Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023 Volume 21, Issue 3

Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Death Attitude and Distress Tolerance of Breast Cancer Patients

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

1 Assistant Professor, Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2- (Corresponding author) * Assistant Professor, Behavioural Sciences Research Center and Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3- Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Breast cancer is the most common malignancy in women, and despite medical advances and the development of treatments, this disease continues to cause psychological and physical effects on the life dimensions of many affected people, such as the attitude to death and tolerance of distress, which should be taken into account. Therefore, the aim of this research was the effectiveness of emotional schema therapy on attitude towards death and distress tolerance of breast cancer patients.

Methods and Materials: The research method is semi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population included all patients diagnosed with breast cancer in government cancer treatment centers located in Isfahan. The sample consisted of 36 patients with breast cancer from Seyed al-Shohda Hospital (AS) in Isfahan and Alaa Cancer Prevention and Control Center, who were selected through targeted sampling and randomly divided into two experimental groups (18 people) and control groups (18 people). The experimental group was treated with emotional schema. The data in this research was collected The Death Attitude Profile (DAP-R) –Revised (Wang, Racker & Gasser,1994) and the Distress Tolerance Scale (DTS) by (Simons& Gaher, 2005), in three stages: pre-test, post-test and follow-up, and it was done using proportional statistical tests and SPSS-26 software.

Findings: The results of the analysis of variance with repeated measurements showed that emotional schema therapy improved the attitude towards death and distress tolerance of the experimental group at a significant level ($P<0.05$).

Conclusions: The results of the present study showed that the effectiveness of emotional schema therapy can have a significant impact on the psychological characteristics of breast cancer patients, including the attitude towards death and distress tolerance, so it is suggested that this type of treatment be used to help breast cancer patients.

Keywords: Emotional schema therapy, death attitude, distress tolerance, patients with breast cancer.

Citation: Talebi Gh.R, Rezaei Jamaloui H, Bagherian Sararodi R, Oreyzi HR. **Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Death Attitude and Distress Tolerance of Breast Cancer Patients**. Res Behav Sci 2023; 21(2): 550-562.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان پستان

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

۱- استادیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصـفهان، اصفهان، ایران.

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

چکیده

زمینه و هدف: سـرطان پسـتان شـایع‌ترین بدخیمی در زنان می‌باشـد و علیرغم پیشـرفت‌های پزشـکی و توسـعه درمان ها، این بیماری همچنان تأثیرات روانشـناختی و جسـمانی بر ابعاد زندگی بسـیاری از افراد مبتلا همچون نگرش به مرگ و تحمل پریشـانی ایجاد کند که باید مورد توجه قرار گیرد. بنابراین در این پژوهش هدف اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری 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 نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۸ نفر)و گواه (۱۸ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت درمان طرحواره هیجانی قرار گرفت. داده‌ها در این پژوهش، توسط پرسشنامه نیمرخ نگرش به مرگ نسخه تجدید نظر شده (وونگ، رکر و گسر، ۱۹۹۴) و مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر،۲۰۰۵)، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گردآوری شد و با استفاده از آزمون‌های متناسب آماری و نرم افزار SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی، نگرش به مرگ و تحمل پریشانی گروه آزمایش را در سطح معناداری بهبود بخشید ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند تاثیر بسزایی بر ویژگی‌های روانشناختی بیماران با سرطان پستان از جمله نگرش به مرگ و تحمل پریشانی می‌گذارد که پیشنهاد می‌شود از این نوع درمان برای یاری به بیماران با سرطان پستان استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، نگرش به مرگ، تحمل پریشانی، بیماران با سرطان پستان.

ارجاع: طالبی غلامرضا، رضایی جمالویی حسن، باقریان سرارودی رضا، عریضی حمیدرضا. **اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان پستان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴۰۲؛ ۲۱(۳)، ۵۵۰-۵۶۲.

* **حسن رضایی جمالویی،**

رایانامه: h.rezayi2@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

مقدمه

سرطان پستان از شایع ترین سرطان ها در بین زنان بوده در حال حاضر سرطان پستان زنان از سرطان ریه پیشی گرفته است و علت اصلی بروز سرطان در جهان در سال ۲۰۲۰ تخمین زده شده.سرطان پستان پنجمین علت اصلی مرگ و میر در سراسر جهان می باشد (۱). سرطان پستان در زنان نوعی تومور بدخیم است که از سلول های همین عضو به وجود می آید. در سرطان پستان بیماری معمولاً در لوبولها یا همان مجاری پستان آغاز شده و سپس می تواند از مجاری و دیواره های غدد نفوذ کرده و بافت‌های چربی اطراف و یا حتی سایر قسمت های بدن شخص را مورد حمله قرار می دهد. ممکن است توده های دیگری هم در پستان باشند که سرطانی نباشند، اما در هر صورت تشخیص نهایی بر عهده پزشکان می باشد (۲). تحقیقات نشان داده است که زنان جوان ایرانی نسبت به هم نوع هایشان در کشور های غربی،بیشتر به این سرطان مبتلا هستند (۳). آمار ابتلا به سرطان به طور هشدار دهنده ای رو به افزایش است، به نحوی که در سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به این بیماری با یک افزایش پنجاه درصدی به سطح ۲۸ میلیون نفر موارد جدید سرطان در سراسر دنیا خواهد رسید (۴).

سرطان پستان در اثر عوامل متعددی به وجود می آید از قبیل سن، جنس، نژاد، بیماری خوش خیم قبلی در پستان، سابقه سرطان قبلی در فرد، یائسگی دیررس ،بارداری در سنین بالا، وضعیت اقتصادی–اجتماعی، دارا بودن سابقه فامیلی در سرطان پستان و تخمدان و برخورد با اشعه یونیزان (۵).

