

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 بودنده از میان آنان ۱۵۰ نفریه 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 ضربه 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 $54/0$ 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

می‌کنند (۷). برای مثال، افرادی که طرحواره‌های مرتبط با مضماین بی‌اعتمادی را قویاً تأیید می‌کنند، ممکن است به طور مداوم پیش‌بینی کنند که دیگران به نحوی به آنها آسیب می‌رسانند (۷). مفهوم طرحواره براساس نظریه شناختی بک (۱۹۸۷) است، که استدلال می‌کند طرحواره‌های منفی می‌توانند آسیب پذیری در برابر اختلالات روانی ایجاد کنند (۱۰). در نتیجه، روابط بالقوه بین طرحواره، علائم روان شناختی و رفتارهای بین فردی در پژوهش‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۱ و ۱۲). برای مثال، یانگ و همکاران (۷) در پژوهش خود نشان دادند، که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند بر روابط بین فردی تأثیر منفی بگذارند. همچنین، بالدوین (Baldwin) (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 برنامه ریزی کنند. برای مثال، افرادی که طرحواره‌هایی با مضماین طرد را گزارش می‌کنند، طرد شدن را در تعاملات بزرگسالان پیش‌بینی می‌کنند و سطوح پایینی از عزت نفس را نشان می‌دهند، به ویژه زمانی که محرك‌های محیطی م بهم 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 حوزه‌های مختلف ضروری و به عنوان فرآیندهای درونی و بیرونی درگیر در نظارات، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی برای دستیابی به اهداف تعریف می‌شود (۱۵). اگرچه مفهوم تنظیم هیجان تابع تعاریف و تفاسیر مختلفی است، اما اغلب به عنوان فرآیندهای یا راهبردهایی برای مدیریت برانگیختگی هیجانی استفاده می‌شود تا عملکرد بین فردی مناسب ممکن شود (۱۶). از سوی دیگر، مفهوم تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation) را تعریف کرد که می‌توان به عنوان شناخت‌ها یا افکاری تعریف کرد که هیجانات فرد را مدیریت و تنظیم می‌کند و نشان دهنده فرآیندهای ذهنی است که توسط فرد برای رویارویی با یک رویداد ناراحت کننده استفاده می‌شود (۱۷-۱۸). تنظیم شناختی هیجان شامل چهار راهبرد مقابله شناختی ناسازگار (نشخوار فکری، فاجعه سازی، سرزنش خود و سرزنش دیگران) و پنج راهبرد سازگار (بزیرش، تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه گیری، ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی) است (۱۹). تنظیم هیجانی سازگار (Adaptive)

حرفه پرستاری بیشترین مشاغل بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهد. از آنجایی که پرستاران نقش مراقبت دهنده بیمار و اداره کنندگان وضعیت جسمی و روانی بیماران را بر عهده دارند جزء یکی از حرفه‌های استرس آور است (۱). پرستاران به دلیل شیفت‌های 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 مراقبت‌های مطلوبی همانند حمایت‌های فیزیکی و روانی از بیماران به عمل آورند (۲). مراقبت پرستاری (Nursing care) یکی از مهم ترین مؤلفه‌های در ارائه مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت است (۳). با این حال تضمین کیفیت مراقبت‌های پرستاری به دلیل محدودیت منابع مالی، تعداد ناکافی پرستاران، کمبود تجهیزات، مهارت و رشد سریع جمعیت یک چالش محسوب می‌شود، 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 مراقبت‌های 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 می‌گذارد. 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 گسترده‌ای از عوامل تأثیرگذار، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مقدمات مهم کیفیت روابط بین فردی هستند (۶).

یانگ و همکارانش (۷) طرحواره ناسازگار اولیه (Early Maladaptive Schema) را مضمون یا الگوی گستردۀ فرآگیر متشکل از خاطرات، هیجانات، شناخت‌ها 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 می‌شود تعریف کرده اند (۷). هنگامی که طرحواره‌ها آغاز می‌شوند، نحوه پردازش و درک رویدادها و تجربیات جاری را تحریف می‌کنند و بر پاسخ‌های هیجانی و رفتاری تأثیر می‌گذارند (۸). یک اصل اساسی طرحواره درمانی یانگ این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پاسخ به رویدادهای آسیب‌زا و تجارب مکرر نیازهای هیجانی برآورده نشده در دوران کودکی شکل می‌گیرند (۹). طرحواره‌های مختلف بخش‌هایی از هویت فرد را تشکیل می‌دهند و به عنوان الگوهای اولیه برای شیوه‌های تفکر و رفتار در آینده عمل

