



Research Article

The Effect of Emotion Regulation Skills on the Dimensions of Nurses' Caring Behaviours

Solmaz Sayyahnia¹, Maryam Moghimian^{ID}*², Maryam Radmehr³

¹ MSc Student of Psychiatric Nursing, Department of Nursing, Community Health Research Center, Isf. C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing, Na. C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

³ Associate Professor, Department of Nursing, Community Health Research Center, Isf. C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

* **Corresponding author:** Maryam Moghimian, Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing, Na. C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Email: Maryam.moghimian@iau.ac.ir

DOI: [10.61882/jams.29.1.0026](https://doi.org/10.61882/jams.29.1.0026)

How to Cite this Article:

Sayyahnia S, Moghimian M, Radmehr M. The Effect of Emotion Regulation Skills on the Dimensions of Nurses' Caring Behaviours. *J Arak Uni Med Sci.* 2026;29(1): 26- 33. DOI: [10.61882/jams.29.1.0026](https://doi.org/10.61882/jams.29.1.0026)

Received: 02.08.2025

Accepted: 30.03.2026

Keywords:

Emotion regulation;
Caring behaviour;
Nurse;

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Nurses' caring behaviours determine the quality of nursing services. Nurses' emotions influence these behaviours. Emotion regulation can affect nurses' caring performance. This study was conducted to determine the effect of emotion regulation skills on nurses' caring behaviours.

Methods: In a quasi-experimental study, 50 nurses from Ziaian Hospital, Tehran, were selected based on the inclusion criteria and randomly assigned to two intervention and control groups. In the intervention group, emotion regulation skills were presented in six sessions. The control group did not receive any training. The data collection tools were a demographic profile form and the Wolff Caring Behaviour Questionnaire, which were completed before and one month after the study. The data were analyzed with descriptive and inferential tests.

Results: There was no significant difference in the demographic profile of the nurses in the two groups. The mean scores of caring behaviours in the intervention and control groups before the study were 149.26 ± 11.82 and 146.08 ± 10.70 , respectively, with no significant difference. After the study, this mean in the intervention group reached 12.203 ± 11.9 , with a significant difference between before the study and the control group ($p < 0.001$). In the control group, the score of caring behaviours after the study was 147.72 ± 11.14 , with a significant difference between before the study and the intervention group.

Conclusions: Emotion regulation skills can improve nurses' caring behaviours. Nurses who have higher skills in managing emotions act more professionally in challenging situations. Therefore, strengthening these skills is recommended for the professional development of nurses.

بررسی تأثیر مهارت‌های تنظیم هیجان بر ابعاد رفتارهای مراقبتی پرستاران

سولماز سیاح‌نیا^۱، مریم مقیمیان^{۲*} ID، مریم رادمهر^۳^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران^۲ دانشیار، گروه روانپرستاری، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران^۳ دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: مریم مقیمیان، دانشیار، گروه روانپرستاری، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

ایمیل: maryam.moghimian@iau.ac.ir

DOI: 10.61882/jams.29.1.0026

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۴	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۱۰	مقدمه: رفتارهای مراقبتی پرستاران کیفیت خدمات پرستاری را تعیین می‌کند. این رفتارها تحت تأثیر هیجانات پرستار قرار می‌گیرند. تنظیم هیجان می‌تواند بر عملکرد مراقبتی پرستاران تأثیرگذار باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مهارت‌های تنظیم هیجان بر رفتارهای مراقبتی پرستاران انجام شد.
واژگان کلیدی: تنظیم هیجان؛ رفتار مراقبتی؛ پرستار	روش کار: در یک مطالعه نیمه‌تجربی، ۵۰ پرستار بیمارستان ضیابیان تهران بر اساس معیارهای ورود به مطالعه به‌صورت در دسترس انتخاب و با قرعه‌کشی در دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. در گروه مداخله، مهارت‌های تنظیم هیجان در شش جلسه ارائه شد. گروه کنترل تمرینی دریافت نکرد. ابزار گردآوری داده‌ها فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه رفتار مراقبتی Wolff بود که قبل و یک‌ماه بعد از مطالعه تکمیل شد. داده‌ها با آزمون‌های توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.
تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.	یافته‌ها: مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران در دو گروه اختلاف معنادار نداشت. میانگین نمرات رفتارهای مراقبتی در گروه مداخله و کنترل قبل از مطالعه به ترتیب $149/26 \pm 11/82$ و $146/08 \pm 10/70$ بود که اختلاف معنادار نداشت. بعد از مطالعه این میانگین در گروه مداخله به $203/12 \pm 9/11$ رسید که اختلاف آن با قبل از مطالعه و با گروه کنترل معنادار بود ($P < 0/001$). در گروه کنترل بعد از مطالعه نمره رفتارهای مراقبتی $147/72 \pm 14/11$ بود که اختلاف آن با قبل از مطالعه و با گروه مداخله معنادار نبود.
	نتیجه‌گیری: مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند رفتارهای مراقبتی پرستاران را ارتقا دهد. پرستارانی که مهارت بالاتری در مدیریت هیجانات دارند، در موقعیت‌های چالش‌برانگیز حرفه‌ای‌تر عمل می‌کنند. بنابراین تقویت این مهارت‌ها برای توسعه حرفه‌ای پرستاران پیشنهاد می‌شود.

ارجاع: سیاح‌نیا سولماز، مقیمیان مریم، رادمهر مریم. بررسی تأثیر مهارت‌های تنظیم هیجان بر ابعاد رفتارهای مراقبتی پرستاران. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۱۴۰۵؛ ۲۹(۱): ۲۶-۳۳.

