

April-May 2023, Volume 18, Issue 1

## A Structural Model of Depression based on Early Maladaptive Schemas and Perceived Social Support Mediated by Hope in Cancer Patients

Soroush Shahbeik<sup>1</sup>, Ameneh Moazedian<sup>2\*</sup>, Parviz Sabahi<sup>3</sup>,  
Arsalan Khanmohammadi Otaghsara<sup>4</sup>

1- Ph.D. Student, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran.

**Corresponding Author:** Ameneh Moazedian, Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

Received: 23 May 2022

Accepted: 3 March 2023

### Abstract

The aim of this study was to predict depression based on early maladaptive schemas and perceived social support concerning the mediating role of hope in cancer patients. The research method was descriptive correlation. The study population included all cancer patients referred to the Cancer Institute of Imam Khomeini and Milad Hospitals in Tehran. The sample size was 300 cancer patients who were selected based on the inclusion and exclusion criteria of the study and by Purposive sampling method. The research instruments were Yang (1998) Early maladaptive schemas questionnaire, Zimet et al. (1988), Beck Depression Inventory (1961) and Snyder Hope Questionnaire (1991). The results of data analysis showed that the model of predicting depression based on initial maladaptive schemas and perceived social support with the role of hope mediator based on empirical data has a good fit. Also, Direct and indirect effect of early maladaptive schemas and perceived social support on depression in cancer patients were confirmed by considering the mediating role of hope ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Depression, Early maladaptive schemas, Perceived social support, Hope

## ارائه مدل ساختاری افسردگی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی گری امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان

سروش شاه بیک<sup>۱</sup>، آمنه معاضدیان<sup>۲\*</sup>، پرویز صباحی<sup>۳</sup>، ارسلان خان محمدی اطاقسرا<sup>۴</sup>

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

۲- استادیار، گروه روان شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

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

۴- استادیار، گروه روان شناسی، واحد آیت ... املی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران.

نویسنده مسئول: آمنه معاضدیان، استادیار، گروه روان شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۲

### چکیده

هدف پژوهش حاضر پیش بینی افسردگی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و حمایت اجتماعی ادراک شده با در نظر گرفتن نقش میانجی امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان بود. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه ی آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به انستیتو کانسر بیمارستان های امام خمینی و میلاد تهران بودند. تعداد افراد نمونه ۳۰۰ بیمار مبتلا به سرطان بود که براساس ملاک های ورود و خروج پژوهش و با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۸)، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸)، مقیاس افسردگی بک (۱۹۶۱) و پرسشنامه امیدواری اسنایدر (۱۹۹۱) بودند. داده های گردآوری شده با روش مدل سازی معادلات ساختاری و نرم افزار Amos تحلیل شدند. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که مدل پیش بینی افسردگی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و حمایت اجتماعی ادراک شده با در نظر گرفتن نقش میانجی امیدواری براساس داده های تجربی از برآزش مطلوبی برخوردار است. همچنین اثر مستقیم و غیرمستقیم طرحواره های ناسازگار اولیه و حمایت اجتماعی ادراک شده با در نظر گرفتن نقش میانجی امیدواری بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان مورد تأیید قرار گرفت ( $p < 0.05$ ).

**کلیدواژه ها:** افسردگی، طرحواره های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی ادراک شده، امیدواری.

### مقدمه

امروزه سرطان یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان شناخته می شود و اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد، بنا بر تخمین سازمان ملل از هر ۵ نفر یک نفر حتما به یکی از اشکال سرطان مبتلا می گردد (۱). آمار مبتلایان به سرطان در ایران از همین قاعده پیروی می کند. سرطان بعد از بیماری های قلبی عروقی دومین علت مرگ و میر در آمریکا و سومین علت مرگ در ایران است. مواجهه با سرطان به خودی خود

می تواند به عنوان یک حادثه تنش زا، جنبه های مختلف سلامت فردی بیماری از جمله سلامت جسمی، روانی و خانوادگی وی را به مخاطره بیاندازد (۲). بر اساس تحقیقات انجام شده در دانشگاه کالیفرنیا، بیماران مبتلا به سرطان در برابر برخی مشکلات روانی بسیار آسیب پذیر هستند (۳). این گروه اغلب رفتارهای پرخطرانه و تهاجمی از خود نشان می دهند که در صورت عدم رسیدگی منجر به افسردگی حاد و حتی مرگ زودرس آنها می شود (۴). بدیهی است زمانی که فرد مبتلا به سرطان

تشخیص داده می شود، می تواند بر ابعاد روان شناختی، عاطفی و جسمانی این افراد تاثیرگذار باشد (۵).

