MEJDS. 2022; 12:128.

Published online 2022 Sep. **Original Article**

Evaluating The Effectiveness of Schema Therapy on the Resilience and Psychological Well-being of Nurses Working in Intensive Care Unit

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

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
3. Assistant professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author's Email:** Ammari_78@yahoo.com

Received: 2022 June 12; **Accepted:** 2022 July 20

Abstract

Background & Objectives: Nurses are one of the important links in delivering the service and promoting the quality of care. Nurses' exposure to individual, communication, and organizational stresses reduces their psychological well-being; this leads to a decline in positive psychological characteristics and resilience. Resilience is an individual's ability to respond appropriately to the vicissitudes of life and increase psychological wellbeing, resulting in quality care and job satisfaction. Schemas as the underlying variables affect individuals' cognitive processing, coping strategies, and lifestyles. Schema therapy is a therapeutic approach that, through cognitive, behavioral, interpersonal and empirical interventions, targets maladaptive schemas that are memories of childhood rigidities and lead to irrational thinking. While mental health is a sign of success in coping with adverse conditions, the nurses of the intensive care units are exposed to a higher rate of stressful events. Our research determines the effect of schema therapy on the resilience and psychological well-being of intensive care unit nurses.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design, a control group and a two-month follow-up. Its statistical population included all nurses working in the intensive care unit of Shohada Tajrish and Shahid Taleghani hospitals in Tehran City, Iran, in 2021. We recruited 40 nurses at convenience in the study based on the inclusion and exclusion criteria from 86 nurses. Then, they were randomly divided into experimental and control groups. The inclusion criteria were as follows: willingness to participate in the research and delivering informed consent, employment for at least one year in the intensive care unit, not receiving psychological treatment or participating in other educational sessions at the same time, not taking certain medications, lacking stressful events such as divorce, death, etc. in close relatives in the last six months, obtaining a lower than average score in Psychological Well-Being Scale (average score=45) and Connor-Davidson Resilience Scale (average score=55). Also, the exclusion criteria were unwillingness to continue cooperation during the research, not attending more than two consecutive sessions out of 11 training sessions, and unwillingness to do homework. The experimental group received 11 sessions of 75-90 minutes per week of schema therapy. The control group did not receive any intervention. Data collection tools were the Connor-Davidson Resilience Scale (Connor and Davidson, 2003) and Psychological Well-Being Scale (Ryff, 1989). We used them in three stages of pretest, posttest, and follow-up. The obtained data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, and inferential statistics, including repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test in SPSS software version 25. The significance level of statistical tests was set at 0.05.

Results: There was a significant difference between the experimental group and the control groups in resilience (p=0.008) and psychological well-being (p<0.001). In the experimental group, resilience (p<0.001) and psychological well-being (p<0.001) had a significant difference from the posttest stage to the follow-up stage. The mutual effect of the test stages with the group also determined that resilience (p<0.001) and psychological well-being (p<0.001) had a significant difference. In other words, schema therapy significantly increased the resilience and psychological well-being of nurses working in intensive care units. The findings of the Bonferroni follow-up test in the experimental group indicated significant differences between the pretest and posttest stages (p=0.001) and between the pretest and follow-up (p=0.001) in the resilience variable. Also, there were significant differences between pretest and posttest (p=0.001) and between pretest and follow-up (p=0.002) regarding the psychological well-being variable. Also, there was the stability of the effect of the treatment schema in the follow-up stage on the variables of resilience (p=0.910) and psychological well-being (p=0.488).

Conclusion: According to the findings, schema therapy increases the resilience and psychological well-being of intensive care unit nurses. Therefore, this treatment is usable as an effective intervention for improving the psychological capabilities and mental health of nurses.

Keywords: Schema therapy, Resilience, Psychological well-being, Intensive care unit nurses.

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۲۸.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانگری بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه

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

توضیحات نویسندگان

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

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

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

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

تاریخ دریافت: ۲۲ خرداد ۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۹ تیر ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران بخش مراقبت ویژه به‌عنوان یکی از حلقه‌های مهم زنجیرهٔ مراقبت، درمعرض میزان بیشتری از وقایع تنش‌آور قرار دارند که می‌تواند بر کیفیت مراقبت تأثیر بسزایی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانگری بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دوماهه بود. جامعهٔ آماری را پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژهٔ بیمارستان‌های شهدای تجریش و شهید طالقانی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. چهل نفر از پرستاران واجد شرایط داوطلب به‌صورت دردسترس براساس ملاک‌های ورود به پژوهش و خروج از آن، وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. برای گروه آزمایش در یازده جلسهٔ ۷۵تا۹۰دقیقه‌ای مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانگری ارائه شد. هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: بین تاب‌آوری (p=۰/۰۰۸) و بهزیستی روان‌شناختی (p<۰/۰۰۱) در گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت. تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی از مرحلهٔ پس‌آزمون تا مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۰۱). براساس نتایج اثر متقابل مراحل آزمون با گروه، تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری داشتند (p<۰/۰۰۱). در گروه طرح‌واره‌درمانگری، نمرات تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش معناداری یافت (p<۰/۰۵). برای هر دو متغیر تاب‌آوری (p=۰/۹۱۰) و بهزیستی روان‌شناختی (p=۰/۴۸۸) نتایج نشان داد، اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری ماندگار بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، طرح‌واره‌درمانگری موجب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت ویژه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌درمانگری، تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی، پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه.

