

Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Schema Therapy on Alexithymia and Death Anxiety of Intensive Care Unit Nurses

Parisa Hosseinzade Ghannad¹, Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi^{2*}, Shahrbanoo Aali³

1- Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Corresponding author: Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi, Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Email: ghanbarih@um.ac.ir

Received: 14 Sep 2024

Accepted: 19 Jan 2025

Abstract

Introduction: Intensive care unit nurses are exposed to numerous psychological disorders, including alexithymia and death anxiety, due to their continuous exposure to complex and stressful conditions. Therefore, the present study was conducted to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on alexithymia and death anxiety of intensive care unit nurses.

Methods: The method of the present study was a semi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the present study was the nurses of Imam Hossein Hospital in Shahrood City working in the intensive care unit in 1403. Of these, 45 nurses were selected by convenience sampling and randomly assigned to three schema therapy, emotion-focused, and control groups. The intervention groups received treatment in eight sessions weekly, and the control group did not receive any intervention. The Toronto Alexithymia Scale (TAS) and Templer Death Anxiety Scale (DAS) were used to collect data. Data analysis from this study was performed using SPSS-27 software and univariate and multivariate analysis of covariance.

Results: The data showed that alexithymia significantly decreased in emotion-focused therapy ($F=0.01$, $p<0.001$) and schema therapy ($F=0.01$, $p<0.008$). Death anxiety also significantly improved in emotion-focused therapy ($F=0.01$, $p<0.001$) and schema therapy ($F=0.01$, $p<0.001$). From the comparison of the two treatment methods, it can be concluded that emotion-focused therapy was more effective than schema therapy in reducing alexithymia in intensive care unit nurses ($P<0.001$), and no significant difference was observed between the two groups regarding death anxiety ($P<0.001$).

Conclusions: Considering the effectiveness of emotion-focused therapy compared to schema therapy, it can be concluded that emotion-focused therapy can be used as a more effective treatment in the treatment of alexithymia in intensive care unit nurses.

Keywords: Schema Therapy, Emotion-Focused Therapy, Emotional Alexithymia, Death Anxiety, Intensive Care Nurses.

مقایسه تأثیر درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر الکسیتمیا و اضطراب مرگ پرستاران بخش مراقبت های ویژه

پریسا حسین زاده قناده^۱، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی^{۲*}، شهربانو عالی^۳

۱- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۲- استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۳- استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

نویسنده مسئول: بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

ایمیل: ghanbarih@um.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۲۴

چکیده

مقدمه: پرستاران بخش مراقبت های ویژه به دلیل مواجهه مداوم با شرایط پیچیده و استرس زا، در معرض تجربه اختلالات روان شناختی متعددی از جمله الکسیتمیا و اضطراب مرگ قرار دارند. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر الکسیتمیا و اضطراب مرگ پرستاران بخش مراقبت های ویژه انجام گرفت. **روش کار:** روش پژوهش حاضر نیمه تجربی پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش حاضر پرستاران بیمارستان امام حسین (ع) شهرستان شاهرود مشغول به کار در بخش مراقبت های ویژه در سال ۱۴۰۳ بودند. از این میان تعداد ۴۵ پرستار به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه طرحواره درمانی، هیجان مدار و شاهد جایگزین شدند. گروه های مداخله درمان را طی هشت جلسه به صورت هفتگی، دریافت نمودند و گروه شاهد نیز هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. از پرسشنامه های ناگویی هیجانی تورنتو- (AST) و اضطراب مرگ تمپلر (DAS) برای جمع آوری داده ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده های حاصل از این پژوهش با نرم افزار SPSS-27 و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره صورت گرفت.

یافته ها: داده ها نشان داد ناگویی هیجانی در درمان هیجان مدار ($F=91/17, p<0/01$) و طرحواره درمانی ($F=24/08, p<0/01$) کاهش معناداری داشته است. اضطراب مرگ نیز در درمان هیجان مدار ($F=128/42, p<0/01$) و طرحواره درمانی ($F=70/34, p<0/01$) بهبودی معناداری داشته است. از مقایسه دو روش درمان نیز می توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار نسبت به طرحواره درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی پرستاران بخش مراقبت های ویژه اثربخشی بیشتری داشته است ($P<0/001$) و درمورد اضطراب مرگ تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($P>0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به اثر بخشی درمان هیجان مدار نسبت به طرحواره درمانی می توان نتیجه گرفت که در درمان ناگویی هیجانی پرستاران بخش مراقبت های ویژه درمان هیجان مدار به عنوان درمانی با تأثیر بالاتر می تواند مورد استفاده قرار بگیرد.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، درمان هیجان مدار، ناگویی هیجانی، اضطراب مرگ، پرستاران مراقبت های ویژه.

مقدمه

پرستاران به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی، نقش مهمی در تضمین رفاه بیماران دارند. توانایی آن ها در ارائه مراقبت با کیفیت، به طور مستقیم با سلامت روان، رضایت شغلی و کیفیت زندگی آن ها رابطه دارد. اولویت قرار دادن سلامت روان و کیفیت زندگی پرستاران نه تنها ارزش ذاتی آن ها را به عنوان یک فرد انسانی به رسمیت می شناسد بلکه همچنین حافظ سلامت و تندرستی اعضای دیگر جامعه است (۱).

واحد مراقبت های ویژه (Intensive Care Unit-ICU) محیط کاری بسیار پر استرسی است که پرستاران را برای مدت طولانی در معرض تجربه استرس قرار می دهد و می تواند منجر به بروز نشانه های بالینی قابل توجهی شود (۲). قرار گرفتن در معرض اضطراب بالا، عوارضی نظیر کاهش اشتها، سرگیجه، اختلال خواب و مشکلات گوارشی نظیر حالت تهوع را به همراه دارد. اضطراب بالایی می تواند همچنین با مکانیسم های مقابله ای منفی مانند افزایش مصرف الکل یا مواد مخدر و افزایش افکار آسیب زدن به خود یا دیگری، همراه باشد و عملکرد و رضایت شغلی پرستاران را به شدت تحت تاثیر قرار دهد (۳). این درحالی است که پرستاران بخش مراقبت های ویژه ICU به طور مکرر در معرض استرس های مربوط به کار قرار می گیرند (۴).

