

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی دشواری در نظم‌بخشی هیجانی به عنوان پیش‌بین در ابتلا به حالت تهوع و استفراغ و شدت آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان

خلاصه

مقدمه حالت تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی از زجرآورترین عوارض این درمان برای بیماران سرطانی می‌باشد. به غیر از عوامل دارویی، عوامل غیر دارویی از جمله عوامل روان‌شناختی مثل هیجان و تنظیم هیجان در بروز و شدت این عارضه جانبی تأثیرگذار است. تنظیم هیجان از اصلی‌ترین عواملی است که سبب بروز رفتارهای متفاوت در افراد در پاسخ به شرایط می‌شود. هدف از این مطالعه، بررسی دشواری در نظم‌بخشی هیجانی به عنوان پیش‌بین در ابتلا به حالت تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی و شدت آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی به روش همبستگی از مهر ۱۳۹۱ تا بهمن ۱۳۹۱، ۳۰۰ نفر از بیماران سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیک رضا و بیمارستان امید و قائم مشهد از طریق نمونه‌گیری در دسترس، پرسش‌نامه‌ی دشواری در نظم‌بخشی هیجانی و به منظور بررسی حالت تهوع و استفراغ پرسش‌نامه‌ی بررسی تهوع و استفراغ مورو را تکمیل کردند. در تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و تحلیل عاملی رگرسیون استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از طریق دشواری در نظم‌بخشی هیجانی می‌توان شدت تهوع و استفراغ ($P < 0/01$) و ابتلا به حالت تهوع و استفراغ را نیز پیش‌بینی کرد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، به نظر می‌رسد که دشواری در نظم‌بخشی هیجانی، قادر به پیش‌بینی ابتلا و شدت تهوع و استفراغ در بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی است.

واژه‌های کلیدی: استفراغ، تهوع، سرطان پستان، شیمی‌درمانی، نظم‌بخشی، هیجان

*یاسمن آشخانه

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی،

دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

جواد ملازاده

عضو هیات علمی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

عبدالعزیز افلاک‌سیر

عضو هیات علمی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

محمد علی گودرزی

عضو هیات علمی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

فاطمه همایی شاندریز

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد،

مشهد، ایران

*مؤلف مسئول:

دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

شیراز، شیراز، ایران

yashkhane@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۳/۲/۱

تاریخ تایید: ۹۳/۹/۱۸

پی‌نوشت:

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی بوده که بدون حمایت مالی و یا ارتباط با منافع نویسندگان انجام شده است. از دانشگاه شیراز و اعضای کمیته‌ی پایان‌نامه و دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تمام بیماران، تشکر می‌شود.

مقدمه

امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی و سرطان پستان، مشکل بهداشت عمومی عمده برای زنان در سراسر جهان محسوب می‌شود (۱). برآوردهای اخیر نشان می‌دهد که بیش از ۱/۱ میلیون مورد جدید سرطان پستان در جهان شناسایی می‌شود که این رقم معادل ده درصد از کل موارد جدید سرطان و بیست و سه درصد از کل موارد سرطان‌های زنان می‌باشد (۲). در ایران سرطان پستان ۲۱/۴ درصد موارد گزارش شده‌ی سرطان را تشکیل داده (۳) و بررسی‌ها حاکی از این است که مبتلایان به سرطان پستان در ایران ده سال جوان‌تر از مبتلایان به این بیماری در کشورهای غربی هستند و این مسئله اهمیت بررسی تشخیص و کنترل این بیماری را در کشور ایران نشان می‌دهد. اگر چه جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و هورمون‌درمانی به عنوان رایج‌ترین روش‌های مورد استفاده در درمان سرطان پستان میزان بقای عمر این افراد را افزایش داده اما به نوبه‌ی خود سبب بروز عوارض جانبی کوتاه و بلندمدت در این بیماران شده است، به طوری که بیماران مبتلا به سرطان پستان از طیف گسترده‌ای از علائم و نشانه‌های جسمی، روانی و اجتماعی طی فرآیند تشخیص و درمان بیماری خود رنج می‌برند (۴).

