

## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر درمان گروهی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۵/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۸/۲۶

### خلاصه

**مقدمه:** پژوهش‌ها در ایران نشان داده‌اند که ۰/۲٪ از کودکان و نوجوانان زیر ۱۵ سال از سرطان رنج می‌برند. ابتلای کودک به سرطان، خانواده و خصوصاً مادر را با چالش‌های زیادی روبرو می‌کند و سبب می‌شود که والدین، انرژی و هزینه زیادی صرف نگهداری از کودک نمایند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر درمان گروهی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و در قالب طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود، جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران کودکان مبتلا به سرطان مرکز آموزشی درمانی کودکان طالقانی شهرستان گرگان در نیمه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند، که ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. گروه‌های آزمایش در جلسات طرحواره درمانی (۱۲ جلسه) و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (۸ جلسه)، بر اساس پروتکل تدوین شده شرکت نمودند. آزمودنی‌های گروه کنترل درمان یا مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه ۲۵ سوالی کاتر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS شاخص‌های توصیفی و تحلیل کوواریانس تک متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌های به دست آمده در این پژوهش نشان داد که میزان F بدست آمده برای متغیر تاب آوری در مرحله پس آزمون در سطح معناداری  $P < 0/05$  معنی دار بود، به عبارتی اثر آموزش تکنیک طرحواره درمانی بر تاب آوری ( $F = 109,35, P < 0/001$ ) و اثر آموزش تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری ( $F = 35,46, P < 0/001$ ) به دست آمد که نشان دهنده تغییرات معنی دار در روند پژوهش در گروه‌های آزمایشی می‌باشد و همچنین میزان اثرگذاری دو درمان به یک اندازه بود.

**نتیجه گیری:** طرحواره درمانی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش تاب آوری در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس آزمون شدند، در نتیجه می‌توان از این تکنیک‌ها به عنوان مداخله‌های مفید بر تاب آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان سود جست.

**کلمات کلیدی:** طرحواره درمانی مبتنی بر درمان گروهی، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، تاب آوری، سرطان.

آزاده سیف حسینی<sup>۱</sup>

جوانشیر اسدی<sup>۲\*</sup>

اکرم ثناگو<sup>۳</sup>

افسانه خواجهوندخوشلی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، گرگان، دانشگاه آزاد

اسلامی واحد گرگان، گروه روانشناسی

<sup>۲</sup> استادیار، گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

گرگان، گروه روانشناسی (نویسنده مسؤل)

<sup>۳</sup> دانشیار، گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان،

دانشکده پرستاری و مامایی

<sup>۴</sup> استادیار، گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

گرگان، گروه روانشناسی

Email: javanshirasadi@gmail.com

## مقدمه

سرطان<sup>۱</sup> دومین عامل برجسته ی مرگ در کشورهای توسعه یافته و مسئول یک پنجم مرگ و میرهاست(۱). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، امروزه در سراسر دنیا ۱۰ میلیون مورد جدید سرطان در سال تشخیص داده می شود که بدون به کارگیری برنامه های مؤثر پیشگیری در سال ۲۰۲۰ به ۲۰ میلیون مورد خواهد رسید (۲). این بیماری حدود ۴٪ از مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و ۱۳ درصد از کودکان ۵ تا ۱۵ ساله را در جمعیت ایرانی تشکیل می دهد (۳).

