

«زن و مطالعات خانواده»

سال هجدهم، شماره شصت و پنجم، پاییز ۱۴۰۳

ص ص: ۱۵۳-۱۶۹

بررسی تاثیر آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی بر خستگی روانی، استرس ادراک شده و تنظیم هیجان پرستاران بیمارستان شفای شهر ارومیه

نازیلا آغبلاقی

علی نقی اقدسی

حسین رستمی

احد آهنگر

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۵/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۲/۲۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی بر خستگی روانی، استرس ادراک شده و تنظیم هیجان پرستاران بیمارستان شفای شهر ارومیه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران بیمارستان شفای شهر ارومیه تشکیل می‌دهد که از این میان ۳۰ نفر با روش هدفمند انتخاب و در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل به طور تصادفی جایگزین شدند. انتخاب حجم نمونه به کمک جدول کوهن و براساس توان آزمون صورت گرفت. طرح این تحقیق، نیمه آزمایشی، با پیش-آزمون، پس-آزمون و گروه کنترل می‌باشد. بسته آموزشی شامل تکنیک‌های مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی می‌باشد و برای اندازه‌گیری متغیرهای تحقیق از پرسشنامه خستگی روانی یودر (۲۰۱۰)، پرسشنامه هیجان‌انات واتسن، کلارک و تلگن (۱۹۸۸)، مقیاس استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) استفاده شد. در پژوهش حاضر؛ ابتدا آزمودنی‌ها با روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. قبل از اجرای مداخله در هر گروه، سه پرسشنامه به عنوان پیش‌آزمون روی شرکت کنندگان تمامی گروه‌ها اجرا شد. پس از آن تکنیک‌های مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی در گروه آزمایشی آموزش داده شد و در نهایت مجدداً همین پرسشنامه‌ها به عنوان پس‌آزمون بر روی شرکت کنندگان هر دو گروه آزمایشی اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم افزار SPSS^{۲۲} استفاده شد. طبق یافته‌های تحقیق، میانگین اصلاح شده گروه آزمایش مدیریت خشم در استرس ادراک شده، خستگی روانی و تنظیم هیجان به ترتیب برابر ۳۰/۴۶، ۶۵/۸۸ و ۱۱/۰۵ است و میانگین گروه کنترل در این متغیرهای به ترتیب برابر ۳۵/۸۶، ۵۹/۳۷ و ۰/۰۱ است. تفاوت میانگین بین این دو گروه در پس‌آزمون متغیرهای وابسته پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. بنابراین، می‌توان گفت که میانگین گروه آزمایش مدیریت خشم به صورت معنی داری در استرس ادراک

شده و خستگی روانی کمتر از میانگین گروه کنترل و در تنظیم هیجان بیشتر از گروه کنترل است. با توجه به این یافته‌ها فرضیه پژوهش تایید می‌شود و می‌توان گفت که آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی در استرس ادراک شده و خستگی روانی و افزایش تنظیم هیجان تاثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی، خستگی روانی، استرس ادراک شده، تنظیم هیجان

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. نویسنده مسئول،
Aghdasi@iaut.ac.ir

استادیار گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران

مقدمه

یکی از صاحبان مشاغلی که همواره با تنش‌های مختلفی در محیط کار مواجه هستند، پرستاران هستند. این عوامل تنش‌زا می‌توانند تهدیدی برای سلامتی آنها به حساب آیند. ماهیت حرفه پرستاری به گونه ای است که پرستاران خستگی زیادی را تجربه می‌کنند و این فرضیه مطرح است که خستگی ممکن است موجب تنش‌های روانی پرستاران و کارکنان بخش بهداشت و درمان شود. خستگی روانی در این حرفه امر مهمی تلقی می‌شود، چون موجب بروز خطاهای پزشکی در پرستاران می‌شود (ضیاءالدینی، ۱۳۹۷). خستگی روانی^۱ برآیندی از کمبود توان وانرژی در ابعادی همچون ذهن، جسم، فعالیت و انگیزه تعریف می‌شود (اسمتز، گارسن، بونکه^۲ و همکاران، ۱۹۹۵). به بیان دیگر، خستگی احساس ناخوشایند ذهنی است که طیفی از احساس ضعف تا فرسودگی را تشکیل می‌دهد و با قابلیت ایفای نقش و فعالیت شخصی تداخل دارد (باباپورخیرالدین، اسماعیل پور و سعیدی دهقانی، ۱۳۹۴). در حالت خستگی روانی افراد می‌توانند کارهای شناختی ساده را انجام دهند، اما عملکرد آنها در انجام کارهای پیچیده ذهنی دچار نقص می‌شود که تفسیر ممکن برای این حالت تأثیر خستگی ذهنی بر فرایند پردازش اطلاعات می‌باشد (لوریست، کلاین، نیوونیس^۳، و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین، خستگی ذهنی باعث کاهش عملکرد فیزیکی در افراد نیز می‌شود (وان، مارکورا، دی^۴، و همکاران، ۲۰۱۷). به طور خاص، در مورد پرستاران و کادر بیمارستانی، با افزایش خستگی توانایی تصمیم‌گیری پرستار کم می‌شود و درنهایت سبب وقوع خطا می‌شود (دشتی، رسولی، خانعلی، و همکاران، ۲۰۱۵).

