Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 12, Issue 3 , Autumn 2023

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

Zahra Farjami [1], Maryam Farjami[2], Shiva Massoumi[3*], Bahman Matinpour[4]

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.

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

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 بودندکه از میان آنان ۱۵۰ نفربه شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه مقیاس کیفیت مراقبت از بیمار، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامۀ طرحوارۀ یانگ و پرسشنامه انعطاف پذیری روان شناختی استفاده شد. داده‌های 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 طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با کیفیت مراقبت رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۰/۵۴درصد واریانس کیفیت مراقبت از بیمار به وسیله طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی تبیین می‌شود.

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 احتمالا 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 گسترده‌ای 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 درطول 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). طرحواره‌های مختلف بخش‌هایی از هویت فرد را تشکیل می‌دهند و به‌عنوان الگوهای اولیه برای شیوه‌های تفکر و رفتار در آینده عمل می‌کنند (۷). برای مثال، افرادی که طرحواره‌های مرتبط با مضامین 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 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 طرحواره‌هایی با مضامین طرد را گزارش می‌کنند، طرد شدن را در تعاملات بزرگسالان پیش‌بینی می‌کنند و سطوح پایینی از عزت نفس را نشان می‌دهند، به‌ویژه زمانی که محرک‌های 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 حوزه‌های 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 (۱۸-۱۷). 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

Regulation Emotion)، بـه فـرد اجـازه می‌دهـد کـه کارکـرد وی در محیـط موفقیت‌آمیـز باشـد و هنـگام مواجه‌شـدن بـا یـک تجربـه هیجانـی مشـکل‌زا بتوانـد رفتارهـای متناسـب باهدفـش را بـه کار گیـرد. تنظیـم هیجانـی سـازگار نیازمنـد مهارت‌هـای ازجملـه، آگاهـی و پذیـرش هیجانـی اسـت (۲۰). در مقابـل کسـی کـه از تنظیـم هیجانـی ناسـازگار (Madaptive Emotion Regulation) اسـتفاده می‌کنـد، هنـگام روبـه‌رو شـدن بـا یـک تجربـه مشـکل‌زا نمی‌توانـد رفتارهایـش را طـوری تنظیـم کنـد کـه بتوانـد بـه اهدافـش در محیـط برسـد (۲۱). بـه طـور کلـی بـا توجـه بـه اینکـه پرسـتاران روزانـه بـا محـرک هـای اسـترس زای فـراوان، اضافـه کاری اجبـاری، فرسـودگی و نارضایتی شـغلی و بـه تبـع پریشـانی روان شـناختی، مواجـه هسـتند، بنابرایـن ایـن احتمـال وجـود دارد کـه پرسـتارانی کـه از راهبردهـای سـازگارانه تنظیـم هیجـان اسـتفاده مـی کنـد مراقبـت بـا کیفیـت تـری در ارتبـاط بـا بیمـاران ارائـه دهنـد.

