

The Effect of Metacognitive Therapy on Nurses Emotion and Burnout in Tabriz

Razaghi S*

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

* *Corresponding author.* Tel: +989144104860, E-mail: Sol_raz2009@yahoo.com

Received: Jun 22, 2019

Accepted: Nov 18, 2019

ABSTRACT

Background & Aim: The researches show the superiority of effectiveness of metacognitive therapy in regulating the emotion and job burnout on previous conventional therapies. Based on this, the present study aimed to determine the effectiveness of meta-cognitive therapy on emotional regulation and job burnout in Tabriz nurses.

Methods: This quasi-experimental study was carried out with pretest-posttest and control groups design. The samples were consisted of 30 nurses in Tabriz in 2018, which had lower scores (one standard deviation based on the cutoff point) in the questionnaires of Garnefsky and Craij' emotional regulation as well as Mazlach and Jackson' job burnout. They were randomly assigned into two experimental (N=15) and control (N=15) groups. Then, the experimental group received an intervention based on metacognitive therapy in 10 sessions of 90 minutes, one session per week. After terminating the sessions, the questionnaires in both groups were completed again. The data were analyzed using multivariate covariance analysis.

Results: The results showed that the adapted strategies' mean scores in experimental group in the stages of pretest and posttest were 32.73 and 39.60 respectively, and non-adapted strategies' mean scores in the pretest and posttest were 37.46 and 27.53 respectively. Also, the job burnout' mean scores in the pretest and posttest were 65.33 and 52.23, respectively. Data analysis indicated a significant difference in mean of post test scores between experimental and control groups ($p<0.01$).

Conclusion: Regarding the positive effect of metacognitive therapy on emotion regulation and job burnout, it is recommended to use this therapy in planning the mental health measures for nurses.

Keywords: Metacognitive Therapy, Emotion Regulation, Burnout, Nurse

اثر درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و فرسودگی شغلی در پرستاران شهر تبریز

سولماز رزاقی *

گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۴۱۰۴۸۶۰ ایمیل: Sol_raz2009@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش‌ها اثربخشی درمان فراشناختی در تنظیم هیجان و فرسودگی شغلی را مقدم بر درمان‌های مرسوم دانسته‌اند. بر این اساس این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و فرسودگی شغلی در پرستاران شهر تبریز انجام شد.

روش کار: این پژوهش، به صورت نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل انجام شد. نمونه‌ها شامل ۳۰ پرستار شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بودند که در پرسشنامه‌های تنظیم هیجان کارنفسکی و کرایچ و فرسودگی شغلی مازلاخ و جکسون، نمره پایین تری (یک انحراف معیار طبق نقطه برش) کسب کرده بودند که به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس مداخله مبتنی بر درمان فراشناختی طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. پس از اتمام جلسات، مجدداً پرسشنامه‌های فوق در هر دو گروه تکمیل و داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات راهبردهای سازش یافته در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش به ترتیب ۳۲/۷۳ و ۳۹/۶۰ و میانگین نمرات راهبردهای سازش نیافته به ترتیب ۳۷/۴۶ و ۲۷/۵۳ بود. همچنین میانگین نمرات فرسودگی شغلی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۶۵/۳۳ و ۵۲/۲۳ دیده شد. تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار آماری بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل بود ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر مثبت درمان فراشناختی در تنظیم هیجان و فرسودگی شغلی، استفاده از این درمان در برنامه‌ریزی اقدامات بهداشت روانی برای پرستاران توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، تنظیم هیجان، فرسودگی شغلی، پرستار

پذیرش: ۹۸/۸/۲۷

دریافت: ۹۸/۴/۱

مقدمه

پرستاران، بزرگترین گروه کاری در بیمارستان‌ها بوده (۱) و رسالت حرفه‌ای آنها، حفظ و ارتقای سطح کیفی مراقبت‌ها در حد استاندارد است (۲). اگرچه پرستاران آموزش دیده‌اند که به کیفیت مراقبت و زندگی بیماران توجه و رسیدگی نمایند، اما به‌ندرت

