

The Effect of Group Schema Therapy on Resilience, Hopelessness, and Mental Well Being in Patients with Chronic Pain in Hamadan

Shayan Koushanfar^{1*} , yalda Ebrahimi², Kamand Monadi³

1. M.A. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran
2. M.A. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran
3. M.A. in General Psychology, Department of General Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

ABSTRACT

Aim and background: Chronic pain can lead to reduced quality of life, increased stress, and impairment in daily functioning. Group-based therapeutic approaches, due to their social interaction and effectiveness in emotion regulation, can contribute to pain improvement. The present study aimed to examine the effect of group schema therapy on resilience, hopelessness, and mental well-being in patients with chronic pain in the city of Hamadan.

Material and Methods: This experimental research employed a pretest–posttest control group design with a follow-up stage. The statistical population consisted of all individuals suffering from chronic pain in Hamadan during the years 2023–2024. Sixty participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to two groups of 30 participants each. The experimental group received 10 sessions of group schema therapy, while the control group did not receive any intervention. Three months after the intervention ended, a follow-up assessment was conducted. Data were analyzed using repeated measures ANOVA with SPSS version 26.

Results: The findings indicated that group schema therapy had a significant effect on resilience, hopelessness, and mental well-being in patients with chronic pain in Hamadan. Moreover, results from the follow-up stage showed that the positive effects of group schema therapy on resilience, hopelessness, and mental well-being were sustained over time.

Conclusion: Group schema therapy, as a cognitive–emotional intervention focusing on the restructuring and modification of negative thought patterns, enhances resilience, improves mental well-being, and reduces hopelessness in patients with chronic pain.

Keywords: Schema Therapy, Resilience, Hopelessness, Mental Well-Being, Chronic Pain

►Please cite this paper as:

Koushanfar SH, Ebrahimi Y, Monadi K [The Effect of Group Schema Therapy on Resilience, Hopelessness, and Mental Well Being in Patients with Chronic Pain in Hamadan(Persian)]. J Anesth Pain 2026;16(4): 78-90.

Corresponding Author: Shayan Koushanfar, M.A. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

Email: shayankoushanfar.psy79@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۶، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴

تأثیر طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر تاب آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان

شایان کوشان فر^{۱*}، یلدا ابراهیمی^۲، کمند منادی^۳

۱. کارشناسی ارشد، گروه علمی روان‌شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
۲. کارشناسی ارشد، گروه علمی روان‌شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
۳. کمند منادی، کارشناسی ارشد، گروه علمی روانشناسی عمومی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۰

تاریخ بازبینی: ...

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی، افزایش استرس و اختلال در کارکردهای روزمره شود. رویکرد های مبتنی بر گروه درمانی به دلیل تعامل اجتماعی و کارایی در تنظیم هیجان‌ها می‌توانند به بهبودی درد کمک کنند. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر برتاب آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و همراه با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری کلیه مبتلایان به درد مزمن در شهر همدان در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره تقسیم شدند. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه طرحواره درمانی گروهی برگزار شد در صورتی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. ۳ ماه پس از اتمام مداخله مرحله پیگیری انجام گشت. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر توسط نرم افزار اماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

نتایج: یافته‌های این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر تاب آوری و ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان مؤثر است. همچنین با توجه به مرحله پیگیری تأثیر طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر تاب آوری و ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان ماندگار بود.

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی به شیوه گروهی به عنوان یک مداخله شناختی هیجانی با تمرکز بر بازنگری و تغییر قالب‌های فکری منفی تاب آوری را تقویت کرده و آسایش ذهنی را ارتقا می‌دهد و باعث کاهش ناامیدی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، تاب آوری، ناامیدی، آسایش ذهنی، درد مزمن

نویسنده مسئول: شایان کوشان فر، کارشناسی ارشد، گروه علمی روان‌شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

پست الکترونیک: shayankoushanfar.psy79@gmail.com

مقدمه

درد از نظر طول مدت به دو دسته حاد و مزمن تقسیم می شود. درد مزمن به دردی اطلاق می شود که بیش از سه تا شش ماه طول می کشد یا فرایند معمول بهبود درد را تحمل می کند و معمولاً با وجود درمان های مناسب تداوم می یابد^(۱). این نوع درد می تواند بافت آسیب دیده اولیه را به همراه داشته باشد یا بدون علت واضح جسمی مشخص گردد و بر زندگی روزمره، خواب و کار تاثیر منفی بگذارد. دلایل رایج آن شامل اختلالات عصبی-عضلانی، بیماری های مزمن مانند آرتریت، دردهای نوروپاتیک و عوامل روانی-اجتماعی است. درد یک تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و شامل دو بعد حسی و عاطفی می باشد^(۲). بعد حسی درد به شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه میکند اطلاق میشود. درد مزمن از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد تجربه شده توسط بیمار شدیداً آزار دهنده است^(۳). درد مزمن یکی از چالش های بهداشتی عمده است که با مواجهه مداوم با درد طولانی مدت می تواند به کاهش کیفیت زندگی، افت تاب آوری روانی و افزایش ناامیدی منجر شود. درد مزمن یکی از مسائل بهداشتی فراگیر است که تقریباً جمعیت زیادی را به طور دائم یا دوره ای تحت تاثیر قرار می دهد و می تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی، اختلال عملکرد اجتماعی و افزایش بار روانی گردد. بروز و شیوع درد مزمن نه تنها به جنبه های بیولوژیک و فیزیولوژیک مربوط است بلکه عوامل روانی-اجتماعی مانند تاب آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی نقش کلیدی در تجربه درد و تعامل فرد با درمان ایفا می کنند^(۴). عوامل روان شناختی مانند طرحواره های ناسازگار اولیه، مقابله ناکارآمد و هیجان های منفی می تواند به پایداری درد و اختلال سازگاری منجر شود. آسایش ذهنی به عنوان جنبه ای از رشد روان شناختی، در ادبیات علمی نظری و تجربی مورد توجه قرار گرفته است. آسایش ذهنی شامل شادی و حس هدفمندی و تعلق است که با وجود درد و رنج روانی می تواند باقی بماند^(۵). آسایش ذهنی بسیاری از جنبه های سلامت و عملکرد اجتماعی را پی ریزی کرده و به لحاظ اقتصادی مهم است. شاخص های بهزیستی پیرامون یک حالت مثبت هستند که منعکس کننده عملکرد اجتماعی و شغلی بهینه،

