Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cancer related Fatigue and Self-care Behaviors in Patients with Breast Cancer

Farinaz Tabibzadeh[1], Esmaiel soleimani[2], Shohreh Ghorban Shiroodi[3]

1- Ph.D. Candidate, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran. ORCID ID: 0000-0003-3872-2837

2- Associate Professor, Department of Psychology, University of Urmia, Urmia, Iran * (Corresponding Author). Tel: +98-44-33364500, Email:E.soleimani@urmia.ac.ir ORCID ID: 0000-0002-7204-1229

3- Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8473-1756

ABSTRACT

Background and Aim: Cancer is associated with psychological pressure and negative emotions. Therefore, identification and application of psychological therapies can be effective in the prevention and improvement of psychological pressure and problems in the patients with cancer. The aim of this study was to determine the effectiveness of emotional schema therapy on cancer-related fatigue and self-care behaviors in patients with breast cancer.

Materials and Methods: This was a pre-test-post-test quasi-experimental study with a control group, and its statistical population included all women with breast cancer referring to nongovernmental oncology center of Urmia in 2020. 30 women with breast cancer (15 in the experimental group - 15 in the control group) were selected by convenient sampling method. Our inclusion criteria included female patients with breast cancer, , minimum age 40 and maximum age 60 years, in the phase 1 and 2 of the disease, undergoing chemotherapy, and disease duration of at least 6 months and having diploma as minimum certificate in education. The patients randomly assigned to experimental and control groups. Okoyama Cancer Fatigue Questionnaire (2000) and researcher-made self-care behaviors questionnaire were used to collect data. The experimental group received 12 sessions of Leahy's emotional schema therapy (2002). Every session lasted 90 minutes. Data analysis was performed using multivariate covariance test.

Results: The mean age of the participants was (56.36) with standard deviation (8.09). The results of multivariate covariance analysis showed that the mean scores of cancer-related fatigue and self-care behaviors after implementation of emotional schema therapy were significantly different in the experimental group compared to those in the control group. This means that emotional schema therapy reduced cancer-related fatigue and improved self-care behaviors.

Conclusion: According to the results of this study, emotional schema therapy is effective in reducing cancer-related fatigue and improvement of self-care behaviors in the women with breast cancer.

Keywords: Schema therapy, Breast cancer, Fatigue, Self-care

Received: Jan 20, 2021 **Accepted:** Aug 28, 2021

How to cite the article: Farinaz Tabibzadeh,Esmaiel soleimani, Shohreh Ghorban Shiroodi. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cancer related Fatigue and Self-care Behaviors in Patients with Breast Cancer. SJKU. 2022;27(2):113-127.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و هفت / خرداد و تیر ۱۴۰۱/۱۲۷-۱۱۳

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلابه سرطان پستان

فریناز طبیب زاده[۱]، اسماعیل سلیمانی[۲]، شهره قربان شیرودی[۳]

۱. دانشجوی دکتری ، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران. کد ارکید: ۲۸۳۷- ۳۸۷۲- ۰۰۰۳- ۰۰۰۰

۲ . دانشیار ، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران، **پست الکترونیک:** E.soleimani@urmia.ac.ir ، تلفن : ۰۴۴-۳۳۳۶۴۵۰۰ ، کد ارکید: ۱۲۲۹-۷۲۰۴-۰۰۰۲- ۰۰۰۰

۳ . دانشیار ، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران. کد ارکید: ۱۷۵۶- ۸۴۷۳-۰۰۰۱- ۰۰۰۰

چکیده

اگرچه سرطان با فشار روانی و هیجانات منفی همراه است، با این وجود شناسایی و کاربرد درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند در پیشگیری و بهبود فشار روانی و مشکلات روان‌شناختی در افراد مبتلا به سرطان اثرگذار باشد. بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سرطان پستان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آماری آن تمام زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز غیردولتی سرطان‌شناسی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۹ را شامل شد. ۳۰ زن مبتلابه سرطان پستان (۱۵ نفر گروه آزمایش- ۱۵ نفر گروه کنترل) به‌روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود مطالعه (جنسیت مؤنث، ابتلابه سرطان پستان، حداقل سواد دیپلم، حداقل سن ۴۰ و حداکثر ۶۰، قرار داشتن در فاز ۱ و ۲ بیماری، در حال انجام شیمی‌درمانی، حداقل ۶ ماه از زمان بیماری گذشته باشد) به‌عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پرسشنامه‌های خستگی ناشی از سرطان اوکویاما(۲۰۰۰) و رفتارهای خودمراقبتی محقق‌ساخته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره درمانی هیجانی لیهی(۲۰۰۲) را دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت‌کنندگان(۵۶/۳۶) با انحراف معیار(۸/۰۹) بود. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد میانگین نمرات خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بعد از اجرای طرحواره درمانی هیجانی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار داشت. بدین معنی که طرحواره درمانی هیجانی خستگی ناشی از سرطان را کاهش و رفتارهای خودمراقبتی افزایش داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت طرحواره درمانی هیجانی در کاهش خستگی ناشی از سرطان و افزایش رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلابه سرطان پستان اثرگذار است.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی، سرطان پستان، خستگی، خود مراقبتی

وصول مقاله:۹۹/۱۱/۱ اصلاحیه نهایی:۱۴۰۰/۴/۲۷ پذیرش:۱۴۰۰/۶/۶

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های خطرناک و پیچیده است که ناشی از عوامل محیطی و ژنتیکی می‌باشد و سالانه خسارات جبران‌ناپذیر و فراوانی را به بیماران وارد می‌کند (۱). تفاوت سرطان با سایر بیماری‌ها در این است که یک بیماری بدنی ذهنی است. کنار آمدن با سرطان تنها مقابله با بیماری نیست، عوارض جانبی جسمی مرتبط و درهم‌آمیخته با مسائل هیجانی، روانی و اجتماعی در این بیماری سال‌ها پس از درمان هم می‌توانند باقی بمانند. اسم سرطان به دلیل بخشی از بدن که سلول‌های سرطانی در آن رشد می‌کند نام‌گذاری می‌شود و بنابراین سرطان پستان یعنی سرطانی که در پستان رشد می‌کند (۲). بیش از ۱/۳ میلیون سرطان پستان سالانه در سراسر جهان تشخیص داده می‌شود و دومین علت اصلی مرگ در اثر سرطان در زنان است (۳). بااینکه امروزه تشخیص سرطان، به‌عنوان بیماری‌ای مطرح نمی‌باشد که موجب مرگ حتمی و قریب‌الوقوع شود، بااین‌حال در کشورهای غربی و بعضی کشورهای آسیایی تشخیص این بیماری باعث مشکلات هیجانی و عاطفی بسیار شدید در افراد می‌گردد (۴). نزدیک ۱۵ تا ۵۲ درصد افرادی که مبتلابه سرطان هستند، هم‌زمان از یک اختلال روان‌پزشکی هم در رنج‌اند. عوارض ناخوشایند فرایند درمان سرطان موجب اختلالاتی نظیر اختلال در الگوی خواب، عملکرد شناختی، مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فرد و بروز علائم جسمانی و تهدید کیفیت زندگی در افراد می‌گردد (۵). سرطان به‌عنوان یک عامل استرس‌زای منفی، تأثیر جدی بر سلامت جسمی و روانی مبتلایان خواهد گذاشت به‌طوری‌که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلابه این بیماری، سطح بالایی از آشفتگی روانی را تجربه می‌کنند (۶). مطالعات اخیر مشخص کرده است که مسائل روانی – اجتماعی و هیجانی ناشی از بیماری سرطان بر تمام مراحل سرطان تأثیر خواهد گذاشت، پاسخ‌ها و واکنش‌های روانی هیجانی این بیماران هم بر عوارض بیماری و هم بر مرگ افراد مبتلا تأثیرگذار بوده است. تأکید بر سرطان‌شناسی روانی اجتماعی در سال‌های اخیر منجر به پژوهش‌ها و برنامه‌های آموزشی و درمانی بسیاری در حیطه مسائل روانی و مخصوصاً هیجانی شده است و مراقبت‌های روانی اجتماعی در تمام مراحل و طول مدت بیماری موردنیاز است (۷).

