

Determining the Effectiveness of Schema Therapy on the Cognitive Emotion Regulation of Intensive Care Unit Nurses

Babaei HefzAbad S¹, *Ammari H², Kordestani D³

Author Address

1. PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: Ammari_78@yahoo.com

Received: 2022 December 6; Accepted: 2022 December 24

Abstract

Background & Objectives: Intensive care unit (ICU) nurses experience more stress than nurses in other units. They are at higher risk regarding health and psychological well-being than nurses in other units. This issue affects the vital aspects of their performance. Cognitive emotion regulation is one of the psychological factors that can potentially improve people's health and performance in different work settings. Emotions play a significant role in solving problems, processing information, and analyzing it. Emotion regulation how people change their reactions to emotion expression time. Emotion regulation plays a key role in the normal transformation and health of people. Weakness in emotion regulation skills significantly causes psychological problems. Schemas are one of the factors affecting the lack of emotion regulation in people. Yang proposed schema therapy to change them. Thus, the present study aimed to evaluate the schema therapy's effectiveness on the cognitive emotion regulation of ICU nurses.

Methods: This quasi-experimental research has a pretest-posttest and a two-month follow-up design with a control group. Its statistical population included all nurses working in the intensive care unit of Shohada Tajrish and Shahid Taleghani hospitals in Tehran City in 2021. We conveniently selected 40 nurses for the study based on inclusion and exclusion criteria and then randomly divided into the experimental and control groups. The inclusion criteria were as follows: willingness to participate in the research and providing informed consent, employment for at least one year in the special care department, not doing psychological treatment or not participating in other educational sessions at the same time, not taking certain medications, lacking The stressful events, such as divorce, death, etc. in close relatives in the last six months, obtaining a lower than average score (average score=72) in the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al, 2001). The exclusion criteria were as follows: unwillingness to continue cooperating with the research, not attending more than two consecutive sessions out of 11 educational sessions, and unwillingness to do homework. The experimental group received eleven 75- to 90-minutes sessions per week of schema therapy. The control group did not receive any intervention. The data collection tool was the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001) in three stages of pretest, posttest, and follow-up for two groups. The obtained data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, and inferential statistics, including repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test in SPSS software version 25. The significance level of statistical tests was set at 0.05.

Results: The effects of time ($p<0.001$), group ($p<0.001$), and the time and group interaction ($p<0.001$) on cognitive emotion regulation were significant. In the schema therapy group, the cognitive emotion regulation scores increased significantly in the posttest compared to the pretest ($p=0.001$). Also, in the schema therapy group, no significant difference was observed between the posttest and follow-up stages regarding the variable of cognitive regulation of emotion, which indicated the lasting effect of the intervention in the follow-up stage ($p=0.986$).

Conclusion: According to the findings, schema therapy improves the cognitive emotion regulation of intensive care unit (ICU) nurses. Therefore, this treatment approach can be used as an effective intervention to improve the nurses' emotional regulation and psychological health.

Keywords: Schema therapy, Cognitive emotion regulation, Intensive care unit nurses.

تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه

سعید بابایی حفظ‌آباد^۱، *حسن عماری^۲، داود کردستانی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: Ammari_78@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۵ آذر ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۳ دی ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: مواجهه پرستاران با استرس‌های فردی، ارتباطی و سازمانی موجب افت ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی همچون تنظیم هیجان در آن‌ها می‌شود که پیامدهایی را مانند کاهش کیفیت خدمات، در پی دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری را پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های شهدای تجریش و شهید طالقانی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. چهل نفر از پرستاران واجد شرایط داوطلب به‌صورت دردسترس براساس ملاک‌های ورود وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه بیست نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در یازده جلسه ۷۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای مداخله طرح‌واره‌درمانی را دریافت کرد؛ اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: اثر زمان و اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه بر متغیر تنظیم شناختی هیجان معنادار بود ($p < 0/001$). در گروه طرح‌واره‌درمانی، نمرات تنظیم شناختی هیجان در مراحل پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش معناداری یافت ($p = 0/001$). همچنین در گروه طرح‌واره‌درمانی بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیر تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری مشاهده نشد که حاکی از ماندگار اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری بود ($p = 0/986$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، طرح‌واره‌درمانی موجب بهبود تنظیم شناختی هیجان پرستاران بخش مراقبت ویژه می‌شود؛ بنابراین می‌توان از این رویکرد درمانی به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر بر تنظیم شناختی هیجان و در نتیجه سلامت روان‌شناختی پرستاران بهره‌مند شد.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌درمانی، تنظیم شناختی هیجان، پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه.

