مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۴، تیر ۱۴۰۴، ۳۵۹-۳۴۶

اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه نیمه‌تجربی

سمانه میرزایی[۱]، مجید پورفرج عمران[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۲۲ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۳/۰۷/۲۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۴/۰۲/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان معضل بهداشت عمومی است. استفاده از طرح‌واره درمانی و انجام پژوهش در این زمینه افزایش یافته است و شواهد روزافزون حاکی از مفید بودن این درمان در موقعیت‌های مختلف است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای تشخیص سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی(ره) واقع در شهر ساری در سال ۱۴۰۲ بود که ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. سپس هر دو گروه به‌وسیله پرسش‌نامه تنظیم هیجان و تاب‌آوری ارزیابی شدند. افراد گروه آزمایش ۱۲ جلسه طرح‌واره درمانی گروهی را در طول سه ماه و به‌صورت یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد پس از ارائه درمان، میانگین نمره راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان در گروه آزمایش کاهش ($P<۰/۰۰۱$)، در حالی‌که میانگین نمره راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و تاب‌آوری در گروه آزمایش افزایش یافت ($P<۰/۰۰۱$) و در تنظیم هیجانی و تاب‌آوری تغییرات معناداری ایجاد شد ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. بنابراین، استفاده از این رویکرد جهت بهبود تنظیم هیجانی و تاب‌آوری توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی، تنظیم هیجان، تاب‌آوری، سرطان پستان

ارجاع: میرزایی س، پورفرج عمران م. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه نیمه¬تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۴، دوره ۲۴ شماره ۴، صفحات: ۳۵۹-۳۴۶.

مقدمه

سرطان پستان هم‌چنان یک معضل بهداشت عمومی است و در حال حاضر شایع‌ترین سرطان در زنان است (۱). استفاده از روش‌های مختلف درمانی و قرار گرفتن طولانی مدت در معرض سرطان پستان، بار سنگینی برای بیماران و مراقبان آن‌ها محسوب می‌شود (۲). تشخیص سرطان پستان عملکرد بسیاری از زنان را

۱-دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران
تلفن: ۰۱۱-۴۳۲۱۷۰۳۸، پست الکترونیکی:Ma.pourfaraj@iau.ac.ir

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

تقریباً در تمامی زمینه‌های زندگی مختل می‌کند و برای بیماران سرطانی سازگاری با بیماری خود و مقابله با چالش‌های بیماری مهم است (۳).

اگرچه بیماران مبتلا به سرطان پستان مشکلات جسمانی و روان‌شناختی مختلفی را نشان می‌دهند، اما مشکلات در تنظیم هیجان یکی از چشم‌گیرترین مشکلات در این افراد شناخته شده است. مطالعات بالینی نیز نشان داده است که بیماران مبتلا به سرطان پستان مشکلات بسیار بیشتری در تنظیم هیجان نسبت به جمعیت عمومی دارند (۴). Kangas و Gross در بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مشکلات سلامت روان در مبتلایان به سرطان پستان نشان دادند، عدم کنترل کافی در رفتار این افراد علت شایع تنش و نگرانی در این افراد می‌باشد. دشواری در تنظیم هیجان منجر به افت کیفیت زندگی می‌شود و به‌دلیل اثرات منفی آن بر سلامت و عملکرد، به عنوان اولویت بهداشت عمومی در نظر گرفته می‌شود (۵). با توجه به این موارد می‌توان نتیجه گرفت که رشد راهبردهای تنظیم هیجان در بهبودی افراد مبتلا به سرطان پستان نقش دارند؛ لذا مهارت‌های فرد در تنظیم شناختی هیجان و پیامدهای ناشی از آن می‌تواند پیامدهای ناگوار سرطان را تحت تأثیر قرار دهد (۶).

در رویکردهای نوین درمان مشکلات روانشناختی ناشی از سرطان، عوامل محافظت‌کننده شناسایی می‌گردد که از جمله این عوامل تاب‌آوری (Resilience) می‌باشد که فقدان آن می‌تواند به طرق مختلفی مانند ترس از عدم بهبودی و مرگ، ترس از عدم درمان بیماری و هم‌چنین بیزاری از خود در نتیجه تغییرات ظاهری در این بیماری نقش داشته باشد. تاب‌آوری به فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده یا چالش‌برانگیز اشاره دارد (۷). Chen و همکاران نشان دادند زنان مبتلا به سرطان پستان، رویدادهای استرس‌زای بیشتر و در مقابل تاب‌آوری کمتری را تجربه می‌کنند (۸). Tamura و همکاران دریافتند که تاب‌آوری در برابر استرس نقش مهمی در سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان دارد (۹). بنابراین، تاب‌آوری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، اداره بیماری توسط خود فرد و در کل در نتیجه بیماری تأثیرگذار است؛ لذا در درمان سرطان پستان، بهره‌گیری از روش‌های درمانی که مؤثر در افزایش تاب‌آوری باشد، ضروری و حائز اهمیت است (۷).