سرطان و تشخیص آن بزرگ ترین تجربه استرس برای کودک و خانواده او محسوب می شود (۴). علی رغم پیشرفت های عمده در زمینه درمان سرطان دوران کودکی (۵)، اما همچنان پیش آگهی، امید به زندگی<sup>۳</sup> و کیفیت زندگی<sup>۴</sup> این کودکان نامشخص می باشد و می توان این عوامل را از عمده ترین دلایل بروز استرس در والدین ذکر نمود (۶). تشخیص و درمان سرطان در کودک تنش روانی ایجاد می کند که اغلب اثر منفی بر سلامت والدین دارد. واکنش های روانی از قبیل اضطراب<sup>۵</sup>، افسردگی<sup>۶</sup>، انکار، عصبانیت، کاهش اعتماد به نفس در والدین مشاهده می شود که به دلیل ترس از عود بیماری و آینده کودک می باشد (۷). والدین به عنوان مهمترین افراد در سیستم حمایتی کودک می توانند تنش و اضطراب را به کودک منتقل نمایند. والدین اغلب به دلیل عدم آگاهی از علت و نحوه انجام روش های درمانی و مراقبتی، پیامدهای اقتصادی ناشی از بیماری فرزند، رنج تحمیل شده بر فرزند در طول بیماری، جدایی از کودک، عدم آگاهی از آینده بیماری و مراقبت های طولانی مدت و واکنش های جامعه در مقابل بیماری کودک رنج می برند و این مسائل می تواند منجر به استرس و مشکلات روانی - اجتماعی و در نتیجه کاهش سلامت عمومی در هر

یک از والدین شود (۵). از آنجا که مادران دارای کودک مبتلا به سرطان، رویدادهای پر استرس و وضعیت های پیوسته و دنباله داری از اضطراب را تجربه می کنند، یکی از عوامل سازه هایی که می تواند به آنان در سازگاری با شرایط کمک نماید، تاب آوری<sup>۷</sup> است. تاب آوری در فرهنگ لغات آکسفورد به عنوان توانایی مقاومت کردن و بهبودی سریع از شرایط سخت تعریف شده است (۸). تعریف رایج تاب آوری شامل سه جهت می باشد: خصیصه، پیامد و فرایند. خصیصه تاب آوری یک ویژگی فردی می باشد که به افراد جهت مواجه شدن با مصیبت ها و رسیدن به سازگاری و رشد کمک می کند (۹). رویکرد پیامدگرا به تاب آوری به عنوان عملکرد یا پیامد رفتاری که می تواند باعث پیروزی و کمک به افراد در جهت برون رفت از مصیبت ها شود، می نگرند. رویکرد فرایندگرا تاب آوری را به عنوان فرایندی پویا تعریف می کند که باعث سازگاری فعالانه و برون رفت سریع از مصیبت ها می شود. گارمزی<sup>۸</sup> و ماستن (۸) تاب آوری را یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده محیطی تعریف نموده اند که نقش مهمی در مقابله با تنیدگی ها و تهدیدهای زندگی و آثار نامطلوب آن دارد. البته تاب آوری تنها مقاومت در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامون خود است، به بیان دیگر تاب آوری توانایی فرد و برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است. افزون بر این پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است که این خود نقش مهمی در سازگاری و رضایت هر چه بیشتر از زندگی دارد (۹). به دلیل شرایط ویژه ای که این خانواده ها و خصوصاً مادران این کودکان با آن رو به رو هستند، برنامه های حمایتی و درمانی به منظور بهبود وضعیت روانی این افراد مورد نیاز است، یکی از این درمان های

<sup>1</sup> Cancer

<sup>2</sup> The World Health Organization

<sup>3</sup> Life expectancy

<sup>4</sup> Quality of Life

<sup>5</sup> Anxiety

<sup>6</sup> Depression

<sup>7</sup> Resilient

<sup>8</sup> Garmezy

حمایتی طرحواره درمانی<sup>۱</sup> می‌باشد، طرحواره<sup>۲</sup> ها، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره ها، هیجان ها، شناخت واره‌ها و احساس‌های بدنی در دوران کودکی و نوجوانی تشکیل و در سایر دوران زندگی تداوم می‌یابند. بر اساس نظر یانگ<sup>۳</sup> چون طرحواره درمانی بر عمیق ترین سطح شناخت تاکید می‌کند، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید و این عمل از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلال‌های روانی و جلوگیری از برگشت آنها برخوردار است (۱۰). طرحواره درمانی درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند و بر پایه درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده و تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره‌ها ترکیب و از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند (۱۱). طرحواره درمانی گروهی از چند جنبه اهمیت دارد. برای مثال این شیوه درمانی لیست انتظار طولانی جهت آموزش را کاهش می‌دهد، درمانگر می‌تواند از زمان خود بهتر و بهینه تر استفاده کند و محیط گروهی منافع زیادی برای بیماران مثل تجربه یکسان بودن، الگوگیری از همسالان و حمایت همسالان ایجاد می‌کند (۱۲). این روش درمانی بر بهزیستی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی (۱۳)، علانم افسردگی و کیفیت زندگی (۱۴)، افزایش رضایت و کیفیت زندگی (۱۵) اثربخش بوده است. درمان دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد درمان ذهن آگاهی<sup>۴</sup> است، در این پژوهش نوع خاصی از ذهن آگاهی تحت عنوان برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۵</sup> که رایج‌ترین فرم آموزش ذهن آگاهی می‌باشد، انتخاب شده است. این برنامه یک آموزش هشت جلسه‌ای است

