

Research Paper



The Role of Clarity, Regulation and Emotion Processing in Predicting Hope for Treatment in Women with Cancer



Fariba Ahmadi Rozdar¹, Abbas Abolghasemi^{2*}, Mehdi Pourghasemian³

1. M.A Student in Clinical Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
2. Professor of Psychology Department, Gilan University, Rasht, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine and Medical Sciences, Imam Khomeini Hospital, Ardabil, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15337

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.14.8](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15337)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15337.html



ARTICLE INFO

Keywords:
hope for treatment,
emotion processing,
emotion regulation,
cancer, emotional clarity

Received: 2022/07/20
Accepted: 2022/08/11
Available: 2023/02/09

ABSTRACT

Cancer is one of the most common and serious problems in women's health. The aim of the present study was the role of clarity, regulation and emotion processing in predicting hope for treatment in women with cancer. This descriptive research is correlational. The statistical population of this research included all women with breast cancer referred to Imam Hospital in Ardabil city. The research sample consisted of 200 women with cancer who were selected by available sampling method. To measure the studied variables, Omid Herth Index Questionnaire (2000), Salovey et al.'s Trait Traits Scale (1995), Garanevsky et al.'s Short Version Cognitive Regulation Questionnaire (2001) and Baker et al.'s Short Form Emotion Processing Scale (2007) used. Research data were analyzed by Pearson's correlation coefficient and multiple regression methods in SPSS.21 software. The results of multiple regression showed that 3% of hope for treatment is explained by emotion clarity components, 35% by emotion regulation components and 14% by emotion processing components. These findings indicate that emotion regulation and emotional management play a very important role in predicting hope for treatment in women with cancer.



* Corresponding Author: Abbas Abolghasemi

E-mail: abolghasemi1344@guilan.ac.ir

مقاله پژوهشی



نقش وضوح، تنظیم و پردازش هیجان در پیش‌بینی امید به درمان در زنان مبتلا به سرطان



فریبا احمدی رزدار^۱، عباس ابوالقاسمی^{۲*}، مهدی پورقاسمیان^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
۳. استادیار گروه داخلی دانشکده پزشکی و علوم پزشکی، بیمارستان امام خمینی، اردبیل، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15337

DOR: 20.1001.1.27173852.1401.17.68.14.8

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15337.html



چکیده

مشخصات مقاله

سرطان یکی از شایع‌ترین و جدی‌ترین مشکلات در سلامتی زنان است. هدف پژوهش حاضر نقش وضوح، تنظیم و پردازش هیجان در پیش‌بینی امید به درمان در زنان مبتلا به سرطان بود. این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان امام شهر اردبیل بود. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری متغیرهای مورد مطالعه از پرسشنامه شاخص امید هرث (۲۰۰۰)، مقیاس صفت فراخلق سالووی و همکاران (۱۹۹۵)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نسخه کوتاه گارانسکی و همکاران (۲۰۰۱) و فرم کوتاه مقیاس پردازش هیجان باکر و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در نرم افزار SPSS.21 تجزیه و تحلیل شدند. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد ۳ درصد از امید به درمان از طریق مولفه‌های وضوح هیجان، ۳۵ درصد از طریق مولفه‌های تنظیم هیجان و ۱۴ درصد توسط مولفه‌های پردازش هیجان تبیین می‌شود. این یافته‌ها بیان می‌کند که تنظیم هیجان و مدیریت هیجانی نقش بسیار مهمی در پیش‌بینی امید به درمان در زنان مبتلا به سرطان دارد.

کلیدواژه‌ها:

امید به درمان، پردازش هیجان، تنظیم هیجان، وضوح هیجان، سرطان

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۴/۲۹

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۵/۲۰

منتشر شده: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰

* نویسنده مسئول: عباس ابوالقاسمی

رایانامه: abolghasemi1344@guilan.ac.ir

مقدمه

سرطان^۱ یکی از معضلات مهم و اساسی بهداشت و درمان در سراسر جهان و سومین علت مرگ و میر و دومین بیماری مزمن غیرواگیر به شمار می‌رود که زندگی فرد بیمار را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش کشیده و مشکلات زیادی را برای فرد به وجود می‌آورد (پور فرج و رضازاده، ۱۳۹۷). سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در ایران در اثر سرطان جان خود را از دست می‌دهند. بنابر پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، بروز سرطان در ایران در سال ۲۰۲۰ به ۸۵۶۵۳ مورد در کل جمعیت و میزان مرگ و میر ناشی از سرطان به ۶۲۸۹۷ مورد رسیده است (عبدلله زاده و همکاران، ۱۳۹۴). بی‌تردید سرطان یکی از پر استرس‌ترین رخدادهایی است که افراد در زندگی خود با آن روبه‌رو می‌شوند. معمولاً بیماران در رو به رو شدن با تشخیص سرطان، دچار ضربه و شوک پیچیده‌ای می‌شوند و تحمل این شرایط برای آنها بسیار مشکل است (گاتیر^۲ و همکاران، ۲۰۱۷؛ کالبی و شیفرن^۳، ۲۰۱۳). در این ارتباط، بیماران مبتلا به انواع سرطان دارای درجات بالایی از اختلالات روانی هستند که دامنه این اختلالات از افسردگی، اضطراب، عدم سازگاری با بیماری و کاهش اعتماد به نفس تا اختلالات احساسی و ترس از عود بیماری و مرگ متفاوت است (لوکوویچ^۴ و همکاران، ۲۰۱۵؛ زاینال^۵ و همکاران، ۲۰۱۳).

مؤلفه مهمی از زندگی انسان که متاثر از عوامل مختلف می‌تواند افزایش یا کاهش یابد، امیدواری است (لانی، پیلو-کیلرو، ۲۰۱۹). امید به عنوان یکی از منابع مقابله انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود، همچنین امید می‌تواند به عنوان یک عامل شفادهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد (خدایی و همکاران، ۲۰۱۱). افزایش امید باعث کاهش افسردگی می‌شود و ممکن است بر کیفیت خواب اثر مثبت داشته باشد که این امر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود می‌بخشد (مانسانو-اسچلوسر^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعات صورت گرفته حاکی از آن هستند که کارکردهای روانشناختی مثبت همچون امیدواری با سلامت رابطه متقابلی دارند. بدین مفهوم که امیدواری می‌تواند بر سلامت تاثیر بگذارد و همچنین از آن تاثیر بپذیرد (اسچلوسر و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعات حاکی از آن هستند که افراد مبتلا به سرطان از سطح امید نسبتاً بالاتر و زنان از سطح امیدواری کمتری نسبت به مردان برخوردار هستند. همچنین سن پایین و افزایش سطح تحصیلات با افزایش سطح امیدواری و افکار بیماران در مورد مرگ، مستقیم و غیرمستقیم بر امید آنها مرتبط و تاثیرگذار بود (اوزن و همکاران، ۲۰۲۰).

