



The Effects of Educating Cognitive Emotion Regulation Strategies on Psychological well-being of Nurses Resiliency in Departments of Psychiatry

Zahra Ghazavi ¹, Reza Zighami ^{2,*}, Mohammad Ibrahim Sarichello ³,
Saeed Shahsavari ⁴

¹ MSc in psychiatric-nursing, University of Qazvin Medical Sciences, Qazvin, Iran

² Assistant Professor, Nursing Department, University of Qazvin Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ Associated Professor, Psychology Department, Clinical psychology consultant, 22bahman hospital, Qazvin, Iran

⁴ Faculty Member, Department of Biostatistics, Healthcare safety research center, University of Qazvin Medical Sciences, Qazvin, Iran

* **Corresponding author:** Reza Zighami, Assistant Professor, Nursing Department, University of Qazvin Medical Sciences, Qazvin, Iran. E-mail: behsare@yahoo.com

Received: 23 Jul 2019

Accepted: 23 Sep 2019

Abstract

Introduction: Chronic illness, such as renal failure requiring hemodialysis, is a multidimensional experience that causes a person to be impotent in many psychosocial, social, and economical fields. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral stress management on chronic fatigue and death anxiety in women undergoing hemodialysis.

Methods: The research method was semi-experimental. A sample of 30 women who underwent hemodialysis was selected using available sampling method all women undergoing hemodialysis in Rafsanjan. Required data were collected through Cholesterol Factors Questionnaire (CFS) and Tempter's Death Anxiety Questionnaire (TDAS) in two stages before and after the intervention. To analyze the data, multivariate covariance analysis MANCOVA was used using SPSS software.

Results: The results of multivariate analysis of covariance analysis showed that cognitive-behavioral stress management training has been able to determine the chronic fatigue and death anxiety in hemodialysis women in the experimental group compared to the control group, in the post-test phase, significantly reduced.

Conclusions: According to the findings of this research, cognitive-behavioral stress management can be effective in reducing the multidimensional experience of disability in renal failure patients undergoing hemodialysis at the same time and should be given special attention to treatment in the treatment centers.

Keywords: Cognitive-Behavioral Stress Management, Chronic Fatigue, Death Anxiety, Hemodialysis



تأثیر آموزش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بر بهزیستی روانشناختی پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی

زهرا قضاوی^۱ ID، رضا ضیغمی^{۲*} ID، محمدابراهیم ساریچلو^۳ ID، سعید شهسواری^۴ ID

^۱ کارشناسی ارشد روانپرستاری، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
^۲ استادیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
^۳ دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، مشاور بالینی مرکز آموزشی درمانی ۲۲ بهمن قزوین، قزوین، ایران
^۴ کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات ایمنی محصولات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
 * نویسنده مسئول: رضا ضیغمی، استادیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
 ایمیل: behsare@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۰۱

چکیده

مقدمه: مهارت های نظم جویی شناختی هیجان یکی از مهارت های مهم پیش بینی و ارتقای بهزیستی روانشناختی به عنوان عامل پیش بینی کننده جلوگیری یا کاهش تنیدگی های حرفه ای محسوب می شود. هدف این پژوهش تعیین تاثیر آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجان بر بهزیستی روان شناختی پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی در سال ۱۳۹۸ است.

روش کار: این پژوهش از نوع تجربی با دو گروه مداخله و کنترل و پیش آزمون-پس آزمون و دوره پیگیری بود. ۶۲ نفر از پرستاران بخش های روانپزشکی بیمارستان های دولتی شهر قزوین در سال ۱۳۹۸، با روش نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و با روش جایگزینی تصادفی ساده در گروه مداخله و کنترل گمارده شدند. داده ها با پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی قبل از مداخله و پرسشنامه ۵۴گویه ای بهزیستی روانشناختی ریف در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و سه ماه پس از پایان مداخله جمع آوری گردید. بسته آموزشی تنظیم شناختی هیجان براساس مدل گراس بصورت هفتگی و ۸ جلسه یک ساعته برای گروه مداخله ارائه گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که متغیرهای جمعیت شناسی بین دو گروه مداخله و کنترل همسان بوده است. میانگین نمره بهزیستی روانشناختی قبل از مداخله در گروه مداخله ۲۱۸/۰۶ و در گروه کنترل ۲۱۷/۸۷ بود ($P=۰/۸۷$)، که بلافاصله بعد از انجام مداخله و سپس سه ماه پس از آن در گروه مداخله به ترتیب به ۲۵۱/۳۸ و ۲۳۴/۵۱ و در گروه کنترل به ترتیب به ۲۱۶/۳۸ و ۲۱۷/۰۶ تغییر یافت ($P=۰/۰۰$). تحلیل واریانس با اندازه های تکراری با مقدار احتمال $P=۰/۰۰$ برای گروه مداخله و $P=۰/۴۲$ برای گروه کنترل نشان داد که تغییرات ایجاد شده در بهزیستی روانشناختی گروه مداخله ناشی از مداخله آموزشی بوده است.

نتیجه گیری: آموزش مهارت های نظم جویی شناختی هیجان، بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش های روانپزشکی را ارتقاء داد، لذا توصیه می شود آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجان در برنامه آموزش ضمن خدمت پرستاران گنجانده شود.

واژگان کلیدی: پرستار، مهارت های نظم جویی شناختی هیجان، بهزیستی روان شناختی، بخش روانپزشکی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

نیروی انسانی مهمترین سرمایه سازمان ها است و هرچه این سرمایه کیفیت مطلوب و بالاتری داشته باشد، موفقیت، بقا و ارتقای آن سازمان بیشتر خواهد شد [۱]. محیط کار، از محرک های متعددی تشکیل شده که هر یک از این عوامل می تواند عامل تنیدگی در کارکنان باشد. اعضای تیم پزشکی، کسانی هستند که سطح بالایی از استرس و

تنیدگی را در محیط کار خود تجربه می کنند [۲]. از آنجایی که پرستاران نیز جزو این تیم بزرگ محسوب می شوند، عوامل تنش زا می توانند برای آن ها تهدیدی روانی یا حتی روانی اجتماعی به حساب آورده شوند [۳]. استرس می تواند بر جنبه های حیاتی و حساس عملکرد پرستاران مانند توجه به جزئیات، توانایی حل مسأله، سطح

روانی که با انواع شاخص ها از جمله سلامت ذهنی، خلق مثبت، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مشخص شده اند را پیش بینی می کند [۱۹]. آموزش تنظیم هیجان باعث حمایت خودمختاری و کنترل ادراک شده، و کاهش تنیدگی می گردد [۲۰]. تنظیم هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی روانی، موجب بهبود سلامت جسمانی نیز می گردد [۲۱].

