

The Efficacy of Emotion Regulation Therapy on Aggression Reduction, Job Stress and General Health in Nurses

Simin Farhangian¹, Zeinab Mihandoost^{2*}, Vahid Ahmadi³

1- PhD student in General Psychology, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad university, Ilam, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad university, Ilam, Iran
(Corresponding author)

Email: mihandost@ilam-iau.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad university, Ilam, Iran.

Abstract

Introduction: The study of mental health status and level of emotions in nurses has always been of great importance and this issue has been studied in various studies. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotion regulation therapy on reducing aggression, job stress and general health in nurses of Imam Khomeini Hospital in Songor.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental. The study sample consisted of 30 nurses working in Imam Khomeini Hospital in Sanghar in the first half of 1399 who were randomly selected and randomly divided into two groups of 15 people. The first group underwent a course of emotion-regulated therapy in twelve one-hour sessions, and the second group or the control group received no treatment. Bass and Perry Aggression Questionnaire, Nursing Job Stress Questionnaire and Goldberg General Health Questionnaire were used to collect data. Data were analyzed using SPSS software version 24.

Results: The results showed that the effectiveness of therapy based on emotion regulation at the level of $\alpha < 0.01$ for the variables of aggression ($F = 39.40$), job stress ($F = 29.87$) and general health ($F = 20.94$), respectively. It is meaningful.

Conclusions: Considering the results obtained on the effectiveness of emotion regulation therapy on changing the level of aggression, job stress and general health in nurses, nurses' mental health officials should pay more attention to this issue and provide services that promote Provides excitement in nurses, can have a positive and optimal effect on mental health, stress and aggression of nurses.

Keywords: Emotion Regulation Therapy, Aggression, Job Stress, General Health, Nurse.

اثر بخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پر خاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی در

پرستاران

سیمین فرهنگیان^۱، زینب میهن دوست^{۲*}، وحید احمدی^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران (نویسنده مسئول).

ایمیل: mihandost@ilam-iau.ac.ir

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

چکیده

مقدمه: بررسی وضعیت سلامت روان و سطح هیجانات در پرستاران همواره دارای اهمیت فراوان بوده است و در مطالعات مختلف نیز این موضوع مورد بررسی قرار گرفته است. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پر خاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی در پرستاران بیمارستان امام خمینی (ره) شهر ستان سنقر بود.

روش کار: روش مطالعه حاضر نیمه آزمایشی بود. نمونه مورد مطالعه ۳۰ پرستار شاغل در بیمارستان امام خمینی (ره) سنقر در نیمه اول سال ۱۳۹۹ بودند که به شیوه غیر احتمالی داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. گروه اول یک دوره درمان مبتنی بر تنظیم هیجان را در دوازده جلسه یک ساعتی طی کردند و گروه دوم یا گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. برای گرد آوری داده ها از پرسشنامه پر خاشگری باس و پری، پرسشنامه استرس شغلی پرستاری و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که اثر بخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در سطح $\alpha > 0.01$ به ترتیب برای متغیرهای پر خاشگری ($F=39/40$)، استرس شغلی ($F=29/87$) و سلامت عمومی ($F=20/94$) معنی دار است.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده مبنی بر اثر بخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر تغییر سطح پر خاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی در پرستاران، باید مسئولین حوزه سلامت روان پرستاران به این موضوع توجه بیشتری نشان داده و با ارائه خدماتی که زمینه ارتقای هیجان در پرستاران را فراهم می کند، بتوانند بر سلامت روان، استرس و پر خاشگری پرستاران تأثیری مثبت و بهینه داشته باشند.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، پر خاشگری، استرس شغلی، سلامت عمومی، پرستار.

مقدمه

انسان ها را بر دوش می کشند و با بیماران و بیماری آنها روبرو هستند. از این رو پیوسته فشار روانی شدیدی را تجربه کرده و با توجه به ماهیت مهم، حساس و پر استرس نقش خود، در معرض بروز رفتارهای پر خاشگرانه قرار دارند (۳). همچنین حجم کار، تعارض های نقش و تجربه پر خاشگری از دیگر عوامل فشارزای این شغل هستند (۴). پرستاران در مقایسه با سایر کارکنان مراقبت بهداشتی، استرس شغلی بیشتری را تجربه می کنند (۵). میزان بالای استرس در این شغل بر سلامت جسمی و روانی پرستاران اثر می گذارد.

پرستاران یکی از بزرگترین گروه های ارائه دهنده خدمات سلامت محسوب می شوند که بیشترین تعامل را با بیماران داشته و وضعیت روحی روانی آنان تأثیر قابل توجهی بر بیماران به جا می گذارد (۱). حجم کاری زیاد پرستاران احتمال بروز اضطراب، افسردگی و نیز استرس شغلی را در بین آن ها افزایش داده و سلامت آنها را تهدید می کند (۲). پرستاران از جمله افرادی هستند که ارتباط تنگاتنگ و نزدیکی با سایر مردم دارند، مسئولیت زندگی و سلامت

