



**BRANDAFARIN JOURNAL OF MANAGEMENT**

**Volume No.: 2, Issue No.: 24, Mar 2022**

**P-ISSN: 2717-0683 , E-ISSN: 2783-3801**

---

## **Regulation of emotion on pain outcome, on cancer patients**

**Faride Navidezade**

**Social Worker**

### **Abstract**

The aim of this study was to explain the role of cognitive emotion regulation in predicting pain outcomes in cancer patients. The study population included all cancer patients who were treated in Shahid Beheshti Hospital in Kashan. And 80 required subjects were selected from the clients of Shahid Beheshti Hospital undergoing cancer treatment by available sampling method. The measuring instruments included the short form of the Depression, Anxiety and Stress Questionnaire, the Garfnsky Emotion Cognitive Regulation Questionnaire, the Roland Morris Disability Inventory Questionnaire, and the Pain Intensity Scale (MPI). In order to analyze the data, Pearson correlation test and regression analysis were used using SPSS 21 software. The results showed that cognitive emotion regulation explained 65% of the variance of depression and 57% of the variance of anxiety ( $P < 0.05$ ) but had no role in predicting the severity of pain and disability resulting from it. Therefore, according to the findings It can be concluded that cognitive emotion regulation plays an important role in predicting the consequences of pain. Designing special programs in the field of cognitive emotion regulation can be a step forward in the treatment of cancer patients.

**Keywords:** Pain intensity, cognitive regulation, disability

# تنظیم هیجان بر پیامد درد در بیماران سرطانی

فریده نویدزاده

مددکار اجتماعی

## چکیده:

هدف از اجرای پژوهش حاضر تبیین نقش تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی پیامدهای درد در بیماران مبتلا به سرطان بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران سرطانی که در بیمارستان شهید بهشتی کاشان تحت درمان بودند، تشکیل می دادند و 80 نفر از آزمودنی های مورد نیاز از میان مراجعان بیمارستان شهید بهشتی تحت درمان سرطان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای سنجش شامل فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنش و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و پرسشنامه ناتوانی حاصل از درد رولند موریس و مقیاس شدت درد (MPI) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با استفاده از نرم افزار SPSS 21 استفاده شد. نتایج نشان داد تنظیم شناختی هیجان 65 درصد واریانس افسردگی و 57 درصد واریانس اضطراب را تبیین می کرد ( $P < 0/05$ ) ولی در پیش بینی شدت درد و ناتوانی حاصل از آن نقشی نداشت. بنابراین با توجه به یافته های به دست آمده می توان نتیجه گرفت تنظیم شناختی هیجان نقش مهمی در پیش بینی پیامدهای درد دارند در نتیجه با طراحی برنامه های خاص در زمینه تنظیم شناختی هیجان میتوان گامی در پیش برد درمان بیماران مبتلا به سرطان برداشت.

**واژگان کلیدی:** تنظیم شناختی هیجان، پیامدهای درد، شدت درد، افسردگی، اضطراب، ناتوانی.

## مقدمه:

هر ساله بیش از دوازده میلیون نفر از مردم سراسر دنیا به بیماری کشنده سرطان مبتلا شده و بیش از هفت میلیون نفر جان خود را از دست می دهند (روزانه بیست هزار نفر از سرطان می میرند). میلیون ها نفر از افراد خانواده بیماران هم که باید از آنها مراقبت و پرستاری کنند، خسارت روحی و مالی زیادی را متحمل می شوند. اما عواملی که در پیدایش سرطان دخالت مستقیم و یا غیر مستقیم دارند بسیار زیاد و نامحدود است و به همین دلیل درمان کامل سرطان دشوار و در بسیاری موارد غیرممکن است. از سوی دیگر تشخیص سرطان استرس قابل ملاحظه ای را ایجاد می کند و ممکن است منجر به واکنش های روانشناختی حاد یا مزمن شود. بیماران سرطانی افکار مزاحم منفی را تجربه می کنند که با پریشانی روانشناختی، اضطراب و سازگاری غیرانطباقی مرتبط است. حتی سال ها پس از درمان باقی ماندگان زیادی از سرطان مجبورند با پیامد های اختلال چندگانه مثل اختلال شناختی و آسیب های بدنی و درد روبرو شوند (عطری فرد و همکاران، 1392) و اضطراب و افسردگی، یک پریشانی روانی رایج در بین اکثر بیماران مبتلا به سرطان است (رجندرام و همکاران، 2011).