سرطان به عنوان یک بیماری مزمن و فراگیر زندگی بسیاری از افراد را در چند دهه اخیر تحت تاثیر قرار داده و مشکلات عدیده جسمی و روان شناختی برای افراد مبتلا ایجاد کرده است (۶). بر اساس پژوهش های انجام شده، شیوع افسردگی در افراد مبتلا به سرطان ۲۸ درصد است (۷).

در سال های اخیر به دلیل شیوع بالا، عوارض مخرب، مرگ و میر زیاد و هزینه های سرسام آوری که به دولت ها و خانواده های مبتلایان تحمیل شده، در سراسر دنیا به این بیماری توجه زیادی شده است (۸).

نتایج پژوهش های اخیر نشان می دهد یکی از متغیرهای مرتبط با افسردگی در افراد، طرحواره های ناسازگار اولیه می باشد (۹، ۱۰ و ۱۱). از طرف دیگر نتایج پژوهش ژانگ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد بین طرحواره های ناسازگار اولیه و نشانه های افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. از آن جا که طرحواره ها عمیق ترین سطوح شناختی و هسته مرکزی شخصیت فرد را دربردارند، به نظر می رسد افسردگی با طرحواره های ناسازگار اولیه در ارتباط است و نقش مهمی در بهداشت روانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان ایفا می کند (۱۲). واژه «طرحواره» در روانشناسی، تاریخچه ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این ادراک از طریق طرحواره، واسطه مندی می شود و پاسخ های افراد توسط طرحواره ها جهت پیدا می کنند و در حقیقت طرحواره بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده یک واقعه است (۱۳). طرحواره های ناسازگار اشاره به چارچوب های شناختی ناکارآمد برای دیدن خود و دیگران دارد که عمدتاً در پاسخ به حوادث نامطلوب کودکی به وجود آمده اند و به دنبال آن از طریق یک زندگی فردی گسترش پیدا کرده اند (۱۴). یانگ (۱۹۹۸) فرض کرد که طرحواره های ناسازگار اولیه در هسته اختلالات شخصیت، مشکلات منشی و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک قرار دارد. طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان ها، احساس های بدنی و شناخت واره ها تشکیل شده اند و با جنبه های مخرب تجارب

دوران کودکی افراد گره خورده اند و به شیوه ای سازمان یافته در سراسر زندگی در قالب الگوهای تکرار می شوند (۱۵).

حمایت اجتماعی ادراک شده یکی دیگر از متغیرهایی است که در حالات روانشناختی افراد مبتلا به سرطان تاثیرگذار است (۱۶). نتایج پژوهش های متعددی حاکی از ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی است. حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برخی از پژوهشگران حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه های دیگر نظیر خانواده، دوستان و دیگران تعریف کردند (۱۷). حمایت اجتماعی ادراک شده به ادراک افراد از میزان حمایت ارائه شده از طریق شبکه های اجتماعی اشاره دارد. درک حمایت از دریافت آن مهم تر است. به عبارت دیگر، درک و نگرش فرد نسبت به حمایت دریافت شده مهم تر از میزان حمایت ارائه شده به شخص می باشد (۱۸). کاهش حمایت اجتماعی با افزایش احساس تنهایی و ناامیدی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش نشانه های افسردگی و افکار خودکشی همراه است (۱۹). نتایج پژوهش ها حاکی از رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی می باشند.

یکی دیگر از متغیرهای مهم در بررسی شرایط روانی بیماران مبتلا به سرطان، امیدواری است (۲۰). یافته های پژوهش های مختلف حاکی از آن است که افراد مبتلا به سرطان سطح بالایی از ناامیدی را تجربه می کنند (۲۱، ۲۲ و ۲۳). اهمیت امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان شاید به واسطه پیامدهای عدم وجود امیدواری بهتر مورد فهم قرار گیرد. ناامیدی یک وضعیت وخیم است که منجر به افزایش یاس، افسردگی و در نهایت فقدان اشتیاق به زندگی می شود (۲۴). امیدواری به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند. فقدان امیدواری و هدف دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یاس آور می شود (۲۵). جهت یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، واقع گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی از ویژگیهای مهم امیدواری هستند. امیدواری در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور

## سروش شاه بیک و همکاران

شیمی درمانی مراجعه شد و بیماران مبتلا به سرطان که ملاک های پژوهش را دارا بودند، انتخاب شدند. از نمونه ی مورد نظر ابتدا رضایت کتبی اخذ شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند. شرکت در پژوهش به صورت اختیاری بود. لازم به ذکر است که برای کاهش خستگی، شرکت کنندگان با فاصله ی زمانی به سؤالات پاسخ دادند. برای ترغیب بیشتر افراد برای شرکت در پژوهش به آنها هدایای کوچکی داده شد و در آخر از آنان قدردانی شد.

