ORIGINAL ARTICLE

Comparing the Effectiveness of Mindfulness Based Schema Therapy and Transdiagnostic Intervention on Cognitive Fusion with Illness and Posttraumatic Avoidance in Women with Breast Cancer

Fatemeh Ghayour Kazemi[1],
Fatemeh Shahabizadeh[2],
Maryam Safara[3],
Soudabeh Shahidsales[4],
Seyed Amir Aledavood[4],
Sareh Hosseini[5],
Ali Taghizadeh Kermani[5],
Elham Zarei[6]

[1] PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad university, Birjand, Iran
[2] Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Psychology, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, Iran
[4] Professor, Cancer Research Center, Omid Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[5] Associate Professor, Cancer Research Center, Omid Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[6] Resident in Radiation Oncology, Department of Radiation Oncology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received November 12, 2022 ; Accepted March 5, 2023)

Abstract

Background and purpose: Cancer diagnosis is a threatening and traumatic experience. Confusion caused by distressing thoughts about cancer can lead to additional suffering and, along with avoidance, can be a key factor in maintenance of traumatic reactions. The current research aimed at comparing the effectiveness of Unified Protocol (UP) of transdiagnostic intervention and mindfulness based schema therapy (MBST) on posttraumatic avoidance (PA) and chronic illness-related cognitive fusion (CICF) in patients with breast cancer (BC).

Materials and methods: A semi-experimental study with pretest-posttest design and a follow-up period of 45 days was performed. Statistical population included all female patients with BC in Mashhad, Iran 2018-2021. Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness (CFQ-CI) and Posttraumatic Avoidance Scale (PAS) were administered. Forty one patients were selected using purposive sampling and were randomly divided into two experimental groups and a control group. UP of transdiagnostic intervention and MBST were applied in intervention groups for 10 weekly sessions. The control group attended two educational sessions. Data analysis was done using multivariate covariance analysis and Bonferroni post hoc test.

Results: The mean scores for CICF and PA were significantly different between the intervention groups and the control group at post-test and follow-up ($P<0.001$). Findings showed no significant difference between the effectiveness of UP and MBST at post-test and follow-up ($P>0.05$).

Conclusion: MBST and UP are suggested to be applied in patients with BC to reduce their psychological problems.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20211012128050165N1)

Keywords: breast cancer, psychotherapy, trauma, mindfulness, transdiagnostic therapy, cognitive fusion

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (220): 54-65 (Persian).

Corresponding Author: Fatemeh Shahabizadeh - Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
(E-mail: f_shahabizadeh@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۰ اردیبهشت سال ۱۴۰۲ (۶۵-۵۴)

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و مداخله فراتشخیصی بر آمیختگی شناختی با بیماری و اجتناب بعد از تروما در زنان مبتلا به سرطان پستان

فاطمه غیور کاظمی[۱]
فاطمه شهابی‌زاده[۲]
مریم صف‌آرا[۳]
سودابه شهید ثالث[۴]
سید امیر آل‌داوود[۴]
ساره حسینی[۵]
علی تقی‌زاده کرمانی[۵]
الهام زارعی[۶]

چکیده

سابقه و هدف: تشخیص سرطان، یک تجربه تهدیدآمیز و تروماتیک است. آمیختگی با محتوای افکار پریشان‌کننده درباره سرطان، به رنج اضافی بیماران منجر می‌شود و همراه با اجتناب، می‌تواند یک عامل نگهدارنده کلیدی در واکنش‌های تروماتیک باشد. بنابراین پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی مداخله فراتشخیصی و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر اجتناب بعد از تروما و آمیختگی مرتبط با بیماری مزمن در زنان مبتلا به سرطان پستان با دوره پیگیری پرداخت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری ۴۵روزه بود. جامعهٔ آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان درسال ۱۴۰۰-۱۳۹۷، در شهر مشهد بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های آمیختگی شناختی مرتبط با بیماری مزمن و اجتناب بعد از تروما بود. ۴۱ نفر از آزمودنی‌ها به روش هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند و برای دو گروه آزمایش، مداخله فراتشخیصی و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی به مدت ۱۰جلسهٔ هفتگی اجرا شد. برای گروه کنترل، دو جلسه آموزشی برگزار شد. داده‌ها با شاخص‌های آمار توصیفی فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد، تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش اول و دوم با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای آمیختگی مرتبط با بیماری مزمن و اجتناب بعد از تروما تفاوت معنی‌دار وجود داشت($P<۰/۰۰۱$). بین اثربخشی فراتشخیصی و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد($P>۰/۰۵$).

استنتاج: پیشنهاد می‌شود برای کاهش مشکلات روانشناختی مبتلایان به سرطان پستان از طرحواره درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی و مداخله فراتشخیصی بهره گرفته شود.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT۲۰۲۱۱۰۱۲۱۲۸۰۵۰۱۶۵N۱

واژه های کلیدی: سرطان پستان، روان درمانی، تروما، توجه آگاهی، درمان فراتشخیصی، آمیختگی شناختی

مقدمه

سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان در زنان می‌باشد و طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت ۳۰ درصد تمام سرطان‌های زنان را شامل می‌شود(۱). طبق آمار انیستیتوی سرطان ایران نیز، ۲۵ درصد از سرطان‌های زنان

مولف مسئول: فاطمه شهابی زاده- بیرجند: دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، گروه روانشناسی
E-mail: f_shahabizadeh@yahoo.com
۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران
۳. استادیار، گروه روانشناسی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
۴. استاد، مرکز تحقیقان سرطان، بیمارستان امید، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. دانشیار، مرکز تحقیقان سرطان، بیمارستان امید، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۶. رزیدنت انکولوژی رادیوتراپی، گروه رادیوتراپی انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۱/۸/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۱/۹/۱۹ تاریخ تصویب : ۱۴۰۱/۱۲/۱۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

سرطان پستان است(۲). شبکه سرطان تحلیلی ملی (National Compeherensive Cancer Network)، پریشانی را به‌عنوان یک مشکل مهم در تشخیص و درمان سرطان شناسایی کرده است(۳). فرایندهای شناختی ناکارامدی چون آمیختگی و اجتناب از جمله عوامل فراتشخیصی روانشناختی هستند(۴)، که زیربنای اختلات خلقی واضطرابی وعامل تداوم پریشانی را تشکیل می‌دهند(۵).

