

Presenting a Structural Model of Depression based on Initial Maladaptive Schemas and Resilience Mediated by Self-Compassion in Cancer Patients

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Soroush Shahbeik¹,
Ameneh Moazedian^{2*},
Parviz Sabahi³,
Arsalan Khan Mohammadi Otaghsara⁴

How to cite this article

Soroush Shahbeik, Ameneh Moazedian, Parviz Sabahi, Arsalan Khan Mohammadi Otaghsara, Presenting a Structural Model of Depression based on Initial Maladaptive Schemas and Resilience Mediated by Self-Compassion in Cancer Patients, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2022:5(4); 360-369

1. PhD Student, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran

* Correspondence:

Address:
Phone:
Email: amenehameneh540@gmail.com

Article History

Received: 2021/12/08
Accepted: 2022/03/10
ePublished: 2022/03/16

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to predict depression based on early maladaptive schemas and resilience by considering the mediating role of self-compassion in cancer patients.

Materials and Methods: The research method was descriptive correlation. The statistical population in this study included all cancer patients referred to the Cancer Institute of Imam Khomeini and Milad Hospitals in Tehran. The sample size was 300 cancer patients who were selected based on the inclusion and exclusion criteria of the study and by available sampling method. The research instruments included the Nef Self-Compassion Questionnaire (2003), the Young Young Early maladaptive Schemas Questionnaire (1998), the Connor-Davidson Resilience Questionnaire (2005), and the Beck Depression Inventory (1961). The collected data were analyzed by structural equation modeling and Amos software.

Findings: The results of data analysis showed that the prediction model of depression based on initial maladaptive schemas and resilience, considering the mediating role of self-compassion based on experimental data, has a good fit.

Conclusion: Also, the direct and indirect effects of early maladaptive schemas and resilience were confirmed by considering the mediating role of self-compassion and hope in depression in cancer patients ($p < 0.05$).

Keywords: Depression, Early maladaptive schemas, Resilience, Self-compassion

ارائه مدل ساختاری افسردگی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و تاب آوری با میانجی گری شفقت بر

خود در بیماران مبتلا به سرطان

سروش شاه بیک^۱

دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

آمنه معاضدیان^{۲*}

استادیار، گروه روان شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

پرویز صباچی^۲

استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

ارسلان خان محمدی اطاقسرا^۴

استادیار، گروه روان شناسی، واحد آیت ... آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر پیش بینی افسردگی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و تاب آوری با در نظر گرفتن نقش میانجی شفقت بر خود در بیماران مبتلا به سرطان بود.

مواد و روش ها: روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه ی آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به انستیتو کانسر بیمارستان های امام خمینی و میلاد تهران بودند. تعداد افراد نمونه ۳۰۰ بیمار مبتلا به سرطان بود که براساس ملاک های ورود و خروج پژوهش و با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ی شفقت بر خود نف (۲۰۰۳)، پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه پانگ (۱۹۹۸)، پرسشنامه تاب آوری کونور-دیویدسون (۲۰۰۵) و مقیاس افسردگی بک (۱۹۶۱) بودند. داده های گردآوری شده با روش مدل سازی معادلات ساختاری و نرم افزار Amos تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج تحلیل داده ها نشان داد که مدل پیش بینی افسردگی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و تاب آوری با در نظر گرفتن نقش میانجی شفقت بر خود براساس داده های تجربی از برازش مطلوبی برخوردار است.

نتیجه گیری: همچنین اثر مستقیم و غیرمستقیم طرحواره های ناسازگار اولیه و تاب آوری با در نظر گرفتن نقش میانجی شفقت بر خود و امیدواری بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان مورد تأیید قرار گرفت. ($p < 0.05$)

واژگان کلیدی: افسردگی، طرحواره های ناسازگار اولیه، تاب آوری، شفقت بر خود

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۹

* نویسنده مسئول: amenehameneh540@gmail.com

مقدمه

سرطان ۱ یکی از بیماری های خطرناک و پیچیده است که ناشی از عوامل محیطی و ژنتیکی می باشد و سالانه خسارات جبران ناپذیر و فراوانی را به بیماران وارد می کند (۱). دغدغه ای که امروزه، سرطان را به عنوان یک معضل بهداشتی-درمانی در سطح جهان معرفی می کند و مبارزه با آن را از اولویت های نظام سلامت قرار می دهد، رشد فزاینده تعداد مبتلایان به این بیماری در سر تا سر جهان و حتی در ایران است (۲). اکثر سرطان ها در کشورهای در حال توسعه و با وضعیت درآمد پایین و متوسط زندگی از قبیل کشورهای واقع در آمریکای جنوبی و آسیا اتفاق می افتد. بر اساس گزارش های اعلام شده سالیانه بیش از ۱۴ میلیون مورد جدید سرطان اتفاق می افتد که بیشتر این سرطان ها در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد (۳). سرطان به عنوان یک عامل استرس زای منفی، تاثیر جدی بر سلامت جسمی و روانی مبتلایان خواهد گذاشت به طوری که پژوهش ها نشان داده اند که بیماران مبتلا به این بیماری، سطح بالایی از آشفتگی روانی را تجربه می کنند (۴).

