نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان

سوما کرمی[1]، شکوه السادات بنی‌جمالی[2]، زهره خسروی[2]، هادی پرهون[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی و اضطراب تأثیر زیادی بر میزان عملکرد، کیفیت زندگی، مدت بستری و نتیجه درمانی بیماران مبتلا به سرطان دارد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۵۰ بیمار مبتلا به سرطان بستری در بخش آنکولوژی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) شهر تهران به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس طرحواره‌های هیجانی Leahy (Leahy Emotional Schema Scale یا LESS)، مقیاس اضطراب Beck (Beck Anxiety Inventory یا BAI) و نسخه دوم مقیاس افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI-II) جمع‌آوری گردید و با استفاده از روش آماری همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: رابطه معنی‌داری بین تمام زیرمقیاس‌های طرحواره‌های هیجانی با افسردگی و اضطراب مشاهده شد ($P < ۰/۰۵$). از بین طرحواره‌های هیجانی، راهبردهای غیر قابل کنترل بودن، ارزش‌های والا، گناه، خودآگاهی و تلاش منطقی، توانایی پیش‌بینی افسردگی بیماران مبتلا به سرطان را داشت که در مجموع، ۳۸ درصد از واریانس و تغییرپذیری افسردگی توسط این متغیرها تبیین گردید. همچنین، راهبردهای غیر قابل کنترل بودن، سرزنش، تلاش منطقی و گناه در پیش‌بینی اضطراب بیماران مبتلا به سرطان نقش داشت و ۲۴ درصد از واریانس و تغییرپذیری اضطراب توسط این متغیرها تبیین شد.

نتیجه‌گیری: طرحواره‌های هیجانی نقش مهمی در پیش‌بینی میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان دارد. بنابراین، طراحی مداخلات روان‌شناختی در این زمینه توأم با شناسایی و تعدیل طرحواره‌های هیجانی منفی، می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در این بیماران گردد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های هیجانی، افسردگی، اضطراب، سرطان

ارجاع: کرمی سوما، بنی‌جمالی شکوه السادات، خسروی زهره، پرهون هادی. **نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۳): ۲۹۸-۲۹۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۲/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۴/۲۷

مقدمه

رشد روزافزون بیماری سرطان در چند دهه اخیر و اثرات زیانبار آن بر ابعاد جسمانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی مبتلایان، موجب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز به این بیماری معطوف شود و آن‌ها سرطان را مشکل بهداشتی عمده قرن معرفی کنند (۱). بر اساس شواهد علمی، این بیماری در ردیف یکی از خطرناک‌ترین بیماری‌های مزمن و از عوامل تهدید کننده سلامت جامعه به شمار می‌رود (۲). با وجود تلاش‌های زیادی که در سال‌های اخیر جهت کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان انجام شده است، هنوز این بیماری دومین علت مرگ و میر در دنیا محسوب می‌شود (۳).

بر طبق آخرین بررسی‌های آماری در ایران، سرطان بعد از بیماری‌های قلبی- عروقی و حوادث غیر عمدی، سومین عامل مرگ و میر به شمار می‌رود؛ به طوری که سالانه بیش از ۳۰ هزار نفر از جمعیت کشورمان در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند و تخمین زده می‌شود که سالانه بیش از ۷۰ هزار مورد جدید سرطان شناسایی گردد (۴). سرطان به عنوان یک عامل استرس‌زای منفی، تأثیر جدی بر سلامت جسمی و روانی مبتلایان خواهد گذاشت؛ به طوری که پژوهش‌ها نشان داده است که بیماران مبتلا به این بیماری، سطح بالایی از آشفتگی روانی را تجربه می‌کنند و این امر منجر به بروز علایم افسردگی و اضطراب شدید در آن‌ها می‌شود (۶، ۵). به هر حال، تجربه دریافت تشخیص سرطان توسط بیمار و احساس تهدید شدن او توسط عواقب وخیم این بیماری مهلک در آینده نزدیک، چالش‌های روان‌شناختی عمده‌ای را در وی ایجاد می‌کند (۷). بنابراین، تأثیر احساسات هیجانی، شناختی و اجتماعی ناشی از بروز علایم طبیعی سرطان، ممکن است با تأثیرات و عوارض درمان دارویی بیماری ترکیب شود و تأثیرات منفی اجتناب‌ناپذیری بر سازگاری روان‌شناختی بیماران بگذارد و موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار گردد (۸، ۶).

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران
۲- استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران
۳- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: هادی پرهون
Email: hadi.parhon43@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.4.7]

نتایج مطالعات نشان داده است که ۸۵-۵۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به طور هم‌زمان از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند (۱۰، ۹). شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در این بیماران، اختلالات هیجانی است؛ به طوری که حدود نیمی از مبتلایان، به اختلال افسردگی و اضطرابی مبتلا می‌شوند (۱۲، ۱۱). یافته‌های پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به سرطان حاکی از آن بود که ارتباط مستقیمی بین شدت بیماری و فشارهای روحی ناشی از این بیماری، با بروز اضطراب و افسردگی وجود دارد (۱۳). اغلب متخصصان در بررسی بیماری‌های طبی مزمن همچون سرطان، علل و عوامل زیستی مانند وراثت، رژیم غذایی، پرفشاری خون، الکل و چاقی را عامل سبب‌ساز مطرح می‌کنند، اما به‌تازگی نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که عوامل مذکور به تنهایی نقش تعیین کننده‌ای در بروز بیماری ندارد، بلکه برخی از متغیرهای روان‌شناختی به صورت مستقیم و غیر مستقیم زمینه ابتلای افراد به این بیماری و بروز اختلالات هیجانی در آن‌ها را فراهم می‌کند (۱۵، ۱۴).

