



## اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر تاب آوری زنان مبتلا به سرطان

غلامرضا ثناگوی محرر

گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

Reza.Sanagoo@gmail.com

زهرا نیکبخت

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد زاهدان

Zahraa\_nikbakht@yahoo.com

نجمه ابوسعیدی مقدم

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد زاهدان

moghdamasal@gmail.com

### چکیده

هدف : سرطان پستان از جمله یکی از علل شایع مرگ و میر زنان در کشور ما، از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و سبب خسارات فردی، خانوادگی، و اجتماعی وسیعی می شود. درمانهای روانشناختی می تواند آثار روانی منفی در این بیماران را کاهش دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر مداخله تنظیم هیجان بر تاب آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. روش : طرح پژوهش از نوع پژوهش های آزمایشی (پیش آزمون، پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل) است. جامعه آماری این مطالعه را زنان ۱۸ تا ۶۰ ساله مبتلا به سرطان پستان تشکیل می دهند که برای استفاده از امکانات درمانی (شیمی درمانی و رادیوتراپی) در زمستان سال ۱۳۹۵ به بیمارستان شهید افضل شهر کرمان مراجعه کردند. گروه نمونه نیز ۳۰ نفر از بیماران مراجعه کننده فوق بودند که پس از معرفی برنامه، آمادگی خود را برای شرکت در جلسه گروه درمانی اعلام کردند. گروه های نمونه شامل ۲ گروه ۱۵ نفری بیماران سرطانی بود (به این صورت، ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش). گروه آزمایش به مدت هشت جلسه تحت مداخله تنظیم هیجان قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت مداخله ای دریافت نکرد. 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 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.

نتایج : نتایج نشان داد که جلسات مداخله تنظیم هیجان به افزایش تاب آوری و کاهش اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر معناداری داشته است ( $p < 0/01$ ).

نتیجه گیری: با توجه به آنکه هیجانات از نظر اجتماعی مفید هستند و می توانند 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 می تواند نقش مؤثری بر تاب آوری و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان و به دنبال آن سلامت روان آنان داشته باشد.

کلمات کلیدی: مداخله تنظیم هیجان، تاب آوری، اضطراب مرگ، سرطان پستان



## مقدمه

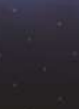
نام سرطان همواره با پیام وحشت و مرگ همراه بوده است. این بیماری هر روز بیماران زیادی را به کام خویش فرو می برد و به همین علت است که از دیرباز، کشف علل و راه های درمان آن مد نظر پژوهش گران و دانشمندان علم پزشکی قرار گرفته است. به عبارت دیگر، اگرچه سرطان را نمادی از مرگ و نیستی می دانیم، اما هم چنان چشم امید و انتظار به سوی افق های دور دست برای غلبه بر این بیماری دوخته ایم (Heather et al, 2013).

سرطان تغییرات، فشارها و تاثیرات متفاوتی در زندگی بیمار و خانواده وی می گذارد. پاسخ به سرطان به مواردی از جمله بیمار و ساختار روانشناختی وی، خانواده و محیط اجتماعی، ناتوانی ها و بدشکلی های ایجاد شده بستگی دارد و می تواند به تمام سطوح فعالیت های بیمار اثر بگذارد (Kissane et al, 2013). بیماری های پستان از جمله سرطان پستان از شایع ترین بیماری های زنان است. سرطان پستان از جمله یکی از علل شایع مرگ و میر زنان در کشور ما، از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و سبب خسارات فردی، خانوادگی، و اجتماعی وسیعی می شود. در تمام دنیا شایع ترین علت مرگ به دلیل سرطان در زنان، سرطان پستان است. به طوری که ۲۵/۵ درصد از کل سرطان های 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 می رسد 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 می دهد (روح پرورزاده و همکاران، ۱۳۹۳). در واقع بیمار با آگاهی یافتن از داشتن بیماری بدخیم تهدیدکننده حیات، درک افراد از زندگی تغییر می کند. به طوری که تحقیقات متعددی نشان داده است رابطه تنگاتنگی میان سرطان و حالات روانشناختی وجود دارد (پدرام و همکاران، ۲۰۱۳).

تا اوایل دهه ۸۰ اعتقاد بسیاری از پژوهشگران علوم روان شناسی این بود که رویدادهای تنش زا در بروز اختلالات روان تنی نقش مؤثری دارند، به عنوان مثال (Holmes & Rahe, 2010) دریافتند که رویدادهای زندگی با شروع بیماری رابطه دارد و بین رویدادهای تنش زا و اختلالات روانشناختی، عوامل تعدیل کننده ای وجود دارد که موجب می شود این رویدادها تأثیر متفاوتی بر افراد داشته باشند. یکی از این ویژگی ها تاب آوری است (شاکری نیا و همکاران، ۱۳۹۴).