^۱ mental fatigue

^۲ Smets, Garssen & Bonke

^۳ Lorist, Klein & Nieuwenhuis

^۴ Van, Marcora & De

دیگر متغیر مورد بحث در این پژوهش و مرتبط با پرستاران و کادر بیمارستانی استرس ادراک شده^۱ است. استرس ادراک شده به عنوان وضعیتی تعریف می‌شود که افراد آن را تهدیدآمیز یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کنند و برای مقابله با آن منابع کافی در اختیار ندارند (کوهن، نقل از زارعی، ۱۳۹۹). استرس ادراک شده تاثیر منفی روی سیستم ایمنی و متابولیک دارد و افرادی که سطوح بالایی استرس را تجربه می‌کنند ممکن است در معرض خطر ایجاد هیجانات منفی از قبیل افسردگی و اضطراب قرار گیرند (بلاکستون و برگمن^۲، ۲۰۱۷). تحقیقات زیادی (همچون هاینن، بالینگر و کوالونت^۳، ۲۰۱۷؛ و نیز کول، نانتره، آتسی^۴ و همکاران، ۲۰۱۵) نشان داده اند که استرس ادراک شده با افسردگی ارتباط مثبتی دارد.

سیرتی نیر، کریمی و خلیلی (۱۳۹۹) با بررسی میزان استرس ادراک شده کارکنان درمانی و غیردرمانی در مواجهه با همه گیری بیماری کووید - ۱۹، دریافتند میزان استرس ادراک شده در بین زنان نسبت به مردان، افرادی با مصرف دارو نسبت به افراد بدون مصرف دارو و افراد با مشاغل درمانی نسبت به مشاغل غیردرمانی بالا بود. از سویی دیگر، طبق نظر گراس و تامپسون (۲۰۰۷) تنظیم هیجانی به مجموع به فرآیندهای خودکار و کنترل شده‌ای اشاره دارد که شامل شروع، حفظ و نگهداشت و تغییر هیجانات است که در وقوع، شدت و طول مدت حالات احساسی و عاطفی تاثیر دارند. در واقع، با توجه به اینکه افراد تا چه میزان در تنظیم کردن هیجانات خود د دشواری نشان دهند (عدم پذیرش پاسخهای هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، دسترسی کمتر به راهبردهای تنظیم هیجان و عدم وضوح هیجانی)، افکار مخاطره‌آمیز بیشتری، مانند افکار خودکشی و خودآسیبی‌های عمدی و غیرعمدی برای آنها ایجاد می‌شود (رشیدی اصل و همکاران، ۱۳۹۹).

راهبردهای تنظیم هیجان به دو گروه کلی مثبت و منفی تقسیم می‌شوند؛ راهبردهای مثبت عبارتند از تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه وسیع‌تر و پذیرش و در مقابل، راهبردهای منفی عبارتند از: ملامت خویش، ملامت دیگران، فاجعه‌انگاری، و نشخوار فکری یا تمرکز بر تفکر (گارنفسکی، وان دن کومر، کرایجز^۵ و همکاران، ۲۰۰۲). آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی یکی از مداخلات مورد استفاده در پژوهش حاضر می‌باشد. به طور کلی، رویکرد بازسازی شناختی مجموعه‌ای از روش‌هاست که به افراد یاد می‌دهد مفروضات خود را درباره وضعیتها و دنیا بررسی کنند و عقایدشان را واقع‌بینانه‌تر و عاقلانه‌تر سازند. در کاربرد از این فنون فرض بر این است که افکار غیرمنطقی رفتارهای غیرمنطقی را به وجود می‌آورند که می‌توان آنها را با تغییر دادن افکار زیربنایی اصلاح کرد (آسیخیا، ۲۰۱۴).

^۱ Perceived stress

^۲ Blaxton & Bergeman

^۳ Heinen, Bullinger & Kocalevent

^۴ Cole, Nonterah & Utsey

^۵ Garnefski, Van den Kommer & Kraaij

بازسازی شناختی مبتنی بر این پیش فرض بنیادی است که مشکلات در زندگی از شناختها، باورها و افکار غلطی نشأت می‌گیرد که افراد در موقعیتهای مختلف رشد و گسترش می‌دهند (کرانکه، وایس، گین^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). شناخت درمانگران به جای پرداختن به عوامل بیرونی، محیطی، ژنتیکی و وراثت و وقایع دوران کودکی، بر فکر و اصلاح شناخت و تفسیر فرد و منطقی و مستدل ساختن طرز تلقی او متمرکز میشوند. طبق پروتکل‌های مطرح شده در این روش درمانی، بیمار تحت آموزش به روش بازسازی می‌آموزد که بسیاری از باورهای او درباره عوامل ایجادکننده استرس در وی و روشهای کنترل و پیشگیری‌اش، غیرمنطقی است و باید بازاندیشی شود و به طور واقعی مدنظر قرار گیرد؛ ازاینرو طی دوره درمان، بیماران خود را بیش از قبل در کنترل و درمان وضعیت بیماری خود مسئول میدانند و به این وسیله کانون کنترل درونی سلامت افزایش می‌یابد (داسیلوا، دوسانتز، گومز^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج زائری و محمدی (۱۳۹۶) نشان داد که آموزش مهارت مدیریت خشم به روش بازسازی شناختی باعث می‌شود که میزان سیستم‌های مغزی-رفتاری افزایش پیدا کند، همچنین آموزش مهارت مدیریت خشم موجب کاهش سیستم فعال سازی رفتاری و افزایش سیستم بازداری رفتاری می‌شود. یون و یو^۳ (۲۰۲۱) و نیز فراهانی و عبادی زارع (۲۰۱۸) در پژوهش خود با مطالعه برنامه مدیریت خشم برای پرستاران به این نتیجه رسیدند که این مداخله بر کاهش سطح خشم و پرخاشگری، استرس شغلی و نیز ارتقای سطح بهزیستی روانشناختی و رضایت شغلی پرستاران موثر بوده است.

