

مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم‌سازی و تنظیم هیجانی  
بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

**Comparing the Effectiveness of Resilience, Self-Encouragement,  
and Emotion Regulation Training Programs in Reducing Job Burnout  
among Nurses and Midwives at Mehr Hospital, Borazjan**

Nasser Amini Assistant

Ph.D of Psychology, Islamic Azad University,  
Bushehr Branch, Bushehr, Iran.

ناصر امینی

استادیار روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر،  
ایران.

Zhila Mehrara

M.A. of Clinical Psychology, Islamic Azad  
University, Bushehr Branch, Bushehr, Iran.

ژیلا مهرآرا\*

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر،  
ایران.

Email: zhilamehrara55@gmail.com

**Abstract**

The aim of the present study was to compare the effectiveness of resilience training, self-encouragement, and emotion regulation in reducing occupational burnout among nurses and midwifery staff at Mehr Hospital in Borazjan in the spring of 2017 (1396). This study was field-based and employed a quasi-experimental pretest-posttest design with experimental and control groups. The statistical population consisted of all nurses and midwifery personnel in the city of Borazjan. The sample included 60 nurses and midwifery staff members from Mehr Hospital in Borazjan, who were randomly selected from among all nurses and midwifery staff and then randomly assigned to three experimental groups (15 participants in each group) and one control group (15 participants). Data were collected using the standard Maslach Burnout Inventory (MBI) developed by Maslach and colleagues. Levene's test was used to examine the equality of variances for the study variables. The collected data were also analyzed using univariate and multivariate analysis of covariance (ANCOVA/MANCOVA). The results indicated that resilience training, self-encouragement, and emotion regulation

**چکیده**

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم‌سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان در بهار سال ۱۳۹۶ بود. این پژوهش از نوع میدانی و یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش کلیه پرستاران و پرسنل مامایی در شهر برازجان بودند. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۶۰ نفر از پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان که به صورت تصادفی از بین کلیه پرستاران و پرسنل مامایی انتخاب شدند و بصورت تصادفی در سه گروه آزمایش، هر گروه (۱۵ نفر)، و یک گروه کنترل (۱۵ نفر)، قرار گرفتند، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد فرسودگی شغلی مسلش و همکاران استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده به جهت بررسی برابری واریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد، و همچنین با کمک تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفتند. نتایج تجزیه و تحلیل‌ها نشان داد که آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم‌سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی موثر بوده و التزام این توانایی برای گروه مورد بررسی از کادر درمان با توجه به حساسیت‌های خاص موقعیتی تایید گردید.

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، خوددلگرم سازی، تنظیم هیجانی، فرسودگی شغلی.

were effective in improving (reducing) occupational burnout among nurses and midwifery staff, and the necessity of developing these capacities for the studied group of healthcare personnel—given the specific situational sensitivities—was confirmed.

**Keywords:** Resilience; Self-encouragement; Emotion regulation; Occupational burnout.

نوع مقاله: پژوهشی	دریافت: آذر ۱۴۰۴	پذیرش: بهمن ۱۴۰۴
-------------------	------------------	------------------

### مقدمه

بخش بهداشت و درمان به دلیل اهمیتی که در سلامت افراد و جامعه دارد، از مهم‌ترین حوزه‌های توسعه پایدار در جوامع بشری می‌باشد. ارائه خدمات با کیفیت توسط متصدیان این حوزه نقش تعیین‌کننده‌ای در تحقق این هدف دارد و پرستاران و پرسنل مامایی در این بین به دلیل برخورد بیشتر و شرایط حساس بیماران بار کاری و گاه نقش‌های چندگانه‌ای که دارند، بیشتر در معرض فرسودگی شغلی قرار می‌گیرند، (کیو<sup>۱</sup> و وانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵).

فرسودگی شغلی، موقعیتی استرس‌زا و منحصر به فرد است که به درگیری‌های ذهنی و خستگی‌های فیزیکی ناشی از مسائل و مشکلات مختلف و متعدد شغلی مربوط می‌باشد. محققان مختلفی در تحقیقات متعدد به این نتیجه رسیده‌اند که پزشکان و آن‌هایی که در شغل‌های مرتبط رشته‌های مشغول به فعالیت‌اند، در معرض خطر بالای فرسودگی شغلی قرار دارند؛ به این دلیل که شرایطی که اغلب آن‌ها در آن فعالیت می‌کنند، بسیار استرس‌زا و تنش‌زا می‌باشد. فرسودگی شغلی در پزشکان می‌تواند موجب مشکلات روحی و روانی در آن‌ها شود و همچنین می‌تواند پیامدهایی از قبیل قصور و بروز رفتارهای غیراخلاقی پزشکی در آن‌ها را به دنبال داشته باشد، در سال‌های اخیر، نگرانی‌های زیادی در شغل‌های مذکور، از جهت آسودگی خاطر پزشکان و پرستاران ثبت شده و آمارها نشان می‌دهد که نرخ بالایی از افسردگی و فرسودگی شغلی در آن‌ها مشاهده شده است. همچنین بر اساس تحقیقات مختلف، برنامه‌هایی همچون بازسازی ساعات کار، پوشش خدمات در ساعات کاری اختیاری، تعطیلات آخر هفته و مواردی از این دست، استراتژی‌هایی برای بهبود رفاه حال پرستاران و پرسنل مامایی می‌باشد، (تیمونی<sup>۳</sup>، نیلجانا<sup>۴</sup>، رابراسا<sup>۵</sup>، بلولاند<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷).

### مبانی نظری

#### تعریف تاب‌آوری

تاب‌آوری عبارت است از توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده. (والر)<sup>۷</sup> تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار می‌داند هرچند این مفهوم ابتدا توسط ورنر در حوزه روانشناسی رشد مطرح شد ولی به تدریج به حوزه‌های دیگر روانشناسی اجتماعی و روانشناسی بالینی وارد شد. کانر و دیویدسون که تاب‌آوری را در حوزه‌های اجتماعی مورد مطالعه

<sup>1</sup> Qu H-Y

<sup>2</sup> Wang C-M

<sup>3</sup> Timothy

<sup>4</sup> Nelligana.

<sup>5</sup> Robertsa

<sup>6</sup> Boland

<sup>7</sup> Waller

قرار داده اند معتقدند تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها با شرایط تهدیدکننده نیست. بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است آن‌ها تاب آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک می‌دانند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) افزون بر این، پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است. کامپفر باور داشت که تاب‌آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدید کننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند (کامپفر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱).

### مدل‌های تاب‌آوری

گارمزی، ماستن و تلگن<sup>۹</sup> (۱۹۸۴) سه مدل اولیه از تاب‌آوری را مشخص کرده اند که مدل جبراتی، مدل عامل حفاظتی و مدل چالشی یا هموردجویی را شامل میشود. این مدل با وجود همپوشی با یکدیگر، بر خصوصیات و ویژگی‌های شخصی مهم و متفاوت (مانند اتکا بر ایمان، هوش بالا) که ممکن است به انطباق با شرایط استرس‌زا منجر شوند، تأکید می‌کنند.

مدل جبرانی بیان می‌کند که مواجهه با استرس زها شایستگی و کفایت افراد را کاهش می‌دهد اما عملکرد بعضی از ویژگی‌های شخصی، کفایت و شایستگی را به طور مضاعف افزایش می‌دهد. عوامل جبران‌کننده، با ویژگی‌های شخصی، بطور مستقل بر نتیجه تأثیر می‌گذارد تا انطباق آید و محقق شود، و افرادی که فاقد ویژگی‌های شخصی هستند در مقایسه با افرادی که واجد آن هستند، انطباق کمتری یا ضعیف تری را تجربه می‌کنند.

دومین مدل که توسط گارمزی و همکاران (۱۹۸۴) مورد توجه قرار گرفت، مدل حفاظتی است که بر تعامل بین استرس و ویژگی‌های شخصی تأکید می‌کند. در این مدل ویژگی‌های معین به عنوان اثر حفاظتی وساطت می‌کند و نقش ضربه‌گیر یا حائل را در مقابل اثرات استرس ایفا می‌کند.

مدل سوم، مدل چالشی و همورد جویی، بر این دیدگاه مبتنی است که مقداری استرس در عمل پتانسیل و استعداد برای انطباق را افزایش می‌دهد. یعنی چالش یا سطوح ملاپم و معقول استرس، هنگامی که فرد بر استرس فائق می‌آید، فرد را ایمن می‌کند و او را برای مواجهه با کاهش‌ها و استرس‌زاهای بعدی آماده می‌سازد (راتر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۷).

### خود تاب‌آوری

بر طبق استدلال بلاک و کرمین (۱۹۹۶) خود تاب‌آوری، توانایی سازگاری برای کنترل موقت بالا یا پائین در مقابل شرایط تحمیل شده است. یکی از نتایج این سازگاری، انعطاف پذیری است. افراد با سطح بالای تاب‌آوری در مقایسه با افراد سطح تاب‌آوری پائین احتمالاً بیشتر عاطفه‌ی مثبت را تجربه می‌کنند، سطوح بالاتر اعتماد به نفس را دارند و سازگاری روانشناختی بهتری را دارا هستند.

در مطالعات طولی شخصیت، خود تاب‌آوری کودکان به عنوان اعتماد به نفس، حساسیت و هوشمندی، درک بالا و توانایی در ایجاد روابط نزدیک و صمیمی با دیگران در نظر گرفته شده است (بلاک، ۱۹۹۳). برای توضیح تمایز بین خود تاب‌آوری و تاب‌آوری لوتار، سیجیتی و بکر<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۰) خاطر نشان می‌کنند که «اصطلاح خود تاب‌آوری و تاب‌آوری» از دو بعد با هم متفاوتند: خود تاب‌آوری یک ویژگی شخصیتی افراد است، در حالی که تاب‌آوری یک فرایند تحولی پویاست. خود تاب‌آوری متضمن مواجهه با شرایط ناگوار مهم نیست در حالی که طبق تعریف، تاب‌آوری اینگونه است.

<sup>8</sup> Kumper

<sup>9</sup> Gelten

<sup>10</sup> ratter

<sup>11</sup> Beker

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

### تعریف خود دلگرم سازی

دلگرم سازی همه‌ی آن چیزی است که از یک فرد، انسان دیگری با این مشخصات می‌سازد: احساس بهتر، کارکردهای مؤثرتر، غلبه مؤثرتر بر مشکلات، اعتماد به نفس بالاتر، داشتن رغبت بیشتر برای مشارکت در امر سلامت دیگران و به طور کلی جامعه. فرد احساس می‌کند به قدر کافی انسان خوبی است و توسط دیگران پذیرفته شده است و همواره احساس می‌کند که: «من می‌توانم» (شوانکر<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۱ به نقل از رایبرث<sup>۱۳</sup> و رید<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۱).

دلگرم سازی یکی از مفاهیم اساس روان شناس آدلری است، (کارنزوکارنز، ۱۹۹۸) و آدلر آن را یکی از چهار نیاز انسان که شامل نیاز به ارزشمندی، احساس قابلیت، نیاز به تعلق و دلگرم سازی است معرفی می‌کند. (جعفری شیرازی، ۱۳۹۱) درمانگر آدلری مراجع را به عنوان فرد دلسرد و نه به عنوان بیمار می‌بیند (کنز، ۲۰۰۱)، به همین دلیل، آدلرگرایان به دنبال درمان چیز نیستند، بلکه به بیان دقیق تر، درمان را نوعی فرایند "دلگرم سازی" می‌دانند (واتس<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۸)، دلگرم سازی، اعتماد شخص و احساس ادراک فرد از خود را نیرو می‌بخشد و در نتیجه کلیدی برای رشد و پرورش شخصی است و مفهوم کلیدی در ارتقاء و فعال سازی "علاقه اجتماعی" در افراد است، (ایوانز<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۵).

### تنظیم هیجانی

ارائه تعریفی از هیجانات تا حد زیادی سخت است، زیرا می‌توان هیجان را به دامنه وسیعی از پاسخها اطلاق کرد. برای مثال ناراحت شدن از دست استاد، کلافگی ناشی از ترافیک، لذت بردن از قدم زدن در پارک، ترس از یک نمره بد، احساس گناه بخاطر عمل نکردن به گفته‌های والدین و ... را می‌توان به عنوان هیجان در نظر گرفت. این هیجانات در چند بعد قابل بررسی هستند. شدید یا ملایمند، مثبت یا منفی‌اند، عام یا خاص‌اند، کوتاه مدت یا بلند مدت‌اند، اولیه‌اند یا ثانویه (یعنی هیجانی که در واکنش به یک پاسخ هیجانی ایجاد می‌شود) (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷).