یکی از عوارض آزاردهنده بیماری سرطان خستگی مرتبط با آن است. خستگی مرتبط با سرطان (Cancer-Related Fatigue, CRF) که گاهی خستگی سرطان نامیده می‌شود، یکی از رایج‌ترین و ناراحت‌کننده‌ترین عوارض جانبی سرطان و درمان‌های آن است که باعث اختلال در تمام جنبه‌های کیفیت زندگی می‌شود. خستگی ناشی از سرطان در ۷۰ تا ۱۰۰ درصد بیمارانی که تحت درمان‌اند، گزارش‌شده است. در بیماران سرطانی خستگی ممکن است در اثر فرایند بیماری و یا درمان‌های مربوطه ایجاد شود (۸). خستگی مرتبط با سرطان یک احساس ذهنی است که بااحساس خستگی شناخته‌شده متناسب نیست و در مورد اینکه خستگی مرتبط با سرطان چیست اتفاق‌نظر وجود ندارد. خستگی مرتبط با سرطان با استراحت تسکین نمی‌یابد (۹). خستگی ناشی از سرطان بدون توجه به مشخصات تشخیصی افراد تقریباً همه بیماران سرطانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). شبکه جامع ملی سرطان (national comprehensive cancer network) (۲۰۱۰) خستگی ناشی از سرطان را به این صورت تعریف می‌کند "احساس خستگی یا فرسودگی جسمی، عاطفی و یا شناختی مربوط به سرطان یا درمان سرطان است که می‌تواند به‌صورت ناراحت‌کننده، مداوم، ذهنی که متناسب با فعالیت فعلی فرد نیست و موجب اختلال در عملکرد فرد می‌شود ظاهر گردد."(۱۱). علامت خستگی در بیش از ۷۰ درصد بیمارانی که تحت اشعه درمانی و شیمی‌درمانی بوده‌اند، مشاهده گردیده است. برای اکثر بیماران، شدت خستگی ناشی از سرطان به حدی است که در صورت عدم التیام، فعالیت‌های روزانه آن‌ها را مختل و محدود ساخته و به‌طور عمیقی اکثر ابعاد زندگی فرد نظیر انجام فعالیت و نقش‌های باارزش زندگی، کیفیت زندگی فرد و وضعیت عملکردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). بر اساس گزارش بیماران مبتلابه سرطان، خستگی ناشی از

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

سرطان بیشترین ناراحتی را برای افراد ایجاد کرده و به‌این‌ترتیب تأثیرات منفی زیادی بر کیفیت زندگی بیماران را باعث شده است (۱۳). خستگی مرتبط با سرطان در اوایل تشخیص سرطان بسیار شدیدتر است بنابراین ارزیابی و درمان آن باید از همان ابتدای شروع علائم آغاز شود (۱۴). مطالعات تأیید کرده‌اند که شدت و مدت خستگی بیماران سرطانی، خانواده و بازماندگان آن‌ها به‌طور قابل‌توجهی بیشتر از افراد عادی است (۱۵). لذا یافتن راه‌حلی غیر دارویی و غیرتهاجمی برای رفع این مشکل بیماران مبتلابه سرطان الزامی به نظر می‌رسد.

از دیگر متغیرهایی که در مورد بیماران مبتلابه سرطان مطرح است، رفتارهای خود مراقبتی (self-care behaviors) است (۱۶). مراقبت از خود به فرایند فعال بازیابی، حفظ و بهبود سلامتی فرد اشاره دارد. برخی از اقدامات خود مراقبتی مربوط به تکنیک‌های جسمی و برخی دیگر روانی هستند. مفیدترین تعریف مراقبت از خود را سازمان بهداشت جهانی ارائه کرده است: فعالیت‌های که افراد، خانواده‌ها و جوامع با توجه به تقویت سلامتی، جلوگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و بازیابی سلامتی انجام می‌دهند این فعالیت‌ها از دانش و مهارت حاصل از تجارب حرفه‌ای و تجربی حاصل می‌شود (۱۷). از بین عواملی که جزو معین‌های سلامت هستند، رفتارهای خود مراقبتی ارتقادهنده سلامت جزو اصلی‌ترین راه پیشگیری از ابتلا به بیماری به‌ویژه بیماری‌های مزمن مطرح است (۱۸). مهم‌ترین رفتارهای خود مراقبتی ارتقادهنده سلامت دربرگیرنده رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات میان فردی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی است (۱۹). مطالعات انجام‌شده که به بررسی رفتارهای خود مراقبتی در بیماران سرطانی پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که رفتارهای خود مراقبتی ارتباط مستقیمی باکیفیت زندگی بیماران سرطانی دارد و در کاهش میزان مرگ‌ومیر می‌تواند مؤثر باشد(۲۰-۲۲).

تاکنون درمان‌های روان‌شناختی مختلفی به علت چندعاملی بودن ماهیت عوارض بیماری سرطان برای ارتقاء متغیرهای مثبت و کاهش متغیرهای منفی در بیماران سرطانی به‌کاربرده شده است. در سال‌های اخیر توجه روزافزونی نسبت به نقش پردازش هیجانی در انواع بیماری‌ها شده است امروزه روان‌درمانگران با این نتیجه رسیده‌اند که بعضی از بیماران به دلیل ناتوانی و درمانده بودن در کنترل هیجانات خود و ناآگاهی از چگونگی نظم جوی و تعدیل آن‌ها به شیوه‌های کارآمد و بهنجار، به روش‌ها و شیوه‌های ناسازگار برای برخورد با این هیجاناتشان استفاده می‌کنند (۲۳). همچنین روان‌درمانگران و روان‌پزشکان به نقش پررنگ هیجان‌ها در ایجاد و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی پی برده‌اند به‌طوری‌که نقش بسیار برجسته‌ای را برای هیجان‌ها در شروع یا ادامه اختلال‌ها و مشکلات روان‌شناختی قائل‌اند و به سمت روش‌های درمانی تأثیرگذار بر هیجان حرکت کرده‌اند. تاکنون روان‌درمانی‌های مختلفی بر روی خستگی مرتبط با سرطان و رفتارهای خود مراقبتی بیماران سرطانی انجام‌شده است ازجمله ایروبیک ترا پی (۲۴)، درمان شناختی رفتاری (۲۵) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۶) می‌توان اشاره کرد. یکی از رویکردهای درمانی که در یک دهه اخیر در زمینه روان‌درمانی و حل مشکلات شناختی و هیجانی مطرح‌شده است و از دل درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی بیرون آمده است طرحواره درمانی هیجانی (Emotional Schema Therapy) است. در الگوی طرحواره هیجانی، افراد ازنظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مثل اجتناب تجربی (مانند سرکوبی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش‌ازحد بر نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتبار یابی انطباقی یا غیر انطباقی) و یا راهبردهای دیگر، بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند (۲۷). درواقع این مدل بر موارد زیر تأکید می‌کند: افراد چگونه تجربه هیجانی خود را مفهوم بندی می‌کنند، چه انتظاراتی دارند، چگونه درباره هیجان‌های خود قضاوت می‌کنند و چه راهبردهای رفتاری و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

