

بررسی مقایسه‌ای حافظه سازا (تروماتیک) و طرح‌واره‌های ناسازگار در بین زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان عادی^۱

فرشته رضا^۱، علیرضا پیرخانی^۲

^۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، سمنان، ایران

^۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان است که جنبه‌های مختلف سلامت فردی، از جمله سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی مقایسه حافظه سازا (تروماتیک) و طرح‌واره‌های ناسازگار در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان عادی بود. روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از حیث گردآوری داده‌ها توصیفی و علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران می‌باشد. نمونه این پژوهش ۳۵ بیمار مبتلا به سرطان پستان و ۳۵ فرد بهنجار بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه طرح‌واره ناسازگار اولیه فرم کوتاه و پرسش‌نامه فهرست تجارب تروماتیک استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) با استفاده از نرم افزار SPSS24 استفاده شد. یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس نشان داد که میانگین نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حافظه سازا در زنان با سرطان پستان، از زنان بهنجار به طور معنی‌داری متفاوت است، به عبارت دیگر بین زنان دارای سرطان پستان و زنان عادی از نظر میزان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حافظه سازا تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$). این یافته‌ها بیان می‌دارند که زنان با سرطان پستان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حافظه سازا مختل‌تری دارند. هم‌چنین این یافته‌ها تلویحات مهمی را در زمینه آسیب‌شناسی روانی و درمان این بیماران دارند.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره ناسازگار اولیه، حافظه سازا، سرطان پستان

Comparison of memory-building (traumatic) and maladaptive schemas between women with breast cancer and normal women

Fereshteh Reza¹, Alireza Pirkhaefi²

¹. Department of Psychology, Islamic Azad University, Garmsar Branch, Semnan, Iran

². Department of Psychology, Islamic Azad University, Garmsar Branch, Semnan, Iran,
Corresponding Author. apirkhaefi@gmail.com

Abstract

Breast cancer is the most common cancer in women, endangering various aspects of personal health, including mental health. The aim of this study was to compare memory-building (traumatic) and maladaptive schemas in women with breast cancer and normal women. The research method was applied in terms of purpose and descriptive and causal-comparative in terms of data collection. The statistical population of the study includes all women with breast cancer in Tajrish Martyrs Hospital in Tehran. The sample of this study was 35 patients with breast cancer and 35 normal individuals who were selected by available sampling method. For data collection, the initial short-form maladaptive schema questionnaire and the list of traumatic experiences questionnaire were used. Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to analyze the data using SPSS24 software. Findings from analysis of variance showed that the mean scores of early maladaptive and memory-building schemas in women with breast cancer differed significantly from normal women, in other words, between women with breast cancer and normal women. There is a significant difference in the amount of early and memorizing incompatible schemas ($p < 0.05$). These findings suggest that women with breast cancer have more inconsistent early maladaptive schemas and memory-building patterns. These findings also have important implications for the psychopathology and treatment of these patients.

Keywords: Early maladaptive schema, Memory building, Breast cancer

مقدمه

امروزه در علوم پزشکی سرطان واژه نام آشنایی است که تشخیص اولیه آن نه تنها وضعیت جسمانی افراد مبتلا را تحت الشعاع خود قرار می دهد بلکه سازمان روانی افراد را دچار اغتشاش می سازد (جیمیل و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، 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

¹Jemal et al

دچار اختلال می‌سازند (شمر، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد عوامل روان‌شناختی متعددی در شروع و ادامه روند بیماری سرطان تاثیر دارد (صدوقی، مهرزاد و محمدصالحی، ۱۳۹۶).

اکثر افراد مبتلا به سرطان فشار روانی شدیدی را تجربه می‌کنند (لینگ، جیانگ، چن و همکاران، ۲۰۱۹)، و بعد از مدتی دچار نشانگان روانی افسردگی، اضطراب، نشخوارهای ذهنی، افکار خودآیند منفی، نگرش‌های ناکارآمد و کیفیت زندگی نامناسب می‌گردند (حیدریان، زهراکار و محسن‌زاده، ۱۳۹۵). به طوری که در واری‌های اخیر مبرهن گردید، ۵۷ درصد افراد مبتلا به سرطان در نخستین مرحله تشخیص، دچار افسردگی می‌شوند و در مراحل بعدی ۸۰ درصد از نگرانی، اضطراب، افکار خودآیند منفی و نشخوارگری ذهنی رنج می‌برند (کارلسون، آنجن، کلووم، ۲۰۰۴). برپایه انستیتوی سرطان ایران، سرطان پستان ۲۵/۰٪ از کل سرطان‌ها را در زنان تشکیل داده و شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی است (قره‌خانلو، قلی‌مرزجی و شمسی‌زاده، ۱۳۹۷). ابتلا به سرطان پستان، چالش‌های زیادی را در زنان برمی‌انگیزد که شامل سازگاری با خبر اولیه ابتلا به آن، برنامه‌ریزی و بهبودی پس از درمان‌های جراحی درمان‌های ترکیبی، روبه‌رو شدن با عوارض جانبی درمان، رهایی از بیماری یا عود آن و انتظار مرگ در موارد پیشرونده بیماری است (طالقانی، پارسا یکتا و نیکبخت نصرآبادی، ۱۳۸۵).