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 برخودار است به طوری که هرگونه اشتباہ جزئی از جانب پرستاران در حین مراقبت ممکن است اثرات جبران ناپذیری برای بیمار 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 موقوفیت آمیز باشد و هنگام مواجه شدن با یک تجربه هیجانی مشکل زا بتواند رفتارهای مناسب 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) 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 محرك 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 کند 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 تعاریف انعطاف پذیری شناختی، توانایی تغییر آمایه های شناختی به منظور سازگاری با محرك 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 توانان می سازد (۲۸). به نظر می رسد داشتن انعطاف پذیری

مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد، پذیرش، دیدگاه گیری و ناسازگارانه شامل سرزنش خویش، فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران تقسیم می‌شوند. این پرسشنامه جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. 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 بمنجبار و هم جمعیت بالینی) قابل استفاده است (۳۵). نسخه فارسی آن در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. اعتبار مقیاس براساس روش‌های همسانی درونی و روایی آن از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس محاسبه شد و همبستگی خردۀ مقیاس‌ها و روایی ملاکی، مطلوب (۸۵/۰-۶۲/۰) گزارش شده است (۳۶).

پرسشنامه طرحواره یانگ Young Schema Questionnaire: فرم کوتاه طرحواره یانگ ابزاری خودگزارش دهی است که ۷۵ گویه دارد و طرحواره ناسازگار اولیه را در ۵ حوزه می‌سنجد. 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 می‌شود. نمره بالا در یک خردۀ مقیاس معین احتمال بیشتر وجود یک طرحواره را برای آن فرد نشان می‌دهد. اسچمیت و همکاران (۳۷) در پنج مطالعه مستقل با حجم نمونه کلی ۱۵۶۴ نفر روایی و پایایی پرسشنامه را مورد بررسی و تایید کردند. روایی واگرای و همگرای پرسشنامه از طریق همبستگی معنادار طرحواره‌های ناسازگار اولیه با عزت نفس و پریشانی‌های روان شناختی تایید شد و میزان پایایی طرحواره‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ بدست آمد (۳۷). همچنین در ایران بوسی 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 همگرای و واگرای پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب همبستگی پرسشنامه با پرسشنامه‌های درمانگی روان شناختی، عاطفه مثبت و منفی، اعتماد به نفس، آسیب پذیری شناختی برآافسردگی

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 محترمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش، احترام به حقوق آزمودنی‌ها و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمايل، مورد توجه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS-24 انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

مقیاس کیفیت مراقبت از بیمار Quality Patient Care Scale: این ابزار جهت همکاری 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 گویه‌ها افزایش یافته. پرسشنامه شامل ۷۲ سوال بود که وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در سه بعد روانی-اجتماعی (۳۳ سوال)، بعد فیزیکی (۲۶ سوال) و بعد ارتباطی (۱۳ سوال) بررسی می‌نمود (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 مطالعه‌ای نیشابوری و همکاران (۳۳) که در سال ۱۳۸۹ انجام شد، پرسشنامه‌ها به ۴۱ سوال تغییر یافته بود و شامل دو بعد روانی-اجتماعی (۲۸ سوال) و بعد ارتباطی (۱۳ سوال) می‌باشد 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 ۰/۴۹-۰/۵) و مطلوب (۰/۵-۰/۲) 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 تنظیم شناختی هیجان (Regulation Questionnaire) شناختی هیجان که توسط گارنفسکی (Garnefski) و همکاران (۳۴) ساخته شده است، یک پرسشنامه چند بعدی است و شامل ۹ خردۀ مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان است که به دو دسته سازگارانه شامل تمرکز مجدد

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 ۷۰٪ و در ۵۳ نمونه غیربالینی ۷۲٪ گزارش شد. شاره و همکاران در سال ۲۰۱۴ مقیاس انعطاف پذیری شناختی را به زبان فارسی ترجمه و در دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا کردند. روایی همگرایی آن بر روی ۲۲۷ نفر (۱۶۱ 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، ۰/۳۹، ۰/۴۰ و ۰/۳۸ و 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 ۱۱، ۹، ۷، ۴، ۲ و ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. این ابزار ۲ زیر مقیاس پردازش حل مسئله با سوالات ۱، ۳، ۵، ۱۲، ۱۰، ۸، ۶، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۹؛ ادراک کنترل پذیری با سوالات ۲، ۴، ۶ و ۱۷ و 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 ترین 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	فروانی	جمعیت شناختی
۲۰	۳۰	۲۱ تا ۲۵ سال
۲۱/۳۳	۳۲	۳۰ تا ۲۵ سال
۳۶/۶۷	۵۵	۳۵ تا ۴۰ سال
۲۲	۳۳	۴۱ سال به بالا
۱۰۰	۱۵۰	کل
انحراف معیار سن = ۷/۱۱۷		میانگین سن = ۳۷/۷۷
تحصیلات	لیسانس	۷۳/۳
دانشجوی دکترا	فوق لیسانس	۲۰
کل	۱۱۰	۱۰
		۶/۷
		۱۰۰