آمیختگی شناختی، یک فرایند کلامی است که در آن افراد در افکار و ارزیابی‌ها، قضاوت‌ها و خاطرات خود گیر می‌افتند و براساس این تجربه‌های درونی، رفتار می‌کنند(۶). از سویی اجتناب، یک عامل نگهدارنده کلیدی در واکنش‌های تروماتیک است. به‌طوری‌که بازماندگان ترومای روانشناختی تعدادی از مکانیسم‌های اجتنابی را برای مراقبت از خود در برابر خاطرات و یادآوری‌های رویداد تروماتیک و هیجانات وابسته اغلب شدید، استفاده می‌کنند(۷).

در همین راستا، Barlow درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر هیجان تحت عنوان مداخله فراتشخیصی یکپارچه را طراحی کرد(۸)، که پیامد بلند مدت آن برای اختلالات هیجانی در پیگیری شش ماهه، بهبود علائم کلی اضطراب وافسردگی بود(۴). به‌طوری‌که در پژوهش‌ها از اثربخشی مدل فراتشخیصی درکاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی همراه با عدم تغییر در کیفیت فیزیکی زندگی، یا خستگی در بیماران سرطانی (پستان و سایر)، حمایت شد(۱۱-۹). مبنای نظری درمان فراتشخیصی Barlow، تمرکز بر اجتناب به‌عنوان یکی از علل فراتشخیصی در پریشانی هیجانی است که در بیماران سرطانی نیز بیش‌تر تجربه می‌شود. اما نقطه مقابل اجتناب از تجارب درونی، توجه آگاهی است و چون بیماران سرطانی، پریشانی قابل توجهی را تجربه می‌کنند، تحمل پریشانی با تمرکز بر توجه آگاهی قابل اهمیت است(۱۳،۱۲). از سویی، الگوی متشکل از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و حس‌های بدنی نسبت به خود و روابط با دیگران، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که منجر به سطوح بالایی از پریشانی و عاطفه منفی می‌شود(۱۴). پژوهش‌ها اهمیت نقش طرحواره‌های شناختی را در برانگیختن نشانه‌های اضطراب و افسردگی دربیماران دارای سرطان پستان، نشان دادند(۱۵).

با این حال به تدریج مشخص شده که باورهای افراد به شرطی باعث پدیدآیی و تداوم هیجان و واکنش‌های ناسالم می‌شود که فرایندهای توجهی به شیوه‌ای خاص تنظیم شود. بنابراین طرحواره درمانی به تدریج تکنیک‌های توجه آگاهی را در جعبه ابزارش می‌گنجاند. هدف تکنیک‌های توجه آگاهی، غیرفعال‌سازی ذهنیت‌های ناسازگار و به حداکثر رسانی حاکمیت ذهنیت بزرگسال است. اگر مراجع به چنین هدفی دست یابد، در برابر تجارب درون ناخوشایند دست و پا بسته نخواهد بود و به جای واکنش عادتی که معمولا حالت گریز یا اجتناب دارد، دست به واکنش‌های سالم‌تر و کارآمدتری خواهد زد(۱۶). به‌عنوان مثال مطالعه‌ای روی مقایسه درمان پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داد که این دو درمان بر تاب‌آوری اثربخش بوده و نتایج حاکی از اثربخشی بیش‌تر طرحواره درمانی بوده است(۱۷).

ازسویی دیگر، همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ همراه با تشخیص فعلی یا گذشته سرطان، نگرانی را در بیماران مبتلا به سرطان شدیدتر از جمعیت سالم می‌کند(۱۸). لذا دریافت مراقبت‌های سرطان بیش‌تر به مشاوره‌های تلفنی تغییر کرده است(۱۹). نتایج پژوهشی نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی به‌صورت اینترنتی اثربخشی مشابهی با همین درمان به‌صورت چهره به چهره در کاهش پریشانی روانشناختی بیماران سرطانی داشته است(۲۰).

لذا، با توجه به سطوح بالای سرکوب هیجانی و پریشانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان به نظر می‌رسد رویکردهای شناختی-رفتاری می‌تواند به‌طور خاص برای بهبود راهکارهای تنظیم هیجانی سازگارانه، افزایش سلامت روانشناختی و مورد هدف قرار دادن آسیب‌های شناختی ادراکی در بازماندگان سرطان پستان به صورت مجازی مفید باشد(۵). تاکنون در هیچ پژوهشی مداخله