بین فردی را در پاسخ به تجربه هیجانی خود بکار می‌گیرند. لیهی این الگو را الگوی فراشناختی یا فرا هیجانی می‌نامد که در آن هیجان مورد شناخت اجتماعی قرار می‌گیرند. به‌طورکلی طرحواره هیجانی همان فلسفه‌های فردی درباره هیجان بشمار می‌روند در رویکرد طرحواره درمانی هیجانی لیهی، طرحواره های هیجانی هدف قرار داده می‌شوند (۲۸) با توجه به اینکه درزمینه بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلابه سرطان پستان پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است و با توجه به اینکه این روش درمانی از تکنیک‌های درمان شناختی- رفتاری و تکنیک‌های ذهن آگاهی استفاده می‌نماید، به برخی از پژوهش‌های مرتبط این نوع روان‌درمانی پرداخته‌شده است. خزاعی و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی اثربخش است. (۲۹). شهاب و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند طرحواره درمانی هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلابه اماس اثربخش است (۳۰). نتایج مطالعه Vanden Akker و همکاران (۲۰۱۶) بر روی بیماران اماس نشان داد که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش خستگی، خواب‌آلودگی و همچنین بهبود فعالیت‌های بدنی و تمرکز در بیماران اماس می‌شود (۳۱). Law و همکاران (۲۰۱۸) در طی پژوهشی که با استفاده درمان شناختی رفتاری بر روی نوجوانان مبتلابه دیابت انجام دادند، نشان دادند که این روش بر رفتارهای خود مراقبتی، سلامت و مهار قند خون اثربخش است (۳۲). McConville و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند آموزش ذهن آگاهی بر ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامتی اثربخش است (۳۳). نتایج پژوهش صمد زاده و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد درمان شناختی رفتاری و آموزش ذهن آگاهی بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲ اثربخش است (۳۴). امروزه تدوین درمان‌های مؤثر و کارآمد برای رفع پیامدهای ناخوشایند سرطان و بالا بردن و تقویت توانایی‌های فرد دارای سرطان برای مقابله با این نوع بیماری هدف بسیاری از پژوهش‌ها است و با توجه به شیوع بالای انواع سرطان‌ها در یک دهه اخیر که بیشتر ناشی از سبک زندگی و فشارهای محیطی است و اینکه دومین عامل مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلبی عروقی تا قبل از شیوع کرونا، سرطان به شمار می‌رفت و با توجه به ویژگی‌های خاص شناختی این بیماران که آسیب‌پذیری آن‌ها را در برابر بیماری‌های دیگر ازجمله افسردگی و اضطراب به علت ناامیدی و ترس از مرگ و همچنین فرسایشی بودن روند طولانی درمان دو برابر می‌کند، به‌طوری‌که ضرورت حمایت‌های اجتماعی و معنوی، روان‌شناختی و آموزش مهارت‌های زندگی علاوه بر درمان‌های دارویی برای این بیماران بیش‌ازپیش افزایش‌یافته است. ازآنجای که با توجه مطالعات صورت گرفته در مورد اثربخشی روش طرحواره درمانی هیجانی در کاهش انواع علائم شناختی و به‌ویژه هیجانی در سایر گروه‌های بیماران و با توجه به اینکه اکثر مطالعات روان‌شناختی صورت گرفته بر روی بیماران سرطانی بیشتر بر روی علائم شناختی این بیماران بوده و مؤلفه هیجانی یا بررسی نشده است یا خیلی کمتر موردبررسی قرارگرفته، بنابراین با توجه به پژوهش اندک صورت گرفته و نادیده گرفتن نقش هیجان در فرایندهای روان‌درمانی، ضرورت پژوهش‌های بیشتر و کاربردی‌تر همراه با تأکید بر بررسی نقش طرحواره‌های هیجانی بیماران سرطانی و درمان آن احساس می‌شود. لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا طرحواره درمانی هیجانی بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلابه سرطان تأثیر دارد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش: روش پژوهش مطالعه حاضر ازلحاظ هدف کاربردی و ازلحاظ جمع‌آوری داده‌ها، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه درمان بر طبق معمول(کنترل) بود.

جامعه و نمونه: جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلابه سرطان مراجعه‌کننده به مرکز غیردولتی سرطان‌شناسی در ارومیه در بازه زمانی فروردین تا اردیبهشت ماه ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ بیمار مبتلابه سرطان پستان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

بودند که بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. برای انجام پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه‌ی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه کفایت می‌کند (۳۵). همچنین میانگین سن شرکت‌کنندگان(۵۶/۳۶) با انحراف معیار(۸/۰۹) بوده و ۲۱ نفر از شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر دارای سطح تحصیلات دیپلم بودند.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها: جنسیت مؤنث؛ نوع سرطان پستان، حداقل تحصیلات در سطح دیپلم؛ حداقل سن ۴۰ سال و حداکثر سن ۶۰ سال؛ رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش؛ قرار داشتن در فاز ۱ و ۲ بیماری (قطر تومورها معمولاً کمتر از ۲ سانتی‌متر یا ۳/۴ اینچ می‌باشد)؛ با حداقل ۶ ماه زمان بیماری و قرار داشتن در فرایند شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی).

ملاک خروج آزمودنی‌ها: وجود اختلال‌های روانی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری (مثل نشانه‌های روان‌پریشی و وابستگی به مواد)؛ انصراف از درمان.

مقیاس خستگی ناشی از سرطان (Cancer Fatigue Scale) یا (CFS)**:** پرسشنامه خستگی ناشی از سرطان توسط اوکویاما و همکاران (۲۰۰۰) تدوین شده است (۳۶). این پرسشنامه دارای ۳ زیرمقیاس و ۱۵ گویه است که تفکیک گویه های هر زیرمقیاس عبارت است از؛ جسمانی: گویه های ۱ و ۲ و ۳ و ۶ و ۹ و ۱۲ و ۱۵؛ عاطفی: گویه های ۵ و ۸ و ۱۱ و ۱۴؛ شناختی: گویه های ۴ و ۷ و ۱۰ و ۱۳. این پرسشنامه، بر درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت صورت‌بندی شده است. هر سؤال نمره‌ای بین صفر (به‌هیچ‌وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) دارد که وضعیت اخیر بیمار بر روی پرسشنامه علامت زده می‌شود. برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک‌تک گویه های مربوط به آن زیرمقیاس را باهم جمع می شود. برای محاسبه امتیاز کل پرسشنامه، نمره همه گویه های پرسشنامه باهم جمع می شود. حداقل و حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۰ و ۶۰ می‌باشد. هر چه امتیاز حاصل‌شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر خستگی خواهد بود و بالعکس. به‌این‌ترتیب درجه احتمالی خستگی در بعد جسمانی بین ۰ تا ۲۸، در بعد عاطفی بین ۰ تا ۱۶، در بعد شناختی بین ۰ تا ۱۶ و نمره کلی خستگی بین ۰ تا ۶۰ متغیر است. در زمینه اعتبار نیز، این مقیاس از حمایت پژوهش‌های خارجی (۳۷) و داخلی (۳۸) برخوردار است. در پژوهش حقیقت و همکاران اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب کرونباخ در ابعاد مختلف جسمانی، عاطفی، شناختی و نمره کل خستگی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۸۵ و ۰/۹۵ محاسبه گردید که در حد رضایت بخشی بود (۳۸). همچنین در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسش‌نامه رفتارهای خود مراقبتی (Self-care behaviors questionnaire)**:** در مطالعه حاضر برای سنجش رفتارهای خود مراقبتی در بیماران سرطانی از پرسشنامه محقق ساخته استفاده‌شده است. بدین‌صورت که پس از مطالعه مبانی نظری رفتارهای خود مراقبتی، عناصر اصلی خود مراقبتی شناسایی و استخراج گردید، و پرسشنامه‌ای که دارای ۱۰ گویه بود و در طیف لیکرت ۸ گزینه‌ای تنظیم‌شده بود تهیه شد. حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این پرسشنامه کسب کند، نمره‌ی ۸۰ است. اعتبار این پرسشنامه در قالب یک مطالعه پایلوت بر روی ۳۰ نفر از بیماران سرطانی غیر شرکت‌کننده در پژوهش و خارج از گروه‌های آزمایش و درمان بر طبق معمول اجرا و هنجاریابی شد و گویه های نامناسب حذف گردید. بعد از تائید روایی صوری و محتوایی پرسشنامه (بررسی روایی صوری از طریق محاسبه شاخص تأثیر آیتم که نمره تمامی سؤالات مساوی یا بیشتر از ۱/۵ داشتند؛ و بررسی روایی محتوی پرسشنامه با محاسبه شاخص روایی محتوایی (CVI, validity Ratio index) و نسبت روایی محتوایی (CVR,Validity Ratio Content)به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۵. بود) پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست‌آمده است. همچنین ضمن تائید سؤالات نهایی توسط دو نفر از متخصصان روانشناسی، برای بررسی روایی این پرسش‌نامه از تحلیل عاملی استفاده شد. در ساختار عاملی این پرسش‌نامه از هر دو روش تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

