

Simple and Multiple Relationships of Emotional Regulation, Pain Self-efficacy and Perception of Disease with Psychological Well-being in Breast Cancer Women

Erisian, Z., Torkan, *H., Mokarian, F.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the multiple relationships between emotional regulation strategies, pain self-efficacy and disease perception with psychological well-being in women with breast cancer in Isfahan city.

Method: A descriptive correlational research design were administered and statistical population included all breast cancer women referred to Isfahan health centers in the Spring 2018. Consequently, 160 breast cancer women were selected by available sampling method and based on inclusion/exclusion criteria. Data collection tools consisted of Gross and John's Emotion Regulation Questionnaires, Nicholas Pain Self-Efficacy Inventory (PSEQ), Bradbent et.al Illness Perception Questionnaire (IPQ) and Reif's Psychological Well-being Questionnaire (RPWS).

Results: The results showed that there is a positive and significant correlation between re-evaluation strategy (0/20), understanding the outcomes (0/16), personal control (0/17), treatment control (0/16) and total score of Perception of Disease (0/17) with psychological well-being in women with cancer. The results of a regression analysis showed that among all variables 1- perceived illness outcome and 2- re-appraisal strategy could significantly predict changes in the psychological well-being of breast cancer women. Two variables could explain 8% of the variance of psychological well-being.

Conclusion: According to the results, changes in the re-evaluation strategy and understanding the outcomes of the disease are associated with changes in the psychological well-being of women with breast cancer. Therefore, by recognizing and understanding deeper psychological characteristics and beliefs about the disease in women with breast cancer, they can take steps to increase their psychological well-being with new conditions.

Keywords: Emotional Regulation, Pain Self-efficacy, Illness Perception, psychological Well-being, breast Cancer.

روابط ساده و چندگانه نظم‌جویی هیجان، خودکارآمدی درد و ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به

سرطان پستان

زهرا اریسیان^۱، هاجر تorkan^{۲*}، فریبرز مکاریان^۳

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۴/۱۶

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۸/۲۰

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط ساده و چندگانه نظم‌جویی هیجان، خودکارآمدی درد و ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گردید.

روش: طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در بهار ۱۳۹۷ بود. متعاقباً ۱۶۰ زن مبتلا به سرطان پستان تحت درمان به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های نظم‌جویی هیجان گراس و جان، پرسشنامه خودکارآمدی درد نیکولاس (PSEQ)، پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (IPQ) و مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (RPWS) بود. به منظور تحلیل داده‌ها از روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی به روش گام به گام به کمک نرم افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین راهبرد ارزیابی مجدد (۰/۲۰)، درک پیامد (۰/۱۶)، کنترل شخصی (۰/۱۷)، کنترل درمان (۰/۱۶) و نمره کل ادراک بیماری (۰/۱۷) با بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین متغیرهای پژوهش، متغیرهای ۱- راهبرد ارزیابی مجدد و ۲- درک پیامد بیماری به طور مثبت و معناداری می‌تواند تغییرات مربوط به بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان را پیش‌بینی نماید. این دو متغیر بر روی هم قادر به تبیین ۸ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که تغییرات در راهبرد ارزیابی مجدد و درک پیامد بیماری با تغییرات در بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان همراه است. از این رو می‌توان با شناخت و درک عمیق‌تر از ویژگی‌های روان‌شناختی و باورهای مربوط به بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان، گام‌هایی را برای افزایش بهزیستی روانشناختی آنان با شرایط جدید برداشت.

واژه‌های کلیدی: نظم‌جویی هیجان، خودکارآمدی درد، ادراک بیماری، بهزیستی روانشناختی، سرطان پستان.

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۲- نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

سرطان پستان^۱ شایع‌ترین سرطان در زنان بوده و به یک نگرانی جهانی تبدیل شده است. این بیماری نزدیک به یک سوم از کل سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد(۱). در ایران نیز افزایش نگران‌کننده‌ای در بروز سرطان پستان مشاهده شده است، به طوری که این بیماری ۲۱/۴ درصد موارد گزارش شده از سرطان را تشکیل می‌دهد(۲). به دلیل نقش عمده پستان در جنسیت زن، واکنش نسبت به بیماری می‌تواند شامل مشکلات هیجانی و همچنین طرد شدن از طرف همسر باشد بنابراین عوارض و تغییرات ایجاد شده در شکل ظاهری می‌تواند بر خودآگاهی، اعتماد به نفس، احساس ارزشمندی و مقبولیت بیمار تأثیر گذارد و به عنوان یک بحران در زندگی فرد موجب به هم خوردن تعادل زندگی فرد شود(۳).

مسائل روانی اجتماعی فراوانی که اغلب این بیماران تجربه می‌کنند؛ بهزیستی روانشناختی^۲ این دسته از بیماران را می‌تواند شدیداً تحت تأثیر قرار داده و در نهایت روند بیماری را متأثر سازد(۲). ریف (۴) دریافت محققان درباره معیارهایی از قبیل دیدگاه مثبت نسبت به خود، پذیرش خود، تسلط محیطی، توانایی برقراری روابط گرم و قابل اعتماد با دیگران؛ روابط مثبت با دیگران، هدفمندی احساس جهت داشتن، هدف در زندگی، رشد پیوسته توانایی‌های بالقوه فردی؛ رشد فردی و مستقل بودن اتفاق نظر دارند(۵). از این منظر، شاخص سلامتی به عنوان نداشتن بیماری تعریف نمی‌شود به طوری که به جای تأکید بر بد یا بیمار بودن، بر خوب بودن تأکید می‌شود. افراد در صورتی که از بهزیستی روانشناختی بالایی برخوردار باشند، تجربه‌های خوشایند بیشتری را ادراک می‌کنند و کمتر از عواطف ناخوشایند رنج می‌برند(۶).

