MEJDS. 2022; 12:206.

Published online 2023 Feb. **Original Article**

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

Babaei HefzAbad S[1], *Ammari H[2], Kordestani D[3]

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۰۶.

انتشار برخط بهمن ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

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.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Ammari_78@yahoo.com

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

چکیده

زمینه و هدف: مواجههٔ 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. جامعهٔ آماری را پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژهٔ 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 جلسهٔ ۷۵تا۹۰دقیقه‌ای مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی را دریافت کرد؛ اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله و در مرحلهٔ پیگیری، پرسش‌نامهٔ 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 نسخهٔ 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<$۰/۰۰۱). در گروه طرح‌واره‌درمانی، نمرات تنظیم شناختی هیجان در مراحل پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش معناداری یافت ($p=$۰/۰۰۱). همچنین در گروه طرح‌واره‌درمانی بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیر تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری مشاهده نشد که حاکی از ماندگار اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری بود ($p=$۰/۹۸۶).

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 درنتیجه سلامت روان‌شناختی پرستاران بهره‌مند شد.

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

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

۱ مقدمه

پرستاری[1] در بیشتر نقاط دنیا به‌منزلهٔ بزرگترین حرفهٔ مراقبت‌های بهداشتی و در مشاغل مرتبط با ارتباطات انسانی و پزشکی و آموزشی به‌عنوان شغلی پراسترس شناخته شده است که سلامت جسمی و روانی پرستاران تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد (۱). در این میان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه[2] حتی بیشتر از سایر بخش‌های پرستاری استرس را تجربه می‌کنند (۲) و از نظر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی[3] بیشتر از پرستاران در سایر بخش‌ها درمعرض خطر هستند؛ چنان‌که نتایج نظرسنجی از بیش از ۳۰۰۰ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه نشان داد که ۳۷درصد استرس شدید دارند (۳)؛ زیرا به‌دلیل 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 ناشی‌از مراقبت بیمار (۵)، مرگ‌ومیر، اطمینان‌نداشتن از صحت درمان و حجم کاری زیاد را نام برد (۴). این در حالی است که استرس و خستگی[4] پرستاران می‌تواند جوانب حیاتی و بحرانی عملکرد آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار دهد (۵) و درمقابل 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[5] است. نظریه‌های مبتنی‌بر 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 ازطریق 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 هیجانات فرد را در مسیر تحقق اهداف برعهده دارد (۱۰). به‌عبارت‌دیگر، تنظیم هیجان به‌عنوان 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) و لی و هاسون (۱۴) تنظیم هیجان از عوامل اثرگذار بر سلامت روان‌شناختی پرستاران است.

ازجمله عوامل مؤثر بر تنظیم‌نشدن هیجان در افراد طرح‌واره‌ها[6] است؛ طرح‌واره‌ها توسط یانگ مطرح شد و طرح‌واره‌درمانی[7] را برای تغییر آن‌ها پیشنهاد کرد (۱۵). طرح‌واره‌درمانی روشی ترکیبی است که براساس مفاهیم درمان شناختی‌رفتاری[8] رشد یافت (۱۶)؛ روشی نوین و یکپارچه که عمدتاً براساس 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 به‌صورت مدلی مفهومی باارزش تلفیق کرده است؛ اما درمانی التقاطی به‌شمار نمی‌رود؛ بلکه نظریه‌ای منسجم و یکپارچه است (۱۷). براساس این رویکرد، طرح‌واره‌ها به‌دلیل ارضانشدن نیازهای بنیادین (مانند نیاز به امنیت، پذیرش، کفایت، هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجانات سالم، خودانگیختگی و خویشتن‌داری) و ناکامی در برآوردن آن‌ها در دوران کودکی پدیدار شده‌اند (۱۸)؛ بدین‌ترتیب 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 روزمرهٔ 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)، کاپف‌ـبک و همکاران (۲۳)، دادومو و همکاران (۲۴)، کارتر و همکاران (۲۵) و رنر و همکاران (۲۶)، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی را بر بی‌ثباتی هیجانی، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری[9]، سلامت روان پرستاران و نیز سایر جوامع آماری بالینی و غیربالینی بررسی و تأیید کردند.

