



## The Effect of Cognitive-Behavioral Teaching on Depression of Nurses in the Teaching Hospitals of Birjand

Zahra Farajzadeh <sup>1</sup>, Feridoon KeramatiNia <sup>2,\*</sup>, Seyyed Alireza Saadatjoo <sup>1</sup>, Kolsoom Khazaie <sup>3</sup>

<sup>1</sup> MSc in Nursing, East Nursing and Midwifery Research Center, Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery College, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

<sup>2</sup> MSc Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

<sup>3</sup> MSc of Clinical Psychology, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

\* **Corresponding author:** Feridoon KeramatiNia, MSc Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. E-mail: feridoon.keramati@gmail.com

Received: 25 Oct 2018

Accepted: 22 May 2019

### Abstract

**Introduction:** As one of the members of the care team, nurses are confronted with a lot of work-associated stress whereby they will experience depression if the situation continues. The aim of this study was to determine the effect of cognitive-behavioral group training on nurses' depression at 2017

**Methods:** In this randomized controlled field trial, 40 nurses from the teaching hospitals affiliated with Birjand University of Medical Sciences were selected through convenience sampling method and randomly allocated into two groups. The cases received logical cognitive behavioral group training for 8 one-and-a-half hour sessions. Nurses in both groups completed Beck Depression Inventory before, immediately after, and two months after the intervention. Data were analyzed in SPSS 18 software, using independent t-test, intra-group ANOVA, Bonferroni test, Mann-Whitney U test, Friedman tests, Wilcoxon test, and Fisher's exact test at the significance level of 0.05.

**Results:** The mean depression scores of the case group immediately and two months after the intervention reduced significantly compared with before the intervention; in the control group nurses, the score immediately after the intervention decreased significantly compared to before the intervention ( $P < 0.05$ ). However, the mean score changes before and after the intervention, and before and two months after the intervention reduced significantly in the case group compared with that of the control group ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** According to the results, this therapeutic approach can be used as an effective therapeutic activity in decreasing depression of nurses in order to promote health and care purposes.

**Keywords:** Cognitive-behavioral Education, Group Method, Depression, Nurses



## تأثیر آموزش گروهی مقابله با افسردگی به شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی بیرجند

زهرا فرج‌زاده<sup>۱</sup>، فریدون کرامتی‌نیا<sup>۲\*</sup>، سیدعلیرضا سعادت‌تجو<sup>۱</sup>، کلثوم خزاعی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> مربی، کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران  
<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران  
<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران  
 \* نویسنده مسئول: فریدون کرامتی‌نیا، دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. ایمیل: feridoon.keramati@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۰۳

### چکیده

**مقدمه:** پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم مراقبت با استرس‌های شغلی مواجه هستند تاووم این موقعیت منجر به افسردگی آنان می‌گردد، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش گروهی به شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی پرستاران در سال ۱۳۹۶ انجام شد.  
**روش کار:** در این مطالعه کارآزمایی میدانی شاهددار تصادفی شده، ۴۰ نفر از پرستاران بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه قرار گرفتند. پرستاران گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته آموزش گروهی به روش شناختی رفتاری را دریافت کردند. پرستاران هر دو گروه پرسشنامه افسردگی بک را قبل، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 18 و آزمون‌های آماری t مستقل، آنالیز واریانس درون گروهی، تعقیب بنفرونی، من ویتنی یو، فریدمن و ویلکاکسون و تست دقیق فیشر در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.  
**یافته‌ها:** میانگین نمره افسردگی در پرستاران گروه آزمایش بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن و در پرستاران گروه کنترل بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به طور معنی‌داری کاهش داشت ( $P < 0.05$ ) ولی میانگین تغییرات نمره افسردگی قبل و بلافاصله بعد از مداخله و همچنین قبل و دو ماه بعد از مداخله در پرستاران گروه آزمایش نسبت به کنترل به طور معنی‌داری بیشتر کاهش داشته است ( $P < 0.05$ ).  
**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج، میتوان از این روش درمانی به عنوان یک فعالیت درمانی مؤثر در کاهش افسردگی پرستاران در جهت پیشبرد اهداف بهداشتی و مراقبتی استفاده کرد.  
**کلیدواژه‌ها:** آموزش شناختی- رفتاری، شیوه گروهی، افسردگی، پرستاران

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

مختلفی قرار می‌دهد که تجمع این استرس‌ها می‌تواند منجر به خستگی مزمن، ناامیدی و افسردگی در آنان گردد [۴]. افسردگی در بین بیماری‌های جسمی و روانی مسئله شماره یک دنیا محسوب می‌شود که بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت از مهمترین اختلالات خلقی است که با کاهش خلق، از دست دادن علاقه، احساس گناه و بی‌ارزشی، اختلال در خواب و اشتها، کاهش انرژی و ضعف تمرکز همراه است [۵]. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، افسردگی در بین مشکلات سلامت رتبه چهارم را دارا می‌باشد و پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ دومین عامل ناتوان کننده در دنیا خواهد شد [۶]. این بیماری