یکی از عوامل روان‌شناختی که نقش مؤثری در بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان ایفا می‌کند، تنظیم هیجان^۳ است(۷). مهارت‌های کارآمد تنظیم هیجان بر افزایش سلامت روان و تعاملات اجتماعی تأثیر گذار است و به همین دلیل مورد توجه قرار گرفته است(۸). گراس تنظیم هیجان را عاملی در نظر می‌گیرد که بر دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوب استوار است. ارزیابی مجدد^۴ یک راهبرد پیش از رخداد حادثه است که باعث تعبیر و تفسیر موقعیت

به نحوی می‌شود که پاسخ‌های هیجانی را کاهش می‌دهد. ارزیابی مجدد می‌تواند تجارب هیجانی منفی را تعدیل کند و باعث عملکرد بین فردی موفق شود؛ سرکوب^۵ یک راهبرد متمرکز بر پاسخ است؛ بعد از اینکه هیجان تولید و شناسایی شد، ابراز هیجان را سرکوب می‌کند(۹). فرض شایع در تحقیقات بالینی این است ارزیابی مجدد یک راهبرد تنظیم هیجان موفق و سالم است، در حالی که سرکوب هیجان راهبردی غیر مفید و ناسالم است که نتایج نامطلوبی دارد(۱۰). سرکوبی طولانی مدت تنظیم هیجان و اختلال در بیان عاطفی؛ با بروز بیشتر و سریع‌تر پیشرفت سرطان ارتباط دارد(۱۱). در این راستا نتایج مطالعه شروور، کرایچ و گارنفسکی (۱۲) نشان داد که افراد مبتلا به سرطان از راهکارهای ناسازگارانه نظیر نشخوارفکری^۶ و فاجعه‌سازی بیشتر استفاده می‌کنند و در نتیجه متحمل افسردگی و عواطف منفی بیشتری می‌شوند.

درد بخش جدایی ناپذیر بسیاری از سرطان‌ها است و از میان تمام عوارض سرطان، درد مهم‌ترین عامل تنیدگی‌زا برای بهزیستی بیماران محسوب می‌شود(۱۳). علیرغم پیشرفت‌های فراوان در شناخت علمی درد ناشی از بیماری سرطان در انسان، رنج بیماران همچنان ادامه دارد و علاج دردهای طاقت فرسا بسیار نارسا است(۱۴).

از عوامل روانشناختی مؤثر بر میزان دردی که فرد تجربه می‌کند خودکارآمدی است. خودکارآمدی درد^۷ عبارت است از میزان اطمینان فرد به توانایی‌اش برای حفظ عملکرد، علیرغم وجود درد. باورهای خودکارآمدی نقش عمده‌ای در سازگاری دردهای مزمن ایفا می‌کند و بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران با دردهای مزمن یا برخی از بیماری‌های خاص تأثیر گذار است(۱۵). به باور پاجرس و شانک(۱۶) احساس کارآمدی بالا در بیماران سرطانی، سلامت شخصی و توانایی انجام تکالیف را به طرق مختلف افزایش می‌دهد. افرادی که به قابلیت‌های خود اطمینان دارند؛ موارد بحرانی را به عنوان چالش در نظر می‌گیرند و اطمینان دارند که

1- breast cancer

2- psychological well-being

3- emotion regulation

4- reappraisal

5- suppression

6- rumination

7- pain self-efficacy

شد، پژوهش جامع و مشابهی که به طور همزمان به بررسی روابط ساده و چندگانه بین نظم‌جویی هیجان و خودکارآمدی درد و ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بپردازد، یافت نشد و نتایج چنین پژوهشی می‌تواند در آماده سازی بستر کمک-های روانشناختی به این بیماران مؤثر باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی روابط بین راهبردهای نظم‌جویی هیجان، خودکارآمدی درد، ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش در قالب یک طرح توصیفی از نوع همبستگی انجام گردیده است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی سیدالشهداء (ع) و کلینیک‌های تخصصی الزهرا و شیخ مفید شهر اصفهان در بهار ۱۳۹۷ بود. با توجه به طرح پژوهش حاضر، جهت برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی تاباخنیک و فیدل (۲۶) که برابر با $N \geq 50 + 8M$ است، استفاده شد (۲۱). در این فرمول N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای مستقل است. در این مطالعه ۱۲ متغیر مستقل (مقیاس نظم‌جویی هیجان با ۲ راهبرد، مقیاس ادراک بیماری با ۸ عامل و یک نمره کل و مقیاس تک عامل خودکارآمدی درد) وجود دارد که طبق فرمول فوق، حجم نمونه محاسبه شده برابر با ۱۴۶ نفر بود. اما برای اطمینان از حجم نمونه، تعداد ۱۶۰ زن مبتلا به سرطان پستان تحت درمان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- ابتلاء به بیماری سرطان پستان با نظر پزشک متخصص یا وجود پرونده پزشکی مربوطه در مراکز درمانی ۲- دامنه سنی ۲۵-۶۵ سال ۳- داشتن حداقل سواد در حد خواندن و نوشتن ۴- داشتن آگاهی نسبت به بیماری خود ۵- رضایت و حضور داوطلبانه برای شرکت در پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج نیز شامل شرایط حاد جسمانی ناشی از بیماری و یا دوره درمانی (شیمی درمانی، پرتو درمانی) و ناتوانی در پاسخ‌گویی به سؤالات بود. میانگین و انحراف استاندارد سن

موقعیت‌های تهدیدآمیز را تحت کنترل در می‌آورند؛ چنین برداشتی تنیدگی روانی را کاهش می‌دهد.