افراد برای تنظیم فرآیندهای مختلف هیجانی خود از راهبردهای متفاوتی استفاده می کنند. یکی از متداول ترین این راهبردها، تنظیم هیجانها با استفاده از فرآیندهای شناختی (تنظیم شناختی هیجان) است. طبق نظریه های شناختی هیجان، ارزیابی های شناختی می توانند تعیین کنند که فردی هیجانی را تجربه کند یا خیر و اینکه کدام هیجانها را در هر لحظه از زندگی خود تجربه کند. [۱۸]. نظریه های هیجان بیان می کنند که ارزیابی شناختی یک موقعیت، نه خود آن موقعیت، بلکه کیفیت و شدت پاسخ هیجانی افراد به آن موقعیت را تعیین می کند [۲۲]. هر چند اختلاف نظرهایی در زمینه میزان اهمیت ارزیابی های شناختی و به طور کلی نقش شناخت در هیجان وجود دارد، ولی تقریباً همه نظریه پردازان به نقش مهم شناخت در شکل گیری و تجربه هیجانها و کم و کیف آن ها تأکید کرده اند [۲۳]. مهارتهای تنظیم شناختی هیجان به ویژه در مشاغل حساسی مانند پرستاری که با زندگی افراد دست و پنجه نرم می کنند، اهمیت فزاینده ای پیدا می کند. [۲۴، ۲۵]. می توان متصور شد که، در صورت نقص یا نواقصی در راهبردهای تنظیم هیجان پرستاران، اثرات و پیامدهای آن در دو جنبه، یعنی هم بر بیمار و هم بر خود پرستار نمایان خواهد گردید [۲۶] اهمیت موضوع زمانی دو چندان می شود که کار پرستاران در بخش های پرسترس بیمارستانی مانند بخش های روانپزشکی در نظر گرفته شود [۲۷]. در این بخش ها، همان گونه که گفته شد بیشتر، ابعاد عاطفی و روحی بیماران درگیر بوده و این موضوع می تواند بر روحیه و عواطف پرستاران نیز تأثیر منفی بگذارد [۲۸، ۲۹]، در شرایطی که انتظار می رود پرستاران این بخش ها بتوانند عواطف خود را کنترل نموده و منبع قدرتمندی برای روحیه این بیماران باشند [۳۰]. بر این اساس هدف مطالعه حاضر تعیین میزان اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بر بهزیستی روانشناختی پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی می باشد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود که جامعه آن را ۸۱ نفر از پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی بیمارستان های دولتی شهر قزوین در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند.

نمونه تحقیق با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس مبتنی بر معیارهای ورود و محاسبات حجم نمونه، ۶۲ نفر تعیین شد. سپس، افراد به صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل (۳۱ نفر مداخله و ۳۱ نفر شاهد) تقسیم شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن توانایی همکاری توسط مشارکت کنندگان در طی مطالعه، عدم ابتلای آنان به بیماری های جسمی و روانی حاد و مزمن شناخته شده در زمان مطالعه و عدم حضور آن ها در پژوهش ها و برنامه های مشابه به طور همزمان با مطالعه

انرژی، قدرت تصمیم گیری، خلاقیت و امثال آن تأثیر گذاشته و در نهایت منجر به رایج مراقبت اشتباه گردد. این در حالیست که امنیت و رفاه بیماران به شدت وابسته به عملکرد پرستاران است [۴، ۵]. مطالعات نشان داده که پرستاران نسبت به مشاغل دیگر در معرض بیشترین عوامل استرس زا قرار دارند. سلامت جسمی و روانی پرستاران، بر کیفیت خدمات رسانی و رضایتمندی بیماران نیز مؤثر بوده است [۶]. کار پرستاران در بخش های روانپزشکی بسیار خطرناک و پر استرس می باشد، چراکه آنان در این بخش ها به طور دایم با جریانی از محرک های استرس زا و خسته کننده روبه رو هستند [۷]. از اینرو پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی خستگی روانی زیادی را تجربه می کنند [۸]. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، نیمی از پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی، تنش و فرسودگی هیجانی بیش از حدی را متحمل می گردند [۹]. بررسی تقوا و همکاران (۱۳۹۲) نیز، میزان افسردگی متوسط تا شدید را در پرستاران بخش های روانپزشکی نشان داده است. [۱۰]. چرا که این پرستاران به طور مداوم از بیماران مبتلا به افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی و دو قطبی، اختلالات شخصیت و موارد مشابه آن ها مراقبت و حمایت می نمایند [۱۱، ۱۲] منابع استرس زای موجود برای پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی شامل بیماری های کارکنان، سیاست گذاری های غلط و سخت و غیر قابل انعطاف، واگذاری کار به افراد به طور نامناسب، عدم ارضای نیازهای آموزشی آنان، پاداش ناکافی، طرز برخورد روانپزشکان عصبانی، احتمال خودکشی بیماران وحشت زده و تحریک پذیر، کشمکش های بین همکاران، پیچیدگی نیازها و نوع بیماری این بیماران و در نهایت عدم بهبودی قطعی آن ها می باشد [۱۳]. پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی می بایستی با شناخت افکار، احساسات و بینش های خود، به کشف و شناسایی نقاط قدرت و ضعف خود پرداخته و بدین وسیله در جستجوی مداخلات مؤثرتر در سازگاری با تنش های روبروی خود گام بردارند [۱۴]. بنابراین توجه به سلامت و بهزیستی روانی آنان بعنوان حافظ سلامت بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است.

بهزیستی روانشناختی به معنی رفاه و سرخوشی و به معنی دستیابی فرد به توان کامل بالقوه روانی و به صورت علم شادمانی و رضایت از زندگی تعریف شده [۱۵] و شامل رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و منفی و شادکامی می باشد [۱۶]. ارزیابی ریف از میزان بهزیستی روانشناختی شامل مؤلفه های نگرش مثبت به خود شخص و زندگی گذشته اش، رضایت از ارتباط با دیگران، ارتباط مثبت با دیگران، حس خودمختاری و استقلال و آزادی از هنجارها، خودپیروی، هدف داشتن در زندگی و اعتقاد به معنادار بودن زندگی، داشتن هدف در زندگی، توانایی اداره زندگی و محیط اطراف، تسلط محیطی و آزاد بودن نسبت به تجربیات جدید به همراه رشد شخصی است [۱۷].

عوامل درونی و بیرونی متعدد می توانند بر روی این مولفه ها تأثیر بگذارند که یکی از این عوامل هیجان است. هیجان را می توان واکنش های زیست شناختی به موقعیت هایی دانست که فرصتی مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می شود. هر چند هیجانها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادر به کنترل شیوه های ابراز این هیجانها می باشند که به این توانایی، تنظیم هیجان گفته می شود [۱۸]. پژوهشهای روانشناختی نشان می دهند که تنظیم هیجان عامل مهمی در تعیین سلامت و داشتن عملکرد و تعاملات اجتماعی موفق بوده و سلامت جسمی و

سوالات آن از یک طیف شش درجه ای (کاملاً مخالفم ۱، تا حدی مخالفم، موافقم، تا حدی موافقم و کاملاً موافقم) تشکیل شده است.

