رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۰، شماره پیاپی ۷۹، دی ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(10), 2023

نقش وضوح، تنظیم و پردازش هیجان در پیش‌بینی آمادگی به درمان در زنان مبتلاء به سرطان

The Role of Clarity, Regulation and Emotion Processing in predicting Readiness for Treatment in Women with Cancer

فریبا احمدی رزدار (نویسنده مسئول)
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
عباس ابوالقاسمی
استاد گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
مهدی پورقاسمیان
استادیار گروه داخلی دانشکده پزشکی و علوم پزشکی، بیمارستان امام خمینی، اردبیل، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی وضوح، تنظیم و پردازش هیجان در پیش‌بینی آمادگی به درمان در زنان مبتلاء به سرطان بود. این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده مبتلا به سرطان در بیمارستان امام شهر ادربیل در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. برای اندازه‌گیری متغیرهای مورد پژوهش از پرسشنامه آمادگی به درمان صفت فراخلق (TMMS، سالووی و همکاران، ۱۹۹۵)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نسخه کوتاه (CERQ، گارانفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و فرم کوتاه مقیاس پردازش هیجان (EPS، باکر و همکاران، ۲۰۰۷) استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد که بین وضوح، تنظیم و پردازش هیجان با آمادگی به درمان رابطه وجود دارد (P<۰/۰۵) از سویی نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه نشان داد ۴۵ درصد آمادگی به درمان در زنان از طریق متغیرهای پیش‌بین وضوح هیجانی، تنظیم هیجانی و پردازش هیجانی تبیین می‌شود. این یافته‌ها حاکی از آن است که تنظیم هیجان و مدیریت هیجانی نقش بسیار مهمی در پیش‌بینی آمادگی به درمان در زنان مبتلا به سرطان دارد.

واژه‌های کلیدی: *آمادگی به درمان، پردازش هیجان، تنظیم هیجان، وضوح هیجان، سرطان.*

Fariba Ahmadi razdar* (Author)
MA student in clinical psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
ahmadifariba007@gmail.com
Abbas Abolghasemi
Professor of Psychology Department, Gilan University, Rasht, Iran.
Mehdi Porgasemian
Assistant Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine and Medical Sciences, Imam khomini Hospital, Ardabil, Iran.

Abstract

The aim of the present study was to investigate the clarity, regulation, and processing of emotion in predicting readiness for treatment in women with cancer. This descriptive research was correlational. The statistical population of this research included all women referred to the Imam Hospital in Aderbil city in 2018. The research sample included 200 women with cancer, who were selected and studied by purposive sampling. In order to measure the research variables, the Transpersonal Treatment Readiness Questionnaire (TMMS, Salovey et al., 1995), the Short Version Cognitive Regulation of Emotion Questionnaire (CERQ, Garanevsky et al., 2001), and the short form of the Emotion Processing Scale (EPS, Bakker et al. et al., 2007) were used. Research data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multiple regression methods. The results of the research showed that there is a relationship between the clarity, regulation, and processing of emotion with the readiness for treatment (P<0.05), on the other hand, the results of the multiple regression analysis showed that 45% of the readiness for treatment in women was determined by the predictor variables of emotional clarity. emotional regulation and emotional processing are explained. These findings indicate that emotion regulation and emotional management play a very important role in predicting readiness for treatment in women with cancer.

Keywords *Preparation for treatment, emotion processing, emotion regulation, emotional clarity, cancer.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : تیر ۱۴۰۱** | **پذیرش: شهریور ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

مقدمه

بیماری‌های غیرواگیر مانند سرطان،بیماری‌های قلبی عروقی،چاقی،دیابت،دیس لیپیدمی،فشارخون بالا مسئول مرگ تقریبا ۴۱ میلیون نفر در سال در سراسر جهان هستند.این همچنین بدان معنی است که۱۵ میلیون نفر در سنین ۳۰ تا ۶۹ سالگی می میرند که به عنوان مرگ زودرس تعریف می شود (بایراک،۲۰۲۰). با توجه به اینکه اثرات نامطلوب تشخیص و درمان سرطان بر سلامت روان شناخته شده است ، بااین حال کمتر از ۱۰٪ بیماران برای کمک گرفتن به درمانگاه روانشناختی ارجاع داده می شوند (آنوک و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان می دهد عوامل استرس زای روانی اجتماعی مانند افسردگی،اضطراب،وقایع استرس زای زندگی ،فقر و عدم حمایت اجتماعی ممکن است زمینه ساز سرطان باشد (فلر و همکاران،۲۰۱۹). این افراد در برابر شرایط نامساعد و سختی‌ها معمولاً احساس بی پناهی می‌کنند و در بسیاری مواقع نیز سعی می‌کنند، که در برابر خطرها و سختی‌ها تحمل کنند و معمولاً نتایج غیر منتظره‌ای به دست می‌آورند (اپلیبام و همکاران[1]، ۲۰۱۴).