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

۱ مقدمه

پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه[1] به‌دلیل شرایط خاص ناشی‌از محیط کار و بیماران تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱). تنیدگی[2] و خستگی[3] پرستاران می‌تواند جوانب حیاتی و بحرانی عملکرد آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار دهد (۲) و درمقابل بهزیستی روان‌شناختی[4] برای سلامت کلی پرستاران و بهبود عملکرد حرفه‌ای آن‌ها در مراقبت از بیماران مهم و مؤثر است (۳). ویژگی‌های شغلی پرستاران به‌گونه‌ای است که بر بهزیستی روان‌شناختی آنان تأثیر می‌گذارد (۴). بهزیستی روان‌شناختی مفهومی برگرفته از روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌معنای تلاش فرد برای شکوفایی استعدادها و توانایی‌های بالقوهٔ خود است که درک و ارزیابی شخص را از کیفیت کلی زندگی نشان می‌دهد (۵). بهزیستی روان‌شناختی سطح پایین موجب می‌شود رویدادهای زندگی نامطلوب ارزیابی گردد و بیشتر هیجانات منفی مثل غم، اضطراب، خشم و افسردگی تجربه شود. درمقابل، بهزیستی روان‌شناختی سطح بالا به‌طور معمول سبب ارزیابی مثبت از رویدادهای زندگی می‌شود و بیشتر هیجانات مثبت مثل شادی تجربه خواهد شد (۶). واهی و همکاران بیان کردند، بهزیستی روان‌شناختی در کنار نتایج مثبتی که بر ارتقای کیفیت زندگی[5] و عملکرد شغلی[6] پرستاران دارد، رضایت بیماران را از کیفیت ارائهٔ خدمات افزایش می‌دهد (۷). درمقابل، افت بهزیستی پرستاران موجب افت ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی ازجمله تاب‌آوری[7] در آن‌ها می‌شود که این عامل خود باعث افت کیفیت خدمات در آنان خواهد شد (۸). تاب‌آوری متغیری با اثر دوسویه بر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی است که می‌تواند به‌طور بالقوه از سلامت و عملکرد افراد در محیط‌های مختلف شغلی تأثیرپذیر و نیز بر سلامت و عملکرد آن‌ها در محیط‌های مختلف شغلی تأثیرگذار باشد (۹). افراد تاب‌آور توانایی حل مسئله را رشد داده و مقاومت بیشتری دربرابر شرایط تنش‌آور از خود نشان می‌دهند و بدین‌شکل در شرایط زندگی، فنون آسان‌تری را انتخاب می‌کنند (۱۰). حفظ سلامت روانی معمولاً نشانه‌ای از موفقیت در کنارآمدن با شرایط نامساعد است. سطوح بالاتر تاب‌آوری با سطوح پایین اضطراب و تنیدگی روان‌شناختی رابطه دارد (۱۱). براساس اظهارنظر ویرلاو و ادوارد، تاب‌آوری در قرن حاضر در غلبه بر تجارب منفی و تبدیل آن‌ها به تجارب مثبت کمک‌کننده است؛ بنابراین پرستاران باید برای واکنش انعطاف‌پذیر و هدفمند در مواجهه با انواع تجارب حرفه‌ای این ویژگی را به‌صورت ماهرانه‌ای در خود رشد دهند (۱۲). لازاروس و فولکمن[8] اذعان داشتند، خدمات سلامت شغلی[9] نیازهای شاغلانی را که احتیاج به درمان‌های روان‌شناختی عمیق‌تری دارند و درعین‌حال متناسب با فرد فرد آن‌ها طراحی شده باشد، برطرف نمی‌کند. همچنین به عقیدهٔ محققان مذکور، نگاه این خدمات به عوامل دخیل در مشکلات بسیار ساده‌انگارانه است (به‌نقل از ۱۳)؛ بااین‌حال هنوز به این مسئله توجه نشده و خدمات سلامت شغلی بسیار کمی، در این زمینه ارائه شده است. طرح‌واره‌ها[10] ازجمله متغیرهای زیربنایی به‌شمار می‌روند که از توان تبیینی خوبی بهره‌مند هستند؛ چراکه بسیاری از پردازش‌های شناختی، راهبردهای کنارآمدن و سبک زندگی افراد تحت‌تأثیر این سازه‌های زیربنایی قرار دارد. رویکرد طرح‌واره‌درمانی[11]، تحولی بنیادین در شناخت‌درمانی[12] است (۱۴). طرح‌واره‌درمانگری روی‌آورد درمانگری یکپارچه است که ازطریق مداخلات شناختی، رفتاری، بین‌فردی و تجربی، طرح‌های شناختی سازش‌نایافته را هدف قرار می‌دهد (۱۵) و به‌دنبال تضعیف طرح‌واره‌های سازش‌نایافتهٔ اولیه و در صورت امکان ایجاد طرح‌وارهٔ سالم است. طرح‌واره‌های سازش‌نایافته به‌صورت الگوهایی از افکار تحریف‌شده با ریشه‌های عمیق دربارهٔ فرد، جهان و ارتباط فرد با اطرافیان است (۱۶). راحت ده‌مرده و همکاران در پژوهشی دریافتند، طرح‌واره‌درمانگری روی‌آورد درمانی مؤثری بر افزایش تحمل پریشانی و تاب‌آوری مادران دارای دانش‌آموز کم‌توان ذهنی است (۱۷). احمدی و همکاران اثربخشی طرح‌واره‌درمانگری را بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به بیماری قلب و عروق معنادار گزارش کردند (۱۸). رهبرکرباسدهی و همکاران به این نتیجه رسیدند که تأثیر طرح‌واره‌درمانگری بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای نشانه‌های افسردگی معنادار است (۱۹). براساس نتایج پژوهش محزون خراسانی و موسوی، طرح‌واره‌درمانگری بر افزایش امید به زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار به‌طور معناداری اثربخش است (۲۰). کاپف‌ـ بک و همکاران (۲۱) و کارتر و همکاران (۹) نیز به این نتیجه دست یافتند که طرح‌واره‌درمانگری بر افسردگی اثربخشی دارد.

