

The Role of Primary Maladaptive Schemas, Cognitive Emotion Regulation and Cognitive Flexibility in Predicting the Quality of Patient Care Among Nurses

Zahra Farjami¹, Maryam Farjami², Shiva Massoumi^{3*}, Bahman Matinpour⁴

1. Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.
2. Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.
3. Master of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Phd student in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Shiva Massoumi, Master of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: Shivamassoumi90@gmail.com

Abstract

Introduction: As one of the most important members of the health care team, nurses play a vital role in the care-treatment system. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the role of primary maladaptive schemas, cognitive emotion regulation and cognitive flexibility in predicting the quality of patient care among nurses.

Methods: The present study was a descriptive-analytical correlational study. The statistical population of the research was all nurses working in the hospitals of Karaj city in 2023, and 150 of them were selected by available sampling method. In order to collect data, Quality Patient Care Scale, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Young Schema Questionnaire and Cognitive Flexibility inventory were used. The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis in SPSS-24 software.

Results: The results showed that there is a negative and significant relationship between the Primary Maladaptive Schemas and maladaptive cognitive emotion regulation with the quality of care ($P < 0.01$). There is a positive and significant relationship between adaptive cognitive emotion regulation and cognitive flexibility with the quality of care ($P < 0.01$). Also, the results of multiple regression analysis also revealed that 0.54% of the variance of the quality of patient care is explained by primary maladaptive schemas, cognitive emotion regulation, and cognitive flexibility.

Conclusions: The results of the present study showed that Primary maladaptive schemas, cognitive emotion regulation and cognitive flexibility play a role in the quality of patient care, especially in the field of interpersonal relationships. Therefore, it is necessary to pay special attention to treatments based on emotion regulation, treatment based on schema-therapy and treatment based on acceptance and commitment in order to improve the quality of care of health workers and nurses.

Keywords: Primary Maladaptive Schemas, Cognitive Emotion Regulation, Cognitive Flexibility, Nurses.

نقش طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی کیفیت مراقبت بیماران در میان پرستاران

زهرا فرجامی^۱، مریم فرجامی^۲، شیوا معصومی^{۳*}، بهمن متین پور^۴

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: شیوا معصومی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ایمیل: Shivamassoumi90@gmail.com

چکیده

مقدمه: پرستاران به عنوان یکی از مهم ترین اعضای تیم مراقبت های بهداشتی، نقش حیاتی در سیستم مراقبتی-درمانی ایفا می کنند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی کیفیت مراقبت بیماران در میان پرستاران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه پرستاران مشغول به کار در بیمارستان های شهر کرج در سال ۱۴۰۲ بودند که از میان آنان ۱۵۰ نفره شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه مقیاس کیفیت مراقبت از بیمار، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامه طرحواره یانگ و پرسشنامه انعطاف پذیری روان شناختی استفاده شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد بین طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با کیفیت مراقبت رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و انعطاف پذیری شناختی با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۵۴/۰ درصد واریانس کیفیت مراقبت از بیمار به وسیله طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی تبیین می شود.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی در کیفیت مراقبت از بیماران به ویژه در زمینه روابط بین فردی نقش دارند. بنابراین ضرورت دارد برای ارتقای کیفیت مراقبت کارکنان بهداشتی و پرستاران به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توجه ویژه ای شود.

کلیدواژه ها: طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان، انعطاف پذیری شناختی، پرستاران.

مقدمه

حرفه پرستاری بیشترین مشاغل بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می دهد. از آنجایی که پرستاران نقش مراقبت دهنده بیمار و اداره کنندگان وضعیت جسمی و روانی بیماران را بر عهده دارند جزء یکی از حرفه های استرس آور است (۱). پرستاران به دلیل شیفت های کاری طولانی و خستگی ناشی از آن همیشه مستعد به خطر افتادن سلامتی شان هستند. پرستارانی که از سلامت روانی و جسمی مناسب برخوردار نباشند، به درستی قادر نخواهند بود که مراقبت های مطلوبی همانند حمایت های فیزیکی و روانی از بیماران به عمل آورند (۲). مراقبت پرستاری (Nursing care) یکی از مهم ترین مؤلفه ها در ارائه مراقبت های بهداشتی باکیفیت است (۳). با این حال تضمین کیفیت مراقبت های پرستاری به دلیل محدودیت منابع مالی، تعداد ناکافی پرستاران، کمبود تجهیزات، مهارت و رشد سریع جمعیت یک چالش محسوب می شود، از این رو، این موضوع ممکن است ارتباط با سایر مراقبین، بیماران و خانواده آنها را تحت تاثیر قرار دهد (۴). کیفیت روابط بین فردی بین کارکنان مراقبت های بهداشتی و بیماران یک فرآیند مهم از متغیر مراقبت است و ممکن است بر نتایج بیماران تأثیر بگذارد؛ زیرا احتمالاً بر تبعیت بیماران از درمان نیز تأثیر می گذارد. مطالعات قبلی نشان داده است که مراقبت پرستاری (به ویژه در روابط بین فردی) مستقیماً با بهبود نتایج بیمار مرتبط است (۵). در این راستا و در میان طیف گسترده ای از عوامل تأثیرگذار، طرحواره های ناسازگار اولیه، مقدمات مهم کیفیت روابط بین فردی هستند (۶).