### تعریف فرسودگی شغلی

تعاریف گوناگونی از فرسودگی شغلی توسط محققین ارائه شده است برای مثال ماسلاچ<sup>۱۷</sup> و جکسون<sup>۱۸</sup> (۱۹۸۶) فرسودگی شغلی را با عنوان خستگی عاطفی و بدبینی که از شغل فرد نشأت می‌گیرد، تعریف کرده‌اند (ماسلاچ و جکسون، ۱۹۸۶ به نقل از هایر<sup>۱۹</sup> و ویتین جتن<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۷).

### پژوهش‌های انجام شده‌ی پیشین:

#### پژوهش‌های خارج از کشور

مک کیب (۲۰۱۳)، نیز در انجام پژوهشی به بررسی افراد دارای فعالیت‌های تخصصی و سخت ورزشی بزرگسالان دریافت که دلگرم سازی و تنظیم هیجانی با توجه به درک و شناخت از خود و نگاه امیدوار نسبت به فرایندها عملکرد قابل بررسی و نیز ارتقاء

<sup>12</sup> Schoenaker

<sup>13</sup> Rathert

<sup>14</sup> Reed

<sup>15</sup> Wattes

<sup>16</sup> Evans

<sup>17</sup> Maslach

<sup>18</sup> Jackson

<sup>19</sup> Hayes

<sup>20</sup> Weathington.

ارزشمندی، این متغیرها پیش‌بینی‌کننده مثبت در کاهش و پیشگیری از فرسودگی روانی و شغلی موثر می‌باشند، که در رسیدن این گروه از افراد به نتیجه برنده موثر بود.

کارلسون و همکاران (۲۰۱۲)، در پژوهشی نشان دادند افرادی که عادت به استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد برای تنظیم هیجاناتشان در زندگی روزمره خود دارند، تاب‌آوری بیشتری در برابر استرس، از خود نشان می‌دهند، و توانایی تاب‌آوری، مجدداً باعث ارتقاء تنظیم هیجانی می‌گردد و از فرسودگی روانی و دیگر فرسودگی‌ها جلوگیری می‌کند.

دانکل شیتلر و دولبیر (۲۰۱۱)، با توجه به نتایج تحقیقات شان نشان داده است که استفاده از برخی راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با استرس، در بسیاری از مواقع علاوه بر کاستن از هیجانات منفی، می‌تواند باعث افزایش هیجانات مثبت شود، نیز بیان کردند که افراد به این دلیل تاب‌آوراند که از احساسات مثبت به طور استراتژیک و هوشمندانه برای دستیابی به نتایج مقابله‌ای برتر استفاده می‌کنند.

تروی و ماوس (۲۰۱۱)، با توجه به نتایج تحقیقات شان اعتقاد دارند از آنجایی که وقایع استرس‌زا، ذاتاً بسیار هیجانی است، و توانایی افراد در تنظیم هیجاناتشان می‌تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب‌آوری آنها باشد. اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در تحقیقات ایشان تایید شده است.

در تحقیق آلدو<sup>۲۱</sup> و نولن-هاکسما<sup>۲۲</sup> (۲۰۱۰) در یافتند که ارتباط بین راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان و آسیب‌های روانی (اضطراب، افسردگی، سوءمصرف الکل و خوردن) توسط سطوح راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان، تنظیم می‌شوند. در واقع، راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان، تنها زمانی به طور منفی با علایم آسیب‌شناسی روانی مرتبط شدند که راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان، در سطوح بالایی قرار داشتند، به علاوه، راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان اما نه راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان - با علایم آسیب‌شناسی روانی (اضطراب، افسردگی، سوءمصرف الکل و خوردن) مرتبط شدند؛ همچنین، راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان، به طور مثبتی مرتبط با نشانه‌های اختلال خوردن بودند و میزان تاثیرشان متوسط بود، درحالی‌که، راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان، به طور منفی مرتبط با نشانه‌های اختلال خوردن بودند و میزان تاثیرشان کم و فاقد معناداری بود.

### بررسی پژوهش‌های داخل کشور

حسینی نژاد و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی به بررسی فرسودگی شغلی پرستاران و کادر درمانی در بخش اورژانس پرداخته شده بود، به این نتیجه رسیدند، که؛ تمامی پرستاران و کادر درمانی بخش اورژانس دارای درجاتی از فرسودگی شغلی هستند، و بیشترین بار عاملی در بروز فرسودگی شغلی به ترتیب مربوط به خستگی عاطفی، فقدان موفقیت فردی، و شخصیت‌زدایی بود، لازم به ذکر است، که بیمارستان محل خدمت، سن، جنس، و سابقه کاری در شدت فرسودگی شغلی تاثیر معناداری ندارند. در پژوهشی که توسط عیسی زاده (۱۳۹۵)، در مورد پیش‌بینی‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رضایت زناشویی و فرسودگی شغلی پرستاران زن و ماماها‌ی شاغل در بیمارستان اردبیل به انجام رسید، نتایج نشان داد که؛ راهبردهای پذیرش در برابر راهبردهای ملامت دیگران، و ارزیابی مجدد مثبت در برابر نشخوارهای فکری، و راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان در برابر راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم هیجان، تفاوت معناداری را فرسودگی شغلی نشان می‌دهند، و دیگر یافته‌ها نشان از وجود فرسودگی شغلی در سطح معناداری در همه پرستاران زن و کادر ماما‌یی بود.

آقاجانی و همکاران (۱۳۹۵)، طی تحقیقی در مورد رابطه سلامت روان در محیط کار با تنظیم هیجانی و تاثیر آن بر فرسودگی شغلی در محیط درمانگاهی در بین پرستاران و بهیاران، به این نتیجه دست یافتند که؛ بین فرسودگی شغلی و سلامت روان و

<sup>21</sup> Aldao

<sup>22</sup> Nolen-Hoeksema

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

نیز فرسودگی شغلی و تنظیم هیجانی رابطه معناداری وجود دارد، و اینکه فرسودگی شغلی هم به طور مستقیم و هم از طریق مشکل در نظم بخشی هیجانی بر سلامت روان پرستاران و بهیاران تاثیر مستقیم و غیر مستقیم دارد. خوش نظری و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی به بررسی آموزش تاب آوری و تنظیم هیجانی در برابر فرسودگی شغلی پرستاران در بخش های روان پزشکی، پرداختند، و نتایج نشان داد که؛ آموزش مهارت های تاب آوری و تنظیم هیجانی به میزان معناداری توانایی جلوگیری از تنیدگی و استرس های حرفه ای را دارد، و روند فرسودگی شغلی را متوقف می نماید. علیزاده و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی در مورد، نقش تنظیم هیجانی و معنویت روی استرس شغلی پرستاران نظامی انجام دادند، که نتایج حاصل از این پژوهش نشان از تاثیر مثبت و معناداری بر کاهش استرس شغلی مشاهده نمودند، و همچنین، افزایش معنویت می تواند موجب کاهش استرس شغلی در پرستاران نظامی گردد و با برنامه ریزی مناسب و تقویت سطح معنویت در این افراد می توان سلامت روان آنان را بهبود بخشید.

### روش تحقیق

طرح مورد استفاده در این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با طرح، پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. پس از انتخاب آزمودنی ها به صورت تصادفی و جایگزینی تصادفی آزمودنی ها در گروه آزمایش و کنترل، ابتدا و همزمان برای همه گروه ها پیش آزمون شامل: آزمون فرسودگی شغلی اجرا گردید، سپس گروه های آزمایش به مدت هشت جلسه در معرض متغیرهای مستقل؛ به ترتیب گروه آزمایش اول؛ آموزش تاب آوری شامل مولفه های مشخص شده، گروه آزمایش دوم؛ آموزش خوددلگرم سازی شوانکر و گروه آزمایش سوم؛ آموزش تنظیم هیجانی طبق مدل گراس ارائه گردید، پس از اتمام آموزش ها مجدداً همه گروه ها در معرض پس آزمون قرار گرفتند.

### روش گردآوری داده ها

پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه و پس از آن شبکه بهداشت و درمان برازجان و همچنین مشخص شدن اعضای نمونه. بعد از آن هماهنگی با مسئولین بیمارستان مهر برازجان به انجام رسید. طبق برنامه ریزی قبلی، پژوهشگر به بیمارستان مراجعه نمود، بعد از دیدار با اعضای نمونه ضمن معارفه و برقراری یک رابطه حسنه و کاهش حساسیت آزمودنی ها طرح پژوهشی برای ایشان در قالب یک دوره آموزشی با جملات ساده و غیر تخصصی ارائه نمود و بعد از یک استراحت کوتاه، اقدام به اجرای پیش آزمون برای هر چهار گروه، شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل شد کردند، که البته توضیحات لازم در مورد پرسشنامه ها و نحوه ی اجرا و اینکه این اطلاعات محرمانه باقی می ماند، به آزمودنی ها گفته شد. در حین اجرا با حضور فعال و صمیمی در کنار ایشان به پاسخگویی برطرف کردن نکات مبهم در مورد گویه و هر چه واقعی تر و صادقانه تر شدن پاسخ نامه ها اقدام گردید. پس از گذراندن این مرحله دوره آموزش در مورد گروه های آزمایش شامل؛ ۱. آموزش تاب آوری، ۲. آموزش خوددلگرم سازی و ۳. آموزش تنظیم هیجانی رسماً آغاز شد. این جلسات برای هر گروه به صورت مجزا حدود ۹۰ دقیقه در طی هشت جلسه یعنی تقریباً ۱۲ ساعت آموزش گروهی در طی چهار هفته (هر هفته دو جلسه)، ارائه شد. آموزش ها فقط مختص گروه های آزمایش بود. پس از آن مجدداً در یک گردهمایی کلی پس آزمون برای هر چهار گروه اجرا شد، در نهایت از همکاری همه گروه ها تشکر به عمل آمد. در کل هشت جلسه ارائه گردید، البته با تلاش برای رعایت اصول آموزش گروهی شامل؛ روش بارش فکری، پرسش و پاسخ، تکالیف منزل، مرور مطالب جلسه قبل، و ... و حفظ روابط حسنه که مورد دوم تقریباً صد در صد حاصل گشت، چرا که از جلسه سوم انگیزه و هیجان آزمودنی ها به پژوهش کاملاً قابل رؤیت بود.

## اهداف پژوهش

### هدف اصلی

مقایسه اثر بخشی آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی.

### اهداف جزئی

۱. تاثیر آموزش تاب‌آوری بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی.
۲. تاثیر آموزش خوددلگرم سازی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی.
۳. تاثیر آموزش تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی.

### اهداف جانبی:

- ۱- مقایسه اثر بخشی آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان خستگی عاطفی پرستاران و پرسنل مامایی.
- ۲- مقایسه اثر بخشی آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان بدبینی پرستاران و پرسنل مامایی.
- ۳- مقایسه اثر بخشی آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود کاهش ظرفیت‌ها و توانایی‌های شغلی پرستاران و پرسنل مامایی.

## فرضیه‌های پژوهش

### فرضیه اصلی

بین آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی تفاوت معنی داری وجود دارد.

### فرضیه‌های جزئی:

۱. آموزش تاب‌آوری بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است.
۲. آموزش خوددلگرم سازی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است.
۳. آموزش تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است.

### فرضیه‌های جانبی:

- ۱- آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان خستگی عاطفی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است.
- ۲- آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان بدبینی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است.
- ۳- آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود کاهش ظرفیت‌ها و توانایی‌های شغلی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است.

## بررسی فرضیه‌های پژوهش و ارائه نتایج

بخش استنباطی از تحلیل کواریانس تک متغیره (انکوا)، و تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا)، استفاده شده است. فرضیه اصلی: بین اثر بخشی آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی تفاوت معنی دار وجود دارد.

