

The Effectiveness of Transdiagnostic Intervention and Schema Therapy Based on Mindfulness on Emotional Distress and Experiential Avoidance in Patients with Breast Cancer with Follow-Up

Ghayour Kazemi F¹, *Shahhabizadeh F², Safara M³, Shahidsales S⁴

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran;
2. PhD in General Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran;
3. Clinical Psychology, Assistant professor, Psychology Department, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, Iran;
4. Omid Hospital, Oncology Radiotherapy, Associate Professor, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*Corresponding Author Email: f.shahabizadeh@yahoo.com

Received: 2022 February 16; Accepted: 2022 May 11

Abstract

Background & Objectives: Breast cancer is probably a frightening tumor in women and causes emotional distress and experiential avoidance in these people. One of the problems of people with cancer is psychological and emotional distress that can be seen in different phases of cancer diagnosis and treatment. Distress is a multifactorial unpleasant experience of a psychological nature (cognitive, behavioral, emotional) that interferes with the ability to cope effectively with cancer, its physical symptoms and treatment. It is also a broad term that includes a wide range of emotions and psychiatric symptoms, including depression and anxiety. In addition to emotional distress, receiving a breast cancer diagnosis can upset a person in as much as rejecting the truth of having cancer, a response called experiential avoidance. In this study, we try to compare the effectiveness of transdiagnostic therapy and schema therapy based on mindfulness on improving emotional distress and experiential avoidance in patients with breast cancer.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and a 45-day follow-up design with a control group. The statistical population was all female patients with breast cancer in 2018–2021 who were referred to Omid and Imam Reza (AS) hospitals in Mashhad. A total of 41 subjects were purposefully selected and randomly assigned to the two experimental (mindfulness-based schema therapy with 14 people and transdiagnostic therapy with 13 people) and one control group (14 persons). Data collection tools were Depression Anxiety Stress Scales (DASS–21) (Lovibond and Lovibond, 1995) and Acceptance and Action Questionnaire second version (AAQ–II) (Bond et al., 2011). Schema therapy based on mindfulness was implemented in 8 sessions and two 90-min follow-up sessions and transdiagnostic therapy in ten 90-min sessions only for the experimental groups. To analyze the data, descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) and inferential statistics (1-way analysis of variance, Chi-square test, analysis of variance with repeated measures and Bonferroni's post hoc test) were used in SPSS version 25. The significance level of statistical tests was considered 0.05.

Results: Findings showed that the group effect, time effect, and time × group interaction effect were significant for depression, anxiety, and stress subscales of the emotional distress variable ($p < 0.05$) and the experiential avoidance variable ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference between the two groups of transdiagnostic therapy and schema therapy based on mindfulness in terms of changes in the average score of depression ($p = 0.060$), anxiety ($p = 0.880$), and stress ($p = 0.870$) subscales. However, there were significant differences between the two groups of schema therapy based on mindfulness and control in terms of changes in the average score of depression ($p < 0.001$), anxiety ($p = 0.040$), and stress ($p < 0.001$) subscales and also between the transdiagnostic therapy and control groups in terms of changes in the average scores of depression ($p = 0.020$), anxiety ($p = 0.040$) and stress ($p = 0.002$) subscales. Changes in the mean scores of depression, anxiety, and stress subscales in the two intervention groups between the pretest and posttest stages ($p = 0.001$ for all subscales) and the pretest and follow-up stages ($p = 0.001$ for all subscales) were significant and also in the mentioned subscales between the posttest and follow-up stages ($p = 0.002$, $p = 0.040$, $p = 0.030$, respectively) there were significant statistical differences, indicating the persistence of the effectiveness of treatments in the follow-up phase. No significant statistical difference was observed between the two groups of transdiagnostic therapy and schema therapy based on mindfulness in terms of changes in the average score of the experiential avoidance variable ($p = 0.860$). However, there was a statistically significant difference between the schema therapy based on mindfulness and control groups ($p = 0.029$) and between the transdiagnostic therapy and control groups ($p = 0.038$) in terms of changes in the average score of the experiential avoidance variable. The average changes of experiential avoidance scale in the two intervention groups between the pretest and posttest stages ($p = 0.001$) and the pretest and follow-up stages ($p = 0.001$) were significant and also in the mentioned variable between the posttest and follow-up stages ($p = 0.001$) showed a statistically significant difference, indicating the persistence of the effectiveness of the treatments in the follow-up phase.

Conclusion: Based on the study's findings, transdiagnostic treatment and schema therapy based on mindfulness reduce emotional distress and experiential avoidance in women with breast cancer but no difference was observed between the two interventions.

Keywords: Breast cancer, Transdiagnostic, Schema therapy, Mindfulness, Emotional distress, Experiential avoidance.

مقایسه اثربخشی مداخله فراتشخیصی و طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی بر پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای در بیماران با سرطان پستان

فاطمه غیور کاظمی^۱، *فاطمه شهابی‌زاده^۲، مریم صف‌آرا^۳، سودابه شهید ثالث^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد بیرجند دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران؛
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران؛
۳. استادیار روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران؛
۴. دانشیار انکولوژی رادیوتراپی، بیمارستان امید و دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران.