یانگ و همکارانش (۷) طرحواره ناسازگار اولیه (Early Maladaptive Schema) را مضمون یا الگوی گسترده و فراگیر متشکل از خاطرات، هیجانات، شناخت ها و احساسات بدنی در رابطه با خود و روابط با دیگران که در دوران کودکی یا نوجوانی ایجاد شده و در طول زندگی فرد بسط داده می شود تعریف کرده اند (۷). هنگامی که طرحواره ها آغاز می شوند، نحوه پردازش و درک رویدادها و تجربیات جاری را تحریف می کنند و بر پاسخ های هیجانی و رفتاری تأثیر می گذارند (۸). یک اصل اساسی طرحواره درمانی یانگ این است که طرحواره های ناسازگار اولیه در پاسخ به رویدادهای آسیب زا و تجارب مکرر نیازهای هیجانی برآورده نشده در دوران کودکی شکل می گیرند (۹). طرحواره های مختلف بخش هایی از هویت فرد را تشکیل می دهند و به عنوان الگوهای اولیه برای شیوه های تفکر و رفتار در آینده عمل

می کنند (۷). برای مثال، افرادی که طرحواره های مرتبط با مضامین بی اعتمادی را قویاً تأیید می کنند، ممکن است به طور مداوم پیش بینی کنند که دیگران به نحوی به آنها آسیب می رسانند (۷). مفهوم طرحواره براساس نظریه شناختی بک (۱۹۸۷) است، که استدلال می کند طرحواره های منفی می توانند آسیب پذیری در برابر اختلالات روانی ایجاد کنند (۱۰). در نتیجه، روابط بالقوه بین طرحواره، علائم روان شناختی و رفتارهای بین فردی در پژوهش های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۱ و ۱۲). برای مثال، یانگ و همکاران (۷) در پژوهش خود نشان دادند، که طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند بر روابط بین فردی تأثیر منفی بگذارند. همچنین، بالدوین (Baldwin) (۱۳) استدلال کرد که طرحواره می تواند به فرد کمک کند تا پیش بینی کند که چگونه یک تعامل ممکن است ادامه یابد و در نتیجه به آنها اجازه می دهد تا اقدامات بین فردی خود را از قبل برنامه ریزی کنند. برای مثال، افرادی که طرحواره هایی با مضامین طرد را گزارش می کنند، طرد شدن را در تعاملات بزرگسالان پیش بینی می کنند و سطوح پایینی از عزت نفس را نشان می دهند، به ویژه زمانی که محرک های محیطی مبهم هستند.

از دیگر متغیرهای مرتبط با کیفیت روابط بین فردی تنظیم هیجان (Emotion Regulation) است (۱۴). تنظیم هیجان یک مهارت بنیادی است که برای عملکرد انطباقی در حوزه های مختلف ضروری و به عنوان فرآیندهای درونی و بیرونی درگیر در نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی برای دستیابی به اهداف تعریف می شود (۱۵). اگرچه مفهوم تنظیم هیجان تابع تعاریف و تفاسیر مختلفی است، اما اغلب به عنوان فرآیندها یا راهبردهایی برای مدیریت برانگیختگی هیجانی استفاده می شود تا عملکرد بین فردی مناسب ممکن شود (۱۶). از سوی دیگر، مفهوم تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation) را می توان به عنوان شناخت ها یا افکاری تعریف کرد که هیجانات فرد را مدیریت و تنظیم می کند و نشان دهنده فرآیندهای ذهنی است که توسط فرد برای رویارویی با یک رویداد ناراحت کننده استفاده می شود (۱۷-۱۸). تنظیم شناختی هیجان شامل چهار راهبرد مقابله شناختی ناسازگار (نشخوار فکری، فاجعه سازی، سرزنش خود و سرزنش دیگران) و پنج راهبرد سازگار (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه گیری، ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی) است (۱۹). تنظیم هیجانی سازگار (Adaptive)

شناختی به فرد کمک می کند که موقعیت های سخت و پراسترس زندگی را به عنوان موقعیت های قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی پیدا کردن چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت های سخت بتواند به راه حل های جایگزین فکر کند (۲۹). بنابراین پرستارانی که انعطاف پذیری شناختی بالاتری دارند در موقعیت های استرس زا بهتر می توانند با محیط سازگار شوند و کیفیت مراقبت بهتری به بیماران ارائه دهند.

پرستاران اولین افراد حاضر بر بالین بیمار بوده و بیشترین مدت زمان حضور را در کنار بیمار دارند. در نتیجه موفق ترین پرستاران آن هایی خواهند بود که توانایی مراقبت از بیماران را دارا باشند. بنابراین، کیفیت مراقبت های پرستاری از اهمیت ویژه ای برخوردار است به طوری که هرگونه اشتباه جزئی از جانب پرستاران در حین مراقبت ممکن است اثرات جبران ناپذیری برای بیمار داشته باشد. به همین علت ارائه مراقبت ها و خدمات با کیفیت مناسب در زمینه روابط بین فردی به عنوان یک اولویت در نظام خدمات بهداشتی درمانی به ویژه در زمینه خدمات پرستاری مطرح شده است. بنابراین در میان طیف گسترده ای از عوامل تأثیرگذار، شناخت مولفه های روان شناختی موثر در کیفیت روابط بین فردی ضروری است؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی کیفیت مراقبت بیماران در میان پرستاران انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی در قالب طرح همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان ها و درمانگاه های شهر کرج در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند که از میان آنها تعداد ۱۵۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل نداشتن بیمارهای مزمن جسمی و روان شناختی، رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش و یک سال سابقه کار در اورژانس بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. در این پژوهش پس از اطمینان داده شدن به پرستاران جهت رعایت رازداری، پرسشنامه ها در اختیار آنها قرار گرفت. مشارکت در پژوهش داوطلبانه بود و پرستارانی که به هر دلیلی تمایلی به همکاری نداشتند، می توانستند پرسشنامه دریافت نکنند. به آزمودنی ها اطمینان

