

اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سرطان سینه

آرام بوجاری^۱، سینا جانعلی زاده چناری^{۲*}، مریم شمسی فر^۳، رکسانا نخعی مقدم^۴، سمیرا سادات تقدیسی حیدریان^۵

چکیده

مقدمه: وقتی کسی به سرطان مبتلا می‌شود، تنها جسم او نیست که تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد. سیر پیچیده بیماری و درمان سرطان، بیمار و خانواده او را در معرض فشار و آسیب‌های روانی قرار می‌دهد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سرطان سینه بود.

روش پژوهش: این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود، جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه زنان با تشخیص سرطان پستان مراجعه کننده به یکی از بیمارستان های 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 اضطراب کتل را تکمیل کردند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد، طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر داشته است.

نتیجه گیری: با توجه به اثربخش بودن طرحواره درمانی پیشنهاد می شود مراکز درمانی اعم از کلینیک ها و بیمارستان ها در جهت کمک به فرآیند درمان از این برنامه درمانی استفاده کنند.

واژگان کلیدی: اضطراب بیماری، سرطان سینه، طرحواره درمانی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۷/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۱۱

استناد: بوجاری آرام، جانعلی زاده چناری سینا، شمسی فر مریم، نخعی مقدم رکسانا، تقدیسی حیدریان سمیرا سادات. اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سرطان سینه، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۴): ۱۹۲-۲۰۲


^۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، پردیس بین المللی کیش، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

^۲ - نویسنده مسئول، کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران
ina.janalizade.1374@gmail.com

^۳ - دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

^۴ - دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۵ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز  منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده باشد.

به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روز به روز افزایش می‌یابد. (۱). سرطان به عنوان رشد غیر قابل کنترل سلول‌های غیر عادی تعریف شده است، که تومورهایی به نام نئوپلاسم تولید می‌کند. دو نوع تومور وجود دارد: تومور خوش خیم که در تمام بدن پراکنده نمی‌شود، و تومور بدخیم، که متاستاز یا فراگستری نشان می‌دهد. {فرآیند کنده شدن سلول‌ها از تومور و حرکت به نقاط دیگر}. (۲). در سال ۲۰۰۸ سرطان مسئول مرگ ۷/۶ میلیون نفر در سراسر کره زمین بود (حدود ۱۳ درصد تمام مرگ و میرها) و اکنون علت اصلی مرگ و میر است. برآورد می‌شود که مرگ و میر ناشی از سرطان در کل جهان به بیش از ۱۱ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد. (۲). پس از بیماری‌های قلبی عروقی و سوانح و حوادث، سرطان سومین عامل مرگ و میر در ایران است. سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر از ایرانیان در اثر سرطان، جان خود را از دست می‌دهند. تخمین زده می‌شود سالیانه بیش از ۸۰۰۰۰ مورد جدید سرطان، در کشور اتفاق می‌افتد. (۳).

سرطان پستان و پروستات هنوز به ترتیب از شایع‌ترین انواع سرطان در زنان و مردان است. موارد سرطان ریه در زنان در حال افزایش است. همچنین موارد تومورهای مری که در اثر اسیدهای واکنشی در اثر چاقی ایجاد می‌شود، اکنون بیشتر در مراکز درمانی دیده می‌شود. سرطان در نواحی سروگردن که توسط نوعی ویروس ایجاد می‌شود در حال افزایش است. گفته می‌شود که سکس دهانی عامل اصلی انتقال این نوع ویروس است. بر اساس بررسی‌های تازه، افزایش امید به زندگی به این معنی است که افراد بیشتر عمر می‌کنند و لذا تعداد بیشتری از آن‌ها تحت تأثیر این بیماری قرار خواهند گرفت. اما سبک زندگی بهتر مانند کاهش وزن و سیگار نکشیدن، می‌تواند تأثیر مهمی در عدم ابتلا به این بیماری داشته باشد.

