

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر میزان اضطراب، تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله در بیماران مبتلا به سرطان: مطالعه تک آزمودنی

Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Anxiety, Cognitive Emotion Regulation, and Coping Strategies in Cancer Patients: Single- Subject Design

Aida Farsham

PhD student in Health Psychology, University of Tehran.

Mohammad Shamsian

PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

Email: mohammad.shamsian@yahoo.com

آیدا فرشام

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران.

محمد شمسیان*

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

Abstract

Goal: Diagnosis of cancer can cause deep emotional and emotional problems for the patient and his or her family. The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of emotional schema therapy on anxiety, cognitive emotion regulation and coping strategies in cancer patients.

Method: The present study was conducted in the frame of single subject design. Three patients with cancer diagnosis according to inclusion and exclusion criteria in winter 98 were selected by convenience sampling from one of Tehran hospitals and received emotional schema therapy for 10 sessions of 90 minutes. Patients were evaluated 7 times during follow up by Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Emotion Cognitive Regulation scale and Coping response Inventory (CRI). Data were analyzed by for trend changes; also effect size and percentage of recovery were used to determine the clinical significance.

Result: The data analysis showed that EST is significantly effective in reducing anxiety, helping cognitive emotion regulation, and developing effective coping strategies.

Conclusion: Emotional Schema Therapy could be considered as an effective therapy to psychological interventions for patients with cancer (with caution).

چکیده

هدف: تشخیص سرطان موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار و خانواده وی می شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر میزان اضطراب، تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله در بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش: پژوهش حاضر در چارچوب طرح تک آزمودنی بود. سه بیمار با تشخیص سرطان با توجه به ملاک های ورود و خروج در بازه زمانی پاییز ۹۹ به صورت نمونه گیری در دسترس از یکی از بیمارستان های شهر تهران انتخاب شدند و ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای طرحواره درمانی هیجانی دریافت کردند. هر یک از بیماران ۷ مرتبه به وسیله مقیاس اضطراب همیلتون، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و پرسشنامه پاسخ های مقابله ای، طی درمان و یک دوره پیگیری دو ماهه توسط روانشناس ارزیابی شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های روند تغییر و برای تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته ها: تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی به طور معناداری در کاهش اضطراب، کمک به تنظیم شناختی هیجان ها و ایجاد راهبردهای مقابله ای کارآمد مؤثر است. نتیجه گیری: طرحواره درمانی هیجانی را می توان با احتیاط به عنوان مداخله ای مؤثر برای بیماران مبتلا به سرطان به کار برد.

Keywords: Emotional Schema Therapy, Anxiety, Emotion regulation, coping strategies, Cancer.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، اضطراب، تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله، سرطان.

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : مرداد ۱۴۰۰	پذیرش: مهر ۱۴۰۰
--------------------	---------------------	-----------------

مقدمه

زمانی که فرد تشخیص سرطان می‌گیرد، می‌تواند بر ابعاد روانشناختی، عاطفی و جسمانی بیماران و نزدیکان آن‌ها تأثیر بگذارد. و بسیاری از جنبه‌ای زندگی از جمله ابعاد جسمانی، روانی، معنوی، مالی و همچنین روابط اجتماعی آنان را تغییر دهد (شمر، ۲۰۱۰). مشکلات روانی-اجتماعی اغلب با تشخیص سرطان و متعاقب آن بروز می‌کند و برای برخی از بیماران فرایند درمان مترادف با زندگی روزمره غیرفعال می‌شود. پیامدهای تشخیص سرطان و تدابیر درمانی پیچیده و دشواری که در مقطع زمانی نسبتاً طولانی برای فرد اجرا می‌شود، کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (تیان، ۲۰۱۵). عمده‌ترین مشکلی که بیماران سرطانی با آن مواجه می‌شوند، استرس و اضطراب ناشی از روبرو شدن و کنار آمدن با بیماری می‌باشد (کانگ و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات نشان داده است که شکایات اصلی بیماران مبتلا به سرطان، اضطراب و افسردگی است و این اضطراب و افسردگی پاسخی بهنجار در برابر تغییرات به وجود آمده در زندگی است (مسی، ۲۰۰۴).