نحوه ارزیابی از علائم بیماری موضوعی است که از دیرباز در ارتباط میان بیمار و متخصصان بالینی مطرح بوده و ادراک نادرست بیماری همواره یک مشکل مهم و چندوجهی در حوزه سلامت و بهزیستی محسوب شده است (۱۷). ادراک بیماری^۱ می‌تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. به طوری که داشتن تصویری غلط درباره بیماری می‌تواند به پیروی ضعیف‌تر منجر شود (۱۸). در مطالعات بر روی بازنمایی‌های ادراکی از بیماران، مدل لونتال (۱۹) که یک مدل خودتنظیمی^۲ است نشان می‌دهد که هر انسان در شرایط بیماری، تجربیات خود را حول پنج عنصر شکل می‌دهد: (۱) هویت بیماری (۲) علت بیماری (۳) سیر بیماری (۴) پیامدها (۵) درمان/کنترل‌پذیری بیماری. لونتال (۲۰) بر این عقیده است که هر جزء از ادراک بیماری می‌تواند بر رفتار کمک‌جویی زنان در واکنش به علائم سرطان پستان اثر بگذارد. در واقع تصمیماتی که زنان در مرحله ارزیابی و درمان علائم سرطان پستان اتخاذ می‌کنند تحت تأثیر ادراک علائم بیماری و ویژگی‌های عاطفی قرار دارد. بنابراین اگر بیمار باورهای غلطی درباره بیماری داشته باشد، ممکن است راهبردهای سازگاری ناهنجاری را اتخاذ کند و چنین راهبردهایی می‌تواند اثرات مضر بر بهزیستی فرد داشته باشد (۲۱).

پژوهش‌های گوناگونی در زمینه وضعیت روانشناختی بیماران سرطانی انجام شده است از جمله کوتن و همکاران (۲۲) نشان دادند که بین بهزیستی روانشناختی و سبک‌های تنظیم هیجان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. په، کائو و ماهندران (۲۳) نشان دادند که امید و ارزیابی مجدد در بیماران سرطانی با بهزیستی روانشناختی همبستگی معناداری دارد؛ کلایر، برندسون، بیشاپ، باربا، و اندرسون (۲۴) با بررسی مدل مفهومی تنظیم هیجان در بیماران سرطان پستان نشان دادند راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان بر بهزیستی عاطفی در بیماران زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد. لی و همکاران (۲۵) نیز نشان دادند که راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان با سلامت روان رابطه معنادار دارد. با توجه به آنچه که گفته

1- illness perception

2- self-regulatory

دامنه نمرات آن از ۰ تا ۶۰ است. نمره بالاتر بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیت‌های روزمره علی‌رغم وجود درد است. در پژوهش برومند (۲۹) اعتبار همگرایی مقیاس خودکارآمدی درد با مقیاس خودکارآمدی شرر برابر با ۰/۵۷ بدست آمد. برای بررسی پایایی پرسشنامه، اصغری مقدم و همکاران (۱۵) ضرایب بازآزمایی پرسشنامه را با فاصله زمانی ۹ روز گزارش کرده‌اند و ضرایب پایایی آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش تصنیف و روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به دست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت‌بخش آزمون است.

۴- پرسشنامه ادراک بیماری برادبنت^۴: پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. سؤال‌ها به ترتیب پی‌آمدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری و یک نمره کل را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را مورد سؤال قرار می‌دهد (لازم به ذکر است که سوال ۹ باز پاسخ می‌باشد و به علت بیماری از دیدگاه بیمار می‌پردازد بنابراین وارد فرایند تحلیل نگردید). برادبنت و همکاران (۳۰) اعتبار همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ گزارش کردند. همچنین همبستگی نمرات زیرمقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آوردند. در پژوهش کلانتری و همکاران (۱۸) آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. بزازیان و بشارت (۳۱) در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند.

شرکت کنندگان در پژوهش برابر با $9/21 \pm 49/65$ سال بود. که ۱۰ درصد زنان (۱۶ نفر) مجرد و ۸۵ درصد (۱۳۶ نفر) متأهل و ۵ درصد (۸ نفر) بیوه یا مطلقه بودند.

ابزار

در این پژوهش از ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد:

۱- پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک^۱: این پرسش نامه شامل سؤالاتی در مورد اطلاعات جمعیت شناختی فردی شامل: سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و تعداد فرزندان و اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به بیماری شامل: مدت ابتلاء به سرطان و سابقه خانوادگی سرطان بود.

۲- پرسشنامه نظم جویی هیجان^۲: این پرسشنامه توسط گراس و جان (۱۰) تهیه شده است که از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و سرکوب (۴ گویه) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (هفت درجه‌ای)، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. حداقل نمره در بعد ارزیابی مجدد برابر با ۶ و حداکثر نمره برابر با ۴۲ می‌باشد. هم چنین حداقل و حداکثر نمره در بعد فرونشانی به ترتیب برابر با ۴ و ۲۸ می‌باشد. لازم به ذکر است نمره بالاتر در ارزیابی مجدد نشان دهنده کاربرد بیشتر راهبردهای نظم جویی هیجانی موفق و سالم است، در حالی که کسب نمره بالاتر در مؤلفه فرونشانی نشان دهنده کاربرد بیشتر راهبردهای غیر مفید و ناسالم است. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوب ۰/۷۳ و پایایی باز آزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (۱۰). این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است. پایایی این مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) گزارش شده است (۲۷).