مطالعات نشان داده است که شیوع افسردگی ۲ در بیماران مبتلا به سرطان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از جمعیت عادی گزارش شده است (۵). بر اساس تحقیقات انجام شده در دانشگاه کالیفرنیا، بیماران مبتلا به سرطان در برابر برخی مشکلات روحی بسیار آسیب پذیر هستند، این گروه اغلب رفتارهای پرخطرانه و تهاجمی از خود نشان می دهند که در صورت عدم رسیدگی منجر به افسردگی حاد و حتی مرگ زودرس آنها می شود (۶). بدیهی است زمانی که فرد مبتلا به سرطان تشخیص داده می شود، می تواند بر ابعاد روان شناختی، عاطفی و جسمانی این افراد تاثیر گذار باشد (۷). افسردگی در حال حاضر جدی ترین بیماری قرن تلقی شده و به گزارش دانشگاه هاروارد تا سال ۲۰۲۰ در رتبه اول یا دوم بیماری های شایع قرار می گیرد (۸). سازمان بهداشت جهانی، افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است (۹). همچنین افسردگی یکی از مهم ترین اختلالات عصب روانپزشکی است که امکان ابتلا به آن در طول عمر در حدود ۱۷ درصد است و تقریباً ۱۰ درصد از انسان ها در سراسر دنیا نیازمند درمان جدی آن هستند (۱۰).

نتایج پژوهش های اخیر نشان می دهد یکی از متغیرهای مرتبط با افسردگی در افراد، طرحواره های ناسازگار اولیه ۳ می باشد (۱۱). طرف دیگر نتایج پژوهش ژانگ ۴ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد بین طرحواره های ناسازگار اولیه و نشانه های افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. آن جا که طرحواره ها عمیق ترین سطوح شناختی و هسته مرکزی شخصیت فرد را در بردارند، به نظر می رسد افسردگی با طرحواره های ناسازگار اولیه در ارتباط است و نقش مهمی در

3- Early Maladaptive Schemas

4 -Zhang

1 -cancer

2 -depression

مقاومت بیشتری دارند، بیشتر احتمال دارد معنای مثبتی در استرس‌هایی که تجربه می‌کنند پیدا کنند (۲۰) به طرز مؤثری با استرس‌های زندگی‌شان مواجه شوند و به طور انعطاف‌پذیری خود را با آن‌ها انطباق دهند (۲۱).

پژوهش‌های اخیر به مفهوم شفقت بر خود و نقش آن در شکل‌گیری سلامت روان و پیشگیری از اختلالات روانی پرداخته‌اند (۲۲). مفهوم شفقت بر خود به معنای تجربه‌پذیری و تحت‌تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل‌تحمل‌تر نماید تعریف شده است. همچنین این مفهوم به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت‌گرایانه در رابطه با آن‌هاست. علاوه بر این، دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزئی از مسائلی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌کنند (۲۳). نف (۲۰۰۳) شفقت بر خود را به عنوان سازه‌ای مولفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی ۹ در مقابل انزوا ۱۰ و ذهن آگاهی ۱۱ در مقابل همانندسازی افراطی ۱۲ تعریف کرده است. ترکیب این مولفه‌ها مشخصه هر فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. در آموزش شفقت بر خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که مهربانی با خود، اشتراک انسانی و ذهن آگاهی با احساس‌تنهایی رابطه مثبت دارد و شفقت بر خود اثر مستقیم بر احساس‌تنهایی دارد (۲۴). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که افرادی که خودشفقت ورز هستند سلامت روانی بیشتری را نسبت به افرادی که خودشفقت ورزی کمتری دارند، تجربه می‌کنند. زیرا تجربه درد و شکست از طریق خودمحکوم‌سازی، احساس انزوا، بزرگ‌نمایی افکار و احساسات تقویت می‌شود. همچنین داشتن احساس خودشفقت ورزی دلالت بر این دارد که فرد تلاش می‌کند که از تجربه درد جلوگیری نماید. این امر منجر به بروز سبک‌های مقابله فعال در جهت ارتقا و حفظ سلامت روانی می‌شود (۲۵). پژوهش‌های متعددی در خصوص ارتباط شفقت بر خود و سلامت روان در افراد مبتلا به سرطان انجام شده است (۲۶). به طور مثال پرزدسکی ۱۳، شرم‌من ۱۴، بایلی ۱۵، تایلور ۱۶، فولی ۱۷ و استالگیس-بیلینسکی ۱۸ (۲۰۱۳) نشان داد که شفقت بر خود عامل میانجی در ارتباط پریشانی روانی و تغییرات در تصویر تن زنان دچار سرطان سینه می‌باشد. به این نحو که زنانی که به دلیل پیشرفت بیماری مجبور به برداشتن سینه کرده‌اند استرس

