

Akhlaq-i zistī

i.e., Bioethics Journal

2023; 13(38): e19

The Bioethics and Health
Law InstituteMedical Ethics and Law
Research CenterInternational Association
of Islamic Bioethics

Examining the Role of Moral Distress and Early Maladaptive Schemas in Predicting the Psychological Well-Being of Nurses

Anahita Sefidgaran¹, Mohammad Elahi^{2*}, Faezeh Yarahmadi³, Maryam Esazadeh⁴

1. Department of General Psychology, Payam Noor University, Karaj, Iran.

2. Department of Islamic Education, Fasa University Of Medical, Fasa, Iran.

3. Department of General Psychology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

4. Department of Personality Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Identifying the effective factors in psychological well-being and promoting it, is considered one of the obvious priorities in health care systems. The purpose of this study was to investigate the role of moral distress and early maladaptive schemas in predicting the psychological well-being of nurses.

Methods: The research method was descriptive-correlation. The research community consisted of all the nurses of Nikan Hospital in Tehran who were members in social networks in the spring of 2022 and 100 of them were selected through convenience sampling and they responded to Hamric et al (2012) moral distress questionnaires, Young & Brown (1994) early maladaptive schemas and Ryff (1989) psychological well-being. For data analysis, Pearson's correlation test and multiple regressions were used using SPSS 22 software.

Ethical Considerations: In all stages of data documentation and analysis, ethical considerations including informed consent, privacy protection and anonymity of respondents and confidentiality of information about the subjects have been observed.

Results: The results of correlation coefficients showed that the relationship between moral distress and initial maladaptive schemas with psychological well-being were negative and significant. ($p < 0.01$). Also, regression analysis showed that initial maladaptive schemas and moral confusion explain 66.8% of the variance of nurses' psychological well-being.

Conclusion: Based on the results of the research, it seems necessary to plan measures to train nurses and provide optimal solutions to resolve moral distress and initial maladaptive schemas in order to improve the psychological well-being of nurses.

Keywords: Moral Distress; Early Maladaptive Schemas; Psychological Well-Being; Nurses

Corresponding Author: Mohammad Elahi; **Email:** mohammadelahi098@gmail.com

Received: September 29, 2022; **Accepted:** December 31, 2022; **Published Online:** December 06, 2023

Please cite this article as:

Sefidgaran A, Elahi M, Yarahmadi F, Esazadeh M. Examining the Role of Moral Distress and Early Maladaptive Schemas in Predicting the Psychological Well-Being of Nurses. *Akhlaq-i zisti, i.e., Bioethics Journal*. 2023; 13(38): e19.



بررسی نقش آشفتگی اخلاقی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی بهزیستی

روان‌شناختی پرستاران

آناهیتا سفیدگران^۱، محمد الهی^{۲*}، فائزه یاراحمدی^۳، مریم عیسی‌زاده^۴

۱. گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، کرج، ایران.

۲. گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

۳. گروه روان‌شناسی عمومی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران.

۴. گروه روان‌شناسی شخصیت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی عوامل مؤثر در بهزیستی روان‌شناختی و ارتقای آن یکی از اولویت‌های آشکار در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌شود. هدف مطالعه حاضر بررسی نقش آشفتگی اخلاقی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بود.

روش: روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه پژوهش را تمامی پرستاران بیمارستان نیکان شهر تهران که در بهار ۱۴۰۱ در شبکه‌های اجتماعی عضو بودند، تشکیل می‌دادند که تعداد ۱۰۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های آشفتگی اخلاقی Hamric & et al (۲۰۱۲ م)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه Young & Brown (۱۹۹۴ م) و بهزیستی روان‌شناختی Ryff (۱۹۸۹ م) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل مستندسازی و تحلیل اطلاعات، ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه، حفظ حریم خصوصی، ناشناس بودن پاسخگویان و محرمانه بودن اطلاعات در مورد آزمودنی‌ها رعایت شده است.

یافته‌ها: نتایج ضرایب همبستگی نشان داد رابطه بین آشفتگی اخلاقی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی منفی و معنی‌دار بود ($p < 0/01$). همچنین تحلیل رگرسیون نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آشفتگی اخلاقی ۶۶/۸ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی پرستاران را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش طرح تدابیری در جهت آموزش پرستاران و ارائه راه حل‌های مطلوب جهت رفع آشفتگی اخلاقی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در راستای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی پرستاران ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: آشفتگی اخلاقی؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه؛ بهزیستی روان‌شناختی؛ پرستاران

نویسنده مسئول: محمد الهی؛ پست الکترونیک: mohammadelahi098@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۰۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۹/۱۵

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Sefidgaran A, Elahi M, Yarahmadi F, Esazadeh M. Examining the Role of Moral Distress and Early Maladaptive Schemas in Predicting the Psychological Well-Being of Nurses. Akhlaq-i zisti, i.e., Bioethics Journal. 2023; 13(38): e19.

