

February-March 2022, Volume 9, Issue 6

The Effect of Trans Diagnostic based Emotion Efficiency Therapy on Emotional Schemas and Sleep Quality of Anxious Nurses

Masoumeh Ebrahimi¹, Fatemeh Shahabizadeh^{2*}, Ali Akbar Esmaeili³, Qhasem Ahi⁴

1-Ph.D Student of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University Birjand, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

3- Associate Professor, Birjand Branch, Islamic Azad university and f psychiatry, Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran.

4- Assistant Professor, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Corresponding Author: Fatemeh Shahabizadeh, Associate Professor, Department of psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email: f_shahabizadeh@yahoo.com

Received: 20 July 2021

Accepted: 20 Jan 2022

Abstract

Introduction: Emotions always have a significant effect on the formation of behavioral patterns. Therefore, behavioral interventions based on it are a suitable way to deal with psychosomatic disorders. Anxiety is an effective component in people that can potentially affect the quality of sleep. The aim of this study was to determine the effectiveness of Trans diagnostic-based Emotion Efficiency Therapy on sleep quality and emotional schemas of anxious nurses.

Methods: The method of this study was Quasi-experimental with the control group and a two-month follow-up among the nurses who work in Chamran and Hazrat Rasoul hospitals in Ferdows in 2019, 50 anxious nurses were selected by purposive sampling and randomly assigned to experimental (n=25) and control (n=25) groups. Therapeutic sessions Trans-diagnostic based emotion efficiency therapy were presented in 8 sessions over two months and the anxiety inventory (Beck & Steer, 1990), emotional schemas (Suh et al 2019) and Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al, 1989) were used to collect data. Data were analyzed methods of analysis of covariance in SPSS-25 software.

Results: The results showed that emotion efficiency therapy in the post-test period was effective in decreasing sleep quality ($p < 0.001$) and reducing both components of emotional schemas ($p < 0.001$) and these results were also stable in the post-test period ($p < 0.001$).

Conclusions: Based on the findings of this study, Trans-diagnostic based emotion efficiency therapy can be effective as timely interventions to decrease sleep quality and reduce emotional schemas of anxious nurses and this intervention can be used in medical centers.

Keywords: Emotion efficiency, Anxiety, Emotional schemas, Sleep quality.

تأثیر درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان بر کیفیت خواب و طرحواره های هیجانی پرستاران مضطرب

معصومه ابراهیمی^۱، فاطمه شهابی زاده^{۲*}، علی اکبر اسماعیلی^۳، قاسم آهی^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲- دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۳- دانشیار واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران و دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران.

۴- استادیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

نویسنده مسؤول: فاطمه شهابی زاده، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

ایمیل: f_shahabizadeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۲۹

چکیده

مقدمه: هیجانات همواره تاثیر بسزایی در شکل گیری الگوهای رفتاری افراد دارد. به همین علت مداخلات رفتاری مبتنی بر آن خود یک روش مناسب برخورد با اختلالات روان تنی می باشد. اضطراب یک مولفه موثر در افراد می باشد که می تواند به صورت بالقوه بر کیفیت خواب تاثیر بگذارد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر کیفیت خواب و طرحواره های هیجانی پرستاران مضطرب بود.

روش کار: روش مطالعه شبه آزمایشی با گروه کنترل بود که از بین پرستاران بیمارستانهای چمران و حضرت رسول (ع) شهر فردوس سال ۱۳۹۸، ۵۰ پرستار دارای اضطراب به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۲۵ نفری گروه آزمایش و کنترل تقسیم شد. جلسات درمانی در ۸ جلسه طی دو ماه برای گروه آزمایش ارائه شد و جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های اضطراب (بک و استر، ۱۹۹۰)، طرحواره های هیجانی (سو و همکاران، ۲۰۱۹) و کیفیت خواب پیترزبورگ (۱۹۸۹) استفاده شد و داده ها با تحلیل کواریانس با نرم افزار SPSS25 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان در دوره پس آزمون در کاهش کیفیت خواب ($p < 0.001$) و کاهش هر دو مولفه طرحواره های هیجانی ($p < 0.001$) مؤثر بود و این نتایج در دوره پس آزمون نیز پایدار بود ($p < 0.001$).
نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی می تواند به عنوان مداخله ای بهنگام بر افزایش کیفیت خواب و کاهش طرحواره های هیجانی پرستاران مضطرب موثر باشد و می توان از این مداخله در مراکز درمانی و بهداشتی بهره برد.

کلیدواژه ها: کارآمدی هیجان، اضطراب، کیفیت خواب، طرحواره های هیجانی.

مقدمه

هیجانات در کیفیت زندگی (۶) پرستاران دو چندان می شود. در مجموع اضطراب تاثیر طولانی بر عملکرد فرد و سلامت جسمی و روانشناختی دارد (۷). تاکنون مطالعات محدودی در مورد رفتار مراقبین بهداشت و درمان با استرس انجام شده است و مشکلات روانپزشکی در پرستاران و خطرات واقعی اضطراب درمان نشده و بیخوابی در بین پرستاران هنوز مشخص نیست (۸). به هر حال استرس شغلی و فرسودگی در میان پرستاران (۹)، می تواند منجر به مشکلات خواب (۱۰) شود. در این راستا نتایج نشان داد ۲۰/۸ درصد پرستارانی که نوبت کاری در چرخش دارند (۱۱)، مبتلا به اختلالات

پرستاری شغلی است که با بسیاری از عوامل استرسزا شامل شرایط کاری، روابط انسانی، فرسودگی شغلی، مهارتهای حرفه ای و مشکلات سازمانی در ارتباط است (۱). شیوع اضطراب در پرستاران برابر ۴۱/۲ درصد (۲) و ۴۱/۷ درصد (۳) گزارش شده است. در ایران شیوع اضطراب در پرستاران ۴۶/۴۷ درصد گزارش شد (۴). با توجه به سطح بالای استرس شغلی پرستاری (۵)، بویژه پرستاران مضطرب که منابع درونی مقابله ای ناکارآمدی نیز دارند، این گروه از آسیب پذیری بیشتری بر خوردارند، لذا اهمیت نقش