برای بدست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس، کافی است نمره همه سوالات مربوط به آن زیر مقیاس را با هم جمع کنیم. از جمع امتیاز ۵۴ سؤال نیز نمره بهزیستی روان شناختی کل به دست می آید. در این پژوهش نمره بهزیستی روانشناختی به طور میانگین برای کل گروه مداخله و کل گروه کنترل محاسبه گردیده و برای تک تک آزمودنی ها بصورت جداگانه سنجیده نشده است.

جهت رعایت اخلاق در پژوهش ضمن اخذ کد اخلاق به از کمیته اخلاق به شناسه IR.QUMS.REC.1397.040، مورخ ۱۳۹۷/۰۲/۲۹ از دانشگاه علوم پزشکی قزوین و کسب اجازه تحقیق، از تمام شرکت کنندگان رضایت نامه آگاهانه گرفته شد و به آنها توضیح داده شد شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری شده محرمانه تلقی می شود و به مسئولین اطلاع داده شد که در صورت تمایل می توانند از نتایج پژوهش بهره مند شوند. به منظور رعایت اصول اخلاقی پس از پایان اجرای پژوهش مقرر گردید در صورت نتیجه بخش بودن آموزش ها پس از انجام پژوهش، کلیه آموزش ها در یک جزوه آموزشی به گروه کنترل ارائه شود.

سپس پژوهشگر اقدام به تکمیل و اجرای پرسشنامه ها توسط مشارکت کنندگان نمود. پس از گردآوری داده ها، جلسات آموزش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای برای پرستاران گروه مداخله در سالن کنفرانس بیمارستان روانپزشکی ۲۲ بهمن شهر قزوین توسط پژوهشگر و با نظارت سوپروایزر آموزشی این بیمارستان اجرا شد. برنامه آموزش در وقت آزاد مشترک این پرستاران تنظیم گردید. در پایان دوره و هم چنین سه ماه پس از آن، مجدداً پرسشنامه ها توسط پرستاران هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد.

در این مطالعه از پروتکل آموزش شناختی تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس که یک شیوه پیشنهادی برای آموزش تنظیم هیجان است به عنوان عامل مداخله استفاده گردید. این پروتکل توسط جیمز گراس ساخته شده و برای آموزش چگونگی مدیریت و تنظیم هیجانات افراد استفاده می شود.

مراحل مختلف آموزش تنظیم هیجان براساس بسته مذکور در این پژوهش در قالب ۸ جلسه یک ساعته برای اعضای گروه مداخله به روش کنفرانس و پرسش و پاسخ و به وسیله ارائه پاورپوینت، کاربرگ فردی و پمفلت های آموزشی مرتبط انجام گردید. ابتدا یک جلسه توجیهی برای مشارکت کنندگان تشکیل شد تا با طرح پژوهشی آشنا شده و ضمن درک اهمیت موضوع و جلب همکاری آنها پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف را تکمیل نمایند. سپس آن ها به روش تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. در مرحله بعد از تمام افراد گروه مداخله خواسته شد که حتی الامکان در تمام جلسات حضور داشته باشند، و در نهایت پروتکل تنظیم هیجان در گروه مداخله اجرا و گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد.

پروتکل فوق توسط مک کی و همکاران در سال ۲۰۱۰ تدوین شده و در سال ۱۳۹۰، حمیدپور و همکاران آن را ترجمه فارسی نموده و توسط مرکز مشاوره دانشگاه تهران تایید و تکثیر گردیده است.

حاضر بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم همکاری با پژوهشگر در هر مرحله و به هر دلیل، مواجه شدن مشارکت کنندگان با عوامل استرس زای شدید و تاثیرگذار بر روی مطالعه حین انجام آن مانند بحران های موقعیتی، تکاملی یا اجتماعی، عدم شرکت در جلسات آموزش بیش از دو جلسه، استفاده از برنامه های آموزشی مشابه یا تاثیر گذار بر متغیر وابسته مطالعه حین مداخله، ابتلا به بیماری های جسمی یا روانی تاثیر گذار بر متغیرها حین انجام مطالعه بود.

ابزار جمع آوری داده ها شامل دو پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی و بهزیستی روانشناختی ریف بود.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی، این پرسشنامه شامل سؤالاتی در زمینه سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل همسر، سطح تحصیلات، پست سازمانی، نوع استخدام، سابقه کار، نوع شیفت، ساعات اضافه کاری ماهانه، میزان حقوق و درآمد ماهیانه و میزان رضایت از درآمد ماهیانه بود.

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف در سال ۱۹۸۹ در مرکز علوم پزشکی دانشگاه ویسکانسین ساخته شده و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این آزمون ۵۴ سوالی به شکل مقیاس لیکرت بوده و شش محور استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود است (بوئر، مک آدامز و پالس، ۲۰۰۶). نمره گذاری این گویه ها از یک تا ۶ می باشد. پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه گردیده و روایی محور های شش گانه این آزمون، توسط ریف و کیس و از طریق تحلیل عامل به دست آمده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه بطور جداگانه برای هر یک از محورها به این شرح می باشد: استقلال (۰/۷۵)، تسلط بر محیط (۰/۷۵)، رشد شخصی (۰/۶۱)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۷۱)، هدفمندی در زندگی (۰/۷۲) و پذیرش خود (۰/۷۸).

ریف برای اندازه گیری این سازه ها مقیاس های بهزیستی روان شناختی مانند پرسشنامه ۲۰ عبارتی، ۱۴ سوالی، ۹ عبارتی و ۳ عبارتی را نیز طراحی کرد. پس از بررسی های اولیه، نسخه اصلی مقیاس های بهزیستی روان شناختی که دارای ۸۴ سوال می باشد، تهیه گردید، ولی به دلیل طولانی بودن این آزمون، نسخه ۵۴ عبارتی پرسشنامه بهزیستی روان شناختی نیز طراحی شد. این پرسشنامه ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روان شناختی را مورد ارزیابی قرار داده و بنابراین دارای ۶ زیرمقیاس (هر زیرمقیاس شامل ۹ سوال) می باشد. این پرسشنامه برای بزرگسالان تهیه شده است و دارای نسخه کوتاه ۱۸ عبارتی نیز می باشد. فرد مورد آزمون باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه ای (از ۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم) مشخص کند که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق یا مخالف است. این آزمون نوعی خود سنجی محسوب می شود که در مقیاس شش درجه ای کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره گذاری می شود. در پژوهش کهگی، ۱۳۸۴، همسانی درونی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ، ۰،۹۲ و ضریب همبستگی به دست آمده از طریق بازآزمایی برای کل مقیاس ۰،۷۶ و برای خرد مقیاس بین ۰،۹۷ تا ۰،۷۳ بوده، که همگی در سطح $P < 0,01$ معنی دار هستند. یحیی زاده، ۱۳۸۴، نیز روایی محتوای و سازه ای آزمون فوق را مطلوب و بالا گزارش کرده است (به نقل از تقی پور، ۱۳۷۷).

