







Research Article

Effectiveness of Transdiagnostic Intervention and Mindfulness-Based Schema Therapy on Cancer Self-Efficacy and Resilience in Women with Breast Cancer

Fatemeh Ghayour Kazemi¹ , Fatemeh Shahhabizadeh^{2*} , Maryam Safara³ ,
Soudabeh Shahidsales⁴ 

¹Ph.D. Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

²Ph.D. in General Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

³Clinical Psychologist, Assistant Professor, Women Research Center, Psychology Department, Alzahra University, Tehran, Iran

⁴Associate Professor, Omid Hospital, Oncology Radiotherapy, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

***Corresponding author:** Fatemeh Shahhabizadeh, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: f_shahabizadeh@yahoo.com

DOI: [10.32592/nkums.14.3.24](https://doi.org/10.32592/nkums.14.3.24)

How to Cite this Article:

Ghayour Kazemi F, Shahhabizadeh F, Saf Ara M, Shahidsales S. Effectiveness of Transdiagnostic Intervention and Mindfulness-Based Schema Therapy on Cancer Self-Efficacy and Resilience in Women with Breast Cancer. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2022;**14**(3): 24-33. DOI: [10.32592/nkums.14.3.24](https://doi.org/10.32592/nkums.14.3.24)

Received: 24 May 2022

Accepted: 14 Sep 2022

Keywords:

Breast cancer
Psychotherapy
Resilience
Self-efficacy

Abstract

Introduction: Diagnosis of cancer is very distressing and causes a lack of control and insecurity in the suffering person. Resilience and self-efficacy are two essential support factors that can help these people; therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based schema therapy and transdiagnostic intervention in women with breast cancer on cancer self-efficacy and resilience along with a follow-up period.

Method: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a follow-up period of 45 days. The statistical population included female patients with breast cancer in 2019-2022 referred to Omid and Imam Reza hospitals in Mashhad, Iran. The instruments were the Cancer Self-efficacy Questionnaire of Champion et al. (2013) and the Cancer Resilience Questionnaire of Sonaga and Futavari (2018). In total, 41 subjects were purposefully selected from the population and randomly assigned to the experimental and control groups. For the two experimental groups, the intervention was performed for 10 weekly sessions. Data analysis was performed using the repeated measures analysis of variance (ANOVA) test and Bonferroni post hoc test using the SPSS statistical software (version 25) at the significance level of 0.05.

Results: There was a significant difference between the mean scores of the first and second experimental groups and the control group in the post-test and follow-up concerning resilience ($P < 0.007$) and self-efficacy ($P < 0.01$). On the other hand, there was no significant difference between transdiagnostic effectiveness and mindfulness-based schema therapy in the post-test and follow-up ($P > 0.05$).

Conclusion: Based on the present findings, it is suggested to reduce the psychological problems of women with breast cancer through mindfulness-based schema therapy and transdiagnostic treatment.



اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و مداخله فراتشخیصی بر خودکارآمدی و تاب آوری سرطان در زنان با سرطان پستان

فاطمه غیور کاظمی^۱، فاطمه شهابی زاده^{۲*}، مریم صفآرا^۳، سودابه شهید ثالث^۴

^۱ دانشجوی دکتری روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۳ استادیار روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۴ دانشیار انکولوژی رادیوتراپی، بیمارستان امید، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه شهابی زاده، گروه روان شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. ایمیل:

f_shahabizadeh@yahoo.com

DOI: 10.32592/nkums.14.3.24

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۳
مقدمه: تشخیص سرطان بسیار ناراحت کننده است و موجب فقدان کنترل و عدم امنیت در فرد مبتلا می شود. تاب آوری و خودکارآمدی دو عامل حمایتی مهم در این افراد است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و مداخله فراتشخیصی زنان با سرطان پستان بر خودکارآمدی و تاب آوری سرطان همراه با دوره پیگیری انجام شد.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۳
روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری ۴۵ روزه انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران زن مبتلا به سرطان پستان در سال ۱۳۹۷-۱۴۰۰ مراجعه کننده به بیمارستان امید و امام رضا (ع) مشهد بودند. ابزار جمع آوری داده ها پرسش نامه های خودکارآمدی سرطان چمپین و همکاران (۲۰۱۳) و تاب آوری سرطان سوناگا و فوتاواتاری (۲۰۱۸) بود. ۴۱ نفر از آزمودنی ها به روش هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای دو گروه آزمایش مداخله به مدت ۱۰ جلسه هفتگی اجرا شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ تحلیل و سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته ها: بین میانگین نمرات گروه های آزمایش اول و دوم با گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری در تاب آوری ($p < 0.007$) و خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.01$). بین اثربخشی فراتشخیصی و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی در پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$). نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود برای کاهش مشکلات روان شناختی زنان دارای سرطان پستان از طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و مداخله فراتشخیصی استفاده کرد.	واژگان کلیدی: تاب آوری خودکارآمدی روان درمانی سرطان پستان

مقدمه

اثربخشی مداخلات روان شناختی ضروری است؛ چراکه بین رویدادهای تنش زا (سرطان) و اختلالات روان شناختی عواملی چون تاب آوری و خودکارآمدی وجود دارد که موجب اثرگذاری متفاوت مداخلات بر آثار روان شناختی سرطان می شود [۹].

تاب آوری به توانایی برگشت پذیری یا بهبودی (یا کاهش پاسخ های منفی) پس از مواجهه با یک رویداد استرس زا (مثل سرطان) و استفاده از تجربه برای رشد گفته می شود [۱۰]. انجام وظایف با مهارت های مشابه در موقعیت های مختلف به صورت ضعیف، متوسط یا قوی از سوی فرد در شرایط متفاوت به تغییرات باورهای خودکارآمدی افراد بستگی دارد [۱۱]. خودکارآمدی برای مقابله با سرطان سازه ای خاص است که به رفتارهایی اطلاق می شود که در طول دوره درگیری با تشخیص سرطان، درمان و تغییر وضعیت به بازماندگی رخ می دهد.