یکی از عوامل روان‌شناختی که می‌تواند نقش مؤثری در سلامتی و بهزیستی بیماران مبتلا به سرطان داشته باشد، هیجان است که نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی مانند سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای استرس‌زا ایفا می‌کند. هیجانات، پدیده‌های چند وجهی و حالات عاطفی ذهنی هستند که باعث می‌شوند تا به شیوه خاصی احساس کنیم. در واقع، زنجیره‌ای از اعمال خودکار می‌باشند که به دلیل ماهیت عاطفی و هیجانی خود، به زنجیره زیربنایی خود یعنی طرحواره‌های هیجانی می‌رسند و در ساخت و تداوم آن‌ها نقش دارند (۱۶). بررسی‌ها نشان می‌دهد که در شرایط پراسترس، کسانی که سرسختی و تاب‌آوری بالایی دارند، در مقایسه با کسانی که از سرسختی و تاب‌آوری پایین‌تری برخوردار هستند، سلامت روان بیشتری دارند. بنابراین، تاب‌آوری با هیجانات مثبت رابطه مستقیم و با هیجانات منفی رابطه معکوسی دارد (۱۷).

تجربه هیجانات مثبت، به بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند که بتوانند با استرس‌های روزمره بهتر مقابله نمایند. در واقع، می‌توان گفت که هیجانات، عوامل سازنده یک طرحواره هیجانی هستند (۱۸). در همین راستا، درمانگران بالینی و مشاوران اعتقاد دارند که طرحواره‌ها و نگرش نسبت به هیجان‌ها، در کاهش تجربه استرس و در نهایت، پیشگیری و بهبود بیماران مؤثر است که بیماری سرطان نیز از این قاعده مستثنی نیست (۱۹). مفهوم هیجان در روان درمانی مبتنی بر شواهد به خصوص در بعد درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT)، در سال‌های اخیر اهمیت بیشتری یافته است (۲۰). این نظریه‌ها بر این اصل استوار هستند که طرحواره و نگرش نسبت به هیجان، ممکن است باعث تغییرات متفاوتی در فرد شود (۲۱). Leahy بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام گرفتن از مدل فراشناختی هیجانات، مدل طرحواره‌های هیجانی خود را ارایه نمود. وی معتقد است که اختلالات هیجانی اغلب ناشی از ارزیابی و تفسیر شخص از احساسات خود و راهبردهای به کار رفته برای مقابله با این هیجانات می‌باشد (۲۳، ۲۲).

مدل طرحواره‌های هیجانی بیان می‌کند که ممکن است افراد در چگونگی مفهوم‌پردازی هیجاناتشان با یکدیگر تفاوت داشته باشند و یا به عبارت بهتر، افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجاناتشان دارند که منعکس کننده شیوه‌های تجربه نمودن هیجانات توسط افراد می‌باشد و باوری است که آن‌ها به دنبال برانگیخته شدن هیجانات ناخوشایند در مورد طرح مناسب برای اقدام یا چگونگی عمل کردن در برابر چنین هیجاناتی در ذهن دارند (۲۴). از نظر Leahy، هر یک از اختلالات اضطرابی دربردارنده طرحواره‌های هیجانی (تفاسیر و تدابیر) در مورد احساسات و هیجانات می‌باشند و این طرحواره‌ها هستند که بسیاری از مبتلایان به اختلالات اضطرابی را نسبت به درمان‌های مرسوم مقاوم می‌سازد (۲۵). نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های هیجانی با بسیاری از اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوء مصرف الکل، اختلال استرس پس از سانحه (Posttraumatic stress disorder یا PTSD)، ناسازگاری‌های زناشویی، اختلالات شخصیت و دردهای مزمن ارتباط دارد (۲۷، ۲۶، ۲۴).

مدل طرحواره‌های هیجانی، رویکرد جدیدی است که در سال‌های اخیر مطرح شده است. افسردگی و اضطراب، عامل خطر مهمی در کاهش امید به زندگی و عدم تبعیت از دستورات پزشکی و درمانی در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد (۲۸). با توجه به این که ابتلا به بیماری سرطان با میزان بالای فشار روانی و هیجانات منفی همراه است، شناخت ویژگی‌های هیجانی، نگرش‌ها، طرحواره‌های بنیادی و راهبردهایی که این افراد برای تنظیم هیجانات خود به کار می‌گیرند، اهمیت فراوانی دارد. اگرچه ابتلا به بیماری سرطان وضعیت استرس‌زای شدیدی است که توانایی به هم ریختن تعادل روانی هر فردی را دارد، اما بررسی‌ها حاکی از آن است که مبتلایان واکنش‌های متفاوتی به این وضعیت نشان می‌دهند؛ به طوری که برخی بلافاصله مضطرب و افسرده می‌شوند و در مقابل افرادی هستند که امید خود را حفظ می‌نمایند و در برابر بیماری شجاعانه می‌جنگند و به زندگی عادی خود ادامه می‌دهند. سؤالی که مطرح می‌شود، این است که چه عواملی بر نحوه عکس‌العمل افراد به یک موقعیت استرس‌زای شدید مانند بیماری سرطان تأثیر می‌گذارد؟ آیا نوع باور یا طرحواره‌های افراد درباره هیجانات و واکنش‌های هیجانی می‌تواند بر میزان افسردگی و اضطراب این بیماران تأثیرگذار باشد؟ از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرحواره‌های هیجانی بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه جزء پژوهش‌های بنیادی و از نوع توصیفی (همبستگی) بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سرطان شهر تهران که در بهار سال ۱۳۹۴ در بخش آنکولوژی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) بستری شده بودند، تشکیل داد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و رابطه ۱، از میان تمام بیماران بستری در این بخش، ۲۵۰ نفر انتخاب شدند.

