

مقایسه اثربخشی تصویرسازی ذهنی با بازپردازش و کاهش استرس مبتنی بر ذهن-

آگاهی بر بیخوابی و افکار خودآیند منفی زنان مبتلا به سرطان

الهه صادقی<sup>۱</sup>، شهره قربان شیروودی<sup>۲</sup>، مرتضی ترخان<sup>۳</sup>، شهربانو کیهانیان<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکترا، گروه روان شناسی عمومی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲. دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن.

۳. دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴. دانشیار گروه انکولوژی و هماتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۸/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۵/۱۷)

**Comparing The effectiveness of imagery rescripting and reprocessing therapy and mindfulness based stress reduction on insomnia and negative automatic thoughts in cancer women**

Elahe Sadeghi<sup>1</sup>, \*Shohre ghorbanshiroudi<sup>2</sup>, Morteza Tarkhan<sup>3</sup>, Shahrbanoo Keyhanian<sup>4</sup>

1. PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, 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: Oct. 28, 2017 - Accepted: Aug. 08, 2018)

**Abstract**

**Objective:** The present research aimed at examining the comparison the effectiveness of imagery rescripting and reprocessing therapy and mindfulness-based stress reduction on insomnia and negative automatic thoughts in cancer women. **Method:** This research method was semi experimental with pretest-posttest design. Using Kendal & Hollon's negative automatic thoughts and Morien's insomnia intensity questionnaires, 42 women of cancer who had negative automatic thoughts and insomnia were randomly selected and were voluntarily assigned in two experimental and one control group (each group was 14). The first experimental group received 7 sessions IRRT techniques based on the Smoker's educational package (once a week) and the second experimental group received 8 sessions MBSR techniques based on the Kabat-Zinn's educational package (once a week) and the control group did not receive any training in this field. After executing the IRRT and MBSR, negative automatic thoughts and insomnia of the members of the three groups were measured again. **Results:** Multivariate covariance analysis (Man Cova) was used to analyze data. Calculated F for negative automatic thoughts and insomnia showed a significant difference in all three groups, also IRRT has also been more effective in reducing negative automatic thoughts than MBSR but these two therapeutic methods have no significant difference in insomnia. **Conclusion:** In general, this research indicated that the IRRT and MBSR method can be considered an effective intervention in reducing negative automatic thoughts and insomnia in women with cancer.

**Keywords:** negative automatic thought, insomnia, imagery rescripting and reprocessing therapy, cancer, mindfulness-based stress reduction.

**چکیده**

مقدمه: این پژوهش به منظور مقایسه اثربخشی تصویرسازی ذهنی دستوری با بازپردازش (IRRT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر بیخوابی و افکار خودآیند منفی زنان مبتلا به سرطان انجام شده است. روش: روش تحقیق این پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. با استفاده از پرسشنامه های افکار خودآیند منفی کندال و هولون و شدت بیخوابی مورین ۴۲ نفر از زنان مبتلا به سرطان که از بیخوابی و افکار خودآیند منفی در رنج بودند، بطور تصادفی ساده انتخاب و بطور داوطلبانه در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۴ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی اول ۷ جلسه (هفته ای یک بار) فنون IRRT را بر اساس بسته آموزشی اسموکر دریافت کرد. گروه آزمایشی دوم ۸ جلسه (هفته ای یک بار) فنون MBSR را بر اساس بسته آموزشی کابات-زین دریافت کرد و گروه کنترل آموزشی در این زمینه دریافت نکرد. پس از اجرای IRRT و MBSR، مجدداً افکار خودآیند منفی و بیخوابی اعضای هر سه گروه مورد اندازه گیری قرار گرفت. یافته ها: از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای تحلیل داده ها استفاده شد. F محاسبه شده برای متغیرهای افکار خودآیند منفی و بیخوابی در هر سه گروه تفاوت معنادار را نشان داد. همچنین IRRT در کاهش افکار خودآیند منفی مؤثرتر از MBSR بوده است. اما در مورد بیخوابی بین دو روش درمانی تفاوت معناداری یافت نشد. نتیجه گیری: بطور کلی این پژوهش حاکی از این است، روش IRRT و MBSR را می توان مداخله ای مؤثر در کاهش افکار خودآیند منفی و بیخوابی زنان مبتلا به سرطان به حساب آورد.

واژگان کلیدی: افکار خودآیند منفی، بیخوابی، تصویرسازی ذهنی دستوری با بازپردازش، سرطان، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی.

\* نویسنده مسئول: شهره قربان شیروودی

\*Corresponding Author: Shohre ghorbanshiroudi

Email: shohrehghorbanshiroudi@yahoo.com

بیخوابی، کابوس‌های شبانه، افکار خودآیند منفی، کیفیت زندگی نامناسب، نگرش‌های ناکارآمد و دیگر نشانگان روانی رنج می‌برند (کوبر، بوفارت، کلین، بری، لیمنز و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). اما در سال‌های اخیر عامل بیخوابی<sup>۷</sup>، افکار خودآیند منفی<sup>۸</sup> که در تشدید بیماری سرطان نقش اساسی دارند، توجه بسیاری از روان‌شناسان و متخصصان پزشکی را به خود جلب نموده است (متچیم، آرمر و استیورات<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). بیخوابی شایع‌ترین مشکل خواب و تجربه‌ای قابل لمس برای افراد مبتلا به سرطان می‌باشد که به صورت دیرخوابیدن، زود بیدار شدن و منقطع خوابیدن همراه با افکار منفی متجلی می‌شود و سازمان روانی افراد مبتلا را دچار اغتشاش می‌سازد (لقمانی، ۱۳۸۰). افکار خودآیند منفی، یک نوع کیفیت ذهنی است که بطور خودکار و غیرارادی در ذهن افراد مبتلا جاری می‌شود و به علت غیرقابل کنترل و غیرمنطقی بودن، موجب اضطراب، نگرانی و افسردگی افراد می‌شود (بک<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱). امروزه به علت وجود نشانگان روانی بیمارگونه در افراد مبتلا به سرطان، متخصصان علوم پزشکی در درمان سرطان نه تنها از درمان‌های پزشکی بهره می‌گیرند بلکه از درمان‌های روان‌شناختی که نقش تعیین‌کننده در کنترل و کاهش نشانگان روانی دارند، سود می‌برند (کارلسون، آنجن، کولوم<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴). از جمله

