مقـاله تحقیقی

اثربخشی روان‌درمانی با رویکرد REBT برکاهش تحریفات شناختی دربیماران بستری مبتلا به سل

خشایار میراب‌زاده اردکانی [۱]، میترا صفا [۲،*]، پیام طبرسی [۳]، فاطمه قاسم بروجردی [۴]، فرزانه حاجی زاده [۵]

[۱] پزشک عمومی. کارشناس کاهش تقاضای مواد، تهران، ایران.

[۲] متخصص اعصاب و روان، استاد. مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری ، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

[۳] فوق تخصص عفونی، استاد. مرکز تحقیقات مایکوباکتریولوژی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری ، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[۴] دانشجوی دکترای روانشناسی. مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری ، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[۵] دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول: تهران، نیاوران، دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، واحد روانپزشکی

نشانی الکترونیک: mitra.safa@yahoo.com

چکیده:

زمینه: بیماران مبتلا به سل امکان دارد که دچار مشکلات روانشناختی از جمله تحریفات شناختی شوند که باعث پردازش اطلاعات به صورت نادرست می شوند. یکی از رویکردهای مهم روان‌درمانی در این زمینه، رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی (Rational Emotional Behavioral Therapy)REBT است که بر توانمندسازی انسان ها تأکید می کند. از این رو در این پژوهش تلاش شد تا با شناسایی تحریفات شناختی بیماران مبتلا به سل، REBT برای بیماران برنامه ریزی شود.

روش کار: مطالعه از نوع مداخله ای خود شاهدی است. تعداد ۹۰ نفر در دو گروه به صورت تصادفی قرار گرفتند. پس از تکمیل پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و تحریفات شناختی به عنوان پیش تست در هر دو گروه، مداخله REBT تنها بر گروه آزمایش اجرا شد و سپس، پرسشنامه تحریفات شناختی به عنوان پس تست مجدداً توسط دو گروه تکمیل گردید. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تحریفات شناختی بودند.

یافته‌ها: در زیر مقیاس های تفکر همه یا هیچ، فیلتر سازی ($P \leq ۰/۰۵$)، تعمیم مبالغه آمیز، بی توجهی به امور مثبت، شتابزدگی، استدلال احساسی، و برچسب زنی($P \leq ۰/۰۱$) در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری نشان داد.

نتیجه‌گیری: بیشتر زیر مقیاس های تحریفات شناختی، بعد از اجرای مداخله روان‌درمانی REBT کاهش معنی‌دار داشتند. انجام روان‌درمانی در بیماران جسمانی و توجه همزمان به مسائل روانشناختی و جسمانی آنها، به پیشبرد درمان کل نگر کمک می کند.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی با رویکرد REBT، تحریفات شناختی، سل.

مقدمه

در حال حاضر، سل یکی ازعمده ترین علل مرگ و میر ناشی از بیماریهای عفونی در جهان است. بر اساس روند حاضر، انتظارمی رود میزان مرگ و میر ناشی ازاین بیماری از ۱/۸۷ میلیون نفر در سال ۱۹۹۷ به ۳۰ میلیون نفر در سال ۲۰۹۰ افزایش یابد (۱). ابتلا به هر بیماری خصوصاً بیماری مزمنی مانند سل نه تنها برسلامت جسمی بلکه بر سلامت روانی، اجتماعی و اقتصادی فرد نیز تأثیر می گذارد (۲). بیماران مبتلا به سل دچار انزوای اجتماعی (دوستان و اعضای خانواده) می شوند و همین مسئله، زمینه را برای ابتلا به اختلالات روانپزشکی از جمله افسردگی و اضطراب فراهم می کند (۳). انگ اجتماعی، درمان طولانی مدت، عوارض متعدد داروها، عدم پذیرش بیمار و خانواده وی، نگرانی‌های مربوط به فرآیند درمان، هزینه و پیامدهای بیماری موجب تغییرنگرش این بیماران نسبت به زندگی می شوند (۶-۴).

در این میان یکی از عوامل روانشناختی از جمله تحریفات شناختی قابل بررسی جدی است. عقاید یا طرحواره های مهم اشخاص می توانند در معرض تحریف شناختی قرار بگیرند. طرحواره ها غالباً از دوران کودکی شروع می شوند و فرآیندهای فکری معمولاً معرف خطاهای استدلالی اولیه هستند. تحریفات شناختی زمانی نمایان می شوند که پردازش اطلاعات، نادرست یا نامؤثر باشند. تحریفات شناختی رایج در اختلالات روانی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است که در اینجا به چند مورد از آن اشاره می‌شود: تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه آمیز، فیلتر ذهنی، بی توجهی به امور مثبت، نتیجه گیری شتابزده، ذهن خوانی، پیشگویی، درشت بینی – ریزبینی، استدلال احساسی، باید- بهتر، برچسب زدن و شخصی سازی (۷).

