

Relationship between Quality of life and cognitive emotion regulation in Neuroticism of Nursing Students of Azad University of Kermanshah

Amirhossein Sheikhpour ¹, Yasaman Noroozi ^{*2}, Elham Kaviani ³

1-Senior Expert, Department of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

2-Senior Expert, Department of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

3-Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

OPEN ACCESS Research Article

*Correspondence: Yasaman Noroozi *

yasamannoroozi76@yahoo.com

Received: July 21, 2023

Accepted: Sep 10, 2023

Published: Summer 2023

Citation: Sheikhpour, A, Noroozi, Y, Kaviani, E. (2023). Relationship between Quality of life and cognitive emotion regulation in Neuroticism of Nursing Students of Azad University of Kermanshah. Journal of Psycho Research and Educational Studies, 1(2): 41-56.

[doi.org_ 10.71610/psych.2023.1039095](https://doi.org/10.71610/psych.2023.1039095)

Abstract

The nursing community is exposed to a wide range of risks related to the job position and responsibilities of the nursing profession, so this research was conducted with the aim of investigating the relationship between quality of life and cognitive regulation of emotion in the neuroticism of nursing students of Kermanshah Azad University. The method of the present research is descriptive-analytical of structural equations type. The statistical population of this research was all nursing students of the 7th and 8th semesters of Islamic Azad University, Kermanshah branch in the academic years of 2021-2022 and 2022-2023, and the sample size was 250 people, which was They were selected randomly. To collect data, quality of life questionnaires of the World Health Organization (1996), Garnofsky and Kraij (2006), neuroticism questionnaire of Costa and McCree (2004) were used. The data obtained from the questionnaires were analyzed using the structural equation model and Smart PLS statistical software. According to the findings of this research, there is a relationship between quality of life and cognitive regulation of emotion in neuroticism of nursing students.

Key words: quality of life, cognitive emotion regulation, neuroticism, nurse.

رابطه کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان در روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه

امیرحسین شیخ پور^۱، *یاسمن نوروزی^۲، الهام کاویانی^۳

۱- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۲- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۳- استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

چکیده

جامعه پرستاری در معرض طیف وسیعی از خطرات مرتبط با موقعیت شغلی و مسئولیت های حرفه پرستاری است بنابراین این پژوهش با هدف بررسی رابطه کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان در روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه صورت گرفته است. روش پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی از نوع معادلات ساختاری می باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان پرستاری ترم ۷ و ۸ دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ و ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود و حجم نمونه ۲۵۰ نفر بود که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) پرسشنامه روان رنجوری کاستا و مک کری (۲۰۰۴) استفاده گردید. داده های بدست آمده از پرسشنامه ها با استفاده از مدل معادلات ساختاری و نرم افزارهای آماری اسمارت پی ال اس مورد تحلیل قرار گرفت. با توجه به یافته های این پژوهش بین کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان در روان رنجوری دانشجویان پرستاری رابطه وجود دارد.

دسترسی آزاد

مقاله علمی پژوهشی

نویسنده مسئول*: یاسمن نوروزی

yasamannoroozi76@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۹

تاریخ انتشار: تابستان ۱۴۰۲

استناد: شیخ پور، امیرحسین، نوروزی، یاسمن، کاویان، الهام.

(۱۴۰۲). رابطه کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان در روان

رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه. فصلنامه

روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری، (۲) ۴۱-۵۶.

[doi.org_10.71610/psych.2023.1039095](https://doi.org/10.71610/psych.2023.1039095)

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، تنظیم شناختی هیجان، روان رنجوری، پرستاران.

مقدمه

پرستاران به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید از کیفیت زندگی کاری رضایت بخشی برخوردار باشند تا بتوانند مراقبت های با کیفیتی را به بیماران خود ارائه دهند، بنابراین باید به زندگی کاری پرستاران توجه شود (مرادی، مقامی نژاد و عزیز فیلی، ۲۰۱۴). جامعه پرستاری که در معرض طیف وسیعی از خطرات مرتبط با موقعیت شغلی و مسئولیت های حرفه پرستاری است، باید با چندین اثر منفی دست و پنجه نرم کند. این امر منجر به کاهش کیفیت زندگی پرسنل پرستاری و کاهش اثربخشی در ارائه خدمات مراقبتی به بیماران می شود (اورزولاک، کویاک، کوال، کزاپلا و آچمنوویچ، ۲۰۲۲). کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی یک فرد را بر اساس ادراک او از زندگی، انتظارات، اهداف و استانداردها توصیف می کند (کاپلان و ریز، ۲۰۰۷). به خوبی شناخته شده است که پرستاران بار کاری سنگینی دارند و اغلب برای حفظ کیفیت زندگی خوب تلاش می کنند. آنها اغلب در محل کار با مشکلاتی مانند کمبود پرسنل، ساعات کاری طولانی و حجم کاری سنگین مواجه می شوند (لی و یوسف، ۲۰۱۸). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به عنوان ادراک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و سیستم های ارزشی که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با آنها تعریف می کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۵). متغیر کیفیت زندگی در اقصاء مختلف اهمیت زیادی دارد، خصوصاً افرادی که دارای شرایط جسمی، روحی و روانی ویژه ای هستند و با استرس های ناشی از آن و با شرایط ویژه رو در رو هستند (باسو، ۲۰۰۴). از آنجایی که پرستاران به عنوان اعضای سیستم مراقبت های بهداشتی تمام تلاش خود را برای بهبود کیفیت مراقبت و کیفیت زندگی بیماران انجام می دهند، رسیدگی به عواملی که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می گذارد بسیار مهم است (هسو و کرونهاون، ۲۰۰۶). از آنجایی که وضعیت سلامت ذهنی به عنوان یک عامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی پرستاران شناسایی شده است، پرستاران باید درک ذهنی مثبتی از وضعیت سلامت و انگیزه، حفظ سلامت جسمی و روانی خود داشته باشند. علاوه بر این، برای ایجاد حمایت فعال باید برنامه هایی برای بهبود سلامت جسمی و روانی پرستاران در سازمان های پزشکی تدوین شود (پارک و لی، ۲۰۲۳). هنگامی که کیفیت زندگی پرستاران افزایش می یابد، حرفه ای بودن آنها بهبود می یابد و در نتیجه آنها را قادر می سازد تا خدمات پرستاری با کیفیت بالاتری را به بیماران ارائه دهند (جنگ، کیم و کیم، ۲۰۱۶). با این حال، هنگامی که کیفیت زندگی کاهش می یابد، آنها قادر به توجه مناسب به بیماران نیستند، که ممکن است بر مراقبت از بیمار تأثیر منفی بگذارد (بایی و لی، ۲۰۱۵). بنابراین کیفیت زندگی پرستاران مهم است و مطالعه آن ضروری به نظر می رسد.

