

مقایسه نظم جویی شناختی هیجانی بین دو گروه از مردان؛ افراد مبتلا به سرطان و افراد غیر مبتلا

مهدی سبزعلی گل^۱، آمنه سادات کاظمی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه بین نظم جویی شناختی هیجانی بین دو گروه از مردان مبتلا به سرطان و غیرمبتلا صورت گرفت.

روش بررسی: نمونه آماری بر اساس فرمول کوکران شامل ۱۰۰ نفر مرد مبتلا به سرطان ریه بستری در بیمارستان و ۱۰۰ نفر مرد غیرمبتلا بود که با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. آنها پرسشنامه‌های نظم جویی شناختی CERQ-P گارنفسکی را تکمیل کردند. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون T مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: متغیرهای نظم جویی شناختی هیجان در ۵ عامل ملامت خویش، ملامت دیگران، پذیرش، ارزیابی مثبت و دیدگاه گیری و راهبردهای منفی نظم جویی شناختی هیجان بین دو گروه تفاوت معنی داری داشت ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: تلاش بیماران سرطانی برای به کارگیری راهبردهای مثبت نظم جویی شناختی هیجان‌ها تعیین کننده اثری است که این راهبردها بر بهزیستی روانی و جسمانی آنها می‌گذارد. به طوری که شیوه خاصی که فرد برای نظم جویی هیجانات خود به کار می‌گیرد، ممکن است باعث سازگاری بیشتر او نسبت به دیگران در کنار آمدن با رویدادهای استرس‌آوری مانند سرطان شود.

واژگان کلیدی: نظم جویی شناختی هیجان، بیماران سرطانی، روان‌شناسی شناختی، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، تنظیم هیجان، شناخت و هیجان.

مقدمه

مریبوط به کشورهای کم‌تر توسعه یافته جهان است (۴). با توسعه روش‌های نوین درمانی، طول عمر بیماران سرطانی در حال افزایش است (۵) و با افزایش طول عمر بیماران سرطانی نگرانی در مورد عواقب روانی-اجتماعی این بیماری، از جمله مشکلات هیجانی و اضطرابی (نحوه استفاده از راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان) این بیماران افزایش یافته است. تنوع قابل ملاحظه‌ای در واکنش بیماران سرطانی نسبت به تشخیص بیماری و عواقب حاصل از آن در سطوح کیفیت زندگی آنان وجود دارد. شواهد نشان می‌دهد که این تنوع در نحوه مقابله با مشکلات و سطح کیفیت زندگی افراد تنها ناشی از ماهیت و یا شدت بیماری نیست (۶-۱۰).

سرطان بیماری سلول‌های است که عامل مشخصه آن تکثیر نامحدود و غیرقابل کنترل سلول‌هایی است که نئوپلاسم بدخیم را تشکیل می‌دهند (۲). سرطان بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی، دومین علت مرگ در جوامع انسانی است (۳). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، انتظار می‌رود آمار ابتلای ۱۰ میلیون نفری سال ۲۰۰۰ به ۱۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد، که ۶۰ درصد آن

آدرس نویسنده مسئول: تهران، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی، آمنه سادات کاظمی
(email: Sadat.kazemi@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۲/۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۷/۱۵

فرایندهای مهم در روند مقابله است. در مجموع، تنظیم شناختی هیجان ما را قادر می‌سازد با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع متنوع محیطی پاسخ دهیم. پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که از سبکهای شناختی ضعیف مانند نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت خویش استفاده می‌کنند، بیش از سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی و اضطرابی آسیب‌پذیرند (۱۷). فرایندهای تنظیم هیجان به قدری پیچیده و گستردۀ است که تمرکز بر تمام ابعاد و مکانیسم‌های آن ممکن نیست (۲۳). بنابراین، در پژوهش حاضر فقط به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پرداخته شده است. براساس پیشینه نظری موجود، نه راهبرد تنظیم شناختی هیجان Acceptance شامل ملامت خویش (Self-blame)، پذیرش (Perspective Focus on thought or)، نشخوارگری (Positive Refocusing)، تمرکز مجدد مثبت (Refocus on Planning)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (Positive reappraisal)، ارزیابی مجدد مثبت (Disorder Diidgah-e Pziriy) (Putting into)، فاجعه سازی (Blaming Others) و ملامت دیگران (Catastrophizing) نظر مفهومی متمازی شده‌اند. در گستره متنون روانشنختی، راهبردهای ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌سازی، راهبردهای مقابله ناسازگارانه و پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری راهبردهای سازگارانه شناخته شده‌اند. علاوه براین، از آنجا که مفهوم تنظیم شناختی هیجان به روش شناختی مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی (۲۴) و بخش شناختی مقابله اشاره می‌کند (۲۳) و تنظیم هیجان از طریق افکار و شناخت هارتباطی اجتناب ناپذیر با زندگی انسانی دارد و پس از تجربه رویدادهای استرس‌زا به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را مدیریت کنند (۲۳)، این مقابله می‌تواند از طریق جستجوی لذت و تسکین فوری یا تکانشی عمل کردن، به تغییر توجه از هدف طولانی مدت خودتنظیمی (مانند تندرنستی) به کاهش آشفتگی هیجانی منجر شود (۲۵).

