مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی

دوره ۲۶، شماره ۴، زمستان ۹۵، صفحات ۲۵۶ تا ۲۶۳

Original Article

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 روان شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تهران ، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران ، ایران

[۲] استادیار، گروه روان شناسی، 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 غیر مبتلا 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 معنی‌داری داشت ($p<۰/۰۵$).*

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، روان شناسی شناختی، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، تنظیم هیجان، شناخت و هیجان.*

مقدمه

سرطان بیماری سلول‌هاست 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 مربوط 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 بیمارن 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 قابل‌ملاحظه‌ای 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 (۱۰-۶).

آدرس نویسنده مسئول: تهران، گروه روان شناسی 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

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2025-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.7.6]

وقتی در بارهٔ 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 واضطرابی ، نارسایی 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 گسترده و فراگیر بوده و در برگیرندهٔ طیف وسیعی از فرایندهای هشیار و ناهشیار فیزیولوژیک، رفتاری و روانشناختی می‌شود (۱۳). علاوه براین، راهبردهای تنظیم هیجان، کانون اساسی درک همبسته های رفتاری و هیجانی اضطراب ها و وقایع عاطفی منفی است (۱۸،۱۷). افراد برای تنظیم فرایندهای مختلف هیجانی از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که یکی از متداول‌ترین آنها، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی (یا تنظیم شناختی هیجان) است. فرایندهای شناختی نقشی بسیارمهمی در تنظیم هیجانی ایفا می‌کنند که اطلاع از چگونگی این تأثیر در درمان بسیاری از مشکلات روانشناختی 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 و احساسات خود را تنظیم کرده و مغلوب شدت هیجان‌ها نشوند. فرایندهای شناختی را می‌توان به فرایندهای ناهشیار (فرافکنی و انکار) و هشیار(ملامت خویش، فاجعه سازی و نشخوارگری) تقسیم کرد. تنظیم شناختی هیجان به فرایندهای شناختی‌ایی اطلاق می‌شود که اطلاعات برانگیزانندهٔ هیجانی را مدیریت می‌کنند (۲۲،۲۱). به دیگر سخن، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به نحوهٔ تفکر افراد پس از بروز یک تجربهٔ 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 فرایندهای مهم در روند مقابله است. در مجموع، تنظیم شناختی هیجان ما را قادر می سازد 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). فرآیندهای تنظیم هیجان به قدری پیچیده و گسترده 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، نُه، راهبرد تنظیم شناختی هیجان شامل ملامت خویش (Self-blame)، پذیرش (Acceptance Perspective)، نشخوارگری (Focus on thought or rumination)، تمرکز مجدد مثبت (Positive Refocusing)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (Refocus on Planning Disorder)، ارزیابی مجدد مثبت (Positive reappraisal)، دیدگاه پذیری (Putting into)، فاجعه سازی (Catastrophizing) و ملامت دیگران (Blaming Others) از نظر مفهومی متمایز شده‌اند. در گسترهٔ متون روانشناختی، 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 برانگیزانندهٔ هیجانی (۲۴) و بخش شناختی مقابله اشاره می‌کند (۲۳) و تنظیم هیجان از طریق افکار و شناخت ها ارتباطی 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 تندرستی) به کاهش آشفتگی هیجانی منجر شود (۲۵).

امروزه یکی از سوال‌های بسیار جذاب مدل‌های شناختی، بررسی مسئلهٔ 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 استرس‌زای زندگی می‌تواند وضع روانی، روابط اجتماعی، و عملکردهای جسمانی را دگرگون سازد و آسیب پذیری 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

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.7.6]

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، نارسایی‌های 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 پی 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 بوستان‌های 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 ۲۵-۳۵ ساله بستری در بیمارستان و ۱۰۰ نفر مرد غیر مبتلا در سطح بوستان های شهر تهران بود.

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

پس از کسب رضایت مسئولین بیمارستان، از بیماران تحت پوشش دعوت به‌عمل آمد که در صورت تمایل 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 به‌صورت فردی به آنان ارایه شد و سپس پرسش‌نامه‌های 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 همتاسازی شدند.

