

اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری

نظام هاشمی^۱، سید مرتضی غیور باغبانی^۲، غلامرضا خدیوی^۳، فریده هاشمیان نژاد^۳، جمال عاشوری^{۴*}
^۱دانشگاه علوم انتظامی، تهران، ایران؛ ^۲دانشگاه بین المللی امام رضا (ع)، مشهد، ایران؛ ^۳دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران؛
^۴دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.
 تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۳

چکیده:

زمینه و هدف: درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی به عنوان دو روش رایج در ارتقاء شادکامی و سلامت روان شناخته شدند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در بهبود شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد انجام شد. **روش بررسی:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش همه دانشجویان دختر پرستاری مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد در سال ۱۳۹۳ بودند. از میان آنان ۴۵ دانشجوی دختر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در ۳ گروه (هر گروه ۱۵ دانشجو) شامل گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه های آزمایش ۱۰ جلسه (هر جلسه ۷۰ دقیقه) با روش های درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی آموزش دیدند. همه گروه ها پرسشنامه شادکامی آرگایل و لو و سلامت روان گلدبرگ و هیلبر را به عنوان پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS به روش های تحلیل چند متغیری و کوواریانس تک متغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** یافته های نشان داد میانگین پس آزمون شادکامی گروه شناختی رفتاری (۳/۷۸±۱/۱۹)، گروه طرحواره درمانی (۳/۶۷±۱/۱۲) و گروه کنترل (۱/۹۶±۰/۶۵) بود؛ همچنین میانگین پس آزمون سلامت روانی گروه شناختی رفتاری (۳/۲۳±۰/۹۱)، گروه طرحواره درمانی (۳/۱۲±۰/۸۷) و گروه کنترل (۱/۶۸±۰/۷۰) بود؛ همچنین گروه های آزمایش یعنی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی با گروه کنترل تفاوت معنی داری داشتند (P=۰/۰۰۵). **نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد هر دو روش درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی توانستند شادکامی و سلامت روانی دانشجویان پرستاری را افزایش دهند؛ بنابراین پیشنهاد می شود درمان گران برای بهبود شادکامی و سلامت روانی دانشجویان از این روش ها استفاده کنند.

واژه های کلیدی: درمان، شناختی رفتاری، طرحواره درمانی، شادکامی، سلامت روانی، دانشجویان پرستاری.

مقدمه:

روانشناسی مثبت نگر افق تازه ای را پیش روی روانشناسان و پژوهش گران گشوده است و در این شاخه از روانشناسی به جای تأکید بر شناسایی و مطالعه کمبودهای روانی و کاستی های رفتاری و ترمیم یا درمان آن ها، به شناخت و ارتقای وجوه مثبت و نقاط قوت انسان توجه می شود (۲). شادکامی ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است. این قضاوت از بیرون به فرد

سازمان بهداشت جهانی بهنجاری را سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می داند. 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 می شود (۱). یکی از مفاهیم اساسی در روانشناسی مثبت نگر که خود یکی از شاخه های نوین روانشناسی است، شادکامی می باشد.

تصمیم گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت نفس، حل مسأله، خود نظم دهی، خودکفایتی و سلامت روان موثر است (۹). به طور خلاصه پژوهش ها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر افزایش شادکامی و سلامت روانی موثر است (۲، ۱۶-۱۰). برای مثال Barkhori و همکاران در پژوهشی که به بررسی تأثیر همچنین Wilz and Barskova ضمن پژوهشی نشان دادند که مداخلات درمانی شناختی رفتاری باعث افزایش معنی دار سلامت روانی می شود (۱۵).