مهمترین درمان‌های سرطان امروزه عبارتند از: (۱) جراحی (۲) شیمی درمانی (۳) داروهای آنتی نئوپلاسمی (۴) پرتو درمانی (۵) هورمون درمانی، که طی آنها به نوعی (دارویی یا جراحی) عملکرد برخی هورمون‌ها مختل می‌شود. که هر یک از آن‌ها می‌تواند بر سازگاری روانشناختی بیماران تأثیر بگذارد. (۴). اضطراب معمولاً به صورت نگرانی غیر قابل کنترل ظاهر می‌شود؛ ترس شدیدی که حملات وحشت زندگی خواب‌های ناراحت‌کننده، یا بی‌قراری، بیداری‌های مفرط، بی‌خوابی، تنفس دشوار و ناراحت، تنگی 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 (۵). اضطراب زمانی که 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 (۶). با این وجود بسیاری از آزمایش‌های بالینی روی حالت ترکیبی اضطراب و افسردگی تأکید کرده‌اند. (۷) 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 (۸). علائمی که در رابطه با درمان سرطان انجام می‌گیرد، از قبیل خستگی و درد خطر گسترش اضطراب و افسردگی را افزایش میدهد؛ علاوه بر این روش‌های درمانی از قبیل شیمی درمانی و هورمون درمانی، به عنوان روش‌هایی که تغییرات شیمیایی مغزی را ایجاد میکنند شناخته شده‌اند که خطر افزایش اضطراب و افسردگی را در پی خواهد داشت (۹). کنترل دقیق همه احساسات منفی به ویژه اضطراب بیماری، به دلیل اختلالات شناخته شده آنها و تأثیر روی روند و اثر بخشی درمان، کلی‌نیازی ضروری در مراقبت بهداشتی است.

در میان بسیاری از رویکردهای متفاوت که برای درمان کردن علائم اضطراب و افسردگی ناشی از ابتلا به بیماری سرطان پیشنهاد شده است، روان درمانی‌های " موج سوم " طی دو دهه گذشته، توجه زیادی را به خود جلب نموده‌اند. این رویکردها، نشانگر یک نوآوری در چارچوب رفتار شناختی- رفتاری‌اند، چرا که بهبود دادن علائم را به عنوان تنها هدف خود دنبال نمی‌کنند بلکه بر موضوعاتی مانند ذهن آگاهی، شفقت، آمیختگی شناختی، پذیرش، و طرحواره درمانی نیز تاکید دارند (۱۰). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان متمرکز بر شفقت، و طرحواره درمانی، نمونه‌هایی از روان درمانی‌های " موج سوم " است که کارآیی آن‌ها برای درمان کردن بیماری‌های مختلف، و عمدتاً اختلالات افسردگی و اضطراب، به اثبات رسیده است (۱۱). در این راستا از جمله رویکردهایی که می‌تواند مورد توجه قرار گیرد، رویکرد طرحواره محور است. در این رویکرد طرحواره‌های ساختارها، چارچوب یا الگوی محتوای شناختی محسوب می‌شوند که به عنوان یک طرح شناختی زیربنایی راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مشکلات هستند (۱۲). طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (۱۳).

نتایج پژوهش مؤذنی، غلامرضایی و رضایی (۱۴) نشان داد که جلسات طرحواره درمانی باعث کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان شده است. نتایج پژوهش تقی یار (۱۵) نشان داد که آموزش رویکرد طرحواره درمانی باعث کاهش سرخوردگی زناشویی زنان شده است. قادری، کلانتری و مهرابی (۱۶) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره درمانی برای اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی از اثربخشی لازم برخوردار است. دمیترسکو و روسو، نشان دادند که سطوح طرحواره‌های ناسازگار اولیه توانستند سطوح رضایت زناشویی را پیش‌بینی کنند. پژوهشگران در یافته‌های خود اثربخشی طرحواره درمانی را در افزایش کیفیت و رضایت از زندگی و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه (۱۷-۱۸-۱۹) مورد تأیید قرار داده‌اند.

