

اثر بخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه

مهرنوش خادمی^۱، جعفر طالبیان شریف^۲، محمود آزادی^۳، سمانه هوشیار^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی موسسه آموزش عالی حکمت رضوی مشهد، ایران

^۲ استادیار گروه روان شناسی و علوم تربیتی موسسه آموزش عالی حکمت رضوی مشهد، ایران

^۳ دانشجوی دکترای روانشناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، مرکز تحقیقات بین رشته ای بیمارستان رضوی مشهد، ایران

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان رضوی مشهد، ایران

چکیده

سرطان سینه یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌ها در زنان است که از هر ۸ نفر زن یک نفر را مبتلا کرده و متأسفانه بیش از سایر سرطان‌ها باعث مرگ و میر زنان می‌شود. سرطان سینه شایع‌ترین علت مرگ زنان در محدوده سنی ۳۳ تا ۵۵ سالگی می‌باشد. هدف از پژوهش بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه بود. از تعداد ۱۵ نفر از زنان درمان شده به دلیل سرطان پستان که برای کنترل‌های پس از بهبودی به بیمارستان رضوی مشهد مراجعه می‌کردند برای این پژوهش دعوت به همکاری شده است. معیارهای همگونی شامل داشتن سن بین ۲۵ تا ۵۷ سال، وضعیت تاهل، حداقل تحصیلات دیپلم، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان بوده که بصورت نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. قبل از مداخله درمانی ابزار پژوهش (پیش‌آزمون) پرسش‌نامه تاب آوری کانر- دیویدسون توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید و بعد از مداخله درمانی ۱۲ جلسه‌ای به مدت ۸۰ دقیقه به صورت هفتگی، ابزار پژوهش دوباره توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید (پس‌آزمون). در نهایت داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون t همبسته و روش تحلیل کواریانس چند متغیری مورد ارزیابی آماری قرار گرفت. پژوهش نشان داد که مداخلات مبتنی بر طرحواره درمانی در تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه در تمامی خرده مقیاس‌ها به جز تاثیرات معنوی تفاوت معنادار ($p < 0.05$) ایجاد کرده است. نتایج پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کند که طرحواره درمانی روش درمانی مناسبی برای افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: زنان مبتلا به سرطان سینه، طرحواره درمانی، تاب‌آوری

۱. مقدمه

سرطان^۱ به عنوان یکی از بیماری‌های شایع غیر عضوی شناخته شده است که نوعی اختلال در سرعت تکثیر و تمایز سلولی است و می‌تواند در هر بافتی از بدن و در هر سنی رخ دهد و با حمله به بافت‌های سالم بدن موجب بروز بیماری شدید و در نتیجه مرگ شود (کری^۲ و همکاران، ۲۰۱۲).

پایین آمدن سن شیوع برخی سرطان‌ها از جمله «سرطان پستان^۳» در دختران و خانم‌های جوان نیز معضل دیگری است که سازمان‌های بهداشتی و تحقیقاتی در مورد آن هشدار داده‌اند. به طوری که براساس آمار سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۴ پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ میلادی موارد جدید بیماران سرطانی به ۱۵ میلیون نفر در جهان برسد.

بک^۵ و همکاران (۱۹۹۰) معتقدند که در حیطه آسیب شناسی روانی، واژه طرحواره^۶ در مورد ساختارهایی با محتوای شخصی شده با خصایص فردی به کار می‌رود که در اثر اختلالاتی از جمله افسردگی، اضطراب، حملات هراس و وسوس‌ها فعال می‌شوند. طرحواره بالاترین سطح تعمیم یافته شناخت است که به تغییر مقاوم می‌باشد و تأثیر عمیق و قدرتمندی در شناخت واره‌ها و هیجان‌های فرد دارد. افکار خودآیند منفی و مفروضه‌های بنیادین بینابینی به طور شدیدی تحت تأثیر طرحواره‌ها قرار می‌گیرند و این تأثیر به خصوص زمانی قدرتمندتر است که طرحواره‌ها فعال شوند.