پرستاران به عنوان بازوی توانمند سیستم خدمات بهداشتی و درمانی نقش مهمی در تحول و پیشرفت امور مراقبتی، درمانی، بهبود و ارتقاء سلامت ایفا می‌کنند [۱]، بنابراین سلامت جسمی و روانی آنان از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد [۲]. پرستاران به دلیل شیفت‌های کاری طولانی و خستگی ناشی از آن مستعد به خطر افتادن سلامتی شان هستند و پرستارانی که از سلامت روانی و جسمی مناسبی برخوردار نباشند، قادر نخواهند بود که مراقبت‌های مطلوبی همانند حمایت‌های فیزیکی و روانی از بیماران به عمل آورند [۳]. حیطه‌های گسترده در فعالیت پرستاران آن‌ها را در معرض مشکلات و فشارهای

مراجعه کنندگان نزدیک تر است [۲۰]. از دیگر مزایای آن انتقال اطلاعات، نوع دوستی، رشد مهارت‌های اجتماعی، رفتار تقلیدی، یادگیری همنشینانه، تجربه عاطفی تصحیحی و تخلیه هیجانی می‌باشد [۲۱].

کونرت و همکاران (۲۰۰۹) پیشنهاد می‌کنند که اجرای درمان شناختی رفتاری در پرستاران در معرض خط افسردگی مقرون به صرفه بوده و می‌تواند به عنوان برنامه مقابله‌ای جهت کاهش استرس، افکار منفی، افزایش حوادث خوشحال کننده و شادی بخش استفاده شود [۲۲]. نتایج مطالعه Orly و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که مداخله شناختی رفتاری بر کاهش استرس پرستاران اثر معناداری دارد [۲۳] و در مطالعه فریدونی و همکاران (۱۳۹۱) نتایج نشان داد که گروه درمانی به شیوه شناختی بر کاهش افسردگی دانشجویان تأثیر معناداری دارد [۲۴]. با توجه به نقش پرستاران در حفظ و اعاده سلامتی جامعه و اهمیت سلامت پرستاران در بهبود و ارتقای کارایی آن‌ها در انجام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش به شیوه شناختی رفتاری بر افسردگی پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

### روش کار

در این مطالعه از نوع کارآزمایی میدانی شاهد تصادفی شده، ۴۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. پرستاران به طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل افسردگی خفیف یا متوسط (نمره بالاتر از ۱۳ و کمتر از ۳۲ در مقیاس افسردگی بک)، حداقل ۳ سال سابقه کار، حداقل تحصیلات لیسانس و تمایل به همکاری در مطالعه و معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلالات شدید روانی و جسمانی که نیاز به مداخلات درمانی داشته باشند، سابقه بستری در بخش روانپزشکی، تجربه استرس‌های شدید (مرگ و میر نزدیکان، طلاق) در ۶ ماه اخیر و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی بود.

حجم نمونه با استفاده از فرمول  $n = \frac{(u+v)^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(m_1 - m_2)^2}$  بر اساس نتایج مطالعه فرورزنده و همکاران [۲۵]، توان آزمون ۹۰٪، سطح اطمینان ۹۵٪، ۱۰ نفر به دست آمد که در این پژوهش ۲۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{10.5(3.64^2 + 6.66^2)}{(15.09 - 7.27)^2} = 10$$

در این پژوهش پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (کد خلاق IR.bums.REC.1396.21 در تاریخ ۱۳۹۳/۱۰/۳۰)، ثبت در سایت کارآزمایی بالینی (IRCT20170316033099N5) و اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی، به بیمارستان‌های آموزشی مراجعه و پس از هماهنگی با مسئولین، توضیح اهداف مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه کتبی، پرستاران از نظر معیارهای ورود و خروج به مطالعه بررسی شدند. ابتدا پرسشنامه افسردگی بک توسط پرستاران تکمیل شد و افرادی که افسردگی خفیف یا متوسط (نمره ۱۳-۳۲ در مقیاس افسردگی بک) داشتند، وارد مطالعه می‌شدند. نمونه‌گیری تا رسیدن حجم نمونه به ۴۰ نفر ادامه داشت.

شایع، پرهزینه و ناتوان کننده بوده و از یکی از بالاترین بار بیماری‌ها در سراسر جهان برخوردار است [۷]. اختلال افسردگی با شیوع و بروز گسترده‌ای با حدود ۲۵-۱۰ درصد برای زنان و ۱۲-۵ درصد برای مردان در طول عمر به عنوان سرماخوردگی روانی از سال‌ها پیش به خود اختصاص داده است [۸]. خانی و همکاران (۱۳۹۵) شیوع افسردگی در پرستاران بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی شیراز را ۲۶٪ گزارش کرده‌اند [۹].

