

مقاله اصلی

نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۲۸

خلاصه

مقدمه

تنظیم هیجان یک عامل مهم و تعیین کننده در بهزیستی روان شناختی است که نقش اساسی در سازگاری با رویدادهای استرس زا زندگی ایفا می کند. این پژوهش به منظور بررسی نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی صورت گرفت.

روش کار

در این مطالعه توصیفی همبستگی، نمونه پژوهش شامل ۷۵ بیمار سرطانی مراجعه کننده به کلینیک درمانی رضا و بیمارستان امام رضا مشهد در سال ۹۰ بودند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان و فرم کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون انجام شد.

نتایج

نتایج نشان داد که راهکارهای تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه گیری با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار داشتند. در حالیکه بین راهکار ملامت دیگران و کیفیت زندگی رابطه معنادار منفی برقرار بود. در بررسی نقش پیش بینی کنندگی تک تک راهکارها، نتایج نشان داد که فقط راهکار ارزیابی مجدد مثبت قادر به پیش بینی کیفیت زندگی می باشد و سایر راهکارها پیش بینی کننده معناداری نمی باشند.

نتیجه گیری

از یافته‌های این پژوهش استنباط می شود یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی راهکارهای کنترل شناختی هیجان است، که بعد از تجربه رویداد تهدیدآمیزی مانند سرطان، برای تنظیم هیجان‌های خود به کار می گیرند. بنابراین در برنامه‌های درمانی باید توجه خاصی به راهکارهای شناختی به ویژه راهکارهای سازگارانه مانند ارزیابی مجدد مثبت صورت گیرد.

کلمات کلیدی: راهکارهای کنترل شناختی هیجان، سرطان، کیفیت زندگی

پی نوشت: این مطالعه با منافع نویسندگان تضادی ندارد.

^۱بتول بهرامی*
^۲عبدالله بهرامی
^۳علی مشهدی
^۴حسین کارشکی

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۲- دانشیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳- دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۴- دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

*مشهد- بیمارستان امام رضا (ع)، معاونت توسعه و برنامه ریزی، واحد بهبود کیفیت، مشهد، ایران

تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۴۸۴۰۶-۹۸

email:bahramib2@mums.ac.ir

مقدمه

در حال حاضر سرطان یکی از مسایل مهم بهداشتی درمانی جهان و نیز کشور ما محسوب می‌شود. بر اساس تمام شواهد علمی، تجربی و پژوهشی، این بیماری در ردیف یکی از اساسی‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری‌های مزمن و از عوامل تهدید کننده جامعه به شمار می‌رود (۱). بر طبق آخرین بررسی‌های آماری در ایران، سرطان بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و حوادث غیرعمدی، سومین عامل مرگ و میر محسوب می‌شود، به طوری که سالانه بیش از ۳۰ هزار نفر از جمعیت کشورمان در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند و تخمین زده می‌شود سالانه بیش از ۷۰ هزار مورد جدید سرطان شناسایی می‌شود (۲، ۳). بنابراین بررسی میزان سلامتی و همچنین عوامل تأثیر گذار بر آن در مبتلایان به این بیماری مزمن ضروری به نظر می‌رسد. تشخیص سرطان تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیر قابل باور برای هر فرد است. سرطان باعث می‌شود، شغل، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و زندگی خانوادگی دچار اختلال شده، منجر به ویرانی زندگی بیمار گردد. این تأثیرات به خصوص جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار از جمله وضعیت روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و عملکرد جنسی را شامل می‌شود (۴). کیفیت زندگی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت محسوب می‌شود و بیانگر درک فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق می‌باشد (۴، ۵). مطالعات بر بیماران سرطانی نشان می‌دهد، شدت بیماری و فشارهای روحی ناشی از این بیماری با کیفیت زندگی این افراد رابطه دارد (۶). معمولاً متخصصان، در بررسی بیماری‌های طبی مزمن نظیر بیماری‌های قلبی و سرطان، علل و عوامل زیستی مانند وراثت، رژیم غذایی، الکل، استروژن بالا، داشتن سابقه خانوادگی، فشار خون بالا، کلسترول بالای خون، دیابت، و چاقی را عامل سبب ساز مطرح می‌کنند، اما اخیراً در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که عوامل فوق به تنهایی نقش تعیین کننده‌ای در بروز بیماری نداشته بلکه برخی از متغیرهای روان‌شناختی به صورت مستقیم و غیر مستقیم زمینه مساعدی برای ابتلای افراد به این بیماری و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به آن را ایجاد می‌کنند (۷).

