رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۰۷، اردیبهشت ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(2), 2025

پیش‌بینی تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بر اساس ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد

Prediction of emotional regulation in breast cancer patients based on mentalization, perception of social support and pain management

پیام بابایی
کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.
فاطمه صادقی (نویسنده مسئول)
دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

Payam Babaei
Master's degree, Clinical psychology, Islamic Azad University, Tehran central branch, Tehran, Iran.
Fatemeh Sadeghi *
PhD of psychology, Islamic Azad University, Tehran central branch, Tehran, Iran.
drsadeghi.fateme@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بر اساس ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد صورت گرفت. روش پژوهش توصیفی–همبستگی بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان در سال ۱۴۰۱ شهر تهران بود. حجم نمونه ۱۵۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ذهنی‌سازی (RFQ) فوناگی و همکاران (۱۹۹۸)، پرسشنامه راهبردهای مدیریت درد (PMSS) روزنشتایل و کیف (۱۹۸۳)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) زیمت و همکاران (۱۹۸۸) و فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-short) گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) بود. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه نشان داد که تفسیر مجدد درد (P=۰/۰۳ و β=۰/۱۹)، گفتگو با خود (P=۰/۰۳ و β=۰/۱۷)، اطمینان (P=۰/۰۰۱ و β=۰/۳۵) و حمایت اجتماعی دیگران (P=۰/۰۵ و β=۰/۱۵) پیش‌بینی کننده معنادار تنظیم مثبت هیجان و توجه برگردانی (P=۰/۰۰۱ و β=۰/۱۹)، فاجعه‌آفرینی (P=۰/۰۰۹ و β=۰/۱۹) و حمایت اجتماعی دیگران (P=۰/۰۲ و β=-۰/۱۷) پیش‌بینی کننده معنادار تنظیم منفی هیجان بودند. همچنین نتایج نشان داد که متغیرهای پیش‌بین به ترتیب قادر به پیش‌بینی ۰/۲۴ و ۰/۳۴ از واریانس تنظیم مثبت و منفی هیجان بودند. نتیجه پژوهش حاضر نشان می‌دهد که توجه به ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد توسط روان‌شناسان می‌تواند به تبیین تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک نماید.

واژه‌های کلیدی: *ذهنی‌سازی، تنظیم هیجانی، مدیریت درد، ادراک حمایت اجتماعی، سرطان پستان.*

Abstract

The present study was conducted with the aim of predicting emotional regulation in breast cancer patients based on mentalization, perception of social support, and pain management. The research method was descriptive-correlation. The statistical population included women with breast cancer in Tehran in 2023. The sample size was 150 people who were selected available sampling method. The research tools include Mentalization Questionnaire (RFQ) Fonagy et al. (1998), Pain Management Strategies Questionnaire (PMSS) Rosenstein and Keef (1983), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Zimmet et al. (1988), and short form Cognitive Regulation of Emotion questionnaire (CERQ-short) Garnofsky and Kraij (2006). The results of the multiple regression test showed that pain reinterpretation (P=0.03 and β=0.19), self-talk (P=0.03 and β=0.17), certainty (P=0.001 and β=0.35) β=0) and social support from others (P=0.05 and β=0.15) significant predictors of positive emotion regulation and return attention (P=0.001 and β=0.19), catastrophizing (P=009 and β=0.19) and social support of others (P=0.02 and β=-0.17) were significant predictors of negative emotion regulation. Also, the results showed that the predictor variables were able to predict 0.24 and 0.34 of the variance of positive and negative emotional regulation, respectively. The result of the present study shows that attention to mentalization, perception of social support, and pain management by psychologists can help to explain emotional regulation in breast cancer patients.

Keywords: *Mentalization, Emotional Regulation, Pain Management, Perception of Social Support, Breast Cancer.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** شهریور ۱۴۰۳ | **پذیرش:** مهر ۱۴۰۳ | **ویرایش نهایی:** اردیبهشت ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

مقدمه

سرطان سینه، سرطانی است که از بافت پستان ایجاد می‌شود. علائم سرطان سینه ممکن است شامل یک توده در سینه، تغییر شکل سینه، فرورفتگی پوست، دفع شیر و خروج مایع از نوک پستان باشد (اوبیگو و اوبیگو[1]، ۲۰۲۴). با وجود نبود آمار دقیق، اما به نظر می‌رسد که بروز سرطان پستان در ایران در سال‌های اخیر روند افزایشی داشته است (حقیقت و همکاران، ۱۴۰۱). پریشانی هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان یک پیامد مهم است. با این حال، تجربه عاطفی با تولید هیجان‌ها آغاز و پایان نمی‌یابد. تلاش برای تنظیم هیجان‌ها ممکن است اثرات منفی بالقوه آنها را بر بهزیستی جسمی و روانی کاهش دهد (رودریگوئز و کروس[2]، ۲۰۲۳). نشان داده شده که سرکوب هیجانی با افزایش سطح پریشانی روانی در میان بازماندگان سرطان رابطه دارد (بازیلیانسکی و کوهن[3]، ۲۰۲۱). تنظیم هیجانی به عنوان یک سری فرآیندهای درونی و بیرونی، خودآگاه و ناخودآگاه، ارادی و غیرارادی درک می‌شود که مسئول ارزیابی و اصلاح پاسخ‌های هیجانی در فرآیندهای اجزای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری خود است (رودریگوئز و کروس، ۲۰۲۳). تنظیم شناختی هیجان منفی بر جنبه‌های منفی یک موقعیت، افزایش نگرانی‌ها و به حداقل رساندن جنبه‌های مثبت اشاره دارد. در مقابل تنظیم شناختی هیجان مثبت بر جنبه‌های مثبت یک موقعیت، کاهش نگرانی و افزایش جنبه‌های مثبت یک رویداد متمرکز است (گارنفسکی و کرایج[4]، ۲۰۰۷). تنظیم هیجانی در بیماران با سرطان پستان می‌تواند با کاهش علائم روان‌شناختی مانند ضطراب، افسردگی، ترس از عود سرطان، بی خوابی، خستگی و اختلالات شناختی همراه باشد (سو[5] و همکاران، ۲۰۲۴). با توجه به اینکه تنظیم یک متغیر مهم برای غربالگری بیماران مبتلا به سرطان در معرض خطر پریشانی روان‌شناختی است، بنابراین بر اهمیت متغیرهای مرتبط و تبیین کننده آن تاکید شده است (ایواکاب[6] و همکاران، ۲۰۲۳). ذهنی‌سازی به عنوان یک دیدگاه روان پویشی معاصر که ریشه در تئوری دلبستگی و ذهنیت دارد، برای مفهوم سازی و درمان بیماران مبتلا به دردهای بدنی، ارائه شده است (لایتن[7] و همکاران، ۲۰۲۰).

