

Cognitive Avoidance, Intolerance of Uncertainty and Emotion Regulation in Women with and without Breast Cancer

Riazi M¹*, Fereidooni S^{2*}, Zangouri V³, Talei A⁴

¹M.A. Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

²Ph.D. in Psychology, Shiraz psychiatric hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³MD, Assistant Professor of General Surgery (Fellowship of Oncosurgery), Breast Diseases Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁴MD, Professor of General Surgery (Fellowship of Oncosurgery), Breast Diseases Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Introduction: Many women with breast cancer suffer from the psychological problems associated with cancer, and the patients' psychological well-being is deteriorating daily. This study aimed to compare cognitive avoidance, intolerance of uncertainty, and emotion regulation in women with and without breast cancer.

Methods: The research method was causal-comparative. The statistical population of this study was all patients with non-metastatic breast cancer referred to the Shahid Motahari clinic, selected by the convenience sampling method (n=100). Also, all women referring to primary schools in District 2 of Shiraz during the same two-month period were selected as cancer-free and healthy women (n=100) for comparison with the group of women with breast cancer. The data were collected by Sexton and Douglas's Cognitive Avoidance Questionnaire, Freestone, Ryuma, Retarte, Dogas, and Ladosaur's Intolerance and Ambiguity Questionnaire, and Garnfski and Craig's short questionnaire of Cognitive Emotion Regulation. Data were analyzed using (MANOVA).

Results: The results showed a significant difference between women with breast cancer and without cancer in the components of cognitive avoidance ($P<0/029$), intolerance of uncertainty ($P<0/0001$), and emotion regulation ($P<0/046$).

Conclusion: Findings showed a difference between cognitive avoidance variables, intolerance of uncertainty, and emotion regulation in women with breast cancer and those without cancer. Therefore, identifying psychological factors and their role in women with breast cancer help reduce the problems of women with breast cancer.

Keywords: Breast cancer, Cognitive avoidance, Emotion regulation, Intolerance of uncertainty, Women

Sadra Med Sci J 2022; 10(1): 37-48.

Received: Jun. 16th, 2021

Accepted: Feb. 19th, 2022

*Corresponding Author: **Fereidooni S.** Ph.D. in Psychology, Shiraz psychiatric hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, phdsamad2017@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۱۰، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۰، صفحات ۳۷ تا ۴۸

تاریخ دریافت: ۰۰/۰۳/۲۶ تاریخ پذیرش: ۰۰/۱۱/۳۰

مقاله پژوهشی
(Original Article)

مقایسه‌ی اجتناب شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان

مژده ریاضی^۱، صمد فریدونی^{۲*}، وحید زنگوری^۳، عبدالرسول طالعی^۴

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
^۲ دکترای تخصصی روانشناسی، بیمارستان اعصاب و روان شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۳ استادیار جراح عمومی و فلوشیپ جراحی سرطان، مرکز تحقیقات بیماری‌های پستان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۴ استاد تمام جراحی عمومی و فلوشیپ جراحی سرطان، مرکز تحقیقات بیماری‌های پستان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: بسیاری از زنان مبتلا به سرطان پستان از مشکلات روان شناختی که با سرطان همایند است، رنج می‌برند و بهزیستی روان شناختی این بیماران روز به روز در حال کاهش است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اجتناب شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان شهر شیراز انجام گرفت.

روش‌ها: روش پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بوده است. جامعه‌ی آماری پژوهش را دو گروه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به درمانگاه شهید مطهری به شیوه‌ی در دسترس (۱۰۰ نفر) و زنان فاقد سرطان مراجعه کننده به مدارس ابتدایی ناحیه‌ی دو شیراز به شیوه‌ی در دسترس (۱۰۰ نفر) تشکیل دادند که پرسش‌نامه‌های «اجتناب شناختی سکستون و دوگاس»، «عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون و همکاران» و «تنظیم هیجان گارنفسکی و کرایچ» را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین گروه زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان در مؤلفه‌های اجتناب شناختی ($P < 0/029$)، عدم تحمل بلا تکلیفی ($P < 0/001$) و تنظیم هیجان ($P < 0/046$) تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت بین متغیرهای اجتناب شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان تفاوت وجود دارد؛ از این رو شناسایی این عوامل روان شناختی و نقش آن‌ها در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌تواند زمینه‌ی لازم را برای کاهش مشکلات زانی که به این بیماری مبتلا هستند، فراهم کند.