یکی از این عوامل روان‌شناختی که نقش موثری در سلامتی، کیفیت زندگی این بیماران دارد، هیجان است. هیجان نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای استرس‌زا ایفا می‌کند، بنابراین تنظیم هیجان^۱، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (۸، ۹). در حقیقت واژه تنظیم هیجان مشتمل بر راهکارهایی است که باعث کاهش، حفظ و یا افزایش یک هیجان می‌شوند و به فرایندهایی اشاره دارد که بر هیجان‌های کنونی فرد و چگونگی تجربه و بروز آن‌ها اثر می‌گذارد (۱۰). در مجموع افراد از روش‌های مختلفی جهت تنظیم هیجان‌شان استفاده می‌کنند و یکی از متداول‌ترین این روش‌ها استفاده از راهکارهای شناختی است. راهکارهای کنترل شناختی هیجان^۲، فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان آور و برانگیزاننده بکار می‌گیرند و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند (۹، ۱۱). بنابراین، افکار و شناخت‌ها در توانایی مدیریت، تنظیم و کنترل احساس‌ها و هیجان‌ها بعد از تجربه یک رویداد استرس‌زا نقش بسیار مهمی دارند. به طور واضح کنترل شناختی آگاهانه هیجان رابطه نزدیکی با مفهوم سبک‌های مقابله‌ای شناختی دارد، اما یک تفاوت مهم که بین این دو مفهوم وجود دارد این است که در هر دو سبک مقابله هیجان مدار و مسئله مدار، ترکیبی از راهکارهای شناختی و رفتاری برای کنار آمدن وجود دارد در حالیکه نظریه تنظیم شناختی هیجان بیان می‌کند که اعمال و افکار فرایندهای متفاوتی هستند به طوری که راهکارهای شناختی از لحاظ مفهومی جدا از راهکارهای رفتاری هستند (۹، ۸). راهکارهای کنترل هیجان را می‌توان به دو دسته راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تقسیم نمود. از جمله راهکارهای سازگارانه می‌توان به ارزیابی مجدد مثبت^۳، تمرکز مجدد مثبت^۴، پذیرش^۵، دیدگاه پذیری^۶، تمرکز

1. Emotion Regulation

2. Cognitive Emotion-Regulation Strategies

۳. این راهکار به افکاری اشاره دارد که طی آن فرد می‌کوشد تا از رویداد منفی کنونی، معنایی

مثبت در جهت رشد خود برداشت کند (Positive reappraisal).

۴. این راهکار به افکاری اشاره دارد که طی آن فرد به جای فکر کردن درباره رویداد منفی

کنونی به موضوعات شاد و لذتبخش فکر می‌کند (Positive Refocusing).

راهکار های ناسازگارانه نظیر نشخوار گری و فاجعه سازی بیشتر استفاده می کنند و در نتیجه متحمل افسردگی و عواطف منفی بیشتری می شوند (۱۲). همچنین بیمارانی که بیشتر قادر به فکر کردن درباره موضوعات خوشایند بودند (به جای فکر کردن در مورد تجربه سرطان) و به طور مداوم احساسات و افکار منفی مرتبط با تجربه سرطان را در ذهن نمی آورند، از میزان سلامتی بیشتری برخوردار بودند. تمرکز مثبت، راهکار موثری برای کاهش اثرات منفی و بروز نتایج مثبت می باشد (۲۵).

طی دو دهه گذشته کیفیت زندگی یکی از مهم ترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و به عنوان یکی از جنبه های مؤثر در مراقبت از بیماران مورد تأیید قرار گرفته است و بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت های موجود بین بیماران، پیش آگهی^۳ بیماری و ارزیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۶). بنابراین بررسی سطح آسیب شناسی روانی و سلامت و همچنین عوامل تأثیر گذار بر این مؤلفه ها بسیار مهم و ضروری به نظر می رسد. در همین راستا در سال های اخیر بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان اهمیت ویژه ای یافته است. عمده مسائل و مشکلاتی که به طور معمول کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان را تحت تأثیر قرار می دهد شامل: آثار روانی و عاطفی ناشی از ابتلا به بیماری، اقدامات تشخیصی و درمانی، استرس، درد، افسردگی، نقش بیماری بر روابط خانوادگی، روابط زناشویی و روابط اجتماعی، مسائل اقتصادی ناشی از بیماری، مشکلات تغذیه ای و عوارض ناشی از درمان می باشد (۲۷). با توجه به این موضوع و موارد ذکر شده در مورد عوارض و مشکلات ابتلا به سرطان و درمان این بیماری به خصوص عوارض جسمی و روانی که شیمی درمانی در بیماران و همچنین با توجه به شیوع بالای انواع سرطان در کشورمان و بقای طولانی مدت مبتلایان به این بیماری که موجب درگیری بیشتر آنان با عوارض و پیامدهای سرطان می شود، اقداماتی در جهت شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی این مبتلایان ضروری به نظر می رسد. به همین جهت تصمیم گرفته شد تا مطالعه ای به منظور بررسی نقش راهکارهای کنترل شناختی

مجدد بر برنامه ریزی^۷ اشاره نمود و راهکار هایی مانند ملامت خود^۸، نشخوار گری^۹، ملامت دیگران^{۱۰}، فاجعه سازی^{۱۱} در دسته راهبرهای ناسازگارانه قرار می گیرند که هر کدام پیامدهای خاص خود را خواهند داشت (۹، ۱۲).

