

Schema-Based Group Therapy Training on Emotional Disturbance and Body Disfigurement in Breast Cancer Patients

Seyyed Reza Mirbagheri¹, Sadrolah Khosravi^{2,*}, Majid Akrami²

¹ Ph.D. Student in Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

ARTICLE INFO

Article History

Received: 12 July 2024

Revised: 26 July 2025

Accepted: 17 September 2025

Available online: 5 October 2025

Article Type: Research Article

Keywords

Training Based on Group Therapy Schema; Emotional Disturbance; Distortion of the Body; Breast Cancer

Corresponding Author*

Sadrollah Khosravi received his Ph.D. in Psychology from Islamic Azad University, Firozabad branch. He is Currently an Associate Professor of psychology at Islamic Azad University, Firozabad branch. His research interests are in personality traits, cognitive-behavioral group therapy and Clinical symptoms. Correspondence concerning this article should be addressed to dr. Khosravi Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University Town, University Blvd, Firozabad, Firozabad Branch, Islamic Azad University. Postal Code 13113-74719.

ORCID: 0000-0002-7993-4126

E-mail: samane3677s@gmail.com

doi: <http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.19.2.33>

ABSTRACT

Cancer is one of the leading causes of death worldwide. This issue has led doctors and psychologists to seek to discover the causes, treatment and ultimately improve the mental health of this group of patients. The present study was conducted with the aim of investigating the training based on group schema therapy on emotional disturbance and body disfigurement in patients with breast cancer. The present study was quasi-experimental and of pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this research included all patients referred to medical centers and hospitals in Shiraz from July 2023 to September 2023 diagnosed with breast cancer. Using the targeted sampling method, 50 women with breast cancer were selected and randomly assigned to 2 groups (control and experimental). The experimental group received group schema therapy educational intervention in 8 sessions of 45 minutes and 1 session per week. The control group did not receive any intervention; The questionnaires used in this research included the Depression, Anxiety and Stress Questionnaire (DASS-21) by Lovibond and Lovibond (1995) and Dysmorphic concern Questionnaire by Oosthuizen et al (1998). SPSS version 24 software and covariance analysis were used for data analysis. The results showed that group schema therapy educational protocols had a significant effect on reducing emotional disturbance and body ugliness in women with breast cancer ($p \leq 0.001$). The effect size for emotional disturbance and body deformity was 0.576 and 0.247, respectively. Training based on group schema therapy was confirmed in the present study to reduce emotional disturbance and body deformity. It is suggested to use this type of treatment to help women with breast cancer.

Citation: Mirbagheri, S. R., Khosravi, S., & Akrami, M. (2024/1403). Schema-Based Group Therapy Training on Emotional Disturbance and Body Disfigurement in Breast Cancer Patients. *Contemporary Psychology*, 19(2), 33-45. <http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.19.2.33>

آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی گروهی بر آشفتنگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن بیماران مبتلا به سرطان سینه

سیدرضا میرباقری^۱، صدرااله خسروی^{۲*}، مجید اکرمی^۲

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچه

دریافت: ۲۲ تیر ۱۴۰۳

اصلاح نهایی: ۴ مرداد ۱۴۰۴

پذیرش: ۲۶ شهریور ۱۴۰۴

انتشار آنلاین: ۱۳ مهر ۱۴۰۴

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها

آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی گروهی؛ آشفتنگی هیجانی؛ بدریخت‌انگاری بدن؛ سرطان سینه

نویسنده مسئول*

صدرااله خسروی درجه دکتری روان‌شناسی خود را از دانشگاه آزاد اسلامی واحد فیروزآباد دریافت کرد. در حال حاضر او استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد فیروزآباد است. علایق پژوهشی ایشان ویژگی‌های شخصیتی، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و نشانگان بالینی است. برای مکاتبه در مورد این مقاله با دکتر خسروی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فیروزآباد، فیروزآباد، بلوار دانشگاه، شهرک دانشگاهی، کدپستی ۱۳۱۱۳-۷۴۷۱۹ تماس داشته باشید.

ارکید: ۴۱۲۶-۷۹۹۳-۰۰۰۲-۰۰۰۰-۰۰۰۰

پست الکترونیکی: samane3677s@gmail.com

چکیده

سرطان یکی از علل اصلی مرگ در سرتاسر جهان است. این موضوع منجر شده است تا پزشکان و روان‌شناسان به دنبال کشف علل، درمان و در نهایت، ارتقاء سلامت روانی این گروه بیماران باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی گروهی بر آشفتنگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شد. روش پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله پیگیری همراه با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و بیمارستان‌های شهر شیراز از تیر ماه تا شهریور ماه ۱۴۰۲ با تشخیص سرطان سینه بود. سپس، از این میان ۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، مداخله آموزشی طرحواره‌درمانی گروهی را به مدت هفته‌ای یک جلسه در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. شرکت‌کنندگان گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار سنجش در این پژوهش شامل پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-21) لویباند و لویباند (۱۹۹۵) و پرسشنامه نگرانی از بدشکلی استوزین و همکاران (۱۹۹۸) بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که پروتکل آموزشی طرحواره‌درمانی گروهی بر کاهش آشفتنگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن زنان مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد ($p \leq 0.01$). میزان تاثیر برای آشفتنگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن به ترتیب برابر با ۰/۵۷۶ و ۰/۲۴۷ بود. در نهایت، پیشنهاد می‌شود از روش طرحواره‌درمانی گروهی برای یاری به زنان مبتلا به سرطان سینه استفاده شود.

مقدمه

همکاران، (۲۰۲۱). آمار ابتلا به سرطان، به‌طور هشداردهنده‌ای رو به افزایش است؛ به‌نحوی که در سال ۲۰۳۰، تعداد مبتلایان به این بیماری با افزایش ۵۰ درصدی به سطح ۲۸ میلیون نفر موارد جدید سرطان در سراسر دنیا خواهد رسید (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۱). سرطان، به‌عنوان بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج در جامعه تلقی می‌شود و فرد پس از تشخیص آن، دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌شود؛ به‌طوری‌که،

سرطان^۱، یکی از انواع گوناگون بیماری‌های مزمن است و علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌ها و افزایش تعداد نجات‌یافتگان از آن، همچنان از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌مانند است. این بیماری، تاثیرات روان‌شناختی و جسمانی گوناگونی روی مبتلایان دارد که می‌تواند در ابعاد بسیاری از زندگی آن‌ها مانند کیفیت زندگی، روابط خانوادگی، تمایلات جنسی، کار و مراقبت از خود اختلال ایجاد کند (آقاجانی و

¹ cancer

زنان، در رابطه با شکل بدن و تصویر تن نگرانی‌هایی را بروز می‌دهند (خباز ثابت و همکاران، ۲۰۲۲)؛ زیرا، سینه در زنان کارکردی بیشتر از یک عضو عادی بدن را دارا بوده و در رابطه با تعریف مفاهیمی مانند هویت زنانگی، هویت و سلامت جنسی، جذابیت و هویت مادری دارای اهمیت است (مال و همکاران، ۲۰۱۶؛ یوشر و همکاران، ۲۰۱۲).

