

اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر فرسودگی شغلی و خستگی ذهنی پرستاران The effectiveness of emotion regulation therapy on job burnout and mental fatigue of nurses

Fereshteh Tourani

M.A. in Personality Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Shahram Nematzadeh Getabi*

Associate Professor, Psychology Department, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Shahram.nematzadeh@gmail.com

فرشته طورانی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

شهرام نعمت زاده گتابی (نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Abstract

The present study was conducted to determine the effectiveness of emotion regulation therapy on job burnout and mental fatigue of nurses. The present research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the research consisted of all the nurses of Shahid Lavasani Hospital in Tehran in the spring of 2023, of which 30 people (15 in the control group and 15 in the experimental group) were selected through purposive sampling and randomly placed in two groups. To collect data, Maslach & Jackson's Maslach Burnout Inventory (MBI, 1981) and Johansson et al's Mental Fatigue Scale (MFS, 2010) were used. Analysis of variance with repeated measurements was used to analyze the data. The findings of the research showed that there was a significant difference of 0.01 between the post-test average of job burnout and fatigue in the two experimental and control groups. In addition, the results showed that this intervention was able to significantly maintain its effect over time ($P < 0.0001$). As a result, emotion regulation training using techniques such as thoughts, emotions, and conscious behavior can be used as an effective approach to reduce job burnout and fatigue in nurses.

Keywords: Emotion Regulation, Mental Fatigue, Job Burnout, Nurses.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر فرسودگی شغلی و خستگی ذهنی پرستاران انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از تمامی پرستاران بیمارستان شهید لواسانی شهر تهران در بهار سال ۱۴۰۳ بود که از بین آنان تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ در گروه آزمایش) از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه جایگذاری شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های فرسودگی شغلی مسلش و جکسون (MBI، ۱۹۸۱) و خستگی ذهنی جانسون و همکاران (MFS، ۲۰۱۰) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین پس‌آزمون فرسودگی شغلی و خستگی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ۰/۰۱ وجود داشت. علاوه بر این نتایج نشان داد که این مداخله توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز به شکل معناداری حفظ نماید ($P < ۰/۰۰۰۱$). در نتیجه آموزش تنظیم هیجان با بهره‌گیری از فنونی همانند افکار هیجانات و رفتار آگاهانه می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر برای کاهش فرسودگی شغلی و خستگی ذهنی پرستاران مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، خستگی ذهنی، فرسودگی شغلی، پرستاران.

ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۳

پذیرش: خرداد ۱۴۰۳

دریافت: خرداد ۱۴۰۳

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

کارکنان درمانی ازجمله پرستاران افرادی هستند که در ارتباط نزدیک و تنگاتنگ با سایر مردم قرار دارند و دارای مسئولیت‌های خطیری در قبال سلامت و حیات انسان‌ها می‌باشند. مواجهه با افراد رنجور و بیماری‌های لاعلاج و مرگ، شغل پرستاری را در رده‌ی مشاغل پراسترس قرار می‌دهد (ژانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). در تمام بخش‌های بیمارستانی به پرستارانی دیده می‌شوند که هنگام ورود به شغل پرستاری افراد منظم، دلسوز و علاقه‌مندی بوده‌اند، اما معمولاً پس از مدتی به دلیل مواجهه با انبوهی از دشواری‌ها و استرس‌های شغلی در محیط کار احساس خستگی کرده و حتی مایل هستند از کار خود کناره‌گیری کنند (اشنایدر^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). پرستاران به علت ماهیت طاقت‌فرسای مراقبت از بیماران و بالا بودن انتظارات عاطفی بیماران از آنها، به‌عنوان گروهی که در معرض خطر بالایی از نظر فرسودگی شغلی قرار دارند، شناخته شده‌اند (کانگ و میونگ^۳، ۲۰۲۲).

نقش پرستاران در بخش سلامت غیرقابل انکار است (میر و کیم^۴، ۲۰۲۲). میزان ماندگاری این افراد در شغل و کاهش کارایی و از سوی دیگر نرخ ترک شغل در پرستاران در حال افزایش است (گابریل و آگونیس^۵، ۲۰۲۲). در این رابطه یکی از ضرورت‌های تحقق اهداف سازمانی، اشتیاق به شغل و عدم فرسودگی شغلی کارکنان در جهت انجام وظایف تعیین‌شده است (لوکاس^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). فرسودگی شغلی معمولاً به شکل واکنش در برابر فشارهای شغلی و سازمانی در میان کارکنان خدمات انسانی دیده می‌شود (جینیگز^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). آگیاپونگ^۸ و همکاران (۲۰۲۲) فرسودگی را به‌عنوان خستگی هیجانی تعریف کرده‌اند که وضعیت جسمی و روانی کارکنان را دچار اختلال می‌کند و به جدایی فرد از وظایف کاری و محیط اطرافش منجر می‌شود. واسینی^۹ و همکاران (۲۰۲۲) عنوان می‌دارند که خستگی هیجانی بین آشکارسازی محیط کاری نامطلوب است که می‌تواند به کارکنان آسیب برساند. خستگی هیجانی کاهش قدرت سازگاری فرد با عوامل فشارزا است (پالیچ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). و سندرمی است مرکب از خستگی جسمی و عاطفی که منجر به ایجاد خودپنداره‌ی منفی در فرد (دی میلو سیلوا جونیور^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲)، نگرش منفی نسبت به شغل (آلنزی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲) و فقدان احساس ارتباط با مراجعان به هنگام انجام وظیفه می‌شود (کواک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). خستگی هیجانی نوعاً در واکنش‌های ناهنجار به تعارض (مک کاد^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱)، ناکامی و خستگی (جیانگ^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۱) و افسردگی (ون دونزل^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱) می‌شود. از سویی دیگر، تنیدگی و استرس کاری پرستاران سبب ایجاد خستگی شناختی^{۱۷} شده و فرد تمایل خود را برای تلاش بیشتر در جهت کنترل و مهار موقعیت تنیدگی را از دست می‌دهد و درنهایت درگیر مواردی چون کاهش فعالیت شناختی، اختلال در توجه و بازداری اطلاعات می‌شود (ناساسیرا^{۱۸}، ۲۰۲۳). خستگی شناختی دارای دو مفهوم مختلف است: ۱- خستگی شناختی که به‌عنوان کاهش عملکرد شناختی در طی دوره طولانی، تعریف می‌شود و ۲- خستگی شناختی که به‌عنوان کاهش عملکرد ذهنی به صورت حاد و پایدار تعریف می‌شود، که این مفهوم دوم به‌عنوان شکست برای حفظ نیروی مورد نیاز در مدت طولانی و یا شکست در تکرار عملکرد در نظر گرفته می‌شود (دلوسا^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش سیبونا^{۲۰} و همکاران (۲۰۲۴) خستگی شناختی را به‌عنوان کاهش و یا عدم توانایی حفظ عملکرد و سرعت پردازش اطلاعات به صورت پیوسته در طول زمان تعریف می‌کنند که منعکس‌کننده انتظار شکست در عملکرد می‌باشد.

