

## رابطه راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی با اضطراب مرگ در بین پرستاران شهر ارومیه

علی عیسی زادگان<sup>1\*</sup>، صفورا اشرفزاده<sup>2</sup>، مهران سلیمانی<sup>3</sup>

تاریخ دریافت 1393/02/18 تاریخ پذیرش 1393/04/25

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** اضطراب مرگ در بین پرستاران می تواند بر ارتباط و کیفیت مراقبت از بیماران در حال مرگ اثرگذار باشد و آن ها را تحت تأثیر قرار دهد. هدف از این مطالعه تعیین اضطراب مرگ در پرستاران بخش های مختلف (ویژه و عمومی) و رابطه آن با راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی آنان بود.

**مواد و روش کار:** این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. ۳۰۰ پرستار (۷۳ مرد و ۲۲۷ زن) بر اساس روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای از میان پرستاران شاغل در بیمارستان های شهر ارومیه انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان، آزمون تجدیدنظر شده جهت مندی زندگی و مقیاس اضطراب مرگ استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها نیز از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین زیر مؤلفه های راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی با اضطراب مرگ وجود دارد. از میان راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان فاجعه سازی، تمرکز مجدد مثبت، ملامت دیگران، نشخوار، تمرکز مجدد برنامه ریزی، پذیرش و خوش بینی بهترین پیش بینی کننده های اضطراب مرگ در پرستاران بودند. متغیرهای پژوهش ۴۱ درصد از واریانس اضطراب مرگ را تبیین نمودند.

**بحث و نتیجه گیری:** نتایج این پژوهش حاکی از آن است که راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی در پیش بینی اضطراب مرگ مهم هستند.

**کلیدواژه ها:** اضطراب مرگ، راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان، خوش بینی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره ششم، پی در پی 59، شهریور 1393، ص 476-467

آدرس مکاتبه: آذربایجان غربی، ارومیه، خیابان والفجر ۲، روبروی صداوسیما، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم تربیتی، تلفن: ۰۴۴۱-۳۳۶۲۰۰۸-۱۲

Email: ali\_issazadeg@yahoo.com

### مقدمه

مردن رخ می دهد، تعریف می شود (۲). مطالعات نشان داده اند که ۵۵/۷ درصد کارکنان بیمارستان اضطراب مرگ بالا را گزارش کرده اند (۳).

عوامل و ویژگی های متعددی در ارتباط با پدیده مرگ وجود دارند که می توانند زمینه ساز پذیرش یا برعکس سبب ایجاد اضطراب و انکار واقعیت مذکور شود. جهت مندی به زندگی (خوش بینی-بدبینی)<sup>۴</sup> از جمله ویژگی هایی است که باعث درک بهتر این پدیده می گردد. چراکه افراد خوش بین اغلب در مواجهه با یک رویداد یا مسئله به جای اینکه آن را انکار کنند از فرایند حل مسئله استفاده می کنند.

اضطراب واکنشی در برابر خطری نامعلوم، درونی و مبهم است. انواع خاصی از اضطراب بر اساس منشأ آن شناخته شده که یکی از آن ها اضطراب مرگ است. مرگ، واقعیتی است اجتناب ناپذیر و از آنجایی که هرگز تجربه نشده و هیچ کس آن را به وضوح لمس نکرده همه به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند. ولی هر کس بنابر عوامل معینی درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می کند (۱). اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ است که همراه با احساساتی همچون وحشت از مرگ یا دلهره به هنگام فکر کردن به فرآیند مردن یا چیزهایی که پس از

<sup>۱</sup> دانشیار روانشناسی، دانشگاه ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

<sup>۳</sup> استادیار روان شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

