

بررسی مقایسه طرحواره شناختی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۵

خلاصه

مقدمه

هدف پژوهش حاضر، مقایسه طرحواره شناختی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. برای رسیدن به این هدف جامعه آماری پژوهش شامل همه مبتلایان به سرطان سینه و مبتلایان به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مراکز درمانی تهران می‌باشند و در این مقاله هدف از نوع علی-مقایسه‌ای و به بررسی طرحواره شناختی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر با حجم نمونه با توجه به هدف پژوهش و با استفاده از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۶۰ نفر انتخاب می‌شوند. ۳۰ نفر مربوط به مبتلایان به سرطان سینه و ۳۰ نفر مبتلایان به دیابت نوع ۲ می‌باشد. در این پژوهش پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و پرسش‌نامه افسردگی بک (۱۹۶۱) بر روی گروه نمونه اجرا شد. داده‌ها پس از ثبت در نرم افزار SPSS۲۲ بر اساس روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره) مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

نتایج

نشان داد که در خرده‌مقیاس‌های حوزه گوش به زنگی و افسردگی معنادار می‌باشد؛ بدین معنا که بین آزمودنی‌های دو گروه (در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲) در میانگین نمرات این خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه گیری

در سایر خرده‌مقیاس‌های متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری نمی‌باشد. یعنی حوزه گوش به زنگی، گروه افراد مبتلا به سرطان پستان بالاتر از گروه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بوده است، همچنین متغیرهای افسردگی گروه افراد مبتلا به سرطان پستان بالاتر از گروه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بوده است.

کلمات کلیدی

طرحواره شناختی، افسردگی، سرطان پستان، دیابت نوع ۲.

لیلا علی پور^{۱*}

زهرا سارانی^۲

^۱دکتری مطالعات زنان گرایش حقوق زن در اسلام- استاد مدعو دانشگاه پیام نور ودانشگاه فرهنگیان- شاغل در معاونت آموزش متوسطه وزارت آموزش و پرورش
^۲کارشناسی ارشد روانشناسی - شاغل در آموزش و پرورش استان فارس شهرستان زرقان

Email: alipour. leila 95@gmail.com

مقدمه

سرطان بر اثر رشد سلول‌های ناهنجار و تکثیر غیرقابل کنترل آنها ایجاد می‌شود. سلول‌های سرطانی سریع‌اً رشد می‌کنند و تکثیر می‌شوند (۱). این روند معمولاً زمانی آغاز می‌شود که صدم‌های به ساختار ژنتیکی سلول وارد شود. سلول‌های سرطانی به جای اینکه در مدت زمان مشخصی بمیرند، همچنان به رشد و تکثیر ادامه می‌دهند، به هم چسبیده و ایجاد توده بافتی می‌کنند که تومور نام دارد و رشد بیش از حد آن به بافت اطرافش صدمه می‌زند. سرطان می‌تواند در یک بخش بدن شروع و به بقیه قسمت‌های بدن پخش شود که به این فرآیند، متاستاز^۱ می‌گویند (۲). سرطان سینه عبارت است از رشد بدخیم بافت سینه. سرطان سینه امکان دارد به گره‌های لنفاوی همجوار، ریه‌ها، پرده جنب (پوشاننده ریه‌ها)، استخوان (به خصوص جمجمه)، لگن و کبد گسترش یابد. این سرطان قبل از ۳۰ سالگی نادر است و معمولاً حداکثر سن آن ۶۵ سالگی است (۳). میزان بروز سرطان سینه پس از یائسگی افزایش می‌یابد. هنوز علت اصلی ایجادکننده سرطان سینه شناخته شده نیست و در واقع همه زنان در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستند (۴). سرطان سینه بعد از سرطان پوست شایع‌ترین سرطان در خانم‌ها است و بعد از سرطان ریه مهم‌ترین علت مرگ و میر خانم‌ها در کشورهای غربی است (۵). در بین زنانی که دچار سرطان پستان می‌شوند، ۳۰-۲۰ درصد آنان دارای سابقه خانوادگی این بیماری هستند دلیل اهمیت سابقه خانوادگی می‌تواند عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی در فرد مذکور باشد (۶). دیابت شایع‌ترین بیماری متابولیک در جهان است و در ایران نیز از شیوع بالایی برخوردار می‌باشد. دیابت یک بیماری مزمن است که هزینه‌های زیادی برای خدمات