اختلال بد ریخت‌انگاری بدن، به صورت اشتغال ذهنی به نقص ادراک شده در ظاهر فرد که خفیف یا غیرقابل مشاهده برای دیگران بوده، تعریف می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). به طور کلی، این اختلال می‌تواند نقص و اختلال قابل توجهی را در عملکرد روزانه افراد به وجود آورد. ویژگی اصلی این اختلال، این است که فرد دچار نوعی درگیری ذهنی شود که در ظاهر خود نوعی نقص دارد که این نقص یا ناهنجاری جسمی، جزئی یا به صورت خیالی برای فرد است؛ با این حال، نگرانی بیمار در مورد آن به صورت افراط‌گونه و عذاب‌دهنده است (آل‌آواد و همکاران، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به اختلال بد ریخت‌انگاری بدن، به دلیل شرم از بد ریختی، فعالیت‌های خود را محدود می‌کنند و زمان زیادی را به اشتغال ذهنی با محتوای بد ریختی می‌گذرانند. دوره‌های افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی نیز در این افراد رواج دارد (دست‌باز و همکاران، ۲۰۲۴). به طور کلی، زنان دارای سطوح پایین رضایت از تصویر بدن، مشکلات بیشتری مانند کاهش کیفیت زندگی و افزایش اضطراب و افسردگی را به‌ویژه در سال اول درمان تجربه می‌کنند (باگوییچ-جانن و همکاران، ۲۰۱۲). گسترش بیماری سرطان در کشور، هزینه‌های زیادی برای خانواده‌ها و سیستم درمانی ایجاد می‌کند. یکی از هزینه‌های پنهان، افزایش مشکلات روان‌شناختی این افراد است؛ به‌ویژه، ترس شدید از مرگ و آشفتگی هیجانی شدید در این افراد به راحتی به چشم می‌خورد. این مورد گاهی حتی تاثیر درمان‌های پزشکی را کاهش می‌دهد و موجب می‌شود سیستم خودمراقبتی این افراد که در مسیر درمان بسیار حائز اهمیت است، دچار مشکل شود. همچنین، روابط با اطرافیان، نظم در شرکت در جلسات درمانی پزشکی، توجه به صحبت‌های پزشک، الگوهای رفتاری متناسب با وضعیت بیماری و سلامت روان نیز تحت تاثیر این متغیرهای مهم قرار می‌گیرد. از این جهت، ضرورت دارد روش‌های مختلف روان‌درمانی برای کنترل و بهبود این وضعیت در بیماران مبتلا به سرطان سینه مدنظر قرار گیرد. با توجه به پژوهش‌های مختلف و تاثیر طرحواره‌درمانی، استفاده از این روش مدنظر قرار گرفته است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی گروهی بر آشفتگی هیجانی و بد ریخت‌انگاری بدن بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شد.

ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده آن‌ها، فرد را به سوی اختلالات روانی^۱ می‌کشاند (نظری و همکاران، ۲۰۲۱).

در بین انواع مختلف سرطان، سرطان سینه که ۲۵ درصد همه سرطان‌ها در زنان را شامل می‌شود، شایع‌ترین سرطان و کشنده‌ترین بدخیمی در بین زنان محسوب می‌شود و یکی از مهم‌ترین عوامل نگران‌کننده سلامتی زنان در جهان است (بریج و همکاران، ۲۰۱۶). از تشخیص سرطان سینه تا درمان و پیشرفت مجدد آن، موجب ایجاد آسیب‌هایی در این گروه بیماران می‌شود. افراد مبتلا به سرطان، ناگزیر به رویارویی با مرگ خود هستند. بنابراین، اضطراب مرگ در این افراد می‌تواند منجر به ترس غیرعادی از مرگ همراه با احساساتی مانند وحشت و دلهره شود (کیارسی و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، یکی از مفاهیمی که به اضطراب، به خصوص اضطراب مرگ مرتبط است، بروز آشفتگی هیجانی در این گروه بیماران است.

به طور کلی، یکی از عواملی که نوع برخورد و مواجهه آدمی با مرگ و شیوه اندیشه او را شکل می‌دهد و موجب بروز آشفتگی و ایجاد مشکلاتی در آگاهی، درک و پذیرش فرد می‌شود، بروز آشفتگی هیجانی است. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند طرحواره‌های هیجانی با اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه^۲، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوءمصرف الکل، ناسازگاری‌های زناشویی و اختلالات شخصیت در ارتباط هستند (امام‌زمانی و همکاران، ۲۰۱۹). آشفتگی هیجانی، فرایندی پیچیده و ترکیب‌شده از چند هیجان اصلی مانند اضطراب، استرس، افسردگی و استیصال است و معمولاً زمانی بروز می‌یابد که فرد در شرایط پراسترس قرار دارد، اما قادر نیست آن را مدیریت کند و دچار ناتوانی می‌شود (فیروزی و همکاران، ۲۰۲۱).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه از آن بابت که حالات ذهنی بنیادین موثر بر شناخت هیجان و رفتار آینده هستند، می‌توانند بستر مناسبی برای توضیح آشفتگی هیجانی و بد ریخت‌انگاری بدن فراهم آورند. دالاس بیان می‌کند که طرحواره‌ها، مفروضه‌هایی با قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتار فرد را تحت کنترل خود دارند و در طول زندگی فرد تحول یافته‌اند (لهی، ۲۰۱۸). در سال‌های اخیر، طرحواره‌درمانی گروهی، جزء مهمی از درمان‌های روان‌شناختی موثر برای افراد مبتلا به سرطان سینه بوده است. طرحواره‌درمانی که مکمل رفتاردرمانی شناختی است، بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با مشکلات جاری تاکید دارد. درمان‌های رایج پزشکی مانند جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی می‌توانند وضعیت‌های روان‌شناختی متعارضی را به دنبال داشته باشند. پیامدهای جراحی سینه

² Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

¹ psychopathy

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و بیمارستان‌های شهر شیراز از تیر ماه تا شهریور ماه سال ۱۴۰۲ با تشخیص سرطان سینه بود. برای انتخاب نمونه، پس از ارزیابی اولیه برای قطعیت وجود ملاک‌های ورود به پژوهش، ۵۰ نفر (برای هر گروه ۲۵ نفر) به شیوه هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب شدند. سپس، از این میان به‌طور مساوی و به‌صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. قابل ذکر است نمونه پژوهش از کسانی انتخاب شد که پس از جراحی سینه، جهت ادامه درمان به یکی از بیمارستان‌های آنکولوژی شهر شیراز مراجعه نموده بودند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل انجام عمل جراحی سینه، سپری شدن حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص، غربالگری و تایید توسط روان‌پزشک و روان‌شناس جهت دارا بودن اختلالات آشفتگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن در بیماران مبتلا به سرطان سینه، عدم ابتلا به بیماری دیگر، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، داشتن انگیزه جهت شرکت در برنامه هنگام مصاحبه اولیه و عدم شرکت همزمان در دوره‌های روان‌شناختی دیگر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، وجود مشکلات جسمانی که مانع حضور بیمار در جلسات درمان شوند و عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