بیماران مسلول دچار تحریفات شناختی، اطلاعات را به صورت نادرست پردازش می کنند و این تحریفات شناختی به نوبه خود موجب افسردگی و اضطراب می گردند. در این صورت، تعبیر و تفسیر خود فرد و دنیای پیرامونش، فرآیندی عینی و منطبق با واقعیت اطراف نبوده، بلکه بر عکس، تحریف شده و بیشتر منطبق با طرحواره‌های خود فرد و توأم با خطا یا تحریفات شناختی است (۸). بنابراین تمرکز بر این تحریفات شناختی در فرایند روان‌درمانی یکی از مسائل بسیار جدی و مهم در روند درمان همه جانبه بیماران است. یکی از رویکردهای مهم روان‌درمانی که قابل کاربرد در این زمینه است، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی[1] نام دارد. رفتار درمانی عقلانی هیجانی که قبلاً درمان عقلانی و درمان عقلانی هیجانی نامیده میشد، درمانی جامع، فعال و مستقیم برمبنای تجربی و فلسفی است که بر حل مشکلات رفتاری و هیجانی و اختلالات و توانمندسازی انسان ها برای مدیریت زندگی با کیفیتی بالاترتأکید می کند (۹). این روش توسط روانشناس و روان‌درمانگر امریکایی آلبرت الیس در دهه ۱۹۵۰ معرفی شد (۱۰). یکی از فرضیات بنیادی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی اینست که بیشتر انسانها تنها با وقایع ناخوشایند آشفته نمی شوند بلکه بواسطه دیدگاهی که در مورد واقعیت از طریق زبان، باورها، معانی و فلسفه جهان نسبت به خود و دیگران دارند، می توانند آشفته شوند (۱۱). در این نوع درمان، مراجعان الگوی A-B-C را در مورد تغییرو اختلال روانشناختی، یاد می گیرند و آن را به کار می برند. این الگو تأکید می کند، تنها حوادث فعال کننده (A) نیستند که منجر به پیامدهای هیجانی و رفتاری (C) می شوند بلکه باور انسان (B) درباره آن رویداد نیز تأثیرگذاراست. رویداد فعال کننده می تواند شامل موقعیت بیرونی یا فکر یا هر نوع رویداد درونی باشد و همچنین می تواند مربوط به گذشته، حال یا آینده باشد. درمرحله اول این درمان، فرد مشکلات خود را تصریح می کند، مسئولیت هیجانی آن را می پذیرد و آماده تغییر می شود، که این فرایند مستلزم داشتن بینش کافی است و سپس با کمک درمانگر اقدام به تغییر باورهای غیرمنطقی خود می کند (۱۲).

از این رو دراین پژوهش تلاش شد تا با شناسایی تحریفات شناختی بیماران مبتلا به سل و به کار بردن روان‌درمانی با رویکرد رفتاردرمانی عقلانی هیجانی با هدف کاهش تحریفات شناختی، درمانی همه جانبه برای بیماران مبتلا به سل مهیا شود، تا در کنار درمان دارویی از روان‌درمانی هم بهره‌مند شوند، زیرا مشکلات جسمی و روانشناختی بر هم تأثیر می گذارند.

هدف کلی مقاله حاضر، تعیین اثربخشی REBT بر میزان تحریفات شناختی بیماران مبتلا به سل بود و اهداف اختصاصی شامل شناسایی تحریفات شناختی بیماران مبتلا به سل، مقایسه تحریفات شناختی دو گروه از بیماران مبتلا به سل قبل و بعد از اجرای مداخله REBT در گروه آزمایش بودند. فرضیه این پژوهش شامل اثرگذاری REBT بر تحریفات شناختی بیماران مبتلا به سل بود.