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

به منظور پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد که فرض برابری خطای واریانس در متغیر فرسودگی شغلی ( $F=2/40$ ،  $sig=0/08$ ) تأیید می‌گردد نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ذیل نشان داده شده است:

جدول (۱) تعیین تأثیر عوامل بین آزمودنی‌ها

منابع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	Partial $\eta^2$
مدل تصحیح‌شده	۲۷۴۳/۳۷۹	۴	۶۸۵/۸۴۵	۶/۷۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸
عرض از مبدأ	۱۰۹/۰۵۱	۱	۱۰۹/۰۵۱	۱/۰۶۷	۰/۳۰۶	۰/۰۱۹
پیش‌آزمون	۲۱۸۲/۹۷۹	۱	۲۱۸۲/۹۷۹	۵۶۰/۳۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸۰
گروه	۱۶۸۱/۵۹۴	۳	۵۶۰/۵۳۱	۱۰۲/۲۴۶	۰/۰۰۲	۰/۲۳۰
خطا	۵۶۲۳/۵۵۴	۵۵	۱۰۲/۲۴۶			
کل	۷۵۸۳۶/۰۰	۶۰				

نتایج نشان داد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل معنی‌دار بود. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۲۳ درصد واریانس فرسودگی شغلی توسط آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی قابل تبیین است.

جدول (۲) برآورد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی

پارامتر	B	خطای استاندارد	t	سطح معنی‌داری	حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد		Partial $\eta^2$
					حد بالا	حد پایین	
عرض از مبدأ	۱۵/۹۱۹	۵/۵۸۵	۲/۸۵۰	۰/۰۰۶	۲۷/۱۱۲	۴/۷۲۵	۰/۱۲۹
پیش‌آزمون	۰/۵۴۳	۰/۱۱۸	۴/۶۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹	۰/۳۰۸	۰/۲۸۰
آزمایش دلگرم سازی	-۱۵/۴۵۳	۴/۰۵۹	-۳/۸۰۷	۰/۰۰۱	-۷/۳۱۹	-۲۳/۵۸۶	۰/۲۰۹
آزمایش تاب‌آوری	-۱۲/۵۳۵	۳/۸۷۷	-۳/۲۳۳	۰/۰۰۲	-۴/۷۶۵	-۲۰/۳۰۵	۰/۱۶۰
آزمایش تنظیم هیجانی	-۱۰/۷۰۲	۳/۸۲۶	-۲/۷۹۷	۰/۰۰۷	-۳/۳۰۴	-۱۸/۳۷۰	۰/۱۲۵

برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر فرسودگی شغلی بین ۷/۳۲ تا ۲۳/۵۹ واحد، کاهش فرسودگی شغلی است. اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر فرسودگی شغلی بین ۴/۷۵ تا ۲۰/۳۱ واحد، کاهش فرسودگی شغلی است و اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی بین ۳/۳۰ تا ۱۸/۳۷ واحد کاهش فرسودگی شغلی است.

جدول (۳) میانگین‌های تعدیل‌شده فرسودگی شغلی

آماره گروه	میانگین	خطای استاندارد	حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد	
			حد پایین	حد بالا
گروه خود دلگرم سازی	۲۷/۷۵۳	۲/۷۰۸	۲۲/۳۲۷	۳۳/۱۷۹
گروه تاب‌آوری	۳۰/۶۷۱	۲/۶۲۰	۲۵/۴۲۱	۳۵/۹۲۱
گروه تنظیم هیجانی	۳۲/۵۰۴	۲/۶۱۱	۲۷/۲۷۱	۳۷/۷۳۶
گروه کنترل	۵۳/۲۰۶	۲/۷۸۴	۴۷/۶۲۶	۵۸/۷۸۶

میانگین تعدیل شده فرسودگی شغلی گروه آزمایش خوددلگرم سازی ۲۷/۷۵ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش خوددلگرم سازی بین ۲۲/۳۳ تا ۳۳/۱۸ بوده است. میانگین فرسودگی شغلی گروه آزمایش تاب‌آوری ۳۰/۶۷ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تاب‌آوری بین ۲۵/۴۲ تا ۳۵/۹۲ بوده است. میانگین فرسودگی شغلی گروه آزمایش تنظیم هیجانی ۳۲/۵۰ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تنظیم هیجانی بین ۲۷/۲۷ تا ۳۷/۷۴ بوده است. میانگین فرسودگی شغلی گروه کنترل برابر با ۴۳/۲۱ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۴۷/۶۳ تا ۵۸/۷۹ است.

### فرضیه‌های جزئی:

**فرضیه اول:** آموزش تاب‌آوری بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی تأثیر دارد. به‌منظور پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ذیل نشان داده شده است:

جدول (۴) تعیین تأثیر عوامل بین آزمودنی‌ها

منابع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	Partial $\eta^2$
مدل تصحیح شده	۳۰۹۳/۹۱۴	۲	۱۵۴۶/۹۵۷	۲۲/۷۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷
عرض از مبدأ	۵۵/۳۹۳	۱	۵۵/۳۹۳	۰/۸۱۳	۰/۳۷۵	۰/۰۲۹
پیش‌آزمون	۲۷۱۹/۳۸۱	۱	۲۷۱۹/۳۸۱	۳۹/۹۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
گروه	۱۵۵۹/۴۳۷	۱	۱۵۵۹/۴۳۷	۲۲/۸۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
خطا	۱۸۳۸/۸۸۶	۲۷	۶۸/۱۰۷			
کل	۴۲۱۰۴/۰۰	۳۰				

نتایج نشان داد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، آموزش تاب‌آوری بر بهبود فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل معنی‌دار بود. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۴۵/۹ درصد واریانس فرسودگی شغلی توسط آموزش تاب‌آوری قابل تبیین است.

جدول (۵) برآورد اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر فرسودگی شغلی

پارامتر	B	خطای استاندارد	t	سطح معنی‌داری		Partial $\eta^2$
				حد پایین	حد بالا	
عرض از مبدأ	۱/۹۰۶	۶/۲۰۵	۰/۳۰۷	۰/۷۶۱	-۱۰/۸۲۷	۰/۰۰۳
پیش‌آزمون	۰/۸۷۷	۰/۱۳۹	۶/۳۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲	۰/۵۹۷
گروه آزمایش	۱۵/۸۹۷	۳/۳۲۱	-۴/۷۸۵	۰/۰۰۱	-۲۲/۷۰۹	۰/۴۵۹

برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر فرسودگی شغلی در سطح  $P < 0.01$  معنی‌دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر فرسودگی شغلی بین ۹/۰۸ تا ۲۲/۷۱ واحد کاهش فرسودگی شغلی است.

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

جدول (۶) میانگین‌های تعدیل‌شده فرسودگی شغلی

حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد		خطای استاندارد	میانگین	آماره گروه
حد بالا	حد پایین			
۳۱/۸۵۴	۲۲/۶۵۲	۲/۲۴۲	۲۷/۲۵۳	گروه آزمایش
۵۷/۷۴۸	۴۸/۵۴۶	۲/۲۴۲	۵۳/۱۴۷	گروه کنترل

میانگین تعدیل‌شده فرسودگی شغلی گروه آزمایش ۲۷/۲۵ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین بین ۲۲/۶۵ تا ۳۱/۸۵ بوده است. میانگین فرسودگی شغلی گروه کنترل برابر با ۵۳/۱۵ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۴۸/۵۵ تا ۵۷/۷۵ است.

فرضیه دوم: روش آموزش خود دلگرم سازی بر فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی اثربخش است. به‌منظور پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ذیل نشان داده شده است:

جدول (۷) تعیین تأثیر عوامل بین آزمودنی‌ها

منابع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	Partial $\eta^2$
مدل تصحیح‌شده	۱۰۸۲/۱۴۶	۲	۵۴۱/۰۷۳	۶/۰۱۶	۰/۰۰۷	۰/۳۰۸
عرض از مبدأ	۱۷۴/۰۰۱	۱	۱۷۴/۰۰۱	۱/۹۳۴	۰/۱۷۶	۰/۰۶۷
پیش‌آزمون	۶۴۱/۳۱۳	۱	۶۴۱/۳۱۳	۷/۱۳۰	۰/۰۱۳	۰/۲۰۹
گروه	۱۰۱۲/۹۸۴	۱	۱۰۱۲/۹۸۴	۱۱/۲۶۲	۰/۰۰۲	۰/۲۹۴
خطا	۲۴۲۸/۵۵۴	۲۷	۸۹/۹۴۶			
کل	۴۰۰۵۱/۰۰	۳۰				

نتایج نشان داد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، آموزش خود دلگرم سازی بر بهبود فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل معنی‌دار بود. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۲۹/۴ درصد واریانس فرسودگی شغلی توسط آموزش خود دلگرم سازی قابل تبیین است.

جدول (۸) برآورد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر فرسودگی شغلی

پارامتر	B	خطای استاندارد	t	سطح معنی‌داری	حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد		Partial $\eta^2$
					حد پایین	حد بالا	
عرض از مبدأ	۱۹/۲۶۷	۷/۶۹۱	۲/۵۰۵	۰/۰۱۹	۳/۴۸۷	۳۵/۰۴۷	۰/۱۸۹
پیش‌آزمون	۰/۴۶۳	۰/۱۷۴	۲/۶۷۰	۰/۰۱	۰/۱۰۷	۰/۸۲۰	۰/۲۰۹
گروه آزمایش	-۱۴/۳۱۰	۴/۲۶۴	-۳/۳۵۶	۰/۰۰۲	-۲۳/۰۵۹	-۵/۵۶۱	۰/۲۹۴

برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش خود دلگرم‌سازی بر فرسودگی شغلی در سطح  $P < ۰/۰۰۲$  معنی‌دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش خود دلگرم‌سازی بر فرسودگی شغلی بین ۵/۵۶ تا ۲۳/۰۶ واحد کاهش فرسودگی شغلی است.

جدول (۹) میانگین‌های تعدیل‌شده فرسودگی شغلی

حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد		خطای استاندارد	میانگین	آماره گروه
حد بالا	حد پایین			
۳۳/۳۸۱	۲۲/۱۰۹	۲/۷۴۷	۲۷/۷۴۵	گروه آزمایش
۵۷/۶۹۱	۴۶/۴۱۹	۲/۷۴۷	۵۲/۰۵۵	گروه کنترل

میانگین تعدیل‌شده فرسودگی شغلی گروه آزمایش ۲۷/۸۷ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین بین ۲۲/۱۱ تا ۳۳/۳۸ بوده است. میانگین فرسودگی شغلی گروه کنترل برابر با ۵۲/۰۵ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۴۶/۴۲ تا ۵۷/۶۹ است.

**فرضیه سوم:** روش آموزش تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی اثر بخش است. به‌منظور پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ذیل نشان داده شده است:

جدول (۱۰) تعیین تأثیر عوامل بین آزمودنی‌ها

منابع	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری	Partial $\eta^2$
مدل تصحیح‌شده	۱۲۴۷/۸۸۱	۲	۶۲۳/۹۴۰	۸/۹۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
عرض از مبدا	۱۹۱/۶۴۱	۱	۱۹۱/۶۴۱	۲/۷۳۴	۰/۱۱۰	۰/۰۹۲
پیش‌آزمون	۹۷۱/۸۴۸	۱	۹۷۱/۸۴۸	۱۳/۸۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۹
گروه	۷۲۶/۳۵۱	۱	۷۲۶/۳۵۱	۱۰/۳۶۳	۰/۰۰۳	۰/۲۷۷
خطا	۱۸۹۲/۴۱۹	۲۷	۷۰/۰۹۰			
کل	۴۱۳۷۵/۰۰	۳۰				

نتایج نشان داد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، آموزش تنظیم هیجانی بر بهبود فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل معنی‌دار بود. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۲۷/۷ درصد واریانس فرسودگی شغلی توسط آموزش تنظیم هیجانی قابل تبیین است.

