مقاله پژوهشی

اثر مداخلات آگاهی و ابراز هیجانی بر خشم و شدت درد زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه نیمه تجربی

سمیه علی نسب[۱]، نجمه حمید*[۲]، مالک میرهاشمی[۳]

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۴/۰۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۷/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان است. درد سرطان یکی از فراوان‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین پیامدهای سرطان و کاهش توانایی تنظیم هیجانات مختلفی نظیر خشم از عوارض روانی این بیماری است که کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از این پژوهش، تعیین اثر مداخلات آگاهی و ابراز هیجانی بر خشم و شدت درد زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز خیریه مهر سهیلا واقع در شهرستان البرز بود. از این تعداد، ۵۰ نفر واجد شرایط به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان آگاهی و ابراز هیجانی (۲۵ نفر) و گروه کنترل (۲۵ نفر) جایگزین شدند. برای گروه تجربی روش درمان آگاهی و ابراز هیجانی طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در فاصله زمانی زمستان ۱۴۰۲ تا بهار ۱۴۰۳ اجرا گردید. داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه‌های مقیاس خشم چندبعدی سیگل و پرسشنامه مقیاس دیداری درد جمع‌آوری شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و با تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان آگاهی و ابراز هیجانی تأثیر معنی‌داری بر نمره کلی درد و شدت خشم در بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد و این اثر تا مرحله پیگیری ادامه یافت($P<0.05$) .

بحث و نتیجه‌گیری: در بیماران دچار سرطان پستان، به دلیل عدم آگاهی نسبت به ماهیت بیماری و نقش تعیین‌کننده عوامل روان‌شناختی در میزان بهبودی و فرایند درمان، لازم است شرایطی فراهم نمود که احساسات و هیجان‌های آن‌ها به‌خوبی تنظیم‌شده و ابراز شوند. لذا توصیه می‌شود که در کنار درمان‌های دارویی، روانشناسان سلامت در مراکز درمانی و کلینیک‌های روان‌شناختی از درمان آگاهی و ابراز هیجانی در جهت کاهش درد و خشم بیماران مبتلا به سرطان پستان استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: خشم، درمان آگاهی، سرطان پستان، ابراز هیجانی، درد

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره پنجم، پی‌درپی ۱۷۸، مرداد ۱۴۰۳، ص ۴۳۶-۴۲۵

آدرس مکاتبه: گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه چمران اهواز، اهواز، ایران، تلفن: ۰۹۱۶۱۱۸۷۵۸۶
Email: n.hamid@scu.ac.ir

مقدمه

سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در زنان در بین ۱۵۷ کشور از ۱۸۵ کشور و باعث مرگ ۶۷۰۰۰۰ نفر در جهان در سال ۲۰۲۲ شده است (۱). سرطان زمانی شروع می‌شود که سلول‌ها شروع به رشد خارج از کنترل می‌کنند که این مورد می‌تواند از یک یا هر دو پستان شروع شود. سرطان پستان عوارض متفاوتی دارد؛ علائمی مانند اضطراب، درد، خستگی و علائم یائسگی می‌تواند بر فعالیت روزانه و متعاقباً کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان اثرگذار باشد (۲). درد یکی از شایع‌ترین علائم یا عوارض جانبی برای افراد مبتلا به سرطان است. مطالعات مروری مرتبط با شیوع نشان می‌دهد که شیوع کلی درد در بین بیماران مبتلا به سرطان ۴۴/۵ درصد است که ۳۰/۶ درصد درد متوسط تا شدید را تجربه می‌کنند که نسبت به تحقیقات قبلی کمتراست، اما میزان شیوع همچنان بالاست که این بر نیاز به توجه در مورد مدیریت درد سرطان تأکید می‌کند (۳).