یکی دیگر از روش های موثر بر شادکامی و سلامت روان، طرحواره درمانی است. نظریه پردازان طرحواره درمانی بر روش های شناختی، شناختی رفتاری و سایر روش ها انتقاد می کنند و معتقدند که راه حل مناسبی برای درمان اختلال اضطراب و افسردگی طراحی و تدوین کردند. در این رویکرد طرحواره همان الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره ها، هیجان و شناخت واره ها و احساس های بدنی تشکیل شده اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته اند و در مسیر زندگی تداوم دارند (۱۷). به نظر Young، چون طرحواره درمانی بر عمیق ترین سطح شناخت تأکید می کند، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید و این عمل از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و بهبود شادکامی و سلامت است (۱۸). طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه فراهم می کند و بر پایه درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده و تکنیک های شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه ترکیب می کند. طرحواره درمانی بر ریشه های تحولی مشکل های روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک ها برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک های مقابله ای ناسازگار تأکید دارد (۱۹). به طور خلاصه پژوهش ها نشان دادند که طرحواره درمانی بر

تحمیل نمی شود، بلکه حالتی درونی است که از هیجان های مثبت تأثیر می پذیرد. بر این اساس شادکامی به نگرش و ادراک شخصی مبتنی است و به حالتی مطبوع و دلپذیر دلالت دارد که از تجربه هیجان های مثبت ناشی می شود (۳). شواهد موجود گویای آن است که شادکامی مولد انرژی، شور و نشاط است و همچون سپری می تواند انسان را در برابر فشارهای روانی محافظت و سلامت او را تضمین کند (۴). سلامت عمومی عبارت است از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فرد به طوری که بین این ۳ جنبه تأثیر متقابل و پویا وجود داشته باشد. علی رغم تفاوت در تعریف سلامت عمومی، سلامت روانی را به عنوان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی تعریف می کنند (۵). فردی از سلامت روانی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور است و می تواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و قادر به مقابله با فشارهای زندگی است (۶).

یکی از روش های موثر بر شادکامی و سلامت روان، درمان شناختی- رفتاری است. این اصطلاح بر این نکته تأکید می ورزد که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند (۷). برنامه های درمان شناختی رفتاری بر نوعی رفتار درمانی مبتنی هستند که در بطن موقعیت های روان درمانی سنتی به وجود آمده اند و نشان دهنده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت، به عنوان عامل موثر بر هیجان ها و رفتارهاست. هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی های سازنده و تقویت مهارت های مقابله ای است (۸). این روش به افراد کمک می کند تا بر بازداری ها غالب شوند و مهارت های مقابله ای خود را افزایش دهند؛ همچنین این روش در ایجاد و افزایش توانمندی هایی مانند

افزایش شادکامی و سلامت روانی موثر است (۲۵-۲۰). برای مثال پناه علی و همکاران در پژوهشی که به بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش شادکامی پرداختند، به این نتیجه رسیدند گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری دارای شادکامی بیشتری بود (۲۲)؛ همچنین Jovev و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش طرحواره درمانی باعث بهبود اختلال های شخصیت و افزایش سلامت روانی افراد می شود (۲۴).

تعداد دانشجویان به ویژه دانشجویان دختر که در شادکامی و سلامت روانی دارای مشکلاتی هستند رو به افزایش می باشد و این اختلال ها باعث مشکلاتی در روابط بین فردی و تحصیلی می شود، لذا کمک به این دانشجویان امری ضروری و اجتناب ناپذیر است (۲۶)؛ همچنین با توجه به مرور پیشینه، هیچ مطالعه ای به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در دانشجویان رشته پرستاری نپرداخته است و جامعه آماری پژوهش های قبلی متفاوت می باشد. شاید نتایج استفاده از روش های مذکور در شادکامی و سلامت روانی گروه دانشجویان پرستاری با گروه های دیگر مثل دانشجویان سایر رشته ها و یا بیماران و غیره تفاوت وجود داشته باشد. به این ترتیب هدف کلی این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روانی دانشجویان پرستاری بود. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در بهبود شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد انجام شد.

