



## The Effectiveness of schema Therapy on Anxiety of Children with Cancer in Online Method

Maryam Samandari<sup>1</sup>, Fahimeh Namdarpour<sup>2\*</sup>

1. MSc. Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, College of Humanities, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran. Email: [maryamsmi9711@gmail.com](mailto:maryamsmi9711@gmail.com)
2. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Counseling, College of Humanities, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran. Email: [namdarpour@iaukhsh.ac.ir](mailto:namdarpour@iaukhsh.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article History:**

Received: 7 Dec 2021

Revised: 20 Jan 2022

Accepted: 3 Apr 2022

Published Online: 23 Aug 2023

**Keywords:**

Anxiety, Cancer, Children, Schema Therapy.

### ABSTRACT

The objective of this research endeavor was to assess the efficacy of online schema therapy in addressing anxiety among children diagnosed with cancer in Isfahan. Case study with a single experimental design involving ABA subjects and multiple baseline and follow-up assessments comprised the current investigation. The statistical population of the study comprised all children diagnosed with cancer attending Mahak Institute in Isfahan in 2021. For the purpose of this research, three children were intentionally selected and the Spans Child Anxiety Scale (SCAS) and Rijkeboer & de Boo's Schema Inventory for Children (SIC) were performed on them during 3 baseline sessions (A). The subjects were then administered eight 60-minute schema therapy sessions via the Internet (B). One month subsequent to the intervention, they participated in three follow-up sessions (C). The SPSS-20 software was utilized to conduct a visual analysis of graphs containing trend, stability, Percentage of Non-overlapping Data (PND), Percentage of Overlapping Data (POD), Means Percentage Improvement (MPI), and Means Percentage Reduction (MPR). The mean anxiety scores of subjects 1, 2, and 3 exhibited a decreasing trend from the baseline to the intervention and follow-up stages, as indicated by the results. Furthermore, the percentages of anxiety score reduction and improvement were as follows: 9% and 8% for subject 1, 10% and 11% for subject 2, and 10% and 11% for subject 3. As a result, online schema therapy may be utilized as an intervention method to alleviate anxiety in cancer-afflicted children.

**Cite this article:** Samandari, M., & Namdarpour, F. (2023). The Effectiveness of schema Therapy on Anxiety of Children with Cancer in Online Method. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(3), 257-272. doi: 10.22059/japr.2023.335032.644109.



**Publisher:** University of Tehran Press  
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.335032.644109>

© The Author(s).



## اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب کودکان مبتلا به سرطان به روش برخط

مریم سمندری<sup>۱</sup>، فهیمه نامدارپور<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران. رایانامه:

[marvamsmi9711@gmail.com](mailto:marvamsmi9711@gmail.com)

۲. نویسنده مسئول، استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران. رایانامه:

[namdarpour@iaukhsh.ac.ir](mailto:namdarpour@iaukhsh.ac.ir)

## چکیده

## اطلاعات مقاله

## نوع مقاله:

پژوهشی

## تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۱۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۶/۰۱

## کلیدواژه ها:

اضطراب، سرطان، طرحواره درمانی، کودکان.

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب کودکان مبتلا به سرطان شهر اصفهان به روش برخط بود. پژوهش حاضر از نوع پژوهش های مورد منفرد با طرح تجربی تک آزمودنی ABA همراه با خط پایه چندگانه و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی کودکان مبتلا به سرطان تحت پوشش مؤسسه محک شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین آن ها سه نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و پرسشنامه اضطراب کودکان اسپنس (SCAS) و پرسشنامه طرحواره کودکان ریجکوار و دبو (SIC) طی سه جلسه خط پایه (A) روی آنان اجرا شد. پس از آن افراد طی هشت جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت برخط تحت مداخلات طرحواره درمانی (B) و یک ماه پس از اتمام مداخلات طی سه جلسه تحت پیگیری (A) قرار گرفتند. درنهایت برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل دیداری نمودارها با شاخص های روند، ثبات، درصد داده های غیرهمپوش (PND)، درصد داده های همپوش (POD)، درصد بهبودی (MPI) و درصد کاهش نمرات (MPR) استفاده شد و داده ها با نرم افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شدند. براساس نتایج، میانگین نمرات اضطراب در آزمودنی های ۱، ۲ و ۳ از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری، کاهش داشت. همچنین درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات اضطراب در آزمودنی ۱ به ترتیب ۹ درصد و ۸ درصد، در آزمودنی ۲ به ترتیب ۱۰ درصد و ۱۱ درصد، و در آزمودنی ۳ به ترتیب ۱۰ درصد و ۱۱ درصد بود؛ بنابراین می توان از طرحواره درمانی به صورت برخط به عنوان یک روش مداخله ای برای کاهش اضطراب کودکان مبتلا به سرطان استفاده کرد.

استناد: سمندری، م. و نامدارپور، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب کودکان مبتلا به سرطان به روش برخط. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۳)،

doi: 10.22059/japr.2023.335032.644109

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.335032.644109>

© نویسنده گان.



## ۱. مقدمه

سرطان<sup>۱</sup> یکی از مشکلات اساسی بهداشت عمومی و از جمله تهدیدکننده‌ترین بیماری‌ها در سنین مختلف برای انسان است که با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و مختل شدن تقسیم سلولی آغاز و سبب می‌شود سلول‌ها به‌طور غیرطبیعی تقسیم شوند و در محیط اطراف به‌طور نامنظم رشد یابند (آمیکویسی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). در واقع علت سرطان مشخص نیست، بلکه به گروهی از بیماری‌ها با علائم، تظاهرات، درمان و پیش‌آگهی‌های مختلف اشاره دارد (مانسانو- شلوسر و سئولیم<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲).

سرطان در هر سنی قابل توجه است، ولی مرگ‌ومیر ناشی از آن در کودکان بیشتر از سایر بیماران است (کاکاجی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). سرطان اطفال شامل گروهی از بدخیمی‌ها است که هر کدام دارای شیوع، آسیب‌شناسی و میزان مرگ‌ومیر مخصوص به خود هستند (چستر و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). این بیماری که تنوع بیشتری از بیماری بزرگسالان دارد، شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر سنین ۱-۱۶ در کشورهای غربی است. شیوع سرطان در هر دو جنس در دوران قبل از بلوغ برابر است، اما در نوجوانی نسبت دختر به پسر ۲ به ۱ افزایش می‌یابد (کای و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). شایع‌ترین سرطان در دوران کودکی، سرطان خون حاد لنفوبلاستیم<sup>۷</sup> (ALL) است (کاکاجی و همکاران، ۲۰۲۰).

با پیشرفت‌های علمی بشر، روزبه‌روز میزان زنده ماندن کودکان در برابر سرطان افزایش می‌یابد، اما همچنان یکی از دلایل مهم مرگ‌ومیر ناشی از بیماری در کودکان است. علاوه بر این، نوع بیماری همراه با ماهیت تهاجمی درمان‌هایی نظیر شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، جراحی و درمان‌های دیگر می‌تواند تأثیرات زیان‌آور کوتاه‌مدت تا بلندمدت زیادی مانند درد، خستگی، پریشانی، تهوع و تغییر در خواب و خلق را برای کودکان در پی داشته باشد (استلیا-فوجر و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷).