۳- پرسشنامه خودکارآمدی درد نیکولاس^۳: این پرسشنامه ده سؤالی، براساس نظریه بندورا در مورد خودکارآمدی می‌باشد و به منظور ارزیابی باور بیمار از توانایی‌اش در انجام فعالیت‌های گوناگون علی‌رغم وجود درد توسط نیکولاس (۲۸) ساخته شده است که کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد را ارزیابی می‌کند. پاسخگویی به این پرسشنامه تک عاملی در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای بوده و

- 1- Demographic Information Questionnaire
- 2- Emotional Regulation Questionnaire
- 3- Nicholas Pain Self-efficacy Questionnaire
- 4- Brodbent Illness Perception Questionnaire

درصد (۲۶ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی و تحصیلات تکمیلی بودند. از لحاظ وضعیت شغلی، ۷۴/۴ درصد (۱۱۹ نفر) زنان خانه‌دار، ۲۰/۷ درصد (۳۴ نفر) شاغل و ۵ درصد (۸ نفر) بازنشسته بودند. هم‌چنین ۷ درصد (۱۱ نفر) زنان بیمار بدون فرزند، ۴۴/۸ درصد (۷۰ نفر) دارای ۱ تا ۲ دو فرزند و ۴۹/۲ درصد (۷۹ نفر) دارای سه فرزند و بیشتر بودند. از لحاظ مدت ابتلاء به بیماری، ۴۰ درصد (۶۴ نفر) زنان زیر یک سال، ۴۲/۵ درصد (۶۸ نفر) از ۱ تا ۳ سال، ۱۷/۶ درصد (۲۸ نفر) ۴ سال و بیشتر به سرطان مبتلا بودند. از لحاظ سابقه خانوادگی سرطان ۴۲/۵ درصد (۶۸ نفر) دارای سابقه خانوادگی این بیماری و ۵۷/۵ درصد (۹۲ نفر) بدون سابقه خانوادگی بودند. در ادامه جدول میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیر-های پیش‌بین پژوهش ارائه شده است.

میانگین نمرات زنان شرکت‌کننده در پژوهش در مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی به ترتیب برابر با ۲۷/۳۹ و ۱۳/۸۶ می‌باشد. میانگین نمرات زنان در متغیر خودکارآمدی درد برابر با ۴۳/۲۲ می‌باشد. هم‌چنین میانگین نمرات نمره کل ادراک بیماری در زنان برابر با ۴۹/۶۶ می‌باشد. علاوه بر این بین مؤلفه‌های ادراک بیماری، زنان مبتلا به سرطان در مؤلفه درک پیامد بیماری کمترین میانگین (۵/۰۱) و در مؤلفه شناخت علائم بیشترین میانگین نمرات (۷/۳۶) را کسب نموده‌اند. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بین بهزیستی روانشناختی و راهبرد ارزیابی مجدد (۰/۲۰) همبستگی مثبت و معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. هم‌چنین نتایج نشان داد که بین بهزیستی روانشناختی با ادراک بیماری و مولفه‌های درک پیامد، کنترل شخصی، کنترل با درمان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد که این ضرایب به ترتیب برابر با ۰/۱۷، ۰/۱۶، ۰/۱۷ و ۰/۱۶ می‌باشد ($p < 0/05$). هم‌چنین جهت کنترل اثر احتمالی ویژگی‌های جمعیت شناختی بر متغیر ملاک پژوهش، ضرایب همبستگی بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با بهزیستی روانشناختی محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با بهزیستی روانشناختی نیز نشان داد که هیچ یک از ویژگی‌های جمعیت شناختی سن (-۰/۰۲)، تعداد فرزندان (-۰/۰۴)، تحصیلات (-۰/۰۳)، وضعیت تأهل (-۰/۰۴)، مدت ابتلاء (۰/۱۱) و سابقه خانوادگی سرطان (۰/۰۱) با بهزیستی روانشناختی رابطه

۵- مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف^۱: فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف دارای ۱۸ گویه است که توسط ریف (۳۲) ساخته شد که ۶ خرده مقیاس پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی را می‌سنجد. با جمع این مؤلفه‌ها می‌توان نمره کلی بهزیستی روانشناختی فرد را به دست آورد. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق است. نمره کل، میزان بهزیستی روانشناختی فرد را نشان می‌دهد. ریف و سینگر (۳۳) همبستگی این آزمون را با مقیاس ۸۴ سوالی این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. سید طبایی و همکاران (۳۴) ضریب پایایی کل مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ گزارش نمودند که ضریب مطلوبی برآورد می‌شود.

روند اجرای پژوهش: پس از کسب مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش در مراکز درمانی مربوط به بیماران مبتلا به سرطان وامضای تفاهم‌نامه با متخصصین آنکولوژی (سرطان‌شناسی) این مراکز؛ شامل مرکز بهداشتی درمانی سیدالشهداء (ع)، کلینیک‌های تخصصی الزهرا و شیخ مفید، تعداد ۱۶۰ بیمار واجد معیارهای ورود در پژوهش به شیوه در دسترس انتخاب شدند و ضمن ارائه توضیحات لازم در رابطه با اهداف و نحوه انجام پژوهش از آنان خواسته شد تا به پرسش‌نامه‌های پژوهش به دقت پاسخ دهند. پرسش‌نامه‌ها در سالن انتظار و یا اتاق‌های بستری این مراکز به بیماران تحویل داده شد و با توجه به این که به صورت خود گزارشی بودند، پس از گذشت مدت زمان کافی، پژوهش‌گر برای جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها در همان مکان‌های تحویل شده اقدام نمود. همین‌طور بر محرمانه بودن این اطلاعات تأکید شد و نتایج پژوهش برای آزمودنی‌هایی که تمایل داشتند به صورت جداگانه تهیه شد و در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۱۶۰ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان مورد مطالعه قرار گرفتند که از لحاظ وضعیت تحصیلات، ۵۲/۴ درصد (۸۴ نفر) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۱/۳ درصد (۵۰ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و کاردانی و ۱۶/۳

معناداری ندارد ($p > 0.05$). بنابراین دلیلی بر کنترل یا تعدیل اثر متغیرهای جمعیت شناختی بر بهزیستی روانشناختی وجود ندارد.