با توجه به مشکلات افراد - اضطراب^۷ و افسردگی^۸ بالا و کیفیت زندگی پایین، احساس می‌شود شیوه درمانی مناسب برای این منظور طرحواره درمانی^۹ است (سیورتسن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵).

بر اساس رویکرد شناختی، مهم ترین عامل روان شناختی موثر به بیماری‌های طبی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشند که موجب تغییرات ایمنی و بیماری می‌شوند. آن‌ها الگوهای هیجانی و شناختی خود - آسیب رسان هستند و اغلب زیر بنای اختلالاتی هم چون: اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد، اختلالات روان تنی و غیره می‌باشند (معنوی پور و میری، ۱۳۹۵).

تاب آوری^{۱۱}، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند در شرایط ناگوار فعال شوند، بنابراین طرحواره درمانی با توجه به در معرض قرار گرفتن افراد در شرایط دشوار با اثر مستقیم روی طرحواره‌های ناسازگار قادر است در افزایش تاب آوری در آن‌ها مؤثر باشد (مرادحاصلی و یارمحمدی واصل، ۱۳۹۵).

تأکید رویکرد طرحواره درمانی نیز بر طرحواره‌های ناسازگار است که شامل باورها و الگوهای ثابتی می‌شود که از دوران کودکی شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه می‌یابند. این باورها در مقابل تغییر مقاومت زیادی از خود نشان می‌دهند و فرد از طریق این باورها به دنیای اطراف نگاه می‌کند. از طرفی یکی دیگر از روش‌های رویکرد طرحواره درمانی، تمرکز روی سبک‌های مقابله‌ای^{۱۲} و ناکارآمد بیماران است که از دوران کودکی شکل گرفته و تأثیر مستقیم بر رفتار دوران بزرگسالی دارد (مراد حاصلی و یارمحمدی واصل، ۱۳۹۵).

به طور کلی بروز بیماری سرطان، در بسیاری از موارد، خواسته یا ناخواسته برای فرد با برهم خوردن ساختار اصلی روانی و برنامه ریزی‌های تنظیم شده ذهنی همراه است. بروز باورهایی چون محرومیت هیجانی^{۱۳}، رها شدگی^{۱۴}، نقص / شرم^{۱۵}،

۱. Cancer

۲. Kerri, M.

۳. Breast Cancer

۴. World Health Organization

۵. Schema

۶. Anxiety

۷. Depression

۸. Schema therapy

۹. Sivertsen, H.

۱۰. Early Maladaptive Schemas

۱۱. Resilience

۱۲. Coping styles

۱۳. Emotional Deprivation

۱۴. Abandonment / Instability

۱۵. Defectiveness / Shame

شکست^۱، وابستگی/ بی کفایتی^۲، گرفتار^۳، اطاعت^۴، ایثار^۵، معیارهای سرسختانه^۶ و خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی^۷ در این افراد، در این شرایط چه بسا که اجتناب ناپذیر باشد. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه باورهای بنیادین (طرحواره‌های ناسازگار اولیه) در طول زمان بر اثر اتفاقات شکل می‌گیرند، طبیعی است که انتظار داشته باشیم طرحواره‌های فرد به نوعی همسو با رویدادها زندگی فرد باشند. ابتلا به بیماری سرطان، یکی از عمده ترین رویدادهای منفی در زندگی یک فرد می‌تواند باشد که به دنبال خود، تنیدگی مزمن ایجاد می‌نماید (باغبانیان، ۱۳۹۱).

در پژوهش‌های جداگانه نشان دادند که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. تاب آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله‌ی موفق با تجربه‌های منفی می‌شود (مظلوم بفرئی، افخمی اردکانی، شمس اسفند آباد و جلالی، ۱۳۹۰).

