

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 ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور 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 موثر 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 می‌شود. درد مزمن به دردی اطلاق می‌شود که بیش از سه تا شش ماه طول می‌کشد یا فرایند معمول بهبود درد را تحمل می‌کند و معمولاً با وجود درمان‌های مناسب تداوم می‌یابد^(۱). این نوع درد می‌تواند 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، بیماری‌های مزمن مانند آرتریت، دردهای نوروپاتی 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 می‌باشد^(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 چالش‌های بهداشتی عمده است که با مواجهه مداوم با درد طولانی مدت می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی، افت تاب‌آوری روانی و افزایش ناامیدی منجر شود. درد مزمن یکی از مسائل بهداشتی فراگیر است که تقریباً جمعیت زیادی را به طور دائم یا دوره‌ای تحت تاثیر قرار می‌دهد و می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی، اختلال عملکرد اجتماعی و افزایش بار روانی گردد. بروز و شیوع درد مزمن نه تنها به جنبه‌های بیولوژیک و فیزیولوژیک مربوط است بلکه عوامل روانی-اجتماعی مانند تاب‌آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی نقش کلیدی در تجربه درد و تعامل فرد با درمان ایفا می‌کنند^(۴). عوامل روان‌شناختی مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مقابله ناکارآمد و هیجان‌های منفی می‌تواند به پایداری درد و اختلال سازگاری منجر شود. آسایش ذهنی به عنوان جنبه‌ای از رشد روان‌شناختی، 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 می‌تواند باقی بماند^(۵). آسایش ذهنی بسیاری از جنبه‌های سلامت و عملکرد اجتماعی را پی ریزی کرده و به لحاظ اقتصادی مهم است. شاخص‌های 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 می‌شود که در آن فرد احساس آرامش عاطفی، رضایت از زندگی و توانایی سازگاری مؤثر با فشارهای روزمره را تجربه می‌کند^(۷). در زمینه پژوهش‌های مرتبط با درد مزمن، آسایش ذهنی نه تنها به کاهش استرس و اضطراب مرتبط با درد کمک می‌کند بلکه می‌تواند با بهبود کیفیت خواب، مشارکت در درمان‌های بازتوانی و میزان فعالیت روزانه رابطه‌ای مستقیم داشته باشد. با توجه به پیچیدگی رابطه بین درد مزمن و حالت‌های روانی، درک دقیق نقش آسایش ذهنی می‌تواند به طراحی مداخلات چندبعدی و بهبود نتایج بالینی منجر شود^(۸،۹). واژه تاب‌آوری به عوامل و فرایندهایی اطلاق می‌شود که خط سیر رشدی را از خطر به رفتارهای مشکل‌زا و آسیب روان‌شناختی قطع کرده و علیرغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه منتهی می‌گردد. مفهوم تاب‌آوری مبتنی بر این نظریه است که علیرغم آنکه برخی از افراد با عوامل خطر متعددی روبرو می‌شوند و در نتیجه احتمال بروز اختلال در آنها بیشتر است ولی دچار آن اختلال نمی‌شوند. برخی پژوهشگران معتقدند که به وجود آمدن تاب‌آوری ناشی از عواملی است که همانند یک سپر بلا افراد در معرض خطر را در برابر آثار سوء مواجهه با عوامل خطر محافظت می‌کنند. بعضی دیدگاه‌ها تاب‌آوری را به عنوان پاسخ به یک واقعه خاص و بعضی دیگر آن را به عنوان یک سبک مقابله‌ای پایدار در نظر می‌گیرند. پژوهش‌های متعدد همواره در پی این بوده‌اند که عواملی را کشف کنند که بتوانند در شرایط آسیب‌زا به کمک انسان آمده و مانع آسیب‌دیدگی و اضمحلال وی زیر فشار سنگین مسائل و مشکلات گردند^(۱۱). یکی از مهم‌ترین توانایی انسان که باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود، تاب‌آوری است. در ضرورت تاب‌آور بودن، لازم است بدانیم تاب‌آوری فرد را برای قرار گرفتن در مسیر درست رشد، حتی در شرایط دشوار بر می‌انگیزد، به بیان دیگر فرد تاب‌آور را می‌توان فردی مقاوم و انعطاف‌پذیر دانست که برای التیام دادن سریع، بهتر شدن، غلبه بر انواع چالش‌ها، فاجعه‌ها، بحران‌ها و