مقدمه

پرستاران با شناخت افکار، احساسات و بینش‌های خود، به کشف و شناسایی نقاط قوت و ضعف خود پرداخته و بدین وسیله در جستجوی مداخلات مؤثرتر در سازگاری با تنش‌های رو به روی خود گام برمی‌دارند. بنابراین توجه به بهزیستی روانی آنان به عنوان حافظ سلامت بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است (۱). بهزیستی روان‌شناختی (Psychological Well-Being) به معنی کارکرد روانی بهینه است و به عنوان تجربه درونی عواطف مثبت و احساس سرزندگی و سلامت عاطفی، عدم تجربه درماندگی ذهنی و رضایتمندی کلی از زندگی و تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد تعریف می‌شود (۲) و شامل شادی و حس هدفمندی و تعلق است که با وجود درد و رنج روانی می‌تواند باقی بماند و شامل درجه‌ای که فرد کارکرد روان‌شناختی بهینه‌ای را تجربه می‌کند، می‌شود (۳). ارزیابی ریف (Ryff) از میزان بهزیستی روان‌شناختی شامل مؤلفه‌های نگرش مثبت به خود شخص و زندگی گذشته‌اش، رضایت از ارتباط با دیگران، ارتباط مثبت با دیگران، حس خودمختاری و استقلال و آزادی از هنجارها، خود پیروی، هدف‌داشتن در زندگی و اعتقاد به معناداربودن زندگی، توانایی اداره زندگی و محیط اطراف، تسلط محیطی و آزادبودن نسبت به تجربیات جدید به همراه رشد شخصی است (۴). افراد با بهزیستی بالاتر، به طور عمده هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با بهزیستی پایین‌تر بیشتر هیجان‌های منفی نظیر افسردگی، اضطراب و خشم را تجربه می‌کنند (۵).

یکی از عوامل مؤثر در ارتقای سلامت و چگونگی انجام وظایف شغلی پرستاران، آشفته‌گی اخلاقی (Moral Distress) است (۶). منظور از آشفته‌گی اخلاقی نشانگان استرس منفی است و در موقعیت‌هایی که ابعاد اخلاقی مطرح است و پرستار احساس می‌کند که نمی‌تواند تمامی ارزش‌ها و مصالح در معرض خطر را حفظ کند، روی می‌دهد (۷). آشفته‌گی اخلاقی زمانی به وجود می‌آید که پرستار به دلیل محدودیت‌های

سازمانی انجام عمل اخلاقی را غیر ممکن می‌بیند، اما به دلیل نوع دوستی آن را انجام می‌دهد، در حالی که چنین مسائلی از نظر مدیریت پرستاری مطلوب شناخته نمی‌شود (۸). آشفته‌گی اخلاقی یک مشکل مهم برای پرستاران است که منجر به مشکلات جسمی و عاطفی می‌شود. همچنین بر حفظ شغل، رضایت شغلی و کیفیت مراقبت تأثیر می‌گذارد (۹). از پیامدهای منفی آشفته‌گی اخلاقی در حرفه پرستاری می‌توان به کاهش تعلق کاری، افت اعتماد به نفس، ناامیدی، عصبانیت و ناراحتی ناشی از این احساس که نمی‌توانند نیازهای بیماران را برآورده کنند یا احساس ناتوانی در انجام وظایف و تعهدات نسبت به بیماران، اشاره کرد (۱۰). در پژوهش‌ها ارتباط آشفته‌گی اخلاقی با سلامت روان پرستاران (۱۱)، با بهداشت روانی پرستاران (۱۲)، با کیفیت مراقبت پرستاری (۷) تأیید شده است، اما در زمینه بهزیستی روان‌شناختی پرستاران مطالعه‌ای انجام نشده است.

از متغیرهای مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی در افراد طرحواره‌های ناسازگار اولیه (Early Maladaptive Schemas) است (۱۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته، در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (۱۴). طرحواره‌ها ساختارهای ذهنی سفت و سختی هستند که شامل هیجان‌ها، شناخت‌ها، احساسات بدنی و خاطراتی است که با الگوهای مداوم تجربیات آسیب‌رسان شکل گرفته و حفظ می‌شوند (۱۵). به طور کلی ۱۵ طرحواره در قالب پنج حوزه مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند که عبارت‌اند از: ۱- حوزه بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی، رهاسدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم)؛ ۲- خودگردانی و عملکرد مختل (شکست، وابستگی، بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتاری/ خویشتن تحول‌نیافته)؛ ۳- دیگر جهت‌مندی (اطاعت و ایثارگری)؛ ۴- گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه)؛ ۵- محدودیت‌های مختل (استحقاق/ بزرگ‌منشی و خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی) (۱۶). در پژوهش‌ها نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در

بهزیستی روان‌شناختی سالمندان (۱۷)، در بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به ام‌اس (۱۸)، در پیش‌بینی‌های بهزیستی روان‌شناختی افراد با خیانت زناشویی (۱۹) تأیید شده است، لذا مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که در جامعه پرستاران مطالعه‌ای انجام نشده است و خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود.

