رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۷، شماره پیاپی ۶۴، مهر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(7), 2021

اثر بخشی طرحواره‌درمانی شناختی بر نشانگان ترکیبی اضطراب و افسردگی در بیماران سرطان پستان

The effectiveness of cognitive schema therapy on the mixed symptoms of anxiety and depression in breast cancer patients

مژگان حاجیان (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
فروغ نیکونژاد
کارشناسی ارشد، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی شناختی بر کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان در تهران انجام شد. روش پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه‌ی زنان با تشخیص سرطان پستان مراجعه کننده به یکی از بیمارستان‌های شهر تهران که از بین ۶۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس یا داوطلبانه انتخاب شدند .سپس در دو گروه ۳۰ نفره آزمایشی و کنترل به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند .پروتکل دوازده جلسه ای طرحواره درمانی یانگ بر روی گروه آزمایشی اجرا گردید .هر دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) را تکمیل کردند. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی معنادار بود (p<۰/۰۰۱). بر این اساس میتوان گفت : طرحواره درمانی شناختی می‌تواند سبب کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان شود. که برای تحقیقات آتی می‌توان این درمان را عاملی مؤثر در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به سرطان پستان و افزایش سلامت روانی آنان دانست.

واژه‌های کلیدی: *طرحواره‌درمانی، افسردگی، اضطراب، سرطان پستان.*

Mojgan Hajian*
M.A, Department of Clinical Psychology,Shahed University, Tehran, Iran.
hajian.mzh@gmail.com
Foroogh Nikoonejad
M. A., Department of Educational Sciences,Islamic Azad University of Science and Research Tehran, Iran.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive schema therapy on reducing anxiety and depression in women with breast cancer in Tehran. The research method was a quasi-experimental type of pretest-posttest with a control group. Available or selected voluntarily. Then, the experimental and control groups of 30 were randomly assigned. The twelve-session protocol of Yang schema therapy was performed on the experimental group. Both groups completed the Goldberg and Hiller (1979) General Health Questionnaire in the pre-test and post-test. The results of multivariate analysis of variance showed that Schema therapy was significant in reducing anxiety and depression (p <0.001). Based on this, it can be said that cognitive schema therapy can reduce anxiety and depression in women with breast cancer. For future research, this treatment can be considered as an effective factor in improving the condition of breast cancer patients and increasing their mental health.

Keywords: *Schema Therapy, Depression, Anxiety, Breast Cancer.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : فروردین ۱۴۰۰** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : مهر ۱۴۰۰**

مقدمه

سرطان پستان یکی از علل عمده مرگ‌ومیر زنان جهان است تا جایی که در این گروه جمعیتی بیشترین نوع سرطان رایج شناخته شده به شمار می‌رود (سیرووا‌تکا[1] و همکاران ۲۰۱۷). این بیماری موجب به وجود آمدن مشکلات بسیار در خانواده بیماران، سیستم فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها می‌شود و همچنین با نگاهی جامع‌تر، سیستم سلامت عمومی را درگیر می‌کند. درمان این بیماری پیچیده است

1 Syrowatka

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.7.9]

و شامل سه نوع روش درمانی است؛ جراحی[۱]، شیمی‌درمانی[۲]، و پرتودرمانی[۳] (بدریج[۴] و همکاران، ۲۰۱۶). بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان، باعث مشکلات تداخل دارویی می‌شود، و عوارض جانبی درمان سرطان‌شناسی[۵]، ترکیبی از عوامل آسیب‌زا برای آشکار شدن علائم روان‌پزشکی در حوزه استرس و افسردگی ایجاد می‌کند (ماس، روردا، برندسن، ورهاک و دی‌باک[۶]، ۲۰۱۵). در ایران هر ساله چندین هزار مورد جدید سرطان پستان اعلام می‌شود که درصد افسردگی و اختلالات مرتبط در میان آن‌ها بالاتر از ۳۰ درصد گزارش شده است (نیک‌بخش و همکاران، ۱۳۹۸). علائم افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، به‌خاطر عوامل زیادی مانند ظهور بیماری، درد و فرسودگی، تغییر در تصویر ظاهری، آسیب به صمیمیت زناشویی، عدم تأمین حمایت مورد انتظار، ترس و نیاز برای سازگاری با شرایط جدید غالباً شدید است (موزاتی، بامبن، فلایبن، پیکینین و آنانزیتا[۷]، ۲۰۲۰). زندگی بیمار بعد از تشخیص بیماری بلافاصله به صورت ویژه‌ای تغییر می‌کند زیرا زمانی که بیماران سرطانی اولویت‌هایشان را می سنجند، درگیر یک سری رفتارهای جدید می‌شوند، محدودیت‌ها را می‌پذیرند و باورهای اصلی‌شان را از نو می‌سازند (کیای، اسوالد، جوکو، کیای و وندرپوی[۸]، ۲۰۲۰).