تنظیم هیجان همچنین نقشی اصلی در تحول به هنجار داشته و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد آسیب های روانی به شمار می رود (۱۳). به همین دلیل متخصصان معتقدند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجانانشان در برابر وقایع زندگی نیستند، بیشتر از سایرین دچار آسیب های روانی می گردند (۱۴). بنابراین می توان گفت، تنظیم هیجان عاملی مهم و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کنش وری اثربخش می باشد، که نقش اساسی در سازگاری با رویدادهای استرس زای زندگی ایفا می کند (۱۲). در همین راستا می توان گفت از یک سو استفاده از راهکار های سازگارانه جهت تنظیم هیجان در تعدیل استرس های ادراکی موثر بوده و مانع از ابتلاء به بیماری های مزمن می گردد، از سوی دیگر، استفاده از راهکار های ناسازگارانه در تنظیم هیجان سبب بروز برخی آسیب های روانی نظیر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و خشونت می گردد و از این طریق با اثر گذاری بر میزان استرس دریافتی و کاهش کارایی سیستم ایمنی، فرد را مستعد ابتلا به بیماری های جسمانی حاد و مزمن نظیر سرطان می کند (۱۵-۲۴). در همین راستا، نتایج مطالعه شروورز^۱، کرایچ و گارنفسکی^۲ (۲۰۰۸) نشان می دهد افراد مبتلا به سرطان از

۵. این راهکار به افکاری اشاره دارد که طی آنها فرد رویداد تجربه شده را پذیرفته و سعی می کند با آنچه اتفاق افتاده کنار بیاید (Acceptance).
۶. این راهکار به افکاری اشاره دارد که طی آنها فرد به این می اندیشد که این رویداد در مقایسه با رویدادهای دیگر خیلی هم بد و ناگوار نیست (Perspective putting into).
۷. این راهکار به افکار فرد درباره گام هایی که برای مواجهه با رویداد منفی باید برداشته شود، اشاره دارد (Refocus on planning).
۸. در این راهکار شناختی، فرد به دلیل داشتن افکار خاصی خود را مسبب رویداد بد دانسته و خود را سرزنش می کند (Self-blame).
۹. نشخوارگری یا تمرکز روی افکار به اندیشیدن درباره احساسات یا افکار مربوط به رویداد منفی، اشاره دارد (Rumination).
۱۰. ملامت دیگران به راهکار شناختی اشاره دارد که بر اساس آن فرد به خاطر اتفاق افتادن رویداد بد، دیگران را ملامت و سرزنش می کند (Other-blame).
۱۱. به افکاری اشاره دارد که به وضوح بر وحشتناک و آسیب زا بودن یک رویداد تأکید دارند. به طور کلی، راهبرد فاجعه سازی با ناسازگاری، مشکلات هیجانی و افسردگی رابطه دارد (Catastrophizing).

¹ Schroevers

² Garnefski

³ Prognosis

۱) فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه کنترل شناختی هیجان^۱: این پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه اصلی کنترل شناختی هیجان (CERQ) و توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده است و یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهکارهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند (۲۸). این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و دارای ۱۸ ماده می‌باشد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و هم برای افراد بهنجار و هم برای جمعیت‌های بالینی قابل استفاده می‌باشد. این پرسشنامه از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهکار شناختی ملامت خود، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه‌ی نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره‌ی کل هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید بنابراین دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهکار مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد (۲۸). در پژوهش گارنفسکی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده مقیاس پرسشنامه مذکور بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۹). همچنین حسنی در ایران ضریب آلفای کرونباخ را بین دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ و اعتبار این آزمون را در دامنه‌ی ای از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ گزارش کرده است (۳۰).

۲) مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲:

این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است (۳۱). فرم کوتاه این پرسشنامه

هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی صورت گیرد، به این امید که گامی در جهت شناسایی بهتر ابعاد این بیماری مزمن و متغیرهای تأثیرگذار بر آن و همچنین کمک به افزایش کیفیت زندگی و کاهش آسیب‌های روانی که مبتلایان با آن مواجه خواهند شد برداشته شود. همچنین در صورت تأیید فرضیه‌های مطرح شده، این پژوهش می‌تواند به عنوان مقدمه و مبنایی برای پژوهش‌های مداخله‌ای از قبیل آموزش این قبیل راهکارها در آینده قرار گیرد.