1. Zhang
2. Schneider
3. Kang & Myung
4. Meier & Kim
5. Gabriel & Aguinis
6. Lucas
7. Jennings
8. Agyapong
9. Vaicienė
10. Pallich
11. De Melo Silva Júnior
12. Alenezi
13. Kwak
14. McCade
15. Jiang
16. Van Donzel
17. Cognitive fatigue
18. Nasasira
19. DeLuca
20. Sibuea

برانون^۱ و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند یکی از علل اصلی خستگی شناختی مواجه شدن با وقایع غیرقابل کنترل و استرس‌زا است. احساس کنترل باعث کاهش نارسایی شناختی شده و ارزیابی مثبتی از توانایی‌ها را در فرد ایجاد می‌کند.

در این میان خدمات سلامت شغلی نیازهای شاغلینی را که احتیاج به درمان‌های روان‌شناختی عمیق‌تری دارند و درعین حال متناسب با فرد آنها طراحی شده باشد را برطرف نمی‌کند. همچنین پژوهشگران معتقدند که نگاه این خدمات به عوامل دخیل در مشکلات بسیار ساده‌انگارانه است (برنشتاین^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). باین حال هنوز به این مسئله توجه نشده و خدمات سلامت شغلی بسیار کمی، در این زمینه ارائه می‌شود. در این راستا یکی از مداخلاتی که در خصوص کاهش مشکلات هیجانی و بهبود کارکردهای روان‌شناختی مورد توجه است، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان^۳ است. درمان تنظیم هیجان عبارت از آگاهی از هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها، توانایی گواه رفتارهای تکانشی و رفتارهای مطابق با اهداف مطلوب هنگام تجربه هیجان‌های منفی و توانایی استفاده از واکنش‌های هیجانی به‌منظور تحقق اهداف و مطالبات موقعیت است (آپلیباوم^۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

گروس^۵ و همکاران (۲۰۲۱) بر اساس مدل کیفیت هیجان^۶، مدل فرآیند تنظیم هیجان را ارائه کرده است. مدل اولیه شامل پنج مرحله شروع، موقعیت، تجربه، ارزیابی و پاسخ است. به اعتقاد گروس و همکاران (۲۰۲۱) هر مرحله از فرآیند تولید هیجان، دارای یک هدف تنظیمی بالقوه است و مهارت‌های تنظیم هیجان می‌توانند در نقاط مختلف این فرآیند اعمال شوند. فرهنگیان و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری، خستگی و سلامت عمومی در پرستاران مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش جالینوس نیا و همکاران (۱۴۰۲) بیانگر تأثیر آموزش گروهی تنظیم هیجان بر عملکرد شغلی و فرسودگی شغلی پزشکان و پرستاران بوده است. پژوهش مندس و میگال^۷ (۲۰۲۴) بر نقش حیاتی راهبردهای تنظیم هیجان در تأثیرگذاری بر فرسودگی شغلی تأکید می‌کند و اهمیت تجهیز کارگران به مهارت‌های مؤثر تنظیم هیجان را برای کاهش خطرات فرسودگی شغلی نشان می‌دهد. نتیجه پژوهش امین محمد و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد بین خستگی و تنظیم هیجان در پرستاران روان‌پزشکی همبستگی منفی بالایی وجود دارد و تجربه سطوح بالای خستگی به‌طور قابل توجهی با تنظیم هیجان ضعیف محل کار ارتباط دارد. همچنین نتیجه پژوهش کادویچ^۸ و همکاران (۲۰۲۳) که به بررسی نقش توانایی تنظیم و کنترل هیجانی در پیش‌بینی استرس محیط کار در متخصصان مراقبت‌های بهداشتی پرداخته بودند، نشان داد اگر توانایی تنظیم و کنترل هیجانی پایین باشد، سطح استرس تجربه‌شده در محل کار به‌طور قابل توجهی بالاتر می‌رود.

