

مقایسه اثربخشی سه رویکرد طرحواره درمانی، مهارت فصول و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان شهرستان شیراز

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۶

خلاصه

مقدمه: بیماری سرطان، یکی از شایع‌ترین بیماریهای جهان است که برسلامتی فرد اثرمخرب مثل افسردگی و نشخوارذهنی می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف، تعیین تفاوت اثربخشی طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مهارت فصول بر کاهش افسردگی و نشخوارذهنی زنان مبتلا به سرطان، انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با گروه‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون و کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بنیادامید بیمارستان نمازی و سعادی شیراز در سال ۱۳۹۹ بود که از میان آنها نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شد که به صورت تصادفی به سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها پرسشنامه ۲۱ سوالی بک و آزمون نشخوارذهنی نولن هوکسما و مارلو بود. گروه آزمایش اول، مداخله طرحواره-درمانی، گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایش سوم درمان مبتنی بر مهارت فصول را طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد.

نتایج: نتایج نشان از تفاوت معنی‌داری در نمرات افسردگی و نشخوارذهنی گروه‌های آزمایش و کنترل داشت. هر سه رویکرد درمانی، بر کاهش افسردگی و نشخوارذهنی موثر بوده‌اند. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که درمان مبتنی بر طرحواره‌درمانی به مراتب تاثیر بیشتری نسبت به دو درمان دیگر بر افسردگی و نشخوارذهنی داشت.

نتیجه‌گیری: کاربرد مداخله‌های طرحواره‌درمانی، پذیرش و تعهد و مهارت فصول در مراکز درمان سرطان می‌تواند به عنوان یک درمان در کنار درمان‌های پزشکی جهت کاهش افسردگی و نشخوارذهنی بیماران در نظر گرفته شود.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی، پذیرش و تعهد، مهارت فصول

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سالم جعفری^۱

بهمن کرد تمینی^{۲*}

فرهاد کهرآزنی^۳

^۱ دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

Email: bahmanpsy1@gmail.com

مقدمه

امروزه با تغییرات اجتماعی و صنعتی، الگوی ابتلا به بیماری‌ها تغییر کرده است. در نتیجه بیماری‌های مزمن، مهمترین مشکلات سلامت جوامع محسوب می‌شوند که خود منابع تنیدگی تلقی شده و هزینه‌های اقتصادی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کنند این بیماری‌ها انواع متعددی دارند، یکی از مهمترین این بیماری‌ها سرطان است. در واقع سرطان نوعی اختلال در سرعت تکثیر و تمایز سلولی است که می‌تواند در هر بافتی از بدن و در هر سنی رخ دهد و با حمله به بافتهای سالم بدن موجب بیماری شدید و در نتیجه مرگ گردد. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی سرطان دومین عامل مرگ و میر بعد از بیماریهای قلبی عروقی در جوامع بشری و مسئول ۸/۸ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۵ است و هر ساله نیز موارد جدید آن رو به افزایش است.^۳

بین ۱۵ تا ۵۲ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به طور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند. سرطان جنبه‌های مختلف سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و به علت اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خویش، تنش روانی را تشدید و سلامت روان فرد مبتلا را با چالش روبرو می‌کند و برای فرد تهدید خودانگاره، عزت نفس، خشم، افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی، نشخوارذهنی و... را به همراه دارد؛ این موارد می‌تواند بر کیفیت زندگی و بهداشت روان افراد مبتلا به سرطان موثر باشد. بر اساس مطالعات انجام گرفته توسط جعفری و همکاران (۲۰۱۸) اعلام گردید که ۶۹/۴ درصد از بیماران سرطانی مبتلا به درجات شدید افسردگی بوده‌اند. اصفهانی و همکاران (۱۳۹۹) شیوع افسردگی را در زنان ایرانی دارای سرطان پستان را ۱۸/۵ درصد به دست آورد. کلیر^۱ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که در مقایسه با جمعیت عمومی، شیوع افسردگی و اضطراب اغلب در بین افراد مبتلا به سرطان بیشتر است. در بیماران سرطانی، ۵۰ درصد افسردگی، اضطراب یا هر دو را در طی یک سال تشخیص تجربه می‌کنند، که می‌تواند به ۳۰ درصد افسردگی و ۲۰ درصد اضطراب

تقسیم شود (مهنرت^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

همانگونه که گفته شد سرطان می‌تواند کارکرد جسمی روانشناختی افراد را تحت تاثیر قرار دهد. یکی از مواردی که افراد مبتلا به سرطان با آن مواجه هستند افسردگی است. افسردگی به مجموعه‌ای از نشانه‌ها شامل احساس غمگینی، از دست دادن علاقه، کاهش عملکرد فردی و اجتماعی، تغییر در الگوی خواب، تغذیه و سطح انرژی اطلاق که موجب تغییر در خلق، تفکر و فعالیت فرد می‌شود. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، این بیماری، مهمترین عامل ناتوان کننده در سراسر دنیاست. افراد افسرده به طور معناداری بیش از افراد عادی دچار برانگیختگی حرکتی و بی‌برنامگی هستند. مطالعات نشان داده‌اند که سرکوب هیجانات در افراد افسرده بیشتر است به گونه‌ای که نظم جویی هیجانی ناسازگارانه مثل سرکوب، درک درد را بیشتر می‌کند، از این رو این بیماران درد بیشتری گزارش می‌دهند. بیماران افسرده مبتلا به سرطان احتمالاً به دلیل استفاده‌ی فراوان از راهبردهای ناکارآمد رفتاری (اهمال کاری، پرخوابی، اجتناب، گوشه‌گیری)، شناختی (نشخوار فکری، مرور خاطرات منفی گذشته، تجزیه و تحلیل افراطی روی داده‌های ناخوشایند گذشته) و هیجانی (گریه کردن، خودسرزنشگری، واکنش‌های هیجانی شدید به سرنخ‌های اتفاقات ناخوشایند گذشته) تقریباً تمام زندگی خود را صرف رها شدن از هیجانات منفی گذشته و تغییرات آنها می‌کنند. پورکایاستها و همکاران (۲۰۱۷) در یک مطالعه مقطعی که بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان در هند انجام دادند به این نتیجه رسیدند که افسردگی و پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شایع است. در توجیه شیوع بیشتر افسردگی در میان زنان مبتلا به سرطان می‌توان گفت که صرفاً تشخیص این بیماری با توجه به تصور عذاب جسمی، درد، با چالش مواجه شدن زندگی عادی، فقدان‌های مالی و اجتماعی، مرگ و فرآیند مردن در سیر بیماری در ذهن بیماران باعث مشکلات عاطفی و عیجانی عمیقی

²- Mehnert

¹-Claire

همچون استرس، اضطراب و افسردگی در فرد بیمار و خانواده او می‌شود.