عاملی تأییدی استفاده شد. پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش‌های مختلف، درنهایت بر اساس ساختار نظری پرسش‌نامه رفتارهای خود مراقبتی تعداد عوامل استخراج‌شده، ارزش‌های ویژه و درصد تبیین واریانس تصمیم گرفته شد تا از تحلیل عاملی اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس در سطح ماده استفاده شود. نتایج آزمون‌های میزان کفایت نمونه‌برداری کیسر؛ میر؛ الکین (KMO) برابر با ۰/۸۸ و معنی‌داری آزمون کرویت بارتلت نشان‌دهنده این است که تعداد نمونه و ماتریس همبستگی برای این تحلیل مناسب است. میزان شاخص KMO بین صفر و یک است و هرچه به یک نزدیکتر باشد، تحلیل عاملی بهتر خواهد بود. در این پژوهش نیز پایایی کل این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۳ به دست آمد.

جلسات درمانی:

طرحواره درمانی هیجانی بر اساس پروتکل درمانی لیهی (Leahy) (۳۹) در قالب دوازده جلسه بر روی بیماران اجرا شد که خلاصه آن در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. جلسات درمانی طرحواره درمانی هیجانی لیهی

جلسه	محتوای جلسات
۱	برقراری رابطه ی درمانی، ارائه ی منطق درمان و اهداف درمانی، ارائه ی مدل سبب شناسی و درمان از رویکرد طرح واره درمانی هیجانی
۲	هیجان های نرمال و مشکل آفرین، توجه به هیجانات دردناک بیمار و عادی سازی آن ها، خودآگاهی هیجانی، آموزش و معرفی هیجان، شناسایی و برچسب زدن به احساسات، تمایز میان هیجانات مختلف، شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روان شناختی
۳	خودارزیابی با هدف شناخت تجربه های هیجانی خود، خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد، خودارزیابی با هدف شناسایی از راهبردهای تنظیم هیجان، پیامدهای شناختی واکنش های هیجانی، پیامدهای فیزیولوژیک واکنش های هیجانی، پیامدهای رفتاری واکنش های هیجانی و رابطه ی این سه با هم، معرفی هیجان خشم و راه های غلبه بر خشم
۴	پرداختن به طرحواره های هیجانی شناسایی شده در بیمار، چالش کلامی و گفت و گوی سقراطی
۵	پرداختن به سایر طرح واره های هیجانی شناسایی شده در بیمار و چالش کلامی و گفت و گوی سقراطی، آموزش تکنیک نوشتن خاطرات منفی با هدف تسهیل پردازش هیجانی
۶	جلوگیری از انزوای اجتماعی . اجتناب، آموزش راهبرد حل مساله، آموزش مهارت های بین فردی (گفت و گو، اظهار وجود و حل تعارض)، معرفی مقدماتی مفهوم پذیرش و اعتباربخشی هیجان
۷	کمک به بیماران برای پذیرش هیجانات و آموزش ذهن آگاهی، شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آن ها روی حالت های هیجانی
۸	معرفی انواع باورهای منفی در مورد هیجانات و چالش با آن ها، شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آن ها روی حالت های هیجانی
۹	شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبردهای بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی ان، آموزش ابراز هیجان، مواجهه، آموزش تخلیه ی هیجانی و آرمیدگی
۱۰	بحث در مورد شدت طرح واره ها، قبل و بعد از مواجه سازی، پرداختن به اجتناب باقی مانده ی بیمار
۱۱	مرور جلسات و تمرین مهارتهای آموخته شده
۱۲	کار روی برنامه ی درمان (پیشگیری از عود)، برنامه ریزی برای جلسات تقویتی، تکلیف خانگی، تعهد به کاربرد مداوم تمرین های درمان

روش اجرا

جهت اجرای پژوهش، شیوه‌ی اجرا بدین‌صورت بود که پس از هماهنگی با مسئولان مرکز غیردولتی سرطان‌شناسی در ارومیه و ارائه اطلاعاتی راجع به نمونه موردنظر (ازجمله سن و تحصیلات)، گروه نمونه در اختیار محقق قرارگرفته و پرسشنامه‌ها و پروتکل‌های درمانی در گروه‌ها اجرا شد. پس از شناسایی بیماران سرطانی که بر اساس پرونده بیمار صورت گرفت، ۳۶ نفر از بیمارانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند با نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به‌صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه درمان بر طبق معمول قرار گرفتند. که بعداً ۶ نفر از شرکت در مطالعه انصراف دادند که تعداد نمونه به ۳۰ نفر (دو گروه ۱۵ نفری) کاهش یافت. به‌منظور پنهان‌سازی تخصیص تصادفی، از پاکت مهروموم‌شده با توالی تصادفی استفاده شد. به این