ابزار سنجش

مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی: این مقیاس، ابزاری خودگزارشی است که تغییرات خلقی اخیر را نشان می‌دهد و اولین بار توسط لویباند در سال ۱۹۹۵ ارائه شد (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵). این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال است. به‌طوری‌که، ۷ سوال مربوط به استرس شامل احساس هراس، تنفس سخت، لرزش اندام‌ها، خشکی دهان، تپش قلب، دشواری در شروع کار و عدم احساس راحتی است؛ ۷ سوال مربوط به اضطراب شامل احساس اضطراب، صرف انرژی ناشی از عصبی‌شدن، واکنش بیش از حد به موقعیت، احساس زودرنجی، تحمل کم، احساس هراس و احساس نگرانی در موقعیت‌های مختلف است و ۷ سوال مربوط به افسردگی شامل احساس بی‌ارزشی، احساس بی‌معنایی، عدم احساس آرامش، عدم احساس مثبت، ناامیدی، عدم دلبستگی و احساس بی‌تفاوتی است. این پرسشنامه، با مقیاس لیکرت (از ۰ = اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند تا ۲ = کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. نمره نهایی هر یک از خرده‌مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی از طریق مجموع نمرات سوالات مربوط به آن مقیاس به‌دست می‌آید. از

آن‌جا که این پرسشنامه فرم کوتاه‌شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. سپس، بر اساس جدول ۲ می‌توان شدت علائم را مشخص کرد (کلانی و همکاران، ۲۰۱۳). برای تعیین روایی این ابزار لویباند و لویباند (۱۹۹۵)، با استفاده از روایی همگرا و افتراقی، همبستگی این مقیاس را با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۷۴ به‌دست آوردند که نشان‌دهنده روایی مطلوب این ابزار است. روایی و پایایی این ابزار توسط مهدی‌پور و نعمت‌اللهمی (۲۰۱۴) نیز مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که فرم کوتاه‌شده آنان شامل ۲۱ سوال است. نتایج مطالعه آنان نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط سه عامل استرس، اضطراب و افسردگی مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل استرس، اضطراب و افسردگی در پژوهش مذکور به‌ترتیب برابر ۰/۲۳، ۰/۲۳ و ۰/۲۳ و ضرایب آلفا برای این عوامل به‌ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸). در پژوهش حاضر، با استفاده از آلفای کرونباخ میزان ثبات داخلی مقیاس تعیین شد که برای خرده‌مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۸۱ بود. روایی این پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر بررسی شد که اعتبار بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی به‌ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۸۰ و آلفای کرونباخ برای این عوامل به‌ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ به‌دست آمد.

پرسشنامه نگرانی از بدشکلی: این پرسشنامه، به‌منظور سنجش

اختلال بدریخت‌انگاری بدن توسط استوزین و همکاران (۱۹۹۸) ساخته شد. این مقیاس، یک ابزار ۷ سوالی است که بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (از ۰ = هرگز تا ۳ = خیلی بیشتر از دیگران) نمره‌گذاری می‌شود. کسب نمره بالاتر به‌معنای نگرانی بیشتر از بدشکلی بدن است. مواردی که در این پرسشنامه سنجیده می‌شوند عبارت‌اند از نگرانی در مورد ظاهر فیزیکی، باور به بدشکلی و بدریخت بودن، اعتقاد به کژکاری جسمی (مانند بوی بد) و مشاوره با متخصصان زیبایی با این‌که به این افراد گفته می‌شود که از نظر ظاهری طبیعی هستند ولی آن‌ها باور نمی‌کنند. سازندگان پرسشنامه، ضمن تایید مدل تک‌عاملی پرسشنامه و روایی درونی آن، ضریب همبستگی معناداری را میان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک (BDI) گزارش کردند. در ایران نیز این پرسشنامه توسط کاظمینی و همکاران (۲۰۱۶) هنجاریابی شده است. نتایج تحلیل عاملی نشان از تایید و برازش مطلوب مدل تک‌عاملی داشت. همچنین، این پرسشنامه با مقیاس شرم بیرونی گروس و همکاران ($r=0/38$)، مقیاس کمال‌گرایی اهواز ($r=0/22$) و مقیاس عاطفه منفی واتسون و همکاران ($r=0/22$)،

روان‌درمانی راز، به مدت هفته‌ای یک جلسه در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و به صورت گروهی، بر اساس پروتکل درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) قرار گرفتند. در ایران، روایی این پروتکل در پژوهش‌های انجام‌شده با موضوع مشابه توسط میرباقری و همکاران (۲۰۲۲) و رحمانی‌مقدم و همکاران (۲۰۲۳) مورد تایید قرار گرفته است. در جدول ۱، خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی گروهی ارائه شده است.

همبستگی معناداری را نشان داد. در پژوهش حاضر نیز، پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد نگرانی در مورد ظاهر فیزیکی، باور به بدشکلی و بدریخت بودن و اعتقاد به کژکاری جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ به دست آمد.

محتوای مداخله

افراد حاضر در گروه آزمایش، تحت جلسات آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی، توسط روان‌شناس بالینی در مرکز مشاوره و

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی گروهی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳)

| جلسه | محتوای جلسه |
|-------|--|
| اول | در این جلسه، پس از آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه، اهمیت و هدف طرحواره‌درمانی بیان شده و مشکلات مراجعان در قالب طرحواره‌درمانی صورت‌بندی شد؛ که شامل ایجاد انگیزه برای درمان، مرور ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه‌درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، بیان قواعد گروه (رازداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن)، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش مراجعان برای طرحواره‌درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی بود. |
| دوم | در این جلسه، شواهد عینی تاییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته فرد مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث شد و اهداف تعریف طرحواره‌درمانی، تعریف طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تعریف ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تعریف ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها طراحی شد. |
| سوم | در این جلسه، تکنیک‌های شناختی مانند آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد و شامل معرفی حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شرح مختصر در مورد بیولوژی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و توضیح در مورد عملکردهای طرحواره در این روان‌درمانی بود. |
| چهارم | در این جلسه، مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضاء نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف تخلیه‌نشده، آموزش داده شد و شامل اهداف معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره، تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای و ایجاد آمادگی در بین بیماران برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها بود. |
| پنجم | در این جلسه، به برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی پرداخته شد و شامل تکنیک ایجاد آمادگی برای تغییر، سنجش طرحواره‌ها از طریق پرسشنامه و ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره‌ها بود. |
| ششم | در این جلسه، تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها، آموزش داده شد و درمانگر کمک کرد تا این بیماران، محیط امنی که تجربه نکرده‌اند را مورد بازبینی و تجربه قرار دهند. |
| هفتم | در این جلسه، رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد و شامل اهداف برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط بیماران بود و در ادامه، به آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط بیماران پرداخته شد. |
| هشتم | در این جلسه، به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید توسط گروه پرداخته شد و شامل اهداف انجام گفتگوهای خیالی، نوشتن نامه به‌عنوان تکالیف خانگی، ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان و باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی بود. |

کد اخلاق

پژوهش حاضر با کد شناسه IR.IAU.A.REC.1399.034 مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان تصویب شد. با توجه به اینکه هدف اصلی هر پژوهش باید ارتقاء سلامت انسان همراه با رعایت کرامت و حقوق ایشان باشد؛ بنابراین، رعایت نکاتی از اهمیت برخوردار است که کسب رضایت آگاهانه و آزادانه (کتبی و شفاهی) از افراد و گمنام ماندن آن‌ها در اولویت قرار دارد. همچنین، پژوهشگر موظف است ضمن رعایت اصل رازداری، نتایج پژوهش را صادقانه منتشر کرده و شرکت‌کنندگان را از نتایج حاصل آگاه کند.

