

بررسی تاثیر مداخله تنظیم هیجان گروهی بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان

پستان

عشرت کریمی‌افشار^۱، گلنار شعبانیان^۲، لیلا سعید تالشی^۲، * وحید منظری توکلی^۳

۱. استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، ایران.

۳. باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۴/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۳۱)

The effectiveness of emotion regulation intervention on resilience and death anxiety of women with breast cancer

Eshrat Karimi Afshar¹, Golnar Shaebanian², Leila Said Taleshi², *Vahid Manzari Tavakolii³

1. Associate Professor in Psychology, Azad University, Sirjan, Iran.

2. M.A. in Clinical Psychology, Azad University, Sirjan, Iran.

3. Young and Elite Research Club, Rafsanjan Branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran.

(Received: Jun. 25, 2017 - Accepted: May. 21, 2018)

Abstract

Objective: Breast cancer is one of the common causes of fatalities in our country and psychological treatment can reduce the negative psychological effects in these patients. The purpose of this study was to investigate the effect of emotional regulation intervention on the survival and anxiety of women with breast cancer. **Method:** The research design is a pre-test, post-test, and experimental group. The statistical population of the study consisted of women with breast cancer who referred to Shahid Afzali Hospital in spring of 2012. The experimental group consisted of 30 patients who were randomly divided into two groups of 15 subjects. The experimental group received 8 sessions of emotional regulation intervention and the control group did not receive intervention during this period. The research tools were the convergent vibrational scale and death anxiety. Data were analyzed using statistical methods such as mean, standard deviation and multivariate covariance analysis. **Result:** The results showed that emotional adjustment sessions had an important effect on increasing the survival and decreasing the anxiety of women with breast cancer ($p < 0.01$). **Conclusion:** Emotions are socially useful and They can be effective in conveying feelings to others and building social interaction, and they can play an effective role in reducing the anxiety of women with cancer.

Keywords: emotion regulation intervention, resilience, death anxiety, breast cancer.

چکیده

مقدمه: سرطان پستان یکی از علل شایع مرگ و میر زنان در کشور ما بوده و درمانهای روانشناختی می‌تواند آثار روانی منفی در این بیماران را کاهش دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر مداخله تنظیم هیجان بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. روش: طرح پژوهش از نوع پژوهش‌های آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری مطالعه را زنان مبتلا به سرطان پستان تشکیل می‌دهند که در بهار سال ۱۳۹۶ به بیمارستان شهید افضل کرمان مراجعه کردند. گروه نمونه ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده فوق بودند که به‌طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه تحت مداخله تنظیم هیجان قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از مقیاس تاب‌آوری کانور و اضطراب مرگ. داده‌ها با استفاده از روشهای آماری میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد جلسات مداخله تنظیم هیجان به افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر معناداری داشته است ($p < 0/01$). نتیجه‌گیری: هیجانات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران و تعامل اجتماعی سازنده باشند و نقش مؤثری بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان دارند.

واژگان کلیدی: مداخله تنظیم هیجان، تاب‌آوری، اضطراب مرگ، سرطان پستان.

* نویسنده مسئول: وحید منظری توکلی

*Corresponding Author: Vahid Manzari Tavakolii

Email: v.manzari@ut.ac.ir

مقدمه

واقع بیمار با آگاهی یافتن از داشتن بیماری بدخیم تهدیدکننده حیات، درک افراد از زندگی تغییر می‌کند. به طوری که تحقیقات متعددی نشان داده است رابطه تنگاتنگی میان سرطان و حالات روانشناختی وجود دارد (پدرام و محمدی، نظیری و آیین پرست، ۱۳۸۹).

تا اوایل دهه ۸۰ اعتقاد بسیاری از پژوهشگران علوم روان‌شناسی این بود که رویدادهای تنش‌زا در بروز اختلالات روان‌تنی نقش مؤثری دارند، به عنوان مثال هولمز و راهه^۱ (۲۰۱۰)، دریافتند که رویدادهای زندگی با شروع بیماری رابطه دارد و بین رویدادهای تنش‌زا و اختلالات روانشناختی، عوامل تعدیل‌کننده ای وجود دارد که موجب می‌شود این رویدادها تأثیر متفاوتی بر افراد داشته باشند. یکی از این ویژگی‌ها تاب‌آوری است (شاکری نیا و محمدپور، ۱۳۹۴).

