

مقاله اصلی

# اثربخشی طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی، سرخوردگی زناشویی و رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۱۹

## خلاصه

**مقدمه:** ابتلا به بیماری سرطان، بحرانی آسیب زای می باشد که تاثیر به سزایی در ابعاد گوناگون زندگی شخص دارد. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی، سرخوردگی زناشویی و رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان در شهر مشهد بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امید و مراکز تخصصی مشهد در سال ۱۴۰۰ بود. از میان این افراد، ۳۶ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۱۸ نفر) جایگزین شدند. سپس طرحواره درمانی (به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه به پرسشنامه های انعطاف پذیری شناختی دنای و ونادروال (۲۰۱۰)، سرخوردگی زناشویی کایزر (۱۹۹۳) و رشد پس از آسیب تدریجی و کالهن (۱۹۹۶) پاسخ دادند. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

**نتایج:** یافته ها نشان داد که مداخله طرحواره درمانی بر افزایش انعطاف پذیری شناختی، افزایش رشد پس از آسیب و کاهش سرخوردگی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان مؤثر بوده است ( $p \leq 0/01$ ).  
**نتیجه گیری:** از آنجا که طرحواره درمانی اثرات مطلوبی روی متغیرهای پژوهش پیش رو داشته است، بنابراین استفاده از آن به منظور روش درمانی مؤثر جهت حمایت از بیماران خاص سرطانی پیشنهاد می شود.

**کلمات کلیدی:** طرحواره درمانی؛ رشد پس از آسیب؛ سرخوردگی زناشویی؛ انعطاف پذیری شناختی

ماروس رفیعی<sup>۱</sup>

شاهد مسعودی<sup>۲\*</sup>

مسعود خاکپور<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>دانشجوی دکتری تخصصی، گروه علوم تربیتی و مشاوره،

واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

<sup>۲</sup>استادیار، گروه مشاوره و روان شناسی، واحد قوچان، دانشگاه

آزاد اسلامی، قوچان، ایران. (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup>استادیار، گروه مشاوره و روان شناسی، واحد قوچان، دانشگاه

آزاد اسلامی، قوچان، ایران

Email: shahedmasoudi@gmail.com

## مقدمه

سال هاست که افراد بسیاری مورد آسیب بیماری سرطان<sup>۱</sup> قرار گرفته اند و این بیماری عامل اصلی مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و بعد از بیماری قلبی، دومین عامل مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه می باشد (آنوک و همکاران، ۲۰۱۹) (۱) براساس آخرین بررسی های همه گیرشناسی در ایران، متاسفانه سرطان سومین عامل مرگ و میر در کشور ما محسوب میشود (باجلان، محمدی و قربان جهرمی، ۱۴۰۱) (۲). علیرغم پیشرفت های علم پزشکی و متدهای درمانی، مطلع شدن از بیماری و روند درمان می تواند از لحاظ جسمی و روانی برای بیمار بسیار آسیب زا و ناخوشایند باشد (مورارس و همکاران، ۲۰۲۱) (۳). سرطان در ایجاد تغییر شیوه زندگی مبتلایان بسیار تاثیر گذار می باشد و آنها را با چالش های بسیاری مواجه میکند. از جمله چالش های مهم می توان به اختلالات عاطفی (جلوه زاده و همکاران، ۲۰۲۲) (۴)، عدم سازش با بیماری (ماندریک و همکاران، ۲۰۲۲) (۵)، مواظبت از خانواده (کورتسو همکاران، ۲۰۲۲) (۶)، خستگی (دیمگلیو و همکاران، ۲۰۲۲) (۷)، احساس عدم کنترل در رابطه با ادامه حیات (سینگلتون و همکاران، ۲۰۲۲) (۸) و ترس از بازگشت بیماری (وانگر و همکاران، ۲۰۲۱) (۹) اشاره کرد.

حسب پژوهش های انجام شده، علی رغم ماهیت آسیب زا بودن سرطان، مبارزه و درمان با این بیماری میتواند تغییرات مثبتی را برای فرد داشته باشد. بنابراین با توجه به شیوع روز افزون سرطان، روانشناسان به دنبال کشف عواملی هستند تا توانمندی بیمار را در مواجهه با بیماری افزایش دهند که این کار منجر به سطح بالاتری از عملکرد روانی در افراد می شود (۱۰).

