

Role of Thought Action Fusion and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Predicting the Job Stress of Psychiatric and Neurology Wards Nurses

Niloufar Mikaeili ^{1,*} Mozaffar Ghaffari ²

¹ Associate Professor, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Iran

² Instructor, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), Iran

* **Corresponding author:** Niloufar Mikaeili, Associate Professor, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Iran. E-mail: nmikaeili@uma.ac.ir

Received: 27 Dec 2015

Accepted: 20 Jun 2016

Abstract

Introduction: Stressful situations are one of the problems of nursing professionals, which can reduce the productivity of nurses. This research was conducted to assess the relationship between cognitive emotion regulation styles and thought action fusion, and job stress in nurses.

Methods: This research was a descriptive correlation study. The statistical sample of the present study included 246 nurses, who were working in psychiatric and neurology wards of western and east Azerbaijan and Ardabil in 2015 years. Samples were selected through sSimple random sampling. The Garnefski Cognitive Emotion Regulation (CERQ-short), Rachman Thought-Action Fusion, and Health and Safety Executive job stress (HSE) questionnaires were used for the data collection. The data was analyzed by Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis. P values of less than 0.05 were considered significant.

Results: The results of multi-variable correlation coefficient with enter method indicated that cognitive emotion regulation strategies had a role in explaining job stress ($R^2 = 28\%$); thought-action fusion factors also had an (R^2 of $= 54.7\%$). There was a positive relationship between nurse's job stress and catastrophizing strategies ($r = 0.380$), responsibility for positive thoughts ($r = 0.675$) and responsibility for harm avoidance thoughts ($r = 0.578$) but a negative relationship with acceptance ($r = -0.222$), positive refocus ($r = -0.263$) and refocus on planning strategies ($r = -0.323$) was found.

Conclusions: The results indicated a correlation between the TAF and maladaptive strategies, and job stress. Thus, it is suggested that nurses should develop logical cognitive beliefs and effective emotion regulation strategies to reduce their amount of professional stress.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation; Thought-Action fusion; Job stress; Nurses; Ward; Psychiatric; Neurology

نقش باور آمیختگی اندیشه - کنش و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب

نیلوفر میکائیلی^{۱*}، مظفر غفاری^۲

^۱ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران

^۲ مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

* نویسنده مسئول: نیلوفر میکائیلی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران. ایمیل: nmikaeili@uma.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۰۶

چکیده

مقدمه: موقعیت‌های کاری تنش‌زا یکی از مسائل و معضلات حرفه پرستاری به شمار می‌رود که می‌تواند باعث کاهش بهره‌وری در پرستاران شود. هدف این مطالعه بررسی ارتباط باور آمیختگی اندیشه-کنش و تنظیم شناختی هیجان با استرس شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب می‌باشد.

روش کار: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده و نمونه آماری این تحقیق ۲۴۶ نفر از پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب استان‌های آذربایجان غربی، شرقی و اردبیل در سال ۱۳۹۴ بودند که با استفاده از فرمول کوکران و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه باور آمیختگی اندیشه - کنش راجمن، فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و مقیاس استرس شغلی موسسه سلامت و ایمنی انگلستان استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه و از طریق نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) مورد تحلیل قرار گرفتند. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج ضریب همبستگی چند متغیری به روش Enter نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ۲۸٪ و عامل‌های باور آمیختگی فکر-عمل ۵۴/۷٪ در تبیین استرس شغلی پرستاران نقش دارند. بین استرس شغلی پرستاران با راهبرد فاجعه آمیز بودن ($r = ۰/۳۸۰$)، عامل احساس مسئولیت در قبال افکار مثبت ($r = ۰/۶۷۵$) و احساس مسئولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر ($r = ۰/۵۷۸$) رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. اما با راهبرد پذیرش ($r = -۰/۲۲۲$)، تمرکز مجدد مثبت ($r = -۰/۲۶۳$) و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ($r = -۰/۳۲۳$) منفی و معنی دار می‌باشد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که بین راهبردهای ناکارآمد و باور آمیختگی فکر-عمل با استرس شغلی رابطه وجود دارد. بنابراین، برای کاهش میزان استرس شغلی، پیشنهاد می‌شود که پرستاران از باورهای شناختی منطقی و راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان استفاده کنند.

واژگان کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، باور آمیختگی اندیشه - کنش، استرس شغلی، پرستاران، بخش، روانپزشکی، مغز و اعصاب

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

است بیشتر در معرض فرسودگی شغلی و استرس شغلی قرار گیرند (۷). متغیرهای مختلفی می‌توانند با استرس شغلی رابطه داشته باشند یکی از این متغیرها، متغیر باور آمیختگی اندیشه - کنش می‌باشد. مفهوم اغتشاش اندیشه - کنش اولین بار بر روی بیماران وسواسی کشف شد (۸). در جریان مطالعه افکار خودآیند ناخواسته افراد، مشاهده شد که تعدادی از این افراد، اعتقاد دارند که افکار غیر قابل قبول و ناخوشایند آن‌ها می‌تواند حوادث جهان بیرونی را تحت تأثیر قرار دهد (۹). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که سازه اغتشاش فکر-عمل دارای دو بعد اصلی است: اغتشاش فکر-عمل احتمال (Likelihood) و اغتشاش فکر و عمل اخلاقی (Moral thought-action fusion).

استرس واژه‌ای است که در اصل به معنی فشار و نیرو به کار می‌رود (۱). استرس واکنش در مقابل یک تهدید ادراک شده واقعی یا خیالی هست که منجر به یک سلسله پاسخ‌های فیزیولوژیکی، روانی و رفتاری می‌شود (۲). استرس شغلی یکی از عوامل اساسی کاهش بهره‌وری سازمان‌ها بوده و امروزه در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی بسیار رایج است (۳). استرس شغلی بر کارکنان تأثیر می‌گذارد، کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهد و احتمال وقوع مصدومیت‌های ناشی از کار را افزایش می‌دهد (۴-۶). پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و روانپزشکی به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و بیماران ممکن

از سبک‌های ناکارآمد تنظیم هیجان استفاده می‌کنند نسبت به سایر گروهها بیشتر استرس شغلی از خود نشان می‌دهند (۲۹، ۳۰). پرستارانی که در کنترل هیجان ناتوان هستند بیشتر به مشکلات روانی و شغلی گرفتار می‌شوند (۳۱)، اما در سایر مطالعات رابطه نمره تنظیم هیجان و استرس شغلی پرستاران معنادار نبود (۳۲).