سرطان پستان بعد از سرطان پوست، شایع ترین سرطان تشخیصی در زنان است [۱]. آمار مرگ و میر سرطان پستان بیشتر از افرادی است که به استثنای سرطان ریه، سایر سرطان ها را دارند [۲، ۳]. در سال ۲۰۱۸، ۱۵ درصد از کل مرگ و میر زنان بر اثر سرطان بوده است [۴]. در ایران نیز سرطان پستان شایع ترین سرطان در بین زنان است که طبق آمار انیستیتی سرطان ایران، ۲۵ درصد از سرطان های زنان، سرطان پستان است [۵]. سرطان و درمان آن علاوه بر پیامدهای جسمانی، با اختلالات روان شناختی همراه است؛ تشخیص سرطان بسیار ناراحت کننده است و موجب فقدان کنترل و عدم امنیت در فرد می شود [۶، ۷]. پژوهش ها نشان داده اند کیفیت زندگی به میزان زیادی تحت تأثیر میزان تاب آوری است [۸]. در واقع، پژوهش درباره تاب آوری و خودکارآمدی و آثار روان شناختی مثبت و منفی سرطان در بررسی

مبنای نظری درمان فراتشخیصی بارلو، تمرکز بر اجتناب به عنوان یکی از علل فراتشخیصی در پریشانی هیجانی است که در بیماران سرطانی بیشتر تجربه می شود و در مقابل تجارب درونی، توجه آگاهی است [۶]. مدیتیشن ذهن آگاهانه به عنوان روشی غیرقضوتی برای تجربه بودن در زمان حال توصیف می شود و هسته آن سه عنصر کنترل توجه، تنظیم هیجانی و هشیاری است [۱۸]. اگرچه پژوهش ها نشان داده اند افراد دارای سطوح بالاتر توجه آگاهی، هیجانات مثبت بیشتر و خودنظم دهی را گزارش می کنند [۱۹]، مطالعات Cifu و همکاران [۲۰] اثربخشی درمان توجه آگاهی را بر بهبود فرایندهای شناختی در بازماندگان سرطان پستان نشان داد. اما محققان پژوهش هایی با ابزارهای شناختی فراگیر و معتبر را ضروری می دانند. لذا به نظر می رسد شناخت و پرداخت به لایه های شناختی زیرین چون طرحواره ها فراتر از مداخله توجه آگاهی صرف باشد.

الگوی متشکل از خاطرات، هیجان ها، شناخت ها و حس های بدنی نسبت به خود و روابط با دیگران طرحواره های ناسازگار اولیه است که منجر به سطوح بالایی از پریشانی و عاطفه منفی می شود. طرحواره های ناسازگار اولیه در طول زمان به شدت باثبات است و زیربنای ایجاد آسیب شناسی روانی است [۱۹]. توجه آگاهی باعث می شود افراد از موضع دانش فراشناختی به بینش فراشناختی حرکت کنند. طبق مدل طرحواره درمانی، برخی از باورها یا طرحواره ها پیش کلامی هستند که باعث می شود کمیت روش های شناختی لنگ بزند. توجه مهم ترین مؤلفه نظام شناختی است. لذا می توان از روش های توجه آگاهی برای تغییر طرحواره ها (یا عادت های ذهنی ناسازگار) استفاده کرد [۲۱].

نتایج پژوهش خادمی و همکاران [۲۲] نشان داد طرحواره درمانی باعث ارتقای تاب آوری و کاهش تنیدگی های ایجاد شده به دنبال تشخیص و درمان های رایج بیماری سرطان می شود و در روند درمان و سازگاری بهتر بیماران نقش ارزنده ای دارد. در کتاب Fan Veriswick و همکاران [۲۱] پروتکل اولیه ای از ترکیب طرحواره درمانی با توجه آگاهی ارائه شده است، اما مختص بیماران مبتلا به سرطان پستان نیست. این نگاه تلفیقی در کل دنیا و ایران جدید است و هنوز در قالب کارهای پژوهشی برای جمع آوری شواهد اثربخشی درمانی باقی مانده است. همچنین در مقایسه با سایر درمان ها، نه تنها روی جمعیت سرطان پستان، بلکه به طور ویژه روی عواملی مثل تاب آوری و خودکارآمدی برای اثربخشی بیشتر انجام نشده است؛ درحالی که با توجه به شواهد پژوهشی، این درمان ها به صورت تلفیقی به طور بالقوه تاب آوری و خودکارآمدی بیشتری را در مقابله با این بیماری پیدا می کنند [۲۳].

با توجه به شرایط کووید ۱۹ و ناتوانی در درمان توصیه شده برای سرطان، وضعیت بیماران وخیم تر می شود و مشاوره های تلفنی جایگزین ملاقات های بیماران سرپایی شده است [۲۴، ۲۳]. تغییرات اثرگذار بر افراد مبتلا به سرطان به خاطر کرونا نیز لازم است به طور ویژه در نظر گرفته شود. بنابراین، هدف این مطالعه بررسی اثربخشی طرحواره درمانی

خودکارآمدی ادراک شده، باور فرد به توانایی اش در اجرای راهکارهای مقابله با سرطان است [۱۲].

بیماران سرطانی که خودکارآمدی مثبتی دارند، از جست و جوی حمایت و حل مسئله به عنوان مکانیسم های مقابله ای سازگار و در مقابل بیماران با خودکارآمدی منفی از مشکلات اجتناب می کنند [۱۰]. پژوهش طاهری و فلاورجانی روی زنان دارای سرطان پستان در ایران نشان داد تاب آوری اثرات خودکارآمدی را بر استرس ادراک شده میانجیگری می کند [۱۱]. تاب آوری بالای روان شناختی به حس پذیرش تشخیص سرطان، سازگاری بهتر با استرس ادراک شده، رشد روان شناختی و توانایی برای کنار آمدن با مشکلات کمک می کند [۱۱]. پژوهش سیلر و جنوین [۱۲] تلاش شده است عوامل بیولوژیکی، فردی و اجتماعی دارای تأثیر در تاب آوری (به عنوان ضربه گیر علیه پریشانی روان شناختی) شناسایی و مدل یابی شوند. به هر حال، اهمیت تاب آوری و خودکارآمدی به عنوان منابع مثبت درونی در بهبود سلامت روانی و جسمانی افراد دارای سرطان پستان باعث شده است این موارد مورد توجه ویژه قرار گیرند، اما پژوهش ها در این زمینه هنوز نوپا هستند.