(Regulation Emotion)، به فرد اجازه می دهد که کارکرد وی در محیط موفقیت آمیز باشد و هنگام مواجه شدن با یک تجربه هیجانی مشکل زا بتواند رفتارهای متناسب باهدفش را به کار گیرد. تنظیم هیجانی سازگار نیازمند مهارت های از جمله، آگاهی و پذیرش هیجانی است (۲۰). در مقابل کسی که از تنظیم هیجانی ناسازگار (Madaptive Emotion Regulation) استفاده می کند، هنگام روبه رو شدن با یک تجربه مشکل زا نمی تواند رفتارهایش را طوری تنظیم کند که بتواند به اهدافش در محیط برسد (۲۱). به طور کلی با توجه به اینکه پرستاران روزانه با محرک های استرس زای فراوان، اضافه کاری اجباری، فرسودگی و نارضایتی شغلی و به تبع پریشانی روان شناختی، مواجه هستند، بنابراین این احتمال وجود دارد که پرستارانی که از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان استفاده می کنند مراقبت با کیفیت تری در ارتباط با بیماران ارائه دهند.

از دیگر متغیرهای مرتبط با روابط بین فردی و کیفیت مراقبت از بیماران انعطاف پذیری شناختی (Cognitive Flexibility) است (۲۲). انعطاف پذیری شناختی فرد را قادر می سازد که در برابر فشارها، چالش ها و سایر مسایل هیجانی و اجتماعی برخورد مناسب و کارآمد داشته باشد. عنصر اصلی در تعریف انعطاف پذیری شناختی، توانایی تغییر آمایه های شناختی به منظور سازگاری با محرک های در حال تغییر محیطی است (۲۳). برخی از پژوهشگران انعطاف پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده اند که این ارزیابی در موقعیت های مختلف تغییر می کند (۲۴). در واقع مدل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (Acceptance And Commitment Therapy)، بهبود عملکرد و کیفیت زندگی را با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی جستجو می کند. نقطه مقابل آن انعطاف ناپذیری روان شناختی (Psychological Inflexibility) است که از دیدگاه ACT آسیب شناسی روانی براساس آن تعریف می شود (۲۵). افراد دارای تفکر انعطاف پذیر به صورت مثبتی ساختار فکری خود را متناسب با محیط تنظیم و تغییر داده و موقعیت پر تنش و استرس زا را با پذیرش و تحمل پشت سر می گذارند (۲۶، ۲۷). برخی از نظریه پردازان انعطاف پذیری شناختی را ساختاری چندوجهی می دانند که مؤلفه های اساسی از جمله خلق و خو، شخصیت و مهارت های ویژه ای مانند حل مسئله را در بر می گیرد. چنین مهارت هایی افراد را در مواجهه با رویدادهای آسیب زا و در طول سازگاری توانا می سازد (۲۸). به نظر می رسد داشتن انعطاف پذیری

داده شد که اطلاعات آنان در اختیار هیچ کسی قرار نخواهد گرفت و صرفاً به منظور همین پژوهش استفاده خواهد شد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش، احترام به حقوق آزمودنی ها و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS-24 انجام شد. برای گردآوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

مقیاس کیفیت مراقبت از بیمار (Quality Patient Care Scale): این ابزار جهت بررسی فرایند مراقبت و کیفیت مراقبت پرستاری از سال ۱۹۷۵ در کشورهای آمریکا، انگلستان، و نیجریه مورد استفاده قرار گرفته است (۳۱). پرسشنامه اصلی شامل ۵۵ سوال با سه بعد روانی- اجتماعی (۲۱ سوال)، بعد ارتباطی (۱۲ سوال) و بعد جسمی (۲۲ سوال) است. چندین نسخه ایرانی این پرسشنامه هنجار شده است. پرسشنامه فوق در سال ۱۳۸۲ در تبریز مورد بررسی قرار گرفته و با فرهنگ ایران تطبیق داده شده است. اما تعداد گویه ها افزایش یافت. پرسشنامه شامل ۷۲ سوال بود که وضعیت کیفیت مراقبت های پرستاری را در سه بعد روانی- اجتماعی (۳۳ سوال)، بعد فیزیکی (۲۶ سوال) و بعد ارتباطی (۱۳ سوال) بررسی می نمود (۳۲). در مطالعه نیشابوری و همکاران (۳۳) روایی این پرسشنامه توسط اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان و ایران مورد بررسی و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ مورد تایید قرار گرفت. در مطالعه ای نیشابوری و همکاران (۳۳) که در سال ۱۳۸۹ انجام شد، پرسشنامه ها به ۴۱ سوال تغییر یافته بود و شامل دو بعد روانی- اجتماعی (۲۸ سوال) و بعد ارتباطی (۱۳ سوال) می باشد که از نمره ۱ تا ۳ به آن اختصاص یافت. با محاسبه میانگین نمرات سوالات پرسشنامه برای هر فرد، نظرات به سه گروه نامطلوب (کمتر از ۱/۵)، تا حدودی مطلوب (۲/۴۹-۱/۵) و مطلوب (۳-۲/۵) تقسیم بندی شد. در این پژوهش از پرسشنامه نیشابوری و همکاران (۳۳) و بعد ارتباطی این پرسشنامه از دیدگاه پرستاران مدنظر است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire): پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان که توسط گارنفسکی (Garnefski) و همکاران (۳۴) ساخته شده است، یک پرسشنامه چند بعدی است و شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان است که به دو دسته سازگارانه شامل تمرکز مجدد

مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد، پذیرش، دیدگاه گیری و ناسازگارانه شامل سرزنش خویش، فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران تقسیم می شوند. این پرسشنامه جهت شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت های منفی مورد استفاده قرار می گیرد. برخلاف سایر پرسشنامه های مقابله ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیبزا ارزیابی می کند. مقیاس تنظیم شناختی هیجان یک ابزار خودگزارشی است و فرم کوتاه آن دارای ۱۸ گویه است. اجرای این پرسشنامه آسان و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت بالینی) قابل استفاده است (۳۵). نسخه فارسی آن در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. اعتبار مقیاس براساس روش های همسانی درونی و روایی آن از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس محاسبه شد و همبستگی خرده مقیاس ها و روایی ملاکی، مطلوب (۰/۸۵-۰/۶۲) گزارش شده است (۳۶).