$$N = \left(\frac{z_\alpha + z_\beta}{C(r)}\right)^2 + 3$$ رابطه ۱

دامنه سنی نمونه‌ها ۵۳-۲۲ سال و میانگین سنی آن‌ها ۱۱/۲۲ ± ۴۴/۵۱ سال بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل دامنه سنی ۶۰-۲۰ سال، داشتن حداقل سواد سیکل، داشتن آگاهی نسبت به بیماری خود و رضایت برای شرکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است که همه اصول اخلاقی شامل تشریح اهداف پژوهش برای بیمار، اخذ رضایت‌نامه کتبی از بیمار، محرمانه بودن مشخصات فردی، محرمانه بودن نتایج ارزیابی و آزادی در ترک جلسه ارزیابی در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، رعایت گردید. روند اجرای پژوهش بدین ترتیب بود که بعد از هماهنگی با مسؤولان بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) شهر تهران،

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.4.7]

به بخش آنکولوژی این مجموعه مراجعه شد. با هماهنگی مسؤولان این بخش، پرسش‌نامه‌ها بین افرادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، توزیع شد. پژوهشگر پس از انتخاب بیماران و کسب رضایت‌نامه و توضیح فرایند پژوهش به آن‌ها، مقیاس طرحواره‌های هیجانی Leahy (Leahy Emotional Schema Scale یا LESS)، مقیاس اضطراب Beck (Beck Anxiety Inventory یا BAI) و نسخه دوم مقیاس افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI-II) را در اختیار افراد قرار داد. در طول مدت پاسخگویی شرکت کنندگان، پژوهشگر حضور فعال داشت تا از بروز پاسخ‌های تصادفی جلوگیری نماید و در صورت لزوم به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهد. پس از اجرا و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مقیاس LESS: این ابزار توسط Leahy و بر مبنای مدل طرحواره‌های هیجانی در سال ۲۰۰۲ به صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه شد. مقیاس مذکور دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۲۲). نسخه فارسی مقیاس LESS توسط خان‌زاده و همکاران تهیه شده است (۲۹). نتایج حاصل از بررسی این مقیاس در ایران نشان داد که پایایی آن از طریق روش بازآزمایی به فاصله دو هفته برای کل مقیاس، ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ به دست آمد. همچنین، ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش Cronbach's alpha برای کل مقیاس، ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ حاصل شد. به طور کلی، نتایج حاصل از هر دو روش حاکی از پایایی قابل قبول مقیاس LESS می‌باشد (۲۹).

پرسش‌نامه BDI-II: این ابزار، شکل بازنگری شده BDI می‌باشد که جهت سنجش شدت افسردگی در ۲۱ ماده تدوین شده است (۳۰). نمره کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار دارد. ویرایش دوم در مقایسه با نسخه اول، همخوانی بیشتری را با معیارهای Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th Edition (DSM-IV) نشان داد و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی Beck مورد پوشش قرار گرفت. پرسش‌نامه BDI-II با مقیاس درجه‌بندی افسردگی Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression یا HRSD) همبستگی ۰/۷۱ را نشان داد. پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای این ابزار ۰/۹۱ و همسانی درونی آن ۰/۹۱ گزارش گردید. مشخصات روان‌سنجی پرسش‌نامه مذکور در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (۳۱).

پرسش‌نامه BAI: این مقیاس نوعی ابزار خودگزارشی شامل ۲۱ ماده برای اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل مقیاس BAI در دامنه صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. در پژوهش حسینی کاویانی و موسوی بر روی جمعیت ایرانی (۱۵۰ بیمار مبتلا به اضطراب بالینی)، اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۹۲ گزارش گردید (۳۲).