به نیازهای فردی خود می‌اندیشند (۳) و این در حالی است که مراقبت شبانه‌روزی از بیماران، موجب اختلال در چرخه خواب و بیداری پرستاران می‌شود که پیامدهای فیزیولوژیک و روانشناختی به دنبال داشته و باعث مشکلاتی از نظر هیجانی و شغلی برای آنها می‌شود (۴). در همین راستا، تنظیم هیجان،

به عنوان یکی از متغیرهای روانشناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (۵). مطالعات اخیر نقش کنش وری هیجانی و نقص در عملکرد تنظیم هیجان را در اختلال‌های روانشناختی پرستاران، مهم دانسته‌اند (۶، ۷). تنظیم هیجان، وجه ذاتی گرایش‌های پاسخ هیجانی در پرستاران می‌باشد (۸). به هنگام مواجهه پرستار با یک موقعیت هیجانی، لازم است وی بهترین کارکرد شناختی را داشته باشد (۹، ۱۰). در تنظیم هیجان، فرد به تعامل بهینه‌ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز دارد (۱۱). تنظیم هیجان در پرستاران از طریق مهار و مدیریت هیجان‌های ناخوشایند و دردآور به دستیابی اهداف کمک می‌کند (۱۲، ۱۳). تنظیم هیجان پرستاران شامل تعدیل کردن، مدارا کردن با هیجان و ثابت نگه داشتن آن می‌باشد (۱۴). عدم تنظیم هیجان در پرستاران باعث خستگی و فرسودگی در بلندمدت می‌گردد (۱۵، ۱۶). فرسودگی شغلی، پدیده‌ای است که به عنوان یکی از پیامدهای اجتناب ناپذیر تعارض شغلی در پرستاران معرفی می‌شود (۱۷). پرستاری در میان مشاغل علوم پزشکی، بیشترین آمار فرسودگی شغلی را دارد که با پیامدهای مخربی مانند مشکلات افسردگی، اضطرابی، چاقی و اعتیاد به الکل همراه است (۱۸).

فرسودگی شغلی نشانگانی است که از سه مؤلفه تحلیل عاطفی، مسخ شخصیت و موفقیت فردی کاهش یافته تشکیل شده است (۱۹). تحلیل عاطفی، احساس خستگی و تحلیل منابع هیجانی فرد را در اثر کار نشان می‌دهد (۲۰). این بعد از فرسودگی شغلی، نشان‌دهنده تأثیر بنیادی مؤلفه استرس فردی در فرسودگی شغلی است. مسخ شخصیت، به واکنش‌های منفی و عیب جویانه فرد نسبت به سایر افراد در محیط کار اشاره داشته و نشان‌دهنده بعد بین فردی فرسودگی شغلی است (۲۱) و موفقیت فردی کاهش یافته، نشان‌دهنده احساس کاهش شایستگی و بهره‌وری فردی و پایین بودن احساس

فرد نسبت به کارآمدی خود بوده و بیانگر بعد خودارزیابی فرسودگی شغلی است (۲۲). پژوهش‌ها حاکی از آن است که تکنیک‌های روان‌درمانی در کاهش نشانه‌های اختلالات مختلف، از اثربخشی قابل ملاحظه‌ای برخوردار هستند (۲۳). از مهمترین روش‌های درمانی که در حال حاضر به فراوانی از آن برای درمان بسیاری از اختلالات استفاده می‌شود، درمان فراشناختی است (۲۴). فراشناخت کلیدی است برای توانایی شناختی که به فرد اجازه کنترل و بازسازی افکار خود را می‌دهد (۲۱). همچنین فراشناخت را می‌توان به معنی آگاهی فرد از فرآیند تفکر خود و توانایی برای کنترل این فرآیند دانست. فراشناخت یک مدل شناختی است که در یک سطح بالاتر فعالیت کرده و بر پایه نظارت و کنترل قرار دارد (۲۵، ۲۶). کلارک^۱ و همکاران استفاده از رویکرد فراشناختی را در کاهش علائم بیماران افسرده مهم دانسته‌اند (۲۷). شاکری و همکاران نیز بر اثربخشی درمان فراشناختی در افسردگی و کیفیت زندگی، صحه گذاشته‌اند (۲۸).

