



مقایسه تنظیم هیجان، کنترل عاطفی و نشخوار فکری در زنان با و بدون سرطان پستان

زهرا صیاد: گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، دانشگاه عصب شناسی، گرمسار، ایران. (* نویسنده مسئول) Zahrasayad2022@gmail.com

سیمین جلالی ریکی: گروه ارشد روانشناسی عمومی، واحد سیرجان، دانشگاه آزاد اسلامی، سیرجان، ایران.

الهام عتیقی: گروه ارشد روانشناسی بالینی، واحد سیرجان، دانشگاه آزاد اسلامی، سیرجان، ایران.

الهام خورشیدی طلب: استادیار، گروه ارشد مشاوره خانواده، واحد خاتم تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

صدیقه ایرانمنش: گروه ارشد روانشناسی عمومی، واحد سیرجان، دانشگاه آزاد اسلامی، سیرجان، ایران.

محمد صالح شکوهی قره سعدلو: استادیار، گروه سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

چکیده

کلیدواژه‌ها

تنظیم هیجان،

کنترل عاطفی،

نشخوار فکری،

سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۳/۳۰

زمینه و هدف: سرطان پستان یکی از اصلی ترین دلایل مرگ وابسته به سرطان در زنان کل دنیا به حساب می آید. سرطان با فشار روانی و هیجانات منفی اضطراب همراه است. بنابر این پژوهش حاضر، با هدف مقایسه تنظیم هیجان، کنترل عاطفی و نشخوار فکری در زنان با و بدون سرطان انجام گرفت.

روش کار: طرح پژوهش حاضر توصیفی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری استفاده گردید. جامعه آماری کلیه زنان با سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان رسول اکرم (ص) در شهر تهران به تعداد ۱۳۴ بیمار در سال ۱۴۰۰ بودند. از این جامعه، تعداد ۱۰۰ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند که در نهایت ۴۰ نفر مشارکت نمودند. ابزار پژوهش، پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی، ۲۰۰۶، پرسشنامه نشخوار فکری هالن هوکسما ۱۹۹۱ و پرسشنامه کنترل عاطفی ویلیامز ۱۹۹۷ بود.

یافته‌ها: متغیر نشخوار فکری (معیانه، مشغله و افسردگی) در بین گروه عادی و بیمار تفاوت معناداری داشت ($p < 0.01$) و $F = 5.19$. بین گروه نرمال و بیمار از نظر بیان ($p < 0.01$) و $F = 7.71$ ، در فکر افسردگی ($p < 0.01$) و $F = 10.57$ تفاوت معناداری وجود دارد. بین گروه عادی و بیمار از نظر خشم ($p < 0.05$) و $F = 5.65$ ، خلق افسرده ($p < 0.01$) و $F = 4.07$ و اضطراب ($p < 0.01$) و $F = 12.84$ تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که بین تنظیم هیجان، کنترل عاطفی و نشخوار فکری در زنان با و بدون سرطان پستان تفاوت معنادار وجود دارد. تنظیم هیجان مثبت در زنان با سرطان پستان کمتر است. نشخوار فکری در زنان با سرطان پستان بیشتر است. خشم، اضطراب، خلق افسرده به طور معناداری در زنان با سرطان پستان بیشتر است. اما از لحاظ عاطفه مثبت تفاوت معنی دار وجود نداشت.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Sayad Z, Jalali Riki S, Atighi E, Khorshidi Talab E, Iranmanesh S, Shokouhi Qare Saadlou MS. Comparison of Emotion Regulation, Emotional Control and Rumination in Women with and without Breast Cancer. Razi J Med Sci. 2022;29(3): 184-193.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.

Comparison of Emotion Regulation, Emotional Control and Rumination in Women with and without Breast Cancer

Zahra Sayad: Department of Clinical Psychology, Garmsar Branch, University of Neurology, Garmsar, Iran.

(* Corresponding author) Zahrasayad2022@gmail.com

Simin Jalali Riki: Senior Department of General Psychology, Sirjan Branch, Islamic Azad University, Sirjan, Iran.

Elham Atighi: Senior Department of Clinical Psychology, Sirjan Branch, Islamic Azad University, Sirjan, Iran.

Elham Khorshidi Talab: Assistant Professor, Senior Department of Family Counseling, Tehran Khatam Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Seddighe Iranmanesh: Senior Department of General Psychology, Sirjan Branch, Islamic Azad University, Sirjan, Iran.