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های هیجانی، اضطراب، افسردگی و ضرایب همبستگی Pearson طرحواره‌های هیجانی با اضطراب و افسردگی در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی خرده مقیاس‌های طرحواره‌های هیجانی، اضطراب و افسردگی

خرده مقیاس	میانگین ± انحراف معیار	ضرایب همبستگی	
		افسردگی	اضطراب
نشخوار ذهنی	۱۲/۸۹ ± ۴/۲۵	۰/۱۹**	۰/۱۶*
خودآگاهی هیجانی	۸/۸۲ ± ۳/۰۱	-۰/۲۸**	-۰/۲۲**
گناه	۸/۵۱ ± ۳/۰۹	۰/۲۷**	۰/۱۶*
ابراز احساسات	۷/۷۰ ± ۲/۱۵	۰/۳۸**	۰/۱۷*
غیر قابل کنترل بودن	۷/۴۴ ± ۳/۳۶	۰/۴۲**	۰/۴۲**
تأییدطلبی از دیگران	۶/۳۵ ± ۲/۱۰	۰/۱۸*	۰/۱۳*
قابل درک بودن	۷/۷۶ ± ۲/۷۳	۰/۱۶*	۰/۱۵*
سرزنش	۷/۴۸ ± ۲/۴۸	۰/۲۷**	۰/۲۱**
تلاش برای منطقی بودن	۱۶/۶۹ ± ۳/۵۶	۰/۳۸**	۰/۱۸**
دیدگاه ساده‌انگارانه	۷/۳۵ ± ۲/۹۱	۰/۱۷*	۰/۱۹*
ارزش‌های والاتر	۱۰/۱۲ ± ۳/۱۹	-۰/۳۷**	-۰/۳۷**
پذیرش هیجانات	۸/۴۰ ± ۳/۲۷	-۰/۱۶*	۰/۱۸*
توافق	۷/۲۳ ± ۲/۴۷	۰/۱۸*	-۰/۱۶*
افسردگی	۱۹/۲۴ ± ۷/۸۶	–	–
اضطراب	۱۸/۳۵ ± ۸/۲۳	–	–

$P < ۰/۰۱^{**}$ ،$P < ۰/۰۵^{*}$

بین طرحواره‌های هیجانی نشخوار ذهنی، گناه، غیر قابل کنترل بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن و دیدگاه ساده‌انگارانه با مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. این در حالی است که بین طرحواره‌های هیجانی خودآگاهی هیجانی و ارزش‌های والاتر با مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی رابطه منفی و معنی‌داری مشاهده شد. علاوه بر این، بین طرحواره پذیرش هیجانات با مؤلفه افسردگی و بین طرحواره توافق با اضطراب رابطه منفی وجود داشت (جدول ۱). در ادامه به منظور مشخص کردن نقش هر یک از متغیرهای طرحواره‌های هیجانی در پیش‌بینی و تبیین واریانس افسردگی و اضطراب، از رگرسیون گام به گام استفاده شد. برای استفاده از مدل رگرسیون، لازم است که پیش‌فرض‌های استفاده از آن مورد آزمون قرار گیرد. بدین منظور، آزمون Durbin-Watson برای ارزیابی استقلال خطاها، آزمون هم‌خطی (Colinearity) با دو شاخص ضریب تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (Variance inflation factor یا VIF) و آزمون Kolmogorov-Smirnov برای بررسی نرمال بودن توزیع انجام گردید. در پیش‌بینی مؤلفه افسردگی از روی طرحواره‌های هیجانی، مقادیر عددی آزمون Durbin-Watson (۱/۸۲) و Kolmogorov-Smirnov ($P > ۰/۰۵$) نشان دهنده استقلال خطاها و نرمال بودن توزیع بود. سایر مشخصه‌های رگرسیون و مفروضه‌های هم‌خطی بودن در جدول ۲ ارایه شده است. شاخص‌های هم‌خطی بودن نشان داد که بین متغیرهای پیش‌بین هم‌خطی وجود نداشت و نتایج حاصل از مدل رگرسیون قابل اتکا می‌باشد.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.4.7]

جدول ۲. مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر افسردگی

گام	پیش‌بین	R	R^2	درجه آزادی	F	B	etaβ	t	مفروضه هم‌خطی	
									ضریب تحمل	VIF
اول	غیر قابل کنترل	۰/۴۳	۰/۱۹	۱/۲۴۷	۵۸/۳۲**	۱/۳۰	۰/۴۳	۷/۶۳**	۱/۰۰	۱/۰۰
دوم	غیر قابل کنترل	۰/۵۲	۰/۲۷	۲/۲۴۶	۴۶/۰۸**	۱/۲۰	۰/۴۰	۷/۴۱**	۰/۹۸	۱/۰۱
	ارزش‌های والا					−۰/۹۸	−۰/۲۸	−۵/۲۵**	۰/۹۸	۱/۰۱
سوم	غیر قابل کنترل	۰/۵۸	۰/۳۴	۳/۲۴۵	۴۱/۲۴**	۱/۱۲	۰/۳۷	۷/۱۸**	۰/۹۷	۱/۰۲
	ارزش‌های والا					−۱/۰۵	−۰/۳۰	−۵/۸۵**	۰/۹۸	۱/۰۱
	گناه					۰/۸۹	۰/۲۵	۴/۸۱**	۰/۹۸	۱/۰۱
چهارم	غیر قابل کنترل	۰/۶۰	۰/۳۶	۴/۲۴۴	۳۴/۱۱**	۰/۹۸	۰/۳۲	۶/۰۵**	۰/۸۸	۱/۱۲
	ارزش‌های والا					−۱/۱۵	−۰/۳۳	−۶/۳۷**	۰/۹۵	۱/۰۵
	گناه					۰/۷۱	۰/۲۰	۳/۶۹**	۰/۸۸	۱/۱۳
	خودآگاهی					۰/۶۲	۰/۱۷	۲/۹۶**	۰/۷۹	۱/۲۶
پنجم	غیر قابل کنترل	۰/۶۲	۰/۳۸	۵/۲۴۳	۲۹/۴۷**	۰/۸۹	۰/۳۰	۵/۵۰**	۰/۸۵	۱/۱۷
	ارزش‌های والا					−۱/۰۲	−۰/۲۹	−۵/۵۶**	۰/۸۹	۱/۱۲
	گناه					۰/۸۸	۰/۲۴	۴/۳۹**	۰/۸۰	۱/۲۴
	خودآگاهی					۰/۶۳	۰/۱۷	۳/۰۵**	۰/۷۸	۱/۲۶
	تلاش منطقی					−۰/۴۷	−۰/۱۵	۲/۷۱**	۰/۸۰	۱/۲۴