یکی از موضوعاتی که این پرستاران با آن مواجه می شوند، اضطراب مرگ (Death Anxiety) است. اضطراب مرگ شامل ترس از روند مرگ، پایان وجود، ناشناخته های پس از مرگ و یا ترس از مرگ افراد مهم زندگی است (۵، ۶). اضطراب مرگ تنشی همگانی است که در برخی مشاغل از جمله پرستاری به صورت روزانه تجربه می شود و عدم توجه به آن می تواند به مشکلات روانی، نارضایتی شغلی و کاهش کیفیت مراقبت منجر شود (۷). پرستاران بخش مراقبت های ویژه به دلیل ارتباط نزدیک با بیماران بدحال، و نقش واسطه ای آن ها در رابطه بین خانواده و بیمار، اضطراب بیشتری را تجربه می کنند (۸). اجتناب از تعامل با بیماران در حال مرگ و گفتگو با آن ها سبکی اجتنابی برای مقابله با این اضطراب است (۹). این درحالی است که افراد در آستانه مرگ اغلب دوست دارند در مورد مرگ با پرستاران و مراقبان گفتگو کنند (۱۰).

بر اساس پژوهش هایی که در ایران انجام شده است، ۳۹ درصد از پرستاران بخش مراقبت های ویژه، اضطراب

مرگ متوسط تا شدید را تجربه می کنند و ۷/۶۸ درصد آن ها از سطوح بالای اضطراب مرگ رنج می برند (۱۱، ۱۲). کمبود منابع انسانی، شیفت های مستمر، حجم کاری بالای پرستاران بخش ICU را می توان از دلایل احتمالی سطح بالای اضطراب مرگ در پرستاران ذکر کرد (۱۳). بنابراین، شناسایی اضطراب مرگ و عوامل مرتبط با آن در مراقبت های ویژه به دلیل تأثیر بالقوه بر عواقب سلامتی پرستاران و بیماران بسیار مهم است (۱۴).

علاوه بر استرس محیط شغلی، عوامل فردی مربوط به پرستاران موجب می شود تجربه متفاوتی داشته باشند. یکی از مهمترین عوامل فردی، توانایی ابراز هیجان و یا در مقابل، ناگویی هیجانی (Alexithymia) است. این ویژگی به ناتوانی در پردازش اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها اشاره دارد و سازه ای چند وجهی شامل: مشکل در شناسایی احساسات خود و دیگران و جهت گیری فکری بیرونی است. افراد الکسی تایمیک قادر به توصیف عاطفه خود با جزئیات نیستند و احساسات خود را با استفاده از کلمات یا تصاویر و یا با اشاره به آن ها بیان می کنند (۱۵). بنابراین، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در مدیریت سیستم عاطفی - شناختی خود و مقابله با موقعیت های استرس زا شکست می خورند و این باعث تقویت احساس بی کفایتی و ناکافی بودن و تشدید احساسات منفی اضطراب و افسردگی می شود (۱۶). محققان عموماً معتقدند که ناگویی هیجانی یک ویژگی شخصیتی است که توانایی افراد برای همدلی را مختل می کند و مواجهه با مشکلات ارتباطی را اجتناب ناپذیر می نماید (۱۷).

مطالعات نشان داده است که بروز ناگویی هیجانی در افراد سالم ۱۰ درصد و در پرستاران ۲۶ درصد است (۱۸). شیوع بالای ناگویی هیجانی در پرستاران تحت تأثیر عوامل شغلی نظیر ساعات کار طولانی، حجم کاری زیاد، و قرار گرفتن در معرض شرایط ناراحت کننده احساسی نیز قرار دارد. موقعیت های چالش برانگیزی که برای پرستاران ایجاد می شود، می تواند ابراز و پردازش هیجانانشان را دشوار کند (۱۹). دوام این شرایط موجب بروز اختلالات خواب، اختلالات خلقی، خستگی مفرط و فرسودگی شغلی می شود (۲۰). پژوهش ها نشان می دهد که شیوع بالای ناگویی هیجانی در میان پرستاران ICU در حال تبدیل شدن به یک مشکل بهداشت روانی مهم است. بنابراین یافتن مداخلاتی برای کاهش سطح ناگویی هیجانی، ضروری است (۲۱).

دانش حرفه ای که در نتیجه این پژوهش حاصل خواهد شد درمانگران را در انتخاب رویکرد درمانی مناسب تر برای پرستاران رهنمود می کند. و بینشی را فراهم می کند که در نتیجه آن نیازهای منحصر به فرد افراد در مشاغل پرسترس دیگر نظیر امدادگران اورژانس و... بیشتر مورد توجه قرار گیرد و بهتر نیز پاسخ داده شود. از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار با طرحواره درمانی بر ناگویی هیجانی و اضطراب مرگ پرستاران بخش مراقبت های ویژه است.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با دو گروه مداخله و یک گروه شاهد بود و از طرح پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. روش نمونه گیری آن داوطلبانه و در دسترس غیر تصادفی بود. جامعه آماری این مطالعه را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود در بهار و تابستان ۱۴۰۳ تشکیل دادند. پس از اطلاع رسانی از طریق ناظر بخش های مراقبت ویژه، ۷۱ نفر داوطلب شدند. مصاحبه اولیه با پرستاران انجام شد در مصاحبه معیار های ورود به پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. از بین افراد داوطلب ۴۵ نفر که دارای شرایط ورود و نمرات متوسط در مقیاس اضطراب مرگ و ناگویی هیجانی بودند، انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). نظر متخصصان بر این است که در استفاده از روش های تجربی و نیمه تجربی حجم نمونه مناسب ۱۵ نفر برای هر گروه است (۲۸). معیارهای ورود به پژوهش شامل: سن بالاتر از ۲۴ سال، نمره اضطراب مرگ متوسط، نمره پایین تر از میانگین ناگویی هیجانی، گذشت بیش از شش ماه از شروع اشتغال به پرستاری در بخش ICU بیمارستان، عدم استفاده از سایر روان درمانی ها به صورت همزمان و تمایل به همکاری بود و معیارهای خروج نیز غیبت بیش از یک جلسه، بارداری و یا شیردهی و سوء مصرف مواد بود.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithyma Scale - TAS): این آزمون توسط (Bagby) و همکاران (۲۹) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد تهیه شده است و دارای ۲۰ ماده است. و ۳ خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی دارد. نمره گذاری بر مبنای طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) انجام می شود. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰

از جمله رویکردهای درمانی که به اضطراب و ناگویی هیجانی می پردازد، رویکرد هیجان مدار است که رویکردی ساختار یافته و کوتاه مدت بوده و در فرایند آن هیجانات، پردازش و تنظیم می شوند تا به پاسخ های سازگارتری تبدیل شوند (۲۲). درمان هیجان مدار با استفاده از تشخیص چرخه های تشکیل دهنده رفتار و عمق بخشیدن به تجربه های هیجانی، به کاهش چرخه های رفتار ناسازگار می پردازد (۲۳،۲۴)، علت نامگذاری این رویکرد با نام هیجان مدار تمرکز ویژه این رویکرد بر اهمیت هیجانات و ارتباطات هیجانی در سازمان دهی الگوهای تعاملی است. انتخاب درمان هیجان مدار به عنوان مداخله درمانی در این پژوهش به علت تمرکز این درمان بر شناسایی، پردازش، مدیریت و مفهوم سازی آگاهی هیجانی، آگاهی پیدا کردن از نشانه های اضطراب، تبدیل هیجانات در راستای تغییر تجربه هیجانی و حالات روانی مثبت است (۲۵،۲۶).

