

Effectiveness of Therapy Based on Group Emotional Schema on the Resilience and Self-Efficacy in People with Cancer

Mojtaba Ryahi Rad¹, Javad Khalatbari^{2*}, Mohamad Nasehi³, Seyed Asadollah Mousavi⁴

1. Ph.D. Student in Health psychology, Faculty of psychology Azad Tonekabon, Mazandaran, Iran
2. Associate Prof., Faculty of psychology Azad Tonekabon, Mazandaran, Iran
3. Cognitive and Neuroscience Research Center (CNRC), Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran
4. Hematology, Oncology and Stem Cell Transplantation Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 2024/04/15

Accepted: 2024/07/27

Abstract

Introduction: This study examines the impact of group emotional schema therapy on resilience and self-efficacy among cancer patients.

Materials and Methods: The research employed a quasi-experimental design with a pre-test and post-test follow-up alongside a control group. The statistical population comprised all cancer patients visiting Shariati Hospital in Tehran in 2020 (year 1399). Forty volunteer participants who met the inclusion criteria were selected through convenience sampling. After final screening, 20 individuals were randomly assigned to two experimental groups (emotion-focused schema therapy) and one control group. Participants were assessed before and after the intervention using Sherer's General Self-Efficacy Scale (GSE-17) (1982) and the Connor-Davidson Resilience Scale (2003). The intervention consisted of 12 online group sessions (via Skype), each lasting two and a half hours. Data analysis was performed using SPSS software version 24, employing covariance analysis methods. This study is part of a doctoral thesis in health psychology, approved on 29/09/1399 (IR.IAU.TON.REC.1399.074) at the Islamic Azad University, Tonkabon Branch.

Results: The findings revealed that emotional schema therapy significantly improved resilience and self-efficacy in cancer patients ($p < 0.01$).

Conclusion: Emotional schema-based therapy can serve as an effective psychological intervention to enhance resilience and self-efficacy in individuals with cancer.

***Corresponding Author:** Javad Khalatbari

Address: Garmsar, University Square, Daghu Street, Mazandaran-Tankabon-km 3 of Chalus road-Waliabad-Tankabon Islamic Azad University complex

Tel: 09121777634

E-mail: j.khalatbari@toniau.ac.ir

Keywords: Group Emotional Therapy Schema Self-Efficacy, Resilience, Cancer

How to cite this article: Ryahi Rad M., Khalatbari J., Nasehi M., Mousavi SA. Effectiveness of Therapy Based on Group Emotional Schema on the Resilience and Self-Efficacy in People with Cancer, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2025; 31(6):904-915.

Introduction

Non-The significant increase in cancer diagnoses over recent decades, along with advancements in medicine, has fostered hope among patients. Psychological factors play a crucial role in the lives of all individuals, particularly those diagnosed with cancer. Thus, identifying effective psychological variables—such as resilience, mindfulness, and emotional regulation—is essential for developing interventions in this population.

Self-efficacy, as posited by Zlomuzica and colleagues, is a component of psychological capital that reflects the efforts necessary to succeed in challenging tasks. It acts as a protective factor, enhancing individual performance by influencing behavior and emotions and adjusting cognitive processes. Resilience, according to positive psychology literature, describes individuals who effectively manage life stressors, leading to fewer psychological and physical health issues. Those with high psychological resilience can return to their pre-trauma state, minimizing the adverse effects of challenges and quickly adapting after experiencing grief, loss, or trauma.

Research indicates that individuals with high self-efficacy and resilience maintain better mental health, particularly in stressful situations, demonstrating a direct relationship with positive emotions and an inverse relationship with negative emotions. Experiencing positive emotions helps cancer patients cope more effectively with daily stressors. Consequently, emotions are considered the building blocks of emotional schemas. Clinical therapists and counselors suggest that schemas and attitudes toward emotions can reduce stress experiences and enhance patient outcomes, particularly in cancer care. In recent years, the role of emotion in evidence-based psychotherapy, especially cognitive-behavioral therapy (CBT), has gained prominence. These theories assert that understanding and managing emotions lead to improved coping strategies for patients facing significant health challenges.

Methodology

This study used a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up approach, incorporating a control group. The statistical population included cancer patients visiting Shariati Hospital in Tehran. A total of 100 individuals volunteered and met the inclusion

criteria, selected through convenience sampling. After final screening, 20 participants were randomly assigned to two experimental groups (emotion-focused therapy) and one control group.

To assess the participants, we utilized the Self-Efficacy Questionnaire (GSE-17) by Sherer (1982) and the Connor-Davidson Resilience Scale (2003). Participants completed the questionnaires before and after the emotion-focused therapy intervention. The intervention consisted of 12 online group sessions via Skype, each lasting two and a half hours. Data analysis was conducted using SPSS software version 24, applying covariance analysis methods.

Results

Regarding the first hypothesis, the analysis yielded an F value of 13.775 and a significance level of $p < 0.01$, indicating that the experimental intervention had a significant impact on increasing the resilience of cancer patients compared to the control group after removing the pretest effect. The effect size suggests that 45% of the variance in resilience scores (adjusted means, free from the pretest effect) can be attributed to the experimental intervention, demonstrating a substantial practical effect of the emotionally-based schema therapy program.

For the second hypothesis, the results revealed an F value of 46.845 and a significance level of $p < 0.01$. This indicates a significant difference in self-efficacy between the experimental and control groups after accounting for the pretest effect. The effect size indicates that 73% of the variance in self-efficacy scores (adjusted means, free from the pretest effect) is due to the experimental intervention, signifying a strong impact of the emotionally-based schema therapy on self-efficacy in cancer patients.

Discussion

Emotional schema therapy significantly aids in the management of emotions, leading to self-regulation—the key factor in resilience. Enhancing individuals' ability to identify their feelings improves their capacity to evaluate environmental stimuli, fostering emotional relationships and empathy. This constructive interaction with the environment is critical, as emotional regulation

amplifies resilience through increased perceptual acuity.

A notable outcome of emotional regulation training is the ability to differentiate between positive and negative emotions. This enables individuals to manage their emotions more effectively, reducing negative feelings while enhancing positive ones—ultimately contributing to increased resilience.

The therapy's outcomes include heightened emotional awareness, the expression of new feelings, improved coping strategies for emotional regulation, and the ability to express emotions appropriately. Patients begin to see themselves as active decision-makers rather than passive recipients of solutions, which bolsters their confidence and self-efficacy.