پرستاری^۱ در بیشتر نقاط دنیا به منزله بزرگترین حرفه مراقبت‌های بهداشتی و در مشاغل مرتبط با ارتباطات انسانی و پزشکی و آموزشی به عنوان شغلی پر استرس شناخته شده است که سلامت جسمی و روانی پرستاران تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱). در این میان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه^۲ حتی بیشتر از سایر بخش‌های پرستاری استرس را تجربه می‌کنند (۲) و از نظر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی^۳ بیشتر از پرستاران در سایر بخش‌ها در معرض خطر هستند؛ چنان‌که نتایج نظرسنجی از بیش از ۳۰۰۰ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه نشان داد که ۳۷ درصد استرس شدید دارند (۳)؛ زیرا به دلیل ویژگی‌های خاص محیط کار و بیماران، فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند (۴). از عوامل استرس‌زای بخش‌های ویژه می‌توان نیاز به سطح بالای دانش و مهارت برای کار در این بخش‌ها و حجم حرفه‌ای سنگین، لزوم سریع و بی‌درنگ پرستار به موقعیت‌های فوری و مسئولیت سنگین ناشی از مراقبت بیمار (۵)، مرگ و میر، اطمینان‌نداشتن از صحت درمان و حجم کاری زیاد را نام برد (۴). این در حالی است که استرس و خستگی^۴ پرستاران می‌تواند جوانب حیاتی و بحرانی عملکرد آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۵) و در مقابل سلامت روان‌شناختی برای سلامت کلی پرستاران و بهبود عملکرد حرفه‌ای آن‌ها در مراقبت از بیماران مهم و مؤثر باشد (۶).

از سازه‌ها و عوامل روان‌شناختی که به‌طور بالقوه سلامت و عملکرد افراد را در محیط‌های مختلف شغلی بهبود می‌بخشد، تنظیم شناختی هیجان^۵ است. نظریه‌های مبتنی بر هیجان بر تأثیر و بایستگی هیجان‌ها در پدیدایی پاسخ‌های جسمانی و رفتاری، آسان‌ساختن روند تصمیم‌گیری، نیروبخشی حافظه و ارتباطات میان‌فردی تأکید می‌کنند (۷)؛ زیرا هیجان‌ها نقش و تأثیر بسزایی در حل مسئله و پردازش و تحلیل اطلاعات دارند و اغلب آن‌ها را مدیریت می‌کنند. تنظیم هیجان روندی است که افراد از طریق آن واکنش‌هایشان را به زمان بروز هیجان تغییر می‌دهند (۸). تنظیم هیجان نقش کلیدی در دگرگونی بهنجار و سلامتی افراد دارد و ضعف در مهارت‌های تنظیم هیجانی، عاملی مهم در بروز مشکلات روان‌شناختی است (۹). تنظیم هیجان عبارت است از فرایندهای درونی و برونی‌ای که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تعدیل هیجان‌ها را در مسیر تحقق اهداف برعهده دارد (۱۰). به عبارت دیگر، تنظیم هیجان به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی‌روانی و فیزیکی در به‌انجام‌رساندن اهداف فرد، تعریف می‌شود (۱۱). از نظر گراس (۱۲) و فاستر و همکاران (۱۳) ولی و هاسون (۱۴) تنظیم هیجان از عوامل اثرگذار بر سلامت روان‌شناختی پرستاران است.

از جمله عوامل مؤثر بر تنظیم‌نشدن هیجان در افراد طرح‌واره‌ها^۶ است؛ طرح‌واره‌ها توسط یانگ مطرح شد و طرح‌واره‌درمانی^۷ را برای تغییر آن‌ها پیشنهاد کرد (۱۵). طرح‌واره‌درمانی روشی ترکیبی است که