مقدمه

پرستاران، عمده نیروی انسانی در بخش بهداشت و درمان را تشکیل می‌دهند که خدمات مراقبتی آنها تضمین‌کننده موفقیت درمان ارائه شده است. کیفیت خدمات پرستاری تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله رفتار مراقبتی پرستاران قرار می‌گیرد؛ زیرا مراقبت فراتر از انجام وظایف فنی و بالینی، دارای ابعاد مختلفی است که نقش مهمی در تجربه بیمار از دریافت خدمات دارد (۱). رفتار مراقبتی مجموعه‌ای از کنش‌ها، نگرش‌ها، مهارت‌ها و تعاملات انسانی است که پرستار در رابطه با بیمار و خانواده او به کار می‌گیرد تا سلامت را ارتقاء داده و رنج را کاهش دهد (۲). به‌عبارت‌دیگر، رفتار مراقبتی بیان عینی مفهوم «مراقبت» در عمل پرستاری است (۳). پرستارانی که از سطح بالایی از رفتار مراقبتی برخوردارند، قادر به تشخیص بهتر نیازها و ارائه مراقبت‌های فردمحور هستند. این فرآیند به بهبود نتایج درمانی، کاهش شکایات بیماران و ارتقای شاخص‌های کیفیت مراقبت در

نظام سلامت کمک می‌کند (۴).

رفتارهای مراقبتی پرستاران ابعاد مختلف مراقبت را شامل می‌شود؛ بعد عاطفی و همدلانه رفتارهای مراقبتی شامل گوش دادن فعال به بیمار، همدلی، درک ترس‌ها و نگرانی‌های وی، ابراز محبت، تماس چشمی و حفظ کرامت بیمار در شرایط بحرانی است که موجب شکل‌گیری رابطه اعتماد متقابل بین بیمار و پرستار می‌شود (۵). بعد جسمی و فیزیکی این رفتارها شامل اقدامات عملی برای حفظ و بهبود وضعیت جسمی بیمار است. از جمله مراقبت از زخم‌ها، انجام بهداشت فردی، داروهای به موقع، کنترل علائم حیاتی، پیشگیری از زخم بستر و سقوط، که پایه‌ای‌ترین انتظار از پرستار بوده و نقشی کلیدی در بهبود جسمانی بیماران دارد (۶). بعد رفتارهای حمایتی رفتار مراقبتی ایجاد حس امنیت در محیط درمانی، حمایت بیمار در تصمیم‌گیری، همراهی با وی در ترس و ناامیدی و برقراری ارتباط با خانواده اوست که برای بیماران دچار استرس و سالمندان حیاتی

همچون تنظیم هیجان تأکید دارد (۱۸). همچنین نشان داده شده است که آموزش تنظیم هیجان، راهبردهای هیجانی سازگارانه را افزایش و راهبردهای نامساعد را کاهش می‌دهد (۱۹). علاوه بر آن، تمرینات تقویت مهارت‌های کنترل هیجان باعث افزایش مهارت بازتفسیر شناختی و کاهش سرکوب هیجانات منفی در پرستار می‌شود (۲۰). این مهارت‌ها می‌تواند عملکرد شغلی و مراقبت از بیماران را بهبود بخشد (۲۱) و درک و همدلی آنها را افزایش دهد (۲۲). با این حال بررسی نقش تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان بر رفتارهای مراقبتی پرستاران تاکنون انجام نشده است. بر این اساس با توجه به خلا مطالعاتی به منظور تبیین اهمیت موضوع، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان بر رفتار مراقبتی پرستاران انجام شد تا بتواند راهکاری علمی و عملی در بهبود عملکرد حرفه‌ای پرستاران ارائه کند و پایه‌ای برای برنامه‌ریزی و گنجاندن این مهارت‌ها در آموزش‌های ضمن خدمت پرستاران فراهم سازد.

روش کار

مطالعه حاضر پس از تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) (کد: IR.IAU.KHUISF.REC.1404.017) انجام شد. روش اجرای پژوهش به صورت نیمه تجربی با طراحی دو گروهی با گروه کنترل بود. محل اجرای پژوهش، بیمارستان ضیائیان شهر تهران بود که یکی از مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران است. جامعه مورد مطالعه، پرستاران شاغل در این بیمارستان بودند. معیارهای ورود پرستاران به مطالعه شامل حداقل دو سال سابقه کار پرستاری، دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر، تمایل به شرکت در مطالعه و عدم سابقه بیماری‌های جسمی یا روانشناختی مختل کننده فعالیت‌های روزمره بر اساس اظهارات شخص پرستار بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل دقیق پرسشنامه‌ها و غیبت بیش از دو جلسه در تمرینات بود.

تعیین حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۵۰ پرستار واجد شرایط انتخاب و به وسیله قرعه‌کشی بر اساس شماره پرسنلی، در دو گروه مساوی مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. بدین ترتیب که پرستاران با کد پرسنلی فرد در گروه مداخله و پرستاران با کد پرسنلی زوج در گروه کنترل گمارده شدند. این حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار آماری G*Power نسخه ۳.۱.۱ مبتنی بر آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری برآورد شد (۲۳). در سطح معناداری ۵ درصد ($\alpha = 0.05$)، با توان آزمون ۹۰ درصد ($1 - \beta = 0.9$)، اندازه اثر متوسط ($d = 0.25$) و تعداد تکرار = ۲، حجم نمونه ۴۶ نفر بدست آمد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه تعداد ۵۰ نفر در قالب دو گروه ۲۵ نفره انتخاب شدند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها

ابزارهای گردآوری داده‌ها فرم مشخصات جمعیت‌شناختی (شامل: جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه کار بالینی، نوع شیفت) و پرسشنامه رفتار مراقبتی پرستاران بود که قبل و یکماه بعد از مطالعه توسط نمونه‌ها تکمیل شد.