پرسش‌نامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-P): این پرسش نامه که دو نسخهٔ انگلیسی و هلندی دارد، به وسیلهٔ گارنفسکی و همکارانش در کشور هلند تدوین شده است. پرسش نامهٔ نظم جویی شناختی یک پرسش‌نامهٔ 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. پرسش‌نامهٔ 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 پایهٔ تجربی و نظری محکمی برخوردار است. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر استفادهٔ بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است. نسخه فارسی پرسش‌نامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی را حسنی هنجاریابی کرده است. حسنی (۲۷) در بررسی مشخصات روان سنجی آزمون گارنفسکی و همکارانش، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷، و ۰/۹۳ به دست آورد. در ایران نیز روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس ها آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را دربر 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 سنی در جمعیت مورد مطالعهٔ 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 به‌دست‌آمده با

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2025-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.7.6]

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

مولفه ها	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	۸/۵۰	۳/۱۸	۱۹۷/۸۸	۳/۱۳	۰/۰۰۲
نشخوارگری	غیرسرطانی	۱۲/۷۶	۳/۱۳	۱۹۸	-۱/۰۶	۰/۲۹
	سرطانی	۱۳/۱۹	۲/۵۷	۱۹۰/۹۱	-۱/۰۶	۰/۲۹
فاجعه سازی	غیرسرطانی	۱۰/۲۰	۳/۶۶	۱۹۸	-۰/۴۴	۰/۶۶۲
	سرطانی	۱۰/۴۳	۳/۷۸	۱۹۷/۸۱	-۰/۴۴	۰/۶۶۲
ملامت دیگران	غیرسرطانی	۱۰/۰۳	۳/۴۰	۱۹۸	۳/۶۵	۰/۰۰۰
	سرطانی	۸/۳۴	۳/۱۵	۱۹۶/۸۵	۳/۶۵	۰/۰۰۰
تنظیم شناختی منفی	غیرسرطانی	۱۰/۷۲	۲/۰۸	۱۹۸	۲/۰۰	۰/۰۴۶
	سرطانی	۱۰/۱۲	۲/۱۹	۱۹۷/۴۳	۲/۰۰	۰/۰۴۶
پذیرش	غیرسرطانی	۱۱/۰۵	۲/۷۶	۱۹۸	-۴/۲۷	۰/۰۰۰
	سرطانی	۱۲/۷۲	۲/۷۷	۱۹۸/۰۰	-۴/۲۷	۰/۰۰۰
تمرکز مجدد مثبت	غیرسرطانی	۱۲/۱۰	۳/۹۹	۱۹۸	-۱/۰۰	۰/۳۲
	سرطانی	۱۲/۷۴	۵/۰۳	۱۸۸/۲۵	-۱/۰۰	۰/۳۲۱
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	غیرسرطانی	۱۳/۲۹	۳/۹۸	۱۹۸	-۰/۸۳	۰/۴۱
	سرطانی	۱۳/۸۰	۴/۷۲	۱۹۲/۴۸	-۰/۸۳	۰/۴۱
ارزیابی مجدد مثبت	غیرسرطانی	۱۳/۱۸	۳/۴۸	۱۹۸	۲/۳۷	۰/۰۱۹
	سرطانی	۱۱/۸۷	۴/۲۸	۱۹۰/۱۵	۲/۳۷	۰/۰۱۹
دیدگاه گیری	غیرسرطانی	۱۱/۶۹	۳/۷۵	۱۹۸	-۲/۶۵	۰/۰۰۹
	سرطانی	۱۳/۱۲	۳/۸۸	۱۹۷/۷۶	-۲/۶۵	۰/۰۰۹
تنظیم شناختی مثبت	غیرسرطانی	۱۱/۹۳	۱/۹۴	۱۹۸	۰/۱۰	۰/۹۱۸
	سرطانی	۱۱/۸۹	۲/۹۲	۱۷۱/۹۵	۰/۱۰	۰/۹۱۸

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 دیدگاه‌گیری بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p<۰/۰۵$).

همچنین در متغیر راهبردهای منفی نظم جویی شناختی هیجان بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p<۰/۰۵$). به این ترتیب که میانگین نمرات "ملامت خویش" در افراد غیر سرطانی (۹/۸۹ ، درمقیاس۲۰) ازافراد سرطانی (۸/۵۰)، میانگین نمرات "ملامت دیگران" در افراد غیر سرطانی (۱۰/۰۳ ، در مقیاس ۲۰) از افراد سرطانی (۸/۳۴)، میانگین نمرات "ارزیابی مجدد مثبت" در افراد غیرسرطانی (۱۳/۱۸، در مقیاس ۲۰) از افراد سرطانی (۱۱/۸۷) و میانگین نمرات "تنظیم شناختی منفی" در افراد غیر سرطانی (۱۰/۷۲، در مقیاس ۲۰) از افراد سرطانی(۱۰/۱۲)بیشتر بود. میانگین نمرات "دیدگاه گیری" در افراد غیر سرطانی (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 ($P>۰/۰۵$) (نمودار ۱).