Mohammad Saleh Shokouhi Qare Saadlou: Assistant Professor, Department of health, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Abstract

Background & Aims: Breast cancer is a critical and potentially traumatic experience and one of the most common and serious problems in women's health. Cancer is a physical disease in which cancer cells stop multiplying and do not grow in a controlled manner. Cancer is one of the fundamental problems in the field of health and treatment all over the world, It is considered the third cause of death and the second most chronic non-communicable disease in the world, as a regular and continuous process, creates challenges in the lives of affected people. It creates many problems for a person. According to the increasing trend of cancer, it is predicted that the incidence of cancer will reach more than 28 million people in the next two decades with a 47% increase compared to 2020. Breast cancer is one of the main causes of cancer-related death in women all over the world. Cancer is associated with mental stress and negative emotions of anxiety. According to this, the current research was conducted with the aim of comparing emotion regulation, emotional control and rumination in women with and without cancer.

Methods: This causal-comparative research was conducted with the aim of comparing emotion regulation, emotional control, and rumination in women with and without breast cancer. The statistical population of the present study included all patients diagnosed with breast cancer from Rasoul Akram Hospital in Tehran. The sample of this research consisted of 40 women with breast cancer who were selected purposefully. First, a list of 134 breast cancer patients was prepared. Then 100 people were selected from among them in a targeted manner, and out of these 100 people, 40 people cooperated and participated in the research, with 40 people from the general population who had Demographic characteristics (age, sex, education and marital status) were comparable with the affected subjects, provided they were not diagnosed with breast cancer or any other type of disease. The criteria for leaving the research were age below 30 years and above 65 years, a history of damage to the central nervous system during the past year, and mental disorders requiring immediate treatment (such as psychotic symptoms and drug addiction). The research tools were Garnevsy's Emotion Regulation Questionnaire, 2006, Hallen Hoeksma's Rumination Questionnaire, 1991, and Williams' Emotional Control Questionnaire, 1997. The statistical method of multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to analyze the data.

Results: The variable of rumination (examination, preoccupation, and depression) had a significant difference between the normal and patient groups ($p < 0.001$ and $F = 5.19$). There is a significant difference between the normal group and the patient group in terms of expression ($p < 0.01$ and $f = 7.71$), in the thought of depression ($p < 0.01$ and $f = 10.57$). There is a significant difference between the normal and sick groups in terms of anger ($p < 0.05$ and $f = 5.65$), depressed mood ($p < 0.01$ and $f = 4.07$), and anxiety ($p < 0.01$ and $f = 12.84$). There is. between normal and sick groups at least in terms of one of the dependent variables of emotion regulation

Keywords

Emotion Regulation,
Emotional Control,
Rumination,
Breast Cancer

Received: 12/03/2022

Published: 20/06/2022

(self-blame, acceptance, focus on rumination, positive refocus, refocus on planning, positive reevaluation, perspective taking, catastrophizing and other blame) there is a significant difference ($p < 0.001$ and $F = 5.06$) so the first hypothesis is confirmed. The amount of difference or influence is equal to 0.375%; That is, 37.5 percent of the individual difference in scores between the two groups is related to group membership. On the other hand, statistical power was obtained for group 1, which indicates that there is no possibility of type 1 error and the sample size is sufficient.

Conclusion: Different types of psychopathology, mental health issues and problems, disruption in interpersonal relationships and mental health performance, and physical problems and other diseases can be considered as the result of not regulating emotions. According to the data of pain theory, the descending and central pain of neurons can be changed by positive and negative emotional data. Negative emotions increase pain and positive emotions reduce pain intensity. Therefore, according to this theory, positive and negative emotions may indirectly play a role in pain management, because negative emotions increase pain, and vice versa, positive emotions reduce the intensity and severity of pain. Therefore, according to This theory suggests that positive and negative emotions may indirectly play a role in pain management. Depressed mood in women with breast cancer is significantly higher than normal people. In the explanation of this result, it can be stated that the depressed mood is based on separating from inaccessible motivations and incentives and being open to new stimuli, it is predicted that the depressed mood is an adaptive part of the process of separating the person from the driver. Depressed mood is common among cancer patients, and according to the American Cancer Society, one out of every four cancer patients has depression. As a result, it can be said that physical, mental, and emotional problems in patients can be an important factor in increasing rumination in these patients. Usually, the mechanisms created by rumination are risk factors for mental problems, such as the reduction of social support and optimism in people and the increase of neuroticism. Therefore, knowing and being aware of this topic can help people's mental health. The results showed that there is a significant difference between emotion regulation, emotional control, and rumination in women with and without breast cancer. Positive emotion regulation is lower in women with breast cancer. Rumination is more common in women with breast cancer. Anger, anxiety, and depressed mood are significantly more in women with breast cancer. But there was no significant difference in terms of positive emotion.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Sayad Z, Jalali Riki S, Atighi E, Khorshidi Talab E, Iranmanesh S, Shokouhi Qare Saadlou MS. Comparison of Emotion Regulation, Emotional Control and Rumination in Women with and without Breast Cancer. Razi J Med Sci. 2022;29(3): 184-193.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