با توجه به توضیحات ارائه شده، دغدغه اثرات زیان‌بار دارویی، اجتماعی، روان‌شناختی و بهداشتی ناشی از درمان سرطان، هم‌چنین عواملی تأثیرگذار از قبیل تنظیم هیجان و تاب‌آوری، دنیا در حال حاضر نظاره‌گر فوریتی تازه جهت گسترش هر چه بیشتر و بهتر راهبردهای پیش‌گیری کارآمد مشکلات مرتبط با سرطان می‌باشد. از سوی دیگر، با توجه به سطوح بالای مشکلات در تنظیم هیجان و تجربه تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان، توجه به درمان‌های مؤثر و کارآمد در برابر مشکلات روان‌شناختی ناشی از این بیماری از اهمیت بالایی برخوردار است. طبق مطالعات یکی از درمان‌های مؤثر که تأثیرات قابل توجهی بر تنظیم هیجان و تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان دارد، طرح‌واره درمانی است. هدف اولیه این مدل روان درمانی ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌ها است و هدف نهایی آن بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های تنظیم هیجان است (۱۰). به عنوان مثال، نتایج پژوهش Mirkhan و همکاران حاکی از تأثیر طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان بود (۱۱). مطالعه Knapík و Slancová نیز حاکی از تأثیر طرح‌واره درمانی بر آسیب-شناسی و تنظیم هیجان زنان مبتلا به سرطان پستان بود (۱۲). Talebi و همکاران نشان دادند طرح‌واره درمانی بر توانایی تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است (۱۳). در مطالعات ذکر شده اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان مورد بررسی قرار گرفته است، اما بین نتایج مطالعات ذکر شده در زمینه اثربخشی این رویکرد درمانی بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

CCBY-NC.4.0 DEED

تضاد وجود داشت که ضرورت پژوهش حاضر را برجسته می‌نماید (۱۰).

با توجه به آن‌چه بیان شد امروزه تدوین درمان‌های مؤثر و کارآمد برای رفع پیامدهای ناخوشایند سرطان و تقویت توانایی‌های فرد دارای سرطان برای مقابله با این نوع بیماری، هدف بسیاری از پژوهش‌ها است (۱۱). هم‌چنین، مطالعات صورت گرفته در مورد اثربخشی طرح‌واره درمانی در بهبود تنظیم هیجان و تاب‌آوری در سایر گروه‌های بیماران بوده است و این‌که اکثر مطالعات روان‌شناختی صورت گرفته بر روی بیماران سرطانی بیشتر بر روی علائم شناختی این بیماران بوده و مؤلفه‌های هیجانی یا بررسی نشده یا خیلی کمتر مورد بررسی قرار گرفته (۹)؛ از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دارای تشخیص سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) واقع در شهر ساری در سال ۱۴۰۲ بود. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، توان آماری ۰/۸، با گروه آزمایشی و کنترل، استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و دو دفعه سنجش، تعداد نمونه با استفاده از نرم‌افزار G-power نسخه ۳/۱/۹/۴، تعداد ۳۲ نفر به‌دست آمد که به شیوه هدف‌مند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده و با استفاده از روش قرعه‌کشی به گروه کنترل (۱۶ نفر) و گروه آزمایشی (۱۶ نفر) گمارش شدند. سپس گروه آزمایشی، طرح‌واره درمانی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند.

معیارهای ورود شامل تشخیص بیماری سرطان پستان که با نظر پزشک متخصص صورت گرفت، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، عدم ابتلاء به انواع دیگری از سرطان‌ها، عدم ابتلاء هم زمان به یک بیماری جسمی و عصب شناختی مانند دیابت، عدم وجود اختلالات سایکوتیک و شخصیتی، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تمایل به همکاری و ملاک‌های خروج نیز شامل دو جلسه غیبت و عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش بود.

پس از انتخاب نمونه از میان مبتلایان به سرطان پستان، اعضای نمونه با استفاده از روش جایگزینی تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفته و از آن‌ها درخواست شد تا پرسش‌نامه‌های مورد نظر را تکمیل نمایند. گروه آزمایشی، طرح‌واره درمانی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. طرح‌واره درمانی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار و به صورت درمان گروهی اجرا شد. بعد از سه ماه و اتمام جلسات، مجدداً از گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد و گروه کنترل در لیست انتظار برای درمان قرار گرفت. جلسات آموزشی به صورت گروهی و در هفته، یک بار توسط متخصص آموزش دیده با مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی و در بیمارستان امام خمینی(ره) واقع در شهر ساری، اجرا شد.