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 منفی و نگرش‌های ناکارآمد است. افکار خودآیند منفی، شناخت‌هایی هستند که به عنوان نتیجه طرحواره‌های شناختی یا باورهای بنیادین به‌طور خودکار در موقعیت خاصی فعال می‌شوند و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری افراد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهند (نوبر، ۲۰۰۹). براساس رویکرد شناختی، مهم‌ترین عامل روان شناختی موثر بر بیماری‌های طبی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد (یاوری و همکاران، ۱۳۹۳). طرحواره ناسازگار، مجموعه‌ای از شناخت‌هایی هستند که انعطاف‌ناپذیر، افراطی، ناکارآمد و مقاوم در برابر تغییر هستند و نظام شناختی فرد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهند. به طوری که افراد مبتلا، ارزیابی درست و واقع‌بینانه‌ای از خود، آینده و دنیای پیرامون خود ندارند (لیو، ۲۰۰۴). به‌عبارت دیگر، نگرش‌های ناکارآمد، طرحواره‌های ناسازگاری هستند، مناسبات بین‌فردی افراد را محدود کرده و موجب آشفتگی روان‌شناختی در افراد میشوند (معین‌الغرابی و همکاران، ۱۳۹۲). 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 است (هولمز و همکاران، ۲۰۰۷). 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

^۱Schmer

^۲Lin, Jiang, Chen & et al

^۳Carlson, Angen, & cullum

^۴Nobre

^۵Liu

^۶Holmes et al

اسنیگل؛ ۲۰۱۴). بیماران مبتلا به سرطان هر بار که به مطب پزشک مراجعه می کنند یا با صحنه ای برخورد می کنند که یادآور فرایند تشخیص بیماری و درمان می باشد، دچار استرس و اضطراب شده و تغییرات فیزیولوژیکی در آنها نمایان می شود (مهربانی و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین روایت از بیماری نوعی مواجهه با رویداد است که باعث ایجاد واکنش های فیزیولوژیک می شود.

از طرف دیگر روایت بیماران از رویداد آسیب زای تشخیص سرطان منجر به مواجهه بیمار با افکار، تصاویر ذهنی، اشیاء، موقعیت های ترس آور همراه با آن می شود (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۷). قبل از ویرایش چهارم DSM بیماری های تهدید کننده زندگی در زمره عوامل استرس آوری که موجب اختلال استرس پس از سانحه می شوند، قلمداد نمی شد. در مقابل، DSM-IV بیان می کند که ممکن است افراد، به عنوان پیامد تجربه بیماری های تهدید کننده زندگی، به PTSD مبتلا شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا؛ ۲۰۱۴). سرطان پستان به دلیل تاثیرات خاصی که بر سلامت روان زنان می گذارد، می تواند به عنوان عامل استرس زا شناخته شده و منجر به PTSD شود (صدوقی، مهرزاد و محمدصالحی، ۱۳۹۶). مطالعات نشان داده اند که در ۳ الی ۱۹ درصد درمان شدگان سرطان پستان اختلال استرس پس از سانحه گزارش شده است که نسبت به جمعیت عادی، درصد قابل توجهی است (آندریوکوسکی و کانگاس، ۲۰۱۰). این بیماران درگیر دامنه ای از مشکلات شناختی ویژه ای نظیر توجه، تمرکز، حافظه، پردازش اطلاعات و فرایندهای استدلال و قضاوت می شوند. آنچه حائز اهمیت است، نقش حافظه و فرایندهای پردازش حافظه و بازیابی خاطرات در حافظه می باشد. در سال های اخیر مشکلات مربوط به حافظه شرح حال در افراد مبتال به PTSD محور پژوهش های علمی قرار گرفته است (جابسون و اوکارونی، ۲۰۰۹).

