رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۱، شماره پیاپی ۶۸، بهمن ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(11), 2022

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Short-Term Psychodynamic Therapy on Psychological Capital in Females with Breast Cancer

نسرین علیزاده
دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
دکتر بهرام میرزائیان (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران.
دکتر قدرت اله عباسی
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Nasrin Alizadeh
PhD student, Department of Pychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
Dr. Bahram Mirzaian
Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
bahrammirzaian@gmail.com
Dr. Ghodratollah Abbasi
Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش-آزمون پس-آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه، شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان بود که از خرداد ماه تا آبان ماه ۱۳۹۸به بیمارستان امام خمینی شهر تهران مراجعه کرده بودند و دارای پرونده پزشکی بودند. از بین آن‌ها ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در یک گروه در انتظار درمان و دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش اول و دوم هر یک به ترتیب طرحواره درمانی (طی ۱۱ جلسه) و روان درمانی پویشی کوتاه مدت (طی ۱۱ جلسه) دریافت کردند و گروه در انتظار درمان آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سرمایه روانشناختی PCQ (لوتانز، ۲۰۰۷) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. نتایج نشان داد رویکرد طرحواره درمانی نسبت به رویکرد روان درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر متغیر سرمایه روانشناختی اثربخشی بیشتری دارد (P <۰/۰۵). همچنین در طول زمان پیگیری شش ماهه، هر دو درمان اثرخود را بر متغیر سرمایه روانشناختی حفظ کرده بودند. . با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از طرحواره درمانی جهت افزایش سرمایه روانشناختی به صورت موثرتری نسبت به روان درمانی پویشی کوتاه مدت در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت، سرمایه روانشناختی، سرطان پستان .

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of Schema Therapy and Short-Term Psychodynamic Therapy on Psychological Capital in Females with Breast Cancer. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with the control group. The statistical population of the study included all women with breast cancer who had been referred to Imam Khomeini Hospital in Tehran from June to November and had a medical record. Among them, 45 females were selected by purposive sampling and randomly replaced in waiting for treatment group and two experimental groups (15 people in each group). The subjects of the first and second experimental groups received Schema Therapy (during 11 sessions) and Short-Term Psychodynamic Therapy (during 11 sessions), respectively. the control group (waiting for treatment) did not receive any intervention. For data collection, the Interpersonal Psychological Capital PCQ (Luthans, 2007) was used. Data were analyzed by analysis of covariance and LSD in SPSS21. The results showed that the schema therapy approach is more beneficial than the short-term dynamic psychotherapy approach on the psychological capital variable (P <0.05). Also, during the six-month follow-up period, both treatments maintained their effect on the psychological capital variable..According to the results of the present study, Schema Therapy can be used to increase Psychological Capital more effectively than Short-Term Psychodynamic Therapy in females with Breast Cancer.

Keywords: *Schema Therapy, Short-Term Psychodynamic Therapy, Psychological Capital, Breast Cancer.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مرداد ۱۴۰۰** **پذیرش: آذر ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

مقدمه

با وجود پیشرفت فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، سرطان همچنین به عنوان یکی از بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر، بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی است و در بسیاری از موارد غیرقابل درمان به شمار می رود که جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کند (نقیبی، سعیدی و خزائی، ۱۳۹۷). از بین تمامی سرطان‌ها، سرطان پستان[1] به عنوان شایع‌ترین سرطان در میان زنان و دومین عامل مرگ ناشی از سرطان در میان آنان است (باوادی، پورشریفی و لطفی کاشانی، ۱۳۹۴). این نوع از سرطان می‌تواند در اثر عوامل متعددی مانند سن، جنس، نژاد، سابقه سرطان قبلی در فرد، سن قاعدگی، یائسگی دیررس، بارداری در سنین بالا، داشتن سابقه فامیلی در سرطان پستان و یا تخمدان و نیز برخورد با اشعه یونیزان به وجود آید (غریبی اصل، سودانی و غفاری، ۱۳۹۵). عوارض فراوان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان پستان و بستری شدن در بیمارستان، تاثیر گوناگونی بر ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده اش دارد (امانی و همکاران، ۲۰۱۷). از جمله این تاثیرات می‌توان بر خودکارآمدی، خوشبینی، امیدواری و تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان اشاره کرد که همگی آن‌ها زیرمجموعه‌ای از متغیری به نام سرمایه روانشناختی می‌باشند(فتح علیزاده، ۱۳۹۶؛ شجاع کاظمی و جاوید، ۱۳۹۱؛ مقتدر، اکبری و مینایی، ۱۳۹۴؛ حبیبی و همکاران، ۱۳۹۵)

به عبارت دیگر، سرمایه روان‌شناختی[2] یکی از شاخص‌های روانشناسی مثبت‌گرا می‌باشد که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (رشیدکلیور، حنیفه، ابوالقاسمی و جاجلو، ۱۳۹۷). سرمایه روانشناختی در خلاء شکل نمی‌گیرد، از این رو، فقدان شبکه‌های اجتماعی حمایت‌کننده و گسست روابط بین فردی و افول اعتماد بین فردی قادرند در شکل‌گیری آن خلل ایجاد کنند (صدوقی و همکاران، ۱۳۹۶). تحقیقات نشان داده‌اند که می‌توان از سرمایه روان‌شناختی برای درمان بیماری‌های روانی، بالا بردن امید، تلاش و مقاومت روانی، تقویت نیروی دفاعی و افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی استفاده کرد (رنشا[3] و همکاران، ۲۰۱۸). سرمایه روان‌شناختی، چهار مولفه ادراکی-شناختی، یعنی خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری را در برمی‌گیرد (برهاندین، آنیرا،رادهین و اسیمیران[4] ،۲۰۱۹). خودکارآمدی، قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش در مورد انجام یک عمل تعریف می‌شود و می‌توان آن را مترادف با اعتماد به نفس دانست. به عبارت دیگر، خودکارآمدی عبارت است از باور (اطمینان) فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت در انجام وظیفه‌ای معین از راه ایجاد انگیزه و تامین منابع شناختی در خود (برهاندین و همکاران، ۲۰۱۹). خوش‌بینی، به معنای داشتن انتظارات مثبت برای نتایج و پیامدهاست و این پیامدها به عنوان عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شوند (علی سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۶). امید، یک حالت انگیزش مثبت با در نظر گرفتن اهداف روشن برای زندگی است. در امید، از یک سو، انگیزه خواستن به اراده برای حرکت به سوی اهداف و از طرف دیگر بررسی راه‌های مناسب برای حصول اهداف نهفته است (صدوقی و همکاران، ۱۳۹۶). تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. فرد تاب‌آور، مشارکت‌کننده فعال و سازنده محیط پیرامون خود است (علی سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۶).