[۱] دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران
[۲] استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)
[۳] استاد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران

بر اساس تعریف انجمن بین‌المللی درد، درد تجربه حسی و هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و دارای دو بعد است، بعد حسی و بعد عاطفی. بعد حسی درد به شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌گردد. درد چیزی است که بیمار بگوید و در هر زمانی که او اظهار کند، وجود دارد و بیمار معتبرترین فرد برای اظهار وجود درد است. این تعریف بر ماهیت ذهنی بودن درد و کنترل آن تأکید دارد (۴). گاهی اوقات خود سرطان می‌تواند باعث درد شود در موارد دیگر، درمان سرطان مانند جراحی، پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی می‌تواند باعث ایجاد درد گردد. در بیماری سرطان پستان بازماندگان با انواع مختلفی از ماستکتومی[1]، جراحی حفظ پستان و تشریح غدد لنفاوی تحت درمان جراحی قرار می‌گیرند که اغلب منجر به ایجاد درد مزمن می‌شود (۵). تشخیص سرطان پستان تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی زنان، به‌ویژه بر وضعیت عاطفی آن‌ها دارد یکی از واکنش‌های افراد بـه تشخیص سرطان، انگیختگی و خشم اسـت. به‌طوری‌که تحقیقات نشان می‌دهد در طول روند درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان هیجان خشم آن‌ها افزایش پیدا می‌کند (۶).

خشم و درد احساسات منفی هستند که از طریق مکانیسم‌های پیچیده زیستی، عاطفی و رفتاری بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. مطالعات اثرات نامطلوب خشم را بر درد مزمن، نتایج درمان و روابط اجتماعی نشان داده‌اند (۷، ۴). بین تنظیم خشم و هر دو حالت درد یعنی درد حاد و مزمن ارتباط وجود دارد (۸). زنان مبتلا به سرطان پستان که از راهبردهای نامطلوب برای تنظیم یا بیان احساسات خود استفاده می‌کنند (مانند سرکوب یا بازداری) ناراحتی عاطفی، علائم افسردگی، اضطراب و کیفیت پایین‌تر زندگی و سلامت جسمانی را گزارش کرده‌اند (۹). طبق یک تحقیق که در بیماران مبتلا به سرطان روده در مورد رابطه بین ابراز خشم و تعداد سلول‌های طبیعی کشنده انجام گرفته بود؛ تعداد سلول‌های کشنده طبیعی در بیماران با ابراز بیرونی خشم بالاتر نسبت به بیماران با ابراز خشم پایین‌تر، کمتر بود (۱۰)، که این نشان می‌دهد سرکوب هیجانات و وجود هیجانات ناخوشایند خود موجب تغییر پاسخ‌های ایمنی و روند پیشرفت سرطان می‌شود (۱۱). همچنین در پژوهشی نشان داده شد که بین فقدان آگاهی هیجانی و کیفیت زندگی ارتباط منفی وجود دارد و بیماران مبتلا به سرطان پستان که از هیجانات خودآگاهی کمتری دارند کیفیت زندگی پایین‌تر را تجربه می‌کنند (۱۲). از طرفی باوجود افزایش توجه به درد سرطان، شیوع درد در بیماران سرطانی در دهه‌های گذشته تغییر قابل‌توجهی نداشته است و همچنان یک مسئله مهم برای بیماران مبتلا به سرطان است (۱۳).

