

تأثیر درمان تصویرسازی ذهنی دستوری و بازپردازش بر افکار خودآیند منفی و نگرش‌های

ناکارآمد زنان مبتلا به سرطان

الهه صادقی¹، شهره قربان شیروودی²، مرتضی ترخان³، شهربانو کیهانیان⁴

1. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن 2. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن 3. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران 4. دانشیار گروه انکولوژی و هماتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران

(تاریخ وصول: 96/05/29 - تاریخ پذیرش: 96/08/27)

The Effect of Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy on Negative Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes of Women with Cancer

Elahe Sadeghi¹, *Shohre ghorbanshiroudi², Morteza Tarkhan³, Shahrbanoo Keyhanian⁴

1. PhD student of general psychology, Islamic Azad University Tonekabon Branch, Iran 2. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University Tonekabon Branch, Iran 3. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran 4. Associate Professor, Department of Oncology & Hematology, Faculty of medicine, Islamic Azad University Tonekabon Branch, Iran

(Received: Nov. 20, 2017 - Accepted: Aug. 20, 2017)

Abstract

The present research aimed at examining the effect of imagery rescripting and reprocessing therapy (IRRT) on negative automatic thoughts and dysfunctional attitudes of women with cancer. This research was semi-experimental with comparison design of unequal control group. Using Kendal and Hellonn's (date?) Negative Automatic Thoughts and Weissmen & Beck's Dysfunctional Attitudes Questionnaire, 28 women with cancer who had negative automatic thoughts and dysfunctional attitudes were randomly selected and were voluntarily assigned into experimental and control groups (14 person in each group). The experimental group received 8 sessions of IRRT techniques on basic Smoker's educational package (one session weekly) and the control group did not receive any intervention. After the intervention of IRRT, negative automatic thoughts and dysfunctional attitudes of the members of both groups were measured again. MANCOVA was used to analyze the data. Calculated **F** for negative automatic thought and dysfunctional attitudes variables showed significant difference in both groups. Generally, this research in the agreement with other similar studies indicated that the IRRT method might be an effective intervention in decreasing negative automatic thoughts and dysfunctional attitudes of women with cancer.

Keywords Negative automatic thoughts, Imagery rescripting and reprocessing therapy, Cancer, Dysfunctional attitudes.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف تأثیر درمان تصویرسازی ذهنی دستوری و بازپردازش (IRRT) بر افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به سرطان انجام شد. روش تحقیق این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح مقایسه گروه کنترل نابرابر بود. با استفاده از پرسشنامه‌های افکار خودآیند منفی کندال و هولون و نگرش‌های ناکارآمد ویسمن و بک 28 نفر از زنان مبتلا به سرطان که از افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد برخوردار بودند، بطور تصادفی ساده انتخاب و بطور داوطلبانه در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه 14 نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی 8 جلسه (هفته‌ای یکبار) فنون IRRT را بطور گروهی و بر اساس بسته آموزشی اسموکر دریافت کردند و گروه کنترل آموزشی در این زمینه دریافت نکرد. پس از اجرای IRRT، مجدداً افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد اعضای هر دو گروه اندازه‌گیری شد. از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. **F** محاسبه شده برای متغیرهای افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد در هر دو گروه تفاوت معناداری را نشان داد. بطور کلی این پژوهش در همگرایی با نتایج پژوهش مشابه حاکی از آن است، روش IRRT را می‌توان مداخله‌ای مؤثر در کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به سرطان به حساب آورد.

کلیدواژه‌ها: افکار خودآیند منفی، تصویرسازی ذهنی دستوری و بازپردازش،

سرطان، نگرش‌های ناکارآمد.

مقدمه

2007) و بعد از مدتی دچار نشانگان روانی افسردگی، اضطراب، نشخوارهای ذهنی، افکار خودآیند منفی، نگرش‌های ناکارآمد و کیفیت زندگی نامناسب می‌گردند (کیمبل، وودکیت، 2013؛ کارلسون، والر، گراف، گیس - دیویس و بالتز⁸، 2006). بطوریکه در واری‌های اخیر مبرهن گردید، 57 درصد افراد مبتلا به سرطان در نخستین مرحله تشخیص، دچار افسردگی می‌شوند و در مراحل بعدی 80 درصد از نگرانی، اضطراب، افکار خودآیند منفی و نشخوارگری ذهنی رنج می‌برند (کارلسون، آنجن، کلووم⁹، 2004). کاوش‌های اخیر نشان می‌دهد، دو مؤلفه شناختی که سازمان روانی افراد مبتلا به سرطان را به هم می‌ریزد و موجبات آشفتگی‌های روانی آن‌ها را فراهم می‌سازد، افکار خودآیند منفی¹⁰ و نگرش‌های ناکارآمد¹¹ می‌باشد. افکار خودآیند منفی، شناخت‌هایی هستند که به عنوان نتیجه طرحواره‌های شناختی یا باورهای بنیادین بطور خودکار در موقعیت خاصی فعال می‌شوند و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری افراد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهند (بک¹²، 1967). به طوری که واکنش‌های دردناک، کشنده و تنش‌زایی را موجب می‌شوند. ویژگی بارز افکار خودآیند منفی این است که به سرعت از ذهن عبور می‌کنند و قابلیت چالش یا کنترل آن‌ها در همان لحظه وجود ندارد (بک، 2011). نگرش‌های ناکارآمد مجموعه‌ای از