* ایمانامه نویسنده مسئول: f.shahabizadeh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷ بهمن ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲۱ اردیبهشت ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان احتمالاً ترسناک‌ترین تومور زنان است و موجب پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای در این افراد می‌شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی و مداخله فراتشخیصی بر پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای در زنان با سرطان پستان صورت گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری ۴۵ روزه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمامی بیماران زن دارای سرطان پستان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۷ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امید و امام‌رضا(ع) مشهد تشکیل دادند. از افراد واجد شرایط داوطلب، ۴۱ نفر (پس از ریزش) به‌روش هدفمند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی=چهارده نفر و درمان فراتشخیصی=سیزده نفر) و گروه کنترل (چهارده نفر) قرار گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها مقیاس اضطراب، استرس، افسردگی (لایبوند و لایبوند، ۱۹۹۵) و نسخه دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) بود. طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی در هشت جلسه و دو جلسه پیگیری نود دقیقه‌ای و درمان فراتشخیصی یکپارچه در ده جلسه نود دقیقه‌ای صرفاً برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه، آزمون کای‌دو، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب و استرس متغیر پریشانی و متغیر اجتناب تجربه‌ای تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/05$). بین اثربخشی دو نوع درمان بر متغیرهای مذکور تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$). همچنین تغییرات میانگین نمره خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب و استرس متغیر پریشانی هیجانی و متغیر اجتناب تجربه‌ای در دو گروه مداخله بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/05$). تفاوت معنادار بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری نیز حاکی از ماندگاری اثربخشی درمان‌ها در مرحله پیگیری بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان فراتشخیصی و طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی، هر دو به‌طور معناداری باعث کاهش پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای زنان با سرطان پستان می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: سرطان پستان، فراتشخیصی، طرح‌واره‌درمانی، توجه‌آگاهی، پریشانی هیجانی، اجتناب تجربه‌ای.

شده است؛ به طوری که پژوهش فرناندز-رادیگوز و همکاران مشخص کرد، افراد بدون شکایت هیجانی، بیشتر در ارتباط با تجربیات زندگی و منابع پاداش محیطی هستند؛ بنابراین الگوهای پاسخ اجتناب تجربه‌ای و کاهش پاسخ‌های فعال‌سازی با پریشانی بالینی همبسته است و کاهش در فعال‌سازی، افراد دارای پریشانی بیشتر و نیز نشانه‌های بیشتر همبود افسردگی و اضطراب را متمایز می‌کند. در رویکرد فراتشخیصی روی عوامل مشترک ریشه مشکلات روان‌شناختی و چگونگی شکل‌گیری آن‌ها تمرکز می‌شود؛ بنابراین بارلو^{۱۰} بر مبنای اشتراکات بین اختلال‌های هیجانی و نرخ همبودی زیاد این اختلال‌ها، درمان فراتشخیصی یکپارچه را طراحی کرد که قابل کاربرد در همه اختلال‌های هیجانی باشد (۸).

باتوجه به پیچیدگی پریشانی هیجانی در بازماندگان سرطان، استفاده از مدل درمانی فراتشخیصی متمرکز بر فرایندهای روان‌شناختی تداوم‌بخش پریشانی، می‌تواند مدنظر قرار گیرد (۹). پژوهش‌ها همبستگی بین پریشانی هیجانی و ترس از عود سرطان و تغییرات رفتار سلامتی در بازماندگان سرطان بزرگسال را تأیید کرده‌اند و افزون‌بر آن اثربخشی مدل فراتشخیصی در نشانه‌های اضطراب و افسردگی و تروما در بازماندگان سرطان با دوره پیگیری شش ماهه حمایت شد (۱۰، ۱۱). نقطه مقابل اجتناب از تجارب درونی، توجه‌آگاهی^{۱۱} است و باتوجه به پریشانی درخور توجه بیماران سرطانی (۱۲)، تحمل پریشانی با تمرکز بر توجه‌آگاهی اهمیت دارد. درواقع بین رویکردهای درمانی مختلف، تحمل پریشانی با مفاهیم ارائه‌شده در رویکرد توجه‌آگاهی قربات‌های بسیاری دارد. افزون‌بر آن اگرچه مطالعه سیفو و همکاران، اثربخشی درمان توجه‌آگاهی را بر بهبود فرایندهای شناختی در بازماندگان سرطان پستان نشان داد، به پژوهشی با ابزارهای شناختی فراگیر و معتبر نیاز است (۱۳)؛ بنابراین شناختن و پرداختن به لایه‌های شناختی زیرین چون طرح‌واره‌ها فراتر از مداخله ذهن‌آگاهی صرف است. طرح‌واره‌درمانی^{۱۲} به تدریج تکنیک‌های توجه‌آگاهی را که در زمره تکنیک‌های تجربی است، در جعبه ابزارش می‌گنجاند. توجه‌آگاهی به جای تلاش برای تغییر در نحوه عمل طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، بر کسب آگاهی از آن‌ها تمرکز می‌کند (۱۴). پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی بر بهبود پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای انجام شد.

۲ روش بررسی

در این تحقیق از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری ۴۵ روزه همراه با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران زن سرطان پستان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۷ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امید و امام‌رضا(ع) مشهد تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۱ نفر در دو گروه آزمایش طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی (چهارده نفر) و فراتشخیصی (سیزده نفر) و یک گروه گواه (چهارده نفر) از زنان واجد شرایط

سرطان پستان^۱ سرطان شایع‌تر تشخیصی در بین زنان است و طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی^۲ این سرطان ۳۰ درصد تمام سرطان‌های بین زنان را شامل می‌شود (۱) و در ایران نیز سرطان شایع‌تر در زنان بوده و ۲۵ درصد از کل سرطان‌های این جمعیت طبق آمار انستیتوی سرطان ایران است (۲). یکی از مشکلات افراد سرطانی، پریشانی روانی و هیجانی^۳ است که در فازهای مختلف تشخیص و درمان سرطان دیده می‌شود. پریشانی به عنوان تجربه ناخوشایند چندعاملی با ماهیت روان‌شناختی (شناختی، رفتاری، هیجانی) تعریف می‌شود که با توانایی مقابله مؤثر با سرطان، نشانه‌های جسمانی و درمانش تداخل پیدا می‌کند؛ همچنین سازه‌ای گسترده است که طیف وسیعی از هیجانات و نشانه‌های روان‌پزشکی مثل افسردگی و اضطراب^۴ را پوشش می‌دهد (۳). افراد به سرطان همانند هر بیماری جدی دیگری واکنش نشان می‌دهند و احساسات و هیجانات منفی از زمان تشخیص و در طول بیماری در فرد ایجاد می‌شود؛ از این رو، شوک و ترس بعد از تشخیص‌گذاری^۵ سرطان بسیار رایج است (۴). براساس مطالعات ۵۰ درصد از زنان مبتلا به سرطان، اضطراب و افسردگی را تا یک سال پس از تشخیص فاز اولیه سرطان و ۱۵ درصد نیز تا پنج سال بعد از تشخیص تجربه می‌کنند (۵).