یافته های برخی پژوهش ها نشان می دهد که میان شدت نشانه های و کاهش در عملکرد حافظه شرح حال اختصاصی رابطه مثبت و پایایی وجود دارد (بروین؛ ۲۰۰۷؛ مرادی و همکاران، ۲۰۰۸). این بیماران خاطرات ناقص و آشفتنه ای از رویداد تروماتیک به یاد می آورند و در مقایسه با افراد سالم در بازیابی اطلاعات از حافظه شرح حال کلی تری برخوردار هستند و قادر به دستیابی به جزئیات مربوط به رویداد تروماتیک در حافظه نمی باشند. در واقع کاهش اختصاصی بودن حافظه در افراد مبتلا، منجر به عملکرد ضعیف آنها در تکالیف شناختی می شود (داگلیش و همکاران؛ ۲۰۰۷).^۲ باتوجه به آن چه بیان شد هدف این پژوهش، پاسخ به این سوال است که آیا طرح واره ناسازگار اولیه و حافظه سازا در زنان دارا و بدون سرطان پستان تفاوت دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از منظر شیوه گردآوری داده ها، از نوع علی-مقایسه ای است. در این پژوهش حافظه سازا و طرح واره های ناسازگار، به عنوان متغیرهای وابسته در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان عادی مقایسه شدند.

^۱Barrera, T. & Spiegel

^۲American Psychiatric Association

^۳Brewin

^۴Dalgleish et al

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان دارای سرطان پستان در بیمارستان شهدای تجریش و کلینیک روانشناسی در تهران و همچنین زنان بدون سرطان پستان، می باشد.

از بین افراد جامعه ۷۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند (۳۵ نفر زنان دارای سرطان پستان / ۳۵ نفر زنان بدون سرطان پستان). ملاک های ورود آزمودنی ها شامل: داشتن سرطان پستان (بدون در نظر گرفتن اینکه آیا آنان تحت شیمی درمانی و یا رادیوتراپی هستند یا نیستند) و محدوده سنی آزمودنی ها بین ۲۵ تا ۶۵ سال بود. ملاک های خروج نیز شامل: نبودن در محدوده سنی ۲۵ تا ۶۵ سال، نداشتن سواد، بود و اینکه هر آزمودنی هر زمان به هر دلیلی قادر به ادامه کار در این پژوهش نبود، می تواند خارج شود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه T. E. C (فهرست تجارب تروماتیک): این مقیاس خودگزارشی ویژگی های روان سنجی مناسبی داشته، برای اغلب بیماران حالت مواجهه بیش از حد ندارد، و حدود ۲۹ حادثه بالقوه تروماتیک را مورد پرسش قرار می دهد (ناین هاوس، فاندرهاوت، و کروگر، ۲۰۰۲). هرکس ممکن است در طی زندگی تجارب تروماتیک (ضربه های شدید) مختلفی را پشت سر گذارد. در این مقیاس می خواهیم سه نکته را مشخص کنیم: آیا هیچ یک از این ۲۹ حادثه ذکر شده را تجربه کرده اید؟ وقتی این حوادث اتفاق افتادند چندساله بودید؟ هر یک از این حوادث در صورت وقوع تا چه حد بر روی شما تأثیر داشته است؟ به منظور برآورد پایایی تست TEC از طریق همسانی درونی از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. میزان آلفای کرنباخ کل محاسبه شده با ۷۵ آیتم برابر با ۰/۹۴، برای عامل اول برابر با ۰/۹۳، برای عامل دوم برابر با ۰/۸۲، برای عامل سوم برابر با ۰/۷۹، برای عامل چهارم برابر با ۰/۷۶، برای عامل پنجم برابر با ۰/۸۲، برای عامل ششم برابر با ۰/۹۴، برای عامل هفتم برابر با ۰/۷۸، برای عامل هشتم برابر با ۰/۷۲، برای عامل نهم برابر با ۰/۷۷، برای عامل دهم برابر با ۰/۷۰، برای عامل یازدهم برابر با ۰/۸۰، برای عامل دوازدهم برابر با ۰/۹۳، برای عامل سیزدهم برابر با ۰/۷۴، برای عامل چهاردهم برابر با ۰/۷۱ و برای عامل پانزدهم برابر با ۰/۷۹ محاسبه شد. ضرایب همسانی درونی در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۹۲ نشان دهنده همسانی درونی بالای خرده مقیاسهای SQ-SF است. ضرایب آلفای به دست آمده در این پژوهش در مقایسه با ضرایب آلفای به دست آمده برای ۱۵ خرده مقیاس SQ-SF در مطالعه ولبرن و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه پایین تری قرار دارد.

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ: زیرمجموعه ای با ۷۵ ماده از ۲۰۵ ماده نسخه اصلی است که در سال ۱۹۹۸ به وسیله یانگ برای اندازه گیری طرحواره های ناسازگار اولیه ساخته شد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرتی و به صورت ۱ تا ۶ پاسخ داده می شود. در اولین پژوهش جامع، یانگ، کلسکو و ویشار (۱۹۸۶)، در مورد ویژگی های روان-سنجی آن برای هر طرحواره ناسازگار اولیه، ضریب آلفایی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ و ضریب بازآزمایی آن را در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۳ تا ۰/۸۲ بدست آوردند. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی، محمدی فر و بشارت در دانشگاه های تهران انجام شد؛ که همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ در زنان و در مردان ۰/۹۸ بدست آمد (آهی، محمدی فر و بشارت، ۱۳۸۶).