تامپسون (۱۹۹۴) تنظیم شناختی هیجان را فرایندهای درونی و بیرونی درگیر در ارزیابی، نظارت و اصلاح واکنش های هیجانی به منظور دستیابی به اهداف تعریف می کند (دیلون، ریتچی، جانسون و لابر، ۲۰۰۷). فرآیند شناختی به افراد کمک می کند تا احساسات و عواطف خود را تنظیم کنند و از هیجان های شدید تسلیم نشوند. استراتژی های تنظیم شناختی هیجان به دو دسته تقسیم می شوند:

¹ Orszulak, Kubiak, Kowal, Czapl., Uchmanowicz

² Kaplan, Ries

³ Lee, Yusof

⁴ WHOQoL Group

⁵ Basu

⁶ Hsu, Kernohan

⁷ Park, Lee

⁸ Jang, Kim, Kim

⁹ Bae, Lee

¹⁰ Thompson

¹¹ Dillon, Ritchey, Johnson, LaBar

اول، استراتژی‌های انطباقی که شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، پذیرش و چشم‌انداز است. دوم، استراتژی ناسازگاری است که شامل سرزنش خود، فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و سرزنش کردن دیگران است (کرینگ، ۲۰۰۸؛ گارنفسکی، ریف، جلسما، تروت و کراچی، ۲۰۰۷؛ ژو و همکاران، ۲۰۰۸). مطالعات گذشته نشان می‌دهند پرستاران مرد تمایل به استفاده از تنظیم شناختی سازگارانه دارند،

در حالی که پرستاران زن تمایل به استفاده از راهبردهای منفی دارند (اورلی، ریوکا، ریوکا و دوریت، ۲۰۱۲). پرستاران شاغل در بخش‌های عمومی بیشتر از پرستاران مراقبت‌های ویژه از راهبردهای ناسازگاری مانند سرزنش خود و فاجعه‌آفرینی استفاده می‌کنند. مطالعات با تمرکز بر انتخاب استراتژی‌ها توسط پرستاران در بخش‌های مختلف نشان داده‌اند که محل کار بر انتخاب راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تأثیر می‌گذارد (میکائیلی و غفاری، ۲۰۱۶). با افزایش سن و تجربه کاری، پرستاران احتمالاً مهارت‌های لازم برای تنظیم احساسات را از طریق روش‌های متعدد به دست می‌آورند

و شروع به استفاده از آنها می‌کنند (ایسنبرگ، ۲۰۱۴). نتایج یک مطالعه دیگر نیز نشان داد که نوع بخش (بخش عمومی یا مراقبت ویژه) و سن می‌تواند پیش‌بینی‌کننده انتخاب راهبردهای انطباقی یا ناسازگار باشد (زیبادی، حسن دوست، مومنی، گودرزیان و حسینی گل افشانی، ۲۰۲۱). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان اتخاذ شده توسط پرستاران بر توانایی آنها در کنترل احساسات، سلامت روان و عملکرد کاری تأثیر می‌گذارد (گارنفسکی و کراچی، ۲۰۱۸؛ سالوارانی و همکاران، ۲۰۱۹). مداخلات روان‌درمانی حاوی راهبردهای سازگار، مانند پذیرش و تمرکز مجدد مثبت، ممکن است به بهبود اضطراب و افسردگی پرستاران در رویدادهای فاجعه‌بار یا استرس‌زا کمک کند (ونگ و همکاران، ۲۰۲۱). ممکن است پرستاران با عواطف مثبت پایین و عواطف منفی بالا، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان را بیشتر و راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان را کمتر مورد استفاده قرار دهند و خستگی مزمن را تجربه کنند. پرستارانی که عواطف منفی بالایی دارند پس از استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، سطوح بالایی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کنند (کاغذگران، ۲۰۲۰). تنظیم هیجان می‌تواند به سادگی باعث سلامت روان یا آشفتگی هیجانی گردد و مشکلاتی را برای فرد ایجاد کند. زندگی و روابط شغلی با چالش‌ها، بحران‌ها، مشکلات و موانعی که برای فرد به وجود می‌آورد دارای تنظیم هیجان است که در صورت بدتنظیمی این فرآیند می‌تواند منجر به تشدید این مشکلات شود (بلوچ، هیز و لونسون، ۲۰۱۴). یکی از عوامل مهم و تعیین‌کننده در کیفیت زندگی پرستاران، تنظیم شناختی هیجان است که نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای تنش‌زا در محل کار دارد و به افراد امکان می‌دهد که به دشواری‌ها، فشارهای روانی و از دست دادن‌های بدون جلوگیری، که در روند چرخه زندگی پیش می‌آید، معنی دهد (نیسل، ۲۰۰۴). برخی عوامل تنش‌زا در زندگی پرستاران اجتناب‌ناپذیرند و با توجه به اینکه جلوگیری از اثرات جسمی، روانی و رفتاری تنش بر پرستاران ضرورت دارد، در نظر گرفتن برخی از اقدامات برای بهبود شرایط محیط کار و ارتقای کیفیت زندگی و آموزش روش‌های مقابله ضرورت دارد (علاف، پرنده، عبادی و حاجی، ۲۰۱۰). در برخی پژوهش‌ها

¹ Kring

² Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt, Kraaij

³ Zhu

⁴ Orly, Rivka, Rivka, Dorit,

⁵ Eisenberg

⁶ Garnefski, N., & Kraaij

⁷ Salvarani, V., Rampoldi, G., Ardenghi, S., Bani, M., Blasi, P., Ausili, D., ... & Strepparava

⁸ Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., ... & Zhang

⁹ Bloch, Haase, Levenson

¹⁰ Nasel

مانند رستمی، موقری، تقوی و مهران (۲۰۱۶)، خیرابادی و همکاران (۲۰۱۰)، مارساک، فانک و نلسون (۲۰۰۷)، وجود رابطه مثبت بین تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی را تایید می کنند. راهبردهای تنظیم هیجانی باعث بکارگیری راهبردهای سازگارانه در مقابله با استرس می شود که این مسئله بر کیفیت زندگی تاثیر مثبت می گذارد (یوسفی، ۲۰۰۶).