سرطان پستان یک تجربه بحرانی و بالقوه آسیب‌زا و از مشکلات شایع و جدی در سلامت زنان است (۱). سرطان یک بیماری جسمی است که طی آن سلول‌های سرطانی از تکثیر خارج می‌شود و رشد کنترل شده‌ای ندارند. سرطان یکی از معضلات بنیادی و اساسی حوزه بهداشت و درمان در سراسر دنیا است، که سومین علت مرگ و میر افراد و دومین بیماری مزمن غیرواگیر در جهان محسوب می‌گردد، که به عنوان یک فرآیند منظم و مستمر، با ایجاد چالش‌هایی در زندگی افراد مبتلا، معضلات عدیده‌ای را برای فرد به وجود می‌آورد (۲). با توجه به روند افزایش سرطان، پیش‌بینی شده است که بروز سرطان تا دو دهه آینده با ۴۷ درصد افزایش نسبت به سال ۲۰۲۰، به بیش از ۲۸ میلیون نفر برسد (۳). سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان در زنان است و اولین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان به شمار می‌رود. امروزه از هر هشت زن یک زن مبتلا به سرطان می‌شود (۴). در ایران نیز، سرطان سومین عامل مرگ و میر محسوب می‌گردد و سرطان پستان در جایگاه نخست سرطان‌های شناخته شده در زنان با اختصاص دادن ۲۴.۴٪ از کل بدخیمی‌ها به خود، قرار می‌گیرد. همچنین میزان شیوع سرطان در زنان ایرانی ۲۲/۶ درصد از هزار زن است (۵). با افزایش طول عمر و امید به زندگی و مسن‌شدن جمعیت در جهان شیوع سرطان نیز، افزایش یافته و توزیع عوامل خطر سرطان، متأثر از عوامل توسعه اقتصادی و اجتماعی همراه با تغییراتی بوده است. عوامل اتیولوژیک و همچنین پیچیدگی‌های بیماری سرطان پستان از بنیادی‌ترین چالش‌های پیشگیری و درمان سرطان پستان محسوب می‌گردند (۶). سرطان پستان، شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان است و موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیق می‌گردد. بر اساس شواهدی، زنان مبتلا به سرطان پستان، الگوهای خاصی از استفاده از تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. تنظیم هیجان با توانایی فهم و ابراز هیجان و تعدیل تجربه، مدیریت و به تأخیر انداختن پاسخ به دامنه‌ای از هیجانات اشاره دارد که می‌تواند، به عنوان مکانیسمی قلمداد شود که افراد را قادر می‌سازد تا از طریق آن (آگاهانه یا نا آگاهانه)، برای دست یافتن به پیامدها و نتایج مطلوب

خود، هیجان‌هایشان را تغییر دهند (۷). افراد برای مدیریت اطلاعات هیجانی خود از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، که یک نوع مقابله شناختی می‌باشد، استفاده می‌کنند. بنابراین، ابعاد شناختی در توانایی مدیریت و نظم بخشی احساسات و هیجان‌ها بعد از تجربه یک رویداد استرس‌آور و تنیدگی‌زا، نقش مهمی دارد (۸). در تنظیم هیجان، فرد تلاش می‌کند تا بر احساسات خود با دیگران تأثیر بگذارد. ابعاد تنظیم شناختی هیجان دارای راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی است. راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان شامل: مولفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و کم اهمیت شماری رویدادهای استرس‌زا می‌باشد و راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان از مولفه‌های سرزنشگری خود و دیگران، نشخوارگری، و فاجعه‌آمیز انگاری، مقصر دانستن خود و دیگران، مصیبت‌بار تلقی کردن رویدادها و حوادث، تشکیل شده است (۹). کنترل عاطفی نیز در بیماران سرطانی موضوعی قابل تامل است. بیماران مبتلا به سرطان علاوه بر مشکلات جسمانی ناشی از بیماری و روند درمان با پیامدهای روانی و کنترل عاطفی متعددی نیز مواجه هستند، سرطان می‌تواند فرض‌های بنیادین و اساسی افراد مبتلا را در مورد این رخداد، آینده، امنیت و قابل کنترل بودن را به چالش بکشد به طوری که فرد مبتلا خود را در مقابل مرگ می‌بیند که می‌تواند منجر به مشکلات بالینی مرتبط با اضطراب‌های وجودی شود (۱۰). سرطان پستان از شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان و سبب ایجاد مشکلات عاطفی است. عدم کنترل عاطفی با افراط و تفریط در شیوه‌ی ادراک و ابراز عواطف و هیجانات، در شرائط استرس‌زا و رخداد‌های تنش‌زا و همچنین پیامدهای درمانی ناشی از شیمی درمانی می‌تواند این افراد را حتی در موقعیت‌هایی با خطرات اندک نیز، دچار چالش‌های سنگین و ناسازگاری کرده، در نتیجه سلامت روانی و عاطفی افراد را به طور جدی تهدید کند (۱۱). بنابراین نوعی کنترل عاطفی مناسب (چگونگی ابراز و کنترل عواطف در هر موقعیتی) می‌تواند به فرد توانایی مدیریتی هیجان‌ها و عواطف را بدهد. همچنین ابعاد کنترل