بر اساس مفاهیم درمان شناختی‌رفتاری^۸ رشد یافت (۱۶)؛ روشی نوین و یکپارچه که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک بنا شده و اصول و مبانی مکاتب شناختی‌رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، ساختارگرایی و روان‌کاوی را به صورت مدلی مفهومی با ارزش تلفیق کرده است؛ اما درمانی التقاطی به‌شمار نمی‌رود؛ بلکه نظریه‌ای منسجم و یکپارچه است (۱۷). بر اساس این رویکرد، طرح‌واره‌ها به دلیل ارضانشدن نیازهای بنیادین (مانند نیاز به امنیت، پذیرش، کفایت، هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌ات سالم، خودانگیختگی و خویش‌ن‌داری) و ناکامی در برآوردن آن‌ها در دوران کودکی پدیدار شده‌اند (۱۸)؛ بدین ترتیب بر کشف ریشه‌های تحولی و مشکلات روان‌شناختی و کشف طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌کند (۱۹). معمولاً ماهیت ناسازگار این طرح‌واره‌ها وقتی ظاهر می‌شود که افراد در روند زندگی روزمره خود و در تعاملاتشان با همسر و دوستان و در محل کار به‌گونه‌ای عمل کنند که طرح‌واره‌هایشان تأیید شود (۲۰). نیکوگفتار و سنگانی (۲۱)، سیادت و همکاران (۲۲)، کاپف-بک و همکاران (۲۳)، دادومو و همکاران (۲۴)، کارتر و همکاران (۲۵) و رنر و همکاران (۲۶)، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی را بر بی‌بثباتی هیجانی، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری^۹، سلامت روان پرستاران و نیز سایر جوامع آماری بالینی و غیربالینی بررسی و تأیید کردند.

بر اساس مطالعات انجام‌شده، تعامل طرح‌واره‌ها با حوادث منفی و فشارهای روانی ثابت شده است؛ به‌طوری‌که با فعال‌شدن طرح‌واره‌های ناسازگار، سطوحی از هیجان انتشار می‌یابد و مستقیم و غیرمستقیم منجر به بروز اشکال گوناگون آشفتگی‌های شناختی^{۱۰} چون افسردگی، اضطراب، ناتوانی شغلی و تعارضات میان‌فردی می‌شود (۲۷)؛ از این رو و از آنجاکه بسیاری از مشکلات موجود در بیمارستان‌ها اجتناب‌ناپذیر است و هر پرستار خواه‌ناخواه با این استرس‌ها مواجه خواهد شد، راهکار مناسب این است که بتوان توان و نیروی جسم و ذهن پرستاران را افزایش داد تا آن‌ها قادر باشند در هر شرایطی تعادل خود را حفظ کنند و بهترین تصمیم را بگیرند؛ چراکه پرستاران یکی از حلقه‌های مهم زنجیره مراقبت و جزو عوامل اساسی برای ارتقای کیفیت مراقبت به‌شمار می‌آیند که در ارتباط نزدیک با بیماران هستند و بر اساس مطالعات، کارگاه‌ها و آموزش‌های رسمی می‌توانند تأثیرات مثبت بر توسعه و رشد آنان داشته باشند. با توجه به وجود کاستی‌های پژوهشی و نظر به اهمیت بهداشت روانی در محیط کار، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری را تمامی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های شهدای تجریش و طالقانی

7. Schema Therapy

8. Cognitive Behavioral Therapy

9. Rumination

10. Psychological distress

1. Nursing

2. Intensive Care Unit

3. Psychological well-being

4. Stress and fatigue

5. Cognitive emotion regulation

6. Schemas

گذشته؛ کسب نمره کمتر از میانگین (نمره میانگین=۷۲) در پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، تمایل نداشتن به ادامه همکاری با پژوهش و حضور نداشتن بیش از دو جلسه متوالی از یازده جلسه آموزشی و تمایل نداشتن به انجام تکالیف بود.

در این پژوهش، پرسش‌نامه و جلسات درمانی زیر به کار رفت. پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ تدوین شد (۲۹). ابزاری خودگزارشی است که ۳۶ عبارت و دو مؤلفه راهبردهای منفی و راهبردهای مثبت دارد. پاسخ به عبارات به شکل پنج‌گزینه‌ای و نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت و به صورت هرگز=۱، به ندرت=۲، برخی اوقات=۳، اغلب اوقات=۴ و همیشه=۵ تنظیم شده است؛ بنابراین حداکثر نمره در پرسش‌نامه ۱۸۰ و حداقل نمره ۳۶ و نمره میانگین ۷۲ است. نمره کمتر نشان‌دهنده اشکال در تنظیم هیجان است (۲۹). گارنفسکی و همکاران، روایی همگرای^۳ پرسش‌نامه را با مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی در چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی^۴ ۰/۵۹ و پایایی آزمون را با روش آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۹). حسنی همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۷ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) را به دست آورد (۳۰). در پژوهش محمودی‌نیا و همکاران آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۷ بود (۳۱).

شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. به منظور برآورد حجم نمونه به کمک جدول کوهن^۱ (۱۹۸۶) در سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۵ و توان ۰/۸ (به نقل از ۲۸)، حداقل حجم نمونه با استفاده از نرم افزار SPSS Sample Power، بیست نفر برای هر گروه به دست آمد. بر این اساس چهل پرستار واجد شرایط داوطلب به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. ابتدا با اعلام فراخوان دوهفته‌ای، از تمامی پرستاران دارای ملاک‌های اولیه ورود به پژوهش ثبت نام شد (۸۶ نفر). سپس با برگزاری جلسه‌ای توجیهی، درباره اهداف و ملاحظات اخلاقی پژوهش توضیحاتی ارائه شد و پرسش‌نامه مدنظر با هدف غربالگری و پیش‌آزمون اجرا شد. در ادامه چهل نفر دارای نمرات کمتر از میانگین (نمره میانگین=۷۲) در پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان^۲ (۲۹)، به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه بیست نفر) وارد طرح درمانی و پژوهشی شدند. گروه آزمایش در یازده جلسه ۷۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای، مداخله طرح‌واره درمانی را دریافت کرد؛ اما گروه گواه در فهرست انتظار برای دریافت مداخله قرار گرفت. پس از اتمام جلسات مجدد پرسش‌نامه مدنظر طی دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری دوماهه اجرا شد.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: تمایل به شرکت در پژوهش و رضایت آگاهانه؛ اشتغال به مدت حداقل یک سال در بخش مراقبت‌های ویژه؛ انجام ندادن درمان روان‌شناختی یا شرکت نکردن هم‌زمان در جلسات آموزشی دیگر؛ مصرف نکردن داروهای خاص؛ رخ ندادن رویدادهای تنش‌زا مثل طلاق، مرگ و غیره در بستگان نزدیک در شش ماه

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله طرح‌واره درمانی

جلسه	موضوع
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، آشنایی با هدف طرح‌واره درمانی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، بیان قواعد گروه (رازداری، محرمانه بودن، احترام، گوش دادن و...).
دوم	آشنایی بیشتر با طرح‌واره درمانی و طرح‌واره‌های سازش‌نا یافته اولیه، آشنایی با ویژگی‌های طرح‌واره‌های سازش‌نا یافته اولیه، آشنایی با ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها.
سوم	آشنایی با فنون شناختی مثل آزمون قابلیت اعتماد طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های کنارآمدن، آشنایی با حوزه‌های طرح‌واره و طرح‌واره‌های سازش‌نا یافته اولیه، آشنایی با عملکردهای طرح‌واره.
چهارم	آشنایی با مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی‌ها، آشنایی با نیازهای هیجانی ارضانشده و شناسایی و راهکارهای بیرون‌ریختن عواطف بلوکه‌شده، معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های کنارآمدن سازش‌نا یافته تداوم‌دهنده طرح‌واره‌ها به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره، آشنایی با مفهوم ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، ایجاد آمادگی آزمودنی‌ها برای سنجش و تغییر طرح‌واره‌ها.
پنجم	آشنایی با فن برقراری ارتباط سالم و گفت‌وگوی خیالی، ایجاد آمادگی برای تغییر، سنجش طرح‌واره‌ها از طریق پرسش‌نامه، ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرح‌واره‌ها.
ششم	آشنایی با فنون تجربی از جمله تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها.
هفتم	آشنایی با رابطه درمانی و رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن، برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره توسط آزمودنی‌ها، آموزش تکمیل فرم ثبت طرح‌واره توسط آزمودنی‌ها.
هشتم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید، آشنایی و تمرین گفت‌وگوهای خیالی، نوشتن نامه به عنوان تکلیف خانگی، ارائه منطق استفاده از چنین فونی در درمان، بازوالدینی در حین کار با تصاویر ذهنی.
نهم	آشنایی با مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم، آموزش راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار، آشنایی با چگونگی تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی، آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتار.
دهم	خلاصه و جمع‌بندی مباحث جلسه قبل، افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی.
یازدهم	خلاصه و جمع‌بندی مباحث جلسات گذشته، پاسخ به سؤال‌ها و ابهامات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی زمان اجرای آزمون پیگیری.

^۳. Convergent validity
^۴. Symptom Checklist-90 (SCL-90)

^۱. Cohen
^۲. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری آزمون های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته ها

در مطالعه حاضر چهل پرستار بخش مراقبت های ویژه وارد مطالعه شدند و در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه طرح واره درمانی $40/95 \pm 8/50$ سال و در گروه گواه $42/70 \pm 6/76$ سال بود. شاخص های آمار توصیفی گروه ها قبل و بعد از آزمایش در جدول ۲ آمده است.