واژگان کلیدی: سرطان پستان، اجتناب شناختی، تنظیم هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی، زنان

* نویسنده مسئول: صمد فریدونی، دکترای تخصصی روانشناسی، بیمارستان اعصاب و روان شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
phdsamad2017@gmail.com

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان است و به‌عنوان اولین علت مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در زنان محسوب می‌شود. یافته‌ها حاکی از این است که پانزده درصد از بیماران مبتلا، زنان جوان‌تر از چهل سال هستند و احتمال بروز این بیماری در زنی هشتادساله یک نمونه از ده نمونه است. میزان شیوع آن در زنان ایرانی ۲۲/۶ درصد از هزار زن است. طی دهه‌های اخیر با افزایش طول عمر و امید به زندگی، سرطان پستان به‌عنوان بیشترین بدخیمی در میان زنان کشورمان گزارش شده است و به‌دلیل مسن‌شدن جمعیت و نزدیک‌شدن به محدوده‌ی سنی رایج بروز این نوع از سرطان، در آینده‌ی نزدیک با افزایش بروز آن مواجه می‌شویم (۱).

بسیاری از زنان مبتلا به سرطان پستان از مشکلات روان‌شناختی که با سرطان هم‌ایند است، رنج می‌برند و متأسفانه به‌زیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان روزبه‌روز در حال کاهش است (۲). اجتناب شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان از جمله متغیرهای روان‌شناختی است که در حیطه‌ی روان‌شناسی سلامت و کار بر روی بیماران جسمی به آن‌ها توجه می‌شود.

سرطان پستان و فشار روانی ناشی از آن، آشفتگی‌های هیجانی را در فرد ایجاد می‌کند. در چنین وضعیتی فرد خود و دیگران را سرزنش کرده، درگیر نشخوار فکری می‌شود (۳)؛ از این‌رو تنظیم هیجان و اصلاح راهبردهای تنظیم هیجانی نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد (۴). تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجانات و تعدیل تجربه و ابراز هیجان اشاره دارد (۵). یافته‌ها بیانگر این است که افزایش تجربه‌های هیجانی مثبت باعث مواجهه‌ی مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود و حتی فعالیت‌های لازم در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را بالا می‌برد (۶). بررسی ادبیات مرتبط با تنظیم هیجان نشان می‌دهد که نقص در آن با اختلالات درون‌ریز مانند اضطراب و افسردگی و اختلالات برون‌ریز مانند

پرخاشگری و بزهکاری ارتباط دارد (۷). آموزش تنظیم هیجان به معنی کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه‌ی استفاده از هیجانات مثبت است (۸). راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی و حوادث عاطفی رابطه دارد و تمرکز بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان فهم افراد در مدیریت هیجان را ارتقا می‌بخشد (۹). بدتنظیمی هیجانی هم، زمانی رخ می‌دهد که فرد نمی‌تواند به‌طور مؤثری تجربه و ابراز هیجانات خود را کنترل کند.

عدم تحمل بلا تکلیفی نیز نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد (۱۰). افرادی که نمی‌توانند بلا تکلیفی را تحمل کنند، موقعیت‌های بلا تکلیفی را تنش‌برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و اگر در این موقعیت‌ها قرار بگیرند، کارکردشان دچار مشکل می‌شود (۱۱). فرگاس و رو وات معتقدند که بیماران مبتلا به سرطان مشکل عمده‌ای در تحمل ابهام دارند و از این‌رو نمی‌توانند وقتی با موقعیت‌های پیچیده روبه‌رو شدند، از پس مشکلات خود برآیند (۱۲).

معمولاً انسان‌ها نمی‌توانند با مشکلات بزرگ و استرس‌های شدید به‌راحتی مواجه شوند. واکنش آن‌ها اغلب به‌صورت انکار و اجتناب است. اجتناب شناختی در واقع با سپردن کنترل به دست عوامل خارجی، فرایند خودگردانی را مختل می‌کند. نگرانی، به اجتناب شناختی منجر می‌شود و این خود در چرخه‌ای معیوب باعث ابقای نگرانی می‌شود (۱۳). سازه‌ی اجتناب به رهایی از یک عمل یا رهایی از یک شخص یا یک شیء اشاره می‌کند که پریشانی را کاهش می‌دهد، ولی در طولانی‌مدت باعث حفظ اضطراب می‌شود. اجتناب مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود، به همین دلیل راهبرد کارآمدی نیست (۱۴). اجتناب شناختی انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد

نوشتن در حد پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه و معیارهای خروج از پژوهش شامل همکاری نکردن با پژوهشگر، تشخیص متاستاتیک برای بیمار، داشتن مشکلات جسمی و روان‌شناختی درخور توجه و داشتن افکار خودکشی بود.

باتوجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع علی‌مقایسه‌ای و روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره بود، صد نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان به روش نمونه‌گیری در دسترس و همچنین برای نمونه افراد فاقد سرطان پژوهش به شیوه‌ی در دسترس از صد نفر از مادرانی که فرزندان‌شان در دبستان‌های ناحیه‌ی دو شهر شیراز مشغول به تحصیل بودند، پس از تماس تلفنی و اطمینان از داشتن ملاک‌های ورود به پژوهش، دعوت به همکاری به عمل آمد و انتخاب شدند.

به‌منظور رعایت موازین اخلاقی، قبل از پژوهش، هدف پژوهش، نحوه‌ی انتشار اطلاعات حاصل از پژوهش، شیوه و اهمیت پاسخ‌دهی صحیح به سؤالات و همچنین ذکر نشدن نام و نام‌خانوادگی و محرمانه‌ماندن اطلاعات بیمار نزد پژوهشگر به اختصار توضیح داده شد. از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا در صورت تمایل به همکاری در پژوهش فرم رضایت‌نامه‌ی کتبی را امضا نمایند و به آن‌ها اختیار داده شد که در هر مرحله از پژوهش بتوانند به همکاری خود خاتمه دهند. درنهایت نیز افراد مبتلا به سرطان پستان به روش مداخله‌ی و کاغذی و زنان فاقد سرطان به شیوه‌ی آنلاین به پرسش‌نامه‌ها پاسخ گفتند. این پژوهش کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه آزاد شیراز به شماره‌ی IR.IAU.A.REC.1399.002 دارد.

ابزار سنجش

۱- پرسش‌نامه‌ی مقیاس اجتناب شناختی

این پرسش‌نامه را سکستون و دوگاس (۲۰۰۴) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه کردند که شامل ۲۵ گویه است و با یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای (کاملاً غلط، تا حدودی غلط، نه درست نه غلط، تا حدودی درست، کاملاً

تفکرات خویش را در جریان ارتباط اجتماعی تغییر می‌دهند (۱۵).

بنابراین زنان مبتلا به سرطان پستان باید بتوانند میزان استرس و هیجانات خود را کنترل کنند؛ زیرا استرس نقش مهمی در کاهش عملکرد سیستم ایمنی بدن دارد. در این بیماری باید سطح هیجانات مثبت بالا و هیجانات منفی پایین باشد.

شواهد پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در زنان مبتلا به سرطان پستان توانایی تحمل بلاتکلیفی و تنظیم هیجان پایین و اجتناب شناختی بالا بوده، و بین بیماران و افراد سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ از این‌رو باتوجه به شیوع سرطان پستان و نبود مطالعات مشابه در جامعه‌ی ایرانی، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی اجتناب شناختی، عدم تحمل بلاتکلیفی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان شهر شیراز انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع علی‌مقایسه‌ای است. روش آماری، میانگین و انحراف استاندارد و تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) بود که به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS 22 انجام شده است و به مقایسه‌ی اجتناب شناختی، عدم تحمل بلاتکلیفی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان پرداخته است. جامعه‌ی آماری پژوهش را همه‌ی زنان مبتلا به سرطان پستان غیرمتاستاتیک مراجعه‌کننده به درمانگاه شهید مطهری و زنان فاقد سرطان شهر شیراز، در سال ۱۳۹۹ تشکیل داد. معیارهای ورود به پژوهش در زنان مبتلا به سرطان پستان عبارت بود از تشخیص قطعی ابتلا به سرطان که بیش از دو سال از تشخیص آن نگذشته باشد؛ برای گروه پس از درمان، حداقل سه ماه از آخرین پرتودرمانی و شیمی‌درمانی آن‌ها گذشته باشد؛ فقدان متاستاز به سایر نواحی بدن؛ نداشتن مشکلات روان‌شناختی زمینه‌ای؛ مصرف نکردن داروی روان‌پزشکی؛ محدوده‌ی سنی ۳۵ تا ۵۵ سال؛ داشتن سواد خواندن و

۳- مقیاس تنظیم شناختی هیجان نسخه‌ی کوتاه این مقیاس را گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) برای سنجش میزان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی طراحی کرده‌اند. این مقیاس هجده سؤال دارد که شامل نه راهبرد: خودسرزنشگری، پذیرش، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنشگری می‌شود. سؤالات روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (همواره، اغلب، معمولاً، گاهی، هرگز) پاسخ داده می‌شود و هریک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرند. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از پنج ماه) برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۴۱ تا ۰/۵۹ به‌دست‌آمده است (۲۰).

در پژوهش حسنی (۱۳۹۰) اعتبار این مقیاس بر اساس روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و بازآزمایی با دامنه‌ی همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از پنج ماه) برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۴۱ تا ۰/۵۹ به دست آمده است (۲۱).