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

صورت که به تعداد حجم نمونه که ۳۰ نفر می‌باشد پاکت نامه توسط مسئول پذیرش مرکز تهیه و هریک از توالی‌های تصادفی ایجادشده بر روی یک کارت ثبت شده و کارت‌ها داخل پاکت‌های نامه به ترتیب جایگذاری شدند، به‌منظور حفظ توالی تصادفی نیز، بر روی سطح خارجی پاکت‌ها شماره‌گذاری به همان ترتیب صورت گرفت. درنهایت درب پاکت‌های نامه چسبانده شده و به ترتیب داخل جعبه‌ای قرار گرفت. بر اساس ترتیب ورود شرکت‌کنندگان واجد شرایط به مطالعه، یکی از پاکت‌های نامه به ترتیب بازشده و گروه تخصیص‌یافته آن شرکت‌کننده آشکار گردید و در این مدت پژوهشگر و شرکت‌کنندگان از اختصاص گروه آزمایش و درمان بر طبق معمول آگاه نبودند. قبل از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای آزمودنی‌ها توضیح داده‌شده بود و به آن‌ها گفته‌شده بود که شرکت در دوره‌های درمانی داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در دوره‌ها وجود ندارد. به اعضاء شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی صرفاً جهت مقاصد پژوهشی مورداستفاده قرار خواهد گرفت و جنبه محرمانه دارد و نزد تیم پژوهش به‌صورت محرمانه باقی می‌ماند. در صورت جلب موافقت‌نامه آن‌ها و تکمیل فرم رضایت‌نامه اطلاعات لازم گردآوری شد. همچنین قبل از انجام تحقیق کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن دریافت شده بود. باید متذکر شد هر دو گروه آزمایش و درمان بر طبق معمول در فرایند پژوهش نیز همچنان داروهای که برای سرطان آن‌ها توسط پزشک تجویزشده بود را مصرف می‌کردند و همچنین گروه درمان بر طبق معمول به حال خود رها نشده بود بلکه چند جلسه‌ای توسط متخصص سرطان در مورد مباحث و مشکلات روزمره بیماران سرطانی تشکیل شد. همچنین برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها شاخص‌های توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با رعایت پیش‌فرض‌های آن با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد. علت انتخاب کوواریانس چند متغیره با توجه به تعداد بالای متغیرهای وابسته (متغیر خستگی با ۴ مؤلفه و متغیر رفتارهای خود مراقبتی) و وجود ۲ گروه و کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون بود. سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1398.013 مصوب دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن است و در سامانه کارآزمایی بالینی با کد IRCT20200108046059N1 نیز ثبت‌شده است. همچنین نویسندگان برای رعایت اصول اخلاقی هدف پژوهش را به افراد شرکت‌کننده توضیح دادند، رضایت آگاهانه آن‌ها را برای شرکت در پژوهش جلب کردند و درنهایت اختیاری بودن شرکت در پژوهش از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

.یافته‌ها

شرکت‌کنندگان شامل ۳۰ نفر خانم با میانگین و انحراف معیار سنی برابر با ۵۶/۳۶ (۸/۰۹) بودند که در دامنه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال قرار داشتند.که ۶۵ درصد این افراد خانه‌دار ، ۲۵ درصد کارمند دولتی و ۱۰ درصد بقیه شغل آزاد داشتند. همچنین حدود ۳۵ درصد این افراد دارای تحصیلات دانشگاهی و ۶۵ درصد بقیه تحصیلات دیپلم داشتند.

جدول ۲ : شاخص های توصیفی متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش و پس‌آزمون

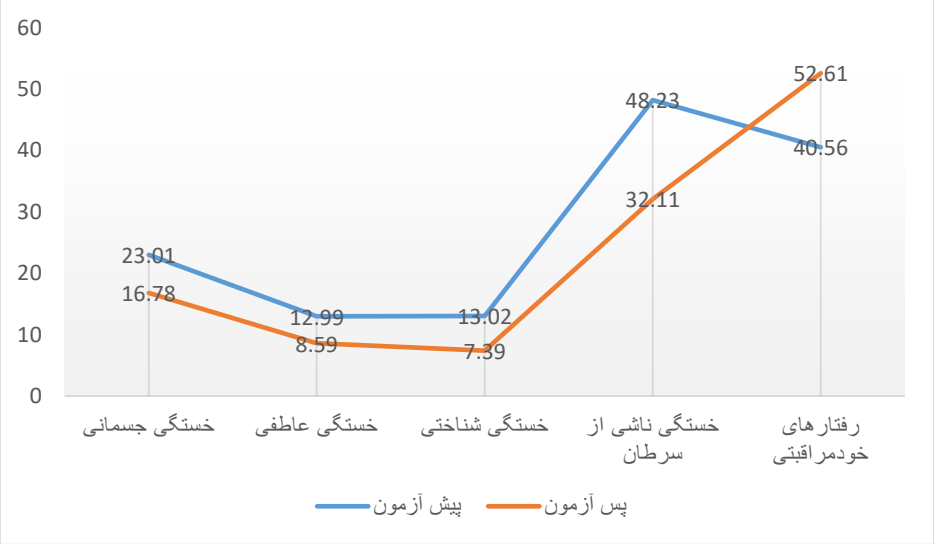
مرحله آزمون	متغیر	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		M	SD	M	SD
	خستگی جسمانی	۲۲/۹۸	۳/۵۶	۲۳/۰۱	۵/۱۱
	خستگی عاطفی	۱۳/۶۷	۲/۲۵	۱۲/۹۹	۳/۳۳
	خستگی شناختی	۱۲/۵۹	۱/۹۸	۱۳/۰۲	۲/۶۵
	خستگی ناشی از سرطان	۴۶/۵۵	۹/۴۲	۴۸/۲۳	۱۱/۴۱

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

پیش‌آزمون	رفتارهای خود مراقبتی	۴۲/۲۲	۱۰/۱۱	۴۰/۵۶	۹/۴۱
	خستگی جسمانی	۲۱/۰۹	۵/۳۵	۱۶/۷۸	۳/۷۰
	خستگی عاطفی	۱۴/۰۱	۳/۲۲	۸/۵۹	۲/۵۶
	خستگی شناختی	۱۳/۲۲	۲/۶۸	۷/۳۹	۱/۹۹
	خستگی ناشی از سرطان	۴۷/۰۱	۹/۷۹	۳۲/۱۱	۷/۰۳
پس‌آزمون	رفتارهای خود مراقبتی	۳۹/۹۹	۷/۲۷	۵۲/۶۱	۱۰/۱۲

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرها (میانگین و انحراف استاندارد) پیش‌آزمون و پس‌آزمون در کل نتایج نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه درمان بر طبق معمول در نمره کل و ابعاد خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خود مراقبتی بعد از ارائه متغیر مستقل (طرحواره درمانی هیجانی) تغییریافته است. در بخش یافته‌های استنباطی میزان معناداری این تفاوت موردسنجش قرارگرفته است. همچنین روند تغییرات نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نمودار شماره ۱ نشان داده‌شده است



نمودار ۱: روند تغییرات نمرات گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون

به‌منظور رعایت پیش‌فرض نرمال بودن داده ها، نتایج آماره z کولموگروف- اسمیرنف نشان داد برای متغیرهای خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خود مراقبتی به ترتیب برابر با ۰/۴۲۹ و۰/۳۹۱ در سطح (P≥۰/۰۵) معنی‌دار نیست، یعنی توزیع متغیرها در بین نمونه با توزیع آن در جامعه آماری نرمال است. بر اساس نتایج آزمون لوین، سطح آماره (F) برای همه متغیرهای وابسته موردمطالعه معنی‌دار نیست (P≥ ۰/۰۵) و این نشان‌دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و گروه درمان بر طبق معمول متفاوت نیست و واریانس‌ها باهم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست (۰/۸۰۱ =P و F=۱/۰۳ و BOX= ۲۰/۸۱) و درنتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

جدول ۳: نتایج شاخص های اعتباری آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی متغیرها

منبع	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	Eta

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

گروه	اثر پیلایی	۰/۴۹۱	۲۹/۱۶	۹/۰۰	۴۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
	لامبدا ویلکز	۰/۰۳۹	۲۹/۱۶	۹/۰۰	۴۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
	اثر هتلینگ	۲۰/۹۸	۲۹/۱۶	۹/۰۰	۴۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
	بزرگترین ریشه خطا	۲۰/۹۸	۲۹/۱۶	۹/۰۰	۴۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در بین دو گروه آزمایش و گروه درمان بر طبق معمول حداقل ازنظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. برای تشخیص اینکه کدام‌یک از متغیرهای وابسته بیشتر و معنی‌داری تحت تأثیر متغیر وابسته نسبت به گروه کنترل بوده است از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده‌شده است که در جدول شماره ۴ ارائه‌شده است

