Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 23, Issue 2

The Effectiveness Of Emotional Schema Therapy On Hope And Illness Perception In Women With Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial

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

1. Assistant Professor of Health Psychology, Department of Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2. (Corresponding author) * Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of health psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.
3. Associate Professor of Health Psychology, Department of Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran
4. Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
5. Medical Intern, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Cancer is known as one of the most debilitating diseases in the world, and its psychological effects are of great importance for the patient and family. In this study, the effectiveness of emotional schema therapy on hope and disease perception in women with breast cancer was investigated.

Methods and Materials: The present study was a quasi-experimental study with a control group and pre-test, post-test, and follow-up stages. The statistical population of the study consisted of all women with breast cancer in Isfahan. 36 people were selected from Seyed al-Shohada Hospital using a convenience sampling method. The Snyder Hope Questionnaire and the Short Illness Perception Questionnaire were used to examine the treatment results. The Emotion Schema Therapy sessions were conducted based on Leahy's protocol in eight 90-minute sessions. The research tools were the Hope Questionnaire and the Short Form of Illness Perception Questionnaire. Repeated measures analysis of variance using SPSS-23 software was used to analyze the data.

Findings: The follow-up stages ($p<0.05$). Mindfulness-based cognitive therapy was also effective on hope in the post-test and follow-up stages ($p<0.05$)**.**results showed that emotional schema therapy had a significant effect on attitudes toward death in the post-test and

Conclusions: The results indicated the effectiveness of emotional schema therapy on hope and illness perception. emotional schema therapy has been able to make the patient's perception of the illness more consistent with the reality of the illness by reducing the patient's stress and tension and improving emotional cognition, and as a result, it has an effect on his perception of the illness and hope.

Keywords: Breast cancer, disease perception, hope, emotional schema therapy

Citation: Talebi Gh, Bagherian Sararoudi R, Rezaei Jamaloui H, Oreyzi H, Bagherian Sararoudi P. **The Effectiveness Of Emotional Schema Therapy On Hope And Illness Perception In Women With Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial**. Res Behav Sci 2025; 23(2): 371-381.

* **Reza Bagherian Sararodi,**
Email: bagherian@med.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر امیدواری و ادراک بیماری در زنان مبتلا بـه سـرطان سینه: یک کارآزمایی بالینی

غلامرضا طالبی[۱]، رضا باقریان سرارودی[۲]، حسن رضایی جمالویی[۳]، حمیدرضا عریضی[۴]، پگـاه باقریـان سرارودی[۵]

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

۲- (نویسنده مسئول)* استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

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

۵- اینترن پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سرطان به‌عنوان یکی از بیماری‌های ناتوان‌کننده در جهان شناخته می‌شود که آثار روانشناختی آن برای بیمار و خانواده از اهمیت بالایی برخوردار است. در این پژوهش به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر امیدواری و ادراک بیماری زنان مبتلا به سرطان سینه پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل و مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان دچار سرطان سینه شهر اصفهان تشکیل دادند. تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه گیری در دسترس از بیمارستان سیدالشهدا انتخاب شدند. از پرسش‌نامه امیدواری اسنایدر و پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری جهت بررسی نتایج درمان استفاده شد. جلسات طرحواره درمانی هیجانی بر اساس طرحواره درمـانی هیجانی لیهی با ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام شد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه امیدواری اسنایدر و فرم کوتاه پرسش‌نامه ادراک بیماری بـود. جهـت تحلیـل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه_گیری_های مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS-23 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بـر ادراک بیمـاری تـأثیر معنـی‌داری داشـت ($p<۰/۰۵$). همچنین طرحواره درمانی هیجانی بر امیدواری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بود ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بر ادراک بیماری تأثیر معنی‌داری داشت ($p<۰/۰۵$). همچنین طرحواره درمانی هیجانی بر امیدواری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بود ($p<۰/۰۵$).

واژه‌های کلیدی: سرطان سینه، ادراک بیماری، امیدواری، طرحواره درمانی هیجانی.

ارجاع: طالبی غلامرضا، باقریان سرارودی رضا، رضایی جمالویی حسن، عریضی حمیدرضا، باقریان سرارودی پگـاه. **اثربخشی طرحـواره درمـانی هیجـانی بـر امیدواری و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان سینه: یک کارآزمایی بالینی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۴؛ ۲۳(۲): ۳۷۱-۳۸۱.

*- رضا باقریان سرارودی،

رایانامه: bagherian@med.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]

مقدمه

سرطان پستان یکی از چالش‌های عمده و رو به رشد نظام‌های سلامت در سراسر جهان به شمار می‌رود. بر اساس آمارهای جهانی، در سال ۲۰۲۰ بیش از ۲٫۶۱ ملیون مورد جدید از این بیماری شناسایی شد که معادل ۱۱٫۷ درصد از کل موارد سرطان در همان سال است. همچنین، سرطان پستان با ثبت حدود ۶۸۵،۰۰۰ مورد مرگ، به عنوان پنجمین علت مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در جهان گزارش شده است (۱). نرخ بروز سرطان سینه به ویژه در کشورهای توسعه یافته بالا است(۲)، در عین حال نرخ مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه بیشتر است(۱) در سال‌های اخیر افزایش آماری معنی‌داری در بروز سرطان سینه در زنان زیر ۵۰ سال که زندگی حرفه‌ای و خانوادگی فعالی دارند، مشاهده شده است(۳, ۴)؛ با اینحال، در نتیجه برنامه های غربالگری و روش های درمانی مؤثرتر، پیش آگهی بیماران مبتلا به سرطان بدخیم پستان به طور قابل توجهی بهبود یافته و میزان بقای ۵ ساله آنها افزایش یافته است(۵–۷). بااین‌حال، به دلیل آگاهی بهداشتی کم و موانع دسترسی به درمان، مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه همچنان بالاست(۲, ۸). سرطان سینه تنها یک بیماری جسمی نیست بلکه پیامدهای عمیقی بر جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی، و بین‌فردی زندگی زنان دارد.(۹). درمان طولانی مدت و سنگین با عوارض جانبی متعدد، اختلال در عملکرد روزانه، تغییر درک بیمار از بدن خود و تغییر نقش های اجتماعی آنها همراه است(۱۰). تشخیص سرطان نه تنها بر بیمار، بلکه بر خانواده و دوستان وی حتی پس از تکمیل درمان نیز تأثیر می گذارد(۱۱).