Group therapy provides a platform for patients to share painful experiences and negative feelings. This group dynamic creates a sense of community, reassuring participants that they are not alone in facing similar challenges. Such shared experiences reduce feelings of victimhood and promote adaptive coping skills, such as acceptance of negative emotions and recognition of the positive aspects of life. Consequently, patients often report increased feelings of adequacy and self-efficacy, leading to a more meaningful life.

The positive effects of group therapy can be attributed to factors like emotional disclosure, universality in human experiences, provision of support, interpersonal learning, creation of hope,

development of social skills, and altruism. By being part of a group and sharing their struggles, patients gain valuable insights into managing emotional challenges.

Conclusion

This research aimed to examine the effectiveness of group emotional schema therapy on resilience and self-efficacy in cancer patients. The findings indicated that emotionally-based schema therapy resulted in a 45% improvement in resilience and a 73% improvement in self-efficacy among participants. These results highlight the potential of schema-focused emotion therapy as an effective intervention, emphasizing its benefits not only for individuals with cancer but also for broader clinical populations with various psychological disorders. Future research may further explore the application of these insights in clinical settings across the nation.

Acknowledgment

The authors hereby consider it necessary to sincerely thank and appreciate the officials of Shariati Hospital in Tehran and all the people who provided the necessary facilities in the process of conducting the experiments.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.

اثر بخشی درمان مبتنی بر طرحواره هیجانی گروهی بر تاب آوری و خود کارآمدی در افراد مبتلا به سرطان

مجتبی ریاحی راد^۱، جواد خلعتبری^{۲*}، محمد ناصحی^۳، سید اسدالله موسوی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی سلامت واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب و شناخت (CNRC)، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۴. دانشیار، مرکز تحقیقات هماتولوژی، انکولوژی و پیوند مغز استخوان بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه بررسی تأثیر طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر میزان تاب‌آوری و خودکارآمدی به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بوده است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. ۱۰۰ نفر داوطلب که معیارهای ورود را داشتند، به شیوه در دسترس انتخاب شدند و ۲۰ نفر پس از غربال نهایی به روش تصادفی در دو گروه آزمایشی (درمان مبتنی بر طرحواره هیجانی) و گروه گواه جایگزین شدند. این افراد، قبل و بعد از اجرای مداخله طرحواره درمانی هیجانی گروهی با پرسش‌نامه خود کارآمدی شرر-۱۷ (۱۹۸۲)، پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ارزیابی شدند. مداخله طی ۱۲ جلسه گروهی آنلاین (اسکایپ) به مدت دو ساعت و نیم برگزار گردید. برای تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ و از روش‌های تحلیل کوواریانس، استفاده گردید. این مقاله حاصل پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی سلامت است که در تاریخ ۱۳۹۹/۰۹/۲۹ با شماره IR.IAU.TON.REC.1399.074 در دانشگاه آزاد واحد تنکابن به تصویب رسیده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر طرحواره هیجانی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی در افراد مبتلا به سرطان اثر معناداری داشت ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر طرحواره هیجانی می‌تواند یک مداخله روان‌شناختی اثربخش بر تاب‌آوری و خودکارآمدی در افراد مبتلا به سرطان باشد.

* نویسنده مسئول: جواد خلعتبری

نشانی: مازندران، تنکابن، کیلومتر ۳ جاده چالوس- ولی‌آباد، مجتمع دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن
تلفن: 09121777634
رایانامه: j.khalatbari@toniau.ac.ir

شناسه ORCID: 0000-0002-9519-9686
شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0001-7303-3880

کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی هیجانی گروهی، تاب‌آوری، خودکارآمدی، سرطان

مقدمه

افزایش چشمگیر میزان ابتلا به سرطان در طول چند دهه اخیر از یک سو و پیشرفت‌های پزشکی از سوی دیگر موجب افزایش امید در این بیماران شده است. عوامل روان‌شناختی در زندگی تمامی افراد، نقش بسیار مهمی دارد از این رو یافتن

عوامل مؤثر بر این مسئله و کاربست آنها در آینده از طریق متغیرهایی همچون سخت‌کوشی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان، لازم و ضروری است (۱). سرطان همچنان از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌مانند است و تأثیرات روان‌شناختی و جسمانی

گونگونگی بر مبتلایان دارد که می‌تواند در ابعاد بسیاری از زندگی آنها همچون کیفیت زندگی، روابط خانوادگی، تمایلات جنسی، کار و مراقبت از خود اختلال ایجاد کند (۲). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی^۱، ابتلا به سرطان به‌طور هشداردهنده‌ای رو به افزایش است، به‌نحوی که در سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به این بیماری با یک افزایش پنجاه درصدی به سطح ۲۸ میلیون نفر موارد جدید سرطان در سراسر دنیا خواهد رسید (۳). علاوه بر مکانیسم‌های بیولوژیکی درگیر، عاملی که می‌تواند در این بیماران مزمن تأثیرگذار باشد عوامل روان‌شناختی است. این بیماری می‌تواند با کاهش عملکرد فردی، اجتماعی و مشکلات عاطفی و روانی همراه باشد و سیر بیماری و کنترل‌نشدن مناسب آن نگرانی، اضطراب و افسردگی را دوچندان کند (۴).

خودکارآمدی^۲ مهم‌ترین نظریه شناختی- اجتماعی بندورا (۱۹۹۷) و به معنای احساس کفایت و توان دستیابی به اهداف است (۵). خودکارآمدی در عمل بالینی به معنای قضاوت درباره توانایی مدیریت مراقبت به‌طور مستقل است (۶). خودکارآمدی، به اعتقاد زلوموزیکا^۳ و همکاران، یکی از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی است و بیانگر انجام کوشش‌های لازم برای دستیابی به موفقیت در تکالیف چالش‌برانگیز است و به‌عنوان نوعی عامل حفاظتی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند کارایی یک فرد را از طریق تنظیم رفتار و هیجان‌ها یا از طریق تعدیل سایر ساختارهای شناختی و فرایندهای زیربنایی افزایش دهد (۷). از نظر روان‌شناسی مثبت برخی افراد قادر به کاهش تأثیرات استرس‌های زندگی نیستند و از مشکلات سلامتی روان‌شناختی و جسمانی مهمی رنج می‌برند و برخی دیگر قادر به بازگشت به حالت قبل از آسیب هستند و می‌توانند آثار آسیب را به حداقل برسانند و پس از تجربه غم، سوگ یا ضربه روانی و رویدادهای مصیبت‌بار بعد از مدت کوتاهی، به سازگاری مثبت و تعامل مجدد دست یابند. گفته می‌شود که افراد گروه دوم، از تاب‌آوری روان‌شناختی بالایی برخوردارند (۸). افراد تاب‌آور موقعیت‌های استرس‌زا را کمتر تهدیدکننده ارزیابی می‌کنند. تاب‌آوری به‌عنوان یک ساختار پویا و قابل‌تغییر، یکی از مؤلفه‌های مهم سرمایه روان‌شناختی تلقی می‌شود (۹). اغلب متخصصان در بررسی بیماری‌های طبی مزمن همچون سرطان، علل و عوامل زیستی مانند وراثت، رژیم غذایی، پرفشاری خون، الکل و چاقی را عامل سبب‌ساز مطرح می‌کنند اما به‌تازگی نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که عوامل مذکور به‌تنهایی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز بیماری ندارد بلکه برخی از