امروزه درمان‌های متعددی نظیر لامپکتومی، شیمی درمانی، پرتودرمانی و.. برای بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار می گیرد که مجموعه‌ی آنها سبب افزایش میزان بقا در این بیماران شده است (۶). با این وجود بیماران مبتلا به سرطان پستان با طیف گسترده ای از مشکلات روان شناختی نظیر مشکلات جنسی مواجه می شوند که می تواند به دلیل خود بیماری و یا درمان های مورد استفاده در آن باشد (۷). درد و رنج حاص از بیماری، کاهش میزان عملکرد، نگرانی نسبت به آینده، ترس از مرگ، عوارض درمان‌ها، اختلال در تصویر ذهنی از بدن، مشکلات جنسی، اضطراب، افسردگی و احساس گناه، از جمله عواملی هستند که سلامت روان و در نتیجه کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان را دچار اختلال می‌نمایند (۸).

متاسفانه افراد مبتلا به سرطان ناگزیر به رویارویی با مرگ خود می‌باشند، لذا در این افراد، اضطراب مرگ مشهود و می‌تواند منجر به یک ترس غیرعادی از مرگ همراه با احساساتی از قبیل وحشت و دلهره را در آنها شامل شود (۹) به طوری که پس از مواجهه با سرطان، زنان دچار واکنش‌های روانی شدیدی می‌شوند که یکی از این حس‌ها، حس نزدیک بودن به مرگ است تا آنجا که امروزه اضطراب مرگ را به عنوان یکی از مولفه‌های مهم روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان بیان می‌کنند (۱۰) که می‌تواند ناشی از عدم آموزش کافی مقابله با شرایط ایجاد شده از سرطان و وقوع زودهنگام مرگ باشد (۱۱). در صورتی که انسان‌ها در هر لحظه از زندگی باید به مرگ بیندیشند زیرا مواجهه درست با مرگ می‌تواند چشم انداز زندگی فرد را دگرگون کند و او را به یک زندگی اصیل رهنمون سازد (۱۲). براساس رویکرد یالوم، نگرش افراد نسبت به مرگ با اضطراب مرگ در ارتباط است. نگرش نسبت به مرگ به مجموعه پاسخ‌های شناختی، عاطفی مرگ و رفتاری فرد نسبت به حقیقت مرگ اطلاق می‌شود. این نگرش‌ها می‌توانند مثبت یا منفی باشند. نگرش‌های منفی درباره مرگ، ترس یا اجتناب از مرگ را در بر می‌گیرند؛ در حالی که نگرش‌های مثبت نسبت به مرگ، باورهای مربوط به توانایی کنار آمدن با مرگ و پذیرش آن را شامل می‌شوند (۱۳). نگرش‌های منفی در مورد مرگ این بیماران، با اختلال در بعد روانی می‌تواند همه ابعاد زندگی آنان را تحت تاثیر قرار دهد (۱۴).

همچنین پریشانی روانشناختی ناشی از سرطان ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های خاص و درخواست‌های آسیب‌زا تجربه می‌شود (۱۵). پریشانی روانشناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد. رفتارهای مقابله فرد تحت شرایط ویژه بیماری به میزان تحمل افراد بستگی دارد (۱۶)؛ تحمل از ابزار طبیعی مواجهه با تنش است، تحمل پریشانی، از سازه‌های بی‌نظمی عاطفی و به معنای توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف شده است و به عنوان یکی از ابعاد هیجانات یعنی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی (۱۷). در حقیقت تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند. تحمل پریشانی به‌طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده‌شده است (۱۸). سرطان پستان سبب

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

کاهش تحمل پریشانی برای افراد مبتلا می‌گردد که آسیب جدی وارد می‌کند (۱۹).

به منظور بهبود مولفه‌های روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان از جمله نگرش به مرگ و تحمل پریشانی، روش‌های مداخله‌ای گوناگونی به کار گرفته شده است. یکی از رویکردهای درمانی که دریک دهه اخیر در زمینه رواندرمانی و حل مشکلات شناختی و هیجانی مطرح شده است و از درون درمان شناختی–رفتاری بیرون آمده است، طرحواره درمانی هیجانی است. در الگوی طرحواره هیجانی، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مثل اجتناب تجربی مانند (سرکوبی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی ثمر (تکیه بیش ازحد بر نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیر انطباقی) و یا راهبردهای دیگر، بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند (۲۰). در واقع این مدل بر موارد زیر تأکید می‌کند: افراد چگونه تجربه هیجانی خود را مفهوم بندی می کنند، 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 هیجان به شمار می‌روند. در رویکرد طرحواره درمانی هیجانی لیهی، طرحواره‌های هیجانی هدف قرار داده می‌شوند (۲۱). در زمینه بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی 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، پژوهش‌هایی مرتبط با این نوع روان درمانی بر روی نگرش به مرگ و تحمل پریشانی انجام شده است (۲۲) که می‌توان به پژوهش ندایی و همکاران (۲۳)، آریانا کیا و همکاران (۲۴)، میرباقری و همکاران (۲۵)، احمدزاده سامانی و همکاران (۲۶)، یوسفی و همکاران (۲۷)، محمدی و همکاران (۲۸)، قربانعلی زاده و همکاران (۲۹)، و همچنین تاثیر طرحواره درمانی هیجانی بر ویژگی‌های روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان به پژوهش‌های طالبی و همکاران (۳۰)، طبیب زاده و همکاران (۳۱)، غیور کاظمی و همکاران (۳۲) اشاره کرد.