روش بررسی:

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش همه دانشجویان پرستاری مراجعه کننده به مرکز مشاوره

دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد در سال ۱۳۹۳ بودند. در این پژوهش ۴۵ دانشجوی دختر به روش در دسترس انتخاب و پس از آنکه آن ها بر اساس وضعیت تأهل و دامنه سنی هم سان شدند، بدون اینکه با هم ارتباط داشته باشند. به صورت تصادفی در ۳ گروه (هر گروه ۱۵ نفر) شامل گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. بر اساس نظر دلاور حداقل حجم نمونه لازم برای انجام پژوهش های نیمه آزمایشی ۱۵ نفر می باشد (۲۷). همچنین شرایط ورود به مطالعه شامل برخورداری از سلامت جسمی، دانشجوی دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد بودن، عدم ابتلا خانواده به بیماری روانی یا بیماری مزمن جسمی و عدم رخداد تنیدگی زا مانند مرگ عزیزان نزدیک در ۶ ماه گذشته و شرایط خروج از مطالعه شامل عدم موافقت کتبی جهت شرکت و یا ادامه همکاری و یا دستیابی به پرسشنامه های ناقص و نامعتبر بود. نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از هماهنگی لازم با مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، از افراد نمونه پس از بیان هدف پژوهش رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد. البته در جلسه اول و دهم علاوه بر بررسی سن آزمودنی ها، آنان به صورت گروهی از لحاظ شادکامی و سلامت روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. پیش آزمون در مهر ماه سال ۱۳۹۳ و پس آزمون در آذر ماه سال ۱۳۹۳ اجرا شد. برای اندازه گیری شادکامی و سلامت روانی از ابزارهای زیر استفاده شد:

برای اندازه گیری شادکامی از پرسشنامه شادکامی آکسفورد که توسط Argyle and Lu طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۲۹ گویه است که با استفاده از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه های آن و میانگین گرفتن از آن ها به دست می آید. چون نمره این ابزار با میانگین گرفتن همه گویه ها به دست می آید؛ لذا دامنه نمرات بین ۱ تا ۵ می باشد. هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد،

افراد به میزان بیشتری دارای ویژگی شادکامی می باشند. Argyle and Lu پایایی ابزار مذکور را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. در کشور ما این ابزار توسط علی پور و نور بالا ترجمه شد. Zaraee در مقاله خود پایایی آن را با روش دو نیمه کردن ۰/۹۲ گزارش کردند و روایی آن را با نظر متخصصان تأیید نمودند (۲۸). در این پژوهش پایایی پرسشنامه شادکامی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

همچنین برای اندازه گیری سلامت روانی از پرسشنامه سلامت عمومی که توسط Goldberg and Hillier طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۱۲ گویه است که با استفاده از مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه های آن و میانگین گرفتن از آن ها به دست می آید. چون نمره این ابزار با میانگین گرفتن همه گویه ها به دست می آید، لذا دامنه نمرات بین ۱ تا ۴ می باشد. هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، افراد به میزان بیشتری دارای ویژگی سلامت روانی می باشند (۲۹). Khalatbari و همکاران پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند؛ همچنین آنان روایی پرسشنامه را با نظر متخصصان تأیید نمودند (۳۰). در این پژوهش پایایی پرسشنامه سلامت روان با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

گروه های آزمایش به طور مجزا ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه ای با روش های درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی آموزش دیدند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. مداخله در گروه های آزمایش به طور همزمان توسط یک درمانگر که دارای مدرک دکتری بالینی و آشنا به مسائل درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بود و تسلط نسبتاً خوبی بر این دو روش درمانی داشت، انجام شد. جزئیات مداخله در گروه ها به صورت زیر بود.