افسردگی منجر به از کار افتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن، خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۰]. همچنین افسردگی منجر به غیبت از کار می‌شود که به عنوان یک امر مشکل‌زا در پرستاران رو به افزایش است [۱۱]. برای درمان افسردگی روش‌های متعددی استفاده می‌گردد که یکی از شایع‌ترین این روش‌ها دارو درمانی است که مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد اثربخشی درمان‌های دارویی بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت تأکید صرفاً دارویی موفقیت چندانی ندارد [۱۲] و از طرفی با توجه به اینکه نگرش جامعه به درمان دارویی افسردگی منفی است و در درمان اختلال در نظریه‌های جدید به درمان به صورت ترکیبی (دارویی و مداخلات روان‌شناختی) توصیه شده است، می‌توان در کنار درمان‌های دارویی از مداخلات روان‌شناختی استفاده نمود [۱۳]. در این زمینه برای پرستاران تاکنون دو نوع مداخله اصلی برای کاهش استرس و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است. یک نوع از آن بر تغییر در فرهنگ سازمانی، مدیریت، شیوه‌های به کارگیری نیروی انسانی و طراحی کار برای واکنش‌های منفی پرستاران به استرس و افسردگی متمرکز می‌باشد [۱۴] و نوع دوم بر مداخلات فردی یا گروهی با استفاده از برنامه‌های آموزشی و مداخلات شناختی رفتاری تأکید دارد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که مداخلات شناختی رفتاری موثرتر از تغییرات سازمانی در افزایش توانایی پرستاران برای مدیریت استرس و افسردگی می‌باشد [۱۵].

یکی از مداخلات روان‌شناختی رایج در درمان افسردگی درمان شناختی رفتاری است. پایه‌گذار روش شناختی رفتاری، آبرون بک (۱۹۵۲) است. رویکرد شناختی رفتاری تلفیقی از دو رویکرد رفتار درمانی و شناخت درمانی است. در حقیقت در این رویکرد نکات قوت رویکرد رفتاردرمانی و رویکرد شناخت درمانی یعنی عینی‌گرایی ارزیابی و سنجش از یک سو و دخالت دادن نقش حافظه در بازسازی و تفسیر اطلاعات از سوی دیگر گرد آمده‌اند [۱۶]. هدف آموزش شناختی- رفتاری اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده، تقویت مهارت‌های مقابله و سلامت روان است [۱۷]. آموزش شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا بر بازداری‌ها غالب شوند و مهارت‌های مقابله‌ای و سلامت روانی خود را افزایش دهند [۱۸]. یکی از راهبردهای مهم برای دستیابی به اثربخشی این نوع درمان، این است که به صورت گروهی برای افراد به کار برده شود. گروه درمانی شناختی رفتاری بر ابعاد شناختی و رفتاری و بر اندیشیدن، قضاوت، تصمیم‌گیری و تجزیه و تحلیل تأکید دارد [۱۹]. آموزش شناختی- رفتاری به صورت گروهی از نظر وقت و هزینه به صرفه‌تر است و باعث می‌گردد افراد بیشتری در این روش شرکت می‌کنند و گروه فرصتی برای آموزش‌های میان فردی فراهم می‌کند و تجربه‌های گروهی به واقعیت زندگی روزمره

آشفتنگی خواب و از دست دادن اشتها ارتباط دارند. سوالات بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود که حداقل نمره در این مقیاس صفر و حداکثر ۶۳ می‌باشد. در مطالعه کاپیانی و همکاران (۱۳۸۷) ثبات درونی این پرسشنامه ۰/۹۲ و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد [۲۸]. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 18 تجزیه و تحلیل شد. ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف بر خورداری از توزیع نرمال متغیرهای پژوهش بررسی شد. برای متغیرهای برخورداری از توزیع نرمال از آزمون‌های آماری t مستقل، تحلیل اندازه‌های مکرر و تعقیب بنفرونی و برای متغیرهایی که از توزیع نرمال برخوردار نبودند از آزمون‌های آماری من ویتنی یو، فریدمن و ویلکاکسون استفاده شد. برای مقایسه توزیع فراوانی متغیرها در دو گروه از تست دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

از ۴۰ پرستار مورد مطالعه، ۲۰ پرستار در گروه آزمایش و ۲۰ پرستار در گروه کنترل بودند. دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، سن و سابقه خدمت تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $P > 0/05$ ) (جدول ۱).

بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله در پرستاران دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری ندارد ( $P > 0/05$ ) ولی میانگین نمره افسردگی هم در پرستاران گروه آزمایش و هم گروه کنترل در سه مرحله تفاوت معنی‌داری داشت ( $P < 0/05$ ). نتیجه آزمون تعقیبی (بنفرونی و ویلکاکسون) نشان داد که میانگین نمره افسردگی در پرستاران گروه آزمایش بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن و در پرستاران گروه کنترل بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به طور معنی‌داری کاهش داشته است ( $P < 0/05$ ) ولی دو ماه بعد از مداخله نسبت به بلافاصله بعد از آن در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P > 0/05$ ) (جدول ۲).

همانطور که نتایج در جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین تغییرات نمره افسردگی قبل و بلافاصله بعد از مداخله و همچنین قبل و دو ماه بعد از مداخله در پرستاران گروه آزمایش نسبت به کنترل به طور معنی‌داری بیشتر می‌باشد ( $P < 0/05$ ). به عبارتی میانگین نمره افسردگی بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن در پرستاران گروه آزمایش نسبت به کنترل به طور معنی‌داری بیشتر کاهش داشته است ولی میانگین تغییرات نمره افسردگی بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله در پرستاران دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P = 0/97$ ). همانطور که نتیجه تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله در نمره افسردگی بلافاصله بعد از مداخله تأثیر معنی‌داری دارد ( $P = 0/02$ )، لذا برای تعدیل، متوسط نمره افسردگی قبل از مداخله ۲۱/۱۸ در نظر گرفته شد. پس از تعدیل، بین میانگین نمره افسردگی بلافاصله بعد از مداخله در پرستاران گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری به دست نیامد ( $P = 0/45$ ) (جدول ۴).

سپس پرستاران به طور تصادفی ساده در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. پرستاران گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به صورت هفتگی آموزش گروهی به روش شناختی رفتاری را دریافت کردند. آموزش‌ها توسط پژوهشگر پس از گذراندن دوره آموزش شناختی رفتاری و اخذ گواهی آموزش، تحت نظارت کامل روانشناس بالینی و با مطالعه کتب روانشناختی و مهارت‌های مقابله‌ای صورت گرفت. پرستاران گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند.

محتوای جلسات آموزشی شناختی رفتاری بر اساس کتاب برنامه‌ها و مداخلات شناختی- رفتاری برای افسردگی و اختلالات اضطرابی [۲۶] و افسردگی (برداشت‌ها و درمان شناختی) [۲۷] به شرح زیر بود:

**جلسه اول:** خوشامد گویی، معارفه، آموزش ماهیت افسردگی و نشانه‌های آن، تمرین تنفس عمیق و مطالعه بروشور افسردگی

**جلسه دوم:** تبیین مدل شناختی و توضیح مثلث شناختی و چگونگی پر کردن فرم ثبت افکار روزانه، لیست کردن فعالیت‌های لذت بخش، دادن تکلیف فرم ثبت افکار روزانه و فعالیت‌های لذت بخش

**جلسه سوم:** بررسی فرم ثبت افکار روزانه، آشنایی با خطاهای شناختی و شناسایی خطاهای شناختی بر اساس فرم ثبت افکار روزانه، دادن تکلیف فرم ثبت افکار روزانه و پیدا کردن خطاهای شناختی، تنفس عمیق و فعالیت‌های لذت بخش

**جلسه چهارم:** بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی افکار منفی بر حسب فرم افکار، آموزش تکنیک‌های حواس پرتی (شمارش معکوس، آگاهی نسبت به محیط و...)، دادن تکلیف فرم ثبت افکار روزانه و انجام تکنیک‌های حواس پرتی

**جلسه پنجم:** بررسی تکالیف جلسه قبل، بازسازی شناختی با استفاده از تکنیک خودگویی مثبت و بررسی شواهد و دلایل، دادن تکلیف ثبت چالش‌های انجام شده با استفاده از تکنیک‌های آموزش داده شده و تکرار فعالیت‌های لذت بخش

**جلسه ششم:** آموزش تکنیک پیکان رو به پایین و تحلیل سود و زیان، دادن تکلیف ثبت تعداد دفعات استفاده از تکنیک‌ها برای چالش با افکار منفی، تنفس عمیق و فعالیت‌های لذت بخش

**جلسه هفتم:** آشنایی با راه اندازه‌های افسردگی و پیدا کردن ماشه چکان‌ها و تکنیک استاندارد دوگانه، دادن تکلیف ثبت دفعات فعال شدن افکار منفی و نوع چالش

**جلسه هشتم:** آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مساله بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله، پرستاران هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل کردند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه شامل دو بخش مشخصات جمعیت شناختی (سن، جنس، سابقه کار، بخش محل خدمت، وضعیت تأهل، بیمارستان محل خدمت، سطح تحصیلات) و پرسشنامه افسردگی بک بود. این پرسشنامه توسط آرون بک در سال ۱۹۶۱ معرفی و در سال ۱۹۷۸ منتشر شد که دارای ۲۱ سؤال می‌باشد که علائم شناختی، هیجانی، رفتاری و جسمانی افسردگی را می‌سنجد. پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری،

