رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۱، شماره پیاپی ۸۰، بهمن ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(11), 2023

اثربخشی طرحواره درمانی بر تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی در پرستاران زن

The effectiveness of schema therapy on referential thinking and emotional exhaustion in female nurses

مهرنوش صفائیان
دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
علیرضا کاکاوند (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین المللی امام خمینی، قزوین، ایران.
مریم بهرامی هیدجی
استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
فاطمه محمدی شیر محله
استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
طاهره رنجبری پور
استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

Mehrnoush Safaeian
PhD student in general psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Alireza Kakavand *
Asociate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.
ar.kakavand@soc.ikiu.ac.ir
Maryam Bahrami Hidaji
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Fatemeh Mohamadi Shirmahaleh
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Tahereh Ranjbaripour
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی پرستاران زن بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران زن بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران در سال ۱۴۰۰ که تعداد کل پرستاران این بیمارستان در زمان انجام پژوهش حاضر n=۹۷۳ نفر بود. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ نفر از این پرستاران بود و به صورت نمونه-گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس، از میان نمونه پژوهش بطور تصادفی ۲۰ نفر در گروه گواه و ۲۰ نفر در دو گروه مداخله (درمان طرحواره درمانی) جایگزین شدند. گروه مداخله طرحواره درمانی را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از مقیاس پرسشنامۀ تفکر ارجاعی اهرینگ و همکاران (۲۰۱۰، PTQ)، فرسودگی شغلی مسلش و همکاران (۱۹۸۱، MBI) جمع‌آوری و به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. اثر اصلی گروه برای تفکر ارجاعی (P ،۹۵/۴=F ،۰/۰۵> P) و خستگی هیجانی (P ،۱۳/۹=F ،۰/۰۵> P) معنادار هستند؛ یعنی بین دو گروه از نظر میانگین تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی تفاوت است در تفکر ارجاعی اثر اصلی سه مرحله اندازه‌گیری (P ،۰/۰۵> P، ۱۴/۵=F) و خستگی هیجانی نیز (P ،۰/۰۵> P، ۷/۳۷=F) معنادار است. به عبارتی بین نمرات دو متغیر در سه مرحله اندازه‌گیری بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.. نتیجه‌گیری می‌شود این مداخله تاحد زیادی توانست تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی پرستاران را کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: تفکر ارجاعی، خستگی هیجانی، طرحواره درمانی.

Abstract

The purpose of this research was to determine the effectiveness of schema therapy on referential thinking and emotional exhaustion of female nurses. The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and control group with a follow-up period of one month. The statistical population includes all the female nurses of Imam Khomeini Hospital (RA) in 1400, the total number of which was n=973. The research sample was 40 people and they were selected purposefully. Among the research sample, 20 people were randomly replaced in the control group and 20 people in the two intervention groups. The experimental group received the intervention during 10 sessions of 90 minutes once a week. The data were collected using the referential thinking questionnaire (PTQ), and job burnout (MBI) and analyzed by the variance analysis method with repeated measurements. The main effect of the group for referential thinking (P>0.05, F=95.4) and emotional exhaustion (P>0.05, F=13.9) are significant; That is, there is a difference between the two groups in terms of the mean of referential thinking and emotional fatigue. In referential thinking, the main effect of the three stages of measurement (P < 0.05, F = 14.5) and emotional fatigue also (P < 0.05, F 7.37) =) is significant. It can be concluded that this intervention was able to reduce the referential thinking and emotional fatigue of nurses to a great extent.

Keywords: Referential thinking, emotional exhaustion, schema therapy.

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : دی ۱۴۰۱** | **پذیرش: بهمن ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.11.8]

مقدمه

پرستاران بزرگترین بخش نیروی کار مراقبت‌های بهداشتی- درمانی هستند که حجم بالایی از اقدامات مربوط به بیماران را انجام می‌دهند و توجه به سلامت روانشناختی آنان اهمیت بالایی دارد (زانگ [۱] و همکاران، ۲۰۲۱). امروزه تنش‌ها و فشارهای روانی مختلفی وجود دارد که بعضی از این تنش‌ها مختص محیط کار است و ممکن است باعث ایجاد ناخرسندی و نارضایتی از کار شود (اشنایدر [۲] و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از عواملی که می‌تواند در حرفه‌ی پرستاری ایجاد اختلال کند؛ نوع تفکر در این حرفه است (کانگ و میونگ [۳]، ۲۰۲۲). جریان فکر آدمی همیشه مسیری هدفمند، معطوف به فعالیت و یا مسیری منطقی را دنبال نمی‌کند (پیترز [۴] و همکاران، ۲۰۲۲). ذهن به طور مکرر درگیر فعالیت‌های شناختی ناخواسته‌ای می‌شود که با توانایی انسان در درگیر شدن با افکار و عملکردهای مفید تداخل دارد (رک [۵] و همکاران، ۲۰۲۲). نگرانی، پرت شدن توجه، سوگیری‌های توجه، فراموشی‌های لحظه‌ای، رویاپردازی‌های روزانه، نشخوار فکری و افکار وسواسی نمونه‌هایی از فرایندهای ذهنی هستند که می‌تواند بر کیفیت شغل به خصوص در پرستاران تاثیر منفی داشته باشند و زمینه فرسودگی شغلی را در آنها ایجاد کنند (چن و لین [۶]، ۲۰۲۲). افکار مخل بسیار رایج هستند به طوری‌که حدودا ۹۰-۸۰ درصد جمعیت عمومی در برخی مواقع آن‌ها را تجربه می‌کنند (کارانیکاس [۷] و همکاران، ۲۰۲۲). در همین راستا تفکر ارجاعی [۸] نوعی از تفکر درباره مشکلات یا تجارب منفی یک شخص تعریف شده است که با سه ویژگی تکراری بودن، خودآیند بودن و مشکل در قطع افکار و دو مشخصه اصلی نشخوار فکری و نگرانی مشخص می‌شود. این نوع طرز تفکر همچون دگرگونی در ادراک می‌تواند فراخوانی واقعیت را محدود سازد (اورگیل [۹] و همکاران، ۲۰۱۹).