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت شناختی گروه زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان در جدول ۱ ارائه شده است.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، از آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. با توجه به جدول ۲ میانگین متغیرهای اجتناب شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان به‌ترتیب برابر با $۱۷/۴۸ \pm ۷۲/۵۰$ ، $۱۸/۶۹ \pm ۹۳/۶۸$ و $۴۱/۲۷ \pm ۱۱/۶۵$ و همچنین به‌ترتیب یادشده در زنان

درست) پاسخ داده می‌شود. هریک از گزینه‌ها به‌ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه پنج راهبرد واپس‌زنی افکار نگران‌کننده، جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده، استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی را بررسی می‌کند. بر اساس یافته‌های سکستون و دوگاس (۲۰۰۴) این مقیاس اعتبار درونی بالایی دارد و اعتبار بازآزمایی این مقیاس در شش ماه ۰/۸۵ بود (۱۶). در ایران بساک‌نژاد و همکاران ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در کل آزمودنی برای نمره‌ی کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و اعتبار آزمون را از طریق ضریب همبستگی با سیاهه‌ی فرونشانی فکر خرس سفید برابر ۰/۴۸ گزارش کرده‌اند (۱۷).

۲- مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی

این مقیاس را فریستون و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۷ سؤال دارد و بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هریک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرند. این پرسش‌نامه دو عامل ۱. بلا تکلیفی تلویحات خودارجاعی و رفتار منفی دارد و ۲. غیرمنصفانه است و همه‌چیز را تباه می‌کند، را در تمایز افراد مضطرب از افراد سالم بررسی می‌کند (۱۸). باهر و دوگلاس در سال ۲۰۰۲، مقیاس بلا تکلیفی را دوباره اعتباریابی کردند (۱۱). ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از پنج هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. در پژوهش حمیدپور و اندوز، آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی (در فاصله‌ی سه هفته) برابر ۰/۷۶ برای این مقیاس به دست آمد (۱۹).

تحمل بلا تکلیفی ($F=28/232$ ، $P<0/0001$) و تنظیم هیجان ($F=4/181$ ، $P<0/046$) تفاوت معنادار وجود دارد. این نمرات بیان می‌کند که بین متغیرهای اجتناب شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی با تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود دارد، به این صورت که متغیر اجتناب شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به سرطان پستان بیشتر از زنان فاقد سرطان است و زنان فاقد سرطان از تنظیم هیجانی بهتری در مقایسه با زنان مبتلا به سرطان دارند.

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی اجتناب شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در بین دو گروه زنان به سرطان پستان و فاقد سرطان است.

میزان اجتناب شناختی در گروه زنان مبتلا به سرطان پستان بیشتر از گروه زنان سالم و بهنجار است. این نتیجه احتمالاً بیانگر این حقیقت است که زنان مبتلا به سرطان پستان بیشتر دچار سوگیری شناختی در رفتار هستند که این عامل از طریق ناکارآمدی دانش یا نبود علم و آگاهی کافی ایجاد می‌شود و مربوط به عوامل درون فردی است. این افراد در این خصوص که نمی‌توانند کنترلی بر اوضاع و حتی بهبود بیماری خود داشته باشند، دیدی منفی و نگران‌کننده به حوادث آینده دارند و بر این باورند که نامطمئن بودن و شناخت کافی نداشتن درباره‌ی مسائل و مشکلات و در نتیجه حل آن‌ها، ویژگی منفی‌ای است که باید از آن دوری جویند؛ بنابراین آن‌ها در موقعیت‌های مبهم که نیاز به شناخت و علم و آگاهی دارند، به دلیل نداشتن علم و دانش در عملکردشان مشکل دارند؛ بنابراین از آنجاکه زنان مبتلا به سرطان پستان که از سطح و میزان بلا تکلیفی بالا و شناخت پایینی در خصوص مسائل برخوردارند، در پروسه‌ی درمان نیز اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند که این سطح از اضطراب به نوبه‌ی خود سبب می‌گردد تا فرد بیمار موقعیت‌های زندگی را تنش‌زا و کنترل نشده تلقی کند؛ از این‌رو، این مطالعه با پژوهش‌های

فاقد سرطان برابر با $15/07 \pm 60/86$ ، $14/21 \pm 65/80$ و $12/83 \pm 49/40$ است. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های این متغیرها بین دو گروه نیز در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های جمعیت شناختی مربوط به زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان ($n=100$)

متغیر	مبتلا به سرطان پستان	فاقد سرطان
وضعیت تأهل	متأهل	۵۱
	مجرد	۹
	مطلقه	۱۱
	بیوه	۱۷
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۱
	لیسانس و بالاتر	۵۱
	لیسانس و بالاتر	۲۸

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. اطلاعات مربوط به مانوا در جدول‌های ۳ و ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج حاصل از تحلیل مانوا بر روی تفاضل میانگین‌های متغیرهای پژوهش در بین دو گروه در سطح $0/0001$ نشان می‌دهد که مقدار F معنادار بوده و می‌توان نتیجه گرفت که بین دو گروه زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان در سطح معناداری $0/0001$ از لحاظ متغیرهای اجتناب شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان تفاوتی معنادار وجود دارد.

