

## The Relationship of Self-Differentiation and Cognitive Emotion Regulation with Quality of Life in Women with Breast Cancer

Soltaninejad M: Department of Educational science, Kahnooj Branch, Islamic Azad University, Kahnooj, Iran

Corresponding Author: Mehraneh Soltaninejad, msoltani.psy@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** Breast cancer may potentially affect women's daily life, including their physical activities, career and social life. Self-differentiation and cognitive emotion regulation are key factors in coping with the disease. Thus, knowledge of these factors may be of value in improving the quality of life. This study aimed to examine the relationship of self-differentiation and cognitive emotion regulation strategies with the quality of life in women with breast cancer.

**Methods:** This cross-sectional study recruited 200 women from a statistical population of women with breast cancer presenting to Imam Hussein Hospital who were selected according to the Cochran's formula. Data for this descriptive-correlation study were collected through questionnaires of Quality of Life Scale (SF-12), Self-differentiation (DSI-SF-20), and Cognitive Emotion Regulation (CERQ-18). Data were analyzed by backward regression analysis in SPSS<sub>20</sub> software.

**Results:** Patients' mean age was  $42.10 \pm 3.64$  years (range: 30-50 years). Adaptive, maladaptive or both strategies were used by 39.5%, 54.5% and 6% of the participants, respectively. Furthermore, regression analysis revealed the significant relationship of self-differentiation and cognitive emotion regulation strategies with mental and physical dimensions of the quality of life ( $p$ -value = 0.001). Regression analysis results showed self-differentiation, and cognitive emotion regulation significantly predicted 23% of the variance of physical dimension and 35% of the variance of mental dimension of the quality of life, while the remaining belonged to other variables.

**Conclusion:** According to the results, a reduction in self-differentiation of patients increases maladaptive strategies and consequently reduces their quality of life. Therefore, more precise planning for educational and supportive interventions appears necessary for reducing maladaptive strategies and improving quality of life.

**Keywords:** Emotion Regulation, Cognitive Emotion Regulation, Breast Cancer

فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، سال یازدهم، شماره اول، بهار ۱۳۹۷؛ (۶۶-۵۹)

تاریخ ارسال: ۹۶/۱۰/۱۶ | تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۷

## بررسی رابطه خودمتمایزسازی و تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان

مهرانه سلطانی نژاد\*؛ گروه علوم تربیتی، واحد کهنوج، دانشگاه آزاد اسلامی، کهنوج، ایران

### چکیده

**مقدمه:** سرطان پستان بیماری است که ممکن است به طور بالقوه بر زندگی روزانه زنان از جمله فعالیت‌های جسمانی، زندگی حرفه‌ای و اجتماعی آنان تاثیر گذارد. خودمتمایزسازی و تنظیم شناختی هیجان از عوامل کلیدی در این مقابله هستند. بنابراین شناخت این عوامل می‌تواند در ارتقا کیفیت زندگی ارزشمند باشد. هدف از این مطالعه بررسی رابطه بین خودمتمایزسازی و تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بود. جامعه آماری مطالعه، زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین<sup>(ع)</sup> شهر تهران می‌باشند، که از این میان تعداد ۲۰۰ نفر بر اساس فرمول نمونه‌گیری کوکران به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. این بررسی از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است و جهت جمع‌آوری داده‌های مربوط به متغیرهای تحقیق از سه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-12)، خودمتمایزسازی (DSI-SF-20)، و تنظیم شناختی هیجان (CERQ-18) بهره گرفته شد. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل رگرسیون backward و به وسیله نسخه ۲۰ نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین سنی بیماران شرکت‌کنندگان در مطالعه برابر با  $42/10 \pm 3/64$  سال بود (۳۰-۵۰). از نظر میزان استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان توسط بیماران، ۳۹/۵٪، ۵۴/۵٪ و ۶٪ به ترتیب از راهبردهای سازگاران، ناسازگاران و هر دو راهبرد استفاده می‌کردند. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین خودمتمایزسازی و تنظیم شناختی هیجان با بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی وجود دارد ( $p\text{-value} = 0/001$ ). نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که دو متغیر خودمتمایزسازی و تنظیم شناختی هیجان ۳۵٪ و ۲۳٪ به ترتیب از کل تغییرات بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی را توجیه می‌کنند و مابقی، سهم سایر متغیرهاست.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که کاهش خودمتمایزسازی بیماران باعث افزایش استفاده از راهبردهای ناسازگاران می‌شود و بالتبع آن، کاهش کیفیت زندگی را در پی دارد. بنابراین جهت کاهش راهبردهای ناسازگاران و ارتقا کیفیت زندگی برنامه‌های دقیق و مداخلات آموزشی و حمایتی نیاز است.