شیوه اجرا

ابتدا افراد واجد شرایط، یعنی زنان مبتلا به سرطان سینه بر اساس مصاحبه اولیه و نمره پرسشنامه در پیش‌آزمون، وارد پژوهش شدند. افراد حاضر در گروه آزمایش، تحت جلسات آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی، توسط روان‌شناس بالینی در مرکز مشاوره و روان‌درمانی راز، به مدت هفته‌ای یک جلسه در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و به صورت گروهی، بر اساس پروتکل درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) قرار گرفتند. دو روز پیش از مداخله و دو روز پس از اتمام جلسات درمانی، بیماران مجدد پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

نتایج

شرکت‌کنندگان گروه آزمایش از نظر وضعیت تاهل، ۶ نفر مجرد (۲۴٪) و ۱۹ نفر متاهل (۷۶٪)؛ از نظر وضعیت اشتغال، ۸ نفر شاغل (۳۲٪) و ۱۷ نفر خانه‌دار (۶۸٪) و از نظر مدرک تحصیلی، ۴ نفر دارای مدرک سیکل (۱۶٪)، ۳ نفر دارای مدرک دیپلم (۱۲٪)، ۴ نفر دارای مدرک کاردانی (۱۶٪)، ۱۱ نفر دارای مدرک کارشناسی (۴۴٪)، ۲ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد (۸٪) و ۱ نفر دارای مدرک دکترا (۴٪) بودند. شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز از نظر وضعیت تاهل، ۹ نفر مجرد (۳۶٪) و ۱۶ نفر متاهل (۶۴٪)؛ از نظر وضعیت اشتغال، ۱۱ نفر شاغل (۴۴٪) و ۱۴ نفر خانه‌دار (۵۶٪) و از نظر مدرک تحصیلی، ۳ نفر دارای مدرک سیکل (۱۲٪)، ۴ نفر دارای مدرک دیپلم (۱۶٪)، ۲ نفر دارای مدرک کاردانی (۸٪)، ۱۴ نفر دارای مدرک کارشناسی (۵۶٪)، ۱ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد (۴٪) و ۱ نفر دارای مدرک دکترا (۴٪) بودند. شاخص‌های توصیفی بد ریخت‌انگاری بدن و آشفستگی هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

سپس، پیگیری بعد از دو ماه انجام شد. به دلیل رعایت عدم سوگیری، همه ارزیابی‌های پس از درمان، توسط روان‌شناس بالینی انجام شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از اجرای پژوهش همه شرکت‌کنندگان از هدف پژوهش آگاه شدند، اختیاری بودن مشارکت آن‌ها در اجرای جلسات و رضایت هر فرد به صورت مکتوب اخذ شد، همه داده‌ها بدون ثبت هیچ‌گونه اطلاعات هویتی گردآوری و همه قواعد و اصول مربوط به محرمانه بودن و رازداری رعایت شد. سایر ملاحظات مانند کسب کد اخلاق برای مطالعه از طرف کمیته اخلاق، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش نیز رعایت شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های دو جهت بررسی توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی همراه با میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. سپس، پس از بررسی پیش‌فرض‌های آماری نرمال بودن از طریق آزمون شاپیرو-ویلک و کالموگراف-اسمیرنوف، همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین و بررسی پیش‌فرض تساوی بین متغیرها از طریق آزمون کرویت ماچلی، تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی بد ریخت‌انگاری بدن و آشفستگی هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر | آزمایش | | | کنترل | | |
|--------------------|------------------|----------|--------|-----------|----------|--------|
| | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
| بد ریخت‌انگاری بدن | میانگین | ۱۸/۰۹ | ۱۳/۱۲ | ۱۴/۰۸ | ۱۷/۱۲ | ۱۷/۶۷ |
| | انحراف استاندارد | ۹/۴۳ | ۸/۱۹ | ۹/۲۳ | ۹/۱۳ | ۹/۵۶ |
| | کجی | ۰/۷۲۱ | -۰/۸۷۸ | -۰/۶۶۵ | -۰/۶۳۵ | -۰/۴۵۷ |
| آشفستگی هیجانی | کشیدگی | ۰/۹۲۵ | ۰/۰۸۶ | -۰/۳۷۰ | -۰/۴۲۱ | -۰/۸۹۹ |
| | میانگین | ۴۲/۵۸ | ۲۲/۳۱ | ۱۷/۶۷ | ۴۲/۳۴ | ۴۰/۳۵ |
| | انحراف استاندارد | ۱۶/۲۱ | ۱۰/۳۴ | ۹/۷۸ | ۱۷/۲۱ | ۱۶/۲۱ |
| کشیدگی | کجی | ۰/۹۶۱ | ۰/۹۲۶ | ۰/۶۷۸ | -۰/۶۷۶ | ۰/۷۴۱ |
| | کشیدگی | ۰/۷۴۹ | ۰/۳۶۷ | ۰/۱۸۸ | -۰/۱۶۹ | -۰/۲۵۸ |

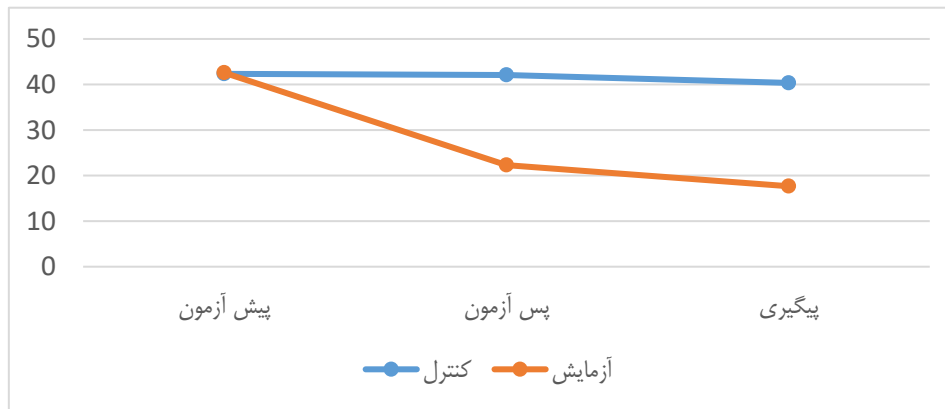
(موهبت و بهرامی‌پور، ۲۰۲۴). نتایج شاخص‌های کجی و کشیدگی در جدول ۲ نشان می‌دهد که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار است. سپس، جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای بد ریخت‌انگاری بدن ($F = -0.325, P > 0.661$) و آشفستگی هیجانی ($F = 0.138, P > 0.558$) و همچنین، در مرحله پیگیری در متغیرهای بد ریخت‌انگاری بدن ($F = 1.24, P > 0.308$) و آشفستگی هیجانی ($F = 2.37, P > 0.167$) غیرمعنادار بود. با توجه به این که واریانس خطای دو گروه در متغیرهای پژوهش به طور معناداری متفاوت نبودند؛ بنابراین، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تایید شد.

همان‌گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد در گروه آزمایش، میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در آشفستگی هیجانی و بد ریخت‌انگاری بدن نسبت به گروه کنترل کاهش قابل‌ملاحظه‌ای داشته است. با توجه به این که میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای وابسته، بهبود را نشان می‌دهد؛ بنابراین، می‌توان گفت آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی منجر به کاهش آشفستگی هیجانی و بد ریخت‌انگاری بدن شده است.