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

فراتشخیصی و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی با همدیگر و هم‌چنین در بررسی فرایندهای فراشناختی فراتشخیصی (آمیختگی‌شناختی و اجتناب) مقایسه نشده‌اند. به‌خصوص اثربخشی این دو درمان در گروه بیماری‌های مزمن مثل سرطان پستان نیز بر روی این فرایندها در ارتباط با شرایط خاص بیماری و با ابزارهای مناسب جدید بررسی نشده است. هم‌چنین دانش درباره آمیختگی شناختی مرتبط با بیماری و اجتناب پس از تروما بخصوص در بیماران با شرایط مزمن (مثل سرطان) می‌تواند به کادر پزشکی شامل پزشکان متخصص سرطان، پرستاران، روانشناسان سلامت و غیره در همدلی بیش‌تر و کمک به بیماران برای سازگاری بهتر با بیماری و درمان کمک کند. لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و مداخله فراتشخیصی بر آمیختگی شناختی و اجتناب بعد از تروما در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گردید.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری ۴۵ روزه بود. کد اخلاق مطالعه از دانشگاه علوم پزشکی مشهد (IR.MUMS.REC.1400.026) و کد کارآزمایی بالینی (IRCT20211012128050165N1) می‌باشد. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۷، مراجعه‌کننده به بیمارستان امید و امام رضا(ع) شهر مشهد، تشکیل دادند. نمونه اولیه شامل ۵۴ نفر (۱۸ نفر در هر گروه) بود و دو مداخله به صورت مجزا بر روی دو گروه نمونه در مدت زمان یکسان و حدود دو ماه و نیم به‌صورت آنلاین اجرا گردید، برای گروه کنترل لیست انتظار مداخله‌ای صورت نگرفت و پس از دوره پیگیری، دو جلسهٔ آموزشی برگزار شد. درمانگر همه گروه‌ها به‌صورت یکسان، دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی انتخاب شد که دارای توانمندی حرفه ای در اجرای گروه درمانی بود.

نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس براساس ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه صورت گرفت و سپس افراد با روش تصادفی ساده از طریق قرعه‌کشی در گروه‌ها جای گذاری شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، دامنهٔ سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات اتمام دورهٔ ابتدایی، افراد تحت درمان غیر از شیمی‌درمانی بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل دریافت درمان‌های روانشناختی در ۶ ماههٔ اخیر، دریافت مداخلات ورزشی به‌صورت حرفه‌ای یا غیرحرفه‌ای، غیبت بیش از دو جلسه، رشتهٔ تحصیلی روانشناسی یا مرتبط با حوزه‌های رفتاری، تجربه فشار روانی و بحرانی شدید در طول درمان از جمله سوگ و یا ... بود. تمامی شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل نمودند. در رضایت‌نامه مشخصات پژوهشگران و اجراکننده و فرایند پژوهش توضیح داده شده و نیز قید شده بود که مشخصات هویتی بیماران حفظ می‌شود و هر زمان مایل بودند می‌توانند از مطالعه انصراف دهند. برای استفاده از پرسشنامه‌ها، از روش ترجمه فارسی-بازترجمه انگلیسی، استفاده شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

- مقیاس اجتناب بعد از تروما (Posttrumatic Avoidance Scale_PAS): توسط Andrews و همکاران(۷)، به‌صورت ۲۰ آیتم برای اندازه‌گیری اجتناب خودکار و کنترل شده ساخته شد. نمره‌گذاری براساس مقیاس ۵ نمره‌ای از نمره صفر برای هرگز، به ندرت، گاهی، معمولا و همیشه با نمره ۴، با نمره کل صفر تا هشتاد، درجه‌بندی می‌شود. خرده مقیاس‌ها شامل اجتناب کنترل شده و کنترل بود. اجتناب مربوط به تروما با تلاش‌های هوشیارانه (مثل تلاش برای صحبت نکردن یا فکر نکردن درباره اتفاق) در مقابل فرایندهای اجتنابی ناهوشیارانه (مثل بی‌حسی هیجانی، فراموشی) در این مقیاس مورد سنجش قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر روایی ترجمه پرسشنامه فوق با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

CVI=۰/۹۱ و CVR=۰/۹۷ مورد تأیید قرارگرفت و پایایی پرسشنامه اجتناب بعد از تروما و خرده مقیاس‌های اجتناب خودکار و کنترل شده به روش همسانی درونی به ترتیب با آلفای کرونباخ (α=۰/۸۷)، (α=۰/۷۲) و (α=۰/۸۹) تأیید گردید. پرسشنامه آمیختگی شناختی با بیماری مزمن (Chronic illness-related cognitive fusion questionnaire_ CFQ-CI): توسط Trindade و همکاران(۲۱) برای سنجش سطح آمیختگی شناختی ساخته شد(۲۲). ۷ آیتم این پرسشنامه با مقیاس لیکرتی ۵ نمره‌ای (از صفر برای هرگز در مورد من صدق نمی‌کند تا ۴ برای همیشه درباره من صدق می‌کند)، با نمره کل صفر تا ۲۸ و نمرات بالاتر برای سطوح بالاتر آمیختگی شناختی مرتبط با بیماری اندازه‌گیری می‌شوند(۶).

در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه فوق با CVI=۰/۹۲ و CVR=۰/۹۸ مورد تأیید قرارگرفت. پایایی پرسشنامه آمیختگی با بیماری به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ (α=۰/۸۹) نیز تأیید گردید.

- جلسات طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی: شامل ۸ جلسه درمان گروهی آنلاین از طریق نرم‌افزار واتساپ با دو جلسه پیگیری و هر جلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه به‌مدت ۱۰ هفته بر اساس پروتکل کتاب توجه آگاهی و طرحواره درمانی Fan Veriswick و همکاران(۱۶) اجرا گردید (جدول شماره ۱).

- درمان فراتشخیصی یکپارچه: متشکل از ۵ مولفهٔ اصلی درمانی است که طوری طراحی شده‌اند تا جنبه‌های محوری پردازش هیجان و تنظیم تجربیات هیجانی را آماج قرار دهند. این درمان عبارت از ۱۰ جلسه درمان گروهی و هر جلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه بصورت آنلاین در طول ۱۰ هفته است و براساس کتاب درمان فراتشخیصی یکپارچه برای اختلالات هیجانی Barlow و همکاران(۲۳) اجرا گردید (جدول شماره ۱).

