

# Prediction of Procrastination Based on Obsessive Beliefs and Emotional Schemas in Nurses

1. Narges Asgari Torzani<sup>1</sup>: Department of Psychology, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Narges Rasouli<sup>1\*</sup>: Department of Psychology, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

\*Corresponding Author's Email: nargesrasouli@iau.ac.ir

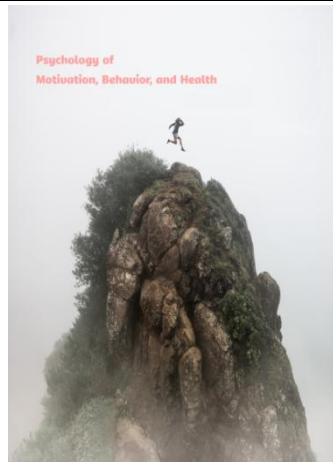
Received: 2025-11-25

Revised: 2026-02-23

Accepted: 2026-03-04

Initial Publish: 2026-05-18

Final Publish: 2026-06-22



## Abstract

**Introduction and Aim:** The present study aimed to predict procrastination based on obsessive beliefs and emotional schemas among nurses.

**Methodology:** The study employed a descriptive correlational design. The study population comprised all nurses employed at Tehran Farahiyat Hospital. From this population, 300 participants were initially selected as the preliminary sample. Following data analysis, 100 participants with higher scores on the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44; Freeston et al., 2003) were selected as the final sample. Data collection instruments included the Tuckman Procrastination Scale (TPS; Tuckman, 1991), the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44; Freeston et al., 2003), and the Emotional Schema Scale-P (ESS-P; Lien, 2002). Data analysis was conducted using Pearson correlation and multiple regression analyses via SPSS-26.

**Findings:** Regression analysis results indicated that obsessive beliefs were positively and significantly associated with procrastination ( $\beta = 0.35$ ,  $p = 0.007$ ), whereas emotional schemas were negatively and significantly associated with procrastination ( $\beta = -0.40$ ,  $p = 0.004$ ). Together, these two variables accounted for 46% of the variance in nurses' procrastination.

**Conclusion:** Obsessive beliefs and emotional schemas play a significant role in explaining procrastinatory behaviors in clinical nursing settings and can be considered as intervention targets to reduce delays in healthcare service delivery.

**Keywords:** Procrastination, obsessive beliefs, emotional schemas, nurses.

**How to Cite:** Asgari Torzani, N., & Rasouli, N. (2026). Prediction of Procrastination Based on Obsessive Beliefs and Emotional Schemas in Nurses. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(2), 1-11.



**Copyright:** © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

## Extended Abstract

### Introduction and Aim

Procrastination represents a pervasive professional challenge across healthcare settings, particularly among nurses who navigate high-stakes clinical environments characterized by time-sensitive responsibilities, emotional demands, and complex patient interactions (Babaie et al., 2022). This behavior, defined as the intentional delay of task completion despite awareness of negative consequences, significantly compromises clinical quality, increases medical errors, and exacerbates occupational stress (Sirois & Biskas, 2024). While existing literature identifies cognitive-behavioral mechanisms underlying procrastination, the specific interplay between obsessive beliefs and emotional schemas in nursing populations remains underexplored. Obsessive beliefs—characterized by perfectionism, need for control, and fear of failure—create maladaptive thought patterns that perpetuate task avoidance (Miegel et al., 2023). Concurrently, emotional schemas (i.e., core beliefs about emotions) shape how individuals interpret, experience, and regulate affective states; negative schemas such as "emotions are uncontrollable" or "experiencing distress is shameful" directly fuel maladaptive coping strategies like procrastination (Oflazian & Borders, 2023). Crucially, nursing contexts intensify these dynamics: the emotional labor inherent in patient care, coupled with institutional pressures for flawless performance, creates a perfect storm where obsessive beliefs and dysfunctional emotional schemas converge to amplify procrastination. Recent studies confirm that nurses with obsessive-compulsive tendencies exhibit significantly higher procrastination rates, yet the mediating role of emotional schemas in this relationship has not been empirically validated in Iranian healthcare settings (Razzaghi et al., 2025). This gap is critical, as cultural factors unique to Iranian nursing practice—including hierarchical workplace structures and collectivist values—may modulate how obsessive beliefs manifest and interact with emotional schemas. Without understanding these mechanisms, interventions targeting procrastination in nursing remain superficial and ineffective. This study addresses this critical void by investigating whether obsessive beliefs and emotional schemas jointly predict procrastination in Iranian nurses, thereby advancing both theoretical frameworks and culturally responsive clinical practice.

### Methodology

This descriptive-correlational study employed a cross-sectional design to examine the predictive relationship between obsessive beliefs and emotional schemas on procrastination among nurses. The target population comprised all nurses employed at Fereydun Hospital in Tehran (approximately 2,400 staff). Using Morgan's table, a preliminary sample of 300 nurses was selected via census sampling. Following data collection, the 100 participants scoring highest on the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) formed the final sample. Ethical approval was obtained from the Islamic Azad University, Karaj Branch Ethics Committee (IR.IAU.TMU.REC.1403.050), and informed consent was secured from all participants. Data collection instruments included: (1) the Task Procrastination Scale (TPS; 16 items, 4-point Likert scale) measuring procrastination severity; (2) the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44; 44 items, 7-point Likert scale) assessing obsessive beliefs across five dimensions; and (3) the Emotional Schema Scale-Personal (ESS-P; 28 items, 6-point Likert scale) evaluating 14 emotional schema domains. All instruments demonstrated strong psychometric properties in prior Iranian validation studies. Data analysis was conducted using SPSS-26, employing Pearson correlation to assess bivariate relationships and multiple linear regression to determine predictive power. Assumptions of regression (normality, linearity, homoscedasticity, absence of multicollinearity) were verified through diagnostic tests including the Durbin-Watson statistic (1.89), tolerance values ( $>0.1$ ), and VIF scores ( $<10$ ).