متغیر دیگری که مطالعه آن روی پرستاران حائز اهمیت است، روان رنجوری است. روان رنجوری به صورت گسترده به عنوان تمایل به تجربه عاطفه منفی، به ویژه هنگام تهدید شدن، ناکام شدن یا رو به رو شدن با فقدان تعریف می شود (اورمل و همکاران، ۲۰۱۳). روان رنجوری یک ویژگی شخصیتی است که شخصیت افراد را با احساساتی مانند نگرانی، بدخلقی، عصبانیت، اضطراب، خصومت، تنش، خشم، افسردگی، خودآگاهی و ناامنی مشخص می کند (رابینز و جاج، ۲۰۱۵؛ جاج و بونو، ۲۰۰۱). روان رنجوری به عنوان یک متغیر اثرگذار بر عاطفه شخصی شناسایی شده است (واتسون و کلارک، ۱۹۸۴). افراد با میزان بالای روان رنجوری تمایل دارند رویدادها را به صورت منفی تلقی کنند (واتسون و کلارک، ۱۹۹۷).

افرادی که سطح پایین تری از روان رنجوری را دارند نه تنها شادتر هستند، بلکه سطوح بالاتری از رضایت زندگی را در مقایسه با افرادی که سطح بالاتری از روان رنجوری دارند، گزارش می کنند (کلونینگر، ۲۰۱۳). افراد با ویژگی های روان رنجوری، بر رویدادهای منفی زندگی بیشتر تاکید می کنند و در نتیجه کمتر احساس شادی و خوشبختی می کنند. با در نظر گرفتن اینکه اضطراب و افسردگی از صفات روان رنجوری است، به نظر می رسد که شادی، با ویژگی های روان رنجوری ارتباط منفی دارد (گالاگر و ولا برودریک، ۲۰۰۸). افراد روان رنجور دچار مشکلاتی در اعتماد به نفس، تصمیم گیری و تنظیم هیجانات خود هستند. آن ها اغلب احساس گناه، غم و ناامیدی دارند و در نتیجه از هوش هیجانی پایینی برخوردارند (گلمن، ۱۹۹۵). افرادی که در روان رنجوری نمره بالایی می گیرند معمولاً واکنش های منفی مفرط نشان داده و بعد از انگیزتگی هیجانی به سختی می توانند به حالت طبیعی برگردند. آن ها غالباً از نشانه های جسمانی مانند سردرد و کمردرد و مشکلات روانی مبهم نظیر نگرانی ها و اضطراب ها شکایت می کنند (فیست و گرگوری، ۲۰۱۴). همچنین روان رنجورخویی با هیجان های منفی، همبستگی مثبت دارد (کمرا، تینگ، نانگ، ایمین و سوانکن، ۲۰۲۲). افرادی که در بعد روان رنجورخویی نمره بالایی می گیرند، توانایی کمتری برای پردازش هیجانی نشان می دهند یا از راهبردهای نامناسبی برای تنظیم هیجان استفاده می کنند (یانگ، مئو، نیو، وی، ونگ و کیو، ۲۰۲۱). روان رنجورخویی ممکن است از راه فرآیندهایی مثل واکنش پذیری هیجانی بالا و سوگیری منفی در ارزیابی وقایع استرس زا موجب افزایش آسیب پذیری فرد نسبت به استرس شود (براندرز، کاشنر و تیکت، ۲۰۱۸).

¹ Marsac, Funk, Nelson

² Ormel, Bastiaansen, Riese, Bos, Servaas, Ellenbogen, Aleman

³ Robbins, Judge, Millett

⁴ Judge, Bono

⁵ Watson, Clark

⁶ Watson, Clark

⁷ Cloninger

⁸ Gallagher, Vella-Brodick

⁹ Goleman

¹⁰ Feist, Gregory

¹¹ Kemarat, Theanthong, Yeemin, Suwankan

¹² Yang, Mao, Niu, Wei, Wang, Qiu

¹³ Brandes, Kushner, Tackett

اگرچه مطالعات پیشین روابط متغیرهای این پژوهش را با متغیرهای دیگری بررسی نموده اند، محدود مطالعه ای به صورت مستقیم روابط این متغیرها را با هم مورد مطالعه قرار داده اند از این رو بررسی این مطالعه حائز اهمیت است. همچنین از آن جا که پرستاران به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید از کیفیت زندگی کاری رضایت بخشی برخوردار باشند تا بتوانند مراقبت های با کیفیتی را به بیماران خود ارائه دهند، بنابراین مطالعه بر روی این قشر از جامعه ضروری به نظر می رسد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان در روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه انجام شد. فرضیه های این مطالعه عبارت بودند از: (۱) بین کیفیت زندگی و روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه رابطه وجود دارد. (۲) بین تنظیم شناختی هیجان و روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه رابطه وجود دارد. (۳) مدل مفروض از برازش مطلوبی برخوردار است.

روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان پرستاری ترم ۷ و ۸ دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ و ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود و روش نمونه گیری از نوع تصادفی ساده بود و حجم نمونه آماری ۲۵۰ نفر بود.

ابزار پژوهش

برای جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از چهار پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: برای سنجش شاخص های فردی، اجتماعی و اقتصادی از پرسشنامه خودگزارش دهی اطلاعات دموگرافیک استفاده شده است. این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی از قبیل (سن، مقطع تحصیلی، میزان درآمد، وضعیت اقتصادی خانواده و ...) می باشد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶): یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی.

در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست می آید که باید از طریق یک فرمول به نمره ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است که در کشورهای مختلف برای اندازه گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده میشود. گروه مطالعاتی سازمان بهداشت جهانی، این مقیاس را یک مقیاس بین فرهنگی^۱ می داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ های مختلف استفاده می شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶).

¹-cross-cultural

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶): یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌های زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خودسرزنشگری؛ دیگرسرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/ نشخوارگری، فاجعه‌نمای (فاجعه‌آمیزپنداری)؛ کم‌اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نیافته) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی؛ راهبردهای سازش‌یافته و زیرمقیاس‌های خودسرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری و فاجعه‌نمایی؛ راهبردهای سازش‌نیافته را تشکیل می‌دهد.

پرسشنامه روان رنجوری کاستا و مک کری (۲۰۰۴): این پرسشنامه ۱۲ سوال پنج گزینه‌ای بر اساس طیف لیکرت دارد که سوالات آن برگرفته از پرسشنامه شخصیتی پنج عاملی نئو می‌باشد. طریقه نمره گذاری به صورت (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴، کاملاً موافقم=۵) می‌باشد. طریقه نمره گذاری سوالات ۱، ۱۶، ۳۱ و ۴۶ به صورت معکوس می‌باشد.