<sup>۴</sup> optimism/pessimism

تشخیص افسردگی و اضطراب نشان داده شد که هیجان‌پذیری منفی و راهبردهای نظم‌دهی هیجانی منفی، همچون سرکوبی و اجتناب عمده‌ترین پیش‌بین برای تشخیص اضطراب هستند (۱۵). گروه‌های خاصی در جامعه مثل پرستارانی که در بخش‌های ویژه، روانی، داخلی، جراحی و اورژانس فعالیت می‌کنند بیشتر با اضطراب مرگ در تماس هستند. مراقبت از بیماران در حال مرگ نگرانی عمده افرادی است که در سیستم مراقبت بهداشتی کار می‌کنند (۱۶). با توجه به تماس مداوم پرستاران با این بیماران آن‌ها نیز از این نوع نگرانی‌ها و اضطراب ناشی از آن مصون نیستند (۱۷). مرگ رخدادی مهم، متعدد و روزمره در حرفه پرستاری به‌ویژه بخصوص در پرستاری بخش‌های ویژه، پرستاری از سالمندان، ارائه مراقبت‌های پایان عمر می‌باشد (۱۸). نظر بر این است که زیاد در معرض مرگ قرار گرفتن مالیات عاطفی کارکنان پرستاری بوده و پرستاران از مکانیسم دفاعی کناره‌گیری برای عدم درگیری شخصی با این بیماران استفاده می‌کنند (۱۹). پرستارانی که از افراد نزدیک به مرگ مراقبت می‌کنند اضطراب مرگ بالایی داشته و این مسئله موجب می‌شود تا از صحبت کردن در مورد مرگ خودداری کنند (۲۰). پرستاران بخش مراقبت ویژه بیش از پرستاران سایر بخش‌ها در معرض استرس شغلی، مشاهده مرگ‌ومیر بیماران مواجه هستند. در مشاغلی که در آن‌ها ارتباط انسانی مطرح است تنیدگی بیشتری وجود دارد. از جمله عوامل تنش‌زا ارتباط با بیمار و همراهان وی، حجم کاری بالا، لزوم پاسخ سریع پرستار به موقعیت‌های فوری است (۲۱). اطلاعات موجود در مورد پدیده اضطراب مرگ در ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی به‌ویژه پرستاران به‌قدر کافی مورد مطالعه قرار نگرفته است با توجه به اینکه محققان بیشتر به پژوهش در حیطه ارتباط بین راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و اضطراب (و نه اضطراب مرگ) پرداخته‌اند و از آنجا که پرستاران به دلیل سروکار داشتن مستمر با سلامتی انسان‌ها از حساس‌ترین گروه‌های جامعه می‌باشد و نظر به اهمیت بهزیستی و سلامت روانی آن‌ها، این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان، خوش‌بینی با اضطراب مرگ در بین پرستاران شهر ارومیه صورت گرفت. با توجه به اینکه پژوهشی در خصوص رابطه بین راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و جهت‌مندی زندگی با اضطراب مرگ در میان پرستاران ارائه نشده است، ضروری به نظر می‌رسد که در این خصوص پژوهشی صورت گیرد. بنابراین در پژوهش حاضر هدف آن بود که همبستگی زیرمقیاس‌های راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان، خوش‌بینی با اضطراب مرگ بررسی شده و مشخص شود از بین راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و خوش‌بینی کدام‌یک قدرت پیش‌بینی بالایی را

همزمان با گسترش جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر در دهه اخیر خوش‌بینی به‌عنوان یک سازه روان‌شناختی در مقابله با شرایط، به‌طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است (۴). خوش‌بینی به مواردی اشاره دارد که در آن معمولاً پیامدهای مثبت مورد انتظارند و این پیامدها به عنوان عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شوند. خوش‌بینی و به‌طور کلی، باورهای مثبت، بر بیماری، پذیرش مرگ، سلامت روانی و جسمانی انسان تأثیر زیادی می‌گذارد (۵). نتایج پژوهشی حاکی از این است که خوش‌بینی به‌طور منفی با اضطراب مرگ مرتبط است درحالی‌که بدبینی رابطه مثبتی با اضطراب مرگ دارد (۶). در پژوهشی دیگر یافته‌ها نشان می‌دهد که رابطه منفی و معنی‌داری میان خوش‌بینی با تنهایی و اضطراب مرگ وجود دارد. به‌طوری‌که خوش‌بینی موجب کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ می‌شود (۷). طبق نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد افرادی که کمتر خوش‌بین هستند در موقعیت‌های تنش‌زا اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند؛ اما افرادی که از خوش‌بینی بیشتری برخوردار هستند با استفاده از تعدیل احساسات و به‌کارگیری فرایندهای شناختی به کاهش اضطراب در موقعیت‌های پرتنش می‌پردازند. نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که سبک خوش‌بینانه به‌طور معناداری در کارکرد روانی افراد تأثیر می‌گذارد. در کل افراد بدبین از افراد خوش‌بین سلامت روانی کمتری دارند (۸). در رابطه با تفاوت‌های جنسیتی نتایج نشان می‌دهد که دختران بیشتر از پسران خوش‌بین هستند (۹). البته تحقیق دیگری دال بر این است که بین سبک خوش‌بینانه / بدبینانه زنان و مردان تفاوتی وجود ندارد (۱۰).

یکی دیگر از مؤلفه‌های مرتبط با اضطراب مرگ، هیجان و راهبردهای نظم‌دهی آن است. نظم‌دهی شناختی هیجان<sup>۱</sup> به راهبردهایی اطلاق می‌شود که به‌منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۱). راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان کنش‌هایی هستند که نشان‌دهنده راه‌های کنار آمدن فرد با وضعیت تنش‌زا و اتفاقات ناگوار است (۱۲). در پژوهشی نشان داده‌شده است که افراد مضطرب در سازمان‌دهی تجارب هیجانی مشکل دارند و از مهارت‌های مثبت نظم‌دهی شناختی هیجان کمتر استفاده می‌کنند (۱۳). در بررسی ارتباط بین اضطراب مرگ و راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان در بین دانشجویان نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که مؤلفه‌های نظم‌دهی شناختی هیجان قادر به پیش‌بینی نمرات اضطراب مرگ می‌باشند (۱۴). در پژوهش دیگری در بررسی نقش هیجان‌پذیری منفی و تنظیم هیجان در

<sup>1</sup> emotion cognitive regulation

ضریب آلفای کرونباخ  $0/73$  را گزارش کرده‌اند (۲۳). در مطالعه‌ای دیگر حمیدی و همکاران در داخل پایایی مقیاس اضطراب مرگ را با استفاده از روش تصنیف  $0/73$  گزارش کرده‌اند (۲۴).