رشد پس از آسیب<sup>۲</sup> نیز از جمله تغییرات مثبتی است که بیمار در نتیجه مبارزه با یک واقعه آسیب زا تجربه می کند. (مانگ و همکاران، ۲۰۲۱) (۱۱) و ثابت شده است که ناملایمات می توانند منبع قدرت و فرصت برای رشد پس از آسیب باشند. نمیتوان به طور قطع بیان کرد که رشد پس از آسیب باعث بی اثر شدن تجربه آسیب روانی میشود، ولی شواهد نشان داده است که

در بسیاری از افراد باعث ایجاد معنا و هدف تازه ای میشود که آنها را به تغییرات فردی مثبت هدایت می کند (۱۲). رشد پس از آسیب میتواند باعث بهبود اعتماد بنفس، بالا رفتن توانایی در جهت مقابله با موقعیت های ناگوار آینده، درک بهتر ارزش های زندگی و رشد معنوی شود. (۱۳)

از دیگر عواملی که میتواند توان رویارویی بیمار را با سرطان تحت تاثیر قرار دهد انعطاف پذیری شناختی<sup>۳</sup> می باشد. انعطاف پذیری شناختی را می توان میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرد (۱۴). عدم انعطاف پذیری و ناتوانی فرد در برخورد با گرفتاری ها منجر می شود که بیماران وضعیت خود را آشفته، نا امید کننده و بدون تغییر در نظر بگیرند. بیماران دارای تفکر انعطاف پذیر در برخورد با مشکلات از تبیین های جایگزین استفاده می کند، قالب فکری خود را به صورت مثبت بازسازی و در موقعیت های استرس زا پر تحمل و توانمند هستند. افرادی که از نظر شناختی انعطاف پذیر نیستند تمایل و توانی برای مواجهه مناسب با تعارضات زناشویی نیز ندارند (۱۵). از جمله اثرات دیگری که بیماری سرطان به دنبال دارد، سرخوردگی زناشویی<sup>۴</sup> می باشد. سرخوردگی باعث می شود که عواطف مثبت جای خودشان را به عواطف خنثی دهند (۱۶). در زندگی ای که زوجین دچار سرخوردگی زناشویی می شوند، احساساتی مانند درد، رنج و خشم افزایش پیدا میکند تا اینکه باعث سردی در روابط شود (۱۷). سرطان به شدت بر روی کیفیت زندگی، کیفیت روابط عاطفی، جنسی و نحوه ارتباط زوجین تاثیر گذار است، زیرا این بیماری عوارض بلند مدت و استرس های شدید به همراه دارد (۱۸). لازم به ذکر است که سرخوردگی زناشویی یک فرآیند درونی است و می تواند در یکی از زوجین شکل بگیرد در حالی که دیگری فاقد آن باشد. همسری که سرخوردگی را تجربه نمی کند، ممکن است با اهمال و عدم توجه به احساسات همسر، ناآگاهانه بر افزایش فاصله و رنجش فرد سرخورده دامن بزند (۱۹).

3 Cognitive Flexibility

4 Marital disaffection

1 Cancer

2 Post traumatic stress disorder (PTSD)

کلیه زنان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امید و مراکز تخصصی شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه آماری با در نظر گرفتن خطا و ریزش نمونه تعداد ۱۸ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد که ابتدا به روش نمونه گیری در دسترس از بین زنان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مراکز مذکور انتخاب شدند و پس از آن به صورت کاملاً تصادفی در گروه های آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند و در نهایت با ریزش نمونه ۱۵ نفر در هر گروه باقی ماند. ملاک های ورود: سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن تشخیص قطعی یکی از انواع بیماری های سرطان، گذشتن حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص سرطان، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلالات شدید روانی و یا بیماری های مزمن جسمی دیگر و تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش بود. ملاک های خروج شامل ناقص پر نمودن پرسشنامه ها، عدم همکاری در پژوهش و غیبت در بیش از دو جلسه درمانی و انصراف از ادامه پژوهش بود.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (CFI):** این پرسشنامه توسط دنیس و وندال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده، مشتمل بر ۲۰ سوال و بر اساس طیف ۷ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر به کار می رود. در پژوهش دنیس و وندال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ بدست آوردند. آلفای کرونباخ داده های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و همکاران (۱۳۹۳) ۰/۷۵ بدست آمد.

**مقیاس سرخوردگی زناشویی:** این مقیاس توسط کایزر (۱۹۹۳) ساخته و شامل ۲۱ سوال می باشد که برای ارزیابی سطح سرخوردگی یا نبود عواطف نسبت به همسر به کار می رود. شامل سه بعد است: دلبستگی، بیگانگی هیجانی و حمایت اجتماعی. دامنه نمرات این مقیاس ۲۱ تا ۸۴ است و دارای طیف لیکرت ۵ گزینه ای بسیار درست تا نادرست است. گایزر

بیماری سرطان هزینه های زیادی برای فرد ایجاد می کند که یکی از هزینه های پنهان آن، افزایش مشکلات روانشناختی است که اثربخشی درمان های پزشکی را کاهش می دهد و موجب می شود سیستم خود مراقبتی که در مسیر درمان بسیار حائز اهمیت است دچار مشکل شود (۲۰). از این رو متخصصان برای رفع مشکلات مربوط به سلامت روان در بیماران سرطانی، روش های درمانی گوناگونی را مورد بررسی قرار دادند که در این میان می توان به طرحواره درمانی<sup>۱</sup> اشاره کرد.

با توجه به پژوهش های انجام شده و با در نظر گرفتن بالا رفتن آمار ابتلا به سرطان در ایران و عوارض متعدد روانشناختی ای که این بیماری در پی دارد، انجام مداخلات روانشناختی از جمله طرحواره درمانی به منظور ارتقای سلامت روانی ضرورت دارد.

