

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر میزان تاب آوری، رشد پس از سانحه و سازگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان شرق تهران

نرجس السادات میرخان<sup>۱</sup>، جواد خلعتبری<sup>۲\*</sup>، بیوک تاجری<sup>۳</sup>

(۱) گروه روانشناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

(۲) دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

(۳) گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

\*نویسنده مسئول: psyedu@tonekaboniu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله ۹۹/۰۹/۱۳

تاریخ دریافت مقاله ۹۹/۰۵/۱۲

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر میزان تاب آوری، رشد پس از سانحه و سازگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان مراکز درمانی شرق تهران انجام گردید. روش پژوهش آزمایشی بود که در آن از نمونه گیری سرشماری استفاده شد و در آن از بین تمامی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراکز درمانی شرق تهران ۱۵۰ نفر به صورت هدفدار انتخاب شدند و همزمان پرسشنامه تاب آوری کونور - دیویدسون (CD - RIS) (۲۰۰۳)، پرسشنامه سازگاری بل ۱۶۰ سوالی (۱۹۶۲)، پرسشنامه رشد پس از سانحه (۱۹۹۶) ارائه شد. ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه ۱۵ نفری که شامل دو گروه مداخله و یک گروه کنترل بود قرار گرفتند. ۱۲ جلسه طرحواره درمانی گروهی و ۱۲ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش اجرا گردید که مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. جلسات برای هر مداخله هفته ای دو جلسه با فاصله زمانی ۳ روز اجرا گردید. در پایان درمان نیز برای هر سه گروه پس آزمون قرار برگزار شد. نتایج نشان داد طرح واره درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش بر بیماری سرطان سینه از اثربخشی بیشتری برخوردار است.

**کلید واژگان:** طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سرطان سینه، تاب آوری، سازگاری، رشد پس از سانحه

دهند که ماحصل آن مرگ بافت‌های طبیعی به دلیل کمبود مواد مغذی است (هال<sup>۱</sup>، ۱۳۹). در این بیماری تعدادی از سلول‌های بدن به دلیل اختلالات آندوکروینی و عدم تعادل هورمونی یک یا چند سلول، با تکثیر بسیار زیاد و غیرقابل کنترل روبرو می‌شوند (هارسیون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). سرطان با وجود پیشرفت‌های بسیار علم پزشکی، همواره سخت‌ترین و برجسته‌ترین بیماری قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی است. بیش از ۷

### مقدمه

سرطان از جمله بیماری‌های شایع، مزمن و غیر-واگیری است که در اثر موتاسیون یا درواقع فعال شدن غیرطبیعی ژن‌های سلولی موظف در کنترل رشد سلولی و میتوز ایجاد می‌شود. سلول‌های سرطانی و بافت‌های طبیعی در این شرایط جهت دریافت مواد غذایی وارد رقابت می‌شوند؛ بدین ترتیب سلول‌های سرطانی تمامی مواد غذایی بافت‌های طبیعی بدن را مورد تغذیه قرار می-

<sup>۱</sup> - Hall

<sup>۲</sup> - Harsion

می‌دارند که سازگاری ضعیف روند بهبود بیماری را تحت تاثیر قرار می‌دهد (هالفورد<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹؛ صحرانورد، احدی، تقدیسی، کاظمی و کراسکیان، ۱۳۹۶). سازگاری به عنوان طیفی تلقی می‌شود که یک سمت آن سازگاری مثبت و سمت دیگر آن سازگاری منفی قرار دارد. سازگاری مثبت نمود واکنش مثبت نسبت به عوامل تنش‌زا و سازگاری منفی نیز نشان‌دهنده‌ی تسلیم شدن در برابر عوامل تنش‌زا می‌باشد (پورافکاری، ۱۳۷۹). در واقع سازگاری واکنشی در برابر شرایط ناگوار است (والر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱؛ محمودی، رحیمی و محمدی، ۱۳۹۰). به علاوه ابعادی چون فردی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی و خانوادگی را در بر دارد. مشکل در سازگاری روانی منجر به مسایلی چون اختلال خواب، بی‌قراری، عصبی بودن، خستگی، تحریک پذیری، اضطراب از دست دادن تمرکز، عدم کنترل بر عواطف و احساسات و منزوی شدن می‌شود (برانون فیست<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳). همچنین از آن‌جاکه سرطان دید افراد نسبت به زندگی را مورد چالش قرار می‌دهد، بدین صورت که بیماران به دلیل عدم آگاهی و نوع نگرش خود از درمان یا حتی پذیرش بیماری خودداری می‌کنند (ترکاشوند، دادگری و زارعیان، ۱۳۹۶) به طبع در این زمینه سازگاری اهمیت به‌سزایی دارد. زنان بسیاری که درگیر سرطان پستان هستند دچار عدم سازگاری با بیماری خود در ابعاد مختلف زندگی می‌شوند. سازگاری فرایند مداوم زمان‌بری است که از ابتدای تشخیص تا پایان روند درمان را شامل می‌شود (سجادیان، شهر، منتظری، کاظم نژاد و علوی، ۱۳۹۰). چنانکه بسیاری از پژوهش‌ها بیانگر تحت تأثیر قرارگرفتن سازگاری زناشویی در شرایط ابتلای همسر به سرطان پستان می‌باشد (کاظمی مهرانگیز، ۱۳۹۶). با توجه به عواقب روانی بیماری سرطان پستان در فرد، همزمان درمان روان‌شناختی در کنار درمان جسمی ضروری می‌نماید. در موج سوم درمان‌ها رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱۰</sup> که به عنوان حوزه‌ی مهم و برجسته‌ای از