بهداشت روانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان ایفا می‌کند (۱۲). واژه "طرحواره" در روانشناسی، تاریخچه‌ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این ادراک از طریق طرحواره، واسطه‌مندی می‌شود و پاسخ‌های افراد توسط طرحواره‌ها جهت پیدا می‌کنند و در حقیقت طرحواره بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایزکننده یک واقعه است (۱۳). طرحواره‌های ناسازگار اشاره به چارچوب‌های شناختی ناکارآمد برای دیدن خود و دیگران دارد که عمدتاً در پاسخ به حوادث نامطلوب کودکانه وجود آمده‌اند و به دنبال آن از طریق یک زندگی فردی گسترش پیدا کرده‌اند (۱۴). یانگ (۱۹۹۸) فرض کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در هسته اختلالات شخصیت، مشکلات منشی و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک قرار دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت‌واره‌ها تشکیل شده‌اند و با جنبه‌های مخرب تجارب دوران کودکی افراد گره خورده‌اند و به شیوه‌ای سازمان‌یافته در سراسر زندگی در قالب الگوهای تکرار می‌شوند (۱۵).

از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده است که میزان تاب‌آوری ۲ در بیماران مبتلا به سرطان بسیار حائز اهمیت است (۱۶). از طرفی نتایج پژوهش بهشتی و حاجبی (۱۳۹۷) نشان داد بین تاب‌آوری و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. تاب‌آوری به توانایی انطباق موفق با شرایط چالش‌برانگیز و تهدیدآمیز و همچنین رشد شایستگی تحت شرایط سخت اشاره دارد (۱۷). بنابراین تاب‌آوری می‌تواند به عنوان رشد مثبت یا سازگاری به دنبال دوره‌هایی از به هم ریختگی تعادل فرد توصیف شود (۱۸). نظریه‌های فعلی تاب‌آوری را سازه‌ای چندبعدی متشکل از متغیرهای سرشتی ۳، مانند: مزاج ۴ و شخصیت ۵، همراه با مهارت‌های مخصوص، مثل مهارت حل مسئله، می‌دانند (۱۹). ویژگی‌ها و موقعیت‌شخص می‌توانند در صورتی که بعد از شرایط تنش‌زا به پیامد‌های سالم منجر شوند فرایند‌های تاب‌آوری را تعیین کنند. پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که برخی افراد تاب‌آور، پس از رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمول خود باز می‌گردند و حتی عملکرد برخی پس از رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و دشواری‌ها نسبت به گذشته ارتقا پیدا می‌کند. افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، در برابر آسیب‌ها و استرس‌های اجتناب‌ناپذیر تجربه

- 10 -isolation
- 11 -mindfulness
- 12 -over-identification
- 13 -Przezdziecki
- 14 -Sherman
- 15 -Baillie
- 16 -Taylor
- 17 -Foley
- 18 -Stalgi-Bilinski

- 1 -Young
- 2 -resilience
- 3 -constitutional
- 4 -temperament
- 5 -personality
- 6 -self-compassion
- 7 -self-kindness
- 8 -self-judgment
- 9 -common humanity

لازم به ذکر است که ملاک های ورود در یک مصاحبه ی مقدماتی قبل از ارائه پرسشنامه ها از مبتلایان به سرطان پرسیده شد و در صورت دارا بودن ملاک ها پرسشنامه ها اجرا شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه طرحواره یانگ- فرم کوتاه (فرم ۷۵ ماده ای) نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF)، یک ابزار خودگزارشی شامل زیر مجموعه ای از ۷۵ ماده است که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را در ۵ حوزه می سنجد. در این پرسشنامه از بیماران خواسته می شود با استفاده از مقیاس لیکرت ۶ درجه ای، میزان موافقت خود را با هر ماده مشخص کنند. در این پرسشنامه هر ۱۵ سوال، یک طرحواره را می سنجد. چنانچه میانگین نمره هر خرده مقیاس بالاتر از ۴۵ باشد، آن طرحواره ناکارآمد خواهد بود. براین اساس نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۲۲۵ است.

طرحواره هایی که این پرسشنامه می سنجد عبارت اند از: طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد.

مطالعه ای والر، میر و اهانیان (۲۰۰۱) نشان داد که پرسشنامه ی طرحواره یانگ برای سنجش طرحواره های ناسازگار در افراد مبتلا به اختلالات خوردن، از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است. لی، تیلور و دان (۱۹۹۹) نیز روایی سازه رضایت بخشی را برای نسخه استرالیایی پرسشنامه طرحواره یانگ گزارش کرده اند. نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه از سیزده طرحواره (۲۸) و پانزده طرحواره (۲۹) در میان شانزده طرحواره مطرح شده، حمایت کردند. قتی، موتابی، دابسون و مولودی (۲۰۰۹) نسخه فارسی این پرسشنامه را روی نمونه ای ۵۱۳ نفری از دانشجویان ایرانی هنجاریابی کردند و میزان همسانی درونی را در ۵ زیرمقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ گزارش نمودند.

پرسش نامه تاب آوری کونور-دیویدسون (CD-RISC) این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که سازه تاب آوری را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت می سنجد هر عبارت بر اساس یک مقیاس لیکرت بین ۰ (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره گذاری می شود و دامنه نمره گذاری آن ۱۰۰- است. براین اساس نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۵۰ است.