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

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

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

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

### ابزار پژوهش

#### پرسشنامه دموگرافیک

برای سنجش ویژگیهای جمعیت شناختی، سؤالات مرتبط با سن و جنسیت و تحصیلات شرکت کنندگان ابتدای فرم پرسشنامه قرار داده شد.

#### پرسشنامه طرحواره یانگ- فرم کوتاه (فرم ۷۵ ماده ای)

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

که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش فرد می شود (۲۶).

از آن جا که بیماری سرطان ابعاد گسترده ای از زندگی فرد را در بر می گیرد، بررسی جنبه های روانی در این افراد حائز اهمیت است. در این بین افسردگی به عنوان یکی از اختلالات روانی شایع در بیماران سرطانی می تواند آثار منفی متعددی بر کیفیت زندگی و روند درمان بیماران ایجاد کند. بنابراین بررسی متغیرهای مرتبط با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان حائز اهمیت است. با توجه به افزایش اختلال افسردگی در جامعه امروز ایران، تحقیقات در مورد سبب شناسی و همچنین عوامل موثر بر شکل گیری این اختلال، کمتر صورت گرفته است. بنابراین مسئله پژوهش حاضر بررسی این سوال است که در قالب یک مدل، آیا مدل ساختاری افسردگی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی گری امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان از برآزش مطلوبی برخوردار است؟

## روش کار

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

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

با توجه به نوع مطالعه و تعداد متغیرهای پیش بین در تحلیل معادلات ساختاری بنا به توصیه محققان (۲۷)، حجم نمونه باید حداقل ۱۰ برابر تعداد متغیرها به اضافه ۵۰ باشد. در پژوهش حاضر در مجموع ۱۱ متغیر مکنون و مشاهده شده وجود دارد ( $160 = 50 + 10 \times 11$ ). بنابراین حداقل ۱۶۰ نمونه مورد نیاز است. در این مطالعه برای کاهش خطای نمونه برداری و جلوگیری از افت آزمودنی ها تا ۳۰۹ نفر افزایش داده شد که ۹ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن حذف شد و عملیات آماری بر روی ۳۰۰ آزمودنی صورت گرفت. لازم به ذکر است که نرخ پاسخ دهی در این پژوهش ۹۷ درصد بود. پس از دریافت کد اخلاق و هماهنگی های لازم با حوزه آموزشی و پژوهشی دانشگاه و ارائه ی معرفی نامه در طول زمان حدود سه ماه به بخش مراجعین سرطان و

بر این اساس نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۲۲۵ است. طرحواره هایی که این پرسشنامه می سنجد عبارت اند از: طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد.

مطالعه ی والر، میر و اهانیان (۲۰۰۱) نشان داد که پرسشنامه طرحواره یانگ برای سنجش طرحواره های ناسازگار در افراد مبتلا به اختلالات خوردن، از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است. لی، تیلور و دان (۱۹۹۹) نیز روایی سازه رضایت بخشی را برای نسخه استرالیایی پرسشنامه طرحواره یانگ گزارش کرده اند.

نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه از سیزده طرحواره (۲۸) و پانزده طرحواره (۲۹) در میان شانزده طرحواره مطرح شده، حمایت کردند. فتی، موتابی، دابسون و مولودی (۲۰۰۹) نسخه فارسی این پرسشنامه را روی نمونه ای ۵۱۳ نفری از دانشجویان ایرانی هنجاریایی کردند و میزان همسانی درونی را در ۵ زیرمقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ گزارش نمودند. در نمونه پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

#### پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (MSPSS)

این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی یک ابزار ۱۲ گویه ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده ی فرد را در هر یک از سه حیطه ی مذکور در طیف ۷ گزینه ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می سنجد. روش نمره گذاری به این صورت است که هر گویه در مقیاس ۷ گزینه ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ قرار دارد. برای به دست آوردن امتیاز هر زیر مقیاس، نمره تک تک سوالات آن را با هم جمع نماییم. همچنین برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه نمره مجموع سوالات یک تا دوازده را با هم جمع می کنیم تا میزان حمایت اجتماعی ادراک شده مشخص شود. این امتیاز دامنه ای از ۱۲ تا ۸۴ خواهد داشت. بدیهی است که هر چه این امتیاز بالاتر باشد نشان دهنده میزان حمایت اجتماعی ادراک شده خواهد بود و بر عکس. بر این اساس نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۴۸ است. سازندگان آزمون روایی پرسشنامه را با روش تحلیل عاملی بررسی و ساختار سه

