Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 2

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Quality of Life and the Sense of Agency of Breast Cancer Patients

Gholamreza Talebi[1], Hasan Rezaei Jamaloui[2], Reza Bagherian Sararodi[3,4], Hamidreza Oreyzi[5]

1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3. Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. Professor, Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5. Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Cancer is a chronic disease that, despite medical advances and the development of treatments, this disease is still unique in terms of the feeling of helplessness and deep fear it creates in a person, and the psychological and physical effects on many aspects of their lives, such as the quality of life. Disrupt life and sense of agency. In this research, the aim of the study was the effectiveness of emotional schema therapy on the quality of life and the sense of agency of breast cancer patients.

Methods and Materials: The research method is a randomized clinical trial with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all patients diagnosed with breast cancer in government cancer treatment centers located in Isfahan. The sample includes 36 patients with breast cancer from Seyed al-Shohda Hospital (AS) in Isfahan and Ala Cancer Prevention and Control Center, who were selected through available sampling and randomly divided into two experimental groups (18 people) and control groups (18 people). The experimental group underwent emotional schema therapy by Leahy (2012) in 9 sessions of 60 minutes. The data in this research, by Arnson quality of life questionnaire (1987) and Palito and et al (2013) sense of agency questionnaire was compiled in three stages: pre-test, post-test and follow-up. And it was done using analysis of variance with repeated measurements in SPSS-23 software.

Findings: The results of variance analysis with repeated measurements showed that emotional schema therapy significantly improved the quality of life and sense of agency of the experimental group ($P<0.01$).

Conclusions: The results of the present study showed that the effectiveness of emotional schema therapy on increasing the quality of life and sense of agency was confirmed in the present study. It is suggested to use this type of treatment to help breast cancer patients with death anxiety.

Keywords: Emotional schema therapy, quality of life, sense of agency, patients with breast cancer, death anxiety.

Citation: Talebi Gh. R, Rezaei Jamaloui H, Bagherian Sararodi R, Oreyzi H. **The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Quality of Life and the Sense of Agency of Breast Cancer Patients**. Res Behav Sci 2023; 21(2): 215-227.

* **Hasan Rezaei Jamaloui,**
Email: h.rezayi2@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]

[DOI: 10.48305/21.2.215]

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت زندگی و احساس عاملیت بیماران مبتلا به سرطان پستان

غلامرضا طالبی[۱]، حسن رضایی جمالویی[۲]، رضا باقریان سرارودی[۳،٤]، حمیدرضا عریضی[۵]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۳- استاد، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سرطان، یک بیماری مزمن است که و علیرغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌ها، این بیماری همچنان از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌مانند است و تأثیرات روان‌شناختی و جسمانی بر ابعاد بسیاری از زندگی آنها همچون کیفیت زندگی و احساس عاملیت اختلال ایجاد کند. در این پژوهش هدف اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت زندگی و احساس عاملیت بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران دارای تشخیص سرطان پستان، در مراکز درمانی سرطان دولتی واقع در اصفهان بود. نمونه شامل ۳۶ نفر از بیماران با سرطان پستان بیمارستان سیدالشهداء (ع) اصفهان و مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گواه (۱۸ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت درمان طرحواره هیجانی لیهی (۲۰۱۲) در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. داده‌ها در این پژوهش، توسط پرسشنامه کیفیت زندگی آرنسون (۱۹۸۷) و پرسشنامه احساس عاملیت پالیتو و همکاران (۲۰۱۳) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گردآوری شد و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-23 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی، کیفیت زندگی و احساس عاملیت گروه آزمایش را در سطح معناداری بهبود بخشید ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر افزایش کیفیت زندگی و احساس عاملیت در مطالعه حاضر تائید شد. پیشنهاد می‌شود از این نوع درمان برای یاری به بیماران با سرطان پستان استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، کیفیت زندگی، احساس عاملیت، بیماران با سرطان پستان.

ارجاع: طالبی غلامرضا، رضایی جمالویی حسن، باقریان سرارودی رضا، عریضی حمیدرضا. **اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت زندگی و احساس عاملیت بیماران مبتلا به سرطان پستان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴۰۲؛ ۲۱(۲): ۲۱۵-۲۲۷.

* **حسن رضایی جمالویی،**

رایانامه: h.rezayi2@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]

[DOI: 10.48305/21.2.215]

مقدمه

سرطان، یکی از انواع گوناگون بیماری‌های مزمن است و علیرغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌ها و افزایش تعداد نجات‌یافتگان از آن، این بیماری همچنان از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌مانند است و تأثیرات روان‌شناختی و جسمانی گوناگونی روی مبتلایان دارد که می‌تواند در ابعاد بسیاری از زندگی آنها همچون کیفیت زندگی، روابط خانوادگی، تمایلات جنسی، کار و مراقبت از خود اختلال ایجاد کند (۱). آمار ابتلا به سرطان به‌طور هشداردهنده‌ای رو به افزایش است، به‌نحوی‌که در سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به این بیماری با یک افزایش پنجاه‌درصدی به سطح ۲۸ میلیون نفر موارد جدید سرطان در سراسر دنیا خواهد رسید (۲).

سرطان به‌عنوان یک 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 ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده آنها فرد را به‌سوی اختلالات روانی می‌کشاند (۳). در بین انواع مختلف سرطان، سرطان پستان 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 می‌باشد (۴).

از تشخیص سرطان پستان گرفته تا درمان و پیشرفت مجدد آن، باعث ایجاد آسیب‌هایی در این گروه از بیماران می‌گردد؛ بر اساس مطالعات مختلف، افسردگی و اضطرابی که در حین تشخیص و درمان سرطان رخ می‌دهد، باعث افزایش علائم جسمی و روان‌شناختی شده و منجر به تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و کاهش سازگاری به درمان می‌شود (۵). چراکه پستان قویاً با هویت زنانگی، حسن زنانگی، امیال جنسی، جذابیت فیزیکی و جنسی، پرورش و حس مادری مرتبط است (۶). برای اینکه پستان یکی از نمادهای زنانگی است و فکر از دست دادن یک یا هر دو پستان برای بسیاری از زنان غیرقابل‌تحمل است (۷). کیفیت زندگی در این بیماران، متغیری است که نمی‌شود به‌راحتی از آن عبور کرد و به‌عنوان مفهومی چندبعدی است که شامل ادراک فرد از عملکرد و تندرستی است (۸)؛ بنابراین، مشکلاتی که پس از مبتلا شدن به سرطان پستان پیش می‌آید، سبب کاهش کارآمدی و کیفیت زندگی می‌شود. بر همین اساس به نظر می‌رسد افرادی که به سرطان پستان مبتلا هستند، در رشد و تحولات روان‌شناختی دچار مشکل می‌شوند (۹). رشد روزافزون سرطان پستان در چند دهه‌ی اخیر و اثرات زیان‌بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی و روانی، اجتماعی، اقتصادی سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش‌ازپیش به این بیماری معطوف شود و آنها این نوع سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده‌ی قرن معرفی کنند (۱۰). عوارض فراوان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان پستان (۱۱)، بستری شدن در بیمارستان، فشار مالی ناشی از هزینه‌های درمان، صعب‌العلاج بودن بیماری سرطان و مرگ‌ومیر بالا، وضع ظاهری اکثر بیماران به دلیل ریزش مو و یا از دست دادن یک عضو (۱۲)، فشار محیطی و روانی مضاعفی را بر این بیماران تحمیل می‌نماید (۱۳). نخستین احساسی که در بیمار سرطانی ایجاد می‌شود، نزدیک بودن به پایان زندگی است. لذا با مسائل و سؤالات وجودی مواجه شده و در او احساس بی‌ارزشی زندگی، ترس از مرگ، خشم، اضطراب و افسردگی ایجاد می‌شود (۱۴). نتایج پژوهش‌ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از ابتلا به سرطان پستان همچون مشکلات جسمانی (درد و خستگی)، مشکلات روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب) و سایر مشکلات روانی–اجتماعی در مبتلایان است که این امر به کاهش کیفیت زندگی به‌خصوص در رابطه با زنان جوان‌تر منجر می‌شود (۱۵).