یکی از عوامل مهم در کیفیت زندگی این افراد در کنار خود بیماری، نحوه درک و پاسخ بیماران به بیماری است(۱۲). تحقیقات در مورد این ادراک از بیماری توسط مدل خود تنظیمی هدایت می شود(۱۳). این مدل بر این فرض استوار است که بیماران به علائم و نشانه های بیماری با تشکیل نمایه های شناختی و هیجانی از بیماری که منجر به پاسخ های مقابله ای می شود، پاسخ می دهند. این نمایه ها را می توان به هشت بعد تقسیم کرد: الف) پیامدها، پیامدهای پیش بینی شده و تجربه شده بیماری بر زندگی بیمار.ب) جدول زمانی، پیشرفت درک شده و طول مدت بیماری؛ ج) کنترل شخصی، درک داشتن خودکنترلی و اینکه آیا بیماری براحتی قابل درمان است یا خیر. د) کنترل درمانی، چقدر درمان می تواند به کنترل بیماری کمک کند.ه) هویت، شکایات یا علائمی که بیمار به بیماری خود نسبت می دهد. ط) نگرانی از بیماری، نگرانی در مورد بیماری. ی) انسجام، اینکه بیمار چقدر خوب احساس می کند که بیماری را درک می کند و ح) بازنمایی عاطفی، میزان تأثیر عاطفی بیماران از این بیماری. نتایج مطالعات در میان گروه‌های مختلف بیماران سرطانی نشان می‌دهد که ادراکات منفی از بیماری کیفیت پایین زندگی و افسردگی را پس از درمان پیش‌بینی می کند(۱). بنابراین بکارگیری روش هایی که بتواند ادراک بیماران را با واقعیت بیماری انطباق دهد از اهمیت بالایی برخوردار است.

از طرف دیگر متغیری که می تواند با نگرش به بیماری در بیماران مبتلا به سرطان رابطه داشته باشد امیدواری است. تحقیقات فزاینده ای نقش امید را در بیماران مبتلا به سرطان بررسی کرده است (۱۴). بررسی سیستماتیک اخیر از ۳۳ مطالعه بیماران تحت درمان سرطان (۱۵) ارتباط مثبتی بین امید و کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، و رفاه معنوی و وجودی، و همچنین ارتباط منفی بین امید و بار علائم، پریشانی روانی، و افسردگی را ذکرکرده اند. روانشناسان معتقدند که "امید یک نیروی زندگی چند بعدی و پویا است که به طور واقع بینانه ای امکان پذیر است و برای افراد امیدوار از نظر شخصی معنادار است" (۱۶) امید از انگیزه ذاتی ما برای دلبستگی، تسلط و بقا (۱۷)ناشی می شود. امید به عنوان یک استراتژی مقابله و منبع حمایت روانشناختی با رفاه و کیفیت زندگی همبستگی مثبت دارد (۱۸) در مراقبت های بهداشتی، امید به عنوان یک مداخله محافظتی و درمانی تلقی می شود (۱۹). کوما و همکاران (۲۰) معتقدند مداخلات مبتنی بر امید می تواند در سه سطح برای بیماران جسمی مؤثر باشد: باورهای امید (مثل اینکه نسبت به آینده دید مثبتی داشته و نسبت به کنترل داشتن به شرایط میتوان امیدوار بود)، کارکرد امید (نشانده ی اهمیت و کارکرد مفید امیدوار بودن در سیر بیماری از لحاظ جسمی یا روانشاختی) و کار امید (به معنی کاری که امیدواری در عمل می تواند در مورد سلامت جسم و روان بیماران انجام دهد). باتوجه‌به آنچه بیان شد روش ها و درمانهایی که بتواند بر نگرش به بیماری از طرفی و از طرف دیگر ارتقای امیدواری بیماران مبتلا به سرطان مؤثر باشد از اهمیت بالایی برخوردار هستند. از این رو طرحواره درمانی هیجانی به عنوان درمانی که می تواند بر شاخص های سلامت روان مؤثر باشد، مورد تأیید است(۲۱). با اینحال بکار گیری این درمان برای بیماران دچار سرطان بررسی نشده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]