با توجه به شیوع بالای فرسودگی شغلی در پرستاران، یافتن راه حل مناسب جهت درمان یا تعدیل آن از اولویت‌های پرستاری محسوب می‌شود. فرسودگی شغلی در پرستاران می‌تواند اختلال‌هایی همچون خستگی، بیخوابی، مشکلات خانوادگی، غیبت از کار و عدم رضایت شغلی را به همراه داشته باشد. فرسودگی شغلی یک سندرم جسمانی و روانی است که منجر به رفتار و نگرش منفی نسبت به خود، کار و مراجعین می‌شود. نقش پرستاران به عنوان بخشی از کادر درمان بر هیچکس پوشیده نیست (۲۹). از جمله رسالت‌های کلیدی این گروه درک احتیاجات و علایق جامعه و ترویج یک محیط امن و اثرگذار در اداره و پیشبرد سیاست‌های سلامت است. اطلاعات نشان‌دهنده این است که اگر پرستاران به عنوان عضو یا هماهنگ کننده تیم درمان نقش فعالی نداشته

¹ Clark

باشند، ارائه مراقبت‌های درمانی با مشکل مواجه خواهد شد. در نهایت پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و فرسودگی شغلی پرستاران ضروری انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۸۲۱ نفر بودند که از میان آنها ۱۹۲ نفر با استفاده از جدول گرجسی و مورگان به صورت در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌های فرسودگی شغلی و تنظیم هیجان را تکمیل کردند و از بین آنها ۳۰ نفر که نمره یک انحراف معیار کمتر از میانگین داشتند مطابق با نقطه برش به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفره آزمون و کنترل قرار گرفتند. افراد دو گروه از نظر ویژگی‌های فردی- اجتماعی نظیر وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، سن، جنس (مونث) و سابقه کار یکسان شدند. ملاک‌های ورود حداقل تحصیلات کارشناسی و حداکثر کارشناسی ارشد، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، عدم ابتلا به سایر اختلالات روانپزشکی و نورولوژیکی، عدم دریافت همزمان و یا عدم دریافت هر گونه مداخله رواندرمانی و دارو درمانی در یک ماه گذشته و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و ملاک خروج نیز غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی بود.

مداخله مبتنی بر درمان فراشناختی زیر طبق پروتکل ولز^۱ (۳۰) به مدت ۱۰ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه انجام شد و ده روز بعد از اتمام مداخله، پس‌آزمون روی هر دو گروه اجرا گردید.

جلسه اول: معرفی مدل و آماده‌سازی، استفاده از استعاره التیام زخم، چالش با باورهای منفی درباره

علائم، تمرین ذهن آگاهی، معرفی به تعویق انداختن نگرانی؛

جلسه دوم: مرور تکالیف خانگی، تحلیل مزایا و معایب نگرانی و نشخوار فکری، ادامه چالش با باورهای منفی درباره علایم؛

جلسه سوم: چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری و نگرانی، مرور به تعویق انداختن نگرانی و گسترش کاربردهای آن، بررسی و متوقف کردن سرکوب فکر؛

جلسه چهارم: گسترش کاربردهای به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت باقیمانده درباره نشخوار فکری و نگرانی و باورهای منفی درباره علایم، بررسی و شروع و حذف سایر راهبردهای مقابله ای غیرانطباقی؛

جلسه پنجم: بررسی ماهیت پردازش مفهومی، آیا به نوع دیگری از پردازش تغییر یافته و همچنان در حال پیشرفت است؟ بررسی مقابله ای اجتنابی و غیرانطباقی و حذف آن، کار روی باورهای باقیمانده درباره نگرانی و نشخوار فکری؛

جلسه ششم: تحلیل مزایا و معایب پایش (بازبینی) تهدید، چالش با باورهای مثبت درباره پایش تهدید، متوقف کردن پایش تهدید و ارائه گزینه‌های جانشین؛ جلسه هفتم: آموزش تمرکز مجدد توجه، چالش با باورهای مثبت و منفی باقیمانده؛