جدول ۱) نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
ارزیابی مجدد	۲۷/۳۹	۹/۲۱	۶	۴۲
سرکوب	۱۳/۸۶	۶/۹۵	۴	۲۸
خودکارآمدی درد	۴۳/۲۲	۱۳/۷۳	۰	۷۵
درک پیامد	۵/۰۱	۲/۶۳	۱	۱
طول مدت بیماری	۶/۰۴	۲/۶۴	۱	۱
کنترل شخصی	۶/۶۴	۲/۳۵	۱	۱
کنترل با درمان	۷/۱۰	۱/۸۸	۲	۱
شناخت علائم	۷/۳۶	۲/۷۲	۱	۲۶
نگرانی	۵/۴۷	۲/۷۵	۱	۱
شناخت بیماری	۵/۹۸	۲/۶۰	۱	۱
پاسخ عاطفی	۶/۰۱	۲/۵۴	۱	۱
ادراک بیماری (نمره کل)	۴۹/۶۶	۱۰/۶۳	۴۳	۱۰۲
بهزیستی روانشناختی	۷۳/۱۷	۹/۰۴	۶	۴۲

جدول ۲) ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. ارزیابی مجدد	۱												
۲. سرکوب	-۰/۲۱**	۱											
۳. خودکارآمدی درد	۰/۳۲**	-۰/۱۵**	۱										
۴. درک پیامد	۰/۱۵*	-۰/۰۲۷	۰/۲۸**	۱									
۵. طول مدت بیماری	۰/۲۸**	-۰/۱۷*	۰/۳۴**	-۰/۴۱**	۱								
۶. کنترل شخصی	۰/۳۱**	-۰/۰۳	-۰/۲۱**	-۰/۱۳	۰/۱۳	۱							
۷. کنترل با درمان	۰/۳۳**	-۰/۱۳	-۰/۳۷**	-۰/۲۱**	-۰/۲۸**	۰/۴۰**	۱						
۸. شناخت علائم	-۰/۰۵	-۰/۱۰	۰/۱۱	۰/۱۲۴	۰/۱۱	-۰/۱۰	۰/۳۱**	۱					
۹. نگرانی	۰/۲۷**	-۰/۰۱	-۰/۲۷**	-۰/۵۲**	۰/۳۵**	-۰/۱۰	۰/۲۳۴**	-۰/۱۴	۱				
۱۰. شناخت بیماری	۰/۱۱	-۰/۰۶	۰/۰۱	-۰/۰۸۰	۰/۰۱	-۰/۱۴	-۰/۱۹*	-۰/۱۱	۰/۰۴	۱			
۱۱. پاسخ عاطفی	۰/۲۲**	-۰/۰۱	-۰/۲۹**	-۰/۳۹**	۰/۲۴**	-۰/۰۸	-۰/۰۱	-۰/۱۰	-۰/۳۵**	-۰/۰۹	۱		
۱۲. ادراک بیماری (کل)	۰/۴۰**	-۰/۱۳	-۰/۴۴**	-۰/۶۴**	۰/۶۳**	۰/۴۴**	۰/۶۰**	۰/۴۳**	-۰/۶۷**	۰/۳۱**	-۰/۴۶**	۱	
۱۳. بهزیستی	۰/۲۰**	۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۱۶*	۰/۰۳	-۰/۱۷*	-۰/۱۶*	-۰/۰۳	-۰/۰۵۰	-۰/۰۸	۰/۰۴	-۰/۱۷*	۱

۰/۸۳) بیش از ۰/۱ و عامل تورم واریانس^۲ بدست آمده (به ترتیب برابر با ۱/۰، ۱/۰۴، ۱/۱۱ و ۱/۱۹) کمتر از ۶ بود. بنابراین پیش فرض عدم هم خطی بودن متغیرهای پیش بین رعایت شده است. در ادامه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس راهبردهای نظم‌جویی هیجان، خودکارآمدی درد و مؤلفه‌های ادراک بیماری ارائه شده است.

قبل از انجام تحلیل رگرسیون پیش فرضهای مربوط به آن مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در ارزیابی مجدد ($Z=1/04$, $p=0/226$), فرونشانی ($Z=0/059$, $p=0/059$), خودکارآمدی درد ($Z=1/33$, $p=0/060$), ادراک-بیماری ($Z=1/05$, $p=0/216$) و بهزیستی روانشناختی ($Z=0/93$, $p=0/347$) رعایت شده است. هم چنین شاخص تحمل^۱ متغیرهای ارزیابی مجدد، فرونشانی، خودکارآمدی درد و ادراک بیماری (به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۹۵، ۰/۹۹ و

1- tolerance
2- variance inflation factor

جدول ۳) تحلیل رگرسیون جهت بررسی رابطه بین متغیرهای نظم‌جویی هیجان، خودکارآمدی درد و مؤلفه‌های ادراک بیماری با

بهزیستی روانشناختی

sig	t	β	B	آماره‌های تغییر یافته			SE	R2	R	متغیر وارد معادله شده	مرحله
				P	F	R2 change					
۰/۰۱۸	۲/۴۰	۰/۱۹	۶۵/۰۳	۰/۰۰۶	۷/۶۵	۰/۰۴۶	۸/۸۸	۰/۰۵	۰/۲۱	ارزیابی مجدد	۱
۰/۰۱۹	۲۰/۳	۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۰۱۹	۵/۶۳	۰/۰۳۳	۸/۷۵	۰/۰۸	۰/۲۸	ارزیابی مجدد + درک پیامد	۲

زنان مبتلا به سرطان پستان را به طور مثبت و معناداری پیش بینی نماید.