پرستاران یکی از بزرگ‌ترین اجزای نیروی انسانی بهداشت جهانی را تشکیل می‌دهند که خدمات بسیاری را به بیماران و خانواده آن‌ها ارائه می‌دهند. از این رو سلامت پرستاران باید به عنوان یکی از اولویت‌های آشکار برای سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته شود (۲۰) و نارسایی کار این گروه به علت نقش مهم آن‌ها در بهبود بیماران، نتایج غیر قابل جبران به بار خواهد آورد، لذا بهزیستی روان‌شناختی در میان پرستاران بسیار حائز اهمیت است (۲۱). از سویی نظر به اهمیت متغیرهایی همچون آشفته‌گی اخلاقی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در این بین و وجود خلأ پژوهشی در زمینه ارتباط متغیرهای مذکور در جامعه پرستاری، موجب شد تا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش آشفته‌گی اخلاقی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران انجام شود و به دنبال پاسخ به این سؤال باشد که آیا آشفته‌گی اخلاقی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران، نقش دارند؟

روش

این پژوهش به روش توصیفی - همبستگی انجام شده است. جامعه پژوهش را تمامی پرستاران بیمارستان نیکان شهر تهران که در بهار ۱۴۰۱ در شبکه‌های اجتماعی عضو بودند، تشکیل می‌دادند، چون حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی ۳۰ نفر به ازای هر متغیر می‌باشد (۲۲)، در این پژوهش به دلیل وجود دو متغیر پیش‌بین ۶۰ نفر کفایت می‌کرد، برای افزایش اعتبار بیرونی پژوهش تعداد ۱۰۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه، حضور داوطلبانه و داشتن حداقل یک سال سابقه کاری بود و ملاک خروج شامل عدم تمایل به همکاری، ناقص و مخدوش بودن پرسشنامه‌ها بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های زیر بودند:

۱. پرسشنامه آشفته‌گی اخلاقی: این پرسشنامه ۲۱ سؤالی توسط همریک (Hamric) و همکاران (۲۰۱۲ م.) برای پرستاران طراحی شد که بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از هیچ: نمره صفر تا خیلی زیاد: نمره چهار نمره‌گذاری می‌شود، دامنه نمرات بین ۲۱ تا ۸۴ هست و نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان بیشتر آشفته‌گی اخلاقی خواهد بود و برعکس. همریک و همکاران، روایی محتوایی آن را تأیید و همبستگی این ابزار را با تجارب چندین ساله پرستاران ۰/۲۲ و با جو اخلاقی سازمان ۰/۴۰ - به دست آوردند و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش نمودند (۲۳). در پژوهش زارعی نودئی و همکاران، روایی محتوایی پرسشنامه، نخست به تأیید اساتید خبره رسید و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش نمودند (۲۴). در مطالعه حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

۲. فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه: این مقیاس ۷۵ سؤالی توسط یانگ و براون (Young & Brown) (۱۹۹۴ م.) طراحی و بر اساس طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای (کاملاً غلط: نمره یک تا کاملاً درست: نمره ۶) پنج حوزه شامل: ۱- حوزه بریدگی و طرد؛ ۲- خودگردانی و عملکرد مختل؛ ۳- دیگر جهت‌مندی؛ ۴- گوش به زنگی بیش‌ازحد و بازداري؛ ۵- محدودیت‌های مختل را می‌سنجد. نمره ۷۵ نشان‌دهنده کمترین میزان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نمره ۴۵۰ بازگوکننده بیشترین میزان طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. در مطالعه یانگ و براون، روایی همگرایی معناداری با پرسشنامه افسردگی بک و روایی واگرایی معناداری با پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارتر (Schwarter) و همکاران نشان داده است و پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه آلفای کرونباخ از ۰/۶۲ تا ۰/۸۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ به دست آمد (۲۵). در مطالعه نعامی و پورمیدانی، در تأیید روایی

همگرا و واگرای ضرایب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه‌های عزت نفس استرنبرگ (Sternberg)، افسردگی بک و نگرش‌های ناکارآمد گودرزی، همگی معنادار بوده‌اند و پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۳ و نمره کل آن ۰/۸۶ به دست آمد (۲۶). در مطالعه حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ به دست آمد.

۳. فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: این مقیاس ۱۸ سؤالی توسط ریف (۱۹۸۹ م.) ساخته شده که شش عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود را بر روی طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۶) می‌سنجد. سؤالات ۱، ۴، ۵، ۸، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، دامنه نمرات بین ۱۰۸-۱۸ هست که نمرات بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر و بالعکس هست و در مجموع یک نمره کلی از بهزیستی روان‌شناختی می‌دهد. روایی سازه آن در مطالعه ریف تأیید و پایایی آزمون در دامنه ضرایب ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ برای مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی به دست آمد (۲۷). در ایران خانجانی و

همکاران پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها در دامنه بین ۰/۵۱ تا ۰/۷۶ و آلفای کرونباخ کل ۰/۷۱ به دست آورده‌اند و روایی با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که تمامی عوامل از برازش مناسبی برخوردارند (۲۸). در مطالعه حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ به دست آمد.

