. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.02.018>
22. Jiménez-Ortiz JL, Islas-Valle RM, Jiménez-Ortiz JD, Pérez-Lizarraga E, Hernández-García ME, González-Salazar F. Emotional exhaustion, burnout, and perceived stress in dental students. *Journal of International Medical Research*. 2019 Sep;47(9):4251-9. <https://doi.org/10.1177/0300060519859145>
23. Kirwan M, Svenson DW, Pickett SM, Parkhill MR. Emotion regulation as a mediator between sleep quality and interpersonal aggression. *Personality and individual differences*. 2019 Oct 1;148:32-7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.05.018>
24. Liu X, Xu Y, Xu H, Jiang L, Wang T, Chen C, Lee A, Zhu P. Anxiety and sleep quality among front-line nurses treating first wave COVID-19 in China: The mediating role of mindfulness. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2022 Dec 1;41:341-7. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.09.007>
25. Soltani Z, Ebrahimi H, Niai Maddah SM, Jahanian A. The Relationship between Health Anxiety and Perceived Stress with Moral Distress in Emergency Nurses: The Mediating Role of Distress Tolerance. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*. 2022 Apr 10;7(3):127-34. <https://doi.org/10.32598/hdq.7.3.409.1>

26. Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM, Bryant CL. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *Plos one*. 2021 Mar 12;16(3):e0247679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
27. Jason LA, Benner S, Furst J, Cathey P. Developing and validating a brief screening scale for ME/CFS. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*. 2023 Oct 2;11(2-4):176-87. <https://doi.org/10.1080/21641846.2023.2252613>
28. Sancho-Domingo C, Carballo JL, Coloma-Carmona A, Buysse DJ. Brief version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (B-PSQI) and measurement invariance across gender and age in a population-based sample. *Psychological assessment*. 2021 Feb;33(2):111. <https://doi.org/10.1037/pas0000959>
29. Mojtabipour, Turkan, Etamadi Far. The effectiveness of hypnotherapy on sleep quality, pain self-efficacy and disease perception in patients with multiple sclerosis (MS) with moderate hypnotizability aged 20 to 40 years. *Knowledge and research in applied psychology*. 2024 Mar 11.
30. Sharpe L, Todd J, Scott A, Gatzounis R, Menzies RE, Meulders AJCPR. Safety behaviors or safety precautions? The role of subtle avoidance in anxiety disorders in the context of chronic physical illness. 2022;92:102-126. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102126>
31. Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. The Spanish validation of the Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and clinical utility. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2019 Sep 1;19(3):251-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.05.003>
32. Albushoke, Sepahrian Azar. The relationship between health anxiety, social support and cognitive regulation of emotion with the motivation to change the behavior of coronary heart patients in Urmia city. *Journal of nursing and midwifery*. 2023 Aug 10;21(5):343-53 <https://doi.org/10.61186/unmf.21.5.343>
33. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child abuse & neglect*. 2020 Dec 1;110:104699. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>
34. Kraaij V, Garnefski NJP, Differences I. The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. 2019;137:56-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
35. Santos AC, Simões C, Daniel JR, Arriaga PJEJoDP. Portuguese validation of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire short version in youth: Validity, reliability and invariance across gender and age. 2023;20(2):384-99 <https://doi.org/10.1080/17405629.2021.2011201>
36. Sadat Rasool, Alizadeh Fard. Examining the psychometric properties of emotional regulation questionnaire. *Scientific Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*. 2021 Jul 23;12(44):13-24.
37. Hemsey DR, Dahling JJJP, Differences I. Basic values moderate the effects of emotional display rule demands on emotional exhaustion. 2023;202:111982. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111982>
38. Tóth-Király I, Morin AJ, Salmela-Aro K. Reciprocal associations between burnout and depression: An 8-year longitudinal study. *Applied Psychology*. 2021 Oct;70(4):1691-727. <https://doi.org/10.1111/apps.12295>
39. Mahmoud H, Zakaria A, Abo Habieb E. The Relationship between Emotional labor, Workplace Aggression and Organizational Role Stress among Nursing Staff. *Mansoura Nursing Journal*. 2021 Feb 1;8(3):91-107. <https://doi.org/10.21608/mnj.2021.213165>
40. Mckay PG, Martin CR, Walker H, Fleming M. Chronic fatigue syndrome (CFS)/Myalgic Encephalomyelitis (ME) and Fibromyalgia (FM): the foundation of a relationship. *British Journal of Pain*. 2021 Feb;15(1):26-39. <https://doi.org/10.1177/2049463719875164>
41. Roštami H, Fathi A, Sherbafchizadeh M. Mediating role of chronic fatigue in the relationship between psychological characteristics and aggression of police officers in Tabriz: development and testing of a structural model. *Journal of military medicine*. 2022 Oct 26;24(1):998-1007.
42. Laraki Y, Merenciano M, Michel A, Lebrun C, Capdevielle D, Raffard SJFB, Health, et al. Psychometric properties of the Fatigue

