

اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در سازگاری روانی با سرطان در زنان مبتلا به سرطان

سهیلا مهرپرور^{۱*}، نادر حاجلو^۲، عباس ابوالقاسمی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۲/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۴/۲۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با توجه به شیوع سرطان در قرن اخیر و نیاز ویژه مبتلایان به کمک برای انطباق مؤثر با بیماری مزمنشان و نیز با توجه به آسیب‌پذیری بیشتر زنان، هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در سازگاری روانی با سرطان در زنان مبتلا به سرطان بود. **مواد و روش کار:** روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به سرطان شهر سنندج و نمونه پژوهش نیز ۳۰ نفر از زنان واجد ملاک ورود به پژوهش بودند که انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در این پژوهش فهرست اختلال استرس پس از ضربه و فرم کوتاه سازگاری روانی با سرطان Mini-MAC مورد استفاده قرار گرفتند گروه آزمایش ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان پردازش مجدد هولوگرافیک دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید. **یافته‌ها:** بعد از درمان، بین میانگین دو گروه در سازگاری روانی با سرطان تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک باعث افزایش نمره‌های سازگاری کلی و مؤلفه مبارزه‌طلبی و کاهش نمره‌های مؤلفه‌های درمان‌دگی - ناامیدی و دل‌مشغولی نگران‌کننده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد ($p \leq 0/05$). اما درمان برای اجتناب‌شناختی و تقدیرگرایی معنی‌دار نبود. **بحث و نتیجه‌گیری:** درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر شناخت، رفتار و هیجان فرد تأثیر می‌گذارد و با کاهش جنبه‌های آسیبی منجر به افزایش سازگاری روانی با بیماری می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، سازگاری روانی با سرطان، سرطان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هشتم، شماره پنجم، ص ۳۵۲-۳۴۳، مرداد ۱۳۹۶

آدرس مکاتبه: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، تلفن: ۰۹۹۰۶۱۸۷۵۸۸

Email: S2.mehrparvar@gmail.com

مقدمه

درباره کنترل نشانه‌ها یا طول دوره بیماری با حالات خلقی ارتباط دارد. اما هنگامی که بیماران نقضی را در سلامت جسمی‌شان تجربه می‌کنند سازگاری روانی‌شان دشوارتر می‌شود (۲). بنابراین این بیماران برای بازگشت به زندگی عادی خود نیازمند کمک‌های جهت سازگاری و برآورده شدن نیازهای مختل شده خویش هستند، سازگاری در سرطان به مجموعه نگرش‌ها و عملکردهایی اطلاق می‌گردد که فرد برای بقای سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر استرس‌هایی که به علت ابتلا به سرطان ایجاد می‌گردد، اتخاذ می‌کند (۳). سازگاری روانی، به یکی از فرایندهای روان‌شناختی اطلاق می‌شود که در آن فرد با خواسته‌ها (تمایلات) و

سرطان بیماری است که در آن سلول‌های غیرطبیعی به‌صورت کنترل نشده تکثیر یافته و می‌توانند بافت‌های مجاور را درگیر کنند. سلول‌های سرطانی همچنین از طریق جریان خون یا لنف به سایر نقاط بدن گسترش می‌یابند (۱). سرطان نگاه به زندگی را به‌عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد. بیماران که بیماری‌شان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیرقابل‌کنترل می‌دانند منفعل‌تر می‌شوند، ناتوانی بیشتری را گزارش می‌کنند، کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانی بیشتری دارند. ادراک بیماری

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، (نویسنده مسئول)

^۲ پروفیسور، روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۳ پروفیسور، روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

ولی آن‌ها همچنین به‌عنوان یک پشت‌صحنه^۵ برای حادثه آسیب‌زای درمان‌جویان عمل می‌کند تا به این طریق آن‌ها باورهایشان در مورد خود، دیگران و دنیا را برون‌ریزی کنند. زمانی که درمان‌جو به خلق این باورها مبادرت می‌ورزد به نظر می‌رسد که آن‌ها دقیقاً شبیه یک هولوگرام به‌وسیله این تجارب حمایت می‌شوند. به‌عبارت‌دیگر تجربه، پدیده‌ای هولوگرافیک است و به این دلیل است که در این روش درمان از اصطلاح هولوگرام تجربی بحث می‌شود. پردازش مجدد هولوگرافیک یک رویکرد التقاطی به روان‌درمانی است که روش‌های شناختی، مواجهه‌درمانی و روان‌پویشی و درمان تجربی را باهم تلفیق می‌کند (۸).