روش اجرا بدین‌صورت بود که پس از گرفتن مجوزهای مربوطه لینک پرسشنامه‌های پژوهش که در پرس‌لاین ساخته شده بود، از طریق گروه‌های مختلف در شبکه‌های اجتماعی مجازی، از جمله (واتساپ، تلگرام، ایتا و اینستاگرام) در اختیار پرستاران قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به اعضای نمونه مورد مطالعه، شامل سن، جنسیت و سابقه کار ارائه شده است.

جدول ۱: نتایج مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی اعضای نمونه پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۱۷
	۳۱ تا ۴۰ سال	۴۹
	۴۱ تا ۵۰ سال	۳۴
جنسیت	زن	۷۴
	مرد	۲۶
سابقه کار	۱ تا ۱۰ سال	۲۵
	۱۱ تا ۲۰ سال	۵۲
	۲۱ تا ۳۰ سال	۲۳

آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار بود و مثبت‌بودن ضرایب به دست‌آمده نشان می‌دهد که بین آشفته‌گی اخلاقی و طرحواره‌های

بر اساس نتایج به دست‌آمده از جدول ۲ تمامی ضرایب همبستگی محاسبه‌شده بین آشفته‌گی اخلاقی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی منفی و در سطح

ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معکوس وجود داشته است ($p < 0/01$).

به منظور پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. برای بررسی استقلال باقی‌مانده‌ها از آماره دوربین - واتسون استفاده شد. با توجه به اینکه مقدار آن ($2/234$) در فاصله $1/5$ تا $2/5$ قرار دارد، می‌توان گفت پیش‌فرض استقلال باقی‌مانده‌ها رعایت شد. برای بررسی وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین از شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد که با توجه به نتایج به دست آمده انحرافی از مفروضه هم‌خطی چندگانه مشاهده نشد.

در جدول ۳ مقدار F به دست آمده برای بررسی مدل رگرسیونی برابر با $34/246$ بود که در سطح آلفای کوچک‌تر از $0/01$ معنی‌دار بود که نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آشفته‌گی اخلاقی می‌توانند تغییرات مربوط به بهزیستی

روان‌شناختی را به خوبی تبیین کنند و نشان‌دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده بود. مقدار مجذور R تعدیل شده برابر با $0/668$ به دست آمد که نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آشفته‌گی اخلاقی، $66/8$ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی را تبیین می‌کنند. مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده (Beta) برای بریدگی و طرد ($p < 0/05$)، $\beta = -0/184$ ، خودگردانی و عملکرد مختل ($p < 0/01$)، $\beta = -0/500$ ، $\beta =$ دیگر جهت‌مندی ($p < 0/05$)، $\beta = -0/183$ ، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ($p < 0/05$)، $\beta = -0/209$ ، محدودیت‌های مختل ($p < 0/01$)، $\beta = -0/335$ و برای آشفته‌گی اخلاقی ($p < 0/01$)، $\beta = -0/590$ است، لذا طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آشفته‌گی اخلاقی به شکل منفی و معنی‌داری بهزیستی روان‌شناختی پرستاران را پیش‌بینی می‌کنند.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین آشفته‌گی اخلاقی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
بریدگی و طرد	۴۵/۳۳	۶/۴۳۲	۱						
خودگردانی و عملکرد مختل	۳۹/۶۱	۶/۲۸۵	۰/۶۴۳**	۱					
دیگر جهت‌مندی	۳۷/۲۵	۶/۰۳۲	۰/۴۳۲**	۰/۵۹۳**	۱				
گوش به زنگی	۲۹/۲۸	۴/۹۴۶	۰/۳۰۸**	۰/۳۵۴**	۰/۷۷۴**	۱			
محدودیت‌های مختل	۳۶/۰۵	۵/۸۹۸	۰/۴۱۲**	۰/۲۶۸**	۰/۴۱۹**	۰/۴۶۰**	۱		
آشفته‌گی اخلاقی	۵۲/۸۸	۶/۶۶۸	۰/۴۳۹**	۰/۳۷۷**	۰/۵۲۳**	۰/۴۹۴**	۰/۶۶۵**	۱	
بهزیستی روان‌شناختی	۶۱/۷۳	۱۰/۵۱۰	۰/۶۴۲**	۰/۶۹۱**	۰/۵۲۵**	۰/۴۷۸**	۰/۵۷۶**	۰/۵۹۰**	۱