از آن‌جا که مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی اکثر ابعاد زندگی را در برمی‌گیرند، لذا پیش‌بینی می‌شود که زنان مبتلا به سرطان پستان در این زمینه دچار مشکل باشند و نرخ سرمایه‌های روان‌شناختی آن‌ها بسیار کمتر از افراد عادی باشد. پژوهش اکبری و اخلاقی کوهپایی (۱۳۹۶) حاکی از پایین بودن نمرات خودکارآمدی و امید زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان عادی بود. براساس رویکرد طرحواره درمانی که رویکردی شناختی است، انسان‌ها براساس روشی که خود، محیط و آینده‌شان را می‌شناسند، با دیگران رابطه برقرار می‌کنند. طرحواره درمانی بر روی تغییر این شناخت تحریف شده کار می‌کند تا شناخت فرد از خود، محیط و آینده را متناسب با واقعیت سازد؛ به بیان دیگر ما از طریق طرحواره درمانی می‌توانیم شناخت خود را تغییر داده و در بهبود سرمایه روانشناختی که به طور کاملا آشکار با شناخت‌های ما از خود، محیط و آینده در ارتباط است، پیشرفت حاصل کنیم. سنجش سرمایه روانشناختی افراد و اجرای برنامه‌های آموزشی از جمله طرحواره درمانی سبب می‌شود تا با افزایش سرمایه روانشناختی در افراد مبتلا به بیماری مزمن، انگیزه آنها جهت ادامه زندگی

1 Breast Cancer
2 Psychological Capital
3 Renshaw
4 Burhanuddin, Aniza, Radhin & Asimiran

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

شادتر فراهم شود (عیسی زاده و همکاران، ۱۳۹۹). به طور کلی، طرحواره[1] یک بسته حافظه‌ایست که محتوای آن را آموزه‌های فرد در طول زمان شکل می‌دهد. در روند پدیدایی طرحواره‌ها عواملی مثل بنیادهای زیستی فرد و عوامل مربوط به محیط تربیتی او مثل خانواده، فرهنگ، تجارب وی در فرآیند رشد، رخدادهای بزرگ و ... تاثیر می‌گذارند (یانگ[2] و کلاسکو، ۱۳۹۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در مسیر زندگی تدام می‌یابند (مامی و صفرنیا، ۱۳۹۷). طرحواره‌های ناسازگار اولیه[3] خصوصیات مقابل را دارند: الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند؛ از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند؛ در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند؛ در سیر زندگی تداوم دارند؛ درباره خود و رابطه با دیگران هستند و به شدت ناکارآمدند (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰). خادمی، طالبیان شریف، آزادی و هوشیار (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند طرحواره درمانی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان اثرگذار است (خادمی و همکاران، ۱۳۹۸). سیلابخوری (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان داد طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و امید به زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان موثر است. همچنین در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر سرمایه روانشناختی در نمونه‌های مختلف پژوهش‌هایی صورت گرفته است که طرحواره درمانی را در بهبود سرمایه روانشناختی و مولفه‌های آن موثر دانسته‌اند (عیسی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹؛ صفاری و همکاران، ۱۳۹۹؛ مرادحاصلی و شمس اسفندآباد، ۱۳۹۵؛ محمدی، ۱۳۹۴). با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته درخصوص متغیرهای خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و تاب آوری که همگی زیرمجموعه‌ای از متغیر سرمایه روانشناختی می‌باشند، لذا طرحواره درمانی در جهت افزایش سرمایه روانشناختی سودمند است.

رویکرد روان پویشی کوتاه مدت نیز، از جمله مداخلاتی است که تاکنون برای بسیاری از مشکلات روانشناختی به کار برده شده و نتایج رضایتبخشی به همراه داشته است. از جمله تکنیک‌های مورد استفاده در روان درمانی پویشی کوتاه مدت، موضع فعال درمانگر و به کار گیری صحیح فنون است که سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان، عمق احساسات و افکار خود را شناسایی کرده و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد (تون، عباس، استرید و برنیر[4]، ۲۰۱۷). دفاع‌های تاکتیکی[5] و روش‌های خاص مداخلاتی برای خنثی سازی آن‌ها از وجه مشخصه‌های روان درمانی پویشی کوتاه مدت است. دفاع‌های تاکتیکی فرآیند شکل‌گیری درک عمیق و اصیل و کاهش افکار غیرمنطقی توسط بیماران نسبت به دیگران را مختل می‌سازد و میزان رضایت آن‌ها را از زندگی و نسبت به یکدیگر افزایش می‌دهد (لیلینجرن، جوهانسون، تون، کیزلی و عباس[6]، ۲۰۱۷). در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل نماید که چگونه با هیجانات یا تعارضات روبرو می‌شود. این تعارضات و هیجانات محصول فقدان‌ها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند. وقتی که این هیجانات توسط یک رویداد استرس‌زای کنونی فعال می‌شوند، اضطراب و دفاع‌ها بسیج می‌شوند. نتیجه نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی سازی، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست دهنده[7] و مشکلات بین فردی و کاهش کیفیت زندگی و ابرازگری هیجانی است (وولف و فریدریکسون[8]، ۲۰۱۲؛ عباس و دریسن[9]، ۲۰۱۲). دوانلو[10] معتقد است که اجرای آزمایش برخی از فنون اصلی روان درمانی پویشی کوتاه‌مدت در مصاحبه اولیه، همراه با نظارت دقیق واکنش‌ها و پاسخ‌های بیمار، تنها راهی است که معلوم می‌کند آیا بیمار تاب و تحمل فشار ناشی از محتوای ناخودآگاه را دارد یا خیر. این در واقع همان چیزی است که درمان آزمایش برای آن طرح ریزی شده است (دوانلو، ۱۹۹۵). اثربخشی این درمان بر ارتقای امید و شادکامی (محمدزاده و حسینی، ۱۳۹۷)، بر امید به زندگی و کاهش افسردگی (تقوی، ۱۳۹۸)، کاهش اضطراب زنان و بهبود خلق (کاهش نشانه‌های افسردگی) و افزایش افشای هیجانی مبتلایان به افسردگی و اضطراب نیز گزارش شده است (فولادی، کاویانی بروجنی و رنجبر سودجانی، ۱۳۹۷؛ شکاری، حسین ثابت و برجعلی، ۱۳۹۶؛ محمودی قهساره، آقامحمدیان شعرباف، دهقانی و حسن آبادی، ۱۳۹۳؛ خوریانیان، حیدری نسب، طیبی، آقامحمدیان شعرباف، ۱۳۹۱).