متغیرهای روان‌شناختی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم زمینه ابتلای افراد به این بیماری و بروز اختلالات هیجانی در آنها را فراهم می‌کند (۱۰). یکی از عوامل روان‌شناختی که می‌تواند نقش مؤثری در سلامتی و بهزیستی بیماران مبتلا به سرطان داشته باشد، هیجان است که نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی مانند سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای استرس‌زا ایفا می‌کند. هیجانات، پدیده‌های چندوجهی و حالات عاطفی ذهنی هستند که باعث می‌شوند تا به شیوه خاصی احساس کنیم. در واقع، زنجیره‌ای از اعمال خودکار هستند که به دلیل ماهیت عاطفی و هیجانی خود، به زنجیره زیربنایی خود یعنی طرحواره‌های هیجانی می‌رسند و در ساخت و تداوم آنها نقش دارند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که در شرایط پراسترس، کسانی که خودکارآمدی و تاب‌آوری بالایی دارند، در مقایسه با کسانی که از این نظر پایین‌تری برخوردار هستند، سلامت روان بیشتری دارند؛ بنابراین، خودکارآمدی و تاب‌آوری با هیجانات مثبت رابطه مستقیم و با هیجانات منفی رابطه معکوسی دارد (۱۱). تجربه هیجانات مثبت، به بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند که بتوانند با استرس‌های روزمره بهتر مقابله کنند. در واقع، می‌توان گفت که هیجانات، عوامل سازنده یک طرحواره هیجانی هستند. در همین راستا، درمانگران بالینی و مشاوران اعتقاد دارند که طرحواره‌ها و نگرش نسبت به هیجان‌ها، در کاهش تجربه استرس و در نهایت، پیشگیری و بهبود بیماران مؤثر است که بیماری سرطان نیز از این قاعده مستثنی نیست (۱۲). مفهوم هیجان در روان‌درمانی مبتنی بر شواهد به‌خصوص در درمان شناختی- رفتاری^۴ (CBT)، در سال‌های اخیر اهمیت بیشتری یافته است. این نظریه‌ها بر این اصل استوار هستند که طرحواره و نگرش نسبت به هیجان، ممکن است باعث تغییرات متفاوتی در فرد شود (۱۳). لیبی بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام‌گرفتن از مدل فراشناختی هیجانات، مدل طرحواره‌های هیجانی خود را ارائه کرد. وی معتقد است که اختلالات هیجانی اغلب ناشی از ارزیابی و تفسیر شخص از احساسات خود و راهبردهای به‌کاررفته برای مقابله با این هیجانات می‌باشد مدل طرحواره‌های هیجانی بیان می‌کند که ممکن است افراد در چگونگی مفهوم‌پردازی هیجاناتشان با یکدیگر تفاوت داشته باشند (۱۴).

با توجه به این که ابتلا به بیماری سرطان با میزان بالای فشار روانی و هیجانات منفی همراه است، شناخت ویژگی‌های هیجانی، نگرش‌ها، طرحواره‌های بنیادی و راهبردهایی که این

3. Zlomuzica
4. Cognitive behavioral therapy

1. who
2. Self-efficacy

افراد برای تنظیم هیجانات خود به کار می گیرند، اهمیت فراوانی دارد. اگرچه ابتلا به بیماری سرطان وضعیت استرس زای شدیدی است که توانایی به هم ریختن تعادل روانی هر فردی را دارد اما بررسی ها حاکی از آن است که مبتلایان واکنش های متفاوتی به این وضعیت نشان می دهند. پژوهش حاضر در پی بررسی این سؤال است، آیا درمان مبتنی بر طرحواره هیجانی گروهی بر تاب آوری و خودکارآمدی در افراد مبتلا به سرطان مؤثر است؟

۲. مواد و روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به انواع سرطان شهر تهران بودند که در بازه زمانی مهر تا آذرماه سال ۱۳۹۹ به بیمارستان شریعتی تهران مراجعه کردند ($n=100$). از این بین، ۲۰ شرکت کننده به شیوه نمونه گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ($n=10$) و کنترل ($n=10$) گمارده شدند. حجم نمونه با توجه به حجم جامعه ($n=100$) و حجم نمونه پژوهش های تعیین گردید. ملاک های ورود به پژوهش شامل سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، داشتن توانایی خواندن و نوشتن، نبود مشکلات روان شناختی جدی گزارش شده، مصرف نکردن داروهای اعصاب و روان و رضایت شخصی بودند. همچنین، تکمیل نکردن کامل پرسش نامه ها، غیبت بیش از دو جلسه و تمایل نداشتن به ادامه همکاری در پژوهش به عنوان ملاک های خروج شرکت کنندگان در نظر گرفته شدند.

پرسش نامه تاب آوری: کونور و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) پرسش نامه تاب آوری را با هدف سنجش توانایی مقابله با تنش، مقیاس تاب آوری را طراحی کردند. مقیاس تاب آوری از ۲۵ گویه تشکیل شده است که بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای (۰ تا ۴) پاسخ دهی و نمره گذاری می گردد. دامنه نمرات در این مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ است که نمرات بیشتر در این مقیاس بیانگر سطوح بالاتر تاب آوری است. پرسش نامه تاب آوری از پنج عامل تصور از شایستگی فردی (گویه های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴ و ۲۵)، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی (گویه های ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹ و ۲۰)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (گویه های ۲، ۴، ۵ و ۸)، کنترل (گویه های ۱۳، ۲۱ و ۲۲) و تأثیرات معنوی (گویه های ۳ و ۹) تشکیل شده است.

