

تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر علائم افسردگی و کیفیت زندگی پرستاران

فلورا رحیم آقایی^۱، خدیجه حاتمی پور^۱، جمال عاشوری^{۲*}

^۱ استادیار، دانشکده پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، تنکابن، ایران

^۲ دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: جمال عاشوری، دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

ایمیل: jamal_ashoori@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۰۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۲۱

چکیده

مقدمه: پرستاران به دلیل حساسیت‌های شغلی با استرس زیادی مواجه هستند. استرس‌های شغلی می‌توانند باعث افزایش افسردگی و کاهش کیفیت زندگی شوند. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر طرحواره درمانی بر علائم افسردگی و کیفیت زندگی پرستاران انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه-تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. در سال ۱۳۹۵، ۴۰ پرستار زن از میان همه پرستاران زن بیمارستان‌های شهر ورامین انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه مداخله ۱۰ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای با روش طرحواره درمانی گروهی آموزش دید. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های افسردگی بک و کلارک و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بودند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار افسردگی و کیفیت زندگی به ترتیب $6/34 \pm 37/60$ و $11/32 \pm 71/89$ بود، اما پس از مداخله میانگین و انحراف معیار آنها به ترتیب $3/80 \pm 25/89$ و $85/33 \pm 9/71$ شد. همچنین میان گروه‌های مداخله و کنترل در کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود داشت. ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج اهمیت طرحواره درمانی گروهی را در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران نشان داد. بنابراین بکارگیری طرحواره درمانی گروهی در برنامه‌های آموزشی و درمانی پرستاران توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، کیفیت زندگی، پرستاران، طرحواره درمانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

پرستاران به عنوان یکی از اعضای اصلی تیم مراقبت با استرس‌های شغلی زیادی مواجه هستند که تداوم این موقعیت منجر به افسردگی آنان می‌گردد [۱، ۲]. افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است که با بسیاری از اختلال‌های روانی دیگر همراه می‌باشد [۳]. ویژگی‌های اصلی افسردگی شامل داشتن حداقل دو هفته خلق افسرده، فقدان احساس لذت در کارها، تغییر در اشتها، وزن و خواب، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری، افکار خودکننده درباره مرگ و خودکشی و اقدام به خودکشی می‌باشد [۴]. افسردگی می‌تواند باعث مشکلاتی در تصمیم‌گیری، مراقبت از خود و اعضای خانواده، روابط بین‌فردی و غیره شود [۵]. همچنین کیفیت زندگی می‌تواند تحت تأثیر استرس قرار گیرد [۶]. کیفیت زندگی یک مفهوم شخصی ادراک شده از

احساس خوب بودن و رضایت‌مندی از زندگی است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد [۷، ۸]. افراد با کیفیت زندگی پایین مشکلات فراوانی در سازگاری با موقعیت‌های پیش آمده در زندگی روزمره دارند [۹]. با توجه به مشکلات افراد دارای افسردگی بالا و کیفیت زندگی پایین، احساس نیاز می‌شود تا با روش‌های درمانی مناسب به دنبال کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی آنان بود. یکی از شیوه‌های درمانی مناسب برای این منظور طرحواره درمانی (Schema therapy) است [۱۰]. طرحواره‌ها، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی در دوران کودکی و نوجوانی تشکیل و در سایر

ویژگی‌های روانشناختی آنان بود. همچنین با اینکه پژوهشی به بررسی تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی پرستاران نپرداخته، اما پژوهش‌های اندکی با هدف بهبود ویژگی‌های روانشناختی پرستاران انجام شده است که با توجه به متفاوت بودن حرفه پرستاری با سایر حرفه‌ها نمی‌توان نتایج سایر حرفه‌ها را به حرفه پرستاری تعمیم داد، لذا انجام پژوهش‌های مداخله‌ای در پرستاران ضروری است. بنابراین با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی و بالا بودن افسردگی در پرستاران به دلیل مواجهه با استرس‌های شغلی مکرر، مساله پژوهش بررسی تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران بود؟ در نتیجه هدف کلی این پژوهش تعیین تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر علائم افسردگی و کیفیت زندگی پرستاران بود.