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) بر میانگین متغیرهای پژوهش‌شده در دو گروه زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه مطالعه‌شده، در متغیرهای اجتناب شناختی ($F=5/035$ ، $P<0/029$)، عدم

بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۲۲، ۲۳).

زمستانی (۱۳۹۸)، مختاری، خسروی و نجات بخش (۱۳۹۴)، همسو است که بیان کردند که بین گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی در مؤلفه های تحمل بلا تکلیفی، بازاریابی شناختی، فرونشانی و اجتناب شناختی تفاوت معنادار وجود دارد. بین عدم تحمل

جدول ۲. میانگین کل و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و مؤلفه های آن ها در دو گروه زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان

گروه زنان فاقد سرطان		گروه زنان مبتلا به سرطان پستان		متغیر	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۱۵/۰۷	۶۰/۸۶	۱۷/۴۸	۷۲/۵۰	اجتناب شناختی	
۲/۲۱	۱۲/۳۱	۳/۱۲	۱۳/۶۱	واپس زنی افکار نگران کننده	
۲/۶۷	۱۱/۳۷	۳/۴۹	۱۲/۲۵	جانمایی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده	
۲/۶	۱۰/۸۱	۳/۸۲	۱۱/۹۴	استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی	
۲/۶۲	۱۲/۶۱	۳/۳۶	۱۴/۷۸	اجتناب از موقعیت ها و فعالیت های فعال ساز افکار نگران کننده	
۲/۳۱	۱۲/۵۴	۳/۱۹	۱۳/۱۶	تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی	
۱۴/۲۱	۶۵/۸۰	۱۸/۶۹	۹۳/۶۸	عدم تحمل بلا تکلیفی	
۷/۱۱	۳۵/۵۰	۹/۳۹	۴۷/۱۲	بلا تکلیفی تلویحات خودارجایی	
۷/۱۰	۳۰/۳۰	۹/۳۰	۴۵/۲۱	رفتار منفی	
۱۲/۸۳	۴۹/۴۰	۱۱/۶۵	۴۱/۲۷	تنظیم هیجان	
۲/۳۷	۴/۱۱	۲/۲۳	۴/۳۷	خودسرزنشگری	
۲/۶۸	۴/۲۱	۲/۴۳	۴/۶۷	پذیرش	
۲/۰۳	۳/۹۷	۱/۹۸	۴/۶۱	تمرکز بر فکر/ نشخوارگری	
۱/۴۸	۳/۵۴	۱/۲۶	۳/۸۹	تمرکز مجدد مثبت	
۱/۶۱	۳/۲۶	۱/۶۷	۳/۹۷	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	
۲/۲۱	۳/۶۸	۲/۲۴	۴/۱۱	ارزیابی مجدد مثبت	
۲/۰۷	۳/۰۱	۲/۱۹	۴/۱۶	کم اهمیت شماری	
۱/۹۶	۳/۶۰	۱/۷۶	۳/۹۷	فاجعه نمایی	
۲/۱۴	۳/۲۷	۱/۹۲	۳/۵۸	دیگر سرزنشگری	

جدول ۳. نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) بر اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای مورد پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۶۹	۵/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۳۱	۵/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۶
آزمون اثر هتلینگ	۱/۳۳۱	۵/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۶
آزمون بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۱/۳۳۱	۵/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۶

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) بر میانگین متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان

نام آزمون	منبع	مجموع مجزورات (SS)	درجه‌ی آزادی (D. F)	میانگین مجزورات (MS)	نسبت F	سطح معناداری (P)
اجتناب شناختی	گروه	۱۴۰۴/۵۰۰	۱	۱۴۰۴/۵۰۰	۵/۰۳۵	۰/۰۲۹
	خطا	۵۵۲۳۵/۶۶۴	۱۹۸			
	کل	۹۶۶۷۱۹/۰۰۰	۲۰۰	۲۷۸/۹۶۸		
عدم تحمل بلاتکلیفی	گروه	۷۷۳۷/۶۸۰	۱	۷۷۳۷/۶۸۰	۲۸/۲۳۲	۰/۰۰۰۱
	خطا	۵۴۲۶۶/۲۵۶	۱۹۸			
	کل	۳۵۰۹۸۰/۰۰۰	۲۰۰	۲۷۴/۰۷۲		
تنظیم هیجان	گروه	۱۳۰۰/۵۰۰	۱	۱۳۰۰/۵۰۰	۴/۱۸۱	۰/۰۴۶
	خطا	۶۱۵۸۰/۹۷۰	۱۹۸			
	کل	۵۴۳۱۸۳/۰۰۰	۲۰۰	۳۱۱/۰۱۵		