افسردگی به عنوان یک احساس ناراحتی مشخص همراه با احساس پوچی و گناه توصیف شده است. علاوه بر این، شخص علائمی چون انزوای اجتماعی، نا امیدی، کمبود اشتیاق، و همچنین تغییر چشمگیر در میزان خواب و اشتها از خود نشان می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[۹]، ۲۰۱۳). اغلب بیماران سرطانی، در حال تجربه کردن این احساسات منفی، طی یک مرحله از آسیب‌شناسی بدخیم، هستند. پیوند بین افسردگی و سرطان دوسویه است، چون احتمالاً افسردگی با دریافت تشخیص بیماری سرطان ایجاد می‌شود و در مقابل می‌تواند به عنوان پیامدی از درمان‌های تجویز شده سرطان باشد (یانگ[۱۰] و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه براین، افرادی که افسردگی را تجربه کرده‌اند، به نظر می‌رسد که در معرض خطر بیشتری از ابتلا به بدخیم شدن بیماری می‌شود. در کنار افسردگی، اضطراب نیز با دو اختلال نشان‌دهنده علائم اصلی روان‌پزشکی که توسط بیماران سرطانی تجربه شده است، رخ می‌دهد (شیم [۱۱]و همکاران، ۲۰۲۰).

اضطراب معمولاً به صورت نگرانی غیر قابل کنترل ظاهر می‌شود، ترس شدیدی که حملات وحشت‌زدگی، خواب‌های ناراحت کننده، یا بی‌قراری، بیداری‌های مفرط، بی‌خوابی، تنفس دشوار و ناراحت، تنگ نفس، بی‌حسی، خستگی، یا تنش عضلانی را به وجود می‌آورد. اضطراب ممکن است بعد از دریافت تشخیص سرطان، در طول مرحله درمان، یا در مرحله کنترل بیماری به وجود آید (شیم و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب، زمانی‌که همراه با تشخیص سرطان همراه باشد، می‌تواند آستانه درد را کاهش دهد، در الگوی خواب فرد اختلال ایجاد کند، علائم گوارشی فرد را تحریک کند؛ بنابراین به طور قابل توجهی در کیفیت زندگی فرد اختلال ایجاد می‌کند (محمدزاده و منیر[۱۲]، ۲۰۱۸).

با این وجود، بسیاری از آزمایش‌های بالینی، روی حالت ترکیبی اضطراب و افسردگی تأکید کرده‌اند (آلی، عبدالغنی، عبداللطیف و السیدمحمد[۱۳]، ۲۰۱۷). بر اساس نوع مداخله‌های درمانی که به کار رفته است، این علائم ممکن است تعدیل شده باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که در سال اول پس از تشخیص مرحله اولیه سرطان پستان، بیش از ۵۰ درصد از زنان ممکن است که اضطراب و یا افسردگی را تجربه کنند. طی سال‌های بعد این درصد رو به کاهش می‌گذارد؛ اگرچه، بیش از ۱۵ درصد از زنان ممکن است همچنان این علائم را در پنجمین سال بعد از تشخیص بیماری تجربه کنند (استرینگر[۱۴]، ۲۰۱۸). علائمی که در رابطه با درمان سرطان انجام می‌گیرد، از قبیل خستگی و درد، خطر گسترش اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهد. علاوه براین، روش‌های درمانی، از قبیل شیمی‌درمانی و هورمون‌درمانی، به عنوان روش‌هایی که تغییرات شیمیایی مغزی را ایجاد می‌کنند شناخته شده‌اند که خطر افزایش اضطراب و افسردگی