مشخصه های آماری مناسب مقیاس را گزارش می دهند. نتایج مقایسه های زوجی^۲ نشان دهنده تفاوت معنادار بین نمرات گروه عادی در مقایسه با نمرات گروه های دیگر (گروه اختلال اضطراب تعمیم یافته، گروه مراقبت پزشکی) بود. همسانی درونی پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ (۰/۸۹) و همبستگی های بین گویه- کل^۳ (بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۰) مطلوب به دست آمد. نتایج پایایی بازآزمایی در گروه اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال استرس پس از سانحه، نشان دهنده ضریب همبستگی درون رده ای^۴ مناسب پرسش نامه تاب آوری بود (۰/۸۷). همچنین همبستگی مثبت مقیاس تاب آوری با سنجش سرسختی کوباسا^۵ و همبستگی منفی مقیاس تاب آوری با مقیاس آسیب پذیری تنش شیهان تأیید کننده روایی همگرایی مقیاس تاب آوری بود (۱۵). در ایران، درخشان راد و همکاران (۱۶) پایایی (۰/۸۹) ($\alpha=$) مقیاس تاب آوری را مطلوب گزارش می دهند. در مطالعه پیش رو، نتایج حاکی از همسانی درونی مناسب مقیاس بود ($\alpha=0/83$).

مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSES): این مقیاس را شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساختند که شامل ۱۷ ماده است. این مقیاس برای اندازه گیری خودکارآمدی که اختصاص به موفقیت خاصی از رفتار نداشته باشد طراحی شده است. این مقیاس، انتظارات خودکارآمدی آزمودنی ها را در سه سطح میل به آغازگری رفتار، میل به تلاش برای تکمیل رفتار و مقاومت آنها در رویارویی با موانع می سنجد. شرر و همکاران (۱۹۸۲)، ضریب آلفای کرونباخ پرسش نامه را ۰/۸۲ گزارش کردند. روش نمره گذاری پرسش نامه به این صورت است که هر سؤال براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از (۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) تنظیم می شود اما سؤالات ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (۱۷). این مقیاس را اصغرنژاد، قطب الدینی، ولی الله و خداپناهی در ایران اعتباریابی کردند و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (۱۸). در پژوهش حاضر نیز برای سنجش پایایی پرسش نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب برای نمره خودکارآمدی ۰/۷۹ به دست آمد.

راهنمای طرحواره درمانی هیجانی: مدل طرحواره هیجانی را لیهی در سال ۲۰۰۲ معرفی کرد. در این مدل بر ارزیابی، تفسیر و راهبردهای به کار گرفته شده هنگام برانگیخته شدن هیجان تأکید می شود. در این درمان بر الگوی مفهوم بندی

4. Coefficient Correlation Interclass
5. Kobasa Hardiness Measure

1. Connor. K. M. & Davidson, J
2. Pairwise Comparison
3. Item- Total Correlations

موردی تأکید می‌شود و تمرکز اصلی بر تعدیل طرحواره‌های هیجانی بیمار می‌باشد که تصور می‌شود علت اصلی شکل‌گیری و تداوم اختلال محسوب می‌شوند. همچنین در صورت نیاز و با توجه به وضعیت موجود، از تکنیک‌های مختلفی از جمله پذیرش، ذهن‌آگاهی، حل مسئله، کاهش استرس و ... استفاده

می‌شود. با استفاده از راهنمای کاربردی تنظیم هیجان در روان‌درمانی تهیه شده است (جدول ۱) (۱۳). این برنامه ۱۲ جلسه ۲ ساعته و به صورت هفتگی برگرفته از طرحواره درمانی هیجانی رابرت لیهی است (۱۳).

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات طرحواره درمانی- هیجانی گروهی

جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توضیح مدل طرحواره درمانی هیجانی و بیان اهداف درمانی، آموزش شناسایی انواع هیجان‌ها، افتراق و برجسته‌سازی هیجان‌ها، ارائه تکلیف پرکردن تست طرحواره‌های هیجانی و مثال‌هایی از افکار، هیجان‌ها و رفتارهایی از خودشان
جلسه دوم	بررسی تکلیف منزل، آموزش جایگزینی هیجان‌ها احتمالی دیگر با هیجان‌ها دردسرساز و افکار احتمالی دیگر همراه با آن هیجان‌ها، آموزش زنجیره رویداد - فکر- هیجان - رفتار، ارائه تکلیف پرکردن فرم هیجان دردسرساز- هیجان جایگزین، فکر- فکر جایگزین
جلسه سوم	بررسی تکلیف منزل، آموزش انواع خطاهای شناختی و نحوه به چالش کشیدن افکار و جایگزینی هیجان‌ها، آموزش فن وکیل مدافع و بررسی شواهد افکار منفی، ادامه تکلیف پرکردن فرم هیجان دردسرساز- هیجان جایگزین، فکر- فکر جایگزین
جلسه چهارم	بررسی تکلیف منزل، آموزش نحوه بهنجارسازی تجربه‌های هیجانی، ارائه تکلیف بررسی بهنجاربودن هیجان‌ها با بررسی وجود این هیجان‌ها در دیگران و ثبت مزایا و معایب بهنجار دانستن هیجان‌هایی که غیرطبیعی می‌پندارند
جلسه پنجم	بررسی تکلیف بهنجارسازی هیجان‌ها، تمایز گذاشتن بین هیجان و اقدام، تجربه‌کردن هیجان به صورت موج و آموزش تمرین ذهن‌آگاهی، ارائه تکلیف انجام تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدن ارائه تکلیف ثبت فعالیت‌ها و افکار و هیجان‌ها
جلسه ششم	ادامه توضیحات مربوط به ذهن‌آگاهی، مشاهده هیجان‌ها و اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان‌ها، آموزش تمرین ذهن‌آگاهی فضا سازی برای هیجان‌ها، ارائه تکلیف انجام ذهن‌آگاهی فضا سازی
جلسه هفتم	آموزش اینکه هیجان‌ها گذرا هستند و تحمل هیجان‌ها مختلط، تکلیف ثبت و بررسی هیجان‌ها مختلط و بررسی مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها مختلط
جلسه هشتم	آموزش بررسی هیجان به عنوان هدف، آموزش مهارت حل مسئله، تکلیف پرکردن فرم در جستجوی هیجان‌ها مثبت و فرم پرسش‌نامه هدف هیجانی
جلسه نهم	ارائه تکلیف بررسی راه‌حل‌های یکی از مشکلات شرکت کنندگان از طریق روش حل مسئله، آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، آموزش مراقبه مهر و محبت، تکلیف انجام مراقبه مهر و محبت، تمرینات آرام سازی و برنامه‌ریزی فعالیت
جلسه دهم	بررسی تکلیف انجام تمرینات آرام سازی و مراقبه مهر و محبت و برنامه‌ریزی فعالیت توضیح مفاهیم متفاوتی که افراد در زندگی‌شان دارند، آموزش و جستجوی حمایت اجتماعی، آموزش تصویرسازی خود دلسوز ارائه تکلیف پرکردن فرم مفاهیم دیگر در زندگی، انجام تصویرسازی خود دلسوز
جلسه یازدهم	آموزش بالارفتن از نردبان مفاهیم برتر، تکلیف تهیه فهرستی از ارزش‌های متعالی‌شان و بررسی ارتباط هیجان‌هاشان با این ارزش‌ها و پرکردن فرم ارتباط با ارزش‌های متعالی
جلسه دوازدهم	بررسی فرم ارتباط با ارزش‌های متعالی، مرور و جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات و آموزش نحوه تعمیم آن در زندگی و راهکارهای مناسب پیشگیری از عود مجدد، تهیه نسخه مکتوب برای بیمار

