Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2020; Vol 6(2), Autumn, pp 54-68.

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

Molouk Khademi Ashkzari[1*], Razieh Jamaati Ardakani[2], Fatemeh Kaghazgaran[3]
1. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Al-Zahra University.
2. Instructor, Department of Psychology, Ardakan University.
3. Bachelor of Family Studies, Ardakan University.
***Corresponding author:** Molouk khademi Ashkzari, **Email:** mkhademi@alzahra.ac.ir, **Tel:** 09123242559

Received: 2 June 2020 **Accepted:** 6 July 2020

Abstract

Background & Aim: Death anxiety and chronic fatigue are important issues in the life of healthcare staff, including nurses. This study aimed to explain the mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between positive and negative emotions with death anxiety and chronic fatigue in nurses.

Materials & Methods: This study was performed on 300 nurses selected from all nurses working in public hospitals of Yazd, Iran using simple random sampling. Data were collected using the Death Anxiety Scale (DAS), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and Positive and Negative Emotion Scale. Data analysis was performed in SPSS version 22 using Pearson's correlation coefficient, and structural equation modeling was carried out in AMOS.

Results: In this study, adaptive cognitive emotion regulation strategies mediated the relationship between positive emotions and chronic fatigue. In addition, adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation mediated the relationship between negative emotions and chronic fatigue. On the other hand, maladaptive cognitive emotion regulation strategies mediated the relationship between negative emotions and death anxiety.

Conclusion: According to the results of the study, nurses with low levels of positive emotions and high levels of negative emotions used many maladaptive cognitive emotion regulation strategies and a few adaptive cognitive emotion regulation strategies, which led to their possible experience of chronic fatigue. Furthermore, nurses with high negative emotions may use maladaptive cognitive emotion regulation strategies, resulting in high levels of death anxiety.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation Strategies, Positive and Negative Emotions, Death Anxiety, Chronic Fatigue, Nurse

How to cite this article:
Khademi Ashkzari M, Jamaati Ardakani R, Kaghazgaran F. 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. 2020: 6 (2): 54-68.
URL: http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-331-fa.html

Copyright © 2020 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

بررسی نقش واسطه ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف مثبت و منفی با اضطراب مرگ و خستگی مزمن در پرستاران

ملوک خادمی اشکذری*[1]، راضیه جماعتی اردکانی [2]، فاطمه کاغذگران [3]

۱. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران.

۲. مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

۳. کارشناس مطالعات خانواده، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

نویسنده مسئول: ملوک خادمی اشکذری، ایمیل: mkhademi@alzahra.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۲۳۲۴۲۵۵۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۳ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۹/۰۴/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب مرگ و خستگی مزمن از جمله مسائل مهم در کارکنان امور مراقبت و سلامت از جمله پرستاران می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر تبیین نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف مثبت و منفی با اضطراب مرگ و خستگی مزمن در پرستاران بود.

مواد و روش‌ها: جامعه این پژوهش شامل همه پرستاران شاغل در بیمارستانهای دولتی شهر یزد بود. از بین این جامعه نمونه¬ای به حجم ۳۰۰ پرستار با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شد. شرکت کنندگان مقیاس اضطراب مرگ، پرسشنامه خستگی، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، مقیاس عواطف مثبت و منفی را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS-22 و مدلسازی معادلات ساختاری در نرم افزار AMOS تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف مثبت و خستگی مزمن دارای نقش واسطه ای بودند. راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف منفی و خستگی مزمن دارای نقش واسطه‌ای بودند. راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف منفی و اضطراب مرگ دارای نقش واسطه ای بودند.

نتیجه‌گیری: پرستارانی که سطوح عواطف مثبت کم و عواطف منفی بالایی را دارند استفاده زیادی از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و استفاده کمی از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان دارند و ممکن است خستگی مزمن را تجربه کنند. همچنین پرستاران با عواطف منفی بالا ممکن است از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان استفاده کنند و در نتیجه سطوح بالایی از اضطراب مرگ را تجربه کنند.

واژگان کلیدی: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، عواطف مثبت و منفی، اضطراب مرگ، خستگی مزمن، پرستار

مقدمه

انگیزه پرستاران کمک به افرادی است که نیازهای جسمی، روحی و عاطفی دارند (۱). محبت و کمک به دیگران یک کار رضایت‌بخش است، ولی این کمک می‌تواند به عنوان یک محرک آسیب‌زا برای سلامت جسمی و روانی پرستاران و سایر مراقبت‌کنندگان مطرح باشد (۲).

از جمله عوامل مهم جهت بررسی در جامعه پرستاران خستگی مزمن و اضطراب مرگ است. امروزه پرستاران سطوح بالایی از نشانگان خستگی مزمن را تجربه می‌کنند که بر پیامدهای مراقبت از بیمار تأثیر گذاشته و هزینه‌های قابل‌توجهی به سیستم مراقبت سلامت تحمیل می‌کند (۳). خستگی مزمن علامتی مداوم و ناتوان‌کننده است که با مشکلات جسمانی، روان‌شناختی، رفتاری و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

شناختی همراه می‌باشد و به مدت شش ماه یا بیشتر، ادامه داشته و تقریباً هر روز احساس می‌شود (۴). میزان بالای استرس در شغل پرستاری بر سلامت جسمی و روانی پرستاران اثر می‌گذارد و این مسائل می‌توانند در خستگی مزمن پرستاران دخیل باشند. از دیگر عواملی که پرستاران ممکن است آن را تجربه کنند می‌توان به اضطراب مرگ اشاره کرد. اضطراب مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرآیند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است (۵). مرگ رخدادی مهم، متعدد و روزمره در حرفه پرستاری می‌باشد (۶). اضطراب مرگ در مشاغلی از جمله پرستاری وجود دارد به طوری که پرستاران هر روز شاهد مرگ بیمارانی هستند که روزهای آخر عمرشان را سپری می‌کنند. نگرش نسبت به مرگ یکی از مهم‌ترین عواملی است که بر روی رفتار مربوط به حرفه مراقبت سلامت اثر می‌گذارد (۷- ۸). اضطراب مرگ در پرستاران در سطح بالایی است (۹). در معرض مرگ قرار گرفتن، مالیات عاطفی (emotionally taxing) پرسنل پرستاری است و پرستاران از مکانیسم دفاعی کناره‌گیری برای عدم درگیری شخصی با این بیماران استفاده می‌کنند و بررسی و سنجش باورها و اضطراب پرستاران در مورد مراقبت از بیماران در حال مرگ مهم است (۱۰). اضطراب مرگ پرستاران و پزشکان روی برقراری ارتباط و مراقبت از بیماران به‌ویژه بیماران در حال مرگ تأثیر می‌گذارد (۱۱). از جمله متغیرهایی که ممکن است خستگی مزمن و اضطراب مرگ را در پرستاران تحت تأثیر قرار دهند می‌توان به عواطف مثبت و منفی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان اشاره کرد. عاطفه به خلق و احساسات ذهنی که افراد تجربه می‌کنند اشاره دارد که شامل عاطفه مثبت و منفی می‌باشد (۱۲).

