

Effect of Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion Regulation Therapy on the General Health, Aggression, and Job Stress of Nurses

Simin Farhangian¹ , Zeinab Mihandust^{2*} , Vahid Ahmadi²

¹ PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

Article history:

Received: 26 April 2021

Revised: 19 June 2021

Accepted: 04 September 2021

ePublished: 20 March 2022

*Corresponding author: Zeinab Mihandust, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
Email: mihandost@ilam-iau.ac.ir



Abstract

Background and Objective: One of the factors affecting the mental health of people is their job. Nursing is a source of stress due to the stress in its nature. Although the common goal of all psychotherapy approaches is to promote mental health, the results of studies have shown that there is a significant difference between them in terms of effectiveness. Therefore, the selection of the best psychological treatment to promote nurses' mental health has always been important.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study, 45 nurses working in Imam Khomeini Hospital in Songor, Kermanshah Province, Iran, in the first half of 2020 were randomly selected and divided into three groups (n=15 each). The first group participated in twelve 90-minute training sessions of cognitive-behavioral therapy (two sessions per week), and the second group took part in twelve 90-minute training sessions of emotion regulation therapy (two sessions weekly). However, the control group did not receive any treatment. The results were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion regulation therapy on the dependent variables of aggression (P=0.04), job stress (P=0.03), and general health (P=0.01) was significant. Pairwise comparison of the groups for dependent variables indicated that regarding the aggression variable, emotion regulation therapy based on was more effective (P=0.01), and considering the job stress variable, cognitive-behavioral therapy was more effective (P=0.04). It was also revealed that cognitive-behavioral therapy and emotion regulation therapy had the same effect on the general health of nurses (P=0.08).

Conclusion: According to the obtained results, health officials should pay more attention to the mental health of nurses and, by considering both treatments, provide the ground to increase cognition and promote excitement in nurses.

Keywords: Aggression; Cognitive-Behavioral Therapy; Emotion Regulation Therapy; General Health; Job Stress

Extended Abstract

Background and Objective

One of the factors affecting the mental health of people is their job. Nursing is a source of stress due to the stress in its nature. Although the common goal of all psychotherapy approaches is to promote mental health, the results of studies have shown that there is a significant difference between them in terms of effectiveness. Therefore, the selection of the best psychological treatment to promote nurses' mental health has always been important. Nurses are among the people who have a close relationship with other people, take responsibility for human life and health, and deal with patients and their illnesses. Consequently, they constantly experience severe stress, and due to the important, sensitive, and stressful nature of their role, they are exposed to aggressive behaviors. In this respect, this job is associated with a combination of roles through technical activities, professional skills, human relations, and empathy, each of which creates a great role and responsibility for the nurse.

Materials and Methods

In this quasi-experimental study, 45 nurses working in Imam Khomeini Hospital in Songor, Kermanshah Province, Iran, in the first half of 2020 were randomly selected and divided into three groups (n=15 each). The first group participated in twelve 90-minute training sessions of cognitive-behavioral therapy (two sessions per week), and the second group took part in twelve 90-minute training sessions of emotion regulation therapy (two sessions weekly). However, the control group did not receive any treatment. The results were analyzed using a multivariate analysis of covariance. A variety of cognitive, emotional, and behavioral techniques were used in the treatment sessions. These methods were designed appropriately for the clients. Some of these techniques included challenging irrational ideas, doing cognitive tasks, practicing self-mastery, implementing problem-solving methods, recognizing stressful situations and prior preparation, learning relaxation techniques, and using force and energy.

Results

The results showed that the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion regulation therapy on the dependent variables of aggression (P=0.04), job stress (P=0.03), and general health (P=0.01) was significant. Pairwise comparison of the groups for dependent variables indicated that regarding the aggression variable, emotion regulation therapy based on emotion regulation was more effective (P=0.01), and considering the job stress variable, cognitive-behavioral therapy was more effective (P=0.04). It was also revealed that cognitive-behavioral therapy and emotion regulation therapy had the same effect on the general health of nurses (P=0.08). According to the

research findings, both cognitive-behavioral therapy and emotion regulation therapy were effective in reducing the aggression, job stress, and general health of nurses. A comparison of the two groups regarding the dependent variables showed that emotion regulation therapy had a greater effect on aggression than cognitive-behavioral therapy. In the field of job stress, cognitive-behavioral therapy was found to be more effective than emotion regulation therapy. Considering the public health dependent variable, it could be inferred that both cognitive-behavioral therapy and emotion regulation therapy had almost the same effect on improving participants' general health.

Conclusion

Due to the fact that this study was performed only on nurses, there are limitations in the generalizability of the results to other occupations. In the present study, a questionnaire was used to collect information. Other methods, such as interviewing and observation, may show different results. Nurses' mental and emotional states and their fatigue might also have affected the type of provided answers by the nurses. Despite these limitations, this study was able to clarify the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion regulation therapy in reducing the aggression, job stress, and general health of nurses.

The findings of this study can be used to plan to address the psychological problems of nurses and promote their mental health. Given that the problems related to nurses' work environment reduce the quality of nursing care and increase staff costs and absenteeism, and since training in effective psychological strategies decreases workplace aggression and stress and promotes nurses' health, nursing managers and officials can hold training courses on psychological therapies in the workplace, through which the quality of medical care, and consequently, client satisfaction and the quality of the healthcare system will be improved.

According to the obtained results, health officials should pay more attention to the mental health of nurses and, by considering both types of therapy, provide the ground to increase cognition and promote excitement in nurses. In this study, it was found that cognitive-behavioral therapy and emotion regulation therapy had the same effect on the general health of nurses. In other words, there was no significant difference between the two treatments in the effectiveness on the general health variable. To illustrate, in cognitive-behavioral therapy, the person achieves positive results by changing their misconceptions, and in emotion regulation therapy, using adaptive emotion regulation strategies, physical and psychological conditions (e.g., reduction in anxiety and depression), socialization with other people in the workplace, and the overall health of the individual will be improved.