۲- مقیاس خوش‌بینی / بدبینی: شی بر<sup>۲</sup> و کارور<sup>۳</sup> برای ارزیابی خوش‌بینی سرشتی، آزمون جهت‌گیری زندگی (LOT)<sup>۴</sup> را تدوین کرده و بعدها آن را مورد تجدیدنظر قرار دادند (۲۵). آزمون جهت‌گیری زندگی شامل ۸ ماده بود که ۴ ماده آن بیانگر خلق خوش‌بینانه و ۴ ماده بیانگر خلق بدبینانه می‌باشد و پاسخ‌دهندگان در یک مقیاس چند درجه‌ای میزان موافقت یا عدم موافقت خود را با هر یک از جملات اعلام می‌کنند؛ و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه  $0/70$  گزارش شده است (۲۶). بابا پور ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون فوق را  $0/771$  گزارش کرده است (۲۷).

۳- راهبردهای تنظیم شناختی هیجان<sup>۵</sup> (GERQ): پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان یک پرسشنامه خودسنجی است که توسط گارنفسکی و همکاران (۲۸) طراحی شده است. نسخه اصلی این پرسشنامه شامل ۹ زیر مقیاس متفاوت است که عبارت‌اند از (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران) و دارای ۳۶ ماده است. در این پرسشنامه راهبردهای (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری) راهبردهای منفی تنظیم هیجان و راهبردهای (پذیرش، توجه مجدد بر برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه) راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع‌آوری می‌گردد. سازندگان این پرسشنامه پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت  $0/91$ ، راهبردهای منفی  $0/87$  و کل پرسشنامه  $0/93$  گزارش کرده‌اند. یوسفی (۸) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی آزمون را  $0/82$  گزارش کرده است. پیوسته گر و حیدری (۲۹) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را بین  $0/68$  تا  $0/85$  گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضرایب پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ  $0/72$  بدست آمد. کلیه اطلاعات بدست آمده با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تجزیه و تحلیل رگرسیون به روش گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

نتایج بدست آمده در بخش مربوط به اطلاعات فردی و دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش نشان می‌دهد که ۷۳ پرستار مر

برای متغیر اضطراب مرگ دارد. بر اساس یافته‌ها و شواهد موجود در زمینه متغیرهای پژوهش فرضیه‌های زیر بررسی می‌شوند:

۱- بین راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و اضطراب مرگ رابطه وجود دارد.

۲- بین خوش‌بینی و اضطراب مرگ رابطه وجود دارد.

۳- راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش‌بینی، اضطراب مرگ را به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کنند.

مواد و روش کار این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و عمومی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرستان ارومیه تشکیل می‌دهند. جامعه آماری پژوهش، کلیه پرستاران زن و مرد بیمارستان‌های شهر ارومیه در سال ۱۳۹۲ بود. نمونه مورد پژوهش شامل ۳۰۰ نفر پرستار ۷۳ نفر مرد و ۲۲۷ نفر زن بود که بر اساس سرشماری انتخاب شدند. با مراجعه به دفتر پرستاری هر بیمارستان و گرفتن برنامه کاری بخش‌ها در هر سه شیفت به نمونه‌های مورد نظر مراجعه و پرسشنامه‌ها توزیع شدند. به کلیه آزمودنی‌ها توضیح داده شد که نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نبوده و اطلاعات محفوظ است. معیارهای ورود عبارت بودند از: دارا بودن مدرک تحصیلی کاردانی پرستاری یا بالاتر و شاغل بودن در محیط آموزشی. معیارهای خروج از تحقیق بر این اساس بود که فرد مشکل خاصی از لحاظ ابتلا به وسواس فکری، اضطراب فراگیر، انواع فوبی نداشته باشد. چراکه در پاسخ به مقیاس اضطراب مرگ می‌تواند تأثیر داشته باشند. علت انتخاب بیمارستان‌های دولتی، امکان دسترسی آسان به نمونه‌ها و وجود بخش‌های متعدد و متنوع در این مراکز بود. در این پژوهش بخش‌های ICU، CCU، دیالیز و اورژانس به‌عنوان بخش‌های ویژه و سایر بخش‌ها نیز به‌عنوان بخش‌های عمومی طبقه‌بندی شدند. ابزارهای اندازه‌گیری:

۱- مقیاس اضطراب مرگ<sup>۱</sup>: این مقیاس ۲۵ آیتم دارد که ۱۷ آیتم مثبت و ۸ آیتم دیگر منفی است. آزمودنی به هر ماده بر اساس انتخاب یکی از پنج گزینه «هرگز» (۰)، «کم» (۱)، «متوسط» (۲)، «زیاد» (۳) و «خیلی زیاد» (۴)، پاسخ می‌دهد. بدیهی است که حداقل و حداکثر نمره‌ای که هر آزمودنی در این مقیاس می‌گیرد به ترتیب صفر و صد می‌باشد. نمره‌گذاری مستقیم ۰، ۱، ۲، ۳، ۴؛ بر روی آیتم‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴ انجام گرفته و نمره‌گذاری معکوس برای آیتم‌های ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۷، ۱۶، ۲۱، ۲۳، ۲۵ می‌باشد. در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی آن به ترتیب  $0/83$  و  $0/75$  گزارش شده است (۲۲). رجیبی و بحرانی

<sup>2</sup> Shier

<sup>3</sup> Karor

<sup>4</sup> Life Orientation Test

<sup>5</sup> Cognitive Emotion regulation questionnaire

<sup>1</sup> Death Anxiety Scale

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای بررسی شده و زیر مقایس های آن‌ها در کل نمونه و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ نشان داده شده‌اند.