پرستاران به علت شرایطی که در محیط بیمارستان تجربه می‌کنند بدون شک خستگی زیادی احساس خواهند کرد، خستگی زیاد ممکن است باعث شود آرامش جسمی و ذهنی پرستار از حالت تعادل خارج کند و با از بین بردن توان و انرژی او، باعث افزایش آشفتگی روانی در وی گردد. در حقیقت، خستگی می‌تواند تمرکز و توجه پرستار را تحلیل برد و ازاین رو، وی را از نظر ذهنی دچار تنش کند (موکه^۴، ۲۰۰۵). محققان معتقدند با درمان‌ها و مداخلات روان شناختی می‌توان استرس افراد شاغل در بخش‌های کاری حساس را کنترل و از آسیب‌های احتمالی پیشگیری کرد و توانمندی‌های آن‌ها را برای اثرگذاری بیشتر ارتقا داد (زائری، نیسی، و خواجه، ۱۳۹۹). لذا، روشهای مدیریت فکر از جمله چالش با خطای فکر و بررسی شواهد به پرستاران کمک می‌کند تا نگاهی جدید به استرس‌های محیط درمان نگاه کنند و این مسئله بر کنترل خستگی، استرس و تنظیم هیجان و کنترل خشم پرستاران تأثیر مطلوبی دارد. پژوهش حاضر نیز به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی بر خستگی روانی، استرس ادراک شده و تنظیم هیجان پرستاران بیمارستان شفای شهر ارومیه تأثیر دارد؟

روش تحقیق

^۱ Kranke, Weiss & Gin

^۲ da Silva, dos Santos & Gomes

^۳ Yun & Yoo

^۴ Muecke

تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه پرستاران بیمارستان شفای شهر ارومیه در سال ۱۴۰۱ به تعداد ۲۰۰ نفر بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به روش هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به‌طور تصادفی جایگزین شدند. به منظور انجام مطالعه، کلیه پرستاران بیمارستان شفای شهر ارومیه که در سال ۱۴۰۱ مشغول خدمت در بخش‌های اتاق عمل، پست پارتوم، زایمان، لیبر و اتاق عمل اورژانس بودند جهت شرکت در مطالعه، دعوت شدند و توضیحاتی درباره هدف از اجرای آزمون به هریک از آن‌ها داده شد. پرستاران واجد شرایط معیارهای ورود انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل گمارده شدند. این معیارها شامل داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، داشتن حداقل تحصیلات لیسانس، داشتن سن ۲۵ تا ۴۵ سال (سابقه کاری کمتر) و شرکت نکردن همزمان در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر بودند. مبتلا بودن به اختلالات روانشناختی، از جمله اختلال شخصیت و روان پریشی و غیبت در جلسات آموزشی به عنوان معیارهای خروج نمونه‌ها از مطالعه در نظر گرفته شدند.

شرکت کنندگان در گروه کنترل و مداخله پرسشنامه‌های خستگی روانی یودر^۱، پرسشنامه تنظیم هیجانات واتسن^۲ و همکاران و استرس ادراک شده کوهن^۳ و همکاران را به‌منظور تعیین سطح استرس تکمیل نمودند. پس از آن، افراد گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۱ ساعته آموزش آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی جلسه طبق پروتکل آموزشی (برگرفته از رویکرد نوکو، ۲۰۰۰) را به‌صورت گروهی دریافت نمودند و پس از پایان جلسات، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های فوق را تکمیل کردند.

جدول ۱: بسته آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی

ردیف	جلسه	مضمون جلسه
۱	اول و دوم	اهداف کلی، قوانین، چارچوب مفهومی و منطق روش درمانی، مدیریت خشم ارائه شد؛ و بیشترین زمان این جلسه صرف ارائه اطلاعات مفهومی و مطمئن شدن از این که اعضا آن را می‌فهمند، شد، تحلیل عصبانیت سنج و شناسایی وقایع و نشانه‌هایی را که نشان دهنده شدت یافتن عصبانیت هستند.
۲	سوم و چهارم	آموختن راهبردهای شناختی-رفتاری کنترل خشم، آموختن چرخه پرخاشگری و روش شل کردن تدریجی عضلات
۳	پنجم و ششم	آموزشی مدل A-B-C-D و آموزش مهارت توقف فکر (بازسازی شناختی) مفاهیم اصلی مدیریت خشم (از قبیل عصبانیت سنج، نشانه عصبانیت، چرخه پرخاشگری و بازسازی شناختی) را که تاکنون ارائه شده‌اند، مرور و جمع بندی کردیم و افراد گروه را بیشتر جهت تکمیل کردن برنامه کنترل عصبانیت و متعادل کردن راهبردهای شناختی-رفتاری فوری و پیشگیری کننده مورد تشویق قرار دادیم.
۴	هفتم و هشتم	طبق دستورالعمل بسته آموزشی با هم انجام شد و به مسئله قاطعیت، پرخاشگری، انفعال و مدل حل تعارض پرداخته شد

۱. Yoder

۲. Watson

۳. Kohen

۵	نهم و دهم	پاسخ به سوالات درمانجویان. تاثیر چگونگی تعاملات گذشته بر رفتار فعلی، افکار، احساسات، خصوصیات آنها
۶	یازدهم و دوازدهم	پرداختن به مفاهیم اصلی مدیریت خشم (از قبیل عصبانیت سنج، نشانه های عصبانیت، چرخه پرخاشگری و باز سازی شناختی) و مهارت قاطعیت، مرور کلی برنامه کنترل خشم، نمره دهی به سود مندی دوره انجام شد.

