

اثربخشی آموزش تصویرسازی ذهنی بر درمان‌های شناختی و اضطراب بزرگسالان

ناتوان ذهنی

مهناز جعفری^{۱*}، ساسان ادیب^۲، محسن جلویز^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. دکتری مدیریت منابع انسانی، دانشگاه آزاد سیرجان، سیرجان، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره ششم، شماره بیست و چهارم، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۷۰-۵۹

چکیده

پژوهش پیش رو باهدف اثربخشی آموزش تصویرسازی ذهنی بر درمان‌های شناختی و اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی در بین بیماران ناتوان ذهنی مبتلا به اضطراب در مراکز درمان روان‌شناختی شهر شیراز انجام شد. این پژوهش باهدف کاربردی و به‌صورت شبه آزمایشی و مبتنی بر طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری را کلیه افراد ناتوان ذهنی مبتلا به اضطراب مراجعه‌کننده به مراکز درمان روان‌شناختی شهر شیراز در زمستان ۱۴۰۱ و بهار ۱۴۰۲، به تعداد ۱۶۸ نفر تشکیل دادند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر بود که به‌صورت نمونه‌گیری داوطلب در دسترس در دو گروه ۱۵ آزمایش (تحت آموزش تصویرسازی ذهنی و درمان‌های شناختی) و کنترل تقسیم شدند. برای سنجش اضطراب از پرسشنامه اضطراب پنهان و آشکار اسپیل برگر (پرسشنامه STAI) استفاده شد و برای آموزش تصویرسازی ذهنی و درمان‌های شناختی از برنامه‌های آموزشی مبتنی بر این دو درمان استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش آمار توصیفی و استنباطی به‌وسیله نرم‌افزار SPSS25 انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش تصویرپردازی ذهنی تأثیر معناداری بر اثربخشی درمان شناختی بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد [$F=21/87, P \leq 0/05$]. درمان‌های شناختی تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد [$F=97/37, P \leq 0/05$] و همچنین آموزش تصویرسازی ذهنی تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد [$P \leq 0/05$]. بر اساس نتایج کسب‌شده مشاهده شد که در همه فرضیه‌ها، میانگین نمرات برای گروه کنترل کمتر از گروه آزمایش است و این امر نشان‌دهنده تأثیر موفق آموزش تصویرسازی ذهنی بر درمان‌های شناختی و اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی است.

واژه‌های کلیدی: تصویرسازی ذهنی، درمان‌های شناختی، اضطراب، بزرگسالان ناتوان ذهنی.

مقدمه

اضطراب یا تشویش یا دلشوره عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم، هراس و نگرانی با منشأ ناشناخته که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است (داوودی و همکاران، ۱۳۹۸). تحقیقات و بررسی‌ها نشان می‌دهند که اضطراب در طبقات کم‌درآمد و افراد میان‌سال و سال‌خورده نسبت به بقیه افراد بیشتر دیده می‌شود (بهزاد پورو همکاران، ۱۴۰۰). در روان‌شناسی، اضطراب مرحله پیشرفته استرس مزمن است و هنگامی به صورت یک مشکل بهداشت روانی در می‌آید که مثلاً برای فرد یا اطرافیانش رنج و ناراحتی به وجود آورده یا مانع رسیدن شخصی به اهدافش شود و همچنین مواقعی که انجام کارهای روزانه و عادی مختل شوند. اضطراب هنگامی در فرد بروز می‌کند که شرایط استرس‌زا در زندگی او بیش‌ازحد طولانی شود یا به‌طور مکرر رخ دهد، همچنین اگر دستگاه عصبی بدن نتواند به مرحله مقاومت تنیدگی پایان دهد و بدن برای مدتی طولانی همچنان بسیج باقی بماند، در این صورت بدن فرسوده و در برابر بیماری‌های جسمی و روانی (مانند اضطراب) آسیب‌پذیر می‌شود (رضایی و همکاران، ۱۳۹۹).