د (۲۴/۳ درصد) و ۲۲۶ زن (۷۵/۳ درصد) با میانگین سنی ۳۳/۸۹ و انحراف معیار ۶/۹ بودند. ۲۹ نفر (۹/۷ درصد) فوق دیپلم، ۲۲۸ نفر لیسانس (۷۶ درصد)، ۲۳ نفر فوق لیسانس (۷/۷ درصد) هشت نفر دکتری (۲/۷ درصد)، ۹۷ نفر مجرد و ۱۸۱ نفر متأهل بودند.

**جدول شماره (۱): میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متقابل نمره‌های اضطراب مرگ، راهبردهای**

نظم دهی شناختی هیجان و خوش‌بینی ابدینی

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
اضطراب مرگ	۷۵/۲۶	۳۷/۶۱	۱										
ملاط خویس	۶۸/۵	۷/۸	۰/۱۰*	۱									
پذیرش	۷۳/۱۱	۳۳/۱۸	۰/۰۷*	۰/۰۸*	۱								
نشخوار	۸۷/۱۱	۳۸/۱۸	۰/۰۱*	۰/۰۵*	۰/۰۶*	۱							
تمرکز مجدد مثبت	۶۳/۱۱	۲۰/۵	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۱*	۱						
تمرکز مجدد برای برنامه‌ریزی	۶۵/۱۱	۱۸/۱۸	۰/۰۱*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۱*	۰/۰۶*	۱					
ارزیابی مجدد مثبت	۶۳/۱۱	۳۳/۱۸	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۱*	۰/۰۶*	۰/۰۳*	۱				
دیدگاه پذیري	۷۸/۱۱	۱۱/۱۸	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۱*	۰/۰۶*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۱			
فاجعه‌سازی	۳۶/۵	۳۳/۱۸	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۱*	۰/۰۶*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۱		
ملاط دیگران	۶۵/۵	۳۷/۱۸	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۱*	۰/۰۶*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۱	
خوشبینی ابدینی ی	۳۶/۵	۳۳/۱۸	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۱*	۰/۰۶*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۱

\*P<۰/۰۱ \*P<۰/۰۵

نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی دارد. بیشترین رابطه مثبت و معنادار بین اضطراب مرگ و زیر مقیاس فاجعه سازی ( $P < 0/01$  و  $r = 0/47$ ) وجود دارد. همچنین بیشترین رابطه منفی معنادار بین تمرکز مجدد مثبت و اضطراب مرگ ( $P < 0/01$ ) و  $r = -0/35$ ) دیده می شود. همچنین بین اضطراب مرگ و خوش بینی همبستگی ( $P < 0/01$  و  $r = -0/51$ ) معناداری دیده می شود. برای تعیین نقش متغیرهای پیش بین (راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی) در تبیین واریانس اضطراب مرگ این متغیرها وارد معادله رگرسیون (به شیوه گام به گام) شدند که نتایج آن در جدول ۲ مشاهده می شود.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۱ میانگین اضطراب مرگ (۴۸/۳۸) از همه بیشتر است. از میان مؤلفه های راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان بیشترین میانگین مربوط به تمرکز مجدد برای برنامه ریزی است. برای بررسی رابطه بین متغیرهای اضطراب مرگ، راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جدول ۱ ماتریس همبستگی بین متغیرها و زیر مقیاس های آن ها را در کل نمونه نشان می دهد. با توجه به نتایج جدول ۱ اغلب متغیرها با یکدیگر رابطه معناداری ( $P < 0/05$ ،  $P < 0/01$ ) دارند. همان طور که ماتریس همبستگی نشان می دهد، اضطراب مرگ همبستگی معناداری با راهبردهای

**جدول شماره (۲): خلاصه مدل رگرسیون و تحلیل واریانس برای پیش بینی اضطراب مرگ**

بر اساس راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی

مدل	متغیرها	ss	df	MS	F	R	R <sup>2</sup>	SE
گام ۱	خوش بینی	۲۲۰۲۸/۹۸	۱	۲۲۰۲۸/۹۸	۱۰۴/۸۴	۰/۵۱	۰/۲۶	۱۴/۵
گام ۲	خوش بینی، فاجعه سازی	۲۷۲۸۳/۵۷	۲	۱۳۶۴۱/۷۸	۷۰/۶۵	۰/۵۶	۰/۳۲	۱۳/۹
گام ۳	خوش بینی فاجعه سازی تمرکز مجدد مثبت	۲۹۳۲۱/۸۱	۳	۹۷۷۳/۹۳	۵۲/۳۲	۰/۵۸	۰/۳۵	۱۳/۷
گام ۴	خوش بینی فاجعه سازی تمرکز مجدد مثبت، ملامت دیگران	۳۱۳۲۶/۶۳	۴	۷۸۳۱/۶۶	۴۳/۳۵	۰/۶۱	۰/۳۷	۱۳/۴
گام ۵	خوش بینی فاجعه سازی تمرکز مجدد مثبت، ملامت دیگران، نشخوار	۳۲۹۹۴/۴۸	۵	۶۵۹۸/۸۹	۳۷/۵۹	۰/۶۳	۰/۳۹	۱۳/۲
گام ۶	خوش بینی فاجعه سازی تمرکز مجدد مثبت، ملامت دیگران، نشخوار، تمرکز مجدد برنامه ریزی	۳۳۷۲۳/۴۵	۶	۵۶۲۰/۵۷	۳۲/۳۶	۰/۶۳	۰/۳۹	۱۳/۱
گام ۷	خوش بینی فاجعه سازی تمرکز مجدد مثبت، ملامت دیگران، نشخوار، تمرکز مجدد برنامه ریزی، پذیرش	۳۴۵۲۶/۷۱	۷	۴۹۳۲/۳۸	۲۸/۷۶	۰/۶۴	۰/۴۱	۱۳/۱

