MEJDS. 2022; 12:145.

Published online 2022 Oct. **Original Article**

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 F[1], *Shahhabizadeh F[2], Safara M[3], Shahidsales S[4]

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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۴۵.

انتشار برخط مهرماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی مداخلهٔ فراتشخیصی و طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر 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، پژوهشکدهٔ زنان، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران؛

۴. دانشیار انکولوژی رادیوتراپی، بیمارستان امید و دانشگاه علوم‌پزشکی، مشهد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ 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 مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی و مداخلهٔ فراتشخیصی بر پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای در زنان با سرطان پستان صورت گرفت.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری ۴۵روزه همراه با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران زن دارای سرطان پستان در سال ۱۴۰۰ـ۱۳۹۷ 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 مبتنی‌بر توجه‌آگاهی=چهارده نفر و درمان فراتشخیصی=سیزده نفر) و گروه کنترل (چهارده نفر) قرار گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها مقیاس اضطراب، استرس، افسردگی (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) و نسخهٔ دوم پرسش‌نامهٔ پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) بود. طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی در هشت جلسه و دو جلسه پیگیری نوددقیقه‌ای و درمان فراتشخیصی یکپارچه در ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای 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 ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ 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 ($p<۰/۰۵$). بین اثربخشی دو نوع درمان بر متغیرهای مذکور تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$). همچنین تغییرات میانگین نمرهٔ خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب و استرس متغیر پریشانی هیجانی و متغیر اجتناب تجربه‌ای در دو گروه مداخله بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۵$). تفاوت معنادار بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری نیز حاکی از ماندگاری اثربخشی درمان‌ها در مرحلهٔ پیگیری بود ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان فراتشخیصی و طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر 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.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، **مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

۱ مقدمه

سرطان پستان[1] سرطان شایع‌تر تشخیصی در بین زنان است و طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی[2] این سرطان ۳۰درصد 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[3] است که در فازهای مختلف تشخیص و درمان سرطان دیده می‌شود. پریشانی به‌عنوان تجربهٔ ناخوشایند چندعاملی با ماهیت روان‌شناختی (شناختی، رفتاری، هیجانی) تعریف می‌شود که با توانایی مقابلهٔ 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[4] 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؛ ازاین‌رو، شوک و ترس بعد از تشخیص‌گذاری[5] سرطان بسیار رایج است (۴). براساس مطالعات ۵۰درصد از زنان مبتلا به سرطان، اضطراب و افسردگی را تا یک سال پس از تشخیص فاز اولیهٔ سرطان و ۱۵ درصد نیز تا پنج سال بعد از تشخیص تجربه می‌کنند (۵).

علاوه‌بر پریشانی هیجانی، دریافت تشخیص سرطان پستان می‌تواند فرد را زیر فشار قرار داده و به‌سمت تلاش برای مبارزه با حقیقتِ داشتن سرطان سوق دهد که این واکنش اجتناب تجربه‌ای[6] نامیده می‌شود. ترس از عود سرطان با افسردگی و اضطراب بالینی، استرس پس از سانحه[7] و کیفیت زندگی[8] تخریب‌شده همبسته است و باعث ایجاد نشخوارهای فکری عادتی و درگیری ذهنی بیشتر با بیماری به‌عنوان سبک شناختی ناسازگار می‌شود و این خود با نشانه‌های افسردگی بیشتر همبسته است. در این افراد، خاطرات گذشتهٔ تجربهٔ بیماری اغلب باقی می‌ماند و ترس از عود سرطان را دائمی و نیاز به تکرار چرخهٔ پریشان‌کننده‌ای از سازگاری را به منبع استرس‌زای عمده‌ای تبدیل می‌کند (۶). این امر نیز به‌نوبهٔ خود می‌تواند تلاش افراد را برای اجتناب به‌مراتب افزایش دهد. اجتناب تجربه‌ای نوعی تمایل‌نداشتن برای در تماس باقی‌ماندن با تجربه‌های درونی و تمایل به‌سمت تغییر شکل یا فراوانی این وقایع و بافت‌های برانگیزانندهٔ آن‌ها است و در سبب‌شناسی و تداوم اضطراب و افسردگی، به‌ویژه به‌عنوان 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 بالقوهٔ آن در پریشانی، هنوز در حوزه‌های روان‌شناختی به سرطان توجه نشده است (۷).