جلسات مداخله طرح واره درمانی با استفاده از برنامه درمانی یانگ و همکاران اجرا شد. برنامه درمانی یانگ و همکاران در سال ۲۰۰۳ تدوین گردید و در ایران توسط هاشمی و همکاران (۳۲) استفاده شد و روایی آن به تأیید رسید. در پژوهش حاضر پس از اعمال تغییرات جزئی در این برنامه و تأیید چند نفر از متخصصان، جلسات مداخله طی بازده جلسه ۷۵ تا ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی (طی دو ماه) اجرا شد (جدول ۱). داده های جمع آوری شده از طریق شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با رعایت پیش فرض های آن (آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون) و

جدول ۲. شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) تنظیم شناختی هیجان در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه ها

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
طرح واره درمانی	۷۱/۶۵	۱۲/۰۴	۹۵/۱۰	۱۵/۹۹	۸۸/۸۰	۱۵/۵۴
گواه	۷۰/۱۵	۱۲/۸۸	۷۳/۳۵	۹/۲۵	۷۵/۳۵	۱۱/۸۹

و نتایج مشخص کرد، واریانس خطاها برای نمرات متغیر تنظیم شناختی هیجان یکسان بود ($p > 0/05$). مفروضه کرویت با آزمون کرویت موخلی برای عامل درون گروهی نشان داد که مفروضه کرویت برقرار بود ($\chi^2 = 3/349$, $p = 0/187$).

به منظور بررسی تفاوت معنادار بین میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری، روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (یک عامل درون آزمودنی و یک عامل بین آزمودنی) به کار رفت. مراحل سه گانه پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه بندی آزمودنی ها در دو گروه به عنوان عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شد. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۳ ارائه شده است.

آماره های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) سه گروه در جدول ۲ نشان می دهد، در گروه آزمایش، تنظیم شناختی هیجان پرستاران در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون افزایش یافته است. معناداری این تغییرات در طول زمان در بین گروه ها باید آزمون شود؛ اما در گروه گواه تغییرات در طول مراحل اندازه گیری درخور توجه نبود.

برای بررسی معناداری این تغییرات، روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به کار رفت. قبل از انجام آن، پیش فرض های این آزمون ارزیابی شد. برای بررسی نرمال بودن نمرات تنظیم شناختی هیجان، آزمون شاپیرو-ویلک به کار رفت. آماره Z آزمون شاپیرو-ویلک مربوط به نرمال بودن تنظیم شناختی هیجان در سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری نشان داد، توزیع نمره ها با توزیع نرمال تفاوت معناداری نداشت ($p > 0/05$). همچنین از آزمون لون به منظور بررسی یکسانی واریانس خطاهای دو گروه استفاده شد

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تأثیر طرح واره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان پرستاران بخش مراقبت ویژه

منبع تغییرات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
اثر زمان	۱۲/۲۴۸	$< 0/001$	۰/۲۷۳	۰/۹۹۸
اثر متقابل زمان و گروه	۷/۲۱۲	$< 0/001$	۰/۱۶۰	۰/۹۲۶
اثر گروه	۱۹/۴۸۵	$< 0/001$	۰/۳۳۹	۰/۹۹۰

تنظیم شناختی هیجان معنادار شد ($p < 0/001$)؛ بدین معنا که بین گروه آزمایش و گروه گواه در متغیر تنظیم شناختی هیجان در طی مراحل پژوهش اختلاف معناداری وجود داشت که بیانگر تأثیر مداخله بود.

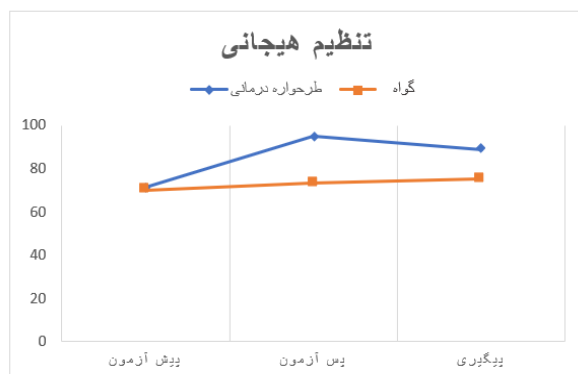
بر اساس یافته های جدول ۳، تأثیر زمان اندازه گیری بر میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان معنادار بود ($p < 0/001$). همچنین اثر متقابل بین زمان اندازه گیری و گروه بر میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان معنادار به دست آمد ($p < 0/001$). تأثیر گروه نیز بر میانگین نمرات

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی بر مقایسه زوجی متغیر پژوهش در سه مرحله در گروه آزمایش

(i)-(j)	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پیش آزمون-پس آزمون	-۱۳/۳۲۵	۲/۲۶۵	۰/۰۰۱
پیش آزمون-پیگیری	-۱۱/۱۷۵	۲/۹۳۹	۰/۰۰۲
پس آزمون-پیگیری	۲/۱۵۰	۲/۷۹۰	۰/۹۸۶

متطابق با یافته های جدول ۴، در گروه آزمایش در متغیر تنظیم شناختی هیجان بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون ($p = 0/001$) و پیش آزمون

مشاهده نشد که حاکی از پایداری اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در مرحلهٔ پیگیری در متغیر تنظیم شناختی هیجان بود ($p=0/986$). در ادامه نمودار روند تنظیم شناختی هیجان در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.