تنظیم شناختی هیجان یکی از متغیرهای مهم است چرا که هیجان‌ها در هر لحظه بر توجه، تصمیم‌گیری، حافظه، پاسخ‌های جسمانی و تعاملات اجتماعی تأثیر گذارند (حسنی، ۲۰۰۹). تنظیم شناختی هیجان اشاره به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان دارد (شریفی باستان، زهرایی و یزدی، ۱۳۹۵). توانایی پاسخ دادن به مقتضیات محیطی با طیف وسیعی از هیجان‌ها که به شیوه اجتماعی قابل قبول و انعطاف پذیر باشد را می‌توان تنظیم هیجانی تعریف کرد و افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند (هو، کیم، لی و چاء، ۲۰۱۷). تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد (گروس^۱، ۱۹۹۸). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادمانی روان شناختی، سلامت جسمانی و روابط بین‌فردی و تعاملات اجتماعی تأثیر می‌گذارد (گروس، ۱۹۹۹). وان اودن هرن و واندروزی^۲ (۲۰۰۲) در بررسی توانایی سازگاری مثبت با شرایط، توانایی در تنظیم هیجان‌ها در مواجهه با تعارض‌ها و فشارها را مهم‌ترین عوامل سازگاری میان فرهنگی دانستند. شواهد بسیاری ثابت می‌کند که افراد دارای مهارت هیجانی؛ یعنی کسانی که احساسات خود را به خوبی می‌شناسند، و آن‌ها را تنظیم می‌کنند و احساسات دیگران را نیز درک و به طرز اثر بخشی با آن برخورد می‌کنند، در حوزه‌های مختلف زندگی موفق و کارآمد می‌باشند (یارپاری، مرادی، یحیی زاده، ۱۳۸۶). اختلال در نظم هیجان نیز پیش‌بینی کننده ی آسیب روانی فرد در آینده (آبوت^۳، ۲۰۰۵)، و عامل کلیدی و مهمی در پیدایش افسردگی و اضطراب (بیورگارد، لوسکو و بارگون^۴، ۲۰۰۱)، حساسیت‌های بین فردی و انزوای اجتماعی (ایزنبرگ، ۲۰۰۱؛ به نقل از احمدی، باغبان، بهرامی و صالحی، ۱۳۹۰)، بزهکاری، خشونت و رفتار پرخطرانه (بیورگارد و همکاران، ۲۰۰۱) است.

¹. Gross

². Van Oudenhoren & Vander Zee

³. Abbott

⁴. Beaugard, Levesque & Bourgouin

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر میزان اضطراب، تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله در بیماران مبتلا به سرطان: مطالعه تک آزمودنی

مطالعات نشان داده است افرادی که خود را به مجموعه ای از مهارت ها و توانمندی های مقابله ای تجهیز کرده اند، در رویارویی با مشکلات موفق تر هستند چرا که استفاده از پاسخ های مقابله ای مؤثر به آن ها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی، روابط بین فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می کند (کاوانگ و شاپیرو، ۲۰۰۴). مهارت های پایه شناختی و اجتماعی، توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات و هیجانات و همچنین احساس همدلی با دیگران، انعطاف پذیری و توانایی مقابله با حوادث نامطلوب زندگی و ایفای نقش اجتماعی و رابطه هماهنگ بین ذهن و بدن از اجزای مهم سلامت روان است که به درجات مختلف به حالت تعادل درونی افراد کمک می کند (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۳). یکی از مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر وضعیت روان شناختی مبتلایان به سرطان، نحوه کنار آمدن با بیماری و شیوه مقابله با استرس های ناشی از ابتلا به سرطان است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۳). طرحواره درمانی هیجانی ضمن اصلاح طرحواره های هیجانی و کمک به تنظیم هیجان به اصلاح باورهای فراشناختی بیماران از سرطان و آینده ی درمان می پردازد (لیهی و همکاران، ۲۰۱۱).

زمانی که مداخله ای تدوین می شود، اثربخش بودن یا نبودن آن در اختلالات و بیماری های مختلف و در بین جامعه اماری مختلف از جمله افراد مبتلا به سرطان، در چارچوب پژوهش های کنترل شده بررسی می شود. از سوی دیگر نسبت به مسائل و مشکلات بیماران و تأثیرات آن بر کیفیت زندگی شان شناخت حاصل می شود و در نتیجه ضرورت انجام پژوهش هایی از این دست را برجسته تر می کند. پژوهش حاضر بر این است که اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی را بر میزان اضطراب، تنظیم شناختی هیجان های بیماران و راهبردهای مقابله ای آن ها، بررسی کند.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح های تک آزمودنی (AB)^۵ است که یکی از پرکاربردترین طرح های تک آزمودنی می باشد. این طرح شامل دو مرحله است: مرحله اول (A) مرحله خط پایه و مرحله دوم (B) مرحله آزمایشی نامیده می شود. در این پژوهش از یک خط پایه و ۵ مرحله اندازه گیری طی درمان و یک دوره پیگیری دو ماهه استفاده شد. متغیرهای هدف، یک هفته قبل از اجرای متغیر آزمایشی به منظور اندازه گیری خط پایه مورد اندازه گیری قرار گرفتند. و نتایج آن ها با پنج مرحله اندازه گیری در فرایند درمان و دوره پیگیری مورد سنجش قرار گرفت.