روش کار

روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است که جهت بررسی نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران سرطانی شهرستان مشهد بود، که در زمستان ۱۳۹۰ به کلینیک درمانی رضا و بیمارستان امام رضا (علیه‌السلام) مراجعه کردند. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۷۵ بیمار زن و مرد می‌شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان کلیه‌ی بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به این مراکز انتخاب شدند. بیماران به ترتیب ورود منطبق با معیارهای ورود و خروج در صورت تمایل و پس از کسب رضایت وارد مطالعه شدند و پرسشنامه‌های فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه کنترل شناختی هیجان و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل کردند. معیارهای ورود شامل دامنه سنی بین ۲۰ - ۶۰ سال، دارای میزان سواد حداقل سیکل، داشتن آگاهی نسبت به بیماری خود و رضایت برای ورود به پژوهش بود. بیماران دارای شرایط حاد که بنا به تشخیص پزشک متخصص قادر به تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند، در نمونه‌ی پژوهش قرار نگرفتند. پس از اجرا و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

ابزار پژوهش: در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از ابزارهای زیر استفاده خواهد شد: فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه کنترل شناختی هیجان، مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی.

¹ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Persian short form

² World health organization Quality of life questionnaire

شود راهکار های تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه گیری با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار دارند.

جدول ۱- ویژگی های جمعیت شناختی و بالینی بیماران مبتلا

به سرطان (N=۷۵)

متغیرها	فراوانی (n)	درصد (%)
جنسیت		
مرد	۲۷	۳۶
زن	۴۸	۶۴
وضعیت تاهل		
مجرد	۴	۵/۳
متاهل	۶۶	۸۸
مطلقه	۵	۶/۷
سطح تحصیلات		
بیسواد	۱	۱/۳
سیکل	۲۴	۳۲
دیپلم	۲۸	۳۷
لیسانس	۱۹	۲۵/۳
فوق لیسانس	۳	۴
وضعیت اشتغال		
شاغل	۳۲	۴۲/۷
بیکار	۳۸	۵۰/۷
بازنشسته	۵	۶/۷
تعداد فرزندان		
بدون فرزند	۹	۱۲
۱ تا ۳ فرزند	۴۳	۵۷/۳
۴ تا ۶ فرزند	۲۲	۲۹/۳
بیشتر از ۶ فرزند	۱	۱/۳

جدول ۲ - شاخص های توصیفی نمرات آزمودنی ها و

ضرایب همبستگی در متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	ضرایب همبستگی کیفیت زندگی
ملاحت خویش	۴/۴۴	۲/۴۰	-۰/۰۷
پذیرش	۷/۵۲	۲/۰۵	۰/۰۳
نشخوارگری	۶/۳۶	۱/۹۷	-۰/۱۵
تمرکز مجدد مثبت	۶/۷۳	۲/۴۹	۰/۳۰***
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۷/۷۶	۲/۱۰	۰/۱۸
ارزیابی مجدد مثبت	۷/۴۰	۲/۴۱	۰/۴۳***

دارای ۲۶ سوال است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال (ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می باشند) مورد ارزیابی قرار می دهد. ۲ سؤال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می کند. پس از انجام محاسبه های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیاز قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می باشد و امتیاز بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است (۳۱). در ایران نجات و همکاران این مقیاس را هنجاریابی کرده اند و ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده اند و ضریب پایایی روش باز آزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش کرده اند (۳۲). نصیری و جوکار نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آوردند و تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس مشخص کرد که چهار زیر مقیاس موجود در مقیاس اصلی از قبیل سلامت جسمی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی در این مقیاس وجود دارند که این خود نشان دهنده روایی ساختاری آن است (۳۳). در پژوهش دهقان و باقری ضریب آلفای ۰/۹۵ به دست آمد است (۳۴).

نتایج

در این پژوهش که با هدف بررسی نقش راهکار های کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی صورت گرفت، میانگین سنی افراد نمونه (۷۵ نفر) $10/89 \pm 45/13$ بود و در دامنه سنی ۱۹ - ۶۰ سال قرار داشتند. سایر ویژگی های جمعیت شناختی و بالینی این افراد در جدول ۱ ارائه شده است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات راهکار های نه گانه کنترل شناختی هیجان و کیفیت زندگی، و ضرایب همبستگی بین این متغیرها درج شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می

کیفیت زندگی از طریق راهکار های نه گانه نظم جویی شناختی هیجان قابل تبیین است. به منظور بررسی معناداری ضریب همبستگی بدست آمده، نتایج تحلیل واریانس نشان داد که میزان F به دست آمده معنادار است ($p < 0/05$)، $F(65,9) = 2/34$. بنابراین، راهکار های کنترل شناختی هیجان به طور کلی می توانند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را پیش بینی کنند. به منظور بررسی نقش پیش بینی کنندگی تک تک راهکار های کنترل شناختی، نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می دهد که فقط راهکار ارزیابی مجدد مثبت قادر به پیش بینی کیفیت زندگی می باشد و سایر راهکار ها، پیش بینی کننده‌ی معناداری نمی باشند.