شواهد پژوهشی نشان داده است که طرحواره درمانی در بهبود ناگویی هیجانی مؤثر است. طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک های مختلف به اصلاح طرحواره های ناکارآمد می پردازد و میزان استفاده از طرحواره های هیجانی کارآمد را افزایش می دهد. افراد مختلف از نظر تفسیر و ارزیابی هایی که از تجارب هیجانی خود به عمل می آورند، متفاوت بوده و با راهبردهای مختلفی از جمله اجتناب، راهبردهای شناختی و راهبردهای اعتباریابی مختلف با هیجان های خود مقابله کنند (۲۹).

هدف هر دو روش درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی، بهبود تنظیم هیجان و افزایش تاب آوری افراد است اما در مبانی نظری و تکنیک های درمانی تفاوت چشمگیری دارند. درمان هیجان مدار بر کمک به افراد برای شناسایی، تجربه، پردازش احساسات خود و افزایش آگاهی هیجانی در محیطی ایمن تمرکز دارد در حالی که طرحواره درمانی الگوهای عمیق تفکر، احساسات و رفتار را هدف قرار می دهد. مقایسه این دو رویکرد به دلیل نیاز به شناسایی مؤثرترین روش برای پرداختن به چالش های روانشناختی ویژه پرستاران است. در حالی که هر دو روش درمانی در درمان اختلالات عاطفی مختلف، کارایی خود را نشان داده اند اما اثربخشی نسبی آن ها در کاهش ناگویی هیجانی و اضطراب مرگ مراقبان سلامت که با استرس بالایی رو به رو هستند، تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است. وجود این خلاء پژوهشی، ضرورت مطالعه فعلی را مطرح می نماید.

است و سه سطح ناگویی پایین (۲۰-۴۰)، ناگویی متوسط (۴۰-۶۰) و ناگویی بالا (۶۰-۱۰۰) را شامل می شود. در مطالعه بشارت روایی همزمان با پرسشنامه های بهزیستی و درماندگی روانشناختی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل ناگویی هیجانی و خرده مقیاس های آن ۰/۴۲ تا ۰/۸۵ محاسبه شد که بیانگر همسانی درونی خوب این ابزار است. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه نیز ۰/۷۷ احتساب شده است (۳۰).

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (Death Anxiety Scale- DAS): این ابزار توسط (Templer) در سال ۱۹۷۰ به منظور اندازه گیری اضطراب مرگ تدوین شده است و ۱۵ گویه دارد و آزمودنی ها پاسخ خود را با بله و خیر مشخص می نمایند که بر حسب نوع پاسخ نمره یک و یا صفر به آن تعلق می گیرد. نمره صفر بیانگر عدم وجود اضطراب و نمره ۱۵ بالاترین میزان اضطراب مرگ است. نمرات در سه سطح خفیف (۶-۰)، متوسط (۹-۷) و شدید (۱۰-۱۵) طبقه بندی می شوند. در مطالعه (Templer) (۳۱) ضریب بازآزمایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و روایی همزمان آن بر مبنای همبستگی با شاخص اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با شاخص افسردگی ۰/۴۰ به دست آمده است. بررسی پایایی و روایی این مقیاس در ایران توسط رجیبی و بحرانی

انجام شده است. برای روایی پرسشنامه اضطراب مرگ از پرسشنامه های نگرانی مرگ و اضطراب آشکار استفاده شد و ضریب همبستگی اضطراب مرگ با هردو به ترتیب برابر ۰/۴۰ و ۰/۴۳ به دست آمد. همچنین پایایی این ابزار با روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۲).

برای اجرا پژوهش در ابتدا فراخوان مربوط به شرکت داوطلبانه در پژوهش در بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود اطلاع رسانی شد. از بین افراد داوطلب افرادی که دارای شرایط ورود بودند به صورت هدفمند انتخاب شدند ۴۵ نفر انتخابی بصورت گمارش تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. افراد به صورت گمارش تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه های مداخله تحت طرحواره درمانی گروهی و درمان هیجان مدار گروهی قرار گرفتند. گروه شاهد مداخله ای دریافت نمود. ابتدا از تمام افراد پیش آزمون گرفته شد، سپس درمان هیجان مدار به شیوه گروهی برای گروه مداخله ۱ و طرحواره درمانی گروهی برای گروه مداخله ۲ طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت هفتگی برای گروه های مداخله اجرا شد. پس از اتمام جلسات، از هر سه گروه مداخله و شاهد پس آزمون گرفته شد.

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسه ها	محتوای جلسه ها
اول	آموزش مدل طرحواره، نحوه ایجاد طرحواره ی ناسازگار اولیه، ویژگیهای طرحواره ناسازگار اولیه، عملکردهای طرحواره و سبک ها و پاسخ های مقابله ای ناسازگار
دوم	آموزش طرحواره ها، مفهوم سازی مشکل پرستاران بر اساس رویکرد طرحواره و گردآوری تمامی اطلاعات جمع آوری شده در مرحله اول، بازشناسی جنبه های مختل طرحواره مربوط به پرستاران
سوم	آموزش تکنیک های اعتبار طرحواره و بازتعریف از شواهد تصدیق کننده طرحواره
چهارم	توضیح فنون شناختی از جمله سنجش محاسن و معایب الگوهای مقابله ای پرستاران و برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و یادگیری پاسخ های جنبه سالم توسط آزمودنی
پنجم	ارایه ی علت بهره گیری از فنون تجربی، تصویرسازی ذهنی، مفهوم سازی تصویر ذهنی در مدل طرحواره، تقویت مفهوم "بزرگسال سالم" در ذهن پرستاران، مقابله علیه طرحواره ها در سطح عاطفی
ششم	ایجاد فرصت برای آزمودنی جهت بازشناسی احساسات نسبت به والدین و نیازهای ارضا نشده توسط والدین، کمک به پرستاران برای برون ریزی احساسات سرکوب شده با تروماها و فراهم نمودن زمینه حمایت برای آزمودنی.
هفتم	تصویرسازی ذهنی موقعیت های دشوار و روبه رو شدن با سخت ترین عملکرد، بازنگری محاسن و معایب رفتارهای ناسالم و سالم
هشتم	ارزیابی و تمرین حل مسأله، برنامه ریزی فعالیت