با توجه به ویژگی‌های خاص شناختی این بیماران که آسیب‌پذیری آنها را در برابر بیمار های دیگر از جمله 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 بیش از پیش افزایش یافته است. و همچنین مطالعات صورت گرفته در مورد اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش انواع علائم شناختی و به ویژه 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 مولفه هیجانی یا بررسی نشده و یا خیلی کمتر مورد بررسی قرار گرفته، بنابراین نادیده گرفتن نقش هیجان در فرایندهای روان درمانی، ضرورت پژوهش‌های بیشتر و کاربردی‌تر همراه با تاکید بر بررسی نقش طرحواره‌های هیجانی بیماران سرطانی از جمله زنان با سرطان پستان و درمان آن احساس می شود. بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخ گویی به این سوال بود که آیا طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی زنان با سرطان پستان تاثیر دارد یا خیر.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و یک مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون– پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان دارای تشخیص سرطان پستان، مراجعه کننده به مراکز درمانی سرطان (آنکولوژی) دولتی واقع در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹–۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۶ زن با سرطان پستان براساس اندازه اثر 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 شرکت کننده 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 متاهل از نمونه را گزارش کردند. همچنین نتایج مربوط به وضعیت اشتغال نشان داد تعداد ۲۱ (۵۸/۳۳٪) نفر خانه دار، 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 دوسال و ۲۹ (۸۰/۵۵٪) نفر طول مدت ابتلا آنها به سرطان پستان بود. همچنین ۱۳

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

(۳۶٪/۱۱) نفر و ۲۳ (۶۳/۸۸٪) نفر مدت زمان 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، براساس معیارهای ورودی و اندازه اثر، ۳۶ زن با سرطان پستان انتخاب‌شده، به‌طور تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. برای گروه آزمایش به‌طور هفتگی جلسات طرحواره درمانی هیجانی برگزار می شد. 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 شرکت کنندگان در طرح تماس گرفته شد و از آن ها تقاضا شد مجدد پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و احساس عاملیت را جهت مرحله پیگیری تکمیل کنند. معیارهای ورود به مطالعه: تشخیص سرطان پستان توسط فوق تخصص سرطان شناسی (آنکولوژیست)، بیماران در مرحله دوم بیماری باشند. از آخرین دوره درمان‌های رایج (مانند شیمی درمانی، پرتو درمانی 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 سوال‌ها در حد سواد درک متون و سوال‌های فرم‌ها (تحصیلات حداقل متوسطه یا دبیرستان)، عدم دریافت هرگونه درمان روانشناختی برای گروه کنترل، عدم دریافت هر گونه درمان روانشناختی دیگر به غیر از حضور در پژوهش برای گروه آزمایش، داوطلبان در پیش آزمون 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 به گونه ای که فرد دچار آسیب روانشناختی مانند افکار خودکشی شود، بروز حادثه خاص نظیر بیماری مزمن جسمی دیگر، سابقه ابتلا به بیماری های جسمی که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارند و یا اطلاع محقق از مصرف داروهایی که باعث سوگیری در پاسخ به سوالات توسط داوطلبان می شدند. (در طول پاسخ گویی و تکمیل فرم ها)، اطلاع از وجود درد مزمن دیگری به غیر از موارد تعیین شده در داوطلبان در حین تکمیل پرسشنامه ها، بروز شواهدی بر عدم تایید شرایط سنی داوطلبان در حین تکمیل پرسشنامه ها، سومصرف مواد (که با استفاده از پرونده های موجود بیماران و مصاحبه بالینی بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-V توسط پژوهشگر تشخیص داده شوند) بود. این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله 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 نجف آباد به شماره (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.114) 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 SPSSv26 استفاده شد. ابزار پژوهش در ذیل مطرح‌شده‌اند.

پرسشنامه نیم رخ نگرش به مرگ (Death Attitude Profile–Revised): این پرسشنامه (۳۳) شامل ۳۲ سوال با ۵ خرده مقیاس است که هم نگرش مثبت و هم نگرش منفی به مرگ را نشان می دهد. خرده مقیاس های این آزمون عبارتند از: اضطراب از مرگ، اجتناب از مرگ، پذیرش خنثی، پذیرش فعالانه، پذیرش با گریز. سیستم نمره دهی این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت است که از کاملا ناموافق (۱) تا کاملا موافق (۷) درجه بندی می شود. سوالات هر خرده مقیاس جمع زده می شود و بر تعداد سوال ها تقسیم شده تا میانگین هر خرده مقیاس بدست آید. نمره بالاتر نشانه تمایل بیشتر آزمودنی در اجتناب، ترس و اضطراب می باشد (۳۳). وونگ و همکاران (۳۳) پایایی را با روش همسانی درونی برای پنج خرده مقیاس بین ۰/۹۷ تا ۰/۶۵ گزارش کردند. بشرپور و همکاران (۳۴) روایی صوری پرسشنامه را تایید کردند. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های این آزمون از ۰/۸۸ برای خرده مقیاس پذیرش فعالانه مرگ تا ۰/۶۴ برای خرده مقیاس اجتناب از مرگ بدست آمده است (۳۴). در این پژوهش پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ کل ۰/۸۱ به دست آمد .

مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale): این مقیاس یک پرسش نامه خودسنجی تحمل پریشانی است که به وسیله سیمونز و گاهر (۳۵) تهیه شده است. گویه های این مقیاس، تحمل پریشانی را براساس توانمندی های فرد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان های منفی در صورت وقوع و اقدام های تنظیم کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می کنند. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها در راستای کاهش پریشانی می شود. گویه های این مقیاس از مقیاس پنج درجه ای لیکرتی (کاملا موافق=۱ تا کاملا مخالف=۵) برای هر عبارت بهره می گیرد. حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس ۷۵ و حداقل نمره ۱۵ می باشد. نمره های بالا در این پرسشنامه نمایانگر تحمل پریشانی بیشتری بوده و طبیعتاً نمرات پایین تر نشان از تحمل کمتری است. ضرایب آلفای کرونباخ برای چهار خرده مقیاس آن شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و۰/۷۷ و برای کل ابزار ۰/۸۲ محاسبه گردیده است. اعتبار باز آزمایی این پرسش نامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کرده اند (۳۶).