بسیاری از افراد به‌خصوص کودکان که از ظرفیت روانی کمتری برخوردارند، در برابر این بیماری به هم می‌ریزند و درمانده می‌شوند و طیف وسیعی از اختلالات و پریشانی‌های روان‌شناختی از قبیل اضطراب را نشان می‌دهند (بردیسن و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰). شایم و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۲۰) و ترناکوستا و همکاران<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۶) در پژوهش‌های خود نشان دادند بیماران مبتلا به سرطان، اضطراب و پریشانی‌های روانی بیشتری از افراد سالم دارند و همین امر به کاهش امید به زندگی و افزایش خطر مرگ‌ومیر در آن‌ها منجر می‌شود.

بدن کودکان به دلیل انعطاف‌پذیری زیاد، خیلی سریع‌تر از بزرگسالان به درمان‌های سرطان پاسخ می‌دهد و بهبود پیدا می‌کند، ولی به‌رحال ناراحتی و پریشانی اغلب جزئی جدایی‌ناپذیر از سرطان و درمان آن برای کودکان است (آگویلا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۷). فرایند تشخیص، درمان و عوارض بیماری، بستری شدن کودک را در بیمارستان برای دوره‌های طولانی الزامی می‌کند که تجربه‌ای ناخوشایند، تحریک‌کننده و ترسناک است و به کودکان استرس می‌دهد. همچنین بستری شدن‌های مکرر، کودکان را از خانواده، مدرسه و محیط اجتماعی جدا می‌کند و افسردگی<sup>۱۳</sup>، اضطراب<sup>۱۴</sup>، استرس<sup>۱۵</sup> و احساس درماندگی در آن‌ها ایجاد می‌کند (هارپر و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۴)؛ به‌نحوی که پژوهش‌ها نشان داده‌اند درصد زیادی از کودکان مبتلا به سرطان، بسیار در معرض خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب قرار دارند (کیم و ایم<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۵؛ مارکوس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

1. Cancer
2. Amicucci et al.
3. Mansano-Schlosser & Ceolim
4. Kakaje et al.
5. Chester et al.
6. Kaye et al.
7. Acute lymphoblastic leukaemia
8. Steliarova-Foucher et al.
9. Bredicean et al.
10. Shime et al.
11. Trentacosta et al.
12. Aguilar
13. Depression
14. Anxiety
15. Stress
16. Harper et al.
17. Kim & Im

به این ترتیب یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی آسیب‌زا در کودکان مبتلا به سرطان، اضطراب است (یی و سیرجالا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). اضطراب، احساس گناه، خشم، نگرانی و دیگر فشارهای روانی و اجتماعی، طول دوره بیماری و درمان، بستری شدن در بیمارستان و افزایش هزینه‌های درمان، وضعیت روانی و آسیب‌های اجتماعی از جمله استرس‌هایی است که بر فرد مبتلا تأثیر می‌گذارد (مادی و کلینتون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). بروز این مشکلات روان‌شناختی، بر سیر بهبودی و آینده فرد تأثیر مخرب دارد (آمیکوئسی و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو پیشگیری، تشخیص و مداخله به‌موقع در زمینه کاهش مشکلات روان‌شناختی و از جمله اضطراب در کودکان مبتلا به سرطان، از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار است.

برای رفع مشکلات روان‌شناختی در کودکان بیمار، علاوه بر درمان دارویی، مداخلات روان‌شناختی متعددی طی سال‌های متوالی ارائه شده که یکی از آن‌ها درمان‌های مبتنی بر طرحواره با هدف شناسایی و درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آنان است (شاپ، چاکسی و وسترفاف<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). طرحواره یک ساختار، چارچوب، مضمون یا الگویی از محتوای شناختی است (گانگ و چن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸) که مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت‌واره‌ها را دربرمی‌گیرد (دیکهات و ارنتر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که شامل مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند (رنر و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸) و به‌عنوان زیرساخت‌های شناختی، با تشکیل باورهای غیرمنطقی (رنر و همکاران، ۲۰۱۸) و فعال شدن سطوحی از هیجان، مستقیم یا غیرمستقیم، به بروز آشفتگی‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب منتهی می‌شوند (تاملینسون و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). در این زمینه تیلور، بی و هادوک<sup>۹</sup> (۲۰۱۷) نیز معتقدند بعضی از این طرحواره‌ها در نتیجه تجارب ناگوار اولیه شکل می‌گیرند که ممکن است هسته اصلی اختلالات محور دو و بسیاری از اختلالات محور یک باشند. از این رو تغییر یا تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در فرایند روان‌درمانی می‌تواند به بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران منجر شود (فاسبیندر و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸). از این رو هدف اولیه طرحواره‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها است (هوفارت لادینگ و هوفارت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶).

رویکرد طرحواره‌درمانی، تحولی بنیادین در شناخت‌درمانی است و اثربخشی آن در پژوهش‌های مختلف مانند تأثیر طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان (بردیس و همکاران، ۲۰۲۰) و نیز کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (کینداینیز و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳) بررسی و تأیید شده است. با این حال علی‌رغم پژوهش‌های متعدد در زمینه تأثیر طرحواره‌درمانی، عمده پژوهش‌ها روی بزرگسالان انجام شده و یافته‌های پژوهشی در زمینه تأثیر طرحواره‌درمانی در کودکان بسیار محدود است. با توجه به خلأ موجود و نیز با توجه به اهمیت ارائه مداخلات مؤثر در زمینه کاهش اضطراب کودکان مبتلا به سرطان، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا طرحواره‌درمانی بر اضطراب کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است.

## ۲. روش

### ۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مورد منفرد<sup>۱۳</sup> است و در آن، از طرح تجربی تک‌آزمودنی ABA همراه با خط پایه چندگانه و پیگیری یک‌ماهه استفاده شد؛ به نحوی که در مرحله خط پایه، طی سه جلسه میزان اضطراب کودکان مبتلا به سرطان ارزیابی شد

1. Marcus
2. Yi & Syrjala
3. Madi & Clinton
4. Schaap, Chakhssi, & Westerhof
5. Gong & Chan
6. Dickhaut & Arntz
7. Renner et al.
8. Tomlinson et al.
9. Taylor, Bee, & Haddock
10. Fassbinder et al.
11. Hoffart Lunding, & Hoffar
12. Kindynis et al.
13. alone

(مرحله A)، سپس هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، مداخلات به روش برخط (مرحله B) اجرا و هر جلسه پس از اتمام مداخله، میزان اضطراب اندازه‌گیری شد. در نهایت یک ماه بعد از اتمام مداخلات، طی سه جلسه، ارزیابی به‌منظور پیگیری (مرحله A) صورت گرفت.