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف از آزمون های خودگزارش دهی و با پاسخ های بسته است و همان گونه که ذکر گردید، هر یک از

اسکوئر و تی مستقل و برای بررسی نرمالیتی میزان بهزیستی روانشناختی بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از انجام مداخله، از آزمون کرویت-ماخلی و کولموگراف-اسمیرنوف و در نهایت برای مقایسه میزان بهزیستی روانشناختی هر گروه، قبل و بعد از مداخله و کنترل آماری تفاوت میانگین گروه ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از تحلیل واریانس با اندازه های تکراری استفاده گردید.

در نهایت پس از اتمام جلسات و سپس سه ماه پس از آن، با اجرای پس آزمون، دو گروه مورد سنجش قرار گرفتند. پس از آن میزان بهزیستی روانشناختی پرستاران با همان ابزارهای آزمون مقدماتی اندازه گیری شد. جهت تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی استفاده گردید، که برای بررسی توزیع نرمال نمونه ها در دو گروه براساس مشخصات دموگرافیک از آزمون کای

جدول ۱: خلاصه پروتکل آموزش تنظیم هیجان براساس مدل گراس

جلسه اول:	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه و اعضا و انجام تمریناتی با هدف آشنایی با یکدیگر
جلسه دوم	شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان ها
جلسه سوم	۱- خودارزیابی با هدف شناخت تجربه های هیجانی خود ۲- خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد ۳- خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای خود تنظیمی فرد
جلسه چهارم	الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب ب) آموزش راهبرد حل مسئله ج) آموزش مهارت های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)
جلسه پنجم	۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی ۲) آموزش توجه
جلسه ششم	۱) شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالت های هیجانی ۲) آموزش راهبرد ارزیابی مجدد
جلسه هفتم	۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن ۲) مواجهه ۳) آموزش ابراز هیجان ۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی ۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
جلسه هشتم	۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی ۲) کاربرد مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه ۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف

یافته‌ها

در این پژوهش ۶۲ نفر شرکت داشتند که در دو گروه مداخله و کنترل به طور مساوی قرار گرفتند (هر گروه ۳۱ نفر). یافته های این تحقیق، در دو بخش همسان بودن گروه ها و یافته های اصلی با محوریت فرضیه پژوهش، به شرح زیر می باشد:

نتایج مطالعه نشان داد متغیرهای جمعیت شناختی شامل: سن ($P=0,41$)، جنس ($P=0,49$)، وضعیت تاهل ($P=0,56$)، شغل همسر ($P=0,71$)، سطح تحصیلات ($P=0,47$)، پست سازمانی ($P=0,73$)، نوع استخدام ($P=0,78$)، سابقه کار ($P=0,15$)، نوع شیفت ($P=0,52$)، ساعات اضافه کاری ماهانه ($P=0,08$)، میزان حقوق و درآمد ماهیانه (برحسب میلیون تومان) ($P=0,11$) و میزان رضایت از درآمد ماهیانه ($P=0,46$)، همسان بودند و اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشته است. همچنین هیچ یک از افراد هر دو گروه دچار اختلالات روانی-اجتماعی که به خاطر آن دارو استفاده نمایند، نبوده و هیچ یک از افراد گروه مداخله و کنترل سابقه آموزش تنظیم شناختی هیجان را نداشتند (جدول ۲).

در این پژوهش نتایج مطالعه نشان داد متغیرهای جمعیت شناختی شامل: سن ($P=0,41$)، جنس ($P=0,49$)، وضعیت تاهل ($P=0,56$)، شغل همسر ($P=0,71$)، سطح تحصیلات ($P=0,47$)، پست سازمانی ($P=0,73$)، نوع استخدام ($P=0,78$)، سابقه کار ($P=0,15$)، نوع شیفت ($P=0,52$)، ساعات اضافه کاری ماهانه ($P=0,08$)، میزان حقوق و درآمد ماهیانه (برحسب میلیون تومان) ($P=0,11$) و میزان رضایت از درآمد ماهیانه ($P=0,46$)، همسان بودند و اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشته است. همچنین هیچ یک از افراد هر دو گروه دچار اختلالات روانی-اجتماعی که به خاطر آن دارو استفاده نمایند، نبوده و هیچ یک از افراد گروه مداخله و کنترل سابقه آموزش تنظیم شناختی هیجان را نداشتند (جدول ۲).

در ارتباط با بررسی تاثیر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر بهزیستی روانشناختی، ابتدا مقادیر بهزیستی روانشناختی در شروع مطالعه (قبل از انجام مداخله)، از نظر نرمال بودن توزیع، با استفاده از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشاندهنده توزیع نرمال مقادیر بهزیستی روانشناختی قبل از انجام مداخله در بین دو گروه کنترل و مداخله بود. همچنین پیش فرض کرویت واریانس- کوواریانس نیز کنترل و با توجه به مقدار $0,05 > P.value$ ، فرض همگنی دو گروه در این مورد نیز پذیرفته شد.

تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه های تکراری نشان داد که متغیر پاسخ یعنی میزان بهزیستی روانشناختی، با گذشت زمان تغییر نموده، به عبارتی میانگین نمره این مولفه در زمان های مختلف اختلاف معنی داری دارد، البته این موضوع تنها در مورد گروه مداخله صادق بوده و

در بررسی یافته های مربوط به زیر مولفه های بهزیستی روانشناختی شامل مولفه های پذیرش خود، داشتن زندگی هدفمند، روابط مثبت با دیگران، داشتن تسلط بر محیط، خود مختاری و رشد فردی نیز مشاهده گردید که تحلیل های فوق در مورد بهزیستی روانشناختی کلی، در مورد زیر مولفه های آن نیز نتایج مشابهی داشته و مداخله مذکور نمرات این شش زیر مولفه بهزیستی روانشناختی را نیز در گروه مداخله به طور معناداری افزایش داده است ($P.value < 0,05$). این در حالی است که در گروه کنترل تغییر آنچنانی در نمرات آن ها حاصل نگردیده است (جدول ۴).

تصویر ۱ روند تغییرات میزان بهزیستی روانشناختی را در طول مطالعه بین آزمودنی های دو گروه مداخله و کنترل نشان می دهد. خطوط آبی رنگ همان عدد ۱ مربوط به نمرات این مولفه در گروه مداخله و خطوط سبز رنگ یا عدد ۲ مربوط به نمرات گروه کنترل می باشد. همان طور که مشاهده می شود تغییرات نمره بهزیستی روانشناختی در بین آزمودنی های گروه مداخله در زمان بلافاصله پس از انجام مداخله بیشترین میزان خود را داشته و در زمان سه ماه پس از انجام مداخله نسبت به زمان دوم (بلافاصله بعد از انجام مداخله) مقداری کمتر شده است، ولی هم چنان نسبت به زمان قبل از انجام مداخله بالاتر می باشد. اما نمره بهزیستی روانشناختی بین آزمودنی های گروه کنترل تغییر آنچنانی نداشته و در نمودار فوق به صورت خطی تقریباً صاف به نمایش درآمده است (تصویر ۱).

