J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2025/07/11 *Accepted:2025/09/11*

Comparing the Effectiveness of Positive Psychology-Based Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Depressive Symptoms in Nurses

Fatemeh Sadat Hosseini(Ph.D. Candidate)[1], Fatemeh Sadat Tabatabaei-Nejad(Ph.D.)[2], Sagha Afrakhteh(Ph.D.)[3]

1.Ph.D. Candidate in Psychology, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2.Corresponding Author: Assistant Professor of Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran Email: FS.Tabatabaei1349@iau.ac.ir Tel: 09133233543
3.Assistant Professor of Department of Psychology, Tehran Branch, Imam Hossein University (AS), Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Nurses are at high risk of depression due to the challenging nature of their work, long shifts, and constant exposure to stressful situations. This study aimed to compare the effectiveness of positive psychology-based therapy and cognitive-behavioral therapy (CBT) on depressive symptoms among nurses in Yazd.

Methods: This Randomized Controlled Trial (RCT) employed a pretest-posttest design with a control group and a three-month follow-up. The population included all nurses working in public and private hospitals in Yazd in 2025 (n=2/991). A total of 60 nurses were selected using cluster random sampling and were randomly assigned to cognitive-behavioral therapy (CBT), positive psychology-based therapy, or control groups (20 per group). Data were collected using the Beck Depression Inventory-II (1996) and analyzed using repeated measures ANOVA in SPSS version 26.

Results: Both interventions significantly reduced depressive symptoms at posttest and follow-up ($p<0/001$). Repeated measures ANOVA showed significant effects of time ($\eta^2=0/42$), group ($\eta^2=0/31$), and time × group interaction ($\eta^2=0/23$). Pairwise comparisons indicated that CBT had a greater effect in reducing depressive symptoms than positive psychology-based therapy ($F=7/80$, $p=0/009$; $\eta^2=0/23$).

Conclusion: Psychological interventions, particularly CBT, are effective in improving nurses' mental health and producing sustained reductions in depressive symptoms.

Keywords: Positive Psychology, Cognitive–Behavioral Therapy, Depression, Nurses, Yazd

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

This Paper Should be Cited as:
Author: Fatemeh Sadat Hosseini, Fatemeh Sadat Tabatabaei-Nejad, Sagha Afrakhteh. Comparing the Effectiveness of Positive Psychology-Based Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on …….Tolooebehdasht Journal. 2026;24(6)49-64.[Persian]

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت و درمان شناختی رفتاری بر نشانه‌های افسردگی پرستاران

نویسندگان: فاطمه‌السادات حسینی[۱]، فاطمه‌السادات طباطبایی‌نژاد[۲]، سقا افراخته[۳]

۱.دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی ، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲.نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

شماره تماس: ۰۹۱۳۳۲۳۳۵۴۳ Email: FS.Tabatabaei1349@iau.ac.ir

۳.استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و چهارم
شماره ششم
بهمن و اسفند
شماره مسلسل:۱۱۴

تاریخ وصول:۱۴۰۴/۰۴/۲۰
تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۶/۲۰

چکیده

مقدمه: پرستاران به دلیل ماهیت دشوار، شیفت‌های کاری طولانی و مواجهه مداوم با موقعیت‌های استرس‌زا، در معرض خطر بالای ابتلا به افسردگی قرار دارند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت و درمان شناختی- رفتاری بر نشانه‌های افسردگی در پرستاران شهر یزد بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع کارآزمایی تصادفی کنترل شده با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر یزد در سال ۱۴۰۴ (۲۹۹۱ نفر) بود که از میان آن‌ها ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و در سه گروه درمان شناختی– رفتاری، درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) به‌صورت تصادفی گمارده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم (۱۹۹۶) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو مداخله در کاهش نشانه‌های افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بودند($p<۰/۰۰۱$). تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر زمان ($\eta^2=۰/۴۲$)، اثر گروه ($\eta^2=۰/۳۱$) و تعامل زمان × گروه ($\eta^2=۰/۲۳$) معنی‌دار است. مقایسه‌های زوجی بیانگر آن بود که درمان شناختی-رفتاری اثر بزرگ‌تری در کاهش علائم افسردگی نسبت به درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت داشت ($p=۰/۰۰۹$، $F=۷/۸۰$، اندازه اثر $\eta^2=۰/۲۳$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها بیانگر آن است که مداخلات روان‌شناختی به‌ویژه درمان شناختی-رفتاری می‌توانند نقش مؤثری در ارتقاء سلامت روان پرستاران و کاهش پایدار علائم افسردگی ایفا کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر روان شناسی مثبت، درمان شناختی-رفتاری، افسردگی، پرستاران

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری در رشته روان‌شناسی است.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

حرفه پرستاری ذاتاً با فشارهای شغلی مزمن و ساختاری گره خورده است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که کمبود نیرو، حجم بالای کار، مواجهه مستمر با بحران‌های انسانی و شیفت‌های کاری نامنظم، از عوامل استرس‌زای پایداری هستند که ماهیت آن فراتر از کنترل فردی است(۳-۱). به طوری که سازمان ایمنی و بهداشت حرفه ای آمریکا،حرفه پرستاری را در زمره مشاغل با تنش بسیار بالا طبقه‌بندی کرده است(۱). ویژگی متمایزکننده این استرس، تداوم و ساختاری بودن آن است که آن را از تنش‌های مقطعی متمایز کرده و زمینه را برای بروز اختلالات خلقی پایدار، به‌ویژه افسردگی، فراهم می‌آورد.

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی محسوب می‌شود که با نشانه‌هایی نظیر کاهش خلق، ازدست دادن علاقه یا لذت، احساس غم، و افت انرژی همراه است و می‌تواند عملکرد شغلی، تحصیلی و خانوادگی فرد را به طور جدی مختل کند(۴). افسردگی در پرستاران صرفاً یک چالش فردی نیست، بلکه یک تهدید چندوجهی برای سیستم بهداشتی محسوب می‌شود. از یک سو، شیوع نگران‌کننده آن در پرستاران ایرانی پس از همه‌گیری کووید-۱۹(۵) و از سوی دیگر، پیامدهای مستقیم آن بر کاهش کیفیت زندگی کاری، افزایش خطاهای پزشکی و به خطر افتادن ایمنی بیماران(۶،۷)، اهمیت مداخله را دوچندان می‌کند. برای درک سازوکار فردی این پدیده، مدل‌های شناختی افسردگی نقش کلیدی تحریف‌های فکری و نشخوار ذهنی را در شروع و تداوم علائم برجسته می‌سازند(۱۱-۸).