جامعه آماری پژوهش، تمامی کودکان مبتلا به سرطان در شهر اصفهان بودند که در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ تحت پوشش مؤسسه محک (مؤسسه خیریه حمایت از کودکان مبتلا به سرطان) شهر اصفهان قرار داشتند و تعداد آن‌ها ۵۱۹ نفر بود. از میان آن‌ها سه آزمودنی به‌صورت هدفمند و براساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت‌اند از: تحت پوشش مؤسسه محک، سن ۸ تا ۱۲، گذر دو سال از تشخیص بیماری و عبور از مرحله حاد، نداشتن سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی در شش ماه اخیر، عدم ابتلای هم‌زمان به بیماری مزمن دیگر که این معیار از طریق پرونده بیمار و خودگزارشی آن‌ها بررسی شد، دریافت‌نکردن هم‌زمان درمان‌های روان‌شناختی دیگر، تکمیل‌کردن پرسشنامه‌ها و رضایت کودک و خانواده او برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: تکمیل‌نکردن پرسشنامه‌ها، همکاری‌نکردن کودک برای شرکت در درمان به‌صورت برخط و دو جلسه غیبت از جلسات درمان.

## ۲-۲. ابزارهای پژوهش

### ۲-۲-۱. مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS)

این پرسشنامه برای ارزیابی اضطراب کودکان ۸-۱۵ ساله براساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV توسط اسپنس (۱۹۹۸) در استرالیا طراحی شد. پرسشنامه اسپنس (۱۹۹۸) دارای دو نسخه کودک (۴۵ ماده) و والد (۳۸ ماده) است (اسپنس، ۱۹۹۸). فرم کودک این پرسشنامه دارای ۴۵ سؤال است، اما فقط ۳۸ سؤال آن نمره‌گذاری می‌شود و شش عبارت آن که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند، محاسبه نمی‌شوند (سوالات ۱۱، ۱۷، ۲۶، ۳۱، ۳۸ و ۴۳). نمره‌گذاری براساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت به‌صورت هرگز (صفر)، گاهی (۱)، اغلب (۲) و همیشه (۳) تنظیم شده و شش مقیاس اضطراب جدایی<sup>۲</sup>، اضطراب اجتماعی<sup>۳</sup>، وسواس فکری-عملی<sup>۴</sup>، پنیک-بازارهراسی<sup>۵</sup>، اضطراب فراگیر<sup>۶</sup> و ترس از صدمات جسمانی<sup>۷</sup> را می‌سنجد. نمره کل این پرسشنامه صفر تا ۱۱۴ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر و نمره کمتر نشانه اضطراب کمتر است. پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی ۰/۹۲ گزارش شده است (اسپنس، بارت و تورنر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). در ایران نیز در پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۰۷) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده و شش عامل پرسشنامه با تحلیل عاملی تأییدی تأیید شده است. در پژوهش حاضر از فرم کودک این پرسشنامه استفاده شد.

### ۲-۲-۲. پرسشنامه طرحواره کودکان (SIC)

پرسشنامه طرحواره کودکان توسط ریجکبوهر و دبو<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۰) طراحی شده که شامل ۴۰ گویه است و ۱۱ طرحواره را در کودک می‌سنجد. خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه طرحواره کودکان عبارت‌اند از: تنهایی<sup>۱۱</sup> (پنج ماده)، سلطه‌پذیری<sup>۱۲</sup> (پنج ماده)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری<sup>۱۳</sup> (سه ماده)، نقص<sup>۱۴</sup> (سه ماده)، شکست<sup>۱۵</sup> (سه ماده)، آسیب‌پذیری<sup>۱۶</sup> (شش ماده)، خود تحول‌نا یافته<sup>۱</sup> (سه

1. Spence Children Anxiety Scale (SCAS)
2. Separation Anxiety
3. Social Phobia
4. Obsessive Compulsive Problems
5. Panic/Agoraphobia
6. Generalized Anxiety/Overanxious Symptoms
7. fears of physical injury
8. Spence, Barrett, & Turner
9. Schema Inventory for Children (SIC)
10. Rijkeboer & de Boo
11. abandonment
12. subjugation
13. mistrust/abuse
14. defectiveness
15. failure to achieve
16. vulnerability

ماده)، ایثار<sup>۲</sup> (سه ماده)، معیارهای سرسختانه<sup>۳</sup> (سه ماده)، استحقاق/ بزرگ‌منشی<sup>۴</sup> (سه ماده) و خویش‌داری ناکافی<sup>۵</sup> (سه ماده). سؤال‌های پرسشنامه طرحواره کودک‌ان برای کودکان ۸ تا ۱۳ سال طراحی شده و به تجربیات مشترک در زندگی کودکان اشاره می‌کند. هر ماده در مقیاس طرحواره کودک‌ان، با مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۱= کاملاً غلط، ۲= تقریباً غلط، ۳= تقریباً درست، ۴= کاملاً درست).

در پژوهش ریجکبوار و دبو (۲۰۱۰) اعتبار به روش بازآزمایی<sup>۶</sup> محاسبه شد و متوسط همبستگی ۰/۶۷ برای تمام خرده‌مقیاس‌ها به دست آمد. روایی مقیاس طرحواره کودک‌ان در پژوهش مذکور از طریق روش روایی هم‌زمان<sup>۷</sup> با پرسشنامه تجدیدنظرشده خلق‌وخوی اولیه نوجوانان<sup>۸</sup> (EATQ-R) محاسبه و ارتباط معناداری بین متغیرهای درونی دو پرسشنامه (به استثنای خرده‌مقیاس‌های ایثار و خود تحول‌نیافته) دریافت شد. در ایران نیز روایی این پرسشنامه توسط آقاییوسفی و امیرپور (۱۳۹۱) تأیید شد. پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد که نشان‌دهنده مطلوب بودن پایایی پرسشنامه بود.

## ۲-۳. شیوه اجرای پژوهش

پس از دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد خمینی‌شهر، به مؤسسه محک شهر اصفهان مراجعه و ضمن بیان اهداف و روش پژوهش به مسئولان مؤسسه و جلب رضایت و همکاری آنان، از آن‌ها خواسته شد پرونده افراد تحت پوشش را در اختیار پژوهشگر قرار دهند. از بین پرونده‌های موجود (۵۱۹ نفر)، پرونده کودک‌انی که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند (۵۲ نفر)، انتخاب و ضمن برقراری تماس تلفنی با خانواده‌های این کودکان و بیان اهداف و روش پژوهش، از آن‌ها خواسته شد تمایل یا عدم تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کنند. در مرحله بعد، با توجه به شیوع ویروس کرونا و تمایل نداشتن خانواده‌ها به مشارکت حضوری در پژوهش به دلیل شرایط خاص این کودکان، پرسشنامه‌های طرحواره کودک‌ان (SIC) و اضطراب کودک‌ان اسپنس (SCAS) (اسپنس، ۱۹۹۸) به صورت برخط آماده شد و از طریق واتس‌آپ<sup>۹</sup> روی تمامی کودکان داوطلب واجد معیارهای ورود به پژوهش (۵۲ نفر) اجرا شد. در گام بعدی و پس از جمع‌بستن نمرات، سه نفر از کودک‌انی که نمرات اضطراب آنان بالاتر از متوسط بود، به روش نمونه‌گیری هدفمند برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. پس از آن، طی سه جلسه اول (خط پایه) ارزیابی اضطراب از کودک‌ان مبتلا به سرطان به صورت انفرادی انجام شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای برای کاهش مشکلات روان‌شناختی آنان صورت نپذیرفت. در ادامه، جلسات طرحواره‌درمانی براساس بسته طرحواره‌درمانی کودک‌ان و نوجوانان (لوییز، میر و پتروسکی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸) به صورت سه گام اصلی و طی هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی و برخط در فضای اسکای روم<sup>۱۱</sup> برای شرکت‌کنندگان در پژوهش برگزار و پس از اجرای هر سه جلسه، بار دیگر آزمون اضطراب روی نمونه‌های پژوهش اجرا شد. در نهایت و پس از اتمام جلسات مداخله، سه جلسه صرفاً ارزیابی اضطراب و افسردگی در سه هفته متوالی به عنوان مرحله پیگیری روی نمونه‌های پژوهش اجرا شد.