**واژه‌های کلیدی:** خودمتمایزسازی، تنظیم شناختی هیجان، سرطان پستان

\* نشانی نویسنده مسئول: کهنوج، گروه علوم تربیتی، واحد کهنوج، دانشگاه آزاد اسلامی، مهرانه سلطانی نژاد.  
آدرس الکترونیک: msoltani.psy@gmail.com

**مقدمه**

سالانه حدود یک میلیون بیمار مبتلا به سرطان پستان در جهان شناسایی می‌شوند، و این بیماری دومین علت مرگ بر اثر سرطان پس از سرطان ریه<sup>۱</sup> است (۱). در ایران سالیانه حدود ۸۵۰۰ مورد جدید سرطان پستان در کشور ثبت می‌شود و مرگ ۱۴۰۰ نفر به دلیل ابتلا به این بیماری است (۲). مطالعات نشان می‌دهند که تشخیص زودهنگام، درمان ترکیبی شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، درمان هورمونی، و همچنین شناسایی بهتر عوامل پیش‌آگهی و توجه به کیفیت زندگی، بقای قابل ملاحظه زنان با سرطان پستان را به میزان زیادی افزایش داده است (۳، ۴). کیفیت زندگی یک ارزیابی ذهنی از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است، و منعکس کننده ادراک بیمار از تاثیر تشخیص و درمان در زندگی روزمره است (۵). عوامل روان‌شناختی زیادی در کیفیت زندگی نقش دارند که در این پژوهش نقش خودمتمایزسازی<sup>۲</sup> و تنظیم شناختی هیجان<sup>۳</sup> در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان مورد توجه قرار گرفته است.

خودمتمایزسازی یا تفکیک خود، بیانگر میزان توانایی فرد در تفکیک فرایندهای عقلی از فرایندهای احساسی و نشان دادن توانایی ابراز موضع خویش است (۷، ۸). افرادی که از تمایز یافتگی مناسب برخوردارند، خودرهبند، از افکار و احساسات خویش آگاه هستند، به درستی آنها را ابراز کرده، و خود را مجبور به وفق دادن با انتظارات نامعقول دیگران نمی‌کنند (۸). در شرایط بیماری، به ویژه بیماری مزمنی نظیر سرطان، بیمار در شرایط تنش‌زایی قرار دارد و هرچه تنیدگی‌های ناشی از بیماری بیشتر باشد، عوارض منفی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی بیشتری به همراه دارد (۹). در چنین شرایطی خودمتمایزسازی به افراد کمک می‌کند تا پاسخ‌های مناسب‌تری به شرایط داده و بر امور کنترل بیشتری داشته باشند (۱۰). مطالعات انجام شده با بیماران سرطان و فیرومیالژیا نشان می‌دهد، افرادی که تمایز یافتگی پایین دارند برای مقابله با استرس و اضطراب حاصل از بیماری دچار مشکل می‌شوند (۱۱-۱۳)، و در نتیجه با مشکلاتی نظیر نقص در مهارت حل مسأله و

آسیب‌های شدید روان‌شناختی نظیر افسردگی مواجه می‌شوند (۱۴).