در این پژوهش بعد از انتخاب داوطلبانه آزمودنی‌ها و اخذ رضایت آگاهانه از آن‌ها، سایر موارد اخلاق حرفه‌ای در پژوهش از جمله رازداری و صیانت از حقوق شرکت‌کنندگان، حق انتخاب برای انجام پژوهش، حق انصراف از پژوهش هر زمان که خواهان آن هستند، تعهد اخلاقی جهت محرمانه بودن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها نیز رعایت شده است. هم‌چنین، در روند مطالعه، ریزشی در نمونه‌های گروه آزمایش و کنترل رخ نداد. پژوهش فوق با شناسه اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.288 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری مصوب گردید. هم‌چنین،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

CCBY-NC.4.0 DEED

برای رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام پس‌آزمون و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت طرح‌واره درمانی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت و مراحل درمان و سطح تحصیلات در انتهای پرسش‌نامه‌ها مورد سؤال قرار گرفت. در این پژوهش از دو پرسش‌نامه خودگزارشی به‌منظور گردآوری داده‌ها به شرح زیر استفاده گردید:

پرسش‌نامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire; CERSQ): پرسش‌نامه ۳۶ آیتمی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان توسط Garnefski و همکاران طراحی شده است (۱۴). پاسخ به سؤالات این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. این پرسش‌نامه ۹ راهبرد دارد و نمره هر راهبرد پس از جمع‌بندی در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ قرار می‌گیرد. این راهبردها عبارتند از: راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان شامل سرزنش خود (سؤالات ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸)، سرزنش دیگران (سؤالات ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶)، فاجعه پنداری (سؤالات ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵) و نشخوار فکری (سؤالات ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰) و راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان شامل پذیرش (سؤالات ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹)، تمرکز مجدد مثبت (سؤالات ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱)، برنامه‌ریزی (سؤالات ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲)، باز ارزیابی مثبت (سؤالات ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳) و اتخاذ دیدگاه (سؤالات ۷، ۱۶، ۲۵ و ۳۴). در راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان نمره بالا نشان دهنده مشکلات کمتر در تنظیم شناختی هیجان است. هم‌چنین، در راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان نمره بالا نشان دهنده مشکلات بیشتر در تنظیم شناختی هیجان است. جهت بررسی پایایی این آزمون نتایج ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی ۰/۸۷ به‌دست آمده است (۱۴). هم‌چنین، در مطالعه Garnefski و همکاران با استفاده از روش بازآزمایی، ضریب پایایی خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه با فاصله زمانی ۱۴ ماه، بین ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ به‌دست آمده است (۱۴). میزان همسانی درونی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش Yousefi ۰/۸۲ به‌دست آمد (۱۵). روایی این پرسش‌نامه با استفاده از همبستگی بین نمره راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی مورد آزمون قرار گرفته و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به‌دست آمده که هر دو ضریب در سطح یک درصد معنی‌دار بودند (۱۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مؤلفه تنظیم هیجان مثبت ۰/۸۵ و تنظیم هیجان منفی ۰/۸۶ به‌دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری (Connor-Davidson Resilience Scale): این پرسش‌نامه توسط Connor و Davidson طراحی شده است و ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات از ۲۵ تا ۱۲۵ قرار دارد (۱۶). این مقیاس شامل دو مؤلفه شایستگی و توانایی فردی (سؤالات ۱ تا ۳ و ۷ تا ۲۵) و پذیرش مثبت تغییر (سؤالات ۴، ۵، ۶) بوده که نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر تاب‌آوری بیشتر است. Connor و Davidson ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (۱۶). ضریب پایایی با روش بازآزمایی در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ به‌دست آمده است. در ایران در پژوهش Abdi و همکاران، پایایی پرسش‌نامه تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان به روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی ۰/۹۵ تأیید شد. هم‌چنین، پایایی پرسش‌نامه تاب‌آوری سرطان پس از تکمیل توسط ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی خرده مقیاس‌های آن به همین روش با آلفای کرونباخ برای شایستگی و توانایی فردی ۰/۹۱ و پذیرش مثبت تغییر ۰/۹۳ تأیید شد (۱۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مؤلفه شایستگی و توانایی فردی ۰/۸۹ و پذیرش مثبت تغییر ۰/۸۷ به‌دست آمد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

CCBY-NC.4.0 DEED

جلسات طرح‌واره درمانی که در این مطالعه استفاده شد به مدت ۱۲ جلسه، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. در این رویکرد درمانی، از فنون طرح‌واره درمانی Young و همکاران استفاده شد که خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ نشان داده شده است (۱۸).

جدول ۱- خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی Young و همکاران (۱۸)

جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	مروری بر ساختار جلسات و قوانین و انجام توافق‌های لازم، آموزش مفهوم طرح‌واره، طرح‌واره درمانی، 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 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 مؤثر 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 داشته اند، 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 مقابله ای، 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 اعضاء، 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 به‌عنوان 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.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون مجذور کای، آزمون t دو نمونه مستقل و تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تحلیل قرار گرفتند. هم‌چنین، پیش‌فرض‌های آماری تحلیل کوواریانس ش‌امل آزمون Shapiro-Wilk، آزمون Levene، همگنی شیب خط رگرسیون و آزمون Box's M بررسی شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

CCBY-NC.4.0 DEED

اطلاعات جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. دامنه سنی نمونه مورد مطالعه از ۲۰ تا ۴۵ سال و میانگین سنی گروه آزمایش ۳۹/۰۶ سال با انحراف معیار ۵/۴۱ سال و گروه کنترل ۳۸/۳۱ سال با انحراف معیار ۵/۴۷ سال بود. نتایج آزمون ***t*** دو نمونه مستقل، تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین سن دو گروه نشان نداد (P=۰/۲۸۴). نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده آن است که بین گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند وضعیت تأهل بر اساس نتایج آزمون مجذور کای تفاوت معناداری وجود نداشت و گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی همگن بودند (P>۰/۰۵).