بازه نمرات بین ۱۲ الی ۶۰ است. اعتبار این پرسشنامه توسط کاستا و مک کری (۲۰۰۴) برای همبستگی پنج زیر مقیاس فرم کوتاه با فرم بلند ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ می‌باشد. همچنین همسانی درونی زیر مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ برآورد شده است.

پس از طراحی پرسشنامه‌ها و کسب اجازه از مدیر گروه رشته پرستاری، پرسشگر آموزش دیده با مراجعه به دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، برای شرکت در پژوهش و انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه از دانشجویان دعوت به عمل آورد. پس از توجیه افراد در رابطه با پژوهش و تشریح اهداف و اخذ رضایت نامه و همچنین اطمینان بخشی در زمینه محرمانه بودن پاسخ‌ها و عدم لزوم ذکر نام، بر پاسخ‌گویی کامل و با دقت به پرسشنامه‌ها تاکید شد. از شرکت کنندگان درخواست شد اگر در فرآیند تکمیل پرسشنامه با مشکلی از قبیل (ابهام در سوالات) مواجه شدند از پژوهشگر درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. همچنین سوالات زمانی از دانشجویان پرسیده شد که شرایط مناسب برای پاسخگویی را داشتند. پس از جمع‌آوری اطلاعات و حذف پرسشنامه‌های مخدوش (ناقص یا چند جوابی)، داده‌ها با استفاده از نرم افزار اسمارت پی ال اس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

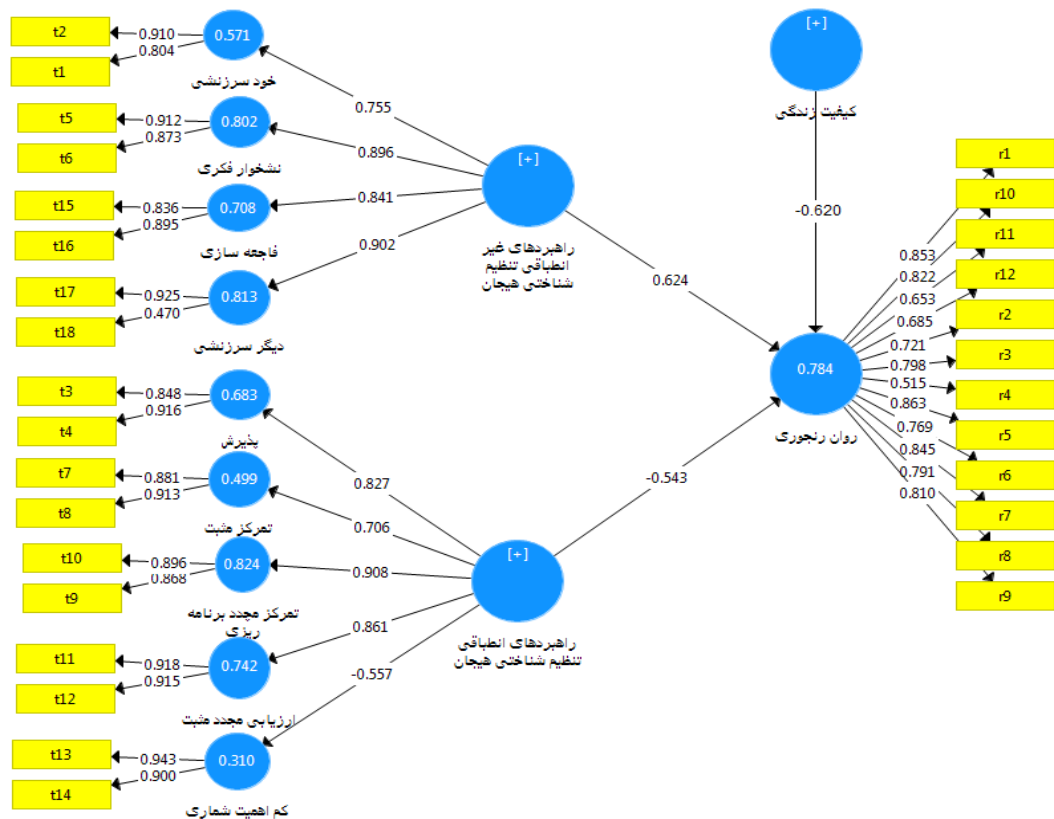
یافته‌ها

از بین افراد شرکت کننده ۴۳/۲ درصد مرد و ۵۶/۸ درصد زن بودند. از کل افراد نمونه ۲۵/۶ درصد کمتر از ۲۵ سال سن داشتند، ۶۱/۶ درصد بین ۲۵ تا ۳۰ سال و ۱۲/۸ درصد بالای ۳۰ سال سن داشتند. از کل افراد نمونه ۶/۵۹ درصد ترم هفتم و ۴۰/۴ درصد ترم هشتم بودند. از کل افراد نمونه ۳۳/۶ درصد دارای وضعیت اقتصادی ضعیف، ۵۲/۸ درصد دارای وضعیت اقتصادی متوسط و ۱۳/۶ درصد دارای وضعیت اقتصادی خوب بودند.

جدول ۱: آماره های توصیفی متغیرهای تحقیق (میانگین و انحراف استاندارد)