پروتکل طرحواره درمانی هیجانی: این برنامه آموزشی توسط لیهی در سال ۲۰۱۲ (۳۷) 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 براساس الگوی طرحواره های هیجانی، شناسایی طرحواره های هیجانی دردسرساز، ارایه نظری های درباره هیجان، ارایه 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 طرحواره های هیجانی اعتبارزدایی، شناسایی پاسخ های مشکل زا 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 طرحواره های هیجانی دردسرساز: برچسب زنی و افتراق هیجان ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل، تکلیف منزل: ثبت مزایا و معایب این طرحواره که هیجان های من غیر طبیعی هستند و بررسی اینکه آیا افراد دیگری نیز این هیجان ها را تجربه می کنند همراه با توجه آگاهی انفصالی به هیجان. ۴- بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره های هیجانی دردسرساز: افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز میان هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت موج، آزمایش رفتاری پیش بینی 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 به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تمرین نامه نگاری دلسوزانه، تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه نگاری دلسوزانه. ۶- بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی: تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضاسازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف، تکلیف منزل: در جستجوی هیجان های 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: دسته بندی افکار منفی. ۸- بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی. فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی، فن درجهت بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر، تکلیف منزل: بررسی معایب و مزایای افکار منفی. ۹- جمع بندی و ارزیابی. روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام تکالیف خانگی، پس آزمون. شناسایی ارزش-ها، اهداف و خصوصیات فردی و ارتباطات هیجان‌ها با این ارزش-ها غایت و هدف طرحواره درمانی هیجانی است.

یافته‌ها

دو گروه آموزش و کنترل از نظر سن و وضعیت تأهل از طریق آزمون کای دو مورد مقایسه قرار گرفتند و بین این دو گروه در متغیرهای ذکر شده تفاوت معناداری به‌دست نیامد. در جدول شماره ۱ ویژگیهای جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول۲، نشان می‌دهد در گروه کنترل تفاوت چندانی نسبت به قبل از مداخله دیده نمی‌شود. در رابطه با متغیر نگرش به مرگ می توان گفت میانگین کاهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به قبل از مداخله به ترتیب ۱۶/۱۱۱ و ۱۴/۰۵۵ نمره بوده است.

در رابطه با متغیر تحمل پریشانی می‌توان گفت میانگین افزایش در مراحل یادشده نسبت به قبل از مداخله به ترتیب ۸/۰۰ و ۱۴/۶۷ نمره بوده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

جدول ۱. ویژگیهای جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل

ردیف		گروه آزمایش		گروه کنترل	
	سن	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
۱	زیر ۳۰ سال	۶	۳۳/۳	۲	۱۱/۱
۲	۳۱ تا ۳۵ سال	۵	۲۷/۸	۲	۱۱/۱
۳	۳۶ تا ۴۰ سال	۵	۲۷/۸	۵	۲۷/۸
۴	۴۰ تا ۴۵ سال	۲	۱۱/۱	۵	۲۷/۸
۵	بالای ۴۵ سال	۲	۱۱/۱	۴	۲۲/۲
	وضعیت تأهل				
۱	مجرد	۳	۱۶/۷	۲	۱۱/۱
۲	متأهل	۱۳	۷۲/۲	۱۴	۷۷/۸
۳	مطلقه	۱	۵/۶	۱	۵/۶
۴	بیوه	۱	۵/۶	۱	۵/۶

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر ها	گروه	پیش‌آزمون	پس آزمون	پیگیری
نگرش به مرگ	کنترل	۱۲۲/۸۸۹±۱۳/۱۴۱	۱۲۱/۶۶۷±۱۱/۶۱۱	۱۲۱/۴۴۴±۱۰/۸۳۷
	آزمایش	۱۲۴/۹۴۴±۱۱/۴۷۶	۱۰۸/۸۳۳±۸/۶۳۸	۱۱۰/۸۸۹±۱۰/۵۴۳
تحمل پریشانی	کنترل	۳۲/۶۱۱±۵/۸۲۲	۳۲/۰۰۰±۵/۱۵۶	۳۱/۴۴۴±۵/۵۶۵
	آزمایش	۲۹/۲۷۸±۶/۲۰۱	۳۷/۲۷۸±۶/۸۵۸	۴۳/۹۴۴±۹/۲۰۷

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیروویلک و آزمون لوین

آزمون	متغیر ها	گروه	پیش‌آزمون		پس آزمون		پیگیری	
			آماره آزمون	سطح معناداری	آماره آزمون	سطح معناداری	آماره آزمون	سطح معناداری
آزمون شاپیروویلک	نگرش به مرگ	کنترل	۰/۹۳۹	۰/۲۸۲	۰/۹۸۲	۰/۹۷۱	۰/۹۸۲	۰/۹۶۷
		آزمایش	۰/۹۶۲	۰/۶۴۹	۰/۹۷۲	۰/۸۳۲	۰/۹۷۰	۰/۷۹۴
	تحمل پریشانی	کنترل	۰/۹۴۱	۰/۳۰۱	۰/۹۱۸	۰/۱۱۷	۰/۹۷۱	۰/۸۲۵
		آزمایش	۰/۹۰۶	۰/۰۷۲	۰/۹۵۵	۰/۵۱۶	۰/۹۶۴	۰/۶۸۹
آزمون لوین	نگرش به مرگ		۰/۰۰۱	۰/۹۷۲	۰/۸۸۴	۰/۳۵۴	۰/۰۲۱	۰/۸۸۷
	تحمل پریشانی		۰/۲۷۱	۰/۶۰۶	۱/۷۳۳	۰/۱۹۷	۳/۵۶۹	۰/۰۶۷