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره(MANCOVA) بر روی متغیرها در گروه های آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta
گروه	**خستگی جسمانی**	۹۳/۶۷	۱	۹۳/۶۷	۲۰/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۳۰۱
	خستگی عاطفی	۷۱/۱۹	۱	۷۱/۱۹	۱۵/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۲۲۲
	خستگی شناختی	۸۹/۴۶	۱	۸۹/۴۶	۱۸/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۲۹۷
	خستگی ناشی از سرطان	۲۸۱/۷۵	۱	۲۸۱/۷۵	۴۱/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۴۲۰
	رفتارهای خود مراقبتی	۲۳۸/۵۹	۱	۲۳۸/۵۹	۳۶/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۳۹۹

همانطوریکه در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، نتایج نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش و گروه درمان بر طبق معمول در ابعاد و نمره کل خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خود مراقبتی تفاوت معناداری در سطح ($P \leq ۰/۰۰۱$) وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر میانگین خستگی ناشی از سرطان و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش بعد از مداخله طرحواره درمانی هیجانی متفاوت است. بدین معنی که بعد از مداخله طرحواره درمانی هیجانی، امتیاز گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در خستگی ناشی از سرطان و مؤلفه‌های آن به‌طور معنی‌داری کاهش پیداکرده است و همچنین میانگین رفتارهای خود مراقبتی گروه آزمایش در مقایسه با گروه درمان بر طبق معمول به‌طور معناداری افزایش‌یافته است. این نتایج بیانگر مؤثر بودن این روش مداخله‌ای می‌باشد.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر خستگی ناشی از سرطان، رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلابه سرطان پستان بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد طرحواره درمانی هیجانی باعث کاهش معنی‌دار میانگین نمرات خستگی ناشی از سرطان می‌شود. این یافته با یافته‌های خزائی و همکاران (۲۹)، شهاب و همکاران (۳۰) و Vanden Akker و همکاران (۳۱) همسو بود. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان چنین بیان نمود که طرحواره درمانی هیجانی به دنبال شفاف‌سازی و پالایش باورها است، در این راستا ابتدا به این مساله می پردازد که کدام ارزش‌ها، اهداف، خصوصیات فردی، یا فضایل برای افراد مهم است و سپس بین احساسات و هیجانات فرد با این مقاصد و اهداف پیوند برقرار می سازد. هدف طرحواره درمانی هیجانی صرفاً آرام‌سازی عواطف یا رهایی از احساسی ناخوشایند نیست، بلکه می‌کوشد معنی و مفهوم بسیار گسترده‌ای به احساسات و هیجانات اعطا کند. به بیماران توضیح داده شد که هدف لزوماً خلق زندگی شاد که فرد همیشه خوشحال و خندان باشد وزندگی همیشه شادی داشته باشد نیست، هدف زیستن، زندگی‌ای سهل و آسان ، زندگی عاری از دلسردی، خشم،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

غم یا تنهایی نیست ، بلکه هدف توانایی زیستن نوعی زندگی است که شخص مایل به پذیرش همه‌ی هیجانات باشد (هر نوع هیجانی) تا به زندگی کامل‌تر، غنی‌تر و پرمعنی و مفهوم‌تری دست یابد و اگر رنج بردن بخشی از آن زندگی است، پس هدف، زیستن زندگی‌ای است که ارزش رنج بردن دارد. درواقع مبحث ارزش‌ها یکی از چهارده جزء طرحواره درمانی هیجانی است که به زندگی معنا می بخشد و باعث می‌گردد افراد جهت نیل به اهداف دلخواه دشواری را تحمل کنند (۳۹). درمانگر، از طریق همدلی کردن باتجربه‌های اضطراب زا و افسردگی زای اعضا، به اعتباربخشی این تجارب توسط آن‌ها پرداخت و کمک کرد تا اعضا به این درک برسند که افسردگی و اضطراب، غم، ناامیدی به‌عنوان یک مسئله بی‌اهمیت مطرح نیست، بلکه می‌تواند نشانگر نقض ارزش‌های برتر(احساس سرزندگی، امید به زندگی، عشق به زندگی، لذت طلبی، اعتماد به نفس) آن‌ها باشد و خبر از حال درونی آن‌ها را می‌دهد، هنگامی‌که اعضای گروه متوجه شدند شرایط نامناسب و ناخوشایند فعلی و هیجان‌های نامطلوبی نظیر خستگی روان‌شناختی که اکنون دارند، به دلیل نقض ارزش‌هایشان است، راحت‌تر هیجان‌های ناخوشایند خود را پذیرفتند و با آن‌ها کنار آمدند. این چشم‌انداز ارزشی به هیجانات سخت و دشوار برای اعضای گروه بسیار خوشایند بود و به آن‌ها در پذیرش بیشتر احساساتشان کمک کرد و باعث گردید به‌گونه‌ای متفاوت و با دیدگاهی متفاوت‌تر به بیماری سرطان خود بنگرند. با توجه به تکنیک‌های استفاده‌شده به افراد گروه کمک شد تا نسبت به ارزش‌های خودآگاه شده و آن‌ها را به هیجان‌های فعلی خود مرتبط سازند. یکی دیگر از تکنیک‌های استفاده‌شده بالا رفتن از نردبان معانی است که به افراد در تبیین ارزش‌های متعالی‌شان کمک می‌کند از این طریق که آن‌ها را به‌عنوان نتیجه هیجان‌ها و تجربیات در نظر می‌گیرد(۴۰). همچنین به افراد یاری می‌کند به مفهومی متعالی دست پیدا کنند که به این صورت که این تمایل را در افراد ایجاد کند که آن را در قالب هیجان دردناکی که در حال حاضر تجربه می‌کنند، در نظر گرفته و موردتوجه قرار دهند. درواقع بالا رفتن از نردبان معانی روشی است برای دسترسی به ارزش‌های برتری که مشکلات را به مشکلاتی تبدیل می‌کند که ارزش تحمل و رنج کشیدن رادارند. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد طرحواره درمانی هیجانی به‌طور معناداری باعث افزایش میانگین نمرات رفتارهای خود مراقبتی می‌شود. این یافته با یافته‌های Law و همکاران (۳۲)، McConville و همکاران (۳۳)، صمد زاده و همکاران (۳۴) همسو است. در تبیین این یافته باید گفت که یکی از فنونی که در طرحواره درمانی هیجانی آموزش داده می‌شود پذیرش است. بسیاری از بیمارانی که طرحواره های هیجانی منفی دارند اعتقاد دارند که آن‌ها نمی‌توانند به‌سادگی، داشتن یک هیجان را قبول کنند. آن‌ها پذیرش را با بی دفاع شدن، از دست دادن کنترل، شکست خوردن و افزایش یافتن هیجان یکی در نظر می‌گیرند. درواقع به این باور دارند که هیجان‌ها به آن‌ها صدمه می‌زنند. و اینکه بهترین دفاع در مقابل آسیب هیجان، حمله‌بر آن می باشد. برعکس این باور شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که چشم‌پوشی از مبارزه کردن با یک هیجان، اثرات التیام بخشی دارد. در الگوی طرحواره درمانی هیجانی به افراد آموزش می‌دهند که با تغییر باورها از طریق فنون شناختی-رفتاری و تجربی می‌توانند به ایجاد باورهای انطباق یافته تری درباره پذیرش دست پیدا کنند. درواقع اعتقاد بر این است که با چشم پوشیدن موقتی از کنترل، فرد در پی این باور احساس عدم کنترل کمتری را بر روی هیجانات تجربه خواهد کرد(۲۷). همین احساس پذیرش هیجانات و روبه‌رو شدن با آن‌ها بر رفتارهای خود مراقبتی اثرمی گذارد و باعث تقویت آن‌ها می‌شود. در نظر افراد، پذیرش به معنی کاهش حالت دفاعی، از دست دادن کنترل، شکست و از پا درآمدن و تشدید هیجان و تحمل آسیبی قابل‌توجه است، درواقع افراد گمان می‌کنند هیجان در حال حمله به آن‌هاست و می‌خواهد شکستشان دهد، پس بهترین دفاع حمله است. در مقابل این عدم پذیرش هیجان شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد دست کشیدن از مبارزه با هیجان می‌تواند اثری تسکین‌دهنده داشته باشد و موجب انعطاف بیشتر افراد در تصمیم‌گیری و میل به پرداختن به رفتارها، حتی در حضور هیجانات