ذهنی‌سازی به معنای توانایی تصور وضعیت روانی خود و دیگران است؛ وضعیت روانی افکار، احساسات، تمایلات، آرزوها، اهداف و مقاصد فرد را شامل می‌گردد (گرگلی[8] و همکاران،۲۰۲۱). به نظر می‌رسد ناتوانی در ذهنی‌سازی با کاهش توانایی در مواجهه با استرس و منابع آن منجر به افزایش تجربه درد می‌گردد (لایتن و همکاران، ۲۰۲۰). نشان داده شده که توانایی ذهنی‌سازی همراه با بهبود تنظیم هیجان‌ها و همچنین تقویت خود همراه است (بریدکریستینسن[9] و همکاران، ۲۰۲۴). اگرچه رابطه میان ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار نگرفته است، با این حال در یک نمونه غیره بالینی از بزرگسالان نشان داده شده میان این دو متغیر رابطه وجود دارد (شوارتز[10] و همکاران، ۲۰۲۱). به طور مشابه در یک نمونه از نوجوانان نشان داده شده که بین ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان رابطه وجود دارد (گامبین[11] و همکاران، ۲۰۲۱).

از طرفی، درد یک علامت رایج در میان بیماران مبتلا به سرطان است. ارزیابی و مدیریت کافی درد برای بهبود کیفیت زندگی و سلامت در این جمعیت بسیار مهم است (لیو[12] و همکاران، ۲۰۲۳). درد مرتبط با سرطان پیامد جدی و ترسناک این بیماری است، چرا که مواد افیونی به عنوان پایه اصلی درمان درد ناشی از سرطان، همراه با عوارض جانبی و عوارض مصرف مواد افیونی مانند اضطراب، افسردگی و تشدید درد در بلندمدت است (اسنیجدرس[13] و همکاران، ۲۰۲۳). مدیریت درد بیانگر نقش عاطفه مثبت و عوامل سازگاری مثبت مانند فعالیت فزیکی، مصرف داروها و برنامه غذایی سالم در مدیریت درد است (مولیناری[14] و همکاران، ۲۰۱۸). مدیریت درد برای بیماران مبتلا به سرطان نیاز به ارزیابی انتقادی درد و ارزیابی روانشناختی دارد. در حدود ۸۵ تا ۹۰ درصد از بیماران، درد به وسیله داروها مدیدیت می‌گردد (نیجس[15] و همکاران، ۲۰۲۳). در یک نمونه از بیماران مبتلا به دردهای مزمن نشان داده شده که مدیریت درد منجر به تنظیم

1 Obeagu & Obeagu
2 Rodriguez & Kross
3 Baziliansky & Cohen
4 Garnefski & Kraaij
5 Su
6 Iwakabe
7 Luyten
8 Gergely
9 Bryde Christensen
10 Schwarzer
11 Gambin
12 Liu
13 Snijders
14 Molinari
15 Nijs

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

مثبت هیجانی می‌گردد (گلابی و همکاران، ۱۳۹۵). به طور مشابه در یک نمونه از بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن نشان داده شده که اهبرد ارزیابی مجدد هیجان به طور معناداری با شدت درد رابطه منفی و با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد و راهبرد سرکوب هیجان به طور معناداری با شدت درد رابطه مثبت و با کیفیت زندگی رابطه منفی دارد (عربی و باقری، ۱۳۹۶).

برخی از مطالعات گزارش کردند که حمایت اجتماعی از بیماران مبتلا به سرطان پستان با بهبود سلامتی مرتبط است (ووندیماگگنهو[1] و همکاران، ۲۰۱۹). ادراک حمایت اجتماعی، بیانگر ادراک دریافت حمایت‌های مادی و غیرمادی از جانب دیگران در مواقع استرسزای زندگی است (مک‌لین[2] و همکاران، ۲۰۲۳). حمایت اجتماعی یک منبع حیاتی و در عین حال کم استفاده در هنگام مراقبت از سرطان است. با این حال عدم وجود حمایت اجتماعی دو پیامد منفی اساسی را بدنبال دارد؛ زمانی که بیماران در جستجوی اطلاعات، کمک مادی و حمایت عاطفی از خانواده و دوستان خود هستند ناکام می‌مانند، یا خانواده و دوستان نمی‌توانند نیازها و ترجیحات فردی بیماران را برآورده کنند (اسکیل[3] و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و کاهش قابل توجه سطح هیجان‌های منفی دارد. در نمونه‌ای از نوجوانان نیز نشان داده شده که حمایت اجتماعی با تنظیم هیجان رابطه دارد (شاه‌محمدی و مختاری، ۱۳۹۷). علاوه بر این در نمونه‌ای از بزرگسالان متأهل نیز نشان داده شده که ادراک حمایت اجتماعی با تنظیم هیجان رابطه دارد (تویاری و همکاران، ۱۳۹۹).

در مجموع و با توجه به آنچه که گفته شد، به نظر می‌رسد تنظیم هیجان در سازگاری و فرآیند درمان سرطان پستان نقش انکار ناپذیری دارد، چرا که این بیماری با آشفتگی و پریشانی هیجانی بالایی همراه است. تنظیم هیجان تا آنجا اهمیت دارد که حتی می‌تواند مانع از عود بیماری سرطان گردد. بر همین اساس شناسایی متغیرهای مرتبط و تبیین کننده آن می‌توانند دانش لازم جهت تهیه مداخله‌ها و آموزش‌های لازم جهت ارتقا تنظیم هیجان را برای متخصصان سلامت و روان‌شناسان فرآهم آورد. با توجه به اینکه متغیرهای مختلفی بر فرآیند بهبودی و درمان سرطان پستان نقش دارد، بنابراین ضروری است که به نقش عوامل مختلف در تنظیم هیجان این بیماران توجه گردد. در همین راستا و در جهت رفع این خلاء پژوهشی موجود، هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بر اساس ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد بود.