همان‌طورکه گفته شد، همچنین باتوجه به نتایج پژوهش‌های بیان‌شده و ازآنجاکه پرستاران هستهٔ اصلی تیم مراقبت به‌شمار می‌روند و به‌عنوان بزرگترین نیروی انسانی در سیستم مراقبت و درمان حضور دارند، به‌نظر می‌رسد پرستاران بخش مراقبت ویژه دارای سطوح بالایی از اضطراب و تنیدگی و افسردگی و سطح پایینی از بهزیستی روان‌شناختی هستند که باعث افت کیفیت خدمات در آنان می‌شود و احتمال ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه[13] را در آنان افزایش می‌دهد؛ زیرا این اختلال معمولاً در افرادی بروز می‌کند که استرس روانی و جسمانی شدیدی تجربه یا مشاهده می‌کنند یا از سایر افراد می‌شنوند؛ بنابراین پرستاران بخش مراقبت ویژه ازجمله افرادی هستند که درمعرض خطر این اختلال قرار دارند؛ پس باید به‌دنبال راهکارهایی برای جلوگیری از کاهش ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی در آنان بود. ازسویی تاکنون اکثر پژوهش‌های انجام‌شده در حوزهٔ طرح‌واره‌درمانگری بیشتر معطوف به درمان بوده است. بر این اساس و به‌منظور ارائهٔ راهکارهای عملی افزایش بهزیستی روان‌شناختی و پیشگیری از ابتلای اختلال استرس پس از ضربه در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به‌منزلهٔ یکی از ارکان بسیار مهم سیستم بهداشتی کشور، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانگری بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش ویژه بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه

1. Intensive care
2. Stress
3. Fatigue
4. Psychological well-being
5. Quality of life
6. Job performance
7. Resilience
8. Lazarus & Folkman
9. Occupational health
10. Schemas
11. Schema Therapy
12. Cognitive Therapy
13. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

و پیگیری دوماهه بود. جامعهٔ آماری را تمامی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژهٔ بیمارستان‌های شهدای تجریش و شهید طالقانی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. با توجه به اینکه برای تحقیقات مداخله‌ای نمونه‌ای بین ۱۰تا۳۰ نفر کافی است (۲۲)، تعداد چهل نفر پرستار واجد شرایط داوطلب به‌صورت دردسترس وارد مطالعه شدند. ابتدا با اعلام فراخوان دوهفته‌ای، از تمامی پرستاران دارای ملاک‌های اولیهٔ ورود به پژوهش ثبت‌نام صورت گرفت (۸۶ نفر). سپس با برگزاری جلسه‌ای توجیهی دربارهٔ اهداف و ملاحظات اخلاقی پژوهش توضیحاتی ارائه شد و پرسش‌نامه‌های مدنظر با هدف غربالگری و پیش‌آزمون اجرا شد. در ادامه چهل نفر با نمرات کمتر از میانگین در مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون[1] (۲۳) و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی[2] (۲۴)، به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه بیست نفر) وارد طرح درمانی و پژوهشی شدند. گروه آزمایش یازده جلسهٔ ۷۵تا۹۰دقیقه‌ای مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانگری را دریافت کرد؛ اما گروه گواه در لیست انتظار برای دریافت مداخله قرار گرفت. پس از اتمام جلسات، مجدد مقیاس‌های مذکور طی دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری دوماهه اجرا شد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: تمایل به شرکت در پژوهش و رضایت آگاهانه؛ اشتغال به‌مدت حداقل یک سال در بخش مراقبت‌های ویژه؛ درمان‌نشدن روان‌شناختی یا شرکت هم‌زمان در جلسات آموزشی دیگر؛ مصرف‌نکردن داروهای خاص و رخ‌ندادن رویدادهای تنش‌زا مثل طلاق، مرگ و غیره در بستگان نزدیک در شش ماه گذشته؛ کسب نمرهٔ کمتر از میانگین در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (نمرهٔ میانگین=۴۵) و مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون (نمره میانگین=۵۵). همچنین ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، تمایل‌نداشتن به ادامهٔ همکاری در طی پژوهش، حضورنداشتن بیش از دو جلسهٔ متوالی از یازدهٔ جلسهٔ آموزشی و تمایل‌نداشتن به انجام تکالیف بود.