شکل ۱. نمودار پراکنش متغیر تنظیم شناختی هیجان در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه

۴ بحث

تفکر منفی سبب بهبود تنظیم و کنترل هیجان در افراد می‌شود (۱۸). اثر طرح‌واره‌درمانی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان به‌دلیل تأکید بر تغییر سبک‌های کنارآمدن سازش‌نا یافته، نبود ارزیابی منفی و اجتنابی و طرح‌واره‌های سازش‌نا یافتهٔ اولیه است. طرح‌واره‌درمانی با برانگیختن طرح‌واره‌ها و مرتبط‌ساختن آن‌ها با مسائل کنونی، زمینه را برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرح‌واره‌ها مهیا می‌سازد. در فرایند تعدیل طرح‌واره راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین‌فردی استفاده می‌شود. تکنیک‌های شناختی با محک‌زدن قابلیت اعتماد طرح‌واره‌ها و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌واره، برقراری گفت‌وگو بین جنبهٔ سالم و جنبهٔ طرح‌واره و تدوین کارت‌های آموزشی، آگاهی عقلانی بیماران را افزایش می‌دهد و آنان را به این نتیجه می‌رساند که طرح‌واره غلط است. از موارد دیگر می‌توان به تکنیک‌های تجربی اشاره کرد که بیماران از طریق این تکنیک موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند (۳۳). فن تصویرسازی ذهنی به‌منظور الگویشکنی باعث فاصله‌گرفتن از سبک‌های کنارآمدن اجتنابی و جبران‌های افراطی می‌شود. همچنین، شناسایی طرح‌واره‌های اصلی و ریشه‌های تحولی آن و مرتبط‌کردن این ریشه‌ها به زندگی کنونی را در پی دارد. به‌علاوه، سبب حرکت از شناخت عقلانی به تجربهٔ هیجانی خواهد شد. در فن گفت‌وگوی خیالی، ابراز هیجان‌هایی مانند خشم، موجب تخلیهٔ هیجانی و فاصله‌گرفتن از طرح‌واره‌های سازش‌نا یافتهٔ اولیه می‌شود. فن نوشتن نامه فرصتی برای بیان حقوق و شناخت احساسات فراهم می‌آورد. براساس دیدگاه یانگ، طرح‌واره‌درمانی موجب ارضای هیجان‌ات ارضانشده می‌شود و زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌های اولیه مهیا می‌کند و در نتیجه بهبود تنظیم شناختی هیجان و افزایش بهزیستی روان‌شناختی حاصل خواهد شد (۲۴). در راستای مطالب مذکور، سیادت و همکاران دریافتند، طرح‌واره‌درمانی باعث افزایش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌شود (۲۲)؛ همچنین نتایج پژوهش کاپف-بک و همکاران (۲۳) و کارتر و همکاران (۲۵) نشان داد، طرح‌واره‌درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر نشانگان افسردگی و افکار خودآیند منفی اثربخش‌تر است.