نشخوار ذهنی به عنوان عامل بعدی آسیب پذیری شناختی که فرد مبتلا به سرطان با آن مواجه می‌شود، است. نشخوار ذهنی ویژگی شناختی-خلفی است. نشخوار ذهنی بیشتر با موضوع های مربوط به فقدان رابطه دارد و بیشتر به گذشته مربوط است؛ زیرا حاصل بررسی هویت فرد در گذشته و تفسیر نادرست هدف های مهم وی می‌باشد. شواهد نشان می‌دهند نشخوار ذهنی، پیامدهای آسیب زای زیادی مانند حل مسئله ضعیف، انگیزه پایین، بازداری رفتارهای موثر و کاهش تمرکز و شناخت آشفته را در پی دارد. نشخوار ذهنی نوعی واکنش منفی است. این بدان معناست که وقتی فردی درد می‌کشد، به جای اقدامات فعال برای حل مسئله، روی چنین احساسی و علل آن و نتایج مختلف تأثیر می‌گذارد. منشا نشخوارذهنی به شخصیت شخصی نیز مربوط می‌شود. به عنوان مثال، افرادی که به دنبال کمال گرایی، اضطراب اجتماعی بالا، بدبینی و یک شخصیت روان رنجور هستند، احتمالاً نشخوارذهنی را انجام می‌دهند. براساس تحقیقات انجام شده ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی، نشخوارذهنی، عدم کیفیت زندگی مطلوب و ناامیدی فوق العاده‌ای در مراحل اولیه‌ی معالجات خود رنج می‌برند از طریق روان درمانی، می‌توان این عوارض را به حداقل رساند.

باید گفت که در طول چند دهه گذشته، درمان‌ها در خصوص بیماریهای مزمن جسمانی از جمله سرطان، از نگاه صرفه اقتصادی از بعد جسمانی و درمان های دارویی به سوی دیدگاه‌ها و درمان های چندبعدی جسمانی-روانشناختی تغییر جهت داده است. از سوی دیگر اخیراً تحول در مدل های روان درمانی و پرداختن به جنبه های روان شناختی مثبت انسان، توجهی روزافزون کسب کرده است. از مداخلات غیر دارویی که امروزه برای درمان اختلالات و بهینه سازی سلامت افراد از آن استفاده می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. نسل اول رفتار درمانی با کارهای پاولف،

اسکیترو واتسون مشخص است. نسل دوم رفتار درمانی شناخت را وارد حوزه درمان و بررسی کرد، که می‌توان از بک و آلبرت آلیس نام برد. نسل سوم که درمانهای ذهن آگاهی و پذیرش هستند از دهه ۸۰ میلادی به این سمت وارد عرصه کارزار درمان شدند.

رفتاردرمانی مبتنی برپذیرش شاخه‌ای از درمانهای جدید روانشناختی می‌باشد که از اصول و فنون درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده می‌کند. درمانهای مبتنی بر پذیرش، بر مبنای این فرضیه روی کارآمدند که آسیب شناسی روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمانها معتقدند افراد مبتلا به آسیب روانی در مورد هیجانهای خود دیدگاهی انتقادی داشته و خود را بر اساس هیجانهایشان مورد قضاوت قرار می‌دهند. هدف رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، عبارت است از تغییر روابط افراد با تجارب درونی شان، کاهش کنترل و اجتناب از تجارب و افزایش رفتارهای فرد در مسیرهای ارزشمند زندگی.^{۱۵} در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف درمان های شناختی رفتاری به طور مستقیم بر تغییر افکار و احساس ها تاکید نمی‌شود، بلکه به افراد آموزش داده می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت و ارزیابی، مشاهده کنند. این شیوه به افراد کمک می‌کند تا ارزش های خود را شناسایی و با توضیح درباره آنها و با استفاده از استعاره‌ها تلاش کنند تا مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را بهبود بخشند. بنیائیکان و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که برنامه درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم افسردگی در مبتلایان به افسردگی اساسی شد. همچنین مهریار (۱۳۹۸) به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان و ابعاد آن شامل افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی و کارکرد اجتماعی شد. بیماران سرطانی با توجه به بیماری خود، معمولاً از سطوح بالای افسردگی رنج می‌برند. در درمان پذیرش و تعهد اعتقاد براین است که بیمار هرگز به عنوان یک فرد شکست خورده مدنظر قرار نمی‌گیرد، بلکه در مقابل همیشه نوعی از توانمندسازی در فرد مورد توجه

است که براساس آن زندگی مبتنی بر ارزش، غنا و پرمنا را در دسترس همه می‌داند.

یکی دیگر از روش های درمانی موج سوم طرحواره درمانی است. طرحواره‌ها الگوهای عمیق و فراگیری هستند که از خاطره، هیجان، شناخت واره‌ها و احساس بدنی تشکیل شده‌اند و در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته، به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات بعدی به کار گرفته و در بزرگسالی تداوم می‌یابند. طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود آمده‌اند. بیماران در اوایل زندگی به منظور انطباق با طرحواره‌ها، پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگاری را به وجود می‌آوردن تا مجبور نشوند هیجان‌های شدید و استیصال‌کننده را تجربه کنند. این کار منجر به تداوم طرحواره‌ها می‌شود که طرحواره درمانی می‌تواند باعث کاهش شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی شود. برطبق اصول طرحواره درمانی، طرح واره های ناسازگار منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می‌شوند و هنگامی که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌گردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی‌های روانشناختی می‌شوند. آشفتگی‌های فکری و شناخت‌های ناکارآمد، از ویژگیهای مخاطره‌انگیز سلامت هستند که به عنوان یک زمینه مطالعاتی به رسمیت شناخته شده و به شکل اختلالات اضطرابی گسترش یافته‌اند، یکی دیگر از ویژگیهای طرحواره درمانی پذیرش عادی و طبیعی بودن این نیازهای هیجانی است. طرحواره درمانی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری می‌پردازد و همچنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان برای شرایط پرفشار روانی مانند بیماری سرطان فراهم آورده است.

بنابراین رویکرد طرحواره محور به دلیل کارکردن بر درون مایه‌های روانشناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای نشخوار ذهنی مؤثر است.

سومین روشی که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد روش مهارت فصول است که طرح ابداعی پژوهشگر می‌باشد. این طرح مبتنی بر تکنیک‌های شناختی بوده و پایه و اساس آن را تصویرسازی ذهنی تشکیل می‌دهد. تصویرسازی ذهنی به عنوان یک تکنیک ذهن بدن برای پایه استوار است که ذهن و بدن با هم مرتبط هستند و می‌توانند در درمان بیماری و ایجاد سلامتی بر هم اثر بگذارند و یکدیگر را تقویت کنند. در تصویرسازی، افراد تشویق می‌شوند تنفس عمیق شکمی و دیافراگمی و سپس رهاسازی عضلانی را انجام دهند و مناظری مثل جنگل، ساحل دریا و مکان زیارتی تصور کنند و به صداها، اطراف و بوها توجه نشان دهند. تصویر ذهنی مایه اصلی شخصیت و رفتار انسان است. با تغییر تصویر ذهنی، شخصیت و رفتار، تغییر می‌کند. همه اعمال، احساسات، رفتار و حتی توانایی‌های ما بر اساس این تصویر ذهنی حالت می‌گیرد. برخی از نظریه‌ها بیانگر این است که تصویرسازی ذهنی مثبت، مسیرهای هورمونی و سایکونورواپیمونولوژیک را که سبب تأثیر بر پاسخ‌های استرس می‌شود، تضعیف می‌کند. در واقع تصویرسازی ذهنی با منحرف کردن ذهن بیمار از محرک‌های آزاردهنده و ایجاد آرام‌سازی و تحت تأثیر قرار دادن خلق بیمار، تاب‌آوری را افزایش و افکار نشخوارکننده را در بیمار کاهش می‌دهد. هاگمن (۲۰۱۱) در تحقیقات خود بر روی افراد سرطانی تایید نمود که تصویرسازی ذهنی به عنوان یک روش درمانی کارآمد از آنجا که موجب بیان، تجسم و پردازش شناختی مجدد افکار منفی و خاطرات تنش‌زا می‌شود، نقش بسیار مهمی در کنترل نشانگان روان‌شناختی از جمله افکار خودآیند منفی، نشخوارذهنی و بیخوابی در بیماران مختلف از جمله بیماران مبتلا به سرطان دارد. افراد مبتلا به سرطان و یا دیگر بیماری‌های لاعلاج، معمولاً ارزیابی منفی از خود دارند و خود را قربانی شرایط و موقعیت