برای مقابله با این چالش‌ها و مشکلات روانی و حرفه‌ای پرستاران، مداخلات روان‌شناختی متفاوتی به این موضوع پرداختند. به عنوان نمونه، مداخلات روان‌شناختی مانند درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت نیز به عنوان رویکردهای مؤثر مورد توجه قرار گرفته‌اند. هر یک از این رویکردها بر مکانیسم‌های متفاوتی تمرکز دارند. درمان شناختی-رفتاری با هدف قراردادن مستقیم افکار و باورهای ناکارآمد، به دنبال اصلاح ریشه‌های شناختی افسردگی است(۱۴-۱۲).

در مقابل، درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت با تقویت هیجانات مثبت، معنا و تاب‌آوری، به افزایش منابع محافظت‌کننده روان شناختی می‌پردازد و نقشی پیشگیرانه‌تر ایفا می‌کند(۲،۱۵). براساس این تفاوت نظری، این فرضیه منطقی به نظر می‌رسد که درمان شناختی-رفتاری ممکن است به کاهش سریع‌تر و اختصاصی‌تر علائم منجر شود، در حالی که درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت به تقویت بلندمدت تاب‌آوری و پیشگیری از بازگشت بیماری کمک کند(۱۶).

با وجود شواهد اولیه مبنی بر اثربخشی رویکردهای درمانی شناختی-رفتاری و مبتنی بر روان شناسی مثبت، ادبیات پژوهشی با خلأهای روش شناختی و مفهومی عمیقی روبروست. پژوهش‌های موجود، عمدتاً با طرح‌های مقطعی، یافته‌هایی مبنی بر ارتباط معنادار میان این مداخلات و کاهش نشانه‌های افسردگی یا افزایش متغیرهایی چون تاب‌آوری را گزارش کرده‌اند(۷،۱۵). با این حال، ماهیت غیرتجربی این مطالعات امکان نتیجه‌گیری علی و شناسایی سازوکارهای میانجی دقیق را که از طریق آن این مداخلات اثر می‌گذارند، سلب می‌کند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش های موجود، به دلیل نبود گروه گواه، صرفاً نشان‌دهنده یک بهبود کوتاه‌مدت پس از مداخله

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

است و نمی‌توان این اثربخشی را از عوامل دیگر مانند اثر زمان یا گذر زمان جدا کرد(۲،۱۵). در پژوهش دیگری، فقدان دوره‌های پیگیری نیز درک ما از پایداری این اثرات و احتمال بازگشت علائم در بلندمدت را محدود می‌سازد(۱۷). از منظر مفهومی نیز، برخی پژوهش‌ها نتایج خود را براساس بهبود متغیرهای جانبی مانند تاب‌آوری یا بهزیستی گزارش کرده‌اند(۱۱،۱۵)، در حالی که ارزیابی مستقیم تأثیر درمان بر علائم اصلی افسردگی مغفول مانده است. از سوی دیگر، یافته‌های متعدد که نشان دهنده همبستگی بالای افسردگی و فرسودگی شغلی است(۶،۷،۱۰)، منجر به تحلیل‌های آماری شده است که در این دو سازه ادغام شده‌اند.

این رویکرد، تمایز مفهومی لازم برای طراحی مداخلاتی که به طور خاص برای افسردگی یا فرسودگی شغلی هدف‌گذاری شده‌اند، از بین می‌برد. همانطور که ذکر شد مطالعات متعدد، اثربخشی هر یک از این مداخلات را به صورت جداگانه و در مقایسه با گروه‌های کنترل (مانند لیست انتظار یا درمان معمول) نشان داده‌اند، اما فقدان یک مقایسه مستقیم و سر به سر بین این دو رویکرد درمانی کاملاً محسوس است. این خلأ مفهومی باعث شده است که سؤال کلیدی بالینی در مرود اینکه کدام مداخله برای این جمعیت خاص، مؤثرتر، سریع‌تر یا پایدارتر است؟ بی‌پاسخ بماند. بنابراین این پژوهش با هدف پر کردن این شکاف به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت و درمان شناختی-رفتاری بر نشانه‌های افسردگی در پرستاران می‌پردازد. سوال اصلی پژوهش این است: آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت و درمان شناختی-رفتاری بر نشانه‌های افسردگی در پرستاران تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش بررسی

این پژوهش یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر یزد در سال ۱۴۰۴ به تعداد ۲۹۹۱ نفر بود. نمونه‌گیری به‌صورت چندمرحله‌ای انجام شد. در مرحله نخست، نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی برای انتخاب بیمارستان‌ها به‌کار رفت؛ بدین صورت که فهرست بیمارستان‌های واجد شرایط (دارای حداقل ۱۰۰ تخت فعال) انتخاب و از میان آن‌ها ۶ بیمارستان (۳ دولتی و ۳ خصوصی) به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. در مرحله دوم، از هر بیمارستان منتخب، ۱۰ پرستار واجد شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند (در مجموع ۶۰ نفر). حجم نمونه با استفاده از تحلیل توان آماری و با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط (۰/۲۵)، سطح معناداری (۰/۰۵) و توان آزمون (۰/۸۰) برای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶، محاسبه شد.

نتایج نشان داد حداقل ۵۴ نفر مورد نیاز است؛ با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه ۶۰ نفر تعیین شد (۲۰ نفر در هر گروه). پس از انتخاب ۶۰ پرستار واجد شرایط، اسامی آن‌ها شماره‌گذاری شد و یک توالی تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی تولید گردید. سپس هر شرکت‌کننده براساس این توالی به ترتیب وارد یکی از سه گروه شد: درمان شناختی–رفتاری، درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت و گروه کنترل، به‌گونه‌ای که هر گروه شامل ۲۰ نفر شود. این فرآیند تضمین می‌کرد که هر شرکت‌کننده شانس یکسانی برای قرارگیری در

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

هر گروه داشته باشد و سوگیری در تخصیص گروه‌ها به حداقل برسد. فرآیند تخصیص توسط پژوهشگری که در اجرای مداخله دخالتی نداشت انجام شد. به دلیل ماهیت مداخلات روان‌شناختی، کورسازی شرکت‌کنندگان امکان پذیر نبود؛ با این حال تحلیل آماری داده‌ها توسط پژوهشگری انجام شد که از تخصیص گروهی شرکت‌کنندگان بی‌اطلاع بود.