گروه آزمایش، به صورت گروهی طرحواره درمانی هیجانی در طول دوازده جلسه دوساعته به صورت هفتگی و آنلاین در اپلیکشن skype ارائه شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار spss نسخه ۲۴ و با استفاده از روش تحلیل چندمتغیره کوواریانس (مانکوا) انجام گردید.

۳. یافته‌ها

میانگین سنی زنان، ۳۰.۶۴ سال (با انحراف معیار ۸.۷۵)

است. همچنین، میانگین سنی مردان، ۲۹.۴۵ سال (با انحراف معیار ۱۱.۴۲) است. میانگین مدت بیماری در زنان، ۲ سال (با انحراف معیار ۲.۱۱) است. همچنین توزیع مدت بیماری زنان دارای کجی ۲.۵۴ و کشیدگی ۵.۵۹ است که نشان‌دهنده یک توزیع نامتقارن است. همچنین، میانگین مدت بیماری مردان، ۲ سال (با انحراف معیار ۱.۵۴) است. همچنین توزیع مدت بیماری مردان دارای کجی ۱.۵۹ و کشیدگی ۱.۶۷ است که نشان‌دهنده یک توزیع تقریباً متقارن است.

جدول ۲. نتایج شاخص‌های توصیفی متغیر تاب‌آوری و خودکارآمدی به زندگی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش تاب‌آوری	انحراف معیار	۸/۱۴	۱/۶۱
	کجی	-۰/۲۱	-۰/۴۸
	کشیدگی	۰/۰۱	-۰/۹۳
	میانگین	۷۶/۰۲	۷۲/۰۳
کنترل تاب‌آوری	انحراف معیار	۷/۶۳	۸/۹۸
	کجی	-۰/۲۶	-۰/۰۱
	کشیدگی	۰/۰۶	-۰/۷۷
	میانگین	۴۸/۴۰	۶۳/۶۰
آزمایش خودکارآمدی	انحراف معیار	۱۰/۴۵	۲/۷۲
	کجی	۰/۲۲	-۰/۳۰
	کشیدگی	۱/۸۷	-۰/۱۸
	میانگین	۴۹/۰۳	۵۱/۱۰
کنترل خودکارآمدی	انحراف معیار	۹/۵۰	۶/۳۵
	کجی	۰/۳۱	۰/۱۳
	کشیدگی	-۱/۳۲	-۱/۶۵
	میانگین	۷۴/۹۰	۹۰/۵۰

متغیرها دارای توزیع نرمال هستند ($p < 0.01$) و پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیرها تأیید شده است.

بر اساس نتایج جدول ۲، در خصوص نرمال‌بودن توزیع میانگی و داده‌ها، سطح معناداری متغیرها نشان می‌دهد که

جدول ۳. همگنی واریانس‌های لوین در متغیرهای وابسته پژوهش

متغیر	آماره لوین	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی	۰/۴۹۶	۱	۱۸	۰/۴۹۰
تاب‌آوری	۱۱/۲۲۹	۱	۱۸	۰/۰۰۴

توجه به مقادیر آماره لوین و سطح معناداری، واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل همگن است.

همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای پژوهش برقرار است و با

جدول ۴. تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر طرحواره هیجانی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
تاب‌آوری (پیش‌آزمون)	۸۷۴/۵۸۱	۱	۸۷۴/۵۸۱	۷/۲۷۴	۰/۰۲	۰/۳۰
تاب‌آوری (آزمایش-کنترل)	۱۶۵۶/۲۰۰	۱	۱۶۵۶/۲۰۰	۱۳/۷۷۵	کمتر از ۰/۰۱	۰/۴۵
خطا	۳۰۴۰/۰۱۹	۱۷	۱۲۰/۲۳۶			
کل	۱۳۷۰۹۴/۰۰۰	۲۰				
خودکارآمدی (پیش‌آزمون)	۱۴۵/۷۸۵	۱	۱۴۵/۷۸۵	۸/۷۴۲	کمتر از ۰/۰۱	۰/۳۴
خودکارآمدی (آزمایش-کنترل)	۷۸۱/۲۵۰	۱	۷۸۱/۲۵۰	۴۶/۸۴۵	کمتر از ۰/۰۱	۰/۷۳
خطا	۲۸۳/۵۱۵	۱۷	۱۶/۶۶۷			

درمانی هیجانی، مدیریت هیجانات است و زمانی که هیجانات فرد مدیریت شود به خودکنترلی منجر می‌شود و خودکنترلی یکی از عوامل مؤثر بر تاب‌آوری است. افزایش سطح شناسایی احساسات افراد سبب افزایش قدرت ارزیابی محرک‌های محیطی و بالارفتن قدرت برقراری روابط عاطفی و ابراز همدلی می‌شود و از این طریق، امکان تعامل سازنده فرد با محیط فراهم می‌شود. همچنین یکی از تأثیرات بارز آموزش تنظیم هیجانی، توانایی شناسایی و تفکیک هیجانات مثبت و منفی است که این موضوع باعث می‌شود تا افراد در معرض آموزش بتوانند ضمن مدیریت هیجانات، هیجانات منفی خود را کاهش و برعکس هیجانات مثبت خود را ارتقا دهند و این توانایی به‌نوبه خود منجر به افزایش تاب‌آوری آنان می‌گردد (۲۵). علاوه بر این، تنظیم هیجانی فرد را قادر می‌سازد تا برای مواجهه‌شدن با هیجان‌های منفی از یک الگوی وفق‌دهنده که باعث مشکلات کمتر سلامت ذهن می‌شود، استفاده کند که این امر به‌نوبه خود باعث سازگاری بهتر و تاب‌آوری بیشتر می‌گردد از سوی دیگر در طرحواره درمانی هیجان با افزایش ذهن‌آگاهی منجر به کاهش اجتناب یا درگیری بیش از حد با افکار و هیجان‌های ناراحت‌کننده می‌شود و بنابراین هیجان‌ها را در حد متعادل نگه می‌دارد (۲۶).