- Catastrophizing Scale in a general population and its clinical utility in schizophrenia and breast cancer patients. 2024;12(1):58-71. <https://doi.org/10.1080/21641846.2023.2293383>
43. Hinz A, Benzing C, Brähler E, Zenger M, Herzberg PY, Finck C, Schmalbach B, Petrowski K. Psychometric properties of the multidimensional fatigue inventory (MFI-20), derived from seven samples. *Journal of pain and symptom management*. 2020 Mar 1;59(3):717-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.12.005>
 44. DSilva F, Singh P, Javeth A. Determinants of cancer-related fatigue among cancer patients: a systematic review. *Journal of Palliative Care*. 2023 Oct;38(4):432-55. <https://doi.org/10.1177/08258597221131133>
 45. Wang J, Liu Q, Tian F, Zhou S, Parra MA, Wang H, Yu X. Disrupted spatiotemporal complexity of resting-state electroencephalogram dynamics is associated with adaptive and maladaptive rumination in major depressive disorder. *Frontiers in Neuroscience*. 2022 May 9;16:829755. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.829755>
 46. Bergmann M, Wollbrandt I, Gittel L, Halbe E, Philipsen A, Lux S. Effects of a video game intervention on symptoms, training motivation, and visuo-spatial memory in depression. *Frontiers in Psychiatry*. 2023 Aug 24;14:1173652. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1173652>
 47. Khadem S, Fakhri MK, Emadian SO. The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on rumination, perfectionism and thought-action fusion of women suffering from obsessive-compulsive disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2023 Jun 1;4(4):105-17. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.4.11>
 48. Dehghan Tazarjani A, Zarei Mahmoudabadi H, Vaziri Yazdi S. Design and validation of the stress management training package based on the lived experiences of nurses working in the corona ward of Shahid Sadoughi Hospital in Yazd: a combined study. *The dawn of Yazd health*. 2022 Sep 10;21(3):53-65. <https://doi.org/10.18502/tbj.v21i3.10898>
 49. Lücke AJ. How Sleep Matters: Associations of Sleep with Negative Affect, Health Perceptions, and Cognitive Performance in Older Adults' Daily Lives 2022.
 50. Johnson AK, Blackstone SR, Skelly A, Simmons W. The relationship between depression, anxiety, and burnout among physician assistant students: a multi-institutional study. *Health Professions Education*. 2020 Sep 1;6(3):420-7. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2020.04.003>
 51. Bautista JR, Lauria PAS, Contreras MCS, Marañon MMG, Villanueva HH, Sumaguingsing RC, et al. Specific stressors relate to nurses' job satisfaction, perceived quality of care, and turnover intention. 2020;26(1):e12774. <https://doi.org/10.1111/ijn.12774>
 52. Singha S. Enhancing Workplace Positivity: Strategies for Cultivating a Flourishing Organizational Culture. *InFostering Organizational Sustainability With Positive Psychology 2024* (pp. 54-83). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-1524-8.ch003>
 53. Keyvanfar A, Mohseny M, Zamani A, Derisi M, Soheili A, Seyedalhosseini Z, Shamekhi-Amiri F. Association between Sleep Quality and Mental Health among Medical Students in a University Center in Tehran, Iran. *International Journal of Body, Mind & Culture* (2345-5802). 2022 Jan 1;9(1).
 54. Tawiah PA, Baffour-Awuah A, Effah ES, Adu-Fosu G, Ashinyo ME, Alhassan RK, Appiah-Brempong E, Afriyie-Gyawu E. Occupational health hazards among healthcare providers and ancillary staff in Ghana: a scoping review. *BMJ open*. 2022 Oct 1;12(10):e064499. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064499>
 55. Daniels J, Parker H, Salkovskis PM. Prevalence and treatment of Chronic Fatigue Syndrome/ Myalgic Encephalomyelitis and co-morbid severe health anxiety. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2020 Jan 1;20(1):10-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.003>
 56. Damavandian A, Armaghan, Golshani, Safarinia, Baghdasarians, Anita. Comparison of the efficacy of compassion-based therapy and dialectical behavior therapy on aggression, self-harming behaviors, and emotional self-regulation of delinquent teenagers in Tehran Correctional Center. *Social psychology research*. 2021 May 22;11(41):31-58
 57. Barnhart S, Garcia AR, Karcher NR. Adolescent mental health and family economic hardships: the roles of adverse childhood experiences and family conflict. *Journal of youth and*

- adolescence. 2022 Dec;51(12):2294-311. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01671-9>
58. Brandão T, Matias M, Ferreira T, Vieira J, Schulz MS, Matos PM. Attachment, emotion regulation, and well-being in couples: Intrapersonal and interpersonal associations. *Journal of Personality*. 2020 Aug;88(4):748-61. <https://doi.org/10.1111/jopy.12523>
59. Effati-Daryani F, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mohammadi A, Zarei S, Mirghafourvand M. Fatigue and sleep quality in different trimesters of pregnancy. *Sleep science*. 2021 Mar;14(S 01):69-74. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20200091>
60. Weinstein AM. Reward, motivation and brain imaging in human healthy participants-A narrative review. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2023 Mar 24;17:1123733. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1123733>
61. Wong WP, Ang CT, Yong XY, Tan CS. Langerian Mindfulness Reduces Learned Helplessness: An Online Experiment on Undergraduates in Malaysia. *Asia-Pacific Social Science Review*. 2023 Jun 1;23(2). <https://doi.org/10.59588/2350-8329.1495>