خلاصه محتوای جلسات طرحواره‌درمانی براساس بسته طرحواره‌درمانی کودک‌ان و نوجوانان (لوییز و همکاران، ۲۰۱۸) که به صورت سه گام اصلی طی هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی و برخط برای نمونه‌های پژوهش برگزار شد، به شرح جدول ۱ بود.

1. enmeshment
2. self-sacrifice
3. unrelenting standards
4. entitlement
5. insufficient self-control
6. test-retest method
7. simultaneous validity
8. Early Adolescent Temperament Questionnaire (EATQ-R)
9. WhatsApp
10. Loose, Meyer, & Pietrowsky
11. Skyroom

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات طرحواره‌درمانی

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با آزمودنی، بیان اهداف پژوهش، توضیح قوانین جلسات اجرای گام اول درمان شامل: مشخص کردن رفتار مشکل‌ساز مصاحبه رفتار پیش‌آیند و پس‌آیند معرفی عوامل کمک‌کننده مشخص کردن موقعیت بروز
چهارم و پنجم	اجرای گام دوم درمان شامل: بررسی بخش‌های مختلف توضیح ذهنیت‌ها
ششم و هفتم	اجرای گام سوم درمان شامل: معرفی احساسات با ابزار مزایا و معایب هرکدام از ذهنیت‌ها کارکرد ذهنیت‌ها
هشتم	مشاهده فیلم جمع‌بندی و مرور مطالب گذشته اختتامیه

جدول ۲. شرح حال شرکت‌کنندگان در پژوهش

آزمودنی	شرح حال
اول	کودک پسر، ده‌ساله و فرزند سوم خانواده از خانواده سه‌فرزندی بود. این کودک مبتلا به سرطان خون بود که از دوسالگی شناسایی شده و درمان او تاکنون ادامه یافته است. سطح اضطراب و افسردگی در این کودک در حد متوسط به بالا بود که در زمان انجام تکالیف مدرسه شدت می‌یافت. با این حال تا زمان تحقیق، هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی در کنار درمان‌های جسمی دریافت نکرده بود.
دوم	کودک دختر، نه‌ساله و فرزند دوم از خانواده دوفرزندی بود. وی مبتلا به سرطان خون بود که از چهارسالگی شناسایی و مراحل درمان وی آغاز شده بود. اضطراب و افسردگی در این کودک در سطح متوسط قرار داشت که در رابطه با دوستان و آشنایان شدت می‌یافت. پیش از این هیچ نوع درمان روان‌شناختی در زمینه اضطراب و افسردگی دریافت نکرده بود.
سوم	کودک پسر، یازده‌ساله و فرزند دوم خانواده دوفرزندی بود. وی مبتلا به سرطان خون بود و علائم سرطان از شش‌سالگی در وی شناسایی شده بود. درمان‌های جسمی کودک از همان زمان شناسایی بیماری آغاز شد و تاکنون ادامه داشته است، اما این کودک تا زمان تحقیق، هیچ درمانی در زمینه مسائل روان‌شناختی ناشی از بیماری دریافت نکرده بود. سطح اضطراب و افسردگی او متوسط رو به بالا بود و در پارامترهای مواقع از قبیل حضور در مدرسه، انجام تکالیف و ارتباط با همسالان و اعضای خانواده تشدید می‌شد.

به‌منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، پس از کسب رضایت کتبی از والدین کودکان شرکت‌کننده و جلب همکاری کودکان، مطالعه آغاز شد. علاوه‌براین به خانواده‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود و از نتایج آن صرفاً در جهت پژوهش استفاده خواهد شد. همچنین به خانواده‌ها اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و آزمودنی‌ها با توجه به شرایط خاص جسمانی و روان‌شناختی، در حین اجرای آزمون نیز حق انصراف از ادامه همکاری را دارند.

## ۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی و تعیین درصد داده‌های غیرهمپوش<sup>۱</sup> (PND)، درصد داده‌های همپوش<sup>۲</sup> (POD)، درصد بهبودی<sup>۳</sup> (MPI) و درصد کاهش نمرات<sup>۴</sup> (MPR) استفاده شد. نتایج آماری با نرم‌افزار آماری SPSS-20 تجزیه و تحلیل شدند.

1. Percentage of Non-overlapping Data (PND)  
2. Percentage of Overlapping Data (POD)  
3. Means Percentage Improvement (MPI)  
4. Means Percentage Reduction (MPR)

### ۳. یافته ها

در جدول ۲، نمرات خام اندازه گیری مکرر اضطراب طی جلسات خط پایه (سه جلسه)، مداخله (هشت جلسه) و پیگیری (سه جلسه) قابل مشاهده است.

جدول ۳. نمرات اضطراب در موقعیت پایه، موقعیت مداخله و پیگیری برای سه آزمودنی

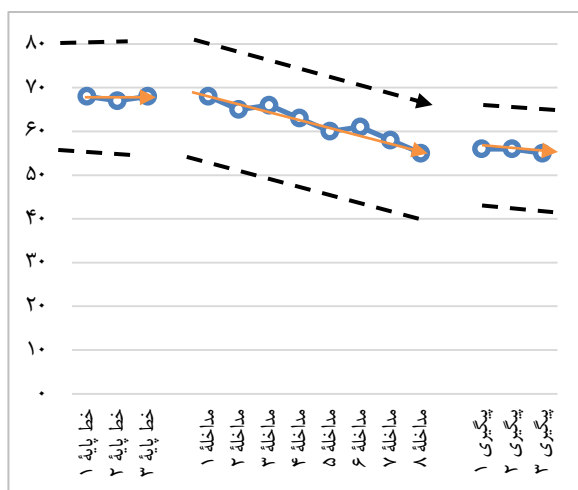
آزمودنی	خط پایه			مداخله								پیگیری		
	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۴	جلسه ۵	جلسه ۶	جلسه ۷	جلسه ۸	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳
۱	۶۸	۶۷	۶۸	۶۸	۶۵	۶۶	۶۳	۶۰	۶۱	۵۸	۵۵	۵۶	۵۶	۵۵
۲	۵۹	۶۰	۶۰	۵۹	۶۰	۵۶	۵۴	۵۱	۵۳	۵۰	۴۹	۵۰	۵۰	۵۱
۳	۷۱	۷۰	۷۰	۷۱	۷۰	۶۴	۶۶	۶۲	۴۰	۵۸	۵۷	۵۶	۵۶	۵۴

در جدول ۳ برای هر سه شرکت کننده، روند نزولی نمره اضطراب در جلسات مداخله دیده می شود و در جلسات پیگیری هم تقریباً ثابت باقی مانده است.