استفاده از تحلیل کوواریانس نیازمند پیش‌فرض‌هایی است که مهم‌ترین آن‌ها نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس، همبستگی متعارف بین متغیرهای کنترل و همگنی شیب رگرسیون با استفاده از تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل است

است و این اثر نه تنها بلافاصله پس از مداخله، بلکه در دوره پیگیری نیز حفظ شده است. این موضوع حاکی از تاثیر و ماندگاری مداخله مذکور برای کاهش آشفستگی هیجانی در نمونه مورد مطالعه است.

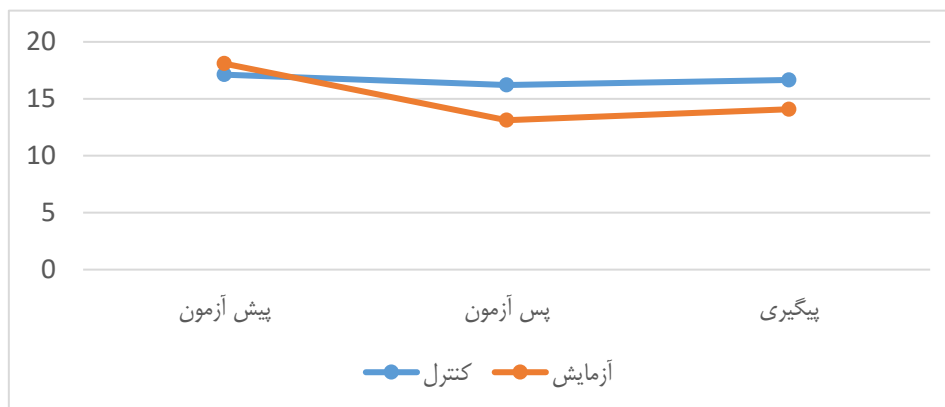
نمودار ۱، روند تغییر نمرات آشفستگی هیجانی در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در این نمودار به خوبی نشان می‌دهد که مداخله درمانی تاثیر چشمگیری بر کاهش آشفستگی هیجانی داشته



نمودار ۱. روند تغییر میانگین نمرات آشفستگی هیجانی در سه مرحله پژوهش

می‌دهد که مداخله درمانی توانسته است به طور معناداری بدریخت‌انگاری بدن را کاهش دهد که این تاثیر در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

نمودار ۲ نیز روند تغییر نمرات بدریخت‌انگاری بدن در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در این نمودار به خوبی نشان



نمودار ۲. روند تغییر میانگین نمرات بدریخت‌انگاری بدن در سه مرحله پژوهش

متغیرهای بدریخت‌انگاری بدن و آشفستگی هیجانی معنادار نیست ($P > 0.05$). نتایج آزمون موجهی نیز بیانگر این بود که پیش‌فرض کروییت داده‌ها در متغیرهای بدریخت‌انگاری بدن ($P = 0.118$ ، $Mauchlys W = 0.821$) و آشفستگی هیجانی ($P = 0.174$ ، $Mauchlys W = 0.950$) رعایت شده است ($P > 0.05$). بنابراین، پیش‌فرض کروییت که حاکی از کفایت نمونه‌ها است، برقرار بود. در این پژوهش، اثرات اصلی گروه در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، معنادار به دست آمد ($P < 0.001$). بنابراین، میانگین نمرات آشفستگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد ($P < 0.001$). نتایج نشان داد

در پژوهش حاضر، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای بدریخت‌انگاری بدن و آشفستگی هیجانی به عنوان متغیر وابسته و پیش‌آزمون آن‌ها به عنوان متغیر کمکی (کوواریت) تلقی شدند. تعامل متغیرهای کمکی پیش‌آزمون با پس‌آزمون در متغیرهای بدریخت‌انگاری بدن ($F = 0.076$ ، $P > 0.763$) و آشفستگی هیجانی ($F = 2.65$ ، $P > 0.158$) و همچنین، با پیگیری در متغیرهای بدریخت‌انگاری بدن ($F = 16.08$ ، $P > 0.189$) و آشفستگی هیجانی ($F = 2.87$ ، $P > 0.119$) نشان داد که تعامل در سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه کنترل) معنادار نیست ($P > 0.05$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تایید شد. از سوی دیگر، نتایج آزمون ام‌باکس مشخص کرد تفاوت نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در

دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون مطلوب است. به‌منظور بررسی بیشتر، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا روی نمرات آشفستگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

که ۵۳/۴ درصد از تفاوت در بهبود آشفستگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن در مرحله پس‌آزمون پژوهش و ۵۳/۹ درصد در مرحله پیگیری به تفاوت بین گروه‌ها مربوط است. به‌عبارتی، آموزش طرحواره‌درمانی گروهی بر بهبود آشفستگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری موثر بوده است. توان آماری ۱۰۰ درصدی در هر

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

| مرحله | متغیر | منابع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | p | اندازه اثر |
|----------|-------------------|-------------|---------------|------------|-----------------|---------|-------|------------|
| پس‌آزمون | آشفستگی هیجانی | پیش‌آزمون | ۴۷/۲۶ | ۱ | ۴۷/۲۶ | ۲/۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴۵ |
| | | گروه | ۴/۵۸ | ۱ | ۴/۵۸ | ۳/۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶۹ |
| | | خطا | ۷۱/۴۶ | ۲۳ | ۱۷/۴۶ | - | - | - |
| پس‌آزمون | بدریخت‌انگاری بدن | پیش‌آزمون | ۴۰۶/۱۰ | ۱ | ۴۰۶/۱۰ | ۸/۴۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۴۷ |
| | | گروه | ۲۴/۷۶ | ۱ | ۸/۲۵ | ۲/۵۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۵۶ |
| | | خطا | ۴۰۰/۲۱ | ۲۳ | ۱۴/۲۹ | - | - | - |
| پس‌آزمون | آشفستگی هیجانی | پیش‌آزمون | ۵۷/۳۹ | ۱ | ۵۷/۳۹ | ۱/۷۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸۱ |
| | | گروه | ۵/۳۶ | ۱ | ۵/۳۶ | ۲/۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱۸ |
| | | خطا | ۱۶۴/۲۱ | ۲۳ | ۲۱/۱۹ | - | - | - |
| پس‌آزمون | بدریخت‌انگاری بدن | پیش‌آزمون | ۵۱۰/۱۹ | ۱ | ۵۱۰/۱۹ | ۱/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۱۲ |
| | | گروه | ۳۷/۴۹ | ۱ | ۳۷/۴۹ | ۱/۳۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱۷ |
| | | خطا | ۴۲۹/۱۹ | ۲۳ | ۱۳/۲۵ | - | - | - |

همچنین، در مرحله پیگیری نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای آشفستگی هیجانی ($F=۲/۷۵$ و $P<۰/۰۰۱$) و بدریخت‌انگاری بدن ($F=۱/۳۴$ و $P<۰/۰۰۱$) محاسبه شد. این یافته نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری، بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ آشفستگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن تفاوت وجود دارد. به‌عبارت دیگر، می‌توان گفت آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی گروهی، نمرات آشفستگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن گروه آزمایش در مرحله پیگیری را کاهش داده است. میزان تاثیر برای آشفستگی هیجانی ۰/۳۱ و برای بدریخت‌انگاری بدن ۰/۳۱ است. بدین معنی که ۳۱ درصد واریانس کاهش آشفستگی هیجانی و ۳۱ درصد واریانس کاهش واریانس بدریخت‌انگاری بدن در مرحله پیگیری ناشی از شرکت در جلسات طرحواره‌درمانی گروهی است.