در رویکرد فراتشخیصی بافتی[9]، اهمیت ویژه‌ای به فرایندهای اجتناب تجربه‌ای و فعال‌سازی در تبیین و درمان مشکلات روان‌شناختی داده شده است؛ به‌طوری‌که پژوهش فرناندز-رادریگیوز 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 ریشهٔ مشکلات روان‌شناختی و چگونگی شکل‌گیری آن‌ها تمرکز می‌شود؛ بنابراین بارلو[10] برمبنای اشتراکات بین اختلال‌های هیجانی و نرخ همبودی زیاد این اختلال‌ها، درمان فراتشخیصی یکپارچه را طراحی کرد که قابل کاربرد در همهٔ 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 پریشانی‌هیجانی 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 دورهٔ پیگیری شش‌ماهه حمایت شد (۱۰،۱۱). نقطهٔ مقابل اجتناب از تجارب درونی، توجه‌آگاهی[11] است و باتوجه به پریشانی درخورتوجه بیماران سرطانی (۱۲)، تحمل پریشانی با تمرکز بر توجه‌آگاهی اهمیت دارد. درواقع بین رویکردهای درمانی مختلف، تحمل پریشانی با مفاهیم ارائه‌شده در رویکرد توجه‌آگاهی قرابت‌های بسیاری دارد. افزون‌بر آن اگرچه مطالعهٔ 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 مداخلهٔ ذهن‌آگاهی صرف است. طرح‌واره‌درمانی[12] به‌تدریج تکنیک‌های توجه‌آگاهی را که در زمرهٔ تکنیک‌های تجربی است، در جعبهٔ ابزارش می‌گنجاند. توجه‌آگاهی به‌جای تلاش برای تغییر در نحوهٔ عمل طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، بر کسب آگاهی از آن‌ها تمرکز می‌کند (۱۴). پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان فراتشخیصی و طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی بر بهبود پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای انجام شد.

۲ روش‌بررسی

در این تحقیق از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری ۴۵روزه همراه با گروه گواه استفاده شد. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی بیماران زن سرطان پستان در سال ۱۴۰۰ـ۱۳۹۷ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امید و امام‌رضا(ع) مشهد تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش حاضر شامل ۴۱ نفر در دو گروه آزمایش طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی (چهارده نفر) و فراتشخیصی (سیزده نفر) و یک گروه گواه (چهارده نفر) از زنان واجد شرایط

[1]. Breast cancer
[2]. World Health Organization (WHO)
[3]. Psychological & emotional distress
[4]. Depression & anxiety
[5]. Diagnosis
[6]. Experiential avoidance
[7]. Post-traumatic stress
[8]. Quality of life
[9]. Contexual Transdiagnostic Approach
[10]. Barlow
[11]. Mindfulness
[12]. Schema Therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

داوطلب بود. درمان فراتشخیصی و طرح‌وارهٔ مبتنی‌بر 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: استفاده‌نکردن از داروهای روان‌پزشکی؛ دامنهٔ سنی بین ۳۰تا۶۰ سال؛ حداقل تحصیلات اتمام دورهٔ ابتدایی؛ افراد تحت درمان غیر از شیمی‌درمانی (مانند هورمون‌درمانی و رادیوتراپی). ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش، مصرف داروهای روان‌پزشکی، حضور در جلسات مشاوره و مداخلات ورزشی در شش‌ماههٔ اخیر، غیبت بیش از دو جلسه و تجربهٔ فشار روانی و بحرانی شدید در طول درمان ازجمله سوگ بود. این پژوهش دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد IR.MUMS.REC.1400.026 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20211012128050165N1 است.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارها و جلسات درمانی زیر استفاده شد.