جدول ۴ تحلیل درون موقعیتی نمرات اضطراب را در آزمودنی ۱ نشان می دهد.

جدول ۴. محاسبات نمره اضطراب موقعیت های A و B و پیگیری شرکت کننده اول

موقعیت پیگیری	موقعیت B	موقعیت A	
۵۶	۶۵/۵	۶۸	میانۀ نیمه اول
۵۵	۵۹	۶۸	میانۀ نیمه دوم
یک واحد کاهش	۶/۵ واحد کاهش	صفر	میانۀ تغییر سطح نسبی
۵۶	۶۲	۶۸	میانۀ کل
(۴۴/۸ و ۶۷/۲)	(۴۹/۶ و ۷۴/۴)	(۵۴/۴ و ۸۱/۶)	نوار ثبات میانۀ
۵۶	۶۵/۵	۶۸	میانگین نیمه اول
۵۵	۵۸/۵	۶۸	میانگین نیمه دوم
یک واحد کاهش	۷ واحد کاهش	صفر	میانگین تغییر سطح نسبی
۵۵/۶۷	۶۲	۶۷/۶۷	میانگین کل
(۴۴/۵۴ و ۶۶/۸۰)	(۴۹/۶ و ۷۴/۴)	(۵۴/۱۴ و ۸۱/۲۰)	نوار ثبات میانگین
۵۶	۶۸	۶۸	اولین مقدار
۵۵	۵۵	۶۸	آخرین مقدار
یک واحد کاهش	سیزده واحد کاهش	صفر	تغییر سطح مطلق
(۵۵ و ۵۶)	(۵۵ و ۶۸)	(۶۷ و ۶۸)	دامنه تغییرات موقعیت



نمودار ۱. نمرات اضطراب شرکت کننده اول براساس نوار ثبات خط روند



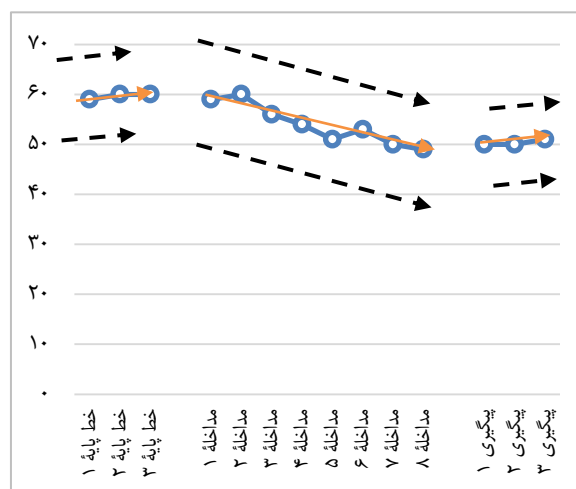
جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری بین‌موقعیتی برای نمرات اضطراب شرکت‌کننده یک

شاخص	میانۀ نیمۀ اول B	میانۀ نیمۀ دوم A	تغییر سطح نسبی	مقدار اولین نقطه B	مقدار آخرین نقطه A	تغییر سطح مطلق	اندازه اثر (PND)	MPR	MPI
شرکت‌کننده اول	۶۵/۵	۶۸	۲/۵ واحد کاهش	۶۸	۶۸	صفر واحد	۸۷/۵	۹ درصد	۸ درصد

با توجه به جدول ۵، سطح نسبی نمره اضطراب شخص اول ۲/۵ واحد کاهش و سطح مطلق آن هیچ تغییری نکرده است که می‌توان این‌گونه برداشت کرد که طرحواره‌درمانی با تداوم تأثیر خود را بر نمره اضطراب نشان داده است. از طرفی، با توجه به مقدار PND که ۸۷/۵ درصد نمرات مداخله در محدوده خط پایه قرار ندارند. پس مقدار PND اثربخشی نسبتاً مؤثر فرایند درمان طرحواره‌درمانی را بر اضطراب شرکت‌کننده اول نشان می‌دهد. درصد کاهش نمرات اضطراب شرکت‌کننده اول در طول مداخله، نسبت به میانگین نمره اضطراب خط پایه ۹ درصد و نسبت به میانگین نمره اضطراب مداخله ۸ درصد به‌دست آمده است. جدول ۵ نتایج تحلیل درون‌موقعیتی نمرات اضطراب را برای آزمودنی ۲ نشان می‌دهد.

جدول ۶. محاسبات نمره اضطراب موقعیت‌های A و B و پیگیری شرکت‌کننده دوم

موقعیت پیگیری	موقعیت B	موقعیت A	میانۀ نیمۀ اول	میانۀ نیمۀ دوم
۵۰	۵۷/۵	۵۹	میانۀ نیمۀ اول	میانۀ نیمۀ دوم
۵۱	۵۰/۵	۶۰	تغییر سطح نسبی میانۀ	میانۀ کل
یک واحد افزایش	۷ واحد کاهش	یک واحد افزایش	نوار ثبات میانۀ	
۵۰	۵۳/۵	۶۰	(۴۸ و ۷۲)	(۴۲/۸ و ۶۴/۲)
(۴۰ و ۶۰)				
۵۰	۵۷/۲۵	۵۹	میانگین نیمۀ اول	میانگین نیمۀ دوم
۵۱	۵۰/۷۵	۶۰	تغییر سطح نسبی میانگین	میانگین کل
یک واحد افزایش	۶/۵ واحد کاهش	یک واحد افزایش	نوار ثبات میانگین	
۵۰/۳۳	۵۴	۵۹/۶۷	(۴۷/۷۴ و ۷۱/۶)	(۴۳/۲ و ۶۴/۸)
(۴۰/۲۶ و ۶۰/۴)				
۵۰	۵۹	۵۹	اولین مقدار	آخرین مقدار
۵۱	۴۹	۶۰	تغییر سطح مطلق	دامنه تغییرات موقعیت
یک واحد افزایش	ده واحد کاهش	یک واحد افزایش	(۵۹ و ۶۰)	(۴۹ و ۶۰)
(۵۰ و ۵۱)				