طرحواره درمانی هیجانی یک رویکرد فراشناختی یکپارچه است که بر اساس مدل طرحواره هیجانی طراحی شده است(۲۲, ۲۳). لیهی طرحواره درمانی هیجانی را به عنوان شکلی از درمان شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان معرفی کرد. طرحواره درمانی هیجانی تلاش می کند تا به بیمار کمک کند تا انواع مختلف احساسات را شناسایی و بین آنها تمایز قائل شود، تجربه هیجانی را عادی کند، احساسات را با روابط بین فردی و نیازهای شخصی مرتبط کند، باورهای مشکل ساز و طرحواره های عاطفی را شناسایی کند، و با استفاده از تکنیک های تجربی و آزمایشهای هیجانی، پاسخ مفیدی ارائه دهد. نسبت به احساسات، به بیمار کمک می کند تا استراتژی ها و باورهای جدید، انعطاف پذیر و سازگارتر را در رابطه با تجربه هیجانی ایجاد کند. این مدل نشان می‌دهد که وقتی هیجانی برانگیخته یا استنباط می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای مقابله یا تنظیم هیجان تعیین می‌کنند که آیا هیجان باقی می‌ماند، ناپدید می‌شود یا کاهش می‌یابد. یعنی دقیقاً این مشکلی است که بیماران مبتلا به افسردگی با این مسئله دست و پنجه نرم می کنند. آنها برای مدت طولانی در آن احساس باقی می مانند و از تعابیر، ارزیابی ها و راهبردهایی استفاده می کنند که همیشه باعث افزایش و تشدید هیجان می شود(۲۴). مطالعات گذشته اثر گذاری طرحواره درمانی هیجانی بر افسردگی (۲۱)، اختلال دوقطبی (۲۳)، تعارضات زناشویی (۲۵) را تأیید کرده اند. با اینحال پژوهشی که به بررسی اثربخشی این درمان بر امیدواری و ادراک بیماری در بیماران دچار سرطان سینه پرداخته شده باشد، انجام نشده است. باتوجه‌به آثار روانشناختی سرطان بر فرد و خانواده و جامعه و باتوجه‌به اهمیت ادراک بیماری و امیدواری بیماران در سیر بهبودی و کیفیت زندگی آنها بررسی تأثیر درمانهایی که به نوعی به بهبود شاخص های سلامت این بیماران بپردازد از اهمیت برخوردار است براین اساس در پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثرگذاری طرحواره درمانی مبتنی بر هیجان بر امیدواری و ادراک بیماری بیماران دچار سرطان سینه می باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و با گروه کنترل بود. در این پژوهش، جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان سینه بود که به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از قبیل بیمارستان سیدالشهدا (ع) اصفهان و مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء از سال ۱۴۰۰، مراجعه کردند، هستند. روش نمونه‌گیری پژوهش به‌صورت دردسترس از میان بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان سیدالشهدا انتخاب شدند. برای تعداد نمونه باتوجه‌به حجم پژوهش‌های پیشین و باتوجه‌به توصیه محققان ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که باتوجه‌به ریزش احتمالی برای هر گروه تعداد ۱۸ نفر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود پژوهش شامل – تشخیص سرطان سینه توسط فوق‌تخصص سرطان‌شناسی (آنکولوژیست)، داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم و اینکه شرکت‌کنندگان، دامنه سنی بیماران بین ۱۸ تا ۵۰ سال باشد در مرحله دوم بیماری باشند، از آخرین دوره درمان-های رایج (مانند شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و جراحی) بیماران ۱ سال گذشته باشد، بیماران از توانایی جسمانی لازم جهت شرکت در جلسات برخوردار باشند، آسیب روان‌شناختی حاد نظیر اختلالات سایکوتیک باتوجه‌به تاریخچه پرونده پزشکی بیماران وجود نداشته باشد، موافقت آگاهانه بیماران و تمایل آنان به شرکت در فرایند پژوهش وجود داشته باشد، عدم دریافت هرگونه درمان روانشناختی برای گروه‌های کنترل و آزمایش،

ملاک‌های خروج پژوهش شامل عدم پیگیری منظم در جلسات (حضور نامنظم در جلسات درمان – غیبت بیش از سه جلسه). 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، اطلاع از وجود درد مزمن دیگری به‌غیراز موارد تعیین شده در داوطلبان در حین تکمیل پرسش‌نامه‌ها.

ملاک‌های عدم ورود شامل بروز شواهدی بر عدم تأیید شرایط سنی داوطلبان در حین تکمیل پرسش‌نامه‌ها، سو مصرف مواد، در نظر گرفته شد. انجام مصاحبه، گردآوری داده‌ها و اجرای جلسات توسط نویسنده و با همکاری سایر نویسندگان انجام شد. افزون بر این پژوهش دارای گواهی اخلاق، از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد به شماره (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.114) و کد کارآزمایی بالینی به شماره ی (IRCT20240408061449N1) بود. سپس برای توصیف اطلاعات پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]

اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSSv26 استفاده شد. ابزار پژوهش در ذیل مطرح‌شده‌اند.

پرسش‌نامه امیدواری: در این پژوهش از مقیاس امیدواری اسنایدر استفاده شد(۲۶) این مقیاس شامل ۱۲ سوال با لیکرت ۸ درجه ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم اندازه گیری می شود. این آزمون شامل ۳ خرده مقیاس به نامهای تفکر عامل، گذرگاه ها، و سوالات انحرافی می باشد. نمره گذاری سوال‌های انحرافی (۷ ،۵ ،۱ و۱۱) که برای افزایش دقت آزمون است حذف می‌شود. بنابراین دامنه ی نمرات بین ۸ تا ۶۴ است. در اینجا ۸ پایین ترین نمره و ۶۴ بالاترین نمره می باشد(۲۷) ویژگی های روان سنجی این مقیاس در مطالعات مختلف ارزیابی شده و در تمام موارد ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس بالای ۰/۷۰ را نشان داده است. روایی این ابزار در مطالعه اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) ۰/۶۹ گزارش شده است(۲۸). در پژوهشی که گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در تهران انجام داد، پایایی مقیاس اشنایدر با روش همسانی درونی موردبررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد(۲۹).

پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری: پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری یک مقیاس ۹ ماده‌ای کوتاه است که بازنمایی عاطفی و شناختی فرد از بیماری اش را مورد سنجش قرار می دهد و بر اساس پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری طراحی شده است(۳۰) هرماده به شکل یک پرسش است که هرکدام از این پرسش ها از خرده مقیاس های فرم تجدیدنظر شده پرسش نامه ادراک بیماری اقتباس شده و به بهترین شکل کلی مطرح گردیده است. دامنه ی نمرات ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. سوال ۹ باز پاسخ بوده وسه علت عمده ابتلا بیماری را به ترتیب مورد سوال قرار می دهد. نمرات پایین تر نشان دهنده ادراک بهتر بیماران از بیماری شان می باشد. برای به دست آوردن نمره کل، سوالات ۲، ۴ و۷ معکوس نمره گذاری می شوند. در این پژوهش نمره کل مقیاس درنظر گرفته شد.

برادبنت و همکاران(۳۱) در مطالعه خود برای سنجش روایی همزمان B_IPQ، این پرسش‌نامه را به همراه فرم تجدید نظر شده پرسش‌نامه ادراک بیماری بر گروهی از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماری کلیوی مورد آزمون قرار گرفت. نتایج روایی همزمان، نشان دهنده همبستگی همه مولفه های پرسش‌نامه، به جز مولفه کنترل شخصی، از ۰/۳۲ تا ۰/۶۴ بود. بنابراین، برای بررسی مولفه کنترل شخصی از مقیاس خودکارآمدی استفاده شد. همبستگی نمرات مولفه مذکور با مقیاس خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به دیابت ۰/۶۰ تا ۰/۶۷ و خودکارآمدی بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد همچنین روایی تفکیکی B_IPQ از طریق محاسبه نمره های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. بزازیان و بشارت(۳۲) در تحقیق خود برای بررسی روایی سازه این مقیاس ازتحلیل عاملی استفاده کردند. نتایج نشانگر برازش مناسب مدل با داده‌ها بود. این محققان درپژوهش خود پایایی این پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۵۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای پایایی پیر روی زنان با سرطان پستان ۰/۸۱ به دست آمد.

طرح‌واره درمانی هیجانی

جلسات طرح‌واره درمانی هیجانی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس طرح‌واره درمانی هیجانی لیهی(۳۳)ارائه شد. اعتبار بسته طرحواره درمانی هیجانی درپژوهش طبیب‌زاده، سلیمانی و قربان شیرودی(۳۴) مورد تأیید و استفاده قرار گرفته است. در جلسه اول، ارزیابی اولیه و ایجاد رابطه‌ای همدلانه با مراجع انجام خواهد شد. در این جلسه، اختلالات روان‌شناختی فرد براساس الگوی طرحواره‌های هیجانی تبیین می‌شود و طرحواره‌های هیجانی دردسرساز شناسایی می‌گردند. همچنین، مفاهیم پایه‌ای درباره هیجان و نظریه‌های مرتبط ارائه شده و الگویی از فرایند هیجانی برای مراجع توضیح داده می‌شود. در پایان، تمرین «توجه‌آگاهی انفصالی به هیجان» آموزش داده شده و به‌عنوان تکلیف منزل، از مراجع خواسته می‌شود این تمرین را انجام دهد.

در جلسه دوم، تکلیف منزل جلسه قبل موردبررسی قرار می گیرد و موضوع «اعتباریابی هیجانی» محور بحث خواهد بود. در این جلسه، مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن بررسی می شود و خاستگاه‌های مختلف طرحواره‌های هیجانی اعتبارزدا و پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبارزدایی شناسایی می‌گردند. سپس راهبردهای انطباقی برای مواجهه سالم‌تر با اعتبارزدایی تدوین می‌شوند. تکلیف منزل این جلسه شامل تمرین «اعتباربخشی دلسوزانه به خویشتن» همراه با «توجه‌آگاهی انفصالی به هیجان» است.

در جلسه سوم، پس از مرور تکلیف منزل، کار بر روی اعتباریابی هیجانی و چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]

ادامه می‌یابد. مراجع به برچسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، و افزایش تحمل احساسات مختلط ترغیب می‌شود. استعاره «انسان کامل» برای پذیرش هیجان‌های متنوع به کار می‌رود. تکلیف منزل شامل ثبت مزایا و معایب طرحواره «هیجان‌های من غیرطبیعی هستند» و بررسی تجربه‌های مشابه در دیگران همراه با تمرین توجه آگاهی انفصالی است.

در جلسه چهارم، پس از بررسی تکلیف منزل، تمرکز درمان بر افزایش قدرت‌پذیرش احساسات و تداوم چالش با طرحواره‌های هیجانی مشکل‌زا خواهد بود. استعاره «مهمان» برای درک گذرا بودن هیجان‌ها معرفی می‌شود و تمایز میان هیجان و اقدام موردتأکید قرار می‌گیرد. همچنین، مراجع باتجربه کردن هیجان به‌صورت موج و انجام «آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی» آشنا می‌شود. تکلیف منزل شامل مشاهده و توصیف هیجان‌ها است.