بررسی ضرایب رگرسیون اضطراب مرگ از روی تک تک متغیرهای پیش بین اثرگذار راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی، ضرایب تأثیر آن ها محاسبه شد (جدول ۳). با توجه به آماره های t از ابعاد راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان، فاجعه سازی، تمرکز مجدد مثبت، ملامت دیگران، نشخوار، تمرکز مجدد برنامه ریزی، پذیرش و خوش بینی توانستند ۴۱ درصد اضطراب مرگ را در پرستاران مورد بررسی پیش بینی کنند.

همان طور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی رابطه معناداری با اضطراب مرگ دارند ( $P < 0/01$ ،  $F = 28/76$ ،  $df = 7$ ). این متغیرها در مجموع ۴۱ درصد از اضطراب مرگ را پیش بینی می کند ( $R^2 = 0/41$ ). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بین نشان می دهند که راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش بینی می توانند واریانس اضطراب مرگ را به صورت معناداری تبیین کنند. برای

**جدول شماره (۳): خلاصه تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی اضطراب مرگ بر پایه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خوش‌بینی**

گام	متغیر	B	SEB	$\beta$	t
۱	خوش‌بینی	۱/۸۴	۰/۱۸۰	*۰/۵۱۱	۱۰/۲۳
	خوش‌بینی	۱/۳۱	۰/۲۰	*۰/۳۶۲	۶/۵
۲	فاجعه‌سازی	۱/۴۲	۰/۲۷	*۰/۲۹	۵/۲۲
	خوش‌بینی	۰/۹۴	۰/۲۳	*۰/۲۶	۴/۱۹
۳	فاجعه‌سازی	۱/۵۵	۰/۲۷	*۰/۳۲	۵/۷۲
	تمرکز مجدد مثبت	-۰/۷۳۸	۰/۲۲	*-۰/۱۸	-۳/۳۰
	خوش‌بینی	۰/۹۵	۰/۲۲	*۰/۲۶	۴/۲۸
۴	فاجعه‌سازی	۱/۱۵	۰/۲۹	*۰/۲۳	۳/۹۲
	تمرکز مجدد مثبت	-۰/۸۲	۰/۲۲	*-۰/۲۰	-۳/۷۲
	ملاطمت دیگران	۰/۹۲	۰/۲۸	*۰/۱۷	۳/۳۳
۵	خوش‌بینی	۰/۶۷	۰/۲۳	*۰/۱۸	۲/۸۳
	فاجعه‌سازی	۰/۹۷	۰/۲۹	*۰/۱۹	۳/۳۱
	تمرکز مجدد مثبت	-۰/۹۰	۰/۲۲	*-۰/۲۲	-۴/۱۱
	ملاطمت دیگران	۰/۸۷	۰/۲۷	*۰/۱۶	۳/۲۱
	نشخوار	۰/۸۷	۰/۲۸	*۰/۱۷	۳/۰۸
۶	خوش‌بینی	۰/۷۳	۰/۲۴	*۰/۲۰	۳/۰۸
	فاجعه‌سازی	۱/۱۱	۰/۳۰	*۰/۲۳	۳/۶۹
	تمرکز مجدد مثبت	-۰/۹۵	۰/۲۲	*-۰/۲۳	-۴/۳۲
	ملاطمت دیگران	۰/۸۸	۰/۲۷	*۰/۱۷	۳/۲۷
	نشخوار	۰/۶۴	۰/۳۰	**۰/۱۳	۲/۰۹
	تمرکز مجدد برنامه‌ریزی	۰/۵۴	۰/۲۶	**۰/۱۰	۲/۰۴
۷	خوش‌بینی	۰/۶۳	۰/۲۴	*۰/۱۷	۲/۶۲
	فاجعه‌سازی	۱/۱۶	۰/۲۹	*۰/۲۴	۳/۸۹
	تمرکز مجدد مثبت	-۰/۷۹	۰/۲۳	*-۰/۱۹	-۳/۴۴
	ملاطمت دیگران	۰/۸۶	۰/۲۶	*۰/۱۶	۳/۲۲
	نشخوار	۰/۶۴	۰/۳۰	**۰/۱۳	۲/۱۵
	تمرکز مجدد برنامه‌ریزی	۰/۵۷	۰/۲۶	**۰/۱۱	۲/۲۱
	پذیرش	-۰/۵۶	۰/۲۶	**۰/۱۱	-۲/۱۶

\* $P < 0.05$  \* $P < 0.01$

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس خوش‌بینی و راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان در بین پرستاران بود که به‌منظور آزمون فرضیه‌ها از روش آماری رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که مؤلفه‌های فاجعه‌سازی، تمرکز مجدد مثبت، ملاطمت دیگران، نشخوار، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی پذیرش و خوش‌بینی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین برای اضطراب مرگ هستند. این یافته‌ها در راستای نتایج پژوهش‌های ورنر (۳۰)، دنیس (۳۱)، مارتین و داهلین (۳۲) و