تفکر ارجاعی شامل این دیدگاه است که اتفاقات روزمره و طبیعی معنایی خاص را برای شخص به ارمغان می‌آورد که شدت این معنا برای هر فردی متفاوت است (باچان [۱۰]، ۲۰۱۹). برخی افراد لحظات آنی و کوچکی از این تفکر را تجربه می‌کنند بدون آنکه هیچگونه عواقب مهمی برای آنها در پی داشته باشد، حال آنکه برخی این باورها و اعتقادات را در ذهن خود تثبیت کرده و بسط می‌دهند که نهایتاً این تکرار مکرر افکار منفی در ذهن فرد می‌تواند سلامت روان وی را تهدید کند (صالح [۱۱]، ۲۰۱۹). همچنین افرادی که تمایل بیشتری به تفکر منفی تکراری دارند، حوادث منفی اجتماعی را نیز منفی‌تر از دیگران ارزیابی می‌کنند (چانگ [۱۲] و همکاران، ۲۰۲۲). تفکر ارجاعی در اکثر اختلالات مشخصه یکسانی دارد که نشان دهنده فراتشخیصی بودن این فرآیند است (زتسچی [۱۳] و همکاران، ۲۰۱۹). به‌عنوان یک عامل خطرساز، بالا رفتن تفکر ارجاعی ممکن است همایندی اختلالات عاطفی را افزایش دهد (پاچیکو و هرریرا [۱۴]، ۲۰۲۱). نتایج مطالعات نشان داده‌اند که تفکر ارجاعی افسردگی را تعدیل می‌کند و در کارایی فرد در شغل تأثیرگذار است (خاورزمینی، ۱۴۰۱). طرحواره‌ها بر شیوه فکر، احساس و رفتار افراد تأثیر بگذارند؛ بنابراین طرح‌واره درمانی می‌تواند در کاهش تفکر ارجاعی نقش داشته باشد (پیکینگتون [۱۵] و همکاران، ۲۰۲۲؛ پترس [۱۶] و همکاران، ۲۰۲۲ و برنستین [۱۷] و همکاران، ۲۰۲۲).

1- Zhang
2- Schneider
3- Kang
4- Peeters
5- Rek
6- Chen & Lin,
7- Karanikas
8 - referential thinking
9 - Orgill
10 - Buchanan
11 - Saleh
12 - Chang
13 - Zetsche
14 - Pacheco, Herrera
15 - Pilkington
16 - Peeters
17 - Bernstein

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.11.8]

از سویی دیگر نقش پرستاران در بخش سلامت غیرقابل‌انکار است (میر و کیم[1]، ۲۰۲۲). میزان ماندگاری این افراد در شغل و کاهش کارایی و از سوی دیگر نرخ ترک شغل در پرستاران در حال افزایش است (گابریل و آگونیس[2]، ۲۰۲۲). در این رابطه یکی از ضرورت‌های تحقق اهداف سازمانی، اشتیاق به شغل و عدم فرسودگی شغلی کارکنان در جهت انجام وظایف تعیین شده است (لوکاس[3] و همکاران، ۲۰۲۲). فرسودگی شغلی معمولا به شکل واکنش در برابر فشارهای شغلی و سازمانی در میان کارکنان خدمات انسانی دیده می‌شود (جنینگز[4] و همکاران، ۲۰۲۲). آگیاپونگ[5] و همکاران (۲۰۲۲) فرسودگی را به‌عنوان خستگی هیجانی تعریف کرده‌اند که وضعیت جسمی و روانی کارکنان را دچار اختلال می‌کند و به جدایی فرد از وظایف کاری و محیط اطرافش منجر می‌شود. واسینی[6] و همکاران (۲۰۲۲) عنوان می‌دارند که خستگی هیجانی بین آشکارسازی محیط کاری نامطلوب است که می‌تواند به کارکنان آسیب برساند. خستگی هیجانی کاهش قدرت سازگاری فرد با عوامل فشارزا است (پالیچ[7] و همکاران، ۲۰۲۲) و سندرمی است مرکب از خستگی جسمی و عاطفی که منجر به ایجاد خودپنداره‌ی منفی در فرد (دی میلو سیلوا جونیور[8] و همکاران، ۲۰۲۲)، نگرش منفی نسبت به شغل (آلنزی[9] و همکاران، ۲۰۲۲) و فقدان احساس ارتباط با مراجعان به هنگام انجام وظیفه می‌شود (کواک[10] و همکاران، ۲۰۲۱). خستگی هیجانی نوعا در واکنش‌های ناهنجار به تعارض (مک کاد[11] و همکاران، ۲۰۲۱)، ناکامی و استرس شغلی (جیانگ[12] و همکاران، ۲۰۲۱) و افسردگی (ون دونزل[13] و همکاران، ۲۰۲۱) می‌شود.