با مداخله های درمانی اثربخش میتوان در جهت کاهش مشکلات بیماران سرطانی قدم بلندی برداشت. این پژوهش قادر است دست آوردهای تلویحی مهمی برای مراکز مشاوره و نظام پزشکی کشور به همراه داشته باشد. همچنین با توجه به اینکه در ایران پژوهشی در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی، انعطاف پذیری شناختی و رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان انجام نشده است، امید است با بکارگیری طرحواره درمانی و افزایش آگاهی شناختی بتوان در جهت ارتقا سلامت روانی برای مقابله با سرطان و عوارض آن در کنار درمان های پزشکی، پیمودن مسیر تندرستی را هموار ساخت. لازم به ذکر است عدم شناسایی و درمان به موقع اختلالات عاطفی بیماران عاملی است در جهت طولانی تر شدن زمان درمان، اختلال در درمان های پزشکی، عدم پذیرش درمان های پزشکی و کاهش سازش به درمان می شود.

بنابراین پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش سرخوردگی زناشویی، افزایش انعطاف پذیری شناختی و رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان انجام شد

### روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری با بود. جامعه آماری شامل

روش تصادفی پرداخته شد و قبل از هرگونه مداخله تجربی بر روی گروه آزمایش، مرحله پیش آزمون با تکمیل پرسشنامه ها به صورت آنلاین (به علت کوید ۱۹) صورت گرفت. پس از تکمیل، جلسات آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی توسط درمانگر برای آزمودنی های گروه آزمایشی انجام شد. مداخله ای برای گروه کنترل صورت نگرفت. به جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن جلب رضایت شرکت کنندگان برای شرکت در مشاوره و آگاهی از روند اجرای کار، به افراد گروه کنترل نیز، این اطمینان داده شد که پس از اتمام فرآیند پژوهش، مداخلات مذکور را دریافت خواهند کرد. همچنین اطمینان کامل در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات اعضای گروه، به آنان اطمینان لازم داده شد. جلسات طرحواره درمانی بر اساس پروتکل طرحواره درمانی تقی یار و همکاران (۱۳۹۵) اعتبار یابی شده است. پس از اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (به صورت هفته ای دو جلسه حضوری) تحت مداخله درمانی قرار گرفت اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. پس از انجام مداخلات، پس آزمون از گروه های آزمایش و کنترل گرفته شد. مجوز لازم برای انجام پژوهش حاضر، از مراکز و تأیید اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی مشهد با کد اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1400.078 اخذ شد. در این مقاله، مطابق اصول اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا، اصل محرمانه بودن و اصل رضایت آگاهانه (اطلاع رسانی در رابطه با فرآیند پژوهش) تحت عنوان ملاحظات اخلاقی رعایت شده است. در پایان نیز، از همکاری مسئولان مراکز و آزمودنی های پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد و سپس داده های جمع آوری شده مورد تحلیل قرار گرفتند.

(۱۹۹۳) برای بررسی روایی این پرسشنامه همبستگی مثبت معناداری را بین پرسشنامه سرخوردگی زناشویی و پرسشنامه های شادی زناشویی نشان داد اما با پرسشنامه صمیمیت زناشویی همبستگی منفی بدست آورد. همچنین همسانی درونی این ابزار را با استفاده از آلفای کربناخ ۰/۹۷ گزارش کرده است و در پژوهشی که توسط کوهی (۱۳۸۸) انجام شد نیز آلفای کربناخ کل سئوالات ۰/۸۸ به دست آمد و روایی محتوایی آن نیز توسط پنج نفر از متخصصان گروه مشاوره دانشگاه اصفهان مورد تأیید قرار گرفت.

### پرسشنامه رشد پس از آسیب: تدسچی و کالون (۱۹۹۶)

(۲۱) این پرسشنامه را به منظور ارزیابی تغییرات خود ادراکی افراد، مرتبط با تجربه حوادث آسیب زا طراحی کردند. این پرسشنامه ۲۱ گویه در مقیاس لیکرت شش درجه ای با دامنه (صفر = من این تغییر را به عنوان نتیجه بحران نمی دانم تا پنج = من این تغییر را به میزان خیلی زیادی به عنوان نتیجه بحران میدانم) و پنج خرده مقیاس که شامل ۱- رابطه با دیگران، ۲- امکانات جدید، ۳- قدرت شخصی، ۴- تغییرات معنوی و ۵- ارزش زندگی تشکیل شده است (حیدرزاده و همکاران، (۲۲)). ضریب آلفای کربناخ برای کل پرسشنامه، ۰/۹۰ و برای هر یک از خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ گزارش شد. همچنین در ایران سید محمودی و همکاران (۲۳) پایایی این مقیاس را ۰/۹۴، ضریب آلفای کربناخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای هر یک از خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ گزارش کرده اند.