در افراد با تمایز یافتگی بالا برای کنترل هیجانات از تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌شود. در واقع، تنظیم شناختی برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به کار می‌رود و بر جنبه شناختی و ذهنی مقابله با هیجان تاکید دارد (۱۵-۱۸). واضح است که تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای مناسب نقش مؤثری در سازگاری با بیماری و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی ایفا می‌کند (۱۹-۲۲). افرادی که قدرت بیشتری در تمایز و تنظیم هیجانات دارند، رویدادهای استرس‌زا را به عنوان چالش و فرصتی برای یادگیری در نظر گرفته و از سازگاری و کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند (۲۳-۲۴). با توجه به این که کیفیت زندگی دارای دو بعد جسمانی و روانی است و بیماری سرطان از زمان تشخیص و نیز فرایند طول درمان، تجربه‌ای دردناک و شرایط استرس‌زایی برای بیمار است، توجه به هیجانات و نیز چگونگی کنترل و مدیریت آنها با استفاده از مهارت خودمتمایزسازی و نیز برخورد شناختی و استفاده از راه‌کارهای سازگارانه با آنها، نقش سازنده‌ای در بهبودی و نیز افزایش کیفیت زندگی بیماران خواهد داشت. با استناد به مطالعات انجام شده افراد با توانایی خود متمایز سازی کمتر، از راهبردهای ناسازگارانه در شرایط بیماری استفاده می‌کنند (۲۴، ۲۵). بنابراین، فرض استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در زنان سرطانی که دارای خود متمایزی پایین هستند، افزایش می‌یابد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه خودمتمایزسازی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ابعاد کیفیت زندگی انجام شده است که نتایج آن می‌تواند دانش نظری و بالینی مهمی را برای افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان از جمله سرطان پستان فراهم آورد.

**مواد و روش‌ها**

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است. برای محاسبه حجم نمونه، به دلیل نامشخص بودن حجم جامعه و در دسترس نبودن واریانس جامعه از فرمول نمونه‌گیری کوکران با حجم جامعه نامعلوم استفاده شد. طبق محاسبات انجام شده با فرمول کوکران، از میان زنان مراجعه‌کننده مبتلا به سرطان پستان به بیمارستان امام

<sup>1</sup> lung cancer<sup>2</sup> Self-differentiation<sup>3</sup> Cognitive Emotion Regulation

حسین<sup>(ع)</sup> تهران، ۲۰۰ نفر با توجه به اصول علمی و رعایت اخلاق پژوهش به صورت در دسترس انتخاب شدند.

این بیماران پس از تشخیص، تحت جراحی حفظ پستان قرار گرفته بودند. تعدادی از بیماران بعد از جراحی تحت رادیوتراپی قرار گرفته و سپس شیمی‌درمانی را شروع کرده بودند. تعدادی از بیماران نیز، همزمان با رادیوتراپی، شیمی‌درمانی را آغاز کرده بودند. در این بیماران عوارض جانبی درمان نظیر خستگی، تهوع و استفراغ، مشکلات خواب، افسردگی و احساس ترس گزارش شد. شرط ورود به مطالعه دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، مدت زمان ابتلا بیشتر از یک سال، ابتلا به سرطان پستان بدون متاستاز، داشتن سواد خواندن و نوشتن، علاقه و همکاری به شرکت در پژوهش و تکمیل کردن پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شد. همچنین معیارهای خروج از مطالعه، ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن، ابتلا به سایر انواع سرطان، داشتن مشکلات روانی، معلولیت جسمی و یا ذهنی بیمار و داشتن رویدادهای استرس‌زا در ۶ ماه گذشته بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 تحلیل شدند. خودمتمایز سازی و راهبردهای تنظیم هیجان متغیرهای مستقل و بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته بر اساس آزمون تحلیل رگرسیون رو به عقب در سطح ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌ها به شرح زیر استفاده شد:

**مقیاس کیفیت زندگی (SF):** این مقیاس ۱۲ سوالی توسط وار و همکاران (۲۶)، به منظور سنجش کیفیت زندگی افراد در دو حیطه جسمانی و روانی از نظر درک سلامتی، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روانی ساخته شده است. طیف لیکرت برای سنجش پاسخ‌های افراد در این مقیاس متفاوت است. در سوال اول پاسخ‌های افراد بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای از ۱ تا ۵ بد درجه‌بندی می‌شود. در سوالات دوم و سوم پاسخ‌های افراد بر روی یک مقیاس سه درجه‌ای از ۱ به، محدود شده است تا ۳ خیر، اصلاً محدود نشده است، درجه‌بندی می‌شوند. سوالات ۴، ۵، ۶ و ۷ دارای مقیاس دو درجه‌ای ۱ به و ۲ خیر هستند. سوال ۸ پاسخ‌های افراد را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ اصلاً تا ۵ خیلی زیاد درجه‌بندی می‌کند، و بقیه سوالات پاسخ‌های افراد را

بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از ۱ تمام اوقات تا ۶ هیچ‌وقت، مشخص می‌سازند. حداقل و حداکثر نمره ۱۲ و ۴۸ است که نمرات بالاتر بیانگر کیفیت زندگی بیشتر است. این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران (۵) به فارسی برگردانده شده و روایی و پایایی آن در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ برای عملکرد جسمانی و روانی تایید شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش آلفای کرونباخ برای عملکرد جسمانی و روانی به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۲ به دست آمد.

**مقیاس خودمتمایز سازی (DSI-SF):** این مقیاس ۲۰ سوالی که توسط دریک و مورداک (۲۷) تهیه شده است، فرم کوتاه شده پرسشنامه اسکورن و فردلندر (۲۸) است که به منظور سنجش توانایی افراد در تمایز احساس و ادراک و توانایی تجربه صمیمیت در کنار اقتدار در رابطه ساخته شده است و دارای چهار خرده مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و آمیختگی با دیگران که همگی آنان توانایی تفاوت گذاری بین فرایندهای عقلانی و عاطفی را می‌سنجند. این مقیاس پاسخ‌های افراد را بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از اصلاً در مورد من درست نیست (۰)، تا کاملاً در مورد من درست است (۵)، مشخص می‌سازد. حداقل و حداکثر نمره صفر و ۱۰۰ است که نمرات بالاتر بیانگر خودمتمایزسازی بیشتر است. پایایی این مقیاس در مطالعات متعدد با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۷ تایید شده است (۲۴، ۲۹). در ایران این پرسشنامه توسط رسولی و همکاران (۳۰) به فارسی برگردانده شده و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است. پایایی پرسشنامه در مطالعه مزبور ۰/۷۴ گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از نرم افزار SPSS و روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-18): این مقیاس ۱۸ سوالی که توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۳۱) تهیه شده است، که به منظور شناسایی راهکارهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع با موقعیت‌های منفی ساخته شده است. این مقیاس پاسخ‌های افراد را بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از تقریباً هرگز، تا تقریباً همیشه، مشخص می‌سازد. حداقل و حداکثر نمره برای پنج راهبرد سازگارانه (مقیاس تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت، پذیرش شرایط، توسعه

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات خودمتمایزسازی، راهبردهای سازگارانه، راهبردهای ناسازگارانه، بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
خودمتمایزسازی	۱۴/۱۷	۵/۲۰
راهبردهای سازگارانه	۲۲/۴۶	۶/۲۲
راهبردهای ناسازگارانه	۲۳/۶۲	۳/۸۵
بعد روانی کیفیت زندگی	۲۰/۹۴	۴/۵۷
بعد جسمانی کیفیت زندگی	۱۹/۹۲	۵/۰۹

همچنین میزان استفاده از راهبردها در نمونه مورد مطالعه با استفاده از نقطه برش محاسبه شد. بهترین نمره برش با استفاده از نمره گذاری لیکرتی برای افراد مورد مطالعه ۱۶ به دست آمد که حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی با این نمره برش به ترتیب برابر با  $۰/۵ \pm ۳/۶$ ،  $۸۵/۳ \pm ۳/۶$  و  $۱۱/۱۳ \pm ۳/۶$  بود. جدول ۳ نشان می‌دهد که چند درصد از افراد از راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه و یا هر دو راهبرد استفاده کرده‌اند.