گرچه تاکنون پژوهشی دقیقاً به روابط چندگانه متغیرهای این پژوهش با بهزیستی روان‌شناختی زنان سرطانی نپرداخته؛ اما نتایج با یافته‌های کوتن و همکاران (۲۲) مبنی بر رابطه بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های تنظیم هیجان، په، کائو و ماهدندان (۲۳) مبنی بر همبستگی بین امید و ارزیابی مجدد با بهزیستی روان‌شناختی بیماران سرطانی، کلایر و همکاران (۲۴) مبنی بر تأثیر راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان بر بهزیستی عاطفی زنان مبتلا به سرطان پستان و لی و همکاران (۲۵) مبنی بر رابطه معنادار راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان با سلامت روان، همسو است.

در تبیین احتمالی نتیجه بدست آمده در رابطه با مؤلفه ارزیابی مجدد می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مورد مطالعه در این زمینه، راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان است که به عنوان تلاش فرد برای مدیریت یک موقعیت تنش‌زا و پاسخ‌های هیجانی وی به رویدادها تعریف می‌شود. اغلب نظریه‌های تنظیم هیجانی مدعی هستند که ناتوانی در به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان منجر به بروز هیجانات منفی می‌شود که غیرقابل کنترل، شدید و مزمن بوده و احتمال شکل‌گیری آسیب‌روانی را به دنبال دارند. همچنین به نظر می‌رسد که استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد به زنان مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کند تا با تغییر در باورهای غیرمنطقی و اصلاح تحریفات شناختی از درماندگی بیرون بیایند. بدین معنا که آنان با پذیرش خود (به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته)، داشتن ارتباط مثبت با دیگران (جهت دریافت حمایت اجتماعی) و هدفمندی در زندگی (به مفهوم دارا بودن اهداف درازمدت و کوتاه مدت در زندگی و معنادار شمردن آن) قادرند تا نسبت به فعالیت‌ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان

نتایج جدول شماره ۳ نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین نظم‌جویی هیجان، خودکارآمدی درد و مؤلفه‌های ادراک بیماری وارد شده در تحلیل رگرسیون، در گام اول مؤلفه ارزیابی مجدد بدلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی با متغیر وابسته وارد معامله رگرسیون شده و ۵ درصد از واریانس متغیر بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کرده است که با توجه به F مشاهده شده (۷/۶۵)، این میزان از واریانس تبیین شده در گام اول مدل رگرسیون، در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در گام دوم درک پیامد بدلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی وارد معادله شد و به همراه ارزیابی مجدد مجموعاً ۸ درصد از بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کرده‌اند که با توجه به F مشاهده شده (۵/۶۳)، در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. بنابراین می‌توان گفت که از بین متغیرهای پیش-بین پژوهش، دو متغیر راهبرد ارزیابی مجدد (با آماره t برابر با ۲/۲۴) و متغیر درک پیامد (با آماره t برابر با ۲/۰۳) می-تواند تغییرات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان را پیش‌بینی نماید. ضرایب استاندارد بتای بدست آمده نشان می‌دهد که با افزایش یک انحراف استاندارد در ارزیابی مجدد و درک پیامد زنان مبتلا به سرطان، میزان بهزیستی روان‌شناختی آنان به ترتیب به مقدار ۰/۱۹ و ۰/۱۸ انحراف استاندارد، افزایش می‌یابد.

بحث

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین راهبرد ارزیابی مجدد، ادراک بیماری و مؤلفه‌های درک پیامد، کنترل شخصی، کنترل با درمان با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین پژوهش، تنها راهبرد ارزیابی مجدد در متغیر تنظیم هیجان و مؤلفه درک پیامد در متغیر ادراک بیماری می‌تواند تغییرات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی

سرطان‌ها قابل درمان بودن آن است. قابلیت درمان و احتمال عود کمتر در این بیماری سبب شکل‌گیری ادراک واقع‌بینانه‌تر بیماری و تحمل فشار روانی کمتر در مراحل درمانی (پس از مراحل تشخیص) می‌شود. بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان اغلب تا یک سال بعد از تشخیص تجربه خلق منفی یا افسرده یا کاهش عواطف را گزارش می‌دهند که این امر بر بهزیستی روانشناختی آنان تأثیر می‌گذارد. پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطانی که حمایت اجتماعی بیشتری از جانب خانواده دریافت می‌کنند پریشانی روانشناختی کمتری را تجربه می‌کنند. حمایت اجتماعی درک شده به طور قوی در سازگاری با بیماری و سلامت ذهنی مؤثر است. حمایت اجتماعی یکی از جنبه‌های بسیار مهم در مراقبت از بیماران سرطانی می‌باشد به طوری که سبب ایجاد ارتباط همدلانه و ایجاد شبکه ایمنی برای بیمار و همچنین سبب افزایش اعتماد به نفس و سازگاری با بیماری می‌شود. اقدامات حمایتی سبب می‌شود تا زنان اهمیت بیشتری به بیماری خود بدهند و اقدامات لازم در راستای تشخیص بیماری از جمله غربالگری‌ها را انجام دهند و درمان‌های پزشکی و پیراپزشکی را بطور جدی‌تر پیگیری کنند. همچنین این افراد اضطراب کمتری در زمان تشخیص و درمان بیماری از خود نشان می‌دهند و تحمل بیشتری در برابر عوارض بیماری و درمان طولانی مدت دارند. بنابراین میزان حمایت دریافتی زنان مبتلا به سرطان از جانب جامعه و خانواده که فرهنگ و ارزشهای حاکم نیز بر آن تأثیر گذار است نقش مؤثری در باورهای مربوط به خودکارآمدی و ادراک بیماری ایفا می‌نماید که عدم معناداری بدست آمده را می‌تواند توجیه نماید.

