مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد
دورهٔ دهم، شماره ۱، شماره پیاپی ۱۸، بهار ۱۳۹۴
ص ۵۶-۴۷

تاثیر طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلالات اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی

زهرا ملکی[۱]، ایمان نادری[۲]، جمال عاشوری*[۳]، امید زاهدی[۴]

۱- دانشجوی دکتری، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، پردیس بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳-دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران.
۴- کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، رئیس اداره مشاوره تربیتی و تحصیلی، اداره کل آموزش و پرورش شهرستان‌های استان تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۱/۱۵

چکیده

سابقه و اهداف: طرحواره درمانی به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی مهم، برای درمان اختلالات شناختی طراحی شده است. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش طولی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش همه دانشجویان دختر دانشکده پرستاری و مامایی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد بودند. در مجموع ۴۰ دانشجوی دختر مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه (هر گروه ۲۰ دانشجو) طرحواره درمانی و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای با روش طرحواره درمانی آموزش دید. همه گروه‌ها پرسشنامه‌های اضطراب کتل و افسردگی بک را به عنوان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه تکمیل کردند. داده ها با روش کوواریانس چند متغیره (مانکووا) تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که علائم اختلال اضطراب و افسردگی گروه آزمایش برخلاف گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه به طور معناداری کاهش یافته است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد طرحواره درمانی روش موثری برای کاهش علائم اختلال اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر بود؛ بنابراین مشاوران و درمانگران برای کاهش علائم اختلال اضطراب و افسردگی می‌توانند از طرحواره درمانی استفاده کنند.

واژه های کلیدی: آموزش، طرحواره درمانی، اضطراب، افسردگی، دانشجویان، پرستاری، مامایی

*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۲۴۹۱۸۹۳۱، آدرس الکترونیکی: jamal_ashoori@yahoo.com

ارجاع به این مقاله به صورت زیر است:
Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi. ***The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students***. Journal of Medical Education and Development. 2015; 10(1): 47-56

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی بهنجاری را سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می‌داند. سلامت روانی مستلزم فقدان اختلال روانی است و اختلال روانی، الگوی روان‌شناختی یا رفتاری است که با ناراحتی یا افزایش قابل توجه رنج، درد، ناتوانی یا از دست دادن اختیار عمل مشخص می‌شود (۱). دو مورد از شایع‌ترین اختلالات روانی اضطراب و افسردگی می‌باشند. در بین دوازده اختلال اضطرابی فهرست شده در ویرایش پنجم کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب فراگیر جزء شایع‌ترین اختلالات است (۲). یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی اختلال اضطراب فراگیر است که با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل مشخص می‌شود و همراه با نشانه‌های جسمانی است. برخلاف سایر اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر شامل نگرانی مبهم در غیاب اشیاء، محرک‌ها و موقعیت‌های خاص است. ویژگی‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر شامل نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی، دشواری در کنترل نگرانی و فراوانی، شدت و مدت نگرانی فراتر از احتمال وقایع تهدیدزا است (۳). اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران اضطراب فراگیر را به‌عنوان شایع‌ترین اختلال اضطرابی مطرح کردند (۴). با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همراهی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان‌کننده بزرگ‌سالان شناخته شده است (۵). میزان اختلال اضطراب در جامعه ایران را بین ۱۵-۷ درصد گزارش کرده‌اند، درحالی‌که این میزان در دانشجویان بین ۲۰-۱۲ درصد می‌باشد (۶).

یکی دیگر از اختلال‌های روانی شایع افسردگی است. اختلال افسردگی از مهم‌ترین انواع اختلالات خلقی به شمار می‌رود و میزان وقوع آن در طول عمر پانزده درصد است و به اختلال افسردگی، اختلال تک قطبی نیز گفته می‌شود (۷). ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دوهفته‌ای است که در ضمن آن خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریبا در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و کارهای روانی – حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم‌گیری، افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (۸). متوسط سن ابتلا به افسردگی مزمن بیست‌سالگی است (۹). میزان اختلال افسردگی در جامعه ایران را بین ۶-۴ درصد گزارش کرده‌اند، در حالی که این میزان در دانشجویان بین ۵-۴ درصد می‌باشد (۱۰). با توجه به آنچه گفته شد نیاز بالایی به وجود روش درمانی موثر برای کاهش علائم اختلال اضطراب و افسردگی احساس می‌شود. یکی از روش‌های درمانی نسبتا جدید که امروزه موفقیت‌هایی را برای کاهش یا درمان علائم اختلال‌های روانی کسب کرده است، طرحواره درمانی می‌باشد (۱۱).