عاطفه مثبت، تمایل به درگیری و رویارویی با محیط از جمله محیط اجتماعی است و افراد دارای «عاطفه مثبت بالا» فعالانه، توانمندانه، توأم با شور و نشاط و اعتماد به زندگی رفتار می‌کنند و منظور از عاطفه منفی یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال به ناخوشایندی است و حالات خلقی ناخوشایند مانند خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبیت را شامل می‌شود (۱۳). شواهد نشان داده‌اند که پرستاران عاطفه منفی بیشتری نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند (۱۴). از سوی دیگر عواطف مثبت می‌تواند باعث افزایش بهره‌وری در پرستاران گردد (۱۵- ۱۶). نتایج نشان داده‌اند که پرستارانی که سطوح بالایی از عواطف مثبت را تجربه می‌کنند، فعالیت‌های خود را به طور مؤثرتری انجام می‌دهند ولی پرستاران با سطوح بالای عاطفه منفی در انجام فعالیت‌های خود دارای نقص هستند (۱۶). عواطف مثبت (به شکل منفی) و عواطف منفی (به طور مثبت) با اضطراب مرتبط می‌باشند (۱۷-۱۸-۱۹). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پاسخ‌های شناختی به رویدادهای فراخوانندهٔ هیجان هستند که آگاهانه یا ناآگاهانه به منظور اصلاح شدت و یا نوع تجربهٔ هیجانی افراد و یا خود رویداد عمل می‌کنند و به بخش شناختی کنار آمدن برمی‌گردد (۲۰). محققان شایستگی‌های مربوط به تنظیم هیجانات را به عنوان یک استعداد لازم برای برنامه‌های جذب و موفقیت در آموزش پرستاران در نظر می‌گیرند (۲۱-۲۲). افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجاناتشان در برابر وقایع زندگی نیستند، بیشتر از سایرین دچار آسیب‌های روانی می‌گردند (۲۳). راهکارهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان عاملی است که می‌تواند باعث شود پرستاران در رویارویی با حوادث استرس‌زا و مرگ بیماران، عواطف

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

منفی را تجربه کنند و در نتیجه با گذشت زمان و ناتوانی بیشتر در تنظیم هیجانات خود در نتیجه رویارویی با افراد با بیماری‌های گوناگون و مرگ‌ومیر آنان به اضطراب مرگ دچار شوند.

مشکلات هیجانی و عواطف منفی از جمله عوامل مرتبط با علائم جسمانی سازی در پرستاران شناخته شده‌اند (۲۴). عواطف منفی با نشانگان خستگی مرتبط هستند (۲۵-۲۶). همچنین این عواطف به همراه راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان نظیر فاجعه‌سازی با سندرم خستگی مزمن مرتبط هستند (۲۷). پژوهش دیگر نشان داده است که افزایش سطوح عواطف منفی و مثبت به ترتیب با افزایش و کاهش سطوح خستگی روزانه مرتبط هستند (۲۸). عواطف مثبت (به شکل معکوس) و عواطف منفی (به طور مثبت) با افکار مربوط به مرگ مرتبط می‌باشند (۲۹). عواطف مثبت و منفی و مهارت‌های تنظیم هیجان از جمله عوامل مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی و سلامت جسمی می‌باشند (۳۰-۳۱). شواهد نشان می‌دهد که باورهای مربوط به عدم ابراز هیجان‌های منفی یا باور به پیامد ناسازگار بیان احساسات، در افراد با طیفی از مشکلات از جمله سندرم خستگی مزمن گزارش شده است (۳۲). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که بین ابعاد فرسودگی شغلی و مؤلفه‌های تنظیم هیجان روابط معناداری وجود دارد (۳۳). مطالعه‌ای نشان داد که ابرازگری هیجانی با مسخ شخصیت و خستگی عاطفی همبستگی مثبت و معناداری داشت (۳۴).

شواهد نشان داده‌اند که راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف مثبت و منفی با سلامت روانی دارای نقش واسطه‌ای میباشند (۳۵). افراد با عواطف مثبت پایین و عواطف منفی بالا، بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند و افراد با عواطف مثبت بالا و عواطف منفی پایین، استفاده بیشتری از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان دارند (۳۶). به علاوه، افراد با سطوح بالای عواطف منفی و سطوح پایین عواطف مثبت به همراه استفاده بالاتر از راهبردهای ناسازگارانه و استفاده کمتر از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، علائم آسیب‌شناسی روانی بیشتری را نشان می‌دهند (۳۶). مشکلات هیجانی در ارتباط با عواطف مثبت و منفی می‌توانند با پریشانی‌های جسمی مرتبط شوند (۳۷). پژوهش دیگری نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان در رابطه بین عواطف مثبت و منفی با اضطراب دارای نقش واسطه‌ای بود (۳۸). مطالعه دیگری نشان داد که راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین طرحواره های شناختی و فرسودگی شغلی در پرستاران دارای نقش واسطه‌ای بودند (۳۹). عواطف منفی و بد تنظیمی‌های هیجانی در ارتباط با یکدیگر نقش مهمی در نشانگان جسمانی دارند (۴۰). تنظیم هیجان در ارتباط بین عواطف منفی و فاجعه سازی درد دارای نقش واسطه‌ای است (۴۱)؛ بنابراین پژوهش حاضر به تبیین نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در ارتباط بین عواطف مثبت و منفی با اضطراب مرگ و خستگی مزمن در پرستاران پرداخت و با توجه به ادبیات پژوهشی در این پژوهش، فرضیه این مطالعه این است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در ارتباط بین عواطف مثبت و منفی با اضطراب مرگ و خستگی مزمن در پرستاران داری نقش واسطه‌ای می‌باشند.