جدول ۱: مقایسه مشخصات جمعیت شناختی در پرستاران دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	سطح معنی داری
جنس			
مذکر	۶ (۳۰)	۲ (۱۰)	۰/۲۴*
مؤنث	۱۴ (۷۰)	۱۸ (۹۰)	
وضعیت تأهل			
مجرد	۵ (۲۵)	۳ (۱۵)	۰/۷۰*
متاهل	۱۵ (۷۵)	۱۷ (۸۵)	
سن			
انحراف استاندارد± میانگین	۳۰/۵۵±۶/۸۶	۳۱/۰۰±۵/۷۴	۰/۸۲**
سابقه خدمت			
انحراف استاندارد± میانگین	۵/۷۳±۵/۶۷	۶/۸۸±۵/۱۷	۰/۵۱**

\* Fisher Exact Test, \*\* t مستقل

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره افسردگی قبل، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله در پرستاران دو گروه کنترل و آزمایش

مرحله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	دو ماه بعد از مداخله	P-value مربوط به مقایسه مراحل مختلف
گروه	میانگین±انحراف استاندارد	میانگین±انحراف استاندارد	میانگین±انحراف استاندارد	
افسردگی				
آزمایش	۲۲/۵۵±۶/۶۸	۱۸/۲۵±۹/۵۷	۱۷/۹۵±۸/۹۵	۰/۴۹***
کنترل	۱۹/۸۰±۵/۰۷	۱۸/۶۵±۴/۵۶	۱۹/۶۰±۷/۰۳	۰/۰۰۳****
P-value مربوط به مقایسه دو گروه	۰/۱۵*	۰/۳۶**	۰/۱۶**	-

t: \* مستقل, \*\*: من ویتنی یو, \*\*\*: تحلیل اندازه‌های مکرر, \*\*\*\*: فریدمن

جدول ۳: مقایسه میانگین تغییرات نمره افسردگی قبل، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله در پرستاران دو گروه کنترل و آزمایش

گروه	قبل و بلافاصله بعد	قبل و دو ماه بعد	بلافاصله و دو ماه بعد	P-value مربوط به آزمون من ویتنی یو
افسردگی				
آزمایش	-۴/۳۰±۱۰/۵۰	-۴/۶۰±۱۱/۱۹	-۰/۳۰±۳/۳۴	۰/۹۷
کنترل	-۱/۱۵±۲/۰۶	-۰/۲۰±۵/۹۹	۰/۹۵±۵/۷۸	
P-value مربوط به آزمون من ویتنی یو	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۹۷	

جدول ۴: نتیجه تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه میانگین نمره افسردگی بلافاصله بعد از مداخله پس از تعدیل بر اساس نمره افسردگی قبل از مداخله

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
افسردگی قبل از مداخله	۳۱۳/۱۵	۱	۳۱۳/۱۵	۶/۳۶	۰/۰۲
گروه	۲۸/۳۷	۱	۲۸/۳۷	۰/۵۸	۰/۴۵

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره افسردگی هم در پرستاران گروه آزمایش و هم گروه کنترل بعد از مداخله نسبت به قبل از آن کاهش معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ) ولی میانگین تغییرات نمره افسردگی قبل و بلافاصله بعد از مداخله و همچنین قبل و دو ماه بعد از مداخله در پرستاران گروه آزمایش نسبت به کنترل به طور معنی داری بیشتر بود. به عبارتی میانگین نمره افسردگی بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن در پرستاران گروه آزمایش نسبت به کنترل به طور معنی داری بیشتر کاهش داشته است. Daniel و Strunk (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان شناختی بر افسردگی بیماران افسرده پرداختند و نتایج نشان داد که روش شناخت درمانی به طور معناداری باعث کاهش افسردگی بیماران افسرده شده است [۲۹]. Calark و Beck (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای نشان دادند که رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی نقش موثری دارد [۳۰]. همچنین نتایج مطالعات هوپچن (۲۰۰۶) و Hamamci (۲۰۰۶) نیز

حاکمی از تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس بیماران در گروه مداخله بوده است [۳۱، ۳۲] که نتایج این مطالعات همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. نتایج مطالعات مختلف حاکمی از تأثیر درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی افراد می‌باشد [۲۴، ۲۳] که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. نتایج مطالعه Orly و همکاران (۲۰۱۲) در زمینه بررسی تأثیر مداخله شناختی رفتاری بر کاهش استرس پرستاران نشان داد که پرستاران دریافت کننده مداخله حس همبستگی بالاتر، قدرت بیشتر و استرس و خستگی کمتری پس از اتمام مداخله داشتند [۲۳]. علی‌باری و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای تأثیر مداخله شناختی رفتاری به شیوه گروهی را بر میزان استرس پرستاران تازه‌کار بررسی کردند و نتایج نشان داد که میانگین نمره استرس در پرستاران گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از آن کاهش معناداری داشته است ولی در گروه

سلامت و بهزیستی و در نتیجه کاهش استرس و افسردگی را به دنبال دارد [۴۲].