در این پژوهش برای جمع‌آوری دادها ابزارها و جلسات درمانی زیر استفاده شد.

ـ مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ تهیه شد (۲۳). ابزاری ۲۵سؤالی و تک‌عاملی است که به هر سؤال در طیف پنج‌درجه‌ای (کاملاً نادرست=۱ تا کاملاً درست=۵) نمره داده می‌شود. حداکثر نمره در مقیاس، ۱۲۵ و حداقل ۲۵ است. نمرهٔ بیشتر در این مقیاس نشانهٔ تاب‌آوری بیشتر است (۲۳). کانر و دیویدسون، همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای مقیاس را مطلوب و رضایت‌بخش گزارش کردند. پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود و روایی ملاکی این مقیاس با مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی[3] ۰/۷۴ و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ توسط سازندگان آن به‌دست آمد (۲۳). این مقیاس در ایران توسط کیهانی و همکاران هنجاریابی شد و مقدار آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی اسپیرمن ـ براون به‌ترتیب برابر با ۰/۶۶۹ و ۰/۶۶۵ بود. تحلیل عاملی تأییدی در ابتدا نشان داد، از میان ده گویهٔ مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون، گویه‌های ۵ و ۸ بارعاملی ضعیفی داشتند؛ بنابراین حذف شدند. پس از این اصلاح، شاخص‌های مدل ساختار عاملی تک‌بُعدی به‌خوبی برازش شد (۲۵).

ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: ریف این مقیاس را در سال ۱۹۸۹ ساخت و در سال ۲۰۰۲ تجدیدنظر شد (۲۴). این مقیاس شامل هیجده سؤال است و شش عامل خودمختاری[4]، تسلط بر محیط[5]، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران[6]، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود[7] را اندازه‌گیری می‌کند. به هر سؤال براساس مقیاس شش‌گزینه‌ای (کاملاً موافقم=۶ تا کاملاً مخالفم=۱) نمره داده می‌شود. از بین کل سؤالات، ده سؤال به‌صورت مستقیم و هشت سؤال به‌شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره ۱۰۸ و حداقل نمره ۱۸ است. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ بهزیستی روان‌شناختی بهتر است (۲۴). ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها (خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) بین ۰/۸۶تا۰/۹۳ و پایایی به‌شیوهٔ بازآزمایی پس از شش هفته روی نمونهٔ ۱۱۷نفری بین ۰/۸۱تا۰/۸۶ به‌دست آمد (۲۴). ریف برای بررسی روایی همگرایی[8] و همچنین روایی واگرا[9] همبستگی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی را با ابزارهای اندازه‌گیری عملکردهای مثبت روان‌شناختی (مانند شاخص رضایتمندی از زندگی نیوگارتن[10]، مقیاس حرمت خود روزنبرگ[11]، مقیاس مهار درونی لونسون[12] و...) مثبت و معنادار (p<۰/۰۰۱) در دامنهٔ ۰/۲۵تا۰/۷۳ و با ابزارهای اندازه‌گیری عملکردهای منفی روان‌شناختی (مانند مقیاس افسردگی زونگ)[13] منفی و معنادار (p< ۰/۰۰۱) در دامنهٔ ۰/۳۰ ـ تا ۰/۶۰ ـ گزارش کرد (۲۴). در ایران روایی و پایایی این مقیاس توسط بیانی و همکاران بررسی شد و آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۱، ضریب پایایی به‌روش بازآزمایی ۰/۸۲ و همبستگی مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی[14]، پرسش‌نامهٔ شادکامی آکسفورد[15] و مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ به‌ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به‌دست آمد (۲۶).