### روند اجرای پژوهش

در ابتدا هماهنگی های لازم و گرفتن مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد و مسئولین مراکز درمانی جهت همکاری با پژوهش حاضر صورت گرفت. سپس ۳۶ زن مبتلا به سرطان بر اساس ملاک های ورود به پژوهش انتخاب شدند. برای شروع کار به معادل سازی گروه های آزمایش و کنترل به

### جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی

جلسه	محتوای جلسه
۱	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، بستن قرار داد، شناخت مشکل فعلی مراجع، سنجش

مراجعه برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه زندگی.

- ۲ آموزش طرحواره ها و سبک های مقابله ای، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و طرحواره ها
- ۳ راهبردهای شناختی؛ ارائه منطق تکنیک های شناختی، اجرای آزمون اعتبار طرحواره، استفاده از سبک همدلی رویاروسازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره.
- ۴ ارزیابی مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، به چالش کشیدن طرحوارهها، آموزش تدوین کارت های آموزشی.
- ۵ ارائه منطق تکنیک تجربی (جنگیدن با طرحوارهها در سطح عاطفی)؛ تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویرسازی ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی.
- ۶ ارائه منطق تکنیک های رفتاری؛ بیان هدف تکنیک های رفتاری، ارائه راههایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویتبندی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار.
- ۷ تکنیک های رفتاری، افزایش برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر و ایجاد تغییرات مهم زندگی.
- ۸ مرور و جمع بندی جلسات قبل، جمع بندی و نتیجه گیری نهایی، پاسخگویی برای رفع ابهامات باقی مانده، تشکر از گروه و اتمام جلسات.

## روش آماری

نفر از افراد را تشکیل داده بودند. همچنین در گروه کنترل مقطع سنی ۳۴-۲۵ سال ۷ نفر و ۳۵-۴۵ سال ۸ نفر از افراد را تشکیل داده بودند. یافته های توصیفی پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی که آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون کولموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس ها، آزمون موخلی برای بررسی پیش فرض کرویت و همچنین تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش با آزمون تعقیبی برونفی استفاده گردید. نتایج آماری نیز با استفاده نرم افزار SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## نتایج

با توجه به به سن آزمودنی ها از بین ۱۵ نفر پاسخ دهنده در گروه روان درمانی مثبت نگر، مقطع سنی ۲۵-۳۴ سال ۶ نفر، ۳۵-۴۵ سال ۹

جدول ۲. شاخص های توصیفی نمرات گروه ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
آزمایش	انعطاف پذیری شناختی	۶۶/۶۶	۸/۸۶	۹۵/۲	۴/۶۷	۹۸/۸
	سرخوردگی زناشویی	۵۳/۷۳	۷/۰۷	۲۹/۸	۴/۹۳	۲۵/۸
	رشد پس از آسیب	۴۹/۱۳	۱۰/۹	۶۵/۷۳	۱۱/۶۱	۷۳/۸۶
	انعطاف پذیری شناختی	۶۵/۲۶	۸/۸۳	۶۴/۸۶	۵/۵۵	۶۴/۶۶

۴۰/۷۳	۱۱/۲۸	۴۶	۱۰/۱۱	۴۸/۴۶	۱۵	سرخوردگی زناشویی	کنترل
۴۵/۶	۶/۲۷	۴۵/۸۶	۶/۷۴	۵۱/۵۳	۱۵	رشد پس از آسیب	(گواه)

جدول ۲ اطلاعات توصیفی متناظر با متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. بر اساس داده های بدست آمده، میانگین نمرات انعطاف پذیری شناختی و رشد پس از آسیب در مرحله پس از آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل افزایش پیدا کرده و میانگین نمرات سرخوردگی زناشویی کاهش داشته است، که به نوعی نشان می دهد درمان موثر بوده است.

پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، جهت رعایت پیش فرض ها، نتایج آزمون های کولموگروف اسمیرنوف، لوین، ام باکس و کرویت موخلی بررسی شد. از آنجایی که آزمون ام باکس برای هیچکدام از متغیرهای پژوهش معنا دار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس های واریانس

کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان از آن بود که همگنی واریانس گروه ها در تمامی متغیرها رعایت شده است. علاوه بر این نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد مقادیر متغیرهای رشد پس از آسیب و سرخوردگی زناشویی معنادار نمی باشند و بر این اساس گزارش شاخص  $F$  در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد، ولی در انعطاف پذیری شناختی، کرویت موخلی معنادار بود که از آزمون هویته-فلدت برای تصحیح استفاده شد. با توجه به مطالب بالا شرایط استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر وجود دارد.