با بازنگری ادبیات پژوهشی خارج از کشور و نظریه‌های موجود در این زمینه و سایر منابع، می‌توان چنین استدلال کرد که بین باورآمیختگی اندیشه - کنش و تنظیم شناختی هیجان با استرس شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب رابطه وجود دارد. عبارت دیگر، استفاده کارآمد از مکانیزم‌های تنظیم تفکر و هیجان، باعث کاهش استرس شغلی در پرستاران می‌شود و عملکرد شغلی آنان را افزایش می‌دهد. با توجه به فرصت و طول زمان ارتباط پرستاران با بیماران روانی و عصبی، بخش اعظم مسئولیت درمان و مراقبت از بیماران متوجه پرستاران است. از آنجا که شغل پرستاری، خصوصاً اشتغال در بخش‌های روانپزشکی، کاری ذاتاً استرس‌زا می‌باشد و این امر مستلزم توجه به جنبه‌های روانشناختی و اندیشیدن تدابیر پیشگیرانه در شغل پرستاری می‌باشد (۳۳). از آنجا که تحقیق روشنی راجع به موضوع حاضر در داخل و خارج از کشور صورت نگرفته بود، بدین سبب هدف از اجرای مطالعه حاضر، بررسی ارتباط باورآمیختگی اندیشه - کنش و تنظیم شناختی هیجان با استرس شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب بوده است. برای رسیدن به هدف مذکور فرضیه‌های زیر پیش‌بینی شدند:

- ۱- بین مؤلفه‌های باورآمیختگی اندیشه - کنش با استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب رابطه وجود دارد.
- ۲- بین مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان با استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب رابطه وجود دارد.
- ۳- مؤلفه‌های باورآمیختگی اندیشه - کنش و تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب سهم دارند.

روش کار

روش پژوهش در تحقیق حاضر از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری را پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب استان‌های آذربایجان غربی، شرقی و اردبیل در ۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند که در محدوده سنی ۲۲ الی ۶۶ سال قرار گرفته بودند. نمونه آماری پژوهش حاضر با توجه طرح پژوهش و تعداد متغیرها شامل ۲۴۶ نفر (۱۴۶ نفر پرستار خانم و ۱۰۰ نفر پرستار آقا) از پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب استان‌های آذربایجان غربی، شرقی و اردبیل بودند که به روش نمونه گیری تصادفی ساده و با استفاده از فرمول $n = \frac{z^2(P(1-P))}{d^2}$ انتخاب شدند. با توجه به بالا بودن تعداد خانم‌های شاغل در حوزه پرستاری نسبت به آقایان، از بین پرستاران خانم ۱۴۶ نفر و از بین پرستاران آقا ۱۰۰ نفر انتخاب شدند. برای گزینش اعضای نمونه، از بین پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب بیمارستان دکتر فاضلی اردبیل، بیمارستان ایثار اردبیل، بیمارستان رازی تبریز، بیمارستان امام رضا تبریز، بیمارستان رازی ارومیه و بیمارستان امام خمینی ارومیه ۲۴۶ نفر به صورت تصادفی ساده (در این نوع نمونه‌گیری به هر یک از افراد جامعه احتمال مساوی داده می‌شود تا در نمونه انتخاب شود. به عبارت

thought-action fusion). اغتشاش فکر - عمل اخلاقی به این معنی است که داشتن افکار وسواسی درباره اعمال منع شده و انجام واقعی این اعمال از لحاظ اخلاقی معادل یکدیگر هستند. اغتشاش فکر - عمل احتمال را می‌توان این گونه بیان کرد که فکر کردن درباره رویدادی آشفته ساز یا غیر قابل پذیرش احتمال وقوع آن رویداد را افزایش می‌دهد. این نوع اغتشاش فکر - عمل خود دارای دو جنبه است: اغتشاش اندیشه - عمل احتمال برای خود، یعنی اغتشاش بین افکار و وقایعی که برای خود فرد اتفاق می‌افتد و اغتشاش فکر - عمل احتمال برای دیگران، یعنی اغتشاش بین افکار و وقایعی که برای دیگران رخ می‌دهد (۱۰، ۱۱). رابطه باورآمیختگی اندیشه - کنش با استرس پس از سانحه در دانشجویان روانشناسی دانشگاه کارولینای شمالی معنی دار به دست آمد (۱۲). افرادی که اغتشاش اندیشه-عمل دارند به استرس شغلی و سایر اختلالات روانی بیشتر مبتلا می‌شوند (۸، ۱۳). بین اختلالات روانی نظیر استرس، اضطراب منتشر یافته، نگرانی، فوبی، وسواسی و اختلالات دروان کودکی با اغتشاش فکر - عمل رابطه معنی دار وجود دارد (۱۴، ۱۵). باورآمیختگی اندیشه - کنش یک نوع خطای شناختی هست که باعث ایجاد استرس و اضطراب می‌گردد و باعث افزایش میزان آنها (استرس و اضطراب) افزایش می‌شود (۱۶). افرادی که در دوران کودکی با استرس پس از حادثه مواجه شدند از باورآمیختگی اندیشه - کنش بیشتر استفاده می‌کنند (۱۷).