دلیل شکل گیری رویکرد فراتشخیصی بارلو، محدودیت های رویکردهای روان درمانی متمرکز بر اختلالات خاص و پیشرفت های پژوهشی اخیر در اختلال های هیجانی با الهام از اصول درمان شناختی-رفتاری بود. رویکرد فراتشخیصی بر نحوه شکل گیری و باقی ماندن اختلال تمرکز دارد [۱۳]، اما هنوز در جمعیت هایی مانند سرطان پستان بررسی نشده است. پیامد بلندمدت برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه برای اختلال های هیجانی در پیگیری شش ماهه، بهبود علائم کلی اضطراب و بالا رفتن تاب آوری و خودکارآمدی را نشان داده است [۱۴].

مظفری مطلق و همکاران [۱۵] به طور مشابه با برخی از اهداف و روش های رویکرد فراتشخیصی بیان کرده اند توجه آگاهی با کمک به مواجهه با درد و احساسات همراه آن بدون نشخوار فکری و قضاوت، موجب پذیرش درد، کاهش فاجعه سازی و افزایش احساس خودکارآمدی می شود؛ بدین معنا که فرد شروع به انجام رفتارهایی می کند که قبلاً به دلیل ترس از درد از آن ها اجتناب می کرد تا درد خود را کاهش دهد. فرایند مواجهه و پذیرش بیمار را در راستای انجام عملکردهای روزانه تواناتر می کند.

در پژوهش حیدریان و همکاران [۱۶] بررسی اثربخشی آموزش توجه آگاهی بر میزان تاب آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان نشان داد ماهیت افکار هر چقدر هم منفی باشد، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی شود، بلکه شیوه واکنش دهی به آن ها از طریق فعال شدن حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت ها موجب تداوم و تشدید افکار منفی می شود و همه تلاش های ناموفق در کنترل نشخوارهای فکری در شکل گیری و تداوم اختلال نقش تعیین کننده دارند. ادبیات پژوهشی و بررسی اثربخشی انواع فرمت های ارائه رویکرد فراتشخیصی هنوز در حال رشد است [۱۷].

مبتنی بر توجه‌آگاهی و درمان فراتشخیصی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش کار

در این تحقیق از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری ۴۵ روزه استفاده شد. جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان در سال ۱۳۹۷-۱۴۰۰ بودند که برای درمان به بیمارستان امید و امام رضا (ع) مشهد مراجعه کرده بودند و برای همکاری تمایل داشتند. پژوهش حاضر شامل ۴۱ نفر بود که درمان فراتشخیصی (۱۳ نفر) و طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی (۱۴ نفر) دریافت کرده بودند. گروه کنترل (۱۴ نفر) به صورت مجزا روی دو گروه نمونه در مدت زمان یکسان و حدود دو ماه و نیم اجرا شد. برای افراد متمایل در گروه کنترل لیست انتظار، دو جلسه آموزشی برگزار شد. برای انجام این پژوهش، پس از گرفتن کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مکاتبه با بیمارستان امام رضا (ع) و بیمارستان امید، ترجمه پرسش‌نامه‌ها و تصحیح توسط متخصصان و بررسی پایایی آزمون-بازآزمون آلفای کرونباخ، برای نمونه‌گیری و غربال با بیماران تماس تلفنی گرفته شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند براساس ملاک‌های ورود و خروج از بیمارستان‌های مذکور انجام شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: استفاده نکردن از داروهای روان‌پزشکی، سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات اتمام دوره ابتدایی، دریافت درمانی غیر از شیمی‌درمانی (مانند هورمون‌درمانی و رادیوتراپی)، ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: مصرف داروهای روان‌پزشکی، دریافت درمان‌های روان‌شناختی در ۶ ماه اخیر، دریافت مداخلات ورزشی به صورت حرفه‌ای یا غیرحرفه‌ای، غیبت بیش از دو جلسه، رشته تحصیلی روان‌شناسی یا مرتبط با حوزه‌های رفتاری، تجربه فشار روانی و بحرانی شدید در طول درمان ازجمله سوگ.

این پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی مشهد کد اخلاق (IR.MUMS.REC.1400.026) و کد کارآزمایی بالینی (IRCT20211012128050165N1) دارد.

از آنجا که تعداد افراد همکاری‌کننده کم بود و به‌خاطر شیوع کرونا در مشهد و وضعیت قرمز و تعطیلی‌های پی‌درپی تعدادی از بیماران از همکاری صرف‌نظر کردند (نمونه اولیه ۷۰ نفر بود که تعدادی انصراف دادند)، بر کردن پرسش‌نامه‌ها به صورت تلفنی و اینترنتی انجام و جلسات گروه‌درمانی به مدت ۱۰ جلسه به صورت اینترنتی و هفته‌ای یک بار برگزار شد. همچنین از تعدادی از ملاک‌های ورود و خروج یعنی شرط تأهل و تحصیلات دیپلم به بالا صرف نظر شد و افرادی که این شرایط اولیه را نداشتند، به صورت تصادفی با قرعه‌کشی در گروه‌های کنترل و آزمایش گماشته شدند. برای استفاده از پرسش‌نامه‌ها، از روش ترجمه فارسی-بازترجمه انگلیسی استفاده شد. ابتدا دو نفر مسلط به زبان انگلیسی و روان‌شناسی پرسش‌نامه‌ها را به فارسی برگرداندند. سپس دو فرد دیگر مسلط به زبان انگلیسی و روان‌شناسی ترجمه‌های

فارسی را مجدد به انگلیسی برگرداندند. در نهایت پژوهشگران ترجمه فارسی و بازترجمه انگلیسی را مقایسه کردند و ترجمه فارسی تأیید شد. روایی به روش کمی محاسبه شد. برای محاسبه پایایی نیز پرسش‌نامه‌ها توسط ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان تکمیل و دو هفته بعد نیز مجدد توسط آن‌ها تکمیل شد. برای تعیین پایایی از ضریب همبستگی پیرسون به روش آزمون-بازآزمون استفاده شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه خودکارآمدی سرطان

این پرسش‌نامه را Champion و همکاران [۲۵] در یک نمونه ۱۱۲۷ نفره از بازماندگان سرطان پستان زن با ۳ تا ۸ سال فاصله از زمان تشخیص با ۱۱ آیتم طراحی کردند. آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹، ضرایب همبستگی درون‌آیتمی در دامنه ۰/۳ تا ۰/۶ و همبستگی آیتم نمره کلی در دامنه ۰/۵ تا ۰/۷۳ به‌دست آمد. این مقیاس پایایی ثبات درونی بالایی دارد، غیرابعدی است و روایی سازه و محتوایی عالی دارد. روایی پیش‌بین این مقیاس نشان داد با کیفیت زندگی و سلامت عمومی و با خستگی و کارکرد توجهی کمتر همبسته است. سطوح بالای این مقیاس با سطح کمتر افسردگی، اضطراب و ترس از عود همبسته بود [۲۶]. نمره‌دهی این پرسش‌نامه با مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) است [۲۵، ۲۶]. در پژوهش حاضر روایی نسخه ترجمه پرسش‌نامه خودکارآمدی با $CVI=0/94$ و $CVR=0/98$ و پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی سرطان به روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی ۰/۹۵ تأیید شد. پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی سرطان پس از تکمیل توسط ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تأیید شد.