بخشد. مداخلات گروهی با فراهم‌سازی فضایی برای بازنمایی تجربیات درد توسط اعضای گروه، بازخوردهای هم‌گروهی و مدل سازی‌های جایگزین برای مقابله با طرحواره‌های ناسازگار، می‌توانند فرایندهای منجر به تاب‌آوری را تقویت و ناامیدی را کاهش داده و آسایش ذهنی را ارتقا دهند. در سال‌های اخیر مداخلات روان درمانی مبتنی بر طرحواره‌ها به عنوان رویکردی کارآمد در بهبود سازگاری، کاهش ناامیدی و افزایش آسایش ذهنی در جمعیت‌های مختلف بالینی مطرح شده‌اند. طرحواره درمانی گروهی، با استفاده از فرایندهای هم‌گرایی گروهی، همدلی، بازنگری طرحواره‌ها و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای، می‌تواند تعاملات اجتماعی و حمایت‌های گروهی را تقویت کرده و در نتیجه بهبود تاب‌آوری، کاهش احساس ناامیدی و افزایش آسایش ذهنی را تسهیل کند (۱۶). تیم تحقیقاتی حاضر نتوانسته است مطالعاتی را پیدا کند که به بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر روی مولفه‌های تاب‌آوری 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 پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مراجعه‌کنندگان ۲۰ تا ۴۰ سال مبتلا به درد مزمن شهر همدان که در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به بیمارستان بعثت همدان مراجعه کرده‌اند و تحت درمان دارویی قرار گرفته‌اند، 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 نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش به شکل تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. پیش‌آزمون در تمام گروه‌ها اجرا و سپس مداخله طرحواره درمانی به مدت ۱۰ جلسه در گروه آزمایش انجام شد. در این مدت گروه‌های گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. در پایان مداخله، از تمامی گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد. بعد از

مشکلات فردی توانا می‌سازد. تاب‌آوری متعلق به افرادی است که در معرض عوامل خطر مشخص قرار می‌گیرند، تاب‌آوری آنها را در مقابل شکست افزایش می‌دهد و می‌توانند به آن خطرات غلبه کنند و از پیامدهای منفی نظیر بزهکاری و مشکلات رفتاری اجتناب نمایند. برخی تاب‌آوری را به عنوان فرایندی پویا در نظر می‌گیرند که باعث می‌شود زمانی که افراد با مسائل تنش‌زا و مشکلات مهم در زندگی روبرو می‌شوند رفتارهای مثبت انطباقی-تری از خود نشان دهند و این مؤلفه می‌تواند تأثیر به‌سزایی در رضایت یا نارضایتی داشته باشد (۱۲). ناامیدی به‌عنوان حالتی روان‌شناختی با احساس بی‌اثر بودن، فقدان ابزارهای کارآمد برای مقابله با مشکلات و انتظار منفی نسبت به آینده تعریف می‌شود. اهمیت اندازه‌گیری ناامیدی در این پژوهش از آن جهت است که ناامیدی می‌تواند واسطه‌ای کلیدی بین درد مزمن و کاهش تاب‌آوری باشد و پاسخ به مداخلات شناختی-رفتاری را تعدیل کند (۱۳، ۱۴). بررسی‌های پیشین نشان می‌دهند که طرحواره‌درمانی در قالب درمان‌های فردی برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب موثر بوده است. با این حال پژوهش‌های محدودی به بررسی اثرات طرحواره‌درمانی به شیوه گروهی روی تاب‌آوری و ناامیدی در بیماران درد مزمن اختصاص دارند. مداخلهٔ گروهی طرحواره‌درمانی می‌تواند به کاهش ناامیدی و بهبود کلی وضعیت روانی و کیفیت زندگی بیماران کمک کند. طرحواره‌درمانی بر پایه نظریه طرحواره‌های کلان و کارکردهای شناختی و عاطفی فرد بنا شده است. این رویکرد با هدف تغییر طرحواره‌های منفی پایه‌ای مانند بی‌ارزشی، بی‌ثباتی، فقدان کنترل و فرایندهای اغما/اجتناب از تجربه‌های آسیب‌زا عمل می‌کند. مداخلات گروهی علاوه بر کاهش هزینه و افزایش دسترس‌پذیری می‌تواند با ایجاد هم‌ذات‌پنداری، همیاری و بازخورد اجتماعی اثرات درمانی را تقویت کنند. طرحواره درمانی به شیوه گروهی به عنوان یک رویکرد شناختی-هیجانی-تعاملی مبتنی بر مفهوم طرحواره‌های ناسازگار مادرزادی یا اکتسابی است که می‌توانند درک، تفسیر و پاسخ فرد به تجربه درد را شکل دهند (۱۵). این رویکرد، با تمرکز بر بازنویسی طرحواره‌های منفی و ایجاد استراتژی‌های مقابله کارآمدتر، ضمن بهبود فرایندهای سازگاری، می‌تواند اثرات منفی ناامیدی و کاهش آسایش ذهنی را بهبود

