

مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره جنسی زنان بعد از عمل سرطان سینه

دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
استاد گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مریم قدس ^{id}

عبدالحسن فرهنگی* ^{id}

عبدالله شفیع آبادی ^{id}

مستوره صداقت ^{id}

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۰ | پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۸ | ایمیل نویسنده مسئول: abdolhassanfarhangi@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ | پیاپی ۱۲ | ۴۸۹-۵۰۷
پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(قدس، فرهنگی، شفیع آبادی و صداقت، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

قدس، مریم، فرهنگی، عبدالحسن، شفیع آبادی، عبدالله، و صداقت، مستوره. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره جنسی زنان بعد از عمل سرطان سینه. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳) پیاپی ۱۲: ۴۸۹-۵۰۷.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره جنسی زنان بعد از عمل سرطان سینه انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران سرطان پستان مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان شهدای تجریش در سال ۱۳۹۹ بودند. که با روش نمونه‌گیری در دسترس (داوطلبانه) تعداد ۱۲۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و در سه گروه ۴۰ نفری جایگزین شدند و در دو گروه آزمایش ۱ (طرح‌واره درمانی)، آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه گواه به طور تصادفی جایگزین شدند. ابتدا هر سه گروه با پرسشنامه‌های خودپنداره راجرز (۱۹۵۷)، طرح‌واره‌های جنسی سیروانوسکی و اندرسن (۱۹۹۴) و کیفیت خواب پیتزبورگ مورد سنجش قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش ۱، ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و گروه آزمایش ۲ هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر نظریه هیز و همکاران (۱۹۹۹) را دریافت کردند و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند؛ سپس از هر سه گروه پس از آزمون گرفته شد و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد آزمون قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد بین گروه‌های آزمایش طرح‌واره درمانی و گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده شد ($F=۳۲/۰۷$, $P=۰/۰۰۱$)؛ اما بین نمره‌ی طرح‌واره جنسی گروه طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اختلاف معناداری وجود ندارد و هر دو درمان بر بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار جنسی موثر بودند و اثر هر دو در طول زمان پایدار بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی بر طرح‌واره‌های جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان نتیجه گرفت که این درمان‌ها، به عنوان درمان‌های موثر جهت مداخلات روانشناختی با زنان مبتلا به سرطان می‌تواند مورد استفاده مشاوران و روانشناسان قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره جنسی

مقدمه

سرطان سینه^۱ یکی از عامل‌های جهانی پیشرو مرگ و میر در زنان است (چیریاک، بابان و دمیتراسکو، ۲۰۱۸). امروزه درمان و جراحی سرطان پستان به احتمال زیاد کم‌تر باعث ایجاد ناهنجاری جسمی نسبت به نیم‌قرن قبل می‌شود، اما از لحاظ روانی و اجتماعی ابعاد پیچیده‌تری دارد چراکه زنان اغلب از جزئیات تشخیص سرطان آگاه هستند و به‌طور فزاینده در تصمیم‌گیری در مورد درمان نقش دارند (پارتیرکا و گانز، ۲۰۰۸). همچنین، ممکن است زنان جوان به دلیل آسیب‌پذیری بیش‌تر در برابر تغییرات هورمونی ناشی از درمان سرطان و نگرانی‌های بیش‌تر در مورد تصویر بدن بعد از جراحی سرطان پستان، در معرض مشکلات جنسی قرار بگیرند (برول، کیس، کلین و آویس، ۲۰۱۶). از آن‌جا که پستان اغلب به‌عنوان بخشی از بدن گفته می‌شود که بیش‌تر با زنانه بودن زنان، نقش مادرانه و تمایلات جنسی همراه است. رابطه جنسی شامل احساسات در مورد بدن خود، نیاز به لمس، علاقه به فعالیت‌های جنسی، ارتباط نیازهای شخصی در ارتباط با شریک زندگی و توانایی انجام فعالیت‌های جنسی رضایت‌بخش می‌شود (هنسون، ۲۰۱۲). در نهایت شیمی‌درمانی، جراحی و پرتو درمانی می‌توانند تأثیر زیادی در تغییر سلامت و عملکرد جنسی زنان داشته باشد. نگرانی‌های جنسی منجر به پریشانی عاطفی قابل‌توجهی از جمله غم و اندوه/افسردگی، مسائل مربوط به ظاهر شخصی، انگ و تأثیرات منفی بر روابط شخصی می‌شود (بوسول و دیزون، ۲۰۱۸). ظاهر شخصی و تغییرات جنسی احتمالی آن بر خودپنداره فرد تأثیر منفی می‌گذارد (شاه حسینی، ضیایی، فرامرزی، موسی زاده و پتکی، ۱۳۹۵). همین‌طور نگرانی‌های مربوط به سلامت جنسی بعد از سرطان باعث نگرانی و اضطراب می‌شود و تأثیر منفی بر خودپنداره جنسی^۲، روابط و کیفیت کلی زندگی زنان می‌گذارد (مک کلوم، لف بور، جولیکور، ماهو و لبل، ۲۰۱۲). تأثیرات عاطفی سرطان پستان می‌تواند در احساس جذابیت جنسی دخالت کند. سرطان پستان جنبه‌های جنسی زیادی از جمله غم و افسردگی، نگرانی از تغییرات، استرس مربوط به احساسات و قضاوت شریک زندگی، کاهش اعتمادبه‌نفس به دلیل احساسات بد، تغییر در عملکرد بدنی و درک زنانه و این‌که او نمی‌تواند نقش‌های معمول روزانه خود را در خانواده و محیط کار بازی کند تحت تأثیر قرار می‌دهد (صانعی و اطاقی، ۱۳۹۷). به دلیل تخلیه استقامت بدن، کاهش توانایی انجام کارهای روزانه، بستری در بیمارستان و سرانجام افسردگی تحمیلی، سرطان می‌تواند نقش مهمی در ایجاد ناراحتی‌های جنسی داشته باشد (سعیدی رفائی؛ شعرباغ آقامحمدیان؛ آباد ابراهیم اصغری؛ کارشکی، ۱۳۹۷). با وجود این واقعیت، بیش‌تر بیماران مبتلا به سرطان سینه از میزان و کیفیت در مورد رابطه جنسی خود ناراضی هستند، تغییرات فیزیکی که تغییرات جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (حسن نژاد، آگاه هریس، عرب شیبانی، زارع، قلی زاده، ۱۴۰۱). در زنان دارای سرطان پستان به دلیل آسیب‌های وارده، طرحواره جذابیت بدنی آن‌ها در نزد خودشان (همچنین در بعضی موارد در نزد همسرانشان) دچار تغییراتی می‌گردد، به طوری که آن‌ها به علت تصور بدنی دگرگون شده‌ای که از خودشان دارند، دیگر مانند گذشته، خود را دارای جذابیت بدنی و جنسی نمی‌پندارند (انوشیروانی، رزاقی، نوحی و آقایی، ۱۴۰۰). ندرسن و سیرانوسکی (۱۹۹۴) مفهوم طرحواره جنسی را به‌عنوان