سیمین فرهنگیان و همکاران

و در به راه اندازی و حفظ رفتار انبساطی و کاهش استرس و تجربه هیجان های منفی و رفتار ناسازگارانه حائز اهمیت است. تنظیم هیجان عبارت است از تمام تمام فرآیندهای درونی و بیرونی که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجان هستند. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی، راهبردهای سازگارانه (ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و دیدگاه گیری و راهبردهای ناسازگارانه (ملامت خود، ملامت دیگران، پذیرش، فاجعه سازی و نشخوارگری) تقسیم بندی می شود. تنظیم نبودن هیجان، کارکرد موثر شناخت را مختل می کند و این اختلال در شناخت مجدداً آشفتگی هیجانی را شدیدتر می کند. ناتوانی در کنترل هیجانات منفی ناشی از افکار و باورهای منفی درباره نگرانی و استفاده از شیوه هایی ناکارآمد مقابله ای است (۱۳). در واقع تنظیم هیجان به فرایندهایی که از طریق آن ها افراد هیجانانشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هوشیارانه و ناهوشیارانه تعدیل می کنند در نظر گرفته می شود. به عبارت دیگر تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تاثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان تغییر طول دوره یا شدت فرآیندهای رفتاری و تجربی و یا جسمانی هیجان ها است و به طور خودکار یا کنترل شده، هوشیار یا ناهوشیار و از طریق بکارگیری راهبردهای تنظیم هیجان انجام می گیرد (۱۴). به طور کلی معمولاً از شش روش تنظیم هیجان بحث می شود: پذیرش، اجتناب، حل مساله، ارزیابی، نشخوار فکر (اشتغال فکر) و سرکوب. منظور از پذیرش که اغلب شکلی از ذهن آگاهی در نظر گرفته می شود آگاهی بر هر یک از افکار به صورت ساده، بدون جزئیات و بدون قضاوت است. در این روش افکار، احساسات و حس ها همانگونه که هستند پذیرفته می شوند. اجتناب به اجتناب فعالانه و آگاهانه از موقعیت ها و تجارب اشاره دارد. حل مساله شامل کوشش آگاهانه برای تغییر یک موقعیت تنش زا یا جلوگیری از پیامدهای آن است. ارزیابی مجدد، ایجاد تفسیرهای مثبت یا خنثی برای کاهش تنش منفی در موقعیت های تنش زاست. نشخوار فکر (اشتغال فکر) تمرکز بر افکار، هیجانات و تجارب و همچنین علت ها و پیامد آن ها است. سرکوب

این استرس در نتیجه ترکیب عوامل شخصی و عوامل مربوط به محیط کار ایجاد می شود (۶). توجه به سلامت پرستاران در تمامی ابعاد آن می تواند یکی از راه های ارتقا کیفیت مراقبت و درمان باشد (۷). طبق گزارش های سازمان نظام پرستاری، ۷۵ درصد پرستاران دچار درجاتی از افسردگی و بیماری های جسمی و روانی هستند. کمتر می توان پرستاری را یافت که پس از ۱۲ سال کار دچار ناراحتی های فیزیولوژیکی، بیماری های عفونی یا ناراحتی های روحی نشده باشد چرا که در طول دوره کاری، وظایفی را تقبل کرده اند که در حوزه وظایف آن ها نبوده است (۸). طبق تعاریف، پرخاشگری، رفتار فیزیکی یا کلامی آشکاری است که هدف آن صدمه به شخص، شی و یا سیستم می باشد که باعث اجتناب و یا مقابله به مثل آن ها شده و زمانی رخ می دهد که تعادل بین تکانه و کنترل درونی بر هم بخورد (۹). استرس شغلی پاسخ های جسمانی و هیجانی زبان آور افراد است که در شرایط یا مواقعی که نیازهای شغلی، توانایی ها و منابع با نیازهای کارکنان تطابق نداشته باشد روی می دهد (۱۰). سازمان بهداشت جهانی سلامتی را سلامتی کامل بدنی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف می کند. همچنین سلامت عمومی را معادل کلیه روش ها یا تدابیری می داند که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری روانی به کار می رود (۱۱). گارتنر، نیون هیسن، وان اسلوتر در مطالعه خود نشان دادند که اختلالات روانی در پرستاران با آسیب های جدی در عملکرد شغلی همراه است که این آسیب ها شامل وظایف مربوطه، جنبه های بین فردی و فرافردی است (۱۲). حتی زمانی که اختلالاتی مثل پرخاشگری و مشکلات سلامت روانی شناسایی می شود، این افراد برنامه مداخله ای لازم را دریافت نمی کنند. مطالعات نشان داد که جای آموزش و مشاوره در زمینه افزایش سطح سازگاری، قدرت مقابله، افزایش اعتماد به نفس و بهبود حمایت خانواده، همکاران و مدیریت وجود دارد (۷).