تحلیل داده‌ها با آمار توصیفی میانگین، انحراف استاندارد و فراوانی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام گردید، که سطح معنی‌داری آن با سطح اطمینان ۹۵ درصد و P کوچک‌تر از ۰/۰۵ تعیین گردید و جهت تعیین مفروضه‌های آن از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو ویلک برای بررسی توزیع نرمالیته داده و از نتایج اثرتعاملی گروه و پیش آزمون برای بررسی همگنی شیب رگرسیون استفاده گردید. نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کواریت (covariate) در نظر گرفته شدند.

جدول شماره ۱: پروتکل طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و پروتکل درمان فراتشخیصی

پروتکل طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	
جلسه اول	معرفی، توضیح طرحواره ها و ذهنیت ها، تمرین کشمش، دفتر یادداشت طرحواره ها و ذهنیت ها، تمرین وارسی بدن، تکلیف خانگی
جلسه دوم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، مراقبهٔ کوتاه مدت وارسی بدن، بحث دربارهٔ نمرات توجه آگاهی و تکلیف خانگی، تمرین توجه‌آگاهانه به امور روزمره و محیط پیرامون، تکلیف خانگی
جلسه سوم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر دربارهٔ نمرات توجه آگاهی به طرحواره و تمرین خانگی، تمرین توجه‌آگاهانه به خاطرات دردناک، راه رفتن توجه‌آگاهانه
جلسه چهارم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر دربارهٔ نمرات توجه آگاهی به طرحواره و تمرین خانگی، مقابله با طرحواره، شیرین کاری توجه آگاهانه
جلسه پنجم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر دربارهٔ نمرات توجه آگاهی به طرحواره و تمرین خانگی، تمرین توجه آگاهی 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 توجه آگاهی 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	تبادل‌نظر درباره نمرات توجه‌آگاهی به طرحواره و تمرین خانگی، تمرین توجه‌آگاهانه به خویشتن به عنوان کودک و بزرگسال، شیرین‌کاری و توجه آگاهانه به طرحواره و ذهنیت در تعاملات شخصی، ارزیابی
جلسه پیگیری اول	یادسپاری و یاداوری مهارت‌های قبلی، نگهداری و گسترش و یکپارچه‌سازی توجه آگاهی در زندگی روزمره، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین توجه آگاهی
جلسه پیگیری دوم	دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین توجه آگاهی گروهی، ارزیابی
پروتکل درمان فراتشخیصی	
جلسه اول	افزایش انگیزه، مصاحبهٔ انگیزشی برای ایجاد انگیزهٔ مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی
جلسه دوم	ارائهٔ آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ای تجارب هیجانی و مدل ARC
جلسه سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهدهٔ تجارب هیجانی (هیجان ها و واکنش به هیجان ها) به ویژه با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی
جلسه پنجم	ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
جلسه ششم	شناسایی الگوها و آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر 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 تاثیر آن ها 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 احشایی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
جلسه نهم	رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوهٔ تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به‌صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
جلسه دهم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی بیمار، پیشگیری از عود

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

یافته‌ها

نمونه اولیه در مطالعه حاضر، ۵۴ نفر بود که بعد از ریزش، ۴۱ نفر، در سه گروه شامل درمان فراتشخیصی (۱۳ نفر)، درمان طرحواره مبتنی بر توجه آگاهی (۱۴ نفر) و گروه کنترل (۱۴ نفر) قرار گرفتند. بیش‌ترین فراوانی بیماران مبتلا به سرطان شرکت‌کننده از نظر سطح تحصیلات در گروه مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی ۵۷/۱ درصد (۸ نفر) و گروه مداخله فراتشخیصی ۳۸/۵ درصد (۵ نفر)، مقطع کارشناسی و در گروه کنترل ۵۷/۱ درصد (۸ نفر) دیپلم بودند. با این حال، نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین سه گروه مداخله و کنترل از نظر سطح تحصیلات، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت(P= ۰/۶۶) و سه گروه از نظر سطح تحصیلات همگن بودند. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه برای سن نیز نشان داد که بین سه گروه مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی (۴۲/۷۱±۷/۴۷)، فراتشخیصی (۴۴/۳۱±۶/۷۴) و کنترل (۴۳/۰۷±۵/۵۳) سال بود و از نظر میانگین سنی تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت(P= ۰/۸۱) و سه گروه از نظر این متغیر همگن بودند. بیش‌ترین فراوانی بیماران مبتلا به سرطان شرکت‌کننده از نظر وضعیت تأهل در گروه مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی ۷۸/۶ درصد (۱۱ نفر)، فراتشخیصی ۷۶/۹ درصد (۱۰ نفر) و در گروه کنترل ۵۸/۷ درصد (۱۲ نفر) متأهل بودند. نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین سه گروه مداخله و کنترل از نظر وضعیت تأهل، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (P= ۰/۶۵) و سه گروه از نظر متغیر وضعیت تأهل نیز همگن بودند.