احساس عاملیت در دهه‌های اخیر، توجه روزافزون روانشناسان، فیلسوفان، متخصصان - کامپیوتر، دانشمندان علوم اعصاب، متخصصان مغز و اعصاب و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده و روشن شده است که آشفتگی در احساس عاملیت با اختلالات عصبی و روان‌پزشکی (۱۶) و نیز با بهزیستی روان‌شناختی هیجانی و بین فردی در بیماران جسمی (۱۷) ارتباط مثبت دارد. احساس قدرت ابتکار عمل و هدایت آن در مسیر نیل به هدف و به دیگر سخن اعمال اراده بر پدیده‌های مادی پیرامون خود، جلوه‌ای از احساس عاملیت است (۱۸). بااین‌حال هنوز راه زیادی مانده تا بتوان به درک مفهوم عاملیت و نقش آن در زندگی انسان نائل آمد و پژوهش‌های بیشتر می‌تواند راهگشای درک معنای عاملیت باشد (۱۹).

مرور برخی از مفاهیم حاصل از تحقیقات اخیر پنجره ایست رو به فهم معنای عاملیت که ازجمله‌ی آنها دیدگاه جنتچ (۲۰) که احساس عاملیت را شامل ۳ جزء می‌داند که در دو جایگاه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]

خود را نشان می‌دهد. یکی در ذهن به‌صورت باور به انجام عمل (خودکارآمدی) و دیگری در محیط به‌صورت آغازگری عمل (خوش‌بینی در رسیدن به هدف) و حفظ هدفمندی عمل تا رسیدن به هدف (۲۱). از نظر گالاگر (۲۲)، مفهوم احساس عاملیت به معنای این است که من اعمال خود را سامان می‌دهم و عامل و باعث ایجاد اعمالم هستم. البته احساس عاملیت برای فرد همواره واضح نیست و پیگیری زنجیره‌ی علت و معلول، آن را در پرده‌ای از ابهام قرار می‌دهد. برای رفع این ابهام لازم است که دو پدیده احساس عاملیت و قضاوت درباره‌ی آن را از یکدیگر جدا سازیم. منظور از احساس عاملیت، ادراک خود به‌عنوان عامل یک تجربه محدود و متمایز است، ولی قضاوت شامل اسناد علی یک سلسله از رفتارها به خود است و نوعی احساس فاعلی بسیط را در برمی‌گیرد (۲۳). قضاوت درباره عاملیت در برخی بیماری‌ها مانند اختلال وسواس فکری و عملی و اسکیزوفرنی دچار اختلال می‌شود و بخش مهمی از نشانه‌شناسی این‌گونه اختلال‌ها از آسیب وارده به قضاوت عاملیت حکایت دارد و بدین ترتیب خدشه به قضاوت عاملیت انسان، مساوی است با وقوع اختلال روانی (۲۰). نکته‌ی مهم دیگر آن است که از دیدگاه نشانه شناختی، گاه علل و دلایل هم‌راستا با برخی از علل و اسباب، درعین‌حال که هیچ‌گونه جنبه‌ی علی ندارند از سوی بیمار به‌عنوان علل و دلایل بروز اختلال شمرده می‌شوند و این مایه‌ای برای پیدایش هذیان می‌شود، عقیده‌ی باطلی که با منطق اصلاح‌پذیر نیست و بخش مهمی از دلیل شکل‌گیری آن خدشه ایست که بر قضاوت بیمار راجع به عاملیت پدید آمده است (۲۴). این حالت گاه با سبب‌شناسی کاملاً مغزی و در حالت‌هایی همچون فلج شدن یک‌طرفه بدن روی می‌دهد که طی آن بیمار قضاوتی کاملاً مغشوش در مورد اعمال خود دارد و آنها را ناشی از انگیزه و اراده‌ی خود نمی‌داند (۲۳). در زمینه احساس عاملیت در زنان با سرطان پستان، هولمبرگ (۲۵)، پژوهشی با عنوان مطالعه کیفی احساس عاملیت در زندگی روزمره زنان با سرطان پستان و سرطان پروستات در مردان انجام داد که نتایج آن نشان داد ابتلا به سرطان پستان در زنان می‌تواند چالش‌های جدیدی را برای عاملیت در زندگی روزمره ایجاد کند، اما عاملیت را سرکوب نمی‌کند و نشان داد که احساس عاملیت پایدار ولی شکننده است که در صورت بهبود در زنان با سرطان پستان، کیفیت زندگی آنها را بهبود می‌بخشد. بنابرآنچه تاکنون توضیح داده شد می‌توان نتیجه گرفت پذیرش ارتباط بین عاملیت و وقوع بیماری، نیاز به تغییر اساسی در نگرش بیمار دارد (۲۶). در حقیقت کاهش احساس عاملیت مترادف بیماری و کیفیت زندگی پایین است.