روش

روش پژوهش توصیفی_همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان در سال ۱۴۰۱ شهر تهران بود. حجم نمونه با توجه به فرمول پیشنهادی تاباچینگ[4] و همکاران (۲۰۰۷) برای پژوهش‌های همبستگی مبنی بر ۸ برابر تعداد متغیرهای پیش بین بعلاوه ۵۰ (حجم نمونه = m+۵۰ (تعداد متغیرهای پیش بین= ۱۱) × ۸) ۱۳۸ نفر برآورد شد، اما با توجه به امکان ریزش نمونه و همچنین جهت بالا بردن تعمیم‌پذیری نتایج یافته‌ها حجم نمونه ۱۵۰ نفر در نظر گرفته شد که در استیج ۱ و ۲ سرطان پستان قرار داشتند که حتما به یک مرکز درمانی مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش به صورت دردسترس و پاسخگویی برخط بود. افراد پاسخ‌دهنده در کانال‌ها و گروه‌های اجتماعی تلگرام، واتساپ و اینستاگرام بود که لینک پاسخگویی در دسترس آنها قرار گرفت. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بود از: ۱- رضایت از شرکت در پژوهش ۲- عدم ابتلا به بیماری روانی تشخیص گذاری شده (با توجه به اظهار نظر شرکت کنندگان در پژوهش)، ۳- حداقل سواد خواندن و نوشتن در سطح پنجم ابتدایی و ۴- برخورداری از سلامت جسمی و همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تکمیل یا ناقص پرکردن پرسشنامه‌ها بود. رضایت از شرکت در پژوهش، محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان در پژوهش و امکان خروج از پژوهش حین پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش از جمله ملاحظه‌های اخلاقی پژوهش بود. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر آزمون همبستگی پیرسون، از آزمون رگرسیون چندگانه به روش ورود همزمان استفاده شد. تمامی تحلیل ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت.

1 Wondimagegnehu
2 McLean
3 Skeels
4 Tabachnick

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

ابزار سنجش

پرسشنامه ذهنی‌سازی[1] (RFQ): پرسشنامه ذهنی‌سازی توسط فوناگی و همکاران (۱۹۹۸) در قالب دو فرم ۴۶ سوالی و ۲۶ سوالی ساخته شده است که فرم ۲۶ سوالی آن در ایران توسط دروگر و همکاران (۲۰۲۰) هنجاریابی شده است که ۱۲ سوال آن به دلیل ضریب همسانی دورنی پایین از نسخه فارسی حذف و ۱۴ سوال آن حفظ شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای صورت میگیرد (کاملا غلط است= ۰ تا کاملا درست است= ۴). در نسخه ۱۴ سوالی فارسی گویه‌های ۱ تا ۹ عامل اطمینان و گویه‌های ۱۰ تا ۱۴ عامل عدم اطمینان را می‌سنجند. ضریب همسانی درونی برای عامل اطمینان و عدم اطمینان به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ گزارش شده است. همچنین پایایی را با روش بازآزمایی با فاصله سه هفته برای مؤلفه عدم اطمینان، ۰/۸۵ و برای مؤلفه اطمینان، ۰/۷۴ گزارش شده است و در تایید روایی تمیز آن نیز نشان داده شد که میانگین نمره پرسشنامه در گروه مبتلا به اختلال روانپزشکی و گروه کنترل به ترتیب ۳/۷۰ و ۵/۲۰ بدست آمد و تفاوت آن در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (فوناگی و همکاران، ۱۹۹۸). در ایران دروگر و همکاران (۲۰۲۰) آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ گزارش داده‌اند. همچنین این نویسندگان نشان دادند که هر دو عامل پرسشنامه روایی همگرا معناداری با ضریب همبستگی ۰/۱۷ تا ۰/۳۷ با پرسشنامه‌های اضطراب- افسردگی و دلبستگی دارند (P<۰/۰۵). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۱ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۷۳ بدست آمد.

مقیاس راهبردهای مدیریت درد[2] (PMSS): این مقیاس شامل ۴۲ گویه است و توسط روزنشتایل و کیف[3] (۱۹۸۳) ساخته شده. هدف این پرسشنامه ارزیابی انواع راهبردهای مقابله با درد (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی و دعا – امیدواری) است. پاسخگویی به پرسشنامه بر اساس لیکرت هفت درجه‌ای (صفر تا شش) است و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر از راهبرد یاد شده است. سازندگان ضمن تایید روایی محتوایی بالای ۰/۷۲ برای گویه‌ها و عامل‌ها، همسانی درونی ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ را برای خرده مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه گزارش داده‌اند (روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳). لطفیان و همکاران (۱۳۹۸) ضمن تایید روایی صوری پرسشنامه با مقدار ۰/۹۲، میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۰ الی ۰/۸۵ را برای آن گزارش داده است. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۳ الی ۰/۹۱ است.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده[4] (MSPSS): مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده در سال ۱۹۸۸ توسط زیمت[5] و همکاران طراحی شد. مقیاس چندی بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، یک ابزار ۱۲ سوالی است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه خرده مقیاس دوستان، خانواده و دیگران مهم طراحی شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرتی ۷ درجه ای از کاملا مخالفم (نمره ۱) تا کاملا موافقم (نمره ۷) در نظر گرفته شده است.. زیمت و همکاران (۱۹۹۰) مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ را برای خرده مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه گزارش دادند و روایی تمیز بین افراد مجرد و متاهل را بر اساس این ابزار در ادراک حمایت اجتماعی معنادار گزارش دادند (P<۰/۰۱). بشارت (۱۳۸۶) این پرسشنامه را در ایران بررسی کرده است و مقدار آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ و مقدار ضریب بازآزمایی با فاصبه سه هفته ۰/۹۶ تا ۰/۸۶ بدست آورد و روایی همگرایی مقیاس با پرسشنامه بهزیستی روان شناختی (r=۰/۵۷) و همدلی عاطفی (r=۰/۵۳) مثبت و معنادار بود. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۷ الی ۰/۸۹ است.

فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[6]: (CERQ-short) این پرسشنامه یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است که توسط گارنفسکی و کرایج[7] در سال ۲۰۰۶ ساخته شده و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و استرس‌زای زندگی در اندازه های پنج درجه‌ای از ۱(هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خودسرزنشگری؛ دیگر سرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/ نشخوارگری؛ فاجعه نمایی (فاجعه آمیزپنداری)؛ کم اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه ریزی. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ می شود و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. سازندگان مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۱ گزارش داده‌اند و در تایید روایی

1 Reflective Functioning Questionnaire
2 Pain Management Strategies Scale (PMSS)
3 Rosenstein & Keef
4 Multidimensional Scale of Perceived Social Support
5 Zimet
6 Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short)
7 Garnefski & Kraaij

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

پرسشنامه نیز نتایج نشان داد که خرده مقیاس‌های پرسشنامه با پرسشنامه‌های نشانه‌های افسردگی و اضطراب با مقدار همبستگس بیشتر از ۰/۳۶ رابطه معناداری (P<۰/۰۵) را نشان می‌دهد (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). در ایران ضرایب آلفای کرونباخ با مقدار ۰/۸۰ و ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌ها تایید شده و مقدار همبستگی خرده مقیاس پرسشنامه با علایم افسردگی که بین ۰/۱۸ تا ۰/۶۴ و با سطح معناداری حداقل ۰/۰۵ بود، روایی ملاکی را نشان می‌دهد (بشارت، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای خرده مقیاس-های پرسشنامه بین ۰/۶۹ الی ۰/۸۶ است.

یافته ها

از ۱۵۰ شرکت‌کننده در پژوهش ۱۰۳ نفر شاغل (۶۸/۷۰ درصد) و ۴۷ نفر بیکار (۳۱/۳۰ درصد) بودند. همچنین ۹۷ نفر متاهل (۶۴/۷۰ درصد) و ۵۳ نفر مجرد (۵۳/۳۰) بودند. همچنین ۲۰ نفر دارای تحصیلات کاردانی (۱۳/۳۰ درصد)، ۱۰۲ نفر کارشناسی (۶۸ درصد)، ۲۳ نفر کارشناسی ارشد (۱۵/۳۰ درصد) و ۵ نفر (۳/۳۰) تحصیلات دکتری داشتند و کمترین آن هم برای دکتری با فراونی ۵ بود. در نهایت دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۲۸ تا ۶۱ سال با میانگین ۳۸/۴۰ و انحراف معیار ۸/۳۱ بود.. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به همراه ضرایب آزمون همبستگی پیرسون آنها ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون همبستگی پیرسون و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
راهبردهای مدیریت درد	۱.توجه برگردانی	۱												
	۲.تفسیر مجدد درد	۰/۲۵**	۱											
	۳.دعا – امیدواری	۰/۵۳**	۰/۳۳**	۱										
	۴.گفتگو با خود	-۰/۱۲	-۰/۰۶	-۰/۲۱**	۱									
	۵.فاجعه آفرینی	-۰/۱۵	-۰/۰۷	-۰/۳۲**	۰/۰۹	۱								
	۶.نادیده انگاشتن درد	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۱۱	۰/۱۰	۱							
سازی ذهنی-	۷.عدم اطمینان	-۰/۱۹*	-۰/۱۲	-۰/۲۸**	۰/۱۵	۰/۲۵**	-۰/۱۲	۱						
	۸.اظمینان	۰/۱۱	۰/۱۹*	۰/۰۲	۰/۰۴	-۰/۰۸	۰/۱۰	۰/۰۵	۱					
اجتماعی حمایت	۹.دوستان	۰/۰۳	۰/۴۴**	۰/۱۰	۰/۰۶	-۰/۰۷	۰/۰۵	-۰/۰۵	۰/۱۳	۱				
	۱۰.دیگران	۰/۲۶**	۰/۲۰**	۰/۳۵**	۰/۰۳	-۰/۱۲	۰/۱۲	-۰/۲۰*	۰/۰۵	۰/۱۸*	۱			
	۱۱.خانواده	۰/۱۱	۰/۳۵**	۰/۰۵	-۰/۰۶	-۰/۰۴	۰/۰۳	-۰/۰۶	۰/۴۹**	۰/۵۰**	۰/۱۴	۱		
م تنظی	۱۲.مثبت	۰/۱۵	۰/۳۵**	۰/۱۱	-۰/۰۲	۰/۰۸	-۰/۰۱	-۰/۰۶	۰/۳۹**	۰/۲۶**	۰/۲۲**	۰/۲۳**	۱	
	۱۳.منفی	-۰/۴۳**	-۰/۳۴**	-۰/۴۵**	۰/۱۷*	۰/۳۴**	۰/۰۹	۰/۲۴**	-۰/۱۴	-۰/۱۸*	-۰/۳۴**	-۰/۱۸*	-۰/۱۵	۱
میانگین		۱۹/۳۶	۲۰/۶۵	۱۹/۷۶	۱۹/۴۲	۱۸/۷۳	۲۰/۰۷	۹/۷۴	۲۰/۹۷	۱۶/۵۸	۱۶/۵۴	۱۶/۲۳	۳۲/۶۶	۲۱/۰۱
انحراف معیار		۲/۱۲	۱/۹۵	۲/۰۵	۳/۹۷	۳/۰۱	۴/۰۹	۴/۷۰	۴/۵۳	۲/۰۳	۲/۸۲	۲/۰۷	۴/۸۴	۹/۵۰
کجی		-۰/۳۲	-۰/۱۸	-۰/۳۲	-۰/۲۱	-۰/۰۷	۰/۸۴	۰/۱۶	-۰/۳۴	۰/۰۲	-۰/۵۰	-۰/۶۹	۰/۱۷	۰/۴۳
کشیدگی		-۰/۶۰	-۰/۷۸	-۰/۴۱	-۰/۴۱	-۱/۲۹	۰/۸۳	-۰/۸۹	-۰/۰۸	-۰/۸۴	۰/۹۶	۱/۲۷	-۰/۰۶	-۱/۲۱