محدودیت‌های پژوهش‌های پیشین و پرداختن به ابعادی از این مولفه‌ها، لزوم انجام پژوهش حاضر را فراهم ساخت. بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین تنظیم هیجان، کنترل عاطفی و نشخوار فکری در زنان با و بدون سرطان پستان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای با هدف مقایسه تنظیم هیجان، کنترل عاطفی و نشخوار فکری در زنان با و بدون سرطان پستان انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران با تشخیص سرطان پستان از بیمارستان رسول اکرم (ص) در شهر تهران بودند. نمونه این پژوهش مشتمل بر ۴۰ زن با سرطان پستان بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. ابتدا لیستی از بیماران با سرطان پستان که ۱۳۴ نفر بودند تهیه گردید و سپس به صورت هدفمند ۱۰۰ نفر از میان آنان انتخاب شدند و از این ۱۰۰ نفر، ۴۰ نفر در پژوهش همکاری و مشارکت کردند که با ۴۰ نفر از جمعیت عمومی که از نظر ویژگی‌های دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تاهل) با آزمودنی‌های مبتلا همتراز بودند، به شرط نداشتن تشخیص سرطان پستان یا هر نوع بیماری دیگر مورد مقایسه قرار گرفتند. ملاک‌های خروج از پژوهش، سن پائین‌تر از ۳۰ سال و بالاتر از ۶۵ سال، سابقه آسیب وارده به دستگاه عصبی-مرکزی طی یکسال گذشته و اختلالات روانی ایجادکننده درمان‌های فوری (مثل نشانه‌های روانپریشی و وابستگی به مواد) بود.

پرسشنامه تنظیم هیجان: این پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گارنفسکی و کرایچ در سال ۲۰۰۶ تهیه شد یک ابزار ۳۶ ماده‌ای است و راهبردهای تنظیم هیجان را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: راهبردهای شناختی سازگارانه که شامل: پذیرش، تمرکز مثبت مجدد، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری می‌باشد. راهبردهای شناختی ناسازگارانه شامل: خودسرزنشگری، دیگر

عاطفی عبارتند از: چهار بعد کنترل خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه ی مثبت، که از مولفه‌های اساسی برای سازگاری با رخدادها و موقعیت‌های تنش‌زای زندگی، محسوب می‌شوند (۱۲). با توجه به مطالعات پیشین می‌توان اشاره کرد که عدم تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سرطان پستان منجر به نشخوار فکری نیز می‌گردد (۱۳). تامپسون (Thompson) و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند که، نشخوار فکری در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌تواند با عدم تنظیم هیجان مرتبط باشد، چرا که فشارهای روانی ناشی از سرطان پستان سبب به وجود آوردن آشفتگی‌های عاطفی و هیجانی در افراد شده که در نهایت، منجر به سرزنش فرد از خود و دیگران می‌گردد، و نشخوار فکری ظهور می‌یابد (۱۴). نشخوار فکری از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان محسوب می‌شود (۱۵). نشخوار فکری سبک تفکر تکراری توأم با ظرفیت‌های منفی می‌باشد. تجزیه و تحلیل مکرر معضلات، نگرانی‌ها و احساس درماندگی توأم با عدم اقدام و گام برداشتن برای ایجاد تغییرات مثبت، از نشانه‌های نشخوار فکری است (۳). نشخوار فکری به نوعی تمرکز جبرگرایانه فرد بر علائم و دلایل پریشانی و توجه به علل و پیامدهای آشفتگی به جای تمرکز بر راه حل‌های موجود تعریف می‌شود (۹). کسب تجربه‌های تلخ روحی و عاطفی توسط بیماران سرطانی سخت و سنگین است. از این رو محتوای ذهنی آنها تحریف و یا انکار می‌شود و به دنبال ساختن معنای جدید برگرفته از نوع تجربه بدنی هستند (۶). نشاط ذهنی با سرطان کاهش می‌یابد و این کاهش منجر به اضمحلال انرژی بدنی بیمار و پاسخ ناسازگار و منفی بیمار به معضلات می‌شود (۱۰). از آنجا که سرطان پستان برای زنان جوان‌تر خطرات روان‌شناختی بالینی را افزایش می‌دهد، لزوم پرداختن به این بحث مهم تلقی می‌شود. با توجه به مطالب بیان شده می‌توان شدت مشکلات هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان را با عوامل متعدد تنظیم هیجان، کنترل عاطفی و نشخوار فکری، شناسایی نمود و شرایط کار پرسنل درمانی و حتی خانواده‌های این بیماران را تسهیل نمود.