نمونه آماری و روش نمونه گیری: از بین بیماران مراجعه کننده به یکی از بیمارستان های شهر تهران با تشخیص سرطان در سال ۱۴۰۰، سه بیمار به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و نمونه پژوهش حاضر از تشکیل دادند.

بیمار اول: خانم ۲۱ ساله، مجرد، تحصیلات دیپلم، بیکار، حدود یک سال است که تشخیص سرطان لنفوم دریافت کرده است، ۸ دوره ی ۳ روزه شیمی درمانی دریافت کرده و درمان کمکی دیگری نداشته، موها ریخته شده و مجدد در حال رویش است. بیمار دوم: آقای ۳۰ ساله، مجرد، تحصیلات لیسانس شیمی، کار آزاد در بازار داشته، حدود سه ماه است که تشخیص سرطان معده دریافت کرده، ۳ دوره ی ۵ روزه شیمی درمانی دریافت کرده، یک بار سابقه ی جراحی برای برداشتن بخشی از معده داشته، موها به طور کامل ریخته شده است.

بیمار سوم: خانمی ۲۵ ساله، دانشجوی ارشد ادبیات، بیکار، حدود ۱۳ سالگی تشخیص سرطان خون گرفته بوده و تا ۱۵ سالگی تحت درمان با شیمی درمانی و رادیوتراپی بوده و بعد از آن ۱۰ سال قطع درمان بوده تا این که حدود شش ماه پیش عود مجدد بیماری را داشته، در حال حاضر ۵ دوره شیمی درمانی در بازه های زمانی مختلف داشته است، موها دچار ریزش نشده است.

⁵ Single-Subject Experimental Trial

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه اضطراب همیلتون (HARS):^۶

این مقیاس دارای ۱۴ گزینه بوده که هر مورد در ارتباط با نشانه های خاص اضطراب است. این آزمون توسط درمانگر نمره گذاری می شود. هر گویه پنج رتبه داشته و بر حسب شدت نشانه از صفر تا چهار نمره می گیرد. صفر نشان دهنده عدم وجود آن نشانه و چهار نشان دهنده شدت همان نشانه در بیمار است. این مقیاس طیف وسیعی از نشانه ها را در بر می گیرد که معمولاً به عنوان نشانه یک حالت اضطرابی تشخیص داده می شوند. این نشانه ها عبارتند از: خلق مضطرب، تنش، ترس، بی خوابی، اشکال در تمرکز، خلق افسرده، تنش عضلانی، وضعیت جسمی عمومی، قلبی، عروقی، معده ای-روده ای، نشانه های مربوط به دستگاه ادراری-تناسلی و نشانه های جسمی درگیر (خشکی دهان-عرق کردن) و رفتار حین مصاحبه.

۲- پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ):^۷

این پرسشنامه ۳۶ سوالی توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) برای شناسایی راهبردهای مقابله شناختی پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت های منفی تدوین شد و شامل ۹ خرده مقیاس است. تمرکز مثبت مجدد با سوال های ۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱. تمرکز مجدد بر برنامه ریزی با سوال های ۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲. ارزیابی مجدد مثبت با سوال های ۶، ۵، ۲۴، ۳۳. دیدگاه پذیری با سوال های ۷، ۱۶، ۳۴. پذیرش با سوال های ۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹. راهبردهای غیرمنطقی مانند سرزنش خود با سوال های ۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸. سرزنش دیگران با سوال های ۹، ۱۸، ۲۷، ۳۶. نشخوار فکری با سوال های ۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰ و فاجعه سازی با سوال های ۸، ۱۷، ۲۶، ۳۵ در طیف لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) ارزیابی می شود. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی کل آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰.۹۱ بدست آوردند (به نقل از شریفی باستان، فیروزی، و زهرایی، ۱۳۹۵). در ایران نیز روایی نسخه فارسی آن توسط حسنی (۲۰۱۶) اعتباریابی شد که در دامنه ای از ۰.۴۰ تا ۰.۶۸ با میانگین ۰.۵۶ قرار داشت. در پژوهش بشارت (۱۳۹۵) اعتبار بدست آمده برای کل مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۹۲ بدست آمده است.

۳- پرسشنامه پاسخ های مقابله ای (CRI):

بلینگر و موس برای ارزیابی راهبردهای مقابله ای، پرسشنامه ای ۳۲ سوالی تهیه کردند. این پرسشنامه از ۵ زیر مقیاس شامل مقابله مبتنی بر حل مسأله، مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی، مقابله مبتنی بر هیجان، مقابله مبتنی بر جسمانی کردن و مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی تشکیل می شود. نمره نهایی این پرسشنامه به صورت مقابله مسأله مدار (جمع دو زیر مقیاس اول) و مقابله هیجان مدار (جمع سه زیرمقیاس آخر) بدست می آید. ضریب پایایی از طریق بازآزمایی ۰.۷۹ برای کل پرسشنامه است.