پزشکی در بردارد (۷)، همچنین دیابت یک اختلال درونریز است و توسط هایپر گلیسمی مزمن که نتیجه نقص در تولید انسولین یا مقاومت به آن است مشخص و شناخته می‌شود (۸). دیابت چهارمین یا پنجمین علت مرگ و میر در اغلب کشورهای با درآمد سرانه بالا بوده و شواهد زیادی از همه‌گیری دیابت در کشورهای صنعتی یا در حال صنعتی شدن نیز وجود دارد (۹). میزان شیوع کلی این بیماری به ویژه در کشورهای در حال توسعه روبه افزایش است (۱۰). به علت شیوع قابل توجه چاقی و به موازات آن شیوع دیابت قندی در بیشتر کشورهای دنیا «چاقی» و «دیابت» اپیدمی دو قلوبی قرن ۲۱ نام گرفته‌اند (۱۱). مطمئناً یکی از مشکلات چالش برانگیز در قرن ۲۱ گستردگی زیاد این بیماری در کشورهای در حال توسعه است. تقریباً حدود ۳۹۰ میلیون نفر در سرتاسر جهان تا سال ۲۰۱۵ دارای دیابت شیرین هستند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد مبتلایان به این بیماری به حدود ۵۹۲ میلیون نفر تا سال ۲۰۳۵ برسد (۱۲). عوامل شناختی مختلفی در سرطان پستان و دیابت نوع ۲ دخیل می‌باشند که از جمله آنها طرحواره‌های شناختی^۲ می‌باشد. پژوهش‌ها اهمیت نقش طرحواره‌های شناختی را در برانگیختن نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران دارای سرطان پستان، نشان دادند (۱۳). معتقد است که طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند که این نیازها شامل دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خود انگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویشنداری می‌شود (۱۴). طرحواره‌های شناختی به عنوان عناصر سازمان‌یافته‌ای از واکنش‌ها و تجارب گذشته تعریف می‌شوند که بدنه بادوامی

نکردن داروها و یا اقدام به خودکشی می‌شود که خود روند درمان دیابت را مختل می‌کند. حال با توجه به مطالبی که گفته شد و از آنجا که پژوهش‌های اندکی در رابطه با طرحواره شناختی، افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گرفته و از سویی نتیجه این مطالعات می‌تواند بر بهبود وضعیت افراد مبتلا به سرطان پستان و دیابت نوع ۲ کمک کند لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال می‌باشد که آیا بین طرحواره شناختی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل همه مبتلایان به سرطان سینه و مبتلایان به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مراکز درمانی تهران می‌باشند. حجم نمونه با توجه به هدف پژوهش و با استفاده از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۶۰ نفر انتخاب می‌شوند. ۳۰ نفر مربوط به مبتلایان به سرطان سینه و ۳۰ نفر مبتلایان به دیابت نوع ۲ می‌باشد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. همچنین ابزار گردآوری داده‌ها عبارتند از:

- طرحواره‌های شناختی

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ^۲ (۲۰۰۳): فرم کوتاه این پرسشنامه (۷۵ سؤالی) در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است که ۱۵ طرحواره را می‌سنجد. این طرحواره‌ها دارای ۵ حوزه: حوزه اول؛ رها شدگی / بی ثباتی، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / شرم، محرومیت هیجانی. حوزه دوم؛ وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به

از دانش را تشکیل می‌دهند؛ به طوری که می‌توانند برداشت‌های بعدی فرد را هدایت نمایند و مورد ارزیابی قرار دهند. براساس نظر بک (۱۹۹۰)، مرکز نظریه‌شناختی اختلالات شخصیتی، مفهوم طرحواره می‌باشد. در واقع، این محتوای طرحواره‌های شناختی است که فرایندهای رفتاری، عاطفی و شناختی را در افراد تعیین می‌کند و موانع سازنده شخصیت را تشکیل می‌دهد (۱۵). عامل اثرگذار دیگر بر سرطان پستان و دیابت نوع ۲ افسردگی^۱ می‌باشد. علائم افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، به خاطر عوامل زیادی مانند ظهور بیماری، درد و فرسودگی، تغییر در تصویر ظاهری، آسیب به صمیمیت زناشویی، عدم تأمین حمایت مورد انتظار، ترس و نیاز برای سازگاری با شرایط جدید غالباً شدید است (۱۶). زندگی بیمار بعد از تشخیص بیماری بلافاصله به صورت ویژه‌ای تغییر می‌کند زیرا زمانی که بیماران سرطانی اولویت هایشان را می‌سنجند، درگیر یک سری رفتارهای جدید می‌شوند، محدودیت‌ها را می‌پذیرند و باورهای اصلی‌شان را از نو می‌سازند (۱۷). افسردگی به عنوان یک احساس ناراحتی مشخص همراه با احساس پوچی و گناه توصیف شده است. علاوه بر این، شخص علائمی چون انزوای اجتماعی، ناامیدی، کمبود اشتیاق، و همچنین تغییر چشمگیر در میزان خواب و اشتها از خود نشان می‌دهد (۱۸). علاوه بر این، افرادی که افسردگی را تجربه کرده‌اند، به نظر می‌رسد که در معرض خطر بیشتری از ابتلا به بدخیم شدن بیماری می‌شود (۱۹). ایزدی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که ابتلای به افسردگی علاوه بر تشدید عوارض دیابت باعث بروز علائم خودتخریبی مانند پرخوری، پرنوشی، مصرف

۳- افسردگی متوسط (۴۷ - ۳۲) یا (۳۵ - ۲۹): افرادی که به افسردگی در سطح متوسط مبتلا هستند.