سرطان عارضه‌ای جدی در کشورهای توسعه‌یافته بویژه کمتر توسعه‌یافته است که نرخ شیوع آن مصرف دخانیات، اضافه وزن، عدم فعالیت جسمانی و تغییر الگوهای باروری در زندگی شهری در حال افزایش است (اکبری و لطفی کاشانی، ۱۳۹۶). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، سرطان<sup>۱</sup> بعد از بیماری‌های قلبی دومین عامل مرگ و میر انسان‌ها در جهان بشمار می‌رود (کیم، کوی و جان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). سرطان هم به علت شیوع بالای آن در همه کشورهای جهان از جمله ایران و هم به سبب زبان‌های جانبی و جانی فراوان، اصطلاح "سونامی سرطان"<sup>۳</sup> به خود گرفته است (جهانگیری، ۱۳۹۳). سرطان انواع مختلفی دارد اما ویژگی بارز همه آنها، تکثیر نامحدود و غیرقابل کنترل سلول‌های بدخیمی است که در بخش‌های خاصی از بدن تجمع می‌یابند (لدسما، کونامو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). کاوش‌های اخیر نشان می‌دهد، سرطان هم از جهت نوع بیماری و هم از جهت نوع درمان و هم از جهت عوارض جانبی درمان مانند سوختگی، زخم و ریزش مو از همان بدو تشخیص، سازمان روانی افراد مبتلا را به هم می‌ریزد و موجبات آشفتگی‌های روانی آنها را فراهم می‌سازد (انس، والر، گرو، بولتس، خانگ و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). بطوریکه واری‌ها نشان می‌دهد، ۸۷ درصد افراد مبتلا به سرطان از نشانگان روانی چون افسردگی، اضطراب،

6. *Kebber, Buffart, Kleine, Bree, Leemans & et al*

7. *insomnia*

8. *Negative automatic thoughts*

9. *Matchim, Armer & Stewart*

10. *Beck*

11. *Carlson, Angen & Cullum*

1. *cancer*

2. *Kim, Ko, Jun*

3. *Cancer sonamie*

4. *Ledesma & Kumano*

5. *Enns, Waller, Gro, Bults, Fung & et al*

افراد مبتلا به فویبای اجتماعی (نیلسون، لاند و ویرگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲) بکار گرفته شد و از پشتوانه تجربی بالایی برخوردار می‌باشد. به همین جهت انجمن سرطان آمریکا این روش را یکی از روش‌های درمانی مناسب برای بیماران مبتلا به سرطان می‌داند که می‌تواند باعث کاهش استرس، اضطراب، افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، افکار منفی و کنترل درد شود و احساس تحت کنترل بودن بیماری را برای این دسته از بیماران فراهم سازد (می و همکاران، ۲۰۱۵). در این راستا بسیاری از محققان از جمله آخن باخ<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۴)، اسپینگل<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۴)، رودهاور<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۷)، راسمن<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۸)، آرنتز<sup>۱۶</sup> (۲۰۱۲)، هاگمن (۲۰۱۱) در تحقیقات خود بر روی افراد سرطانی مبرهن نمودند، *IRRT* به عنوان یک روش درمانی کارآمد از آنجا که موجب بیان، تجسم و پردازش شناختی مجدد افکار منفی و خاطرات تنش‌زا می‌شود، نقش بسیار مهمی در کنترل نشانگان روان-شناختی از جمله افکار خودآیند منفی، نشخوار ذهنی و بیخوابی در بیماران مختلف از جمله بیماران مبتلا به سرطان دارد.

از جمله روش‌های روان‌شناختی دیگر در درمان نشانگان روانی افراد مبتلا به سرطان، *MBSR* می‌باشد که توسط کابات-زین<sup>۱۶</sup> ابداع شده است (چیسا و سرتی<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۱). مفروضه اساسی *MBSR* بر این واقعیت تأکید دارد، افکار منفی را

روش‌های درمانی روان‌شناختی در این زمینه، تصویرسازی ذهنی دستوری با بازپردازش<sup>۱</sup> (*IRRT*) و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن-آگاهی<sup>۲</sup> (*MBSR*) می‌باشد. *IRRT* توسط اسموکر<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) ابداع گردید. در این روش به افراد آسیب‌دیده کمک می‌شود با پردازش شناختی مجدد، بر افکار منفی و خاطرات آزاردهنده غلبه یابند (دابتس، پورت، آرنتز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). به دیگر سخن، در این روش به افراد کمک می‌شود با بیان افکار منفی و تصاویر آزاردهنده و سپس با پردازش شناختی مجدد از فشارهای روانی آن‌ها رهایی یابند (می، آندرد و کاواناق<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). این روش در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در سه مرحله ۱- دستور تصویرسازی ذهنی<sup>۶</sup> ۲-غلبه تصویرسازی ذهنی<sup>۷</sup> و ۳-خودآرام‌سازی با بازپردازش<sup>۸</sup> انجام می‌گیرد (دابتس و آرنتز، ۲۰۱۵). گرچه این روش نخست توسط اسموکر (۱۹۹۵) برای قربانیان تجاوز جنسی و یا افراد مبتلا به *PTSD* ابداع گردید، اما توسط بسیاری از محققان در زمینه‌های مختلف مانند کنترل افکار منفی، خودکشی و کابوس‌های شبانه افراد افسرده (کران، بارنهوفر، شان و هولمز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱)، افکار منفی و غیرقابل کنترل بیماران وسواسی (اسپکنز و هاگمن، اهلر، کودبرت<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷)، خاطرات تنش‌زا و افکار منفی

1. *imagery rescripting and reprocessing therapy*

2. *Mindfulness-based Stress Reduction*

3. *Smuker*

4. *Dibbets, Poort & Arntz*

5. *May, Andrade & Kavanagh*

6. *imagery rescripting*

7. *mastery of imagery*

8. *Self-clarity with rescripting*

9. *Crane, Barnhofer, Shan & Holmes*

10. *Speckens, Hackman, Ehler & Cuthbert*

11. *Nilsson, Lundh & Viborg*

12. *Achneback*

13. *Spiegel*

14. *Rodehaver*

15. *Rossmann*

16. *Kabat-Zinn*

17. *Chiesa & Serretti*

الهه صادقی و همکاران: مقایسه اثربخشی تصویرسازی ذهنی دستوری با بازپردازش و کاهش استرس مبتنی بر

کننده‌ای دارد. در این راستا شانو، شاپیرو، بوتزین، فیگوریدو و گری<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) بر روی ۱۲ زن مبتلا به سرطان نشان دادند، *MBSR* در کنترل نشخوار ذهنی، افکار خودآیند منفی و بیخوابی نقش مؤثری داشته است.