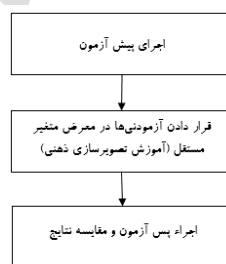
اضطراب یکی از مؤلفه‌های ساختار شخصیت افراد را تشکیل می‌دهد و از این زاویه است که پاره‌ای از اضطراب‌های دوران کودکی، نوجوانی و جوانی را می‌توان بهنجار دانست و تأثیر مثبت آن‌ها را بر فرآیند تحول، پذیرفت؛ چراکه این فرصت را برای افراد فراهم می‌آورد تا مکانیزم‌های سازشی خود را برای مواجهه با منابع تنیدگی‌زا و اضطراب‌انگیز گسترش دهند (سیلبرگ و همکاران^۱، ۲۰۲۳)؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت اضطراب در پاره‌ای از مواقع، سازندگی و خلاقیت را در فرد ایجاد می‌کند و امکان تجسم و سلطه بر آن‌ها را فراهم می‌آورد و یا اینکه وی را برمی‌انگیزد تا به‌طور جدی با مسئولیت مهمی مانند آماده شدن برای امتحان یا پذیرفتن وظیفه اجتماعی مواجه شود (فین و همکاران^۲، ۲۰۲۳)؛ اما گاهی اضطراب مزمن و مداوم می‌شود که در این صورت نه تنها نمی‌توان پاسخ را سازش یافته دانست بلکه باید آن را منبع شکست، سازش نایافتگی و استیصال گسترده‌ای تلقی کرد که فرد را از بخش عمده امکاناتش محروم می‌کند همه گاهی مضطرب می‌شوند (گرمی و همکاران^۳، ۲۰۲۲). امتحان، مسابقه ورزشی، ملاقات با فردی مهم و نگرانی درباره رابطه جدید همگی می‌توانند موجب احساس نگرانی شوند (جابلنسکی^۴، ۲۰۱۹). با توجه به آمارهایی که در دست روانشناسان است یک درصد از جمعیت ایران دچار اختلالات شدید روانی هستند که با توجه به جمعیت بیش از ۸۰۰ هزار نفر به اختلالات شدید روانی دچارند که باید زیر نظر پزشک درمان شوند. حدود ۱۵ درصد از مبتلایان به اختلالات اعصاب و روان را اختلالات اضطرابی تشکیل می‌دهد. این نشان می‌دهد که در صدر تمام بیماری‌های روانی که در کشور رو به افزایش هستند، بیماری‌های افسردگی، انواع اضطراب‌ها، هراس‌ها و ترس‌ها شیوع بیشتری یافته‌اند (امیریان و همکاران، ۱۳۹۹). تصویرسازی ذهنی، بازسازی دنیای فیزیکی دور از یک انسان در ذهن او است. این عمل، در بیشتر موارد، شامل

¹ Silberg² Fynn³ Grami⁴ Jablensky

تجربه درک یک شیء، رویداد یا صحنه است که درواقعیت، قابل حس نیست (کانزندورف و شیخ^۱، ۲۰۲۲). تصویرسازی ذهنی موجب ضخیم شدن قشر مخ می شود و این امر از فراموشی و آلزایمر جلوگیری می کند (ملکی و همکاران، ۱۴۰۰). با توجه به موارد ذکرشده پژوهش پیش رو باهدف اثربخشی آموزش تصویرسازی ذهنی بر درمان های شناختی و اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی انجام شده است. نکته مهم به عنوان یک مساله محوری در پژوهش حاضر این واقعیت است که در افراد کم توان و ناتوان ذهنی کمتر به مساله اضطراب توجه شده است و این دسته از افراد به دلیل مشکلات حرکتی/روانی که دارند از منظر ابتلا به اضطراب چندان موردتوجه قرار نگرفته اند (حشمتی فر و همکاران، ۱۳۹۸). از طرف دیگر تاکنون تحقیقات زیادی در رابطه با اثربخشی تکنیک تصویرسازی در افرادی با معلولیت ذهنی انجام نشده است و این امر منجر به شکل گیری یک شکاف تحقیقاتی شده است (اجرلو همکاران، ۱۴۰۰). این تحقیق به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر تصویرسازی ذهنی بر اضطراب در افراد ناتوان ذهنی می پردازد. اهمیت این پژوهش به دلیل کمبود تحقیقات در مورد اثرات درمان شناختی و تصویرسازی ذهنی بر اضطراب در افراد ناتوان ذهنی است. هدف این تحقیق پر کردن این شکاف های تحقیقاتی و ارائه راهکارهای جدید برای درمان اضطراب در افراد ناتوان ذهنی است. با توجه به این توضیحات سؤال اصلی تحقیق این است که آموزش تصویرسازی ذهنی تا چه حد بر درمان های شناختی و اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی تأثیر دارد؟

روش پژوهش

روش تحقیق حاضر از نظر نوع هدف کاربردی است، چراکه تحقیق حاضر به دنبال حل یک مشکل می باشد. از نظر شیوه اجرا، از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی است که در قالب طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام می شود. در این طرح متغیر وابسته قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل اندازه گیری می شود. مراحل اجرای طرح در سه گام کلی زیر قابل تعریف است:



شکل ۱. مراحل اجرا تحقیق

همچنین دیاگرام طرح به صورت جدول ۲ زیر می باشد.

جدول ۲. دیاگرام طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	
T2	X1	T1	R گروه آزمایش E
T2	---	T1	R گروه کنترل C

¹ Kunzendorf & Sheikh

به منظور انتخاب نمونه آماری، انتخاب تعداد ۳۰ نفر از بیماران ناتوان ذهنی مبتلا به اضطراب به مراکز درمان روان شناختی شهر شیراز به صورت نمونه گیری داوطلب در دسترس است؛ بنابراین، نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از بیماران است که به دو گروه ۱۵ نفری، شامل یک گروه آزمایش (تحت آموزش تصویرسازی ذهنی) و یک گروه کنترل تقسیم شدند.