که توسط کابات زین<sup>۶</sup> (۱۶) ابداع شده است. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله مبتنی بر گروه می‌باشد که بر تمرین تجربی مراقبه‌های ذهن آگاهانه و آگاهی غیرقضاوتی و متمرکز بر زمان حال از تجربیات، تاکید می‌کند (۱۷). ذهن آگاهی به عنوان لحظه به لحظه همراه با دیدگاهی سیستماتیک برای ایجاد نوعی جدید از خرد و کنترل در زندگی بر مبنای ظرفیت درونی ما برای تمدد اعصاب، توجه، آگاهی و بینش تعریف شده است. این رویکرد در ساختار برنامه‌ای گروهی مبتنی بر شواهد به صورت کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده می‌شود که بر توانمندسازی و تفسیر غیرقضاوتی حوادث و پذیرش موقعیت حاضر تمرکز می‌کند و از تمرینات مراقبه هم استفاده می‌شود. به طور کلی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی شامل آموزش مراقبت‌های ذهن آگاهی، بحث، آموزش و تمرین تزیق ذهن آگاهی درونی زندگی روزمره به عنوان راهبردهایی در جهت افزایش مهارت‌های مقابله و کاهش واکنش پذیری به سختی‌های عاطفی و فیزیکی می‌باشد (۱۸). با توجه به مطالب ذکر شده پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره-درمانی مبتنی بر درمان گروهی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان صورت پذیرفت.

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر طرح شبه آزمایشی است که در چارچوب یک طرح پیش آزمون، پس آزمون و با یک گروه کنترل و دو گروه آزمایشی صورت گرفته است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران کودکان مبتلا به سرطان مرکز آموزشی درمانی کودکان طالقانی شهرستان گرگان در نیمه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند که تعداد آنها ۶۰ نفر بود. از جامعه فوق ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۰ نفر). سپس ضمن دعوت از

<sup>1</sup> Schema therapy

<sup>2</sup> Schema

<sup>3</sup> Young

<sup>4</sup> Mindfulness

<sup>5</sup> Mindfulness based stress reduction

<sup>6</sup> Kabat-zinn

استفاده از تکنیک‌های تجربی در جهت آشنایی مراجعان با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی - جلسات ۹ تا ۱۲: تشویق و ترغیب مراجعان در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه برای ارضا و تشریح نیازهای هیجانی اساسی و واداشتن بیمار به آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود) و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه بصورت هفتگی جلسه‌ای ۹۰ دقیقه شامل: (جلسه ۱: معرفی شرکت کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه. تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها، تکلیف خانگی حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها - جلسه ۲: انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه - جلسه ۳: تمرین دیدن و شنیدن، مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند - جلسه ۴: مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود) - جلسه ۵: انجام مدیتیشن نشسته، ارایه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن. انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره - جلسه ۶: تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ پذیرش احساسات به عنوان احساس و به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره - جلسه ۷: مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود. چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری. تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید. جلسه ۸: اسکن؛ مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون

گروه‌ها جهت حضور در مرکز آموزش یوگای ویدیا در گرگان، برای افراد گروه‌های آزمایش در مورد منطق درمان و هدف پژوهش توضیحاتی داده شد و همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰ سال؛ وضعیت اقتصادی متوسط؛ زندگی کردن کودک با هر دو والد؛ نداشتن هر گونه اختلال روانی تشخیص داده شده؛ عدم مصرف داروها به گونه‌ای که در روند درمان اختلال ایجاد کند؛ عدم اعتیاد والدین؛ و معیار خروج از مطالعه: فوت کودک در حین مطالعه؛ اعلام انصراف آزمودنی در روند درمان؛ مبتلا شدن مادر به بیماری جسمی یا روانی بود. در این پژوهش به منظور بررسی میزان تاب آوری مادران از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۹) استفاده گردید. مقیاس فوق دارای ۲۵ سوال بود که در یک مقیاس لیکرتی بین ۴ درجه‌ای (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی و همکاران (۱۹)، هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد. هر سه گروه در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون مقیاس تاب آوری را تکمیل کردند. برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در فاصله بین پیش آزمون و پس آزمون جلسات آموزشی طرحواره درمانی به مدت ۱۲ جلسه شامل: (جلسات ۱ تا ۲: ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریک مساعی، آموزش رویکرد طرحواره درمانی و سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، ضابطه‌بندی مشکل مراجعان بر اساس رویکرد طرحواره محور و تکمیل فرم مفهوم پردازی - جلسات ۳ تا ۶: استفاده از تکنیک‌های شناختی در جهت تردید و بی-اعتبارسازی طرحواره‌های غالب مراجعان - جلسات ۶ تا ۹:

یاد گرفته‌اید؛ تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن) به اجرا درآمد. در این مدت آزمودنی‌های گروه کنترل درمان یا مداخله‌ای دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS در دو بخش آمار توصیفی و روش‌های آمار استنباطی استفاده گردید.

### نتایج

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیر «تاب آوری» را در گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. همچنین مشاهده گردید که سطح معنی داری به دست آمده در آزمون کولموگروف - اسمیرنوف در همه گروه‌ها و در هر دو مرحله بزرگتر از ۰/۰۵ است ( $p > 0/05$ ) و پیش فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار است. پس از پیش فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون F لون به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس استفاده گردید، سطح معنی داری آزمون F لون  $P < 0/1$  به دست آمد که به لحاظ آماری معنادار نیست و نشان داد که پیش فرض برقرار است.

### جدول ۱- میانگین و انحراف معیار تاب آوری در دو مرحله پیش

آزمون و پس آزمون

مرحله	طرحواره درمانی	کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل
پیش آزمون	۵۴/۷۰±۱۳/۱۳	۶۲/۱۰±۱۱/۶۱	۵۲/۷۰±۶/۷۹
پس آزمون	۷۰/۰۰±۹/۷۴	۷۱/۷۰±۹/۱۷	۵۰/۳۰±۵/۵۳

### جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری

متغیر	df	SS	MS	F	sig	$\eta^2$
تکنیک	۲	۱۸۹۲/۱۹۸	۹۴۶/۰۹۹	۳۷/۱۲۸	۰/۰۰۰	۰/۷۴
پیش آزمون	۱	۱۲۲۵/۶۶۵	۱۲۲۵/۶۶۵	۴۸/۰۹۹	۰/۰۰۰	۰/۶۴
خطا	۲۶	۶۶۲/۵۳۵	۲۵/۴۸۲			
کل	۳۰	۱۲۲۵۹۸/۰۰۰				

نتایج جدول نشان می‌دهد که میزان F بدست آمده برای متغیر تاب آوری در مرحله پس آزمون در سطح معناداری  $P < 0/05$  معنی دار است که نشان دهنده تغییرات معنی دار در روند پژوهش در گروه‌های آزمایشی است و در انتها جهت بررسی جزئی تر تفاوت‌ها نمرات گروه‌ها توسط آزمون تعقیبی شفه مقایسه و بررسی شد و فرضیه پژوهش در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری تایید شد.