علاوه بر متغیر باورآمیختگی اندیشه - کنش، متغیر دیگری که می‌تواند با استرس شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب رابطه داشته باشد تنظیم شناختی هیجان می‌باشد. تنظیم هیجان وجه ذاتی گرایش‌های پاسخ هیجانی است (۱۸). در واقع تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. در متون روانشناختی، این مفهوم اغلب به منظور توصیف فرایند تعدیل عاطفه منفی به کار رفته است. هرچند تنظیم هیجان می‌تواند در برگزیده فرایندهای هشیار باشد، الزاماً نیازمند آگاهی و راهبردهای آشکار نیست (۱۹). تنظیم هیجان در مدیریت هیجان‌ها نقش اساسی ایفا می‌کند (۲۰). تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظمی بخشی است (۲۱)، به عنوان فرایندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش‌های هیجانی تعریف شده است (۲۲)، که در سطح ناهشیار، نیمه هوشیار و هوشیار به کار گرفته می‌شود (۲۳). محققان ۹ راهبرد شناختی تنظیم هیجان معرفی کرده‌اند: نشخوار فکری، پذیرش، خود را مقصر دانستن، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران (۲۴). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد (۲۵). تحقیقات انجام شده در حوزه تنظیم هیجان و استرس شغلی نشان دهنده این هستند که توانایی تنظیم هیجان عملکرد شغلی کارکنان را بالا می‌برد و استرس شغلی آنها را کاهش می‌دهد (۲۶). نقش هیجان و تنظیم هیجان در پیش‌بینی بهزیستی و استرس شغلی کارمندان معنی دار می‌باشد (۲۷). کارکنانی که از سبک‌های کارآمد تنظیم هیجان استفاده می‌کنند نسبت به سایر کارکنان کمتر به استرس شغلی مبتلا می‌شوند (۲۸)، اما کارکنانی که

ریزی و مقصر دانستن دیگران. هر یک از سؤالات این پرسشنامه ۵ گزینه (اصلاً، بندرت، گاهی، اغلب اوقات و همیشه) دارد که از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند. تحقیقات انجام شده، نشان داده‌اند که تمامی زیر مقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند (۳۸). یوسفی اعتبار پرسشنامه را در فرهنگ ایرانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی پرسشنامه، از طریق بررسی همبستگی میان راهبردهای منفی این پرسشنامه با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی، به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح $P > ۰/۰۰۱$ معنی دار هستند (۳۹). پیوسته گر و حیدری ضریب آلفای کرونباخ در نوجوانان سالم، بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای بیماران مراجعه کننده به مراکز روان پزشکی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (۴۰).

مقیاس استرس شغلی: این پرسشنامه ۳۵ سوالی در اواخر دهه ۱۹۹۰ میلادی توسط موسسه سلامت و ایمنی انگلستان به منظور اندازه گیری استرس شغلی کارگران و کارمندان انگلیسی در هفت حیطه ساخته شده است این هفت حیطه عبارتند از: تقاضا، کنترل، حمایت مسئولین، حمایت همکاران، ارتباط، نقش و تغییرات. هر یک از سؤالات این پرسشنامه ۵ گزینه (اصلاً، بندرت، گاهی، اغلب اوقات و همیشه) دارد که از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. اما سؤالات ۳، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ به صورت معکوس امتیاز دهی می‌شوند (۴۱). تحقیقات اجرا شده، نشان داده‌اند که تمامی حیطه‌های این آزمون از روایی همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار هستند (۴۲). در ایران اعتبار و روایی پرسشنامه توسط آزاد مرزآبادی و غلامی فشارکی بررسی شد که ضریب همبستگی پرسشنامه با پرسشنامه سلامت عمومی کلدبرگ ۰/۴۸ به دست آوردند همچنین بار عاملی حیطه‌های نقش، ارتباط، حمایت مسئولین، حمایت همکاران، کنترل، تقاضا و تغییرات پرسشنامه استرس شغلی از طریق تحلیل عامل به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۳، ۰/۷۵، ۰/۶۳، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۲۲ به دست آمد و اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن بررسی شد که میزان آنها به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۶۵ گزارش کردند (۴۳).

در این پژوهش داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان یا استاندارد از طریق برنامه نرم افزار SPSS با نسخه ۲۲ مورد تحلیل قرار گرفتند و $P < ۰/۰۵$ به عنوان ارتباط معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نمونه آماری مطالعه حاضر ۹۸ نفر (۴۰/۸٪) از پرستاران آقا و ۱۴۲ نفر (۵۹/۱۶٪) از پرستاران خانم بودند که وضعیت تأهل ۱۶۰ نفر (۶۶/۶۶٪) متأهل و ۸۰ نفر (۳۳/۳۳٪) مجرد بوده است. همچنین ۷۹ نفر (۳۲/۹٪) به صورت طرح، ۱۳۸ نفر (۶۵/۲۵٪) به صورت پیمانی و ۲۳ نفر (۹/۵۸٪) به شکل رسمی با بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب همکاری داشتند (جدول ۱). که میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات متغیر استرس شغلی و خرده مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و باور آمیختگی فکر- عمل در جدول ۲ آمده است.

دیگر اگر حجم افراد جامعه N و حجم نمونه را n فرض کنیم، احتمال انتخاب هر فرد جامعه در نمونه مساوی n/N است) گزینش شدند. محققان در وقت کاری، در محل کار پرستاران حاضر شده، بعد از جلب نظر و توجیه آنان اقدام به توزیع و جمع آوری پرسش نامه‌ها و پاسخ نامه‌های مربوط در همان زمان و مکان نمودند. در مدت ۶ هفته تمامی داده‌ها گردآوری شدند. ۶ پاسخنامه به دلیل ناقص بودن و یا پاسخ دهی توأم با بی دقتی کنار گذاشته شدند و تحلیل نهایی بر روی ۲۴۰ مجموعه پاسخنامه باقیمانده (۱۴۲ پاسخنامه پرستار خانم و ۹۸ پاسخنامه پرستار آقا) انجام گرفت. در مورد علل انتخاب ۲۴۶ نفر برای نمونه آماری باید اشاره کرد که در روشهای همبستگی حداقل تعداد نمونه آماری باید ۳۰ نفر باشد اما در این مطالعه، برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و اعتبار بالایی داشته باشد ۲۴۶ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند (۳۴).

قبل از جمع آوری اطلاعات، به پرستاران در مورد هدف و روش مطالعه توضیح داده شد و ذکر شد که مشارکت و عدم مشارکت در ارزشیابی شغلی آنان تاثیری نخواهد داشت و پاسخ‌های آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد بود. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات فردی (شامل اطلاعات: سن، جنس، سابقه کار، محل کار، نوع استخدام، محل سکونت)، پرسشنامه باور آمیختگی اندیشه - کنش راچمن، فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و مقیاس استرس شغلی موسسه سلامت و ایمنی انگلستان استفاده شد.