جدول ۳. تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر اثرات درون آزمودنی ها در متغیر انعطاف پذیری شناختی، رشد پس از آسیب و سرخوردگی زناشویی در گروه طرحواره درمانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	$F$	سطح معنی داری	مجذور سهمی اتا
انعطاف پذیری	۹۲۹۸/۳۱	۱/۵۲	۶۰۹۷/۱۴	۱۵۵/۲۷	*** $p < 0.001$	۰/۹۱
شناختی	۸۳۸/۳۵	۲۱/۳۵	۳۹/۲۶			
رشد پس از آسیب	۴۷۶۷/۳۴	۲	۲	۲۳۸۳/۶۲	*** $p < 0.001$	۰/۰۰۰۱
	خطا		۲۸	۱۹/۴۵		
سرخوردگی زناشویی	۶۸۴۵/۳۷	۲	۳۴۲۲/۶۸	۲۳۸/۰۲	*** $p < 0.001$	۰/۹۴
	خطا	۲۸	۱۴/۳۷			

جدول ۳. تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر اثرات درون آزمودنی ها در متغیر انعطاف پذیری شناختی، رشد پس از آسیب و سرخوردگی زناشویی در گروه طرحواره درمانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	$F$	سطح معنی داری	مجذور سهمی اتا
انعطاف پذیری	۹۲۹۸/۳۱	۱/۵۲	۶۰۹۷/۱۴	۱۵۵/۲۷	*** $p < 0.001$	۰/۹۱
شناختی	۸۳۸/۳۵	۲۱/۳۵	۳۹/۲۶			
رشد پس از آسیب	۴۷۶۷/۳۴	۲	۲	۲۳۸۳/۶۲	*** $p < 0.001$	۰/۰۰۰۱
	خطا		۲۸	۱۹/۴۵		
سرخوردگی زناشویی	۶۸۴۵/۳۷	۲	۳۴۲۲/۶۸	۲۳۸/۰۲	*** $p < 0.001$	۰/۹۴
	خطا	۲۸	۱۴/۳۷			

$p < 0.001$ \*\*\*

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود، نسبت  $F$  مشاهده شده در متغیر انعطاف پذیری شناختی ( $F_{(1/52, 21/35)} = 0.91$ ;  $p < 0.001$ ;  $\eta^2 = 0.91$ )، رشد پس از آسیب ( $F_{(2, 28)} = 2383.62$ ;  $p < 0.001$ ;  $\eta^2 = 0.0001$ )، و سرخوردگی زناشویی ( $F_{(1/52, 21/35)} = 238.02$ ;  $p < 0.001$ ;  $\eta^2 = 0.94$ )، این یافته نشان می دهد که بین میانگین نمرات انعطاف پذیری شناختی، رشد پس از آسیب و

سرخوردگی زناشویی آزمودنی های گروه طرحواره درمانی در مراحل زمانی مختلف تفاوت معنی دار وجود دارد. با توجه به تفاوت های مشاهده شده، در ادامه ی گزارش به مقایسه های زوجی میانگین نمرات آزمودنی های گروه آزمایش با رویکرد رواندرمانی مثبت نگر در هر یک از مراحل اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) پرداخته شد.

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود، نسبت  $F$  مشاهده شده در متغیر انعطاف پذیری شناختی ( $F_{(1/52, 21/35)} = 0.91$ ;  $p < 0.001$ ;  $\eta^2 = 0.91$ )، رشد پس از آسیب ( $F_{(2, 28)} = 2383.62$ ;  $p < 0.001$ ;  $\eta^2 = 0.0001$ )، و سرخوردگی زناشویی ( $F_{(1/52, 21/35)} = 238.02$ ;  $p < 0.001$ ;  $\eta^2 = 0.94$ )، این یافته نشان می دهد که بین میانگین نمرات انعطاف پذیری شناختی، رشد پس از آسیب و

**جدول ۴.** مقایسه زوجی میانگین نمرات انعطاف پذیری شناختی، رشد پس از آسیب و سرخوردگی زناشویی آزمودنی های گروه طرحواره درمانی

متغیر	مراحل اندازه گیری	اختلاف میانگین ها (D)	خطای استاندارد میانگین	سطح معنی داری
انعطاف پذیری شناختی	پیش آزمون / پس آزمون	-۲۸/۵۳	۲/۰۷	۰/۰۰۰۱***
	پیگیری	-۳۲/۱۳	۲/۴۵	۰/۰۰۰۱***
	پس آزمون	-۳/۶۰	۱/۲۷	۰/۰۴*
رشد پس از آسیب	پیش آزمون / پس آزمون	-۱۶/۶	۱/۳۳	۰/۰۰۰۱***
	پیگیری	-۲۴/۷۳	۱/۷۴	۰/۰۰۰۱***
	پس آزمون	-۸/۱۳	۱/۷۲	۰/۰۰۱**
سرخوردگی زناشویی	پیش آزمون / پس آزمون	۲۳/۹۳	۱/۴۰	۰/۰۰۰۱***
	پیگیری	۲۷/۹۳	۱/۶۶	۰/۰۰۰۱***
	پس آزمون	۴	۰/۹۹	۰/۰۰۴**

طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی در زنان مبتلا به سرطان تاثیر معناداری داشته و توانست منجر به بهبود آن در زنان شود. تحقیقات اندکی در مورد اثر این درمان کار شده است که در کشور ما محمدی (۲۴) نتایجی همسو در تایید این نتایج را گزارش داده است. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی میتوان عنوان کرد که استفاده از فنون درمانی این رویکرد، سبب می شود بیماران به هیجانات منفی خود آگاهی پیدا کنند که این افزایش دانایی به آنها کمک میکند تا کمتر احساس درماندگی و رنج ناشی از بیماری را متحمل شوند. هیجانات منفی سیر نزولی را در پیش می گیرند که منجر به افزایش توانایی در برقراری توازن زیستی-روانی در شرایط ناگوار و کاهش پریشانی روانشناختی می شود. فرد مبتلا به سرطان، در قیاس با یک فرد سالم، خیلی بیشتر در معرض فشارهای روحی روانی می باشد. این امر مستقیم بر عملکرد سیستم ایمنی بیمار تاثیر میگذارد، باعث کاهش مقاومت بدن و فرد را مستعد تشدید بیماری جسمانی و روانی می کند. در

برای مقایسه زوجی گروه ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج مقایسه های زوجی حاصل از آزمون بونفرونی در جدول فوق نشان می دهد که در هر سه متغیر، میانگین نمرات آزمودنی های گروه روان درمانی مثبت نگر با تغییرات معنی داری همراه بوده است و روان درمانی مثبت نگر منجر به افزایش انعطاف پذیری شناختی و رشد پس از آسیب شده است و میزان سرخوردگی زناشویی همراه با کاهش بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی طرحواره درمانی بر متغیرهای انعطاف پذیری شناختی، سرخوردگی زناشویی و رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج داده ها نشان داد که روش درمانی طرحواره درمانی در گروه های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، بر نمرات انعطاف پذیری شناختی، سرخوردگی زناشویی و رشد پس از آسیب تاثیر داشته است و این تفاوت در طول زمان پایدار مانده است. یافته اول پژوهش حاکی از آن بود که آموزش مهارت های مبتنی بر

جلسات طرحواره درمانی، بیماران با تمرینات شناختی، هیجانی، رفتاری و همچنین با تمرکز بر تغییر و بهبود نحوه تفکر و باور ها، آموزشات لازم را می بینند تا ظرفیت توانایی و تاب آوری خود را در برخورد با رویداد های چالش برانگیز افزایش دهند. از جمله تکنیک هایی که در جهت افزایش آگاهی عقلانی بیماران به کار برده شد میتوان به رویارویی همدلانه، برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره ای و جنبه سالم، تدوین و ساخت کارت های آموزشی در جلسات گروه درمانی اشاره کرد که تاثیر به سزایی در رشد انعطاف پذیری شناختی داشتند.

یافته دوم پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که طرحواره درمانی بر افزایش رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان به طور معناداری مؤثر بوده است. این یافته همسو با مطالعه موسوی اصل و همکاران (۱۳۹۳) است. طرحواره درمانی با یاری به بیماران در پذیرفتن شرایط موجود و عمل متعهدانه باعث بهبود رشد پس از آسیب می شود. افراد پس از آگاه شدن از بیماری، با هیجان های مختلفی مثل پریشانی، هراس و درماندگی شدید دست و پنجه نرم می کنند که این هیجانات پاسخی به استرس ناشی از آسیب وارده به آنهاست و سبب می شود فرد از مکانیسم های مختلفی استفاده کند که انزوای اجتماعی و نشخوار ذهنی همراه با افکار و احساسات منفی از رایج ترین آنها می باشد. کالهنون و تدسچی (۲۵) نشخوار فکری را فعالیتی شناختی و رفتاری می دانند که منجر به بازسازی بنیان های روانی و طرحواره های فرد آسیب دیده می شود. همانطور که بیمار سعی میکند تا به این درک برسد که چه اتفاقی برای او افتاده و با این آسیب چطور باید مقابله کند، به صورت خودکار تا کسب اولین موفقیت از نشخوار فکری استفاده می کند. درست است که نشخوار خودکار برای فرد ناراحت کننده است، اما نشان از فعالیت های شناختی می باشد که کمک بسیاری در بازسازی طرحواره های سابق به بیمار می کند. این روند متاثر از نوع رفتارهای مقابله ای جدید و سایر موارد در دسترس برای ساخت طرحواره های بعد از آسیب قرار دارد. لذا طرحواره درمانی به میزان قابل توجهی با مشکلات ناشی از آسیب وارد شده به بیمار در ارتباط است و می تواند با تلفیق رویکرد شناختی