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان فرآیندی است که منجر به تغییر در نوع شدت، مدت و یا بیان احساسات می شود که باعث پرورش سطح بهینه ای از تعامل با محیط شده

شامل کوشش برای کاهش یا جلوگیری از ابراز هیجان یا تجربه ذهنی هیجان است (۱۵). Szasz و همکاران که اثرات راهبردهای تنظیم هیجان مختلف بر تجربه و ابراز خشم را در دانشجویان کارشناسی مورد بررسی قرار داده بودند نشان دادند که اثربخشی تکنیک های ارزیابی مجدد در تعدیل تجربه و ابراز خشم نسبت به تکنیک های پذیرش و سرکوب بیشتر است (۱۶). از آنجا که بسیاری از مشکلات موجود در بیمارستان ها غیر قابل اجتناب است و هر پرستار خواه ناخواه با این استرس ها روبرو خواهد شد، راهکار مناسب این است که بتوان توان و نیروی جسم و ذهن پرستاران را افزایش داد تا آن ها بتوانند در هر شرایطی تعادل خود را حفظ کرده و بهترین تصمیم را بگیرند. یکی از شیوه های مهم که سازمان می تواند از کارکنان خود حمایت کند، فراهم آوردن آموزش های لازم است. چنانچه آموزش ها جهت کارکنان ضرورت داشته باشد، تنها در دسترس بودن آموزش کافی نیست، بلکه فراهم آوردن تسهیلات و زمان مناسب بویژه ارائه آموزش روان شناختی در محیط کار بسیار مهم است. با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت بهداشت روانی در محیط کار هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی در پرستاران است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی بود که با بهره گیری از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه مطالعه حاضر را کلیه کادر پرستاری (اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و طرحی) شاغل در شیفت صبح و عصر و شب در کلیه بخش های بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان سنقر و کلیایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در نیمه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل می دادند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از پرستاران شاغل در این بیمارستان بودند که به روش غیر احتمالی داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر زیر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. حجم

نمونه با توجه به واریانس برگرفته از مطالعه اولیه روی ۱۴ مشارکت کننده با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۶ و سطح اطمینان ۸۰٪ برابر با ۳۰ نفر برآورد شد. گروه آزمایش و کنترل هیچگونه ارتباطی در طی فرآیند آزمایش و مداخله با هم نداشتند (پس از پایان مداخله بر روی گروه آزمایش به گروه کنترل نیز مداخله آموزشی توضیح داده شد و پژوهشگران از آنها خواستند که در صورت تمایل فرآیند مداخله روی آن ها نیز برای رعایت اصول اخلاقی اجرا شود که همه گروه کنترل این درخواست را پذیرفته و در آزمایش شرکت کردند). ملاک های ورود افراد به مطالعه شامل حداقل یک سال کار بالینی، مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر در رشته پرستاری، عدم مصرف داروهای مرتبط با اختلالات سایکوتیک در شش ماه گذشته، امضا نمودن فرم رضایت نامه آگاهانه کتبی و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات درمانی بود. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که محقق پس از انجام هماهنگی های لازم با معاونت آموزشی بیمارستان و ارائه توضیحات درباره پژوهش و نحوه اجرای آن، همکاری مسئولین مربوطه را جهت اجرای مطالعه جلب نمود. پس از انتخاب نمونه و جایگزینی آزمودنی ها در گروه های ۱۵ نفره آزمایش و کنترل و اخذ پیش آزمون با پرسشنامه های پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی از هر دو گروه، برای گروه آزمایشی، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان اجرا شد در حالی که برای آزمودنی های گروه کنترل مداخله ای ارائه نشد. پس از اتمام جلسات درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، مجدداً آزمودنی های هر دو گروه در یک جلسه توسط پرسشنامه های پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی ارزیابی شدند (مرحله پس آزمون). پس از خاتمه جلسات درمان، جهت رعایت موارد اخلاقی و حرفه ای در پژوهش، گارگاه یک روزه ای برای آزمودنی های گروه کنترل برگزار شد. شرح مختصری از جلسات درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در (جدول ۱) آمده است.

سیمین فرهنگیان و همکاران

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر تنظیم هیجان

جلسه	عنوان	شرح جلسه
جلسه اول	معرفی جلسات تنظیم هیجان	۱- معرفی و آشنایی با اعضا گروه ۲- بیان قواعد گروه و اهداف ۳- معرفی دوره و ضرورت تنظیم هیجان
جلسه دوم	۱- هیجان نرمال و هیجان مشکل آفرین ۲- خودآگاهی هیجانی	۱- آموزش و معرفی هیجان ۲- شناسایی و نامگذاری برجسته زنی به احساسات ۳- تمایز میان هیجانات مختلف ۴- شناسایی هیجان در حالات مختلف فیزیکی و روانشناختی ۵- عوامل موفقیت در تنظیم هیجان
جلسه سوم	هیجانات بیماری زا و ضرورت درمان	۱- پیامدهای شناختی واکنش هیجانی ۲- پیامدهای فیزیولوژیک واکنش های هیجانی ۳- پیامدهای رفتاری واکنش های هیجانی و رابطه این سه با هم
جلسه چهارم	علائم اختلال هیجانی و درمان مناسب و علل اختلال هیجانی ، خطاهای شناختی	۱- معرفی علائم جسمانی ، رفتاری و شناختی ۲- ژنتیک و محیط و تاثیر پذیری افراد از این دو
جلسه پنجم	شاخص های اختلال هیجانی	۱- معرفی دو خطای شناختی رایج ۲- معرفی هیجان و اجتناب به عنوان شاخص های اختلال هیجانی
جلسه ششم	داستان اختلال های هیجانی	۱- آگاهی از رابطه میان هیجان و رفتار، هیجان و فکر ۲- شناخت و بررسی افکار اتوماتیک
جلسه هفتم	تفسیرها	آگاهی از رابطه میان افکار اتوماتیک ، تفسیرها و رفتارها
جلسه هشتم	تغییر و اصلاح تفاسیر	انعطاف پذیری در تفسیر و در نظر گرفتن گستره ای از احتمالات
جلسه نهم	رفتارهای ناشی از هیجان	۱- آگاهی از پیامدهای اجتناب هیجانی ۲- آگاهی یافتن و کسب تجربه از هیجان یا سرکوب آن
جلسه دهم	۱- رویارویی از درون ۲- رویارویی با هیجان	۱- هیجان با تمرکز بر احساسات جسمی ۲- انجام مواجهه و توجه دقیق به تمام موانع یا رفتارهای اجتنابی ۳- تفسیر مجدد ۴- ارزیابی
جلسه یازدهم	فرض ها و اصول و باورهای هسته ای	۱- معرفی باورهای مربوط به طردشدگی ۲- معرفی باورهای مربوط به درماندگی ۳- شناسایی باورهای هسته ای
جلسه دوازدهم	تغییر باورهای هسته ای	شکستن باور هسته ای مشکل زا و جایگزینی باور جدید