یافته‌های آزمون شاپیروویلک در جدول ۳، نشان می‌دهد سطح معنی‌داری برای هر دو گروه آزمایش و کنترل در هر سه مرحله آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین داده‌ها در تمامی مراحل و دو گروه از توزیع نرمال برخوردارند (p>۰/۰۵). همچنین یافته‌های آزمون لوین نشان‌دهنده برابری واریانس خطا برای هر دو متغیر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی در مراحل پیش‌ازمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد (P>۰/۰۵). پیش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری آزمون ماکلی (ماچلی) نیز به عنوان پیش‌فرض بررسی شد و نتایج حاکی از عدم رعایت این پیش‌فرض برای هر دو متغیر بود که با توجه به این موضوع در نتایج تحلیل واریانس از ردیف دوم یعنی آزمون محافظه‌کارانه گرین هاوس گیزر استفاده می‌شود.

جدول ۵، برای متغیرهای نگرش به مرگ و تحمل پریشانی در بخش اثر درون‌گروهی، نشان می‌دهد که از لحاظ اثر زمان و تعامل زمان و گروه تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). همچنین در بخش اثر گروهی در هر دو متغیر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است (p<۰/۰۵). آزمون بونفرونی جدول ۶ نیز نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات نگرش به مرگ و تحمل پریشانی در مرحله پیش آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

پیگیری معنی‌دار است (p<۰/۰۰۱)، در متغیر تحمل پریشانی تفاوت میانگین بین نمران پس‌ازمون و پیگری نیز معنی‌دار است (p<۰/۰۰۱)، ولیکن تفاوت میانگین نمرات متغیر نگرش به مرگ در مرحله پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار نیست (p>۰/۰۵). با توجه به نتایج جدول‌های ۱ تا ۶ می‌توان گفت که طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده برای نگرش به مرگ و تحمل پریشانی

متغیر	اثر	منبع	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر	توان آماری
نگرش به مرگ	درون‌گروهی	اثر زمان	۱۶۳۲/۱۶۷	۱/۵۵۹	۱۰۴۷/۱۲۹	۱۷/۲۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۶	۰/۹۹۸
		تعامل زمان و گروه	۱۱۵۷/۷۲۲	۱/۵۵۹	۷۴۲/۷۴۶	۱۲/۲۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۴	۰/۹۸۲
		خطا (زمان)	۳۲۲۰/۱۱۱	۵۲/۹۹۶	۶۰/۷۶۱				
	بین‌گروهی	اثر گروه	۱۳۶۵/۳۳۳	۱	۱۳۶۵/۳۳۳	۴/۹۳۸	۰/۰۳۳	۰/۱۲۷	۰/۵۷۹
		خطا	۹۴۰۱/۳۳	۳۴	۲۷۶/۵۱۰				
تحمل پریشانی	درون‌گروهی	اثر زمان	۸۲۲/۵۷۴	۱/۳۴۷	۶۱۰/۶۵۴	۳۳/۷۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۸	۰/۹۹۹
		تعامل زمان و گروه	۱۱۳۱/۰۱۹	۱/۳۴۷	۸۳۹/۶۳۴	۴۶/۴۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۷	۰/۹۹۹
		خطا (زمان)	۸۲۸/۴۰۷	۴۵/۷۹۹	۱۸/۰۸۸				
	بین‌گروهی	اثر گروه	۶۲۵/۹۲۶	۱	۶۲۵/۹۳۶	۵/۸۷۸	۰/۰۲۱	۰/۱۴۷	۰/۶۵۴
		خطا	۳۶۲۰/۴۸۱	۳۴	۱۰۶/۴۸۵				

جدول ٦. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه متغیرها در مراحل پژوهش

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
نگرش به مرگ	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۶۶۷	۱/۶۵۸	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۷/۷۵۰	۱/۹۴۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۹۱۷	۱/۱۶۸	۰/۹۹۹
تحمل پریشانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۶۹۴	۰/۸۰۰	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۶/۷۵۰	۱/۰۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۳/۰۵۶	۰/۵۳۷	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی در زنان با سرطان پستان بود. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی در مرحله پس آزمون در متغیر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین در مرحله پیگیری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری را در متغیر نگرش به مرگ و تحمل پریشانی نشان دادند. که این نتایج همسو با پژوهش‌های قبلی از جمله ندایی و همکاران (۲۳)، آریانا کیا و همکاران (۲۴)، میرباقری و همکاران (۲۵)، احمدزاده سامانی و همکاران (۲۶)، یوسفی و همکاران (۲۷)، محمدی و همکاران (۲۸)، قربانعلی زاده و همکاران (۲۹)، طالبی و همکاران (۳۰)، طبیب زاده و همکاران (۳۱)، غیور کاظمی و همکاران (۳۲) می‌باشد.