۴- افسردگی عمیق (۶۲ - ۴۸) یا (۶۳ - ۳۶): افرادی که به افسردگی در سطح شدید مبتلا هستند. بررسی‌هایی که در زمینه اعتبار پرسشنامه انجام گرفته نشان‌دهنده ضریب ثبات درونی ۰/۷۳ تا ۰/۶۵ و اعتبار باز آزمایی در فواصل چند ساعت تا چهار ماه از ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ می‌باشد. میزان اعتبار این مقیاس برحسب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۱ به دست آمده است. آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کوواریانس نشان داده شده است سطح معناداری آزمون ام‌باکس بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین فرض صفر پذیرفته می‌شود و این بدان معناست که ما شاهد برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای کمی پژوهش (خرده‌مقیاس‌های طرح‌واره ناسازگار اولیه) در بین گروه‌های مستقل (در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲) هستیم و لذا ماتریس کوواریانس‌ها همگن هستند. همچنین آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس خطای متغیر وابسته نشان می‌دهد که در مورد خرده‌مقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه واریانس‌ها همگن هستند. (۲۱)

یافته‌ها

آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کوواریانس نشان داده شده است سطح معناداری آزمون ام‌باکس بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین فرض صفر پذیرفته می‌شود و این بدان معناست که ما شاهد برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای کمی پژوهش (خرده‌مقیاس‌های طرح‌واره ناسازگار اولیه) در بین گروه‌های مستقل (در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲) هستیم و لذا ماتریس کوواریانس‌ها همگن هستند.

بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، شکست. حوزه سوم؛ استحقاق/ بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی. حوزه چهارم؛ اطاعت، فداکاری. حوزه پنجم؛ بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقالی. هر سؤال در یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره-گذاری می‌شود (کاملاً مخالفم، مخالفم، کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم) در این پرسشنامه هر پنج سؤال یک طرح‌واره را می‌سنجد. چنانچه میانگین هر خرده‌مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرح‌واره ناکارآمد است. اعتبار و روایی پرسشنامه طرح‌واره یانگ، توسط اسمیت، جوینر یانگ و تلچ^۱ (۱۹۹۵) انجام شد، نشان داد که برای هر طرح‌واره ناسازگار اولیه، ضریب آلفایی از ۰/۸۳ (برای طرح‌واره خود تحول نیافته / گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرح‌واره نقص / شرم) به دست آمد و ضریب آزمون -بازآزمون در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. خرده‌مقیاس‌های اولیه پایایی آزمون -بازآزمون و ثبات درونی بالایی نشان دادند (۲۰). افسردگی: فرم بلند آن که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته، دارای ۲۱ گویه است که پاسخ‌های آن روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد. برای نمره‌گذاری از فرد خواسته می‌شود برحسب وضعیت خود به سؤالات پاسخ دهد سپس نمره‌های فرد که از ۳-۰ درجه‌بندی شده، باهم جمع شده و نمره افسردگی کل به دست می‌آید.

۱- میانگین بهنجار (۱۵ - ۱) یا (۱۸ - ۱): افرادی که افسردگی ندارند و در سطح عادی هستند.

۲- افسردگی خفیف (۳۱ - ۱۶) یا (۲۸ - ۱۸): افرادی که به افسردگی در سطح خفیف مبتلا هستند

گروه (در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲) به‌عنوان عامل بین آزمودنی و نمرات حاصل از طرح‌واره ناسازگار اولیه یانگ (۲۰۰۳)، پرسشنامه افسردگی بک به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در جداول زیر ارائه شده است:

جدول ۲: آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس

کوواریانس

مجد	P	Df	Df	F	ارزش	آزمون	اثرات
وراتا		خ	فرض				
		طا	ی				
۰/۹۷	۰/۰۰	۵۲	۷	۲۸۴/۹۴	۰/۹۷		اثر پیلایی
۰/۹۷	۰/۰۰	۵۲	۷	۲۸۴/۹۴	۰/۰۲		لامبدای ویلکز
۰/۹۷	۰/۰۰	۵۲	۷	۲۸۴/۹۴	۳۸/۳۵		اثر هتلینگ
۰/۹۷	۰/۰۰	۵۲	۷	۲۸۴/۹۴	۳۸/۳۵		بزرگت رین ریشه روی
۰/۵۸	۰/۰۰	۵۲	۷	۱۰/۳۸	۰/۵۸		اثر پیلایی
۰/۵۸	۰/۰۰	۵۲	۷	۱۰/۳۸	۰/۴۱		لامبدای ویلکز
۰/۵۸	۰/۰۰	۵۲	۷	۱۰/۳۸	۱/۳۹		اثر هتلینگ
۰/۵۸	۰/۰۰	۵۲	۷	۱۰/۳۸	۱/۳۹		بزرگت رین ریشه روی

همچنین آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس خطای متغیر وابسته نشان می‌دهد که در مورد خرده‌مقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه واریانس‌ها همگن هستند.