و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران، متخصصان و روان شناسان در ایران است. ضریب آلفای کل نمرات پرسشنامه نیز ۰/۸۹ می باشد.

پرسشنامه استرس شغلی پرستاری دارای ۳۴ سوال بوده و توسط گری-تافت و اندرسون در سال ۱۹۸۱ طراحی شده و میزان استرس شغلی در پرستاران را مشخص می کند. این ابزار، بر اساس مقیاس لیکرت به صورت هرگز استرس زا نیست (۱ امتیاز) تا همیشه استرس زا است (۴ امتیاز) سنجیده شده است. مجموع امتیازات بین ۱۳۶ - ۳۴ است که نمرات کمتر یا مساوی ۶۸، استرس کم، نمرات ۱۰۳ - ۶۹ استرس متوسط و نمرات بیشتر یا مساوی ۱۰۴ استرس زیاد را نشان می دهد. این ابزار شامل ۳۴ عبارت است که از ۷ حیطه رنج و مرگ بیمار (۷ عبارت)، تعارض با پزشکان (۵ عبارت) عدم آمادگی کافی (۳ عبارت)، کمبود منابع حمایتی (۳ عبارت)، تعارض با دیگر پرستاران (۵ عبارت)، فشار کاری (۶ عبارت) و عدم اطمینان از درمان (۵ عبارت) تنظیم شده

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، پرسشنامه استرس شغلی پرستاری و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ بود. پرسشنامه پرخاشگری باس و پری ۲۹ سوالی که توسط ارنولد اچ باس و مارک پری در سال ۱۹۹۲ طراحی شده، میزان پرخاشگری فیزیکی، کلامی و خشم و خصومت را مشخص می کند. این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت به صورت کاملاً خلاف خصوصیات من است (۱ نمره) تا کاملاً گویای خصوصیات من است (۵ نمره) سنجیده شده است. مجموع امتیازات بین ۲۹ تا ۴۵ است که نمرات بالاتر نشانه پرخاشگری بیشتر است. در ایران سامانی (۱۳۸۶) با بررسی مقطعی بر روی ۴۹۲ نفر از دانشجویان ۱۸ تا ۲۲ ساله (۲۴۸ پسر و ۲۴۴ دختر) دانشگاه شیراز که به روش خوشه ای انتخاب شده بودند و به کمک پرسشنامه پرخاشگری باس و پری ارزیابی شدند، ضریب پایایی این پرسشنامه را به شیوه بازآزمایی برابر ۰/۷۸ بدست آورد. همچنین چنین همبستگی بالایی عوامل با نمره کل پرسشنامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر

است و روایی این پرسشنامه در مطالعه سلیمی و همکاران (۱۳۹۶) توسط ۱۰ نفر از استادان مورد تایید قرار گرفته است و برای پایایی نیز به روش الفای کرونباخ، ضریب الفای کرونباخ ۹۵ درصد گزارش شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ: اولین بار در سال ۱۹۷۲ بوسیله گلدبرگ منتشر شد و هدف آن تمایز قائل شدن بین افراد سالم و افراد بیمار است. این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال است و از ۴ خرده آزمون (علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی و علائم افسردگی) تشکیل می شود که هر کدام از خرده مقیاس ها ۷ سوال دارد. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیر مقیاس به دست می آید. پایین بودن نمره در این مقیاس نشانه سلامت و بالا بودن نمره نشانگر عدم سلامت است. نمرات ۱۴ تا ۲۱ در هر زیر مقیاس وخامت وضع آزمودنی را در آن عامل نشان می دهد. نمره کل ۲۳ و بالاتر نشانگر عدم سلامت عمومی و نمره پایین تر از ۲۳ بیانگر سلامت روانی می باشد. لازم به توضیح است که در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس چند متغیره صورت گرفت.

در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی رعایت گردید که از آن جمله آن ها می توان به توصیف اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد (۱۷). این مقاله برگرفته موضوع رساله دکترا در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام است که با کد ایران داک ۱۴۲۱۷۴۵۳ و شناسه اخلاق IR.MEDILAM.REC.1399.204 مصوب گردیده است.