بازسازی شناختی مجدد، سازگاری معنوی- اجتماعی، تفکر امیدوارانه به آینده، جستجوی حمایت اجتماعی و فاصله گرفتن از بیماری از جمله راهبردهای اصلی درمانی مورد استفاده برای سازگاری در مبتلایان به سرطان می‌باشد (۱۱، ۱۰، ۹) درمان پردازش مجدد هولوگرافیک به دلیل رویکرد التقاطی دربرگیرنده مجموعه‌ای از این راهبردهای درمانی با تعداد جلسات کم‌تر می‌باشد از آنجای که شیوع اختلال در سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان از ۱۶ درصد تا ۶۵ درصد گزارش شده و به‌عنوان شایع‌ترین عارضه در مبتلایان به سرطان معرفی شده است. شدت اضطراب متفاوت می‌باشد و در اغلب موارد اضطراب در حد متوسط یا شدید گزارش شده است. در یک مطالعه ۱۹ درصد بیماران اضطراب شدید و ۷۷ درصد از آنان اضطراب در حد متوسط و ۲۵ درصد اضطراب خفیف داشته‌اند (۱۲) اختلال در سازگاری روانی منجر به مشکلاتی چون اختلال در خواب، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، عصبی بودن، خستگی، اضطراب، از دست دادن تمرکز، عدم کنترل بر عواطف و احساسات و منزوی شدن خواهد شد (۱۳). اهمیت این مسئله این است که اضطراب بیمار گاهی وی را به انتخاب روش‌های غیرمعمول درمان و در نتیجه به تأخیر انداختن درمان سوق خواهد داد لذا، درمان اضطراب بیمار قسمتی از درمان اصلی بیمار است و از همان مرحله اول باید آغاز شود و تا انتهای درمان و پس‌از آن ادامه یابد (۱۴). درمان پردازش مجدد هولوگرافیک به‌طور موفقیت‌آمیزی برای کاهش علائم روان‌شناختی دانش‌آموزان مواجهه با آسیب (۱۵). زنان دارای سابقه تروما (۱۷)، ۱۶) و فرزندان خانواده‌های طلاق (۱۸) به کار رفته است. بنابراین با توجه به مبانی ارائه‌شده مبنی بر اینکه بیماری سرطان به‌عنوان یک رویداد آسیب‌زا، نیازمند سازگاری است و همچنین با توجه به اثبات سودمندی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر افراد مواجهه با آسیب و نیز با توجه به جامعیت این درمان نسبت به درمان‌ها

چالش‌های زندگی روزمره، مقابله می‌کند یا آن‌ها را به کنترل خود در می‌آورد. فردی از سازگاری روانی برخوردار است که در پاسخ به محرک‌هایی که بر او وارد می‌شود، بهترین تعامل را نشان دهد، در نتیجه می‌تواند به میزان کافی فعالیت کند، از اضطراب و تعارض دوری جوید، با مشکلات مواجه شود، درباره آن‌ها بیندیشد، تصمیم بگیرد، عمل کند و از زندگی خود لذت ببرد. همچنین بر عواطف و احساسات خود کنترل داشته، از تصویر ذهنی و اعتماد به نفس خوبی برخوردار باشد (۴) افراد از طریق گوناگون سازگاری را ایجاد می‌کنند. بررسی‌ها نشان می‌دهد افراد برای سازگاری عمدتاً از راهبردهای مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی استفاده می‌کنند (۵) به نظر می‌رسد راهبردهای مقابله‌ای عمومی مورد استفاده توسط افراد، بر اساس تغییرات بر روی نیازهای روانی آن‌ها است. رفتارهای مقابله‌ای و تحمل تنش، دقیقاً با چگونگی تعریف فرد از تنش و این که چگونه فرد در گذشته، تنش خود را مدیریت می‌نموده است، مرتبط است (۶).

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است و با گسترش روزافزون رشته روانشناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعال‌تری در فرایند درمان این بیماری‌ها به عهده گرفته‌اند. روش درمان پردازش مجدد هولوگرافیک^۱ نیز یک شیوه روان‌درمانی شناختی- تجربی است که مبتنی بر نظریه خودشناختی- تجربی اپستین^۲ درباره شخصیت می‌باشد. طبق این نظریه ما دو سیستم مجزای عقلانی^۳ و تجربی^۴ برای پردازش اطلاعات داریم. سیستم عقلانی اطلاعات را به‌صورت منطقی و خطی و سیستم تجربی اطلاعات را به‌صورت هیجانی و توسط تداعی‌ها پردازش می‌کند. درمان پردازش شناختی از اصول این نظریه برای دسترسی به اطلاعات درباره تمایلات شناختی رفتاری که منجر به تکرار موقعیت‌های می‌گردند که جنبه‌های خاصی از آسیب را نمایان می‌سازند و همچنین برای تعدیل این الگو استفاده می‌کند. (۷) در این روش الگوی بازآفرینی تجارب با استفاده از هولوگرام به‌عنوان یک مدل توصیف می‌شود. هولوگرام یک تصویر سه‌بعدی است که معلق در هوا به نظر می‌رسد. جنبه جالب هولوگرام آن است که تصویر روی یک فیلم هولوگرافیک خاصی ایجاد می‌شود که در آن کل تصویر خارج از آن فیلم قرار داده می‌شود. این امر پدیده‌ای را خلق می‌کند که در آن کل مشتمل بر اجزایی است. به‌وسیله تبیین یک الگوی تکراری تجارب خاص، هر چرخه بازآفرینی تجربه محتوای اطلاعاتی است که با کل الگوی تجارب فرد هماهنگ می‌باشد. اگرچه آن تجارب لزوماً واقعی هستند

