Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2023; Vol 8(3), winter, pp 76 - 89

The effectiveness of self-determination skills training on moral distress and resilience of primary caregivers of chronic neurological and psychiatric patients

Elham Tavassoli[1], Tayebeh Sharifi[2]*, Reza Ahmadi[3]

1. PhD student, Department of Psychology, Shahrekord Azad University, Shahrekord, Iran
2. Associate professor, Department of Psychology, Shahrekord Azad University, Shahrekord, Iran
3. Assistant professor, Department of Psychology, Shahrekord Azad University, Shahrekord, Iran

***Corresponding Author:** Tayebeh Sharifi, **Email:** Sharifi_ta@yahoo.com, **Tel:** +989133845415

Received: 5 January 2023 **Accepted:**19 February 2023

Abstract

Background & Aim: The self-determination approach considers human beings as positive beings who potentially have the capacity for growth and development. In the present study, the effectiveness of self-determination skills training on moral distress and resilience of the main caregivers of chronic neuropsychiatric patients was investigated.

Material & Method: The current study is a semi-experimental one in 2022, in which 40 primary caregivers were selected from the community of primary caregivers of chronic neurological and psychiatric patients in Borujen city in Chaharmahal and Bakhtiari province using available sampling method. Research tools included moral distress and resilience questionnaires. Data analysis was done with the method of analysis of variance with repeated measurements using SPSS-22 software.

Results: The results showed that self-determination skills training had a significant effect on improving the resilience of the main caregivers of chronic neuropsychiatric patients (Partial η^2=0.58, p=0.001, F=53.78); But teaching self-determination skills did not have a significant effect on improving the moral distress of the main caregivers of chronic neuropsychiatric patients (Partial η^2=0.009, p=0.10, F=0.33).

Conclusion: the training of self-determination skills affects the resilience of the main caregivers of chronic neuropsychiatric patients. Accordingly, in the process of acquiring self-determination skills, valuing oneself includes self-acceptance (it means admiring the strengths that have a unique quality and is often considered as a person's weakness), recognizing the rights and responsibilities and emotional, mental and physical care are learned from oneself, which increases the process of patience and tolerance of people against problems and helps them to overcome challenges and changes in life.

Key words: moral distress, resilience, behaviors, self-determination, caregivers

How to cite this article: Tavassoli E, Sharifi T, Ahmadi R. The effectiveness of self-determination skills training on moral distress and resilience of primary caregivers of chronic neurological and psychiatric patients. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2023; Vol 8(3), winter, pp 76 – 89. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-517-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

اثربخشی آموزش مهارت‌های خود تعیین‌گری بر پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن

الهام توسلی[۱]، طیبه شریفی*[۲]، رضا احمدی[۳]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد شهرکرد، شهرکرد، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد شهرکرد، شهرکرد، ایران

***نویسنده مسئول:** طیبه شریفی، **ایمیل:** Sharifi_ta@yahoo.com، **تلفن:**۰۹۱۳۳۸٤٥٤۱٥

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۵ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۱/۱۰/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: رویکرد خودتعیین‌گری انسان‌ها را موجوداتی مثبت می‌داند که به صورت بالقوه دارای ظرفیتی برای رشد و توسعه هستند، آن‌ها تمایل دارند در فعالیت‌هایی که به آن علاقه‌مند هستند و در رشد توانایی‌های فردی آن‌ها مفید است، شرکت کنند. در پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن موردبررسی قرار گرفت.

موارد و روش‌ها: مطالعهٔ حاضر به صورت نیمه تجربی در سال ۴۰۱-۱۴۰۰ انجام گردید، از جامعهٔ مراقبین اصلی بیماران مزمن اعصاب و روان شهرستان بروجن در استان چهارمحال و بختیاری، ۴۰ مراقب اصلی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش، شامل پرسشنامه‌های استاندارد پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر بهبود میزان تاب‌آوری مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن اثر معناداری داشت ($F=۵۳/۷۸$ ، $p=۰/۰۰۱$ ، Partial $\eta^2=۰/۵۸$)؛ اما آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر بهبود میزان پریشانی اخلاقی مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن اثر معناداری نداشت ($F=۰/۳۳$ ، $p=۰/۱۰$ ، Partial $\eta^2=۰/۰۰۹$).

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، تاب‌آوری مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. بر این اساس، در فرایند کسب مهارت‌های خودتعیین‌گری، ارزشمند دانستن خود شامل پذیرش خود، شناخت حقوق و مسئولیت‌ها و مراقبت هیجانی، ذهنی و جسمانی از خود فراگرفته می‌شود که فرایند صبر و تحمل افراد در برابر مشکلات را افزایش داده و آن‌ها را برای غلبه بر چالش‌ها و تغییرات زندگی یاری می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: پریشانی اخلاقی، تاب‌آوری، رفتار، خودتعیین‌گری، مراقبین