روند اجرای پژوهش: بعد از ارزیابی اولیه و اخذ رضایت آگاهانه و تکمیل سه پرسشنامه ی اضطراب همیلتون، تنظیم شناختی هیجان و پاسخ های مقابله ای در مرحله خط پایه، سه بیمار به مدت ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای و به صورت دو بار در هفته توسط متخصص روانشناسی تحت طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفتند. طرحواره درمانی هیجانی بر مفاهیم، ارزیابی ها، تفاسیر و راهبردهای به کار گرفته شده در مقابله با هیجان ها تأکید می کند. این برنامه ی درمانی سعی در اصلاح باورها و راهبردهای

⁶ Hamilton Rating Scale for Depression⁷ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر میزان اضطراب، تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله در بیماران مبتلا به سرطان: مطالعه تک آزمودنی

به کار گرفته شده به منظور تنظیم هیجان ها دارد. هدف فراهم آوردن روش هایی معنادار برای استفاده از تجربه هیجانی است. پروتکل درمان به صورت خلاصه در جدول زیر ارائه شده است. بیماران هر دو جلسه توسط روانشناس دیگری برای جلوگیری از سوگیری در نتایج پژوهش مورد ارزیابی متغیرها قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نمودارها، شاخص های روند تغییر، شاخص درصد بهبودی (MPI)، درصد کاهش نمرات (MPR) استفاده شد. واریس انفرادی تک تک آزمودنی ها باعث می شود نتایج به شکل واقع بینانه تری مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند.

جدول شماره ۱ خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی

جلسه اول	ارزیابی-معرفی درمان طرحواره هیجانی-اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان ها-آموزش روانشناختی درباره سرطان و هیجان ها/تمرین: چرخه افکار، احساس و رفتار-کارکرد هیجان ها(اضطراب)
جلسه دوم	اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان ها-شناسایی راهبردهای مقابله بیمار و طرحواره های هیجانی/تمرین: ترسیم مدل توسط بیمار در شرایط هیجانی و شناسایی راهبردهای دردسرساز
جلسه سوم	اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان ها-تکنیک شناسایی هیجان ها/تمرین: ثبت هیجان ها و نامگذاری آنها
جلسه چهارم	اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان ها-تکنیک عادی سازی هیجان-تکنیک کاهش استرس/تمرین: آزمایش رفتاری در مورد هیجان هایی که افراد دیگر در چنین شرایطی ممکن است داشته باشند/تمرین: کاهش استرس
جلسه پنجم	اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان ها-چالش با باورهای غلط هیجانی-تکنیک پذیرش هیجان/تمرین: مزایا و معایب پذیرش هیجان
جلسه ششم	اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان ها-چالش با بیمار برای رها کردن راهبردهای دردسرساز-شناسایی راهبردهای مقابله مفید-تمرین ذهن آگاهی/تمرین: تحمل احساسات آمیخته
جلسه هفتم	اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان ها-چالش با راهبردهای دردسرساز-کار بر روی طرحواره های هیجانی/تمرین: ذهن آگاهی
جلسه هشتم	اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان ها-چالش با تفسیرهای منفی بیمار از هیجان ها/تمرین: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان (دیدگاه ساده انگارانه در مورد هیجان و..)
جلسه نهم	اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان ها-چالش با تفسیرهای منفی در مورد هیجان-تکنیک بالا رفتن از نردبان معانی/تمرین: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، پیوند با ارزش های والاتر
جلسه دهم	اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان ها-چالش با ادامه تفسیرهای منفی در مورد هیجان-پیوند با ارزش های والاتر-تکنیک فضا سازی برای هیجان-گفتگو درباره سوالات بیمار

یافته های پژوهش

در جدو شماره ۲ زیر نمرات خط پایه، پیگیری، درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات و اندازه اثر که میزان تغییر پذیری بیماران را نشان می دهد، ذکر شده است.

