

بررسی رابطه‌ی بین حافظه تروماتیک و طرح‌واره‌های ناسازگار در بین زنان مبتلا به سرطان پستان^۱

فرشته رضا^۱، علیرضا پیرخائفی^۲

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

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

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی بین حافظه تروماتیک و طرح‌واره‌های ناسازگار در بین زنان مبتلا به سرطان پستان است. روش پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از حیث گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش بود که براساس آمار مدیریت بیمارستان ۸۵ نفر بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کرجسی و مورگان و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۷۰ نفر تعیین شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه طرح‌واره ناسازگار اولیه فرم کوتاه و پرسش‌نامه فهرست تجارب تروماتیک استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از تحلیل رگرسیون به شیوه همزمان با استفاده از نرم افزار SPSS24 استفاده شد. یافته‌های تحلیل رگرسیون نشان داد بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حافظه تروماتیک با سرطان پستان در زنان ارتباط معنی داری وجود دارد و می‌تواند واریانس بیشتری را تبیین کنند. براساس این یافته‌ها می‌توان گفت که زنان با سرطان پستان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حافظه تروماتیک مختل‌تری دارند. هم چنین این یافته‌ها تلویحات مهمی را در زمینه آسیب شناسی روانی و درمان این بیماران دارند.

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

^۱ این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار می‌باشد

مقدمه

با وجود پیشرفت های فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه بشری در مهار و درمان انواع بیماری ها، سرطان هنوز به عنوان یکی از امراض جدی و بسیار موارد غیرقابل درمان به شمار می رود که متأسفانه جان بسیاری از انسان ها را تهدید می کند و خطر ابتلا به آن برای بخش قابل توجهی از جامعه بشری وجود دارد (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲). در میان انواع سرطان ها، سرطان پستان، از متداول ترین سرطان در بین زنان (کارلسون، آنجن و کولوم، ۲۰۰۴) و بعد از سرطان ریه، شایع ترین علت مرگ زنان دنیا محسوب می شود (ماتوسک، پروسنر و دابکین، ۲۰۱۱). سرطان پستان هم از نظر پستان نماد زنانگی است، برای همه زنان مبتلا، اهمیت هیجانی داشته و موجب پریشانی های روان شناختی آن ها می شود (ویتک، آلبوکورکو و چرونیک، ۲۰۰۸). به طوری که واری ها در این زمینه نشان می دهد، سرطان پستان از همان بدو تشخیص، باعث ترس، تهدید، ناامیدی و اغتشاش در سازمان روانی و جسمانی فرد می شود (لدسما و کومانو، ۲۰۰۹).

از پاسخ های رایج در زنان سرطان پستان که درمان شدند، می توان به نگرانی های وجودی، ترس از عود، تغییرات خلقی شامل نگرانی، خشم، ناراحتی، ناامیدی، عدم اطمینان، تصویر بدنی نامناسب، پریشانی هیجانی و مشکلات دیگر اشاره کرد (نابف، ۲۰۱۱). براساس رویکرد شناختی، مهم ترین عامل روان شناختی موثر بر بیماری های طبی، طرحواره های ناسازگار اولیه می باشد (غلامی، ۲۰۱۰). براساس گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در ایران، در طول ۴ دهه اخیر، افزایش میزان بروز سرطان سینه، آن را در زمره بیشترین بدخیم ها در میان زنان ایرانی قرار داده است و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از هم تاهایشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می دهد. میزان بروز این سرطان در زنان ۵۱ ساله و بالاتر به سرعت در حال افزایش است. از ژانویه ۱۹۹۸ تا دسامبر ۲۰۰۵ میزان بروز سرطان سینه در زنان ایرانی، ۲۲ در هر ۱۰۰۰۰ زن بوده که محدوده ی سنی ۸۵-۱۵ را در بر می گرفت و بیشترین شیوع در محدوده ی سنی ۴۱-۴۱ سال قرار داشت (اقتدار، مقدسیان، ابراهیمی، ۱۳۸۷).