در تبیین نتایج حاصل از اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به مرگ می‌توان گفت، تکنیک‌های مربوطه برای کنترل احساسات منفی وهمسو شدن و همراهی با شرایط بیماری کمک کرد تا این بیماران در طول مدت درمان نه تنها آشنایی بیشتری با خود پیدا کرده؛ بلکه به خود کمک نمایند تا وضعیت بیماری را از وضعیت اضطراب و آشفتگی جدا کرده و به طور خاص به این موضوع بپردازند که در نهایت با کنترل عامل‌های زمینه‌ای، استفاده از تکنیک‌ها و روش‌ها، افزایش خودآگاهی و سایر مهارت‌ها این امکان فراهم گردید تا میزان اضطراب مرگ و نگرش منفی به مرگ در این بیماران کاهش پیدا کند(۳۸). طبیعتاً در جلسات

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

آخر، این افراد نه تنها وضعیت اضطراب آنها کاهش پیدا کرده بود؛ بلکه با بیماری و روش‌های درمان آن ارتباط بهتری برقرار کرده و حتی زمینه را برای مسائل پزشکی و بهبود وضعیت پذیرش درمان‌های پزشکی فراهم گردید؛ لذا به نظر می‌رسد بیمارانی که زمینه‌های اضطراب مرگ ونگرش به مرگ و بیماری‌های روانی را داشته‌اند در چنین شرایطی بیشتر در معرض آسیب‌های روانشناختی قرار می‌گیرند، بنابراین درمان‌های گذشته‌نگر همسو با درمان‌های متمرکز بر الان و اکنون که یکی از روش‌های مؤثر آن طرحواره درمانی هیجانی است کمک بسیار شایانی برای شناخت دقیق فرد از علائم و بهبود وضعیت و استفاده از تکنیکها فراهم می‌آورد که به همین دلیل چنین نتیجه قابل پیش بینی برای ما بدست آمده است. در ادامه، بنا بر گزارش‌های زنان شرکت کننده، پی بردن به طرحواره‌های قدیمی و هیجانات ناشی از آنها و نقش آنها در کاهش نشانگان بالینی افراد، روشن شدن ارزشها و گام برداشتن در جهت ارزش‌ها نقش مهمی در بهبود میزان اضطراب مرگ ونگرش منفی به مرگ آنها داشته است. درواقع زمانی که این بیماران در دورهای از زندگی خود دچار ضربات روحی می‌شوند نوعی پوچی و یا در مقابل نوعی احساس اضطراب بی‌حد و اندازه ممکن است در ناخودآگاه آنها شکل بگیرد؛ حال ترومای صورت گرفته در شخصیت آنها به واسطه حجم زیادی از اضطراب که در آن شخص قالب ریزی شده است می‌تواند بر روی تغییرات رفتاری آنها تأثیر گذارد. در راستای این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که توانایی طرحواره درمانی هیجانی برای الگوشکنی رفتاری-هیجانی است؛ این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای به سازگار رفتاری الگوهای کردن جایگزین جای پاسخهای مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرحریزی و اجرا کنند. در نهایت این کاربردها باعث افزایش شادکامی و سلامت روانی شده و میزان افسردگی و اضطراب ناشی از آن را بهبود می‌بخشد. طرحواره درمانی هیجانی نه تنها در بهبودی بسیاری از بیماری‌های مزمن مؤثر است؛ بلکه به بیماران کمک می‌کند تا تأثیرات روانی منفی بیماریشان را به کمترین مقدار برسانند(۳۸). درمجموع مداخله طرحواره درمانی هیجانی در پژوهش حاضر به مبتلایان سرطان پستان کمک کردتا به جای تمرکز بر افکارمنفی ومأیوس کننده، تلاش کنند تا انرژی و زمان خود را صرف باروری و شکوفایی ارزش‌های خود نمایند. همچنین این افراد، باآگاه شدن از موضوع مرگ خود، تمام تلاش خود را در ازای مسئولیتی که درتمام لحظات زندگی خود برعهده دارند، بکارگیرند(۳۹).

در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به سرطان همسو می‌باشد. در تبیین نتایج حاصل از طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل پریشانی زنان با سرطان پستان این‌گونه می توان بیان کرد مهارت‌های طرحواره-درمانی هیجانی با کارگیری شناخت درمانی وجانشین نمودن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه جهت برخورد با مشکلات زندگی، مشکلات بین فردی مزمن و بی ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی و شناختی را در فرد فعال می‌سازد. بهبود تنظیم شناختی نیز می‌تواند با بهبود پردازش ذهنی و شناختی زنان سبب شود تا قدرت مقابله‌ای و تحمل پریشانی آنان بهبود یابد(۴۰). همچنین این درمان شرایطی را مهیا می‌سازد تا افراد از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده نماید. بهره گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مسئله همراه بوده و این فرایندسبب بهبود تحمل پریشانی می‌شود، چراکه مهارت حل مسئله، سبب می‌شود تا زنان اجتناب از مشکل و چالش را کنار نهاده و تلاش نمایند با این مهارت بر مشکلات فائق آیند. افزایش توان حل مسئله و قدرت مقابله نیز با بهبود تحمل پریشانی در این زنان همراه است. علاوه بر این می‌توان گفت که مهارت‌های مبتنی بر طرحواره درمانی بر پایه کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه بنا شده است. بر این اساس مهارت‌های مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی با کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و هیجانات و نگرش‌های منفی حاصل از آن، سبب می‌شود تا زنان با بهبود نگرش خود، پردازش‌های شناختی ناکارآمد خود را تحت تأثیرقرار داده و از این طریق بتوانند تحمل پریشانی بالاتری را تجربه نمایند. همچنین می‌توان گفت که مهارتهای مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی با تأکید بر تغییرسبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را فراهم می‌سازد تا زنان دست از ارزیابی منفی واجتناب کشیده و بجای آن از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده نماید. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نیز می‌تواند با بهبود پردازش شناختی، هیجانی و روانشناختی، منجر به بهبود قدرت حل مسئله و در نتیجه افزایش تحمل پریشانی در این زنان شود. در تبیینی دیگر باید بیان نمود که رویکرد طرحواره محور هیجانی به دلیل کارکردن بردرون مایه‌های روانشناختی درافرادی که دید منفی نسبت به خود، تواناییها، عواطف و هیجانات خود دارند، در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

اصلاح باورها و افکارآنها مفید است. بر همین اساس طرحواره درمانی هیجانی با استفاده از راهبردهای تجربی باورشناختی را که به باور هیجانی گره خورده است، به چالش می‌کشدتا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را بشناسد. این آگاهی سبب می‌شود تا زنان مبتلا به سرطان با بهره گیری از مهارت‌های مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بتوانند با بهبود و تلطیف نگرش خود، راهکارهای سازگارانه را بیشتر شناخته و از آن استفاده نمایند. این روند نیز بهبود در تحمل پریشانی را در پی دارد(۴۱).