بحث

از آنجا که تنظیم هیجان عامل مهمی در سازگاری با رویدادهای استرس زای زندگی محسوب می شود، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی صورت گرفت. جهت بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده است. بر اساس نتایج ارائه شده در جدول مذکور، بین راهکار های تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه گیری با کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری بدست آمد. شایان ذکر است تا کنون هیچ پژوهش تجربی در زمینه ارتباط بین راهکار های کنترل شناختی هیجان و کیفیت زندگی صورت نپذیرفته است. در توجیه این رابطه معنی دار، می توان به پژوهش هایی که در زمینه ارتباط بین راهکار های کنترل شناختی هیجان و دو مولفه اضطراب و افسردگی صورت گرفته است اشاره نمود، به این دلیل که اضطراب و افسردگی دو مولفه اصلی از مولفه های مربوط به بعد روانی کیفیت زندگی محسوب می شوند (۳۶،۳۵). بنابراین در توجیه رابطه مثبت تمرکز مجدد مثبت با کیفیت زندگی می توان به نتایج مطالعه شروورز^۱ و همکاران اشاره کرد، که در این مطالعه بیان می شود راهکار های شناختی که بیماران سرطانی از آنها برای تنظیم احساساتشان استفاده می کنند برای سلامتی آنها

دیدگاه گیری	۷/۳۳	۲/۱۶	۰/۳۰ ^{oo}
فاجعه سازی	۵/۱۳	۲/۲۴	-۰/۰۶
ملامت دیگران	۳/۲۵	۱/۵۸	-۰/۲۲ ^o
کیفیت زندگی	۱۰۲/۵۷	۱۲/۳۹	-

جدول ۳- نتایج مربوط به ضرایب رگرسیون

متغیر پیش بین	ضریب	SE	Beta	t
ملامت خویش	-۰/۷	۰/۵۹	-۰/۱۳	-۱۷/۱
پذیرش	-۰/۲۹	۰/۷۱	-۰/۰۴	-۱/۴۱
نشخوارگری	-۱/۳۸	۰/۸۸	-۰/۲۲	-۱/۵۷
تمرکز مجدد مثبت	-۰/۴۸	۰/۸۴	-۰/۰۹	-۰/۵۸
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	-۰/۱۱	۰/۸۱	-۰/۰۱	-۰/۱۳
ارزیابی مجدد مثبت	۲/۹۳	۰/۹۳	۰/۵۷	۳/۱۴ ^{oo}
دیدگاه گیری	-۰/۳۲	۰/۹۷	-۰/۰۵	-۰/۳۲
فاجعه سازی	۱/۱۴	۰/۸۲	۰/۲۰	۱/۳۹
ملامت دیگران	-۰/۸۰	۱/۰۳	-۰/۰۱	-۰/۷۸

در حالیکه بین راهکار ملامت دیگران و کیفیت زندگی رابطه معنادار منفی برقرار می باشد. همچنین برای بررسی سهم هر یک از راهکار های کنترل شناختی هیجان در تبیین میزان کیفیت زندگی بیماران سرطانی از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد. برای استفاده از مدل رگرسیون ابتدا پیش فرض های استفاده از آن مورد آزمون قرار گرفت. بدین منظور، آزمون دوربین واتسون برای استقلال خطاها، آزمون هم خطی با دو شاخص ضریب تحمل^۱ (تولرنس) و عامل تورم واریانس^۲ انجام شد. در پیش بینی کیفیت زندگی از روی راهکار های کنترل شناختی هیجان مقدار عددی آزمون دوربین واتسون ۱/۷۷ به دست آمد که بیانگر استقلال خطاها می باشد. همچنین شاخص های هم خطی بودن نشان داد که بین متغیرهای پیش بین هم خطی وجود ندارد. بنابراین استفاده از تحلیل رگرسیون بلا مانع بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مقدار ضریب همبستگی چندگانه بین راهکار های کنترل شناختی هیجان و کیفیت زندگی ۰/۴۹ و میزان R^2 برابر با ۰/۲۴ می باشد یعنی ۲۴٪ واریانس

^۱ Tolerance

^۲ Variance inflation factor

^۱ Schroevers

اهمیت دارد، به طوری که بیمارانی که بیشتر قادر به فکر کردن در باره موضوعات خوشایند هستند (به جای فکر کردن در مورد تجربه سرطان) و آنهایی که به طور مداوم احساسات و افکار منفی مرتبط با تجربه سرطان را نشخوار نمی کنند، از میزان سلامتی و بهزیستی روانی بیشتری برخوردار هستند، بنابراین تمرکز مجدد مثبت، راهکاری موثر برای کاهش اثرات منفی و تحریک نتایج مثبت می باشد (۲۵).