بیماران جسمی مزمن از جمله افراد مبتلا به بیماری سرطان متوجه می‌شوند که آمادگی به درمان، بخش مهم و جدایی ناپذیر از مبارزه با بیماری را شامل می‌گردد (باوسل[2] و همکاران، ۲۰۱۲). آمادگی برای درمان به عنوان تعهدات، دلایل و اهداف بیمار تلقی می‌شوند که به انجام رفتارهای خاص مرتبط با درمان منجر می شود و باعث نگهداری بیمار در درمان و دستیابی به اهداف درمانی می‌گردد (راپ[3] و همکاران، ۲۰۰۷). به عبارتی دیگر، آمادگی برای درمان مفهومی است که به جنبه‌های درونی فرد که معطوف به تغییر، انگیزه، اشتیاق و دنبال کردن پروسه درمانی است، اشاره دارد (بری[4] و همکاران، ۲۰۱۲). بدین معنا، آمادگی به عنوان بخش مرکزی مرحله تغییر[5] قلمداد می‌گردد (کانرز[6] و همکاران، ۲۰۱۳). پروسه مرحله به تغییر (درمان) شامل ۵ مرحله تفکر اولیه[7]، تفکر[8]، آمادگی[9]، عمل[10]و حفظ و نگهداری[11] است (باوسل و همکاران، ۲۰۱۲). افراد در مرحله تفکر اولیه به بیماری خود توجه چندانی ندارند و برای درمان آمادگی ندارند؛ در مرحله تفکر، بیمار نسبت به خطر و پیشرفت بیماری اگاهی پیدا نموده و برای دستیابی به اطلاعات مرتبط با شکل و فرایند بهبود و درمان علاقمند است، با این حال هنوز در این مرحله تعهد بیمار به فرایند درمانی شکل نگرفته است و بیمار در سردرگمی قرار دارد، در مرحله امادگی بیمار آماده حرکت کردن و پذیرش فرایند درمانی است، در مرحله عمل، بیماری با جدیت و قطعیت به استقبال فرایند درمانی موردنظر رفته و در این مسیر تلاش می‌نماید و در مرحله حفظ و نگهداری بیمار علی رغم وجود مشکلات ناشی از پروسه درمانی، تلاش می کند که بدن و ذهن خود را در این مسیر نگاه داشته و این تغییرات را بپذیرد (از طریق نگه‌داشتن آنچه از طریق پروسه درمانی بدست آورده و جلوگیری کردن از برگشتن بیماری به وضع قبلی (کاربونای[12] و همکاران، ۱۹۹۴).

به باور مایستو[13]و همکاران (۲۰۱۱) اگرچه بیماران را می‌توان در مراحل مختلف این پروسه درمانی –مرحله تغییر- قرار داد، با این وجود همه ابعاد بطور کلی نشان دهنده امادگی به درمان هستند. فراتحلیل نارکروس[14] و همکاران (۲۰۱۱) حاکی از آن است که امادگی به درمان تأثیر معناداری بر موفقیت پروسه درمانی نیز دارد. با این وجود بیشتر تحقیقات صورت گرفته درباب آمادگی به درمانی معطوف به مصرف مواد مخدر، الکل و سوء تغذیه بوده است (ویجای[15] و همکاران، ۲۰۱۵). در این میان، محققین بر این باورند که تشخیص مسأله (سرطان) و آمادگی به درمان، تحت تأثیر خصوصیات بیماری نظیر موانع ادراک شده درمان، سن، جنسیت و میل به دریافت کمک،

1 . Applebaum
2 . Boswell
3 . Rapp
4 . Berre
5 . Stage of change (SOC)
6 . Connors
7 . Pre-contemplation
8 . Contemplation
9 . readiness
10 . action
11 .Maintenance
12.Carbonari & Zweben
13 . Maisto
14 . Norcross
15 . Vijay

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

هیجانات (پردازش هیجان، تنظیم هیجان و هوش هیجانی) و شخصیت بیمار مرتبط است (استروف[1] و همکاران، ۲۰۱۶). کوک و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی تاثیر آمادگی به درمان بیماران PTSD را با دو روش درمان (CPTوEBT) بررسی کردند، یافته ها نشان داد که آمادگی بیماران دارای سه مولفه است:ثبات روانشناختی و روانپزشکی، آمادگی عمومی برای تغییر و مهات های خاص برای مدیریت های متمرکز بر ضربه (مثال: تنظیم مهارت بر تحمل پریشانی تاثیر می گذارد)، به علاوه یافته ها حاکی از تاثیر آمادگی به درمان در درمان رفتاری هیجان(EBT) متمرکز بر تروما بر پذیرش و دسترسی به خدمات در برنامه هابود. نتایج پژوهش حیدر و همکاران (۲۰۱۷) در بیماران مبتلا به اختلال سوماتوفرم نشان دادکه آمادگی برای تغییر متغیری است که می تواند برای تمایز بین بیماران، حتی با نقایص اولیه بالا با نمرات کم در مولفه های تفکر اولیه و عمل که نشان دهنده شانس بیشتری برای نتیجه مثبت می باشد، مورد استفاده قراد گیرد. لنتون- بریم و همکاران (۲۰۱۹) طی پژوهشی در بیماران دارای اختلال GAD دریافتند آمادگی اولیه بیشتر برای تغییر با کاهش سریع‌تر نگرانی و شدت علایم پس از درمان همراه بود، همچنین بیمارانی که نگرانی کمتری نسبت به عواقب نامطلوب درمان دارند و CBT دریافت کرده اند، آمادگی بیشتری برای تغییر و درمان دارند. به اعتقاد گاب و همکاران (۲۰۲۰) به نظر می‌رسد برای بیماران تحت مراقبت روانی طولانی مدت پزشکی قانونی،محدودیت درمانی تنها پیش بینی کننده قوی آمادگی برای درمان است.

کاتز و همکاران (۲۰۱۹)دراررزیابی یک برنامه برای درد مزمن و پیش بینی کننده های آمادگی برای تغییر دریافتند که بیماران نمرات کمتری درمراحل تفکر اولیه و تفکرونمرات بالاتر در مراحل عمل و نگهداری آمادگی برای تغییر نشان دادند و هم چنین ترس از درد،آسیب مجدد، تنها پیش بینی کننده درمراحل تفکر اولیه و خودکارآمدی نیز پیش بینی کننده مراحل تفکر،عمل و نگهداری بود.