پرسشنامه باور آمیختگی فکر- عمل: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط راچمن و همکاران پدید آمد (۳۵). دارای ۲۷ سؤال ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) می‌باشد که سؤالات آن به صورت معکوس (۴، ۳، ۲، ۱، ۰) نمره‌گذاری می‌شوند اما از سؤال ۱۶ تا ۲۷ هر سؤال به دو قسمت تبدیل می‌شود و برای هر قسمت نمره جداگانه لحاظ می‌شود و شامل ۸ زیر مقیاس است که عبارتند از: TAF اخلاقی، احساس مسوولیت در قبال افکار مثبت، احتمال وقوع وقایع منفی، احتمال وقوع وقایع مثبت، احساس مسوولیت در قبال افکار منفی، احساس مسوولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر، احتمال جلوگیری از خطر با داشتن فکر آن و احتمال وقوع افکار در مورد خود. نتایج بررسی خصوصیات روانسنجی این مقیاس در ایران بدین شرح است: نتیجه تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از چرخش واریماکس بیانگر وجود ۸ عامل بود که ۸۰ درصد واریانس کل مقیاس را تبیین نمودند. برای محاسبه پایایی مقیاس از روش‌های همسانی درونی، بازآزمایی با فاصله ۴ هفته بر روی نمونه ۳۵ نفری و تنصیفی استفاده شد. ضرایب حاصل از پایایی برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۱ و ۰/۸۲ به دست آمد (۳۶). در مطالعه بخشی پور و همکاران همسانی درونی ضرایب آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ بودند. ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۱ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۶۳ به دست آمد (۳۷).

فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به وسیله گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۲ تهیه شد و شامل ۹ زیر مقیاس است، که عبارتند از: نشخوار فکری، پذیرش، خود را مقصر دانستن، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مثبت مجدد، دیدگاه گیری، فاجعه آمیز تلقی کردن، تمرکز مجدد بر برنامه

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد فراوانی نمونه آماری پرستاران برحسب جنسیت، وضعیت تأهل و نوع استخدام

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت		
آقا	۹۸	۴۰/۸
خانم	۱۴۲	۵۹/۶
وضعیت تأهل		
مجرد	۸۰	۳۳/۳۳
متاهل	۱۶۰	۶۶/۶۶
وضعیت استخدامی		
طرح	۷۹	۳۲/۹
پیمانی	۱۳۸	۶۵/۲۵
رسمی	۲۳	۹/۵۸

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات متغیر استرس شغلی و خرده مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و باور آمیختگی فکر - عمل پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب

مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
استرس شغلی	۷۰/۱	۱۲/۱۱	۳۵	۱۷۵
سرزنش خود	۳/۷۰	۱/۷۹	۱	۵
پذیرش	۳/۸۶	۱/۷۸	۱	۴
نشخوار فکری	۵/۳۱	۱/۹۱	۲	۸
فاجعه آمیز بودن	۳/۶۶	۱/۹۰	۱	۶
سرزنش دیگران	۲/۴۴	۱/۷۷	۱	۴
ارزیابی مجدد مثبت	۵/۵۶	۱/۹۰	۲	۹
تمرکز مجدد مثبت	۵/۰۴	۱/۷۶	۰	۸
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۵/۶۳	۱/۷۷	۰	۹
دیدگاه گیری	۴/۶۰	۱/۶۸	۱	۷
TAF اخلاقی	۴۰/۵۱	۸/۷۲	۱۷	۴۸
احساس مسوولیت در قبال افکار مثبت	۹/۱۰	۲/۳۳	۳	۱۲
احتمال وقوع وقایع منفی	۵/۹۰	۲/۳۰	۲	۹
احتمال وقوع وقایع مثبت	۱۰/۱۵	۳/۶۹	۱	۱۴
احساس مسوولیت در قبال افکار منفی	۵/۸۹	۲/۱۲	۱	۱۰
احساس مسوولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر	۵/۳۳	۲/۰۰	۲	۹
احتمال جلوگیری از خطر با داشتن فکر آن	۴/۷۶	۱/۹۰	۱	۸
احتمال وقوع افکار در مورد خود	۱۳/۱۳	۳/۰۰	۲	۱۶

جلوگیری از خطر با داشتن فکر آن ($1/90 \pm 4/76$) و خرده مقیاس TAF اخلاقی ($40/51 \pm 8/72$) بوده است.

نتایج ارائه شده در [جدول ۳](#) نشان می‌دهد که بین استرس شغلی با راهبرد فاجعه آمیز بودن ($r = 0/380$) رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. عبارت دیگر میزان استرس شغلی در پرستارانی که از راهبرد فاجعه آمیز بودن استفاده می‌کنند بیشتر می‌باشد. اما رابطه استرس شغلی با راهبرد پذیرش ($r = -0/222$)، تمرکز مجدد مثبت ($r = -0/263$) و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ($r = -0/323$) منفی و معنی دار می‌باشد. همچنین نتایج ارائه شده در [جدول ۲](#) نشان می‌دهد بین استرس شغلی با عامل احساس مسوولیت در قبال افکار مثبت ($0/675$)

[جدول ۲](#) میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات پرستاران را در متغیر استرس شغلی و خرده مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و باور آمیختگی فکر - عمل پرستاران نشان می‌دهد. که میانگین و انحراف معیار نمرات پرستاران در متغیر همدلی $12/11 \pm 70/01$ می‌باشد. همچنین کمترین و بیشترین نمره پرستاران در بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به ترتیب مربوط به خرده مقیاس سرزنش دیگران ($1/77 \pm 2/44$) و خرده مقیاس تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ($5/63 \pm 1/77$) و در بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه باور آمیختگی فکر - عمل به ترتیب مربوط به خرده مقیاس احتمال

$(\hat{\epsilon} = 0.578)$ و احساس مسوولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر (سرزنش همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد).