رویکردهای مختلفی از جمله رویکردهای شناختی و درمان شناختی – رفتاری در درمان اضطراب و افسردگی که جزء اختلال منش شناختی است، به کار گرفته شده است. با اینکه نتایج حاکی از اثربخشی این درمان‌ها هستند، اما درباره اثربخشی این درمان‌ها در بلندمدت یا در مرحله پیگیری تناقض‌هایی وجود دارد (۱۲). برای مثال فیشر (Fisher) بیان می‌کند با اینکه مداخلات درمانی شناختی - رفتاری پشتوانه تجربی خوبی دارد، اما نتایج فرا تحلیل نشان داد که در مطالعات پیگیری تنها ۵۰ درصد از بیماران به بهبودی معناداری دست یافتند (۱۳). در رویکرد درمانی شناختی - رفتاری به پدیده‌های درون روانی بیش از حد اهمیت داده می‌شود و فرایندهای بین فردی آن چنان که باید و شاید مورد توجه قرار نمی‌گیرد (۱۴). همچنین در این درمان‌ها به خلق و خو اعتنا نمی‌شود، در حالی که بسیاری از نظریه‌پردازان حوزه آسیب‌شناسی معتقدند که خلق و خو، نقش انکارناپذیری در شکل‌گیری و تداوم مشکلات روان‌شناختی دارد (۱۵). در مجموع نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که عواملی نظیر

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

سبک دلبستگی ناایمن، مشکلات بین فردی، خلق و خوی ناسازگار، طرحواره‌های بین فردی و مشکلات منش شناختی باعث کاهش تاثیر درمان های شناختی - رفتاری می‌شوند (۱۳). در مقابل نظریه‌پردازان طرحواره درمانی معتقدند که راه حل مناسبی برای درمان اختلال منش شناختی طراحی و تدوین کردند. طرحواره‌ها، الگوهای عمیق و فراگیری هستند که از خاطره، هیجان و شناخت تشکیل شده و در دوران کودکی و نوجوانی شکل‌گرفته و در بزرگ‌سالی تداوم می‌یابند (۱۶).

طرحواره درمانی برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مثل اضطراب و افسردگی تدوین شده است. به نظر یانگ (Young) چون طرحواره درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تاکید می‌کند، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید که این عمل به احتمال بسیار زیاد موفقیت‌آمیز است. درمانی شناختی – رفتاری برای شناخت طرحواره از رویکرد بالا به پایین استفاده می‌کند. به عنوان مثال در اختلال‌های اضطرابی از سطح نگرانی شروع می‌کند، سپس به مفروضه‌های زیربنایی و در نهایت به طرحواره‌ها می‌پردازد، اما در طرحواره درمانی این روند برعکس می‌شود و از پایین به بالاست؛ به عبارت دیگر در فرایند طرحواره درمانی مستقیما به سراغ عمیق‌ترین سطح طرحواره می‌روند (۱۷). 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، بین فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند (۱۸).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود اختلال‌های اضطرابی (۲۱-۱۹) و افسردگی (۲۵-۲۲،۱۶،۱) بوده است. برای مثال در بحث اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود اضطراب کاپرون (Capron) و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش حساسیت اضطرابی می‌شود (۲۰). همچنین حمیدپور و همکاران در پژوهشی با عنوان کارایی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش معنادار علائم اضطرابی شده است (۲۱). علاوه بر آن در بحث اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود افسردگی رینر (Renner) و همکاران در پژوهشی که به بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران افسرده پرداختند، به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار باعث افسردگی می‌شود و برای کاهش افسردگی می‌توان از طرحواره درمانی استفاده کرد (۲۳). همچنین حسینی و همکاران در پژوهشی که به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر روی زنان مبتلا به اختلال افسردگی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش معنادار علائم افسردگی می‌شود (۲۴).