در همگرایی با کاوش‌های فوق هندرسون، کلیمو، میشن، هورلی و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی مبرهن ساختند، *MBSR* روش کارامدی در کنترل و کاهش نشانگان روانی مختلف از جمله نگرانی، نشخوارهای ذهنی، افکار خودآیند منفی و بیخوابی زنان مبتلا به سرطان می‌باشد.

بطورکلی کاوش‌های مختلف نشان دادند، بیخوابی و افکار خودآیند منفی در سلامت روانی و جسمانی زنان مبتلا به سرطان نقش مهمی دارند. بطوریکه با درمان بیخوابی و کنترل افکار منفی خودآیند می‌توان موجبات بهزیستی روان-شناختی آنها را فراهم ساخت. از آنجا که تاکنون هیچ پژوهشی در ایران در زمینه اثربخشی *IRRT* و همچنین مقایسه اثربخشی *IRRT* و *MBSR* در مورد متغیرهای این پژوهش در زنان مبتلا به سرطان انجام نگرفته است، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی *IRRT* و *MBSR* بر بیخوابی و افکار منفی خودآیند زنان مبتلا به سرطان انجام شده است.

نباید به عنوان قسمتی از خود یا انعکاسی از واقعیت در نظر گرفت بلکه به عنوان وقایع ذهنی ساده‌ای در نظر گرفت که در حال گذر می‌باشند (گدفرین و ونهرینجن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

لذا در این روش درمانی، سعی می‌شود با پذیرش افکار، ادراک و احساس افراد از حوادث تنش‌زا، توانایی آنها را در کنترل رویدادهای استرس‌زای زندگی افزایش دهند (ایسر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). به دیگر سخن از ویژگی اصلی این رویکرد ذهن-آگاهی، توجه و پذیرش می‌باشد که موجب می-گردد بیمار به سرنخ‌ها، پاسخ‌ها و خویش‌انداری در زمان حال توجه کند و به شیوه انعطاف‌پذیر به نشانگان بیماری خود پاسخ دهد (پورمحسنی کلوری و اسلامی، ۱۳۹۵).

گرچه روش *MBSR* نخستین بار برای درمان دردهای مزمن ابداع گردید، اما در سال‌های اخیر در زمینه‌های مختلف از جمله کنترل و کاهش نشانگان روانی افراد مبتلا به سرطان بکار گرفته شد و از حمایت تجربی خوبی برخوردار می‌باشد (لدسما و کومانو، ۲۰۰۹). مثلاً لگچر، جانسون-مالارد، پست-وایت<sup>۳</sup>، (۲۰۰۹) طی پژوهشی نشان دادند، *MBSR* در کنترل نشانگان روانی مانند احساس گناه، نشخوارهای ذهنی، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناسازگار زنان مبتلا به سرطان پستان نقش مؤثری دارد. همچنین متچیم، آرمر، استوارت<sup>۴</sup> (۲۰۱۱)، مبرهن ساختند، *MBSR* در کنترل غمگینی، اندیشه‌های خودکار مغلوب‌کننده و پریشان‌خوابی زنان مبتلا به سرطان نقش تعیین-

4. Shanua, Shapiro, Botzín, Figueredo, & Gray  
5. Henderson, Clemow, Massion, Hurley & et al

1. Godfrin & Venherringen  
2. Esser  
3. Lagacher, Janson-Mallard & Post-White

## روش

طرح تحقیق این پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و روش نمونه‌گیری آن، نمونه‌گیری تصادفی ساده می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش ۱۰۸ نفر از زنان مبتلا به سرطان بودند که یا در بخش سرطان و خون‌شناسی بیمارستان سجاد شهرستان رامسر بستری بودند و یا اینکه بطور سرپایی از درمان-های پزشکی بهره می‌بردند.

به منظور انتخاب نمونه آماری پرسشنامه‌های بیخوابی چارلز مورین، افکار خودآیند منفی کندال و هولون به آنها داده شد، مشخص گردید از بین آنها ۶۶ نفر از بیخوابی و افکار منفی خودآیند بیمارگونه رنج می‌برند.

از بین آنها ۴۵ نفر بطور تصادفی ساده انتخاب و بطور داوطلبانه در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایشی اول در دامنه سنی ۳۳ تا ۵۶ سال و از تحصیلات سیکل تا فوق دیپلم و اعضای گروه آزمایشی دوم در دامنه سنی ۲۸ تا ۵۸ سال و از تحصیلات سیکل تا کارشناسی و اعضای گروه کنترل در دامنه سنی ۳۸ تا ۵۲ سال و از تحصیلات سیکل تا کارشناسی برخوردار بودند.

ملاک ورود به گروه نمونه ۱- همه از زنان بودند ۲- از بیخوابی و افکار منفی خودآیند رنج می‌بردند ۳- دچار سایر بیماری‌های جسمانی مانند اختلال قلبی نبودند ۴- برخوردار از دیگر اختلالات روان‌شناختی و یا شخصیتی نبودند. اعضای گروه آزمایشی اول ۷ جلسه *IRRT* و

اعضای گروه آزمایشی دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای *MBSR* را دریافت کردند و گروه کنترل آموزشی در این زمینه دریافت نکرد.

یک هفته پس از اتمام اجرای *IRRT* و *MBSR*، مجدداً بیخوابی و افکار خودآیند منفی اعضای هر سه گروه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. شایان ذکر است یک نفر از گروه آزمایشی اول و یک نفر از گروه آزمایشی دوم قادر به ادامه جلسات درمانی نبودند و نتیجتاً اعضای هر گروه ۱۴ نفر در نظر گرفته شد. ابزارهای این پژوهش عبارتند از:

الف) پرسشنامه افکار خودآیند منفی کندال و هولون<sup>۱</sup>: این پرسشنامه برای ارزیابی فراوانی اظهارات خودآیند منفی درباره خود توسط کندال و هولون (۱۹۸۰) به منظور ارزیابی شناختی خود افشایی افراد ساخته شده است.

این پرسشنامه ۳۰ سؤال دارد و بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره-گذاری می‌شود. هرچه نمره فرد بیشتر باشد از افکار خودآیند منفی بالاتری برخوردار می‌باشد. چهار جنبه از افکار خودآیند منفی یعنی سازگاری شخصی و تمایل به تغییر، خودپنداره منفی و انتظارات منفی، اعتمادبه‌نفس پایین و ناامیدی را می‌سنجد.

ضریب پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی با روش بازآزمایی ۰/۸۶ و اعتبار آن با همبستگی نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۸ گزارش شده است (کاویانی، جواهری و بحیرایی، ۱۳۸۴).

