

The Effectiveness of Emotion Regulation Group Training on Perceived Stress in Women with Breast Cancer in Isfahan

Mahtab Shastfooladi. M.A.

psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Iran

Gholam Reza Manshaei. Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran

Abstract

The aim of the study was to determine the effectiveness of emotion regulation group training on perceived stress symptoms in women with breast cancer. The research was semi-experimental with pre-test – posttest design and a follow-up. The population included all the women who were diagnosed with less-than-a-year breast cancer. From among them, thirty women, who were referred to the Charity Center in Isfahan, volunteered to participate in the study, were sampled, and were randomly assigned to experimental group and control group. The former received emotion regulation group training, while the latter did not receive any training. The experimental group received training in 8 sessions (two 45-minute sessions a week). All participants answered the items related to stress in Depressive Anxiety Stress Scale-21 before and after training. Analysis of covariance was used to analyse data. The results showed that there was a significant difference between the scores of experimental group and those of control group ($P < 0.05$). Therefore, emotion regulation group training significantly reduced the symptoms of perceived stress in women with breast cancer.

Keywords: perceived stress, emotion regulation, women with breast cancer.

تأثیر آموزش تنظیم هیجان به شیوه گروهی بر استرس زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان

مهتاب شصت فولادی

کارشناس ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران

غلامرضا منشئی*

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

چکیده

هدف این پژوهش، تعیین تأثیر آموزش گروهی تنظیم هیجان بر کاهش نشانه‌های استرس ادراک‌شده زنان مبتلا به سرطان سینه بود. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش همه زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر اصفهان بودند که کمتر از یک سال از تشخیص سرطان سینه در آنها می‌گذشت. از بین جامعه آماری ۳۰ زن مبتلا به سرطان سینه ارجاع داده شده به مرکز خیریه در شهر اصفهان به شیوه داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش، آموزش گروهی تنظیم هیجان دریافت کردند و به گروه گواه آموزشی داده نشد. آموزش در هشت جلسه (هفته‌ای دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) بر روی گروه آزمایش انجام شد. همه آزمودنی‌ها قبل از آغاز آموزش و پس از آن، به پرسشنامه DASS21 مربوط به استرس (لاویانند، ۱۹۹۵) جواب دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات استرس زنان مبتلا به سرطان سینه شرکت‌کننده در گروه آموزش تنظیم هیجان، نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری داشته است ($P < 0.05$). بنابراین آموزش تنظیم هیجان، نشانه‌های استرس ادراک‌شده را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: استرس ادراک‌شده، تنظیم هیجان، زنان مبتلا به سرطان سینه.

* نویسنده مسؤل: smanshaee@yahoo.com

پذیرش ۹۴/۹/۱۴

وصول ۹۴/۳/۱۴

مقدمه

یافته‌ها نشان می‌دهد، بیماران مبتلا به سرطان پستان از نشانگان روان‌شناختی همچون استرس ادراک‌شده^۷، اضطراب^۸، افسردگی^۹ و احساس درماندگی رنج می‌برند. در میان نشانگان روان‌شناختی، میزان ناامیدی و استرسی که فرد ادراک می‌کند، شرایط روحی خاصی را ایجاد می‌کند که فرد در آن شرایط، احساس درماندگی، ناتوانی و بی‌علاقگی به زندگی می‌کند (بادگر، سگرین، مک، لویز و بونهام^{۱۰}، ۲۰۰۴). استرس ادراک‌شده حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند. در واقع ایجاد استرس بستگی به چگونگی حس و درک فرد از موقعیت‌ها و حوادث دارد. ممکن است یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای فرد دیگری به‌صورت یک تهدید درک شود (کلارک^{۱۱}، ۲۰۱۰).

زنان مبتلا به سرطان پستان با استرس‌های متعددی از جمله ترس از مرگ احتمالی، استرس اطلاع دادن بیماری به اعضای خانواده، استرس از هم‌پاشیدگی زندگی، انگ اجتماعی، تأثیرات جانبی درمان و دیگر محرک‌های مربوط به بیماری و درمان روبه‌رو هستند (لیبل، رزبرگر، ادگار و دی‌ونس^{۱۲}، ۲۰۰۷). استرس شدید و بلندمدت نظیر تغییرات زندگی، توانایی سازگاری فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هارکنیس و لوتر^{۱۳}، ۲۰۰۱)، موجب افسردگی می‌شود و ضمن آسیب به بدن، لذت زندگی را از بین می‌برد (کی‌کولت - گلاسر، اسپیچر، هالیدی و گلاسر^{۱۴}، ۲۰۰۲). استرس با تأثیر بر دفاع‌های ایمنی و خود توده (تومور)، رشد یا فراگستری توده را افزایش می‌دهد. درنهایت، زنانی که در پی سرطان پستان استرس دارند، کمتر حتمال دارد از پیشنهادها، دستورات و تجویزهای پزشک خود پیروی کنند (اندرسون، گلدن - کرتز و دی‌لی‌لو^{۱۵}، ۲۰۰۱).