علاوه بر پریشانی هیجانی، دریافت تشخیص سرطان پستان می‌تواند فرد را زیر فشار قرار داده و به سمت تلاش برای مبارزه با حقیقت داشتن سرطان سوق دهد که این واکنش اجتناب تجربه‌ای^۶ نامیده می‌شود. ترس از عود سرطان با افسردگی و اضطراب بالینی، استرس پس از سانحه^۷ و کیفیت زندگی^۸ تخریب‌شده همبسته است و باعث ایجاد نشخواری فکری عاداتی و درگیری ذهنی بیشتر با بیماری به عنوان سبک شناختی ناسازگار می‌شود و این خود با نشانه‌های افسردگی بیشتر همبسته است. در این افراد، خاطرات گذشته تجربه بیماری اغلب باقی می‌ماند و ترس از عود سرطان را دائمی و نیاز به تکرار چرخه پریشان‌کننده‌ای از سازگاری را به منبع استرس‌زای عمده‌ای تبدیل می‌کند (۶). این امر نیز به نوبه خود می‌تواند تلاش افراد را برای اجتناب به مراتب افزایش دهد. اجتناب تجربه‌ای نوعی تمایل نداشتن برای در تماس باقی ماندن با تجربه‌های درونی و تمایل به سمت تغییر شکل یا فراوانی این وقایع و بافت‌های برانگیزاننده آن‌ها است و در سبب‌شناسی و تداوم اضطراب و افسردگی، به ویژه به عنوان پیش‌بین مهم پیامدهای روان‌شناختی (پریشانی، اضطراب، افسردگی) در بین افراد دارای سرطان پستان نقش مهمی دارد. باوجود اهمیت پیداکردن اجتناب تجربه‌ای در دهه‌های اخیر و وجود شواهد نظری و پژوهشی از ارتباط بالقوه آن در پریشانی، هنوز در حوزه‌های روان‌شناختی به سرطان توجه نشده است (۷).

در رویکرد فراتشخیصی بافتی^۹، اهمیت ویژه‌ای به فرایندهای اجتناب تجربه‌ای و فعال‌سازی در تبیین و درمان مشکلات روان‌شناختی داده

7. Post-traumatic stress

8. Quality of life

9. Contextual Transdiagnostic Approach

10. Barlow

11. Mindfulness

12. Schema Therapy

1. Breast cancer

2. World Health Organization (WHO)

3. Psychological & emotional distress

4. Depression & anxiety

5. Diagnosis

6. Experiential avoidance

داوطلب بود. درمان فراتشخیصی و طرح‌واره مبتنی بر توجه‌آگاهی به‌صورت مجزا روی دو گروه آزمایش مذکور در مدت زمان یکسان و حدود دو ماه و نیم اجرا شد. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند براساس ملاک‌های ورود و خروج از بیمارستان‌های مذکور مشهد با تماس تلفنی و غربال صورت گرفت. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: استفاده نکردن از داروهای روان‌پزشکی؛ دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال؛ حداقل تحصیلات اتمام دوره ابتدایی؛ افراد تحت درمان غیر از شیمی درمانی (مانند هورمون درمانی و رادیوتراپی). ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش، مصرف داروهای روان‌پزشکی، حضور در جلسات مشاوره و مداخلات ورزشی در شش ماهه اخیر، غیبت بیش از دو جلسه و تجربه فشار روانی و بحرانی شدید در طول درمان از جمله سوگ بود. این پژوهش دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مشهد IR.MUMS.REC.1400.026 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20211012128050165N1 است.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارها و جلسات درمانی زیر استفاده شد. - مقیاس اضطراب، استرس، افسردگی^۱: این مقیاس برای ارزیابی پریشانی هیجانی در این پژوهش به‌کار رفته است. این مقیاس برای اولین بار توسط لایویند و لایویند در سال ۱۹۹۵ ارائه شد (۱۵). این مقیاس شامل ۲۱ سؤال و سه خرده‌مقیاس اضطراب و استرس و افسردگی و دارای گزینه‌های اصلا، کم، متوسط و زیاد است. کمترین امتیاز مربوط به هر سؤال، صفر و بیشترین نمره ۳ است (۱۵). در بررسی روایی این مقیاس، شیوه آماری تحلیل عاملی از نوع تأییدی و به‌روش مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. مقدار عددی شاخص KMO^۲ برابر با ۰/۹۰۱۲ و شاخص X² در آزمون کرویت‌بارتلت برابر با ۳۰۹۲/۹۳ به‌دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب‌شده برای انجام تحلیل عاملی داشت. براساس تحلیل عاملی انجام‌شده روی گویه‌های پرسش‌نامه و با ملاک قراردادن مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری سه مقیاس فرعی استخراج شد که افسردگی و اضطراب و استرس بود که در راستای عامل‌های مقیاس اصلی است (۱۵). آنتونی^۳ و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را تحلیل عاملی کردند و نتایج پژوهش آنان، مجدد حاکی از وجود سه عامل افسردگی و اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد، ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل سنجش می‌شود. ارزش ویژه عوامل استرس و افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به‌ترتیب برابر با ۹/۰۷ و ۲۳/۸۹ و ۱/۲ و ضریب آلفا برای این عوامل به‌ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود (به‌نقل از ۱۶). کرافورد و هنری این مقیاس را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب و یک ابزار مربوط به عاطفه مثبت و منفی مقایسه کردند و نتیجه گرفتند، بهترین حالت برای این مقیاس زمانی است که هر سه خرده‌مقیاس در آن در نظر گرفته شود (۱۷). پایایی این مقیاس در

ایران در پژوهش صاحبی و همکاران روی نمونه‌ای از جمعیت عمومی شهر مشهد (n=۲۱) برای افسردگی ۰/۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شد (۱۸). مرادی‌پناه، میزان ثبات داخلی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۹ به‌دست آورد (۱۹).