تأثیر مقایسه‌ای درمان شناختی-رفتاری و مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی، کاهش پرخاشگری و استرس شغلی پرستاران

سیمین فرهنگیان^۱، زینب میهن‌دوست^{۲*}، وحید احمدی^۲

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

چکیده

سابقه و هدف: شغل یکی از عوامل اثرگذار بر سلامت روانی افراد است. شغل پرستاری به علت داشتن تنش در ماهیت خود، منبع فشار روانی است. با وجود اینکه هدف مشترک همه رویکردهای روان‌درمانی، ارتقای سلامت روانی است، مطالعات نشان داده‌اند بین این رویکردها در میزان اثربخشی تفاوت وجود دارد؛ بنابراین، انتخاب بهترین درمان روان‌شناختی به‌منظور ارتقای سلامت روانی پرستاران همواره مهم و مورد توجه بوده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه‌آزمایشی، ۴۵ پرستار شاغل در بیمارستان امام خمینی (ره) سنقر در نیمه اول سال ۱۳۹۹ به شیوه غیراحتمالی داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. گروه اول یک دوره درمان شناختی-رفتاری را در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته (هر هفته دو جلسه) و گروه دوم درمان مبتنی بر تنظیم هیجان را در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته (هر هفته دو جلسه) دریافت کردند. گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. نتایج با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر متغیرهای وابسته پرخاشگری ($P=0/04$)، استرس شغلی ($P=0/03$) و سلامت عمومی ($P=0/01$) معنی‌دار است. مقایسه دو به دوی گروه‌ها در متغیرهای وابسته نشان می‌دهد در متغیر پرخاشگری، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان مؤثرتر است ($P=0/01$) و در متغیر استرس شغلی، درمان شناختی-رفتاری تأثیر بیشتری دارد ($P=0/04$). درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در سلامت عمومی پرستاران تأثیر یکسانی دارند ($P=0/08$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، پیشنهاد می‌شود مسئولان حوزه بهداشت و درمان به سلامت روانی پرستاران توجه بیشتری نشان دهند و با لحاظ کردن هر دو درمان، زمینه افزایش شناخت و ارتقای هیجان را در پرستاران فراهم کنند.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۰۶
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۲۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۱۳
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: زینب میهن‌دوست، گروه روان‌شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
ایمیل: mihandost@ilam-iau.ac.ir

واژگان کلیدی: استرس شغلی؛ پرخاشگری؛ درمان شناختی-رفتاری؛ درمان مبتنی بر تنظیم هیجان؛ سلامت عمومی

استناد: فرهنگیان، سیمین؛ میهن‌دوست، زینب؛ احمدی، وحید. تأثیر مقایسه‌ای درمان شناختی-رفتاری و مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی، کاهش پرخاشگری و استرس شغلی پرستاران. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، زمستان ۱۴۰۰، ۳۰(۱): ۶۲-۵۲.

مقدمه

از این‌رو، پیوسته فشار روانی شدیدی را تجربه می‌کنند و با توجه به ماهیت مهم، حساس و پراسترس نقش خود، در معرض بروز رفتارهای پرخاشگرانه قرار دارند [۱].

ماهیت این شغل به گونه‌ای است که با ترکیبی از نقش‌ها از طریق فعالیت‌های فنی، مهارت‌های حرفه‌ای، روابط انسانی و احساس همدردی در ارتباط است و هر کدام از این فعالیت‌ها، نقش و مسئولیت زیادی را برای پرستار ایجاد می‌کند [۲]. پرستاران در مقایسه با سایر کارکنان مراقبت بهداشتی، استرس شغلی بیشتری

پرستاران یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت محسوب می‌شوند که بیشترین تعامل را با بیماران دارند و وضعیت روحی و روانی آنان تأثیر قابل توجهی بر بیماران دارد [۱]. حجم کاری زیاد پرستاران احتمال بروز اضطراب، افسردگی و استرس شغلی را در آن‌ها افزایش می‌دهد و سلامت آنان را تهدید می‌کند [۲]. پرستاران از جمله افرادی هستند که ارتباط تنگاتنگ و نزدیکی با سایر مردم دارند، مسئولیت زندگی و سلامت انسان‌ها را بر دوش می‌کشند و با بیماران و بیماری‌ها روبه‌رو هستند.

و نشان‌دهنده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به‌عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارهاست. هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط، خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است [۱۴]. در این رویکرد اساس کاهش پرخاشگری بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است [۱۵].

درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس نیز یک بسته راهبردی مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی درباره استرس، آموزش تن‌آرامی (Relaxation)، مراقبه (Meditation)، آموزش خودزاد (Autogenic training)، بازسازی شناختی (Cognitive reconstruction)، آموزش مهارت‌های ابرازگری، افزایش شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت خشم (Anger management) است [۱۶]. تحقیقات نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری، میزان اضطراب، استرس و پرخاشگری را کاهش می‌دهد [۱۷]. به‌طور خلاصه، پژوهش‌ها نشان دادند درمان شناختی-رفتاری در افزایش سلامت روانی مؤثر است [۱۸].

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان نیز فرایندی است که به تغییر در نوع، شدت، مدت یا بیان احساسات منجر می‌شود که باعث پرورش سطح بهینه‌ای از تعامل با محیط می‌شود و در راه‌اندازی و حفظ رفتار انطباقی و کاهش استرس و تجربه هیجان‌های منفی و رفتار ناسازگارانه اهمیت دارد. تنظیم هیجان به معنی تمام فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجان هستند. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی، راهبردهای سازگارانه (ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری) و راهبردهای ناسازگارانه (ملامت خود، ملامت دیگران، پذیرش، فاجعه‌سازی و نشخوارگری) تقسیم می‌شود. تنظیم نبودن هیجان، کارکرد مؤثر شناخت را مختل می‌کند و این اختلال در شناخت مجدد، آشفتگی هیجانی را شدیدتر می‌کند. ناتوانی در کنترل هیجان‌های منفی ناشی از افکار و باورهای منفی درباره نگرانی و استفاده، از شیوه‌هایی ناکارآمد مقابله‌ای است [۱۹].

در واقع تنظیم هیجان به فرایندهایی گفته می‌شود که از طریق آن‌ها افراد هیجان‌اتشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هوشیارانه و ناهوشیارانه تعدیل می‌کنند. به عبارت دیگر، تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری و تجربی یا جسمانی هیجان‌هاست و به‌طور خودکار یا کنترل‌شده، هوشیار یا ناهوشیار و از طریق به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان انجام می‌شود؛ راهبردهایی مانند بازآرزیابی، نشخوار فکری، خوداظهاری، اجتناب و بازداری [۲۰]. از آنجاکه تنظیم شناختی هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، آشفتگی در هیجان و تنظیم آن موجب اندوهگینی و حتی آسیب روانی می‌شود. تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری انسان با وقایع استرس‌زای زندگی

را تجربه می‌کنند [۵]. میزان زیاد استرس در این شغل بر سلامت جسمی و روانی آنان اثر می‌گذارد. این استرس در نتیجه ترکیب عوامل شخصی و عوامل مربوط به محیط کار ایجاد می‌شود [۶]. توجه به سلامت پرستاران در تمامی ابعاد آن یکی از راه‌های ارتقای کیفیت مراقبت و درمان است [۷]. طبق گزارش‌های سازمان نظام پرستاری، ۷۵ درصد از پرستاران در جاتی از افسردگی و بیماری‌های جسمی و روانی را دارند. کمتر می‌توان پرستاری را یافت که پس از ۱۲ سال کار، دچار ناراحتی‌های فیزیولوژیکی، بیماری‌های عفونی یا ناراحتی‌های روحی نشده باشد؛ چراکه در طول دوره کاری، وظایفی را تقبل کرده‌اند که در حوزه وظایف آن‌ها نبوده است [۸].