جدول (۱۱) برآورد اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی

پارامتر	B	خطای استاندارد	t	سطح معنی‌داری	حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد		Partial $\eta^2$
					حد پایین	حد بالا	
عرض از مبدا	۱۶/۴۷۳	۶/۳۵۷	۲/۵۹۱	۰/۰۱۵	۳/۴۳۰	۲۹/۵۱۶	۰/۱۹۹
پیش‌آزمون	۰/۵۳	۰/۱۴۲	۳/۷۲۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳۸	۰/۸۲۲	۰/۳۳۹
گروه آزمایش	-۱۰/۵۸۹	۳/۲۸۹	-۳/۲۱۹	۰/۰۰۳	-۱۷/۳۳۹	-۳/۸۴۰	۰/۲۷۷

برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  معنی‌دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی بین ۳/۸۴ تا ۱۷/۳۴ واحد کاهش فرسودگی شغلی است.

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

جدول (۱۲) میانگین‌های تعدیل‌شده فرسودگی شغلی

حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد		خطای استاندارد	میانگین	آماره گروه
حد بالا	حد پایین			
۳۵/۰۱۲	۲۵/۷۹۸	۲/۲۴۵	۳۰/۴۰۵	گروه آزمایش
۵۵/۶۰۲	۴۶/۳۸۸	۲/۲۴۵	۵۰/۹۹۵	گروه کنترل

میانگین فرسودگی شغلی در گروه آزمایش برابر با ۳۰/۴۱ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی گروه آزمایش بین ۲۵/۸۰ تا ۳۵/۰۱ است. میانگین فرسودگی شغلی گروه کنترل برابر با ۵۰/۶۰ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی گروه کنترل بین ۴۶/۶۰ تا ۵۵/۶۰ است.

فرضیه‌های جانبی:

فرضیه اول: آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان خستگی عاطفی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است.

به‌منظور پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد که فرض برابری خطای واریانس در متغیر خستگی عاطفی ( $F=۲/۵۵$ ,  $sig=۰/۰۷$ ) تأیید می‌گردد نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ذیل نشان داده شده است:

جدول (۱۳) تعیین تأثیر عوامل بین آزمودنی‌ها

منابع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	Partial $\eta^2$
مدل تصحیح‌شده	۹۱۳/۸۰۵	۴	۲۲۸/۴۵۱	۵/۸۶۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹۹
عرض از مبدأ	۵۸/۲۳۵	۱	۵۸/۲۳۵	۱/۴۹۴	۰/۲۲۷	۰/۰۲۶
پیش‌آزمون	۸۴۸/۸۲۲	۱	۸۴۸/۸۲۲	۲۱/۷۸۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
گروه	۳۶۲/۴۸۲	۳	۱۲۰/۸۲۷	۳/۱۰۰	۰/۰۳۴	۰/۱۴۵
خطا	۲۱۴۳/۴۴۵	۵۵	۳۸/۹۷۲			
کل	۱۴۴۰/۱۰۰	۶۰				

نتایج نشان داد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر خستگی عاطفی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل معنی‌دار بود. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۱۴/۵ درصد واریانس خستگی عاطفی توسط آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی قابل تبیین است.

جدول (۱۴) برآورد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر خستگی عاطفی

پارامتر	B	خطای استاندارد	t	سطح معنی‌داری	حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد		Partial $\eta^2$
					حد پایین	حد بالا	
عرض از مبدأ	۷/۴۹۸	۲/۳۳۸	۳/۲۰۷	۰/۰۰۲	۲/۸۱۳	۱۲/۱۸۳	۰/۱۵۸
پیش‌آزمون	۰/۵۱۱	۰/۱۰۹	۴/۶۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲	۰/۷۳۰	۰/۲۸۴
آزمایش دلگرم سازی	-۷/۲۰۳	۲/۵۰۱	-۲/۸۸۰	۰/۰۰۶	-۱۲/۲۱۵	-۲/۱۹۱	۰/۱۳۱

آزمایش تاب‌آوری	-۵/۲۸۰	۲/۴۱۷	-۲/۱۸۵	۰/۰۳۳	-۱۰/۱۲۳	-۰/۴۳۷	۰/۰۸۰
آزمایش تنظیم هیجانی	-۵/۵۶۲	۲/۳۶۲	-۲/۳۵۴	۰/۰۲۲	-۱۰/۲۹۶	-۰/۸۲۸	۰/۰۹۲

برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر خستگی عاطفی در سطح  $P < 0.05$  معنی دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر فرسودگی شغلی بین ۲/۱۹ تا ۱۲/۲۱ واحد کاهش خستگی عاطفی است. اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر خستگی عاطفی بین ۰/۴۴ تا ۱۰/۱۲ واحد کاهش خستگی عاطفی است و اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر خستگی عاطفی بین ۰/۸۳ تا ۱۰/۳۰ واحد کاهش خستگی عاطفی است.

#### جدول (۱۵) میانگین‌های تعدیل‌شده خستگی عاطفی

آماره گروه	میانگین	خطای استاندارد	حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد	
			حد پایین	حد بالا
گروه خود دلگرم سازی	۱۱/۰۵۸	۱/۶۶۵	۷/۷۲۲	۱۴/۳۹۵
گروه تاب‌آوری	۱۲/۹۸۱	۱/۶۲۳	۹/۷۲۸	۱۶/۲۳۴
گروه تنظیم هیجانی	۱۲/۶۹۹	۱/۶۱۲	۹/۴۶۹	۱۵/۹۳۰
گروه کنترل	۱۸/۲۶۱	۱/۷۲۵	۱۴/۸۰۵	۲۱/۷۱۷

میانگین تعدیل‌شده خستگی عاطفی گروه آزمایش خوددلگرم سازی ۱۱/۰۶ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش خوددلگرم سازی بین ۷/۷۲ تا ۱۴/۳۹ بوده است. میانگین خستگی عاطفی گروه آزمایش تاب‌آوری ۱۲/۹۸ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تاب‌آوری بین ۹/۷۳ تا ۱۶/۲۳ بوده است. میانگین خستگی عاطفی گروه آزمایش تنظیم هیجانی ۱۲/۷۰ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تنظیم هیجانی بین ۹/۴۷ تا ۱۵/۹۳ بوده است. میانگین خستگی عاطفی گروه کنترل برابر با ۱۸/۲۶ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین خستگی عاطفی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۱۴/۸۱ تا ۲۱/۷۲ است.

فرضیه دوم: آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان بدبینی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است.

به‌منظور پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد که فرض برابری خطای واریانس در مؤلفه بدبینی ( $F=1/54, sig=0/21$ ) تأیید می‌گردد نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ذیل نشان داده شده است:

#### جدول (۱۶) تعیین تأثیر عوامل بین آزمودنی‌ها

منابع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	Partial $\eta^2$
مدل تصحیح‌شده	۸۴/۴۹۵	۴	۲۱/۱۲۴	۲/۷۱۶	۰/۰۳۹	۰/۱۶۵
عرض از مبدأ	۵۹/۱۶۸	۱	۵۹/۱۶۸	۷/۶۰۹	۰/۰۰۸	۰/۱۲۲
پیش آزمون	۱۹/۵۱۲	۱	۱۹/۵۱۲	۲/۵۰۹	۰/۱۱۹	۰/۰۴۴
گروه	۶۹/۲۶۰	۳	۲۳/۰۸۷	۲/۹۶۹	۰/۰۴۰	۰/۱۳۹
خطا	۴۲۷/۶۸۸	۵۵	۷/۷۷۶			
کل	۲۷۵۷/۰۰	۶۰				

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

نتایج نشان داد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر بدبینی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل معنی‌دار بود. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۱۳/۹ درصد واریانس بدبینی توسط آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی قابل تبیین است.

جدول (۱۷) برآورد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر بدبینی

پارامتر	B	خطای استاندارد	t	سطح معنی‌داری	حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد		Partial $\eta^2$
					حد پایین	حد بالا	
عرض از مبدا	۴/۸۲۵	۱/۴۴۰	۳/۳۵۲	۰/۰۰۱	۱/۹۴۰	۷/۷۱۰	۰/۱۷۰
پیش‌آزمون	۰/۱۷۷	۰/۱۱۲	۱/۵۸۴	۰/۱۱۹	-۰/۰۴۷	۰/۴۰۲	۰/۰۴۴
آزمایش دلگرم سازی	-۲/۷۳۹	۱/۰۳۳	-۲/۶۵۲	۰/۰۱۰	-۴/۸۰۸	-۰/۶۶۹	۰/۱۱۳
آزمایش تاب‌آوری	-۰/۳۶۹	۱/۰۱۸	۰/۳۶۲	۰/۷۱۹	-۲/۴۱۰	۱/۶۷۲	۰/۰۰۲
آزمایش تنظیم هیجانی	-۰/۴۶۵	۱/۰۷۲	۰/۶۶۶	۰/۶۶۶	-۲/۶۱۴	۱/۶۸۳	۰/۰۰۳

برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر بدبینی در سطح  $P < ۰/۰۱$  معنی‌دار است ولی اثر آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر بدبینی معنی‌دار نبود. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر بدبینی بین ۰/۶۷ تا ۴/۸۱ واحد کاهش بدبینی است.

جدول (۱۸) میانگین‌های تعدیل‌شده بدبینی

آماره گروه	میانگین	خطای استاندارد	حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد	
			حد پایین	حد بالا
گروه خود دلگرم سازی	۴/۲۷۱	۰/۷۲۱	۲/۸۲۶	۵/۷۱۶
گروه تاب‌آوری	۶/۶۴۱	۰/۷۲۸	۵/۱۸۱	۸/۱۰۱
گروه تنظیم هیجانی	۶/۵۴۴	۰/۷۴۸	۵/۰۴۵	۸/۰۴۴
گروه کنترل	۷/۰۱۰	۰/۷۳۲	۵/۵۴۳	۸/۴۷۷

میانگین تعدیل‌شده بدبینی گروه آزمایش خوددلگرم سازی ۴/۲۷ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش خوددلگرم سازی بین ۲/۸۳ تا ۵/۷۲ بوده است. میانگین بدبینی گروه آزمایش تاب‌آوری ۶/۶۴ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تاب‌آوری بین ۵/۱۸ تا ۸/۱۰ بوده است. میانگین بدبینی گروه آزمایش تنظیم هیجانی ۶/۵۴ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تنظیم هیجانی بین ۵/۰۴ تا ۸/۰۴ بوده است. میانگین بدبینی گروه کنترل برابر با ۷/۰۱ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۵/۵۴ تا ۸/۴۸ است.

فرضیه سوم: آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود کاهش ظرفیت‌ها و توانایی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است.

به منظور پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد که فرض برابری خطای واریانس در متغیر کاهش ظرفیت‌ها و توانایی ( $F=2/40$ ,  $sig=0/08$ ) تأیید می‌گردد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ذیل نشان داده شده است:

جدول (۱۹) تعیین تأثیر عوامل بین آزمودنی‌ها

منابع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	Partial $\eta^2$
مدل تصحیح شده	۴۳۵/۷۷۰	۴	۱۰۸/۹۴۲	۵/۱۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷۳
عرض از مبدأ	۲۲۶/۷۶۷	۱	۲۲۶/۷۶۷	۱۰/۷۵۶	۰/۰۰۲	۰/۱۶۴
پیش آزمون	۲۲۵/۳۷۰	۱	۲۲۵/۳۷۰	۱۰/۶۹۰	۰/۰۰۲	۰/۱۶۳
گروه	۲۸۷/۰۹۷	۳	۹۵/۶۹۹	۴/۵۳۹	۰/۰۰۶	۰/۱۹۸
خطا	۱۱۵۹/۵۶۳	۵۵	۲۱/۰۸۳			
کل	۱۲۸۰۲/۰۰	۶۰				

نتایج نشان داد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر کاهش ظرفیت‌ها و توانایی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل معنی‌دار بود. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۱۹/۸ درصد واریانس کاهش ظرفیت‌ها و توانایی توسط آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی قابل تبیین است.