اعتماد به نفس، خود شکوفایی، فضیلت گرایی، روابط میان فردی رضایت بخش، شادی، خوش بینی، رضایت از زندگی یا انعطاف پذیری است^(۶). آسایش ذهنی به عنوان حالتی از سلامت روانی تعریف می شود که در آن فرد احساس آرامش عاطفی، رضایت از زندگی و توانایی سازگاری مؤثر با فشارهای روزمره را تجربه می کند^(۷). در زمینه پژوهش های مرتبط با درد مزمن، آسایش ذهنی نه تنها به کاهش استرس و اضطراب مرتبط با درد کمک می کند بلکه می تواند با بهبود کیفیت خواب، مشارکت در درمان های بازتوانی و میزان فعالیت روزانه رابطه ای مستقیم داشته باشد. با توجه به پیچیدگی رابطه بین درد مزمن و حالت های روانی، درک دقیق نقش آسایش ذهنی می تواند به طراحی مداخلات چندبعدی و بهبود نتایج بالینی منجر شود^(۸،۹). واژه تاب آوری به عوامل و فرایندهایی اطلاق می شود که خط سیر رشدی را از خطر به رفتارهای مشکل زا و آسیب روان شناختی قطع کرده و علیرغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه منتهی می گردد. مفهوم تاب آوری مبتنی بر این نظریه است که علیرغم آنکه برخی از افراد با عوامل خطر متعددی روبرو می شوند و در نتیجه احتمال بروز اختلال در آنها بیشتر است ولی دچار آن اختلال نمی شوند. برخی پژوهشگران معتقدند که به وجود آمدن تاب آوری ناشی از عواملی است که همانند یک سپر بلا افراد در معرض خطر را در برابر آثار سوء مواجهه با عوامل خطر محافظت می کنند. بعضی دیدگاه ها تاب آوری را به عنوان پاسخ به یک واقعه خاص و بعضی دیگر آن را به عنوان یک سبک مقابله ای پایدار در نظر می گیرند. پژوهش های متعدد همواره در پی این بوده اند که عواملی را کشف کنند که بتوانند در شرایط آسیب زا به کمک انسان آمده و مانع آسیب دیدگی و اضمحلال وی زیر فشار سنگین مسائل و مشکلات گردند^(۱۱). یکی از مهم ترین توانایی انسان که باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر میشود، تاب آوری است. در ضرورت تاب آور بودن، لازم است بدانی تاب آوری فرد را برای قرار گرفتن در مسیر درست رشد، حتی در شرایط دشوار بر می انگیزد، به بیان دیگر فرد تاب آور را می توان فردی مقاوم و انعطاف پذیر دانست که برای التیام دادن سریع، بهتر شدن، غلبه بر انواع چالش ها، فاجعه ها، بحران ها و

بخشد. مداخلات گروهی با فراهم سازی فضایی برای بازنمایی تجربیات درد توسط اعضای گروه، بازخوردهای هم گروهی و مدل سازی های جایگزین برای مقابله با طرحواره های ناسازگار، می توانند فرایندهای منجر به تاب آوری را تقویت و ناامیدی را کاهش داده و آسایش ذهنی را ارتقا دهند. در سال های اخیر مداخلات روان درمانی مبتنی بر طرحواره ها به عنوان رویکردی کارآمد در بهبود سازگاری، کاهش ناامیدی و افزایش آسایش ذهنی در جمعیت های مختلف بالینی مطرح شده اند. طرحواره درمانی گروهی، با استفاده از فرایندهای هم گرایی گروهی، همدلی، بازنگری طرحواره ها و یادگیری مهارت های مقابله ای، می تواند تعاملات اجتماعی و حمایت های گروهی را تقویت کرده و در نتیجه بهبود تاب آوری، کاهش احساس ناامیدی و افزایش آسایش ذهنی را تسهیل کن (۱۶). تیم تحقیقاتی حاضر نتوانسته است مطالعاتی را پیدا کند که به بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر روی مولفه های تاب آوری ناامیدی و آسایش ذهنی در افراد مبتلا به درد مزمن بپردازد. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثرات طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر برتاب آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان صورت گرفت.