مواد و روش‌ها

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

مطالعه حاضر یک مطالعه علی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر یزد بود. از بین این جامعه نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ پرستار به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل کار در مراکز مراقبت‌های پزشکی، عدم وجود اختلالات روحی و جسمی فعلی یا قبلی و تمایل به شرکت در مطالعه است. همه شرکت‌کنندگان توافق کردند که در مطالعه شرکت کنند و فرم رضایت‌نامه کتبی را امضا کردند.

در این پژوهش برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش روش همبستگی پیرسون به کار گرفته شد؛ و برای بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف مثبت و منفی با اضطراب مرگ و خستگی مزمن در پرستاران، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS استفاده شد. به منظور بررسی میزان برازش مدل مورد مطالعه، شاخص مجذور خی ($\chi 2$)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص هنجار شده برازندگی (NFI)، شاخص برازندگی نسبی (RFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) مورد بررسی قرار گرفتند. شاخص‌های CFI، NFI، RFI و GFI هر چه به یک نزدیک‌تر باشند، بیانگر برازش مطلوب مدل می‌باشد. یکی از شاخص‌های عمومی برای به حساب آوردن پارامترهای آزاد در محاسبه شاخص‌های برازش شاخص خی-دو بهنجار است که از تقسیم ساده خی-دو بر درجه آزادی (χ^2/df) مدل محاسبه می‌شود. چنانچه این مقدار بین ۱ تا ۵ باشد مطلوب است (۴۲). Hu & Bentler (۴۳) استفاده از شاخص RMSEA را نیز توصیه نموده‌اند. مقادیر RMSEA بین صفر تا ۰/۰۵ بیانگر برازش خوب و بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ بیانگر برازش قابل قبول است (۴۴). برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌های خود گزارش دهی زیر استفاده شد.

مقیاس اضطراب مرگ: این مقیاس ۱۵ آیتمی توسط Templer (۴۵) ساخته شده است. دامنه تغییرات از صفر تا پانزده می باشد و نمره بیشتر معرف درجه بالایی از اضطراب است. روایی و اعتبار این مقیاس در ایران توسط رجبی و بحرانی (۴۶) بر روی ۱۳۸ دانشجوی دوره کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز اجرا و هنجاریابی شده است. در هنجاریابی صورت گرفته، ضریب اعتبار دونیمه کردن ۰/۶۲ و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه معادل ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس خستگی مزمن: برای سنجش خستگی مزمن از مقیاس خستگی Chalder (۴۷) استفاده شد. این مقیاس یک ابزار کوتاه ۱۴ آیتمی است که علایم جسمی و ذهنی خستگی را که یک علامت شاخص برای نشانگان خستگی مزمن است، مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس توسط نصری (۴۸) ترجمه و پایایی و روایی آن مشخص شده است. در این پرسشنامه، فرد بر اساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای از هیچ =صفر تا زیاد =۳ پاسخ می‌دهد. بر اساس گزارش Chalder (۴۷) ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۹، خستگی جسمی ۰/۸۴ و خستگی ذهنی ۰/۸۲ گزارش شده است. نصری (۴۸) در پژوهش خود ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ در نمونه‌ای از دانشجویان (۶۰ نفر) و پرستاران (۳۴ نفر) به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۱ گزارش داده است و ضریب پایایی به روش تصنیف در گروه دانشجویان ۰/۸۳ به دست آمده است.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نسخه ۱۸ آیتمی: این پرسشنامه یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث استرس‌زای زندگی در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب نه زیر مقیاس شامل راهبردهای ناسازگارانه: سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران؛ و سازگارانه شامل: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری می‌سنجد (۴۹). پایایی باز آزمایی نشان داد که راهبردهای شناختی هیجان از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تائید شد (۴۹). در ایران نیز بشارت و بزازیان (۵۰) پایایی باز آزمایی (از ۰/۷۰ برای خود سرزنشگری تا ۰/۸۳ برای برنامه‌ریزی)، آلفای کرونباخ (از ۰/۷۳ برای خود سرزنشگری تا ۰/۹۰ برای فاجعه سازی) و همسانی درونی این پرسشنامه را مورد تائید قرار دادند.

مقیاس عواطف مثبت و منفی: این مقیاس توسط Watson (۱۲) برای اندازه‌گیری عاطفه مثبت و منفی استفاده شده است. مؤلفین این مقیاس جهت ساخت یک مقیاس پایا و مختصر و هم با قابلیت اجرای راحت، مقیاس ۲۰ آیتمی را تدوین کرده‌اند. این ابزار مقیاسی است متشکل از ۱۰ عاطفه مثبت و ۱۰ عاطفه منفی. این مقیاس به‌صورت پنج نقطه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) درجه‌بندی‌شده و حالات عاطفی مثبت و منفی را با دستورالعمل زمانی متفاوت می‌سنجد. در ایران، ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس عواطف مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۲ گزارش شده است (۵۱).

یافته‌ها

در این پژوهش از تعداد ۳۰۰ نفر نمونه، تعداد ۱۷۱ نفر مرد و ۱۲۹ نفر زن بودند که میانگین سنی آن‌ها ۳۲/۶۷ با انحراف استاندارد ۸/۲۱ است. همچنین میانگین تعداد سالهای تحصیل آن‌ها ۱۴/۸۳ سال با انحراف استاندارد ۱/۸۴ است. سابقه کاری آن‌ها شامل: ۱۴۴ نفر زیر پنج سال، ۶۹ نفر بین پنج تا ده سال، ۲۸ نفر بین یازده تا پانزده سال و تعداد ۵۹ نفر بالای شانزده سال سابقه کاری داشتند. نتایج رابطه بین متغیرهای پژوهش که از طریق همبستگی پیرسون بررسی شد در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	٤	٥	٦
۱- عواطف مثبت	-					
۲- عواطف منفی	-۰/۵۲*	-				
۳- راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۰/۲۲*	-۰/۲۴*	-			
۴- راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	-۰/۲۰ *	۰/۱۶*	-۰/۵۵ *	-		
۵- خستگی مزمن	-۰/۲۰*	۰/۲۰*	-۰/۳۵ *	۰/۲۸*	-	
۶- اضطراب مرگ	-۰/۱۶*	۰/۲۰ *	-۰/۲۱ *	۰/۳۰*	۰/۲۲*	-

* p< 0.01.