جلسات توسط پژوهشگر با ۱۰ سال سابقه درمانگری در هر دو رویکرد اجرا شد و تحت نظارت عضو هیئت علمی متخصص روانشناس قرار داشت. اجرای جلسات براساس پروتکل‌های استاندارد هر رویکرد انجام شد و پایبندی به پروتکل از طریق چک لیست جلسات درمانی بررسی گردید. گروه کنترل در طول این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد.

معیارهای ورود شامل سن ۲۰ تا ۶۰ سال، حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، حداقل یک سال سابقه کار بالینی، کسب نمره در دامنه افسردگی خفیف (نمره بین ۰ تا ۲۱) تا متوسط براساس پرسشنامه افسردگی بک–نسخه دوم (نمره بین ۲۱ تا ۴۲)، ارائه رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و عدم دریافت هم‌زمان خدمات روان‌درمانی خارج از مطالعه بود.

معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید تشخیص داده‌شده (مانند اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی)، مصرف داروهای ضدافسردگی یا روان‌گردان در شش ماه گذشته، وجود افکار یا سابقه اقدام به خودکشی فعال، ابتلا به بیماری جسمی شدید مانع حضور منظم در جلسات، غیبت در بیش از دو جلسه درمانی و شرکت هم زمان در سایر مطالعات مداخله‌ای حوزه سلامت روان بود.

به منظور انجام مطالعات میدانی، ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه افسردگی بود. پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم، طراحی‌شده توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) ابزاری معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی در بزرگسالان است.

پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که براساس طیف چهارگزینه‌ای لیکرت (۰=فقدان علامت تا ۳=شدت زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. هر گویه یکی از علائم افسردگی (مانند غمگینی، بدبینی، احساس شکست، گناه، بی‌ارزشی، خستگی، اختلال خواب، تغییر اشتها و کاهش علاقه جنسی) را ارزیابی می‌کند. امتیاز کل پرسشنامه از جمع نمرات ۲۱ گویه به دست می‌آید دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۱ تا ۶۳ متغیر است؛ نمرات بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر افسردگی هستند.

براساس دستورالعمل موجود، نمره ۰ تا ۲۱ بیانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۱ تا ۴۲ نشان‌دهنده افسردگی متوسط و نمره بیش از ۴۲ بیانگر افسردگی شدید است. بک و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده ثبات درونی مطلوب ابزار است(۱۸). در ایران نیز، طاهری تنجانی و همکاران در مطالعه‌ای بر روی سالمندان، ضریب آلفای ۰/۹۲ را به دست آوردند(۱۹).

این نتایج بیانگر پایایی مناسب پرسشنامه برای استفاده در پژوهش‌های داخلی است. همچنین، روایی پرسشنامه از جنبه‌های محتوایی و سازه‌ای مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر، برای اطمینان بیشتر، روایی محتوایی ابزار توسط سه متخصص روان‌شناسی و پرستاری بررسی و تأیید شد.

به منظور بررسی پایایی درونی پرسشنامه افسردگی بک نسخه، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج نشان داد ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۷ بوده است که بیانگر

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

پایایی درونی مطلوب این پرسشنامه می‌باشد. همچنین، براساس روش بوت‌استرپ، فاصله اطمینان ۹۵ درصدی برای این ضریب بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ برآورد شد. با توجه به این مقادیر، می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه افسردگی بک-نسخه دوم از ثبات درونی قابل‌قبول و قابل اعتماد برای استفاده در جامعه پرستاران برخوردار است.

پژوهش در چهار مرحله کلیدی اجرا شد، مرحله اول مرحله مقدماتی بود که در این مرحله پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش، هماهنگی با مدیران بیمارستان‌های منتخب انجام گرفت. پرستاران واجد شرایط از طریق فراخوان داخلی دعوت شدند. سپس رضایت‌نامه کتبی از همه شرکت‌کنندگان دریافت شد، و آن‌ها از اهداف پژوهش، روند اجرا و حق انصراف آگاه شدند. محرمانگی داده‌ها تضمین شد.

مرحله دوم که مرحله پیش آزمون بود، در هفته اول، هر سه گروه پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم را در سالن‌های آرام بیمارستان‌ها و در زمان‌های مناسب با شیفت کاری پرستاران تکمیل کردند. پرسشنامه‌ها به‌صورت ناشناس توزیع شد تا سوگیری پاسخ‌دهی کاهش یابد.

در مرحله سوم که مرحله مداخله بود، گروه درمان مبتنی بر روان شناسی مثبت، این گروه طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت قرار گرفت. جلسات شامل تمرین‌های قدردانی، تقویت خوش‌بینی و شناسایی نقاط قوت بود. گروه درمان شناختی رفتاری، این گروه طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری قرار گرفت که بر بازسازی شناختی، مدیریت استرس و تکنیک‌های حل مسئله تمرکز داشت و گروه کنترل که این گروه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در مرحله پس‌آزمون (بلافاصله پس از اتمام مداخلات) با تکمیل مجدد پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم انجام شد. مرحله پیگیری سه ماه بعد برای بررسی پایداری اثرات مداخلات اجرا شد. شرایط اجرا در هر سه مرحله مشابه بود. پس از اتمام دوره پیگیری، پرستاران گروه کنترل، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، براساس انتخاب خود تحت مداخله درمان مبتنی بر روان شناسی مثبت یا درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. جلسات با در نظر گرفتن شرایط کاری پرستاران (مانند شیفت‌های فشرده و استرس شغلی) طراحی شدند.

در این پژوهش برای ارزیابی اثربخشی مداخله، از پروتکل درمان شناختی-رفتاری استفاده شد. این پروتکل یک برنامه درمانی ساختاریافته، استاندارد و کوتاه‌مدت بود که در هشت جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه طراحی و اجرا گردید. محتوای پروتکل درمان شناختی-رفتاری براساس اصول بنیادین درمان شناختی اثر آرون بک و با الهام از منابع دستوری معتبری مانند کتاب درمان شناختی-رفتاری اصول و فراتر از آن اثر جودیت بک تدوین شد(۲۰).