پرسشنامه رفتار مراقبتی پرستاران

پرسشنامه رفتار مراقبتی پرستاران توسط Wolf و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شد و دارای ۴۲ گویه با ۵ زیرمقیاس است (۲۲).

است (۷). بعد آموزشی رفتارهای مراقبتی به آموزش بیمار و خانواده درباره روند بیماری، درمان، تغذیه، دارو و سبک زندگی می‌پردازد که شامل توضیح ساده و قابل فهم بیماری و درمان، پاسخ دادن به سؤالات بیمار، آموزش مراقبت‌های پس از ترخیص و نحوه استفاده از داروها یا تجهیزات پزشکی است که موجب افزایش مشارکت بیمار در درمان و کاهش اضطراب وی می‌شود (۸). بعد اخلاقی و حرفه‌ای این رفتارها مانند رعایت حریم خصوصی، حفظ اطلاعات محرمانه بیمار، صداقت، عدالت در مراقبت، احترام به تصمیم بیمار، پرهیز از تبعیض، توجه به ارزش‌های دینی - فرهنگی - شخصی وی و رعایت منشور حقوق بیمار، ستون حرفه پرستاری است که رعایت آن نشانه بلوغ حرفه‌ای پرستار محسوب می‌شود (۹). بعد معنوی رفتارهای مراقبتی شامل کمک به بیمار برای یافتن معنا، آرامش و ارتباط با مافوق به‌ویژه در شرایط بحرانی بیماری است. فراهم کردن فرصت دعا و نیایش، احترام به آداب و عبادات مذهبی بیمار، همدلی با وی در بحران‌های معنوی و استفاده از خدمات مشاور معنوی در کاهش اضطراب و ارتقای کیفیت زندگی بیماران نقش مهمی دارد (۱۰). بعد آخر رفتارهای مراقبتی، مربوط به ارتباط با بیمار است که شامل استفاده از زبان قابل فهم، توجه به زبان بدن، اجتناب از ارتباط خشن یا سرد و گوش دادن فعال بدون قضاوت است که نقش واسطه‌ای در اثربخشی مداخلات پرستاری دارد (۱۱).

رفتارهای مراقبتی پرستاران بازتابی از کیفیت تعامل انسان‌مدار، تخصص حرفه‌ای و تعهد اخلاقی آن‌ها نسبت به بیماران است. اما متأسفانه بسیاری از پرستاران به دلیل تجربه فشارهای روانی و هیجانی شغلی از جمله مرگ، مشاهده وخامت حال بیماران، سوءرفتار همکاران بیمار، رنج ناشی از مراقبت و تغییر معنای زندگی، از سطح مطلوب این ویژگی‌ها فاصله دارند که لازم است آن کنترل و تنظیم هیجانات شغلی است تا بتوانند جدای از هیجانات غالب شده، عملکرد حرفه‌ای خود را انجام دهند (۱۲).

پرستاران باید بتوانند هیجانات خود را در سه بعد فیزیکی، عاطفی و شناختی تنظیم و مدیریت نمایند. در بعد فیزیکی با شناسایی علائم هشدار دهنده و یادگیری نحوه آرام کردن بدن، در بعد عاطفی با شناسایی و بیان احساسات و القای احساس توانمندی و مسئولیت‌پذیری، و در بعد شناختی با شناسایی و اصلاح افکار ناسالم و غیرمنطقی، جایگزینی آن‌ها با افکار واقع‌بینانه و برنامه‌ریزی ذهنی برای مدیریت موقعیت‌های هیجانی باید توانایی تسلط بر خود را داشته باشند (۱۳). دستیابی به این اهداف با آگاهی از هیجانات و پذیرش آن، تنظیم شدت هیجانات، کنترل تکانه و تعدیل پاسخ‌های هیجانی میسر است، تا پرستار بتواند به شیوه‌ای سازگارانه هیجانات خود را شناسایی، پردازش و مدیریت کند (۱۴). در محیط‌های پر تنش کار پرستاران، تنظیم هیجان به آنها امکان می‌دهد تا در شرایط بحرانی تصمیمات منطقی بگیرند، با بیماران و همکاران ارتباط مؤثرتری برقرار کنند و از فرسودگی شغلی جلوگیری نمایند (۱۵). از سوی دیگر ناتوانی در تنظیم هیجانات می‌تواند به رفتارهای پرخطر و اختلالات روان‌تنی منجر شود (۱۶). بنابراین تقویت این مهارت از طریق تمرینات هدفمند نه تنها یک ضرورت فردی، بلکه یک نیاز سازمانی در حرفه پرستاری محسوب می‌شود (۱۷).

بررسی‌های انجام‌شده ارتباط منفی معناداری بین استرس شغلی و رفتارهای مراقبتی پرستاران نشان داده است. این یافته بر نیاز به مهارت‌های

برنامه تقویت مهارت‌های هیجانی بر اساس پروتکل Allen و همکاران و مطابق جدول ۱ در سالن اجتماعات بیمارستان اجرا شد (۲۵). به‌دین‌صورت که ابتدا نحوه و شرح تمرینات بصورت سخنرانی تعاملی توسط پژوهشگر بیان می‌شد. سپس با بحث گروهی و پرسش و پاسخ جلسات ادامه می‌یافت. همچنین تمرینات مربوط به بحث جلسه انجام میشد و تمریناتی نیز برای انجام در منزل ارائه گردید. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا تمرینات را بطور روزانه در یک‌ماه آینده در منزل انجام دهند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. یک‌ماه پس از پایان مطالعه، کلیه شرکت‌کنندگان مجدداً پرسشنامه رفتار مراقبتی را تکمیل کردند. این فاصله زمانی به منظور استمرار تمرینات و بررسی تثبیت نتایج بود. نمونه‌گیری در بازه زمانی اردیبهشت‌ماه تا تیرماه سال ۱۴۰۴ انجام شد.