شیمی‌درمانی به عنوان یک روش درمانی رایج، عوارض جانبی گوناگونی شامل تغییر در آنزیم روده، ریزش مو، بی‌اشتهایی، ورم مخاط دهان، تهوع و استفراغ، سردمزاجی یا ناتوانی جنسی دایمی و موقتی، عواطف منفی مثل اضطراب و افسردگی را به وجود می‌آورد (۵).

با وجود پیشرفت در داروهای ضد تهوع و استفراغ، حالت تهوع و استفراغ همچنان شایع‌ترین عارضه‌ی شیمی‌درمانی (۶) و از جمله شدیدترین اثرات جانبی و از نگرانی‌های مهم بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد، به طوری که شیوع آن حدود ۹۶-۵۴ درصد گزارش شده است (۷). مطالعات نشان می‌دهد تهوع و استفراغ با بیشترین شیوع (۴۴/۲٪) آزاردهنده‌ترین عارضه‌ی شیمی‌درمانی می‌باشد و اثر منفی قابل توجهی روی کیفیت زندگی و فعالیت‌های جسمی، شناختی، اجتماعی و احساسی و ایفای نقش بیماران دارد که در صورت عدم کنترل مناسب، موجب امتناع حدود ۲۰ درصد بیماران از ادامه‌ی معالجات درمانی خواهد شد (۳).

همچنین نتایج سایر مطالعات نشان می‌دهند که نقش انتظارات بیمار از حالت تهوع در بروز حالت تهوع انتظاری در زنان مبتلا به سرطان که اولین جلسه‌ی شیمی‌درمانی را دریافت کردند، موثر بوده است (۸). انطباق با یک بیماری مزمن، وضعیت ناراحت‌کننده‌ای است که اغلب مجموعه‌ای از هیجان‌های منفی مثل ترس، خشم و غم را به همراه دارد و به نوبه‌ی خود ممکن است سلامتی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد. چندین مطالعه‌ی تجربی گذشته‌نگر نشان داده‌اند که هیجان‌های منفی اثرات زیان‌آوری بر سلامت ذهن، فرآیندهای فیزیولوژیکی، عملکرد

نورولوژیکی، ادراک نشانه‌ای و رفتارهای نشانه‌ای و ... دارند (۹). اگر چه در چند دهه‌ی گذشته، غربالگری، ماموگرافی و شیمی‌درمانی به عنوان درمان اصلی و کمکی، نرخ‌هایی از بیماری و بقای زندگی در بیماران افزایش داده است (۲) اما آگاهی بیمار از بیماری خود، تاثیر عمیقی بر جنبه‌های زندگی وی دارد (۱۰). زنان با تشخیص سرطان پستان، پریشانی هیجانی شدید را به عنوان یک متغیر روان‌شناختی، نشان می‌دهند (۱۱). اگر چه تحقیقات اخیر شواهدی فراهم می‌کند که هیجان‌ها به صورت عملکردی می‌باشد (۱۲) اما هیجان یک پدیده‌ی بنیادی از عملکرد انسانی است که معمولاً دارای ارزش انطباقی بوده و کارایی افراد را در دنبال کردن اهداف افزایش می‌دهد (۱۳). به طور کلی، نظم‌بخشی هیجانی را می‌توان به عنوان فرایندی در نظر گرفت که به واسطه‌ی آن، فرد بر شکلی از هیجانی که در حال حاضر دارد، تاثیر می‌گذارد. این فرایند، مشخص می‌کند که فرد هیجان‌ات خود را چگونه تجربه و ابراز می‌دارد (۱۴). تنظیم هیجان یک فرایند مداوم شامل مجموعه‌ای ناهمگون از فرایندهای درونی یا بیرونی یا راهبردها است که با توجه به اهداف فرد، تنظیم می‌شود (۹). از نظری دیگر، نظم‌بخشی هیجانی به تغییراتی اطلاق می‌شود که همراه با هیجان‌ات فعال شده هستند. این دگرگونی‌ها شامل تغییراتی است که در خود هیجان یا دیگر فرایندهای روان‌شناختی (مانند حافظه، توجه یا تعاملات اجتماعی) رخ می‌دهند (۱۵). در واقع، نظم‌بخشی هیجانی دربرگیرنده‌ی چهار مولفه‌ی آگاهی از هیجان‌ات و فهمیدن آن‌ها، پذیرش هیجان‌ات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب در زمان تجربه‌ی هیجان منفی و در نهایت، توانایی به‌کارگیری انعطاف‌پذیر تدابیر نظم‌بخشی هیجانی، متناسب با موقعیت برای تنظیم مطلوب پاسخ‌های هیجانی در راستای دستیابی به اهداف شخصی و احترام به خواست‌های محیطی می‌باشد (۱۶). سال‌ها است که محققان و پزشکان بر این باورند که تنظیم هیجان ضعیف یا عدم بیان هیجانی، مرگ زودرس ناشی از سرطان را پیش‌بینی می‌کند. نتایج مطالعات متعدد، حاکی از پیش‌بینی گرایش‌های سرکوب هیجانی با سرطان پستان می‌باشند (۱۷).