ـ جلسات مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانگری با استفاده از برنامهٔ درمانگری یانگ و همکاران که در سال ۲۰۰۳ تدوین شد (۲۷)، اجرا شد. مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانگری در ایران توسط هاشمی و همکاران (۲۸) به‌کار رفت و روایی آن به تأیید رسید. پس از اعمال تغییرات جزئی و تأیید چند تن از اساتید متخصص، مداخله طی یازده جلسهٔ ۷۵تا۹۰دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی (طی مدت دو ماه) انجام شد (جدول ۱). داده‌های جمع‌آوری‌شده ازطریق شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (با رعایت پیش‌فرض‌های آن با آزمون شاپیرو ـ ویلک و آزمون لون) و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ تجزیه‌وتحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

1. Connor-Davidson Resilience Scale
2. Psychological Well-Being Scale
3. Intolerance of Uncertainty Scale
4. Autonomy
5. Environmental mastery
6. Positive relation with others
7. Self-acceptance
8. Convergent validity
9. Divergent validity
10. Neugarten's Life Satisfaction Index
11. Rosenberg's Self-Esteem Scale
12. Levenson's Internal Control Scale
13. Zung Depression Scale
14. Life Satisfaction Scale
15. Oxford Happiness Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانگری

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

۳ یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه

گروه	میانگین سن	انحراف معیار
طرح‌واره‌درمانگری	۴۰/۹۵	۸/۵۰
گواه	۴۲/۷۰	۶/۷۶

براساس جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۸/۵۰±۴۰/۹۵ سال و در گروه گواه ۶/۷۶±۴۲/۷۰ سال بود. شاخص‌های آمار توصیفی گروه‌ها قبل و بعد از آزمایش در جدول ۳ آمده است. آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) سه گروه در جدول ۳ نشان می‌دهد، در گروه آزمایش، تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران از پیش‌آزمون تا پیگیری افزایش چشمگیر یافته است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	طرح‌واره‌درمانگری	۴۳/۵۵	۱۲/۳۹	۶۰/۲۰	۱۶/۳۹	۶۶/۸۵	۱۷/۰۹
	گواه	۴۴/۸۰	۱۱/۰۶	۴۸/۳۰	۱۱/۸۶	۴۸/۸۵	۱۲/۰۸
بهزیستی روان‌شناختی	طرح‌واره‌درمانگری	۴۰/۹۰	۴/۸۴	۶۱/۱۰	۱۰/۶۴	۵۷/۵۵	۱۴/۴۶
	گواه	۴۱/۵۵	۴/۸۲	۳۹/۱۵	۸/۸۴	۳۹/۳۵	۸/۹۰

براساس نتایج توصیفی به‌دست‌آمده از جدول ۳ در مرحلهٔ پیش‌آزمون میانگین نمرات افراد نمونه در گروه‌های طرح‌واره‌درمانگری و گواه

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

تقریباً نزدیک به هم بود؛ درحالی‌که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش تغییر درخورتوجهی نداشت.

برای بررسی معناداری این تغییرات، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. قبل از انجام آن، ارزیابی پیش‌فرض‌های این آزمون صورت گرفت. برای بررسی نرمال‌بودن نمرات تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد. آمارهٔ Z آزمون شاپیرو- ویلک مربوط به نرمال‌بودن تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، توزیع نمره‌ها با توزیع طبیعی این ابعاد تفاوت نداشت ($p>۰/۰۵$). همچنین از آزمون لون به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها دو گروه استفاده شد و نتایج مشخص کرد، واریانس‌ها برای نمرات متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی یکسان بود ($p>۰/۰۵$)؛ بدین‌معنا که مفروضهٔ واریانس‌های مشابه در گروه آزمایش و گروه گواه رعایت شد.

سپس به منظور بررسی تفاوت معنادار بین میانگین‌های نمرات تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (یک عامل درون‌آزمودنی‌ها و یک عامل بین‌آزمودنی‌ها) استفاده شد. مراحل سه‌گانهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون‌آزمودنی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در دو گروه به‌عنوان عاملی بین‌آزمودنی در نظر گرفته شد. ابتدا بررسی مفروضهٔ کرویت با آزمون کرویت‌موخلی برای عامل درون‌گروهی صورت گرفت. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر طرح‌واره‌درمانگری بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران

متغیر		منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان
تاب‌آوری	درون‌گروهی	زمان	۴۶۱۷/۹۵	۱/۶۲۵	۲۴۴۲/۳۸۶	۵۶/۷۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۹	۱/۰۰۰
		اثر متقابل زمان و گروه	۲۳۳۷/۳۱۷	۱/۶۲۵	۱۴۳۸/۶۳۷	۲۸/۷۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۰	۱/۰۰۰
		خطا درون‌گروهی	۳۰۹۲/۷۳۳	۶۱/۷۳۸	۵۰/۰۹۵				
	بین‌گروهی	گروه	۳۷۷۴/۴۰۸	۱	۳۷۷۴/۴۰۸	۷/۸۵۲	۰/۰۰۸	۰/۱۷۱	۰/۷۸۰
		خطا بین‌گروهی	۱۸۲۶۵/۹۱۷	۳۸	۴۸۰/۶۸۲				
بهزیستی روان‌شناختی	درون‌گروهی	زمان	۱۷۸۹/۵۵۰	۱/۴۷۹	۱۲۱۰/۲۹۶	۱۷/۹۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۱	۰/۹۹۸
		اثر متقابل زمان و گروه	۲۹۳۳/۸۱۷	۱/۴۷۹	۱۹۸۴/۱۷۸	۲۹/۴۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۶	۱/۰۰۰
		خطا درون‌گروهی	۳۷۹۱/۹۶۷	۵۶/۱۸۷	۶۷/۴۸۸				
		گروه	۵۲۰۰/۸۳۳	۱	۵۲۰۰/۸۳۳	۳۱/۷۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۵	۱/۰۰۰
	بین‌گروهی	خطا بین‌گروهی	۶۲۱۸/۶۳۳	۳۸	۱۶۳/۶۴۸				