جدول ۳: فراوانی و میزان درصد استفاده افراد مورد مطالعه از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

متغیرها	فراوانی	درصد
راهبردهای سازگارانه	۷۹	۳۹/۵
راهبردهای ناسازگارانه	۱۰۹	۵۴/۵
هر دو راهبرد	۱۲	۶

برای پیش‌بینی کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمانی و روانی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بر اساس متغیرهای خودمتمایزسازی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از رگرسیون چند متغیره به روش رو به عقب (backward) استفاده شد. بعد عملکرد جسمانی و روانی کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک، و سایر متغیرها به عنوان پیش‌بینی کننده وارد تحلیل شدند. نتایج نشان داد که ۲۳٪ از تغییرات عملکرد جسمانی و ۳۵٪ از تغییرات عملکرد روانی توسط متغیرهای خودمتمایزسازی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تبیین می‌شوند. ضرایب بتا در جدول شماره ۴ و ۵ نشان می‌دهند که راهبردهای ناسازگارانه با بتای ( $-۰/۵۴$ ) و ( $-۰/۶۸$ ) بیشترین سهم را در پیش‌بینی به خود اختصاص داد.

چشم‌انداز، برنامه‌ریزی کردن) ۱۰ و ۵۰ و برای چهار راهبرد ناسازگارانه (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، و تلقی فاجعه‌آمیز) ۸ و ۴۰ است، که نمرات بالاتر بیانگر استفاده بیشتر از راهکار مذکور در مقابله با وقایع استرس‌زا و منفی است. پایایی این مقیاس توسط سازندگان آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ تایید شده است. این پرسشنامه در ایران توسط بشارت و بزازیان (۳۲) به فارسی برگردانده شده و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است. پایایی راهبردها سازگارانه و ناسازگارانه در مطالعه مزبور در دامنه بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از نرم افزار SPSS و روش آلفای کرونباخ برای راهبردهای سازگارانه ۰/۷۰ و ناسازگارانه ۰/۶۷ به دست آمد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران برابر با  $۴۲/۱۰ \pm ۳/۶۴$  به دست آمد. از نظر مدت زمان بیماری، ۴۵٪ بیماران کمتر از سه سال، ۴۰٪ پنج سال و ۱۵٪ بیشتر از پنج سال را گزارش کردند. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱: نمایش اطلاعات دموگرافیک نمونه مورد مطالعه ( $n=۲۰۰$ )

متغیر دموگرافیک	تعداد (درصد)
تأهل	مجرد ۵۴ (۲۷)
	متأهل ۱۰۳ (۵۱/۵)
تحصیلات	مطلقه ۴۳ (۲۱/۵)
	دیپلم ۳۶ (۱۸)
	کارشناسی ۱۲۵ (۶۲/۵)
	کارشناسی ارشد و بالاتر ۳۹ (۱۹/۵)
اشتغال	شاغل ۱۵۰ (۷۵)
	خانه‌دار ۵۰ (۲۵)

میانگین و انحراف معیار نمرات بیماران در متغیرهای خودمتمایزسازی، راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه، و نیز عملکرد جسمانی و روانی مربوط به کیفیت زندگی در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به پیش بینی عملکرد جسمانی بر اساس متغیرهای

## خودمتمايز سازی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

Sig	SE	$\beta$	B	R <sup>2</sup>	R
				۰/۲۳	۰/۴۸
					مدل ۱
۰/۰۰۱	۰/۰۸	۰/۲۲	۰/۲۱		خودمتمايز سازی
۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۱۶	۰/۲۱		راهبردهای سازگارانه
۰/۰۰۱	۰/۰۶	-۰/۵۴	-۰/۴۴		راهبردهای ناسازگارانه

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به پیش بینی عملکرد روانی بر اساس متغیرهای خودمتمايز سازی

## و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

Sig	SE	$\beta$	B	R <sup>2</sup>	R
				۰/۳۵	۰/۵۹
					مدل ۱
۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۳۳	۰/۲۹		خودمتمايز سازی
۰/۰۰۱	۰/۰۷	۰/۱۹	۰/۲۳		راهبردهای سازگارانه
۰/۰۰۱	۰/۰۵	-۰/۶۸	-۰/۵۰		راهبردهای ناسازگارانه

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه خودمتمايز سازی و تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. خودمتمايز سازی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با استفاده از تحلیل رگرسیون رو به عقب به عنوان پیش بینی کننده ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی وارد تحلیل شدند.