آزمون مقیاس ارزیابی خستگی مقیاسی جدیدی است که از ۱۰ آیتم تشکیل شده است و برای ساخت آن از چندین مقیاس ارزیابی خستگی استفاده شده است. این آزمون به شیوه لیکرت از نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (برای همیشه) نمره گذاری می شود (یودر^۱، ۲۰۱۰). بررسی ها نشان دادند که ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۰ و ضریب همبستگی این مقیاس با سایر پرسشنامه های خستگی، از ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ گزارش شده است (برادول و آنکولی-ازرائیل^۲، ۲۰۰۸). در مطالعه بیرامی، زینالی، اشرفیان و نیکانفر (۱۳۹۲)، روایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

به منظور اندازه گیری واکنش پذیری هیجانی از مقیاس عاطفه مثبت و منفی استفاده خواهد شد. عاطفه مثبت به احساس شور و شوق، فعال بودن و هشیاری در یک فرد و عاطفه منفی به احساس غمگینی و کمبود انرژی اشاره دارد. این مقیاس توسط واتسن، کلارک و تلگن در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است و دارای ۱۰ آیتم برای هر خرده مقیاس می باشد. آیتم ها روی مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱=بسیار کم تا ۵=بسیار زیاد درجه بندی می شوند. دامنه نمرات برای هر یک از عواطف مثبت و منفی ۱۰ تا ۵۰ است. در پژوهش بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) روایی سازه این مقیاس قابل قبول و ضریب همسانی درونی (ضریف آلفا) برای هر دو زیر مقیاس عاطفه مثبت و منفی معادل ۰/۸۵ گزارش شد.

مقیاس استرس ادراک شده^۳ توسط کوهن^۴ و همکاران ساخته شده و ۱۰ گویه دارد. گویه های این مقیاس جنبه های منفی و مثبت استرس را در بر می گیرد. این مقیاس با گزینه های پاسخ دهی در پنج طیف لیکرتی طراحی شده است که ترتیب نمرات به صورت صفر تا ۴ است و محاسبه امتیاز نمرات به طور معکوس (هرگز=۴، به ندرت=۳، گاهی اوقات=۲، اغلب=۱ و همیشه=صفر) است؛ به جز سوالات ۴، ۵، ۶ و ۸ که به طور مثبت محاسبه می شوند. مجموع امتیازات برابر ۱۳ حد معمول استرس است، اما مجموع امتیاز ۲۰ و بالاتر به عنوان استرس بالا در نظر گرفته می شود (کانگ و همکاران، ۲۰۲۰). روایی و پایایی پرسشنامه توسط خلیلی و همکاران (۲۰۱۷) محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷ تأیید شده است. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ محاسبه شد.

برای تجزیه و تحلیل یافته ها از آزمون کوواریانس چندمتغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

^۱ Yoder

^۲ Bardwell WA, Ancoli-Israel

^۳ . perceived stress scale

^۴ .Kohen

یافته ها

پژوهش حاضر روی پرستاران سنین ۲۵ تا ۴۵ سال انجام شد. در جدول شماره ۲ شاخص های توصیفی متغیرهای خستگی روانی، استرس ادراک شده و تنظیم هیجان به تفکیک گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
خستگی روانی	آزمایش	۹/۸	۳/۲۸	۶/۶۷	۱/۵۴
	کنترل	۱۰/۸	۳/۶۱	۱۱/۲۷	۲/۹۹
استرس ادراک شده	آزمایش	۳۵/۶	۶/۴۲	۲۹/۷۳	۳/۹۹
	کنترل	۳۷/۸	۵/۸۲	۳۶/۶	۶/۹۷
تنظیم هیجان	آزمایش	۵۸/۶	۳/۶۲	۶۴/۴	۶/۹۸
	کنترل	۶۱/۳۳	۵/۵۴	۶۰/۸۷	۵/۵۳

به منظور تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شد. برای این منظور ابتدا مفروضه های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد که پیش فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه رد نشد ($P > 0.05$). از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن برابری واریانس متغیرهای خستگی روانی ($F = 4.09, P > 0.05$)، استرس ادراک شده ($F = 1.05, P > 0.05$) و تنظیم هیجان ($F = 0.42, P > 0.05$) را در گروه ها تأیید کرد. نتایج آزمون ام باکس نیز نشان دهنده یکسان بودن ماتریس واریانس کوواریانس متغیرهای خستگی روانی، استرس ادراک شده و تنظیم شناختی هیجان بین گروه های آزمایش و کنترل بود ($P > 0.05$). مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون برای هر سه متغیر وابسته خستگی روانی ($F = 1.41, P = 0.25$)، استرس ادراک شده ($F = 0.01, P = 0.91$) و تنظیم هیجان ($F = 0.40, P = 0.53$) برقرار بود. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کوواریانس برقرار شد. همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود حداقل بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خستگی روانی، استرس ادراک شده و تنظیم شناختی هیجان، تفاوت وجود داشت ($P < 0.05$).

برای آزمون این فرضیه با توجه به وجود سه متغیر وابسته (پس آزمون استرس ادراک شده، خستگی روانی و تنظیم هیجان) و سه متغیر کووریت یا کمکی (میانگین های مربوط به پیش آزمون ها) از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شد. روش کار بدین صورت بود که میانگین گروه آزمایشی مدیریت خشم با میانگین گروه کنترل در مرحله پس آزمون پس از تعدیل اثرات پیش آزمون مقایسه شدند. متغیر گروه با دو سطح (مدیریت خشم و کنترل) به عنوان متغیر مستقل، میانگین متغیرهای استرس ادراک شده، خستگی روانی و هیجان در مرحله پس آزمون به عنوان متغیرهای وابسته و نمرات شرکت کنندگان در این سه متغیر در مرحله پیش آزمون به عنوان متغیر کووریت یا کمکی در نظر گرفته شدند.