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 به نقش پردازش هیجانی در انواع بیماری‌ها شده است. امروزه روان‌درمانگران به این نتیجه رسیده‌اند که بعضی از بیماران به دلیل ناتوانی و درمانده بودن در کنترل هیجانات خود و ناآگاهی از چگونگی نظم‌دهی و تعدیل آنها به شیوه‌های کارآمد و بهنجار، به روش‌ها و شیوه‌های ناسازگار برای برخورد با هیجاناتشان استفاده می‌کنند (۲۷). همچنین روان‌درمانگران و روان‌پزشکان به نقش پررنگ هیجانات در ایجاد و تداوم اختلالات روان‌شناختی پی برده‌اند به‌طوری‌که نقش بسیار برجسته‌ای را برای هیجانات در شروع یا ادامه اختلال‌ها و مشکلات روان‌شناختی قائل‌اند و به سمت روش‌های درمانی تأثیرگذار بر هیجان حرکت کرده‌اند. تاکنون مداخلات روان‌شناختی مختلفی بر روی کیفیت زندگی و احساس عاملیت بیماران سرطانی انجام شده ازجمله درمان معنویت درمانی (۲۸)، پذیرش و تعهد (۲۹)، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری (۳۰) و فراشناختی (۳۱) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۲) یکی از رویکردهای درمانی که در یک دهه اخیر در زمینه روان‌درمانی و حل مشکلات شناختی و هیجانی مطرح‌شده است و از درون درمان شناختی-رفتاری بیرون آمده است، طرحواره درمانی هیجانی 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 اعتباریابی انطباقی یا غیر انطباقی) و یا راهبردهای دیگر، بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند (۳۳). درواقع این مدل بر موارد زیر تأکید می‌کند: افراد چگونه تجربه هیجانی خود را مفهوم بندی می‌کنند، چه انتظاراتی دارند، چگونه درباره هیجانات خود قضاوت می‌کنند و چه راهبردهای رفتاری 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. طرحواره هیجانی همان فلسفه‌های فردی درباره

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]

هیجان به شمار می‌روند. در رویکرد طرحواره درمانی هیجانی لیهی، طرحواره‌های هیجانی هدف قرار داده می‌شوند (۳۴). در زمینه بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت زندگی و احساس عاملیت زنان با 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 پرداخته شده است. ازجمله طبیب زاده، سلیمانی و قربان شیرودی (۳۵)، بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی؛ خزاعی، میرزا حسینی و نوکنی (۳۶)، بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی؛ امام زمانی، مشهدی و سپهری شاملو (۳۷)، بر اضطراب و طرحواره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و همچنین جوشا، لوئیز، کلتی و بوئر (۳۸)، بر ویژگی‌های روان‌شناختی افراد با اختلالات خوردن؛ ون جیک و همکاران (۳۹)، بر سالمندان با اختلالات جسمی شخصیتی؛ هاوک و پروونچر (۴۰)، بر کاهش طلاق عاطفی و احساس ارزشمندی در افراد می‌توان اشاره کرد. امروزه تدوین درمان‌های مؤثر و کارآمد برای رفع پیامدهای ناخوشایند سرطان و تقویت توانایی‌های فرد دارای سرطان برای مقابله با این نوع بیماری هدف بسیاری از پژوهش‌ها است و با 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، ضرورت حمایت‌های اجتماعی و معنویت، روان‌شناختی و آموزش مهارت‌های زندگی علاوه بر درمان‌های دارویی برای این بیماران بیش‌ازپیش افزایش یافته است؛ و همچنین مطالعات صورت گرفته در مورد اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش انواع علائم شناختی و به‌ویژه هیجانی در سایر گروه‌های بیماران و اینکه اکثر مطالعات روان‌شناختی صورت گرفته بر روی بیماران سرطانی بیشتر بر روی علائم شناختی این بیماران بوده و مؤلفه هیجانی یا بررسی نشده و یا خیلی کمتر موردبررسی قرارگرفته، بنابراین نادیده گرفتن نقش هیجان در فرایندهای روان‌درمانی، ضرورت پژوهش‌های بیشتر و کاربردی‌تر همراه با تأکید بر بررسی نقش طرحواره‌های هیجانی بیماران سرطانی ازجمله زنان با سرطان پستان و درمان آن احساس می‌شود؛ بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت زندگی و احساس عاملیت زنان با سرطان پستان تأثیر دارد یا خیر.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر ازلحاظ هدف کاربردی و یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان دارای تشخیص سرطان پستان، مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سرطان (آنکولوژی) دولتی واقع در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۶ زن با سرطان پستان بوده که در بیمارستان سیدالشهداء (ع) و مرکز کنترل و پیشگیری سرطان آلاء اصفهان تحت درمان بودند و به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس تعداد ۳۶ نفر در ۲ گروه آموزش (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) به‌صورت تصادفی گمارده شدند. از بین زنان شرکت‌کننده در این پژوهش تعداد ۱۵ (۴۶/۶٪) نفر سن (۲۰ تا ۳۵ ساله)، ۲۱ (۵۸/۳۳٪) نفر سن (۳۵ تا ۵۰ ساله) و همچنین ۹ (۲۵٪) نفر مجرد و ۲۷ (۷۵٪) نفر متأهل از نمونه را گزارش کردند. همچنین نتایج مربوط به وضعیت اشتغال نشان داد تعداد ۲۱ (۵۸/۳۳٪) نفر خانه‌دار، ۸ (۲۲/۲۱٪) نفر بازنشسته و ۷ (۱۹/۴۴٪) نفر شاغل بودند. علاوه بر اطلاعات فوق، نتایج نشان داد که ۷ (۱۹/۴۴٪) نفر زیر دو سال و ۲۹ (۸۰/۵۵٪) نفر طول مدت ابتلا آنها به سرطان پستان بود. همچنین ۱۳ (۳۶/۱۱٪) نفر و ۲۳ (۶۳/۸۸٪) نفر مدت‌زمان از آخرین جراحی خود را در نمونه نشان دادند.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که با مراجعه به بیمارستان سیدالشهدا اصفهان و هماهنگی با مدیریت بیمارستان، بر اساس معیارهای ورودی، ۳۶ زن با سرطان پستان انتخاب‌شده، به‌طور تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. برای گروه آزمایش به‌طور هفتگی جلسات طرحواره درمانی هیجانی برگزار می‌شد. گروه کنترل درمانی دریافت نمی‌کرد. ابزارهای پژوهش در هر دو گروه قبل از شروع و بعد از اتمام کامل جلسات تکمیل شد. دو ماه بعد از اتمام جلسات مجدداً با شرکت‌کنندگان در طرح تماس گرفته شد و از آن‌ها تقاضا شد مجدد پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و احساس عاملیت را جهت مرحله پیگیری تکمیل کنند. معیارهای ورود به مطالعه: تشخیص سرطان پستان توسط

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]