تاب‌آوری یا توانایی سازگاری مثبت با مصیبت و آسیب یک موضوع روان‌شناختی است که در ارتباط با پاسخ فرد به سرطان، تنش آسیب‌زا و موقعیت‌های مشکل‌آفرین زندگی بررسی شده است. بعضی دیدگاه‌ها تاب‌آوری را به عنوان پاسخ به یک واقعه خاص و بعضی دیگر آن را به عنوان یک سبک مقابله‌ای پایدار در نظر می‌گیرند (لاموند، دپ، الیسون، لانگر، ریچست، مور و گلشان، ۲۰۰۸). تاب‌آوری به عنوان یک عامل محافظتی است که مانند نوعی واکنش‌های مقابله‌ای موثر در برخورد با مسائل زندگی استفاده می‌نمایند و در نظر آنها مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد می‌باشد (حسینی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۱). مفهوم تاب‌آوری در ارتباط با نظریه منابع استرس‌ها توانایی درونی فرد را برای پاسخ دادن، دوام آوردن و طبیعی

نام سرطان همواره با پیام وحشت و مرگ همراه بوده است. این بیماری هر روز بیماران زیادی را به کام خویش فرو می‌برد و به همین علت است که از دیرباز، کشف علل و راه‌های درمان آن مد نظر پژوهش‌گران و دانشمندان علم پزشکی قرار گرفته است. به عبارت دیگر، اگرچه سرطان را نمادی از مرگ و نیستی می‌دانیم، اما هم‌چنان چشم امید و انتظار به سوی افق‌های دور دست برای غلبه بر این بیماری دوخته ایم (هیدر، ادی و آنتونی، ۲۰۱۳).

سرطان تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوتی در زندگی بیمار و خانواده وی می‌گذارد. پاسخ به سرطان به مواردی از جمله بیمار و ساختار روانشناختی وی، خانواده و محیط اجتماعی، ناتوانی‌ها و بدشکلی‌های ایجاد شده بستگی دارد و می‌تواند به تمام سطوح فعالیت‌های بیمار اثر بگذارد (کیسان، بلاک، اسمیت، میاچ و کلارک، ۲۰۱۳). بیماری‌های پستان از جمله سرطان پستان از شایع‌ترین بیماری‌های زنان است. سرطان پستان از جمله یکی از علل شایع مرگ و میر زنان در کشور ما، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و سبب خسارات فردی، خانوادگی، و اجتماعی وسیعی می‌شود. در تمام دنیا شایع‌ترین علت مرگ به دلیل سرطان در زنان، سرطان پستان است. به طوری که ۲۵/۵ درصد از کل سرطان‌های زنان مربوط به آن است. میزان بروز این بیماری در دنیا حدود ۱۳۸۴۱۵۵ مورد در سال است. بررسی آمار مربوط به سرطان پستان مؤید افزایش این بیماری در دنیا است. به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۲۰، بیست و شش درصد افزایش در میزان کنونی سرطان پستان و بیشتر در کشورهای در حال توسعه ایجاد شود. در ایران سرطان سینه ۲۱/۴ درصد از کل موارد گزارش شده سرطان را تشکیل می‌دهد (روح‌پرورزاده، قادری، پارسا و اللهیاری، ۱۳۹۳). در

رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه» انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که گروه درمانی به گونه ای معنادار به کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل منجر شد اما چنین تغییراتی در گروه کنترل مشاهده نشد. نتایج پژوهش کیتلیو، لوپریزیکاو و دارل (۲۰۱۱)، نیز نشان داد که مداخله مدیریت استرس بر تاب آوری بر روی ۲۵ زن مبتلا به سرطان پستان در طی ۱۲ جلسه منجر به افزایش تاب آوری، بالا رفتن کیفیت زندگی و در نهایت کاهش اضطراب و افسردگی شد. همچنین نتایج پژوهش میشل^۵ و آنتونی، آلین، سارا و هیدر (۲۰۰۹)، نشان داد که مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر سازگاری روانی و راهبردهای مقابله با درد در زنان تحت درمان سرطان پستان موثر بوده است. آنتونی^۶، اسمیت، پترونس، گالاتی، ول و بلومبرگ (۲۰۰۶)، نیز در پژوهشی روی زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله صفر تا سه که درمان شده بودند، نشان دادند که مداخله مدیریت استرس در کاهش اضطراب، پریشانی هیجانی^۷ و افکار مزاحم^۸ این زنان موفق بوده است. از آنجا که سرطان هیجانات افراد مبتلا را دستخوش تغییر بسیار می- کند، می توان با مداخله تنظیم هیجان به این بیماران کمک کرد. هیجان نقش مهمی در جنبه های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی را ایفا می کند. اصولاً، هیجان را می توان واکنشهای زیست شناختی به موقعیت های دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می کنیم و این واکنشهای زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می دهیم، همراه می شوند

بودن علی رغم وجود استرس ها است (۲۰۰۲).

از سوی دیگر آگاهی زنان مبتلا به سرطان پستان از نوع بیماری خود تغییر تحولات روانی در آنها به وجود می آورد که به توجه ویژه ای نیاز دارد. مجموعه این تغییرات و زیاد شدن دوره بیماری، اضطراب خاصی بر این زنان مبتلا به سرطان تحمیل می کند (راندا^۱، ۲۰۰۹).

در میان انواع خاصی از اضطراب که براساس منشأ آن شناخته و نامگذاری شده اند اضطراب مرگ یکی از مهمترین آنهاست. لانگ^۳ (۲۰۰۹) اضطراب مرگ را افکار، ترس ها و هیجانات مرتبط به واقعه پایانی زندگی و فراتر از حالت عادی زندگی می داند. داف و هانگ^۴ (۲۰۱۵) اضطراب مرگ را ترس آگاهانه و ناخودآگاه از مرگ یا مردن می دانند. اضطراب مرگ مفهومی پیچیده است که به سادگی قابل توضیح نیست و به طور کلی شامل مفاهیم ترس از مرگ خود و دیگران است. به بیان دیگر اضطراب مرگ شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است. اگر چه مرگ یک واقعیت زیست شناختی و روان شناختی است و احساسات در مورد فرایند مرگ و مردن ریشه در چگونگی اجتماعی شدن فرد در جامعه دارد، اما اندیشیدن به مرگ ترسناک است و بیشتر بیماران ترجیح می دهند به آن فکر نکنند، چرا که مرگ آسیب پذیری بشر را با وجود پیشرفت های فناوری یادآوری می کند و اضطراب و ترس از مرگ، تجربه ناخوشایند انسان هاست (قاسم پور و سوره و سیدتازه، ۱۳۹۱).

پدرام، محمدی، نظیری و آیین پرست (۱۳۹۲)، نیز پژوهشی با «عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی

5. Mecheal

6. Antoni

7. Emotional distress

8. Intrusive thoughts

1. Richardson

2. Randall

3. Lang

4. Duff, R., & Hong

تلاش برای برگرداندن او به سبک زندگی سالم از نکات در خور توجه است. از طریق روان‌درمانی، و به طور خاص با مداخله تنظیم هیجان می‌توان این عوارض را به حداقل رساند و با کمک به بیمار، نظام ایمنی بدن وی را تقویت کرد. به نظر می‌رسد افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان از طریق بازسازی شناختی و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد و تنظیم هیجان امکان‌پذیر است، بنابراین هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان است.