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

ناخوشایند شود (۴۰). مدل طرحواره درمان هیجانی معتقد است افراد دارای باورهای مشخصی در خصوص مضامین و پیامدهای پذیرش هیجانات ناخوشایند هستند، اصلاح این باورها با استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری می‌تواند به ایجاد باورهای انطباق پذیر تر درباره‌ی پذیرش هیجان کمک کند و موجب تسهیل اقدامات ثمربخش و کاهش اطمینان به لزوم فوری هیجانات ناخواسته گردد. هدف ایجاد باور به چنین تناقضی است: با چشم‌پوشی موقتی از لزوم کنترل، فرد دیگر چندان احساس نمی‌کند اختیار امور از دستش خارج‌شده است، وقتی کسی از هدفی غیرممکن دست می‌کشد (کنترل همه‌چیز) می‌تواند در دنیای ممکن (آنچه هست) زندگی کند. در این جهت: ۱. به باورهای اعضا در خصوص پیامدهای ناشی از پذیرش هیجان‌ها پرداخته شد. ۲. از تکنیک شناختی رفتاری استاندارد هم چون مواجهه با عوامل تحریک‌آمیز درونی استفاده گردید که باعث بازداری اعضا از باور به تشدید خطرآفرینی هیجان در صورت پذیرش آن هیجان گردید.۳. هم‌چنین به موضوع عدم پیوند فکر-عمل پرداخته شد زیرا افراد این ترس رادارند که زمانی که دچار هیجانات نامطلوب هستند به‌سرعت هیجاناتشان تبدیل به عمل می‌شود.۴. همچنین از ذهن آگاهی تنفس، مراقبه اسکن بدن، ذهن آگاهی در مورد محیط اطراف نیز استفاده گردید. با استفاده از تکنیک‌های مطرح‌شده کمک شد اعضا به‌جای اجتناب از هیجانات ناشی از بیماری سرطان و یا سرکوب آن‌ها، به پذیرش بیماری و هیجانات ناشی از آن دست یابند که خود باعث گردید به‌صورت فعالانه در جهت ارتقای رفتارهای خود مراقبتی عمل کنند. از دیگر تکنیک‌های طرحواره درمانی هیجانی که در جهت بهبود رفتارهای خود مراقبتی بیماران سرطانی انجام گرفت، آموزش ذهن آگاهی بود، چراکه ذهن آگاه بودن، مستلزم رها شدن از محتویات ذهنی و تجربه کامل و بدون قضاوت لحظه حال است. اعضای گروه که در مواقع بروز هیجان ناخوشایند با روش‌هایی مثل عدم رعایت رفتارهای خود مراقبتی بیماری، سعی در کنترل و رفع هیجان داشتند، با تمرین ذهن آگاهی یاد گرفتندکه در این مواقع به‌جای درگیر شدن با هیجان و تلاش برای حذف، سرکوب و یا اجتناب از آن، هیجان را تجربه کرده و به‌جای رهاسازی هیجانشان، بر زمان حال متمرکز شوند و آشفتگی فکری کمتری داشته باشند و به مراقبت و سلامتی خود بیشتر اهمیت دهند. درمانگران روش طرحواره درمانی هیجانی با استفاده از ترکیب روش آموزش ذهن آگاهی و پذیرش بر پیوند و ارتباط مهم بین هیجانات و ارزش‌ها تأکید می‌کنند. یعنی مراجعان را تشویق به شفاف‌سازی ارزش ها و فضائلی که برای آن‌ها مهم است می‌کنند (۴۰). همچنین آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود توجه مداوم ، انعطاف پذیری شناختی و بازداری شناختی نیز می‌شود(۴۱)، که این فاکتورها به‌نوبه خود بر رفتارهای خود مراقبتی اثر دارند و افزایش آن‌ها باعث افزایش رفتارهای خود مراقبتی می شود (۴۲).طرحواره درمانی هیجانی با بالا بردن رفتارهای خود مراقبتی علائم خستگی را کاهش می‌دهند درواقع می‌توان گفت بین رفتارهای خود مراقبتی و خستگی در بیماران ارتباط معکوس وجود دارد و هرچه طرحواره درمانی هیجان مدار رفتارهای خود مراقبتی را بهبود ببخشد خستگی نیز به همان اندازه کاهش می‌یابد (۴۳).

ازجمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به عدم اجرای مرحله پیگیری و عدم پیگیری تغییر در روال درمان‌های زیستی با توجه به حساس بودن این بیماری اشاره کرد که بیشتر ناشی از شرایط ویژه کرونای و نمونه کم بود. همچنین معمولاً کارهای مداخله‌ای به دلیل عدم کنترل عوارض و اثرات داروها و استفاده از ابزارهای خود گزارشی ، در تعمیم‌پذیری دچار مشکل هستند. پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی با حذف محدودیت‌های کرونای پژوهشگران ضمن اجرای مرحله پیگیری و کنترل اثرات عوارض دارو، اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر روی دیگر بیماران مزمن موردبررسی قرار گیرد. همچنین به پژوهشگران آتی پیشنهاد می شود که تغییر در روال درمان‌های زیستی بیماران سرطانی را به‌عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر بگیرند با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز درمانی در جهت بهبود خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلابه سرطان در

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

کنار سایر مداخلات از طرحواره درمانی هیجانی استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی در بیماران مبتلابه سرطان پستان می‌تواند باعث کاهش خستگی مرتبط با سرطان و بهبود رفتارهای خود مراقبتی شود و به افراد مبتلا کمک می‌کند از سلامتی بهتری برخوردار شوند. این نتایج تلویحات مهمی در زمینه کاربرد مداخلات روان‌درمانی متمرکز بر هیجان برای بهبود و تقویت سلامت روانی و جسمانی بیماران مبتلابه سرطان دارد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل کار پایان‌نامه دکتری تخصصی در رشته روان‌شناسی سلامت نویسنده اول مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با کد IR.IAU.TON.REC.1398.013 می‌باشد. هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد و یا دستگاهها تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند. در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه و مرکز غیردولتی سرطان شناسی شهرستان ارومیه که در این مسیر ما را یاری نمودند، سپاسگزاریم.