1. Breast Cancer

2. Sexual self-concept

تعمیم‌های شناختی فرد از جنبه‌های جنسی حاصل تجارب گذشته تعریف کرده‌اند که این طرحواره‌ها یک نمایشی تاریخی از زندگی جنسی اوست و به عنوان باورهای اساسی و هسته‌ای ابعاد جنسی فرد تعریف شده است که از تجارب گذشته مشتق شده‌اند و در تجربه‌های حال نمود پیدا می‌کنند و در پردازش اطلاعات جنسی افراد تأثیر می‌گذارند و رفتار جنسی را هدایت می‌کنند. طرحواره‌های جنسی^۱ نگرش‌ها، رفتارها، تصمیمات و قضاوت‌های جنسی فرد را هدایت می‌کنند. طرحواره‌ها همیشه خود را در روابط نشان می‌دهند و باعث تأثیر در عملکرد رابطه جنسی و غیر جنسی می‌شوند (البرتون و نف، ۲۰۱۵). طرح‌واره جنسی پیش‌بینی‌کننده رفتارهای جنسی زنان مبتلا به سرطان است. علاوه بر این، طرح‌واره رابطه بین رضایت جنسی و پیامدهای روان‌شناختی را تعدیل می‌کند و نشان می‌دهد که طرح‌واره جنسی مثبت ممکن است بیماران را از خطر افسردگی در هنگام کمبود رضایت خاطر در امان دارد. علاوه بر این، ترکیبی از یک طرح‌واره منفی جنسی و رضایت جنسی پایین ممکن است پریشانی روانی، از جمله علائم افسردگی را افزایش دهد (کارپنتر، اندررسون، فولر و مکسول، ۲۰۰۹). ویژگی‌هایی مانند سن، جنس، شخصیت و متغیرهایی که در پیش‌آگهی بیماری و پاسخ به درمان تأثیر می‌گذارد مانند علائمی که منجر به از بین رفتن توانایی، درد، میزان کاهش کیفیت زندگی می‌شود و همین‌طور اهداف، شغل، ازدواج و خانواده و شرایط محیطی مانند حمایت اجتماعی، وجود کسی که از نظر عاطفی به عنوان کمک‌کننده تلقی می‌شود و وضعیت اقتصادی-اجتماعی تأثیرات زیادی در توانایی مقابله با سرطان پستان دارد (آندرکوسکس و مانه، ۲۰۰۶) با توجه به موارد و مشکلات مربوط به سلامت روانی و جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه بیش‌ازپیش نیاز به مداخلات روان‌شناختی آشکار می‌گردد. سال‌هاست که از تکنیک و تئوری‌های روانشناسی به عنوان درمان مکمل جهت بهبود سلامت روان بیماران مزمن استفاده می‌گردد. تحقیقات نشان داده که طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان‌هایی هستند که برای افزایش سلامت روانی این زنان مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

طرح‌واره درمانی به‌عنوان فیلترهایی عمل می‌کنند که افراد از طریق آن‌ها جهان را منظم، تفسیر و پیش‌بینی می‌کنند بر اساس نظریه طرح‌واره درمانی برخی از افراد ممکن است الگوهای کارکردی از اعتقادات و برداشت‌های بدکارکرد از جهان و خودشان ایجاد کنند (دلایز، سن بوری، هی و همکاران، ۲۰۱۷). طرح‌واره‌ها تأثیر شدیدی در نحوه دید افراد، روابط خود با دیگران و جهان دارند. یانگ تعدادی طرح‌ناسازگار را توصیف کرد، به‌عنوان مثال شرم/نقص، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی و وابستگی/بی‌کفایتی و...، اگر یک طرح‌ناسازگار فعال شود، احساسات دردناک همراه به وجود می‌آید. به‌منظور مقابله با این احساسات شدید، راهکارهای مقابله (جبران افراطی، اجتناب و تسلیم) توسط فرد بکار گرفته می‌شود که احساسات آزاردهنده را کاهش می‌دهد اما رفتارهای بین فردی و خود نظارتی سازگار را مختل می‌کند برای ارتقا سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان شناسایی صحیح نقش طرح‌واره‌های شناختی مختل و مکانیسم‌های مقابله با شروع درمان ترکیبی از اهمیت بالایی برخوردار است، و به متخصصان در ایجاد مناسب‌ترین برنامه مداخله روان‌شناختی و روان‌درمانی این بیماران کمک زیادی می‌کند (فاسبیندر، شوپیگر، مارتیوس، دی‌وایلد، و آرناتز، ۲۰۱۶).

از دیگر درمان‌های غیردارویی مکمل جهت ارتقا سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد (موشر، سنتی، هرش و همکاران، ۲۰۱۸)، که به کاهش درد ناشی از علائم در بیماران سرطانی کمک می‌کند (هیز، استروشال، و ویلسون، ۲۰۱۲). بر خلاف مداخلات شناختی-رفتاری سنتی که بر کاهش علائم و اصلاح افکار ناسازگارانه تمرکز دارند، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است به‌گونه‌ای که تجربیات ناخواسته درونی (به‌عنوان مثال علائم جسمانی، احساسات، افکار) کمتر در فعالیت‌های معنادار بیماران دخالت کنند (فیروس، لانه، سیاروچی، و بلکلج، ۲۰۱۳). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مستلزم تجربه کامل در لحظه اکنون است (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس، ۲۰۰۶)، این انعطاف‌پذیری از طریق شش فرآیند اصلی پذیرش، گسلش^۱، خود به‌عنوان زمینه^۲، در زمان حال بودن^۳، ارزش‌ها^۴ و عمل متعهدانه^۵ انجام می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶) و به کاهش خستگی و افزایش کیفیت خواب (موشر و همکاران، ۲۰۱۸)، کاهش اضطراب و علائم افسردگی (حاج صادقی، بساک نژاد و رزمجو، ۱۳۹۶) افزایش امید به زندگی، و موجب بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود (علی پور، سپهریان آذر سلیمانی و مکاریان، ۱۳۹۷). زنانی که در سنین جوانی به سرطان پستان مبتلا شده‌اند با چالش‌های خاصی روبرو می‌شوند (اندرس و کیرانوسکی، ۲۰۰۸). کاهش میل جنسی، روان‌سازی پایین، مشکلات ارگاسم و درد و ناراحتی واژن توسط زنان مبتلا به سرطان پستان گزارش شده است نسبت به زنان سالم میزان اختلال عملکرد جنسی را به طور قابل‌توجهی تجربه می‌کنند (لجونگمانت، الگرن، پترسون و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به پیامدهایی که سرطان پستان بر زنان مبتلا دارد و همچنین اثر بخشی درمان‌های طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف پوهش حاضر، پاسخگویی به سوالات زیر است:

- ۱) آیا طرح‌واره‌درمانی بر طرح‌واره جنسی و کیفیت خواب زنان بعد از عمل سرطان سینه موثر است؟
- ۲) آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره جنسی زنان بعد از عمل سرطان سینه موثر است؟
- ۳) آیا بین اثر بخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره جنسی زنان بعد از عمل سرطان سینه تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری بود، جامعه‌ی آماری این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان شهدای تجریش در سال ۱۳۹۹ بودند از میان جامعه آماری فوق براساس روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۱۲۰ نفر (۴۰ نفر گروه آزمایش ۱، ۴۰ نفر گروه آزمایش ۲ و ۴۰ نفر گروه گواه) با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه انتخاب شدند.

1. Defusion
2. Self as context
3. Being present
4. Values
5. Committed action

ملاک‌های ورود: زنان مبتلا به سرطان پستان، انجام عمل جراحی جهت درمان، عدم دریافت همزمان سایر درمان‌های روانشناختی، بازه سنی ۶۵-۲۰ سال، حداقل از تحصیلات راهنمایی. ملاک‌های خروج: سابقه شرکت در درمان‌های روانشناختی، غیبت بیش از دو جلسه، ابتلا به بیماری‌های منجر به بستری و مصرف داروهایی که بر سطح هوشیاری فرد تأثیر می‌گذارند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه خود طرح‌واره جنسی - فرم زنان^۱. برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های جنسی، از مقیاس طرح‌واره‌های جنسی زنان که در سال ۱۹۹۴، توسط سیروانوسکی و اندرسن تدوین شده است، استفاده شد. ۵۲ صفت در این آزمون مشخص شده که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت (۷ درجه‌ای) از اصلاً = ۲ تا خیلی زیاد (= ۶) مشخص می‌سازد که هرکدام از این صفات تا چه حد وی را توصیف می‌کند. از آنجاکه افراد به‌طور آزادانه در مورد مسائل جنسی خود صحبت نمی‌کنند، ۲۴ صفت به عنوان ماده‌های پرکننده در این آزمون به‌کاررفته‌اند تا ماهیت اصلی مورد ارزیابی از دید آزمودنی پنهان بماند. این آزمون دارای ۲۶ ماده اصلی و ۳ خرده مقیاس: پرشور - عاشقانه، صریح - راحت و خجالتی - محتاط است. سایر آیتم‌ها پرکننده هستند و به منظور پوشاندن ماهیت اصلی آزمون مورد استفاده قرار گرفته‌اند و در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شود. اعتبار و روایی توسط اندرسن و سیروانوسکی محاسبه شده، ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس عاشقانه ۰/۸۱، در خرده مقیاس صریح راحت ۰/۷۷، در خرده مقیاس خجالتی - محتاط ۰/۶۶ و در مقیاس کل ۰/۸۲ بوده است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب است. ضریب اعتبار (همگونی) داخلی مقیاس طرح‌واره جنسی زنان توسط پژوهشگران در نمونه ۱۹۰ نفری از پرستاران محاسبه شد که ضریب اعتبار نمره کل، برابر با ۰/۷۸ است. اعتبار خرده مقیاس‌های پرشور - عاشقانه، ۰/۷۰، خرده مقیاس صریح - راحت ۰/۶۶ و خرده مقیاس خجالتی - محتاط ۰/۵۶ محاسبه شده است.

۲. پروتکل طرح‌واره درمانی. برنامه آموزشی طرح‌واره درمانی بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (۲۰۰۳) تدوین و به صورت گروهی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو جلسه تشکیل شد که خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی

جلسات	فرایند حوزه فعالیت	فرایند حوزه فعالیت
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرح‌واره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرح‌واره درمانی صورت‌بندی می‌شود.	ایجاد انگیزه برای درمان مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه‌درمانی مرور اهداف و منطق کلی درمان، برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه بیان قواعد گروه، شناخت مشکل فعلی مراجع، سنجش مراجعان برای طرح‌واره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی
دوم	شواهد عینی تأییدکننده یا رد کننده طرح‌وارهها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته	تعریف طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی طرح‌وارهها

سوم	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای	معرفی حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکردها طرح‌واره، فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آن‌ها، تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق‌وخوی بیمار، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش
چهارم	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه	شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره‌ها، مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرح‌واره، جمع‌آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش
پنجم	ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی	بررسی افکار، پیش‌بینی‌ها و پس‌آیندها، شناسایی افکار تحریف شده، شناسایی اجبارها، اجتنابها و باورهای بنیادین
ششم	اسناد دهی شواهد	اسناد دادن شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره‌ها و جنبه سالم
هفتم	ارائه منطق تکنیک‌ها	استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره‌ها. ایجاد فرصتی جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورد نشده
هشتم	اصلاح توسط تکنیک‌های شناختی	استفاده از تکنیک‌های شناختی) بررسی انتقادی شواهد حمایت‌کننده از طرحواره‌ها، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره‌ها، تکنیک موضع - ضد موضع، تهیه کارت‌های آموزشی مصور که با طرحواره‌ها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها.
نهم	اصلاح توسط تکنیک‌های هیجانی	استفاده از تکنیک‌های هیجانی، گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی
دهم	اصلاح توسط تکنیک‌های رفتاری و آماده کردن افراد برای ختم جلسات	استفاده از تکنیک‌های رفتاری، حذف رفتارهای تداوم‌بخش طرح‌واره، اجتنابها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم، تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی

۳. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. اجرای پروتکل درمان پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل هیز (۲۰۰۶) تدوین شده به صورت گروهی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش دوم اجرا شد که خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات طرح درمانی در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