درد یکی از نشانه های رایج سرطان می باشد و کنترل درد بیماران سرطانی یکی از مسائل مهم برای پزشکان، بیماران و خانواده آنهاست. سرطان کیفیت زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار میدهد و این بیماران از افسردگی، نگرانی، اضطراب، احساس بی پناهی، ناتوانی جسمانی و محدودیت فعالیت رنج می برند (سندبلوم، کارلسون، 2004). درد سرطان هم دارای ویژگی های درد حاد و هم درد مزمن است. همچون درد حاد بطور مستقیم با آسیب بافتی همراه است و شدت یافتن و استمرار آن علامتی از پیشرفت بیماری است و مانند درد مزمن می تواند ناامیدی و پریشانی هیجانی به وجود آورد و در بسیاری از مواقع بر راهبرد های مقابله ای بیمار تاثیر منفی بر جای بگذارد (اصغری مقدم و همکاران، 1384). شواهد نشان میدهد که آشفتگی روانشناختی در پاسخ به رویداد های منفی زندگی مانند درد ممکن است با راهبرد های تنظیم شناختی هیجان که افراد در مواجهه با این رویداد به کار می برند مرتبط باشد (گارنفسکی و همکاران، 2009). منظور از تنظیم هیجان فرایند ها یا روش هایی است که اشخاص هنگام مواجهه با یک موقعیت منفی برای تعدیل هیجان خود بکار میبرند. مهارت های مناسب در تنظیم هیجان، با روابط سالم تر، کارایی شغلی و تحصیلی بهتر و به طور کلی با سلامت جسمی مرتبط است در مقابل مهارت های ناکارآمد در تنظیم هیجان با بیماری روانی ارتباط دارد (علوی زاده و انتظاری، 1390). به عقیده کارنفسکی و کرایچ (2006) راهبرد های تنظیم شناختی هیجان کنش هایی هستند که نشانگر راه های کنار آمدن فرد با شرایط استرس زا و یا اتفاقات ناگوار است. همچنین افراد در مواجهه با تجارب و موقعیت های استرس زا برای حفظ سلامت روانی و هیجانی خود از راهکار های شناختی متنوعی استفاده می کنند از این رو وقتی اطلاعات هیجانی نتوانست در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می شوند. این ناتوانی سازمان عواطف و شناخت های

فرد را تحمل می کند. در زمینه تاثیر هیجان ها بر تعدیل و تنظیم درد بسیاری از پژوهش ها نشان داده اند که نوسانات درد به سهولت تحت تاثیر هیجان ها قرار می گیرند به گونه ای که هیجان های خوشایند عموماً منجر به کاهش درد می شوند در حالی که هیجان های ناخوشایند شدت درد را افزایش می دهند (رادی و ویلیامز، 2005). درد توانایی عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می دهد و نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار و درماندگی و افسردگی می شود. از نظر اجتماعی به نظام تولیدی و مالیاتی آسیب می رساند و برای نظام بهداشتی هزینه ایجاد می کند و نهایتاً به از کار افتادگی بیمار منجر می شود. بنابراین می توان گفت درد یک مشکل بهداشتی جامعه است که میلیون ها نفر را تحت تاثیر قرار می دهد و پیوسته میلیاردها دلار هزینه به بار می آورد. علاوه بر این رنج غیر قابل محاسبه بیماران را نیز باید به موارد فوق افزود و پیامد های درد به عنوان بازتاب و نتیجه و عارضه ای که درد ممکن است برای فرد درگیر ایجاد کند تعریف شده است. این پیامد ها شامل شدت درد، ناتوانی حاصل از درد و افسردگی و اضطراب می باشد (عمید، 1390). بدین ترتیب بیماران مبتلا به سرطان از افسردگی و نگرانی و اضطراب و ناتوانی جسمانی رنج می برند و دردهای سرطانی کنترل نشده یکی از عواملی است که بیمار را به سمت خودکشی سوق می دهد (کریستین و موری، 2002).

باتوجه به آنچه گذشت درد سرطان و تعیین عواملی که به شدت چنین دردهایی تاثیر میگذارد ضروری است. منابع گسترده ای نشان می دهند اگرچه ممکن است عوامل رفتاری و روانشناختی در شیوع درد نقش چندانی نداشته باشند اما این عوامل در استمرار درد و ناتوانی ناشی از آن نقش قاطعی ایفا می کنند (فوستر و همکاران، 2010) و از سوی دیگر افراد مبتلا به دردهای مزمن از نظر به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، با افراد بهنجار متفاوت هستند. بنابراین به واسطه ارتباط بین استرس و آشفتگی هیجانی (گارفنسکی و همکاران، 2009) و شدت دردها (کلوتیلو و بروم، 2002) بررسی سبک ها و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به دردهای مزمن از جمله سرطان ضروری به نظر می رسد. لذا با توجه به مطالب ذکر شده و خلاء پژوهشی در این زمینه لزوم پاسخ به این پرسش ها احساس می شود که: آیا راهبردهای تنظیم شناختی در پیش بینی پیامد های درد ناشی از سرطان نقشی دارد؟

روش:

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر ماهیت کمی و از جهت نوع تحقیق توصیفی و همبستگی بود. در این پژوهش از بین بیماران مبتلا به سرطان و تحت شیمی درمانی که به صورت بستری یا سرپایی به بیمارستان شهید بهشتی کاشان مراجعه می کردند؛ تعداد 80 نفر از بیماران مبتلا به سرطان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و داشتن سن بین 20 تا 70 سال، داشتن حداقل تحصیل پنجم ابتدائی، گذشتن حداقل 3 ماه از تشخیص بیماری سرطان، عدم ابتلا به بیماری روانی خاص، عدم مصرف دارو برای درمان مشکلات روان شناختی اعم از افسردگی و اضطراب و تمایل برای شرکت در پژوهش از ملاکهای ورود به پژوهش بودند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 21، شاخص آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل رگرسیون استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

#### - پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ):

این پرسشنامه توسط گارفنسکیو کرایچ (2006) ساخته شده است (این مقیاس نسخه کوتاه شده پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان است که توسط گارفنسکی و همکاران (2001) می باشد). این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای 18 ماده می باشد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و هم برای افراد بهنجار و هم برای جمعیت های بالینی قابل استفاده می باشد. این پرسشنامه شامل 9 خرده مقیاس ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران است. دامنه نمرات مقیاس از 1 (تقریباً هرگز) تا 5 (تقریباً همیشه) می باشد. هر خرده مقیاس شامل 2 ماده است. نمره کل هر یک از خرده مقیاسها از طریق جمع کردن نمره ماده ها به دست می آید. بنابراین دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین 2 تا 10 خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی زا و منفی می باشد. ضریب آلفا برای خرده مقیاس های این پرسشنامه به وسیله گارفنسکی و همکاران (2002) در دامنه 0/71 تا 0/81 گزارش شده است. برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران پژوهشی توسط بشارت و بزازیان (1391) انجام شد پایایی بازآزمایی و همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در حد رضایت بخش مورد تایید قرار گرفت. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان از طریق محاسبه ضرایب همبستگی زیرمقیاسهای آن با افسردگی، اضطراب،

استرس و شاخص های سلامت روانی در مورد شرکت کنندگان بررسی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره شرکت کنندگان در زیر مقیاسهای خودسرزنشگری، نشخوارگری، فاجعه نمایی و دیگر سرزنشگری با افسردگی، اضطراب، استرس و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار و با بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار وجود دارد. بر اساس این نتایج، بین زیرمقیاسهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری با افسردگی، اضطراب، استرس و درماندگی روانشناختی همبستگی منفی معنادار و با بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار به دست آمد. نتیجه گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، میتوان نتیجه گرفت که فرم 18 گویه ای پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان برای سنجش راهبردهای مقابله شناختی در نمونه های ایرانی از پایایی و روایی کافی برخوردار است (بشارت و بزازیان، 1391).

#### -مقیاس شدت درد PI یا ( Pain intensity ) : در این پژوهش شدت درد با استفاده از خرده مقیاس شدت درد

پرسشنامه چند وجهی درد (MPI یا Multidimensional pain inventory) سنجیده می شود. این آزمون توسط کرنز، ترک ورودی در سال ۱۹۸۵ ساخته شد. مبنای نظری این آزمون به ادراک شناختی - رفتاری درد مزمن (ترک و همکاران، ۱۹۸۳) و ارزیابی سلامت (ترک و کرنز، ۱۹۸۵) مربوط است. این آزمون قابل اجرا برای درد های بالینی متنوعی است که شامل درد مزمن کمر، اختلالات گیجگاهی فکی، سردرد (ترک و رودی: ۱۹۸۸، ۱۹۹۰)، فیبرومیالژیا (ترک و همکاران، ۱۹۹۶)، درد سرطان (ترک و همکاران، ۱۹۹۸) است. این آزمون به تغییرات پس از توانبخشی حساس است (کرنز، ترک، ۱۹۸۶). به طور اختصار، پایایی / روایی، طبیعت خود گزارش دهی و سهولت نمره دهی، این آزمون را برای هر دو هدف بالینی و پژوهشی ایده آل میسازد. این آزمون برای کاربردهای بین فرهنگی به چندین زبان ترجمه شده است. این آزمون شامل ۵۲ ماده و ۱۲ مولفه است که به سه بخش تقسیم شده است. که با مقیاس لیکرت شامل ۷ قسمت پاسخ داده می شود. بخش ۱: شامل ۲۰ سوال است که دارای پنج مولفه است که برای سنجش ابعاد مهم تجربه درد مزمن طراحی شده است و شامل (۱) تداخل درک شده درد در عملکرد شغلی، تفریحی / اجتماعی و خانواده / تاهلی، (۲) حمایت یا توجه همسر یا دیگر افراد مهم، (۳) شدت درد، (۴) کنترل زندگی درک شده، و (۵) پریشانی عاطفی. بخش ۲: شامل ۱۴ مورد است که ادراک بیمار از درجه ای که همسر یا دیگر افراد مهم دلواپس هستند، پریشانی یا واکنش تنبیهی دیگران به رفتارها و شکایات از دردشان را ارزیابی می کند. بخش ۳: شامل ۱۸ فعالیت است و گزارش بیمار از فراوانی درگیریشان در چهار مقوله متداول فعالیت های روزمره شان را ارزیابی می کند؛ کارهای خانگی، کار خارج از منزل، فعالیت های دور از منزل، و فعالیت های اجتماعی. به علاوه نمرات مولفه ها، نمره مولفه فعالیت عمومی، از ترکیب چهار مولفه بدست می آید. کرنز، ترک ورودی (۱۹۸۵) نشان دادند که ضرایب پایایی درونی تمام مولفه های این آزمون در دامنه ای از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ قرار دارد. پایایی بازآزمایی این مولفه ها پس از دو هفته در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ قرار داشت. اعتبار این آزمون توسط نتایج به دست آمده از اجرای تحلیل عامل تاییدی و اکتشافی تایید شد. تحلیل ها نشان دادند که مولفه های آزمون به طور معناداری با چندین مقیاس ملاک در اضطراب، افسردگی، رضایت زناشویی، شدت درد، و منبع کنترل سلامت همبسته بود. پایایی این پرسشنامه توسط اصغری مقدم و گلک (۱۳۸۳) نشان داد ضرایب آلفای کرانباخ خرده مقیاس های پرسشنامه بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین ماده های هر مولفه بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۰ است. بنابراین میتوان گفت تمام مولفه های پرسشنامه چندوجهی درد دارای پایایی مطلوبی هستند. روایی واگرایی تمام مولفه های پرسشنامه از طریق مقایسه ضرایب همبستگی بین هر مولفه و ماده های تشکیل دهنده اش با ضرایب همبستگی بین همان مولفه و سایر ماده های پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. علاوه بر آن روایی واگرایی تمام مولفه های پرسشنامه از طریق مقایسه ضرایب همبستگی درونی بین مولفه های پرسشنامه با ضرایب همسانی درونی (آلفای کرانباخ) آن ها مورد تایید قرار گرفته است. جولایی ها (۱۳۸۵) در پژوهشی خود ضرایب آلفای کرانباخ دو مقیاس اختلال در عملکرد روزمره و شدت درد را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۰ به دست آورد (حقیقت و همکاران، ۱۳۹۰).