بیمار اول	متغیرها	خط پایه	میانگین	انحراف معیار	درصد بهبودی	درصد کاهش نمرات	اندازه اثر	پیگیری	درصد بهبودی	درصد کاهش نمرات	اندازه اثر
	اضطراب	۳۷	۳۶.۵	۰.۷	۱۰۱.۰۸	۵۰.۲۷	۰.۹۰	۹	۳۱۱.۱۱	۷۵.۶۷	۰.۹۹
	خود سرزنشگری	۱۴	۱۱.۱۳	۱.۳۷	۱۲۹.۷۲	۴۰.۲۱	۰.۸۵	۴	۳۸۵.۷۱	۷۱.۸۷	۰.۹۹
	پذیرش	۱۳	۱۲.۶	۲.۷۶	۵۳.۴۰	۰.۰	۰.۹۴	۱۸	۱۰۶.۴۵	۰/۰	۰.۹۹
	نشخوار فکری	۱۵	۱۳.۵۰	۳.۱۰	۱۱۱.۲۷	۵۸.۷۵	۰.۹۵	۶	۲۲۵.۷۲	۸۳.۵۲	۰.۹۹
	توجه مثبت	۱۲	۱۲.۴۷	۳.۲۴	۵۱.۲۸	۰.۰	۰.۷۵	۲۰	۱۰۱.۲۲	۰.۰	۰.۹۹
	برنامه ریزی	۱۴	۱۴.۸۶	۳.۰۳	۵۴.۸۰	۰.۰	۰.۷۳	۱۸	۱۰۸.۰۸	۰.۰	۰.۹۹
	بازنگری مجدد	۱۳	۱۴.۲۴	۳.۰۳	۶۱.۷۵	۰.۰	۰.۶۵	۱۸	۱۲۵.۵۲	۰.۰	۰.۹۹
	تحت نظر قرار دادن	۱۲	۱۳.۷۲	۲.۸۰	۱۱۸.۰۱	۴۸.۳۵	۰.۸۷	۴	۲۵۵.۵۲	۶۵.۵۳	۰.۹۹
	فاجعه سازی	۱۱	۹.۵۸	۴.۲۱	۱۳۵.۱۸	۶۱.۴۱	۰.۹۶	۴	۳۹۵.۸۱	۹۲.۱۴	۰.۹۹
	سرزنش دیگری	۹	۹.۵۵	۲.۷۲	۱۲۰.۲۷	۵۰.۲۱	۰.۹۴	۴	۳۲۰.۷۲	۷۴.۳۲	۰.۹۹
	نمره کل مساله مدار	۱۶	۱۷.۵۱	۳.۷۹	۱۲۵.۱۱	۰.۰	۰.۹۵	۲۵	۳۵۰.۲۲	۰.۰	۰.۹۹
	نمره کل هیجان مدار	۲۶	۲۶	۶.۲۴	۸۵.۸۲	۶۳.۰۱	۰.۹۷	۱۴	۱۶۰.۰۶	۷۵.۲۰	۰.۹۹

بیمار دوم	متغیرها	خط پایه	میانگین	انحراف معیار	درصد بهبودی	درصد کاهش نمرات	اندازه اثر	پیگیری	درصد بهبودی	درصد کاهش نمرات	اندازه اثر
	اضطراب	۳۶	۳۶.۵	۰.۷	۱۰۳.۰۸	۵۰.۶۰	۰.۹۰	۱۰	۳۱۳.۱۱	۷۵.۶۷	۰.۹۹
	خود سرزنشگری	۱۳	۱۱.۱۳	۱.۳۷	۱۱۹.۷۱	۴۲.۲۱	۰.۸۳	۶	۳۶۴.۷۱	۷۰.۸۷	۰.۹۹
	پذیرش	۱۲	۱۲.۰۶	۲.۷۶	۵۰.۳۸	۰.۰	۰.۹۴	۲۰	۱۰۲.۴۵	۰/۰	۰.۹۹
	نشخوار فکری	۱۳	۱۳.۵۰	۳.۱۰	۱۰۵.۲۷	۵۶.۷۵	۰.۹۳	۸	۲۰۵.۷۲	۸۰.۵۲	۰.۹۹
	توجه مثبت	۱۲	۱۲.۴۷	۳.۲۴	۵۱.۲۸	۰.۰	۰.۷۵	۱۸	۱۲۰.۲۲	۰.۰	۰.۹۹
	برنامه ریزی	۱۵	۱۴.۸۶	۳.۰۳	۵۲.۸۰	۰.۰	۰.۷۴	۲۰	۱۰۸.۰۸	۰.۰	۰.۹۹

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر میزان اضطراب، تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله در بیماران مبتلا به سرطان: مطالعه تک آزمودنی