پرخاشگری یکی از پیچیده‌ترین احساسات است. رفتار پرخاشگرانه در انسان به صورت اعمال خشونت‌بار علیه دیگران تظاهر می‌کند. پرخاشگری واکنشی به محرک‌های موقعیتی است که سبب بروز تغییرات فیزیولوژیکی همچون افزایش فشار خون، ضربان قلب و سطح آدرنالین می‌شود و مشکلات جسمی و روانی ایجاد می‌کند که به نوبه خود کارکرد بالینی و کیفیت مراقبت ارائه‌شده پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۹]. استرس شغلی پاسخ‌های جسمانی و هیجانی زیان‌آور افراد است که در شرایط یا مواقعی روی می‌دهد که نیازهای شغلی، توانایی‌ها و منابع با نیازهای کارکنان تطابق نداشته باشد [۱۰]. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را سلامت کامل بدنی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری یا ناتوانی تعریف می‌کند. همچنین سلامت عمومی را معادل تمام روش‌ها یا تدابیری می‌داند که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری روانی به کار می‌رود [۱۱]. تحقیقات نشان داده است بیش از یک‌سوم پرستاران بهداشت روانی خوبی ندارند [۱۲]. حتی زمانی که اختلالاتی مثل پرخاشگری و مشکلات سلامت روانی شناسایی می‌شود، این افراد برنامه مداخله‌ای لازم را دریافت نمی‌کنند. مطالعات نشان داد جای آموزش و مشاوره در زمینه افزایش سطح سازگاری، قدرت مقابله، افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود حمایت خانواده، همکاران و مدیریت وجود دارد [۷].

درمان‌های شناختی-رفتاری شامل راهبردهایی هستند که به‌منظور تغییر تفکر، نگرش، ادراک و رفتار افراد مسئله‌دار طراحی شده‌اند. درمان شناختی-رفتاری اساساً رویکردی است که استفاده از آن برای درمان گروه وسیعی از اختلال‌های روانی مورد توجه و حمایت نظری و تجربی فراوانی قرار گرفته است. در این رویکرد که روش‌های شناختی و رفتاری در کنار هم به کار می‌روند، بر شناسایی باورهای نادرست، منفی و غیرمنطقی تأثیرگذار بر عواطف و رفتارهای بیماران و اصلاح این باورهای زیربنایی با استفاده از فنون شناختی و رفتاری تأکید می‌شود. از طریق رفتاردرمانی فرد یاد می‌گیرد چگونه رفتارهای خود را کنترل کند، مهارت‌های مقابله بهتری کسب کند و توانایی درک نتایج رفتار خود را افزایش دهد. همچنین چگونه شرایط استرس‌زای زندگی را با موفقیت بیشتری مدیریت کند [۱۳].

برنامه‌های درمان شناختی-رفتاری بر نوعی رفتاردرمانی مبتنی هستند که در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی به وجود آمده‌اند

دارد؛ زیرا بدون تردید در زندگی روزمره قابلیت قابل توجهی برای دشواری در تنظیم هیجانی وجود دارد و تنظیم هیجانی یکی از مهم‌ترین تکالیف برای سلامت جسمی و روان‌شناختی محسوب می‌شود [۲۱].

Szczygiel و همکاران نشان دادند ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین‌فردی تأثیر می‌گذارد [۲۲]. از آنجا که بسیاری از مشکلات موجود در بیمارستان‌ها غیر قابل اجتناب است و هر پرستار خواه ناخواه با این استرس‌ها روبه‌رو خواهد شد، راهکار مناسب این است که بتوان توان و نیروی جسم و ذهن پرستاران را افزایش داد تا آن‌ها بتوانند در هر شرایطی تعادل خود را حفظ کنند و بهترین تصمیم را بگیرند. یکی از شیوه‌های مهم که سازمان می‌تواند از کارکنان خود حمایت کند، فراهم آوردن آموزش‌های لازم است. چنانچه آموزش‌ها برای کارکنان ضرورت داشته باشد، تنها در دسترس بودن آموزش کافی نیست، بلکه فراهم کردن تسهیلات و زمان مناسب، به‌ویژه ارائه آموزش روان‌شناختی در محیط کار بسیار مهم است. با توجه به مطالب ذکرشده و اهمیت بهداشت روانی در محیط کار، هدف این پژوهش بررسی تأثیر مقایسه‌ای درمان شناختی-رفتاری و مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی، کاهش پرخاشگری و استرس شغلی پرستاران است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی بود که با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه مطالعه حاضر را تمام کادر پرستاری (اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و طرحی) شاغل در شیفت صبح، عصر و شب در تمام بخش‌های بیمارستان امام خمینی شهرستان سنقر و کلیایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در نیمه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند. نمونه این پژوهش شامل ۴۵ نفر از پرستاران شاغل در این بیمارستان بود که به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر زیرگروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل یک سال کار بالینی، مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر در رشته پرستاری، مصرف نکردن داروهای مرتبط با اختلالات سایکوتیک در شش ماه گذشته، امضای فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و دریافت نکردن خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات درمانی بود.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که محقق پس از انجام هماهنگی‌های لازم با معاونت آموزشی بیمارستان و ارائه توضیحات درباره پژوهش و نحوه اجرای آن، همکاری مسئولان مربوطه را برای اجرای مطالعه جلب کرد. نحوه تخصیص آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل به این صورت بود که پس از انتخاب ۴۵ نفر از پرستاران و تقسیم آن‌ها به سه گروه ۱۵ نفری، برای هر گروه کدی

در نظر گرفته شد (A، B و C). هر کد در یک بسته قرار داده شد و همه کدها در یک پاکت قرار گرفتند تا به صورت تصادفی استخراج و به صورت تصادفی در گروه‌ها جایگزین شوند (کد C گروه آزمایشی اول، کد B گروه آزمایشی دوم و کد A گروه کنترل). پس از انتخاب نمونه و جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های ۱۵ نفره، از همه گروه‌ها پیش‌آزمون با پرسش‌نامه‌های پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی گرفته شد. سپس برای گروه اول یک دوره درمان شناختی-رفتاری در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته (هر هفته دو جلسه) و برای گروه دوم درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته (هر هفته دو جلسه) برگزار شد. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد.