یافته ها

در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، هشت نفر از پرستاران را مرد (۵۳٪) و هفت نفر از آنها را زنان (۴۷٪) تشکیل دادند. در گروه کنترل، شش نفر را مردان (۴۰٪) و نه نفر را زنان (۶۰٪) تشکیل دادند. میانگین سابقه کاری مردان شرکت کننده، ۱۱/۶۱ سال و در زنان ۷/۸۵ سال بود. وضعیت تاهل پرستاران شرکت کننده در پژوهش نیز در (جدول ۲) نشان داده شده است.

جدول ۲. تعداد و درصد زنان و مردان شرکت کننده و وضعیت تاهل آنها در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و گروه کنترل

گروه	جنسیت (درصد)		تاهل (درصد)		مجموع (درصد)
	زن	مرد	متاهل	متاهل	
درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	۷ (۴۷٪)	۸ (۵۳٪)	۷ (۴۷٪)	۸ (۵۳٪)	۱۵
کنترل	۹ (۶۰٪)	۶ (۴۰٪)	۳ (۲۰٪)	۱۲ (۸۰٪)	۱۵
مجموع	۱۶ (۵۳٪)	۱۴ (۴۷٪)	۱۰ (۳۳٪)	۲۰ (۶۷٪)	۱۰۰٪

جهت بررسی این فرضیه که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری در پرستاران موثر است، با توجه به نوع فرضیه و شرایط آزمون از آزمون مانکووا

استفاده شد که پس از بررسی هر یک از پیش فرض های این آزمون مورد بررسی قرار گرفته است:

جدول ۳. آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کوواریانس در متغیر پرخاشگری

Box s M
۱۳/۴۸
F
df1
df2
Sig
۰/۳۳۹

در جدول فوق مشاهده می شود سطح معنی داری بیشتر از خطای ۰/۰۵ بدست آمده و با توجه آماره F می توان

گفت همگنی ماتریس کوواریانس برقرار است.

سیمین فرهنگیان و همکاران

جدول ۴. آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس ها در مولفه های پرخاشگری

Sig	df 2	df1	F	
۰/۷۷	۲۸	۱	۰/۰۸۲	فیزیکی
۰/۰۶	۲۸	۱	۳/۸۵	کلامی
۰/۳۹	۲۸	۱	۰/۷۴۵	خشم
۰/۸۵	۲۸	۱	۰/۰۳۶	خصومت

در (جدول ۴) مشاهده می شود سطح معنی داری در کلیه مولفه های پرخاشگری بیشتر از خطای ۰/۰۵ بدست آمده است. بنابراین می توان گفت همگنی واریانس ها برای اجرای آزمون کوواریانس چند متغیره برقرار است.

جدول ۵. آزمون کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی تاثیر درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر پرخاشگری

اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور ضریب اتا
گروه	۰/۸۸۲	۳۹/۴۰	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
لامبدای ویکز	۰/۱۱۸	۳۹/۴۰	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
اثر هاتلینگ	۷/۵۰	۳۹/۴۰	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
بزرگترین ریشه روی	۷/۵۰	۳۹/۴۰	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود هر یک از آزمون های اثر بیلابی، لامبدای ویکز، اثر هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی از نظر آماری معنی دار هستند چرا که سطح معنی داری در کلیه آزمون ها کمتر از خطای ۰/۰۵ بدست آمده است و این نشان می دهد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر پرخاشگری شرکت کنندگان تاثیر معنی داری داشته است، حال باید بدانیم درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در کدام مولفه ها تاثیرگذار بوده، لذا از آزمون بین گروهی مانکوا استفاده شده است.

جدول ۶. مقایسه بین گروهی متغیر پرخاشگری در پس آزمون گروه کنترل و گروه آزمایش (درمان مبتنی بر تنظیم هیجان)

منبع	متغیر وابسته	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معنی داری	مجذور ضریب
بین گروهی	فیزیکی	۱۷۸/۲۴	۱	۱۷۸/۲۴	۵۴/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳
	کلامی	۲۶۶/۰۹	۱	۲۶۶/۰۹	۶۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴
	خشم	۱۴۹/۳۶	۱	۱۴۹/۳۶	۴۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰
	خصومت	۳۵۲/۲	۱	۳۵۲/۲	۱۱۰/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲

جدول فوق نشان می دهد در کلیه مولفه های پرخاشگری بین گروه های درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود داشته است که این نشان می دهد درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر پرخاشگری موثر بوده است. جهت بررسی این فرضیه که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر استرس شغلی پرستاران موثر است، با توجه به نوع فرضیه و شرایط آزمون از آزمون کوواریانس استفاده شد که پس از بررسی هر یک از پیش فرض های این آزمون مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۷. آزمون لون جهت بررسی برابر بودن خطای واریانس ها در متغیر استرس شغلی

Sig	df2	df1	F
۰/۵۶۰	۲۸	۱	۱/۲۸

همانطور که مشاهده می شود در جدول فوق با توجه به اماره F و سطح معنی داری که بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمده است می توان گفت که شرط همگنی واریانس ها برای تست کوواریانس برقرار است.