$P < ۰/۰۱^{**}$ ،$P < ۰/۰۵^{*}$

VIF: Variance inflation factor

بین ۹ راهبرد نظم‌جویی شناختی هیجان، راهبردهای غیر قابل کنترل بودن، ارزش‌های والا، گناه، خودآگاهی و تلاش منطقی، توانایی پیش‌بینی میزان افسردگی را در بیماران مبتلا به سرطان داشت؛ به طوری که این پنج راهبرد در مجموع ۳۸ درصد از تغییرات افسردگی در این بیماران را تبیین نمود (جدول ۲).

در بخش پیش‌بینی مؤلفه اضطراب از روی مؤلفه‌های طرحواره‌های هیجانی، مقادیر عددی آزمون Durbin-Watson (۱/۷۰) و Kolmogorov-Smirnov ($P > ۰/۰۵$) بیانگر استقلال خطاها و نرمال بودن توزیع بود. همان‌گونه که شاخص‌های هم‌خطی بودن در جدول ۳ نشان می‌دهد، بین متغیرهای پیش‌بین هم‌خطی وجود نداشت و نتایج حاصل از مدل رگرسیون قابل اتکا می‌باشد. در بین ۹ راهبرد نظم‌جویی شناختی هیجان، راهبردهای غیر قابل‌کنترل بودن، سرزنش، گناه و تلاش منطقی، توانایی پیش‌بینی میزان اضطراب را در بیماران مبتلا به سرطان داشت؛ به طوری‌که این پنج راهبرد در مجموع ۲۴ درصد از واریانس اضطراب در این بیماران را تبیین نمود.

جدول ۳. مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر اضطراب

گام	پیش‌بین	R	R^2	درجه آزادی	F	B	etaβ	t	مفروضه هم‌خطی	
									ضریب تحمل	VIF
اول	غیر قابل کنترل	۰/۴۴	۰/۱۹	۱.۲۴۶	۵۹/۱۴**	۱/۴۳	۰/۴۴	۷/۶۹**	۱/۰۰	۱/۰۰
دوم	غیر قابل کنترل	۰/۴۶	۰/۲۱	۲.۲۴۵	۳۳/۴۹**	۱/۳۷	۰/۴۲	۷/۳۶**	۰/۹۸	۱/۰۲
	سرزنش					۰/۷۰	۰/۱۴	۲/۵۵**	۰/۹۸	۱/۰۲
سوم	غیر قابل کنترل	۰/۴۸	۰/۲۳	۳.۲۴۴	۲۴/۵۳**	۱/۲۹	۰/۳۹	۶/۸۸**	۰/۹۵	۱/۰۵
	سرزنش					۰/۷۵	۰/۱۵	۲/۷۶**	۰/۹۷	۱/۰۳
	تلاش منطقی					−۰/۴۴	−۰/۱۳	−۲/۳۲**	۰/۹۶	۱/۰۴
چهارم	غیر قابل کنترل	۰/۴۹	۰/۲۴	۴.۲۴۳	۱۹/۸۲**	۱/۲۴	۰/۳۸	۶/۶۱**	۰/۹۳	۱/۰۷
	سرزنش					۰/۵۹	۰/۱۲	۲/۱۰**	۰/۹۰	۱/۱۱
	تلاش منطقی					−/۵۸	−۰/۱۷	−۲/۹۱*	۰/۸۶	۱/۱۶
	گناه					۰/۵۱	۰/۱۳	۲/۱۴*	۰/۸۱	۱/۲۳

$P < ۰/۰۱^{**}$ ،$P < ۰/۰۵^{*}$

VIF: Variance inflation factor

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.4.7]