در این میان خدمات سلامت شغلی نیازهای شاغلینی را که احتیاج به درمان‌های روانشناختی عمیق‌تری دارند و در عین حال متناسب با فرد فرد آن‌ها طراحی شده باشد را برطرف نمی‌کند. همچنین پژوهشگران معتقدند که نگاه این خدمات به عوامل دخیل در مشکلات بسیار ساده انگارانه است (برنشتاین[14] و همکاران، ۲۰۲۲). با این حال هنوز به این مسئله توجه نشده و خدمات سلامت شغلی بسیار کمی، در این زمینه ارائه می‌شود. تلفیق عواملی مانند تمرکز بیشتر بر روی نقش تجربه‌های دوران کودکی در شکل‌گیری طرحواره‌های مرکزی بین‌فردی (ناهشیار) تاکید بیشتر بر رابطه درمانی، مسائل مربوط به انتقال و تلاش برای آشکارسازی محتوای ناهشیار طرحواره‌های مرکزی به عنوان علت آسیب‌زایی، به شکل‌گیری نسل سوم درمان‌های شناختی منجر شده است که در زمره درمان‌های نیرومندتر و مقاوم‌تر قرار می‌گیرند (آرنتز[15] و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره‌ها دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند، هنگامی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند، سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس، تعارضات و امثال آن می‌شود (ون مارشالکرویرد[16] و همکاران، ۲۰۲۱). طرحواره‌های ناسازگار اولیه در واقع نوعی آسیب‌پذیری روانشناختی هستند که زمینه ابتلای افراد به استرس را بیش‌تر می‌کنند (استرا آروپ و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش های تاج فر و فیضی (۱۳۹۹)، صالحی (۱۳۹۹) و ادواردز (۲۰۲۲) نشان دادند که طرحواره درمانی بر فرسودگی شغلی پرستاران موثر است. هر چقدر آن‌ها انعطاف‌پذیرتر باشند، بیش‌تر احتمال دارد که این افراد فرسودگی را تجربه کنند. با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته تاثیر مثبت طرحواره درمانی بر تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی تایید شده است؛ اما در هرکدام از پژوهش‌های ذکر شده عدم گروه کنترل و دوره پیگیری، قابلیت اطمینان و تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه نموده است. همچنین پژوهش‌های صورت گرفته از توجه به این دو متغیر در گروه پرستاران و در ایام شیوع کرونا؛ غفلت داشته‌اند. با توجه به قشر پرستاران که قشری مهم در جامعه به حساب می‌آیند، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل

1 - Meier, Kim
2 - Gabriel, Aguinis
3 - Lucas
4 - Jennings
5 - Agyapong
6 - Vaičienė
7 - Pallich
8 - de Mélo Silva Júnior
9 - Alenezi
10 - Kwak
11 - McCade
12 - Jiang
13- Van Donzel
14- Bernstein
15- Arntz
16- van Maarschalkerweerd

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.11.8]

احساس می‌شود. بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی در پرستاران زن بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران زن بیمارستان امام خمینی(ره) شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که تعداد کل پرستاران این بیمارستان در زمان انجام پژوهش حاضر ۹۷۳ نفر بود. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ نفر از این پرستاران بود که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس، از میان نمونه پژوهش بطور تصادفی ۲۰ نفر در گروه گواه و ۲۰ نفر در دو گروه مداخله (درمان طرح‌واره درمانی) جایگزین شدند و ازنظر سن و سطح تحصیلات همگن شدند و این همگنی از طریق آزمون t دونمونه‌ای و مجذور خی تائید شد. معیارهای ورود به نمونه شامل جنسیت مؤنث، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات مداخله‌ای، دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، داشتن حداقل یکسال سابقه حضور در کادر پرستاری (مدت اشتغال)، دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر، استخدام رسمی به عنوان کادر پرستاری (وضعیت شغلی) و داشتن شیفت کاری شبانه در برنامه کاری و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز نداشتن انگیزه برای ادامه پژوهش، شرکت همزمان در برنامه های آموزشی-درمانی در حوزه بهداشت روان، ناتوانی از شرکت در جلسات مداخلاتی، غیبت بیش از دو جلسه از شرکت در جلسات درمانی، ابتلای به هر یک از بیماری‌های مزمن و مصرف داروهای خاص مرتبط با بیماری و اشتغال به دو کار به طور همزمان (تحصیل و پرستاری) بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش به‌تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسمی از آن‌ها در هیچ قسمت پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به‌منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. باهدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان شرکت کنندگان هر دو گروه از طریق پرسشنامه‌های تفکر ارجاعی اهرینگ و همکاران (۲۰۱۰) و فرسودگی شغلی مسلش و همکاران (۱۹۸۶) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش مداخله طرح‌واره درمانی را تحت ۱۰جلسه و بر اساس جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار دریافت کردند. گروه گواه نیز مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله شرکت کنندگان هر دو گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین بعد از دو ماه از گذشت مداخله نیز مجددا هر دو گروه با ابزار پژوهش مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS ویراست ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامهٔ تفکر ارجاعی[1](PTQ): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی ۱۵ سئوالی است که به وسیله اهرینگ[2] و همکاران (۲۰۱۰) تهیه شد. این پرسشنامه شامل سه زیرمقیاس ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی، ناکامی ادراک شده و تسخیر ظرفیت روانی می‌باشد. آزمودنی‌ها در طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از هرگز= صفر نمره تا همیشه= ۴ نمره میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارت‌ها مشخص می‌کنند. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۰ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای تفکر ارجاعی منفی یا افکار منفی تکراری بیشتر است. نتایج پژوهش سازندگان ابزار حاکی از همسانی درونی مطلوب پرسشنامه دارد. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را برای کل آزمون ۰/۹۵ و برای زیرمقیاس‌های ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی ۰/۹۴، ناکارآمدی ادراک شده ۰/۸۳ و تسخیر ظرفیت روانی ۰/۸۶ و برای پایایی حاصل از روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۶۹، زیرمقیاس ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی ۰/۶۶، ناکارآمدی ادراک شده ۰/۶۸ و تسخیر ظرفیت روانی ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند (اهرینگ و همکاران، ۲۰۱۰). همبستگی معنادار این ابزار با دیگر ابزارهای سنجش تفکر ارجاعی از جمله پرسشنامه حالت نگرانی (r=۰/۴۹)، پرسشنامه افسردگی بک (r=۰/۴۳)، پرسشنامه صفت- حالت اضطراب (r=۰/۳۹) و پرسشنامه نشانگان افسردگی (r=۰/۵۲)، حاکی از روایی همگرایی مناسب این ابزار است (اهرینگ و همکاران، ۲۰۱۰). همسانی درونی پرسشنامه تفکر ارجاعی در پژوهش داخلی به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۹ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ بدست آمد (غلامی‌راد،