قاسم پور، سید تازه کند و سوره (۱۴)، بالسی (۳۳)، لودانز و همکاران (۳۴) بود. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه دست یافتند اشخاصی که در روبه‌رو شدن با رویدادهای تنش‌زا از راهبردهای سازگاران نظم‌دهی شناختی هیجان استفاده می‌کنند اضطراب کمتری را گزارش می‌کنند. مطالعات آن‌ها همچنین نشان می‌دهد که پرستاران آموزش دیده در زمینه تقویت هیجان در مقایسه با پرستارانی که چنین آموزشی را نداشتند از خوش‌بینی بالاتری برخوردارند. آن‌ها همچنین نشان دادند که همبستگی مثبت معنی‌داری بین خوش‌بینی و عملکرد پرستاران

می‌باشد. در بررسی اضطراب مرگ گروهی از دانشجویان پرستاری با تجربه پرستاری و بدون تجربه نشان داده شد که دانشجویان پرستاری با تجربه اضطراب مرگ بیشتری نسبت به گروه دیگر داشتند (۳۵).

میزان اضطراب مرگ در کشورهای در حال توسعه بیشتر است. تفکر درباره آینده، انتظار پیامدهای مطلوب، باور به اینکه امور به خوبی پیش خواهند رفت، همچنین احساس اعتماد به این که همه این‌ها در اثر تلاش‌های مناسب اتفاق خواهد افتاد، شادمانی و نشاط را به همراه داشته و باعث اعمال هدفمند می‌شود. آگاهی از فناپذیری، افکار مرتبط با مرگ و اضطراب ناشی از آن، موجب نظم جویی واکنش‌های بشری با دیگران می‌شود بر اساس نظریه مدیریت وحشت یادآوری فناپذیری با ایجاد اضطراب فرد را در جهت کاهش آن بر می‌انگیزاند و بر روی شناخت اجتماعی انسانی اثر می‌گذارد. در واقع می‌توان اضطراب مرگ و نگرانی در خصوص مرگ و مردن را با باورهای متناقض و دوسوگرایانه مربوط به مرگ و زندگی پس از مرگ و نبود یک فلسفه شخصی از مرگ را با جهت‌گیری دینی بیرونی افراد مربوط دانست. از منظر روان‌شناختی عدم شکل‌گیری یک فلسفه خوب در خصوص مرگ موجب یک حس آسیب‌پذیری خود می‌شود آن نیز یک شاخص برای اضطراب مزمن می‌تواند باشد (۳).

پرستاری فرایندی بین فردی است که به موجب آن پرستار به فرد، خانواده یا جامعه در پیشگیری یا تطابق با تجربه ناخوشی و رنج کمک می‌کند. بسیاری از پرستاران تعبیری مناسب از فرایند مرگ و مردن نداشته و آمادگی کافی برای ارائه مراقبت از بیماران در حال مرگ را ندارند آموزش مرگ به کاهش میزان اضطراب مرگ می‌انجامد دانشجویانیکه آموزش دیده بودند در مقایسه با گروه کنترل کاهش در اضطراب مرگ داشتند. لذا پرستاران که نقش محوری را در سیستم بهداشتی، درمانی به عهده دارند باید اطلاعات و دانش خود را در زمینه مرگ و راهای سازگاری و تطابق با چنین بحران‌هایی ارتقا دهند. تحقیقات نشان داده‌اند که هیجانات ناشی از فشار روانی در محیط شغلی می‌تواند افراد را مستعد پرخاشگری، اضطراب، نومیدی و افسردگی نماید. بنابراین دانشجویان پرستاری نیز احتمالاً به دلیل مواجهه با مسائلی چون مرگ بیماران، درجاتی از اضطراب مرگ و وسواس مرگ را تجربه کنند. یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر اضطراب مرگ مذهب فرهنگ و چگونگی دیدگاه فرد نسبت به آینده خود پس از مرگ است. خوش‌بینی یکی از خصوصیات مثبت انسان است که طی دو دهه گذشته توجه ویژه‌ای را در روان‌شناسی به خود جلب کرده است (۳).

لازم به ذکر است، از آنجاکه نمونه پژوهش حاضر را پرستاران بیمارستاهای دولتی تشکیل داده‌اند لذا برای تعمیم نتایج آن به

در تمامی بخش‌های بیمارستان وجود دارد. در واقع رابطه منفی راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان با اضطراب مرگ به این دلیل است که استفاده از این راهبردها باعث می‌شود که فرد با نگاه و دیدگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی بپردازد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بین اضطراب مرگ با راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان ناسازگارانه نشخوار فکری، مقصر دانستن خود، فاجعه‌سازی، ملامت دیگران ارتباط وجود دارد. این یافته با نتایج یافته‌های فیلیو و همکاران (۱۵) منین و همبرگ (۱۳) هم سو می‌باشد. این مطالعات بر این نکته تأکید دارند که استفاده زیاد از راهبردهای ناسازگارانه با سطح بالایی از اضطراب همراه است و این راهبردها موجب تشدید و استمرار اضطراب می‌گردند. یافته دیگر این پژوهش مربوط به تعیین سهم هر کدام از راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و خوش‌بینی در پیش‌بینی نمرات اضطراب مرگ در پرستاران بود؛ که نتایج نشان داد از بین راهبردهای ۹گانه، راهبردهای فاجعه‌سازی، تمرکز مجدد مثبت، ملامت دیگران، نشخوار، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، پذیرش و خوش‌بینی توان پیش‌بینی اضطراب مرگ را دارند.