جلسه هشتم: کار روی نگرانی، نشخوار فکری، باورها، مقابله و توجه، کار روی باورهای باقیمانده، شروع کار روی طرح کلی درمان؛

جلسه نهم: کار روی موضوعات باقیمانده مشخص شده و تدوین برنامه‌های جدید برای مقابله با افکار مزاحم و علائم، تکمیل طرح کلی درمان؛

جلسه دهم: تقویت برنامه جدید و تشریح آن با استفاده از مثال فرضی، واریسی هرگونه باور باقیمانده، برنامه ریزی جلسات تقویتی.

¹ Wells

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه‌های فرسودگی شغلی^۱ و تنظیم شناختی هیجان^۲ بودند. پرسشنامه فرسودگی شغلی یک ابزار ۲۵ گویه ای است که توسط مازلاخ و جکسون^۳ در سال ۱۹۸۱ تدوین شده است (۱۷). نحوه نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود. حداقل نمره ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ می باشد. در مطالعه احمدی، اعتبار محتوایی پرسشنامه ۰/۸۳ و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۱). در مطالعه حاضر نیز پایایی ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و کرایج^۴ (۲۰۰۶) تدوین شده که پاسخ به حوادث تهدید کننده و استرس زای زندگی را در یک طیف لیکرت هفت درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) می سنجد (۹). راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی سازش یافته و سازش نیافته تقسیم می شوند (۱۵). نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ویژگی های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش برکینگ و لوکاس^۵ (۲۰۱۵) با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ گزارش شده است (۱۳). در مطالعه ای، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های این پرسشنامه در نمونه ای از جمعیت عمومی (۱۹۷ زن، ۱۷۱ مرد)، از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد (۹). ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از شرکت کنندگان (۴۳ زن، ۳۶

مرد) در دو نوبت با فاصله ۲ تا ۴ هفته برای زیرمقیاس های پرسشنامه از ۱=۰/۵۷ تا ۲=۰/۷۶ محاسبه شد (۱۶). در پژوهش حاضر نیز پایایی ۰/۸۱ برای این پرسشنامه به دست آمد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به مسئولین بیمارستان و بیماران شرکت کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از پژوهش به صورت محرمانه و بی نام مورد استفاده قرار می گیرد و به منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم خصوصی افراد نتایج در سطح کلی گروه ها گزارش شود. همچنین در مورد عدم ضرر و زیان ناشی از شرکت در پژوهش، اطلاعات کامل در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون های استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته ها

در جدول ۱ نتایج مربوط به میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه گروه های آزمایش و کنترل در شرایط پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است. برای نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس بررسی گردید. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود آزمون لوین^۶ برای هیچکدام از متغیرهای راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان (۱/۱۳)، راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان (۰/۰۶۳) و فرسودگی شغلی (۰/۰۵۵) معنادار نبود و در نتیجه پیش فرض همگنی واریانس ها محقق شده است.

^۱ Burnout Questionnaire

^۲ Emotional Cognitive Regulation Questionnaire

^۳ Mazlagh & Jackson

^۴ Garafsky & Krayj

^۵ Berking & Lukas

^۶ Levens

جدول ۱. میانگین نمرات راهبردهای سازش یافته، سازش نیافته و فرسودگی شغلی پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	زمان	گروه آزمایش		گروه کنترل		سطح معناداری <i>P</i>
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
راهبردهای سازش یافته	پیش آزمون	۳۲/۷۳	۳/۶۶	۳۳/۵۳	۳/۷۹	۰/۵۱
	پس آزمون	۳۹/۶۰	۳/۳۷	۳۳/۹۳	۳/۱۹	۰/۷۳
راهبردهای سازش نیافته	پیش آزمون	۳۷/۴۶	۴/۰۶	۳۶/۷۳	۳/۵۸	۰/۷۸
	پس آزمون	۲۷/۵۳	۳/۲۲	۳۷/۴۰	۳/۴۳	۰/۲۱
فرسودگی شغلی	پیش آزمون	۶۵/۳۳	۵/۱۶	۶۴/۴۶	۶/۹۸	۰/۶۳
	پس آزمون	۵۲/۳۳	۵/۱۰	۶۶/۵۳	۵/۹۲	۰/۹۴