به منظور جلوگیری از انتقال آموزش‌ها به گروه کنترل، برای گروه مداخله توضیح داده شد که برای حفظ اعتبار علمی پژوهش از انتقال محتوا به سایر همکاران خودداری کنند و تأکید شد که همکاری آن‌ها در حفظ محرمانگی محتوا، جزئی از تعهد اخلاقی مشارکت در مطالعه محسوب می‌شود. همچنین برای رعایت اخلاق در پژوهش در پایان مطالعه تمرینات ارائه شده به گروه مداخله بصورت یک بسته آموزشی بر روی لوح فشرده در اختیار گروه کنترل قرار گرفت و برای برگزاری جلسه آموزشی برای آنها در صورت تمایل اعلام آمادگی گردید.

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (IBM, version 21, Armonk, NY Corporation) با آزمون‌های توصیفی شامل: میانگین، انحراف معیار، تعداد و درصد و آزمون‌های استنباطی شامل Chi-square با نسبت درست‌نمایی، Mann-Whitney، تی زوجی و مستقل تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین سن پرستاران در گروه کنترل $31/6 \pm 34/24$ و در گروه مداخله $31/7 \pm 34/00$ بود. سابقه کار پرستاران در گروه کنترل $11 \pm 3/11$ سال و در گروه مداخله $12/21 \pm 2/51$ سال بود که معنادار نداشتند.

زیرمقیاس‌ها شامل: احترام قلقل شدن برای دیگری (گویه‌های ۱۲-۱)، اطمینان از حضور انسانی بر بالین بیمار (گویه‌های ۲۴-۱۳)، ارتباط و گرایش مثبت به بیمار (گویه‌های ۳۳-۲۵)، دانش و مهارت حرفه‌ای (گویه‌های ۳۸-۳۴) و توجه به تجارب دیگران (گویه‌های ۴۲-۳۹) می‌باشد. گویه‌های ۳۳-۱ بعد روانی-عاطفی و ۴۲-۳۴ بعد جسمانی رفتارهای مراقبتی را می‌سنجد و بر اساس طیف ۶ گزینه‌ای لیکرت از هرگز = ۱ تا همیشه = ۶ درجه‌بندی شده است. حداقل نمره کسب شده از این پرسشنامه ۴۲ و حداکثر ۲۵۲ بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده رفتارهای مراقبتی مناسب‌تر است.

حاجی‌نژاد و همکاران در مطالعه‌ای، پرسشنامه مذکور را اعتباریابی نمودند. در این مطالعه روایی پرسشنامه به روش تحلیل محتوا تأیید شد و پایایی آن با روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بررسی گردید و با احتساب ضریب $0/92$ پایایی، برای استفاده در مطالعات بعدی قابل قبول بود (۲۴).

پس از تأیید کمیته اخلاق در پژوهش، با مراجعه به معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجوز نمونه‌گیری در بیمارستان ضیاییان کسب شد. سپس با بیان اهداف مطالعه برای واحد پژوهش بیمارستان، اجازه حضور در بخش‌ها و نمونه‌گیری از پرستاران اخذ گردید. سپس پژوهشگر با حضور در بخش‌های مختلف در ساعت تحویل شیفت و بیان اهداف پژوهش، از پرستاران واجد شرایط جهت همکاری در مطالعه دعوت کرد. همچنین با هماهنگی سرپرستاران، یک اعلامیه فراخوان همکاری در مطالعه نیز در تابلو اعلانات بخش‌ها نصب شد تا در صورت تمایل با پیامک به پژوهشگر اعلام آمادگی نمایند. تعداد ۵۰ پرستار داوطلب واجد شرایط اعلام آمادگی کردند. این افراد رضایت‌نامه شرکت در مطالعه را امضا نمودند و به پرسشنامه‌ها در حضور پژوهشگر پاسخ دادند. پس از تخصیص نمونه‌ها در دو گروه مساوی (۲۵ نفره) مداخله و کنترل با قرعه‌کشی بر اساس کد پرسنلی، افراد گروه مداخله در ۶ جلسه گروهی تقویت مهارت‌های هیجانی به مدت ۴۵ دقیقه و بصورت هفتگی شرکت کردند. هماهنگی بزرگاری جلسات گروه مداخله با سوپروایزر آموزشی و سرپرستاران بخش‌هایی که شرکت‌کننده در مطالعه داشتند انجام می‌شد که در ساعت جلسات شیفت نداشتند باشند.

جدول ۱. برنامه تقویت مهارت تنظیم هیجان ارائه شده به گروه مداخله

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی افراد با همدیگر، توضیح اهداف و مقررات جلسات، بیان دیدگاه‌های سالم در مورد هیجانات	هیجانات و نقش آنها در زندگی، شناسایی هیجانات، اهمیت مهارت‌های تنظیم هیجان ارائه تکلیف منزل: تهیه لیستی از هیجانات شغلی
دوم	آشنایی با کارکرد هیجانات در زندگی و کار	بحث بر روی تکلیف جلسه گذشته، بیان چرایی بروز هیجانات و تأثیر آن در زندگی و کار ارائه تکلیف منزل: مکتوب کردن تأثیر هیجانات کاری بر زندگی در این هفته
سوم	آشنایی با نحوه تعامل هیجانات با افکار و رفتارها	بحث بر روی تکلیف جلسه گذشته، ترسیم چرخه تعامل هیجانات با افکار و رفتارها و تأثیرگذاری آنها بر یکدیگر ارائه تکلیف منزل: مکتوب کردن تأثیر هیجانات کاری بر همدیگر در این هفته
چهارم	تعریف داستان‌های هیجانی در پرستاری و نتیجه‌گیری از آن	بحث بر روی تکلیف جلسه گذشته، به چالش کشیدن داستان‌های هیجانی و بیان راهکارهای مقابله‌ای در آن موقعیت‌ها ارائه تکلیف منزل: تدوین راهکار برای مدیریت هیجانات کاری در این هفته
پنجم	آشنایی با مهارت‌های کاهش آسیب‌پذیری از هیجانات منفی	بحث بر روی تکلیف جلسه گذشته، راهکارهای افزایش هیجانات مثبت و فعالیت‌های لذت بخش و نحوه مقابله با آسیب‌پذیری از هیجانات منفی ارائه تکلیف منزل: به‌کارگیری هیجانات مثبت آموزش داده شده و مقابله با تأثیرات هیجانات منفی و ارائه بازخورد
ششم	آشنایی با نحوه تمرکز بر تغییر هیجانات منفی، جمع‌بندی تکنیک‌ها	بحث بر روی تکلیف جلسه گذشته، آموزش تکنیک حل مسأله برای تغییر هیجانات منفی ارائه تکلیف منزل: به‌کارگیری تکنیک حل مسأله برای مدیریت هیجانات و بکارگیری احساسات تقویت شده جهت تثبیت تا یک‌ماه آینده بصورت روزانه