1 Surgery
2 Chemotherapy
3 Radiotherapy
4 Bedreag
5 Oncological
6 Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak & de Bock
7 Muzzatti, Bomben, Flaiban, Piccinin & Annunziata
8 Kyei, Oswald, Njoku, Kyei, & Vanderpuye
9 American Psychiatric Association
10 Yang
11 Shim
12 Mammadzada & Munir
13 Aly, Abd ElGhany Abd ElLateef & El Sayed Mohamed
14 Stringer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.7.9]

را در پی خواهد داشت (چین و مانسوری[1]، ۲۰۱۹). کنترل دقیق همه احساسات منفی، به ویژه اضطراب و افسردگی، به دلیل اختلالات شناخته شده آن‌ها و تأثیر روی روند و اثربخشی درمان کلی، نیازی ضروری در مراقبت بهداشتی است. طرحواره‌درمانی[2] پیشنهاد می‌کند که برخی افراد ممکن است الگوهای ناسازگاری را در مورد باورها و درک نامناسبی از جهان وجودی‌شان به وجود بیاورند. این الگوهای اولیه ناسازگاری شناختی در اساس واکنش‌های روان‌شناختی قرار می‌گیرند که در طول حیات ما گسترش پیدا کرده‌اند. طرحواره‌های شناختی به حوزه‌های مجزایی از قبیل ۱۸ طرحواره تقسیم شده‌اند (بچ و برنستین[3]، ۲۰۱۹). در بزرگسالان، این طرحواره‌های اولیه ناسازگاری شناختی، با رویدادهای تهدید کننده زندگی، از قبیل تشخیص تومور سرطانی تحریک می‌شوند و می‌توانند منجر به افزایش احساساتی همچون ترس، ناراحتی، عصبانیت یا شرم بشوند (میرخان، خلعتبری و تاجری[4]، ۲۰۱۹).

در پژوهش‌های بسیاری دریافته شده است که طرحواره درمانی می‌تواند سبب بهبود و یا تعدیل نشانه‌های افسردگی و اضطراب شود اما عموم آن پژوهش‌ها در جوامعی انجام شده که از مشکلات جسمانی خاصی مانند سرطان رنج نمی‌برده‌اند. بنابراین هدف مطالعه حاضر، تحلیل و بررسی اثر درمان مبتنی بر طرحواره‌های شناختی بر نشانه‌های اضطراب و افسردگی در زنانی است مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده شده‌اند.

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی و طرح پژوهش پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود که از لحاظ هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی است. در این پژوهش ابتدا از بین کلیه زنان با تشخیص سرطان پستان در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران، نمونه‌ای به صورت در دسترس انتخاب شدند. جامعه مورد بررسی کمتر از ۲۴۰ نفر بود که ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده که این حجم به دو گروه ۱۵ نفری گواه و آزمایش به صورت تصادفی گمارش شدند. لازم به ذکر است که دریافت تشخیص سرطان پستان طی دو سال اخیر (از مهر ۱۳۹۷ به بعد)، عدم وجود معلولیت ذهنی و یا نقص جسمانی عمده (شنوایی و بینایی بسیار ضعیف) و نیز عدم وجود بیماری روانی ناشی از داروهای روان‌گردان و اختلال عضوی به عنوان ملاک‌های ورود وخروج در نظر گرفته شد.