1- perseverative thinking questionnaire (PTQ)
2 - Ehring

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.11.8]

۱۴۰۰). روایی این پرسشنامه در پژوهش شیرمحمدی و همکاران (۱۳۹۰) از طریق همبستگی بین متغیرها محاسبه شد که نتایج آن تفکر ارجاعی و ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی (r=۰/۷۶۵)، تفکر ارجاعی و ناکامی ادراک شده (r=۰/۷۵۱)، تفکر ارجاعی و تسخیر ظرفیت روانی (r=۰/۸۷۱) بود که روایی مطلوب را نشان می‌دهد (به نقل از غلامی راد، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب کل سوالات ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه فرسودگی شغلی (MBI)[1]: این پرسشنامه توسط مسلش و جکسون[2] در سال ۱۹۸۱ ساخته‌شده است و شامل ۲۲ گویه است و طبق طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه جنبه‌های سه‌گانه فرسودگی شغلی (خستگی هیجانی، موفقیت فردی و شخصیت زدایی) را می‌سنجد. مسلش و جکسون (۱۹۸۱) شاخص عددی پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی را برای فراوانی ۰/۸۳ و برای زیر مولفه‌ی شدت ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند (به نقل از مسلش و اسچوفلی[3]، ۲۰۰۱). همچنین ضریب پایایی کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای فراوانی ۰/۸۲ و برای شدت ۰/۵۳ محاسبه‌شده بود. جهت بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که این آزمون از سه بعد تشکیل‌شده و بار عاملی هر سؤال بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ است (مسلش و همکاران، ۲۰۰۱) این ابزار توسط تعدادی از پژوهشگران ایرانی به‌کار رفته است که بر اساس گزارش‌های موجود اعتبار و پایایی علمی آن‌ها مورد تأیید است. بر اساس گزارش‌های فیلیان (۱۳۷۱)، میزان همسانی درونی مقیاس فرسودگی شغلی مسلش مبین همبستگی قوی (r=۰/۶۹) میان پاسخ‌های داده‌شده در دو مرحله بازآزمایی در فاصله‌ی زمانی دو هفته‌ای بوده است. در یک مطالعه مقدماتی که توسط بدری گرگری (۱۳۸۶) صورت گرفت ویژگی‌های روان‌سنجی زیر به دست آمد، خستگی هیجانی (α =۰/۸۴) و شخصیت زدایی (α =۰/۷۴). در مورد روایی این پرسشنامه نیز روایی هم‌زمان بین پرسشنامه فرسودگی شغلی و رضایتمندی شغلی پری فیلدورت توسط بدری گرگری محاسبه‌شده است که رابطه معکوس به‌دست‌آمده است (به نقل از عرسین و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین پایایی به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد.

طرح‌واره درمانی: محتوای جلسات مداخله طرح‌واره درمانی بر اساس درمان یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از فرزین فر و همکاران (۱۳۹۹) بود.

جدول ۲. جلسات طرح‌واره درمانی مبتنی بر الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از فرزین فر و همکاران (۱۳۹۹)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی، شرکت‌کنندگان و درمانگر با یکدیگر، ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات (رازداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن)، قوانین و مقررات مربوط به گروه‌درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، برقراری ارتباط، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش برای طرح‌واره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی.
جلسه دوم	تعریف طرح‌واره درمانی، تعریف طرح‌واره‌های ناسازگارانه و ویژگی‌ها، صورت‌بندی مشکلات در قالب طرح‌واره درمانی، آشنایی با شش دسته نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و نحوه شکل‌گیری آن‌ها.
جلسه سوم	شرح مختصر تداوم و بهبود طرح‌واره، توضیح در مورد عملکرد طرح‌واره، آشنایی با پنج حیطه و هجده طرح‌واره ناسازگار اولیه و نقش آن‌ها در مشکلات پرخوری افراد گروه.
جلسه چهارم	معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرح‌واره‌ها می‌شوند به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره، ایجاد آمادگی در بین افراد برای سنجش و تغییر طرح‌واره‌ها.
جلسه پنجم	ارائه راهبردهای شناختی برای تغییر، آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده‌ی طرح‌واره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیمار، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی، تکمیل فرم ثبت طرح‌واره.
جلسه ششم	آموزش چگونگی عملکرد طرح‌واره‌ها، نحوه حفظ و تداوم آن‌ها و بررسی آثار و پیامدهای آن‌ها، معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر، تصویرسازی ذهنی، گفتگوی خیالی و نوشتن نامه به والدین.
جلسه هفتم	معرفی راهبردهای رفتاری، کارت یادآور، تصویرسازی ذهنی و گفتگو، مواجه سازی منظم و تدریجی با موقعیت‌های ترس‌آور، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش جراتمندی، آموزش آرام‌سازی، مدیریت خشم.
جلسه هشتم	بررسی نقش طرح‌واره‌ها در اختلال پراشتهایی روانی، ارائه منطق استفاده از فن‌هایی معرفی‌شده در جلسات قبل در طول درمان، معرفی مجدد سبک‌های مقابله‌ای به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر.