#### - پرسشنامه ناتوانی جسمی (PDQ) :

میزان ناتوانی جسمانی افراد با استفاده از پرسش نامه ناتوانی جسمی رولند موریس مورد بررسی قرار می گیرد. پرسش نامه رولند موریس در سال ۱۹۸۳ تهیه و مورد استفاده قرار گرفته است که شامل ۲۴ سوال می باشد. این پرسش نامه از ۰ تا ۲۴ نمره گذاری می شود که نمره ۰ به عنوان عدم ناتوانی و نمره ۲۴ به عنوان حداکثر ناتوانی است. این پرسشنامه در مطالعات گسترده ای با بیماران مبتلا به کمر درد مزمن و بیماران دارای درد مزمن در نقاط مختلف بدن به کار گرفته شده و ویژگیهای روان سنجی آن تایید شده است. از آنجا که شرکت کنندگان در این مطالعه از درد در نقاط مختلف بدن شکایت داشتند همانند بسیاری دیگر از مطالعات قبلی در پرسشنامه تغییرات اندکی داده شد و در هر عبارت کلمه درد جایگزین کلمه کمردرد شد (برای مثال، «به خاطر درد بیشتر اوقات در منزل میمانم» یا «به خاطر درد آهسته تر از حد معمول راه می روم».) نمره

گذاری این پرسشنامه بسیار ساده است و به صورت صحیح و غلط نمره گذاری می شود که به ازای هر پاسخ درست یک نمره به فرد تعلق می گیرد که حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۲۴ است و نمره بالاتر مبین ناتوانی جسمی شدیدتر است. ساخت عاملی این پرسشنامه در پژوهش اصغری (1384) برای نمونه ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. روایی و پایایی این پرسشنامه نیز در اکثر پژوهشهای ایرانی در ارتباط با کمردرد مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی این پرسشنامه بر حسب ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش افشارنژاد (1388) در سطح 0/05 برابر با 0/88 محاسبه و گزارش شده است.

#### - پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (21 - DASS) :

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس شامل ۲۱ گویه است که این عبارات مرتبط با علایم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می کوشد تا بیش انگیزتگی فیزیولوژیک، ترس ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بیقراری را در بر می گیرد. هر یک از خرده مقیاس های این پرسشنامه شامل 7 سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال های مربوط به آن به دست می آید. هر سوال از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی کند) تا 3 (کاملا در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود (فتحی آشتیانی، 1388). انتونی و همکاران (1998) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن ها مجددا حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. در مطالعه اصغری مقدم و همکاران، ضرایب همسانی درونی سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ و ضرایب بازآزمایی (با فاصله سه هفته) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ (اصغری مقدم و همکاران، 1387).

یافته ها:

در پژوهش حاضر 49 نفر زن (61/2 درصد) و 31 نفر مرد (38/8 درصد) شرکت داشتند که 7 نفر از آنها کمتر از 30 سال، 46 نفر در رده سنی بین 31 تا 50 سال و 27 نفر بیش از 50 سال سن داشتند. از این تعداد 42 نفر زیر دیپلم، 23 نفر دیپلم، 6 نفر فوق دیپلم و 9 نفر دارای تحصیلات لیسانس، 8 نفر (10 درصد) مجرد و 72 نفر (90 درصد) نیز متأهل بودند.

جدول 1: آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

ابعاد	میانگین	انحراف معیار
ملاحت خویش	4/4	2/79
پذیرش	6/4	1/42
نشخوارگی	6/42	2/27
تمرکز مجدد مثبت	7/02	2/64
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	7/87	2/14
ارزیابی مجدد مثبت	7/31	2/41
دیدگاه پذیری	7/45	2/13
فاجعه سازی	5/41	2/56



2/32	3/52	ملامت دیگران
10/56	5/21	شدت درد
16/51	5/55	ناتوانی حاصل درد
8/6	5/93	افسردگی در بیماران
8/1	4/93	اضطراب

مطابق جدول 1 مشاهده می شود که از میان ابعاد تنظیم شناختی هیجان؛ تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری و تمرکز مجدد مثبت از میانگین بیشتری در مقایسه با بقیه برخوردار است و ملامت دیگران دارای میانگین کمتر از بقیه می باشد. همچنین از میان ابعاد متغیر پیامد درد؛ ناتوانی حاصل درد از میانگین بیشتری در مقایسه با بقیه برخوردار است و اضطراب دارای میانگین کمتر از بقیه می باشد.