محمدی (۱۳۸۴) مقیاس مذکور را برای ۲۴۸ نفر اجرا نمود و پایایی آن را با روش همسانی درونی آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی آن را به شیوه تحلیل عاملی تایید شد، و آن را برای استفاده در ایران انطباق داد. پایایی این پرسشنامه علاوه بر هنجاریابی اولیه، توسط کرمیرزا نیکوزاده (۱۳۸۸) مجدداً با ضریب آلفای کل برابر با ۰/۹۰ محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز

و پریشانی روانی بیشتری را تجربه می کنند با این حال عامل محافظت کننده ی این افراد خودشفقت ورزی بوده است.

با توجه به افزایش اختلال افسردگی در جامعه امروز ایران، تحقیقات در مورد سبب شناسی و همچنین عوامل موثر بر شکل گیری این اختلال، کمتر صورت گرفته است. از سوی دیگر در سبب شناسی افسردگی، بخش مهمی از آن در نتیجه تجارب اولیه است. در واقع بسته به نوع روابط اولیه، طرحواره های ناسازگار اولیه، تاب آوری و شفقت بر خود شکل می گیرد. بنابراین مسئله پژوهش حاضر بررسی این سوال است که در قالب یک مدل، آیا مدل ساختاری افسردگی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه، تاب آوری با میانجی گری شفقت بر خود در بیماران مبتلا به سرطان از برازش مطلوبی برخوردار است؟

مواد و روش ها

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ شیوه گردآوری داده ها و تحلیل آنها به روش توصیفی و از نوع طرح های همبستگی و روش مدل یابی معادلات ساختاری می باشد.

جامعه ی آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به انستیتو کانسر بیمارستان های امام خمینی و میلاد تهران بود.

با توجه به نوع مطالعه و تعداد متغیرهای پیش بین در تحلیل معادلات ساختاری بنا به توصیه محققان (۲۷)، حجم نمونه باید حداقل ۱۰ برابر تعداد متغیرها به اضافه ۵۰ باشد. در پژوهش حاضر در مجموع ۱۴ متغیر مکنون و مشاهده شده وجود دارد (۱۹۰=۵۰+۱۴×۱۰). بنابراین حداقل ۱۹۰ نمونه مورد نیاز است. در این مطالعه برای کاهش خطای نمونه برداری و جلوگیری از افت آزمودنی ها تا ۳۰۹ نفر افزایش داده شد که ۹ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن حذف شد و عملیات آماری بر روی ۳۰۰ آزمودنی صورت گرفت. لازم به ذکر است که نرخ پاسخ دهی در این پژوهش ۹۷ درصد بود.

همچنین برای انتخاب نمونه مورد پژوهش از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد، به این صورت که از بین بیماران مبتلا به سرطان ۳۰۹ نفر براساس ملاک های ورود و خروج پژوهش به عنوان گروه نمونه انتخاب شد.

ملاک های ورود افراد به پژوهش جهت کنترل متغیرهای مداخله گر عبارت بودند از:

قرار داشتن در رده سنی (۳۰-۶۰) سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، ابتلا به سرطان و با حداقل ۱ ماه زمان بیماری و قرار داشتن در فرآیند درمان، عدم سابقه یا ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی (مانند اختلالات سایکوتیک، دوقطبی و افسردگی اساسی، اختلالات عصبی- شناختی و سوء مصرف مواد) طی یک سال گذشته.

این پرسشنامه را بک، ۱۹۶۱، در مورد بیماران روانی به کار برد و ثابت کرد این آزمون قادر به تفکیک بیماران افسرده از دیگر بیماران روانی و افراد سالم است. جنبه‌هایی که در آزمون بک به دست آمده اند بر مبنای بستگی آن‌ها به تظاهرات آشکار رفتار در بیماری افسردگی انتخاب شده است.

در تحقیق حجت، مهربار و شاپوریان (۱۹۸۶)، روایی و پایایی آزمون بک را در مورد دانشجویان ایرانی تایید کرده‌اند. ضریب آلفای گروه دانشجویان مقیم آمریکا ۸۵٪ و برای دانشجویان داخل ایران ۸۳٪ بوده است. برای ساخت پایایی آزمون بک از روش دوباره سنجی استفاده شده است. این آزمون‌ها به فاصله ۳ هفته با پایایی ۶۱٪ انجام گرفته است.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های جمعیت شناختی نشان داد ۶۰/۶۷ درصد نمونه را بیماران زن و ۳۹/۳۳ درصد را مردان تشکیل می‌دهند. همچنین بیشترین فراوانی برای بیماران با سن بین ۵۱ تا ۶۰ سال (۵۱/۶۷ درصد) می‌باشد.

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول (۱) آورده شده است.

فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است.

پرسشنامه استاندارد شفقت به خود نف (۲۰۰۳)

پرسشنامه شفقت ورزی به خود توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۶ گویه است با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (تقریباً هر گز=۱ تا تقریباً همیشه=۵)، شفقت ورزی به خود را می‌سنجد.

این پرسشنامه دارای سه مقیاس دو قطبی: مهربانی با خود در برابر قضاوت و داوری در برابر خود؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ بهشیاری در مقابل همانند سازی افراطی است. این ۳ زیر مقیاس در مجموع واریانس کل را تبیین می‌کنند.