اطلاعات مبهم، با این نظر که آن‌ها در تحمل عدم حتمیت دچار اشکال عمده هستند، همسو است؛ به بیان دیگر، عدم تحمل بلاتکلیفی به نظر می‌رسد بهترین عامل در تبیین سوگیری زنان مبتلا به سرطان پستان در تهدیدآمیز دانستن وقایعی است که در آینده اتفاق می‌افتند. در مجموع نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش‌ها بیانگر این مطلب است که افرادی که عدم تحمل بلاتکلیفی دارند تمایل به ۱. نتیجه‌گیری و تفسیرهای اشتباه و غیرمرتبطی از اطلاعات مبهم و ناآگاه‌بودن خود دارند؛ ۲. برای رفع و از بین بردن و روشن‌ساختن موقعیت‌های ابهام‌آمیز اقدام‌های لازم را به‌منظور شناخت دقیق‌تر مسائل انجام نمی‌دهند؛ ۳. هنگامی که دچار یک بیماری یا مشکلی هستند اطمینان کافی درباره‌ی انجام اقدام‌های لازم و تصمیم‌گیری‌های مؤثر درباره‌ی خود ندارند. در مقابل زنان فاقد سرطان در موقعیت‌های مبهم نتیجه‌گیری و تفسیرهای نامعقول به خود اسناد نمی‌دهند و تلاش

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت عدم تحمل بلاتکلیفی زنجیره‌ای از دلواپسی و اجتناب شناختی را به‌دنبال دارد که مستقیماً بر سطحی از اجتناب شناختی فرد تأثیرگذار است؛ از این‌رو، افرادی که عدم تحمل بلاتکلیفی در آن‌ها بالاتر است، زودتر درگیر نگرانی و اضطراب می‌شوند که این به‌نوبه‌ی خود بر روند بهبود و سلامتی آن‌ها تأثیرگذار است. در حقیقت زنانی که مبتلا به سرطان پستان هستند، عدم تحمل بلاتکلیفی در آن‌ها بالاتر و بیشتر است و نسبت به افراد عادی و سالم استعداد بالاتری در ادراک موقعیت‌های منفی دارند؛ این افراد به‌طور غیر معقولی باور دارند که در آینده وقایع منفی رخ می‌دهند؛ بنابراین در موقعیت‌هایی که وقایع مربوط به آینده‌ی نامعلوم و مبهم هستند، از نگرانی به‌عنوان مکانیزمی دفاعی برای حل مشکل، استفاده می‌کنند. گرایش افراد مبتلا به سرطان به تهدیدآمیز دانستن

می‌کنند تا موقعیت‌های مبهم را شناسایی کرده و نسبت به مسائل شناخت دقیق‌تری پیدا کرده، با تصمیم‌گیری‌های به‌موقع و مؤثر در پی بهبود شرایط و موقعیت عمل می‌کنند؛ از این‌رو، این مطالعه با پژوهش‌های تان و همکاران (۲۰۱۶)، اثنی‌عشری و همکاران (۱۳۹۶)، علیلو، شاهجویی و هاشمی (۱۳۸۹) همسو است که بیان کردند توانایی تحمل ابهام با اضطراب در مردان تحت درمان با سرطان پروستات مرتبط است. عدم تحمل ابهام ارتباط معنی‌داری با اضطراب در بیماران سرطانی دارد. بین گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی در مؤلفه‌های جهت‌گیری منفی به مشکل و عدم تحمل بلا تکلیفی تفاوت معنادار وجود دارد (۲۴، ۲۵، ۱۹).