از جمله متغیرهای روانشناختی مرتبطی که می‌تواند در آمادگی به درمان بیماران نقش داشته باشد وضوح هیجانی می‌باشد. تفاوت‌های فردی در وضوح هیجانی تحت تاثیر سازه‌های کلی‌تری مثل، آگاهی هیجانی، آلکسی تایمی و هوش هیجانی می‌باشد (کافی[2] و همکاران، ۲۰۰۳). بر اساس پژوهش‌های اخیر اختلال در تنظیم هیجانی عامل واسطه‌ای مهمی در بروز علائم تجزیه در بیماران مبتلا به PTSD است (پاور[3] و همکاران، ۲۰۱۵). وضوح هیجانی کمتر در افراد دارای تجربه تروماتیک (اهرینگ و کواک[4]، ۲۰۱۰؛ بودن و همکاران، ۲۰۱۲) و وضوح هیجانی کمتر در بیماران شدید روانی (تاباک[5] و همکاران، (۲۰۱۵) می‌باشد. 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 تاثیر منفی بسیار کم، وضوح عاطفی ارزیابی مجددراپیش‌بینی 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 (کوون و همکاران، ۲۰۲۰).

از دیگر متغیرهای روانشناختی این پژوهش 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[6] و همکاران، ۲۰۱۱). 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.تلاش برای تنظیم هیجان ممکن است تاثیرات منفی سرطان را بر بهزیستی جسمی و روانی بیماران را کاهش دهد (کانلی و همکاران، ۲۰۱۶).

متغیر روانشناختی دیگری که در ارتباط با آمادگی 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

1 . Ostrof
2 . Coffey
3 . Powers
4 . Ehring & Quack
5 . Tabak
6 . Karademas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

علایم 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 مشکالت هیجانی آسیب‌پذیرتر هستند (راپاریا و همکاران، ۲۰۱۶). 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.

افزایش رو به رشد مبتلایان به سرطان، دغدغه ای جدی است که به عنوان معضلی بهداشتی در سطح جهان معرفی شده است. انگیزه نقش مهمی در به رسمیت شناختن نیاز به تغییر، به دنبال درمان و دستیابی به موفقیت و تغییر پایدارداد. آمادگی یک مفهوم عمومی تر از مراحل است. آمادگی به طور معمول، تمایل یا باز بودن برای شرکت در یک فرایند خاص است و یا نشانگر اتخاذ یک رفتار خاص عملگرایانه تر است و دیدگاه متمرکز بر انگیزه به عنوان پیشگویی پیشین می باشد و مطالعات نشان نشان داده که بیماران مبتلا به سرطان از آمادگی کمتری بر درمان برخوردارند و عوامل مختلفی می‌توانند این آمادگی به درمان را بهبود بخشند که وضوح، تنظیم و پردازش هیجانی به عنوان متغیر اساسی مطرح بوده و در پژوهش حاضر بررسی شده و از آنجایی که هیجان و تنظیم و پردازش آن می‌تواند در بهبود و انگیزه بیماران برای درمان مهم باشد؛ لذا به این امر پرداخته شده است و از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی وضوح، تنظیم و پردازش هیجان در پیش‌بینی آمادگی به درمان در زنان مبتلاء به سرطان بود.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی با توجه به ماهیت موضوع از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان در شهر اردبیل در سال ۱۳۹۸ تشکیل می دادند که حدوداً (n=۷۴۰) نفر برآورد شده است. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان بود که به صورت هدفمند در بیمارستان امام خمینی استان اردبیل انتخاب شدند. 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. ملاک های 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 پرسشنامه ها نبودند، در نمونه پژوهش قرار نگرفتند. همچنین ملاک خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه، انصراف از تکمیل و پرسشنامه ها ناقص بود. جهت حفظ اصل رازداری اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها، بدون نام و نشانی از آزمودنی‌ها جمع آوری شد تا هویت آزمودنی ها محفوظ بماند و فقط در اختیار اجرا کنندگان این پژوهش باشد. همچنین جلب اعتماد آزمودنی‌ها و اطمینان آزمودنی‌ها برای مشارکت در پژوهش و آزاد بودن در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها از جمله ملاحظات دیگری بود که در این پژوهش رعایت گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون و از نرم افزار SPSS ۲۱ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس صفت فراخلق[1](TMMS): این مقیاس توسط سالووی و همکاران (۱۹۹۵) طراحی گردید. مقیاس صفت فراخلق یکی از رایج ترین مقیاس‌های خودگزارشی هوش‌هیجانی است و از ۳۰ سؤال و ۳ خرده مقیاس توجه به احساسات، وضوح احساسات و ترمیم احساسات تشکیل می‌شود. این سؤالات با یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند. سالوی و همکاران (۱۹۹۵)، روایی این پرسشنامه با مقیاس هوش هیجانی بررسی کرده و در سطح ۰/۸۶ معنادار به دست آورده و تأیید کردند. همچنین همسانی 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 رمضانی و عبداللهی (۲۰۰۶) در جمعیت دانشجویی مناسب گزارش شده است و روایی صوری آن با نظرخواهی از اساتید روانشناسی بالینی تأیید گردید و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ را یافته‌اند. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