برای تعیین سهم هریک از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار فکری، فاجعه آمیز بودن، سرزنش دیگران، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و دیدگاه گیری) در پیش بینی میزان استرس پرستاران شاغل در بخش‌های پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب از تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان یا استاندارد استفاده شد. در این رگرسیون همه متغیرهای پیش بین به طور همزمان وارد تحلیل شده و هر متغیر براساس توان پیش بینی خود ارزیابی می‌گردد. برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های نرمال بودن، خطی بودن، هم خطی و یکسانی پراکندگی، از تحلیل مقدماتی استفاده شد. مقادیر گزارش شده برای Tolerance و VIF (Variance Inflation Factor) در جدول ۴ حاکی از آن است که مفروضه‌های هم خطی، تخطی نشده است. چون که ارزش Tolerance تمام متغیرها بیشتر از ۰/۱ و ارزش VIF متغیرها کمتر ۱۰ می‌باشد. همچنین برای بررسی استقلال خطاها از آزمون Durbin-Watson استفاده شده است که میزان آن ۱/۹۸ به دست آمد که نشان از مستقل بودن خطاها می‌باشد. مفروضه دیگری که در آزمون رگرسیون باید رعایت شود نرمال بودن توزیع نمرات متغیر ملاک (وابسته) است که در مطالعه حاضر برای بررسی توزیع نمرات متغیر ملاک (استرس شغلی) از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده شد که مقدار $P > 0.05$ به دست آمد ($P = 0.095$)، که نشان از نرمال بودن توزیع متغیر ملاک (استرس شغلی) می‌باشد.

برای بررسی داده‌های پرت از آزمون Mahalanobis استفاده شد که میزان ۲۷/۲ به دست آمد که میزان آن کمتر از مقدار بحرانی مجذور کای با آلفای ۰/۰۱ بوده است (مقدار بحرانی مجذور کای با در نظر گرفتن تعداد متغیرها به مقدار ۲۷/۸۸ بوده است) که نشان می‌دهد در این مطالعه داده‌های پرت وجود ندارد. برای بررسی نرمال بودن توزیع خطاها از نمودار هیستوگرام استفاده شد، میانگین این توزیع صفر بوده و انحراف معیار آن نزدیک به یک (۰/۹۷۷) است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که خطاها دارای توزیع نرمال با میانگین صفر و انحراف معیار یک هستند.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد نشان داد که راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و فاجعه آمیز تلقی کردن در پیش بینی استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب نقش دارند. ($R^2 = 0.28$; $F = 3.434$; $P < 0.001$). جدول ۴ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد بتا را برای متغیرهای معنی دار در پیش بینی استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب را نشان می‌دهد.

برای تعیین سهم هریک از عامل‌های باور آمیختگی فکر- عمل (TAF اخلاقی، احساس مسوولیت در قبال افکار مثبت، احتمال وقوع وقایع منفی، احتمال وقوع وقایع مثبت، احساس مسوولیت در قبال افکار

منفی، احساس مسوولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر، احتمال جلوگیری از خطر با داشتن فکر آن و احتمال وقوع افکار در مورد خود) در پیش بینی استرس شغلی پرستاران، از تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان یا استاندارد استفاده شد.

برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های نرمال بودن، خطی بودن، هم خطی و یکسانی پراکندگی، از تحلیل مقدماتی استفاده شد. مقادیر گزارش شده برای Tolerance و VIF در جدول ۴ حاکی از آن است که مفروضه‌های هم خطی، تخطی نشده است. مقدار آزمون Durbin-Watson معادل ۲/۱۲ بوده است، که نشان از مستقل بودن خطاها می‌باشد. برای بررسی داده‌های پرت از آزمون Mahalanobis استفاده شد که میزان ۲۶/۰ به دست آمد که میزان آن کمتر از مقدار بحرانی مجذور کای با آلفای ۰/۰۱ بوده است (مقدار بحرانی مجذور کای به مقدار ۲۶/۱۳ بوده است) که نشان می‌دهد در این مطالعه داده‌های پرت وجود ندارد. برای بررسی نرمال بودن توزیع خطاها از نمودار هیستوگرام استفاده شد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی خرده مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و باور آمیختگی فکر- عمل با استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب

مقیاس ها و خرده مقیاس ها	استرس شغلی
سرزنش خود	۰/۰۳۸
پذیرش	-۰/۲۲۲**
نشخوار فکری	۰/۱۱۲
فاجعه آمیز بودن	۰/۳۸۰**
سرزنش دیگران	-۰/۱۱۲
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۱۳۵
تمرکز مجدد مثبت	-۰/۲۶۳**
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	-۰/۳۲۳**
دیدگاه گیری	۰/۰۲۴
TAF اخلاقی	-۰/۰۲۸
احساس مسوولیت در قبال افکار مثبت	۰/۶۷۵**
احتمال وقوع وقایع منفی	۰/۰۸۴
احتمال وقوع وقایع مثبت	۰/۰۴۵
احساس مسوولیت در قبال افکار منفی	۰/۰۴۱
احساس مسوولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر	۰/۵۷۸**
احتمال جلوگیری از خطر با داشتن فکر آن	۰/۰۳۴
احتمال وقوع افکار در مورد خود	۰/۰۹

(آزمون دو دامنه) $P < 0.05$ *

(آزمون دو دامنه) $P < 0.01$ **

جدول ۴: ضریب رگرسیون چندگانه استاندارد برای پیش بینی متغیر استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب با توجه به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

Tolerance	VIF	P Value	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		
				بتا	خطای استاندارد	B	
۰/۷۸۸	۱/۲۶۷	معنی دار نیست	۱/۰۷۵	۰/۱۱۱	۰/۷۷۵	۰/۸۳۴	سرزنش خود
۰/۸۲۶	۲۰/۱	معنی دار هست	-۲/۰۷۳	-۲/۱۲	۰/۸۴۹	-۱/۲۶۱	پذیرش
۰/۵۷۷	۷۲۹/۱	معنی دار نیست	۰/۷۰۰	/۰۸۴	۰/۹۴۴	-۲/۰۶۷	نشخوار فکری
۷۰۰/۰	۴۲۸/۱	معنی دار هست	۲/۷۶۲	۰/۳۰۴	۰/۷۹۲	-۱/۷۶۲	فاجعه آمیز بودن
۹۱۰/۰	۰۹۷/۱	معنی دار نیست	-۰/۱۵۱	-۰/۰۱۴	۰/۷۹	۰/۶۶۱	سرزنش دیگران
۸۳۲/۰	۲۰۰/۱	معنی دار نیست	-۰/۲۵۳	-۰/۰۲۵	۰/۵۵۰	۲/۱۹۰	ارزیابی مجدد مثبت
۸۰۲/۰	۶۶/۱	معنی دار نیست	-۱/۴۳۸	-۰/۱۴۹	۰/۸۷۶	-۰/۱۲۱	تمرکز مجدد مثبت
۵۹۴/۰	۶۷/۱	معنی دار هست	-۲/۳۴۸	-۰/۲۸۳	۰/۸۷۹	-۰/۱۳۹	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
۷۹۴/۰	۲۵۶/۱	معنی دار نیست	۰/۰۷۹	۰/۰۰۷	۰/۹۱۷	۰/۰۷۲	دیدگاه گیری

خود در پیش بینی استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب نقش دارند ($R^2 = ۰/۵۴۷$; $F = ۹/۷۷۲$; $P < ۰/۰۰۱$). **جدول ۵:** ضرایب استاندارد و غیر استاندارد بتا را برای متغیرهای معنی دار در پیش بینی متغیر استرس شغلی را نشان می‌دهد.