عاملی آن را تایید نمودند. در نمونه پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

#### پرسشنامه امید اشنايدر

امیدواری در پژوهش حاضر به وسیله پرسشنامه امید اشنايدر و همکاران (۱۹۹۱) سنجیده می شود. مقیاس امیدواری اشنايدر شامل دو مؤلفه است: مؤلفه تفکر عاملی که تعیین کننده هدف مداری فرد است و مؤلفه تفکر مسیر که راه های برنامه ریزی شده برای رسیدن به اهداف را در بر می گیرد. هر ماده با مقیاس چهار درجه ای اندازه گیری می شود که دامنه ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست را در بر می گیرد و نمره بین ۱ تا ۴ میگیرند. نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۲۴ است. مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل قبولی را از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی توسط سازندگان به دست آورده است. در پژوهش بیگی، فراهانی، محمد خانی، و محمدی فر (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ بدست آمده در مؤلفه تفکر عاملی ۰/۷۵ و برای مؤلفه تفکر مسیر ۰/۷۸ به دست آمده است. در نمونه پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه امیدواری با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

#### پرسشنامه افسردگی بک

این پرسشنامه را بک، ۱۹۶۱، در مورد بیماران روانی به کار برد و برای ارزیابی روایی افتراقی آن ثابت کرد این آزمون قادر به تفکیک بیماران افسرده از دیگر بیماران روانی و افراد سالم است. جنبه هایی که در آزمون بک به دست آمده اند بر مبنای بستگی آن ها به تظاهرات آشکار رفتار در بیماری افسردگی انتخاب شده است. در تحقیق حجت، مهریار و شاپوریان (۱۹۸۶)، روایی و پایایی آزمون بک را در مورد دانشجویان ایرانی تایید کرده اند. ضریب آلفای گروه دانشجویان مقیم آمریکا ۰/۸۵٪ و برای دانشجویان داخل ایران ۰/۸۳٪ بوده است. برای ساخت پایایی آزمون بک از روش دوباره سنجی استفاده شده است. این آزمون ها به فاصله ۳ هفته با پایایی ۰/۶۱٪ انجام گرفته است. در نمونه پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه افسردگی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

#### یافته ها

در این بخش ابتدا توصیفی از متغیرهای جمعیت شناختی انجام شده است.

## سروش شاه بیک و همکاران

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک سن و جنسیت

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد
سن	۳۰ تا ۴۰ سال	۵۶	۱۸.۶۷
	۴۱ تا ۵۰ سال	۸۹	۲۹.۶۷
	۵۱ تا ۶۰ سال	۱۵۵	۵۱.۶۷
جنسیت	زن	۱۸۲	۶۰.۶۷
	مرد	۱۱۸	۳۹.۳۳
	مجموع کل	۳۰۰	۱۰۰

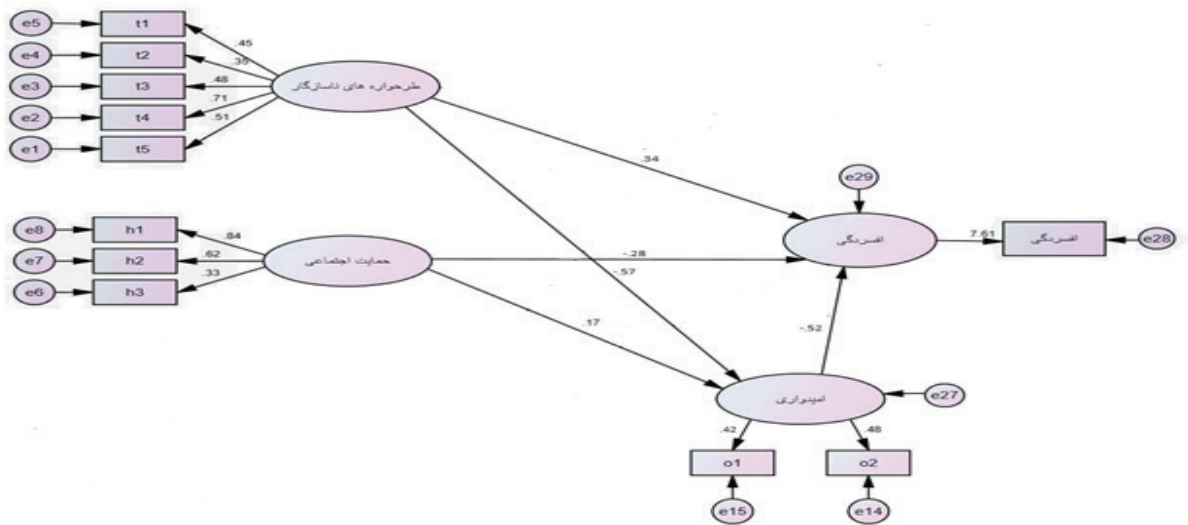
تحلیل داده‌های جمعیت شناختی نشان داد ۶۰/۶۷ درصد نمونه را بیماران زن و ۳۹/۳۳ درصد را مردان تشکیل می‌دهند. همچنین بیشترین فراوانی برای بیماران با سن بین ۵۱ تا ۶۰ سال (۵۱/۶۷ درصد) می‌باشد. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق

مقیاس	شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
تفکر عاملی	۱۱.۰۰	۲.۷۸	۰.۵۰	-۰.۲۲	
تفکر مسیر	۹.۳۹	۳.۵۴	۰.۵۲	-۰.۶۸	
حمایت خانواده	۱۱.۸۵	۲.۸۳	۰.۸۶	-۰.۳۸	
حمایت دوستان	۱۱.۹۷	۲.۷۹	۱.۰۳	-۰.۱۱	
حمایت سایرین	۱۱.۶۷	۳.۰۱	۰.۸۹	-۰.۵۰	
طرد و بریدگی	۴۷.۵۸	۱۱.۹۲	۰.۴۹	-۱.۱۸	
خودگردانی و عملکرد مختل	۴۸.۷۵	۱۱.۶۶	۰.۴۰	-۱.۲۱	
گوش به زنگی	۴۸.۲۴	۱۲.۳۷	۰.۴۷	-۱.۲۰	
محدودیت‌های مختل	۴۹.۰۴	۱۲.۸۵	۰.۳۸	-۱.۳۷	
دیگر جهت مندی	۴۱.۳۲	۹.۶۰	۱.۶۷	۱.۹۶	
افسردگی	۳۱.۴۱	۷.۶۰	۰.۶۹	-۰.۱۳	

نتایج جدول نشان می‌دهد از بین ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشترین میانگین مربوط به محدودیت‌های مختل است. همچنین براساس داده‌های جدول مشخص می‌شود که شاخص کجی و کشیدگی هیچ یک از نشانگرها خارج از بازه‌ی (۳، -۳) نیست و بنابراین می‌توان آنها را نرمال یا تقریب نرمال در نظر گرفت. یکی از مفروضه‌های مدلسازی معادلات ساختاری نرمال بودن توزیع چند متغیری است. برای این منظور در نرم افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری مardia استفاده می‌شود. بنتلر (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کند که مقادیر بزرگتر از ۵ برای ضریب مardia

نشان دهنده توزیع غیر نرمال داده‌ها است (۳۰). مقدار ضریب مardia برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۲/۳۷ است که نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن چند متغیره برقرار است. زمانیکه داده‌های پیوسته به طور قابل توجهی از نرمال بودن انحراف ندارند می‌توان روش برآورد بیشینه درست نمایی را مورد استفاده قرار داد. نتایج مربوط به اجرای مدل در حالت استاندارد شده به همراه برخی از مهمترین شاخص‌های برازش مدل اولیه در شکل و جدول زیر ارائه شده است.



شکل ۱. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

نام شاخص	مقدار	حد مجاز
$\chi^2/df$	۱.۷۲	کمتر از ۳
RMSEA (ریشه میانگین خطای برآورد)	۰.۰۵	کمتر از ۰/۱
CFI (برازندگی تعدیل یافته)	۰.۹۶	بالاتر از ۰/۹
NFI (برازندگی نرم شده)	۰.۹۵	بالاتر از ۰/۹
GFI (نیکیوی برازش)	۰.۹۵	بالاتر از ۰/۹
AGFI (نیکیوی برازش اصلاح شده)	۰.۹۴	بالاتر از ۰/۹

بایستی تفسیر نمود. مقدارهای بدست آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است.

به طور کلی در کار با برنامه آموس هر یک از شاخص‌های بدست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم

جدول ۴. ضرایب و معناداری اثر مستقیم و غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حمایت اجتماعی ادراک شده بر افسردگی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	$\beta$ استاندارد شده	آماره معناداری	sig
افسردگی	طرحواره‌ها	مستقیم	۳۴.	۳.۵۸	۰.۰۰۱
افسردگی	طرحواره‌ها	غیرمستقیم	۳۰.	۳.۱۱	۰.۰۰۲
افسردگی	حمایت اجتماعی	مستقیم	۲۸.-	۰.۹-۳	۰.۰۰۱
افسردگی	حمایت اجتماعی	غیرمستقیم	۰.۸۸.-	۴۵.-۳	۰.۰۰۱