از جمله متغیرهای روانشناختی مرتبطی که می‌تواند در امیدواری بیماران به درمان نقش داشته باشد وضوح هیجانی^۷ است. وضوح هیجانی به عنوان یک جنبه از آگاهی هیجانی به معنی توانایی فرد برای شناسایی، افتراق

1. Cancer
2. Gauthier
3. Colby & Shifren
4. Levkovich
5. Zainal

و درک هیجانات تعریف شده است (گهم و کلور، ۲۰۰۲). تفاوت‌های فردی در وضوح هیجانی تحت تاثیر سازه‌های کلی تری مثل، آگاهی هیجانی، آلکسی تایمی و هوش هیجانی می‌باشد (کافی، برینام و کرنس^۸، ۲۰۰۳). بر اساس پژوهش‌های اخیر اختلال در تنظیم هیجانی عامل واسطه‌ای مهمی در بروز علائم تجزیه در بیماران مبتلا به PTSD است (پاور^۹ و همکاران، ۲۰۱۵). ویانا و ماروکان (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیدند که شدت تأثیر بسیار زیاد حوادث آسیب‌زای منفی با وضوح عاطفی کم، عدم پذیرش واجتناب تجربی همراه است و هم چنین تأثیر منفی بسیار کم، وضوح عاطفی ارزیابی مجدد را پیش‌بینی می‌کند. پژوهش‌های دیگری نشان دادند که افراد با وضوح عاطفی کم تمایل به استفاده از استراتژی‌های ناسازگار دارند، به طور خاص فاجعه ممکن است به علائم استرس پس از سانحه منجر شود (کونن، ای اوه و پارک، ۲۰۲۰).

از دیگر متغیرهای روانشناختی که در امید به درمان بیماران نقش دارد، تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان به تلاش برای تأثیرگذاری بر احساسات در خود یا دیگران اشاره دارد (مکرا و گروس، ۲۰۲۰). تنظیم هیجانی و استراتژی‌های مقابله‌ای متمرکز با بیماری به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر از احساسات منفی مرتبط با بیماری-سلامت است (کاردمس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱). سوابق پژوهشی نشان می‌دهد مولفه راهبردهای ملامت خویش با امید به زندگی رابطه معکوس و راهبردهای تمرکز مثبت ارزیابی مجدد مثبت با امید به زندگی رابطه مستقیم دارد. بنابراین بیماران در برخورد با شرایط ناگوار سرطان با به یادآوری تجارب مثبت از امید بیشتری برخوردار خواهند بود (ظریف سادات و همکاران، ۱۳۹۶). تنظیم دو عامل کنترل هیجانی و احساس گناه در بیماران مبتلا به سرطان پستان بر سلامت روان آنها تأثیر مثبت دارد و ممکن است پیش‌بینی کننده بهبود مقاومت آنها باشد (عارف پور و همکاران، ۱۳۹۸). قندهاری و همکاران (۲۰۲۰) در رابطه با تجربه درد و تنظیم هیجان دریافتند زنان مسن نسبت به زنان جوان بیشتر از ارزیابی مجدد استفاده کردند. هم چنین سن و جنسیت افراد مسن در سرکوبی عاطفی با فاجعه‌آمیز بودن درد، شدت درد، نگرانی و افسردگی رابطه مثبت داشت.

متغیر روانشناختی دیگری که در ارتباط با امید به درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد، پردازش هیجان است. پردازش هیجان یک فرایند پیچیده است که به توانایی افراد در نظارت، ارزیابی و تغییر یک پاسخ هیجانی، برای دستیابی به نیازها و اهداف و توانایی درک موثر موقعیت‌های هیجانی اشاره دارد (وو و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین مشکلات پردازش هیجانی باعث پیشرفت افسردگی شده و شدت علائم این اختلال را در یک دوره ۵ ساله پیش‌بینی می‌کند (دینر و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افرادی که هنگام پردازش هیجانی سبک‌های ناکارآمدی را بر می‌گزینند، در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرتر هستند (راپاریا و همکاران، ۲۰۱۶).

6. Mansano-Schlusser
7. emotional clarity
8. Coffey
9. Powers
10. Karademias

بالجانی و همکاران در بیماران سرطانی براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۶).

صفت فراخلق^۳: این مقیاس توسط سالووی و همکاران (۱۹۹۵) طراحی گردید. مقیاس صفت فراخلق یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های خودگزارشی هوش هیجانی است و از ۳۰ سؤال و ۳ خرده مقیاس توجه به احساسات (مثلاً به احساساتم زیاد توجه نمی‌کنم)، وضوح احساسات (برای مثال معمولاً درک درستی از احساساتم دارم) و ترمیم احساسات (مثلاً گرچه گاهی اوقات غمگین هستم، اما اغلب نگاه خوش بینانه‌ای دارم) تشکیل می‌شود. این سؤالات با یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۳۰ و ۱۵۰ است. سالوی و همکاران (۱۹۹۵)، انسجام درونی این سه خرده مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۸۲ بدست آوردند. روایی و پایایی نسخه فارسی این مقیاس توسط رضانی و عبداللهی (۲۰۰۶) در جمعیت دانشجویی مناسب گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ را به دست آورده‌اند.

پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان نسخه‌ی کوتاه: این پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه اصلی نظم جویی شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی است و دارای ۱۸ ماده است. از نه خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند (حسنی، ۱۳۸۹). دامنه نمرات مقیاس در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌باشد (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است. نتایج تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی نه عامل پیش‌بینی شده را مشخص کرد. پایایی بازآزمایی نشان داد که راهبردهای مقابله شناختی از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تا ۰/۸۰ تایید شد (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱، ۲۰۰۵؛ به نقل از بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد ۵ ماه) برای خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۴۱ تا ۰/۵۹ به دست آمده است. همچنین در پژوهش بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان برای سنجش راهبردهای مقابله شناختی در نمونه‌های ایرانی از پایایی کافی برخوردار است. پژوهش حسنی (۲۰۱۰) نشان داد نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه همسانی درونی خوبی دارد (با دامنه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۶)، و ضرایب همبستگی بازآزمایی (از ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) نیز بیانگر پایایی مطلوب مقیاس بود. هم چنین در پژوهش کربلایی و همکاران (۱۳۹۹) آلفای کرونباخ برای تنظیم هیجان سازگارانه ۰/۷۶ و برای تنظیم هیجان ناسازگارانه ۰/۷۸ به دست آمد.

اوگیچسکا-بولیک و میچالسکا (۲۰۲۰) در پژوهش خود با هدف تعیین نقش واسطه‌ای نشخوار در رابطه بین مشکلات پردازش هیجانی و علائم PTSD در زنان مبتلا به سرطان پستان دریافتند ارتباط مثبت بین نقص پردازش هیجانی، نشخوار ناشی از سرطان و علائم PTSD وجود دارد.

