فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره یازدهم، شماره ویژه (الف)، تابستان ۱۴۰۰، پیاپی (۳)۲۷ ص ۴۱-۲۷

Family and health Quarterly, vol11, Issue A, Summer 2021, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir

اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روان نمایشگری برتنظیم هیجان زنان مبتلا به سرطان پستان

لیلا مترقب جعفرپور[۱]، بیوک تاجری[۲]، جواد خلعتبری[۳]، مجید امرایی[۴]

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بالای سرطان پستان در زنان و مشکلات فراوانی که با آن مواجه هستند، لزوم مداخله برای بهبود ویژگی‌های آنان، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان نمایشگری و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان بر تنظیم هیجان انجام شد..

روش پژوهش: روش پژوهش طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و همراه با پیگیری ۳ ماه بود جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران ۳۰ - ۵۰ ساله مبتلا به سرطان پستان بودند که به کلنیک پزشک متخصص مراجعه کرده و تشخیص سرطان پستان دریافت کرده اند. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر هدف شامل ۴۵ نفر(برای هر گروه ۱۵ نفر) بود. ابزار پژوهش پرسشنامه تنظیم هیجانی گارنفسکی و همکاران و پروتکل های درمانی روان نمایشگری و شناختی رفتاری در زنان مبتلا به سرطان پستان در ۱۲جلسه (هر جلسه نود دقیقه) بود. به منظور تحلیل آماری داده ها، ازآزمون‌های خی‌دو، تی مستقل و تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد

یافته‌ها: گروه‌های آزمون و کنترل در مرحله پیش‌آزمون از نظرتنظیم هیجانی تفاوت معنی‌داری نداشتند (P>۰/۰۵)، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری از نظر هر سه متغیر تفاوت معنی‌داری داشتند (P<۰/۰۰۱). علاوه بر آن، روش سایکودرام باعث بهبود تصویر بدنی، تنظیم هیجانی و بهزیستی ذهنی در زنان مبتلا به سرطان پستان شد و نتایج درمان در مرحله پیگیری نیز حفظ شد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: با استفاده از شیوه های درمان شناختی رفتاری و روان نمایشگری، به ویژه درمان شناختی رفتاری، می توان تنظیم هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید.

واژه های کلیدی: تنظیم هیجانی درمان شناختی رفتاری" روان نمایشگری" سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۲۸ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۴/۱۱

---

[۱] – دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد دبی، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات ارکید: ۳۱۱۹-۰۸۶۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰

[۲] – استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران ارکید: btajeri@yahoo.com
۹۲۳۶-۹۵۷۵-۰۰۰۱-۰۰۰۰

[۳] – دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران ارکید: ۹۶۸۶-۹۵۱۹-۰۰۰۲-۰۰۰۰

[۴] – دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دبیر کل انجمن دراماتراپی ایران DTCI، استاد کارگاهی دانشگاه علامه طباطبایی و استاد دانشگاه جامع تهران، ایران ارکید: ۶۳۰۷-۸۷۶۷-۰۰۰۲-۰۰۰۰

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

استناد: مترقب جعفرپور ل، تاجری ب، خلعتبری ج، امرایی م. اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روان نمایشگری برتنظیم هیجان زنان مبتلا به سرطان پستان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ ۱۱(الف): ۴۴-۲۷

مقدمه:

سرطان معضل اساسی سلامت در سدهٔ بیست‌ویکم تلقی می شود. رشد فزایندهٔ سرطان در نزدیک به دو دههٔ اخیر و اثرات زیانباری که بر جنبه‌های جسمی، روحی، اجتماعی و اقتصادی زیست بشر داشته، بیش از هر زمان دیگر، موجبات نگرانی کارشناسان را فراهم آورده است. سرطان یک «بیماری تهدیدکنندهٔ حیات» است که هرساله باعث مرگ بیش از ۷/۶ میلیون نفر می‌شود (۱). سرطان پستان در بین همهٔ انواع سرطان، به‌عنوان دومین بیماری شایع زنان شناخته شده است. این سرطان، بیماری‌ای بسیار ناهمگن است که عوامل خطر وراثت و محیط در ایجاد آن، نقش دارند، عواملی که به انباشت توده‌ای و پیشروندهٔ تغییرات ژنتیکی و اِپی‌ژنتیکی در سلول های سرطان پستان می‌انجامند (۲).

یکی از مسایل عمده این بیماران تنظیم هیجانی است، و پیامد هیجانی سرطان پستان افت تنظیم هیجانی است . تنظیم هیجان می‌تواند بر کیفیت روابط و تعاملات اجتماعی تاثیر بگذارد و افراد دارای توانایی بالا در تنظیم هیجان، هیجان‌های خود و دیگران را بهتر درک می‌کنند، از مهارت‌های درون‌فردی و بین‌فردی بیشتری برخوردارند و از نظر سلامتی و تعاملات اجتماعی در وضعیت بهتری قرار دارند. فرایندهایی که حالات هیجانی را کنترل می کند، عبارت است از فرایند کنترل حالات هیجانی به وسیله تعدیل شدت و زمان تجارب هیجانی، لذا این تنظیم ممکن است شامل سرکوب، تشدید یا حفظ هیجان باشد. تنظیم هیجان در سالهای اول زندگی رشد می کند و همچنین مهارت ها و راهبردهای بسیار مهم در پنج سال اول زندگی رشد پیدا می کنند. گرچه تنظیم هیجان فرایندی هدف مدار هست که به‌منظور اثرگذاری بر شدت، مدت و نوع هیجان تجربه‌شده صورت گرفته و فرایندی است که افراد ازطریق آن هیجان‌های خود را به‌صورت هشیار و ناهشیار تعدیل می‌کنند (۳). تنظیم هیجانی یک فرایند محوری برای همه ی جنبه های عملکرد انسان است و نقش حیاتی ای در شیوه هایی که افراد با تجارب استرس زا مقابله می کنند و شادی را تجربه می کنند، ایفا می کند. تنظیم هیجانی دلالت های بالینی مهمی دارد، روش هایی که افراد هیجان هایشان را مدیریت می کنند، عملکرد شناختی شان را (مثل مشکلات بیرونی و مشکلات درونی) متأثر می سازند. گرچه افراد معمولاً به طور خودکار از هریک از راهبردها استفاده می کنند اما این به معنای تغییر ناپذیری آنها نیست و با تغییر راهبردهای ناکارآمد و موثر در کاهش هیجان های منفی می توان به بهداشت و سلامت روانی فرد کمک کرد. می دانیم که کنترل توجه، حل مشکل، و روابط سالم، برای موفقیت تحصیلی و رضایت فردی حیاتی هستند. تنظیم هیجان، برای عملکرد مثبت حیاتی است. در بعضی مواقع، تنظیم هیجان می تواند عملکرد را بهبود بخشد. تنظیم هیجان، اساساً با رفتار مرتبط است، به صورتی که رفتار را سازماندهی می کنند (۴).