فوق تخصص سرطان‌شناسی (آنکولوژیست)، بیماران در مرحله دوم بیماری باشند. از آخرین دوره درمان‌های رایج (مانند شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و جراحی) بیماران ۱ سال گذشته باشد، دامنه سنی بیماران بین ۱۸ تا ۵۰ سال باشد، بیماران از توانایی جسمانی لازم جهت شرکت در جلسات برخوردار باشند، آسیب روان‌شناختی حاد نظیر افسردگی شدید با توجه به تاریخچه پرونده پزشکی بیماران وجود نداشته باشد، موافقت آگاهانه بیماران و تمایل آنان به شرکت در فرایند پژوهش، توانایی پاسخگویی به سؤال‌ها در حد سواد درک متون و سؤال‌های فرم‌ها (تحصیلات حداقل متوسطه یا دبیرستان)، عدم دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی برای گروه کنترل، عدم دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی دیگر به‌غیراز حضور در پژوهش برای گروه آزمایش، داوطلبان در پیش‌آزمون دارای سطح معناداری از شاخص اضطراب مرگ را داشته باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم همکاری با پژوهشگر که عدم پیگیری منظم در جلسات (حضور نامنظم در جلسات درمان- غیبت بیش از سه جلسه) و عدم انجام تکالیف پروتکل درمان، تشدید وضعیت بیماری بر اثر مداخلات درمانی به‌گونه‌ای که فرد دچار آسیب روان‌شناختی مانند افکار خودکشی شود، بروز حادثه خاص نظیر بیماری مزمن جسمی دیگر، سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارند و یا اطلاع محقق از مصرف داروهایی که باعث سوگیری در پاسخ به سؤالات توسط داوطلبان می‌شدند (در طول پاسخ‌گویی و تکمیل فرم‌ها)، اطلاع از وجود درد مزمن دیگری به‌غیراز موارد تعیین‌شده در داوطلبان در حین تکمیل پرسشنامه‌ها، بروز شواهدی بر عدم‌تأیید شرایط سنی داوطلبان در حین تکمیل پرسشنامه‌ها، سوءمصرف مواد (که با استفاده از پرونده‌های موجود بیماران و مصاحبه بالینی بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-V توسط پژوهشگر تشخیص داده شوند) بود. این پژوهش برخی اصول اخلاقی ازجمله توضیح اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اعضا، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل افراد را رعایت نمود. افزون بر این پژوهش دارای گواهی اخلاق، از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد به شماره (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.114) و مجوز کارآزمایی بالینی برای اجرای پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود. سپس برای توصیف اطلاعات پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار $SPSS_{v23}$ استفاده شد. ابزار پژوهش در ذیل مطرح‌شده‌اند.

پرسشنامه کیفیت زندگی (Quality of Life Questionnaire): این پرسشنامه ویرایش سوم پرسش‌نامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان متعلق به «سازمان اروپایی پژوهش‌ها و درمان سرطان» است که توسط آرنسون در سال ۱۹۸۷ (۴۱) تهیه شده است. این پرسشنامه ۳۰ سؤال دارد که کیفیت زندگی بیماران سرطانی را در ۵ حیطه عملکردی شامل عملکرد جسمانی (سؤال‌های ۵ – ۱)، ایفای نقش (سؤال‌های ۶ و ۷)، عملکرد هیجانی (سؤال‌های ۲۴ –۲۱)، شناختی (سؤال‌های ۲۰ و ۲۵) و اجتماعی (سؤال‌های ۲۶ و ۲۷) و ۹ خرده مقیاس علائم شامل خستگی (سؤال‌های ۱۰، ۱۲ و ۱۸)، درد (سؤال‌های ۹ و ۱۹)، تهوع و استفراغ (سؤال‌های ۱۴ و ۱۵)، تنگی نفس (سؤال ۸)، اسهال (سؤال ۱۷)، یبوست (سؤال ۱۶)، کاهش خواب (سؤال ۱۱)، کاهش اشتها (سؤال ۱۳) مشکلات اقتصادی ناشی از درمان‌های دریافتی (سؤال ۲۸) و یک حیطه کلی کیفیت زندگی (سؤال‌های ۲۹ و ۳۰) را اندازه می‌گیرد. مطالعات اعتباریابی، این پرسشنامه را به‌عنوان مقیاسی معتبر و پایا برای کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان در موقعیت‌های پژوهشی چند فرهنگی تأیید کرده‌اند (۴۱). صفایی و همکاران (۴۲) سومین ویرایش نسخه فارسی این پرسشنامه را ابزاری پایا و معتبر برای سنجش کیفیت زندگی بیماران سرطانی گزارش کردند. آلفای کرونباخ مقیاس خستگی ۰/۶۵، درد ۰/۶۹، تهوع و استفراغ ۰/۶۶ و بقیه مقیاس‌ها بالای ۰/۷۰ برآورد شده که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسشنامه است. همچنین مقدار آلفای کرونباخ محاسبه‌شده ابعاد پرسشنامه در مطالعه اکبری و همکاران (۴۳) بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ در نوسان بود. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه احساس عاملیت (Sense of Agency Questionnaire): این مقیاس یک ابزار تجربی است که توسط وودی، پولیتو و بارنیر در سال ۲۰۱۳ (۴۴) برای ارزیابی توانایی افراد برای انجام دادن مستقل کارها طراحی‌شده است. این مقیاس ۱۱ سؤال دارد؛ حس عاملیت را در یک مقیاس لیکرت هفت نقطه‌ی کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]

موافقم (۷) در یک نمره کلی و دو خرده مقیاس بی‌اختیاری (سؤالات ۲، ۳، ۵، ۶، ۹) و بی تلاشی (سؤالات ۱، ۴، ۷، ۸،۱۰) اندازه می‌گیرد؛ درجه‌بندی ۱ بدین معناست که به‌شدت با این عبارت مخالف هستند، درجه‌بندی ۴ بدین معناست که با این عبارت نه موافق نه مخالف و درجه‌بندی ۷ بدین معناست که با این عبارت به‌شدت موافقم. حداقل نمره ۱۱ و حداکثر نمره برابر با ۷۷ است. ماده‌های مربوط به بی‌اختیاری، میزان خودکار بودن اعمال را توصیف می‌کنند که در این حالت اعمال فرد، متمرکز بر منبع کنترل بیرونی است و ماده‌های مربوط به بی تلاشی میزان سهولت اعمال را توصیف می‌کنند. در این حالت اعمال فرد بیشتر متمرکز بر تجربه منفعل رویدادهاست. در مطالعه تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان داد که ۲ عامل بی‌اختیاری و بی تلاشی می‌تواند ۴۸/۲ درصد از کل واریانس سؤالات این پرسشنامه را تبیین کند و همبستگی بین دو عامل نیز ۰/۵۵ گزارش شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۵ و خرده مقیاس بی‌اختیاری ۰/۹۱ و بی تلاشی ۰/۷۳ به‌دست‌آمده است. این پرسشنامه برای اولین بار توسط بشرپور و رحیمیان در سال ۱۳۹۹ به فارسی برگردانده و سپس توسط ۳ روانشناس عضو هیئت‌علمی دانشگاه با مرتبه علمی دانشیاری ارزیابی و روایی صوری مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و خرده مقیاس ۰/۶۷ و برای بی تلاشی ۰/۶۰ به‌دست‌آمده است (۴۵)؛ و همچنین در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد.