میلیون نفر در جهان در اثر این بیماری می‌میرند و پیش-بینی می‌شود تعداد موارد جدید ابتلا به این بیماری تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (حسن پوردهکردی، ۱۳۸۵). یکی از انواع سرطان‌ها که در بین زنان شایع است، سرطان پستان می‌باشد (جمال<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸) یک بیماری مزمن که حتی سال‌ها بعد از تشخیص اولیه امکان بازگشت آن وجود دارد (جاتوی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱؛ مظاهری و ربانی‌نیا، ۱۳۹۵) و در ایران ۲۵٪ از سرطان‌های زنان را شامل می‌شود که بیشتر زنان بین سنین ۳۵ تا ۴۴ سال را درگیر می‌کند (جعفری و همکاران، ۲۰۱۳). تشخیص این بیماری مشکلات روحی و هیجانی عدیده‌ای را در مبتلایان به سرطان سبب می‌شود که این خود سلامت و کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر و خطر قرار داده است (رضایی، مومنی و گرجی، ۱۳۹۳). چنانکه در حیطه بهداشت روانی مفهوم تاب-آوری<sup>۳</sup> به عنوان یکی از مفاهیم برجسته که جایگاه ویژه-ای را دارا می‌باشد عنوان شده است (پورسردار، عباس‌پور، عبدی زرین و سنگری، ۱۳۹۱). تاب‌آوری کنترل و اقدام در مقابل عوامل فشارزا را بیان می‌کند (کشتکاران، ۲۰۰۹؛ یوسفی و طغیانی، ۱۳۹۵). در این بین رشدی که پس از آسیب در فرد رخ می‌دهد، حاصل تجربه‌ی فرد از رویداد آسیب‌زای خودش می‌باشد و منجر به رسیدن فرد به رشدی فراتر از کارکرد قبلی‌اش می‌شود شخص شکل می‌گیرد (کورمیو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ صالحی و دهشیری، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش‌های بسیاری بیان می‌دارد که پس از تجارب تهدید کننده‌ای چون سرطان، افراد تغییرات روان-شناختی مثبتی که به عنوان رشد پس از آسیب<sup>۵</sup> مطرح است از خود ظاهر می‌سازند (اوچوآ و همکاران، ۲۰۱۳). از جمله عامل دیگری که مشکلات و آسیب‌های روانی را به همراه دارد سازگاری<sup>۶</sup> می‌باشد چنانکه پژوهش‌ها بیان

<sup>1</sup>- Jamal

<sup>2</sup>- Jatoi

<sup>3</sup>- Resilience

<sup>4</sup>- Cormio

<sup>5</sup>- Post traumatic growth

<sup>6</sup>- Adaptation

7- Halford

<sup>8</sup>- Waller

<sup>9</sup>- Brunon Fist

<sup>10</sup>- Acceptance therapy

و ناسازگار با علایم آسیب‌شناسی روانی مرتبط می‌باشند و در پژوهش‌های خادمی (۱۳۹۸)، امیری، قاسمی، قربانی و عباچی (۱۳۹۵) در حیطه اثر بخشی طرحواره درمانی؛ نمایانگر ارتباط افسردگی و مشکلات روحی و بیماری سرطان با طرحواره‌های ناسازگار بود. در واقع این طرحواره‌ها در افراد افسرده مبتلا به سرطان شدیدتر است. بدین ترتیب با توجه به مطالب بیان شده به نظر می‌رسد که هر دو رویکرد درمانی به شکل مجزا بر سرطان پستان اثر بخش باشد و از طرفی به این دلیل که هیچ پژوهشی تا کنون به شکل همزمان اثربخشی این دو رویکرد را بر روی سرطان پستان بررسی نکرده است هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثر بخشی درمان طرحواره‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش بر سرطان پستان و پاسخ به این سوالات است که آیا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر میزان تاب آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان در شرایط پیگیری متفاوت است؟ آیا اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر میزان سازگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان در شرایط پیگیری متفاوت است؟ آیا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر میزان رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سرطان پستان در شرایط پیگیری متفاوت است؟

### روش شناسی

این مطالعه از نوع آزمایشی با جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان مراکز درمانی شرق تهران بود که از نمونه‌گیری سرشماری برای انتخاب افراد نمونه استفاده شد. ابتدا از بین تمامی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراکز درمانی شرق تهران ۱۵۰ نفر به صورت هدفدار انتخاب شدند و پس از انجام غربالگری با آزمودنی‌های متغیر وابسته و تعیین متغیر ۱ انحراف از معیار در تاب-آوری، رشد پس از آسیب و سازگاری، افراد پایین‌تر از میانگین به عنوان گروه هدف انتخاب شدند که به صورت تصادفی ۴۵ نفر را جدا و در سه گروه ۱۵ نفری

روان درمانی‌های نوظهور شناخته شده است می‌تواند مفید باشد (پلامب<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسمعیلی، علیزاده و غنی‌زاده، ۱۳۹۵). چنانکه در پژوهش دهقانی نازوانی و همکاران (۱۳۹۵)، نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک رویکرد مداخله‌ای تاثیر گذار توان درمان افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه را دارد. در این درمان تغییر احساسات، امیال، باورها و افکار مراجع صرفاً مد نظر نیست، بلکه هدف اصلی تغییر رابطه‌ی مراجع با افکار و احساسات خود به گونه‌ای می‌باشد که دیگر آن‌ها را به عنوان نمونه در نظر نگیرد. این رویکرد که شامل ۶ بخش اصلی پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، ذهن آگاهی، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه می‌شود و افراد را در جهت پذیرش احساسات سوق می‌دهد به شکلی که فرد از خود اجتناب تجربی نشان ندهد و در لحظه حال زندگی و برای مقابله با مشکلات تلاش کند (اسموت، لانگو، هاریسون و مارتینی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). همچنین درمان روان‌شناختی مطرح دیگری که برای بیماران سرطانی می‌تواند مفید باشد درمان طرح‌واره مدار است. رویکرد طرحواره درمانی یانگ رویکردی است که بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی و طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه تاکید دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی شناختی خود آسیب رسان را شامل می‌شوند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن فرد شکل می‌گیرند و در طول زندگی بارها تکرار می‌شوند. طرحواره‌ها و راهکارهای ناکارآمد کنار آمدن بیماران با افراد دیگر، ناراحتی‌های روان‌شناختی را در بردارند. تمرکز عمده این درمان درگیری فرد با تغییر است تاجایی که در سبک زندگی شخص به صورت ارتقا آن خود را نشان می‌دهد. راهبردهای تجربی نیز از جمله راهبردهای درمان مذکور می‌باشد که منجر به بیشترین تاثیر در تغییر طرح‌واره‌ها می‌شود (یانگ<sup>۳</sup> و همکاران ۲۰۰۳). رنر، لوبستل و پیترس<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) اظهار داشتند که طرحواره‌های ناکارآمد

<sup>1</sup>- Plumb

<sup>2</sup>- Smout. Longo. Harrison. Minniti

<sup>3</sup>- Young

<sup>4</sup> Renner. Lobbstaal & Peeters

نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ است که نمرات بالاتر، تاب-آوری بیشتر آزمودنی را نشان می‌دهد. زیر مقیاس های این پرسشنامه به ترتیب تصور فرد از شایستگی خود با گویه‌های (۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱، ۱۰)، اعتماد نسبت به غرایز خود و تحمل عاطفه‌ی منفی با گویه‌های (۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۷، ۶)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن با گویه‌های (۸، ۵، ۴، ۲، ۱)، کنترل با گویه‌های (۲۲، ۲۱، ۱۳) و اثرات معنوی با گویه‌های (۳، ۹) می‌باشد.