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای آشفستگی هیجانی ($F=۳/۱۱$ و $P<۰/۰۰۱$) و بدریخت‌انگاری بدن ($F=۲/۵۷$ و $P<۰/۰۰۱$) محاسبه شد. این یافته نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون، بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ آشفستگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن تفاوت وجود دارد. به‌عبارت دیگر، می‌توان گفت آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی گروهی، نمرات آشفستگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون را کاهش داده است. میزان تاثیر برای آشفستگی هیجانی ۰/۳۶ و برای بدریخت‌انگاری بدن ۰/۲۵ است. بدین معنی که ۳۶ درصد واریانس کاهش آشفستگی هیجانی و ۲۵ درصد واریانس کاهش بدریخت‌انگاری بدن در مرحله پس‌آزمون ناشی از شرکت در جلسات طرحواره‌درمانی گروهی است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها در بدریخت‌انگاری بدن و آشفستگی هیجانی

| متغیر | گروه مبنا | مرحله | p | تفاوت میانگین‌ها |
|-------------------|-----------|----------|-------|------------------|
| بدریخت‌انگاری بدن | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۰/۰۰۱ | ۶/۹۵ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۰/۰۰۱ | ۶/۳۳ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۰/۱۸۶ | -۰/۶۲ |
| آشفستگی هیجانی | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۰/۰۰۱ | ۳/۹۶ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۰/۰۰۱ | ۳/۱۷ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۰/۱۷۹ | -۰/۷۸ |

افزایش یافته بود. در طول اجرای جلسات طرحواره‌درمانی، بیماران با توجه به عوامل زمینه‌ای و گفت‌وگوهای درون‌گروهی صورت‌گرفته، به عامل‌های ایجادکننده اولیه و از همه مهم‌تر، تاثیر زمینه‌های اضطرابی توجه داشتند و این نکته حاصل شد که تنها عامل بیماری سرطان، ایجادکننده این وضعیت روحی روانی نبوده بلکه آمادگی‌های اولیه، زمینه‌ساز ایجاد شرایطی است که فرد در برابر بیماری سرطان به‌شدت شکننده و آسیب‌پذیر می‌شود.

از دیگر یافته‌های این پژوهش، توجه به تاثیر آموزش طرحواره‌درمانی گروهی بر بدریخت‌انگاری بدن و آشفتگی هیجانی این گروه بیماران بود. این یافته با نتایج مطالعه فیروزی و همکاران (۲۰۲۱)، حاجی‌نیا اسبو و همکاران (۲۰۲۰)، خادمی و همکاران (۲۰۱۹)، خالقی و همکاران (۲۰۱۶) و کوپر و همکاران (۲۰۲۰) هم‌راستا است. در تفسیر این یافته می‌توان گفت تکنیک‌های مربوطه برای کنترل احساسات منفی و همسو شدن با شرایط بیماری، کمک کرد تا این بیماران در طول مدت درمان نه‌تنها آشنایی بیشتری با خود پیدا کرده، بلکه به خود کمک نمایند تا وضعیت بیماری را از وضعیت اضطراب و آشفتگی جدا کرده و به‌طور خاص به این موضوع بپردازند. در نهایت، با کنترل عامل‌های زمینه‌ای، استفاده از تکنیک‌ها و روش‌ها، افزایش خودآگاهی و سایر مهارت‌ها این امکان فراهم شد تا میزان بدریخت‌انگاری و آشفتگی هیجانی در این بیماران کاهش یابد. در جلسات آخر، نه‌تنها وضعیت آشفتگی آن‌ها کاهش پیدا کرده بود، بلکه با بیماری و روش‌های درمان آن ارتباط بهتری برقرار کرده بودند و حتی زمینه برای مسائل پزشکی و بهبود وضعیت پذیرش درمان‌های پزشکی فراهم شد. به نظر می‌رسد بیمارانی که زمینه‌های اضطراب و بیماری‌های روانی داشته‌اند، در چنین شرایطی بیشتر در معرض آسیب‌های روان‌شناختی قرار می‌گیرند. بنابراین، درمان‌های گذشته‌نگر همسو با درمان‌های متمرکز بر الان و اکنون که یکی از روش‌های موثر آن طرحواره‌درمانی است، کمک بسیار شایانی برای شناخت دقیق فرد از علائم و بهبود وضعیت و استفاده از تکنیک‌ها فراهم می‌آورد که به‌همین دلیل چنین نتیجه قابل‌پیش‌بینی برای ما حاصل شد.

همچنین، بنا بر گزارش‌های زنان شرکت‌کننده، پی بردن به طرحواره‌های قدیمی و نقش آن‌ها در کاهش نشانگان بالینی افراد، روشن شدن ارزش‌ها و گام برداشتن در جهت ارزش‌ها نقش مهمی در بهبود میزان بدریخت‌انگاری بدن و آشفتگی هیجانی آن‌ها داشته است. این یافته با نتایج مطالعه طیب‌زاده و همکاران (۲۰۲۲)، سیف حسینی و همکاران (۲۰۱۹)، حیدریان و همکاران (۲۰۱۶) و روزنبرگ و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. در واقع، زمانی که این بیماران در دوره‌ای از زندگی خود دچار ضربات روحی می‌شوند، ممکن است نوعی پوچی یا نوعی احساس اضطراب بی‌حدواندازه در ناخودآگاه آن‌ها شکل

برای بررسی دقیق‌تر این تفاوت از آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، اختلاف میانگین تعدیل‌شده آشفتگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن گروه آزمایش با گروه کنترل از لحاظ آماری معنادار هستند ($P < 0/01$). بنابراین، آموزش طرحواره‌درمانی گروهی بر بهبود آشفتگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن بیماران مبتلا به سرطان سینه موثر بوده است و این تاثیر در طول دوره پیگیری نیز پایدار مانده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، تاثیر آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی گروهی بر آشفتگی هیجانی و بدریخت‌انگاری بدن بیماران مبتلا به سرطان سینه بود. یکی از یافته‌های این پژوهش، تاثیر معنادار آموزش طرحواره‌درمانی در میانگین نمرات بدریخت‌انگاری بدن و آشفتگی هیجانی گروه آزمایش (پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون) بود. به‌عبارتی، در اثر آموزش طرحواره‌درمانی، میزان نمرات بدریخت‌انگاری بدن و آشفتگی هیجانی کاهش یافت. این یافته با نتایج مطالعه فیروزی و همکاران (۲۰۲۱)، عزیززی و همکاران (۲۰۱۹)، امام‌زمانی و همکاران (۲۰۱۹)، صالحی و همکاران (۲۰۱۵) و لهی (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران سرطانی، گرفتاری‌های فراوانی در حوزه مسائل روان‌شناختی پیدا می‌کنند که برخی مورد توجه قرار نمی‌گیرند. مسائلی مانند بدریخت‌انگاری بدن و آشفتگی هیجانی، پدیده‌های بسیار دردناکی هستند که می‌توانند روند زندگی این بیماران را خدشه‌دار نمایند.