فنونی که در جلسه‌های درمانی به کار گرفته شد، شامل انواع فنون شناختی، هیجانی و رفتاری بود. این روش‌ها متناسب با درمانجویان طراحی شد. برخی از این فنون عبارت بودند از: به چالش کشیدن عقاید غیرمنطقی، انجام دادن تکالیف شناختی، تسلط بر خویشتن، روش حل مسئله، شناخت موقعیت‌های استرس‌زا و آمادگی قبلی، آموزش فن آرامش و استفاده از نیرو و انرژی. برای گروه آزمایشی دوم درمان مبتنی بر تنظیم هیجان اجرا شد، ولی برای آزمودنی‌های گروه کنترل مداخله‌ای ارائه نشد.

در این مطالعه مفاد مطرح‌شده در بیانیه هلسینکی رعایت شد که از آن جمله می‌توان به توصیف اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای پژوهش، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد [۲۳]. ده روز پس از اتمام جلسات درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، مجدداً آزمودنی‌های هر سه گروه در یک جلسه با استفاده از پرسش‌نامه‌های پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی ارزیابی شدند (مرحله پس‌آزمون). پس از خاتمه جلسات درمان، به‌منظور رعایت موارد اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش، گارگاه یک روزهای برای آزمودنی‌های گروه کنترل برگزار شد. شرح مختصری از جلسات درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در جدول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان شناختی-رفتاری

جلسه اول و دوم؛ معرفی جلسات درمان شناختی-رفتاری، آشنایی اعضا با یکدیگر، آشنایی با مفاهیم رفتار و شناخت و رفتارهای آموخته‌شده، یادگیری‌زدایی رفتارها، تشریح اهمیت شناخت‌ها، باورها و نگرش و نقش آن در شخصیت و رفتار و بهبود رفتار و باورهای سازنده و مثبت و اثربخشی آن در بهبود رفتار و شکل‌گیری شخصیت

جلسه سوم؛ معرفی عوامل ایجادکننده خشم و پرخاشگری، آشنایی با مفهوم خشم و پرخاشگری و عوامل به‌وجودآورنده آن با استفاده از دو مدل رفتاری (یادگیری اجتماعی) و شناختی (تأثیر باورها و نگرش‌ها)، بیان مضرات فردی و اجتماعی خشم و پرخاشگری

جلسه چهارم؛ درمان شناختی-رفتاری خشم و پرخاشگری، مرور مطالب قبلی، بررسی افکار خودآیند و باورها در ایجاد رفتار نامطلوب

جدول ۱: مقایسه بین‌گروهی هریک از مؤلفه‌ها برای بررسی درمان‌های شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون

منبع	متغیر وابسته	مجموع مربعات نوع	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی‌داری	مجدور ضریب اتا
بین‌گروهی	فیزیکی	۲۳۳/۱۶۵	۲	۱۱۶/۵۸۲	۳۵/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۲
	کلامی	۳۴۴/۱۸۷	۲	۱۷۲/۰۹۳	۴۷/۱۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
	خشم	۱۴۵/۲۰۳	۲	۷۲/۶۰۱	۲۴/۹۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲
	خصوصیت	۳۵۴/۱۲۳	۲	۱۷۷/۰۶۱	۵۸/۲۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
	استرس شغلی	۵۳۵۵/۶۴۷	۲	۲۶۷۷/۸۲۴	۲۸/۷۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶
	وضعیت	۱۹۶/۹۲۵	۲	۹۸/۴۶۲	۱۲/۴۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
	اضطراب	۲۵۱/۵۱۰	۲	۱۲۵/۷۵۵	۳۵/۱۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۱
	روابط اجتماعی	۳۸۰/۴۰۷	۲	۱۹۰/۲۰۳	۴۱/۴۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵
	افسردگی	۵۴۲/۳۷۵	۲	۲۷۱/۱۸۷	۳۷/۷۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۶

پرخاشگری و چگونگی تعویض این باور با باور سازنده، چگونگی تسلط بر خویشتن با داشتن باور سازنده و رهایی از باور منفی جلسه پنجم؛ آموزش روش‌های مقابله با خشم و پرخاشگری، مرور تمرین‌های در خانه، ارائه راهبرد روش پذیرش در شناخت درمانی و انجام تمرین پذیرش خود و دیگران و واقعه به‌وجودآمده (در قدم اول همین‌گونه که هست)، سپس تمرین روش تسلط بر خویشتن جلسه ششم؛ تمرین روش‌های معرفی‌شده در جلسات قبل و ارائه روش‌های جدید، مرور روش پذیرش، ارائه روش توقف فکر و لپی و روش حل مسئله و انجام تمرین‌های عملی در کلاس جلسه هفتم؛ معرفی استرس‌زها و پاسخ‌های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی، بررسی استرس‌زها، تأثیرات جسمی استرس، پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت، آموزش آرمیدگی و اجرای آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای جلسه هشتم؛ تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، تفکر منفی و تحریفات شناختی، معرفی تنفس دیافراگمی با تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل (هیچ ماهیچه‌ای را منقبض نمی‌کند، همراه با تصویرسازی مکان خاص)، تأثیر تفکر منفی بر رفتار، تمرین شناسایی افکار منفی جلسه نهم؛ آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، ضربه قلب، تنفس، شکم و پیشانی، مقابله کارآمد، آموزش خودزاد و ارائه دستورالعمل‌های آن، بررسی تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی، معرفی گام‌های جایگزینی افکار منطقی، ارائه تعریفی از

مقابله و معرفی انواع مقابله کارآمد و ناکارآمد جلسه دهم؛ مراقبه مانترا، مدیریت خشم، مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری، معرفی مراقبه، ارائه حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبه مانترا، بحث درباره مفهوم خشم، آموزش مدیریت خشم، معرفی سبک‌های بین‌فردی، بررسی گام‌های رفتار ابرازگرانه و موانع آن، حل تعارض‌ها جلسه یازدهم؛ تصویرسازی و مراقبه، حمایت اجتماعی و مرور و جمع‌بندی برنامه، مرور تمرین‌های آرمیدگی، اجرای تمرین تصویرسازی صحنه ساحل و مراقبه شمارش تنفس، بحث در باره حمایت اجتماعی و فواید آن و نیز موانع آن، جمع‌بندی مطالب و نظرخواهی از پرستاران