شامل را نشان می دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن

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/طرد	۱۰۰/۰۴	۱۵/۰۴۲	.۰/۷۱۴	.۰/۲۳۵
طرحواره خودمختاری/عملکرد مختلط	۷۶/۴۸	۱۲/۹۸۰	.۰/۶۱۵	.۰/۲۲۲
طرحواره محدودیت های مختلف	۳۹/۰۴	۶/۱۰۳	.۰/۷۰۸	.۰/۳۱۸
طرحواره خود جهتمندی	۳۸/۴۴	۵/۶۰۵	.۰/۸۱۴	.۰/۳۰۲
طرحواره گوش به زنگی	۳۸/۳۶	۶/۰۷۳	.۰/۹۲۲	.۰/۵۰۲
نمره کل طرحوارههای ناسازگار اولیه	۲۹۴/۳۶	۴۲/۲۳۴	.۰/۷۲۶	.۰/۱۹۹
راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه	۱۱/۸۴	۲/۳۵۵	.۰/۸۵۱	.۰/۷۰۱
راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه	۱۱/۶۴	۴/۸۴۸	.۰/۷۱۸	.۰/۱۱۹
انعطاف پذیری شناختی	۳۳/۰۴	۲۱/۳۱۵	.۰/۷۷۶	.۰/۱۵۴

آمارههای نرمال بودن بزرگتر از $۰/۰۵$ بودند ($P < 0/05$). مقدار آماره χ^2 دوربین واتسون بین $۱/۵$ الی $۲/۵$ قرار داشت که نشان دهنده χ^2 استقلال خطاهای 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 $۰/۰$ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حد مجاز $۰/۱$ 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 طرحوارههای 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	۱									
۲. بریدگی/طرد		۱								
۳. خودمختاری مختلط			۱							
۴. محدودیتهای مختلف				۱						
۵. خود جهتمندی					۱					
۶. گوش به زنگی						۱				
۷. نمره کل طرحواره ها							۱			
۸. تنظیم هیجان ناسازگارانه								۱		
۹. تنظیم هیجان سازگارانه									۱	
۱۰. انعطاف پذیری شناختی										۱

** معنادار در سطح $۰/۰۱$

معناداری وجود دارد. بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و انعطاف پذیری شناختی با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج در سطح $۰/۰$ ($P < 0/0$) بودند.

براساس جدول ۳- نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین طرحوارههای ناسازگار اولیه و تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه 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.

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

	VIF	دوربین-واتسون	تولوанс	Sig	t	β	معناداری	F	R ²	R	پیش‌بینی کننده‌ها
-	-	-	.0/.001	8/.555	-	-	(constant)				عدد ثابت
۶/۴۸۴	.0/۱۵۴	.0/۰۰۸	-۲/۷۷۵	-۰/۲۳۸			طرحواره بردگی/طرد				
۵/۱۳۶	.0/۱۹۵	.0/۰۰۱	-۶/۱۹۳	-۰/۴۳۰			طرحواره خودمختاری				
۸/۶۵۹	.0/۱۵۴	.0/۰۰۱	-۶/۰۹۹	-۰/۸۰۷			طرحواره محدودیتهای مختلف				
۲/۶۷۷	۵/۳۴۶	.0/۱۸۷	.0/۰۰۱	-۳/۹۳۲	-۰/۲۸	.0/۰۰۱	۱۱۵/۷۳۹	.0/۰۳۶	.0/۷۳۳	طرحواره خود جهتمندی	
	۹/۷۷۸	.0/۱۹۳	.0/۰۳۳	-۲/۷۴۶	-۰/۲۷۵		طرحواره گوش به زنگی				
	۴/۷۸۶	.0/۲۰۹	.0/۰۰۱	-۳/۳۳۶	-۰/۲۲۳		تنظیم هیجان ناسازگارانه				
	۵/۲۶۹	.0/۱۹۰	.0/۰۰۱	۴/۴۷۹	.0/۳۱۵		تنظیم هیجان سازگارانه				
	۲/۶۹۰	.0/۳۷۲	.0/۰۰۱	۵/۴۲۰	.0/۲۷۲		انعطاف‌پذیری شناختی				

پیش‌بینی می‌کند و سطوح پاییزی 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. ژرف ترین 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 می‌کند که متعاقباً منجر به کاهش کیفیت مراقبت از بیماران می‌شود.