نتایج نشان داد که خودمتمايز سازی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ۲۳٪ از واریانس عملکرد جسمانی و ۳۵ درصد از واریانس عملکرد روانی کیفیت زندگی را تبیین نمودند. بررسی سهم بتای متغیرها نشان می دهد که راهبردهای ناسازگارانه با بتای (-۰/۵۴ و -۰/۶۸)، نقش معنی دارتری در پیش بینی ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی دارند، به این صورت که با افزایش این راهبردها، کیفیت زندگی بیماران کاهش می یابد. این یافته با مطالعات انجام شده در این زمینه مرتبط و همسو است (۱۸، ۱۹ و ۳۳). در تبیین این یافته می توان عنوان داشت که بیماران مبتلا به سرطان پستان اغلب با مشکلات طولانی مدت جسمانی، روانی و اجتماعی مرتبط با فرایند درمان مواجه هستند. این چالش ها توان بیمار را برای مقابله مؤثر و منطقی با موقعیت کاهش داده و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه را افزایش می دهد (۳۴).

با توجه به شرایط ناگوار روحی و روانی بیماران مزمن، استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه در بیماران سرطانی امری طبیعی و مورد انتظار است. بی ثباتی هیجانی و شرایط تنش زای حاصل از بیماری باعث می شود که افراد در مواجه با حوادث و موقعیت ها شکننده شده و از راهبردهای ناسازگارانه مانند نشخوار فکری، سرزنش خود و تلقی فاجعه آمیز در رویارویی با شرایط استفاده نمایند (۱۶-۱۸). چنانچه در تحلیل داده ها دیده شد، متغیرهای پژوهش در پیش بینی بعد روانی کیفیت زندگی واریانس بیشتری را تبیین کردند (۳۵٪). این یافته به این معنا است که متغیرهای ذکر شده بر عملکرد روانی بیشتر از عملکرد جسمانی تاثیر می گذارند. این یافته با پژوهش های انجام شده در این زمینه مشابه است (۳۵). محققان معتقدند که سلامت فیزیکی بیماران سرطانی از سلامت روانی آنان تاثیر می پذیرد و ارتقای سلامت روانی آنها بر پایه پیشگیری و درمان تنش های عاطفی حاصل از بیماری استوار است (۳۶).

همچنین نتایج نشان داد که متغیر خودمتمايز سازی نقش معنی داری در پیش بینی کیفیت زندگی ایفا نموده است. این یافته با مطالعات انجام شده در این زمینه مرتبط و همسو است (۳۷-۴۰). افراد تمایز یافته مرزهای روشن و قابلیت عملکرد خودمختارانه شخصی بالاتری دارند (۳۸) و می توانند در موقعیت های عاطفی، خود را کنترل کرده و با

کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن نظیر سرطان پیشنهاد می‌شود که اثر بخشی این متغیرها را با تهیه برنامه‌های مداخله‌ای در زمینه کیفیت زندگی مورد سنجش قرار دهند تا، کاربردی بودن این متغیرها به صورت عملی و کاربردی مشخص گردد.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که متغیرهای روان‌شناختی خودمتمایزسازی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نقش مؤثری در کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان ایفا می‌نمایند. با توجه به نقش معنی‌دار خودمتمایزسازی در بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی، هر چه خودمتمایزسازی در افراد بیشتر باشد، کیفیت زندگی آنان بالاتر خواهد بود. همچنین نقش معنی‌دار راهبردهای ناسازگارانه با بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی نشان می‌دهد که کاربرد راهبردهای منفی، به میزان قابل توجهی کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، پیشنهاد می‌شود در مداخلات روان‌شناختی بر نقش خودمتمایزسازی و همچنین استفاده از راهبردهای سازگارانه و مثبت در بیماری‌های مزمن از جمله سرطان پستان توجه بیشتری شود.

### تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از مسئولین محترم بیمارستان امام حسین<sup>(ع)</sup> تهران، به ویژه بخش شیمی‌درمانی و همچنین کلیه بیماران محترمی که صمیمانه در این پژوهش همکاری کردند، سپاسگزارم.