با سایر رویکردهای لازم به اصلاح طرحواره های ناسازگار که مانعی در جهت رشد می باشند بپردازد. در نتیجه این روش درمانی با یاری به بیماران در پذیرفتن شرایط موجود به جای غرق شدن در افکار نشخوار گونه و منفی و همچنین با کمک به آنها در بازنگری کلی از جهان بینشان باعث رشد پس از آسیب شود. از دیگر یافته های این پژوهش اثر طرحواره درمانی بر کاهش سرخوردگی زناشویی زنان مبتلا به سرطان بود. تحقیقات متعددی بیانگر این واقعیت است، در پژوهش چاتا و ویشمن (۲۶)، تقی یار و همکاران (۱۷) و احمدزاده اقدم و همکاران (۲۷)، نتایج همسو با این فرضیه پژوهش در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش مشکلات زناشویی و سرخوردگی زناشویی دیده می شود. در تبیین چنین یافته ای میتوان گفت که طرحواره درمانی با به ایجاد بصیرت جدید برای زوجین، منجر به بالا رفتن آگاهی آنها از بنیان های رفتاریشان در زندگی می شود، که این امر اهمیت و نقش طرحواره ها را در حفظ و تداوم موقعیت های مشکل آفرین نشان می دهد. درمانگران با پیدا کردن طرحواره های ناسازگار دوران گذشته یا همان کودکی و ایجاد ارتباط آنها با مشکلات فعلی زندگی زوجین، مسیری جدید برای آزمودنی ها تعیین می کنند. به بیماران آموزش داده میشود که اعتبار طرحواره های خود را بسنجند و پاسخ های مقابله ای خودشان را نیز مورد بررسی قرار دهند. درمانگران با استفاده از تکنیک های تصویر سازی ذهنی و انجام گفت و گوی خیالی سعی می کنند مسائل حل نشده گذشته و تجربه هایی که عامل ایجاد طرحواره های ناسازگار بوده را به زمان حال بیاورند. این روش باعث به وجود آمدن تغییرات در الگوی ارتباطی می شود که تاثیر به سزایی در کاهش میزان سرخوردگی دارد.

با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی تنها زنان مبتلا به سرطان بودند؛ لذا در تعمیم نتایج لازم است با احتیاط عمل شود. ۱- شرکت کنندگان در انتخاب اولیه به صورت داوطلبانه در آزمایش شرکت کردند؛ لذا ممکن است نتایج تحت تأثیر اثر مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته باشد. ۲- با توجه به اینکه پژوهش بر روی جامعه بیماران مزمن (زنان



بهبود انعطاف پذیری شناختی، رشد پس از آسیب و سرخوردگی زناشویی به ویژه در زنان مبتلا به سرطان اقدام کنند.

### تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری نموده اند تشکر و قدردانی می گردد.

### تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

مبتلا به سرطان) انجام شده است، پیشنهاد میشود به بررسی پژوهش مشابه در بین مردان مبتلا به سرطان و در سایر نقاط جغرافیایی ایران می باشد تا نتایج قابلیت تعمیم به هر دو جنسیت و به همه بیماران کشور را داشته باشد. در نهایت در راستای نتایج پژوهش در مورد طرحواره درمانی به مراکز مشاوره و روانشناسی و مراکز حمایت از بیماران خاص سرطانی پیشنهاد می گردد نسبت به برگزاری جلسات طرحواره درمانی در جهت

## References

1. Anuk D, Özkan M, Kizir A, Özkan S. The characteristics and risk factors for common psychiatric disorders in patients with cancer seeking help for mental health. *BMC psychiatry*. 2019;19:1-11.
2. Bajelan M, Zadeh Mohammadi A, Ghorban Jahromi R. Determining the effectiveness of unity-oriented treatment on death anxiety and resiliency in cancer patients. *Journal of Applied Psychology*. 2022;16(3):112-93.
3. Moraes RF, Ferreira-Júnior JB, Marques VA, Vieira A, Lira CA, Campos MH, et al. Resistance training , fatigue, quality of life, anxiety in breast cancer survivors. *The Journal of Strength & Conditioning Research*. 2021;35(5):1350-6.
4. Jelvehzadeh F, Dogaheh ER, Bernstein C, Shakiba S, Ranjbar H. The effect of a group cognitive behavioral therapy on the quality of life and emotional disturbance of women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30:305-12.
5. Mandrik O, Thomas C, Whyte S, Chilcott J. Calibrating natural history of cancer models in the presence of data incompatibility: problems and solutions. *Pharmacoeconomics*. 2022:1-8.
6. Cortés J, Kim S-B, Chung W-P, Im S-A, Park YH, Hegg R, et al. Trastuzumab deruxtecan versus trastuzumab emtansine for breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2022;386(12):1143-54.
7. Di Meglio A, Havas J, Soldato D, Presti D, Martin E, Pistilli B, et al. Development and validation of a predictive model of severe fatigue after breast cancer diagnosis: toward a personalized framework in survivorship care. *Journal of Clinical Oncology*. 2022;40(10):1111.
8. Singleton AC, Raeside R, Partridge SR, Hyun KK, Tat-Ko J, Sum SCM, et al. Supporting women's health outcomes after breast cancer treatment comparing a text message intervention to usual care: the EMPOWER-SMS randomised clinical trial. *Journal of Cancer Survivorship*. 2023;17(6):1533-45.
9. Wagner LI, Tooze JA, Hall DL, Levine BJ, Beaumont J, Duffecy J, et al. Targeted eHealth intervention to reduce breast cancer survivors' fear of recurrence: results from the FoRtitude randomized trial. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2021;113(11):1495-505.
10. Karagiorgou O, Evans JJ, Cullen B. Post-traumatic growth in adult survivors of brain injury: a qualitative study of participants completing a pilot trial of brief positive psychotherapy. *Disabil Rehabil*. 2018;40(6):655-9.
11. Maung J, Nilsson JE, Jeevanba SB, Molitoris A, Raziuddin A, Soheilian SS. Burmese refugee women in the Midwest: Narratives of resilience and posttraumatic growth. *The Counseling Psychologist*. 2021;49(2):269-304.
12. Jayawickreme E, Infurna FJ, Alajak K, Blackie LE, Chopik WJ, Chung JM, et al. Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of personality*. 2021;89(1):145-65.