روش اجرای پژوهش

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه آزاد گرمسار برای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بعد از گذراندن یکسری مراحل اداری و گرفتن کد اخلاق، به بیمارستان شهدای تجریش مراجعه و پس از گذراندن یکسری مراحل اداری، سرانجام به بخش آنکولوژی بیمارستان شهدا که به نام خیریه بهنام دهش پور نامیده می شود مراجعه شد. با زبانی که دارای سرطان پستان بودند، پس از یک گفتگوی کوتاه و اطمینان از رضایت کامل آنان برای پاسخ به پرسشنامه ها، اجرا و گردآوری داده ها شروع شد. برای رفتن به کلینیک روان شناسی مربوطه نیز پس از ارائه مدارک دانشگاهی و معرفی نامه از دانشگاه و کسب اجازه از ایشان، فعالیت را در این کلینیک شروع گردید. پس از جمع آوری همه پرسشنامه ها، داده ها از طریق نرم افزار SPSS و با روشهای آماری مورد نظر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی نیز قبل از شرکت دادن آزمودنیها در پژوهش، اطلاعات لازم در مورد اهداف، طول مدت پژوهش، و نحوه همکاری در طول مطالعه به آنها داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه از آنها، و ملاحظه حال و وضعیت روحی و جسمانی آنها، به عنوان تکمیل کننده پرسشنامه ها، انتخاب شدند. به آزمودنیها این اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری شده، محرمانه تلقی شده و نتایج برای هرکس محفوظ باقی خواهد ماند. حتی به آزمودنیهایی که دوست نداشتند نام و نام خانوادگی خود را ذکر کنند، بیان شد اگر مایل نیستند، ننویسند. و در آخر نیز به آزمودنیها این اطمینان داده شد که در هر مرحله ای از تکمیل پرسشنامه در صورت عدم تمایل می توانند از دور مطالعه خارج شوند.

برای تجزیه و تحلیل داده ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از روش آماری آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا^۱) استفاده گردید.

یافته های پژوهش

یافته های دموگرافی آزمودنی ها از نظر سنی بیشترین گروه سنی برای افراد ترماتیک با سرطان ۴۲ ساله ۴ نفر (۴/۱۱) و در افراد گروه ترماتیک بدون سرطان بیشترین گروه سنی متعلق به گروه سنی ۲۹ ساله (۷/۱۶) بود. در ادامه ابتدا بررسی های حاصل با استفاده از شاخص های آمار توصیفی انجام و سپس یافته های حاصل از اجرای آزمون های آماری جهت پاسخ به سؤالات پژوهشی ارائه شده است. جدول (۱) و (۲) میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره را در مورد متغیرهای «طرح واره های یانگ» و «حافظه تروماتیک» نشان می دهد.

جدول ۱: آمار توصیفی متغیر طرح واره های یانگ با سرطان و بدون سرطان

متغیرها	is	et	Us	ei	Ss	Sb	Em	Vh	Di	Fa	ds	Si	ma	ab	ed	تعداد
افراد سرطانی	میانگین	۱۴/۸۹	۱۶/۸۳	۲۰/۲۹	۱۴/۵۴	۲۱/۹۷	۱۱/۰۳	۱۳/۶۳	۸/۲۳	۱۰/۴۰	۷/۴۹	۹/۵۱	۱۱/۸۳	۱۲/۸۰	۱۴/۵۴	۳۵
	انحراف معیار	۶/۸۰۳	۶/۵۲۸	۷/۴۵۰	۸/۱۵۸	۶/۳۳۱	۶/۶۲۷	۷/۷۰۸	۴/۴۳۳	۶/۰۵۰	۳/۰۰۴	۵/۸۲۳	۵/۶۱۸	۶/۶۸۱	۸/۴۲۴	
	کمترین	۵	۶	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	

¹ Manova

	۲۸	۲۹	۲۵	۲۵	۱۶	۲۶	۲۴	۲۹	۲۶	۲۴	۳۰	۳۰	۳۰	۲۸	۲۹	بیشترین	
۳۵	۱۱/۶۶	۱۲/۶۰	۱۲/۰۳	۸/۶۰	۶/۲۶	۱۰/۰۳	۷/۵۴	۹/۹۷	۱۱/۴۹	۱۰/۲۶	۲۱/۶۰	۱۲/۹۷	۲۰/۲۳	۱۷/۵۱	۱۳/۸۹	میانگین	افراد بدون سرطان
	۱۰/۰۰	۱۱/۰۰	۱۳/۰۰	۸/۰۰	۵/۰۰	۹/۰۰	۶/۰۰	۵/۱۸۲	۶/۴۴۱	۴/۹۳۷	۵/۴۵۱	۵/۵۱۲	۵/۴۱۳	۵/۴۷۹	۴/۳۵۱	انحراف معیار	
	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۹	۵	۹	۶	۵	کمترین	
	۲۴	۲۵	۲۰	۲۰	۱۳	۲۱	۱۵	۲۳	۲۸	۲۴	۳۰	۲۷	۳۰	۳۰	۲۵	بیشترین	