حالت تهوع و استفراغ قبل از شیمی‌درمانی یک پاسخ یادگیری شده نیست بلکه می‌تواند بدون مواجهه‌ی قبلی با شیمی‌درمانی رخ دهد که بستگی به پریشانی هیجانی و انتظارات بیمار دارد (۱۸). به طور کلی بیماری به طور بالقوه تحول هیجانی بزرگی را با خود به همراه دارد بنابراین مداخلات روان‌شناختی موثری باید گسترش پیدا کند که پریشانی را کاهش داده و به چالش‌های هویت کمک کند. در مجموع با در نظر گرفتن اهمیت سرطان به عنوان یک رویداد تنش‌زا در طول حیات فرد و بحث شیمی‌درمانی و تاثیر آن در طول دوره‌ی درمان و یا حتی تا پایان عمر، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی دشواری در نظم‌بخشی هیجانی در

یا با یکدیگر همپوشی داشتند، پرسش‌نامه بین ۷۵ نفر از بیماران توزیع شد. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کل مقدار ۰/۸۷ به دست آمد.

ب- مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی^۲ (DERS): این مقیاس دارای ۳۳ گویه و شش خرده‌مولفه می‌باشد. در این پژوهش از این ابزار استاندارد که روایی و پایایی آن قبلاً آزمون شده است استفاده گردید (۱۴، ۱۶). ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه و مولفه‌های پذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم-بخشی هیجانی و نبود وضوح هیجانی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۶۵، ۰/۶۸، ۰/۷۱، ۰/۷۲، ۰/۶۹، ۰/۶۷ به دست آمد.

برای تعیین ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، تعداد ۲۶۳ نفر (۱۸۲ دختر و ۸۱ پسر) از دانشجویان دانشگاه شیراز استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، هشت عامل را برای این مقیاس آشکار ساخت که شش عامل آن با زیرمقیاس‌های DERS هماهنگ بود و دو عامل دیگر به دلیل بارگذاری تنها یک گویه حذف شد. اعتبار این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ و ضریب اعتبار بازآزمایی پس از یک هفته بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ بود (۲۰). داده‌های به دست آمده با تحلیل رگرسیون ساده، چندگانه و لجستیک و با کمک نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

نتایج

بر اساس نتایج این مطالعه که بر روی ۲۷۲ زن مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام شد، بین نمرات مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن با میزان حالت تهوع و استفراغ رابطه وجود دارد (جدول ۱). بنا بر جدول ۱، بین کل مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های پذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی و نبود وضوح هیجانی با میزان تهوع و هم‌چنین بین کل مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های پذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی، نبود وضوح هیجانی با میزان استفراغ، رابطه‌ی معنی-داری وجود دارد.