مقیاس سازگاری اجتماعی بل<sup>۲</sup>: مقیاس حاضر توسط بل در سال ۱۹۶۲ با دو مقیاس که به ترتیب در حیطه دانش‌آموزان و دانشجویان، بزرگسالان است تهیه گردید. هر فرم ۵ بعد سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری عاطفی، سازگاری تحصیلی- شغلی و سازگاری اجتماعی را در بر می‌گیرد. در سال ۱۹۶۲ ضرایب اعتبار این پرسشنامه برای خرده مقیاس‌ها توسط بل محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد. در ایران عبدی-فر (۱۳۷۴)، در مطالعه‌ای که بر روی ۱۵ نفر از دانشجویان در مقطع کارشناسی ارشد در دانشگاه مشهد انجام گردید و اعتبار مقیاس ۸۰ سوالی بل را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه کرد. این پرسشنامه ۱۶۰ گویه را با گزینه‌های بله (۱) خیر (۰) نمی‌دانم می‌باشد. گویه‌های مربوط به هر خرده مقیاس نیز به ترتیب چنین است؛ سازگاری در خانه (بلی) (۱۱۶، ۱۲۱، ۱۲۷، ۱۳۱، ۱۳۷، ۱۴۲، ۱۴۷، ۱۵۱، ۱۵۷، ۱، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۲۵، ۳۱، ۴۰، ۵۱، ۵۵، ۷۱، ۷۵، ۸۱، ۸۵، ۹۱، ۹۶، ۱۰۱، ۱۱۱) خیر (۷، ۳۵، ۴۶، ۶۲، ۱۰۶)، سازگاری بهداشتی (بلی: ۱۰۸، ۱۱۳، ۱۱۷، ۱۲۲، ۱۲۶، ۱۳۳، ۱۳۹، ۱۴۱، ۱۴۶، ۳، ۶، ۱۳، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۳، ۳۸، ۴۲، ۴۸، ۵۳، ۵۷، ۶۱، ۶۶، ۷۳، ۸۷، ۸۴، ۱۵۲، ۸۸، ۹۳)، سازگاری عاطفی (بلی: ۱۰، ۱۱۲، ۱۲۰، ۱۲۳، ۱۳۰، ۱۳۴، ۱۴۰، ۱۴۳، ۱۵۰، ۲، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۴، ۳۹، ۴۳، ۴۷، ۵۴، ۵۸، ۶۵، ۷۰، ۷۴، ۷۹، ۸۲، ۱۵۳، ۱۶۰، ۹۰، ۹۲، ۱۰۰، ۱۰۵، ۹)، سازگاری تحصیلی - شغلی (بلی: ۱۴۵، ۱۴۹، ۱۵۵، ۱۵۹، ۱۲۹، ۱۱۵، ۱۱۰، ۱، ۴، ۹۸، ۸۹، ۸، ۷۶

که دربرگیرنده دو گروه مداخله و یک گروه کنترل بود قرار دادیم. برای گروه مداخله (۱) ۱۲ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و برای گروه مداخله (۲) نیز ۱۲ جلسه طرح‌واره درمانی با مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا گردید. در درمان طرح‌واره‌ای بر روی ۵ حوزه کار شد و بیشتر کار در حوزه اول شامل طرد و بریدگی اجرا گردید. همچنین جهت هر مداخله درمانی، جلسات هفته‌ای دوبار با فاصله زمانی ۳ روز برگزار شد.

### ابزارهای سنجش

مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون<sup>۱</sup>: کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با بررسی منابع پژوهشی مختلف طی سال‌های ۱۹۷۹-۱۹۹۱ در حوزه‌ی تاب‌آوری مقیاس حاضر را ایجاد کردند. از این مقیاس به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی شش گروه جمعیت عمومی، مراجع‌کنندگان بخش مراقبت‌های عمومی و اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران درگیر با مشکلات اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه افراد مبتلا به استرس پس از سانحه استفاده شد. طبق نظر سازندگان، این پرسشنامه ابزار مناسبی برای تفکیک افراد تاب‌آور از غیر آن و بدین ترتیب قابل استفاده در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس حاضر از جانب کونور و دیویدسون ۰/۹۸ و ضریب پایایی آن که نتیجه روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای است ۰/۸۷ گزارش گردید. در ایران محمدی (۱۳۸۴) مقیاس حاضر را مورد هنجاریابی قرار داد و جهت تعیین پایایی نیز روش آلفای کرونباخ را مورد استفاده قرار داد که ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش داد (جوکار، ۲۰۰۷). همچنین این پرسشنامه ۲۵ گویه شامل طیف لیکرت را در برمی‌گیرد که از کاملاً نادرست (۰)، به ندرت (۱)، گاهی درست (۲)، اغلب درست (۳)، همیشه درست (۴) را شامل و با نمره-های داخل پرانتز نمره‌گذاری می‌شود. در واقع طیف

<sup>۲</sup>- Bell Social Adaptation Scale

<sup>۱</sup>- Connor & Davidson

۴۹، ۴۵، ۴۱، ۱۳۹، ۱۳۵، ۲۶، ۵، ۹، ۳، ۲، سـازگاری اجتماعی (بلی) (۱۳۲، ۱۳۸، ۱۴۴، ۱۵۴، ۴، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۹، ۳۲، ۵۰، ۵۲، ۵۹، ۷۲، ۷۷، ۷۸، ۹۹، ۱۰۷، ۱۱۹، ۱۲۴) خیر (۸، ۳۷، ۴۴، ۶۳، ۶۸، ۸۳، ۹۴، ۱۰۲، ۱۱۴، ۱۲۸، ۱۴۸، ۱۵۸).

مقیاس رشد پس از سانحه تدسچی: این مقیاس به منظور ارزیابی پیامدهای روان‌شناختی مثبت توسط افرادی که با رویدادی آسیب‌زا در زندگی خود مواجه شده‌اند در سال ۱۹۹۶، توسط تدسچی ساخته شد و ۲۱ گویه شامل ۵ مولفه (شیوه‌های جدید، در ارتباط با دیگران، قدرت شخصی، ارزش زندگی و تغییر معنوی) را دارا می‌باشد. حیدرزاده و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود ضریب آلفای کل ابزار را ۰/۸۷ و ضرایب مولفه‌های مقیاس را بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۷ گزارش کردند. همچنین پایایی آزمون در پژوهش شیخ و ماروتا (۲۰۰۵) به واسطه همسانی درونی نمره کلی مقیاس و هر یک از خرده مقیاس‌ها، روی نمونه‌ای از بیماران قلبی در امریکا مورد محاسبه قرار گرفت و آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۶ گزارش شد. نحوه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت است. نمرات مقیاس از صفر (من این تغییر را به خاطر تاثیر رویداد استرس زا نمی دانم) تا پنج (من این تغییر را به میزان خیلی زیادی به عنوان تاثیر رویداد استرس زا می دانم) می‌باشد. همچنین دامنه نمرات آزمودنی از صفر تا ۱۰۵ بوده و هرچه نمره بالاتر باشد میزان رشد پس از سانحه در آزمودنی بالاتر است. همچنین گویه‌های مربوط به هر مقیاس به ترتیب چنین است؛ شیوه‌های جدید (۲-۱۳-۱۴-۱۹-۲۱)، در ارتباط با دیگران (۶-۷-۹-۱۲-۱۵-۱۸-۲۰)، قدرت شخصی (۴-۸-۱۰-۱۷)، ارزش زندگی (۱-۳-۱۱) و تغییر معنوی (۵-۱۶). نمرات مقیاس‌ها نیز به وسیله جمع نمرات عبارات در هر عامل حساب می‌شود. نمره نهایی مقیاس برای PTGI قابل محاسبه است.