جدول ۱: آزمون کالموگراف اسمیرنف برای خرده‌مقیاس‌ها

متغیرها	خرده‌مقیاس‌ها	KM	P
	محرومیت هیجانی	۰/۱۰	۰/۰۷
	رهاشدگی بی‌ثباتی	۰/۰۸	۰/۲۰
	بی‌اعتمادی بدرفتاری	۰/۱۳	۰/۲۰
	انزوای اجتماعی	۰/۱۶	۰/۰۶
	بیگانگی	۰/۱۸	۰/۰۷
طرح-	نقص/شرم	۰/۱۳	۰/۲۰
واره‌های	شکست	۰/۱۹	۰/۰۶
ناسازگار	وابستگی	۰/۱۵	۰/۰۶
اولیه و	آسیب‌پذیری	۰/۱۳	۰/۲۰
افسردگی	گرفتار	۰/۱۸	۰/۲۰
	اطاعت	۰/۱۰	۰/۰۷
	ایثارگری	۰/۱۰	۰/۱۸
	بازداری هیجانی	۰/۱۱	۰/۰۳
	معیارهای سرسختانه	۰/۰۸	۰/۲۰
	استحقاق/بزرگ‌منش	۰/۱۱	۰/۰۵
	خویش‌داری	۰/۱۶	۰/۱۲

آزمون نرمال بودن توزیع نمره‌های متغیر به کار رفته در این مطالعه در جدول آمده است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود آزمون کالموگراف - اسمیرنف نیز به که به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شده است؛ نشان می‌دهد که فرضیه نرمال بودن داده‌ها برقرار می‌باشد ($p > 0/05$). به منظور بررسی به این فرضیه از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. در این تحلیل،

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره جهت مقایسه

طرحواره‌های ناسازگار اولیه

شاخص آماری	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P
حوزه بریدگی و طرد	تعامل	۳۶۰/۱۵	۱	۳۶۰/۱۵	۲/۵۱	۰/۱۱
	خطا	۸۳۱۸/۷۰	۵۸	۱۴۳/۴۲		
حوزه خودگردا نی	تعامل	۴۳۷/۴۰	۱	۴۳۷/۴۰	۲/۴۰	۰/۱۲
	خطا	۱۰۵۴۶/۳۳	۵۸	۱۸۱/۸۳		
حوزه محدودیت عمل	تعامل	۳۵/۲۶	۱	۳۵/۲۶	۰/۶۸	۰/۴۱
	خطا	۲۹۹۱/۶۶	۵۸	۵۱/۵۸		
حوزه جهت-مندی	تعامل	۱۲۰/۴۱	۱	۱۲۰/۴۱	۳/۳۸	۰/۰۷
	خطا	۲۰۶۳/۷۶	۵۸	۳۵/۵۸		
حوزه گوش به زنگی	تعامل	۱۰۰۸/۶۰	۱	۱۰۰۸/۶۰	۲/۳۵	۰/۰۰
	خطا	۲۲۱۹/۷۳	۵۸	۳۸/۲۷	۶	
افسردگی	تعامل	۳۷۱۳/۰۶	۱	۳۷۱۳/۰۶	۳/۶۷	۰/۰۰
	خطا	۶۲۱۱/۶۶	۵۸	۱۰۷/۰۹	۴	
خودپنداره	تعامل	۱۳۹۲/۰۱	۱	۱۳۹۲/۰۱	۸/۹۸	۰/۰۰
	خطا	۸۹۸۳/۲۳	۵۸	۱۵۴/۸۸		

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد اثر گروه بر نمرات حاصل از پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ، پرسشنامه افسردگی بک در خرده-مقیاس‌های حوزه گوش به زنگی، افسردگی و خودپنداره معنادار می‌باشد؛ بدین معنا که بین آزمودنی‌های دو گروه (در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲) در میانگین نمرات این خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. اما در سایر

جدول فوق نشان می‌دهد که نتایج آزمون‌های چندگانه در مورد گروه معنادار است. معنی دار شدن آزمون‌های چندگانه نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها حداقل در یکی از حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و افسردگی تفاوت معنی داری دارند.

جدول ۳: اثرات بین آزمودنی برای بررسی تأثیر تفاوت گروه بر

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P	تا
حوزه بریدگی و طرد	۳۶۰/۱۵	۱	۳۶۰/۱۵	۲/۵۱	۰/۱۱	۰/۰۴
	۸۳۱۸/۷۰	۵۸	۱۴۳/۴۲			
حوزه خودگردا نی	۴۳۷/۴۰	۱	۴۳۷/۴۰	۲/۴۰	۰/۱۲	۰/۰۴
	۱۰۵۴۶/۳۳	۵۸	۱۸۱/۸۳			
حوزه محدودیت عمل	۳۵/۲۶	۱	۳۵/۲۶	۰/۶۸	۰/۴۱	۰/۰۴
	۲۹۹۱/۶۶	۵۸	۵۱/۵۸			
حوزه جهت-مندی	۱۲۰/۴۱	۱	۱۲۰/۴۱	۳/۳۸	۰/۰۷	۰/۰۴
	۲۰۶۳/۷۶	۵۸	۳۵/۵۸			
حوزه گوش به زنگی	۱۰۰۸/۶۰	۱	۱۰۰۸/۶۰	۲/۳۵	۰/۰۰	۰/۰۴
	۲۲۱۹/۷۳	۵۸	۳۸/۲۷	۶		
افسردگی	۳۷۱۳/۰۶	۱	۳۷۱۳/۰۶	۳/۶۷	۰/۰۰	۰/۰۴
	۶۲۱۱/۶۶	۵۸	۱۰۷/۰۹	۴		
خودپنداره	۱۳۹۲/۰۱	۱	۱۳۹۲/۰۱	۸/۹۸	۰/۰۰	۰/۰۴
	۸۹۸۳/۲۳	۵۸	۱۵۴/۸۸			