هم‌چنین دشواری در نظم‌بخشی هیجانی، میزان حالت تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان پیش‌بینی می‌کند (جدول ۲).

بنا بر نتایج، از طریق دشواری در نظم‌بخشی هیجانی می‌توان میزان تهوع و استفراغ را پیش‌بینی کرد ($F(1, 219) = 27.63, P < 0.01$). هم‌چنین نتایج

ابتلا به حالت تهوع و استفراغ و شدت آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت.

روش کار

جامعه‌ی آماری این مطالعه‌ی توصیفی همبستگی که با تایید دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده شامل بیماران مبتلا به سرطان پستان بستری و سرپایی بیمارستان‌های قائم (عج)، امید و کلینیک درمانی امام رضا (انجمن حمایت از بیماران سرطانی) در شهر مشهد بود که در سال ۱۳۹۱ تحت شیمی‌درمانی بودند.

معیارهای ورود شامل: ۱- تشخیص قطعی بیماری سرطان پستان توسط متخصصان جراح، ۲- بودن تحت شیمی‌درمانی، ۳- گذراندن حداقل یک جلسه از دوره‌ی شیمی‌درمانی، ۴- قرار داشتن در محدوده‌ی سنی ۳۵ تا ۵۸ سال، ۵- برخورداری تمام بیماران از روش درمانی یکسان، ۶- داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج شامل: ۱- ابتلا به بیماری جسمی شدید دیگر غیر از سرطان پستان، ۲- دریافت داروهای روان‌پزشکی یا درمان‌های روان‌شناختی در هنگام پژوهش، ۳- رویداد تنش‌زای اخیر همانند طلاق یا سوگواری، ۴- شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک معالج طی زمان بستری، ۵- وجود اختلال روان‌پزشکی بارز، بودند.

بنا بر این معیارها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، در نهایت تعداد ۲۷۲ نفر وارد مطالعه شدند. پس از توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از بیماران، پرسش‌نامه‌ها تکمیل گردیدند.

ابزار پژوهش

الف- مقیاس ارزیابی حالت تهوع و استفراغ مارو^۱ (MANE): این ابزاری ۱۶ آیتمی از فراوانی، شدت و طول مدت حالت تهوع و استفراغ قبل و بعد از درمان است. این پرسش‌نامه توسط بیمار پر می‌شود که مدت زمان را نوشته و سپس کلمات توصیفی را برای شدت آن انتخاب می‌کند. این مقیاس MANE قابلیت آزمون باز-آزمون متوسط دارد که ضریب همبستگی ۰/۷۸ را نشان می‌دهد. روایی همگرایی ابزار با مقایسه‌ی نمرات آن با عوارض جانبی مربوط به شیمی‌درمانی بررسی شد. این تحلیل‌ها ضرایب همبستگی متوسط معنی‌داری از ۰/۲۶ تا ۰/۳۳ به همراه داشت. این عوارض مستقیماً با حالت تهوع و استفراغ همراه نبود که شامل خواب‌آلودگی، دردهای شکمی و عرق کردن بود (۱۹).

به منظور محاسبه‌ی روایی مقیاس MANE از روایی محتوایی استفاده گردید. به این صورت که ابتدا سئوالات با توجه به سئوالات موجود در پژوهش، تهیه و برای بررسی بیشتر جهت رفع اشکالات و تایید بهتر روایی پرسش‌نامه، توسط متخصصان دروس روان‌شناسی و محققین مورد بررسی قرار گرفت. برای اجرای مقدماتی و رفع سئوالاتی که مبهم بودند

^۲Difficulties in Emotional Regulation Scale

^۱Morrow Assessment of Nausea and Emesis

نشان می‌دهد که مجذور ضریب همبستگی چندگانه $R^2=0/33$ است که معنی‌دار بوده و متغیر پیش‌بین، می‌تواند ۱۱ درصد از تغییرات متغیر

جدول ۱- همبستگی بین کل مقیاس نظم‌بخشی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن با میزان حالت تهوع و استفراغ در مبتلایان به سرطان پستان