های ۰/۸۲ گزارش شده است. فرم فارسی این مقیاس توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد اعتبار یابی قرار گرفت و پایایی و روایی آن تایید شد. پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش شده. پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ به دست آمده است.

سرزنشگری، فاجعه سازی، نشخوار فکری می باشد. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات و جمع کل نمرات در دامنه ای از ۳۶ تا ۱۰۸ قرار می گیرد. بررسی مشخصات روان سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۷۱ تا ۸۱ به دست آورند. در ایران نیز روایی آزمون از طریق

جدول ۱- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر بیلابی	۰/۳۷۵	۵/۰۶	۹	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵	۱
لامبدای ویلکز	۰/۶۲۹	۵/۰۶	۹	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵	۱
اثر هتلینگ	۰/۵۹۹	۵/۰۶	۹	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵	۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۹۹	۵/۰۶	۹	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵	۱

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا بر روی میانگین نمرات تنظیم هیجان گروه های عادی و بیمار

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معناداری	مجذور اتا
خودسرزنشگری	گروه	۵۰/۶۵	۱	۵۰/۶۵	۴/۴۵	۰/۰۳۴	۰/۰۵۲
	خطا	۹۱۹/۰۷	۰/۸۴	۱۰/۹۴			
پذیرش	گروه	۶۰/۳۷	۱	۶۰/۳۷	۵/۹۱	۰/۰۱۷	۰/۰۶۶
	خطا	۸۵۶/۵۵	۰/۸۴	۱۰/۱۹			
نشخوار فکری	گروه	۳۷/۷۷	۱	۳۷/۷۷	۴/۲۲	۰/۰۴۳	۰/۰۴۸
	خطا	۷۵۱/۸۱	۰/۸۴	۸/۹۵			
تمرکز مجدد مثبت	گروه	۱/۴۰	۱	۱/۴۰	۰/۱۶	۰/۶۸۸	۰/۰۰۲
	خطا	۷۳۷/۹۰	۰/۸۴	۸/۶۶			
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	گروه	۵۶/۹۷	۱	۵۶/۹۷	۷/۹۱	۰/۰۰۶	۰/۰۸۶
	خطا	۶۰۴/۴۱	۰/۸۴	۷/۱۹			
ارزیابی مجدد مثبت	گروه	۱۲/۶۶	۱	۱۲/۶۶	۱/۰۲	۰/۳۱۵	۰/۰۱۲
	خطا	۱۰۴۲/۰۹	۰/۸۴	۱۲/۴۰			
دیدگاه پذیری	گروه	۱/۹۶	۱	۱/۹۶	۰/۲۰	۰/۶۴۹	۰/۰۰۲
	خطا	۷۹/۶۲	۰/۸۴	۹/۴۲			

پرسشنامه نشخوار فکری: پرسشنامه نشخوار فکری (RRS) توسط نالن هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ طراحی شده است. این پرسشنامه خود آنها می تواند چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار دهد. پرسشنامه سبک های پاسخ از

همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس ها بررسی شد که دامنه ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را دربر می گرفت که همگی آن ها معنادار بودند. در سال ۱۳۸۲ پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس

دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و دیگر سرزنشگری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان تفاوت یا تأثیر برابر با $0/375$ درصد است؛ یعنی $37/5$ درصد تفاوت فردی در نمرات بین دو گروه مربوط به عضویت گروهی است. از طرفی هم توان آماری برای گروه ۱ بدست آمد که حاکی از آن است که امکان خطای نوع اول وجود نداشته و حجم نمونه کفایت می‌کند. برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، از تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول (۲) ارائه شده است. همان‌طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین گروه عادی و بیمار از لحاظ خودسرنشگری، فاجعه سازی، نشخوار فکری و دیگر سرزنشگری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین خودسرنشگری، فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و دیگر سرزنشگری، افراد گروه عادی نسبت گروه بیمار کمتر است. بین گروه عادی و بیمار از لحاظ پذیرش و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین پذیرش و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، افراد گروه عادی نسبت به

گروه بیمار بیشتر است. همان‌طوری که در جدول (۳) نشان داده شده است بین گروه‌های عادی و بیمار حداقل از لحاظ یکی از متغیر نشخوار فکری (بروز دادن، در فکر فرورفتن و افسردگی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد. همان‌طوری که در جدول (۴) مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، میانگین بروز دادن و در فکر فرورفتن افراد گروه عادی نسبت گروه بیمار کمتر است؛ اما بین دو گروه بیمار و عادی از لحاظ افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد. همان‌طوری که در جدول (۵) نشان داده شده است بین گروه‌های عادی و بیمار حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای کنترل عاطفی (خشم، خلف افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد. میزان تفاوت یا تأثیر برابر با $0/192$ است؛ یعنی $19/2$ درصد تفاوت فردی در نمرات بین دو گروه مربوط به عضویت گروهی است. از طرفی هم توان آماری برای گروه $0/94$ بدست آمد که حاکی از آن است که

دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود که هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه بندی کنند. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری دارای سه مؤلفه است که عبارتند از: بروز دادن (بازتاب)، در فکر فرو رفتن، افسردگی است. این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی توسط یوسفی به فارسی ترجمه شد و آلفای کرونباخ آن‌ها را بین $0/77$ تا $0/90$ یافته است.