جدول ۲. مقایسه توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران در دو گروه

متغیر	گروه کنترل تعداد (درصد)	گروه مداخله تعداد (درصد)	آزمون Chi-square	
			χ^2	P
جنس	خانم ۱۵ (۶۰)	۱۰ (۴۰)	۲	۰/۱۶
	آقا ۱۰ (۴۰)	۱۵ (۶۰)		
وضعیت تأهل	مجرد ۱۵ (۶۰)	۱۰ (۴۰)	-	۱
	متاهل ۵ (۲۰)	۵ (۲۰)		
شیفت کاری	صبح عصر صبح و عصر عصر و شب شب	۵ (۲۰) ۵ (۲۰) ۵ (۲۰) ۳ (۱۲) ۷ (۲۸)	۶/۲۰	۰/۱۸
	صبح	۲ (۸)		
	عصر	۶ (۲۴)		
	صبح و شب	۹ (۳۶)		

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای مراقبتی و حیطه‌های آن قبل و بعد از مطالعه در گروه مداخله

حیطه‌های رفتارهای مراقبتی	قبل از مداخله میانگین \pm انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین \pm انحراف معیار	آزمون t زوجی	
			T	P
قائل شدن احترام برای دیگری	۳۹/۰۸ \pm ۶/۳۷	۵۷/۱۲ \pm ۴/۸۹	۱۱/۸۵	< ۰/۰۰۱
اطمینان از حضور انسانی	۴۴/۷۲ \pm ۶/۹۸	۵۸/۶۰ \pm ۳/۲۳	۱۰/۳۰	< ۰/۰۰۱
ارتباط و گرایش مثبت	۳۲/۳۲ \pm ۴/۸۹	۴۳/۵۶ \pm ۳/۴۵	۱۰/۴۵	< ۰/۰۰۱
دانش و مهارت حرفه‌ای	۱۸/۵۶ \pm ۳/۶۴	۲۴/۵۲ \pm ۲/۱۰	۷/۰۷	< ۰/۰۰۱
توجه به تجارب دیگری	۱۴/۶۰ \pm ۳/۳۵	۱۹/۳۲ \pm ۲/۷۹	۴/۶۷	< ۰/۰۰۱
نمره کل	۱۴۹/۲۸ \pm ۱۱/۸۲	۲۰۳/۱۲ \pm ۹/۱۱	۲۱/۳۱	< ۰/۰۰۱

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای مراقبتی و حیطه‌های آن قبل و بعد از مطالعه در گروه کنترل

حیطه‌های رفتارهای مراقبتی	قبل از مداخله میانگین \pm انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین \pm انحراف معیار	آزمون t زوجی	
			T	P
قائل شدن احترام برای دیگری	۴۰/۸۰ \pm ۵/۴۸	۴۲/۱۶ \pm ۴/۷۴	۱/۴۸	۰/۱۵
اطمینان از حضور انسانی	۴۲/۲۸ \pm ۳/۷۶	۴۱/۹۶ \pm ۶/۶۰	۰/۲۲	۰/۸۲
ارتباط و گرایش مثبت	۳۱/۶۰ \pm ۵/۶۹	۳۰/۶۴ \pm ۶/۱۹	۰/۷۵	۰/۴۶
دانش و مهارت حرفه‌ای	۱۷/۴۸ \pm ۴/۴۰	۱۸ \pm ۵/۲۵	۰/۴۱	۰/۶۹
توجه به تجارب دیگری	۱۳/۹۲ \pm ۳/۰۱	۱۵/۰۸ \pm ۲/۳۸	۱/۷۳	۰/۱۰
نمره کل	۱۴۶/۰۸ \pm ۱۰/۷۰	۱۴۷/۷۲ \pm ۱۴/۱۱	۰/۹۹	۰/۳۲

این میانگین قبل و بعد از مداخله در هیچکدام از حیطه‌ها اختلاف معنادار نداشت ($P > ۰/۰۵$).

مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای مراقبتی و حیطه‌های آن قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۵).

نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای مراقبتی و حیطه‌های آن بعد از مطالعه بین دو گروه نشان داد که بعد از مداخله میانگین نمره کل رفتارهای مراقبتی و همه حیطه‌های در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۶).

مقایسه توزیع فراوانی سایر مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران بین دو گروه داخله و کنترل اختلاف معنادار نداشت ($P > ۰/۰۵$) و توزیع مؤلفه‌های جنس، نوع شیفت و تأهل بین دو گروه همگن بود (جدول ۲).