- نسخه دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل^۴: این پرسش‌نامه توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ با هفت آیتم ساخته شد که حاصل نسخه ده‌ماده‌ای پرسش‌نامه اصلی ساخته هیز^۵ است (۲۰). گویه‌ها در طیف مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) پاسخ داده می‌شود و نمرات بیشتر نشان‌دهنده اجتناب تجربه‌ای بیشتر است (۲۰). نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده نشان داد، این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۱۲ تا ۳ ماه به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۰). ایمانی در نسخه فارسی پرسش‌نامه، همسانی درونی و ضریب تصنیف پرسش‌نامه را ۰/۸۹ و ۰/۷۱ در گروه‌های بالینی و غیربالینی به‌دست آورد. همچنین روایی آن را با استفاده از اجرای هم‌زمان پرسش‌نامه افسردگی بک^۶، پرسش‌نامه سلامت عمومی^۷ و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۸ بررسی و در حد مطلوب برآورد کرد که در این پژوهش متغیر اجتناب تجربه‌ای را سنجید (۲۱).

- طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی و درمان فراتشخیصی یکپارچه: طرح درمانی گروه درمانی طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی برگرفته از کتاب توجه‌آگاهی و طرح‌واره درمانی تألیف فن وریسویک و همکاران (۱۲) بود که در هشت جلسه و دو جلسه پیگیری بوددقیقه‌ای (جدول ۱) اجرا شد. همچنین محتوای جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه برگرفته از کتاب درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی تألیف بارلو و همکاران (۲۲) بود که در ده جلسه بوددقیقه‌ای (جدول ۲) اجرا شد. یک متخصص روان‌شناسی بالینی و یک متخصص روان‌شناسی طرح‌های درمانی مذکور را بررسی کردند و پس از اعمال نظرات متخصصان، راهنمای درمان‌ها تهیه شد. برای بررسی روایی محتوایی جلسات از نظر پنج استاد روان‌شناس با مدرک دکتری و حداقل پایه استادیاری و هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه سراسری استفاده شد و حاکی از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آمار توصیفی مانند فراوانی، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت؛ همچنین از آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه، آزمون کای دو، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و برای پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف و آزمون کرویت موخلی در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد. سطح معناداری آمارهای ۰/۰۵ بود.

5. Hayes

6. Beck Depression Inventory

7. General Health Questionnaire

8. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

1. Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

2. Kaiser-Meyer-Olkin

3. Antoni

4. Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی، توضیح طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین کشمش، دفتر یادداشت طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین واری بدن، تکلیف خانگی
دوم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، مراقبه کوتاه مدت واری بدن، بحث درباره نمرات توجه آگاهی و تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره و محیط پیرامون، تکلیف خانگی
سوم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، راه رفتن توجه آگاهانه
چهارم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، مقابله با طرح‌واره، شیرین کاری توجه آگاهانه
پنجم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، تمرین توجه آگاهی سه دقیقه‌ای به طرح‌واره، پذیرش توجه آگاهانه خویش و دیگران
ششم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، نشان دادن قصد، رها کردن طرح‌واره‌ها به حال خود
هفتم	تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، مراقبت از خویش با کمک بزرگسال سالم و کودک خوشحال، آماده شدن برای آینده، نیازهای بزرگسال سالم و کودک خوشحال
هشتم	تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خویش به عنوان کودک و بزرگسال، شیرین کاری و توجه آگاهانه به طرح‌واره و ذهنیت در تعاملات شخصی، ارزیابی
پیگیری اول	یادسپاری و یادآوری مهارت‌های قبلی، نگهداری و گسترش و یکپارچه سازی توجه آگاهی در زندگی روزمره، دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین توجه آگاهی
پیگیری دوم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین توجه آگاهی گروهی، ارزیابی

جدول ۲. خلاصه جلسات پروتکل درمان فراتشخیصی

جلسه	محتوای جلسات
اول	افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی
دوم	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC ^۱
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به‌ویژه به استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
پنجم	ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر
ششم	شناسایی الگوها و آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
هفتم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان (EDBs) ^۲ ، شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین از طریق مواجهه شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
نهم	رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
دهم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در زمینه پیشرفت‌های درمانی بیمار، پیشگیری از عود

۳ یافته‌ها

(۴۳/۰۷±۵/۵۳) از نظر میانگین سنی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p=۰/۸۱$). بیشترین فراوانی بیماران مبتلا به سرطان شرکت کننده از نظر سطح تحصیلات در گروه طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی ۵۷/۱ درصد (۸ نفر) و در گروه فراتشخیصی ۳۸/۵ درصد (۵ نفر)، کارشناسی و در گروه گواه ۵۷/۱ درصد (۸ نفر) دیپلم بود؛ باین حال، نتایج آزمون کای دو نشان داد، بین دو گروه مداخله و گروه گواه از این نظر، تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). در گروه

در این مطالعه چهارده نفر در گروه آزمایش طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و سیزده نفر در گروه آزمایش فراتشخیصی و چهارده نفر در گروه گواه بررسی شدند. براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، بین گروه‌های طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی (۴۲/۷۱±۷/۴۷) و فراتشخیصی (۴۴/۳۱±۶/۷۴) و گواه