تحقیقات بسیار معدودی در زمینه متغیرهای مورد بررسی به صورت همزمان و نقش این متغیرها در ارتقا کیفیت زندگی بیماران سرطانی، استفاده از این نتایج در پیشگیری از مشکلات روانشناختی ناشی از سرطان و راهگشا بودن این پژوهش برای تحقیقاتی آتی از دلایل و ضرورت‌های انجام این پژوهش می‌باشد. در واقع سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که نقش وضوح، تنظیم و پردازش هیجان در پیش‌بینی امید به درمان در زنان مبتلا به سرطان سینه چگونه است؟

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی با توجه به ماهیت موضوع از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان در شهر اردبیل تشکیل می‌دهند که حدوداً (n=۷۴۰) نفر برآورد شده است. نمونه پژوهش بر اساس فرمول کوکران ۲۵۴ نفر انتخاب شده که به دلیل عدم همکاری و افت آزمودنی تعداد ۲۰۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان به صورت دردسترس در بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. در پژوهش‌های همبستگی تعداد آزمودنی حداقل ۳۰ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۸۸). با توجه به ۳۰ نفر به ازای هر متغیر و برای افزایش اعتبار بیرونی تحقیق ۲۰۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان انتخاب شدند. ملاک‌های ورود دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال، دارای میزان سواد 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 نمونه پژوهش قرار نگرفتند.

ابزارها

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مقیاس امیدواری: پرسشنامه سنجش میزان امیدواری بیماران براساس پرسشنامه شاخص امید هرث (۲۰۰۰) بود. این ابزار از ۱۲ سؤال ساخته شده است که بر مبنای ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. گزینه کاملاً موافقم امتیاز ۱، مخالفم امتیاز ۲، موافقم امتیاز ۳، و کاملاً موافقم امتیاز ۴، در نظر گرفته شده است. اما دو سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری شد. نمره بالاتر نشان دهنده امیدواری بیشتر است. امتیاز کلی شاخص امید هرث بین ۱۲ تا ۴۸ متغیر است. پایایی پرسشنامه در مطالعات قبلی بنزین و برج^۱ و هرث^۲ به تایید رسیده است. برای سنجش روایی محتوایی پرسشنامه در این مطالعه از پانل متخصصین استفاده شد و برای تعیین پایایی ابزار با استفاده از روش محاسبه آلفای کرونباخ برای پرسشنامه امید هرث استفاده شد ($\alpha = 0/72$). همچنین میزان پایایی این ابزار توسط

1. Benzein &berg
2. Herth

3. Trait Meta-Mood Scale
4. Garnefski & Kraaij

۵/۸۹	۱۳/۹۰	سرکوبی هیجانی	پردازش هیجانی
۳/۳۲	۱۵/۶۲	هیجان‌ات تنظیم نشده	هیجانی
۳/۲۳	۱۰/۱۵	فقر تجربه هیجانی	
۴/۰۷	۱۳/۹۵	هیجان‌ات غیرپردازش شده	
۴/۰۶	۱۷/۷۷	اجتناب هیجانی	
۱۱/۷۰	۷۶/۳۵	نمره کل	

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی پژوهش و مولفه‌های آنها شامل امید به درمان، وضوح هیجان، تنظیم هیجان و پردازش هیجان در زنان مبتلا به سرطان را نشان می‌دهد.

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش و مولفه‌های آنها

متغیر	امید به درمان	تنظیم هیجان	امید به درمان
سرکوبی هیجانی	-۰/۰۸۴	ملاطمت خویش	۰/۰۲۶
هیجان‌ات تنظیم نشده	-۰/۱۶۱*	پذیرش	-۰/۱۴۹*
فقر تجربه هیجانی	-۰/۱۱۰	نشخوارگری	-۰/۳۱۹**
هیجان‌ات غیرپردازش شده	-۰/۱۷۳*	تمرکز مجدد مثبت	۰/۲۸۸**
اجتناب هیجانی	۰/۲۴۴**	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۰/۵۲۰**
کل	-۰/۰۹۴	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۴۰۸**
توجه به احساسات	-۰/۰۳۸	دیدگاه‌گیری	-۰/۰۳۹
وضوح احساسات	-۰/۰۷۷	فاجعه‌سازی	-۰/۴۳۷**
ترمیم احساسات	۰/۵۰۲**	ملاطمت دیگران	-۰/۱۸۱*
کل	۰/۱۷۲*	کل	۰/۰۵۶

جدول (۲) همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش و مولفه‌های آنها شامل: امید به درمان، وضوح هیجان، تنظیم هیجان و پردازش هیجان در زنان مبتلا به سرطان را نشان می‌دهد.

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد وضوح هیجانی ($r=0/172$) و ($p<0/05$)، هم چنین اکثر مولفه‌های متغیر تنظیم هیجان ($p<0/01$) و اکثر مولفه‌های پردازش هیجان، امید به درمان در زنان مبتلا به سرطان پیش‌بینی می‌کند ($p<0/05$). بنابراین وضوح هیجانی و مولفه‌های تنظیم هیجان و پردازش هیجان می‌تواند امید به درمان را پیش‌بینی کند.

با توجه به نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنوف، توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه نرمال است ($p > 0/05$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که آماره دوربین واتسون برابر $2/029$ است با توجه به اینکه آماره دوربین واتسون درباره قابل قبول $2/5 - 1/5$ قرار گیرد عدم همبستگی بین خطاها پذیرفته می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که عدم همبستگی بین خطاها پذیرفته می‌شود.

مقیاس پردازش هیجانی: مقیاس پردازش هیجانی باکرو همکاران (۲۰۰۷) که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی استفاده می‌شود. نسخه اصلاح شده‌ی این مقیاس یک ساختار پنج عاملی با ۲۵ آیتم است. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه تا بی‌نهایت) پاسخ داده می‌شود که نمره‌ی هر فرد در دامنه‌ی صفر تا ۱۵۲ قرار می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب $0/92$ و $0/79$ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس تنظیم هیجان $0/54$ - به دست آمده است ($p < 0/01$). در پژوهش لطفی (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس $0/95$ محاسبه شد. هم چنین در پژوهش ابوالقاسمی و اسدی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس $0/84$ بدست آمد. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS.21 در سطح معناداری $P < 0/05$ استفاده شد.

نتایج

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که ۸۸ درصد دارای وضعیت متأهل، ۵/۳ درصد مجرد و ۶/۷ درصد مطلقه بودند. همچنین از لحاظ شغلی، ۳۸/۷ درصد شاغل و ۶۱/۳ درصد بیکار بودند. از لحاظ سطح تحصیلات نیز ۳۹ درصد دیپلم، ۳۴/۷ درصد لیسانس و ۲۶/۳ درصد فوق لیسانس بودند.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی پژوهش و مولفه‌های آنها

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
امید به درمان	۳۵/۷۵	۳/۷۹
وضوح هیجانی	۳۸/۱۲	۷/۰۱
وضوح احساسات	۳۷/۷۲	۶/۷۰
ترمیم احساسات	۳۹/۷۲	۵/۲۹
نمره کل	۱۱۵/۵۷	۱۰/۹۲
تنظیم هیجان	۴/۳۰	۲/۹۷
ملاطمت خویش	۷/۳۰	۲/۹۸
پذیرش	۶/۱۵	۲/۲۷
نشخوارگری	۶/۵۲	۲/۸۰
مرکز مجدد مثبت	۶/۵۵	۲/۶۴
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۵/۱۵	۲/۴۹
ارزیابی مجدد مثبت	۶/۵۰	۲/۵۳
دیدگاه‌گیری	۴/۱۷	۲/۳۴
فاجعه‌سازی	۳/۷۲	۲/۵۵
ملاطمت دیگران	۵۰/۳۷	۹/۷۰
نمره کل		