تاب آوری، یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان، رفتار و ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است. تاب آوری، به عنوان قدرت یا توانایی برگشتن به زندگی اولیه و شروع وضعیت جدید از طریق کاهش فشار عصبی یا تحریف آن و جایگزینی نشاط نیز تعریف می‌شود (جزایری، وطن خواه و بدیعی، ۱۳۹۲).

تا اوایل دهه ی ۸۰ اعتقاد بسیاری از پژوهشگران علم روان شناسی این بود که رویدادهای تنش زا در بروز اختلالات روان تنی نقش موثری دارند، بعنوان مثال دریافتند که رویدادهای زندگی با شروع بیماری رابطه دارند. در عین حال بررسی های روان شناسان بعدی نشان داد که بین رویدادهای تنش زا و اختلالات روان شناختی، عوامل تعدیل کننده‌ای وجود دارد که موجب می‌شود این رویدادها تاثیر متفاوتی بر افراد داشته باشند. یکی از این ویژگی ها تاب آوری است (شاکری‌نیا و محمدپورشاطری، ۱۳۸۸).

به نظر می‌رسد با مداخله در این فرآیند، و انجام طرحواره درمانی می‌توان در چرخه معیوب طرحواره‌های ناسازگار، اختلال ایجاد کرد و این امر به اثر بخشی روند درمانی کمک می‌کند. چنین به نظر می‌رسد که بهتر است فرد توسط درمانگران آموزش داده شود تا در برابر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خود را کنترل کند. طبیعی است با بالا رفتن دانش و آگاهی، می‌توان انتظار داشت که فرد با همکاری به روند درمانی خود، از پیامدهای اثر بخش مثبت تری برخوردار گردد. بنابراین لازمه مداخلات روانشناختی در سرطان، انجام درمان‌های حمایتی، موجب بهبود کیفیت زندگی و طولانی شدن عمر بیماران می‌شود (امینی، ۱۳۹۲).

کیخاونی، محمد زاده و محمدی (۱۳۹۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین تاب آوری و سلامت روان رابطه معنا داری وجود دارد و پژوهش‌های آن‌ها نشان داد که افراد دارای تاب آوری بالا در شرایط استرس زا در موقعیت‌های ناگوار سلامت روان شناختی خود را حفظ می‌نمایند و دارای سازگاری روان‌شناختی هستند.

۲. هدف تحقیق

بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان سینه.

۱. Failure

۲. Dependence / Incompetence

۳. Enmeshment / Grandiosity

۴. Subjugation

۵. Self-Sacrifice

۶. Unrelenting Standards / Hypercriticalness

۷. Insufficient Self-Control / Self-discipline

در صورت مشاهده اثر بخشی طرحواره درمانی بر افزایش تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان سینه در طراحی درمان های حمایتی و برای تغییر الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب رسان می توان در جهت بهبود زندگی و حفظ سلامت زنان مبتلا به سرطان سینه کمک نمود.

۳. روش کار

پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون تک گروهی است.

جامعه، نمونه، حجم نمونه:

جامعه مورد تحقیق در این پژوهش عبارتست از کلیه بیماران زن بهبود یافته از سرطان سینه که به بیمارستان رضوی مشهد جهت کنترل های بعد از بهبودی به بیمارستان مراجعه نموده اند. حداقل حجم نمونه برای گروه ۱۵ نفر می باشد و در این پژوهش برای اطمینان از حجم نمونه در مجموع از ۲۰ زن داوطلب برای این پژوهش دعوت به همکاری شده است. معیارهای همگونی شامل داشتن سن بین ۲۵ تا ۵۷ سال، وضعیت تاهل، حداقل تحصیلات دیپلم، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان می باشد.

۴. ابزار پژوهش

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳): این مقیاس ۲۵ گزاره دارد که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می شود. حداقل نمره تاب آوری آزمودنی، صفر و حداکثر نمره، صد است. این مقیاس، در ایران توسط محمدی (۲۰۰۶) هنجاریابی شده و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ معادل، ۰/۸۹٪ گزارش شده است (۸).