مقدار احتمال	گروه کنترل		گروه مداخله		گروه متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰,۴۹	جنس				
	آقا				
	۱۳,۰۰	۴	۱۹,۳۵	۶	
	۸۷,۰۰	۲۷	۸۰,۶۵	۲۵	
وضعیت تاهل					
۰,۵۶	متاهل				
	۶۱,۳۰	۱۹	۶۷,۷۴	۲۱	
	۳۵,۴۸	۱۱	۳۲,۲۶	۱۰	
	۳,۲۲	۱	.	۰	بیوه
نوع استخدام					
۰,۷۸	رسمی				
	۵۱,۶۰	۱۶	۴۱,۹۵	۱۳	
	۲۵,۸۰	۸	۲۵,۸۰	۸	پیمانی
	۱۶,۱۵	۵	۱۹,۳۵	۶	قراردادی
	۶,۴۵	۲	۱۲,۹۰	۴	طرحی
سطح تحصیلات					
۰,۴۷	دیپلم				
	۳,۲۳	۱	۶,۴۵	۲	
	۰,۰۰	۰	۰,۰۰	۰	کاردانی
	۹۳,۵۴	۲۹	۸۳,۸۷	۲۶	کارشناسی
	۳,۲۳	۱	۹,۶۸	۳	ارشدویالاتر
سن					
۰,۴۱	۲۷-۲۲				
	۶,۴۵	۲	۱۲,۹۰	۴	
	۳۲,۲۶	۱۰	۲۹,۰۳	۹	۲۳-۲۸
	۳۸,۷۱	۱۲	۴۱,۹۴	۱۳	۳۹-۳۴
	۱۶,۱۳	۵	۹,۶۸	۳	۴۵-۴۰
	۶,۴۵	۲	۶,۴۵	۲	۵۱-۴۶
سابقه خدمت					
۰,۱۵	۶-۱				
	۲۲,۵۸	۷	۲۹,۰۳	۹	
	۵۱,۶۱	۱۶	۴۵,۱۶	۱۴	۱۲-۷
	۹,۶۸	۳	۱۶,۱۳	۵	۱۸-۱۳
	۹,۶۸	۳	۶,۴۵	۲	۲۴-۱۹
	۶,۴۵	۲	۳,۲۳	۱	۳۰-۲۵
شغل همسر					
۰,۷۱	کارمند				
	۲۵,۸۰	۸	۳۸,۷۱	۱۲	
	۹,۶۸	۳	۹,۶۸	۳	کارگر
	۳۲,۲۶	۱۰	۲۹,۰۳	۹	آزاد
	۳,۲۳	۱	۰,۰۰	۰	بیکار
	۲۹,۰۳	۹	۲۲,۵۸	۷	سایر
رضایت از میزان درآمد					
۰,۴۶	کم				
	۷۴,۱۹	۲۳	۸۳,۸۷	۲۶	
	۲۲,۵۸	۷	۱۶,۱۳	۵	متوسط
	۳,۲۳	۱	۰,۰۰	۰	زیاد
پست سازمانی					
۰,۷۳	سرپرستار				
	۶,۴۵	۲	۹,۶۸	۳	
	۹۰,۳۲	۲۸	۸۳,۸۷	۲۶	پرستار
	۳,۲۳	۱	۶,۴۵	۲	بهیار
نوع شیفت					
۰,۵۲	ثابت				
	۱۶,۱۳	۵	۲۲,۵۸	۷	
	۸۳,۸۷	۲۶	۷۷,۴۲	۲۴	در گردش
متوسط ساعات اضافه کار ماهانه					
۰,۰۸	۲۰-۰				
	۴۸,۳۹	۱۵	۵۸,۰۶	۱۸	
	۱۲,۹۰	۴	۱۶,۱۳	۵	۴۰-۲۱
	۹,۶۸	۳	۹,۶۸	۳	۶۰-۴۱
	۱۲,۹۰	۴	۶,۴۵	۲	۸۰-۶۱
	۹,۶۸	۳	۶,۴۵	۲	۱۰۰-۸۱
	۶,۴۵	۲	۳,۲۳	۱	بالاتر از ۱۰۰
متوسط حقوق و پاداش ماهانه					
۰,۱۱	۲-۱				
	۳,۲۳	۱	۰,۰۰	۰	
	۴۵,۱۶	۱۵	۵۱,۶۱	۱۶	۳-۲
	۳۵,۴۸	۱۱	۴۱,۹۴	۱۲	۴-۳
	۱۶,۱۳	۴	۶,۴۵	۳	بالاتر از ۴

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار شاخص بهزیستی روانشناختی گروه های مداخله و کنترل قبل، بلافاصله بعد و سه ماه پس از مداخله آموزشی

مقدار احتمال	سه ماه پس از آموزش	بلافاصله بعد از آموزش	قبل از آموزش	بهزیستی روانشناختی
				گروه مداخله
۰.۰۰	۲۳۴.۵۱	۲۵۱.۳۸	۲۱۸.۰۶	میانگین
	۳.۸۹	۵.۵۷	۴.۴۷	انحراف معیار
				گروه کنترل
۰.۴۲	۲۱۷.۰۶	۲۱۶.۳۸	۲۱۷.۸۷	میانگین
	۴.۶۳	۵.۴۰	۴.۶۷	انحراف معیار
	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۸۶	مقدار احتمال

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار زیرمولفه های بهزیستی روانشناختی گروه های مداخله و کنترل قبل، بلافاصله بعد و سه ماه پس از مداخله آموزشی

مقدار احتمال	سه ماه پس از آموزش	بلافاصله بعد از آموزش	قبل از آموزش	مولفه پذیرش خود
				گروه آزمون
۰.۰۰	۳۹.۲۲	۴۲.۴۸	۳۶.۵۴	میانگین
	۱.۲۵	۲.۱۱	۱.۸۴	انحراف معیار
				گروه گواه
۰.۰۵۳	۳۵.۴۵	۳۴.۷۷	۳۶.۳۵	میانگین
	۲.۳۳	۲.۴۳	۱.۸۳	انحراف معیار
	۰.۰۰۱	۰.۰۰	۰.۶۸	مقدار احتمال
				مولفه روابط مثبت با دیگران
				گروه آزمون
۰.۰۰	۳۹.۴۸	۴۲.۱۹	۳۷.۶۱	میانگین
	۲.۶۶	۲.۸۶	۱.۵۴	انحراف معیار
				گروه گواه
۰.۵۷۵	۳۷.۵۴	۳۷.۱۶	۳۷.۳۲	میانگین
	۱.۶۸	۱.۴۸	۱.۸۱	انحراف معیار
	۰.۰۰	۰.۰۰۳	۰.۵	مقدار احتمال
				مولفه زندگی هدفمند
				گروه آزمون
۰.۰۰	۴۰.۵۱	۴۲.۵۴	۳۸.۲۹	میانگین
	۲.۹۹	۱.۷	۲.۴۲	انحراف معیار
				گروه گواه
۰.۷۰۳	۳۸.۸۷	۳۸.۲۹	۳۸.۵۴	میانگین
	۲.۸	۲.۹۷	۲.۰۵	انحراف معیار
	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۷۱	مقدار احتمال
				مولفه تسلط بر محیط
				گروه آزمون
۰.۰۰	۴۱.۳۲	۴۴.۴۱	۳۶.۵۴	میانگین
	۱.۹۷	۱.۳۶	۱.۸۹	انحراف معیار
				گروه گواه
۰.۰۵۱	۳۶.۸۷	۳۶.۹	۳۵.۷۴	میانگین
	۱.۶	۱.۶۴	۱.۴۸	انحراف معیار
	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۱	مقدار احتمال
				مولفه خودمختاری
				گروه آزمون
۰.۰۰	۳۴.۴۸	۳۷.۵۸	۳۲.۳۲	میانگین
	۱.۰۹	۱.۸۷	۱.۸۳	انحراف معیار
				گروه گواه
۰.۰۷۴	۳۱.۴۸	۳۱.۸۷	۳۲.۷۴	میانگین
	۲.۱۱	۲.۰۲	۱.۸۷	انحراف معیار
	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۳۷	مقدار احتمال
				مولفه رشد فردی
				گروه آزمون
۰.۰۰	۳۹.۴۸	۴۲.۱۶	۳۶.۸۳	میانگین
	۱.۲	۲.۰۸	۲.۲۲	انحراف معیار
				گروه گواه
۰.۶۶۴	۳۶.۸۳	۳۷.۳۸	۳۷.۱۶	میانگین
	۲.۰۸	۲.۰۷	۲.۳۳	انحراف معیار
	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۵۸	مقدار احتمال