### جدول ۳- مقایسه میانگین‌های گروه‌های پژوهش با استفاده

از آزمون تعقیبی شفه

گروه - میانگین	اختلاف میانگین MD	سطح معناداری مقایسه دو به دو گروه‌ها
کنترل	۵۰,۳۰	۰,۰۰۰
طرحواره درمانی	۷۰,۰۰	۰,۰۰۰
ذهن آگاهی	۷۱,۷۰	۰,۰۰۰

### بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان مقایسه شده است. بررسی نتایج نشان داد که در پس آزمون هر دو گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون افزایش نمرات دیده می‌شود ولی بین شیب تغییرات و افزایش نمرات تفاوتی مشاهده نمی‌شود و تقریباً فاصله تغییرات نمرات هر دو گروه آزمایشی موازی است. در نتیجه هر دو روش در افزایش تاب آوری تاثیر برابری را نشان دادند که نتیجه فوق با پژوهش‌های مرادحاصلی و یارمحمدی واصل (۸)، ستوده فر (۲۰)، روزنبرگ و همکاران (۲۱)، زرنقاش و مهرابی

سومین راهبرد، یافتن برنامه‌ای برای بالا بردن اعتماد به نفس و ارتقای سطح باورها درباره وضعیت خودشان و افزایش تاب آوری است (۲۸). انجام تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند بعد از مدتی تغییرات قابل مشاهده‌ای در زندگی بیماران و کارکردهای روانشناختی آنها ایجاد کند و با توسعه راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد به بهزیستی روانی آنها کمک کند. افراد یاد می‌گیرند ارزیابی مجدد مثبتی از وقایع ناخوشایندی مانند سرطان داشته باشند. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با خوشبینی و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به طور کلی سیستم پردازش مطالعات خود را به شیوه‌ی موثرتری به کار می‌اندازند. زمانی که بخشی از افکار بیمار حول این موضوع می‌چرخد که سبک زندگی خودش باعث ابتلا به سرطان شده، خود را سرزنش می‌کند و توان مقابله‌ای او کاهش می‌یابد، در این شرایط، درمان شناختی ذهن آگاهی می‌تواند به این دسته از بیماران کمک کند تا بدون ارزیابی هیجان‌ها به صورت خوب یا بد آنها را به همان صورت که رخ می‌دهند تجربه کنند (۲۹). در نتیجه، فرد به تفکرات و احساسات، اجازه ورود و خروج می‌دهد بدون آنکه با آنها درگیر شود (۳۰). یکی از دلایل اثربخشی یکسان و همزمان دو درمان طرحواره درمانی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده از تکنیک‌های رفتاری است. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره خاست، سبک‌های مقابله‌ای سالم تری را جانشین سازد، از طرحواره‌ها و عواملی که منجر به شکل‌گیری افکار منفی می‌شود، فاصله بگیرد و به او کمک می‌کنند تا به جای اینکه طرحواره‌ها و افکار منفی را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند (۳۱). در این درمان روی باورها و الگوهای دوران کودکی مراجعان که تا به حال مورد بررسی قرار نگرفته بود و حتی خود مراجعان فکر نمی‌کردند که این باورها مشکل ساز هستند، کار شد. به عبارت دیگر باورهای افراطی همخوان به طرف تعدیل شدن و

زاده هنرمند (۲۲)، حیدریان و همکاران (۲۳) و باقر نژاد و موسوی (۲۴) همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی دو درمان بر تاب آوری می‌توان گفت، بیماری سرطان بر عقاید، باورها و افکار و احساسات خود فرد و اطرافیان تاثیر می‌گذارد، تا جایی که احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخکامی، تکذیب و انکار، افسردگی و ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی متفاوت را تجربه می‌کنند که این خود بر تاب آوری و رفتار سرسختانه فرد و اطرافیان تاثیر منفی دارد و باعث کاهش تاب آوری می‌شود، بنابراین کاهش درد و رنج ناشی از بیماری یکی از دغدغه‌های اصلی جامعه در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان و خصوصا مراقبین آنها است، زیرا ارتقای تاب آوری منجر به رشد افراد در به دست آوردن تفکر و مهارت‌های خود مدیریتی بهتر و دانش بیشتر می‌شود (۲۵). همچنین تاب آوری با روابط حمایتی والدین، همسالان، دیگران و همچنین با باورهای فرهنگی و سنتی به افراد برای مقابله با ضربه‌های غیر قابل اجتناب زندگی کمک می‌کند. افزایش تاب آوری در این بیماران می‌تواند بخش مهمی از زندگی آنان را تغییر دهد، به نحوی که بیماران با تاب آوری بالا خواهند توانست در مقابله با مسائل زندگی خود دقیق‌تر عمل کنند. آموزش ذهن آگاهی می‌تواند با تقویت فرایندهای مقابله‌ی شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تاب آوری و تحمل پریشانی، آموزش حل مسئله و آموزش فنون نادیده گرفتن، در زمان شروع حملات استرس از فرد در مقابل بدعملکردی خلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت کند (۲۶). نتایج پژوهش آزادی و حسینی (۲۷) نشان می‌دهد افراد دارای تاب آوری بالا در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران و مراقبین اصلی آنها در مواجهه با تشخیص سرطان معمولاً از سه راهبرد موثر برای مقابله با فرایند بیماری استفاده می‌کنند. اولین راهبرد، جستجوی آنها برای یافتن علت ابتلا به سرطان است. دومین راهبرد، یافتن احساس تسلط و کنترل بر بیماری و جلوگیری از بازگشت آن است و