ـ مقیاس اضطراب، استرس، افسردگی[1]: این مقیاس برای ارزیابی پریشانی هیجانی در این پژوهش به‌کار رفته است. این مقیاس برای اولین‌بار توسط لاویبوند و لاویبوند 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، شیوهٔ آماری تحلیل عاملی از نوع تأییدی و به‌روش مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. مقدار عددی شاخص KMO[2] برابر با ۰/۹۰۱۲ و شاخص X^2 در آزمون کرویت‌بارتلت برابر با ۳۰۹۲/۹۳ به‌دست آمد که در سطح ۰/۰۰۰۱ 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[3] و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را تحلیل عاملی کردند و نتایج پژوهش آنان، مجدد حاکی‌از وجود سه عامل افسردگی و اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد، ۶۸درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل سنجش می‌شود. ارزش ویژهٔ 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 عاطفهٔ 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 ازطریق آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۹ به‌دست آورد (۱۹).

ـ نسخهٔ دوم پرسش‌نامهٔ پذیرش و عمل[4]: این پرسش‌نامه توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ با هفت آیتم ساخته شد که حاصل نسخهٔ ده‌ماده‌ای پرسش‌نامهٔ اصلی ساختهٔ هیز[5] است (۲۰). گویه‌ها در طیف مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) پاسخ داده می‌شود و نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ اجتناب تجربه‌ای بیشتر است (۲۰). نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده نشان داد، این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازهٔ رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصلهٔ ۳تا۱۲ ماه به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۰). ایمانی در نسخهٔ فارسی پرسش‌نامه، همسانی درونی و ضریب تنصیف پرسش‌نامه را ۰/۸۹ و ۰/۷۱ در گروه‌های بالینی و غیربالینی به‌دست آورد. همچنین روایی آن را با استفاده از اجرای هم‌زمان پرسش‌نامهٔ افسردگی بک[6]، پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی[7] و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان[8] بررسی و در حد مطلوب برآورد کرد که در این پژوهش متغیر اجتناب تجربه‌ای را سنجید (۲۱).

ـ طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی و درمان فراتشخیصی یکپارچه: طرح درمانی گروه‌درمانی طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی برگرفته از کتاب *توجه‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی* تألیف فن وریسویک و همکاران (۱۲) بود که در هشت جلسه و دو جلسه پیگیری نوددقیقه‌ای (جدول ۱) اجرا شد. همچنین محتوای جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه برگرفته از کتاب *درمان فراتشخیصی یکپارچهٔ اختلالات هیجانی* تألیف بارلو و همکاران (۲۲) بود که در ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای (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 پایهٔ استادیاری و هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه سراسری استفاده شد و حاکی‌از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، آمار توصیفی مانند فراوانی، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت؛ همچنین از آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه، آزمون کای‌دو، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و برای پیش‌فرض‌های روش تحلیل‌واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و آزمون کرویت موخلی در نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۵ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

1. Depression Anxiety Stress Scales (DASS)
2. Kaiser-Meyer-Olkin
3. Antoni
4. Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)
5. Hayes
6. Beck Depression Inventory
7. General Health Questionnaire
8. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات پروتکل طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی، توضیح طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین کشمش، دفتر یادداشت طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین وارسی بدن، تکلیف خانگی
دوم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، مراقبهٔ کوتاه‌مدت وارسی بدن، بحث دربارهٔ نمرات توجه‌آگاهی و تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره و محیط پیرامون، تکلیف خانگی
سوم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر دربارهٔ نمرات توجه‌آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، راه‌رفتن توجه آگاهانه
چهارم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل نظر دربارهٔ نمرات توجه‌آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، مقابله با طرح‌واره، شیرین‌کاری توجه آگاهانه
پنجم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل نظر دربارهٔ نمرات توجه‌آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، تمرین توجه‌آگاهی سه‌دقیقه‌ای به طرح‌واره، پذیرش توجه آگاهانهٔ خویشتن و دیگران
ششم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل نظر دربارهٔ نمرات توجه‌آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، نشان‌دادن قصد، رهاکردن طرح‌واره‌ها به حال خود
هفتم	تبادل نظر دربارهٔ نمرات توجه‌آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، مراقبت از خویشتن با کمک بزرگسال سالم و کودک خوشحال، آماده‌شدن برای آینده، نیازهای بزرگسال سالم و کودک خوشحال
هشتم	تبادل نظر دربارهٔ نمرات توجه‌آگاهی به طرح‌واره و تمرین خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خویشتن به‌عنوان کودک و بزرگسال، شیرین‌کاری و توجه آگاهانه به طرح‌واره و ذهنیت در تعاملات شخصی، ارزیابی
پیگیری اول	یادسپاری و یادآوری مهارت‌های قبلی، نگهداری و گسترش و یکپارچه‌سازی توجه‌آگاهی در زندگی روزمره، دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین توجه‌آگاهی
پیگیری دوم	دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین توجه‌آگاهی گروهی، ارزیابی