ابزار پژوهش

در این تحقیق از پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر (پرسشنامه STAI) که هم اضطراب پنهان و هم اضطراب آشکار را اندازه گیری می کند، استفاده می شود. پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان STAI شامل مقیاس های جداگانه خود سنجی، برای اندازه گیری اضطراب آشکار و پنهان می باشد. مقیاس اضطراب آشکار (فرم y-1 از STAI) شامل بیست جمله است که احساسات فرد را در «این لحظه و در زمان پاسخگویی» ارزشیابی می کند. مقیاس اضطراب پنهان فرم y-2 از STAI هم شامل بیست جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می سنجد. معیار اعتبار پرسشنامه، این است که آزمودنی ها به صورت واضحی دستورالعمل مقیاس های «حالت» و «صفت» را متوجه شوند. بدین معنا که در پاسخگویی به مقیاس اضطراب آشکار، باید آن ها احساسات خودشان را در لحظه کنونی «زمان تکمیل فرم» و در پاسخگویی به مقیاس اضطراب پنهان، باید احساسات معمولی و غالب اوقاتشان را بیان نمایند؛ و جهت صداقت در پاسخگویی افراد به آزمون، باید به آزمودنی گفته شود که پاسخ های آن ها به عنوان راز حفظ خواهد شد و بخصوص گفته شود که نتایج به آن ها منعکس می گردد آنگاه پاسخ های آن ها، به طور عینی و واقعی خواهد بود. نمونه آماری در دو گروه آزمایش و کنترل دسته بندی شدند. سپس برنامه آموزشی تصویرسازی ذهنی که مبتنی بر طرح نوردین و کامپینگ^۱ (۲۰۰۸) است، به گروه آزمایش، طی ۹ جلسه آموزش داده شد. این برنامه شامل ۹ جلسه ۴۵ دقیقه ای است که هفته ای یک جلسه به بیماران آموزش داده شد و بعد از آن اثربخشی درمان برنامه آموزشی تصویرسازی ذهنی بر اضطراب بیماران با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره سنجش شد. بعد از آن، برنامه آموزشی درمان های شناختی رفتاری که مبتنی بر برنامه مک نامارا^۲ (۲۰۰۱) و آنتونی، ایرونسون و شنایدرمن^۳ (۲۰۰۹) (سجادی نژاد و همکاران، ۱۳۹۴) بود، وارد رابطه شد. برای این منظور برنامه آموزشی درمان های شناختی رفتاری به گروه آزمایش در طول ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای و یک بار در هفته برای بیماران اجرا شد و بعد از اتمام جلسات، اثربخشی درمان تصویرسازی ذهنی بر اضطراب بیماران در حضور درمان های شناختی رفتاری و از طریق آزمون کوواریانس چند متغیره اندازه گیری شد و در نهایت اثربخشی آموزش تصویرسازی ذهنی بر درمان های شناختی و اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی تحلیل شد. در واقع، آموزش تصویرسازی ذهنی به عنوان متغیر مستقل، درمان شناختی به عنوان متغیر میانجی و «کاهش» اضطراب به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته می شود. فرایند اجرای برنامه آموزشی تصویرسازی ذهنی به شرح زیر است:

¹ Nordin, & Cumming

² McNamara

³ Antoni, Ironson, Sniderman

جدول ۳. خلاصه جلسات آموزش تصویرسازی ذهنی (مبتنی بر طرح نوردین و کامینگ، ۲۰۰۸)

جلسه	هدف	مداخلات
اول	تجسم حس های منفرد	آگاه نمودن افراد از رویه پیشرو در تمرین تصویرسازی و تمرین تجسم، حواس بینایی و شنیداری و ارائه تکلیف خانگی
دوم	تجسم حس های منفرد	تمرین تجسم، حواس بویایی و چشایی و ارائه تکلیف خانگی
سوم	تجسم حس های منفرد	تمرین تجسم لامسه، دما، جنبش و ارائه تکلیف خانگی
چهارم	آموزش تصویرسازی نمادین	استفاده از نمادها برای تجسم و ارائه تکلیف خانگی
پنجم	آموزش تصویرسازی استعاری	تمرین تجسم تشبیهی (عروسک کهنه، خزه دریایی و تغییر شکل ها) و ارائه تکلیف خانگی
ششم	آموزش تصویرسازی رنگی	تمرین تصویرسازی، حضور در اتاق رنگی و تغییر رنگ ها و ارائه تکلیف خانگی
هفتم	تصویرسازی ذهنی هدایت شده	تمرین تجسم از حضور در مکان های دلپذیر (ساحل آفتابی) و ارائه تکلیف خانگی
هشتم	تصویرسازی ذهنی هدایت شده	تجسم چمنزار بیلاقی و ارائه تکلیف خانگی
نهم	تصویرسازی ذهنی هدایت شده	تمرین تجسم باغ مدطر و ارائه تکلیف خانگی