روش کار

این مطالعه نیمه-تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های مداخله و کنترل بود. جامعه آماری شامل همه پرستاران زن بیمارستان‌های شهر ورامین در سال ۱۳۹۵ بودند. حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مداخله‌ای برای هر گروه ۱۵ نفر می‌باشد [۲۲]. در این پژوهش برای اطمینان از حجم نمونه در مجموع ۴۰ پرستار (هر گروه ۲۰ نفر) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه مساوی جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل داشتن سن ۲۵ تا ۳۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم مشکلات روانپزشکی، عدم مصرف داروهای خاص و عدم وقوع رویدادهای تنش‌زا مثل طلاق، مرگ و غیره در بستگان نزدیک در شش ماه گذشته و معیارهای خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه، داشتن اختلال‌های روانپزشکی، مصرف داروهای خاص مثل ضد افسردگی و عدم همکاری بود. نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از هماهنگی لازم با مسئولین بیمارستان‌های شهر ورامین، اقدام به تبلیغ برای آموزش شد و از متقاضیان ثبت‌نام به عمل آمد. در نهایت گروه مداخله ۱۰ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) با روش طرحواره درمانی گروهی آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله توسط یک روانشناسی که دارای مدرک دکتری تخصصی روانشناسی بالینی و دارای گواهینامه دوره آموزشی طرحواره درمانی بود در مرکز مشاوره اداره آموزش و پرورش شهر ورامین انجام شد. محتوی مداخله طرحواره درمانی بر اساس روش پیشنهادی Young و همکاران (۲۰۰۳) بود [۱۲] که در ایران این توسط هاشمی و همکاران (۲۰۱۶) استفاده و مورد تأیید قرار گرفت [۲۳]. این محتوی به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شد.

لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه به آزمودنی‌ها تکلیفی مبتنی بر مطالب آموزش داده شده داده می‌شد و در ابتدای جلسه بعد ضمن بررسی آنها به آنان بازخورد داده می‌شد. همچنین گروه‌ها پیش از مداخله و پس از مداخله از لحاظ افسردگی و کیفیت زندگی ارزیابی شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها به شرح زیر می‌باشند.

دوران زندگی تداوم می‌یابد [۱۱]. بر اساس نظر Young چون طرحواره درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید می‌کند، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید و این عمل از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلال‌های روانی و جلوگیری از برگشت آنها برخوردار است [۱۲]. درمان شناختی-رفتاری از رویکرد بالا به پایین استفاده می‌کند. یعنی از سطح نگرانی شروع، سپس به مفروضه‌های زیربنایی و در نهایت به طرحواره‌ها می‌پردازد، اما طرحواره درمانی از رویکرد پایین به بالا استفاده می‌کند. یعنی مستقیماً به بررسی عمیق‌ترین سطح طرحواره می‌پردازد [۱۳]. طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند و بر پایه درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده و تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره‌ها ترکیب و از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند [۱۴]. طرحواره درمانی گروهی (GST: Group Schema Therapy) از چند جنبه اهمیت دارد. برای مثال این شیوه درمانی نیاز برای لیست انتظار طولانی جهت آموزش را کاهش می‌دهد، درمانگر می‌تواند از زمان خود بهتر و بهینه‌تر استفاده کند و محیط گروهی منافع زیادی برای بیماران مثل تجربه یکسان بودن، الگوگیری از همسالان و حمایت همسالان ایجاد می‌کند [۱۵].

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر طرحواره درمانی گروهی در کاهش علائم افسردگی می‌باشند [۱۶-۱۹]. برای مثال Renner و همکاران (۲۰۱۶) ضمن پژوهشی درباره تأثیر طرحواره درمانی بر افسردگی به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث کاهش معنادار افسردگی گردید [۱۶]. در پژوهشی دیگر حسینی و همکاران (۲۰۱۱) ضمن بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر زنان مبتلا به اختلال افسردگی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی گروهی باعث کاهش معنادار علائم افسردگی در گروه مداخله گردید [۱۸]. علاوه بر آن زره‌پوش و همکاران (۲۰۱۲) ضمن پژوهشی این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش افسردگی گردید [۱۹]. همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر طرحواره درمانی گروهی در افزایش کیفیت زندگی می‌باشند [۲۰]. [۲۱]. برای مثال Dickhaut & Arntz (۲۰۱۴) ضمن پژوهشی گزارش کردند که هر دو شیوه طرحواره درمانی انفرادی و گروهی باعث بهبود اختلال شخصیت و افزایش رضایت از کیفیت زندگی شد [۲۰]. محمدنژادی و ربیعی (۲۰۱۵) ضمن پژوهشی درباره اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه گردید [۲۱]. از یک سو پرستاران یکی از اجزای اصلی تیم مراقبت و مسئول اصلی حفظ و ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی بیماران هستند و از سوی دیگر با استرس‌های شغلی زیادی مواجه هستند که تداوم این موقعیت باعث افزایش افسردگی و کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود. در نتیجه باید به دنبال راهکارهایی برای بهبود