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات پروتکل درمان فراتشخیصی

جلسه	محتوای جلسات
اول	افزایش انگیزه، مصاحبهٔ انگیزشی برای ایجاد انگیزهٔ مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائهٔ منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی
دوم	ارائهٔ آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه‌مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC[1]
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهدهٔ تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به‌ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی
پنجم	ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانهٔ خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
ششم	شناسایی الگوها و آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی‌یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
هفتم	بررسی رفتارهای ناشی‌از هیجان (EDBs)[2]، شناسایی رفتارهای ناشی‌از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین ازطریق مواجه‌شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احشایی به‌منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
نهم	رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی‌بر موقعیت، آگاهی‌یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوهٔ تهیهٔ سلسله‌مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به‌صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
دهم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در زمینهٔ پیشرفت‌های درمانی بیمار، پیشگیری از عود

۳ یافته‌ها

در این مطالعه چهارده نفر در گروه آزمایش طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی و سیزده نفر در گروه آزمایش فراتشخیصی و چهارده نفر در گروه گواه بررسی شدند. براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه، بین گروه‌های طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی (۴۲/۷۱±۷/۴۷) و فراتشخیصی (۴۴/۳۱±۶/۷۴) و گواه (۴۳/۰۷±۵/۵۳) از نظر میانگین سنی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (p=۰/۸۱). بیشترین فراوانی بیماران مبتلا به سرطان شرکت‌کننده از نظر سطح تحصیلات در گروه طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی ۵۷/۱درصد (۸ نفر) و در گروه فراتشخیصی ۳۸/۵درصد (۵ نفر)، کارشناسی و در گروه گواه ۵۷/۱درصد (۸ نفر) دیپلم بود؛ بااین‌حال، نتایج آزمون کای‌دو نشان داد، بین دو گروه مداخله و گروه گواه از این نظر، تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵). در گروه

[1]. Antecedents, responses, consequences
[2]. Emotion-driven behavior

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی ۷۸/۶درصد (۱۱ نفر) و در گروه فراتشخیصی ۷۶/۹درصد (۱۰ نفر) و در گروه گواه ۵۸/۷درصد (۱۲ نفر) متأهل بودند.

اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار خرده‌مقیاس‌های متغیر پریشانی هیجانی و متغیر اجتناب تجربه‌ای در جدول ۳ درج شده است.

