رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۹، شماره پیاپی ۱۰۲، آذر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(9), 2024

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

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.

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 ۱۴۰۲ 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.*

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

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.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : خرداد ۱۴۰۳** | **پذیرش: خرداد ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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 (جنینگز[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 سیبوئا[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. Vaičienė
10. Pallich
11. De Mélo Silva Júnior
12. Alenezi
13. Kwak
14. McCade
15. Jiang
16. Van Donzel
17. Cognitive fatigue
18. Nasasira
19. DeLuca
20. Sibuea

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

برانون[1] و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند یکی از علل اصلی خستگی شناختی مواجه شدن با وقایع غیرقابل‌کنترل 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 درعین‌حال متناسب با فرد فرد آنها طراحی شده باشد را برطرف نمی‌کند. همچنین پژوهشگران معتقدند که نگاه این خدمات به عوامل دخیل در مشکلات بسیار ساده‌انگارانه است (برنشتاین[2] و همکاران، ۲۰۲۲). بااین‌حال 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[3] 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[4] و همکاران، ۲۰۲۰).

گروس[5] و همکاران (۲۰۲۱) بر اساس مدل کیفیت هیجان[6]، 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 میگل[7] (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 قابل‌توجهی با تنظیم هیجان ضعیف محل کار ارتباط دارد. همچنین نتیجه پژوهش کادویچ[8] 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 قابل‌توجهی 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. Kadović

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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 به‌عنوان 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 به‌عنوان 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 جزوه‌های آموزشی یا موارد دیگری را ارائه و در اختیارشان قرار داده شد. به‌منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش شرکت‌کنندگان و قبل از اجرای جلسات درمان شرکت‌کنندگان 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 شرکت‌کنندگان 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)[1]: این پرسشنامه توسط مسلش و جکسون[2] 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 بدین‌صورت 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 فروانی 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=۰/۶۹) 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 (۰/۸۴=) و شخصیت‌زدایی (۰/۷۴=). 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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

پرسشنامه مقیاس خستگی ذهنی[1] (MFS): پرسشنامه مقیاس خستگی ذهنی توسط جانسون[2] 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 می‌باشد. خستگی، عدم توانایی انجام عمل، خستگی ذهنی، ریکاوری خستگی ذهنی، اشکال در تمرکز، مشکلات حافظه، کاهش سرعت فکر کردن، حساسیت به استرس، احساساتی شدن، کج‌خلقی، حساسیت به نور و صدا، افزایش و کاهش خواب، تغییرات ۲۴ ساعته (جانسون و همکاران، ۲۰۱۰). این پرسشنامه قابل استفاده در افراد سالم و گروه‌های مختلف شغلی می‌باشد (بخشی و همکاران، ۱۳۹۸). در این پرسشنامه نمره صفر نشان‌دهنده "عدم مشکل"، نمره ۱ نشان‌دهنده "مشکل جزئی" نمره ۲ نشان‌دهنده "مشکل نسبتاً جدی" و نمره ۳ نشان‌دهنده "مشکل جدی" می‌باشد. 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 می‌کند. 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 می‌شود. در خصوص آیتم "تغییرات ۲۴ ساعته" دامنه نمره ۲-۰ و برای بقیه آیتم‌ها ۳-۰ می‌باشد. 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 دکترای بهداشت حرفه‌ای بررسی و تائید شد. همچنین به‌منظور بررسی پایایی، پرسشنامه میان ۱۵ نفر پرستار دو بار به فاصله دو هفته توزیع و داده‌های حاصل مورد تحلیل قرار گرفت که ضریب همبستگی آن برابر با ۰/۷۲ به دست آمد (p =۰/۰۰۲). 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[3]: آموزش درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در این پژوهش مبتنی بر بسته آموزشی/ درمانی گروس[4] (۲۰۰۲) است که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای دو جلسه برای شرکت‌کنندگان 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 موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها، انتخاب موقعیت تجربه حالت هیجان و تفکیک آن به ابعاد بدنی، ذهنی و احساسی هر هیجان. تکمیل کارت یادداشت روزانه حالت‌های هر هیجان به مدت یک هفته
سوم	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری هیجان و مهارت‌های هیجانی: ۱- خودارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود ۲- خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد ۳- خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی فرد. تکمیل فرم آسیب‌پذیری هیجانی و فرم ارزیابی واکنش افراد به هیجان
چهارم	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، فهرست کردن اهداف فردی، اجتماعی و رابطه‌ای، بررسی روابط خود با اطرافیان، شناسایی موقعیت‌های فردی و بین‌فردی که باید بهبود یابند، تهیه فهرستی از فعالیت‌های مثبت، آموزش مهارت‌های موردنیاز برای حل مشکلات بین‌فردی الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب ب) آموزش راهبرد حل مسئله ج) آموزش مهارت‌های بین‌فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)