جدول ۱: محتوی مداخله طرحواره درمانی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوی
اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب طرحواره درمانی صورت‌بندی شد.
دوم	شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.
سوم	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد.
چهارم	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد.
پنجم	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد.
ششم	تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها آموزش داده شد.
هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد.
هشتم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد.
نهم	مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.
دهم	مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین شد.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل ارزیابی

گروه‌ها	افسردگی		کیفیت زندگی	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
مداخله	۳۷/۶۰ ± ۶/۳۴	۲۵/۸۹ ± ۳/۸۰	۷۱/۸۹ ± ۱۱/۳۲	۸۵/۳۳ ± ۹/۷۱
کنترل	۳۸/۹۵ ± ۶/۱۷	۴۱/۰۴ ± ۶/۳۲	۶۹/۳۵ ± ۱۱/۱۴	۶۸/۲۱ ± ۱۱/۶۵

در دو سطح توصیفی و استنباطی با کمک نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع متغیرها و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری به دلیل وجود دو متغیر وابسته برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد. برای بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن بررسی شد که نتایج نشان داد این آزمون برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از برقرار بودن فرض نرمال بودن می‌باشد. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند، که این یافته‌ها به ترتیب حاکی از برقرار بودن فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها می‌باشند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۴۰ پرستار (۲۰ نفر گروه مداخله و ۲۰ نفر گروه کنترل) زن شهر ورامین بودند، به طوری که میانگین سنی گروه مداخله $29/37 \pm 3/81$ سال و میانگین سنی گروه کنترل $28/64 \pm 3/72$ سال بود. همچنین در گروه مداخله ۱۷ نفر متأهل (۸۵٪) و ۳ نفر مجرد (۱۵٪) و در گروه کنترل ۱۸ نفر متأهل (۹۰٪) و ۲ نفر مجرد (۱۰٪) بودند. در جدول ۲ شاخص آماری میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شد.

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و کیفیت زندگی پرستاران در گروه‌های مداخله و کنترل به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون قابل مشاهده است. در جدول ۳ نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته ارائه شد.

پرسشنامه افسردگی: این پرسشنامه توسط Beck & Clarck (۱۹۸۸) طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که بر اساس طیف چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای افسردگی بیشتر است. آنان ضمن تأیید روایی پیش‌بین ابزار، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ $0/89$ گزارش کرد [۲۴]. در ایران پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ $0/87$ گزارش شد [۲۵]. در پژوهش حاضر پایایی در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ $0/85$ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است که بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. سازمان بهداشت جهانی ضمن تأیید روایی سازه ابزار، پایایی آن را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بالاتر از $0/70$ گزارش کرد [۲۶]. در ایران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ بین $0/73$ تا $0/89$ گزارش شد [۲۷]. در پژوهش حاضر پایایی در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ $0/82$ محاسبه شد.

شرکت‌کنندگان پس از حضور داوطلبانه، بیان هدف پژوهش توسط مجری و تعهد مبنی بر رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش را امضا کردند. لازم به ذکر است که رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در تاریخ ۱۳۹۵/۶/۱۷ با کد ۹۵۳۶۷۴۲۱۱ تأیید شد. داده‌ها

جدول ۳: نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی

آزمون‌ها	مقدار	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اِتا
اثر پیلایی	۰/۷۴۲	۱۲/۷۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
لامبدای ویلکز	۰/۶۷۵	۱۸/۴۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱
اثر هاتلینگ	۱/۳۹۱	۳۵/۹۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۲۸۴	۷۴/۲۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳۶

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گروه‌های طرحواره درمانی گروهی و کنترل بر افسردگی و کیفیت زندگی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اِتا
افسردگی						
پیش آزمون	۵۴/۱۶۹	۱	۵۴/۱۶۹	۱۹/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۸
گروه	۹۷/۳۵۲	۱	۹۷/۳۵۲	۳۵/۷۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱۹
واریانس خطا	۱۰۰/۷۸۸	۳۷	۲/۷۲۴			
واریانس کل	۲۹۱/۲۳۶	۴۰				
کیفیت زندگی						
پیش آزمون	۱۵۳/۸۷۲	۱	۱۵۳/۸۷۲	۸/۸۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷
گروه	۴۰۶/۹۳۴	۱	۴۰۶/۹۳۴	۲۳/۴۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷۱
واریانس خطا	۶۴۲/۰۳۵	۳۷	۱۷/۳۵۲			
واریانس کل	۱۱۵۹/۳۸۱	۴۰				