جدول ۸. آزمون کوواریانس جهت تعیین تاثیر درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر استرس شغلی

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی داری	مجدور ضریب اتا
پیش آزمون استرس	۲۰۱/۰۰	۱	۲۰۱/۰۰	۲/۰۹	۰/۱۶۰	۰/۰۷۲
بین گروهی	۲۸۷۲/۷۱	۱	۲۸۷۲/۷۱	۲۹/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
خطا	۲۵۹۵/۹۳	۲۷	۹۶/۱۴			
مجموع	۳۴۲۵۷۲/۰۰	۳۰				

کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. جهت بررسی این فرضیه که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی پرستاران موثر است با توجه به نوع فرضیه و شرایط آزمون از آزمون مانکوا استفاده شد که پس از بررسی هر یک از پیش فرض های این آزمون مورد بررسی قرار گرفته است.

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود پس از حذف اثر پیش آزمون در بین گروه ها تفاوت معنی داری مشاهده می شود که نشان دهنده تاثیر درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر نمرات شرکت کنندگان در آزمون استرس می باشد و از طرفی چون سطح معنی داری در آزمون بین گروهی کمتر از ۰/۰۵ بدست آمده است می توان گفت بین نمرات استرس در درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و گروه

جدول ۹. آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کوواریانس در متغیر سلامت عمومی

Box s M	F	dF1	dF2	Sig
۱۵/۵۳				
	۱/۳۱			
		۱۰		
			۳/۷۴	
				۰/۲۱۸

می توان گفت همگنی ماتریس کوواریانس برقرار است.

در جدول فوق مشاهده می شود سطح معنی داری بیشتر از خطای ۰/۰۵ بدست آمده است و با توجه به آماره F

جدول ۱۰. آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس ها در مولفه های سلامت عمومی

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری	وضعیت جسمانی
۱/۱۳	۱	۲۸	۰/۳۹۶	وضعیت جسمانی
۰/۰۹۸	۱	۲۸	۰/۷۵۶	اضطراب
۳/۷۹	۱	۲۸	۰/۰۶۲	روابط اجتماعی
۰/۳۶۷	۱	۲۸	۰/۵۵۰	افسردگی

آمده است. بنابراین می توان گفت همگنی واریانس ها برای اجرای آزمون کوواریانس چند متغیره برقرار است.

در جدول فوق مشاهده می شود سطح معنی داری در کلیه مولفه های سلامت عمومی بیشتر از خطای ۰/۰۵ بدست

جدول ۱۱. آزمون کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی تاثیر درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی

اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجدور ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۸۰۰	۲۰/۹۴۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰
لامبدای ویکز	۰/۲۰۰	۲۰/۹۴۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰
اثر هاتلینگ	۳/۹۹	۲۰/۹۴۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰
بزرگترین ریشه روی	۳/۹۹	۲۰/۹۴۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰

گروه

سیمین فرهنگیان و همکاران

۰/۰۵ بدست آمده است و این نشان می دهد که هر دو درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی شرکت کنندگان تاثیر معنی داری داشته است.

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود هر یک از ازمون های اثر پیلاپی، لامبدای ویکز، اثر هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی از نظر اماری معنی دار هستند چرا که سطح معنی داری در کلیه ازمون ها کمتر از خطای

جدول ۱۲. مقایسه بین گروهی متغیر سلامت عمومی در پس آزمون گروه کنترل و گروه آزمایش (درمان مبتنی بر تنظیم هیجان)

منبع	متغیر وابسته	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معنی داری	مجموع ضریب اتا
	وضعیت جسمانی	۲۱۱/۴۶	۱	۲۱۱/۴۶	۱۸/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹
بین گروهی	اضطراب	۲۰۵/۶۰	۱	۲۰۵/۶۰	۴۶/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
	روابط اجتماعی	۲۷۶/۰۹	۱	۲۷۶/۰۹	۴۸/۱۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶۷
	افسردگی	۴۲۱/۱۱	۱	۴۲۱/۱۱	۳۵/۷۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸

تنظیم هیجانی به افرادی که از لحاظ هیجانی آسیب پذیرتر هستند، اجازه می دهد که در زمان حال (زمان و مکان کنونی) باشند و در نتیجه به جای آن که واکنشی بیش از حد و اضطرابی به موقعیت نشان دهند، درک عینی تری از میزان تهدید بدست آورند. بنابراین توجه عمده درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر هیجانات مثبت و منفی و تقویت آن ها است. در تبیینی دیگر می توان چنین مطرح کرد که افزایش تجربه های هیجانی مثبت باعث مواجهه موثر با موقعیت های استرس زا می شود. راهبردهای تنظیم هیجان با پریشانی روان شناختی مرتبط بوده و سازگاری بعدی فرد را پیش بینی می کند و تمرکز بر مهارت های تنظیم هیجان می تواند در پیش بینی و درمان مشکلات روانی، موثر باشد. ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان با بهزیستی و سلامت روانی بالا مرتبط است (۲۰).