ابرازگری هیجانی از طریق تغییر حس‌های جسمانی و ادراک درد بر درد زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر می‌گذارد و سبک زندگی سالم با بهبود سیستم ایمنی بدن و ابرازگری هیجانی مثبت موجب می‌شود که زنان مبتلا به سرطان در فرآیند درمان درد کمتری را تجربه کنند (۱۴). مطالعات نشان داده که درمان متمرکز بر هیجان در کاهش پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، عصبانیت و خصومت در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است (۱۵، ۱۱، ۸). همچنین زوج‌درمانی هیجان محور در بهبود روانی، کاهش استرس و تظاهرات پرخاشگرانه در زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذار بوده است (۱۶). با توجه به ادبیات موجود، عوامل عاطفی در آغاز، گسترش و شدت سرطان نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. همچنین اجرای مداخلات روان‌شناختی مانند درمان آگاهی و ابراز هیجانی به‌طور بالقوه منجر به کاهش خشم و درد، بهبود کیفیت زندگی، تسریع بهبودی، کاهش زمان بستری در بیمارستان و درنهایت کاهش هزینه‌های بالینی می‌شود. با توجه به آنچه ذکر شد، انجام تحقیقات بیشتر برای بررسی کارایی این نوع درمان به‌ویژه در بیماران مبتلا به سرطان پستان ضروری به نظر می‌رسد، بنابراین یکی از مداخلات مؤثر در خشم و درد بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌تواند درمان آگاهی و ابراز هیجانی باشد. این رویکرد درمانی توسط مارک لوملی[2] گسترش یافته است. درمان آگاهی و ابراز هیجانی نوعی درمان است که بر توسعه مهارت آگاهی از هیجان و ابراز آن برای افزایش سلامت روان تمرکز دارد. درمان بر اساس این ایده شکل گرفته است که هیجانات عملکرد محافظتی دارند و دشواری در مدیریت هیجان‌ها منجر به ایجاد مشکلات هیجانی و رفتاری خواهد شد (۱۷). در درمان آگاهی و ابراز هیجانی درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا هیجاناتش را شناسایی، نام‌گذاری و به شیوه‌ای سالم آن‌ها را تجربه نماید و مهارت مدیریت هیجانات مشکل‌سازش را بیاموزد (۱۸). این درمان بر مبنای آگاهی از هیجانات و ابراز مثبت آن‌ها است و به بیماران کمک می‌کند تا با محرک‌هایی مانند خاطرات، تجربیات، روابط و احساسات، درگیر و مواجه شده و آن‌ها را پردازش کنند (۱۹). در پژوهشی نشان داده شد که آگاهی هیجانی و فن‌های بیان نوشتاری هیجان منجر به کاهش قابل‌توجه درد، می‌شود (۲۰). در پژوهش دیگری نشان داده شد اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی بر کاهش درد در افراد مبتلا به فیبرومالژیا[3] بیش از درمان شناختی رفتاری و آموزش

[1]. Mastectomy
[2]. Lumley
[3]. Fibromyalgia

پایه‌ای است (۱۷). بنابراین هدف این مطالعه تعیین اثر مداخلات آگاهی و ابراز هیجانی[1] (EAET) بر خشم و شدت درد بیماران زن مبتلا به سرطان پستان است.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. پس از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد رودهن با شناسه IR.IAU.R.REC.1402.034 هر گروه سه بار تحت اندازه‌گیری قرار گرفتند، اولین اندازه‌گیری با اجرای یک پیش‌آزمون قبل از آموزش، و دومین اندازه‌گیری پس از اتمام آموزش‌های موردنیاز و سومین بار پس از گذشت حداقل ۲ ماه پس از اعمال متغیرهای مستقل در قالب مرحله پیگیری صورت گرفت. در این پژوهش متغیر مستقل عبارت است از گروه‌درمانی آگاهی و ابراز هیجانی و متغیر وابسته عبارت است از نمره شدت درد در پرسشنامه دیداری شدت درد و نیز نمره خشم در پرسشنامه خشم چندبعدی سیگل[2]. ملاک‌های ورود شامل: زنان بین ۱۸ تا ۵۰ سال مبتلا به سرطان پستان بر اساس نتایج ماموگرافی، نمونه‌برداری و قضاوت بالینی انکولوژیست‌ها که در استیج دوم بیماری قرار دارند، داشتن تحصیلات راهنمایی به بالا، تمایل و رضایت در شرکت در پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه و کسب یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه‌های خشم و شدت درد بود. همچنین شرکت‌کنندگان نباید در حال انجام تمرینات یوگا، مراقبه یا ذهن آگاهی می‌بودند. ملاک‌های خروج شامل عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله، ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی و روان‌شناختی، شدت گرفتن بیماری به‌گونه‌ای که فرد توان ادامه جلسات روان‌درمانی را نداشته باشد. از بین افراد واجد شرایط مراجعه‌کننده به مرکز خیریه مهر سهیلا واقع در استان البرز تعداد ۵۰ نفر پس از بررسی تشخیصی مرتبط با متغیرهای پژوهش و ملاک ورود به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر آگاهی و ابراز هیجانی (۲۵ نفر) و گروه کنترل (۲۵ نفر) جایگزین شدند. اهداف پژوهش و اصل محرمانه بودن اطلاعات برای بیماران توضیح داده شد و با کسب رضایت‌نامه آگاهانه، پرسشنامه‌ها جهت تکمیل به آنان ارائه و تعداد هشت جلسه گروه‌درمانی برای ایشان برگزار شد.