انفرادی و گروهی طرحواره درمانی باعث بهبود اختلال شخصیت و افزایش کیفیت زندگی شد [۲۰]. در پژوهشی دیگر محمدنژادی و ربیعی (۲۰۱۵) گزارش کردند طرحواره درمانی گروهی باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی شد [۲۱]. در تبیین تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی می‌توان گفت این رویکرد، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد افسرده علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود که این عوامل باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی می‌شوند. همچنین در تبیین این یافته بر مبنای نظر Young می‌توان گفت هدف نهایی طرحواره درمانی بهبود طرحواره‌ها است. از آنجایی که طرحواره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت‌واره‌ها هستند و بهبود طرحواره‌ها به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود. همزمان با بهبود طرحواره‌ها، شدت و تعداد دفعات فعال شدن آنها به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و افراد درماندگی کمتری را تجربه می‌کنند که این عوامل باعث کم شدن افسردگی و بهبود کیفیت زندگی می‌شوند [۱۲]. تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره درمانی گروهی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کنند. برای مثال در رابطه درمانی، درمانگر تلاش کرد در قالب مرزهای درمان و بدون عدول از اصول اخلاقی، نیازهای ارضا نشده مراجعان را ارضا کند. مثلاً

طبق نتایج جدول ۳، نتایج هر چهار آزمون نشان داد که متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته مؤثر بود. در پژوهش‌ها معمولاً نتایج آزمون لامبدای ویلکز گزارش می‌شود ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۱۸/۴۸۳$). با توجه به مقدار مجذور اِتا آزمون لامبدای ویلکز (۰/۶۳۱) می‌توان تعیین کرد که متغیر مستقل ۶۳/۱ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر بین گروه‌های مداخله و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کنترل اثر پیش‌آزمون برای بررسی تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی ارائه شد.

طبق نتایج جدول ۴، گروه تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون دارد که با در نظر گرفتن مجذور اِتا می‌توان گفت ۸۱/۹ درصد تغییرات افسردگی و ۶۷/۱ درصد تغییرات کیفیت زندگی ناشی از تأثیر طرحواره درمانی گروهی است. بنابراین طرحواره درمانی گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی P پرستاران تأثیر دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

بحث

یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی گروهی باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران شد که این یافته در زمینه کاهش علائم افسردگی با پژوهش‌های [۱۶-۱۹] و در زمینه افزایش کیفیت زندگی با پژوهش‌های [۲۰، ۲۱] همسو بود. برای مثال در زمینه تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر کاهش افسردگی Renner و همکاران (۲۰۱۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی گروهی باعث کاهش معنادار افسردگی شد [۱۶]. در پژوهشی دیگر زره‌پوش و همکاران (۲۰۱۲) گزارش کردند طرحواره درمانی گروهی باعث کاهش افسردگی شد [۱۹]. همچنین در زمینه تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر افزایش کیفیت زندگی Dickhaut & Arntz (۲۰۱۴) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر دو شیوه درمان

روش‌های درمانی گروهی مثل درمان فراشناختی، شناختی رفتاری، واقعیت درمانی، معنویت درمانی و غیره مقایسه کرد. پیشنهاد دیگر اینکه، این پژوهش در سایر گروه‌ها انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر روش طرحواره درمانی گروهی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. پیشنهاد دیگر اینکه مسئولان از روش طرحواره درمانی گروهی که روش نسبتاً ارزانی است برای افزایش ویژگی‌های مثبت روانشناختی و کاهش ویژگی‌های منفی روانشناختی استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

طرحواره درمانی گروهی در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران مؤثر است. مدیران پرستاری می‌توانند از این روش درمانی برای بهبود وضعیت روانشناختی پرستاران استفاده کنند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مسئولین و پرستاران بیمارستان‌های شهر ورامین که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی کنند. لازم به ذکر است که رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در تاریخ ۱۳۹۵/۶/۱۷ با کد ۹۵۳۶۷۴۲۱۱ تأیید شد.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