۵. اجرای طرح

نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بوده است:

جلسه توجیهی شامل توضیح اجمالی در مورد تاب آوری (توضیح اهمیت و هدف طرحواره درمانی، فواید آن برای خود شخص، تاثیر آن بر تداوم درمان و حفظ سلامتی، بهبود روابط بین فردی) صورت بندی شد. لازم به ذکر است کلیه شرکت کنندگان در پژوهش به صورت داوطلب در پژوهش شرکت نموده و به آنها اطمینان خاطر داده شد که کلیه اطلاعات پرسش نامه ها به صورت محرمانه نزد پژوهشگر خواهد ماند. در نهایت گروه مداخله ۱۲ جلسه ۸۰ دقیقه ای (هفته ای ۱ جلسه) با روش طرحواره درمانی گروهی آموزش دیدند.

۶. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss-۲۲ به صورت استنباطی به تحلیل کواریانس خرده مقیاس های تاب آوری تک گروهی پرداخته شد.

۱. The Connor_Davidson Resilience Scale

۷. آزمون فرضیه تحقیق

طرحواره درمانی باعث افزایش تاب آوری زنان مبتلا به سینه می شود. با توجه به نرمال بودن متغیر طرحواره درمانی باعث افزایش تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه در پیش آزمون و پس آزمون، برای مقایسه از آزمون t ی همبسته، استفاده شد.

جدول ۱. نتایج آزمون t ی همبسته برای تعیین تاثیر طرحواره درمانی بر تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه.

متغیر	مرحله	نتایج آزمون t ی همبسته			
		میانگین	انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی
شایستگی فردی	پیش آزمون	۱۵/۳۳	۴/۵۷	-۸/۸۸	۱۴
	پس آزمون	۱۹/۲	۴/۰۲		
اعتماد به غرایز فردی	پیش آزمون	۱۰/۹۳	۴/۰۹	-۷/۸۱	۱۴
	پس آزمون	۱۵	۴/۳۵		
پذیرش مثبت تغییر	پیش آزمون	۱۱/۴۶	۲/۵۸	-۴/۴۰	۱۴
	پس آزمون	۱۳/۶۶	۲/۵۵		
کنترل	پیش آزمون	۶/۱۳	۲/۱۶	-۴/۸۴	۱۴
	پس آزمون	۷/۸۸	۱/۹۹		
تاثیرات معنوی	پیش آزمون	۶/۰۶	۱/۵۳	-۱/۸۷	۱۴
	پس آزمون	۶/۶۶	۱/۳۹		

همانطور که از نتایج جدول (۱) ملاحظه می گردد،

- میانگین نمرات آزمون t همبسته گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون در مقیاس شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل از سطح معنادار برخوردار است ($p < 0.05$).
 - طرحواره درمانی باعث افزایش تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه می شود.
 - نتایج نمرات پیش آزمون نشان دهنده سطح پایین تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان سینه بود.
- درمورد تاثیر طرحواره درمانی بر تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه تحقیقات غیر مستقیم و اندکی در زمینه ارتباط بین نوع طرحواره فعال و تاب آوری وجود دارد.

مطالعات جزایری و همکاران (۱۳۹۲) نشان داده است که تاب آوری با سبک دفاعی پخته رابطه ی مثبت و با حوزه های بریدگی/ طرد، خود گردانی/ عملکرد مختل و، دیگر جهت مندی و محدودیت های مختل رابطه ی منفی دارد و تاب آوری در صورت وجود هریک از این طرحواره های ناسازگار نام برده شده، کاهش می یابد. از آنجایی که تاب آوری مدلی برای سلامت روان و طرحواره های شناختی ناسازگار اولیه، مدلی برای عدم سلامت روان تعیین می شود، نتایج حاصل از پژوهش ما مبنی بر همبستگی منفی بین تاب آوری و طرحواره های شناختی ناسازگار اولیه، با یافته های جزایری و همکاران (۱۳۹۲) همسوئی دارد.