در جدول شماره ۲، اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف‌معیار متغیر اجتناب بعد از تروما و آمیختگی با بیماری درج شده است.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. برای بررسی مفروضه‌های آن شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و شاپیروویلک و برای همگنی شیب رگرسیون بررسی اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون استفاده شد. نتایج نشان داد در بررسی توزیع داده‌های آمیختگی با بیماری و متغیر اجتناب پس از تروما، آماره Z آزمون شاپیروویلک معنی‌دار نمی‌باشند(P>۰/۰۵). لذا مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های کمی مربوط به این متغیرها مورد تأیید می‌باشد. هم‌چنین نتایج نشان داد آماره f لوین برای بررسی همگنی متغیر آمیختگی با بیماری و متغیر اجتناب پس از تروما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار نمی‌باشد(P>۰/۰۵). بنابراین واریانس این متغیرها در گروه‌ها برابر می‌باشد و مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز

جدول شماره ۲: نمرات اجتناب بعد از تروما و خرده مقیاس‌های آن و آمیختگی با بیماری در بیماران مبتلا به سرطان شرکت‌کننده در گروه‌های طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی، فراتشخیصی و کنترل

متغیر	مراحل آزمون	طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی (n=۱۴) (انحراف معیار ±میانگین)		فراتشخیصی (n =۱۳) (انحراف معیار ±میانگین)		کنترل (n=۱۴) (انحراف معیار ±میانگین)	
خرده مقیاس اجتناب خودکار	پیش آزمون	۱۲/۰۷	۵/۱۱	۱۵/۶۲	۶/۴۵	۱۵/۸۶	۷/۷۵
	پس آزمون	۱۰/۰۷	۴/۹۱	۱۲/۵۴	۵/۸۷	۱۶/۶۴	۷/۲۷
	پیگیری	۹/۲۱	۴/۰۰	۱۱/۲۳	۵/۱۲	۱۶/۹۳	۷/۴۵
خرده مقیاس اجتناب کنترل شده	پیش آزمون	۲۲/۱۴	۵/۸۴	۲۴/۶۲	۸/۴۷	۲۵/۲۹	۵/۵۰
	پس آزمون	۱۹/۸۶	۵/۷۹	۲۱/۰۰	۷/۹۴	۲۵/۸۶	۵/۴۹
	پیگیری	۱۸/۵۷	۵/۲۲	۱۸/۷۷	۷/۲۵	۲۶/۰۰	۵/۲۸
نمره کل اجتناب بعد از تروما	پیش آزمون	۳۴/۲۱	۸/۰۶	۴۰/۲۳	۱۱/۴۲	۴۱/۱۴	۱۰/۸۵
	پس آزمون	۲۹/۹۳	۸/۰۵	۳۳/۵۴	۱۰/۴۸	۴۲/۵۰	۱۰/۴۳
	پیگیری	۲۷/۷۸	۷/۳۲	۳۰/۰۰	۹/۳۵	۴۲/۹۳	۱۰/۹۳
آمیختگی با بیماری	پیش آزمون	۱۲/۵۰	۲/۵۶	۱۵/۰۸	۴/۱۳	۱۵/۵۰	۳/۱۶
	پس آزمون	۹/۹۳	۲/۸۹	۱۳/۱۵	۳/۸۹	۱۵/۷۹	۳/۰۹
	پیگیری	۸/۵۷	۲/۷۴	۱۱/۵۴	۳/۲۶	۱۶/۴۳	۳/۲۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

مورد تأیید است. جدول شماره ۳، نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه میزان اثربخشی مداخله فراتشخیصی و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر اجتناب بعد از تروما و خرده مقیاس‌های آن و آمیختگی با بیماری را در بیماران مبتلا به سرطان شرکت کننده در مطالعه نشان می‌دهد.

نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره نشان می‌دهد که بین سه گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره کل اجتناب بعد تروما در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. به طوری که، میزان تأثیر گروه (عضویت گروهی) در مرحله پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۸۷ و ۹۰ درصد بود. بدین معنا که، ۸۷ درصد تفاوت‌های فردی در میزان اجتناب بعد از تروما در مرحله پس‌آزمون و ۹۰ درصد در مرحله پیگیری به خاطر تفاوت در عضویت گروهی (مداخله فراتشخیصی، طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و کنترل) می‌باشد. بین سه گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره آمیختگی با بیماری در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. به‌طوری که، میزان تأثیر گروه (عضویت گروهی) در مرحله پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۶۴ و ۷۸ درصد بود. بدین معنا که، ۶۴ درصد تفاوت‌های فردی در میزان آمیختگی با بیماری در مرحله پس آزمون و ۷۸ درصد در مرحله پیگیری به خاطر تفاوت در عضویت گروهی (مداخله فراتشخیصی، طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و کنترل) می‌باشد.

جدول شماره ۴، نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی را برای مقایسه میزان اثربخشی سه گروه مداخله و کنترل بر اجتناب بعد از تروما و آمیختگی با بیماری را به صورت دو به دو نشان می‌دهد.

طبق نتایج، بین دو گروه فراتشخیصی و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی از نظر میانگین نمره کل اجتناب بعد از تروما و آمیختگی با بیماری در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت. ولی بین دو گروه مداخله فراتشخیصی و گروه کنترل از نظر میانگین نمره کل اجتناب بعد از تروما و آمیختگی بیماری در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. هم‌چنین، بین دو گروه کنترل و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی نیز از نظر میانگین نمره اجتناب بعد از تروما و آمیختگی بیماری در دو مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که هر دو گروه طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی ومداخله فراتشخیصی به‌طور معناداری بر اجتناب بعد از تروما و آمیختگی بیماری در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بودند.