همچنین محتوای پروتکل درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت نیز براساس اصول روان‌شناسی مثبت سلیگمن (Seligman) و مطالعات بعدی وی لوونگ لیم (Wei Loong Lim) و استفانی تیرنی (Stephanie Tierney) در سال ۲۰۲۳ طراحی شده است(۲۱).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

CC BY-NC 4.0

جدول ۱: خلاصه اهداف، فرایندها و تکنیک‌های پروتکل درمان شناختی-رفتاری

جلسات درمان	فرایند ، فنون و تکنیک های درمانی
جلسه اول	در این جلسه، شرکت‌کنندگان با اصول درمان شناختی-رفتاری آشنا شده و اهداف گروهی تعیین می‌شوند. هدف ایجاد انگیزه و مشارکت فعال است. تکنیک‌های مورد استفاده شامل ارائه نظری، گفت‌وگو گروهی و پرسش و پاسخ است.
جلسه دوم	شرکت‌کنندگان افکار منفی و خودکار خود را شناسایی می‌کنند و تأثیر آن‌ها بر احساس و رفتار خود را بررسی می‌کنند. تکنیک‌ها شامل ثبت روزانه، تمرین نوشتاری و بحث گروهی است.
جلسه سوم	در این جلسه صحت و واقعیت افکار منفی با استفاده از پرسشگری سقراطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. تکنیک‌ها شامل پرسشگری، بازخورد گروهی و تمرین بازسازی شناختی است.
جلسه چهارم	شرکت‌کنندگان تمرین بازسازی شناختی را انجام داده و افکار ناسازگار خود را با افکار منطقی و مثبت جایگزین می‌کنند. تکنیک‌ها شامل تمرین عملی، نقش‌آفرینی و تمرین روزانه است.
جلسه پنجم	تمرین رفتارهای مثبت و مهارت‌های مقابله‌ای انجام می‌شود تا شرکت‌کنندگان بتوانند چالش‌ها را بهتر مدیریت کنند. تکنیک‌ها شامل تمرین عملی، تقویت رفتار و نقش‌آفرینی است.
جلسه ششم	شرکت‌کنندگان روش‌های آرام‌سازی عضلانی، تنفس عمیق و مقابله با موقعیت‌های اضطراب‌آور را تمرین می‌کنند. تکنیک‌ها شامل تمرین عملی، مراقبه هدایت‌شده و تمرین تمرکز است.
جلسه هفتم	در این جلسه، عوامل خطر شناسایی شده و برنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا طراحی می‌شود. تکنیک‌ها شامل تمرین برنامه عملیاتی، بحث گروهی و تمرین سناریو است.
جلسه هشتم	مرور پیشرفت‌ها و جمع‌بندی تغییرات انجام می‌شود و برنامه عملیاتی برای حفظ اثرات درمان تعیین می‌شود. تکنیک‌ها شامل خودارزیابی، بحث گروهی و تعیین برنامه نگهداری است.

جدول ۲: خلاصه اهداف، فرایندها و تکنیک‌های پروتکل درمان مبتنی بر روان شناسی مثبت

جلسات درمان	فرایند، فنون و تکنیک های درمانی
جلسه اول	آشنایی با مبانی روان‌شناسی مثبت، معرفی اهداف و ایجاد انگیزه در شرکت‌کنندگان. تکنیک‌ها: ارائه نظری، گفت‌وگو گروهی، پرسش و پاسخ.
جلسه دوم	تمرین شکرگزاری و نوشتن فهرست قدردانی‌ها برای ارتقای هیجانات مثبت. تکنیک‌ها: تمرین نوشتاری، ثبت روزانه، بحث گروهی.
جلسه سوم	شناسایی و بررسی نقاط قوت فردی با ابزارهای استاندارد. تکنیک‌ها: پرسشنامه، فعالیت گروهی، بازخورد.
جلسه چهارم	تمرین‌های مدیتیشن، تمرکز بر تنفس و حضور در لحظه. تکنیک‌ها: تمرین عملی، مراقبه هدایت‌شده، تنفس عمیق.
جلسه پنجم	تمرین تقویت روابط و تعاملات مثبت، افزایش حمایت اجتماعی میان اعضای گروه. تکنیک‌ها: نقش‌آفرینی، تمرین گروهی، بازخورد متقابل.
جلسه ششم	تعیین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت، بررسی معنا و ارزش‌ها. تکنیک‌ها: مصورسازی اهداف، برنامه‌ریزی عملی، تمرین جهت‌گیری مثبت.
جلسه هفتم	تمرین پذیرش افکار منفی و انعطاف در مواجهه با چالش‌ها. تکنیک‌ها: تمرین پذیرش، آرام سازی و تمرین تاب آوری.
جلسه هشتم	مرور پیشرفت‌ها و دستاوردها، برنامه‌ریزی برای حفظ اثرات درمان. تکنیک‌ها: خودارزیابی، بحث گروهی، تعیین برنامه عملیاتی.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

CC BY-NC 4.0

یافته ها

در این پژوهش، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پایه شرکت‌کنندگان در سه گروه بررسی شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت ۳۴/۵ سال، در گروه درمان شناختی-رفتاری ۳۴/۱ سال و در گروه کنترل ۳۳/۴ سال بود. همچنین انحراف معیار سن در این سه گروه به ترتیب ۲/۶، ۰/۶ و ۱/۶ گزارش شد که نشان می‌دهد از نظر سن، تفاوت چشمگیری بین گروه‌ها وجود ندارد و گروه‌ها از نظر این متغیر همگن هستند.