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مراجعه کنندگان ۲۰ تا ۴۰ سال مبتلا به درد مزمن شهر همدان که در سال های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به بیمارستان بعثت همدان مراجعه کرده اند و تحت درمان دارویی قرار گرفته اند، بودند. ۳۵۷ نفر دارای پرونده با سابقه درد مزمن و تحت درمان دارویی به پژوهش دعوت شدند و از بین افراد متمایل به شرکت در پژوهش ۶۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت کنندگان در پژوهش به شکل تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. پیش آزمون در تمام گروه ها اجرا و سپس مداخله طرحواره درمانی به مدت ۱۰ جلسه در گروه آزمایش انجام شد. در این مدت گروه های گواه هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. در پایان مداخله، از تمامی گروه ها پس آزمون گرفته شد. بعد از

مشکلات فردی توانا می سازد. تاب آوری متعلق به افرادی است که در معرض عوامل خطر مشخص قرار می گیرند، تاب آوری آنها را در مقابل شکست افزایش می دهد و می توانند به آن خطرات غلبه کنند و از پیامدهای منفی نظیر بزهکاری و مشکلات رفتاری اجتناب نمایند. برخی تاب آوری را به عنوان فرایندی پویا در نظر می گیرند که باعث می شود زمانی که افراد با مسائل تنش زا و مشکلات مهم در زندگی روبرو می شوند رفتارهای مثبت انطباقی-تری از خود نشان دهند و این مؤلفه می تواند تأثیر به سزایی در رضایت یا نارضایتی داشته باشد (۱۲). ناامیدی به عنوان حالتی روان شناختی با احساس بی اثر بودن، فقدان ابزارهای کارآمد برای مقابله با مشکلات و انتظار منفی نسبت به آینده تعریف می شود. اهمیت اندازه گیری ناامیدی در این پژوهش از آن جهت است که ناامیدی می تواند واسطه ای کلیدی بین درد مزمن و کاهش تاب آوری باشد و پاسخ به مداخلات شناختی-رفتاری را تعدیل کند (۱۴، ۱۳). بررسی های پیشین نشان می دهند که طرحواره درمانی در قالب درمان های فردی برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب موثر بوده است. با این حال پژوهش های محدودی به بررسی اثرات طرحواره درمانی به شیوه گروهی روی تاب آوری و ناامیدی در بیماران درد مزمن اختصاص دارند. مداخله ُ گروهی طرحواره درمانی می تواند به کاهش ناامیدی و بهبود کلی وضعیت روانی و کیفیت زندگی بیماران کمک کند. طرحواره درمانی بر پایه نظریه طرحواره های کلان و کارکردهای شناختی و عاطفی فرد بنا شده است. این رویکرد با هدف تغییر طرحواره های منفی پایه ای مانند بی ارزشی، بی ثباتی، فقدان کنترل و فرایندهای اغما/اجتناب از تجربه های آسیب زا عمل می کند. مداخلات گروهی علاوه بر کاهش هزینه و افزایش دسترس پذیری می توانند با ایجاد هم ذات پنداری، همیاری و بازخورد اجتماعی اثرات درمانی را تقویت کنند. طرحواره درمانی به شیوه گروهی به عنوان یک رویکرد شناختی-هیجانی-تعاملی مبتنی بر مفهوم طرحواره های ناسازگار مادرزادی یا اکتسابی است که می توانند درک، تفسیر و پاسخ فرد به تجربه درد را شکل دهن (۱۵). این رویکرد، با تمرکز بر بازنویسی طرحواره های منفی و ایجاد استراتژی های مقابله کارآمدتر، ضمن بهبود فرایندهای سازگاری، می تواند اثرات منفی ناامیدی و کاهش آسایش ذهنی را بهبود

ناامیدی

مقیاس ناامیدی بک و همکاران (۱۹۷۴) جهت بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. از این مقیاس برای سنجش میزان یأس و ناامیدی آزمودنی‌ها استفاده می‌شود. این آزمون دارای ۲۰ جمله است که طرز فکر و روحیه فرد را بیان می‌کند. در پژوهش گودرزی، روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از آزمون همبستگی مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (۰) به معنای عدم پایداری، تا مثبت یک (۱+) به معنای پایایی کامل قرار می‌گیرد و هر چه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیکتر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می‌شود. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ناامیدی بک ۰/۷۹ بدست آمد که نشان دهنده پایایی خوب این ابزار است (۲۰).

آسایش ذهنی

مقیاس روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) برای بزرگسالان تهیه شده است. ضریب همسانی درونی زیر مقیاس‌های فرم کوتاه مقیاس آسایش ذهنی و همچنین ضریب همسانی درونی کل آزمون حدود ۰/۵۰ گزارش شده است. شواهد مربوط به اعتبار همگرایی آزمون آسایش ذهنی حاکی از آن است که شش عامل آسایش ذهنی با رضایت از زندگی، عزت نفس و اخلاقیات رابطه مثبت با افسردگی، شانس و منبع کنترل بیرونی رابطه منفی دارند (۲۱).

پروتکل طرحواره درمانی گروهی

گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره درمانی از پروتکل طرحواره درمانی (فارل، شاو و ویر، ۲۰۱۸؛ به نقل از کرد میرزا، نیکوزاده و همکاران، ۱۴۰۲) قرار گرفت (۲۲).