پرسشنامه کنترل عاطفی: پرسشنامه کنترل عواطف توسط ویلیامز، کمبل و آهراتر در سال ۱۹۷۷ طراحی شده است و ابزاری برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود است و شامل ۴۲ سوال با چهار زیرمقیاس فرعی که عبارتند از: خشم، خلق افسرده، اضطراب، عاطفه مثبت است. پاسخ‌ها از مقیاس هفت درجه‌ای از ۱ (به شدت مخالف)، ۷ (به شدت موافق) تنظیم شده است. ۱۲ ماده این پرسشنامه برعکس نمره گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در کل مقیاس $0/94$ و در خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از $0/72$ تا $0/91$ به دست آمده است. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس در کل $0/78$ و در خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از $0/66$ تا $0/77$ گزارش شده است. ضریب پایایی مقیاس کنترل عواطف به وسیله دهش (۱۳۸۸)، $0/84$ برآورد شده. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۷ مورد تأیید قرار گرفته است. مقدار آلفای کرونباخ نمره کل کنترل عواطف را $0/81$ و خرده مقیاس‌های خشم، خلق افسرده، اضطراب، عاطفه مثبت را به ترتیب $0/72$ ، $0/91$ ، $0/89$ ، $0/84$ گزارش کرده است.

یافته‌ها

همان‌طوری که در جدول (۱) نشان داده شده است بین گروه‌های عادی و بیمار حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تنظیم هیجان (خود سرزنشگری، پذیرش، تمرکز بر فکر نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت،

امکان خطای نوع اول وجود نداشته و حجم نمونه کفایت اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر،

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	f	درجات آزادی	درجات آزادی	سطح	مجذور اتا	توان
اثر بیلابی	۰/۱۶۰	۵/۱۹	۳	۸۲	۰/۰۰۲	۰/۱۶۰	۰/۹۴
لامبدای ویلکز	۰/۸۴۰	۵/۱۹	۳	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۱۶۰	۰/۹۴
اثر هتلینگ	۰/۱۹۰	۵/۱۹	۳	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۱۶۰	۰/۹۴

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا بر روی میانگین نمرات نشخوار فکری گروه‌های عادی و بیمار

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
بروز دادن	گروه	۵۰/۷۲	۱	۵۰/۷۲	۷/۷۱	۰/۰۰۷	۰/۰۸۴
	خطا	۷۹۰/۳۲	۸۴	۹/۴۰			
در فکر فرورفتن	گروه	۱۲۰/۹۷	۱	۱۲۰/۹۷	۱۰/۵۷	۰/۰۰۲	۰/۱۱۲
	خطا	۹۶۰/۷۴	۸۴	۱۱/۴۳			
افسردگی	گروه	۱۹۶/۵۱	۱	۱۹۶/۵۱	۳/۵۵	۰/۰۶۴	۰/۰۴۰
	خطا	۴۶۹۴/۴۱	۸۴	۵۵/۸۸			

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	درجات آزادی	درجات آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر بیلابی	۰/۱۹۲	۴/۸۱	۴	۸۱	۰/۰۰۲	۰/۱۹۲	۰/۹۴
لامبدای ویلکز	۰/۸۰۸	۴/۸۱	۴	۸۱	۰/۰۰۲	۰/۱۹۲	۰/۹۴
اثر هتلینگ	۰/۲۳۸	۴/۸۱	۴	۸۱	۰/۰۰۲	۰/۱۹۲	۰/۹۴
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۳۸	۴/۸۱	۴	۸۱	۰/۰۰۲	۰/۱۹۲	۰/۹۴

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا بر روی میانگین نمرات کنترل عاطفی گروه‌های عادی و بیمار