آشفتگی هیجانی زمینه را برای بروز رفتارهای نامتناسب و آشفتگی در روابط و درمان ایجاد می‌نماید. طرحواره‌درمانی با توجه به اهمیت دادن به هیجان‌ات و زمینه‌های ایجاد هیجان از طریق الگوهای والدی و رویدادهای زندگی، قادر است تاثیرات مثبتی بر احساسات منفی ایجادشده در انسان داشته باشد. در این پژوهش، با توجه به اینکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه چنین بیمارانی معمولاً با دریافت خبر بیماری می‌تواند روشن شود و زمینه را برای گسترش معنادار بدریخت‌انگاری بدن و آشفتگی هیجانی ایجاد نماید، نیازمند استفاده از روش درمانی بودیم که الگوهای اولیه و الگوهای ایجادکننده آشفتگی هیجانی و اضطراب‌های مربوطه را برای ما روشن سازد و روش‌های کارآمدی برای کاهش آن‌ها فراهم نماید.

هنگام اجرای پژوهش، همان‌گونه که پیش‌بینی شد بدریخت‌انگاری بدن و آشفتگی هیجانی در این بیماران به‌شدت

شود که از طرف یک فرد مهم یا منبع اطلاعاتی مهم به فرد داده می‌شود.

در مجموع، مداخله طرحواره‌درمانی در پژوهش حاضر به بیماران مبتلا به سرطان سینه کمک کرد تا به‌جای تمرکز بر افکار منفی و مایوس‌کننده، تلاش کنند تا انرژی و زمان خود را صرف باروری و شکوفایی ارزش‌های خود نمایند. همچنین، این افراد با آگاه شدن از موضوع مرگ خود، تمام تلاش خود را در ازای مسئولیتی که در تمام لحظات زندگی بر عهده دارند، به کار گیرند. در پایان باید گفت، آگاهی از مرگ غیرقابل‌گریز در بیماران مبتلا به سرطان سینه، فرصت شجاعانه زندگی کردن با آگاهی از تمام نقص‌ها را در پی دارد.

شایان ذکر است که محدود بودن جامعه پژوهش به زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر شیراز و نیز مشکلات ناشی از خود بیماری، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و عدم بررسی سایر مشکلات روحی و روانی بیماران از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا جهت تعیین تاثیر در طول دوره زمانی، با توجه به اینکه سایر اعضای خانواده نیز در تقویت امید و روحیه بیماران مبتلا به سرطان سینه نقش مهمی دارند، جلسات خانواده‌درمانی با حضور اعضای خانواده این بیماران انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود درمانگران با اجرای صحیح درمان آشنا شده و از آن بر روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به‌ویژه بیماری سرطان استفاده نمایند تا از این طریق تنظیم شناختی هیجان را در آن‌ها افزایش داده و از طرفی، میزان اضطراب، افسردگی و آشفتگی هیجانی آنان را کاهش دهند تا درمان از تداوم بیشتری برخوردار شود.

بگیرد. در نتیجه، ترومای صورت‌گرفته در شخصیت آن‌ها، به‌واسطه حجم زیادی از اضطراب که در آن شخص قالب‌ریزی شده است، می‌تواند بر روی تغییرات رفتاری آن‌ها تاثیر بگذارد.

در راستای این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که توانایی طرحواره‌درمانی برای الگوکنشی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به‌جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کند. در نهایت، این کاربردها موجب افزایش شادکامی و سلامت روانی شده و میزان افسردگی و اضطراب ناشی از آن را بهبود می‌بخشد (خادمی و همکاران، ۲۰۱۹). طرحواره‌درمانی، نه‌تنها در بهبود بسیاری از بیماری‌های مزمن موثر است، بلکه به بیماران کمک می‌کند تا تاثیرات روانی منفی بیماری‌شان را به کمترین مقدار برسانند.

با توجه به اینکه بدریخت‌انگاری بدن نیز بیانگر این است که ظاهر و بدن فرد دارای عیب و نقص است و به‌نوعی بیانگر عدم کفایت‌مندی کافی است؛ بنابراین، می‌توان این احتمال را داد که هیجان‌ها و شناخت‌های اساسی که در طرحواره وجود دارند و به نشانه‌های محیطی و درونی مبنی بر نقص و عدم کفایت‌مندی حساسیت نشان می‌دهند، تا اندازه‌ای متمرکز بر ظاهر شوند و نسبت به اندام‌ها و شکل ظاهری حساسیت نشان دهند. علاوه بر این، بخشی از فعالیت‌های طرحواره فرد تا حدود زیاد متأثر از یک فرد مهم یا حتی از ارزش و اصل مهم می‌گردد. بنابراین، می‌توان این احتمال را داد که فعالیت این طرحواره موجب شود فرد درگیر ارزش‌ها و دیدگاه‌های مبتنی بر ارزش‌مندی، عدم نقص و زیبایی ظاهری به‌صورت افراطی

قدردانی: از همه افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، قدردانی می‌نمایم.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی مشاهده نشد.

حامی مالی: این پژوهش از طرف هیچ فرد و یا موسسه‌ای، حمایت مالی دریافت نموده است.

Reference

- Aghajani, S., Khoshsorour, S., & Taghizadeh Hir, S. (2021). The Effects of Holographic Reprocessing Therapy on Cognitive Flexibility and Posttraumatic Growth in Women with Breast Cancer. *J Arak Uni Med Sci*, 24(1), 108-121. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-6471-fa.html> [In Persian]
- Alavi, S. Z., Amanuelahi, A., Attari, Y., & Koraei, A. (2019). The effectiveness of Acceptance and Commitment Couple Therapy on improvement Social Intimacy and Psychological flexibility of maladjusted couples. *Scientific Journal of Social Psychology*, 6(50), 57-72. [In Persian]
- Al-Awadh, I., Bogari, A., Azhar, T., Al-Taylouni, N., Al-Sughier, N., Al-Karzae, M., ... & Al-Dosari, B. (2021). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder among Rhinoplasty Candidates: A Systematic Review. *Ear, Nose & Throat Journal*, 103(6), 377-383. <https://doi.org/10.1177/01455613211056543>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM 5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