با پیگیری ($p=0/002$) تفاوت معنادار وجود داشت. تفاوت معنادار بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد، طرح‌واره‌درمانی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان اثربخش بوده است؛ همچنین در گروه آزمایش، بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد، طرح‌واره‌درمانی موجب بهبود تنظیم شناختی هیجان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه شد؛ همچنین اثر درمان در دورهٔ دوماهه پیگیری پس از اتمام جلسات، ماندگار بود. یافتهٔ به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش‌های ذیل همسوست: نیکوگفتار و سنگانی دریافتند، طرح‌واره‌درمانی به‌طور معناداری باعث ارتقای سلامت عمومی و کاهش نشخوار فکری و احساس تنهایی می‌شود و اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی، افسردگی، پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کنندهٔ حواس را کاهش می‌دهد (۲۱)؛ دادومو و همکاران مشخص کردند، طرح‌واره‌درمانی موجب کاهش بی‌نظمی هیجانی (بهبود تنظیم هیجان) می‌شود (۲۴)؛ رنر و همکاران نشان دادند، مداخلهٔ دوماههٔ طرح‌واره‌درمانی سبب کاهش طرح‌واره‌های افسردگی و بهبود تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (۲۶). در تبیین نتیجهٔ به‌دست‌آمده می‌توان گفت، تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌ات خود را به‌صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند. علاوه‌براین، تنظیم هیجانی به توانایی درک هیجان‌ات، تعدیل تجارب هیجانی و ابراز هیجان‌ات اشاره دارد؛ بنابراین شکست در تنظیم هیجان، موجب بی‌نظمی هیجانی می‌شود که روشی ناسازگارانه برای پاسخ به هیجان‌ات است (۷). طرح‌واره‌ها به‌عنوان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کل ذخیره‌شده در حافظه یا مجموعهٔ سازمان‌یافته‌ای از اطلاعات، باورها و مفروضه‌هایی هستند که می‌توانند میزان نگرانی را با توجه به باورهای منفی کاهش دهند و بر تنظیم هیجانی تأثیرگذار باشند. رویکرد طرح‌واره‌درمانی بر الگوهای خودبیرانگر تفکر و احساس و رفتار که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند (۱۹). طرح‌واره‌درمانی با وارونه‌سازی و اصلاح فرایندهای شناختی و هیجانی نادرست، تغییر خاطرات آسیب‌زا و اطلاعات ناراحت‌کننده، تغییر هم‌زمان احساسات، افکار و هیجان‌ها، قطع چرخهٔ تجارب منفی درونی، تمرکز بر شناخت‌های افراد، پیشگیری از مزاج منفی و تمرکز بر اصلاح الگوهای

شناختی هیجان در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه می‌شود؛ بر این اساس می‌توان از این رویکرد درمانی به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر بر بهبود تنظیم شناختی هیجان پرستاران بهره‌مند شد.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

برای رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه در جلسه اول توسط شرکت‌کنندگان امضا شد؛ همچنین به آن‌ها در زمینه حفظ رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی نویسنده اول مقاله است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد تصویب و ثبت شد. نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌کنند.

منابع مالی

همه هزینه‌های مالی توسط نویسنده اول تأمین شده است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ این پژوهش فقط روی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد و تعمیم‌پذیری نتایج برای سایر افراد جامعه امکان‌پذیر نیست. برای سنجش متغیر پژوهش فقط از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌نظر می‌رسد این موضوع به‌صورت خودگزارش‌دهی محدودیت‌هایی به‌همراه دارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی مداخله طرح‌واره‌درمانی با دیگر رویکردهای درمانی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان پرستاران مقایسه شود. نظر به اینکه مداخله طرح‌واره‌درمانی، روشی نسبتاً کاربردی و کارآمد است، نتایج این مطالعه برای برنامه‌ریزان و مسئولان بیمارستان‌ها و حتی مشاوران و درمانگران مراکز خدمات روان‌شناختی استفاده کاربردی دارد. پیشنهاد می‌شود، سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره با همکاری سازمان علوم پزشکی آموزش‌هایی را با استفاده از جزوه‌ها و مقالات آموزشی، برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی و... به‌منظور آشنایی کادر درمان و پرستاران با طرح‌واره‌های ناسازگار و نقش آن بر سلامت روان‌شناختی آن‌ها مدنظر قرار دهند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، طرح‌واره‌درمانی موجب بهبود تنظیم

References

1. American Association of Colleges of Nursing. Nursing Fact Sheet [Internet]; 2022. <https://www.aacnnursing.org/news-Information/fact-sheets/nursing-fact-sheet>
2. Roth E. A multifaceted approach to decreasing burnout and increasing staff engagement in adult critical care. Nurse Leader. 2020;18(4):370–5. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2019.05.015>
3. Steinberg BA, Klatt M, Duchemin AM. Feasibility of a mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel. Am J Crit Care. 2017;26(1):10–8. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017444>
4. Omran T, (Browning) Callis AM. Bereavement needs of critical care nurses: a qualitative study. Dimens Crit Care Nurs. 2021;40(2):83–91. <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000460>
5. Friganović A, Selić P, Ilić B, Sedić B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. Psychiatr Danub. 2019;31(1):21–31.
6. Yüksel A, Bahadır-Yılmaz E. Relationship between depression, anxiety, cognitive distortions, and psychological well-being among nursing students. Perspect Psychiatr Care. 2019;55(4):690–6. <https://doi.org/10.1111/ppc.12404>
7. Engen HG, Anderson MC. Memory control: a fundamental mechanism of emotion regulation. Trends Cogn Sci. 2018;22(11):982–95. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.07.015>
8. Desatnik A, Bel-Bahar T, Nolte T, Crowley M, Fonagy P, Fearon P. Emotion regulation in adolescents: an ERP study. Biol Psychol. 2017;129:52–61. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.08.001>
9. Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment. Guilford Press; 2009.
10. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. Monogr Soc Res Child Dev. 1994;59(2-3):25–52.
11. Naragon-Gainey K, McMahon TP, Chacko TP. The structure of common emotion regulation strategies: a meta-analytic examination. Psychol Bull. 2017;143(4):384–427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>
12. Gross JJ. Emotion regulation: current status and future prospects. Psychological Inquiry. 2015;26(1):1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
13. Foster K, Roche M, Giandinoto J, Furness T. Workplace stressors, psychological well-being, resilience, and caring behaviours of mental health nurses: a descriptive correlational study. Int J Mental Health Nurs. 2020;29(1):56–68. <https://doi.org/10.1111/inm.12610>
14. Li ZS, Hasson F. Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students: a systematic review. Nurse Educ Today. 2020;90:104440. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104440>
15. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. First edition. New York: Guilford Press; 2007.
16. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: a meta-analysis. J Affect Disord. 2016;190:47–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006>