به طور کلی، از آنجایی که بسیاری از مشکلات موجود در بیمارستان‌ها غیرقابل اجتناب است و هر پرستار خواه ناخواه با این استرس‌ها روبرو 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 کرده و بهترین تصمیم را بگیرند. یکی از شیوه‌های مهم که سازمان می‌تواند از کارکنان خود حمایت کند، فراهم آوردن آموزش‌های لازم است. چنانچه آموزش‌ها جهت کارکنان ضرورت داشته باشد، تنها در دسترس بودن آموزش کافی نیست، بلکه فراهم آوردن 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 از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر فرسودگی شغلی و خستگی پرستاران بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی پرستاران بیمارستان شهید لواسانی شهر تهران در بهار سال ۱۴۰۲ به تعداد ۸۹۲ بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از این پرستاران بود که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس، از میان نمونه پژوهش به‌طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در دو گروه مداخله (درمان تنظیم هیجان) جایگزین شدند و از نظر سن و سطح

1. Brannon

2. Bernstein

3. Therapy based on emotion regulation

4. Applebaum

5. Gross

6. Excitement quality model

7. Mendes & Migue

8. Kadovic

تحصیلات همگن شدند. معیارهای ورود به نمونه شامل جنسیت مؤنث، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات مداخله‌ای، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل یک سال سابقه حضور در کادر پرستاری (مدت اشتغال)، دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر، استخدام رسمی به عنوان کادر پرستاری (وضعیت شغلی) و داشتن شیفت کاری شبانه در برنامه کاری و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز دریافت مداخلات درمانی در حوزه بهداشت روان، ناتوانی از شرکت در جلسات، نداشتن انگیزه برای ادامه پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های آموزشی-مداخلاتی، غیبت بیش از دو جلسه از شرکت در جلسات درمانی بود. ملاحظات اخلاقی بدین شرح بود: (۱) در این پژوهش اصل رازداری و حفظ اسرار شرکت کنندگان رعایت شده است؛ (۲) هیچ‌گونه بار مالی و آسیب در طول پژوهش وارد نشد؛ (۳) در پایان پژوهش هر فردی که به عنوان شرکت کننده به آن مطالعه وارد شده است، این حق را دارد که درباره نتایج مطالعه آگاه شود و از مداخلات یا روش‌هایی که سودمندی‌شان در آن مطالعه نشان داده شده است، بهره‌مند شود؛ (۴) عدم قبول شرکت آزمودنی در پژوهش یا ادامه ندادن و همکاری ایشان پذیرفته می‌شود و این هیچ‌گونه تأثیری بر خدمات که در همان مؤسسه به فرد ارائه می‌شود ندارد؛ (۵) اطلاعات به صورت کد بود؛ (۶) پس از پایان کار در گروه گواه نیز در صورت تمایل آنها جزوهای آموزشی یا موارد دیگری را ارائه و در اختیارشان قرار داده شد. به منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش شرکت کنندگان و قبل از اجرای جلسات درمان شرکت کنندگان هر دو گروه از طریق پرسشنامه‌های خستگی و فرسودگی شغلی مور ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش مداخله تنظیم هیجان را ۸ جلسه و بر اساس جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار دریافت کردند. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله شرکت کنندگان هر دو گروه مجدداً با ابزار پژوهش برای اخذ پس‌آزمون، مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین بعد از ۶۰ روز پس از گذشت از مداخله، از گروه نمونه آزمون پیگیری گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه فرسودگی شغلی (MBI):^۱ این پرسشنامه توسط مسلش و جکسون^۲ در سال ۱۹۸۱ ساخته شده است و شامل ۲۲ گویه است و طبق طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه جنبه‌های سه‌گانه فرسودگی شغلی (خستگی هیجانی، موفقیت فردی و شخصیت‌زدایی) را می‌سنجد. سؤالات (۲۰، ۱۶، ۱۴، ۱۳، ۸، ۶، ۳، ۲، ۱) مربوط به خرده‌مقیاس فرسودگی هیجانی می‌باشند. سؤالات (۲۲، ۱۵، ۱۱، ۱۰، ۵) نیز مربوط به خرده‌مقیاس شخصیت‌زدایی می‌باشند و همچنین سؤالات (۲۱، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۲، ۹، ۷، ۴) مربوط به خرده‌مقیاس فقدان موفقیت فردی می‌باشند. امتیازبندی گزینه‌های این آزمون بدین صورت می‌باشد که به کاملاً موافقم امتیاز ۱، موافقم امتیاز ۲، نظری ندارم امتیاز ۳، مخالفم امتیاز ۴، کاملاً مخالفم امتیاز ۵ داده می‌شود. البته سؤالات (۲۲، ۲۰، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۱، ۱۰، ۸، ۶، ۵، ۳، ۲، ۱) این پرسشنامه جهت امتیازبندی به صورت معکوس و سؤالات (۲۱، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۲، ۹، ۷، ۴) به صورت مستقیم محاسبه می‌شوند. حداقل نمره در این آزمون ۲۲ و حداکثر نمره ۱۱۰ می‌باشد. سؤال شماره ۲۳ فرسودگی شغلی را به صورت کلی می‌سنجد. مسلش و جکسون (۱۹۸۱) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی را برای فراوانی ۰/۸۳ و برای زیرمؤلفه‌های شدت ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند (به نقل از مسلش و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین ضریب پایایی کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای فراوانی ۰/۸۲ و برای ۰/۵۳ محاسبه شده بود. جهت بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که این آزمون از سه بعد تشکیل شده و بار عاملی هر سؤال بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ است (مسلش و همکاران، ۲۰۰۱). این ابزار توسط تعدادی از پژوهشگران ایرانی به کار رفته است که بر اساس گزارش‌های موجود اعتبار و پایایی علمی آنها مورد تأیید است. بر اساس گزارش‌های فیلیان (۱۳۷۱) میزان همسانی درونی مقیاس فرسودگی شغلی مسلش مبین همبستگی قوی ($r=0/69$) میان پاسخ‌های داده‌شده در دو مرحله بازآزمایی در فاصله‌ی زمانی دوهفته‌ای بوده است. در یک مطالعه مقدماتی که توسط بدری گرگری (۱۳۸۶) صورت گرفت، ویژگی‌های روان‌سنجی زیر به دست آمد، خستگی هیجانی ($=0/84$) و شخصیت‌زدایی ($=0/74$). در مورد روایی این پرسشنامه نیز روایی هم‌زمان بین پرسشنامه فرسودگی شغلی و رضایتمندی شغلی پری فیلدورت توسط بدری گرگری محاسبه