پایان یافتن پژوهش، بنا به رعایت اصل اخلاق در پژوهش، مداخله بر گروه کنترل اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، سپری شدن دست کم ۶ ماه از بروز علائم و تشخیص درد مزمن، پیروی از درمان دارویی مناسب و از زمان آغاز درمان، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه شرکت کننده از مداخله، دریافت مداخله روانشناختی دیگر در حین جلسات، عدم تمایل برای ادامه همکاری در پژوهش، وجود سایر اختلالات روان پزشکی و همچنین سابقه سایر اختلالات مغز و اعصاب بود. در پژوهش حاضر گروه آزمایش در مرکز مشاوره صدرا شهر همدان توسط کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی آموزش دیده و زیر نظر روان‌درمانگر تحت مداخله قرار گرفتند. انجام مرحله پیگیری ۳ ماه پس از اتمام مداخلات صورت پذیرفت.

ابزار

تاب‌آوری

این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون در سال (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است و شامل ۲۵ سؤال می‌باشد. برای هر سؤال طیف درجه‌بندی پنج گزینه‌ای «کاملاً نادرست» تا «همیشه درست» در نظر گرفته شده که عدد یک کاملاً نادرست و عدد پنج کاملاً درست نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس اگر چه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل نیز می‌باشد. اسدی و جعفری‌روشن (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات ۰/۸۸ به دست آمد. بررسی روایی سازه ۵ عامل را نشان داد با توجه به اعتبار و روایی مناسب پرسشنامه تاب‌آوری کانر - دیویدسون (۲۰۰۳) در دانش‌آموزان ایرانی پژوهشگران می‌توانند از آن استفاده کنند. در پژوهش حق‌رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای این پرسشنامه به دست آمد. بنابراین این ابزار از پایایی خوبی برخوردار است (۱۷، ۱۸، ۱۹).

جدول ۱: خلاصه طرحواره درمانی گروه

جلسه	محتوا	فعالیت
اول	معرفی و بیان قوانین گروه، ایجاد حس تعلق گروهی، بیان مشکلات اصلی با مراجعان در محیط درمان، مرور فعال کننده های طرحواره ها و ذهنیت ها	اجرای پیش آزمون و کاربرگ حباب امن
دوم	مرور نیازهای اساسی پنجگانه، ارتباط طرحواره ها و نیازها در محیط درمان، ایجاد تصویر سازی ذهنی از یک مراجع	بررسی شیوه های برآورده شدن نیازها در کودکی، حال حاضر و محیط درمان
سوم	بررسی فرمول بندی موردی از مشکل حال حاضر فرد، الگوی مرتبط و تکرار شوند، نیازهای دوران کودکی من، محیط اولیه عوامل زیستی، فعال کننده ها، ظرفیت بزرگسال سالم	بررسی ذهنیت ها و عوامل فعال کننده در محیط درمانی
چهارم	بررسی موقعیت هایی که ذهنیت فعال می شوند، نشانه های اصلی، احساسات، حس های بدنی، افکار، خاطرات، طرحواره ها و نیاز	سنجش سبک های مقابله ای در محیط درمان
پنجم	شناسایی پیغام های اصلی والد، بررسی شواهد تایید و رد ذهنیت والد، معرفی ذهنیت والد پر توقع، سرزنش گر، الفاکنده گناه و الفاکتر ترس	سنجش ذهنیت والد و اثر آن بر درمانگری
ششم	بررسی ظرفیت های بزرگسال سالم، رفتار جرات مندانه (فاصله گرفتن، خود مراقبتی و مواجهه)	تقویت دسترسی به ذهنیت بزرگسال
هفتم	شناسایی طرحواره ها و نیازهای مرتبط به ذهنیت های کودک، استفاده نمایش برای ارتباط با ذهنیت کودک	تکلیف داستان نویسی و مکالمه با ذهنیت کودک
هشتم	تصویر سازی کودک تنها در خیابان و کودک آسیب پذیر، بررسی افکار، احساسات، خاطرات، حس های بدنی و نیازهای کودک آسیب پذیر، آموزش مهرورزی و شفقت به خود	اجرای مهرورزی و شفقت به خود در راستای تسکین ذهنیت کودک آسیب پذیر
نهم	جاگذاری پیغام والد خوب با صداهای والد سرزنشگر، پر توقع، الفاکتر گناه و ترس	کار تجربی با تغییر ذهنیت ها
دهم	بازی و تفریح، پیدا کردن پیغام های والد خوب در مجلات، گفتن پیغام های والد خوب به یکدیگر	عملکرد ذهنیت ها در زندگی فعلی

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد ۳۰ نفر (۵۰ درصد) در گروه آزمایش طرحواره درمانی گروهی، ۳۰ نفر (۵۰ درصد) در گروه کنترل شرکت داشته‌اند. از مجموع ۶۰ نفر شرکت‌کننده‌ها از لحاظ جنسیت در هر دو گروه ۲۴ نفر (۴۰ درصد) مرد و ۳۶ نفر (۶۰ درصد) زن بوده‌اند. در هر دو گروه، ۱۳ درصد (۸ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۱۹ درصد (۱۱ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی، ۴۲ درصد (۲۵ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۲۶ درصد (۱۶ نفر) دارای تحصیلات دکتری بودند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیانگر تغییرات در متغیرهای تاب‌آوری، ناامیدی، آسایش ذهنی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیر بنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کلوموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون کلوموگروف اسمیرنوف برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است. نتایج آزمون