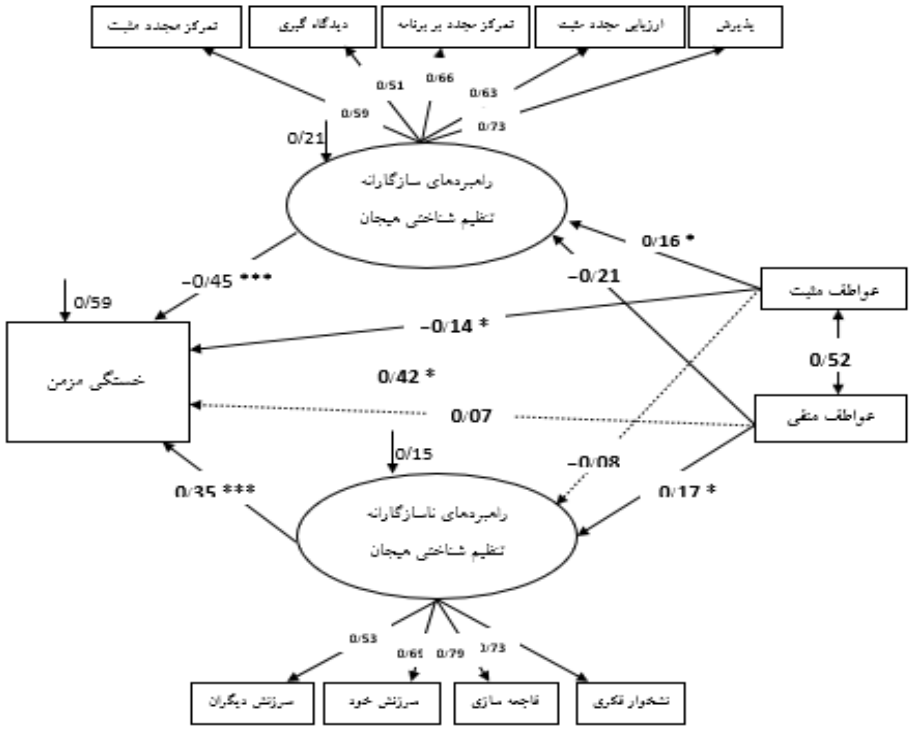
نتایج نشان داد که عواطف مثبت (r=۰/۲۲ ،p<۰/۰۱) و منفی (r=-۰/۲۴ ،p<۰/۰۱) با راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان ارتباط معناداری داشتند. عواطف مثبت (r=-۰/۲۰ ،p<۰/۰۱) و منفی (r=۰/۱۶ ،p<۰/۰۱) با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان ارتباط معناداری داشتند. عواطف مثبت (r=-۰/۲۰ ،p<۰/۰۱) و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

منفی (p<۰/۰۱، r=۰/۲۰) و راهبردهای سازگارانه (p<۰/۰۱، r=-۰/۳۵) و ناسازگارانه (p<۰/۰۱، r=۰/۲۸) تنظیم شناختی هیجان با خستگی مزمن ارتباط معناداری داشتند. عواطف مثبت (p<۰/۰۱، r=-۰/۱۶) و منفی (p<۰/۰۱، r=۰/۲۰) و راهبردهای سازگارانه (p<۰/۰۱، r=-۰/۲۱) و ناسازگارانه (p<۰/۰۱، r=۰/۳۰) تنظیم هیجان با اضطراب ارتباط معناداری داشتند. برای بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه عواطف مثبت و منفی با خستگی مزمن و اضطراب مرگ، مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد استفاده قرار گرفت. نتایج در جداول ۲ و ۳ و نمودارهای ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه عواطف مثبت/منفی با خستگی مزمن

	مجذور خی	درجه آزادی	(χ^2/df)	CFI	NFI	RFI	GFI	RMSEA
مدل	۱۲۰/۲۵	۴۸	۲/۵	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۰۴۸



* p<۰/۰۵. ** p<۰/۰۱. *** p<۰/۰۰۱

نمودار ۱: نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه عواطف مثبت و منفی با خستگی مزمن.

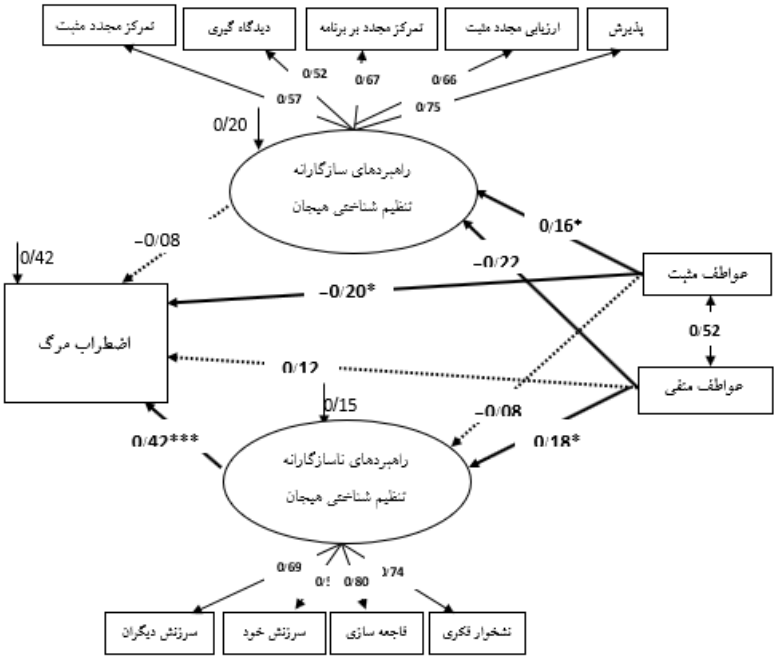
برازش مدل نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه عواطف مثبت و منفی با خستگی مزمن با توجه به شاخص‌های برازندگی تطبیقی (CFI=۰/۹۸)، برازندگی هنجار شده (NFI=۰/۹۷)، شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۹۷)، برازندگی نسبی (RFI=۰/۹۵)، مجذور خی دو بر درجه آزادی (χ^2/df =۲/۵) و ریشه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA=۰/۰۴۸) خوب بود (جدول ۲). عواطف مثبت (اما نه عواطف منفی) تأثیر منفی و مستقیم معناداری بر خستگی مزمن داشت (p<۰/۰۵، B=-۰/۱۴). عواطف مثبت (p<۰/۰۵، B=۰/۱۶) و منفی (p<۰/۰۱، B=-۰/۲۱) به طور معناداری با راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان مرتبط بودند. عواطف منفی (p<۰/۰۵، B=۰/۱۷) به طور معناداری با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مرتبط بودند. راهبردهای سازگارانه (p<۰/۰۰۱، B=-۰/۴۵) و ناسازگارانه (p<۰/۰۰۱، B=۰/۳۵) تنظیم شناختی هیجان و به طور معناداری با خستگی مزمن مرتبط بودند. در کل، این مدل ۵۹ درصد از خستگی مزمن را تبیین کرد (نمودار ۱).