در پژوهش‌های بسیاری دریافته شده است که طرحواره درمانی می‌تواند سبب بهبود و یا تعدیل نشانه‌های افسردگی و اضطراب شود. عموم آن پژوهش‌ها در جوامعی انجام شده که از مشکلات جسمانی خاصی مانند سرطان رنج نمی‌برده‌اند؛ بر همین اساس، باتوجه به مطالعات انجام شده و نظریه‌های مطرح شده در این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سرطان سینه موردتوجه قرار گرفت، لذا پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سرطان سینه اثر دارد؟

روش پژوهش:

روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود، جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه زنان با تشخیص سرطان پستان مراجعه کننده به یکی از بیمارستان‌های شهر تهران که از بین ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس یا داوطلبانه انتخاب شدند. سپس در دو گروه ۳۰ نفره آزمایشی و کنترل به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. پروتکل دوازده جلسه‌ای طرحواره درمانی یانگ بر روی گروه آزمایشی اجرا گردید. هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه اضطراب کنترل را تکمیل کردند.

معیار ورود عبارتند از سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، شرکت داوطلبانه، عدم وجود بیماری های روانی، بستری بودن در بخش شیمی درمانی، گذشتن حداقل دو هفته از شروع بیماری. معیارهای خروج عبارتند از: فوت کردن بیمار، شرکت نکردن در حداقل دو جلسه روان درمانی. ابزار پژوهش شامل:

پرسشنامه اضطراب کتل: این پرسشنامه توسط کتل طراحی شده است. این ابزار شامل ۴۰ گویه سه گزینه ای است که بر اساس طیف سه درجه ای لیکرت از یک تا سه نمره گذاری می شود. افرادی که نمره شان بالای ۴۵ باشد، «مضطرب» محسوب می شوند. کتل اعتبار کل پرسشنامه را برطبق روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ گزارش کرد. در ایران شاهجویی اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرد. (۲۰).

جدول ۱ - خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسه	محتوا
جلسه اول	مروری بر ساختار جلسات و قوانین و انجام توافقات لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، و نحوه تکمیل کردن پرسشنامه طرحواره، تکمیل کردن پرسشنامه برای پیش آزمون، و فراهم سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی 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 طرحواره های بیمار، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل گیری طرحواره نقش داشته اند، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارائه تکلیف
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک مقابله ای، بررسی انواع سبک های مقابله ای، بیان چند مثال درباره سبک های مقابله ای، ارائه تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع آوری شواهد عینی تأکید کننده بر طرحواره، جمع آوری 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 مؤثر 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

روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها عبارتند از: روش‌های متداول آمار توصیفی مانند: توزیع فراوانی، شاخص‌های پراکندگی و سایر روش‌های این نوع از تحلیل آماری به کار گرفته شد. روش آمار استنباطی: پردازش آماری با روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) و کمک گرفتن از نرم افزار SPSS پردازش آماری انجام می‌گردد.

یافته‌ها:

شرکت کنندگان، ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان سینه بیمارستان فارابی بودند که میانگین سنی آنها ۳۲/۳۵ سال بود. در این پژوهش هیچ گونه ریزش نمونه و پرسشنامه مفقود شده‌ای نداشتیم که علت آن به ترتیب ارتباط مناسب با مراجعان و کنترل دقیق پرسشنامه‌ها پس از تکمیل شدن توسط شرکت کنندگان بود. پیش از انجام تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس تک متغیره، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیر پژوهش معنی‌دار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. هم‌چنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنی‌دار نبود، این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. میانگین و انحراف استاندارد متغیر اضطراب در دو گروه آموزش طرحواره درمانی و گروه کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیر اضطراب

متغیر	گروه	میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
اضطراب بیماری	طرحواره درمانی	۴۷/۵۸	۳۶/۲۵	۳/۵۶	۳/۸۵
	کنترل	۴۸/۵۶	۴۸/۴۷	۳/۷۸	۳/۴۲

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، تغییراتی در نمرات پیش-آزمون، پس‌آزمون در متغیر اضطراب بیماری در گروه طرحواره درمانی رخ داده است. در طرحواره درمانی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌دار داشت. در این تحقیق از آزمون آماری کوواریانس به دلیل تناسب و سازگاری بیشتر با فرضیه تحقیق استفاده شده است.