روش کار

مطالعه حاضراز نوع مطالعات مداخله ای خود شاهدی (self-controlled) است. مطالعات مداخله ای به صورت طرحهای موازی و متقاطع تقسیم بندی می شوند. جامعه این پژوهش بیماران مبتلا به سل تحت درمان دارویی کامل ضد سل (Anti TB) بستری در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری در تهران در سال ۱۳۹۴تا ۱۳۹۶ بودند. در این پژوهش که از نوع تجربی گروه درمانی کمک گرفته شده، به بررسی اثربخشی رویکرد REBT بر کاهش تحریفات شناختی بیماران مبتلا به سل پرداخته

۱. Rational Emotional Behavioral Therapy (REBT)

شده است. پس از تأیید طرح پژوهشی در شورای پژوهش و کمیته اخلاق بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، نمونه مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب شده و ضمن ارائه توضیحات کافی درباره پژوهش و کسب رضایت آگاهانه شفاهی بیماران، برای جمع آوری داده های پژوهش، روانشناسان با تجربه زیر نظر روانپزشک عضو هیئت علمی اقدام به پرسشگری در زمینه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تحریفات شناختی در محیط آرام و بدون استرس از بیماران نمودند. به بیماران اطمینان کامل داده شد که اطلاعات درج شده کاملاً محرمانه هستند و فقط در صورت چاپ مقاله نتایج بصورت کلی ارائه می گردند. اصول اخلاقی طرح طبق بیانیه هلسینکی رعایت شدند.

با توجه به اینکه هدف اصلی در این مطالعه اثر بخشی روان‌درمانی REBT برکاهش تحریفات شناختی در بیماران مبتلا به سل تحت درمان دارویی کامل بوده است و نتایج تحریفات شناختی دو گروه، قبل و بعد از روان‌درمانی با رویکرد REBT مقایسه شدند، بنابراین نتایج پیش آزمون و پس آزمون هر گروه مستقل نبوده و برآورد حجم نمونه برای مقایسه میانگین ها در دو مرحله از رابطه زیر بدست آمد:

$$n = \frac{(z_1 - \frac{\alpha}{2} + z_1 - \beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

که α=0.05 خطای نوع اول و β=0.2 خطای نوع دوم و σ انحراف معیار اختلاف نمره‌های دو گروه می باشند. همچنین $(\mu_1-\mu_2)$ نیز حداقل اختلاف دارای ارزش هنگام مقایسه دو میانگین می باشد که بر اساس معیار کوهن[۲] برای اختلاف دو میانگین بصورت تقریبی با اندازه های کم (کمتر یا مساوی ۰/۲انحراف معیار)، متوسط (۰/۳ – ۰/۷ انحراف معیار) و بزرگ (بیشتر یا مساوی ۰/۸انحراف معیار) طبقه بندی می شود. علاوه بر این، با توجه به موضوع مورد مطالعه، حداقل اختلاف دارای ارزش هنگام مقایسه دو میانگین بطور تقریبی ۰/۷ انحراف معیار در نظر گرفته شد. بنابراین حجم نمونه در هر گروه با این روش بطور تقریبی برابر با ۱۶ می‌گردد:

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times (\sigma)^2}{(0.7 \times \sigma)^2} = 16$$

به عبارتی مقرر شد تا ۱۶ بیمار در هر گروه مورد پژوهش قرار بگیرند اما برای افزایش اعتبار پژوهش، تعداد ۴۵ نفر در هر گروه قرار گرفتند. بیماران مبتلا به سل که تحت درمان داروهای کامل ضد سل بودند، بصورت تصادفی به گروه‌های آزمایش (گروههای مداخله ای روان‌درمانی REBT) و کنترل (بدون دریافت مداخله روان‌درمانی) منتسب شدند.

ملاک‌های پذیرش شامل عدم وجود اختلال حاد روانپزشکی با تشخیص متخصص اعصاب و روان، تشخیص قطعی بیماری سل توسط فوق تخصص عفونی، تمایل به مشارکت در پژوهش، قادر بودن به فهم و پاسخگویی به سؤالات و شرکت در جلسات ۹۰ دقیقه ای، نبودن در فاز مسمومیت یا ترک ناشی از مواد بودند.

پس از تکمیل اطلاعات دموگرافیک از کلیه اعضای نمونه، پرسشنامه تحریفات شناختی از آنها اخذ شد و سپس مداخله REBT تنها بر گروه آزمایش اجرا گردید و پس از اجرای مداخله، مجدداً پرسشنامه تحریفات شناختی به عنوان پس تست (post-test) از هر دو گروه بیماران که درمان دارویی کامل Anti -TB را دریافت کرده بودند، تکمیل گردید.