فرایند اجرای برنامه آموزشی درمان های شناختی رفتاری به شرح زیر است:

جدول ۴. خلاصه جلسات آموزش درمان های شناختی رفتاری (مبتنی بر برنامه مک نامارا، ۲۰۰۱ و آنتونی، ابرونسون و اشنایدرمن، ۲۰۰۹)

جلسه	مداخلات
اول	آگاه شدن از استرس ها و پاسخ های جسمی، آرمیدگی عضلانی تدریجی
دوم	تأثیر استرس بر الگوهای تفکر، حالات هیجانی، رفتار، حس های بدنی، سطوح تنش، روش های ارتباط با دیگران، اهمیت آگاهی در مدیریت استرس، آگاهی از نشانه های جسمی و ارتباط با افکار و احساسات.
سوم	تأثیر متقابل افکار، هیجانات و حس های بدنی با یکدیگر، آموزش تغییر «ارزیابی های» خود در موقعیت پراسترس و قطع چرخه افکار منفی.
چهارم	معرفی انواع رایج تفکر منفی و تحریفات شناختی، شناسایی افکار منفی.
پنجم	تأکید بر جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی
ششم	استفاده از تکنیک های آموخته شده، ارائه تعاریفی از مقابله و معرفی راهبردهای مقابله کارآمد و ناکارآمد.
هفتم	معرفی برنامه مقابله ای کارآمد
هشتم	آگاهی نسبت به پاسخ ها و الگوهای خشم و یادگیری روش های بهتر برای مدیریت خشم

بعد از تصویب طرح و کسب مجوز لازم از دانشگاه، محقق به صورت حضوری به مراکز درمان روان شناختی شهر شیراز مراجعه کرده و پس کسب مجوز از این مراکز، اقدام به نمونه گیری نمود. در این فرایند، افراد به صورت تصادفی و با قرعه کشی تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه تحت آموزش برنامه تصویرسازی ذهنی و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. جلسات هفته ای یکبار و به صورت گروهی برگزار شد. پیش-آزمون، قبل از شروع جلسات در هر دو گروه اجرا و پس آزمون نیز پس از اتمام جلسات در هر دو گروه اجرا شد. بعد از اتمام جلسات تصویرسازی ذهنی، تأثیر آموزش بر اضطراب بیماران از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره موردسنجش قرار گرفت و بعد از آن جلسات آموزشی مرتبط با درمان های شناختی رفتاری در ۸ جلسه و هفته ای یکبار بر روی گروه آزمایش اجرا شد. در این مرحله نیز گروه کنترل آموزشی را دریافت نکردند. در این مرحله نیز پیش آزمون، قبل از شروع جلسات در هر دو گروه، اجرا و پس آزمون نیز پس از اتمام جلسات در هر دو گروه اجرا شد. بعد از اتمام جلسات درمان های شناختی رفتاری، تأثیر آموزش تصویرسازی ذهنی در حضور آموزش درمان های شناختی رفتاری بر اضطراب بیماران از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره موردسنجش قرار گرفت. برای رعایت موازین اخلاق در پژوهش بعد از اتمام جلسات و بعد از مرحله پس آزمون، هر دو برنامه آموزشی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده و آزمون فرضیات تحقیق از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیر و چند متغیره در نرم افزار SPSS استفاده شده است.

یافته ها

جداول زیر برخی از شاخص های توصیفی مربوط به درمان های شناختی و اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش نشان می دهد.

جدول ۵. مشخصات توصیفی نمرات تمرکز در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه

گروه	شاخص	پیش آزمون			پس آزمون		
		درمان های شناختی	اضطراب (۱)	اضطراب (۲)	درمان های شناختی	اضطراب (۱)	اضطراب (۲)
آزمایش	میانگین	۱۵/۸۰	۳۸/۱۳	۳۹/۱۳	۲۳/۹۳	۴۷/۴۶	۴۷/۸۶
	انحراف استاندارد	۲/۵۹	۴/۱۷	۳/۵۲	۳/۵۵	۶/۰۱	۳/۸۳
کنترل	میانگین	۱۳/۶۶	۳۷/۶۶	۳۸/۱۳	۱۲/۵۳	۰/۳۸	۳۸/۵۳
	انحراف استاندارد	۳/۸۶	۴/۵۷	۳/۶۴	۷/۷۹	۴/۶۱	۳/۵۶

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود میانگین نمرات در گروه کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تغییر محسوسی نداشته است اما در گروه های آزمایش در مرحله پس آزمون افزایش یافته است که نشان دهنده اثربخشی آموزش ها است.

در جداول ۶ نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف آورده شده است. مقدار معناداری این آزمون برای همه متغیرها بیش تر از ۰/۰۵ است که باعث پذیرش فرض H_0 شد؛ بنابراین فرض نرمال بودن داده ها برای متغیرها در گروه ها کنترل و آزمایش تأیید می شود.