جدول ۳: برازش مدل نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه عواطف مثبت و منفی با اضطراب مرگ

مدل	مجذور خی	درجه آزادی	(χ^2/df)	CFI	NFI	RFI	GFI	RMSEA
	۱۱۵/۶۴	۴۸	۲/۴	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۰۴۴



* p<۰/۰۵. ** p<۰/۰۱. *** p<۰/۰۰۱

نمودار ۲: نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه عواطف مثبت و منفی اضطراب مرگ

نتایج جدول ۳ نشان داد که برازش مدل نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه عواطف مثبت و منفی با اضطراب مرگ با توجه به شاخص‌های برازندگی تطبیقی (CFI=۰/۹۹)، برازندگی هنجار شده (NFI=۰/۹۸)، شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۹۸)، برازندگی نسبی (RFI=۰/۹۷)، مجذور خی دو بر درجه آزادی (χ^2/df =۲/۴) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA=۰/۰۴۴) خوب بود (جدول ۲). نمودار ۱ نیز نشان داد که عواطف مثبت (اما نه عواطف منفی) تأثیر منفی و مستقیم معناداری بر خستگی مزمن

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

داشت (p<۰/۰۵، B=-۰/۲۰). عواطف مثبت (p<۰/۰۵، B=۰/۱۶) و منفی (p<۰/۰۱، B=-۰/۲۲) به طور معناداری با راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان مرتبط بودند. عواطف منفی (p<۰/۰۵، B=۰/۱۸) به طور معناداری با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مرتبط بودند. راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان (p<۰/۰۰۱، B=۰/۴۲) و به طور معناداری با اضطراب مرگ مرتبط بودند. در کل، این مدل ۴۲ درصد از اضطراب مرگ را تبیین کرد (نمودار ۲).

در ادامه، تأثیر غیرمستقیم عواطف مثبت و منفی بر روی خستگی مزمن و اضطراب مرگ از طریق نقش واسطه‌ای راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی از استفاده از بوت استروپینگ با ۵۰۰۰ نمونه مجدد در نرم‌افزار ایموس نیز بررسی شد. اگر ۹۵ درصد فاصله اطمینان در محدوده صفر قرار نگیرد، اثرات غیرمستقیم از نظر آماری معنی‌دار تلقی می‌شوند. نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ٤: اثرات راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان بر روی رابطه عواطف مثبت و منفی با خستگی مزمن و اضطراب مرگ با استفاده از بوت استروپینگ با ۵۰۰۰ نمونه مجدد

مسیرها	اثرات	خطای استاندارد	سطح معناداری	۹۵ درصد فاصله اطمینان	
				محدوده پایین	محدوده بالا
اثرات عواطف مثبت بر خستگی مزمن از طریق راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	-۰/۱۸[a]	۰/۰۳	۰/۰۰۴**	-۰/۱۳	-۰/۰۱
اثرات عواطف مثبت بر خستگی مزمن از طریق راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	-۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۲۸	-۰/۰۹	۰/۰۲
اثرات عواطف منفی بر خستگی مزمن از طریق راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	-۰/۱۶[a]	۰/۰۴	۰/۰۰۸**	-۰/۱۶	-۰/۲۰
اثرات عواطف منفی بر خستگی مزمن از طریق راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۰/۱۴[a]	۰/۰۳	۰/۰۵ *	۰/۱۱	۰/۰۱
اثرات عواطف مثبت بر اضطراب مرگ از طریق راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۲۵	-۰/۰۱	۰/۰۶
اثرات عواطف مثبت بر اضطراب مرگ از طریق راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۶۰	-۰/۰۱	۰/۰۳
اثرات عواطف منفی بر اضطراب مرگ از طریق راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۲۵	-۰/۰۱	۰/۰۶
اثرات عواطف منفی بر اضطراب مرگ از طریق راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۰/۱۲[a]	۰/۰۲	۰/۰۵*	۰/۰۳	۰/۱۴

[a]فواصل اطمینانی که در محدوده صفر قرار نمی‌گیرند:. p<.01 * p<.05. *

عواطف مثبت از طریق نقش واسطه‌ای راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان (p<۰/۰۱، [۰/۱۳- , ۰/۰۱-]=۹۵٪ CI، SE_{boot} =۰/۰۳، β = -۰/۱۸) تأثیر غیرمستقیمی بر خستگی مزمن داشت (جدول ۴). عواطف منفی از طریق نقش واسطه‌ای راهبردهای سازگارانه (p<۰/۰۱، [۰/۲۰- , ۰/۱۶-]=۹۵٪ CI، SE_{boot} =۰/۰۴، β = -۰/۱۶) و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان (p<۰/۰۵، [۰/۱۱, ۰/۰۱]=۹۵٪ CI، SE_{boot} =۰/۰۳، β = ۰/۱۴) تأثیر غیرمستقیمی بر خستگی مزمن داشت.