لون در متغیر تاب‌آوری و ناامیدی و آسایش ذهنی ($F > 0/05$) بدست آمد که مجموع نتایج نشان می‌دهد که سطح معناداری در تمام متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ است ($P > 0/05$) و خطای واریانس‌ها یکسان می‌باشند، لذا مفروضه یکسانی خطای واریانس‌ها برای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، همچنین بررسی شیب خط رگرسیون نشان می‌دهد که شیب خط رگرسیون بین متغیرهای همپراش و وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل یعنی گروه آزمایش و گروه کنترل یکسان است. و متغیرهای همپراش با متغیرهای مستقل رابطه ندارند. لذا پیش‌فرض بعدی استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون ام-باکس (۹۲/۷۶۱) بیشتر از مقدار سنجش ۰/۰۵ است. به عبارتی می‌توان گفت تفاوت بین کوواریانس‌ها معنادار نیست و پیش‌فرض برابری کوواریانس متغیرهای وابسته به منظور انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. پیش‌فرض بعدی بررسی کروی بودن ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته است که برای بررسی آن از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد که در این آزمون سطح معناداری در متغیرهای وابسته بیشتر از ۰/۰۵ است که به معنای کروی بودن ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته می‌باشد. شایان ذکر است برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ناامیدی	پیش‌آزمون	۷۳/۱۳	۴/۰۸	۷۲/۷۳	۳/۲۸
	پس‌آزمون	۳۵/۴۶	۶/۸۹	۶۸/۴۰	۶/۲۰
	پیگیری	۳۴/۹۳	۶/۹۷	۶۹/۸۰	۴/۱۰
آسایش ذهنی	پیش‌آزمون	۳۵/۱۳	۴/۶۸	۳۴	۴/۴۷
	پس‌آزمون	۴۶/۲۰	۵/۳۷	۳۵	۵/۱۴
	پیگیری	۴۶/۶۶	۵/۷۵	۳۵/۲۶	۴/۸۶
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۶۲/۴۶	۸/۸۳	۶۲/۷۳	۹/۱۴
	پس‌آزمون	۷۵/۰۶	۸/۵۵	۶۳/۷۳	۱۱/۸۸
	پیگیری	۷۵/۶۶	۱۰/۲۹	۶۲/۳۶	۱۱/۶۲

جدول ۳: آزمون چند متغیره برای بررسی آثار بین آزمودنی و درون آزمودنی (ناامیدی، آسایش ذهنی، تاب آوری)

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مربع اینتا		
بین آزمودنی	عرض از مبدا	اثر پیلایی	۰/۹۹۸	۳۷۳۷/۸۸۷	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹
		لامبدای ویلکز	۰/۰۰۲	۳۷۳۷/۸۸۷	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹
		اثر هوتلینگ	۴۳۱/۲۹۵	۳۷۳۷/۸۸۷	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹
		بزرگترین ریشه روی	۴۳۱/۲۹۵	۳۷۳۷/۸۸۷	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹
بین آزمودنی	گروه	اثر پیلایی	۰/۹۷۹	۳۹۹/۶۳۸	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
		لامبدای ویلکز	۰/۰۲۱	۳۹۹/۶۳۸	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
		اثر هوتلینگ	۴۶/۱۱۲	۳۹۹/۶۳۸	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
		بزرگترین ریشه روی	۴۶/۱۱۲	۳۹۹/۶۳۸	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
درون آزمودنی	عامل مکرر	اثر پیلایی	۰/۹۸۵	۲۴۸/۱۶۷	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
		لامبدای ویلکز	۰/۰۱۵	۲۴۸/۱۶۷	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
		اثر هوتلینگ	۶۴/۷۳۹	۲۴۸/۱۶۷	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
		بزرگترین ریشه روی	۶۴/۷۳۹	۲۴۸/۱۶۷	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
درون آزمودنی	کنش متقابل گروه و اندازه گیری مکرر	اثر پیلایی	۰/۹۸۲	۱۶۶/۴۱۵	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷
		لامبدای ویلکز	۰/۰۱۸	۱۶۶/۴۱۵	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷
		اثر هوتلینگ	۵۳/۰۸۴	۱۶۶/۴۱۵	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷
		بزرگترین ریشه روی	۵۳/۰۸۴	۱۶۶/۴۱۵	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷

جدول ۲ میانگین نمرات افراد در متغیر ناامیدی، آسایش ذهنی، تاب آوری را به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بیانگر تغییرات در متغیرهای ناامیدی، آسایش ذهنی، تاب آوری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است.

آن چیزی که در تحلیل واریانس چند متغیره برای طرح اندازه گیری مکرر در تفسیر نتایج برای فرضیه پژوهش تحقیق اهمیت دارد بررسی اثر کنش متقابل گروه و اندازه گیری مکرر است. همانطور که در جدول ۳ مشخص است، اندازه همه آزمون های چند متغیره برای اثر کنش متقابل گروه و اندازه گیری مکرر از نظر آماری معنی دار است. در جدول ۳ مشاهده می شود که همه آزمون های آماری نشان دهنده معنی دار بودن کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر برای

ناامیدی، تاب آوری، آسایش ذهنی است. با توجه به میانگین نمرات این سه بعد در سه مرحله سنجش مشخص می شود که طرحواره درمانی به شیوه گروهی موجب کاهش نمرات ناامیدی و افزایش نمرات تاب آوری، آسایش ذهنی در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و تعقیبی نسبت به گروه کنترل می شود. این نتیجه نشان دهنده این است که بین عامل گروهی و عامل مکرر اندازه گیری ناامیدی، تاب آوری، آسایش ذهنی کنش متقابل وجود دارد. وجود کنش متقابل به این معنی است که ترکیب خطی نمرات ناامیدی، تاب آوری، آسایش ذهنی در سه بار اندازه گیری (عامل مکرر) تحت تاثیر قرار گرفتن آن ها در گروه (آزمایش و کنترل) قرار دارد. به عبارت دیگر، نمرات ترکیب خطی ناامیدی، تاب آوری، آسایش ذهنی در گروه آزمایش در سه مرحله اندازه گیری تاثیر بیشتری نسبت به گروه کنترل می گیرد و این تاثیر از نظر آماری معنی دار است.