امروزه یکی از سوال‌های بسیار جذاب مدل‌های شناختی، بررسی مسئله میزان ارتباط کنترل و تنظیم هیجانی با مؤلفه‌های شناختی اختلالات است که این پژوهش، یکی از زوایای این ارتباط را بررسی کرده است (۲۶). مواجه شدن با حوادث استرس‌زا زندگی می‌تواند وضع روانی، روابط اجتماعی، و عملکردهای جسمانی را دگرگون سازد و آسیب‌پذیری عمومی وی را افزایش دهد و به طور مستقیم یا غیرمستقیم موجب بیماری سرطان شود. با وجودی که آثار تاریخی نشان دهنده وجود رابطه بین استرس و سرطان هستند، در سال‌های اخیر توجه بیشتری به تحقیق درباره

وقتی در باره هیجان صحبت می‌شود، نباید گفت انسان موجودی است که فقط هیجان‌ها را تجربه می‌کند، بلکه آنها را بازبینی، تنظیم و در برخی موارد با آنها مبارزه می‌کند (۱۱) و این آن چیزی است که مبانی نظری تنظیم هیجانی را تشکیل می‌دهد. افزون بر این، هیجان‌ها دارای کنشوری‌های متعددی از جمله کنشوری تکاملی، ارتباطی و اجتماعی هستند. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهند که هیجان‌ها در هر لحظه بر توجه، تصمیم گیری، حافظه، پاسخهای فیزیولوژیک و تعاملات اجتماعی تأثیر می‌گذارند (۱۲). توانایی تنظیم هیجانی با سلامت روانی، اجتماعی و فیزیولوژیک ارتباط دارد (۱۴، ۱۳). از سوی دیگر، فرض شده که مکانیزم زیربنایی اختلالات خلقی و اضطرابی، نارسانی در تنظیم هیجان است (۱۵).

تنظیم هیجان به راهبردهایی گفته می‌شود که از آنها برای کاهش، افزایش یا حفظ تجارب هیجانی استفاده می‌شود. ریشه راهبردهای تنظیم هیجان، تحول هیجانی، شناختی و اجتماعی است. بدکارکردی در این راهبردها می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای در ایجاد و حفظ اختلالات روانی ایفا کند. در حقیقت، مفهوم تنظیم هیجانی بسیار گستردۀ و فراگیر بوده و در برگیرنده طیف وسیعی از فرایندهای هشیار و ناهشیار فیزیولوژیک، رفتاری و روانشنختی می‌شود (۱۳). علاوه براین، راهبردهای تنظیم هیجان، کانون اساسی درک همبسته‌های رفتاری و هیجانی اضطراب‌ها و وقایع عاطفی منفی است (۱۸، ۱۷). افراد برای تنظیم فرایندهای مختلف هیجانی از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که یکی از متدائل‌ترین آنها، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی (یا تنظیم شناختی هیجان) است. فرایندهای شناختی نقشی بسیار مهمی در تنظیم هیجانی ایفا می‌کنند که اطلاع از چگونگی این تأثیر در درمان بسیاری از مشکلات روانشنختی مربوط به هیجان مفید خواهد بود (۱۹). ایزارد و همکارانش (۲۰) با تأکید بر تعامل هیجان و شناخت، معتقدند که دانش هیجانی نقشی تسهیل کننده در رشد تنظیم هیجانی دارد. شناختها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند تا هیجانها نشوند. فرایندهای شناختی را می‌توان به فرایندهای ناهشیار (فرافکنی و انکار) و هشیار (لاملت خویش، فاجعه سازی و نشخوارگری) تقسیم کرد. تنظیم شناختی هیجان به فرایندهای شناختی‌ای اطلاق می‌شود که اطلاعات برانگیزاننده هیجانی را مدیریت می‌کنند (۲۲، ۲۱). به دیگر سخن، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا رخداد آسیب‌زا گفته می‌شود. تنظیم شناختی هیجان در فرایندهای مختلف بهنجار و نابهنجار نقش اساسی داشته و در برابر محرک‌های منفی و تجارب هیجانی ناخوشایند یکی از

اطلاعات جمعیت شناختی و CERQ-P بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. در شروع هر آزمون، آزمونگر با تاکید بر اینکه نتایج آزمون محفوظ خواهد ماند و این آزمون به منظور اجرای یک پژوهش دانشگاهی برای پیشبرد اهداف علمی انجام می‌شود، از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد که با دقت و صداقت کامل به سوال‌های آزمون پاسخ دهند. پس از اطمینان دادن به آزمودنی‌ها، در مورد عدم استفاده از مشخصات فردی در اعلام نتایج به هر یک از آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها داده شد. سپس پس از جمع آوری، پرسشنامه‌ها و نمونه‌ها بر اساس سن همتاگی شدند.

پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ-P): این پرسشنامه که دو نسخه انگلیسی و هلندی دارد، به وسیله گارنفسکی و همکارانش در کشور هلند تدوین شده است. پرسشنامه نظم جویی شناختی یک پرسشنامه چندبعدی است که برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی به کار می‌رود. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده است. پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان که از خرده مقیاس‌های ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری و فاجعه سازی تشکیل شده است، از پایه تجربی و نظری محکمی برخوردار است. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با واقعی استرس‌زا و منفی است. نسخه فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی را حسنی هنجریابی کرده است. حسنی (۷۷) در بررسی مشخصات روان سنجی آزمون گارنفسکی و همکارانش، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ به دست آورد. در ایران نیز روابی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس‌ها آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در بر می‌گرفت که همگی آنها معنی‌دار بودند. در سال ۱۳۸۲، پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی ۰/۸۲ گزارش شده است. هم چنین برای رفع نگرانی از وجود برخی تفاوت‌های جزئی فرهنگی و سنتی در جمعیت مورد مطالعه تحقیق، محققان نیز پایایی آن را محاسبه و ضریب آلفای کرانباخ برای پایایی کل مقیاس را ۰/۹۰ برآورد کردند. در ضمن پایایی پرسشنامه در این تحقیق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌ها در افراد مبتلا به سرطان ۰/۸۶ و در افراد غیر مبتلا ۰/۸۴ به دست آمد. داده‌های به دست آمده با

رابطه استرس و بیماری‌ها، از جمله سرطان معطوف گردیده است. پژوهشگران علاوه بر تحقیق درباره تعیین علل مادی سرطان مانند پنبه نسوز به عنوان عامل خطرناک در بروز بعدی سرطان، آمادگی‌های خانوادگی، تاریخی‌های موجود در دستگاه‌های ایمن سازی بدن، نقایص مادرزادی، ویژگی‌های شخصیت و سالخوردگی را نیز به عنوان عوامل خطرناک در ایجاد سرطان مورد بررسی قرار داده‌اند. در بیشتر این تحقیقات کوشش شده است، متغیرهای روان شناختی که ممکن است به نحوی با ظهور، رشد، و بهبود سرطان رابطه داشته باشند، مورد مطالعه واقع شوند. مطابق با الگوی زیستی، روانی و اجتماعی، تاثیرات متقابل عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی تعیین کننده سلامت و بیماری افراد است و با توجه به ارتباط نظم جویی شناختی هیجان با سلامت جسمانی، پژوهشگر در بی پاسخ به این سوال بود که آیا بین نظم جویی شناختی هیجان در دو گروه افراد مبتلا به سرطان و افراد غیر مبتلا تفاوتی وجود دارد؟

مواد و روشها

طرح پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه مردان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان‌های ساسان، امام رضا (ع) و شهدای تجریش در سال ۱۳۹۳ بود. افراد سالم شامل کلیه مردان مراجعه کننده به بیمارستان‌های مناطق ۱ تا ۵ شهر تهران بودند. افراد دو گروه در فاصله سنی ۲۵ تا ۳۵ سال قرار داشتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعیین شد که شامل ۱۰۰ نفر بیمار مرد مبتلا به سرطان ریه ۳۵-۲۵ ساله بستری در بیمارستان و ۱۰۰ نفر مرد غیر مبتلا در سطح بیمارستان‌های شهر تهران بود.

$$n = (z^2 \times p \times q) \div d^2 \quad (p=0.5, q=0.5, d=0.1, \alpha=0.05, Z=1.96)$$

پس از کسب رضایت مسئولین بیمارستان، از بیماران تحت پوشش دعوت به عمل آمد که در صورت تمايل در پژوهش حاضر شرکت نمایند. افراد با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود در انتخاب آزمودنی‌ها عبارت بودند از: داشتن حداقل یک سال سابقه بیماری سرطان ریه و داشتن مدرک دیپلم به منظور توانایی پر کردن پرسشنامه‌ها و ملاک‌های خروج نیز شامل مبتلا بودن به اختلال‌های روانشناختی شدید و اعتیاد به مواد مخدر بود. چنین مواردی در افراد مبتلا به سرطان با استفاده از ارزیابی و اظهارنظر متخصصان بیمارستان و در افراد غیرمبتلا با استفاده از مصاحبه اولیه شناسایی شد. پس از مشخص شدن آزمودنی‌ها، توضیحات لازم در خصوص طرح پژوهش به صورت فردی به آنان ارایه شد و سپس پرسشنامه‌های