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معناداری	مجذور اتا
خشم	گروه	۲۴۱/۱۱	۱	۲۴۱/۱۱	۵/۶۵	۰/۰۲۰	۰/۰۶۳
	خطا	۳۵۷۹/۹۰	۸۴	۴۲/۶۱			
خلق افسرده	گروه	۱۷۵/۹۱	۱	۱۷۵/۹۱	۴/۰۷	۰/۰۴۷	۰/۰۴۶
	خطا	۳۶۲۸/۶۰	۸۴	۴۳/۱۹			
اضطراب	گروه	۱۰۲۵/۶۸	۱	۱۰۲۵/۶۸	۱۲/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۱۳۳
	خطا	۶۷۰۹/۲۰	۸۴	۷۹/۸۷			
عاطفه مثبت	گروه	۱۸/۹۰	۱	۱۸/۹۰	۰/۳۹۷	۰/۵۸۷	۰/۰۰۴
	خطا	۵۲۶۶/۲۰	۸۴	۶۲/۶۸			

می‌کند. همان طوری که در جدول (۶) مشاهده می‌شود بین گروه عادی و بیمار از لحاظ خشم، خلق افسرده و میانگین خشم، خلق افسرده و اضطراب افراد گروه عادی نسبت به گروه بیمار کمتر است؛ اما بین دو گروه

بیمار و عادی از لحاظ عاطفه مثبت تفاوت معنادار وجود ندارد.

بحث

هدف از مطالعه حاضر، مقایسه تنظیم هیجان، نشخوار فکری، کنترل عاطفی در زنان با و بدون سرطان پستان بود. با توجه به اینکه اضطراب و افسردگی از بدکارکردی شناختی در قالب طرحواره های ناسازگار تاثیر می پذیرد. یافته های این پژوهش با یافته های تیگمن (Tiggemann) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۲)، لویز (Lopez) و همکاران (۲۰۱۸) (۵) همسو بود. همچنین علائم این اختلالات به واسطه بدتنظیمی های هیجانی تشدید می شوند، به طوری که اثرات منفی شناختواره های معیوب بر اضطراب و افسردگی از طریق عملکرد معیوب تنظیم هیجانی افزون شده و باعث تشدید علائم اضطراب و افسردگی می گردد (۳). می توان چنین بیان داشت که تنظیم هیجان قادر است روابط بین طرحواره های ناسازگار، اضطراب، افسردگی را میانجی گری کند (۹). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تنظیم هیجان در زنان با و بدون سرطان پستان تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین بین اضطراب، خشم، خلق افسرده (ابعاد، کنترل عاطفی) در زنان با سرطان پستان و بدون سرطان پستان تفاوت معنی داری وجود دارد. اما بین عاطفه مثبت در زنان با سرطان پستان و بدون سرطان پستان تفاوت معنی داری وجود ندارد (۱۵). با توجه به نتیجه حاصل شده و یادآوری اینکه افراد مبتلا به سرطان پستان به دلیل مواجه شدن با این بیماری تهدیدکننده زندگی، از ارزش های خود غافل می شوند، بنابراین کمک به این افراد جهت ارتقاء ارزش ها و حوزه های ارزشمند زندگی، این امکان را برای آن ها فراهم می آورد که فعالانه به مسائل و مرتبط با بیماری خود رسیدگی کرده و این خود منجر به بهبود پیامدهای پزشکی و روانشناختی می شود (۱۳). تنظیم هیجان بر سلامتی فیزیکی، روانی، اجتماعی اثرات مثبت داشته باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران، ایجاد احساس خوب نسبت به زندگی، ارزیابی عمومی بهتر از زندگی، مقابله بهتر با بیماری می شود و همچنین نقش مهمی در

تسکین اثرات منفی بیماری بر بعد روانی بیماران دارد و با تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، منجر به بهبود اعتماد به نفس می شود. با توجه به مطالب گفته شده در این پژوهش، تنظیم هیجان به عنوان قوی ترین عامل مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز افراد در زمان بیماری عمل می کند (۹). عاطفه مثبت به حالت کلی احساس خوب روزانه اشاره دارد. عاطفه مثبت احساس شادی و خوشی است که اغلب با تجربیات روزانه همراه است. مطالعه کنترل عواطف از دو جنبه حائز اهمیت است. اول اکثریت افراد از عدم کنترل هیجانات خود رنج می برند زیرا مهارت کنترل عواطف را نیاموخته اند. دوم ناتوانی افراد در کنترل هیجانانشان بر بسیاری از جنبه های زندگی شخصی، خانوادگی، سلامت جسمانی، روانی، کیفیت زندگی افراد در جوامع مختلف تاثیر می گذارد (۳). ذهن افراد درمورد مشکلات و وقایعی که اتفاق می افتد تفسیر و استنباط می کند که باعث واکنش ها و احساسات پایداری می شود. در افرادی که مستعد افسردگی هستند، ذهن به سرعت به سمت افکار منفی و ناراحت کننده می رود که این خود باعث تداوم بیش تر افکار تکرارشونده می شود (۷). بسیاری از مردم باور دارند که وقتی که دچار افسردگی می شوند باید تلاش کنند تا بر درونشان متمرکز شوند، زیرا فکر می کنند چنین ارزیابی و تمرکز به آنان بینش می دهد تا بتوانند راه حلی را برای مشکلاتشان بیابند (۶). معمولا مکانیسم هایی که توسط نشخوار فکری ایجاد می شوند از عوامل خطر برای مشکلات روانی، محسوب می گردد، از قبیل کاهش حمایت اجتماعی و خوش بینی در افراد و ازدیاد روان رنجوری (۱۱). بنابراین شناختن و آگاهی از این باب می تواند به سلامت روان افراد کمک کند.