پرسشنامه طرحواره یانگ (Young Schema Questionnaire): فرم کوتاه طرحواره یانگ ابزاری خودگزارش دهی است که ۷۵ گویه دارد و ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را در ۵ حوزه می سنجد. برای سنجش هر طرحواره پنج گویه طرح شده است. هر گویه بر یک مقیاس ۶ درجه ای از ۱ کاملاً نادرست تا ۶ کاملاً درست نمره گذاری می شود. نمره بالا در یک خرده مقیاس معین احتمال بیشتر وجود یک طرحواره را برای آن فرد نشان می دهد. اسپمیت و همکاران (۳۷) در پنج مطالعه مستقل با حجم نمونه کلی ۱۵۶۴ نفر روایی و پایایی پرسشنامه را مورد بررسی و تایید کردند. روایی واگرایی و همگرایی پرسشنامه از طریق همبستگی معنادار طرحواره های ناسازگار اولیه با عزت نفس و پریشانی های روان شناختی تایید شد و میزان پایایی طرحواره ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ بدست آمد (۳۷). همچنین در ایران یوسفی و همکاران روایی و پایایی پرسشنامه را بر روی یک نمونه ۵۷۹ نفری بررسی کردند و پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ در کل نمونه ۰/۹۱، در دختران ۰/۸۷ و در پسران ۰/۸۴ به دست آوردند. روایی همگرا و واگرایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب همبستگی پرسشنامه با پرسشنامه های درماندگی روان شناختی، عاطفه مثبت و منفی، اعتماد به نفس، آسیب پذیری شناختی برا افسردگی

زهرا فرجامی و همکاران

جانکوو همکاران (۴۰) در مطالعه ای بر روی ۴۷ سالمند مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی و یک نمونه غیر بالینی از ۵۳ سالمند جامعه در کشور آمریکا به این نتیجه رسیدند که میزان «مقیاس انعطاف پذیری شناختی» در نمونه بالینی به طور معناداری کمتر از نمونه غیربالینی است که نشان دهنده روایی تمیز این آزمون می باشد، همچنین ثبات به روش بازآزمایی با فاصله یک ماه در ۴۷ تن از نمونه بالینی ۰/۷۰ و در ۵۳ نمونه غیربالینی ۰/۷۲ گزارش شد. شماره و همکاران در سال ۲۰۱۴ مقیاس انعطاف پذیری شناختی را به زبان فارسی ترجمه و در دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا کردند. روایی همگرای آن بر روی ۲۲۷ نفر (۱۱۶ مرد و ۱۶۱ زن) از دانشجویان دانشگاه شیراز با مقیاس تاب آوری برابر با ۰/۶۷ و روایی هم زمان آن با سیاهه افسردگی بک برابر با ۰/۵۰- بود. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در ۲۷۷ دانشجوی دانشگاه شیراز و ثبات به روش بازآزمایی با فاصله ۲۰ روز در ۳۵ تن از دانشجویان دانشگاه شیراز به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۱ بود (۴۱).

یافته ها

تعداد آزمودنی ها در این پژوهش ۱۵۰ نفر بودند. ۱۱۰ نفر (۷۳/۳ درصد) لیسانس، ۳۰ نفر (۲۰ درصد) فوق لیسانس و ۱۰ نفر (۶/۷ درصد) دانشجوی دکترا بودند. میانگین سن افراد ۳۷/۷۷ و انحراف معیار سن ۷/۱۱۷ بود.

اساسی، علایم اختلال شخصیت و چک لیست ۹۰ سوالی به ترتیب برابر ۰/۳۷، ۰/۳۴، ۰/۴۰، ۰/۳۹، ۰/۳۵، ۰/۳۶ و ۰/۳۸ شده و مورد تایید قرار گرفت (۳۸).

پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی (Cognitive Flexibility inventory (CFI): این مقیاس توسط دنیس و واندر وال (Dennis & Vander Wal) در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی با ۲۰ عبارت برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می رود. شیوه نمره گذاری آن براساس یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرت می باشد. نمره گذاری سیاهه براساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرت انجام می شود. سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. این ابزار ۲ زیر مقیاس پردازش حل مسئله با سوالات ۱، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸ و ۱۹؛ ادراک کنترل پذیری با سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ را اندازه گیری می کند. عبارت ۲۰ در هیچ کدام از مولفه ها قرار نمی گیرد، بنابراین، در نمره گذاری عبارت های مورد نظر لحاظ نمی شود. بالاترین نمره ای که فرد در مقیاس انعطاف پذیری شناختی می تواند کسب نماید ۱۳۳ و پایین ترن نمره ۱۹ می باشد، نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی پایین می باشد (۳۹).