امروزه در علوم پزشکی سرطان¹ واژه نام‌آشنایی است که تشخیص اولیه آن نه تنها وضعیت جسمانی افراد مبتلا را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد بلکه سازمان روانی افراد را دچار اغتشاش می‌سازد (کیمبل، سیگل، ایرد، هاوو و تیم²، 2009). به دیگر سخن، درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکرد، مشکلات مربوط به مناسبات بین فردی و جنسی از جمله عوارضی هستند که بهداشت روانی و جسمانی فرد مبتلا به سرطان را دچار اختلال می‌سازند (رمضانی، 1380؛ شمر³، 2010). بالاترین درصد سرطان‌ها به ترتیب عبارتند از سرطان شش، سرطان معده، سرطان روده، سرطان کبد، سرطان سینه در خانم‌ها و سرطان پروستات آقایان می‌باشد که وجه بارز همه این سرطان‌ها جهش‌های متوالی در ژن‌ها و تکثیر نامحدود و غیرقابل کنترل سلول‌های بدخیم در ناحیه خاصی از بدن انسان می‌باشد (بوتملی⁴، 2002؛ بالتز و کارلسون⁵، 2006). امروزه در علم پزشکی برای درمان انواع سرطان از جراحی، شیمی درمانی و پرتودرمانی استفاده می‌کنند. هم به علت طولانی مدت بودن طول درمان و هم به سبب عوارض جانبی این نوع درمان‌ها، اکثر افراد مبتلا به سرطان فشار روانی شدیدی را تجربه می‌کنند (بیل هات، برگام، استینریکتورین⁶،

7. Cembell-Enns, Woodgate

8. Carlson, Waller, Groff, Giese-Davis & Bultz

9. Carlson, Angen, Cullum

10. Negative Automatic Thoughts

11. Dysfunctional Attitudes

12. Beck

1. cancer

2. Jemal, Siegel, Eard, Hao & Thum

3. Schmer

4. Bottomley

5. Bultz & Carlson

6. Billhult, Berghom, Stenerrictorin

شناخت‌هایی هستند که انعطاف‌ناپذیر، افراطی، ناکارآمد و مقاوم در برابر تغییر هستند و نظام شناختی فرد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهند. بطوریکه افراد مبتلا، ارزیابی درست و واقع‌بینانه‌ای از خود، آینده و دنیای پیرامون خود ندارند (لیو¹، 2004؛ بیرامی، موحدی و علیزاده، گوردل، 1394). به دیگر سخن نگرش‌های ناکارآمد، طرحواره‌های ناسازگاری هستند، مناسبات بین فردی افراد را محدود کرده و موجب آشفتگی روان‌شناختی در افراد می‌شوند (معین‌الغریابی، نوفرستی، کرملو و گنجی، 1392). تحقیقات اخیر نشان می‌دهد، هرچه نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی افراد بیشتر باشد، آشفتگی هیجانی، مناسبات بین فردی نامناسب و کیفیت زندگی پایین آن‌ها بیشتر می‌باشد (هولمز، کرانی، فینل، ویلیامز²، 2007). در سال‌های اخیر، به علت وجود آشفتگی‌های هیجانی در افراد مبتلا به سرطان، درمانگران در کنار درمان‌های پزشکی از درمان‌های روان‌شناختی جهت کنترل و کاهش نشانگان روانی بهره می‌گیرند (بارا و اسنیگل³، 2014). یکی از روش‌های نوین روان‌شناختی روش درمان تصوی سازی ذهنی دستوری و بازپردازش⁴ (IRRT) می‌باشد (رایینز، کینگ، اکبالاد⁵، 2012). این روش توسط اسموکر⁶ (1995) با تأسی از دیدگاه شناختی- رفتاری ابداع گردید و در درمان اختلالات روانی به‌ویژه بیمارانی که از خاطرات