جدول ۲. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر تنظیم هیجان جلسه اول؛ معرفی جلسات تنظیم هیجان، معرفی و آشنایی با اعضای گروه، بیان قواعد گروه و اهداف، معرفی دوره و ضرورت تنظیم هیجان جلسه دوم؛ هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین، خودآگاهی هیجانی، آموزش و معرفی هیجان، شناسایی و نام‌گذاری برچسب‌زنی به احساسات، تمایز میان هیجان‌های مختلف، شناسایی هیجان در حالات مختلف فیزیکی و روان‌شناختی، عوامل موفقیت در تنظیم هیجان جلسه سوم؛ هیجان‌های بیماری‌زا و ضرورت درمان، پیامدهای شناختی واکنش هیجانی، پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی، پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه با هم

جدول ۲: مقایسه بین‌گروهی متغیر پرخاشگری در پس‌آزمون گروه کنترل و گروه آزمایش (درمان مبتنی بر تنظیم هیجان)

منبع	متغیر وابسته	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی‌داری	مجدور ضریب اتا
بین‌گروهی	فیزیکی	۱۷۸/۲۴۴	۱	۱۷۸/۲۴۴	۵۴/۰۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳
	کلامی	۲۶۶/۰۹۲	۱	۲۶۶/۰۹۲	۶۲/۸۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴
	خشم	۱۴۹/۳۶۶	۱	۱۴۹/۳۶۶	۴۶/۴۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰
	خصوصیت	۳۵۲/۲۹۴	۱	۳۵۲/۲۹۴	۱۱۰/۶۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲

(NSS) ۳۴ سؤال دارد که Gary Taft و Anderson در سال ۱۹۸۱ آن را طراحی کردند و میزان استرس شغلی در پرستاران را مشخص می‌کند. این ابزار بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای به صورت هرگز استرس‌زا نیست (۱ امتیاز) تا همیشه استرس‌زاست (۴ امتیاز) سنجیده می‌شود. مجموع امتیازات بین ۳۴ تا ۱۳۶ است که نمرات کمتر یا مساوی ۶۸ نشان‌دهنده استرس کم، نمرات ۶۹ تا ۱۰۳ نشان‌دهنده استرس متوسط و نمرات بیشتر یا مساوی ۱۰۴ نشان‌دهنده استرس زیاد است. این ابزار ۳۴ عبارت دارد و در ۷ حیطه رنج و مرگ بیمار (۷ عبارت)، تعارض با پزشکان (۵ عبارت)، نداشتن آمادگی کافی (۳ عبارت)، کمبود منابع حمایتی (۳ عبارت)، تعارض با پرستاران دیگر (۵ عبارت)، فشار کاری (۶ عبارت) و نداشتن اطمینان از درمان (۵ عبارت) تنظیم شده است. روایی این پرسش‌نامه در مطالعه سلیمی و همکاران (۱۳۹۶) توسط ۱۰ نفر از استادان تأیید و برای پایایی نیز به روش آلفای کرونباخ، ۹۵ درصد گزارش شده است.

پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ (General Health Questionnaire: GHQ): این پرسش‌نامه را اولین بار Goldberg در سال ۱۹۷۲ منتشر کرد و هدف آن تمایز قائل شدن بین افراد سالم و افراد بیمار است. این پرسش‌نامه ۲۸ سؤال و ۴ خرده‌آزمون (علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی و علائم افسردگی) دارد که هرکدام از خرده‌مقیاس‌ها ۷ سؤال دارند. مقیاس نمره‌دهی در این پرسش‌نامه با طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) است. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به‌دست می‌آید. کم بودن نمره در این مقیاس نشان‌دهنده سلامت و بالا بودن نمره نشانگر عدم سلامت است. نمرات ۱۴ تا ۲۱ در هر زیرمقیاس وخامت وضع آزمودنی را در آن عامل نشان می‌دهد. نمره کل ۲۳ و بیشتر نشانگر نداشتن سلامت عمومی و نمره کمتر از ۲۳ بیانگر سلامت روانی است.

در این پژوهش داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

درباره نحوه همگن‌سازی آزمودنی‌ها در مطالعه حاضر باید گفت که افراد شرکت‌کننده در این مطالعه همگی از یک بیمارستان انتخاب شدند و سابقه کاری بین ۳ تا ۷ سال داشتند. پس از گرفتن مجوزهای لازم فهرستی از تمامی پرستاران بیمارستان امام خمینی شهرستان سنقر و کلیایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در اختیار محققان قرار گرفت و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، ۹۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس برای شرکت در مطالعه با آن‌ها تماس گرفته شد. در مرحله بعد غربالگری و همگن‌سازی انجام شد؛ به این صورت که پرسش‌نامه استرس در اختیار همه پرستارانی قرار گرفت که حاضر به شرکت در مطالعه شدند (به صورت مراجعه حضوری محققان به درب منازل آن‌ها). پس از

جلسه چهارم؛ علائم اختلال هیجانی و درمان مناسب و علل اختلال هیجانی، خطاهای شناختی، معرفی علائم جسمانی، رفتاری و شناختی، ژنتیک و محیط و تأثیرپذیری افراد از این دو

جلسه پنجم؛ شاخص‌های اختلال هیجانی، معرفی دو خطای شناختی رایج، معرفی هیجان و اجتناب به‌عنوان شاخص‌های اختلال هیجانی

جلسه ششم؛ داستان اختلال‌های هیجانی، آگاهی از رابطه میان هیجان و رفتار، هیجان و فکر، شناخت و بررسی افکار اتوماتیک

جلسه هفتم؛ تفسیرها، آگاهی از رابطه میان افکار اتوماتیک، تفسیرها و رفتارها

جلسه هشتم؛ تغییر و اصلاح تفاسیر، انعطاف‌پذیری در تفسیر و در نظر گرفتن گستره‌ای از احتمالات

جلسه نهم؛ رفتارهای ناشی از هیجان، آگاهی از پیامدهای اجتناب هیجانی، آگاهی یافتن و کسب تجربه از هیجان یا سرکوب آن

جلسه دهم؛ رویارویی از درون، رویارویی با هیجان، هیجان با تمرکز بر احساسات جسمی، انجام مواجهه و توجه دقیق به تمام موانع یا رفتارهای اجتنابی، تفسیر مجدد، ارزیابی

جلسه یازدهم؛ فرض‌ها و اصول و باورهای هسته‌ای، معرفی باورهای مربوط به طردشدگی، معرفی باورهای مربوط به درماندگی، شناسایی باورهای هسته‌ای

جلسه دوازدهم؛ تغییر باورهای هسته‌ای، شکستن باور هسته‌ای مشکل‌زا و جایگزینی باور جدید

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه پرخاشگری Boss و Perry، پرسش‌نامه استرس شغلی پرستاری و پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ بود.