در بخش فرضیه دوم یافته‌های پژوهش حاضر هم‌راستا با نتایج به‌دست‌آمده این یافته با نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۲۷)، رهبرکرباسدهی و همکاران (۲۸)، فرومندی (۲۹)، پای پوزان (۳۰) همسو بود. حسینی و همکاران (۲۷) نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر میزان خودکارآمدی در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی مؤثر بود و براساس داده‌های پژوهش موجب افزایش آنها شد، خودکارآمدی قضاوت شخصی افراد از توانایی‌های خود برای سازماندهی و انجام یک فعالیت می‌باشد. حس خودکارآمدی بالا باعث تلاش، مقاومت و انعطاف بیشتری می‌شود (۳۱). همچنین در مقدار استرس و اضطرابی که افراد هنگام اجرای یک فعالیت تجربه می‌کنند تأثیرگذار است و طبق نظریه شناختی اجتماعی، قضاوت افراد از توانایی‌هایشان برای موفقیت در یک تکلیف خاص به‌طور قوی بر انگیزش و رفتار انسانی تأثیر دارد (۳۲). تئوری خودکارآمدی بندورا، به نقش اعتماد و اطمینان و عزت نفس فرد نسبت به توانایی‌هایش در انجام رفتار خواسته‌شده از وی تأکید دارد (۳۳). باورهای خودکارآمدی، زمینه‌ساز انگیزه، بهزیستی و موفقیت انسانی است و هرگاه افراد به توان انجام یک کار، باور داشته باشند، توانایی دستیابی به نتایج مطلوب را خواهند داشت (۳۴). افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند

در مورد فرضیه اول این پژوهش طبق نتایج جدول ۴ در سطر تعامل گروه‌های آزمایش و کنترل، با توجه به مقدار $F(13.775)$ و سطح معنی‌داری $(p < 0.01)$ پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که ۴۵ درصد از واریانس مربوط به میانگین‌های تعدیل‌شده (عاری از اثر پیش‌آزمون) مربوط به اثر کاربندی آزمایشی می‌باشد که در بُعد معنی‌داری عملی نیز نشان می‌دهد، اجرای برنامه درمان مبتنی بر طرحواره هیجانی تأثیر ۴۵ درصدی بر تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان داشته است.

در مورد فرضیه دوم این پژوهش طبق نتایج جدول ۴ در سطر تعامل گروه‌های آزمایش و کنترل، با توجه به مقدار $F(46/845)$ و سطح معنی‌داری $(p < 0.01)$ پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که ۷۳ درصد از واریانس مربوط به میانگین‌های تعدیل‌شده (عاری از اثر پیش‌آزمون) مربوط به اثر کاربندی آزمایشی می‌باشد که در بُعد معنی‌داری عملی نیز نشان می‌دهد اجرای برنامه درمان مبتنی بر طرحواره هیجانی تأثیر ۷۳ درصدی بر خودکارآمدی در افراد مبتلا به سرطان داشته است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی به زندگی بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر، هم‌راستا با نتایج در مطالعات تنباکوچیان و همکاران (۱۹)، ندایی و همکاران (۲۰)، محمدخانی و همکاران (۲۱)، لوتاز و یوسف مورگان^۱ (۲۲) و کارمونا هالتی^۲ و همکاران (۲۳) که تأییدکننده اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان بود. طرحواره درمانی هیجانی بر قطع چرخه تجارب هیجانی پریشان‌کننده و اعتباربخشی به آنها تمرکز می‌کند. بیماران با تمرین راهبردهای مشاهده و پذیرش تجارب ناخوشایند هیجانی و بدنی به این ظرفیت درونی دست می‌یابند که در شرایط عدم قطعیت تجارب ناخوشایند درونی خود را به رسمیت بشناسند و تاب بیاورند. تاب‌آوری هیجانی از طریق مرتبط کردن هیجانات به ارزش‌های متعالی و تمرین تجربی حضور در لحظه و ذهن‌آگاهی تقویت می‌شود. این اقدامات همراه با اعتباربخشی و باز تجربه کردن هیجانات اصیل مانند احساس شرم، گناه، ضعف، خشم و ... است؛ بنابراین، فرد به جای کنترل فرسایشی و بی‌اثر رخدادهای درونی خود، آینده و عوامل بیرونی، دست به فعالسازی رفتاری در قالب تعهد به سیستم ارزشی در اینجا و اکنون می‌زند (۲۴). می‌توان اظهار داشت که یکی از تأثیرات طرحواره

بیشتر احتمال دارد که پس‌خوراندهای منفی را رد کنند که این موضوع باعث افزایش امید به زندگی و شادکامی می‌شود (۳۵). کسانی که حس خودکارآمدی کمی دارند از سلامت بدنی و روانی کمتری برخوردار هستند. این افراد نمی‌توانند با استرس کنار بیایند؛ در نتیجه دستگاه غدد درون‌ریز، کاتکولامینی و دستگاه شبه‌افیونی آنان فعال می‌شود و دستگاه ایمنی آنان لطمه می‌بیند. به این ترتیب، افراد یادشده، مستعد عفونت و بیماری می‌شوند. باورهای خودکارآمدی از دو طریق بر تندرستی انسان تأثیر می‌گذارند: یکی از طریق تأثیرات این باورها بر رفتارهای مرتبط با تندرستی فرد و دیگری از طریق این باورها بر کارکرد زیستی تأثیر می‌گذارد. خودکارآمدی در حفظ رفتارهای سالم نیز دخالت دارد. از نظر بندورا، عادات‌های سبک زندگی می‌تواند سلامتی را بهتر یا به آن آسیب برسانند. این مردم را قادر می‌سازد تا بر کیفیت و نشاط سلامتی خود مقداری کنترل اعمال کنند (۳۶). تحقیقات در بیماران سرطانی نشان می‌دهد که انجام مداخلات برای افزایش حس خودکارآمدی باعث افزایش بازده در روند درمان و کاهش علائم شده است. در بیماران با سرطان سر و گردن، خودکارآمدی فیزیکی بالاتر، سبب بقای طولانی‌تر و کاهش عود بیماری شده است. در یک نمونه ناهمگن از بیماران سرطانی، خودکارآمدی، ارتباط مستقیم و مثبتی با حالت خلق و کیفیت زندگی بیماران نشان می‌دهد (۳۷).