روش

طرح پژوهش از نوع پژوهش‌های آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل) است. جامعه آماری این مطالعه را زنان ۱۸ تا ۶۰ ساله مبتلا به سرطان پستان تشکیل می‌دهند که برای استفاده از امکانات درمانی (شیمی‌درمانی و رادیوتراپی) در زمستان سال ۱۳۹۵ به بیمارستان شهید افضلی شهر کرمان مراجعه کردند. گروه نمونه نیز ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده فوق بودند که پس از معرفی برنامه، آمادگی خود را برای شرکت در جلسه گروه درمانی اعلام کردند. گروه‌های نمونه شامل ۲ گروه ۱۵ نفری بیماران سرطانی بود (به این صورت، ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش). شرایط ورود آزمودنی‌ها در آزمایش دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، گذشت حداقل یک سال از شروع بیماری، قرار داشتن در مراحل ۱ تا ۳ بیماری، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، نداشتن ضایعات مغزی، عقب‌ماندگی ذهنی و توهم و هذیان فعال بود. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه تحت مداخله تنظیم هیجان قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد اما پس از اجرای پس‌آزمون

(جامفسکی^۱ و گرانس، ۲۰۱۱). هرچند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، اثر بگذارند. این توانایی که نظم جویی هیجان نامیده می‌شود، فرایندهای درونی و برونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف برعهده دارد (تامپسون^۲، ۲۰۰۳). تنظیم هیجان^۳ هیجان^۳ که از آن به عنوان مقوله‌ای مشتق‌شده از الف-آگاهی و درک هیجان‌ها ب-پذیرش هیجان‌ها، ج-توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی یاد می‌شود (گراتز^۴ و ریمر، ۲۰۰۴).

تنظیم هیجانی، شامل استفاده از استراتژی‌های رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه‌ی یک هیجان است و مشخص شده است که افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و اضطراب‌آور، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربه‌ی هیجانی خود استفاده می‌کنند (ذاکری، حسنی و اسماعیلی، ۱۳۹۶). یکی از متداول‌ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از راهبرد‌های شناختی است. شناختها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان‌ها مغلوب نشود و تاب‌آوری وی را در مقابل شرایط سخت‌ظیر بیماری‌ها و رویدادهای ناگوار افزایش دهد (محمدخانی، کوهسار، سلیمانی، اعتمادی و سیدعلی‌نقی، ۱۳۹۶).

از آنجایی که سرطان پستان بر جنبه‌های روانشناختی فرد اثر می‌گذارد از عهده بر آمدن و نیز

1. Garnefski
2. Thompson
3. emotion regulation
4. Gratz

فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و تحلیل کواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و آزمون کواریانس استفاده شد.

برای گروه کنترل دوره درمانی تنظیم هیجان برگزار شد. هر دو گروه قبل و بعد از اجرای آزمایش به پرسشنامه های تاب آوری کانور و دیویدسون (۱۹۶۱) و مقیاس اضطراب مرگ (BDI) پاسخ دادند. داده ها با استفاده از روش های آماری نظیر

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی راهبردهای خود نظم جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس

جلسه	محتوای جلسات
اول	پیش آزمون اجرا شد و ضمن آشنایی، سعی شد ارتباط عاطفی لازم برقرار شود و اهداف جلسات بیان شد.
دوم	با مروری بر جلسه قبل؛ مداخله آگاهی از هیجانات مثبت (شادی، علاقمندی، آرامش، دوستی، امیدواری) انجام شد و توجه به هیجانات مثبت و لزوم استفاده از آن ها همراه با مثال به صورت تجسم ذهنی مداخله داده شد و در پایان، تکلیف خانگی نوشتن هیجانات مثبت عمده و ثبت در فرم مربوطه انجام شد.
سوم	با مروری بر جلسه قبل؛ مداخله آگاهی از هیجانات منفی (اضطراب، غمگینی، خشم و نفرت) و توجه به هیجانات منفی و لزوم استفاده از آن ها همراه با مثال به صورت تجسم ذهنی صورت گرفت و تکلیف خانگی نوشتن هیجانات منفی عمده و ثبت در فرم مربوطه ارائه گردید.
چهارم	با مروری بر جلسه قبل؛ مداخله پذیرش هیجانات مثبت و پیامدهای مثبت و منفی آنها انجام شد و در پایان، تکلیف خانگی ارائه و نظرخواهی از والدین و دوست نزدیک در مورد پایین یا بالا بودن هیجانات مثبت و ثبت در فرم مربوطه ثبت گردید.
پنجم	مداخله جلسه چهارم اما برای هیجانات منفی به همراه تکلیف خانگی همان جلسه اما در مورد هیجانات منفی انجام شد.
ششم	با مرور جلسه قبل؛ مداخله ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات مثبت، مداخله تجربه ذهنی هیجانات مثبت به صورت تجسم ذهنی (شادی، علاقمندی، آرامش، دوستی، امیدواری) انجام شد و بازداری ذهنی و مداخله ابراز مناسب این هیجانات ارائه شد.
هفتم	مداخله ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات منفی: با مرور جلسه قبل، مداخله تجربه ذهنی هیجانات منفی (اضطراب، غمگینی، خشم و نفرت) ابراز نامناسب و بازداری ابراز نامناسب این هیجانات انجام شد.
هشتم	جلسات مداخله جمع بندی و اجرای پس آزمون انجام شد.