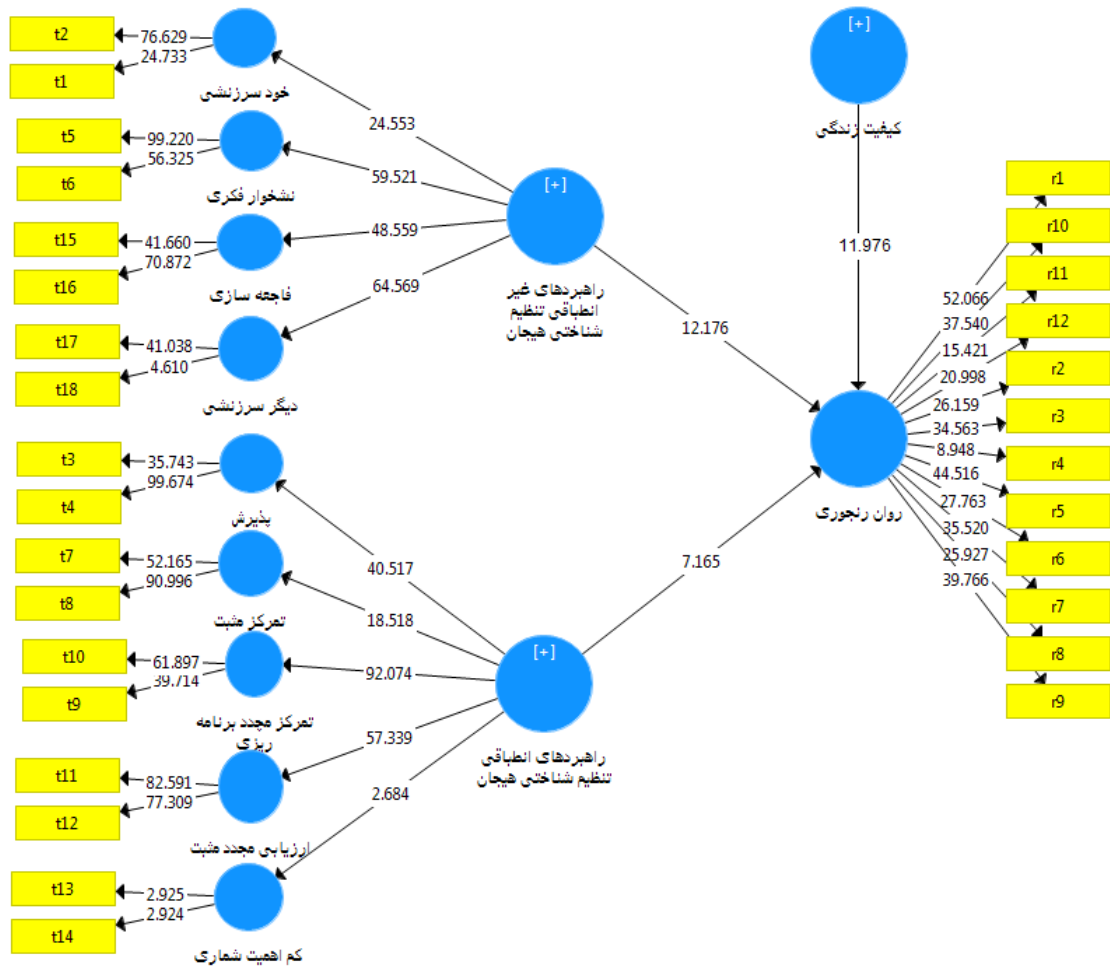
متغیر	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	250	1	5	3.2142	.78231
روان رنجوری	250	1	4	2.9850	.95177
راهبرد های انطباقی	249	1	5	3.2663	.73467
راهبردهای غیر انطباقی	250	1	5	3.1615	.88024

با توجه به جدول فوق، میانگین کیفیت زندگی برابر با ۳/۲۱ بدست آمده که نشان دهنده کیفیت زندگی در حد متوسط است، میانگین برای روان رنجوری برابر با ۲/۹۸ بدست آمده که نشان دهنده روان رنجوری در حد متوسط به پایین است. همچنین میانگین برای راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان به ترتیب برابر با ۳/۲۶ و ۳/۱۶ بدست آمده که نشان دهنده تنظیم شناختی هیجان در حد متوسط است. برای آزمون فرضیه های تحقیق در ابتدا به بررسی نرمال بودن متغیرها پرداخته می شود. بنابراین در ابتدا این شرط برای متغیرهای تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است.



نمودار ۱: ضرایب مسیر مدل رابطه کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان بر روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه

نمودار ۲: سطح معناداری را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است سطح معناداری بیشتر از ۱,۹۶ و کمتر از ۱,۹۶- قابل قبول می‌باشد



نمودار ۲: سطح معناداری مدل رابطه کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان بر روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه

با توجه به مقدار t برای کیفیت زندگی و راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان که به ترتیب برابر با ۱۱/۹۷۶، ۱۲/۱۷۶ و ۷/۱۶۵ از مقدار ۱/۹۶ بیشتر است لذا این نتیجه حاصل شد که مسیر مورد آزمون معنادار است. نتیجه آزمون مورد نظر به صورت جدول زیر است:

جدول ۲: نتایج بخش ساختاری مدل کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان بر روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه

متغیر مستقل	مسیر	متغیر وابسته	ضریب مسیر	مقدار t مشاهده شده	t بحرانی	جهت رابطه	نتیجه آزمون
کیفیت زندگی	←	روان رنجوری	-۰/۶۲۰	۱۱/۹۷۶	۱,۹۶	معکوس	تأیید
راهبرد های غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان	←	روان رنجوری	۰/۶۲۴	۱۲/۱۷۶		مستقیم	تأیید
راهبرد های انطباقی تنظیم شناختی هیجان	←	روان رنجوری	-۰/۵۴۳	۷/۱۶۷		معکوس	تأیید

با توجه به اطلاعات جدول ۲ ضریب مسیر و همچنین آماره t با اطمینان ۹۵ درصد می توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی بر روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه تأثیر عکس دارد یعنی هرچه کیفیت زندگی کاری دانشجویان بیشتر باشد روان رنجوری در آن ها کمتر دیده می شود و همچنین تنظیم شناختی هیجان بر روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه تأثیر دارد و این تأثیر برای متغیر راهبردهای غیرانطباقی به صورت مستقیم و برای راهبردهای غیرانطباقی بصورت معکوس است. یعنی هرچه راهبردهای غیرانطباقی در دانشجویان بیشتر باشد روان رنجوری در آن ها بیشتر و هرچه راهبردهای انطباقی در دانشجویان بیشتر باشد روان رنجوری در آن ها کمتر است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان در روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه صورت گرفت. نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که مدل مفروض این مطالعه از برازش مطلوبی برخوردار است. بر اساس نتایج بدست آمده تمام فرضیه های پژوهش تأیید شدند.