برابر  $t = ۳/۵۸$  و  $\beta = ۰/۳۴$  و معنادار است. همچنین آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان به واسطه‌ی امیدواری با ۹۵ درصد

آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که حمایت اجتماعی ادراک شده اثر مستقیم بر افسردگی داشته است، رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی به صورت مستقیم برابر  $t = -۳/۰۹$  و  $\beta = -۰/۲۸$  و معنادار است. رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه با افسردگی به صورت مستقیم



به برنامه‌ریزی می‌زنند، فعالانه عمل می‌کنند و تلاش می‌کنند به بهترین شکل ممکن موقعیت استرس‌زا را تغییر دهند و این امر موجب می‌شود که این بیماران کمتر در معرض خطرهای بعدی قرار گیرند و فشار ناشی از حوادث استرس‌زا نیز برای آن‌ها کمتر باشد و سطح افسردگی پایین تری را تجربه کنند.

از سویی طرحواره‌ها، اغلب به شکل اطاعت افراطی همراه با حساسیت بیش از حد نسبت به احساسات دیگران تجلی می‌یابد. این طرحواره به طور کلی منجر به خشمی می‌شود که در قالب یک سری نشانه‌های ناسازگارانه از جمله رفتارهای منفعل پرخاشگرانه، طغیان‌های عاطفی کنترل نشده، علایم روان‌تنی، کناره‌گیری از عواطف آشکار می‌شود که همگی در راستای افزایش افسردگی هستند (۳۱). نتایج آزمون آماری نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده بر افسردگی، به صورت مستقیم و همچنین از طریق امیدواری اثر می‌گذارد.

این یافته را هم در چارچوب نظریه غیرمستقیم حمایت اجتماعی و هم در چارچوب نظریه مستقیم آن می‌توان تبیین نمود. نظریه مستقیم بر آن است که اثر حمایت اجتماعی بر سلامتی شخص مستقیم است و خود بخود برای سلامتی و تندرستی سودمند است و رابطه خیلی خطی بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی وجود دارد. این الگو به الگوی عمومی حمایت اجتماعی نیز مرسوم است. طبق این الگو کمبود حمایت اجتماعی و یا فقدان آن به خودی خود فشار آور است، بنابراین حمایت اجتماعی در همه حال، اعم از وقوع حوادث تنش‌زا و غیر آن سودمند است. مطابق این الگو، حمایت اجتماعی به طرق مختلف مقاومت شخصی را افزایش می‌دهد (۳۲). فلمینینگ و باوم (۱۹۸۶) که از نظریه پردازان این مدل اند معتقدند افراد با حمایت اجتماعی بالا از سلامتی بیشتری بهره می‌برند. در واقع سلامتی افراد متأثر از میزان حمایت اجتماعی آنان است. مدل تأثیر غیر مستقیم یا همان فرضیه سپر نیز بیان می‌کند که حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست بر سلامت روانی اثر می‌گذارد (۳۳) و طبق این مدل حمایت اجتماعی، افراد را در مقابل اثرات بیماری‌زای رویدادهایی که فشار روانی را تشدید می‌کنند، حفظ می‌کند. در واقع حمایت اجتماعی به افراد کمک می‌کند تا در برابر وقایع استرس‌زا واکنش‌های مثبت از خود نشان دهند (۳۴). بر این اساس در بیماران مبتلا به سرطان کارکرد