در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از صفر (همیشه نادرست) تا ۴ (همیشه درست) می سنجد. یک مطالعه مقدماتی در مورد ویژگی های روان سنجی این مقیاس در جمعیت عادی و بیماران، نشان داد که این ابزار همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی همگرا و واگرایی کافی دارد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چندبعدی است و وجود پنج عامل شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر / روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تأیید کرده است. چون

(۱) مقیاس تاب آوری کانور و دیویدسون (-CD-RISC): این مقیاس که توانایی سازگاری با تنش و آسیب را اندازه می گیرد، توسط کانور و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. شامل ۲۵ سوال و دارای چهار خرده مقیاس (شایستگی، استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی و تحمل عواطف منفی) است. طراحی این ابزار دو هدف داشت، یکی تهیه مقیاسی برای سنجش تاب آوری در نمونه های بالینی و بهنجار و همچنین ارزیابی میزان تغییر نمرات تاب آوری در پاسخ به درمان (بیجاری و همکاران، ۱۳۸۸). این مقیاس یک ابزار ۲۵ گویه ای است که تاب آوری را

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران به صورت جدول ارائه شده و سپس آماره‌های توصیفی نمره-های پیش آزمون و پس آزمون تاب‌آوری و اضطراب مرگ در گروه‌های کنترل و آزمایش ارائه می‌شود. همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، دامنه‌ی سنی بیماران بین ۲۰ تا ۲۹ سال است. سطح تحصیلات آزمودنی‌ها حداقل دیپلم و حداکثر کاردانی بود. سابقه‌ی ابتلای به بیماری تقریباً مشابهی نیز دارند.

برای نرمال بودن متغیرها از آزمون اسمیرنف و برابری واریانسها از آزمون لون (Leven) استفاده شده و چون p -مقدار (معنی‌داری) پیش آزمون و پس آزمون بزرگتر از سطح معنی‌داری $\alpha = 0/05$ هستند؛ لذا می‌توان گفت واریانس گروهها با هم برابر هستند و داده‌ها نرمال می‌باشند و آزمون پارامتریک قابل‌اجراء می‌باشد. جهت بررسی همگنی ضرایب (شیب) رگرسیون از آزمون تحلیل دو عامل واریانس GLM استفاده شده نتایج نشان داد مقدار p -محاسبه شده $0/506$ و بزرگتر از سطح معنی‌داری $0/05$ است در نتیجه می‌توان گفت داده‌ها از فرض همگنی شیب رگرسیون تبعیت می‌کنند و می‌توان از آزمون ANCOVA استفاده کرد. نتایج تحلیل کواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر تاب‌آوری در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با کنترل پیش آزمون، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه از لحاظ تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد ($F= 21/20$ و $P<0/01$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله تنظیم هیجان موجب افزایش تاب

پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به طور قطع تأیید نشده است، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود (کونر^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). محمدی (۱۳۸۴) این مقیاس را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است. وی این مقیاس را بر روی ۲۴۸ نفر اجرا کرد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ $0/89$ به دست آمد (شاکری نیا و همکاران، ۱۳۸۹).