درمانگر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه کننده‌ای که طرحواره ناسازگار اطاعت داشت، کمتر اطاعت کند. برای مثال به او تکلیفی مبنی بر نوشتن چند انتقاد از درمانگر و جلسه درمان داده شد. یا برای مراجعه کننده‌ای که طرحواره بزرگ منشی داشت، پژوهشگر او را محدود کرد. برای مثال اگر او زمان بیشتری می‌خواست، با او موافقت نمی‌شد و همچنین مقدار صحبت کردن او محدودتر شد. در نتیجه این اصول و مزایای بسیار طرحواره درمانی گروهی که یک روش کاربردی می‌باشد باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی شد. آخرین تبیین درباره تأثیر معنادار طرحواره درمانی گروهی بر کاهش علائم اختلال افسردگی و افزایش کیفیت زندگی را می‌توان به مزایای درمان گروهی نسبت داد. درمان‌های گروهی باعث می‌شوند که افراد متوجه شوند دیگران هم مانند آنان همان مشکل دارند و برخی از افراد نیز با آنها شبیه هستند که این امر باعث کاهش مقاومت در برابر پذیرش اختلال و درمان آن می‌شود. همچنین درمان گروهی باعث می‌شود افراد مورد حمایت دیگران قرار گیرند و با الگوگیری مناسب به حل چالش‌ها بپردازند که این عوامل در نهایت می‌توانند باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی شوند. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش عدم استفاده از مرحله پیگیری بود. محدودیت دیگر، محدود شدن نمونه آن به پرستاران بیمارستان‌های شهر ورامین بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت برای بررسی تداوم تأثیر روش طرحواره درمانی گروهی استفاده کنند. همچنین می‌توان در پژوهش‌های آتی طرحواره درمانی گروهی را با سایر

References

- Hojjati H, Hekmati Pour N, Nasrabadi T, Hoseini S. [Attitudes of nurses towards death]. *J Health Care*. 2015;17(2):146-53.
- Goldstein LA, Dinh J, Donalson R, Hebenstreit CL, Maguen S. Impact of military trauma exposures on posttraumatic stress and depression in female veterans. *Psychiatry Res*. 2017;249:281-5. DOI: [10.1016/j.psychres.2017.01.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.009) PMID: [28135599](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28135599/)
- Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance and Mental Rumination in Comorbidity of Social Anxiety and Depression Patients. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences*. 2017;23(2):141-8. DOI: [10.18869/acadpub.hms.23.2.141](https://doi.org/10.18869/acadpub.hms.23.2.141)
- Islam SM, Rawal LB, Niessen LW. Prevalence of depression and its associated factors in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study in Dhaka, Bangladesh. *Asian J Psychiatr*. 2015;17:36-41. DOI: [10.1016/j.ajp.2015.07.008](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.07.008) PMID: [26259893](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26259893/)
- Korgaonkar MS, Cooper NJ, Williams LM, Grieve SM. Mapping inter-regional connectivity of the entire cortex to characterize major depressive disorder: a whole-brain diffusion tensor imaging tractography study. *Neuroreport*. 2012;23(9):566-71. DOI: [10.1097/WNR.0b013e3283546264](https://doi.org/10.1097/WNR.0b013e3283546264) PMID: [22562047](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22562047/)
- Lu C, Yuan L, Lin W, Zhou Y, Pan S. Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;71:34-42. DOI: [10.1016/j.archger.2017.02.011](https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.02.011) PMID: [28273547](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28273547/)
- Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. *Int J Cardiol*. 2011;149(1):4-9. DOI: [10.1016/j.ijcard.2010.09.048](https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2010.09.048) PMID: [21035879](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21035879/)
- Baciu C, Baciu A. Quality of Life and Students' Socialization through Sport. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2015;209:78-83. DOI: [10.1016/j.sbspro.2015.11.260](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.260)
- Webel AR, Sattar A, Schreiner N, Phillips JC. Social resources, health promotion behavior, and quality of life in adults living with HIV. *Appl Nurs Res*. 2016;30:204-9. DOI: [10.1016/j.apnr.2015.08.001](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.08.001) PMID: [27091279](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27091279/)
- Sivertsen H, Bjorklof GH, Engedal K, Selbaek G, Helvik AS. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015;40(5-6):311-39. DOI: [10.1159/000437299](https://doi.org/10.1159/000437299) PMID: [26360014](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26360014/)
- Lobbestael J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten E, Arntz A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behav Cogn*