جدول (۲): مقایسه تفاضل نمرات پس‌آزمون - پیش‌آزمون اضطراب در دو گروه طرحواره درمانی و کنترل

منبع	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P
گروه	اضطراب بیماری	۹/۵۶	۱	۹/۵۶	۰/۹۷۰	۰/۰۰۵
خطا	اضطراب بیماری	۱/۵۶	۳۸	۰/۰۴۱		
کل	اضطراب بیماری	۱۱/۱۲	۴۰			

باتوجه به نتایج جدول ۲، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه‌ها در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار می‌باشد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سرطان سینه و تفاوت بین گروه‌ها در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده از مقایسه پس‌آزمون اضطراب در دو گروه، حاکی از آن است که پس از شرکت در جلسات طرحواره درمانی میانگین نمرات متغیر ذکرشده در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است، بنابراین طرحواره درمانی بر کاهش علائم اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سرطان سینه تأثیر معناداری داشته است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های یوسفی (۲۱)، شخمگر (۲۲)، آقایی، حاتمی پور و عاشوری (۲۳)، پناهی فر، یوسفی و آرمانی (۲۴)، مؤذنی، غلامرضایی و رضایی (۱۵)، قادری، کلانتری و مهرابی (۱۶) همسو می‌باشد. نتایج یافته‌های هم‌راستا نشان می‌دهد که طرحواره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری می‌گردد. این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر مؤثر بوده است. طرحواره درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می‌رسد بتواند به‌طور کلی باعث بهبود سلامت روان‌شناختی و در نتیجه سلامت روانی در افراد شود. تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین‌فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند (۲۵). در تبیین بیشتر این یافته‌ها می‌توان گفت رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای

خودانگیزگی و دل‌بستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود که می‌تواند سبب کسب آرامش و کاهش اضطراب، نشخوار منفی اندک، در نتیجه تجربیات انگیزگی جسمانی کمتر می‌گردد که می‌تواند تعیین‌کننده مفیدی برای سلامت باشد.

ملاحظات اخلاقی:

پس از تأییدیه‌های لازم و اخذ مجوز از طرف دانشگاه، جهت تکمیل پرسشنامه‌ها به کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه اهداف و نحوه کار توضیح داده شد و رضایت آن‌ها را جلب نموده و به آن‌ها اطمینان داده شد که در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیار آنان قرار خواهد گرفت. همچنین به افراد اطمینان داده شد که برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش آزاد هستند و در صورت عدم شرکت و همکاری، روند درمان یا مراقبت‌های ایشان تحت اثربخشی قرار نخواهد گرفت و به صورت معمول پی‌گیری خواهد شد. به افراد اطمینان داده شد که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند تصمیم به خروج از پژوهش بگیرند و این امر تبعات سوئی برای ایشان نخواهد داشت.

محدودیت پژوهش:

این پژوهش هم مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود که یکی از این محدودیت‌ها وضعیت روانی و عاطفی بیماران هنگام پاسخگویی به سوالات بود که ممکن است در صحت و دقت پاسخگویی آنان تاثیر گذار باشد که این محدودیت غیر قابل کنترل بود.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر:

نویسندگان مقاله از تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

References:

1. Babapour J, Zeinali S, Zarezade F, Nejati B. The Structural Association of Religious Attitude and Coping Style with Quality of Life and Fatigue in Cancer Patients. JHC, 2016; 18 (1): 45-54.
2. Ogden J. health Psychology. Tehran: Arajmand Publications; 2020.
3. Ramezani Darya Seri R. Comprehensive National Cancer Control Program, Ministry of Health and Medical Education; 2012.
4. Snyder, C. R & Lopez, S, G. Positive Psychology, New York Published by Oxford University Press, Inc; 2017.