تاب آوری یا توانایی سازگاری مثبت با مصیبت و آسیب یک موضوع روان شناختی است که در ارتباط با پاسخ فرد به سرطان، تنش آسیب زا و موقعیت های مشکل آفرین زندگی بررسی شده است. بعضی دیدگاه ها تاب آوری را به عنوان پاسخ به یک واقعه خاص و بعضی دیگر آن را به عنوان یک سبک مقابله ای پایدار در نظر می گیرند (Lamond et al, 2000). تاب آوری به عنوان یک عامل محافظتی است که مانند نوعی واکسیناسیون عمل می کند. افراد با تاب آوری بالا از راهبردهای مقابله ای موثر در برخورد با مسائل زندگی استفاده می نمایند و در نظر آنها مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد می باشد (حسینی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۱). مفهوم تاب آوری در ارتباط با نظریه منابع استرس ها توانایی درونی فرد را برای پاسخ دادن، دوام آوردن و طبیعی بودن علی رغم وجود استرس ها است (Richardson et al, 2002).

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 (Randall, 2009). در میان انواع خاصی از اضطراب که براساس منشأ آن شناخته و نامگذاری شده اند اضطراب مرگ یکی از مهمترین آنهاست. (Lang, 2009). اضطراب مرگ را افکار، ترس ها و هیجانات مرتبط به واقعه پایانی زندگی و فراتر از حالت عادی زندگی می داند. (Duff, 2015). R., & Hong (۲۰۰۵) 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 همکاران، ۱۳۹۱).

پدرام، محمدی، نظیری و آیین پرست (۱۳۹۲)، نیز پژوهشی با «عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی 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 (Caitlio, 2011) 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 (Mecheal et al, 2009)، 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. (Antoni et al, 2006)، 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<sup>۱</sup> و افکار مزاحم<sup>۲</sup> 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 زا ایفا می کند. اصولاً، هیجان را می توان واکنشهای زیست شناختی به موقعیت هایی 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 (2011، Garnefski). هر چند هیجان ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر، شیوه هایی که این هیجان ها را ابراز می کنند، اثر بگذارند. این توانایی که نظم جویی هیجان نامیده می شود، فرایندهای درونی و برونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف برعهده دارد (Thompson, 2003). تنظیم هیجان<sup>۳</sup> که از آن به عنوان مقوله ای مشتق بر الف-آگاهی و درک هیجانات ب-پذیرش هیجانات، ج- توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی یاد می شود. (Gratz, 2004).

از آن جایی که سرطان پستان بر جنبه های روانشناختی فرد اثر می گذارد از عهده بر آمدن و نیز تلاش برای برگرداندن او به سبک زندگی سالم از نکات در خور توجه است. از طریق روان درمانی، و به طور خاص با مداخله تنظیم هیجان می توان این عوارض را به حداقل رساند و با کمک به بیمار، نظام ایمنی بدن وی را تقویت کرد. به نظر می رسد افزایش تاب آوری و کاهش اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان از طریق بازسازی شناختی و اصلاح نگرش های ناکارآمد و تنظیم هیجان امکان پذیر است، بنابراین هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر تاب آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان است.

### روش پژوهش

طرح پژوهش از نوع پژوهش های آزمایشی (پیش آزمون، پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل) است. جامعه آماری این مطالعه را زنان ۱۸ تا ۶۰ ساله مبتلا به سرطان پستان تشکیل می دهند که برای استفاده از امکانات درمانی (شیمی درمانی و رادیوتراپی) در زمستان سال ۱۳۹۵ به بیمارستان شهید افضلی شهر کرمان مراجعه کردند. گروه نمونه نیز ۳۰ نفر از بیماران مراجعه کننده فوق بودند که پس از معرفی برنامه، آمادگی خود را برای شرکت در جلسه گروه درمانی اعلام کردند. گروه های نمونه شامل ۲ گروه ۱۵ نفری بیماران سرطانی بود (به این

1 Emotional distress

2 Intrusive thoughts

3 - emotion regulation

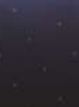


صورت، ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش). شرایط ورود آزمودنی ها در آزمایش دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، گذشت حداقل یک سال از شروع بیماری، قرار داشتن در مراحل ۱ تا ۳ بیماری، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، نداشتن ضایعات مغزی، عقب ماندگی ذهنی و توهم و هذیان فعال بود. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه تحت مداخله تنظیم هیجان قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت مداخله ای دریافت نکرد اما پس از اجرای پس آزمون 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 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. خلاصه مداخله در این هشت جلسه به شرح ذیل است:

- جلسه ی اول:** پیش آزمون اجرا شد و ضمن آشنایی، سعی شد ارتباط عاطفی لازم برقرار شود و اهداف جلسات بیان شد.
- جلسه ی 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.
- جلسه ی 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.
- جلسه ی 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.
- جلسه ی پنجم:** مداخله جلسه چهارم اما برای هیجانات منفی به همراه تکلیف خانگی همان جلسه اما در مورد هیجانات منفی انجام شد.
- جلسه ی 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.
- جلسه ی 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.
- جلسه هشتم:** جلسات مداخله جمع بندی و اجرای پس آزمون انجام شد.

#### ابزارهای پژوهش:

**الف) مقیاس تاب آوری کانور و دیویدسون (CD-RISC):** (Conner, 2003)، این مقیاس که توانایی سازگاری با تنش و آسیب را اندازه می گیرد، ساختند. که شامل ۲۵ سوال و دارای چهار خرده مقیاس (شایستگی، استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی و تحمل عواطف منفی) می باشد. 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 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 پایایی و روایی زیرمقیاس ها هنوز به طور قطع تأیید نشده است، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب آوری



برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می شود (کونر<sup>4</sup> 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 ۰/۸۹ به دست آمد (شاکری نیا و همکاران، ۱۳۸۹).

**ب) مقیاس اضطراب مرگ تمپلر:** مقیاس اضطراب مرگ را تمپلر در سال ۱۹۷۰ ساخت و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی ها را به مرگ می سنجد. آزمودنی ها پاسخ های خود را به هر سؤال با گزینه های بلی یا خیر مشخص می کنند. پاسخ بلی نشان دهنده وجود اضطراب در فرد است. به این ترتیب نمره های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. بررسی های به عمل آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳ و روایی همزمان آن براساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است. پایایی و روایی این پرسشنامه را در ایران توسط رجبی و بحرانی (۲۰۰۸) بررسی کردند و بر این اساس ضریب پایایی تنصیفی را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده اند. برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجه آن ۰/۳۴ همبستگی بین این دو مقیاس بود. پایایی مقیاس اضطراب مرگ تمپلر در این پژوهش نیز ۰/۸۱ به دست آمد.

#### یافته ها

برای نرمال بودن متغیرها از آزمون اسمیرنوف و برابری واریانسها از آزمون لون (Leven) استفاده شده و چون  $p$ -مقدار (معنی داری) پیش آزمون و پس آزمون بزرگتر از سطح معنی داری  $\alpha = 0.05$  هستند؛ لذا می توان گفت واریانس گروهها با هم برابر هستند و داده ها نرمال می باشند و آزمون پارامتریک قابل اجراء می باشد.

جدول شماره ۱- آماره های توصیفی نمره های پیش آزمون و پس آزمون تاب آوری در گروه های گواه و آزمایش

زمان	پیش آزمون	پس آزمون
گروه	میانگین	میانگین
گواه	۲۰/۹	۵/۳۵۹
آزمایش	۲۰/۷	۴/۹۹۳
	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
گواه	۲۰/۹	۲۰
آزمایش	۲۰/۷	۲۶/۹



جدول شماره ۲- آماره های توصیفی نمره های پیش آزمون و پس آزمون اضطراب مرگ در گروه های گواه و آزمایش

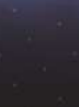
زمان	پیش آزمون	پس آزمون
گروه	میانگین	انحراف استاندارد
گواه	۹/۸۸	۲/۳۳
آزمایش	۹/۵۶	۲/۴۸
	میانگین	انحراف استاندارد
گواه	۹/۷۴	۲/۵۱
آزمایش	۶/۲۱	۲/۲۷

جهت بررسی همگنی ضرایب (شیب) رگرسیون از آزمون تحلیل دو عامل واریانس GLM استفاده شده همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده مقدار  $p$  - مقدار محاسبه شده  $0/506$  و بزرگتر از سطح معنی داری  $0/05$  است در نتیجه می توان گفت داده ها از فرض همگنی شیب رگرسیون تبعیت می کنند در این صورت می توان از آزمون ANCOVA استفاده کرد.