جدول ۱. مقایسه نمرات دو گروه در خرده مقیاس‌های نظم جویی شناختی هیجان (با آزمون T مستقل)

مولفه‌ها	گروه	میانگین از ۲۰	انحراف معیار	درجه آزادی	نمره T	سطح معنی داری
ملامت خویش	غیرسرطانی	۹/۸۹	۳/۱۰	۱۹۸	۳/۱۳	۰/۰۰۲
سرطانی	غیرسرطانی	۸/۵۰	۳/۱۸	۱۹۷/۸۸	۳/۱۳	۰/۰۰۲
نشخوارگری	غیرسرطانی	۱۲/۷۶	۳/۱۳	۱۹۸	-۱/۰۶	۰/۲۹
فاجعه سازی	سرطانی	۱۳/۱۹	۲/۵۷	۱۹۰/۹۱	-۱/۰۶	۰/۲۹
ملامت دیگران	غیرسرطانی	۱۰/۲۰	۳/۶۶	۱۹۸	-۰/۴۴	۰/۶۶۲
پذیرش	سرطانی	۱۰/۴۳	۳/۷۸	۱۹۷/۸۱	-۰/۴۴	۰/۶۶۲
تنظیم شناختی منفی	غیرسرطانی	۱۰/۰۳	۳/۴۰	۱۹۸	۳/۶۵	۰/۰۰۰
ارزیابی مجدد مثبت	سرطانی	۸/۳۴	۳/۱۵	۱۹۶/۸۵	۳/۶۵	۰/۰۰۰
تمرز مجدد بر برنامه ریزی	غیرسرطانی	۱۰/۷۲	۲/۰۸	۱۹۸	۲/۰۰	۰/۰۴۶
دیدگاه گیری	سرطانی	۱۰/۱۲	۲/۱۹	۱۹۷/۴۳	۲/۰۰	۰/۰۴۶
ارزیابی مجدد مثبت	غیرسرطانی	۱۱/۰۵	۲/۷۶	۱۹۸	-۴/۲۷	۰/۰۰۰
تنظیم شناختی مثبت	سرطانی	۱۲/۷۲	۲/۷۷	۱۹۸/۰۰	-۴/۲۷	۰/۰۰۰
تمرز مجدد مثبت	غیرسرطانی	۱۲/۱۰	۳/۹۹	۱۹۸	-۱/۰۰	۰/۳۲
ارزیابی مجدد مثبت	سرطانی	۱۲/۷۴	۵/۰۳	۱۸۸/۲۵	-۱/۰۰	۰/۳۲۱
دیدگاه گیری	غیرسرطانی	۱۳/۲۹	۳/۹۸	۱۹۸	-۰/۸۳	۰/۴۱
ارزیابی مجدد مثبت	سرطانی	۱۳/۸۰	۴/۷۲	۱۹۷/۴۸	-۰/۸۳	۰/۴۱
ارزیابی مجدد مثبت	غیرسرطانی	۱۳/۱۸	۳/۴۸	۱۹۸	۲/۳۷	۰/۰۱۹
ارزیابی مجدد مثبت	سرطانی	۱۱/۸۷	۴/۲۸	۱۹۰/۱۵	۲/۳۷	۰/۰۱۹
ارزیابی مجدد مثبت	غیرسرطانی	۱۱/۶۹	۳/۷۵	۱۹۸	-۲/۶۵	۰/۰۰۹
ارزیابی مجدد مثبت	سرطانی	۱۳/۱۲	۳/۸۸	۱۹۷/۷۶	-۲/۶۵	۰/۰۰۹
ارزیابی مجدد مثبت	غیرسرطانی	۱۱/۹۳	۱/۹۴	۱۹۸	۰/۱۰	۰/۹۱۸
ارزیابی مجدد مثبت	سرطانی	۱۱/۸۹	۲/۹۲	۱۷۱/۹۵	۰/۱۰	۰/۹۱۸

در افراد غیرسرطانی (۱۳/۱۸)، در مقیاس (۲۰) از افراد سرطانی (۱۱/۸۷) و میانگین نمرات "تنظیم شناختی منفی" در افراد غیرسرطانی (۱۰/۷۲)، در مقیاس (۲۰) از افراد سرطانی (۱۰/۱۲) بیشتر بود. میانگین نمرات "دیدگاه گیری" در افراد غیرسرطانی (۱۱/۶۹)، در مقیاس (۴۰) از افراد سرطانی (۱۳/۱۲) و میانگین نمرات "پذیرش" در افراد غیرسرطانی (۱۱/۰۵)، در مقیاس (۲۰) از افراد سرطانی (۱۲/۷۲) کمتر بود. در حالی که در عوامل نشخوارگری، فاجعه سازی، تمرکز مجدد مثبت و تنظیم شناختی مثبت بین افراد سرطانی و غیر سرطانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$) (نمودار ۱).