از جمله درمانی که برای حفظ سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه استفاده می‌شود و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، آموزش تنظیم هیجان^{۱۶} است. تنظیم هیجان

سرطان پستان^۱ در عصر حاضر، یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی زنان جهان است و شایع‌ترین سرطان زنان در بیشتر کشورهای دنیاست. سرطان پستان به تکثیر غیرطبیعی و بدخیم سلول‌های بافت پستان گفته می‌شود که به‌طور کلی به دو گروه اصلی کارسینوم در جا^۲ (غیرتهاجمی) و سرطان مهاجم تقسیم می‌گردد (سامی، ۱۳۸۳).

بر اساس آخرین آمار اعلام شده میزان ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۷/۵ در هزار نفر است (موحدی، ۱۳۹۰). میزان بقای ۵ ساله در این بیماران، در مراکز مختلف بین ۴۸ تا ۸۴ درصد (اکبری، فلاح، گلزاری، داستانی، موسوی و همکار، ۱۳۹۰) و میزان بقای کلی ۷۱ درصد است (موحدی، ۱۳۹۰). این مسأله گویای آن است که این افراد نسبت به مبتلایان دیگر سرطان‌ها، مدت طولانی‌تری با بیماری و یا با عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت و استرس‌های ناشی از آن به زندگی خود ادامه می‌دهند که در نتیجه، سلامت روان این گروه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (خادمی و سجادی هزاوه، ۱۳۸۸؛ فزایفانت^۳، ۲۰۰۷).

درمان سرطان همیشه با روش‌های تهاجمی شروع می‌شود. به دلیل طبیعت مزمن سرطان، بیمار مجبور است درمان طولانی‌مدت با داروهای شیمیایی را بپذیرد و معالجه هفته‌ها یا ماه‌ها به طول می‌انجامد (لبونتاواتچای^۴، ۲۰۰۷). زنانی که این بیماری در آنها زود تشخیص داده می‌شود با درمان دارویی و عمل جراحی با تأثیرات جانبی منفی بالقوه‌ای مثل ریزش مو، حالت تهوع، ادم لنفاوی^۵ و مشکلات جنسی روبه‌رو می‌شوند. درمان طولانی، توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی به‌عنوان زن خانه‌دار یا شاغل، وضعیت آینده و امکان بازگشت به کار، دچار شک و تردید می‌سازد. سطح بالای استرس، تأثیر منفی طولانی‌مدت بر خودباوری زنان دارد که تأثیر بسیار بد و مهمی در عملکرد خانواده، زناشویی و پایین آمدن سطح کیفی زندگی می‌گذارد (لکن لیندا، کمپاس بروکه، سرس^۶، ۲۰۰۴).

1. breast Cancer

3. Phisaiaphanth

5. lymphatic edema

7. Perceived stress

9. Depression

11. Clark

13. Harkness & Luther

15. Andersen, Golden-Kreutz & Dilillo

2. carcinoma in situ

4. Lueboonthavatchai

6. Luecken Linda, Compass Bruce & Sress

8. Anxiety

10. Badger, Segrin, Meek, Lopez & Bonham

12. Lebel, Rosberger, Edgar & Devins

14. Kicol-Glaser, Speicher, Holiday & Glaser

16. emotion regulation

جسمانی می‌شود (جان^۷ و گروس، ۲۰۰۴ و جورگن‌سن، جانسون، کول‌دزیچ و اسپریر^۸، ۱۹۹۶). در مطالعات دیندروف، ریچارد و یانگ^۹ (۲۰۰۸) نتایج نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش هیجان منفی و حوادث عاطفی و بهبود ارتباطات بیماران مبتلا به سرطان رابطه دارد و تمرکز بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، فهم افراد از مدیریت هیجان را ارتقا می‌بخشد. کیسان، بلوچ، اسیمت و میاچ^{۱۰} (۲۰۰۳) در استرالیا، مداخله گروهی را در کاهش اضطراب و بهبود ارتباطات بیماران مبتلا به سرطان پستان را مؤثر اعلام کردند.