محدودیت ها

تمامی آزمودنی ها از نمونه های بیمارستان رسول اکرم (ص) انتخاب شده اند، بنابراین در خصوص تعمیم نتایج باید بیشتر دقت کرد.

پیشنهادات

پیشنهاد می شود این مطالعه بر روی سایر موارد بیماری ها انجام شود. همچنین انجام پژوهش بر گروه هایی از نمونه دیگر و سایر مراکز درمانی و ارزیابی

patients with borderline personality disorder? *Psychol Med.* 2019;49(16):2810-2811.

8. Wang SM, Yueh HP, Wen PC. How the New Type of Entrepreneurship Education Complements the Traditional One in Developing Entrepreneurial Competencies and Intention. *Front Psychol.* 2019;13;10:2048.

9. Madden E, Prevedel S, Light T, Sulzer SH. Intervention stigma toward medications for opioid use disorder: a systematic review. *Subst Use Misuse.* 2021;56(14):2181-2193.

10. Zhou X, Zhang L, Su X. Entrepreneurial Institutional Environment and Entrepreneurial Orientation: The Mediating Role of Entrepreneurial Passion. *Front Psychol.* 2022;15;13:840548.

11. Zhang W, Ouyang Y, Tang F, Chen J, Li H. Breath-focused mindfulness alters early and late components during emotion regulation. *Brain Cogn.* 2019;135:103585.

12. Tiggemann M, Hayden S, Brown Z, Veldhuis J. The effect of Instagram "likes" on women's social comparison and body dissatisfaction. *Body Image.* 2018;26:90-97.

13. McComb SE, Mills JS. Young women's body image following upwards comparison to Instagram models: The role of physical appearance perfectionism and cognitive emotion regulation. *Body Image.* 2021;38:49-62.

14. Thompson Y, Pat-Horenczyk R, Perry S, Ziv Y, Bar-Levav R, Stemmer SM. The Effectiveness of Group Intervention on Enhancing Cognitive Emotion Regulation Strategies in Breast Cancer Patients: A 2-Year Follow-up. *Integr Cancer Ther.* 2016;15(2):175-82.

15. Wang J, Zhou N, Wang D, Yu P, Xiao J. The effect of cognitive emotion regulation strategies on gynecologic oncology: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2018;39(4):259-265.

و مقایسه نتایج با نتایج این مطالعه نیز پیشنهاد می شود این مطالعه در قالب یک مطالعه تجربی نیز انجام پذیرد.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که بین تنظیم هیجان، کنترل عاطفی و نشخوار فکری در زنان با و بدون سرطان پستان تفاوت معنادار وجود دارد. تنظیم هیجان مثبت در زنان با سرطان پستان کمتر است. نشخوار فکری در زنان با سرطان پستان بیشتر است. خشم، اضطراب، خلق افسرده به طور معناداری در زنان با سرطان پستان بیشتر است. اما از لحاظ عاطفه مثبت تفاوت معنی دار وجود نداشت.

References

1. Picó-Pérez M, Radua J, Steward T, Menchón JM, Soriano-Mas C. Emotion regulation in mood and anxiety disorders: A meta-analysis of fMRI cognitive reappraisal studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2017;79(Pt B):96-104.

2. Kjørstad HL, Damgaard V, Knudsen GM, Vinberg M, Kessing LV, Macoveanu J, Miskowiak KW. Neural underpinnings of emotion regulation subgroups in remitted patients with recently diagnosed bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019;60:7-18.

3. Roberts NA, Reuber M. Alterations of consciousness in psychogenic nonepileptic seizures: emotion, emotion regulation and dissociation. *Epilepsy Behav.* 2014;30:43-9.

4. Friedmann Z, Binder A, Kinkel H-T, Kühner C, Zsolnai A, Mick I. Exploring patients' perceptions on Injectable Opioid Agonist Treatment: influences on treatment initiation and implications for practice. *Eur Addict Res.* 2022:1-11.

5. Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, Lischinsky AG, Cetkovich-Bakmas M, Rojas JI, Romano M, Manes FF. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3(3):CD010840.

6. Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychol Med.* 2019;49(12):2060-2068.

7. Luyten P, Leichsenring F, Abbass A, Hilsenroth M, Rabung S, Steinert C. What to conclude from a non-randomized clinical trial comparing dialectical behavior therapy and mentalization-based treatment in