خواب هستند (۱۲). بیخوابی و شیفت شب ریتیم های کورتیزول و ملاتونین را مختل میکند که این با کاهش زمان خواب و کیفیت پایین خواب (۱) و کاهش سطح فعالیت (۱۳) همراه است و می تواند در دراز مدت اثر مخربی بر عملکرد شناختی داشته باشد (۱۴). افزون بر آن کیفیت خواب میتواند تحت تاثیر هیجانات منفی از جمله اضطراب نیز (۱۵) قرار گیرد. از سویی دیگر با توجه به سطح بالای هیجانات منفی در پرستاران (۱۶)، ارزیابی شناختی هیجانات نیز میتواند نقش قابل توجهی در بروز، نگهداشت و استمرار هیجانات داشته باشد (۱۷)، لذا بررسی اثر بخشی مداخله فراتشخیصی هیجانات بدون توجه به نقش فرایند شناختی در ارزیابی هیجانات، غیر قابل اجتناب است.

بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام گرفتن از مدل فراشناختی هیجانه‌ها، رابرت لیهی در سال ۲۰۰۶، مدل طرحواره های هیجانی را ارائه نمود که افراد در چگونگی مفهوم پردازی تجارب هیجانی خود با یکدیگر متفاوت هستند و در برگزیده باورهایی است که آنها به مجرد برانگیخته شدن تجارب هیجانی ناخوشایند، نسبت به آن تجارب در ذهن دارند (۱۸). طرحواره های هیجانی به عنوان روش ها و استراتژی های مورد استفاده در پاسخ به هیجانات غیر پاتولوژیک و در مواردی تلاش برای اجتناب از آن هاست (۱۹) که می تواند علایم افسردگی و اضطراب را نیز افزایش می دهد (۲۰). به عبارتی ایمانی و همکاران (۲۰، ۱۷) در مدلی ساختاری نشان دادند نشانه های هیجانی از طریق طرحواره های هیجانی، فرد را در مسیر تشدید هیجانات منفی سوق می دهد، هر چند روش همبستگی نمی تواند پاسخ مشخص علی بدهد ولی تعداد زیادی از یافته های قابل توجه پیشنهاد می کنند که طرحواره هیجانی بخش مهمی از تجربه فرایند هیجانی است (۱۸). در مجموع علیرغم شیوع مشکلات مربوط به تنظیم هیجان، اغلب درمانهای موجود تنها بر درمان علائم تمرکز می کنند و از شناسایی و هدف قرار دادن برانگیزنده های زیربنایی مشکلات ناتوان هستند، بنابراین یکی از سازه های زیر بنایی موثر در این راستا کارآمدی هیجان است. کارآمدی هیجانی به میزان توانایی فرد برای تجربه کردن و پاسخگویی موثر به تمام هیجانه‌ها، متناسب با بافت و همسو با ارزش ها اطلاق می شود (۲۱). درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی یک درمان فراتشخیصی است که مولفه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری را یکپارچه

می سازد. در این درمان به جای تمرکز بر کاهش بدتنظیمی هیجان و علائم اضطراب، افسردگی و استرس، عوامل فراتشخیصی اجتناب تجربه ای؛ به عنوان تلاشی انعطاف ناپذیر برای اجتناب از تجربه های هیجانی، سرکوب یا مهار آنها (۲۲) و تحمل پریشانی برای افزایش کارآمدی هیجانی هدف قرار می گیرد (۲۱). با توجه به نقش فراتشخیصی فرایندهای شناختی چون اجتناب و عدم تحمل پریشانی در ایجاد و تداوم نشانگانی چون اضطراب و از طرفی اهمیت سلامت روان پرستاران، پژوهش حاضر بدنبال بررسی اثر بخشی مداخله‌ی کارآمدی هیجان بر طرحواره های هیجانی و کیفیت خواب پرستاران مضطرب است. پژوهشهای متعددی (۲۳، ۲۴) حمایت هایی را جهت اثربخشی درمانهای تنظیم هیجان (مداخله فراتشخیصی) (۲۳) در اختلالات خلقی و اضطرابی، برخلاف دیگر مطالعات (۲۴) فراهم آوردند. البته هرچند مداخلات مذکور متمرکز بر کارآمدی هیجان و هر دو مولفه فراتشخیصی اجتناب تجربه ای و تحمل پریشانی نبوده است، اما این نتایج، با منطق درمان فراتشخیصی که بر پردازش هیجان تاکید دارد و آن را در ایجاد و تداوم اختلالهای هیجانی از جمله اضطراب موثر می داند (۲۴)، همراستا است. درمان مورد مطالعه حاضر درحالی میخواهد کاربرد خود را نشان دهد که طول درمان نسبت به سه نوع درمان ادغام شده کوتاه تر شده و در عین حال تلفیقی از درمانهای موثر اکت و دیالکتیکی میباشد. مطالعه حاضر قصد دارد به این سوال پاسخ دهد که آیا مداخله فراتشخیصی کارآمدی هیجانی بر طرحواره های هیجانی و کیفیت خواب موثر است؟

روش کار

طرح این پژوهش شبه آزمایشی همراه با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری تحقیق حاضر، شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستانهای چمران و حضرت رسول (ع) شهر فردوس در آذر ماه سال ۱۳۹۸ بود. لازم به ذکر است فردوس دارای دو بیمارستان مذکور است و شامل ۲۱۰ پرستار می باشد. طبق جدول کوهن جهت بررسی و مقایسه متغیرهای پژوهش حاضر (کیفیت خواب، طرحواره های هیجانی) در دو گروه و با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰ درصد و اندازه اثر متوسط (۰/۵) و احتمال خطای ۰/۰۵، و با ریزش ۴٪ برای هر گروه ۲۵ نفر در نظر گرفته شد و تقسیم افراد در دو گروه و همچنین گمارش مداخله در گروه ها نیز