بحث

با گسترش حوزه‌های بین رشتهداری و استقرار الگوی زیستی - روانی اجتماعی، اعتقاد بر این است که متغیرهای روان‌شناختی از آن دست عواملی هستند که رابطه خطی مورد اشاره در خصوص بیماری را تعديل می‌کنند. از این منظر، متغیرهای روان‌شناختی زمینه‌ساز

استفاده از نرم‌افزار SPSS و با کمک آزمون آماری T مستقل مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

به منظور مقایسه خرده مقیاس نظم جویی شناختی هیجانی در دو گروه از نمونه بیماران سرطانی و افراد غیر مبتلا مورد مطالعه از آزمون مستقل T استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است. همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، در متغیرهای نظم جویی شناختی هیجان، در ۵ عامل ملامت خویش، ملامت دیگران، پذیرش، ارزیابی مثبت و دیدگاه گیری بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/05$).

همچنین در متغیر راهبردهای منفی نظم جویی شناختی هیجان بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). به این ترتیب که میانگین نمرات "لاملت خویش" در افراد غیر سرطانی (۹/۸۹)، در مقیاس (۲۰) از افراد سرطانی (۸/۵۰)، میانگین نمرات "لاملت دیگران" در افراد غیر سرطانی (۱۰/۰۳)، در مقیاس (۲۰) از افراد سرطانی (۸/۳۴)، میانگین نمرات "ارزیابی مجدد مثبت"

شیوه خاصی که فرد برای نظم جویی هیجانات خود به کار می‌گیرد ممکن است باعث سازگاری بیشتر او نسبت به دیگران در کنار آمدن با رویدادهای استرس‌آوری مانند سرطان شود (۳۰). براساس نظریه تنظیم شناختی هیجان، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی صورت می‌گیرد. به عبارتی، شناخت‌ها یا فرایندهای شناختی به افاده کمک می‌کنند تا هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم کرده و مغلوب شدت هیجان‌ها نشوند. فرایندهای شناختی را می‌توان به فرایندهای سالم شناختی نظریه ارزیابی مثبت و برنامه ریزی کردن و فرایندهای ناقص نظریه ملامت خویش و دیگران شرایط تقسیم کرد (۲۶).

بیماران سلطانی با انتخاب راهبردهای سازگارانه به مبارزه با بیماری می‌پردازند (۳۱)، که داده‌های آماری پژوهش حاضر به این موضوع صحه می‌گذارند. به طوری که بیماران سلطانی نمرات کمتری در راهبردهای مثبت نسبت به افراد غیر مبتلا کسب کردند. البته این انتخاب بیشتر برای سرکوبی هیجانات منفی و بهتر جلوه دادن خود به دیگران است. در واقع، سرکوبی هیجانات منفی می‌تواند احتمال ابتلاء سلطان و یا پیشرفت آن را در بدن افزایش دهد (۳۱). شناسایی شکل‌های موثر مقابله به عنوان متغیر واسطه‌ای در رابطه استرس‌بیماری، خط مقدم پژوهش‌ها را در این حوزه به خود اختصاص داده است (۳۶). به طور کلی، نتایج غالب پژوهش‌ها مقابله هیجانی را به عنوان مؤثرترین واسطه رابطه استرس-بیماری معرفی کرده‌اند. بیماری‌های استرس مدار و خیمتر شدن سلامت عمومی، بیشتر در کسانی مشاهده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند. مقابله اجتنابی به عنوان راهبردی کوتاه مدت کارآمد شناخته شده است، اما در دراز مدت مانع سازش روان شناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی مثل اضطراب را افزایش می‌دهد (۳۷). بر اساس پژوهش‌های مختلف، تنظیم هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی سلامت جسمانی می‌شود. در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده است که مشکل تنظیم هیجان منجر به مشکلات جسمانی می‌شود (۳۸). بنابراین می‌توان گفت مهارت نظم جویی شناختی هیجان به بیماران مزمن کمک می‌کند که بر هیجانات منفی خود غلبه کنند و در نتیجه کیفیت زندگی‌شان افزایش یابد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند عواطف نگران کننده برای سلامتی بدن مضر هستند. همان طوری که تنفس و کینه توzi مزمن و تکرار وقایع خشم آور مردان را در معرض خطر جدی بیماری‌های مزمن قرار می‌دهد، ترس و نگرانی برای زنان می‌تواند به همان اندازه خطرناک باشد. البته نمی‌توان گفت عواطف مثبت به تنها ی می‌تواند درمان کننده بیماری‌های مزمن شود، یا اینکه خنده و شادی می‌تواند هر بیماری جدی را معالجه کند. اما بر اساس پژوهش‌هایی که روی عده زیادی از مردم انجام گرفته است، تأثیر