- <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item version of the depression anxiety stress scale in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 2, 176-181. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Azizi, Z., Alipour, A., & Alikabari Dehkordi, M. (2019). Effectiveness of group schema therapy on reducing death anxiety symptoms in cardiovascular patients. *Journal of Behavioral Science Research*, 17(2), 244-252. <https://www.sid.ir/paper/952405/fa> [In Persian]
- Begovic-juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, A. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life Among Women with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30, 446-460. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.684856>
- Burridge, P. W., Li, Y. F., Matsa, E., Wu, H., Ong, S. G., Sharma, A., et al. (2016). Human induced pluripotent stem cell-derived cardiomyocytes recapitulate the predilection of breast cancer patients to doxorubicin-induced cardiotoxicity. *Nature Medicine*, 22(5), 547-561. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5086256/>
- Dastbaz, A., Mohammadi, R., Ahadi, S., Haidarian, M. (2024). Prediction of body deformity disorder based on personality traits and cognitive distortions with the mediating role of emotion regulation difficulty in female students. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(6), 108-124. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2184-fa.html>
- Emam-Zamani, Z., Mashhadi, A., & Sepehri Shamloo, Z. (2019). The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Anxiety and emotional schemas on Women with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology and Counseling Research*, 9(1), 5-24. <https://doi.org/10.22067/ijap.v9i1.69238>. [In Persian]
- Firoozi, M., Farahani, H., Fathipour, A., & Akbari, H. (2021). Predicting Emotional Disturbance based on Self-empowerment Skills and Interpersonal Interactions in Breast Cancer Patients. *Depiction of Health*, 11(4), 344-354. <https://www.sid.ir/Fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=550649> [In Persian]
- Hajinia Asbo, A., Khalatbari, J., Mirzamani, S. M., Ghorban Shiroodi, Sh., & Abolghasemi, Sh. (2020). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on anxiety caused by marital conflicts of women involved in domestic violence. *Journal of Disability Studies*, 10(2), 13-130. <https://jdisabilstud.org/article-1-1875-fa.html> [In Persian]
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 27(1), 293-319. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17716090/>
- Heidarian, A., Zahraakar, K., & Mohsenzade, F. (2016). The Effectiveness of Mindfulness Training on Reducing Rumination and Enhancing Resilience in Female Patients with Breast Cancer: A Randomized Trial. *Ijbd*, 9(2), 52-59. <http://ijbd.ir/article-1-529-fa.html>. [In Persian]
- Kalyani, M. N., Pourjam, E., Jamshidi, N., Karimi, S., Kalyani, V. N. (2013). Survey of stress, anxiety, depression and self-concept of students of Fasa University of medical sciences, 2010. *J Fasa Univ Med Sci*, 3(3), 235-40. <https://www.semanticscholar.org/paper/Survey-of-stress%2C-anxiety%2C-depression-and-of-of-of-Kalyani-Pourjam/a9d7e742bdbecda6b0cb8ff2ccd3e4b68d5b5148> [In Persian]
- Kazemini, M., Foroughi, A., Khanjani, S., & Mohammadi, A. (2016). Factor Structure and Psychometric Properties of Persian Version of Dysmorphic Concern Questionnaire. *Navid No*, 18(61), 56-65. <https://doi.org/10.22038/nmj.2016.7369> [In Persian]
- Khabbaz Sabet, S., Keykhosrovani, M., Poladi Rishchri, A., & Bahrani, M. R. (2022). Relationship between Tendency to Cosmetic Surgery with Attitudes to Fashion and Negative Body Image of Women Applying for Cosmetic Surgery Based on the Type of Surgery: The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. *Journal of Social Psychology Research*, 46, 37-60. <https://doi.org/10.22034/spr.2022.330883.1725>
- Khademi, M., TalebyanSharif, J., Azadi, M., & Hoshyar, S. (2019). Effectiveness of schema

- therapy on the resilience of women with breast cancer. *Journal of new achievements in humanities studies*, 18(2), 116-124. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1544754> [In Persian]
- Khaleghi, M., Mohammadkhani, Sh., & Hasani, J. (2016). Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: A single-subject design. *Journal of Clinical Psychology*, 8(2), 43-55. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2235> [In Persian]
- Kiarasi, Z., Emadian, S. O., & Fakhri, M. K. (2021). Effectiveness of Logotherapy on Fear of disease progression, Death Anxiety of cancer in Women with Breast Cancer. *IJCA*, 2(1), 3-10. <http://ijca.ir/article-1-118-fa.html> [In Persian]
- 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 personality disorders. *Psychotherapy Research*, 31(7), 831-842. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33272104/>
- Langs, R. (2008). Unconscious death anxiety and the two modes of psychotherapy. *The Psychoanalytic Review*, 95(5), 791-818. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18999951/>
- Leahy, R. L. (2018). Emotional schema therapy: distinctive features. *Routledge*, 176. <https://www.routledge.com/Emotional-Schema-Therapy-Distinctive-Features/Leahy/p/book/9781138561144#>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Male, D. A., Fergus, K. D., & Cullen, K. (2016). Sexual identity after breast cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 10(1), 66-74. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000184>
- Mehdipour-Rabori, R., & Nematollahi, M. (2014). The effect of recommended Azkar on anxiety, stress, and depression in families of patients undergoing open heart surgery. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 19(3), 238-241. [In Persian]
- Mirbagheri, S. R., Khosravi, S., & Akrami, M. (2022). 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*, 9(5), 16-28. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1504-fa.html>
- Mohebat, M., & Bahramipour, M. (2024). The effect of the successful adolescent education on self-compassion, purposefulness, perspective-taking and individual values of 15-18 years old adolescents. *Contemporary Psychology*, 18(1), 65-77. <https://doi.org/10.29252/bjcp.18.1.65>
- Nazari, I., Makvandi, B., Seraj Khorram, N., & Heidarei, A. (2021). Comparison of the Effectiveness of Group Gestalt Therapy and Selection Theory on Marital Intimacy in Women with Breast Cancer in Yasuj, Iran. *armaghanj* 2021, 26(3), 371-386. <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-3003-fa.html> [In Persian]
- Osthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D. J. (1998). Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 129-132. <https://doi.org/10.3109/00048679809062719>
- Pirflak, M., Atashpour, S. H., & Golparvar, M. (2022). Comparison of the Effect of Existential Therapy and Rational-Emotional Behavioral Therapy on the Meaning of Life and Anger Management of Teenagers with Suicidal Thoughts. *Contemporary Psychology*, 17(2), 140-153. <https://doi.org/10.29252/bjcp.17.2.140>
- Rahmani-Moghaddam, F., Bagherzadeh Golmakani, Z., Touzandehjani, H., & Nejat, H. (2023). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Distress Tolerance and Emotional Regulation in Physical-Motor Disabled People in Mashhad City. *Socialworkmag*, 11(4), 34-43. <http://socialworkmag.ir/article-1-692-fa.html>
- Rajabi, G. H., Bahrani, M. (2001). Factor analysis of questions about death anxiety scale. *Journal of Psychology*, 5(4), 331-344. <https://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=39069>. [In Persian]

- Rosenberg, A. R., Wolfe, J., Bradford, M. C., Shaffer, M. L., Yi-Frazier, J. P., Curtis, J. R., Syrjala, K. L., & Baker, K. S. (2013). Resilience and Psychosocial Outcomes in Parents of Children with Cancer. *Pediatr Blood Cancer*, 3(61), 552-557. <https://europepmc.org/article/med/24249426>
- Salehi, F., Mohsenzade, F., & Arefi, M. (2015). Prevalence of Death Anxiety in Patients with Breast Cancer in Kermanshah. *Ijbd*, 8(4), 34-40. <http://ijbd.ir/article-1-487-fa.html> [In Persian]
- Seyf Hosseini, A., Asadi, J., Sanagoo, A., & Khajvandkhoshly, A. (2019). Comparison of Schema Therapy Based on Group Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction on resiliency in mothers of children with cancer. *MJMS*, 62(4), 411-420. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14914>. [In Persian]
- Tabibzadeh, F., Soleimani, E., Ghorban Shiroodi, S. (2022). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cancer related Fatigue and Self-care Behaviors in Patients with Breast Cancer. *SJKU*, 27(2), 113-127. <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-6552-fa.html> [In Persian]
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer Nurs*, 35, 456-465. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182395401>
- World Health Organization (WHO). *Cancer* [Internet]. 2021. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioners Guide*. New York: The Guilford press. <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/978159385372>