در سالهای اخیر از رویکرد روان نمایشگری[1] نیز در بهبود روانی بیماران سرطانی بهره گرفته شده است. در این نوع درمان از نمایش جهت ارتقاء سلامت روانی بیماران استفاده می شود (۵). محققین مفید بودن روان نمایشگری را در تنظیم هیجانی بیماران بررسی کرده است، افرادی که سطح هم آمیختگی بالایی با دیگران دارند، احساساتشان غالب است و در مواجهه با موقعیت های مختلف کمتر از تفکر منطقی استفاده می کنند، این افراد نیاز شدیدی به کسب تائید افراد مهم زندگی شان دارند و بنابراین در صورت بروز شرایط فشار روانی و مشکلات بین اشخاصی بیشتر از سایر افراد مستعد مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی هستند. روان نمایشگری با توسعه خزانه نقش افراد و بالابردن میزان خودجوشی و خلاقیت آنها می تواند در کاهش هم آمیختگی

[1]. Psychodrama

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره یازدهم، شماره ویژه (الف)، تابستان ۱۴۰۰، پیاپی (۳)۲۷ ص ۴۱-۲۷

Family and health Quarterly, vol11, Issue A, Summer 2021, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir

آنها موثر واقع شود (۶). در واقع روان نمایشگری یک روش درمانی است که طی فرایندی به شرکت کنندگان کمک می کند تا مسایل اجتماعی و روان شناختی خود را در بافتی واقعی باز آفرینی کنند، چرا که این شیوه درمانی فرصتی را برای آن ها فراهم می آورد تا بتوانند هیجانات خود را در مسیری صحیح تخلیه کنند (۷). روان نمایشگری یکی از انواع گروه درمانگری هاست که به شخص کمک می کند تا ابعاد روانشناختی مسئله اش را از طریق به نمایش درآوردن آنها و نه فقط از راه گفتگو بازنگری و کشف کند. این رویکرد که از تصویرسازی ذهنی ، تخیل ، اعمال بدنی و پویایی گروه استفاده می کنه ترکیبی از هنر، بازی، حساسیت عاطفی و تفکر صریح است که با تسهیل در رها کردن عواطف حبس شده به افراد در کسب رفتارهای جدید و موثرتر و گشودن راه های نامکشوف حل تعارض و همچنین شناخت قالب خویشتن کمک می کند. روان نمایشگری تحلیل شناختی را با ابعاد تجربی و کنشی پیوند می دهد. در عمل پیاده کردن تعامل بین فردی در یک مساله، درگیر کردن جسم و ذهن به این که رویدادی در زمان حال در حال وقوع است، نظرات و احساسهایی را به سطح آگاهی فرد منتقل می کند که فقط در حالت گفتگو درمورد آن مساله امکان پذیر نیست. وجوه غیر کلامی نه فقط در کم و کیف رابطه اثر دارند، بلکه سرنخهایی از انگیزه ها و نگرشهای نهفته درونی هستند مثلا از بروز رفتارهایی با شدت عصابنیت بیشتر یا حالتهای ترس آشکارتر سبب آگاهی به هیجانهایی می شود که ممکن است در فرد نهفته و فروخورده شده باشند(۸).

درمان شناختی- رفتاری ترکیبی از نظریه‌ها و فنون رفتار درمانی و شناخت درمانی است. رویکردهای رفتاری و شناختی هر دو تا حدی از سنت تجربی برآمده‌اند و تأکید آن روی افزایش مهارت های شناختی و کاهش فعالیت های شناختی ناسازگارانه می‌باشد و از تکالیف رفتاری هم برای تغییر رفتار استفاده به عمل می‌آورد و این روشها با توجه به پیشرفت بیماران در هر جلسه برای آنها بکار گرفته می‌شود. در تحقیقی نقیبی، سعیدی و خزایی تحت عنوان تاثیر آموزش گروهی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلا به سرطان پستان دریافتند؛ تفاوت معناداری بین پس از تعدیل نمرات پیش آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای امیدواری و شادکامی وجود دارد (۹). حیطه های مختلف زندگی بیماران سرطانی با حیطه های سلامت روان آنها رابطه دارد و سرطان بر جنبه های مختلف زندگی بیماران به ویژه تصویر زندگی این افراد اثر گذاشته است. در تحقیقی تحت عنوان اثربخشی درمان روان شناختی بر سازگاری و تنظیم هیجانی بیماران سرطانی، انجام دادند، نتایج نشان داد که میانگین نمرات سازگاری و ابعاد آن و تنظیم هیجانی در گروه آزمایشی در پس آزمون نسبت به گروه گواه به طور معناداری افزایش یافته است. بر اساس یافته های تحقیق؛ درمان مورد نظر، منجر به بهبود سازگاری و تنظیم هیجانی بیماران سرطانی می‌شود(۱۰). آیین پرست و همکاران نیز پژوهشی با عنوان «اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر درمان اختلال اضطراب افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه» انجام دادند نتایج حاکی از آن بود که گروه درمانی به‌گونه‌ای معنادار به کاهش اضطراب افسردگی و افزایش امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل منجر شد اما چنین تغییراتی در گروه کنترل مشاهده نشد (۸). درمان شناختی-رفتاری بر اساس اتصال ضروری اجزای تفکر، احساس و رفتار پایه ریزی شده است. بک معتقد است که درمانگران می‌توانند مردم را در بازسازی افکار در راه مقابله بهتر با فشار روانی یاری نمایند.