با توجه به ملاک‌های مذکور و طرح پژوهش، نمونه‌ی حاضر شامل ۳۰ زن مبتلا به سرطان پستان است که در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) به‌صورت تصادفی گمارش شده‌اند. میانگین سنی کل نمونه ۳۷/۴۶ سال با انحراف استاندارد ۱/۱۱ می‌باشد که در بازه‌ی ۳۰ الی ۴۲ سال قرار داشت. همچنین میانگین گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۳۷/۵ و ۳۴/۴ و انحراف استاندارد آن‌ها به ترتیب ۱/۸۷ و ۱/۱۵ می‌باشد. پس از گمارش در گروه‌ها، با هماهنگی‌های لازم با مراجع ذی‌ربط مقرر شد دوره‌های درمانی گروهی برگزار شود.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ)[5]: این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال بوده که توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تألیف گردیده است. سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت سلامتی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابه‌هنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. این پرسشنامه چهار مقیاس فرعی دارد که هر کدام آن‌ها دارای ۷ سؤال است که عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطرابی و عملکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر تنها از دو بعد افسردگی و اضطراب استفاده شده است. برای نمره‌گذاری پرسشنامه از روش لیکرت استفاده شده و نمره هر سؤال از صفر تا سه متغیر است. نمره هر یک از مقیاس‌های چهارگانه آن نیز از صفر تا ۲۱ متغیر است. بنابراین نمره کمتر بیانگر سلامت بهتر خواهد بود. در بررسی گلدبرگ و ویلیامز اعتبار تصنیفی برای کل پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کردند و ثبات درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است. نوری و همکاران ضریب اعتبار و روایی مقیاس‌های اضطراب (۰/۶۷ و ۰/۸۴) و افسردگی

1 Chin & Mansori
2 Schema therapy
3 Bach & Bernstein
4 Mirkhan, Khalatbari & Tajeri
5 General Health Questioner

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.7.9]

(۰/۵۸ و ۰/۶۱) را مطلوب گزارش کردند (نوری، فتحی آشتیانی، احمدی و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۳). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز برای اضطراب ۰/۷۹ و برای افسردگی ۰/۶۹ بود.

طرحواره درمانی: روش طرحواره درمانی یانگ طی ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) برگزار شد. محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است (یانگ و کلوسکو و ویشار[1]، ۲۰۱۲):

جدول ۱ - خلاصه *جلسات* طرحواره درمانی

جلسه	محتوا
جلسه اول	مروری بر ساختار جلسات و قوانین و انجام توافق‌های لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره‌درمانی، و نحوه تکمیل کردن پرسشنامه طرحواره، تکمیل کردن پرسشنامه برای پیش‌آزمون، و فراهم‌سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره‌درمانی با مصرف غذا، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد، ارائه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار، عوامل موثر در اکتساب طرحواره، ارائه تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های بیمار، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارائه تکلیف
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک مقابله‌ای، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای، بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای، ارائه تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی تأکید کننده بر طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی رد کننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها، معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها، ارائه تکلیف
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، به کار بردن تکنیک گفتگوی خیالی، گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، ارائه تکلیف
جلسه نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگو بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آن در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، ارائه تکلیف
جلسه دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرحواره، بررسی روش‌های مؤثر در توانایی کنترل هیجان‌ها و تکانه‌های خود، ارائه تکلیف
جلسه یازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرحواره‌ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارائه تکلیف
جلسه دوازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های مؤثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن‌داری، انجام اقدامات و آمادگی‌های لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون

داده‌ها پس از اتمام نمونه‌گیری و اجرای درمان به کمک نرم افزار آماری SPSS-21 تجزیه و تحلیل شد. در سطح توصیفی شاخص‌های آماری مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها تحلیل کوواریانس استفاده شد.

1 Young, Klosko & Weishaa

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.7.9]

یافته‌ها

پژوهش حاضر شامل دو گروه آزمایش و کنترل بود که میانگین و انحراف استاندارد دو متغیر اضطراب و افسردگی در مراحل پژوهش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) در جدول دو بررسی شده‌اند:

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد و بررسی توزیع نرمال متغیرهای پژوهش

متغیر		پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
	گروه	میانگین	انحراف معیار	S-W	Sig	میانگین	انحراف معیار	S-W	Sig
اضطراب	آزمایش	۱۵/۶	۸/۵	۰/۴۸	۰/۷۶	۱۱/۱۶	۸/۸۳	۰/۵۴	۰/۳۱
	کنترل	۱۷/۷۳	۵/۰۴	۰/۵۹	۰/۶۱	۱۶/۲۶	۴/۴۱	۰/۶۳	۰/۴۵
افسردگی	آزمایش	۱۲/۰۲	۴/۱۲	۰/۶۹	۰/۵۳	۵/۵۲	۵/۶۵	۰/۷۲	۰/۲۵
	کنترل	۱۲/۵۲	۳/۸۸	۰/۴۹	۰/۶۱	۱۲/۱۱	۳/۶۲	۰/۵۷	۰/۳۰