جدول ۲- توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر ساری در سال ۱۴۰۲ برحسب گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	طبقه	آزمایش		کنترل		مقدار P
		فروانی	درصد	فراوانی	درصد	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱	۶۸/۷۵	۱۰	۶۲/۵۰	۰/۱۰۴
	متأهل	۵	۳۱/۲۵	۶	۳۷/۵۰	
وضعیت شغل	شاغل	۱۲	۷۵	۱۱	۶۸/۷۵	۰/۲۶۳
	بیکار	۴	۲۵	۵	۳۱/۲۵	
سطح تحصیلات	دیپلم	۸	۵۰	۹	۵۶/۲۵	۰/۳۰۹
	لیسانس	۵	۳۱/۲۵	۴	۲۵	
	فوق لیسانس و بالاتر	۳	۱۸/۷۵	۳	۱۸/۷۵	
وضعیت درمان	بدون درمان	۶	۳۷/۵۰	۷	۴۳/۷۵	۰/۱۴۶
	شیمی درمانی	۱۰	۶۲/۵۰	۹	۵۶/۲۵	
مرحله درمان	مرحله صفر	۲	۱۲/۵۰	۲	۱۲/۵۰	
	مرحله یک	۱	۶/۲۵	۱	۶/۲۵	
	مرحله دو	۳	۱۸/۷۵	۳	۱۸/۷۵	
	مرحله سه	۵	۳۱/۲۵	۵	۳۱/۲۵	
	مرحله چهار	۵	۳۱/۲۵	۵	۳۱/۲۵	

آزمون مجذور کای، P< ۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. با توجه به یافته‌های جدول ۳، میانگین راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه پنداری و نشخوار فکری در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است، این در حالی است که چنین کاهشی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. هم‌چنین، میانگین راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است، این در حالی است که چنین افزایشی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برحسب گروه‌های مورد بررسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر ساری در سال ۱۴۰۲

متغیرها	گروه	پیش آزمون (n=۱۶)		پس‌آزمون (n=۱۶)		مقدار p آزمون t زوجی*
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
سرزنش خود	آزمایش	۱۳/۹۴	۳/۸۲	۱۱/۶۹	۳/۸۴	۰/۰۱۲
	کنترل	۱۴/۱۲	۳/۴۶	۱۳/۲۵	۳/۰۴	۰/۲۱۰
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۵۱۵		۰/۲۱۶	
سرزنش دیگران	آزمایش	۱۲/۳۸	۳/۰۵	۸/۱۹	۱/۶۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۱/۹۴	۳/۰۶	۱۱/۵۶	۲/۴۷	۰/۳۱۹
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۶۳۰		۰/۰۲۱	
فاجعه پنداری	آزمایش	۱۳/۱۳	۳/۱۶	۸/۰۶	۲/۲۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۳/۴۴	۳/۰۵	۱۲/۰۱	۳/۰۷	۰/۱۰۰
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۶۷۷		۰/۱۶۰	
نشخوار فکری	آزمایش	۱۴/۸۱	۲/۹۷	۹/۱۳	۲/۲۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۵۰	۲/۶۵	۱۳/۳۸	۳/۰۷	۰/۱۴
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۶۸۱		۰/۵۷۰	
نمره کل راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان	آزمایش	۵۴/۲۶	۹/۸۷	۳۷/۰۷	۹/۰۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۵۴/۰۰	۹/۶۳	۵۰/۲۰	۱۰/۰۵	۰/۱۰۲
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۰۵۲		۰/۸۵۸	
پذیرش	آزمایش	۹/۸۸	۳/۳۸	۱۲/۳۱	۴/۰۲	۰/۰۱۳
	کنترل	۱۰/۰۶	۳/۴۱	۱۰/۴۴	۲/۵۵	۰/۲۷۰
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۸۹۶		۰/۰۲۲	
تمرکز مجدد مثبت	آزمایش	۹/۱۲	۲/۱۵	۱۳/۱۳	۲/۶۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۹/۶۳	۲/۹۴	۱۰/۲۵	۲/۶۷	۰/۰۶۳
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۴۳۱		۰/۷۳۹	
برنامه‌ریزی	آزمایش	۹/۷۵	۴/۱۸	۱۴/۱۹	۱/۸۷	۰/۰۴۹
	کنترل	۹/۴۴	۱/۷۸	۱۰/۱۹	۲/۱۶	۰/۲۰۰
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۰۰۷		۰/۵۶۰	
باز ارزیابی مثبت	آزمایش	۹/۷۵	۳/۲۵	۱۲/۰۶	۳/۹۵	۰/۰۱۰