جدول ۲- بررسی همگنی ضرایب (شیب) رگرسیون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی ی
تاب آوری	۲۳/۸۸۱	۶	۳/۱۷	۰/۹۲۳	۰/۵۰۶
اضطراب مرگ	۳۷/۷۴	۶	۴/۴۳	۰/۸۱۴	۰/۳۴۷

نتایج تحلیل کواریانس گروه های آزمایشی و کنترل در متغیر تاب آوری در جدول ۴ نشان داده شده است. همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، با کنترل پیش آزمون، بین آزمودنی های گروه آزمایش و گواه از لحاظ تاب آوری تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=98/23$ ) و  $P<0/01$ ، بنابراین می توان نتیجه گرفت که مداخله تنظیم هیجان موجب افزایش تاب آوری در زنان گروه آزمایش شده است.



جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل در تاب آوری

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورها	نسبت F	سطح معناداری
پیش آزمون	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		

نتایج تحلیل کوواریانس 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 ( $F = ۹۸/۲۳$  و  $P < 0/01$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله تنظیم هیجان موجب کاهش اضطراب مرگ در زنان گروه آزمایش شده است.

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

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورها	نسبت F	سطح معناداری
پیش آزمون	۵۱,۹۴	۱	۵۱,۹۴	۱,۳۱	۰/۱۲
گروه‌ها	۱۱۸۷,۴۶	۱	۱۱۸۷,۴۶	۲۳,۹۸	۰/۰۱
خطا	۱۰۶۶۸۵	۲۷	۳۹,۵۱		

## بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر مداخله تنظیم هیجان بر تاب آوری و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله تنظیم هیجان بر تاب آوری و اضطراب مرگ زنان مؤثر بوده و سبب افزایش تاب آوری و کاهش اضطراب مرگ آنان شده است. پس از اجرای مداخله و بررسی داده های فرضیه اول نتایج نشان داد مداخله تنظیم هیجان موجب افزایش تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان می شود. این نتیجه با یافته های (Caitlio et al.2011) (Mecheal et al.2009) ، (Antoni et al. 2006) همسو است. در تبیین این نتیجه می توان گفت که با توجه به آنکه هیجانات از نظر اجتماعی مفید هستند و می توانند 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 می تواند نقش مؤثری بر سلامت روان و متغیرهای مرتبط با آن از قبیل تاب آوری داشته باشد. زیرا هیجانات به عنوان راه حل هایی برای مقابله با چالش ها و استرس ها و مشکلات زندگی عمل می کنند. به عبارت دیگر چون هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا می کنند، تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات باعث برخورد مؤثر با موقعیت های استرس زا شده (Gross et al.2002) و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت های اجتماعی را به همراه دارد (Tugade.2002) بنابراین مداخله تنظیم هیجان می تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها نقش مهمی در افزایش تاب آوری داشته باشد.

پس از اجرای مداخله و بررسی داده های فرضیه دوم نتایج نشان داد مداخله تنظیم هیجان موجب کاهش اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان می شود. راندال (۲۰۰۹)، فلاح و همکاران (۱۳۹۰)، لانتز و گریگور (۲۰۱۱) و حسین آبادی (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین این یافته ها باید اشاره کرد که بیماران مبتلا به سرطان پستان دارای احساسات سرکوب شده و مزمن هستند، سطوح بالایی از اضطراب و استرس های روحی روانی در هر دو قبل و بعد از تشخیص دارا می باشند. 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 تجربه های ذهنی هیجانات مثبت در بیماران مبتلا به سرطان و استفاده از راه حل های مقابله با هیجانات منفی به منظور کنار آمدن با بیماری، در بیماران مبتلا به سرطان و به گونه ای موجب افزایش امید به زندگی و به دنبال آن کاهش اضطراب مرگ می شود. 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 جنبه های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی را ایفا می کند. اصولاً، هیجان را می توان واکنش های زیست شناختی به موقعیت هایی دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می کنیم و این واکنش های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می دهیم، همراه می شوند 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 می کند و بهتر با آن رویدادهای اضطراب آور کنار می آید. مداخلات تنظیم هیجانی به عنوان یک راهبرد مقابله ای سازگاران به بهزیستی روانی و سلامت جسمانی رابطه مثبت و با اختلال های هیجانی همچون افسردگی رابطه منفی دارد. به بیان دیگر در مسائل تنش زا همچون مرگ، پذیرش مسأله و فکر کردن درباره چگونگی فایق آمدن بر واقعه تنش زا با کاهش اضطراب ناشی از واقعه تنش زا همراه است. به طوری که تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن واقعه منفی، تأکید بر نسبیت اتفاق در مقایسه با سایر حوادث و پذیرش موقعیت و 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 درمان های روانشناختی نیز در فرایند درمان این بیماران مد نظر دست اندرکاران امر قرار گیرد.