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

بیماری یک عضو خانواده (خصوصاً بیماری‌های مزمن روانی)، کل خانواده را درگیر و سبک زندگی آن‌ها را تغییر می‌دهد (۳،۲،۱). عواقب مشکلات مالی، روحی و اجتماعی بیماری روانی اثرات مهمی روی خانواده او می‌گذارد (۴). با تحویل بیمار به خانواده در کنار فقدان خدمات مربوط به مراکز جامع بهداشت روانی، مراقبین بیماران دچار فشار شدید روانی و جسمانی شده و خود را در مقابله و مدارا با عواقب داشتن بیمار روانی مزمن در خانواده، تنها و رها شده احساس می‌کنند. قابل‌درک است که بیشتر خانواده‌ها احساس می‌کنند در میان این مشکلات غرق شده‌اند. آن‌ها ممکن است این حالت را با ابراز ناکامی و خشم یا فداکاری بیش از حد نسبت به بیمار نشان دهند. این‌گونه نگرش‌ها و رفتارهای خانواده، ممکن است تاثیرات مخربی بر برخی از ویژگی‌های شخصیتی، رفتاری و اخلاقی آنان گذارد. به‌عنوان‌مثال نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان تاب‌آوری خانواده‌های دارای بیماران مزمن روانی کمتر از هنجارهای جامعه است (۵). پژوهشگران تاب‌آوری را به‌عنوان توانمندی و سازگاری فردی، در شرایط و رویدادهای استرس زا می‌باشد که اثرات منفی این شرایط و رویدادها را کاهش می‌دهد (۶). در واقع، تاب‌آوری به انطباق موفقیت‌آمیزی گفته می‌شود که در مصائب و استرس‌های ناتوان ساز آشکار می‌گردد، یعنی تاب‌آوری بیانگر کنش‌وری و پویایی سازه‌ای است که مستلزم تعامل پیچیده بین عوامل خطرساز و محافظت‌کننده است (۷،۸).به عبارت دیگر، تاب‌آوری یک فرایند توانایی یا پیامد سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (۹). به عبارت دیگر، تاب‌آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلایا یا فشارهای استرس‌زا، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن به‌وسیله‌ی آن تجارب اطلاق می‌شود. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به‌عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌شود (۱۰). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان دادند که فرایند شروع بیماری و درمان بیماری مزمن روانی در کاهش میزان تاب‌آوری مراقبین بیماران مزمن روانی اثرگذار بوده است (۵،۴).

همچنین، نتایج برخی تحقیقات نشان دادند که علاوه بر کاهش معنادار تاب‌آوری در مراقبین بیماران مزمن روانی ممکن است، پریشانی اخلاقی آنان نیز کاهش می‌یابد (۱۱). به‌طورکلی، پریشانی اخلاقی، نشانگان استرس منفی است و در موقعیت‌های که ابعاد اخلاقی مطرح است و مراقبت احساس می کند که نمی‌تواند تمامی ارزش‌ها و مصالح در معرض خطر را حفظ کند، روی می‌دهد (۱۲، ۱۳). پریشانی اخلاقی روی زندگی شخصی (خلق و خوی و تحریک‌پذیری) و زندگی شغلی (دشواری در تمرکز و احساسات و عدم کارایی) مراقبین بیماران روانی تاثیر می‌گذارد (۱۴). پریشانی اخلاقی اغلب با کاهش رضایت شغلی و فرسودگی شغلی، کم‌خوابی، فقدان اشتها، احساس بی‌ارزشی، کابوس، تپش قلب، تغییرات در عملکرد جسمانی و خلقی همراه است (۱۵). بدیهی است که با افزایش میزان پریشانی اخلاقی میزان تاب آوری مراقبین کاهش چشمگیری خواهد داشت با توجه به توضیحات فوق، خانواده‌های بیماران مزمن روانی در زمینه‌های پریشانی اخلاقی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

و تاب‌آوری نیازمند توجه و آموزش هستند. در این زمینه، برخی از برنامه‌های آموزشی می‌توانند در بهبود توانمندی‌های فوق مثمرثمر باشند. یکی از مهم ترین برنامه‌ها، برنامه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری (۱۶) می‌باشد. پژوهشگران دیگر، خودتعیین‌گری را یک فرانظریه در زمینه انگیزش انسان می‌دانند که براساس پژوهش‌ها در خصوص انگیزش درونی و بیرونی تکامل‌یافته و همچنین با موفقیت فراوان در زمینه روابط با دیگران، بهداشت و درمان، روان‌درمانی و... کاربرد دارد (۱۷). به عبارت دیگر، این نظریه کلان انگیزشی، مسائل اساسی از قبیل رشد فردی، اخلاقی، نیازهای روانی، اهداف و آرمان‌های زندگی، نشاط و انرژی، ارتباط بین فرهنگ و انگیزش و تأثیر محیط اجتماعی بر انگیزش را بررسی کرده و به همین جهت در حوزه‌های مختلفی از زندگی کاربرد دارد (۱۸). به بیانی دیگر، نظریه خودتعیین‌گری رویکردی مرتبط باانگیزه و عملکرد اجتماعی افراد است که نقش نیازهای روان‌شناختی را به عنوان سرمایه‌های انگیزشی ذاتی برجسته می‌سازد و معتقد است حمایت از این نیازها، منجر به تسهیل عملکرد فردی و سازگاری اجتماعی افراد می‌شود (۱۶).