مراکز بهداشت و نهادهای زیربسط، این رویکردها به مادران آموزش داده شود، تا در جهت بهبود وضعیت روحی و روانی آنها گام‌های موثری برداشته شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران از کلیه مادرانی که در اجرای این مطالعه یاری رسان بودند؛ کمال تشکر را دارند. این مقاله حاصل قسمتی از رساله آزاده سیف حسینی دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان می‌باشد.

ناهمخوانی سوق داده شد. نیاز بود که مراجعان از طرحواره‌ی خود که تا الآن آن را به صورت همخوان می‌دیدند صحبت، و مزایا و معایب آن بررسی شود. در درمان سعی نشد که مراجع را مجبور به پذیرش ناکارآمد بودن طرحواره کند، بلکه خواسته می‌شد که آن را به آزمایش بگذارد و اگر پاسخی دریافت نکرد، طرحواره را ادامه دهد. همچنین هنگام بحث از تغییر طرحواره سعی شد که با مراجع همدلی شود و این در پذیرفتن ناکارآمد بودن طرحواره به او کمک می‌کرد. از اینرو نشان داده شد که حرکت به سمت طرحواره‌های سالم یعنی باورهای زیربنایی سالم تر، که بر پذیرش و ابراز احساسات، جلب تایید دیگران و ارزش‌های والاتر تاکید می‌نمایند و به شیوه موثرتری با استرس‌ها کنار می‌آیند و در نتیجه تاب آوری بهتری نشان می‌دهند (۳۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند که عوامل مختلفی در ایجاد تاب آوری نقش دارند و طرحواره‌های هیجانی نیز می‌توانند با تاب آوری مرتبط باشند. شناخت طرحواره‌های هیجانی منفی و تعدیل آنها و جایگزین کردن طرحواره‌های مثبت تر می‌تواند به تقویت تاب آوری کمک کند (۳۳). اجرای پژوهش بر روی یک نمونه کوچک از جمله محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آید. در همین راستا پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده تحقیقاتی بر روی نمونه‌های بزرگتر و در سایر شهرها نیز انجام دهند.

به طور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش و تاثیرگذاری دو رویکرد طرحواره درمانی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان و با توجه به اهمیت کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان و اهمیت سلامت روان مراقبین اصلی این عزیزان، تدوین برنامه‌هایی جهت ارزیابی خدمات بهداشت روانی توسط مسئولین مربوطه ضروری است. از اینرو پیشنهاد می‌شود بسته‌های آموزشی و مشاوره‌ای درمان طرحواره و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای مددکاران، پرستاران و پزشکان جهت خودیاری مراجعین طراحی و در دسترس قرار داده شود و به شکل مستمر در مراکز رسمی و دولتی مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها،