یافته‌های این مطالعه نیز نشان داد بین تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان و فاقد سرطان تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج مطالعات و بررسی‌ها گویای این حقیقت و مطلب است که بیماری سرطان به‌عنوان متغیری مستقل بر سطح و میزان دشواری‌های تنظیم شناختی در زنان، کارکرد و اثری مخرب و منفی دارد. زنان مبتلا به سرطان پستان احساسات منفی متعدد و بسیاری را از جمله ناامیدی، افسردگی، سردرگمی، انکار و تکذیب واقعیت، تلخ‌کامی تجربه می‌کنند که این احساسات منفی به نوبه‌ی خود بر شدت و میزان بیماری سرطان پستان در بین آن‌ها اثرات مخرب و منفی دارد و درنهایت سبب مشکلات جدی‌تر و بیشتر در تنظیم هیجانات آنان می‌شود. می‌توان بیان کرد که دلیل تفاوت بین دو گروه در تنظیم هیجانی این است که زنان مبتلا به سرطان پستان بدین دلیل از نمرات کمتری در تنظیم هیجانی برخوردارند که تحت تأثیر بازتاب‌های ذهنی، کمتر می‌توانند بر سطح و میزان رضایت‌مندی، سرزندگی، بالندگی و حس توانابودن خود کنترل داشته باشند، در نتیجه احساس ضعف و ناتوانی بیشتری دارند و کمتر می‌توانند هیجانات خود را نیز کنترل کنند و بیشتر دچار اضطراب، افسردگی و استرس می‌شوند. در مقابل گروه زنان فاقد سرطان حس

خودکارآمدی و توانابودن بالایی دارند که در نتیجه بر میزان رضایت‌مندی، سرزندگی و بالندگی و حس توانابودن خود کنترل بالایی نیز دارند. همچنین با تنظیم هیجانات خود، بهتر می‌توانند در مقابل ناملایمات، استرس، افسردگی، ناراحتی و پریشانی مقابله کنند و سلامت روانی‌شان را در حد مطلوبی نگه دارند. از این‌رو، این مطالعه با پژوهش‌های مجدی و همکاران (۱۳۹۸)، تاشکه، دوازده امامی، بختیاری و جعفری (۱۳۹۷)، دیفندروف و همکاران (۲۰۰۸) همسو است که بیان کردند در تنظیم هیجان، افراد با اضطراب اجتماعی نسبت به گروه نرمال نمرات بالاتری گرفتند. بین افراد مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن و اضطراب اجتماعی در دشواری‌های تنظیم هیجان تفاوت معنادار وجود داشت. راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی و حوادث عاطفی و بهبود ارتباطات بیماران مبتلا به سرطان رابطه دارد و تمرکز بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان فهم افراد از مدیریت هیجان را ارتقا می‌دهد (۲۶، ۲۷، ۹).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت مربوط به ابزار اندازه‌گیری و شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مؤلفه‌های این پژوهش در بین گروه بیماران مرد بر روی سرطان پروستات که بیماری شایعی در بین مردان است، نیز انجام پذیرد. این پژوهش در شهرستان شیراز صورت گرفت و برای تعمیم بیشتر نتایج می‌توان آن را در مناطق مختلف جغرافیایی ایران انجام داد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های به‌دست‌آمده نشان دادند که بین اجتناب شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد؛ چنانچه نمرات نشان داد متغیرهای اجتناب شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بین گروه زنان مبتلا به سرطان پستان بیشتر از زنان گروه فاقد سرطان پستان در نمونه‌ی پژوهش شده است. همچنین متغیر تنظیم هیجان در زنان سالم و بهنجار

- others, rumination and catastrophizing of women with breast cancer. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(35), 67-76.
4. Mirzaie K, Abdollahi M. H, Shahgholian M. The Relationship between Metacognitive Beliefs, Social Anxiety and Shyness: The Role of Emotion Regulation Strategies. *roh*. 2014; 7 (2), 13-22.
 5. Feldman-Barrett, L., Gross, sh J., Christensen, T.C., & Benvenuto, M. Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*. 2001; 15(5), 713-724.
 6. Gross, J. J. Wise emotion regulation. In: L. Feldma-Barrett & P. Salovey (Eds.), *the wisdom in feeling*. New York: The Guilford Press. 2002; 3(1), 297-318.
 7. Narimani M, Abbasi M, Abolghasemi A, Ahadi B. A study Comparing the effectiveness of acceptance/commitment by emotional regulation training on adjustment in students with dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*. 2013; 2 (4), 154-176.
 8. Gratz K. L., & Gunderson J.G. Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women with Borderline Personality Disorder. *Behav Therapy*. 2006; 37(1), 25-35.
 9. Diefendorff J.M., Richard E.M., Yang J. Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *Journal of Vocational Behavior*. 2008; 73(20), 498-508.
- بیشتر از زنان مبتلا به سرطان پستان نمونه‌ی پژوهش شده است؛ بنابراین لازم است با شناسایی این متغیرهای روان‌شناختی و مداخله‌های به‌موقع، زمینه‌ی لازم را برای کاهش مشکلات زنانی که به سرطان پستان مبتلا هستند، فراهم نمود.
- تقدیر و تشکر**
- از همه‌ی کادر درمانی کلینیک سرطان پستان درمانگاه شهید مطهری، مدارس ابتدایی دکتر محمود حسابی دخترانه و پسرانه، پرند، شهید حمیدرضا صدیقی و شهید تیمور فروغی و همچنین افراد شرکت‌کننده که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از کمیته‌ی ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه آزاد که طبق نامه‌ی شماره‌ی IR.IAU.A.REC.1399.002 این طرح را تأیید کردند، تشکر به عمل می‌آید.
- تضاد منافع**
- در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.
- منابع**
1. Nourizadeh R, Mogaddam Tabrizi F, Vahdati S. Development and Psychometric Testing of an Instrument to Measure Determinants of Mammography. *Payesh*. 2017; 16 (5), 603-612.
 2. Fong, A. J., Scarapicchia, T. M., McDonough, M. H., Wrosch, C., & Sabiston, C. M. Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2017; 26(5), 664-671.
 3. Taghvaie, D., Masjedi, A., & Jafari, M. Effectiveness of dialectical treatment on rebuke of oneself and