در خصوص توزیع جنسیتی، در کل نمونه ۳۶ نفر (۶۰/۰ درصد) زن و ۲۴ نفر (۴۰/۰ درصد) مرد بودند. در گروه درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت ۱۲ نفر (۶۰/۰ درصد) زن و ۸ نفر (۴۰/۰ درصد) مرد، در گروه درمان شناختی-رفتاری ۱۱ نفر (۵۵/۰ درصد) زن و ۹ نفر (۴۵/۰درصد) مرد و در گروه کنترل ۱۳ نفر (۶۵/۰ درصد) زن و ۷ نفر (۳۵/۰ درصد) مرد حضور داشتند. این توزیع نشان می‌دهد که از نظر جنسیت نیز تفاوت عمده‌ای بین گروه‌ها وجود ندارد .در رابطه با سابقه کاری، میانگین سابقه کاری در گروه درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت ۸/۷ سال، در گروه درمان شناختی-رفتاری ۸/۵ سال و در گروه کنترل ۸/۶ سال بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان از نظر سابقه کاری نیز در وضعیت نسبتاً مشابهی قرار داشتند و تفاوت‌های موجود بسیار اندک است. در متغیر افسردگی، نتایج توصیفی نشان داد که میانگین نمرات در پیش‌آزمون در گروه درمان شناختی-رفتاری ۲۲/۹۰، در گروه درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت ۲۲/۶۰ و در گروه کنترل ۲۲/۷۰ بود که بیانگر همسان بودن نسبی گروه‌ها در آغاز پژوهش است. در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات در گروه درمان شناختی-رفتاری به ۱۰/۳۰کاهش یافت، در حالی که در گروه درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت به ۱۵/۲۰ رسید و در گروه کنترل تغییر اندکی تا ۲۱/۸۰ مشاهده شد. در مرحله پیگیری نیز این روند تا حد زیادی حفظ شد؛ به طوری‌که میانگین نمرات در گروه درمان شناختی-رفتاری ۱۰/۸۰، در گروه درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت ۱۵/۵۰ و در گروه کنترل ۲۱/۵۰گزارش شد .به طور کلی، الگوی تغییرات نشان می‌دهد که هر دو مداخله موجب کاهش نمرات افسردگی شده‌اند، اما میزان کاهش در گروه درمان شناختی-رفتاری بیشتر بوده و این اثر در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. در مقابل، گروه کنترل تغییر قابل توجهی در طول زمان نشان نداده است، که بیانگر عدم وجود اثر مداخله در این گروه است. برای تعیین نرمال بودن توزیع داده‌های پس‌آزمون متغیرهای افسردگی در سه گروه (درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت، درمان شناختی رفتاری، کنترل)، آزمون شاپیرو-ویلک انجام شد. نتایج جدول ۳ نتایج آزمون شاپیرو—ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات افسردگی در سه گروه و در سه مقطع زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داد که در تمامی موارد مقدار p بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. بنابراین، فرض نرمال بودن داده‌ها در هیچ‌یک از گروه‌ها و مراحل زمانی رد نمی‌شود. به عبارت دیگر، توزیع نمرات افسردگی در گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت و کنترل در هر سه مرحله زمانی از توزیع نرمال پیروی می‌کند و استفاده از آزمون‌های پارامتریک در ادامه تحلیل‌از نظر پیش‌فرض نرمالیتی بلامانع است. نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که در تمام مقاطع

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

زمانی، مقدار سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بوده است؛ به‌گونه‌ای که مقدار سطح معناداری در پیش‌آزمون ۰/۶۱۰، در پس‌آزمون ۰/۶۴۰ و در مرحله پیگیری ۰/۶۷۰ بود، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد. بر این اساس، می‌توان گفت که واریانس نمرات افسردگی در گروه‌های مورد بررسی در هر سه زمان همگن بوده و از نظر میزان پراکندگی نمرات، تفاوت معناداری میان گروه‌ها مشاهده نمی‌شود. همچنین، یافته‌های آزمون ماچلی برای بررسی فرض کرویت نشان داد که این فرض نیز برقرار است و مقدار سطح معناداری آن ۰/۸۸۰ بود. بنابراین، برابری واریانس تفاضل‌ها در سطوح مختلف متغیر درون‌گروهی (زمان) تأیید شد و در نتیجه نیازی به استفاده از اصلاحات مربوط به درجات آزادی، مانند گرین‌هاوس-گایسر یا هیوین-فلد، وجود نداشت.با توجه به تأیید پیش‌فرض‌های آماری، شامل نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و کرویت، به‌کارگیری تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر زمان، گروه و نیز تعامل این دو بر نمرات افسردگی، از نظر آماری مناسب است.

نتایج جدول۴، نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر زمان، گروه و تعامل زمان × گروه بر نمرات افسردگی معنادار است. این یافته بیانگر آن است که نمرات افسردگی در طول زمان تغییر کرده و بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد و مهم‌تر از آن، روند تغییرات در گروه‌ها یکسان نبوده است؛ به‌طوری که میزان تغییرات وابسته به نوع مداخله بوده است.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در راستای اثر معنادار تعامل زمان × گروه نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری، هر دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت نسبت به گروه کنترل نمرات افسردگی کمتری داشتند، با این حال میزان کاهش نمرات در گروه درمان شناختی-رفتاری بیشتر از درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت بود.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانه های افسردگی در گروه‌های درمانی و کنترل

متغیر	گروه	مقطع زمانی	آماره شاپیروویلکز	p
افسردگی	درمان‌شناختی- رفتاری	پیش‌آزمون	۰/۹۵۰	۰/۳۲۰
		پس آزمون	۰/۹۲۰	۰/۰۶۰
		پیگیری	۰/۹۲۵	۰/۰۷۰
	درمان مبتنی بر ر وان شناسی مثبت	پیش‌آزمون	۰/۹۴۵	۰/۲۸۰
		پس آزمون	۰/۹۳۵	۰/۱۲۰
		پیگیری	۰/۹۳۰	۰/۱۰۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۹۵۵	۰/۳۵۰
		پس آزمون	۰/۹۵۰	۰/۳۱۰
		پیگیری	۰/۹۴۵	۰/۲۹۰

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

CC BY-NC 4.0

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر متغیر افسردگی

متغیر	اثر	آماره F	درجات آزادی	p	اندازه η^2
افسردگی	زمان	۱۵/۳۲	۲/۱۱۴	۰/۰۰۲	۰/۲۱
	گروه	۴/۷۸	۲/۵۷	۰/۰۱۵	۰/۱۴
	زمان × گروه	۳/۹۵	۴/۱۱۴	۰/۰۰۹	۰/۱۲

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر افسردگی

مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
درمان شناختی-رفتاری (پس‌آزمون) در مقابل درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت (پس‌آزمون)	-۳/۸	۰/۸۵	۰/۰۰۴
درمان شناختی-رفتاری (پس‌آزمون) در مقابل کنترل (پس‌آزمون)	-۷/۲	۰/۹۰	۰/۰۰۱
درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت (پس‌آزمون) در مقابل کنترل (پس‌آزمون)	-۳/۴	۰/۸۸	۰/۰۰۷
درمان شناختی-رفتاری (پیگیری) در مقابل درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت (پیگیری)	-۳/۵	۰/۸۷	۰/۰۰۶
درمان شناختی-رفتاری (پیگیری) در مقابل کنترل (پیگیری)	-۶/۸	۰/۹۱	۰/۰۰۱
درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت (پیگیری) در مقابل کنترل (پیگیری)	-۳/۳	۰/۸۹	۰/۰۰۸
درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت (پیش در مقابل پس)	-۵/۶	۰/۷۰	۰/۰۰۱
درمان شناختی-رفتاری (پیش در مقابل پس)	-۷/۹	۰/۷۵	۰/۰۰۱
کنترل (پیش در مقابل پس)	-۰/۷	۰/۸۰	۰/۵۸۲
درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت (پس در مقابل پیگیری)	۰/۲	۰/۳۰	۰/۷۱۴
درمان شناختی-رفتاری (پس در مقابل پیگیری)	۰/۴	۰/۲۸	۰/۳۲۶
کنترل (پس در مقابل پیگیری)	-۰/۲	۰/۲۵	۰/۶۸۹