با توجه به اینکه بیشتر جامعه بیماران مبتلا به سرطان پستان، زنان هستند و این افراد نقش حساس و مهم در خانواده و اجتماع را بر عهده دارند و همچنین با توجه به ترکیب ناهمگون جمعیتی ایران که متشکل از اقوام مختلف نیز است، مطالعات انجام شده بیشتر محدود به شهر تهران است (مرادی، همایی، شمسیان، افتخارزاده مشهدی، هدایتی‌مقدم و همکاران، ۱۳۸۷) و از جمله شهر اصفهان که از قطب‌های جمعیتی کشور بوده و سرطان پستان نیز در آن شایع است، کمتر مورد توجه قرار گرفته است و تاکنون مطالعه مشابهی در این منطقه انجام نشده است و یا حداقل پژوهشگر به آن دست نیافته است. همچنین با توجه به چارچوب نظری مذکور، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش تنظیم هیجانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به سرطان سینه، انجام گرفته است. انجام این پژوهش از بُعد افزایشی باعث تقویت علم روان‌شناسی بالینی می‌شود و یافته‌های آن با تقویت پژوهش‌های روان‌شناسی، نقش مهمی در بهبود سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان سینه از طریق برجسته نمودن تأثیر این روش درمانی برای درمانگران مشغول به فعالیت در این حوزه، داشته باشد. به همین منظور این پژوهش به دنبال دستیابی به این است که آیا آموزش تنظیم هیجانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر دارد؟

به معنای کاهش و تنظیم هیجان‌ات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ات است و به توانایی فهم هیجان‌ات، تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ات اشاره دارد (منین، همبرگ، ترک، فرسکو^۱، ۲۰۰۵). بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص در آن با اختلالات درون‌ریز و برون‌ریز ارتباط دارد (ستارپور، احمدی، بافنده، ۱۳۹۳). رضایی، ناجی‌اصفهانی، مؤمنی، قلعه‌قاسمی و همکاران (۱۳۹۱) در بررسی‌های خود نشان دادند رابطه آماری معنادار معکوس بین سلامت معنوی با میزان استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه بود. گروس^۲ (۲۰۰۳) الگوی فرایندی تنظیم هیجان را پیشنهاد کرده است. طبق الگوی گروس (۲۰۰۱)، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود. پاسخ‌های هیجانی، اطلاعات مهمی درباره تجربه فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کند. با این اطلاعات، انسان‌ها یاد می‌گیرند که در رویارویی با هیجان‌ات چگونه رفتار کنند، چگونه تجارب هیجانی را به صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجان‌ها به کار برند و در زمینه هیجان‌های خاص، چگونه با دیگران رفتار کنند (ستارپور و همکاران، ۱۳۹۳).

پژوهش‌ها نشان داده است که مشکلات تنظیم هیجان در افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه^۳، بیشتر است (مک‌درموت، تول، گراتز و لی‌جیوس^۴، ۲۰۰۹). نتایج حاکی است که آموزش گروهی تنظیم هیجان، تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب رساندن به خود، تنظیم نکردن هیجان و نشانه‌های ویژه اختلال و کاهش نشانه‌های اضطراب دارد (گراتز و گاندرسون^۵، ۲۰۰۶؛ اسماعیلی، آقای، عابدی و اسماعیلی، ۱۳۹۰؛ نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی، احدی، ۱۳۹۱). بر اساس پژوهش‌های مختلف، تنظیم هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی روان‌شناختی^۶، موجب بهبود سلامت

1. Mennin, Heimberg, Turk & Fresco
3. posttraumatic stress disorder
5. Gratz & Gunderson
7. John
9. Diefendorff, Richard & Yang

2. Gross
4. McDermott, Tull, Gratz & Lejuez
6. Psychological well being
8. Jorgensen, Johnson, Kolodziej, Schreer
10. Kissan, Bloch, Simth & Miach

روش

۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸)، ۷ سؤال مربوط به اضطراب (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰) و ۷ سؤال مربوط به افسردگی (۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱) است. و آزمودنی باید فراوانی علایم مطرح شده را در طول هفته گذشته با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین ۰ تا ۳) درجه‌بندی کند. در ایران پایایی این ابزار در یک نمونه از جمعیت عمومی شهر مشهد (۴۰۰) برای میزان افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین برای محاسبه اعتبار آن از روش ملاکی استفاده شده است و ضریب همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک با خرده‌مقیاس افسردگی ۰/۶۶، اضطراب ۰/۶۷ و استرس ادراک شده ۰/۴۹ معنی‌دار است (صاحبی‌اصغری، سالاری، ۱۳۸۴). لویباند و لویباند^۱ (۱۹۹۵) نیز همبستگی بالای این پرسشنامه را با پرسشنامه‌های مشابه ذکر کرده‌اند (کرافورد و هنری^۲، ۲۰۰۳). در این پژوهش پایایی نیز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای سه زیرمقیاس این پرسشنامه برای میزان افسردگی ۰/۶۴، اضطراب ۰/۵۶ و استرس ۰/۶۲ گزارش شد.