18. Freeston M. H, Rheuma J, Litarte H, Dugas, M. J, Ladouceur R. Why Do People Worry. *Journal of Personality and Individual Difference*.1994; 17, 791–802.
19. MahmudAliloo M, Shahjooee T, Hashemi Z. Comparison of Intolerance of Uncertainty, Negative Orientation, Cognitive Avoidance, Positive Beliefs about Worries in Patients with Generalized Anxiety Disorder and Control Group. *Scientific journal of modern psychological research*. 2010; 5, (20), 167-185.
20. Garnefski N , Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire “development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*2006; 41(6) 1045-1053.
21. Hasani, J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *RBS*. 2011; 9 (4), 229-240.
22. Zemestani, M. A comparative study on Intolerance of Uncertainty, Emotion Regulation, and Cognitive Avoidance in Patients with Generalized Anxiety Disorder and Healthy People. *IJPN*.2019; 7 (1): 9-17.
23. Mokhtari S, Khosravi S, NejatBakhsh A. Comparison of intolerance of uncertainty, Worryness, Cognitive Avoidance, negative problem orientation among people with generalized anxiety disorder, major depression disorder and normal subjects(population). *RBS*.2015; 13 (2), 188-207.
24. Tan H. J, Marks L. S, Hoyt M. A, Kwan L, Filson C. P, Macairan M., ... & Stanton A. L. The relationship between intolerance of uncertainty
10. Dugas M. J., Schewartz A., Francis K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Journal of Cognitive ther res*.2004; 28, 835–842.
11. Buher K, Dugas M. J. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Journal of Behav Res Ther*.2002; 40, 931–945.
12. Fergus T. A., Rowatt W. C. Intolerance of uncertainty and personality: Experiential permeability is associated with difficulties tolerating uncertainty. *Journal of Personality and Individual Differences*.2014; 58,128–131.
13. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons. 2002.
14. Ottenbreit N. D., Dobson K. S. Avoidance and depression: the construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. *Behavioral Research Therapy*.2004; 42(3):293– 313.
15. Sexton, K. A. & Dugas, M. J. The cognitive avoidance questionnaire: Vlidetion of the english translation. *Journal of Anxiety Disorder*.2008; 22, 235-370.
16. Sexston, K. A., Dugas, M. J. An investigation of the factors leading to cognitive avoidance in worry. Poster presented at the annual convention of the association for advancement of behavior therapy, New Orleans, LA.2004.
17. Bassak-Nejad S, Moeini N, Mehrabizadeh Honarmand M. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. *Journal of Behavioral Sciences*, 2010; 4 (4), 335-340.

- Emotion Regulation Difficulties in Students with and Without Social Anxiety Disorder Clinical Syndromes. *Scientific Journal of Clinical Psychology & Personality*.2019; 17(1), 165-174.
27. Tashkeh M, Davazdahemami M. H, Bakhtiyari M, Jafari M. Comparison of intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation in individuals with Body Dysmorphic and Social Anxiety. *Health Psychology*.2018; 3 (27), 32-45.
- and anxiety in men on active surveillance for prostate cancer. *The Journal of urology*.2016; 195(6), 1724-1730.
25. Esnaashari Sh, Mohammadkhani Sh, Hassanabadi H. R. Cognitive model of anxiety in cancer patients: The role of cognitive and metacognitive components. *Health Psychology*. 2017; 6 (21), 66-85.
26. Majdy N, Atadokht A, Hazrati S, Sobhi Gharamaleki N. Comparison Brain/Behavioral Systems and

Cite this article as:

Mozhde Riazi, Samad Fereidooni, Vahid Zangouri, Abdolrasoul Talei: Cognitive Avoidance, Intolerance of Uncertainty and Emotion Regulation in Women with and without Breast Cancer. *Sadra Med Sci J* 2022; 10(1): 37-48.