جدول فوق نشان می‌دهد که اثر گروه در مورد حوزه گوش‌بزننگی طرح‌واره و افسردگی معنادار است، لذا تفاوت گروه بر متغیرهای ذکر شده معنادار بوده است.

خرده‌مقیاس‌های متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری نمی‌باشد.

جدول ۵: مقایسه دو تایی گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه الف	گروه ب	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها (الف-ب)	سطح معناداری
حوزه بریدگی	سرطان	دیابت	۳/۰۹	-۴/۹۰	۰/۱۱
حوزه خودگردانی	سرطان	دیابت	۳/۰۹	۴/۹۰	۰/۱۱
حوزه محدودیت عمل	سرطان	دیابت	۳/۰۹	۵/۴۰	۰/۱۲
حوزه جهت‌مندی	سرطان	دیابت	۳/۰۹	-۵/۴۰	۰/۱۲
حوزه گوش به زنگی	سرطان	دیابت	۱/۸۵	-۱/۵۳	۰/۴۱
حوزه افسردگی	سرطان	دیابت	۱/۸۵	۱/۵۳	۰/۴۱
خودپنداره	سرطان	دیابت	۱/۵۴	۲/۸۳	۰/۰۷
	سرطان	دیابت	۱/۵۴	-۲/۸۳	۰/۰۷
	سرطان	دیابت	۱/۵۹	۸/۲۰	۰/۰۰
	سرطان	دیابت	۱/۸۵	-۸/۲۰	۰/۰۰
	سرطان	دیابت	۱/۵۹	۱۵/۷۳	۰/۰۰
	سرطان	دیابت	۲/۶۷	-۱۵/۷۳	۰/۰۰
	سرطان	دیابت	۳/۲۱	-۹/۶۳	۰/۰۰
	سرطان	دیابت	۳/۲۱	۹/۶۳	۰/۰۰

مطابق با جدول فوق میانگین حوزه گوش‌به‌زنگی، گروه افراد دارای سرطان پستان بالاتر از گروه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بوده است، همچنین متغیرهای افسردگی گروه افراد مبتلا سرطان پستان بالاتر از گروه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بوده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی طرح‌واره‌های شناختی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. نتایج نشان داد که اثر گروه بر نمرات حاصل از پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ و پرسشنامه افسردگی بک در خرده‌مقیاس‌های حوزه گوش‌به‌زنگی و افسردگی معنادار می‌باشد؛ بدین معنا که بین آزمودنی‌های دو گروه (در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲) در میانگین نمرات این خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. اما در سایر خرده-مقیاس‌های متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری نمی‌باشد. یعنی حوزه گوش‌به‌زنگی، گروه افراد مبتلا به سرطان پستان بالاتر از گروه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بوده است، همچنین متغیرهای افسردگی گروه افراد مبتلا به سرطان پستان بالاتر از گروه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بوده است. این نتیجه با نتایج حاجیان و نیکونژاد (۱۴۰۰)؛ جعفری و بافنده (۱۳۹۸)؛ مظلوم بفرئی و همکاران (۱۳۹۵) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که امروزه سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان محسوب می‌شود که می‌تواند مهمترین عامل تهدیدکننده سلامتی آنان باشد. در ایران بر طبق آمار مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، سرطان پستان دارد. از نظر بروز بین تمام سرطان‌ها در زنان، در رتبه اول قرار دارد (۲۲). همچنین سرطان سینه یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌ها در زنان است که از هر ۸ نفر زن یک نفر را مبتلا کرده و متأسفانه بیش از سایر سرطان‌ها باعث مرگ و میر زنان می‌شود. سرطان سینه شایع‌ترین علت مرگ زنان در محدوده سنی ۳۳ تا ۵۵ سالگی می‌باشد (۲۳). به‌طور کلی، بیماران مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با دیگر سرطان‌های زنان بعد از تشخیص بیماری با بقا طولانی‌تر همراه هستند. اما امروزه تنها زنده ماندن بیماران