در درمان شناختی رفتاری از روش پیشنهادی Taylor و همکاران استفاده شد که در ایران توسط ایزدی فرد و سپاسی آشتیانی مورد تأیید قرار گرفته است. ۱- در این جلسه پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف درمان شناختی رفتاری بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد شناختی رفتاری صورت بندی شد. ۲- تسلط بر نشانه های رفتاری آموزش داده شد و به آن ها تمرین هایی در زندگی روزانه ارائه شد. ۳- کار کردن بر علل رویدادهایی که اتفاق می افتند از جمله: فعال کردن دانش آموزان به فکر کردن در مورد اینکه چرا اذیت می شوند؟ چرا کارها به هم گره می خورند؟ اثبات خویشتن، انجام فعالیت ها و اولویت بندی آن ها آموزش داده شد. ۴- کار روی نشانه های احساسی (شامل چگونگی فکر، احساس و استفاده از ثبت افکار) آموزش داده شد. ۵- مبارزه با افکار منفی، مهارت های ثبت افکار و کار روی خطاهای شناختی که شامل مواردی از این قبیل می شود: شواهد و مدارک، نگرستن از زاویه دیگر (اگر این فکر درست باشد بدترین اتفاقی که ممکن است رخ دهد چیست؟) آموزش داده شد. ۶- شناسایی خودگویی های منفی شامل: پیدا کردن خودگویی های منفی، آموزش برای جایگزین کردن خودگویی های مثبت آموزش داده شد. ۷- رها کردن افکار منفی شامل: دور ریختن افکار با استفاده از یادداشت کردن آن ها، ادامه دادن به ثبت افکار، آموزش مهارت حل مساله آموزش داده شد. ۸- تغییر و اصلاح باورهای نادرست شامل: پیدا کردن باورهای خود، آموخته های قبلی، زیر سوال بردن باورها و شفاف ساختن آنها آموزش داده شد. ۹- آمادگی برای تکمیل آموزش و جایگزین کردن افکار منفی با احساسات مثبت آموزش داده شد. ۱۰- درباره پیشرفت آزمودنی ها و استفاده از راهبردهای جانشین بحث و گفت گو شد و در نهایت مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین شد (۳۱).

راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد. ۱۰- مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین شد (۲۶).

لازم به ذکر است که داده ها پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری از روش های تحلیل چند متغیری و کوواریانس تک متغیری در سطح معنی داری ۰/۰۱ استفاده شد. برای این منظور از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها:

شرکت کنندگان این پژوهش ۴۵ دانشجوی دختر پرستاری با میانگین سنی ۲۱/۶۳ سال بودند، به طوری که در گروه درمان شناختی رفتاری ۹ نفر مجرد (۶۰٪) و ۶ نفر متأهل (۴۰٪)، در گروه طرحواره درمانی ۸ نفر مجرد (۵۳/۳۳٪) و ۷ نفر متأهل (۴۶/۶۷٪) و در گروه کنترل ۹ نفر مجرد (۶۰٪) و ۶ نفر متأهل (۴۰٪) بودند. در زیر شاخص آماری میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است (جدول شماره ۱).

در طرحواره درمانی از روش پیشنهادی Young استفاده شد که در ایران توسط ملکی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است. ۱- در این جلسه پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی شد. ۲- شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد. ۳- تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای آموزش داده شد. ۴- مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد. ۵- برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد. ۶- تکنیک های تجربی مثل تصویر سازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن ها آموزش داده شد. ۷- رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد. ۸- به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد. ۹- مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون شادکامی و سلامت روانی گروه های

آزمایش و کنترل

| گروه ها | تعداد | شادکامی | | سلامت روانی | |
|----------------|-------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| | | پیش آزمون | پس آزمون | پیش آزمون | پس آزمون |
| شناختی رفتاری | ۱۵ | ۲/۰۶±۰/۸۱ | ۳/۷۸±۱/۱۹ | ۱/۶۹±۰/۶۸ | ۳/۲۳±۰/۹۱ |
| طرحواره درمانی | ۱۵ | ۱/۹۳±۰/۷۸ | ۳/۶۷±۱/۱۲ | ۱/۷۳±۰/۷۱ | ۳/۱۲±۰/۸۷ |
| کنترل | ۱۵ | ۱/۹۸±۰/۶۴ | ۱/۹۶±۰/۶۵ | ۱/۷۶±۰/۷۴ | ۱/۶۸±۰/۷۰ |

از سایر گروه ها بیشتر است (جدول شماره ۱)؛ همچنین نتایج آزمون چند متغیری نشان داد که متغیر

میانگین پس آزمون شادکامی (۳/۷۸±۱/۱۹) و سلامت روانی (۳/۲۳±۰/۹۱) گروه شناختی رفتاری

شناختی رفتاری بر بهبود شادکامی و سلامت روانی دانشجویان پرستاری از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در زیر ارائه شده است (جدول شماره ۲).