ابزار:

مقیاس دیداری شدت درد[3] (VAS): مقیاس دیداری درد، یک محور درجه‌بندی‌شده برای سنجش شدت درد است که در یک انتهای آن عدد صفر و در انتهای دیگر آن، عدد ۱۰ نمره‌گذاری شده است که در زیر عدد صفر، عبارت «عدم درد» و در زیر عدد ۱۰ عبارت «شدیدترین درد ممکن» نوشته شده است. در این مقیاس از فرد خواسته می‌شود تا شدت درد ادراک‌شده را بر روی محور به‌صورت دیداری علامت بزند (۲۱). مقیاس دیداری شدت درد پرکاربردترین مقیاس سنجش درد در دنیا است که علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این مقیاس سادگی استفاده از آن است. کسب نمره ۳-۱ نشان‌دهنده درد خفیف، ۷-۴ درد متوسط و ۱۰-۸ نشان‌دهنده درد شدید است. پایایی این مقیاس برای تعیین سطح درد ۰/۷۷ و روایی تا ۰/۵۱ است (۲۲). پایایی این ابزار در ایران از طریق آلفای کرونباخ معادل ۰/۷ محاسبه شده است (۲۳).

مقیاس چندبعدی خشم سیگل[4] (MAI): این مقیاس یک آزمون ۳۰ سؤالی است که توسط سیگل (۲۴) برای سنجش خشم ساخته شده است. سؤالات آزمون پنج بعد خشم انگیختگی، موقعیت‌های خشم انگیز، نگرش خصمانه، خشم درونی و خشم بیرونی را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرتی از نمره یک (کاملاً نادرست) تا نمره پنج (کاملاً درست) را می‌سنجد. ویژگی‌های روا نسنجی مقیاس خشم چندبعدی در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (۲۴). در مطالعات داخلی آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و ۰/۹۱ به‌دست‌آمده که نشانه همسانی درونی خوب آزمون است. ضرایب همبستگی بین نمرات آزمودنی‌ها $r = 0.82$ برای خشم صفت، $r=0.74$ برای خشم حالت، $r=0.73$ برای خشم درونی، $r=0.78$ برای خشم بیرونی، $r=0.71$ برای مهار خشم درونی، $r=0.80$برای مهتر خشم بیرونی محاسبه شده که نشانه پایایی رضایت‌بخش مقیاس است (۲۵).

روش اجرا:

برای گروه تجربی، روش درمان آگاهی و ابراز هیجانی (EAET) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه به‌صورت گروهی در فاصله زمانی زمستان ۱۴۰۲ تا بهار ۱۴۰۳ اجرا گردید. نسخه اولیه (EAET) توسط مارک لوملی و همکارانش (۲۰۱۷) ایجاد شد سپس محققان دیگر برای توسعه نسخه فعلی EAET همکاری کردند، که شامل تمرکز قوی‌تر بر بیان احساسی تروما و تعارض حل‌نشده با هدف قرار دادن خشم ابراز نشده و ارتباط بین احساسات بود. جلسات به‌صورت کارگاهی همراه با تمرین انجام شد. جلسات آموزشی بر اساس پروتکل راهنمای درمانگری که توسط مارک لوملی و همکارانش گسترش پیدا کرده و نسخه‌ای که متمرکز بر خشم ابراز