13. Dubuy Y, Sébille V, Bourdon M, Hardouin J-B, Blanchin M. Posttraumatic growth inventory: challenges with its validation among French cancer patients. *BMC Medical Research Methodology*. 2022;22(1):246.
14. Fidalgo P, Thormann J, Kulyk O, Lencastre JA. Students' perceptions on distance education :A multinational study. *International journal of educational Technology in Higher Education*. 2020;17(1):1-18.
15. Arán Filippetti V, Krumm G. A hierarchical model of cognitive flexibility in children: Extending the relationship between flexibility, creativity and academic achievement. *Child Neuropsychology*. 2020;26(6):770-800.
16. Lavner JA, Williamson HC, Karney BR, Bradbury TN. Premarital parenthood and newlyweds' marital trajectories. *Journal of family psychology*. 2020;34(3):279.
17. Taghiyar Z, Pahlavanzadeh F, Samavi S. The effectiveness of Schema therapy on marital frustration of married women. *Woman & study of family*. 2016;9(34):49-63.
18. Patel KK, Dhar M. Marital happiness among newly married individuals in a rural district in India. *Social Science Spectrum*. 2019;4(2):76-85.
19. Anderson SR, Miller RB. Improving Measurement in Couple and Family Therapy: An Item Response Theory Primer. *J Marital Fam Ther*. 2020;46(4):603-19.
20. Mirbagheri SR, Khosravi S, Akrami M. Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. 2018.
21. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996;9:۴۵۵-۷۱:
22. Heidarzadeh M, Rassouli M, MOHAMMADI SF, ALAVI MH, KARAM AM, Mirzaee H, et al. Posttraumatic growth and its dimensions in patients with cancer. 2014.
23. Seyed Mahmoudi SJ, Rahimi C, Mohammadi Jaber N. Psychometric Properties of Posttraumatic Growth Inventory in an Iranian Sample. *Psychological Models and Methods*. 2013;3(vol 3/ no 12):93-108
24. Mohammadi F, Taleb N, Rezaei Shojaei S, Emami Roudi T. The effectiveness of Schema Therapy on cognitive flexibility and resiliency in patients with generalized anxiety. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2019;62(2):34-42.
25. Tedeschi RG, Calhoun L, Calhoun L, Tedeschi R. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. *Handbook of posttraumatic growth*. New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
26. Chatav Y, Whisman MA. Partner schemas and relationship functioning: a states of mind analysis. *Behav Ther*. 2009;40(1):50-6.
27. Ahmadzadehaghadah E, Karimisani P, Goudarzi M, Moradi O. The effectiveness of couple therapy with schema therapy approach on disaffection and marital commitment in couples. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*. 2020;8. (5).

*Original Article*

## The effectiveness of schema therapy on cognitive flexibility, marital frustration and post-traumatic growth in women with cancer in Mashhad

Received: 27/06/2024 - Accepted: 09/07/2024

Marous Rafiee<sup>1</sup>  
Shahed Masoudi<sup>2\*</sup>  
Masoud Khakpour<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ph.D student in counseling, Department of Educational Sciences and Counseling, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

<sup>2</sup> Assistant professor, Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran. (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant professor, Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

Email: shahedmasoudi@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** The aim of the current study was to investigate the effectiveness of schema therapy on cognitive flexibility, marital frustration and post-traumatic growth in women with cancer in Mashhad.

**Methods:** The research method was semi-experimental research with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population included all women with cancer who referred to Omid hospital and specialized centers in Mashhad in 1400. 36 women with cancer (18 women in each group). Then schema therapy (for 8 sessions of 90 minutes) was performed on the experimental group and the control group did not receive any therapy. Both groups responded to the cognitive flexibility questionnaires of Denay and Vanaderval (2010), marital frustration by Kaiser (1993) and post-traumatic growth by Tedeschi and Calhoun (1996). Data analysis was performed using the repeated measures analysis of variance test and Bonferroni post hoc test using SPSS statistical software (version 23).

**Results:** The findings showed that schema therapy was effective in increasing cognitive flexibility, increasing post-traumatic growth and decreasing marital frustration in women with cancer ( $p \leq 0/01$ ).

**Conclusion:** Since schema therapy had favorable effects on the upcoming research variables, it is therefore suggested to use it as an effective treatment method to support special cancer patients.

**Keywords:** Schema Therapy, Positive Therapy, Post-Traumatic Growth, Marital Frustration, Cognitive Flexibility