در نظرگرفتن عقل و منطق تصمیم‌گیری کنند (۴۰)، و در نتیجه از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند.

در شرایط ناگوار بیماری نظیر سرطان، وجود حس خودمتمایزسازی قوی در بیمار باعث می‌شود که اوضاع و شرایط نگران‌کننده بیماری را تحت کنترل خویش درآورده و به گونه‌ای منطقی و نه، هیجانی با حادثه پیش آمده برخورد کند (۱۰). خودمتمایزسازی بالاتر به بیمار کمک می‌کند تا برخورد منطقی با شرایط داشته باشد و با راهبردهای سازگارانه و منطقی نظیر برخورد و پذیرش مثبت، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت، توسعه چشم‌انداز و برنامه‌ریزی منظم با بیماری مقابله نماید. باید توجه داشت که وجود یک من قوی به همراه راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به تحکیم خودمتمایزسازی فرد و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی کمک نماید. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند در زمینه ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد، به خاطر ماهیت رابطه‌ای پژوهش حاضر قابل تصور است زمانی که خودمتمایزسازی افزایش می‌یابد، میزان استفاده از راهبردهای سازگارانه در تنظیم هیجانات نیز افزایش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی افزایش خواهد یافت. مطالعه حاضر همانند هر مطالعه دیگری دارای محدودیت‌هایی است. از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان عنوان کرد که: مطالعه بر روی نمونه‌ای از زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران انجام شده است که شرایط استرس‌زای بیماری، تکمیل پرسشنامه‌ها در شرایط بیمارستان و نیز تفاوت فرهنگی و شرایط اجتماعی آنان در استفاده از نتایج را باید مورد توجه قرار داد، و نیز مطالعه یک مطالعه همبستگی است، بنابراین کاربست و تبیین علی از نتایج باید با احتیاط انجام شود. به محققان علاقمند در حوزه متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با

### References

1. Anagnostopoulos F, Myrghianni S. Body Image of Greek Breast Cancer Patients Treated with Mastectomy or Breast Conserving Surgery. *J Clin Psychol Med Settings* 2009; 16: 311–321.
2. Akbari ME, Mirzaei HR. Opening Speech. Abstract book of 9th International Breast Cancer Congress. 1st ed. Tehran: Resaneh Takhasosi Pub 2014.
3. Lam WW, Au AH, Wong JH, Lehmann C, Koch U, Fielding R, et al. Unmet supportive care needs: A cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2011; 130(2): 531–41.
4. Theodoratou-Bekou M, Andreopoulou O, Andriopoulou P, Wood B. Stress-related

- asthma and family therapy: Case study. *Annals of General Psychiatry* 2012; 11(1): 28.
5. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC public health* 2009; 9(1): 341.
6. Rostami S, Jowkar B. The relationship between guilt and shame feelings with the dimensions of loneliness: The moderating effect of gender. *Int Behav Sci* 2016; 10(2): 72-6.
7. Kahrazei F, Danesh E, Hydarzadegan A. The effect of cognitive-behavioral therapy (CBT) on reduction of psychological symptoms among patients with cancer. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 14(2): 112-116.
8. Murray TL, Daniels MH, Murray CE. Differentiation of self, perceived stress, and symptom severity among patients with Fibromyalgia Syndrome. *Families, Systems, & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare* 2006; 24(2): 147-159.
9. Laughlin KAM, Peverill M, Gold AL, Alves S, Sheridan MA. Child Maltreatment and Neural Systems Underlying Emotion Regulation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54(9): 753-762.
10. Davis MC, Zautra AJ, Reich JW. Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis. *Annals of Behavioral Medicine* 2001; 23: 215-226.
11. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Personality and Individual Differences* 2001; 30: 1311-1327.
12. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences* 2006; 40:1659-1669.
13. Garnefski N, Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers* 2002; 23(16): 403-420.
14. Andersen B, Goyal NG, Westbrook TD, Bishop B, Carson WE. Trajectories of stress, depressive symptoms, and immunity in cancer survivors: Diagnosis to 5 years. *Clin Cancer Res* 2016; 23(1): 52-61.
15. Conley CC, Bishop BT, Andersen BL. Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship. *Healthcare* 2016; 4(3): 56.
16. Baghjari F, Saadati H, Esmaeilinasab M. The Relationship between Cognitive Emotion-Regulation Strategies and Resiliency in Advanced Patients with Cancer. *Int J Cancer Manag* 2017; 10(10): 1-6.
17. Bahrami B, Mashhadi A, Kareshki H, Bahrami A. Role of Mediating Cognitive Emotion Regulation Strategies and Goal Adjustment in Relationship between Personality Characteristics and Quality of Life of Patients with Cancer. *Int J Cancer Manag* 2017; 10(12): 1-8.
18. UstUndag S, Zencirci AD. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *AsiaPacific Journal of Oncology Nursing* 2015; 2(1):17.
19. Rabbani-Zadeh M, Behzadi-Pour S. The Study of Type D Personality and Cognitive Strategies of Emotion Regulation as Predictors of Happiness and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *J Arch Breast Cancer* 2017; 4(2): 64-69.
20. Robertson T, Daffern M, Bucks RS. Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior* 2012; 17:72-82.
21. Ware JR, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care* 1996; 34(3): 220-233.
22. Drake JR, Murdock NL, Marszalek JM, Barber E. Differentiation of Self Inventory—Short Form: Development and