یافته های این تحقیق می تواند راه گشایی در جهت برنامه ریزی برای برطرف نمودن مشکلات روانشناختی در جامعه پرستاران و ارتقا سلامت روانی آن ها باشد. از آنجا که مشکلات محیط کار پرستاران باعث کاهش کیفیت مراقبت های پرستاری، افزایش هزینه های درمانی کارکنان و افزایش غیبت از کار می شود و با عنایت به اینکه آموزش راهکارهای موثر روانشناختی، پرخاشگری و استرس محیط کار را کاهش می دهد و و سلامتی پرستاران را ارتقا می دهد، مدیران و مسئولان پرستاری می توانند نسبت به برگزاری دوره های آموزش درمان های روان شناسی در محیط های کاری اقدام نموده و از این طریق کیفیت مراقبت های درمانی و به دنبال آن افزایش رضایت مددجویان و بهبود کیفیت نظام سلامت را مشاهده گر خواهیم بود.

جدول فوق نشان می دهد در کلیه مولفه های سلامت عمومی بین گروه های درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود داشته است که این نشان می دهد درمان مبتنی بر تنظیم هیجان نیز بر سلامت عمومی پرستاران موثر بوده است. همانطور که مشاهده می شود در کلیه مولفه های پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی در بین گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و گروه کنترل بین گروه ها تفاوت معنی داری وجود داشته است، لذا با توجه به یافته های توصیفی می توان گفت درمان مبتنی بر تنظیم هیجان به طور کلی تاثیر معنی داری بر پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی پرستاران داشته است. با توجه به یافته های تحقیق، می توان گفت درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی پرستاران موثر است.

بحث

هدف از مطالعه حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی در پرستاران بود. با توجه به داده های مطالعه و تجزیه و تحلیل آن ها یافته های ارزشمندی بدست آمد. به طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجانات بر میزان پرخاشگری، سلامت روان استرس شغلی پرستاران تاثیر مثبت و معنی داری دارد. مطالعه ای که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته های مطالعه حاضر باشد، مشاهده نگردید. یافته های مطالعه حاضر با مطالعات (۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته ها می توان گفت که مهارت های

پرستاران را فراهم می کند، بتوانند بر سلامت روان، استرس و پرخاشگری پرستاران تأثیری مثبت و بهینه داشته باشند. از مهمترین کاربردهای این مطالعه برای پرستاران می توان به این نکته اشاره کرد که مسئولینی که در زمینه سلامت روان و ارتقای سطح کیفی ارائه خدمات پرستاران فعالیت دارند، باید تا جایی که امکان دارد روی هیجانات مثبت آن ها تاکید کرده و سعی کنند تا از طریق ارتقای سطح هیجانات مثبت در پرستاران به کاهش پرخاشگری و استرس شغلی آن ها کمک کرده و زمینه را برای افزایش مطلوب سلامت روان در آن ها را فراهم کنند. لذا به مطالعات آتی پیشنهاد می شود که با توجه به این موضوع که سطح استرس شغلی و پرخاشگری در پرستاران زن و مرد متفاوت است به بررسی نقش جنسیت به عنوان یک عامل تعدیل کننده بپردازند. این مطالعه نیز همانند همه مطالعات دیگر دارای محدودیت های بود. از محدودیت های این پژوهش، می توان گفت با توجه به اینکه این تحقیق فقط بر روی پرستاران انجام شده است در تعمیم پذیری نتایج بر روی سایر مشاغل، دارای محدودیت هایی است. در پژوهش حاضر جهت جمع آوری اطلاعات، از پرسشنامه استفاده شد و روش های دیگر مانند مصاحبه و مشاهده ممکن است نتایج متفاوتی را بدست دهد.

سیاسگزاری

بدینوسیله از مساعدت های تمامی عوامل به ویژه مسئولان دانشگاه و نیز پرستاران بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان سنقر تشکر و قدردانی می گردد. این مطالعه مستخرج از رساله دکتری تخصصی روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام با کد اخلاق IR.MEDILAM. REC.1399.204 مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایلام می باشد.

References

1. Kaur D , Sambasivan M , Kumar N . Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses : a dimension – level exploratory study among public hospital in Malaysia . Appl Nurs Res . 2015 Nov 30 ; 28 (4) : 293 – 8 .
2. Noben C, Smit F, Nieuwenhuijsen K , Ketelaar S, Gartner F, Boon B, Sluiter J, Evers S. Comparative cost – effectiveness of two

در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان با افزایش کنترل هیجانی در فرد سبب کاهش بروز پرخاشگری و مولفه های پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت می شود. این درمان به دنبال استفاده از راهکارهای سازگارانه ای است که فرد به هنگام تجربه هیجانی و پاسخ به حالات هیجانی از خود بروز می دهد. در مورد مکانیسم تأثیرگذاری تنظیم هیجان بر پرخاشگری می توان چنین مفهوم سازی کرد که توانایی تنظیم هیجانات به عنوان بخش جدایی ناپذیر رشد بهنجار می تواند تعامل بین فردی موثر، تصمیم گیری و رفتارهای سازگارانه را موجب شود. داشتن توانایی تنظیم هیجان ها، اثری قوی در توانایی خودتنظیمی افراد دارد. خودتنظیمی به همه فرایندهای روانی که افراد باید به منظور کارکرد انطباقی انجام دهند، اشاره دارد. بنابراین تنظیم هیجان از طریق افزایش خودتنظیمی بر کنترل خشم و پرخاشگری تأثیر می گذارد (۲۱). درمان مبتنی بر تنظیم هیجان با استفاده از راهکارهای سازگارانه تنظیم هیجان به نتایج مثبتی دست می یابد که باعث بهبود وضعیت جسمی و روان شناختی نظیر کاهش اضطراب و افسردگی شده اند و روابط اجتماعی را با سایر افراد در محیط کار بهبود می دهد و در کل وضعیت سلامت عمومی فرد را ارتقا می دهد.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجانات بر میزان پرخاشگری، سلامت روان استرس شغلی پرستاران تأثیر مثبت و معنی داری دارد. بنابراین و با توجه به نتایج بدست آمده مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر تغییر سطح پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی در پرستاران، باید مسئولین حوزه سلامت روان پرستاران به این موضوع توجه بیشتری نشان داده و با ارائه خدماتی که زمینه ارتقای هیجان در