1. Kendal & Hollon's automatic thoughts questionnaire

الهه صادقی و همکاران: مقایسه اثربخشی تصویرسازی ذهنی دستوری با بازپردازش و کاهش استرس مبتنی بر

۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای در سه مرحله ۱-فرمان تصویرسازی ذهنی ۲-غلبه تصویرسازی ذهنی ۳- خودآرام‌سازی ذهنی با پردازش مجدد انجام می‌شود که ساختار جلسات درمانی در ذیل گزارش شده است.

از آنجا که این پژوهش درصدد تعیین نقش ترکیبی و انفرادی متغیرهای مورد مطالعه بوده و همچنین طرح این پژوهش دوگروهی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. به منظور تحلیل داده‌ها و کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا)<sup>۴</sup> با رعایت مفروضه‌های زیربنایی آن استفاده شده است.

ب) پرسشنامه شدت بیخوابی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط مورین برای سنجش شدت بیخوابی تدوین گردید که دارای ۷ عبارت می‌باشد که براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود.

نمرات ۰ تا ۷ عدم وجود بیخوابی، ۷ تا ۱۴ بیخوابی ضعیف، ۱۵ تا ۲۱ بیخوابی متوسط و ۲۲ تا ۲۸ بیخوابی شدید را نشان می‌دهد. ضریب پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش گردید(رهنما، ۱۳۹۰).

ج) برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> (MBSR): این برنامه توسط کابات-زین (۲۰۰۳) طراحی شده که مبتنی بر فنون رفتاری و مراقبه می‌باشد که ساختار جلسات درمانی در ذیل گزارش گردید.

د) برنامه تصویرسازی ذهنی دستوری با پردازش مجدد<sup>۳</sup> (IRRT): این برنامه درمانی توسط اسموکر (۱۹۹۵) تدوین شد که در ۵ تا ۷ جلسه

4 .Man Cova

1 . Insomnia Intensity questionnaire  
2 . mindfulness-based stress reduction package  
3 . Imagery rescripting and reprocessing therapy package

جدول ۱. ساختار جلسات درمانی MBSR (کابات-زین، ۲۰۰۳)

جلسه	هدف	محتوا
اول	آگاهی از مفهوم ذهن آگاهی	آشنایی اعضا با همدیگر، تشریح ماهیت تشکیل جلسه درمان، مفهوم ذهن آگاهی و نقش آن در کاهش استرس
دوم	آگاهی از فنون ذهن آگاهی و رابطه آن با استرس	آموزش آرامش آموزی از طریق ایجاد تنش و رهایی آن در عضلات، آگاهی یافتن به ذهن سرگردان و تمرین توجه بدن، توجه به تنفس و دادن تکالیف خانگی
سوم	آموزش آرام کردن ذهن سرگردان و رابطه آن با افکار منفی و مثبت	بررسی تکالیف خانگی، آموزش آرامش آموزی از طریق بازخوانی گروه های عضلانی، مراقبه نشسته و انجام تمرین هایی که توجه را در زمان حال حفظ می کند و کنترل افکار خودآیند منفی، دادن تکالیف خانگی
چهارم	آموزش تفکر نظاره ای و بودن در زمان حال	بررسی تکالیف خانگی، تمرین آموزش کنترل تنفس، کسب آگاهی از افکار و احساسات و نظاره-گر بودن افکار بدون قضاوت ارزی و کنترل افکار خودآیند منفی، دادن تکالیف خانگی
پنجم	تعمیم آرامش آموزی و مراقبه	بررسی تکالیف خانگی، تعمیم آرامش آموزی و مراقبه در موقعیت های مختلف، آموزش حضور در حال و داشتن افکار نظاره ای همراه با افکار مثبت، دادن تکالیف خانگی
ششم	آموزش ارتباط فکر با خلق و احساسات منفی	بررسی تکالیف خانگی، آموزش ارتباط فکر با خلق و احساسات منفی، مراقبه نشسته، تمرکز روی احساسات هیجانی، تغییر خلق و افکار بر اساس نوع ارتباط آنها
هفتم	آموزش فن تحمل پریشانی و کنترل افکار خودآیند منفی	بررسی تکالیف خانگی، آموزش فن تحمل پریشانی به منظور کنترل افکار خودآیند منفی و ایجاد افکار مثبت
هشتم	اجرای فنون کاهش استرس به منظور کنترل افکار منفی در محیط های واقعی زندگی	بررسی تکالیف خانگی، بازنگری فنون کاهش استرس و استفاده آن در زمان حال و تعمیم آن به کل فرایند زندگی واقعی

جدول ۲. ساختار جلسات درمانی IRRT (اسموکر، ۱۹۹۵)

جلسه	هدف	محتوا
اول	مفهوم IRRT و رابطه آن با افکار منفی، بیخوابی، احساسات ناخوشایند	آشنایی اعضا با همدیگر، ارائه کلیاتی از IRRT و نقش آن با نشانگان روانی مانند افکار خودآیند منفی، بیخوابی، احساسات ناخوشایند
دوم	شناسایی افکار و تصاویر آزاردهنده و ارتباط آن با خلق و رفتار	کمک به شناسایی افکار منفی و تجسم تصاویر آزاردهنده و اینکه چگونه خلق، تفکر، رفتار و بیخوابی را تحت الشعاع قرار می دهد، دادن تکالیف خانگی
سوم	تمرین آرامش عضلانی و تجسم افکار و تصاویر مزاحم	بررسی تکالیف خانگی، تجسم افکار و تصاویر آزاردهنده 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 آزاردهنده 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 آزاردهنده	به کارگیری مرور شناختی، فن چرخش ذهنی با بازپردازش مجدد به منظور کنترل جرقه های ذهنی بازگشتی و تغییر در معانی رویدادهای آسیب زا، بررسی تکالیف خانگی
هفتم	بکارگیری فنون آموزش دیده	بررسی تکالیف خانگی، کنترل جرقه های ذهنی بازگشتی، فلش بک ها، بکارگیری مداوم فن چرخش ذهنی همراه با تغییر در معانی افکار و تصاویر آزاردهنده به منظور یافتن افکار، احساسات و خلق مثبت

الهه صادقی و همکاران: مقایسه اثربخشی تصویرسازی ذهنی دستوری با بازپردازش و کاهش استرس مبتنی بر