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی امید به درمان براساس مولفه‌های وضوح هیجان و تنظیم هیجان

مدل	ضریب غیر استاندارد		ضریب استاندارد		سطح معناداری
	B	S. E	Beta	T	
مقدار ثابت (Constant)	۲۰۴۴۸	۷۷۳۳	-	۷۴۸۳	۰/۰۰۰
توجه به احساسات	-۰/۰۲۰	۰/۰۲۸	-۰/۰۲۸	-۱/۵۲۸	۰/۰۹۸
وضوح احساسات	-۰/۰۴۱	۰/۰۴۱	-۰/۰۷۲	-۱/۹۹۳	۰/۳۲۲
ترمیم احساسات	-۰/۳۶۶	۰/۰۴۵	-۰/۵۱۰	-۴/۰۴۳	۰/۰۰۰
F=۱۲۷۲۲ R ² =۰/۲۵ P < ۰/۰۵					
مقدار ثابت (Constant)	۲۹/۸۴۷	۱/۴۲۰	-	۲۹/۵۳۳	۰/۰۰۰
ملاطمت خویش	-۰/۰۴۵	۰/۰۹۱	-۰/۰۳۶	-۱/۵۰۱	۰/۶۱۷
پذیرش	-۰/۲۲۸	۰/۰۹۴	-۰/۱۷۹	-۲/۴۱۲	۰/۰۱۷
نشخوارگری	-۰/۵۱۸	۰/۱۱۶	-۰/۳۱۰	-۲/۴۷۳	۰/۰۰۰
تمرکز مجدد مثبت	-۰/۳۴۴	۰/۰۹۵	-۰/۲۵۴	-۲/۶۳۲	۰/۰۰۰
تمرکز مجدد ریزانه ریزی	-۰/۶۶۱	۰/۱۰۱	-۰/۳۶۰	-۳/۵۷۴	۰/۰۰۰
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۳۲۲	۰/۱۱۳	-۰/۱۵۲	-۱/۴۲	۰/۰۴۲
دیدگاه گیری	-۰/۰۷۹	۰/۰۹۳	-۰/۰۵۳	-۱/۸۴۷	۰/۳۹۸
قاجحه سازی	-۰/۲۰۸	۰/۱۴۲	-۰/۱۲۹	-۱/۴۷۳	۰/۱۴۳
ملاطمت دیگران	-۰/۰۲۸	۰/۰۲۸	-۰/۰۲۶	-۱/۲۲۲	۰/۲۲۲
F=۱۷۳۸۵ R ² =۰/۳۵ P < ۰/۰۵					

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که میزان F مشاهده شده معنادار است ($p < ۰/۰۰۰$) و ۱۴ درصد از امید به درمان توسط مولفه‌های پردازش هیجان تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا سرکوبی هیجانی ($\beta = -۰/۰۸۴$)، هیجان‌ات تنظیم نشده ($\beta = -۰/۱۵۵$)، فقر تجربه هیجانی ($\beta = -۰/۰۷۲$)، هیجان‌ات غیر پردازش شده ($\beta = -۰/۱۲۵$)، اجتناب هیجانی ($\beta = -۰/۰۳۳۴$) می‌توانند تغییرات مربوط به امید به درمان را به صورت معناداری پیش‌بینی کند. هم چنین برای تعیین نقش پردازش، تنظیم و وضوح هیجانی به عنوان متغیر پیش بین و امید به درمان به عنوان متغیر ملاک در زنان مبتلا به سرطان در معادله رگرسیون تحلیل شدند. نتایج نشان داد میزان F مشاهده شده معنادار است ($p < ۰/۰۰۰$) و ۰/۰۳ درصد از امید به درمان توسط پردازش، تنظیم و وضوح هیجانی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا پردازش هیجان ($\beta = ۰/۰۹۴$)، تنظیم هیجان ($\beta = ۰/۰۴۷$)، وضوح هیجان ($\beta = ۰/۱۶۹$) می‌توانند تغییرات مربوط به امید به درمان را به صورت معناداری پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه پیش‌بینی امید به درمان در زنان مبتلا به سرطان براساس وضوح، تنظیم و پردازش هیجان بود. نتایج نشان می‌دهد از مولفه‌های متغیر وضوح هیجانی، ترمیم احساسات با امید به درمان رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). پژوهش حاضر نشان می‌دهد ۲۵ درصد از کل واریانس مولفه‌های وضوح هیجانی می‌تواند امید به درمان را در بیماران مبتلا به سرطان پیش‌بینی کند. وضوح عاطفی پایین به دلیل ارتباط آن با افزایش علائم درونی (بی‌قراری، اضطراب اجتماعی، پانیک و تهاجم آسیب‌زا) هدف مداخلات روانشناختی بوده است (پارک و نارون-گین، ۲۰۲۰). به عبارتی وضوح عاطفی باید به افراد کمک کند تا واکنش‌های منفی را نسبت به تجارب مزاحم تنظیم کنند، و در نتیجه، افراد با وضوح عاطفی باید بهتر بتوانند ادراکات معنایی را در زمینه افکار تهدیدآمیز موجود حفظ کنند (ایبیتا و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج این پژوهش در راستای امید با برخی از یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو است از جمله یافته‌های پروسپیو، فررار، والو، ماشیمینو، کلریکی و همکاران (۲۰۱۵) حاکی از این بود که بیماران زن و بخصوص زنان مومن امیدوارتر بودند، هم چنین بلسانلی و گروسی (۲۰۱۶) در طی پژوهشی به شناسایی پیش‌بینی کننده‌های امید در بیماران مبتلا به سرطان پستان در طی شیمی درمانی پرداختند، که همسو با پژوهش حاضر در واقع افزایش امید در پایان شیمی درمانی از نظر آماری معنی‌دار بود. فلین و رودولف (۲۰۱۴) نشان دادند وضوح هیجانی پایین با علایم افسردگی همراه است هم چنین رابطه وضوح هیجانی پایین و شدت علایم افسردگی توسط تمایل به پاسخ دادن به استرسورهای بین فردی با استفاده از مقابله منفعل و نشخواری می‌باشد. آردنت^۲ و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند اقدامات وضوح احساسی با بازنگری مجدد ارتباطی ندارد. هم چنین یافته‌های آنان حاکی از شواهدی است که نشان داد که وضوح احساسی پایین‌تر با استفاده بیشتر از سرکوب ارتباط دارد. افرادی که وضوح خلق بالایی دارند، بهتر می‌توانند