1 Schema
2 Young
3 Early Maladaptive Schemas (EMS)
4 Town, Abbass, Stride & Bernier
5 Tactical defenses
6 Lilliengren, Johansson, Town & Abbass
7 Self-defeating patterns
8 Wolf & Frederickson
9 Abbass & Driessen
10 Davanloo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

با توجه به سودمند بودن هر دو رویکرد در متغیرهای متفاوت روانشناختی که بیان شد، پژوهشگران در پژوهش حاضر این دو رویکرد را برگزیدند تا آن دو را بر روی متغیر سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان مقایسه نمایند. رویکرد طرحواره و روان درمانی پویشی کوتاه مدت هر دو از تعداد جلسه یکسان برخوردارند (۱۱جلسه). در طی جلسات طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار مبتلایان به سرطان پستان شناسایی شده و به کمک تکنیک‌های موجود در آن به شکستن طرحواره‌های ناسازگار اولیه منجر شده و سپس از طریق طرحواره درمانی به بازسازی مجدد طرحواره‌های ناسازگار می‌پردازد (اعلمی‌نیا، ۱۳۹۳). از سوی دیگر در رویکرد روان درمانی پویشی کوتاه‌مدت، هدف درمان ایجاد پیوند بین مشکلات کنونی بیمار با حوادث دردناکی است که در سراسر زندگی فردی‌اش رخ داده است. این روش مستقیما تمرکز بر تجارب بیمار دارد. رویکردی فعال است که به بیمار کمک می‌کند که احساسات عمیق خود را تجربه کرده و درمانگر با استفاده از دفاع‌ها و دور نگه‌داشتن آنها، از آسیب دیدن بیمار جلوگیری می‌کنند (کاشانکی و اصلانی، ۱۳۹۷). با توجه به یکسان بودن میزان جلسات هر دو رویکرد و نیز نوع تکنیک‌های آنها، پژوهشگران در پژوهش حاضر قصد دارند این دو رویکرد را با یکدیگر مقایسه کنند تا اثربخش‌ترین رویکرد در خصوص سرمایه روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان مشخص گردد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر سرمایه روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان می باشد.

روش

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش-آزمون پس-آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی شهر تهران بود که از تاریخ خرداد ماه تا آبان ماه ۱۳۹۸ به بیمارستان امام خمینی مراجعه نمودند و ابتلای آن‌ها به سرطان پستان بر اساس نظر پزشک متخصص تائید شده بود. همچنین مبتلایان، دارای پرونده پزشکی و مراجعات مکرر جهت درمان به بیمارستان امام خمینی بودند. با توجه به افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش نشان دادند، ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و به شیوه تصادفی (به روش قرعه کشی با استفاده از شماره پرونده آن‌ها) در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه در انتظار درمان) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت مونث، تشخیص بیماری سرطان پستان طبق نظر پزشک متخصص و قرار داشتن در معرض شیمی درمانی، محدوده سنی بین ۳۰ الی ۵۰ سال، سکونت در شهر تهران و کسب رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در جلسات درمانی بود. از جمله ملاک‌های خروج نیز عدم تمایل به ادامه جلسات درمانی، ابتلا به بیماری جسمانی حین مداخله و غیبت بیش از دو جلسه در طول دوره بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی اخذ شد، طرح پژوهش توضیح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شده و در صورت تمایل پس از اتمام پژوهش، شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند. در نهایت، اطلاعات افراد شرکت کننده در پژوهش و نتایج تحقیق به طور کاملا محرمانه توسط مجری طرح حفظ و بایگانی شد. همچنین در پایان پژوهش، باتوجه به سودمند بودن روان درمانی پویشی کوتاه‌مدت، این مداخله نیز برای اعضای گروه در انتظار درمان اجرا شد. همچنین به منظور مشخص شدن ماندگاری اثربخشی درمان‌ها بر روی دو گروه آزمایش، پس از گذشت شش ماه از اتمام پژوهش، مجددا هر سه گروه به پرسشنامه سرمایه روانشناختی پاسخ دادند.

ابزار سنجش

پرسشنامه سرمایه روانشناختی (PCQ)[1]: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز[2] ساخته شد و شامل ۴ خرده‌مقیاس است که عبارتند از : خودکارآمدی، خوشبینی، امیدواری و تاب‌آوری. شامل ۲۴ سوال است و هر خرده مقیاس ۶ گویه است و آزمودنی‌ها به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملا مخالفم یا کاملا موافقم) پاسخ می‌دهند.در پژوهش لوتانز (۲۰۰۷) همسانی درونی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی ۰/۹۱، امیدواری ۰/۸۹، تاب آوری ۰/۴۴ و خوش‌بینی ۰/۸۹ محاسبه شد. روایی این پرسشنامه توسط طراحان آن با روش تحلیل عاملی اکتشافی، ۰/۷۶ به دست آمد (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش حسینی و محبی‌نورالدین وند(۱۳۹۹) روایی همگرایی این پرسشنامه از ضرایب همبستگی میان چهار عامل

1 Psychological Capital Questionnaire
2 Luthans

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

با یکدیگر و با نمره کل سرمایه روانشناختی بین ۰/۴۷ تا ۰/۸۴ در نوستان بودند که همه ضرائب به دست آمده در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند و نشانگر روایی همگرایی قابل قبول در این پرسشنامه می‌باشند (حسینی و محبی‌نورالدین وند، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمد.