جدول ۴: آزمون های مقایسه ای

منبع	مقیاس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مربع اینا
کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر	نامیدی	۸۶۴۱/۷۵۶	۲	۴۳۲۰/۸۷۸	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		با فرض مفروضه کرویت					
		گرین هاوس- گیزر	۱/۶۳۵	۵۲۸۶/۷۴۳	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		هیون-فلت	۱/۷۸۴	۴۸۴۳/۷۵۶	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
تاب اوری		۸۶۴۱/۷۵۶	۱	۸۶۴۱/۷۵۶	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		پایین ترین باند					
		با فرض مفروضه کرویت	۲	۳۸۷/۴۷۸	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		گرین هاوس- گیزر	۱/۷۶۶	۴۳۸/۸۰۴	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
اسایش ذهنی		۷۷۴/۹۵۶	۱/۹۴۳	۳۹۸/۷۷۱	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		هیون-فلت					
		پایین ترین باند	۱	۷۷۴/۹۵۶	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		با فرض مفروضه کرویت	۲	۴۶۹/۳۰۰	۴/۳۱۶	۰/۰۱۸	۰/۱۳
		۹۳۸/۶۰۰	۱/۷۷۴	۵۲۹/۲۲۶	۴/۳۱۶	۰/۰۲۲	۰/۱۳
		گرین هاوس- گیزر					
		هیون-فلت	۱/۹۵۲	۴۸۰/۷۲۸	۴/۳۱۶	۰/۰۱۹	۰/۱۳
		پایین ترین باند	۱	۹۳۸/۶۰۰	۴/۳۱۶	۰/۰۴۷	۰/۱۳

جدول ۵: آزمون تی مستقل برای مقایسه نمرات متغیر ها در وهله های سنجشی بین گروه کنترل و آزمایش

متغیر ها	T	درجه آزادی	سطح معنی داری
پیش آزمون اسایش ذهنی	۰/۲۹۶	۲۸	۰/۷۷
پیش آزمون تاب اوری	۰/۶۷۷	۲۸	۰/۵۰
پیش آزمون نا امیددی	۰/۰۸۱	۲۸	۰/۹۳
پس آزمون اسایش ذهنی	۱۳/۷۴	۲۸	۰/۰۰۱
پس آزمون تاب اوری	۵/۸۳۲	۲۸	۰/۰۰۱
پس آزمون نا امیددی	-۵/۸۶	۲۸	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون اسایش ذهنی	۱۶/۶۸	۲۸	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون تاب اوری	۲/۹۹	۲۸	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون نا امیددی	-۳/۵۷	۲۸	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴ مشخص است که بین گروه و وهله اندازه گیری در نمرات نا امیددی ، تاب اوری، اسایش ذهنی عامل معنی داری وجود دارد. با توجه به نتایج آمار توصیفی مشخص است که بین دو گروه در نمرات پیش آزمون نا امیددی ، تاب اوری، اسایش ذهنی تفاوت معنی داری وجود ندارد. ولی در مرحله پس آزمون بین دو

گروه در نا امیددی ، تاب اوری، اسایش ذهنی تفاوت معنی داری وجود دارد. در مرحله پیگیری نیز بین دو گروه در نمرات نا امیددی ، تاب اوری، اسایش ذهنی تفاوت معنی داری وجود دارد. این امر حاکی از تاثیر گذاری طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر متغیر های پژوهش می باشد.

تقویت می‌کند که به‌طور مستقیم به افزایش تاب‌آوری و کاهش ناامیدی منجر می‌شود. شرکت‌کنندگان با بازنمایی‌های عاطفی و فکری‌شان در فضای امن گروهی، بازنمایی‌های ناسازگار را به چالش می‌کشند و استراتژی‌های مقابله مؤثرتری می‌آموزند، از جمله پذیرش درد، تنظیم هیجان و بازتعریف معنی زندگی بدون نقض ارزش‌های فردی. هدف طرحواره‌درمانی گروهی، بازتعریف این طرحواره‌ها با استفاده از تجربه‌های موفق گروهی، بازخورد هم‌گروهی و تمرین‌های رفتاری-احساسی است^(۲۸). در قالب گروه، شرکت‌کنندگان می‌آموزند که خطاهای شناختی را تشخیص دهند، با هم‌افزایی، به جای انزوای فردی، حمایت اجتماعی دریافت و تجربه پذیرش بدون نقض ارزش‌های فردی را کسب کنند. عضویت در گروه منجر به احساس تعلق، همدلی و تقویت هویت اجتماعی می‌شود که می‌تواند منبع حمایتی برای مدیریت درد باشد. این حمایت به کاهش پاسخ‌های استرسی محور درد و افزایش تاب‌آوری منجر می‌شود. مشاهده نحوه مقابله آموزی از هم‌گروهی‌ها، به ویژه کسانی که بهبود قابل‌توجهی نشان داده‌اند، باعث تقویت باورهای کارآمدی می‌شود. بازخورد سازنده از اعضای گروه، به ویژه در مواجهه با موقعیت‌های دردناک، به تثبیت رفتارهای کارآمد و کاهش الگوهای ناکارآمد کمک می‌کند. طرحواره درمانی گروهی با ارائه مهارت‌های تنظیم هیجان مثلاً پذیرش، تنفس آرام‌بخش، بازتعریف درد به افراد امکان می‌دهد تا واکنش‌های فیزیولوژیک-احساسی به درد را به سمت پاسخ‌های کمتر تهاجمی هدایت کنند. گروه با تمرین‌های معناگرا و هدفمندسازی مجدد فعالیت‌ها به افراد کمک می‌کند تا درد را در چارچوب هدف‌های فردی جای دهند، که این امر تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. تجربه حضور مداوم در گروه، به تقویت منابع داخلی مانند اعتماد به نفس و کنترل روانی همراه با ایجاد شبکه تماس و حمایت بیرونی منجر می‌شود. با افزایش خودکارآمدی و توانایی مدیریت بازخوردهای درد، افراد احساس کنترل بیشتری بر زندگی روزمره پیدا می‌کنند که به آسایش ذهنی می‌انجام^(۲۹).