* معنی‌داری در سطح $0/05$ ؛ ** معنی‌داری در سطح $0/01$

جدول ۳: تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آشفته‌گی اخلاقی

مدل	B	SE	Beta	t	مقدار احتمال	R	مقدار R مجذور تعدیل شده	F	مقدار احتمال
ثابت	۱۳۳/۰۷۰	۵/۲۹۸		۲۵/۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳۰	۰/۶۶۸	۳۴/۲۴۶	۰/۰۱
بریدگی و طرد	-۰/۳۰۱	۰/۱۳۲	-۰/۱۸۴	-۲/۲۶۹	۰/۰۲۶				
خودگردانی و عملکرد مختل	-۰/۸۳۷	۰/۱۴۸	-۰/۵۰۰	-۵/۶۴۳	۰/۰۰۱				
دیگر جهت‌مندی	-۰/۳۶۷	۰/۱۹۲	-۰/۱۸۳	-۱/۹۹۰	۰/۰۴۱				
گوش به زنگی	-۰/۴۴۵	۰/۲۰۸	-۰/۲۰۹	-۲/۱۴۱	۰/۰۳۵				

محدودیت‌های مختل	۰/۵۹۶	۰/۱۲۵	-۰/۳۳۵	-۴/۷۷۶	۰/۰۰۱
آشفته‌گی اخلاقی	-۰/۹۳۱	۰/۱۲۸	-۰/۵۹۰	-۷/۲۴۳	۰/۰۰۱

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش آشفته‌گی اخلاقی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بود. نتایج نشان داد همبستگی منفی معناداری بین آشفته‌گی اخلاقی با بهزیستی روان‌شناختی پرستاران وجود داشت و آشفته‌گی اخلاقی، توانایی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران را داشت. در زمینه مقایسه نتیجه به دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین، پژوهشی به صورت مستقیم انجام نشده است، اما با نتایج مرتبط و نزدیک در این زمینه همسو است. به طور مثال مطالعه عزیزی و همکاران، نشان داد که بین آشفته‌گی اخلاقی و مؤلفه‌های سلامت همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۱۱). در مطالعه‌ای دیگر نتایج نشان داد بین آشفته‌گی اخلاقی و بهداشت روانی پرستاران رابطه مثبت معنادار وجود دارد (۱۲). در همین راستا نتایج پژوهش چوپانی‌نژاد و طاهری‌گودرزی، نشان داد که آشفته‌گی اخلاقی همبستگی معکوسی با کیفیت مراقبت پرستاری دارد (۷). همچنین پرستاران مشارکت‌کننده در پژوهش Elpern و همکاران، گزارش دادند که آشفته‌گی اخلاقی به شدت بر رضایت شغلی، نگهداری شغلی، رفاه روان‌شناختی - جسمانی و تصویر خود اثر منفی می‌گذارد (۲۹). مطالعه‌ای ناهمسو با یافته فوق یافت نشد. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت زمانی که فرد به علت تعارضی که بین توقعات اخلاقی خود و محدودیت‌هایی که از طرف سازمان بر او تحمیل می‌شود، نتواند به یک تعادل از نظر مدیریت منابع کاری خود برسد، طبیعتاً در کنترل و نظم‌دادن به وظایف شغلی خود دچار مشکل می‌گردد، چراکه از طرفی او خواهان ارضای تمایلات اخلاقی خود است که مبنای آن انجام کارها به بهترین نحو ممکن و مبتنی بر اخلاق شخصی خود است، اما توقعات سازمان از او گاهی در تعارض با این امر قرار می‌گیرد که نتیجه آن اغتشاش و بی‌نظمی در مدیریت منابع فردی در نظم‌بخشیدن و مدیریت امور شغلی خواهد شد (۳۰). پس

عجیب به نظر نمی‌رسد که اگر آشفته‌گی اخلاقی در پرستاران بیش از حد معمول باشد و آنان را در انجام امور شغلی، رسیدگی و مراقبت از بیماران و تعامل با همکاران دچار مشکل می‌کند، چراکه ممکن است توقعات بیماران و سازمان را به عنوان منابع فشار دوگانه و متضاد از هم احساس نموده و استرس شغلی زیادی را از این مسیر متحمل شوند که این خود می‌تواند باعث ایجاد اشکال در کنترل وظایف آنان گردد (۶)، لذا آشفته‌گی اخلاقی اولیه با احساس ناکامی، خشم و اضطراب، به خصوص زمانی که پرستاران با موانع سازمانی و تعارضات بین فردی مواجه می‌شوند، مرتبط است و این آشفته‌گی اخلاقی به دلیل ایجاد مشکلات روان‌شناختی باعث کاهش سلامت پرستاران می‌شود (۳۱)، به طوری که با ایجاد شرایط استرس‌زا و ادامه آن در محیط کار و شکسته‌شدن منابع مقاومت پرستاران، پیامدهایی نظیر کاهش بهزیستی روان‌شناختی ایجاد می‌شود. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که تصور و درک پرستاران از محدوده تکالیفی که در حیطه کاری بر عهده دارند، تحت تأثیر عوامل ذهنی همچون مفاهیم اخلاقی و ارزشی می‌باشد، چراکه تعیین اینکه آیا یک تکلیف جزئی از وظایف شغلی و انسانی است، تنها از طریق قوانین سازمانی مشخص نمی‌گردد، بلکه ارزش‌گذاری‌های اخلاقی پرستاران نیز بر آن تأثیر می‌گذارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش میزان آشفته‌گی اخلاقی، فرد خود را دچار اضافه بار شغلی احساس می‌کند و تعارضی بین تمایلات اخلاقی خود برای انجام هرچه کامل‌تر وظایف شغلی و انسانی با محدودیت‌های سازمانی که گاهی مانعی هستند برای انجام این‌گونه تمایلات اخلاقی، احساس می‌کند؛ بنابراین وظایف محوله را بیشتر از توان خود به حساب می‌آورد. لذا افزایش آشفته‌گی اخلاقی و تضادهای پیش‌آمده موجب ایجاد تنیدگی اخلاقی و در نتیجه کاهش بهزیستی روان‌شناختی در زندگی فردی و شغلی پرستاران می‌شود. همچنین می‌توان گفت آشفته‌گی اخلاقی نتیجه تلاش فرد برای حفظ یکپارچگی