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

	کنترل	۱۰/۰۱	۳/۷۹	۱۰/۵۶	۳/۰۳	۰/۰۷۰
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۵۳۵		۰/۰۶۶	
اتخاذ دیدگاه	آزمایش	۹/۲۵	۲/۵۶	۱۲/۹۴	۳/۰۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۰/۱۹	۳/۰۸	۱۰/۷۵	۲/۴۹	۰/۰۷۰
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۳۹۷		۰/۴۷۲	
نمره کل راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان	آزمایش	۴۷/۷۵	۱۰/۱۲	۶۴/۶۳	۱۱/۰۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۹/۳۳	۹/۵۶	۵۲/۱۹	۱۰/۶۷	۰/۰۶۶
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۰۷۸		۰/۶۱۳	
شایستگی و توانایی فردی	آزمایش	۴۹/۵۸	۸/۱۹	۵۲/۳۸	۱۰/۱۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۹/۰۲	۸/۶۵	۴۱/۹۴	۸/۱۸	۰/۸۰۱
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۵۰۰		۰/۰۵۰	
پذیرش مثبت تغییر	آزمایش	۹/۱۹	۴/۵۱	۱۲/۵۰	۷/۸۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۹/۵۰	۴/۸۳	۱۰/۳۱	۵/۲۸	۰/۵۶۶
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۸۸۹		۰/۰۲۹	
نمره کل تاب‌آوری	آزمایش	۶۰/۳۸	۱۲/۲۴	۶۶/۷۵	۱۳/۹۵	۰/۰۰۱
	کنترل	۵۹/۱۹	۱۱/۱۹	۵۸/۲۰	۱۱/۱۰	۰/۹۴۲
مقدار p آزمون t مستقل**			۰/۶۸۸		۰/۰۳۳	

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آنالیز کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، نرمال‌بودن توزیع داده‌ها است. نتایج آزمون Shapiro-Wilk حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای مورد بررسی دارای توزیع نرمال بودند (P>۰/۰۵). هم‌چنین، آماره‌های کجی و کشیدگی در دامنه مورد قبول (۲+ و ۲-) قرار داشت که نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها در هر دو گروه بود. هم‌چنین، گروه‌های آزمودنی از لحاظ پیش‌فرض‌های همگنی واریانس‌ها (از طریق آزمون Levene) و همگنی ماتریس‌های کوواریانس (از طریق آزمون Box's M) بررسی شدند. نتایج غیرمعنادار آزمون Box's M برای متغیرهای پژوهش، تأیید کننده همگنی ماتریس کوواریانس بود (Box's M=۷/۰۵۷، P=۰/۳۹۲). هم‌چنین، بر طبق آزمون Levene با توجه به مقدار P به‌دست آمده برای متغیرهای تنظیم هیجانی (P=۰/۱۴۶) و تاب‌آوری (P=۰/۲۵۳) همگنی واریانس خطا در دو گروه مورد بررسی نیز تأیید شد. به‌طور کلی، با توجه به بررسی‌های انجام شده، مفروضات اساسی روش تحلیل کوواریانس رعایت شد.

در ادامه، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس‌آزمون، در جهت تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های تنظیم هیجان شامل راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سرطان پستان از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است. جدول ۴، خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره را نشان می‌دهد. همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای تاب‌آوری و مؤلفه‌های تنظیم هیجان شامل راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم هیجان تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۷۳ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود (P<۰/۰۰۱).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ٤- خلاصه نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر ساری در سال ۱۴۰۲

متغیر	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار P	ضریب اتا
اثر پیلای	۰/۹۱	۸۳/۷۵	۳	۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۳
لامبدای ویکلز	۰/۰۹	۸۳/۷۵	۳	۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۳
اثر هتلینگ	۱۰/۰۵	۸۳/۷۵	۳	۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۰/۰۵	۸۳/۷۵	۳	۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۳

در ادامه، از آنالیز کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از متغیرهای وابسته شامل تاب‌آوری و مؤلفه‌های تنظیم هیجان شامل راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم هیجان استفاده گردید. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۵ گزارش گردیده است. با توجه به نتایج جدول ۵ و مقدار به‌دست آمده از مجذور اتا، طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است (P<۰/۰۰۱). مقدار اندازه اثر برای متغیر راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان (۰/۵۹)، راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان (۰/۸۳) و تاب‌آوری (۰/۴۰) است. این نتایج بدین معنی است که ۵۹ درصد از تغییرات متغیر راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان، ۸۳ درصد از تغییرات متغیر راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان و ۴۰ درصد از تغییرات متغیر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون را می‌توان به طرح‌واره درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر ساری در سال ۱۴۰۲ نسبت داد.