طرح درمانی: دو طرح درمانی در این مطالعه به کار گرفته شد که محتوای هر جلسه بدین ترتیب است: طرح-واره درمانی؛ جلسات (۳-۱): آشنایی اعضا با یکدیگر،

قوانین گروه و مفاهیم مربوط به طرح‌واره/ جلسات (۶-۴): بررسی تکالیف، سنجش و ارزیابی طرح‌واره‌ها/ جلسات (۸-۷): بررسی تکالیف، پل زدن به جلسات قبل، ارایه منطق کار و تکنیک‌های شناختی/ جلسات (۱۰-۹): بررسی تکالیف، پل زدن به جلسات قبل، ارایه تکنیک‌های تجربی/ جلسات (۱۲-۱۱): بررسی تکالیف، پل زدن به جلسات قبل، ارایه الگوشکنی رفتاری (تصویر سازی روابط باز والدینی، نامه نوشتن، تصویر سازی خاطرات سرکوب شده و ...). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ جلسه (۱): معرفی درماندگی خلاق، کشف اهداف و کارهای ناموفق درمان‌جو، آگاهی از راهبردهای کنترلی در مقابله با مشکلات/ جلسه (۲): شرح نتیجه جلسه قبل، ارایه تمرینات تجربی جهت چالش با تاثیر راهبردهای کنترل/ جلسه (۳): رسیدن به این شناخت که کنترل یک مشکل است، ارزیابی مشکلات، فعال‌سازی رفتاری/ جلسه (۴): معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات ایجاد کننده افسردگی/ جلسه (۵): سنجش توانایی مراجع در رهایی از افکار و احساسات افسرده‌ساز/ جلسه (۶): معرفی خود مفهوم سازی شده در مقابل خود مشاهده‌گر/ جلسه (۷): آگاه کردن مراجع نسبت به ارزش‌ها/ جلسه (۸): همراه بودن با مراجع در جهت شناخت بخش‌هایی از زندگی که با ارزش‌های او همخوان نیست/ جلسه (۹): کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها، مستحکم کردن عوامل تمایل و گسلش/ جلسه (۱۰): تمرکز بر مسایلی که مربوط به درمان‌جو است/ جلسه (۱۱): این آموزش به درمان‌جو داده شود که خود یک درمانگر باشد/ جلسه (۱۲): پیشرفت مراجع و اهداف پیوسته‌ای را که دارا بوده است منعکس می‌شود.

از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و روش‌های آمار استنباطی تحلیل کواریانس (آنکوا) جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهشی استفاده شد. تحلیل کواریانس (آنکوا) به ما کمک می‌کند اثر متغیرهای مستقل مختلف و در واقع دیگر متغیرها را حذف کنیم یا از بین ببریم. همچنین تمامی عملیات تجزیه و تحلیل

آماري با استفاده از نرم افزار spss19 انجام گردید.

#### یافته‌ها

توزیع فراوانی در نمونه بر اساس وضعیت سنی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدین صورت بود: افراد ۵۵ سال به بالا ۰ تا ۴۰ درصد بیشترین حجم نمونه را شامل می‌شدند. افراد بین ۴۱ تا ۴۵ سال نیز با ۱۳/۳۳ کمترین اعضای نمونه را در بر داشتند. فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی در افراد ۴۱-۴۵ سال به ترتیب (۲) (۱۳/۳۳) (۱۳/۳۳)، افراد ۴۶-۵۰ سال (۳) (۲۰) (۳۳/۳۳)، افراد ۵۱-۵۵ سال (۴) (۲۶/۶۷) (۶۰) و افراد ۵۵ سال به بالا (۶) (۴۰) (۱۰۰) بود. همچنین توزیع فراوانی نمونه بر اساس وضعیت سنی در گروه درمان طرح‌واره مدار بدین صورت بود؛ افراد ۴۶ تا ۵۵ سال، با میزان ۴۰ درصد بیش‌ترین حجم نمونه و افراد ۵۶ تا ۶۰ سال با ۱۳/۳۳ درصد، کمترین اعضای نمونه را در بر داشتند. فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی در افراد ۴۵-۳۵ سال به ترتیب (۳) (۲۰) (۲۰)، افراد ۴۶-۴۵ سال (۶) (۴۰) (۶۰)، افراد ۵۶-۶۰ سال (۲) (۱۳/۳۳) (۷۳/۳۳)، افراد ۶۰ سال به بالا (۴) (۲۶/۶۷) (۱۰۰) بود. توزیع فراوانی بر اساس وضعیت سنی در گروه کنترل نیز بدین قرار بود؛ افراد ۴۱ تا ۵۰ سال، با ۳۳/۳۳ درصد بیش‌ترین حجم نمونه و افراد بین ۵۶ تا ۶۰ سال، نیز با ۱۴/۲۸ درصد، کمترین اعضای نمونه را داشتند. در افراد ۴۱-۵۰ سال فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی به ترتیب (۶) (۳۳/۳۳) (۳۳/۳۳)، ۵۱-۵۵ سال (۴) (۲۸/۵۷) (۵۷/۱۴)، در ۵۶-۶۰ سال (۲) (۱۴/۲۸) (۷۸/۵۷)، ۶۱ سال به بالا (۳) (۲۱/۴۳) (۱۰۰) بود.

توزیع فراوانی نمونه بر حسب وضعیت تحصیلی گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد بدین گونه بود؛ افراد با مدرک

دیپلم و فوق دیپلم با ۵۳/۳۳ درصد بیش‌ترین حجم نمونه را تشکیل می‌دادند و افراد دارای مدرک لیسانس نیز با ۲۶/۶۷ درصد، کمترین حجم نمونه را در بر داشتند. فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی این گروه نیز در افراد دارای دیپلم و زیر دیپلم به ترتیب (۸) (۵۳/۳۳) (۵۳/۳۳)، در فوق دیپلم (۳) (۲۰) (۷۳/۳۳)، در لیسانس (۴) (۲۶/۶۷) (۱۰۰) بود.