۰.۹۹	۰.۰	۱۰۰.۵۲	۱۸	۰.۶۷	۰.۰	۶۳.۷۵	۳.۰۳	۱۴.۲۴	۱۴	بازنگری مجدد
۰.۹۹	۶۵.۵۳	۲۵۵.۵۲	۶	۰.۸۸	۴۹.۷۶	۱۲۳.۰۱	۲.۸۰	۱۳.۷۲	۱۳	تحت نظر قراردادن
۰.۹۹	۹۱.۱۴	۳۸۰.۸۱	۴	۰.۹۷	۶۳.۴۵	۱۴۲.۱۸	۴.۲۱	۹.۵۸	۹	فاجعه سازی
۰.۹۹	۷۲.۳۲	۳۰۲.۷۲	۴	۰.۹۱	۴۸.۲۹	۱۰۶.۲۷	۲.۷۲	۹.۵۵	۱۰	سرزنش دیگری
۰.۹۹	۰.۰	۳۵۰.۲۲	۲۶	۰.۹۲	۰.۰	۱۰۵.۱۱	۳.۷۹	۱۷.۵۱	۱۷	نمره کل مساله مدار
۰.۹۹	۷۳.۲۰	۱۵۸.۰۶	۱۵	۰.۹۶	۶۱.۰۱	۸۴.۸۲	۶.۲۴	۲۶	۲۶	نمره کل هیجان مدار

بیمار سوم	متغیرها	خط پایه	میانگین	انحراف معیار	درصد بهبودی	درصد کاهش نمرات	اندازه اثر	پیگیری	درصد بهبودی	درصد کاهش نمرات	اندازه اثر
	اضطراب	۳۷	۳۶.۵	۰.۷	۱۰۳.۰۸	۵۱.۶۰	۰.۹۱	۹	۳۱۳.۱۱	۷۵.۶۷	۰.۹۹
	خودسرزنشگر	۱۱	۱۱.۱۳	۱.۳۷	۹۳.۲۳	۴۰.۲۱	۰.۸۰	۶	۲۶۴.۷۰	۷۰.۱۲	۰.۹۹
	پذیرش	۱۴	۱۲.۰۶	۲.۷۶	۵۶.۳۸	۰.۰	۰.۹۵	۲۰	۱۲۰.۴۵	۰/۰	۰.۹۹
	نشخوار فکری	۱۳	۱۳.۵۰	۳.۱۰	۱۰۵.۲۷	۵۶.۷۵	۰.۹۳	۴	۲۱۰.۱۲	۸۲.۵۲	۰.۹۹
	توجه مثبت	۱۳	۱۲.۴۷	۳.۲۴	۵۱.۰۰	۰.۰	۰.۷۵	۱۸	۱۱۰.۲۰	۰.۰	۰.۹۹
	برنامه ریزی	۱۵	۱۴.۸۶	۳.۰۳	۵۲.۸۰	۰.۰	۰.۷۶	۲۰	۱۲۸.۰۸	۰.۰	۰.۹۹
	بازنگری مجدد	۱۴	۱۴.۲۴	۳.۰۳	۷۰.۷۶	۰.۰	۰.۶۵	۱۸	۱۰۰.۵۲	۰.۰	۰.۹۹
	تحت نظر قراردادن	۱۳	۱۳.۷۲	۲.۸۰	۱۲۳.۰۱	۵۰.۴۹	۰.۸۹	۸	۲۰۵.۵۲	۷۶.۲۳	۰.۹۹
	فاجعه سازی	۱۰	۹.۵۸	۴.۲۱	۶۵.۹۰	۶۳.۴۵	۰.۹۰	۴	۱۸۰.۸۱	۸۱.۳۰	۰.۹۹
	سرزنش دیگری	۱۱	۹.۵۵	۲.۷۲	۹۶.۲۷	۴۸.۲۹	۰.۹۱	۴	۳۰۲.۷۲	۷۲.۳۲	۰.۹۹

نمره کل	۱۷	۱۷۵۱	۳۰۷۹	۱۰۲۰۱۱	۰۰	۰۰۹۲	۲۸	۳۷۰۰۲۷	۰۰	۰۰۹۹
مساله مدار										
نمره کل هیجان مدار	۲۶	۲۶	۶۰۲۴	۸۹۰۸۲	۷۰۰۳۴	۰۰۹۶	۱۵	۱۵۸۰۰۶	۷۳۰۲۰	۰۰۹۹