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. کل مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجان									
۲. نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی	*۰/۸۱								
۳. دشواری در انجام رفتار هدف‌مند	*۰/۷۰	*۰/۴۰							
۴. دشواری در کنترل تکانه	*۰/۸۶	*۰/۶۳	*۰/۴۶						
۵. فقدان آگاهی هیجانی	*-۰/۱۵	*-۰/۲۵	*-۰/۱۳	*-۰/۲۳					
۶. دسترسی محدود به راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی	*۰/۸۷	*۰/۶۳	*۰/۶۰	*۰/۷۵	*-۰/۴۱				
۷. نبود وضوح هیجانی	*۰/۵۳	*۰/۳۷	*۰/۴۴	*۰/۳۸	*-۰/۵۴	*۰/۵۲			
۸. میزان تهوع	*-۰/۳۱	*-۰/۱۷	*-۰/۲۶	*-۰/۲۵	*۰/۰۴	*-۰/۲۷	*-۰/۲۲		
۹. میزان استفراغ	*-۰/۲۵	*-۰/۱۸	*-۰/۱۳	*-۰/۱۲	*-۰/۱۰	*-۰/۱۹	*-۰/۱۹	*۰/۷۷	

خوبی برای میزان تهوع و استفراغ باشد ($t=-3/17, P<0/01$). جهت تعیین این که آیا نظم‌بخشی هیجانی ابتلا به حالت تهوع و استفراغ را پیش‌بینی می‌کند از تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد و نتایج نشان داد که نظم‌بخشی هیجانی می‌تواند آن را پیش‌بینی کند (به ترتیب $P=0/002$ و $P=0/02$).

هم‌چنین جهت بررسی میزان حالت تهوع و استفراغ بر اساس سطح تحصیلات بیماران از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد اما بین میانگین میزان حالت تهوع و استفراغ بر اساس سطح تحصیلات، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($F(4,216)=0/33, P>0/05$).

بحث

بنا بر نتایج پژوهش حاضر، دشواری در نظم‌بخشی هیجانی وقوع حالت تهوع و استفراغ قبل از درمان پیش‌بینی می‌کند و از میان مولفه‌ها، وضوح هیجانی، پیش‌بینی‌کننده‌ی میزان حالت تهوع و استفراغ بود و سایر متغیرها نقش چندانی ایفا نمی‌کردند. بنابراین می‌توان چنین اظهار داشت که نبود وضوح هیجانی می‌تواند به عنوان پیش‌بین میزان حالت تهوع و استفراغ، مد نظر قرار گیرد. یکی از راهکارهای پیشینه‌مدار در تنظیم هیجان، استقرار توجه است. این راهکار به تغییر توجه به یک جنبه‌ی خاص اشاره دارد (۲۱).

یعنی چگونه افراد توجه‌شان را در یک موقعیت خاص به منظور تاثیر گذاشتن بر هیجانات‌شان هدایت می‌کنند (۲۲). دو راهکار اساسی توجه، حواس‌پرتی و تمرکز است. در حواس‌پرتی به جنبه‌های متفاوت موقعیت توجه می‌شود و یا توجه از کل موقعیت دور می‌شود. حواس‌پرتی ممکن است شامل تغییر تمرکز درونی باشد، مثل زمانی که افراد، افکار یا

جدول ۲- نتایج رگرسیون ساده برای پیش‌بینی میزان تهوع و استفراغ از طریق دشواری در نظم‌بخشی هیجان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
پیش‌بین	۴۱۷/۹۸	۱	۴۱۷/۹۸	۲۷/۶۳	۰/۰۰۰
باقی‌مانده	۳۳۱۲/۰۲	۲۱۹	۱۵/۱۲		
کل	۳۷۳۰/۰۱	۲۲۰			