نا امیددی

مقیاس ناامیدی بک و همکاران (۱۹۷۴) جهت بررسی و اندازه-گیری 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

تاب آوری

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

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

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی 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 شرکت کننده‌ها 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 پایین تر، 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 پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بیانگر تغییرات در متغیرهای تاب آوری، 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 اسمیرونوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نرمات استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون کلوموگروف اسمیرونوف برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است. نتایج آزمون

لون در متغیر تاب آوری 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 پیش فرض 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 پیش فرض برابری کوواریانس متغیرهای وابسته به منظور انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. پیش فرض بعدی بررسی کروی بودن ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته است که برای بررسی آن از آزمون کروییت 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 نرم افزار 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	پیش آزمون	۷۳/۱۳	۴/۰۸	۷۲/۷۳	۳/۲۸
	پس آزمون	۳۵/۴۶	۶/۸۹	۶۸/۴۰	۶/۲۰
	پیگیری	۳۴/۹۳	۶/۹۷	۶۹/۸۰	۴/۱۰
آسایش ذهنی	پیش آزمون	۳۵/۱۳	۴/۶۸	۳۴	۴/۴۷
	پس آزمون	۴۶/۲۰	۵/۳۷	۳۵	۵/۱۴
	پیگیری	۴۶/۶۶	۵/۷۵	۳۵/۲۶	۴/۸۶
تاب آوری	پیش آزمون	۶۲/۴۶	۸/۸۳	۶۲/۷۳	۹/۱۴
	پس آزمون	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)

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

جدول ۲ میانگین نمرات افراد در متغیر ناامیدی، آسایش ذهنی، 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 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 متغیر های 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

جدول ۴: آزمون های مقایسه ای

منبع	مقیاس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مربع ایتم
کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر	نامیدی	با فرض مفروضه کرویت	۲	۴۳۲۰/۸۷۸	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		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 آوری	نامیدی	پایین ترین باند	۱	۸۶۴۱/۷۵۶	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		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	نامیدی	هیون-فلت	۱/۹۴۳	۳۹۸/۷۷۱	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		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
اسایش ذهنی	نامیدی	گرین هاوس- گیزر	۱/۷۷۴	۵۲۹/۲۲۶	۴/۳۱۶	۰/۰۲۲	۰/۱۳
		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 آوری	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 آوری	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 آوری	۲/۹۹	۲۸	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون نا امیددی	-۳/۵۷	۲۸	۰/۰۰۱

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

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

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 دریافتند 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. طرحواره‌درمانی 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 طرحواره‌درمانی 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 طرحواره‌درمانی 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 طرحواره‌درمانی به شیوه گروهی برمتغیرها دارای ماندگاری اثر می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر از حیث اثربخشی طرحواره‌درمانی به شیوه گروهی با یافته‌های کمال، شهبابی زاده و آهی^(۲۳)، مقتدر و حلاج^(۲۴)، و لهی و لیم^(۲۵) و لی^(۲۶) 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^(۲۷). 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، به همراه 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. ملاحظیات 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

- 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.
- 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, Slish 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: results of 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.