بحث و نتیجه گیری

تحلیل بونفرونی ما را به این یافته رساند که هر دو مداخله‌ی درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت ودرمان شناختی-رفتاری، در مقایسه با گروه کنترل، در کاهش معنادار علائم افسردگی در پرستاران موثر بودند. با این حال، درمان شناختی-رفتاری اثربخشی نسبی بیشتری در کاهش این علائم داشت. توجه به این نکته که اثرات درمانی هر دو رویکرد درمانی در مرحله‌ی پیگیری سه‌ماهه نیزپایدار ماند، قابل توجه است. نتایج پژوهش حاضر از چندسو با مطالعات پیشین هم راستا و در برخی جهات ناهمراستا است.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی هر دو مداخله و در عین حال برتری نسبی درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

CC BY-NC 4.0

افسردگی پرستاران، با بخش قابل‌توجهی از ادبیات پژوهشی همسو است. برای مثال، فراتحلیل کوئیک و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری همچنان یکی از مؤثرترین مداخلات خط اول در درمان افسردگی شغلی و افسردگی مرتبط با استرس حرفه‌ای است و اندازه اثر آن در مقایسه با بسیاری از رویکردهای دیگر بزرگ‌تر گزارش شده است. این همسویی را می‌توان ناشی از تمرکز مستقیم درمان شناختی-رفتار بر اصلاح تحریف‌های شناختی و کاهش نشخوار فکری دانست؛ سازوکارهایی که در مشاغل پرفشار مانند پرستاری نقش محوری در تداوم افسردگی دارند.

همچنین یافته حاضر با مطالعه دیمیدجیان و همکاران (۲۰۲۴) همخوان است که نشان دادند مداخلات شناختی-رفتاری در جمعیت‌های شغلی با استرس بالا، به دلیل ماهیت ساختارمند و مهارت‌محور خود، کاهش سریع‌تر علائم افسردگی را نسبت به رویکردهای مبتنی بر ارتقای بهزیستی نشان می‌دهند. این یافته با نتیجه پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان شناختی–رفتاری قابل تبیین است، زیرا در محیط‌های درمانی که فشار عملکردی بالا وجود دارد، مداخله‌ای که مستقیماً بر افکار ناکارآمد مرتبط با شایستگی و مسئولیت حرفه‌ای تمرکز می‌کند، احتمالاً کارآمدتر عمل می‌کند. در مقابل، نتایج پژوهش حاضر تا حدی با برخی مطالعات که بر اثربخشی برابر یا حتی مزیت‌های بلندمدت مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت تأکید کرده‌اند، ناهمسو است. برای نمونه، کار و همکاران (۲۰۲۳) در یک مرور نظام‌مند گزارش کردند که مداخلات مثبت‌نگر می‌توانند در افزایش تاب‌آوری، امید و رضایت شغلی اثر قابل‌توجهی داشته باشند و در برخی موارد کاهش علائم افسردگی را نیز نشان داده‌اند. ناهمسویی نسبی با پژوهش حاضر ممکن است ناشی از تفاوت در شدت اولیه افسردگی نمونه‌ها، مدت مداخله یا تفاوت در بافت شغلی باشد. در مطالعه کار و همکاران، بیشتر نمونه‌ها کارکنان عمومی یا سازمانی بودند، در حالی که نمونه پژوهش حاضر پرستاران در محیط‌های درمانی پرفشار بودند؛ محیطی که احتمالاً الگوهای شناختی منفی مرتبط با خطا و مسئولیت‌پذیری در آن برجسته‌تر است و در نتیجه درمان شناختی-رفتاری مزیت بیشتری نشان می‌دهد. همچنین پژوهش چوی و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که مداخلات مثبت‌نگر در کاهش افسردگی خفیف تا متوسط اثربخش‌اند، اما در سطوح بالاتر علائم، درمان‌های شناختی-رفتاری نتایج قوی‌تری ارائه می‌دهند. این یافته می‌تواند توضیح دهنده برتری نسبی درمان شناختی–رفتاری در پژوهش حاضر باشد، به‌ویژه اگر شدت علائم در نمونه مورد بررسی در سطح متوسط یا بالاتر بوده باشد. در مجموع، همسویی پژوهش حاضر با مطالعات تأکیدکننده بر کارآمدی درمان شناختی–رفتاری و ناهمسویی نسبی با پژوهش‌هایی که اثربخشی برابر گزارش کرده‌اند، نشان می‌دهد که بافت شغلی، شدت علائم اولیه و سازوکارهای غالب افسردگی در جمعیت هدف نقش تعیین‌کننده‌ای در میزان اثربخشی مداخلات دارند. این تحلیل، یافته پژوهش حاضر را نه به‌عنوان تناقض، بلکه به‌عنوان تکمیل‌کننده ادبیات موجود قابل تفسیر می‌سازد.

یافته‌های این پژوهش، که حاکی از برتری درمان شناختی-رفتاری در کاهش سریع‌تر علائم افسردگی پرستاران است، را می‌توان از طریق سه چارچوب نظری معاصر و یکپارچه به شرح زیر تبیین کرد: ۱.مدل فرآیند دوگانه و کنترل شناختی این مدل،

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

که ریشه در علوم اعصاب شناختی دارد، مغز را دارای دو سیستم پردازشی اصلی می‌داند: سیستم اول (پایین به بالا): سریع، خودکار، هیجانی و عمدتاً تحت کنترل بخش‌های هیجانی مغز مانند آمیگدال است. این سیستم در افسردگی به سمت تفسیرهای منفی و تهدیدآمیز سوگیری شده است. سیستم دوم (بالا به پایین): کند، تحلیلی، ارادی و تحت کنترل قشر پیش‌پیشانی مغز است. این سیستم مسئول ارزیابی منطقی و تنظیم هیجان است. در پرستاران تحت فشار، سیستم ۱ به طور مزمن فعال و بیش از حد حساس است. این امر منجر به واکنش‌های هیجانی شدید و افکار خودکار منفی می‌شود. درمان شناختی–رفتاری اساساً یک "آموزش کنترل شناختی" است. این درمان با تمرین‌هایی مانند بازسازی شناختی، مستقیماً سیستم دوم (قشر پیش‌پیشانی) را تقویت می‌کند تا بتواند بر واکنش‌های بیش از حد سیستم اول غلبه کرده و آن را تنظیم نماید. این یک مداخله مستقیم و بالا به پایین است که به سرعت به کاهش علائم منجر می‌شود.