یانگ و گلووسکو (۲۰۰۵) طرح واره ها را باورهای عمیق و مستحکم فرد در مورد خود و جهان و حاصل آموزه های سال های نخستین زندگی می دانند به نظر آن ها طرح واره ها، دانش ما در مورد جهان و خودمان هستند و به ما میگویند چگونه هستیم و جهان چگونه است. اغلب طرح واره ها، نتیجه زیان بخش فرایند تحول در دوره کودکی است (یانگ، کلووسکو و ویشار، ۲۰۰۳). طرح واره ها حالت ابعادی دارند؛ بدین معنا که از نظر شدت و گستره فعالیت در ذهن با یکدیگر فرق دارند. هرچه طرح واره شدیدتر باشد شمار بیشتر از موقعیت ها می توانند آن را فعال کنند (مارتین، یانگ، ۲۰۱۱). طرحواره های ناسازگار در عمیق ترین سطح شناخت و معمولاً خارج از آگاهی عمل می کنند، و از نظر روان شناختی افراد را برای افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، اعتیاد، ترومای دوران کودکی، هراس اجتماعی، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلالات شخصیت، اختلال هراس با ترس از مکان های شلوغ و اختلالات روان تنی آسیب پذیر می سازند. در سال های اخیر، به علت وجود آشفتگی های هیجانی در افراد مبتلا به سرطان، درمانگران در کنار درمان های پزشکی از درمان های روان شناختی جهت کنترل و کاهش نشانگان روانی بهره می گیرند (بارا و اسنیگل، ۲۰۱۴). بیماران مبتلا به سرطان هربار 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 (هولند و الکلیت، ۲۰۰۲). بنابراین روایت از بیماری نوعی مواجهه با رویداد است که باعث ایجاد واکنش های فیزیولوژیک می شود.

انجمن روانپزشکی آمریکا در سال (۱۹۹۴)، برای اولین بار بیماری های تهدیدکننده زندگی مانند سرطان را بعنوان عامل استرس زا که می تواند اختلال استرس پس از سانحه را ایجاد نماید، در نظر گرفته است. سرطان پستان نیز به دلیل تأثیرات خاصی که بر سلامت روان زنان میگذارد می تواند بعنوان عامل استرس زا شناخته شده و منجر به PTSD میشود (کوردوا، دیویس و گلانت، ۲۰۰۷). PTSD در بازماندگان سرطان به صورت نشانه هایی از بدیل افکار مزاحم، اجتناب، احساس گناه، گوش به زنگ بودن، شکایات بدنی، ناامیدی و زود رنجی بروز می کند (نابف، ۲۰۱۱). در درمان شدگان سرطان پستان، ۳ الی ۱۹ درصد اختلال استرس پس از سانحه گزارش شده که نسبت به جمعیت عادی، درصد قابل توجهی است. همچنین در ۲۰ تا ۵۰ درصد از درمان شدگان سرطان پستان، علائم زیر سندرمی گزارش شده است (نابف، ۲۰۱۱).

بد عملکردی شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان که امروزه از آن با اصطلاح مغز شیمیایی شده (ارجیور، اسوماکوپالس، اکونومو و همکاران، ۲۰۰۱) یاد می شود، برای نخستین بار از دهه ۱۹۸۰ میلادی و در زنان مبتلا به سرطان پستان درمان شده به وسیله داروهای شیمیایی دیده شد (سکیور، کریشنامورتی، ۲۰۱۴).

مغز شیمیایی پدیده ای است که در طول درمان یا پس از آن بسیاری از بیماران به آن اشاره می کنند. این وضعیت شامل طیف وسیعی از علائم مثل از دست دادن حافظه کوتاه مدت، مشکل در تمرکز و تفکر و دیگر تغییرات شناختی ظریف است (آشر، مایرز، ۲۰۱۵). پژوهش های اولیه انجام شده، براساس خود گزارشی بیماران مبتلا به سرطان بود، اما با گسترش روشها و آزمونهای عصب روانشناختی مطالعات متعددی این یافته ها را تایید کردند (رتز لورنز، کیمریچ، ۲۰۱۳).