شدید داشتند و ۴ نفر (۲/۸٪) پرسشنامه را به صورت ناقص تکمیل کرده بودند. لذا در مرحله دوم، کلیه پرستاران دارای اضطراب متوسط و شدید (۵۰ نفر) (اخذ نمره بالاتر از ۱۶ بر اساس مقیاس اضطراب بک) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و بر اساس بخش محل خدمت و شیفت کاری به طور تصادفی (نمونه گیری بر اساس قرعه کشی بدین صورت که با کارتهایی از مخاطبان خواسته شد به صورت اتفاقی آن ها را انتخاب و در نهایت گروه ها تعیین گردیدند) در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) قرار گرفتند. برای پرستاران گروه آزمایش جلسات درمانی مبتنی بر کارآمدی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هفته ای یک جلسه) طی دو ماه در اواخر آذر ماه و دی و اوایل اسفند همزمان با شیوع کووید ۱۹، در سالن اجتماعات بیمارستانهای مذکور و در ساعت ۱۰:۳۰-۱۱:۳۰ صبح با رعایت پروتکل های بهداشتی و استفاده از وسایل سمعی بصری ارائه شد و پرستاران گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. بلافاصله بعد از اتمام جلسات آموزشی و دو ماه بعد از آن در ماه های اواخر اسفند و فروردین و اوایل اردیبهشت در زمان شیوع کووید ۱۹، مجدد پرسشنامه ها تکمیل شد. محتوای ۸ جلسه مداخله فراتشخیصی کارآمدی هیجان به طور خلاصه: جلسات مداخله ای مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر اساس پروتکل درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی مک کی و وست (۲۱) بود که محتوای جلسات به شرح (جدول ۱) می باشد:

جدول ۱. ساختار جلسات فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی

جلسه اول: آگاهی از هیجان (شناخت و درک تجربه هیجانی)
جلسه دوم: پذیرش ذهن آگاهانه (موج سواری بر روی هیجان، مشاهده و پذیرش هیجان ها به جای واکنش نشان دادن به آن ها)
جلسه سوم و چهارم: عمل کردن مبتنی بر ارزش ها (پاسخ به اعمال دردناک با اقداماتی که منعکس کننده ارزش ها هستند، به جای عمل کردن بر اساس هیجان ها)
جلسه پنجم: مقابله ذهن آگاهانه (تن آرامی و خود آرام سازی)
جلسه ششم: مقابله ذهن آگاهانه (افکار مقابله ای و پذیرش بنیادین)
جلسه هفتم: مقابله ذهن آگاهانه (توجه برگردانی و وقت استراحت)
جلسه هشتم: تثبیت، رفع اشکال و جمع بندی
بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) و دو ماه بعد از آن (مرحله پیگیری) مجددا پرسشنامه های مورد مطالعه توسط پرستاران هر دو گروه تکمیل شد.

به صورت تصادفی صورت گرفت که در دو مرحله انجام شد: در دو گروه و همچنین گمارش کاربردی در گروه ها نیز به صورت تصادفی صورت گرفت. انتخاب نمونه مورد نظر در دو مرحله انجام شد: در مرحله اول پس از هماهنگی با مسئولین بیمارستان و توضیح اهداف مطالعه، از بین پرستاران بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۱۴۰ نفر انتخاب شدند و فرم اضطراب بک در اختیار ۱۴۰ نفر پرستار منطبق با ملاکهای ورود و خروج، قرار گرفت. ملاکهای ورود به این شرح است: سن ۲۵ - ۴۵ سال، سابقه کار پرستاری ۲-۵ سال، سطح تحصیلات حداقل لیسانس، شاغل در بخش های بالینی (پرستاران با شیفت در گردش)، رضایت ورود به مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه شامل: مصرف داروهای روانپزشکی، تجربه عوامل استرسزا (فوت بستگان درجه یک، تصادفی، طلاق و ...) در ۶ ماه اخیر، سابقه دریافت مداخله مشابه، عدم پاسخ کامل به پرسشنامه ها، غیبت بیش از دو جلسه، وجود عارضه های جسمانی مانند شکستگیهای اندامی، بیماریهای مزمن تاثیرگذار بر رفتار مانند توپر کلوزیس، بیماری بالینی تاثیر گذار بر خلق (تیروئید، دیابت، سرطان و...)، بیماری خلقی و اضطراب شدید که اندیکاسیون مصرف دارو برای کنترل بیماری داشته باشند بر اساس خوداظهاری بیمار.

در مرحله دوم از ۱۴۰ پرستاری که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند و فرم اضطراب بک را تکمیل نمودند، ۴۸ نفر (۳/۳۴٪) اضطراب نداشتند، ۳۶ نفر (۷/۲۵٪) اضطراب خفیف، ۴۲ نفر (۳۰٪) اضطراب متوسط و ۱۰ نفر (۷/۱٪) اضطراب

که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می کند. هر ماده در یک مقیاس چهار درجه ای از صفر تا سه نمره گذاری می شود و نمره کل در دامنه های از صفر تا ۶۳ قرار دارد. هر ماده یکی از علایم شایع اضطراب را توصیف

برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد: پرسشنامه اضطراب (بک و استر، ۱۹۹۰): این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که توسط بک و استیر (۱۹۹۰) تدوین شد و در آن آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه،

میکنند. در صورتی که نمره به دست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد، فرد مورد بررسی هیچ اضطرابی ندارد، ۸-۱۵ نشان دهنده اضطراب خفیف، ۱۶-۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶-۶۳ نشان دهنده اضطراب شدید می باشد (۲۶). بک و استر (۱۹۹۰) ضریب آلفا کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله یک هفته ای ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۶). روایی این پرسشنامه در مطالعه رفیعی و سیفی (۱۳۹۲) به روش تحلیل عاملی بررسی و تایید شد و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در کل ۰/۹۲ به دست آمد (۲۷).