نمودار ۲. نمرات اضطراب شرکت‌کننده دوم براساس نوار ثبات روند

جدول ۷. متغیرهای تحلیل دیداری بین‌موقعیتی برای نمرات اضطراب شرکت‌کننده دوم

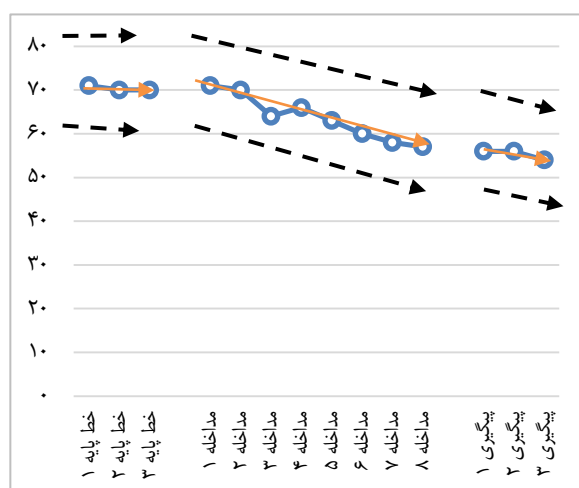
شاخص	میانۀ نیمۀ اول B	میانۀ نیمۀ دوم A	تغییر سطح نسبی	مقدار اولین نقطه B	مقدار آخرین نقطه A	تغییر سطح مطلق	اندازه اثر (PND)	MPR	MPI
شرکت‌کننده دوم	۵۷/۵	۶۰	۲/۵ واحد کاهش	۵۹	۶۰	یک واحد کاهش	۷۵	۱۰ درصد	۱۱ درصد

براساس جدول ۷، از موقعیت خط پایه به موقعیت مداخله، ۲/۵ واحد کاهش سطح نسبی و یک واحد کاهش سطح مطلق ایجاد شده است. با توجه به مقدار PND، ۷۵ درصد نمرات مداخله خارج از محدوده خط پایه قرار دارند که اثربخشی نسبتاً مؤثر فرایند طرحواره‌درمانی را بر کاهش اضطراب شرکت‌کننده دوم نشان می‌دهد. درصد بهبودی شرکت‌کننده دوم نسبت به میانگین مرحله مداخله ۱۱ درصد و نسبت به میانگین خط پایه ۱۰ درصد است.

جدول ۷ و ۸ تحلیل درون‌موقعیتی نمرات اضطراب را برای آزمودنی ۳ نشان می‌دهد.

جدول ۸. محاسبات نمره اضطراب موقعیت‌های A و B و پیگیری شرکت‌کننده سوم

موقعیت A	موقعیت B	موقعیت پیگیری	
۷۱	۶۸	۵۶	میانۀ نیمۀ اول
۷۰	۵۹	۵۴	میانۀ نیمۀ دوم
یک واحد کاهش	۹ واحد کاهش	۲ واحد کاهش	میانۀ تغییر سطح نسبی میانۀ
۷۰	۶۳/۵	۵۶	میانۀ کل
(۸۴ و ۵۶)	(۷۶/۲ و ۵۰/۸)	(۴۴/۸ و ۶۷/۲)	نوار ثبات میانۀ
۷۱	۶۷/۷۵	۵۶	میانگین نیمۀ اول
۷۰	۵۹/۵	۵۴	میانگین نیمۀ دوم
یک واحد کاهش	۸/۲۵ واحد کاهش	۲ واحد کاهش	میانگین تغییر سطح نسبی میانگین
۷۰/۳۳	۶۳/۶۳	۵۵/۳۳	میانگین کل
(۸۴/۴ و ۵۶/۲۶)	(۷۶/۳۶ و ۵۰/۹)	(۴۴/۲۶ و ۶۶/۴)	نوار ثبات میانگین
۷۱	۷۱	۵۶	اولین مقدار
۷۰	۵۷	۵۴	آخرین مقدار
یک واحد کاهش	۱۴ واحد کاهش	۲ واحد کاهش	تغییر سطح مطلق
(۷۱ و ۷۰)	(۷۱ و ۵۷)	(۵۶ و ۵۴)	دامنه تغییرات موقعیت



نمودار ۳. نمرات اضطراب شرکت‌کننده سوم براساس نوار ثبات روند

جدول ۹. متغیرهای تحلیل دیداری بین‌موقعیتی برای نمرات اضطراب شرکت‌کننده سوم

شاخص	میانۀ نیمۀ اول B	میانۀ نیمۀ دوم A	تغییر سطح نسبی	مقدار اولین نقطه B	مقدار آخرین نقطه A	تغییر سطح مطلق	اندازه اثر (PND)	MPR	MPI
شرکت‌کننده سوم	۶۸	۷۰	دو واحد کاهش	۷۱	۷۰	یک واحد افزایش	۷۵	۱۰ درصد	۱۱ درصد

با توجه به جدول ۹، تفاوت بین مقدار میانۀ نیمۀ اول مداخله و مقدار میانۀ سطح پایۀ شخص سوم، ۲ واحد در جهت کاهش و تفاوت بین اولین نمره پس از مداخله و آخرین نمره خط پایه، یک واحد در جهت افزایش است. با توجه به مقدار PND، ۷۵ درصد نمرات در مرحله مداخله خارج از محدوده خط پایه قرار دارد. پس اثربخشی نسبتاً مطلوب طرحواره‌درمانی را بر کاهش نمره اضطراب شرکت‌کننده سوم نشان می‌دهد. با توجه به بهبودی ۱۰ درصد و ۱۱ درصدی نسبت به میانگین نمرات مداخله و خط پایه، تغییرات اضطراب در شرکت‌کننده سوم محاسبه شده است.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب کودکان مبتلا به سرطان شهر اصفهان انجام پذیرفت. یافته‌های حاصل از تحلیل نمودارهای هر سه آزمودنی مطابق جدول ۲ و همچنین جدول‌های ۳ تا ۸ و نمودارهای ۱ تا ۳ نشان‌دهنده اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به سرطان بود؛ به نحوی که میانگین نمرات اضطراب در آزمودنی ۱ از ۶۷/۶۷ در مرحله خط پایه به ۶۲ در مرحله مداخله و ۵۵/۶۷ در مرحله پیگیری، در آزمودنی ۲ از ۵۹/۶۷ در مرحله خط پایه به ۵۴ در مرحله مداخله و ۵۰/۳۳ در مرحله پیگیری، و در آزمودنی ۳ از ۷۰/۳۳ در مرحله خط پایه به ۶۳/۶۳ در مرحله مداخله و ۵۵/۳۳ در مرحله پیگیری رسیده بود. همچنین از آنجا که براساس نتایج، برای آزمودنی ۱ شاخص PND ۸۷/۵ درصد و برای آزمودنی‌های ۲ و ۳، ۷۵ درصد بود، می‌توان گفت میزان تأثیر طرحواره‌درمانی در آزمودنی ۱، ۸۷/۵ درصد و در آزمودنی‌های ۲ و ۳، ۷۵ درصد بوده است. همچنین براساس نتایج، درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات اضطراب در آزمودنی ۱ به ترتیب ۹ درصد و ۸ درصد، در آزمودنی ۲ به ترتیب ۱۰ درصد و ۱۱ درصد و در آزمودنی ۳ نیز به ترتیب ۱۰ درصد و ۱۱ درصد است.

نتایج فرضیه فوق، همسو با یافته‌های بردیسن و همکاران (۲۰۲۰) است که در پژوهش خود نشان دادند طرحواره‌درمانی می‌تواند به کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان منجر شود و نیز با یافته‌های کینداینیز و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر اینکه طرحواره‌درمانی می‌تواند علائم اضطراب را در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن کاهش دهد. همچنین نتایج فوق، در ایران نیز با یافته‌های آقامیر محمدعلی (۱۳۹۷) مبنی بر تأثیر طرحواره‌درمانی بر اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان هم‌راستا است.