روش کار

پژوهش حاضر، از لحاظ هدف از نوع کاربردی و پیرو طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل می‌باشد. برای هر یک از بیماران گروه کنترل نیز یک مرحله ارزیابی اولیه به عنوان پیش آزمون انجام شد و پس از سه ماه (به اندازه مدت زمان درمان در گروه های درمان) انتظار، قبل از مداخله درمانی، ارزیابی دوم به عنوان پس آزمون انجام شد. در این پژوهش طرح‌واره درمانی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مهارت فصول به عنوان متغیرهای مستقل و افسردگی و نشخوار ذهنی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند.

جامعه آماری این پژوهش را زنان مراجعه کننده به بنیاد امید (حمایت از بیماران مبتلا به سرطان) بیمارستان نمازی و سعدی شهر شیراز در سال ۱۳۹۹ که جهت درمان و حمایت از مشکلات ناشی از سرطان مراجعه کرده اند تشکیل می‌دهند که تعداد آنها ۳۰۰ نفر است. در این پژوهش، نمونه ۱۰۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان بودند که از طریق روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با گمارش شرکت کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۵ نفر) انجام شد. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: قرارگیری فرد مبتلا به سرطان در استیج دوم، تایید وجود افسردگی و نشخوار ذهنی در فرد، حداقل تحصیلات سیکل، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال، ساکن شیراز بودن فرد و رضایت به شرکت در پژوهش. ملاکهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی، درمان روانپزشکی و روانشناسی همزمان با برگزاری پژوهش. در تحقیق حاضر به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های زیر استفاده شده است. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح ذیل می‌باشند:

آزمون افسردگی بک: این پرسشنامه که شامل ۲۱

سؤال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرشها و نشانه های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده اند. به عبارت دیگر، این مواد

های سخت زندگی می‌دانند. این نوع ارزیابی منفی که در طی زمان با نشخوارهای ذهنی همراه می‌گردد، منجر به تحریف های شناختی و باورهای ناسازگار درباره خود، جهان و آینده می‌شود. در این شرایط این دسته از افراد نه تنها از مشکلات عاطفی و بین فردی رنج می‌برند بلکه نشانگان روانی زیادی مانند افسردگی، اضطراب، درماندگی، بیخوابی، کابوس های شبانه و حتی افکار خودکشی را تجربه می‌کنند.

مطالعات نشان داده اند که یکی از علامت‌ها و شکایات اصلی گریبانگیر بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و نشخوار ذهنی می‌باشد. همچنین تحقیقات نشان دهنده ترجیح بیماران به استفاده از روان درمانی نسبت به دارودرمانی است، بنابراین روان درمانی می‌تواند به عنوان یک گزینه مؤثر در درمان این اختلالات روانی در این بیماران به کار رود. امروزه تاثیر مثبت مداخلات روان شناختی در بهبود افسردگی و نشخوار ذهنی بیماری های مزمن جسمی نظیر سرطان مورد تایید قرار گرفته است. در طی دو دهه اخیر، تعدادی از روان درمانی ها به عنوان موج سوم توسعه یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح واره درمانی و مهارت فصول از جمله این درمان ها هستند. به عبارت دقیق تر می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری اصطلاحی فراگیر برای یک مجموعه ی کلی از درمان ها است. این مداخلات روان شناختی اثربخشی قابل قبولی در کاهش علائم افسردگی و نشخوار ذهنی در بیماران دارند اما نکته قابل توجه این است که به کارگیری کدامیک از این مداخلات نتایج مطلوب تری را ارائه می‌دهد. بنابراین مقایسه این سه روش درمانی برای درمان اختلال افسردگی و نشخوار ذهنی می‌تواند آغاز کننده مسیری برای بررسی بیشتر روش های درمانی موثر در این اختلال ها شده و در نتیجه میزان اتلاف وقت و هزینه های سنگین تحمیل شده بر جامعه کاهش یابد. بنابراین هدف از مطالعه حاضر پاسخگویی به این سوال اساسی است که آیا میزان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی و مهارت فصول بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی در زنان مبتلا به سرطان متفاوت است؟

پرسشنامه نشخوار فکری: ای ن پرسشنامه توسط نولن هوکسما و مارلو^۱ (۱۹۹۱) ساخته شد و چهار نوع متفاوت از واکنش‌های به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. این مقیاس ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش نولمن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱) برابر با ۰/۹۲ بوده است.

درمان‌های مورد نظر در این پژوهش مبتنی بر راهنماهای درمانی است. پروتکل جلسات طرحواره درمانی بر اساس طرح درمانی آرنتر^۲ و ون جندرن^۳ (۲۰۰۹) تنظیم گردید. پکیج جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز برگرفته از طرح درمانی مورتون^۴ و همکاران (۲۰۱۲) بود. پروتکل جلسات مهارت فصول بر اساس طرح ابداعی جعفری (۱۳۹۲) طراحی شده است. لازم به ذکر است پروتکل‌های استاندارد درمانها بر اساس اجرای گروهی تنظیم و ایجاد شده بود و در این جلسات مطابق با اصول و فنون دقیق مبتنی بر پروتکل اصلی اجرا شدند. افراد مورد بررسی طی هفته‌های متوالی تحت درمان مبتنی بر طرحواره درمانی (۱۲ جلسه)، درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۲ جلسه) و درمان مبتنی بر مهارت فصول (۱۲ جلسه) قرار گرفتند. جلسات گروهی در قالب گروه‌های ۲۵ نفره در هر سه درمان، طی مدت ۱۲۰ دقیقه و بصورت هفته‌ای یک جلسه برگزار گردید. در ادامه شرح مختصری از ساختار جلسات در هر سه روش درمانگری آمده است (جدول شماره ۱، ۲ و ۳)

و وزن‌های آن‌ها به‌طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-۹۰، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند.