کیفیت خواب پیتزبورگ: پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ توسط بایسه و همکاران در سال ۱۹۸۹ در موسسه روانپزشکی پیتزبورگ جهت سنجش کیفیت خواب در طی یک ماه گذشته طراحی شد (۲۸). این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال و ۷ زیرمقیاس شامل کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب آور و اختلالات عملکردی روزانه میباشد. نمره گذاری بر اساس طیف ۴ درجه ای لیکرت از هیچ مرتبه (صفر) تا سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته (۳) صورت می گیرد. امتیاز هر یک از زیرمقیاس ها از صفر تا ۳ متغیر است که نمره صفر وضعیت خوب، نمره ۱ وضعیت نسبتاً خوب، نمره ۲ وضعیت نسبتاً بد و نمره ۳ وضعیت بد را نشان می دهند. از مجموع نمرات مربوط به زیرمقیاسها نمره کل کیفیت خواب به دست می آید که حداقل نمره صفر و حداکثر ۲۱ می باشد. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده کیفیت خواب پایین تر است. نمره بالاتر از ۵ به عنوان یک اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی می شود. روایی صوری این پرسشنامه در مطالعه افخمابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) بررسی و تایید شده است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در کل ۰/۷۹ به دست آمد (۲۹).

- طرحواره های هیجانی: سو و همکاران در سال ۲۰۱۹ پرسشنامه فرم کوتاه ۱۰ سوالی طرحواره های هیجانی را از روی پرسشنامه ۲۸ سوالی تنظیم کردند (۳۰). فرم کوتاه ۱۰ سوالی، با لیکرت شش درجه ای با روش تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی بررسی شد و دو عامل ارزیابی منفی احساسات و واکنش منفی به هیجان مشخص گردید. آلفای کرونباخ در فرم ۱۰ سوالی ۰/۸۹۳ و همبستگی بین دو پرسشنامه ۲۸ سوالی و ۱۰ سوالی ۰/۹۳۳ گزارش شده است.

این ۱۰ سوال در فرم کوتاه، ابتدا به فارسی ترجمه شد و ترجمه فارسی به انگلیسی برگردانده شد. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ ۰/۶۰۷ به دست آمد و روایی تحلیل عامل تاییدی مورد بررسی قرار گرفت و عامل های آن تایید شد (۳۰). در مطالعه اردلانی و همکاران (۱۴۰۰) میزان آلفا کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲۹ محاسبه گردید و روایی تحلیل عامل تاییدی مورد بررسی قرار گرفت و عامل های آن تایید شد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد شاخص برازندگی نرمال، شاخص برازندگی افزایشی و شاخص برازندگی تعدیل شده نیز به ترتیب برابر به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۹۹، ۰/۹۷ بدست آمد که حاکی از برازش مناسب مدل و ساختار دو عاملی بود. افزون بر آن نسبت مجذور کای (۲۰/۰۶) به درجه آزادی (۱۷) نیز عدد کمتر از ۲ را نشان داد و در سطح ۰/۰۵ ($P=0/27$) غیر معنادار شد و ریشه دوم واریانس خطای تقریب نیز برابر ۰/۰۲ شد که بیانگر برازش مناسب مدل است (۳۱).

داده های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی (سن، جنس و تحصیلات و تاهل) و استنباطی (میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) انجام شد، افزون بر آن جهت بررسی همگنی گروه ها از آزمون مجذور کای، تست فیشر و t دو گروه مستقل بهره گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS25 روش آماری تحلیل کواریانس بهره گرفته شد. لازم به ذکر است قبل از هر تحلیل، مفروضه های تحلیل کواریانس شامل نرمال بودن، آماره ام باکس، و آزمون لوین بررسی و گزارش شد.

این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بیرجند با شماره و مشخصه IR.BUMS.REC.1398.224 تاییدیه دارد. همچنین با کد IRCT20191014045096N1 در سامانه کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. در این مطالعه نکات اخلاقی از جمله ارایه توضیحات جامع قبل از نمونه گیری در زمینه مداخله، زمان پژوهش، روش کار، اهداف پژوهش و امکان خروج در هر مرحله از پژوهش و همچنین داوطلب بودن شرکت پرستاران و اطلاع رسانی محرمانه بودن اطلاعات انجام شد و رضایت نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای پرستاران رسید. لازم به ذکر است اگرچه برای گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت، جهت رعایت اصول اخلاقی هدیه بسته آموزشی پس از دوره پیگیری در اختیار همه پرستاران قرار گرفت.

یافته ها

(جدول ۲) نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد

 $(P < 0.05)$

پرستاران دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سن بررسی شدند و نتایج

جدول ۲: مقایسه مشخصات جمعیت شناختی در پرستاران دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	P-value
جنسیت	مرد ۶ (۲۴٪)	۴ (۱۶٪)	۰/۴۸ *
	زن ۱۹ (۷۶٪)	۲۱ (۸۴٪)	
وضعیت تاهل	مجرد ۱ (۴٪)	۴ (۱۶٪)	۰/۳۵ **
	متاهل ۲۴ (۹۶٪)	۲۱ (۸۴٪)	
سطح تحصیلات	کارشناسی ۲۴ (۹۶٪)	۲۲ (۸۸٪)	۰/۶۱ **
	کارشناسی ارشد ۱ (۴٪)	۳ (۱۲٪)	
سن	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۲۹/۵۲ $\pm$ ۳/۵۵	۳۰/۶۴ $\pm$ ۳/۹۹	۰/۳۰ ***
Fisher's Exact Test **: * خی دو		t مستقل ***	

شاخص های توصیفی طرحواره های هیجانی و کیفیت خواب در (جدول ۳) آمده است.

جدول ۳: شاخص های توصیفی طرحواره های هیجانی و کیفیت خواب

گروه	شاخص	طرحواره های هیجانی						کیفیت خواب	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	واکنش منفی به هیجانات	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان	M	۱۳/۸۴	۱۰/۲۸	۱۵/۸۸	۱۲/۴۸	۱۲/۹۲	۵/۰۸	۳/۴۰	۳/۱۲
	SD	۵/۱۵	۳/۷۰	۳/۷۴	۲/۲۷	۲/۱۳	۲/۴۴	۲/۰۰	۱/۵۳
کنترل	M	۱۴/۰۰	۱۳/۷۲	۱۶/۱۲	۱۵/۸۸	۱۵/۸۸	۴/۳۲	۴/۶۴	۵/۱۲
	SD	۴/۸۵	۴/۶۴	۳/۵۰	۳/۲۹	۳/۰۵	۲/۳۲	۲/۰۴	۲/۰۸

گروه در مدل از اثر لامبدای ویلکز استفاده شد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز در هر یک از دو تحلیل کوواریانس برای طرحواره های هیجان و کیفیت خواب مبین معنی داری اثر گروه بود ($P < 0.001$).