جدول ۲. محتوای جلسات درمان هیجان مدار

جلسه ها	محتوای جلسه ها
اول	انجام پیش آزمون، معارفه و ایجاد رابطه درمانی، ارائه قوانین کلی، درمان، ارزیابی مشکل، ارزیابی هدف‌ها و انتظارات پرستاران از درمان
دوم	تشخیص سیکل ارتباطی منفی و ایجاد شرایطی که پرستاران سیکل تعاملی منفی خود را بیان می‌کنند، ارزیابی رابطه و دلبستگی مراجعان، آموزش اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجانات در روابط بین فردی بازآفرینی تعاملات و افزایش انعطاف پذیری پرستاران
سوم	باز شکل دهی به مشکل براساس احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانمندی افراد در ابراز هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به افراد، آگاهی بخشی به پرستاران در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی.
چهارم	بازشناسی نیازهای ارضا نشده و بخش هایی از خود که انکار گردیده بررسی نحوه ارتباط پرستاران با یکدیگر و انعکاس الگوهای ارتباطی شان، بیان نیازهای دلبستگی و از شناسی نیازهای ارضا نشده و افزایش پذیرش
پنجم	آگاهی پرستاران از از هیجانات زیربنایی و نمایان ساختن نقش هر فرد در ارتباط، تأکید بر پذیرش تجربیات و پیرستاران و راه های جدید ارتباط، ردگیری هیجانات شناخته شده برجسته سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها
ششم	تسهیل ابراز نیازها و ایجاد درگیری، هیجانی توسعه تجربه هیجانی اولیه در مورد دلبستگی و شناختن نیازها و تعلقات درونی ایجاد دلبستگی های جدید با پیوندی ایمن بین افراد
هفتم	ایجاد موقعیت های تعاملی جدید بین پرستاران و پایالان دادن به مدل های تعاملی کهنه شفاف سازی مدل های تعاملی یادآوری نیازهای دلبستگی
هشتم	تحکیم تغییراتی که طی درمان اتفاق افتاده است، نمایان کردن تفاوت هایی که بین ارتباطات فعلی و تعاملات قبلی اتفاق افتاده است، شکل گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به گونه ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه حل های آسیمی به آنها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون

یافته ها

بوده و نتایج آزمون آنالیز واریانس برای مقایسه این سه میانگین، نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین سابقه کار شرکت کنندگان سه گروه وجود نداشته است ($P=0/784 > 0/05$, $F=0/323$). همچنین، متوسط سابقه ICU افراد شرکت کننده در گروه‌های مورد مطالعه حدوداً $3/83$ سال بوده است و نتایج آزمون آنالیز واریانس برای مقایسه این سه میانگین، نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین سابقه ICU شرکت کنندگان سه گروه وجود نداشته است ($P=0/534 > 0/05$, $F=0/195$).

بر اساس نتایج حاصل از داده های جمعیت شناختی پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد سن برای گروه مداخله ی یک (درمان هیجان مدار) $33/21 \pm 4/19$ ، گروه مداخله دو (طرحواره درمانی) $34/33 \pm 2/74$ و گروه شاهد $35/06 \pm 4/95$ بود. نتایج آزمون آنالیز واریانس برای مقایسه این سه میانگین، نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین سنی شرکت کنندگان سه گروه وجود نداشته است ($P=0/695 > 0/05$, $F=0/211$). همچنین، متوسط سابقه کار افراد شرکت کننده در گروه‌های مورد مطالعه $6/15$ سال

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای ناگویی هیجانی و اضطراب مرگ به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دشواری در تشخیص احساسات	درمان هیجان مدار	20/21	6/27	15/21	5/93
	طرحواره درمانی	19/33	7/34	16/86	7/01
	شاهد	19/06	7/87	19/05	7/84
دشواری در توصیف احساسات	درمان هیجان مدار	18/92	6/48	14/57	4/56
	طرحواره درمانی	15/86	4/65	14/26	4/47
	شاهد	18/31	7/71	18/37	7/93
تفکر عینی	درمان هیجان مدار	25/71	2/33	19/35	2/34
	طرحواره درمانی	25/66	3/82	20/4	3/9
	شاهد	24/75	5/02	24/68	5/04
	درمان هیجان مدار	70/78	9/79	56/85	8/67

نمره کل ناگویی هیجانی	طرحواره درمانی	۷۰/۴	۷/۷۳	۵۹/۴	۷/۴۴
	شاهد	۶۴/۹۳	۱۳/۹۱	۶۳/۸۷	۱۴/۵۱
	درمان هیجان مدار	۱۱/۰۷	۱/۲	۶/۵	۱/۱۶
نمره کل اضطراب مرگ	طرحواره درمانی	۱۰/۳۳	۲/۳۵	۶/۷۳	۱/۲۲
	شاهد	۱۰/۸۷	۲/۳۳	۱۰/۵	۲/۳۶

همان طور که یافته های مندرج در جدول ۳ نشان می دهد، میانگین نمرات اضطراب مرگ و ناگویی هیجانی در دو گروه درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون کاهش بیشتری نسبت به گروه شاهد پیدا کرده است. همچنین نمرات مولفه های دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر یا جهت گیری

خارجی نیز در مرحله پس آزمون در گروه های هیجان مدار و طرحواره درمانی نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است. در پژوهش حاضر برای مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر اضطراب مرگ و ناگویی هیجانی پرستاران بخش مراقبت های ویژه ICU از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری جهت مقایسه نمرات سه گروه در متغیر ناگویی هیجانی

نام آزمون	مقدار	df1	df2	مقدار F	مقدار p
پیلائی تریس	۱/۱	۸	۷۲	۱۰/۹۹	۰/۰۱۳

قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری باید یادآور شد نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس - کوواریانس از لحاظ آماری معنادار بود ($p < ۰/۰۵$) و این به معنای تخطی از مفروضه همگنی واریانس ها می باشد. بنابراین از آزمون پیلائی تریس

برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ نشان می دهد بین شرکت کنندگان سه گروه مداخله و شاهد تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{(۸,۷۲)} = ۱۰/۹۹, p < ۰/۰۵$ ، پیلائی تریس).