از این یافته می‌توان استنباط کرد، افرادی که از راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان ناسازگار مانند فاجعه‌سازی و نشخوار فکری استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد بیشتر در معرض مشکلات هیجانی (نظیر اضطراب مرگ) قرار می‌گیرند. از سوی دیگر افرادی که از راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان سازگار مانند توجه مثبت به ارزیابی، باز ارزیابی مجدد و پذیرش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد کمتر در برابر مشکلات هیجانی همچون اضطراب آسیب‌پذیر هستند. در تعیین تأثیر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان بر عاطفه و اضطراب (از جمله اضطراب مرگ) از آنجاکه شناخت، هیجان و رفتار کاملاً در تعامل با یکدیگر هستند، نظم دهی شناختی هیجان با کنترل توجه و عواقب شناختی هیجان موجب تغییر عملکرد نظام واره‌های شناختی و سپس نظم دهی هیجان می‌شود. امروزه برخلاف نظریه‌های اولیه دیدگاه عمومی بر این است که هیجان‌ها قبل از رفتارها واقع می‌شوند و فرد را با محیط فیزیکی و اجتماعی بهتر سازگار می‌کنند. هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می‌شود، وضعیت فرد با محیط تثبیت شود و فرد را با پاسخ‌های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل مجهز می‌کند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی وی می‌شود. بنابراین توانایی در نظم‌دهی شناختی هیجان با پیامدهای سلامت جسمانی، اجتماعی، روانی و فیزیولوژیک مرتبط است و در نقطه مقابل نارسایی در نظم‌دهی شناختی هیجان، سازوکار زیر بنایی اختلال‌های خلقی و اضطرابی است. مطالعات نشان داده‌اند که میزان اضطراب مرگ در حرفه پرستاری بیشتر از سایر حرفه‌ها

مورد آموزش و راهکارهایی برای کاهش آن از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌ها و پژوهش‌های مربوط به کاهش اختلالات اضطرابی مرگ در پرستاران به چگونگی تأثیر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان بر اختلالات اضطرابی و جهت‌گیری زندگی توجه ویژه ای شود.

### تقدیر و تشکر

برخود لازم می‌دانیم از پرستاران محترم بخش‌های مختلف بیمارستان‌های مورد مطالعه و کلیه عزیزانی که همکاری لازم جهت انجام این پژوهش را داشتند تشکر و قدر دانی نمائی‌ام.

سایر بخش‌ها بایستی جانب احتیاط را رعایت کرد، چراکه احتمال تفاوت در نگرش‌های مربوط به مرگ با توجه به عوامل جمعیتی شناختی وجود دارد. در پژوهش حاضر امکان دسترسی به نمونه متشکل از افراد مسن به‌منظور مقایسه یافته‌ها فراهم نشد و چون نگرش‌های مربوط به مرگ و به تبع آن اضطراب مرگ در دوره‌های مختلف به احتمال زیاد دچار نوسان می‌شود، پیشنهاد می‌شود یافته‌های پژوهش حاضر در نمونه‌های دیگر بررسی شود. از محدودیت‌های عمده این پژوهش اجرای کلیه مراحل پژوهش به وسیله پژوهشگر بود، بر این اساس، این احتمال وجود دارد که در پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه، سوگیری‌هایی وجود داشته باشد باتوجه به بالا بودن اضطراب مرگ در بین پرستاران، اندیشیدن در

### References:

1. Singh A, Singh D, Nizamie S. Death and dying. *Mental Health reviews* 2003; Accessed from <http://www.Psyplexus.com/excl/cdmi.html>.
2. Rice J. The relationship between humor and death anxiety. *Department of Psychology* 2009; Accessed from <http://clearinghouse.missouriwestern.edu/manuscripts/153.php>.
3. Masoudzade A, Setare J, Mohamadpour RA, Kurdi MM. Incidence of death anxiety between employer of governmental hospital in Sari. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2008; 67:84-90. (Persian)
4. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60(5):410-21.
5. Peterson C. The future of optimism. *Am Psychol* 2000; 55(1):44-55.
6. Abdel-khalek A, Lester D. Optimism and pessimism in kuwaiti and American college students. *international. J Social Psychiatry* 2006; 52(2):110-26.
7. Ismail AEM. Optimism, pessimism, and some Psychological Variables for a sample of Umm Al-Qura University Students. *Educ J* 2000; 20:115-23.
8. Yousefi F. Model emotional intelligence, cognitive development, emotion regulation strategies, cognitive and general health (Dissertation). Shiraz: University of Shiraz; 2003. (Persian)
9. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS, Seligman MEP. Learned helplessness in children. A longitudinal study of Depression, achievement, and explanatory style. *J Personal Soc Psychol* 1986; 51:435-42.
10. Greenberger E, Mclanahlin CS. Attachment and explanatory style in Adolescence. *J Youth Adolescences* 1998; 27(2):121-39.
11. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007.
12. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personal IndividDiff* 2008; 41: 1045-53.
13. Mennin D, Heimberg R. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to GAD. *Clinic Psychol* 2002; 9: 85-90.
14. Ghasempour A, Sooreh J, Seid Tazeh Kand MT. Predicting death anxiety on emotion cognitive regulation strategies. *Knowledge Res Appl Psychol* 2012; 13(2):63-70. (Persian)
15. Feliu T, Balle M, Sese A. Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *J Anxiety Disorders* 2010; 24: 686-93.