جدول ۳- نتایج رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی میزان تهوع و استفراغ از طریق مولفه‌های دشواری در نظم‌بخشی هیجان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
پیش‌بین	۵۵۱/۷۸	۶	۹۱/۹۶	۶/۱۹	۰/۰۰۰
باقی‌مانده	۳۱۷۸/۲۳	۲۱۴	۱۴/۸۵		
کل	۳۷۳۰/۰۱	۲۲۰			

از طریق خرده‌مقیاس‌های دشواری در نظم‌بخشی هیجانی می‌توان میزان تهوع و استفراغ را پیش‌بینی کرد ($F(6,216)=6/19, P<0/01$). هم‌چنین نتایج نشان می‌دهد که مجذور ضریب همبستگی چندگانه $R^2=0/38$ است که معنی‌دار است و متغیرهای پیش‌بین، می‌تواند ۱۲ درصد از تغییرات متغیر ملاک میزان تهوع و استفراغ را تبیین کند.

در نتیجه به منظور بررسی این مسئله که کدام یک از متغیرهای پیش‌بین خرده‌مقیاس‌های دشواری در نظم‌بخشی هیجانی پیش‌بین متغیر میزان تهوع و استفراغ است، نتایج ضرایب رگرسیون گزارش شد. نتایج نشان داد که از بین شش متغیر پیش‌بین خرده‌مقیاس‌های دشواری در نظم‌بخشی هیجانی، فقط خرده‌مقیاس نبود وضوح هیجانی به تنهایی می‌تواند پیش‌بین

شیمی‌درمانی بیماران سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفته است. زنان با تشخیص سرطان پستان، ممکن است پریشانی هیجانی شدید و مشکلات روان‌شناختی متنوعی شامل بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، افکار خودکشی، استفاده بیش از حد از الکل و ترس از مرگ را نشان دهند (۱۱). می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که این مشکلات روان‌شناختی می‌تواند تبیین‌کننده‌ی وقوع تهوع و استفراغ حتی قبل از تزریق داروهای شیمی‌درمانی باشد. هم‌چنین این که دشواری در نظم‌بخشی هیجانی وقوع استفراغ قبل از درمان را در بیماران پیش‌بینی می‌کند، در این مطالعه، مورد تأیید قرار گرفت. بنا بر مطالعه، سطح تحصیلات و شرایط اقتصادی اجتماعی و زناشویی عوامل مهمی برای رشد نشانه‌های حالت تهوع و استفراغ نیستند (۲۳) که در مطالعه‌ی حاضر بین میزان حالت تهوع و استفراغ بر اساس سطح تحصیلات تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد که پژوهش بر بیماران سرطان پستان در شهر مشهد انجام شده بنابراین در تعمیم این نتایج به سایر بیماران، جانب احتیاط باید رعایت گردد. این پژوهش در زمره‌ی مطالعات همبستگی بوده و روابط علی بین متغیرها را به اثبات نمی‌رساند. در واقع، یافته‌های این تحقیق‌ها در مقایسه با تحقیق‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی قاطعیت کمتری دارند. در ادامه، پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی صحت یافته‌های پژوهش حاضر، پژوهش‌های دیگری در میان بیماران سرطانی انجام پذیرد و علاوه بر انجام پژوهش‌های همبستگی در مورد این عارضه‌ی جانبی ناشی از شیمی‌درمانی، پژوهش‌های مقایسه‌ای نیز انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری

بنا بر نتایج، دشواری در نظم‌بخشی هیجانی، وقوع حالت تهوع و استفراغ قبل از درمان و شدت تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین می‌توان چنین اظهار داشت که نبود وضوح هیجانی می‌تواند به عنوان پیش‌بین میزان حالت تهوع و استفراغ مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی بوده که بدون حمایت مالی و یا ارتباط با منافع نویسندگان انجام شده است. از دانشگاه شیراز و اعضای کمیته‌ی پایان‌نامه و دانشگاه علوم پزشکی مشهد و از تمام بیماران، تشکر می‌شود.