17. Herts KL, Evans S. Schema therapy for chronic depression associated with childhood trauma: a case study. *Clinical Case Studies*. 2021;20(1):22–38. <https://doi.org/10.1177/1534650120954275>
18. Louis JP, Wood AM, Lockwood G, Ho MHR, Ferguson E. Positive clinical psychology and schema therapy (ST): the development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 short form (YSQ-S3). *Psychol Assess*. 2018;30(9):1199–213. <https://doi.org/10.1037/pas0000567>
19. Tamborini CR, Couch KA, Reznik GL. Long-term impact of divorce on women's earnings across multiple divorce windows: a life course perspective. *Adv Life Course Res*. 2015;26:44–59. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2015.06.001>
20. Hoffart Lunding S, Hoffart A. Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems: parental bonding, schemas and outcome in schema therapy. *Clin Psychol Psychother*. 2016;23(2):107–17. <https://doi.org/10.1002/cpp.1938>
21. Nikoogoftar M, Sangani A. The Effectiveness of schema therapy on rumination, loneliness and general health of divorced women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2020;21(2):1–12. [Persian] https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_667688.html?lang=en
22. Siyadat SM, Khajevand Khoshli A, Akbari H. Effectiveness of schema therapy on mental well-being (emotional, psychological and social) of mothers with autistic children of Gorgan township. *Journal of Social Psychology*. 2019;7(51):69–78. [Persian] https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_665703.html?lang=en
23. Kopf-Beck J, Zimmermann P, Egli S, Rein M, Kappelman N, Fietz J, et al. Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):506. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02880-x>
24. Dadoom H, Panzeri M, Caponcello D, Carmelita A, Grecucci A. Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(1):43–9. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000380>
25. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Douglas K, Frampton CM, et al. Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and schema therapy for depression. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;52(9):887–97. <https://doi.org/10.1177/0004867417750756>
26. Renner F, Arntz A, Peeters FPML, Lobbestael J, Huibers MJH. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2016;51:66–73. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001>
27. Ilanloo H, Ahmadi S, Farahani N, Hasani MB, Rezaei M. Life satisfaction prediction based on early maladaptive schemas and lifestyle in nurses. *Journal of Psychological Science*. 2020;19(88):431–7. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-670-en.html>
28. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Ravesh haye tahghigh dar oloom raftari [Research methods in behavioral sciences]. Tehran: Agah Pub; 2019. [Persian]
29. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*. 2001;30(8):1311–27. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
30. Kraaij V, Garnefski N. The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Pers Individ Dif*. 2019;137:56–61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
31. Hasani, J. The psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*. 2010;3(7):73–84. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2031.html?lang=en
32. Mahmoodinia S, Sepahmansoor M, Emamipour S, Hasani F. Effect of aggression replacement training on impulsivity and positive and negative cognitive emotion regulation strategies in delinquent adolescent boys. *Psychological Studies*. 2019;15(2):93–110. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_4302_en.html
33. Hashemi N, Ghayour Baghbani SM, Khadivi G, Hashemian Nejad F, Ashoori J. Asar bakhshiye darman shenakhti raftari va tarhvare darmani bar shadkami va salamat ravan daneshjooyan parastari [The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on happiness and mental health of nursing students]. *Journal of Multidisciplinary Care*. 2016;5(1):12–22. [Persian]
34. Ghaderi F, Kalantari M, Mehrabi H. Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies*. 2016;6(24):1–28. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_6512.html?lang=en