### Findings

The final sample consisted of 100 nurses (52% female, mean age = 36.76 years, SD = 6.21). Descriptive statistics revealed moderate procrastination levels (mean = 29.63, SD = 6.21), high obsessive beliefs (mean = 219.03, SD = 13.51), and moderate emotional schemas (mean = 82.39, SD = 17.003). Regression analysis demonstrated that obsessive beliefs and emotional schemas collectively explained 46% of the variance in procrastination ( $R^2 = 0.46$ , adjusted  $R^2 = 0.45$ ). Obsessive beliefs exhibited a significant positive relationship with procrastination ( $\beta = 0.35$ ,  $p = 0.007$ ), indicating that higher obsessive beliefs predicted greater procrastination. Conversely, emotional schemas showed a significant negative relationship with procrastination ( $\beta = -0.40$ ,  $p = 0.004$ ), meaning higher emotional schema scores (indicating more negative emotional schemas) predicted lower procrastination. The regression model

was statistically significant ( $F(2, 98) = 4.77, p = 0.010$ ), confirming the combined predictive validity of the two variables. Notably, emotional schemas emerged as the stronger predictor ( $\beta = -0.40$  vs.  $\beta = 0.35$ ), suggesting that dysfunctional emotional schemas may exert a more potent influence on procrastination than obsessive beliefs in this population. The standardized coefficients indicate that a one-standard-deviation increase in emotional schemas corresponds to a 0.40-standard-deviation decrease in procrastination, while a one-standard-deviation increase in obsessive beliefs corresponds to a 0.35-standard-deviation increase in procrastination. These findings held after controlling for demographic variables including age, gender, education level, marital status, and work experience.

### Discussion and Conclusion

This study establishes that obsessive beliefs and emotional schemas are significant, independent predictors of procrastination in Iranian nurses, collectively accounting for nearly half of the variance in procrastination severity. Critically, emotional schemas demonstrated a stronger negative predictive relationship than obsessive beliefs, challenging assumptions that obsessive cognitions alone drive procrastination in healthcare settings. These findings have profound implications for clinical practice and nursing education. First, they validate emotional schemas as a primary target for intervention, suggesting that schema-focused therapies—such as

those incorporating cognitive restructuring of beliefs about emotional control and shame—could more effectively reduce procrastination than traditional approaches targeting obsessive thoughts alone. Second, the results underscore the necessity of culturally tailored interventions: Iranian nurses' unique experiences with hierarchical workplace dynamics and collectivist values likely shape how obsessive beliefs and emotional schemas manifest, necessitating context-specific therapeutic strategies. Third, the study provides empirical support for integrating emotional schema assessment into routine nursing wellness programs, enabling early identification of at-risk individuals before procrastination escalates to clinical impairment. These insights directly address the urgent need to enhance patient safety and nursing well-being in Iranian healthcare systems, where procrastination-related errors and burnout remain significant concerns. Future research should prioritize longitudinal designs to establish causal pathways, explore the mediating role of emotional regulation strategies, and develop and test culturally adapted schema therapy protocols for nursing populations. Ultimately, this work advances a nuanced understanding of procrastination as a multidimensional phenomenon rooted in both obsessive cognitions and emotional schema dynamics, offering a roadmap for evidence-based interventions that improve both professional performance and psychological resilience in nursing.

## پیش بینی اهمالکاری بر اساس باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی در پرستاران

۱. نرگس عسگری تورزنی <sup>id</sup>. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده بهزیستی و علوم اجتماعی سلامت، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. نرگس رسولی <sup>id</sup>\*. گروه روانشناسی، دانشکده علوم پایه، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

\*ایمیل نویسنده مسئول: nargesrasouli@iau.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۴ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۲/۰۴ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۳ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۲۸ انتشار نهایی: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

### چکیده

**مقدمه و هدف:** هدف از پژوهش حاضر پیش بینی اهمالکاری بر اساس باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی در پرستاران بود.

**روش‌شناسی:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان فریختگان تهران بود که از میان آنان ۳۰۰ نفر به‌عنوان نمونه اولیه انتخاب و پس از تحلیل داده‌ها، ۱۰۰ نفر با نمرات بالاتر در مقیاس باورهای وسواسی به‌عنوان نمونه نهایی گزینش شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اهمال‌کاری تاکمن (TPS) (۱۹۹۱)، پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-۴۴) (۲۰۰۳)، و پرسشنامه طرحواره هیجانی لیبی (ESS-P) (۲۰۰۲) بود. برای تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره توسط نرم افزار SPSS-۲۶ استفاده شد.

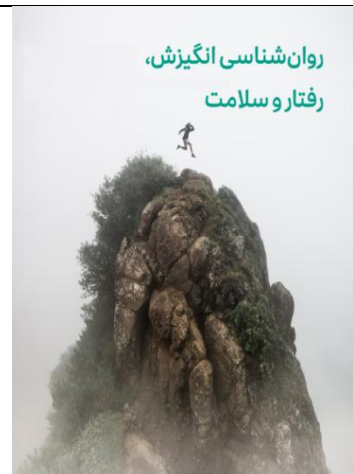
**یافته‌ها:** نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که باورهای وسواسی با اهمال‌کاری رابطه‌ای مثبت و معنادار دارند ( $\beta=۰.۳۵, p=۰.۰۰۷$ )؛ در حالی که طرحواره‌های هیجانی با اهمال‌کاری رابطه‌ای منفی و معنادار نشان دادند ( $\beta=-۰.۴۰, p=۰.۰۰۴$ ). این دو متغیر در مجموع توانستند ۴۶ درصد از واریانس اهمال‌کاری پرستاران را تبیین کنند.

**نتیجه‌گیری:** باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی نقش مؤثری در تبیین رفتارهای اهمال‌کارانه در محیط بالینی پرستاران دارند و می‌توانند به عنوان اهداف مداخله‌ای برای کاهش تعلل در ارائه خدمات درمانی در نظر گرفته شوند.