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	طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی		فراتشخیصی		گواه	
		n=۱۴		n=۱۳		n=۱۴	
		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 نرمال‌بودن توزیع داده‌ها ازطریق آزمون کولموگروف‌اسمیرنف به تأیید رسید. سپس مفروضهٔ نرمالیتی چندمتغیری (مفروضهٔ کرویت) توسط آزمون کرویت موخلی بررسی شد و نتایج نبود معناداری و همگنی ماتریکس کوواریانس را نشان داد (p>۰/۰۵)؛ بنابراین از آمارهٔ تعدیل‌یافتهٔ f در آزمون اسپریسیتی برای ارائهٔ نتایج اصلی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. باتوجه به نتایج جدول ۴، از نظر تغییرات میانگین نمرهٔ خرده‌مقیاس افسردگی (۰/۳۹=اتا، p<۰/۰۰۱، f(۲ ،۳۸)=۱۲/۰۸)، خرده‌مقیاس اضطراب (۰/۱۹=اتا، p=۰/۰۲۰، f(۲ ،۳۸)=۸/۷۵) و خرده‌مقیاس استرس (۰/۳۶=اتا، p<۰/۰۰۱، f(۲ ،۳۸)=۱۰/۸۸) بین گروه‌های مداخله و گواه تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین با بررسی اثر زمان بر خرده‌مقیاس افسردگی (۰/۲۶=اتا، p<۰/۰۰۱، f(۲ ،۳۸)=۱۳/۳۸)، خرده‌مقیاس اضطراب (۰/۴۷=اتا، p<۰/۰۰۱، f(۲ ،۳۸)=۳۳/۲۷) و خرده‌مقیاس استرس (۰/۴۸=اتا، p<۰/۰۰۱، f(۲ ،۳۸)=۳۵/۰۲) بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد؛ بنابراین براساس یافته‌های جدول‌های ۴تا۶، 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	f	p	مجذور اتا
خرده‌مقیاس افسردگی	۱۲/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱۳/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۶	۲۹/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۱
خرده‌مقیاس اضطراب	۸/۷۵	۰/۰۲۰	۰/۱۹	۳۳/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱۸/۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۹
خرده‌مقیاس استرس	۱۰/۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۶	۳۵/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۸	۲۰/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۲

در مقایسهٔ زوجی بین‌گروهی، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد، بین دو گروه درمان فراتشخیصی و طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی از نظر تغییرات میانگین نمرهٔ خرده‌مقیاس‌های افسردگی (p=۰/۰۶۰) و اضطراب (p=۰/۸۸۰) و استرس (p=۰/۸۷۰) تفاوت آماری معناداری وجود نداشت؛ ولی بین دو گروه طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی و گواه از نظر تغییرات میانگین نمرهٔ خرده‌مقیاس‌های افسردگی (p<۰/۰۰۱) و اضطراب (p=۰/۰۴۰) و استرس (p<۰/۰۰۱) و بین دو گروه فراتشخیصی و گواه از نظر تغییرات میانگین نمرهٔ خرده‌مقیاس‌های افسردگی (p=۰/۰۲۰) و اضطراب (p=۰/۰۴۰) و استرس (p=۰/۰۰۲) تفاوت آماری معناداری مشاهده شد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

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

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

در مقایسهٔ زوجی بین مراحل آزمون، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد، تغییرات میانگین نمرهٔ خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب و استرس در دو گروه مداخله بین دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون (به‌ترتیب p=۰/۰۰۱، p=۰/۰۰۱، p=۰/۰۰۱) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری (به‌ترتیب p=۰/۰۰۱، p=۰/۰۰۱، p=۰/۰۰۱) تفاوت آماری معناداری مشاهده شد؛ همچنین بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری (به‌ترتیب p=۰/۰۰۲، p=۰/۰۴۰، p=۰/۰۳۰) تفاوت آماری معناداری وجود داشت که حاکی از ماندگاری اثربخشی درمان‌ها در مرحلهٔ پیگیری بود.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ 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 نرمال‌بودن توزیع داده‌ها ازطریق آزمون کولموگروف‌اسمیرنف به تأیید رسید. سپس، مفروضهٔ نرمالیتی چندمتغیری (مفروضهٔ کرویت) توسط آزمون کرویت موخلی بررسی شد که نتایج نبود معناداری و همگنی ماتریکس کوواریانس را نشان داد (p>۰/۰۵)؛ بنابراین از آمارهٔ تعدیل‌یافتهٔ f در آزمون اسپریسیتی برای ارائهٔ نتایج اصلی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. براساس نتایج جدول ۷، از نظر تغییرات میانگین نمرهٔ مقیاس اجتناب تجربه‌ای (۰/۲۰=اتا، p=۰/۰۱۴، f(۲، ۳۸)=۴/۷۹) بین گروه‌های مداخله و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت. به‌طور مشابه در بررسی اثر زمان برای مقیاس اجتناب تجربه‌ای (۰/۵۷=اتا، p<۰/۰۰۱، f(۲، ۳۸)=۲۹/۰۱) بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد؛ بنابراین براساس یافته‌های جدول‌های ۷تا۹، نمرات این متغیر در هر دو مداخله درمقایسه با گروه گواه کاهش یافت و دو درمان بر بهبود اجتناب تجربه‌ای بیماران با سرطان پستان مؤثر بود؛ اما بین اثربخشی دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت.