رنجش‌آور و آسیب‌زا رنج می‌بردند، مورد استفاده قرار گرفت. مفروضه اساسی این روش این است که تصورات ذهنی تأثیر زیادی بر احساسات، ادراکات، افکار و رفتار افراد دارند و مشکلات عاطفی رابطه مستقیمی با تصویرسازی ذهنی افراد دارد. لذا با اصلاح تصاویر ذهنی تنش‌زا، می‌توان به تغییرات احساسی و عاطفی مهمی دست یافت (ادواردز⁷، 2007). گرچه این روش توسط اسموکر (1995) برای درمان بیماران افسرده و اختلال پس از استرس تروماتیک ابداع گردید اما امروز در زمینه‌های مختلف و در جمعیت‌های متفاوت مانند افراد مبتلا به وسواس، هراس اجتماعی و سرطان، اثرات درمانی قابل توجهی داشته است (می، اندرد، کاوناق⁸، 2015؛ آرنتز، کیندت، تیزی من⁹، 2007). امروزه IRRT یکی از معتبرترین روش‌های درمانی مکمل، برای بیماران مبتلا به سرطان است که از سوی مجامع علمی از جمله مرکز سرطان‌شناسی آمریکا مورد قبول واقع گشته و به عنوان یک روش درمانی کارآمد برای کمک به این دسته از بیماران به کار گرفته می‌شود (دابتس، پورت، آرنتز¹⁰، 2012) و در کنترل بسیاری از نشانگان روانی از جمله اضطراب، افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه و افکار خودآیند منفی تأثیر درمانی محسوسی داشته است (لانگ، کویلون¹¹، 2009). این روش درمانی در هشت جلسه 90 دقیقه‌ای و در سه مرحله بیان افکار و

7. Edwards

8. May, Andrad & Kavanagh

9. Arntz, Kindt & Tieseman

10. Dibbets, Poort & Arntz

11. Long, Quevillon

1 Liu

2. Holmes, Crane, Fennell & Williams

3. Barrera & Spiegel

4. Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy

5. Rabins, Keng & Ekbalad

6. Smuker

باتوجه به تحقیقات فوق و باتوجه به اینکه نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در آشفتگی‌های هیجانی و عاطفی بیماران سرطانی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند و باتوجه به اینکه تاکنون هیچ پژوهشی در زمینه IRRT بر روی این متغیرها و در این دسته از بیماران انجام نشد، این پژوهش با هدف اثربخشی IRRT بر روی افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است.

روش

روش تحقیق این پژوهش، نیمه‌آزمایشی و طرح آن مقایسه گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان بودند که در 6 ماه دوم 1395 در بخش سرطان و خون شناسی بیمارستان سجاد شهرستان رامسر بستری شده بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش، نمونه‌گیری تصادفی ساده بوده است. نحوه نمونه‌گیری به این صورت بود، به 108 نفر از زنان مبتلا به سرطان که در بخش سرطان و خون شناسی بیمارستان سجاد شهرستان رامسر بستری بودند و یا از درمان‌های پزشکی سرپایی بهره می‌بردند، پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد ویسمن و بک⁸ و پرسشنامه افکار خودآیند منفی کندال و هولون⁹ داده شد مشخص گردید 66 نفر دارای نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی بودند. از بین آن‌ها 30 نفر بطور تصادفی ساده انتخاب و بطور داوطلبانه در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه 15 نفر) جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایشی

تصاویر منفی¹، غلبه تصویری²، خودآرام‌سازی تصویری³ انجام می‌گیرد و موجبات رهایی از فشار روانی و آشفتگی ذهنی را در افراد مبتلا فراهم می‌سازد (اسموکر، 1995؛ اسموکر، فوا و نیدری⁴، 1995). بسیاری از درمانگران روش IRRT را در بیماران مبتلا به سرطان به کار گرفته و به نتایج درمانی موفقیت‌آمیزی دست یافتند. مثلاً اسپیگل⁵ (2004) تأثیر IRRT را بر بروی بیماران بیماران سرطانی مورد بررسی قرار داد. نتایج این پژوهش نشان داد، IRRT نه تنها در حفظ روحیه افراد بیمار و کاستن درد و رنج ناشی از شیمی درمانی مؤثر بوده است بلکه در کاهش احساس گناه، نگرش‌های ناسازگار و افکار خودآیند منفی هم روش سودمندی بوده است. همچنین رودهاور⁶ (2007) طی تحقیقی در بیماران سرطانی نشان داد، IRRT از آنجاکه در کنترل افکار منفی، جرقه‌های ذهنی بازگشتی و تغییر در معانی رویدادهای منفی نقش مؤثری داشته، روش سودمندی در کاهش بسیاری از نشانگان روانی از جمله نگرش‌های ناکارآمد، اضطراب، افسردگی و احساس تنهایی بیماران سرطانی می‌باشد. در همگرایی با تحقیقات فوق هاگمن⁷ (2011) در بیماران افسرده نشان داد، IRRT در کنترل کاهش افکار خودآیند منفی، نشخوارهای ذهنی، بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه بیماران نقش اساسی و مؤثری داشته است.

1. Negative Imagery and Thoughts
2. Mastery of Imagery
3. Self_calming
4. Foa & Niederee
5. Spiegel
6. Rodehaver
7. Hackman

8. Weissmen & Beck

9. Kendal & Hollon

الیه صادقی و همکاران: تأثیر درمان تصوی سازی ذهنی دستوری و بازپردازش بر افکار خودآیند منفی و نگرش های ...

و تمایل به تغییر، خودپنداره منفی و انتظارات منفی، اعتماد به نفس پایین و ناآمیدی را می‌سنجد. ضریب پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی با روش بازآزمایی 0/86 و اعتبار آن با همبستگی نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک 0/68 گزارش شده است (کاویانی، جواهری و بحیرایی، 1384).