در طرحواره درمانی هیجانی گروهی، تجارب کسب‌شده توسط بیماران موجب آگاهی هیجانی آنها شد. آنها آموختند که به‌جای سرکوب هیجان‌های خود یا مغلوب‌شدن توسط آنها، بر وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند. در طول جلسات بیماران به این درک رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار، بنابراین می‌توان به‌جای گریز یا غرق‌شدن در آنها، پیام پنهانی‌شان را درک کرد (۳۸). دستاوردهای این درمان شامل افزایش آگاهی از هیجان‌ها، بیان هیجان‌های تازه، کنارآمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ کرده و به ادراک تازه‌ای از خود دست یافتند. بیماران در این موقعیت بیش از آنکه نیازمند ارائه راه‌حل از سوی درمانگر باشند، در جستجوی تأیید خود به‌عنوان یک انسان انتخاب‌گر و فعال هستند (۳۹). از این‌رو تصدیق خودتنظیم‌گری‌های بیماران باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی در بیماران گردید. علاوه بر این از مراجعین خواسته شد تا تجربه دردناک یا احساس بد خود را بیان کنند که چون در محیط گروهی بیان می‌شد، احساس می‌کردند که تنها نیستند و افراد دیگری هم مشکل مشابهی دارند و باعث

می‌شد احساس قربانی‌بودن در آنها کاسته شود و با یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای سازگار ازقبیل پذیرش و تحمل هیجانات منفی و نداشتن نشخوار فکری توانستند هیجانات منفی ازقبیل درد را مدیریت کنند و به جنبه‌های ارزشمند زندگیشان بپردازند و در جریان یک زندگی معنادار احساس کفایت و خودکارآمدی‌شان افزایش یافت (۴۰).

شایان ذکر است که پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت؛ نبود انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان ازجمله محدودیت‌های پژوهش است. ممکن‌نبودن کنترل وضعیت اجتماعی، تحصیلی و اقتصادی شرکت‌کنندگان پژوهش ازجمله محدودیت‌های پژوهش بود. از این‌رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، تلاش‌هایی به‌منظور کنترل این مؤلفه‌ها صورت گیرد. همچنین در پژوهش حاضر به تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی بر اثربخشی مداخله پرداخته نشد. پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی کنترل موضوعاتی همچون تعداد سال‌های تشخیص‌داده‌شدن به بیماری و سطوح حمایت ادراک‌شده بیماران نیز می‌توانند در دست‌یافتن به نتایج دقیق‌تر بسیار کمک‌کننده باشند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از مسئولین بیمارستان شریعتی تهران و کلیه افرادی که در فرایند اجرای آزمایش‌ها، تسهیلات لازم را فراهم کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی سلامت که در تاریخ ۱۳۹۹/۰۹/۲۹ با شماره IR.IAU.TON.REC.1399.074 در دانشگاه آزاد واحد تنکابن به تصویب رسیده است.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور برابر در نگارش این مقاله همکاری داشتند.

حمایت مالی

این طرح بدون هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ تضاد منافی نداشته‌اند.