P<۰/۰۵ = * و P<۰/۰۱ =**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

نتایج آزمون همبستگی در جدول ۱ نشان داد که تنظیم هیجانی مثبت با خرده مقیاس تفسیر مجدد درد از متغیر راهبردهای مقابله، هر سه خرده مقیاس متغیر ادارک اجتماعی (دوستان، دیگران و خانواده) و مولفه اطمینان متغیر ذهنی‌سازی رابطه مثبت و معناداری دارد (P<۰/۰۱) ولی با راهبردهای توجه برگردانی، دعا – امیدواری، گفتگو با خود، فاجعه آفرینی و نادیده انگاشتن درد و همچنین مولفه عدم اطمینان متغیر ذهنی‌سازی رابطه معناداری ندارد (P>۰/۰۵). همچنین نتایج نشان داد که تنظیم هیجانی منفی با تفسیر مجدد درد، توجه برگردانی، دعا – امیدواری، همچنین با با هر سه خرده مقیاس متغیر حمایت ادراک اجتماعی (دوستان، دیگران و خانواده) و متغیر ادراک حمایت اجتماعی رابطه منفی و معناداری دارد (P<۰/۰۱) و با راهبردهای گفتگو با خود (P<۰/۰۵) و فاجعه آفرینی (P<۰/۰۱) و همچنین مولفه عدم اطمینان (P<۰/۰۵) متغیر ذهنی‌سازی رابطه مثبت و معناداری دارد و در نهایت با راهبرد نادیده انگاشتن درد و مولفه اطمینان ذهنی‌سازی (رابطه معناداری ندارد (P>۰/۰۵).

نتایج شاخص‌های کجی و کشیدگی ارائه شده در جدول ۱ برای متغیرهای پژوهش، همگی بین ۲+ تا ۲- قرار دارد که حاکی از این است که توزیع متغیرها در شرایط نرمالی قرار دارد. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای تحلیل رگرسیون عدم هم‌خطی میان متغیرهای پیش‌بین پژوهش است که با استفاده از آماره تحمل و آماره تورم واریانس بررسی می‌شود. نتایج بیانگر این بود که مقدار آماره تحمل متغیرهای پیش‌بین پژوهش بالاتر از ۰/۴۰ و مقادیر آماره تورم واریانس نیز کمتر از ۵ است که حاکی از عدم هم‌خطی نگران کننده بین متغیرهای پژوهش بود. همچنین مقدار بدست آمده برای دوربین – واتسون ۲/۰۷ بود که حاکی از استقلال خطاها بود. همچنین بررسی نمودار پراکنش متغیرهای پیش‌بینی با متغیر ملاک حاکی از رعایت شدن پیش‌فرض خطی بودن متغیرها بود. لازم به ذکر است، با توجه به اینکه متغیر تنظیم هیجان فاقد نمره کل بود و به صورت راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان قابل نمره‌گذاری است، بنابراین در تحلیل‌هایی که در ادامه ارائه می‌شود نتایج برای پیش‌بینی تنظیم هیجان مثبت و منفی به تفکیک ارائه می‌شود. در جدول ۲ نتایج آزمون آنوا جهت بررسی معناداری مدل رگرسیونی پژوهش به همراه ضرایب چندگانه مدل رگرسیون پژوهش برای پیش‌بینی تنظیم هیجان مثبت ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج ضرایب رگرسیون چندگانه و بررسی معناداری مدل پیش‌بینی تنظیم هیجانی مثبت زنان مبتلا به سرطان پستان بر اساس ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد بر اساس آزمون آنوا

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	R	R^2	R^2adj	P
رگرسیون	۱۰۴۹/۱۴	۱۱	۹۵/۳۸	۵/۳۷	۰/۵۵	۰/۳۰	۰/۲۴	۰/۰۰۱
باقیمانده	۲۴۴۸/۵۲	۱۳۸	۱۷/۷۴					
کل	۳۴۹۷/۶۶	۱۴۹						

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود مدل رگرسیونی پژوهش برای پیش‌بینی تنظیم هیجان مثبت معنادار است (P=۰/۰۰۱) و مقدار همبستگی چندگانه متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک برابر با ۰/۵۵ است و متغیرهای ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد قادر به پیش‌بینی ۰/۲۴ از واریانس متغیر تنظیم هیجانی مثبت در زنان مبتلا به سرطان پستان هستند. در جدول ۳ معناداری ضرایب متغیرهای پیش‌بین مدل رگرسیون پژوهش در پیش‌بینی تنظیم هیجان مثبت با استفاده از آزمون t ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج پیش‌بینی تنظیم هیجانی مثبت زنان مبتلا به سرطان پستان بر اساس ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد

متغیر		B	β	t	مقدار P
مقدار ثابت (a)		۳/۰۲		۰/۴۹	۰/۶۲
راهبردهای مدیریت درد	توجه برگردانی	۰/۱۰	۰/۰۵	۰/۵۳	۰/۵۹
	تفسیر مجدد درد	۰/۴۷	۰/۱۹	۲/۱۹	۰/۰۳
	دعا – امیدواری	۰/۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۵	۰/۹۶
	گفتگو با خود	۰/۱۲	۰/۱۷	۲/۲۲	۰/۰۳
	فاجعه آفرینی	-۰/۰۳	-۰/۰۲	-۰/۲۸	۰/۷۷
	نادیده انگاشتن درد	-۰/۱۱	-۰/۰۹	-۱/۲۹	۰/۲۰
ذهنی‌سازی	عدم اطمینان	-۰/۰۲	-۰/۰۲	-۰/۳۱	۰/۷۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

	اطمینان	۰/۳۷	۰/۳۵	۴/۷۲	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	دوستان	۰/۲۱	۰/۰۹	۱/۰۱	۰/۳۲
	دیگران	۰/۲۶	۰/۱۵	۱/۹۱	۰/۰۵
	خانواده	۰/۱۸	۰/۰۸	۰/۹۱	۰/۳۸

نتایج جدول ۳ نشـــان می‌دهد که تفســـیر مجدد درد (P=۰/۰۳ و β=۰/۱۹)، گفتگو با خود (P=۰/۰۳ و β=۰/۱۷)، حالت اطمینان ذهنی‌ســـازی (P=۰/۰۰۱ و β=۰/۳۵) و حمایت اجتماعی دیگران (P=۰/۰۵ و β=۰/۱۵) پیش‌بینی کننده معنادار تنظیم مثبت هیجان اســـت، ولی توجه برگردانی، دعا – امیدواری، فاجعه‌آفرینی، نادیده انگاشـــتن درد به عنوان راهبردهای مدیریت درد، حالت عدم اطمینان متغیر ذهنی‌سازی و حمایت اجتماعی از جانب دوستان و خانواده (P>۰/۰۵) پیش‌بینی کننده معناداری برای تنظیم مثبت هیجان نبود.