رفتار خودتعیین‌گر اشاره به اعمال ارادی دارد که فرد را قادر می‌سازد به عنوان عامل اولیه در زندگی خود عمل کند تا بتواند کیفیت زندگی خود را حفظ کرده و ارتقا دهد (۱۹.). همچنین دیگر پژوهشگران، خودتعیین‌گری را توانایی تشخیص و کسب هدف براساس شناخت و ارزشمند دانستن خود تعریف می‌کنند. به عبارت دیگر، خودتعیین‌گری را می‌توان به عنوان مجموعه‌ای از رفتارها و مهارت‌ها درنظر گرفت که از محیط‌های خانه و شغلی ناشی می‌شود و افراد را قادر می‌سازد در زندگی به طور مستقل تصمیم‌گیری کنند و مسائل و مشکلات خود را حل و فصل نمایند (۲۰). به‌طور کلی، خودتعیین‌گری به عنوان عاملی نگریسته می‌شود که در آن فارغ از آن‌که افراد تحت تأثیر عوامل بیرونی قرار بگیرند، این اختیار را به آن‌ها می دهد تا آزادانه به تصمیم گیری و انتخاب کیفیت زندگی شان بپردازند و با با توجه به ارتباط تنگاتنگ کیفیت زندگی با مفاهیم از مختلف روان‌شناختی از جمله پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری، آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری قادر خواهد بود که این مفاهیم را تحت‌تاثیر قرار داده و بهبود دهد. بنابراین، هنگامی که افراد براساس خودتعیین‌گری، نگرش‌ها و درکی که از خود دارند، عملی را انجام می‌دهند، توانایی بیشتری برای کنترل زندگی خود داشته و به عنوان بزرگسالی موفق در نظر گرفته می‌شوند (۲۱). براین اساس، از جمله پیامدهای آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بهبود مفاهیم اخلاقی و روان‌شناختی در افراد است.

با توجه به Deci و همکاران (۲۰۱۷) مبنی‌بر اینکه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری رویکردی مرتبط با انگیزه و عملکرد اجتماعی افراد است که نقش نیازهای روان‌شناختی را به عنوان سرمایه‌های انگیزشی ذاتی برجسته می‌سازد و معتقد است حمایت از این نیازها، منجر به تسهیل عملکرد فردی و سازگاری اجتماعی افراد می‌شود، تغییرات مثبت در باورهای اخلاقی را ترویج می‌دهد، و فرصت‌های لازم را برای رشد همه جانبه افراد را فراهم می‌آورد (۱۶)، این انتظار ایجاد می‌شود که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری قادر خواهد بود در بهبود توانمندی‌های شخصیتی، اخلاقی و رفتاری از جمله پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری اثرگذار باشد. با توجه به اینکه جنبش آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری از سال‌ها پیش در جوامع پیشرفته آغاز بکار کرده است و پژوهش‌های بسیار زیادی را

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

نیز برانگیخته است، به‌گونه‌ای که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و مطالعه تأثیر آن بر حوزه‌های مختلف شناختی، هیجانی و اخلاقی افراد یکی از حوزه‌های بسیار وسیع در پژوهش‌های جوامع پیشرفته است، و همچنین، باوجوداین گستردگی، متاسفانه تاکنون در کشور ما توجه کافی به این مقوله نشده است و تعداد پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، نسبت به جوامع دیگر ناچیز است، به ویژه کمتر پژوهشی در حوزه روان‌شناسی بالینی به این موضوع پرداخته است، این در حالی است که بسیاری از متخصصان حوزه‌ی بالینی اذعان دارند که میزان پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری در مراقبین اصلی بیماران مزمن اعصاب و روان قابل توجه نمی‌باشد و به شدت درگیر تعارضات اخلاقی[12] در زمینه کمک به بیماران مزمن روانی هستند (۱۱)، بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پرکردن این خلاء پژوهشی، اثر «آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری» را بر پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری در مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن شهر بروجن مورد بررسی قرار داده است.

مواد و روش‌ها

با توجه به اینکه موضوع پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری را بر پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری در مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن شهر بروجن می‌باشد و بر اساس اهداف طراحی‌شده، این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش، نیمه تجربی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون پیگیری با گروه کنترل در سال ۴۰۱-۱۴۰۰ اجرا گردید. جامعه پژوهش شامل کلیه مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن شهر بروجن بود. در این تحقیق ۴۰ مراقب اصلی بیماران روانی مزمن با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، به هر یک از افراد انتخاب شده یک کد داده شد، سپس به صورت قرعه‌کشی و یک‌درمیان، افراد در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که حجم نمونه (n=۴۰) با توجه به روش مطالعه که از نوع آزمایشی است، صورت گرفت (۲۲). قابل ذکر است که پژوهش حاضر در کمیته اخلاقی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1399.005 به تصویب رسیده است.

پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل: پرسشنامه پریشانی اخلاقی و پرسشنامه تاب‌آوری می‌باشد. پرسشنامه پریشانی اخلاقی اولین بار در سال ۱۹۹۲ تدوین شد (۲۳) و شامل ۲۱ گویه است که بر حسب مقیاس لیکرت پنج قسمتی از هیچ‌وقت (معادل صفر) تا روزانه (معادل ۴) طبقه‌بندی می‌شود. در ایران پرسشنامه پریشانی اخلاقی هنجاریابی شده و در مطالعات مختلف اعتبار وروایی آن مورد تایید قرار گرفته است؛ در پژوهش عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰) برای محاسبه پایایی با انتخاب تصادفی، همبستگی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۴).

پرسشنامه تاب آوری با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱- ۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه گردیده است (۱۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورداستفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب‌آوری ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس به این صورت است که کاملاً نادرست، نمره صفر و همیشه درست، نمره پنج می‌گیرد؛ بنابراین طیف نمرات آزمون بین صفر تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است.