افراد مبتلا به سرطان، طیف وسیعی از هیجان‌های ناخوشایند از قبیل احساس ناامنی، امید به زندگی اندک و اعتمادبه‌نفس ضعیف را تجربه می‌کنند که این مشکلات هیجانی ناشی از ارزیابی و تفسیر احساسات خود و راهبردهای به‌کاررفته برای مقابله با این هیجان‌هاست (لیهی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱)؛ بنابراین طرحواره‌ها با تأثیرگذاری بر احساسات و هیجان‌ها این بیماران می‌تواند به بروز اضطراب در آن‌ها منجر شود (بردیسین و همکاران، ۲۰۲۰). به این ترتیب می‌توان به نقش ذهنیت‌ها و احساسات در بروز اضطراب در کودکان مبتلا به سرطان و آموزش روش‌های شناسایی این ذهنیت‌ها و تغییر آن‌ها در پژوهش حاضر اشاره کرد. به‌طور کلی طبق برنامه طرحواره‌درمانی، چند نوع ذهنیت در کودکان وجود دارد که عبارت‌اند از: ذهنیت عصبانی، ذهنیت باهوش و خردمند، ذهنیت ترسیده و مضطرب، ذهنیت حساس و زودرنج و ذهنیت شاد. براین اساس در پژوهش حاضر، ضمن معرفی انواع ذهنیت‌ها به کودکان بیمار و انجام مصاحبه و پرسیدن سؤالاتی از کودک مانند «چه احساسی داری»، «چه فکری می‌کنی» و «آرزویت چیست» و سؤالاتی از این قبیل، زمینه آشنایی این کودکان با ذهنیت‌هایشان فراهم شد و با بیان مزایا و معایب هر کدام از ذهنیت‌ها، زمینه‌های ایجاد تغییرات در ذهنیت‌های آسیب‌زای کودک و جایگزینی ذهنیت‌های مثبت مانند ذهنیت شاد در آن‌ها ایجاد شد. تغییر ذهنیت‌های آسیب‌زا در کودکان مبتلا به سرطان نیز خود می‌تواند زمینه‌ساز تغییر خلق کودک و کاهش مشکلات روان‌شناختی از قبیل اضطراب در آنان شود.

از سوی دیگر، به‌نظر می‌رسد آموزش شناخت حس‌های بدنی و شیوه‌های بروز هیجانات منفی در پژوهش حاضر از دیگر دلایل کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به سرطان باشد؛ چرا که این آموزش‌ها موجب رویارویی بیمار با احساسات منفی و بروز آن‌ها شده و همین تخلیه هیجانی می‌تواند به کاهش اضطراب در آن‌ها منجر شود (دیکهات و ارنتر، ۲۰۱۴). براین اساس در پژوهش حاضر به کودکان آموزش داده شد در موقعیت‌های استرس‌زا هیجانات منفی خود را بشناسند و آن‌ها را از طریق نوشتن، نقاشی و... بروز دهند که به‌نظر می‌رسد همین رویه در تخلیه هیجانی، عدم تجمع هیجانات منفی و متعاقب آن کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به سرطان مؤثر بوده است.

علاوه‌براین، رویکرد طرحواره‌درمانی با کارکردن روی درون‌مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه، در اصلاح افکار و باورهای کودکانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند سرطان هستند و دید آن‌ها به خود، توانایی‌ها، عواطف و هیجاناتشان منفی است، مفید است. بر همین اساس در بعد عاطفی و بیان عواطف، طرحواره‌درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی را به چالش می‌کشد که به باور هیجانی گره خورده است تا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضانده را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است بشناسد. این آگاهی سبب می‌شود کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی بتوانند به شکلی بهتر عواطف خود را مدیریت کنند و در بیان آن نیز توانمندتر شوند که همین امر سبب کاهش مشکلات هیجانی و روان‌شناختی مانند اضطراب در آنان می‌شود (گانگ و چن، ۲۰۱۸).

در یک جمع‌بندی از نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت طرحواره‌درمانی با مشخص کردن رفتار مشکل‌ساز، شناسایی پیش‌آیندها و پس‌آیندها، مشخص کردن موقعیت بروز مشکل، توضیح ذهنیت‌ها، معرفی احساسات با ابزار، کارکرد ذهنیت‌ها و بیان مزایا و معایب هرکدام از ذهنیت‌ها می‌تواند ضمن آشنا کردن کودکان بیمار با احساسات و هیجاناتشان و نیز آموزش شیوه‌های ابراز هیجانات منفی و نیز از طریق به‌چالش کشیدن افکار و باورهای کودکان مبتلا به سرطان، اضطراب آن‌ها را کاهش دهد؛ بنابراین ضروری است مفاهیم و راهبردهای این روش درمانی، به کودکان دارای بیماری‌های مزمن از قبیل سرطان ارائه شود تا این کودکان بتوانند از این طریق بر احساس ناتوانی و ضعف در مقابل بیماری غلبه کنند و با کاهش پیامدهای روان‌شناختی ناشی از این بیماری مانند اضطراب، ضمن افزایش امید به زندگی، توان خود را برای ادامه‌دادن مراحل درمان افزایش دهند.

در پژوهش حاضر به‌دلیل محدودیت زمانی و هم‌زمانی اجرای پژوهش با شیوع ویروس کرونا، یافتن نمونه و جلب همکاری افراد دشوار بود و برگزاری جلسات طرحواره‌درمانی به‌صورت گروهی امکان‌پذیر نبود؛ بنابراین از روش پژوهش مورد منفرد با تعداد نمونه کم استفاده شد. استفاده از این روش در پژوهش حاضر می‌تواند به کاهش قابلیت تعمیم یافته‌ها منجر شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به اجرای پرسشنامه‌ها و برگزاری جلسات درمان به‌صورت برخط ضمن اجرای پژوهش اشاره کرد که این موارد می‌توانند بر نحوه پاسخگویی کودکان در مراحل بعدی پژوهش مؤثر باشند. از این‌رو تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام شود. همچنین این پژوهش فقط روی کودکان مبتلا به بیماری سرطان انجام شد و تعمیم نتایج آن به سنین دیگر و بیماری‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

## ۵. سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است. از معاونت پژوهشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی‌شهر و نیز هر سه کودک شرکت‌کننده در پژوهش و خانواده‌های آنان که تا پایان این پژوهش با ما همراه بودند، قدردانی می‌شود.

## ۶. ملاحظات اخلاقی

مسائل اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش شامل کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، اطمینان به محرمانه باقی‌ماندن اطلاعات، استفاده از اسم مستعار برای شرکت‌کننده‌ها و همچنین حق انصراف شرکت‌کننده‌ها در تمامی مراحل پژوهش بود.