جدول ۴. نتایج ضرایب رگرسیون چندگانه و بررسی معناداری مدل پیش‌بینی تنظیم هیجانی منفی زنان مبتلا به سرطان پستان بر اساس ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد بر اساس آزمون آنوا

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	R	R^2	R^2adj	P
رگرسیون	۵۲۳۹/۶۷	۱۱	۴۷۶/۳۳	۸/۰۱	۰/۶۲	۰/۳۹	۰/۳۴	۰/۰۰۱
باقیمانده	۸۲۱۰/۳۰	۱۳۸	۵۹/۴۹					
کل	۱۳۴۴۹/۹۷	۱۴۹						

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مدل رگرسیونی پژوهش برای پیش‌بینی تنظیم هیجان منفی معنادار است (P=۰/۰۰۱) و مقدار همبستگی چندگانه متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک برابر با ۰/۶۲ است و متغیرهای ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد قادر به پیش‌بینی ۰/۳۴ از واریانس متغیر تنظیم هیجانی منفی در زنان مبتلا به سرطان پستان هستند. در جدول ۵ معناداری ضرایب متغیرهای پیش‌بین مدل رگرسیون پژوهش در پیش‌بینی تنظیم هیجان مثبت با استفاده از آزمون t ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج پیش‌بینی تنظیم هیجانی منفی زنان مبتلا به سرطان پستان بر اساس ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد

متغیر		B	β	t	مقدار P
مقدار ثابت (a)		۶۹/۶۳		۶/۱۸	۰/۰۰۱
راهبردهای مدیریت درد	توجه برگردانی	-۱/۰۳	-۰/۲۳	-۲/۹۲	۰/۰۰۴
	تفسیر مجدد درد	-۰/۷۰	-۰/۱۴	-۱/۷۸	۰/۰۸
	دعا – امیدواری	-۰/۵۶	-۰/۱۲	-۱/۳۴	۰/۱۸
	گفتگو با خود	۰/۱۹	۰/۰۸	۱/۱۲	۰/۲۶
	فاجعه آفرینی	۰/۲۶	۰/۱۹	۲/۶۷	۰/۰۰۹
	نادیده انگاشتن درد	۰/۲۹	۰/۱۳	۱/۸۶	۰/۰۷
ذهنی‌سازی	عدم اطمینان	۰/۱۰	۰/۰۵	۰/۷۱	۰/۴۸
	اطمینان	-۰/۱۵	-۰/۰۷	-۱/۰۲	۰/۳۱
حمایت اجتماعی	دوستان	-۰/۲۰	-۰/۰۴	-۰/۵۱	۰/۶۱
	دیگران	-۰/۵۸	-۰/۱۷	-۲/۳۵	۰/۰۲
	خانواده	-۰/۱۷	-۰/۰۴	-۰/۴۶	۰/۶۴

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که توجه برگردانی (P=۰/۰۰۱ و β=۰/۱۹)، فاجعه‌آفرینی (P=۰/۰۰۹ و β=۰/۱۹) و حمایت اجتماعی دیگران (P=۰/۰۲ و β=-۰/۱۷) پیش‌بینی کننده معنادار تنظیم منفی هیجان است، ولی تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، دعا – امیدواری و نادیده انگاشتن درد به عنوان راهبردهای مدیریت درد، حالت اطمینان و عدم اطمینان متغیر ذهنی‌سازی و حمایت اجتماعی از جانب دوستان و خانواده (P>۰/۰۵) پیش‌بینی کننده معناداری برای تنظیم منفی هیجان نبود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بر اساس ذهنی‌سازی، ادراک حمایت اجتماعی و مدیریت درد بود. نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون نشان داد که مولفه اطمینان ذهنی‌سازی پیش‌بینی کننده معنادار تنظیم هیجان مثبت بود ولی نقش معناداری همانند مولفه عدم اطمینان در پیش‌بینی تنظیم هیجان منفی نداشته است. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های محمدی و همکاران (۱۴۰۱)، اسماعیلی نسب و همکاران (۱۴۰۰)، بریدکریستینسن و همکاران (۲۰۲۴)، گامبین و همکاران (۲۰۲۱) و شوارتز و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین نتایج بدست آمده باید گفت که اطمینان و آگاهی احتمالا منجر به این بشود که زنان مبتلا به سرطان پستان با بتوانند به صورت سازگار و مثبت تنظیم هیجان را انجام دهند و به جای سرکوب و جلوگیری از ابراز آنها، به پردازش و ابراز آنها متمایل شوند. این امر از آن جهت مهم است که عدم اطمینان و قطعیت از خود و رویدادهای بیرونی به عنوان یک حالت فعال کننده سیستم تدافعی است که افراد را ابراز نیازها و هیجان منع می‌کند (لایتن و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین حالت اطمینان ذهنی‌سازی که با توصیف، شناخت و پردازش هیجان‌ها همراه است، می‌تواند در تنظیم هیجان نقش داشته باشد. حالت اطمینان با توجه به اینکه با افزایش شناخت از خود و حالت‌های ذهنی خود و دیگران همراه است، احتمالا با بهبود پاسخگویی هیجانی و کاهش نیاز به استفاده از اجتناب و سرکوب جهت مقابله با هیجان‌ها همراه می‌گردد. به عبارتی دیگر با افزایش شناخت از خود و دیگران و همچنین احساس‌های خود و دیگران، احتمال استفاده از استراتژی‌های متمرکز بر پاسخ تنظیم هیجان که پس از تحریک واکنش عاطفی انجام می‌شوند، بیشتر می‌گردد (بریدکریستینسن و همکاران، ۲۰۲۴). کاوش و بررسی هیجان‌های خود و دیگران به عنوان بخشی از ذهنی‌سازی احتمالا منجر به ارائه پاسخ‌های منطبق بر واقعیت و همراه با تفسیر از دقایع می‌گردد.