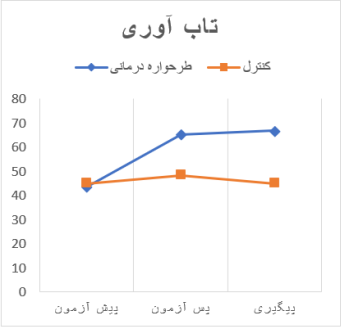
براساس یافته‌های جدول ۴، بین تاب‌آوری ($p=۰/۰۰۸$) و بهزیستی روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$) در گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت. تاب‌آوری ($p<۰/۰۰۱$) و بهزیستی روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$) از مرحلهٔ پس‌آزمون تا مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری داشت. اثر متقابل مراحل آزمون با گروه نیز مشخص کرد، تاب‌آوری ($p<۰/۰۰۱$) و بهزیستی روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری داشتند؛ بنابراین طرح‌واره‌درمانگری دارای تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت ویژه بود.

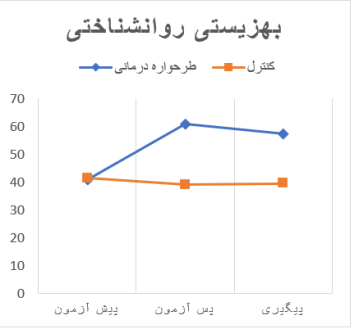
جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی‌بر مقایسهٔ زوجی متغیرها در سه مرحله در گروه آزمایش

	تاب‌آوری			بهزیستی روان‌شناختی		
	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱۲/۵۷۵	۱/۴۸۹	۰/۰۰۱	-۸/۹۰۰	۱/۴۸۴	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون- پیگیری	-۱۳/۶۷۵	۱/۶۶۶	۰/۰۰۱	-۷/۲۲۵	۱/۹۷۴	۰/۰۰۲
پس‌آزمون- پیگیری	-۱/۱۰۰	۱/۰۵۴	۰/۹۱۰	۱/۶۷۵	۱/۱۷۶	۰/۴۸۸

مطابق با یافته‌های جدول ۵، در گروه آزمایش در متغیر تاب‌آوری بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p=۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p=۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود داشت؛ همچنین در متغیر بهزیستی روان‌شناختی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p=۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p=۰/۰۰۲$) تفاوت معناداری وجود داشت. در گروه آزمایش، تفاوت معنادار بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای مذکور نشان داد، طرح‌واره‌درمانگری بر افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی اثربخش بوده است؛ همچنین در گروه آزمایش، بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری مشاهده نشد که حاکی‌از پایداری اثربخشی طرح‌واره‌درمانگری در مرحلهٔ پیگیری در متغیرهای تاب‌آوری ($p=۰/۹۱۰$) و بهزیستی روان‌شناختی ($p= ۰/۴۸۸$) بود. در ادامه نمودارهای پراکنش دو متغیر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]





شکل ۱. نمودار پراکنش دو متغیر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانگری بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد، طرحواره‌درمانگری موجب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه شد؛ همچنین اثر درمان در دورهٔ دوماهه پس از اتمام جلسات ماندگار بود.