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه

| درصد | فراوانی | جمعیت شناختی |
|-------|---------|--------------------|
| ۲۰ | ۳۰ | ۲۱ تا ۲۵ سال |
| ۲۱/۳۳ | ۳۲ | ۲۵ تا ۳۰ سال |
| ۳۶/۶۷ | ۵۵ | ۳۵ تا ۴۰ سال |
| ۲۲ | ۳۳ | ۴۱ سال به بالا |
| ۱۰۰ | ۱۵۰ | کل |
| | ۷/۱۱۷ | انحراف معیار سن = |
| | | میانگین سن = ۳۷/۷۷ |
| ۷۳/۳ | ۱۱۰ | لیسانس |
| ۲۰ | ۳۰ | فوق لیسانس |
| ۶/۷ | ۱۰ | دانشجوی دکترا |
| ۱۰۰ | ۱۵۰ | کل |

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن شامل را نشان می دهد.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، نرمال بودن متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش | میانگین | انحراف معیار | ks | معناداری |
|---|---------|--------------|--------|----------|
| کیفیت مراقبت | ۱۶/۳۶ | ۳/۷۲۱ | -۰/۸۰۶ | ۰/۲۳۶ |
| طرحواره بریدگی/اطرد | ۱۰۲/۰۴ | ۱۵/۰۴۲ | -۰/۷۱۴ | ۰/۲۳۵ |
| طرحواره خودمختاری/عملکرد مختل | ۷۶/۴۸ | ۱۲/۹۸۰ | -۰/۶۱۵ | ۰/۲۲۲ |
| طرحواره محدودیت های مختل | ۳۹/۰۴ | ۶/۱۰۳ | -۰/۷۰۸ | ۰/۳۱۸ |
| طرحواره خود جهت مندی | ۳۸/۴۴ | ۵/۶۰۵ | -۰/۸۱۴ | ۰/۳۰۲ |
| طرحواره گوش به زنگی | ۳۸/۳۶ | ۶/۰۷۳ | -۰/۹۲۲ | ۰/۵۰۲ |
| نمره کل طرحواره های ناسازگار اولیه | ۳۹۴/۳۶ | ۴۲/۲۳۴ | -۰/۷۲۶ | ۰/۱۹۹ |
| راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگاران | ۱۱/۸۴ | ۲/۳۵۵ | -۰/۸۵۱ | ۰/۷۰۱ |
| راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگاران | ۱۱/۶۴ | ۴/۸۴۸ | -۰/۷۱۸ | ۰/۱۱۹ |
| انعطاف پذیری شناختی | ۳۳/۰۴ | ۲۱/۳۱۵ | -۰/۷۷۶ | ۰/۱۵۴ |

آماره های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند ($P > 0.05$). مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین براساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد.

بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۲ و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در ابتدا برای بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی با کیفیت مراقبت از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه پیش فرض - های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری

جدول ۳: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|---------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|----|
| ۱. کیفیت مراقبت | | | | | | | | | | |
| ۲. بریدگی/اطرد | -۰/۵۴۴** | | | | | | | | | |
| ۳. خودمختاری مختل | -۰/۴۹۵** | ۰/۵۵۶** | | | | | | | | |
| ۴. محدودیتهای مختل | -۰/۵۲۵** | ۰/۶۳۶** | ۰/۵۸۱** | | | | | | | |
| ۵. خود جهت مندی | -۰/۵۰۳** | ۰/۷۸۸** | ۰/۶۶۴** | ۰/۴۸۹** | | | | | | |
| ۶. گوش به زنگی | -۰/۶۳۱** | ۰/۶۸۶** | ۰/۶۴۱** | ۰/۵۴۱** | ۰/۵۸۱** | | | | | |
| ۷. نمره کل طرحواره ها | -۰/۶۱۸** | ۰/۳۹۰** | ۰/۳۹۰** | ۰/۳۰۴** | ۰/۲۶۲** | ۰/۳۲۲** | | | | |
| ۸. تنظیم هیجان ناسازگاران | -۰/۵۲۶** | ۰/۵۵۴** | ۰/۴۱۷** | ۰/۵۴۱** | ۰/۵۲۱** | ۰/۶۵۴** | ۰/۵۳۰** | | | |
| ۹. تنظیم هیجان سازگاران | ۰/۵۷۱** | -۰/۴۴۹** | -۰/۴۲۳** | -۰/۴۶۵** | -۰/۴۶۳** | -۰/۴۸۷** | -۰/۵۰۵** | -۰/۵۴۹** | | |
| ۱۰. انعطاف پذیری شناختی | ۰/۵۱۴** | -۰/۱۹۵** | -۰/۳۳۵** | -۰/۴۷۶** | -۰/۳۷۶** | -۰/۳۷۴** | -۰/۶۷۸** | -۰/۴۸۰** | ۰/۴۳۵** | |

** معنادار در سطح ۰/۰۱

معناداری وجود دارد. بین تنظیم شناختی هیجان سازگاران و انعطاف پذیری شناختی با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج در سطح $P < 0.01$ معنادار بودند.

براساس جدول ۳- نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم شناختی هیجان ناسازگاران با کیفیت مراقبت رابطه منفی و

زهرا فرجامی و همکاران

اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی از رگرسیون چندگانه استفاده می‌شود که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان‌پذیر می‌سازد، لذا برای پیش‌بینی کیفیت مراقبت براساس طرحواره‌های ناسازگار

جدول ۴. خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه کیفیت مراقبت براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی

| پیش‌بینی کننده ها | R | R ² | F | معناداری F | β | t | Sig | تولرانس | VIF | دوربین-واتسون |
|--------------------------|-------|----------------|---------|------------|---------|--------|-------|---------|-------|---------------|
| عدد ثابت (constant) | | | | | - | ۸/۵۵۵ | ۰/۰۰۱ | - | - | |
| طرحواره بریدگی/طرد | | | | | -۰/۲۲۸ | -۲/۷۷۵ | ۰/۰۰۸ | ۰/۱۵۴ | ۶/۴۸۴ | |
| طرحواره خودمختاری | | | | | -۰/۴۳۰ | -۶/۱۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۹۵ | ۵/۱۳۶ | |
| طرحواره محدودیت‌های مختل | | | | | -۰/۸۰۷ | -۶/۰۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۵۴ | ۸/۶۵۹ | |
| طرحواره خود جهت‌مندی | ۰/۷۳۲ | ۰/۵۳۶ | ۱۱۵/۷۳۹ | ۰/۰۰۱ | -۰/۲۸ | -۳/۹۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۸۷ | ۵/۳۴۶ | ۲/۶۷۷ |
| طرحواره گوش به زنگی | | | | | -۰/۲۷۵ | -۲/۷۴۶ | ۰/۰۳۳ | ۰/۱۹۳ | ۹/۷۷۸ | |
| تنظیم هیجان ناسازگاران | | | | | -۰/۲۲۳ | -۳/۳۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۰۹ | ۴/۷۸۶ | |
| تنظیم هیجان سازگاران | | | | | ۰/۳۱۵ | ۴/۴۷۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۹۰ | ۵/۲۶۹ | |
| انعطاف‌پذیری شناختی | | | | | ۰/۲۷۲ | ۵/۴۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۷۲ | ۲/۶۹۰ | |