در بررسی برابری واریانس های خطا در تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون، نتایج آزمون لون برای متغیر طرحواره های هیجانی در مولفه ارزیابی هیجان ($F_{(1, 48)} = 4/44, P = 0/04$) و واکنش منفی به هیجان ($P = 0/48$)، $F_{(1, 48)} = 0/49$ ، در سطح ۰/۰۱ غیر معنادار بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور بود. افزون بر آن بر آن نتایج آزمون لوین در تحلیل کوواریانس نمرات دوره پیگیری، در مولفه ارزیابی هیجان ($F_{(1, 48)} = 2/68, P = 0/11$) و واکنش منفی به هیجان ($P = 0/44, F_{(48, 1)} = 0/60$)، در سطح ۰/۰۱ غیر معنادار بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور

جهت تحلیل داده ها برای هر یک از متغیرهای طرحواره های هیجانی و کیفیت خواب، از دو تحلیل کوواریانس در دو مرحله نمرات پس آزمون و پیگیری با کووریت پیش آزمون بهره گرفته شد که در ادامه مفروضه های آن بررسی می شود. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از نرمال بودن متغیرهای این پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیرهای طرحواره های هیجان و کیفیت خواب بود ($P < 0/05$). در خصوص طرحواره های هیجانی جهت بررسی برابری ماتریس های کوواریانس نمرات پس آزمون، آماره ام باکس $F_{(3, 41472, 0/001)} = 1/11, P = 0/34$ ، برابر ۳/۵۱ بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور بود. در خصوص طرحواره های هیجانی نمرات پیگیری آزمون، آماره ام باکس $F_{(3, 41472, 0/001)} = 1/11, P = 0/16$ ، برابر ۵/۴۰ بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور بود، لذا جهت بررسی اثر

بود. علاوه بر آن نتایج آزمون لون برای نمره پس آزمون کیفیت خواب ($F_{(۱,۴۸)} = ۲/۹۷, P = ۰/۰۹$) در سطح ۰/۰۱ غیر معنادار بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور بود. نتایج آزمون لویین در تحلیل کواریانس نمرات دوره پیگیری نیز غیر معنادار بدست آمد که $F_{(۱,۴۸)} = ۰/۲۸, P = ۰/۵۹$

حاکی از تایید مفروضه مذکور بود. در ارتباط با طرحوار های هیجانی جهت بررسی اثر گروه، نتایج (جدول ۴) نشان داد اثر گروه در هر دو مولفه در هر دو تحلیل نمرات پس آزمون و نمرات پیگیری معنادار بوده است.

جدول ۴: آزمون تحلیل کواریانس در ارتباط با طرحواره های هیجانی

نمره	منبع تغییرات	متغیر	SS	df	MS	F	P	η^2
پس آزمون	عرض از مبدا	ارزیابی منفی	۲۳/۷۴	۱	۲۳/۷۴	۳/۵۳	۰/۰۶	۰/۰۷
		واکنش به هیجان	۳۹/۱۴	۱	۳۹/۱۴	۱۴/۱۲	۰/۰۰۰	۰/۲۳
	پیش آزمون ارزیابی منفی	ارزیابی منفی	۲۲۹/۵۵	۱	۲۲۹/۵۵	۳۴/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۴۲
		واکنش به هیجان	۱/۶۵	۱	۱/۶۵	۰/۵۹	۰/۴۴	۰/۰۱
	پیش آزمون واکنش به هیجان	ارزیابی منفی	۱/۱۷	۱	۱/۱۷	۰/۱۷	۰/۶۷	۰/۰۰۴
		واکنش به هیجان	۷۸/۵۴	۱	۷۸/۵۴	۲۸/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۳۸
	گروه	ارزیابی منفی	۱۳۹/۵۵	۱	۱۳۹/۵۵	۲۰/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۳۱
		واکنش به هیجان	۱۳۲/۱۱	۱	۱۳۲/۱۱	۴۷/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۵۱
	خطا	ارزیابی منفی	۳۰۸/۹۰	۴۶	۶/۷۱			
		واکنش به هیجان	۱۲۷/۴۸	۴۶	۲/۷۷			
پیگیری	عرض از مبدا	ارزیابی منفی	۵۱/۷۳	۱	۵۱/۷۳	۹/۵۳	۰/۰۰۳	۰/۱۷
		واکنش به هیجان	۶۵/۸۷	۱	۶۵/۸۷	۲۳/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۳۴
	پیش آزمون ارزیابی منفی	ارزیابی منفی	۱۹۰/۷۱	۱	۱۹۰/۷۱	۳۵/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۴۳
		واکنش به هیجان	۰/۹۳	۱	۰/۹۳	۰/۳۳	۰/۵۶	۰/۰۰۷
	پیش آزمون واکنش به هیجان	ارزیابی منفی	۲/۳۶	۱	۲/۳۶	۰/۴۳	۰/۵۱	۰/۰۰۹
		واکنش به هیجان	۶۵/۰۷	۱	۶۵/۰۷	۲۳/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۳۳
	گروه	ارزیابی منفی	۱۵۱/۲۲	۱	۱۵۱/۲۲	۲۷/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۳۸
		واکنش به هیجان	۹۹/۸۲	۱	۹۹/۸۲	۳۵/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۴۴
	خطا	ارزیابی منفی	۲۴۹/۵۲	۴۶	۵/۴۲			
		واکنش به هیجان	۱۲۹۵/۴۲۲۵	۴۶	۲/۸۱			

با توجه به معنی داری اثر گروه بر طرحواره های هیجان در جدول ۴، نتایج نشان بین نمره پس آزمون مولفه ارزیابی منفی هیجان در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان نسبت به گروه کنترل (تفاوت میانگین = $۳/۳۴, P < ۰/۰۰۱$) و در خصوص مولفه واکنش منفی به هیجان (تفاوت میانگین = $۳/۲۵, P < ۰/۰۰۱$) تفاوت معنی دار شد، که حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان بود. افزون بر آن نتایج نشان داد بین نمره پیگیری مولفه ارزیابی منفی هیجان در گروه درمان فراتشخیصی

مبتنی بر کارآمدی هیجان نسبت به گروه کنترل (تفاوت میانگین = $۳/۴۸, P < ۰/۰۰۱$) و مولفه واکنش منفی به هیجان (تفاوت میانگین = $۲/۸۲, P < ۰/۰۰۱$) تفاوت معنی دار شد، که حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان بود. در ارتباط با کیفیت خواب جهت بررسی اثر گروه، نتایج (جدول ۵) نشان داد اثر گروه در هر دو تحلیل نمرات پس آزمون و نمرات پیگیری معنادار بوده است.