نخست نتایج آزمون های چندمتغیری جهت مشخص ساختن تفاوت در بین دو گروه در ترکیبی از متغیرهای وابسته در جدول زیر نشان داده شده است:

جدول ۳: نتایج آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز برای تعیین تفاوت در متغیرهای وابسته

آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
لامبدای ویلکز	۰/۳	۱۷/۸۴	۳/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰	۰/۷

براساس نتایج آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز در جدول فوق تفاوت معناداری در بین دو گروه مدیریت خشم و کنترل در ترکیبی از متغیرهای وابسته (استرس ادراک شده، خستگی روانی و تنظیم هیجان) وجود دارد. مقدار F در آزمون لامبدای ویلکز برابر ۱۷/۸۴ بوده و سطح معناداری آن کمتر از ۰/۰۰۱ است. در مرحله بعد برای مشخص ساختن اینکه تفاوت معنادار در کدام یک از متغیرهای وابسته صورت گرفته است، از آزمون تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد. که نتایج آن در جدول زیر گزارش شده است:

جدول ۴: نتایج آزمونهای تحلیل واریانس یکراهه جهت تعیین تفاوت در متغیرهای وابسته

متغیر	منبع اثر	میانگین مجزورات بین گروهی	درجه آزادی	میانگین مجزورات خطا	F	سطح معناداری	η^2
استرس ادراک شده	گروه	۱۸۹/۶۲	۱	۱۸۹/۶۲	۶/۶۵	۰/۰۲	۰/۲۱
	خطا	۷۱۲/۴۲	۲۵	۲۸/۵			
خستگی روانی	گروه	۱۱۴/۰۲	۱	۱۱۴/۰۲	۳۸/۰۱	۰	۰/۶
	خطا	۷۴/۹۹	۲۵	۳			
هیجان	گروه	۲۷۵/۹۳	۱	۲۷۵/۹۳	۱۲/۳۷	۰	۰/۳۳
	خطا	۵۵۷/۵۵	۲۵	۲۲/۳			

نتایج مندرج در جدول فوق نشان می دهد بین دو گروه آزمایشی مدیریت خشم و کنترل در متغیرهای استرس ادراک شده ($F=۶/۶۵$, $sig=۰/۰۱۵$)، متغیر خستگی روانی ($F=۳۸/۰۱$, $sig=۰/۰۰۱$) و تنظیم هیجان ($F=۱۲/۳۷$, $sig=۰/۰۱$)، تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار مجزوراتا به عنوان شاخص اندازه اثر نشان می دهد به ترتیب ۲۱ درصد از واریانس اترس ادراک شده، حدود ۶۰ درصد از واریانس خستگی روانی و حدود ۳۳ درصد از واریانس تنظیم هیجان از طریق متغیر مستقل آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی تبیین می شود.

برای بررسی وضعیت میانگین گروههای مهارت زندگی تحصیلی و کنترل در پس آزمون متغیرهای وابسته یعنی استرس ادراک شده، خستگی روانی و تنظیم هیجان پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش آزمون، در جدول ۹-۴ میانگین های اصلاح شده این متغیرها در پس آزمون گزارش شده است.

جدول ۵: میانگین های اصلاح شده متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل

متغیروابسته	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
استرس ادراک شده	مدیریت خشم	۳۰/۴۷	-۵/۴	۲/۰۹	۰/۰۲
	کنترل	۳۵/۸۷			
خستگی روانی	مدیریت خشم	۶/۸۷	-۴/۱۹	۰/۶۸	۰/۰۰
	کنترل	۱۱/۰۶			
هیجان	مدیریت خشم	۶۵/۸۹	۶/۵۱	۱/۸۵	۰/۰۰
	کنترل	۵۹/۳۸			

با توجه به جدول ۵ میانگین اصلاح شده گروه آزمایش مدیریت خشم در استرس ادراک شده، خستگی روانی و تنظیم هیجان به ترتیب برابر ۳۰/۴۶، ۶/۸۷ و ۶۵/۸۸ است و میانگین گروه کنترل در این متغیرهای به ترتیب برابر ۳۵/۸۶، ۱۱/۰۵ و ۵۹/۳۷ است. تفاوت میانگین بین این دو گروه در پس آزمون متغیرهای وابسته پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. بنابراین، می توان گفت که میانگین گروه آزمایش مدیریت خشم به صورت معنی داری در استرس ادراک شده و خستگی روانی کمتر از میانگین گروه کنترل و در تنظیم هیجان بیشتر از گروه کنترل است. با توجه به این یافته ها فرضیه پژوهش تایید می شود و می توان گفت که آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی در استرس ادراک شده و خستگی روانی و افزایش تنظیم هیجان تاثیر دارد.

نتیجه گیری

در مورد یافته های تحقیق، مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی بر خستگی روانی، استرس ادراک شده و تنظیم هیجان پرستاران، یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی در استرس ادراک شده و خستگی روانی و افزایش تنظیم هیجان تاثیر دارد.

در مورد اثربخشی آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی در استرس ادراک شده، یافته ها با نتایج مسعده و همکاران (۲۰۲۱) و نیز مسعده و همکاران (۲۰۲۰)؛ یون و یو (۲۰۲۱) و نیز فراهانی و عبادی زارع (۲۰۱۸) همسو می باشد. در این پژوهش، بر آموزش مهارت های شناختی بین فردی و کارآمد مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی در محیط کار و زندگی روزمره و همچنین به چالش کشیدن و آزمون خطاهای شناختی تأکید بسیاری شد. این روش ها موجب کاهش استرس و تأثیر در خستگی روانی آزمودنی ها می شود.

در مورد اثربخشی آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی در استرس ادراک شده می توان اظهار داشت که در جلسات آموزش افراد اطلاعات زیادی در مورد واکنش به استرس به دست می آورند، خودگویی های منطقی برای موقعیتهای استرس زا یاد می گیرند و بازسازی شناختی را در موقعیتهای هیجانی

فرا می‌گیرند (کاپیلی و همکاران، ۲۰۱۸). این مهارتها، به پرستاران امکان می‌دهد دیدگاه متعادلی در موقعیتهای استرس‌زای بیمارستانی داشته باشند. ارزیابی شناختی از یک موقعیت، نقش مهمی در تعیین شدت فشار روانی دارد و به همین علت استفاده از روشهای درمانی مبتنی بر شناخت بیماران، موجب تغییر ارزیابی‌های منفی از یک موقعیت استرس‌زا می‌گردد. از آنجایی که پرستاران به علت شرایط شغلی سطح استرس بالایی را تجربه می‌کنند، شرکت در جلسات درمانی بازسازی شناختی به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند نگرانیهای خود را در گروه مطرح کنند و با افکار خود آشنا شود (پاورز و همکاران، ۲۰۱۷).