دو نمونه از سؤالات پرسشنامه DASS₂₁ عبارت‌اند از:
 ۱- احساس خوبی نسبت به خود و دیگران ندارم. ۲- در بدنم احساس لرزش می‌کنم.

روش اجرا و تحلیل

برای گروه آزمایش، آموزش کاهش استرس ادراک شده مبتنی بر تنظیم هیجان، در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار، به صورت گروهی اجرا شد. برای گروه گواه نیز هیچ آموزشی اعمال نشد. دستور کار جلسه‌ها و شیوه‌هایی که در هشت جلسه درمانی آموزش داده شد، براساس دستورالعمل آلن، مک‌هاگ و بارلو^۳ (۲۰۰۹) بود که در دانشگاه بوستون تهیه شد و اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۰) آن را ترجمه و با شرایط فرهنگی متناسب‌سازی و تنظیم کردند.

بعد از اتمام جلسات آموزشی، برای هر دو گروه در جلسه آخر، پس از آزمون اجرا و یک ماه بعد از اتمام آموزش‌ها آزمون پیگیری از دو گروه به عمل آمد. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در مرحله پیگیری، داده‌های خام با نرم‌افزار SPSS و با تحلیل کوواریانس به دلیل یک متغیر درون‌آزمودنی (در سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و یک متغیر بین گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) تجزیه و تحلیل شد.

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. در گروه آزمایش متغیر مستقل (آموزش تنظیم هیجانی) اعمال شد، ولی در گروه گواه اعمال متغیر مستقل وجود نداشت. در این پژوهش متغیر مستقل عبارت است از آموزش تنظیم هیجان و متغیر وابسته عبارت است از نمره استرس زنان مبتلا به سرطان سینه که از پرسشنامه^۱ DASS₂₁ (پرسشنامه سنجش افسردگی، اضطراب، استرس) به دست می‌آورند. جامعه آماری این پژوهش همه زنان مبتلا به سرطان سینه که کمتر از یک سال از تشخیص سرطان سینه در آنها می‌گذرد و وارد مراحل جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی شده‌اند، ارجاع داده شده به مرکز خیریه انتخاب در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ بودند که دسترسی به این بیماران با همکاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ممکن گردید که در نهایت ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند که به روش داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه (۱۵ نفر آزمایشی و ۱۵ نفر گواه) تقسیم شدند و به دنبال آن، اعضا با توافق کتبی و با استفاده از ابزارهای مورد نظر ارزیابی شدند.

در گروه‌های نمونه پژوهش ۱۱ نفر (معادل ۳۶/۶ درصد) زیر دیپلم بوده‌اند. ۶ نفر (معادل ۲۰ درصد) مدرک دیپلم داشته‌اند. ۱۰ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) مدرک لیسانس و ۳ نفر (معادل ۱۰ درصد) مدرک فوق‌لیسانس داشته‌اند. همچنین میانگین سنی در گروه گواه برابر ۳۵/۹۳ سال و در گروه آزمایش برابر ۳۳/۹۳ سال است، همچنین در کل میانگین سنی افراد برابر ۳۴/۹۳ با انحراف معیار ۱/۵۹ سال بوده است. با استفاده از آزمون t نتیجه می‌شود که اختلاف معناداری بین سن دو گروه مشاهده نشده است. همچنین ضریب همبستگی پیرسون ارتباط بین سن با استرس پیش‌آزمون برابر با ۰/۰۵۳- و مقدار سطح معناداری برابر ۰/۷۸۱ به دست آمده است که نشان می‌دهد ارتباط معناداری بین استرس و سن وجود نداشته است. بنابراین در تجزیه و تحلیل کوواریانس نیازی به بررسی سن نیست.

ابزار سنجش

پرسشنامه^۱ DASS₂₁ شامل ۲۱ سؤال با مقیاس لیکرتی است که ۷ سؤال آن مربوط به استرس ادراک شده (سؤال‌های ۱، ۶، ۸،