- interventions to promote work functioning by targeting mental health complaints among nurses: pragmatic cluster randomized trial . Int J Nurs Stud . 2014 Oct 31; 51 (10) : 1321 – 31 .
3. Boustani pour L , Saberi H , Soheili A . Prediction of level of aggression and interpersonal problems in nurses based on their occupational stress . The J Urmia Nurs Midwifery Fac , Vol 2017 Sept 15(6) , 478 – 487 . [Persian].
 4. Lim ba J , msocsci F , Bogossian M, Ahern

- KM . Stress and coping in Australian nurses : a systematic review . *J Int Nurs Rev* 2010; 57 (1): 22 – 31.
5. Dagget T , Molla A , Belachew T . Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals , South West Ethiopia: a cross sectional study . *BMC nursing* . 2016 Jun 16; 15 (1): 39 -50.
 6. Alizadeh A , Kazemigalogahi M , Jamali Z , Barati M & Azizi M. The role of Emotional Regulation and spirituality on Occupational stress in Military Nurses . *J Nurse and Physician within war*. 2014, 2 (2): 17 -22. [Persian].
 7. Rafii F, Sajadi Hezaveh M, Seyed Fatemi N, Rezaei M . Concept analysis of social support of new graduate nurses in the workplace: a hybrid model . *Iran J Nurs* . 2014; 26 (86): 71 – 89.[Persian].
 8. Matourypour P , Ghaedi Heydari F, Bagheri I, Mmariar R . The effect of progressive muscle relaxation on the occupational stress of nurses in critical units . *Hakim Jorjani J* . 2012; (1) : 9 – 15 . [Pessian] .
 9. Sadock BJ , Sadock VA . Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences / clinical psychiatry. Lippincott Williams & wilkins; 2011.
 10. Hayes B, Douglas C, Bonner A. Work environment , job satisfaction , stress and burnout among haemodialysis nurses. *J Nurs Manag*. 2015; 23 (5): 588 – 598.
 11. Yazdi – Feyzabadi V , Seyfanddini R , Ghandi M, Mehrolhassani MH. The world Health organization's Definition of Health : A short Review of critiques and Necessity of A shifting Paradigm . *Iranian journal of Epidemiology* 2018; 13(5) 155 – 165 .[Persian].
 12. Gartner FR . Nieuwenhuijsen K, Van Dijk FJ , Sluiter JK. The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals : a system review . *Int J Nurse study* 2010, 47(8) 1047 – 61.
 13. Azimi M, Moradi A, Hasani J . Effectiveness of cognitive behavioral therapy (Face to face and Internet – based) on Emotional Regulation Strategies of individuals with comorbidity of insomnia and depression .*rph*. 2017; 11(1) : 49 – 61. [Persian].
 14. Borjali A , Aazami Y, Chopan H , Arab Quhistani D . Effectiveness of emotion regulation strategies for aggression control based on gross model in substance abusers . *J rehabilitation in nursing* . 2015 ; 2 (1) : 53 -65 . [Persian].
 15. Aldao A, Nolen – Hoeksema S, Schweizer S. Emotion – regulation strategies across psychopathology: A meta – analytic review . *Clinical Psychology Review (CPR)* 2010: 30 (2): 217 – 237.
 16. Szasz P L, Szentagotai A, Hofmann S G. The effect of emotion regulation strategies on anger . *Behaviour research and therapy (BRT)* . 2011 ; 49 (2) : 114 – 119.
 17. Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A , Chopan H . The effectiveness of teaching emotion regulation based on Gross model in reducing impulsivity in drug – dependent people . 2014; 8 (30) 141 – 127. [Persian].
 18. Klemanski HD , Curtiss J , MCLaughlin K A , Nolen – Hoeksema S . Emotion Regulation and the Transdiagnostic Role of Repetitive Negative Thinking in Adolescents with Social Anxiety and Depression. *Cognit Ther Res* . 2017; 41 (2) : 206 – 19 .
 19. Salehi A , Baghban I , Bahrami F , Ahmadi SA . The effect of emotion regulation training based on dialectical behavior therapy and gross process model on symptoms of emotional problems. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012; 14 (2): 49 -55 .
 20. Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M . The Efficacy of Emotion Regulation Training on Stress , Anxiety , Depression and Irritability of the student With Disruptive Mood Dysregulation Disorder . *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2018; 5 (6). 120-131.
 21. Alijanzadeh M, Makvand - Hosseini sh , Kianersi F . The effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on skills training) on aggression in adolescents . *Journal of clinical psychology (JCP)*. 2014 ; 6 (23) : 23 – 33. [Persian].