در جلسه پنجم، پذیرش بنیادین احساسات موردتأکید قرار می‌گیرد. مراجع با مفاهیم «اقدام متضاد» و «هم‌جوشی زدایی» آشنا شده و یاد می‌گیرد در برابر هیجان‌ها موضعی بدون قضاوت اتخاذ کند. در این جلسه، آزمایش رفتاری برای آزمودن باورهای هیجانی نادرست انجام می‌شود و تمرین «نامه‌نگاری دلسوزانه» برای تقویت شفقت به خویشتن آموزش داده می‌شود. تکلیف منزل شامل تمرین اقدام متضاد و ادامه نامه‌نگاری دلسوزانه است.

در جلسه ششم، پردازش هیجانی تقویت خواهد شد. مراجع با تمرین‌های افزایش آگاهی هیجانی، القای هیجان و فضاسازی هیجانی در موقعیت‌های روزمره آشنا می‌شود. همچنین، مفهوم «هیجان به‌عنوان هدف» موردبررسی قرار می‌گیرد. تکلیف منزل شامل جست‌وجو و شناسایی هیجان‌های مثبت و ثبت افکار هوشمند از منظر هیجانی است.

در جلسه هفتم، محتوای تکلیف منزل مرور شده و بر مهارت «رنجش سودمند» و بازسازی شناختی تمرکز می‌شود. مراجع با مفاهیمی چون بالارفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خود آیند، تمایز میان افکار و احساسات، و فنون پیکان روبه‌پایین و فاجعه‌زدایی آشنا می‌شود. تکلیف منزل این جلسه، دسته‌بندی و ثبت افکار منفی است.

در جلسه هشتم، بازسازی شناختی ادامه می‌یابد. فن «وکیل‌مدافع» برای بررسی شواهد مرتبط با افکار منفی به کار می‌رود و مزایا و معایب افکار منفی مورد تحلیل قرار می‌گیرند. همچنین، فن «درجه‌بندی هیجان» برای سنجش شدت احساس و باور نسبت به هر فکر آموزش داده می‌شود. در پایان، جمع‌بندی کلی از روند درمان و ارزیابی نهایی انجام می‌گیرد. تکلیف منزل این جلسه مرور و ارزیابی تمرین‌های شناختی است.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه طرحواره درمانی هیجانی ۴۵ سال و برای گروه کنترل این مقدار ۸۹ /۴۴ بود. تفاوت این دو گروه از لحاظ آماری معنادار نبود (p>۰/۳۴۵). همچنین سطح تحصیلات و تاهل از طریق آماره‌های غیرپارامتریک خی دو بررسی شد و سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود (p>۰/۰۵). شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول زیر قابل‌مشاهده است.

جدول ۱. شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ادراک بیماری	آزمایش	۳۳/۸۸۹	۷/۲۹۹	۵۳/۷۷۸	۱۲/۸۸۲	۵۷/۰۵۶	۱۳/۲۲۰
	کنترل	۲۶/۰۵۶	۹/۹۴۴	۲۶/۵۰۰	۹/۹۷۲	۲۶/۴۴۴	۹/۹۷۲
امیدواری	آزمایش	۱۳/۵۵۶	۵/۰۰۸	۲۰/۸۳۳	۷/۳۰۲	۲۴/۲۷۸	۸/۵۸۷
	کنترل	۱۶/۰۵۶	۴/۵۳۱	۱۵/۵۰۰	۵/۳۵۶	۱۵/۰۵۶	۴/۲۹۱

جدول فوق میانگین و انحراف معیار نمرات ادراک بیماری و امیدواری را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همچنین تغییرات این میانگین‌ها را در طول سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون وپیگیری نشان می‌دهد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]

بااین‌حال پیش از انجام تحلیل‌های چندمتغیری باید چند پیش‌فرض موردبررسی قرار گیرد. نرمال بودن توزیع نمرات که به‌وسیله آزمون شاپیرو ویلکز سنجیده می‌شود، عدم همپراش بودن توزیع‌های گروه آزمایش و کنترل که از طریق آزمون لوین سنجیده می‌شود. همچنین جهت سنجش کرویت متغیرهای پژوهش از آزمون کرویت ماچلی استفاده شده است که در جدول زیر نتایج آنها قابل‌مشاهده است. قابل‌ذکر است که جهت سنجش برابری ماتریس واریانس – کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که این مقدار برای متغیر ادراک بیماری (BOX=28.41 p=0.11) و متغیر امیدواری (BOX=14.77 p=0.32) غیرمعنی‌دار است؛ بنابراین می توان گفت که پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک چندمتغیری برآورده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک، لوین و ماکلی در متغیر ادراک بیماری و امیدواری

متغیر	آزمون شاپیروویلکز						آزمون ماچلی		آزمون لوین					
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		آماره	P	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	آماره	P	آماره	P	آماره	P			F	P	F	P	F	P
ادراک بیماری	۰/۰۹	۰/۹۷	۰/۰۸	۰/۹۷	۰/۱۹	۰/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۳۵	۱/۱۱	۷/۱۴	۰/۰۹	۶/۳۳	۰/۰۸
امیدواری	۰/۹۷	۰/۰۸	۰/۹۸	۰/۱۵	۰/۹۷	۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۳۹	۱/۰۱	۰/۱۵	۱/۸۱	۰/۰۶	۲/۵۲

همان‌طور که در جدول (۲) ملاحظه می شود پیش شرطهای انجام تحلیل چندمتغیری اندازه گیری های مکرر برآورده شده است.

در ادامه به بررسی میانگین ادراک بیماری و امیدواری در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری و مقایسه آن با مرحله پیش‌آزمون پرداخته می‌شود.