## References

1. Zeidan, F.; Gordon, N. S.; Merchant, J. Goolkasian, Paula (2010). The effect of brief mindfulness meditation training on experimentally induced Pain. *Journal of Pain*. Vol.11. No.3.
2. Park, J. E., Park, K. (2003). *Textbook of preventive and social medicine*. Translated by: Rafeae Shirpak, NewYork.
3. Mehranfar, M., Younesi, J., & Banihashem, A. (2012). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reduction of Depression and Anxiety Symptoms in Mothers of Children with Cancer. *Iran J cancer prev.*, vol5, No1, p-1-90.
4. Ganjavi A, Abedin A, Monirpoor N. Predicting factors of adjustment in Iranian children with cancer. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5(1): 859-864.
5. Rahimi SH, Fadakarsougheh K, Tabari R, Kazemnejad Leili E. A survey on the relationship between the general health of mothers and the quality of life of children with cancer. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2013; 19 (2): 108-93. (Persian)
6. Tavasoli S, Alhani F. Evaluation of parental satisfaction of nursing care in thalassemic children. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2011; 9(1): 9-14. (Persian)
7. Fotiadou M, Barlow JH, Powell LA, Langton H. Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2008; 17(4): 401-9.
8. Mordhaseli M, Yarmohammadi Vassel M. Effect of Schematic Therapy on Resilience, Loneliness and Emotional Independence of Quasi-Family Children. *Two Quarterly Journal of Clinical Psychology and Personality*. 2017; 15 (1): 25-17. (Persian)
9. Connor K M, Davidson J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *International Journal Of Methods in Psychiatric Research*. 2003; 18(1): 76-82.
10. Yang J, Colosseau J, Vishar M. (2003). *Schematic Guide for Applicants for Clinical Specialists*, Translated by Hasan Hamidpour and Zahra Endouz (2017), Volume I (Seventh Print), Tehran: Arjmand Publication.
11. Rezaei F. Schematic Therapy in Chronic Depression, Review of the 10th Annual Congress of the Iranian Psychiatrists Association. 2011.
12. Skewes SA, Samson RA, Simpson SG, van Vreeswijk M. Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers Psychology*. 2014; 5(1):1592-1600.
13. Mahoor H, Farzin Far K. The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Well-Being of Mothers of Deaf Children. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016; 24 (5): 318-311.
14. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 136(3):581-90.
15. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2014; 45(2):242-51.
16. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: the program of the stress reduction clinic at the university of Massachusetts medical centre*. New York: Delta.1990.
17. Kyle R, Stephenson T. L, Simpson M. E, David j. Change in mindfulness and posttraumatic stress disorder symptoms among veterans enrolled in mindfulness-based stress reduction. *Journal of clinical psychology*. 2016; 73 (3), 1-17.
18. Bazzano A, Wolf CH, Zylowska L, Wang S, Schuster E, Barrett CH, Lehrer D. Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parenst and caregivers of individuals with developmental disabilities: A community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*. 2015; 15(5): 78-86.
19. Mohammadi M, Jazayeri A, Rafiei, A H, Jokar B, Pourshahbaz A. Investigating the Resiliency Factors in People at Risk of Drug Abuse, *Quarterly Journal of Advanced Psychological Research*. 2006; 1 (2): 224-203.
20. Sotoudehfar F. Comparison of the efficacy of rehabilitation therapy and schema therapy on resiliency and emotional regulation of adolescent girl with frontier personality with emotional failure, Master's thesis, Islamic Azad University, Najaf Abad. 2015.
21. Rosenberg A.R, Wolfe J, Bradford M.C, Shaffer M.L, Yi-Frazier J.P, Curtis J.R, Syrjala K.L, Baker K.S. Resilience and Psychosocial Outcomes in Parents of Children With Cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2013; 3(61), 552-557.