در واقع در این رویکرد درمانی بیمار تشویق می‌شود تا رابطه‌ی میان افکار خودآیند منفی و وضعیت روان شناختی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خود آیند منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد (۱۱- ۱۲).

از آنجا که رویکرد شناختی رفتاری و روان نمایشگری دو نظریه روان درمانگری هستند که هر یک به گونه ای متفاوت به تبیین و توصیف مسائل و مشکلات روانشناختی بیماران در زمینه شناخت، هیجان، رفتار و ارتباط می پردازند و راهبردهای منحصر به فردی را به منظور رفع آنها ارائه می دهند، بر اساس مرور منابع توسط محقق مطالعاتی که به مقایسه درمان شناختی رفتاری و روان نمایشگری بپردازد نادر بوده است. با توجه به این مسئله و شیوع بالای سرطان پستان در زنان، مشکلات فراوانی که با آن مواجه هستند، لزوم مداخله برای بهبود ویژگی‌های آنان، پژوهش‌های اندک درباره اثربخشی و تفاوت مقایسه اثرگذاری هریک از این دو رویکرد ، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان نمایشگری و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان بر تنظیم هیجان انجام شد..

با توجه به این مسئله و همچنین به جهت مقایسه اثرگذاری هریک از این دو رویکرد محقق به دنبال پاسخ به این مسئله پژوهش بود که آیا اثربخشی روان نمایشگری و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان متفاوت بود یا نه؟

روش پژوهش:

تحقیق حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود،

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ۳۰ – ۵۰ ساله مبتلا به سرطان پستان بودند که جهت درمان به کلینیک پزشک متخصص مراجعه کرده و تشخیص سرطان پستان دریافت کرده‌اند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ ، یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ از بین افرادی که از طریق کلینیک‌های متخصص جراحی و یا از طریق متخصصان دیگر معرفی شدند حدود ۴۵ نفر از بین بیماران انتخاب و مجددا بصورت تصادفی در سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر آزمایشی (دو گروه) و کنترل گمارده شدند. ملاک های ورود عبارت بودند از؛ ۱- عدم استفاده از داروهای روانگردان، مواد مخدر و درمان های روانشناختی در طول مطالعه، ۲- داشتن سن بالای ۳۰ سال، ۳- عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن و ۴-ابراز رضایت جهت شرکت آزمودنی ها و ملاک های خروج از مطالعه عبارت بودند از؛ ، ۱-عدم حضور در جلسات آزمایشی و مداخله بیش از دو جلسه، ۲-عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات آزمایشی و مداخله و ۳-ابتلا به اختلال روانپزشکی همراه شدید که نیاز به درمان فوری داشته باشد.

پرسشنامه تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایج[1] (۱۳) در کشور هلند تدوین و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۳۶ سؤالی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد مورد استفاده قرار می گیرد. پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان برای افراد بالای ۱۲ سال (هم افراد بهنجار هم جمعیت های بالینی) ساخته شده و از پایه ی تجربی و نظری خوبی برخوردار بوده و دارای ۹ خرده مقیاس ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران می باشد. هر سؤال در مقیاس لیکرت ۵ نقطه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) درجه بندی می شود و هر خرده مقیاس شامل چهار ماده می باشد. نمره کل هر خرده مقیاس از طریق جمع کردن نمره ماده ها به دست می آید. بنابراین دامنه ی نمرات هر خرده مقیاس از ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس، بیانگر میزان استفاده بالا از راهبرد در مقابله با وقایع استرس زا و منفی است. نسخه ی فارسی پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط «حسنی» مورد هنجاریابی

1- Garnefski, Kraaij

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره یازدهم، شماره ویژه (الف)، تابستان ۱۴۰۰، پیاپی (۳)۲۷ ص ۴۱-۲۷

Family and health Quarterly, vol11, Issue A, Summer 2021, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir

قرار گرفته است. در این مطالعه، پایایی مقیاس بر اساس روش های همسانی درونی (با ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲)، و باز آزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) محاسبه شد. اعتبار پرسشنامه ی مذکور از طریق تحلیل مؤلفه های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و اعتبار ملاکی مطلوب گزارش شده است (۱۴). در این پژوهش نیز میزان پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که در خرده مقیاس های آن در دامنه بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ به دست آمد.

در پژوهش حاضر جهت جمع آوری اطلاعات پس از اخذ مجوز پژوهش مربوطه و پس از مطرح کردن اهداف تحقیق، پرسشنامه تصویر بدنی در اختیار سه گروه آزمایشی و گواه قرار داده شد. به منظور اجرای درمان گروهی روان نمایشگری و درمان شناختی رفتاری قبل از شروع جلسات درمانی یک جلسه توجیهی به مدت ۴۵ دقیقه برای اعضای گروه های در پژوهش حاضر جهت جمع آوری اطلاعات پس از اخذ مجوز پژوهش مربوطه و پس از مطرح کردن اهداف تحقیق، پرسشنامه تصویر بدنی در اختیار سه گروه آزمایشی و گواه قرار داده شد. به منظور اجرای درمان گروهی روان نمایشگری و درمان شناختی رفتاری قبل از شروع جلسات درمانی یک جلسه توجیهی به مدت ۴۵ دقیقه برای اعضای گروه های آزمایش و گواه به صورت مجزا برگزار شد و اصول کلی، قوانین و اهداف گرده به صورت کلی مورد بحث قرار گرفت. بعد از انجام پیش آزمون جلسات درمانی در طی دو ماه به اجرا در آمد و در ادامه، بعد از پیگیری ۹۰ روزه مجددا مورد سنجش قرار گرفتند.

پروتکل درمانی شناختی رفتاری: طرح جلسات درمان شناختی رفتاری به قرار ذیل بوده است.