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون آماری نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر متغیر افسردگی هم اثر مستقیم و هم اثر غیرمستقیم معنی‌داری دارد و با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افسردگی بیماران مبتلا به سرطان افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته در ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عامل پیش‌بینی‌کننده برای کاهش پذیرش خود است. در انزوای اجتماعی و بیگانگی این احساس به فرد دست می‌دهد که با دیگران متفاوت است. بنابراین از دیگران کناره‌گیری می‌کند و احساس می‌کند به جامعه یا گروه خاصی تعلق خاطر ندارد. در یافته‌های یانگ و همکاران افرادی که طرحواره انزوای اجتماعی و بیگانگی دارند در پذیرش خود نیز دچار مشکل هستند، زیرا فرد ابتدا با خود احساس بیگانگی و غریبی می‌کند، از نیازها و نقاط ضعف و قوت خویش ناآگاه می‌شود و تلاشی برای آشتی با خود نمی‌کند. این در حالی است که او همان‌گونه که خود را نمی‌پذیرد، از پذیرش دیگران و برقراری رابطه صمیمانه سر باز می‌زند. بیماری سرطان یکی از عواملی است که باعث می‌شود که فرد دست از فعالیت‌های اجتماعی بکشد و از نظر اجتماعی محدودتر می‌شود. در واقع تنهایی و انزوا از عمده مشکلاتی است که بیماران با آن روبه‌رو می‌شوند. بیمار مبتلا به سرطان که بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی را از دست داده است و محدودیت‌های بیشتری را نسبت به گذشته احساس می‌کند. برای راضی نگه‌داشتن اطرافیان، داشتن احساس تسلطه سودمندی و ترس از تنها ماندن، دیگرجهت‌مندی و محدودیت‌های مختل را افزایش می‌دهد و از هر نظر که بتواند برای جلب رضایت اطرافیانش تلاش می‌کند تا با ارضای نیاز دیگران توجه آنها را جلب کند و نیازهای درونی‌اش ارضا شود. محرومیت در روابط بین‌فردی در بیماران باعث می‌شود شخص با بیان نکردن احساسات و عواطف و تأکید افراطی بر منطقی بودن احساسات خود، در روابطش با دیگران ادراک کمتری از طرد اجتماعی داشته باشد و به گونه‌ای خود را محق برخی از عواطف و احساسات منفی بداند و بدین ترتیب سطح امید به زندگی در آنها کاهش می‌یابد. در مقابل بیماران امیدوار در واقع مقابله‌کنندگان فعال، طراح و پرتلاش هستند. آن‌ها دست



و اگر نقصی در نظام حمایت اجتماعی فرد از قبیل خانواده و دوستان وجود نداشته باشد می تواند فرد را در توانایی مقابله با فشار های روانی و داشتن رفتار سازگار کمک نماید که در این راستا توصیه می شود نقش منابع حمایت اجتماعی در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان مد نظر برنامه ریزان حوزه سلامت و خانواده های بیماران قرار گیرد.

### سیاسگزاری

از همه شرکت کنندگان و کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته اند، تشکر و قدردانی می شود.

### تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رساله نویسنده اول است که دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.SEMNAN.REC.1400.002 می باشد. هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

### References

1. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Neelakantan H, Ward SJ, Walker EA. Effects of paclitaxel on mechanical sensitivity and morphine reward in male and female C57B16 mice. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 2016 Dec;24(6):485. <https://doi.org/10.1037/pha0000097>
3. Ilie G, Rutledge R, Sweeney E. Anxiety and depression symptoms in adult males in Atlantic Canada with or without a lifetime history of prostate cancer. *Psycho-Oncology*. 2020 Feb;29(2):280-6. <https://doi.org/10.1002/pon.5244>
4. Erim DO, Bensen JT, Mohler JL, Fonham ET, Song L, Farnan L, Delacroix SE, Peters ES, Erim TN, Chen RC, Gaynes BN. Prevalence and predictors of probable depression in prostate cancer survivors. *Cancer*. 2019 Oct 1;125(19):3418-27. <https://doi.org/10.1002/ncr.32338>
5. Peoples AR, Garland SN, Pigeon WR, Perlis ML, Wolf JR, Heffner KL, Mustian KM, Heckler CE, Peppone LJ, Kamen CS, Morrow GR. Cognitive behavioral therapy for insomnia reduces

حمایت اجتماعی یک شبکه اجتماعی خواهد بود که برای افراد منابع روانشناختی و محسوسی را فراهم می کند تا بتوانند با شرایط استرس زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند، حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود افسردگی بیماران می شود. یکی از محدودیت های پژوهش حاضر عدم کنترل مدت ابتلا به سرطان بود که می تواند افسردگی شرکت کنندگان را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین با توجه به محدودیت های نمونه گیری، امکان کنترل وضعیت اقتصادی اجتماعی شرکت کنندگان در پژوهش فراهم نشد. براساس نتایج پژوهش پیشنهاد می شود که در کلینیک هایی که با بیماران مبتلا به سرطان کار می شود، برای افزایش سطح افسردگی آنان از درمان مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی استفاده شود. از سوی دیگر شبکه های اجتماعی و توجه افراد شبکه به امر حمایت اجتماعی می تواند به سلامتی بیماران و تامین پشتوانه عاطفی آن ها کمک نماید

- depression in cancer survivors. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2019 Jan 15;15(1):129-37. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7586>
6. Götze H, Friedrich M, Taubenheim S, Dietz A, Lordick F, Mehnert A. Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*. 2020 Jan;28(1):211-20. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04805-1>
  7. van Warmerdam, J., Zabih, V., Kurdyak, P., Sutradhar, R., Nathan, P. C., & Gupta, S. (2019). Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. *Pediatric blood & cancer*, 66(6), e27677. <https://doi.org/10.1002/pbc.27677>
  8. Mosavel M, Wilson Genderson M, Ports KA, Carlyle KE. Communication strategies to reduce cancer disparities: Insights from African-American mother-daughter dyads. *Families, Systems, & Health*. 2015 Dec;33(4):400. <https://doi.org/10.1037/fsh0000161>
  9. Gómez-Odrizola J, Calvete E. Longitudinal bidirectional associations between dispositional mindfulness, maladaptive schemas, and depressive symptoms in adolescents.