^۱. Antecedents, responses, consequences

^۲. Emotion-driven behavior

طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی ۷۸/۶ درصد (۱۱ نفر) و در گروه فراتشخیصی ۷۶/۹ درصد (۱۰ نفر) و در گروه گواه ۵۸/۷ درصد (۱۲) پریشانی هیجانی و متغیر اجتناب تجربه‌ای در جدول ۳ درج شده است. (نفر) متأهل بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار خرده‌مقیاس‌های متغیر پریشانی هیجانی و متغیر اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان شرکت‌کننده در مطالعه به‌تفکیک دو گروه مداخله و گروه گواه

متغیر	مراحل آزمون	طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی		فراتشخیصی		گواه	
		$n=14$		$n=13$		$n=14$	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۱/۹۳	۲/۴۳	۱۴/۱۵	۳/۰۵	۱۳/۵۷	۲/۵۶
	پس‌آزمون	۹/۵۰	۲/۶۸	۱۱/۳۸	۲/۸۷	۱۴/۶۴	۲/۵۹
	پیگیری	۷/۶۴	۲/۷۶	۱۰/۴۶	۲/۱۱	۱۴/۳۶	۲/۶۲
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۴/۵۷	۲/۸۷	۱۴/۶۹	۳/۱۲	۱۲/۷۱	۲/۵۲
	پس‌آزمون	۱۱/۷۸	۲/۷۵	۱۲/۱۵	۲/۴۴	۱۳/۴۳	۲/۴۴
	پیگیری	۱۱/۵۷	۲/۵۶	۱۱/۳۱	۲/۱۷	۱۳/۶۴	۲/۴۴
استرس	پیش‌آزمون	۱۵/۷۸	۳/۱۷	۱۵/۶۱	۳/۱۰	۱۶/۳۶	۲/۵۶
	پس‌آزمون	۱۲/۱۴	۲/۱۸	۱۳/۰۰	۳/۳۴	۱۷/۲۱	۳/۳۵
	پیگیری	۱۱/۰۰	۲/۳۲	۱۱/۶۱	۱/۸۹	۱۷/۶۴	۳/۵۲
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	۳۰/۴۳	۸/۶۸	۳۲/۱۵	۷/۱۲	۳۰/۳۶	۲/۳۱
	پس‌آزمون	۲۲/۵۷	۷/۴۷	۲۲/۲۳	۶/۲۶	۳۱/۰۰	۲/۱۵
	پیگیری	۲۱/۸۶	۷/۷۱	۲۰/۹۲	۵/۹۶	۳۱/۹۳	۲/۴۰۱

به‌منظور بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف به تأیید رسید. سپس مفروضه نرمالیتی چندمتغیری (مفروضه کرویت) توسط آزمون کرویت موخلی بررسی شد و نتایج نبود معناداری و همگنی ماتریکس کوواریانس را نشان داد ($p > 0.05$)؛ بنابراین از آماره تعدیل‌یافته f در آزمون اسپریسیتی برای ارائه نتایج اصلی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. باتوجه به نتایج جدول ۴، از نظر تغییرات میانگین نمره خرده‌مقیاس افسردگی ($0.39 = \Delta$ ، $0.01 < p$)، خرده‌مقیاس اضطراب ($0.19 = \Delta$ ، $0.01 < p$) و خرده‌مقیاس استرس ($0.75 = \Delta$ ، $0.02 < p$) و خرده‌مقیاس افسردگی ($0.38 = \Delta$ ، $0.01 < p$) بین گروه‌های مداخله و گواه تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین با بررسی اثر زمان بر خرده‌مقیاس افسردگی ($0.26 = \Delta$ ، $0.01 < p$)، $0.38 = \Delta$ ، $0.01 < p$)، خرده‌مقیاس اضطراب ($0.47 = \Delta$ ، $0.01 < p$) و استرس ($0.48 = \Delta$ ، $0.01 < p$) بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد؛ بنابراین براساس یافته‌های جدول‌های ۶ تا ۴، نمرات این متغیر در هر دو مداخله درمقایسه با گروه گواه کاهش یافت و دو درمان بر بهبود پریشانی هیجانی بیماران با سرطان پستان مؤثر بود؛ اما بین اثربخشی دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای اصلی و متقابل مربوط به خرده‌مقیاس‌های متغیر پریشانی هیجانی

مقیاس اضطراب، استرس، افسردگی (DASS)	اثر گروه		اثر زمان		اثر تعامل گروه و زمان	
	f	p	مجذور اتا	f	p	مجذور اتا
خرده‌مقیاس افسردگی	۱۲/۰۸	< 0.001	۰/۳۹	۱۳/۳۸	< 0.001	۰/۶۱
خرده‌مقیاس اضطراب	۸/۷۵	۰/۲۰	۰/۱۹	۳۳/۲۷	< 0.001	۰/۴۹
خرده‌مقیاس استرس	۱۰/۸۸	< 0.001	۰/۳۶	۳۵/۰۲	< 0.001	۰/۵۲

در مقایسه زوجی بین‌گروهی، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد، بین دو گروه درمان فراتشخیصی و طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی از نظر تغییرات میانگین نمره خرده‌مقیاس‌های افسردگی ($0.60 = p$) و اضطراب ($0.88 = p$) و استرس ($0.87 = p$) تفاوت آماری معناداری وجود نداشت؛ ولی بین دو گروه طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی و گواه از نظر تغییرات میانگین

نمره خرده‌مقیاس‌های افسردگی ($0.01 < p$) و اضطراب ($0.40 = p$) و استرس ($0.01 < p$) و بین دو گروه فراتشخیصی و گواه از نظر تغییرات میانگین نمره خرده‌مقیاس‌های افسردگی ($0.02 = p$) و اضطراب ($0.40 = p$) و استرس ($0.02 = p$) تفاوت آماری معناداری مشاهده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمره‌های متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و گواه