با توجه به آنچه گفته شد می توان گفت که اصلاح و بازسازی حافظه تروماتیک در زنان دارا و بدون سرطان پستان در روند زندگی آنان می تواند تأثیر داشته باشد. بازسازی طرحواره ها می تواند در اصلاح حافظه تروماتیک نقش مؤثری داشته باشد. در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که آیا بین حافظه تروماتیک و طرحواره های زنان دارا و بدون سرطان پستان رابطه معناداری وجود دارد یا خیر؟

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از منظر شیوه گردآوری داده ها، از نوع همبستگی است. در این پژوهش حافظه سازا و طرحواره های ناسازگار، به عنوان متغیر پیش بین و زنان مبتلا به سرطان به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان دارای سرطان پستان در بیمارستان شهدای تجریش و کلینیک روانشناسی در تهران به تعداد ۸۵ نفر، می باشد.

برای تعیین حجم نمونه براساس جدول کرجسی و مورگان و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده ۷۰ نفر انتخاب شدند. ملاک های ورود آزمودنی ها شامل: داشتن سرطان پستان (بدون در نظر گرفتن اینکه آیا آنان تحت شیمی درمانی و یا

^۲Cordova, Davis, Golant

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، فاندرهارت، 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؟ هریک 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 کرونباخ 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، 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).

یافته های پژوهش

برای به دست آوردن میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش از آمار توصیفی و برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جداول زیر نشان داده شده اند.

جدول ۱: آمار توصیفی متغیر طرحواره 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	۱۴/۸۹	۱۶/۸۳	۲۰/۲۹	۱۴/۵۴	۲۱/۹۷	۱۱/۹۱	۱۱/۰۳	۱۳/۶۳	۸/۲۳	۱۰/۴۰	۷/۴۹	۹/۵۱	۱۱/۸۳	۱۲/۸۰	۱۴/۵۴	۳۵
	۶/۸۰۳	۶/۵۲۸	۷/۴۵۰	۸/۱۵۸	۶/۳۳۱	۵/۲۸۲	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	
	بیشترین	۲۹	۲۸	۳۰	۳۰	۲۴	۲۶	۲۹	۲۴	۲۶	۱۶	۲۵	۲۵	۲۹	۲۸	
افراد بدون سرطان	۱۳/۸۹	۱۷/۵۱	۲۰/۲۳	۱۲/۹۷	۲۱/۶۰	۱۰/۲۶	۱۱/۴۹	۹/۹۷	۷/۵۴	۱۰/۰۳	۶/۲۶	۸/۶۰	۱۲/۰۳	۱۲/۶۰	۱۱/۶۶	۳۵
	۴/۳۵۱	۵/۴۷۹	۵/۴۱۳	۵/۵۱۲	۵/۴۵۱	۴/۹۳۷	۶/۴۴۱	۵/۱۸۲	۶/۰۰	۹/۰۰	۵/۰۰	۸/۰۰	۱۳/۰۰	۱۱/۰۰	۱۰/۰۰	
	کمترین	۵	۶	۹	۵	۹	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	
	بیشترین	۲۵	۳۰	۳۰	۲۷	۳۰	۲۴	۲۸	۱۵	۲۱	۱۳	۲۰	۲۰	۲۵	۲۴	

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

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

برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف-اسمرینف استفاده شد. نتایج این آزمون برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبودند؛ در نتیجه فرض نرمال بودن داده ها برقرار است ($P > 0.05$). همچنین برای بررسی برابری واریانس ها 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 واریانس ها هم برقرار است ($P > 0.05$).