پرسش‌نامه تاب‌آوری بازماندگان سرطان

این پرسش‌نامه را Sunaga و Futawatari [۲۷] روی ۲۳۰ نفر از زنان (بازآزمون روی ۳۷ نفر) مبتلا به سرطان پستان انجام شد که تحت جراحی قرار گرفته و از ۳ ماه تا ۵ سال بعد از جراحی مراقبت‌های سرپایی دریافت کرده بودند و در زمان پژوهش عود یا متاستاز نداشتند. این پرسش‌نامه با ۱۶ آیتم برای دو دسته عامل حمایت فردی (۱۱ آیتم، از سؤال ۱ تا ۱۱) و حمایت اجتماعی (۵ آیتم، از سؤال ۱۲ تا ۱۶) ساخته شد. نمره‌دهی این پرسش‌نامه با مقیاس لیکرت (۱: کاملاً مخالفم، ۲: تا حدودی مخالفم، ۳: تا حدودی موافقم و ۴: کاملاً موافقم) انجام می‌شود. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۳ و همبستگی آزمون-بازآزمون ۰/۸۹ و برای زیر عامل‌ها، بیشتر ۰/۸۴ است. نتایج برای روایی درونی، روایی سازه، روایی وابسته به ملاک و روایی افتراقی معنادار بود.

در پژوهش حاضر روایی ترجمه پرسش‌نامه تاب‌آوری با $CVI=0/92$ و $CVR=0/99$ و پایایی پرسش‌نامه تاب‌آوری سرطان به روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی ۰/۹۵ تأیید شد.

و همکاران [۲۱] اجرا شد.

درمان فراتشخیصی یکپارچه

این برنامه متشکل از ۵ مؤلفه اصلی درمانی است که طوری طراحی شده‌اند تا جنبه‌های محوری پردازش هیجان و تنظیم تجربیات هیجانی را هدف قرار دهند. این درمان شامل ۱۰ جلسه درمان گروهی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به مدت دو ماه بود که بر اساس کتاب درمان فراتشخیصی یکپارچه برای اختلالات هیجانی بارلو و همکاران [۲۸] اجرا شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و همچنین برای پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، آزمون کرویخت ماحلی در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

همچنین نتایج نشان داد بین داده‌های حاصل از آزمون-بازآزمون از نظر میانگین نمره خرده‌مقیاس‌های حمایت فردی ($r=0/96$ و $sig=0/001$) و حمایت اجتماعی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0/89$ و $sig=0/001$). پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه تاب‌آوری سرطان نیز به روش آزمون-بازآزمون به ترتیب با ضریب همبستگی ۰/۹۶ و ۰/۸۹ تأیید شد. همچنین پایایی پرسش‌نامه تاب‌آوری سرطان پس از تکمیل توسط ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی خرده‌مقیاس‌های آن به همین روش با آلفای کرونباخ برای حمایت فردی ۰/۹۱ و حمایت اجتماعی ۰/۹۳ تأیید شد.

جلسات طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی

این برنامه شامل ۸ جلسه درمان گروهی با ۲ جلسه پیگیری و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بود که دو ماه طول کشید (جدول ۱). جلسات بر اساس پروتکل کتاب توجه‌آگاهی و طرحواره‌درمانی Fan Veriswick

جدول ۱. پروتکل طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی و پروتکل درمان فراتشخیصی [۲۱، ۲۸، ۲۹، ۳۰]

پروتکل طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی	
جلسه اول	معرفی، توضیح طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین کشمش، دفتر یادداشت طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین واری بدن، تکلیف خانگی
جلسه دوم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، مراقبه کوتاه مدت واری بدن، بحث درباره نمرات توجه‌آگاهی و تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره و محیط پیرامون، تکلیف خانگی
جلسه سوم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه‌آگاهی به طرحواره و تمرین خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، راه رفتن توجه‌آگاهانه
جلسه چهارم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه‌آگاهی به طرحواره و تمرین خانگی، مقابله با طرحواره، شیرین کاری توجه‌آگاهانه
جلسه پنجم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه‌آگاهی به طرحواره و تمرین خانگی، تمرین توجه‌آگاهی سه دقیقه‌ای به طرحواره، پذیرش توجه آگاهانه خویشتن و دیگران
جلسه ششم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه‌آگاهی به طرحواره و تمرین خانگی، نشان دادن قصد، رها کردن طرحواره‌ها به حال خود
جلسه هفتم	تبادل نظر درباره نمرات توجه‌آگاهی به طرحواره و تمرین خانگی، مراقبت از خویشتن با کمک بزرگسال سالم و کودک خوشحال، آماده شدن برای آینده، بزرگسال سالم و کودک خوشحال به چه چیزهایی نیاز دارند؟
جلسه هشتم	تبادل نظر درباره نمرات توجه‌آگاهی به طرحواره و تمرین خانگی، تمرین توجه‌آگاهانه به خویشتن به عنوان کودک و بزرگسال، شیرین کاری توجه‌آگاهانه به طرحواره و ذهنیت در تعاملات شخصی، ارزیابی
جلسه پیگیری اول	یادسپاری و یادآوری مهارت‌های قبلی، نگهداری، گسترش و یکپارچه‌سازی توجه‌آگاهی در زندگی روزمره، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین توجه‌آگاهی
جلسه پیگیری دوم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین توجه‌آگاهی گروهی، ارزیابی پروتکل درمان فراتشخیصی
جلسه اول	افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی
جلسه دوم	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC
جلسه سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به‌ویژه با استفاده از روش‌های ذهن‌آگاهی
جلسه 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 انعطاف‌پذیری در تفکر
جلسه 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
جلسه هفتم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBs، شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین از طریق مواجه شدن با رفتارها
جلسه هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احساسی به‌منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
جلسه نهم	روایای احساسی و روایای با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق روایای هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
جلسه دهم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در زمینه پیشرفت‌های درمانی بیمار، پیگیری از عود