جدول ۶. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده های پیش از آزمون

گروه	آماره	پیش آزمون			پس آزمون		
		درمان های شناختی	اضطراب (۱)	اضطراب (۲)	درمان های شناختی	اضطراب (۱)	اضطراب (۲)
آزمایش	آماره	۰/۱۳	۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۱۰	۰/۳۵	۰/۲۴
	Sig	۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۰۶	۰/۲۲
	آماره	۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۱۷	۰/۱۹	۰/۱۷	۰/۲۲
	Sig	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۰۵

به منظور بررسی مفروضه خطی بودن رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون خطی بودن بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون درمان شناختی

ANOVAa					
	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	Sig
رگرسیون	۸۲/۷۲۴	۱	۸۲/۷۲۴	۸۹/۱۵	b۰/۰۰
باقیمانده	۵۴/۱۲۷۶	۲۸	۵۹/۴۵		
مجموع	۳۶/۲۰۰۱	۲۹			
Coefficientsa					
	مقادیر استاندارد نشده		مقادیر استاندارد شده		Sig.
	B	Std. Error	Beta	t	
پیش آزمون	-۳/۳۴	۵/۵۵		-۰/۶۰	۰/۵۵

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون خطی است $[F=۱۵.۸۹۸, P\text{-Value} \leq ۰/۰۵]$.

جدول ۸. نتایج آزمون خطی بودن بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب ناشی از درمان های شناختی

ANOVAa					
Sig.	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
b/۰۰	۹۱/۲۵	۴۳/۷۰۹	۱	۴۳/۷۰۹	رگرسیون
		۳۷/۲۷	۲۸	۴۳/۷۶۶	باقیمانده
			۲۹	۸۶/۱۴۷۵	مجموع
Coefficientsa					
Sig.	t	مقادیر استاندارد نشده		B	
		Beta	Std. Error		
۰/۰۰	۵/۰۹	۰/۶۹	۰/۲۲	۱۴/۱	پیش آزمون

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون خطی است $[F=۱۱.۸۶۴, P\text{-Value} \leq ۰/۰۵]$

جدول ۹. نتایج آزمون خطی بودن بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب ناشی از آموزش تصویرسازی ذهنی

ANOVAa					
Sig.	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
b/۰۰	۱۸/۰۵	۴۰/۶۴۴	۱	۴۰/۶۴۴	رگرسیون
		۵۱/۲۲	۲۸	۶۳/۰۳۵	باقیمانده
			۲۹	۱۰۳/۸۰	مجموع
Coefficientsa					
Sig.	t	مقادیر استاندارد نشده		B	
		Beta	Std. Error		
۰/۰۰	۴/۲۴	۰/۶۲	۰/۲۴	۱/۰۵	پیش آزمون

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون خطی است $[F=۱۸.۰۵۴, P\text{-Value} \leq ۰/۰۵]$

به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس تعامل بین متغیر همپراش و متغیر مستقل مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰. بررسی تعامل بین متغیر همپراش و متغیر مستقل

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig.
گروه * پیش آزمون	۴۸۷۴	۱	۴۸۷۴	۱/۹۳	۰/۱۷

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود تعامل متغیر مستقل و همپراش معنادار نیست. $[F=۱/۹۳۱, P\text{-Value} \leq ۰/۰۵]$ ؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که مفروضه همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۱۱. نتایج آزمون لوین مبنی بر همگنی واریانس ها

F	df	df	Sig.
۰/۰۱	۱	۲۸	۰/۹۰

همانطور که در جدول ۱۱ مشاهده می شود مفروضه همگنی واریانس ها نیز رعایت شده است $[P \geq ۰/۰۵]$.

جدول ۱۲. نتایج تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات درمان شناختی بزرگسالان ناتوان ذهنی

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	Sig.	مجزور اتا
پیش آزمون	۳۲۱/۴۵	۱	۳۲۱/۴۵	۱۲/۳۰	۰/۰۰	۰/۳۱
گروه	۵۷۱/۳۳	۱	۵۷۱/۳۳	۲۱/۸۷	۰/۰۰	۰/۴۴

همانطور که در جدول مشاهده می شود تأثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات پس آزمون معنی دار است [$P\text{-Value} \leq 0/05$]. می توان گفت: همبستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است. مقدار F در گروه، در سطح خطای کمتر از $0/05$ معنادار گزارش شد [$F=21/874$, $P\text{-Value} \leq 0/05$]; یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود. به این معنا که آموزش تصویرپردازی ذهنی تأثیر معناداری بر اثربخشی درمان شناختی بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد. مجذور اتا برابر با $0/448$ گزارش شد که میزان این تأثیرگذاری را نشان می دهد.