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت سه گروه در نمرات اجتناب بعد از تروما و خرده مقیاس های آن و نمرات آمیختگی با بیماری

متغیر		مراحل آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
خرده مقیاس اجتناب خودکار	گروه	پس آزمون	۱۱۲/۴۵	۲	۵۶/۲۳	۷۲/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۹۹
		پیگیری	۲۲۷/۹۳	۲	۱۱۳/۹۶	۶۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۰/۹۸
	خطا	پس آزمون	۲۸/۱۰	۳۶	۰/۷۸				
		پیگیری	۶۰/۹۷	۳۶	۱/۶۹				
خرده مقیاس اجتناب کنترل شده	گروه	پس آزمون	۱۲۶/۷۵	۲	۶۳/۳۷	۶۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۹۷
		پیگیری	۳۰۸/۶۵	۲	۱۵۴/۳۲	۹۶/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۰/۹۹
	خطا	پس آزمون	۳۷/۷۸	۳۶	۱/۰۵				
		پیگیری	۵۷/۸۱	۳۶	۱/۶۱				
نمره کل اجتناب بعد از تروما	گروه	پس آزمون	۴۷۷/۱۶	۲	۲۳۸/۵۸	۱۲۳/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۹۹
		پیگیری	۱۰۶۱/۵۵	۲	۵۳۰/۷۸	۱۶۰/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۰/۹۷
	خطا	پس آزمون	۶۹/۳۳	۳۶	۱/۹۳				
		پیگیری	۱۱۸/۸۲	۳۶	۳/۳۰				
آمیختگی با بیماری	گروه	پس آزمون	۶۱/۳۷	۲	۳۰/۶۸	۳۳/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۸
		پیگیری	۲۱۰/۵۱	۲	۱۰۵/۲۵	۶۷/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۰/۹۸
	خطا	پس آزمون	۳۴/۲۵	۳۷	۰/۹۳				
		پیگیری	۵۷/۸۰	۳۷	۱/۵۶				

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

جدول شماره ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی درمان طرحواره مبتنی بر توجه آگاهی، فراتشخیصی و کنترل بر اجتناب بعد از تروما و آمیختگی با بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان

متغیر		مراحل آزمون	تفاوت میانگین	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
					حداقل	حداکثر
خرده مقیاس اجتناب خودکار	پس آزمون	فراتشخیصی- طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	۰/۸۲	۰/۰۸	۰/۰۶	۱/۷۰
		فراتشخیصی- کنترل	۳/۸۸	۰/۰۰۱	۴/۷۳	۳/۰۲
		طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی- کنترل	۳/۰۶	۰/۰۰۱	۳/۹۴	۲/۱۹
	پیگیری	فراتشخیصی- طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	۰/۸۳	۰/۹۸	۲/۱۵	۳/۸۲
		فراتشخیصی- کنترل	۳/۱۹	۰/۰۲	۴/۹۲	۱/۴۷
		طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی- کنترل	۲/۳۶	۰/۰۴	۵/۳۱	۰/۵۹
خرده مقیاس اجتناب کنترل شده	پس آزمون	فراتشخیصی- طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	۱/۲۳	۰/۰۱	۰/۲۰	۲/۲۵
		فراتشخیصی- کنترل	۴/۲۲	۰/۰۰۱	۵/۲۱	۳/۲۲
		طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی- کنترل	۲/۹۹	۰/۰۰۱	۴/۰۰	۱/۹۸
	پیگیری	فراتشخیصی- طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	۱/۸۶	۰/۹۱	۲/۶۱	۶/۳۴
		فراتشخیصی- کنترل	۲/۹۱	۰/۰۲	۵/۴۹	۰/۳۳
		طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی- کنترل	۲/۰۵	۰/۰۴	۵/۴۶	۳/۳۷
نمره کل اجتناب بعد تروما	پس آزمون	فراتشخیصی- طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	۱/۰۴	۰/۲۰	۰/۶۶	۳/۴۳
		فراتشخیصی- کنترل	۸/۱۰	۰/۰۰۱	۹/۴۴	۶/۷۵
		طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی- کنترل	۷/۹	۰/۰۰۱	۹/۰۴	۵/۹۰
	پیگیری	فراتشخیصی- طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	۲/۷۰	۰/۳۲	۱/۳۹	۶/۷۹
		فراتشخیصی- کنترل	۶/۰۲	۰/۰۰۱	۸/۴۶	۳/۷۵
		طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی- کنترل	۴/۴۰	۰/۰۴	۷/۴۵	۰/۶۳
آمیختگی با بیماری	پس آزمون	فراتشخیصی- طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	۰/۶۶	۰/۳۹	-۱/۷۴	۰/۴۲
		فراتشخیصی- کنترل	۲/۲۲	۰/۰۰۱	-۳/۲۱	-۱/۲۳
		طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی- کنترل	۲/۸۸	۰/۰۰۱	-۳/۹۶	-۱/۷۹
	پیگیری	فراتشخیصی- طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	۰/۷۷	۰/۴۱	-۲/۰۴	۰/۵۰
		فراتشخیصی- کنترل	۴/۵۳	۰/۰۰۱	-۵/۷۴	-۳/۳۲
		طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی- کنترل	۵/۳۰	۰/۰۰۱	-۶/۵۷	-۴/۰۳

بحث

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان طرحواره مبتنی بر توجه آگاهی و مداخله فراتشخیصی بر آمیختگی شناختی با بیماری و اجتناب پس از تروما بود. یافته‌ها نشان داد که درمان فراتشخیصی و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی، هر دو به‌طور معناداری باعث بهبودی در اجتناب بعد از تروما (اجتناب خودکار و کنترل شده) در بیماران شده‌اند، اما این دو مداخله نسبت به همدیگر تفاوت معناداری نشان ندادند. یافته فوق با یافته پژوهش مروری پیامدهای روانشناختی سرطان پستان در ایران همسو است که یکی از بیش‌ترین راهبردهای مقابله‌ای استخراج شده در تحقیقات را اجتناب و حواس پرتی به عنوان استراتژی‌های اجتنابی ذکر کرده‌اند(۲۴). یافته پژوهش حاضر هم‌چنین با یافته‌های پژوهش دیگری همسو است که بیان می‌کند بازماندگان سرطان پستان راهکارهای تنظیم هیجانی سرکوبی به‌عنوان مقابله ناسازگار را بیش‌تر استفاده می‌کنند(۵). لازم به ذکر است، پژوهش‌هایی که در فوق به‌عنوان یافته‌های همسو با مطالعه حاضر گزارش شد، همگی بر تلاش‌های عمدی و هوشیارانه برای اجتناب تمرکز کرده بوده‌اند(۲۵،۲۴،۵). در تبیین این فرضیه می‌توان گفت بیماران سرطان پستان با نشخوار فکری زیاد و استفاده از راهکارهای اجتنابی صورت هوشیارانه تلاش می‌کنند اضطراب و نگرانی شان از بیماری و عود آن را کاهش دهند، روحیه خود را حفظ کنند و از خاطرات و صحنه‌های ناخوشایند مربوط به بیماری اجتناب کنند.