**کلیدواژه‌گان:** اهمال‌کاری، باورهای وسواسی، طرحواره‌های هیجانی، پرستاران.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)



**نحوه استناددهی:** عسگری تورزنی، نرگس، و رسولی، نرگس. (۱۴۰۵). پیش بینی اهمالکاری بر اساس باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی در پرستاران. *روانشناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۲(۴)، ۱-۱۱.

## مقدمه

در دنیای مدرن، اهمالکاری به عنوان یک رفتار رایج در محیط‌های حرفه‌ای، به ویژه در حوزه‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی، به عنوان یک چالش جدی برای کیفیت خدمات و رفاه کارکنان شناخته شده است (Babaie et al., 2022). پرستاران، به دلیل مسئولیت‌های سنگین، فشارهای زمانی و تعاملات پیچیده با بیماران، اغلب با اهمالکاری مواجه می‌شوند که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت مراقبت‌های پزشکی، افزایش خطاهای بالینی و تنش‌های روانی شود (Sirois & Biskas, 2024). اهمالکاری در پرستاران، به ویژه در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مانند بیمارستان‌های تهران، به طور گسترده‌ای گزارش شده و نیاز به بررسی عوامل روانشناختی زیربنایی آن را ضروری می‌سازد (Xue et al., 2024).

نظریه‌های مختلفی برای تبیین اهمالکاری ارائه شده‌اند. نظریه‌های رفتاری، اهمالکاری را بر اساس اصول پاداش و تنبیه اسکینر تفسیر می‌کنند، به طوری که افراد به دلیل عدم پیامد فوری، وظایف را به تعویق می‌اندازند (Li et al., 2023). نظریه‌های شناختی-رفتاری، اهمالکاری را از دیدگاه باورها و فرآیندهای شناختی بررسی می‌کنند و بر شناخت و کشف تفکر غیرمنطقی زیربنایی آن تأکید دارند (Sanaemehr et al., 2021). از سوی دیگر، نظریه‌های روانپویایی، اهمالکاری را نمادی از بازگشت سمبولیک به تعارض‌های روانی-جنسی دوره کودکی می‌دانند (Razaei Mirsadeghi, 2021). با این حال، تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که عوامل روانشناختی مانند باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی نقش کلیدی در شکل‌گیری رفتار اهمالکاری دارند (Miegel et al., 2023).

باورهای وسواسی، که با کمال‌گرایی و نیاز به کنترل مشخص می‌شوند، می‌توانند اهمالکاری را تشدید کنند و منجر به کاهش عملکرد شغلی و افزایش فشار عاطفی شوند (Gökalp et al., 2023). مطالعات نشان داده‌اند که افراد با باورهای وسواسی، به دلیل ترس از شکست یا استانداردهای بالا، ممکن است در انجام وظایف خود تأخیر ایجاد کنند (Bertolín-Guillén, 2023). این باورها می‌توانند با ایجاد اضطراب و رفتارهای اجتنابی، چرخه‌ای از اهمالکاری و افزایش استرس را تقویت کنند (Huang et al., 2023). به طور خاص، در محیط‌های بالینی، این چرخه می‌تواند به طور مستقیم بر

کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران تأثیر بگذارد (Sirois & Biskas, 2024).

طرحواره‌های هیجانی نیز به عنوان یک عامل مؤثر در اهمالکاری شناخته شده‌اند. این طرحواره‌ها، که شامل باورهای افراد درباره منشأ، تفاوت‌ها، کنترل و درک هیجانات هستند، می‌توانند بر رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار تأثیر بگذارند (Oflazian & Borders, 2023). افراد با طرحواره‌های منفی درباره هیجانات، ممکن است به جای تجربه و تنظیم هیجانات، از راهبردهایی مانند اهمالکاری برای رهایی موقت از هیجانات منفی استفاده کنند (Oflazian & Borders, 2023). این رابطه به طور خاص در پرستاران، که با هیجانات پیچیده مرتبط با بیماران مواجه هستند، اهمیت دارد (Sirois & Biskas, 2024).

مطالعات قبلی نشان داده‌اند که طرحواره‌های هیجانی با اهمالکاری ارتباط منفی دارند، به طوری که افراد با طرحواره‌های سازگارتر هیجانات، اهمالکاری کمتری دارند (Khodayi & Zinalli, 2024). به عنوان مثال، طرحواره‌هایی مانند "قابل کنترل بودن هیجانات" یا "پذیرش هیجانات" می‌توانند به کاهش اهمالکاری کمک کنند، در حالی که طرحواره‌هایی مانند "گناه" یا "عدم کنترل" با اهمالکاری مرتبط هستند (Razzaghi et al., 2025). این یافته‌ها با نظریه‌های لیهی (۲۰۰۷) همسو هستند که بیان می‌کند طرحواره‌های هیجانی شیوه‌هایی را تعیین می‌کنند که افراد هیجانات خود را تجربه و تنظیم می‌کنند (Vieira et al., 2023).

در حوزه پرستاری، اهمالکاری به طور خاص با عواملی مانند فشار کاری، عدم تعادل کار-زندگی و تجربیات روانی مرتبط است (Iwanowicz-Palus et al., 2022). پرستاران با باورهای وسواسی ممکن است به دلیل کمال‌گرایی، در انجام وظایف خود تأخیر ایجاد کنند، در حالی که طرحواره‌های هیجانی سازگار می‌توانند به آن‌ها کمک کنند تا با هیجانات خود به طور مؤثرتری برخورد کنند (Li et al., 2023). این ارتباط در پژوهش‌های اخیر نیز تأیید شده است؛ به طوری که مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره‌های هیجانی با اهمالکاری در پرستاران رابطه منفی دارند (Sirois & Biskas, 2024).