جدول ۱۳. نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.	مجذور اتا
پیش آزمون	۶۳۷/۳۵	۱	۶۳۷/۳۵	۱۰۳/۴۳	۰/۰۰	۰/۵۹
گروه	۶۰۰/۰۵	۱	۶۰۰/۰۵	۹۷/۳۷	۰/۰۰	۰/۵۸

همانطور که در جدول مشاهده می شود تأثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات پس آزمون معنی دار است [$P\text{-Value} \leq 0/05$]. می توان گفت: همبستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است. مقدار F در گروه، در سطح خطای کمتر از $0/05$ معنادار گزارش شد [$F=97/379$, $P\text{-Value} \leq 0/05$]; یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود. به این معنا که درمان های شناختی تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد. مجذور اتا برابر با $0/583$ گزارش شد که میزان این تأثیرگذاری را نشان می دهد.

جدول ۱۴. نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.	مجذور اتا
پیش آزمون	۲۷۸/۱۴	۱	۲۷۸/۱۴	۷۱/۳۰	۰/۰۰	۰/۵۲
گروه	۵۲۵/۰۳	۱	۵۲۵/۰۳	۱۳۴/۵۹	۰/۰۰	۰/۵۳

همانطور که در جدول مشاهده می شود تأثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات پس آزمون معنی دار است [$P\text{-Value} \leq 0/05$]. می توان گفت: همبستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است. مقدار F در گروه، در سطح خطای کمتر از $0/05$ معنادار گزارش شد [$F=134/591$, $P\text{-Value} \leq 0/05$]; یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود. به این معنا که آموزش تصویرسازی ذهنی تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد. مجذور اتا برابر با $0/533$ گزارش شد که میزان این تأثیرگذاری را نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

آزمون فرضیه اول نشان داد که آموزش تصویرپردازی ذهنی تأثیر معناداری بر اثربخشی درمان شناختی بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد. پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس آزمون وجود دارد؛ بنابراین

فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. به این معنا که آموزش تصویرپردازی ذهنی تأثیر معناداری بر اثربخشی درمان شناختی بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد. تصویرسازی ذهنی یعنی فکر کردن عمیق و یا متمرکز کردن انرژی فکر در مورد یک موضوع خاص همراه با تصویر آن موضوع می‌باشد. تصویرسازی ذهنی کاملاً شبیه واقعیت‌های بیرونی است (دنک و همکاران^۱، ۲۰۲۲). همچنین تصویرسازی ذهنی اکتسابی و بر اساس خلاقیت است و نه هوش؛ بنابراین این روش برای تمام افراد و تمام سنین مؤثر و کاربردی می‌باشد (کانزندورف، ۲۰۲۲). حال، صرف‌نظر از این‌که تعریف دقیق تصویرپردازی ذهنی چیست، نتیجه به‌دست‌آمده در این فرضیه نشان می‌دهد که تصویرپردازی باعث مرور ذهنی اتفاقات در ذهن افراد داشته و بدین ترتیب نوعی آماده‌سازی شخص برای بهره‌مند شدن از درمان شناختی اتفاق می‌افتد. به عبارت دیگر این تأثیرگذاری را می‌توان ناشی از تأثیر تصویرسازی بر ایجاد یک توالی منطقی بین وقایع مختلف در ذهن فرد قلمداد کرد (باندلو و همکاران^۲، ۲۰۲۲). تصویر ذهنی به افراد اجازه می‌دهد که با رابطه‌سازی میان توالی‌های مناسبی از تصاویر ذهنی، نظریه‌های قابل‌استفاده‌ای درباره نحوه عملکرد جهان در ذهن خود شکل دهند (دوراک و همکاران^۳، ۲۰۲۲). بدین ترتیب آمادگی آن‌ها برای حل عقلانی مسائل (که عنصر محوری در درمان شناختی است) را افزایش می‌دهد. آزمون فرضیه دوم نشان داد که درمان‌های شناختی تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد. پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. به این معنا که درمان‌های شناختی تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد (شیگی و همکاران^۴، ۲۰۲۲)؛ بنابراین درمان شناختی رفتاری با ارائه راه‌حل‌های عملی و منطقی برای برطرف کردن مشکلات باعث می‌شود که از عدم اطمینان و نگرانی فرد کاسته شده و بدین ترتیب، میزان اضطراب وی کاهش یابد. درواقع درمان‌های شناختی رفتاری به افراد (بیماران) این قدرت را می‌دهد که نحوه تفسیر و برخورد با چیزهایی که در محیط وجود دارد را کنترل کنند. این امر منجر به کاهش نگرانی، دلشوره و اضطراب می‌شود (شاگری و همکاران، ۱۴۰۱). به‌طورکلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر با استمداد از برنامه‌های درمان شناختی درمانی و تکنیک‌های مورد استفاده در آن، سعی شده تغییر باورهای بنیادین و افکار خودآیند منفی بیماران را هدف‌گذاری کرده و پس از ایجاد تغییرات شناختی در آنان، آن‌ها را به آگاهی از محتوای شناختی و هیجانی خویش رسانده و بدین ترتیب امکان بررسی راه‌حل‌های مناسب‌تر جایگزین و جلوگیری از پاسخ‌های خودکار را برای بیماران فراهم کند. با توجه به اینکه درمان‌های شناختی رفتاری به کار گرفته‌شده در برنامه درمانی و استفاده‌شده در این پژوهش، دارای ساختاری روشن و مدون بوده، توانمندی بیمار به پیگیری درمان را افزایش داده و باعث اثربخشی معنادار تکنیک‌های مربوطه در تغییر وضعیت روانی بیمار شده است.