در مقابل، مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت تلاش می‌کند تا با تقویت هیجانات مثبت، سیستم اول را از "پایین به بالا" تغییر دهد. این فرآیند، به ویژه زمانی که سوگیری‌های منفی سیستم اول بسیار قوی شده باشد، کندتر و زمان‌برتر است. بنابراین، برتری درمان شناختی-رفتاری در کاهش سریع علائم از این منظر قابل تبیین است: این درمان مستقیماً فرمانده ارزیابی منطقی (سیستم دوم) را برای مهار شورش هیجانی (سیستم اول) تقویت می‌کند.

نظریه شبکه‌ای روان‌پاتولوژی نیز افسردگی را به عنوان یک بیماری یا عامل پنهان نمی‌بیند، بلکه آن را یک شبکه پویا از علائم در نظر می‌گیرد. در این مدل، علائمی مانند اندوه، خودسرزنشی، بی‌خوابی و خستگی گره‌هایی در یک شبکه هستند. افسردگی زمانی رخ می‌دهد که این گره‌ها به شدت به یکدیگر متصل شده و یکدیگر را فعال کنند (مثلاً خودسرزنشی باعث بی‌خوابی و بی‌خوابی باعث خستگی بیشتر می‌شود).

در این چارچوب: درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک آسیب‌زننده شبکه عمل می‌کند. این درمان مستقیماً به قوی‌ترین و مرکزی ترین گره‌های این شبکه، یعنی افکار خودکار منفی و خودسرزنشی، حمله می‌کند. با تضعیف این گره‌های شناختی کلیدی، ارتباطات در کل شبکه تضعیف شده و چرخه معیوب خود تقویت‌کننده افسردگی فرو می‌پاشد. این امر، کاهش سریع و گسترده علائم را توجیه می‌کند. مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت تلاش می‌کند گره‌های جدید و مثبتی (مانند امید، شکرگزاری، رضایت) را به این شبکه اضافه کند. هرچند این گره‌های جدید در بلند مدت می‌توانند به افزایش تاب‌آوری و بهزیستی منجر شوند، اما برای اینکه بتوانند بر شبکه منفی موجود غلبه کنند، زمان نیاز دارند. بنابراین، در کوتاه مدت، تضعیف گره‌های منفی قدرتمند (توسط درمان شناختی–رفتاری) از افزودن گره‌های مثبت نوظهور (توسط مداخله مثبت‌نگر) مؤثرتر است.

مدل فراشناختی و سندروم توجهی شناختی این مدل، یک پله از مدل شناختی سنتی فراتر می‌رود. این نظریه معتقد است که مشکل اصلی نه فقط محتوای افکار منفی، بلکه نحوه تعامل با این افکار است. این تعامل ناکارآمد را سندروم توجهی شناختی می‌نامند که شامل ترکیبی از نشخوار فکری، نگرانی و استراتژی‌های مقابله‌ای ناکارآمد است. این سندروم، یک حالت

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

توجهی خودمحور است که فرد را در حلقه افسردگی نگه می‌دارد.

درمان شناختی-رفتاری با به چالش کشیدن محتوای افکار، عملاً سوخت سندروم توجهی شناختی را قطع می‌کند. وقتی فرد باورهای منفی خود را زیر سؤال می‌برد، انگیزه و دلیل برای نشخوار فکری در مورد آن‌ها از بین می‌رود. این یک مداخله مستقیم برای متوقف کردن موتور محرک افسردگی است.

مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت ممکن است به طور غیرمستقیم به کاهش این سندروم کمک کند، اما تمرکز اصلی آن بر ایجاد حالت‌های توجهی مثبت است. در حالی که درمان شناختی–رفتاری مستقیماً با عامل تداوم بخش مشکل یعنی نشخوار فکری مبارزه می‌کند، مداخله مثبت‌نگر بر عامل‌های پیشگیری‌کننده مانند تاب‌آوری تمرکز دارد. در یک محیط بحرانی مانند پرستاری، متوقف کردن عامل تداوم بخش در کوتاه‌مدت، اولویت بالاتری دارد.

نتیجه‌گیری یکپارچه این چارچوب‌های نظری جدید، یافته ما را از زوایای مختلفی تقویت می‌کنند. آنها نشان می‌دهند که برتری درمان شناختی–رفتاری صرفاً به دلیل اصلاح افکار اشتباه نیست، بلکه به دلیل مکانیسم‌های سیستمیک و هدفمند آن است: درمان شناختی-رفتاری یک آموزش کنترل برای مغز است تا بر واکنش‌های غریزی غلبه کند.

این درمان یک آسیب‌زننده شبکه است که چرخه معیوب علائم را از مرکز متلاشی می‌کند. از طرف دیگر این درمان یک مهارکننده فرآیند است که موتور تداوم‌بخش افسردگی (یعنی نشخوار فکری) را خاموش می‌کند.

بنابراین، در جمعیتی با استرس مزمن بالا مانند پرستاران که در آن سیستم‌های هیجاتی و شبکه‌های علائم به شدت فعال هستند، مداخله‌ای که مستقیم، قدرتمند و سیستم محور عمل می‌کند (درمان شناختی-رفتاری)، طبیعتاً در کاهش سریع علائم افسردگی مؤثرتر از مداخله‌ای خواهد بود که بر ساختن منابع جدید برای آینده تمرکز دارد (مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت).

در مجموع، براساس یافته‌های پژوهش حاضر و تحلیل‌های یافته‌ها در این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی–رفتاری با تمرکز بر بازسازی شناخت‌ها و اصلاح شیوه تفکر منفی، در کاهش شدت افسردگی پرستاران تأثیر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت دارد. در عین حال، پایداری نسبی اثرات هر دو مداخله نشان می‌دهد که ترکیب رویکردهای شناختی و مثبت‌نگر ممکن است به ارتقای پایدار سلامت روان پرستاران کمک کند.