1. Trait Meta-Mood Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[1] (CERQ): این پرسشنامه برمبنای پرسشنامه اصلی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) و توسط گارانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش‌دهی است و دارای ۱۸ ماده می‌باشد. از نه خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس‌های مذکور ۹راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکزمجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند (حسنی،۱۳۸۹). دامنه نمرات پرسشنامه در اندازه‌های پنج درجه‌ای از۱ (هرگز) تا ۵(همیشه) می‌باشد (گارنفسکی و کرایج[2]، ۲۰۰۶). نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان داد که عامل های به دست آمده مورد تأیید است و با توجه به اینکه مقددار شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب و ریشه مجذورات میانگین باقی مانده بین صفر و یک در نوسان هستند؛ لذا دارای برازش مطلوب است. همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد (گارنفسکی و کرایج، 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 نمونه های ایرانی از پایایی روایی 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 در طی دو هفته (از ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) نیز بیانگر پایایی مطلوب مقیاس بود. همچنین در پژوهش کربلایی و همکاران (۱۳۹۹) آلفای کرونباخ برای تنظیم هیجان سازگارانه ۰/۷۶ و برای تنظیم هیجان ناسازگارانه ۰/۷۸ به دست آمد و روایی صوری آن توسط اساتید روانشناسی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس پردازش هیجانی[3] (EPS): مقیاس پردازش هیجانی (باکر و 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 (سه هفته ای) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴- به دست آمده است (p< ۰/۰۱) (باکر و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش لطفی (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۵ محاسبه شد. همچنین در پژوهش ابوالقاسمی واسدی(۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۴ بدست آمد. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه نیز بر اساس نظرخواهی از اساتید روانشناسی بالینی تأیید کردند. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی 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	کجی	کشیدگی
فراخلق	**آمادگی به درمان**	۱۵/۳۲	۳/۵۱	۰/۰۷	-۱/۱۲
	توجه به احساسات	۳۸/۱۲	۷/۰۱	۰/۲۳	-۰/۸۹
	وضوح احساسات	۳۷/۷۲	۶/۷۰	-۰/۱۱	۰/۱۲
	ترمیم احساسات	۳۹/۷۲	۵/۲۹	۰/۱۷	۰/۲۳
	نمره کل	۱۱۵/۵۷	۱۰/۹۳	۰/۱۹	-۰/۱۳

1. Emotional regulation questionnaire
2 . Garnefski & Kraaij
3. Emotional processing scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

	ملامت خویش	۴/۳۰	۲/۹۷	۰/۱۰	-۱/۱۲
	پذیرش	۷/۳۰	۲/۹۸	۰/۱۸	۰/۶۷
	نشخوارگری	۶/۱۵	۲/۲۷	۰/۰۸	-۰/۱۰
	مرکز مجدد مثبت	۶/۵۲	۲/۸۰	۰/۱۹	-۰/۳۹
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۶/۵۵	۲/۶۴	-۰/۲۳	۰/۱۴
تنظیم هیجان	ارزیابی مجدد مثبت	۵/۱۵	۲/۴۹	-۰/۱۹	۰/۱۸
	دیدگاه گیری	۶/۵۰	۲/۵۳	۰/۹۸	-۰/۳۸
	فاجعه‌سازی	۴/۱۷	۲/۳۴	۰/۲۹	-۰/۴۹
	ملامت دیگران	۳/۷۲	۲/۵۵	-۰/۶۸	-۰/۲۹
	نمره کل	۵۰/۳۷	۹/۷۰	-۰/۳۹	۰/۴۹
	سرکوبی هیجانی	۱۳/۹۰	۵/۸۹	-۱/۱۹	۰/۲۳
	هیجانات تنظیم نشده	۱۵/۶۲	۳/۳۲	۰/۷۸	۰/۳۹
	فقرتجربه هیجانی	۱۰/۱۵	۳/۲۳	۰/۳۹	۰/۲۰
پردازش هیجانی	هیجانات غیرپردازش شده	۱۳/۹۵	۴/۰۷	۰/۱۷	-۰/۹۷
	اجتناب هیجانی	۱۷/۷۷	۴/۰۶	۰/۳۸	-۰/۳۹
	نمره کل	۷۶/۳۵	۱۱/۷۰	۰/۱۱	۰/۲۹

جدول ۱میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی پژوهش و مولفه‌های آنها شامل آمادگی به درمان،وضوح هیجان، تنظیم هیجان و پردازش هیجان در زنان مبتلا به سرطان را نشان می‌دهد و نمرات کجی و کشیدگی نشان داد که داده ها نرمال هستند.

ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش و مولفه‌های آنها

متغیر	آمادگی به درمان	تنظیم هیجان	آمادگی به درمان
سرکوبی هیجانی	-۰/۲۰۴**	ملامت خویش	-۰/۰۰۷
هیجانات تنظیم نشده	-۰/۱۰۶	پذیرش	۰/۱۹**
فقر تجربه هیجانی	-۰/۱۹۰**	نشخوارگری	-۰/۴۶**
هیجانالت غیر پردازش شده	-۰/۴۸۲**	تمرکز مجدد مثبت	۰/۲۷**
اجتناب هیجانی	-۰/۰۶۷	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۰/۴۶**
کل پردازش هیجانی	-۰/۳۷**	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۳۷**
توجه به احساسات	-۰/۰۸	دیدگاه گیری	-۰/۱۲
وضوح احساسات	۰/۱۸**	فاجعه سازی	-۰/۳۴**
ترمیم احساسات	۰/۴۴**	ملامت دیگران	-۰/۳۷**
کل فراخلق	۰/۲۶۸**	کل تنظیم هیجانی	-۰/۸۲

جدول (۲) همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش و مولفه‌های آنها شامل: آمادگی به درمان، وضوح هیجان، تنظیم هیجان و پردازش هیجان در زنان مبتلا به سرطان را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که هیجانات تنظیم نشده هیجانات غیرپردازش شده و نمره کل پردازش هیجانی و وضوح هیجانات و ترمیم احساسات با آمادگی به درمان رابطه معناداری دارند.

پیش از تحلیل داده‌ها ابتدا پیش‌فرض های بهنجاری چندمتغیری، خطی بودن، هم خطی چندگانه و استقلال خطاها آزمون شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کجی و کشیدگی استفاده شد و با توجه به اینکه بین -۲ و ۲ بودند فرض نرمال بودن داده ها تأیید شد. همچنین جهت بررسی نرمال بودن چندمتغیری داده‌ها از آزمون کالموگروف- اسمیرنوف استفاده شد و نتایج نشان داد توزیع داده ها

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

نرمال است (P<۰/۰۱). جهت بررسی هم خطی چندگانه، از آماری تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد آماره تورم واریانس کمتر از ۱۰ و آماره تحمل بیشتر از ۰/۴۰ است؛ بنابراین مفروضه عدم هم خطی چندگانه نیز رعایت شده است. همچنین برای آزمون استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد و مقدار بین آن ۱/۸۹ به دست آمد که در محدوده بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشت و این مفروضه نیز رعایت شده بود. بنابراین با توجه به اینکه پیش فرض‌ها رعایت شده بودند، تحلیل رگرسیون انجام گرفت.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش بینی آمادگی به درمان براساس مولفه های وضوح هیجان و تنظیم هیجان.