همچنین، نتایج نشان داد که عواطف منفی از طریق نقش واسطه‌ای راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان (p<۰/۰۵، [۰/۱۴, ۰/۰۳]=۹۵٪ CI، SE_{boot} =۰/۰۲، β = ۰/۱۲) تأثیر غیرمستقیمی بر اضطراب مرگ داشت؛ بنابراین، با توجه به این نتایج، فرضیه مطالعه حاضر در سطح نقش واسطه‌ای راهبردهای سازگارانه در رابطه بین عواطف مثبت و خستگی مزمن؛ نقش واسطه‌ای راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف منفی و خستگی مزمن؛ نقش

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

واسطه‌ای راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف منفی و اضطراب مرگ مورد تائید قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف مثبت و منفی با اضطراب مرگ و خستگی مزمن در پرستاران بود. نتایج این مطالعه نشان داد که راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف مثبت و خستگی مزمن دارای نقش واسطه‌ای بودند. همچنین، راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف منفی و خستگی مزمن دارای نقش واسطه‌ای بودند. این نتیجه به این معنی بود که پرستارانی که عواطف مثبت پایین و عواطف منفی بالایی دارند استفاده کمتری از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و استفاده بیشتری از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان نیز دارند و در نتیجه خستگی مزمن بیشتری را تجربه می‌کنند. این نتیجه با مطالعه عبدالله خلیل (۳۵) که نقش واسطه‌ای راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف مثبت و منفی با سلامت روانی دارای را نشان داده است، همسو بود.

عواطف منفی از جمله عوامل منفی بر کارکرد پرستاران شناخته شده است (۲۴) و افزایش این عواطف منفی و کاهش عواطف مثبت در کنار استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان می‌توانند با خستگی مزمن مرتبط باشند (۲۵-۲۶-۲۷-۲۸). عواطف منفی و راهکارهای تنظیم این عواطف می‌توانند با خستگی مزمن مرتبط باشند (۳۲) و این هیجانات و چگونگی تنظیم آن‌ها با فرسودگی شغلی مرتبط هستند (۳۳- ۳۴-۳۹).

سطوح پایین عواطف مثبت و سطوح بالای عواطف منفی می‌تواند منجر به استفاده بیش‌ازحد از راهکارهای ناسازگارانه و از سوی دیگر کاهش استفاده از راهکارهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان شوند و در نتیجه باعث ایجاد علائم آسیب‌شناسی روانی شوند (۳۶). همچنین، پرستاران که استفاده بیشتری از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و استفاده کمتری از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان داشته‌اند، خستگی مزمن بیشتری را نشان داده‌اند (۵۲). در نتیجه آموزش و توجه به استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مواقع استرس‌زا باعث افزایش عواطف مثبت و در نتیجه افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی می‌شود (۳۵). این نظریه که ناتوانی در روند هیجان و شناخت، استعداد ابتلا به بیمار را تشدید می‌کند با اساس طب روان-تنی که مدعی است هیجانات و شخصیت ممکن است به طور قابل توجه بر عملکرد بدن و سلامت جسم تأثیر گذارد، کاملاً همسان است (۵۳). راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجانات به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجانات منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال های روانی رابطه مستقیم دارد (۵۴). نظریه‌پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجاناتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی اختلال‌های درونی سازی را نشان می‌دهند (۲۳). در واقع یک هیجان زمانی که به سبک نادرستی تنظیم و ابراز شود و در بافتی نامتناسب رخ دهد، بسیار شدید باشد و برای مدت زیادی بر زندگی فرد اثر گذارد، مشکل‌آفرین و آسیب‌زا می‌شود (۵۵). یکی از مشخصه‌های عاطفی هر فرد تنظیم هیجانی او است. اگر

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

فردی نقص و مشکلی در تنظیم هیجاناتش داشته باشد می‌تواند آمادگی ابتلا به خستگی ناشی از همبسته‌های مختلف در محیط کاری و سایر جنبه‌های زندگی پیدا کند. Campbell-Sills & Barlow (۵۶) تأکید می‌کنند که افراد با تنظیم ناسازگارانه هیجان برای بازداری هیجان‌ها و عواطف منفی خود تلاش می‌کنند ولی این بازداری باعث بازگشت و تشدید این هیجان‌های منفی آن‌ها خواهد شد. در واقع این افراد برای رهایی از عواطف منفی و بهبود خلق خود راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی ناسازگارانه، مانند بازداری هیجانی، اجتناب موقعیتی، استفاده از نشانه‌های ایمنی‌بخش، منحرف کردن توجه، عقلانی سازی یا سوءمصرف مواد را به کار می‌برند. به طور خلاصه داشتن نقص یا کمبودهایی در تنظیم هیجانی یا داشتن سبک منفی از تنظیم هیجانی با سطوح بالاتر آسیب‌شناسی روانی ارتباط داده شده است (۵۷).

پرستاری به عنوان شغلی پراسترس در نظر گرفته می‌شود، زیرا نیازمند فائق آمدن بر خواسته‌های فیزیکی، شناختی و هیجانی می‌باشد (۵۸) و تداوم قرارگیری پرستاران در معرض این خواسته‌های شناختی و هیجانی با استرس، فرسودگی و خستگی مرتبط است (۵۹). استفاده از راهکارهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان عاملی است که می‌تواند باعث شود پرستاران در رویارویی با حوادث استرس‌زا و هیجانات خود در محیط‌های گوناگون نظیر محیط کاری، عواطف منفی و ناخوشایندی را تجربه کنند و در نتیجه با گذشت زمان و ناتوانی بیشتر در تنظیم هیجانات خود دچار خستگی مزمن شوند؛ بنابراین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت پرستاران زنی که در برخورد با مسائل و استرسورهای فراوان به دلیل ماهیت کاری خود، از راهبردهای تنظیم شناختی سازگارانه استفاده می‌کنند کمتر به مشکلات و مسائل سلامت جسمی و روانی از جمله خستگی مزمن مبتلا می‌شوند. در نتیجه استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی ممکن است در پیشگیری از خستگی مزمن مؤثر باشد و استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی ناکارآمد با مسائل و مشکلات سلامت روان مرتبط باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عواطف منفی و اضطراب مرگ دارای نقش واسطه‌ای بودند. مطالعه‌ای نشان داده است که استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان پیش‌بینی کننده تجربه اضطراب مرگ در پرستاران است (۶۰). عواطف منفی با افکار مربوط به مرگ مرتبط می‌باشند (۲۹).