در مجموع نتایج تحقیق حاضر حاکی از این بود که بین بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان و راهبرد ارزیابی مجدد، ادراک بیماری، درک پیامد، کنترل شخصی، کنترل با درمان روابط معناداری وجود دارد. همچنین می‌توان بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان را براساس استفاده از راهبرد نظم‌جویی هیجان (ارزیابی مجدد) و نحوه درک پیامد بیمارشان پیش‌بینی نمود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که این پژوهش بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان صورت پذیرفته و لازم است در مورد تعمیم نتایج به‌دست آمده نسبت به بیماران مبتلا به سایر

دهند و از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردار گردند. همچنین در تبیین نتایج بدست آمده در رابطه با مؤلفه درک پیامد، کنترل شخصی، کنترل با درمان و نمره کل ادراک بیماری می‌توان گفت که بیماران پردازش‌کننده‌های فعال بیماری خود هستند؛ بازنمایی ادراکی هر فرد، تعیین‌کننده رابطه کنترل‌پذیری و درک پیامدهای بیماری با نحوه پاسخگویی بیمار به بیماری خود می‌باشد که این امر سازگاری با بیماری و شدت علائم آن را نیز تعیین می‌کند. به‌طور کلی، باورهای کنترل، توضیح می‌دهند که کنترل شخصی، چگونه فرد را مستعد بیماری ساخته و یا اینکه چگونه می‌توان آن را به خوبی درمان نمود. همچنین درک بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، کنترل بیماری و واکنش‌های هیجانی تأثیر گذار است. در واقع هنگامی که بیمار به طولانی بودن مدت بیماری و جلسات درمانی معتقد باشد، احساس درماندگی کرده و پیوسته نگران وضعیت خود است. این نگرانی بر روی تمامی جنبه‌های زندگی وی اثر گذاشته و باعث محدود شدن فعالیت‌های روزانه بیمار می‌شود که این امر نیز به تشدید پریشانی روانی بیمار کمک می‌کند. آنچه در سرطان پستان باید در نظر گرفت آن است که با توجه پیشرفت‌های صورت گرفته در تکنیک‌های جراحی پستان و به کارگیری روش‌های درمانی همزمان از جمله شیمی‌درمانی، دیگر نیازی به قطع عضو و برداشتن کامل پستان ندارند. اخیراً با روش‌های تلفیقی جراحی سرطان و جراحی زیبایی، علاوه بر حفظ پستان مبتلا می‌توان سرطان پستان را کنترل، فرم ظاهری سینه را حفظ و باعث بهبود کیفیت زندگی و حفظ اعتماد به نفس در بیمار شد. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد مرگ ناشی از سرطان پستان، اکنون در کشور ما همچون دیگر کشورهای دنیا در کمترین میزان نسبت به ۴ دهه گذشته است (۳). بنابراین می‌توان گفت که قابلیت کنترل بیماری و وجود چشم‌انداز روشن نسبت به درمان بیماری سبب افزایش بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است.

در تبیین عدم معناداری سایر متغیرهای پژوهش در معادله رگرسیونی می‌توان گفت که اگر چه تشخیص بیماری سرطان به عنوان یک رویداد شدیداً تنش‌زا، آشفتگی‌های روان‌شناختی بسیاری را در بیمار و اعضای خانواده او ایجاد می‌کند اما ویژگی خاص سرطان پستان در مقایسه با سایر

and Non-Athlete Students. JRUMS. 2014; 13(2): 193-204.

6- Soroush M, Hejazi E, Shoakazemi M, Gheranpayeh L. Body Image Psychological Characteristics and Hope in Women with Breast Cancer. *ijbd*. 2015; 7(4): 52-63.

7- Neg C G, Mohamed S, Kaur K, Sulaiman A. H, Zainal N. Taib NA. Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *Public Library of Science one*. 2017; 12(3): 1729-75.

8- Abdi R, Pak R. Investigating the Structural Relationship between Pathological Personality Dimensions and Emotion Dysregulation in Students of Azerbaijan Shahid Madani University and Islamic Art University of Tabriz in 2016. JRUMS. 2017; 16(4): 293-306.

9- Arabi E, Bagheri M. The mediating role of emotion regulation strategies on the relationship between pain intensity and quality of life in patients with chronic pain disorder. *Quarterly J of health psychology*. 2017; 6(22): 72-87.

10- Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003; 85(2): 348.

11- Mulligan MM. Object relations, emotion regulation patterns, and quality of life in women diagnosed with breast cancer: Adelphi University, The Institute of Advanced Psychological Studies. 2012.

12- Schroevers M, Kraaij V, Garnefski N. How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions. *British journal of health psychology*. 2008; 13(3): 551-62.

13- Vallerand AH, Collins-Bohler D, Templin T, Hasenau SM. Knowledge of and barriers to pain management in caregivers of cancer patients receiving homecare. *Cancer nursing*. 2007; 30(1): 31-7.