⁴ experiential

⁵ backdrop

¹ Holographic Reprocessing Therapy

² Epstein cognitive- experiential self-theory

³ rational

متمركز بر سازگاری با بیماری، در این پژوهش، هدف کاربردی این مداخله درمانی، شناسایی و حل تعارضات و به‌طورکلی افزایش سازگاری روانی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. از سوی دیگر پژوهش حاضر در ضمن بررسی این سودمندی، در پی آن است که این مداخله را در نمونه‌ای از جمعیت بیماران سرطانی کشورمان نیز بررسی نماید. بنابراین پژوهش حاضر در تلاش برای پاسخ به این سؤال است که آیا درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در افزایش سازگاری روانی زنان مبتلا به سرطان مؤثر است؟

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی و به‌صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه موردپژوهش تمام بیماران مبتلا به سرطان که در نیمه اول سال ۱۳۹۴ به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های خصوصی انکولوژی شهر سنندج مراجعه کرده بودند. بعد از معرفی هر بیمار از جانب کادر پرستاری با رعایت ملاحظات اخلاقی، به‌صورت انفرادی از هر بیمار، ابتدا ارزیابی اولیه با استفاده از فهرست اختلال استرس پس از ضربه (به‌عنوان تعیین نقطه برش آسیب) و پرسشنامه سازگاری با سرطان به‌عنوان پیش‌آزمون انجام گرفت با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر از بیماران انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره‌ی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی به‌صورت گروهی در ۹ جلسه یک‌ساعته (هفته‌ای دو جلسه)، به مدت ۵ هفته با حضور در بیمارستان تحت درمان به شیوه پردازش مجدد هولوگرافیک قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و درنهایت از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، قبل از مداخله تمام شرایط مداخله به گروه توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی توسط تک‌تک شرکت‌کنندگان امضاء و به آن‌ها یادآوری شد که هر وقت بخواهند می‌توانند از درمان خارج شوند معیار ورود آزمودنی‌ها به مطالعه عبارت‌اند از: سن بالای ۲۰ سال، مبتلا به یکی از سرطان‌های (گوارش، پستان و مغز و اعصاب و...)، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی، عدم سوءمصرف مواد و عدم شرکت در کلاس‌های روان‌شناختی به‌طور هم‌زمان معیارهای خروج آزمودنی‌ها از مطالعه عبارت‌اند از: نداشتن هرکدام از معیارهای ورود به مطالعه، غیبت بیشتر از دو جلسه. بعد از پایان مداخلات آموزشی داده‌های آماری سه روز بعد از آخرین جلسه درمان جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار spss داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای آمار استنباطی از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید.

فهرست اختلال استرس پس از ضربه: یک مقیاس خودگزارش دهی است، که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به‌عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود. مزیت این فهرست، در مختصر و کوتاه بودن آن است. این فهرست به‌وسیله (ودرز، لیتز، هرمن، هوسکا و کین، ۱۹۹۴) بر اساس معیار تشخیصی DSM برای مراکز اختلال استرس پس از ضربه آمریکا تهیه شده است و شامل ۱۷ ماده است، که ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا تروماتیک، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب و ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید است. روش نمره‌گذاری از معیارهای DSM-IV پیروی می‌کند و آن ترکیبی از دو رویکرد بدین معنی که داشتن حداقل یک نشانه از نشانه‌های ملاک B (عبارات ۱-۵)، ۳ نشانه از نشانه‌های ملاک C (عبارات ۱۲-۱۶) و ۲ نشانه از نشانه‌های ملاک D (عبارات ۱۷-۱۳) و جمع این نمرات به‌عنوان نقطه برش در جمعیت خاص به کار می‌رود. اعتبار و روایی این فهرست در ایران به‌وسیله گودرزی (۱۳۸۲) در دانشگاه شیراز با استفاده از داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای این چک‌لیست بر روی ۱۱۷ نفر از آزمودنی‌ها بررسی شد، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ محاسبه شد. و همچنین ضریب اعتبار این چک‌لیست با استفاده از روش تنصیف (بر اساس زوج یا فرد بودن ماده‌ها) برابر ۰/۸۷ (n=۱۱۷) و حاکی از اعتبار چک‌لیست است. به‌منظور ارائه شاخص برای روایی این مقیاس، همبستگی آن با فهرست وقایع زندگی محاسبه شد. ضریب همبستگی مذکور برابر (P=۰/۰۰۱، n=۱۱۷، r=۰/۳۷) بود که حاکی از روایی هم‌زمان مقیاس است (۱۹). پرسشنامه سازگاری روانی با سرطان: نسخه کوتاه ۲۹ سؤالی MAC برای ارزیابی ۵ راهبرد مقابله‌ای ویژه سرطان اجرا شده است: (۱) درماندگی - ناامیدی (۸ سؤال)، (۲) دل‌مشغولی (۸ سؤال)، (۳) روحیه مبارزه‌طلبی (۴ سؤال)، (۴) اجتناب شناختی (۴ سؤال) و (۵) اعتقاد به سرنوشت (۵ سؤال). هر سؤال به‌صورت طیفی از مقیاس ۴ درجه‌ای تنظیم شده است، ۱= قطعاً در مورد من صادق نیست ۴= کاملاً در مورد من صادق است. نمره بالای زیر مقیاس نشان‌دهنده استفاده بیشتر از راهبرد مقابله‌ای است. نسخه کوتاه MAC پایایی با ضریب آلفای کرونباخ برای هر حیطه از ۰/۶۲ - ۰/۸۸ تنظیم شده را نشان می‌دهد. نسخه کوتاه MAC پاسخ‌های مقابله‌ای حالت و صفت را از هم تمیز نمی‌دهد (۲۰). پاتو و همکاران در تحقیقی بر روی ۳۲۰ بیمار مبتلا به سرطان در شهرهای کرمانشاه و شیراز ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های درماندگی-ناامیدی ۰/۹۴، اجتناب شناختی ۰/۷۶، دل‌مشغولی نگران‌کننده ۰/۹۰، تقدیرگرایی ۰/۷۷، روحیه مبارزه‌طلبی ۰/۸۰ و کل مقیاس نیز ۰/۸۴ به دست آوردند، یافته‌های تحلیل عاملی این پژوهش، وجود پنج عامل در