1- Maslach Burnout Inventory (MBI)
2 - Maslach, Jackson
3 - Schaufeli

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.11.8]

جلسه نهم	آموزش مقابله با طرحوارههای ناکارآمد و کاهش تأثیرات منفی آن‌ها از طریق بررسی اعتبار طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای و تمایز بین پاسخ به طرحواره‌ها.
جلسه دهم	آموزش مقابله با طرحوارههای ناکارآمد و کاهش تأثیرات منفی آن‌ها از طریق نوشتن نامه، تهیه کارت‌های آموزشی، گفتگوی خیالی و ایفای نقش در موقعیت‌های زندگی واقعی، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

میانگین سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای طرحواره درمانی ۳/۱۲± ۲۹ و در گروه گواه ۳/۲۲± ۲۹/۷ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۵ و حداکثر سن ۳۵ گزارش شد. در گروه آزمایش میزان تحصیلات ۷۴/۹ از افراد نمونه گروه آزمایش کارشناسی، ۲۰/۸ درصدکارشناسی ارشد و ۴/۴ درصد دکتری است؛ همچنین در گروه گواه نیز ۶۹/۳ درصد از افراد دارای مدرک کارشناسی، ۲۸/۴ درصد افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۷/۷ درصد نیز دارای مدرک دکترا بودند. ۳۱/۷٪ از پرستاران در گروه آزمایش مجرد و ۶۸/۳٪ نیز متأهل بودند. در گروه گواه نیز ۲۶/۸ درصد مجرد و ۷۳/۲ درصد نیز متأهل بودند. سابقه خدمت اکثر پرستاران (۱۱۸ نفر) کمتر از ۵ سال بود. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین دو گروه از یکدیگر وجود نداشت و دو گروه از نظر جنس، سن و سطح تحصیلات و وضعیت تأهل همگن بودند.

جدول ۲. شاخص توصیفی تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی در بین دو گروه و در سه زمان قبل و بعد از مداخله و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تفکر ارجاعی	طرحواره درمانی	۴۱/۱	۵/۱۲	۳۵/۲	۳/۷۶	۳۵/۴	۳/۹۸
	گواه	۴۲	۶/۰۲	۴۱/۸	۵/۳۶	۴۱/۹	۵/۰۱
خستگی هیجانی	طرحواره درمانی	۶۷/۳	۶/۹۴	۵۷/۹	۴/۳۴	۵۸/۳	۴/۰۹
	گواه	۶۶/۸	۵/۶۶	۶۷/۶	۶/۸۳	۶۸	۷/۲۱

جدول ۲ میانگین متغیرهای تفکر ارجاعی و فرسودگی شغلی را در دو گروه نشان می‌دهد همین‌طور که مشاهده می‌شود؛ این متغیرها در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی دیده نمی‌شود؛ اما بعد از مداخله گروه مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهد؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل‌مشاهده است. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در سطح معناداری (p>۰/۰۵) داده‌های جمع‌آوری شده، در همه متغیرهای گروه آزمایش و گواه نرمال است و پیش فرض طبیعی بودن یا همان پارامتریک بودن داده‌ها رعایت شده است. همچنین جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در متغیر تفکر ارجاعی (۱۹۱/۹=آماره امباکس، F=۲/۷۵، P<۰/۰۱) و در متغیر فرسودگی شغلی (۲۱۶/۶=آماره امباکس، F=۱/۱۱، P>۰/۰۵)، که سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تائید قرار می‌گیرد. همچنین در این متغیر کرویت ماچلی برای متغیر تفکر ارجاعی (۰/۰۰۱= آماره موشلی، ۳۴۷/۶= توزیع خی دو، P<۰/۰۱) و برای متغیر فرسودگی شغلی (۰/۰۰۱= آماره موشلی، ۴۰۴/۹= توزیع خی دو، P<۰/۰۱) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای متغیر تفکر ارجاعی (F=۰/۱۴۵، P>۰/۰۵) و فرسودگی شغلی (F=۰/۴۴۰، P>۰/۰۵) گزارش شد که نشان‌دهنده تائید همگنی واریانس‌ها است.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.11.8]

	نام آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
متغیر تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی	کرویت فرض شده	۱۸۵۶/۴	۵	۳۸۷/۳	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
	گرین هاوس- گیسر	۱۸۵۶/۴	۱/۴۵	۱۲۸۶/۶	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
	هوین- فلت	۱۸۵۶/۴	۱/۵۹	۱۲۰۷/۴	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
	باند بالا	۱۸۵۶/۴	۱	۱۸۵۶/۴	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۶۳/۴ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم‌پذیری را دارد. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۲×۳ به منظور بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی در پرستاران