1. Depression Anxiety Stress Scale
 3. Crawford & Henry

2. Lovibond & Lovibond
 4. Allen, McHugh & Barlow

جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی

جلسه	عنوان	روش	تکلیف
۱	معرفی جلسات تنظیم هیجانی و اجرای پیش‌آزمون.	آشنایی اعضای گروه، قواعد حاکم بر گروه، معرفی مهارت‌های تنظیم هیجانی.	اعضای گروه، اهداف خود را برای شرکت در جلسات یادداشت کنند.
۲	خودآگاهی هیجانی - هیجان‌های بهنجار و نابهنجار.	شناخت هیجان و کنترل هیجانات افراطی.	شناسایی و نوشتن بیشترین احساسات و هیجان‌هایی که در روابط روزمره تجربه می‌کنند.
۳	علایم اختلال هیجانی، درمان مناسب و علل اختلال هیجانی و خطاهای شناختی.	تشخیص علایم اختلال هیجانی توسط فرد و اینکه نیاز به درمان وجود دارد؟ - تشخیص اینکه ارزیابی مفرط در مورد یک واقعه دارند یا نه.	نوشتن هیجانات منفی عمده و ثبت در فرم مربوطه.
۴	تفسیرها	آگاهی از رابطه میان افکار اتوماتیک، تفسیرها و رفتار	تکمیل پرسشنامه خودکاو (چگونه تفسیرهایمان را عوض کنیم)
۵	رفتارهای ناشی از هیجان	آگاهی از پیامدهای اجتناب هیجانی و آگاهی و تجربه هیجان یا سرکوب هیجان.	کاوش تمام راهکارهای اجتنابی که افراد را در طول هفته درگیر می‌کند و میزان آگاهی هیجانی در هر رویارویی با استفاده از درجه‌بندی آگاهی.
۶	رویارویی از درون و رویارویی با هیجان	مرور جلسه قبل؛ هیجان با تمرکز بر احساسات جسمی، انجام رویارویی و توجه دقیق به تمام موانع با رفتارهای اجتنابی، تفسیر مجدد و ارزیابی مجدد	تکمیل پرسشنامه خودکاو
۷	فرض‌ها و اصول و باورهای هسته‌ای	معرفی باورهای مربوط به طردشدگی، معرفت باورهای مربوط به درماندگی و شناسایی باورهای	شناسایی چند مورد از باورهای هسته‌ای
۸	تغییر باورهای هسته‌ای و ارزیابی نهایی و اختتام برنامه آموزشی	شکستن باورهای هسته‌ای مشکل‌زا و جایگزین کردن باورهای جدید، خلاصه و نتیجه‌گیری در مطالب مورد بحث در جلسات و اجرای پس‌آزمون.	جمع‌بندی و تکمیل پرسشنامه (پس‌آزمون)

یافته‌ها

ادراک‌شده ارائه شده است. در میانگین نمره استرس ادراک‌شده گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۷/۱۳، پس‌آزمون ۷/۲۷ و دوره پیگیری ۵/۳۳ بوده است. میانگین نمره در گروه گواه در پیش‌آزمون ۷/۰۰، پس‌آزمون ۷/۲۷ و دوره پیگیری ۸/۰۷ بوده است.

براساس نتایج جدول ۲ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و نمرات گروه‌های آزمایش و گواه بعد از حذف اثر پیش‌آزمون مقیاس استرس

شده است. در اول نتایج اثر آموزش بر تغییرات استرس پس از آزمون و در مدل دوم نتایج اثر آموزش بر تغییرات استرس زمان پیگیری بررسی شده است: همان طور که مشاهده می شود اثر آموزش تنظیم هیجانی بر تغییرات استرس ادراک شده در هر دو زمان پس از آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/05$). بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود. باید گفت که در زمان پیگیری سطح آزمون ۰/۰۱ است و توان آزمون نیز بالاتر از پس از آزمون است که نشان می دهد در زمان پیگیری تفاوت دو گروه بیشتر و توان آزمون در تشخیص اثر آموزش و تفاوت گروهها نیز بیشتر بوده است ($P < 0/05$). در نمودار ۱ تغییرات میزان علائم استرس ادراک شده در زنان مبتلا به سرطان سینه به تفکیک دو گروه ارائه مشاهده است.

نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف نشان داد که برای متغیر مورد بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیر در هر سه زمان مطالعه (پیش آزمون، پس از آزمون و پیگیری) برقرار بوده است و فرض هنجار بودن رد نمی شود. بنابراین استفاده از آزمون های پارامتریک برای داده ها بدون مانع است. همچنین آزمون لوین نشان داد که پیش فرض های مربوط به همگنی واریانس ها برای گروه های مورد مطالعه در متغیر استرس ادراک شده ($F = 0/932$; $P = 0/343$) معنادار نیست. فرضیه تساوی بودن واریانس ها نیز در هر سه زمان بررسی برقرار بوده است. در جدول ۳ نتایج دو تحلیل کواریانس در بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجانی به شیوه گروهی بر کاهش استرس ادراک شده در زنان مبتلا به سرطان سینه ارائه شده است. در هر دو متغیر استرس پیش از آزمون به عنوان کوریت در نظر گرفته