این روش طبق راهنمای درمان کاتز (در سه مرحله (دو گام در هر مرحله) به کار رفت. در مجموع درمان در شش گام پیاپی به شرح زیر ارائه شد (۲۲).

Mini-MAC را تأیید نمود. همبستگی معناداری میان خرده مقیاس‌های Mini-MAC و پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی نیز نشان داد که این مقیاس از روایی تشخیصی مناسبی برخوردار است. (۲۱).

جدول (۱): شیوه اجرای درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در گروه آزمایش:

جلسات	محتوای آموزش
جلسه اول	مرحله ۱-ایمنی: ایجاد اتحاد درمان‌بخش: ۱. ایجاد احساس مثبت در درمان‌جو ۲. آموزش، هنجار سازی علائم، کمک به آزمودنی‌ها رأی ساختن تصویر واقعی از خود
جلسه دوم	مروری بر جلسه قبل و در ادامه: ۳. بررسی مقاومت، انتقال و انتقال متقابل با آشکارسازی رفتارهای که نشانگر مقاومت درمان‌جویان هستند؛ ۴. ارائه تمایز راجع به دو سیستم عقلانی و هیجانی
جلسه سوم	به‌طور کلی ۱۸ فن در این دو جلسه به درمان‌جو آموزش داده می‌شود ابتدا به درمان‌جو سودمندی این روش‌ها را گفته و مهارت‌ها را کاملاً توضیح داده تا فرد آگاه شود و یک چارچوب برای یادگیری آن‌ها داشته باشد. مهارت‌ها یا با اجرای آن در حضور درمان‌جو یا به‌طور عملی آموزش داده می‌شود و در نهایت از درمان‌جو درباره آن تجربه سؤال می‌شود. ایجاد چارچوب مهارت‌های مقابله‌ای: آموزش فنون کاهش اضطراب و افزایش خودکارایی
جلسه چهارم	مروری بر فن‌های جلسه قبل و ادامه آموزش فن‌ها: ۴. تغییر احساسات با خیال‌پردازی ۵. ایجاد تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری هیجانی ۶. آموزش مهارت‌های مقابله با علائم خاص آسیب چون کابوس‌ها... ۷. خلق طرح جدید برای احساسات
جلسه پنجم	مرحله ۲- اکتشاف: پرداختن به اکتشاف تجربی از طریق ارتباط برقرار کردن با تجربه و شناسایی احساسات، تداعی آزاد با تصاویر، خاطرات و سایر احساسات، ترسیم خط زمانی حوادث و در نهایت استخراج هولوگرام.
جلسه ششم	مروری بر جلسه قبل و کشیدن هولوگرام تجربی به‌وسیله تصویر ساده کنتری روی بخاری برای سازمان‌دهی و تبیین مؤلفه‌های هولوگرام تجربی استفاده می‌شود.
جلسه هفتم	مرحله ۳- پردازش مجدد: پردازش مجدد هولوگرام تجربی: تغییر و بازسازی ادراکات درمان‌جویان از یک حادثه گذشته به‌صورت ناکامل و ضعیف پردازش‌شده و منبع تقلای مستمر هیجانی شده است. منبع هولوگرام تجربی یک ادراک منفی و محدودکننده درباره خود، یک تعارض حل‌نشده و یک رابطه بیان‌نشده یا یک عاطفه محدود نظیر گناه و خودسرزنی است. گام‌های ۹ گانه پردازش مجدد شامل ۱. درخواست اجازه ۲. زمینه‌سازی صحنه ۳. آرامش آموزی ۴. روی آوردن به صحنه ۵. قرار دادن صحنه ۶. دستیابی به سطح ناراحتی درمان‌جو ۷. سناریوسازی مجدد صحنه ۸. کامل کردن صحنه و پایان دادن به تمرین ۹. بحث با مراجع.
جلسه هشتم	مروری بر جلسه قبل و در ادامه فن ایجاد فاصله هیجانی بین نسخه جوان‌تر، اهداف پردازش مجدد (کامل کردن ارتباط از راه ابراز احساسات سرکوب‌شده و ابراز نشده درباره صحنه آسیب‌زا و...)، فن پردازش مجدد (تصویرسازی سناریوی صحنه، خیال‌پردازی و...).
جلسه نهم	ایجاد الگو ارتباطی جدید: در این دوره رفتار انطباقی خاصی مورد بحث و تمرین قرار گرفت روش‌های سازگارانه و انعطاف‌پذیر کنار آمدن با زندگی تقویت گردید. و نیز درباره تأثیر پردازش مجدد و کاربردهای آن برای آینده درمان‌جویان توضیح داده شده و درباره چگونگی تعیین اهداف جدید زندگی نظیر بازگشت به حالت قبلی زندگی، سازمان دادن به خود، حل مشکل فعلی، تعیین آرزوهای جدید برای زندگی و همچنین رشد یک خودانگاره مثبت و کاهش ترس از پذیرش نقش جدید راهنمایی‌های لازم ارائه شد.