جلسه ۱: معارفه و آشنایی، بحث درباره اهمیت سبک زندگی و استرس و نقش آنها در تشدید و تداوم بیماری سرطان و مروری بر ساختار جلسات

جلسه ۲ و۳ : بحث در مورد رابطه تفکر ، احساس و رفتار و نحوه تأثیرگذاری بر یکدیگر، راه کارهای شناخت افکار غیرمنطقی و توضیح درباره خطاهای پردازش آموزش ارزیابی مجدد افکار

جلسه ۴: شامل آموزش مدیریت خشم، تن آرامی تصویری هدایت شده جهت کاهش اضطراب و استرس و ارائه تکلیف خانگی برای هفته بعد بود.

جلسه ۵: مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل. بحث در مورد نظریه شناختی افسردگی) و تمرین طبقه بندی باورها.

جلسه ۶: بحث در مورد رژیم غذایی مناسب و رعایت اصول بهداشتی با چهار هدف: الف) کاهش مصرف غذاها ی حاو ی قند و برخی کربوهیدرات های دیگر، ب) کاهش مصرف کلسترول ، ج) دست یابی به وزن مناسب و حفظ آن، د) مصرف مواد مغذی به اندازه متعادل.

جلسه ۷: مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل. تهیه فهرست اصلی باورها ، تمر ین شروع به تهیه فهرست اصلی باورها. آموزش نقشه های شناختی، تهیه درجه¬بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، تمرین و بحث

جلسه ۸: مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، بحث در مورد تغییر باورها (باورهایی که در طول تاریخ بشری و در طی زندگی خود شرکت کنندگان تغییر کرده است) و آزمایش باورها (قضاوت و داوری)

جلسه ۹ و ۱۰: توصیه راه کارهایی برا ی سبک زندگی مناسب، مرور کلی و تمرین مهارت¬های آموخته شده در جلسات قبل.

پروتکل درمانی روان نمایشگری: جلسات درمان روان نمایشگری (۱۵) به شرح ذیل بوده است.

جلسه ۱: آشنایی و آموزش در خصوص درمان روان نمایشگری

جلسه ۲: مقابله با استرس بیماری و معرفی تمرین ریلکسیشن

جلسه ۳: بیان تجربه های بیماران و نظرات در مورد هیجان های مواجه با بیماری

جلسه ۴: توضیح تصویر بدنی، بازی زل زدن در آینه، تمرین آواها و خودگویی مثبت

جلسه ۵: انجام نرمشهای درجا و پیاده روی با چشمان بسته

جلسه ۶: مهارت ارتباط و تنظیم هیجان در گروه و تبادل نظرات در مورد آن

جلسه ۷: انتخاب موقعیت نمایشی از خاطرات مراجعین و اجرای آن توسط خود آنها

جلسه ۸: توضیح مفهوم بهزیستی و ایفای نقش فرد بهزیست با فرد بدون بهزیستی

جلسه ۹: توضیح تنظیم هیجان و مدیریت هیجانات و تبادل نظرات در مورد آن

جلسه ۱۰: توضیح مفهوم بهزیستی و استفاده از وارونگی نقش ها

جلسه ۱۱: شناخت احساسات و عوامل استرس زا ، حساسیت زدایی از بدن

جلسه ۱۲: انتخاب موقعیت نمایشی از خاطرات مراجعین و اجرای آن توسط خود آنها

یافته ها

آزمودنی های پژوهش متشکل از ۴۵ زن بودند. دامنه سنی آزمودنی ها بین ۳۰ – ۵۰ سال بود. میانگین سن شرکت کنندگان در این نمونه پژوهشی ۴۳ و انحراف استاندارد آن ۱۱.۰۷ می باشد. تحصیلات آزمودنی ها؛ تعداد ۱۷ نفر معادل ۳۷ درصد از شرکت کنندگان مقطع دیپلم و زیر دیپلم، ۱۹ نفر معادل ۴۲ درصد کارشناسی، ۶ نفر معادل ۱۳ درصد کارشناسی ارشد و تعداد ۳ نفر معادل ۶ درصد آزمودنی ها در مقطع دکترا بودند. مقادیر بالای آلفای کرونباخ نشانگر اعتبار بالای پرسشنامه این پژوهش بود. جهت تحلیل آماری از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. قبل از انجام تحلیل واریانس، ابتدا پیش فرض های آن یعنی: نرمال بودن توزیع، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب های خطی مورد بررسی قرار گرفت.

با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون کولوموگراف- اسمیرنوف بزرگتر از۰/۰۵ نرمال بود، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات سه گروه طبیعی بود. همچنین آزمون لوین نشان داد که واریانس های سه گروه برابر و متجانس بودند. از اینرو فرض همگنی واریانس ها برای این متغیر محقق شد. چون سطح معناداری تعامل بین سه گروه از $p>۰/۰۱$ بزرگتر است لذا F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نبود، بنابراین چون تعامل معنادار نشان نداد فرض همگنی شیب های رگرسیون تایید شد. پس از بررسی به عمل آمده چون طبیعی بودن توزیع و مفروضه‌های همگنی واریانس و مفروضه برابری خطای واریانس‌ها و همگنی شیب های خطی زیر سؤال نرفته پژوهشگر مجاز استفاده از تحلیل واریانس است. قبل از آزمون فرضیه میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجانی سه گروه در مراحل مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره یازدهم، شماره ویژه (الف)، تابستان ۱۴۰۰، پیاپی (۳)۲۷ ص ۴۱-۲۷

Family and health Quarterly, vol11, Issue A, Summer 2021, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجانی به تفکیک گروه و زمان اندازه گیری

Table 1. Mean and standard deviation of emotion regulation scores by group and measurement time

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
روان نمایشگری	۵۰.۱۷	۹.۱۲	۶۱.۱۱	۹.۰۲	۵۹.۹۲	۷.۱۲
درمان شناختی رفتاری	۵۱.۶۱	۸.۵۶	۵۷.۳۸	۹.۳۶	۵۶.۷۲	۷.۷۶
گواه	۵۳.۸۳	۱۰.۶۶	۵۰.۲۲	۵.۵۱	۵۰.۲۷	۵.۴۴

نتایج جدول – نشان داد در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد. در مرحله پس آزمون میانگین تنظیم هیجانی گروه درمان روان نمایشگری و گروه درمان شناختی رفتاری به طور معنی داری بیشتر از گروه گواه است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که هر دو نوع مداخله در افزایش تنظیم هیجانی در پس آزمون مؤثر بوده اند.