14- Mohagheghi M, Sedighi Z. Pain control in cancer patients by opiate use. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*. 2003; 61(2): 95-102.

15- Asghari Moqaddam MA, Rahmati N, Sho'eyri MR. The Mediational Role of Pain Self-Efficacy and Fear of Movement in Explaining the Relationship between Chronic Pain and Disability. *Clinical Psychology Studies*. 2012; 2(6): 141-68.

16- Pajares F, Schunk DH. Self and self-belief in psychology and education: A historical perspective. *Improving academic achievement: Elsevier*. 2002; 3-21.

17- Alidoust Ghahfarokhi F, Makvand Hosseini S, Kiyannersi F, Moemeni A. Effectiveness of motivational interviewing on treatment adherence in dialysis patients in Hajar hospital of Shahrekord, 2013. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2015; 17(4): 17-24.

18- Kalantari H, Bagherian Sararoodi R, Afshar H KN, Forouzandeh N, Daghagh Zadeh H, Marashi MR, et al. Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel

سرطان ها و به ویژه مردان مبتلا به سرطان، جانب احتیاط را رعایت کرد. هم‌چنین با توجه به ماهیت موضوع و ملاک های ورود به پژوهش و محدودیت زمانی، امکان انتخاب نمونه به صورت تصادفی فراهم نبود و به همین منظور نمونه به صورت در دسترس انتخاب شد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که موضوع پژوهش بر روی سایر بیماران سرطانی و مردان مبتلا به سرطان نیز اجرا گردد و از شیوه نمونه گیری تصادفی جهت انتخاب نمونه ها استفاده شود. هم‌چنین با توجه نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌گردد که با برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس در کلینیک‌ها و مراکز درمانی سرطان و بیماری‌های خاص، به افزایش خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران کمک نمود.

تشکر و قدردانی: بر خود لازم می‌دانیم از کلیه بیمارانی که در تکمیل پرسش نامه های پژوهش با ما همکاری نمودند و مسئولین محترم مرکز آموزشی درمانی سیدالشهداء (ع) و کلینیک های تخصصی الزهرا و شیخ مفید که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند و امکان استفاده از عرصه پژوهش را برای ما فراهم نمودند کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز نماییم.

منابع

- 1- Moradzadeh R, Hasanzadeh J, Rajaaeifard A, Tahmasebi S, Golmohammadi P. Investigation on gene-environment interaction using breast cancer data a case-only and case-control designs. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2011; 10(4): 267-78.
- 2- Seyed Tabae R, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Etemad A. The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. *J Qazvin University medicine science*. 2017; 21(2): 4-49.
- 3- Hajiyan S, Mirzaei Najm Abadi KH, Keramat F, Mirzaei H. Systematic review of the effect of muscle relaxation techniques and guided visualization on the reduction of pain and distress due to disease or complications of treatment in women with breast cancer during the years 1998-2007. *ijbd*. 2009; 1(14): 32-44.
- 4- Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 1995; 69(4): 719.
- 5- Ghasempour A, Jodat H, Soleimani M. comparison of Psychological Well-Being in Athlete

- 33- Ryff CD, Singer B. Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. 15–36). ICLMKJHEPpatlwp, editor. Washington, : DC: APA. 2006.
- 34- SeyedTabaee R, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Etemad A. The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. *J Qazvin Univ Med Sci.* 2017; 21(2): 41-9.
- Syndrome. *J Mazand Univ Med Sci.* 2012; 22(86): 33-41.
- 19- Cameron LD, Leventhal H. The self-regulation of health and illness behaviour. *psychology press.* 2003.
- 20- Leventhal H, Leventhal EA, Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. *Handbook of health psychology.* 2001.
- 21- Lin Y, Furze G, Spilsury K, Lewin R. Misconceived & maladaptive beliefs about heart disease, comparison between Taiwan & British. *journal of clinical nursing.* 2008; 18: 46-55.
- 22- Cotton SP1, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology.* 2000; 8(5): 429-38.
- 23- Peh CX, Kua EH, Mahendran R. Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. *Supportive Care in Cancer.* 2016; 24(5): 1955-62.
- 24- Claire C. Conley, Brenden T. Bishop, and Barbara L. Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer on Emotional well-being,. *Healthcare.* 2016; 4(3): 56-63.
- 25- Li L, Zhu X, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, Zhang J. Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and quality of life outcomes.* 2015; 13(1): 51.
- 26- Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics (4th ed.).* Boston. 2007.
- 27- Ghasem poor A, Eil Beygi R, Hasan Zade Sh. Psychometric Properties of Grass & John's Emotional Inventory in a Persian Model, *Proceedings of the Sixth Students' Mental Health Seminar, Gilan.* 2012.
- 28- Nicholas LJ. The response of South African professional psychology associations to apartheid. *Journal of the History of the Behavioral Sciences.* 1990; 26(1): 58-63.
- 29- Boroumand A. Chronic pain, pain self-efficacy and suicidal ideation: The moderating role of pain self-efficacy on relation between depression and suicidal ideation in chronic pain patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2012; 14(54): 63-152.
- 30- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. W. The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research.* 2006; 60(6): 631-7.
- 31- Bazzazian S, Besharat MA. Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with type I diabetes. *Contemporary Psychology.* 2010; 5(1): 3-11.
- 32- Ryff CD, Keyes CL, Hughes DL. Status inequalities, perceived discrimination, and eudaimonic well-being: Do the challenges of minority life hone purpose and growth? *Journal of health and Social Behavior.* 2003; 1(275-91).