پروتکل طرحواره درمانی هیجانی: این برنامه آموزشی توسط لیهی در سال ۲۰۱۲ (۴۶) طراحی شد. برنامه به‌صورت گروهی ارائه شد. روش ارائه با توجه به‌شدت و نوع مشکل افراد شامل ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود. ۱- ارزیابی اولیه و تبیین آن در قالب رابطه همدلانه: تبیین اختلالات روان‌شناختی موجود بر اساس الگوی طرحواره‌های هیجانی، شناسایی طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به بیمار، تمرین توجه آگاهی انفصالی، تکلیف منزل: توجه آگاهی انفصالی به هیجان. ۲- بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی: بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن، شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرحواره‌های هیجانی اعتبارزدایی، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبارزدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، تکلیف منزل: اعتباربخشی دلسوزانه به خویشتن و توجه آگاهی انفصالی به هیجان. ۳- بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز: برچسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل، تکلیف منزل: ثبت مزایا و معایب این طرحواره که هیجان‌های من غیرطبیعی هستند و بررسی اینکه آیا افراد دیگری نیز این هیجان‌ها را تجربه می‌کنند همراه با توجه آگاهی انفصالی به هیجان. ۴- بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز: افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز میان هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به‌صورت موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی ۱، تکلیف منزل: مشاهده و توصیف هیجان. ۵- بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات. افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همجوشی زدایی، اتخاذ موضعی به‌دوراز قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تمرین نامه‌نگاری دلسوزانه، تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه‌نگاری دلسوزانه. ۶- بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی: تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضاسازی هیجانی، بررسی هیجان به‌عنوان هدف، تکلیف منزل: در جستجوی هیجان‌های مثبت و ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی. ۷- بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی. بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خودآیند، تمایز افکار از احساسات، فن پیکان رو پایین، فاجعه زدایی، تکلیف منزل: دسته‌بندی افکار منفی. ۸- بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی. فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی، فن در جهت بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر، تکلیف منزل: بررسی معایب و مزایای افکار منفی. ۹- جمع‌بندی و ارزیابی. روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام تکالیف خانگی، پس‌آزمون. شناسایی ارزش‌ها، اهداف و خصوصیات فردی و ارتباطات هیجان‌ها با این ارزش‌ها غایت و هدف طرحواره درمانی هیجانی است.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش اراده شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پیگیری (انحراف معیار± میانگین)
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۰۲/۴±۳۳۳/۹۸۲	۷۲/۷±۳۸۹/۹۷۹	۷۱/۷±۸۸۹/۶۶۱
	کنترل	۹۸/۶±۳۸۹/۱۷۵	۹۸/۴±۵۵۶/۶۶۸	۱۰۴/۳±۵۰۰/۸۳۹
احساس عاملیت	آزمایش	۵۹/۵±۵۰۰/۷۲۱	۳۰/۱۱±۳۸۹/۳۷۷	۲۵/۱۱±۵۵۶/۶۷۸
	کنترل	۶۳/۴±۲۲۲/۰۶۶	۶۳/۳±۸۳۳/۹۴۴	۶۴/۳±۳۸۹/۹۸۷

جدول فوق نشان می‌دهد بین گروه آزمایش و کنترل، در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمره کل کیفیت زندگی و احساس عاملیت تفاوت معنی‌داری نداشته است (P>۰/۰۱)، اما در هر گروه آزمایش پس از دریافت طرحواره درمانی هیجانی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمره کیفیت زندگی و احساس عاملیت نسبت به پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده که متفاوت از میانگین گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد. در جدول ۲ پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس ارائه‌شده است.

جدول ۲. نتایج پیش‌فرض‌های نرمال بودن، برابری واریانس‌ها و یکنواختی کوواریانس‌ها

متغیر	گروه	آزمون شاپیرو- ویلکز						آزمون ماچلی		آزمون لوین					
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری				پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		آماره	p	آماره	p	آماره	p	آماره	p	F	p	F	p	F	p
کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۹۳	۰/۳۴	۰/۹۰	۰/۱۲	۰/۹۲	۰/۱۹	۱/۴۹	۰/۰۶۲	۰/۸۹	۰/۳۵	۰/۳۶	۰/۵۵	۰/۰۴	۰/۸۳
	کنترل	۰/۹۴	۰/۳۹	۰/۹۳	۰/۲۸	۰/۹۵	۰/۵۵								
احساس عاملیت	آزمایش	۰/۹۶	۰/۷۵	۰/۸۸	۰/۰۵	۰/۹۱	۰/۱۴	۰/۹۶	۰/۳۳	۲/۵	۰/۱۱	۰/۲۲	۰/۶۳	۰/۲۹	۰/۵۸
	کنترل	۰/۹۴	۰/۸۸	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۴۸								

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی و حس عاملیت در پس‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون

	گروه	مراحل ارزیابی		تفاوت میانگین	خطای معیار	p-value	فاصله ۹۵ درصد برای اختلاف	
							حد پایین	حد بالا
احساس عاملیت	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۶۱۱	۰/۲۵۷	۰/۰۸۹	-۱/۲۹۵	۰/۰۷۲
			پیگیری	-۱/۱۶۷*	۰/۳۴۵	۰/۰۱۱	-۲/۰۸۴	-۰/۲۵۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۹/۱۱۱*	۲/۵۵۸	۰/۰۰۰۱	۲۲/۳۲۰	۳۵/۹۰۲
			پیگیری	۳۳/۹۴۴*	۲/۵۴۷	۰/۰۰۰۱	۲۷/۱۸۲	۴۰/۷۰۶
کیفیت زندگی	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۱۶۷	۱/۲۱۳	۱/۰۰۰	-۳/۳۸۸	۳/۰۵۵
			پیگیری	-۶/۱۱۱*	۱/۲۴۴	۰/۰۰۰۱	-۹/۴۱۵	-۲/۸۰۷
	آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۹/۹۴۴*	۱/۵۷۱	۰/۰۰۰۱	۲۵/۷۷۴	۳۴/۱۱۵
			پیگیری	۳۰/۴۴۴*	۱/۴۹۸	۰/۰۰۰۱	۲۶/۴۶۸	۳۴/۴۲۱

جدول ۲، برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه از شاپیرو ویلکز استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض نشان می‌دهد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه باقی است (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد). پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأییدشده است (سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ است). پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی در همه متغیرهای پژوهش تأیید شده است (p>۰/۰۵). همچنین جدول ۳، در هر یک از گروه‌ها مقایسه میانگین نمره کل کیفیت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]

زندگی و احساس عاملیت را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری را نسبت به پیش‌آزمون نشان می‌دهد. در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نسبت به پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون و پیگیری دیده نمی‌شود. در گروه طرحواره درمانی هیجانی میانگین کاهشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون به ترتیب ۲۹/۹۴۴ و ۳۰/۴۴۴ نمره برای کیفیت زندگی و برای احساس عاملیت به ترتیب ۲۹/۱۱۱ و ۳۳/۹۴۴ بوده که این کاهش‌ها به لحاظ آماری معنی‌دار بوده است (p<۰/۰۰۱).