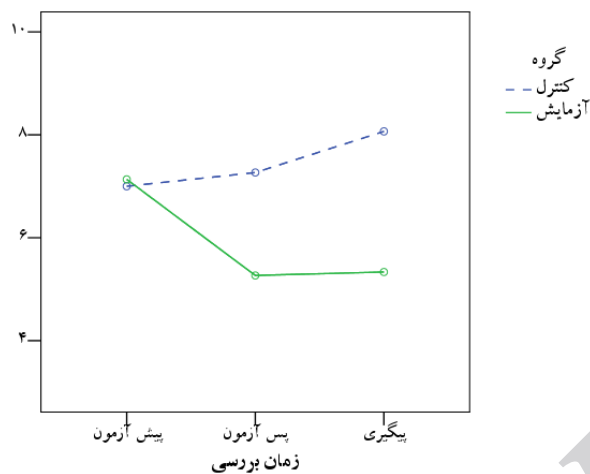
جدول ۲- میانگین، انحراف معیار استرس ادراک شده در قبل و بعد از آموزش تنظیم هیجانی به تفکیک گروه های آزمایش و گواه

متغیر مورد بررسی	زمان مطالعه	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون		گواه	۷/۰۰	۳/۹۸
		آزمایش	۷/۱۳	۳/۹۴
استرس ادراک شده	پس از آزمون	گواه	۷/۲۷	۳/۹۴
		آزمایش	۵/۲۷	۲/۹۶
پیگیری		گواه	۸/۰۷	۲/۲۲
		آزمایش	۵/۳۳	۲/۳۵

جدول ۳- خلاصه تحلیل کواریانس در بررسی تأثیر آموزش بر استرس ادراک شده

متغیر وابسته	متغیر مستقل و کوریت	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	اتا	توان
استرس	استرس پیش از آزمون	۱۶۵/۱۲۸	۲۵/۵۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۶	۰/۹۹۸
پس از آزمون	آموزش	۳۲/۴۹۱	۵/۰۲۰	۰/۰۳۳	۰/۱۵۷	۰/۵۷۹
استرس	استرس پیش از آزمون	۳۵/۷۲۳	۸/۷۲۵	۰/۰۰۶	۰/۲۴۴	۰/۸۱۳
پیگیری	آموزش	۵۷/۵۸۵	۱۴/۰۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳	۰/۹۵۱

میانگین نمره علایم استرس ادراک شده



نمودار ۱- تغییرات میزان علایم استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به سرطان سینه به تفکیک دو گروه

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجان به شیوه گروهی بر کاهش استرس ادراک‌شده زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان انجام گرفته است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش‌های تنظیم هیجان نسبت به گروه گواه بر بهبود استرس ادراک‌شده در گروه آزمایش اثربخش بوده است که نشانه اثر آموزش بر کاهش استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به سرطان سینه است.

در جامعه مورد مطالعه با توجه به نتایج، دو گروه گواه و آزمایش از لحاظ میانگین نمره استرس ادراک‌شده، قبل از آموزش همسان بوده‌اند و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشته است، اما اثر متقابل زمان و آموزش گروهی بر تغییرات استرس ادراک‌شده معنادار است، به طوری که در گروه آزمایش در مرحله پیگیری کاهش استرس ادراک‌شده مشاهده شد. لذا نتایج این پژوهش با پژوهش‌های مشابه که تأثیر آموزش تنظیم هیجانی در کاهش استرس ادراک‌شده را مطالعه کرده بودند، همخوان است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۱؛ گراتز و گاندرسون، ۲۰۰۶؛ اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۰؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۰؛ دیندروف و همکاران، ۲۰۰۸). بلاکدگه و هیز (۲۰۰۶) در مطالعه خود دریافتند که پذیرش مهارت‌های آموزش داده شده نیاز به زمان و تمرین برای بهبود دارد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که غالب پژوهش‌ها در مورد تنظیم هیجانی بر پایه این مفروضه قرار دارد که هدف

تنظیم هیجانی حمایت، شکل‌گیری عزت‌نفس، کارآمدی شخص و فردیت شخص است. این مسأله با هدف افزایش هیجان مثبت و اجتناب از هیجان منفی برای شکل‌گیری خوشبختی فرد قابل طرح است (الیوت، چیرکو، کیم و شلدون، ۲۰۰۱). به عبارت دیگر تنظیم هیجانی به منظم کردن و تنظیم فرایندهای احساسی گفته می‌شود. اگرچه بسیاری از مراجعان مایل‌اند که بی‌نظمی احساسات را با کمبود کنترل بر تحریک احساسات برابر بدانند. همچنین وقتی که این موارد تطبیقی باشد، بی‌نظمی احساسات به نارسایی‌هایی در توانایی تجربه، ابراز و استفاده از احساسات اطلاق می‌شود. وقتی که احساسات مردم دچار بی‌نظمی می‌شود، آنها احساس از دست دادن کنترل را گزارش می‌دهند. آنها مستعد انجام و گفتن چیزهایی هستند که در حالت عادی انجام نخواهند داد (هاونگ، ۲۰۰۶).