مدنظر نیست، بلکه بیماران خواهان یک زندگی با کیفیت مناسب هستند. کیفیت زندگی، مقیاسی از درک بیمار از تندرستی خود است که شامل حوزه‌های جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی و رفاه اقتصادی می‌شود و یکی از شاخص‌های سنجش سلامت است. در واقع از آنجا که سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را نه تنها عدم بیماری بلکه در کمال مناسب بودن از نظر جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است، توجه کارشناسان به اهمیت زندگی جلب شده است. همچنین دیابت از جمله بیماری‌های متابولیکی است که با کمبود نسبی یا مطلق انسولین، افزایش گلوکز خون، اختلال در متابولیسم کربوهیدرات، چربی‌ها و پروتئین‌ها همراه است که جریان زندگی را مختل می‌کند و می‌تواند پیامدهای روانی مهمی را به دنبال داشته باشد که از جمله آن افسردگی می‌باشد (۲۴). تحقیقات نشان داده است شیوع افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند (سرطان، بیماری‌های قلبی و دیابت) تقریباً دو الی سه برابر بیشتر از افراد عادی است. دیابت یکی از انواع بیماری‌های مزمن است که به مراقبت زیادی نیاز دارد و فرد ناچار است برای جلوگیری از بالا رفتن میزان قند خون و ابتلا به عوارض ناشی از آن، شرایط بیماری و سطح قند خون خود را تحت کنترل داشته باشد. بین دیابت و افسردگی ارتباط متقابلی وجود دارد. طوری که، احساس غم و اندوه می‌کنید و انگیزه کافی برای مراقبت از دیابت خود ندارید. در نتیجه در کنترل دیابت خود ضعیف عمل می‌کنید که به دنبال آن سطح قند خون افزایش می‌یابد. با افزایش سطح قند خون "احساس خستگی و فقدان انرژی" در شما تشدید می‌شود و احساس اندوه می‌کنید و انگیزه‌ی کافی برای مراقبت از دیابت خود ندارید و این چرخه ادامه می‌یابد، افسردگی معمولاً در زنان مبتلا به دیابت، افراد دیابتی که تنها زندگی می‌کنند، افرادی که عوارض حاد یا طولانی مدت دیابت را تجربه کرده‌اند، افرادی که در زندگی با عوامل

استرس‌زا مواجه شده‌اند و همچنین افرادی که کنترل قند خون ضعیفی دارند شایع‌تر است. مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی در بیماران دیابتی که سطح هموگلبین ای وان سی بالاتری دارند بیشتر است. تحقیقات به وضوح ارتباط بین افزایش قند خون و افسردگی را نشان داده‌اند، ولی به طور کامل مشخص نیست که آیا افزایش قند خون سبب بروز افسردگی می‌شود یا افسردگی باعث افزایش سطح قند خون می‌گردد (۲۵). همچنین می‌توان گفت که طرحواره را به عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمان شناختی که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند تجارب‌شان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند. این سازمان ساختاریافته اغلب سازگاران تا جایی که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل شده کمتری نیاز دارد، با این وجود، بازنمایی‌های درونی درست سازمان یافته اطلاعات، گاهی اوقات توأم با هزینه است، چرا که اطلاعات ممکن است به صورت انتخابی وارد، رمزگردانی و بازیابی شوند و تحت تأثیر بازیابی درونی فرد قرار گیرند (۲۶). در همین راستا باید افزود که حوزه جدایی و طرد شامل طرحواره‌های شناختی است که باعث می‌شود شخص به این باور برسد که نیازهای اساسی، از قبیل عشق، امنیت، و ثبات برآورده نخواهد شد. نکته قابل توجه دیگر این است که اغلب طرحواره‌هایی که از بیماران سرطانی شناسایی کردیم، طرحواره‌های غیرشرطی هستند که باعث می‌شوند فرد به این باور برسد انتخابش برای درمان و ادامه درمان اهمیتی ندارد، و نتیجه نهایی یکسان خواهد بود. هر فردی که با یک اتفاق بد در زندگی روبه‌رو شده باشد (برای مثال: دریافت تشخیص سرطان پستان) که در نهایت موجب به وجود آمدن عواقب نامطلوب می‌شود، بایستی تمام راه‌حل‌های ممکن را در نظر بگیرد و بهترین آنها را با توجه به شرایط ضروری و نیازهای خود انتخاب کند (۲۷).

نتیجه گیری

از جمله محدودیت این پژوهش وقت گیر بودن آن است که به دلیل تعداد سوالات زیاد پرسشنامه باعث امتناع افراد از پر کردن پرسشنامه‌ها و احتمال دقت افراد در پاسخ‌گویی به سوالات انتهایی پرسشنامه را پائین آورد. پژوهش حاضر بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شده است و باید در تعمیم نتایج به سایرین احتیاط کرد. لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی با جلسات آموزشی طرحواره درمانی همراه با دوره‌های پیگیری اجرا شود تا نتایج قابل اطمینان‌تری کسب شود. با توجه به مطالعات مرور شده و شیوع بالای افسردگی در تاثیر آن بر سیر درمان بیماری و نیز شدت بیماران دیابتی بررسی و مشاوره روان پزشکی در این بیماران و بخصوص آن بیمارانی که بیشتر مستعد افسردگی هستند، مانند زنان و افرادی که سابقه افسردگی در خود یا خانواده‌ی خود داشته‌اند، برای تشخیص زودرس