توزیع فراوانی بر حسب وضعیت تحصیلی گروه طرح‌واره درمانی بدین نحو بود؛ افراد دارای مدرک دیپلم و زیر دیپلم با ۴۶/۶۷ درصد، بیش‌ترین حجم نمونه و فوق دیپلم و لیسانس‌ها نیز با ۲۶/۶۷ درصد، کمترین حجم را در نمونه داشتند. همچنین فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی افراد دیپلم و زیر دیپلم به ترتیب (۷) (۴۶/۶۷) (۴۶/۶۷)، برای فوق دیپلم‌ها (۴) (۲۶/۶۷) (۷۳/۳۳) و لیسانس‌ها (۴) (۲۶/۶۷) (۱۰۰) بود.

توزیع فراوانی نمونه بر حسب وضعیت تحصیلی گروه کنترل بدین قرار بود؛ افراد برخوردار از مدرک دیپلم و زیر دیپلم با ۴۶/۶۷ درصد حجم نمونه بالاتر و افراد با مدرک لیسانس نیز با ۲۰ درصد پایین‌ترین حجم نمونه را داشتند. فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی در دیپلم‌ها و زیر دیپلم‌ها به ترتیب (۷) (۴۶/۶۷) (۴۶/۶۷)، فوق دیپلم‌ها (۵) (۳۳/۳۳) (۸۰) و در لیسانس‌ها (۳) (۲۰) (۱۰۰) بود.

پس از بررسی انجام شده با توجه به رعایت شدن رابطه خطی و مفروضه‌های همگنی ماتریس واریانس/ کوواریانس و مفروضه یکسانی واریانس‌ها، توزیع نرمال و همگنی شیب خط رگرسیون محقق مجاز به استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره است.

جدول ۱. تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر میزان تاب آوری بیماران مبتلا به

سرطان پستان

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر $\eta^2$
(تاب آوری)	۴۰۳/۳۳۰	۲	۲۰۱/۶۶۵	۱۰۴/۵۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۳۶

$$= ۰/۸۳۶ (۱)$$

با توجه به معنادار شدن  $f$  محاسبه شده (معادله ۱) برای مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی از آزمون تعقیبی لامتریکس، برای متغیر (تاب آوری) در پس آزمون استفاده شد که نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است:

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان طرحواره مدار بوده‌اند و گروه کنترل که تحت هیچ‌گونه آموزشی قرار نگرفتند حداقل دوگروه در میزان واریانس متغیر تاب آوری در شرایط پس آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

$$F = ۱۰۴/۵۵۳؛ P < ۰/۰۱؛ \eta^2 \text{ Partial} (۴۱،۲)$$

جدول ۲. تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری بر اساس متغیر (تاب آوری) در پس آزمون با استفاده از آزمون تعقیبی لامتریکس برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر $\eta^2$
(تاب آوری)	۶۸/۵۳۱	۱	۶۸/۵۳۱	۳۵/۵۳۰	۰/۰۰۰	-۳/۳۷۷
خطا	۷۹/۰۸۲	۴۱	۱/۹۲۹			

است که افراد تحت تاثیر طرحواره درمانی نسبت به افراد تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان افزایش متغیر تاب آوری در پس آزمون اثربخشی بیشتری دارند. پس از بررسی انجام شده با توجه به رعایت شدن رابطه خطی و مفروضه‌های همگنی ماتریس واریانس/ کوواریانس و مفروضه یکسانی واریانس‌ها، توزیع نرمال و همگنی شیب خط رگرسیون محقق مجاز به استفاده از (۲) تحلیل کوواریانس چند متغیره است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تاثیر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در میزان تاب آوری در پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (معادله ۲).

$$F = ۳۵/۵۳۰؛ P < ۰/۰۱ (۴۱،۱)$$

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (-۳/۳۷۷) گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در میزان تاب آوری نشان داده شده

جدول ۳. تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر میزان رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سرطان پستان

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر $\eta^2$
(رشد پس از سانحه)	۵۷۴/۹۲۴	۲	۲۸۷/۴۶۲	۱۳۸/۲۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۷۱
خطا	۸۵/۲۸۲	۴۱	۲/۰۸۰			

آموزشی قرار نگرفتند. حداقل دوگروه در میزان واریانس متغیر رشد پس از سانحه در شرایط پس آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به طرحواره درمانی بوده‌اند و گروه کنترل که تحت هیچ‌گونه

برای مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی از آزمون تعقیبی لامتریکس، برای متغیر (رشد پس از سانحه) در پس آزمون استفاده شد که نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است:

$$F(1, 41) = 138/200, P < 0/01; \text{Partial } \eta^2 = 0/871 \quad (3)$$

با توجه به معنادار شدن  $f$  محاسبه (معادله ۳) شده

جدول ۴. تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری براساس متغیر رشد پس از سانحه در پس آزمون با استفاده از آزمون تعقیبی لامتریکس در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر $\eta^2$
رشد پس از سانحه	۹۴/۹۵۵	۱	۹۴/۹۵۵	۴۵/۶۵۱	۰/۰۰۰	-۳/۵۶۱
خطا	۸۵/۲۸۲	۴۱	۲/۰۸۰			

افرادیکه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته اند در میزان افزایش متغیر رشد پس از سانحه در پس آزمون از اثربخشی بیشتری برخوردارند.

پس از بررسی انجام شده با توجه به رعایت شدن رابطه خطی و مفروضه‌های همگنی ماتریس واریانس/کوواریانس و مفروضه یکسانی واریانس‌ها، توزیع نرمال و همگنی شیب خط رگرسیون محقق مجاز به استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره است.

نتایج جداول ۴ نشان می دهد بین گروه آزمایش که تحت تاثیر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در میزان رشد پس از سانحه در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (معادله ۴).

$$F(1, 41) = 45/651, P < 0/01$$

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه (-۳/۵۶۱) گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در میزان رشد پس از سانحه نشان داده شده است که افراد تحت تاثیر طرحواره درمانی نسبت به

جدول ۵. تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر میزان سازگاری بیماران مبتلا به

#### سرطان پستان

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر $\eta^2$
(سازگاری)	۷۵۳/۹۱۸	۲	۳۷۶/۹۵۹	۲۳۱/۶۸۳	۰/۰۰۰	۰/۹۱۹
خطا	۶۶/۷۰۹	۴۱	۱/۶۲۷			

$$F(2, 41) = 231/683, P < 0/01; \text{Partial } \eta^2 = 0/919 \quad (5)$$

با توجه به معنادار شدن  $f$  محاسبه (معادله ۵) شده برای مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی از آزمون تعقیبی لامتریکس، برای متغیر (سازگاری) در پس آزمون استفاده شد که نتایج در جدول ۶ ذکر شده است:

براساس نتایج جدول ۵ بین گروه آزمایش که تحت تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به طرحواره درمانی بوده‌اند و گروه کنترل که تحت هیچ‌گونه آموزشی قرار نگرفتند. حداقل دو گروه در میزان واریانس متغیر سازگاری در شرایط پس آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

$$F(2, 41) = 231/683, P < 0/01; \text{Partial } \eta^2 = 0/919$$



جدول ۶. تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری براساس متغیر سازگاری در پس آزمون با استفاده از آزمون تعقیبی لامتریکس

در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر $\eta^2$
سازگاری	۱۲۲/۰۲۴	۱	۱۲۲/۰۲۴	۷۴/۹۹۷	۰/۰۰۰	-۴/۰۶۹
خطا	۶۶/۷۰۹	۴۱	۱/۶۲۷			

مقابله‌ای اثر می‌گذارد که سبک مقابله‌ای رفتاری، شناختی و مساله‌مدار را افزایش و سبک مقابله‌ای اجتنابی و هیجان‌مدار را کاهش می‌دهد. خادمی (۱۳۹۸) در تحقیق خود دریافت که مداخلات مبتنی بر طرح‌واره درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است. طبق پژوهش رویین‌تن (۱۳۹۸) درمان ترکیبی (۶) مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی در راستای افزایش کیفیت زندگی عمل می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آن‌جا که طرح‌واره‌های ناکارآمد بیماران سرطانی اغلب بیانگر مشکلات و اختلالات مزمن روحی تلقی می‌شود، تغییر این افراد در رابطه با طرح‌واره‌هایشان که به نحوی سبک زندگی آن‌ها را نیز بهبود می‌بخشد می‌تواند در میزان تاب‌آوری فرد کارساز باشد و از این‌رو درمان طرح‌واره‌مدار اثربخشی بیشتری دارد. همچنین بیماران سرطانی ممکن است طرح‌واره‌های انزوای اجتماعی، شکست، محرومیت هیجانی، وابستگی و نقص را داشته باشند؛ هر کدام از این طرح‌واره‌ها به واسطه تأثیرات خود و کاستی‌هایی که سبب می‌شوند توان تأثیر بر تاب‌آوری فرد را دارند و طرح‌واره درمانی با توجه به تمرکز بر درون‌مایه‌های روان‌شناختی، کمک عمده خود را بر تعریف و سازمان‌دهی مشکلات مزمن و عمیق می‌کند. این درمان که روابط بین فردی کودکی تا زمان حال را مورد بررسی قرار می‌دهد باعث می‌شود بیماران مشکلات شخصیتی خود را خود نا همخوان ببینند و بدین واسطه برای رهایی از مشکلات انگیزه بیشتری به دست آورند (یانگ و همکاران، ۱۹۹۴ ترجمه حمیدپور، ۱۳۹۴). همچنین در تبیین اثربخش بودن درمان اکت در این پژوهش می‌توان گفت بسیاری از پژوهش‌ها تأثیر رویکرد اکت را بر کاهش مشکلات روحی و برخی ویژگی‌ها و

نتایج جداول ۶ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی در میزان سازگاری در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (معادله ۶).

$$F_{(41, 1)} = 74/997; P < 0/01$$

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (-۴/۰۶۹) گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی در میزان سازگاری نشان داده شده است که افرادی که تحت تأثیر درمان طرح‌واره‌مدار قرار گرفته‌اند نسبت به افراد تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان افزایش متغیر سازگاری در پس آزمون اثربخشی بیشتری دارند.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی بر میزان تاب‌آوری، رشد پس از سانحه و سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان اجرا گردید. طبق مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (-۳/۳۷۷) اکت و طرح‌واره درمانی در میزان تاب‌آوری، افراد در گروه طرح‌واره درمانی نسبت به افراد گروه اکت در متغیر تاب‌آوری افزایش بیشتری داشتند که این حاکی از اثربخشی بالاتر در پس آزمون بود. این نتایج با پژوهش‌های (امیری و همکاران ۱۳۹۵، مقدم ۱۳۹۴، خادمی ۱۳۹۸، رویین‌تن ۱۳۹۸) همخوان و همسو است. طبق پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۵) طرح‌واره درمانی توان کاهش نشخوار فکری و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان را دارد. مقدم (۱۳۹۴) در پژوهش خود دریافتند؛ درمان شناختی رفتاری به این صورت بر سبک‌های

متمرکز است، این درمان توان همسویی و اثرگذاری بر رشد پس از آسیب را دارد. به علاوه افراد با طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری در رابطه با رشد پس از آسیب هماهنگی و اثربخشی متناسب خود را نشان می‌دهند. در رابطه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی آن نیز باید گفت که این درمان به واسطه نقش موثر خود در تغییر افکار و هیجانات توان اثرگذاری بر میزان رشد پس از آسیب بیماران مبتلا به سرطان پستان را دارد. این رویکرد بیماران سرطانی را برای پذیرش هیجانات و شناخت‌های کنترل شده‌شان متعهد می‌سازد که این رویایی، تعدیل و انطباق مثبت و در نظر گرفتن بیماری به صورت رشد و تغییر در شناخت و هیجانات را که در نهایت منجر به تغییرات رفتاری می‌شود را در پی دارد که هماهنگ با رشد پس از آسیب می‌باشد.

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (۴/۰۶۹-) گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی در میزان سازگاری، که افراد تحت تاثیر طرح‌واره درمانی نسبت به افراد تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان افزایش متغیر سازگاری در پس از آزمون از اثربخشی بیشتری برخوردار بودند. این نتایج هماهنگ با پژوهش‌های (دهقانی ناژوانی و همکاران ۱۳۹۵، امیری و همکاران ۱۳۹۵، است. نتایج حاکی از پژوهش دهقانی ناژوانی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان اثر گذار است. همچنین نتایج پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۵) بیانگر تاثیر طرح‌واره درمانی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. در تبیین این نتایج می‌توان اینگونه بیان کرد که پژوهش‌های بسیاری بیانگر متاثر شدن سازگاری زناشویی بعد از ابتلا به سرطان از زوجین می‌باشد (ریحانی، بهزادی پور و طهماسبی، ۱۳۹۶). مختل شدن سازگاری روانی مشکلات عدیده‌ای را بر فرد تحمیل می‌کند (بی‌قراری، تحریک پذیری، خستگی...) (براتون فیست، ۲۰۱۳). تعداد بسیاری

سایر شرایط بالینی مورد تایید قرار داده‌اند و اظهار داشته‌اند که این درمان تاثیر مثبت بر کیفیت و سلامت روان و زندگی افراد درگیر دردهای مزمن دارند (عازمی زینال، غفاری و شرقی، ۱۳۹۵). بدین ترتیب بدیهی می‌نماید که این درمان در افزایش تاب‌آوری که یک مفهوم مهم در شرایط روان و زندگی و سایر شرایط بالینی است، اثر-بخش باشد.