هم‌چنین به‌طور ناهوشیارانه تلاش می‌کنند با فعالیت‌های دیگر و فراموشی و بی‌حسی هیجانی خود را از مواردی که توضیح داده شد، فاصله دهند، گرچه در ظاهر این یک رفتار خودمراقبتی از نظر آن‌هاست که کمک می‌کند پروسه سخت درمان سرطان و چکاپ‌های سال‌های بعد آن را راحت‌تر سپری کنند، اما

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

این راهکار اجتنابی چه به‌صورت هوشیار و عمدی و چه به صورت ناهوشیار بر سلامت روانشناختی و جسمانی بیماران اثر نامطلوب درازمدت دارد. درمان طرحواره مبتنی بر توجه آگاهی و فراتشخیص می‌تواند به بهبودی و شکستن این چرخه منفی ناکارآمد کمک کند. بنابراین از آن‌جایی‌که طرحواره‌هایی مثل محرومیت هیجانی، ایثار، آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، نقص/شرم و رهاشدگی و وابستگی در بسیاری از مراجعین شایع بود، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد تمرین‌های توجه آگاهی می‌تواند درگیری هیجانی با طرحواره‌ها را کاهش دهد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد، درمان فراتشخیصی و طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی، هردو به‌طور معنی‌داری باعث کاهش در آمیختگی شناختی مرتبط با بیماری بیماران در انتهای درمان و دوره پیگیری شده‌اند، اما این دو مداخله نسبت به همدیگر تفاوت معنی‌داری نشان ندادند. علی‌رغم جستجوی بسیار درمقالات پژوهشی، هیچ پژوهش مشابهی با یافته مطالعه حاضر پیدا نشد. به نظر می‌رسد که این متغیر تاکنون در پژوهش‌های مداخله‌ای مورد هدف نبوده است. اگرچه مطالعات بسیاری روی آمیختگی شناختی کلی انجام شده، ارتباط آن با اجتناب تجربه‌ای و افسردگی و اضطراب اثبات شده و در مداخلات درمانی موج سوم مثل درمان پذیرش و تعهد و توجه آگاهی بر آن تاکید شده است(۲۶). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که آمیختگی با افکار مرتبط با بیماری می‌تواند به الگوهایی از اجتناب رفتاری منجر شود که چرخه سلامت- بیماری را به‌طور متناقضی بدتر خواهد کرد(۲۷).

مطالعه‌ای بیان کرده که تصویر بدن و شرم بیماری مزمن در نشانه‌های افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان اهمیت داشته و نقش مرکزی آمیختگی شناختی مرتبط با بیماری مزمن در این رابطه، نیاز به مداخلات روان درمانی مبتنی بر همجوشی‌زدایی و پذیرش را پررنگ می‌کند(۶).

بنابراین درمان فراتشخیصی و درمان طرحواره مبتنی بر توجه آگاهی با همجوشی‌زدایی برای بیماران سرطان پستان می‌تواند موثر عمل کند. به‌طوری‌که افراد مبتلا به سرطان، پریشانی روانشناختی زیادی تجربه می‌کنند و به دلیل دوره طولانی بیماری و درمان آن، ترس از عدم بهبودی و مرگ، هم‌چنین چکاپ‌های پس از درمان و احتمال عود، با این موضوع تا سال‌ها درگیر باقی می‌مانند و فرد مستعد این می شود که بر آنچه غیرقابل تغییر و کنترلش است متمرکز شده و بجای کنار آمدن با آن و افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری، دچار آمیختگی شناختی و نشخوار و اجتناب تجربه‌ای شود.

در مقابل وقتی از درمان فراتشخیصی و درمان طرحواره مبتنی بر توجه آگاهی برای افزایش انعطاف‌پذیری شرکت‌کنندگان نسبت به افکار مزاحم و خودگویی‌های ناسالم، نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای کمک گرفته می‌شود، با کاهش اجتناب تجربه‌ای، افزایش انعطاف‌پذیری افراد به احساسات و افکارشان و بخصوص واقعیت نپنداشتن آن‌ها، می‌توان آمیختگی شناختی مرتبط با بیماری را هم به تبع سایر موارد بهبود بخشید.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم همسان‌سازی مدت و مرحله بیماری در شرکت‌کنندگان، مشکلات از کار افتادگی جسمانی به‌دلیل سن بالا و عوارض خود بیماری و درمان آن، عدم تمایل افراد به مرور خاطرات مربوط به دورهٔ بیماری و مشکلات مربوط به دوره کرونا بود، که باعث شد حجم نمونه کم و جلسات به صورت آنلاین برگزار گردد و مشارکت و همکاری شرکت‌کنندگان کاهش یابد. هم‌چنین، پایایی و روایی پرسشنامه‌ها در مقیاس گسترده در ایران بررسی نشده است.