تلاش شد تا با آموزش تنظیم هیجانی از تأثیرات منفی استرس بر نشانه‌های این افراد کاسته شود. اصلاح ارزیابی‌های شناختی و تمرین‌های ارائه‌شده برای تلفیق شیوه‌های آموخته‌شده با موقعیت‌های زندگی واقعی به کاهش استرس ادراک‌شده منجر می‌شود. در این بیماران عمده‌ترین مسائل تنش‌زا در رابطه با مسائل بین‌فردی بود که شامل روابط زناشویی و روابط والدینی می‌شد. این احساس که دیگران آنها را درک نمی‌کنند از سویی و احساس وابستگی به دیگران به‌خصوص اعضای خانواده به علاوه ماهیت غیرقابل پیش‌بینی

استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، شماره ۱۹۵، ص ۹۳۱-۹۲۲.

سامی، پ. (۱۳۸۳). *پرستاری داخلی جراحی زنان پستان و تناسلی ادراری مردان*، برونر، سودارت، جلد دوازدهم، چاپ اول، انتشارات بشری: ۱۵۱.

ستارپور، ف، احمدی، ع، بافنده، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان، *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*، سال اول، شماره ۱، تابستان ۱۳۹۳، ۳۱-۳۸.

صاحبی، اصغری، سالاری. (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی آزمون (DASS21) برای جمعیت ایرانی، *روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسان ایرانی)*: تابستان ۱۳۸۴، دوره ۱، شماره ۴، از ص ۳۱۲-۲۹۹.

موحدی، م. (۱۳۹۰). *میزان بقای سرطان پستان در ایران*، یک مطالعه ملی. مرکز تحقیقات سرطان (در دست چاپ).

مرادی، م. همایی، ف. شمسیان، ع. افتخارزاده مشهدی، ا. هدایتی مقدم، م. بیدخوری، ح. غفارزادگان، ک. (۱۳۸۷). ارتباط زن‌های HER2/neu و p53 و گیرنده‌های استروژن و پروژسترون با میزان بقا در زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان، *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، سال اول، شماره دوم: صفحات ۱۷-۷.

نریمانی، م. آریاپوران، س. ابوالقاسمی، ع. احدی، ب. (۱۳۹۱). اثربخشی روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق جانبازان شیمیایی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، مقاله پژوهشی، سال ۱۵، شماره ۲ (شماره پیاپی ۶۱)، ص ۱۱۸-۱۰۷.

Allen, L.B., McHugh, R.K., & Barlow, D.H. (2009). *Emotional Disorder. Clinical Handbook of Psychological Disorder*. New York, The Guilford Press.

Andersen, B., Golden-Kretutz, D.M., Dilillo, V. (2001) Cancer (Chapter 43). In Baum A, Revenson TA, Singer JA. (Eds.). *Handbook of Health Psychology*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 709-721.

Badger, T., Segrin, C., Meek, P., Lopez, A.M., & Bonham, E. (2004). A case study of telephone interpersonal counseling for women with breast cancer and their partners. *Oncology Nursing Forum*, 31, 997-1003.

Blackledge, J.T., Hayes, S.C. (2006) Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*; 28: 1-18.

Clark, K.D. (2010) *The Relationship of Perceived Stress and Self-Efficacy Among Correctional Employees in Close-Security and Medium-Security-Level Institutions. Degree of Doctor of Philosophy, Psychology, Walden University*.

بیماری و هزینه‌های بالای درمان از سوی دیگر، از عوامل ایجادکننده استرس در این بیماران بود که فشار روانی زیاد حاصل از این عوامل مانع از تأثیر مداخله تنظیم هیجانی شده است. اما به مرور در طی جلسات این بیماران در جریان مداخله آموختند که چگونه می‌توانند این موقعیت‌ها را به شرایط قابل بررسی تبدیل و با آنها برخورد کنند. استرس‌های مرتبط با بیماری مانند درد، شیمی‌درمانی و محدودیت‌های عملکردی نیز مورد بحث قرار گرفت و بیماران آموختند که اگرچه ابتلا به بیماری با اراده آنها نبوده است و نمی‌توانند نشانه‌های خود را به‌طور کامل در اختیار داشته باشند، اما می‌توانند با پیروی مناسب از درمان و به‌کارگیری مهارت‌های تنظیم هیجانی، این نشانه‌ها را تا حدی بهبود بخشند و یا از وخیم‌تر شدن آنها جلوگیری کنند و احساس مثبت خویش را افزایش دهند (کریکو، رودی و منزی، ۲۰۰۴).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، تعداد جلسات کوتاه و عدم کنترل تأثیر انواع داروها در زنان مبتلا به سرطان سینه بود. این محدودیت‌ها احتمالاً نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده است. بر اساس نتایج، توجه به آموزش‌های تنظیم هیجان در بهبود علائم جسمانی و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه، مفید و مؤثر واقع می‌شود و راهنمای مشاوران و درمانگران برای ارتقای بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه خواهد بود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مرکز خیریه انتخاب در شهر اصفهان به دلیل همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