پیش‌بینی می‌کنند و سطوح پایینی از عزت نفس نشان می‌دهند، به‌ویژه زمانی که محرک‌ها در محیط مبهم هستند (۱۳). به عبارت دیگر، طرحواره‌های ناسازگار اولیه اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل داده و با حوادث منفی و فشارهای روانی زندگی تعامل دارند. ژرف‌ترین ساختارهای شناختی طرحواره‌ها، وقتی که برانگیخته می‌شوند سطوحی از هیجان برانگیخته می‌شود و به صورت مستقیم و غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و تعارضات بین فردی می‌شود (۴۲، ۴۳). بنابراین با فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق مواجه شدن با محدودیت‌ها و استرس‌های ناشی از کار، پرستاران به ارزیابی منفی رویدادها و تعبیر محرک‌ها به صورت منفی و تهدیدآمیز می‌پردازند. بنابراین، حجم عظیمی از هیجان‌های منفی و ناخوشایند را تولید می‌کنند که متعاقباً منجر به کاهش کیفیت مراقبت از بیماران می‌شود.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین تنظیم شناختی هیجان سازگاران با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معنی‌دار وجود داشت اما بین تنظیم شناختی هیجان ناسازگاران و کیفیت مراقبت رابطه منفی و معنی‌دار وجود داشت. این یافته‌ها به طور مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های بایک و کیم (Baik and Kim) (۴۴) و بامونتی (Bamonti) و همکاران (۴۵) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افرادی که مهارت تنظیم هیجانی بالایی دارند، سبک

با توجه جدول ۴- نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی می‌توانند کیفیت مراقبت را پیش‌بینی کنند و قوی‌ترین متغیر پیش‌بین طرحواره محدودیت‌های مختل با ضریب بتای ۰/۸۰۷- است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی کیفیت مراقبت بیماران در میان پرستاران بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با کیفیت مراقبت رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های یانگ و همکاران (۷)، دراپو و پری (۱۰) و بالدوین (۱۳) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت طرحواره‌ها بر نحوه درک فرد از خود و دیگران تاثیر می‌گذارند، در نتیجه، یک منطق نظری برای طرحواره‌هایی ایجاد می‌کنند که باعث مشکلات بین فردی می‌شوند (۷). بالدوین (۱۳) استدلال کرد که طرحواره می‌تواند به فرد کمک کند تا پیش‌بینی کند که چگونه یک تعامل ممکن است ادامه یابد و در نتیجه به آنها اجازه می‌دهد تا اقدامات بین فردی خود را از قبل برنامه‌ریزی کنند. به عنوان مثال، افرادی که طرحواره‌هایی با مضامین طرد را گزارش می‌کنند، طرد شدن را در تعاملات بزرگسالان

زندگی خود را به گونه ای ترتیب می دهند که پیامدهای منفی کمتری را تجربه کنند. آن ها همچنین در ایجاد و حفظ روابط کیفی بالا مهارت دارند. برعکس، افرادی که توانایی تنظیم هیجانی پایینی دارند، در مواجهه با استرس های زندگی و سازگاری، انطباق ضعیف تری خواهند داشت (۴۶). همچنین پرستارانی که از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان استفاده می کنند استفاده از این راهبردها باعث می شود که پرستاران با نگاه و دیدگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع بپردازند و بیشتر به ابعاد و جنبه های منفی آنها توجه کنند و در نتیجه، ناراحتی و تنیدگی بیشتری را تجربه نمایند (۴۷). از سویی دیگر، استفاده از راهبردهای ناسازگار که منجر به عدم تمرکز بر هیجانات و ناتوانی در افشای خود به منظور جلوگیری از آشکار شدن حالات عاطفی درونی می شود به صورت چرخه ای جریان یافته و موجب تداوم احساس ناخوشایند می گردد (۴۸). همچنین، استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، ممکن است با کاستن از هیجانات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات روبرویی فرد برای حل مشکلات را فراهم آورد. به عبارت دیگر، افراد با کاربرد راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (فکر کردن به وقایع مثبت به جای وقایع منفی، تفکر درباره ی مراحل فائق آمدن بر واقعه ی منفی یا تغییر آن، معنای مثبت بخشیدن به واقعه یا تفسیر واقعه به صورت مثبت و همچنین پذیرش یا کم اهمیت دانستن واقعه ی منفی یا تأکید بر نسبت آن در مقابل دیدگاه مطلق و کلی)، نسبت به سایر افراد که از این راهبرد ها استفاده ی کمتری دارند، از توانایی بالاتری در مقابله با شرایط استرس زا برخوردارند. بنابراین، استفاده از راهبرد های سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، تأثیر ارزیابی ها و واکنش های ذهنی افراد را در مواجهه با حوادث استرس زا تعدیل می کند و به واکنش های شناختی، انگیزشی و رفتاری مناسب در چنین شرایطی منجر می شود (۴۷).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین انعطاف پذیری شناختی با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های شمس (۴۹) و ویکسل و وولز (۵۰) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت افرادی که تفکر انعطاف پذیر دارند، از توجیحات جایگزین استفاده می کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می کنند