براساس 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 منجربه بروز اشکال گوناگون آشفتگی‌های شناختی[10] چون افسردگی، اضطراب، ناتوانی شغلی و تعارضات میان‌فردی می‌شود (۲۷)؛ ازاین‌رو و ازآنجاکه 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 زنجیرهٔ مراقبت و جزو عوامل اساسی برای ارتقای کیفیت مراقبت به‌شمار می‌آیند که در ارتباط نزدیک با بیماران هستند و براساس مطالعات، کارگاه‌ها و آموزش‌های رسمی می‌توانند تأثیرات مثبت بر توسعه و رشد آنان داشته باشند. باتوجه 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 روش‌بررسی

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

[1]. Nursing
[2]. Intensive Care Unit
[3]. Psychological well-being
[4]. Stress and fatigue
[5]. Cognitive emotion regulation
[6]. Schemas
[7]. Schema Therapy
[8]. Cognitive Behavioral Therapy
[9]. Rumination
[10]. Psychological distress

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. به‌منظور برآورد حجم نمونه به‌کمک جدول کوهن[1] (۱۹۸۶) در سطح آلفای ۰/۰۵=α و اندازهٔ اثر ۰/۵ و توان ۰/۸ (به‌نقل از ۲۸)، حداقل حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار SPSS Sample Power، بیست نفر برای هر گروه به‌دست آمد. بر این اساس چهل پرستار واجد شرایط داوطلب به‌صورت دردسترس وارد مطالعه شدند. ابتدا با اعلام فراخوان دوهفته‌ای، از تمامی پرستاران دارای ملاک‌های اولیهٔ ورود به پژوهش ثبت‌نام شد (۸۶ نفر). سپس با برگزاری جلسه‌ای توجیهی، دربارهٔ 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 (نمرهٔ میانگین=۷۲) در پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجان[2] (۲۹)، به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه بیست نفر) وارد طرح درمانی و پژوهشی شدند. گروه آزمایش در یازده جلسهٔ ۷۵تا۹۰دقیقه‌ای، مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی را دریافت کرد؛ اما گروه گواه در فهرست انتظار برای دریافت مداخله قرار گرفت. پس از اتمام جلسات مجدد پرسش‌نامهٔ مدنظر طی دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری دوماهه اجرا شد.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: تمایل به شرکت در پژوهش و رضایت آگاهانه؛ اشتغال به‌مدت حداقل یک سال در بخش مراقبت‌های ویژه؛ انجام‌ندادن درمان روان‌شناختی یا شرکت‌نکردن هم‌زمان در جلسات آموزشی دیگر؛ مصرف‌نکردن داروهای خاص؛ رخ‌ندادن رویدادهای تنش‌زا مثل طلاق، مرگ و غیره در بستگان نزدیک در شش ماه گذشته؛ کسب نمرهٔ کمتر از میانگین (نمرهٔ میانگین=۷۲) در پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجان. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، تمایل‌نداشتن به ادامهٔ همکاری با پژوهش و حضورنداشتن بیش از دو جلسهٔ متوالی از یازده جلسهٔ آموزشی و تمایل‌نداشتن به انجام تکالیف بود.

در این پژوهش، پرسش‌نامه و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجان: این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ تدوین شد (۲۹). ابزاری خودگزارشی است که ۳۶ عبارت و دو مؤلفهٔ راهبردهای منفی و راهبردهای مثبت دارد. پاسخ به عبارات به‌شکل پنج‌گزینه‌ای و نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت و به‌صورت هرگز=۱، به‌ندرت=۲، برخی اوقات=۳، اغلب اوقات=۴ و همیشه=۵ تنظیم شده است؛ بنابراین حداکثر نمره در پرسش‌نامه ۱۸۰ و حداقل نمره ۳۶ و نمرهٔ میانگین ۷۲ است. نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ اشکال در تنظیم هیجان است (۲۹). گارنفسکی و همکاران، روایی همگرای[3] پرسش‌نامه را با مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی در چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی[4] 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 دامنهٔ آلفای کرونباخ ۰/۶۷تا۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنهٔ همبستگی ۰/۵۱تا۰/۷۷) را به‌دست آورد (۳۰). در پژوهش محمودی‌نیا و همکاران آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۷ بود (۳۱).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی