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله طرحواره درمانی به شیوه گروهی به تفکیک جلسات و فعالیت

4- Morton

1- Nolin Hokksma and Marlo

2- Arntz

3- Van Genderen

جلسات	عنوان فعالیت
اول	اجرای پیش آزمون، مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافق های لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی با بیماری سرطان، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضا، ارائه تکلیف
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار، عوامل موثر در اکتساب طرحواره، ارائه تکلیف
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل شناخت و برانگیختن طرحواره های اعضای گروه، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل گیری طرحواره نقش داشته اند، کمک به اعضا برای تجربه کردن هیجان های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک های مقابله ای، بررسی انواع سبک های مقابله ای در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال، درباره سبک های مقابله ای، ارائه تکلیف
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع آوری شواهد عینی تاکید کننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع آوری شواهد عینی رد کننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای اعضا، تهیه کارت های آموزشی طرحواره ها، معرفی فرم ثبت طرحواره ها، ارائه تکلیف
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، به کاربردن روش گفتگوی خیالی، گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی اعضای گروه برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، ارائه تکلیف
نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگوی بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج های احتمالی تغییر، ارائه تکلیف
دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرحواره، بررسی روش های موثر در توانایی کنترل هیجانات و تکانه های خود، ارائه تکلیف
یازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرحواره ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارائه تکلیف
دوازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش های موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن داری، جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون

جدول ۲. محتوای جلسات مداخله تعهد و پذیرش به شیوه گروهی به تفکیک جلسات و فعالیت

جلسات	عنوان فعالیت
اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، معرفی درما پذیرش و تعهد و مبانی آن: معرفی روش ذهن آگاهی، کاوش ذهن آگاه یک شیء
دوم	اجتناب و ارزش ها: بررسی بیشتر استعاره «مسافران سوار اتوبوس» و شناسایی «مسافران» دشوار (تفکرات و احساسات): «چرخه اجتناب» کوتاه مدت، محدودیت های بلندمدت در زندگی: اقدامات اولیه در جهت شناسایی ارزش ها
سوم	اشتیاق و پذیرش: تلاش برای جنگیدن با درد یا اجتناب از آن به رنج بیشتر منجر می شود: اشتیاق-تمرین «جنگ شدید با یک هیولا»: آزما: شیوه های مختلف برقراری ارتباط با تجارب دردناک: استعاره های اشتیاق
چهارم	آگاهی از تفکرات. ذهن چگونه کار می کند: توجه به قضاوت ها (تمرین «فنجان خوف فنجان بد»): تمرینات گسلش از جمله «شیر، شب» «رادپوی اجبار بد»

پنجم	ذهن آگاهی لذت: بررسی احساسات لذت بخش از طریق پنج حس اصلی و همزمان توجه کردن به تفکرات و احساسات دشوار که می تواند شده و برای این احساسات «فضایجاد کنند». لذت به عنوان بخشی از زندگی کامل، غنی و با معنا
ششم	آگاهی و پذیرش هیجان: تمرین راهبردهای پذیرش برای هیجانها، حس های بدنی و کشش ها. راهبردهایی برای عمل کردن براسا های شخصی یا عمل نکردن، حتی زمانی که هیجانها قوی باشند
هفتم	مسائل سلامتی: بررسی ارزش ها و اجتناب تجربی مرتبط با سلامتی
هشتم	عمل کردن براساس ارزش های رابطه- کمک کردن: تمرینات ارائه و دریافت تحسین و تعریف و مهارت های مکالمه در جلسه، تمرین پذیرش تفکرات و احساسات دشواری که در حین ادامه دادن عمل براساس ارزش ها ایجاد می شوند
نهم	عمل کردن براساس ارزش های رابطه در شرایط تعارض آمیز؛ تمرین مهارت های جرات ورزی و مذاکره
دهم	نقاط انتخاب (یا تصمیم گیری): توجه به «نقاط انتخاب»: بررسی بیشتر ارزش ها: برنامه ریزی یک گام کوچک در یک مسیر ارزشمند مورد موانع درونی احتمالی (تفکرات و احساسات دشوار)
یازدهم	موانع: مرور گام کوچک برنامه ریزی شده؛ بررسی تفکرات و احساسات دشواری که ایجاد شدند؛ تمرین ذهن آگاهی و راهبردهای پذیرش
دوازدهم	جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، ا- آزمون

جدول ۳. محتوای جلسات مداخله مهارت فصول به شیوه گروهی به تفکیک جلسات و فعالیت

جلسات	عنوان فعالیت
اول	پذیرش اعضا و ایجاد رابطه حسنه، توضیح قوانین گروه همانند اصل رازداری، حضور به موقع و شرکت فعال اعضا بیان اهدا کلیه مب آموزشی در هر جلسه ۱/۵ ساعت طول می کشد که شامل ۲ قسمت به صورت بحث تئوری و انجام تمرین عملی می باشد.
دوم	مرحله ی پاییز (پالایش): انجام جلسه اول تکنیک تصویرسازی ذهنی جهت پالایش گذشته افکار، اضطراب ها، افسردگیها، استرس ها و خاطرات ناخوشایند بررسی عوامل اثر گذار منفی برای ایجاد افسردگی. در هر جلسه پاییزی تئوری مربوط به آثار خاطرات استرس ها و افسردگیهای های گذشته و نحوه ی تحلیل آنها تدریس می شود.
سوم	مرحله پاییز جلسه دوم انجام جلسه دوم تکنیک تصویر سازی ذهنی جهت پالایش گذشته افکار، افسردگیها و عوامل ایجاد کننده ی رنجها، استرس ها و خاطرات ناخوشایند بررسی عوامل اثر گذار منفی برای ایجاد اضطراب نکته ۱: در این مرحله از تکنیکهای آرامش در قالب تکنیکهای تصویرسازی ذهنی استفاده می شود. نکته ۲: هر درمانجو دفتری را به نام دفتر ثبت تجربیات تهیه کرده و گزارشات حالتها و تجارب خود را در هر بار تمرینات تصویری و رفتاری در دفتر مربوطه یادداشت می کند و به در مانگر ارائه می کند (اجباری نیست و در صورت تمایل انجام می پذیرد)
چهارم	انجام جلسه سوم تکنیک تصویرسازی ذهنی جهت پالایش گذشته افکار، افسردگیها، استرس ها و خاطرات ناخوشایند بررسی عوامل اثر گذار منفی برای ایجاد اضطراب و افسردگی
پنجم	فصل زمستان (تثبیت) در این مرحله ۳ جلسه آموزشی به صورت تئوری و عملی در رابطه با مفاهیم فصل تثبیت انجام می پذیرد. در فصل تثبیت تکنیکهای تصویرسازی ذهنی در جهت تثبیت تخلیه های فصل گذشته، پالایش دررونی بیشتر، ایجاد بی میلی نسبت به برگشت به رفتارهای ذهنی گذشته، مدیریت بحران، حفظ تغییر رفتار و تقویت رفتارهای مثبت و انزجار از مرور ذهنی افسردگیها آموزش داده می شود. جهت کار در منزل از تمرین های شناختی - رفتاری، کاربرگهای بررسی تغییرات رفتار در موقعیت های مختلف، فن در گرفتن از عود مشکل، فن نگرش خنثی به مشکلات (لیپی ^۱ ، ۲۰۱۱) نیز استفاده می شود.
ششم	جلسه دوم فصل زمستان تکنیک تثبیت عدم بازگشت به گذشته حفظ تغییر رفتار
هفتم	جلسه سوم: تکنیک سوم فصل زمستان عدم بازگشت به گذشته بررسی باورهای افسرده زا و همچنین بررسی دایره تقصیر در تکنیکهای شناختی رفتاری