جدول ۳. همبستگی بین متغیرها (شاخص های کفایت رگرسیون)

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف معیار خطا	دوربین واتسون
۶۰۷ ^a	۰/۳۹۶	-۰/۱۳۰	۸/۸۸۴	۱/۸۴۹

همبستگی بین متغیر مستقل و متغیر وابسته برابر با ۰/۶۰۷ است. ضریب تعیین ۰/۳۶ درصد بدست آمده و این مقدار نشان می دهد که ۳۶٪ تغییرات طرحواره های (Ds, Fa, Di, Vh, Em, Sb, Ss, Ei, Us, Is, Et, Ma, Ab, Ed) زنان دارای سرطان پستان به حافظه تروماتیک مربوط می شود چون این مقدار درجه آزادی را در نظر نمی گیرد لذا از ضریب تعیین تعدیل شده برای این منظور استفاده می شود که آن هم در این آزمون برابر ۱۳ درصد است با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون در فاصله استاندارد ۰/۱ تا ۰/۲ قرار دارد (دوربین و واتسون به مقدار ۰/۸۴۹ است). در نتیجه استقلال باقیمانده ها را نتیجه می گیریم. با توجه به شاخص هایی که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است.

جدول ۴. جدول ضرایب همبستگی ها در بین متغیر ملاک و پیش بین

متغیر	حافظه	محرومیت	رهاشدگی بی اعتمادی	بیگانی	نقص	شکست	وابستگی	آسیب	گرفتاری	اطاعت	ایثار	بازداری	معیارها	استحقاق	خوشتن داری
حافظه	۱														
تروماتیک															
محرومیت هیجانی	۰/۰۵۸	۱													
رهاشدگی	۰/۱۱۶	۰/۱۷۳	۱												
بی اعتمادی	۰/۵۴۳	۰/۳۴۶	۰/۴۸۷	۱											
بیگانگی	۰/۴۳۴	۰/۳۷۶	۰/۱۹۸	۰/۴۰۳	۱										
نقص/شرم	۰/۵۳۲	۰/۶۵۴	۰/۳۲۰	۰/۵۳۲	۰/۵۳۸	۱									
شکست	۰/۴۳۵	۰/۴۷۲	۰/۲۹۵	۰/۳۵۱	۰/۶۸۷	۱									
وابستگی	۰/۶۷۱	۰/۵۷۱	۰/۴۳۴	۰/۴۷۹	۰/۴۶۳	۰/۷۵۲	۰/۶۷۱	۱							
آسیب پذیری	۰/۶۲۴	۰/۵۹۳	۰/۳۸۶	۰/۵۶۵	۰/۴۴۰	۰/۷۶۰	۰/۵۹۶	۰/۶۷۱	۱						
گرفتاری	۰/۳۳۱	۰/۳۰۹	۰/۲۵۸	۰/۴۸۵	۰/۲۵۵	۰/۵۵۵	۰/۴۹۱	۰/۵۱۱	۰/۶۱۳	۱					
اطاعت	۰/۳۴۴	۰/۵۷۷	۰/۴۲۹	۰/۴۹۷	۰/۳۸۲	۰/۷۷۱	۰/۷۲۳	۰/۷۱۸	۰/۶۷۵	۰/۵۱۵	۱				
ایثار	۰/۲۸۴	۰/۳۴۷	۰/۱۳۸	۰/۳۸۲	۰/۱۸۲	۰/۳۰۳	۰/۲۳۸	۰/۳۳۵	۰/۳۷۶	۰/۳۰۰	۰/۳۴۰	۱			
بازداری هیجانی	۰/۲۴۱	۰/۴۲۸	۰/۳۳۳	۰/۴۷۰	۰/۳۸۳	۰/۵۶۲	۰/۵۸۴	۰/۴۵۷	۰/۵۱۷	۰/۳۸۷	۰/۵۳۲	۰/۲۰۰	۱		

معیارهای سرستانه	۰/۳۵۱	۰/۴۰۳	۰/۲۵۷	۰/۴۰۱	۰/۲۲۵	۰/۳۸۱	۰/۳۲۰	۰/۳۴۴	۰/۴۰۸	۰/۳۲۴	۰/۳۷۰	۰/۴۸۸	۰/۳۸۵	۱	
استحقاق	-۰/۲۶۰	۰/۲۶۴	۰/۲۰۶	۰/۵۲۴	۰/۲۶۵	۰/۴۳۴	۰/۳۲۵	۰/۲۷۰	۰/۳۸۸	۰/۴۱۳	۰/۳۵۳	۰/۳۲۰	۰/۴۱۰	۰/۵۱۲	۱
خویشتن- داری ناکافی	۰/۳۲۴	۰/۴۸۸	۰/۴۳۹	۰/۴۶۷	۰/۳۵۴	۰/۵۶۷	۰/۴۵۳	۰/۴۸۳	۰/۴۶۰	۰/۳۰۷	۰/۵۸۰	۰/۲۶۳	۰/۵۰۳	۰/۳۵۰	۰/۴۹۹