و موقعیت های چالش برانگیز یا رویدادهای استرس زا را می پذیرند و به لحاظ روان شناختی در مقایسه با افراد انعطاف ناپذیر پرتحمل و بردبارتر هستند. به نظر می رسد داشتن انعطاف پذیری شناختی به فرد کمک می کند که موقعیت های سخت و پراسترس زندگی را به عنوان موقعیت های قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی پیدا کردن چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت های سخت بتواند به راه حل های جایگزین فکر کند. در نتیجه ظرفیت بالاتری در مقابله و سازگاری از استرس و دشواری های زندگی دارند (۵۱). افرادی که توانایی تفکر انعطاف پذیر دارند، از توجیحات جایگزین استفاده می کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می کنند و موقعیت های چالش انگیز یا رویدادهای تنش زا را می پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف پذیر نیستند، از نظر روان شناختی تنش و اضطراب کمتری و تاب آوری بالاتری دارند (۵۳-۵۲). به عبارت دیگر پرستارانی که توانایی تفکر انعطاف پذیر دارند و از نظر روان شناختی تاب آوری بالاتری دارند در شرایط استرس زا توانایی بالاتری برای مراقبت از بیماران دارند.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی کیفیت مراقبت از بیماران از دیدگاه پرستاران نقش معنی داری دارند. طرحواره های ناسازگار اولیه موجب سوگیری در تفسیرهای پرستاران از رویدادها می شوند و این سوگیری ها در آسیب شناسی روانی میان فردی به صورت سوءتفاهم ها، نگرش های تحریف شده و گمانه های نادرست خود را نشان می دهند که متعاقباً منجر به کاهش روابط بین فردی پرستاران با بیماران می شود. همچنین شناسایی هیجانات و استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان باعث می گردد که افراد خودآگاهی بیشتری از خود و هیجانات به دست آورند و بر خود کنترل مناسب تری داشته و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند و مراقبت با کیفیت بهتری به بیماران ارائه می دهد. از سویی دیگر پرستارانی که انعطاف پذیری روان شناختی بالاتری دارند منجر به توسعه یک خزانه رفتاری گسترده تر و انعطاف پذیرتر در آنان می شود که متعاقباً کیفیت مراقبت بالاتری از بیماران را در پی دارد. بنابراین براساس یافته های

مرتبط با کیفیت مراقبت از بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

سیاسگزاری

بدین وسیله از تمامی پرستاران شهر کرج که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

Reference

1. Tung YJ, Lo KK, Ho RC, Tam WS. Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse education today*. 2018 Apr 1;63:119-29.
2. Mahmoodi S, Zehni K. Comparison of Depression in nursing shifts in educational hospitals Kordestan University of medical sciences. *J Nurs Res*. 2013;8(28):29-38.
3. Weldetsadik AY, Gishu T, Tekleab AM, Asfaw YM, Legesse TG, Demas T. Quality of nursing care and nurses' working environment in Ethiopia: Nurses' and physicians' perception. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2019 Jan 1; 10:131-5.
4. Ojewale LY, Akingbohunge O, Akinokun RT, Akingbade O. Caregivers' perception of the quality of nursing care in child health care services of the University College Hospital, Nigeria. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022 Sep 1;66:120-4.
5. Shaver PR, Mikulincer M. An attachment-theory framework for conceptualizing interpersonal behavior. In: Horowitz LM, Strack S (eds). *Handbook of Interpersonal Psychology: Theory, Research, Assessment, and Therapeutic Interventions*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc, 2012: 17-35.
6. Janovsky T, Rock AJ, Thorsteinsson EB, Clark GI, Murray CV. The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2020 May;27(3):408-47.
7. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide* Guilford Press. New York, NY. 2003.
8. Carr SN, Francis AJ. Do early maladaptive

پژوهش پیشنهاد می‌شود برای ارتقای کیفیت مراقبت بهتر کارکنان بهداشتی و پرستاران به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توجه ویژه ای شود. پژوهش حاضر با محدودیت هایی مواجهه بود از جمله، پژوهش روی پرستاران شهر کرج انجام شد و تعمیم نتایج به سایر شهرها ممکن نیست. همه ابزارهای استفاده شده به صورت کاغذ-مدادی هستند و ممکن است این نوع ابزارها با سوگیری در اطلاعات و عدم دقت سنجی همراه باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود سایر متغیرهای شناختی، هیجانی و شخصیتی

schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive therapy and research*. 2010 Aug;34:343-58.

9. Pilkington PD, Bishop A, Younan R. Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021 May;28(3):569-84.
10. Drapeau M, Perry JC. Childhood trauma and adult interpersonal functioning: A study using the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT). *Child abuse & neglect*. 2004 Oct 1;28(10):1049-66.
11. Ayduk O, Downey G, Testa A, Yen Y, Shoda Y. Does rejection elicit hostility in rejection sensitive women?. *Social Cognition*. 1999 Jun;17(2):245-71.
12. Baldwin MW. Relational schemas and the processing of social information. *Psychological bulletin*. 1992 Nov;112(3):461.
13. Baldwin MW. Relational schemas and the processing of social information. *Psychological bulletin*. 1992 Nov;112(3):461.
14. Joo E, Choi I. The Relationship between Adult Attachment and Interpersonal Relationship Competence of College Students: The Mediating Effect of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2021;21(10):712-22.
15. Kazemi Rezaei SA, moradi A, Shahgholian M, Abdollahi M, Parhoon H. Psychometric Properties of Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-P). *Journal of Clinical Psychology*. 2022 Jun 22;14(2).