یافته‌ها

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد بین سه گروه مداخله طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی ($7/47 \pm 42/71$)، فراتشخیصی ($6/74 \pm 44/31$) و کنترل ($5/53 \pm 43/07$) از نظر میانگین سنی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($\text{Sig} = 0/81$) و سه گروه از نظر این متغیر همگن بودند. بیشترین فراوانی بیماران مبتلا به سرطان شرکت‌کننده از نظر سطح تحصیلات در گروه مداخله طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی ($57/1$ درصد (۸ نفر) و گروه مداخله فراتشخیصی ($38/5$ درصد (۵ نفر)، کارشناسی و در گروه کنترل ($57/1$ درصد (۸ نفر) دیپلم بودند. با این حال، نتایج آزمون کای اسکور نشان داد بین سه گروه مداخله و کنترل از این نظر تفاوت معناداری وجود نداشت ($0/66$ ، $\text{Sig} =$ در گروه مداخله طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی $78/6$ درصد (۱۱ نفر)، فراتشخیصی $76/9$ درصد (۱۰ نفر) و در گروه کنترل $58/7$ درصد (۱۲ نفر) متأهل بودند. نتایج آزمون کای اسکور نشان داد بین سه گروه مداخله و کنترل از این نظر تفاوت معناداری وجود نداشت ($\text{Sig} = 0/65$).

در جدول ۲ اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری و خرده‌مقیاس‌های آن و همچنین متغیر خودکارآمدی آمده است. به‌منظور بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. مفروضه نرمالیتی چندمتغیری (مفروضه کرویت) با آزمون کرویت ماکلی بررسی شد که نتایج آن حاکی از نبود معناداری ($p > 0/05$) و همگنی ماتریکس کواریانس بود. سپس از آماره تعدیل‌یافته f در آزمون اسپریسیتی برای ارائه نتایج اصلی آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج نشان داد از نظر تغییرات میانگین نمره خرده‌مقیاس حمایت فردی ($0/22$ = اتا، $P = 0/009$ ، $F(2, 38) = 5/29$ ، $p = 0/006$ ، $f(2, 38) = 5/87$) و نمره کل تاب‌آوری در طول مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($0/26$ = اتا، $p = 0/007$ ، $f(2, 38) = 6/78$) (جدول ۳). همچنین از آماره تعدیل‌یافته f در آزمون اسپریسیتی

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرها در بیماران مبتلا به سرطان شرکت‌کننده در سه گروه مداخله و کنترل

مقیاس	مراحل آزمون	طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی			فراتشخیصی		کنترل	
		$n = 14$			$n = 13$		$n = 14$	
		میانگین \pm انحراف معیار			میانگین \pm انحراف معیار		میانگین \pm انحراف معیار	
خرده‌مقیاس حمایت فردی	پیش‌آزمون	28/79 \pm 3/42			31/23 \pm 5/99		27/43 \pm 4/94	
	پس‌آزمون	30/93 \pm 2/89			34/69 \pm 6/17		27/14 \pm 4/99	
	پیگیری	30/86 \pm 3/01			36/54 \pm 6/20		26/64 \pm 4/75	
خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی	پیش‌آزمون	13/86 \pm 1/96			13/85 \pm 3/72		14/79 \pm 2/89	
	پس‌آزمون	16/36 \pm 2/17			16/38 \pm 3/02		14/28 \pm 2/87	
	پیگیری	18/64 \pm 2/47			18/31 \pm 3/17		13/78 \pm 2/45	
نمره کل تاب‌آوری	پیش‌آزمون	42/64 \pm 4/20			45/08 \pm 8/77		42/21 \pm 7/08	
	پس‌آزمون	47/28 \pm 3/99			51/08 \pm 7/78		41/43 \pm 6/82	
	پیگیری	49/50 \pm 4/62			54/85 \pm 7/59		40/43 \pm 6/13	
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	36/79 \pm 8/40			38/23 \pm 7/01		39/64 \pm 8/25	
	پس‌آزمون	40/21 \pm 8/11			40/69 \pm 6/69		39/28 \pm 8/01	
	پیگیری	41/43 \pm 7/41			42/92 \pm 7/16		38/78 \pm 8/23	

جدول ۳. خلاصه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مقایسه بین گروه‌های مداخله و کنترل

مقیاس	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	p	اتا
خرده‌مقیاس حمایت فردی	گروه	276/91	2	138/45	5/29	0/009	0/22
	خطا	994/93	38	26/18			
خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی	گروه	274/60	2	137/30	5/87	0/006	0/24
	خطا	888/03	38	23/38			
نمره کل تاب‌آوری	گروه	1646/92	2	823/46	6/78	0/007	0/26
	خطا	4612/12	38	121/37			
خودکارآمدی	گروه	163/52	2	50/52	5/58	0/01	0/28
	خطا	666/99	38	175/37			

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها از نظر متغیر تاب‌آوری و خودکارآمدی

متغیر	مراحل آزمون	تفاوت میانگین	sig	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
				حداقل
خرده‌مقیاس حمایت فردی	فراثشخیصی- طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی	-۳/۹۶	۰/۱۱	-۸/۵۳
	فراثشخیصی- کنترل	۷/۰۸	۰/۰۰۱	۲/۵۲
	طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی- کنترل	۳/۱۲	۰/۰۴	-۱/۳۶
خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی	فراثشخیصی- طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی	-۱/۰۹	۰/۱۰	-۴/۵۹
	فراثشخیصی- کنترل	۳/۶۸	۰/۰۰۴	۰/۹۹
	طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی- کنترل	۱/۷۹	۰/۰۴	۰/۸۵
نمره کل تاب‌آوری سرطان	فراثشخیصی- طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی	-۳/۹۷	۰/۲۴	-۹/۵۲
	فراثشخیصی- کنترل	۷/۴۷	۰/۰۰۵	۱/۹۱
	طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی- کنترل	۳/۵۰	۰/۳۵	-۱/۹۵
خودکارآمدی	فراثشخیصی- طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی	-۱/۱۴	۰/۶۸	-۸/۵۱
	فراثشخیصی- کنترل	۱/۳۸	۰/۰۲	-۵/۹۹
	طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی- کنترل	۰/۲۳	۰/۰۴	-۷/۰۰

آن تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). همچنین بین دو گروه فراثشخیصی و طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی از نظر تغییرات میانگین نمره خودکارآمدی در طول مراحل آزمون تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($p = ۰/۱۱$)، ولی بین دو گروه طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی و کنترل ($p < ۰/۰۵$) و بین دو گروه فراثشخیصی و کنترل از نظر تغییرات میانگین نمره خودکارآمدی تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$).