مستقل بر متغیر وابسته موثر بوده است. به عبارت دیگر نتایج حاکی از آن است که گروه های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای شادکامی و سلامت روان تفاوت معنی داری دارند ($F=6/014$ و $P \geq 0/0005$)؛ بنابراین برای بررسی تأثیر درمان

جدول شماره ۲: نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس تک متغیری گروه های درمان شناختی رفتاری و کنترل

| متغیرهای وابسته | منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار احتمال | مجذورات |
|-----------------|-------------|---------------|------------|-----------------|--------------|---------|
| شادکامی | پیش آزمون | ۸/۶۳۳ | ۱ | ۸/۶۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸۳ |
| | گروه | ۱۳۴۶/۹۷۶ | ۲ | ۶۷۳/۴۸۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۹۳ |
| | واریانس خطا | ۲۷/۸۱۳ | ۴۱ | ۰/۶۷۸ | | |
| | واریانس کل | ۱۳۸۳/۴۲۲ | ۴۴ | | | |
| سلامت روانی | پیش آزمون | ۷۵/۵۷۲ | ۱ | ۷۵/۵۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷۵ |
| | گروه | ۱۸۶۴/۶۳۷ | ۲ | ۹۳۲/۳۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳۷ |
| | واریانس خطا | ۷۷/۲۶۹ | ۴۱ | ۱/۸۸۴ | | |
| | واریانس کل | ۲۰۱۷/۴۷۸ | ۴۴ | | | |

تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در زیر ارائه شده است (جدول شماره ۳).

نتایج نشان داد که گروه اثر معنی داری بر نمرات پس آزمون داشته است، به عبارت دیگر بین گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل در شادکامی و سلامت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد. پس طرحواره درمانی باعث افزایش شادکامی و سلامت روانی دانشجویان شده است که با توجه به مجذورات آن می توان گفت ۹۱/۲٪ تغییرات در شادکامی و ۹۶/۱٪ تغییرات در سلامت روانی ناشی از تأثیر طرحواره درمانی است ($P < 0/0001$)؛ بنابراین نتایج حاکی از تأثیر طرحواره درمانی بر بهبود شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری است (جدول شماره ۳).

نتایج نشان داد که گروه اثر معنی داری بر نمرات پس آزمون داشته است، به عبارت دیگر بین گروه شناختی رفتاری و گروه کنترل در شادکامی و سلامت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد. پس درمان شناختی رفتاری باعث افزایش شادکامی و سلامت روانی دانشجویان شده است که با توجه به مجذورات آن می توان گفت ۸۹/۳٪ تغییرات در شادکامی و ۹۳/۷٪ تغییرات در سلامت روانی ناشی از تأثیر درمان شناختی رفتاری است ($P < 0/0001$). بنابراین، نتایج حاکی از تأثیر درمان شناختی رفتاری بر بهبود شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری است (جدول شماره ۲)؛ همچنین برای بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر بهبود شادکامی و سلامت روانی دانشجویان پرستاری از آزمون آماری

جدول شماره ۳: نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس تک متغیری گروه های طرحواره درمانی و کنترل

| متغیرهای وابسته | منبع اثر | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | مقدار احتمال | مجذورات |
|-----------------|-------------|---------------|-----------------|--------------|---------|
| شادکامی | پیش آزمون | ۱۰/۷۷۱ | ۱۰/۷۷۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹۷ |
| | گروه | ۱۳۶۷/۶۷۸ | ۶۸۳/۸۳۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱۲ |
| | واریانس خطا | ۲۹/۱۶۷ | ۰/۷۱۱ | | |
| سلامت روانی | واریانس کل | ۱۴۰۷/۶۱۶ | | | |
| | پیش آزمون | ۷۸/۶۲۹ | ۷۵/۵۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸۶ |
| | گروه | ۱۸۷۶/۵۲۴ | ۹۳۸/۲۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۶۱ |
| | واریانس خطا | ۸۱/۳۴۲ | ۱/۹۸۳ | | |
| | واریانس کل | ۲۰۳۶/۴۹۵ | | | |