Boss و Perry در سال ۱۹۹۲ پرسش‌نامه ۲۹ سؤال‌ی پرخاشگری Boss و Perry را طراحی کردند. این پرسش‌نامه میزان پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت را مشخص می‌کند. این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً خلاف خصوصیات من است (نمره ۱) تا کاملاً گویای خصوصیات من است (نمره ۵) سنجیده می‌شود. مجموع امتیازات بین ۲۹ تا ۱۴۵ است که نمرات بیشتر نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر است. در ایران، سامانی (۱۳۸۶) با بررسی مقطعی ۴۹۲ نفر از دانشجویان ۱۸ تا ۲۲ ساله (۲۴۸ پسر و ۲۴۴ دختر) دانشگاه شیراز که به روش خوشه‌ای انتخاب شده بودند و به کمک پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری ارزیابی شدند، ضریب پایایی این پرسش‌نامه را به شیوه بازآزمایی ۰/۷۸ به دست آورد. همچنین همبستگی زیاد عوامل با نمره کل پرسش‌نامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان‌دهنده کفایت و کارایی این پرسش‌نامه برای کاربرد پژوهشگران، متخصصان و روان‌شناسان در ایران است. ضریب آلفای کل نمرات پرسش‌نامه ۰/۸۹ به‌دست آمده است.

پرسش‌نامه استرس شغلی پرستاری (Nursing stress scale):

پاسخگویی پرستاران به سؤالات پرسش‌نامه، نمرات آن‌ها تجزیه و تحلیل شد. در نهایت از بین پرستارانی که حاضر به پر کردن سؤالات پرسش‌نامه استرس شدند، ۴۵ نفر با استرس زیاد (افرادی که نمره آن‌ها در مقیاس استرس، یک انحراف معیار بیشتر از میانگین یا نقطه برش ۱۰ بود) شناسایی و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند.

نتایج

اطلاعات جمعیت‌شناسی مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد ۴ نفر از پرستاران گروه درمان شناختی-رفتاری را مردان و ۱۱ نفر را زنان و در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، ۸ نفر از پرستاران را مردان و ۷ نفر را زنان تشکیل می‌دهند. در گروه کنترل، ۶ نفر مرد و ۹ نفر را زن بودند. میانگین سابقه کاری مردان ۱۱/۶۱ سال و زنان ۷/۸۵ سال بود. ۱۴ نفر از افراد شرکت‌کننده مجرد و ۳۱ نفر متأهل بودند. نتایج آزمون لوین نشان داد سطح معنی‌داری همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است؛ لذا مفروضه یکسانی واریانس‌ها برقرار است. با توجه به محقق شدن پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل کوواریانس، برای بررسی مقایسه‌ای اثربخشی دو روش مداخله، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد که

نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. در جدول ۴ مشاهده می‌شود در تمام مؤلفه‌های پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی بین گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ لذا با توجه به یافته‌های توصیفی می‌توان گفت که دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان به‌طور کلی تأثیر معنی‌داری بر پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی پرستاران داشته است.

با توجه به یافته‌های تحقیق، هر دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی پرستاران مؤثر هستند. مقایسه دوه‌دوی گروه‌ها در متغیرهای وابسته نشان می‌دهد درمان مبتنی بر تنظیم هیجان نسبت به درمان شناختی-رفتاری تأثیر بیشتری بر پرخاشگری دارد. در زمینه استرس شغلی، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بیشتر از درمان مبتنی بر تنظیم هیجان است. در زمینه متغیر وابسته سلامت عمومی می‌توان استنباط کرد که دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان تأثیر تقریباً یکسانی بر بهبود سلامت عمومی شرکت‌کنندگان داشته‌اند. نتایج در جداول ۲ و ۳ و ۴ نشان داده شده است.

جدول ۳: آزمون کوواریانس برای تعیین تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر استرس شغلی

منبع	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی‌داری	مجدور ضریب اتا
پیش‌آزمون استرس	۱۴۷۴/۲۷۰	۱	۱۴۷۴/۲۷۰	۱۴/۴۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹
بین‌گروهی	۷۱۹۶/۱۲۲	۱	۷۱۹۶/۱۲۲	۷۰/۶۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴
خطا	۲۷۴۹/۹۹۷	۲۷	۱۰۱/۸۵۲			
مجموع	۳۲۳۹۰۶/۰۰۰	۳۰				

جدول ۴: آزمون کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی

اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجدور ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۸۰۰	۲۰/۹۴۵	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰
گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	لامبدای ویکز	۲۰/۹۴۵	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰
	اثر هاتلینگ	۲۰/۹۴۵	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۰/۹۴۵	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰
اثر پیلایی	۰/۸۴۴	۲۸/۴۵۵	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴
گروه درمان شناختی-رفتاری	لامبدای ویکز	۲۸/۴۵۵	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴
	اثر هاتلینگ	۲۸/۴۵۵	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۸/۴۵۵	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر باشد. اثربخشی دو درمان در مؤلفه‌های

مطالعه‌ای یافت نشد که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای

هیجانی از خود بروز می‌دهد. در زمینه مکانیسم تأثیرگذاری تنظیم هیجان بر پرخاشگری می‌توان چنین مفهوم‌سازی کرد که توانایی تنظیم هیجانات به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر رشد بهنجار موجب تعامل بین‌فردی مؤثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگارانه می‌شود. داشتن توانایی تنظیم هیجان‌ها، اثری قوی در توانایی خودتنظیمی افراد دارد. خودتنظیمی به تمام فرایندهای روانی اشاره دارد که افراد باید برای کارکرد انطباقی انجام دهند؛ بنابراین، تنظیم هیجان از طریق افزایش خودتنظیمی بر کنترل خشم و پرخاشگری تأثیر می‌گذارد.