همچنین نتایج نشان داد که اگرچه ادراک حمایت اجتماعی از جانب دوستان و خانواده نقش معناداری در پیش‌بینی تنظیم هیجان ندارد، اما ادراک حمایت اجتماعی از جانب دیگران پیش‌بینی کننده معنادار تنظیم مثبت و منفی هیجان در زنان مبتلا به طرطان پستان است. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های تویاری و همکاران (۱۳۹۹)، شاه‌محمدی و مختاری (۱۳۹۷)، اسکیل و همکاران (۲۰۲۰) و ووندیماگگنهو و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته بدست آمده می‌توان گفت که از لحاظ نظری ساختار حمایت اجتماعی ادراک شده با توجه به نظریه دلبستگی به تنظیم هیجان مرتبط دانسته شده است. به عبارتی سبک‌های دلبستگی افراد نیاز آنها به حمایت اجتماعی را تعیین می‌کند (استروک[1] و همکاران، ۲۰۲۰). احساس امنیت و نزدیکی در رابطه با دیگران باعث می‌شود که احتمال استفاده از راهبردهای گرایشی و مبتنی بر پذیرش افزایش یابد. بر همین اساس می‌توان این حتمال را داد که ادراک حمایت از جانب دیگران احتمالا به افزایش تمایل به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت نظیر پذیرش هیجان‌ها و تفسیر مثبت در زنان مبتلا به سرطانن پستان می‌گردد. هیجان‌ها در زمینه یک تعامل فرد- موقعیت ایجاد می‌گردند که توجه فرد را به خود جلب می‌کند و باعث ایجاد یک واکنش چندسیستمی هماهنگ و در عین حال انعطاف‌پذیر به تعامل فرد- موقعیت می‌گردد (گراس[2]، ۲۰۱۵). بر همین اساس حمایت اجتماعی از جانب دیگران به عنوان یک عامل موقعیتی می‌تواند بر راهبردهای تنظیم هیجان و پاسخگویی هیجانی افراد به دیگران اثرگذار باشد. حمایت بیرونی از جانب دیگران می‌تواند از شدت هیجان‌ها بکاهد و تنظیم سازگارانه‌تری فرآهم آورد.

در نهایت نتایج نشان داد که از میان راهبردهای مدیریت درد، تفسیر مجدد درد و گفتگو با خود پیش‌بینی کننده معنادار تنظیم مثبت هیجان است و توجه برگردانی و فاجعه‌آفرینی پیش‌بینی کننده معنادار تنظیم منفی هیجان بودند. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های عربی و باقری (۱۳۹۶)، گلابی و همکاران (۱۳۹۵)، نیجس و همکاران (۲۰۲۳) و مولیناری و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته باید گفت که در مجموع مدیریت ایمن، مؤثر و مبتنی بر شواهد درد مرتبط با سرطان، سنگ بنای مراقبت جامع سرطان است. در همین رابطه راهبردهای مثبت مانند توجه برگردانی و تفسیر مجدد درد می‌تواند با مدیریت بهتر هیجان‌ها و احساس‌های مرتبط با بیماری سرطان گردد (مونی و گاربر، ۲۰۱۸). بر همین اساس می‌توان این احتمال را داد که راهبردهای مدیریت درد با توجه به اینکه همراه با تلاش برای مدیریت هیجان‌ها و احساس‌های مرتبط با بیماری سرطان است، احتمالا با توجه به نوع راهبرد مورد استفاده با نتایج متفاوتی از تنظیم هیجان‌ها به صورت مثبت و منفی همراه باشند. مدیریت درد بیانگر نقش عاطفه مثبت و عوامل سازگاری در مدیریت

1 Struck
2 Gross

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

درد است (مولیناری و همکاران، ۲۰۱۸). بر همین اساس می‌توان گفت که راهبرهای مدیریت درد به واسطه نقشی که در تجربه هیجان و سازگاری هیجانی دارند، می‌توانند پیش‌بینی کننده تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سرطان پستان باشد.

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که راهبردهای تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، حالت اطمینان ذهنی‌سازی و حمایت اجتماعی دیگران پیش‌بینی کننده معنادار تنظیم مثبت هیجان است و راهبردهای توجه برگردانی، فاجعه‌آفرینی و حمایت اجتماعی دیگران پیش‌بینی کننده معنادار تنظیم منفی هیجان هستند. این نتایج نشان می‌دهد که توجه به ارزیابی و آموزش‌های مبتنی بر حمایت اجتماعی، ذهنی-سازی و مدیریت درد در بیماران سرطانی می‌تواند با بهبود تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان همراه گردد. بنابراین روان‌شناسان و متخصصان این حوزه با توجه به نقش متغیرهای یاد شده می‌تواند ارزیابی و درمان کارآمدی برای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سرطان پستان تدارک ببینند. البته باید توجه کرد با توجه به اینکه نتایج بدست آمده از نمونه‌گیری آنلاین و غیر تصادفی بود، بنابراین این احتمال وجود دارد که آن دسته از جامعه آماری که به شبکه‌های اجتماعی آنلاین دسترسی نداشتند، فاقد شانس حضور در پژوهش بوده‌اند که این مسئله تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت روبرو می‌کنند. همچنین نمونه مورد مطالعه شامل زنان مبتلا به سرطان پستان بود، بنابراین این احتمال وجود دارد که خستگی از درمان و یا استرس ناشی از بیماری بر پاسخگویی به پرسشنامه‌ها اثرگذاشته باشد. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه برای جمعیت‌های مبتلا به انواع دیگر سرطان نیز مورد بررسی قرار بگیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

اسماعیلی نسب، م؛ حاجی هاشمی. و رنوسفادرانی، ش. (۱۴۰۰). ذهنی سازی والدینی و تنظیم هیجان: اعتباریابی و پایایی سنجی نسخه فارسی پرسشنامه کنش وری بازتابی والدین. *روان شناسی بالینی*، ۱۳(۱)، ۸۹-۱۰۰.10.22075/jcp.2021.21795.2008

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). *ویژگی های روان سنجی و ساختار عاملی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره گذاری. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱۳(۵۰)، ۲۲۱-۲۲۳. https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751

تویاری، ع؛ بختیارپور، س؛ پاشا، ر. و برنا، م. ر. (۱۳۹۹). مدل یابی رابطه تحول روانی- معنوی و حمایت اجتماعی بر شادکامی زناشویی با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای تنظیم هیجانی در والدین کودکان استثنایی. *مجله دست آوردهای روان شناختی*، ۲۷(۱)، ۹۱-۱۰۸. https://doi.org/10.22055/psy.2020.31676.2445