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها در مولفه‌های آزمون

متغیر	ضریب	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
راهبردهای سازش یافته	۱/۱۳	۱	۲۸	۰/۰۶۲
راهبردهای سازش نیافته	۰/۰۶۳	۱	۲۸	۰/۸۰۳
فرسودگی شغلی	۰/۰۵۵	۱	۲۸	۰/۸۱۶

به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات راهبردهای سازش یافته، راهبردهای سازش نیافته و فرسودگی شغلی از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که توزیع داده‌های حاصل از متغیرهای فوق نرمال است؛ چرا که سطح معناداری متغیرها در گروه‌های مورد مطالعه بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین این مفروضه نیز رعایت شده است.

برای بررسی اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته از آزمون اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی استفاده شد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد همه این آزمون‌ها معنادار بود یعنی درمان فراشناختی حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته تاثیر معناداری داشت.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

نام آزمون	ارزش	F	P
اثر پیلای	۰/۷۲۹	۲۰/۵۷	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۷۱	۲۰/۵۷	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۶۸	۲۰/۵۷	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۲/۶۸	۲۰/۵۷	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش آزمون نشان داد که تفاوت بین میانگین‌های نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در راهبردهای سازش یافته، سازش نیافته و فرسودگی شغلی معنادار است. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با کنترل

نمره پیش آزمون، درمان فراشناختی باعث کاهش راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان و فرسودگی شغلی و افزایش راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان در پرستاران شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس در راهبردهای سازش یافته و سازش نیافته تنظیم هیجان و فرسودگی شغلی پرستاران

مؤلفه	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایثا
راهبردهای سازش یافته	۷/۹۱	۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۳
راهبردهای سازش نیافته	۴۱۸/۶۳	۳۵/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷
فرسودگی شغلی	۴۴۰/۰۰	۳۲/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی باعث کاهش راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان و فرسودگی شغلی و افزایش راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان شده است که با یافته‌های کلارک و همکاران، و شاکری و همکاران همسو می‌باشد (۲۷، ۲۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت پرستارانی که از نظر تنظیم هیجانی مشکل دارند، به دلیل وجود باورهای نادرست و خطاهای شناختی، نمی‌توانند کنترلی بر هیجانات خود داشته باشند (۲۷). از این رو، شناسایی باورهای میانی به پرستاران کمک می‌کند تا دریابند این باورها از کجا سرچشمه گرفته‌اند و مشکلاتشان چگونه ایجاد شده‌اند. در نهایت از طریق بازبینی عملکرد و شناسایی باورهای بنیادی، این افراد می‌توانند درباره این موضوع که چگونه باورهای بنیادی آنها تقویت شده، آگاه شوند و با استفاده از مداخلات فراشناختی، باورهای بنیادی خود را تعدیل و اصلاح نمایند و تنظیم هیجان خود را افزایش دهند (۳۰). همچنین، می‌توان بیان داشت که پرستاران به دلیل باورهای نادرست مبنی بر اینکه عاطفه منفی در آنها صرفاً از فرسودگی شغلی ناشی می‌شود، نمی‌توانند به تقویت عاطفه مثبت در خود بپردازند. این امر شناخت‌های نادرست بیماران درباره نظم جویی هیجانی را تقویت کرده و همین شناخت‌های نادرست موجب اجتناب بیشتر از مواجهه با عواطف مثبت شده و روی آوردن بیشتر به مهار عواطف مثبت به صورت درونی را تقویت می‌کنند (۲۸). به این ترتیب این افراد در یک چرخه معیوب و تقویت‌کننده کنترل عواطف به صورت ناکارآمد گرفتار می‌شوند. اما درمان فراشناختی سعی در