نف (۲۰۰۳) ضرایب پایایی سه خرده مقیاس را به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش کرده است و ضریب پایایی کل آزمون از طریق بازآزمایی (بعد از سه هفته) ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش خسروی و همکاران، ۱۳۹۲ روایی پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان این حوزه تأیید شده است. در پژوهش خسروی و همکاران، ۱۳۹۲ پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ به دست آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک

جدول ۱. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق

شاخص آماری مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
شایستگی فردی	۱۰.۳۵	۳.۷۲	-۰.۳۱	-۱.۱۰
اعتماد فردی	۱۵.۷۱	۶.۰۳	-۰.۴۷	-۱.۲۲
تحمل عاطفه منفی	۱۵.۳۵	۶.۲۵	-۰.۴۵	-۱.۳۲
پذیرش تغییر	۱۲.۵۴	۶.۱۵	۰.۲۴	-۱.۳۷
کنترل معنوی	۱۵.۰۶	۶.۴۰	-۰.۳۵	-۱.۴۴
طرد و بریدگی	۴۷.۵۸	۱۱.۹۲	۰.۴۹	-۱.۱۸
خودگردانی و عملکرد مختل	۴۸.۷۵	۱۱.۶۶	۰.۴۰	-۱.۲۱
گوش به زنگی	۴۸.۲۴	۱۲.۳۷	۰.۴۷	-۱.۲۰
محدودیت‌های مختل	۴۹.۰۴	۱۲.۸۵	۰.۳۸	-۱.۳۷
دیگر جهت مندی	۴۱.۳۲	۹.۶۰	۱.۶۷	۱.۹۶
مهربانی	۱۶.۱۸	۳.۸۰	۰.۱۰	-۰.۴۶
انسانیت مشترک	۱۹.۰۸	۳.۸۳	-۰.۳۰	-۰.۴۶
بهشیاری	۱۶.۸۱	۴.۲۳	۰.۳۷	-۰.۱۲
افسردگی	۳۱.۴۱	۷.۶۰	۰.۶۹	-۰.۱۳

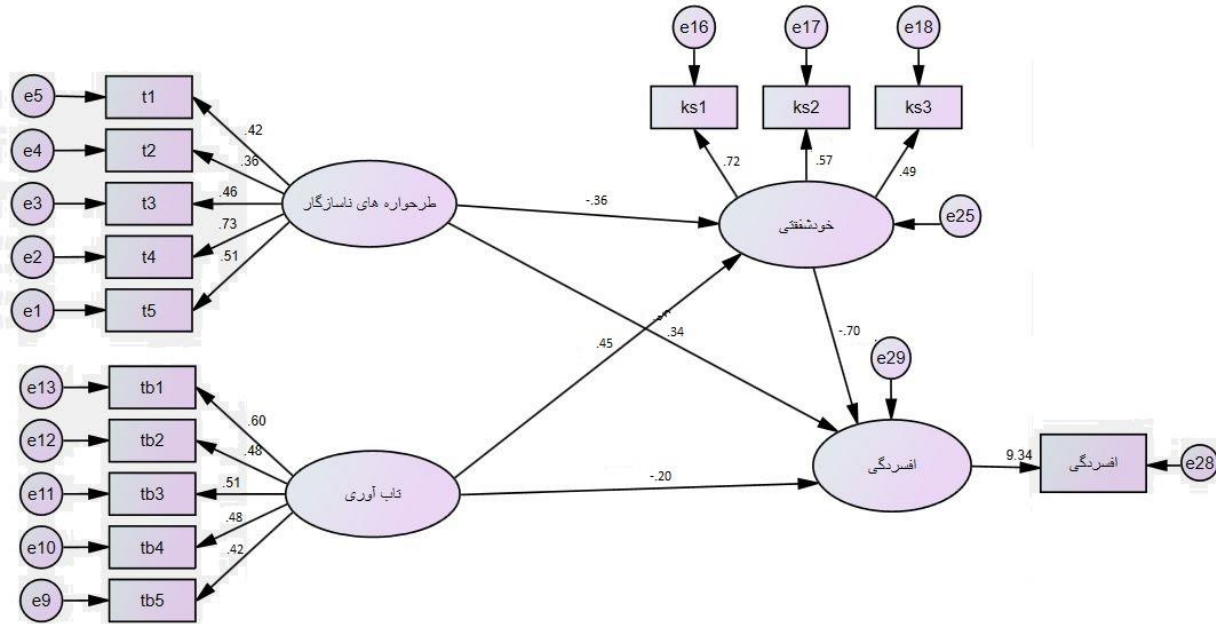
نتایج جدول نشان می‌دهد از بین ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشترین میانگین مربوط به محدودیت‌های مختل است. همچنین براساس داده‌های جدول مشخص می‌شود که شاخص کجی و کشیدگی هیچ یک از نشانگرها خارج از بازه (۳، -۳) نیست و بنابراین می‌توان آنها را نرمال یا تقریب نرمال در نظر گرفت. یکی

از مفروضه‌های مدلسازی معادلات ساختاری نرمال بودن توزیع چند متغیری است. برای این منظور در نرم افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری مardia استفاده می‌شود. بنتلر (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کند که مقادیر بزرگتر از ۵ برای ضریب مardia نشان دهنده توزیع غیر نرمال داده‌ها است (۳۰). مقدار ضریب مardia برای

1 Bentler

نتایج مربوط به اجرای مدل در حالت استاندارد شده به همراه برخی از مهمترین شاخص‌های برازش مدل اولیه در شکل و جدول زیر ارائه شده است.

داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۲/۰۵ است که نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن چند متغیره برقرار است. زمانیکه داده‌های پیوسته به طور قابل توجهی از نرمال بودن انحراف ندارند می‌توان روش برآورد بیشینه درست نمایی (ML) را مورد استفاده قرار داد.



شکل ۱. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	مقدار	نام شاخص
حد مجاز		
کمتر از ۳	۱.۲۸	$\frac{\chi^2}{df}$
کمتر از ۰/۱	۰.۰۳	ریشه میانگین خطای براوربرآورد ۲
بالاتر از ۰/۹	۰.۹۷	برازندگی تعدیل یافته ۳
بالاتر از ۰/۹	۰.۹۶	برازندگی نرم شده ۴
بالاتر از ۰/۹	۰.۹۶	نیکویی برازش ۵
بالاتر از ۰/۹	۰.۹۴	نیکویی برازش اصلاح شده ۶

برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است.

به طور کلی در کار با برنامه اموس هر یک از شاخص‌های بدست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. مقدارهای بدست آمده

- 4 Normed Fit Index
- 5 Goodness of Fit Index (GFI)
- 6 Goodness of Fit Index (AGFI)

- 1 Maximum Likelihood
- 2 Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)
- 3 Comparative Fit Index (CFI)

جدول ۳. ضرایب و معناداری اثر مستقیم و غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تاب‌آوری بر افسردگی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
افسردگی	طرحواره‌ها	مستقیم	۰.۳۴	۳.۵۸	۰.۰۰۱
افسردگی	طرحواره‌ها	غیرمستقیم	۰.۲۵	۲.۷۸	۰.۰۰۷
افسردگی	تاب‌آوری	مستقیم	-۰.۲۰	-۲.۴۱	۰.۰۲
افسردگی	تاب‌آوری	غیرمستقیم	-۰.۳۱	-۳.۴۲	۰.۰۰۱

آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که تاب‌آوری اثر مستقیم بر افسردگی داشته است، رابطه تاب‌آوری با افسردگی به صورت مستقیم برابر ($t = -۲/۴۱$ و $\beta = -۰/۲۰$) و معنادار است. رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با افسردگی به صورت مستقیم برابر ($t = ۳/۵۸$ و $\beta = ۰/۳۴$) و معنادار است. همچنین آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم تاب‌آوری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان به واسطه‌ی شفقت بر خود با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است ($p < ۰,۰۵$).

نتیجه‌گیری

نتایج آزمون آماری نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر متغیر افسردگی هم اثر مستقیم و هم اثر غیرمستقیم معنی‌داری دارد و با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افسردگی بیماران مبتلا به سرطان افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته در ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عامل پیش‌بینی‌کننده برای کاهش پذیرش خود است. در انزوای اجتماعی و بیگانگی این احساس به فرد دست می‌دهد که با دیگران متفاوت است. بنابراین از دیگران کناره‌گیری می‌کند و احساس می‌کند به جامعه یا گروه خاصی تعلق خاطر ندارد. در یافته‌های ینگ و همکاران افرادی که طرحواره انزوای اجتماعی و بیگانگی دارند در پذیرش خود نیز دچار مشکل هستند، زیرا فرد ابتدا با خود احساس بیگانگی و غریبی می‌کند، از نیازها و نقاط ضعف و قوت خویش ناآگاه می‌شود و تلاشی برای آشتی با خود نمی‌کند. این در حالی است که او همان‌گونه که خود را نمی‌پذیرد، از پذیرش دیگران و برقراری رابطه صمیمانه سر باز می‌زند. بیماری سرطان یکی از عواملی است که باعث می‌شود که فرد دست از فعالیت‌های اجتماعی بکشد و از نظر اجتماعی محدودتر می‌شود. در واقع تنهایی و انزوا از عمده مشکلاتی است که بیماران با آن روبه‌رو می‌شوند.

از سویی بیماران دارای طرحواره ناسازگار به جای رسیدگی به نیازهای خود، دنبال ارضاء نیازهای دیگران هستند. آنها این کار را برای دستیابی به تأیید، تداوم رابطه هیجانی یا اجتناب از انتقام انجام می‌دهند. آنها در دوران کودکی آزاد نبوده‌اند تا از تمایلات طبیعی خودشان پیروی کنند و در بزرگسالی به جای اینکه از درون جهت‌دهی شوند از محیط بیرونی تأثیر می‌پذیرند و از خواسته‌های دیگران تبعیت می‌کنند. ریشه تحولی طرحواره‌های این حیطة مبتنی بر پذیرش مشروط است. در اکثر این خانواده‌ها، والدین به جای توجه