روش اجرا

گروه مداخله طرحواره درمانی در کنار دریافت مراقبت‌های روتین، در معرض طرحواره درمانی در طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه قرار گرفتند و گروه مداخله روان درمانی پویشی کوتاه مدت نیز در کنار مراقبت‌های روتین، در معرض روان درمانی پویشی کوتاه مدت در طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه قرار گرفتند. اما اعضای گروه در انتظار درمان هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و مراقبت‌های روتین خود را ادامه دادند. قبل و بعد از مداخله و نیز شش ماه بعد از هر دو مداخله، هر سه گروه آزمایش و گروه در انتظار درمان به پرسشنامه سرمایه روانشناختی پاسخ دادند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون مقایسه زوجی در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

جدول ۱. برنامه مداخله‌ای طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱)

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط (درک بیمار و بررسی چگونگی شکل‌گیری و بقای مشکل)
دوم	آموزش(آموزش به بیمار در خصوص ماهیت اختلال، مشخص کردن انتظارات بیمار و درمانگر از درمان، آموزش الگوی شناختی رفتاری و ایجاد یک توافق درمانی.
سوم	بررسی افکار، پیشایندها و پس‌آیندها (شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها، و باورهای بنیادین)
چهارم	شناسایی افکار تحریف‌شده (ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی و شناسایی تحریف‌های شناختی)
پنجم	مواجهه (مواجهه با اجتناب‌ها و اصلاح تحریف‌های شناختی)
ششم	اصلاح افکارناکارآمد (تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی)
هفتم	آموزش الگوی طرحواره محور (آموزش الگوی طرحواره‌درمانی و مفهوم سازی مشکل بیمار در قالب طرحواره‌ها)
هشتم	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد (شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره‌ای)
نهم	اطلاح طرحواره(استفاده از تکنیک‌های هیجانی (بحث و گفتگو در مورد تجارب گذشته، گفتگوی خیالی با والدین، بحث و گفتگو در مورد وقایع فعلی، تصویر سازی ذهنی و تخلیه هیجانی)
دهم	اصلاح طرحواره‌ها(استفاده از تکنیک‌های رفتاری مانند حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره، حذف اجتناب‌ها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم)
یازدهم	استفاده از تکنیک‌های شناختی (بررسی انتقادی شواهد حمایت‌کننده از طرحواره‌ها، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره‌ها، تکنیک موضع-ضدموضع، تهیه کارت‌های آموزشی مصور که با طرحوارهها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها)، جمع بندی مطالب جلسات پیشین و اجرای پس آزمون

جدول۲.برنامه مداخله‌ای روان درمانی پویشی کوتاه مدت (داوانلو، ۱۹۹۵)

جلسه	محتوی جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و معارفه، توضیح قوانین، مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی، کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سربسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر-پوششی[1]. مداخله موثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع.
دوم	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده بیماران، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم، و افکار مرضی و احتمالی. مداخله موثر: چالش با دفاع‌های بیماران و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع، و تردید در دفاع.

1 Blanket

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

سوم	بررسی دفاع نشخوار ذهنی[1] و دلیل تراشی. مداخله‌های موثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع..
چهارم	دفاع‌های عقلی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن. مداخله‌های موثر: روشن‌سازی، سدکردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.
پنجم	تاکتیک‌های منحرف‌سازی[2] و فراموش کردن. مداخلات موثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.
ششم	انکار و تکذیب کردن[3]، مداخلات موثر: روشن کردن، تردید در دفاع، و چالش با دفاع.
هفتم	بیرونی سازی و ابهام[4]. مداخلات موثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
هشتم	طفره رفتن[5]،تردید وسواسی. مداخلات موثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
نهم	بدن‌سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله موثر: روشن‌سازی.
دهم	سرکشی، نافرمانی. مقدمه‌چینی و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس‌رونده. مداخلات موثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.
یازدهم	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات. علائم غیرکلامی[6]، تبعیت-انفعال. مداخلات موثر: روشن کردن، تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش. اجرای پس‌آزمون، خاتمه جلسات

یافته ها

میانگین (انحراف استاندارد) سنی در گروه آزمایش طرحواره درمانی ۳۶/۴۶ (۴/۱۳)، در گروه آزمایش روان درمانی پویشی کوتاه‌مدت ۳۹/۶ (۶/۶۸) و در گروه در انتظار درمان ۳۹/۲۶ (۶/۴۳) بود. در گروه آزمایش طرحواره درمانی تعداد ۱۰ نفر معادل ۶۶/۷ درصد دارای تحصیلات دیپلم و لیسانس، تعداد ۳ نفر معادل ۲۰/۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و تعداد ۲ نفر معادل ۱۳/۳ درصد دارای تحصیلات بالاتر از کارشناسی ارشد بودند. در گروه آزمایش روان درمانی پویشی کوتاه مدت، تعداد ۱۱ نفر معادل ۷۳/۳ درصد دارای تحصیلات دیپلم و لیسانس، تعداد ۳ نفر معادل ۲۰/۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و تعداد ۱ نفر معادل ۶/۷ درصد دارای تحصیلات بالاتر از کارشناسی ارشد بودند. همچنین در گروه در انتظار درمان، تعداد ۱۰ نفر معادل ۶۶/۷ درصد دارای تحصیلات دیپلم و لیسانس، تعداد ۴ نفر معادل ۲۶/۷ درصد دارای تحصیلات بالاتر از کارشناسی ارشد و تعداد ۱ نفر معادل ۶/۷ درصد دارای تحصیلات بالاتر از کارشناسی ارشد بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و در انتظار درمان در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیر سرمایه روانشناختی به تفکیک گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

	گروه طرحواره درمانی میانگین (انحراف معیار)	گروه روان درمانی پویشی میانگین (انحراف معیار)	گروه در انتظار درمان میانگین (انحراف معیار)
پیش‌آزمون	۷۰/۴۶ (۲/۶۱)	۶۸/۳۳ (۳/۲۴)	۷۰/۴ (۲/۶۴)
پس‌آزمون	۸۸/۹۳ (۷/۷۳)	۸۶/۴۶ (۳/۲۴)	۵۸/۲ (۴/۷)
پیگیری	۱۰۲/۸(۷/۳۳)	۹۷/۰۰ (۳/۷۸)	۵۳/۱۳ (۵/۲)

همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیر سرمایه روانشناختی در هر دو روش درمانی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. همچنین همان‌گونه که از نتایج زمان پیگیری گروه‌های آزمایش نیز مشخص است، در هر دو روش درمانی در زمان پیگیری، نسبت به پس‌آزمون افزایش داشته است.