حضور در جلسات گروه درمانی بازسازی شناختی باعث می‌گردد تا پرستاران با افکار منفی خود آشنا شده و روشهای مقابله با این افکار منفی را فرا بگیرند، همچنین بیان افکار باعث می‌گردد تا از دغدغه همکاران نیز آگاه شده و حس همکاری مشترک بهبود یابد و در کنار آن روشهای فعال و کارآمدی برای کاهش استرس‌های شغلی فرابگیرند. از طرفی روشهای مدیریت فکر از جمله چالش با خطای فکر و بررسی شواهد به پرستاران کمک می‌کند تا نگاهی جدید به استرس‌های محیط درمان نگاه کنند و این مسئله بر کنترل خستگی پرستاران تأثیر مطلوبی دارد (ایاک و کالا، ۲۰۱۷).

یافته‌های تحقیق نشانگر تأثیر آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی بر بهبود تنظیم هیجان پرستاران بود. تنظیم هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا برای آنها اطلاق می‌گردد (آسیخیا، ۲۰۱۴). در تبیین یافته پژوهش می‌توان گفت انسان سالم به کسی گفته می‌شود که توانایی و قدرت پردازش صحیح اطلاعات را داشته باشد. چنانچه فردی در اجرای پردازش اطلاعات عملکرد سالمی نداشته باشد دچار خطای شناختی شده و در نتیجه به ناراحتی‌ها و اختلالات روانشناختی مبتلا می‌گردد. برای مثال تحت تأثیر تفکرات غیرمنطقی افراد خود را در حالتی در می‌یابند که از آن راه‌گریزی ندارند و احساس می‌کنند مسائلشان حل‌ناشدنی است (هاین، بالینگر و کوالونت، ۲۰۱۷). آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی موجب می‌شود تا خطاهای شناختی که منجر به احساس و هیجان منفی می‌شود شناسایی شده و اعضا به تفکرات غیرمنطقی و تفسیر اشتباه خود از رویدادها آگاهی یافته و محور تلاش خود را بر اصلاح تفکر نادرست قرار دهند. آنچنان که از نتایج این پژوهش مشخص می‌گردد، آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی با موفقیت توانسته است تا راهبردهای شناختی افراد را اصلاح کند و تفکرات اشتباه و نادرست موجود در پایه‌های فکری آنها را مشخص نماید.

یافته دیگر تحقیق نشان داد؛ آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی موجب کاهش خستگی روانی پرستاران می‌شود. در رویکردهای شناختی تمام مشکلات عاطفی و روانشناختی افراد از شناخت واره‌ها، خطاهای فکری، تحریف‌های شناختی و باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی ناشی می‌شود. از دیدگاه شناختی، افراد در مراودات اجتماعی و رخدادهایی هستند که برایشان اتفاق می‌افتد و اکثراً به هنگام ادراک و تفسیر وقایع دچار خطاهای فکری از قبیل اغراق، فاجعه‌سازی، تحریف، نتیجه‌گیری شتاب‌زده، تعمیم مبالغه‌آمیز

و ... می شوند. از این رو وقایع و اتفاقات را عامل اصلی ناراحتی و مشکلات خود می پندارند (کرانکه، وایس، گین^{۲۲} و همکاران، ۲۰۱۷). این در حالی است که وقایع و رویدادها به خودی خود نمی توانند باعث ایجاد مشکلات روانشناختی در افراد شود، بلکه شیوه فکری و پردازش اطلاعات و معنادگی به وقایع یا همان تغییر رویدادهاست که این گونه احساسات و هیجانات منفی را در افراد ایجاد می کنند. از طرفی برانگیختن هیجان، ایجاد انگیزه و فنون تجربه گرایانه که فعال کننده تجارب پدیدارشناختی و احساسات تازه هستند نیز می توانند در فرآیند تغییر نقش اساسی داشته باشند. ممکن است لازم باشد تا انسان با کمک افکار و رفتارهای تازه‌ای با واقعیت روبرو شود تا به این ترتیب در سطح هیجانی نیز اهمیت وجودی یک پاس منطقی یا به زبان ساده طرز تفکری جدید را تجربه کند (بلاکستون و برگمن^{۲۳}، ۲۰۱۷). آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی کمک می کند تا افراد از طریق آزمایش های رفتاری افکارشان را به صورت عملی در بیاورند و بینش را به تجربه عملی تبدیل کنند این در حالی است که بحث منطقی و اراده الاعات تصحیح کننده حتی وقتی فرد به لحاظ عقلانی شواهد منطقی را بپذیرد، اغلب در تغییر واکنش های عاطفی موثر نیست چون معانی در سطح اختصاصی خود پردازش می شوند اما به نظر می رسد که در سطح بازنمایی دلالتی (ضمنی) معانی با هیجان ارتباط پیدا می کنند. پرستاران توانستند به کمک مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی معنایی از خودگویی ها، انتظارات یا باورهایی که منعکس کننده شیوه های ناموثر تفکر درباره خود، دیگران و آینده است آگاه شوند. سپس راهنمایی شدند که ارتباط بین این باورهای منفی و تجارب هیجانی خود را دریافته و نهایتاً درمانگر و مراجع به شیوه های گوناگون برای شناسایی، خلق و ارزیابی و راهکارهای ایجاد تفکرات سازگارانه با هم همکاری می کنند. نهایت تکنیک های درمان مدیریت خشم مبتنی بازسازی شناختی معنایی منجر به کاهش خستگی روانی در پرستاران شد.