درهم‌شکستن این چرخه معیوب با استفاده از روش‌های فراشناختی دارد، به‌طوری که شناخت‌های نادرست پرستاران را به چالش می‌کشد تا در یک چرخه کارآمد قرار گیرند. به این ترتیب، بالا رفتن توانایی بازنگری مجدد، تعدیل شدت و جهت یک عاطفه مثبت در خود و دیگران، شناخت‌های نادرست پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تعدیل شناخت‌های نادرست به نوبه خود، منجر به کاهش فرسودگی شغلی در آنها می‌گردد (۲۳). از طرفی در درمان فراشناختی، تغییر محتوای تفکر ناکارآمد موثرترین شیوه برای تغییر و اصلاح هیجان‌ها در افراد است. بنابراین، طی درمان فراشناختی، پرستاران از تأثیر شناخت‌ها بر هیجانات و رفتارهای خویش، آگاه می‌شوند و می‌آموزند که افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی رایج خود را شناسایی کنند و افکار کارآمدتری را جایگزین آنها سازند. در ادامه، آموزش آرام‌سازی روانی باعث می‌شود که پرستاران آثار فیزیولوژیکی مخالف فرسودگی شغلی را تجربه کنند (۲۵). در نهایت، با استفاده از روش پیکان رو پایین، باورهای بنیادی منفی آغازگر فرسودگی شغلی را شناسایی می‌نمایند و از طریق بررسی تجربی آنها، تحلیل باورهای منفی، یادداشت کردن باورهای مخالف آنان و تفسیر مثبت افکار نگران برانگیز خویش را به شیوه جدیدی (نظیر برخورد متفاوت با مسئله و حل مشکل بدون توسل به نگرانی)، پاسخ می‌دهند و این مسئله منجر به کاهش فرسودگی شغلی پرستاران می‌گردد (۲۸). یکی از مهمترین محدودیت‌های این تحقیق، به‌کارگیری صرف درمان فراشناختی و نادیده گرفتن سایر مداخلات و متغیرهای مؤثر بر تنظیم هیجان و

فرسودگی شغلی می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود اثربخشی این گونه مداخلات در ترکیب با سایر درمان‌ها از جمله دارودرمانی و درمان‌های موج سوم روانشناختی و یا سایر مداخلات تأییدشده روی دیگر متغیرهای روانشناختی مؤثر در مشکلات پرستاران، مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، درمان فراشناختی به‌عنوان یک مداخله روانشناختی، باعث بهبود تنظیم

هیجان و کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران می‌شود. لذا، می‌توان برای بهبود تنظیم هیجان و فرسودگی شغلی پرستاران از این رویکرد استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد اخلاق ۷۲۹ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز مصوب شده است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌داند از کلیه پرستاران شرکت کننده در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر به عمل آورد.

References

- 1- Pourebrahimi M, Memari A, Bamdad M, Hoseini Zarvijani SA, Fattah Moghaddam L. The relationship between the quality of working life and general health of nursing staff of Razi Psychiatric Center in Tehran. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2019;5(4):43-49 [Persian].
- 2- Wells RE. Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2014;54(9):1484-95.
- 3- Tommaso M. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(1):80-86.
- 4- Ghamar M, Shamsolmolok J, Mohammad F. The effect of emotional intelligence on communication skills of nursing students. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(1):27-32 [Persian].
- 5- Ghasemi Kolahmasihi J, Golparvar M, Khayatan F, Shahriari M. The effectiveness of affective capital enhancement training on affective-collective investment among nurses. *Journal of Nursing Education*. 2019;8(2):41-50 [Persian].
- 6- Helbing-Lang S, Rusch S, Lincoln TM. Emotion regulation difficulties in social anxiety disorder and their specific contributions to anxious responding. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;71(3):241-49.
- 7- Basharpour S, Taherifard M. Predicting the pregnancy anxiety in pregnant women basing on cognitive biases and emotion regulation strategies. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(2):23-31 [Persian].
- 8- Wilens TE, Martelon M, Anderson J, Shelley-Abrahamson R, Biederman J. Difficulties in emotional regulation and substance use disorders: a controlled family study of bipolar adolescent's. *Drug Alcohol Dependence*. 2013;132(1-2):114-21.
- 9- Emami-Ezzat A, Hashemi T, Mahmoud-Aliloo M. Structural model of direct and indirect role of early maladaptive schemas on social anxiety with mediation of emotion regulation. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2016;14(3):339-47 [Persian].
- 10- Ghorbanpoor F, Jouybari L, Sanagoo A, Pahlavanzadeh B. The relationship between perceived occupational pressure with occupational accidents among nurses in ICU. *Journal of Nursing Education*. 2019;8(1):13-20 [Persian].
- 11- Michaeli Manee F. Emotion dysregulation in individuals with risky sexual behaviors and normal people. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;24(109):206-14.
- 12- Jafari A, Deghani Arani Z. Predicting psychological wellbeing of women with hypertension based on Perceived stress with mediating role cognitive emotional regulation. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(2):39-47 [Persian].
- 13- Berking M, Lukas CA. The affect regulation training (ART): a transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders. *Current Opinion in Psychology*. 2015;3:64-69.