در ادامه تبیین نتایج می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری بر میزان استرس شغلی پرستاران مؤثر است. این یافته بدین معنی است که اجرای روش‌های درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش میزان استرس شده است. یکی از منابع مهم استرس در افراد، نداشتن شناخت دقیق از موقعیت‌های استرس‌زا و نداشتن کنترل بر این منابع است. از آنجاکه یکی از موارد مطرح‌شده در کلاس‌های آموزش درمان شناختی-رفتاری، علاوه بر اصلاح شیوه‌های شناختی، معرفی موقعیت‌های استرس‌زا و شناسایی عوامل تنش‌زا از نظر مدت، شدت، قابلیت پیش‌بینی، درجه فقدان کنترل و شروع ناگهانی است، به‌دست آوردن آمادگی لازم برای این‌گونه موقعیت‌ها، سازگاری و مقابله منطقی با هرگونه مشکل یا کمبودهای احتمالی، همچنین داشتن آمادگی و پاسخ‌دهی مناسب باعث کاهش استرس می‌شود.

در این پژوهش اثربخشی دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی پرستاران یکسان بوده است؛ یعنی بین این دو روش درمانی در اثربخشی بر متغیر سلامت عمومی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در حقیقت، در درمان شناختی-رفتاری، فرد با تغییر باورهای نادرست خود و در درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، با استفاده از راهکارهای سازگارانه تنظیم هیجان به نتایج مثبتی دست می‌یابد که باعث بهبود وضعیت جسمی و روان‌شناختی نظیر کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود، روابط اجتماعی را با سایر افراد در محیط کار بهبود می‌دهد و در کل وضعیت سلامت عمومی فرد را ارتقا می‌دهد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد ایلام گرفته شده است و از دانشگاه علوم پزشکی ایلام کد اخلاق IR.MEDILAM.REC.1399.204 دارد. از مساعدت‌های تمامی عوامل به‌ویژه مسئولان دانشگاه و پرستاران بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان سنقر تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند در این مقاله تضاد منافی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد ایلام با شناسه

پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی پرستاران نشان می‌دهد درمان مبتنی بر تنظیم هیجان تأثیر بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر پرخاشگری پرستاران داشت که همسو با مطالعات برجلی و همکاران [۲۰]، محبوبی و همکاران [۲۴] و اعظمی و همکاران [۲۳]، Klemanski و همکاران [۲۵] و Donahue و همکاران [۲۶] است. همچنین یافته‌ها نشان داد در زمینه استرس شغلی، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بیشتر از درمان تنظیم هیجان است که با مطالعات سلیمی و همکاران [۲۷]، Tiwari و Balani [۲۸]، Sailaxmi و Lalitha [۲۹]، Mok و همکاران [۳۰] هماهنگ است. در زمینه متغیر وابسته سلامت عمومی، یافته‌ها نشان دادند هر دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان تأثیر تقریباً یکسانی بر بهبود سلامت عمومی دارد که با مطالعات Berking و همکاران [۳۱] هماهنگ است.

با توجه به اینکه این تحقیق فقط روی پرستاران انجام شده است، در تعمیم‌پذیری نتایج بر سایر مشاغل محدودیت‌هایی دارد. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه استفاده شد. روش‌های دیگر مانند مصاحبه و مشاهده ممکن است نتایج متفاوتی را نشان دهد. وضعیت روحی و عاطفی پرستاران و خستگی آن‌ها نیز ممکن است بر نوع پاسخ‌هایی که داده‌اند، تأثیر بگذارد. صرف نظر از این محدودیت‌ها، این پژوهش توانست اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان را بر کاهش پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی پرستاران روشن سازد.

یافته‌های این تحقیق می‌تواند راهگشایی در راستای برنامه‌ریزی برای برطرف کردن مشکلات روان‌شناختی پرستاران و ارتقای سلامت روانی آن‌ها باشد. از آنجاکه مشکلات محیط کار پرستاران باعث کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری، افزایش هزینه‌های درمانی کارکنان و افزایش غیبت از کار می‌شود و با توجه به اینکه آموزش راهکارهای مؤثر روان‌شناختی، پرخاشگری و استرس محیط کار را کاهش و سلامتی پرستاران را ارتقا می‌دهد، مدیران و مسئولان پرستاری می‌توانند نسبت به برگزاری دوره‌های آموزش درمان‌های روان‌شناسی در محیط‌های کاری اقدام کنند و از این طریق کیفیت مراقبت‌های درمانی و به دنبال آن، افزایش رضایت مددجویان و بهبود کیفیت نظام سلامت را مشاهده‌گر خواهیم بود.

نتیجه‌گیری

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان با افزایش کنترل هیجانی در فرد سبب کاهش بروز پرخاشگری و مؤلفه‌های پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت می‌شود. این درمان به دنبال استفاده از راهکارهای سازگارانه‌ای است که فرد هنگام تجربه هیجانی و پاسخ به حالات

حمایت مالی

این مقاله را نویسندگان تأمین مالی کرده‌اند.