	نام آزمون	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تفکر ارجاعی	اثر اصلی گروه	۹۵/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۱۴/۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷	۱
خستگی هیجانی	اثر اصلی گروه	۱۳/۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱۵	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵	۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای تفکر ارجاعی (η^2 =/۷۴۱، P <۰/۰۵، F=۹۵/۴) و برای خستگی هیجانی (η^2 =/۴۱۵، P <۰/۰۵، F=۱۳/۹) معنادار هستند؛ یعنی بین دو گروه از نظر میانگین تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر تفکر ارجاعی اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (η^2 =/۳۶۷، P <۰/۰۵، F=۱۴/۵) معنادار است. همچنین در متغیر خستگی هیجانی نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (η^2 =/۲۷۵، P <۰/۰۵، F=۷/۳۷) معنادار است. به عبارتی بین نمرات تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه تحمل آشفتگی و فراهیجان منفی در سه مرحله

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
تفکر ارجاعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۷۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۰/۶	۰/۰۰۱
خستگی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۸۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۳/۷	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات تفکر ارجاعی پرستاران از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که این نشان دهنده تاثیر درمان طرح‌واره درمانی در پرستاران است؛ به طوری‌که تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۵، d=-۸/۷۹)و پیش‌آزمون پیگیری (p<۰/۰۵، d=۱۰/۶) معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در کاهش این متغیر است. همچنین در متغیر خستگی هیجانی تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۵، d=-۸/۸۹) و پیش‌آزمون پیگیری (p<۰/۰۵، d=-۱۳/۷) معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در کاهش خستگی هیجانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.11.8]

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تفکر ارجاعی و فرسودگی شغلی در پرستاران در دوره کووید ۱۹ بود. نتیجه حاصل از انجام پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش تفکر ارجاعی در پرستاران موثر بوده است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون پیکینگتون و همکاران (۲۰۲۲)، پترس و همکاران (۲۰۲۲) و برنستین و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: در طرحواره درمانی، با کار کردن بر درون مایه‌های روانشناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد که دید منفی نسبت به توانایی‌های جسمانی، هیجانات و عواطف خود دارند، در اصلاح و تغییر افکار و باورهای آنها اثربخش است. در بیان عواطف و بُعد عاطفی، طرحواره درمانی باورهای شناختی را که به باورهای هیجانی گره خورده است را با توجه به راهبردهای رفتاری و تجربی، به چالش کشیده و این شرایط موجب می‌شود، فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده را که منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار و بدتنظیمی هیجانی می‌شود، بشناسد و به دنبال راه‌حل مناسب تمایل پیدا کند و همین امر سبب تجربه همجوشی و آمیختگی شناختی کمتر در آنان می‌شود (ون مارشالکرویرد و همکاران، ۲۰۲۱).

در تبیین ماندگار بودن طرحواره درمانی بر تفکر ارجاعی پرستاران می‌توان گفت: تکنیک‌های طرحواره درمانی به پرستاران کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره خاص، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد و وقتی با یک تفکر منفی و ارجاعی مواجه می‌شوند آن را با یک تفکر سالم و سازنده جایگزین کنند (پیکینگتون و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین طرحواره درمانی به پرستاران کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند. لذا طرحواره درمانی به پرستاران کمک می کند تا با زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد (پترس و همکاران، ۲۰۲۲). این رویکرد درمانی به پرستاران کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، پرستاران طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند (برنستین و همکاران، ۲۰۲۲) به همین دلیل است که طرحواره درمانی می‌تواند اثرات درمانی خود بر روی تفکر ارجاعی را در طول زمان حفظ کند و ماندگار باشد.

نتیجه حاصل از انجام پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی در کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران موثر بوده است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون ون دونزل و همکاران (۲۰۲۱)، صالحی (۱۳۹۹) و تاج فر و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: طرحواره‌های ناسازگار اولیه با توجه به ماهیتشان با فرسودگی شغلی رابطه دارند و آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره توانست باعث کاهش فرسودگی شغلی شود (استرا آروپ و همکاران، ۲۰۲۲). چند بعدی بودن رویکرد طرحواره محور در توجیه اثربخشی درمان طرحواره درمانی برکاهش فرسودگی شغلی نقش بسزایی ایفا می‌کند. در گروه درمانی طرحواره، افراد از طریق تکنیک‌های شناختی و به چالش کشیدن طرحواره‌ها (شواهد تاییدکننده و ردکننده) می‌فهمند که طرحواره نادرستی دارند و نباید به آنها به عنوان حقایق مطلق بنگرند، بلکه باید آنها را به صورت فرضیه هایی در نظر بگیرند که باید آزمون شوند (آرنتز و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره درمانی از طریق چالش با تسلیم طرحوارهای، اجتناب طرحواره‌ای و جبران افراطی، موجب می‌شود ذهنیت طرحواره‌ای مبتنی بر مقابله‌های سازگارانه‌تر جایگزین آن شود (برنشتاین و همکاران، ۲۰۲۲). می‌توان گفت که طرحواره درمانی از طریق راهکارهای درمانی توضیح داده شده در پکیج درمانی (مثل بستن قرار داد درمانی، آموزش راهبردهای شناختی، ارائه تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری، آموزش پاسخ‌های مقابله‌ای، گفتگوی خیالی و به چالش کشیدن طرحواره‌ها، تصویرسازی ذهنی، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار و تمرین رفتارهای سالم) باعث افزایش مثبت‌نگری، مسئولیت‌پذیری، کنترل تکانه‌ها و هیجان‌ها، رعایت حقوق دیگران، همکاری با سایر همکاران می‌گردد که این عوامل در کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران شده است.