از دیگـر متغیرهـای مرتبـط بـا روابط بیـن فردی و کیفیـت مراقبت از بیمـاران انعطـاف پذیـری شـناختی (Cognitive Flexibility) اسـت (۲۲). انعطـاف پذیـری شـناختی فـرد را قـادر مـی سـازد که در برابـر فشـارها، چالـش هـا و سـایر مسـایل هیجانـی و اجتماعی برخـورد مناسـب و کارآمـد داشـته باشـد. عنصـر اصلـی در تعاریف انعطـاف پذیـری شـناختی، توانایـی تغییـر آمایـه هـای شـناختی بـه منظـور سـازگاری بـا محـرک هـای در حـال تغییـر محیطـی اسـت (۲۳). برخـی از پژوهشـگران انعطـاف پذیـری شـناختی را میـزان ارزیابـی فـرد در مـورد قابـل کنتـرل بـودن شـرایط تعریـف کـرده انـد کـه ایـن ارزیابـی در موقعیـت هـای مختلـف تغییـر مـی کنـد (۲۴). در واقـع مـدل درمـان مبتنـی بـر تعهـد و پذیـرش (Acceptance And Commitment Therapy)، بهبـود عملکـرد و کیفیـت زندگـی را بـا افزایـش انعطـاف پذیـری روان شـناختی جسـتجو مـی کنـد. نقطـه مقابـل آن انعطـاف ناپذیـری روان شـناختی (Psychological Inflexibility) اسـت کـه از دیـدگاه ACT آسـیب شناسـی روانـی براسـاس آن تعریـف مـی شـود (۲۵). افـراد دارای تفکـر انعطاف‌پذیـر بـه صـورت مثبتـی سـاختار فکـری خـود را متناسـب بـا محیـط تنظیـم و تغییـر داده و موقعیـت پـر تنـش و اسـترس‌زا را بـا پذیـرش و تحمل پشـت سـر می‌گذارنـد (۲۶، ۲۷). برخـی از نظریـه پـردازان انعطـاف پذیـری شـناختی را سـاختاری چندوجهـی مـی داننـد کـه مؤلفـه هـای اساسـی از جملـه خلـق و خـو، شـخصیت و مهـارت هـای ویـژه ای ماننـد حـل مسـئله را در بـر مـی گیـرد. چنیـن مهـارت هایـی افـراد را در مواجهـه بـا رویدادهـای آسـیب زا و در طـول سـازگاری توانـا مـی سـازد (۲۸). بـه نظـر مـی رسـد داشـتن انعطـاف پذیری شـناختی بـه فـرد کمـک مـی کنـد کـه موقعیـت هـای سـخت و پراسـترس زندگـی را بـه عنـوان موقعیـت هـای قابـل کنتـرل در نظـر بگیـرد و در مواجهـه بـا رویدادهـای زندگـی و رفتـار افـراد، توانایـی پیـدا کـردن چندیـن توجیـه جایگزین را داشـته باشـد و در موقعیـت هـای سـخت بتوانـد بـه راه حـل هـای جایگزیـن فکـر کنـد (۲۹). بنابرایـن پرسـتارانی کـه انعطـاف پذیـری شـناختی بالاتـری دارنـد در موقعیـت هـای اسـترس زا بهتـر مـی تواننـد بـا محیـط سـازگار شـوند و کیفیـت مراقبـت بهتـری بـه بیمـاران ارائـه دهنـد.

پرسـتاران اولیـن افـراد حاضـر بـر بالیـن بیمـار بـوده و بیشـترین مـدت زمـان حضـور را در کنـار بیمـار دارنـد. در نتیجـه موفـق تریـن پرسـتاران آن هایـی خواهنـد بـود کـه توانایـی مراقبـت از بیمـاران را دارا باشـند. بنابرایـن، کیفیـت مراقبـت هـای پرسـتاری از اهمیـت ویـژه ای برخـودار اسـت بـه طـوری کـه هرگونه اشـتباه جزئـی از جانـب پرسـتاران در حیـن مراقبـت ممکـن اسـت اثـرات جبـران ناپذیـری بـرای بیمـار داشـته باشـد. بـه همیـن علـت ارائـه مراقبـت هـا و خدمـات بـا کیفیـت مناسـب در زمینـه روابـط بیـن فـردی بـه عنـوان یـک اولویـت در نظـام خدمـات بهداشـتی درمانـی بـه ویـژه در زمینـه خدمـات پرسـتاری مطرح شـده اسـت. بنابرایـن در میـان طیـف گسـترده‌ای از عوامـل تأثیرگذار، شـناخت مولفـه هـای روان شـناختی موثـر در کیفیـت روابـط بیـن فـردی ضـروری اسـت؛ از ایـن رو پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی نقـش طرحـواره هـای ناسـازگار اولیـه، تنظیـم شـناختی هیجـان و انعطـاف پذیـری شـناختی در پیـش بینـی کیفیـت مراقبـت بیمـاران در میـان پرسـتاران انجـام شـد.