1. Maslach Burnout Inventory

2. Maslach & Jackson

شده است که رابطه معکوس به دست آمده است (به نقل از عرسین و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین پایایی به دست آمده در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد.

پرسشنامه مقیاس خستگی ذهنی^۱ (MFS): پرسشنامه مقیاس خستگی ذهنی توسط جانسون^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۰ در گوتنبرگ سوئد با مطالعه میان بیماران سکته مغزی ام اس بیماران با سابقه ترومای مغزی افراد در معرض استرس و مبتلایان به فرسودگی طراحی شده است که دارای ۱۵ آیتم می باشد. خستگی، عدم توانایی انجام عمل، خستگی ذهنی، ریکاوری خستگی ذهنی، اشکال در تمرکز، مشکلات حافظه، کاهش سرعت فکر کردن، حساسیت به استرس، احساساتی شدن، کج خلقی، حساسیت به نور و صدا، افزایش و کاهش خواب، تغییرات ۲۴ ساعته (جانسون و همکاران، ۲۰۱۰). این پرسشنامه قابل استفاده در افراد سالم و گروه های مختلف شغلی می باشد (بخشی و همکاران، ۱۳۹۸). در این پرسشنامه نمره صفر نشان دهنده "عدم مشکل"، نمره ۱ نشان دهنده "مشکل جزئی" نمره ۲ نشان دهنده "مشکل نسبتاً جدی" و نمره ۳ نشان دهنده "مشکل جدی" می باشد. برای هر کدام از ابعاد خستگی ذهنی چهار توصیف در نظر گرفته شده است اگر حالات فرد بین دو توصیف باشد عدد وسط آن دو عدد را انتخاب می کند. دامنه نمرات در حالت کلی ۰-۴۴ است که نمره کمتر از ۷/۴۹ در گروه بدون مشکل، نمره ۷/۵ تا ۲۲/۴۹ در گروه مشکل جزئی، نمره ۲۲/۵ تا ۳۷/۴۵ در گروه مشکل نسبتاً جزئی و ۳۷/۵ تا ۴۴ در گروه مشکل جدی قرار داده می شود. در خصوص آیتم "تغییرات ۲۴ ساعته" دامنه نمره ۰-۲ و برای بقیه آیتم ها ۰-۳ می باشد. روایی صوری در پژوهش جانسون و همکاران (۲۰۱۰) به صورت مطلوب و ۰/۷۱ گزارش شد و پایایی نیز توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد. در ایران این پرسشنامه توسط بخشی و همکاران (۱۳۹۸) به فارسی ترجمه و روایی صوری آن (از نظر ساده بودن واضح بودن و مرتبط بودن) توسط ۷ نفر از اساتید و دانشجویان دکتری بهداشت حرفه ای بررسی و تأیید شد. همچنین به منظور بررسی پایایی، پرسشنامه میان ۱۵ نفر پرستار دو بار به فاصله دو هفته توزیع و داده های حاصل مورد تحلیل قرار گرفت که ضریب همبستگی آن برابر با ۰/۷۲ به دست آمد ($p = 0/002$). ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای آن ۰/۸۹ حاصل گردید (بخشی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه گردید.

پروتکل جلسات درمان تنظیم هیجان^۳: آموزش درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در این پژوهش مبتنی بر بسته آموزشی/ درمانی گروس^۴ (۲۰۰۲) است که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت هفته ای دو جلسه برای شرکت کنندگان در پژوهش برگزار شد. جلسات بر طبق مراحل زیر انجام گرفت.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان (گروس، ۲۰۰۲)

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر، شروع رابطه متقابل رهبر گروه و اعضا و انجام تمریناتی با هدف آشنایی با یکدیگر، بیان اهداف، بیان منطق و مراحل مداخله
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، انتخاب موقعیت تجربه حالت هیجان و تفکیک آن به ابعاد بدنی، ذهنی و احساسی هر هیجان. تکمیل کارت یادداشت روزانه حالت های هر هیجان به مدت یک هفته
سوم	ارزیابی میزان آسیب پذیری هیجان و مهارت های هیجانی: 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 تنظیمی فرد. تکمیل فرم آسیب پذیری هیجانی و فرم ارزیابی واکنش افراد به هیجان
چهارم	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، فهرست کردن اهداف فردی، اجتماعی و رابطه ای، بررسی روابط خود با اطرافیان، شناسایی موقعیت های فردی و بین فردی که باید بهبود یابند، تهیه فهرستی از فعالیت های مثبت، آموزش مهارت های مورد نیاز برای حل مشکلات بین فردی (الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب (ب) آموزش راهبرد حل مسئله (ج) آموزش مهارت های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)