با نگاه اجمالی به داده‌های توصیفی جدول ۲ می‌توان دریافت که طی مراحل پژوهش تغییراتی در متغیرهای پژوهش رخداده است که جهت بررسی معناداری آن از آمار استنباطی بهره برده می‌شود. با توجه به طرح پژوهش و وجود مراحل دوگانه‌ی آن جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره بهره برده می‌شود. در همین راستا، با استفاده از آزمون شاپیرو ـ ویلک، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد که نتایج آن در جدول فوق آمده است. از نتایج می‌توان دریافت که تمامی متغیرها در هر دو مرحله‌ی پژوهش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) و در تمامی گروه‌ها دارای توزیع نرمال است. از سوی دیگر یکی از پیش‌فرض‌ها عدم وجود هم‌خطی چندگانه است که با بررسی مفهوم عامل تورم واریانس (VIF) میان متغیرهای وابسته، دریافته شد بین متغیرها هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

همچنین، به منظور سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان داد تفاوت معناداری در میان گروه‌ها در هر دو متغیر وجود داشته است. میزان F به ترتیب برای افسردگی و اضطراب برابر با ۷/۸۴ و ۲/۸۱ است که در سطح معناداری آن‌ها به ترتیب ۰/۰۹ و ۰/۱۰ در سطح ۹۵ درصد می‌باشد. همچنین جهت سنجش برابری واریانس‌های گروه‌ها از آزمون ام‌باکس استفاده گردید (Mbox=۱۰/۹۶؛ F=۳/۳۷؛ df1=۳؛ df2=۱۴۱۱۲۰/۰۰؛ sig=۰/۱۸). با توجه به این که ماتریس کوواریانس‌ها در گروه‌ها برای این متغیر با یکدیگر برابر می‌باشد، یکی از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تأیید قرار می‌گیرد. در نتیجه می‌توان از آزمون‌های چند متغیره بهره برد که نتایج آن در جدول زیر آمده است:

جدول ۳- آزمون‌های چند متغیره در رابطه با متغیرهای پژوهش

اثر		ارزش	F	df فرض‌ها	df خطا	sig	مجذور اتا
درمان	اثر پیلای	۰/۹۹	۲۱۱۱/۶	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	لاندای ویکلز	۰/۰۶	۲۱۱۱/۶	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	اثر هتلینگ	۱۵۶/۴۱	۲۱۱۱/۶	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۵۶/۴۱	۲۱۱۱/۶	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹
گروه	اثر پیلای	۰/۸۱	۶۰/۷۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	لاندای ویکلز	۰/۱۸	۶۰/۷۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	اثر هتلینگ	۴/۵	۶۰/۷۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۵	۶۰/۷۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱

جدول ۳ مبین آن است که اثربخشی طرحواره‌درمانی در ایجاد تغییرات هر دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی تحصیلی معنادار بوده است که می‌توان در مقدار F (۲۱۱۱/۶) در سطح p<۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد. همچنین مقدار F (۶۰/۷۴) نشان می دهد که مداخله انجام شده به طور کلی میان گروه کنترل و آزمایش تفاوتی در سطح p<۰/۰۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد. اما برای بررسی اینکه

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.7.9]

مداخله انجام شده بر کدامیک از دو متغیر مذکور اثربخش بوده است و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در کدامیک از متغیرها معنادار بوده است، جزئیات تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول۴ ارائه شده است:

جدول ۴- آزمون اثرات بین عوامل در متغیرهای پژوهش

منبع	مرحله	جمع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig	مجذور اتا
مداخله	افسردگی	۱۴۵۹/۳۱	۳	۴۸۶/۴۳	۵۴/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	اضطراب	۲۱۴۳/۱۸	۳	۷۱۴/۳۶	۲۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷
جداگانه	افسردگی	۴۹/۶۱	۱	۴۹/۶۱	۵/۵۱	۰/۰۲	۰/۱۷
	اضطراب	۱۸۱/۲۲	۱	۱۸۱/۲۲	۷/۴	۰/۰۲	۰/۶۶
پیش‌آزمون	افسردگی	۱۶۰/۰۱	۱	۱۶۰/۰۱	۱۷/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	اضطراب	۵۸۳/۹۰	۱	۵۸۳/۹۰	۲۳/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷
گروه	افسردگی	۹۵۷/۸	۱	۹۵۷/۸	۱۰۶/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	اضطراب	۱۶۸۳/۳۱	۱	۱۶۸۳/۳۱	۶۸/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲
خطا	افسردگی	۲۳۴/۰۵	۲۸	۹/۰۱			
	اضطراب	۶۳۶/۳۵	۲۸	۲۴/۴۷			
کل	افسردگی	۳۳۹۰۳	۳۰				
	اضطراب	۹۳۹۷۰	۳۰				
کل اصلاح شده	افسردگی	۱۶۹۳/۳۶	۲۹				
	اضطراب	۲۷۷۹/۴۶	۲۹				

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار آماره F مداخله طرحواره‌درمانی بر متغیر افسردگی برابر ۱۰۶/۳۶ و برای متغیر اضطراب برابر ۶۸/۷۷ می‌باشد که با توجه به سطح معناداری $p<۰/۰۰۱$ آن می‌توان با احتمال ۹۹ درصد بیان داشت که طرحواره‌درمانی اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی شناختی می‌تواند سبب کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان شود که با پژوهش‌های آلی و همکاران (۲۰۱۷)، استرینگر (۲۰۱۸)، چین و مانسوری (۲۰۱۹) بچ و برنستین (۲۰۱۹) و میرخان و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اینکه طرحواره درمانی سبب کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می شود همسو است. در تبیین این یافته‌ها باید گفت که با توجه به اهمیت آسیب‌های دوران کودکی در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب و تأکید طرحواره‌درمانی بر باورهای ناکارآمد به وجود آمده در آن دوران، این درمان از اصول و فنون زیادی استفاده می‌کند تا آن‌ها را بازسازی و تغییر دهد. در این راستا می‌توان گفت عناصر طرحواره درمانی متشکل از رویکردهای شناختی- رفتاری، دلبستگی، روابط شئ، سازه‌گرایی و روان‌کاوی در قالب یک مدل درمانی هستند. درنتیجه منطقی به نظر می‌رسد که طرحواره درمانی با ترکیب رویکردهای مختلف (دلبستگی و روابط شئ) در قالب یک مدل درمانی برای افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا سرطان پستان مؤثر واقع شود (یانگ و همکاران، ۲۰۱۲). طرحواره‌درمانی با کار بر روی صدای درونی شده والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌ها، کمک می‌کند تا بیماران به ریشه افکار خود، آگاهی یابند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرحواره و پیداکردن تعریفی جدید از شواهد تأییدکننده یا ردکننده آن، طرحواره و افکار ناخودآیند منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه جدید به خود، دنیا و آینده پیدا کنند. افراد مبتلا سرطان طرحواره‌هایی چون بی‌ارزشی، طرد و تنبیه را ناشی از آن بیماری برجسته‌تر کرده‌اند اطلاعات همخوان با طرحواره را تأیید و اطلاعات ناهمخوان با آن را نادیده می‌گیرند و این روند را در کلیه سطوح زندگی تداوم می‌بخشند (گارینو، پولینی، فورت، فاویری، بنکامیجنی و کیساگراند[1]، ۲۰۲۰).

1 Guarino, Polini, Forte, Favieri, Boncompagni & Casagrande

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.7.9]