جدول 2: ضرایب رگرسیون برای متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و شدت درد

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
	B	خطای استاندارد			
(ثابت)	11/804	3/859		3/059	0/003
ملامت خویش	0/131	0/211	0/070	0/621	0/536
پذیرش	-0/485	0/437	-0/133	-1/108	0/272
نشخوارگی	0/269	0/326	0/117	0/826	0/412
تمرکز مجدد مثبت	-0/532	0/292	-0/270	-1/824	0/072
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	0/067	0/315	0/027	0/212	0/833
ارزیابی مجدد مثبت	0/300	0/304	0/139	0/987	0/327
دیدگاه پذیری	-0/227	0/297	-0/093	-0/763	0/448
فاجعه سازی	0/115	0/294	0/057	0/391	0/697
ملامت دیگران	0/466	0/257	0/207	1/810	0/075
	$R^2=0/16$		$R=0/40$		

جدول 2 نشان می دهد که ضریب همبستگی بین متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و شدت درد برابر با 0.40 می باشد؛ اشاره به همبستگی ساده بین دو متغیر دارد. همچنین مقدار ضریب تعیین نشان می دهد که چه مقدار از متغیر وابسته یعنی شدت هیجان، می تواند توسط متغیر مستقل یعنی تنظیم شناختی هیجان، تبیین شود. به این معنا که متغیر پیش بین روی هم رفته می تواند 16 درصد از تغییرات متغیر شدت درد را تبیین کند. از این رو بین متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و شدت درد رابطه مثبت برقرار می باشد. اما با توجه به سطح معناداری ( $P > 0/05$ ) بیانگر آن است متغیر تحقیق دارای رابطه با متغیر وابسته ( شدت درد) نیست. لذا فرض ما مبنی بر اینکه تنظیم شناختی هیجان بر شدت درد تاثیر معنادار دارد، تأیید نمی گردد.

جدول 3: ضرایب رگرسیون برای متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و ناتوانی

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	بتا	مقدار t	
(ثابت)	21/583	4/078		5/292	0/000
ملاحت خویش	0/008	0/224	0/004	0/036	0/971
پذیرش	-0/559	0/462	-0/144	-1/210	0/231
نشخوارگی	0/570	0/344	0/233	1/658	0/102
تمرکز مجدد مثبت	0/026	0/309	0/012	0/084	0/933
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	-0/354	0/333	-0/137	-1/066	0/290
ارزیابی مجدد مثبت	-0/337	0/321	-0/147	-1/049	0/298
دیدگاه پذیری	-0/127	0/314	-0/049	-/405	0/687
فاجعه سازی	-0/090	0/311	-0/041	-/288	0/774
ملاحت دیگران	0/373	0/272	0/156	1/371	0/175
		R <sup>2</sup> =0/17	R=0/41		

جدول 3 نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و شدت درد برابر با **0/41** می‌باشد؛ به این معنا که متغیرهای پیش بین روی هم رفته می‌توانند 41 درصد از تغییرات متغیر ناتوانی را کند. از این رو بین متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و ناتوانی رابطه مثبت برقرار می‌باشد. اما با توجه به سطح معناداری ( $P > 0/05$ ) بیانگر آن است متغیر تحقیق دارای رابطه با متغیر وابسته (ناتوانی) نیست. لذا فرض ما مبنی بر اینکه تنظیم شناختی هیجان بر ناتوانی تاثیر معنادار دارد، تأیید نمی‌گردد.

جدول 4: ضرایب رگرسیون برای متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و افسردگی

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	بتا	مقدار t	
(ثابت)	11/541	3/635		3/175	0/002
ملاحت خویش	0/472	0/199	0/222	2/369	0/021
پذیرش	0/420	0/412	0/101	1/020	0/311
نشخوارگی	0/612	0/307	0/234	1/994	0/050
تمرکز مجدد مثبت	-0/387	0/275	-0/172	-1/405	0/164
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	-0/568	0/296	-0/206	-1/916	0/050
ارزیابی مجدد مثبت	-0/806	0/286	-0/328	-2/814	0/006
دیدگاه پذیری	0/151	0/280	0/054	0/540	0/591
فاجعه سازی	0/087	0/277	0/037	0/313	0/755
ملاحت دیگران	-0/042	0/242	-0/017	-0/174	0/862
		R <sup>2</sup> =0/42	R=0/65		

جدول 4 نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و افسردگی برابر با 0/65 می‌باشد؛ که همبستگی ساده بین دو متغیر و به عبارتی شدت همبستگی بین دو متغیر را نشان می‌دهد. به این معنا که بین متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و افسردگی رابطه مثبت برقرار می‌باشد. و مقدار ضریب تعیین نشان می‌دهد که متغیرهای پیش بین روی هم رفته می‌توانند 42 درصد از تغییرات متغیر افسردگی را تبیین کنند. در واقع تنظیم شناختی هیجان می‌تواند 42 درصد از تغییرات متغیر افسردگی را تبیین کند. براساس مقدار بتا در این آزمون می‌توان گفت مولفه ملامت خویش 22 درصد و نشخوارگی 23 درصد بر روی افسردگی تاثیر مستقیم دارند و ارزیابی مجدد مثبت 32 و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی 20 درصد تاثیر معکوس بر افسردگی دارند. در واقع هرچه این دو بعد در فرد قوی تر باشد افسردگی در فرد کمتر می‌شود و مابقی ابعاد تنظیم شناختی هیجان تاثیری بر افسردگی ندارند.