مدل	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد		T	سطح معناداری
	B	S. E	Beta		
مقدار ثابت(Constant	-۲/۱۳	۲/۴۶	-	-/۸۶	**۰/۳۸**
توجه به احساسات	۰/۴۵	۰/۳۶	-۰/۰۸	-۱/۲۶	**۰/۲۰**
وضوح احساسات	۰/۱۱	۰/۰۳	۰/۲۰	۲/۹۵	**۰/۰۰۴**
ترمیم احساسات	۰/۳۳	۰/۰۴	۰/۵۰	۸/۱۵	**۰/۰۰۱**
	P < ۰/۰۵	**RS=۰/۲۹**		**۷۶۰F= /۲۶**	
مقدار ثابت(Constant	۱۶/۱۶	۱/۲۱	-	۱۳/۳۴	**۰/۰۰۱**
ملامت خویش	-۰/۰۰۸	۰/۰۸۴	-۰/۰۰۷	-۰/۰۹۸	**۰/۹۲۲**
پذیرش	-۰/۲۴۹	۰/۰۸۷	-۰/۲۱۱	-۲/۸۶۱	**۰/۰۰۵**
نشخوارگری	-۰/۷۰۱	۰/۱۰۰	-۰/۴۵۳	-۶/۹۹۲	**۰/۰۰۱**
تمرکز مجدد مثبت	۰/۲۳۳	۰/۰۸۳	۰/۱۸۶	۲/۸۰۹	**۰/۰۰۵**
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۰/۴۷۶	۰/۰۹۱	۰/۳۵۷	۵/۲۰۱	**۰/۰۰۱**
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۲۶۷	۰/۱۰۲	۰/۱۸۹	۲/۶۱۳	**۰/۰۱۰**
دیدگاه گیری	-۰/۲۰۶	۰/۰۸۳	-۰/۱۴۸	-۲/۴۸۳	**۰/۰۱۴**
فاجعه سازی	۰/۲۴۴	۰/۱۲۶	۰/۱۶۳	۱/۹۴۵	**۰/۰۵۳**
ملامت دیگران	-۰/۳۵۹	۰/۰۹۱	-۰/۲۶۱	-۳/۹۴۴	**۰/۰۰۱**
	P < ۰/۰۵	**RS=۰/۴۵**	**F=۲۹۱/۱۷**		

همانطورکه درجدول ۳ مشاهده می‌شود، در مولفه‌های وضوح هیجان میزان F مشاهده شده معنادار است (p<۰/۰۰۱). و ۲۹ درصد از آمادگی به درمان توسط مولفه‌های وضوح هیجانی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، توجه به احساسات (β=-۰/۰۸۹)، وضوح احساسات(β=۰/۲۰۹)، ترمیم احساسات(β=۰/۵۰۴) می‌توانند تغییرات مربوط به امید به درمان را به صورت معناداری پیش‌بینی کند. و در مولفه‌های تنظیم هیجان میزان F مشاهده شده معنادار است(p<۰/۰۰۱). و ۴۵ درصد از آمادگی به درمان توسط مولفه‌های تنظیم هیجان تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا ملامت خویش، (β=-۰/۰۰۷)، پذیرش (β=-۰/۲۱۱)، نشخوارگری (β=-۰/۴۵۳)، تمرکز مجدد مثبت (β=۰/۱۸۶)، تمرکزمجدد بر برنامه‌ریزی (β=۰/۳۵۷)، ارزیابی مجدد مثبت(β=-۰/۱۸۹)، دیدگاه‌گیری (β=-۰/۱۴۸)، فاجعه‌سازی (β=۰/۱۶۳)، ملامت دیگران (β=-۰/۲۶۱) می‌توانند تغییرات مربوط به آمادگی به درمان را به صورت معناداری پیش‌بینی کند.

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

مدل	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد		T	سطح معناداری
	B	S. E	Beta		
مقدار ثابت(Constant)	۲۰/۶۷	۱/۶۰	-	۱۲/۸۴	**۰/۰۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

سرکوبی هیجانی	-۰/۱۲	۰/۰۴	-۰/۲۰	-۲/۹۳	**۰/۰۰۴**
هیجانات تنظیم نشده	-۰/۰۹	۰/۰۷	-۰/۰۸	-۱/۲۷	**۰/۲۰**
فقر تجربه هیجانی	-۰/۱۶	۰/۰۷	-۰/۱۵	-۲/۱۸	**۰/۰۳**
هیجانات غیر پردازش شده	-۰/۴۲	۰/۰۶	-۰/۴۹	-۶/۸۸	**۰/۰۰۱**
اجتناب هیجانی	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۶۳	**۰/۵۲**
	P <۰/۰۵	**RS=۰/۲۵**	**F=-۳۱/۱۳**		
مقدار ثابت(Constant	۲۱/۵۱	۴/۳۱	-	۴/۹۰	**۰/۰۰۱**
وضوح هیجان	۰/۳۴	۰/۲۶	۰/۱۰	۱/۱۳	**۰/۱۸**
تنظیم هیجان	-۰/۰۴	۰/۰۲	-۰/۱۲	۱/۸۹	**۰/۰۵**
پردازش هیجان	-۰/۱۱	۰/۰۲	-۰/۳۷	-۵/۷۲	**۰/۰۰۱**
	P <۰/۰۵	**RS=۰/۱۶**	**F=۱۲/۹۰**		