2- پرسشنامه نگرش های ناکارآمد ویسمن و بک (DAS_26): این پرسشنامه در سال 1979 توسط ویسمن و بک تدوین گردید. فرم الف این پرسشنامه که نگرش های ناکارآمد را می‌سنجد در جمعیت بالینی ایرانی توسط ابراهیمی و موسوی (1391) تهیه گردید. این پرسشنامه 26 سؤال دارد. در مقیاس لیکرت 7 درجه از کاملاً موافقم (7) تا کاملاً مخالفم (1) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمره از 26 تا 182 در تغییر می‌باشد. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی 0/73 و روایی آن با استفاده از همبستگی آن با پرسشنامه اصلی 0/97 گزارش شده است.

3- برنامه تصویر سازی ذهنی دستوری و بازپردازش (IRRT): این برنامه درمانی توسط اسموکر (1995) تدوین شد که در 5 تا 8 جلسه 60 تا 90 دقیقه ای در سه مرحله 1- فرمان تصویر سازی ذهنی 2- غلبه تصویر سازی ذهنی 3- خودآرام سازی ذهنی و پردازش مجدد انجام می‌شود که ساختار جلسات درمانی در ذیل گزارش شده است.

در دامنه سنی 23 سال تا 56 سال و از تحصیلات سیکل تا فوق دیپلم و اعضای گروه کنترل در دامنه سنی 28 سال تا 52 سال و از تحصیلات سیکل تا کارشناسی برخوردار بودند. ملاک ورود به گروه نمونه 1- همه از زنان بودند 2- دارای افکار منفی خودآیند و نگرش های ناکارآمد بودند 3- دچار مشکلات جسمانی دیگر نبودند و 4- از اختلالات شخصیتی و روان شناختی دیگر رنج نمی‌بردند. اعضای گروه آزمایشی 8 جلسه IRRT را هفته ای یک بار دریافت کردند و اعضای گروه کنترل آموزشی در این زمینه دریافت نداشتند. یک هفته پس از اتمام اجرای IRRT مجدداً افکار خودآیند منفی و نگرش های ناکارآمد اعضای هر دو گروه مورد اندازه گیری قرار گرفت. سپس داده های مورد لزوم استخراج و از طریق SPSS مورد پردازش قرار گرفت. شایان توجه است، یک نفر از اعضای گروه آزمایشی جلسات درمانی را تا انتها ادامه نداد و نتیجتاً نمونه نهایی هر گروه 14 نفر دز نظر گرفته شد. ابزارهایی که در پژوهش حاضر به کار رفته اند عبارت اند از:

1- پرسشنامه افکار خودآیند منفی کندال و هولون: این پرسشنامه برای ارزیابی فراوانی اظهارات خودآیند منفی درباره خود توسط کندال و هولون (1980) به منظور ارزیابی شناختی خود افشایی افراد ساخته شده است. این پرسشنامه 30 سؤال دارد و براساس مقیاس لیکرت از 1 (هرگز) تا 5 (همیشه) نمره گذاری می‌شود. هرچه نمره فرد بیشتر باشد از افکار خودآیند منفی بالاتری برخوردار می‌باشد. این پرسشنامه چهار جنبه از افکار خودآیند منفی یعنی سازگاری شخصی

جدول 1. ساختار جلسات درمانی IRRT (اسموکر، 1995)

جلسه	هدف	محتوا
اول	مفهوم IRRT و رابطه آن با افکار	آشنایی اعضا با همدیگر، ارائه کلیاتی از IRRT و نقش آن با نشانگان روانی مانند افکار خودآیند منفی، بی‌خوابی و احساسات ناخوشایند
دوم	شناسایی افکار و تصاویر آزردهنده و ارتباط آن با خلق و رفتار	کمک به شناسایی افکار منفی و تجسم تصاویر آزردهنده و اینکه چگونه خلق، تفکر، رفتار و بی‌خوابی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، دادن تکالیف خانگی
سوم	تمرین آرامش عضلانی و تجسم افکار و تصاویر مزاحم	بررسی تکالیف خانگی، تجسم افکار و تصاویر آزردهنده با جزئیات کامل و با چشمان بسته در شرایط آرمیدگی عضلانی و ارتباط آن با خلق و بی‌خوابی، دادن تکالیف خانگی
چهارم	آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت شده و دستوری	بررسی تکالیف خانگی، آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت شده و دستوری از سوی درمانگر به منظور کنترل افکار منفی و تصاویر آزردهنده و ایجاد تصاویر مثبت، دادن تکالیف خانگی
پنجم	آموزش فن چرخش ذهنی و مرور ذهنی	بررسی تکالیف خانگی، آموزش فنون مرور شناختی و فن چرخش ذهنی همراه با پردازش شناختی مجدد، به منظور حذف افکار خودآیند منفی و ایجاد افکار و خلق مثبت
ششم	تمرین بازسازی شناختی افکار منفی و تصاویر آزردهنده	به کارگیری مرور شناختی، فن چرخش ذهنی با بازپردازش مجدد به منظور کنترل جرقه‌های ذهنی بازگشتی و تغییر در معانی رویدادهای آسیب‌زا، بررسی تکالیف خانگی
هفتم	بکارگیری فنون آموزش دیده	بررسی تکالیف خانگی، کنترل جرقه‌های ذهنی بازگشتی، فلش‌بک‌ها، بکارگیری مداوم فن چرخش ذهنی همراه با تغییر در معانی افکار و تصاویر آزردهنده به منظور یافتن افکار، احساسات و خلق مثبت
هشتم	تمرین و تکرار فنون آموزش دیده	بررسی تکالیف خانگی، به کارگیری کلیه فنون در دنیای واقعی زندگی به منظور کنترل افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد

یافته‌ها

از نوع مقایسه گروه کنترل نابرابر می‌باشد، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا)¹ با رعایت مفروضه‌های اساسی آن استفاده شده است.

از آنجا که این پژوهش درصدد تعیین نقش ترکیبی متغیرها به عنوان یک سازه کلی بوده و همچنین طرح این پژوهش دو گروهی و

جدول 2. مشخصه های آماری متغیرهای وابسته

متغیرها	گروه ها	تعداد		میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش-آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
افکار خودآیند منفی	آزمایشی	14	14	98	68/85	10/15	8/17
	کنترل	14	14	104/71	100/14	10/66	10/17
نگرش های ناکارآمد	آزمایشی	14	14	110/07	85/21	11/21	9/01
	کنترل	14	14	112/92	116/42	11/40	11/45

جدول 1 نشان می دهد، تفاوت میانگین افکار خودآیند منفی و نگرش های ناکارآمد در گروه آزمایشی به ترتیب عبارتند از 29/15 و 24/86 نمره و در گروه کنترل 4/57 و 3/5 نمره می باشد. جهت بررسی این نکته که آیا این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده گردید. جهت استفاده از تحلیل مانکوا

مفروضه های زیربنایی آن یعنی نرمال بودن متغیرها، همگنی شیب رگرسیون، همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس و یکسانی واریانس ها مورد بررسی قرار گرفت. اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش آزمون، آزمون باکس و آزمون لوین نشان داد که مفروضه های فوق برقرار می باشند. لذا از تحلیل مانکوا برای آزمون فرضیه ها استفاده شده است.

جدول 3. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای مورد مطالعه

جدول 3. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای مورد مطالعه

اثر	ارزش	F	گروه d.f.	خطا d.f.	Sig	ضریب آتا
لامبدای ویکلز	0/147	66/89	2	23	0/001	0/85

آزمون لامبدای ویکلز در جدول 2 نشان می دهد، IRRT در بیماران زن مبتلا به سرطان در یک سازه ترکیبی هر دو متغیر وابسته در سطح $P > 0/01$ و $F(2 و 23)$ اثر معناداری داشته است.

به دیگر سخن IRRT در کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش های ناکارآمد اثر بالایی داشته است و ضریب آتا شدت این اثر 0/85 نشان داد که اثر قابل قبولی می باشد.

اثر

جدول 4. تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
افکار خودآیند منفی	اثر گروه	5099/85	1	5099/85	56/69	0/001	0/70
	خطا	2158/96	24	89/95			
نگرش‌های ناکارآمد	اثر گروه	3667/92	1	3667/93	28/47	0/001	0/54
	خطا	3091/72	24	128/82			

قطعا کنترل یا کاهش این مؤلفه‌ها بر بهبود این بیماری نقش مؤثر و سازنده‌ای دارد. با چنین رهیافتی، در این پژوهش سعی شده تصویر تقریباً روشنی از اثربخشی IRRT بر افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به سرطان ارائه شود که در ذیل به بحث و تبیین نتایج آن می‌پردازیم.

فرضیه اصلی این پژوهش مبنی بر اینکه IRRT بر افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به سرطان مؤثر بوده است، در این پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است. به دیگر سخن F محاسبه شده مانکوا در یک سازه ترکیبی نشان داده است، IRRT در کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به سرطان مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های محققانی چون اسموکر (1995)، آرتنز و همکاران (2007)، رودهاور (2007)، دابتس و همکاران (2012)، هاگمن (2011)، می و همکاران (2015) همگرایی دارد.

جدول 3 نشان می‌دهد F محاسبه شده افکار منفی خودآیند (56/69) و نگرش‌های ناکارآمد (28/47) در سطح $P > 0/01$ معنادار می‌باشد. به بیان بهتر، روش IRRT در کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به سرطان نقش مؤثری داشته و مجذور آتای سهمی شدت این اثر را برای افکار خودآیند منفی 0/70 و برای نگرش‌های ناکارآمد 0/54 نشان داده است. یعنی 70 درصد تفاضل میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون افکار خودآیند منفی و 54 درصد تفاضل میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد در گروه آزمایشی ناشی از اثر روش IRRT بوده است.