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

متغیر	اثر گروه			اثر زمان			اثر تعامل گروه و زمان		
	f	p	مجذور اتا	f	p	مجذور اتا	f	p	مجذور اتا
اجتناب تجربه‌ای	۴/۷۹	۰/۰۱۴	۰/۲۰	۲۹/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۷	۹۲/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۳

در مقایسهٔ زوجی بین‌گروهی، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۸ نشان می‌دهد، بین دو گروه فراتشخیصی و طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی از نظر تغییرات میانگین نمرهٔ مقیاس اجتناب تجربه‌ای تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد (p=۰/۸۶۰)؛ ولی بین دو گروه

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی و کنترل (p=۰/۰۲۹) و بین دو گروه فراتشخیصی و کنترل (p=۰/۰۳۸) از نظر تغییرات میانگین نمرهٔ مقیاس اجتناب تجربه‌ای تفاوت آماری معناداری وجود داشت.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی گروه‌ها از نظر متغیر اجتناب تجربه‌ای

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	p
اجتناب تجربه‌ای	فراتشخیصی_ طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی	۱/۱۵_	۲/۲۹	۰/۸۶۰
	فراتشخیصی_ کنترل	۵/۵۹_	۲/۲۹	۰/۰۳۸
	طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی_ کنترل	۶/۱۴_	۲/۲۵	۰/۰۲۹

در مقایسهٔ زوجی بین مراحل آزمون، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۹ نشان می‌دهد، تغییرات میانگین مقیاس اجتناب تجربه‌ای در دو گروه مداخله، بین دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p=۰/۰۰۱) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری (p=۰/۰۰۱) تفاوت آماری معناداری مشاهده شد؛ همچنین بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری (p=۰/۰۰۱) تفاوت آماری معناداری وجود داشت که حاکی از ماندگاری اثربخشی درمان‌ها در مرحلهٔ پیگیری بود.

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی 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

٤ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی و مداخلهٔ فراتشخیصی بر پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای زنان با سرطان پستان همراه با دورهٔ پیگیری بود. اولین نتیجهٔ پژوهش نشان داد، درمان فراتشخیصی و طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی، هردو به‌طور معناداری باعث بهبودی در پریشانی هیجانی بیماران در انتهای درمان شده است؛ اما این دو مداخله درمقایسه با همدیگر تفاوت معناداری نشان نداد.

این یافته با نتیجهٔ پژوهش عظیم‌زاده طهرانی و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند، احساس انسجام روانی می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ سازگاری مناسب فرد با بیماری و تحمل درد شود (۲۳). پژوهش‌هایی روی درمان‌های مشابه مانند درمان شناختی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی، برای کاهش افسردگی و اضطراب در بازماندگان سرطان پستان و سایر سرطان‌ها و درمان فراتشخیصی با ارائهٔ 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 یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، در تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و فراتشخیصی، پاسخ‌های هیجانی سازگارتر جایگزین می‌شود و افراد نه‌تنها با افزایش خودشفقتی، کاهش خودسرزنشی، نشخوار فکری و خودگویی‌های ناکارآمد، رفتارهای اجتنابی و زخم‌های هیجانی‌شان را بهبود می‌بخشند، بلکه تجربهٔ احساسات عادی، برای آن‌ها راحت‌تر می‌شود (۱۲). درمان طرح‌واره مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان فراتشخیصی با تمرین‌های خاصی که برای تجربهٔ احساسات و هیجانات و فاصله‌گیری فراشناختی با آن‌ها ارائه می‌کنند، تجربهٔ افراد را تغییر می‌دهند تا آن‌ها نحوهٔ ارتباط و نقش فعالانهٔ خود را برای کنارآمدن 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 تأثیرگذارند (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 درمقایسه با همدیگر تفاوت معناداری نشان نداد. این یافته با پژوهش اگیور_ کاماچو و همکارانش همسوست. آن‌ها دریافتند، اجتناب تجربه‌ای به‌معنای تمایل‌نداشتن 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 برانگیزندهٔ آن‌ها است؛ اما درنهایت بیمار باوجود صرف انرژی زیاد و عمیق‌تر در تجربه‌های اجتنابی فرو می‌رود؛ بااین‌حال اجتناب تجربه‌ای با کارکرد تنظیم هیجانی بهتر در بافت سرطان پستان درک می‌شود (۲۵).