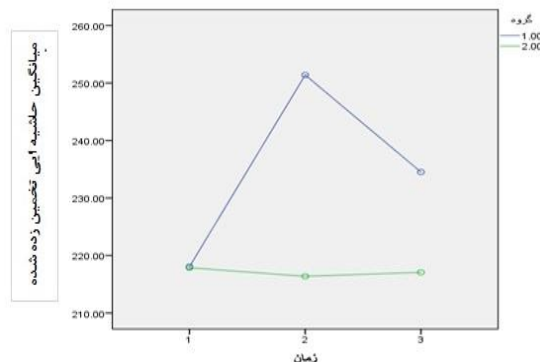
روانپزشکی روزبه در نظر گرفتند، که یافته های پژوهش آنان نشان داد با این که متغیرهای جمعیت شناسی بین دو گروه مداخله و کنترل همسان بوده اند، تغییرات مثبتی در نمره هوش هیجانی گروه مداخله و تاب آوری آنان ایجاد شده که ناشی از مداخله بوده و آموزش مهارتهای هوش هیجانی، تاب آوری پرستاران بخش های روانپزشکی را ارتقاء داده است، در حالی که قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد تغییری حاصل نشده بود [۳۴].

پور و همکاران، در سال ۲۰۱۱ در تحقیق خود با عنوان رابطه هوش هیجانی با استرس، مقابله، بهزیستی و عملکرد حرفه ای در دانشجویان پرستاری که بر روی ۱۳۰ نفر از دانشجویان پرستاری دانشگاه کینگ شهر لندن انجام دادند، به این نتایج دست یافتند: بین هوش هیجانی و شایستگی درک شده و رضایتمندی و افزایش قدرت مقابله با مشکلات و افزایش توانمندی از سوی شرکت کنندگان رابطه مثبت وجود دارد و همچنین نتیجه گرفتند که مولفه های کنترل هیجان این پتانسیل را دارند که افراد را قادر سازند که عملکرد بهتری داشته باشند و آموزش روش های تنظیم هیجان می تواند به داشتن نیروی کار سالمتر و پایدارتر کمک کند و بهزیستی روانشناختی و رضایت شغلی و قدرت مواجهه با استرس را در آنان افزایش دهد [۳۵]. لگات و همکاران، در تحقیق مقطعی خود که با عنوان نجات هیجانی: نقش هوش هیجانی و کارهای عاطفی بر سلامت و استرس شغلی در پرستاران جامعه که در سال ۲۰۱۰ که با هدف تعیین نقش تعدیل کننده هوش هیجانی به عنوان یک عامل کلیدی در نجات کارکنان مراقبت های بهداشتی از استرس شغلی و در نتیجه افزایش رضایت شغلی آن ها بر روی ۳۱۲ تن از پرستاران استرالیایی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی بر سلامت پرستاران و استرس شغلی درک شده از طرف آن ها تاثیر گذار بوده است [۳۶]. مونتنس برگز و همکاران، نیز در مطالعه ای با عنوان بررسی ارتباط هوش هیجانی درک شده، مقابله، حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان پرستاری که در سال ۲۰۰۷ بر روی ۳۳۰ تن از پرستاران و دانشجویان پرستاری تحت نظارت دانشگاه جیین لندن انجام شد، نتیجه گرفتند که بین هوش هیجانی، حمایت اجتماعی و عاطفی و بهزیستی روانشناختی پرستاران و دانشجویان پرستاری رابطه مستقیم وجود دارد و این عوامل بر میزان استرس و فرسودگی آنان نیز موثر خواهد بود [۳۷].

در تبیین تفاوت سازگاری و کنترل هیجانی پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی می توان گفت کنترل هیجانی شامل مکانیزم هایی است که توسط آن ها، فرد ثبات عاطفی پیدا می کند. در صورتی که این مکانیزم ها درست کار نکنند موجب ناسازگاری و اختلال هیجانی و در نهایت افت بهزیستی روانشناختی به دنبال آن می شود. بنابراین به نظر می رسد که با افزایش حس کنترل، علائم و نشانه ها نیز کاهش یابد. آموزش مدیریت و نظم بخشی شناختی هیجانات بر اساس مدل گراس، فرد را به رفتاری سالم و اجتماعی مجهز می کند و اثر مناسبی در جهت کاهش آسیب های فردی، شغلی و اجتماعی خواهد داشت و با ایجاد نگرش های اصولی و علمی در انتخاب بهترین شیوه در انجام بهینه هر فعالیت نقش خود را اثبات خواهد نمود. یادگیری موفق این مهارت، احساس یادگیرنده را در مورد خود مشکلات و استرس هایش

نتایج حاصل از جدول ۲ نشان داد، هر دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی همسان بودند و از لحاظ آماری در متغیرهای جمعیت شناختی بین دو گروه اختلاف معناداری وجود نداشت. نتایج حاصل از جدول ۳ و ۴ نشان داد، میانگین نمره بهزیستی روانشناختی و زیر مولفه های آن در گروه مداخله بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل افزایش پیدا کرد و قبل و بعد از آموزش اختلاف معناداری را نشان داد ($P.value < 0.05$)، ولی در گروه کنترل تفاوت معنی داری مشاهده نشد و تغییرات حاصل در بهزیستی روانشناختی در اثر انجام مداخله (آموزش) بود. بر این اساس می توان گفت که آموزش مهارت های نظم جویی شناختی هیجان می تواند در افزایش هوش هیجانی مؤثر باشد. این نتایج با نتایج پژوهش های پناهی (۲۰۱۶)، بیرامی (۱۳۹۵)، کاووسی کوشا (۱۳۹۳)، خوشنظری (۱۳۹۳)، پور (۲۰۰۱)، لگات (۲۰۱۰) و مونتنس برگز (۲۰۰۷) همخوانی داشت.