و اهمیت قائل شدن به نیازهای منحصر به فرد کودک، بیشتر نیازهای هیجانی یا منزلت اجتماعی خود را مهم می‌دانند. معمولاً اینطور به نظر می‌رسد که تمایلات، عقاید و احساسات فرد، فاقد ارزشمند یا برای دیگران اهمیت ندارند. این طرحواره‌ها، اغلب به شکل اطاعت افراطی همراه با حساسیت بیش از حد نسبت به احساسات دیگران تجلی می‌یابد. این طرحواره به طور کلی منجر به خشمی می‌شود که در قالب یک سری نشانه‌های ناسازگارانه از جمله رفتارهای منفعل پرخاشگرانه، طغیانهای عاطفی کنترل نشده، علائم روان تنی، کناره‌گیری از عواطف آشکار می‌شود که همگی در راستای افزایش افسردگی هستند (۳۱).

نتایج آزمون آماری نشان داد تاب‌آوری بر افسردگی، به صورت مستقیم و همچنین از طریق شفقت بر خود اثر می‌گذارد.

در توجیه این یافته باید گفت که تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت‌نفس و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. بر این اساس، تاب‌آوری از طریق تقویت عزت‌نفس به عنوان یک مکانیزم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و کاهش افسردگی منتهی می‌شود و این افراد توانایی سازگاری‌شان با مشکلات بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخوردار نیستند. از طرفی، هر چه فرد قدرت بیشتری در تاب‌آوری مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و از سلامت بالاتری بهره‌مند می‌شود. به نظر می‌رسد که افراد تاب‌آور، به طرز خلاقانه و انعطاف‌پذیری به مسائل می‌نگرند، برای حل آن‌ها طرح و برنامه‌ریزی می‌کنند و نسبت به درخواست کمک از دیگران دریغ نمی‌ورزند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که این عوامل باعث می‌شود فرد از افسردگی پایین‌تری برخوردار باشد.

از سوی دیگر در تبیین این اثر باید به ماهیت تاب‌آوری اشاره کرد. همان‌گونه که برنز و آنستی (۲۰۱۰) بیان می‌کنند افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی باعث افزایش عزت‌نفس و مقابله موفق با تجربیات منفی می‌شود. از سویی دیگر ویژگی‌های مثبت اشخاص تاب‌آور مثل مشارکت در رفتارهای ارتقاء سلامتی، لذت بردن از چالش، تفسیر مثبت هیجانات منفی و استفاده از راهبردهای انطباقی متناسب با موقعیت، شاخص‌های سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۲، ۳۳).

در نهایت باید گفت که با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کند. تاب‌آوری، با تعدیل و کم‌رنگ‌تر کردن عواملی

3. Kimura T, Egawa S. Epidemiology of prostate cancer in Asian countries. *International Journal of Urology*. 2018 Jun;25(6):524-31.
4. Hong JF, Zhang W, Song YX, Xie LF, Wang WL. Psychological distress in elderly cancer patients. *International Journal of Nursing Sciences*. 2015 Mar 1;2(1):23-7.
5. Fervaha G, Izard JP, Tripp DA, Rajan S, Leong DP, Siemens DR. Depression and prostate cancer: A focused review for the clinician. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* 2019 Apr 1 (Vol. 37, No. 4, pp. 282-288). Elsevier.
6. Erim DO, Bensen JT, Mohler JL, Fontham ET, Song L, Farnan L, Delacroix SE, Peters ES, Erim TN, Chen RC, Gaynes BN. Prevalence and predictors of probable depression in prostate cancer survivors. *Cancer*. 2019 Oct 1;125(19):3418-27.
7. Peoples AR, Garland SN, Pigeon WR, Perlis ML, Wolf JR, Heffner KL, Mustian KM, Heckler CE, Peppone LJ, Kamen CS, Morrow GR. Cognitive behavioral therapy for insomnia reduces depression in cancer survivors. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2019 Jan 15;15(1):129-37.
8. Andrews PW, Maslej MM, Thomson Jr JA, Hollon SD. Disordered doctors or rational rats? Testing adaptationist and disorder hypotheses for melancholic depression and their relevance for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*. 2020 Dec 1;82:101927.
9. Boyle KA, Van Wickle J, Hill RB, Marchese A, Kalyanaraman B, Dwinell MB. Mitochondria-targeted drugs stimulate mitophagy and abrogate colon cancer cell proliferation. *Journal of Biological Chemistry*. 2018 Sep 1;293(38):14891-904.
10. Dunn BD, Roberts H. Improving the capacity to treat depression using talking therapies: Setting a positive clinical psychology agenda.
11. Gómez-Odrizola J, Calvete E. Longitudinal bidirectional associations