جدول ۵. نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی جهت مقایسه نمرات سه گروه در متغیر ناگویی هیجانی و مؤلفه های آن

شاخص آماری متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار p	مجزورات
ناگویی هیجانی	۱۰۴۵/۱	۲	۵۲۲/۵۵	۴۴/۱**	۰/۰۰۱	۰/۶۹
دشواری در شناسایی احساسات	۸۲/۳۸	۲	۴۱/۱۹	۳۶/۱۵**	۰/۰۰۱	۰/۶۵
دشواری در توصیف احساسات	۱۴۶/۵۱	۲	۷۳/۲۵	۳۷/۳۷**	۰/۰۰۱	۰/۶۶
تفکر عینی	۳۷/۷۴	۲	۱۸/۸۷	۲۶/۲۳**	۰/۰۰۱	۰/۵۸

** $p < ۰/۰۱$

($F = ۴۴/۱, p < ۰/۰۰۱$)

برای بررسی دقیق تر تفاوت موجود بین گروه های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که در ادامه توضیحات آن در جدول ۶ ارائه شده است.

همان طور که نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۵ نشان می دهد نمرات گروه های مداخله در متغیر ناگویی هیجانی پایین تر از نمره گروه شاهد در این متغیر بود و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن

متغیر	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار p
ناگویی هیجانی	درمان هیجان مدار	طرحواره درمانی	۱/۳۱	۰/۰۰۲
	درمان هیجان مدار	شاهد	۱/۳۵	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	شاهد	۱/۴۲	۰/۰۰۱
دشواری در شناسایی احساسات	درمان هیجان مدار	طرحواره درمانی	۰/۴۰۸	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار	شاهد	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	شاهد	۰/۴۴	۰/۰۰۹
دشواری در توصیف احساسات	درمان هیجان مدار	طرحواره درمانی	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار	شاهد	۰/۵۵	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	شاهد	۰/۵۷	۰/۰۰۱
تفکر عینی	درمان هیجان مدار	طرحواره درمانی	۰/۳۲	۰/۰۰۶
	درمان هیجان مدار	شاهد	۰/۳۳	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	شاهد	۰/۳۵	۰/۰۰۱

درمانی بر جای گذاشته است. همچنین برای مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر اضطراب مرگ از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۶ ملاحظه می‌گردد که در اثربخشی مداخلات بین دو گروه درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی با گروه شاهد بر روی متغیر ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). درمان هیجان مدار اثربخشی بیشتری در مقایسه با طرحواره

جدول ۷. نتایج پیش‌فرض‌های آزمون لون (برابری واریانس‌ها)، تحلیل واریانس یک‌بعدی و همگنی شیب رگرسیون‌ها

متغیر	نوع پیش‌فرض	F	P
اضطراب مرگ	همگنی واریانس‌ها	۰/۸۱۹	۰/۳۵۱
	خطی بودن	۱/۴۳۲	۰/۲۱۲
	انحراف از خطی بودن	۲/۶۲۴	۰/۹۶۳
	همگنی شیب رگرسیون‌ها	۰/۴۶۵	۰/۴۷۲

بزرگ تر از ۰/۰۵ است، بنابراین پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برقرار است.

بر اساس داده‌های جدول ۷، نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که چون سطوح معناداری به دست آمده

جدول ۸. تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب مرگ

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره آزمون F	P	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۲/۴۰۶	۱	۲/۴۰۶	۱/۸۰۵	۰/۱۸۷	۰/۰۴۲
گروه	۱۴۹/۵۲	۲	۷۴/۷۶	۵۶/۰۷**	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲
خطا	۵۴/۶۶	۴۱	۱/۳۳	-	-	-
کل	۳۱۵۸	۴۵	-	-	-	-

** $p < 0/01$

از لحاظ آماری معنادار است ($F=56/07, p<0/001$) و اندازه مجذور اتا برای متغیر اضطراب مرگ ۷۳ درصد می‌باشد. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت موجود بین گروه‌های پژوهش

نتایج مربوط به اثرات بین گروهی مندرج در جدول ۸ نشان داد نمرات گروه‌های مداخله در متغیر اضطراب مرگ پایین‌تر از نمره گروه شاهد در این متغیر بود و این تفاوت

از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که در ادامه توضیحات آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر اضطراب مرگ

متغیر وابسته	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار احتمال معنی‌داری
اضطراب مرگ	طرحواره درمانی	درمان هیجان مدار	۰/۶۸	۰/۴۳
	طرحواره درمانی	شاهد	-۴/۴۳	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار	شاهد	-۴/۱۲	۰/۰۰۱

هیجان مدار به پرستاران کمک نموده است تا به شناسایی و ابزار هیجانات و ترس‌های عمیق خود بپردازند. ابزار هیجانات و معتبر شناخته شدن آن‌ها از سوی درمانگر و اعضای گروه می‌تواند به پرستاران کمک کند تا به جای سرکوب و اجتناب به این آگاهی برسند که هیجانات ترسناک و اضطراب آور پایدار نبوده و با پذیرش و تجربه شان می‌توان از آن‌ها عبور کرد. یکی از مفروضه‌های زیر بنایی در روش درمانی هیجان مدار این است که توجه به هیجانات و احساسات مراجعین و اعتبار بخشیدن به آن‌ها فرصتی برای واکاوی و بازشناسی دقیق تر هیجان‌تشان فراهم می‌آورد. در چنین فضای امنی افراد به شناخت عمیق، درک و پذیرش نشانه‌های هیجانی خود می‌پردازند و در نهایت می‌توانند به جای سرکوب و اجتناب از هیجانات آن‌ها را پذیرفته و با آن‌ها مواجه شوند و از این مسیر به بهبود وضعیت روانی خود دست یابند.

همچنین نتایج نشان داد طرحواره درمانی موجب بهبود ناگویی هیجانی در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد می‌شود و این نتیجه همسو با نتایج پژوهش‌های روستایی‌علیشاهی و مصطفایی (۴۱)، Koppers و همکاران (۴۲)، Pilkington و همکاران (۴۳)، بیداری و حاجیلی زاده (۴۴) و عبدالمحمدی و همکاران (۴۵) است.