نتیجه‌گیری و بحث

امروزه متخصصان علوم پزشکی و رفتاری بر این باورند، برخی از مؤلفه‌های روان‌شناختی مانند احساس گناه، نگرش‌های ناکارآمد، بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه و افکار خودآیند منفی موجبات آشفتگی‌های روانی بیماران سرطانی می‌شوند.

افکار منفی خودآیند و تصاویر ذهنی رویدادهای تنش‌زا کاهش می‌یابد و فرد احساس قدرت و کنترل بیشتری بر رویدادهای تنش‌زا، افکار و تصاویر ذهنی منفی وابسته به آن می‌کند. گینس-بلو و همکاران (2006) در مورد تأثیر IRRT بر افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد بر روی بیماران لاعلاج معتقدند، اگرچه فعال‌سازی و رویارو شدن با رخداد های تنش‌زا و افکار وابسته به آن در اوایل جلسات درمانی IRRT واقعاً ناراحت‌کننده است، اما در درازمدت و تمرین مهارت‌های IRRT در دنیای واقعی، می‌تواند بسیار مثبت، سازنده و منجر به تغییرات شناختی مهمی گردد. چرا اینکه در این روش، بیمار مؤلفه‌های ذهنی ناخوشایند خود را بعد از هر جلسه درمان به‌صورت روزانه ثبت می‌کند و واکنش‌های مربوط به آن را نیز یادداشت می‌کند. با تجزیه و تحلیلی که در بیان احساسات، تجسم و تغییر در معانی آن‌ها ایجاد می‌کند، کم‌کم به تصورات مسلط و غالب خوشایند دست می‌یابد. در این حالت ستیز درونی و حالت‌های خود سرزنش‌گری وی کاهش می‌یابد و این مهم به نوبه خود نه‌تنها موجب تغییرات قابل توجهی در باورهای غلط و طرحواره‌های ناسازگار او نسبت به افکار منفی یا حوادث آسیب‌زا می‌شود بلکه بیمار نسبت به خود، مسئولیت‌پذیر و خودکنترل‌گر می‌شود. در این راستا هاگمن (2011) معتقد است، در جلسات IRRT دو فرایند درون‌سازی¹ و برون‌سازی² وجود دارد. بطوریکه بیمار براساس مکانیزم درون‌سازی

درمان‌گران IRRT از جمله اسموکر (1995) و آرتنز و همکاران (2007) در مورد مکانیزم تأثیر IRRT در بیماران مبتلا به سرطان یا بیماری‌هایی که از رویدادهای تنش‌زا و افکار منفی وابسته به آن رنج می‌برند، معتقدند این دسته از افراد معمولاً افکار خودآیند منفی، نشخوارهای ذهنی و تصاویر ذهنی ناخوشایند که جنبه هیجانی دارد را خیلی تجربه می‌کنند و این مهم به‌نوبه خود بخصوص در افراد مبتلا به سرطان باعث اضطراب، غمگینی، احساس گناه، بی‌حالی، بی‌خوابی و کابوس‌های شبانه آن‌ها می‌شود. حال وقتی این دسته از بیماران، در جلسات درمانی IRRT قرار می‌گیرند و افکار خودآیند منفی و تصاویر ذهنی ناخوشایند را به طور دقیق بیان و با جزئیات کامل تجسم و با پردازش شناختی مجدد آن را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهند و معانی رویدادهای استرس‌انگیز و باورهای منفی را تغییر می‌دهند و در این راه از تکنیک‌های کنترل جرعه‌های ذهنی، چرخش‌های ذهنی و آرامش عضلانی استفاده می‌کنند، بعد از مدتی بیمار به راحتی می‌تواند بر روی افکار خودآیند منفی و نشخوارهای ذهنی خود کنترل داشته باشد. این مهم بعد از مدتی تمرین در دنیای واقعی، نه تنها منجر به اعتماد به‌نفس و خودباوری شخص در کنترل و کاهش نشخوارهای ذهنی و افکار خودآیند منفی می‌شود بلکه تصاویر ذهنی خوشایند و طرحواره‌های شناختی مثبت جایگزین تصاویر ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد می‌شود. در این حالت است که دابنس و همکاران (2012) بر این باورند، نشانگان فیزیولوژیکی- روان‌شناختی وابسته به

1. Assimilation
2. Accomodation

افکار و تصاویر ذهنی منفی قبلی و حالت تسهیل‌کنندگی برای یادآوری افکار و تصاویر ذهنی مثبت دارند. این محققان معتقدند بعد از چندین جلسه درمانی، نه تنها ستیز درونی، افکار خودآیند منفی و نشخوارهای ذهنی وابسته به رویداد تنش‌زا کاهش می‌یابد بلکه بیمار احساس قدرت و کنترل بر تصاویر و افکار منفی قبلی می‌کند. در این حالت است که بیمار احساس رهاشدگی از افکار و تصاویر ذهنی منفی می‌کند.