آزمون فرضیه سوم نشان داد که آموزش تصویرسازی ذهنی تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد. پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد. به این معنا که آموزش

¹ Denecke² Bandelow³ Durak⁴ Shiqi

تصویرسازی ذهنی تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی دارد. تصویرسازی ذهنی یکی از انواع مداخلات ذهنی است که به طور قابل توجهی در تغییر فیزیکی - عاطفی - ابعاد روحی مؤثر است که با توجه به تکنیک‌ها و روش‌هایی که در درمان آن مورد استفاده قرار می‌گیرد، در درمان بسیاری از بیماری‌های روحی و روانی از جمله اضطراب مفید باشد (جوشی و همکاران^۱، ۲۰۲۱). در اینجا باید اشاره کرد که تصویرسازی ذهنی باعث مرور ذهنی وقایع در ذهن می‌شود (کجوری و محمدی، ۱۴۰۱)؛ و این امر باعث می‌شود سطح عدم قطعیت که باعث نگرانی راجع به آینده می‌شود به شکل قابل ملاحظه‌ای کاهش یابد (بروزا^۲، ۲۰۲۲). اضطراب، عموماً یک انتظار به ستوه آورنده است که ممکن است در تنشی گسترده و موحش و اغلب بی‌نام، اتفاق افتد (سیلبرگ و همکاران^۳، ۲۰۲۳)؛ بنابراین تصویرسازی ذهنی باعث کمرنگ شدن این انتظار ناراحت‌کننده می‌شود و بدین ترتیب منجر به کاهش اضطراب بزرگسالان ناتوان ذهنی می‌شود (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۸). به طور کلی می‌توان گفت که تصویرسازی ذهنی باعث می‌شود افراد کنترل و اداره تصویرهای ذهنی خود را به دست گیرند، این توانایی ورود تصورات منفی را به ذهن کاهش می‌دهد و همین عوامل باعث بالا رفتن کیفیت و امید به زندگی بیماران شده و اضطراب و استرس آنان را کاهش می‌دهد. همچنین ممکن است اجرای این شیوه‌ها به صورت گروهی باعث شود بیماران با مشاهده دیگر افراد مشابه خود و مشاهده درون‌مایه‌های مشترک خود و دیگران به آرامش بیشتری نائل شده و نشانه‌های اضطراب در آن‌ها کاهش یابد (کوور و همکاران^۴، ۲۰۲۱). نتایج این تحقیق نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر تصویرسازی ذهنی می‌تواند اضطراب در افراد کم‌توان ذهنی را به طور قابل توجهی کاهش دهد. این روش درمانی در مقایسه با درمان شناختی سنتی، اثربخشی بیشتری در کاهش اضطراب نشان داد. تصویرسازی ذهنی به عنوان یک ابزار قدرتمند، می‌تواند به افراد کم‌توان ذهنی در کنترل اضطراب و بهبود کیفیت زندگی کمک کند (جوردانا و همکاران^۴، ۲۰۲۰). پیشنهاد می‌شود که از این روش درمانی در برنامه‌های مداخله‌ای برای افراد کم‌توان ذهنی مضطرب استفاده شود.

منابع

- آجورلو، ز؛ مقدسین، م؛ و محسنی، ج. (۱۴۰۰). بررسی رابطه‌ی ساختاری افسردگی و اضطراب با علائم اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در بزرگسالان: با توجه به نقش میانجی‌گری خودتنظیمی هیجان و نقص در انواع توجه شناختی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸ (۲)، ۱۴۲-۱۲۵.
- امیریان، س. ر؛ امیری مجد، م؛ شهریاری احمدی، م؛ و الیاسی، ل. (۱۳۹۹). اثربخشی تقویت رفتاری مثبت مبتنی بر ذهن-آگاهی بر استرس، اضطراب و افسردگی مادران کودکان مبتلابه اتیسم. مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۷ (۳)، ۴۰۴-۴۱۲.
- بهزادپور، س؛ پوراعتماد، ح. ر؛ اکبری زردخانه، س؛ و سرداری، س. (۱۴۰۰). مقایسه نشانه‌های اضطرابی در کودکان پیش‌دبستانی با و بدون اختلال طیف اتیسم. کوشش، ۲۳ (۴)، ۴۳۲-۴۲۵.
- حشمتی فر، ن؛ محبی، م؛ برزویی، ف؛ و رخشانی، م. ح. (۱۳۹۸). تأثیر تصویرسازی ذهنی بر اضطراب قبل از عمل جراحی فتق انتخابی. فصلنامه طب مکمل، ۹ (۴)، ۳۹۳۹-۳۹۳۰.