## ۷. حمایت مالی

پژوهش حاضر از هیچ مؤسسه و نهادی حمایت مالی دریافت نکرده و تمامی هزینه‌ها در طول فرایند پژوهش برعهده پژوهشگران بوده است.

## ۸. تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

## منابع

آقامیر محمدعلی، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب مرگ در بیماران سرطانی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*.  
<http://www.uctjournals.com/farsi/archive/psychology/1397/spring/7.pdf>. ۴۹-۵۵، (۱)۴

آقایوسفی، ع. ر.، و امیرپور، ب. (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کودکان به روش تحلیل عاملی. *مجله پژوهنده*. ۱۷(۵)، ۲۶۵-۲۷۱.  
<http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1399-fa.html>

## References

- Aghamir Mohammadali, Z. (2018). The effectiveness of schema therapy on death anxiety in cancer patients. *Journal of Studies of Psychology and Educational Sciences*, 4(1), 49-55. <http://www.uctjournals.com/farsi/archive/psychology/1397/spring/7.pdf> (In Persian)
- Agh Yousefi, A. R. A., & Amirpour, B. (2012). Validity and reliability of the early maladaptive schemas inventory in children, using factor analysis. *Pajoohandeh Journal*, 17(5), 265-271. <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1399-fa.html> (In Persian)
- Aguilar, B. A. (2017). The Efficacy of Art Therapy in Pediatric Oncology Patients: An Integrative Literature Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 173-178. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.015>
- Amicucci, M., Mastronuzzi, A., Ciaralli, I., Piccioni, F., Schiopu, A. C., Tiozzo, E., Gawronski, O., Biagioli, V., & Dall'Oglio, I. (2020). The Management of Children with Cancer during the COVID-19 Pandemic: A Rapid Review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3756-3764. <https://doi.org/10.3390/jcm9113756>
- Bredicean, A. C., Crainiceanu, Z., Oprean, C., Ravis, L. A., Papava, I., Secosan, I., Frandes, M., Giurgi-Onu, C., & Grujic, D. (2020). The influence of cognitive schemas on the mixed anxiety-depressive symptoms of breast cancer patients. *BMC Womens Health*, 20(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00898-7>
- Chester, R., Jerosch-Herold, C., Lewis, J., & Shepstone, L. (2018). Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. *British Journal of Sports Medicine*, 52(4), 269-275. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096084>
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 242-251. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004>
- Fassbinder, E., Assmann, N., Schaich, A., Heinecke, K., Wagner, T., Sipos, V., Jauch-Chara, K., Hüppe, M., Arntz, A., & Schweiger, U. (2018). PRO\*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 18(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1905-6>
- Gong, J., & Chan, R. C. (2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood

- maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*, 259, 493-500. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.019>
- Harper, F. W., Peterson, A. M., Albrecht, T. L., Taub, J. W., Phipps, S., & Penner, L. A. (2014). Posttraumatic Stress Symptoms in Parents of Pediatric Cancer Patients: A Mediation Analysis. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 3(4), 1000133. <https://doi.org/10.4172/2324-8947.1000133>
- Hoffart Lunding, S., & Hoffart, A. (2016). Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2), 107-117. <https://doi.org/10.1002/cpp.1938>
- Kakaje, A., Alhalabi, M. M., Ghareeb, A., Karam, B., Mansour, B., Zahra, B., & Hamdan, O. (2020). Rates and trends of childhood acute lymphoblastic leukaemia: an epidemiology study. *Scientific Reports*, 10(1), 6756. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63528-0>
- Kaye, E. C., Jerkins, J., Gushue, C. A., DeMarsh, S., Sykes, A., Lu, Z., ... & Baker, J. N. (2018). Predictors of Late Palliative Care Referral in Children with Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6), 1550-1556. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.021>
- Kim, D. H., & Im, Y. J. (2015). The influence of family management style on psychosocial problems of childhood cancer survivors in Korea. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 107-112. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.010>
- Kindynis, S., Burlacu, S., Louville, P., & Limosin, F. (2013). Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elderly. *Encephale*, 39(6), 393-400. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.002>
- Leahy, R. L. (2011). Resistance: An emotional schema therapy approach. In: Simos G, Editor. *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician*. Abingdon, UK: Taylor & Francis. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203884683-17/resistance-emotional-schema-therapy-est-approach-robert-leahy>
- Loose, C., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2018). The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31. <https://doi.org/10.1186%2Fs41155-018-0087-y>
- Madi, D., & Clinton, M. (2018). Pain and its Impact on the Functional Ability in Children Treated at the Children's Cancer Center of Lebanon. *Journal of Pediatric Nursing*, 39, e11-e20. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.12.004>
- Mansano-Schlosser, T. C., & Ceolim, M. F. (2012). Factors associated with sleep quality in the elderly receiving chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1100-1108. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000600012>
- Marcus, J. (2012). Psychosocial issues in pediatric oncology. *Ochsner Journal*, 12(3), 211-215.
- Metzler, D. H., Mahoney, D., & Freedy, J. R. (2016). Anxiety Disorders in Primary Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 43(2), 245-261.
- Mousavi, R., Moradi, A. R., Farzad, V., Mahdavi Harsini, S. E., Spence, S., & Navabinezhad, S. (2007). Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale with an Iranian Sample. *International Journal of Psychology*, 1(1), 1-16. <https://www.scaswebsite.com/wp-content/uploads/2021/07/Psychometrics-SCAS-Persian.pdf>
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J. & Huibers, M. J. H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97- 105. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002>
- Rijkeboer, M. M., & de Boo, G. M. (2009). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(2), 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.11.001>

- Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). 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, 53*(4), 402-412. <https://doi.org/10.1037/pst0000056>
- Shime, E. J., Lee, J. W., Cho, J., Jung, H. K., Kim, N. H., Lee, J. E., Min, J., Noh, W. C., Park, S. H., Kim, Y. S. (2020). Association of depression and anxiety disorder with the risk of mortality in breast cancer: A National Health Insurance Service study in Korea. *Breast Cancer Research and Treatment, 179*(2), 491-498. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05479-3>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*(5), 545-566. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00034-5)
- Spence, S. H., Barrett, P. M., & Turner, C. (2003). Psychometric properties of the Spence Children Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(6), 605-625. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00236-0](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00236-0)
- Steliarova-Foucher, E., Colombet, M., Ries, L. A., Moreno, F., Dolya, A., Bray, F., ... & Tretarre, B. (2017). International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *The Lancet Oncology, 18*(6), 719-731. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30186-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30186-9)
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*(3), 456-79. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
- Tomlinson, R. M., Keyfitz, L., Rawana, J. S., & Lumley, M. N. (2017). Unique contributions of positive schemas for understanding child and adolescent life satisfaction and happiness. *Journal of Happiness Studies, 18*(5), 1255-1274. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9776-3>
- Trentacosta, C. J., Harper, F., Albrecht, T. L., Taub, J. W., Phipps, S., & Penner, L. (2016). Pediatric Cancer Patients' Treatment-Related Distress and Longer-Term Anxiety: An Individual Differences Perspective. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 37*(9), 753-761. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000327>
- Yi, J. C., & Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Medical Clinics of North America, 101*(6), 1099-1113. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.005>