بیماری هستند نه علت بیماری (۳۸). سرطان در ردیف یکی از اساسی‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری‌های مزمن و از عوامل تهدید کننده جامعه به شمار می‌رود و بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی، دومین عامل مرگ و میر محسوب می‌شود. عموماً متخصصان، در بررسی این بیماری، علل و عوامل زیستی را عامل سبب ساز مطرح می‌کنند، اما اخیراً در پژوهش‌های متعدد نشان داده شده که عوامل فوق به تنها ی نقش تعیین کننده‌ای در بروز بیماری نداشته، بلکه برخی از متغیرهای رفتاری و روان‌شناختی به صورت مستقیم و غیرمستقیم زمینه مساعدی برای ابتلاء افراد به این بیماری و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به آن را ایجاد می‌کنند (۲۹). بنابراین این پژوهش با هدف بررسی نظم جویی شناختی هیجان در بیماران سلطانی صورت گرفت.

در واقع این پژوهش بر آن شد، تا حد ممکن بین متغیر نامبرده و بیماری سلطان، پیوند برقرار کند، زیرا سلطان به عنوان یک بیماری کشنده و مرگ آور توأم با درد، رنج و ناتوانی در اذهان مردم جای گرفته و موجب به هم خوردن تعادل و افت کیفیت زندگی می‌شود. در پژوهش حاضر، در متغیرهای نظم جویی شناختی هیجان در ۵ عامل ملامت خویش، ملامت دیگران، پذیرش، ارزیابی مثبت و دیدگاه گیری و راهبردهای منفی نظم جویی شناختی هیجان بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد افراد مبتلا به سلطان در استفاده از راهبردهای مثبت نظم جویی شناختی هیجان نمرات بالاتری نسبت به افراد غیر مبتلا کسب می‌کنند چرا که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای برای کنترل درد است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های امانی و همکارانش (۳۰) و بهرامی (۳۱) همسو است.

امروزه به روشنی مشخص شده است که تنظیم هیجانی نقش مهمی در سازگاری با واقعی استرس‌آور زندگی بازی می‌کند. بسیاری از موضوعات مورد مطالعه روان‌شناسی از قبیل افکار و خاطرات پریشان کننده و اشتغالات ذهنی بادوام، در اصل در حیطه شناخت قرار دارند و نظریه‌های متعددی مانند دیدگاه روان تحلیل گرانه آسیب‌شناسی روانی در اوآخر قرن گذشته، به منظور تفسیر این پدیده‌ها تلاش کرده‌اند. تنظیم هیجانات انسان‌ها به شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی آنها بستگی دارد که در شناخت احساسات یاری رسانده و از غرق شدن در هیجانات جلوگیری می‌کند. تنظیم هیجانات از طریق شناخت به طور پیچیده‌ای با زندگی انسان ارتباط یافته است (۳۲). تعارض‌ها، شکست‌ها و فقدان‌های سلامت، انسان را تهدید می‌کنند، اما انسان توانایی فوق العاده‌ای برای نظم جویی این هیجان‌های بر انگیخته شده دارد. تلاش برای نظم جویی هیجان‌ها به طور گستره‌ای تعیین کننده اثری است که این مشکلات بر بهزیستی روانی و جسمانی ما دارند (۳۳). به طوری که

خویش را کاهش دهنده در مجموع، آشنایي با متغيرهای پژوهش، ما را قادر می‌سازد با انعطاف پذيری بيشتری به وقایع محیطی متنوع و موقعیت‌های تندیگی‌زا پاسخ دهیم. توانایی تغییر دادن رفتار با تغییر محرك در کنش وری سازگارانه هیجان اهمیت خاصی دارد. پس تفاوت‌های فردی در نظم جویی شناختی هیجان می‌تواند کنش وری مؤثر در محیط اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد.

هر پژوهش لزوماً محدودیت‌هایی را با خود به دنبال دارد که فرد را تا حدی از رسیدن به نتیجه مطلوب باز می‌دارد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل شرایط پاسخ‌گویی به پرسش نامه‌ها (مانند زمان، وضعیت جسمی آزمودنی‌ها و ...) به علت تعداد زیاد نمونه و سوالات اشاره کرد. شاید این کنترل می‌توانست به اعتبار نتایج تحقیق کمک کند. همچنین مصرف داروهای آرام بخش توسط بیماران و داروهای دیگر مسلمان بر هیجان و اضطراب بیماران تاثیرگذار است. در ضمن، استفاده از ابزارهای خود گزارشی، ممکن است افراد را در استفاده از شیوه‌های مبتنی بر کسب تایید اجتماعی و اجتناب از بدنامی مربوط به عدم کفایت فردی ترغیب کند و این یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌شود و در آخر می‌توان به عدم بررسی در موقعیت واقعی زندگی (زمانی که آزمودنی در مواجه با مشکلات هیجانی دچار آشفتگی شده و نیاز به استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی دارد) اشاره کرد.