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در مولفه‌های وضوح هیجان میزان F مشاهده شده معنادار است ($p < ۰/۰۰۰$) و ۲۵ درصد از امید به درمان توسط مولفه‌های وضوح هیجانی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا توجه به احساسات ($\beta = -۰/۰۳۸$)، وضوح احساسات ($\beta = -۰/۰۷۲$)، ترمیم احساسات ($\beta = -۰/۵۱۰$) می‌توانند تغییرات مربوط به امید به درمان را به صورت معناداری پیش‌بینی کنند. و در مولفه‌های تنظیم هیجان میزان F مشاهده شده معنادار است ($p < ۰/۰۰۰$) و ۳۵ درصد از امید به درمان توسط مولفه‌های تنظیم هیجان تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا ملاطمت خویش، پذیرش ($\beta = -۰/۱۷۹$)، نشخوارگری ($\beta = -۰/۳۱۰$)، تمرکز مجدد مثبت ($\beta = -۰/۲۵۴$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($\beta = ۰/۰۴۶۰$)، ارزیابی مجدد مثبت ($\beta = -۰/۱۵۲$)، دیدگاه‌گیری ($\beta = ۰/۰۵۳$)، قاجحه‌سازی ($\beta = -۰/۱۲۹$)، ملاطمت دیگران ($\beta = -۰/۰۲۶$) می‌توانند تغییرات مربوط به امید به درمان را به صورت معناداری پیش‌بینی کند.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه برای پیش‌بینی امید به درمان براساس مولفه‌های پردازش هیجان و متغیرهای اصلی پژوهش

مدل	ضریب غیر استاندارد		ضریب استاندارد		سطح معناداری
	B	S. E	Beta	T	
مقدار ثابت (Constant)	۲۵/۷۷۷	۱/۸۶۰	-	۱۷/۳۲۸	۰/۰۰۰
سرکوبی هیجانی	-۰/۰۵۴	۰/۰۴۶	-۰/۰۸۴	-۱/۱۸۹	۰/۲۳۶
هیجانات تنظیم نشده	-۰/۱۷۷	۰/۰۸۰	-۰/۱۵۵	-۲/۲۰۰	۰/۰۲۹
فقر تجربه هیجانی	-۰/۰۸۴	۰/۰۸۵	-۰/۰۷۲	-۱/۹۹۴	۰/۳۲۲
هیجانات غیر پردازش شده	-۰/۱۱۶	۰/۰۷۵	-۰/۱۲۵	-۱/۵۴۹	۰/۱۳۳
اجتناب هیجانی	۰/۳۱۲	۰/۰۶۶	۰/۳۳۴	۲/۷۰۶	۰/۰۰۰
F=۵۸۹۶ R ² =۰/۱۴ P < ۰/۰۵					
مقدار ثابت (Constant)	۲۸/۳۳۳	۵/۰۱۲	-	۵/۶۵۵	۰/۰۰۰
وضوح هیجان	۰/۰۵۹	۰/۰۲۰	۰/۱۶۹	۱/۶۶۹	۰/۰۵۰
تنظیم هیجان	۰/۰۱۸	۰/۰۲۸	۰/۰۴۷	۱/۶۵۶	۰/۵۱۳
پردازش هیجان	-۰/۰۲۱	۰/۰۳۳	-۰/۰۹۴	-۱/۳۳۱	۰/۱۸۵
F=۷۰۲۵ R ² =۰/۰۳ P < ۰/۰۵					

با آینده در ارتباط است و انتظارات مرتبط با آینده به طور چشم‌گیری بر احساس رفاه تاثیر می‌گذارد (لارنجیرا و کوئیدو، ۲۰۲۰). ارتقا انعطاف‌پذیری، همراه با امیدواری و تقویت خودکارآمدی ممکن است در کاهش سطح استرس درک شده در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش داشته باشد و بخشی از گزینه‌های درمانی امیدوار کننده‌تری را که شامل ساختارهای مثبت روانشناسی است، تشکیل دهد (تهرانی و فلاورجانی، ۲۰۱۹).

در جهت تبیین یافته‌ها و نقش بکارگیری راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان می‌توان گفت: راهبردهای منفی سبب بروز اختلالاتی از جمله اختلال افسردگی در زمان وقوع رویدادهای استرس‌زا همانند بیماری‌های مزمن از جمله سرطان می‌تواند بیش از حد معمول باعث بروز مشکل شده و حتی سبب اختلال در روند درمان شده و آن را به تعویق بیندازد. افراد با حفظ امید به زندگی خود و قوی نگه داشتن باورهای معنوی می‌توانند شرایط فشارزا را کنترل کرده و درگیر افسردگی و تنش نشوند.

با توجه به نتایج خلاصه مدل رگرسیون و معناداری مولفه‌های تنظیم هیجان بر پیش‌بینی امید به درمان، در تبیین آن می‌توان گفت که بیماری‌ها که از بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان همچون، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت را بکار بردند در نتیجه به صورت مستقیم، پیش بین مناسبی برای امید به درمان آنها محسوب می‌شود. در واقع بیماران سرطانی امیدوار، بیشتر بر مشکل متمرکز شده، برای درمان فعالانه‌تر عمل می‌کنند و در مراحل درمان مقاومت بیشتری را از خود نشان می‌دهند. و بیماری‌ها که از میان راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان، ملامت دیگران، فاجعه‌سازی، نشخوارگری را در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا بروز می‌دادند به صورت معکوس پیش مناسبی برای امید به درمان محسوب می‌شود.

همچنین نتایج نشان می‌دهد از مولفه‌های متغیر پردازش هیجان، اجتناب هیجانی با امید به درمان رابطه منفی معناداری وجود دارد ($P < 0/01$) و هم چنین هیجان‌ناغیر پردازش شده و هیجان‌ناظم نشده با امید به درمان رابطه منفی معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). با توجه به سوال پژوهش و نتایج تحلیل رگرسیون، پژوهش حاضر نشان می‌دهد ۱۴ درصد از کل واریانس مولفه‌های پردازش هیجان می‌تواند امید به درمان را در بیماران مبتلا به سرطان پیش‌بینی کند. نتایج این پژوهش با برخی از یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو می‌باشد از جمله نگرانی مانع پردازش هیجانی می‌شود. همچنین نگرانی و اضطراب می‌تواند راهبرد ناموفقی برای جلوگیری از فعالیت فیزیولوژیک مرتبط با پردازش هیجانی باشد. مطالعات دیگر نشان داد که پردازش هیجانی مناسب در درازمدت به بهبودی بهزیستی فرد منجر می‌شود (مک لئوس و وارنا، ۲۰۰۰). حیدری و قدوسی (۲۰۱۵) نشان دادند اکثر بیماران مبتلا به سرطان پستان دارای عزت نفس کم بودند. هم چنین نتایج حاکی از آن بود که ارتباط معنادار مستقیم بین عزت نفس و امید و سلامت روانی وجود دارد. این رابطه بین ارزیابی بدن و امید بیشتر شد.

ارزیابی شناختی و سرکوبی به عنوان استراتژی‌های تنظیم هیجان‌ناظم می‌توانند با ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با حساسیت پردازش حسی که بر واکنش‌های فیزیولوژیکی تأثیر می‌گذارد، ارتباط برقرار کنند (امیری،

نوع عواطف خود را درک کرده و بنابراین از عاطفه مثبت در مقابل استرس بهره‌مند شوند. به عبارت دیگر عاطفه مثبت خود را برای بازداری حالت عاطفی منفی ناشی از رویارویی با درد بکار می‌برند (سالووی، مایر، گلدمن، تروی و پلفای، ۱۹۹۵). ویانا و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند وضوح عاطفی پایین به طور قابل توجهی با علائم PTSD بیشتر و همچنین تجربه مجدد، اجتناب، و علائم برانگیختگی همراه است.