بطور کلی این پژوهش در همگرایی با واری‌های مشابه بیانگر این واقعیت است، بسیاری از آشفتگی هیجانی افراد مبتلا به سرطان مستقیماً به تحریف‌های شناختی، تصاویر ذهنی ناخوشایند، طرحواره‌های ناسازگار و نشخوارگری ذهنی که آن‌ها در مورد بیماری و آینده خود دارند، مربوط می‌شود. حال وقتی این افراد در جلسات درمانی IRRT قرار می‌گیرند، افکار تنش‌زا و تصاویر ذهنی منفی آن‌ها از سوی خودشان و به کمک درمانگر مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند و تغییرات اساسی در معانی آن افکار و تصاویر ذهنی منفی ایجاد می‌شود و نگرش‌های کارآمد، افکار و تصاویر ذهنی مثبت جایگزین آن‌ها می‌شود و بعد از مدتی بیماران احساس رهاشدگی از اضطراب، افسردگی و افکار منفی می‌کنند. این مهم به نوبه خود، موجبات بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را در ابعاد مختلف زندگی فراهم می‌سازد. لذا به کلیه درمانگرانی که با بیماران سرطانی سروکار دارند، پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های پزشکی از روش IRRT به عنوان یک روش سودمند و مؤثر در کاهش

خاطرات و تصاویر ذهنی تنش‌زا را درون‌سازی می‌کند و با تکرار آن باعث اضطراب، استرس، بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه و افکار خودآیند منفی می‌شود. درمانگر IRRT سعی می‌کند با استفاده از فرایند برون‌سازی اطلاعات ناهمخوان و طرحواره‌های ناسازگار را به نگرش‌های کارآمد و اطلاعات همخوان در چارچوب ذهنی و سازمان روانی فرد تبدیل کند و بیمار نیز با تکرار و ممارست اطلاعات همگرا با فرایند برون‌سازی در دنیای واقعی زندگی، خود را از اثرات آسیب‌زای ناشی از تحریف‌های شناختی که قبلاً درون‌سازی کرده بود، رهایی دهد. در این حالت است که احساس تنفر، انزجار، احساس گناه، افکار خودآیند منفی وابسته به رویدادهای تنش‌زا کاهش می‌یابد. در همسوئی با واری‌های فوق اسموکر (1995)، راسمن (2011)، جهانگیری (1393) در مورد اثربخشی IRRT بر این باورند، وقتی بیماران مبتلا به سرطان یا بیماری‌های سخت در جلسات IRRT در شرایط آرامیدگی عضلانی و بدون تنش قرار می‌گیرند، نیمکره راست مغز که محل مفاهیم، احساسات، انگیزه و تصاویر ذهنی می‌باشد، فعال شده و فرکانس مغزی آن‌ها کند و به سطح آلفا که سطح بین خواب و بیداری است، بر می‌گردد. در این حالت بیمار به کمک درمانگر افکار و تصاویر ذهنی تنش‌زای خود را با جزئیات کامل بیان، تجسم و با پردازش شناختی مجدد در معانی آن تغییراتی ایجاد می‌کند بعد از مدتی تدریجاً تغییرات روانی- فیزیولوژیایی در بدن و مسیرهای عصبی تازه‌ای در مغز آن‌ها ایجاد می‌شود که حالت بازدارندگی به

الیه صادقی و همکاران: تأثیر درمان تصوی سازی ذهنی دستوری و بازپردازش بر افکار خودآیند منفی و نگرش های ...

می باشد. بنابراین در تعمیم پذیری نتایج این پژوهش به مردان مبتلا به سرطان جانب احتیاط را باید رعایت نمود.

در خاتمه از کارکنان بخش خون شناسی و سرطان بیمارستان سجاد شهرستان رامسر که در عملیاتی ساختن این پژوهش همکاری داشتند و همچنین از همکاری زنان مبتلا به سرطان که در این پژوهش شرکت نمودند، سپاسگزاری و قدردانی می شود.

نشانگان روانی بخصوص افکار خودآیند منفی و نگرش های ناکارآمد استفاده نمایند.

از محدودیت های این پژوهش می توان به فقدان دوره پیگیری اثربخشی IRRT در طول زمان اشاره نمود. قطعاً دوره پیگیری تصویر نسبتاً روشن تری از اثربخشی IRRT ارائه می دهد. از دیگر محدودیت های این پژوهش، می توان به جامعه آماری این پژوهش اشاره نمود. چرا اینکه جامعه آماری این پژوهش زنان مبتلا به سرطان

منابع

در مراکز شیمی درمانی شهر کرمان». مجله اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره 4.

- کاویانی، ح، جواهری، ف. و بحیرایی، ه (1384). «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش های ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری 60 روزه». فصلنامه تازه های علوم روان شناختی، 7(1): 49-59.

- معین الغریایی، ف؛ نوفرستی، ا؛ کرملو، س. و گنجی، ن (1396). «مقایسه سبک های اسنادی، طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرش های ناکارآمد در افراد افسرده و عادی». دوفصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی، 6(11)، 63-72.