1. Mental Fatigue Scale

2. Johansson

3. Emotion regulation therapy

4. Gross

پنجم	آموزش مهارت‌های تغییر توجه شامل متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی از طریق آموزش و تمرین توقف فکر و جایگزین‌سازی افکار مثبت و همچنین، مهارت آموزش گسترش توجه و توجه انتخابی از طریق دیدن، شنیدن
ششم	تغییر ارزیابی‌های شناختی از طریق شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن روی حالت‌های هیجانی و همچنین، آموزش راهبرد بازآرزیابی و تغییر ارزیابی‌های منفی در جهت تنظیم و تسکین هیجانات منفی
هفتم	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان. آموزش مهارت‌های مواجهه، ارزیابی و مهارت‌آموزی که خود شامل ۵ مورد به شرح زیر است: ارایه آموزش و تمرین به‌منظور ابزار هیجان، اصلاح رفتار، تخلیه هیجان، تغییر پیامد هیجان از طریق انجام عمل معکوس مثل تحرک، ایجاد آرمیدگی جسمانی
هشتم	(۱) جمع‌بندی آموخته‌ها و ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی، (۲) کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، (۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی بیانگر آن بود که افراد نمونه پژوهش همگی زن بودند و دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش $35/90 \pm 3/23$ سال و میانگین سن گروه گواه $36/57 \pm 2/81$ بود. در گروه آزمایش میزان تحصیلات ۷۴/۹ از افراد نمونه گروه آزمایش کارشناسی، ۲۰/۸ درصد کارشناسی ارشد و ۴/۴ درصد دکتری است، همچنین در گروه گواه میزان تحصیلات ۶۹/۳ درصد از افراد نمونه گروه آزمایش کارشناسی، ۲۸/۴ درصد کارشناسی ارشد و ۷/۷ درصد مدرک دکتری بودند. ۳۱/۷ درصد از پرستاران در گروه آزمایش مجرد و ۶۸/۳ درصد نیز متأهل بودند. در گروه گواه نیز ۲۶/۸ درصد مجرد و ۷۳/۲ درصد نیز متأهل بودند. ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهشی پرداخته می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های پژوهش به تفکیک برای دو گروه

مرحله	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فرسودگی شغلی	گواه	۵۴/۶۷	۷/۹۱	۵۴/۱۳	۷/۷۳	۵۴/۱۳
	آزمایش	۵۴/۸۷	۷/۷۹	۲۰/۴۰	۵/۰۱	۲۰/۲۰
خستگی ذهنی	گواه	۳۶/۳۸	۵/۱۷	۳۶/۷۳	۶/۲۳	۳۵/۴۷
	آزمایش	۳۶/۵۲	۶/۲۹	۲۴/۴۱	۶/۱۱	۲۴/۲۹

همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان نمره‌ی فرسودگی شغلی، خستگی در پیش‌آزمون، در دو گروه مداخله‌ی آزمایش و گواه تقریباً به یک میزان بوده است، که نشانگر همگن بودن این دو گروه از لحاظ میزان نمره‌ی فرسودگی شغلی و خستگی ذهنی پیش از اجرای مداخله با آزمایش است. اما میانگین نمره‌ی فرسودگی شغلی و خستگی ذهنی پس از اجرای مداخله در گروه آزمایش تغییر قابل‌توجهی نسبت به گروه گواه داشته است، که می‌توان نتیجه‌ی مؤثر بودن مداخله دانست و این میزان در مرحله‌ی پیگیری (۲ ماهه) نیز قابل‌مشاهده می‌باشد. از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای بر فرسودگی شغلی و خستگی در گروه‌های آزمایش و گواه به معنادار نمی‌باشند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می‌باشد. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نتیجه پیش‌فرض کرویت ماچلی جهت همگنی ماتریس کوواریانس نمرات متغیرها ارائه شده است. شایان ذکر است زمانی این پیش‌فرض رعایت می‌گردد که سطح معناداری برای ضریب W ماچلی بیشتر از ۰/۰۵ باشد. با توجه به رعایت شدن تمام پیش‌فرض‌های موردنظر. بنابراین آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر قابل‌اجراست. نتایج کلی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مراحل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اثر
فرسودگی شغلی	زمان	۴۵/۵۱۱	۱	۴۵/۵۱۱	۲/۴	۰/۱۲	۰/۰۵
	زمان * گروه	۶۳۶/۱۵۶	۱	۶۳۶/۱۵۶	۲۴/۱۸۶	*۰/۰۰۱	۰/۴۴
	خطا	۷۹۶/۳۳۳	۲۸	۲۶/۳۰			
	گروه	۲۲۷/۷۴۸	۱	۱۳۸/۸۷۴	۴/۷۱۱	*۰/۰۰۲	۰/۲۵
	خطا	۸۲۵/۲۴۴	۲۸	۲۹/۴۷۳			
	درون گروهی						
خستگی ذهنی	زمان	۶۲۳/۴۹۷	۱	۶۲۳/۴۹۷	۴/۸۸۴	*۰/۰۰۱	۰/۱۸
	زمان * گروه	۳۴۶/۲۱۸	۱	۳۴۶/۲۱۸	۱/۵۲	*۰/۰۴	۰/۱۰
	خطا	۱۹۸۴/۸۷۶	۲۸	۷۰/۸۸۸			
	گروه	۹۲۴/۳۱۷	۱	۹۲۳/۳۱۷	۱۵/۵۸۲	*۰/۰۰۱	۰/۳۱
	خطا	۱۶۵۹/۱۶۴	۲۸	۵۹/۲۵۵			
	بین گروهی						