سهام نویسندگان

همه نویسندگان در طراحی، اجرا و بررسی و جمع بندی نتایج پژوهش و

REFERENCES

- Kaur D, Sambasivan M, Kumar N. Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: a dimension – level exploratory study among public hospital in Malaysia. *Appl Nurs Res*. 2015;**28**(4):293-298. PMID: 26608428 DOI: [10.1016/j.apnr.2015.01.006](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.006)
- Noben C, Smit F, Nieuwenhuijsen K, Ketelaar S, Gartner F, Boon B, Sluiter J, Evers S. Comparative cost-effectiveness of two interventions to promote work functioning by targeting mental health complaints among nurses: pragmatic cluster randomized trial. *Int J Nurs Stud*. 2014;**51**(10):1321-1331. PMID: 24598375 DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2014.01.017](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.017)
- Boustani L, Saberi H, Soheili A. Prediction of level of aggression and interpersonal problems in nurses based on their occupational stress. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017;**15**(6):478-487.
- Karkar A, Damang ML, Bouhaha BM. Stress and burnout among hemodialysis nurses: a single center, prospective survey study. *Saudi J Kidney Dis Transp*. 2015;**26**(1):12-18. PMID: 25579710 DOI: [10.4103/1319-2442.148712](https://doi.org/10.4103/1319-2442.148712)
- Dagget T, Molla A, Belachew T. Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Nurs*. 2016;**15**(1):39-45. PMID: 27313502 DOI: [10.1186/s12912-016-0158-2](https://doi.org/10.1186/s12912-016-0158-2)
- Alizadeh A, Kazemigalagahi M, Jamali Z, Barati M, Azizi M. The role of Emotional Regulation and spirituality on Occupational stress in Military Nurses. *J Nurse and Physician within war*. 2014;**2**(2):17-22.
- Rafii F, Sajadi Hezaveh M, Seyed Fatemi N, Rezaei M. Concept analysis of social support of new graduate nurses in the workplace: a hybrid model. *Iran J Nurs*. 2014;**26**(86):71-89.
- Matourypour P, Ghaedi Heydari F, Bagheri I, Mmariar R. The effect of progressive muscle relaxation on the occupational stress of nurses in critical units. *Hakim Jorjani J*. 2012;**1**(1):9-15.
- Hosseini SF, Sltani F. The relationship of social support with aggression and hopelessness in nurses. *Iran J Nurs Res*. 2018;**13**(2). DOI: [10.21859/ijnr-130210](https://doi.org/10.21859/ijnr-130210)
- Hayes B, Douglas C, Bonner A. Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. *J Nurs Manag*. 2015;**23**(5):588-598. PMID: 24372699 DOI: [10.1111/jonm.12184](https://doi.org/10.1111/jonm.12184)
- Yazdi Feyzabadi V, Seyfandini R, Ghandi M, Mehrolhassani MH. The world health organization's definition of health: a short review of critiques and necessity of a shifting paradigm. *Iran J Epidemiology*. 2018;**13**(5):155-165.
- Ghani K, Rahimi A. The relationship between mental health and job burn out in employees of office of ministry. *J Ind Organ Psychol Stud*. 2014;**19**(3):55-67.
- Khodayari Fard M, Sabzfroosh N, Ghobari Bonab B, Gholamali Lavasani M. The Effectiveness of Group Counseling with Cognitive – Behavioral and Schema Therapy approaches on Attachment Styles. *J Psychol Stud*. 2017;**13**(1):63-82. DOI: [10.22051/PSY.2017.11063.1199](https://doi.org/10.22051/PSY.2017.11063.1199)
- Vasa RA, Roy AK. Pediatric Anxiety Disorders: A Clinical Guide: Springer Science and Business Medi; 2014.
- Novaco RW. Reducing anger related offending: What works. In L. Craig L. Dixon & T, Gannon EDs). What works in offender rehabilitation: An evidence – based approach to assessment and treatment. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2013.
- Shahkarami M, Zahrakar K, Moradzadeh S, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of group - based cognitive – behavioral stress management in improving life quality in wives of addicts undergoing treatment with methadone. *J Of Health Res In Community*. 2015;**1**(2):78-87.
- Hamid N, Saatchi L, Mehrabizade Honarmand M. Effect of cognitive –behavioral therapy on pain intensity and mental health in chronic low back pain patients referred to specialist clinician Tehran. *J Clin Psychol*. 2012;**10**(3):95-113.
- Safarnejad F, Ho-Abdullah I, Mat Axal N. A cognitive study of happiness metaphors in Persian and English. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014;**14**(5):110-118. DOI: [10.1016/j.sbspro.2014.02.015](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.02.015)
- Azimi M, Moradi A, Hasani J. Effectiveness of cognitive behavioral therapy (face to face and internet – based) on emotional regulation strategies of individuals with comorbidity of insomnia and depression. *J Health Psychol*. 2017;**11**(1):49-61. DOI: [10.29252/rph.11.1.49](https://doi.org/10.29252/rph.11.1.49)
- Borjali A, Aazami Y, Chopan H, Arab Quhistani D. Effectiveness of emotion regulation strategies for aggression control based on gross model in substance abusers. *J Rehabil Nurs*. 2015;**2**(1):53 -65.
- Mami SH, Sharifi M, Heidaryan F, Almasi F, Yarahmadi H, Zandifar H, Bastami M. Predict job performance based on difficulties in regulating emotions and practices to deal with stressors in a military hospital medical staff. *J Nur Phys Wi War*. 2017;**4**(13):178-186.
- Szczygiet D, Buczny J, Bazinska R. Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *J Pers Individ Differ*. 2012;**52** (3):433-7. DOI: [10.1016/j.paid.2011.11.005](https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.005)
- Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Chopan H. The effectiveness of teaching emotion regulation based on Gross model in reducing impulsivity in drug – dependent people. *Etiadpajohi*. 2014;**8**(30):141-127.
- Mahboobi T, Karimi S, Zare H. The effectiveness of emotional self-control training in reducing the physical aggression of payame noor university students. *J Inst Eval*. 2018;**11**(41):99-114.
- Klemanski HD, Curtiss J, McLaughlin KA, Nolen – Hoeksema S. Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognit Ther Res*. 2017;**41**(2):b206-19. PMID: 28579659 DOI: [10.1007/s10608-016-9817-6](https://doi.org/10.1007/s10608-016-9817-6)
- Donahue JJ, Goranson AC, McClure KS, Van Male LM. Emotion dysregulation, negative affect, and aggression: A moderated, multiple mediator analysis. *Pers Individ Differ*. 2014; **70**:23-28. DOI: [10.1016/j.paid.2014.06.009](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.009)
- Salimi A, Bakhtiari Said B, Moghim F, Shakarami M, Dovarniya R. Efficacy of cognitive behavioral stress management therapy on job stress in nursing staff in intensive care unites. *Zanco J*. 2017;**18**(57):4457.
- Tiwari A, Balani S. The effect of intervention program to reduce stress in women employees. *IOSR – JHSS*. 2013;**9**(4):27-30.
- Sailaxmi G, Lalitha K. Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients. *Asian J Psychiatr*. 2015;**14**:42-45. PMID: 25703040 DOI: [10.1016/j.ajp.2015.01.002](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.01.002)
- Mok AL, Chau JP, Chan DW, Ip WY. The effectiveness of cognitive behavioral interventions in reducing stress among nurses working in hospital: a systematic review protocol. *JBI Evid Synth*. 2014;**12**(7):12-23.
- Berking M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*

- 2013;**82**(4):234-245 [PMID: 23712210](#) [DOI: 10.1159/000348448](#)
32. Alijanzadeh M, Makvand, Hosseini SH, Kianersi F. The effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on skills training) on aggression in adolescents. *J Clin Psychol*. 2014;**6**(23):23-33. [DOI: 10.22075/JCP.2017.2170](#)
33. Irvin G, Sarason & Barbara R. Abnormal psychology. Translated by Najarian B, Asgharimoghadam M, Dehghani M (editors). 3ed Tehran, Roshd publication. 2014; 14(5):297-98.