همچنین در مرحله پیگیری نیز میانگین گروه درمان روان نمایشگری و گروه درمان شناختی رفتاری به طور معنی داری بیشتر از گروه گواه است. می توان نتیجه گرفت که این دو نوع مداخله به طور معنی داری موجب افزایش تنظیم هیجانی در مرحله پیگیری نیز شدند.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته به منظور تاثیر گروه و زمان اندازه گیری بر نمرات تنظیم هیجانی

Table 2. Result of mixed analysis of variance test results for the effect of group and measurement time on emotional regulation scores

منبع تغییرات بین آزمودنی ها	SS	DF	MS	F	معنی داری	Eta	توان آماری
گروه	۹۸۳۲۵.۳۴	۲	۴۸۷۱.۱۴	۱۵.۷۲	۰.۰۰۱	۰.۳۱	۰.۸۱
خطا	۵۷۲۳.۰۷	۴۲	۴۸۲۹.۳۷				
درون آزمودنی ها							
زمان	۳۹۸۵.۲۷	۲	۳۹۵۲.۶۳	۵۹.۲۷	۰.۰۰۱	۰.۴۹	۱
زمان و گروه	۱۸۵۹۴.۲۸	۴	۵۸۹۳.۴۸	۴۲.۳۶	۰.۰۰۱	۰.۳۳	۱
خطا	۳۹۰۴.۵۸	۳۹	۹۵.۱۳				

طبق یافته های جدول فوق دو شیوه درمان روان نمایشگری و درمان شناختی رفتاری بر نمرات تنظیم هیجانی در پس آزمون معنی دار است($F(2, 42) = 15.72$، $P < 0.001$). همچنین تاثیر عامل زمان بر نمرات تنظیم هیجانی در مرحله پیگیری

معنی دار است ($F(2, 39) = 59.27$، $P< 0.001$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین نمرات تنظیم هیجانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی دار است ($F(2, 39) = 42.36$، $P< 0.001$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه گیری متفاوت است.

همچنین با ملاحظه مجذور اتا (۰/۳۱) می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۳۱ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان بر تنظیم هیجانی تاثیر دارد. در ادامه به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه گیری بر نمرات تنظیم هیجانی با ثابت نگهداشتن عامل زمان، میانگین تنظیم هیجانی گروه ها در هر یک از مراحل اندازه گیری با استفاده از آزمون تعقیبی بون فرونی مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۳. آزمون تعقیبی بون فرونی به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه گیری بر تنظیم هیجانی

Table 3. Bonferroni post hoc test to investigate the interaction between the group and the measurement time on emotional regulation

سطوح متغیرمستقل	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری	کران پایین	کران بالا
شناختی رفتاری	روان نمایشگری	۱۱/۶۹	۳/۲۳	۰/۰۰۱	-۱۴	۵
	گواه	۱۶/۷۸	۳/۲۳	۰/۰۰۰	-۲۵	-۶
روان نمایشگری	گواه	۴/۵۳	۳/۲۳	۰/۰۱	-۲۱	-۲

تفاوت میانگین‌های هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه منفی و معنی‌دار است، بنابراین در مورد فرضیه‌های مربوط به اثربخشی این دو درمان در افزایش روان نمایشگری بیماران، فرض صفر رد و فرض پژوهشگر تایید می‌گردد، این بدان معنی است که هر دو رویکرد آزمایشی(درمان شناختی رفتاری و درمان روان نمایشگری) توانسته‌اند در افزایش تنظیم هیجانی بیماران اثرگذار باشند. در مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایشی نسبت به یکدیگر نیز تفاوت میانگین‌ها در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار است، بنابراین فرضیه تفاوت اثربخشی دو شیوه درمانی نسبت به یکدیگر نیز تایید می‌گردد. با توجه به مثبت بودن میانگین تفاوت‌ها و این‌که میانگین گروه درمان شناختی رفتاری از گروه درمان روان نمایشگری بیشتر بوده است، بنابراین از بین روش‌های درمان شناختی رفتاری و درمان روان نمایشگری ، روش درمان شناختی رفتاری در افزایش تنظیم هیجانی بیماران موثرتر بوده است.

بحث و نتیجه گیری:

نتایج نشان‌دهنده تفاوت اثربخشی روان نمایشگری و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان و تداوم اثربخشی نتایج در مرحله پیگیری بود، که با هر دو شیوه درمان در مقایسه با گروه گواه، نمرات تنظیم هیجانی شرکت کنندگان افزایش یافت. این نتایج برای متخصصان سلامت و درمانگران مراکز و کلینیک‌های خدمات روانشناختی جهت بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت تلویحات پیامدهای کاربردی دارد. بنابراین، برنامه‌ریزی برای استفاده از روش شناختی درمانی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت هیجانی و روانشناختی به‌ویژه بهبود تنظیم هیجانی ضروری است. در نتیجه، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از روش شناختی رفتاری درکنار سایر روش‌های درمانی از جمله روان نمایشگری برای بهبود ویژگی‌های مبتلایان به سرطان پستان به‌ویژه تنظیم هیجانی استفاده نمایند.

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره یازدهم، شماره ویژه (الف)، تابستان ۱۴۰۰، پیاپی (۳)۲۷ ص ۴۱-۲۷
Family and health Quarterly, vol11, Issue A, Summer 2021, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir

همچنین یافته مشابهی که اثربخشی این دو نوع درمان را با توجه به تعامل دو عامل گروه و زمان نشان داده باشد در ایران به ندرت یافت شد، یافته های این پژوهش با یافته های گزارش شده در تحقیقات مشابه محققین دیگر از جمله شریعتی و همکاران (۱۳۹۸)، بختیاری، اسلامی، فشارکی و کوشا (۱۳۹۷)، رضائیان(۱۹۹۷)، نوحی و همکاران (۲۰۱۸)، (جنینگز[1] (۲۰۱۸) و موریس(۲۰۱۷) در یک راستاست.