در تبیین تأثیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر عاطفه و اضطراب (از جمله اضطراب مرگ) می‌توان گفت از آنجا که شناخت، هیجان و رفتار کاملاً در تعامل با یکدیگر هستند تنظیم شناختی هیجان با کنترل توجه و عواقب شناختی هیجان موجب تغییر عملکرد نظام طرحواره های شناختی و سپس تنظیم هیجان می‌شود. امروزه برخلاف نظریه‌های اولیه دیدگاه عمومی بر این است که هیجان‌ها قبل از رفتارها واقع می‌شوند و فرد را با محیط فیزیکی و اجتماعی بهتر سازگار می‌کنند. هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می‌شود، وضعیت فرد با محیط تثبیت شود و فرد را با پاسخ‌های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل مجهز می‌کند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی وی می‌شود. بنابراین توانایی در تنظیم شناختی هیجان با پیامدهای سلامت جسمانی، اجتماعی، روانی و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

فیزیولوژیک مرتبط است و در نقطه مقابل نارسایی در تنظیم شناختی هیجان، سازوکار زیربنایی اختلال‌های خلقی و اضطرابی است. استفاده از راهکارهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان عاملی است که می‌تواند باعث شود پرستاران در رویارویی با حوادث استرس‌زا و مرگ بیماران در محیط کاری، عواطف منفی و ناخوشایندی را تجربه کنند و در نتیجه با گذشت زمان و ناتوانی بیشتر در تنظیم هیجانات خود در نتیجه رویارویی با افراد با بیماری‌های گوناگون و مرگ و میر آنان به اضطراب مرگ دچار شوند. مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. نخست اینکه، در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خود گزارش دهی استفاده شد. چنین پرسشنامه‌هایی ممکن است باعث سوگیری پاسخ به سؤالات پرسشنامه‌ها شود. دوم اینکه، این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود و نمی توان بر اساس نتایج این پژوهش نتیجه‌گیری علی ارائه نمود؛ بنابراین، برای روشن شدن هر چه بیشتر نتایج این پژوهش یک مطالعه طولی مورد نیاز است. صرف‌نظر از این محدودیت‌ها، مطالعه حاضر اهمیت عواطف مثبت و منفی و استفاده از راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در ارتباط با خستگی مزمن و اضطراب مرگ را در جامعه پرستاری آشکار نمود؛ بنابراین، بالا بردن عواطف مثبت و آموزش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان باید در برنامه‌های آموزشی پرستاران گنجانده شود.

References

1. Harris C, Griffin MT. Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. J Christ Nurs. 2015; 32(2):80-7.
2. Branch C, Klinkenberg D. Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. MCN: MCN Am J Matern Child Nurs. 2015; 40(3):160-6.
3. kouhnavard B, Rajaei Behbahani N, Soleimani N. Comparisons between quality of sleep and chronic fatigue syndrome in the radiology staff and nurses working in hospital. Iran Occupational Health Journal, 2017; 14 (3): 26-36
4. Rosenthal TC, Majeroni BA, Pretorious R, Malik K. Fatigue: an overview. Am Fam Physician. 2008; 78(10):1173-9.
5. Gire JT. How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. In WJ. Lonner, DL. Dinnel, SA. Hayes, & DN. Sattler (Eds.), Online Readings in Psychology and Culture (Unit 14, Chapter 2),http://www.ac.wwu.edu/~culture/index-cc.htm, Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University, Bellingham, Washington USA; 2000.
6. Abdel-Khalek AM, Tomas-Sabado J. Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. Death Stud. 2005; 29(2):157-69.
7. Bagheriyan S, Iranmanesh S, Abbaszadeh A. Comparison of Bam and Kerman nursing students' attitude about death and dying. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2010; 9 (1 and 2): 54-60
8. Aghajani M, Valie S, Tal A. Death anxiety in nurses in public and private parts. J Nurs. 2010; 23967): 59-68.
9. Rohi M, Dadgari F, Darsi Z. Investigation of death anxiety in nurses of intensive care units in selected hospitals of Ajay. Journal of Military Caring Science, 2015; 2 (3): 150-7.
10. Benolielm JQ. Nursing care for the terminal patient: a psychosocial approach. In Schoenberg B, Carr AC,' Peretz.D, Kutscher QA (eds): Psychosocial Aspects of Terminal Care. New York, Columbia University; 1972.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

11. Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. J Nurses Prof Dev. 2005; 21(1):19-23.
12. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. J. Pers. Soc. Psychol. 1988; 54(6):1063-70.
13. Thompson ER. Development and validation of an internationally reliable short-form of the positive and negative affect schedule (PANAS). J. Cross-Cult. Psychol. 2007; 38(2):227-42.
14. Babaei Nadinluei K, Amiry S, Farzalizade V, Sattari M. Investigate the Dimensions Of Health Anxiety In Nurses Compared To Normal People Based On The Role Of Maladaptive Personality Dimensions. Nurse and Physician Within War, 2018; 6 (20):28-35.
15. Farzadmehr M, Hosseini M, Noorabadi Z, Alamdarloo A. Relationship between happiness and productivity among nurses. Nurs Manag. 2016; 5(2): 59-65.
16. Hashemi J, Jafari E. Correlation of Positive and Negative Affect and Metacognitive Beliefs with Nursing Behavioral Procrastination. Journal of Health And Care, 2017; 18(3): 217-27.
17. Ng TW, Sorensen KL, Zhang Y, Yim FH. Anger, anxiety, depression, and negative affect: Convergent or divergent? J. Vocat. Behav. 2019; 110:186-202.
18. Craske MG, Meuret AE, Ritz T, Treanor M, Dour H, Rosenfield D. Positive affect treatment for depression and anxiety: A randomized clinical trial for a core feature of anhedonia. J. Consult. Clin. Psychol. 2019; 87(5):457-71
19. McEvoy PM, Hyett MP, Ehring T, Johnson SL, Samtani S, Anderson R, Moulds ML. Transdiagnostic assessment of repetitive negative thinking and responses to positive affect: Structure and predictive utility for depression, anxiety, and mania symptoms. J. Affect. Disord. 2018; 232:375-84.
20. Bargh JA, Williams LE. The nonconscious regulation of emotion. Handbook of emotion regulation, 2007.
21. McLaughlin K, Moutray M, Muldoon OT. The role of personality and self- efficacy in the selection and retention of successful nursing students: a longitudinal study. J. Adv. Nurs. 2008; 61(2):211-21.
22. Moyer BA, Wittmann-Price RA. Nursing education: Foundations for practice excellence. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2008.
23.Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspect. Psychol. Sci. 2008; 3(5):400-24.
24. Ghafari Z, Zargar Y, Mardani M. Examine the Relation of Simple and Multiple Alexithymia, Negative Affect Trauma and Personality Disorder with Somatization Symptom in Nurses of Ahvaz hospitals. Ilam University of Medical Science, 2015; 23 (3):26-35
25. Denollet J, De Vries J. Positive and negative affect within the realm of depression, stress and fatigue: The two-factor distress model of the Global Mood Scale (GMS). J. Affect. Disord. 2006; 91(2-3):171-80.
26. Cook KF, Jensen SE, Schalet BD, Beaumont JL, Amtmann D, Czajkowski S, Dewalt DA, Fries JF, Pilkonis PA, Reeve BB, Stone AA. PROMIS measures of pain, fatigue, negative affect, physical function, and social function demonstrated clinical validity across a range of chronic conditions. J. Clin. Epidemiol. 2016; 73:89-102.
27. Sohl SJ, Friedberg F. Memory for fatigue in chronic fatigue syndrome: relationships to fatigue variability, catastrophizing, and negative affect. Behav Med. 2008; 34(1):29-38.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