جدول ۲: آمار توصیفی متغیر حافظه تروماتیک با سرطان و بدون سرطان

تعداد	حافظه تروماتیک	مقیاس	
۳۵	۴۴/۲۶	میانگین	افراد سرطانی
	۸/۳۵۷	انحراف معیار	
	۳۲	کمترین	
	۶۶	بیشترین	
۳۵	۴۰/۴۹	میانگین	افراد بدون سرطان
	۸/۲۳۷	انحراف معیار	
	۲۹	کمترین	
	۶۷	بیشترین	

برای بررسی تفاوت دو متغیر در دو گروه از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. یکی از پیش شرطهای تحلیل مانووا، برابری ماتریس کوواریانس می باشد که برای بررسی این مفروضه از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون در طرحواره ناسازگار ($M=2/84, F=1/02, P>0/05$) و حافظه سازا ($M=3/84, F=1/21, P>0/05$) تفاوت معناداری در ماتریس کوواریانس ها نشان نداد. برای واریانس همگنی واریانس خطاها، از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون در تمام متغیرها نشان داد که شرط همگنی واریانس خطاها محقق شده است.

برای بررسی نرمال بودن دادهها از آزمون کولموگروف-اسمرینف استفاده شد. نتایج این آزمون برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبودند؛ در نتیجه فرض نرمال بودن دادهها برقرار است ($P>0/05$). همچنین برای بررسی برابری واریانسها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن به توجه به مقدار F و مقدار معنی داری برای هیچ کدام از متغیرهای وابسته معنادار نبود؛ بنابراین فرض برابری واریانسها هم برقرار است ($P>0/05$).

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه دو گروه (دارای سرطان و بدون سرطان)

منبع	نام آزمون	مقدار	اثر df	Df خطا	مقادیر F	سطح معنی داری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایبی	۱/۰۲۴	۱/۴۷۹	۱۲۸/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰	۰/۰۱۰	۰.۲۵۶

۰/۰۰۲	۴۸۷/۹۸۱	۱۲۸/۰۰۰	۱/۴۶۶	۰/۰۰۲	۲۷۷	لامبدای ویلکز
۰/۰۰۰	۴۸۲/۰۰۰	۱۲۸/۰۰۰	۱/۶۱۱	۰/۰۰۰	۳۰۰	اثر هتلینگ
۰/۰۰۰	۱۲۵/۰۰۰	۳۲/۰۰۰	۴/۲۲۲	۰/۰۰۰	۵۱۹	بزرگترین ریشه خطا

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در میان گروه‌ها حداقل از نظر یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه (با سرطان و بدون سرطان) با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز ۱/۴۶۶ است.