تنظیم هیجانی یک وجه ذاتی برای گرایش های مرتبط به پاسخ های هیجانی در افراد است. در واقع اعمالی است که برای تعدیل یا تغییر حالات هیجانی مورد استفاده قرار می گیرد. برخی از هیجان ها دارای کیفیت های بالایی هستند به این گونه که می توانند باعث ایجاد واکنش های منفی یا مثبت در فرد گردند.

هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا می کنند و این درمان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات، با عزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است که باعث مقابله موثر با موقعیت های استرس زا می توانند عملکرد فرد را تحت تاثیر خود قرار دهد، و باعث افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت های اجتماعی شود. بنابراین، تنظیم هیجانی می تواند با آگاه نمودن افراد از هیجانات مثبت و منفی نقش مهمی در حمایت اجتماعی و ذهن آگاهی آنان داشته باشد.برای نمونه افرادی که از تنظیم هیجانی به شیوه ارزیابی بهره می گیرند، به دلیل این که پیش از آغاز روابط میان فردی توجه شان را به جای معطوف کردن برخود، به منابع بیرونی مانند کیفیت رابطه و یا فرد دیگری متمرکز می سازند، توانایی آنها برای کنترل کیفیت رابطه بیشتر و در نتیجه در عملکرد خود، کمک بیشتری از دیگران می گیرند و به این طریق حمایت اجتماعی و ذهن آگاهی خود را بالا می برند. یافته ها حاکی از آن است که تنظیم هیجان می تواند زمینه ای مناسب برای ساختن محیطی مطلوب برای برقراری ارتباط موثر باشد تا به وسیله آن افراد آزادانه نیازها و انتظارات خود را برای کسب حمایت از سوی دیگران ابراز کنند(۱۸).

در عین حال رضایت از زندگی در فرایند زندگی مشترک ایجاد، تقویت و تثبیت می گردد. هر چند که در بعضی از زوجین این فرایند از همان ابتدا دچار آسیب میگردد که گاه تثبیت، آن را دچار اشکال جدی و یا تأخیر می نماید. یکی از مؤلفه های تعیین کننده در فرایند رضایت از زندگی نزد زوجین، رضایت از روابط جنسی است که حتی از آن به عنوان یکی از نشانه های اصلی رضایت از زندگی زوجین یاد می شود. بازسازی واکنش‌های خودحمایتی در روابط و تعاملات از طریق کمک به همسران برای دسترسی یافتن به هیجانات اصلی و نیازهای زیربنایی، و نهایتاً خلق چرخه های جدیدی از درگیری رابطه ای صورت می گیرد. هیجانات حائز جایگاهی محوری در تعاملات زوجین بوده و بازسازی هیجانات به‌صورت پیوندهای دلبستگی ایمن میان همسران مورد تأکید می باشد. این رویکردها افراد را تشویق می‌کند تا درباره هیجانات خود سخن گفته، درخصوص موضوعات مرتبط در جلسات درمانی بحث کنند. پاسخ های هیجانی می توانند به برآورده شدن نیازهای فرد منجر شده و در نتیجه، اساسی ترین یکی از اهداف چنین درمانهایی، بهبود آگاهی فرد از هیجانات است. در حقیقت، در این نوع از درمانها، «هیجان»، هدف و عامل تغییر است (۱۷).

در واقع، افرادی که سطح هم آمیختگی بالایی با دیگران دارند، احساساتشان غالب است و در مواجهه با موقعیت های مختلف کمتر از تفکر منطقی استفاده می‌کنند، این افراد نیاز شدیدی به کسب تائید افراد مهم زندگی شان دارند و بنابراین در صورت بروز شرایط فشار روانی و مشکلات بین اشخاصی بیشتر از سایر افراد مستعد مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی هستند. روان نمایشگری با توسعه خزانه نقش افراد و بالابردن میزان خودجوشی و خلاقیت آنها می تواند در کاهش هم آمیختگی آنها

1. Jennings S

موثر واقع شود. در این راستا برکینگ، ووپرمن[1] (۱۹) در مطالعه ای فراتحلیل بر ارتباط تنظیم هیجان و سلامت روانی به این نتایج دست یافتند که تنظیم هیجانات با انواع مختلف آسیب شناسی روانی مرتبط است و می تواند یک عامل قابل قبول برای تشخیص ودرمان اختلال های روانی در نظر گرفته شود.

رویاروی با سرطان به خودی خود ،حادثه‌ای استرس‌زا بوده، و ابعاد مختلف سلامت فردی بیمار، از جمله سلامت جسمی، روانی و خانوادگی او را به مخاطره می‌اندازد. مبتلایان به انواع سرطان، دارای درجات بالایی از اختلالات روانی هستند که دامنۀ این اختلالات از افسردگی، اضطراب، عدم سازگاری با بیماری و کاهش اعتمادبه‌نفس تا اختلالات روانی و ترس از عود بیماری و مرگ، متفاوت است؛ در این میان، زنان نسبت به مردان، آسیب‌پذیرتر هستند. به‌منظور درک عمیق‌تر تجربۀ مقابله با استرس ناشی از بیماری‌های تهدیدکنندۀ زندگی، باید تأثیر تبعات اینگونه بیماری‌ها را در یک بستر رابطه‌ای، یعنی با لحاظ کردن وضعیت روانی خانواده، و همسر و فرزندان فرد بیمار، مورد توجه قرار داد. چراکه پیامدهای این تجربه می‌تواند همسر فرد بیمار را نیز با تغییرات بنیادینی در سبک زندگی – ازجمله پرستاری از همسر بیمار، انجام وظایف خانواده، محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی و بروز مشکلات روان‌شناختی – مواجه سازد. به‌علاوه، فشار روانی ناشی از عدم‌قطعیت و پیش‌بینی‌ناپذیری می‌تواند آن‌ها را در معرض اضطراب، افسردگی، احساس عدم آمادگی برای کمک به همسر و پیامدهای جسمی قرار دهد. پاسخ‌های ناسازگارانه هر یک از زوجین به پیامدهای ناشی از بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، و به‌ویژه سرطان پستان که مادر خانواده را مبتلا می‌سازد، می‌تواند آن‌ها را با چالشی جدی در روابط زناشویی خود مواجه سازد. لذا، به‌جاست سرطان را خطری عمده برای کارکرد زوج و خانواده بدانیم. از همین روست که برخی صاحبنظران، از سرطان پستان با عنوان «سرطان رابطه‌ای» یاد می‌کنند(۸). در این میان، روابط و الگوهای تعاملی بینفردی، میزان صمیمیت هیجانی و ابرازگری هیجانی زوجها با یکدیگر می‌تواند دستخوش تغییرات زیادی شده و زوجها را ناگزیر از ایجاد تغییرات عمده در الگوهای رفتاری مبتنی بر نقش‌های همسری کند.