یافته‌ها

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، تفاضل میانگین پیش‌آزمون-پس‌آزمون افکار خودآیند منفی و بیخوابی در گروه آزمایشی IRRT به ترتیب ۲۹/۱۵ و ۶/۱۵ نمره و در گروه آزمایشی MBSR به ترتیب ۱۲/۹۳ و ۷/۲۸ نمره و در گروه کنترل به ترتیب ۴/۵۷ و ۱/۸۵ نمره می‌باشد. مشاهده می‌شود تفاضل محسوسی در میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل وجود دارد. برای اینکه مشاهده شود این تفاضل از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده گردید. قبل از بکارگیری مانکوا مفروضه‌های زیربنایی آن مانند ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه، بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون، آزمون لوین و آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت که مشخص گردید مفروضه‌های فوق برقرار می‌باشند. به همین دلیل از مانکوا برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شده است. نتایج آزمون ویکلز لامبدای در مورد متغیر ترکیبی معنادار است. به دیگر سخن متغیرهای وابسته در سه گروه با هم تفاوت دارند و این مهم نشان‌دهنده تأثیر متغیرهای مستقل بر روی متغیرهای وابسته در سه گروه می‌باشد و ضریب آتا شدت این اثر را ۰/۶۰ نشان داد که اثر قابل قبولی می‌باشد.

جدول ۵ نشان می‌دهد  $F$  محاسبه شده متغیر بیخوابی (۲۶/۲۲) و افکار خودآیند منفی (۲۲/۶۹) معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر روش‌های

درمانی IRRT و MBSR موجب کاهش بیخوابی و افکار خودآیند منفی شده است. همچنین مجذور آتای سهمی، شدت این اثر را برای بیخوابی و افکار خودآیند منفی به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۵۵ نشان داده است. یعنی ۵۹ درصد تفاوت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیخوابی و ۵۵ درصد تفاوت در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افکار خودآیند منفی ناشی از اثر روش‌های درمانی می‌باشد. حال برای اینکه مشاهده شود، کدام روش درمانی اثر بیشتری بر روی متغیرهای وابسته داشته است از آزمون تعقیبی لامتریکس به منظور مقایسه تفاوت میانگین‌های میزان بیخوابی و افکار خودآیند منفی استفاده شده است.

جدول ۶ نشان می‌دهد، بین میانگین تعدیل شده دو گروه در میزان بیخوابی باتوجه به  $F$  محاسبه شده، (۰/۴۴۲) و سطح معناداری (۰/۵۱۰) تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین میانگین تعدیل شده دو گروه در میزان افکار خودآیند منفی باتوجه به  $F$  محاسبه شده (۱۳/۸۹) و سطح معناداری (۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر در کاهش بیخوابی بین IRRT و MBSR تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در مورد متغیر افکار خودآیند منفی، IRRT مؤثرتر از روش MBSR بوده است.



جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته برحسب گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	تعداد		میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افکار خودآیند منفی	آزمایشی (IRRT)	۱۴	۱۴	۹۸	۶۸/۸۵	۱۰/۱۵	۸/۱۷
	آزمایشی (MBSR)	۱۴	۱۴	۱۱۰/۱۴	۸۸/۲۱	۱۲/۶۰	۹/۷۶
	کنترل	۱۴	۱۴	۱۰۴/۷۱	۱۰۰/۱۴	۱۰/۶۶	۱۰/۱۷
بیخوابی	آزمایشی (IRRT)	۱۴	۱۴	۱۹	۱۲/۸۵	۳/۱۸	۲/۷۸
	آزمایشی (MBSR)	۱۴	۱۴	۲۰/۸۵	۱۳/۵۷	۳/۶۶	۲/۹۱
	کنترل	۱۴	۱۴	۲۰/۴۲	۱۸/۵۷	۳/۹۱	۳/۶۹

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای وابسته

نوع آزمون	ارزش	F تغییر	سطح معناداری	ضریب آتا
ویکلز	۰/۱۵۳	۱۷/۶۸	۰/۰۱	۰/۶۰

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای مورد مطالعه در متن مانکوا

متغیرهای وابسته	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F تغییر	سطح معناداری	ضریب آتا (اندازه اثر)
بیخوابی	اثر گروه	۲۵۸/۰۱	۲	۱۲۹/۰۳	۲۶/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	خطا	۱۷۷/۱۰	۳۶	۴/۹۲			
افکار خودآیند منفی	اثر گروه	۵۶۲۷/۶۶	۲	۲۸۱۳/۸۳	۲۲/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	خطا	۴۴۶۳/۹۳	۳۶	۱۲۳/۹۹			

جدول ۶. تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (با استفاده از آزمون تعقیبی لامتریکس) در روش‌های درمانی IRRT و MBSR

متغیرهای وابسته	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F تغییر	سطح معناداری	اندازه اثر (ضریب آتا)
بیخوابی	اثر گروه	۲/۱۷	۱	۲/۱۷	۰/۴۴۲	۰/۵۱۰	-۰/۶۹۴
	خطا	۱۷۷	۳۶	۴/۹۲			
افکار خودآیند منفی	اثر گروه	۱۷۲۳/۲۷	۱	۱۷۲۳/۲۷	۱۳/۸۹	۰/۰۰۱	-۱۹/۵۴
	خطا	۴۴۶۳/۹۳	۳۶	۱۲۳/۹۹			

نتیجه‌گیری و بحث

وارسی‌ها و کاوش‌های اخیر مبین این واقعیت است، نشانگان روانی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، نشخوارهای ذهنی، احساس گناه، افکار خودآیند منفی، بیخوابی و کابوس‌های شبانه از جمله مؤلفه‌های روان‌شناختی هستند که نه تنها در تشدید بیماری سرطان نقش اساسی دارند بلکه در به‌هم‌ریختگی سازمان روانی افراد مبتلا به سرطان بسیار مؤثرند. قطعاً کاهش این نوع نشانگان روانی، در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش سرعت رشد سلول‌های سرطانی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. با چنین رهیافتی، در این پژوهش سعی شده، تصویر نسبتاً روشنی از اثربخشی دو روش درمانی جدید *IRRT* و *MBSR* بر افکار خودآیند منفی و بیخوابی زنان مبتلا به سرطان ارائه شود که در زیر به بحث و تبیین نتایج این دو روش درمانی می‌پردازیم.