¹ Joshi

² Borza

³ Corr et

⁴ Jordana

- داودی، م؛ شاملی، ل؛ و هادیان فرد، ح. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و ادراک درد افراد مبتلا به مالتیپل اسکولوروزیس. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۵ (۳)، ۲۶۵-۲۵۰.
- رحیمی، س؛ امین یزدی، س. ا؛ افروز، غ. ع. (۱۳۹۹). مقایسه کارکرد تحولی خانواده، ویژگی های شخصیتی و استرس والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و همتایان دارای کودک رشد بهنجار. مجله پرستاری کودکان، ۶ (۳)، ۲۱-۱۴.
- رضایی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان با اختلال اوتیسم. مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۰ (۳۸)، ۷۸-۵۷.
- سجادی نژاد، م. م؛ عسگری، ک؛ مولوی، ح؛ و ادیبی، پ. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی مدیریت استرس شناختی - رفتاری، آموزش خوش بینی و درمان طبی بر علائم جسمی، استرس درک شده، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۸ (۱۰)، ۴۰-۵۴.
- شاکری نسب، م؛ عظیم زاده طهرانی، ن؛ رستمی، ط؛ و پارسانژاد، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر ولع مصرف و خودکارآمدی ترک اعتیاد در بیماران تحت درمان با متادون. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶ (۶۴)، ۲۵۸-۲۴۱.
- کجوری، س؛ و محمدی، ش. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب جدایی دانش آموزان مقطع ابتدایی. مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری، ۱۱ (۲)، ۸-۱.
- ملکی، ف؛ کاشی، ع؛ عصاره، ا؛ و خاتون ضرونی، ن. (۱۴۰۰). تأثیر شیوه های مختلف تصویرسازی ذهنی دیداری و حرکتی بر یادگیری مهارت پرتاب از زیر شانه کودکان ۸ تا ۱۰ سال. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان شناختی، ۲۰ (۱۰۳)، ۱۲۱۲-۱۱۹۳.
- Antoni, M., Ironson, G., Sniderman, N. (2009). Manual of cognitive-behavior stress management. Translated by: Alemohammad J, Joker S, Nesht-doost H. First Edition, Isfahan: Jahad Daneshgahi Publication.
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2022). Treatment of anxiety disorders. Dialogues in clinical neuroscience; 19(2):93-107.
- Borza, L. (2022). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. Dialogues in clinical neuroscience, 19(2), 203-208.
- Corr, R., Pelletier-Baldelli, A., Glier, S., Bizzell, J., Campbell, A., & Belger, A. (2021). Neural mechanisms of acute stress and trait anxiety in adolescents. NeuroImage: Clinical, 29, 102543.
- Denecke, K., Schmid, N., & Nüssli, S. (2022). Implementation of cognitive behavioral therapy in e-mental health apps: literature review. Journal of Medical Internet Research, 24(3), e27791.
- Durak, M., Senol-Durak, E., & Karakose, S. (2022). Psychological distress and anxiety among housewives: The mediational role of perceived stress, loneliness, and housewife burnout. Current Psychology, 1-12.
- Grami, F., de Marco, G., Bodranghien, F., Manto, M., & Habas, C. (2022). Cerebellar transcranial direct current stimulation reconfigures brain networks involved in motor execution and mental imagery. The Cerebellum, 21(4), 665-680.
- Jablensky, A. (2019). Approaches to the definition and classification of anxiety and related disorders in European psychiatry. In Anxiety and the anxiety disorders (pp. 735-758). Routledge.
- Jordana, A., Turner, M. J., Ramis, Y., & Torregrossa, M. (2020). A systematic mapping review on the use of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) with athletes. International Review of Sport and Exercise Psychology, 1-26.
- Joshi, G., Daksha, C. P., Pammi, V. C., & Kar, B. R. (2021). Standardization and Convergent Validation of the State-Trait Anxiety Inventory with measures of Personality, Affective Control, 16(1), 85-94.
- Kunzendorf, R. G., & Sheikh, A. A. (2022). The psychophysiology of mental imagery: Theory, research, and application. Taylor & Francis.
- McNamara, S. (2001). Stress Management Programme For Secondary School Students: A Practical Resource for Schools. Published March 20, 2001 by Routledge.

- Nordin, S. M., & Cumming, J. (2008). Types and functions of athletes' imagery: Testing predictions from the applied model of imagery use by examining effectiveness. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 6(2), 189- 206.
- Shiqi, T., Yi, G., Mingxia, L., Jing, Y., & Liu, Z. (2022). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy on depression in poststroke patients-A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 111071.
- Silberg, T., Kapil, N., Caven, I., Levac, D., & Fehlings, D. (2023). Cognitive behavioral therapies for individuals with cerebral palsy: A scoping review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(8), 1012-1028.