[1]. Emotional Awareness and Expression Therapy (EAET)
[2]. Siegel
[3] visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain
[4] .Multi-Dimensional Anger Inventory

نشده است تدوین شده است (۱۸). روایی محتوایی جلسات درمانی مبتنی بر پروتکل لوملی و همکاران است که در ایران پروتکلان تعیین روایی شده و مورداستفاده روان‌درمانگران قرار می‌گیرد، به این منظور مجری این پژوهش پس از شرکت در یک دوره آموزشی معتبر و اخذ مدرک مربوطه، با نظارت استاد راهنما آن را اجرا نموده است. برای هر جلسه کاربرگی به‌عنوان تکلیف خانگی داده شد که متناسب با موضوعات کارشده در هر جلسه بود. برای گروه کنترل هیچ آموزشی اعمال نشد. گروه کنترل و نیز گروه تجربی قبل از شروع جلسات پیش‌آزمون اجرا شد و نیز بعد از اتمام جلسات آموزشی برای هر دو گروه در جلسه آخر پس‌آزمون اجرا و پس از دو ماه از اتمام جلسات آزمون مرحله پیگیری آزمون به عمل آمد. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در مرحلهٔ پیگیری داده‌های خام با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و با تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

جلسه اول: توضیح در مورد اصول درمان، بررسی زندگی و برقراری رابطه بین استرس و نشانه‌های بیماری و کمک به بیمار در ایجاد این آگاهی که علائم جسمی آن‌ها با احساسات آن‌ها مرتبط است. ایجاد یک جدول زمانی مرور زندگی با بیمار، گرفتن بازخورد و دادن تکلیف

جلسه دوم: مشخص کردن دفاع و اجتناب‌ها، تجربه و بیان احساسات اصلی؛ با تمرینات تجربی به بیمار کمک می‌شود تا به‌طور کامل احساسات مهارشده و اجتناب شده خود را بیان کند و بداند که آگاه شدن، تجربه کردن و ابراز احساسات به بیمار کمک می‌کند تا سالم‌تر شود. تجربه و ابراز خشم، همچنین در این جلسه احساساتی مانند اندوه، خشم، شرم و ترس از بدتر شدن و عود بیماری، ترس از مرگ، در بیمار شناسایی می‌شود. کاوش و بیان نیازهای برآورده نشده تا مسائل مربوط به خود شناسایی شوند (خود انتقادی، خود ترساننده، خود وقفه در زندگی)، احساسات خود را توضیح می‌دهند .به بیان احساسات در قالب کلمات و بیان نیازهای برآورده نشده کمک می‌شود .کاوش همدلانه، فن گفتگوی دو صندلی را برای تقسیم در خودارزیابی منفی و خود وقفه‌ای اجرا می‌کنند تا تجربه احساسات اصلی دردناک را عمیق‌تر کنند و مسائل مربوط به خود را تسکین دهند.

جلسه سوم: بررسی و بحث در مورد تجربیات اجتناب شده بیان عاطفی در زندگی روزمره و حرکت روبه‌جلو با کمک به بیمار در ابراز درست هیجانات در روابط بین فردی‌اش، آموزش مهارت‌های قاطعیت و ایفای نقش، دادن کاربرگ تکلیف خانگی (نامه خشم یا رنجش ارسال نشده). بررسی مسائل مربوط به دیگران و افراد مهم و تأثیرگذار در زندگی و اجرای فن صندلی خالی. شناسایی و تشخیص احساسات اولیه و ثانویه و توصیف تجربه با جزئیات بیشتر تسهیل می‌شود. تنظیم احساسات و تصدیق همدلانه نیازهای در حال ظهور، حمایت از بخشش، درک یا مسئول دانستن دیگران.