یافته‌ها

روانی و خرده مقیاس‌های آن برای آزمودنی‌های گروه آزمایش تغییر چشم‌گیری کرد. درحالی‌که برای گروه کنترل تغییر محسوسی نداشت.

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون هستند که در جدول ۲ ارائه شده‌اند. به‌طور کلی میانگین نمره‌های سازگاری

جدول (۲): میانگین سازگاری با بیماری و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در قبل و بعد درمان.

	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
درماندگی-ناامیدی	۲۰/۰۰±۴/۹۱	۱۰/۵۳±۱/۹۵	۲۰/۰۰±۴/۱۵	۱۹/۸۰±۴/۷۶
دل‌مشغولی نگران‌کننده	۲۷/۲۶±۵/۰۶	۱۵/۸۶±۲/۱۳	۲۷/۲۶±۵/۶۰	۲۸/۶۰±۱۲/۲۶
اجتناب شناختی	۸/۵۳±۱/۷۶	۸/۸۰±۱/۲۶	۸/۲۰±۱/۳۷	۸/۲۶±۱/۳۸
تقدیرگرایی	۱۴/۱۳±۲/۸۲	۱۴/۹۳±۱/۴۸	۱۵/۲۰±۱/۲۶	۱۵/۰۶±۱/۲۷
روحیه مبارزه‌طلبی	۹/۲۶±۲/۰۵	۱۴/۷۳±۱/۰۹	۹/۱۳±۲/۶۶	۹/۲۰±۲/۳۰
کل	۷۹/۶۰±۸/۷۳	۶۴/۸۶±۲/۹۲	۷۹/۰۰±۸/۵۱	۸۰/۹۳±۴/۶۴

میانگین ± انحراف معیار

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف ($p=0/36$) نشان می‌دهد که توزیع نرمال می‌باشد و همچنین نتایج آزمون لوین نیز ($p>0/05$) نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در واریانس دو گروه مشاهده نمی‌شود و لذا شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد و می‌توان اطمینان حاصل کرد که پراکندگی نمرات در دو گروه تقریباً یکسان است.

در جدول شماره ۲ میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش مشاهده می‌شود. برای مشخص شدن معنی‌داری تفاوت بین متغیری‌های فوق از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. به همین منظور، ابتدا پیش‌فرض‌های، نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنوف و تساوی واریانس‌ها در بین نمرات دو گروه آزمودنی، از طریق آزمون لوین بررسی شده است.

جدول (۳): نتایج آزمون معنی‌داری تحلیل واریانس چند متغیره در دو گروه مورد مطالعه

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	P	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۷۸۰	۱۶/۹۸۵	۵	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸۰
لامبدا ویلکز	۰/۲۲۰	۱۶/۹۸۵	۵	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸۰
اثر هیئت‌لینگ	۳/۵۳۸	۱۶/۹۸۵	۵	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۵۳۸	۱۶/۹۸۵	۵	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸۰

متغیرها وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیری‌های وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت حدود ۰/۷۸ است، یعنی ۰/۷۸ درصد واریانس متغیر ترکیبی جدید، مربوط به تفاوت‌های گروهی است.

همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیر (مانوا) را مجاز می‌شماردند. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه مورد مطالعه از نظر یکی از متغیری‌های وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین

جدول (۴): نتایج آزمون تحلیل واریانس‌های چند متغیره برای مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های در هر یک از زیر

مؤلفه‌های سازگاری روانی با سرطان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح	اندازه اثر
درماندگی-نامیدی	۶۴۴/۰۲۳	۱	۶۴۴/۰۳۳	۴۸/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۶۳
دل‌مشغولی نگران‌کننده	۱۲۱۶/۰۳۳	۱	۱۲۱۶/۰۳۳	۱۵/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۳۵
اجتناب شناختی	۲/۱۳۳	۱	۲/۱۳۳	۱/۲۱	۰/۲۸۱	۰/۰۴۱
تقدیرگرایی	۰/۱۳۳	۱	۰/۱۳۳	۰/۰۶	۰/۷۹۴	۰/۰۰۲
روحیه مبارزه‌طلبی	۲۲۹/۶۳۳	۱	۲۲۹/۶۳۳	۷۰/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۷۱
نمره کل آزمون	۲۰۳۰/۹۶۱	۱	۲۰۳۰/۹۶۱	۲۴/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۴۸