یافته‌های این پژوهش با استفاده از تحلیل مانکوا نشان داد،  $F$  محاسبه شده در سازه ترکیبی متغیرهای مستقل بر روی متغیرهای وابسته (۱۷/۶۸) و  $F$  محاسبه شده *IRRT* بر متغیرهای بیخوابی (۲۶/۶۴) و افکار منفی خودآیند (۲۶/۵۹) و همچنین  $F$  محاسبه *MBSR* بر متغیرهای بیخوابی (۲۶/۲۲) و افکار منفی خودآیند (۲۲/۶۹) زنان مبتلا به سرطان معنادار بوده است. این یافته با نتایج کاوش‌های محققانی چون اسموکر (۱۹۹۵)، اسپیکنز و همکاران (۲۰۰۷)، آخن باخ (۲۰۰۴)، اسپینگل (۲۰۰۴)، کران و همکاران (۲۰۱۱)، نیلسون و همکاران (۲۰۱۲)، می و همکاران (۲۰۱۵)، لدسما و کونامو (۲۰۰۹)، لگچر

و همکاران (۲۰۰۹)، متچیم و همکاران (۲۰۱۱)، هندرسون (۲۰۱۲) همگرایی دارد. در مورد تأثیر *IRRT* بر بیخوابی و افکار منفی خودآیند درمانگران *IRRT* از جمله اسموکر (۱۹۹۵) و آخن باخ (۲۰۰۴) بر این باورند، معمولاً افراد مبتلا به سرطان و یا دیگر بیماری‌های لاعلاج، معمولاً ارزیابی منفی از خود دارند و خود را قربانی شرایط و موقعیت‌های سخت زندگی می‌دانند. این نوع ارزیابی منفی که در طی زمان با نشخوارهای ذهنی همراه می‌گردد، منجر به تحریف‌های شناختی و باورهای ناسازگار درباره خود، جهان و آینده می‌شود. در این شرایط این دسته از افراد نه تنها از مشکلات عاطفی و بین فردی رنج می‌برند بلکه نشانگان روانی زیادی مانند افسردگی، اضطراب، درماندگی، بیخوابی، کابوس‌های شبانه و حتی افکار خودکشی را تجربه می‌کنند. وقتی که اینگونه افراد در جلسات درمانی *IRRT* شرکت می‌کنند، افکار منفی، طرحواره‌های ناسازگار و تصاویر ذهنی آسیب‌زایی که از بیماری خود دارند نخست بازنمایی، با جزئیات کامل شرح، تجسم و مرور شناختی می‌کند و سپس با تغییراتی که در معانی آن ایجاد می‌کند، افکار و تصاویر ذهنی مثبت را جایگزین افکار و تصاویر ذهنی منفی قبلی می‌کنند. در چنین شرایطی از یک طرف تحمل ناراحتی میل و امید به زندگی در آنها بالا می‌رود و از طرف دیگر ستیز درونی، هیجان‌های منفی و افکار آزاردهنده کاهش می‌یابد و در نهایت از افکار و تصاویر منفی که سطح هشیاری آنها را فرا گرفته، رهایی

بهرتر و از کابوس‌های شبانه کمتری برخوردار باشند. در این راستا درمانگران *IRRT* مانند اسموکر (۱۹۹۵)، دابتنس و آرتنز (۲۰۱۵) اعتقاد دارند، فنون *IRRT* مانند چرخش ذهنی، غربالگری ذهنی و آرمیدگی عضلانی و بازپردازش شناختی از جمله مهارت‌هایی هستند که نه تنها اندیشیدن به یک موضوع، تصویر و افکار خاص را هدف قرار می‌دهند بلکه با جایگزین نمودن افکار و تصاویر ذهنی مثبت بجای افکار و تصاویر ذهنی منفی، نقش بسیار مهمی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و کاهش ستیز درونی، طرحواره‌های ناسازگار و مشکلات مربوط به خواب دارند.

دسته دیگری از درمانگران *MBSR* مانند کابات-زین (۲۰۰۳) و ایسر (۲۰۱۲) بر این باورند، بسیاری از نشانگان روانی مانند افکار خودآیند منفی، اضطراب، افسردگی و مشکلات خواب در افراد مبتلا به سرطان یا بیماری‌های لاعلاج، محصول تمرکز بر روی افکار و تصاویر منفی و اینکه این نوع افکار و تصاویر منفی بخشی از "زندگی واقعی" یا "واقعیت محض" هستند، به وجود می‌آید.

به همین دلیل، قضاوت و تعبیر و تفسیرهای نادرستی که افراد از افکار و تصاویر منفی انجام می‌دهند، بصورت نشخوارهای ذهنی در می‌آید و موجبات آشفتگی روانی آنها را فراهم می‌سازد. این درمانگران اعتقاد دارند، *MBSR* فرصتی است برای این دسته از افراد تا واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک کنند و متوجه شوند که افکار منفی مربوط به گذشته یا

می‌یابند. این مهم نه تنها باعث افزایش مناسبات بین فردی آنها می‌شود بلکه بسیاری از نشانگان روانی مانند بیخوابی، اضطراب، افکار منفی خودآیند آنها را کاهش می‌دهد.

در این راستا راسمن (۲۰۰۸) و جهانگیری (۱۳۹۳) معتقدند، معمولاً بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان غمگین و ناخرسند هستند و از آنجاکه خود را قربانی سرنوشت ناعادلانه روزگار می‌دانند و گریزی جز مرگ نمی‌بینند، حاضر به تغییر روش تفکر و تصاویر ذهنی که از خود و بیماری‌شان دارند، نمی‌باشند. این محققان معتقدند، فشار روانی ناشی از اینگونه اندیشه‌ها و تصاویر ذهنی به مرور باعث بروز اختلال در عملکرد سلول‌های دفاعی و کاهش سطح ایمنی بدن می‌گردد و تأثیر بسیار منفی بر سیر بیماری می‌گذارد.

وقتی که این افراد در جلسات درمانی *IRRT* در محیط کاملاً با آرامش قرار می‌گیرند و افکار و تصاویر ذهنی تنش‌زای خود را به طور کامل تشریح و بازپردازش می‌کنند و در معانی آن تغییرات ایجاد می‌کنند، ترجیحاً مسیرهای عصبی تازه‌ای در مغز آنها ایجاد می‌شود که حالت بازدارندگی بر افکار و تصاویر ذهنی آزاردهنده قدیمی و حالت تسهیل‌کننده برای یادآوری افکار و تصاویر ذهنی مثبت دارد. به همین جهت نیلسون و همکاران (۲۰۱۲) و می همکاران (۲۰۱۵) بر این باورند، *IRRT* با تغییرات روانی- فیزیولوژیایی که در افراد مبتلا به سرطان ایجاد می‌کند، در کنترل افکار منفی خودآیند و بخصوص هجوم این افکار در هنگام خواب نقش مؤثری دارد و موجب می‌شود افراد مبتلا از خواب

الیه صادقی و همکاران: مقایسه اثربخشی تصویرسازی ذهنی دستوری با بازپردازش و کاهش استرس مبتنی بر

می‌گیرند، تدریجاً به کارکرد خودکار ذهن و افکار خودآیند منفی در گذشته و آینده آگاهی پیدا می‌کنند. این مهم نه تنها دیدگاه آنها را به افکار و احساسات روزمره مثبت‌تر می‌کند بلکه موجب می‌شود افراد به احساس خودکنترلی، مؤثر بودن و اینکه افکار و احساسات منفی همیشه ماندگار نیستند، دست یابند. در چنین شرایطی ستیز درونی و هیجان‌های منفی کاهش و بهزیستی روان-شناختی آنها افزایش می‌یابد.