بحث و نتیجه‌گیری

با وجود این که بیماری سرطان وضعیت بسیار استرس‌زایی است که می‌تواند تعادل روانی هر فردی را به هم بریزد، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد واکنش‌های متفاوتی را نسبت به این وضعیت نشان می‌دهند. برخی بلافاصله به هم می‌ریزند و درمانده می‌شوند و طیف وسیعی از اختلالات و پریشانی روان‌شناختی را بروز می‌دهند و برخی دیگر امید خود را حفظ می‌نمایند و برای بهبود کیفیت زندگی خود تلاش می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی مبتلایان به سرطان انجام شد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که رابطه معنی‌داری بین طرحواره‌های هیجانی با اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد. از میان خرده مقیاس‌های طرحواره‌های هیجانی، نشخوار ذهنی، گناه، غیر قابل کنترل بودن، تأییدطلبی از دیگران و سرزنش رابطه مثبت معنی‌دار و طرحواره‌های خودآگاهی هیجانی، ارزش‌های والاتر و توافق رابطه منفی معنی‌دار با اضطراب و افسردگی داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که نتیجه‌گیری کرده‌اند بین طرحواره‌های هیجانی و اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد (۳۳، ۲۹، ۲۱)، همسو بود.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، آن دسته از افراد مبتلا به سرطان که طرحواره‌های هیجانی مثبت مانند ابراز احساسات، جلب تأیید دیگران، دیدگاه ساده‌انگارانه، ارزش‌های والاتر، توافق و پذیرش احساسات در آن‌ها نیرومند است، نسبت به کسانی که طرحواره‌های هیجانی منفی مانند نشخوار ذهنی در آن‌ها قوی‌تر می‌باشد، میزان اضطراب و افسردگی کمتری را نشان می‌دهند. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آن‌جایی که طرحواره‌های هیجانی بر میزان اضطراب، افسردگی، نگرانی و تمرکز حواس تأثیر دارند (۳۳، ۲۴، ۲۲)، به نظر می‌رسد برخورداری از طرحواره‌های هیجانی مثبت با تأثیر گذاشتن بر حالات هیجانی و سازگاری روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان، موجب کاهش پریشانی روان‌شناختی و بهبود وضعیت سلامت روان این افراد می‌شود. در همین راستا، Leahy و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره‌های نشخوار ذهنی، احساس گناه، عدم تأییدطلبی، فقدان ارزش‌های والا، احساس کنترل پایین بر هیجانات، غیر قابل درک بودن، ابراز بیشتر و توافق اندک، توانایی پیش‌بینی افسردگی را دارند و طرحواره‌های کنترل، غیر قابل درک بودن، نشخوار ذهنی و ابراز بیشتر نیز توانایی پیش‌بینی اضطراب را دارند (۳۳). بنابراین، به نظر می‌رسد بیمارانی که طرحواره‌های هیجانی مثبت همچون ابراز احساسات، جلب تأیید دیگران، دیدگاه ساده‌انگارانه، ارزش‌های والاتر و توافق و پذیرش احساسات در آن‌ها نیرومند است، به شیوه مؤثرتری می‌توانند با هیجانات منفی و مشکلات ناشی از ابتلا به بیماری سرطان مقابله نمایند و به همین دلیل در مقابل پیامدهای روان‌شناختی ناشی از این بیماری مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. Block و Kremen بر این باور هستند که هیجانات مثبت، منابع روان‌شناختی بسیار مهمی می‌باشند که به افراد کمک می‌کنند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثری استفاده کنند و سلامت روانی و جسمانی خود را حفظ نمایند و به آسانی از وقایع استرس‌زای زندگی بهبود یابند (۳۴).

بیماران مبتلا به سرطان طیف گسترده‌ای از هیجانات را تجربه می‌کنند. بر اساس نظریه طرحواره هیجانی، این نوع مشکلات هیجانی اغلب ناشی از ارزیابی و تفسیر احساسات خود و راهبردهای به کار برده برای مقابله با این هیجانات است (۲۳، ۲۲). بنابراین، طرحواره‌های هیجانی از طریق تأثیرگذاری بر راهبردهای شناختی که در پاسخ به احساسات ناشی از تفسیر فرد از یک رویداد به کار می‌روند، می‌توانند در میزان اضطراب و افسردگی افراد مؤثر باشند (۲۴).

مدل درمان هیجان مدار (Emotion-focused therapy) Greenberg عنوان کرد که هیجان شکلی از پردازش اطلاعات است که به موجب آن، فرد معنای رویدادها را تجربه می‌کند. Greenberg و همکاران عقیده دارند که طرحواره‌های هیجانی به واسطه محتوای هیجانی «معانی» یا «شناخت‌ها»، ساختار سازمان دهنده‌ای را تشکیل می‌دهند (۳۵). در این مدل ممکن است هیجانات یک «عامل محرک» برای شناخت‌ها باشد و برای فردی که تحت سیطره محتوای منطقی و خشک و بی‌روح هیجانات قرار ندارد، حاوی یک «حقیقت» باشد. به طور کلی، مدل‌های فراشناختی هیجانات بیان می‌کنند که هیجانات رویدادهایی تجربی هستند که افراد مختلف به آن پاسخ‌های متفاوتی می‌دهند (۳۶). بر اساس این مدل‌ها، طرحواره‌های هیجانی بر چگونگی مفهوم‌پردازی هیجانات و نحوه اقدام (چگونگی عمل کردن در هنگام برانگیخته شدن هیجانات ناخوشایند) افراد نسبت به تجربه هیجان تأثیر می‌گذارند (۲۴، ۲۲).