جلسه چهارم: فن آشکارسازی یادآوری سامانمند از طریق نمایش یکی از صحنه‌های استرس‌زا از زندگی فرد (مثلاً تجربه مطلع شدن از سرطان) برای نشان دادن واکنش‌های مشکل‌ساز، تشویق مشتریان به ورود مجدد به موقعیت و تجربه مجدد آن. مشخص کردن باورها یا قوانین ناسالم اصلی، توضیح در مورد احساس گناه، تشویق به اعتراف و عذرخواهی، ارائه کاربرگ‌های تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: فن تأیید و درک همدلانه و بازتاب تجربه برای نشانگر آسیب‌پذیری (درد و خشم ناشی از بیماری و درماندگی، شرم ناشی از خود و احساس ناامیدی. کاوش و حمایت از احساس راحتی، تسهیل بیان نیازها و انتظارات و خواسته‌های برآورده نشده .خشم محافظ را تجربه کنید. با تصویرسازی از کودک درون. تشویق به بخشش دیگران یا رها کردن خشم و رنجش، تجربه، ابراز و رهاسازی احساسات، ارائه کاربرگ‌های تکلیف خانگی.

جلسه ششم: بررسی احساس شرم، مشخص کردن روابط مثبت یا صمیمی، تجربه و ابراز کردن صمیمیت، مشخص کردن تجربیات یا اسرار خصوصی و تأثیرات آن‌ها، ایجاد معنا برای تلاش برای زندگی، توضیح اهمیت تقویت روحیه در کاهش خشم و درد ناشی از علائم بیماری سرطان و اعتراض. کاوش همدلانه برای شناسایی باورها و احساسات تجربه‌شده، برانگیختن همدلی، حدس و گمان همدلانه، استعاره، درک همدلانه. آموزش شفقت به خود که موجب تسکین خود می‌شود و خودتنظیمی را تسهیل می‌کند و ارائه کاربرگ‌های تکلیف خانگی.

جلسه هفتم: پردازش مجدد تجربیات مشکل‌ساز و هدایت فرآیند به سمت مشارکت فعال بیماران. بیان و تنظیم احساسات ثانویه، تقویت پردازش احساسات ترس، شرم، خشم و اندوه با کلامی عاطفی. تسهیل در بیان نیازها و انتظارات و مطالبه آن و توضیح در مورد صمیمیت، تمرین در مورد ارتباطاتت سالم، تکلیف خانگی برنامه‌ریزی برای ارتباطات سالم

جلسه هشتم: مقایسه تجربیات عاطفی فعلی و گذشته و صحبت در مورد شفقت به خود، خودآرامش بخشی و ابراز وجود. جمع‌بندی تجربیات جلسات، معنای جدید ساخته شده از احساسات و تثبیت درمان، اجرای مجدد پرسشنامه‌ها، اعلام درخواست حضور در جلسات پس از ۱۲ هفته از پایان درمان جهت پیگیری تداوم اثربخشی درمان، سپاسگزاری، غلبه بر موانع و تبدیل‌شدن به یک فرد جدید کاربرگ برنامه‌ریزی برای آینده، به اشتراک گذاشتن آنچه تغییر کرده است و آنچه باید روی آن کار شود، بیان احساسات و بازخورد در مورد اتمام جلسات.

یافته‌ها

با توجه به یافته‌های جدول ۱ میانگین نمرات شدت درد و میزان خشم و ابعاد آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله به نسبت گروه کنترل تغییرات بیشتری را نشان داد. جهت آزمودن فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. برای استفاده از این آزمون باید پیش‌فرض‌های آن رعایت شود بنابراین جهت آزمودن نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد است. نتایج این آزمون در متغیرهای پژوهش در «جدول ۲». ارائه شده است، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر شدت درد و میزان خشم نیز در گروه‌ها در همه مراحل تأیید شده است (سطوح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ است). از آزمون لوین جهت بررسی فرض همگونی واریانس‌های متغیر میزان خشم و شدت درد استفاده شد که نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۳ آمده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در گروه مداخله تفاوت میانگین‌های نمرات مربوط به شدت درد و خشم در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون معنی‌دار است و این کاهش شدت درد و خشم در بیماران سرطان پستان تا مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است (P>۰/۰۵). جدول ۵ نیز نشان می‌دهد، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر متغیرهای وابسته (شدت درد و میزان خشم) معنی‌دار است؛ لذا می‌توان ادعا کرد که بین میانگین میزان خشم و شدت درد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار است؛ این نتیجه دال بر این است که درمان آگاهی و ابراز هیجانی بر میزان خشم و شدت درد اثر داشته است، اما درعین‌حال اثر گروه نیز معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات میزان خشم و شدت درد در گروه مداخله و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول (۱): مقایسه نمرات متغیر شدت درد و میزان خشم و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون پس‌آزمون و مرحله پیگیری