نتایج جدول۴ نشـان می‌دهد که میزان F مشـاهده شـده معنادار اسـت (p< ۰/۰۰۱). و ۲۵ درصـد از آمادگی به درمان توسـط مولفه‌های پردازش هیجان تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا سرکوبی هیجانی(β=-۰/۲۰۴)، هیجانات تنظیم نشده (β=-۰/۰۸۹)، فقر تجربه هیجانی(β=-۰/۱۵۵)، هیجانات غیر پردازش شـده (β=-۰/۴۹۱)، اجتناب هیجانی(β=۰/۰۴۲) می‌توانند تغییرات مربوط به آمادگی به درمان را به صورت معناداری پیش‌بینی کند. هم چنین برای تعیین نقش پردازش، تنظیم و وضوح هیجانی به عنوان متغیر پیش بین و آمادگی به درمان به عنوان متغیر ملاک در زنان مبتلا به سـرطان در معادله رگرسـیون تحلیل شـدند. نتایج نشـان داد میزان F مشـاهده شـده معنادار اسـت(p<۰/۰۰۱). و ۰/۱۶ درصـد از آمادگی به درمان توسـط پردازش، تنظیم و وضـوح هیجانی تبیین می‌شـود. با توجه به مقادیر بتا پردازش هیجان (β=-۰/۳۷۷)، تنظیم هیجان(β=-۰/۱۲۵)، وضـــوح هیجان(β=۰/۱۰۶) می‌توانند تغییرات مربوط به آمادگی به درمان را به صورت معناداری پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی آمادگی به درمان در زنان مبتلا به سرطان براساس وضوح، تنظیم و پردازش هیجان بود. نتایج به دست آمده نشان داد که وضوح هیجانی و مولفه های آن می‌توانند آمادگی به درمان زنان مبتلا به سرطان را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. نتایج به دست آمده با یافته های پژوهش فلین و رودولف[1](۲۰۱۴)، ویانا و همکاران (۲۰۱۸) و آردنت[2] و همکاران (۲۰۱۸) همسویی داشت. در تبیین این نتیجه قابل بیان است که آمادگی برای درمان به عنوان تعهدات، دلایل و اهداف بیمار تلقی می‌شوند که به انجام رفتارهای خاص مرتبط با درمان منجر می شود و باعث نگهداری بیمار در درمان و دستیابی به اهداف درمانی می‌گردد (راپ و همکاران، ۲۰۰۷). در این راستا نقش عواطف به سبب تاثیری که بر کارکردهای عاطفی/روانی فرد دارد، بسیار مهم است؛ به طوری که وجود وضوح عاطفی به افراد کمک می‌کند تا واکنش‌های منفی را نسبت به تجارب مزاحم تنظیم کنند، و در نتیجه، فرد بهتر می تواند ادراکات معنایی مثبت را در زمینه افکار تهدیدآمیز موجود (که موجب عدم درمان موفقیت آمیز می‌گردد) را حفظ کنند (ابیتا و همکاران، ۲۰۱۵). افزون براین قابل بیان است که وجود خلق و خوی و عواطف منفی همواره یکی از موانع تبعیت و آمادگی درمانی در بیماران محسوب می‌گردد (کاتز و همکاران، ۲۰۱۹)، براین اساس وضوح عاطفی پایین به سبب تاثیری که بر افزایش علائم درونی منفی (بی‌قراری، اضطراب اجتماعی، پانیک و تهاجم آسیب‌زا) (پارک و نارون- گین،۲۰۲۰) در فرد دارد، می تواند مانعی برای فرد در گرایش به درمان شود؛ در مقابل وضوح عاطفی بالا، زمینه بروز عواطف مثبت مانند شادی، امید در نتیجه افزایش گرایش بیشتر به زندگی و به تبع آن اشتیاق و آمادگی بیشتر به درمان را در فرد به همراه خواهد داشت. به طوری که در این راستا آردنت و همکاران (۲۰۱۸) بیان کرده‌اند افرادی که وضوح هیجانی بالایی دارند،

1. Flynn & Rudolph
2. Arndt

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

بهتر می‌توانند نوع عواطف خود را درک کرده و بنابراین از عاطفه مثبت به منظور استفاده بیشتر از راهبردهای سازگارانه در زندگی کمک بگیرند.

همچنین نتایج نشان داد که تنظیم هیجانی و مولفه‌های آن می‌توانند آمادگی به درمان زنان مبتلا به سرطان را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش استروف و همکاران (۲۰۱۶)، وطنی و باقری (۱۳۹۴)، گیموند و همکاران (۲۰۱۹) و قندهاری و همکاران (۲۰۲۰) همپوشانی داشت. در تبیین این یافته قابل بیان است که آمادگی برای درمان مفهومی است که به جنبه‌های درونی فرد که معطوف به تغییر، انگیزه، اشتیاق و دنبال کردن پروسه درمانی است، اشاره دارد (بری و همکاران، ۲۰۱۲) و با هیجانات فرد ارتباط معناداری دارد. چنانچه استروف و همکاران (۲۰۱۶) نشان داده اند که بین درمان موفقعیت آمیز با هیجانات بیماران همبستگی معناداری وجود دارد. براین اساس گرایش به درمان و داشتن آمادگی که می‌تواند زمینه ساز بهبودی برای فرد باشد، با راهبردهای هیجانی که فرد در پیش گرفته است، مرتبط است. چنانچه این پژوهش نیز نشان داد که بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان مانند نشخوارذهنی، فاجعه سازی، ملامت دیگران و سایر راهبردهای منفی تنظیم هیجان با آمادگی به درمان همبستگی منفی و معناداری وجود داشت. در واقع زمانی که بیماران مبتلا به سرطان از راهبردهای منفی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند، به سبب این راهبردهای منفی، دیدی منفی به درمان و حتی امید کمتری به درمان دارند، که همین عامل موجب عدم آمادگی آنان به درمان می‌شود. در این خصوص امیری و همکاران (۲۰۱۷) بیان کردند که استراتژی‌های منفی تنظیم هیجانات می‌توانند با ویژگی‌های شخصیتی که بر واکنش‌های فیزیولوژیکی تأثیر می‌گذارد، ارتباط برقرار کرده و در روند درمانی فرد تاثیر گذارد. همچنین مطالعه شوروزر[1] و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان داد بیماران مبتلا به سرطان از راهکارهای ناسازگارانه نظیر نشخوارگری و فاجعه سازی بیشتر استفاده می‌کنند و در نتیجه متحمل افسردگی و عواطف منفی بیشتری می‌شوند، که این عامل آمادگی آنان به درمان را کمتر می‌کند.