با این حال، تحقیقات محدودی درباره تأثیر همزمان باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی بر اهمالکاری در پرستاران انجام

هیجانی می‌توانند به بهبود تنظیم هیجان و کاهش اهمالکاری کمک کنند (Razzaghi et al., 2025). همچنین، کاهش شدت باورهای وسواسی از طریق روان‌درمانی‌های شناختی-رفتاری، می‌تواند به کاهش اهمالکاری منجر شود (Najafi et al., 2024).

با توجه به اینکه اهمالکاری در پرستاران یک پدیده چندوجهی است که تحت تأثیر عوامل مختلف قرار می‌گیرد، نیاز به بررسی همزمان باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی در این جمعیت احساس می‌شود. بنابراین، این مطالعه به منظور پیش‌بینی اهمالکاری بر اساس باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی در پرستاران انجام شده است.

### روش‌شناسی

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان فرهیختگان شهر تهران (حدود ۲۴۰۰ نفر) بود. با توجه به حجم جامعه، اندازه نمونه بر اساس جدول مورگان تعیین و تعداد ۳۰۰ پرستار به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. انتخاب این بیمارستان به دلیل دسترسی آسان، همکاری مناسب محیط دانشگاهی وابسته به دانشگاه آزاد علوم پزشکی تهران و همچنین تعدد بخش‌های درمانی که امکان دستیابی به حجم نمونه کافی را فراهم می‌کرد، انجام شد. روش نمونه‌گیری در مرحله نخست به صورت تمام‌شمار در میان پرستاران بیمارستان فرهیختگان اجرا گردید و مجموعاً ۳۰۰ پرسشنامه در بین آنان توزیع شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، از میان پاسخ‌دهندگان، ۱۰۰ نفر که بر اساس مقیاس باورهای وسواسی بالاترین نمرات را کسب کرده بودند، به عنوان نمونه نهایی پژوهش انتخاب شدند. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شده و رضایت آگاهانه اخذ شد. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند و شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود.

۱. پرسشنامه اهمال کاری تاکمن (TPS): این مقیاس توسط توکمن (۱۹۹۱) ساخته شد و از ۱۶ ماده و یک عامل تشکیل شده است؛ که آزمودنی به یکی از چهار گزینه مطمئناً این چنین نیستم، این تمایل در من وجود ندارد، این تمایل در من وجود دارد و مطمئناً این چنین هستم پاسخ می‌گوید. این پرسشنامه نخستین بار در سال

شده است. پژوهش‌های قبلی بیشتر بر اهمالکاری تحصیلی یا در محیط‌های کاری عمومی تمرکز داشته‌اند و کمتر به ویژگی‌های خاص پرستاران پرداخته‌اند (Zareei & Khashooei, 2022). به علاوه، برخی مطالعات نشان داده‌اند که باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی به طور مستقل بر اهمالکاری تأثیر می‌گذارند، اما تأثیر ترکیبی آن‌ها در پرستاران هنوز به طور کامل بررسی نشده است (Najafi et al., 2024).

در این راستا، پژوهش‌های اخیر به بررسی نقش میانجی‌گری عوامل روانشناختی در اهمالکاری پرستاران پرداخته‌اند. به عنوان مثال، مطالعه‌ای نشان داد که خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری شناختی نقش میانجی‌گری در رابطه بین باورهای وسواسی و اهمالکاری دارند (Huang et al., 2023). همچنین، تحقیقاتی نشان داده‌اند که طرحواره‌های هیجانی با اهمالکاری در پرستاران ارتباط معناداری دارند، اما این رابطه ممکن است تحت تأثیر باورهای وسواسی قرار گیرد (Omran et al., 2024).

یکی از چالش‌های اصلی در این حوزه، عدم توجه به ویژگی‌های فرهنگی و محیطی پرستاران ایرانی است. پرستاران ایرانی با چالش‌های منحصر به فردی مانند فشارهای اجتماعی، سیستم‌های مدیریتی و تفاوت‌های فرهنگی مواجه هستند که می‌تواند بر رفتار اهمالکاری تأثیر بگذارند (Yavaribarha et al., 2022). این امر نیاز به بررسی دقیق‌تر عوامل روانشناختی در این جمعیت را ضروری می‌سازد.

علاوه بر این، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که اهمالکاری در پرستاران با کاهش رضایت شغلی و افزایش خستگی روانی مرتبط است (Babaie et al., 2022). این یافته‌ها به ویژه در شرایطی که پرستاران با بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن یا بحرانی کار می‌کنند، اهمیت دارد (Madsen et al., 2022). بنابراین، شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده اهمالکاری در این گروه، برای طراحی مداخلات مؤثر ضروری است.

در این میان، باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی به عنوان عوامل شناختی-هیجانی، می‌توانند به عنوان اهداف مداخله‌ای برای کاهش اهمالکاری در پرستاران مورد استفاده قرار گیرند (Safdari, 2022). مطالعات نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر طرحواره‌های

به ترتیب ۰/۹۲۱۶، ۰/۸۵۳۳، ۰/۸۵۸۸ و ۰/۸۰۷۱ بود که نشان دهنده ضریب آلفای بالاست. برای محاسبه ضریب دو نیمه سازی نیز، از روش محاسبه ضریب همبستگی نمره‌های سؤال‌های زوج آزمون با نمره‌های سؤال‌های فرد استفاده شد. ضریب دو نیمه سازی با عنوان همبستگی اصلاح شده برای کل آزمون و سه خرده مقیاس RT، PC و ICT به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۶۹۶، ۰/۸۴۴۶ و ۰/۸۰۰۱ بود که نشان دهنده ضریب پایایی بالاست. بالا بودن ضریب آلفا و ضریب دو نیمه سازی نشان می‌دهد که OBQ-44 دارای ثبات درونی زیادی است (Najafi et al., 2024).