1 Rumination
2 Diversionary
3 Retraction
4 Vagueness
5 Evasiveness
6 Passive-compliance

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

جهت ارزیابی طرحواره درمانی و روان درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر متغیر پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. این تحلیل مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌هاست. جهت نرمال بودن متغیر پژوهش از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد و نتایج حاکی از نرمال بودن داده در هر سه گروه بود و مقدار آماره و سطح معناداری به ترتیب در عامل خودکارآمدی (۰/۸۷۲ و ۰/۱۱۳) در عامل امیدواری (۰/۹۳۶ و ۰/۳۳۷)، در عامل تاب آوری (۰/۸۹۶ و ۰/۱۸۴) و نیز در عامل خوش بینی (۰/۹۷۱ و ۰/۸۷۶) به دست آمد. ، همچنین جهت همگنی ماتریس واریانس کواریانس در هر سه گروه از آزمون باکس استفاده شد که نتایج حاکی از همگن بودن ماتریس واریانس کواریانس در گروه‌ها بود که در این آزمون مقدار آماره و سطح معناداری به ترتیب برای عامل خودکارآمدی (۰/۳۶۳ و ۰/۱۱۵) ، عامل امیدواری (۱/۴۹ و ۰/۱۱۹)، عامل تاب آوری (۰/۷۳۹ و ۰/۶۲) و نیز عامل خوش بینی (۰/۷۴۹ و ۰/۷۰۴) به دست آمد. نتایج حاصل از بررسی همگن بودن شیب خط رگرسیون نشان داد که دو خط رگرسیونی موازی یکدیگر و در نهایت شیب خطهای رگرسیون همگن است و پیش فرض تایید شد. میزان آماره و سطح معناداری در متغیر سرمایه روانشناختی در گروه طرحواره درمانی به ترتیب ۲/۸۴ و ۰/۱۴ و مقدار آماره و سطح معناداری در گروه روان پویشی کوتاه مدت به ترتیب ۱/۷۷ و ۰/۱ به دست آمد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز از آزمونهای چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل، حداقل از نظر یکی از مولفه‌های متغیر سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان تفاوت معناداری وجود دارد. در تمامی مولفه‌های سرمایه روانشناختی شامل خودکارآمدی(F=۵۷/۴۵ ، P =۰/۰۰۰۱)، امیدواری (F=۱۰۳/۳۵ ، P =۰/۰۰۰۱)، تاب آوری (F=۸۹/۹ ، P =۰/۰۰۰۱)، خوش بینی(F=۸۸/۰۸ ، P =۰/۰۰۰۱)، مقدار سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ به دست آمده است، و لامبدای ویلکز در سطحP<0/05 از لحاظ آماری معنی دار می‌باشند. به عبارت دیگر، رابطه ی میان ترکیب خطی متغیر وابسته با متغیر مستقل معنی دار است.

با توجه به تایید کلیه پیش‌فرض‌های مورد نظر تحلیل کوواریانس چندمتغیره می‌توان از این آزمون جهت فرضیه‌های پژوهش استفاده کرد. جهت آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج حاصله در جدول ۴-۱۶ مشاهده می‌شود.

جدول۴-نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر.

مقیاس		منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	سطح معناداری	توان آماری
سرمایه روانشناختی	درون گروهی	زمان	۴۸۵۴/۶۷	۱	۴۸۵۴/۶۷	۲۵۱/۹۷۳	۰/۰۰۱	۰/۸۵۷
		زمان*گروه	۵۶۳/۶۲۲	۲	۲۸۱/۸۱۱	۱۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۱
		خطا	۸۰۹/۲	۴۲	۱۹/۲۶			
	بین گروهی	گروه	۹۷۹/۶	۲	۴۸۹/۸	۶/۷۳	۰/۰۰۳	۰/۲۴۳
		خطا	۳۰۵۳/۳۳	۴۲	۷۲/۶۹			

باتوجه به اطلاعات جدول۴، تاثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات سرمایه روانشناختی معنادار می‌باشد (p=۰/۰۵ و ۲۵۱/۹۷۳=F(۴۲،۱) و η =۰/۸۵۷). لذا صرف‌نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات سرمایه روانشناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار بود (p=۰/۰۵ و ۱۴/۶۲=F(۴۲،۱) و η =۰/۴۱۱) . بنابراین تفاوت میانگین نمرات سرمایه روانشناختی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت بود. همچنین تاثیر گروه نیز بر نمرات سرمایه روانشناختی معنادار بود (p=۰/۰۵ و ۶/۷۳=F(۲،۴۲) و η =۰/۲۴۳). بنابراین صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات سرمابه روانشناختی گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری وجود داشت.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

جدول ۵- مقایسه زوجی اثرات مداخله طرحواره درمانی و روان درمانی پویشی کوتاه مدت

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A- B	سطح معناداری
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	پس آزمون	۳/۶۴	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۲/۸۸	۰/۰۰۰۸
	پس آزمون	پیگیری	۰/۷۵۶	۰/۰۰۵
امیدواری	پیش‌آزمون	پس آزمون	۶/۹۳	۰/۰۰۰۷
		پیگیری	۶/۴۶	۰/۰۰۰۵
	پس آزمون	پیگیری	۰/۵۰۱	۰/۰۰۱
تاب آوری	پیش‌آزمون	پس آزمون	۳/۸۲	۰/۰۰۰۹
		پیگیری	۳/۷۵	۰/۰۰۰۴
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۰۰۰۱
خوش بینی	پیش‌آزمون	پس آزمون	۳/۴	۰/۰۰۰۲
		پیگیری	۲/۴۶	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۹۳۳	۰/۰۱۳

طبق نتایج حاصله از جدول ۵، اختلاف بین میانگین نمرات گروه پیش آزمون و پس آزمون با گروه پیگیری معنادار است (p=۰/۰۱). همچنین به منظور اینکه بدانیم کدامیک از روشهای مداخله در افزایش سرمایه روانشناختی دخیل بوده‌اند، به این منظور از آزمون مقایسه زوجی استفاده شده است که نتایج در جدول ۵ نمایش داده شده است.