اهداف	رئوس محتوا	ردیف
	<p>در این جلسه ابتدا به برقراری آشنایی اولیه با مراجعین و معرفی درمان‌گر پرداخته شد، سپس به آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی پرداخته شد تا در پی این معرفی افراد با یکدیگر اعضا بتوانند با یکدیگر و همچنین با درمان‌گر ارتباطی صمیمی و دوستانه برقرار نمایند. در این جلسه به ارائه مفاهیم و سرفصل‌های ملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پرداخته شد و به ارائه اهداف و محورهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پرداخته شد، تعیین قوانین حاکم بر جلسات و توضیح موانع درمانی و نقاط قوت درمانجویان از مباحثی بود که در این جلسه مورد گزارش قرار گرفت. توضیح اجمالی درمان پذیرش و تعهد، توضیح جدول تحلیل عملکردی، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود. در این تمرینات، شرکت کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود تمرکز کنند و هر لحظه از احوال خود آگاه باشند، در این جلسه از درمانجو خواسته شد تا یک پاراگراف در مورد ارزش هایش بنویسد که خودش نقش بیش‌تر داشته باشد، نه آرزوهایش و در نهایت به بازخورد از شرکت کنندگان پرداخته شد تا آن‌ها نظراتشان و ارزیابی‌شان را از آموزش دریافت شده ارائه دهند.</p>	جلسه اول
دریافت مرور	<p>مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت مرور تکلیف تحلیل عملکردی، بیان اهداف زیربنایی درمان پذیرش و تعهد و تعیین مدل درمانی، بازخورد از بیماران، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات بیماران از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد گواه و پی بردن به بهبودی آن‌ها، شناخت ماهیت هیجان و افکار و عمل، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، کشف اهداف و تلاش‌های ناموفق، راهبردهای گواه تداوم دهنده اضطراب، بررسی کارآیی راهبردهای اجتنابی و در نهایت ناامیدی خلاقانه، استفاده از استعاره فشاردادن به تخته، دریافت بازخورد، جمع بندی و ارائه تکلیف خانگی</p>	جلسه دوم
تشخیص راهبردهای ناکارآمد گواهی و پی بردن به	<p>مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تشخیص راهبردهای ناکارآمد گواهی و پی بردن به بهبودی آن‌ها، توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت، بحث در مورد سپس مشکلات مربوط به بیماری سرطان پستان و چالش‌های پذیرش بیماری، توضیح «گواه خود مسئله است نه راه‌حل» بیان شیوه‌های گواه با استفاده از استعاره مرد در گودال، توضیح پذیرش با استفاده از استعاره، مهمان ناخوانده، توضیح رنج پاک و رنج ناپاک، معرفی آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف، گواه به عنوان مشکل/گواه رویدادهای درونی، استعاره دروغ سنجی، منطبق فعال سازی رفتاری (برای زندگی کامل‌تر و غنی‌تر، برای قطع الگوهای اجتناب به عنوان تغییر افکار و احساسات مخالف)، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، جمع بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی</p>	جلسه سوم

جلسه چهارم	<p>مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیکهای گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف، تشخیص راهبردها ناکارآمد گواه گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها؛ توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یاس و انکار و... و اینکه پذیرش یک فرایند همیشگی است نه مقطعی، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد، جمع بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی</p>	<p>تکلیف و تعهد رفتاری</p>
جلسه پنجم	<p>مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود (در این تمرینات، شرکت کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش میشوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند)، معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان شناختی و رفتار مشاهده شدنی و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌های مربوط به محتوای ذهنی، جمع بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی</p>	<p>نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، خود، تجربیات درونی و رفتار،</p>
جلسه ششم	<p>مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال، توضیح خود مفهوم سازی شده و خود زمینه‌ای با استعاره صفحه شطرنج، تمرین مشاهده گریز، توضیح هیجانات خشم و نفرت، کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد گواه و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، ایجاد فضا برای احساسات دردناک ناشی از روابط و پذیرش این احساسات به جای آسیب رساندن به خود، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و نمودن توانمند مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، جمع بندی، بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی</p>	<p>شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها</p>
جلسه هفتم	<p>مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها، موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها، کار بر روی اهداف مرتبط با ارزش‌ها و برنامه ریزی در جهت انجام کارها و رفتارهایی برای تحقق اهداف، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، توضیح و شناسایی ارزش‌ها با استفاده از تمرین می‌خواهید زندگیتان به دنبال چه چیزی باشد، توضیح هیجانات شرم و احساس گناه رکود فرم سنجش ارزش‌ها</p>	<p>بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبل</p>

درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و آموزش تعهد ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، بحث در مورد احتمال عود و آمادگی برای مقابله با آن، مرور تکالیف و به عمل جمع بندی جلسات با همراهی مراجع، در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده است، تعریف عمل متعهدانه و لزوم تمایل برای حرکت با استفاده از استعاره «گدا دم در» پرداختن به اهداف، اعمال و موانع و تلاش کاهش این موانع، تأکید بر تمایل به‌عنوان انتخاب عملی ارزشمند با استفاده از استعاره حباب، تکلیف: نوشتن گام‌های رسیدن به اهداف و عمل به آن‌ها، توضیح هیجانات عشق و شادی و در نهایت تشکر از بیماران برای شرکت در گروه و اجرای پس آزمون

روش اجرا. به منظور اجرای این پژوهش، با اعلان یک فراخوان جهت شرکت در طرح پژوهشی اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره، طرح‌واره جنسی و کیفیت خواب زنان بعد از عمل سرطان سینه شهادی تجریش، از بین کلیه بیماران سرطانی مرکز بیمارستان شهادی تجریش به صورت داوطلبانه ۱۲۰ نفر از جامعه اماری که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه (گروه آزمایش ۱، گروه آزمایش ۲ و گروه گواه جایگزین شدند) ابتدا پرسشنامه طرح‌واره جنسی و در هر سه گروه اجرا شد سپس گروه آزمایش ۱، ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرح‌واره درمانی، گروه آزمایش ۲، هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد پس از اتمام دوره‌ها از هر سه گروه با پرسشنامه‌های ذکر شده پس آزمون گرفته شد و بعد از دو ماه آزمون پیگیری انجام شد. در این مقاله کلیه اصول اخلاقی مورد بررسی قرار گرفت. شرکت کننده گان از اجرای مراحل هدف تحقیق مطلع شدند، فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند. همچنین آن‌ها از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان حاصل کردند علاوه بر این، به آن‌ها اجازه داده شد که هر زمان بخواهند مطالعه را ترک کنند و در صورت تمایل، نتایج تحقیق در دسترس آن‌ها خواهد بود.