به دست آوردن مهارت‌های شناختی رفتاری پرستاران را قادر می‌سازد تا حوادث استرس‌زا در محیط بیمارستان را از چشم‌انداز متعادل تری درک کنند که این امر می‌تواند آن‌ها را قادر به سازگاری و تطابق بیشتر در موقعیت‌های پر استرس شغلی کند [۲۳]. استفاده از روش گروهی محاسن زیادی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می‌گردد. افراد مبتلا به افسردگی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این دسته از افراد می‌گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آن‌ها تقویت می‌کند. درمان گروهی این امکان را فراهم می‌کند که تعدادی از این افراد در یک مکان جمع شده، با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خودشان با یکدیگر گفتگو کنند. از بین رفتن این احساس انحصار هم باعث آرامش و راحتی افراد شده و هم به توسعه روابط آن‌ها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند [۳۳]. یافته‌های این پژوهش می‌تواند راه‌گشایی در جهت برنامه‌ریزی برای برطرف نمودن افسردگی پرستاران و ارتقاء سلامت آنان باشد. با توجه به این که افسردگی پرستاران باعث کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری، افزایش هزینه‌های درمانی کارکنان و افزایش غیبت از کار می‌شود و با عنایت به اینکه آموزش راهکارهای مقابله با افسردگی، افسردگی پرستاران را کاهش می‌دهد، مدیران و مسؤولان پرستاری می‌توانند نسبت به برگزاری دوره‌های آموزش مقابله با افسردگی در محیط‌های کاری اقدام نموده و از این طریق کیفیت خدمات پرستاری و رضایت مددجویان را ارتقا دهند.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر آموزش گروهی به شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی پرستاران، می‌توان از این روش درمانی به عنوان یک فعالیت درمانی مؤثر، کم هزینه و کوتاه مدت در کاهش افسردگی پرستاران در جهت پیشبرد اهداف بهداشتی و مراقبتی در بیمارستان‌ها استفاده کرد.

### سپاسگزاری

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد که پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق با کد (Ir.bums.REC.1396.21) در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سایت کارآزمایی بالینی با کد IRCT20170316033099N5 ثبت گردیده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و پرستارانی که در این طرح همکاری داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

### تضاد منافع

تضاد منافع وجود ندارد.

کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد [۳۴]. نتایج مطالعه ملک‌زاده و همکاران در زمینه تأثیر مداخله شناختی رفتاری بر میزان استرس پرستاران شاغل در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج نشان داد که مداخله شناختی رفتاری به طور معناداری در کاهش استرس پرستاران مؤثر بوده است [۳۵]. نتایج مطالعه قاسم‌زاده و همکاران نشان داد که مداخله شناختی رفتاری در افزایش سلامت روانی، کیفیت زندگی و کاهش علائم افسردگی، اضطراب و تنش در افراد تأثیر معناداری دارد [۳۶].

Van Starten و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که درمان‌های شناختی رفتاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران تأثیر معناداری ندارد [۳۷] که ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. Koenig (۲۰۱۲) بیان داشت که درمان‌های شناختی رفتاری به خصوص در درمان افسردگی مؤثر است چرا که این درمان با تمرکز بر افکار و اعتقادات ناسازگار که باعث آغاز و حفظ افسردگی می‌شود، باعث بهبودی افسردگی در افراد می‌گردند [۳۸]. در این روش درمانی از طریق نشان دادن ارتباط بین تفکر، احساس و رفتار راه درمان توجیه می‌شود. در واقع فرض بنیادی درمان‌های شناختی- رفتاری (CBT) مانند نظریه طرحواره‌ای بک و درمان عقلانی هیجانی رفتاری (REBT) آن است که اختلال یا سوگیری در تفکر موجب اختلال روانشناختی می‌شود. این رویکردها بر نقش محوری باورهای ناکارآمد تأکید می‌نمایند. رویکرد درمان شناختی- رفتاری بیان می‌کند که این رویداد نیست که موجب مشکلات روان‌شناختی می‌شوند، بلکه شیوه تفسیر این رویدادها باعث بروز مشکلات می‌شود. درمان شناختی رفتاری با معانی که افراد به تجربه‌های خود نسبت می‌دهند، سروکار دارد. این دیدگاه فرض می‌نماید که مشکلات روانشناختی نتیجه نگرش‌های تحریف شده و نادرست فرد نسبت به خود و جهان است. از این رو درمان شناختی رفتاری به تغییر محتوای افکار و باورهای شخص درباره درست بودن این محتوا می‌پردازد [۳۹].