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره ادراک بیماری و امیدواری در پس‌آزمون و پیگیری با مرحله پیش‌آزمون

	گروه	مراحل ارزیابی		تفاوت میانگین نسبت به قبل از مداخله	خطای معیار	p-value	فاصله ۹۵ درصد برای اختلاف میانگین‌ها	
							حد پایین	حد بالا
ادراک بیماری	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۴۴۴	۰/۲۱۷	۰/۱۷۰	-۱/۰۲۱	۰/۱۳۲
			پیگیری	-۰/۳۸۹	۰/۲۱۶	۰/۲۶۹	-۰/۹۶۲	۰/۱۸۵
	طرحواره درمانی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۱۹/۸۸۹	۲/۷۸۲	<۰/۰۰۱	-۲۷/۲۷۴	-۱۲/۵۰۳
			پیگیری	*-۲۳/۱۶۷	۲/۹۱۰	<۰/۰۰۱	-۳۰/۸۹۲	-۱۵/۴۴۲
امیدواری	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۵۵۶	۰/۴۱۴	۰/۵۹۲	-۰/۵۴۴	۱/۶۵۵
			پیگیری	۱/۰۰۰	۰/۴۱۲	۰/۰۸۰	-۰/۰۹۴	۲/۰۹۴
	طرحواره درمانی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۱۱/۲۷۸	۱/۹۵۳	<۰/۰۰۱	-۱۶/۴۶۴	-۶/۰۹۲
			پیگیری	*-۱۵/۷۲۲	۲/۲۸۱	<۰/۰۰۱	-۲۱/۷۷۷	-۹/۶۶۷

همان‌گونه که در جدول (۳) مشاهده می شود در متغیر ادراک بیماری در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد.

بااین‌حال در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری بین مرحله پیش‌آزمون و مرحله پس‌آزمون (تفاوت میانگین برابر ۱۹/۸۸) و پیگیری (تفاوت میانگین برابر ۲۳/۱۶) وجود دارد (p< ۰/۰۵). همچنین متغیر امیدواری در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری بین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]

مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد؛ ولی در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری بین پیش‌آزمون و مرحله پس‌آزمون (تفاوت میانگین برابر ۱۱/۲۷) و پیگیری (تفاوت میانگین برابر ۱۵/۷۲) وجود دارد (p< ۰/۰۵).

جدول ٤. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده برای ادراک بیماری و امیدواری

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
ادراک بیماری	درون-گروهی	اثر زمان	۵۶۵۸/۰۳۷	۲	۲۸۲۹/۰۱۹	۵۶/۹۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۷	۰/۹۹۹
		تعامل زمان و گروه	۳۰۳۷/۴۵۴	۶	۵۰۶/۲۴۲	۲۲/۴۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۸	۰/۹۹۹
		خطا (زمان)	۳۰۶۳/۵۹۳	۱۳۶	۲۲/۵۲۶				
	بین-گروهی	اثر گروه	۱۴۲۳۱/۷۵۵	۳	۴۷۴۳/۹۱۸	۱۵/۰۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۹	۰/۹۹۸
		خطا	۲۱۴۱۷/۷۹۶	۶۸	۳۱۴/۹۶۸				
امیدواری	درون-گروهی	اثر زمان	۵۲۲۴/۹۲۶	۲	۲۶۱۲/۴۶۳	۱۵۰/۲۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۶	۰/۹۹۹
		تعامل زمان و گروه	۲۵۰۱/۳۳۳	۶	۴۱۶/۸۸۹	۲۳/۹۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۹	۰/۹۹۹
		خطا (زمان)	۲۳۶۵/۰۷۴	۱۳۶	۱۷/۳۹۰				
	بین-گروهی	اثر گروه	۴۲۶۳/۱۲۵	۳	۱۴۲۱/۰۴۲	۱۷/۰۶۹	۰/۰۲۱	۰/۴۲۹	۰/۹۹۵
		خطا	۵۶۶۱/۰۹۳	۶۸	۸۲/۲۵۱				

جدول ۴ برای متغیرهای ادراک بیماری و امیدواری نشان می‌دهد که در بخش اثر درون‌گروهی، هم اثر زمان و هم اثر تعامل زمان و گروه معنادار است (p<0/001). این نتایج نشان‌دهنده آن است که تغییرات مشاهده‌شده در نمرات این دو متغیر در طول زمان و تفاوت الگوهای تغییر در گروه آزمایش و کنترل به‌طور معناداری با یکدیگر تفاوت دارند. همچنین در بخش بین‌گروهی، اثر گروه برای هر دو متغیر ادراک بیماری و امیدواری معنادار به دست آمد (p<0/05)؛ به این معنا که میانگین نمرات کلی این دو متغیر در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