حقیقت، ش؛ امیدی، ز؛ قنبری مطلق، ع. (۱۴۰۱). روند بروز سرطان پستان در ایران در یک بازه زمانی ۱۵ ساله مطابق گزارش ثبت سرطان کشور. بیماری‌های پستان ایران، ۱۵ (۲)، ۱۷-۴. 20.1001.1.17359406.1401.15.2.7.3

شاه محمدی، ن.، و مختاری، م. (۱۳۹۷). نقش میانجی گر تنظیم هیجانِ شناختی در رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و موفقیت تحصیلی دانش آموزان دبیرستانی. *راهبرد فرهنگ*، ۱۱(۴۲)، ۱۸۱-۲۰۵. 10.22034/jsfc.2018.82699

عربی، ا. و باقری، م. (۱۳۹۶). نقش میانجی گری راهبردهای تنظیم هیجان بین شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶(۲۲)، ۷۲-۸۷.20.1001.1.23221283.1396.6.22.5.9

گلابی، ن؛ عبدالهی، م. و شاهقلیان، م. (۱۳۹۵). رابطه تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با مدیریت درد در افراد دچار سردرد مزمن. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۴(۱ (پیاپی ۲۶))، ۶۱-۷۰. https://doi.org/10.1177/08982643145293

محمدی، ف؛ محمدی، ع؛ اسماعیلی سودرجانی، ا؛ نصرتی، م. و بزی، م. (۱۴۰۱). نقش تنظیم هیجان در تبیین اختلال خوردن هیجانی نوجوانان مبتلا به چاقی: نقش واسطه ای ذهنی سازی. *رویش روان شناسی*، ۱۱ (۵)، ۲۳-۳۲. 20.1001.1.2383353.1401.11.5.17.2

Baziliansky, S., & Cohen, M. (2021). Emotion regulation and psychological distress in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health*, *37*(1), 3-18. https://doi.org/10.1002/smi.2972

Bryde Christensen, A., Poulsen, S., Højberg, T. M., Jessen, S. B., Reinholt, N., Hvenegaard, M., ... & Arnfred, S. (2024). Emotion Regulation and Mentalization in Patients With Depression and Anxiety. *Clinical psychology & psychotherapy*, *31*(3), e2995. https://doi.org/10.1002/cpp.2995

Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., & Ashrafi, E. (2020). Validation and Reliability of the Persian Version of the Mentalization Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 12(1), 1-12. 10.22075/jcp.2020.18897.1745

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. London: University College London, 10(4), 1-47. https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1461016

Gambin, M., Woźniak-Prus, M., Konecka, A., & Sharp, C. (2021). Relations between attachment to mother and father, mentalizing abilities and emotion regulation in adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, *18*(1), 18-37. https://doi.org/10.1080/17405629.2020.1736030

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*(3), 141-149. https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141

Gergely, G., Fonagy, P., Jurist, E., & Target, M. (2021). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *International Journal of Psychoanalysis*, *77*, 217-234. https://doi.org/10.1080/10503307.2010.501040

Gross, J. J. (2015). The extended process model of emotion regulation: elaborations, applications, and future directions. *Psychol. Inq.* 26, 130–137. https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751

Iwakabe, S., Nakamura, K., & Thoma, N. C. (2023). Enhancing emotion regulation. *Psychotherapy Research*, *33*(7), 918-945. https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2183155

Liu, D., Weng, J. S., Ke, X., Wu, X. Y., & Huang, S. T. (2023). The relationship between cancer-related fatigue, quality of life and pain among cancer patients. *International Journal of Nursing Sciences*, *10*(1), 111-116. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.12.006

Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual review of clinical psychology*, *16*, 297-325. *http://hdl.handle.net/10012/18544*

McLean, L., Gaul, D., & Penco, R. (2023). Perceived social support and stress: A study of 1st year students in Ireland. *International journal of mental health and addiction*, *21*(4), 2101-2121. https://doi.org/10.1007/s11469-021-00710-z

Molinari, G., Garcia-Palacios, A., Enrique, Á., Roca, P., Fernandez-Llanio Comella, N., & Botella, C. (2018). The power of visualization: back to the future for pain management in fibromyalgia syndrome. *Pain Medicine*, *19*(7), 1451-1468. https://doi.org/10.1093/pm/pnx298

Nijs, J., Lahousse, A., Fernández-de-Las-Peñas, C., Madeleine, P., Fontaine, C., Nishigami, T., & Saraçoğlu, İ. (2023). Towards precision pain medicine for pain after cancer: the Cancer Pain Phenotyping Network multidisciplinary international guidelines for pain phenotyping using nociplastic pain criteria. *British Journal of Anaesthesia*, *130*(5), 611-621. https://doi.org/10.1016/j.bja.2022.12.013

Obeagu, E. I., & Obeagu, G. U. (2024). Breast cancer: A review of risk factors and diagnosis. *Medicine*, *103*(3), e36905. http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000036905.

Rodriguez, M., & Kross, E. (2023). Sensory emotion regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, *27*(4), 379-390. https://doi.org/10.3390/curroncol30070500

Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021, January). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. In *International forum of psychoanalysis* (Vol. 30, No. 1, pp. 34-45). Routledge.

Skeels, M. M., Unruh, K. T., Powell, C., & Pratt, W. (2020). Catalyzing Social Support for Breast Cancer Patients. *Proceedings of the SIGCHI conference on human factors in computing systems. CHI Conference*, *2010*, 173–182. https://doi.org/10.1145/1753326.1753353

Snijders, R. A., Brom, L., Theunissen, M., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. (2023). Update on prevalence of pain in patients with cancer 2022: a systematic literature review and meta-analysis. *Cancers*, *15*(3), 591. https://doi.org/10.3390/cancers15030591

Struck, N., Krug, A., Feldmann, M., Yuksel, D., Stein, F., Schmitt, S., ... & Brakemeier, E. L. (2020). Attachment and social support mediate the association between childhood maltreatment and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, *273*, 310-317. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.041

Su, C. H., Liu, Y., Hsu, H. T., & Kao, C. C. (2024). Cancer fear, emotion regulation, and emotional distress in patients with newly diagnosed lung cancer. *Cancer nursing*, *47*(1), 56-63. 10.1097/NCC.0000000000001150

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5, pp. 481-498). Boston, MA: pearson.

Wondimagegnehu, A., Abebe, W., Abraha, A., & Teferra, S. (2019). Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC cancer*, *19*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12885-019-6007-4.

Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, *55*(3-4), 610-617. https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]