جلسه	موضوع
اول	آشنایی و ایجاد رابطهٔ حسنه، آشنایی با هدف طرح‌واره‌درمانی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه‌درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، بیان قواعد گروه (رازداری، محرمانه‌بودن، احترام، گوش‌دادن و...).
دوم	آشنایی بیشتر با طرح‌واره‌درمانی و طرح‌واره‌های سازش‌نایافتهٔ اولیه، آشنایی با ویژگی‌های طرح‌واره‌های سازش‌نایافتهٔ اولیه، آشنایی با ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها.
سوم	آشنایی با فنون شناختی مثل آزمون قابلیت اعتماد طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌وارهٔ موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های کنارآمدن، آشنایی با حوزه‌های طرح‌واره و طرح‌واره‌های سازش‌نایافتهٔ 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 سازش‌نایافتهٔ تداوم‌دهندهٔ طرح‌واره‌ها به‌همراه 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 ازطریق پرسش‌نامه، ارائهٔ بازخورد برای شناسایی بیشتر طرح‌واره‌ها.
ششم	آشنایی با فنون تجربی ازجمله تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها.
هفتم	آشنایی با رابطه‌درمانی و رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن، برقراری گفت‌وگو بین جنبهٔ سالم و جنبهٔ طرح‌واره توسط آزمودنی‌ها، آموزش تکمیل فرم ثبت طرح‌واره توسط آزمودنی‌ها.
هشتم	تمرین رفتارهای سالم ازطریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید، آشنایی و تمرین گفت‌وگوهای خیالی، نوشتن نامه به‌عنوان تکلیف خانگی، ارائهٔ منطق استفاده از چنین فنونی 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 به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی، آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتار.
دهم	خلاصه و جمع‌بندی مباحث جلسهٔ قبل، افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم ازطریق 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.

[1]. Cohen
[2]. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
[3]. Convergent validity
[4]. Symptom Checklist-90 (SCL-90)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

ـ جلسات مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی با استفاده از برنامهٔ درمانی یانگ و همکاران اجرا شد. برنامهٔ درمانی یانگ و همکاران در سال ۲۰۰۳ تدوین گردید و در ایران توسط هاشمی و همکاران (۳۲) استفاده شد و روایی آن به‌تأیید رسید. در پژوهش حاضر پس از اعمال تغییرات جزئی در این برنامه و تأیید چند نفر از متخصصان، جلسات مداخله طی یازده جلسهٔ ۷۵تا۹۰دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی (طی دو ماه) اجرا شد (جدول ۱).

داده‌های جمع‌آوری‌شده ازطریق شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با رعایت پیش‌فرض‌های آن (آزمون شاپیروـ ویلک و آزمون لون) و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ تجزیه‌وتحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در مطالعهٔ حاضر چهل پرستار بخش مراقبت‌های ویژه وارد مطالعه شدند و در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه طرح‌واره‌درمانی ۴۰/۹۵±۸/۵۰ سال و در گروه گواه ۴۲/۷۰±۶/۷۶ سال بود. شاخص‌های آمار توصیفی گروه‌ها قبل و بعد از آزمایش در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) تنظیم شناختی هیجان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه‌ها

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
طرح‌واره‌درمانی	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

آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) سه گروه در جدول ۲ نشان می‌دهد، در گروه آزمایش، تنظیم شناختی هیجان پرستاران در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش یافته است. معناداری این تغییرات در طول زمان در بین گروه‌ها باید آزمون شود؛ اما در گروه گواه تغییرات در طول مراحل اندازه‌گیری درخورتوجه نبود.

برای بررسی معناداری این تغییرات، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. قبل از انجام آن، پیش‌فرض‌های این آزمون ارزیابی شد. برای بررسی نرمال‌بودن نمرات تنظیم شناختی هیجان، آزمون شاپیروـ ویلک به‌کار رفت. آمارهٔ z آزمون شاپیروـ ویلک مربوط به نرمال‌بودن تنظیم شناختی هیجان در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، توزیع نمره‌ها با توزیع نرمال تفاوت معناداری نداشت (p>۰/۰۵). همچنین از آزمون لون به‌منظور بررسی یکسانی واریانس خطاهای دو گروه استفاده شد و نتایج مشخص کرد، واریانس خطاها برای نمرات متغیر تنظیم شناختی هیجان یکسان بود (p>۰/۰۵). مفروضهٔ کرویت با آزمون کرویت موخلی برای عامل درون‌گروهی نشان داد که مفروضهٔ کرویت برقرار بود (χ^2=۳/۳۴۹ ،p=۰/۱۸۷).