با توجه به آمار گزارش شده در بالا تعداد دانشجویان به ویژه دانشجویان دختر مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی رو به افزایش می‌باشد و این اختلال‌ها باعث مشکلاتی در روابط بین فردی و تحصیلی می‌شود، لذا استفاده از روش های درمانی موثر برای کمک به این دانشجویان امری ضروری است. طرحواره درمانی یکی از روش‌های موثر در اختلال‌های منش شناختی مثل اضطراب و افسردگی به حساب می‌آید. همچنین با توجه به مرور پیشینه، هیچ مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب و افسردگی در دانشجویان رشته پرستاری و مامایی نپرداخته است، لذا در این پژوهش تلاش می‌شود این خلا پژوهشی نیز تکمیل شود. به این ترتیب با توجه به اهمیت طرحواره درمانی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی هدف کلی این پژوهش بررسی تاثیر آموزش طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال اضطراب و افسردگی در دانشجویان پرستاری و مامایی بود؛ بنابراین مساله اساسی این پژوهش این است که آیا طرحواره درمانی باعث کاهش علائم اختلال اضطراب و افسردگی در دانشجویان دختر پرستاری و مامایی می‌شود؟

روش بررسی

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

این پژوهش طولی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش همه دانشجویان دختر دانشکده پرستاری و مامایی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد بودند. حداقل حجم نمونه در مطالعات مداخله‌ای برای هر گروه ۱۵ نفر می‌باشد که در این پژوهش برای اطمینان از حجم نمونه برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد (۲۶). در این پژوهش ۴۰ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه (هر گروه ۲۰ نفر) طرحواره درمانی و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای با روش طرحواره درمانی آموزش دید و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. محتوی ۱۰ جلسه گروه آزمایش به شرح زیر می باشد. در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب طرحواره درمانی صورت بندی شد. در جلسه دوم شواهد عینی تایید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته موردبررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد. در جلسه سوم تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد. در جلسه چهارم مفهوم بزرگ سال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد. در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد. در جلسه ششم تکنیک های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شد. در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد. در جلسه هشتم به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد. در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد. در جلسه دهم مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین شد. البته گروه‌ها پیش از مداخله، پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله، از نظر اضطراب و افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. با رعایت اصل رازداری و دادن اطمینان به آزمودنی‌ها در این زمینه، برای اندازه‌گیری اضطراب و افسردگی از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه اضطراب کتل (Cattell Anxiety Questionnaires): این پرسشنامه توسط کتل (Cattell) طراحی‌شده است. این ابزار شامل ۴۰ گویه سه گزینه‌ای می‌باشد که در سنین بعد از ۱۵-۱۴ سالگی به کار می رود. در این پرسشنامه آزمودنی گزینه‌ای که تعریف کننده ویژگی او می‌باشد را با علامت ضربدر مشخص می‌کند. نمره کل این پرسشنامه به عنوان شاخص اضطراب در نظر گرفته می‌شود. او اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرد (۲۷). در ایران شاهجویی اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرد (۲۸).

ب) پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory): این پرسشنامه توسط بک (Beck) طراحی شده است. این ابزار شامل ۲۱ گویه است که هر گویه بر اساس طیف چهار درجه ای لیکرت از صفر تا سه نمره گذاری می شود. او اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرد (۲۹). در ایران جوکار اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کرد (۳۰).