متغیر		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شدت درد	گروه تجربی	۵/۷۱۴	۱/۰۵۵	۲/۶۱۹	۰/۴۹۷	۲/۵۷۱	۰/۵۰۷
	کنترل	۵/۰۹۵	۰/۹۹۵	۴/۹۵۲	۰/۸۰۴	۵/۰۴۷	۰/۹۲۰
خشم انگیختگی	تجربی	۴۱/۸۵۷	۶/ ۲۷۹	۲۷/۶۱۹	۴/۴۷۷	۲۸/۵۷۱	۴/۶۱۵
	کنترل	۳۹/۰۹۵	۴/۷۹۴	۳۸/۹۰۴	۴/۷۱۰	۳۸/۸۵۷	۴/۴۰۷
خشم موقعیتی	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	۳۱/۷۱۴	۵/۵۳۳	۲۳/۵۷۱	۵/۰۷۵	۲۴/۰۴۷	۵/۱۴۲
	کنترل	۳۱/۶۱۹	۵/۱۲۳	۳۱/۱۴۲	۴/۸۰۹	۳۰/۸۵۷	۵/۱۶۹
نگرش خصمانه	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	۱۴/۹۵۲	۲/۲۹۰	۹/۳۸۱	۱/۷۱۶	۹/۷۶۱	۲/۳۰۰
	کنترل	۱۴/۴۲۸	۱/۹۱۲	۱۳/۶۱۹	/1۳۹۵	۱۴/۱۴۲	۱/۳۵۲
خشم بیرونی	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	۱۲/۷۱۴	۲/۱۹۴	۸/۶۶۷	۱/۴۹۴	۹/۰۴۷	۱/۶۵۷
	کنترل	۱۲/۰۹۵	۱/۶۰۹	۱۱/۸۵۷	۱/۳۵۲	۱۲/۳۳۳	۱/۲۷۸
خشم درونی	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	۱۶/۷۱۴	۳/۲۲۷	۱۱/۱۹۰	۲/۳۵۸	۱۱/۴۷۶	۲/۱۸۲
	کنترل	۱۵/۶۶۶	۲/۷۹۸	۱۵/۱۹۰	۲/۷۱۳	۱۵/۱۴۲	۲/۶۶۹
میزان خشم	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	۱۱۷/۹۵۲	۱۲/۲۴۱	۸۰/۴۲۸	۷/۷۶۲	۸۲/۹۰۴	۸/۴۶۱
	کنترل	۱۱۲/۹۰۴	۱۰/۵۸۷	۱۱۰/۷۱۴	۹/۵۸۷	۱۱۱/۳۳۳	۹/۲۱۰

جدول (۲): بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس «نرمال بودن توزیع نمرات»

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		آماره	Sig.	آماره	Sig.	آماره	Sig.
شدت درد	تجربی	۰/۹۷۳	۰/۳۱۱	۰/۲۹۰	۰/۰۷۹	۰/۹۳۳	۰/۰۹۰
	کنترل	۰/۹۱۲	۰/۰۶۶	۰/۹۴۹	۰/۱۷۵	۰/۹۰۷	۰/۰۵۲
میزان خشم	تجربی	۰/۹۲۷	۰/۱۲۱	۰/۹۱۴	۰/۰۶۶	۰/۹۲۳	۰/۰۹۸
	کنترل	۰/۹۶۳	۰/۵۸۵	۰/۹۶۷	۰/۶۶۱	۰/۹۷۲	۰/۷۸۰