تاب آوری به وسیله ی پاسخ فرد به حوادث استرس زای زندگی و با مواجهه مستمر با استرس مشخص می شود و تاب آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس زای زندگی کمک می کند و آن ها در برابر مشکلات زندگی محافظت می کند. اما در بین زنان مبتلا به سرطان سینه مخصوصاً آن هایی که عمل برداشت سینه را انجام داده اند، سرطان به عنوان یک بحران تلقی می شود و باعث به هم خوردن تعادل زندگی آن ها شده برای همین آن ها مدام با استرس های زندگی روبرو هستند و نمی توانند با حوادث، شرایط و مشکلات زندگی شان سازگار شوند. در نتیجه تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به زنان سالم در سطح پایین تری قرار گرفته است (سلمانی، نعمت اله زاده ماهانی، شهبازی، استوار و گنجی، ۱۳۹۴) که با نتایج پژوهش ما هم خوانی دارد.

در پژوهش ماین^۱ و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده شد کلیه این موارد در افراد مبتلا به سرطان تقریباً بالا بوده و به نظر می رسد آن ها از سطوح تاب آوری بالاتری نیز برخوردار شدند و مشکلات و ناراحتی های عاطفی کمتری در مقابل بیماری نشان می دهند. ولی در پژوهش حاضر زنان مبتلا به سرطان سینه نمرات تاب آوری پایین تری گرفته اند. در تبیین این یافته می توان گفت زنان مبتلا به سرطان سینه چون عمل برداشت سینه را انجام داده اند تحت شیمی درمانی و پرتو درمانی بوده اند و بیشتر در محیط های بیمارستانی قرار داشته اند. درد و تنش و استرس های ناشی از آن باعث شده است که تاب آوری شان کمتر از زنان سالم باشد (سلمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

معمولاً درد مزمن در بیماری ها با سلامت روان پایین مرتبط شده است. افراد با سطح بالای تاب آوری معمولاً می توانند با درد ناشی از بیماری ها مقابله کنند و نشانه های افسردگی در این افراد به دلیل مقابله ی کار آمد کاهش می یابد. ولی افراد بیمار به دلیل سیر طولانی بیماری کم کم تحلیل می روند و تاب آوری آن ها کاهش می یابد و به سمت فاجعه سازی درد پیش می روند (بایور^۲، ۲۰۱۶ به نقل از تاجیک زاده، صادقی و رئیس کریمیان، ۱۳۹۴).

ویژگی افراد تاب آور شامل توانایی و بهبود پیدا کردن از سختی ها و مشکلات، خوش بینی، انعطاف پذیری بالا، عزت نفس بالا، خود مختاری بالا، توانایی حل کردن مشکلات و مهارت حل تعارض، مهارت حل مسئله می باشد. هم چنین یکی از ویژگی های افراد تاب آور، باور به آینده ای روشن است که بی ربط با خوش بینی هم نیست، پس احتمالاً یکی از ویژگی هایی که افراد با تاب آوری بالا را از افراد با تاب آوری پایین و افراد با شوخ طبعی بالا را از افراد با شوخ طبعی پایین جدا می کند همین ویژگی خوش بینی و امید به آینده است (تورگه^۳، ۲۰۱۲).

ویگرز و کالتابیانو^۴ (۲۰۱۲) نقش تاب آوری و استراتژی کنار آمدن با استرس را بر کارکرد روانشناختی بیماران با درد مزمن بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که تاب آوری اگر چه بر سلامت روان و کیفیت زندگی تاثیر مثبت دارد ولی بر درد مزمن افراد تاثیری نداشته و این افراد درد را فاجعه آمیز برداشت می کردند. گلکاری و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند نشانه های افسردگی و تفکر فاجعه آمیز در دوره ی بیماری وخیم بود ولی بعد از بهبودی از آسیب و بیماری، این علایم به سمت بهبود پیش رفت ولی اضطراب درد در دوره ی بیماری و بعد از بهبود هم چنان وجود داشت (به نقل از تاجیک زاده و همکاران، ۱۳۹۴).