جدول 5: ضرایب رگرسیون برای متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و اضطراب

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	بتا	مقدار t	
(ثابت)	13/515	3/254		4/153	0/000
ملامت خویش	0/219	0/178	0/124	1/226	0/224
پذیرش	-0/360	0/369	-0/104	-0/976	0/332
نشخوارگی	0/032	0/275	0/015	0/115	0/908
تمرکز مجدد مثبت	0/521	0/246	0/280	2/117	0/038
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	-0/136	0/265	-0/059	-0/514	0/609
ارزیابی مجدد مثبت	-1/203	0/256	-0/590	-4/695	0/000
دیدگاه پذیری	0/032	0/250	0/014	0/126	0/900
فاجعه سازی	0/450	0/248	0/234	1/812	0/074
ملامت دیگران	-0/201	0/217	-0/095	-0/927	0/357
		$R^2=0/33$	$R=0/57$		

جدول 5 نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و اضطراب برابر با 0/577 می‌باشد؛ به این معنا که متغیرهای پیش بین روی هم رفته می‌توانند 57 درصد از تغییرات متغیر اضطراب را کنند. از این رو بین متغیرهای ابعاد تنظیم شناختی هیجان و اضطراب رابطه مثبت برقرار می‌باشد. همچنین براساس مقدار بتا تمرکز مجدد مثبت 28 درصد بر روی اضطراب تاثیر مستقیم دارند و ارزیابی مجدد مثبت 59 درصد تاثیر معکوس بر اضطراب دارد و مابقی ابعاد تنظیم شناختی هیجان تاثیری بر اضطراب ندارند.

#### بحث و نتیجه گیری:

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند راهکارهای تنظیم شناختی هیجان قادر به پیش بینی و تبیین شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان نمی‌باشد. با توجه به این یافته‌ها فرضیه پژوهش حاضر مورد تایید و پذیرش قرار نگرفت. بر اساس این نتایج می‌توان گفت که راهکارهای تنظیم شناختی هیجان هیچ تاثیری در شدت درد بیماران مبتلا به سرطان ندارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های آراندا و همکاران (2010) ناهمسو می‌باشد. آراندا و همکاران (2010) رابطه تنظیم هیجان، شدت هیجان و پاسخ‌های مؤثر در درد را در نمونه‌ای از زنان مبتلا به آرتریوت روماتوئید بررسی کردند. نتایج بر اثر ترکیبی تنظیم هیجان و شدت هیجان تأکید داشت، به عبارتی میزان پاسخ به درد به عنوان تابعی از دو متغیر متفاوت بود، بنابراین در مورد شدت درد، زنان با شدت عاطفی بالا و توانایی کم در تنظیم هیجان، پاسخ‌های غلطی به درد دادند.