به علت اینکه حجم نمونه گروه آزمایش ۴۵ نفر بود و انجام گروه درمانی برای ۴۵ نفر از نظر علمی صحیح نمی باشد، بیماران در پنج گروه ۹ نفری تقسیم شدند و هر یک از گروه ها در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای گروه درمانی شرکت کردند که کلیه گروه ها دارای شرایط یکسان از نظر بیماری، دریافت داروهای ضد سل و دوره درمانی از نظر پزشک فوق تخصص عفونی تشخیص داده شدند و برای هر پنج گروه مداخله با شرایط و ضوابط یکسان اجرا شد. طی جلسات به علت محدودیت زمانی و مشکلات جسمانی بیماران، عمدتاً بر متغیرهای تفکر همه یا هیچ، فیلتر سازی، برچسب زنی، تعمیم مبالغه آمیز، بی توجهی به امور مثبت، شتابزدگی، استدلال شخصی و تحریف باید و نبایدها تأکید شد.

جهت بررسی توصیفی اطلاعات دموگرافیک، از آزمون خی دو و جهت تعیین اثربخشی مداخله روان‌درمانی از آزمون کوواریانس استفاده شد و یافته های حاصل توسط نرم افزار SPSS-21 مورد آنالیز قرار گرفتند.

روش و ابزار جمع آوری داده ها

پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته: شامل تعیین سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و تحصیلات.

پرسشنامهٔ تحریف‌های شناختی: این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت است که به سنجش تحریف‌های شناختی مطرح شده توسط آلبرت الیس پرداخته و هر تفکر نامعقول تعداد ۲ عبارت را به خود اختصاص داده است. برای هر تحریف شناختی شاخصی در نظر گرفته شده و در مجموع میانگین و انحراف معیار برای ۱۰ شاخص در زنان و مردان محاسبه شده است. به این ترتیب عبارات شماره ۱ و ۲: تفکر همه یا هیچ[۳]، شماره ۳ و ۴: تعمیم مبالغه آمیز[۴]، شماره ۵ و ۶: فیلتر منفی[۵]، شماره ۷ و ۸: بی

۲. Cohen

۳. All or nothing thinking
۴. Overgeneralization
۵. Mental filter

توجهی به امر مثبت[۶]، شماره ۹ و ۱۰: نتیجه گیری شتاب زده[۷]، شماره ۱۱ و ۱۴: بزرگنمایی و ناچیزنمایی[۸]، شماره ۱۲ و ۱۳: استدلال احساسی[۹]، شماره ۱۵ و ۱۶: مربوط به تحریف «باید، بهتر»[۱۰]، شماره ۱۷ و ۱۸: برچسب زدن[۱۱]، شماره ۱۹ و ۲۰: شخصی‌سازی[۱۲]، را مورد سنجش قرار می دهند. برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای بدست آمده به صورت استاندارد برابر ۰/۸ شد که می توان نتیجه گرفت پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. نمره گذاری برای هر خرده مقیاس از ۱ الی ۵ است (گزینه کاملاً موافقم: ۱، موافقم: ۲، نظری ندارم: ۳، مخالفم: ۴، کاملاً مخالفم: ۵ نمره) و تنها سؤال شماره ۱ به صورت معکوس از ۱ الی۵ نمره گذاری شده است. بر اساس نمره گذاری هر فردی که نمره بیشتری کسب کند از تفکر مناسب تری برخوردار است و هر کس نمره کمتری را به خود اختصاص دهد از تحریفات بیشتری استفاده کرده است. دامنه نمرات کل پرسشنامه از ۲۰ تا ۱۰۰ می باشد (۱۳).

یافته‌ها

ویژگی های دموگرافیک دو گروه از نظر جنس و سن و تحصیلات همسان سازی شدند. نتایج آزمون خی دو نشان داد که در کل شرکت کنندگان، ۳۶/۷% زن و ۶۳/۳% مرد بودند. میانگین سنی کل شرکت کنندگان ۳۸/۲۵ سال بود. در مجموع شرکت کنندگان، ۳۷/۸% تحصیلات ابتدایی،۱۸/۹% تحصیلات راهنمایی،۲۴/۴% تحصیلات دبیرستانی، ۱۵/۶% تحصیلات دیپلم وکارشناسی و۳/۳% تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. بین دو گروه آزمایش وکنترل اختلاف معنی‌داری ازنظر وضعیت تأهل به دست آمد (P < ۰/۰۱). در گروه آزمایش۳۳/۳% مجرد و۶۶/۷% متأهل و درگروه کنترل ۶/۷% مجرد و۸۶/۷% متأهل و ۶/۶% مطلقه بودند. ازنظر وضعیت شغل بین دو گروه آزمایش وکنترل اختلاف معناداری به دست آمد (P < ۰/۰۱). درگروه آزمایش۳۵/۶% بیکار و بازنشسته، ۳۳/۳% خانه دار، ۶/۷% کارمند و ۲۴/۴% شغل آزاد داشتند. درگروه کنترل۶۶/۷% بیکار وبازنشسته، ۳۱/۱% خانه‌دار و ۲/۲% کارگر وکشاورز بودند.