دامنه امتیاز قابل کسب بین صفر تا ۱۰۰ است و هر چه امتیاز به‌دست‌آمده به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. نمره کلی تاب‌آوری به چهار سطح (۲۵-۰)، (۵۰-۲۶)، (۷۵-۵۱) و (۱۰۰-۷۶) طبقه‌بندی می‌شود. نتایج تحلیل عاملی حکایت از آن دارد که این آزمون دارای ۵ عامل تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، گواه و تأثیرات معنوی است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش شده است (۱۰). همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک‌فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. در ایران برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شده و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است (۲۵).

پرسشنامه‌های پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری در اختیار افراد گروه نمونه قرار گرفت و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات‌شان محرمانه خواهد ماند و تنها فقط جهت کار پژوهشی جمع‌آوری می‌شود، بنابراین نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی نمی‌باشد و نتایج مطالعه به صورت کلی گزارش خواهد شد، همچنین تأکید شد که صادقانه و با دقت به سؤالات پاسخ دهند. در مرحله پیش آزمون برای هر دو گروه پرسشنامه‌های پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری اجرا شد، آنگاه در یک مداخله سه ماهه به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای گروه‌های آزمایش، بسته آموزشی مهارت‌های خودتعیین‌گری (۲۰) دریافت کردند و پس از مداخلات شرکت‌کنندگان هر دو گروه به پرسشنامه‌های پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری پاسخ دادند (پس‌آزمون). در نهایت پس از دو ماه مجدداً پرسشنامه های پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری در اختیار افراد قرار گرفت تا نسبت به تکمیل آن‌ها اقدام نمایند. ملاک‌های ورود در پژوهش حاضر شامل: ۱)تمایل آزمودنی‌ها به شرکت در پژوهش ، ۲)تکمیل کردن کامل پرسشنامه‌ها و ملاک خروج از پژوهش حاضر ۱) عدم شرکت در دوره آموزشی۲) غیبت بیش از دو جلسه در دوره های آموزشی ۳) تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شده بود.

مبنای آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، بسته آموزشی مهارت‌های خودتعیین‌گری فیلد و هافمن (۲۰) بود و توسط متخصص روانشناس برای گروه آزمون ارائه گردید. جلسات آموزشی به‌صورت خلاصه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: محتوای جلسات آموزشی مهارت‌های خودتعیین‌گری برگرفته از فیلد و هافمن

تعداد جلسه	هدف، محتوای جلسه، تکلیف جلسه
جلسه اول: معارفه و توضیح موقعیت کلی	۱- شرکت‌کنندگان با هم آشنا شوند. ۲- شرکت‌کنندگان با مفهوم خودتعیین‌گری آشنا شوند. ۳- شرکت کنندگان با قوانین جلسات، تعداد جلسات و طول مدت هر جلسه آشنا شوند. ۴- توصیف برنامه‌های آموزشی از جمله طرح تکالیف خانگی ۵- ایجاد فضای مشارکتی برای دخالت افراد در بحث ۶- شرکت‌کنندگان دو مورد از نقاط ضعف و قوت خود را در زمینه‌های جسمی، روانی، هیجانی، اجتماعی و باورها تشخیص دهند. ۷- شرکت‌کنندگان بتوانند نقاط قوتی را که می‌توانند در پاسخ به نقاط ضعف به آن‌ها کمک کند تشخیص دهند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