در مقایسه زوجی بین مراحل آزمون، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد تغییرات میانگین نمره کل تاب‌آوری و خرده‌مقیاس‌های حمایت فردی و حمایت اجتماعی در سه گروه مداخله و کنترل بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < ۰/۰۵$)، مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($p < ۰/۰۵$) و مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت

برای ارائه نتایج اصلی آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقیاس خودکارآمدی استفاده شد که نتایج نشان داد از نظر تغییرات میانگین نمره خودکارآمدی در طول مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($۰/۲۸$ = $F(۲, ۳۸)$ ، $P = ۰/۰۱$).

در مقایسه زوجی بین گروهی، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ نشان می‌دهد بین دو گروه فراثشخیصی و طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی از نظر تغییرات میانگین نمره خرده‌مقیاس حمایت فردی و اجتماعی و نمره کل تاب‌آوری در طول مراحل آزمون تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($p = ۰/۱۱$)، ولی بین دو گروه طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی و کنترل ($p < ۰/۰۵$) و بین دو گروه فراثشخیصی و کنترل از نظر تغییرات میانگین نمره کل تاب‌آوری و خرده‌مقیاس‌های

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دوی زمان‌ها از نظر متغیر تاب‌آوری و خودکارآمدی

متغیر	مراحل آزمون	تفاوت میانگین	Sig	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
				حداقل
خرده‌مقیاس حمایت فردی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱/۷۷	۰/۰۰۱	-۲/۲۶
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۲/۲۰	۰/۰۰۱	-۳/۰۸
	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۴۲	۰/۰۴	-۰/۹۹
خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱/۵۱	۰/۰۰۱	-۲/۰۰
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۱۷/۱۸	۰/۰۰۱	-۱۹/۰۵
	پس‌آزمون- پیگیری	-۱۵/۶۷	۰/۰۰۱	-۱۷/۵۱
نمره کل تاب‌آوری سرطان	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۳/۲۹	۰/۰۰۱	-۳/۹۸
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱۱/۹۶	۰/۰۰۱	۱۰/۲۰
	پس‌آزمون- پیگیری	۱۵/۲۵	۰/۰۰۱	۱۳/۹۶
خودکارآمدی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱/۸۴	۰/۰۰۱	-۲/۵۹
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۲/۸۳	۰/۰۰۱	-۳/۸۲
	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۹۸	۰/۰۰۲	-۱/۶۵

آماري معناداري وجود دارد ($p < 0.05$). همچنين در مقايسه زوجي بين مراحل آزمون، نتايج آزمون تعقيبي بونفروني نشان داد تغييرات ميانگين نمره خودكارآمدي در سه گروه مداخله و كنترل بين دو مرحله پيش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0.05$)، مراحل پيش‌آزمون و پيگيري ($p < 0.05$) و مراحل پس‌آزمون و پيگيري تفاوت آماري معناداري وجود دارد ($p < 0.05$).

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسي اثربخشي طرحواره‌درماني مبتني بر توجه‌آگاهي و مداخله فراتشخيصي زنان با سرطان پستان بر خودكارآمدي و تاب‌آوري سرطان بود. با وجود اينكه مطالعات كمي در راستاي اين پژوهش انجام شده، اما با نتايج تحقيقات مشابه قبلي [۲۲، ۳۱، ۳۲، ۳۳] همسو است.

براي تبين اثربخشي طرحواره‌درماني مبتني بر توجه‌آگاهي و مداخله فراتشخيصي زنان با سرطان پستان بر تاب‌آوري مي‌توان از رويكردهاي مشابه اثربخش مثل طرحواره‌درماني، درمان شناختي-مبتني بر توجه‌آگاهي، درمان پذيرش و تعهد و درمان شناختي-رفتاري روي خودكارآمدي [۱۵] در جمعيت مبتلا به سرطان بهره برد. طرحواره‌درماني مبتني بر توجه‌آگاهي و فراتشخيصي با كمك به آگاهي، تجربه، پذيرش هيچان‌ها، احساسات، تغيير در شيوه واكنش نشان دادن به افكار و احساسات و خاطرات ناخوشايند مربوط به بيماري و همچنين فعال كردن فرد در تغيير حال خود و كنار آمدن با زندگي پس از بيماري، به افزايش تاب‌آوري منجر مي‌شود. همچنين خودگويي‌هاي خودشفقتي در روش‌هاي درمان طرحواره مبتني بر ذهن‌آگاهي (مثل روش مراقبت از خويشتن و روش توجه‌آگاهانه به‌عنوان بزرگسال سالم و كودك خوشحال) و روش ارزايابي مجدد شناختي در مداخله فراتشخيصي در شركت‌كنندگان طي جلسات گروه‌درماني به‌طور چشمگيري تجربه متفاوتي نسبت به بيماري و احساساتشان ايجاد كرد، رابطه آن‌ها را با خودشان بهبود بخشيد و شيوه خودحمايي را در آن‌ها براي روبه‌رو شدن با شرايط بيماري بهبود بخشيد كه منجر به افزايش تاب‌آوري شركت‌كنندگان پژوهش شد.

دو خرده‌مقياس حمايت فردي و حمايت اجتماعي بر مواردی مانند توانايي تغيير خلق و كنترل هيچانات، پذيرفتن شرايط و نگاه به جنبه‌هاي مثبت امور، تشويق و تسلي پيدا كردن و اشتراك‌گذاري تجربه‌ها با بيماران مشابه متمرکز بود كه اين موارد به‌خوبي در فضاي گروه‌درماني محقق مي‌شد. با اينكه بعضي از افراد در گروه‌درماني نسبت به صحبت درباره مسائل مربوط به بيماري‌شان و انجام تكاليف اجتناب مي‌كردند، به دليل مشاركت فعالانه و خودافشايي ساير اعضا، آنان نيز از شركت در گروه‌درماني بهره بردند.