به منظور تعیین اثربخشی مداخله REBT از آزمون آماری کوواریانس (ANCOVA) توسط نرم افزار SPSS-21 استفاده گردید. لازم به ذکراست که پیش فرض های تحلیل کوواریانس تأیید شدند که به قرار زیر هستند:

نرمال بودن متغییرها توسط آزمون کلموگروف اسمیرنف وشاپیرو ویلک($P \leq ۰/۰۵$).

همسانی واریانس‌ها توسط آزمون لوین($P \leq ۰/۰۵$).

موازی بودن خط رگرسیون وهمبستگی بین متغییر وابسته (نمره پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش) و متغییرکمکی (پیش آزمون دوگروه کنترل و آزمایش)

یافته‌های جداول ۱ و ۲ در بررسی تاثیر مداخله REBT بر نمرات زیر مقیاس های تحریف شناختی در بیماران مبتلا به سل تحت درمان داروهای Anti TB، نشان داد که بین میانگین نمره های پیش آزمون (pretest) درگروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در مرحله پس آزمون (post test) در دوگروه گواه وآزمایش تفاوت معنا داری مشاهده شد. در زیر مقیاس های تفکر همه یا هیچ و فیلتر سازی ($P \leq ۰/۰۵$)، تعمیم مبالغه آمیز، بی توجهی به امور مثبت، شتابزدگی، استدلال احساسی، و برچسب زنی ($P = ۰/۰۱$) تفاوت معنی داری مشاهده شد و کلیه این زیر مقیاس ها در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته بودند.

جدول۱- نمرات زیرمقیاس های تحریف شناختی بعد از اجرای مداخله

متغییروابسته (زیرمقیاس های تحریف شناختی)	پس آزمون	
	نمره میانگین و انحراف استاندارد	
	گروه کنترل	گروه آزمایش
تفکر همه یا هیچ	۵/۱۳±۱/۵۴	۵/۵۱±۱/۳۵
تعمیم مبالغه امیز	۴/۵۳±۱/۵	۵/۸۲±۱/۲۳
فیلتر سازی	۴/۹۶±۱/۴۹	۵/۶۴±۱/۴۷
بی توجهی به امور مثبت	۴/۲۴±۱/۳۳	۵/۲۷±۱/۲۶
شتابزدگی	۵/۱۶±۱/۵	۵/۵۱±۱/۲۵
بزرگنمایی	۵/۰۷±۱/۵۲	۵/۸۹±۱/۴۱
استدلال احساسی	۴/۰۹±۱/۶۷	۶/۰۲±۱/۲۱
تحریف باید نباید	۵/۵۱±۱/۷۱	۵/۹۶±۱/۲۴
برچسب زدن	۴/۳۳±۱/۹۵	۵/۵۳±۱/۶۴
شخصی سازی	۵/۰۷±۲	۵/۰۹±۱/۶۲
نمره کل	۴۷/۹۶±۵/۹۳	۵/۳۶±۵/۶۵

۶. Minimizing the positive
۷. Fortune telling
۸. Magnification/ minimization
۹. Emotional reasoning
۱۰. Should statements
۱۱. Labeling
۱۲. Personalization

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر REBT بر میزان تغییر تحریفات شناختی