تنظیم هیجانی یک وجه ذاتی برای گرایش های مرتبط به پاسخ های هیجانی در افراد است. در واقع اعمالی است که برای تعدیل یا تغییر حالات هیجانی مورد استفاده قرار می گیرد. برخی از هیجان ها دارای کیفیت های بالایی هستند به این گونه که می توانند باعث ایجاد واکنش های منفی یا مثبت در فرد گردند. اگر این هیجانات متناسب با موقعیت ها و شرایط باشند باعث واکنش هیجانی مثبت و در غیر این صورت باعث ایجاد واکنش های هیجانی منفی در فرد می شوند. بنابراین هنگامی که هیجان ها شدید یا طولانی می شوند و یا با شرایط سازگاری ندارند آن زمان فرد نیاز به تنظیم نمودن آنها دارد (۲۰).

پژوهش حاضر با محدودیت هایی از این قبیل همراه بود؛ پروتکل های اجرا شده در این پژوهش به صورت یک برنامه اختصاصی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان اجرا نشد بلکه یک برنامه آموزش عمومی مورد استفاده قرار گرفت.

نمونه تحقیق نیز در دسترس بود و با توجه به محدودیت زمانی، اگر زمان و شرایط بررسی و پیگیری در مدت زمانی طولانی‌تر، امکان‌پذیر باشد، می‌توان در مورد نتایج درمانی با قاطعیت و اطمینان بیشتری صحبت کرد. در این راستا پیشنهاد می شود؛ بسته‌های آموزشی در زمینه درمان، متناسب با گروههای مختلف، بر پایه آخرین متدهای علمی در جهت بهبود تصویر بدنی، تدوین شود. همچنین یـک برنامـه اختصاصی از سـوی متخصصین، برای بیماران سرطان پستان طراحی شده و ادغام رسـمی ایـن آمـوزش در برنامـه هـای درمـانی- مراقبتـی بیماران، مورد توجـه صـاحب نظـران و نهـادهـای فعال در این زمینه قرار گیرد. در عین حال جهت افزایش اعتبار و روایی پژوهش، مطالعات مشابه بر روی نمونه گسترده‌تر با گزینش تصادفی اجرا شود. این پژوهش با ذکر اخذ رضایت‌نامه مبتنی بر آگاهی کامل بیمار به اجرا در آمد.

[1]. Berking, M., & Wupperman, P

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره یازدهم، شماره ویژه (الف)، تابستان ۱۴۰۰، پیاپی (۳)۲۷ ص ۴۱-۲۷

Family and health Quarterly, vol11, Issue A, Summer 2021, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir

محدودیت‌های پژوهش

- ✓ این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است و لازم است بیماری های همراه کنترل شود.
- ✓ نمونه تحقیق در دسترس، نمی‌تواند معرف همه بیماران باشد. نتایج پژوهش حاضر قابل تعمیم به بیماران سرطان پستان با ویژگی های جمعیت شناختی مربوط به این تحقیق بوده است و در صورت نیاز به تعمیم به سایر زنان با احتیاط و دانش کافی این کار صورت بگیرد.
- ✓ پروتکل های درمانی اجـرا شـده در این پژوهش به صورت یک برنامه اختصاصی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان اجرا نشد بلکـه یک برنامه آموزش گروهی مـورد استفاده قـرار گرفـت.
- ✓ با توجه به محدودیت زمانی، اگر زمان و شرایط بررسی و پیگیری در مدت زمانی طولانی‌تر، امکان‌پذیر باشد، می‌توان در مورد نتایج درمانی با قاطعیت و اطمینان بیشتری صحبت کرد. اما در این پژوهش به دلیل مشکلات اجرایی، مالی و محدودیت زمانی پایان نامه فرصت این کار فراهم نشد.

ملاحظات اخلاقی

محققان طبق پروتکل‌های اخلاقی مطالعات هلسینکی عمل نمود و اطلاعات آزمودنی‌ها به طور ناشناس باقی ماند و بعد از مطالعه نیز تمامی این اطلاعات محفوظ باقی خواهد ماند. علاوه بر آن، همه شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در پژوهش را امضا، برای همه آنان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش شرح داده شد و گروه کنترل نیز پس از مشخص شدن اثربخشی روش مداخله تحت درمان با روش شناختی رفتاری قرار گرفت. کد اخلاق این پژوهش با شماره IR.SBMU.RETECH.REC.1399.387 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد دبی است

تضاد منافع

بین نویسندگان پژوهش حاضر هیچ تضاد منافعی وجود ندارد.

کاربرد عملی مطالعه

در این مطالعه زنان مبتلا به سرطان پستان علاوه بر مشکلات مربوط به سرطان، دارای مشکلات روانشناختی بودند و روش شناختی درمانی توانست باعث بهبود هریک متغیر در آنان شود. بنابراین، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از نتایج این پژوهش به‌عنوان چشم‌اندازی جدید در جهت ارتقای ویژگی‌های هیجانی و روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان و حتی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر استفاده نمایند. در نتیجه، استفاده از روش شناختی درمانی در سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه، بهداشتی و درمانی مربوط به گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله زنان مبتلا به سرطان پستان می‌تواند نقش مهمی در بهبود ویژگی‌های آنان به‌ویژه بهبود تنظیم هیجانی داشته باشد.