جدول ٥- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی نمرات پس‌آزمون تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر ساری در سال ۱۴۰۲

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	مجذور اتا
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان	**پیش‌آزمون**	۵۹۸/۴۲	۱	۵۹۸/۴۲	۲۱/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۲
	گروه	۱۱۸۵/۲۹	۱	۱۱۸۵/۲۹	۴۲/۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
	خطا	۸۱۷/۷۶	۲۹	۲۸/۱۹			
	کل	۱۱۱۸۱۵/۰۰۱	۳۲				
راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان	**پیش‌آزمون**	۱۴۴/۲۸	۱	۱۴۴/۲۸	۱۵/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
	گروه	۱۳۹۷/۷۹	۱	۱۳۹۷/۷۹	۱۴۸/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۳
	خطا	۲۷۳/۰۹	۲۹	۹/۴۱			
	کل	۶۲۶۹۶/۰۰	۳۲				
تاب‌آوری	**پیش‌آزمون**	۱۰۸۲/۱۲	۱	۱۰۸۲/۱۲	۱۲/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۰
	گروه	۱۶۷۸/۴۱	۱	۱۶۷۸/۴۱	۱۹/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
	خطا	۲۴۸۸/۸۷	۲۹	۸۵/۸۲			
	کل	۶۰۳۱۶/۰۰	۳۲				

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که طرحواره درمانی به طور معناداری سبب بهبود تنظیم هیجان زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. این مسئله نشان دهنده بهبودی معنادار در گروه طرحواره درمانی بود. بر این اساس، طرحواره درمانی سبب بهبود توانایی تنظیم هیجان می‌شود و توانایی تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر مطابقت داشت (۵، ۱۳-۱۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره درمانی به زنان مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کند تا طرحواره‌های مربوط به مشکلات تنظیم هیجان خود را تشخیص دهند و سپس به جای اجتناب، آن‌ها را بپذیرند و از مهارت‌های تنظیم هیجانی بهره گیرند. طرحواره درمانی بر پایه اصول پذیرش و شناختی امکان‌پذیر می‌باشد. بر اساس اصل پذیرش، طرحواره درمانی همانند تمامی درمان‌های موج سوم در تلاش است تا افراد به جای مشکلات تنظیم هیجانی و اجتناب از هیجانات، آنها را بپذیرند؛ بر این اساس، به افراد کمک می‌کند تا به جای سرکوبی هیجانات و احساسات خود، آن‌ها را به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی خود پذیرفته و دیدگاه جدیدی نسبت به آن‌ها اتخاذ کنند (۱۰). همسو با نتایج پژوهش حاضر، مطالعه Knapík و Slancová نشان دهنده تأثیر طرحواره درمانی بر آسیب‌شناسی و تنظیم هیجان زنان مبتلا به سرطان پستان بود (۱۲). Talebi و همکاران نیز نشان دادند طرحواره درمانی بر توانایی تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است (۱۳).

بر اساس مطالعات انجام شده می‌توان نتیجه گرفت که آموزش طرحواره درمانی و به کارگیری تکنیک‌های شناختی و هیجانی می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه را تغییر داده و با تخلیه هیجانات و بهبود عواطف و احساسات منفی باعث بهبود مشکلات تنظیم هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. هم‌چنین، می‌توان گفت که طرحواره درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق‌تر را تعریف کرده و آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند. با به‌کارگیری این مدل افراد می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند، در نتیجه با آگاهی از وجود آن‌ها، برای رها شدن از مشکلات انگیزه بیشتری پیدا کنند؛ بنابراین با توجه به نتیجه پژوهش طرحواره درمانی می‌تواند باعث بهبود مشکلات تنظیم هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان گردد (۱۱). به طورکلی، در طرحواره درمانی درمانگر ابتدا راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه مانند فرونشانی هیجان را در مواجهه با علائم و نشانه‌های اضطرابی سرطان شناسایی می‌کند؛ سپس با استفاده از تکنیک‌هایی مانند اعتبار بخشی، بهنجارسازی هیجان‌ها و ابراز آن‌ها، پذیرش هیجان، ذهن آگاهی، مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارزش‌های والاتر، تحمل احساس‌های آمیخته و پذیرش هیجانات و علائم مرتبط با سرطان را تسهیل می‌کند. این پذیرش هیجانی فرد را قادر می‌سازد تا به‌واسطه توجه به موقعیت تنش‌زا معایب راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان مورد استفاده در این موقعیت‌ها را تشخیص داده و به ارزیابی مجدد امکانات و توانایی‌های شخصی خود برای مواجهه با هیجان‌ها و درکی منطقی و واقعی‌تر از سطوح تهدید شخصی را به‌دست آورد و به این ترتیب می‌تواند بر بهبود توانایی تنظیم هیجان زنان مبتلا به سرطان پستان منجر گردد (۱۹).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