جدول ٤. مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی و احساس عاملیت در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (واریانس یک‌راهه)

		مجموع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	آماره F	P-value
نمره کل کیفیت زندگی (پیش‌آزمون)	تغییرات بین گروهی	۱۷۲/۲۶۴	۱	۵۷/۴۲۱	۱/۷۲۲	۰/۱۷۱
	تغییرات درون‌گروهی	۲۲۶۷/۰۵۶	۳۴	۳۳/۳۳۹		
	کل تغییرات	۲۴۳۹/۳۱۹	۳۵			
نمره کل کیفیت زندگی (پس‌آزمون)	تغییرات بین گروهی	۲۹۱۴۳/۱۶۷	۱	۹۷۱۴/۳۸۹	۲۱۷/۸۴۵	۰/۰۰۰۱
	تغییرات درون‌گروهی	۳۰۳۲/۳۳۳	۳۴	۴۴/۵۹۳		
	کل تغییرات	۳۲۱۷۵/۵۰۰	۳۵			
نمره کل کیفیت زندگی (پیگیری)	تغییرات بین گروهی	۳۶۷۱۹/۴۴۴	۱	۱۲۲۳۹/۸۱۵	۳۳۷/۴۶۸	۰/۰۰۰۱
	تغییرات درون‌گروهی	۲۴۶۶/۳۳۳	۳۴	۳۶/۲۷۰		
	کل تغییرات	۳۹۱۸۵/۷۷۸	۳۵			
نمره کل احساس عاملیت (پیش‌آزمون)	تغییرات بین گروهی	۱۹۴/۱۱۱	۱	۶۴/۷۰۴	۲/۳۳۶	۰/۰۸۱
	تغییرات درون‌گروهی	۱۸۸۳/۸۸۹	۳۴	۲۷/۷۰۴		
	کل تغییرات	۲۰۷۸/۰۰۰	۳۵			
نمره کل احساس عاملیت (پس‌آزمون)	تغییرات بین گروهی	۱۱۹۷۸/۳۸۹	۱	۳۹۹۲/۷۹۶	۶۲/۸۲۷	۰/۰۰۰۱
	تغییرات درون‌گروهی	۴۳۲۱/۵۵۶	۳۴	۶۳/۵۵۲		
	کل تغییرات	۱۶۲۹۹/۹۴۴	۳۵			
نمره کل احساس عاملیت (پیگیری)	تغییرات بین گروهی	۱۵۷۹/۷۲۲	۱	۵۲۶۴/۹۰۷	۷۶/۱۵۳	۰/۰۰۰۱
	تغییرات درون‌گروهی	۴۷۰۱/۲۲۲	۳۴	۶۹/۱۳۶		
	کل تغییرات	۲۰۴۹۵/۹۴۴	۳۵			

در هر یک از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو گروه با تحلیل واریانس مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود که در پیش‌آزمون گروه‌ها تفاوت معنی‌داری از نظر میانگین نمره کل کیفیت زندگی و احساس عاملیت نداشتند (p=۰/۱۷۱ و p=۰/۰۸۱)، ولیکن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود دارد (p<۰/۰۰۱ برای هر دو مرحله).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت زندگی و احساس عاملیت در زنان با سرطان پستان بود. نتایج نشان داد طرحواره درمانی هیجانی در مرحله پس‌آزمون در متغیر کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری را نشان دادند. همچنین در مرحله پیگیری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری را در متغیر کیفیت زندگی نشان دادند؛ که نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های طبیب زاده و همکاران (۳۵)؛ خزاعی و همکاران (۳۶)؛ امام زمانی و همکاران (۳۷) و همچنین جوشا و همکاران (۳۸)؛ ون جیک و همکاران (۳۹)؛ می‌باشد.

لذا در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت زندگی زنان با سرطان پستان در این پژوهش می‌توان اذعان نمود که با توجه با افزایش روزافزون تعداد زنان با سرطان پستان در ایران و جهان و همچنین افزایش بار مالی ناشی از درمان آن، اضطراب و ترس از مرگ و تأثیر آن بر سایر فعالیت‌های روزمره زندگی بیمار، کیفیت زندگی این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است. به جهت مزمن بودن و خطرناک بودن

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]

سرطان پستان در زنان، ارتباط واضحی بین شدت سرطان و کیفیت زندگی بیمار وجود دارد. این بیماران از نظر علائم افسردگی مثبت هستند و افسردگی نیز با کیفیت زندگی پایین رابطه معناداری دارد. ارتباط بالای سلامت روانی به‌خصوص حیطه افسردگی با حیطه‌های کیفیت زندگی بیمار، به این دلیل است که این بیماران به دلیل داشتن دوره‌های درمانی و علائم ناشی از آن دچار اختلال در فعالیت‌های خود شده و سطح تحمل آنها نسبت به فعالیت جسمی کاهش می‌یابد، به‌این‌ترتیب، قدرت انجام کار در آنها کاهش‌یافته و موجب می‌شود فرد از جهت عملکردی، در مقایسه با افراد سالم کارایی کمتری از خود نشان دهند. عدم توانایی در انجام عملکرد جسمی مطلوب موجب احساس بی‌کفایتی در فرد شده و اعتمادبه‌نفس وی مختل می‌شود. متعاقب آن فرد به افسردگی، اندوه و اضطراب دچار شده و سطح کیفیت زندگی‌اش پایین می‌آید. پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی هیجانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های هیجانی، رفتاری، شناختی، عاطفی و تجربی می‌گردد. به‌طوری‌که با به چالش کشیدن پاسخ‌های ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب‌تر مؤثر نشان داده است. در این رویکرد، با توانایی بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب همانند افکار خودآیند منفی، اضطراب و افسردگی و ناهنجاری‌های شخصیتی، فرد می‌تواند به بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سلامت روانی خود دست یابد.