معنی‌داری

نتایج نشان دادند که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر مؤلفه‌ی تقدیرگرایی اثربخش نبود، در تبیین این یافته می‌توان گفت که تقدیرگرایی در واقع اعتقاد به سرنوشتی از پیش محتوم و باور به تعیین آن توسط نیروی ماورالطبیعه و قبول عدم امکان دخالت در تغییر آن است، درحالی‌که پردازش مجدد هولوگرافیک یک رویکر منطق‌گرایانه و تجربی را دنبال می‌کند و به توان فرد برای بهبود بر اساس بازآفرینی تجربه آسیب‌زا اشاره دارد، از طرفی دیگر نیز می‌توان بیان کرد که علت اثربخش نبودن این شیوه درمانی بر تقدیرگرایی به دلیل جهت‌گیری مذهبی افراد و اعتقادات این افراد بوده، به علائم مرتبط با آسیب که نقطه آماج درمان ارائه شده است ارتباط ندارد (درواقع تقدیرگرایی بیشتر جنبه اعتقادی دارد نه جنبه آسیبی).

همچنین نتایج نشان دادند که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر مؤلفه اجتناب شناختی اثربخش نبود، در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از علل، شاید تأکید کم‌تر روش پردازش مجدد هولوگرافیک بر این بعد باشد. علت دیگر ممکن است به نوع ابزار اندازه‌گیری مربوط باشد بنابراین این مورد نیازمند تحقیقات بیشتر می‌باشد.

هرچند تاکنون تحقیقی مبنی بر اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر سازگاری روانی با سرطان انجام نگرفته اما از آنجای که این درمان بر ایجاد شبکه اجتماعی امن و فراهم ساختن حمایت اجتماعی به‌عنوان فن‌های مورد استفاده در درمان متمرکز است و تحقیقات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی یکی از راهبردهای اصلی در سازگاری با مشکلات از جمله سرطان می‌باشد، می‌توان گفت که این تحقیق با تحقیقات کاپمن و همکاران (۲۳)؛ مارسیا و همکاران (۲۴)؛ مانول و همکاران (۲۵)؛ تن (۲۶) و

بر اساس جدول شماره ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره بین میانگین تفاضل نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون پرسشنامه سازگاری با سرطان در دو گروه نشان می‌دهد که نمره F برای خرده مقیاس‌های درماندگی-نامید، دل‌مشغولی نگران‌کننده، روحیه مبارزه‌طلبی و نمره کلی مقیاس معنادار بود ($P \leq 0/05$) درحالی‌که گروه‌ها در مقیاس‌های اجتناب شناختی و تقدیرگرایی تفاوت معناداری نداشتند. نتایج این جدول نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر کاهش درماندگی - نامیدی، دل‌مشغولی نگران‌کننده و افزایش روحیه مبارزه‌طلبی و همچنین در افزایش سازگاری به‌طور کلی اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، اثر روش درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر سازگاری با سرطان در زنان مبتلا به سرطان آزمون شد. نتایج نشان داد درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در نمره کلی مقیاس سازگاری با سرطان و خرده مقیاس‌های درماندگی - نامیدی، دل‌مشغولی و روحیه مبارزه‌طلبی تفاوت معناداری داشتند، در تبیین این یافته‌ها شاید بتوان گفت که علت اثربخشی شیوه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر سازگاری با سرطان تعداد فنون مواجهه‌سازی و آرامش‌آموزی و استفاده از فن‌های مانند خلق طرح احساسات، ایجاد تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری هیجانی، تغییر دادن احساسات، ایجاد فاصله هیجانی و همچنین استفاده از هولوگرام تجربی برای بازآفرینی تجربه صحنه مواجهه با بیماری، فرد بار دیگر به کمک درمانگر با رویداد مواجه شده و برای آن توجیهات منطقی‌تری پیدا می‌کند و در مراحل بعدی نسبت به بیماری سازگاری روانی بیشتری نشان می‌دهد.

می‌توان به‌عنوان روشی مؤثر و قابل‌اجرا در مراکز بالینی و بهداشتی - درمانی، جهت کمک به بیماران برای سازگاری روانی با بیماری و کاهش هزینه‌های ناشی از آن در نظر گرفت. این پژوهش محدودیت‌های نیز داشت ازجمله: استفاده از نمونه در دسترس، محدود بودن جامعه آماری به زنان مبتلا به سرطان و همچنین به دلیل محدود بودن فضای بیمارستان و شرایط ویژه بعضی از بیماران امکان دسترسی مجدد به بیماران بعد چند ماه برای ارزیابی پیگیری وجود نداشت؛ پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی این درمان روی تعداد بیشتری از مبتلایان به سرطان و همچنین روی مردان مبتلا به سرطان اجرا شود و نیز برای بررسی پایداری درمان، مطالعات پیگیری انجام شود. با توجه به شیوع بالای سرطان نتایج این پژوهش می‌تواند تلویحاتی برای متخصصین سلامت روان داشته باشد که با ارائه برنامه‌های آموزشی در خصوص بهداشت روان از ویژگی آسیب‌زا بودن این بیماری و عواقب بعدی آن پیشگیری نماید. و همچنین توصیه می‌شود متخصصین روان‌پزشک و روان‌شناس در بیماران مبتلا به سرطان به چگونگی پردازش اطلاعات در ذهن بیمار توجه بیشتری داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی در دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد. کد پایان‌نامه: ۱۷۱۸ در تاریخ ۹۴/۴/۱ به تصویب رسیده است. کد اخلاقی: IR.ARUMS.REC.1395.75 و کد ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT201611230840N1. در پایان از مساعدت‌های تمامی عوامل به‌ویژه کادر پرستاری بیمارستان توحید شهر سنندج و تمام بیماران عزیزی که بی‌دریغ در روند این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم

سجادیان و همکاران (۲۷) همسو است. و همچنین دان هاور در مطالعه خود راهبردهای از قبیل بازسازی شناختی مجدد، جستجوی حمایت اجتماعی، سازگاری معنوی مذهبی، تفکر امیدوارانه به آینده و ایجاد فاصله بین خود و بیماری را از روش‌های اصلی و مورد استفاده در ایجاد سازگاری بیان کرده است (۹).

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک به‌طور کلی بر سازگاری روانی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. سرطان بیماری است آسیب‌زا، علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌های سرطان و افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌همتاست. تشخیص سرطان پیامدهای روانی شدیدی برای بیماران دارد، به‌طوری‌که احتمال بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده است (۲۸). در واقع مردم عادی هیچ نوع بیماری حاد یا مزمنی را به‌اندازه سرطان وحشتناک و پرخطر نمی‌دانند، بنابراین درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با کاهش جنبه‌های آسیبی منجر به افزایش سازگاری با بیماری می‌شود. همسو با نتایج پژوهش، بشرپور و همکاران (۱۵)؛ کاتز و همکاران (۱۶)؛ کاتز و همکاران (۱۷)؛ کاتز و همکاران (۲۹) و مبنی بر اثربخشی این درمان بر علائم پس آسیبی است.

درمان پردازش مجدد هولوگرافیک به دلیل استفاده از فن‌های متعدد مؤثر بر شناخت، رفتار و هیجان و همچنین استفاده از هولوگرام تجربی برای بازآفرینی تجربه صحنه مواجهه با بیماری، که باعث می‌شود فرد با رویداد مواجه شده و برای آن توجیحات منطقی‌تری پیدا کند و در نتیجه در مراحل بعدی نسبت به بیماری سازگاری روانی بیشتری نشان دهد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با تأثیر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر مؤلفه‌های درماندگی - ناامیدی، دل‌مشغولی نگران‌کننده، روحیه مبارزه‌طلبی و به‌طور کلی سازگاری روانی با بیماری در زنان مبتلا به سرطان

References:

1. Institute for Research, Education and Treatment of Cancer, What is cancer? [homepage on the Internet]. Iran The Association; c 2009-2016 [updated 2016 July 2; cited 2016 July 2]. Available from: <http://www.ncii.ir/content.aspx?pid=3&c=-1>
2. Juvier JP, Vercosa N. Depression in patients with advanced cancer and pain. *Rev Bras Anestesiol* 2008, 58(3): 287-98.
3. Montazeri A, Sajadian A. A project Survivors' point of view after breast cancer. Tehran: ACECR Academic center for Education, culture and research, ICB; 2005. (Prsian)
4. de Ridder D, Geenen R, Kuijjer R, van Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 2008. 372(9634): 246-55.
5. Carr A. Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths, 1st ed. Routledge. 2004.