همچنین بر طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که راهکارهای تنظیم شناختی هیجان قادر به پیش بینی و تبیین ناتوانی حاصل از درد در بیماران مبتلا به سرطان نمی باشد. با توجه به این یافته ها فرضیه پژوهش حاضر مورد تایید و پذیرش قرار نگرفت. بر اساس این نتایج می توان گفت که راهکارهای تنظیم شناختی هیجان هیچ تاثیری در ناتوانی حاصل از درد بیماران مبتلا به سرطان ندارد. این یافته ها و نتایج در راستای نتایج پژوهش های پیشین همچون برکین و همکاران نمی باشد. پژوهش برکین و همکاران (2008) با موضوع مهارت های تنظیم هیجان به عنوان هدف روان درمانی، نشان داد که مهارت های پذیرش، تحمل و اصلاح فعال احساسات منفی برای سلامت روان و نتایج مثبت درمانی و درد مهم است به طوری که با جایگزینی مهارت های تنظیم هیجان در درمان نتایج خوبی حاصل می شود.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که از بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان؛ ملامت خویش و نشخوارگی به عنوان راهبرد منفی و غیر انطباقی بصورت مثبت و معنادار قادر به پیش بینی و تبیین افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان بودند. بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان؛ ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی به عنوان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و انطباقی بصورت منفی و معنادار قادر به پیش بینی و تبیین افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان بودند. با توجه به این یافته ها فرضیه پژوهش حاضر مورد تایید و پذیرش قرار گرفت. بر اساس این نتایج می توان گفت که با افزایش سطوح و میزان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی همچون ملامت خویش و نشخوارگی میزان و سطوح افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان افزایش می یابد. از سوی دیگر با افزایش سطوح و میزان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت همچون ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ، میزان و سطوح افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان کاهش می یابد. این یافته ها و نتایج همسو و در راستای نتایج پژوهش های پیشین همچون؛ چانگ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که علائم و نشانه های نارسایی و دشواری در تنظیم و پردازش هیجانی قادر به پیش بینی و تبیین افسردگی هستند. این نتایج را می توان بر اساس مدل کلی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تبیین کرد. در این مدل راهبردهای غیر انطباقی و سازش نیافته و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان زمینه ساز ظهور و تداوم اشکال مختلف آسیب شناسی روانی اند، اما راهبردهای سازش یافته و انطباقی تنظیم شناختی هیجان به عنوان عوامل محافظت کننده عمل می کنند. در تبیین یافته های حاصل می توان به موارد زیر اشاره کرد؛ در واقع رابطه و همبستگی منفی راهبردهای سازگارانه و انطباقی تنظیم شناختی هیجان با افسردگی بیماران مبتلا به سرطان به این دلیل است که به کارگیری و استفاده از این راهبردها باعث می شود که فرد با نگاه و دیدگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی زندگی خود بپردازد و به ابعاد و جنبه های مثبت و فواید احتمالی آن رویداد و واقعه در درازمدت توجه کند، در نتیجه فرد ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه می کند و بهتر می تواند با آن واقعه منفی کنار آید. برای مثال با تایید رابطه منفی تمرکز مجدد مثبت با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان، اعتقاد بر این است که تمرکز مجدد مثبت به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی و مقابله ای سازگارانه و انطباقی با اختلال های روان شناختی همچون افسردگی رابطه منفی دارد (چانگ و همکاران، ۲۰۱۵). در زمینه ارتباط مثبت بین راهبردهای ناسازگار و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان (ملامت خویش و نشخوارگی) با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان می توان گفت که استفاده از راهبردهای منفی و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، فرد را مستعد اختلالاتی همچون افسردگی می کند و در نتیجه به جای واکنش مناسب به رویدادهای تنش زا و فشارزای مسبب افسردگی، با آشفتگی و تشویش به آنها واکنش نشان داده و رفتارهای مبتنی بر افسردگی در او افزایش و شدت می یابد. همچنین در تبیین این یافته می توان گفت که تفکراتی در مورد تفصیلات خود و سرزنش خود برای آنچه که اتفاق افتاده است، اشتغال ذهنی و بزرگنمایی درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه منفی که مدام احساسات و افکار ایجاد شده ناشی از واقعه ناگوار به وسیله فرد مرور می شود، به همراه تفکراتی که به وضوح بر وحشت از یک تجربه تاکید داشته و آن تجربه را شدیدتر و وحشتناک تر از واقعیت ابراز و ادراک می کند با افزایش افسردگی همراه هستند.

بر طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان؛ تمرکز مجدد مثبت بصورت مثبت و معنادار قادر به پیش بینی و تبیین اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان بود. همچنین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان؛ ارزیابی مجدد مثبت به عنوان راهبرد تنظیم شناختی هیجان بصورت منفی و معنادار قادر به پیش بینی و تبیین اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان بود. با توجه به این یافته ها فرضیه پژوهش حاضر مورد تایید و پذیرش قرار گرفت. بر اساس این نتایج می توان گفت که با افزایش سطح و میزان راهبرد تنظیم شناختی هیجان همچون تمرکز مجدد مثبت میزان و سطح اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان افزایش می یابد. از سوی دیگر با افزایش سطح و میزان راهبرد تنظیم شناختی هیجان همچون ارزیابی مجدد مثبت ، میزان و سطح اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان کاهش می یابد. این یافته ها و نتایج در راستای پژوهش های پیشین همچون؛ چانگ و همکاران قرار دارد. چانگ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که علائم و نشانه های نارسایی و دشواری در تنظیم و پردازش هیجانی قادر به پیش بینی و تبیین اضطراب هستند. این نتایج را می توان بر اساس مدل کلی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تبیین کرد. در این مدل راهبردهای غیر انطباقی و سازش نیافته و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان زمینه ساز ظهور و تداوم اشکال مختلف آسیب شناسی روانی اند، اما راهبردهای سازش یافته و انطباقی تنظیم شناختی هیجان به عنوان عوامل محافظت کننده عمل می کنند. نتایج پژوهش ها در این قلمرو نشان داده اند

که افراد بیمار مبتلا به سرطان ، در مورد احساسات مرتبط با رویدادهای منفی زندگی بیشتر فکر می کنند و تمرکز بیشتری بر ابعاد منفی تجربه های خویش دارند (رومانو و همکاران، ۲۰۱۳). افزون بر آن، پژوهشگران (کرایچ و گارنفسکی، ۲۰۰۶) دریافتند که راهبردهای غیر انطباقی و سازش نیافته تنظیم هیجانی با ترس، اشتغال ذهنی درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه منفی و تفکرانی که به وضوح بر وحشت از یک تجربه تاکید دارند، ارتباط مثبت نیرومندی دارند که همه این موارد با افزایش اختلالات و مشکلات اعتیاد گونه در ارتباط هستند. سرکوب یا فرونشانی هیجانات و عواطف با افزایش هیجان های منفی و نارسانا کنش وری روانشناختی همچون اضطراب رابطه دارد.