1. Mental Fatigue Scale
2. Johansson
3. Emotion regulation therapy
4. Gross

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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 بازارزیابی 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

یافته ها

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 ۳/۲۳±۳۵/۹۰ سال و میانگین سن گروه گواه ۲/۸۱±۳۶/۵۷ 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 رصد 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		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فرسودگی شغلی	گواه	۵۴/۶۷	۷/۹۱	۵۴/۱۳	۷/۷۳	۵۴/۱۳	۸/۳۶
	آزمایش	۵۴/۸۷	۷/۷۹	۲۰/۴۰	۵/۰۱	۲۰/۲۰	۵/۴۰
خستگی ذهنی	گواه	۳۶/۳۸	۵/۱۷	۳۶/۷۳	۶/۲۳	۳۵/۴۷	۶/۵۳
	آزمایش	۳۶/۵۲	۶/۲۹	۲۴/۴۱	۶/۱۱	۲۴/۲۹	۶/۲۴

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 ازلحاظ 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. ازآنجایی‌که 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گروه آزمایش و گواه

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

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 ($P<۰/۰۱$). 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 ($P<۰/۰۵$) مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و گواه در این سه متغیر وابسته تفاوت وجود دارد. ازآنجاکه 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 ($P<۰/۵$) در مقایسه‌ی بین‌گروهی، درون‌گروهی و زمان اثربخشی معناداری دیده شد. سطح معنی‌داری هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه، یعنی اثر پیلایی، 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

			پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
		گروه	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری
فرسودگی شغلی	درمان تنظیم هیجان	گواه	-۰/۲۰۰	۳/۷۲۶	۱/۰۰۰	۳۳/۷۳۳*	۶/۰۶۲	۰/۰۰۰	۳۳/۹۳۳*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۰۱
خستگی ذهنی	درمان تنظیم هیجان	گواه	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۹۶	۱۲/۳۲*	۷/۴۵	۰/۰۰۱	۱۱/۱۸*	۶/۶۳	۰/۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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>۰/۰۵). این در حالی بود که در نمرات پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری (P<۰/۰۱) 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 مثبت بازارزیابی شناختی هیجانات باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود، بنابراین آموزش تنظیم هیجان در پرستاران در باعث می‌شود که آنان با استفاده درست از هیجانات، آگاهی از هیجانات و پذیرش آنها و ابراز هیجانات مخصوصاً هیجانات 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. به‌عبارت‌دیگر، می‌توان گفت که پرستاران به دلیل مشکلات جسمانی و روانی ناشی از شغل خویش و شیفت‌های متوالی، ممکن است از وجود هیجانات مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی نتوانند به‌خوبی از هیجانات 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 هیجانات منفی و تأثیر منفی آنها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با بازارزیابی هیجانات 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 سازگارانه‌ای 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 هیجانات به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر رشد بهنجار می‌تواند تعامل بین‌فردی مؤثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگارانه 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 سازگارانه 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).

به‌طورکلی 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 به‌عنوان 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 به‌جز پرسشنامه و تعداد کم نمونه پژوهش و روش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

نمونه‌گیری غیرتصادفی مواجه 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 پایایی و روایی ابزار سنجش آن در پرستاران یکی از بیمارستان‌های کرمانشاه. *ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، ۷*(۱)، ۳۵-۲۹. https://journals.sbmu.ac.ir/spip/article/view/26774

جالینوس نیا، ع.، جاویدی، ح.، برزگر، م.، و بقولی، ح. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش گروهی از راه دور تنظیم هیجان برعملکرد شغلی پزشکان و پرستاران بیمارستان های عمومی شهر اصفهان در طی بحران کرونا. *تحقیقات علوم رفتاری، ۲۱*(۱)، ۱۲۳-۱۱۳. 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.ajaums.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., Burback, 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 Mélo 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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., Rödholm, 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., Macijauskiene, 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]