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود بین خرده مولفه های مختلف متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد. این مقدار همبستگی در سطح ($p < 0.05$) معنی دار می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش حافظه تروماتیک و طرحواره ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج نشان داد که طرحواره های ناسازگار بیشتر و حافظه تروماتیک واریانس زیادی از سرطان پستان را تبیین می کند نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات (لی مین و همکاران، ۲۰۱۲؛ جوزف و لاینلی، ۲۰۰۸)، همسو و همخوانی دارد. براساس فرضیه تعدیل اثر، 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).

همچنین می توان گفت، به موازات دارا بودن سطوح بالای نشانه شناسی، سطح افسردگی نیز بالا است. مطالعات زیادی غیراختصاصی بودن خاطرات شرح حال را در افراد مبتلا به اختلالات افسردگی یا دارای نشانه های مربوط به این اختلال نشان داده اند (ویلیامز، برنهوف، ۲۰۰۷). بنابراین، در حال حاضر مشخص نیست سهم هر کدام از این اختلالات در نواقص به دست آمده مربوط به حافظه تروماتیک به چه میزان است. آنچه مسلم است این است که حافظه افراد افسرده نیز در بسیاری از موارد دربرگیرنده خاطرات رنج آور و استرس آور می باشد. بنابراین، سرکوبی و اجتناب از این خاطرات می تواند امری بدیهی باشد. تحقیقات نشان داده اند که PTSD موجب کاهش حجم هیپوکامپ و آمیگدال می گردد (ماتوسکا، ۲۰۰۳). همچنین افراد با آسیب در لوب گیجگاهی دارای نواقصی در حافظه شرح حال می باشند. آسیب در لوب گیجگاهی می تواند باعث کاهش شدید سطوح عملکرد مکانیزهای تحکیم حافظه مربوط به رویدادهای شرح حال گردد.

همچنین طبق نتایج این پژوهش، طرحواره آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری بیشترین میانگین را در گروه افراد دارای اختلالات روان تنی به خود اختصاص داده بود که با یافته های ایزدی (۲۰۱۲) همسو است. طبق یافته های ایزدی افراد مبتلا به اختلالات روان تنی دارای طرحواره رهاشدگی/بی ثباتی، محرومیت هیجانی، بی اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، شکست، بی-کفایتی/وابستگی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، اطاعت، پذیرش جویی/جلب توجه، معیارهای سرستانه، منفی گرای/بدبینی و تنبیه هستند که پژوهش ما هم با این نتیجه همسو است.

اما با نتایج پژوهشگران دیگر همسو نبود؛ به عنوان مثال باکر و همکاران (۱۹۹۴) به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به فشار خون که شکایتهای روان پزشکی نیز داشتند و به نظر می آمد که عوامل روانشناختی در آنها نقش دارد، محیط اجتماعی

خویش را بحرانی تر و با حمایت کمتر، ادراک می کردند و در آنها طرحواره های رهاشدگی/بیشباتی و محرومیت هیجانی بیشتر دیده می شد. 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 تاثیر بگذارد، بدلیل کنترل نشدن این عوامل در پژوهش، ممکن است نتایج بدست آمده تحت تاثیر این موارد باشد. لذا پیشنهاد می شود که پژوهش های مشابه در سایر جمعیت ها و با کنترل عوامل تاثیر گذار انجام شود.

سپاسگزاری

پژوهشگران، از همه شرکت کنندگان در این پژوهش که نهایت همکاری را در اجرای این پژوهش داشته اند، تشکر و قدردانی می کنند.