با توجه به مقایسه تفاوت‌های بین میانگین‌های دو گروه (۳/۵۶۱-) درمان اکت و طرح‌واره درمانی در میزان رشد پس از آسیب، افراد گروه طرح‌واره درمانی نسبت به افراد تحت درمان اکت، میزان افزایش این متغیر در پس آزمون اثربخشی بیشتری دارند. این نتایج با مطالعات (موسوی اصل، موسوی ۱۳۹۳، رحیمی ۱۳۹۳، خادمی ۱۳۹۸) همسو است. طبق پژوهش موسوی اصل، موسوی (۱۳۹۳) طرح‌واره درمانی کاهش شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را دارد. رحیمی (۱۳۹۳) نیز در پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد اکت و درمان میان فردی بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان با فوبی اجتماعی دریافت که دو درمان مذکور کاهش اضطراب، افسردگی و فوبی اجتماعی را به همراه دارد و در عین حال درمان اکت نسبت به درمان میان‌فردی از اثربخشی بیشتری برخوردار است. طبق یافته‌های خادمی (۱۳۹۸) نیز مداخلات مبتنی بر طرح‌واره درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به سرطان پستان اثر گذار است. در تبیین این فرضیه نیز می‌توان گفت از آن‌جا که شرایط روانی، جسمی تنش‌زایی که ناشی از تشخیص و درمان سرطان است می‌تواند فراهم کننده بستری جهت رشد پس از آسیب باشد، بنابراین درمان طرح‌واره‌مدار که با شرایط ذهنی و فکری افراد سر و کار دارد، در شرایط رشد پس از آسیب نیز قابلیت دارد. در واقع به جهت اینکه رشد پس از آسیب تغییر فردی مثبت حاصل از مواجهه با بحران یا رویداد آسیب‌زا است و از طرفی درمان طرح‌واره‌ای نیز بر تغییر فرد در جهت بهبودی و رشد

## منابع

آقایوسفی، علیرضا (۱۳۸۰). نقش شخصیت و راه‌های مقابله‌ای در افسردگی و کاربرد مقابله‌درمانگری در شخصیت و افسردگی. رساله دکترای تخصصی روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس

امیری، زهرا؛ قاسمی، مژگان؛ قربانی، سکینه؛ عباچی، مینا (۱۳۹۵). اثر بخشی طرحواره درمانی جفری یانگ بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان. سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران، موسسه آموزش عالی.

اسمعیلی، احمد؛ علیزاده، معصومه؛ غنی‌زاده بالدرلو، کبری (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله پزشکی ارومیه، ۲۷(۵)، ۳۶۵-۳۷۴.

پورسردار، فیض‌الله؛ عباس‌پور، ذبیح‌الله؛ عبدی‌زرین، سهراب؛ سنگری، علی‌اکبر (۱۳۹۱). تاثیر تاب آوری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی، یک الگوی روان‌شناختی از بهزیستی. یافته، ۱۴(۱)، ۸.

ترکاشوند، جلال؛ دادگری، فهیمه؛ زارعیان، آرمین (۱۳۹۶). تاثیر آموزش مبتنی بر نیاز، بر آگاهی و نگرش بیماران تحت شیمی‌درمانی در بیمارستان‌های منتخب آجا. علوم مراقبتی نظامی، ۴(۲)، ۱۳۸-۱۴۶

حسن پور دهکردی، علی (۱۳۸۶). کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳۸۲). مجله علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۰(۲)، ۱۱۰.

حیدرزاده، م. رسولی، م. محمدی، ش. ف. علوی-مجد، ح. میرزایی، ح. طهماسبی، م. (۱۳۹۴). روان‌سنجی نسخه فارسی رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان. پایش، ۱۴(۴)، ۴۶۷-۴۶۷.

از زنان بعد از مطلع شدن از ابتلای به سرطان پستان در سازگاری‌شان اختلال ایجاد شده و دچار ناامیدی و ناتوانی می‌شوند؛ در واقع دید و نگرش این افراد نسبت به زندگی مورد چالش قرار می‌گیرد (لشکری‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

از این رو درمان طرح‌واره‌ای نیز به جهت ارتباط داشتن با تفکر افراد و تلاش برای تغییر، می‌تواند در جهت بهبودی و تغییر دید و نگرش بیمار مفید و کاربردی باشد. به علاوه هنگامی که نشانه‌های حاد بیماری پایین می‌آید، این درمان برای بهبود بیماران زیادی متناسب می‌باشد (افسردگی، اضطراب مزمن و سازگاری). درباره درمان اکت نیز اینگونه تبیین می‌توان اظهار کرد که با توجه به هدف این درمان در راستای شکل دادن انعطاف‌پذیری و سازگاری روان‌شناختی و پذیرش، می‌توان سازگاری را در افراد ایجاد کرد (دهقان‌ناژوانی، ۱۳۹۲). به طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی برای متغیرهای پژوهش حاضر موثر بود و از بین این دو درمان، طرح‌واره درمانی از اثربخشی بیشتری برخوردار بود.

در مطالعه حاضر مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی وجود دارد که از جمله عدم امکان کنترل تمام متغیرهای مزاحم، شخصیتی، روانی، جسمی و شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و از طرفی کمبود پژوهش‌هایی که همزمان دو درمان مطرح در پژوهش حاضر را با هر یک از متغیرها انجام داده باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود درمانگران نتایج این مطالعه را به منظور سازگاری و افزایش تاب‌آوری بیماران سرطانی به کار برند و متغیرهای این پژوهش بر روی افراد با انواع دیگر سرطان اجرا گردد.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش بر گرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی می‌باشد و از کلیه عزیزانی که در این مطالعه مرا یاری و راهنمایی نمودند، نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

قبل و بعد از درمان. فصلنامه بیماری های پستان ایران،  
۴(۳)، ۵۲-۵۸.

سید محمودی، سید جواد؛ رحیمی، چنگیز؛  
محمدی، نورالله (۱۳۹۰). عوامل موثر بر تاب‌آوری در  
افراد مواجه شده با ضربه روانی. پژوهش‌های روان-  
شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۱)، ۱۴-۵.

شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۹۶). تاثیر آموزش  
مولفه‌های کیفیت زندگی بر سازگاری و رضایت  
زناشویی بیماران سرطان پستان. اولین کنفرانس بین-  
المللی فرهنگ، آسیب‌شناسی روانی و تربیت.

صالحی، حمه؛ دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۷). رشد  
پس آسیبی در بیماران مبتلا به سرطان: نقش ابعاد  
روانی، معنوی و ذهنی بهزیستی و امیدواری. فصلنامه  
پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۲(۲)، ۱-۱۳.