به‌منظور بررسی تفاوت معنادار بین میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (یک عامل درون‌آزمودنی و یک عامل بین‌آزمودنی) به‌کار رفت. مراحل سه‌گانهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون‌آزمودنی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در دو گروه به‌عنوان عامل بین‌آزمودنی در نظر گرفته شد. خلاصهٔ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجان پرستاران بخش مراقبت ویژه

منبع تغییرات		مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آزمون
درون‌گروهی	اثر زمان	۱۲/۲۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۷۳	۰/۹۹۸
	اثر متقابل زمان و گروه	۷/۲۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۰	۰/۹۲۶
بین‌گروهی	اثر گروه	۱۹/۴۸۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۹	۰/۹۹۰

براساس یافته‌های جدول ۳، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان معنادار بود (p<۰/۰۰۱). همچنین اثر متقابل بین زمان اندازه‌گیری و گروه بر میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان معنادار به‌دست آمد (p<۰/۰۰۱). تأثیر گروه نیز بر میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان معنادار شد (p<۰/۰۰۱)؛ بدین‌معنا 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.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی‌بر مقایسهٔ زوجی متغیر پژوهش در سه مرحله در گروه آزمایش

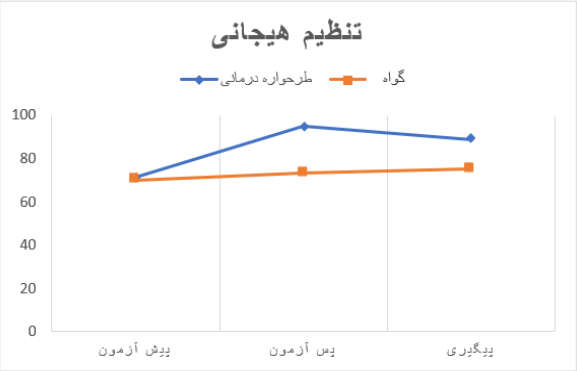
(i)-(j)	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	ـ۱۳/۳۲۵	۲/۲۶۵	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون ـ پیگیری	ـ۱۱/۱۷۵	۲/۹۳۹	۰/۰۰۲
پس‌آزمون ـ پیگیری	۲/۱۵۰	۲/۷۹۰	۰/۹۸۶

مطابق با یافته‌های جدول ۴، در گروه آزمایش در متغیر تنظیم شناختی هیجان بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون (p=۰/۰۰۱) و پیش‌آزمون

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

با پیگیری (p=۰/۰۰۲) 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 مشاهده نشد که حاکی‌از پایداری اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در مرحلهٔ پیگیری در متغیر تنظیم شناختی هیجان بود (p=۰/۹۸۶).

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

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، طرح‌واره درمانی 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 ازطریق 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 باتوجه به باورهای منفی کاهش دهند و بر تنظیم هیجانی تأثیرگذار باشند. رویکرد طرح‌واره‌درمانی بر الگوهای خودویرانگر 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 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 سازش‌نایافته، نبود ارزیابی منفی و اجتنابی و طرح‌واره‌های سازش‌نایافتهٔ 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 ازطریق این تکنیک موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند (۳۳). فن تصویرسازی ذهنی به‌منظور الگوشکنی 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 سازش‌نایافتهٔ 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 درنتیجه 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 کاپف‌ـبک و همکاران (۲۳) و کارتر و همکاران (۲۵) نشان داد، طرح‌واره‌درمانی درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری بر نشانگان افسردگی و افکار خودآیند منفی اثربخش‌تر است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

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 مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی با دیگر رویکردهای درمانی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان پرستاران مقایسه شود. نظر به اینکه مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی، روشی نسبتاً کاربردی و کارآمد است، نتایج این مطالعه برای برنامه‌ریزان و مسئولان بیمارستان‌ها و حتی مشاوران و درمانگران مراکز خدمات روان‌شناختی استفادهٔ کاربردی دارد. پیشنهاد می‌شود، سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره با همکاری سازمان علوم‌پزشکی 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 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

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

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

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای تخصصی روان‌شناسی عمومی نویسندهٔ اول مقاله است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد تصویب و ثبت شد. نویسندگان هیچ تضاد منافعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌کنند.

منابع مالی

همهٔ هزینه‌های مالی توسط نویسندهٔ اول تأمین شده است.

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, Selič 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, Bahadir-Yilmaz 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

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, Kappelmann 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. Dadomo 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
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, Emamipoor 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]