طرحواره درمانی به ویژه در شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه موثر است. در طرحواره درمانی، درمانگر سعی می‌کند که سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و نحوه پاسخ‌دهی به طرحواره‌ها را شناسایی و اصلاح کند. در طی جلسات طرحواره درمانی مزایا و معایب راهبردهای شناختی طور مفصل به افراد آموزش داده می‌شود تا برای تغییر الگوی رفتاری انگیزه پیدا کنند. در این روش درمانی افراد به طور دقیق به بررسی و شناسایی الگوهای ناکارآمد رفتاری خود می‌پردازند و با استفاده از تکنیک‌های مختلف مانند گفتگوی خیالی و تمرینات تجربی و بروز هیجانات اصلی مانند خشم، زمینه برای تخلیه هیجانی و ابزار هیجانات مهیا

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۹ می‌توان گفت که روند تغییرات بر اثر مداخلات (درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی) از پیش آزمون به پس آزمون معنادار بوده است ($p < 0/001$). با این حال، بین اثربخشی مداخلات درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر روی متغیر اضطراب مرگ تفاوت معنادار در مرحله‌ی پس آزمون به دست نیامده است ($p > 0/05$).

بحث

در پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر اضطراب مرگ و ناگویی هیجانی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود، پرداخته شد. بر اساس داده‌های بدست آمده بین اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر ناگویی هیجانی و مؤلفه‌های آن در میان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه حاصل درخصوص اثربخشی درمان هیجان مدار بر ناگویی هیجانی و مؤلفه‌های آن با یافته‌های ایزدی و مختاری (۳۳)، خیرخواه و عاقل مسجدی (۳۴)، Glisenti و همکاران (۳۵)، خادم دزفولی و همکاران (۳۶)، سرابی و جعفری (۳۷)، صفوی و همکاران (۳۸)، هاشمی و همکاران (۳۹) و Osoro و همکاران (۴۰) همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج حاصل از مطالعه حاضر، می‌توان گفت که پرستاران در طول شیفت‌های کاری خود به خصوص در بخش‌های مراقبت‌های ویژه با طیف وسیعی از هیجانات دشوار مواجه می‌شوند. این هیجانات معمولاً به دلیل شرایط کاری، شامل مراقبت از بیماران در شرایط حساس و بحرانی و رویارویی با مرگ، بسیار پیچیده و چالش‌انگیز است. علاوه بر این نبود فضایی امن و مناسب برای ابراز و پردازش این هیجانات، می‌تواند تجربه سازگاران آن‌ها را تا حدود زیادی دشوار تر و غیر ممکن سازد. از این رو تجربه فضای امن و همدلانه در جلسات درمان گروهی

آموزش مهارت های رفتاری بسیار ضروری است اما کار بر روی مدیریت هیجانی، مهارت های کنترل هیجان و آگاهی از هیجانات با توجه به نقش راهبردی هیجانات در تصمیم گیری ها و ابراز رفتار و تعاملات دارای اهمیت بالایی می باشد. تبیین دیگر برای این یافته می تواند ساختار درمانی درمان های تجربی باشد که با توجه به نیاز و درخواست مراجع پیش می رود و ممکن است در نظر گرفتن حضور اینجا و اکنونی در درمان و تناسب جلسات با نیاز و پیشرفت مراجعین منجر به اثربخشی بیشتر در مدت زمان کوتاه تر در درمان هیجان مدار باشد.

اما نتایج مربوط به مقایسه اثربخشی طرحواره درمان و درمان هیجان مدار بر اضطراب مرگ پرستاران بخش مراقبت های ویژه تفاوت معناداری را نشان نداد. در تبیین این یافته می توان گفت طرحواره درمانی با توجه به اهمیت دادن به هیجانات و زمینه های ایجاد آن ها از الگوهای اولیه، بر کاهش اضطراب مرگ تاثیر مثبتی دارد. به همین ترتیب، درمان هیجان مدار با کمک به افزایش پذیرش هیجانات و کاهش اجتناب از آن ها موجب کاهش اضطراب مرگ می شود. با توجه به تایید اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر بهبود اضطراب مرگ توصیه می شود درمانگران از هر دو روش درمان برای بهبود اضطراب مرگ پرستاران بخش مراقبت های ویژه استفاده کنند.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد که هر دو روش هیجان مدار و طرحواره درمانی در بهبود ناگویی هیجانی و کاهش اضطراب مرگ در پرستاران بخش مراقبت های ویژه مؤثر هستند. اما در مقایسه، درمان هیجان مدار تاثیر بیشتری بر بهبود ناگویی هیجانی داشته است و این تفاوت معنادار است. درمان هیجان مدار از طریق آموزش مهارت های تنظیم هیجان، پذیرش هیجانات منفی و تقویت توانایی ارزیابی مثبت موجب افزایش ابراز هیجانات سازگار می شود. در جلسات گروهی درمان هیجان مدار، با ایجاد فضایی امن و همدلانه برای درک و مدیریت هیجانات، ناگویی هیجانی به عنوان نوعی ناتوانی در شناسایی و توصیف هیجانات کاهش می یابد.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی مواجه بوده است. با توجه به انتخاب پرستاران بخش مراقبت های ویژه بیمارستان

می شود و باعث می شود فرد به جای درگیری شناختی با هیجانات آن را به طور مستقیم بروز دهد.

در تبیین می توان بیان کرد طرحواره درمانی کمک می کند تا درباره آنچه در دنیای درونی در جریان است و همچنین درباره آنچه تجربه می شود شامل احساسات جسمی، افکار، عقاید و ارزش ها اظهار نظر کنند. وقتی فرد درباره خاستگاه الگوهای ناکارآمد خود آگاهی پیدا می کند، زندگی برای او معنا و هدف جدیدی می یابد و فرد می تواند تعاملات منفی و الگوهای شخصیتی نامناسب خود را کنار بگذارد و به ذهنیت سالم روی آورد؛ همچنین برای رهایی از تله های زندگی راهی پیدا کند و نیازهای عاطفی اصلی خود را برآورده سازد. به طور کلی طرحواره درمانی با به چالش کشیدن طرحواره های ناسازگار و جایگزینی آن ها با افکار و رفتارهای مناسب تر به بهبود وضعیت روانی و کاهش ناگویی هیجانی کمک می کند. طرحواره درمانی با بهبود برخی مؤلفه های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به طور کلی باعث بهبود ناگویی هیجانی و در نتیجه سلامت روانی در بیماران با افسردگی مداوم می شود. از سوی دیگر شیوه های تجربی طرحواره درمانی مثل تصویرسازی ذهنی، گفتگوی خیالی به صورت مستقیم بر ابراز هیجانات و شناخت آن ها مرتبط است و به مراجعین کمک می کند تا هیجانات خود را شناسایی، نام گذاری و ابراز کنند. بنابراین شیوه های تجربی طرحواره درمانی روش مؤثری برای بهبود ناگویی هیجانی محسوب می شود.