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

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

با توجه جدول ۴-نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی می‌توانند کیفیت مراقبت را پیش‌بینی کند و قوی ترین متغیر پیش‌بین طرحواره محدودیت‌های مختلف 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 می‌کند 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 برنامه ریزی کنند. به عنوان مثال، افرادی که طرحواره‌هایی با مضامین طرد را گزارش می‌کنند، طرد شدن را در تعاملات بزرگسالان

و موقعیت‌های چالش برانگیز یا رویدادهای استرس زا را می‌پذیرند و به لحاظ روان شناختی در مقایسه با افراد انعطاف ناپذیر پرتحمل و بردبارتر هستند. به نظر می‌رسد داشتن انعطاف‌پذیری شناختی به فرد کمک می‌کند که موقعیت‌های سخت و پراسترس زندگی را به عنوان موقعیت‌های 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 موقعیت‌های سخت بتواند به راه حل های جایگزین فکر کند. در نتیجه ظرفیت بالاتری در مقابله و سازگاری از استرس و دشواری‌های زندگی دارند (۵۱). افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش انگیز یا رویدادهای تنفس زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، از نظر روان شناختی تنفس و اضطراب کمتری و تاب آوری بالاتری دارند (۵۲-۵۳). به عبارت دیگر پرستارانی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر 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 طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی کیفیت مراقبت از بیماران از دیدگاه پرستاران نقش معنی داری دارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب سوگیری در تفسیرهای پرستاران از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده و گمانه‌های نادرست خود را نشان می‌دهند که متعاقباً منجر به کاهش روابط بین فردی پرستاران با بیماران می‌شود. همچنین شناسایی هیجانات و استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان باعث می‌گردد 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 می‌دهد. از سویی دیگر پرستارانی که انعطاف‌پذیری روان شناختی بالاتری دارند منجر به توسعه یک خزانه رفتاری گستردتر و انعطاف‌پذیرتر در آنان می‌شود که متعاقباً کیفیت مراقبت بالاتری از بیماران را در پی دارد. بنابراین براساس یافته‌های

زندگی خود را به گونه‌ای ترتیب می‌دهند که پیامدهای منفی کمتری را تجربه کنند. آن‌ها همچنین در ایجاد و حفظ روابط کیفی بالا مهارت دارند. بر عکس، 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 می‌کنند استفاده از این راهبردها باعث می‌شود که پرستاران با نگاه و دیدگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع پردازنده و بیشتر به ابعاد و جنبه‌های 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 افسای خود به منظور جلوگیری از آشکار شدن حالات عاطفی درونی می‌شود به صورت چرخه‌ای جریان یافته و موجب تداوم احساس ناخوشایند می‌گردد (۴۸). همچنین، استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، ممکن است با کاستن از هیجانات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات رویارویی فرد برای حل مشکلات را فراهم آورد. به عبارت دیگر، افراد با کاربرد راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (تفکر کردن به وقایع مثبت به جای وقایع منفی، تفکر درباره‌ی مراحل فائق آمدن بر واقعه‌ی منفی یا تغییر آن، معنای مثبت بخشیدن به واقعه یا تفسیر واقعه به صورت مثبت و همچنین پذیرش یا کم اهمیت دانستن واقعه‌ی منفی یا تأکید بر نسبیت آن در مقابل دیدگاه مطلق و کُلی)، نسبت به سایر افراد که از این راهبردها استفاده کمتری دارند، از توانایی بالاتری در مقابل های سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، تأثیر ارزیابی‌ها و واکنش‌های ذهنی افراد را در مواجهه با حوادث استرس زا تعديل می‌کند و به واکنش‌های شناختی، انگیزشی و رفتاری مناسب در چنین شرایطی منجر می‌شود (۴۷).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های شمس (۴۹) و ویکسل و ولز (۵۰) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افرادی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند

مرتبط با کیفیت مراقبت از بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

بدين وسیله از تمامی پرستاران شهر کرج که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشته اند، صمیمانه تقدير و تشکر می نماییم.

تضاد منافع

بین نویسندها هیچ تضاد منافعی 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, Akingbohungbe 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 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).

پژوهش پیشنهاد می شود برای ارتقای کیفیت مراقبت بهتر کارکنان بهداشتی و پرستاران به درمان های مبتی 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 سنجدی همراه باشند. همچنین پیشنهاد می شود 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. Ögen 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, Gerolimatos 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. Khoshhsorour 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.