افسردگی و تنظیم برنامه‌های مربوط به پیشگیری و بهبود افسردگی در آنها و نیز ارائه آموزش‌های روانشناختی و تشویق به انجام اعمالی که باعث کنترل یا پیشگیری از افسردگی می‌شود، مانند ورزش‌های هوازی یا کنترل قندخون در حد طبیعی مهم و سودمند می‌باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابه در سایر مناطق کشور بر روی گروه‌های سنی و تحصیلی متفاوت صورت گیرد تا با اطمینان کامل بتوان تعمیم‌پذیری انجام داد همچنین پیشنهاد می‌شود علاوه بر استفاده از پرسشنامه از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات همچون مصاحبه و مشاهده استفاده شود تا اطلاعات کامل‌تر و دقیق‌تر به دست آید، لذا در این زمینه باید برای این زنان اقدامات مشاوره‌ای، پزشکی و حمایت اجتماعی به طور تخصصی از سوی مسئولین و دولت صورت گیرد.

References

1. Talebi, Gholamreza; Rezaei Jamaloui, Hassan; Bagharian Sararoudi, Reza and Parhehi, Hamidreza. (۱۴۰۲). Effectiveness of emotional schema therapy on quality of life and sense of agency in breast cancer patients. Behavioral science research. ۲۱ (۲): ۲۲۷-۲۱۵. Perez A, Lee A, Law SCK, Chua T, Williams W, Chong V. (2010). In Halperin EC, Perez CA, Brady LW. Principle and Practice of Radiation Oncology .5th, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins,; 11: 62-316.
2. Khademi, Mehrnoosh; Talebian Sharif, Jafar and Azadi, Mahmoud. (۲۰۱۸). The effectiveness of schema therapy on primary maladaptive schemas of women with breast cancer, the third international research conference in psychology, counseling and educational sciences.
3. Sadouqi, Majid; Mehrzad, Waliullah and Mohammad Salehi, Zahra. (۲۰۱۷). The relationship of anxiety and depression with the quality of life of women with breast cancer referred to Seyed al-Shohdai Hospital in Isfahan in ۲۰۱۵: the moderating role of resilience. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. ۱۶ (۵): ۳۹۵-۴۰۸.
4. Gharib original, calm; Sudani, Mansour and Attari, Yusufali. (۲۰۱۵). The effectiveness of cognitive-behavioral group counseling on self-concept and depression of women with breast cancer. Jundishapour Medical Journal, ۱۵(۳): ۳۳۴-۳۴۵.
5. Truth, famous. (۱۴۰۰). Covid-۱۹ and breast cancer (Editor's note). Iranian Journal of Breast Diseases, ۱۴(۱): ۱۰-۷.

6. Jamshidi, Zahra; Mohabi, Bahram; Shakibazadeh, Elham and Talal, Azar. (۱۴۰۰). Comparison of the effectiveness of direct and indirect virtual educational intervention on improving self-management behaviors and diabetes control in women with type ۲ diabetes. *Journal of the Faculty of Health and Health Research Institute*, ۱۹(۱): ۵۲-۳۵
7. Beneficiary, Lily; Rifati, Fouzia and Musliminia, Tahereh. (۱۴۰۲). Investigating the effect of diabetes self-care education through the WhatsApp virtual messenger on the self-care behavior of patients with type ۲ diabetes: a semi-experimental study. *Ibn Sina Nursing and Midwifery Care Journal (Scientific Journal of Hamedan Nursing and Midwifery School)*, ۳۱(۲): ۱۰۴-۹۵
8. Barbari, Hamida and Haji Mohammad Bagher, Samaneh. (۲۰۱۹). Investigation of depression in diabetics, *National Conference on Intelligent Systems and Fast Computing*, Shahreza.
9. Mirzakhani, Farzad; Kazemi, Azar; Rasoulia, Marjan; Mousavi, Sidiosuf and Amirabadizadeh, Alireza. (۲۰۱۷). Comparison of artificial neural network model and decision tree to identify and predict factors related to type ۲ diabetes. *Mashhad Medical Journal*, ۷(۴): ۳۵-۲۰
10. Nasri, Maryam; Ahadi, Hassan and Dartaj, Fariborz. (۲۰۱۶). The effectiveness of extradiagnostic treatment on cognitive flexibility, emotion regulation and hb factor in diabetic patients. *Journal of Psychological Achievement*, ۲۴(۲): ۱۰۰-۸۱
11. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I& Beagley J. (2015). Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes research and clinical practice*; 103(2): 137- 49.
12. Bredicean AC, Crăiniceanu Z, Oprean C, Riviș IA, Papavă I, Secoșan I, et al. (2020). The influence of cognitive schemas on the mixed anxiety-depressive symptoms of breast cancer patients. *BMC Women's Health*; 20(1): 32.
13. Yang, H., Brand, J. S., Fang, F., Chiesa, F., Johansson, A. L., Hall, P., & Czene, K. (2017). Time - dependent risk of depression, anxiety, and stress - related disorders in patients with invasive and in situ breast cancer. *International journal of cancer*, 140(4), 841 -852.
14. Ahmadzadeh, Sudabah; Dehghani, Akram and Kalantari, Mehrdad. (۱۴۰۰). The effectiveness of schema therapy on cognitive avoidance of female students with early maladaptive schemas. *Journal of Empowerment of Exceptional Children*, ۱۲(۲): ۵۶-۶۵
15. Muzzatti, B., Bomben, F., Flaiban, C., Piccinin, M., & Annunziata, M. A. (2020). Quality of life and psychological distress during cancer: a prospective observational study involving young breast cancer female patients. *BMC cancer*, 20(1), 1 - 8 .
16. Kyei, K. A., Oswald, J. W., Njoku, A. U., Kyei, J. B., & Vanderpuye, V. (2020). Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients Undergoing Treatment in Ghana. *African Journal of Biomedical Research*, 23(2), 227 -232.
17. American Psychological Association. (۲۰۱۳). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*; Translated by Yahya Seyed Mohammadi, ۲۰۱۴. Tehran: Nash Rawan Publishing House.
18. Shim, E. J., Lee, J. W., Cho, J., Jung, H. K., Kim, N. H., Lee, J. E., ... & Kim, Y. S. (2020). Association of depression and anxiety disorder with the risk of mortality in breast cancer: a National Health Insurance Service study in Korea. *Breast cancer research and treatment*, 179(2), 491 -498.
19. Mazloun Bafroi, Nahid; Dehghani Firouzabadi, Tayeba and Alizadeh Betul. (۲۰۱۵). Investigating the prevalence of depression and anxiety in diabetic patients. *Diabetes Nursing Quarterly*, ۲(۴): ۶۰-۶۸