جدول۶-مقایسه زوجی اثرات مداخله طرحواره درمانی و روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر سرمایه روانشناختی

مقایسه بین گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
طرحواره درمانی	روان‌پویشی کوتاه مدت	۷/۰۸	۲/۵۷	۰/۰۳
طرحواره درمانی	در انتظار درمان	۹/۳۹	۲/۴۵	۰/۰۰۱
روان‌پویشی کوتاه مدت	در انتظار درمان	۸/۹۷	۱/۵۷	۰/۰۰۱

طبق نتایج حاصله از جدول ۶ ، اختلاف بین میانگین نمرات گروه طرحواره درمانی با گروه در انتظار درمان معنادار است. به بیان دیگر میانگین نمرات گروه طرحواره درمانی بیشتر از میانگین نمرات گروه در انتظار درمان است. از طرفی اختلاف بین میانگین نمرات گروه روان پویشی کوتاه مدت با گروه در انتظار درمان نیز معنادار است. به بیانی دیگر، میانگین نمرات گروه روان درمانی پویشی کوتاه مدت بیشتر از میانگین گروه در انتظار درمان است. با توجه به نتایج جدول ۵، طرحواره درمانی در سرمایه روانشناختی موثرتر از روان درمانی پویشی کوتاه مدت بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر هر دو درمان طرحواره درمانی و روان درمانی پویشی کوتاه‌مدت به طور معناداری باعث افزایش سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شوند. مقایسه درمان ها نیز نشان داد که طرحواره درمانی موثرتر از روان درمانی پویشی کوتاه مدت بود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی می‌تواند منجر به افزایش سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان شود. نتایج حاصل با یافته‌های به دست آمده از پژوهش‌های عیسی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، صفاری و همکاران (۱۳۹۹)، مرادحاصلی و شمس اسفندآباد (۱۳۹۵)، محمدی (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین یافته‌ی حاصل می‌توان گفت شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای ناکارآمد و سبک‌های اسنادی در رویکرد طرحواره درمانی حائز اهمیت است، به این صورت که فرد ابتدا با کمک درمانگر طرحواره های ناسازگار و باورهای ناکارآمد خود را شناسایی کرده و سپس می‌کوشد تا شواهد تائید کننده و یا تکذیب کننده برای هر یک از آنها ارائه دهد. فرد در این رویکرد با بهره بردن از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی، طرحواره های ناسازگار اولیه خود را که در کودکی و نوجوانی ایجاد شده‌اند و بسیار مقاوم هستند به چالش می‌کشد. به طور کلی به کار بردن طرحواره درمانی می‌تواند در ابعاد متغیر سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثری مثبت داشته باشد.

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، روان درمانی پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند منجر به افزایش سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان شود. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های محمدزاده و حسینی (۱۳۹۷) و تقوی (۱۳۹۸) همسو استدر این روش با استفاده از فنون تجسم هدایت شده و حساسیت زدایی تدریجی به طور ملایم و همدلانه موجب می‌شود تا بیمار با تعارضات ناشی از روابط گذشته، حال و در ارتباط با درمانگر رویارو شود و با بازشناسی و تجربه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده، تعارضات هیجانی‌اش را حل و فصل کند (محمدزاده و حسینی،۱۳۹۷). افراد در این جلسات به شناخت احساسات و هیجانات و افکار خود پرداخته و درمانگر با تغییر افکار، آنها را به شناخت رسانده و تفکرشان را به سمت شیوه‌های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنمون می‌سازد. همچنین درمانگر به بیماران می‌آموزد که با پذیرش هیجانات خود، می‌توانند رفتارهای خود را تغییر دهند و مسئولیت رفتارهای خود را بر عهده گیرند (دریسن[1]، ۲۰۰۹).

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر حاکی از برتری اثربخشی طرحواره درمانی نسبت به روان درمانی پویشی کوتاه مدت در افزایش سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. در زمینه مقایسه این دو روش درمانی بر سرمایه روانشناختی تاکنون پژوهشی صورت نگرفته بود. گر چه طرحواره درمانی و روان درمانی پویشی کوتاه مدت هر دو بر سرمایه روانشناختی تاثیر مثبت دارند اما پژوهش حاضر حاکی از اثربخش بودن بیشتر طرحواره درمانی بر سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. در تبیین این یافته می‌توان این چنین عنوان کرد آن گونه که بندورا (۱۹۹۷) و مادوکس و لویس[2] (۲۰۱۵) در خصوص خودکارآمدی متذکر شده‌اند، افراد از طریق دو نوع انتظار کارایی و انتظار پیامد، خودکارآمدی خود را شکل می‌بخشند و بهبود می‌دهند. به این ترتیب، طرحواره درمانی از طریق اصلاح باورهای فرد نسبت به خودش، محیط و آینده توانست زمینه بهبود انتظار کارآیی و انتظار پیامد را فراهم سازد و به این صورت خودکارآمدی بهبود پیدا کرد. همچنین، باور افراد امیدوار این است که با تمام وجود تلاش می‌کنند و حتی اگر هم به نتیجه مورد نظر نرسند، باید مسیر خود را اصلاح کنند، نه اینکه دچار یاس و ناامیدی شوند. پس دو معیار قدرت اراده و قدرت یافتن راه، با یکدیگر امیدواری را به وجود می‌آورند (اسنایدر[3]، ۲۰۰۲). این در حالی است که طرحواره درمانی توانست با اثرگذاری بر روی افکارها، باورها و به خصوص سبک‌های اسنادی افراد اثر مثبت به جای بگذارد. همین که سبک اسنادی فرد از درونی به بیرونی، از کلی به جزئی و از ثابت به غیرثابت تغییر پیدا کند، فرد از حالت بدبینی به حالت خوش‌بینی تغییر وضعیت می‌دهد و این موضوع به نوبه خود می‌تواند باعث بهبود و افزایش خوش‌بینی در فرد شود (سلیگمن[4]، ۲۰۱۱). در مجموع می‌توان بیان کرد که افراد تکنیک‌های طرحواره درمانی می‌توانند شناخت خود را تغییر دهند و در بهبود سرمایه روانشناختی که به طور کاملا آشکار با شناختهای آنها از خود، محیط و آینده در ارتباط است، پیشرفت حاصل کنند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از طرحواره درمانی جهت افزایش سرمایه روانشناختی به صورت موثرتری نسبت به روان درمانی پویشی کوتاه مدت در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد. رویکرد طرحواره درمانی با تلفیق چهارتکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای و با اثر کردن بر طرحواره های ناسازگار که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است و نیز تمرکز بر روی سبکهای مقابله‌ای ناکارآمد که از دوران کودکی شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده‌اند، توانست بر روی تغییر طرحواره‌های ناسازگار افراد مبتلا به سرطان تاثیر گذاشته و منجر به افزایش سرمایه روانشناختی در آنان شود. همچنین طرحواره درمانی علاوه بر زیر سوال بردن