براساس یافته‌های پژوهش، درمان فراتشخیصی و طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه آگاهی، هردو به‌طور معنی‌داری باعث بهبودی در آمیختگی با بیماری و اجتناب بعد از تروما در بیماران در انتهای درمان و دورهٔ پیگیری شده‌اند؛ اما این دو مداخله نسبت به همدیگر تفاوت معنی‌داری نشان ندادند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

پژوهش حاضر از نظر استفاده از رویکردهای جدید درمانی بر اجتناب پس از تروما و آمیختگی با بیماری مزمن در بیماران سرطان پستان یک مطالعه جدید است و یافته مشابهی با آن وجود ندارد، هم‌چنین برای اولین بار، هر دو اجتناب هوشیارانه و ناهوشیارانه (کنترل شده و خودکار) را بطور مجزا مورد سنجش قرار داده است. بنابراین نتایج اثربخشی این دو درمان بر این دو مقوله مهم که می‌تواند زیربنای اختلالات هیجانی درجمعیت بیماران مزمن مثل سرطان پستان باشد، حائز اهمیت است.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بیماران سرطانی از نوع و مرحله درمان یکسانی انتخاب شوند. هم‌چنین دوره‌های سنی میانسال از سنین بالاتر نیز تفکیک شوند؛ چراکه احساسات و نیازهای بیماران سرطانی در مرحله تشخیص با مرحله درمان و پس از درمان و هم‌چنین در دوره‌های سنی متفاوت از جهاتی مشابه و از جهات دیگر متفاوت است و پروتکل‌های درمانی باید متناسب با این مراحل تطبیق داده شوند. درضمن از عوامل فراتشخیصی خاص بیماری‌های مزمن مانند پژوهش حاضر، در طراحی پروتکل‌های درمانی استفاده گردد.

تعارض منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است. نویسندگان اعلام می دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Younis M, Norsa'adah B, Othman A. Effectiveness of Psycho-Education Intervention Programme on Coping Strategies Among Jordanian Women Diagnosed with Breast Cancer: A Randomised Controlled Trial. Breast Cancer (Dove Med Press) 2021; 13: 285-297.
2. 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.
3. Perez-Tejada J, Labaka A, Pascual-Sagastizabal E, Garmendia L, Iruretagoyena A, Arregi A. Predictors of psychological distress in breast cancer survivors: A biopsychosocial approach. Eur J Cancer Care (Engl) 2019; 28(6): e13166.
4. 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. Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi Univ Mashhad. 2020. (Persian).
5. Wirkner J, Weymar M, Löw A, Hamm C, Struck AM, Kirschbaum C, Hamm AO. Cognitive functioning and emotion processing in breast cancer survivors and controls: An ERP pilot study. Psychophysiology 2017; 54(8): 1209-1222.
6. Trindade IA, Marta-Simões J, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Chronic illness-related cognitive fusion explains the impact of body dissatisfaction and shame on depression symptoms in breast cancer patients. Clin Psychol Psychother 2018; 25(6): 886-893.
7. Andrews L, Joseph S, Troop N, Van Rooyen T, Dunn BD, Dalgleish T. The structure of

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

avoidance following truma: development and validation of the posttrumatic avoidance scale (PAS). Traumatology 2013; 19(2): 126-135.

8. Barlow DH, Harris BA, Eustis EH, Farchione TJ. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. World Psychiatry 2020; 19(2): 245-246.
9. 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. J Oncol Pract 2019; 15(9): 787-e797.
10. Cherry MG, 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: 949.
11. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Dear BF, Titov N. Internet-delivered cognitive-behaviour therapy for recent cancer survivors: a feasibility trial Psychooncology 2017; 26(1): 137-139.
12. Bellver-Péreza 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): 107-114.
13. Zomorrodi S, Rasoulzadeh Tabataba'i S. Comparison of Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy in Improving quality of life in patients with irritable bowel syndrome. Clin Psychol Stud 2013; 4(13): 63-88(Persian).
14. 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): 348-355.
15. 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.
16. Fan Veriswick M, Bruersen J, Scheuring G. Attention awareness and schema therapy (practical guide). New Jersey, US: Wiley & Sons Inc; 2014.
17. Mirkhan NS, Khalatbari J, Tajeri B. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy on Resiliency of Breast Cancer Patients in East Tehran Medical Centers. Iranian Journal of Educational Sociology 2019; 2(1): 171-177.
18. Aliyari N. Mental health of people with cancer during Covid 19. IJCA 2022; 2(1): 12-17 (Persian).
19. 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.
20. Compen F, Bisseling E, Schellekens M, Donders R, Carlson L, van der Lee M, et al. Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol 2018; 36(23): 2413-2421 .
21. Trindade IA, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Assessment of Chronic Illness-Related Cognitive Fusion: Preliminary Development and Validation of a New Scale with an IBD Sample. J Clin Psychol Med Settings 2018; 25(4): 356-366.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]

22. Trindade IA, Barbosa R, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Further validation of the cognitive fusion questionnaire-chronic illness (CFQ-CI) in different health condition samples. J Contextual Behav Sci 2020; 16: 45-48.
23. Barlow d, Farchion T, Firholm K, Allard K, Boiso K, Allen L, Ehrenrich-May J. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide. 2th ed. Oxford, United Kingdom: Oxford; 2016.
24. Rafaei Saeedi N, AghaMohammadian Sharabaf H, Asghari Ebrahimabad M, Karshki H. Psychological consequences of breast cancer in Iran: A Meta-Analysis. Journal Of Advanced Biomedical Sciences 2019; 8(4): 986-999.
25. Meier ST. Rediscovering the role of avoidance in psychotherapy progress and outcome. Professional Psychology 2014; 45(3): 212-217.
26. Mansouri A, Zardoshtian Moghadam V. Comparing Symptoms of Anxiety Disorders and Related Transdiagnostic Factors in Cancer Patients and Healthy Individuals PSQI J 2021; 9(3): 133-140.
27. Rehfeldt RA, Tyndall I. Why We Are Not Acting to Save Ourselves: ACT, Health, and Culture. Behav Anal Pract 2022; 15(1): 55-70.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-11]