از طرفی دیگر رابطه مثبت کیفیت زندگی و راهکارهای ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه گیری با نتایج تحقیقات متعددی همسو می باشد (۹، ۱۶، ۲۸، ۳۷-۴۲). این مطالعات بیان می کنند افرادی که در مواجهه با رویدادهای تنیدگی زا، راهکارهای سازگارانه به کار می برند، افسردگی کمتر و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتری را گزارش می کنند. در واقع رابطه منفی راهکارهای سازگارانه با افسردگی به این دلیل است که استفاده از این راهکارها موجب می شود فرد با نگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادهای منفی بپردازد، و به جنبه های مثبت و فواید احتمالی که آن رویداد در دراز مدت برای وی به دنبال دارد، توجه کند، در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه کرده و راحت تر با آن رویداد کنار می آید.

همچنین رابطه منفی ملامت دیگران با کیفیت زندگی نیز با نتایج مطالعات حسنی، کرایج^۱ و همکاران، شروثر، کرایج و همکاران و گارنفسکی و همکاران همسو است (۲۸، ۴۲-۴۴). در مجموع مطالعات مذکور بر این نکته اذعان دارند که استفاده زیاد از راهکارهایی مانند ملامت دیگران به عنوان راهکارهای ناسازگارانه با سطح بالایی از افسردگی همراه است و این راهکارها موجب تشدید و استمرار افسردگی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی افراد می گردند. به عبارتی می توان گفت استفاده از راهکارهای ناسازگارانه فرد را مستعد اضطراب کرده و در نتیجه به جای واکنش مناسب به رویدادهای استرس زا، با آشفتگی و تشویش به آنها عکس العمل نشان می دهد در حالیکه راهکارهای سازگارانه این پیامدها را به دنبال ندارند. در توجیه این یافته همچنین می توان گفت اولاً هر دو نوع ملامت چه معطوف به خود

باشد چه دیگری، موانعی برای سازگاری با رویدادهای منفی زندگی محسوب می شوند و ثانیاً این نتیجه احتمالاً ناشی از تفاوت های فرهنگی و نوع مفهوم خود در کشورهای غربی و شرقی است. به طوری که زینگزهاو^۲ و همکاران اذعان می کنند تفاوت های فرهنگی در رابطه ای که بین راهکارهای مختلف نظم جویی شناختی و اختلال های هیجانی وجود دارد، اثر گذار است (۸، ۲۱). درباره تفاوت های فرهنگی باید متذکر شد که در فرهنگ شرقی فرد وابسته به دیگران می باشد یعنی فرد خویشتن را در ارتباط تنگاتنگ و وابستگی به دیگران معنا می بخشد و هماهنگی با اطرافیان و گروه خود را ارزشمند می داند، در نتیجه زمانی که فرد برای وقوع اتفاق بد دیگران را سرزنش می کند، از لحاظ هیجانی بیشتر دچار آشفتگی شده و خلق افسرده پیدا می کند (۴۵). این در حالی است که در فرهنگ غربی فرد خود را غیر وابسته به دیگران و مستقل از آنها می داند و زمانی که اتفاق بدی را تجربه می کند، وقوع آن را ناشی از نقایص و کمبودهای خود می داند و خود را سرزنش می کند و در این حالت بیشتر دچار افسردگی می شود (۴۵). بنابراین بر اساس این یافته و آنچه گفته شد، در فرهنگ غربی راهکار ملامت خود با افسردگی رابطه بیشتری دارد در حالی که در فرهنگ شرقی ملامت دیگران رابطه معناداری با افسردگی داشته و پیش بینی کننده آن می باشد. در یافته بعدی این پژوهش نتایج تحلیل رگرسیون به منظور پیش بینی کیفیت زندگی از طریق راهکارهای نظم جویی شناختی هیجان نشان داد که تنها راهکار ارزیابی مجدد مثبت قادر به پیش بینی کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می باشد. در رابطه با معناداری نقش پیش بینی کننده گوی راهکار ارزیابی مجدد مثبت برای کیفیت زندگی در بیماران سرطانی، این یافته همسو با نتایج تحقیقات پیشین (۳۹، ۴۴، ۴۶-۴۸) می باشد. به طوری که نتایج پژوهش های مذکور بیانگر آنست که استفاده بیشتر از ارزیابی مجدد مثبت منجر به کاهش علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی می شود.