16. Calkins SD. Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994;59(2-3):53-72.
17. Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010 Jan 1; 9:1516-23.
18. Rudolph, S. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25, 343–357.
19. McRae K. Cognitive emotion regulation: A review of theory and scientific findings. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2016 Aug 1;10:119-24.
20. Bridges LJ, Denham SA, Ganiban JM. Definitional issues in emotion regulation research. *Child development*. 2004 Mar; 75(2):340-5.
21. Gratz KL, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. 2010 May 1; 2:107-33.
22. Chesebro JL, Martin MM. The relationship between conversational sensitivity, cognitive flexibility, verbal aggressiveness and indirect interpersonal aggressiveness. *Communication Research Reports*. 2003 Mar 1;20(2):143-50.
23. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010 Jun;34:241-53.
24. Dajani DR, Uddin LQ. Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends in neurosciences*. 2015 Sep 1;38(9):571-8.
25. Aghayousefi A, Tarkhan M, Mohammadi N, Afshar H. The role of psychological inflexibility and pain acceptance in predicting of resiliency in chronic pain patients. *Health psychology*. 2017 Feb 6;5(17):23-38.
26. Moradzadeh F, Pirkhaefi AR. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction and cognitive flexibility among married employees of the welfare office. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2018; 5(6): 1-6. (In Persian)
27. Buttelmann F, Karbach J. Development and plasticity of cognitive flexibility in early and middle childhood. *Frontiers in psychology* 2017; 8:1040-44.
28. Akbarzadeh D, Rajabzadeh A, Beyrami HA, Mahamzadeh A. Comparing the mean score of depression, sleep quality and resiliency in patients with migraine and tension type headaches with healthy individuals]. *Journal of anesthesiology and pain* 2015; 5: 32. (Persian).
29. Brunero S, Lamont S. Health behaviour beliefs and physical health risk factors for cardiovascular disease in an outpatient sample of consumers with a severe mental illness: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010 Jun 1;47(6):753-60.
30. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics*. Boston, MA: pearson; 2013 Jul.
31. Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. *International journal of nursing practice*. 1999 Jun; 5(2):86-94.
32. Haghghi Khoshkho N. The quality of nursing care from nurses and patients viewpoints in the Teaching hospitals of Tabriz university of Medical Sciences. *Tabriz: Tabriz university of Medical Sciences*. 2004; 2(4):10-4.
33. Neishabory M, Raeisdana N, Ghorbani R, Sadeghi T. Nurses' and patients' viewpoints regarding quality of nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of Medical Sciences, 2009. *Koomesh*. 2010; 12(2).
34. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*. 2001 Jun 1; 30(8):1311-27.
35. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *Eur J Psychol Assess*. 2007; 23(3): 141-149.
36. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2(3): 73–84. [Persian].
37. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research*. 1995 Jun;19:295-321.

38. Yousefi N, Etemadi O, Bahrami F, Ahmadi SA. Comparing early maladaptive schemas among divorced and non-divorced couples as predictors of divorce. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010;16(1):21-33.
39. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010 Jun;34(3):241-53.
40. Johnco C, Wuthrich VM, Rapee RM. Reliability and validity of two self-report measures of cognitive flexibility. *Psychological Assessment*. 2014;26(4):1381-1387.
41. Shareh H, Farmani A, Soltani E. [Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian university students]. *Practice in Clinical Psychology*. 2014;2(1):43-50.
42. Li T. Use of magic performance as a schema disruption method to facilitate flexible thinking. *Thinking Skills and Creativity*. 2020 Dec 1;38:100735.
43. lotfi R. A Comparison of Early Maladaptive Schemas In Personality Disordered Patients of Group B And Normal People. [Dissertation]. Tehran: Iran Faculty of Education and Psychology. 2005. 185.
44. Baik D, Kim O. The effects of cognitive emotion regulation strategies on the professional quality of life in hospital nurses. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation society*. 2020;21(10):212-21.
45. Bamonti P, Conti E, Cavanagh C, Gerolimos L, Gregg J, Goulet C, Pifer M, Edelstein B. Coping, cognitive emotion regulation, and burnout in long-term care nursing staff: A preliminary study. *Journal of Applied Gerontology*. 2019 Jan;38(1):92-111.
46. Mohammadi M, Tajikesmaili A, Pishgahi B. The role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting the social adjustment of nursing students. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2020 Jun 10;8(2):76-85.
47. Khoshsorour S, Rezaei SA. The role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting quality of life and severity of symptoms of patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Iranian journal of rehabilitation research*. 2019 Oct 10;6(1):60-8.
48. Couper SL, Moulton SJ, Hogg FJ, Power KG. Interpersonal functioning and body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery: A mediating role between emotion regulation and perfectionism?. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2021 Sep 1;74(9):2283-9.
49. Shams S. Predicting Covid Disease -19 Anxiety Based on Perceived Stress and Anxiety Sensitivity in Nurses: The Mediating Role of Cognitive Flexibility. *JHPM* 2022; 11 (3) :1-14.
50. Wicksell RK, Vowles KE. The role and function of acceptance and commitment therapy and behavioral flexibility in pain management. *Pain management*. 2015 Sep;5(5):319-22.
51. Brunero S, Lamont S. Health behaviour beliefs and physical health risk factors for cardiovascular disease in an outpatient sample of consumers with a severe mental illness: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010 Jun 1;47(6):753-60.
52. Moradzadeh F, Pirkhaefi A. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on marital satisfaction and cognitive flexibility among married employees of the welfare office]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018;5(6):1-7.
53. Whiting DL, Deane F, Ciarrochi J, McLeod H, Simpson G. Exploring the relationship between cognitive flexibility and psychological flexibility after acquired brain injury. 2014; 28(5), 646-648.