**۳. پرسشنامه طرحواره هیجانی لیهی (ESS-P):** منظور از طرحواره‌های هیجانی در این پژوهش، نمره‌ای است که فرد در مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (۲۰۰۹) که ۲۸ ماده دارد. در ابعاد چهارده گانه آن (تأیید طلبی، قابلیت درک، احساس گناه، ساده انگاری هیجان‌ها، ارزش‌های والاتر، فقدان کنترل، کرختی، عقلانیت، تداوم، توافق پذیری، پذیرش احساسات، نشخوار فکری، بیان احساسات، سرزنش دیگران) کسب می‌نماید. این مقیاس دارای گزینه‌هایی در طیف لیکرت می‌باشد که از یک تا شش نمره گذاری می‌شود. هرچه نمره فرد در این مقیاس بیشتر باشد فرد طرحواره‌های منفی بیشتری را دارد. در پژوهش بیرانوند (۱۳۹۳) برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی محتوا استفاده شده است. بدین صورت که پرسشنامه، در اختیار تعدادی از صاحب‌نظران سازمان و مدیریت قرار گرفته است در نتیجه مواردی جهت اصلاح پیشنهاد گردید و سرانجام پس از اعمال اصلاحات در پاره‌ای از موارد پرسشنامه نهایی مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش بیرانوند (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمده است و در نهایت بر روی گروه نمونه آماری اصلی به اجرا گذاشته شد (Abdollahpour et al., 2025; Razzaghi et al., 2025).

برای تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق از آزمون آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره توسط نرم افزار SPSS-26 استفاده شد.

#### یافته‌ها

نتایج جمعیت‌شناختی نشان داد که دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۲۵ تا ۴۹ سال قرار دارد و میانگین سنی آنها ۳۶/۷۶ سال بود. فراوانی

۲۰۰۱ میلادی در دانشگاه تورنتو کانادا جهت سنجش میزان اهمال کاری دانشجویان طراحی، اجرا و هنجار شد. کار هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط دکتر کریم سواری در سال ۱۳۹۰ انجام شده است. این پرسشنامه توسط بیات مقدس (۱۳۸۲) ترجمه و بروی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد رودهن هنجاریابی و پایایی آن ۰/۷۳ بدست آمد. تاکمن (۱۹۹۱) پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۶ و آکینسولا و همکاران (۲۰۰۷) نیز طی مطالعه‌ای آلفای کرونباخ<sup>۲</sup> آنرا ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. لی (۲۰۰۵) و تان و همکاران (۲۰۰۸) نیز از این آزمون برای سنجش اهمالکاری تحصیلی استفاده کرده و مقدار آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۳ برآورد کردند. شهنی ییلاق و همکاران (۱۳۸۵) طی مطالعه‌ای روایی<sup>۱</sup> آن را از طریق همبسته کردن این آزمون با آزمون شوارزر و همکاران (۲۰۰۰) تعیین و مقدار آن را ۰/۵۶ برآورد کردند (Vajargahi et al., 2025).

**۲. پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-44):** پرسشنامه افکار وسواسی شامل ۴۴ پرسش می‌باشد که برگرفته از فرم اصلی OBQ-87 است. تغییر میزان تعداد پرسش‌ها و تدوین OBQ-44 بوسیله «گروه متخصصان کار روی شناختارهای وسواس فکری-عملی» که همان مبتکران آزمون OBQ-87 است، صورت گرفته است. پرسشنامه حاضر ابعاد بیماری زایی در حیطه شناخت را در بیماران وسواس فکری-عملی مورد ارزیابی و تشخیص قرار می‌دهد. از پاسخ دهنده درخواست می‌شود، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از گزینه‌ها که بصورت رتبه بندی شده روی مقیاس ۱-۷ می‌باشد را انتخاب کند. رتبه بندی مقیاس شامل: (۳-) کاملاً موافقم، (۰) نه موافقم نه مخالفم و همینطور (۳+) کاملاً مخالفم می‌باشد. مقیاس پرسشنامه فارسی OBQ-44 به طور مشخص در طول زمان دارای ثبات بودند. برآورد نا اریب ضریب همبستگی درون گروهی (ICC) برای مقیاس کل در طی دو مقطع زمانی ۱۵ و ۳۰ روز، ۰/۸۷ به دست آمد. مقدار این ضریب برای هر یک از مقیاس‌های فرعی به ترتیب برابر بود با ۰/۸۲ (G)، ۰/۸۹ (PC)، ۰/۸۶ (RT)، ۰/۸۳ (ICT) و ۰/۷۰ (CP). در پژوهش شمس و همکاران مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون و سه خرده مقیاس RT، PC و ICT

<sup>1</sup>. Reliability  
<sup>2</sup>. cronbach alpha

ارشد بودند. ۴ نفر (۴ درصد) تحصیلات خود را مشخص نکرده بودند. از مجموع ۱۰۰ پرستار ۲۸ نفر (۲۸ درصد) مجرد و ۶۹ نفر (۷۱/۱ درصد) متأهل بودند. ۳ نفر (۳ درصد) وضعیت تأهل خود را مشخص نکرده بودند.

جنسیت پرستاران شرکت کننده در پژوهش نشان داد که ۴۶ نفر (۴۷/۹ درصد) از پرستاران شرکت کننده مرد و ۵۰ نفر (۵۲/۱ درصد) زن بودند. همچنین از مجموع ۱۰۰ نفر ۷۷ نفر (۷۷/۰ درصد) کارشناسی و ۱۹ نفر (۱۹/۸ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
۱۷	۳۹	۲۹/۶۳	۶/۲۱
۲۰۱	۲۵۵	۲۱۹/۰۳	۱۳/۵۱
۶۲	۱۱۸	۸۲/۳۹	۱۷/۰۰۳

نتایج بررسی مفروضات رگرسیون در جدول ۲ نشان داد که مفروضه استقلال باقیمانده‌ها به کمک آماره دوربین واتسون بررسی شد. مقدار آماره دوربین واتسون ۱/۸۹ به دست آمد که به ۲ نزدیک است و حاکی از عدم تخطی از مفروضه استقلال باقیمانده‌ها است. همچنین مقدار شاخص تولورنس بیشتر از ۰/۰۱ و شاخص VIF کوچک‌تر از ۱۰ بدست آمد که حاکی از عدم هم خطی بودن چند گانه است.