بحث:

آموزش شناختی رفتاری است. در نتیجه اگر این دانشجویان را با برنامه آموزشی شناختی رفتاری مناسبی به مسیر مناسب هدایت کنیم، از عوامل تهدید کننده شادکامی و سلامت روان آنان کاسته می شود و برخی از مشکلاتی را که این افراد برای جامعه و خصوصاً خانواده این افراد ایجاد می کند، کاهش می یابد. تبیین دیگر اینکه مزایای بسیار درمان شناختی رفتاری از جمله تسلط بر نشانه های رفتاری، کار کردن بر علل رویدادهایی که اتفاق می افتند، کار کردن بر روی نشانه های احساسی، مبارزه با افکار منفی، مهارت های ثبت افکار، شناسایی خودگویی های منفی، رها کردن افکار منفی، تغییر و اصلاح باورهای نادرست، آمادگی برای تکمیل آموزش و جایگزین کردن افکار منفی با افکار مثبت از جمله عواملی هستند که باعث افزایش شادکامی و سلامت روانی می شوند.

یافته های دیگر این پژوهش نشان داد که روش طرحواره درمانی مانند سایر جامعه های پژوهشی در دانشجویان پرستاری نیز باعث افزایش شادکامی و سلامت روانی شد که این یافته در زمینه شادکامی با پژوهش های Zerehpoush و همکاران، Ahmadian و همکاران و پناه علی و همکاران و در زمینه سلامت روانی با پژوهش های Ahmadian و همکاران، Thimm، Jovev و همکاران و یوسفی همسو بود (۲۵-۲۰). در تبیین این یافته می توان گفت رویکرد طرحواره درمانی،

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روانی دانشجویان پرستاری مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو روش شناختی و طرحواره درمانی باعث افزایش معنادار شادکامی و سلامت روانی شدند.

یافته های این پژوهش نشان داد که روش درمانی شناختی رفتاری مانند سایر جامعه های پژوهشی در دانشجویان پرستاری نیز باعث افزایش شادکامی و سلامت روانی شد که این یافته در زمینه شادکامی با پژوهش های Safarnejada و همکاران، Barkhori و همکاران، هاشمی و همکاران و مولوی و همکاران و در زمینه سلامت روانی با پژوهش های Holmes، Rector and Beck و همکاران، Wilz and Barskova و مجاهد و همکاران همسو بود (۱۶، ۲-۱۰). در تبیین این یافته می توان گفت که آموزش شناختی رفتاری شامل نظم بخشی به عاطفه، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس ها و خودکنترلی می شود و از طرفی ساختار ارزشی و خودکارآمدی را دربرمی گیرد و در اثر تعامل شخص با محیط منجر به ارتقا شادکامی بهداشت روانی افراد می گردد؛ بنابراین در راستای این اهداف چیزی که بیش از پیش به طور ویژه در دانشجویان پرستاری اهمیت می یابد

دانشجویان رشته های دیگر انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر روش های درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد.

نتیجه گیری:

دستاورد این پژوهش اینکه روش های درمانی شناختی رفتاری و طرحواره درمانی باعث افزایش معنی دار شادکامی و سلامت روانی دانشجویان پرستاری شده است؛ لذا می توان گفت هر دو روش، جزء روش های موثر در افزایش شادکامی و سلامت روانی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد؛ بنابراین، مشاوران و درمانگران می توانند برای افزایش شادکامی و سلامت روانی از روش های درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی استفاده کنند. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش های مذکور می توان این امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند شادکامی و سلامت روانی را افزایش دهند.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

روش های درمانی به کار رفته در این پژوهش می توانند با سایر روش های درمانی بهبود بخش شادکامی و سلامت روانی، توسط مشاوران و درمانگران برای ارتقاء شادکامی و سلامت روانی مورد استفاده قرار گیرند؛ همچنین نتایج این پژوهش دانش کاربردی را در اختیار مسئولین برای طراحی برنامه هایی برای بهبود شادکامی و سلامت روانی می گذارد که این دانش از لحاظ بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به ویژه نظام سلامت و کاهش مستقیم و غیر مستقیم هزینه های درمانی حائز اهمیت است.