در ارتباط با یافتهٔ پژوهش مبنی‌بر تأثیر معنادار طرحواره‌درمانگری بر افزایش تاب‌آوری پرستاران بخش مراقبت ویژه، مطالعهٔ حاضر با پژوهش‌های راحت ده‌مرده و همکاران (۱۷) و احمدی و همکاران (۱۸) و رهبرکرباسدهی و همکاران (۱۹) همسوست. در تبیین یافتهٔ به‌دست‌آمده می‌توان گفت، طرحواره‌درمانگری با تمرکز بر شناخت‌های افراد، خُلق منفی و تفکر منفی، تغییراتی در تجارب موجود و ایجاد نگرش و شیوهٔ نوین در مشاهدهٔ تجارب شناختی موجب افزایش سطح تاب‌آوری می‌شود. درواقع طرحواره‌درمانگری باعث قطع چرخهٔ تجارب منفی درونی رویدادی در گذشته می‌شود و بدین‌ترتیب تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. به‌عبارت‌دیگر طرحواره‌درمانگری با تأکید بر تغییر سبک‌های کنارآمدن سازش‌نایافته و طرحواره‌های سازش‌نایافتهٔ شکل‌گرفته در دوران کودکی به ارائهٔ فنون شناختی و رفتاری برای جایگزین‌کردن الگوهای سازش‌یافته‌تر و جدیدتر به‌جای سبک‌ها و راهبردهای کنارآمدن ناکارآمد اقدام می‌کند (۲۹). تاب‌آوری روان‌شناختی، سازش‌یافتگی مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است و طرحواره‌های سازش‌نایافته می‌توانند در این شرایط فعال شوند؛ به‌عبارت‌دیگر طرحواره‌درمانگری باتوجه به درمعرض قرارگرفتن پرستاران در شرایط دشوار، با اثر مستقیم روی طرحواره‌های سازش‌نایافته قادر است در افزایش تاب‌آوری آن‌ها مؤثر باشد. همچنین طرحواره‌درمانگری باتوجه به ارائهٔ برنامهٔ شناختی‌رفتاری که مستلزم شناسایی و قصد کنارآمدن فرد با طرحواره‌ها است، به هشیارکردن فرد و ترغیب به کنارآمدن فعال با شرایطی منجر می‌شود که او قصد تغییرشان را دارد. این امر، خود تاب‌آوری را افزایش می‌دهد؛ چراکه تاب‌آوری شرکت فعال و سازندهٔ فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود (۳۰).

در ارتباط با یافتهٔ پژوهش مبنی‌بر تأثیر معنادار طرحواره‌درمانگری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، مطالعهٔ حاضر با نتایج پژوهش‌های محزون خراسانی و موسوی (۲۰) و کاپف‌ـبک و همکاران (۲۱) و کارتر و همکاران (۹) همسوست. در تبیین یافتهٔ به‌دست‌آمده می‌توان گفت، طرحواره‌درمانگری با برانگیختن طرحواره‌ها و مرتبط‌ساختن آن‌ها با مسائل کنونی، زمینه را برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌سازد. در فرایند تعدیل طرحواره، راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین‌فردی استفاده می‌شود. تکنیک‌های شناختی با محک‌زدن قابلیت اعتماد طرحواره‌ها و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأییدکنندهٔ طرحواره، برقراری گفت‌وگو بین جنبهٔ سالم و جنبهٔ طرحواره، تدوین کارت‌های آموزشی، آگاهی عقلانی بیماران را افزایش می‌دهد و آنان را به این نتیجه می‌رساند که طرحواره غلط است. از موضوعات دیگر می‌توان به تکنیک‌های تجربی مانند فن تصویرسازی ذهنی اشاره کرد که به‌منظور الگوشکنی باعث فاصله‌گرفتن از سبک‌های کنارآمدن اجتنابی و جبران‌های افراطی می‌شود. همچنین، سبب شناسایی طرحواره‌های اصلی، ریشه‌های تحولی آن و مرتبط‌کردن این ریشه‌ها به زندگی کنونی خواهد شد. به‌علاوه، حرکت از شناخت عقلانی به تجربهٔ هیجانی را به‌دنبال دارد. در فن گفت‌وگوی خیالی، ابراز هیجان‌هایی مانند خشم، موجب تخلیهٔ هیجانی و فاصله‌گرفتن از طرحواره‌های سازش‌نایافتهٔ اولیه می‌شود. فن نوشتن نامه فرصتی برای بیان حقوق و شناخت احساسات فراهم می‌آورد؛ به‌طورکلی براساس دیدگاه یانگ، طرحواره‌درمانگری موجب ارضای هیجانات ارضانشده می‌شود و زمینه را برای بهبود طرحواره‌های اولیه مهیا می‌سازد و نتیجه افزایش بهزیستی روان‌شناختی است (۲۷).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که پژوهش فقط روی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد؛ بنابراین تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش به سایر افراد جامعه امکان‌پذیر نیست. همچنین برای سنجش متغیرهای پژوهش فقط از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌نظر می‌رسد این موضوع به‌صورت خودگزارش‌دهی محدودیت‌هایی به‌همراه دارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این مداخله با دیگر رویکردهای درمانی در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مقایسه شود. نظر به اینکه مداخلهٔ طرحواره‌درمانگری روشی نسبتاً کاربردی و کارآمد است، نتایج این مطالعه برای برنامه‌ریزان و مسئولان بیمارستان‌ها و حتی مشاوران و درمانگران مراکز خدمات روان‌شناختی کاربردی است.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش، طرحواره‌درمانگری موجب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت ویژه می‌شود. این دو سازهٔ روان‌شناختی یعنی تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی نقش اساسی در سلامت روان و کیفیت زندگی شخصی و شغلی پرستاران ایفا می‌کنند؛

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

بنابراین می‌توان از این رویکرد درمانی به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر بر سلامت روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بهره برد.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

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

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

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

منابع مالی

همهٔ هزینه‌های مالی توسط نویسندهٔ اول تأمین شده است.