فصل بهار:	
در این مرحله که شامل ۳ جلسه می‌باشد بر روی تصویرسازی ذهنی مثبت و تئوری‌های مربوطه به آرامش و تفکر مثبت کار شد.	
جلسه اول:	
انجام تکنیک‌های ایجاد تصویرسازی مثبت، آموزش تفکر مثبت، ایجاد خود پنداره مثبت، تمرین شاد زیستن به صورت ذهنی و تئوری به درمانجو آموزش داده می‌شود.	هشتم
در این مرحله بر روی رویش تفکرات مثبت‌اندیشی مقابله و کنترل بحران‌ها، ایجاد ارتباطات اجتماعی موثر، تکنیک کنار آمدن با بحران‌های که درمانجو با آن روبرو می‌شود به صورت تصویرسازی ذهنی درمانجو بهره می‌گیرد.	
همچنین از کاربرگ‌های شناختی فن القای خلق، افکار جانشین، فن همه را پس بگیر نیز استفاده می‌شود (لیهی، ۲۰۱۱)	
جلسه دوم فصل بهار:	
تفکر مثبت، جانشینی افکر مثبت با استفاده از تکنیک‌های مهارت فصول	نهم
جلسه سوم:	
جایگزینی آرامش به جای افسردگی و رنج	دهم
فصل تابستان (بارور شدن):	
این مرحله نیز شامل ۳ جلسه می‌باشد که هر جلسه به دو قسمت تئوری و عملی تقسیم می‌شود	
جلسه اول فصل تابستان:	
در مبحث تئوری نحوه‌ی چگونگی ایجاد اعتماد به نفس، شادمانی درونی، خود پنداره مثبت، ارتباط همدلانه موثر، کنار آمدن با بحران‌های آتی به درمانجو آموزش داده می‌شود.	یازدهم
همچنین در مبحث تصویرسازی ذهنی تکنیک‌های تصویرسازی مثبت در جهت کنار آمدن موثر و مثبت با مشکلات و نگرانی‌ها در آینده (تکنیک جلو رفت در آینده) ایجاد تصویری مثبت در رابطه با زندگی فردی از زمان حال تا آینده، تصویرسازی مثبت ذهنی در رابطه زندگی فردی و اجتماعی، بارو کردن ذهنی مهارت‌های کسب شده و تاکید ذهنی و تصویری و همچنین نیاز و تغییر روحیه امیدبر آنچه در این دوره کسب شده با استفاده از تکنیک‌های ذهنی طراحی شده به درمانجو آموزش داده می‌شود.	
همچنین از کاربرگ‌های القانات تجسمی، به روایتی دیگر تجسم کردن، فن ایجاد طرحواره‌های (لیهی، ۲۰۱۱) نیز استفاده می‌شود.	
جلسه دوم فصل تابستان مدیریت بحران	
جلسه سوم فصل تابستان مدیریت بحران ایجاد تصویرهایی در رابطه با آینده	دوازدهم
جلسه سوم فصل تابستان تکنیک‌های تصویرسازی مثبت در آینده	

آزمون لوین بر روی متغیرهای وابسته تحقیق را نشان می‌دهد نشان‌دهنده این است که واریانس گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای تحقیق متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود. جدول ۶ نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون برای بررسی همگنی واریانس‌ها

مقیاس	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری
افسردگی	۳	۹۶	۱/۲۵۷	۰/۴۸۵
نشخوارذهنی	۳	۹۶	۰/۲۴۲	۰/۸۶۷

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد، به طوری که برای توصیف داده‌های جمع‌آوری شده از جداول میانگین و انحراف استاندارد؛ و در بعد استنباطی از روش‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده گردید. جهت پردازش داده‌ها از نرم‌افزار spss استفاده و نتایج به صورت جداول نمایش داده شد.

نتایج

در این پژوهش قبل از تحلیل داده‌ها، برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین استفاده شد. جدول ۴ نتایج آزمون همگنی واریانس لوین بین متغیرهای وابسته‌ی پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج مندرج در جدول ۴ که نتایج

نتایج جدول ۵ گویای آن است که واریانس‌های متغیرهای پس آزمون در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز در جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. جدول ۶ نتایج آزمون اثرات بین گروهی پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس

ام.باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۵/۸۷۳	۱/۳۱۳	۹	۱۰۵۶۱۳/۵۸۲	۰/۲۲۴

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت کلی گروه‌ها در پس آزمون متغیرهای وابسته

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلاپی	۰/۹۸۷	۳۰/۵۳۰	۶/۰۰۰	۱۸۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۹۴
لامبدای ویلکز	۰/۱۷۹	۴۲/۳۶۸	۶/۰۰۰	۱۸۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۷۷
اثر هتلینگ	۳/۶۷۴	۵۶/۳۳۵	۶/۰۰۰	۱۸۴/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۴۸
بزرگترین ریشه روی	۳/۴۰۱	۱۰۶/۵۷۶	۳/۰۰۰	۹۴/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۷۳

میانگین‌های افسردگی و نشخواردهنی دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد.

در جدول ۷، نتایج آزمون اثرات بین گروهی پس-آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون گزارش شده است که بین

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای وابسته چهار گروه طرحواره درمانی، مهارت فصول، پذیرش و تعهد و کنترل

مدل	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	DF	میانگین مربعات	F	P	اندازه اثر
افسردگی	۵۱۴/۹۳۱	۳	۱۷۱/۶۴۴	۸۶/۸۱۵	۰/۰۰۰	۰/۷۴	
نشخواردهنی	۲۱۰۶/۴۱۹	۳	۷۰۲/۱۴۰	۷۳/۸۵۴	۰/۰۰۰	۰/۷۰	

و کاهش علائم، درمان مبتنی بر طرحواره درمانی به مراتب تاثیر بیشتری نسبت به دو درمان پذیرش و تعهد و مهارت فصول بر افسردگی داشت. در متغیر نشخواردهنی هر سه روش تاثیر مطلوبی بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان داشته‌اند. بین درمان مبتنی بر طرحواره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مهارت فصول از لحاظ تاثیر بر نشخواردهنی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. در حالی که بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مهارت فصول از لحاظ نشخواردهنی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت. با توجه به یافته‌های توصیفی

جدول ۸ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر افسردگی و نشخواردهنی را نشان می‌دهد. همان گونه که مشاهده می‌شود هر سه روش تاثیر مطلوبی بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان داشته‌اند. بین درمان مبتنی بر طرحواره درمانی با مهارت فصول از لحاظ تاثیر بر افسردگی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. در حالی که بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مهارت فصول از لحاظ نشخواردهنی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت. با توجه به یافته‌های توصیفی

تفاوت معناداری وجود نداشت. با توجه به یافته های توصیفی و کاهش علائم، درمان مبتنی بر طرحواره درمانی به مراتب تاثیر بیشتری نسبت به دو درمان پذیرش و تعهد و مهارت فصول بر نشخوارذهنی داشت.