صحرانورد، سارا؛ احدی، حسن؛ تقدیسی، محمد  
حسین؛ کاظمی، طوبی؛ کراسکیان، ادیس (۱۳۹۶).  
نقش عوامل روانی بر سازگاری روانی اجتماعی  
بیماران ایسکمی قلبی با واسطه‌گری فشار خون.  
فصلنامه علمی پژوهشی، ۵(۲): ۱۴۶-۱۳۹.

عازمی زینال، کرم؛ غفاری، عذرا؛ شرقی، افشان  
(۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر  
افسردگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران  
همودیالیزی. نشریه اصول بهداشت روانی، ۱۸(۷۵)،  
۴۱۸-۴۱۲.

عبدی‌فر، سهیلا (۱۳۷۴). بررسی رابطه حمایت  
اجتماعی و منبع کنترل درونی با سازگاری اجتماعی  
دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه  
تربیت معلم.

لشکری زاده، حمدرضا؛ جهان‌بخش، فرزانه؛ ثمره  
فکری، میترا؛ پورسیدی، بهرام؛ آقایی افشار، محمود؛  
شکوهی، مصطفی (۱۳۹۱). نگرش بیماران سرطانی در  
رابطه با اعلام تشخیص بیماری و نحوه‌ی اطلاع  
رسانی به آن‌ها. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی،  
۵(۴)، ۷۹-۷۱.

خادمی، مهنوش؛ طالبیان شریف، جعفر؛ آزادی،  
محمود (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر  
طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به سرطان  
سینه. سومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در  
روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی، دبیرخانه دائمی  
کنفرانس.

دهقانی‌نازوانی، بهاره (۱۳۹۲). بررسی تاثیر درمان  
مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب  
تجربه‌ای، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان  
پستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم  
تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.

رحیمی، ندا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر  
پذیرش و تعهد و درمان میان‌فردی در کاهش  
اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی  
اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم  
تربیتی و روان‌شناسی، اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی.

رضایی، میر موسی؛ مومنی قلعه قاسمی، طاهره؛  
گرچی، مجتبی (۱۳۹۳). بررسی وضعیت افسردگی و  
اضطراب در بین مبتلایان به سرطان پستان مراجعه  
کننده به بیمارستان تخصصی سرطان اصفهان. مجله  
تحقیقات نظام سلامت، ۱۰(۱)، ۳۹-۴۸.

رویین‌تن، سجاده؛ آزادی، شه دخت؛ افشین،  
همایون (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان ترکیبی مبتنی بر  
پذیرش و تعهد و امید درمانی بر کیفیت زندگی در  
بیماران سرطانی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی،  
۱۰(۳۸): ۲۲۱-۲۴۲.

ریحانی، فیسه دم؛ بهزادی پور، ساره؛ طهماسبی،  
صدیقه (۱۳۹۶). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده  
با بهزیستی روانشناختی و سازگاری زناشویی در زنان  
مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی. جراحی  
ایران، ۲۵(۱)، ۶۱.

سجادیان، اکرم سادات؛ حقیقت، شهپر؛ منتظری،  
علی؛ کاظم نژاد، انوشیروان؛ علوی فیلی، افسانه  
(۱۳۹۱). سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان

- Alternative Medicine, 2013.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T., & Thun, M. J. (2008). Cancer statistics, 2008. CA: a cancer journal for clinicians, 58(2), 71-96.
- Ochoa, C., Castejon, V., Sumalla, E. C., & Blanco, I. (2013). Posttraumatic growth in cancer survivors and their significant others: vicarious or secondary growth?. *Terapia Psicológica*, 31(1), 81-92.
- Pourafkary, N. (2001). A comprehensive dictionary of psychology and psychiatry: English-Persian.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of affective disorders*, 136(3), 581-590.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance abuse*, 31(2), 98-107.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G.(1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- مظاهری نایینی، مهتا؛ ربانی نیا، طیبه (۱۳۹۶). ترکیب جنبه‌های مولکولی سرطان پستان با هورمون درمانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۲۴(۱)، ۹-۱۵.
- مقدم، مجتبی؛ مکوندی، بهنام؛ پاک سرشت، سیروس (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سبک های مقابله ای بیماران سرطان. *فصلنامه علمی- پژوهشی، پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره نهم، شماره دوم*.
- موسوی اصل، سید علی؛ موسوی سادات، زینب (۱۳۹۳). نقش طرحواره درمانی در کاهش شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب. *ارمغان دانش، مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۱۹(۱)، ۱۰۱-۸۹.
- یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت؛ ویشار، مارجوری (۱۹۹۴). *طرحواره درمانی، ترجمه حسن حمید پور و همکاران (۱۳۹۴)*. انتشارات ارجمند، تهران.
- یوسفی، رحیم؛ طغیانی، الهه (۱۳۹۵). *مقایسه تاب آوری روانی و مکانیزم های دفاعی در افراد نظامی و غیر نظامی*. *طب نظامی*، ۱۸(۲)، ۲۰۷-۲۱۴.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Cengage Learning.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150.
- Harrison, T. R. (1980). *Harrison's Principles of Internal Medicine, Patient Management Problems: PreTest® Self-assessment and Review*. McGraw-Hill Book Company, Health Professions Division, PreTest Series.
- Jafari, N., Farajzadegan, Z., Zamani, A., Bahrami, F., Emami, H., Loghmani, A., & Jafari, N. (2013). Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and*

---

Quarterly Journal of Educational Psychology  
Islamic Azad University Tonekabon Branch  
Vol. 11, No. 3, autumn 2020, No 43



Journal of Educational  
Psychology

---

## Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on resilience, post traumatic growth, and adaptation in patients with breast cancer in East Tehran

Narjes Sadat Mirkhan<sup>1</sup>, Javad Khalatbari<sup>\*2</sup>, Biocck Tajeri<sup>3</sup>

1) Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

2) Associate Prof, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran

3) Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

---

### Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on the level of resilience, post traumatic growth, and adaptation of patients with breast cancer in the medical centers of East Tehran. The research method was an experimental one in which census sampling was used and 150 people were selected purposefully from among all patients with breast cancer in the medical centers of East Tehran and simultaneously the Connor-Davidson Resilience Inventory (CD-RIS) (2003), the 160-question Bell Adaptation Inventory (1962), and the Posttraumatic Growth Inventory (1996) were presented. 45 people were randomly selected and placed in three groups of 15 people, including two intervention groups and a control group. 12 sessions of group schema therapy and 12 sessions of acceptance-based therapy were implemented, each session lasting 90 minutes. The sessions were implemented twice a week for each intervention, with an interval of 3 days. At the end of the treatment, a post-test was held for all three groups. The results showed that schema therapy is more effective than acceptance-based therapy on breast cancer.

**Keywords:** schema therapy, acceptance and commitment therapy, breast cancer, resilience, adaptation, post traumatic growth

---