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه بین کیفیت زندگی و روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه رابطه وجود دارد، تأیید شد. نتایج این فرضیه با برخی از پژوهش های پیشین همسو است. نظریه های شخصیت با استفاده از دیدگاه های صفت و دیدگاه های زیستی-روانی بازگو می کنند که شخصیت نقش حساس و اثرگذاری برای پیش بینی رضایت، سازگاری و کیفیت زندگی دارد زیرا یک عامل موثر در برقراری سطح تعادل بهنجار می باشد (اسپات و همکاران، ۲۰۰۵). در تبیین این یافته می توان توضیح داد، کرمی، کریمی و سپهوند (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند روان رنجوری به صورت منفی توانایی پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی را داشت، به این معنا که هرچه روان رنجوری افراد بیشتر باشد، کیفیت زندگی آن ها بدتر می شود و هرچه روان رنجوری افراد کمتر باشد، کیفیت زندگی آن ها بهتر می شود (کرمی، کریمی و سپهوند، ۱۳۹۷). همچنین روان رنجوری با خلق پایین و عاطفه منفی همراه است که از طریق اثرگذاری بر میزان روابط بین فردی، تفریحات و فعالیت های لذت بخش می تواند بر کیفیت زندگی تأثیر گذارد (بیرامی و قلی زاده، ۱۳۹۱). همچنین در پژوهشی که صفات شخصیتی در بیماران سرطان پستان بررسی شد، نتایج نشان داد بیماران سرطان پستانی که روان رنجوری دارند، نشانه های اضطراب و نگرانی را نشان می دهند که باعث بدتر شدن کیفیت زندگی در

آن ها می شود (مبارکی اصل، میر مظهري، درگاهی، حدادی و منتظر، ۱۳۹۸). صفات منفی شخصیت مثل روان رنجوری منجر به عدم سازگاری و افت کیفیت زندگی می شوند. صفات شخصیتی به دلیل ریشه دار بودن و ثبات قابل ملاحظه در طی زمان و به دلیل اینکه این صفات در دوره کودکی در افراد شکل می گیرد، می تواند بر تمام جنبه های زندگی افراد اثر بگذارد همچنین توانایی تحت تاثیر قرار دادن ارتباط فرد با دیگران مانند کیفیت زندگی را دارد. بنابراین ویژگی های شخصیتی (مانند روان رنجوری) یکی از عوامل تاثیر گزار بر آسیب پذیری یا بهزیستی افراد و کیفیت زندگی آن هاست (کوپر، ۱۹۹۸). در تبیین دیگری می توان گفت افراد روان رنجور خو نسبت به سایر افراد وقایع منفی زندگی را بیشتر تجربه می کنند همچنین وقایع را منفی تر تلقی می کنند زیرا آن ها خود را در شرایطی قرار می دهند که خودپنداره منفی آن ها تقویت می شود. هرچه این افراد شرایط را بیشتر تجربه کنند ابتدا وضعیت سلامتی خود را پایین تر ارزیابی می کنند که این مسئله منجر به کاهش کیفیت زندگی می شود (نقل از مجتهدی و عاشوری، ۲۰۱۶).

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه بین تنظیم شناختی هیجان و روان رنجوری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد کرمانشاه رابطه وجود دارد نیز تایید شد. در تبیین این یافته می توان گفت براساس مدل تنظیم هیجان گراس، تنظیم هیجان یک موضوع فعال در ارتباط با شخصیت است (گراس، ۲۰۱۵). که نشان می دهد ویژگی های شخصیتی می تواند با تنظیم شناختی هیجان رابطه داشته باشد. در پژوهش های پیشین این ارتباط در جوامع مخلف بررسی شده است و نتایج نشان دادند عامل روان رنجوری با راهبردهای منفی تنظیم هیجان یا مشکل در تنظیم هیجان مرتبط است. بنابراین این یافته با پژوهش های (آقاییوسفی، ترخان و فرمانی، ۲۰۱۷؛ گرشام و گلون، ۲۰۱۲؛ ونگ، شی و لی، ۲۰۰۹) همسو است. همچنین می توان گفت روان رنجورخویی ممکن است از طریق فرایندهایی مثل واکنش پذیری هیجانی بالا و سوگیری منفی در ارزیابی وقایع استرس زا باعث افزایش آسیب پذیری فرد نسبت به استرس شود (براندز، کاشنر و تیکت، ۲۰۱۸). همچنین نتایج مطالعه دیگری نشان داد نمره بالا در روان رنجوری با کنترل کاهشی فعالیت کورتکس پریفرانتال پشتی میانی، در فرایند تنظیم هیجان رابطه دارد (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰). از بین ویژگی های شخصیتی، روان رنجوری معمولا با بازداری رفتاری و گرایش های اجتنابی و با استفاده بیشتر از راهبردهایی که به میانجی اجتناب و راهبردهای سرکوبی برای فرار از تجارب هیجانی منفی همبستگی دارد. روان رنجوری با راهبردهایی که کمتر مفید هستند و تجارب هیجانی را چند برابر می کنند و پیامد آن ها نشخوار فکری بیشتر و ارزیابی مجدد شناختی کمتر است، تشدید می شود (بارانکزوک، ۲۰۱۹). بنابراین یافته های بدست آمده همه ی فرضیه های پژوهش تایید شدند.

برای جمع آوری اطلاعات فقط از پرسشنامه استفاده شده است که ممکن است پاسخ ها دقیق نباشند و به صورت تقریبی در نظر گرفته شده باشند. پرسشنامه های به کارگرفته شده به صورت یک جا و بدون وقفه زمانی به پاسخ دهندگان ارائه شده است بنابراین ممکن است میزان دقت افراد در پاسخ دهی به علت ایجاد خستگی افت کرده باشد. محدود بودن نمونه پژوهش به دانشجویهای ترم ۷ و ۸ می تواند از محدودیت های موجود در این مطالعه باشد.

¹Cooper

²Gross

³Gresham, Gullone

⁴Wang, Shi, Li

⁵Brandes, Kushner, Tackett

⁶Yang

⁷Barańczuk

استفاده از معادلات ساختاری برای تعیین ضرایب مستقیم و غیرمستقیم یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر است. همچنین در این مطالعه سعی شد با آموزش پرستاران و تکمیل پرسشنامه توسط آنان در شرایط مناسب که آمادگی پاسخگویی به سوالات را داشته باشند خطاهای احتمالی در تکمیل پرسشنامه توسط دانشجویان پرستاری به حداقل برسد.

با توجه به محدودیت‌های ذکر شده در مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده از ابزار بسیار دقیق و در محیط با کنترل متغیرهای مزاحم به بررسی رابطه بیان شده در این مطالعه بپردازند. همچنین، مطالعات بعدی می‌توانند از طراحی‌های طولی و مطالعات کوهورت جهت ارائه رابطه علی بین این سازه‌های روان‌شناختی بهره‌برند. علاوه، انجام مجدد این نوع مطالعات در بسترهای فرهنگی متفاوت، به شکل‌گیری یافته‌های دقیق و جهان‌شمول‌تر در این حوزه کمک می‌کند. همچنین می‌توان این پژوهش را روی دانشجویان ترم‌های پایین‌تر اجرا نمود و نتیجه را با نتایج این پژوهش مقایسه نمود. پیشنهاد دیگر این است این موضوع بر روی دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های دولتی نیز مطالعه شود و تفاوت دو پژوهش بررسی گردد.