متغییروابسته	SS		df		MS		F	η	sig
	خطا	بین گروه	خطا	بین گروه	خطا	بین گروه			
تفکر همه یا هیچ	۴۴/۶۱	۲/۳۱	۷۷	۱	۰/۵۷	۲/۳۱	۴/۰۰	۰/۰۴	۰/۰۴
تعمیم مبالغه امیز	۷۱/۸۰	۲۰/۳۶	۷۷	۱	۰/۹۳	۲۰/۳۶	۲۱/۸۳	۰/۲۲	۰/۰۰
فیلتر سازی	۱۰۶/۰۷	۶/۸۶	۷۷	۱	۱/۳۷	۶/۸۶	۴/۹۸	۰/۰۶	۰/۰۲
بی توجهی به امور مثبت	۱۰۷/۲۹	۱۱/۴۶	۷۷	۱	۱/۳۹	۲۱/۲۵	۸/۲۲	۰/۰۹	۰/۰۰
شتابزدگی	۱۰۰/۷۳	۱۴/۷۷	۷۷	۱	۱/۳۰	۱۴/۷۷	۱۱/۲۹	۰/۱۲	۰/۰۰
بزرگنمایی	۵۶/۷۸	۰/۹۵	۷۷	۱	۰/۷۳	۰/۹۵	۱/۲۹	۰/۰۱	۰/۲۵
استدلال احساسی	۵۹/۱۴	۳۰/۶۵	۷۷	۱	۰/۷۶	۳۰/۶۵	۳۹/۹۱	۰/۳۴	۰/۰۰
تحریف باید نباید	۷۶/۷۸	۱/۱۴	۷۷	۱	۰/۹۹	۱/۱۴	۱/۱۴	۰/۰۱	۰/۲۸
برچسب زدن	۱۲۶/۳۷	۹/۸۱	۷۷	۱	۱/۶۴	۹/۸۱	۵/۹۸	۰/۰۷	۰/۰۱
شخصی سازی	۱۲۴/۸۰	۱/۲۲	۷۷	۱	۱/۶۲	۱/۲۲	۰/۷۵	۰/۰۱	۰/۳۸
نمره کل	۸۶۱/۱۹	۵۹۴/۷۱	۷۷	۱	۱۱/۱۸	۵۹۴/۷۱	۱۷/۵۳	۰/۴۰	۰/۰۰

بحث

برخی پژوهش‌ها نشان داده اند که تحریفات شناختی بر بیماران مبتلا به دردهای مزمن، اختلال افسردگی و یا ناتوانی‌های مزمن تاثیر جدی دارد (۱۴). سطوح بالای تحریفات شناختی، در بیماران مبتلا به دیابت، با استرس بیشتر در ارتباط است که منجر به کاهش تبعیت درمانی و نیز کنترل متابولیکی ضعیف تر می شود. بنابراین تحریفات شناختی، نقشی غیر مستقیم از طریق استرس در کنترل متابولیکی دارند (۱۵). تحریفات شناختی، نقش عمده‌ای را در مشکلات رفتاری externalizing مانند رفتارهای ضد اجتماعی، خلافکاری و پرخاشگری بازی می کنند (۱۶). همچنین تحقیقاتی نشان داده که نوجوانان مبتلا به دیابت که ادراکی منفی (negative perception) از بدن خود دارند، کنترل ناچیزی را بر سلامت خود استنباط می کنند و سبک اسناد بیرونی، نسبت به رویدادها دارند و لذا تبعیت درمانی کمی دارند (۱۷). در این میان، روان‌درمانی با رویکرد REBT باعث می شود تا افراد یاد بگیرند، افکار غیر منطقی خود را به چالش بکشند تا شیوه تفکر سودمند و منطقی را در خود گسترش دهند (۱۸). گروه درمانی با رویکرد REBT باعث افزایش خودکارآمدی در دانشجویان پرستاری می شود که با استرس های مختلف مواجه می شوند (۱۹) و در کاهش استرس بیماران مبتلا به دیابت نیز مؤثر است (۲۰). در مطالعه ای بر جوانان مبتلا به افسردگی کشور رومانی، نشان داده شده که REBT در مقایسه با دارو درمانی به تنهایی و دارودرمانی همراه با REBT اثربخش تر بوده است (۲۱). همچنین شواهدی وجود دارند که نشان می دهند REBT باعث کاهش علائم منفی مانند اضطراب، استرس، افسردگی، افکار غیر منطقی و همچنین بهبود راهبردهای مقابله با استرس می شوند (۲۲). در یک مطالعه موردی نشان داده شده که REBT پس از شش جلسه باعث کاهش علائم سندرم پاهای بی قرار و بهبود کیفیت خواب و عملکرد روزانه می شود و این بهبود تا هشت ماه پس از درمان قابل ملاحظه است (۲۳). مطالعه ای در زنان ساکن شهر قم نشان داد که رواندرمانی REBT بر کاهش علائم سوماتیک، اختلال وسواس و حساسیت در روابط میان فردی مؤثر می‌باشد (۲۴). گروه درمانی REBT در کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی بیماران نابینای غیر مادرزادی تأثیر بسزایی داشته است (۲۵).

گروه درمانی شناختی نیز می تواند به صورت معنی‌داری باعث کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش امیدواری در بیماران مبتلا به سل شود (۲۶).