یافته‌ها

تعداد شرکت کننده گان در تحقیق برابر با ۱۲۰ نفر بود دامنه سنی در گروه نمونه، بین ۱۸ تا ۴۵ سال و میانگین سن پاسخگویان ۲۹/۰۶ سال، انحراف معیار آن ۹/۰۷۵ و واریانس سن پاسخگویان ۸۲/۳۵۵ بود. در جدول ۳ میانگین، انحراف معیار، و سایر نمرات توصیفی شرکت کنندگان در طرح‌واره جنسی نشان داده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار طرح‌واره جنسی گروه‌ها در دوره‌های زمانی مختلف

انحراف معیار	میانگین		
۳/۶۱	۷۴/۶۰	طرح‌واره درمانی	پیش آزمون
۲/۵۶	۷۴/۳۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۳/۷۲	۷۴/۸۷	گروه گواه	
۴/۲۳	۸۲/۶۵	طرح‌واره درمانی	پس آزمون
۴/۱۸	۸۲/۴۵	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	

۳/۵۵	۷۴/۴۷	گروه گواه	
۴/۱۰	۸۲/۰۰	طرح واره درمانی	پیگیری
۴/۴۴	۸۲/۸۸	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۳/۶۳	۷۴/۸۷	گروه گواه	

داده‌ها حاکی از آن است که در دوره‌ی آزمایش میانگین طرحواره جنسی هر دو گروه آزمایش افزایش پیدا کرده است. همچنین داده‌های این جدول نشان می‌دهد که آزمودنی‌هایی که روش طرحواره درمانی بر روی آن‌ها انجام گرفته است دارای میزان طرحواره جنسی بالاتری در دو دوره‌ی آزمون و پیگیری می‌باشند.

جدول ۴. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

مرحله اندازه‌گیری		گروه		متغیر	
پس‌آزمون		پیش‌آزمون			
پیگیری	آماره p	آماره p	آماره K-S	آماره p	آماره K-S
۰/۲۰۰	۰/۱۵	۰/۲۰۰	۰/۱۵	۰/۲۰۰	۰/۱۵
۰/۲۰۰	۰/۱۷	۰/۲۰۰	۰/۱۳	۰/۲۰۰	۰/۱۲
۰/۱۴۷	۰/۱۹	۰/۲۰۰	۰/۱۱	۰/۲۰۰	۰/۱۵

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌ها در متغیر طرحواره جنسی تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه تأیید گردید.

جدول ۵. آزمون F لوین و کرویت موخلی به منظور بررسی پیش فرض

لوین		شاخص موخلی		متغیر	
معناداری	آماره	درجه آزادی	معناداری	آماره	درجه آزادی
۰/۲۲	۱/۰۷	۱۱۷	۰/۸۱	۰/۱۴	۲

در جدول ۵ آزمون همگونی کواریانس آورده شده است. این آزمون از جمله پیش فرض‌های تحلیل واریانس از راه تکرار آزمون‌هاست. مقدار شاخص «موخلی» در این جدول برابر با ۰/۱۴ و احتمال آن نیز برابر با ۰/۱۸ اعلام شده است. این ارقام نشان می‌دهد که پیش فرض همگونی کواریانس رعایت شده است. همچنین در جدول فوق نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس خطای متغیر وابسته در سه گروه طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است. در هر ۳ مرحله اندازه‌گیری، مفروضه برابری واریانس خطا برقرار شد ($P > 0/05$).

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت میانگین طرح‌واره جنسی در گروه طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

اثر	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	
درون	اثر پیلائی	۰/۸۲	۵۴۰/۵۴	۱	۱۱۷/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲
گروهی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۵۴۰/۵۴	۱	۱۱۷/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	آزمون اثر هتلینگ	۴/۶۲	۵۴۰/۵۴	۱	۱۱۷/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	آزمون بزرگترین ریشه	۴/۶۲	۵۴۰/۵۴	۱	۱۱۷/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲
روی							
تعاملی	اثر پیلائی	۰/۶۹	۱۳۵/۹۵	۲	۱۱۷/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۰	۱۳۵/۹۵	۲	۱۱۷/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	آزمون اثر هتلینگ	۲/۳۲	۱۳۵/۹۵	۲	۱۱۷/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	آزمون بزرگترین ریشه	۲/۳۲	۱۳۵/۹۵	۲	۱۱۷/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	روی						

در جدول ۶ شاخص‌های تأثیر متغیرهای مستقل و تعامل آن‌ها با هم ارائه شده است. با این جدول می‌توان تأثیر متغیرهای بین افراد و تعامل آن‌ها با یکدیگر را شناخت. در این جدول، سه شاخص پیلائی، هتلینگ و بزرگترین ریشه روی دارای ارزش مثبت هستند. هر چه این شاخص‌ها بزرگ‌تر باشند، تأثیر متغیر مربوط بیش‌تر است. اما شاخص ویلکز که دارای ارزش ۰/۱۷۸ است به نسبت دارای ارزش پایین‌تری است. هرچه این شاخص کوچک‌تر باشد، تأثیر آن متغیر بیش‌تر می‌شود. در این جدول میزان F متغیرهای زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل زمان و گروه معنادار هستند چون احتمال آزمون F آن‌ها بسیار کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. با توجه به این نتایج می‌توان موارد زیر را استنتاج نمود:

الف) بین میانگین طرح‌واره جنسی بیماران در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری اختلاف معناداری وجود دارد.

ب) بین سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و سه گروه آزمایش ۱، آزمایش و گواه تعامل معناداری وجود دارد.

در هیچ یک از این موارد دو شاخص پیلائی و هتلینگ با هم برابر نیستند. بنابراین مقادیر F قابل استناد هستند. در این جدول مقادیر مجذور اتای تفکیکی متغیرها نشان دهنده‌ی تأثیر قوی و مهم این متغیرها می‌باشد. یعنی این متغیرها علاوه بر معنادار بودن آماری، دارای اهمیت هم هستند.