- Preliminary Validation. *J Contemporary Family Therapy* 2015; 37 (2): 101-112.
23. Skowron EA, Friedlander ML. The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *J Counseling Psychology* 1998; 45: 235–246.
  24. Buser JK, Gibson S. Differentiation and Eating Disorder Symptoms Among Males. *The Family Journal* 2014; 22(1):17-25.
  25. Jankowski PJ, Hooper LM. Differentiation of self: A Validation Study of the Bowen Theory Construct. *Couple & Family psychology: Research and Practice* 2012; 1 (3): 226-43.
  26. Rasoli M, Asodeh M H, Tamarchi F, Hosseini Z. Factor structure and validation of Self-Differentiation Inventory Short Form (SDI-SF). *J Psychometry* 2017; 4(17): 1-10.
  27. Drake JR, Murdock NL, Marszalek JM, Barber E. Differentiation of Self Inventory—Short Form: Development and Preliminary Validation. *J Contemporary Family Therapy* 2015; 37 (2): 101-112.
  28. Skowron EA, Friedlander ML. The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *J Counseling Psychology* 1998; 45: 235–246.
  29. Jankowski PJ, Hooper LM. Differentiation of self: A Validation Study of the Bowen Theory Construct. *Couple & Family psychology: Research and Practice* 2012; 1 (3): 226-43.
  30. Rasoli M, Asodeh M H, Tamarchi F, Hosseini Z. Factor structure and validation of Self-Differentiation Inventory Short Form (SDI-SF). *J Psychometry* 2017; 4(17): 1-10.
  31. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: the development of an instrument. *European Child Adolescence Psychiatry* 2007; 16: 1-9.
  32. Besharat MA, Bazzazian S. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Nursing and Midwifery Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2015; 24(84): 61-70.
  33. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health* 2002; 6(3): 275–281.
  34. Norouzi H, Hashemi E. The Efficacy of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on Emotion Regulation among Patients with Breast Cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease* 2017; 10(2): 38-48.
  35. Northouse LL, Caffey M, Deichelbohrer L, Schmidt L, Guziatke-Trojniak L, West S, et al. The quality of life of African American women with breast cancer. *Res Nurs Health* 1999; 22(6): 449-60.
  36. Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. Psychological health in cancer survivors. *Semin On-col Nurs* 2008; 24(3):193-201.
  37. Ustundag S, Zencirci AD. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2015; 2(1): 17-25.
  38. Spiegel D, Bloom JR. Pain in metastatic breast cancer. *Cancer* 1993; 52: 341-5.
  39. Peleg O, Einaya H, Ehlas W. The relationship of maternal separation anxiety & differentiation of self to children's separation anxiety & Adjustment to kindergarten: in Druze families. *The Journal of anxiety Disorders* 2006; 20(8): 973-995.
  40. Skowron EA. The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of Counseling Psychology* 2000; 47: 229-237.