جدول ۴: تحلیل واریانس جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع		سطح معناداری	مجذور اتا
			آماره (F)	مجذورات		
Is	۱۶/۵۸۹	۴/۹۵۰	۴/۰۰۰	۱۲۲/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۴۳
Et	۳/۲۷۴	۳/۴۶۶	۳۰/۰۰۰	۴۸۷/۹۸۱	۰/۰۲۲	۰/۲۷۷
Us	۱/۷۱۱	۱/۶۱۱	۳۲/۰۰۰	۴۸۲/۰۰۰	۰/۰۴۰	۰/۳۰۰
Ei	۱/۰۸۱	۴/۲۲۲ ^c	۲۴/۰۰۰	۱۲۵/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۱۹
Ss	۱/۰۲۴	۱/۳۴۳	۶۴/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۵۶
Sb	۱۶/۵۸۹	۳/۸۶۶	۱۲۴/۰۰۰	۱۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۲	۰/۹۰۰
Em	۲/۲۷۰	۱/۴۰۰	۴/۰۰۰	۳۶۵/۹۶۰	۰/۰۰۰	۰/۲۷۰
Vh	۱۲/۵۹۹	۴/۳۲۹	۳۰/۰۰۰	۱۳۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۷۳
Di	۳/۲۶۰	۱/۴۶۶	۳۲/۰۰۰	۳۲۶/۷۴۰	۰/۰۰۰	۰/۳۰۹
Fa	۱/۷۷۰	۱/۶۱۱	۲۴/۰۰۰	۳۳۲/۰۰۰	۰/۰۴۲	۰/۱۳۹
Ds	۱/۱۳۴	۴/۳۲۷	۶۴/۰۰۰	۱۴۴/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۸۷
Si	۱/۴۳۵	۱/۳۴۳	۴/۰۰۰	۱۳۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴۹
Ma	۸/۶۵۰	۳/۷۹۵	۳۰/۰۰۰	۱۰۶/۰۰۰	۰/۰۰۲	۰/۹۴۱
Ab	۲/۲۷۴	۱/۴۰۰	۳۲/۰۰۰	۱۴۳/۶۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۶۹
Ed	۶/۵۸۳	۳/۶۶۷	۲۴/۰۰۰	۱۴۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴۴
حافظه تروماتیک	۳/۶۳۰	۱/۴۱۰	۶۴/۰۰۰	۲۲۵/۵۰۰	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معنی داری در همه متغیرها دیده می شود. با توجه به آماره های توصیفی گروه زنان با سرطان پستان در تمام متغیرهای پژوهش نمرات بالاتری را کسب کرده اند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه حافظه سازا و طرحواره ناسازگار اولیه د زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان عادی بود. نتایج نشان داد که زنان مبتلا به سرطان طرحواره های ناسازگار بیشتر و حافظه سازی مختل تری دارند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات (لی مین و همکاران، ۲۰۱۲؛ جوزف و لاینلی، ۲۰۰۸)، همسو و همخوانی دارد. سرطان یکی از انواع گوناگون بیماری های مزمن است و علی رغم پیشرفت های پزشکی، توسعه درمان های سرطان و افزایش تعداد نجات یافتگان از آن، این بیماری همچنان از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می کند، بی مانند است. این بیماری مزمن و تهدیدکننده زندگی است و تأثیرات روانشناختی و تأثیرات فیزیکی بر روی بیماران دارد و به ابعاد زیادی از زندگی بیماران همچون روابط خانوادگی، تمایلات جنسی، کار و مراقبت از خود آسیب می رساند. (گماس، ۲۰۰۶، ازکال و آریکان، ۲۰۱۴). تشخیص بیماری سرطان به عنوان یک بیماری مهلک، رویداد آسیبزا محسوب می شود که می تواند علایم اختلال استرس پس از سانحه به ویژه علایم بیش انگیزختگی ایجاد کند، مطابق دیدگاه پردازش هیجان، علایم بیش انگیزختگی به هنگام رویدادهای آسیب زنده مانع پردازش کامل رویداد می شود و این امر باعث می شود فرد آسیب دیده به هنگام مواجهه با نشانه های ماشه چکان رویداد علایم انگیزختگی از خود نشان دهد (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۷).

فرضیه تعدیل اثر (ویلیامز، برانفورد، کرین، هرمانز، ۲۰۰۷)، بیان می کند که کاهش اختصاصی بودن حافظه بیانگر یک راهبرد شناختی برای ممانعت از دسترسی به جزئیات حوادث شرح حال رنج آور مانند تروما می باشد. این فرضیه، تبیین قابل قبولی در این مورد فراهم می کند که، چرا افراد دارای سابقه مواجهه با تروما در مقایسه با افراد عادی که چنین سابقه ای ندارند، حافظه اختصاصی کاهش یافته تری نشان می دهند، و چرا در بین جمعیت دارای تاریخچه مواجهه با تروما، آنهایی که تجربه تروما با درماندگی فعلی بیشتری برایشان همراه است، نواقص بیشتری در اختصاصی بودن دارند. بنابراین، این فرضیه بیان می کند که سطوح بالاتر استرس پس از سانحه در پاسخ به یک تروما با کاهش یافته تری همراه است افراد دارای سابق مواجهه با تروما و مبتلا به در مقایسه با گروه کنترل دارای تاریخچه مواجهه و غیرمبتلا به، کاهش یافته تری نشان می دهند (کاناگاس، هنری، بریانت، ۲۰۰۵). هم چنین براساس این فرضیه، مفهوم سازی های کنونی از حافظه، دانش شخصی معنایی و خود برای مثال؛ همسان با این نکته می باشد که فرایندهای تنظیم اثر تکراری علاوه بر ممانعت از دسترسی به اطلاعات اختصاصی رویدادی، باعث جلوگیری از دستیابی به اطلاعات اختصاصی معنایی مربوط به گذشته نیز می گردند. بر طبق نظر کانوی نیز، یکی از اهداف حافظه کاری، ممانعت از دستیابی به مواد شرح حال به عنوان شکلی از اجتناب کارکردی می باشد (کانوی، ۲۰۰۵).