نتیجه گیری

² Zingzhao

¹ Kraaji

دیدگاه گیری و.. می تواند به متخصصان در افزایش سطح سلامت و کیفیت زندگی این بیماران کمک نماید. در واقع تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانها، به ارائه واکنش مناسب به موقعیت های استرس زا منجر می شود. اهمیت نظم جویی هیجان جهت تعدیل هیجانها به گونه ای است که از انواع هیجانها نمی توان تعدادی را به عنوان هیجانهای مناسب و تعدادی را به عنوان هیجانهای نامناسب تفکیک کرد، بلکه باید گفت تمامی هیجانها در صورت کنترل و نظم جویی، مناسب و مفید خواهند بود و در صورت عدم کنترل و تعدیل، نامناسب و مضر. به طور کلی آنچه گفته شد لزوم توجه به راهکارهای نظم جویی شناختی هیجان و تغییر این راهکارها از ناسازگارانه به سازگارانه، در مداخلات درمانی را نشان می دهد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند که از کلیه مسئولین و کارکنان محترم کلینیک رضا و بیمارستان امام رضا(ع) که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

از آنجایی که مطالعه حاضر نشان داد بین راهکارهای کنترل شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی رابطه وجود دارد، پس می توان گفت نظم دهی هیجان یک عامل مهم و تعیین کننده در بهزیستی روانی و داشتن کارکرد اثربخش است و نقش اساسی در سازگاری با رویدادهای استرس اور زندگی ایفا می کند تا جایی که میتوان گفت بر کیفیت زندگی بیماران اثر می گذارد (۹، ۱۲). همچنین در حال حاضر سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی یک نقطه پایانی مهم در کوشش های بالینی محسوب می شود. این نشان داده شده که ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می تواند در پیشرفت درمان نقش داشته باشد و حتی می تواند به عنوان پیش آگهی عوامل پزشکی باشد که قابل پیش بینی هستند (۴۹، ۵۰). بنابراین یافته های این پژوهش می تواند به کادر بهداشتی و درمانی جامعه کمک کند تا به شناخت بیشتری از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی دست یابند و فعالیت های خود را در جهت ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی سازماندهی نمایند، مخصوصاً پرستاران که ارتباط نزدیکی با این بیماران دارند، می توانند تأثیر سرطان و ویژگی های آن را بر کیفیت زندگی بررسی کنند و با شناسایی این عوامل گامی در جهت تعدیل این مشکلات بردارند، به طوری که با ارائه مشکلات به سازمان های ذیربط اجتماعی و خانواده بیماران علاوه بر آگاهی دادن به آنان همکاری لازم را جهت بهبود کیفیت زندگی جلب نمایند. همچنین در اتخاذ یک برنامه درمانی مناسب توجه به آموزش راهکارهای سازگارانه نظم جویی شناختی هیجان از قبیل ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت،

References:

1. Hemmati k, Zaman B, Hasani V, Daryaei P, Faezipour H. Comparison of Efficacy of Transdermal Fentanyl Patch in Treatment of Chronic Soft Tissue Cancer Pain With Placebo in A Double-Blind Randomized Clinical. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2009; 15: 5-1.
2. Montazeri A, Sajadian A, Ebrahimi M, Haghghat S, Harirchi I. Factors predicting the use of complementary and alternative therapies among cancer patients in Iran. European Journal of Cancer Care (Engl) 2007; 16: 144-9.