جدول (۲۰) برآورد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر کاهش ظرفیت‌ها

پارامتر	B	خطای استاندارد	t	سطح معنی‌داری	حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد		Partial $\eta^2$
					حد پایین	حد بالا	
عرض از مبدأ	۱۰/۴۲۴	۲/۲۱۳	۴/۷۱۰	۰/۰۰۱	۵/۹۸۹	۱۴/۸۵۹	۰/۲۸۷
پیش آزمون	۰/۳۹۷	۰/۱۲۱	۳/۲۷۰	۰/۰۰۲	۰/۱۵۴	۰/۶۴۰	۰/۱۶۳
آزمایش دلگرم سازی	-۴/۱۴۹	۱/۷۲۷	-۲/۴۰۳	۰/۰۲۰	-۷/۶۰۹	-۰/۶۸۹	۰/۰۹۵
آزمایش تاب‌آوری	-۶/۲۰۵	۱/۷۰۵	-۳/۶۴۰	۰/۰۱	-۹/۶۲۱	-۲/۷۸۹	۰/۱۹۴
آزمایش تنظیم هیجانی	-۳/۴۱۴	۱/۶۷۷	-۲/۰۳۶	۰/۰۴۷	-۶/۷۷۴	-۰/۰۵۴	۰/۰۷۰

برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر کاهش ظرفیت‌ها و توانایی در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر کاهش ظرفیت‌ها و توانایی بین ۰/۶۹ تا ۷/۶۱ واحد بهبود ظرفیت‌ها و توانایی است. اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر ظرفیت‌ها و توانایی بین ۲/۷۹ تا ۹/۶۲ واحد بهبود ظرفیت‌ها و توانایی است و اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر ظرفیت‌ها و توانایی بین ۰/۰۵ تا ۶/۷۷ واحد بهبود ظرفیت‌ها و توانایی است.

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

جدول (۲۱) میانگین‌های تعدیل‌شده ظرفیت‌ها و توانایی

حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد		خطای استاندارد	میانگین	آماره گروه
حد بالا	حد پایین			
۱۵/۳۸۲	۱۰/۵۳۷	۱/۲۰۹	۱۲/۹۶۰	گروه خود دلگرم سازی
۱۳/۲۹۴	۸/۵۱۳	۱/۱۹۳	۱۰/۹۰۴	گروه تاب‌آوری
۱۶/۱۰۲	۱۱/۲۸۸	۱/۲۰۱	۱۳/۶۹۵	گروه تنظیم هیجانی
۱۹/۵۱۱	۱۴/۷۰۷	۱/۱۹۹	۱۷/۱۰۹	گروه کنترل

میانگین تعدیل‌شده ظرفیت‌ها و توانایی گروه آزمایش خوددلگرم سازی ۱۲/۹۶ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش خوددلگرم سازی بین ۱۰/۵۴ تا ۱۵/۳۸ بوده است. میانگین ظرفیت‌ها و توانایی گروه آزمایش تاب‌آوری ۱۰/۹۰ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تاب‌آوری بین ۸/۵۱ تا ۱۳/۲۹ بوده است. میانگین ظرفیت‌ها و توانایی گروه آزمایش تنظیم هیجانی ۱۳/۶۹ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تنظیم هیجانی بین ۱۱/۲۹ تا ۱۶/۱۰ بوده است. میانگین ظرفیت‌ها و توانایی گروه کنترل برابر با ۱۷/۱۱ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین ظرفیت‌ها و توانایی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۱۴/۷۱ تا ۱۹/۵۱ است.

### نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان می‌باشد. پژوهش حاضر از نوع میدانی و یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد، و جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارتند از؛ کلیه پرستاران و پرسنل مامایی، شامل پرستاران در تمام سطوح تحصیلی و در کلیه بخش‌های موجود در تک تک بیمارستان‌های شهر برازجان و نیز تمامی ماماها ی فعال به کار در این بیمارستان‌ها که ۲۷۴ نفر بودند. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۶۰ نفر از پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان که به صورت در دسترس از بین کلیه پرستاران و پرسنل مامایی انتخاب شدند و بصورت تصادفی در سه گروه آزمایش، هر گروه (۱۵ نفر)، و یک گروه کنترل (۱۵ نفر)، جایگزین شدند. انتخاب، معادل و جایگزین کردن آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل، اجرای پیش‌آزمون با پرسشنامه‌ی فرسودگی شغلی مسلش و همکاران (۱۹۹۳) برای هر چهار گروه، شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل اجرا گردید، که البته توضیحات لازم در مورد پرسشنامه‌ها و نحوه‌ی اجرا و اینکه این اطلاعات محرمانه باقی می‌ماند، به آزمودنی‌ها گفته شد. جلسات آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانان، در مدت ۸ جلسه و طی یک ماه به صورت هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه نود دقیقه در حین اجرا با حضور فعال و صمیمی در کنار ایشان به پاسخگویی برطرف کردن نکات مبهم در مورد گویه و هر چه واقعی‌تر و صادقانه‌تر شدن پاسخ‌نامه‌ها اقدام گردید. پس از گذراندن این مرحله دوره آموزش در مورد گروه‌های آزمایش شامل؛ ۱. آموزش تاب‌آوری، ۲. آموزش خوددلگرم سازی و ۳. آموزش تنظیم هیجانی رسماً آغاز شد. این جلسات برای هر گروه به صورت مجزا حدود ۹۰ دقیقه در طی هشت جلسه یعنی تقریباً ۱۲ ساعت آموزش گروهی در طی چهار هفته (هر هفته دو جلسه)، ارائه شد. آموزش‌ها فقط مختص گروه‌های آزمایش بود، نهایتاً جمع بندی کلی از تمام جلسات. پس از آن مجدداً در یک گردهمایی کلی سرانجام هر دو گروه مورد پس‌آزمون مجدداً با پرسشنامه‌ی فرسودگی شغلی مسلش و همکاران (۱۹۹۳)، برای هر چهار گروه اجرا شد، در نهایت از همکاری همه گروه‌ها تشکر به عمل آمد. در کل هشت جلسه ارائه گردید.

داده‌های حاصل از این پژوهش در مبحث تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت.

## بحث و نتیجه گیری در مورد یافته‌های پژوهش فرضیه اصلی

بین آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان تفاوت معنی داری وجود دارد. به‌منظور پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. با توجه به جداول (۴-۴) و (۴-۵)، برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی در سطح  $P < /0.5$  معنی دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر فرسودگی شغلی بین ۷/۳۲ تا ۲۳/۵۹ واحد کاهش فرسودگی شغلی است. اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر فرسودگی شغلی بین ۴/۷۵ تا ۲۰/۳۱ واحد کاهش فرسودگی شغلی است و اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی بین ۳/۳۰ تا ۱۸/۳۷ واحد کاهش فرسودگی شغلی است. در مورد میانگین تعدیل‌شده فرسودگی شغلی گروه آزمایش خوددلگرم سازی ۲۷/۷۵ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش خوددلگرم سازی بین ۲۲/۳۳ تا ۳۳/۱۸ بوده است. میانگین فرسودگی شغلی گروه آزمایش تاب‌آوری ۳۰/۶۷ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تاب‌آوری بین ۲۵/۴۲ تا ۳۵/۹۲ بوده است. میانگین فرسودگی شغلی گروه آزمایش تنظیم هیجانی ۳۲/۵۰ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تنظیم هیجانی بین ۲۷/۲۷ تا ۳۷/۷۴ بوده است. میانگین فرسودگی شغلی گروه کنترل برابر با ۴۳/۲۱ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی گروه کنترل بین ۴۷/۶۳ تا ۵۸/۷۹ است.

باتوجه به نتایج پژوهش‌های مک کیب (۲۰۱۳)، دانکل شیسترو دولیبر (۲۰۱۱)، کاسپانر و همکاران (۲۰۱۰)، واتس و گارزا (۲۰۰۸)، شاکری نیا و محمدپور (۱۳۹۳)، سلیمی بجستانی و عسلی طالکوئی (۱۳۹۲)، و جوکار (۱۳۸۶)، که همسویی با این پژوهش را بیان می‌دارند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: از طریق آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی نتایج مثبتی حاصل می‌گردد، که موجب می‌شود توانمندی‌های مقابله با عوامل استراس زای محیطی بدون تغییر در محیط فعالیت، افزایش می‌یابد. تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالا (در شرایط تهدید کننده) است و از این رو مقابله موفق در زندگی و شرایط حساس و خاص که دارای فشار و استرس می‌باشد، را فراهم می‌کند. تاب‌آوری به تنهایی باعث افزایش صبر و تحمل بدون افزایش فشار روانی و فقط با پذیرش شرایط موجود و تغییر برداشت، دیدی نو نسبت به مسایل ثابت و تکراری را ایجاد می‌کند، و این بررسی متفاوت از شرایط یکسان باعث حفظ سلامت روانی می‌گردد، و توانایی بیرون آمدن از شرایط سخت یا تعدیل آن را باعث می‌شود. در واقع تاب‌آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن و مقاومت و تحمل در شرایط سخت و پر خطر است که فرد نه تنها بر آن شرایط دشوار فائق می‌شود بلکه طی آن و با وجود آن قوی تر نیز می‌گردد. در مبحث خوددلگرم سازی، نتایج مثبت به این سبب است که دلگرمی، بازخورد مثبتی است، که اصولاً به جای نتیجه بر تلاش یا بهبود و پیشرفت متمرکز است، دلگرمی، شناخت، پذیرش و انتقال ایمان به فرد برای این حقیقت محض است که وجود دارد. شخص برای اینکه انسان کاملی باشد مجبور نیست بهترین باشد، با دلگرمی، فرد فارغ از نتایجی که به دست می‌آورد، احساس ارزشمندی می‌کند، دلگرمی، فعل‌ها را از فاعل‌ها جدا می‌کند، لذا چیزی به عنوان افراد ((خوب)) یا ((بد)) وجود ندارد، دلگرمی و در نظر گرفتن جنبه‌های مثبت و منفی، انتخاب آگاهانه برای توجه کردن به مسائل و آگاهی در مورد آنچه انجام می‌دهیم، می‌باشد بطوری که در زندگی سودمندتر و مؤثرتر عمل کنیم با توجه به آموزش تنظیم هیجانی، افراد پس از دریافت این توانایی، تمایز هیجانات همانند ناتوانی برای بیان هیجانات به روش سالم، کنترل رفتاری هنگامی که خلق منفی است از بین می‌رود. خلق‌های منفی منجر به شکست در تنظیم، که بعد از این مهارت کاهش معناداری می‌یابد، قبل و حین و بعد از آموزش به طور مثال در طی درمان، تلاش‌ها برای متوقف کردن خشم، و یا صحبت با عصبانیت،

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

موفق ترند، یعنی زمانی که هیجانات منفی تحت کنترل نگه داشته می‌شوند، بی‌نظمی هیجانی یک نشانه‌ی مهم برای اختلالات درونی سازی و برونی سازی محسوب می‌شود.

### فرضیه‌های جانبی

فرضیه اول؛ آموزش تاب‌آوری بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است. با توجه به جداول (۴-۷)، و (۴-۸)، برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر فرسودگی شغلی در سطح  $P < /0.01$  معنی دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر فرسودگی شغلی بین ۹/۰۸ تا ۲۲/۷۱ واحد کاهش فرسودگی شغلی است. و در مورد، میانگین تعدیل‌شده فرسودگی شغلی گروه آزمایش ۲۷/۲۵ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین بین ۲۲/۶۵ تا ۳۱/۸۵ بوده است. میانگین فرسودگی شغلی گروه کنترل برابر با ۵۳/۱۵ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۴۸/۵۵ تا ۵۷/۷۵ است.