پژوهش حاضر دربردارنده چندین محدودیت بود که رفع آنها در پژوهش های بعدی می تواند نتایج مؤثرتر و قابل‌اعتمادتری فراهم کند. یکی از محدودیت‌های این مطالعه بحث سنجش و پرسشنامه های مورداستفاده بود. همه پرسشنامه های مورداستفاده در پژوهش حاضر از نوع خودسنجی بودند که علی رغم این که در زمان کوتاهی اطلاعات ارزشمند و گسترده ای در اختیار قرار می‌دهند، ممکن است دارای سوگیری و یا سنجش ناکارآمد نیز باشند. یکی دیگر از مهم ترین محدودیت‌هایی که این پژوهش با آن روبه رو بود بحث همه گیری ویروس کرونا در زمان انجام پژوهش بود. این پژوهش و آموزش‌های آن در شرایط همه گیری ویروس کووید ۱۹ و سیاست‌های بهداشتی و محدودیت‌های ناشی از آن‌ها اجرا شد. این بیماری احتمالاً اثرات بسیار گسترده ای بر زنان با سرطان پستان، از هر نظر گذاشته است که می تواند 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. و همچنین عدم حضور خانواده در روند درمان یا مداخله که می توانست اثربخشی را ارتقا دهد. با توجه به محدودیت هایی که پژوهش حاضر با آن ها روبه رو بود، پیشنهاد می شود با توجه به اهمیت نقش خانواده ها و مشارکت آن ها در امر همراهی با بیمار، پژوهشگران دیگر در پژوهش های آتی حضور خانواده‌ها در گروه های 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 پژوهش های آتی، به طور موازی با آموزش گروه درمانی معنامحور، آموزش هایی دیگر برای زنان با سرطان پستان نیز در نظر بگیرند و نتایج آنها مقایسه شود. پیشنهاد دیگری که می شود این است که پژوهشگران بعدی علاقه‌مند به این حیطه در پژوهش های خود از پرسشنامه های دیگری به‌غیراز خودسنجی‌ها (همچون ابزارهای عملکردی یا بدون ساختار) برای جمع آوری داده ها استفاده نمایند. پیشنهاد می شود که پژوهش های آینده این برنامه را برای گروه‌های پرخطری که در معرض مشکلات بالقوه هستند، اجرا نمایند، پیشنهاد می شود 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.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی هیچ نهاد خاصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

اخذ رضایت نامه آگاهانه کتبی و رعایت اصل رازداری و محرمانه نگهداشتن اطلاعات شرکت کنندگان جزو ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول این مقاله است. نویسنده اول کارهای اجرایی و نگارش متن اولیه را بر عهده داشته است. نویسنده دوم و سوم راهنمایی پژوهش را بر عهده داشته اند. نویسنده چهارم مشاور این پژوهش بوده است.

تقدیر و تشکر

در پایان ما پژوهشگران بدین‌وسیله از مدیریت و پرسنل 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

در این پژوهش به خاطر اعتماد، صبر و بردباری کمال تشکر و
قدردانی را داریم.

References

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021; 71(3): 209-49.
2. Stancampiano C, Boschiroli L, Campoleoni M, Vismara L. 267 Comparison of 2D synthesized mammography versus standard full-field digital mammography: Quantitative and qualitative image analysis, Physica Medica 2018; 56: 226-7.
3. Smith SF, Snell P, Gruetzner F, Bench AJ, Haaf T, Metcalfe JA, et al. Analyses of the extent of shared synteny and conserved gene orders between the genome of Fugu rubripes and human 20q. Genome Res 2002; 12(5): 776-84.
4. Becerra-Tomás N, Balducci K, Abar L, Aune D, Cariolou M, Greenwood DC, Markozannes G, Nanu N, Vieira R, Giovannucci EL, Gunter MJ. Postdiagnosis dietary factors, supplement use and breast cancer prognosis: Global Cancer Update Programme (CUP Global) systematic literature review and meta-analysis. International Journal of Cancer. 2023 Feb 15;152(4):616-34. 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]
5. McCall M. Yoga intervention may improve health-related quality of life (HRQL), fatigue, depression, anxiety and sleep in patients with breast cancer. Evid Based Nurs 2018; 21(1): 9.
6. Ribnikar D, Ratosa I, Perhavec A, Amir E. General overview and treatment recommendations for young women with breast cancer. Rev Invest Clin 2017; 69(2): 77-93.
7. Izci F, Ilgun AS, Findikli E, Ozmen V. Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. J Breast Health 2016; 12(3): 94-101.
8. Di Meglio A, Havas J, Soldato D, Presti D, Martin E, Pistilli B, ... & Vaz -Luis I. Development and validation of a predictive model of severe fatigue after breast cancer diagnosis: toward a personalized framework in survivorship care, Journal of Clinical Oncology 2022; 40(10): 1111 -1123.
9. Kiyak S, Türkben Polat H. The Relationship Between Death Anxiety and COVID -19 Fear and Anxiety in Women with Breast Cancer. OMEGA -Journal of Death and Dying 2022: 00302228221086056.
10. Curran L, Sharpe L, MacCann C, Butow P. Testing a model of fear of cancer recurrence or progression: the central role of intrusions, death anxiety and threat appraisal, Journal of behavioral medicine 2020; 43(2): 225 -236.
11. Yalom ID. Existential Psychotherapy. Basic Books, New York: 1980.
12. Wong PTP, Reker GT, Gesser G. Death attitude profile revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), death anxiety handbook: research instrumentation and application (pp. 121-148). Philadelphia, PA: Taylor & Francis, 1994.
13. 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.
14. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 2004; 45, 536-545.
15. Moraes RF, Ferreira -Júnior JB, Marques VA, Vieira A, Lira CA, Campos MH, ... & Vieira CA. Resistance training, fatigue, quality of life, anxiety in breast cancer survivors, The Journal of Strength & Conditioning Research, 2021; 35(5): 1350 -1356.
16. Park JH, Chun M, Jung YS, Bae SH. Predictors of Psychological Distress Trajectories in the First Year After a Breast Cancer Diagnosis, Asian Nursing Research, 2017; 11(4): 268-275.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]

17. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York. 2011. Guilford press.
18. 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.
19. 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 .[In Persian]
20. Carve CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, Ketcham AS, Mofft FL, Clark KC. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of woman with early breast stage cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 1993; 65 (2), 375-390.
21. Seiji M. Assocition between self-steem and depression among patients with head and neek cancer: A pilot study. Published online 18 July 2008 in Wiley Inter Science .2008.
22. Nedaei A, Qamari Gavi H, Sheykholeslami A, Sadri Damirchi E. The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 2023; 10 (1): 103-115 .[In Persian]
23. Ariana Kia E, Rahimi C, Mohammadi N. Effectiveness of group therapy based on online emotional schema therapy on distress tolerance and cognitive emotion regulation of students with adjustment disorder caused by emotional failure. Journal of Clinical Psychology, 2022; 14(3): 25-37. [In Persian]
24. Mirbagheri S R, Khosravi S, Akrami M. Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 2022; 9 (5) :16-28 .[In Persian]
25. Ahmadzadeh Samani S, dehnashi A, kalantari M, rezaei dehnavi S. Effectiveness of Teaching Skills Based on Schema Therapy on the Distress Tolerance and Psychological Flexibility of Female Students with Early Maladaptive Schema. Psychology of Exceptional Individuals, 2021; 11(43): 87-116. [In Persian]
26. Yousefi N, Azizi A, Sadeghi M, Nasiri Hanis G, Bajelani L, Khorshidi P, Hoseini SS. Effectiveness of Excitement Regulation Program by Emotional Schematic Therapy Method on Distress Tolerance and Empowerment of Mothers with Autistic Children, Psychological Research, 2021; 23(1): 100. [In Persian]
27. Mohammadi H, Sepehri Shamloo Z, asghari ebrahim abad MJ. The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Decreasing Psychological Distress and Difficulty in Emotional Regulation in Divorced Women. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 2019; 14(51): 27-36. [In Persian]
28. Ghorbanalipoor M, Moghadamzadeh A, Jafary E. The Effectiveness of Schema Therapy and Logo Therapy on Death Anxiety in Patients with Hypochondriasis. Research in Clinical Psychology and Counseling, 2017; 7(1): 52-66. [In Persian]
29. Talebi G, Rezaei Jamaloui H, Bagherian Sararodi R, Oreyzi H. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Quality of Life and the Sense of Agency of Breast Cancer Patients. RBS, 2023; 21 (2): 215-227. [In Persian]
30. 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 .[In Persian]
31. Ghayour Kazemi F, Shahhabizadeh F, Safara M, Shahidsales S. The Effectiveness of Transdiagnostic Intervention and Schema Therapy Based on Mindfulness on Emotional Distress and Experiential Avoidance in Patients with Breast Cancer with Follow-Up. MEJDS, 2022; 12: 145-145. [In Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]
[DOI: 10.48305/21.3.550]

32. Wong PTP, Reker GT, Gesser G. Death attitude profile revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), death anxiety handbook: research instrumentation and application (pp. 121-148). Philadelphia, PA: Taylor & Francis. 1994.

33. Beshrpour S, Zoudi, B, Mercury N. Relationship between religious orientation and attitude towards death with quality of life and somatic symptoms in women, Health Psychology, 2013; 3(2(10)): 80-97. [In Persian]

34. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure, Motivation and Emotion, 2005; 29(2): 83-102.

35. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Investigating the relationship between stress tolerance and emotional regulation with students' smoking addiction, Hakim Health System Research (Hakim), 2008; 13(1): 11-18. [In Persian]

36. Leahy R. A model of emotional schemas. Journal of Cognitive and Behavioral Practice 2002; 9(3): 177-190.

37. BALTACI U, Zeliha TR, Mehmet AK, KESİCİ Ş. Examining the Relationships between Death Anxiety, Meaning in Life, and Parental Attitude. Journal of Teacher Education and Lifelong Learning.;5(1):38-50.

38. Alhusamiah B, Zeilani RS. Death Anxiety and Accosiated Factors Among Oncology Nurses and Physicians. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2023 May 15:00302228231174573.

39. Rasouli Rad A, Rahmani MA, Shiroudi SG, Zarbakhsh MR. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Mutual Behavior Analysis on Marital Heartbreak, Marital Conflict and Communication Skills of Couples Applying for Divorce. Islamic Life Journal. 2023 Mar 10;6(4):788-99.

40. Ariana Kia E, Rahimi C, Mohammadi N. Comparing online group therapy based on emotional schema therapy with transdiagnostic therapy in improving distress tolerance and cognitive emotion regulation among university students with adjustment disorders due to romantic break-ups. Counselling and Psychotherapy Research. 2023.[In Persian]

41. Youshizadeh M, Dokaneifard F, Zare Bahramabadi M. Comparison of the effectiveness of schema therapy and its integration with the exposure and response prevention technique in treating distress tolerance of women with washing compulsions. Journal of Psychological Science. 2023 Dec 10;22(129):1765-81.[In Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-17]

[DOI: 10.48305/21.3.550]