این پژوهش می تواند راه گشایی در جهت برنامه ریزی برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و خستگی روانی پرستاران و ارتقاء سلامت آنان باشد. با توجه به این که مشکلات سلامت روان پرستاران باعث کاهش کیفیت مراقبتهای پرستاری، افزایش هزینه های درمانی کارکنان و افزایش غیبت از کار می شود و با توجه به اینکه آموزش روشهای بازسازی شناختی تأثیر مطلوبی بر کاهش مشکلات سلامت روان دارد. بنا به نظر ایزروفین (۲۰۱۶)، بازسازی شناختی بدین علت در تنظیم هیجان افراد موثر است که به آنها کمک می کند تا رفتارشان را با تغییر افکار مخرب و منفی به حالت مثبت شناسایی، ارزیابی و اصلاح نمایند. بازسازی شناختی به فرد امکان می دهد تا موقعیت، احساسات و رفتار مرتبط با ذهن خود را توصیف کند و پاسخ هیجانی مناسبی ابراز کند. در طول فرآیند بازسازی شناختی، فرد باید افکار منفی و غیر منطقی را به صورت افکار مثبت و منطقی مجدداً تنظیم کند. در واقع، فرد باید از رفتار مضر به ویژه تهدید کرده، تحریک

^{۲۲} Kranke, Weiss & Gin

^{۲۳} Blaxton & Bergeman

کردن و برانگیختن و دیگر انواع خشم و پرخاشگری اجتناب کند. بازسازی شناختی، تکنیکی است که به منظور مرتب کردن مجدد افکار ناسازگاری استفاده می شود که به دیگران و خود فرد آسیب می زند. مداخله درمانی شاید برای اولین بار این فرصت را داد که مشکل را جدا از خود در نظر بگیرند و با اجرای تکنیک‌های شناختی و ارزیابی مجدد افکار ناکارآمد، احساس کنند که علی رغم مشکلات می‌توانند با دیگران ارتباط لذت بخش برقرار کنند و در روابط خود هیجان خود را تنظیم کرده و به عنوان نمونه کمتر دچار خشم و پرخاشگری شوند (فدایی وطن و همکاران، ۱۳۹۸).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که باید در تعمیم نتایج مدنظر قرار گیرد. پژوهش حاضر روی پرستاران بیمارستان شفای شهر ارومیه انجام شده است و تعداد نمونه تحقیق براساس ماهیت نیمه آزمایشی آن محدود به ۳۰ نفر می باشد، بنابراین باید در تعمیم نتایج به سایر پرستاران جانب احتیاط را رعایت کرد. محدودیت دیگر این است که به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری نمونه ها انجام نشد. لذا، پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی دوره پیگیری نیز انجام گردد تا از ماندگاری و اثربخشی آموزش اطمینان حاصل شود. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشتی-درمانی برای کادر درمانی و پرستاران و پرسنل دست‌اندرکار در امر مراقبت از بیماران کارگاههای آموزشی مدیریت خشم مبتنی بازسازی شناختی توسط روانشناسان مجرب برگزار شود تا به کاهش خشم و بهبود سطح استرس و نیز تنظیم هیجان این افراد کمک شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با کد اخلاق ۱۴۰۰، ۲۰۲ IR.IAU.TABRIZ.REC است. بدین وسیله از مدیریت، پرسنل و تمامی پرستاران بیمارستان شفای شهر ارومیه و نیز کسانی که در این پژوهش نویسندگان را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

- Asikhia, O. A. (2014). Effect of cognitive restructuring on the reduction of mathematics anxiety among senior secondary school students in Ogun State, Nigeria. *International Journal of Education and Research*, 2(2):1-20.
- Ayache, S.S., & Chalah, M.A. (2017). Fatigue in multiple sclerosis - Insights into evaluation and management. *Neurophysiol Clin*, 47(2):139-71

- Babapourkhairuddin, J., Ismailpour, K & Saidi Dehghani, S. (۲۰۱۴). The role of perfectionism in predicting the feeling of cognitive, physical and social fatigue, *Journal of Psychology*, ۷۴: ۱۶۳-۱۷۴. [In Persian]
- Blaxton, J.M., & Bergeman, C.S. (2017). A process-oriented perspective examining the relationships among daily coping, stress, and affect. *Pers and Indiv Differ*, 104: 357-361.
- Cole, N.N., Nonterah, C.W., Utsey, S.O., & Hook, J.N., Hubbard RR, Opare-Henaku A, Fischer, N.L. (2015). Predictor and moderator effects of ego resilience and mindfulness on the relationship between academic stress and psychological well-being in a sample of Ghanaian college students. *J Black Psychol*, 41(4): 340-357.
- Da Silva, L.A., dos Santos, I., Gomes, A.M., de Souza, M.D., da Cunha, A.L. (2017). Chronic psychiatric client: socio-cognitive reconstruction in the institutional care process/Cliente com enfermidade psiquiatrica cronica: reconstrucao socio-cognitiva no contexto do processo de cuidado institucional/Cliente con enfermedad psiquiatrica cronica: reconstruccion socio-cognitiva en el contexto del proceso de atencion institucional. *Enfermagem Uerj*, 25(1):128-39.
- Dashti, E., Rassouli, M., Khanali Mojen L., Pour hoseingholi, A., Shirinabady Farahani, A., Sarvi, F. (2015). Nurses' fatigue in neonatal intensive care units and premature infants' readmissions. *Iranian Journal of Nursing Research*, 10(2):1-10.
- Garnefski, N., Van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between clinical and a nonclinical sample. *Euro J Personal*, 16(5):403-20.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In JJ. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 3-24.
- Heinen, I., Bullinger, M., Kocalevent, R.D. (2017). Perceived stress in first year medical students - Associations with personal resources and emotional distress. *BMC Med Educ*, 17(1): 4.
- Kranke, D., Weiss, E.L., Gin, J., Der-Martirosian, C., Brown, J.L.C., & Saia, R. (2017). A culture of compassionate bad asses: A qualitative study of combat veterans engaging in peer-led disaster relief and utilizing cognitive restructuring to mitigate mental health stigma. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 13(1):20-33.
- Kuppili, P.P., Borschmann, R., Upadhyaya, KD., & Thapaliya, S. (2018). Mindfulness based interventions for depression and anxiety in Asian Population: A systematic review. *J Psychiatrists' Assoc Nepal*, 7(1):10-23.