نتایج آزمون تی زوجی، مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای مراقبتی و حیطه‌های آن قبل و بعد از مطالعه در گروه مداخله در جدول ۳ نشان داد که این میانگین در همه حیطه‌ها به طور معناداری بیشتر از قبل بود ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج آزمون تی زوجی، مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای مراقبتی و حیطه‌های آن را قبل و بعد از مطالعه در گروه کنترل در جدول ۴ نشان داد که

جدول ۵. مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای مراقبتی و حیطه‌های آن قبل از مطالعه بین دو گروه

حیطه‌های رفتارهای مراقبتی	گروه کنترل میانگین \pm انحراف معیار	گروه مداخله میانگین \pm انحراف معیار	آزمون t مستقل	
			T	P
قائل شدن احترام برای دیگری	۴۰/۸۰ \pm ۵/۴۸	۳۹/۰۸ \pm ۶/۳۷	۱/۰۲	۰/۳۱
اطمینان از حضور انسانی	۴۲/۲۸ \pm ۳/۷۶	۴۴/۷۲ \pm ۶/۹۸	۱/۵۴	۰/۱۳
ارتباط و گرایش مثبت	۳۱/۶۰ \pm ۵/۶۹	۳۲/۳۲ \pm ۴/۸۹	۰/۴۸	۰/۶۳
دانش و مهارت حرفه‌ای	۱۷/۴۸ \pm ۴/۴۰	۱۸/۵۶ \pm ۳/۶۴	۰/۹۵	۰/۳۵
توجه به تجارب دیگری	۱۳/۹۲ \pm ۳/۰۱	۱۴/۶۰ \pm ۳/۳۵	۰/۷۵	۰/۴۵
نمره کل	۱۴۶/۰۸ \pm ۱۰/۷۰	۱۴۹/۲۸ \pm ۱۱/۸۲	۱/۰۰۳	۰/۳۲

جدول ۶. مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای مراقبتی و حیطه‌های آن بعد از مطالعه بین دو گروه

آزمون t مستقل		گروه مداخله	گروه کنترل	حیطه‌های رفتارهای مراقبتی
P	T	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
<۰/۰۰۱	۱۰/۹۸	۵۷/۱۲ \pm ۴/۸۹	۴۲/۱۶ \pm ۴/۷۴	قابل شدن احترام برای دیگری
<۰/۰۰۱	۱۱/۷۵	۵۸/۶۰ \pm ۳/۲۳	۴۱/۹۶ \pm ۶/۶۰	اطمینان از حضور انسانی
<۰/۰۰۱	۹/۱۱	۴۳/۵۶ \pm ۳/۴۵	۳۰/۶۴ \pm ۶/۱۹	ارتباط و گرایش مثبت
<۰/۰۰۱	۵/۷۶	۲۴/۵۲ \pm ۲/۱۰	۱۸ \pm ۵/۲۵	دانش و مهارت حرفه‌ای
<۰/۰۰۱	۵/۴۲	۱۹/۳۲ \pm ۲/۷۹	۱۵/۰۸ \pm ۲/۳۸	توجه به تجارب دیگری
<۰/۰۰۱	۱۶/۴۹	۲۰۳/۱۲ \pm ۹/۱۱	۱۴۷/۷۲ \pm ۱۴/۱۱	نمره کل

بحث

یافته بود. عدم تغییر در میزان رفتارهای مراقبتی پرستاران گروه کنترل نشان داد که تغییرات مشاهده شده در گروه مداخله صرفاً به دلیل گذشت زمان یا تأثیرات خارجی نبود، بلکه با اطمینان به مداخله تنظیم هیجان نسبت داده می‌شود که اعتبار درونی یافته‌های مطالعه را تأیید می‌کند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت پرستارانی که مهارت تنظیم هیجان را فرا می‌گیرند در مواجهه با بیماران و چالش‌های محیط کار واکنش‌های سنجیده‌تر، مؤثرتر و حرفه‌ای‌تری نشان می‌دهند و از نظر روانی آرام‌ترند، بهتر تمرکز می‌کنند و با انگیزه و تعهد بیشتری وظایف مراقبتی خود را انجام می‌دهند. همچنین مهارت‌های تنظیم هیجان، باعث بهبود ارتباط پرستار با بیمار و افزایش کیفیت مراقبت در حیطه‌های مختلف می‌شود.

این یافته‌ها اهمیت مداخلات روانشناختی و رفتاری را در ارتقاء رفتارهای مثبت پرستاران تأیید می‌کند اما در مطالعات بعدی باید با بررسی‌های بیشتر مشخص شود که آیا بهبود این متغیرها در طول زمان پایدار است و به مزایای رفتاری و عملکردی ملموس تبدیل می‌شود یا خیر. تکرار مطالعه با جمعیت‌های بزرگتر و متنوع‌تر برای تعمیم یافته‌ها ضروری است. در این مطالعه جامعه پژوهش محدود به پرستاران یک بیمارستان منتخب در شهر تهران بود. لذا بدلیل اثرگذاری مسائل فرهنگی- تربیتی در رفتار افراد، تعمیم نتایج به سایر شهرها باید با احتیاط انجام شود. همچنین لیزار گردآوری داده مبتنی بر خودگزارش‌دهی بود که در آن احتمال سوگیری پاسخ‌دهی وجود دارد. علاوه بر این متغیرهای مداخله‌گر همچون شرایط سازمانی، حجم کاری پرستاران و حمایت مدیران که می‌تواند بر رفتارهای مراقبتی پرستاران تأثیر گذار باشد کنترل نشد.