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

در راستای آزمون فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه "طرحواره‌های هیجانی در پیش‌بینی اهمال کاری پرستاران با باورهای وسواسی نقش دارند"، تحلیل رگرسیون همزمان اجرا گردید. در این تحلیل، باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی به طور همزمان برای پیش‌بینی نمرات اهمال کاری به کار گرفته شدند.

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون

مدل	R	$\Delta R$	R تعدیل شده	خطای استاندارد SE	تغییرات $\Delta R$	سطح معنی دوربین واتسون f
۱	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۳۶	۶/۶۹۳	۰/۳۷	۱/۸۹

در جدول ۲ خلاصه مدل‌ها و ضرایب رگرسیون آمده است. نتایج نشان می‌دهد که در پیش‌بینی اهمالکاری باورهای وسواسی و

طرحواره‌های هیجانی ۰/۳۷ از واریانس را تبیین می‌نمایند (۰/۳۷  $R^2$ ).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مدل

مدل‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
مدل	۲۵۰/۱۵	۲	۱۲۵/۰۷	۴/۷۷	۰/۰۱۰
باقی مانده	۲۵۸/۴۷	۹۸	۲/۶۳	-	-
کل	۵۰۸/۶۲	۱۰۰	-	-	-

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مدل رگرسیون به طور کلی از نظر آماری معنی دار است. این نتیجه، تأییدی بر قدرت کلی مدل در تبیین اهمال کاری است.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی کننده در تحلیل رگرسیون

متغیرها	ضریب استاندارد B	ضریب غیر خطای معیار	ضریب Beta	استاندارد t	P	Tolerance	VIF
مقدار ثابت	۲۵.۱۰	۲.۵۰	-	۱۰.۰۴	<۰/۰۰۱	-	-
باورهای وسواسی	۰.۲۲	۰.۰۸	۰.۳۵	۲.۷۵	۰.۰۰۷	۰.۸۵	۱.۱۸
طرحواره‌های هیجانی	۰.۳۵-	۰.۱۲	۰.۴۰-	۲.۹۱-	۰.۰۰۴	۰.۹۰	۱.۱۱

هیجانان" و "پذیرش هیجانان" اهمالکاری کمتری دارند. این یافته با مطالعات لیهی (۲۰۰۷) همسو است که بیان می‌کند طرحواره‌های هیجانی شیوه‌هایی را تعیین می‌کنند که افراد هیجانان خود را تجربه و تنظیم می‌کنند (Vieira et al., 2023). افراد با طرحواره‌های منفی (مانند "گناه" یا "عدم کنترل") ممکن است از اهمالکاری به‌عنوان راهبردی برای رهایی موقت از هیجانان منفی استفاده کنند، در حالی که طرحواره‌های سازگارتر به آن‌ها کمک می‌کنند تا با هیجانان خود به‌طور مؤثرتر برخورد کنند (Oflazian & Borders, 2023). این مکانیسم در پرستاران، که با هیجانان پیچیده مرتبط با بیماران مواجه هستند، به‌ویژه اهمیت دارد (Sirois & Biskas, 2024).

نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش‌های اخیر در حوزه پرستاری نیز همخوانی دارد. مطالعه‌ای که بر اهمالکاری در پرستاران بیمارستان‌های تهران انجام شد، نشان داد که اهمالکاری با کاهش رضایت شغلی و افزایش خستگی روانی مرتبط است (Babaie et al., 2022). همچنین، تحقیقات نشان داده‌اند که طرحواره‌های هیجانی با اهمالکاری در پرستاران رابطه منفی دارند، اما این رابطه ممکن است تحت تأثیر باورهای وسواسی قرار گیرد (Sirois & Biskas, 2024). این امر نشان می‌دهد که عوامل شناختی-هیجانی به‌طور ترکیبی بر رفتار اهمالکاری تأثیر می‌گذارند.

یافته‌های این مطالعه با مطالعاتی که نقش میانجی‌گری عوامل روانشناختی در اهمالکاری را بررسی کرده‌اند، نیز همسو است. به‌عنوان مثال، مطالعه‌ای نشان داد که خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری شناختی نقش میانجی‌گری در رابطه بین باورهای وسواسی و اهمالکاری دارند (Huang et al., 2023). این یافته‌ها با نتایج این پژوهش تکمیل می‌شوند، زیرا طرحواره‌های هیجانی می‌توانند به عنوان یک عامل میانجی‌گر در این رابطه عمل کنند. به‌عبارت دیگر،

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. نتایج نشان داد رابطه باورهای وسواسی با اهمالکاری مثبت و معنی‌دار است ( $\beta = 0.35, p = 0.007$ ). همچنین، رابطه طرحواره‌های هیجانی با اهمالکاری منفی و معنی‌دار است ( $\beta = -0.40, p = 0.004$ ). این بدان معنی است که با افزایش طرحواره‌های هیجانی، اهمالکاری کاهش می‌یابد.