در مقابل بیمارانی که راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه، مثل ارزیابی مجدد شناختی، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی انتخاب می کنند، در مدیریت هیجانشان موفقتر عملکرده و از سلامت روانی و امیدواری بیشتری برخوردارند (کانگ و شاور[2]، ۲۰۰۴؛ کاشدانن[3] و همکاران، ۲۰۱۰)، که این عامل می‌تواند موجب افزایش آمادگی به درمان آنان شود. چرا که بیمارانی که بیشتر قادر به فکر کردن درباره موضوعات خوشایند باشند (به جای فکر کردن در مورد تجربه سرطان) و به طور مداوم احساسات و افکار منفی مرتبط با تجربه سرطان را در ذهن نمی‌آورند (شوروزر و همکاران، ۲۰۰۸)، لذا امید و آمادگی بیشتری به درمان پیدا می‌کنند. چنانچه در این خصوص یان[4] و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه ای نشان دادند که استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان زمینه ساز کاهش ابتلا به بیماری جسمانی (ویروس) بود.

بخش دیگر نتایج نشان داد که پردازش هیجانی و مولفه‌های آن می‌توانند آمادگی به درمان زنان مبتلا به سرطان را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعه پینهیرو و همکاران (۲۰۱۸)، مازوکا[5] و همکاران (۲۰۲۰)، ترافریس و پوتورا[6] (۲۰۲۰) و پینهیرو و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر تاثیر پردازش هیجانی بر موفقیت درمانی در بیماران همپوشانی داشت. در تبیین این یافته قابل بیان است که پردازش هیجان یک فرایند پیچیده است که به توانایی افراد در نظارت، ارزیابی و تغییر یک پاسخ هیجانی، برای دستیابی به نیازها و اهداف اشاره دارد (وو و همکاران، ۲۰۱۶) و آمادگی برای درمان نیز به عنوان تعهدات، دلایل و اهداف بیمار تلقی می‌شوند که به انجام رفتارهای خاص مرتبط با درمان منجر می‌گردد (راپ و همکاران، ۲۰۰۷)؛ براین اساس پردازش هیجانی موجب می‌شود که بیماران سرطانی برنامه‌های منسجمی به منظور دستیابی به اهداف خود تدارک ببینند؛ بنابراین وجود پردازش هیجانی، می‌تواند بیماران مبتلا به سرطان را در رسیدن به تعهدات، دلایل و اهداف درمانی (گرایش به درمان) یاری کند. چنانچه در این خصوص مازوکا، مازیرو وکاریرو (۲۰۲۰) بیان کردند که میزان شدت هیجانی افراد سرطانی تاثیر مستقیمی بر تصمصم گیری برای اقدام به درمان داشت. گزارش مشابهی نیز در مطالعه ترافریس و پوتورا (۲۰۲۰) ارائه شده است. افزون براین، پردازش هیجانی از این منظر نیز می تواند بیماران سرطانی را در سوق دادن به درمان یاری کند، که موجب می شود فرد عواطف منفی خود که را مانعی برای گرایش به درمان هست، را کاهش دهد.

1. Schroevers
2. Kang & Shaver
3. Kashdan
4. Yan
5. Mazzocco
6. Treffers & Putora

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

چنانچه در این خصوص پینهیرو و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که افزایش سطح پردازش هیجانی با کاهش احساسات ناسازگار، زمینه ساز گرایش به درمان در بیماران بود.

با توجه به اهمیت متغیرهای وضوح هیجانی، تنظیم هیجانی و پردازش هیجانی در آسیب‌شناسی و درمان اختلالات ناشی از مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا از جمله بیماریهای مزمن 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.

در پژوهش حاضر نوع سرطان کنترل نشده است و جمع‌آوری اطلاعات براساس 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. از سویی با توجه به روش نمونه‌گیری هدفمند از لحاظ روش شناختی با محدودیت مواجه است. نابراین پیشنهاد میگردد در تحقیقات اینده از روش نمونه گیری تصادفی استفاده گرد و پیشنهاد می‌گردد پژوهشی مشابه در سایر نقاط کشور نیز انجام شود.