، میانگین این توزیع صفر بوده و انحراف معیار آن نزدیک به یک (۰/۹۷۳) است، که نشان می‌دهد توزیع خطاها نرمال می‌باشد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد برای پیش بینی استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب نشان داد که عامل‌های احساس مسئولیت در قبال افکار مثبت و احتمال وقوع افکار در مورد

جدول ۵: ضریب رگرسیون چندگانه استاندارد برای پیش بینی متغیر استرس شغلی با توجه به عامل‌های باور آمیختگی فکر- عمل

Tolerance	VIF	P Value	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		
				بتا	B	خطای استاندارد	
۰/۶۱	۱/۶۶۸	۰/۱۵۴ معنی دار نیست	-/446 -۱/۴۴۶	-۰/۱۴۵	۰/۱۸۹	-/۲۷۲	TAF اخلاقی
۰/۲۷۴	۴/۰۶۹	۰/۰۰۰ معنی دار هست	۵/۰۶	۰/۶۷۹	۰/۲۹۸	۱/۵۰۳	احساس مسوولیت در قبال افکار مثبت
۰/۳۵۲	۲/۸۴۹	۰/۴۰۸ معنی دار نیست	۰/۸۳۲	۰/۱۱۱	۰/۵۴	۰/۴۴۹	احتمال وقوع وقایع منفی
۰/۱۳	۷/۷۳۴	۰/۱۱۲ معنی دار نیست	۱/۶۱۶	۰/۳۷۱	۰/۵۸۸	۰/۹۴۹	احتمال وقوع وقایع مثبت
۰/۶۵۳	۱/۵۳۴	۰/۱۳۵ معنی دار نیست	۱/۵۱۷	۰/۱۵۲	۰/۳۵۵	۰/۵۳۸	احساس مسوولیت در قبال افکار منفی
۰/۲۳۴	۴/۳۱	۰/۹۶۳ معنی دار نیست	۰/۰۴۸	۰/۰۰۸	۰/۵۶	۰/۰۲۷	احساس مسوولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر
۰/۱۵۸	۶/۳۶۷	۰/۰۶۳ معنی دار نیست	۱/۸۹۴	۰/۳۹۷	۱/۰۹۹	۲/۰۸۱	احتمال جلوگیری از خطر با داشتن فکر آن
۰/۶۸۲	۱/۴۶۹	۰/۰۱۴ معنی دار هست	۲/۵۶	۰/۲۴۷	۰/۴۷	۱/۲۰۲	احتمال وقوع افکار در مورد خود

فرضیه‌های که در این مطالعه پژوهشگران درصد آزمون آن بودند عبارت بود از: بین مؤلفه‌های باور آمیختگی اندیشه - کنش با استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب رابطه وجود دارد در این پژوهش رابطه بین استرس شغلی با عامل احساس مسئولیت در قبال افکار مثبت ($r = ۰/۶۷۵$) و احساس مسئولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر ($r = ۰/۵۷۸$) مثبت و معنی دار به دست آمد، بعبارت دیگر پرستارانی که از خطاهای شناختی چون احساس مسئولیت در قبال افکار مثبت و احساس مسئولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر استفاده

بحث

محیط حرفه‌ای، نوع کار، افراط یا تفریط در کار، خطرهای جسمانی، چگونگی تطبیق فرد با محیط کار و رویارویی خانواده- کار، به منزله منابع تنیدگی یا تنش‌های حرفه‌ای محسوب می‌شود. از آنجا که شغل پرستاری، خصوصاً اشتغال در بخش‌های روانپزشکی، کاری ذاتاً استرس‌زا می‌باشد و این امر مستلزم توجه به جنبه‌های روانشناختی و اندیشیدن تدابیر پیشگیرانه در شغل پرستاری می‌باشد (۳۲). یکی از

پرستارانی که از سبک‌های کارآمد تنظیم هیجان استفاده می‌کنند نسبت به سایر پرستاران کمتر به استرس شغلی و روانی مبتلا می‌شوند (۲۹). می‌توان گفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجانها به پرستاران کمک می‌کند تا برانگیختگی و هیجان‌های منفی خود را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با کاهش و افزایش استرس شغلی و روانی رابطه دارد (۳۹). بنابراین، در نتیجه ارزیابی نادرست رفتارهای همکاران و نیز رفتارهای بیماران، به دلیل کمبود اطلاعات و برداشت اشتباه یا اعتقادات بی‌منطق و نادرست، راهبرد شناختی ناکارآمد را برای روبه‌رو شدن با موقعیت شغلی تنیدگی‌زا بر می‌گزینند، که استفاده از این راهبردها، علاوه بر اینکه استرس شغلی و روانی را کاهش نمی‌دهند، بلکه منجر به افزایش استرس شغلی و روانی در پرستاران می‌شوند. اما انتخاب راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری، علاوه بر افزایش استفاده از مقابله‌های سازگارانه، بر ارتقای سلامت روانی و کاهش استرس شغلی و روانی نیز اثر گذار هستند. در ضمن یافته حاضر، موید نظریه یادآوری هماهنگ با خلق و عاطفه نیز می‌باشد، براساس این نظریه، به هم خوردن پردازش اطلاعات در حافظه به نفع و در جهت اطلاعات منفی و ناخوشایند نه تنها موجب ابقا و تشدید عواطف منفی نظیر افسردگی و اضطراب در افراد می‌شود، بلکه قابلیت‌های فرد را در کنترل عواطف، ناکارآمد می‌سازد که همین ناکارآمدی و ناتوانی در کنترل عاطفه، یکی از علایم اصلی پرستاران مبتلا به استرس شغلی می‌باشد. همچنین در این مطالعه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد نشان داد که راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و فاجعه آمیز تلقی کردن در پرستاران قوی‌ترین متغیرها برای پیش بینی استرس شغلی می‌باشند.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت که راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان و باور آمیختگی اندیشه - کنش، از عوامل اثر گذار بر افزایش استرس شغلی و روانی پرستاران بوده است. از جمله محدودیت‌هایی که پژوهشگران سعی در کاهش آنها بودند کنترل محل کار پرستاران به علت شلوغی و رفت و آمد بیماران، احتمال عدم پاسخگویی صحیح به سؤالات به علت ترس از دست دادن موقعیت شغلی و نیز حضور پژوهشگران در عرصه مطالعه (محل کار پرستاران) بوده است.