میراندا، گراس، پرسون، نیز به این نتیجه دست یافتند که بین نگرش های ناکارآمد و طرحواره ها ناسازگار اولیه و علائم اضطراب و افسردگی رابطه معنی داری وجود دارد، به طوری که کسب نمرات بالاتر در مقیاس نگرش های ناکارآمد، افسردگی و اضطراب نمرات بالاتر را به دنبال داشت (آلوی، ۲۰۱۰).

نتایج تحقیقات حاکی از آن است که نوع نگرش اشخاص نسبت به خود، محیط و دیگران بر نحوه مقابله با تنش تأثیر بسزایی دارد. نگرش خاص نسبت به موقعیت تنشزا در کنشهای سیستم ایمنی تأثیر میگذارد، آسیب پذیری فرد را در مقابل بیماریها افزایش می دهد و ممکن است موجب شکل گیری اختلال روان تنی خاصی شود. افراد سالم در برابر رویدادهای مهم و تنشزای زندگی، مقابله مبتنی بر حل مسأله مبتنی بر نگرش منطقی و کارآمد را به کار می برند و در حل مشکل و برخورد مؤثر با تنش ناشی از وقایع زندگی موفق تر هستند که این مقابله مؤثر و رضایتمندی اشخاص در حل مسأله، موجب احساس کنترل بر تنش ناشی از رویدادهای مهم زندگی می شود (مصطفایی، روشن، جدیری، ۲۰۱۲).

در واقع نگرشهای ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه ساز در شروع دوره های افسردگی و اضطراب به صورت مستقیم و یا به عنوان یک عامل آسیب پذیری در تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است. مطالعات قبلی با روش مقطعی نشان دادند که نگرش های ناکارآمد با شیوع افسردگی ارتباط دارد. سطوح بالای نگرش های ناکارآمد با دوره های طولانی تر حملات افسردگی و با زمان های کوتاه تر بین دوره های عود همبستگی دارد (ابراهیمی، نشاط دوست، کلانتری، ۲۰۰۸).

به علاوه پایین بودن نمره نگرش های ناکارآمد یک فاکتور مهم محافظت کننده در برابر بروز استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران بود. بنابراین توجه به نگرش های ناکارآمد در مبتلایان به سرطان پستان می بایست در اولویتهای کادر پزشکی قرار گیرد و برنامه ریزی جهت کاهش نگرش های ناکارآمد در این بیماران جهت جلوگیری از ابطال به اختلالات روان پزشکی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی اهمیت زیادی دارد. لازم است درمانگران در زمان درمان این بیماران به وضعیت سلامت روان آنها توجه داشته باشند و برنامه ریزی های لازم جهت کاهش نگرش های ناکارآمد را در برنامه مراقبتی خود بگنجانند.

از محدودیت های این پژوهش می توان به جامعه آماری این پژوهش اشاره کرد که تنها در تهران و یک نوع سرطان انجام شده، لذا تعمیم نتایج به جمعیت های دیگر بایستی با احتیاط صورت گیرد. همچنین از آنجایی که شیمی درمانی و رادیوتراپی می تواند بر سرطان پستان تأثیر بگذارد، بدلیل کنترل نشدن این عوامل در پژوهش، ممکن است نتایج بدست آمده تحت تأثیر این موارد باشد. لذا پیشنهاد می شود که پژوهش های مشابه در سایر جمعیت ها و با کنترل عوامل تأثیر گذار انجام شود.

منابع

آهی، قاسم؛ محمدی فر، محمدعلی؛ بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسش نامه طرح واره یانگ. *مجله روان شناسی و علوم تربیتی*، ۳۷(۳): ۲۰-۵.

بشرپور، سجاد؛ امانی، شعله؛ نریمانی، محمد؛ حیدری، فاضله (۱۳۹۷). تأثیر مواجهه درمانی روایتی بر بهبود شاخص های فیزیولوژیک استرس در زنان مبتلا به سرطان. *فصلنامه روان شناسی سلامت*، ۱(۵): ۱۴۶-۱۳۳.

حیدریان، آرزو؛ زهراکار، کیانوش؛ محسن زاده، فرشاد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، ۹(۲): ۶۰-۵۲.