چون استرس و افسردگی، سلامت روانی افراد را تضمین می‌کند (۳۴). به نظر می‌رسد تاب‌آوری باعث عوامل محافظتی می‌شود که هم از جنبه روانی هم جنبه اجتماعی منجر به خوش‌بینی افراد نسبت به وقایع شده و در نتیجه حالت کنترل بر محیط افزایش یافته و به بهبود عملکرد و بهداشت روانی مثبت در آینده می‌انجامد (۳۵). یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم کنترل مدت ابتلا به سرطان بود که می‌تواند افسردگی شرکت‌کنندگان را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین با توجه به محدودیت‌های نمونه‌گیری، امکان کنترل وضعیت اقتصادی اجتماعی شرکت‌کنندگان در پژوهش فراهم نشد. براساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌هایی که با بیماران مبتلا به سرطان کار می‌شود، برای افزایش سطح افسردگی آنان از درمان مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی استفاده شود. از جمله مواردی که در مقابله با سرطان و کاهش افسردگی نقش دارد تاب‌آوری است. تاب‌آوری تنش را محدود نمی‌کنند و مشکلات را از بین نمی‌برند بلکه به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله سالم داشته باشند و با جریان زندگی حرکت کنند. تاب‌آوری ظرفیت مقاومت در برابر تنش است و با توجه به تنش‌های زیادی که بیماران مبتلا به سرطان با آن مواجه اند پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران حوزه‌ی بالینی و سلامت تلاش کنند که این قابلیت را برای سازگاری و غلبه بر خطرات و سختی‌ها تقویت کنند.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان و کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رساله نویسنده اول است که دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.SEMNAN.REC.1400.002 می‌باشد.

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

1. Bade BC, Cruz CS. Lung cancer 2020: epidemiology, etiology, and prevention. *Clinics in chest medicine*. 2020 Mar 1;41(1):1-24.
2. Hossein Pourfeizi Mohammad Ali, Azarfam Parvin, Adampour Zare Mina, Poladi Nasser. Prevalence of breast cancer in East Azerbaijan from September 2006 to September 2009 in comparison with September 2009 to September 2012. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*.

- research and therapy. 2006 Apr 1;44(4):585-99.
20. Moskowitz JT, Reich JW, Zautra AJ, Hall J. Handbook of adult resilience.
21. Zhang Z, Shi Z, Wang L, Liu M. Post-traumatic stress disorder, anxiety and depression among the elderly: A survey of the hard-hit areas a year after the Wenchuan earthquake. *Stress and Health*. 2012 Feb;28(1):61-8.
22. Trompetter HR, De Kleine E, Bohlmeijer ET. Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*. 2017 Jun;41(3):459-68.
23. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003 Jul 1;2(3):223-50.
24. Akın A. Self-compassion and obedient behavior. *Education and science*. 2010 May 20; 34 (152).
25. Booth NR, McDermott RC, Cheng HL, Borgogna NC. Masculine gender role stress and self-stigma of seeking help: The moderating roles of self-compassion and self-coldness. *Journal of Counseling Psychology*. 2019 Nov;66(6):755.
26. Brown SL, Hughes M, Campbell S, Cherry MG. Could worry and rumination mediate relationships between self-compassion and psychological distress in breast cancer survivors?. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2020 Jan;27(1):1-0.
27. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics, Allyn and Bacon, Boston, MA. Using Multivariate Statistics, 4th ed. Allyn and Bacon, Boston, MA.. 2001.
28. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure between dispositional mindfulness, maladaptive schemas, and depressive symptoms in adolescents. *Mindfulness*. 2020 Aug;11(8):1943-55.
12. Schaap GM, Chakhssi F, Westerhof GJ. Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*. 2016 Dec;53(4):402.
13. Young J, Klosko J, Wischer M. Schema therapy, a practical guide for clinical specialists. Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Andouz. Tehran.
14. Martin R, Young J. Schema therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2010;317.
15. Kakavand, Alireza, Nazari, Fatemeh, Mashhadi Farahani, Queen. Relationship between early maladaptive schemas with mothers' parenting styles and their children's externalized disorders. *Journal of Applied Psychology*, 2015; 9 (3): 115-135.
16. Fradelos EC. Connecting the dots: understanding the relationship between religiosity, psychological resilience and depression in breast cancer patients. *Progress in Health Sciences*. 2019;1:98-104.
17. Bozikas V, Parlapani E. Resilience in patients with psychotic disorder. *Psychiatrike= Psychiatriki*. 2016 Jan 1;27(1):13-6.
18. Richardson CM, Trusty WT, George KA. Trainee wellness: Self-critical perfectionism, self-compassion, depression, and burnout among doctoral trainees in psychology. *Counselling Psychology Quarterly*. 2020 Apr 2;33(2):187-98.
19. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour*

- of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research*. 1995 Jun;19(3):295-321.
29. Lee CW, Taylor G, Dunn J. Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive therapy and Research*. 1999 Aug;23(4):441-51.
30. Byrne BM. *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (multivariate applications)*.
31. Dainer-Best J, Lee HY, Shumake JD, Yeager DS, Beevers CG. Determining optimal parameters of the self-referent encoding task: A large-scale examination of self-referent cognition and depression. *Psychological Assessment*. 2018 Nov;30(11):1527.
32. Kaplan HB. Toward an understanding of resilience. In *Resilience and development 2002* (pp. 17-83). Springer, Boston, MA.
33. Werner EE, Smith RS. *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press; 1992.
34. Connor KM. Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of clinical psychiatry*. 2006 Jan 1;67(2):46-9.
35. Yu X, Zhang J. Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2007 Jan 1;35(1):19-30.