نظر به اینکه هر پژوهشی دارای محدودیت هایی است، پژوهشی حاضر نیز از این امر مستثنی نبوده و دارای محدودیت ها و نواقصی همچون تعداد کم نمونه، عدم امکان نمونه گیری تصادفی، استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی بود و از آنجایی که این پژوهش بر روی نمونه ای از بیماران سرطانی بیمارستان شهید بهشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شده، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر بیماران مبتلا باید احتیاط شود و انجام پژوهش بر روی حجم بزرگتری از افراد، استفاده از نمونه گیری تصادفی و روش های عینی تر در مطالعات آتی پیشنهاد می گردد. همچنین پیشنهاد می گردد که جهت انجام مراقبت های روانی - اجتماعی از این بیماران مراکز ویژه ای در کنار بخش شیمی درمانی جهت ارائه خدمات مشاوره ای برای بیماران و همچنین خانواده ای آنها در نظر گرفته شود.

## منابع و مراجع:

- اصغری مقدم ، محمدعلی ؛ کریم زاده ، نرگس ؛ عمارلو ، پروانه .(1384). نقش باورهای مرتبط با درد و سازگاری با بیماری های سرطان ، ماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار . دوره جدید، شماره 13، صص 20-1
- اصغری مقدم، محمدعلی؛ گلک، ناصر.(1387). بررسی ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه چند وجهی درد در میان جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن، مجله روانشناسی، 1387، دوره 12، شماره 1، صص 71-50.
- افشار نژاد، طاهر؛ رضائی، سجاد ؛ یوسف زاده، شاهرخ .(1389). ارتباط ترس از حرکت و شدت درد با ناتوانی جسمی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. مجله توانبخشی. دوره 11، شماره 2، صص 288-21.
- بشارت، محمد علی و بزازیان، سعیده .(1393). بررسی ویژگی های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه ای از جامعه ایرانی. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی. دوره 24، شماره 84
- حقیقت، فرشته؛ زادهوش، سمیه ، رسول زاده طباطبایی، سید کاظم و اعتمادی فر، مسعود.(1390). رابطه بین خودکارآمدی مربوط به درد و شدت درد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. مجله علوم رفتاری، دوره 5، شماره 1: 47-54
- عطری فرد، مهدیه، ظهیرالدین، علیرضا، بیایی، شیدا و زاهد، غزال (۱۳۹۳)، مقایسه افسردگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان با کودکان و نوجوانان سالم. مجله علوم پزشکی ارومیه. ۲۵(۱): ۳۱-۲۱.
- علوی زاده ، محمد رضا ؛ انتظاری ، سعید.(1389). گزارش مختصری از پژوهش های بالینی ، مجله پژوهشی روان . دوره 1، شماره 14 147-150.
- عمید، حسن.(1390). فرهنگ فارسی عمید ، تهران، انتشارات آگاه، چاپ 38
- فتحی آشتیانی ،علی .(1388). آزمون روانشناختی - ارزشیابی شخصیت و سلامت روان .تهران : انتشارات بعثت .

Aranda, S.R, Jose, M. Fernandez-Berrocal, P. (2010). Emotional Regulation and Acute Pain Perception in Women. The Journal of Pain; 11 (6): 546-569

Berking, M., Wupperman, P., Alexander, R.P., Tanja, D., Alexandra, H.Z. (2008). Emotion regulation skills as a treatment target in psychotherapy. Behaviour Research and Therapy; 46: 1230-1237.

- Chung. M.C. & Allen. R.D. (2015). Alexithymia and posttraumatic stress disorder following epileptic seizure. *Psychiatr Q*, 84(3),271-85.
- Crichton P, Moorey S. (2002) Treating pain in cancer patients. In: DC, Turk and RJ Gatchel (eds). *Psychological Approaches to pain Management* (pp.501-514). New York, The Guilford press
- Foster, NE., Thomas , E., Bishop, A., Dunn, KM. & Main, CJ. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 148 , 398-406.
- Garnefski . N .&Kraaij . V . (2006) . “ RelationShips between cognitive emotion regulation strategie and depressive symptoms: A comparative Study of five specific samples”. *Personality And Individual differences* . 40(8) . 1659-1669
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*, 32(2), 449-454.
- Kolotylo, C. J., & Broome, M. E. (2000). Predicting disability and quality of life in a communitybased sample of women with migraine headache. *Pain Management Nursing*, 1(4), 139- 151.
- Rajandram RK, Ho SM, Samman N, Chan N, McGrath C, Zwahlen RA .Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC Res Notes* 2011; 4(1): 519.
- Rhudy, J .L ., Williams, A.E., McCabe,K.M & Rambo, P.(2005). " Affective modulation of nociception at spinal and supraspinal levels. *Psychophysiology* ,42(5),579-587
- Romano, M.; Osborne, L.A.; Truzoli, R. & Reed, P. (2013). “Differential psychological impact of internet exposure on internet addicts”. *PLOS ONE*, 8(2), e55162.
- Sandblom G,Carlsson P, Sennfalt K, Varenhorst E.A(2004) Population based study of pain and quality of life during the year before death in men with prostate cancer.*british journal of Cancer*:90:1163-1168.