افزایش ظرفیت مقابله و سازگاری با درد منجر به کاهش کشش روانی و افزایش آسایش ذهنی می‌شود. بهبود مهارت‌های مقابله و پذیرش باعث کاهش احساس بی‌گامی و ناامیدی در مواجهه با درد می‌شود. بهبود تاب‌آوری در نتیجه تشکیل شبکه حمایت اجتماعی،

با توجه به جدول ۵ مشخص است که نمرات ناامیدی کاهش محسوس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل پیدا می‌کند و نیز مشخص است که نمرات تاب‌آوری روند افزایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل پیدا می‌کند. همچنین مشخص است که نمرات آسایش ذهنی روند افزایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل پیدا می‌کند.

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر برتاب‌آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان بود. نتایج بیانگر تأثیر مثبت و معنادار طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر برتاب‌آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد. با توجه به مدت زمان مرحله پیگیری نیز می‌توان گفت طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر متغیرها دارای ماندگاری اثر می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر از حیث اثربخشی طرحواره درمانی به شیوه گروهی با یافته‌های کمال، شهابی زاده و آهی^(۳۳)، مقتدر و حلاج^(۳۴)، و لهی و لیم^(۳۵) و لی^(۳۶) همسو است. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت درد مزمن یکی از معضلات بهداشت عمومی است که نه تنها به‌خاطر شدت درد بلکه به دلیل اثرات دوگانه بر سلامت روانی، کیفیت زندگی و سازگاری فرد با محیط اطراف، بار روانی بالایی ایجاد می‌کند. ناامیدی، کاهش تاب‌آوری و احساس آسایش ذهنی پایین از پیامدهای رایج درد مزمن هستند که می‌توانند چرخه‌ای از افزایش درد، اختلال خواب، اضطراب و افسردگی را تقویت کند. درمان‌های روان‌درمانی مانند طرحواره‌درمانی، به‌ویژه به‌صورت گروهی، امکان ترکیب مداخلات شناختی-رفتاری با بازنمایی‌های عمیق‌تر طرحواره‌های ناکارآمد فردی را فراهم می‌کند و از طریق بازپروری الگوهای ناسازگار، تنظیم هیجان، و تقویت حمایت اجتماعی در گروه، می‌تواند به بهبود تاب‌آوری و آسایش ذهنی کمک کند. طرحواره‌درمانی با هدف تغییر طرحواره‌های بنیادین ناسازگار مانند بی‌ارزشی، ناایمن بودن، قطعیت‌ناپذیری است که در طول زندگی فرد شکل می‌گیرد و با درد مزمن تشدید می‌شود^(۳۷). در چارچوب گروهی، فرصت‌های هم‌تابی و همیاری بین شرکت‌کنندگان، حس حمایتی اجتماعی را

نتیجه‌گیری

طرحواره‌درمانی به شیوه گروهی، با هدف بازشناسی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار و با تعاملات گروهی حمایتی، می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری، کاهش ناامیدی و ارتقای آسایش ذهنی در بیماران درد مزمن شود. افزایش تاب‌آوری از طریق یادگیری مهارت‌های مقابله، تنظیم عاطفی و بازتعریف معنی زندگی، به‌همراه کاهش ناامیدی از طریق ایجاد تجربه‌های موفق گروهی و بازنمایی‌های مثبت‌تر از خویشتن، منجر به بهبود کلی وضعیت روانشناختی می‌گردد. آسایش ذهنی نیز با بهبود کنترل ادراکی درد، خواب مناسب‌تر و کاهش استرس‌های مزمن همراه است که با هم بهبود کیفیت زندگی را فراهم می‌آورد. بنابراین، اجرای مداخله طرحواره‌درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک گزینه کارآمد و قابل اجرا در درمان‌های ترکیبی درد مزمن در نظر گرفته شود.

منابع مالی

پژوهش حاضر فاقد حمایت مالی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان صمیمانه از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل دریافت رضایت-نامه آگاهانه، اطمینان به محرمانه بودن اطلاعات، بیان اصل رازداری و آزاد بودن آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش بود و در پایان نیز شرکت‌کنندگان از نتیجه پژوهش مطلع شدند. لازم به ذکر است این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.H.REC.1404.043 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام کردند که این مقاله هیچگونه تعارض منافی ندارد.