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر، زیر مقیاسهای تفکر همه یا هیچ، فیلتر سازی، تعمیم مبالغه آمیز، بی توجهی به امور مثبت، شتابزدگی، استدلال احساسی، و برچسب زنی بعد از اجرای مداخله در گروه آزمایش، کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل یافته بودند. این امر بدین معناست که مداخله REBT به طورمعناداری بر بیشتر تحریفات شناختی اثر گذاشته و باعث کاهش آنها شده و در واقع هدف مطالعه تحقق یافته و فرضیه مطالعه مبنی بر کاهش تحریفات شناختی بیماران پس از اجرای مداخله REBT در گروه آزمایش، تأیید شده است.

در تحریف شناختی تفکر همه یا هیچ، فرد یک رفتار، فکر، موقعیت، پدیده یا موضوع را کاملا سفید یا سیاه می بیند و هر چیز کمتر از کامل ، شکست بی چون و چرا برای او تلقی می شود و لذا آسیب پذیری او نسبت به شکست بالاتر می رود. در فیلترسازی، افراد تحت تأثیر یک حادثه منفی همه واقعیت را تار می بینند و به جزئی ازیک حادثه منفی توجه می کنند و بقیه را فراموش می کنند. در تعمیم مبالغه آمیز، افراد حقایق زندگی را پررنگ تر از میزان واقعی می بینند. فردی که دچار این خطای

شناختی است، هر حادثه منفی و از جمله یک ناکامی شغلی را شکستی تمام عیار و تمام نشدنی تلقی می کند و آن را با کلماتی چون هرگز و همیشه توصیف می کند. در بی توجهی به امور مثبت، افراد توجه زیاد و با ارزشی به جنبه های مثبت زندگی خود ندارند و همیشه نکات مثبت را برای خود بی اهمیت جلوه می دهند که باعث کاهش شادی زندگی می شود و فرد را به احساس ناشایسته بودن سوق می دهد. در شتابزدگی، فرد بی آنکه زمینه محکمی وجود داشته باشد، نتیجه گیری شتابزده می کند و احتمال دارد که در این نتیجه گیری دچار اشتباه شود که طبعاً نتایج ناگواری در بر خواهد داشت. در استدلال احساسی، فرد گمان می کند که احساسات منفی او لزوما منعکس کننده واقعیت‌ها هستند. این نوع استدلال احساسی فرد را از بسیاری از واقعیت‌ها دور نگه می‌دارد. برچسب زدن شکل حاد تفکر همه یا هیچ است. به جای اینکه فرد بگوید «اشتباه کردم»، به خود برچسب منفی می زند:«من بازنده هستم» که این امر باعث کاهش عزت نفس می شود (۲۷).

محدودیت های پژوهش

با توجه به شرایط سخت جسمانی بیماران مبتلا به سل، ارتباط با آنها و اجرای فرایند روان‌درمانی گاهاً بسیار دشوار بود که این امر باعث می شد تا انجام کار طولانی تر و طی چند مرحله انجام شود که این موضوع به نوبه خود می توانست بر نتایج پژوهش اثر بگذارد اما با این حال تا حد امکان سعی شد در مناسب ترین زمان ممکن که بیماران آمادگی حضور در جلسات روان‌درمانی را داشتند، کار مداخله انجام پذیرد.

پیشنهادات پژوهشی

پیشنهاد می شود تا پژوهشگران آتی، به انجام مداخله های روان درمانی در گروه های وسیع تری از بیماران جسمی بپردازند، تا همزمان با درمان بیماری ارگانیک، مشکلات روانشناختی بیماران نیز درمان شوند و درمانی همه جانبه و یکپارچه دریافت کنند، زیرا در غیر این صورت امکان دارد که بیماران به دلیل مشکلات روانشناختی، از ادامه پذیرش وتبعیت درمانی امتناع و در نتیجه شاهد وخیم تر شدن بیماری و افت کیفیت زندگی این بیماران باشیم.

تشکر و قدردانی

مجریان این طرح از کلیه همکاران بیمارستان دکتر مسیح دانشوری که در انجام این طرح ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می کنند.

مراجع

1. Darvish pur Kakhki A, Etaati Z, Mir Saeidi Z SM, Masjedi MR, Velayati AA. Evaluation of the quality of life of the tubercular patients referring to Massih Daneshvari Hospital in the year 2005. Iranian Journal of Infectious Diseases and Tropical Medicine. 2006; 11 (32): 49 – 56. [Persian]

2. Aggarwal AN. Health-related quality of life: A neglected aspect of pulmonary tuberculosis. Lung India. 2010 Jan;27(1):1-3. doi: 10.4103/0970-2113.59259.

3. Hansel NN, Wu AW, Chang B, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: patient and provider perspectives. Qual Life Res. 2004 Apr;13(3):639-52.