جدول ۱. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر افسردگی و نشخوارذهنی

متغیر وابسته	مبدا	مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معنی داری	
افسردگی	طرحواره درمانی	پذیرش و تعهد	-۱/۰۴۰۰	۰/۵۰۹۹۰	۰/۵۲۵	
		مهارت فصول	-۲/۲۴۰۰*	۰/۵۰۹۹۰	۰/۰۲۸	
		کنترل	-۴/۸۰۰۰*	۰/۵۰۹۹۰	۰/۰۰۰	
	پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	۱/۰۴۰۰	۰/۵۰۹۹۰	۰/۵۲۵	
		مهارت فصول	-۱/۲۰۰۰	۰/۵۰۹۹۰	۰/۳۴۱	
		کنترل	-۳/۷۶۰۰*	۰/۵۰۹۹۰	۰/۰۰۲	
مهارت فصول	طرحواره درمانی	طرحواره درمانی	۲/۲۴۰۰*	۰/۵۰۹۹۰	۰/۰۲۸	
		پذیرش و تعهد	۱/۲۰۰۰	۰/۵۰۹۹۰	۰/۳۴۱	
		کنترل	-۲/۵۶۰۰*	۰/۵۰۹۹۰	۰/۰۱۴	
	کنترل	طرحواره درمانی	۴/۸۰۰۰*	۰/۵۰۹۹۰	۰/۰۰۰	
		پذیرش و تعهد	۳/۷۶۰۰*	۰/۵۰۹۹۰	۰/۰۰۲	
		مهارت فصول	۲/۵۶۰۰*	۰/۵۰۹۹۰	۰/۰۱۴	
نشخوارذهنی	طرحواره درمانی	پذیرش و تعهد	-۵/۵۶۰۰*	۰/۹۸۶۵۸	۰/۰۰۸	
		مهارت فصول	-۵/۶۸۰۰*	۰/۹۸۶۵۸	۰/۰۰۷	
		کنترل	-۱۱/۹۲۰۰*	۰/۹۸۶۵۸	۰/۰۰۰	
		پذیرش و تعهد	۵/۵۶۰۰*	۰/۹۸۶۵۸	۰/۰۰۸	
	مهارت فصول	مهارت فصول	-۰/۱۲۰۰	۰/۹۸۶۵۸	۱/۰۰۰	
		کنترل	-۶/۳۶۰۰*	۰/۹۸۶۵۸	۰/۰۰۴	
		طرحواره درمانی	۵/۶۸۰۰*	۰/۹۸۶۵۸	۰/۰۰۷	
		پذیرش و تعهد	۰/۱۲۰۰	۰/۹۸۶۵۸	۱/۰۰۰	
	کنترل	طرحواره درمانی	کنترل	-۶/۲۴۰۰*	۰/۹۸۶۵۸	۰/۰۰۴
			کنترل	۱۱/۹۲۰۰*	۰/۹۸۶۵۸	۰/۰۰۰
		پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	۶/۳۶۰۰*	۰/۹۸۶۵۸	۰/۰۰۴
			مهارت فصول	۶/۲۴۰۰*	۰/۹۸۶۵۸	۰/۰۰۴

بحث و نتیجه گیری

لوپز (۲۰۱۵)، تاز و نیرنبرگ (۲۰۱۵)، تیتو (۲۰۱۵)، ملاگانید (۲۰۱۴)، برنستاتر و همکاران (۲۰۱۴)، تاوهی و همکاران (۲۰۱۳)، هیلمن و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش های خود نشان دادند که سه رویکرد طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مهارت فصول بر کاهش افسردگی و نشخوارذهنی موثر است. با توجه به یافته های توصیفی و کاهش علائم، درمان مبتنی بر طرحواره درمانی به مراتب تاثیر

نتایج نشان داد بین میانگین نمرات افسردگی و نشخوارذهنی در گروه های طرحواره درمانی، مهارت فصول، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت وجود دارد. کتل و سوزان (۲۰۲۱)، کوپف و زیمرمان (۲۰۲۰)، بانیاکان و همکاران (۲۰۲۰)، لین و همکاران (۲۰۱۹)، دکارت (۲۰۱۸)، رانزو درویاس (۲۰۱۸)، دیچاوتو ارنز (۲۰۱۶)، گریگر و همکاران (۲۰۱۶)، النسو و

بیشتری نسبت به دو درمان پذیرش و تعهد و مهارت فصول بر افسردگی و نشخوارذهنی داشت. دریافت خبر تشخیص سرطان برای اکثر مردم بسیار ترسناک است و اغلب باعث پریشانی روانی می‌شود. در طی مدت زمانی که بررسی‌های تشخیصی برای بیماری انجام می‌شود، زنان بیشترین میزان استرس را تجربه می‌کنند. به هر حال دوران مبهم و طولانی در انتظار تایید تشخیص و برنامه درمانی منجر به افزایش اضطراب و کاهش اعتماد به تیم درمانی و نیز احتمال بروز مشکلات در مرحله درمانی می‌شود. افسردگی و نشخوارفکری، یک اختلال روانی رایج در بین بیشتر بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. اعمال جراحی و درمان فشرده طولانی مدت و همچنین عدم قطعیت در طول پیشرفت بیماری می‌تواند منجر به علائمی مثل اضطراب، ترس و افسردگی شود. از سوی دیگر، درمان‌ها در خصوص بیماری‌های مزمن جسمانی از جمله سرطان، از نگاه صرفه اقتصادی از بعد جسمانی و درمان‌های دارویی به سوی دیدگاه‌ها و درمان‌های چندبعدی جسمانی- روانشناختی تغییر جهت داده است. بنابراین اخیراً تحول در مدل‌های روان درمانی و پرداختن به جنبه‌های روان‌شناختی مثبت انسان، توجهی روزافزون کسب کرده است. از مداخلات غیر دارویی که امروزه برای درمان اختلالات و بهینه‌سازی سلامت افراد از آن استفاده می‌شود، درمان مبتنی بر طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، بین فردی و تجربی در قالب یک الگوی درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار فن اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد بیمار علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار، که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی موجب تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دل بستگی‌ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود. تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های

مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کند. تبیین دیگر برای موفقیت طرحواره درمانی، فنون اصلی این رویکرد درمانی است. اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم افسردگی به دلیل پیوند عمیقی است که اکثر طرحواره‌ها با افسردگی دارند. بسیاری از مطالعات همخوان نشان می‌دهد که طرحواره‌ها نقش ویژه‌ای در علائم اختلالاتی چون افسردگی دارند. طرحواره‌ها پیش‌بینی کننده مهمی برای اختلالاتی نظیر افسردگی فرض شده است (ولبرنو و همکاران، ۲۰۰۲). به نظر می‌رسد در تبیین این یافته می‌توان گفت، در طرحواره درمانی هدف اصلی شناسایی و اصلاح باورهای فرد دربارهی هیجانها و احساسهایشان است که آن نیز همانند درمان‌های شناختی رفتاری می‌تواند با تغییر در باورها اثرات سودمندی داشته باشد.