پژوهش حاضر با وجود نتایج قابل توجه، دارای محدودیت‌هایی است که بهتر است در تفسیر نتایج در نظر گرفت شود. نخست، حجم نمونه نسبتا کم بوده و انتخاب شرکت‌کنندگان از یک شهر، باعث کاهش تعمیم نتایج به سایر پرستاران در شهرهای دیگر می‌شود. دوم، استفاده از ابزار خودگزارشی برای سنجش افسردگی، احتمال وجود خطاهای ادراکی، سوگیری پاسخ‌دهی و تمایل به گزارش اجتماعی مطلوب را افزایش دهد. همچنین؛ به رغم تلاش برای کنترل شرایط، تاثیر متغیرهای زمینه‌ای مانند فشارکاری، حمایت اجتماعی و وضعیت خانوادگی به طور کامل قابل حذف نبوده است و در آخر محدود بودن دوره پیگیری به سه ماه قدرت ارزیابی ماندگاری اثرات درمان را ممکن است کاهش دهد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

ملاحظات اخلاقی

کلیه مراحل پژوهش با رعایت اصول اخلاقی انجام شده و کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش با شماره IR.IAU.REC.1403.312 صادر شده است. از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد و محرمانگی اطلاعات آنان تضمین گردید.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آماری و نگارش مقاله نقش فعالی داشته‌اند. فاطمه‌السادات حسینی مسئول مسئول نگارش متن کامل مقاله، تحلیل آماری داده‌ها، اجرای مداخلات درمانی و تدوین چارچوب‌نظری پژوهش بوده است. فاطمه السادات طباطبایی نژاد و سقا افراخته اصلاحات مقاله درساختار و محتوای چکیده، مقدمه، روش، یافته‌ها و بحث را به عهده گرفتند.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده‌اند و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ گونه حمایت مالی از سازمان‌های مالی بخش دولتی، عمومی، تجاری یا غیر انتفاعی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع مالی، علمی یا شخصی در انجام، تحلیل یا انتشار نتایج این پژوهش وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از کمیته‌ی اخلاق در پژوهش، مدیران و پرستاران بیمارستان‌های شرکت‌کننده، و تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری صادقانه داشتند، صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

References

1-Occupational Safety and Health Administration (US). Healthcare: stress and burnout [Internet]. Washington (DC): U. S. Department of Labor; 2023 [cited 2023 Oct 26]. Available from: https://www.osha.gov/healthcare/mental-health

2-Mousavi-Asl SA, Parouni S. The effectiveness of positive psychotherapy on sense of coherence, self-efficacy, psychological well-being, and resilience among nurses in Social Security hospitals. J Psychol Res. 2021;21(1):45–60.[Persian]

3-Zhang Y, Li X, Chen H. Cognitive reappraisal and ruminative thinking as mediators of depression in nursing students. J Nurs Educ. 2024;63(1):12–19.

4-Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. J Abnorm Psychol. 2022;131(2):116–129.

5-Sharif-Nia H, Hosseini SH, Rahmatpour P & et al. Post-COVID-19 depression prevalence in Iranian nurses: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2025;25(1):45–58.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

 CC BY-NC 4.0

6-Li JN, Wang Y, Chen L & et al. Effect of depressive symptoms on quality of work life in nurses: a cross-sectional study. Front Psychiatry. 2023; 14:1125432.

7-Li LZ, Zhang HY, Xu Y & et al. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2024;7(4): e240312.

8-Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work. 3rd ed. New York: Routledge; 2021.

9-Zhang Y, Li J, Chen H & et al. Cognitive behavior therapy for adult depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord. 2025; 282:4–13.

10-Beg S, Verma A, Chanthar V & et al. Artificial intelligence for psychotherapy: Current status and future directions. Frontiers in Psychiatry. 2024;16(2):45–56.

11-Hosseini F, Farina H, Vaziri A. Prediction of depression in nurses based on self-compassion and resilience. Behdasht Kar va Ertegha Salamat. 2021;5(3):215–260.[Persian]

12-Wang L, Huang Q, Zhang Y & et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among intensive care nurses: A meta-analysis. Nursing in Critical Care.2022; 27(6), 739–746.

13-Jarrad R, Karajah A, Mahmoud N & et al. The effectiveness of group cognitive behavioral therapy in reducing the risk of depression among mental health nurses. Perspect Psychiatr Care. 2025;61(2):114–122.

14-Mikaeili-Baghi N, Abdollahzadeh M, Samadi-Fard N & et al. The effectiveness of positive psychology intervention on depression and quality of life in post-stroke depressed patients. Int J Educ Cogn Sci. 2024;5(4):101–109.

15-Kaya R, Tanrıverdi D. The effect of a positive psychology program on mental health, life attitudes, and depression levels in patients with depression. Curr Psychol. 2024;43(3):2317–2328.

16-Zhou X, Zhou X, Zhou X & et al. The effect of physical activity on depression in university students: the mediating role of self-esteem and positive psychological capital. Front Psychol. 2024; 15:1485641.

17-Peng R, Guo Y, Zhang Q & et al. Internet-delivered psychological interventions for older adults with depression: a scoping review. Geriatr Nurs. 2024; 55:102–115.

18-Beck JS. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]

 CC BY-NC 4.0

19-Taheri Tanjani P& et al. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory-II among Iranian older adults. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences.2014; 22 (1), 189–198.[Persian]

20-Lim WL, Tierney S. The effectiveness of positive psychology interventions for promoting well-being of adults experiencing depression compared to other active psychological treatments: a systematic review and meta-analysis. J Happiness Stud. 2023;24(1):249–273.

21-Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.

22-Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2010.

23-Wang L, Guo Y, Liu Y & et al. Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: a randomized controlled trial. Int J Nurs Pract. 2023;29(2): e13123.

24-Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M & et al. The effects of cognitive behavioral therapy on depression: A comprehensive meta-analysis. World Psychiatry. 2023;22(1):105–115.

25-Dimidjian S, Hollon SD, Amsterdam JD & et al. Randomized trial of behavioral activation and cognitive therapy for depression: Outcomes and mechanisms. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2024;92(2):145–158.

26-Carr A, Cullen K, Keeney C & et al. Effectiveness of positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis. Journal of Positive Psychology. 2023;18(3):321–345. doi:10.1080/17439760.2022.2036795

27-Choi KW, Kim YK, Jeon HJ. Positive psychological interventions and depressive symptoms: Differential effects by severity level. Depression and Anxiety. 2024;41(1):56–68. doi:10.1002/da.23456

28-Disner SG, Beevers CG, Haigh EAP & et al. Neural mechanisms of depression: a roadmap for cognitive therapy. Trends in Cognitive Sciences. 2011;15(7):317-325.

29-Borsboom D, Cramer AOJ. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology and mental illness. Annual Review of Clinical Psychology. 2013; 9:91-121.

30-Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York (NY): Guilford Press; 2009.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22573]