با توجه به نتایج پژوهش‌های دالبیرو و همکاران (۲۰۰۸)، به نقل از گرنرت (۲۰۰۸)، سیلک و همکاران (۲۰۰۷)، ادوارد و هرزیبسنسکی (۲۰۰۷)، امینی (۱۳۹۲)، مهرآبادی (۱۳۸۹)، که همسویی با این پژوهش را بیان می‌دارند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: وجود آنکه برخی از افراد با عوامل خطر متعددی روبرو می‌شوند و در نتیجه احتمال بروز اختلال در آن‌ها بیشتر است، ولی دچار آن اختلال نمی‌شوند. تاب‌آوری، سیر بلای افراد در معرض خطر است و آنها را در برابر آثار سوء مواجهه با عوامل خطر محافظت می‌کند. همچنین شامل تصور فرد از خودش و تجارب مربوط به تاب‌آوری‌اش در گذشته، ظرفیت جستجوی کمک و حرکت به سوی زندگی گروهی است. افرادی که با گذاردن آموزش تاب‌آوری عادت به استفاده از راهبردهای سازگارانه‌ای با مضمون فکر کردن به وقایع مثبت (مثبت اندیشی) به جای وقایع منفی، تفکر درباره‌ی پی ریزی برنامه‌های موثر برای مداخله در حل مشکل، معنای مثبت بخشیدن به واقعه یا تفسیر واقعه به صورت مثبت و همچنین کم اهمیت شمردن واقعه و کوچک شمردن آن در مقایسه با وقایع بزرگتر را دارند، نسبت به سایر افراد که از این راهبردها استفاده‌ی کمتری دارند، از تاب‌آوری بالاتری برخوردار خواهند بود. استفاده از این نوع راهبردهای سازگارانه ممکن است با کاستن از هیجانات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات رویارویی فرد برای حل مشکل، افزایش تاب‌آوری او را فراهم آورد. استفاده از برخی راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با استرس، در بسیاری از مواقع علاوه بر کاستن از هیجانات منفی، می‌تواند باعث افزایش هیجانات مثبت شود. افراد به این دلیل تاب آورند که از احساسات مثبت به طور استراتژیک و هوشمندانه برای دستیابی به نتایج مقابله‌ای برتر استفاده می‌کنند.

فرضیه دوم؛ آموزش خوددلگرم سازی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است. با توجه به جداول؛ (۴-۱۰) و (۴-۱۱)، برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر فرسودگی شغلی در سطح  $P < /0.02$  معنی دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر فرسودگی شغلی بین ۵/۵۶ تا ۲۳/۰۶ واحد کاهش فرسودگی شغلی است. و در مورد، میانگین تعدیل‌شده فرسودگی شغلی گروه آزمایش ۲۷/۸۷ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین بین ۲۲/۱۱ تا ۳۳/۳۸ بوده است. میانگین فرسودگی شغلی گروه کنترل برابر با ۵۲/۰۵ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۴۶/۴۲ تا ۵۷/۶۹ است.

با توجه به نتایج پژوهش‌های ایوانز (۲۰۰۷)، مارتین و دهلن (۲۰۰۵)، علیزاده، نصیری فرد، کرمی (۱۳۹۳)، ابوالقاسمی، فتحی، بابایی، و حجت (۱۳۹۳)، که همسویی با این پژوهش را بیان می‌دارند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: آموزش خوددلگرم سازی باعث می‌گردد که افراد دلگرم، احساس تعلق بیشتری می‌کنند و در مواجهه با چالش‌ها چه در زندگی خصوصی و چه در محیط‌های خارج از منزل، توانمندی و تحمل بیشتری را بروز می‌دهند، و در برابر استرس‌های شغلی و خستگی‌های ناشی از کار مداوم و خارج از نوبت معمول مانند شیفت‌های شب و شیفت‌های پیوسته به دلیل شرایط حساس و یا در شرایط بحرانی

مانند حضور در بخش اورانش، این افراد در پاسخ به شرایط پر تنش یا تهدید آمیز با دید مثبت با افراد بروبرو شده و با رفتار مناسب با مشکلات برخورد می‌نمایند، فعال تر از گذشته عمل می‌کنند، و احساسات منفی این گروه از افراد به نسبت افراد فاقد توانایی و یا با توانایی اندک، کمتر بروز کرده و تعادل روانی و در نهایت عملکرد مفید مناسب و کاربردی بیشتری را ارائه می‌دهند. این توانایی باعث می‌شود، افراد دیدی مثبت به خود و دیگران داشته باشند، که این دید مثبت باعث بروز حس تعلق و پذیرش ناکامل بودن در مورد خود و دیگران را اجرایی کرده، احساس بدبینی کلی هم در مورد خود و هم در مورد دیگران را به میزان معنادرای کاهش می‌دهد.

فرضیه سوم؛ آموزش تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است. با توجه به جداول؛ (۱۳-۴)، و (۴-۱۴)، برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی در سطح  $P < /0.01$  معنی دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر فرسودگی شغلی بین ۳/۸۴ تا ۱۷/۳۴ واحد کاهش فرسودگی شغلی است. و در مورد، میانگین فرسودگی شغلی در گروه آزمایش برابر با ۳۰/۴۱ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی گروه آزمایش بین ۲۵/۸۰ تا ۳۵/۰۱ است. میانگین فرسودگی شغلی گروه کنترل برابر با ۵۰/۶۰ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی گروه کنترل بین ۴۶/۶۰ تا ۵۵/۶۰ است.

با توجه به نتایج پژوهش‌های کارلسون و همکاران (۲۰۱۲)، تروی و ماوس (۲۰۱۱)، مک کارتی، لامبرت و مولارت (۲۰۰۶)، صالحی، کارشکی و آهنچیان (۱۳۹۳)، خداجوادی و پرو (۱۳۸۷)، که همسویی با این پژوهش را بیان می‌دارند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: پس از اینکه افراد طی آموزش به توانایی تنظیم هیجانی دست می‌یابند، می‌توانند از این راهبردهای تخصصی در شرایط خاص و ویژه استفاده بهینه نمایند. این توانایی مزایای متفاوتی مانند، کاهش تجربه هیجانات ناخواسته و هزینه‌هایی مانند پاسخ‌های فیزیولوژیک غیر انطباقی یا اختلال در عملکرد اجتماعی را به دنبال دارد. استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی (اعم از ارزیابی مجدد)، منجر به کاهش در تجربه هیجانات منفی می‌شود، و افرادی که از این راهبردها استفاده می‌کنند، در اکثر موارد، رفتارهای سازگارانه‌ی مناسبی را بروز می‌دهند، که با کمک شناسایی و کاربردی کردن چنین طیف گسترده‌ای از راهبردهای تنظیم هیجانی، بروز عملکردهای انطباقی اهمیت ویژه‌ای را در جهت پیشگیری از فرسودگی روانی، ذخیره کردن انرژی‌های چندگانه و در نتیجه افزایش سلامتی که کیفیت کار و فعالیت را ارتقاء می‌بخشد. از میان راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم هیجانی که با فرسودگی شغلی و روانی هم پوشی بسیاری دارد، فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران به صورت معکوس که در نهایت منجر به بدبینی می‌شود و این خصیصه (بدبینی)، به مرور و به صورت ناخودآگاه گسترده تر می‌شود، که باعث ایجاد فشار روانی و ایجاد اضطراب و کاهش عملکرد را به دنبال دارد. در مقابل افرادی که توانایی تنظیم هیجانی به سطح مناسب را فراگرفته اند، و یا افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فراگرفته اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پر خطر به عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند، این گروه بیشتر مستعد دریافت انواع آسیب هستند، و این آسیب‌ها جدای از کاهش انرژی، و میزان عملکرد، کیفیت کار را نیز به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد.

#### فرضیه‌های جانبی:

فرضیه اول؛ آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان خستگی عاطفی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است. با توجه به جداول؛ (۴-۱۶)، و (۴-۱۷)، برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر خستگی عاطفی در سطح  $P < /0.05$  معنی دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر فرسودگی شغلی بین ۲/۱۹ تا ۱۲/۲۱ واحد کاهش خستگی عاطفی است. اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر خستگی عاطفی بین

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

۰/۴۴ تا ۱۰/۱۲ واحد کاهش خستگی عاطفی است و اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر خستگی عاطفی بین ۰/۸۳ تا ۱۰/۳۰ واحد کاهش خستگی عاطفی است.

و در مورد، میانگین تعدیل شده خستگی عاطفی گروه آزمایش خوددلگرم سازی ۱۱/۰۶ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش خوددلگرم سازی بین ۷/۷۲ تا ۱۴/۳۹ بوده است. میانگین خستگی عاطفی گروه آزمایش تاب آوری ۱۲/۹۸ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تاب آوری بین ۹/۷۳ تا ۱۶/۲۳ بوده است. میانگین خستگی عاطفی گروه آزمایش تنظیم هیجانی ۱۲/۷۰ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تنظیم هیجانی بین ۹/۴۷ تا ۱۵/۹۳ بوده است. میانگین خستگی عاطفی گروه کنترل برابر با ۱۸/۲۶ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می توان گفت که میانگین خستگی عاطفی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۱۴/۸۱ تا ۲۱/۷۲ است.

با توجه به نتایج پژوهش های کانر و دیویدسون (۲۰۰۵)، منزس، فرناندیز و هرناندیز (۲۰۰۶)، زارع و مهماننوازان (۱۳۹۴)، که همسویی با این پژوهش را بیان می دارند. در تبیین این فرضیه می توان گفت: افراد پس از دریافت، آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی، این قدرت و توانایی را پیدا می کنند که ارزیابی مجددی نسبت به شرایط محیطی از خود بروز دهند. با توجه به اینکه، بخشی از فرسودگی شغلی، حالتی از خستگی جسمی، هیجانی و ذهنی، مثل اینکه؛ شخص احساس می کند که از نظر عاطفی فرسوده شده و احساس ندارد، از کارافتاده و چیزی ندارد که به دیگران بدهد. که به دلیل فشار مداوم و مکرر ناشی از برخورد فشرده و درازمدت با عوامل انسانی یا فیزیکی است. نشانه ها و علائم فرسودگی، معمولاً به صورت احساس درماندگی، ناامیدی، سرخوردگی و پیدا کردن دیدگاه منفی نسبت به خود و دیگران بروز داده می شوند. افراد ممکن است تصور کنند که بیش از حد کار می کنند و قادر به کنترل آن نیستند، خود را نشان می دهد با توجه به تاثیرات مثبت و معنادار حاصل آموزش های نام برده، افراد پس از دریافت این آموزش ها، بهتر و بیشتر می توانند، در شرایط استرس زا، خودکنترلی را به نمایش گذاشته، با ارائه عملکرد مناسب از هدر رفتن انواع انرژی پیشگیری نمایند، تا از خستگی جسمی و حالت عصبانیت که پیش درآمد خستگی روانی و عاطفی است، بپرهیزند، و دیگر اینکه، در شرایط پر استرس مانند محیط های درمانی، و به ویژه، بخش های مراقبت های ویژه که بیشترین استرس محیطی به پرستاران منتقل می شود، توانای هایی نام برده ایشان را از خستگی محافظت می نماید.

فرضیه دوم؛ آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان بدبینی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است. با توجه به جدول؛ (۴-۱۹)، و (۴-۲۰)، برآورد پارامتر نشان می دهد که اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر بدبینی در سطح  $P < 0.01$  معنی دار است ولی اثر آموزش تاب آوری و تنظیم هیجانی بر بدبینی معنی دار نبود. برآورد نشان می دهد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر بدبینی بین ۰/۶۷ تا ۴/۸۱ واحد کاهش بدبینی است. در مورد، میانگین تعدیل شده بدبینی گروه آزمایش خوددلگرم سازی ۴/۲۷ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش خوددلگرم سازی بین ۲/۸۳ تا ۵/۷۲ بوده است. میانگین بدبینی گروه آزمایش تاب آوری ۶/۶۴ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تاب آوری بین ۵/۱۸ تا ۸/۱۰ بوده است. میانگین بدبینی گروه آزمایش تنظیم هیجانی ۶/۵۴ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تنظیم هیجانی بین ۵/۰۴ تا ۸/۰۴ بوده است. میانگین بدبینی گروه کنترل برابر با ۷/۰۱ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می توان گفت که میانگین فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۵/۵۴ تا ۸/۴۸ است.