۲) مقیاس اضطراب مرگ تمپلر: مقیاس اضطراب مرگ را تمپلر در سال ۱۹۷۰ ساخت و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشان‌دهنده وجود اضطراب در فرد است. به این ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس $0/83$ و روایی همزمان آن براساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار $0/27$ و با مقیاس افسردگی $0/40$ گزارش شده است. پایایی و روایی این پرسشنامه را در ایران رجبی و بحرانی (۲۰۰۸) بررسی کردند و بر این اساس ضریب پایایی تصنیفی را $0/60$ و ضریب همسانی درونی را $0/73$ گزارش کرده‌اند. برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجه آن $0/34$ همبستگی بین این دو مقیاس بود. پایایی مقیاس اضطراب مرگ تمپلر در این پژوهش نیز $0/81$ به دست آمد.

1. Conner

آوری در زنان گروه آزمایش شده است. نتایج تحلیل کواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر اضطراب مرگ در جدول ۵ نشان داده شده است. همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه

از لحاظ اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود دارد ($F=98/23$ و $P<0/01$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله تنظیم هیجان موجب کاهش اضطراب مرگ در زنان گروه آزمایش شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

بیماران	جنس	فاصله سنی	مجرد	متاهل	سطح تحصیلات
گروه کنترل	زن	۴۸-۲۷	۳	۱۲	دیپلم (۸)، لیسانس (۵) فوق لیسانس و بالاتر (۲)
گروه آزمایش	زن	۴۸-۲۴	۲	۱۳	دیپلم (۷)، لیسانس (۶) فوق لیسانس و بالاتر (۲)

جدول ۳. آماره‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون تاب‌آوری و اضطراب مرگ در گروه‌های گواه و آزمایش

زمان	پیش‌آزمون (تاب‌آوری)	پس‌آزمون (تاب‌آوری)	پیش‌آزمون (اضطراب مرگ)	پس‌آزمون (اضطراب مرگ)	گروه
میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
۲۰/۹	۵/۳۵۹	۲۰	۳/۵۲۴	۹/۸۸	۲/۳۳
۲/۵۱	۹/۷۴	۲/۵۱	۲/۵۱	۲/۵۱	۲/۵۱
۲۰/۷	۴/۹۹۳	۲۶/۹	۲/۸۱۸	۹/۵۶	۲/۴۸
۲/۲۷	۶/۲۱	۲/۲۷	۲/۲۷	۲/۲۷	۲/۲۷

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل در تاب‌آوری

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	P
پیش‌آزمون	۴۷.۷۸	۱	۴۷.۷۸	۱.۷۳	۰/۱۴
گروه‌ها	۵۸۲.۴۳	۱	۵۸۲.۴۳	۲۱.۲۰	۰/۰۱
خطا	۷۴۱.۷۲	۲۷	۲۷.۴۷		

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل در اضطراب مرگ

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	P
پیش‌آزمون	۵۱.۹۴	۱	۵۱.۹۴	۱.۳۱	۰/۱۲
گروه‌ها	۱۱۸۷.۴۶	۱	۱۱۸۷.۴۶	۲۳.۹۸	۰/۰۱
خطا	۱۰۶۶۸۵	۲۷	۳۹.۵۱		

نتیجه‌گیری و بحث

تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری داشته باشد.