روش‌کار

پژوهـش حاضـر یـک مطالعـه مقطعـی در قالـب طرح همبسـتگی بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را کلیـه پرسـتاران شـاغل در بیمارسـتان هـا و درمانـگاه هـای شـهر کـرج در سـال ۱۴۰۲ تشـکیل دادنـد کـه از میـان آنهـا تعـداد ۱۵۰ نفـر بـه روش نمونـه گیـری دردسـترس انتخـاب شـدند. مـلاک هـای ورود بـه پژوهش شـامل نداشـتن بیمارهـای مزمـن جسـمی و روان شـناختی، رضایـت کامـل جهـت شـرکت در پژوهـش و یـک سـال سـابقه کار در اورژانـس بـود. معیارهـای خـروج از پژوهـش نیـز تکمیـل ناقـص پرسشـنامه هـا بـود. در ایـن پژوهـش پـس از اطمینـان داده شـدن بـه پرسـتاران جهـت رعایـت رازداری، پرسشـنامه ها در اختیـار آنهـا قـرار گرفـت. مشـارکت در پژوهـش داوطلبانـه بـود و پرسـتارانی کـه بـه هـر دلیلـی تمایلـی بـه همـکاری نداشـتند، می توانسـتند پرسشـنامه دریافـت نکننـد. بـه آزمودنـی هـا اطمینـان

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 داده‌ها 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 نظم‌جویی 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 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. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای 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 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 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 روش‌های همسانی درونی و روایی آن از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس محاسبه شد و همبستگی خرده مقیاس‌ها و روایی ملاکی، مطلوب (۸۵/.- ۶۲/.) گزارش شده است (۳۶).

پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ (Young Schema Questionnaire): فرم کوتاه طرحوارهٔ یانگ ابزاری خودگزارش دهی است که ۷۵ گویه دارد و ۱۵ طرحوارهٔ 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 کاملا نادرست تا ۶ کاملا درست نمره گذاری می شود. نمرهٔ بالا در یک خرده مقیاس معین احتمال بیشتر وجود یک طرحواره را برای آن فرد نشان می دهد. 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 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 واگرای 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

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 می‌شود. 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).

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. شاره 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.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه

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

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

جدول۲: 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	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 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

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 انعطاف‌پذیری 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 فرض‌های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند (P>۰/۰۵). 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.

جدول ۳: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰
۱. کیفیت مراقبت	۱									
۲. بریدگی/طرد	-۰/۵۴۴**	۱								
۳. خودمختاری مختل	-۰/۴۹۵**	۰/۵۵۶**	۱							
۴. محدودیتهای مختل	-۰/۵۲۵**	۰/۶۳۶**	۰/۵۸۱**	۱						
۵.خود جهت‌مندی	-۰/۵۰۳**	۰/۷۸۸**	۰/۶۶۴**	۰/۴۸۹**	۱					
۶. گوش به زنگی	-۰/۶۳۱**	۰/۶۸۶**	۰/۶۴۱**	۰/۵۴۱**	۰/۵۸۱**	۱				
۷. نمره کل طرحواره ها	-۰/۶۱۸**	۰/۳۹۰**	۰/۳۹۰**	۰/۳۰۴**	۰/۲۶۲**	۰/۳۲۲**	۱			
۸. تنظیم هیجان ناسازگارانه	-۰/۵۳۶**	۰/۵۵۴**	۰/۴۱۷**	۰/۵۴۱**	۰/۵۲۱**	۰/۶۵۴**	۰/۵۳۰**	۱		
۹. تنظیم هیجان سازگارانه	۰/۵۷۱**	-۰/۴۴۹**	-۰/۴۲۳**	-۰/۴۶۵**	-۰/۴۶۳**	-۰/۴۸۷**	-۰/۵۰۵**	-۰/۵۴۹**	۱	
۱۰. انعطاف پذیری شناختی	۰/۵۱۴**	-۰/۱۹۵**	-۰/۳۳۵**	-۰/۴۷۶**	-۰/۳۷۶**	-۰/۳۷۴**	-۰/۶۷۸**	-۰/۴۸۰**	۰/۴۳۵**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

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 معناداری وجود دارد. بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج در سطح P<۰/۰۱ معنادار بودند.