باتوجه‌به یافته های پژوهش طرحواره درمانی هیجانی بر ادراک بیماری و امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر می باشد. این یافته ها با پژوهش های (۲۰،۲۲،۲۴) همسو می باشد. پژوهش های قبلی اثر گذاری این درمان را بر افسردگی (۲۰) و اضطراب (۲۲) نشان داده است. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر ادراک بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت؛ بر اساس نظریه یانگ هرچه استرس‌ها و فشارهای روانی ناشی از محیط پیرامون افزایش یابد، نتایج و عکس‌العمل‌های زیادی را در پی خواهد داشت(۳۵) این استرس ها در برخورد با طرحواره های ذهنی بیمار می تواند تشدید شود. به طور مثال ابتلای به بیماری سرطان برای شخصی که طرحواره هیجانی ناکارآمد دارد می تواند منجر به اثرات مخرب تری شود تا فردی که این طرحواره را ندارد. بنابراین، مدیریت فشار روانی و هیجانات منفی و مثبت و کنار آمدن با آن می‌تواند ضربه گیر ادراک نادرست بیماری باشد. از طرف دیگر باتوجه‌به اینکه ادراک بیماری مبتنی بر مدل خودتنظیمی است؛ و باتوجه‌به پسخوراندهای شناختی و عاطفی که از سیر، بهبودی، منابع اجتماعی و ... بدست می آید می تواند ادراک عاطفی خود را در رابطه با بیماری خود تنظیم کند. همچنان که در مدل طرحواره درمانی هیجانی به افتراق و تشخیص هیجانها پرداخته می شود. همچنین این مدل درمانی با فراهم آوردن فضایی برای اعتبار دهی به هیجان ها می تواند به بیماران در ایجاد حس اعتماد کمک کند(۲۴, ۳۳). ادراک بیماری مولفه های شناختی و هیجانی را در بر می گیرد و بر اساس مدل خودتنظیمی هدایت می شود(۱۳) وانگهی بررسی مولفه های ادراک بیماری نشان می دهد یکی از این مولفه ها مولفه هیجانی است. به این معنی که بیماری چه تأثیر هیجانی بر بیمار گذاشته است. طرحواره درمانی هیجانی بر هدف قرار دادن ادراک بیماران به هیجانات و نام گذاری آن ها وبعضا برونریزی هیجانات می تواند به تعدیل این بعد مهم ادراک بیماری منجر شود. همچنان که نتایج پژوهش حاضر نیز چنین اثربخشی را نشان داد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]

همچنین نتایج نشانده اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر امیدواری بیماران متلا به سرطان سینه بود. این نتایج همسو با پژوهش های کوما و همکاران (۲۰) و قاسمخان لو و همکاران (۲۱)، می باشد. مداخله مبتنی بر طرحواره های هیجانی با ایجاد فضایی امن برای بیماران مبتلا به سرطان می تواند به افزایش امیدواری آنها کمک کند. . باتوجه‌به اینکه طرحواره درمانی هیجانی بر نقش هیجان های مثبت (امیدواری، سپاسگزاری، شادمانی، آرامش) تاکید دارد لذا می‌توان گفت که این درمان در افزایش امید در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. بر اساس مدل نظری لیهی(۳۳)، می توان گفت که طرحواره های هیجانی، تفسیر هیجانات و استراتژی‌های فعال شده توسط یک فرد را برای مقابله با هیجانات نشان می‌دهند. از این رو بر اساس این مدل، اگر هیجانات بصورت منفی تفسیر شوند، احساس گناه، شرم، تنهایی و عدم پذیرش یا نادیده گرفتن هیجانات منفی مانند ناامیدی و غم و اندوه تجربه می‌شوند. بااین‌حال، اگر احساسات برچسب گذاری شده و طبیعی در نظر گرفته شوند، نتیجه ، پذیرش، بیان و اعتبار بخشی شرایط هیجانی خواهد بود. بنابراین می توان بیان کردکه بیماران سرطانی که دچار ناامیدی شده اند با انجام تکنیک‌های مختلف درمان طرحواره‌های هیجانی، توانستند احساسات خود را بیان، مدیریت و تنظیم کنند و در نتیجه امید در آنها افزایش یافت. این موارد را می توان همان مولفه های مورد نظر کوما و همکاران(۲۰) است که در رابطه با باورهای امید، کارکردامید و کار امید دانست. برط طبق این دیدگاه، باورهای امید: شامل احساس مثبت نسبت به آینده و کنترل پذیربودن شرایط می شود، کاکرد امید: نشانده ی اهمیت و کارکرد مفید امیدوار بودن در سیر بیماری از لحاظ جسمی یا روانشاختی است و کارامید: به معنی کاری که امیدواری در عمل می تواند در مورد سلامت جسم و روان بیماران انجام دهد. باتوجه‌به آنچه گفته شد طرحواره درمانی هیجانی می تواند بر هر سه سطح امید بیماران دچار سرطان سینه مؤثر باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از یک مرکز درمانی (بیمارستان سیدالشهدا) اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، این مداخله در جمعیت‌های گوناگون از جمله بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر (مانند MS یا دیابت) و با نمونه‌های تصادفی‌سازی شده اجرا و ارزیابی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی رویکرد طرحواره درمانی هیجانی بر سایر مؤلفه‌های روانشناختی که به‌نوعی با سلامت روان بیماران دچار سرطان مرتبط است بررسی شود

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

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و محرمانگی اطلاعات و اطمینان از عدم واردآمدن هرگونه آسیب به آنان بود. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و هر شرکت‌کننده می‌توانست در هر زمان بدون هیچ پیامدی از ادامه همکاری انصراف دهد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان مطابق ترتیب اسامی سهم دارند.