CCBY-NC.4.0 DEED

هم‌چنین، نتایج پژوهش حاکی از آن بود که طرح‌واره درمانی به طور معناداری سبب بهبود تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. بر این اساس، طرح‌واره درمانی سبب بهبود تاب‌آوری می‌شود و تاب‌آوری را بهبود می‌بخشد. این نتیجه‌گیری با نتایج پژوهش‌های (۹-۸، ۱۱) در این زمینه همسو بود و حاکی از آن است که طرح‌واره درمانی در بهبود تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است و طرح‌واره درمانی موجب افزایش تاب آوری زنان مبتلا به سرطان پستان شد. این تأثیر این‌طور قابل تفسیر است که اگر افراد در محیط درمانی قرار بگیرند که در آن‌ها با تمرکز بر ارتقاء آگاهی شناختی نسبت به مسائل، اصلاح رفتارها و شناخت‌های ناسازگارانه مطرح شود می‌تواند در زمان عود فشارهای روانی خود را از لحاظ تاب‌آوری حفظ کنند (۱۱). در طرح‌واره درمانی هیچ تلاشی برای کاهش اجتناب، سرکوب یا کنترل تجربیات درونی نمی‌گردد، بلکه بیماران یاد می‌گیرند افکار و عواطف ناسازگارانه و مختل را با کمک توجه به آگاهی کم کنند. بیماران یاد می‌گیرند تا شناخت‌های مشکل‌زا و رفتارهای ناسازگارانه خود را قبول کنند تا بتوانند آن‌ها را اصلاح نمایند و آن‌ها را حذف کنند. با این اوصاف مداخلات طرح‌واره درمانی بر دو فرایند اصلی پذیرش تجربیات درونی ناخواسته غیرقابل کنترل و تعهد به زیستن یک زندگی ارزشمند و اقدام در جهت تغییر رفتار ناسازگارانه متمرکز است؛ با توجه به این سبک درمانی و تغییراتی که در شناخت و هیجانات افراد ایجاد می‌شود از لحاظ نظری هم می‌توان این درمان را برای افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر دانست (۲۰).

در یک تبیین کلی و نتیجه‌گیری می‌توان بیان داشت که درمان مبتنی بر طرح‌واره با به‌کارگیری تکنیک‌های ثبت برنامه هفتگی، رسیدگی به خود و جستجوی حمایت اجتماعی، تکنیک فعالیت‌های لذت‌بخش و سودمند، غلبه بر الگوهای جرأت‌مندی بر متغیر تاب‌آوری اثربخشی معناداری داشته است. طرح‌واره درمانی با تمرکز بر شناخت‌های افراد، خلق منفی و تفکر منفی تغییراتی در تجربه‌های موجود، ایجاد نگرش و شیوه نوینی در مشاهده تجارب شناختی باعث کاهش رفتارهای هیجانی ناسازگارانه و افزایش سطح تاب‌آوری می‌شود؛ در واقع درمان مبتنی بر طرح‌واره موجب قطع چرخه تجارب منفی درونی یک رویداد در گذشته می‌شود و از این طریق توان‌مندی زنان مبتلا به سرطان پستان را در میزان تاب‌آوری افزایش می‌دهد.

در این تحقیق به واسطه محدودیت‌های زمانی و مکانی پی گیری نتایج درمان پس از چند ماه صورت نگرفت که در صورت انجام می‌توانست تداوم احتمالی اثربخشی مداخله را نشان دهد. عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی و یکسان بودن پژوهش-گر و درمانگر که که ممکن است سوگیری در نتایج را افزایش دهد، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. بدیهی است تلاش در جهت رفع محدودیت‌های ذکر شده، پژوهش را با اعتبار بیشتری همراه می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان مذکور با دوره‌های پی‌گیری و بر روی سایر مؤلفه‌های مرتبط با سرطان صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کل نتایج پژوهش حاضر نشان داد طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است و می‌تواند کاربرد آن را به عنوان درمان مؤثر در بیماران سرطانی نشان دهد. بنابراین، استفاده از این رویکرد جهت بهبود تنظیم هیجانی و تاب‌آوری توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر است. بدین‌وسیله از تمامی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

CCBY-NC.4.0 DEED

شرکت‌کنندگان در پژوهش که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع: از طرف نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی در مقاله گزارش نشده است.

حامی مالی: پژوهش حاضر فاقد هرگونه حمایت مالی از جانب سازمان های دولتی یا خصوصی بوده است.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): این پژوهش تحت شناسه اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.288 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ساری انجام شد.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** سمانه میرزایی
- **روش کار:** سمانه میرزایی
- **جمع‌آوری داده‌ها:** سمانه میرزایی
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها**: سمانه میرزایی
- **نظارت:** مجید پورفرج عمران
- **مدیریت پروژه:** مجید پورفرج عمران
- **نگارش- پیش نویس اصلی:** سمانه میرزایی
- **نگارش- بررسی و ویرایش:** سمانه میرزایی

References

1. Pereira M, Moreira CS, Nogueira-Silva C, Izdebski P, Pereira MG. Breast cancer post-surgical impact on women´ s quality of life during chemotherapy treatment: A structural equation modelling approach. *European Journal of Cancer Care* 2021; 30(1): 13349-58.

2. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2019-2020. *Am Cancer Soc* 2019; 1-44.

3. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology* 2015; 24(1): 11-8.

4. Baziliansky S, Cohen M. Emotion regulation and psychological distress in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health* 2021; 37(1): 3-18.

5. Kangas M, Gross JJ. The Affect Regulation in Cancer framework: Understanding affective responding across the cancer trajectory. *Journal of Health Psychology* 2020; 25(1): 7-25.

6. Mirbagheri SR, Khosravi S, Akrami M. Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2022; 9(5): 16-28. [Farsi]

7. Ding X, Zhao F, Wang Q, Zhu M, Kan H, Fu E, et al. Effects of interventions for enhancing resilience in cancer patients: A systematic review and network meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2024; 10(2): 102381.