در همگرایی با تحلیل‌های فوق متجیم و همکاران (۲۰۱۱) و گدفرین و ونهرینجن (۲۰۱۰) در مورد اثربخشی *MBSR* معتقدند، جلسات درمانی *MBSR* فرصت مناسبی است برای افرادی که از افکار تنش‌زا در رنج هستند. چرا اینکه در این روش نه تنها چرخه‌های پردازش معیوب شکسته می‌شود و موجب پیدایش دیدگاه واقع‌بینانه‌ای می‌گردد بلکه موجب می‌گردد که افراد، افکار را به منزله افکار گذرا که قدرت "کنارگذاری" یا "تغییر" آن را دارند، مشاهده نمایند. این مهم به نوبه خود موجب یادگیری شیوه جدید پاسخدهی آنها به موقعیت‌های استرس‌انگیز و در نتیجه کاهش استرس در مناسبات بین فردی و افزایش بهزیستی روانی-شناختی آنها می‌شود.

در مورد مقایسه اثربخشی *IRRT* و *MBSR* بر روی متغیرهای بیخوابی و افکار خودآیند منفی تاکنون هیچ تحقیقی در دنیا صورت نگرفته است. اما در این پژوهش مبرهن گردید بین *IRRT* و *MBSR* در کاهش بیخوابی تفاوت معناداری یافت نشد. اما *IRRT* در مقایسه با *MBSR* تأثیر

آینده که در حال حاضر فرایند هشیاری آنها را در اختیار گرفته و سازمان روانی آنها را به هم‌ریخته، افکاری گذرا هستند و بایستی بدون قضاوت و یا سرزنش خود، مورد مشاهده و توجه قرار گیرند. در این صورت است که رفتار، هیجان‌ها، انگیزه و احساسات مبتنی بر این افکار، راحت‌تر مدیریت می‌شوند. این مهم به نوبه خود نه تنها موجب کاهش افکار منفی خودآیند، طرحواره‌های ناسازگار و مشکلات خواب می‌شوند، بلکه مناسبات بین فردی و اجتماعی افراد را افزایش می‌دهند. در این راستا لکچر و همکاران (۲۰۰۹) بر این باورند، فنون درمانی *MBSR* از جمله "فن اینجا و اکنون" به افراد مبتلا به سرطان این توانایی را می‌دهد، رویدادهای شناختی روزمره را بدون پیشداوری، قضاوت، و یا دیگر فعالیت‌های فراشناختی مورد توجه قرار دهند. این نگاه و تجربه لحظه‌به‌لحظه زندگی و کنترل هیجان‌های منفی وابسته به آن نه تنها موجب کاهش افکار منفی خودآیند و دیگر نشانگان روانی می‌گردد بلکه کابوس‌های شبانه و دیگر آشفتگی‌های مربوط به خواب را در این دسته از بیماران کاهش می‌دهد.

همچنین هندرسون و همکاران (۲۰۱۲) و نیلسون و همکاران (۲۰۱۲) در مورد تأثیر مکانیزم *MBSR* بر نشانگان روانی بر این باورند، به واسطه فنونی همچون آگاهی روانی، پذیرش واقعیت، حضور در زمان حال، ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی و اجتناب از نشخوارهای فکری که درمانجویان در جلسات درمانی *MBSR* دریافت می‌دارند و در محیط‌های واقعی زندگی خود بکار

زنان مبتلا به سرطان سروکار دارند، پیشنهاد می-شود در کنار درمان‌های پزشکی به منظور کنترل و کاهش افکار خودآیند منفی و بیخوابی از روش-های درمانی *IRRT* و *MBSR* بهره گیرند.

از محدودیت‌های پژوهشی می‌توان به فقدان دوره پیگیری اثربخشی *IRRT* و *MBSR* در طول زمان اشاره نمود. قطعاً وجود دوره پیگیری تصویر بهتری از اثربخشی این روش در طول زمان ارائه می‌دهد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان اشاره نمود. بنابراین در تعمیم نتایج این پژوهش به جامعه آماری مردان مبتلا به سرطان باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

#### سپاس‌گزاری

لازم است در این پژوهش از کارکنان بخش خون‌شناسی 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 شود.

بیشتری بر کاهش افکار خودآیند منفی زنان مبتلا به سرطان داشته است. در این زمینه بسیاری از درمانگران از جمله اسموکر (۱۹۹۵)، هاگمن (۲۰۱۱) بر این باورند، *IRRT* بر روی نشانگان روانی که بار شناختی آنها بیشتر می‌باشد مانند افسردگی، نشخوارهای ذهنی و افکار خودآیند منفی تأثیر بیشتری دارد. بنابراین اثربخشی بیشتر *IRRT* بر افکار خودآیند منفی می‌تواند ناشی از بکارگیری مکانیزم شناختی بیشتر همراه با پردازش مجدد و تغییر در معانی رویدادها و افکار تنش‌زا باشد. در این راستا دابتس و آرنتر (۲۰۱۵) بر این باورند، *IRRT* از جمله روش‌های درمانی مؤثر در کنترل افکار خودآیند منفی و نشخوارهای ذهنی می‌باشد. چرا اینکه در این روش درمانی فرایند پردازش اطلاعات، غربالگری ذهنی و بازداری فکری در جلسات متعدد توسط بیمار به منظور کنترل افکار و تصاویر منفی به کار گرفته می‌شود و بیمار بعد از مدتی می‌تواند بر روی جرقه‌های ذهنی بازگشتی و فلش‌بک‌های مربوط به رویداد تنش‌زا کنترل مؤثری داشته باشد. این مهم در درازمدت، موجب کاهش افکار خودآیند منفی و نشخوارهای ذهنی بیمار نسبت به افکار و تصاویر استرس‌زا می‌گردد.