20. Hajian, Mozghan and Nikunjad, Forough. (۱۴۰۰). Effectiveness of cognitive schema therapy on combined symptoms of anxiety and depression in breast cancer patients. *Roish Psychology*, ۱۰(۷): ۹۴-۸۷ and Jafari, Rahab and Bafandeh, Hassan. (۲۰۱۸). The effect of cognitive rehabilitation on improvement of depression symptoms and brain wave patterns in patients with depression. *Journal of Community Health*, ۱۳(۳): ۶۴-۷۲
21. O'Neil A, Stevenson CE, Williams ED, Mortimer D, Oldenburg B, Sanderson K. (2013). The health-related quality of life burden of co-morbid cardiovascular disease and major depressive disorder in Australia: findings from a population-based, cross-sectional study. *Qual Life Res*; 22(1): 37-44.
22. Khademi, Mehrnoosh and Sharif, Jafar. (۲۰۱۸). The effectiveness of schema therapy on the resilience of women with breast cancer. *Journal of New Achievements in Humanities Studies*, ۲(۱۸): ۱۵-۸
23. Barbari, Hamida and Haji Mohammad Bagher, Samaneh. (۲۰۱۹). Investigation of depression in diabetics, National Conference on Intelligent Systems and Fast Computing, Shahreza.
24. Azadfar, Zahra and Kazempour, Mehna. (۱۴۰۰). Controlling diabetes by managing stress, anxiety and depression. Tehran: Lega Publications.
25. Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley
26. Roberts, K., Si, Y., Gandhi, A., & Bernstam, E. (2018,). A framenet for cancer information in clinical narratives: schema and annotation. In *Proceedings of the Eleventh International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC 2018)*

Original Article

Comparison of cognitive schema and depression in women with breast cancer and women with type² diabetes

Received: 06/09/2023 - Accepted: 16/11/2023

Leila Alipour^{1*}

Zahra Sarani²

¹ Ph.D. in women's studies, women's rights in Islam - visiting professor at Payam Noor University and Farhangian University - Employed in the secondary education department of the Ministry of Education

²Assistant professor University of Payam Noor- Working in education in Fars province -Zarghan city

Email:
alipour. leila 95@gmail.com
Hard_soul55@yahoo.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare cognitive schema and depression in women with breast cancer and women with type² diabetes. This research is causal-comparative. To achieve this goal, the statistical population of the research includes all breast cancer patients and type² diabetes patients who refer to Tehran medical centers, and in this article, the purpose of this article is causal-comparative and to investigate the cognitive schema and depression in women. He is suffering from breast cancer and women suffering from type² diabetes.

Methods: In this research, 60 people are selected with the sample size according to the purpose of the research and using the cluster sampling method. 30 people are related to breast cancer patients and 30 people are type² diabetes patients. In this research, Yang et al.'s primary maladaptive schema questionnaire (2003) and Beck's depression questionnaire (1961) were administered to the sample group. After recording in SPSS 22 software, the data is analyzed based on descriptive (mean and standard deviation) and inferential (multivariate analysis of variance) methods.

Conclusion: showed that it is significant in the sub-scales of ear ringing and depression; This means that there is a significant difference between the subjects of the two groups (in women with breast cancer and women with type² diabetes). There is no significant difference in other variable sub-scales of primary incompatible schemas. That is, according to Ghosh-Zangi, the group of people with breast cancer was higher than the group of people with type² diabetes, and the depression variables of the group of people with breast cancer were higher than the group of people with type² diabetes.

Key words: Cognitive schema, depression, breast cancer, type² diabetes.