سپاسگزاری

با سپاس فراوان از گروه محترم رشته پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه که با محبت و صبوری خود ما را در تکمیل پرسشنامه‌ها یاری رساندند و به ثمر رساندن این مقاله را برای ما تسهیل نمودند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آقایوسفی، ترخان، & فرمانی. (۲۰۱۷). نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با واسطه‌گری مؤلفه‌های صبر به‌منظور ارایه مدل. *مطالعات روانشناسی بالینی*, ۲۶(۷), ۶۳-۴۳
- بشارت، محمدعلی. (۲۰۱۶). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره‌گذاری. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*, ۱۳(۵۰), ۲۲۱-۲۲۳
- بیرامی، منصور، قلی زاده. (۲۰۱۱). عامل‌های شخصیتی به عنوان پیش‌بینی کننده افسردگی و رضایت از زندگی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*, ۲۲(۲), ۹۸-۹۲
- پستان. فصلنامه علمی-پژوهشی بیماری‌های پستان ایران, ۱۲(۳), ۷۱-۶۰
- جوادی، مهرورز، پرنده، اکرم، عبادی، عباس، & حاج امینی. (۲۰۱۰). مقایسه کیفیت زندگی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و داخلی-جراحی. *نشریه پرستاری مراقبت ویژه*, ۳(۳), ۱۰-۹
- خادمی اشکذری، ملوک، جماعتی اردکانی، کاغذگران. (۲۰۲۰). بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف مثبت و منفی با اضطراب مرگ و خستگی مزمن در پرستاران. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*, ۶(۲), ۶۸-۵۴.
- خیرآبادی غلامرضا، باقریان رضا، نعمتی کیانوش، دقاق زاده حامد، مراثی محمدرضا، & رضایی غلامعلی. تاثیر آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر شدت علائم، کیفیت زندگی و علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر.

- رستمی، موقری، تقوی لاریجانی، ترانه، مهران، & عباس. (۲۰۱۶). بررسی ارتباط بین هوش هیجانی و سبک های مقابله با استرس در پرستاران بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه. *مجله پژوهش پرستاری ایران*, ۱۱(۱), ۶۱-۵۱.
- کرمی، خلیل، کریمی، سپهوند. (۲۰۱۹). نقش روان رنجوری و ذهن آگاهی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان دلفان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*, ۲۶(۵), ۵۷۴-۵۶۸.
- مبارکی اصل، میرمظاهری، درگاهی، حدادی، منتظر. (۲۰۱۹). ارتباط صفات شخصیت، اضطراب، افسردگی و ناامیدی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان
- محمدی، مظفری، ناصر، دادخواه، اعتباری اصل، فرزانه، اعتباری اصل. (۲۰۱۷). بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان های استان اردبیل. *مجله سلامت و مراقبت*, ۱۹(۳), ۱۱۶-۱۰۸.
- مجتهدی، عاشوری، جمال. (۲۰۱۶). نقش صفات شخصیت و الگوهای ارتباطی خانواده در پیش بینی کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان های شهید مفتاح و پانزده خرداد شهرستان ورامین در سال ۱۳۹۴. *مجله علمی پژوهان*, ۱۴(۳), ۲۹-۲۰.
- میکائیلی، غفاری، مظفر. (۲۰۱۶). نقش باورآمیختگی اندیشه-کنش و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی استرس شغلی پرستاران بخش های روانپزشکی، مغز و اعصاب. *مجله پژوهش پرستاری ایران*, ۱۱(۴), ۱۰-۱.
- یوسفی. (۲۰۰۶). رابطه هوش هیجانی و مهارت های ارتباطی در دانشجویان. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*, ۳(۹), ۱۳-۵.

Aghayousefi, A. R., Tarkhan, M., & Farmani, A. (2017). The Role of the big five factors of personality in predicting cognitive emotion regulation strategies with the mediating role of patience components. *Clinical Psychology Studies*, 7(26), 43-64. <https://doi.org/10.22054/jcps.2017.7391>

ALAF, J. M., Parandeh, A., Ebadi, A., & HAJI, A. Z. (2010). Comparison of life quality between special care units and internal-surgical nurses.

Bae, Y., & Lee, T. (2015). Relationship of experience of violence and professional quality of life for hospital nurses'. *Journal of Korean academy of nursing administration*, 21(5), 489-500. <https://doi.org/10.1111/jkana.2015.21.5.489>

Barańczuk, U. (2019). The five factor model of personality and emotion regulation: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 139, 217-227. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.025>

Basu, D. (2004). Quality-of-life issues in mental health care: Past, present, and future. *German Journal of Psychiatry*, 7(3), 35-43.

Bairami, M., Eghbali, A., & Gholizadeh, H. (2012). Interaction between personality factors and depression symptoms, hopelessness and suicidal ideation among students. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 34(1), 28-34. SID. <https://sid.ir/paper/46666/f>

Bloch, L., Haase, C. M., & Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives' tale. *Emotion*, 14(1), 130.

Brandes, C. M., Kushner, S. C., & Tackett, J. L. (2018). Negative affect. In *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders* (pp. 121-138). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811323-3.00005-5>

Cloninger Susan, C. (2013). *Theories of personality: Understanding persons*. Cram101, Incorporated.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2004). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment*, 4(1), 5. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.4.1.5>
- Cooper, C. L. (Ed.). (1998). *Theories of organizational stress*. Oup oxford.
- Dillon, D. G., Ritchey, M., Johnson, B. D., & LaBar, K. S. (2007). Dissociable effects of conscious emotion regulation strategies on explicit and implicit memory. *Emotion*, 7(2), 354. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1528-3542.7.2.354>
- Eisenberg, N. (2014). *Altruistic emotion, cognition, and behavior (PLE: Emotion)*. Psychology Press.
- Feist, J., & Gregory, J. (2014). *Feist Theories of Personality*. Seyed Mohammadi Y. (Persian translator). Tenth edition. Tehran: Ravan, 105-106.
- Gallagher, E. N., & Vella-Brodrick, D. A. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and individual differences*, 44(7), 1551-1561. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.011>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1401-1408. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.12.009>
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9–11-year-old children: the development of an instrument. *European child & adolescent psychiatry*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0562-3>
- Goleman, D., & Intelligence, E. (1995). Why it can matter more than IQ. *Emotional intelligence*.
- Gresham, D., & Gullone, E. (2012). Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. *Personality and individual differences*, 52(5), 616-621. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.016>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Hsu, M. Y., & Kernohan, G. (2006). Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *Journal of advanced nursing*, 54(1), 120-131. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03788.x>
- Jang, I., Kim, Y., & Kim, K. (2016). Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *Journal of clinical nursing*, 25(19-20), 2835-2845. <https://doi.org/10.1111/jocn.13330>
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology*, 86(1), 80. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.86.1.80>
- Kaghazgaran, F. (2020). Evaluation of the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Positive and Negative Emotions with Death Anxiety and Chronic Fatigue in Nurses. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 6(2), 54-68. <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-331-en.html>
- Kaplan, R. M., & Ries, A. L. (2007). Quality of life: concept and definition. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4(3), 263-271. <https://doi.org/10.1080/15412550701480356>