منابع

ابوالقاسمی، ع.؛ و اسدی، س. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی بر پردازش هیجان در پرستاران مضطرب. *نشریه آموزش پرستاری*، ۵(۳): ۱۷-۲۴. http://ijn.iums.ac.ir/article-1-2342-fa.html

بالجانی، ا.، عظیم پور، ا.، بابالو، ط.، رحیمی، ژ و چراغی، ر. (۱۳۹۶). تاثیر مشاوره بر امید بیماران مبتلا به سرطان. *مجله پرستاری و مامایی*. ۱۵(۹): ۶۹۶-۷۰۳. http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3240-fa.html

بشارت، م. و بزازیان، س. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، پیاپی ۸۴: ۶۱-۷۰. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=258750

حسنی، ج. (۱۳۸۹). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۲(۳): ۷۳-۸۳. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2031.html

عارف پور، ا.، شجاعی، ف.، حاتمی، م. و مهدوی، ه. (۱۳۳۸). پیش‌بینی تاب‌آوری براساس تنظیم شناختی هیجان و احساس گناه در زنان دچار سرطان پستان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، (۴ پیاپی ۱۲)۱۳: ۱۲۱-۱۱۳. https://www.sid.ir/FileServer/JF/30313985201

کربلایی، ف.؛ حسنی، ج.؛ و نوری قاسم آبادی، ر. (۱۳۹۹). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افسردگی در دختران دارای روابط عاطفی: نقش میانجی مشکلات بین فردی. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۱(۲): ۱-۲۹۱. https://japr.ut.ac.ir/article_77348.html

لطفی، ص. (۱۳۸۹). *بررسی مقدماتی مقیاس های پردازش هیجانی و قضاوت اجتماعی در دانشجویان*. پایانامهٔ کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.

وطنی، ه. و باقری، ن. (۱۳۹۴). *مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به سرطان و زنان مبتلا به ام‌اس*. کنفرانس سالانه رویکردهای نوین پژوهشی در علوم انسانی،تهران. https://civilica.com/doc/455563/

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. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s11031-015-9500-3

Amiri, S., Isazadegan, A., Yaghobi, 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. https://psycnet.apa.org/doi/10.29252/nirp.ijpcp.23.2.148

Anuk,D,. Özkan,M,. Kizir,A & Özkan,S.(2019).The characteristics and risk factors for common psychiatric disorders in patients with cancer seeking help for mental health. *BMC Psychiatry*,*19*:269. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2251-z

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. https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/02699931.2017.1322039

Bayrak,E.(2020).Personalized Risk Assessments in Noncommunicable Diseases and Cancer Screening. Sağlık ve Toplum;30 (2) 29-45. https://doi.org/10.1159/000511620

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. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.007

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

Feller,L,. Khammissa,R.A.G,. Ballyram,R,. Chandran,R,. & Lemmer,J.(2019).Chronic Psychosocial Stress in Relation to Cancer. *Middle East Journal of Cancer; 10*(1): 1-8. https://mejc.sums.ac.ir/article_44680.html

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. https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/02699930302304

Cook,J.M,. Simiola,V,. Hamblen,J.L,. Bernardy,N & Schnurr,P.P.(2017).The Influence of Patient Readiness on Implementation of Evidence-Based PTSD Treatments in VA Residential Programs. Psychol Trauma, 9(Suppl 1): 51–58. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5192004/

Czamanski-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. https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1590491

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. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.04.005

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. https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004

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. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5603297/

Gaab ,S,. Brazil , I . A,. Vries , M . G de & Bulten, B H.(2020).The Relationship Between Treatment Alliance, Social Climate, and Treatment Readiness in Long-Term Forensic Psychiatric Care: An Explorative Study. J Offender Ther Comp Criminol ;64(9):1013-1026. https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0306624X19899609

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. https://tripll.org/the-relationship-between-the-pain-experience-and-emotion-regulation-in-older-adults/

Guimond, A.J., Lvers, H. & Savard, J. (2019*).* Is emotion regulation associated with cancer-related psychological symptoms*?*. *Psychol & Health*, 34(1): 44-63. https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1514462

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. https://doi.org/10.4103/0973-1075.156500

Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 32(6): 41-1431. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01619.x

Heider,J,.Köck,k,.Sehlbrede,M & Schröder,A.(2017).Readiness to change as a moderator of therapy outcome in patients with somatoform disorders.Journal Psychotherapy Research, Volume 28, 2018 - Issue 5: 722-733. https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1265686

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. https://doi.org/10.1177/1359105310392093

Katz,L,.Patterson,L & Zacharias,R,.(2019).Evaluation of an interdisciplinary chronic pain program and predictors of readiness for change. Canadian Journal of Pain: Volume 3, Issue 1: 70-78. https://doi.org/10.1080/24740527.2019.1582296

Kwon, H.R., Eoh, Y. and Park, S.H. (2020). *The Mediating Role of Catastrophizing in the Relationship between Emotional Clarity and Posttraumatic Stress Symptos among Earthquake Survivors in Korea: A Cross-Sectional Study.* Front. Psychol. doi:10.3389/fpsyg.2020.542752. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01114/full

Lenton-Brym, A. P,. Stewart, K. E,. Coyne, A. E,. Westra, H.A,. Constantino, M. J & Antony, M.M. (2019).Can Self-Report Measures of Readiness for Change and Treatment Ambivalence Predict Outcomes in Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder? Journal of Cognitive Psychotherapy: Vol 33, Issue 4, DOI: 10.1891/0889-8391.33.4.301. https://doi.org/10.1891/0889-8391.33.4.301

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.

Mcrae, K. and Gross, J.J. (2020). Emotion Regulation. *American Psychological Association*, 20(1): 1–9. https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-03346-001.html

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. https://doi.org/10.1007/s10880-019-09606-6

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. https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1621803

Pinheiro, 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. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1781951

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. https://doi.org/10.1037/pst0000190

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]

Powers, A., Cross, D., Fani, N. and Bradly, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research*, 61: 174-179. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.12.011

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. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.019

Salovey, P., Mayer, JD., Goldman, SL., Turvey, C. and Palfai, TP. (1995). *Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligenceusing the Trait Meta- Mood Scale*. In Pennebaker JW. (Ed.), Emotion, disclosure, & Health. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association. 125-254. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10182-006

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. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339495/

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. https://doi.org/10.1007/s10578-017-0736-x

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. https://www.nature.com/articles/srep23112

Yan, L. Yiqun G. Xu D. Hongxia D. (2021). The relationship between perceived stress and emotional distress during the COVID-19 outbreak: Effects of boredom proneness and coping style. *Journal of Anxiety Disorders*, *77*, 102-108.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4]