ارزش‌های اخلاقی است و این پدیده زمانی رخ می‌دهد که فرد مرتکب عملی می‌شود و آن عمل با اعتقادات اخلاقی وی همخوانی ندارد، بنابراین آشفتگی اخلاقی به دلیل ایجاد مشکلات روان‌شناختی باعث کاهش سلامت روانی پرستاران می‌شود، به طوری که با ایجاد شرایط استرس‌زا و ادامه آن در محیط کار و شکسته شدن منابع مقاومت پرستاران پیامدهایی نظیر کاهش بهزیستی روان‌شناختی ایجاد می‌شود (۱۱).

همچنین نتایج نشان داد همبستگی منفی معناداری بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی پرستاران وجود داشت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توانایی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران را داشتند. نتیجه به دست آمده با نتایج مطالعات مشابه در این زمینه همسو است. به عنوان مثال مطالعه اورنگ و همکاران، نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توانایی پیش‌بینی‌کنندگی معنای زندگی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را دارند (۱۷). یافته‌های پژوهشی دیگر نشان داد که خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی روان‌شناختی افراد با سابقه خیانت هستند (۱۹). همچنین مطالعه حسنی و همکاران، نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثر منفی و معکوس بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به ام‌اس داشت (۱۸). در همین راستا گک (Gök) با تأکید بر نقش تجارب ناگوار اولیه در زیرساخت‌های شناختی به تأثیر طرحواره‌های هیجانی به عنوان عاملی به منظور اجتناب از تجربه دردناک اشاره می‌کند که در استقرار تفکر منفی احساسات و هیجانات منفی نقش به سزایی ایفا می‌کند و در کاهش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش اختلالات نقش مهمی دارد (۳۲). مطالعه‌ای ناهمسو با یافته فوق یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عامل پیش‌بینی‌کننده برای کاهش پذیرش خود است، زیرا فرد ابتدا با خود احساس بیگانگی و غریبی می‌کند و از نیازها و نقاط ضعف و قوت خویش ناآگاه می‌شود و تلاشی برای آشتی با خود نمی‌کند. این در حالی است که او همان گونه که هست، خود را نمی‌پذیرد و از پذیرش دیگران و برقراری رابطه