پناهی و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان بررسی تاثیر آموزش نظم جویی شناختی هیجان بر بهزیستی روانشناختی فارغ التحصیلان مالزیایی، نتیجه گرفتند که مولفه های شناختی عاطفی نظیر خودکفایی، سرزنش، نومییدی، افکار فاجعه بار، تمرکز مثبت، بازنگری مثبت، برنامه ریزی و پذیرش مثبت، بر افزایش بهزیستی روانشناختی آزمودنی هایشان تاثیر گذار بوده است [۳۱]. بیرامی و همکاران (۱۳۹۵) نیز در مطالعه ای که با عنوان بررسی رابطه سلامت روانشناختی و هوش هیجانی با فرسودگی شغلی در پرستاران بیمارستانهای دولتی تبریز انجام دادند، نشان دادند که متغیرهای سلامت روانشناختی و هوش هیجانی نقش معنی داری در پیش بینی تغییرات فرسودگی شغلی پرستاران داشته است [۳۲]. کاووسی کوشا و همکاران در سال ۱۳۹۳ در تحقیقی با عنوان رابطه بهزیستی روانشناختی با عملکرد شغلی پرستاران و مقایسه آنها در بخش های ویژه و عادی، نشان داد که بین بهزیستی روانشناختی و عملکرد شغلی رابطه مثبت و معناداری وجود داشته و همچنین بین بهزیستی روانشناختی پرستاران بخشهای ویژه و عادی تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده کرد [۳۳].



تصویر ۱: معیار حاشیه ای برآورد شده برای تغییرات میزان بهزیستی روانشناختی در دو گروه مداخله و کنترل در زمان های قبل، بلافاصله بعد و سه ماه پس از انجام مداخله.

خوش نظری و همکاران، در سال ۱۳۹۳ نیز طی تحقیقی با عنوان تأثیر آموزش مهارتهای هوش هیجانی بر تاب آوری پرستاران بخش های روان پزشکی، جامعه پژوهش را پرستاران شاغل در بیمارستان

در نمونه کوچکی از پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی به اجرا درآمد و امکان امکان مطالعات پیگیری در مورد ثبات مهارت های تنظیم شناختی هیجان در پرستاران وجود نداشت. همچنین کسب اطلاعات در زمینه نظم جویی شناختی هیجان توسط گروه کنترل از طریق رسانه های مختلف می توانست نتایج این پژوهش را مخدوش نموده که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج بود. لذا پیشنهاد می شود مطالعات مشابه در آینده با مدت زمانی طولانی تر با تأکید بر عوامل پیش بینی کننده و نتایج بهزیستی روانشناختی پرستاران و رابطه آن با متغیرهای زمینه ای در نمونه های بیشتری از پرستاران ایرانی انجام گردد تا ضمن پرداختن به این موضوع مهم، عوامل تأثیر گذار بر آن مشخص شود و مبنایی برای پژوهش های بعدی در زمینه بهزیستی روانی پرستاران باشد. ضمناً با توجه به زمانبر بودن تغییر رفتار، توصیه می گردد آموزش ها در دوره های بلند مدت تری دنبال گردد.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های این پژوهش، آموزش مهارت های نظم جویی شناختی هیجان بر بهزیستی روانشناختی پرستاران مؤثر بوده است و این مداخله منجر به ارتقای بهزیستی روانشناختی آنان گردیده است. بنابراین می توان چنین استنباط کرد که گنجانیدن برنامه های آموزش تنظیم شناختی هیجان در دوره های آموزشی پرستاران منجر به ارتقای سطح تاب آوری و هوش هیجانی در این افراد می شود. لذا به مسئولین و برنامه ریزان سیستم سلامت توصیه می شود در برنامه های آموزش ضمن خدمت پرستاران، آموزش مهارت های نظم بخشی هیجان به روش شناختی را لحاظ نمایند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانپرستاری در دانشگاه علوم پزشکی قزوین بوده، که بدین وسیله پژوهشگران مراتب سپاس خود را از کلیه اساتید، کارشناسان و کمیته اخلاق این دانشگاه، همچنین مسئولین و کارکنان محترم مراکز درمانی ۲۲ بهمن، بوعلی و قدس شهر قزوین و بخصوص پرستاران شرکت کننده در تحقیق که با صبر و متانت خود راهگشای مطالعه بودند، اعلام نموده و صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایند.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح مینمایند که هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Rahimi A, Ahmadi F, Akhond M. An investigation of amount and factors affecting nurses' job stress in some hospitals in Tehran. *J Hayat*. 2004;10(3):13-22.
2. Koy V, Yunibhand J, Angsuroch Y, Fisher M. Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. *Int J Res Med Sci*. 2015;1825-31. doi: 10.18203/2320-6012.ijrms20150288
3. Fallahi khoshkenab M, Karimloo M, Rahgavi A, Fatah Moghadam I. Quality of life and related factors in nurses in psychiatric ward of Tehran University of Medical Sciences. *Haki Health Syst Res J*. 2007;7(11):73-6.

تحت تأثیر قرار می دهد و علاوه بر آن با تغییراتی که کسب این مهارت ها در افراد به وجود می آورد، برخورد فردی و اجتماعی و سازگاری افراد را هم تحت تأثیر قرار می دهد. به طور کلی، افراد با استفاده از تکنیک های مختلف مدیریت هیجان در می یابند که مشکلاتشان چه بوده است و راه های مقابله با این مشکلات را نیز می آموزند، یعنی افراد به کمک این مداخله می توانند از توانایی ها و ظرفیت های خود بهره بیشتری برده و در برابر استرس های زندگی مقاومتر گردند، که این امر در نهایت منجر به افزایش سلامت عمومی و بهزیستی روانشناختی در آنها می گردد. پژوهش حاضر، به بررسی اثر بخشی آموزش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بر افزایش بهزیستی روانشناختی پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی پرداخته است. یافته ها نشان می دهد، بین نمرات پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. این امر نشان می دهد که هر چه پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی، تسلط بیشتری بر مهارت های کنترل و نظم جویی هیجان هایشان به روش شناختی داشته باشند، سلامت روان بهتری خواهند داشت، چرا که مهارت نظم بخشی شناختی هیجان، مهارتی است که فرد با توجه به موفقیت، ارزیابی جدی و دقیق از احساسات و هیجانات خود، به کار می گیرد.