افراد بر اساس عادت آموخته‌اند كه در زندگي و موقعيت‌هاي مختلف بسياري از تجارب ناخوشايند خود را انكار كنند، درحالي‌كه ذهن‌آگاهي به آن‌ها مي‌آموزد به‌جاي انكار و رد تجارب ناخوشايند، آن‌ها را همان‌طور كه

هستند بپذيرند و نسبت به خودشان و واكنش‌هايشان به تجارب ناخوشايند آگاهي داشته باشند. درنتيجه آموزش ذهن‌آگاهي در كاهش نشخوار فكري و افزايش تاب‌آوري بيماران مبتلا به سرطان موفق عمل مي‌كند [۳۳]. ذهن‌آگاهي پيش‌بيني‌كننده رفتار خودتنظيمي و حالات هيچاني مثبت است و از طريق تركيب سرزندگي و واضح ديدن تجربيات، پذيرش هيچانات به‌جاي تلاش براي سركوبي هيچان‌ها و اجتناب از آن‌ها مي‌تواند تغييرات مثبتي را در شادكامي و بهزيستي ايجاد كند [۳۴، ۳۵]. از سوي ديگر، مطالعه حاضر نشان داد مداخله فراتشخيصي و طرحواره‌درماني خودكارآمدي را در گروه آزمون پيش‌آزمون افزايش مي‌دهد. اين يافته با يافته‌هاي پژوهشي كه از درمان‌هاي مشابه مانند درمان شناختي-رفتاري يا بدون ذهن‌آگاهي استفاده كردند، مثل پژوهش‌هاي مظفري مطلق و همكاران [۱۵]، Guarino و همكاران [۱] و مرادي‌منش و باباخاني [۳۶] همسو بوده است. در اين درمان، پژوهشگران به اين نتيجه رسيدند گروه‌درماني به شيوه شناختي-رفتاري مي‌تواند در خودكارآمدي و كيفيت زندگي در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد. اين يافته با پژوهش صناعي و همكاران [۳۷] همسو نبود. آن‌ها در پژوهش خود مبني بر اثربخشي درمان كاهش استرس مبتني بر ذهن‌آگاهي روي سرطان پستان نشان دادند اين درمان موجب افزايش جهت‌گيري مثبت به زندگي و كاهش استرس ادراك‌شده مي‌شود، اما در ميزان خودكارآمدي بيماران تأثير معناداري ندارد. طبق نظر پژوهشگران اين تفاوت ممكن است به دليل ارتباط عواملی مثل كاهش تعاملات و حمايت اجتماعي اين بيماران با پريشاني رواني و تأثير منفي پريشاني رواني در خودكارآمدي باشد.

تاكنون پژوهشي مختص اين شيوه‌هاي درمانی به‌طور تركيبي با پروتكل‌هاي مشابه پژوهش حاضر روي خودكارآمدي در بيماران سرطان پستان انجام نشده است. در تبين اين يافته پژوهشي مي‌توان گفت كه در طرحواره‌درماني مبتني بر توجه‌آگاهي و مداخله فراتشخيصي به‌جاي راهبردهاي ناسالم مانند اجتناب شناختي و رفتاري و انكار و سرکوب، به پذيرش هيچان‌ها و احساسات و مواجهه فعالانه با افكار و احساسات كمك مي‌شود [۲۸، ۲۹]. همچنين به رفتارهاي خودمراقبتي مثل چكاپ تغييرات بدني مربوط به احتمال عود بيماري كمك مي‌شود و با فعال كردن بزرگسال و كودك سالم براي مراقبت‌هاي مربوط به بيماري و درخواست كمك از ديگران، درنهايت خودكارآمدي را افزايش مي‌دهد.

با توجه به نمرات پيش‌آزمون آزمودني‌ها در پرسش‌نامه طرحواره‌هاي يانگ، طرحواره‌هاي ايثار، نقص/شرم و رهاشدگي در مراجعان شايع‌تر بود كه نشان مي‌دهد اين افراد با فداكاري و ازخودگذشتگي بسيار و وابستگي منفعلانه به ديگران و درنتيجه احساسات دلخوري، ترحم و خشم از ديگران، خودشان در اولويت نيستند و خودمراقبتي و درنتيجه خودكارآمدي كمترى داشتند. ازآنجاكه تجربه اين بيماري، اولويت قرار دادن خود افراد را مي‌طلبد، در جلسات طرحواره‌درماني مبتني بر توجه‌آگاهي در پي آگاهي مراجعان از الگوهاي طرحواره‌اي‌شان، تاب‌آوري

مشکلات مربوط به دوره کرونا (شرکت در جلسات گروه‌درمانی که به صورت آنلاین برگزار شد) بود.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، درمان فراتشخیصی و طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی هردو به‌طور معناداری باعث بهبود در تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران در انتهای درمان و دوره پیگیری شد. این دو مداخله با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند.

تشکر و قدردانی

از تمام افرادی که در این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

این مقاله از رساله دکترای روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند گرفته شده است. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