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	p
خرده‌مقیاس افسردگی	فراتشخیصی- طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی	۲/۳۱-	۰/۹۳	۰/۰۶۰
	فراتشخیصی- کنترل	۲/۱۹-	۰/۹۳	۰/۰۲۰
	طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی- کنترل	۴/۵۰-	۰/۹۱	<۰/۰۰۱
خرده‌مقیاس اضطراب	فراتشخیصی- طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی	۰/۰۷-	۰/۹۱	۰/۸۸۰
	فراتشخیصی- کنترل	۰/۵۴-	۰/۹۱	۰/۰۴۰
	طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی- کنترل	۰/۶۲	۰/۸۹	۰/۰۴۰
خرده‌مقیاس استرس	فراتشخیصی- طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی	۰/۴۳-	۰/۹۸	۰/۸۷۰
	فراتشخیصی- کنترل	۳/۶۶-	۰/۹۸	۰/۰۰۲
	طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی- کنترل	۴/۰۹-	۰/۹۶	<۰/۰۰۱

در مقایسه زوجی بین مراحل آزمون، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد، تغییرات میانگین نمره خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب و استرس در دو گروه مداخله بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (به ترتیب $p=۰/۰۰۱$ ، $p=۰/۰۰۱$ ، $p=۰/۰۰۱$) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری (به ترتیب $p=۰/۰۰۱$ ، $p=۰/۰۰۱$) تفاوت آماری معناداری وجود داشت که حاکی از ماندگاری اثربخشی درمان‌ها در مرحله پیگیری بود.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمره‌های متغیرهای پژوهش در طی مراحل آزمون

متغیر	مراحل آزمون	تفاوت میانگین	خطای معیار	p
خرده‌مقیاس افسردگی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱/۳۷	۰/۲۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۲/۴۰	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۱/۰۲	۰/۲۸	۰/۰۰۲
خرده‌مقیاس اضطراب	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱/۵۴	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱/۸۲	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۲۸	۰/۲۶	۰/۰۴۰
خرده‌مقیاس استرس	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱/۸۰	۰/۳۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۲/۵۰	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۷۰	۰/۳۶	۰/۰۳۰

به‌منظور بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنوف به تأیید رسید. سپس، مفروضه نرمالیتی چندمتغیری (مفروضه کرویت) توسط آزمون کرویت موخلی بررسی شد که نتایج نبود معناداری و همگنی ماتریکس کوواریانس را نشان داد ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین از آماره تعدیل‌یافته f در آزمون اسپریسیتی برای ارائه نتایج اصلی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. براساس نتایج جدول ۷، از نظر تغییرات میانگین نمره مقیاس اجتناب تجربه‌ای ($۰/۲۰=ا$ ،

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مقایسه بین گروه‌های مداخله و گواه در متغیر اجتناب تجربه‌ای

متغیر	اثر گروه		اثر زمان		اثر تعامل گروه و زمان	
	f	p	f	p	f	p
اجتناب تجربه‌ای	۴/۷۹	۰/۰۱۴	۲۹/۰۱	<۰/۰۰۱	۹۲/۳۹	<۰/۰۰۱

در مقایسه زوجی بین گروهی، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۸ نشان می‌دهد، بین دو گروه فراتشخیصی و طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی از نظر تغییرات میانگین نمره مقیاس اجتناب تجربه‌ای تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($p=۰/۸۶۰$)؛ ولی بین دو گروه

طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی و کنترل ($p=0/029$) و بین دو گروه فراتشخیصی و کنترل ($p=0/038$) از نظر تغییرات میانگین نمره

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دویه‌دوی گروه‌ها از نظر متغیر اجتناب تجربه‌ای

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	p
اجتناب تجربه‌ای	فراتشخیصی- طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی	-۱/۱۵	۲/۲۹	۰/۸۶۰
	فراتشخیصی- کنترل	-۵/۵۹	۲/۲۹	۰/۰۳۸
	طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی- کنترل	-۶/۱۴	۲/۲۵	۰/۰۲۹

در مقایسه زوجی بین مراحل آزمون، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۹ نشان می‌دهد، تغییرات میانگین مقیاس اجتناب تجربه‌ای در دو گروه مداخله، بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p=0/001$) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($p=0/001$) تفاوت آماری معناداری

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دویه‌دوی زمان‌ها از نظر متغیر اجتناب تجربه‌ای

متغیر	مراحل آزمون	تفاوت میانگین	خطای معیار	p
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۵/۷۱	۰/۲۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۶/۰۸	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۳۶	۰/۲۹	۰/۰۰۱

می‌کنند، تجربه افراد را تغییر می‌دهند تا آن‌ها نحوه ارتباط و نقش فعالانه خود را برای کنار آمدن با این مسئله ببینند. همچنین افکار کمک‌کننده و کارآمد، نگرانی مفید را که باعث انجام چکاپ و غربال درمانی و پیگیری‌های مربوط می‌شود، از احساسات ناکارآمد جدا می‌کنند و بر آن‌ها تأثیر گذارند (۱۴).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد، این دو مداخله هر دو به‌طور معناداری سبب بهبود اجتناب تجربه‌ای بیماران در انتهای درمان شده است؛ اما این دو در مقایسه با همدیگر تفاوت معناداری نشان نداد. این یافته با پژوهش اگیور- کاماچو و همکارانش همسوست. آن‌ها دریافتند، اجتناب تجربه‌ای به معنای تمایل نداشتن برای تماس با وقایع درونی بی‌زاری‌آور (مثل هیجانات، افکار، حس‌های بدنی) همراه با تلاش‌های عمدی برای کنترل یا تغییر تکرار، مدت‌زمان یا شکل این وقایع یا موقعیت‌های برانگیزنده آن‌ها است؛ اما در نهایت بیمار با وجود صرف انرژی زیاد و عمیق‌تر در تجربه‌های اجتنابی فرو می‌رود؛ باین‌حال اجتناب تجربه‌ای با کاربرد تنظیم هیجانی بهتر در بافت سرطان پستان درک می‌شود (۲۵).