بطور کلی این پژوهش در همگرایی با پژوهش‌های پیشین نشان داده است، در کنار درمان‌های پزشکی، درمان‌های روان‌شناختی مانند *IRRT* و *MBSR* می‌توانند در کنترل و کاهش نشانگان روانی از جمله افکار خودآیند منفی و بیخوابی زنان مبتلا به سرطان نقش اساسی و مؤثری داشته باشند. بنابراین به متخصصانی که با

منابع

- اکبری، محبوبه. لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۶). روان-درمانی چهار عاملی بر افزایش احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۶، (۳): ۷۳-۵۷.
- پورمحسنی کلوری، فرشته. اسلامی، فیما. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۲۰: ۲۴-۵.
- جهانگیری، محمود. (۱۳۹۳). ذهن شفابخش. تهران: انتشارات بصیرت.
- رهنما، نرجس. (۱۳۹۰). اثربخشی تصویرسازی ذهنی دستوری و پردازش مجدد (IRRT) بر Chiesa, A. & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187(3): 441-453.
- Crane, D. Barnhofer, C. Shan, T. Holmes, E. (2011). Suicidal Imagery in a Previously Depressed Community Sample, *Clin Psychol Psychother*, 19, 57-69.
- Dibbets, P. Arntz, A. (2015). Imagery Rescripting: Is Incorporation of the most Adversive Scences Necessary? *Journal of Behavior Psychology*, 51 (4), 331-340.
- Dibbets, P.; poort, H.; Arntz, A. (2012). Adding imagery Rescripting during
- بی‌خوابی، کابوس و افکار خودکشی در افراد افسرده با سابقه اقدام به خودکشی در مرکز آموزشی درمانی رازی شهر رشت. پایان‌نامه کارشناسی/ارشد، دانشگاه آزاد واحد تنکابن.
- کاویانی، حسین؛ جواهری فروزان و بحیرایی، هادی (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. *تازه‌های علوم شناختی*. ۷. (۱). ۴۹-۴۵.
- لقمانی، احمد. (۱۳۸۰). مجموعه پرسش و پاسخ درباره خواب، رویا و تعبیر آن. قم، انتشارات عطر سعادت.
- Achneback, k. (2004). *The use of Guided imagery in chronic pain: A case study. Journal of Guidance & counseling, vole. Issued 4, pp: 5- 32.*
- Arntz, A. (2012). *Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trails, basic studies, and research agenda. Journal of experimental psychopathology*, 3 (2): 189- 208.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford press.*
- Carlson, L. E.; Angen, M.; cullum. J. (2004). *High levels of untreated distress and faitigue in cancer patients. British Journal of cancer*, 90: 2297- 2305.

- extinction leads to less ABA renewal. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43: 614-624.
- ENNS, A: Waller, A; Gro, S; Bults, B, D; Fung, T, & Carlson, L. E. (2013). Risk factors for continuous distress over a 12- month period in newly diagnosed cancer outpatients. *Journal of psychosocial Oncology*, 31 (5): 486- 506.
- Esser, J. (2012). *The effects of mindfulness based cognitive therapy on patients with chronic anxiety and depression- a pilot study*. University of Twente, Enschede, Netherlands.
- Godfrin, K, A. Van heeringen, C. (2010). *The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study*. *Behaviour research and therapy*, 48(3): 738-46.
- Hackmann, A (2011). *Original research Article imagery rescripting in PTSD*. *Cognitive & behavioral practice*, 18 (4): 425- 432.
- Henderson, V, P. Clemow, L. Massion, A, O. Hurley, T, G. Druker, S. Herbert, J, R. (2012). *The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in earlystage breast cancer patients: a randomized trial*. *Breast Cancer Research and Treatment*, 131(1): 99-109.
- Kabat- Zinn. J. (2003). *Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future*. *Clinical psychology: science and practice*, 10 (2): 144- 156.
- Kebber, A, M. Buffart, L, M. Kleine, G. Bree, I, C. Leemans, C, R. Becker, A. Brug, J. & Leeuw, I, M. (2014). *Prevalence of cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments*. *Journal of Psycho-Oncology*, 23 (2), 121-130.
- Kendall, P. & Hollon, S.D; (1980). *Development of an automatic questionnaire*. *Cognitive therapy and research*, 4: 383- 395.
- Kim, S. Ko. Y, H. Jun, E, Y. (2012). *The impact of cancer on mother-child relationships in Korea*. *Psycho-Oncology*, 27 (6): 640-646.
- Ledesma, D.; Kumano, H. (2009). *Mindfulness- based stress reduction and cancer: a meta analysis*. *PsychoOncology*. 18: 571- 579.
- Legacher. C. A.; Jonson- Mallard, V. post- white jet all. (2009). *Randomized controlled trial of mindfulness- based stress reductions (MBSR) for survivors of breast cancer*. *PsychoOncology*, 18:1267-7272.
- Matchim, Y.; Armer, J. M.; Stewart, B. R. (2011). *Mindfulness- based stress reduction among breast cancer survivors: a literature review and discussion*. *oncology nursing forum*, 38: 61- 71.
- May, J. Andrade, J. Kavanagh, D, J. (2015). *An Imagery-based Road Map to Tackle Maladaptive Motivation in Clinical Disorders*, Lan Clark, Oxford University, UK.
- Nilsson, J, E. Lundh, L, G. Viborg, G. (2012). *Imagery Rescripting of Early Memories in Social Anxiety*

- Disorder: An experimental study, Behavior Research and Therapy, 50, 387-392.*
- Rodehaver, CB. (2007). *The influence of Guided Imagery on schema therapy related Nausea and vomiting. Journal of oncology nursing forum, vole 42 (10): 170-181.*
- Rossmann, M. (2008). *The effect mental imagery on breast cancer. Journal of Holistic Nursing practice, vole 50: 13- 20.*
- Shanua, L.; Shapiro, R.; Botzin, j.; figuredo, M.; Gary, E. (2005). *the efficacy of mindfulness- based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer. An exploratory study. Journal of psychosomatic research,*
- 54: 85- 91.
- Smucker, M. (1995). *Imagery rescripting: Anew treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttramaic stress disorder. Journal of cognitive psychotherapy, 9(1): 3- 17.*
- Speckens, A, E, M. Hackmann, A. Ehlers, A. Cuthbert, B. (2007). *Intrusive Images and Memories of Earlier Adverse Events in Patients with Obsessive Compulsive Disorder, Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry.*
- Spiegel, D. (2004). *Effect of psychosocial on survival of patients with metastatic Breast cancer. Journal of Lancet, 12: 888- 891*