از سوی دیگر درمان مبتنی بر طرحواره درمانی برای اصل استوار است که بیماران به جای نشخوار فکری و اجتناب از هیجان‌تشان، آنها را بپذیرند. براین اساس به افراد کمک می‌کند تا به جای سرکوبی هیجان‌ها و احساسات خود، آنها را به عنوان بخش جدایی ناپذیر زندگی خود پذیرفته و دیدگاه جدیدی نسبت به آنها اتخاذ کنند. همچنین با توجه به مشابهت‌های طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اشتیاق به تجربه کامل رویدادهای شخصی و گسترش ظرفیت افراد برای مشاهده‌گری در این مدل درمانی فنون ذهن آگاهی مثل توجه آگاهی انفعالی و همجوشی زدایی به منظور افزایش توانایی پذیرش بنیادین افراد استفاده می‌گردد. باین حال به نظر می‌رسد که فنون پذیرش و تعهد به تنهایی نمی‌تواند سودمند باشد. لیکن وقتی که با جنبه‌های زیربنایی شناخت‌ها و طرحواره‌ها تاکید شده و روی این سازه‌های زیربنایی کار می‌گردد می‌تواند اثرات بهتری داشته باشد. بدین صورت، اجرای تکنیک‌های پذیرش و تعهد از طریق افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی افراد منجر به تسهیل فرآیند پذیرش هیجانها و ارتقای موجودیت هشیار آنها شده و به آنها کمک می‌کند تا به جای مقابله‌های ناکارآمد با هیجان‌های منفی خود، به مشاهده‌گری و پذیرش آنها بپردازند. به عبارت دیگر، برای غلبه بر اجتناب تجربی و راهبردهای

تبیین این یافته می‌توان عنوان داشت زنان سرطانی که طرحواره درمانی را دریافت نموده‌اند، با استفاده از تکنیک های شناختی و تجربی توانسته‌اند طرحواره های ناسازگار اولیه خود را در سطح شناختی و هیجانی تعدیل نموده و بنابراین از آن جایی که طرحواره های ناسازگار ساختارهای عمیقی می‌باشد که ریشه نشخوار فکری و افسردگی می‌باشد، در نهایت این زنان توانسته‌اند از میزان نشخوار فکری و افسردگی خود نیز بکاهند.

محدودیت های پژوهش

در این بخش به محدودیت های پژوهش حاضر اشاره می‌شود: مطالعه حاضر بر روی زنان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بنیاد امید (حمایت از بیماران مبتلا به سرطان) بیمارستان نمازی و سعدی شهر شیراز انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم را رعایت کرد. ممکن است بیشتر افرادی که در پژوهش شرکت کرده‌اند، در واقع از افرادی باشند که از افسردگی و نشخوار ذهنی بالاتری نسبت به دیگر بیماران برخوردار هستند. بنابراین ممکن است افرادی که تجربه های منفی بیشتری داشته‌اند، سبب گردد تا نتایج چنین پژوهش هایی با محدودیت هایی از جمله تعمیم آن به کل جامعه آماری بیماران روبرو شود. مراحل بیماری به طور جداگانه مورد ملاحظه قرار نگرفته است، لذا در تعمیم پذیری به تمام مراحل سرطان باید احتیاط لازم را در نظر گرفت.

پیشنهاد های پژوهشی

- ۱- در این پژوهش، صرفاً از روش درمان گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود مقایسه اثربخشی سه راهبرد مذکور در قالب درمان های انفرادی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج فردی و گروهی با یکدیگر مقایسه شوند.
- ۲- پیشنهاد می‌شود در پژوهش های آتی از پیگیری های کوتاه مدت و بلندمدت برای بررسی تداوم تاثیر درمانی سه روش طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مهارت فصول استفاده کنند.
- ۳- پیشنهاد می‌شود به منظور واضح تر شدن اثرات درمانی

مقابله ای ناکارآمد با هیجان، در طرحواره درمانی فون مختلفی استفاده می‌شود. طرحواره درمانی با تاکید بر تغییر سبک های مقابله ای ناسازگار و طرحواره های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه ای اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان فراهم آورده است و بدین ترتیب می‌تواند به زنان سرطانی تحت آموزش کمک کند تا به جای نشخوار فکری به عنوان یک راهبرد منفی تنظیم هیجان، از راهبردهایی مثبت تر برای تنظیم هیجان بهره گیرند و در نتیجه پس از درمان میزان نشخوار فکری در ایشان کاهش یابد.

طی جلسات طرح واره درمانی سعی گردید که به بیماران کمک شود تا در جهت شناخت طرح واره های خود برآیند و نسبت به تعدیل و کاهش آنها تلاش کنند. با توجه به اینکه طرح واره های ناکارآمد الگوی ثابتی هستند که در دوران کودکی بوجود می‌آیند و تا بزرگسالی نیز ادامه دارند، در برابر تغییر مقاومت زیادی می‌کنند و نقش مهمی در اختلالات روانی دارند. طرح واره های ناکارآمد اولیه و طرح واره درمانی بر عمیق ترین سطح شناخت تاکید دارد و این باورهای منفی غیرمنطقی و محکم بطور فعالی در زندگی آنها نقش بازی می‌کند. افراد مبتلا به افسردگی مشکلات بین فردی زیادی دارند و این مشکلات به دلیل طرحواره هایی است که در ذهن آنها نقش بسته است مثل سلطه گری، کینه جویی بازداري هیجانی، کم رویی، تمکین افراطی، ایثارگرایی و دخالت گری. نکته دیگری که در طرح واره درمانی به آن اهمیت داده می‌شود خلق و خو است. مشکلاتی از قبیل تمرکز افراطی بر احساسات منفی، مشکل در شناسایی افکار، باورهای کمال گرایانه درباره کاهش افسردگی، اطمینان طلبی، عدم انجام تمرین های رویارویی و توقع نتیجه گیری سریع از درمان روند درمانهای شناختی- رفتاری افسردگی را با مشکل رو به رو می‌کند. بدین سان در

تقدیر و تشکر

نتایج این پژوهش مستخرج از رساله دکتری مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان در سال ۱۳۹۸ با کد ۱۲۱۹۸۴ به تصویب رسید. بدین وسیله از همکاری و مساعدت مسئولین محترم بیمارستان و کلیه بیماران در روند انجام پژوهش، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی ندارند.

رویکردهای طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مهارت فصول با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان های مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود.
۴- پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی مردان مبتلا نیز انجام شود، چرا که عامل جنسیت ممکن است در نتیجه پژوهش تعیین کننده باشد.