در همین راستا باید افزود که حوزه جدایی و طرد شامل طرحواره‌های شناختی است که باعث می‌شود شخص به این باور برسد که نیازهای اساسی، از قبیل عشق، امنیت، و ثبات برآورده نخواهد شد. نکته قابل توجه دیگر این است که اغلب طرحواره‌هایی که از بیماران سرطانی شناسایی کردیم، طرحواره‌های غیرشرطی هستند که باعث می‌شوند فرد به این باور برسد انتخابش برای درمان و ادامه درمان اهمیتی ندارد، و نتیجه نهایی یکسان خواهد بود. هر فردی که با یک اتفاق بد در زندگی روبه‌رو شده باشد (برای مثال دریافت تشخیص سرطان پستان) که در نهایت موجب به وجود آمدن عواقب نامطلوب می‌شود، بایستی تمام راه‌حل‌های ممکن را در نظر بگیرد و بهترین آن‌ها را با توجه به شرایط ضروری و نیازهای خود انتخاب کند (رابرتز، سی، گاندهی و برنتسمن[1]، ۲۰۱۸). هنگام تصمیم‌گیری، عوامل زیادی، از قبیل طرحواره‌های شناختی که در بالا توضیح داده شده‌اند، دخیل می‌شوند. با تجزیه و تحلیل متوجه تفاوت‌های آشکاری میان دو گروه می‌شویم که می‌توانند درمورد تصمیم‌گیری‌هایی مهمی مانند ادامه روند درمان توضیحاتی ارائه دهد. طرحواره‌های شناختی که روی دیگران تمرکز می‌کند به ایده حفظ یک رابطه عاطفی کافی با اطرافیان مرتبط است و در نتیجه، ایده غالب این است که همه چیز باید بدون تغییر باقی بماند. برای این دسته از بیماران، این هدف با پذیرش متحمل شدن فرایند درمان تصور می‌شود که قابل دستیابی باشد. طرحواره‌درمانی شامل پاسخ‌های سالم فرد، شناسایی ریشه طرحواره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک‌کننده جهت تشخیص رفتارها و باورهای منفی است که می‌تواند اضطراب و افسردگی را در عموم افراد و در اینجا زنان مبتلا به سرطان پستان موجب شود. طی درمان با آگاهی نسبت به طرحواره‌ها زمینه تغییر و به‌تبع آن در روابط بین‌فردی و درون‌فردی فراهم می‌شود. هم‌چنین تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خودیادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین‌فردی و نیز خود آرامش‌دهی، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد (کوپرس، ون، پین و دکر[2]، ۲۰۲۰).

در پایان می‌توان گفت که به کارگیری طرحواره‌درمانی باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی می‌شود و از بین بردن یا تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب تغییر در باورهای فرد گردیده و در نتیجه شناخت وی نسبت به خود و شرایط پیرامونی تغییر می‌یابد و به موجب آن، بیماران نگرش خوش‌بینانه‌تری نسبت به آینده خویش پیدا کرده و این عاملی برای تلاش بیشتر برای رسیدن به اهداف و خواسته‌های درمانی است. از این رو اهمیت طرحواره‌درمانی در ایجاد سلامت روانی به طور برجسته‌ای نمایان شده و می‌توان این درمان را عاملی مؤثر در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به سرطان پستان و افزایش سلامت روانی آنان دانست.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان گفت که نگرش آزمودنی‌ها به آزمون‌های مورد استفاده، میزان همکاری آن‌ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آن‌ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی، از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج بود و می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین تفاوت در ویژگی‌های خانوادگی و اقتصادی آزمودنی‌ها ممکن است بر اثرپذیری آزمودنی‌ها از مداخلات اثر گذاشته باشد. لازم به ذکر است که به علت کمبود منابع مالی و انسانی از مرحله پیگیری صرف نظر شد. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با جلسات آموزشی طرحواره‌درمانی همراه با دوره‌های پیگیری اجرا شود تا نتایج قابل اطمینان‌تری کسب شود. انجام پژوهش‌های مشابه در بافت‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی و در انواع دیگر سرطان با موقعیت‌های مختلف جغرافیایی نیز پیشنهاد می‌گردد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های بالینی منظم که بر اساس طرحواره‌های شناختی هستند، می‌توانند به روش‌های درمانی که هدف آن‌ها ارتقا سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان هستند، کمک کند. همچنین با در نظر گرفتن یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان و مشاوران حاضر در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های مرتبط با بیماران سرطان پستان، پروتکل طرحواره‌درمانی را به کار گیرند.