از آنجا که گروه مداخله و کنترل در ویژگیهای جمعیت شناختی همسان بوده اند و با توجه به این که مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون بهزیستی روانشناختی دو گروه مداخله و کنترل تفاوتی در مرحله پیش از مداخله نشان نداده اند، می توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی دار ایجاد شده در میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه صرفاً به دلیل مداخله آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجان است، به عبارت دیگر مهارت های تنظیم شناختی هیجان بر ارتقاء بهزیستی روانشناختی آزمودنی ها مؤثر بوده است. افزایش میزان بهزیستی روانشناختی از طریق آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجان، از این نظر اهمیت دارد که فرد از طریق شناخت احساسات و هیجان های خود و دیگران در شرایط سخت و دشوار می تواند خود را حفظ نماید و همچنین در پرستاران به منظور مقابله با تنش های محیط کار و جلوگیری از فرسودگی های شغلی و بوجود آوردن نگرش مثبت در شرایط سخت و ناگوار ضروری به نظر می رسد. با عنایت به مطالعات ذکر شده بهزیستی روانشناختی فاکتوری مهم و تأثیر گذار در کیفیت عملکرد پرستاران بوده و حفظ و ارتقای آن از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. شایان ذکر است که در این پژوهش به دلیل کمبود وقت و نیروی آموزشی امکان مقایسه اثربخشی برنامه "آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجان" با برنامه های دیگر وجود نداشت و این پژوهش

7. Lauvrud C, Nonstad K, Palmstierna T. Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:31. doi: [10.1186/1477-7525-7-31](https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-31) pmid: [19371413](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19371413/)
8. Robinson JR, Clements K, Land C. Workplace stress among psychiatric nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2003;41(4):32-41.
9. Hannigan B, Edwards D, Coyle D, Fothergill A, Burnard P. Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2000;7(2):127-34. doi: [10.1046/j.1365-2850.2000.00279.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00279.x) pmid: [11146908](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11146908/)
10. Taghva A, Yazdani A, Ebrahimi M, Alizadeh K, Sakhabakhsh M. Prevalence of depression in psychiatric nurses and comparison with other parts of the AJA hospitals. *J Nurs Physician War*. 2014:23-4.
11. Timothy W, Bergman B. Occupational stress: counts and rats. *Compens work cond*. 1999:38-41.
12. Yousefi R, Adhamian E, Namdari K. A comparison of depression and occupational stress in psychiatric and non psychiatric unit nurses and official employees. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2006;4(2):80-90.
13. Carson VB, Arnold N. *Mental health nursing: The nurse-patient journey*: WB Saunders Philadelphia; 2000.
14. Safavi A. Human's sciences translation culture. *Savalan J*. 2016;3(11):14-7.
15. Yadav G. *Parenting and Healthy Family Structure*: Red'shine Book Publication 2017.
16. Yavari M. Comparison psychiatric nurses burnout and general health with critical care (ICU) nurses. *Q J Nurs Manage*. 2014;3(1).
17. Fakhri MK, Bahar A, Amini F. Effectiveness of Mindfulness on Happiness and Blood Sugar Level in Diabetic Patients. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2017;27(151):94-104.
18. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*. 1995;69(4):719-27. doi: [10.1037//0022-3514.69.4.719](https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719) pmid: [7473027](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7473027/)
19. Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. The effect of emotion regulation training based on dialectical behavior therapy and gross process model on symptoms of emotional problems. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012;14(2).
20. Mohebbi M, Badri R. The Emotions and Consequences of Emotion Regulation in Female Students. *J Educ Psychol Stud*. 2016;1(1):8-17.
21. Ashkani F, Heydari H. Attributional styles of students with learning disabilities in primary school. *J Learn Disabil*. 2014;4(1):6-22.
22. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9 - 11-year-old children: the development of an instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(1):1-9. doi: [10.1007/s00787-006-0562-3](https://doi.org/10.1007/s00787-006-0562-3) pmid: [16791542](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16791542/)
23. Ortony A, Clore GL, Collins A. *The cognitive structure of emotions*. Cambridge Uni. 1988.
24. Argyle M. *The psychology of happiness*: Routledge; 2013.
25. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. *Sci J Educ Strateg Med Sci*. 2012:16-9. doi: [10.1037/t03801-000](https://doi.org/10.1037/t03801-000)
26. Hoseini golafshani Z, Moghadam S. Comparing of cognitive emotion regulation strategies among critical care nurses and public health centers in Qazvin University of Medical Sciences in 2016. *Sci J Educ Strateg Med Sci*. 2016:16-9.
27. Arutyunyan K. Better understanding of the nature of empathy: interaction of empathy, attachment styles, narcissism, dogmatism, anxiety, and emotion regulation in people of helping professions: City, University of London; 2018.
28. Bamonti P, Conti E, Cavanagh C, Gerolimatos L, Gregg J, Goulet C, et al. Coping, Cognitive Emotion Regulation, and Burnout in Long-Term Care Nursing Staff: A Preliminary Study. *J Appl Gerontol*. 2019;38(1):92-111. doi: [10.1177/0733464817716970](https://doi.org/10.1177/0733464817716970) pmid: [28671027](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28671027/)
29. Zadhanan Z, Dehghanpour M, Bastami M, Yarahmadi H. The Relationship Between Happiness And Psychological Well-Eing With Job Satisfaction Of Khuzestan Military Hospital Nurses. *J Nurs Physician War*. 2017:21-7.
30. Strategies Among Critical Care Nurses And Public Health Centers In Qazvin University Of Medical Sciences In 2016 [press release]. *Qazvin University of Medical Science*, Jul 1963.
31. Panahi S, Yunus AS, Panahi MS. Influence Cogn Emotion Regul Psychol Well-being Malays Graduates. *Eur Proc Soc Behav Sci*. 2016:53-67. doi: [10.15405/epsbs.2016.05.02.610.15405/epsbs.2016.05.02.6](https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.05.02.610.15405/epsbs.2016.05.02.6)
32. Bayrami M, Hashemi T, Ghahramanzade A, Alaie P. The relationship between mental health and emotional intelligence with job burnout in nurses of Tabriz state hospitals. *J Res Behav Sci*. 2011;9(2):141-7.
33. Kavosi Z, Ghaderi A, Moeen Zadeh M. The relationship between psychological well-being and job performance of nurses and comparison of intensive and regular units. *Res Clin Psychol Consultation J*. 2014;4(1):175-85.
34. Khoshnazary S, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Bakhshi E. The Effect of Emotional Intelligence (EI) Training on Nurses' Resiliency in Department of Psychiatry. *Iranian J Psychiatric Nurs*. 2016;3(4):28-37.
35. Por J, Barriball L, Fitzpatrick J, Roberts J. Emotional intelligence: its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse Educ Today*. 2011;31(8):855-60. doi: [10.1016/j.nedt.2010.12.023](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.023) pmid: [21292360](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21292360/)
36. Karimi L, Leggat SG, Donohue L, Farrell G, Couper GE. Emotional rescue: the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *J Adv Nurs*. 2014;70(1):176-86. doi: [10.1111/jan.12185](https://doi.org/10.1111/jan.12185) pmid: [23763612](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23763612/)
37. Montes-Berges B, Augusto JM. Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14(2):163-71. doi: [10.1111/j.1365-2850.2007.01059.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01059.x) pmid: [17352779](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17352779/)