لازم به ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی یعنی شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع متغیرها و از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) برای آزمون آماری استفاده شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-19 استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۴۰ دانشجوی پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد بودند که میانگین سنی آنها ۲۱/۳۷

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

سال بود. در این پژوهش هیچ پرسشنامه مفقوده‌ای نداشتیم که علت آن کنترل دقیق پرسشنامه‌ها پس از تکمیل شدن توسط شرکت کنندگان بود. پیش از انجام تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف – اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لون معنادار نبودند که این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. در جدول ۱ شاخص آماری میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد اضطراب و افسردگی در مراحل آزمون

گروه ها	تعداد	اضطراب			افسردگی		
		پیش‌آزمون M & SD	پس‌آزمون M & SD	پیگیری M & SD	پیش‌آزمون M & SD	پس‌آزمون M & SD	پیگیری M & SD
آزمایش	۲۰	۴۸/۶۳±۳/۲۷	۳۷/۲۴±۳/۴۱	۳۵/۶۷±۳/۳۹	۳۹/۲۴±۵/۱۷	۲۴/۷۸±۲/۳۶	۲۳/۶۱±۲/۲۷
کنترل	۲۰	۴۸/۹۸±۳/۰۷	۴۸/۶۳±۳/۱۶	۴۹/۲۱±۳/۳۴	۴۰/۰۷±۵/۶۳	۳۹/۷۶±۵/۵۴	۳۹/۴۹±۵/۴۸

میانگین اضطراب و افسردگی گروه آزمایش در مرحله پیگیری در مقایسه با مراحل پیش آزمون و پس آزمون به کمترین مقدار رسیده است. در مرحله پیگیری میانگین و انحراف استاندارد اضطراب و افسردگی به ترتیب ۳۵/۶۷±۳/۳۹ و ۲۳/۶۱±۲/۲۷ می‌باشد (جدول ۱). در جدول ۲ نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون چند متغیری

متغیر مستقل	آزمون‌ها	مقدار	F	Sig	مجذور اتا (PES)
روش های درمان	اثر پیلایی	۰/۶۷۷	۴/۶۸۳	۰/۰۰۰۵	۰/۲۰۵
	لامبدای ویلکز	۰/۵۷۸	۶/۰۳۴	۰/۰۰۰۵	۰/۲۴۷
	اثر هاتلینگ	۱/۳۶۷	۷/۴۶۸	۰/۰۰۰۵	۰/۲۹۹
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۲۸۴	۲۲/۳۹	۰/۰۰۰۵	۰/۵۴۶

نتایج هر چهار آزمون نشان داد که متغیر مستقل بر متغیر وابسته موثر بوده است. در پژوهش‌ها معمولا نتایج آزمون لامبدای ویلکز گزارش می‌شود (F=۶/۰۳۴, Sig=۰/۰۰۰۵). با توجه به مقدار مجذور اتای آزمون لامبدای ویلکز (۰/۲۴۷) می‌توان تعیین کرد که متغیر مستقل حدود ۲۵ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند (جدول ۲). از آنجایی که آزمون چند متغیری معنادار است، می‌توان به ارزیابی جداگانه هر یک از متغیرهای وابسته ادامه داد. همچنین در جدول ۳ نتایج آزمون تک متغیری برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر هر یک از متغیرهای وابسته ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تک متغیری

متغیر وابسته	F	Sig	مجذور اتا (PES)
اضطراب	۵/۰۹۷	۰/۰۰۳	۰/۱۷۳
افسردگی	۹/۷۴۶	۰/۰۰۰۵	۰/۲۹۵

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

یافته‌ها نشان داد که متغیرهای وابسته اضطراب (F=۵/۰۹۷, Sig=۰/۰۰۳) و افسردگی (F=۹/۷۴۶, Sig=۰/۰۰۰۵) از نظر آماری معنادار هستند (جدول ۳)؛ یعنی میان گروه‌های آزمایش و کنترل در هر دو متغیر اضطراب و افسردگی حداقل در یکی از مراحل مداخله تفاوت معنادار وجود دارد. برای تعیین اینکه در کدام مراحل تفاوت معنادار وجود دارد از مقایسه زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای اضطراب و افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
اضطراب در مرحله پس آزمون	طرحواره درمانی	کنترل	-۱۱/۳۹	۳/۸۷۳	۰/۰۰۸*
	کنترل	طرحواره درمانی	۱۱/۳۹	۳/۸۷۳	۰/۰۰۸*
اضطراب در مرحله پیگیری	طرحواره درمانی	کنترل	-۱۳/۵۴	۴/۴۲۹	۰/۲۰۶*
	کنترل	طرحواره درمانی	۱۳/۵۴	۴/۴۲۹	۰/۲۰۶*
افسردگی در مرحله پس آزمون	طرحواره درمانی	کنترل	-۱۴/۹۸	۳/۷۵۱	۰/۰۰۲*