جدول ۷. آزمون بونفرونی میانگین‌های متغیر مستقل گروه

تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری	حد پایین	حد بالا
۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۹۶	-۰/۱۹	۰/۴۵
*۱/۰۰	۰/۱۳	۱/۰۰	۰/۶۷	۱/۳۲
-۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۹۶	-۰/۴۵	۰/۱۹
*۰/۸۶	۰/۱۳	۱/۰۰	۰/۵۴	۱/۱۹

طرح‌واره درمانی پذیرش و تعهد
گواه
پذیرش و تعهد طرح‌واره درمانی
گواه

گواه	طرح واره درمانی	*-۰۰۱	۰/۱۳	۱/۰۰	-۱/۳۲	-۰/۶۷
پذیرش و تعهد		*۰/۸۶	۰/۱۳	۱/۰۰	-۱/۱۹	-۰/۴۷

با در نظر گرفتن نتایج تحلیل واریانس مکرر و در ادامه تحلیل آماری، آزمون تعقیبی بونفرونی نیز محاسبه گردید نتایج آزمون بونفرونی در جدول (۷) نشان داده شده است. بر اساس این جدول می‌توان نتایج زیر را استنباط کرد:

(الف) بین نمره‌ی طرح‌واره جنسی گروه طرح واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اختلاف معناداری وجود ندارد. میانگین خودپنداره جنسی افراد گروه طرح واره درمانی ۰/۱۳ نمره بالاتر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

(ب) بین نمره‌ی طرح‌واره جنسی گروه طرح واره درمانی و گروه گواه اختلاف معناداری وجود دارد. میانگین خودپنداره جنسی طرح واره درمانی گروه طرح واره درمانی * ۱/۰۰ نمره بالاتر از گروه گواه است.

(ج) بین نمره‌ی طرح‌واره جنسی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه اختلاف معناداری وجود دارد. میانگین خودپنداره جنسی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد * ۰/۸۶ بالاتر از گروه گواه است. سطح معناداری به دست آمده حاکی از عدم تفاوت معنادار بین میانگین طرح‌واره جنسی این دو گروه می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره جنسی زنان بعد از عمل سرطان سینه انجام شد نتایج نشان داد بین نمره‌ی طرح‌واره جنسی گروه طرح واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اختلاف معناداری وجود ندارد، اما بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده شد، هر دو درمان بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار جنسی موثر بودند و اثر هر دو در طول زمان پایدار بود. نتایج پژوهش پوندنژادان و جوهری فرد، (۲۰۱۸) نشان داد که طرح‌واره‌درمانی منجر به افزایش رضایت از تصویر بدنی، ارتقای خودپنداره و کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار بدنی در بیماران مبتلا به ناهنجاری‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه می‌شود. همچنین این یافته همسو با مطالعه اسماعیل زاده و اکبری (۱۴۰۰) بود که نشان دادند طرح‌واره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی موثر است و نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۲۰۲۰)، نیز نشان داد که طرح‌واره درمانی موجب افزایش عزت نفس جنسی در زوجین می‌شود.

جراحی‌های پستان، منجر به بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌گردد. روش‌های جراحی روی ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی- اجتماعی زن همچون هویت، اعتماد، خلق، تمایات جنسی، رضایت از خود و کیفیت زندگی اثر می‌گذارد. مشکلات تصویر بدن همراه با استرس، افسردگی، کناره‌گیری از روابط اجتماعی و اضطراب عدم پذیرش از سوی همسر می‌باشد. ترس از عدم پذیرش و جذابیت از دید همسر و افراد مهم زندگی، نگرانی مهم و عمده زنان دچار مشکلات تصویر بدنی است.

آن‌ها خود را با پیش از ابتلا به بیماری و درمان‌های آن مقایسه می‌کنند و در نتیجه احساس ناکامی، افسردگی و اضطراب آن‌ها افزایش می‌یابد (خلعت بری و همکاران، ۱۳۹۸) که درمان‌های روانشناختی می‌تواند در بهبود بیمار موثر باشد، در تبیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر طرح‌واره جنسی می‌توان چنین بیان کرد که تاکید رویکرد طرح‌واره درمانی بر ریشه‌های تحولی، مشکلات روانشناختی دوران گذشته است. این تکنیک به درمان‌گران کمک می‌کند با پیدا کردن طرح‌واره‌های ناسازگار دوران گذشته مشکلات جنسی فرد تا حدودی مرتفع گردند. فعال شدن و تحریک شدن طرح‌واره‌ها به تولید هیجان‌های ناخوشایند و احساسات درمانده ساز منجر می‌گردد که همین عواطف منفی بر خودکارآمدی جنسی فرد تاثیر مستقیم دارد. بیماران در فرایند درمان طرح‌واره محور یاد می‌گیرند که حتی با وجود رها کردن راهبردهای ایمنی بخش باز هم احساس امنیت کنند. این الگوی درمانی مبتنی بر آموزش به تعدیل طرح‌واره‌ها در آزمودنی‌ها می‌انجامد. آموزش‌های طرح‌واره درمانی با بررسی مشکلات ریشه‌ای سعی در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار دارد و یافتن این طرح‌واره‌ها و رویایی با آن‌ها سبب کاهش هیجان‌ات و عواطف منفی در بیماران گردیده و به بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار جنسی می‌انجامد، در حقیقت درمان‌گران سعی می‌کنند با ریشه‌یابی مشکلات بیماران، کشف مکانیسم‌های تداوم طرح‌واره‌ها و همچنین پاسخ‌های مقابله‌ای بیمار به طرح‌واره مورد نظر که در حوزه‌هایی چون جبران افراطی، اجتناب و تسلیم رخ میدهد، به ارتقاء عملکرد جنسی بیماران خود کمک کنند. در حقیقت درمان‌گران طرح‌واره درمانی می‌دانند که نوع سبک‌های مقابله‌ای افراد به خلق و خو و الگوهای یادگیری آن‌ها در زندگی بستگی داشته و شناسایی درست مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد و تلاش در جهت توانمندسازی بیمار سبب افزایش خودکارآمدی جنسی فرد می‌گردد. به طوری که در این الگوی درمانی با مشخص شدن ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و همچنین نوع تاثیرگذاری آن بر عملکرد و خودکارآمدی جنسی درمان‌گر با بکارگیری استراتژی‌های تغییر مثل تکنیک‌های شناختی سعی در بهبود طرح‌واره‌های جنسی می‌نماید (اسماعیل زاده و اکبری، ۱۴۰۰). همچنین می‌توان گفت طرح‌واره‌های جنسی در تجربه فعلی آشکار می‌شوند. آن‌ها رفتار جنسی (گذشته، حال و آینده) را هدایت می‌کنند و بر پردازش اطلاعات مربوط به جنسی تاثیر می‌گذارند. افرادی که در ظرفیت طرح‌واره خود متفاوت هستند - مثبت در مقابل منفی - تفاوت‌های تجربی، رفتاری، نگرشی، عاطفی و شناختی متعددی را در حوزه جنسی نشان می‌دهند و همه این موارد بطور قابل توجهی از درمان طرح‌واره تاثیر می‌پذیرند (کارپنتر و همکاران، ۲۰۱۹). در تبیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان اشاره کرد بعد از جراحی به علت ایجاد نقص بدنی، بیمار تصویر منفی و ارزیابی‌های ذهنی منفی از خود پیدا می‌کند و به این مفهوم سازی سازی‌های منفی شده (خود مفهوم سازی شده از خویش) که آسیب‌زا است، می‌چسبد. این خود مفهوم سازی شده جدید، یکی از دلایل سرکوب میل جنسی و اجتناب از برقراری رابطه جنسی می‌باشد. لذا تاکید بر تغییر نگاه از خود مفهوم سازی شده (مثال خود قربانی یا خود ناقص) به خود مشاهده گر خنثی و تقویت آن، باعث جدایی و گسلس بیمار از این افکار و ذهنیاتش شد. به بیمار آموزش داده شد تا بدون آنکه نسبت به آن‌ها واکنش مبارزه نشان دهد یا تلاش کند تا آن‌ها را حذف کند، صرفاً از افکار فاصله بگیرد و به مشاهده ساده آن‌ها بپردازد. در واقع با کمک روش جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، بیمار آموخت تا خود را از خاطرات و افکار منفی و ناخوشایند جدا سازد و فقط در زمان حال آن‌ها را به سادگی