صمیمانه سر باز می‌زند (۳۳). محرومیت در روابط بین فردی سبب می‌شود شخص با بیان نکردن احساسات و عواطف و تأکید افراطی بر منطقی بودن احساسات خود، در روابطش با دیگران ادراک کمتری از طرد اجتماعی داشته باشد و به گونه‌ای خود را محق برخی از عواطف و احساسات منفی بداند. تجارب ناخوشایند دوران کودکی از طریق ایجاد آسیب‌پذیری شناختی با شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه که ساختارهای شناختی انعطاف‌ناپذیر و افراطی هستند، منجر به سوگیری منفی در تفسیر اطلاعات شناختی و هیجانی می‌شوند و آشفتگی‌های روانی در بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کنند (۳۴). لی (Li) با تأکید بر نقش تجارب ناگوار اولیه در زیرساخت‌های شناختی به تأثیر طرحواره‌های هیجانی به عنوان عاملی به منظور اجتناب از تجربه دردناک اشاره می‌کند که در استقرار تفکر منفی، احساسات و هیجانات منفی نقش به سزایی ایفا می‌کند و در کاهش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش اختلالات نقش مهمی دارد (۳۵). در تبیینی دیگر می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار، باورهای عمیق و مستحکم فرد در مورد خود و جهان پیرامون و حاصل آموزه‌های سال‌های نخستین زندگی هستند که به عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوه ادراک پدیده‌های فرد مؤثر بوده و می‌توانند آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی پدید آورند و بر شکل‌گیری ابعاد و جنبه‌های تیپ‌های شخصیتی نیز مؤثر باشند. همچنین می‌توان گفت که تجارب ناخوشایند دوران کودکی از طریق ایجاد آسیب‌پذیری شناختی یا شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه که ساختارهای شناختی انعطاف‌ناپذیر و افراطی هستند، منجر به سوگیری منفی در تفسیر اطلاعات شناختی و هیجانی می‌شوند و موجب آشفتگی‌های روانی در بزرگسالی می‌شود و زمانی که افراد دچار آشفتگی روانی می‌شوند، به استرس‌ها و هیجانات منفی مانند ناامیدی، خشم و ترس دچار می‌شوند، اختلالات روانی مانند اضطراب و انواع ترس‌ها را تجربه می‌کنند (۳۶) که بهزیستی روان‌شناختی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، با آگاهی از اهمیت الگوهای شناختی در بهزیستی می‌توان به تعدیل طرحواره‌های ناسازگار پرداخت و با درک ریشه مشکلات و ناسازگاری‌ها، به بازنگری و ارزیابی مجدد این باورها و تفکرات قالبی پرداخت. همچنین برای به حداقل رساندن آشفته‌گی اخلاقی در پرستاران و بهبود فرایند انجام کار، با تأکید بر تقویت بهزیستی روان‌شناختی پرستاران نسبت به رفع هرگونه مشکل و مسأله‌ای که منجر به آشفته‌گی اخلاقی می‌گردد، می‌توان اقدام کرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، به خودگزارشی بودن ابزار پژوهش، تعداد کم نمونه و شیوه نمونه‌گیری در دسترس که به شیوه اجرای اینترنتی انجام شد، می‌توان اشاره نمود، لذا در تفسیر و تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت گردد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از دیگر شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات، از جمله مصاحبه استفاده شود. همچنین جهت تعمیم‌پذیری نتایج به انجام مطالعه در نمونه‌های بیشتر همراه با اجرای حضوری در گروه‌های مختلف پرستاری و در شهرهای مختلف پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی پرستاران، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی دانش‌افزایی طرحواره‌درمانی برگزار شود. همچنین مدیران و سیاستگذاران حوزه بهداشت و سلامت برنامه‌های آموزشی و ترویجی در خصوص ارزش‌های سازمان و پایبندی به هنجارها و مسائل اخلاقی در مدیریت منابع انسانی خود به صورت مداوم بگنجانند و کارکنان را نسبت به رعایت ارزش‌های کاری، اخلاق انسانی و ارزشی در جهت کاهش آشفته‌گی اخلاقی تشویق نمایند.

مشارکت نویسندگان

آناهیتا سفیدگران: طراحی و ایده مقاله.

محمد الهی: نگارش متن مقاله و جمع‌آوری داده‌ها.

فائزه یاراحمدی: تحلیل گر آماری.

مریم عیسی‌زاده: ویراستاری و اصلاح متن.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تقدیر و تشکر