یافته‌ها نشان داد که در مرحله پس‌آزمون میان گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل در اضطراب در سطح ۰/۰۰۸ و افسردگی در سطح ۰/۰۰۲ تفاوت معناداری وجود دارد و علاوه بر آن در مرحله پیگیری میان گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل در اضطراب در سطح ۰/۲۰۶ و افسردگی در سطح ۰/۰۰۰۵ تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۴)؛ به عبارت دیگر میانگین اضطراب و افسردگی گروه طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری به طور معناداری کاهش یافته است.

بحث

اضطراب و افسردگی در بسیاری از کارکردهای شخصی و اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش طرحواره درمانی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش معنادار اضطراب و افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است.

نتایج این پژوهش در زمینه اضطراب با پژوهش های (۲۱-۱۹) و در زمینه افسردگی با پژوهش‌های (۲۵-۲۲،۱،۱۶) همسو بود. برای مثال برای مثال کاپرون (Capron) و همکاران ضمن پژوهشی درباره اثربخشی طرحواره درمانی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش حساسیت اضطرابی می‌شود (۲۰). همچنین حمیدپور و همکاران به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش معنادار علائم اضطرابی شده است (۲۱). علاوه بر آن رینر (Renner) و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار باعث افسردگی می‌شود و برای کاهش افسردگی می‌توان از طرحواره درمانی استفاده کرد (۲۳). هیلیمان (Heilemann) و همکاران در پژوهشی که به بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر افسردگی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی در پس آزمون و پیگیری ۴ ماهه به طور معناداری باعث کاهش معنادار افسردگی شده است (۱۶). همچنین حسینی و همکاران به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش معنادار علائم افسردگی در گروه آزمایش شده است (۲۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد مضطرب و افسرده علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود (۱۸). تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره درمانی 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؛ مثلا درمانگر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه‌کننده‌ای 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 مراجعه‌کننده‌ای که طرحواره بزرگ منشی داشت، او را محدود کردیم برای مثال اگر او زمان بیشتری می‌خواست، با او موافقت نمی‌کردیم و همچنین مقدار صحبت کردن او را کم کردیم. در نهایت این مزایای زیاد و کاربردی طرحواره درمانی باعث کاهش اضطراب و افسردگی می‌شوند. تبیین دیگر برای موفقیت طرحواره درمانی در تکنیک‌های اصلی این رویکرد درمانی است؛ مثلا هدف تکنیک‌های شناختی به محک گذاشتن صحت و سقم طرحواره‌ها بود. برای این منظور از راهبردهایی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدیدی از شواهد تایید کننده طرحواره‌ها و برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره استفاده شد. برای مثال در راهبرد گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره هدف این بود که ذهن مراجع از حالت یک صدایی به حالت چند صدایی تغییر کند و جنبه سالم تقویت شود. با این تکنیک مراجع متوجه شد که غیر از صدای طرحواره می‌تواند در ذهنش صدای سلامی را ایجاد کند. همچنین هدف تکنیک تجربی کار روی احساس‌های بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی بود. مراجعان به کمک تکنیک‌های تجربی در سطح عاطفی با طرحواره‌های ناسازگار مبارزه کردند و با استفاده از تصویر سازی ذهنی خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی ابراز کنند. این تکنیک‌های هنگامی که فراگرفته شوند در طول زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرند و هنگامی که فرد نتیجه آن را می‌بیند، به خود بازخورد مثبت می‌دهد و در نهایت این امر باعث کاهش اضطراب و افسردگی در کوتاه مدت (پس آزمون) و بلند مدت (پیگیری) می‌شود.