سپاسگزاری

محققان بر خود لازم می‌دانند از پرستاران شرکت کننده در پژوهش و مسئولین بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب استان‌های آذربایجان غربی، شرقی و اردبیل که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

References

1. Reynold SW. Risk factors in mental health. New York: wily; 2000.
2. Moghadam M, Rashidzadeh S, Shamsalizadeh N, Fallahi B. The impact of stress management training on the coping style and perceived stress in medical

می‌کردند نسبت به سایر پرستاران استرس شغلی بیشتری داشتند. این نتیجه‌گیری با یافته‌های (۱۲-۱۸) که نشان دادند نقش باور آمیختگی اندیشه - کنش در پیش بینی استرس شغلی معنی دار می‌باشد هم‌خوانی دارد. بعبارت دیگر پرستارانی که اغتشاش اندیشه-عمل داشتند نسبت به سایر پرستاران به استرس شغلی و سایر اختلالات روانی بیشتر مبتلا می‌شدند (۱۳). به نظر می‌رسد در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که فشارهای روانی و شغلی، از باورهای ناکارآمد منتج می‌شوند، از اساسی‌ترین باورهای دخیل در فشار یا استرس شغلی، پدیده درهم آمیختگی اندیشه - کنش است، در پدیده درهم آمیختگی افکار، مرز بین فکر - کنش و فکر _ روی دادها از بین می‌رود. در نتیجه چنین تفکر، پرستاران بدون اینکه اعتبار این باورها را در واقعیت بیازمایند بی‌چون و چرا آنها را می‌پذیرند. بعبارت دیگر ترس از افت عملکرد شغلی یا ایجاد مشکل در حرفه، باعث ایجاد استرس شغلی در پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب می‌شود. همچنین براساس مدل شبکه تداعی (associative network model) می‌توان گفت که پرستاران مبتلا به استرس شغلی، هر اطلاعاتی را که در ذهن نگهداری، پردازش، بازیابی و یادآوری می‌کنند با حالت‌های عاطفی‌شان پیوند تنگاتنگی دارد. بعبارت دیگر در این افراد، عواطف منفی نظیر اضطراب، پرخاشگری و افسردگی؛ مثل یک صافی عمل می‌کنند و بر تمامی عملکردهای شناختی آنان نظیر توجه، حافظه، تصمیم‌گیری و تفسیر، تأثیر منفی می‌گذارند و باعث ایجاد باور ناکارآمد مثل باور آمیختگی اندیشه-عمل می‌شوند. در این مطالعه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد نیز نشان داد که عامل‌های احساس مسوولیت در قبال افکار مثبت و احتمال وقوع افکار در مورد خود، از قوی‌ترین متغیرهای پیش بین استرس شغلی در پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب می‌باشند.

فرضیه بعدی که محققان درصد آزمون آن بودند عبارت بود از اینکه: بین مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان با استرس شغلی پرستاران بخش‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب رابطه وجود دارد. نتایج ارائه شده در جدول ۲ نشان داد که بین استرس شغلی با راهبرد فاجعه آمیز بودن ($r = 0.380$) رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد بعبارت دیگر میزان استرس شغلی در پرستارانی که از راهبرد فاجعه آمیز بودن استفاده می‌کنند بیشتر می‌باشد. اما رابطه استرس شغلی با راهبرد پذیرش ($r = -0.222$)، تمرکز مجدد مثبت ($r = -0.263$) و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ($r = -0.323$) منفی و معنی دار می‌باشد. بیان رابطه معنی دار در فرضیه بدین معنا بود که با کاهش یا افزایش مقدار عددی متغیرهای پیش بین، استرس شغلی پرستاران نیز کاهش یا افزایش می‌یافت. این نتیجه‌گیری با یافته‌های (۲۶-۳۲) هم‌خوانی دارد. تمامی این مطالعات نشان داده‌اند، پرستارانی که از راهبردهای تنظیم شناختی ناکارآمد مانند نشخوار فکری، فاجعه انگاری و ملامت خویش استفاده می‌کنند، در برابر استرس شغلی و روانی آسیب پذیر هستند. اما

students Scientific J Kurdistan Uni Med Sci. 2014;19(3):56-60.

3. Bahrami A, Akbari H, Mousavi SG, Hannani M, Ramezani Y. Job stress among the nursing staff of Kashan hospitals. Feyz J Kashan Uni Med Sci. 2011;15(4):366-73.