پژوهش حاضر نشان داد افرادی که طرحواره‌های هیجانی مثبتی دارند؛ یعنی باورهای زیربنایی سالم‌تری دارند که بر پذیرش و ابراز احساسات، جلب تأیید دیگران، ارزش‌های والاتر و توافق تأکید می‌نماید و به شیوه مؤثری با استرس‌ها و تصورات نادرستی که در برخی جوامع در مورد افراد مبتلا به سرطان وجود دارد، کنار می‌آیند و در نتیجه، کمتر دستخوش پریشانی‌های روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی می‌شوند، در مقابل مبتلایانی که طرحواره‌های منفی مانند نشخوار ذهنی در آن‌ها نیرومند است، از لحاظ راهبردهای تنظیم هیجان درگیر نشخوار فکری می‌شوند. نشخوار فکری نوعی فرایند شناختی ناسازگارانه‌ای است که موجب تشدید و تداوم خلق منفی می‌شود و فرایند حل مسأله را مختل می‌سازد. بر اساس مدل فراشناختی Wells، نشخوار ذهنی راهبردی است که با هدف خودتنظیمی، با کمک رخدادهای درونی برانگیخته می‌شود (۳۷). این اختلال بیشتر معطوف به گذشته می‌باشد و به درک و یافتن معنی مربوط می‌شود. یافته‌های تجربی نشان می‌دهد که نشخوار ذهنی افسرده‌زا است (۳۸). یک تبیین بالقوه این است که افرادی که نشخوار ذهنی می‌کنند، باورهایی دارند که گرایش آن‌ها به نشخوار را تشویق می‌کند. بنابراین، بیمارانی که طرحواره‌های هیجانی نشخوار ذهنی دارند، برای یافتن علل رویداد پیش آمده درگیر فرایند نشخوار فکری می‌شوند که در درازمدت پیامدهای منفی به همراه دارد و با بروز اضطراب و افسردگی بیشتر مرتبط می‌باشد. نشخوار ذهنی بازتابی از عدم پذیرش احساسات است که با ابراز احساسات رابطه معکوسی دارد و این امر می‌تواند موجب افزایش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا شود.

به طور کلی، عوامل مختلفی در ایجاد اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان نقش دارد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌های هیجانی نیز می‌توانند با اضطراب و افسردگی این بیماران مرتبط باشند. از این‌رو، شناخت طرحواره‌های هیجانی منفی، تعدیل آن‌ها و جایگزین کردن طرحواره‌های مثبت‌تر، می‌تواند به این بیماران کمک کند که با اضطراب و افسردگی به شیوه مؤثری مقابله کنند. بنابراین، مداخلات روان‌شناختی طراحی شده برای بیماران مبتلا به سرطان باید به این موضوع توجه داشته باشند و با پرداختن به جنبه‌های هیجانی و تنظیم هیجان در این افراد، به آنان کمک کند تا با چالش‌های متعدد ناشی از این وضعیت مقابله نمایند. از جمله محدودیت‌های

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.4.7]

مطالعه حاضر، می‌توان به نمونه در دسترس، عدم کنترل نوع سرطان و عدم بررسی رابطه علی بین متغیرها اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در تحقیقات آینده این موارد را مد نظر قرار دهند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه مسؤولان و کارکنان بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و تمام بیمارانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Akbari M, Nafisi N, Jamshidifar Z. Effectiveness of mindfulness training in decreasing the perceived stress among the patients suffering from breast cancer. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology 2013; 7(27): 7-16. [In Persian].
2. Hemati K, Zaman B, Hassani V, Imani F, Dariaie P. Efficacy of fentanyl transdermal patch in the treatment of chronic soft tissue cancer pain. Anesth Pain Med 2015; 5(1): e22900.
3. Goovaerts P. Geostatistical analysis of county-level lung cancer mortality rates in the Southeastern United States. Geogr Anal 2010; 42(1): 32-52.
4. Montazeri A, Sajadian A, Ebrahimi M, Haghighat S, Harirchi I. Factors predicting the use of complementary and alternative therapies among cancer patients in Iran. Eur J Cancer Care (Engl) 2007; 16(2): 144-9.
5. Gao W, Bennett MI, Stark D, Murray S, Higginson IJ. Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: Prevalence, associated factors and clinical implications. Eur J Cancer 2010; 46(11): 2036-44.
6. Hong JF, Zhang W, Song YX, Xie LF, Wang WL. Psychological distress in elderly cancer patients. Int J Nurs Sci 2015; 2: 23-7.
7. Hamer M, Chida Y, Molloy GJ. Psychological distress and cancer mortality. J Psychosom Res 2009; 66(3): 255-8.
8. Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, Azuma H, Sagawa R, Furukawa TA, et al. Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. Psychooncology 2006; 15(6): 463-73.
9. Norton TR, Manne SL, Rubin S, Carlson J, Hernandez E, Edelson MI, et al. Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. J Clin Oncol 2004; 22(5): 919-26.
10. Gopalan M. 1313 Prevalence of psychiatric disorders among cancer patients admitted in a tertiary care centre. Eur Psychiatry 2013; 28(Supplement 1): 1.
11. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. Cancer 2007; 110(8): 1665-76.
12. Carayol M, Bernard P, Boiche J, Riou F, Mercier B, Cousson-Gelie F, et al. Psychological effect of exercise in women with breast cancer receiving adjuvant therapy: What is the optimal dose needed? Ann Oncol 2013; 24(2): 291-300.
13. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. J Med Assoc Thai 2007; 90(10): 2164-74.
14. Ross L, Boesen EH, Dalton SO, Johansen C. Mind and cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? Eur J Cancer 2002; 38(11): 1447-57.
15. Ogden J. Health psychology: A textbook. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2012.
16. Mears G. Examining the relationship between emotional schemas, emotional intelligence, and relationship satisfaction [PhD Thesis]. Lynchburg, VA: Liberty University; 2012.
17. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. J Pers Soc Psychol 2004; 86(2): 320-33.
18. Leahy RL, Tirch DD, Melwani PS. Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. Int J Cogn Ther 2012; 5(4): 362-79.
19. Penley JA, Tomaka J. Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. Pers Individ Dif 2002; 32(7): 1215-28.
20. Newman MG, Castonguay LG, Borkovec TD, Fisher AJ, Boswell JF, Szkodny LE, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. J Consult Clin Psychol 2011; 79(2): 171-81.
21. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. Cogn Behav Pract 2007; 14(1): 36-45.
22. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cogn Behav Pract 2002; 9(3): 177-90.
23. Leahy RL. Resistance: An emotional schema therapy approach. In: Simos G, Editor. Cognitive behaviour therapy: A guide for the practising clinician.Abingdon, UK: Taylor & Francis; 2008. p. 187-204.
24. Leahy R. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. In: Sookman D, Leahy RL, Editors. Treatment resistant anxiety disorders: Resolving impasses to symptom remission. Abingdon, UK: Taylor & Francis; 2009. p. 135-60.
25. Leahy RL. Overcoming resistance in cognitive therapy. New York, NY: Guilford Press; 2001.
26. Bayazi MH, Gohari Z, Hojjat SK, Behrad A. Relationship between emotional schemas and anxiety, depression and coping stress styles in patients with coronary artery disease. J North Khorasan Univ Med Sci 2014; 5(5): 1091-8. [In Persian].
27. Dashtban Jami S, Bayazi M, Zaeimi H, Hojjat S. Assessment of relation between emotional schemas and meta cognitive beliefs and depression. J North Khorasan Univ Med Sci 2014; 6(2): 297-305. [In Persian].
28. Rosenstein DL. Depression and end-of-life care for patients with cancer. Dialogues Clin Neurosci 2011; 13(1): 101-8.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.4.7]