جدول ۵: آزمون تحلیل کواریانس در ارتباط با کیفیت خواب

نمره	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	F	η^2
پس آزمون	عرض از مبدا	۴/۸۵	۱	۴/۸۵	۳/۸۴	۰/۰۵	۰/۰۷۶
	پیش آزمون	۱۳۶/۴۱	۱	۱۳۶/۴۱	۱۰۸/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۶۹
	گروه	۳۸/۴۵	۱	۳۸/۴۵	۳۰/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۳۹
	خطا	۵۹/۳۴	۴۷	۳/۲۶			
پیگیری	عرض از مبدا	۱۱/۵۵	۱	۱۱/۵۵	۱۱/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۱۹
	پیش آزمون	۱۱۴/۳۸	۱	۱۱۴/۳۸	۱۱۴/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۷۰
	گروه	۷۵/۶۰	۱	۷۵/۶۰	۷۵/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۶۲
	خطا	۴۶/۸۹	۴۷	۰/۹۹			

با توجه به معنی داری اثر گروه بر کیفیت خواب در (جدول ۵)، نتایج نشان بین نمره پس آزمون کیفیت خواب در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان نسبت به گروه کنترل (تفاوت میانگین = $1/77$ ، $P < 0/001$) تفاوت معنی دار شد و افزون بر آن بین نمره پیگیری در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان نسبت به گروه کنترل (تفاوت میانگین = $2/49$ ، $P < 0/001$) تفاوت معنی دار شد، که حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان بود.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان، میانگین نمرات پس آزمون کیفیت پایین خواب پرستاران مضطرب کاهش یافت و این تغییرات در مرحله پیگیری معنی دار بود که حاکی از پایداری اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان است. این یافته در زمینه اثربخشی رواندرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت خواب با نتایج مطالعه سیمستر و همکاران (۲۵) در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و همچنین نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۳۲) در زمینه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر کیفیت خواب بیماران سندرم روده تحریک پذیر همسو می باشد. اگر چه در مطالعات مذکور، جامعه هدف در مقایسه با مطالعه حاضر متفاوت بود، اما در تمام مطالعات مذکور، گروهی با آسیب پذیری روانشناختی بالا هدف قرار گرفته بود که از این لحاظ همراستا با مطالعه حاضر است، اما نکته قابل تامل این است که در مطالعات مذکور از روش های متفاوت پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیکی و یا درمان شناختی رفتاری استفاده شده بود که اگر چه نکات

مشترکی دارند، اما از بعضی موارد نیز متفاوت هستند، در صورتی که در مطالعه حاضر با تلفیق هر سه روش درمانی تحت عنوان مداخله کارآمدی هیجان، اثر بخشی آن مورد بررسی قرار گرفت، طراحی و تدوین این مداخله بر مبنای عوامل فراتشخیصی است، عوامل فراتشخیصی عواملی هستند که زیر بنای چندین اختلال روانی را تشکیل می دهند، از جمله؛ اجتناب و عدم تحمل پریشانی که می تواند در ایجاد و تداوم انواع هیجانات منفی نقش داشته باشد و تکنیک های این مداخله متمرکز بر عوامل فراتشخیصی چون کاهش اجتناب و افزایش تحمل پریشانی است. در واقع مداخله کارآمدی هیجان در قالب روش یکپارچه‌ای هر سه روش درمانی، نشان داد می تواند کیفیت پایین خواب را در گروه آسیب پذیر پرستاران مضطرب بهبود بخشد. در این مداخله مهارت‌هایی همچون پذیرش، ذهن آگاهی و فرایندهای شفاسازی ارزشها، مواجهه هیجانی استفاده می شود و درمان جویان می آموزند تا پریشانی خود را تحمل کنند، در صورت نیاز هیجان ها را کاهش دهند و انتخاب هایی همسو با ارزشهایشان انجام دهند (۲۱). در سال های اخیر به عامل فراتشخیصی تحمل پریشانی و اجتناب تجربه ای که حائز اهمیت است و می تواند نقش مهمی را در شکل گیری و تداوم بسیاری از مشکلات مربوط به سلامت روانی ایفا کند توجه زیادی شده است، از طرفی مطالعات متعددی نیز نشان داده‌اند، پرستاران در مواجهه با رویدادهای استرس آمیز از اجتناب تجربه ای (۳۳) استفاده میکنند و افزون بر آن نتایج مطالعات حاکی از آن است که اجتناب تجربه ای با انواع مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب، استرس و فرسودگی رابطه دارد (۲۲)، بنابراین قابل انتظار است با کاهش اجتناب تجربه ای و افزایش سطح تحمل پریشانی، سطح کیفیت

خواب بهبود یابد. البته قابل ذکر است در پژوهش حاضر به طور مستقیم تغییرات میزان تحمل پریشانی و اجتناب بررسی نشد.