پس از اجرای مداخله و بررسی داده‌های فرضیه دوم نتایج نشان داد مداخله تنظیم هیجان موجب کاهش اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های راندال (۲۰۰۹)، فلاح و همکاران (۱۳۹۰)، لانتز و گریگور (۲۰۱۱) و حسین‌آبادی (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین این یافته‌ها باید اشاره کرد که بیماران مبتلا به سرطان پستان دارای احساسات سرکوب شده و مزمن هستند، سطوح بالایی از اضطراب و استرس‌های روحی روانی در هر دو مرحله قبل و بعد از تشخیص دارا می‌باشند. چنین بیمارانی نیاز به مداخلات روانی، از جمله تشویق برای بیان احساسات و ارتباط با آنها را دارند. رویکردهای موجود در مداخلات تنظیم هیجان به علت دارا بودن تجربه‌های ذهنی هیجانات مثبت در بیماران مبتلا به سرطان و استفاده از راه‌حل‌های مقابله با هیجانات منفی به منظور کنار آمدن با بیماری، در بیماران مبتلا به سرطان و به گونه‌ای موجب افزایش امید به زندگی و به دنبال آن کاهش اضطراب مرگ می‌شود. مقابله با هیجانات منفی همچنین، ممکن است در خدمت عملکردهای متعدد مانند حفظ اعتماد به نفس، ارایه یک احساس معنا و هدف، آرامش روانی و حس امید به کار رود. هیجان نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کند. اصولاً، هیجان را می‌توان واکنشهای زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش‌برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنشهای زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر مداخله تنظیم هیجان بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله تنظیم هیجان بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مؤثر بوده و سبب افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب مرگ آنان شده است. پس از اجرای مداخله و بررسی داده‌های فرضیه اول نتایج نشان داد مداخله تنظیم هیجان موجب افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. این نتیجه با یافته‌های کیتلیو ۱ و همکاران (۲۰۱۱)، میشل ۲ و همکاران (۲۰۰۹)، آنتونی ۳ و همکاران (۲۰۰۶) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که با توجه به آنکه هیجانات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد حفظ یا قطع رابطه با دیگران سازنده باشند، تعدیل و تنظیم آنها از طریق مداخله تنظیم هیجان می‌تواند نقش مؤثری بر سلامت روان و متغیرهای مرتبط با آن از قبیل تاب‌آوری داشته باشد. زیرا هیجانات به عنوان راه‌حلی برای مقابله با چالش‌ها و استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کنند. به عبارت دیگر چون هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند، تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات باعث برخورد مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا شده (گراس^۴ و همکاران، ۲۰۰۲) و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد (توگاد^۵ و همکاران، ۲۰۰۲). بنابراین مداخله تنظیم هیجان می‌

- 1 . Caitlio
- 2 .Mecheal
- 3 .Antoni
- 4 .Gross
- 5 .Tugade

کنار آمدن با یک مسأله ناگوار با عملکرد بهتر و کاهش نشانه های اختلالات روانی مرتبط می باشد. از جمله محدودیت های این پژوهش محدود بودن نمونه پژوهش به زنان سرطان پستان بود لذا تعمیم نتایج این پژوهش به سایر بیماران سرطانی باید با احتیاط صورت گیرد. نبود مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی از دیگر محدودیت های پژوهش است. پیشنهاد می شود که درمانهای روانشناختی نیز در فرایند درمان این بیماران مد نظر دست اندرکاران امر قرار گیرد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران و هم‌چنین از کارکنان محترم بیمارستان شهید افضل شهر کرمان به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱، ۴، ۹۷-۱۰۹.

روح پرورزاده، نسیم. قادری، مریم. پارسا، علی. اله یاری، علیرضا. (۱۳۹۳). شیوع عوامل خطر سرطان پستان در زنان ۲۰ - ۶۹ ساله در اصفهان. فصلنامه بیماریهای پستان ایران، ۱، ۷، ۱۴۷-۱۶۰.

ذاکری، محمدمهدی؛ حسنی، جعفر و اسماعیلی، نفیسه (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو، فصلنامه روانشناسی سلامت، ۶، ۲۳، ۳۹-۵۶.

شاکری نیا، ا. و محمدپور، م (۱۳۹۴). رابطه تنش شغلی و تاب آوری با فرسودگی شغلی در

محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند و طبیعی است که مداخلات تنظیم هیجانی موجب کاهش اضطراب مرگ و به دنبال آن افزایش سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان شوند و در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه می‌کند و بهتر با آن رویدادهای اضطراب آور کنار می‌آید. مداخلات تنظیم هیجانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای سازگارانه با بهزیستی روانی و سلامت جسمانی رابطه مثبت و با اختلال های هیجانی همچون افسردگی رابطه منفی دارد. به بیان دیگر در مسائل تنش‌زا همچون مرگ، پذیرش مسأله و فکر کردن درباره چگونگی فایق آمدن بر واقعه تنش‌زا با کاهش اضطراب ناشی از واقعه تنش‌زا همراه است. به طوری که تفکرات مربوط به کم‌اهمیت بودن واقعه منفی، تأکید بر نسبیّت اتفاق در مقایسه با سایر حوادث و پذیرش موقعیت و

منابع

بیجاری، هانیه. قنبری هاشم آبادی، بهرام علی. آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا و همایی شاندیز، فاطمه (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی. ۱۰، ۱، ۱۸۴-۱۷۱.