جلسه دوم: چه چیز برای من مهم است؟	۱- شرکت کنندگان بتوانند تشخیص دهند که چطور تخیل می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا به خواسته‌های خود فکر کنند. ۲- شرکت کنندگان بتوانند جمله ای بنویسند مبنی بر این‌که چه چیز برای آن‌ها مهم است.
جلسه سوم: خودآگاهی و شناخت بیشتر خود	۱- شرکت‌کنندگان احساسات، عواطف، نقاط قوت و ضعف خویش را بشناسند. ۲- شرکت‌کنندگان بتوانند انتخاب‌های خویش در آینده که مبتنی بر نقاط قوت و ضعفشان است را تشخص داده و یک بند درباره آن بنویسند. ۳- شرکت‌کنندگان ترجیحات و نیازهای خود را بشناسند. ۴- شرکت‌کنندگان بتوانند خودآگاهی‌شان را نسبت به نقاط قوت، ترجیحات و نیازهایشان افزایش دهند.
جلسه چهارم: شناخت حقوق و مسئولیت‌های خویش	۱- شرکت‌کنندگان ترجیحات و نیازهای خود را بشناسند. ۲- شرکت‌کنندگان بتوانند انتظارات، حمایت‌ها، مسئولیت‌ها و قواعد زندگی خویش را تشخیص دهند. ۳- شرکت‌کنندگان با نقش‌ها و مسئولیت‌های خویش به عنوان عضوی از جامعه آشنا شوند.
جلسه پنجم: ارزشمند دانستن خود	۱- شرکت‌کنندگان مهارت‌های مرتبط با ارزشمند دانستن خود را پرورش دهند. ۲- شرکت‌کنندگان خود و دیگران را بپذیرند و ارزشمند بدانند. ۳- شرکت‌کنندگان بتوانند روابط مثبتی با دیگران داشته باشند.
جلسه ششم: ایجاد گزینه‌هایی برای هدف‌های بلندمدت	۱- شرکت‌کنندگان بتوانند هدف‌های خود را تشخیص دهند. ۲- شرکت‌کنندگان بتوانند توانایی خود را برای به کارگیری تکنیک بارش مغزی نشان دهند. ۳- شرکت‌کنندگان بتوانند فهرستی از گزینه‌ها را برای هدف‌های بلندمدت تهیه کنند. ۴- شرکت‌کنندگان خلاق بوده و بتوانند نتایج احتمالی را پیش‌بینی کنند. ۵- شرکت‌کنندگان بتوانند یک هدف بلندمدت انتخاب کنند.
جلسه هفتم: هدف گذاری و انتخاب اهداف کوتاه مدت	۱- شرکت‌کنندگان بتوانند یکی از سه هدف کوتاه مدت قابل‌اندازه‌گیری، قابل‌مشاهده و دست‌یافتی مرتبط با هدف‌های بلند مدت را انتخاب کنند. ۲- شرکت‌کنندگان بتوانند سه هدف کوتاه مدت قابل مشاهده، قابل اندازه گیری و دست‌یافتنی بنویسند. ۳- شرکت‌کنندگان بتوانند گام‌هایی را که برای رسیدن به هدف‌های کوتاه مدت کمک می‌کند بشناسند. ۴- شرکت‌کنندگان بتوانند مهارت‌های گوش دادن فعال را نشان دهند. ۵- شرکت کنندگان بتوانند کارهایی را که در رسیدن به هدف‌های کوتاه مدت به آن‌ها کمک می‌کند تشخیص دهند.
جلسه هشتم: برداشتن گام نخست (ریسک کردن)	۱- شرکت‌کنندگان بتوانند مدل خودتعیین‌گری را در مورد تجارب خود به کار بگیرند. ۲- شرکت‌کنندگان بتوانند نخستین گام برای کار به سوی هدف‌های کوتاه مدت را تشخیص دهند. ۳- شرکت‌کنندگان بتوانند فرآیند مرورذهنی برنامه را تشخیص دهند. ۴- شرکت‌کنندگان بتوانند نتایج بالقوه اعمال برنامه‌ریزی شده را تشخیص دهند. ۵- شرکت‌کنندگان مهارت‌های مرتبط با عمل کردن را پرورش دهند.
جلسه نهم: عمل کردن، پیامد تجربه و یادگیری	۱- شرکت‌کنندگان بتوانند آگاهی از عامل انرژی جمعی را نشان دهند. ۲- شرکت‌کنندگان اهداف تحصیلی را برای یک هفته تدوین کنند. ۳- شرکت‌کنندگان اهداف خانوادگی را برای یک هفته تدوین کنند. ۳- شرکت‌کنندگان بتوانند کاراهایی را که در رسیدن به هدف‌های کوتاه‌مدت به آن‌ها کمک می‌کند تشخیص دهند. ۴- شرکت‌کنندگان پیامدهای عملی شدن برنامه خویش را تشخیص دهند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

	۵- شرکت‌کنندگان بتوانند میزان موفقیت در دستیابی به اهداف‌شان را ارزیابی کنند.
	۶- شرکت‌کنندگان بتوانند نتایج فعالیت‌هایی را که برای خودتعیین‌گر شدن انجام داده‌اند تشخیص دهند.
	۷- شرکت‌کنندگان بتوانند یک مذاکره "برد-برد" داشته باشند.
	۸- شرکت‌کنندگان بتوانند بین ارتباط منفعل، جرات‌مندانه و پرخاشگرانه تمیز قائل شوند.
جلسه دهم: از کجا به اینجا رسیدیم؟	۱- شرکت‌کنندگان بتوانند مفاهیم کلیدی خودتعیین‌گری را به یاد بیاورند.
	۲- شرکت‌کنندگان بتوانند ایده‌های خود را برای خودتعیین‌گری پایدار بنویسند.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. برای آزمون فرضیه پژوهش با توجه به سه زمان مورد نظر از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر در میان ۴۰ نفر از مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن بروجن انجام گردید. در گروه آزمایش ۱۵ نفر (۲۵ درصد) مرد و ۵ نفر (۸/۳ درصد) زن بودند. در گروه گواه ۱۶ نفر (۲۶/۷ درصد) مرد و ۴ نفر (۶/۷ درصد) زن بودند. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل گزارش شده است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
تاب‌آوری	گروه کنترل	۵۵/۸۵	۹/۳۹	۵۷/۶۵	۱۷/۴۴	۵۷/۰۵	۱۱/۹۷
	گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری	۵۸/۰۱	۳/۹۰	۸۱/۲۰	۹/۵۲	۸۱/۳۵	۴/۴۴
پریشانی اخلاقی	گروه کنترل	۵۶/۳۱	۶/۰۶	۵۴/۸۵	۶/۸۷	۵۴/۵۵	۳/۵۹
	گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری	۵۶/۹۰	۶/۱۹	۵۷/۵۰	۴/۵۴	۵۶/۲۵	۵/۲۳

به منظور بررسی فرضیه‌ی «آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران روانی مزمن اثرگذار است»، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از به‌کارگیری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آن بررسی گردید. بدین منظور آزمون کالموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش اجرا شد.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون‌گروهی و بین گروهی تاثیر آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر تاب‌آوری و پریشانی اخلاقی مراقب اصلی بیماران مزمن اعصاب و روان