بحث

با گسترش حوزه‌های بین رشته‌ای 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 تعدیل می‌کنند. از این منظر، متغیرهای روان شناختی زمینه‌ساز

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2025-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.7.6]

بیماری هستند نه علت بیماری (۲۸). 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 . معمولا متخصصان، در بررسی این بیماری، علل و عوامل زیستی را عامل سبب ساز مطرح می‌کنند، اما اخیرا در پژوهش های متعدد نشان داده شده که عوامل فوق به تنهایی نقش تعیین کننده‌ای در بروز بیماری نداشته، بلکه برخی از متغیرهای رفتاری و روانشناختی به صورت مستقیم و غیرمستقیم زمینه مساعدی برای ابتلای 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 سرطانی صورت گرفت.

در واقع این پژوهش بر آن شد، تا حد ممکن بین متغیر نامبرده و بیماری سرطان، پیوند برقرار کند، زیرا سرطان 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 سرطان در استفاده از راهبردهای مثبت نظم جویی شناختی هیجان نمرات بالاتری نسبت به افراد غیر مبتلا کسب می‌کنند چرا که استفاده از راهبردهای مثبت نظم جویی شناختی هیجان، راهبردی 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 وقایع استرس‌آور زندگی بازی می‌کند. بسیاری از موضوعات مورد مطالعه روان شناسی 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 آسیب شناسی روانی در اواخر 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 گسترده‌ای تعیین کننده اثری است که این مشکلات بر بهزیستی روانی و جسمانی ما دارند (۳۳). 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 (۳۰). براساس نظریهٔ تنظیم شناختی هیجان، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی صورت می‌گیرد. به عبارتی، شناخت‌ها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند تا هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم کرده و مغلوب شدت هیجان‌ها نشوند. فرایندهای شناختی را می‌توان به فرایندهای سالم شناختی نظیر ارزیابی مثبت و برنامه ریزی کردن و فرایندهای ناقص نظیر ملامت خویش و دیگران شرایط تقسیم کرد (۲۶).

بیماران سرطانی با انتخاب راهبردهای سازگارانه به مبارزه با بیماری می‌پردازند (۳۱)، که داده های آماری پژوهش حاضر به این موضوع صحه می‌گذارند. به طوری که بیماران سرطانی نمرات کمتری در راهبرد های منفی نظم جویی شناختی هیجان و نمرات بیشتری 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 ابتلا به سرطان و یا پیشرفت آن را در بدن افزایش دهد (۳۱). شناسایی شکل‌های موثر مقابله به عنوان متغیر واسطه‌ای در رابطه استرس-بیماری، خط مقدم پژوهش‌ها را در این حوزه به خود اختصاص داده است (۳۶). به طورکلی، نتایج غالب پژوهش‌ها مقابله هیجانی را به عنوان مؤثرترین واسطه رابطه استرس- بیماری معرفی کرده‌اند. بیماری‌های استرس مدار و وخیم‌تر 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 تنفر و کینه توزی مزمن و تکرار وقایع خشم آور مردان را در معرض خطر جدی بیماری‌های مزمن قرار می دهد، ترس و نگرانی برای زنان می‌تواند به همان اندازه خطرناک باشد. البته نمی‌توان گفت عواطف مثبت به تنهایی 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

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2025-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.7.6]

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، یافته های 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 دهند که به تبع آن میزان علایم 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 خویش را کاهش دهند. در مجموع، آشنایی با متغیرهای پژوهش، ما را قادر می‌سازد با انعطاف پذیری بیشتری به وقایع محیطی متنوع و موقعیت‌های تنیدگی‌زا پاسخ دهیم. توانایی تغییر دادن رفتار با تغییر محرک 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 پاسخ گویی 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 مسلما 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 راهبرد های 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 متغیرها بپردازد. چنان چه رابطه این متغیرها با مشکلات روانشناختی مشخص شود، می‌توان با شناسایی فعال بودن هرکدام از این متغیرها در افراد سرطانی، نحوه مقابله آنان با رویدادهای استرس‌زا را پیش بینی 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.

REFERENCES

1. 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]

2. 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]

3. 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]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2025-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.7.6]

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. Pajoohande 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 Dimensons. Unpublished PHD thesis. Faculty of Humanities; Tarbiat Modarres 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.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2025-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.7.6]

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. Zoljenahi 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, lannone 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.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2025-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.7.6]