تقدیر و تشکر

از کلیه پرسنل و مسئولین بیمارستان سیدالشهدا اصفهان که صمیمانه به نویسندگان این مقاله در انجام آن یاری رساندند سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Ośmiałowska E, Staś J, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Illness perception and quality of life in patients with breast cancer. Cancers. 2022;14(5):1214.
2. 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: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209–49.
3. Lima SM, Kehm RD, Terry MB. Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns. EClinicalMedicine. 2021;38.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]

4. Heer E, Harper A, Escandor N, Sung H, McCormack V, Fidler-Benaoudia MM. Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. The Lancet Global Health. 2020;8(8):e1027–e37.
5. Dafni U, Tsourti Z, Alatsathianos I. Breast cancer statistics in the European Union: incidence and survival across European countries. Breast care. 2019;14(6):344–53.
6. Broeders M, Moss S, Nyström L, Njor S, Jonsson H, Paap E, et al. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. Journal of medical screening. 2012;19(1_suppl):14–25.
7. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(1):7–30.
8. Ward ZJ, Atun R, Hricak H, Asante K, McGinty G, Sutton EJ, et al. The impact of scaling up access to treatment and imaging modalities on global disparities in breast cancer survival: a simulation-based analysis. The Lancet Oncology. 2021;22(9):1301–11.
9. Javan Biparva A, Raoofi S, Rafiei S, Masoumi M, Doustmehraban M, Bagheribayati F, et al. Global depression in breast cancer patients: Systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2023;18(7):e0287372.
10. Huang J-W ,Cao C-A, Zheng W-H, Jia C-R, Liu X, Gao S-Q, et al. The Mechanism of Cancer-Depression Comorbidity. Neuroscience. 2024.
11. Johnson EM, Ross DB. The cost of cancer: the association of financial and cancer-related stress on maladaptive coping styles in families with a cancer diagnosis. Contemporary Family Therapy. 2023;45(3):323–32.
12. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. Psycho-Oncology. 2015;24(1):11–8.
13. Husson O, Thong MS ,Mols F, Oerlemans S, Kaptein AA, van de Poll-Franse LV. Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision? Psycho-Oncology. 2013;22(3):490–8.
14. Feldman DB, Corn BW. Hope and cancer. Current Opinion in Psychology. 2023.۴۹:۱۰۱۵۰۶;
15. Nierop-van Baalen C, Grypdonck M, Van Hecke A, Verhaeghe S. Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. Journal of Advanced Nursing. 2020;76(7):1520–37.
16. Velić S, Qama E, Diviani N, Rubinelli S. Patients' perception of hope in palliative care: A systematic review and narrative synthesis. Patient Education and Counseling. 2023;115:107879.
17. Waters L. Using positive psychology interventions to strengthen family happiness: A family systems approach. The Journal of Positive Psychology. 2020;15(5):645–52.
18. Corn BW, Feldman DB, Wexler I. The science of hope. The Lancet Oncology. 2020;21(9):e452–e9.
19. Cohen MG, Althouse AD, Arnold RM, Bulls HW, White DB, Chu E, et al. Hope and advance care planning in advanced cancer: is there a relationship? Cancer. 2022;128(6):1339–45.
20. Qama E, Diviani N, Grignoli N, Rubinelli S. Health professionals' view on the role of hope and communication challenges with patients in palliative care: A systematic narrative review. Patient education and counseling. 2022;105(6):1470–87.
21. Ghasemkhanloo A, Atadokht A, Sabri V. The effectiveness of emotional schema therapy on the severity of depression, emotional dysregulation and emotional schemas in patients with major depressive disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2021;8(3):76–88.
22. Edwards ER, Liu Y, Ruiz D, Brosowsky NP, Wupperman P. Maladaptive emotional schemas and emotional functioning: Evaluation of an integrated model across two independent samples. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2021;39:428–55.
23. Hassas O, Mashhadi A, Shamloo ZS, Bordbar MRF. Emotional schema therapy for bipolar disorder: Improving emotional schemas, quality of life, cognitive emotion regulation, and symptom management. International Journal of Cognitive Therapy. 2024;17(3):347–68.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]

24. Leahy RL. Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. International Journal of Cognitive Therapy. 2019;12(1):1–4.
25. Mohammadi S, Hafezi F, Ehteshamzadeh P, Eftekhar Saadi Z, Bakhtiarpour S. Effectiveness of schema therapy and emotional self-regulation therapy in the components of women's marital conflicts. Journal of Client-centered Nursing Care. 2020;6(4):277–88.
26. Schneider D. Cancer patient without hope. South African Medical Journal. 1975;49(9):297–8.
27. Schneider K. The resurgence of awe in psychology: Promise, hope, and perils. The Humanistic Psychologist. 2017;45(2):103.
28. Sahranavard S, Esmaeili A, Dastjerdi R, Salehiniya H. The effectiveness of stress-management-based cognitive-behavioral treatments on anxiety sensitivity, positive and negative affect and hope. BioMedicine. 2018;8(4):23.
29. Parvandi A, Arefi M. Prediction of Psychological Well-Being based on Hope and Perceived Social Support among Women-headed Households. Journal Of Woman And Family Studies. 2019;7(2 (14)):89-114.
30. Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. Diabetes care.۴۰–۳۳۸:(۲)۳۴;۲۰۱۱ .
31. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. Psychology & health. 2015;30(11):1361–85.
32. Bezazian S, Parav M, Jafar D, Babakhani V. Comparison of cognitive behavioral stress management training and mindfulness on anxiety and premenstrual dysphoric disorder symptoms in high school girls. Journal of Psychological Science. 2023;22.(۱۳۲)
33. Leahy RL. Emotional schema therapy :A meta-experiential model. Australian Psychologist. 2016;51(2):82–8.
34. Tabibzadeh, Farynaz, Soleimani, Shiroodi G. The effectiveness of emotional schema therapy on cancer-induced fatigue and self-care behaviors in patients with breast cancer. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2022;27(2):113–27.
35. Boterhoven de Haan KL, Fassbinder E, Hayes C, Lee CW. A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Psychotherapy Integration. 2019;29(1): 54.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/23.2.371]