		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تاب‌آوری	مراحل	۴۰۹۳/۰۲	۱/۴۹	۲۷۳۸/۸۲	۶۹/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
	گروه‌بندی	۸۳۳۳/۳۳	۱	۸۳۳۳/۳۳	۳۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱
	تعامل زمان و گروه‌بندی	۳۴۶۳/۸۱	۱/۴۹	۲۱۱۷/۰۵	۵۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	خطا	۲۲۳۵/۱۶	۵۶/۷۸	۳۹/۳۵				
پریشانی اخلاقی	مراحل	۲۹/۶۱	۲	۱۴/۸۱	۰/۴۶	۰/۶۳	۰/۰۱۲	۰/۱۲
	گروه‌بندی	۸۱/۶۷	۱	۸۱/۶۷	۲/۹۱	۰/۰۹۶	۰/۰۷	۰/۳۸
	تعامل زمان و گروه‌بندی	۲۱/۰۵	۲	۱۰/۵۲	۰/۳۳	۰/۷۲	۰/۰۰۹	۰/۱۰
	خطا	۲۴۲۰/۰۶	۷۶	۳۱/۸۵				

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیر تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران روانی مزمن فارغ از تأثیر گروهبندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود؛ همچنین، میانگین نمرات متغیر پریشانی اخلاقی مراقب اصلی بیماران مزمن اعصاب وروان فارغ از تأثیر گروهبندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده اما این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار نمی‌رود. از طرفی نتایج گروه۲بندی جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیرهای تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران مزمن اعصاب و روان تاثیر معنادار داشته است، اما بر روی پریشانی اخلاقی تاثیر معناداری نداشته است. بدین معنا که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در مقایسه با گروه گواه فقط بر روی متغیر تاب‌آوری یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری با تعامل مراحل نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیر تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران مزمن اعصاب و روان داشته است، اما در متغیر پریشانی اخلاقی معنادار نبوده است. همچنین، نتایج نشان داد که ۵۸ درصد از تغییرات تاب‌آوری و فقط ۰/۰۹ درصد از تغییرات پریشانی اخلاقی مراقب اصلی بیماران مزمن اعصاب و روان توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در ادامه ابتدا به مقایسه گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته پژوهش با همدیگر پرداخته می‌شود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

جدول شماره ۴: بررسی تفاوت‌های دو به دو جهت مقایسه اثر گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای پژوهش	مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
تاب‌آوری	آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه کنترل	۱۶/۶۷	۲/۵۳	۰/۰۰۱
پریشانی اخلاقی	آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه کنترل	۱/۶۵	۱/۰۸	۰/۳۲

همانگونه که نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و گروه کنترل معنادار بوده و این یافته بدین معناست که میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر میزان تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران روانی مزمن معنادار بوده است و آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری باعث افزایش تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران روانی مزمن شده است. اما تفاوت بین میانگین نمرات پریشانی اخلاقی گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و گروه کنترل معنادار نبوده و این یافته بدین معناست که میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر میزان پریشانی اخلاقی مراقب اصلی بیماران مزمن اعصاب و روان معنادار نبوده است و آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری باعث تغییر پریشانی اخلاقی مراقب اصلی بیماران روانی مزمن نشده است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر پریشانی اخلاقی و تاب‌آوری مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن انجام گردید، در این پژوهش برای نخستین بار از متغیر مستقل آموزش‌های مهارت‌های خودتعیین گری جهت بهبود میزان تاب‌آوری و پریشانی اخلاقی استفاده شده است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله آموزش «مهارت‌های خودتعیین‌گری» بر میزان تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران روانی مزمن مؤثر بوده است؛ اما مداخله آموزش «مهارت‌های خودتعیین‌گری» بر میزان پریشانی اخلاقی مراقب اصلی بیماران روانی مزمن مؤثر نبوده است. در زمینه‌ی اثربخشی «مهارت‌های خودتعیین‌گری» بر افزایش تاب‌آوری، این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۱۲-۱۶-۱۸)، همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان نمود که کسب مهارت‌های خودتعیین‌گری بهبود انگیزش درونی را به وجود می‌آورد. انگیزش درونی می‌تواند میزان تحمل افراد را در برابر سختی‌ها افزایش دهد. به عبارت دیگر در فرایند کسب مهارت‌های خودتعیین‌گری، ارزشمند دانستن خود شامل پذیرش خود (به معنای تحسین نقاط قوتی است که از کیفیت منحصربه‌فردی برخوردار است و اغلب به عنوان نقطه ضعف فرد در نظر گرفته شده است)، شناخت حقوق و مسئولیت‌ها و مراقبت هیجانی، ذهنی و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