این مقاله از پایان نامه نویسنده، با عنوان " مقایسه نظم جویی شناختی هیجانی، حساسیت اضطرابی و ویژگی‌های زیستی شخصیتی بین دو گروه افراد مبتلا به سرطان و افراد غیر مبتلا" برداشت شده و پژوهشگر قصد دارد در مراحل بعد به مطالعه در مورد رابطه بین این متغيرها بپردازد. چنان‌چه رابطه این متغيرها با مشکلات روانشناختی مشخص شود، می‌توان با شناسایی فعال بودن هرکدام از این متغيرها در افراد سرطانی، نحوه مقابله آنان با رویدادهای استرس‌زا را پیش‌بینی کرد و در صورت لزوم با افزایش آگاهی و اطلاع‌رسانی به افراد مستعد و انجام اقدامات مداخله‌گرانه بالینی تا حد زیادی در کاهش مشکلات ناشی از اضطراب و هیجان نقش مؤثری ایفا کرد.

عواطف مثبت بر روند بیماری (در مقایسه با سایر عوامل پیچیده) بسیار ظریف است و عواطف منفی وقتی به صورت مزمن و مداوم باشند، می‌توانند انسان را در مقابل تعداد وسیعی از بیماری‌ها آسیب پذیر کنند (۳۹).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر مؤید آن است که ویژگی‌های روانشناختی (نظم جویی شناختی هیجان) ارتباط تنگاتنگی با بروز و تداوم بیماری سرطان دارند. این عوامل می‌توانند هم فشار روانی را ایجاد و تشدید کنند که پیامد آن بیماری خواهد بود و هم قادرند فشار روانی را تخفیف یا حذف نمایند که منجر به تطابق بهتر با رویدادها و در نهایت سلامت روانی می‌شود. به طور کلی یافته‌های این پژوهش می‌تواند تلویحاتی را برای کادر درمانی که با افراد سرطانی در ارتباط هستند، فراهم کند. از یافته‌های این پژوهش استنباط می‌شود از عوامل میانجی مهم تاثیرگذار بر زندگی بیماران سرطانی، نظم جویی شناختی هیجان است. بنابراین، در برنامه‌های درمانی باید توجه خاصی به آموزش راهبردهای شناختی به ویژه آموزش راهبردهای سازگارانه نظم جویی شناختی هیجان صورت گیرد. آموزش تنظیم شناختی هیجان در افراد سرطانی باعث می‌شود که آنان با آگاهی از هیجانات، به خصوص هیجانات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش پیدا خواهد کرد. به تبع آن میزان علائم جسمانی در آنان کاهش پیدا خواهد کرد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که افراد سرطانی به دلیل مشکلات جسمانی و روانی ناشی از بیماری ممکن است از وجود اضطراب‌های خویش آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند که آثار منفی آن می‌توانند به صورت مشکلات جسمانی از جمله سر درد، مشکلات قلبی-عروقی، مشکلات ماهیچه‌ای و مشکلات مربوط به سیستم ایمنی ظاهر شود. اما آموزش مهارت کنترل این عوامل روان شناختی به آنان باعث می‌شود که از وجود هیجانات منفی و تاثیر منفی آنها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با ارزیابی مجدد هیجانات در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی تلاش کنند و از این طریق، میزان مشکلات جسمانی و روانی

REFERENCES

- Yekta F, Azad Fallah P, Najafizade A. Examining mind- behavioral systems and introversion and extroversion in women suffering from rheumatoid arthritis. psychology journal of Tarbiyat Modarres University 1381;24:35-36. [In Persian]
- Lotfi-Kashani F, Vaziri S, Arjmand S, Moosavi SM. [Spiritual intervention effectiveness in reducing distress in mothers of children with cancer (Persian)]. Medical Ethics 2012;6:174-86. [In Persian]
- Karimoi HM, Pourdehghan M, Faghihzadeh S, Montazeri A, Milani JM. [The effects of group counseling on symptom scales of life quality in patients with breast cancer treated by chemotherapy (Persian)]. J Kermanshah Univ Med Sci 2006;10:10-22. [In Persian]