- Mindfulness. 2020 Aug;11(8):1943-55.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01402-w>
10. Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 111-130.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
  11. Tariq, A., Reid, C., & Chan, S. W. (2021). A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, 51(8), 1233-1248.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291721001458>
  12. Schaap GM, Chakhssi F, Westerhof GJ. Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*. 2016 Dec;53(4):402.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000056>
  13. Young J, Klosko J, Wischer M. Schema therapy, a practical guide for clinical specialists. Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Andouz. Tehran.
  14. Martin R, Young J. Schema therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2010;317.
  15. Kakavand, Alireza, Nazari, Fatemeh, Mashhadi Farahani, Queen. Relationship between early maladaptive schemas with mothers 'parenting styles and their children's externalized disorders. *Journal of Applied Psychology*, 2015; 9 (3): 115-135.
  16. Thompson T, Pérez M, Kreuter M, Margenthaler J, Colditz G, Jeffe DB. Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social science & medicine*. 2017 Nov 1;192:134-42.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.035>
  17. Hong JF, Zhang W, Song YX, Xie LF, Wang WL. Psychological distress in elderly cancer patients. *International Journal of Nursing Sciences*. 2015 Mar 1;2(1):23-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.02.006>
  18. Evans SE, Steel AL, DiLillo D. Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role?. *Child abuse & neglect*. 2013 Nov 1;37(11):934-43.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.005>
  19. Wilson JM, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2020 Jan 1;152:109568.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109568>
  20. Todorov N, Sherman KA, Kilby CJ, Breast Cancer Network Australia. Self-compassion and hope in the context of body image disturbance and distress in breast cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2019 Oct;28(10):2025-32.  
<https://doi.org/10.1002/pon.5187>
  21. Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 111-130.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
  22. Tariq, A., Reid, C., & Chan, S. W. (2021). A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, 51(8), 1233-1248.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291721001458>
  23. Gómez-Odrizola, J., & Calvete, E. (2020). Longitudinal bidirectional associations between dispositional mindfulness, maladaptive schemas, and depressive symptoms in adolescents. *Mindfulness*, 11(8), 1943-1955.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01402-w>
  24. Folkman S. Stress, coping, and hope. In *Psychological aspects of cancer 2013* (pp. 119-127). Springer, Boston, MA.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2\\_8](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2_8)
  25. Schneider K. The resurgence of awe in psychology: Promise, hope, and perils. *The Humanistic Psychologist*. 2017 Jun;45(2):103.  
<https://doi.org/10.1037/hum0000060>
  26. Wu Y, Min G, Al-Dubai A, Ibrahim HM, Al-Raweshidy H, Chen H, Dong M, Gao J, Hu L, Hu J, Huang YP. *WNM* 2013.
  27. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*, Allyn and Bacon, Boston, MA. *Using Multivariate Statistics*, 4th ed. Allyn and Bacon, Boston, MA.. 2001.
  28. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research*. 1995 Jun;19(3):295-321.

- <https://doi.org/10.1007/BF02230402>
29. Lee CW, Taylor G, Dunn J. Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive therapy and Research*. 1999 Aug;23(4):441-51. <https://doi.org/10.1023/A:1018712202933>
30. Byrne BM. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (multivariate applications).
31. Dainer-Best J, Lee HY, Shumake JD, Yeager DS, Beevers CG. Determining optimal parameters of the self-referent encoding task: A large-scale examination of self-referent cognition and depression. *Psychological Assessment*. 2018 Nov;30(11):1527. <https://doi.org/10.1037/pas0000602>
32. Kimura T, Egawa S. Epidemiology of prostate cancer in Asian countries. *International Journal of Urology*. 2018 Jun;25(6):524-31. <https://doi.org/10.1111/iju.13593>
33. Conceição, E. M., Fernandes, M., de Lourdes, M., Pinto-Bastos, A., Vaz, A. R., & Ramalho, S. (2020). Perceived social support before and after bariatric surgery: association with depression, problematic eating behaviors, and weight outcomes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 679-692. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00671-2>
34. Kaplan HB. Toward an understanding of resilience. In *Resilience and development 2002* (pp. 17-83). Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/0-306-47167-1\\_3](https://doi.org/10.1007/0-306-47167-1_3)