29. Khanzadeh M, Edrisi F, Muhammadkhani S, Saidian M. Factor structure and psychometric properties of emotional schema scale. J Psycho Stud 2013; 3(11): 91-120.
30. Beak AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory for measuring depression . Arch Gen Psychology 1996; 4: 561-71.
31. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparing two conceptual frameworks. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2005; 11(3): 312-26. [In Persian].
32. Hossein Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran Univ Med J 2008; 66(2): 136-40. [In Persian].
33. Leahy RL, Tirch DD, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2011.
34. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. J Pers Soc Psychol 1996; 70(2): 349-61.
35. Greenberg L, Watson J, Watson J. Process-experiential therapy of depression. In: Greenberg LS, Watson JC, Lietaer G, Editors. Handbook of Experiential Psychotherapy. New York, NY: Guilford Press; 1998.
36. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. Behav Ther 2001; 32(1): 85-102.
37. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York, NY: Guilford Press; 2008.
38. Nolen-Hoeksema S, McBride A, Larson J. Rumination and psychological distress among bereaved partners. J Pers Soc Psychol 1997; 72(4): 855-62.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.4.7]

The Role of Emotional Schemas in Predicting Anxiety and Depression in Patients with Cancer

Soma Karami[1], Shekohesadat Banijamali[2], Zohreh Khosravi[2], Hadi Parhoon[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Depression and anxiety have a significant impact on performance, quality of life, hospitalization duration and treatment result in patients with cancer. The current study aimed to investigate the role of emotional schemas in predicting anxiety and depression in patients with cancer.

Methods and Materials: Using convenience sampling, 250 cancer patients admitted to the oncology ward of Rasool Akram Hospital of Tehran, Iran, were selected in the form of a descriptive-analytical design. Data were obtained by emotional schemas scale (ESS), Beck anxiety inventory (BAI) and Beck depression inventory (BDI) questionnaires. The data were analyzed using Pearson correlation and Stepwise regression analysis.

Findings: There was a significant association between all subscales of emotional schemas with depression and anxiety ($P < 0.05$). Among all emotional schemas, being out of control, strong values, guilt, self-awareness and reasonable effort schemas had the ability to predict depression among patients with cancer. Overall, 38% of the variance and variability of depression were explained by variables of emotional schemas. Also, emotional schemas such as being out of control, scolding, reasonable effort and guilt had a role in predicting anxiety in patients with cancer. In total, 24% of the variance and variability of anxiety was explained by variables of emotional schemas.

Conclusions: The emotional schemas play an important role in the prediction of depression and anxiety level in patients with cancer. Therefore, psychological interventions in this field can lead to a reduction in depression and anxiety in these patients through identifying and modifying negative emotional schemas.

Keywords: Emotional schemas, Depression, Anxiety, Cancer

Citation: Karami S, Banijamali S, Khosravi Z, Parhoon H. **The Role of Emotional Schemas in Predicting Anxiety and Depression in Patients with Cancer.** J Res Behav Sci 2017; 15(3): 291-8.

Received: 15.05.2017 Accepted: 18.07.2017

1- Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran
2- Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran
3- PhD Student, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
Corresponding Author: Hadi Parhoon, Email: hadi.parhon43@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.4.7]