همچنین نتایج مربوط به مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر ناگویی هیجانی نشان داد درمان هیجان مدار اثر بیشتری بر کاهش ناگویی هیجانی پرستاران بخش مراقبت های ویژه در مقایسه با طرحواره درمانی داشته است.

در این راستا پژوهش های افسار و همکاران (۴۶) و نوابی نژاد (۴۷) و همسو و پژوهش های تنباکوپیان و همکاران (۴۸)، صلاصی و همکاران (۴۹) و خندابی و همکاران (۵۰) همسو با این نتیجه است. در تبیین این یافته می توان به تفاوت های زیربنایی این دو رویکرد اشاره کرد رویکرد هیجان مدار رویکردی با نگاه انسان گرایانه و متمرکز بر تجارب منحصر به فرد هیجانی است و نگاه فرآیندی و تجربی درمان هیجان مدار در مقابل ساختارمندی طرحواره درمانی می تواند تبیینی بر این یافته باشد. پرداختن به ریشه های طرحواره های افراد و تعدیل افکار غیرمنطقی و

همچنین پیشنهاد می شود این مطالعه در خصوص سایر گروه های شغلی حساس و سایر بخش های بیمارستانی نظیر بخش های جراحی و اورژانس تکرار و با نتایج مطالعه حاضر مقایسه شود.

سیاسکزاری

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روان شناسی بالینی از دانشگاه فردوسی مشهد با کد اخلاق IR.UM.REC.1403.058 استخراج شده است. از تمامی پرستاران محترم شرکت کننده که با همکاری و همراهی شان این پژوهش به ثمر رسید، تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

این مقاله بدون هیچ گونه حمایت مالی انجام شده است. بین نویسندگان این پژوهش، هیچ گونه تعارضی در منافع وجود نداشت و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

References

1. Alaf JM, Parandeh A, Ebadi A, Haji AZ. Comparison of life quality between special care units and internal-surgical nurses. 2010.
2. Karanikola M, Giannakopoulou M, Mpouzika M, Kaite CP, Tsiaousis GZ, Papatthanassoglou ED. Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49:0847-57. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500020>
3. Tajik A, Hosseini Almadani SA, khodabakhshikoolae A. Comparison of Effectiveness between Metacognitive Therapy-based Education and Self-compassion-based Mindfulness on Anxiety of Nurses during Covid-19 Epidemy. *Journal of Clinical Psychology*. 2022;13(4):87-101.
4. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International journal of nursing studies*. 2012;49(3):292-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015>
5. Draper EJ, Hillen MA, Moors M, Ket JC, van Laarhoven HW, Henselmans I.

امام حسین (ع) شاهرود، ممکن است تعمیم نتایج به دیگر بخشهای بیمارستانی، سایر گروه های شغلی، سایر بیمارستان ها و شهرها با احتیاط مواجه باشد. ازارهای پژوهش نیز پرسشنامه های خودگزارش دهی بودند. هرچند استفاده از ابزار پرسشنامه، روشی معتبر برای اندازه گیری های روانشناختی است اما ممکن است پاسخ دهندگان تمایل به ارائه پاسخ های مطلوب اجتماعی داشته باشند و یا به هر دلیل دیگر در بازتاب دقیق وضعیت خود محدودیت هایی داشته باشند که تاثیر بالقوه ای بر نتایج بگذارد. همچنین به دلیل مشغله پرستاران و حساسیت های موجود در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان، اجرای مرحله پیگیری جهت ارزیابی تداوم اثربخشی درمان ها امکان پذیر نشد. با این حال نظر به نتایج اثربخش پژوهش حاضر و نیز اهمیت شغل پرستاری در سلامت عمومی جامعه و شرایط پرفشار و استرس شغلی آن ها پیشنهاد می شود با به کارگیری نیروهای متخصص و آموزش دیده در درمان های مختلف به ویژه درمان هیجان مدار گامی مهم در مسیر ارتقای سلامت روانشناختی پرستاران برداشته شود.

- Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: a systematic review. *Patient education and counseling*. 2019;102(2):266-74. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.09.019>
6. Chu E-y, Jang S-h. The Effects of a Death Preparation Education Program on Death Anxiety, Death Attitudes, and Attitudes toward End-of-Life Care among Nurses in Convalescent Hospitals. *JHosp Palliat Care*. 2021;24(3):154-64. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.3.154>
 7. Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2016;4(1):2.
 8. Ulla S, Coca C, del Rincón C, Díaz JL, Arranz P, Remor EA, Bayés R. Coping with death: perceptions of health care professionals working in a pediatric intensive care unit and in a geriatric service. *Illness, Crisis & Loss*. 2003;11(4):318-36. <https://doi.org/10.1177/1054137303256534>
 9. Beiramijam M, Salawati Ghasemi S, Khaleghverdi M, Bizhani K, Afshari A, Nabavian M. A comparative study of prehospital emergency services over the urban and road areas in