گورم^۵ و همکاران (۲۰۰۸) که طی تحقیقی که در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام داده اند به این نتیجه رسیدند که زنان مبتلا به سرطان سینه یک ارتباط معنوی قوی داشته اند. زنان مبتلا به سرطان سینه تشخیص سرطان خود را خواست و اراده خدا می دانستند و این قدرت معنویت به آن ها برای مقابله با سرطان کمک می کرد (سلمانی و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج این تحقیقات با پژوهش حاضر همسو است.

توجه به معنویت در زندگی می تواند به عنوان تکیه گاه روانی به ارتقاء سلامت روان بیماران سرطانی در شرایط سخت بیماری کمک کند و در پذیرش بیماری توسط بیمار و بهبود اختلالات روان شناختی موثر باشد. می توان گفت تجربه های

۱. Min, J, A

۲. Bauer, H

۳. Torgheh, M

۴. Viggers LC, & Caltabino ML

۵. Grum, B.K

معنوی، مخصوصاً در بیمارانی که نگرانی شدیدی دارند به میزان بیشتری دیده می‌شود. چرا که مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکل موثر باشد (آقاعلی، زندی پور و احمدی، ۱۳۹۰).

معنویت می‌تواند کیفیت زندگی و سبک زندگی را در بیماران مبتلا به صرع و سرطان پیش بینی کند. در بسیاری از جوامع معنویت هسته مهم ارزشی و فرهنگی است و به عنوان منبعی مطرح است که با ایجاد پذیرش و انعطاف به گسترش بهبود زندگی در بیماران سرطانی و دیگر بیماران خاص کمک می‌کند (سلمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

مطالعه هونت^۱ و همکاران (۲۰۱۵) نشان داده بیماران سرطانی پس از ابتلا به شدت به سوی افکار منفی روی می‌آورند و یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند نیاز به آرامش را در آنان برآورده سازد، یاد خداست (محمدکریمی و شریعت نیا، ۱۳۹۵).

افراد دارای سطح بالای تاب آوری در مقایسه با افراد با سطح تاب آوری پایین، احتمالاً عاطفه مثبت بیشتر، سطوح بالاتر اعتماد به نفس و سازگاری روانشناختی بهتری را تجربه می‌کنند. هیجان‌های مثبت منابع روانشناختی بسیار مهمی هستند که به افراد کمک می‌کنند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثری استفاده کنند و سلامت روانی و جسمانی خود را حفظ نموده و به آسانی از وقایع استرس زای زندگی بهبود یابند.

۸. نتیجه گیری کلی

در زنان مبتلا به سرطان سینه در برخورد با تشخیص، پیش آگهی و گزینه‌های درمانی اضطراب و افسردگی دامن گیر فرد بیمار می‌شود. بیماران مبتلا به سرطان اغلب پس از ابتلا به بیماری به سمت تُشخوار افکار منفی پیش می‌روند، گرایشی که خود می‌تواند به اختلال‌های روان شناختی گوناگون منجر شود و درمان‌های انجام شده برای خود بیماری نیز می‌تواند اضطراب برانگیز باشد. از طرفی، تحمل درد در بیماران سرطانی اثری شدید روی کیفیت عمومی زندگی بیمار با تأثیر بر جنبه‌های جسمانی و روان شناختی دارد. اگرچه درمان‌های کنونی سرطان تأثیر ارزنده‌ای در کنترل و جلوگیری از پیشرفت بیماری را دارند، نمی‌توان درمان یک بیمار مبتلا به سرطان را فقط به ابعاد بالینی خلاصه کرد. امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تایید قرار گرفته است. بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق مؤثر و زندگی بخش با بیماری مزمن شان هستند.

تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره درمانی برای الگو شکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و نا کارآمد، تکالیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کنند. در نهایت این مزایای زیاد و کاربردی طرحواره درمانی باعث افزایش شادکامی و سلامت روانی می‌شوند. طرحواره درمانی نه تنها در بهبودی بسیاری از بیماری‌های مزمن مؤثر است بلکه به بیماران کمک می‌کند تا تأثیرات روانی منفی بیماری‌شان را به کم‌ترین مقدار برسانند.

طرحواره درمانی باعث ارتقا سطح تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه شرکت کننده در این پژوهش گردیده است. تقویت خود باوری و احساس ارزشمندی و افزایش عواطف مثبت همراه با مدیریت شرایط باعث کاهش آسیب پذیری روان شناختی بیماران می‌شود. پژوهش نتایج حاصل از بررسی این تحقیق نشان می‌دهد که طرحواره درمانی می‌تواند سبب کاهش تنیدگی‌های ایجاد شده به دنبال تشخیص و درمان‌های رایج بیماری سرطان گردد و در روند درمان و سازگاری بهتر بیماران نقش ارزنده‌ای داشته باشد. به نظر می‌رسد ارزیابی روان شناختی این بیماران، کشف واکنش‌های شایع و عوارض روانی جهت پیشگیری و درمان سریع‌تر اهمیت اساسی دارد. بنابراین توصیه می‌شود که با

۱. Hunter, H

تاسیس مراکز مشاوره و روان درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز انکولوژی، در روند رو به بهبود این بیماران کمک مؤثری صورت پذیرد.

۹. تشکر و قدردانی

از معاونت آموزش و پژوهش، بیمارستان رضوی، مشهد و مسئولین و همکاران محترم مرکز مهر بیمارستان رضوی مشهد تشکر و قدردانی و از تمامی بیماران محترم که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد. شایان ذکر است این پژوهش با کد IR.MUMS.REC.۱۳۹۷،۱۰۹ توسط کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تصویب رسیده است.

۱۰. منابع

- ۱) آقاعلی، فاطمه؛ زندگی پور، طیبه واحمدی، محمدرضا. (۱۳۹۰). مطالعه تأثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام.اس، استان قم، مجله روانشناسی و دین، ۴(۱)، ۵۴-۳۷.
- ۲) امینی، سحر. (۱۳۹۲). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تحریف‌های شناختی در بیماران سرطانی با افراد عادی پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان.
- ۳) باغبانیان، علی. (۱۳۹۱). نقش عوامل روانی واجتماعی در بروز یا تشدید سرطان‌ها. پایگاه اطلاع رسانی سلامت. سال هشتم شماره، ۱۳۸۶.
- ۴) تاجیک زاده، فخری؛ صادقی، راضیه؛ رئیس کریمیان، فرحناز. (۱۳۹۵). مقایسه ی تاب آوری، مقابله با استرس و فاجعه سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی، فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۷، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۵
- ۵) جزایری، سیدمجید؛ وطن خواه، حمیدرضا و بدیعی، محمد مهدی. (۱۳۹۲). رابطه ی سبک‌های دفاعی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با تاب آوری در دانش آموزان، اندیشه و رفتار، دوره هشتم، شماره ۳۰، زمستان ۱۳۹۲
- ۶) سلمانی، خدیجه؛ نعمت اله زاده ماهانی، ساناز سادات؛ شهبازی، سارا؛ استوار، زهره و گنجی، لیلان. (۱۳۹۴). مقایسه سبک‌های اسناد، تجارب معنوی و تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه با زنان سالم، روانشناسی سلامت، فصلنامه علمی پژوهشی/ شماره ۲۰- زمستان ۱۳۹۵.
- ۷) شاکری نیا، ایرج و محمدپور شاطری، مهری. (۱۳۸۸). رابطه استرس شغلی و تاب آوری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن. مجله علوم پزشکی دانشگاه کرمانشاه، دوره ۱۴، شماره ۲، ۱۶۵-۱۶۱
- ۸) کیخاونی، ستار؛ محمد زاده، جهان‌شاه و محمدی، جلال. (۱۳۹۱). رابطه ی تاب آوری و سلامت روان با آسیب پذیری در برابر مواد مخدر مورد مطالعه دانش آموزان مقطع تحصیلی متوسطه ی شهر ایلام ۱۳۸۹-۱۳۹۰، مجله علمی ترویجی "فرهنگ ایلام" بهار و تابستان ۱۳۹۱- شماره ۳۴ و ۳۵.
- ۹) مرادحاصلی، مستانه و یارمحمدی واصل، مسیب. (۱۳۹۶). اثر طرح‌واره درمانی بر تاب آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی فرزندان شبه خانواده، دوفصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) دوره ۱۵، شماره ۱، پیاپی ۲۸، بهار و تابستان ۱۳۹۶.
- ۱۰) مظلوم بفروئی، ناهید؛ افخمی اردکانی، محمد، شمس اسفندآباد، حسن و جلالی، محمدرضا. (۱۳۹۰). رابطه ساده و چندگانه تاب آوری و سرسختی با سبک‌های مقابله هیجان مدار و مسأله مدار در بیماران مبتلا به دیابت شهر ی