8. Chen JJ, Wang QL, Li HP, Zhang T, Zhang SS, Zhou MK. Family resilience, perceived social support, and individual

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

CCBY-NC.4.0 DEED

resilience in cancer couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *European Journal of Oncology Nursing* 2021; 52(28): 101932.

9. Tamura S, Suzuki K, Ito Y, Fukawa A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer* 2021; 29: 3471-86.

10. Emamzamani Z, Rahimian Boogar I, Mashhadi A. Effectiveness of contextual schema therapy for emotion regulation and painful physical symptoms in individuals with social anxiety disorder: Single subject study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2023; 10(3): 1-16. [Farsi]

11. Mirkhan NS, Khalatbari J, Tajeri B. 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* 2019; 2(1): 171-7.

12. Knapík P, Slancová K. Core beliefs–Schemas and Coping Styles in Addictions. *Cognitive Remediation Journal* 2020; *9*(3): 9-19.

13. Talebi G, Rezaei Jamaloui H, Bagherian Sararodi R, Oreyzi H. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Quality of Life and the Sense of Agency of Breast Cancer Patients. *RBS* 2023; 21(2): 215-27. [Farsi]

14. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(8): 1311-27.

15. Yousefi F. The Relationship of Cognitive Emotion Regulation Strategies with depression and Anxiety in Students of Special Middle Schools for Talented Students in Shiraz. *Journal of Exceptional Children* 2007; 6(4): 871-92. [Farsi]

16. Connor KM, Davidson JRT. Development of a New Resilience Scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depression and Anxiety* 2003; 18(9): 76-82.

17. Abdi F, Banijamli S, Ahadi H, Koushki S. Psychometric properties of of Resilience scale (CD-RISC) among women's with breast cancer. *Journal Title* 2019; 13(2): 81-99. [Farsi]

18. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide 2006; guilford press. pp 107-9.

19. Ameri N. Structural Relations of Early Maladaptive Schemas to Craving in Substance-Dependent Individuals under Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Self-Compassion. *Etiadpajohi* 2023; 16(66): 47-70. [Farsi]

20. Taghizadeh M. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy group on the resilience of Women with Breast Cancer. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty* 2023; 8(3): 1-12. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

CCBY-NC.4.0 DEED

The Effectiveness of Schema Therapy on Emotional Regulation and Resilience in Breast Cancer Patients: A Quasi-Experimental Study

Samaneh Mirzayi[1], Majid Pourfraj Omran[2]

Received: 12/08/24 Sent for Revision: 12/10/24 Received Revised Manuscript: 14/05/25 Accepted: 17/05/25

Background and Objectives: Breast cancer is a public health problem. The use of schema therapy and research in this field has increased, and increasing evidence indicates that this treatment is useful in various situations. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of schema therapy on emotional regulation and resilience in patients with breast cancer.

Materials and Methods: The current study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population of the study included all women diagnosed with breast cancer who referred to Imam Khomeini Hospital in Sari in 2023, out of which 32 people were selected using convenience sampling method and randomly assigned to the experimental and control groups, with 16 people in each group. Then, both groups were evaluated using the emotion regulation and resilience questionnaire. The experimental group received 12 sessions of group schema therapy over two months, one 90-minute session per week, and the control group did not receive any intervention. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that after treatment, the mean score of maladaptive emotion regulation in the experimental group decreased ($p<0.001$), while the mean score of adaptive emotion regulation and resilience in the experimental group increased ($p<0.001$), and significant changes were made in emotion regulation and resilience ($p<0.001$).

Conclusion: The present study showed that schema therapy is effective on emotion regulation and resilience in patients with breast cancer. Therefore, the use of this approach is recommended to improve emotion regulation and resilience.

Keywords: Schema therapy, Emotion regulation, Resilience, Breast cancer

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Behshahr Branch of Medical Sciences, approved the study (IR.IAU.SARI.REC.1402.288).

Authors' contributions:

- **Conceptualization:** Samaneh Mirzayi
- **Methodology:** Samaneh Mirzayi
- **Data collection:** Samaneh Mirzayi
- **Formal analysis:** Samaneh Mirzayi
- **Supervision:** Majid Pourfraj Omran
- **Project administration:** Majid Pourfraj Omran
- **Writing – original draft:** Samaneh Mirzayi
- **Writing – review & editing:** Samaneh Mirzayi

Citation: Mirzayi S, Pourfraj Omran M. The Effectiveness of Schema Therapy on Emotional Regulation and Resilience in Breast Cancer Patients: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2025; 24 (4): 346-59. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.61186/jrums.24.4.346]

1- MS.C Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Beh.C, Islamic Azad University, Behshahr, Iran,
2- Assistant Prof., Department of Psychology,Beh.C, Islamic Azad University, Behshahr, Iran, ORCID: 0000-0002-4964-2683
(Corresponding Author) Tel: (011)43217038, E-mail: Ma.Pourfaraj@iau.ac.ir

CCBY-NC.4.0 DEED