با توجه به محدودیت‌های مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی مقایسه رفتار مراقبتی پرستاران متأثر از هیجانات آنها ناشی از جو و شرایط حاکم بر محیط بخش‌های مختلف در فرهنگ‌های گوناگون انجام شود. همچنین استفاده از روش‌های پژوهش ترکیبی می‌تواند به روشن‌تر شدن ابعاد تجربه پرستاران در زمینه تأثیر هیجانات بر رفتار مراقبتی کمک کند. انجام پیگیری‌های طولانی‌مدت با توجه به مولفه‌های مخدوش‌گر سازمانی، شغلی، فردی و فرهنگی ضروری است تا پایداری اثرات تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان بر رفتارهای مراقبتی پرستاران مشخص گردد. در نهایت، بررسی تأثیر تقویت مهارت تنظیم هیجان بر پیامدهای مرتبط با بیماران مانند رضایت از مراقبت و کیفیت مراقبت درک‌شده، می‌تواند بُعد جدیدی از اهمیت این مداخله را آشکار سازد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان بر رفتارهای مراقبتی پرستاران انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمره کل رفتارهای مراقبتی و حیطه‌های آن در دو گروه قبل از مطالعه معنادار نبود اما بعد از تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از قبل از بود اما در گروه کنترل این تفاوت معنادار نبود.

همسو با این نتایج ذوالفقاری و همکاران، در مطالعه خود دریافتند که ذهن‌آگاهی تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی نقش میانجی در بهبود شرایط زندگی فردی و حرفه‌ای و نیز روابط بین فردی پرستاران ایفا می‌نمایند و پرستاران با مهارت تنظیم هیجان عملکرد مراقبتی بهتری دارند (۲۶).

همچنین Fallah و همکاران، بیان کردند که بین ارثه مراقبت روانی اجتماعی و توانایی مدیریت هیجانی پرستاران همبستگی وجود دارد و لازم است برنامه‌هایی برای ارتقای مهارت هیجانی پرستاران طراحی و اجرا شود تا رفتارهای مراقبتی آنها ارتقا داده شود (۲۷).

در مطالعات انجام شده در خارج کشور نیز نتایج مشابه بود؛ AL Btoush و همکاران، نتیجه‌گیری کردند که اجرای برنامه‌هایی در راستای افزایش توان مدیریت هیجانی پرستاران برای بهبود مهارت‌های تصمیم‌گیری بالینی جهت ارثه مراقبت با کیفیت بالا مهم است و در مراقبت از بیماران تأثیر خواهد داشت (۲۸).

Gonnelli و همکاران نیز دریافتند که پرستاران از مجموعه‌ای از راهبردهای تنظیم هیجان شامل گرایش به سرکوب و درگیری هیجانی استفاده می‌کنند و این رویکردها بر رفتارهای مراقبتی آن‌ها ارتباط دارد. به‌طوریکه پرستارانی که بیشتر از راهبردهای هیجانی استفاده می‌کنند، معمولاً روابط طولانی‌تر و مراقبت‌محور با بیماران برقرار می‌کنند (۲۹).

در تبیین این یافته و با استناد به نتایج مطالعات پیشین می‌توان گفت، تنظیم هیجان به پرستاران کمک می‌کند تا در موقعیت‌های تنش‌زای مراقبت از بیمار همچون مرگ، احیای قلبی ریوی و پرخاشگری، احساسات منفی مانند اضطراب، خشم یا خستگی روانی را مدیریت کرده و تسلط بیشتری بر موقعیت‌های شغلی خود داشته باشند. این کنترل هیجان منجر به تقویت باور به توانمندی‌های فردی و حرفه‌ای آنان می‌شود. همچنین تمرین‌هایی در راستای توان به‌کارگیری هیجانات مثبت و مقابله با تأثیرات هیجانات منفی موجب افزایش اعتماد به نفس، نگرش مثبت نسبت به خود و کاهش فرسودگی شغلی در آنها می‌شوند (۲۹-۲۷).

نتایج دیگر این مطالعه نشان داد که یکماه بعد از ارثه تمرینات تنظیم هیجان، بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوریکه رفتارهای مراقبتی پرستاران گروه مداخله در همه حیطه‌ها نسبت به قبل ارتقا

واحد اصفهان (خوراسگان) است. از همکاری مسئولین بیمارستان ضیاییان و پرستارانی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

سهم نویسندگان

ایده‌پردازی و نظارت: مریم مقیمیان، مشاوره: مریم رادمهر، اجرای پروژه و تهیه پیش نویس نسخه خطی: سولماز سیاح‌نیا، بررسی و ویرایش نسخه خطی: مریم مقیمیان.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی را اعلام نکردند.

موجب ارتقای رفتارهای مراقبتی پرستاران شود. پرستارانی که توانایی بیشتری در مدیریت هیجانات خود دارند، در موقعیت‌های شغلی چالش‌برانگیز، واکنش‌های حرفه‌ای‌تر نشان داده و مراقبت‌های پرستاری را در هر شرایطی با کیفیت لازم و مطابق رفتارهای مراقبتی استاندارد شده انجام می‌دهند. بنابراین، توجه به تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان پرستاران در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت می‌تواند به‌عنوان راهبردی مؤثر در راستای دستیابی به انتظارات مدیران و دریافت کنندگان خدمات سلامت از کار پرستاری باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانپرستاری با کد ۱۶۳۱۶۲۳۳۰ مربوط به دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی

References

- Vianney Bitu Aty YM, Herwanti E, Mau A, Ibraar M, Ayatullah I. Factors affecting nurse caring behavior. *Jurnal Info Kesehatan*. 2020;18(2):171-81. doi:10.31965/infokes.Vol18.Iss2.396
- Ghanbari-Afra L, Adib-Hajbaghery M, Dianati M. Human Caring: A Concept Analysis. *J Caring Sci*. 2022;11(4):246-54. PMID: 36483689 doi: 10.34172/jcs.2022.21
- Drahošová L, Jarošová D. Concept caring in nursing. *Cent Eur J Nurs Midw*. 2016;7(2):453-60. doi: 10.15452/CEJNM.2016.07.0014
- Kwame A, Petručka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*. 2021;20(1):158. PMID: 34479560 doi: 10.1186/s12912-021-00684-2
- Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukoulis S. The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(1):26-33. PMID: 32019104 doi: 10.3390/healthcare8010026
- Liyew B, Tilahun AD, Kassew T. Practices and barriers towards physical assessment among nurses working in intensive care units: multicenter cross-sectional study. *BioMed Research International*. 2021;2021(1):5524676. doi:10.1155/2021/5524676
- Xu D-d, Luo D, Chen J, Zeng J-l, Cheng X-l, Li J, et al. Nurses' perceptions of barriers and supportive behaviors in end-of-life care in the intensive care unit: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):130. PMID: 35854257 doi: 10.1186/s12904-022-01020-4
- Mardani Hamuleh M, Shahraki Vahed A, Roozitalab M. A comparison of the importance of patient educational programs in the viewpoint of nurses and patients [in Persian]. *Pars Journal of Medical Sciences*. 2022;8(4):49-55. doi:10.29252/jmj.8.4.49
- Hussein AHM, Abou Hashish EA. Relationship between nurses' ethical ideology, professional values, and clinical accountability. *Nurs Ethics*. 2023;30(7-8):1171-89. PMID: 37260020 doi: 10.1177/09697330231172282
- Jokar M, Kavi E, Faramarzi Z, Seif Z, Bazrafshan M-R. Nursing students and nurses attitude toward spirituality and spiritual care [in Persian]. *Nurs Midwif J* 2019;17(2):120-30.
- Norouzadeh R, Anoosheh M, Ahmadi F. Nurses' Communication With the Families of Patients at the End-of-Life. *Omega (Westport)*. 2022;86(1):119-34. PMID: 32993419 doi: 10.1177/0030222820959933
- Grandey A, Sayre G. Emotional Labor: Regulating Emotions for a Wage. *Current Directions in Psychological Science*. 2019;28(2):096372141881277. doi:10.1177/0963721418812771
- Grant M, Salsman NL, Berking M. The assessment of successful emotion regulation skills use: Development and validation of an English version of the Emotion Regulation Skills Questionnaire. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205095. PMID: 30281666 doi: 10.1371/journal.pone.0205095
- DeSteno D, Gross JJ, Kubzansky L. Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychol*. 2013;32(5):474-86. PMID: 23646831 doi: 10.1037/a0030259
- Saedpanah D, Salehi S, Moghaddam LF. The effect of emotion regulation training on occupational stress of critical care nurses. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(12):VC01-VC04. PMID: 28208981 doi: 10.7860/JCDR/2016/23693.9042
- Wimmer L, von Stockhausen L, Bellingrath S. Improving emotion regulation and mood in teacher trainees: Effectiveness of two mindfulness trainings. *Brain Behav*. 2019;9(9):e01390. PMID: 31436394 doi: 10.1002/brb3.1390
- Bahmani A, Aslani F, Ghamkhari SM. The effect of job stress on nurses' caring behaviors and quality of life related to their health in coronavirus pandemic [in Persian]. *Sadra Med J*. 2022;10(4):369-80. doi:10.30476/smsj.2023.90882.1241
- Naimeh S, Marziyeh k, Shima H. The impact of emotion regulation training on reappraisal and suppression strategies in military nursing students [in Persian]. *Military Caring Sciences*. 2020;7(3):189-97. doi:10.29252/mcs.7.3.189
- Erkayiran O, Demirkiran F. The effect of emotion regulation training on nurses: a quasi-experimental study. *Nurs Health Sci*. 2024;26(4):e70017. PMID: 39710588 doi: 10.1111/nhs.70017
- Lee M, Park H. Mediating effects of emotion regulation between socio-cognitive mindfulness and empathy in nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2022;21(1):306. PMID: 36352405 doi: 10.1186/s12912-022-01081-z
- Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91. PMID: 17695343 doi: 10.3758/bf03193146
- Wolf ZR, Byrne D, Hanson-Zalot M. Undergraduate Nursing Students' Caring Behaviors: A Cross-Sectional Study. *Int J Hum Car*. 2018;22(4):199-208. doi:10.20467/1091-5710.22.4.199
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Philadelphia: Routledge; 2013. doi:10.1016/C2013-0-10517-X

24. Hajinezhad ME, Azodi P, Rafii F, Ramezani N, Tarighat M. Perspectives of Patients and Nurses on Caring Behaviors of Nurses [in Persian]. *Journal of Hayat*. 2012;17(4):36-45.
25. Allen LB, McHugh RK, Barlow DH. Emotional disorders: a unified protocol. 2008.
26. Zolfaghari A, Fazlali M, Hosseini Tabaghdehi L. Structural Equation modeling of the relationship between mindfulness and self-efficacy with the mediating role of emotion regulation and cognitive flexibility in nurses [in Persian]. *Nursing and Midwifery Journal*. 2025;23(1):1-18. doi:10.61186/unmf.23.1.1
27. Fallah A, Adib-Hajbaghery M, Sabery M, Raddadi Y. Emotional intelligence and caring behavior among Iranian Nurses. *Nursing and Midwifery Studies*. 2023;12(3):165-72. doi:10.48307/nms.2023.179818
28. AL Btoush MR, Malak MZ, Hamaideh SH, Shuhaiber AH. The relationship between emotional intelligence, self-efficacy, and clinical decision-making among critical care nurses in Jordan. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2025;35(3):454-68. doi:10.1080/10911359.2024.2310261
29. Gonnelli C, Raffagnino R, Puddu L. The emotional regulation in nursing work : an integrative literature review and some proposals for its implementation in educational programs. *J Nurs Health Sci*. 2016;5(6):43-9. doi: 10.9790/1959-0506074349