1. Fathi, K., Shahbazi, M., Koraei, A., & Malekzadeh, M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Acceptance of Pain and Emotional Control of Cancer Patients. *JAP*, 11(2), 53-67
2. Lo, S. B., Ryba, M. M., Brothers, B. M., & Andersen, B. L. (2019). Predicting implementation of an empirically supported treatment for cancer patients using the theory of planned behavior. *Health Psychology*, 38(12), 1075-1082.
3. Reich, R.R., Lengacher, C.A., Alinat, C.B., Kip, K.E., Paterson, C., Ramesar, S., Han, H.S., Ismail-Khan, R., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., & Budhrani-Shani, P. (2017). Mindfulness-based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: immediate and sustained effects across multiple symptom clusters. *Journal of pain and symptom management*, 53(1), 85-95.
4. Herhaus, B., Kersting, A., Braehler, E., & Petrowski, K. (2020). Depression, anxiety and health status across different BMI classes: A representative study in Germany. *Journal of Affective Disorders*, 276, 45-52.
5. Basharat, Mohammad Ali, Nikfarjam, Mohammad Reza, Mohammadi Hasil, Korosh, Zabihzadeh, Abbas, Fallah, Mohammad Hossein, (2015). Arousal in patients with depression. Anxious and normal subjects: a comparative study. *Journal of Psychological Sciences*, Volume 15, Number 59. (In Persian)
6. Pournakash Tehrani, Seyyed Saeed, Arabic, Elham, (2015). Investigating the mediating role of depression and pain intensity in the relationship between emotional regulation strategies and quality of life in people with chronic pain, *Journal of Psychological Sciences*, Volume 15, Number 58. (In Persian)
7. Purkayastha, D., Venkateswaran, C., Nayar, K., & Unnikrishnan, U. G. (2017). Prevalence of Depression in Breast Cancer Patients and its Association with their Quality of Life: A Cross-Sectional Observational Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(3), 268-71. (In Persian)
8. Jahangiri, Milad, Golmohamdian, Mohsen, Hojatkah, Seyed Mohsen, (2017). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on rumination and psychological flexibility in addicts undergoing methadone treatment, *addiction research*, 12th year, 48th issue. (In Persian)
9. Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., & Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*, 17(3), 684-696.
10. Qanawati, Sajjad Ali, Bahrami, Fatemeh, Guderzi, Korosh, Rozbahani, Mehdi, (2017). The effectiveness of compassion-based therapy on rumination and worry of women with breast cancer, *Scientific-Research Quarterly of Health Psychology*, 7th year, 3rd issue. (In Persian)
11. Fathi, K., Shahbazi, M., Koraei, A., & Malekzadeh, M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Acceptance of Pain and Emotional Control of Cancer Patients. *JAP*, 11(2), 53-67
12. Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 134-143.
13. Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 144-152.
14. Hajsadeghi, Z., BassakNejad, S., & Razmjoo, S. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Anxiety among women with breast Cancer. *PSJ*. 15(4), 42-9.

15. Nenadić, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry research*, 253, 9-12.
16. Ryan, C. S., Gregory, L., & Scott, A. (2015). Differences in Early Maladaptive Schemas in a Sample of Alcohol and Opioid Dependent Women: Do Schemas Vary Across Disorders? *Addict Res Theory*, 21(2), 132-140
17. Astonishment, Affection, Patriotism, Mavold, (2019). The effectiveness of combined training of communication skills and schema therapy on the fear of intimacy of women referring to clinics in Isfahan city. *Journal of Psychological Sciences*, Volume 19, Number 59.
18. Leahy, R. L. (2016). Emotional Schema Therapy: A Metaexperiential Model. *Australian Psychologist*, 51(2), 82-88.
19. Jafari, Salem, (2014). The effect of skill techniques of seasons based on mental imagery on the mental health of parents of autistic children, Shiraz, the first congress of exceptional challengers of the country.
20. Shahabi, A., Ehteshamzadeh, P., Asgari, P., & Makvandi, B. (2020). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Guided Imagery on the Resilience of Cardiac Disease Patients Referring to the Heart Rehabilitation Department. *Horizon Med Sci.*, 26(3), 276-297.
21. Borg, W., Gall, M., & Gall, J. (2015). Quantitative and qualitative research methods in Psychology [AR. Nasr, HR. Areyzi, M. Abolqasemi, MJ. Pakseresht, AR. Kiamanesh, Kh. Bagheri, et al, Persian trans]. Tehran: Samt Publication.
22. Shahabi, A., Ehteshamzadeh, P., Asgari, P., & Makvandi, B. (2020). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Guided Imagery on the Resilience of Cardiac Disease Patients Referring to the Heart Rehabilitation Department. *Horizon Med Sci.*, 26(3), 276-297.
23. Hackmann, A. (2011). Original research Article imagery rescripting in PTSD. *Cognitive & behavioral practice*, 18(4), 425- 432.
24. Sadeghi, Elaha, Gurban Shiroudi, Shahreh, Tarkhan, Morteza, Kihanian, Shahrabano, (2017). Comparison of the effectiveness of ordered mental imagery with reprocessing and mindfulness-based stress reduction on insomnia and negative spontaneous thoughts of women with cancer, *Health Psychology Scientific Research Quarterly*, 7th year, 2nd issue.

*Original Article***Compare The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Schema Therapy, Seasonal Skill On Reduction Depression and Rumination on Women Suffering Cancer in Shiraz**

Received: 04/09/2021 - Accepted: 17/11/2021

Salem Jaafari¹
 Bahman Kord Tamini^{*2}
 Farhad Kahrazei³

¹ Ph.D. candidate of Psychology Department, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

² Associate professor, department of psychology, Faculty of Educational Sciences And psychology, university of Sistan and Baluchestan, zahedan, Iran

³ Associate professor, department of psychology, Faculty of Educational Sciences And psychology, university of Sistan and Baluchestan, zahedan, Iran

Email: bahmanpsy1@gmail.com

Abstract

Introduction : The aim of this study was to determine the differences in the effectiveness of schema therapy, acceptance-based therapy, commitment and skill seasons on reducing depression and rumination in women with cancer.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental study with pre-test-post-test and control groups. The statistical population included all women with cancer referred to the Omid Foundation of Namazi and Saadi Hospitals in Shiraz in 2020, from which a sample of 100 women was selected by random sampling, which was randomly divided into three experimental groups and a control group. Data collection tools were Beck 21-item questionnaire and Nolan Hoxma and Marlowe ruminant test. The first experimental group received schema therapy intervention, the second experimental group received acceptance-commitment therapy and the third experimental group received skill-based therapy in 12 sessions of 90 minutes, and the control group did not receive any intervention.

Results: The results showed a significant difference in the scores of depression and rumination in the experimental and control groups. All three treatment approaches were effective in reducing depression and rumination ($P < 0.05$). Also, the results of Benfroni post hoc test showed that therapy-based treatment therapy had a much greater effect on depression and mental rumination than the other two treatments.

Conclusion: The use of interventions based on schema therapy, acceptance and commitment therapy and seasonal skill in cancer treatment centers can be considered as a treatment along with medical treatments to reduce depression and rumination in patients.

Key Words: Schema Therapy, Commitment and Acceptance Therapy , Seasonal

Acknowledgement: There is no conflict of interest