اندازه اثرهای بدست آمده از نمرات ۳ بیمار یانگر میزان اثربخشی نسبتا بالای طرحواره درمانی هیجانی است. اندازه اثرها در همه متغیرها برای سه بیمار بالاست و تفاوت چشمگیری را از خط پایه تا پیگیری نشان می دهد. افزون بر این به منظور تجزیه و تحلیل دقیق تر از شاخص شاخص های درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات استفاده شده است. همانطور که در جدول نشان داده شده است درصد بهبودی و کاهش نمرات در متغیرهای اضطراب، نشخوار فکری، فاجعه سازی و راهبرد هیجان مدار در هر سه بیمار بیشتر از بقیه متغیرها بوده است. مهم ترین نکته این که تغییرات متغیرها بعد از پیگیری دو ماهه نیز همچنان حفظ شده و این نشان از اثربخشی درمان حتی بعد از پایان دوره درمانی می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش اضطراب، تنظیم شناختی کارآمد هیجان ها و استفاده از راهبردهای مقابله ای مؤثر در بیماران مبتلا به سرطان بود. با نگاه اجمالی به یافته ای پژوهش می توان گفت که ۱۰ جلسه طرحواره درمانی هیجانی توانسته کاهش معناداری در میزان اضطراب این بیماران، کمک به تنظیم هیجان ها و یافتن پاسخ های مقابله ای بهتر ایجاد کند. این نتایج با یافته ای پژوهش هایی که از درمان های شناختی رفتاری و درمان های نسل سوم برای کاهش علائم بیماران مبتلا به سرطان استفاده کرده اند، همسو است (رودیتی و همکاران، ۲۰۱۱؛ جلوداری و همکاران، ۱۳۹۸). طرحواره درمانی هیجانی در این پژوهش توانست به میزان معناداری علائم اضطرابی بیماران را کاهش دهد. پژوهش ها نشان داده است که طرحواره درمانی هیجانی با طیف وسیعی از اختلال ها از جمله اضطراب، افسردگی و نگرانی همبستگی دارد. در مدل طرحواره درمانی هیجانی وقتی یک هیجان فراخوانده می شود، تفسیرها، واکنش ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین می کند که آن هیجان تداوم می یابد یا نه. در نتیجه اختلال در تنظیم هیجان ها می تواند افراد را دچار آسیب های روانی نظیر اضطراب و افسردگی سازد (محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۶). پاسخ های هیجانی به رویدادهای استرس زا را می توان با استفاده از راهبردهای مقابله ای شناختی تنظیم کرد. در مجموع تنظیم شناختی هیجان ها افراد را قادر می سازد با انعطاف بیشتری به وقایع متنوع محیطی پاسخ دهند (سبزی علی گل و کاظمی، ۱۳۹۵). طرحواره درمانی هیجانی با به کارگیری رویکرد پذیرش هیجان ها و ذهن آگاهی و اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان هایش موجب می شود تلاش فرد برای کنترل افکار و اضطراب هایش کاهش یابد. (لیهی، ۲۰۱۵). افراد مبتلا به سرطان در نتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات درباره بیماری و ماهیت آن، برداشت نادرست درباره درمان و عوارض های آن، نگرانی از آینده درمان و باورهای غلط و نادرست از اهداف و ادامه زندگی شان، راهبردهای مقابله ای ساده تر و مبتنی بر هیجان را برمی گزینند. بدین ترتیب، آموزش راهبردهای مقابله ای کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری بر ارتقای سلامت روان و سازگاری بهتر اثرگذار است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۹). در طرحواره درمانی هیجانی بر اساس مفهوم بندی موردی راهبردهای مورد استفاده بیمار شناسایی می شود، علت ناکارآمد بودن راهکارها با بیمار به چالش کشیده می شود و تأثیرات مخرب این راهبردها بر زندگی فرد

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر میزان اضطراب، تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله در بیماران مبتلا به سرطان: مطالعه تک آزمودنی

به او یادآوری می شود و در انتها راهبردهای سازگارانه و مدیریت هیجانی مناسب آموزش داده می شود. در نتیجه نشخوار فکری، فاجعه سازی وقایع، خودسرزنش گری و سرزنش دیگران کاهش می یابد.

اعتبار بخشیدن به هیجان ها، پذیرش هیجان ها، تحمل احساسات آمیخته، ذهن آگاهی با هیجان ها و رها کردن اجتناب های هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان می تواند اضطراب و استرس را کاهش داده و به اصلاح باورهای فراشناختی و در نتیجه بازسازی شناختی منجر شود (لیهی، ۲۰۱۵).

طرحواره درمانی هیجانی اعتبار یابی هیجان ها را در ابتدای درمان و سپس در طول درمان مورد توجه قرار می دهد. هدف از اعتبار یابی ایجاد محیط هیجانی امن برای بیمار است تا بتواند به درمانگر اعتماد کند و بتواند حقیقت افکار و احساساتش را آشکار کند (لیهی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱). همچنان که رینولد و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که در بیماران مبتلا به سرطان ابراز هیجان با افزایش احتمال بهبودی رابطه دارد. با توجه به یافته های پژوهش حاضر، آموزش روانی در مورد هیجان، عادی سازی تجربه هیجان، پذیرش، خودآگاهی هیجانی، پیوند هیجان ها با ارزش های والاتر، فضا سازی برای هیجان ها و تاب آوری و تنظیم هیجان های مختلف می تواند به کارآمدی فردی بیمار سرطانی و یافتن معنای جدید در زندگی و توانمند شدن فرد کمک کند.