1 Driessen
2 Maddux & Lewis
3 Snyder
4 Seligman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

طرحواره‌های ناسازگار، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سالهای کودکی می‌شود. از سویی 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 کند. همچنین این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا افراد با سازماندهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌های ناسازگار فراهم سازد (محمدی، ۱۳۹۴).

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر به جامعه دیگر به دلیل انتخاب هدفمند افراد مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان امام خمینی تهران اشاره کرد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از بیماران مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان‌های کشور استفاده شود محدودیت دیگر پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود، حجم کم نمونه و عدم بررسی مشکلات روانشناختی شرکت کننده‌ها نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر بود که پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با حجم نمونه‌ی بیشتر انجام شود و کلیه بیماران شرکت کننده در پژوهش توسط روانشناس و روانپزشک به صورت کامل از نظر مشکلات روانشناختی ارزیابی شوند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همچنین از عوامل بیمارستان امام خمینی شهر تهران که همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در گروه روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است.

منابع

اعلمی‌نیا، م. (۱۳۹۳). بررسی و تحلیل پژوهش‌های حوزه طرحواره درمانی، *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۵(۱۸)، ۱۲۵-۹۳.

اکبری، م.ا .، و اخلاقی کوهپایی، ح. (۱۳۹۶). مقایسه سرمایه روانشناختی و ابعاد آن در زنان مبتلا به سرطان پستان و سالم. *کنگره بین المللی بهداشت روان و علوم روانشناختی*، تهران.

باوادی، ب.، پورشریفی، ح.، لطفی کاشانی، ف. (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران. ۸ (۴)*،۴۱-۵۱.

تقوی، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی روان پویشی کوتاه مدت بر افسردگی و امید به زندگی در زنان. *همایش بین المللی روانشناسی بالینی*، تهران.

حبیبی،م.، سلمانی،خ.، امانی، ا.، رافضی، ز.، و نعمت الله زاده ماهانی، س. (۱۳۹۵). مقایسه تجارب معنوی و تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان و عادی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۱)، ۵۵-۵۰.

حسینی، م. و محبی نورالدین وند، م. (۱۳۹۹). طراحی و اعتباریابی پرسشنامه سرمایه روانشناختی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز .*فصلنامه توسعه آموزش جندی شاپور اهواز*، ۱۱(۴)، ۹۴۸-۹۳۶.

خادمی، م.، طالبیان شریف، ج.، آزادی، م.، و هوشیار، س. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی*، ۲(۱۸)، ۱۲۴-۱۱۶.

خوریانیان، م.، حیدری نسب، ل.، طیبی، ز.، و آقامحمدیان شعرباف، ر. (۱۳۹۱). اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۷ (۲۶)، ۴۶-۳۷.

دیانت‌نسب، م.، جاوبدب، ح.، و بتولی، ح. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌گری استرس شغلی در رابطه بین سرمایه روانشناختی با عملکرد شغلی کارکنان. *روشها و مدلهای روانشناختی*. ۴(۱۵)، ۸۹-۷۵.

رشیدکلویر، ح.، حنیفه، ف.، ابوالقاسمی، ع.، و حاجلو، ن. (۱۳۹۷). مقایسه سرمایه روانشناختی و تعامل اجتماعی در ساکنین مجتمع‌های مسکونی با و بدون ویژگی کالبدی. *فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۸(۳۰)، ۱۳۱-۱۱۱.

رنجبر سودجانی، ی.، شریفی، ک.، سیاح، ا.، و ملک محمدی گله، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب شناختی زوجین مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵ (۶۲)، ۱۶۹-۱۴۰.

سیلابخوری، ز. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی امید به زندگی سالمندان مبتلا به سرطان، *همایش بین رشته‌ای طب سالمندی*، کرج.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

شعاع کاظمی، م.، و جاوید، م. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای خودکارآمدی و میزان توانمندی زنان مبتلا به سرطان پستان و سالم. *فصلنامه بیماریهای پستان ایران*، ۵(۱)، ۵۳-۴۵.

شکاری، ح.، حسین ثابت، ف.، و برجعلی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی مدیریت دفاهای تاکتیکی براساس روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر تعارضات بین فردی. *فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی و بالینی و مشاوره*، ۷(۲)، ۳۷-۲۳.

صدوقی، م.، مهرزاد، و.، محمدصالحی، ز. (۱۳۹۶). رابطه سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مجله علوم پزشکی رازی*. ۲۴(۱۵۶)، ۱۱۹-۱۱۱.

صفاری، م.، زمردی، س.، و بنیسی، پ. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر سرمایه روانشناختی زنان خانه دار شهرستان مشهد، *هفتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران*، تهران.