## منابع

۱. بیجاری، هانیه. قنبری هاشم آبادی، بهرام علی. آقامحمدیان شهرباف، 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. دوره دهم، شماره ۱، ص ۱۸۴-۱۷۱.
۲. 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).
۳. حسینی قمی، طاهره. سلیمی بجستانی، حسین. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله تاب آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران. فصلنامه روانشناسی سلامت، شماره ۴.
۴. 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).
۵. شاکری نیا، ا. و محمدپور، م (۱۳۹۴). رابطه تنش شغلی و تاب آوری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال چهاردهم، شماره ۲.
۶. عابدینی، مهراندخت. (۱۳۸۹). بیماریهای پستان معاینه بالینی و روش های تشخیصی. مضراب، ۱، ۱۱ - ۲۱.
۷. قاسم پور، عبدالله؛ سوره، جمال و سیدتازه، میرتوحید (۱۳۹۱). پیش بینی اضطراب مرگ براساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۳، ۲، ۶۳-۷۲.

1. Antoni MH, Wimberlr SR, Lechner CS, Kazi A, Sifre T, Urcuyo KR, Phillips K, 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.
2. Caitlio NE, Loprinzikavita Prasad, Darrell R, Schrorder Amitsood. (2011). Stress management and resilience training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: Apilot randomized clinical trial. *Clinical breast cancer*, 11(6): 364 – 8.
3. Conner KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale(CD-RISC). *Depression and Anxiety* 2003; 18: 76-82.
4. Duff, R., & Hong, L. Age density, religiosity, and death anxiety in retirement communities. *Rev Rel Res*. 2015, 37, 19.
5. Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*, 16(5), 403-420.
6. Gire, J. T. How Death Imitates Life: Cultural Influences on Conceptions of Death and Dying. In W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes , & D. N. Sattler (Eds.), *Online Readings in Psychology and Culture*. Washington: Center for Cross- Cultural Research, 2014.
7. 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.



دانشگاه آزاد اسلامی  
واحد شیراز



8. Gross JJ. emotion regulation. In: L. Feldman- Barrett & P. Salovey (Eds.), the wisdom in feeling. America, New York: The Guilford Press; 2002. p. 297-318.
9. 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.
10. Kissane D, Bloch S, Smith G, Miach P, Clarke D, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. Psychooncology 2013; 12(6): 532-546.
11. 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.
12. Lang, A. J., & Stein, M. B. Anxiety Disorders: How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. Geriatrics. 2009, 56 (5), 24-27.
13. 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.
14. Pedramrazi SH, Haghghat 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.
15. Randall, E. (2009). Emotional therapy for panic disorder: A single system study. Clinical Social Work Journal, 29(3), 259-267.
16. Richardson GE. (2002). The met theory of resilience and resiliency. J Clin psychol, 58(3): 307 – 321.
17. 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.
18. Tugade MM, Frederickson BL. Positive emotions and emotional intelligence. In: L. Feldman- Barrett & P. Salovey (Eds.), the wisdom in feeling. America, New York: The Guilford Press; 2002. p. 319-340.



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

### Abstract

**Objective:** Breast cancer is a common cause of death among women in our country, and cause losses of important personal, family, social and disbands. Psychological treatments can have negative psychological effects on patients cut. This study aimed to survey the effect of emotion regulation intervention on resiliency and death anxiety of women with breast cancer.

**Method:** The research design experimental study (pre-test, post-test two experimental and control groups) is. The population of this study, women with breast cancer is 18 to 60 years for the treatment (chemotherapy and radiotherapy) in the winter of 1395 were referred to Afzali hospital in Kerman. The sample group included 30 patients who were referred to above after the introduction of the program, announced its readiness to participate in group therapy sessions. The sample consisted of 2 groups of 15 cancer patients (in this case, 15 people in the control group and 15 patients in the experimental group). The experimental group received eight sessions of intervention emotion regulation and the control group received no intervention. Both before and after the test the resilience questionnaires Connor and Davidson (1961) and Death Anxiety Scale (BDI) responded. Data using statistical methods such as frequency, percentage, mean, standard deviation and the multivariate regression analysis were analyzed. SPSS software for data analysis and analysis of covariance was used.

**Results:** The results showed that emotion regulation intervention sessions significantly increase the resilience and decrease death anxiety of women with cancer ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** According to the emotions are socially useful and can convey emotions to others, social interaction and to maintain or cut ties with others, build, regulate them through the intervention of emotion regulation can be effective on resiliency and anxiety death in cancer patients and sought to have their mental health.

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