در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، گرچه درمان‌های مبتنی بر شفقت، ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی که برای بیماران سرطان پستان انجام شده است، بر کاهش نشخوار فکری تمرکز دارد، درمان‌های موج سوم اظهار می‌دارند که نشخوار فکری نوعی اجتناب تجربه‌ای است؛ به بیان دیگر ماهیت افکار هرچه منفی باشد، به‌خودی‌خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شود؛ به‌طوری‌که افراد براساس عادت آموخته‌اند که در زندگی و در موقعیت‌های مختلف بسیاری از تجارب ناخوشایند خود را انکار کنند؛ درحالی‌که ذهن‌آگاهی به آن‌ها می‌آموزد به‌جای انکار و رد تجارب ناخوشایند، آن‌ها را همان‌طور که هستند بپذیرند؛ در نتیجه ذهن‌آگاهی موجب بهزیستی

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی و مداخله فراتشخیصی بر پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای زنان با سرطان پستان همراه با دوره پیگیری بود. اولین نتیجه پژوهش نشان داد، درمان فراتشخیصی و طرح‌واره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی، هر دو به‌طور معناداری باعث بهبودی در پریشانی هیجانی بیماران در انتهای درمان شده است؛ اما این دو مداخله در مقایسه با همدیگر تفاوت معناداری نشان نداد.

این یافته با نتیجه پژوهش عظیم‌زاده طهرانی و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند، احساس انسجام روانی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده سازگاری مناسب فرد با بیماری و تحمل درد شود (۲۳). پژوهش‌هایی روی درمان‌های مشابه مانند درمان شناختی-مبتنی بر توجه‌آگاهی، برای کاهش افسردگی و اضطراب در بازماندگان سرطان پستان و سایر سرطان‌ها و درمان فراتشخیصی با ارائه اینترنتی، به‌منظور کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی و بدتنظیمی هیجانی مانند پژوهش نیسن و همکاران (۲۴) انجام شد؛ اما تاکنون پژوهشی مختص این شیوه‌های درمانی به‌طور مقایسه‌ای با پروتکل‌های مشابه با پژوهش حاضر بر پریشانی هیجانی در گروه بیماران سرطان پستان صورت نگرفته است. در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، در تکنیک‌های طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و فراتشخیصی، پاسخ‌های هیجانی سازگارتر جایگزین می‌شود و افراد نه‌تنها با افزایش خودشفقتی، کاهش خودسرزنی، نشخوار فکری و خودگویی‌های ناکارآمد، رفتارهای اجتنابی و زخم‌های هیجانی‌شان را بهبود می‌بخشند، بلکه تجربه احساسات عادی، برای آن‌ها راحت‌تر می‌شود (۱۲). درمان طرح‌واره مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراتشخیصی با تمرین‌های خاصی که برای تجربه احساسات و هیجانات و فاصله‌گیری فراشناختی با آن‌ها ارائه

روانی، کاهش علائم روانی، واکنش پذیری هیجانی، بهبود تنظیم هیجان و رفتار می شود و آموزش ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به سرطان موفق عمل می کند (۲۵).

بیماران سرطان پستان با نشخوار فکری زیاد و استفاده از راهکارهای اجتنابی (شناختی، رفتاری و رفتارهای ایمنی بخش) تلاش می کنند اضطراب و نگرانی شان از بیماری و عود آن، نداشتن کنترل بر شرایط بیماری و بی اطلاعی از میزان اثربخشی درمان های سنتی سرطان، وحشت از سرطان و باورهای اشتباه و کشندگی آن، دردها و عوارض مربوط به درمان ها را کاهش دهند (۲۲). طرحواره هایی مثل محرومیت هیجانی، ایثار، آسیب پذیری به بیماری، نقص/شرم و رهاشدگی و وابستگی که در بسیاری از مراجعان شایع بود نیز نشان می دهد، چطور از تجربه احساسات ناخوشایند اجتناب می کنند، به بیماری خود، پروسه درمان، واکنش دیگران و... معنای منفی طرحواره ای می دهند و چطور تمرین های ذهن آگاهی می تواند درگیری هیجانی با طرحواره ها را کاهش دهد (۲۶)؛ بنابراین پیشنهاد می شود، در پژوهش های آتی بیماران سرطانی از نوع و مرحله درمان یکسانی مثل فقط شیمی درمانی یا دوره چکاپ انتخاب و همگن شوند؛ همچنین دوره های سنی میانسال از سنین بزرگتر تفکیک شود؛ چراکه احساسات و نیازهای بیماران سرطانی در مرحله تشخیص با مرحله درمان و پس از درمان با یکدیگر و در دوره های سنی متفاوت نیز، از جهاتی مشابه و همچنین متفاوت است و پروتکل های درمانی متناسب با این مراحل تطبیق داده شود. ازجمله محدودیت های این پژوهش، استفاده از افراد با کارافتادگی جسمانی به دلیل سن زیاد و عوارض خود بیماری و درمانش، تمایل نداشتن افراد به مرور خاطرات مربوط به دوره بیماری و مشکلات مربوط به دوره کرونا از نظر شرکت در جلسات گروه درمانی بود که در نهایت به صورت برخط برگزار شد.

۵ نتیجه گیری

براساس یافته های پژوهش نتیجه گرفته می شود که درمان فراتشخیصی و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی، هر دو به طور معناداری باعث کاهش پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه ای زنان با سرطان پستان، در

انتهای درمان و دوره پیگیری می شوند؛ اما این دو مداخله درمقایسه با همدیگر تفاوت معناداری نشان نمی دهد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می شود.