در تبیین یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، گرچه درمان‌های مبتنی‌بر شفقت، ذهن‌آگاهی و شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر 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 همان‌طورکه هستند بپذیرند؛ درنتیجه ذهن‌آگاهی موجب بهزیستی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

روانی، کاهش علائم روانی، واکنش‌پذیری هیجانی، بهبود تنظیم هیجان و رفتار می‌شود و آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به سرطان موفق عمل می‌کند (۲۵).

بیماران سرطان پستان با نشخوار فکری زیاد و استفاده از راهکارهای اجتنابی (شناختی، رفتاری و رفتارهای ایمنی‌بخش) تلاش می‌کنند اضطراب و نگرانی‌شان از بیماری و عود آن، نداشتن کنترل بر شرایط بیماری و بی‌اطلاعی از میزان اثربخشی درمان‌های سنتی سرطان، وحشت از سرطان و باورهای اشتباه و کشندگی آن، دردها و عوارض مربوط به درمان‌ها را کاهش دهند (۲۲). طرح‌واره‌هایی مثل محرومیت هیجانی، ایثار، آسیب‌پذیری به بیماری، نقص/شرم و رهاشدگی و وابستگی که در بسیاری از مُراجعان شایع بود نیز نشان می‌دهد، چطور از تجربهٔ احساسات ناخوشایند اجتناب می‌کنند، به بیماری خود، پروسهٔ درمان، واکنش دیگران و... معنای منفی طرح‌واره‌ای می‌دهند و چطور تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند درگیری هیجانی با طرح‌واره‌ها را کاهش دهد (۲۶)؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی بیماران سرطانی از نوع و مرحلهٔ درمان یکسانی مثل فقط شیمی‌درمانی یا دورهٔ چکاپ انتخاب و همگن شوند؛ همچنین دوره‌های سنی میانسال از سنین بزرگ‌تر تفکیک شود؛ چراکه احساسات و نیازهای بیماران سرطانی در مرحلهٔ تشخیص با مرحلهٔ درمان و پس از درمان با یکدیگر و در دوره‌های سنی متفاوت نیز، از جهاتی مشابه و همچنین متفاوت است و پروتکل‌های درمانی متناسب با این مراحل تطبیق داده شود. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از افراد با کارافتادگی جسمانی به‌دلیل سن زیاد و عوارض خود بیماری و درمانش، تمایل‌نداشتن افراد به مرور خاطرات مربوط به دورهٔ بیماری و مشکلات مربوط به دورهٔ کرونا از نظر شرکت در جلسات گروه‌درمانی بود که درنهایت به‌صورت برخط برگزار شد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان فراتشخیصی و طرح‌واره‌درمانی مبتنی‌بر توجه‌آگاهی، هر دو به‌طور معناداری باعث کاهش پریشانی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای زنان با سرطان پستان، در انتهای درمان و دورهٔ پیگیری می‌شوند؛ اما این دو مداخله درمقایسه با همدیگر تفاوت معناداری نشان نمی‌دهد.

۶ تشکر و قدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ 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. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم ازطریق مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارند. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان اول و دوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ 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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

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, Esmaeily 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 (rahnamye karbordi) [Mindfullness 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
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 mizan ezterab, stress va afsordegi bimaran 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://hpj.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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]