- ۱۱) معنوی پور، داوود؛ میری، لعیاسادات. (۱۳۹۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران با اختلال روان تنی و مالتیپل اسکلروز، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد گرمسار.
- ۱۲) Beck AFA, (۱۹۹۰). Cognitive Theory of personality Disorder press. New York: Guilford.
- ۱۳) Giovagnoli, R.F., Meneses, R.F., & Da Silva, A. M. (۲۰۱۰). The contribution of spirituality to quality of life in Focal epilepsy. *Epilepsy Behavior*, ۹(۱), ۱۳۳-۱۳۹.
- ۱۴) Golkari S, Teunis T, Ring D, & Vranceanu A M. Changes in Depression, Health Anxiety, and Pain Catastrophizing Between Enrollment and ۱ Month After a Radius Fracture. *Psychosomatics*. ۲۰۱۵; ۵۶ (۶): ۶۵۲- ۶۵۷
- ۱۵) Grum, B.K, Stephen, J, Mackenzie, G, Doll, R, Barroetavena, M.C & Cadell, S.(۲۰۰۸) Understanding Canadian Punjabi-speaking south Asian women's experience of Breast cancer: A qualitative study. *International Journal of Nursing studies*. ۴۵ (۲), ۲۶۶-۲۷۶.
- ۱۶) Hunter-Hernández M, Costas-Muñiz R, Gany F. Missed opportunity: spirituality as a bridge to resilience in latinos with cancer. *J Relig Health*. ۲۰۱۵ Dec; ۵۴(۶): ۲۳۶۷-۷۵. doi: ۱۰,۱۰۰۷/ s۱۰۹۴۳-۰۱۵-۰۰۲۰-y
- ۱۷) Kerri MW-S, K. Dobek, J. jill, A. Lillian, M. Michael, C. Schwartz, A. (۲۰۱۲). The effect of resistance training on muscle strength and Physical function in older, Postmenopausal breast cancer survivorship, June ۲۰۱۲.
- ۱۸) Sivertsen H BG, Engedal K, Selbaek G, Helvik As, Depression and Quality of life in older Person: A review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. ۲۰۱۵; ۴۰(۵-۶): ۳۹-۳۱۱.
- ۱۹) Torgheh,M(۲۰۱۲). Study of the effect of sense of humour on jobburnout and resilience of nurses in Qazvin Province.[Master'sThesis]. Tehran: .Payame JNour University, Persian
- ۲۰) Viggers L C, Caltabiano M L. Factors affecting the psychological functioning of Australian adults with chronic pain. *Nurs Health Sci* ۲۰۱۲; ۱۴: ۵۰۸-۵۱۳.