28. Parrish BP, Zautra AJ, Davis MC. The role of positive and negative interpersonal events on daily fatigue in women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and osteoarthritis. Health Psychol. 2008; 27(6):694-702.
29. Vogel N, Schilling OK, Wahl HW, Beekman AT, Penninx BW. Time-to-death-related change in positive and negative affect among older adults approaching the end of life. Psychol. Aging. 2013; 28(1):128.
30. Mazaheri M, Bahramiyan H. Prediction of psychological well-being based on the positive and negative affect and coping self – efficacy. Positive Pychology, 2016; 4(4): 1-14
31. Nath P, Pradhan RK. Influence of positive affect on physical health and psychological well-being: Examining the mediating role of psychological resilience. J. Health Manag. 2012;14(2):161-74.
32. Surawy C, Hackmann A, Hawton K, Sharpe M. Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. Behav. Res. Ther. 1995; 33(5):535-44.
33. Hosseinian S, Pordelan N, Heidari H, Salimi S. Analysis of exhaustion vocational Nurses structure with Structural Analysis of Burnout among Nurses Considering Acceptance, Commitment, and Emotion Regulation. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 2014; 24 (113): 37-46.
34.Ebrahimi Moghadam H, Poorahmad F. The relationship between emotional expressiveness and self efficacy with burnout in workers of municipality. Occupational Medicine Quarterly Journal; 2013; 4 (3):62-72.
35. Abdullah Khalil, A. The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Positive and Negative Emotions and Mental Health. M.Sc. Thesis, Department of General Psychology, University of Tehran; 2014.
36. Amiri S, Azad Marzabadi S, Nasiri M, Fgasemi Gheshlagh M. Discriminant analysis of rumination, pathological anxiety and cognitive emotional regulation strategies based on positive and negative affectivity levels. Thought & Behavior in Clinical Psychology,2016; 10(40): 47-56.
37. Besharat M, Koochi S, Dehghani M, Farahani H, Momenzadeh S. Survey of Moderating Role of Positive and Negative Affections on the Relationship between Alexithymia and Experience of Pain in Chronic Pain Patients. Journal of Clinical Psychology & Personality. 2013; 2 (7):103-13.
38. Majad Ara A, Bigdeli I, Najafi M, Rashn Sh. Direct and Indirect Impact of Effects on Anxiety and Depression in Elderly: The Mediating Role of Difficulty in Emotion Regulation. J. Clin. Psychol. 2017; 2(30): 89-98.
39. Hesami P, Bankdari N, Moradi A. Structural Model of the Mediating Role of Emotional Regulation in the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Nurses' Job Burnout. Fifth International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, 2016; 1-16.
40. Schwarz J, Rief W, Radkovsky A, Berking M, Kleinstäuber M. Negative affect as mediator between emotion regulation and medically unexplained symptoms. J. Psychosom. Res. 2017; 101:114-21.
41. Wong WS, Fielding R. Suppression of emotion expression mediates the effects of negative affect on pain catastrophizing: A cross-sectional analysis. Clin. J. Pain, 2013; 29(10):865-72.
42. Kline R. Principles and practice of structural equation modeling. New York, Guilford Press; 2015.
43. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Struct. Equ. Model. 1999; 6(1):1-55.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]

44. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. Meth Psychol Res. 2003; 8(2):23-74.
45. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. J. Gen. Psychol. 1970; 82(2):165-77.
46. Rajabi G, Bohrani M. Factor analysis of Death Anxiety Scale. J. Psychol. 2002; 5 (20): 331-44.
47. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, Wallace EP. Development of a fatigue scale. J. Psychosom. Res. 1993; 37(2):147-53.
48. Nasri S. Epidemiology of Chronic Fatigue Syndrome in Female Nurses in Ahvaz and Tehran and Effectiveness of two psychological treatments in reducing symptoms in Nurses in Tehran. PhD thesis in General Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz; 2003.
49. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Pers. Individ. Differ. 2006; 40(8):1659-69.
50.Besharat MA, Bazzaziyan S. Psychometric properties of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian society. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2012; Adv. nurs. midwifery; 2014: 24(84): 61-70.
51. Mozzafari Sh. Investigating correlates of mental happiness based on five factor pattern among Students of Shiraz University. MSc in Clinical Psychology, Shiraz University; 2004.
52. Aghayi Z. Prediction of chronic fatigue based on emotion cognitive regulation strategies, resiliency and morningness/eveningness. Master's thesis for psychology, 2016, Islamic Azad University of Ahwaz.
53. Martínez-Sánchez F, Ato-García M, Adam EC, Medina TB, España JJ. Stability in alexithymia levels: a longitudinal analysis on various emotional answers. Pers. Individ. Differ. 1998; 24(6):767-72.
54. Kraaij V, Garnefski N, de Wilde EJ, Dijkstra A, Gebhardt W, Maes S, ter Doest L. Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: bonding and cognitive coping as vulnerability factors? J. Youth Adolesc. 2003; 32(3):185-93.
55. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In AM Kring and JJ Gross Eds, Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: The Guilford Press; 2010.
56. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. Handbook of emotion regulation; 2007.
57. Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. J. Anxiety Disord. 2008; 22(2):211-21.
58. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. J. Adv. Nurs. 2003; 44(6):633-42.
59. Garrosa E, Moreno-Jimenez B, Liang Y, Gonzalez JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. Int J Nurs Stud, 2008; 45(3):418-27.
60. Kiyani M. Predicting death anxiety based on cognitive emotion regulation strategies, brain / behavioral systems, and alexithymia in female nurses. M.S. Thesis, General Psychology, Islamic Azad University of Arsanjan; 2017.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-12]