3. Institute for Research, Education and Prevention of cancer <http://www.ncii.ir/article.aspx?id=555>.
4. Vedat I. P. G, Seref K, Anmet O. A. F. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24: 490-495.
5. Park K, editor. *Parks' Text book of Preventive and Social Medicine* 1995; 14th ed.
6. Northouse L. L. C. M, Deichelbohrer L. S. L, Guziattek-Trojniak L, West S, & etal. The quality of life of African American women with breast cancer. *Research Nursing & Health* 1999; 22: 449-460.
7. Ross L, Boesen E. H, Dalton S. O, Johansen C. Mind and cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being?. *European Journal of Cancer* 2002; 38: 1447-1457.
8. Garnefski N, Van der kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Tein E. O. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality* 2002; 16: 403-420.
9. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Personality and Individual Differences* 2001; 30: 1311-1327.
10. Gross J. J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology* 1998; 2: 271-299.
11. Gross J. J. Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and emotion* 1999; 13: 551-573.
12. 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: 1659-1669.
13. Cicchetti D, Cohen D. J. *Developmental Psychopathology*. Second edition. Published: John Wiley & Sons; 2006.
14. Nolen-Hoeksema S, Wisco B. E, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science* 2008; 3: 400 - 424.
15. Jacobs J. R, Bovasso G. B. Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychological Medicine* 2000; 30: 669-678.
16. P'Olak K. A, Garnefski N, Kraaij V. Adolescents caught between fires: Cognitive emotion regulation in response to war experiences in Northern Uganda. *Journal of Adolescence* 2007; 30: 655 - 669.
17. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire "Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults". *European Journal of Psychological Assessment* 2007; 23: 141-149.
18. Jermann F, Van der Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *European Journal of Psychological Assessment* 2006; 22: 126-131.
19. Kraaij V, Garnefski, N. The role of intrusion, avoidance, and cognitive coping strategies more than 50 years after war. *Anxiety, Stress, and Coping* 2006; 19: 1-14.
20. Schroevers M, Kraaij V, Garnefski N. Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences* 2007; 43: 413-423.
21. Xiongzhaio Z, Randy P, Auerbach, Shuqiao Y, John R. Z. A, Jing X, Xi T. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Chinese version. *Cognition And Emotion* 2008; 22: 288-307.
22. Suls J, Bunde J. Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications for overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin* 2005; 131: 260-300.
23. Smith T. W, Glazer K, Ruiz J. M, Gallo L. C. Hostility, anger, aggressiveness and coronary hearth disease: An interpersonal perspective on dimensions. *Psychological Bulletin* 2004; 131: 260-300.
24. Suzanne C. S. Individual differences, immunity, and cancer: Lessons from personality psychology. *Brain, Behavior, and Immunity* 2003; 17: 92-97.
25. Schroevers M, Kraaij V, Garnefski N. How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions. *British Journal of Health Psychology* 2008; 13: 551-562.
26. Fulle, J, Schaller-Ayers J. *Health assessment*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Co; P. 1006; 1999.
27. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. *Epidemiology and Control of Common Disorders in Iran*. Tehran: Publications Khosravi; 2004.
28. Hasani J. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology* 2011; 7: 83-73.
29. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt M. M, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: the development of an instrument. *European Child Adolescence Psychiatry* 2007; 16: 1-9.
30. Hasani J. Validity and reliability of short form questionnaire Cognitive Emotion Regulation. *Journal of Behavioral Sciences* 2012; 9: 229-240.
31. WHO-QOL group. What is quality of life? World health organization 1996; 17: 354-356.
32. Nejat s, Montazeri A, Halakouei N, K, Mohammad K, Majdzadeh S, RStandardizing the World Health Organization questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of health school and Health Research Institute* 2006; 4: 1-12.

33. Nasiri H, Jokar B. Meaningful life expectancy, life satisfaction and mental health in women. *Research of women* 2008; 2: 176-157.
34. Dehghan N, Hajbagheri M. The effect of relaxation on stress and quality of life for students living in dormitories. *Feyz quarterly* 2006; 2: 57-50.
35. Fayers P. M, Machin D. *Quality of life : Assessment, analysis, and interpretation*. New York : John Wiley; 2000.
36. King C. R, Hinds P. S. *Quality of life: From nursing and patient perspectives*. Boston, MA: Jones and Bartlett; 2003.
37. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt M. M, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: the development of an instrument. *European Child Adolescence Psychiatry* 2007; 16: 1-9.
38. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships Between Cognitive Strategies of Adolescents and Depressive Symptomatology Across Different Types of Life Event. *Journal Youth Adolescence* 2003; 32: 401-408.
39. Garnefski N, Legerstee J, Kraaij V, Van den kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence* 2002; 25: 603-611.
40. Kraaij V, Garnefski N, deWilde E.J, Dijkstra A, Gebhardt W, Maes S, Ter Doest L. Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal Youth Adolescence* 2003; 32: 185-193.
41. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality Individual Difference* 2004; 36: 267-276.
42. Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality Individual Difference* 2005; 38: 1317-1327.
43. Kraaij V, Van der eek SMC, Garnefski N, Schroevers M, Witlox R, Maes S. Coping, Goal Adjustment, and Psychological Well-Being in HIV-Infected Men Who Have Sex with Men. *Journal of Aids Pati Care* 2008; 22: 395-402.
44. Schroevers M, Kraaij V, Garnefski N. Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences* 2007; 43: 413-423.
45. Ziva K. *Social Cognition: Making Sense of People*. Translated by Kaviani H. Tehran: Mehr Kavian; 2005.
46. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality Individual Difference* 2006; 41: 1045-1053.
47. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Journal Aging Mental Health* 2002; 6: 275-281.
48. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt M. M, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: the development of an instrument. *European Child Adolescence Psychiatry* 2007; 16: 1-9.
49. Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR. Quality of life in patients with lung cancer: as an important prognostic factor. *Lung Cancer* 2001; 31: 233-240.
50. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 2007.