منابع

1.Bade BC, Dela Cruz CS. Lung cancer: Epidemiology, etiology, and prevention. Clin Chest Med. 2020; 41(1): 1-24.
2.Ramani KV, Ramani H, Alurkar Sh, Ajaikumar BS, Trivedi RT. Breast cancer, medical treatment, side effects, and complementary therapies. New York. 2017. Momentum Press Health, LLC.
3.Gentilini O, Partridge A, Pagani O. Breast cancer in young women. Cham. 2020. Springer Nature Switzerland AG.
4.Hoang TM, Shin LJ, Xu S, Lu Q. (2020). Coping with breast cancer among immigrant Chinese Americans. Asian Am J Psychol. 2020; 11(2): 108–116.
5.Halbert CH, Jefferson MS, Danielson C, Froeliger B, Giordano A, Thaxton JE. An observational study and randomized trial of stress reactivity in cancer disparities. Health Psychol. 2020; 39(9): 745–757.
6.Hong JF, Zhang W, Song YX, Xie LF, Wang W L. Psychological distress in elderly cancer patients. Int J Nurs Sci. 2015; 2(1): 7-23.
7.Handy CM, Odea D. Pancratic and hepatobiliary cancers. Pittsburgh. 2013 .ONS Publications Department.
8.Bower JE, Wiley J, Petersen L, Irwin MR, Cole SW, Ganz PA. Fatigue after breast cancer treatment: Biobehavioral predictors of fatigue trajectories. Health Psychol. 2018;37(11): 1025-1034.
9.Stone PC, Minton O. Cancer-related fatigue. Eur J Cancer. 2008; 44: 1097-1104.
10.Bower JE, Crosswell AD, Slavich GM. Childhood adversity and cumulative life stress: risk factors for cancer-related fatigue. Clin Psychol Sci. 2014; 2 (1): 108–115.
11.Berger AM, Abernethy AP, Atkinson A, Barsevick, AM, Breitbart WS, Cella D, et al. Cancer-related fatigue. JNCCN. 2010; 8 (8): 904–931.
12.Dupont A, Bower JE, Stanton AL, Ganz PA. Cancer-related intrusive thoughts predict behavioral symptoms following breast cancer treatment. Health Psychol. 2014; 33(2): 155-163.
13.Jacobsen, PB, Andrykowski MA. Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period. Am Psychol. 2015; 70(2): 134-145.
14.Weis J, Horneber M. Cancer-related fatigue. London. 2015. Springer Healthcare.
15.Bower JE. Cancer-related fatigue: mechanisms, risk factors, and treatments. Nat Rev Clin Oncol . 2014;11(10): 597-609.
16.Yeung CW. The ethics of collusion and nondisclosure in cancer care: A perspective from professional psychology. Prof Psychol Res Pr . 2017; 48(1): 46-53.
17.Ziguras Ch. Self-care, embodiment, personal autonomy and the shaping of health consciousness. New York.2004. Routledge (Taylor & Francis Group).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

18.Maranzan KA, Kowatch KR, Mascioli BA, McGeown L, Popowich AD, Spiroiu F. Self-care and the Canadian Code of Ethics: Implications for training in professional psychology. Can Psychol . 2018; 59(4): 361-368.
19.Bamonti PM., Keelan CM, Larson N, Mentrikoski JM, Randall CL, Sly SK, et al. Promoting ethical behavior by cultivating a culture of self-care during graduate training: A call to action. Train Educ Prof Psychol. 2014; 8(4), 253-260.
20.Hekmatpou D, Nasiri A, Mohaghegh F. Investigating the effect of self –care training on life in patients with gastrointestinal cancer under radiotherapy. Asia Pac J Oncol Nurs. 2019; 6(2): 198-205.
21.Pereira MG, Pedras S, Machado JC. Family variables as moderators between beliefs towards medicines and adherence to self-care behaviors and medication in type 2 diabetes. Fam Syst Health. 2014; 32(2), 198–206.
22.Parhoon H, Moradi AR, Hasanabadi HR, Akbari ME. Effect of cognitive rehabilitation on executive function and self-care behaviors in patients with breast cancer. J Res Behav Sci. 2018; 16(3): 365-378.
23.Leahy RL. Emotional schema therapy. New York. 2015. The Guilford Press.
24.Dimeo F, Rumberger BG, Keul J. Aerobic exercise as therapy for cancer fatigue. Med Sci sports Exerc. 1998; 30(4): 475-478.
25.Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up. Br J Cancer. 2007; 97(5): 612-618.
26.Evarts FZB, Der Lee ML, Meezenbroek ED. Web-based individual mindfulness- based cognitive therapy for cancer- related fatigue- a pilot study. Internet Interv. 2015; 2(2): 200-213.
27.Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York. 2011; Guilford press.
28.Leahy RL. Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. In: Herbert JD, Forman EM editors. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the New Therapies. 2012; New York; John Wiley Sons.
29.khazaei F, Mirza Hosseini H, Nokani M. The effectiveness of emotional schema therapy based on improving the quality of life of dialysis patients referred to dialysis centres of Tehran University of Medical Sciences in 1398. Jhosp. 2020; 19 (2) :61-69 .
30.Shahab A, Ahadi H, Jamhari F, Mojmbari K. The effectiveness of emotional schema therapy on mental well-being and fatigue in patients with MS. J Psy Met Mod. 2010; 10 (3): 77-96. (Persian).
31.Vanden Akker LE, Beckerman H, Collette EH, Eijssen IC, Dekker J, de Groot V. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for the treatment of fatigue in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. J Psychosom Res. 2016; 90:33-42.
32.Law EF, Groenewald CB, Zhou C, Palermo TM . Effect on Health Care Costs for Adolescents Receiving Adjunctive Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy: Results of a Randomized Controlled Trial. J Pain. 2018; 19(8): 910-919.
33.McConville J, McAleer R, Hahne A. Mindfulness Training for Health Profession Students—The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. Explore (NY). 2017; 13(1): 26-45.
34.Samadzadeh A, Salehi M, Banijamali S, Ahadi H. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness training on self-care behaviors of patients with type 2 diabetes. Psychol Sci. 2019;73(18):45-54. (Persian).
35.Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Fifth Edition. Tehran .2005. Roshd Publications.
36.Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Imoto S, Nakano T, et al. Factors correlated with fatigue in disease-free breast cancer patients: application of the cancer fatigue scale. Sup Care Can. 2000; 8(3): 215-22.
37.Kröz M, Zerm R, Reif M, Von Laue H, Schad F, Büssing A, et al. Validation of the German version of the Cancer Fatigue Scale (CFS-D)". Eur j can care. 2008; 17(1):33-41.
38.Haghighat S, Montazeri A, Akbari MA, Holakouee K. Rahimi A. Predictors of fatigue in patients with breast cancer. J Breast Dise. 2008; 1:17-24.
39.Leahy RL. Model of emotional schemas. Cogn Behav Pract. 2002; 9(3):177–90.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]

40.Leahy RL. Emotional schema therapy, distinctive features. New York. 2019. Routledge (Taylor & Francis Group).
41.Wimmer L, Bellingrath S, Stockhausen LV. Cognitive effects of mindfulness training: results of a pilot study based on a theory driven approach. Front Psychol. 2016; 7(1037). 1-14.
42.Pan X, Wang H, Hong X, Zheng Ch, Wan Y. A group based community reinforcement approach of cognitive behavioral therapy program to improve self-care behavior of patients with type 2 diabetes. Front Psychiatry. 2020; 11(719): 1-10.
43.Naderian H, Morovati sharifabad MA, Mirzaei A, Bahmanpur K, Moradzadeh R, Shariati AM. Relationship between quality of life, health status and self-care behaviors in patients with rheumatoid arthritis in yazd . SJIMU .2011; 19(2): 15-25.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.52547/sjku.27.2.113]