- صدوقی، مجید؛ مهرزاد، ولی الله؛ محمدصالحی، زهرا. (۱۳۹۶). رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان سیدالشهدای اصفهان در سال ۱۳۹۵: نقش تعدیل کننده تاب آوری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۶(۵): ۳۹۵-۴۰۸.
- صدوقی، مجید؛ مهرزاد، ولی الله؛ محمدصالحی، زهرا. (۱۳۹۶). رابطه سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۴(۱۵۶).
- طالقانی، فریبا؛ پارسا یکتا، زهره؛ نیکبخت نصرآبادی، علیرضا. (۱۳۸۵). مقابله با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص: یک بررسی کیفی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۲(۳): ۲۸۸-۲۸۲.
- قره خانلو، فریده؛ قلی مزرجی، محمد؛ شمسی زاده، مرتضی. (۱۳۹۷). زنان جوان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه توصیفی مقطعی سه ساله. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*، ۱۵(۱).
- مرکز مدیریت بیماری ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳). *گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی*. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- معین الغرابی، فاطمه؛ نوفرستی، اعظم؛ کرملو، سمیرا؛ گنجی، نیما. (۱۳۹۶). مقایسه سبک های اسنادی، طراحواره های ناسازگار اولیه و نگرش های ناکارآمد (سه بعد از شناخت اجتماعی) در افراد افسرده و عادی. *شناخت اجتماعی*، ۱۶(۱).
- مهربانی، فاطمه؛ براتی، فرزانه؛ رمضان زاده، الهه. (۱۳۹۵). عواطف ناخوشایند (استرس، اضطراب و افسردگی) و ارتباط آن با رابطه والد و فرزند، ویژگی های بیماری و مشخصات جمعیت شناسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *بیماری های پستان ایران*، ۹(۳): ۴۲-۵۲.
- یاوری، عبدالرضا؛ سروری، فرانک؛ رضایی، محمد. (۱۳۹۳). ارتباط امید به زندگی با طراحواره های ناسازگار اولیه در مادران کودکان آسیب دیده ذهنی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۳. *مجله علمی پژوهان*، ۱۳(۲): ۳۲-۳۹.
- Alloy, LB; Abramson, LY; Hogan, ME; Whitehouse, WG; Rose, DT; Robinson, MS; Kim, RS; Lapkin, JB. (2000). The Temple-Wisconsin cognitive vulnerability to depression project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *J Abnorm Psychol*, 109(3): 403-18.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrykowski, M.A., & Kangas, M. (2010). Posttraumatic Stress Disorder Associated with Cancer Diagnosis and treatment. *Oxford textbook of psychooncology*, 18(9), 348-357 .
- 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.
- Brewin, C. R. (2007). Automatic memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*, 15(3), 227_248.
- Cambell Enns, H. J. & Woodgate, R. L. (2013). "Decision making for mothers with for cancer: maintain the motherchild bond". *Eur j oncol nurs*, 17 (3): ۲۶۱- ۲۶۸.
- Carlson, L. E.; Angen, M. & cullum. J. (2004). "High levels of untreated distress and faitigue in cancer patients". *Br j cancer*, 90: 2297- 2305.
- Conway, M.A. (2005). Memory and the Self, *Journal of Memory and Language*, 53 (4), 594- ۶۲۸.
- Dalgleish, T. , Williams, J. M. G. , Perkins, N. , Golden, A. J. , Barnard, P. J. , Yeung , C. , et al. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive processes. *Journal of Experimental psychology: General*, 136, 23_42 .
- Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi GH. (2008). Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression, *Shahrekord University of Medical Sciences Journal*, 9(4): 52-58.
- Holland, J. C., & Goen-Piels, J. (2000). ***Principles of psycho-oncology***. In: J. C. Holland & E. Frei (Eds.). *Cancer medicine* (5th. ed.) (p.p. 943-958). Hamilton, Ontario: B.C. Decker Inc
- 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.
- Jobson, L. , Okearney, R. (2009). Impact of Cultural Differences in Self on Cognitive Appraisals in Posttraumatic stress disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 37, ۲۴۹-۲۶۶ .
- Kangas, M., Henry, J.L., & Bryant, R.A. (2005). A Prospective Study of Autobiographical Memory and Posttraumatic Stress Disorder Following Cancer, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 293-299.
- Li-Min Wu. Jiunn-Ming, SH. Hsiu –Lan, SH. Shu –Chen, CH and Chih –Cheng, H. (2012). Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. *Journal of Advanced Nursing*: 10. 1111/j. 1365_2648. 2012. 06003.

- Lin, Y., Jiang, M., Chen, W., Zhao, T., & Wei, Y. (2019). Cancer and ER stress: Mutual crosstalk between autophagy, oxidative stress and inflammatory response. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 118, 109249.
- 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.
- Moradi, A. , Herlihy, J. , Yasseri ,G. , Turner, S. , & Dalglish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of Posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychological*, 127, 645_653.
- Mostafae F, Roshan R, Jodeiri B. Comparing dysfunctional attitude and coping response between patients with peptic ulcer disease and healthy control, *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services* 2012;16(1): 44-50.
- Nobre, P. J. (2009). Determinants of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(5), 360-377.
- Schmer, C. E. (2010). *The effect of cancer diagnosis on hope and resilience: A correctional, longitudinal study*, dissertation of nursing, University of Missouri-Kansas.
- Williams, J.M.G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder, *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.