6. Ruth F, Constance J. *Fundamentals of Nursing, Human Health and Function*. 5th Ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins Co; 2008.P. 514-45.
7. Katz SL, *Holographicreprocessing, Rational and Experiential Information Processing Systems: a cognitive- experiential psychotherapy for treatment of trauma*. New York: Taylor & francis group; 2005.P. 15-26.
8. Katz SL, *Holographic reprocessing, Holograms and Experiential Holograms: a cognitive-experiential psychotherapy for treatment of trauma*. New York: Taylor & francis group; 2005. P. 27-38.
9. Danhauer SC, Crawford SL, Farmer DF, Avis NE. A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *J Behav Med* 2009;32(4):371-9.
10. Al-Azri M, Al-Awisi H, Al-Moundhri M. Coping With a Diagnosis of Breast Cancer-Literature Review and Implications for Developing Countries. *Breast J* 2009;15(6): 615-22.
11. Harandy TF, Ghofranipour F, Montazeri A, Anoosheh M, Bazargan M, Mohammadi E, et al. Muslim breast cancer survivor spirituality: coping strategy or health seeking behavior hindrance? *Health Care Women Int* 2010;31(1):88-98.
12. Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Yilmaz U. Quality of life, anxiety and depression in Turkish breast cancer patients and in their husbands. *Med Oncol* 2009;26(4):415-9.
13. Brannon L, Feist J, Updegraff JA. *Health psychology: An introduction to behavior and health*. 8th ed. Australia: Wadsworth Cengage Learning; 2013.
14. Imanishi J, Kuriyama H, Shigemori I, Watanabe S, Aihara Y, Kita M, et al. Anxiolytic effect of aromatherapy massage in patients with breast cancer. *Evid Based Complement Alternat Med* 2009;6(1):123-8.
15. Basharpour S, Narimani M, Ghamari Give H, Abolgasemi A. Effectiveness of Cognitive Processing Therapy and Holographic Reprocessing on the Reduction of Psychological Symptoms in Students Exposed to Trauma. *J Clin Psychol* 2011;3(11): 41-53. (Prsian)
16. Katz LS, Snetter MR, Robinson AH, Hewitt P, Cojucar G. Holographic reprocessing: Empirical evidence to reduce posttraumatic cognitions in women veterans with PTSD from sexual trauma and abuse. *Psychotherapy (Chic)* 2008;45(2):186-98.
17. Katz LS, Cojucar G, Hoff RA, Lindl C, Huffman C, Drew T. Longitudinal outcomes of women veterans enrolled in the Renew sexual trauma treatment program. *J Contemp Psychother* 2015;45(3):143-50.
18. Salehi M, Faraji S, Mohammad-Zadeh M, Rahman B and Kazemi N. Study effectiveness of holographic reprocessing therapy on coping strategies in high school boys divorced families. *Journal of Child and Adolescent Psychometric Research* 2015;1(2): 6-18. (Prsian)
19. Zucca A, Lambert SD, Boyes AW, Pallant JF. Rasch analysis of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (mini-MAC) among a heterogeneous sample of long-term cancer survivors: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2012;10:55.
20. Pato M, Allahyari AA, Moradi AR, Payandeh M. Iranian Version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: Factor Structure and Psychometric Properties. *J Psychosoc Oncol* 2015;33(6):675-85.
21. Worthen V, Isakson R. *Hope-The Anchor of the Soul: Cultivating Hope and Positive Expectancy*. *Issues in Religion and Psychotherapy* 2010;33(1):9.
22. Katz SL, *Holographic reprocessing: a cognitive-experiential psychotherapy for treatment of trauma*. New York: Taylor & francis group; 2005.

23. Koopman CH, Angell K, Turner C, Kreshka MA, Donnelly P. Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. *Breast J* 2001; 1: 25-33.
24. Boehmke MM, Dickerson SS. The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. *Oncol Nurs Forum* 2006;33(6):1121-7.
25. Manuel JC, Burwell SR, Crawford SL, Lawrence RH, Farmer DF, Hege A, et al. Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nurs* 2007;30(2):85-94.
26. Tan M. Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs* 2007; 30(6): 498-504.
27. Sajadian A, HaghigatSh, Montazerian A, Kazemnejad A, Alavifili A, adjustment in patients with breast cancer before and after treatment. *Iran J Breast Disease* 2011;4(3): 52-8. (Prsian)
28. Spiegel D. Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *J Support Care Cancer* 2005; 3: 252-6.
29. Katz LS, Douglas S, Zaleski K, Williams J, Huffman C, Cojucar G. Comparing holographic reprocessing and prolonged exposure for women veterans with sexual trauma: A pilot randomized trial. *J Contemp Psychother* 2014;44(1):9-19.

THE EFFECTIVENESS OF HOLOGRAPHIC REPROCESSING THERAPY ON MENTAL ADJUSTMENT TO CANCER IN WOMEN WITH CANCER

*Soheila Mehrparvar^{*1}, Nader Hajloo², Abas Aboolghasemi³*

Received: 28 May, 2017; Accepted: 27 July, 2017

Abstract

Background & Aims: According to the prevalence of cancer in the last century and the special needs of cancerous patients to deal with their chronic illness and also due to greater vulnerability of women, the aim of this study was to examine the effectiveness of holographic reprocessing therapy on mental adjustment in women with cancer.

Materials & Methods: This semi-experimental research included a pretest- posttest and follow-up with a control group. Thirty women with cancer were randomly selected from Sanandaj city, Kurdistan, Iran, 2015 and divided in to experimental and control group. The Post Traumatic Stress Disorder Checklist and Mini- mental adjustment to cancer scale (Mini- MAC) were used. The experimental group received 9 sessions of therapy and each session lasted 60 minutes while the control group received no therapy. Furthermore, the data were analyzed with multivariate analysis of variance.

Results: After treatment, there was significant difference in mental adjustment to cancer between two groups. The results of multivariate analysis of variance showed that Holographic Reprocessing Therapy increased overall consistency and fighting spirit scores and also the scores decrease of components helplessness/hopelessness, anxious preoccupation in the experimental group rather than the control group ($p \leq 0/05$); but Therapy was not significant for components Fatalism and cognitive avoidance.

Conclusion: Based on the results of this project, it seems that Holographic Reprocessing therapy can affect cognition, behaviors, and emotions of patients, and also it leads to increasing mental adjustment with the disease.

Address: Faculty of Education and Psychology, Mohagheg Ardabili University, Ardabil, Iran

Tel: (+98) 9906187588

Email: S2.mehrparvar@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 28(5): 352 ISSN: 1027-3727

¹ MD Student Psychology, Faculty of Education and Psychology, Mohagheg Ardabili University, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

² Professor, Psychology, Faculty of Education and Psychology, Mohagheg Ardabili University, Ardabil, Iran

³ Professor, Psychology, Faculty of Education and Psychology, Gilan University, Rasht, Iran