علی سلیمانی، س.، صادقی، ا.، و الیاسی، ف. (۱۳۹۶). نقش رویکرد طرحواره درمانی بر سرمایه‌های روانشناختی و سبک‌های دلبستگی زوجین آشفته، *نهمین کنفرانس روانشناسی و علوم اجتماعی*، ۱۳۹۶.

عیسی زاده، ف.، حیدری، ش.، آقاجان بگلو، س.، صفاری نیا، م. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روانشناختی در افراد دارای اختلال هویت جنسی (ترنس سکشوال). *پژوهش های روانشناسی اجتماعی*، ۱۰ (۳۷)، ۲۸-۱۳.

غریبی اصل، ا.، سودانی، م.، و عطاری، ی. (۱۳۹۵). اثربخشی مشاورهٔ گروهی شناختی-رفتاری بر خودپنداره و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه .*مجله علمی پزشکی جندی شاپور*. ۱۵(۳)، ۳۴۵-۳۳۳.

فتح علیزاده، م. (۱۳۹۶). تاب آوری و خوش بینی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *کنفرانس بین المللی فرهنگ آسیب شناسی روانی و تربیت*، انجمن روانشناسی ایران، دانشگاه الزهرا.

فولادی، ف.، کاویانی بروجنی، م.، و رنجبر سودجانی، ی. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند با اختلال سندرم آسپرگر. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۸(۲)، ۶۴-۵۵.

کاشانکی، ح.، و اصلانی، س. (۱۳۹۷). مروری بر روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت، رویش روانشناسی، ۷(۸)، ۳۶-۱.

مامی، ش.، و صفرنیا، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد زوج درمانی سیستمی-سازه‌گرا بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و گرایش به روابط فرازناشویی زنان متقاضی طلاق. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۱)، ۹۰-۷۵.

محمدزاده،ج.، و حسینی، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر ارتقای امید و شادکامی افراد مبتلا به سرطان. *روانشناسی سلامت*، ۷(۳)، ۱۵۱-۱۳۱.

محمدی، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستیروانشناختی شادکامی، و امید به زندگی سالمندان، فصلنامه روانشناسی تحلیل-شناختی، ۶ (۲۴)، ۸۱-۸۹.

محمودی فسهاره، م.، آقامحمدیان شعرباف، ح.، دهقانی، م.، و حسن‌آبادی، ج. (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب در درمان مردان مبتلا به هراس اجتماعی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۰(۲)، ۱۲۰-۱۱۱.

مرادحاصلی، م.، شمس اسفندآباد، ح.، و کاکاوند، ع. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی روی خودکارآمدی و سبک زندگی مرتبط با کاهش وزن. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۹ (۴)، ۶۱-۵۰.

مقتدر، ل.، اکبری،ب.، و مینایی، ه. (۱۳۹۴). مقایسه امید به زندگی، هوش معنوی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان سالم شهر رشت. *زن و مطالعات خانواده*، ۷(۲۳)، ۱۲۸-۱۱۵.

نقیبی، س.، سعیدی، ز.، و خزائی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلا به سرطان، *فصلنامه پژوهشهای مشاوره*، ۱۷(۶۵)، ۲۹-۴.

یانگ، ج.، کلوسکو، ژ.، و ویشار، م. (۲۰۰۳). *طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصات بالینی*. جلد اول، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندرز (۱۳۹۱)، تهران، انتشارات ارجمند.

یانگ، ج.، و کلاسکو، ژ. (۱۳۹۰). *زندگی خود را دوباره بیافرینیم*، ترجمه حسن حمیدپور، الناز پیرمرادی و ناهید گلی زاده، نشر ارجمند.

Abbass, T. & Driessen, E. (2012) . Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97–108.

Amani, O., Malekzade Moghani, M., & Peykani, S.(2017). Study of executive function in women with breast cancer undergoing chemotherapy.*Qazvin Univ Med Sci*.20(6),44-36.

Bandura, A. (1977). Self efficiency, Toward a unifing theory of behavioral change. *Psychiatry Review*, 84, 191-215.

Burhanuddin, N. A. N., Aniza, N., Radhin, R., & Asimiran, S. (2019). A Systematic Review of the Psychological Capital (PsyCap) Research Development: Implementation and Gaps. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 8(3), 134- 150.

Davanloo, H., (1995). *Unlocking the unconscious. Translated by khalighisigaroodi*, M. (2012). Arjmand publication. Tehran.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]

Driessen, E. (2009). The efficacy of short- term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. *Department of Clinical Psychology.*

Johansson, R., Town, J. M., & Abbas, A. (2014). Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *Peer Journal*, 2(1), 1-20.

Lilliengren, P., Johansson, R., Town, J. M., Kisely S. & Abbass, A. (2017). Intensive short-term dynamic psychotherapy for generalized anxiety disorder: a pilot effectiveness and process-outcome study. *Clin Psychol Psychother*, 24(6), 1313-1321.

Luthans, F., & Avolio, BJ. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Pers Psychol*, 6 (3), 138-146.

Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., & Peterson, S. J. (2010). The Development and resulting performance impact of Positive psychological capital. *Human resource development quarterly*, 21 (1), 41-65.

Maddux, J. E., & Lewis, J. (2015). *Self-efficacy and adjustment: Basic principles andissues*. In J. E. Maddux (Ed.), Self-efficacy, adaptation, and adjustment:Theory, research, and application .New York: Plenum.

Pennebaker, J. W. & Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. *Foundations of Health Psychology*, New York: Oxford University Press.

Renshaw, K. D., Blais, R. K., & Smith, T. W. (2018). Components of negative affectivity and marital satisfaction: the importance of actor and partner anger. *Research in Personality*, 44 (3), 328-34.

Seligman, M. (2011). *Flourish*. New York: Simon & Schuster.

Snyder, C. R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind, *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.

Town, J. M., Abbass, A., Stride, C. & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: the halifax depression study. *Affect Disord*, 35(2): 15-25.

Wolf, D. & Frederickson, J. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy. *Washington School of Psychiatry*. Retrieved April 8, 2012. From www. davidwolffmd. Com

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.21.1]