با توجه به یافته‌ها می‌توانیم این‌گونه تبیین نمود، بیماری‌ها که سطوح وضوح هیجانی ضعیف و پایینی دارند در واقع افرادی هستند که به احساسات خود توجه نمی‌کنند، معمولاً نسبت به احساساتشان حس واضح و روشنی ندارند و قادر به ایجاد تمایز در عواطف خود نیستند. در تجربه حوادث تروماتیک هیجان‌های منفی را نشخوار می‌کنند، قادر به مدیریت هیجان‌ها خود نیستند، ممکن است برداشتشان از احساسات بزرگ‌نمایی باشد، بعضی اوقات فاقد توانایی لازم برای بیان احساساتشان هستند. در مواردی فکر کردن به احساسات خوشایند و مثبت را اتلاف وقت می‌دانند. و تنها سبک مقابله این بیماران در واکنش‌های هیجانی خود در رویارویی با حوادث تروماتیک و کاهش دردهای مزمن ترمیم احساساتشان است. در نتیجه این بیماران برای درمان فاقد امید و یا امید اندکی دارند. به شیوه نامناسب و بروز هیجان‌های منفی در مقابل استرس‌ها و مشکلات واکنش نشان می‌دهند. از سوی دیگر بیماری‌ها که وضوح خلق ندارند عاطفه مثبت و منفی به یکدیگر تبدیل می‌شود.

نتایج نشان می‌دهد از مولفه‌های متغیر تنظیم هیجان، بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان با امید به درمان رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$) و هم چنین بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان با امید به درمان رابطه منفی معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). با توجه به سوال پژوهش و نتایج تحلیل رگرسیون، پژوهش حاضر نشان می‌دهد ۳۵ درصد از کل واریانس مولفه‌های تنظیم هیجان می‌تواند امید به درمان را در بیماران مبتلا به سرطان پیش‌بینی کند. در خصوص نقش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در پیش‌بینی امید به درمان نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌هایی پیشین از جمله په، لیو، بیشوپ، چان، چاو، کو و مهندران (۲۰۱۷) نشان دادند که ارزیابی مجدد و امید با اضطراب و افسردگی پایین در بیماران مبتلا به سرطان ارتباط دارند در حالیکه سرکوبی با اضطراب و افسردگی بیشتر ارتباط داشت.

نتایج حاصل از پژوهش وطنی و باقری (۱۳۹۴) نیز بیانگر این است که پذیرش، توجه مجدد بر برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه در افراد مبتلا به سرطان پایین‌تر از افراد مبتلا به ام اس بود. نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری نیز در افراد مبتلا به سرطان بالاتر از افراد مبتلا به ام اس بود. همسو با یافته‌های پژوهش شباهنگ و همکاران (۱۳۹۹) بیماران مبتلا به سرطان با سطوح بالا پیامد مثبت بیماری، امیدواری و تمایلات رفتار جامعه پسند بهتری دارند. یافته‌های (گیموند، لورز و سوارد، ۲۰۱۹) نشان داد سطوح بالای اجتناب تجربی و سرکوب بیانی به طور مقطعی با سطوح بالاتری از علائم اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و ترس از عود سرطان همراه بود هم چنین سطوح بالاتر سرکوبی و ارزیابی مجدد با افزایش افسردگی و خستگی همراه بود. احساس امیدواری از نظر ماهیت خود

شامل سرطان، بیماریهای قلبی؛ لذا پیشنهاد می‌شود اتخاذ برنامه‌هایی از سوی مراکز درمانی و مشاوره جهت آموزش به بیماران و در نتیجه پیشگیری و کاهش شدت این بیماریها به عنوان یک اولویت مهم در مراکز درمانی می‌بایست مورد توجه مسئولین و مدیران بهداشتی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگر مراتب سپاس فراوان خود را از کلیه مسئولین بیمارستان امام خمینی(ره) اردبیل بویژه آقای دکتر مهدی پورقاسمیان فوق تخصص خون و سرطان و بیماران عزیز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌دارد. این مقاله برگرفته از پایان نامه است.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و اسدی، سمانه (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی بر پردازش هیجان در پرستاران مضطرب. *نشریه آموزش پرستاری*، (۳)۵: ۱۷-۲۴.
- بالجانی، اسفندیار، عظیم پور، افسانه، بابالو، طیبه، رحیمی، ژاله و چراغی، رزیتا (۱۳۹۶). تاثیر مشاوره بر امید بیماران مبتلا به سرطان. *مجله پرستاری و مامایی*، (۹)۱۵: ۶۹۶-۷۰۳.
- بشارت، محمدعلی و بزازیان، سعیده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی، پایانی*، ۶۱-۷۰: ۸۴.
- پورفرج، مجید و رضازاده، حمید (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی و امید به زندگی بیماران سرطانی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، (۳)۹: ۱۱۹-۱۳۶.
- ثنا گوی محرر، غلام رضا، کیا، سمانه، اکبرزاده، اعظم و عرفانی، مژگان (۱۳۹۸). تاثیر امید درمانی بر کیفیت خواب، بهزیستی ذهنی و سرسختی سلامت در مبتلایان سرطانی با تخلیه پستان. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، (۲)۶: ۶۶-۷۳.
- حسینی، جعفر (۱۳۸۹). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، (۳)۲: ۷۳-۸۳.
- شهابنگ، رضا، باقری شیخانگفته، فرزین، شهریاری سرحدی، مرضیه، یوسفی سیاکوچه، عادل و حاجی علیانی، وحید (۱۳۹۹). مقایسه امیدواری و تمایلات رفتار جامعه‌پسند در سطوح مختلف پیامدهای مثبت بیماری سرطان. *نشریه علمی روانشناسی سلامت، پایانی*، (۳)۳: ۱۱۲-۹۵.
- طاهری فرد، مینا و مولایی، مه‌ری (۱۳۹۶). تاثیر آموطش کنترل خود بر امید به زندگی و پردازش هیجان در زنان مبتلا به سرطان سینه. *روانشناسی معاصر*، (ویژه نامه)، ۱۲: ۱۱۰۰-۱۰۹۶.
- ظریف سادات حسینی، لیلیا، اصفهانی خالقی، آتنا و بنکداری، نسرین (۱۳۹۶). تشنیم هیجانی، تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تیروئید. *روانشناسی معاصر*، (ویژه نامه)، ۱۲: ۵۸۱-۵۸۵.
- عارف پور، امیرمحمد، شعاعی، فرشته سادات، حاتمی، محمد و مهدوی، هدی (۱۳۳۸). پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس تنظیم شناختی هیجان و احساس گناه در زنان دچار سرطان پستان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، (۴) پایانی ۱۲: ۱۱۳-۱۲۱.
- عبدالله‌زاده، رضا، مؤدی، میترا، الهیاری، ابوالقاسم و خانجانی، نرگس (۱۳۹۴). رابطه هوش معنوی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان استان خراسان جنوبی. *فصلنامه پرستاری گروه‌های آسیب‌پذیر، دانشکده پرستاری و مامایی*، (۳)۲: ۱۵-۲۴.
- کربلایی، فاطمه، حسینی، جعفر و نوری قاسم آبادی، ربابه (۱۳۹۹). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افسردگی در دختران دارای روابط عاطفی: نقش میانجی مشکلات بین فردی. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، (۲)۱۱: ۲۹۱-۱.
- لفظی، صدیقه (۱۳۸۹). *بررسی مقدماتی مقیاس‌های پردازش هیجانی و قضاوت اجتماعی در دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- وطنی، هدیه و باقری، نسرین (۱۳۹۴). *مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به سرطان و زنان مبتلا به ام اس*. <https://civilica.com/doc/455563/>