جسمانی از خود فرا گرفته می‌شود که فرایند صبر و تحمل افراد در برابر مشکلات را افزایش داده و آن‌ها را برای غلبه بر چالش‌ها و تغییرات زندگی یاری می‌دهد. افکار مثبت و سخت‌رویی هر دو مؤلفه‌های خودتعیین‌گری هستند و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. خودتعیین‌گری می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد (۱۸). از سویی دیگر خودتعیین‌گری امکان تفسیر مجدد رویدادهای گواه ناپذیر را فراهم می‌سازد و درنتیجه، رویدادها کم‌استرس‌تر و گواه‌پذیرتر به نظر می‌رسند و نیز نسبت دادن رویدادهای منفی به عوامل خارج از گواه فرد منجر به ایجاد سبک خوش‌بینانه‌ای می‌شود. در حقیقت رفتارهای خودنظم‌ده که در مهارت‌های خودتعیین‌گری آموخته می‌شود و شامل راهبردهای خودمدیریتی[۱۳] مثل (خودنظارتی[۱۴]، خودآموزی، خودارزیابی[۱۵] و خودتقویتی)، هدف‌گذاری و رفتارهای اکتسابی، رفتارهای حل مسئله[۱۶] و راهبردهای یادگیری مشاهده‌ای هستند، افراد را در مقابله با موقعیت‌های مخاطره‌آمیز و چالش‌انگیز توانمند می‌کنند که حاصل این فعل و انفعالات بهبود مهارت‌های تاب‌آوری است. به عبارت دیگر، رفتارهای خودنظم‌ده ترکیبی از راهبردهای رفتاری و شناختی هستند که افراد به خاطر آنکه بتوانند عاملی علّی در زندگی خود باشند، از آن‌ها استفاده می‌کنند (۱۲). همچنین، پژوهشگران دیگر رفتار خودنظم‌ده را فرآیندی می‌دانند که طی آن فرد رفتار خود را اصلاح کرده، بر اساس استانداردها، اهداف و معیارهای خویش به قضاوت درباره رفتار خود می‌پردازد و در نتیجه رفتار خود را تنظیم می‌کند و رفتارهای خودنظم‌ده به‌عنوان منابع مهمی جهت سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی در نظر گرفته می‌شود و درنتیجه افراد مؤثرتر و کاراتر در جهت افزایش میزان تاب‌آوری افراد عمل می‌نماید (۱۹).

در زمینه تبیین عدم اثربخشی«مهارت‌های خودتعیین‌گری» بر پریشانی اخلاقی مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن، می‌توان چنین گفت هر چند مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن به طور مرتب و با میل خود از بیماران در موقعیت های پرخطر مراقبت می‌کنند. با این وجود، نیاز به آن‌ها در مراقبت از بیماران در شرایط نامناسب (مانند کمبود امکانات محافظتی) و سطح توقعات بالا از آن‌ها برای حضور طولانی مدت در خانواده و خانه محل سکونت بیماران، توانایی آن‌ها برای مراقبت موثرتر از بیماران را به خطر می‌اندازد. بدلیل این محدودیت‌های کاری اعمال شده مراقبین اصلی بیماران اعصاب و روان نمی‌توانند مراقبت موثر را انجام دهند و دچار پریشانی اخلاقی، پریشانی روانی می‌گردند، چون پریشانی اخلاقی یکی از ابعاد مهم و درونی ساختار شخصیت افراد است، تعدیل آن به سختی صورت می‌گیرد و در نتیجه مراقبین با آموزش چند جلسه قادر به تغییر این سازه بنیادین ساختار شخصیت خود

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

نشده‌اند. به عبارت دیگر، پریشانی اخلاقی، نشانگان استرس منفی است و در موقعیت‌های که ابعاد اخلاقی مطرح است و مراقب احساس می‌کند که نمی‌تواند تمامی ارزش‌ها و مصالح در معرض خطر را حفظ کند، روی می‌دهد (۱۳)، و با توجه به درهم تنیدگی این سازه با سازه‌های دیگر شخصیت، تغییر این سازه به سختی صورت می‌گیرد.

به لحاظ نظری، پژوهش حاضر تلویحات متعددی را به دنبال دارد. اول آن‌که این پژوهش شواهدی را در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری (۱۷) که همچنان از مدل‌های مطرح در زمینه رفتارهای خودنظم‌ده و انگیزش است را فراهم نمود. دوم آنکه با نشان دادن نقش آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در تاب‌آوری و پریشانی اخلاقی، شکاف موجود در زمینه استفاده از این آموزش را در مراقبین بیماران مزمن روانی مورد توجه قرار داده و با فراهم آوردن شواهد تجربی، به برطرف سازی این شکاف کمک نموده است. به لحاظ کاربردی نیز، بر مبنای نتایج پژوهش حاضر، با فراهم کردن آموزش‌های لازم در زمینه‌ی مهارت‌های خودتعیین‌گری و فراگیری اصول اساسی این مدل، افراد قادر خواهند شد رفتارهای سازگارانه بیشتری از خود نشان دهند. بر این اساس توصیه می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی بیشتر روان‌شناسان و مربیان در زمینه اصول اساسی مهارت‌های خودتعیین‌گری و اینکه چگونه می‌توانند با به‌کارگیری اصول مطرح شده در این مدل فیلد و همکاران بر رشد و پرورش افراد تأثیر بگذارند، به توانمند شدن فراگیران کمک نمود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن افراد مورد مطالعه به مراقبین اصلی بیماران مزمن اعصاب و روان در استان چهارمحال و بختیاری (شهرستان بروجن) اشاره نمود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. با توجه به آنکه در پژوهش حاضر تفاوت‌های جنسیتی مورد مطالعه قرار نگرفته است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثرگذاری آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در بین مراقبین (زن و مرد) پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

در آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، مراقبین بیماران روانی مزمن راهنمایی شدند تا ارزیابی شناختی مجددی از زندگی داشته باشند و با برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی، بعد عاطفی زندگی خود را بهبود بخشند و رفتارهای سازگارانه در فرایند زندگی خود داشته باشند. رویکرد خودتعیین‌گری انسان‌ها را موجوداتی مثبت می‌داند که به صورت بالقوه دارای ظرفیتی برای رشد و توسعه هستند، آن‌ها تمایل دارند در فعالیت‌هایی که به آن علاقه‌مند هستند و در رشد توانایی‌های فردی آن‌ها مفید است، شرکت کنند. خودتعیین‌گری در واقع اقدام براساس باورها، ارزش‌ها، منافع

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

شخصی و توانایی‌هاست و یا نشانه‌ای از خودشکوفایی، رشد استعدادهای شخص، خودتنظیمی و خودکنترلی فرد است که این اصول باعث رشد همه ابعاد زندگی از جمله تاب‌آوری افراد می‌گردد. به‌طورکلی نتیجه حاصله از این پژوهش مؤید این نکته است که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری باعث افزایش میزان تاب‌آوری مراقبین بیماران روانی مزمن گردید.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران، خانواده‌های بیماران و مسئولین بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری، شهرستان بروجن که در این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی عمومی است.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی را ذکر نمی‌کنند.

References

1. Rolland JS, Walsh F. Facilitating family resilience with childhood illness and disability. Journal of Curretn Opinion Pediatric. 2010; 18(5):527-38.
2. Neong SC, Rashid A. Quality of life of caregivers of patients with psychiatric illness in Penang. Journal Clinical Psychiatry College Psycholoy. 2018; 2(1):12-18.
3. Ndikuno C, Namutebi M, Kuteesa J. Quality of life of caregivers of patients diagnosed with severe mental illness at the national referral hospitals in Uganda. Journal of BMC Psychiatry. 2016; 16(1):400-409.
4. Voss C, Tasmania C. Hope, Empowerment, Resilience and Outcomes for Carers. The Carers NSW Biennial Conference: H.E.R.O.2011
5. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in family members of persons with serious mental illness. Journal of Nurse Clinical North American. 2010; 45(4):613-26.
6. Norouzinia R, Ebadi A, Yarmohammadian M H, Chian S, Aghabarary M. Relationship between resilience and self-efficacy with professional quality of life in EMS personnel. Journal of Hayat. 2021; 27(2):176-89. [Persian]
7. Downing T, Folke C, Nelson, D. Resilience and vulnerability: Complementary or conflicting concepts. Journal of Ecology and Society. 2010; 15(3): 11-21.
8. Lamond A.L, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, Goldshan Sh, Ganiats TG, Jeste DV. Measurement and predictors of resilience among community dwelling older women. Journal of psychiatric Research. 2009; 43(1): 148-56.
9. Basım HN, Cetin F. The reliability and validity of the resilience scale for adults-Turkish version. Turk Psikiyatri Derg. 2011; 22(2): 104-14.
10. Barkhordari M, Hekayati M, Nasiriyani KH. Relationship between moral distress and resilience in nurses. Journal of Medical Ethics. 2020; 14(1): 1-14.
11. Kalvemark S. Höglund T. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Social science &medicine. 2004; 58(6):1075-84.
12. Giannetta N, Villa G, Pennestri, F, Sala R, Mordacci R, Manara DF. Ethical Problems and Moral Distress in Primary Care: A Scoping Review. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021; 18(14): 65-75.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

13. Marta DH. Moral Distress or Countertransference? Addressing Emotional Reactions of Psychiatry Trainees. Journal of Academic Psychiatry. 2021; 45(4): 476-80.
14. Pendry S. Moral distress: Recognizing it to retain nurses. Nursing economics. 2007; 25(4):7-21.
15. Ryan RM, Deci, EL. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. 2017. New York: Guilford Press.
16. Deci EL, Olafsen AH, Ryan RM. Self-determination theory in work organizations: the state of a science. Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. 2017;4(1): 25-34.
17. Deci EL, Ryan RM. Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. The Oxford handbook of human motivation. 2012; 18 (6): 85-107.
18. Wehmeyer ML, Abery BH, Zhang D, Ward K, Willis D, Hossain W, Walker HM. Personal self-determination and moderating variables that impact efforts to promote self-determination. Exceptionality. 2011; 19(1): 19-30.
19. Field SL, Hoffman AS. Fostering self-determination through building productive relationships in the classroom. Intervention in school and clinic. 2012; 48(1): 6-14.
20. Gould R, Heider A, Harris SP, Jones R, Peters J, Eisenberg Y, Caldwell K. Self-Determination and Quality Indicators for Assistive Technology in Postsecondary Education. Journal of Postsecondary Education & Disability. 2022; 35(1): 45-80.
21. Cohen L, Manion L, Morris K. (2000). Research methods in educational by routleolege flamer, 5th edition.
22. McClendon H, Buckner B. Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses. Dimensions of critical care nursing. 2007; 26 (5):199-206.
23. Abaszadeh A, Borhani F, Kalantari. Moral distress of nurses working in medical centers. Journal of Medical Ethics. 2011; 5(17): 119-40. [Persian]
24. Mohamadi M. Factors affecting resilience in people -dependent substances. (PhD Thesis), University of Welfare and Rehabilitation Sciences, 2007.Tehran. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]