- Hamedan Province. Health in emergencies and disasters quarterly. 2018;4(1):23-8. <https://doi.org/10.32598/hdq.4.1.23>
10. Sanadgol S, Firouzkouhi M, Badakhsh M, Abdollahimohammad A, Shahraki-vahed A. Effect of guided imagery training on death anxiety of nurses at COVID-19 intensive care units: a quasi-experimental study. *Neuropsychiatry and Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology*. 2020;15(3):83-8. <https://doi.org/10.5114/nan.2020.101290>
11. Atarod v, Mansoureyeh n. The relationship between insecure attachment styles and emotion self-regulation with death anxiety in the nurses of Corona wards in tabriz city. *Journal of Nursing Education*. 2024;13(1):34-46.
12. Moudi S, Bijani A, Tayebi M, Habibi S. Relationship between death anxiety and mental health status among nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2017;19(2):47-53.
13. Hassanzadeh A, Heidari Z, Feizi A, Hassanzadeh Keshteli A, Roohafza H, Afshar H, Adibi P. Association of stressful life events with psychological problems: A large-scale community-based study using grouped outcomes latent factor regression with latent predictors. *Computational and mathematical methods in medicine*. 2017;2017(1):3457103. <https://doi.org/10.1155/2017/3457103>
14. Abdollahi A, Panahipour H, Allen KA, Hosseinian S. Effects of death anxiety on perceived stress in individuals with multiple sclerosis and the role of self-transcendence. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2021;84(1):91-102. <https://doi.org/10.1177/0030222819880714>
15. Katsifaraki M, Tucker P. Alexithymia and burnout in nursing students. *Journal of Nursing Education*. 2013;52(11):627-33. <https://doi.org/10.3928/01484834-20131014-04>
16. Lashkari A, Dehghani M, Sadeghi-Firoozabadi V, Heidari M, Khatibi A. Further support for the psychometric properties of the farsi version of Perth alexithymia questionnaire. *Frontiers in psychology*. 2021;12:657660. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.657660>
17. Declercq F, Vanheule S, Deheegher J. Alexithymia and posttraumatic stress: subscales and symptom clusters. *Journal of clinical psychology*. 2010;66(10):1076-89. <https://doi.org/10.1002/jclp.20715>
18. Sharafkhani R, Nukpezah RN, Lathabhavan R, Kallmen H, Fournier A, Hosseini Marznaki Z. Factors that affect levels of alexithymia, empathy and communication skills of nursing students in northern Iran. *Nursing Open*. 2023;10(6):39 <https://doi.org/10.1002/nop2.1652>
19. Chen L, Xu L, You W, Zhang X, Ling N. Prevalence and associated factors of alexithymia among adult prisoners in China: a cross-sectional study. *Bmc Psychiatry*. 2017;17:1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1443-7>
20. Ghadiri NM, Moshkbid HM. The Effectiveness of Life Skills Training on Psychological Helplessness and Improving the Psychological Capital of Patients with Diabetes in Gilan Province. 2023.
21. Jaracz M, Rosiak I, Bertrand-Bucińska A, Jaskulski M, Nieżurawska J, Borkowska A. Affective temperament, job stress and professional burnout in nurses and civil servants. *PloS one*. 2017;12(6):e0176698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176698>
22. Liu Q, Jian X, Peng F, Wang M, Li J, Deng X, et al. The effect of alexithymia on distress disclosure among nurses: the mediating role of resilience. *Current Psychology*. 2024. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06004-6>
23. Torabiyani A, Gholipour M, Yektaparast S, Ghodsi B, Tarnas G. Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Self-Efficacy and Posttraumatic Growth in Women with Breast Cancer. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2024 Jul 1;5(3):124-32. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.3.13>
24. Hatami S, Khakpour M, Saffarian M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Exercises with Emotion-Focused Group Therapy on Authentic Happiness in Critically Ill Inpatients and Recovered COVID-19 Patients. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2024 Apr 1;5(2):27-37. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.2.4>
25. Huang H, Liu L, Yang S, Cui X, Zhang J, Wu H. Effects of job conditions, occupational stress, and emotional intelligence on chronic fatigue among Chinese nurses: a cross-sectional study. *Psychology research and behavior management*. 2019:351-60.

- <https://doi.org/10.2147/PRBM.S207283>
26. Norman H, Marzano L, Coulson M, Oskis A. Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review. *BMJ Ment Health*. 2019;22(1):36-43. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300029>
 27. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families: Guilford Publications; 2019.
 28. Dalavar, A. (2022). Research Methods in Psychology and Educational Sciences.
 29. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of psychosomatic research*. 2020 Apr 1;131:109940. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>
 30. Besharat MA. Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring (Persian Version). 2013.
 31. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*. 1970 Apr 1;82(2):165-77. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
 32. Rajabi GR, Bohrani M. Item factor analysis of the death anxiety scale. 2002.
 33. Izadi F, Mokhtari E. The Effectiveness of Emotional-Focused Couple Therapy on Reducing the Negative Emotion Schemas and Alexithymia as well as Increasing Marital Compatibility. *International Journal of Psychology (IPA)*. 2021;15(1):225-55.
 34. KheirKhah J, Aghel Masjedi M. Investigating the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Perceived Stress and Alexithymia in Patients With Coronary Heart Disease in Rasht City, Iran. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2022;31(3):206-17. <https://doi.org/10.32598/JGUMS.31.3.1739.1>
 35. Glisenti K, Strodl E, King R. Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2018;25(6):842-55. <https://doi.org/10.1002/cpp.2319>
 36. Khadem Dezfuli Z, Alavi SZ, Shahbazi M. The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Internalized Self-Criticism in Neurotic Perfectionist Girls. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2023;21(1):151-64.
 37. Sarabi MR, Jafari A. The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Psycho-somatic Complaints in Patients of COVID-19 under Home Treatment. *Psychological Studies*. 2023;18(4).
 38. Safavi S, Farmani F, Sadr ARF. The efficacy of the emotion regulation intervention on coping styles in patients with alexithymia. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2016;3(4):26-34.
 39. Hashem SE, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi A. effectiveness of emotion focused therapy on anxiety sensitivity and pain catastrophizing in Patients with chronic pain and alexithymia. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2023;11(3):46-56.
 40. Osoro A, Villalobos D, Tamayo JA. Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022;29(3):815-36. <https://doi.org/10.1002/cpp.2690>
 41. Roustaei Alishah S, Mostafaei N. The Effectiveness of Schema Therapy on Alexithymia and Marital Conflicts in Couples with Family Differences. *Journal of Psychology New Ideas*. 2023 May 10;16(20):0-.
 42. Koppers D, Van H, Peen J, Dekker JJ. Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*. 2021;31(7):831-42. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1852482>
 43. Pilkington PD, Karantzas GC, Faustino B, Pizarro-Campagna E. Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2024;31(1):e2914. <https://doi.org/10.1002/cpp.2914>
 44. Bidari F, Hajilizadeh K. Effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder. 2019.
 45. Abdolmohammadi K, Hosseinzadeh M, Abadi FGS, Khaleghi M. Investigating the relationship between alexithymia and early maladaptive schema among university students in Tabriz. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*. 2016;5(2):399.
 46. Afsar M, Hassani F, Farzad V, Golshani F.

- Comparison of the Effectiveness of Emotionally-Focused Therapy (EFT) and Mindfulness-Based Schema Therapy (MBST) on Emotion Regulation in Women with Borderline Personality Disorder (BPD). *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2021;2(1):262-76.
47. Navabi Nezhad S. Comparison of the effectiveness of emotional-focused and schema therapy approach on the self-Efficacy of parenting in mothers of the household head. *Journal of psychologicalscience*. 2019;18(76):407-15.
48. Tanbakouchian R, Zanganeh F, Bayat MR. Compare the Effectiveness of Emotion-Focused and Schema Therapy Approaches on Ambiguity Resilience, and Self-Control of Women with Marital Burnout. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021;19(1):1-12.
- <https://doi.org/10.52547/rbs.19.1.1>
49. Salasi B, Ramezani MA, Jahan F. Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on self-efficacy and its components in addicts undergoing methadone maintenance treatment: A clinical trial study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023;10(1):139-54. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.139>
50. Khandabi EG, Peymani J, Tizdašt T, Khalatbari J. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Emotion-Focused Therapy on Attitudes Towards Infidelity Among Individuals Experiencing Marital Conflict. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2024;5(2):87-94. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.2.10>