- 14- Moghtader L, Shamloo M. The correlation of perceived social support and emotional schemes with students' social anxiety. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2019;29(2):106-12.
- 15- Zebardast A, Besharat MA, Purhosein R, Bahrami Ehsan H, Pursharifi H. Comparing the effects of interpersonal therapy and regulation of emotion on the reduction of weight in obese women. *Journal of Guilan University Medical Sciences*. 2015;24(94):36-47.
- 16- Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional eating among obese women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015;16(2):15-23.
- 17- Jalali Golmakani F, Barabadi H, Heydarnia A. Effectiveness of existential group therapy in reducing occupational burn-out of employees working in psychic patient centers. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(1):34-40 [Persian].
- 18- Mäkikangas A, Kinnunen U. The person-oriented approach to burnout: a systematic review. *Journal Burnout Research*. 2016;3:11-23.
- 19- Ahola K, Hakanen J, Perhoniemi R, Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centered approach. *Burnout Research*. 2014;1(1):29-37.
- 20- Ghorpade J, Lackritz J, Singh G. Burnout and personality. *Journal of Career Assessment*. 2016;15(2):240-56.
- 21- Ahmadi MS. Predicting job stress and burnout based on personality characteristics of nurses. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2015;17(2):98-107.
- 22- Lorens-Gumba S, Salanova-Soria M. Loss and gain cycles? a longitudinal study about burnout, engagement and self-efficacy. *Journal of Burnout Research*. 2014;1:3-11.
- 23- Jensen SE, Pereira DB, Whitehead N, Buscher I, McCalla J, Andrasik M. Cognitive-behavioral stress management and psychological well-being in HIV+ racial/ethnic minority women with human papillomavirus. *Health Psychology*. 2013;32(2):227.
- 24- Shabaani Mehr M, Khaleghdoost Mohammadi T, Jafroudi S, Kazemnezhad Leyli E, Majd Teimoori Z. The effect of mirror therapy on the walking ability of patients after stroke. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2019;29(4):200-209.
- 25- Normann N, Van Emmerik AA, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depression and Anxiety*. 2014;31(4):402-11.
- 26- Hamonniere T, Varescon I. Metacognitive beliefs in addictive behaviors: a systematic review. *Addictive Behaviors*. 2018;85(25):51-63.
- 27- Clark A, Tran C, Weiss A. Personality and alcohol metacognitions as predictors of weekly levels of alcohol use in binge drinking university students. *Addictive Behaviors*. 2012;37(11):537-40.
- 28- Shakeri M, Parehoun H, Mohammad Khani S, Hasani J, Parhon K. The effect of meta-cognitive therapy on depression and quality of life in major depressive disorders. *Medical Journal of North Khorasan*. 2015;7(2):253-65 [Persian].
- 29- Paknejadi F, Hasavari F, Khaleghdoost Mohammadi T, Kazemnejad Leili E. Nurses' knowledge of palliative care and its related factors. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2019;29(4):236-42.
- 30- Wells A. Experimental modification of perspective on thoughts and metacognitive beliefs in alcohol use disorder. *Psychiatry Research*. 2016;244(21):57-61.