به‌طورکلی نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش تفکر ارجاعی و فرسودی شغلی در پرستاران موثر بود. به طور کلی این درمان موجب شد که افراد نسبت به موقعیت، آگاه و هشیار باشند، احساسات و هیجان‌های خود را بشناسند، بنابراین از علت این احساسات باخبر شده و هیجان‌های خود را به شیوه سالم مدیریت کردند؛ پس این روش درمانی به‌عنوان یک روش درمانی کارآمد، کاربردی و مؤثر قابلیت استفاده و کاربرد در کارکنان مراکز و کلینیک‌های درمانی پرستاران در جهت کاهش فرسودگی شغلی و کاهش تفکر ارجاعی می باشد

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند و حجم پایین نمونه اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش قدرت تعمیم پذیری در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بالاتر استفاده شود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.11.8]

منابع

تاج فر، س؛ فیضی، س. (۱۳۹۹). تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر علائم افسردگی و بهزیستی روانشناختی پرستاران زن. *اولین همایش بین المللی مشاوره*. https://civilica.com/search/paper/

صالحی، ش. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی زناشویی و تاب آوری خانواده پرستاران متأهل. *پایان نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی https://ganj.irandoc.ac.ir

عرسین، ن؛ درویش، ح؛ اسماعیل زالی، م؛ نعمانی، ف. (۱۳۹۵). بررسی ابعاد فرسودگی شغلی در زنان شاغل (مورد مطالعه: زنان شاغل در جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران). *مجله علوم پیراپزشکی و بهداشت نظامی*، ۱۱(۴)، ۱۷-۸. URL: http://jps.ajaums.ac.ir/article-1-84-fa.html

غلامی راد، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز برشفقت بر سازگاری، تفکر ارجاعی و ساختار انگیزشی فرزندان طلاق در شهر کرمانشاه. *پایان نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی https://ganj.irandoc.ac.ir/ .

فرزین فر، ک؛ نجات، ح؛ دوستکام، م؛ توزنده جانی، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی- گفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی افراد مبتلابه لکنت. *مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا*، ۲۷(۴)، ۲۵۲-۲۳۹. https://www.sid.ir/fa/Journal

Agyapong, B., Obuobi-Donkor, G., Burback, L., & Wei, Y. (2022). Stress, burnout, anxiety and depression among teachers: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(17), 10706. https://www.mdpi.com/1660-4601/19/17/10706

Alenezi, S., Almadani, A., Al Tuwariqi, M., Alzahrani, F., Alshabri, M., Khoja, M., ... & Alzahrani, R. (2022). Burnout, Depression, and Anxiety Levels among Healthcare Workers Serving Children with Autism Spectrum Disorder. *Behavioral Sciences*, *12*(1), 15- 32. https://doi.org/10.3390/bs12010015

Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., ... & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, *79*(4), 287-299. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0010

Bernstein, D. P., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., De Vogel, V., Kersten, G. C., Lancel, M., ... & Arntz, A. (2021). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological medicine*, 1-15. DOI: https://doi.org/10.1017/S0033291721001161

Bernstein, D. P., Wijk-Herbrink, M. F. V., & Kersten, T. (2022). Forensic Schema Therapy and SafePath: Individual-and Milieu-Therapy Approaches for Complex Personality Disorders and Externalizing Behavior Problems. In *Clinical Forensic Psychology* (pp. 587-608). Palgrave Macmillan, Cham. https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjc.12324

Buchanan, R. (2019). Systems thinking and design thinking: The search for principles in the world we are making. *She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation*, *5*(2), 85-104. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405872618301370

Chang, C. Y., Panjaburee, P., Lin, H. C., Lai, C. L., & Hwang, G. H. (2022). Effects of online strategies on students' learning performance, self-efficacy, self-regulation and critical thinking in university online courses. *Educational technology research and development*, *70*(1), 185-204. https://doi.org/10.1007/s11423-021-10071-y

Chen, Y. J., & Lin, K. P. (2022). Association Among Work Characteristics, Role Transition, and Job Burnout in Nurse Practitioners in Taiwan. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, *59*, 00469580221081403. https://doi.org/10.1177/00469580221081403

de Mélo Silva Júnior, M. L., Valença, M. M., & Rocha-Filho, P. A. S. (2022). Individual and residency program factors related to depression, anxiety and burnout in physician residents–a Brazilian survey. *BMC psychiatry*, *22*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03916-0

Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in Psychology*, 6635. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.763670/full

Ehring, T. (2010). "The Preservative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content - independent measure of repetitive negative thinking". Journal Behave There Expel Psychiatry. 42(2), 225-232. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000579161000114X

Gabriel, K. P., & Aguinis, H. (2022). How to prevent and combat employee burnout and create healthier workplaces during crises and beyond. *Business Horizons*, *65*(2), 183-192. https://doi.org/10.1016/j.bushor.2021.02.037

He, Q., Fan, B., Xie, B., Liao, Y., Han, X., Chen, Y., ... & McIntyre, R. S. (2022). Mental health conditions among the general population, healthcare workers and quarantined population during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Psychology, health & medicine*, *27*(1), 186-198. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1867320

Jennings, J. M., Gold, P. A., Nellans, K., & Boraiah, S. (2022). Orthopaedic surgeons have a high prevalence of burnout, depression, and suicide: review of factors which contribute or reduce further harm. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, *30*(5), e528-e535. https://journals.lww.com/jaaos/Abstract/2022/03010