تشکر و قدردانی:

در پایان از کلیه مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد و شرکت کنندگان محترم این پژوهش که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

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، رابطه ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره های ناسازگار که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی 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 سال های کودکی می شود. تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ های مقابله ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح ریزی 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 درمانگر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه کننده ای 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. در نهایت این مزایای زیاد و کاربردی طرحواره درمانی باعث افزایش شادکامی و سلامت روانی می شوند.

هر چند در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی آزمودنی ها به گروه های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری های احتمالی کم شود، اما مهم ترین محدودیت این پژوهش عدم استفاده از پیگیری بود. محدودیت دیگر، محدود شدن نمونه آن به دانشجویان دختر پرستاری مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد بود؛ بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از پیگیری های کوتاه مدت و بلند مدت استفاده کنند؛ همچنین می توان در پژوهش های آتی روش های این پژوهش را با سایر روش ها مثل فراشناختی، واقعیت درمانی، درمان عاطفی عقلانی و غیره مقایسه کرد. علاوه بر آن این پژوهش در سایر گروه ها مثلاً مردها و

منابع:

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. New York: Williams and Wilkins; 2003.
2. Safarnejad F, Ho-Abdullah I, Awal NM. A cognitive study of happiness metaphors in Persian and English. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 118: 110-7.
3. Hills P, Argyle M. Happiness, introversion–extraversion and happy introverts. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(4): 595-608.
4. Pelechano V, González-Leandro P, García L, Morán C. Is it possible to be too happy? Happiness, personality, and psychopathology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2013; 13(1): 18-24.
5. Lamers SM, Westerhof GJ, Kovács V, Bohlmeijer ET. Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*. 2012; 46(5): 517-24.
6. Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The influence of health disparities on targeting cancer prevention efforts. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014; 46(3 Suppl 1): S87-97.
7. Epstein NB. Epstein NB, Baucom DH. Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach: American Psychological Association; 2002.
8. Vasa RA, Roy AK. *Pediatric Anxiety Disorders: A Clinical Guide*: Springer Science and Business Medi; 2014.
9. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. 2004; 9(3): 247-69.
10. Barkhori H, Refahi J, Farahbakhsh K. The effect of positive thinking skills into a team approach on achievement motivation, self-esteem and happiness of the first grade students. *Journal of New Approaches in Educational Administration*. 2010; 3: 31-6. [Persian]
11. Hashemi F, Alipoor A, Feili AR. The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on happiness among infertile women. *Journal of Armaghane Danesh*. 2013; 18(9): 678-86. [Persian]
12. Molavi H, Khosravi S, Neshat doost HT, Kalantari M. The effective of teaching communicative patterns of pluralistic family on couples happiness. *Journal of Armaghane Danesh*. 2010; 58: 25-33. [Persian]
13. Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001; 189(5): 278-87.
14. Holmes J, Neighbor R, Tarrier N, Hmshelwood RD, Bolsover N. All you need is cognitive behavior therapy? *British Medical Journal*. 2002; 324(7332): 288-95.
15. Wilz G, Barskova T. Evaluation of a cognitive behavioral group intervention program for spouses of stroke patients. *Behaviour research and therapy*. 2007; 45(10): 2508-17.
16. Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Taher-Neshatdoost H, Bakhshani NM. Comparison of Islamic oriented and classical cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives. *Journal Fundamentals of Mental Health*. 2010; 11(4): 282-91. [Persian]
17. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*. 2006; 30(5): 571-84.
18. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford Press; 2003.