نتایج نشان داد طرحواره درمانی هیجانی در مرحله پس‌آزمون در متغیر احساس عاملیت بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری را نشان دادند. همچنین در مرحله پیگیری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری را در متغیر احساس عاملیت نشان دادند. متأسفانه پیشینه پژوهشی بسیار اندکی هم‌راستا با یافته فوق وجود دارد؛ به‌طوری‌که در بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه، تنها یک پژوهش هاوک و پروونچر (۴۰) هم‌سو با نتایج پژوهش حاضر یافت شد. پژوهشگران همسو با پژوهش حاضر، در پژوهش موردی خود نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی منجر به افزایش احساس عاملیت در زنان با سرطان پستان می‌شود. در تبیین نتایج پژوهش فوق می‌توان گفت که این رویکرد، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی، نه‌تنها موجب شناسایی طرحواره‌های ناسازگار افراد شده بلکه به آنها در کشف علت اصلی بروز این طرحواره‌ها، افکار منفی و غیرمنطقی نیز یاری می‌رساند، یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد، نمره احساس عاملیت در گروه آزمایش پس‌آزمون- طرحواره درمانی هیجانی، افزایش پیدا کرده است. باعث ایجاد توانائی ارائه پاسخ مؤثر و افزایش تعامل فرد با محیط خود در جهت مثبت می‌گردد. به دنبال افزایش مثبت تعامل با محیط فرد به آینده خوش‌بین‌تر شده و در استفاده از تکنیک‌های آموخته‌شده در دوره مداخله کارآمدتر می‌شود و درنتیجه خودکارآمدی او نیز افزایش می‌یابد. افزایش خوش‌بینی و خودکارآمدی در زنان با سرطان، دستیابی به هدف درمان را عینی‌تر می‌کند و مجموع این عوامل باعث افزایش احساس عاملیت آزمودنی‌های گروه آزمایش گردید.

پژوهش حاضر دربردارنده چندین محدودیت بود که رفع آن‌ها در پژوهش‌های بعدی می‌تواند نتایج مؤثرتر و قابل‌اعتمادتری فراهم کند. یکی از محدودیت‌های این مطالعه بحث سنجش و پرسشنامه‌های مورداستفاده بود. همه پرسشنامه‌های مورداستفاده در پژوهش حاضر از نوع خودسنجی بودند که علی‌رغم این‌که در زمان کوتاهی اطلاعات ارزشمند و گسترده‌ای در اختیار قرار می‌دهند، ممکن است دارای سوگیری و یا سنجش ناکارآمد نیز باشند. یکی دیگر از مهم‌ترین محدودیت‌هایی که این پژوهش با آن روبه‌رو بود بحث همه‌گیری ویروس کرونا در زمان انجام پژوهش بود. این پژوهش و آموزش‌های آن در شرایط همه‌گیری ویروس کووید ۱۹ و سیاست‌های بهداشتی و محدودیت‌های ناشی از آن‌ها اجرا شد. این بیماری احتمالاً اثرات بسیار گسترده‌ای بر زنان با سرطان پستان، از هر نظر گذاشته است که می‌تواند در نتایج حاصل از این آموزش‌ها تداخل ایجاد کند. محدودیت دیگر این مطالعه مربوط به قلمرو مکانی مطالعه است، این مطالعه بر روی زنان با سرطان پستان شهر اصفهان صورت گرفت و نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر زنان با سرطان پستان در سایر شهرها تعمیم داد، در صورت تعمیم دهی باید جوانب احتیاط رعایت شود. با توجه به محدودیت‌هایی که پژوهش حاضر با آن‌ها روبه‌رو بود، پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت نقش خانواده‌ها و مشارکت آن‌ها در امر همراهی با بیمار، پژوهشگران دیگر در پژوهش‌های آتی حضور خانواده‌ها در گروه‌های آموزشی را نیز مدنظر قرار دهند تا علاوه بر ارتقای اثربخشی آن‌ها، فرصت همراهی و حمایت خانواده فراهم شود. پیشنهاد دیگر نیز این است که پژوهش‌های آتی، به‌طور موازی با آموزش طرحواره‌های درمانی هیجانی، آموزش‌هایی دیگر برای زنان با سرطان پستان نیز در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]

نظر بگیرند و نتایج آنها مقایسه شود. پیشنهاد دیگری که می‌شود این است که پژوهشگران بعدی علاقه‌مند به این حیطه در پژوهش‌های خود از پرسشنامه‌های دیگری به‌غیراز خودسنجی‌ها (همچون ابزارهای عملکردی یا بدون ساختار) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده نمایند. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده این برنامه را برای گروه‌های پرخطری که در معرض مشکلات بالقوّه هستند، اجرا نمایند، همچنین پژوهش‌های بعدی نتایج پژوهش را در دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تری مثلاً شش‌ماهه یا یک‌ساله بررسی کنند تا پیامدهای دیر آغاز احتمالی نیز ارزیابی شوند. درنهایت پیشنهاد می‌شود پژوهشگران علاقه‌مند به این حیطه در صورت امکان، پس از اتمام بیماری همه‌گیر کرونا و برطرف شدن یا کم شدن محدودیت‌های بهداشتی، این پژوهش را مجدداً اجرا نمایند و نتایج آن را با پژوهش حاضر یا پژوهش‌هایی که در این شرایط اجراشده‌اند مقایسه نمایند.

تقدیر و تشکر

در پایان ما پژوهشگران بدین‌وسیله از مدیریت و کارکنان محترم بیمارستان سیدالشهداء، مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و موسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان آلاء (مکسا) و زنان مبتلا به سرطان پستان، شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر اعتماد، صبر و بردباری کمال تشکر و قدردانی را داریم. شایان‌ذکر است که این مقاله مستخرج از رساله دکتری رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد می‌باشد.

References

1. Aghajani S, Khoshsorour S, Taghizadeh Hir S. The Effects of Holographic Reprocessing Therapy on Cognitive Flexibility and Posttraumatic Growth in Women with Breast Cancer. J Arak Uni Med Sci 2021; 24(1): 108-121. (In Persian)
2. World Health Organization.Cancer [Internet]. 2021.
3. Nazari I, Makvandi B, Seraj Khorram N, Heidarei A. 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.[In Persian]
4. Burridge PW, Li YF, Matsa E, Wu H, Ong SG, Sharma A & et al. Human induced pluripotent stem cell–derived cardiomyocytes recapitulate the predilection of breast cancer patients to doxorubicininduced cardiotoxicity. Nature Medicine 2016; 22(5): 547-561.
5. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Depression and the factors affecting the quality of Life in cancer patients. Selçuk Üniv Tıp Derg 2011; 27(3): 149-153.
6. Manganiello A, Hoga LAK, Rebete LM, Miranda CM, Rocha CAM. Sexuality and of breast cancer patients post mastectomy. Eur J Oncol Nurs 2011; 15(2):167-72.
7. Kaplan JL, Porter RS. Informetion on medical care for women. Translation: Morteza Zolanvary. Publications: Myayarelm 2006.
8. Buckley SA, Lee SJ, Walter RB. Measuring quality of life in acute myeloid leukemia: limitations and future directions.2016.
9. Taqvi Behbahani A, Nazari AM, Shahid Sales S, Khajevand A. Investigating the effectiveness of spiritual therapy on post-traumatic growth (PTG) in women with breast cancer. Disability studies 2018; 9(1). [In Persian]
10. Li Q. Iraumatic neuroma in a patient with breast cancer after mastectomy: case report and review of the literature. World Journal of surgical oncology 2012; 10(2): 35-42.
11. Zhu L, Ranchor AV, Helgeson VS, Van Der Lee M & et al. Benefit finding trajectories in cancer patients receiving psychological care: Predictors and relations to depressive and anxiety symptoms. British journal of health psychology 2018; 23(2): 238- 252.
12. Whisenant M, Wong B, Mitchell SA, Beck SL & et al. Trajectories of depressed mood and anxiety during chemotherapy for breast cancer. Cancer Nursing. 2019.
13. Ando M, Morita T, Miyashita M, Sanjo M, Kira H, Shima Y. Effects of bereavement life review on spiritual wellbeing and depression. J Pain Symptom Manag 2010; 40: 453-9.
14. Rahmanian M, moein samadani M, Oraki M. Effect of spirituality group therapy on life expectancy and life style's improvement of breath cancer patients. Biannual Journal of Applied Counseling, 2017; 7(1): 101-114.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]