منابع

نیک‌بخش، ن؛ موعودی، س؛ محمدیان امیری، ف؛ نیازی‌فر، م؛ و بیژنی ، ع. (۱۳۹۸). وضعیت افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران سرطان پستان مبتلا به افسردگی تحت درمان با سیتالوپرام و روان درمانی حمایتی گروهی در شش ماه . *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۲۹(۱۷۳)، ۶۴-۷۴.

1 Roberts, Si, Gandhi & Bernstam

2 Koppers, Van, Peen & Dekker

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.7.9]

نوری، ر؛ فتحی آشتیانی، ع؛ احمدی، خ؛ و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۳). وضعیت سلامت عمومی و روانی سربازان در دوره آموزش رزم مقدماتی. *فصلنامه روانشناسی نظامی*. ۵(۱۸)، ۵-۱۴.

Aly, H. Y., Abd ElGhany Abd ElLateef, A., & El Sayed Mohamed, A. (2017). Depression and anxiety among females with breast cancer in Sohag University: results of an interview study. *Remed Open Access*. 2017; 2, 1080.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Bach, B., & Bernstein, D. P. (2019). Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1), 38-49.

Bedreag, O. H., Rogobete, A. F., Sandesc, D., Cradigati, C. A., Sarandan, M., Popovici, S. E., ... & Papurica, M. (2016). Modulation of the Redox Expression and Inflammation Response in the Critically Ill Polytrauma Patient with Thoracic Injury. Statistical Correlations between Antioxidant Therapy. *Clinical laboratory*, 62(9), 1747-1759.

Chin, J. H., & Mansori, S. (2019). Theory of Planned Behaviour and Health Belief Model: females' intention on breast cancer screening. *Cogent Psychology*, 6(1), 1647927.

Ghazanfari, F., Rezaei, M., & Rezaei, F. (2018). The mediating role of repetitive negative thinking and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and depression. *Archives of psychiatric nursing*, 32(3), 432-438.

Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I., & Casagrande, M. (2020). The effectiveness of psychological treatments in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 9(1), 209.

Koppers, D., Van, H., Peen, J., & Dekker, J. J. (2020). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with mental disorders. *Psychotherapy Research*, 1-12.

Kyei, K. A., Oswald, J. W., Njoku, A. U., Kyei, J. B., & Vanderpuye, V. (2020). Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients Undergoing Treatment in Ghana. *African Journal of Biomedical Research*, 23(2), 227-232.

Maass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108.

Mammadzada, G., & Munir, K. (2018). Disclosure and insight of breast cancer diagnosis and mental well-being: a pilot study among Azerbaijani women. *Psycho-oncology*, 27(2), 700.

Mirkhan, N. S., Khalatbari, J., & Tajeri, B. (2019). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy on Resiliency of Breast Cancer Patients in East Tehran Medical Centers. *Iranian journal of educational sociology*, 2(1), 171-177.

Muzzatti, B., Bomben, F., Flaiban, C., Piccinin, M., & Annunziata, M. A. (2020). Quality of life and psychological distress during cancer: a prospective observational study involving young breast cancer female patients. *BMC cancer*, 20(1), 1-8.

Roberts, K., Si, Y., Gandhi, A., & Bernstam, E. (2018,). A framenet for cancer information in clinical narratives: schema and annotation. In Proceedings of the Eleventh International Conference on Language Resources and Evaluation *(LREC 2018)*.

Shim, E. J., Lee, J. W., Cho, J., Jung, H. K., Kim, N. H., Lee, J. E., ... & Kim, Y. S. (2020). Association of depression and anxiety disorder with the risk of mortality in breast cancer: a National Health Insurance Service study in Korea. *Breast cancer research and treatment*, 179(2), 491-498.

Stringer, S. (2018). Psychosocial impact of cancer. *Cancer Nursing Practice (through 2013)*, 7(7), 32.

Syrowatka, A., Motulsky, A., Kurteva, S., Hanley, J. A., Dixon, W. G., Meguerditchian, A. N., & Tamblyn, R. (2017). Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*, 165(2), 229-245.

Yang, H., Brand, J. S., Fang, F., Chiesa, F., Johansson, A. L., Hall, P., & Czene, K. (2017). T ime-dependent risk of depression, anxiety, and stress-related disorders in patients with invasive and in situ breast cancer. *International journal of cancer*, 140(4), 841-852.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2012). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.7.9]