References

1. Langford DJ, Baron R, Edwards RR, Gewandter JS, Gilron I, Griffin PR, et al. What should be the entry pain intensity criteria for chronic pain clinical trials? An IMMPACT update. *Pain* 2023, 164(9): 1927-1930.
2. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc* 2016; 91(7): 955-970.

3. Sommer C, Rittner H. Pain research in 2023: towards understanding chronic pain. *Lancet Neurol* 2024; 23(1): 27-28.
4. Pandelani FF, Nnanile Nyalunga SL, Pandelani T. Chronic pain: The prevalence of chronic pain in patients attending Soshanguve Community Health Centre. *Canadian Journal of Pain* 2023; 1-22.
5. Farsham A and Shamsian M. (2022). The effectiveness of emotional schema therapy on anxiety levels, cognitive emotion regulation, and coping strategies in cancer patients, single participant study, 27(1) , 10-50. [In Persian]
6. Bayani A A, Goodarzi H ,Kouchaki A. (2008) .The relationship between dimensions of mental well-being and general health in students of Islamic Azad University, Azad Shahr Branch, Knowledge and Research in Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch (Isfahan) , 35-36- 153-164. [In Persian]
7. Bayani A. (2008) . Validity and reliability of the Riff Mental Well-being Scale Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Year 14, Issue 2. [In Persian]
8. Taheri M ,Yariari F, Sarami G and Adib Manesh M .(2017). The relationship between identity styles, happiness and mental well-being in students of Science and Research in Applied Psychology, 14(51), 72-82. [In Persian]
9. Zarean Z, Nazari F, Hezir Z and Alvandi P. (2018). Comparing the level of resilience in parents of normal children and parents of children with autism and examining the effectiveness of parenting education in improving resilience National Conference and Festival of Children with Special Needs. [In Persian]
10. Tanna V. Cunningham SJ, Simon P, Spunt SL, Schapira L, Simons LE, & Heathcote LC. (2021). Pain and intolerance of uncertainty among adolescent and young adult cancer survivors. *The Journal of Pain*, 22(5)- 611.
11. Tucker RP, Hagan CR, Hill RM, Slis ML, Bagge CL, Joiner Jr TE, et al. (2018). Empirical extension of the interpersonal theory of suicide: Investigating the role of interpersonal hopelessness. *Psychiatry Res*; 259: 427-32.
12. Ungar M, Theron L. (2020). Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*. 7(5):441-8.
13. Goodarzi M A. (2002). Investigating the validity and reliability of the Despair Scale One in a group of Shiraz University students *Journal of Social and Human Sciences*, Shiraz University, 18(2), 26-39. [In Persian]
14. Van Solinge, H, & Henkens, K. (2018). Subjective life expectancy and actual mortality: resultsof a 10-year panel study among older workers. *European Journal of Ageing*, 15,155-164.
15. Rizzo, Lawrence P. Nobet, Peter Lee, Dorstein, Don, Jay Young, Jeffrey (2012) *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Practical Guide for Professionals and Therapists* Translated by Reza Moludi, Sima Ahmadi, Ladan Fati, Tehran, Arjmand Publishing Year of Publication of the Work in the Original Language (2012).
16. Seif Hosseini A, Asadi Javanshir Sanagoo A and Khajovand Khoshli A. (2019). Comparison of the effectiveness of schema therapy based on group therapy and mindfulness-based stress reduction program on the resilience of mothers of children with cancer *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*. 62 (4).411-420. [In Persian]
17. Connor KM, Davidson JR. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*; 18 (2): 76-82.
18. Asadi S and Jafari Roshan M. (2014). Validity and reliability of the Kather-Davidson scale in Iranian students *International Conference on Behavioral Sciences and Social Studies*. [In Persian]
19. Haq Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A and Barman H. (2011) .Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children, 1(1), 180-189. [In Persian]
20. Beck, A. T. Weissman, A. Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6). 861.
21. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

22. Kord Mirza Nikozadeh E, Pir Hayati N, Agah H, Mojgan Najimi A. (1402). The effect of group schema therapy on early maladaptive schemas and occupational burnout of schema therapists. *Quarterly Scientific Journal of Occupational Psychology*, (112). [In Persian]
23. Kamal A, Al-Sadat Shahabizadeh F and Ahi G. (1401). The combined effectiveness of dialectical behavior therapy and schema therapy on emotion regulation and anxiety reduction. *Faiz Journal of Medical Sciences* 26 (5), 548-559.
24. Moqtaddar L, Hallaj L. (2018). Comparison of early maladaptive schemas of emotional alexithymia and happiness in women with and without marital conflicts *Clinical Journal of Nursing and Midwifery*, 7(2),145-138. [In Persian]
25. Lim, D., & Lee, Y. (2020). The effect of schema therapy on self-care, depression, and anxiety in patients with chronic pain. *Pain Management Nursing*, 21(3), 203-211.
26. Leahy, R. L (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 1-4.
27. Leahy, R. L. (2022). Emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(3), 575-580.
28. Totsika, V., Liew, A., Absoud, M., Adnams, C., & Emerson, E. (2022). Mental health problems in children with intellectual disability. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 6(6), 432-444.
29. Catabay CJ, Stockman JK, Campbell JC, Tsuyuki K. (2019). Perceived stress and mental health: The mediating roles of social support and resilience among black women exposed to sexual violence. *J Affect Disord*. 259:143-9.
30. Leustek, J., & Theiss, J. (2017): Family communication patterns that predict perceptions of upheaval and psychological well-being for emerging adult children following late-life divorce, *Journal of Family Studies*, 52 (23): 1-20.