ابراز نشده است.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

References

1. Ghazavi Z, Zeighami R, Sarichloo M, Shahsavari S. The Effects of Educating Cognitive Emotion Regulation Strategies on Psychological well-being of Nurses Resiliency in Departments of Psychiatry. *Journal of Nursing Education*. 2019; 7(4): 64-73. [Persian]
2. Ensafadaran F, Nejabat M, Mahmoudi A, Shamsaei M. Presenting a Model of Nurses' Psychological Well-Being Based on the Variables of Spiritual Health, Resilience and Emotional Atmosphere of the Family during the Corona Pandemic and Its Effect on Emotional Distress Tolerance of Nurses. *Health System Research*. 2022; 18(2): 120-126. [Persian]
3. Mousavi SN, Fathi Chegeni F. Investigating the effect of Fear of Covid-19 on Psychological well-being of nurses with the moderating role of Resilience. *Iran J Ergon*. 2022; 9(4):136-146. [Persian]
4. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2014; 83(1): 10-28.
5. Asselmann E, Specht J. Dramatic effects but fast adaptation: Changes in life satisfaction and different facets of affective well-being around the death of a partner and death of a child. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2023; 15(2): 451-465.
6. Mohammadi J, Ghadampour E, Azizi A. Assessment the relationship between moral turmoil with job demand-control in Tabriz hospitals nurses. *Education and Ethics in Nursing*. 2014; 3(3): 23-30. [Persian]
7. Choopani Nezhad M, Taheri Goodarzi H. The Impact of nurses' moral distress on the quality of nursing care by explaining the mediating role of narcissism and motivational self-regulation: Structural Equation Modeling. *Quarterly Journal of Nersing Management*. 2021; 10(2): 11-24. [Persian]
8. Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Cliss A, Hammond A, Kitchen K, et al. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: A randomised controlled trial of group cognitive-behavioural therapy. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2011; 70(6): 1060-1067.
9. Zamani Moghaddam H, Vatankhah M, Haghbeen M, Abiri S, Taheri L, Farzaneh R. Ethical Distress and its Related Components in Emergency Department Employees: A Systematic Review. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2022; 9(1): e3. [Persian]
10. Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: A systematic review. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012; 24(1): 91-100.
11. Azizi A, Sepahvani MA, Mohamadi J. Relationship between Moral Distress and Mental Health among Female Nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2015; 27(92): 57-64. [Persian]
12. Shakerinia I. Moral distress, job burnout and mental health in nurses in Yazd city. *Medical Figh*. 2013; 4(12-11): 167-191. [Persian]
13. Abbasi M, Aghighi A, Porzoor P, Dehqan M. Comparison of early maladaptive schemas and psychological well-being in women undergoing cosmetic surgery and normal women. *Journal of Research and Health*. 2017; 7(3): 841-849.
14. Faraji S, Agahheris M, Sheybani H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on maladaptive schemas in women with marital problems. *Journal of Nursing Education*. 2021; 9(2): 30-40. [Persian]
15. Oettingen J, Chodkiewicz J, Mącik D, Gruszczyńska E. Polish adaptation of the Young Schema Questionnaire 3 short form (YSQ-S3-PL). *Psychiatria Polska*. 2018; 52(4): 707-718.
16. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cogn Behav Ther*. 2018; 47(4): 328-349.
17. Orang S, Hashemi Razini H, Abdollahi MH. Relationship between Early Maladaptive Schemas and Meaning of Life and Psychological Well-Being of the Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(3): 326-345.
18. Hassani SF, Tizdast T, Zarbakhsh MR. A Structural Model of Psychological Wellbeing Based on Early Maladaptive Schemas, Self-Compassion and Hope in Women With Multiple Sclerosis. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2021; 11: 1-11. [Persian]
19. Aghili SM, Borujerdi S. Study of Pridictins of psychological well-being: Early maladaptive schemas and personality traits in people with marital infidelity. *Achievements of Clinical Psychology*. 2018; 4(1): 73-88. [Persian]
20. Jordan TR, Khubchandani J, Wiblishauser M. The impact of perceived stress and coping adequacy on the health of nurses: A pilot investigation. *Nursing Research and Practice*. 2016; 2016: 1-11.

21. Ghanbari F, Abdorahimi Noshad L, Bazzazzadeh N, Esgandari A, Moazen N. Comparison of cognitive emotion regulation strategies and health locus of control in children with asthma and normal children. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018 10; 13(3): 76-82. [Persian]
22. Aziziaran S, Basharpour S. The Role of Rumination, Emotion Regulation and Responsiveness to Stress in Predicting of Corona Anxiety (Covid-19) among Nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2020; 9(3): 8-18. [Persian]
23. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*. 2012; 3(2): 1-9.
24. Zarei Nodee Y, Sheikhi MR, Hosseinkhani Z, Soleimani MA. The Predictive Factors of Job Performance in Nurses' Moral Distress. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2021; 29(1): 61-71. [Persian]
25. Young JE, Brown G. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Florida: Professional Resource Exchange, Inc; 1994.
26. Naamy A, Pormeydany S. Prediction of makeup usage based on early maladaptive schemas in women and girls in Isfahan city. *Quarterly Social Psychology Research*. 2017; 7(27): 67-78. [Persian]
27. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 57(6): 1069-1081.
28. Khanjani M, Shahidi SH, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar*. 2014; 9(32): 27-36. [Persian]
29. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2005; 14(6): 523-530.
30. Nolan P. A history of mental health nursing. Cheltenham: Nelson Thornes; 2000.
31. Pauly BM, Varcoe C, Storch J, editors. Framing the issues: Moral distress in health care. *Hec Forum*. 2012; 24(1): 1-11.
32. Gök AC. Associated factors of psychological well-being: Early maladaptive schemas, schema coping processes and parenting styles. Ankara: Middle East Technical University; 2012.
33. Faustino B, Vasco AB, Silva AN, Marques T. Relationships between emotional schemas, mindfulness, self-compassion and unconditional self-acceptance on the regulation of psychological needs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*. 2020; 23(2): 442-450.
34. Farazmand SH, Mohammadkhani P, Pourshahbaz A, Dolatshahi B. Mediating Role of Maladaptive Schemas between Childhood Emotional Maltreatment and Psychological Distress among College Students. *Practice in Clinical Psychology*. 2015; 3(3): 209-217. [Persian]
35. Shahab A, Ahadi H, Jomehri F, Kraskian-Mujembari A. The effectiveness of group emotional schema therapy on subjective, well-being, fatigue of patients with multiple sclerosis in Shiraz. *Psychological Methods and Models*. 2020; 10(38): 77-96. [Persian]
36. Narimani M, Nemati SM. The Relationship between Psychological Distress and Self-Esteem with Anthropometric Characteristics in Obese Children. *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2020; 28(9): 3030-3043. [Persian]