هر چند در این پژوهش تلاش شد تا با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی کم شود، اما مهم‌ترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داشتن تنها یک روش درمانی بود. محدودیت دیگر استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی برای سنجش اضطراب و افسردگی بود. ممکن است افراد هنگام تکمیل آنها خویشتن‌نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه ها پاسخ ندهند. محدودیت دیگر محدود شدن نمونه آن به دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش های نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند و علاوه بر آن به مقایسه اثربخشی این روش با سایر روش‌های درمانی بپردازند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از ابزارهای دقیق‌تر مانند مصاحبه بالینی برای ارزیابی اضطراب و افسردگی استفاده کنند. پیشنهاد دیگر اینکه، این پژوهش در بین دانشجویان سایر رشته‌ها و سایر دانشگاه‌ها انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تاثیر روش طرحواره درمانی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. همچنین با توجه به معنادار شدن نتایج در مرحله پیگیری بهتر است، پیگیری‌هایی با فواصل زمانی طولانی‌تر صورت گیرد تا میزان اثرگذاری نتایج در بلندمدت به طور دقیق‌تری بررسی شوند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که روش طرحواره درمانی در پس آزمون و پیگیری باعث کاهش معنادار اضطراب و افسردگی شده است. لذا می‌توان گفت که طرحواره درمانی به عنوان یک روش موثر در درمان اضطراب و افسردگی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد؛ بنابراین مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند برای کاهش اضطراب و افسردگی

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

از روش طرحواره درمانی استفاده کنند. با کمک بـه مـراجعین جهـت افـزایش اسـتفاده از روش‌هـای مـذکور مـی‌تـوان ایـن امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند اضطراب و افسردگی را کاهش دهند.

تقدیر و تشکر

در پایان از کلیه مسئولین و دانشـجویان محتـرم دانشـگاه آزاد اسلامی واحد مشهد که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1- Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2014; 45(3): 319-29.

2- Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, et al. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. Journal of Anxiety Disorders. 2008; (22): 108-16.

3- Schulz J, Gotto JG, Rapaport MH. The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. Primary Psychiatry. 2005; 12(11): 58-67.

4- Hamidpour H, Doulatshahi B, Pourshahbaz A, et al. The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder . Iranian Journal Psychiatry Clinical Psychology. 2011; 16(4): 420-31. [Persian]

5- Omidi A, Tabatabaii A, Sazvar SA, et al. Epidemiology of mental disorders in urban areas in the city of Natanz. Quarterly Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2003; 8(4): 32-8.[Persian]

6- Kajbaf MB, Rezvani R, Ashoori J. The comparison of effectiveness of spiritual therapy and meta-cognitive therapy on anxiety in girl university students. Applied Psychological Research Quarterly 2013; 4(1): 1-12.[Persian]

7- Angst J, Gamma A, Rossler W, et al. Long-term depression versus episodic major depression: Results from the prospective Zurich study of a community sample. Journal of Affective Disorders. 2009; 115(1-2): 112-21.

8- Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, et al. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. Journal of Affective Disorders. 2008; 110(3): 197-206.

9- Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, et al. Prevalence and correlates of chronic depression in the Canadian community health survey: mental health and well-being. Canadian Journal of Psychiatry. 2009; 54(6): 389-98.

10- Rahimian Boogar I, Tabatabaeian M. Effect of cognitive-behavioral group therapy on depression of the patients with chronic low back pain: A 4-months follow up. Koomesh, 2012; 13(2): 209-17. [Persian]

11- Simpson SG, Morrow E, Van VM, et al. Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. Front Psychology. 2010; 1: 182-8. [Persian]

12- Maddux RE, Riso LP, Klein DN, et al. Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. Journal of Affective Disorders. 2009; 117(3): 174-9.

13- Fisher P. The efficacy of psychological treatment for generalized anxiety disorder. 5th Ed. In GCL Davey Publisher; 2007.

14- Borkovec TD, Newman MG, Castonguay LG. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

interpersonal and experiential therapies. Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. 2004; 2(3): 392-401.