Jiang, S., Ren, Q., Jiang, C., & Wang, L. (2021). Academic stress and depression of Chinese adolescents in junior high schools: Moderated mediation model of school burnout and self-esteem. *Journal of Affective Disorders*, *295*, 384-389. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.085

Kang, M. J., & Myung, S. K. (2022). Effects of mindfulness-based interventions on mental health in nurses: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Issues in Mental Health Nursing*, *43*(1), 51-59. https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1949765

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.11.8]

Karanikas, N., Weber, D., Bruschi, K., & Brown, S. (2022). Identification of systems thinking aspects in ISO 45001: 2018 on occupational health & safety management. *Safety science*, *148*, 105671. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2022.105671

Kwak, E. J., Ji, Y. A., Baek, S. H., & Baek, Y. S. (2021). High levels of burnout and depression in a population of senior dental students in a school of dentistry in Korea. *Journal of Dental Sciences*, *16*(1), 65-70. https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.07.009

Lucas, G., Colson, S., Boyer, L., Inthavong, K., Haller, P. H., Lancon, C., ... & Fond, G. (2022). Risk factors for burnout and depression in healthcare workers: The national AMADEUS study protocol. *L'encephale*, *48*(3), 247-253. https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.06.001

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, *2*(2), 99-113. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, *52*(1), 397-422. https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397

McCade, D., Frewen, A., & Fassnacht, D. B. (2021). Burnout and depression in Australian psychologists: The moderating role of self-compassion. *Australian Psychologist*, *56*(2), 111-122. https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1890979

Meier, S. T., & Kim, S. (2022). Meta-regression analyses of relationships between burnout and depression with sampling and measurement methodological moderators. *Journal of Occupational Health Psychology*, *27*(2), 195. https://psycnet.apa.org/record/2021-30349-001

Mirshekari, H., & Kahrazei, F. The effectiveness of Group schema therapy training on quality of work life and job satisfaction of Sistan and Baluchestan Electricity Emergency Employees in 2020. https://ioh.iums.ac.ir/article-1-3243-en.pdf

Orgill, M., York, S., & MacKellar, J. (2019). Introduction to systems thinking for the chemistry education community. *Journal of Chemical Education*, *96*(12), 2720-2729. https://pubs.acs.org/doi/abs/10.1021/acs.jchemed.9b00169

Pacheco, C. S., & Herrera, C. I. (2021). A conceptual proposal and operational definitions of the cognitive processes of complex thinking. *Thinking skills and creativity*, *39*, 100794. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871187121000092

Pallich, G., Fischer, S., La Marca, R., grosse Holtforth, M., & Hochstrasser, B. (2022). Post-awakening salivary alpha-amylase as modulator of treatment response in patients with burnout and major depression. *Journal of psychiatric research*, *154*, 175-180. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.045

Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, *61*(3), 579-597.

Pilkington, P. D., Spicer, L., & Wilson, M. (2022). Schema therapists' perceptions of the influence of their early maladaptive schemas on therapy. *Psychotherapy Research*, 1-14. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10503307.2022.2038804

Rek, K., Kappelmann, N., Zimmermann, J., Rein, M., Egli, S., & Kopf-Beck, J. (2022). Evaluating the role of maladaptive personality traits in schema therapy and cognitive behavioural therapy for depression. *Psychological Medicine*, 1-10. https://doi.org/10.1017/S0033291722001209.

Saleh, S. E. (2019). Critical thinking as a 21st century skill: conceptions, implementation and challenges in the EFL classroom. *European Journal of Foreign Language Teaching*. https://www.oapub.org/edu/index.php/ejfl/article/view/2209

Schneider, J., Talamonti, D., Gibson, B., & Forshaw, M. (2022). Factors mediating the psychological well-being of healthcare workers responding to global pandemics: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, *27*(8), 1875-1896. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053211012759

Straarup, N. S., Renneberg, H. B., Farrell, J., & Younan, R. (2022). Group schema therapy for patients with severe anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*. https://doi.org/10.1002/jclp.23351

Vaičienė, V., Blaževičienė, A., Macijauskiene, J., & Sidebotham, M. (2022). The prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in the Lithuanian midwifery workforce and correlation with sociodemographic factors. *Nursing Open*, *9*(4), 2209-2216. https://doi.org/10.1002/nop2.948

Van Donzel, L., Ouwens, M. A., Van Alphen, S. P. J., Bouwmeester, S., & Videler, A. C. (2021). The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults–integrating positive schemas. *Contemporary Clinical Trials Communications*, *21*, 100715. https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100715

van Maarschalkerweerd, F. A., Engelmoer, I. M., Simon, S., & Arntz, A. (2021). Addressing the punitive parent mode in schema therapy for borderline personality disorder: Short-term effects of the empty chair technique as compared to cognitive challenging. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *73*, 101678. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101678

Zareei, M., Tabanejad, Z., Oskouie, F., Ebadi, A., & Mesri, M. (2022). Job burnout among nurses during COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, doi: 10.4103/jehp.jehp_797_21

Zetsche, U., Bürkner, P. C., & Schulze, L. (2019). Shedding light on the association between repetitive negative thinking and deficits in cognitive control–A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *63*, 56-65. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735817305421

Zhang, W., An, Y., Xiu, H., Dou, C., Wang, Z., Wei, Y., ... & Wei, H. (2022, January). Applying a psychological nursing care quality evaluation index in hospitalized patients: a pilot study. In *Nursing Forum* (Vol. 57, No. 1, pp. 26-33). https://doi.org/10.1111/nuf.12646

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.11.8]