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین شرکت کننده نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در اثر زمان متغیرهای فرسودگی شغلی، تاب‌آوری و خستگی معنادار شده‌اند ($P < 0.01$). بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای فرسودگی شغلی و خستگی تعامل وجود دارد ($P < 0.05$) مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و گواه در این سه متغیر وابسته تفاوت وجود دارد. از آنجا که مقدار معناداری کمتر از خطای ۰/۰۵ می‌باشد می‌توان پذیرفت که نمرات متغیرهای تحقیق در بین گروه‌های آموزشی در طی مقطع پس‌آزمون و پیگیری تغییر یافته‌اند و مدل معنادار است، به‌طوری‌که در مؤلفه‌های فرسودگی شغلی و خستگی در سطح ($P < 0.05$) در مقایسه‌ی بین گروهی، درون گروهی و زمان اثربخشی معناداری دیده شد. سطح معنی‌داری هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه، یعنی اثر پیلاپی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰/۰۱ است. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که حداقل بین سه متغیر تحقیق در سه گروه آزمونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. بررسی این تعاملات در جدول بعدی ارائه شده است.

به‌منظور مقایسه زوجی گروه‌ها با یکدیگر، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. مقایسه میانگین‌های زوجی برای مقایسه بین گروه گواه و آزمایش

	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری	
		تفاوت	آماره	سطح معناداری	تفاوت	آماره	سطح معناداری	تفاوت	آماره
فرسودگی شغلی	درمان تنظیم هیجان	گواه	-۰/۲۰۰	۳/۷۲۶	۱/۰۰۰	۳۳/۷۳۳*	۶/۰۶۲	۰/۰۰۰	۳۳/۹۳۳*
خستگی ذهنی	درمان تنظیم هیجان	گواه	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۹۶	۱۲/۳۲*	۷/۴۵	۰/۰۰۱	۱۱/۱۸*
								۶/۶۳	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴ ملاحظه می‌شود که در نمرات پیش‌آزمون هیچ‌کدام از متغیرهای فرسودگی شغلی و خستگی ذهنی، بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). این در حالی بود که در نمرات پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری ($P < 0/01$) به دست آمده که حاکی از اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر فرسودگی شغلی و خستگی ذهنی در پرستاران بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر فرسودگی شغلی و خستگی پرستاران انجام شد. یافته حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان تنظیم هیجان بر فرسودگی شغلی و خستگی پرستاران تأثیر معناداری داشته است علاوه بر این یافته پژوهش نشان داد که این مداخله توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز به شکل معناداری حفظ نماید. نتایج پژوهش حاضر در باب اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر فرسودگی شغلی با یافته‌های مندس و میگل (۲۰۲۴) و جالینوس نیا و همکاران (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین یافته حاضر باید بیان کرد که تنظیم هیجان و مخصوصاً راهبرد مثبت‌بازارزیابی شناختی هیجان‌ها باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانۀ افراد می‌شود، بنابراین آموزش تنظیم هیجان در پرستاران در باعث می‌شود که آنان با استفاده درست از هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آنها و ابراز هیجان‌ها مخصوصاً هیجان‌ها مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان فرسودگی شغلی آنها در ابعاد خستگی، بی‌علاقگی و ناکارآمدی شغلی کاهش پیدا خواهد کرد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که پرستاران به دلیل مشکلات جسمانی و روانی ناشی از شغل خویش و شیفت‌های متوالی، ممکن است از وجود هیجان‌ها مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی نتوانند به خوبی از هیجان‌ها خود استفاده کنند، زیرا مشکلات جسمانی و روانی آنان باعث می‌شود که آنان در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند که آثار منفی آن می‌تواند به صورت مشکلاتی در ابعاد فرسودگی شغلی ظاهر شود (مندس و میگل، ۲۰۲۴). اما آموزش تنظیم هیجان به آنان باعث می‌شود که از وجود هیجان‌ها منفی و تأثیر منفی آنها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با بازارزیابی هیجان‌ها در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی خویش تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات جسمانی، روانی و به‌طور خاص فرسودگی شغلی خویش را کاهش دهند.