از طرفی افراد با کیفیت پایین خواب بیشتر درگیر طرحواره های منفی می شوند (۳۴)، بنابراین با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر کاهش کیفیت پایین خواب، انتظار می رود طرحواره های هیجانی نیز کاهش یابد، در حمایت از این نتیجه گیری، نتایج این مطالعه نشان داد در گروه آزمایش، میانگین نمرات پس آزمون طرحواره های هیجانی پرستاران مضطرب کاهش یافت و این تغییرات در مرحله پیگیری معنی دار بود که حاکی از پایداری اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجان است. در این راستا اگر چه مطالعات اثر بخشی مداخلات روانشناختی را در گروه های آسیب پذیر (زنان مطلقه و مادران کودکان با فلج مغزی) بر کاهش طرحواره های هیجانی نشان دادند (۳۵) اما در هیچیک درمان فراتشخیصی کارآمدی هیجان در پرستاران مضطرب بررسی نشده بود. طرحواره های هیجانی به عنوان روشها و استراتژیهای مورد استفاده در پاسخ به هیجانات و در مواردی تلاش برای اجتناب از آنهاست (۱۹) که می تواند علایم افسردگی و اضطراب را نیز افزایش دهد (۲۰). مدل طرحواره هیجانی پلی بین مدلهای فراشناختی و اجتناب هیجانی می سازد و پیشنهاد می کند که وقتی یک هیجانی برانگیخته یا استنباط می شود، تفسیرها، واکنشها و راهکارهای تنظیم هیجان مشخص خواهند کرد که آیا هیجان باقی بماند، از بین برود یا کاهش پیدا کند و طیف وسیعی از روشها و برداشتها برای نشان دادن هیجانهای منفی بیماران و راهکارهای مشکل ساز تنظیم هیجانی مورد استفاده قرار می گیرد (مثلا اجتناب، سرکوب، سوءمصرف مواد، کرحتی، فرار و تلافی خشم) (۲۶). از طرفی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، درمانی طراحی شده است که به بیماران کمک کند تا بیاموزند چگونه با هیجانهای ناخوشایند خود مواجه شوند و آنها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه تری به هیجانهای خویش پاسخ دهند. این درمان با اصلاح عاداتهای تنظیم هیجان بیماران، قصد دارد شدت و بروز تجارب هیجانی ناسازگارانه را کاهش دهد و عملکرد بیماران را بهبود بخشد. با این حال مهم است در نظر گرفته شود که پروتکل یکپارچه بر آن نیست تا هیجانهای ناخوشایند را حذف کند، بلکه تاکید بر برگرداندن هیجانها به سطح کارآمد است، به طوریکه هیجانهای ناخوشایند بتوانند سازگارانه و مفید باشند (۳۷).

فرض فلسفی زیربنایی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان این است که با اینکه میدانیم درد اجتناب ناپذیر است، اما رنج کشیدن اجتناب ناپذیر نیست. رنج تا حدودی ناشی از عدم آگاهی از نحوه تعیین ارزشهایی است که زندگی افراد را می تواند معنادار سازد. اغلب اوقات، رنج ناشی از عدم تمایل به تجربه هیجانهای دشوار است که موجب تقویت پریشانی شده و در نتیجه منجر به رنج بیشتر می شود (۲۱). فرض اصلی درمان درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی اینست که مبتلایان به اختلالات هیجانی، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان را به کار میبرند، یعنی سعی می کنند تا از هیجانهای ناخوشایند اجتناب کنند یا شدت آن را کاهش دهند که این مساله نتیجه عکس می دهد و در دوام علایم آن نقش دارد (۳۷).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر می توان به این نتیجه دست یافت که مداخله کارآمدی هیجان می تواند بر کاهش طرحواره های هیجانی و افزایش کیفیت خواب پرستاران آسیب پذیر به اضطراب به ویژه در شرایط بحرانی چون شیوع یک بیماری همه گیر از جمله کوید ۱۹ موثر باشد، در این مداخله، پژوهش حاضر نشان داد گروه آزمایش ثبات کاهش کیفیت پایین خواب و ارزیابی های منفی شناختی هیجانات را بعد از مداخله در طول زمان مواجهه با بحران کرونا نشان دادند، لذا با توجه به نیاز حمایت روانشناختی پرستاران در معرض آسیب های اضطراب در دوره شیوع یک بیماری، پیشنهاد می شود این مداخله در مراکز درمانی و بهداشتی بکار برده شود. به هر حال پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود از جمله نکته قابل تامل کوتاه بودن دوره پیگیری و افزون بر آن استفاده از پرسشنامه های خود گزارشی است.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روانشناسی است، لذا نویسندگان بر خود لازم می دانند که از همکاری مسئولین بیمارستان و شرکت کنندگان و دیگر عزیزانی که در انجام این مهم پژوهشگران را در تمامی مراحل یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است