منابع

اقتدار، سامره؛ مقدسیان، سیما؛ ابراهیمی، حسین. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان دچار سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. مجله پرستاری و مامایی تبریز، ۳(۲): ۱۱-۱۷.

لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام. (۱۳۹۲). اثربخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی روان شناختی زنان دچار سرطان پستان. فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۴(۲۸): ۴۵-۵۸.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asher A, Myers JS. The effect of cancer treatment on cognitive function. Clin Adv Hematol Oncol 2015; 13(7): 441-50.

Baker B, Kazarian S, Morgues J. Perceived interpersonal attitudes and psychiatric complaints in patients with essential hypertension. J Clin Psychol. 1994; 50(3): 320-4.

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.

Carlson, L, E. Angen, M. and Cullum, J. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients, *British Journal of Cancer*, 90:2297-2305.

Conway, M.A. (2005). Memory and the Self, *Journal of Memory and Language*, 53 (4), 594-۶۲۸.

Cordove M, Giese Davis J, Golant M, et al. (2007). Breast Cancer as trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Journal of Clinical Psychology Medical Settings*. 14: 308-۳۱۹.

Eghtedar S, Moghadasiyan S, Ebrahimi H, MahdipourZare N, Mousavi S.M, Jasmi M. Life quality and its dimensions among breast cancer patients in center of hematology and oncology researches of Tabriz University. *Tabriz nurs Obstet J*. 2008; 18: 11-21. [Persian].

Holland, J. C., & Gooen-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.

Izadi F. Compare early maladaptive schemas between people with psychosomatic disorder and healthy volunteer 30 to 50 years in Tehran. Abstract book of fourth international congress of psychosomatic; Isfahan: Azad University of Khorasgan. 2012.

Knobf Tish.M .(2011). Clinical Update:Psychosocial Responses In Breast Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol 27, No 3 (August), :pp e1-e14.

Ledesma, D. and Kumano, H (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis, *Psychooncology*, 18:571-582.

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.

Martin, R., & Young, J. (2010). Schema therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 317.

Matousek, R, H. Pruessner, J, C. and Dobkin, P, L. (2011). Changes in the cortisol awakening response (CAR) following participation in mindfulness-based stress reduction in women who completed treatment for breast cancer, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17: 65-70.

Reuter-Lorenz, PA. & Cimprich, B. Cognitive function and breast cancer: promise and potential insights from functional brain imaging. *Breast Cancer Res Treat* 2013; 137(1):33-43.

Sequeira AZ, Krishnamurthy K. Study of cognitive functions in breast cancer patients: A case control study. *Muller J Med Sci Res* ۲۰۱۴□ ۵(۲): ۱۲۹-۱۳۳.

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.

Witek-Janusek, L. Albuquerque, K. and Chroniak, K, R. (2008). Effect of mindfulness-based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer, *Brain, Behavior and Immunity*, 22: 969-975.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Evaluation of the relationship between traumatic memory and maladaptive schemas among women with breast cancer

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

The aim of this study was to investigate the relationship between traumatic memory and maladaptive schemas among women with breast cancer. The method of the present study was applied in terms of purpose and descriptive-correlational in terms of data collection. The statistical population of the study included all women with breast cancer in Shohada Tajrish Hospital, which according to the hospital management statistics were 85 people. The sample size was determined using Krejcie and Morgan table and using simple random sampling method of 70 people. For data collection, the initial short-form maladaptive schema questionnaire and the list of traumatic experiences questionnaire were used. For data analysis at the descriptive level, mean and standard deviation and at the inferential level, regression analysis was used simultaneously using SPSS24 software. The results of regression analysis showed that between the incompatible initial schemas and traumatic memory There is a significant relationship with breast cancer in women and they can explain more variance. Based on these findings, it can be said that women with breast cancer have more early maladaptive schemas and more traumatic

memory. These findings also have important implications for the psychopathology and treatment of these patients.

Keywords: Early maladaptive schema, Traumatic memory, Breast cancer