منابع:

1. Deka S. J., Mamdi N., Manna D., & Trivedi V. Alkyi cinnamates induce protein kinase C translocation and anticancer activity against breast cancer cells through induction of the mitochondrial pathway of apoptosis. Journal of Breast Cancer, 2016;19(4): 358-371.

2. Antoniou A.C., Easton D.F. Models of genetic susceptibility to breast cancer. Oncogene, 2018; 25(43):5898-5905.
3. Gross J.J.. Thompson R.A. Emotion regulation: Conceptual foundations. New York, NY: Guilford Press, 2017: 3-24
4. Gross J.J.. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology, 2016, 39(3): 281–291. Doi: 10.1037//0021-843x.106.1.95.
5. Abolghasemi S.. Surveying the impact of teaching drama therapy on the happiness and selfesteem per-university girls' student. Journal of Social Work. 2014; 3(4); 22-7.
6. Rezaeian MP.. The usefulness of psychodrama in the treatment of depressed patients. Indian J Clin Psychol, 2017; 24(1): 82-8.
7. Fong J.. Psychodrama as a preventative measure: teenage girls confronting violence. J Group Psychother Psychodrama Sociom, 2016; 59(3): 99-108.
8. Sharifabadi F., Yazadi S., Zarei S.. The role of emotion regulation and the positive and negative effects in women with breast cancer. Iranian Journal Psychoneursing, 2018; 4(2): 28-49.
9. Naghibi H., Saeedi Z., Khazayi F.. The effectiveness of group training based on improving the quality of life on hope and happiness of people with cancer. Scientific journal of counseling research. 2016; 65(17): 22-35.
10. Hashemi E., Noroozi H.. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on emotional regulation of breast cancer patients. Iranian Breast Deases Journal, 2016; 2(10): 38-48.
11. Ayinparast, Neda, Naziri, Qasem, Mohamadi, Masood, Pedram, Mohamad. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of depressive anxiety disorder and creating hope in women with breast cancer. Women Sociology, 2018; 4(3): 32-42.
12. Bakhtiari M., Eslami M., Fesharaki M., Koosha S.. The effectiveness of mental health education on women with breast cancer undergoing chemotherapy at Imam Khomeini Institute, Tehran. Iranian Breast Deases Journal, 2015; 4(1): 42-47.
13. Garnefski N., Kraaij V.. Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and individual differences, 2006;41(6): 1045-1053.
14. Hasani J.. .Assessing the validity and reliability of the short form of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Behavioral Sciences Research Journal, 2014; 9(4): 28-49.
15. Sadeghzadeh, Z, Navabineghad, S. The effectiveness of psychoanalysis on increasing women's happiness and self-expression. Women Research Joutnal. 2018. 5(2), 78-93.
16. Jennings S. Dramatherapy and social theatre: Necessary dialogues. 2018, London, UK: Routledge.
17. Vant spijker, A., Trisburg, R.W. & Duivenvoorden, H. A meta-analytic review of 58 studied of cancer. Pschometric medicine, 2017, 59, 10-28.
18. Sharifibastan F, Yazdi S, zahraei S. Cognitive Emotion Regulation and Positive and Negative Affect in Therapy of Women with Breast Cancer. IJPN. 2016; 4 (2) :49-38, URL: http://ijpn.ir/article-784-1- fa.html
19. Berking, M., & Wupperman, P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. Current opinion in psychiatry, 2016, 25(2), 128-134.

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره یازدهم، شماره ویژه (الف)، تابستان ۱۴۰۰، پیاپی (۳)۲۷ ص ۴۱-۲۷
Family and health Quarterly, vol11, Issue A, Summer 2021, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir

20. Pollatos, O., & Ferentzi, E. Embodiment of Emotion Regulation. In Embodiment in Psychotherapy (pp. 43-55). 2018, Springer, Cham.

پرسشنامه تنظیم هیجانی

ردیف	وقتی شرایط نامطلوب و تجربه تلخی پیش می آید	همواره	اغلب	معمولا	گاهی	هرگز
۱	احساس می کنم که من مسئول وضعیت پیش آمده هستم					
۲	فکر می کنم که در اصل من عامل وضعیت پیش آمده هستم					
۳	فکر می کنم باید بپذیرم که اتفاقی است که افتاده است					
۴	فکر می کنم باید وضعیت پیش آمده را بپذیرم					
۵	اغلب به احساسات خودم در مورد آنچه تجربه کرده ام فکر می کنم					
۶	ذهنم مدام به افکار و احساساتم در مورد آنچه تجربه کرده ام مشغول است					
۷	به جای فکر کردن در مورد آنچه اتفاق افتاده است، به چیزهای جالب و خوشایند دیگر فکر می کنم					
۸	به جای فکر کردن در مورد آنچه اتفاق افتاده است، به تجربه های جالب تری که داشته ام فکر می کنم					
۹	به این فکر می کنم که چگونه وضعیت را تغییر دهم					
۱۰	به این فکر می کنم که چه کار بهتری می توانم انجام دهم					
۱۱	فکر می کنم می توانم از وضعیت پیش آمده درس بگیرم					
۱۲	فکر می کنم در نتیجه آنچه پیش آمده است، می توانم فرد قوی تری باشم					
۱۳	فکر می کنم در مقایسه با سایر تجربه ها و پیشامدها، آن قدر هم بد نبوده است					
۱۴	به خودم می گویم در زندگی چیزهای بدتر از این هم وجود دارد					
۱۵	مدام به این فکر می کنم که چه تجربه بدی بود					
۱۶	مدام به این فکر می کنم که وضعیت وحشتناکی بود					
۱۷	احساس می کنم دیگران مسئول وضعیت پیش آمده هستند					

۱۸	احساس می کنم که در اصل دیگران عامل وضعیت پیش آمده هستند					