تجربه نماید، همچنین با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود و خصوصیت مشترک این درمان‌ها استفاده از عامل فراشناخت و تکنیک‌های ذهن آگاهانه می‌باشد (ولز و فیشر، ۲۰۱۵). بنابراین استفاده از این راهکارها بیش‌ترین تاثیر را بر طرحواره‌های بیماران داراست در واقع در زمینه اثربخشی اکت بر طرحواره‌های جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان چنین گفت که این درمان با تأکید بر فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی از یک سو و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار از سوی دیگر باعث افزایش سلامت روانی و انعطاف پذیری روانشناختی و همچنین بهبود تمایلات جنسی بیماران شده است. در این پژوهش، به وسیله اکت به بیمار مهارت‌های روانشناختی گوناگونی یاد داده شد که بتواند بازداری از افکار منفی را رها کند و افکار و احساسات دردآور را به طور موثر تحمل کند و توانایی عمل موثر در برابر ناراحتی‌های هیجانی را داشته باشد، به طوری که تاثیر و نفوذ کمتری بر وی داشته باشند. همچنین در ارزیابی مشکلات بیمار با رویکرد درمانی اکت به دنبال یافتن همجوشی، اجتناب و عمل ناکارآمد در بیمار بوده و با تصریح ارزشها و تعیین اهداف جدید به بیمار کمک شد که متعهدانه در مسیر ارزش هایش بماند، به جای همجوشی با افکار مزاحم و طرحواره‌های ناسازگار از تکنیک‌های گسلش و در مقابل اجتناب بیمار از افکار و احساسات، علایم بدنی، خاطرات و امیال آزار دهنده، مفهوم پذیرش با استفاده از تکنیک‌های تمایل کار شد و در نهایت تصریح ارزش‌ها و عمل کردن بر اساس آن‌ها برای بیمار، منجر به تاثیر درمان شده است. برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌کنیم، نمونه پژوهش حاضر فقط به کسانی پوشش داد که برای دریافت خدمات به بیمارستان شهدای تجریش مراجعه کردند. بنابراین، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند کسانی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند، گروه بیماران بستری در بیمارستان‌های دیگر و... به راحتی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و جمع آوری اطلاعات بر اساس مقیاس خودگزارش دهی بود که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی علاوه بر روش‌های خود گزارش‌دهی از سایر روش‌ها نیز استفاده کنند و برای افزایش قدرت تعمیم از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند. همچنین با توجه به اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان، پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران در مداخلات درمانی خود با این بیماران جهت بهبود عملکرد جنسی و طرحواره جنسی از این روش‌های درمانی استفاده کنند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاس‌گزاری

این مطالعه برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال است. در پایان، از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس به تصویب رسیده است. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR. IAU. CHALUS. REC. 1398. 040 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- انوشیروانی، الهام، رزاقی، نرگس، نوحی، شهناز، و آقایی، حکیمه. (۱۴۰۰) اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری و طرح‌واره‌های جنسی در زنان مبتلا به سرطان. *مراقبت سرطان*، ۲(۲)، ۱۴-۴.
- اسماعیل زاده، نگین، و اکبری، بهمن. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۱)، ۲۲۹۸-۲۲۸۶.
- پونده نژادان، آیه، و جوهری فرد، رضا. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تن‌انگاره در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن. *سومین کنفرانس ملی هزاره سوم علوم انسانی*.
- حاج صادقی، زهرا، بساک نژاد، سودابه، و رزمجو، ساسان. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله علمی پژوهان*، ۱۵(۴)، ۴۹-۴۲.
- حسن نژاد، ناهید، آگاه هریس، مژگان، عرب شیبانی، خدیجه، زارع، حسین، و قلی زاده پاشا، عبدالرحیم. (۱۴۰۱) اثربخشی آموزش آرام‌سازی پیشرونده بر تحمل پریشانی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ماستکتومی. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۱(۵)، ۴۱-۲۹.
- سعیدی رفائی، نسرین، آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا، اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد، و کارشکی، حسین. (۱۳۹۷). پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در ایران: مرور نظام‌مند متون پژوهشی. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۴(۱)، ۷۸-۶۳.
- شاه حسینی، زهره، ضیایی، طیبیه، فرامرزی، محبوبه، موسی زاده، محمود، و پتکی، ربابه. (۱۳۹۵). تأثیر خودپنداره جنسی در عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان: مطالعه مروری. *همایش راهکارهای ارتقای سلامت و چالش‌های آن*.

صانعی، پریسا، و اطاقی معصومه. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مدیریت اطلاعات تحقیقات، پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱(۲)، ۳۷-۵۴.

عبداله زاده، حسن، کبیری نسب، یوسف. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر شرم درونی و عزت نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۲۸)، ۱۸۴-۱۹۹.