References

- [1]. Annelieke, D, Natasja J.H, Janneke, van, Anja, Visser, Eveline, Kuip, Hanneke, W.M, Lobke, Annemieke, Tineke J. Smilde, Carlo, Leget, Spiritual Well-Being and Associated Factors in Dutch Patients With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2022;63 (3):404-414. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.10.004>
- [2]. Talebi G, Rezaei, Jamaloui H, Bagherian, Sararodi R, Oreyzi H. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Quality of Life and the Sense of Agency of Breast Cancer Patients. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2023; 21 (2) :215-227 . [in Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1517-en.html>
- [3]. World Health Organization Constitution of the World Health Organization: WHO. 2021
- [4]. Harris P, Mann L, Philips P, Bolger-Harris H, Webster C. Diabetes Management in General Practice: Guidelines for Type 2 Diabetes: Diabetes Australia and Royal Australian College of General Practitioners. 2021. Available from: <http://www.diabetesaustralia.com>.
- [5]. Bandura A. Self-efficacy toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 1997;84(2):191. <https://doi.org/10.1037//0033-295X.84.2.191>
- [6]. Komeili Sany H, Dashtbozorgi B, Haghighizadeh M H, Kord G. The Effect Of Communication Skills Training On The Quality Of Care And Self-Efficacy Of Nurses Working In The Emergency Department. *IJPN* 2024; 12 (1) :40-49. <http://ijpn.ir/article-1-2347-en.html>
- [7]. Shojaeyan, Maryam, Abolmaali, Khadijeh. Effectiveness of Cognitive Therapy-Based Mindfulness on Increasing the Psychological Capital of Veterans. *Journal of War and Public Health*. 2016;8(4),195-201 [in Persian]
- [8]. De Santis JP, Florom-Smith A, Vermeesch A, Barroso S, DeLeon DA. Motivation, management, and mastery: a theory of resilience in the context of HIV infection: *Journal Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2013; 19(1):36-46. <https://doi.org/10.1177/1078390312474096>
- [9]. Bissessar C S. An Exploration of the Relationship between Teachers' Psychological Capital and Their Collective Self-Esteem. *Teach Educ*; 2015;39(9):34-52. <https://doi.org/10.14221/ajte.2014v39n9.4>
- [10]. Ogden, J. *Health Psychology*, Translated by Kachooei, M, Arjmand. Tehran .2022:515-529
- [11]. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal Pers Soc Psychol* ;2004; 86(2): 320-33. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- [12]. Newman MG, Castonguay LG, Borkovec TD, Fisher AJ, Boswell JF, Szkodny LE, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *Journal Consult Clin Psychol* ;2011; 79(2): 171-81. <https://doi.org/10.1037/a0022489>
- [13]. Leahy, R. L. *Emotional Schema Therapy*. Translated by zirak, H, Azadi, R. Arjmand. Tehran. 2022:20-45
- [14]. Leahy, R. L. Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy . *International Journal of Cognitive Therapy*; 2019; 12(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
- [15]. Connor. K. M. & Davidson, J. R. T. Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*; 2003; 18, 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- [16]. Drakhshanrad S. A. Piven. E. Rassafiani. M. Hosseini. S. A. & Mohammadi Shahboulaghi. F. Standardization of Connor-Davidson resilience scale in Iranian subjects with cerebrovascular accident. *Journal of Rehabilitation Sciences and Research*. 2014;1(4):73-77. [in Persian]
- [17]. Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663-671 . <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
- [18]. Asgharnejad T., Ahmadi Dehghotboddini M., Farzad Vall Elah, Khodapanahi Mohammad Karim. psychometric properties of sherer's General Self-efficacy Scale. *Journal of Psychology*. 2006;10(3 (39)):262-274
- [19]. Tanbakouchian, R, Zanganeh, F, Bayat, M, R. Compare the Effectiveness of Emotion-Focused and Schema Therapy Approaches on Ambiguity Resilience, and Self-Control of Women with Marital Burnout. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2021;19 (1):1-12. [in Persian] <https://doi.org/10.52547/rbs.19.1.1>
- [20]. Nedaei, A, Qamari Gavi, H, Sheykholeslami, A, Sadri Damirchi, E. The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. *Shenakht. Journal of Psychology and Psychiatry* ;2023; 10 (1) :103-115. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.103>
- [21]. Mohammadkhani, S, Soleimani, H, Seyd Ali Naghei, S. The Role of Emotional Schemas in Resilience of People living with HIV. *Journal of Knowledge & Health*. 2014;9(3),1-10. [in Persian] <https://doi.org/10.22100/jkh.v9i3.391>
- [22]. Luthans, F. and Youssef-Morgan, C.M. Psychological Capital: An Evidence-Based Positive Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2017; 4, 339-366. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113324>
- [23]. Carmona-Halty, M., Salanova, M., Llorens, S., & Schaufeli, W. B. Linking positive emotions and academic performance: The mediated role of academic psychological capital and academic engagement. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. 2021;40(6), 2938-2947. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00227-8>
- [24]. Di Giuseppe K, Taylor AJ. (2021). Investigating how intolerance of uncertainty and emotion regulation predict experiential avoidance in non-clinical participants. *Psychological Studies*, 66(2), 181 -190. <https://doi.org/10.1007/s12646-021-00602-1>
- [25]. Javadian. S.R , khaleghi .L , Fathi.M. The Effectiveness of Emotional Regulation Training on Negative Affect and Resilience of Mothers with Disabled Children. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)* 2018; .6(5),25-32. [in Persian]. <https://doi.org/10.21859/ijpn-05025>
- [26]. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Curr Dir Psychol Sci*. 2001;10(6):214-9. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- [27]. Mariah Hosseini, Ahadi Hassan, Jamhari Farhad, Karaskian Mojambari Addis, Ahadi Marwarid. The effect of group emotional therapy schema on self-efficacy and pain in patients with rheumatism. *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*. 2024.64(5):4145-4159. doi: 10.22038/mjms.2021.20197
- [28]. Rahbar Karbasdehi, Fatemeh, Hossein Khanzadeh, Abbas Ali, and Shakrinia, Iraj. The effectiveness of schema therapy on the cognitive regulation of emotion and social self-efficacy of adolescents with epilepsy. *Shafai Khatam Neurosciences*, 2021. 9(3), 64-72. <https://doi.org/10.52547/shefa.9.3.64>
- [29]. Farumandi, Sahar. The role of emotional schema and self-efficacy in dealing with problems in the emergence of

- obsessive symptoms in elementary teachers of Urmia city, *Psychological Studies and Educational Sciences*, 2022. 8, 1(14), 528-515. doi:10.52547/JPS.20.107.2095
- [30]. Pai Pozan, Sahar. The effectiveness of cognitive-emotional therapy on self-efficacy and cognitive-emotional regulation in obese women. *Journal of Psychology New Ideas*, 2019. 4(8):1-13. URL: <http://jnip.ir/article-1-492-en.html>
- [31]. Abdurrahimi Naushad, Leila. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in self-regulation and self-efficacy of women with drug addiction, new developments in behavioral sciences, 2019. 5(49)1-12. magiran.com/p2219207
- [32]. Dolan, S. L., Martin, R.A., & Rohsenow, D. J. Self-efficacy for cocaine abstinence : Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 2018, 33(5). 675-688. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.12.001>
- [33]. Li, Y. C., Joshi, D., King-Dowling, S., Hay, J., Faught, B. E., & Cairney, J. The longitudinal relationship between generalized self-efficacy and physical activity in schooled children. *European journal of sport science*, 2018. 18(4), 569-578. <https://doi.org/10.1080/17461391.2018.1430852>
- [34]. Kern, M. L. Williams, P. Spong, C. Colla, R. Sharma, K. Downie, A. Oades, L. G. Systems informed positive psychology. *The Journal of Positive Psychology*, 2020. 15(6), 705-7151. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1639799>
- [35]. Barjali, Mahmoud, Asgari Rad, Zahra, Naserinia, Sajjad. The effectiveness of Schwanker's encouragement method training based on Adler's theory on self-efficacy, life satisfaction and emotional regulation of conflicted couples. *Culture of Counseling and Psychotherapy*, 2021. 12(45), 161-184. doi: 10.22054/qccpc.2020.51732.2379
- [36]. Ranjbar Noshier, Farzaneh, Mohaddisi, Hamidah, Asadi Majreh, Samereh, Hashemi, Sayedah Soghari. Psychological correlates of cancer: worry, lifestyle, self-efficacy. *Urmia College of Nursing and Midwifery Journal*, 2012. 11, 9(50). 705-698. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1556-en.html>
- [37]. Massoui, Behnam, Khatiban, Mahnaz, Varshoui, Mohammadreza, Soltanian, Alireza. Factors related to self-efficacy of self-care of cancer patients undergoing chemotherapy. *Cancer Care Journal*. 2019. 1, 1. <https://doi.org/10.29252/ijca.1.1.40>
- [38]. varaee P, poordad S, Darabi R. The Effect of Emotional Schema Therapy on Depression and Loneliness in Girl's Dormitory Students. *Rooyesh* 2019; 8 (2) :95-104. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-929-en.html>
- [39]. Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. *Emotion Regulation in Psychotherapy. A Practitioner's Guide*. New York: Guilford press. 2011.
- [40]. Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy*. Hachette UK World Health Organization. Cancer. 2021