- Guarino A, Polini C, Forte G, Favieri F, Bonocompagni I, Casagrande M. The effectiveness of psychological treatments in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2020;9(1):1-26. DOI: 10.3390/jcm9010209 PMID: 31940942
- Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1(1):CD011292. DOI: 10.1002/14651858.CD011292.pub2 PMID: 29376559
- Chen Y, Ahmad M. Effectiveness of adjunct psychotherapy for cancer treatment: a review. *Future Oncol*. 2018;14(15):1487-96. DOI: 10.2217/fon-2017-0671 PMID: 29767550
- WHO. Preventing cancer. <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>
- Mahdavi A, Mousavimoghadam R, Madani Y, Aghae 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. DOI: 10.32768/abc.20196135-41
- Bellver-Pérez A, Peris-Juan C, Santaballa-Beltrán A. Effectiveness of group therapy in women with localized breast cancer. *Intern J Clin Health Psychol*. 2019;19(2):107-14. DOI:10.1016/j.ijchp.2019.02.001
- Daly CB. Weaving a Colorful life tapestry: serene gratitude, post-traumatic growth, and breast cancer master of applied positive psychology (MAPP) capstone projects. University of Pennsylvania; 2019.
- Fathalizade M. Resilience and optimism in women with cancer. Iranian psychological association, Al-Zahra University; 2019.
- Tajikzade F, Sadeghi R, Raees Karimian F. The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing in cancer patients and normal people. *JAP*. 2016;7(3):38-48
- Ye ZJ, Peng CH, Zhang HW, Liang MZ, Zhao JJ, Sun Z, et al. A biopsychosocial model of resilience for breast cancer: A preliminary study in mainland China. *Eur J Oncol Nurs*. 2018;36:95-102. DOI: 10.1016/j.ejon.2018.08.001 PMID: 30322517
- Soleymani E, Hoveyda R. Investigation the concept of self-efficacy in Bandura's theory. *Soc Sci*. 2013;63:91-7.
- Chirico A, Lucidi F, Merluzzi T, Alivernini F, De Laurentiis M, Botti G, et al. A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. *Oncotarget*. 2017;8(22):36800-11. DOI: 10.18632/oncotarget.15758 PMID: 28404938
- Gemma Cherry M, Salmon P, Byrne A, Ullmer H, Abbey G, Fisher PL. Qualitative evaluation of cancer survivors' experiences of metacognitive therapy: a new perspective on psychotherapy in cancer care. *Front Psychol*. 2019;10:1-13. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00949
- Taheri A, Falavarjani M. F. Hope, self-efficacy, and perceived stress among Iranian women with breast cancer: Examining the mediating role of resilience. *Mid East J Pos Psychol*. 2019;5(1):82-96.
- Mozafari-Motlagh MR, Nejat H, Tozandehjani H, Samari A. Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive-behavioral therapy in breast cancer pain management. *IJBD*. 2020;13(1):35-45. DOI: 10.30699/ijbd.13.1.35
- Heidarian A, Zahra K, Mohsenzade F. The effectiveness of mindfulness training on reducing rumination and enhancing resilience in female patients with Breast Cancer: a randomized trial. *Iran J Breast Dis*. 2016;9(2):52-9.
- Dindo L, Van Liew JR, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*. 2017;14(3):546-53. DOI: 10.1007/s13311-017-0521-3 PMID: 28271287
- Coelho BD, de Paiva SPC, da Silva Filo AL. Extremely brief mindfulness interventions for women undergoing breast biopsies: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2018;171(3):685-692. DOI: 10.1007/s10549-018-4869-9 PMID: 29978417
- Shorey RC, Brasfield H, Anderson S, Stuart GL. The Relation between trait mindfulness and early maladaptive schemas in men seeking substance use treatment. *Mindfulness*. 2015;6(2):348-55. DOI: 10.1007/s12671-013-0268-9 PMID: 26085852
- 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):1-13. DOI: 10.1186/s12885-018-5065-3 PMID: 30477450
- Fan Veriswick M, Bruersen J, Scheuring G. Attention awareness and schema therapy. Tehran: Ibn Sina Publications; 2016.

22. Khademi M, Talebian Sharif J, Azadi M, conscious S. The effectiveness of schema therapy on resilience in women with breast cancer. *J New Achiev Humanit Stud*. 2020;**2**(18):116-24. DOI: 10.5812/msnj.117043
23. Nasiri F. Cognitive, emotional and neuropsychological indicators of generalized anxiety disorder: The effectiveness of integrated transdiagnostic treatment with no direct current transcranial electrical stimulation. [PhD Thesis]. Ferdowsi University of Mashhad; 2020.
24. Dieperink KB, Ikander T, Appiah S, Tolstrup LK. The cost of living with cancer during the second wave of COVID-19: A mixed methods study of Danish cancer patients' perspectives. *Eur J Oncol Nurs*. 2021;**52**:101958. DOI: 10.1016/j.ejon.2021.101958 PMID: 33878634
25. Champion VL, Ziner KW, Monahan PO, Stump TE, Cella D, Smith LG, et al. Development and psychometric testing of a breast cancer survivor self-efficacy scale. *Oncol Nurs Forum*. 2013;**40**(6):403-10. DOI: 10.1188/13.ONF.E403-E410 PMID: 24161644
26. BorjAlilu S, Kaviani A, Helmi S, Karbakhsh M, Mazaheri MA. Exploring the role of self-efficacy for coping with Breast Cancer: a systematic review. *Arch Breast Cancer*. 2017;**4**(2):42-57. DOI: 10.19187/abc.20174242-57
27. Sunaga M, Futawatari T. Development and validation of the Breast cancer survivors resilience scale. *Kitakanto Med J*. 2018;**68**(1):7-18. DOI: 10.2974/kmj.68.7
28. Barlow d, Farchion T, Firholm K, Allard K, Boiso K, Allen L, Ehrenrich-May J. Integrated protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders (therapist's guide). Tehran: Ibn Sina Publications; 2018.
29. Otared N, Mikaeili N, Mohajeri N, Vojoudi B. The Effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety disorders and comorbid depression: single-case design. *JMS*. 2017;**4**(4):54-62.
30. Bakhshipour A, Vojodi B, Alilou MM, Abdi R. The effectiveness of integrated transdiagnostic treatment in reducing the symptoms of major depressive disorder. *Thought Behav*. 2017;**15**(41):67-76.
31. Karimi MM., Shariatnia, K. The effectiveness of spiritual therapy on the quality of life of women with breast cancer in Tehran. *J Nurs Midwifery*. 2018;**15**(2):107-18.
32. Agarwal K, Fortune L, Heintzman JC, Kelly LL. Spiritual experiences of long-term meditation practitioners diagnosed with Breast Cancer: An interpretative phenomenological analysis pilot study. *J Rel Health*. 2020;**59**(5):2364-80. DOI: 10.1007/s10943-020-00995-9 PMID: 32062734
33. Heydarian A, Zahra K, Mohsenzadeh F. The effectiveness of mindfulness training on resilience and rumination reduction in female patients with breast cancer, randomized trial. *Iran J Breast Dis*. 2017;**9**(2):46-52.
34. Ghasemi F, Karimi M, Tanner P. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy intervention on the quality of life of women with breast cancer. *JNPW*. 2019;**6**(20):51-9.
35. Norouzi, H, Hashemi A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on emotional regulation in breast cancer patients. *Iran J Breast Dis*. 2017;**10**(2):39-48.
36. Moradi Menesh F, Babakhani K. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on self-efficacy and quality of life in women with breast cancer: a clinical trial. *Iran J Breast Dis*. 2018;**10**(4):7-17.
37. Sanaei H, Mousavi AM, Moradi A, Parhoon H, Sanaei S. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction treatment on self-efficacy, perceived stress and life orientation of women with breast cancer. *JTBPC*. 2017;**12**(44):57-66.