با توجه به نتایج پژوهش های مک کیب (۲۰۱۳)، علیزاده و همکاران (۱۳۹۴)، رحیمیان و همکاران (۱۳۸۷)، که همسویی با این پژوهش را بیان می دارند. در تبیین این فرضیه می توان گفت: آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی، همسو و هماهنگ با پیشگیری از بروز حالتی مثل؛ بدبینی عمیق، شک به توانایی های شخصی، حساس بودن به بیماری های جسمی ناشی از درماندگی و ناامیدی و بروز ذهنیت فرار و پاسخ گریز از مشکلات. زمانی که افراد می توانند، از بروز رفتارهای منفی مانند؛ مقابله دفاعی؛ این مقابله با یک سری تغییرات در نگرش و رفتار همچون سرزنش مراجعان، فقدان علاقه و همدردی

نسبت به مراجعان، برخورد با افراد به مانند یک شیء و از دست دادن هیجان به کار همراه است، پیشگیری نمایند، افراد وقتی می‌توانند، راهکارهای سازگارانه تنظیم هیجان را به کارگیرند، از دچار شدن به مشکل مسخ شخصیت که «ازخودبیگانگی» هست که فرد تمایل دارد مراجعان را به صورت یک شیء بدون شخصیت و ماهیت انسانی در نظر گیرد که پاسخ‌های خشن و نگرش‌های منفی به افراد و سرزنش خود و دیگران را شامل می‌شود، جزء افراد دارای تاب‌آوری قرار داده می‌شوند. پرستاران فاقد و دارای میزان ناچیز فرسودگی شغلی در این بعد، نگرش‌های منفی و بدبینانه به بیماران ندارند و روابط دوستانه‌ای با آن‌ها دارند، پرسنل درمان فاقد این مولفه از فرسودگی شغلی، بیماران خود را فقط با شماره تخت و اتاق و نوع بیماری نمی‌شناسند و مشخصات دقیق ایشان را به ذهن می‌سپارند.

فرضیه سوم؛ آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود کاهش ظرفیت‌ها و توانایی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی موثر است. با توجه به جداول؛ (۴-۲۲)، و (۴-۲۳)، برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر کاهش ظرفیت‌ها و توانایی در سطح  $P < /0.05$  معنی دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه اثر آموزش خود دلگرم سازی بر کاهش ظرفیت‌ها و توانایی بین ۰/۶۹ تا ۷/۶۱ واحد بهبود ظرفیت‌ها و توانایی است. اندازه اثر آموزش تاب‌آوری بر ظرفیت‌ها و توانایی بین ۲/۷۹ تا ۹/۶۲ واحد بهبود ظرفیت‌ها و توانایی است و اندازه اثر آموزش تنظیم هیجانی بر ظرفیت‌ها و توانایی بین ۰/۰۵ تا ۶/۷۷ واحد بهبود ظرفیت‌ها و توانایی است. در مورد، میانگین تعدیل شده ظرفیت‌ها و توانایی گروه آزمایش خوددلگرم سازی ۱۲/۹۶ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش خوددلگرم سازی بین ۱۰/۵۴ تا ۱۵/۳۸ بوده است. میانگین ظرفیت‌ها و توانایی گروه آزمایش تاب‌آوری ۱۰/۹۰ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تاب‌آوری بین ۸/۵۱ تا ۱۳/۲۹ بوده است. میانگین ظرفیت‌ها و توانایی گروه آزمایش تنظیم هیجانی ۱۳/۶۹ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین گروه آزمایش تنظیم هیجانی بین ۱۱/۲۹ تا ۱۶/۱۰ بوده است. میانگین ظرفیت‌ها و توانایی گروه کنترل برابر با ۱۷/۱۱ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین ظرفیت‌ها و توانایی پرستاران و پرسنل مامایی متأهل گروه کنترل بین ۱۴/۷۱ تا ۱۹/۵۱ است.

با توجه به نتایج پژوهش‌های باهلمن و دینتر (۲۰۰۱)، محمدی و همکاران (۱۳۸۵)، بشارت (۱۳۸۶)، که همسویی با این پژوهش را بیان می‌دارند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی، بیشترین تاثیر را در مورد افزایش و بهبود ظرفیت‌ها و توانایی در محیط شغلی نشان می‌دهد. توانمندی تاب‌آوری باعث ارتقاء کیفیت تصور فرد از خودش، باور داشتن به کنترل اوضاع در اکثر موارد، باعث می‌شود. افراد بتوانند احساس موفقیت پایین را از خود دور کنند. و این ویژگی‌های توانمندی در مقابل کاهش ظرفیت‌ها و توانایی شغلی که فرد احساس می‌کند که موفقیت او در گذشته کم بوده و هم‌اکنون نیز کم هست، او فرض را بر این می‌گذارد که تلاش وی فایده ندارد و در آینده نیز فرد موفق نخواهد بود و همکاران و سازمان نیز برای موفقیت وی ارزش قائل نیستند، قرار دارد. در شرایطی هم که سختی کار بالا است و با بروز حوادث غیر قابل کنترل، شکست و یا اشتباهاتی رخ می‌دهد، افراد دارای توانمندی تنظیم هیجانی. با به کار گیری راهبردهای سازگارانه و کنترل مناسب راهبردهای ناسازگارانه، از بروز حس منفی و مخرب، کاهش ظرفیت‌ها و توانایی شغلی پیشگیری می‌نمایند. در نهایت بر خورده‌ای از قابلیت‌های مهارت خوددلگرم سازی؛ مانند، از خود و حتی در مراحل بعدی این توانمندی از دیگران، هم انتظار کامل و بدون نقص بودن نخواهند داشت، که همین مولفه به تنهایی، از بروز احساس کاهش ظرفیت‌ها و توانایی شغلی، پیشگیری قابل توجهی به عمل می‌آورد.

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

### پیشنهادها

#### پیشنهادهای برگرفته از یافته‌های پژوهش

- ۱- با توجه به نقش و تأثیر مثبت آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی و سطح قابل ارتقا در مؤلفه‌های فرسودگی شغلی پیشنهاد می‌شود، این آموزش برای پرسنل این حوزه از سال اول شروع خدمت اجرا شود.
- ۲- در حوزه‌ی تعالی مدیریت که به عنوان برنامه‌ای جامع برای پیشبرد اهداف برنامه ششم توسعه در بیمارستان‌ها تبیین شده است، آموزش تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی در نظر گرفته شود.
- ۳- در سال اول خدمت در ابتدای هر سال به عنوان برنامه آموزشی در قالب آموزش‌های ضمن خدمت به صورت کامل و منظم به پرستاران و پرسنل مامایی تدریس شود. چرا که با نهادینه شدن مهارت تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی آمادگی برای پیش‌گیری از فرسودگی شغلی مفید می‌باشد.
- ۴- پیشنهاد می‌شود در قالب کتابچه‌هایی برای مسابقه‌های درون سازمانی اهمیت و روش هدف‌گذاری برای پیش‌گیری از فرسودگی شغلی به صورت عبارات مختصر ارائه شود. تا مطالب برای پرستاران و پرسنل مامایی به شکلی پیوسته یادآوری شود.

#### پیشنهادهای کاربردی

- ۱- پیشنهاد می‌شود، جهت شناخت بیشتر از تاب‌آوری در فرایند پیش‌گیری از فرسودگی شغلی، کارگاه‌های آموزشی ضمن خدمت برای سرپرستاران و مسولان همه‌بخش‌های بیمارستان برگزار شود.
- ۲- پیشنهاد می‌شود، جهت شناخت بیشتر از خوددلگرم سازی در فرایند پیش‌گیری از فرسودگی شغلی کارگاه‌های آموزشی ضمن خدمت برای سرپرستاران مسولان همه‌بخش‌های بیمارستان برگزار شود.
- ۳- پیشنهاد می‌شود، جهت شناخت بیشتر از تنظیم هیجانی در فرایند پیش‌گیری از فرسودگی شغلی کارگاه‌های آموزشی ضمن خدمت برای سرپرستاران مسولان همه‌بخش‌های بیمارستان برگزار شود.
- ۴- با توجه به میزان شیوع فرسودگی شغلی و تأثیر معنی‌دار تاب‌آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر این متغیر پیشنهاد می‌شود، روش‌های شناخت و کنترل فرسودگی شغلی در جلسات ماهیانه به پرستاران و پرسنل مامایی، و بخش مراقبت‌های ویژه، آموزش داده شود.
- ۵- سمینارهای منطقه‌ای برای شناخت کمی و کیفی نتایج محققان جهت کاهش فرسودگی شغلی برگزار شود.

## منابع

- [۱] ابوالقاسمی، شهنام، فتحی، سوما، بابایی، طاهره، حجت، سیدکاوه، (۱۳۹۳)، مقایسه اثربخشی آموزش دلگرم ساز و مهارت‌های زندگی بر خودکارآمدی همسران معتادا ن. مجله علوم پزشکی خراسان شمال، دوره چهار، شماره سوم.
- [۲] اسدی، محسن؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ پناه علی، امیر؛ حبیب اله زاده، حسین، (۱۳۹۰)، اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش فرسودگی شغلی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۶ (۲۲)، ۶۹-۷۸.
- [۳] امینی، الهام، (۱۳۹۲)، بررسی اثربخشی آموزش خوددلگرم سازی به مادران بر کاهش تنیدگی والدینی در مادران دارای فرزندان با اختلال‌های رفتاری. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۴] اندامی خشک، علیرضا، (۱۳۹۲)، نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل‌پریشانی بارزایت از زندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۵] اندامی خشک، علیرضا، گلزاری، محمود. اسماعیلی نسب، مریم، (۱۳۹۲)، نقش راهبردهای نه‌گانه‌ی تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی تاب‌آوری. مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی. تهران. دوره ی هفتم، شماره ی ۲۷، بهار ۹۲. صص، ۵۷-۶۷.
- [۶] پورجعفر، مهرزاد. حاجی زاده، نسرين، (۱۳۹۴)، کارکردن در شرایط اقماری، (مشکلات و راه حل‌ها). تهران. شرکت نفت فلات قاره ایران.
- [۷] جعفری شیرازی، فائزه، (۱۳۹۱)، بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بالابردن ودکارآمدی زنان سرپرست خانوار شهردار شهر تهران در سال ۸۹-۹۰ پژوهش نامه زنان، پژوهشگاه علوم انسان و مطالعات فرهنگی، سال سوم، شماره دو، صص ۴۷-۷۰.
- [۸] حسینیان، سیمین؛ پردلان، نوشین؛ حیدری، حمید؛ سمانه، سلیمی، (۱۳۹۳)، تحلیل ساختاری فرسودگی شغلی پرستاران با مولفه‌های مبتنی بر پذیرش، تعهد و تنظیم هیجانی. مجله علوم پزشکی مازندران. دوره ۲۴، شماره ۱۱۳، صص ۳۷-۴۷.
- [۹] حسنی، جعفر؛ آزاد فلاح، پروین؛ رسول زاده طباطبایی، سیدکاظم و عشایری، حسن، (۱۳۸۹)، بررسی راهبردهای شناختی هیجان بر اساس ابعاد روان‌نژندگرایی و برون‌گرایی. مجله تازه‌های علوم شناختی، سال دهم، شماره ۳، ۳۴-۴۴.
- [۱۰] حسنی، جعفر؛ شیخان، ریحانه؛ آریاناکیا، المیرا و محمود زاده، اکرم، (۱۳۹۲)، اضطراب اجتماعی نوجوانان: نقش سبک‌های دلبستگی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان. مجله روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسان ایرانی)، سال نهم، شماره ۳۶، ۳۶۳-۳۷۵.
- [۱۱] رحیمیان بوگر، اسحاق و اصغر نژاد فرید، علی اصغر، (۱۳۸۷)، رابطه سرسختی روانشناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در وانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال ۱۴، شماره ۱. ۶۲-۷۰.
- [۱۲] زارع، حسین. مه‌ما نوازان، اشرف، (۱۳۹۴)، تاثیر آموزش دلگرم سازی بر ارتقاء خودکارآمدی عمومی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار. مجله مطالعات زن و خانواده. تهران. دوره ۳، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳، صص. ۵۷-۳۷.
- [۱۳] علیزاده، حمید و فتحی، راضی، (۱۳۹۲)، بررسی اثربخشی روش آموزش دلگرم سازی شوانکر بر سلامت روانی و رضایت زناشویی دالدین دارای کودک عقب مانده ذهنی خفیف. فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۷ (۱۹)، ۱۶۶-۱۴۴.
- [۱۴] علیزاده، حمید، نصیری فرد، نفیسه، کرم، ابوالفضل، (۱۳۹۳)، تاثیر آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلر بر روی خودکارآمدی، عزت نفس دختران نوجوان مجله مطالعات اجتماعی - روان شناختی زنان، سال ۱۳۸۹، دوره هشتم، شماره ۴، پیاپی (۲۶)، صص ۱۴۳ - ۱۶۸.
- [۱۵] علیزاده، عزیزه. کاظمی گلوگاهی، محمدحسن. جمالی، زهرا. براتی، محمد. عزیزی، مریم، (۱۳۹۴)، نقش تنظیم هیجانی و معنویت روی استرس شغلی پرستاران نظامی شاغل در بیمارستانهای نیروهای مسلح در تهران. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم. شماره بیست و پنج بهار ۹۳، صص ۱۷-۲۵.

مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری، خوددلگرم سازی و تنظیم هیجانی بر بهبود میزان فرسودگی شغلی پرستاران  
و پرسنل مامایی بیمارستان مهر برازجان

- [۱۶] عیسی زاده. آمنه، (۱۳۹۵)، نقش پیش بینی کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رضایت زناشویی و فرسودگی شغلی پرستاران زن. مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران). دوره ۲۹، شماره ۱۰۲، آبان ماه ۹۵، صص ۳۱-۲۲.
- [۱۷] کاپلان، ه و سادوک، ب، (۲۰۰۴)، خلاصه روان پزشکی، علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی. ترجمه نصرت الله پورافکاری (۱۳۸۷). تهران: شهر آب.
- [۱۸] کارلسون، جان، و دینک مایر، دان، (۱۹۸۴)، برای زن و شوهرها وقت زندگی بهتر رسیده. (ترجمه مهرداد فیروزبخت، ۱۳۹۱). تهران: نشر دانژه.
- [۱۹] کلی، متیو، (۲۰۰۵)، هفت پله صمیمیت: هنر دوست داشتن. لذت دوست داشته شدن. (ترجمه نازنین ابراهیمی، ۱۳۸۸). تهران: نشر نسل نو اندیش.
- [۲۰] ماستن، هنری پاول و همکاران، (۱۹۹۴)، رشد و شخصیت کودک. چاپ هفدهم، ترجمه مهشید یاسایی (۱۳۸۰). تهران: ماد.
- [۲۱] ماسن، پاول هنری، کیگان، جروم، هوستون، آلتا کارول، کانجر، جان جین. وی، (۱۹۹۵)، رشد و شخصیت کودک. ترجمه‌ی مهشید یاسایی (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.
- [۲۲] مک لم، گایل، (۲۰۰۷)، تنظیم هیجان کودکان. ترجمه احمدرضا کیانی و فاطمه بهرامی (۱۳۹۰). تهران: کتاب ارجمند.
- [۲۳] مهرآبادی، الهه، (۱۳۸۵)، «بررسی اثربخشی خانواده درمانی استراتژیک و رضایت زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره کننده بهزیستی شهرستان زرنديه». پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۲۴] هاشمی، مهدیه، (۱۳۸۵)، اثربخشی آموزش همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه با رویکرد آدلر بر افزایش رضایت زناشویی آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۲۵] ینک مایر، دان؛ مک کی، گری، (۱۹۸۳)، پدر، مادر، نوجوان. آموزش قدم به قدم تربیت مؤثرنوجوا نها. ترجمه مهدی قراچه داغی، (۱۳۸۴)، تهران: انتشارات پیک بهار.
- [26] Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S, (2015), Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of reseach. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(2):649-61.
- [27] Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S, (2010), Emotion regulation strategies across psycho pathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- [28] Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S, (2010), Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983
- [29] Alessandri, G. Eisenberg, N. Vecchione, M. Vittorio Caprara, G. Milioni, M,(2016), Ego-resiliency development from late adolescence to emerging adulthood: A ten-year longitudinal study. *Journal of Adolescence* 50 (2016) 91-102. among female students at University of Isfahan. 2011; 6(1): 21-38 (Persian).
- [30] Amstadter, A, (2008), Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 22, 222-277.
- [31] *and Neighbourhood influence to the physical activity of emergingadults.* submitted in parital fulfillment of the requirements of the Bachelor of Arts Degree[psychology specialisation] at DBS School ofArts .Dublin.
- [32] Arabaci, B, (2010), The effects of depersonalization and organizational cynicism levels on the job satisfaction of educational inspectors. *African Journal of Business Management*, 13, 2802-2811.
- [33] Block,J. &Block, J.H,(2006), Venturing a 30-year longitudinal study.*Journal of American Psychologist.*61(4).315-327.
- [34] Burić, I. Sorić, I. Penezić, Z,(2016),Emotion regulation in academic domain: Development and validation of the academic emotion regulation questionnaire (AERQ). *Personality and Individual Differences* 96 (2016) 138–147.
- [35] Campos, J.J., FranKel, C.B., & Camras, L, (2004), Onthe nature of emotion regulation.*Child Development*, 75(2)377-394.Care People.73.

- [36] Carlson, J.M., Dikecligil, G.N., Greenberg, T., & Mujica-Parodi, L.R, (2012), Trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. *Journal of Research in Personality* 46,609–613.,
- [37] Carns, M. R & Carns, W, (1998), "A Review of the Profession Literature Concerning the Consistency of the Definition and Application of Adlerian Encouragement," *The Journal of Individual Psychology*, 54, 72-89.
- [38] Cheston, s, (2000), Spirituality of Encouragement. *The Journal of Individual Psychology*, 56(3), 7819-78713.
- [39] children .*The Journal of individual psychology*.55930; 355-364.
- [40] Cicchetti, D,Y Curis, W.J, (2007), Special issue: a multilevel approach to resilience development and psychopathology, 19(3) 98-107.
- [41] Cole, P.M., Martin, S., E., & Dennis,T.A, (2004), Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research *Child Development*, 75(2), 317-333.
- [42] communicated Encouragement on student performance [Brochure].
- [43] competence in children:*Journal of Child Development* ,55,97-111.
- [44] Conner,K.M., Davidson,J.R.T, (2003), Development of a new resilience scale: the conner-davidson resilience scale (CDRISC). *Deperssion and anxiety*, 18, 76-82.
- [45] conservative Christian clients. *The Journal of individual psychology*.
- [46] conservative Christian clients. *The Journal of individual psychology*.
- [47] Dagley, J, C, Campbell, L, F, Kulic, K, R & Dagley, P, L, (1999), Identification
- [48] Danhof–Pont , M. B., Van Veen, T., & Zitman, F. G, (2011), Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70 (6), 505-524.
- [49] Deker, M.L., Tark, C.L, Hess, B., & Murray, C.E, (2008), Emotion regulation among individuals classified with and without generalized. *Anxiety Disorders*, 22, 458-494.
- [50] Grunert, Susan, (2008), The relationship between adult attachment and resilience factor of hope and positive affect. Unpublished. Doctoral dissertation, teacher college in school of psychology. Copella University.
- [51] Halbesleben. JR., Buckley. MR., (2004), Burnout in organizational life. *Journal of management*. 2004; 30(6):859-79.
- [52] Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J, (2001), Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356.
- [53] Hannesdottir, D., & Ollendick, T.h, (2007), The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorder .*Clinchild fam Psychology Review*, 10, 275-293.
- [54] Hayes, C. T., & Weathington, B. L, (2007), Optimism, Stress, Life Satisfaction, and Job Burnout in Restaurant Managers. *The Journal of Psychology*, 141(6), 565-579.
- [55] Jablkowska, K., & Borkowska, A, (2011), Evaluation of the intensity of stress at work and burnout syndrome in the managers. *Med Pr*, 6(6), 439-44.
- [56] Jackson, P, (1999), Gender differences in impact and cognitions among clinicians providing therapy. Unpublished master's thesis, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba Canada.
- [57] Jermann, F., Van-Der-Linden, M., d'Acromont, M., & Zermatten, A, (2006), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *Journal of Psychology*, 22(2), 126-131.
- [58] Kanz, J, E, (2001), The applicability of individual psychology for work with.
- [59] Kaplan ,H.B,(2006), understanding the concept of resilience. Ins, coldstein., &R,B. brooks(eds). *Handbook of resilience in children*( pp.39-47) springer science business media.

- [60] Karaimak, O, (2010), Establishing the psychometric qualities of the conner Davidson resilience scale (CD. RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a traumasar vivor sample.
- [61] Koole, S. L, (2009), The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23, 4-41.
- [62] Kumper, K.t, (1999), Factor and procese contributing to resilience the resilience frame work Johnson (eds).
- [63] Liu, Y, (2006), The antecedent and consequences of emotion regulation at work. A Dissertation Submitted to the Department of Management in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy.
- [64] longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw Hill.
- [65] LoBiondo-Wood G, Haber J, (2014), *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*: Elsevier Health Sciences.
- [66] Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B, (2000), The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- [67] Marc, B.Raquel, P.Kaja, M. Justyna, N, (2010), EMOTION-REGULATION ABILITY, BURNOUT, AND JOB SATISFACTION AMONG BRITISH SECONDARY-SCHOOL TEACHERS. *Psychology in the Schools*, Vol. 47(4).
- [68] Martin, R.C., & Dahlen, E.R, (2005), Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*. 39, 1249-1260 .
- [69] Maslach, C, (1982), The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
- [70] Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M, (1996), *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto Calif. Consulting Psychologists Press.
- [71] Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P, (2001), Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- [72] Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P, (2001), Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- [73] Maslach, C., & Jackson, S.E, (1986), The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- [74] Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P, (2001), Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- [75] Masten, A. S, (2007), Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development. *Annals of theNew York Academy of Sciences*, 1021, 310-319.
- [76] Masten, A. S., Wright, M, (1990), resilience over the lifespan : developmental perspectives on resistance, recovery in: reich J, W, Zautra, A,J, & Hall, J,S. *Handbook lf a dultresilience*. The guild ford press, new York.
- [77] Mc allister, M., Mc kinnon, J, (2009), the importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse education today* 29, 371-379.
- [78] Mc Allister ,Mck Innon, J,(2009) , the importance of teaching and learning resilience in the health disciplines; A critical review of the literature. *Nurses*
- [79] McCabe, A Michael, (2013), *Relationship of self-efficacy, Encouragement*,
- [80] Mccabe, M. P, (2013), Body image and strategies to lose weight and increase muscle among boys and girls. *Health Psychology*, 22(1), 39-46.

- [81] McCarthy , C. J. Lambert , R. G. , & Moller , N. P. ( 2006 ), Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and college students' stress outcomes *International Journal of Stress Management* , 13 , 1 –22.
- [82] Smith, R. (1986), Toward a cognitive-affective model of athletic burnout. *Journal of Sport Psychology*, 8, 36-50.
- [83] Talbot, L. A. (2000), Burnout and humor usage among community college nursing faculty members. *Community College Journal of Research & Practice*. 2000;24(5):359-73.
- [84] Tedshi ,R.G.& Kilmer. R.P,(2005), ASSESSUBG strebghths, resilience. and growth to guide clinical in treventions. *Professionsl psychology: research and practice* , 36, 230-237.
- [85] Thompson, R. A. (1994), Emotional regulation: A theme in search for definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- [86] Timothy, S. Nelligana , J. Roberts, J. Boland, R, J, (2017), Effect of call organization on burnout and quality of life in psychiatry residents. *Asian Journal of Psychiatry* 25; 27–30.
- [87] Troy, A.S. (2012), Cognitive reappraisal ability as aprotective factor: Resilience to stress across time and context .Doctoral of philosophy .Denver University.
- [88] Troy, A.S., & Mauss, I.B. (2011), Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. In S.M, Southwick, & B.T, Litz, & D, Charney, & M.J, Friedman. (Eds.), *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan* ((pp. 30-44). London: Cambridge University Press.
- [89] Waller ,M,A, (2001), Resilience in ecosystemic context : evolution of the child. *American journal of the psychiatry*. 71, 290-297.acting "As If" technique. *The Journal of individual psychology*. 64(1): 113-118. 1053.
- [90] Wattes, R. E. & Garza, Y. (2008), using children's Drawings to facilitate the
- [91] Werner, E. E. & Smith, R.S. (1992), *Vulnerable but invincible: A*
- [92] Yang, J., Milliren, A., & Blagen, M. (2010), *The psychology of courage: An Adlerian handbook for healthy social living*: Taylor & Francis.
- [93] Zautra, A.J., Hall, J.S., & Murray, K.E. (2010), Resilience: A new definition of health for people and communities. In: Reich, J.W., Zautra. A.J., & Hall, J.S. *Hnadbook of adult resilience*. The Guilford Press, New York, London.
- [94] Zlomke, K.R., & Hahn,K.S,(2010), Cognitive emotion regulation strategies:Gender differences and associatios to worry .*Personaity and Individual Differences*, 48, 408-413.