پدرام، محمد. محمدی، مسعود. نظیری، قاسم. آیین پرست، ندا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بردرمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه زن و جامعه، ۴، ۱، ۷۹-۹۴.

حسینی قمی، طاهره. سلیمی بجستانی، حسین. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله تاب آوری بر استرس

- پرستاران زن، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال چهاردهم، ۲، ۴، ۶۲-۴۹.
- عابدینی، مهراندخت. (۱۳۸۹). بیماریهای پستان معاینه بالینی و روش های تشخیصی. مضراب، ۱، ۱۱-۲۱.
- قاسم پور، عبدالله؛ سوره، جمال و سیدتازه، میرتوحید (۱۳۹۱). پیش بینی اضطراب مرگ براساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، دانش emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*, 16(5), 403-420.
- Antoni MH, Smith RG, Petronis VM, Guellati S, Wells KA, Blomberg B, Carver CS. (2006). Reduction of cancer specific thought intrusions and anxiety symptoms with stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *AM J psychiatry*, 163: 1791 – 1797.
- Gire, J. T. How Death Imitates Life: Cultural Influences on Conceptions of Death and Dying. In W. J. Lonner, D. Dinnel, S. A. Hayes , & D. N. Sattler (Eds). (2014). *Online Readings in Psychology and Culture*. Washington: Center for Cross-Cultural Research.
- Caitlio NE, Loprinzika Prasad, Darrell R, Schrorder Amitsood. (2011). Stress management and resilience training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: A pilot randomized clinical trial. *Clinical breast cancer*, 11(6): 364 – 8.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41-54.
- Conner KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*; 18: 76-82.
- Gross JJ. emotion regulation. In: L. Feldman-Barrett & P. Salovey (2002), *the wisdom in feeling*. America, New York: The Guilford Press, 4, 2, 297-318.
- Duff, R., & Hong, L. (2015). Age density, religiosity, and death anxiety in retirement communities. *Rev Rel Res.*, 37, 19.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive

- Heather , M , Addie , C , Anthony , j , (2013). Effectiveness of cognitive behavioral intervention (CBT) on psycho-sexual adjasment for men with localized prostate cancer. *Journal of psycho oncology*.
- Kissane D, Bloch S, Smith G, Miach P, Clarke D, Ikin J. (2013). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Psychooncology*, 12, 6, 532-546.
- Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., Golshan, S., Ganiats, T. G. and Jeste, D. V. (2008). School of Medicine, University of California, San Diego. "Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women." *Journal of Psychiatric Research* 43, no. 2, 148-154.
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2009). Anxiety Disorders: How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Geriatrics*, 56 (5), 24-27.
- Mecheal H, Antoni SL, Alain D, Sara V, Heather H, Kristin P, et al. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and psychological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23: 580 – 91.
- Pedramrazi SH, Haghightat SH, Jorban M, Parsayekta Zohreh, Hoseiniagha F. (2013). Effect of reflexology on quality of life in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *I J B D*; 6(1): 23-34.
- Randall, E. (2009). Emotional therapy for panic disorder: A single system study. *Clinical Social Work Journal*, 29(3), 259-267.
- Richardson GE. (2002). The met theory of resilience and resiliency. *J Clin psychol*, 58(3): 307 – 321.
- Thompson, R. A. (2003). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(23), 25-52.
- Tugade MM, Frederickson BL. (2002). Positive emotions and emotional intelligence. In: L. Feldman-Barrett & P. Salovey (Eds), *the wisdom in feeling*. America, New York: The Guilford Press; p. 319-340.