5. Shim E.J., Lee J.W., Cho J., Jung H.K., Kim N.H., Lee J.E., Kim Y.S. 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*, 2020; 179(2): 491 -498. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05479-3>
6. Mammadzada G., Munir K. Disclosure and insight of breast cancer diagnosis and mental well-being: a pilot study among Azerbaijani women. *Psycho-oncology*, 2018; 27(2): 700.
7. Aly H.Y., Abd ElGhany Abd ElLateef A., El Sayed Mohamed A. Depression and anxiety among females with breast cancer in Sohag University: results of an interview study. *Remed Open Access*. 2017; 2: 1080.
8. Stringer S. Psychosocial impact of cancer. *Cancer Nursing Practice (through 2013)*, 2018; 7(7): 32.
9. Chin J.H., Mansori S. Theory of Planned Behaviour and Health Belief Model: females' intention on breast cancer screening. *Cogent Psychology*, 2019; 6(1): 1647-927.
10. Park N., Peterson C. Character strength: research and practice, university of Rhode Island and University of Michigan; 2012; 4: 18
11. Seligman M.E.P, Csikzentmihaly M. Positive psychology progress: Empirical Validation of Internatin American psychologist; 2000; 55: 5-14.
12. Brati Sadeh. The effectiveness of positive psychology interventions to increase vitality, satisfaction with life, meaningfulness of life and reduce depression; develop a model for action. Dissertation for obtaining a doctorate degree, Allameh Tabatabai University; 2010.
13. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A practioner Guide. 1sted. New York: Guilford press; 2003.
14. Mozamzadeh T, Gholamrezai S, Rezaei F. The Effect of Schema Therapy on Severity of Depression and Suicidal Thoughts in Patients with Resistant to Depression. *Armaghanj*, 2018; 23 (2): 253-266. <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-1499-fa.html>
15. Taghiyar Z, pahlavanzade F, Samavi Sayed A. The Impact of the Schema Therapy on the Marital Frustrations of Married Women, women and study of family. 2017; 9(34): 49-63. https://journals.iau.ir/article_531622.html
16. Ghaderi F., Kalantari M., Mehrabi H. Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies*, 2016; 6(24): 1-28. <https://doi.org/10.22054/jcps.2016.6512>
17. Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T., et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused

therapy vs. transference focused psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 2016; 63: 649–658.

18. Hoffort A., Vesrland S. Sexton H. Self-understanding, guided discovery and schema beliefs in schema focused cognitive therapy of personality problems: A process outcome study. Journal of cognitive therapy and research, 2002; 26 (2): 190-219.

19. Morrison N. Schema Focused therapy for comlex long standing problem: A single case study. Behavioral and cognitive psychotherapy.2000; 28(3): 269- 283.

20. Shahjoe T. [Investigation relationship anxiety and anxiety test. (Dissertation). Semnan: The University of Semnan; 2006.[Persian]

21. Yoosefi N. Comparison of the effectiveness of family therapy based on schema therapy and Bowen emotional system therapy on theearly maladaptive schema among divorce applicant clients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012; 13 (4): 356-73 [Persian].
<https://doi.org/10.22038/jfmh.2011.924>

22. Shokhmgar Z. Effectiveness of schema therapy in reducing mental health problems caused by extramarital relationships in couples. Quarterly Journal of Health Breeze, 2016; 5(1): 1-7.
https://jfh.sari.iau.ir/article_654229.html?lang=en

23. Rahimaghaee F, Hatamipour K, Ashoori J. The Effect of Group Schema Therapy on Decrease Symptoms of Depression and Increase Quality of life among Nurses. 3 JNE 2017; 6 (3): 17-23.
<http://dx.doi.org/10.21859/jne-06033>

24. Panahifar S, Yousefi N, Amani A. The Effectiveness of Schema-Based Couple Therapy on Early Maladaptive Schemata Adjustment and the Increase of Divorce Applicants Adaptability. Kuwait Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review. 2014; 3. 339-346. [Persian.] <http://dx.doi.org/10.12816/0018357>

25. Nickolai Titov Blake F. Dear Shehzad A, Judy B. Zou, Carolyn N. Lorian, Luke Johnston, Matthew D. Terides, Rony Kayrouz, Britt Klein, Milena Gandy, Vincent J. Fogliati, Clinical and Cost-Effectiveness of Therapist-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Older Adults With Symptoms of Depression: A Randomized Controlled Trial, Behavior Therapy, 2015; 46(2): 193-2015 <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.008>