15. Spiegel D, Riba MB. Managing anxiety and depression during treatment. Breast J 2015; 21(1):97–103.
16. Moore JW, Cambridge VC, Morgan H, Giorlando F, Adapa R, Fletcher PC. Time, action and psychosis: using subjective time to investigate the effects of ketamine on sense of agency. Neuropsychologia 2013; 51(2): 377-384.
17. Piro M, Zoldow PB, Knight SJ, Mytko, JJ, Gradishar W J. The Relationship between Argentic and Communal Personality Traits and Psychosocial Adjustment to Breast Cancer. Journal of Clinical Psychologyin Medical Settings 2001; 8(4): 263-271.
18. Cavazzana A, Penolazzi B, Begliomini C, Bisiacchi PS. Neural underpinnings of the "agent brain": new evidence from transcranial direct current stimulation. Eur J Neurosci 2015.
19. David N, Obhi S, Moore JW. Editorial: Sense of agency: examining awareness of the acting self. Frontiersin human neuroscience 2015; 9.
20. Gentsch A. The Sense of Agency: Neural and Cognitive Correlates of the Self in Action (Doctoral dissertation, Humboldt Universidad zu Berlin, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Faulted II). 2012.
21. Pacherie E. The sense of control and the sense of agency. Psyche 2007; 13(1): 1-30.
22. Gallagher S. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. Trends in cognitive sciences 2000; 4(1):14-21.
23. Synofzik M, Vosgerau G, Newen A. Beyond the comparator model: a multifactorial two-step account of agency. Conscious Cogn 2008; 17: 219– 239.
24. Bühler T, Kindler J, Schneider RC, Strik W, Dierks T, Hubl D, Koenig T. Disturbances of agency and ownership in schizophrenia: An auditory verbal event related potentials study. Brain topography 2016; 29(5): 716-727.
25. Holmberg S. Stable, fragile and recreated - a qualitative study of agency in everyday life with breast and prostate cancer. Int J Qual Stud Health Well-being 2019; 14(1): 1690391.
26. Karp DA. Speaking of sadness: Depression, disconnection, and the meanings of illness. Oxford University Press. 2016.
27. Leahy RL. Emotional schema therapy. New York. 2015. The Guilford Press.
28. Mohamad karimi M, shariatnia K. The effectiveness of spiritual therapy on the quality of life of women with breast cancer in Tehran. Nursing and Midwifery Journal 2017; 15 (2): 107-118.
29. Mohammadizadeh S, khalatbari J, ahadi H, hatami HR. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Stress, Body Image and Quality of Life in women with breast cancer. *Scientific Journal of Social Psychology* 2021; 8(57): 87-100.
30. Safar Mohammadlou N, Mollazadeh A, Meschi F. Comparing the Effects of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on the Quality of Sexual Life and Sexual Function in Women with Breast Cancer. MEJDS 2021; 11: 71-71.
31. Asaszadeh I, Mahmoudalilou M. The Study of the Effectiveness of Metacognitive Therapy on Depressive Symptoms and Life Expectancy of Women with Breast Cancer. Clinical Psychology Studies 2018; 8(29): 69-95.
32. Ghasemi F, Karimi M, Dabaghi P. The Effectiveness of Mindfulness - Based Cognitive Therapy on the quality of life in Women with Breast Cancer. NPWJM 2018; 6 (20):51-59.
33. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York. 2011. Guilford press.
34. 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.
35. Tabibzadeh F, soleimani E, Ghorban Shiroodi S. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cancer related Fatigue and Self-care Behaviors in Patients with Breast Cancer. SJKU 2022; 27 (2):113-127.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]

36. 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 centers of Tehran University of Medical Sciences in 1398. Jhosp 2020; 19 (2):61-69.
37. Emam zamani Z, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Anxiety and emotional schemas on Women with Generalized Anxiety Disorder. Research in clinical psychology and counseling (studies in education and psychology) 2019; 9(1): 5-24.
38. Joshua PR, Lewis V, Kelty SF, Boer DP. Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. Cogn Behav Ther 2023; 52(3): 213-231.
39. Van Dijk SDM, Bouman R, Folmer EH, van Alphen SPJ, van den Brink RHS, Oude Voshaar RC. A Feasibility Study of Group Schema Therapy with Psychomotor Therapy for Older Adults with a Cluster B or C Personality Disorder. Clin Gerontol 2022; 16: 1-7.
40. Hawke LD, Provencher MD. Schema therapy and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. Journal of cognitive psychotherapy 2018; 25(4): 257- 276.
41. Kahrazaei F, Danesh I, Azadfalah P. The effectiveness of cognitive behavioral therapy in improving the quality of life of cancer patients. Applied Psychology Quarterly 2009; 5 (2 consecutive 18): 7-32. [In Persian]
42. Alipour A, Zare H, Sheikhi AK, Akbari MA. Effectiveness of training of stress reduction program based on mindfulness and stress coping skills on pain level, quality of life and mental health of breast cancer patients. Ministry of Science, Research and Technology - Payam Noor University - Center Payam Noor University. 2013.
43. Safai A, Moghimi Dehkordi B, Tabatabai S. Examining the validity and reliability of a specific questionnaire measuring the quality of life in cancer patients. Armaghane Danesh 2007; 12 (2): 25-46.
44. Woody, E., Z., Polito V, Barnier A., J. (2013). Developing the Sense of Agency Rating Scale (SOARS): an empirical measure of agency disruption in hypnosis. J Consciou sCogn, 22(3) 684-96.
45. Basharpoor, S., rahimzadegan, S. The Relationship Between Superstitious Beliefs, Information Processing Styles and Sense of Agency among People Going to Fortuneteller. *Social Psychology Research*, 2020; 10(39): 38-23.
46. Leahy R. A model of emotional schemas. Journal of Cognitive and Behavioral Practice 2002; 9(3): 177-190.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.2.5]
[DOI: 10.48305/21.2.215]