از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان پذیر می سازد، لذا برای پیش بینی کیفیت مراقبت براساس طرحوارههای ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی از رگرسیون چندگانه استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ٤. خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه کیفیت مراقبت براساس طرحوارههای ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی

پیش بینی 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					-۰/۲۳۸	-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 ناسازگارانه					-۰/۲۲۳	-۳/۳۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۰۹	۴/۷۸۶	
تنظیم هیجان سازگارانه					۰/۳۱۵	۴/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۱۹۰	۵/۲۶۹	
انعطاف پذیری شناختی					۰/۲۷۲	۵/۴۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷۲	۲/۶۹۰	

با توجه جدول ۴- نتایج نشان داد که طرحوارههای ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی می توانند کیفیت مراقبت را پیش بینی کنند و قوی ترین متغیر پیش بین طرحواره محدودیت های مختل با ضریب بتای ۰/۸۰۷- است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی کیفیت مراقبت بیماران در میان پرستاران بود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین طرحواره های ناسازگار اولیه با کیفیت مراقبت رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های یانگ و همکاران (۷)، دراپو و پری (۱۰) و بالدوین (۱۳) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت طرحواره ها بر نحوه درک فرد از خود و دیگران تاثیر می گذارند، در نتیجه، یک منطق نظری برای طرحواره هایی ایجاد می کنند که باعث مشکلات بین فردی می شوند (۷). بالدوین (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. به عنوان مثال، افرادی که طرحواره‌هایی با مضامین طرد را گزارش می‌کنند، طرد شدن را در تعاملات بزرگسالان پیش‌بینی می‌کنند و سطوح پایینی از عزت نفس نشان می‌دهند، به‌ویژه زمانی که محرک‌ها در محیط مبهم هستند (۱۳). به عبارت دیگر، طرحواره های ناسازگار اولیه اساس ساخت های شناختی فرد را تشکیل داده و با حوادث منفی و فشارهای روانی زندگی تعامل دارند. ژرف ترین ساختارهای شناختی طرحواره ها، وقتی که برانگیخته می شوند سطوحی از هیجان برانگیخته می شود و به صورت مستقیم و غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی های روان شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و تعارضات بین فردی می شود (۴۳، ۴۲). بنابراین با فعال شدن طرحواره های ناسازگار اولیه از طریق مواجه شدن با محدودیت ها و استرس های ناشی از کار، پرستاران به ارزیابی منفی رویدادها و تعبیر محرک ها به صورت منفی و تهدیدآمیز می پردازند. بنابراین، حجم عظیمی از هیجان های منفی و ناخوشایند را تولید می کنند که متعاقباً منجر به کاهش کیفیت مراقبت از بیماران می شود.

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 یافته ها به طور مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های بایک و کیم (Baik and Kim) (۴۴) و بامونتی (Bamonti) و همکاران (۴۵) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت افرادی که مهارت تنظیم هیجانی بالایی دارند، سبک

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 ناسازگارانهٔ 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 رویارویی 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 نسبیت آن در مقابل دیدگاه مطلق و کُلی)، 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 انعطاف‌پذیری 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 توجیهات 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 توجیهات 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 سازگارانهٔ 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 گسترده‌تر و انعطاف‌پذیرتر در آنان می شود که متعاقباً کیفیت مراقبت بالاتری از بیماران را در پی دارد. بنابراین براساس یافته های

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. همهٔ 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 می شود سایر متغیرهای شناختی، هیجانی و شخصیتی مرتبط با کیفیت مراقبت از بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

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 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).

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. Haghighi 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.
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;

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 Assessme nt.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 Faeulty 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. 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.