با توجه به معناداری آماره F و همچنین معناداری ضرایب رگرسیون، فرضیه پژوهش مبنی بر نقش پیش‌بینی‌کنندگی باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی بر اهمالکاری پرستاران تأیید می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که باورهای وسواسی ( $\beta = 0.35, p = 0.007$ ) و طرحواره‌های هیجانی ( $\beta = -0.40, p = 0.004$ ) به‌طور معناداری بر اهمالکاری پرستاران تأثیر می‌گذارند و در مجموع ۴۶ درصد از واریانس آن را تبیین می‌کنند. این یافته‌ها با نظریه‌های شناختی-رفتاری همسو است که بیان می‌کنند باورهای ناسازگار (مانند کمال‌گرایی و نیاز به کنترل) می‌توانند به ایجاد اضطراب و تأخیر در انجام وظایف منجر شوند (Miegel et al., 2023). مطالعات قبلی نیز نشان داده‌اند که افراد با باورهای وسواسی، به دلیل ترس از شکست یا استانداردهای غیر واقعی، در انجام وظایف خود تأخیر ایجاد می‌کنند (Gökalp et al., 2023). این چرخه اضطراب-تأخیر-افزایش اضطراب، به‌ویژه در محیط‌های بالینی با فشار زمانی بالا، می‌تواند به کاهش کیفیت مراقبت‌های پزشکی منجر شود (Bertolín, 2023).

در مقابل، طرحواره‌های هیجانی با اهمالکاری رابطه منفی دارند، که نشان می‌دهد افراد با طرحواره‌های سازگارتر (مانند "قابل کنترل بودن

یافته‌ها. همچنین، ترکیب روش‌های کیفی (مانند مصاحبه‌های عمیق) با روش‌های کمی می‌تواند به درک عمیق‌تری از تجربیات پرستاران در مواجهه با اهمالکاری منجر شود.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، سه پیشنهاد عملی برای بهبود وضعیت پرستاران ارائه می‌شود. اول، طراحی برنامه‌های آموزشی برای کاهش شدت باورهای وسواسی در پرستاران. این برنامه‌ها می‌تواند با استفاده از روش‌های درمانی شناختی-رفتاری (CBT) و تمرینات کمک‌کننده به شناسایی و اصلاح باورهای ناسازگار طراحی شوند. دوم، ایجاد محیط کاری حمایتی که به پرستاران کمک کند تا با طرحواره‌های هیجانی سازگارتری آشنا شوند. این می‌تواند از طریق کارگاه‌های آموزشی درباره تنظیم هیجان و پذیرش هیجانات انجام شود. سوم، ایجاد سیستم‌های پشتیبانی روانی در بیمارستان‌ها که به پرستاران امکان دهد تا در مواجهه با فشارهای کاری، از راهبردهای سازگارتر استفاده کنند. این سیستم‌ها می‌تواند شامل مشاوره روانی منظم، گروه‌های حمایتی و ابزارهای مدیریت استرس باشند. این مداخلات نه تنها به کاهش اهمالکاری کمک می‌کنند، بلکه به بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران و افزایش رضایت شغلی پرستاران منجر خواهند شد.

در نهایت، این مطالعه نشان می‌دهد که باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی به‌عنوان عوامل شناختی-هیجانی، نقش کلیدی در شکل‌گیری رفتار اهمالکاری در پرستاران دارند. این یافته‌ها بر اهمیت درک علل ریشه‌ای اهمالکاری در بافت حرفه‌ای پرستاری تأکید می‌کنند و نشان می‌دهند که مداخلات مؤثر باید بر این عوامل متمرکز کنند. با توجه به افزایش فشارهای کاری در سیستم‌های بهداشتی، این مطالعه می‌تواند به طراحی برنامه‌های مداخله‌ای موثرتر برای بهبود رفاه پرستاران و کیفیت مراقبت‌های پزشکی کمک کند.

#### تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

#### حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

باورهای وسواسی ممکن است از طریق ایجاد طرحواره‌های هیجانی منفی، اهمالکاری را تشدید کنند.

علاوه بر این، یافته‌های این مطالعه با مطالعاتی که بر نقش فرهنگی در اهمالکاری تأکید دارند، نیز همخوانی دارد. پرستاران ایرانی با چالش‌های منحصربه‌فردی مانند فشارهای اجتماعی و سیستم‌های مدیریتی خاص مواجه هستند که می‌تواند بر رفتار اهمالکاری تأثیر بگذارد (Yavaribarha et al., 2022). این امر نشان می‌دهد که مداخلات برای کاهش اهمالکاری باید با در نظر گرفتن ویژگی‌های فرهنگی و محیطی این جمعیت طراحی شوند.

این مطالعه با چند محدودیت مواجه بود. اولین محدودیت، حجم نمونه محدود (۱۰۰ نفر) است که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. این نمونه از یک بیمارستان تهران انتخاب شد، بنابراین یافته‌ها ممکن است به دلیل ویژگی‌های خاص این بیمارستان، به جمعیت‌های دیگر قابل تعمیم نباشند. دومین محدودیت، روش مقطعی بود که امکان بررسی رابطه علی بین متغیرها را ممکن نمی‌سازد. به‌عبارت دیگر، این مطالعه نمی‌تواند نشان دهد که آیا باورهای وسواسی و طرحواره‌های هیجانی باعث اهمالکاری می‌شوند یا برعکس. سومین محدودیت، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی است که ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های اجتماعی (مثل تمایل به ارائه پاسخ‌های مثبت) قرار گیرد. این محدودیت‌ها نیاز به بررسی‌های آتی با روش‌های طولی و نمونه‌های گسترده‌تر را تأکید می‌کند.

برای تکمیل این حوزه، تحقیقات آتی باید به سه جهت اصلی متمرکز کنند. اول، انجام مطالعات طولی برای بررسی رابطه علی بین باورهای وسواسی، طرحواره‌های هیجانی و اهمالکاری. این نوع مطالعات می‌تواند به شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده و مکانیسم‌های زیربنایی کمک کنند. دوم، بررسی نقش تعدیل‌گری تنظیم هیجان در رابطه بین باورهای وسواسی و اهمالکاری. مطالعات نشان داده‌اند که تنظیم هیجان می‌تواند نقش میانجی‌گری در این رابطه داشته باشد (Omrani et al., 2024)، بنابراین بررسی دقیق‌تر این مکانیسم می‌تواند به طراحی مداخلات مؤثرتر کمک کند. سوم، انجام مطالعات چندمرکزی در بیمارستان‌های مختلف با جمعیت‌های متنوع‌تر (مانند پرستاران بیمارستان‌های روستایی یا شهری) برای افزایش تعمیم‌پذیری

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد و توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با شناسه اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1403.050 به تصویب رسید.

### مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

## References

- structural equation modeling analysis. *Psychiatric Quarterly*, 94(3), 345-360.
- Najafi, K., Kachouei, M., & Bastami Katouli, M. (2024). A Structural Model of Self-Dichotomy and Reassurance Seeking with Obsessive Beliefs Mediated by Self-Doubt. *Journal of Psychology Growth*, 13(8), 171-180. <https://frooyesh.ir/article-1-5275-fa.html>
- Oflazian, J. S., & Borders, A. (2023). Does rumination mediate the unique effects of shame and guilt on procrastination? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 41(1), 237-246.
- Omrani, A., Aminpour, H., & Zinalli Tazehkandi, M. (2024). The tendency of individuals towards general psychology based on perfectionism, cognitive style, and emotional schemas.
- Razaei Mirsadeghi, S. (2021). *The structural relationship between emotional schemas and emotional disorders in clinical population: The mediating role of multidimensional distress tolerance* [Kharazmi University]. Tehran.
- Razzaghi, M., Zemestani, M., & Mashhadi, A. (2025). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Anxiety Symptoms, Emotion Regulation, and Marital Satisfaction in Women with Anxiety Disorders: A Preliminary Study. *International Journal of Cognitive Behavioral Therapy*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s41811-025-00238-3>
- Safdari, F. (2022). *The effectiveness of schema therapy on emotional stability in transgender individuals* [Iqbal Lahori Higher Education Institute]. Tehran.
- Sanaemehr, M., Mirzahoseini, H., & Zargham, H. M. (2021). The Mediating Role of Schema Modes Between Early Maladaptive Schemas and Obsessive-Compulsive Disorder.
- Sirois, F. M., & Biskas, M. (2024). Procrastination and Health in Nurses: Investigating the Roles of Stress, Health Behaviours and Social Support. *International journal of environmental research and public health*, 21(7), 898.
- Vajargahi, B., Andisheh, A., Akbari, A., & Hamzeh Poor Haghighi, H. (2025). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on academic procrastination and self-regulation in female students with internet addiction. *Journal of Developmental Psychology*, 13(9), 101-110. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://frooyesh.ir/article-1-5267-fa.html&ved=2ahUKEwje14C87paOAxXfTaQEHT8IOWIQFnoECBcQAQ&usq=AOvVaw3nUTLT1pqhWNa-NxBO8D0w>
- Vieira, C., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2023). Early maladaptive schemas and behavioural addictions: A systematic literature review. *Clinical psychology review*, 102340.
- Xue, H., Jing, S., Song, X., Zhang, F., Liu, X., & Si, X. (2024). Clinical nurses' work procrastination and smartphone addiction: a potential profile study. *Frontiers in psychology*, 15, 1387288.
- Yavaribarha, E., Asghari, P., Nadari, F., & Heidari, A. R. (2022). The effect of cognitive empowerment on executive functions (decision-making and flexibility, emotion control) in children with ADHD. *Journal of Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, 65(3), 1199-1213. <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.64291.3779>
- Zareei, L., & Khashooei, M. S. (2022). The relationship between academic procrastination and metacognitive beliefs, emotion regulation, and ambiguity tolerance in university students. *Journal Of Research and Planning In Higher Education*, 22(3), 113-130.
- Abdollahpour, S., Dehghani Arani, F., & Farahani, H. (2025). The relationship between emotional schemas and intolerance of uncertainty with the mediating role of experiential avoidance in women. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(1), 99-113. [https://japr.ut.ac.ir/article\\_100230.html?lang=en](https://japr.ut.ac.ir/article_100230.html?lang=en)
- Babaie, M., Farahani, A. S., Nourian, M., Hosseini, M., & Mohammadi, A. (2022). Assessment of procrastination in providing nursing care among Iranian nursing staff. *BMC Nursing*, 21(1), 343.
- Bertolín-Guillén, J. M. (2023). Neuropsychopathology and procrastination. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 61(2), 1-8.
- Gökalp, Z. Ş., Saritepeci, M., & Durak, H. Y. (2023). The relationship between self-control and procrastination among adolescent: The mediating role of multi screen addiction. *Current Psychology*, 42(15), 13192-13203.
- Huang, H., Ding, Y., Liang, Y., Wan, X., Peng, Q., Zhang, Y., & Chen, C. (2023). The association between perfectionism and academic procrastination among undergraduate nursing students: The role of self-efficacy and resilience. *Nursing Open*, 10(10), 6758-6768.
- Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M., Kowalczyk, K., Szlendak, B., Bień, A., & Cybulski, M. (2022). Nurses coping with stressful situations—A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10924.
- Khodayi, T., & Zinalli, A. (2024). Predicting marital distress based on emotional schemas with the mediating role of communication aggression in young couples. *Civilica*, 2004137.
- Li, Y., Dong, W., Tang, H., Guo, X., Wu, S., Lu, G., & Chen, C. (2023). The effect of parenting styles on Chinese undergraduate nursing students' academic procrastination: the mediating role of causal attribution and self-efficacy. *Frontiers in psychology*, 14, 1167660.
- Madsen, I. E., Sørensen, J. K., Bruun, J. E., Framke, E., Burr, H., Melchior, M., & Rugulies, R. (2022). Emotional demands at work and risk of hospital-treated depressive disorder in up to 1.6 million Danish employees: a prospective nationwide register-based cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(4), 302.
- Miegel, F., Daubmann, A., Moritz, S., Balzar, A., Yassari, A. H., & Jelinek, L. (2023). Obsessive-compulsive symptom dimensions and their relationships with obsessive beliefs: A