4. Momeni KH, Shahbazirad A. Relationship of spirituality, resiliency, and coping strategies with quality of life in university students. *JBS* 2012;6:97-103. [In Persian]
5. Kalogreades L, Corr PJ. Quality of life and level of functioning in cancer patients: The roles of behavioural inhibition and approach systems. *Pers Individ Dif* 2011;50:1191-5.
6. Cohen L, Warneke C, Fouladi RT, Rodriguez MA, Chaoul-Reich A. Psychological adjustment and sleep quality in a randomized trial of the effects of a Tibetan yoga intervention in patients with lymphoma. *Cancer* 2004;100:2253-60.
7. Carver CS, Meyer B, Antoni MH. Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: Moderator effects in women with early stage breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:965-75.
8. Hazanvand Amoozade M, Roshan chalsi R. the relationship between mind- behavioral systems and gender and social anxiety. *Pajohande Journal* 1392;3:114-21. [In Persian]
9. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral Oncol* 2005;41:440-54.
10. Millar K, Purushotham AD, McLatchie E, George WD, Murray GD. A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *J Psychosom Res* 2005;58:335-42.
11. Cooper ML, Agocha VB, Sheldon MS. A motivation perspective on risky behaviovor: the role of personality and affect regulatory process. *J Pers* 2000;68:1059-88.
12. Hasani J. Effect of reappraisal and suppression of emotional experiences upon zonal action of brain respecting to Neuroticism and Extraversion Dimensions. Unpublished PHD thesis. Faculty of Humanities; Tarbiat Modares University 2009.[In Persian]
13. Hasani J, Azad fallah R, Rasulzadeh S, Ashayeri H. The effect of Reappraisal and Suppression of Negative Emotional Experience on Frontal EEG Asymmetry according to Neuroticism and Extraversion dimensions. *Journal of Psychology of Tabriz University* 2010;13:37-71.[In Persian]
14. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology* 2002;39:191-281.
15. Gross JJ. Handbook of Emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.
16. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ. Handbook of Emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007:542-559.
17. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences* 2006;40:1659-69.
18. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences* 2001;30:1311-27.
19. MacLeod C, Bucks RS. Emotion regulation and cognitive-experimental approaches to emotional dysfunction. *Emotion Review* 2001;3:62-73.
20. Izard CE, Woodburn EM, Finlon KJ, Krauthamer- Ewing S, Grossman SR, Seidenfeld A. Emotion knowledge, emotion utilization and emotion regulation. *Emotion Review* 2011;3:44-52.
21. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2007;16:1-9.
22. Zhu X, Auerbach RP, Yao S, Abela JRZ, Xiao J, Tong X. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Chinese version. *Cognition and Emotion* 2008;22:288-307.
23. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences* 2001;30:1311-27.
24. Öngena DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010;9:1516-23.
25. Schreiber LRN, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research* 2012; 46:651-58.
26. Vahedi Sh, Hashemi T, Eynipor J. Investigation of relationship among emotional control, cognitive emotional regulation and obsessive beliefs in high school girl students of Rasht. *Adv Cogn Sci* 2013;1:63-71.

27. Hasani J. Reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences* 2011;9:229- 40. [In Persian]
28. Zoljenahai E, Vafayi M. The relationship between type D personality and the inhibition and behavioral systems Psychology science periodic. *Tabriz University Journal* 2006;1:113-32. [In Persian]
29. Jangi Chooche Bigloo Sh, Narimani M, Jani S, Poor Esmaeel A. The role of mind- behavioral systems in predicting the quality of life and the preventive approaches for cancer patients. *Science- Research Periodic of Kermanshah's Medical Sciences University* 2013;17:779-88. [In Persian]
30. Amani M, Shiri A, Valipoor M, Shiri V. Role of anxiety sensitivity and cognitive emotion regulation in the anxiety and depression. *Researching in Psychological Health* 2013;7:29-39. [In Persian]
31. Bahrami B. the intermediary role of cognitive emotion regulation and regulating aims and the relationship between diagnostic features and the quality of life of the cancer patient. *Mashhad. Master's thesis. Ferdosi University of Mashhad* 2012;6:42-43. [In Persian]
32. Sabzaligol M, Kazemi A. the relationship between emotion regulation difficulties and the personal traits in two groups of teachers and students [Master's thesis]. Tehran: Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch; 2012. [In Persian]
33. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression. *J Personal Soc Psychol* 1998;74:224-37.
34. Sabzaligol M, Kazemi A. the relationship between emotion regulation difficulties and the personal traits in two groups of teachers and students. *The first conference of educational psychology, Tehran, Iran; 2012.* [In Persian]
35. Sabzaligol M. comparing the relationship between anxiety emotion regulation, anxiety sensitivity, and the biological features of personality between two groups of cancer patients and people with no cancer [Master's thsis]. Qazvin: Qazvin Research and Sciences University; 2014. [In Persian]
36. Lipowski ZI. Psychosocial reactions to physical illness. *Can Med Assoc J* 1983;128: 1069-72.
37. Barry LC, Kerns RD, Guo Z, Duong BD, Iannone LP, Garrington M. Identification of strategies used to cope with chronic pain in older persons receiving primary care from a Velerans Affairs Medical Center. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:950-56 .
38. John OP, Gross JJ . Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *J Personal* 2004;72:1301-303.
39. Dancey JCP, Taghavi M, Fox RJ. The relationship between daily stress and symptoms of irritable bowel syndrome: a time- series approach. *J Psychosom Res* 1998;44:537-45.