علی پور، مهران، سپهریان آذر، فیروزه، سلیمانی، اسماعیل، و مکاریان، فریبرز. (۱۳۹۷). هم‌سنجی تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش بهبود مهارت‌های رویارویی زوجی بر بدریختی‌انگاری بدن و بهزیستی ذهنی زنان دچار سرطان پستان. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۸(۲)، ۱۶۵-۱۹۰.

References

- Albertson, E. R., Neff, K. D., & DillShackleford, K. E. (2015) Selfcompassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444- 454.
- Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (2008). Women's Sexual Self-Schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1079-1100.
- Andrykowski, M. A., & Manne, S. L. (2006). Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(2), 93-97
- Boswell, E. N., & Dizon, D. S. (2018). Breast cancer and sexual function. In *Translational Andrology and Urology*, 4(2), 160-160.
- Browall, M., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielson, E., Persson, L. O., & Gaston-Johansson, F. (2016). Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 180-189.
- Carpenter, K. M., Andersen, B. L., Fowler, J. M., & Maxwell, G. L. (2009). Sexual self schema as a moderator of sexual and psychological outcomes for gynecologic cancer survivors. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 828-841.
- Chiriac, V. F., Baban, A., & Dumitrascu, D. L. (2018). Psychological stress and breast cancer incidence: A systematic review. *Clujul Medical*, 91(1), 18-26.
- Da Luz, F. Q., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J. A., Swinbourne, J., Da Silva, D. C., & Da S Oliveira, M. (2017). Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adults with morbid obesity: Relationships with mental health status. *Behavioral Sciences*, 7(1), 321-334.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, 7(SEP), 78-89.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464.
- Henson, H. K. (2002). Breast cancer and sexuality. In *Sexuality and Disability*, 20(4), 261-275.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy: the process and practice of min ul change. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198

- Ljungman, L., Ahlgren, J., Petersson, L. M., Flynn, K. E., Weinfurt, K., Gorman, J. R., Wettergren, L., & Lampic, C. (2018). Sexual dysfunction and reproductive concerns in young women with breast cancer: Type, prevalence, and predictors of problems. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2770–2777
- Mosher, C. E., Secinti, E., Li, R., Hirsh, A. T., Bricker, J., Miller, K. D., Schneider, B., Storniolo, A. M., Mina, L., Newton, E. V., Champion, V. L., & Johns, S. A. (2018). Acceptance and commitment therapy for symptom interference in metastatic breast cancer patients: a pilot randomized trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(6), 1993–2004
- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C., & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: Conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 33(3), 135–142
- Patricia A. Ganz, M. (2008). Psychological and Social Aspects of Breast Cancer. *Breast Cancer, Oncology Journal*, 22(6).
- Wells, A., & Fisher, P. (2015) (Eds.). *Treating Depression: MCT, CBT, and Third Wave Therapies*. John Wiley & Sons.

پرسشنامه طرحواره جنسی

صفات	به خوب (۱-۵)	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)	جنسی زیاد (۶)
۱- بخشنده	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲- بی پروا	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳- هوشیار و حواس جمع	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۴- یاری رسان	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۵- بامحبت	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۶- روشن فکر (پذیرای عقاید و افکار نو یا متفاوت)	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۷- سطحی نگر	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۸- کمرو و خجالتی	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۹- رک گو و صریح	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۰- تمیز و خوش پوش	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۱- مهیج و شوق انگیز	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۲- بدقلق	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۳- باتجربه	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۴- زود خشم و زودرنج	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۵- بی مسئولیت	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۶- بی شیله پیله	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۷- منطقی	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۸- آزاد اندیش	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۹- مهربان و خوش خلق	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۰- قابل تحمل	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۱- اهل عمل	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۲- خود آگاه	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۳- کسل کننده	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶

۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۴- ساده و بی‌آلایش
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۵- غیر رسمی
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۶- ناسازگار
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۷- جدی
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۸- محتاط
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۹- شوخ طبع و بذله گو
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۰- معقول
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۱- خجالت زده و شرمنده
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۲- پرحرف
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۳- متین و با وقار
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۴- مسئولیت پذیر
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۵- عاشق پیشه
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۶- باادب و با نزاکت
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۷- دلسوز و همدرد
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۸- محافظه کار (پیرو سنت‌های قدیمی)
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۹- شهبانی و پرشور
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۰- عاقل و خردمند
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۱- بی تجربه و خام
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۲- خسیس و ناخن خشک
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۳- سطحی نگر
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۴- خونگرم و صمیمی
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۵- غیر عاشق پیشه
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۷- بی ادب و گستاخ
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۸- افشاگر
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۹- ریاست مآب (اریاب منش)
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۵۰- پراحساس

Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment on women's sexual schema after breast cancer surgery

Maryam. Ghods¹, Abdolhassan. Farhangi^{2*}, Abdollah. Shafie Abadi³, & Mastoreh. Sedaghat⁴

Abstract

Aim: The present study was conducted with the purpose of comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment based therapy on the sexual schema of women after breast cancer surgery. **Method:** The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period. The statistical population of the present study included all breast cancer patients referred to Tajrish Martyrs Hospital clinic in 2019. 120 people were selected as a statistical sample with the available sampling method (voluntarily) and were replaced in three groups of 40 people, and in two groups, experimental group 1 (schema therapy), experimental group 2 (therapy based on acceptance and commitment) and a control group randomly replaced. First, all three groups were measured with Rogers' self-concept questionnaires (1957), Siranoski and Andersen's sexual schemas (1994) and Pittsburgh sleep quality, then experimental group 1, 9 sessions of 90-minute schema therapy by Young et al. (2003) and the group Experiment 2 received eight 90-minute sessions of ACT based on the theory of Hayes et al. (1999) and the control group did not receive any training. They were repeatedly tested. **Results:** The results of repeated measurement variance analysis showed that there was a significant difference between the experimental schema therapy groups and the ACT group with the control group ($f=32.070$ and $p<0.001$), but there is no significant difference between the sexual schema between schema therapy group and ACT group; both treatments were effective in improving sexually maladaptive schemas, and the effect of both was stable over time. **Conclusion:** According to the results, it can be concluded that schema therapy and ACT significantly affect women's sexual schema after breast cancer surgery, and there is no significant difference between their effectiveness. Therefore, it can be suggested that psychotherapists apply both treatments to deal with women's sexual schemas.

Keywords: *schema therapy, acceptance and commitment therapy, sexual schema.*

1. Ph.D student of Counseling Department, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Tonkaban Branch, Islamic Azad University, Tonkaban, Iran.

Email: abdolhassanfarhangi@yahoo.com

3. Professor, Department of Counseling, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.