یافته دیگر پژوهش بیانگر آن بود که درمان تنظیم هیجان بر خستگی پرستاران مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش فرهنگیان و همکاران (۱۳۹۹)، امین محمد و همکاران (۲۰۲۴) و کادویچ و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان با افزایش کنترل هیجانی در فرد سبب کاهش استرس‌های ناشی از شغل در پرستاران می‌شود. این درمان به دنبال استفاده از راهکارهای سازگارانۀ ای است که فرد به هنگام تجربه هیجانی و پاسخ به حالات هیجانی از خود بروز می‌دهد. در مورد مکانیسم تأثیرگذاری تنظیم هیجان بر استرس می‌توان چنین مفهوم‌سازی کرد که توانایی تنظیم هیجان‌ها به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر رشد بهنجار می‌تواند تعامل بین فردی مؤثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگارانۀ را موجب شود (فرهنگیان و همکاران، ۱۳۹۹). داشتن توانایی تنظیم هیجان‌ها، اثری قوی در توانایی خودتنظیمی افراد دارد. خودتنظیمی به همه فرایندهای روانی که افراد باید به‌منظور کارکرد انطباقی انجام دهند، اشاره دارد. بنابراین تنظیم هیجان از طریق افزایش خودتنظیمی بر مدیریت خستگی تأثیر می‌گذارد. درمان مبتنی بر تنظیم هیجان با استفاده از راهکارهای سازگارانۀ تنظیم هیجان به نتایج مثبتی دست می‌یابد که باعث بهبود وضعیت جسمی و روان‌شناختی نظیر کاهش استرس و اضطراب شده‌اند و روابط اجتماعی را با سایر افراد در محیط کار بهبود می‌دهد و در کل وضعیت سلامت عمومی فرد را ارتقا می‌دهد (امین محمد و همکاران، ۲۰۲۴).

به‌طور کلی نتایج حاکی از اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر کاهش خستگی ذهنی و فرسودگی شغلی در پرستاران مؤثر بود. این درمان موجب شد که افراد نسبت به موقعیت، آگاه و هشیار باشند و احساسات و هیجان‌های خود را بشناسند، بنابراین از علت این احساسات باخبر شده و هیجان‌های خود را به شیوه سالم مدیریت کردند. پس این روش درمانی به عنوان یک روش درمانی کارآمد، کاربردی و مؤثر درمانی پرستاران در جهت کاهش فرسودگی شغلی و کاهش خستگی می‌باشد و قابلیت استفاده و کاربرد در کارکنان مراکز و کلینیک را دارد.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (پرستاران بیمارستان شهید لواسانی شهر تهران)، عدم بهره‌گیری از ابزارهای پژوهشی دیگر به جز پرسشنامه و تعداد کم نمونه پژوهش و روش

نمونه‌گیری غیرتصادفی مواجهه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر سایر مناطق جغرافیایی و با حجم نمونه بیشتر انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. همچنین از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا همه اعضای جامعه شانس برابر برای انتخاب داشته باشند. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد آموزش تنظیم هیجان در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گیرد و همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران مقاطع مختلف در دوره‌های ضمن خدمت و کارگاهی با این روش آموزشی و کاربرد آن در کاهش فرسودگی شغلی و بهبود تنظیم هیجانی آشنا گردند.

منابع

- بخشی، ا.، مظلومی، ع.، و حسینی، س. (۱۳۹۸). بررسی خستگی ذهنی و پایداری و روایی ابزار سنجش آن در پرستاران یکی از بیمارستان‌های کرمانشاه. *ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها*، ۱۷(۱)، ۲۹-۳۵. <https://journals.sbm.ac.ir/spip/article/view/26774>
- جالیئوس نیا، ع.، جاویدی، ح.، برزگر، م.، و بقولی، ح. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش گروهی از راه دور تنظیم هیجان بر عملکرد شغلی پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های عمومی شهر اصفهان در طی بحران کرونا. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲۳(۱)، ۱۱۳-۱۲۳. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-1489-fa.html>
- عرسین، ن.، درویش، ح.، اسماعیل زالی، م.، و نعمانی، ف. (۱۳۹۴). بررسی ابعاد فرسودگی شغلی در زنان شاغل (مورد مطالعه: زنان شاغل در جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران). *علوم پیراپزشکی و بهداشت نظامی*، ۱۱(۴)، ۹-۱۶. <https://jps.ajau.ac.ir/article-1-84-fa.html>
- فرهنگیان، س.، میهن دوست، ز.، و احمدی، و. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری، خستگی و سلامت عمومی در پرستاران. *مدیریت پرستاری*، ۹(۴)، ۵۳-۶۳. <https://ijnv.ir/article-1-769-fa.html>
- فیلیان، ع. (۱۳۷۱). بررسی میزان فرسودگی شغلی و ارتباط آن با روش‌های مقابله‌ای به‌کارگرفته شده توسط پرستاران بیمارستان‌های آموزشی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- Agyapong, B., Obuobi-Donkor, G., Burbach, L., & Wei, Y. (2022). Stress, burnout, anxiety and depression among teachers: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10706. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/17/10706>
- Alenezi, S., Almadani, A., Al Tuwariqi, M., Alzahrani, F., Alshabri, M., Khoja, M., ... & Alzahrani, R. (2022). Burnout, Depression, and Anxiety Levels among Healthcare Workers Serving Children with Autism Spectrum Disorder. *Behavioral Sciences*, 12(1), 15-32. <https://doi.org/10.3390/bs12010015>
- Amin Mohamed, S. M., Mosa, S. A. E., & Mahmoud, A. A. (2023). Job Stress and Emotion Regulation relation to Workplace Wellbeing among Psychiatric Nurses. *Egyptian Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(4), 168-197. <https://doi.org/10.21608/EJNHS.2023.327649>
- Applebaum, A. J., Panjwani, A. A., Buda, K., O'Toole, M. S., Hoyt, M. A., Garcia, A., & Mennin, D. S. (2020). Emotion regulation therapy for cancer caregivers-an open trial of a mechanism-targeted approach to addressing caregiver distress. *Translational Behavioral Medicine*, 10(2), 413-422. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30395306>
- Bernstein, D. P., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., de Vogel, V., Kersten, G. C. M., Lancel, M., Jonkers, P. P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N. J., Deenen, T. A. M., & Arntz, A. (2023). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological medicine*, 53(1), 88-102. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001161>
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Boston: Cengage Learning.
- De Melo Silva Júnior, M. L., Valença, M. M., & Rocha-Filho, P. A. S. (2022). Individual and residency program factors related to depression, anxiety and burnout in physician residents –a Brazilian survey. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03916-0>
- DeLuca, J., Genova, H. M., Hillary, F. G., & Wylie, G. (2008). Neural correlates of cognitive fatigue in multiple sclerosis using functional MRI. *Journal of the neurological sciences*, 270(1-2), 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2008.01.018>
- Gabriel, K. P., & Aguinis, H. (2022). How to prevent and combat employee burnout and create healthier workplaces during crises and beyond. *Business Horizons*, 65(2), 183-192. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2021.02.037>
- Gross J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J. J., English, T., & Eldesouky, L. (2021). Emotion regulation: Basic processes and individual differences. In O. P. John & R. W. Robins (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 523–542). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2021-06060-025>
- Jennings, J. M., Gold, P. A., Nellans, K., & Boraiah, S. (2022). Orthopaedic surgeons have a high prevalence of burnout, depression, and suicide: review of factors which contribute or reduce further harm. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 30(5), e528-e535. <https://journals.lww.com/jaaos/Abstract/2022/03010>