References

1. Dai C, Qiu H, Huang Q, Hu P, Hong X, Tu J, et al. The effect of night shift on sleep quality and depressive symptoms among Chinese nurses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2019;15:435-40. <https://doi.org/10.2147/NDT.S190689>
2. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International journal of environmental research and public health*, 2019; 16(1):61. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010061>
3. Zeng Y, Wang G, Xie C, Hu X, Reinhardt JD. Prevalence and correlates of depression, anxiety and symptoms of stress in vocational college nursing students from Sichuan, China: a cross-sectional study. *Psychology, health & medicine*, 2019; 24(7): 798-811. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1574358>
4. Ariapooran S, Amirimanesh M. Depression, Anxiety and Suicidal ideation of Nurses in the Outbreak of COVID-19: The Role of Demographic Variables. *J Arak Uni Med Sci*. 2020; 23 (5):724-739 <https://doi.org/10.32598/JAMS.23.COV.4093.1>
5. Tran TTT, Nguyen NB, Luong MA, Bui THA, Phan TD, Tran VO, et al. Stress, anxiety and depression in clinical nurses in Vietnam: a cross-sectional survey and cluster analysis. *Int J Ment Health Syst*, 2019; 13: 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0257-4>
6. Imamura K, Tran TTT, Nguyen HT, Kuribayashi K, Sakuraya A, Nguyen, A, et al. Effects of two types of smartphone-based stress management programmes on depressive and anxiety symptoms among hospital nurses in Vietnam: a protocol for three-arm randomised controlled trial. *BMJ open*, 2019; 9(4): e025138. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025138>
7. Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The outcome of hypochondriasis / Health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS One*, 2010; 5(3): e9873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009873>
8. Huang CLC, Wu MP, Ho CH, Wang JJ. Risks of treated anxiety, depression, and insomnia among nurses: A nationwide longitudinal cohort study. *PloS one*, 2018; 13(9): e0204224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204224>
9. Cheung T, Yip PS. Lifestyle and Depression among Hong Kong Nurses. *Int J Environ Res Public Health*, 2016; 13: 135. <https://doi.org/10.3390/ijerph13010135>
10. NotaJA, ChuC, BeardC, BjörqvinnssonT. Temporal relations among sleep, depression symptoms, and anxiety symptoms during intensive cognitive-behavioral treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2020; 88(11): 971-982. <https://doi.org/10.1037/ccp0000610>
11. Amidu N, Issah H, Alhassan M, Yakong VN, Yahaya W, Dapare PPM, et al. Stress, anxiety and sleep Disorder among Nurses: A cross-sectional study of rotation vs fixed shift workers. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 2016; 11(1): 1-12. <https://doi.org/10.9734/INDJ/2018/40284>
12. Bajraktarov S, Novotni A, Manusheva N, Nikovska DG, Miceva-Velickovska E, Zdraveska, N, et al. Main effects of sleep disorders related to shift work-opportunities for preventive programs. *EPMA J*, 2011; 2(4): 365-370. <https://doi.org/10.1007/s13167-011-0128-4>
13. Diomidous M. Sleep and motion disorders of physicians and nurses working in hospitals facing the pandemic of COVID 19. *Med Arch*, 2020; 74(3): 210-215. <https://doi.org/10.5455/medarh.2020.74.210-215>
14. Kaliyaperumal D, Elango Y, Alagesan M, Santhanakrishnan I. Effects of Sleep deprivation on the cognitive performance of nurses working in shift. *J Clin Diagn Res*, 2017; 11(8):CC01-3. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/26029.10324>
15. Orchard F, Gregory AM, Gradisar M, Reynolds S. Self-reported sleep patterns and quality amongst adolescents: cross-sectional and prospective associations with anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2020; 61(10): 1126-1137. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13288>
16. Silwal M, Koirala D, Koirala S, Lamichhane A. Depression, anxiety and stress among nurses during corona lockdown in a selected teaching hospital, kaski, nepal. *Journal of Health and Allied Sciences*, 2020; 10(2): 82-87. <https://doi.org/10.37107/jhas.210>
17. Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety*, 2013; 30(7): 654- 661. <https://doi.org/10.1002/da.22124>
18. Leahy RL, Wupperman P, Edwards E, Shivaji S, Molina N. Metacognition and emotional schemas: Effects on depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2019; 12(1):25-37. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0035-8>
19. Imani E, Shahabizadeh F, Mahmoodirad A. The role of anxiety and depression on acceptance and action, considering emotional

- schemas in diabetics of Birjand (Iran). *Electron Physician*, 2017; 9(10): 5551-9. <https://doi.org/10.19082/5551>
20. Alba J, Calvete E, Wante L, Van Beveren ML, Braet C. Early maladaptive schemas as moderators of the Association between Bullying Victimization and Depressive Symptoms in Adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 2018; 42(1): 24-35. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9874-5>
21. McKay M, West A. A trans diagnostic treatment for emotion regulation: A new group therapy protocol combining exposure therapy, Acceptance and commitment therapy, and Dialectical Behavioral Therapy. The Wright Institute; New Harbinger Publications; 2016. Translated by: Mohamadkhani, Akbari.
22. Hershenberg R, Mavandadi S, Wright E, Thase M E. Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity, *Journal of Affective Disorders*, 2017; 208(1): 414-417. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.011>
23. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 2017; 57:141-163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
24. Martinsen KD, Rasmussen LMP, Wentzel-Larsen T, Holen S, Sund AM, Løvaas MES, et al. Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2019; 87(2): 212-219. <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
25. Simister HD, Tkachuk GA, Shay BL, Vincent N, Pear JJ, Skrabek RQ. Randomized Controlled Trial of Online Acceptance and Commitment Therapy for Fibromyalgia. *J Pain*, 2018; 19(7):741-753. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.004>
26. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Anto: Psychological Corporation, 1990.
27. Rafee M, Seaify A. An Investigation into the Reliability and Validity of Beck Anxiety Inventory among the University Students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2013; 8(27): 37-46. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_13.html?lang=en [In Persian]
28. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 1989; 28(2): 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
29. Afkham Ebrahimi A, Ghale Bandi M, Salehi M, Kafian Tafti A, Vakili Y, Akhlaghi Farsi, E. Sleep Parameters and the Factors Affecting the Quality of Sleep in Patients Attending Selected Clinics of Rasoul-e-Akram Hospital. *RJMS*, 2008; 15(58): 31-38
30. Suh JW, Lee HJ, Yoo N, Min H, Seo, DG, Choi KH. A brief version of the Leahy emotional schema scale: a Validation Study, *International Journal of Cognitive Therapy*, 2019; 12(1): 38-54. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0039-4>
31. Ardalani Farsa F, Shahhabizadeh F, Hashemi M, Dadkhah P. Mood/Anxiety Symptoms and Emotional Schemas in the Model of Quality of Spiritual Life of Patients with Chronic Low Back Pain Mediated by Role of Multidimensional Perfectionism Cognitions. *JAP*. 2021; 12 (3):115-128. <http://jap.iuims.ac.ir/article-1-5587-fa.html>
32. Mohamadi J, Gholamrezae S, Azizi A. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Quality of Sleep and Anxiety in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *IJPN*, 2015; 3 (2): 21-30 URL: <http://ijpn.ir/article-1-569-en.html> [In Persian]
33. Bong EJ, Kim YK. Relationship between life stress, depression and smartphone addiction in nursing students: Mediating effects of experiential avoidance. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 2017; 18(7):121-129. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2017.18.7.121>
34. Rodrigues PM, Marques DR, Gomes AA. Differences in Early Maladaptive Schemas between Young Adults Displaying Poor Versus Good Sleep Quality. *Psychiatr Q*, 2019; 90(4):733-746. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09662-z>
35. Fayazi M, Balalidehkordi N, Unesi SJ. The effectiveness of MCT, on maladjusted Schemas among divorced women. *Rooyesh*, 2019; 8 (1): 87-96 URL: <http://frooyesh.ir/article-1-698-fa.html> [In Persian]
36. Leahy RL. Emotional schema therapy: Distinctive features. Routledge, 2018. <https://doi.org/10.4324/9780203711095>
37. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook. Oxford University Press; 2010 Dec 14. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772674.003.0001>