- Karami, K., Karimi, J., & Sepahvand, T. (2019). The role of neurosis and mindfulness in predicting the quality of life of diabetes patients in delfan. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 26(5), 568-574.
- Kemarat, S., Theanthong, A., Yeemin, W., & Suwankan, S. (2022). Personality characteristics and competitive anxiety in individual and team athletes. *Plos one*, 17(1), e0262486. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262486>
- Kheir-Abadi, G., Bagherian, R., Nemati, K., Daghighzadeh, H., Maracy, M. R., & Gholamrezaei, A. (2010). The effectiveness of coping strategies training on symptom severity, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Isfahan Medical School*, 28(110).
- Kring, A. M. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. *Handbook of emotion*, 3, 691-705.
- Lee, K. Y., & Yusof, M. P. (2018). Quality of Life among Nurses in Primary Healthcare Clinics in the Health District of Petaling, Selangor. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 5(5), 57-67. <https://doi.org/10.32827/ijphcs.5.5.57>
- Marsac, M. L., Funk, J. B., & Nelson, L. (2007). Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. *Child: care, health and development*, 33(4), 360-367. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00701.x>
- Mikaeili, N., & Ghaffari, M. (2016). Role of Thought action fusion and cognitive emotion regulation strategies in predicting the job stress of psychiatric and neurology wards nurses. *Iranian J Nurs Res*, 11(4), 1-10. <http://dx.doi.org/10.21859/ijnr-110401>
- Mobaraki Asl, N., Mirmazhari, R., Dargahi, R., Hadadi, Z., & Montazer, M. (2019). Relationships among personality traits, anxiety, depression, hopelessness, and quality of life in patients with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 12(3), 60-71. [10.30699/acadpub.ijbd.12.3.60](https://doi.org/10.30699/acadpub.ijbd.12.3.60)
- Mojtahedi, M., & Ashoori, J. (2016). The role of personality traits and family communication patterns in prediction of quality of life among nurses of Shahid Mofatteh and 15 Khordad hospitals in 2015. *Pajouhan Scientific Journal*, 14(3), 20-29. <http://dx.doi.org/10.21859/psj-140320>
- Moradi, T., Maghaminejad, F., & Azizi-Fini, I. (2014). Quality of working life of nurses and its related factors. *Nursing and midwifery studies*, 3(2).
- Nasel, D. (2004). *Spiritual orientation in relation to spiritual intelligence a consideration of traditional Christianity and New Age individualistic Spirituality* (Doctoral dissertation).
- Orly, S., Rivka, B., Rivka, E., & Dorit, S. E. (2012). Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses?. *Applied Nursing Research*, 25(3), 152-157. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2011.01.004>
- Ormel, J., Bastiaansen, A., Riese, H., Bos, E. H., Servaas, M., Ellenbogen, M., ... & Aleman, A. (2013). The biological and psychological basis of neuroticism: current status and future directions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(1), 59-72. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.09.004>
- Orszulak, N., Kubiak, K., Kowal, A., Czapla, M., & Uchmanowicz, I. (2022). Nurses' quality of life and healthy behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12927. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912927>
- Park, S. K., & Lee, K. S. (2023). Factors Associated with Quality of Life of Clinical Nurses: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1752. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031752>
- Robbins, S. P., Judge, T. A., & Millett, B. (2015). *OB: the essentials*. Pearson Higher Education AU.

- Rostami, M., Movaghari, M. R., Taghavi, T., & Mehran, A. (2016). The relationship between emotional intelligence and coping styles of nurses in hospitals in Kermanshah University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing Research*, 11(1), 51-61. <http://ijnr.ir/article-1-1672-en.html>
- Salvarani, V., Rampoldi, G., Ardenghi, S., Bani, M., Blasi, P., Ausili, D., ... & Strepparava, M. G. (2019). Protecting emergency room nurses from burnout: The role of dispositional mindfulness, emotion regulation and empathy. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 765-774. <https://doi.org/10.1111/jonm.12771>
- Spotts, E. L., Lichtenstein, P., Pedersen, N., Neiderhiser, J. M., Hansson, K., Cederblad, M., & Reiss, D. (2005). Personality and marital satisfaction: A behavioural genetic analysis. *European Journal of Personality*, 19(3), 205-227. <https://doi.org/10.1002/per.545>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., ... & Zhang, Y. H. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID- 19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1263-1274. <https://doi.org/10.1111/jonm.13265>
- Wang, L., Shi, Z., & Li, H. (2009). Neuroticism, extraversion, emotion regulation, negative affect and positive affect: The mediating roles of reappraisal and suppression. *Social Behavior and Personality*, 193-194. <https://doi.org/10.2224/sbp.2009.37.2.193>
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological bulletin*, 96(3), 465. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.96.3.465>
- Watson, D., & Clark, L. A. (1997). Extraversion and its positive emotional core. In *Handbook of personality psychology* (pp. 767-793). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012134645-4/50030-5>
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- WHOQoL Group. (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. *Geneva: World Health Organization*, 18.
- Yang, J., Mao, Y., Niu, Y., Wei, D., Wang, X., & Qiu, J. (2020). Individual differences in neuroticism personality trait in emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 265, 468-474. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.086>
- Yousefi, F. (2006). The relationship between emotional intelligence and communication skills in university students.
- Zhu, X., Auerbach, R. P., Yao, S., Abela, J. R., Xiao, J., & Tong, X. (2008). Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire: Chinese version. *Cognition & Emotion*, 22(2), 288-307. <https://doi.org/10.1080/02699930701369035>