4. Knezevic B, Milosevic M, Golubic R, Belosevic L, Russo A, Mustajbegovic J. Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery*. 2011;27(2):146-53. DOI: [10.1016/j.midw.2009.04.002](#) PMID: 19589631
5. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
6. Rahmani F, Behshid M, Zamanzadeh V, Rahmani F. Relationship between general health, occupational stress and burnout in critical care nurses of Tabriz teaching hospitals. *Iran J Nur*. 2010;23(66):54-63.
7. Yavari M, Shamsaei F, Yazdanbakhsh K. Comparison psychiatrics nurses burnout and general health with critical care (ICU) nurses. *J Nur Man*. 2014;3(1):55-65.
8. Berle D, Starcevic V. Thought-action fusion: review of the literature and future directions. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(3):263-84. DOI: [10.1016/j.cpr.2004.12.001](#) PMID: 15792850
9. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2004;35(2):87-107. DOI: [10.1016/j.jbtep.2004.04.002](#) PMID: 15210372
10. Rachman S, Shafran R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clin Psychol Psychotherapy*. 1999;6(2):80-5. DOI: [10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<80::AID-CPP188>3.0.CO;2-C](#)
11. O'Leary EM, Rucklidge JJ, Blampied N. Thought-action fusion and inflated responsibility beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychologist*. 2009;13(3):94-101. DOI: [10.1080/13284200903369557](#)
12. Berman NC. *Developmental Experiences in the Prediction of Thought Action Fusion: Contribution of Religious, Familial, and Stress Factors: School of clinical psychology: University of North Carolina at Chapel Hill*; 2013.
13. Fraser KJ. Thought-action fusion and inflated responsibility in psychopathology: School of clinical psychology: Victoria University of Wellington; 2013.
14. Muris P, Meesters C, Rassin E, Merckelbach H, Campbell J. Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. *Behav Res Ther*. 2001;39(7):843-52.
15. Evans DW, Hersperger C, Capaldi PA. Thought-action fusion in childhood: measurement, development, and association with anxiety, rituals and other compulsive-like behaviors. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42(1):12-23. DOI: [10.1007/s10578-010-0198-x](#) PMID: 20803168
16. Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Thought-action fusion across anxiety disorder diagnoses: specificity and treatment effects. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(5):407-13. DOI: [10.1097/NMD.0b013e31828e102c](#) PMID: 23595095
17. Berman NC, Wheaton MG, Abramowitz JS. Childhood trauma and thought action fusion: A multi-method examination. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2013;2(1):43-7. DOI: [10.1016/j.jocrd.2012.11.002](#)
18. Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2008;22(2):211-21. DOI: [10.1016/j.janxdis.2007.02.004](#) PMID: 17349775
19. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Psychotherapy*. 1995;2(2):151-64. DOI: [10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x](#)
20. Saarni C. Issues of cultural meaningfulness in emotional development. *Dev Psychol*. 1998;34(4):647-52. PMID: 9681256
21. Tice DM, Bratslavsky E. Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychol Inq*. 2000;11(3):149-59. DOI: [10.1207/S15327965PLI1103_03](#)
22. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2-3):25-52. PMID: 7984164
23. Mayer JD, Salovey P. Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Appl Prev Psychol*. 1995;4(3):197-208. DOI: [10.1016/S0962-1849\(05\)80058-7](#)
24. Garnefski N, Legerstee J, Kraaij VV, Van Den Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *J Adolesc*. 2002;25(6):603-11. PMID: 12490178
25. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health*. 2002;6(3):275-81. DOI: [10.1080/13607860220142387](#) PMID: 12217096
26. Scheibe S, Zacher H. A lifespan perspective on emotion regulation, stress, and well-being in the workplace. *Res occupational stress well-being*. 2013;11:163-93. DOI: [10.1108/s1479-3555\(2013\)0000011010](#)
27. Perrewé PL, Halbesleben J, Rosen C. *The Role of Emotion and Emotion Regulation in Job Stress and Well Being*. Emerald Group Publishing Limited: United Kingdom; 2013.
28. Perrewé PL, Rosen CC, Jonathon RB. *The Role of Emotion and Emotion Regulation in Job Stress and Well Being*. . United Kingdom: Emerald Group Publishing Limited; 2013.
29. Angela M. *Occupational Stress Research: Considering the Emotional Impact for the Qualitative Researcher*. United Kingdom: Emerald Group Publishing Limited; 2013 Apr.
30. Carrie AB. *Self-Conscious Emotions: A New Direction for Emotion Research in Occupational Stress and Well-being* United Kingdom: Emerald Group Publishing Limited 2013.
31. Hayward RM, Tuckey MR. Emotions in uniform: How nurses regulate emotion at work via emotional boundaries. *Hum Relations*. 2011;64(11):1501-23. DOI: [10.1177/0018726711419539](#)
32. Alizade A, Kazemi MH, Jamali Z, Barati M, Azizi M. The role of Emotional Regulation and Spirituality on Occupational Stress in Military Nurses. *J Nur and physic with war*. 2014;2(2):17-22.
33. Yousefi R, Namdari K, Adhamian E. A comparison of depression and occupational stress in psychiatrics and non psychiatrics unit nurses and official employees. *J Urmia Nurs Midwifery Facu*. 2006;4(2):80-90.
34. Pallant J. *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using spss for windows*. Australia: Allen & Unwin publication 2007.
35. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behav Res Ther*. 1998;36(4):385-401. DOI: [10.1016/B978-008043437-7/50017-X](#)
36. Pourfaraj M, Mohammadi N, Taghavi M. Psychometric properties of revised thought-action fusion questionnaire (TAF-R) in an Iranian

- population. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(4):600-9. DOI: [10.1016/j.jbtep.2008.02.001](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.02.001)
37. Bakhshipour A, Faraji R, Narimani M, Sadeghi Movahhed F. Relationship between the content of thought-action fusion and the clusters of symptoms of obsessive-compulsive disorder in patients with OCD. *J Res Behav Sci*. 2011;9(3):164-74.
 38. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif*. 2006;41(6):1045–53. DOI: [10.1016/j.paid.2006.04.010](https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010)
 39. Yousefi F. Model emotional intelligence, cognitive development, emotion regulation strategies, cognitive and general health (Dissertation). Shiraz: University of Shiraz; 2003.
 40. Payvastegar M, Haydari A. Comparison of cognitive strategies to regulate emotional symptoms of depression in teenager's visitvisitors to psychiatric centers and other Youth. *J Appl Psychol*. 2008;2(3):543-68.
 41. Cousins R, Mackay CJ, Clarke SD, Kelly C, Kelly PJ, McCaig RH. 'Management standards' work-related stress in the UK: Practical development. *Work Stress*. 2004;18(2):113-36. DOI: [10.1080/02678370410001734322](https://doi.org/10.1080/02678370410001734322)
 42. McLachlan SA, Devins GM, Goodwin PJ. Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) as a measure of psychosocial function in breast cancer patients. *Eur J Cancer*. 1998;34(4):510-7. DOI: [10.1016/S0959-8049\(97\)10076-4](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(97)10076-4)
 43. Azad marzabadi E, Gholami Fesharaki M. Reliability and validity assessment for the HSE job stress questionnaire. *J Behavi Sci*. 2011;4(4):291-7.