خاطره‌هایی را تحریک می‌کنند که با حالت هیجانی نامطلوب مغایرند (۲۳). راهکاری که توجه زیادی در مطالعه‌ی هیجان‌ها (سلامت به خصوص در زمینه‌ی بیماری مزمن) به خود جلب کرده است، سرکوب هیجان است. سرکوبی یک راهکار متمرکز بر پاسخ است و نوعی از اصلاح پاسخ می‌باشد. این اشاره به اصلاح (یعنی مهار) جنبه‌ی رفتاری از تجربه‌ی هیجان دارد (۹).

تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که سرکوبی هیجان مثل خشم و خصومت، ارتباط منفی با سلامت جسمی و روان‌شناختی در بیماری‌هایی از جمله بیماری عروق کرونری، درد مزمن، آرتریت روماتوئید و سرطان دارد (۱۳). علاوه بر این چندین راهبرد دیگر با سلامتی بیماران مربوط می‌شود: نشخوار فکری و تاسف که با سطوح پایین‌تر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان همراه است (۹). محققان و پزشکان بر این باورند که تنظیم هیجان ضعیف یا عدم بیان هیجانی، مرگ زودرس ناشی از سرطان را پیش‌بینی می‌کند (۲۴).

مطالعات نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به سرطان در تمام دنیا و کودکان مبتلا به لوسمی لنفوبلاستیک در فعالیت اختصاصی از نظر هیجانی در مقایسه با همسالان سالم خود، بهتر عمل می‌کنند (۲۵). در تحقیقی فرض شده است که ساز و کارهای تنظیم هیجان، نقش کلیدی در عملکرد انطباقی کودکان مبتلا به سرطان دارد (۲۶).

کودکان هیجان‌شان را توسط ساز و کارهای درونی و بیرونی تنظیم می‌کنند. بنابراین توانایی ویژه‌ای برای کنترل هیجان‌ها و اجتناب از عصبانیت دارند. در مطالعه‌ای مطرح شد که کودکان از تفکر آرزومندانه، تنظیم هیجان و حواس‌پرتی برای مقابله با حالت تهوع و از تنظیم هیجان برای مدیریت استفراغ استفاده می‌کنند.

سایر مطالعات بیان کردند که سرکوب هیجانی عوارض جانبی بالقوه ناراحت‌کننده از شیمی‌درمانی را (مثل خستگی و یبوست) و به خصوص سرکوب خشم، علائم مربوط به عملکرد سیستم ایمنی و تحریک‌های قلبی و عروقی (به عنوان مثال زخم‌های دهان و تپش قلب) را پیش‌بینی می‌کند (۱۷). یافته‌ها بیان می‌کند که مداخلات با هدف کاهش سرکوبی هیجانی این هیجان‌ها منفی ممکن است به زنان کمک کند تا با عوارض جانبی علامت‌دار شیمی‌درمانی مقابله کنند. هم‌چنین، این که دشواری در نظم‌بخشی هیجانی وقوع حالت تهوع قبل از درمان را پیش‌بینی می‌کند تأیید شده است. اضطراب، افسردگی، خصومت و سبک‌های مقابله در

References

- Hassani Khiabani N, Babapour Kheirodin J, Alipour A. [Effect of cognitive-behavioral therapy on decreasing depression disorder among women with breast cancer]. Medical journal of Tabriz University of Medical Sciences 2011; 33(5): 50-55. (Persian)
- Devita VT, Lawrence T, Rosenberg S. Cancer principles and practice of oncology. 9th ed. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2011:

3. Basak S, Dashtbozorgi B, Husseini SM, Latifi SM. [The influence of massage therapy on vomiting in under chemotherapy patient with breast cancer]. *Iranian journal of breast disease* 2010; 3(1-2): 14-18. (Persian)
4. Jong N, Conrtens AM, Abu-Saad HH, Schouten HC. Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: A review of the literature. *Cancer Nurs* 2002; 25(4): 298-9.
5. Nielsen M. Psychological factors associated with anticipatory nausea and vomiting. Ph.D. Dissertation. USA: Loma Linda University; 2004: 1-5, 23-6.
6. Bakhshi M, Memarian R, Azad Fallah P. [The effect of progressive muscle relaxation on the dosage of antiemetic drugs in cancer patients undergoing chemotherapy]. *The horizon of medical sciences* 2009; 15(3): 5-12. (Persian)
7. Ghanbari A, Montazeri AS, Niknami M, Atrkar Roshan Z, Sobhani A, Najafi B. [Effect of adding ginger to routine treatment on the intensity of chemotherapy-induced nausea and vomiting in cancer patients who referred to Razi hospital, Rasht]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2010; 10(4): 352-61. (Persian)
8. Hichkok J, Roscoe J, Morrow G. The role of patient's expectations in the development of anticipatory nausea related to chemotherapy for cancer. *Journal of pain and symptom management* 2001; 22(4): 843-50.
9. Karademas E, Tsalikou C, Tallarou MC. The impact of emotion regulation and illness-focused copying strategies emotions to subjective health. *J Health Psychol* 2011; 16: 510.
10. Ching SS, Martinson IM, Wong TK. Reframing: Psychological adjustment to Chinese woman at the beginning of the breast cancer experience. *Qual Health Res* 2009; 10: 339.
11. Nosarti Ch, Roberts J, Crayford T, McKenzie K, David A. Early psychological adjustment in breast cancer patient: A prospective study. *J Psychosom* 2002; 53: 1123-30.
12. Bechara A, Damasio H, Damasio AR. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex* 2000; 10: 295-307.
13. Nyklicek I, Hoest A, Zeelenberg M. Emotion regulation and well-being. USA: LLC, Spring Science; 2011: 1-280.
14. Khanzadeh M, Saeediyan M, Hosseinchari M, Edrissi F. [Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale]. *Journal of behavioral sciences* 2012; 6(1): 23-4. (Persian)
15. Cole PM, Martins E, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Dev* 2004; 75(2): 31-33.
16. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of scale. *J Psychophatol Behav* 2004; 20(1): 41-54.
17. Schlatter L, Cameron A. Emotion suppression tendencies as predictors of symptoms, mood, and copying appraisals during AC chemotherapy for breast cancer treatment. *Behav Med* 2010; 40: 15-29.
18. Aapro M, Molassiotis A, Olver I. Anticipatory nausea and vomiting. *Support Care Cancer* 2005; 13: 117-21.
19. Rhodes VA, McDaniel RW. Nausea, vomiting, and retching: Complex problems in palliative care. *CA: A cancer journal for clinicians* 2001; 51: 232-48.
20. Khanzadeh M, Saidiyan M, Hosseinchary M, Edrissi F. Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale. *J Behav Sci* 2012; 6(1): 87-96.
21. Gross J. Emotion Regulation in adulthood: Timing is everything. *Curr Direct Psychol Sci* 2001; 6(10): 214-19.
22. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ. (editor). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford; 2007.
23. Morrow GR, Dobkin PL. Anticipatory nausea and vomiting in patients undergoing chemotherapy treatment: Prevalence, etiology, and behavioral intervention. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 517-56.
24. Just N, Alloy LB. The response styles theory of depression: Tests and extension of the theory. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 221-9.
25. Giese-Davis J, Spiegel D. Emotion regulation and metastatic breast cancer. In: Sivik T, Byrne D, Lipsitt DR, Christodoulou GN, Dienstfrey H. (editors). *Psycho-Neuro-Endocrino-Immunology (PNEI) A common language for the whole human body: Proceedings of the 16th World Congress on Psychosomatic Medicine*. New York: Elsevier Science; 2002: 31-5.
26. Phipps S, Larson S, Rai SN. Adaptive style and symptoms of posttraumatic stress in children with cancer and their parents. *J Pediatr Psychol* 2006; 31: 298-309.
- Firoozi M, Besharat M, Farahani H. The ability of children with cancer in the regulation of negative emotion: Attention shifting a key skill to good adjustment. *Procedia Soc Behav Sci* 2011; 30: 1507-10.