The effectiveness of emotion regulation therapy on job burnout and mental fatigue of nurses

- Jiang, S., Ren, Q., Jiang, C., & Wang, L. (2021). Academic stress and depression of Chinese adolescents in junior high schools: Moderated mediation model of school burnout and self-esteem. *Journal of Affective Disorders*, 295, 384-389. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.085>
- Johansson, B., Starmark, A., Berglund, P., Rödhölm, M., & Rönnbäck, L. (2010). A self-assessment questionnaire for mental fatigue and related symptoms after neurological disorders and injuries. *Brain injury*, 24(1), 2-12. <https://doi.org/10.3109/02699050903452961>
- Kadović, M., Mikšić, Š., & Lovrić, R. (2023). Ability of Emotional Regulation and Control as a Stress Predictor in Healthcare Professionals. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 541. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010541>
- Kang, M. J., & Myung, S. K. (2022). Effects of mindfulness -based interventions on mental health in nurses: a meta -analysis of randomized controlled trials. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(1), 51-59. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1949765>
- Kwak, E. J., Ji, Y. A., Baek, S. H., & Baek, Y. S. (2021). High levels of burnout and depression in a population of senior dental students in a school of dentistry in Korea. *Journal of Dental Sciences*, 16(1), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.07.009>
- Lucas, G., Colson, S., Boyer, L., Inthavong, K., Haller, P. H., Lancon, C., ... & Fond, G. (2022). Risk factors for burnout and depression in healthcare workers: The national AMADEUS study protocol. *L'encephale*, 48(3), 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.06.001>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McCade, D., Frewen, A., & Fassnacht, D. B. (2021). Burnout and depression in Australian psychologists: The moderating role of self-compassion. *Australian Psychologist*, 56(2), 111-122. <https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1890979>
- Meier, S. T., & Kim, S. (2022). Meta -regression analyses of relationships between burnout and depression with sampling and measurement methodological moderators. *Journal of Occupational Health Psychology*, 27(2), 195. <https://psycnet.apa.org/record/2021-30349-001>
- Mendes, B., & Miguel, I. (2024). Age and Burnout: The Mediating Role of Emotion-Regulation Strategies. *Social Sciences*, 13(5), 274. <https://doi.org/10.3390/socsci13050274>
- Nasasira, L. (2023). *Job insecurity, emotional exhaustion and employee motivation among employees in Health facilities in Kampala District*. Doctoral dissertation, Makerere University.
- Pallich, G., Fischer, S., La Marca, R., grosse Holtforth, M., & Hochstrasser, B. (2022). Post -awakening salivary alpha -amylase as modulator of treatment response in patients with burnout and major depression. *Journal of psychiatric research*, 154, 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.045>
- Schneider, J., Talamonti, D., Gibson, B., & Forshaw, M. (2022). Factors mediating the psychological well -being of healthcare workers responding to global pandemics: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 27(8), 1875-1896. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053211012759>
- Sibuea, Z. M., Sulastiana, M., & Fitriana, E. (2024). Factor Affecting the Quality of Work Life Among Nurses: A Systematic Review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 17, 491-503. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S446459>
- Vaičienė, V., Blaževičienė, A., Macijauskienė, J., & Sidebotham, M. (2022). The prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in the Lithuanian midwifery workforce and correlation with sociodemographic factors. *Nursing Open*, 9(4), 2209-2216. <https://doi.org/10.1002/nop2>
- Van Donzel, L., Ouwens, M. A., Van Alphen, S. P. J., Bouwmeester, S., & Videler, A. C. (2021). The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults -integrating positive schemas. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 21, 100715. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100715>
- Zhang, W., An, Y., Xiu, H., Dou, C., Wang, Z., Wei, Y., Gu, T., Leng, M., & Wei, H. (2022). Applying a Psychological Nursing Care Quality Evaluation Index in hospitalized patients: A pilot study. *Nursing forum*, 57(1), 26-33. <https://doi.org/10.1111/nuf.12646>