References

1. Omran T, Callis AM. Bereavement needs of critical care nurses: a qualitative study. Dimens Crit Care Nurs. 2021;40(2):83–91. http://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000460
2. Friganović A, Selič P, Ilić B, Sedić B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. Danubin's Psychiatry. 2019;31(1):21–31.
3. Yüksel A, Bahadir-Yilmaz E. Relationship between depression, anxiety, cognitive distortions, and psychological well-being among nursing students. Perspect Psychiatr Care. 2019;55(4):690–6. https://doi.org/10.1111/ppc.12404
4. Eldin AS, Sabry D, Abdelgwad M, Ramadan MA. Some health effects of work-related stress among nurses working in critical care units. Toxicol Ind Health. 2021;37(3):142–51. https://doi.org/10.1177/0748233720977413
5. Twenge JM, Martin GN. Gender differences in associations between digital media use and psychological well-being: evidence from three large datasets. J Adolesc. 2020;79(1):91–102. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.018
6. Heintzelman SJ, Diener E. Subjective well-being, social interpretation, and relationship thriving. J Res Pers. 2019;78:93–105. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.11.007
7. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. Medical Care. 2004;42(2):1157–66. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a
8. Moradikia H, Sattarpour Iranaghi F, Emamgholian S. Compare the effectiveness of emotion regulation and resilience training on psychological well-being of mothers of students with intellectual disability. J Health Educ Health Promot. 2017;5(3):213–23. [Persian] http://dx.doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.213
9. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Douglas K, Frampton CM, et al. Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and schema therapy for depression. Aust N Z J Psychiatry. 2018;52(9):887–97. https://doi.org/10.1177/0004867417750756
10. Theiss JA. Family communication and resilience. J Appl Commun Res. 2018;46(1):10–3. https://doi.org/10.1080/00909882.2018.1426706
11. Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB. Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. BMJ Open. 2018;8(6):e017858. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858
12. Warelow P, Edward KL. Caring as a resilient practice in mental health nursing. Int J Ment Health Nurs. 2007;16(2):132–5. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00456.x
13. Karami J, Aazami Y, Jalalvand M, Darabi A, Rastgo N. The effectiveness of cognitive group therapy based on schema in reducing job stress among nurses. Sadra Medical Journal. 2016;4(4):221–30. [Persian] https://smsj.sums.ac.ir/article_43942.html?lang=en
14. Hoffart Lunding S, Hoffart A. Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems: parental bonding, schemas and outcome in schema therapy. Clin

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

Psychol Psychother. 2016;23(2):107–17. https://doi.org/10.1002/cpp.1938
15. Herts KL, Evans S. Schema therapy for chronic depression associated with childhood trauma: a case study. Clinical Case Studies. 2021;20(1):22–38. https://doi.org/10.1177/1534650120954275
16. Bach B, Farrell JM. Schemas and modes in borderline personality disorder: the mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. Psychiatry Res. 2018;259:323–9. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.039
17. Rahatdahmarde T, Shirazi M, Arab A. The effectiveness of schema in Mani on enduring anxiety and resilience of mothers with mentally retarded students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2021. [Persian] https://jfmh.mums.ac.ir/article_19174.html?lang=en
18. Ahmadi F, Goodarzi K, Farrokhi N, Roozbahani M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on resilience among patients with cardiovascular disease: a pilot study. Salamat-I Ijtimai (Community Health). 2021;8(4):17–29. [Persian] https://doi.org/10.22037/ch.v8i4.31463
19. Rahbar Karbasdehi F, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E. The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social empowerment in students with depression symptoms. Journal of Psychological Studies. 2020;15(4):73–90. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_4346.html?lang=en
20. Mahzoon Khorasani M, Mousavi M. The effects of schema therapy on the hope of life, quality of life, and psychological wellbeing in housewives. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10:232. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1624-en.html
21. Kopf-Beck J, Zimmermann P, Egli S, Rein M, Kappelmann N, Fietz J, et al. Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the Optima-Rct. BMC Psychiatry. 2020;20(1):506. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02880-x
22. Hasanzadeh R. Ravesh tahghigh karbordi [Applied Research Method]. Tehran: Ravan Pub; 2021. [Persian]
23. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113
24. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069–81. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069
25. Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among nursing female students. Iranian Journal of Medical Education. 2015;14(10):857–65. [Persian] http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3254-en.html
26. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2008;14(2):146–51. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.html
27. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Hamidpour H, Andouz Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand Publ; 2003.
28. Hashemi N, Ghayour Baghbani SM, Khadivi G, Hashemian Nejad F, Ashoori J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on happiness and mental health of nursing students. J Clin Nurs Midwifery. 2016;5(1):12–22. [Persian]
29. Rahbar Taramsari M, Keshavarz P, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of group schema therapy on behavioral activation/ inhibition systems and cognitive emotion regulation in female students with anxiety symptoms. J Guil Uni Med Sci. 2019;27(108):62–70. [Persian] http://journal.gums.ac.ir/article-1-1758-en.html
30. Blöte AW, Westenberg PM. The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. J Adolesc. 2019;71(1):110–8. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.01.005

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]