۷ بیانیها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

دسترسی یودن داده ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می توانند در صورت لزوم از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند هیچ گونه تعارض منافی ندارند. این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده های به دست آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان اول و دوم در نگارش نسخه دست نوشته همکار اصلی بودند. همه نویسندگان نسخه دست نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Mahdavi A, Mosavimoghadam SR, Madani Y, Aghaei M, Abedin M. Effect of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotional expressiveness and defense mechanisms of women with breast cancer. Arch Breast Cancer. 2019;6(1):35–41. [Persian] <https://doi.org/10.32768/abc.20196135-41>
2. Ng CG, Mohamed S, Kaur K, Sulaiman AH, Zainal NZ, Taib NA, et al. Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. Plos One. 2017;12(3):e0172975. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172975>
3. Hyman, P., Cunliffe, A. The psychological impact of cancer: commissioning recommendations, pathway and service specifications on psychosocial support for adults affected by cancer. Transforming Cancer Services Team for London [Internet]; 2018. <https://www.healthylondon.org/wp-content/uploads/2018/05/Psychological-support-for-people-affected-by-cancer-May-2018.pdf>
4. Bredicean AC, Crăiniceanu Z, Oprean C, Riviş IA, Papavă I, Secoşan I, et al. The influence of cognitive schemas on the mixed anxiety-depressive symptoms of breast cancer patients. BMC Women's Health. 2020;20(1):32. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00898-7>
5. Atac M. The effect of mindfulness-based stress reduction program on quality of life in breast cancer: a systematic review. J Psy Nurs. 2021;12(2):165–72. <https://dx.doi.org/10.14744/phd.2021.68736>
6. Salber KE. Experiential avoidance and distress in breast cancer patients [PhD dissertation]. [Philadelphia, US]: Drexel University; 2015.

7. Guimond AJ, Ivers H, Savard J. Is emotion regulation associated with cancer-related psychological symptoms? *Psychology & Health*. 2019;34(1):44–63. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1514462>
8. Fernández-Rodríguez C, Paz-Caballero D, González-Fernández S, Pérez-Álvarez M. Activation vs. experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: an empirical study. *Front Psychol*. 2018;9:1618. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
9. Bellver-Pérez A, Peris-Juan C, Santaballa-Beltrán A. Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *Int J Clin Health Psychol*. 2019;19(2):107–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.001>
10. Hall DL, Jimenez RB, Perez GK, Rabin J, Quain K, Yeh GY, et al. Fear of cancer recurrence: a model examination of physical symptoms, emotional distress, and health behavior change. *Journal of Oncology Practice*. 2019;15(9):e787–97. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00787>
11. Ertezaee B, Ghaffari Hosseini S, Esmaeili M. The effect of mindfulness intervention base stress reduction on distress tolerance in woman with anorexia nervosa. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2019;8(6):217–24. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-1150-en.html>
12. Van Vreeswijk M, Broersen J, Schurink G. Tavajoh agahi va tarhvare darmani (rahnamiye karbordi) [Mindfulness and schema therapy (practical guide)]. Zirak H, Hamidpour H. (Persian translator). First edition. Tehran: Ibn Sina Pub; 2016.
13. Cifu G, Power MC, Shomstein S, Arem H. Mindfulness-based interventions and cognitive function among breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Cancer*. 2018;18(1):1163. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5065-3>
14. Narimani M, Taherifard M. The effectiveness of acceptance/commitment training to decrease experiential avoidance and psychological distress in teenagers with specific learning disorder *Journal of Learning Disabilities*. 2019;8(4):176–82. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_823.html?lang=en
15. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335–43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
16. Lutgendorf SK, Antoni MH, Ironson G, Starr K, Costello N, Zuckerman M, et al. Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive gay men. *Psychosom Med*. 1998;60(2):204–14. <https://doi.org/10.1097/00006842-199803000-00017>
17. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2003;42(2):111–31. <https://doi.org/10.1348/014466503321903544>
18. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS–21) for an Iranian population. *Journal of Iranian Psychologists*. 2005;1(4):9–12. [Persian] https://jip.stb.iau.ir/article_512443_en.html
19. Moradipanah F. Barrasiye tasire moosighi molayem bar میزان ezterab, stress va afsordegi bimiran kandid cathetrizem ghalbi [Investigating the effect of soft music on the level of anxiety, stress and depression of patients who are candidates for cardiac catheterization] [Thesis for MSc]. [Tehran, Iran]: Tarbiyat Modarres University; 2005. [Persian]
20. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676–88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
21. Imani M. Barrasiye sakhtare ameli porseshname en’etaf paziri ravan shenakhti dar daneshjooyan [Examining the factor structure of psychological flexibility questionnaire in students]. *Motaleat Amoozesh va Yadgiri*. 2015;8(1):162–81. [Persian] <https://doi.org/10.22099/jsli.2016.3830>
22. Barlow DH. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Mohammadi A, Mohseni Ejiyeh A, Mehrabi A. (Persian translator). Tehran: Ibn Sina Pub; 2018. [Persian]
23. Azimzadeh Tehrani, N, Bayazi M H, Shakeri Nasab Mohsen. The relationship between Islamic coping methods and psychological well-being with adaptation and pain tolerance patients with breast cancer. *Journal of Health Psychology*. 2020;9(1):145–60. [Persian] https://hpi.journals.pnu.ac.ir/article_6693.html?lang=en
24. Nissen ER, O’Connor M, Kaldo V, Højris I, Borre M, Zachariae R, et al. Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and depression in cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2020;29(1):68–75. [Persian] <https://doi.org/10.1002/pon.5237>
25. Aguirre-Camacho A, Pelletier G, González-Márquez A, Blanco-Donoso LM, García-Borreguero P, Moreno-Jiménez B. The relevance of experiential avoidance in breast cancer distress: insights from a psychological group intervention: experiential avoidance and breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2017;26(4):469–75. <https://doi.org/10.1002/pon.4162>
26. Hajian M, Nikoonejad F. The effectiveness of cognitive schema therapy on the mixed symptoms of anxiety and depression in breast cancer patients. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2021;10(7):87–94. [Persian] <https://frooyesh.ir/article-1-2699-en.html>