15- Lachenal-cherallet K, Maunchand P, Couttraux J, et al. Factor analysis of the schema questionnaire-short form in a nonclinical sample. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2006; 20(3): 311-8.

16- Heilemann MV, Pieters HC, Kehoe P, et al. Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2011; 42(4): 473-80.

17- Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, et al. Early maladaptive schemas and social phobia. Cognitive Therapy and Research. 2006; 30: 571-84.

18- Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, et al. Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. Journal of Affective Disorders. 2013; 151(2): 500-5.

19- Hamidpoor H. Comparison the effectiveness of cognitive behavior therapy and schema therapy in treatment women who suffer from generalized anxiety disorder [MA thesis]. University of Behzisti Sciences and Rehabilitation. 2009. [Persian]

20- Capron DW, Kotov R, Schmidt NB. A cross-cultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. Psychiatry Res. 2013; 205(1-2): 74-8.

21- Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, et al. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011; 16(4): 420-31. [Persian]

22- Zerehpoosh A. The effectiveness of schema therapy on chronic depression in Isfahan University students [MA thesis]. Isfahan University. 2011. [Persian]

23- Renner F, Lobbestael J, Peeters F, et al. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. Journal of Affective Disorders. 2012; 136(3): 581-90.

24- Hoseini N, Razavi Nemattollahi V, Hosinifard SM, et al. The effectiveness of schema therapy on women with depression. Journal of Women's & Studies of Family. 2011; 3(12): 49-64. [Persion]

25- Zerehpoush A, Neshatdoust HT, Asgari K, et al. The effect of schema therapy on chronic depression in students. Journal of Research in Behavioural Sciences . 2012; 10(4): 285-91. [Persian]

26- Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 7th Ed. Tehran: Roshd Publisher; 2008. [Persian]

27- Cattell RB. Personality and mood by questionnaire. San Francisco: Jossey-Bass. 1973.

28- Shahjoee, T. Investigation relationship anxiety and anxiety test [MA thesis]. University of Semnan. 2006. [Persian]

29- Beck AT, Clarck DA. Anxiety and depression: An information processing perspective. Anxiety Research. 1988; 1(1): 23-36.

30- Jokar M. Investigation of effectiveness of personal counseling, telephonic counseling and book therapy with Beck cognitive method in reduction of depression symptoms at counseling central of Isfahan University [MA thesis]. University of Isfahan. 2004. [Persian]

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students

Maleki Z (PhD)[1], Naderi I (MA)[2], Ashoori J(PhD)*[3], Zahedi O (MA)[4]

1- PhD candidate, Department of Health Education & Promotion, Tehran University of Medical Sciences, International Campus(TUMS-IC), Tehran, Iran
2- MA of School Counseling, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran
3- PhD of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University- Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.
4- MA of Educational Psychology, Office of Education and Academic Counseling, General Office of Education, Tehran

Received: 10 Dec 2014 ***Accepted: 4 Apr 2015***

Abstract

Introduction: Schema therapy is an important treatment method for cognitive disorders. This study aimed to examine the effect of education schema therapy in reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students.

Methods: In this pre-test, post-test study, all nursing and midwifery students who referred to counseling center of Islamic Azad University–Mashhad Branch were assessed. Forty students with anxiety and depression were randomly assigned to two groups (n=20 each) included schema therapy and control groups. The experimental group educated 10 sessions of 70 minutes by schema therapy method. Both groups completed the Cattel anxiety and Beck depression questionnaires as pre-test, post-test and after two months of follow-up. Data was analyzed using multivariate analysis of covariance (MONCOVA) method.

Results: of anxiety and depression of the intervention group was significantly decrease compare to the control group in post-test and after two months of follow-up (P<0.05).

Conclusion: schema therapy is an effective method to reduce symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. Counselors and therapist can use schema therapy to reduce symptoms of anxiety and depression disorder.

Keywords: Education, schema, therapy, anxiety, depression, nursing, midwifery, students

*Corresponding author's email: jamal_ashoori@yahoo.com

This paper should be cited as:
Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi .***The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students***. Journal of Medical Education and Development. 2015; 10(1): 47-56

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-08]