- Lorist, M.M., Klein, M., Nieuwenhuis, S., Jong, R., Mulder, G., Meijman, T.F. (2000). Mental fatigue and task control: planning and preparation. *Psychophysiology*, 37(5):614-25.
- Masa'deh, R., Masadeh, O.M., Momani, A., Jarrah, S., Al Shabatat, S.H., & Alshawabkeh, Gh. A. (2021). The effect of anger management program on perceived stress of healthcare professionals: A quasi-experimental study. *Nursing Practice Today*, 8(4):303-312
- Muecke, S. (2005). Effects of rotating night shifts: Literature review. *J Adv Nurs*, 50(4):433-9.
- Powers, MB., de Kleine, R.A., Smits, J.A.J. (2017). Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatr Clin North Am*, 40(4):611-23.
- Rashidi Asl, H., Kokli, M., Mirkhani, S & Shahani, S. (2019). The role of experiential avoidance and difficulty in emotion regulation in predicting self-harm behaviors in adolescent girls with a history of running away from home, *Development of Psychology*, ۹(۱۱): ۳۵-۴۴. [In Persian]
- Sirti, N, Karimi, L., Khalili, R. (2019). The level of perceived stress of medical and non-medical staff in the face of the epidemic of the Covid-19 disease, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, ۲۶(۳):۲۹۴-۳۰۵. [In Persian]
- Smets, E.M., Garssen, B., Bonke, B.D., De Haes, J.C. (1995). The Multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res*, 39(3):315-25. PubMed
- Van, J.C., Marcora, S., De, K.P., Bailey, S., Meeusen, R., Roelands, B. (2017). The Effects of Mental Fatigue on Physical Performance: A Systematic Review. *Sports medicine (Auckland, NZ)*, 47(8):1569-88
- Yun, K., & Yoo, Y-S. (2021). Effects of the Anger Management Program for Nurses. *Asian Nursing Research*, <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.07.004>.
- Zairi, M & Mohammadi, M. (2016). The effect of anger management skill training in a cognitive-behavioral way on behavioral activation and inhibition systems, *Journal of Principles of Mental Health*, ۱۹(۳): ۱۴۲-۱۴۶. [In Persian]
- Zarei, S. (2019). The mediating role of depression and anxiety symptoms in the relationship between perceived stress and harmful use of mobile phones among nursing students. *Journal of Nursing Education*, ۹(۳): ۱۰-۲۰. [In Persian]
- Ziyadini, Z. (2017). The role of fatigue severity, sleep quality and dimensions of job toughness in predicting mental stress of nurses working in Bandar Abbas and Haji Abad hospitals, *Journal of Qom University of Medical Sciences*, 12(12): 79-88. [In Persian]

Investigating the effect of anger management training based on cognitive reconstruction on the mental fatigue, perceived stress and emotion regulation of nurses at Shafai Hospital in Urmia.

NazilaAghbolaghi AlinaghiAgdasi HoseinRostami AhadAhangar

Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of anger management training based on cognitive reconstruction on the mental fatigue, perceived stress and emotion regulation of nurses at Shafai Hospital in Urmia. The statistical population of the research Included all the nurses.... nurses of Shafai Hospital in Urmia, from which 30 people were selected by a purposeful method and were randomly assigned to an experimental group and a control group. The selection of the sample size was done with the help of Cohen's table and based on the power of the test. The design of this research was semi-experimental, with pre-test, post-test and control group. The educational packages include anger management techniques based on cognitive reconstruction, and Yoder's psychological fatigue questionnaire (2010), Watson, Clarke and Telgen's (1988) excitement questionnaire, and Cohen et al.'s (1983) perceived stress scale were used to measure the research variables. The implementation method was in the order that first the subjects were selected by the screening method and were put in two experimental and control groups. Before the implementation of the intervention in each group, three questionnaires were administered as a pre-test on the participants of all groups. After that, anger management techniques based on cognitive reconstruction were taught in the experimental group, and finally, the same questionnaires were administered again as a post-test on the participants of both experimental groups. To analyze the data, multivariate analysis of covariance was used in SPSS22 software. According to the findings of the research, the modified mean of the anger management experimental group in perceived stress, mental fatigue and emotion regulation was 30.46, 6.87, 65.88 respectively, and the mean of the control group in these variables was 35.86 , 11/05 and 59/37 respectively. The average difference between these two groups in the post-test of the dependent variables of the research was significant at the level of 0.01. Therefore, it can be said that the average of the anger management experimental group was significantly lower than the average of the control group in perceived stress and mental fatigue and higher than the control group in emotion regulation. According to these findings, the research hypothesis was confirmed and it can be said that

anger management training based on cognitive restructuring has an effect on the perceived stress and mental fatigue and increasing effect on the emotion regulation.

Keywords: group training of anger management based on cognitive restructuring, mental fatigue, perceived stress, emotion regulation

Ph.D. student, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Corresponding author, Aghdasi@iaut.ac.ir

Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Assistant Professor, Department of Psychology, Shebestor Branch, Islamic Azad University, Shebestor, Iran