اسماعیلی، ل. آقایی، ا. عابدی، م. اسماعیلی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان دختران مصروع، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان، خوراسگان، *فصلنامه اندیشه و رفتار (روان‌شناسی کاربردی)*؛ (۲۰)۵: ۳۱-۴۲.

اکبری م.ا.، فلاح، ر.، گلزاری، م.، داستانی، م.، موسوی، م و ظهیرالدین، ع. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی / مرکز تحقیقات سرطان، *اندیشه و رفتار (روان‌شناسی کاربردی)*؛ (۱۹)۵: ۶۵-۷۶.

خادمی، م. سجادی هزازه، م. (۱۳۸۸). سرطان پستان: یک مطالعه پدیدارشناسی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*؛ ۱۲ (۱): ۲۹-۳۹.

رضایی، م.، ناجی اصفهانی، ا.، مؤمنی قلعه‌قاسمی، ه.، کریمیان، ط.، ابراهیمی، ج. (۱۳۹۱). ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن با

- Crawford, J.R., Henry, J.D. (2003). The depression anxiety stress scale (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*; 42: 111-131.
- Greco, C.M., Rudy, T.E., Manzi, S. Effects of a stress-reduction program on psychological function, pain, and physical function of systemic lupus erythematosus patients: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2004; 51(4): 625-34.
- Diefendorff, J.M., Richard, E.M., Yang, J. (2008). Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *Journal of Vocational Behavior*, 73(20), 498-508.
- Elliot, A.J., Chirkov, V.I., Kim, Y., & Sheldon, K.M. (2001) A cross-Cultural analysis of avoidance (relative to approach) Personal goals. *Psychological Science*, 12, 505-645.
- Gratz, K.L., Gunderson, J.G. (2006). *Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder*. *Behav Ther*, 37(1): 25-35.
- Gross, J.J. (2001). Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*. 10(2), 214-219.
- Gross, J.J., John, O.P. (2003). (Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships' and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*; 85: 348-362.
- Harkness, K.L., & Luther, J. (2001) Clinical risk factors for the generation of life events in major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4), 564- 572.
- Hawang, J.E. (2006). *A processing model of emotion regulation in sights from the attachment system*. Doctoral dissertation of philosophy, College of arts and Sciences Georgia State University.
- John, O.P., Gross, J.J. (2004). *Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development*; 72(6):1301-33.
- Jorgensen, R.S., Johnson, B.T., Kolodziej, M.E., Schreer, G.E. (1996). Elevated blood pressure and personality: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*; 120(2): 293-320.
- Kiecolt- Glaser, J.K. & Speicher, C.E. & Holiday, J. E. & Glaser, R. (2002) Stress and the transformation of lymphocytes by Epstein- barr virus. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 1-12.
- Kissan D.W., Bloch, S., Simth, G.C., Miach, P. (2003). Cognitive –existential group psychotherapy for women with primary breast cancer. *Psychological oncology*;12(6): 532-46.
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., Devins, G.M. Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. *Journal of Psychosomatic Research*. (2007); 63(3), 225-232.
- Lovibond, S.H., Lovibond, P.F. (1995) *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology foundation. Sydney.
- Lueboonthavatchai, P. (2007) Prevalence and Psychological Factors of anxiety and depression in Breast Cancer Patients. *Medical association Thailand Journal. Chulalongkorn University, Thailand*.12(2): 52-56.
- Luecken Linda, J., Compass Bruce, E. Sress. (2004). coping and immune function in breast cancer. *Society of Behavioral Medicine*; 4(4): 336-4.
- McDermott, M.J., Tull, M.T., Gratz, K.L., Daughters, S.B., Lejuez, C.W. (2009). The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *Journal of Anxiety Disorders*; 23(5): 591-9.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L., Fresco, D.M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Research and Therapy*; 43: 1281-1310.
- Phisaiphanth, S. (2007). *The relationship of internal coping resources and mental health problems in early breast cancer patients*. (Doctorate thesis of Nursing science in Mahidol University). Thailand. <http://mulinet10.li.mahidol.ac.th/e.thesis>.