برنامه‌های آموزش شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، ایجاد عزت نفس مثبت، حل مشکل، خود نظم دهی، خودکفایی و سلامت روان مؤثر می‌باشد [۴۰]. در شیوه شناختی رفتاری این باور وجود دارد که اگر درمانگر نمی‌تواند شرایط زندگی فرد را تغییر دهد ولی می‌تواند با تغییر نگرش وی درباره رویدادهای زندگی و استرس ناشی از آن و ایجاد نگرش‌های مثبت و آموختن مهارت‌هایی در زمینه کنترل استرس و راه‌های مقابله مؤثرتر با موقعیت مشکل آفرین به تقویت حس خودکارآمدی فرد بپردازد و از این راه می‌کوشد احساس ناتوانی آن‌ها را کاهش دهد و به بهبود خلق منفی کمک کند [۴۱] که در مطالعه حاضر کاهش معنادار نمره فرسودگی پرستاران بعد از اتمام مداخله موید این مطلب است. میلیکن و همکاران اشاره می‌کنند که فراهم آوردن فرصتی برای آموختن راهبردهای متعدد مدیریت استرس و افسردگی، مستقیماً بر روی محیط پرستاران کاربرد دارد و می‌تواند منافع عمده‌ای به همراه داشته باشد. آموزش راهبردهای مدیریت استرس و افسردگی در یک برنامه جامع و گسترده برای پرستاران،



## References

1. Khamesh F, Rocha H, Ebbady A, Hajamani Z, Salemi H. [Survey relationship between demographic factors and depression in nurses working in the selected hospital in the Tehran city]. *Q Nurs Midwifery Guilan*. 2011;21(65):1-13.
2. Chen YM, Chen SH, Tsai CY, Lo LY. Role stress and job satisfaction for nurse specialists. *J Adv Nurs*. 2007;59(5):497-509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04339.x pmid: 17681080
3. Mahmoodi S, Zehni K. [Comparison of Depression in nursing shifts in educational hospitals Kordestan University of medical sciences]. *J Nurs Res*. 2013;8(28):29-38.
4. 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 pmid: 28135599
5. Lewin K. Depression assessment. *Pract Nurse J*. 2007;33(12):43-5.
6. Modabber-Nia M, Shodjai-Tehrani H, Moosavi S, Jahanbakhsh-Asli N, Fallahi M. The prevalence of depression among high school and preuniversity adolescents: Rasht, northern Iran. *Arch Iran Med*. 2007;10(2):141-6.
7. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry*. 2006;163(12):2141-7. doi: 10.1176/ajp.2006.163.12.2141 pmid: 17151166
8. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry/ Behavioral Sciences/ Clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
9. Khani H, Ghodsi H, Nezhadnik H, Teymori S, Ghodsi A. Depression and its relationship with hypochondriasis in nurses in Neyshabur, Iran. *Mil Caring Sci*. 2016;3(1):34-40. doi: 10.18869/acadpub.mcs.3.1.34
10. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2003;42(Pt 2):111-31. doi: 10.1348/014466503321903544 pmid: 12828802
11. Kassani A, Niazi M, Menati R, Alimohamadi Y, Menati W. [Relationship between nurses' depression and quality of life: applying path analysis model]. *Q J Nurs Manag*. 2014;3(2):61-9.
12. Roozen HG, de Waart R, van der Windt DA, van den Brink W, de Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2006;16(5):311-23. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.11.001 pmid: 16361086
13. Aghaei E, Jamali S, Abedi A, Mortazavi M. [Meta-analysis Comparison of the Effect of Medicinal Treatments and Psychological Interventions on the Level of Depression Symptoms]. *Cult Counsel*. 2012;3(10):1-31.
14. Ho WH, Chang CS, Shih YL, Liang RD. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:8. doi: 10.1186/1472-6963-9-8 pmid: 19138390
15. Mimura C, Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occup Environ Med*. 2003;60(1):10-5. doi: 10.1136/oem.60.1.10 pmid: 12499451
16. Houghton K, Salcomwis C, Kirk J, Clark D. *Cognitive Therapy Behavior*. Tehran: Arjomand Publication; 2015.
17. Salum GA, Desousa DA, do Rosario MC, Pine DS, Manfro GG. Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice. *Braz J Psychiatry*. 2013;35 Suppl 1:S03-21. doi: 10.1590/1516-4446-2013-S108 pmid: 24142122
18. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggr Viol Behav*. 2004;9(3):247-69. doi: 10.1016/j.avb.2003.08.005
19. Famil Sharifian Y, Khalili M, Hasanzadeh Pashang S, Kamarzarin H, Taghizadeh M. [The study of effectiveness of cognitive-behavioral therapy in group on mental health among primary MS patients]. *J Urmia Univ Med Sci*. 2013;24(9):652-64.
20. Danaie Sij Z, Dehghani Firoozabadi M, Sharifzadeh G. [Effects of cognitive-behavioral stress management on depression, anxiety, and pain control in patients with migraine headaches]. *Mod Care Sci Q Birjand Nurs Midwifery Fac*. 2013;10(3):157-64.
21. Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. [Cognitive-Behavioral Stress Management]. Isfahan: Jahad Daneshgahi Publication; 2007.
22. Konnert C, Dobson K, Stelmach L. The prevention of depression in nursing home residents: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging Ment Health*. 2009;13(2):288-99. doi: 10.1080/13607860802380672 pmid: 19347696
23. Orly S, Rivka B, Rivka E, Dorit SE. Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? *Appl Nurs Res*. 2012;25(3):152-7. doi: 10.1016/j.apnr.2011.01.004 pmid: 21454051
24. Fereydooni S, Moghaddasi Boroojeni F, Bahreini Brooojeni M, Mousavi S, Sepehri K. [The effect of cognitive group therapy on depression and academic performance of martyrs and altruistic shahed students]. *J Res Cogn Behav Sci*. 2013;2(2):91-104.
25. Feroozandeh N, Dalaram M. [Effects of cognitive behavioral therapy on the coping strategies of non-medical students of Shahrekord university of medical sciences]. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2003;5(3):26-34.