- Psychother. 2010;38(4):437-58. [DOI: 10.1017/S1352465810000226](https://doi.org/10.1017/S1352465810000226) PMID: 20487590
12. Young J, Klosko J, Weishaar M. Schema therapy: a practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2003.
 13. Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. [Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elderly]. *Encephale*. 2013;39(6):393-400. [DOI: 10.1016/j.encep.2013.04.002](https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.002) PMID: 23830011
 14. Videler AC, van Royen RJ, van Alphen SP. Schema therapy with older adults: call for evidence. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(7):1186-7. [DOI: 10.1017/S1041610211002638](https://doi.org/10.1017/S1041610211002638) PMID: 22340711
 15. Skewes SA, Samson RA, Simpson SG, van Vreeswijk M. Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Front Psychol*. 2014;5:1592. [DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01592](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01592) PMID: 25657631
 16. Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbestael J, Huibers MJ. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2016;51:66-73. [DOI: 10.1016/j.jbtep.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001) PMID: 26780673
 17. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord*. 2012;136(3):581-90. [DOI: 10.1016/j.jad.2011.10.027](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027) PMID: 22119093
 18. Hoseini N, Razavi Nemattollahi V, Hosinifard S, Hasannejad B. [The effectiveness of schema therapy on women with depression]. *J Women Stud Fam*. 2011;3(12):49-64.
 19. Zerehpoush A, Neshatdoust H, Asgari K, Abedi M, Sadeghi Hosnije A. [The effect of schema therapy on chronic depression in students]. *J Behav Sci Res*. 2012;10(4):285-91.
 20. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2014;45(2):242-51. [DOI: 10.1016/j.jbtep.2013.11.004](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004) PMID: 24342235
 21. Mohammad Nezhady B, Rabiei M. [The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women]. *J Police Med*. 2015;3(4):179-90.
 22. Delavar A. [Theoretical and practical research in the humanities and social sciences]. Tehran: Roshd 2008.
 23. Hashemi N, Morteza S, Baghbani G, Khadivi G, Hashemian Nejad F, Ashoori J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on happiness and mental health of nursing students. *J Clin Nurs Midwifery*. 2016;5(1):12-22.
 24. Beck AT, Clark DA. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Res*. 1988;1(1):23-36. [DOI: 10.1080/10615808808248218](https://doi.org/10.1080/10615808808248218)
 25. Ashoori J. [Comparing the effectiveness of meta-cognitive therapy and schema therapy on decrease symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students]. *Arak Med Uni J*. 2015;18(2):50-61.
 26. WHO. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization, 2004.
 27. Zarei Z, Bazzazian S. [The relationship between premenstrual syndrome disorder, stress and quality of life in female students]. *Iran J Psychiat Nurs*. 2015; 2(4):49-58.

The Effect of Group Schema Therapy on Symptoms of Depression and Quality of Life among Nurses

Flora Rahimaghaee¹, Khadijeh Hatamipour¹, Jamal Ashoori^{2,*}

¹ Assistant Professor, School of Nursing, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

² PhD, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Jamal Ashoori, PhD, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. E-mail: jamal_ashoori@yahoo.com

Received: 11 May 2017

Accepted: 28 Aug 2017

Abstract

Introduction: Due to the sensitivity of the job, nurses are facing a lot of stress. Job's stresses could lead to increased depression and decreased quality of life. This study aimed to determine the effect of the group schema therapy on depression symptoms and quality of life among nurses.

Methods: In this semi-experimental study with a pre-test/post-test design, 40 female nurses were selected from all hospitals of Varamin City in 2016 and were randomly divided into two equal groups. The intervention group was trained by the group schema therapy method 10 sessions of 80 minutes each. Data were collected using Beck and Clarck's depression questionnaires and World Health Organization's quality of life questionnaire. Data were analyzed by the multivariate analysis of covariance method using the SPSS software version 19.

Results: The results showed that before the intervention, the mean and standard deviation of depression and quality of life were 37.60 ± 6.34 and 71.89 ± 11.32 respectively, but after the intervention, the mean and standard deviation of them were 25.89 ± 3.80 and 85.33 ± 9.71 respectively. Also, there was a significant difference in depression symptoms and quality of life between intervention and control groups.

Conclusions: According to the results of this study, group schema therapy can decrease depression and increase quality of life of nurses. Therefore, the use of group schema therapy is recommended in the training program of nurses.

Keywords: Depression, Quality of Life, Nurses, Schema Therapy