عیسی‌زاده گاه، یعقوبی و عبدالله‌ی، (۲۰۱۷). بررسی پردازش عاطفی در طی روان درمانی در میان زنانی که به تازگی مبتلا به سرطان تشخیص داده شده اند، در جلسه‌ی روش مقابله و مهارت‌های ارتباطی، پردازش عاطفی بالاتر که نشانگر کاوش عمیق‌تر در معنای احساسات و تجربیات آنها می‌باشد، همراه با پیشرفت بیشتر جلسه روان درمانی و بیانگر نقش مهم در نتایج درمان بیمار است(مان، مایرز-ویتو، دارابوس، ازگا و همکاران، ۲۰۱۷). نتیجه پردازش احساسات در هنر درمانی ممکن است مکانیسم بالقوه‌ای برای کاهش افسردگی و علائم بدنی در بیماران سرطانی باشد (چامانسکی-کوهن، ویلی، سلا، کاسپی و ویهیس، ۲۰۱۹). نتایج یک مطالعه نشان داد سهم پردازش عاطفی در بهبود علائم بیماران افسرده با تغییر درمانی همراه است، به عبارتی توانایی بالاتر پردازش عاطفی پیش‌بینی‌کننده نتایج مثبت درمانی و بهبود بهتر علائم افسردگی می‌باشد، هم‌چنین افزایش سطح پردازش عاطفی با تغییر احساسات ناسازگار به سازگارتر همراه بود (پینه‌پرو و همکاران، ۲۰۱۸؛ پینه‌پرو و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهش ثناگوی و همکاران (۱۳۹۸) یافته‌ها حاکی از تاثیر امید درمانی بر ارتقای بهزیستی ذهنی و سرسختی سلامت در مبتلایان سرطانی با تخلیه پستان همراه بود. هم‌چنین نتایج پژوهش طاهری فرد و مولایی (۱۳۹۶) نشان داد که آموزش کنترل خود از طریق افزایش امید به زندگی و پردازش هیجان زنان مبتلا به سرطان سینه منجر به بهزیستی آنان می‌شود.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت ناتوانی در پردازش هیجان مطلوب، کارایی بیماران را در حوزه شناختی مختل می‌سازد و در شرایط استرس‌زا وی دچار ناکامی می‌شود. به عبارتی زنان مبتلا به سرطان که از توانایی پردازش هیجانی مناسب، یعنی بازشناسی، تمایز و یکپارچه ساختن هیجان‌ات برخوردارند در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و شرایط ناکام‌کننده بیشتر از راهبردهای هیجانی مثبت استفاده می‌کنند. در نتیجه ارزیابی منفی آنها در تجارب رویدادهای استرس‌زا و آسیب‌پذیری کمتری در برابر مشکلات و از سلامت روانشناختی بالاتر و امید به درمان و بهبودی بیشتری برخوردارند. با توجه به یافته پژوهش حاضر مولفه اجتناب هیجانی از جمله مواردی است که افزایش آن می‌تواند به صورت قابل توجهی در افزایش امید به درمان زنان مبتلا به سرطانی تاثیر داشته باشد. در واقع این بیماران سعی می‌کنند از مواجهه با محرک‌های بیرونی استرس‌زا که منجر به افزایش احساسات ناخوشایند آنان می‌شود و هم‌چنین از نشخوار هیجان‌ات منفی اجتناب نمایند. به علاوه نمرات پایین در استفاده از سبک شناختی هیجان‌ات تنظیم نشده و غیر پردازش شده توسط زنان سرطانی باعث افزایش امید به درمان و بالعکس منجر به کاهش امید به درمان خواهد بود. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر نوع سرطان کنترل نشده است و جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مقیاس‌های خود گزارش‌دهی انجام شده که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند. هم‌چنین این پژوهش تنها در میان زنان مبتلا به سرطان در اردبیل اجرا شده است که از محدودیت‌های طرح انجام شده به شمار می‌رود. با توجه به اهمیت متغیرهای مطالعه در آسیب‌شناسی و درمان اختلالات ناشی از مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا از جمله بیماریهای مزمن