19. 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. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 136(3): 581-90.
20. Zerehpoush A, Neshatdoust HT, Asgari K, Abedi MR, Sadeghi Hosnije AH. The effect of schema therapy on chronic depression in students. *Journal of Behavior Science Research*. 2012; 10(4): 285-91.
21. Ahmadian AR, Far NS, Hatami M, Abadi HRH, Cocariva N. Effectiveness of Schema Therapy based on Integrative Metaphorical-Allegorical Narrative Training in the Treatment of Dysthymic Disorder. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*. 2013; 2(1): 1-9. [Persian]
22. Panahali A, Shafiabady A, Navvabinejad SH, Nooranipoor R. Investigation the effectiveness of group counseling based on schema therapy on increase of happiness. *Journal of Woman and Family*. 2013; 5(1): 77-93. [Persian]
23. Thimm JC. Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2010; 41(1): 52-9.
24. Jovev M, Jackson HJ. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*. 2004; 18(5): 467-78.
25. Yoosefi N. Comparison of the effectiveness of family therapy based on schema therapy and Bowen's emotional system therapy on the early maladaptive schema among divorce applicant clients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012; 13(4): 356-73. [Persian]
26. Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi O. The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *Journal of Medical Education & Development*. 2015; 10(1): 46-55. [Persian]
27. Delavar A. Foundation of theory and application research in human and social sciences. 2nd ed. Tehran: Roshd Publication; 2008. [Persian]
28. Zaraee E. The relationship between parenting styles with happiness and committed adolescent risky behavior based on Klvnynger scale. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd*. 2009; 18: 220-4. [Persian]
29. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979; 9(1): 139-45.
30. Khalatbari J, Maddahi ME, Ghorbanshiroudi S, Keikhayfarzaneh MM. Studying the relationship between illogical beliefs and general health among personals of Imam Sajjad Hospital in Ramsar township. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013; 84: 1110-3. [Persian]
31. Eizadifard R. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 4(1): 23-7. [Persian]

The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on happiness and mental health of nursing students

Hashemi N¹, Ghayour Baghbani SM², Khadivi Gh³, Hashemian Nejad F³, Ashoori J^{4*}

¹University of Police Sciences, Tehran, I.R. Iran; Imamreza International University, Mashhad,

I.R. Iran; ³Islamic Azad University of Mashhad, Mashhad, I.R. Iran; ⁴Islamic Azad University,

Isfahan, Khorasgan Branch, Isfahan, I.R. Iran.

Received: 31/May/2015 Accepted: 3/Jan/2016

Background and aims: Cognitive behavioral therapy and schema therapy are known as two common methods to promote happiness and mental health. This research aimed to investigate the effectiveness cognitive behavioral therapy and schema therapy in improving happiness and mental health of nursing students who referred to counseling center in Islamic Azad university of Mashhad Branch.

Methods: This research was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design. The statistical population included all nursing girl students who referred to counseling center in Islamic Azad university of Mashhad Branch in 2014 year. 45 girl students were selected by convenience sampling and randomly assigned to three groups (each group 15 students) included experimental and control groups. The experimental groups educated by cognitive behavioral therapy and schema therapy in 10 sessions (each session for 70 minutes). All of groups completed the questionnaires of happiness (Argyle and Lu) and mental health (Goldberg and Hillier) as the pre-test and post-test. Data were analyzed using SPSS software and multivariate analysis and covariance methods.

Results: The findings showed the happiness post-test mean of cognitive behavioral, schema therapy and control groups was (3.78±1.19), (3.67±1.12), and (1.96±0.65) respectively. Also, the post-test mean of mental health in cognitive behavioral, schema therapy and control groups was (3.23±0.91), (3.12±0.87), and (1.68±0.70) respectively. Moreover, there was a significant difference among experimental groups, cognitive behavioral therapy and schema therapy with control groups (P<0.005).

Conclusion: The results of this study showed that both cognitive behavioral therapy and schema therapy methods can increase happiness and mental health in nursing students. So, it suggests that therapists use these methods to improve happiness and mental health in students.

Keywords: Therapy, Cognitive behavioral, Schema therapy, Happiness, Mental health, Nursing students.

Cite this article as: Hashemi N, Ghayour Baghbani SM, Khadivi GH, Hashemian Nejad F, Ashoori J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on happiness and mental health of nursing students. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5(1): 12-22.

***Corresponding author:**

Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, I.R. Iran, Tel: 00989124918931,
E-mail: Jamal_ashoori@yahoo.com