22. Zarnaghash M, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of treatment on mental health-based stress reduction on quality of life and resilience of amputee veteran spouses. *Quarterly Journal of Methods and Psychological Models*. 2016; 23 (1): 97-83.
23. Heidarian A, Zaharakar K, Mohsenzadeh F. The Effectiveness of Mindfulness Training on Resilience and Reduced Rumination in Female Patients with Breast Cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2016; 2 (1): 125-111.
24. Bagher Nejad O, Mousavi N. Impact of education on stress reduction on the basis of awareness and marital adjustment of women with addicted husbands. *World Conference on New Horizons in the Humanities, Future Studies and Empowerment*. Shiraz. 2015.
25. Abbasi M. The Effectiveness of Acceptance Training, Commitment and Emotion Regulation on Psychological Well-being, Adaptability and Risky Behaviors of Students with Mental Disorders, Faculty of Psychology and Educational Sciences. Ph.D. thesis. Unpublished.2013.
26. Alamdari E. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction and quality of life of infertile couples. Mohaghegh Ardebili University, Faculty of Education and Psychology, Master's thesis. Unpublished.2013.
27. Azadi S, Hosini A. The correlation of Social support tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in universities of Ilamprovince. *Journal of war and public health*. 2011; 3(12):48-58.
28. Curtis AJ. *Health Psychology*. London: Routledge.2000.
29. Amber SE. The role of mindfulness in affective forecasting. A thesis submitted to Kent State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts Manuel December.2009.
30. Babapour J. The relationship of metacognition components and mindfulness to obsessive beliefs among students. *J Sch Psychol*. 2014; 1(4):23-38.
31. Riso L. P, du Toit P. L, Stein D. J, Young J. E. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. Washington, DC, US: American Psychological Association.2007.
32. Leahy RL, Tirsch D. *Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.2011.
33. Nolen-Hoeksema S, McBride A, Larson J. Rumination and psychological distress among bereaved partners. *J Pers Soc Psychol*. 1997; 1(72):855-62.

*Original Article***Comparison of Schema Therapy Based on Group Therapy and Mindfulness – Based Stress Reduction on resiliency in mothers of children with cancer**

Received: 02/08/2019 - Accepted: 17/11/2019

Azadeh Seyf Hosseini<sup>1</sup>  
Javanshir Asadi<sup>2\*</sup>  
Akram Sanagoo<sup>3</sup>  
Afsaneh Khajvandkoshly<sup>4</sup>

PhD Student of Psychology, Golestan,  
Gorgan, Islamic Azad University, Gorgan  
Branch, Department of Psychology  
Assistant Professor, Golestan, Gorgan,  
Islamic Azad University, Gorgan Branch,  
Department of Psychology (Corresponding  
Author)

Associate Professor, Golestan, Gorgan,  
Golestan University of Medical Sciences,  
School of Nursing and Midwifery

Assistant Professor, Golestan, Gorgan,  
Islamic Azad University, Gorgan Branch,  
Department of Psychology

Email: javanshirasadi@gmail.com

**Abstract**

**Background:** Studies in Iran show that 0.2% of children and adolescents under 15 suffer from cancer. Having a child with cancer, the family is facing a lot of challenges for the mother and causes parents to spend a lot of energy and money on the child. In many cases, the pressure from child care seems to increase to the extent that the mental health of parents has undergone a destructive change and, as a result, affects the care of these children. The purpose of this study was to compare the effectiveness of group-based schema therapy and Mindfulness-based stress reduction program on the resilience of mothers of children with cancer.

**Materials and methods:** This quasi-experimental design was a pretest-posttest with control group. The statistical population of this study was all mothers of children with cancer in Taleghani Children's Hospital of Gorgan during the first half of 1397, 30 mothers were selected by available sampling method and randomly assigned to two groups of test and one control group. Based on the protocol developed Experimental groups participated in Schema Therapy sessions (12 sessions) and Mindfulness Based Stress Reduction Program (8 sessions). Control group subjects received no treatment or intervention. The research tool was a questionnaire of 25 questioners by Conner and Davidson (2003). Data were analyzed using SPSS software, descriptive statistics and one-variable covariance analysis.

**Results:** The findings of this study showed that the F value for the resilience variable at the post-test stage at the significant level  $P < 0.05$  was significant. In other words, the effect of Schema Therapy technique on resiliency Obtained ( $F = 109.35$ ,  $P < 0.001$ ) And the effect of mindfulness-based stress reduction technique training on resilience Obtained ( $F = 35.46$ ,  $P < 0.001$ ), Which represents Significant changes in the research process in the experimental groups and The efficacy of the two treatments was similar.

**Conclusion:** Schema therapy and mindfulness-based stress reduction programs Led to increase resilience in the experimental group in the post-test phase. As a result, we can use schema therapy and mindfulness-based stress reduction programs as useful interventions on resiliency in mothers of children with cancer.

**Keywords:** Schema Therapy Based on Group Therapy, Mindfulness–Based Stress Reduction, Resilience, Cancer.