4. Guo N, Marra F, Marra CA. Measuring health-related quality of life in tuberculosis: a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2009 Feb 18;7:14. doi: 10.1186/1477-7525-7-14.

5. Marra CA, Marra F, Cox VC, Palepu A, Fitzgerald JM. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. Health Qual Life Outcomes. 2004 Oct 20;2:58.

6. Chang B, Wu AW, Hansel NN, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: a review of the English language literature. Qual Life Res. 2004 Dec;13(10):1633-42.

7. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide. Oxford University Press; 1989.

8. Mootabi F & Fata L. On becoming a cognitive behavioral therapist. 2013. Tehran: Danjeh Pub. [Persian]

9. Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy: A Comprehen-Sive Method of Treating Human Distrubances. Citadel; 1996.

10. Velten E, Penn PE. REBT for people with co-occurring problems: Albert Ellis in the wilds of Arizona. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 2010.

11. Ellis A. Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy. Prometheus Books; 2010 May 1.

12. Dryden W, Neenan M. Essential rational emotive behaviour therapy. Wiley. 2003;18(5):1022-30.

13. Jelokhanian M & Khademi A. Effectiveness of Cognitive DistortionTraining on Marital Satisfaction in Women of Behzisty's Counseling Centers. 2013; 8 (29), 89- 111. [Persian]

14. Smith TW, Peck JR, Milano RA, Ward JR. Cognitive distortion in rheumatoid arthritis: relation to depression and disability. J Consult Clin Psychol. 1988 Jun;56(3):412-6.

15. Farrell SP, Hains AA, Davies WH, Smith P, Parton E. The impact of cognitive distortions, stress, and adherence on metabolic control in youths with type 1 diabetes. J Adolesc Health. 2004 Jun;34(6):461-7.

16. Helmond P, Overbeek G, Brugman D, Gibbs JC. A meta-analysis on cognitive distortions and externalizing problem behavior: Associations, moderators, and treatment effectiveness. Criminal justice and behavior. 2015 Mar;42(3):245-62.

17. Bennett Murphy LM, Thompson Jr RJ, Morris MA. Adherence behavior among adolescents with type I insulin-dependent diabetes mellitus: the role of cognitive appraisal processes. Journal of Pediatric Psychology. 1997 Dec 1;22(6):811-25.

18. Ellis A. Rational emotive behavior therapy: It works for me-it can work for you. Prometheus Books; 2004 Apr.

19. Kim MA, Kim J, Kim EJ. Effects of rational emotive behavior therapy for senior nursing students on coping strategies and self-efficacy. Nurse Educ Today. 2015 Mar;35(3):456-60. doi: 10.1016/j.nedt.2014.11.013. Epub 2014 Nov 27.

20. Zahrakar K. A Study of Effectiveness of Rational, Emotive, Behavior Therapy (REBT) with Group Method on Decrease of Stress among Diabetic Patients. Knowledge & Health. 2013; 7(4):160-164.

21. Iftene F, Predescu E, Stefan S, David D. Rational-emotive and cognitive-behavior therapy (REBT/CBT) versus pharmacotherapy versus REBT/CBT plus pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder in youth; a randomized clinical trial. Psychiatry Res. 2015 Feb 28;225(3):687-94. doi: 10.1016/j.psychres.2014.11.021. Epub 2014 Nov 20.

22. Calear AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. J Adolesc. 2010 Jun;33(3):429-38. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.07.004. Epub 2009 Jul 31.

23. Newman C. Using REBT in the treatment of restless leg syndrome: A case-study. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2014 Jun 1;32(2):139-49.

24. Haj Mohammad Hoseini T, Vaziri Sh, and Lotfi Kashan F. The Effect of REBT on Reducing Somatization Syndrome, Obsessive-Compulsive Disorder, and Interpersonal Sensitivity of Women living in Qom. Journal of life science and biomedicine. 2013; 3 (6): 428-431.

25. Mozafar Jalali MD. The effectiveness of rational emotional behavioral group therapy on stress reduction (studied case: 20 – 40 years old late blinds of Mashhad in 2012). Journal of behaviorals. 2012; 4 (13): 145-158.

26. Safa M, Ebrahimi M, Ghassem Boroujerdi F, Talischi F. Cognitive group psychotherapy in patients with tuberculosis. Practice in Clinical Psychology. 2013 Jul 15;1(3):157-62.

27. Shafiee Abadi A and Naseri Gh. Psychotherapy and counseling theories. 2017. Tehran: Markaz Nashre Daneshgahi. [Persian]