16. Korte PD. Registered nurses anxiety about the process of dying and death. *Ame J Hospice Care* 1985; 2(4):27-30.
17. Davies B, Cook O, Loane M, Clarke D, Mackenzie B, Stutzer C, et al. Caring for dying children: Nurses experiences. *Pediatr Nurs* 1996; 22(6):500-8.
18. Abdel-khalek AM, Tomas-sabado J. Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies* 2005; 29:157-69.
19. Benoliel JQ. Nursing care for the terminal patient: a psychosocial approach. In Schoenberg B, Carr AC, Peretz D, Kutscher QA (eds): *Psychosocial aspect of terminal care*. New York: Columbia University; 1972. P.150.
20. Robbins I, Lloyd C, Carpenter S, Bender MP. Staff anxieties about death in residential setting for elderly people. *J Adv Nurs* 1992; 17:548-53.
21. 1. McGrath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies* (1989), 26, 359-368. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(5):555-65.
22. Abolghasemi A, Narimani M. *Psychological Tests*. Ardabil: Bag arezvan pub; 2005. (Persian)
23. Rajabi GH, Bahrani M. Factor analysis of death anxiety scale. *J Psychol* 2001; 20:331-44. (Persian)
24. Hamidi O, Seifi Ghozlu J, Sharifi G, Lavasani G. The relationship between the personal values and death anxiety among MS patients. *J Psychol* 2014; 17:365-80. (Persian)
25. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985; 3: 219-47.
26. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67 (6): 1063-78.
27. Babapour Kheiradin J. Relationship between emotional intelligence and feeling of fatigue among university students, mediated by optimism, self-efficacy, anxiety and depression. *J Psychol* 2010; 14:131-41. (Persian)
28. Garnesfski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personal Individ diff* 2001; 30: 1311-27.
29. Payvastegar M, Haydari A. Comparison of cognitive strategies to regulate emotional symptoms of depression in teenager's visit-visitors to psychiatric centers and other Youth. *J Appl Psychol* 2008; 2 (3):543-68. (Persian)
30. Werner KH, Goldin PR, Ball TM, Heimberg RG, Gross JJ. Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: the emotion regulation interview. *J Psychopathol Behav Assess* 2011; 33:346-58.
31. Dennis T. Interaction between emotion regulation strategies and affective style: Implication for trait anxiety versus depressed mood. *Motiv Emot* 2007; 31:200-7.
32. Martin R, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Indivl Differ* 2005; 39:1249-60.
33. Balci S. The effect of an emotion strengthening training program on optimism level. *Nurs Educ Sci: Theory and practice* 2009; 8:793-804.
34. Luthans KW, Lebsach SA, Lebsac RR. Positivity in healthcare relation of optimism to performance. *Health Organ Manage* 2008; 22(2):178-88.
35. Chen YC, Ben k, Fortson BL. Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Stud* 2006; 30:919-29.

## THE RELATIONSHIP OF COGNITIVE EMOTION REGULATION STRATEGIES AND OPTIMISM WITH DEATH ANXIETY AMONG NURSES IN URMIA CITY

Issazadegan A<sup>1\*</sup>, Ashrafzadeh S<sup>2</sup>, Soleimani M<sup>3</sup>

Received: 8 May, 2014; Accepted: 18 Jul, 2014

### Abstract

**Background & Aims:** Death anxiety in staff nurses can influence their communication with and the quality of their care delivery for dying patients. The aim of the current study is to investigate the relationship and predictability of death anxiety by cognitive emotion regulation strategies and optimism in nurses working in critical care and general wards.

**Materials & Methods:** In this descriptive correlational study, 300 nurses (227 females, 73 males) were selected by stratified random sampling method from hospitals in Urmia city. The participants were assessed using the Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire (CERS-Q), Templer Death Anxiety Scale and revised life-orientation Test. The data was analyzed by Pearson correlation coefficient and stepwise regression analysis.

**Result:** The findings showed that there was significant relationship between death anxiety with subscales of cognitive emotion regulation strategies and optimism ( $p < 0/01$ ). It was found that catastrophizing, other-blame, positive refocusing, rumination, positive refocus on planning, acceptance and optimism accounted for 41% of variance of death anxiety.

**Conclusion:** The findings emphasized on the need to recognize the role of cognitive emotion regulation strategies and optimism in predicting nurses' death anxiety.

**Key words:** Death anxiety, cognitive emotion regulation strategies, optimism, nurses

**Address:** Urmia University, Education & Psychology Faculty, Urmia, Iran.

Tel: (+98) 44 33362008-12

Email: ali\_issazadeg@yahoo.com

<sup>1</sup>Associate professor of psychology, Urmia University, Education & Psychology Faculty, Urmia, Iran.  
(Corresponding Author)

<sup>2</sup>M.A. in Clinical Psychology

<sup>3</sup>Associate professor of psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Education & Psychology Faculty, Tabriz, Iran.