منابع

- [۱] سبزی علی گل، مهدی، و سادات کاظمی، آمنه. (۱۳۹۵). مقایسه نظم جویی شناختی هیجانی بین دو گروه از مردان افراد مبتلا به سرطان و افراد غیر مبتلا. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۴: ۲۶۳-۲۵۶.
- [۲] جلوداری، سمیرا؛ سوداگر، شیدا؛ بهرامی هیدجی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر انعطاف پذیری روانشناختی و تنظیم هیجان در زنان دچار سرطان پستان. فصلنامه علمی روانشناسی کاربردی، ۴(۵۲)، ۵۲۷-۵۴۸.
- [۳] حسنی، جعفر (۱۳۹۰). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. مجله روانشناسی بالینی، ۳(۷): ۸۳-۷۳.
- [۴] رحمانی، سهیلا، حاجی رسولیها، زینب، روشنندل، زهرا، قائدی، فاطمه، و محمدپور، سمانه. (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۵(۲)، ۳۴-۲۱.
- [۵] شریفی باستان، فرنگیس، یزدی، سیده منور، و زهرایی، شقایق. (۱۳۹۵). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی در پیش بینی تابآوری زنان مبتلا به سرطان پستان. روان پرستاری، ۴(۲): ۳۸-۴۹.
- [۶] محمدخانی، شهرام، حدادی کوهسار، علی اکبر، سلیمانی، حمیده، اعتمادی، امیر، و سید علینقی، سید احمد. (۱۳۹۶). پیش بینی تاب آوری بر اساس مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان در افراد دچار عفونت HIV. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۶، ۱۰۴-۱۱۵.
- [۷] یار یاری، فریدون؛ مرادی، علیرضا؛ یحیی زاده، سلیمان، ۱۳۸۶، رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روانشناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران، مطالعات روانشناختی، دوره ۳، شماره ۱۰، ۲۱-۴۰.
- [8] Abbott, B.V. 2005. Emotion dysregulation and re-regulation: predictors of relationship intimacy and distress.[PhD thesis].Texas A & M University.
- [9] Beauregard, M., Lévesque, J., Bourgouin, P. 2001. Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of emotion. The Journal of Neuroscience, 21: RC165:1-6.
- [10] Cavanagh K, Shapiro DA. (2004). Computer treatment for common mental health problems. *J Clin Psychol*, 60(3):239-25.
- [11] Gross, J. J. 1998. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- [12] Gross, J.J. 1999. Emotion regulation: Past, present, future. *J of Cognitive and emotion*, 1999; 13 (5): 551-573.
- [13] Hasani, J. (2009). Effect of reappraisal and suppression of emotional experiences upon zonal action of brain respecting to Neuroticism and Extraversion Dimensons. Unpublished PHD thesis. Faculty of Humanities; Tarbiat Modarres University.
- [14] Leahy RL. Emotional Schema Therapy. (2015). New York: Guilford Press.
- [15] Reynolds, P., Susan, H., Myriam, T., James, J., Peggy, B., & Boyd, V.W.
- [16] Schmer, C. E. (2010). The effect of cancer diagnosis on hope and resilience: A correctional, longitudinal study, dissertation of nursing, University of Missouri-Kansas.
- [17] Van Oudenhoren, J. P., Vander Zee, K. I. 2002. Predicting multicultural effectiveness of international student: The Multicultural Personality Questionnaire. *International Journal of Intercultural Relation*, 26:677-694.
- [18] (2005). Use of Coping Strategis and Breast Cancer Survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of Epidemiology*, 10, 940-949.

- [19] Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32, 449-454.
- [20] Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of affective disorders*, 213(1): 44-50.
- [21] Kang, Yune Sik; Choi, So Young; Ryu Eunjung. (2009). the effectiveness of stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety and depression experienced by nursing student in Korea; journal homepage: www.elsevier.com/medt.
- [22] Leahy RL, Tirsch, DD, Napolitano LA. (2011). Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press.
- [23] Leahy RL. (2002). A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract*, 9(3):177-90.
- [24] Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patient with cancer, *J Natural Cancer Inst Monographs*, 32, 57-71.
- [25] Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research Behavior Management*, 4: 41-9.
- [26] Tian, J. and Hong, J.S. (2016). Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patient with digestive cancer. *Word Journal of Gastroenterology: WJG*, vol 20, no 48, pp: 18-43.
- [27] Wang, Y., Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., & Yi, J. (2013). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 23(1): 93-99.