- Abeyta, A. A., Routledge, C., Juhl, J. and Robinson, M. D. (2015). Finding meaning through emotional understanding: Emotional clarity predicts meaning in life and adjustment to existential threat. *Motivation and Emotion*, 39: 973-983.
- Amiri, S., Isazadegan, A., Yaghoobi, A. and Abdollahi, M.H. (2017). The Effects of Cognitive Appraisal and Emotional Suppression on Autonomic Nervous Reactions on the Basis of Sensory Processing Sensitivity. *IJPCP*. 23(2): 148-163. (Text in Persian)
- Arndt, C., Lischetzke, T., Crayen, C. and Eid, M. (2018). The assessment of emotional clarity via response times to emotion items: shedding light on the response process and its relation to emotion regulation strategies. *Cognition and Emotion*. 32(3): 530-548.
- Balsanelli, A.C. and Grossi, S.A. (2016). Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy. *Journal of Revista da Escola de Enfermagem*, 50(6): 898-904.
- Boden, T. M., Bonn-Miller, M., Kashdan, T., Alvarez, J. and Gross, J. J. (2012). The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26: 233-238.
- Coffey, E., Berenbaum, H. and Kerns, J. G. (2003). The dimensions of emotional - intelligence, alexithymia, mood awareness: associations with personality and performance on an emotional stroop task. *Cognition & Emotion*, 17(4): 671-679.
- Colby, D. A. and Shifren, K. (2013). *Optimism, mental health, and quality of life: a study among breast cancer patients*. *Psychology, health & medicine*, 18(1): 10-20.
- Czamani-Cohen, J., Wiley, J.F., Sela, N., Caspi, O. and Weihs, K. (2019). The role of emotional processing in art therapy (REPAT) for breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 37(1): 54-64.
- Diener, C., Kuehner, C., Brusniak, W., Ubl, B., Wessa, M. and Flor, H. (2012). A meta-analysis of neurofunctional imaging studies of emotion and cognition in major depression. *Neuroimage*, 61: 677-685.
- Ehring, T. and Quack, D. (2010). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior Therapy*, 41(4): 587-598.
- Flynn, M. & Rudolph, K.D. (2014). A prospective examination of emotional clarity, stress responses, and depressive symptoms during early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 34(7): 923-939.
- Gauthier, L. R., Dworkin, R. H., Warr, D., Pillai Riddell, R., Macpherson, A. K., Rodin, G., Shepherd, F. A. (2017). Age-Related Patterns in Cancer Pain and Its Psychosocial Impact: Investigating the Role of Variability in Physical and Mental Health Quality of Life. *Pain Medicine*, 19(4): 658-676.
- Ghandehari, O., Gallant, N. L., Hadjistavropoulos, T., Williams, J. & Clark, D. A. (2020). The Relationship Between the Pain Experience and Emotion Regulation in Older Adults. *Pain Medicine*, pnaa135, <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa135>.
- Guimond, A.J., Lvers, H. & Savard, J. (2019). Is emotion regulation associated with cancer-related psychological symptoms? *Psychol & Health*, 34(1): 44-63.
- Heidari, M. and Ghodusi, M. (2015). The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Journal of Indian Palliat Care*. 21(2): 198-202.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 32(6): 41-1431.
- Karademas, E.C., Tsalikou, C. and Tallarou, M.C. (2011). The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health. *Journal of Health Psychol*, 16(3): 9-510.
- Khodaei, S., Dastjerdi, R., Haghighi, F., Sasdatjoo, S.A. and Keramati, A. (2011). The effects of group cognitive-behavioral therapy on depression in cancer patients. *J Birjand Univ Med Sci*, 18(3): 183-190.
- Kwon, H.R., Eoh, Y. and Park, S.H. (2020). *The Mediating Role of Catastrophizing in the Relationship between Emotional Clarity and Posttraumatic Stress Symptoms among Earthquake Survivors in Korea: A Cross-Sectional Study*. *Front. Psychol*. doi:10.3389/fpsyg.2020.542752.
- Lannie, A. and Peelo-Kilroe, L. (2019). Hope to hope: Experiences of older people with cancer in diverse settings. *European Journal of Oncology Nursing*, 40: 71-77.
- Laranjeira, C.A. and Querido, A.I. (2020). Commentary on A brief hope intervention to increase hope level and improve wellbeing in rehabilitating cancer patients: A feasibility test. *SAGE Open Nursing*, 6: 1-2.
- Levkovich, I., Cohen, M., Pollack, S., Drumea, K. and Fried, G. (2015). Cancer-related fatigue and depression in breast cancer patients post chemotherapy: Different associations with optimism and stress appraisals. *Palliative and Supportive Care*, 13(05): 1141-1151 .
- Manne, S.L., Myers-Virtue, S., Darabos, K., Ozga, M., Heckman, C., Kissane, D. and Rotter, D. (2017). Emotional processing during psychotherapy among women newly diagnosed with a gynecological cancer. *Palliat Support Car*, 15(4): 405-416.
- Mansano-Schlosser, T.C.L., Ceolim, M.F. and Valerio, T.D. (2017). Poor sleep quality, depression and hope before breast cancer surgery. *Journal of Applied Nursing Research*. 34: 7-11.
- Mrae, K. and Gross, J.J. (2020). Emotion Regulation. *American Psychological Association*, 20(1): 1-9.
- Ogińska-Bulik, N. and Michalska, P. (2020). The Relationship Between Emotional Processing Deficits and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Breast Cancer Patients: The Mediating Role of Rumination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 27: 11-21.
- Ozen, B., Ceyhan, O. and Büyükcelik, A. (2020). Hope and perspective on death in patients with cancer. *Death Studies*, 44: 7: 412-418.
- Park, P. & Naragon-Gainey, K. (2020). Is more emotional clarity always better? An examination of curvilinear and moderated associations between emotional clarity and internalising symptoms. *Journal Cognition and Emotion*, 34, 2, 273-287.
- Peh, CX., Liu, J., Bishop, G. D., Chan, H. Y., Chua, S. M., Kua, E. H. and Mahendran, R. (2017). Emotion Regulation and Emotional Distress: The Mediating Role of Hope on Reappraisal and Anxiety/Depression in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Journal of Psych oncology*, 26(8): 1191-1197.
- Pineiro, P., Gonçalves, M.M., Sousa, I. & Salgado, J. (2020). What is the effect of emotional processing on depression? A longitudinal study. *Psychother Res*, 19; 1-13.

- Pinheiro, P., Mendes, I., Silva, S., Gonçalves, M.M. and Salgado, J. (2018). Emotional processing and therapeutic change in depression: A case study. *Psychotherapy (Chic)*, 55(3): 263-274.
- Powers, A., Cross, D., Fani, N. and Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research*, 61: 174-179.
- Proserpio, T., Ferrar, A., Lo Vallo, S., Massimino, M., Clerici, C.A., Veneroni, L., Bresciani, C., Casali, P.G., Ferrari, M., Balmozzi, G., Bossi, P., Galmozzi, G., Pierantozzi, A., Licitra, L., Marceglia, S. and Mariani, L. (2015). Hope in Cancer Patients: The Relational Domain as a Crucial Factor. *Journal of Tumori*. 101(4): 57-447.
- Ramezani, V. and Abdelahi, MH. (2006). Relationship between emotional intelligence anger expression and control in students. *Journal of psychology*; 10(1): 66-83. (Text in Persian)
- Raparia, E., Coplan, J. D., Abdallah, CG., Hof, PR., Mao, X., Mathew, SJ. and et al. (2016). Impact of childhood emotional abuse on neocortical neurometabolites and complex emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 190: 414-423.
- Salovey, P., Mayer, JD., Goldman, SL., Turvey, C. and Palfai, TP. (1995). *Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta- Mood Scale*. In Pennebaker JW. (Ed.), *Emotion, disclosure, & Health*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association. 125-254.
- Schiavon, C. C., Marchetti, E., Gurgel, L. G., Busnello, F. M. and Reppold, C. T. (2017). Optimism and hope in chronic disease: A systematic review. *Frontier in Psychology*, 7: 2022.
- Tabak, N. T., Green, M. F., Wynn, J.K, Proudfit, G.H., Altshuler, L. A. and Horan, W. P. (2015). *Perceived emotional intelligence is impaired and associated with poor community functioning in schizophrenia and bipolar disorder*. Schizophrenia Research, Available online.
- Taheri, A. and Falavarjani, M. F. (2019). Hope, self-efficacy, and perceived stress among Iranian women with breast cancer: Examining the mediating role of resilience. *Middle East Journal of Positive Psychology*, 5(1): 82-96.
- Viana, A. G., Hanna, A. E., Woodward, E. C., Raines, E. M., Paulus, D. J., Berenz, E. C. and et al. (2018). Emotional clarity, anxiety sensitivity, and PTSD symptoms among trauma-exposed inpatient adolescents. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 49: 146-154.
- Viana, A.G., Raines, E.M., Woodward, E.C., Hanna, A.E., Walker, R. and Zvolensky, M.J., Vine, V. and Marroquín, B. (2018). Affect Intensity Moderates the Association of Emotional Clarity with Emotion Regulation and Depressive Symptoms in Unselected and Treatment-Seeking Samples. *Cognit Ther Res.* 42(1): 1-15.
- Wu, Y., Li, H., Zhou, Y., Yu, J., Zhang, Y., Song, M., Qin, W., Yu, C. and Jiang, T. (2016). Sex-specific neural circuits of emotion regulation in the Centro medial amygdala. *Scientific reports*, 6: 23112.
- Zainal, N. Z., Booth, S. and Huppert, F. A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 22(7): 1457-1465.