- Arntz, A. kindt, M. & Tieseman, M. (2007). "Treatment of ptsd: A comparison of imagery exposure

- ابراهیمی، ا. و موسوی، (1391). «ویژگی های روان سنجی مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS-26) در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، 21(5)، 37-48.

- بیرامی، م؛ موحدی، ی. و علیزاده گورادل، ج (1394). «اثربخشی درمان ذهن-آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش های ناکارآمد نوجوانان». دوفصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی، 4(1)، 41-52.

- جهانگیری، م. (1393). ذهن شفابخش، تهران، انتشارات بصیرت.

- رضانی، ط. (1380). «میزان افسردگی و نیاز به مشاوره در زنان مبتلا به سرطان پستان

with and without imagery rescripting". *Journal of behavior*

therapy and experimental psychiatry, 14(5): 71-82.

- Barrera, T. & Spiegel, D. (2014). "Review of psychotherapeutic interventions on depression in cancer patients and their impact on disease progression". *International Review of Psychiatry, 26(1): 31-43.*
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford press.
- Billhult, A.; Berghom, I. & Stenervictorin, E. (2007). 'Massage relives nausea in womn with breast cancer who are undergoing chemotherapy'. *The journal of alternative and complementary medicine; 13(1):53-58.*
- Bottomley, A. (2002). *The cancer patient and quality of life*. *Oncologist; 12 (suppl 1): 4-10.*
- Cambell- Enns, H. J. & Woodgate, R. L. (2013). "Decision making for mothers with for cancer: maintain the mother- child bond". *Eur j oncol nurs, 17 (3): 261- 268.*
- Bultz, B. D. & Carlson, L. E. (2006). Emotional Distress: The sixth vital sign future directions in cancer care. *Psycho-Oncology, 15, 93-96.*
- Carlson, L. E.; Angen, M. & cullum, J. (2004). "High levels of untreated distress and faitigue in cancer patients". *Br j cancer, 90: 2297- 2305.*
- Carlson, L. E.; Waller, A.; Groff, S. L.; Giese-Davis, J. & Bultz, B. D. (2013). "What goes up does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period". *Psycho-Oncology, 22(1): 168-176.*
- Dibbets, P.; poort, H. & Arntz, A. (2012). "Adding imagery Rescripting during extinction leads to less ABA renewal". *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 43: 614- 624.*
- Edwards, D. (2007). "Restructuring implicational meaning in memorybased imagery: some historical notes". *Journal of Behavior therapy and Experimental psychology. 7(2): 105-114.*
- Hackmann, A. (2011). "Original research Article imagery rescripting in PTSD". *Cognitive & behavioral practice, 18(4): 425-432.*
- Holmes, E. A.; crane, C.; Fennell, M. J, V. & Williams, j. M. G. (2007). "Imagery about suicide in depression "flash- forwards"?" *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 21 (7); 551- 559.*

- Jemal, A.; Siegel, R.; eard, e.; Hao. Y. & thum, M. J. (2009). *Cancer statistics*. CA: cancer j clin, 59 (4): 225- 232.

- Liu, Y. L. (2004). "The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents depressive Tendency". *Journal of Adolescence*, 37: 823-834.

- Long, M. E. & Quevillon, R. (2009). "Imagery Rescripting in the treatment of posttraumatic stress Disorder". *Journal of cognitive psychotherapy*, 23 (1): 67- 76.

- May, j.; Andrade, j. & Kavanagh, D. J. (2015). *An imagery based Road map to tackle maladaptive motivation in clinical Disorders*, Ian clark, oxford university, uk.

- Rabins, C. J.; Keng, S. L.; Ekbalad, A. G. & Et all. (2012). "Effects of mindfulness- based stress reduction on emotional experience and expression: Arandomizd controlled trial". *J clin psyol*, 68: 117-125.

- Rodehaver, C.B. (2007). "There influence of Guided Imagery on schema therapy related Nausea and vomiting". *Journal of*

oncology nursing forum, vole 42 (10): 170- 181.

- Rossman, M. (2008). "The effect mental imagery on breast cancer". *Journal of Holistic Nursing Practice*, 50: 13-20.

- Schmer, C. E. (2010). *The effect of cancer diagnosis on hope and resilience: A correctional, longitudinal study*, dissertation of nursing, University of Missouri-Kansas.

- Smucker, M. (1995). "Imagery rescripting: Anew treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttramatic stress disorder". *Journal of cognitive psychotherapy*, 9(1): 3- 17.

- Smuker, M.; Foa, F. B. & Niederee, J. L. (1995). "Imagery rescripting: A New threatment for survivors of children sexual Abuse suffering from posttramatic stress". *Journal of Cognitive Psychotherapy*, (9)1: 3-17.

- Spiegel, D. (2004). "Effect of psychosocial on survival of patients with metastatic Breast cancer". *Journal of Lancet*, 12: 888- 891.