26. Leahy R, Holland S, McGinn L. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders: Guilford press; 2011.
27. Shahriar A. Depression of Conceptions and Cognitive Therapy. Tehran: Roshd Publication; 2007.
28. Kaviani H, Mousavi A. [Psychometric properties of the Persian Version of Beck Anxiety Inventory (BAI)]. Tehran Univ Med J. 2008;66(2):136-40.
29. Daniel R, Strunk M. Cognitive therapy. Handbook and rational emotive theory and practice 2010. p. 53-67.
30. Clark D, Beck A. Cognitive therapy for Anxiety disorders. New York: Guilford Press; 2009.
31. Hamamci Z. Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. Arts Psychother. 2006;33(3):199-207. doi: [10.1016/j.aip.2006.02.001](https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.02.001)
32. Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. Arch Psychiatr Nurs. 2006;20(1):3-11. doi: [10.1016/j.apnu.2005.08.005](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.08.005) pmid: [16442469](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16442469/)
33. Ranjbar F, Ashktorab T, Dadgari A. Effect of group cognitive-behavioral therapy on depression. SSU J. 2010;18(3):299-306.
34. Aliyari N, Fallahi Khoshknab M, Khankeh HR, Hoseini MA, Yazdani M. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Intervention on the Stress Levels of New Graduate Nurses. Iran J Nurs. 2015;28(93):11-21. doi: [10.29252/ijn.28.93.94.11](https://doi.org/10.29252/ijn.28.93.94.11)
35. Malekzadeh M, Shah A, Kharamin S, Hoseini A, Firouzi M. [Determination of the Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Stress among Nurses at Yasuj Shahid Beheshti Hospital in 2009]. Armaghan-Danesh Mag. 2010;14(4):58-64.
36. Ghasemzadeh S, Peyvastegar M, Hoseinian S, Moutabi F, Banihashem S. [The effectiveness of cognitive-behavioral intervention on mental health, quality of life and symptoms of depression, anxiety and stress for women]. J Psychol Sci. 2011;37(10):93-114.
37. van Straten A, Geraedts A, Verdonck-de Leeuw I, Andersson G, Cuijpers P. Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: a meta-analysis. J Psychosom Res. 2010;69(1):23-32. doi: [10.1016/j.jpsychores.2010.01.019](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.019) pmid: [20630260](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20630260/)
38. Koenig HG. Religious versus Conventional Psychotherapy for Major Depression in Patients with Chronic Medical Illness: Rationale, Methods, and Preliminary Results. Depress Res Treat. 2012;2012:460419. doi: [10.1155/2012/460419](https://doi.org/10.1155/2012/460419) pmid: [22778932](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22778932/)
39. Wells A. [Practical Guide to Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression]. Tehran: Beyond Knowledge; 2011.
40. JalilAbkenar S. Teaching social skills to hearing impaired students. J Exc Educ. 2010;104:66-72.
41. Penzien DB, Andrasik F, Freidenberg BM, Houle TT, Lake AE, 3rd, Lipchik GL, et al. Guidelines for trials of behavioral treatments for recurrent headache, first edition: American Headache Society Behavioral Clinical Trials Workgroup. Headache. 2005;45 Suppl 2:S110-32. doi: [10.1111/j.1526-4610.2005.4502004.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2005.4502004.x) pmid: [15921503](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15921503/)
42. Salimi A, Bakhtiari Said B, Moghim F, Shakarami M, Dovarniya R. [Efficacy of Cognitive Behavioral Stress Management Therapy on Job Stress in Nursing Staff in Intensive Care Units]. Zanko J Med Sci. 2017;18(57):44-57.