جدول (۳): آزمون لوین جهت بررسی فرض همگونی واریانس‌های متغیر میزان خشم و شدت درد

متغیر		آماره F	df1	df2	Sig.
میزان خشم	پیش‌آزمون	۰/۸۱۸	۲	۶۰	۰/۴۴۶
	پس‌آزمون	۱/۳۵۴	۲	۶۰	۰/۲۶۶
	پیگیری	۰/۲۷۹	۲	۶۰	۰/۷۵۷
شدت درد	پیش‌آزمون	۰/۲۴۶	۲	۶۰	۰/۷۸۳
	پس‌آزمون	۱/۲۸۲	۲	۶۰	۰/۲۸۵
	پیگیری	۱/۸۰۸	۲	۶۰	۰/۱۷۳

جدول (۴): میانگین تفاوت شدت درد و خشم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	مراحل		میانگین تفاوت‌ها	Sig.
شدت درد	تجربی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۰۹۵	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۱۴۳	۰/۰۰۱
شدت خشم	تجربی	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۴۸	۰/ ۶۶۶
میزان خشم	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳۷/۵۲۴	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۳۵/۰۴۸	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۴۷۶	۰/۴۱۰

جدول (۵): تأثیر زمان اندازه‌گیری بر متغیرهای وابسته

متغیرهای پژوهش	نوع ارزیابی	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.	اندازه اثر	توان آزمون
شدت درد	درون گروهی	زمان	۷۷/۷۸۶	۱	۷۷/۷۸۶	۱۷۶/۹۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷	۱/۰۰
		تأثیر زمان و گروه	۵۰/۳۳۵	۲	۲۵/۱۶۷	۵۷/۲۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۶	۱/۰۰
		خطا	۲۶/۳۸۱	۶۰	۰/۴۴۰				
	بین گروهی	گروه	۶۱/۴۷۱	۲	۳۰/۷۳۵	۱۹/۱۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۴	۱/۰۰
		خطا	۹۶/۱۹۰	۶۰	۱/۶۰۳				

متغیرهای پژوهش		نوع ارزیابی	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.	اندازه اثر	توان آزمون
میزان خشم	درون گروهی	زمان	۱۲۵۴۰/۰۷۱	۱	۱۲۵۴۰/۰۷۱		۱۷۳/۱۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲۶	۱/ ۰۰
		تأثیر زمان و گروه	۶۰۵۳/۴۷۶	۲	۳۰۲۶/۷۳۸		۱۸۱/۷۹۵	۰/۰۰۱	۰/ ۸۵۸	۱/۰۰
		خطا	۹۹۸/۹۵۲	۶۰	۱۶/۶۴۹					
	بین گروهی	گروه	۱۱۳۲۱/۷۲۵	۲	۵۶۶۰/۸۶۲		۱۹/۴۴۲	۰/۰۰۱	۳۹۳	۱/۰۰
		خطا	۱۷۴۷۰/۱۵۹	۶۰	۲۹۱/۱۶۹					

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی بر شدت درد و خشم زنان مبتلا به سرطان پستان را در مقایسه با گروه کنترل تأیید می‌کند. ابتلا به سرطان همراه با تغییرات بدنی و فیزیکی مرتبط (مانند قطع عضو، ریزش مو و غیره) می‌تواند باعث از بین رفتن انسجام فیزیکی، احساس گسستگی و تغییر در روابط شخصی (به‌ویژه با همسر) شود. همانطور که محققان هیجان مدار معتقدند، رنج عاطفی افراد افسرده و مضطرب حول سه طبقه از نیازهای برآورده نشده متمرکز است: نیازهای ایمنی و امنیت، نیازهای عشق و رابطه، و نیاز به خودمختاری و به رسمیت شناختن ارزش‌ها توسط دیگران. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی بر شدت درد و خشم بیماران زن مبتلا به سرطان پستان انجام شد. داده‌ها نشان داد که در گروه مداخله میانگین و (انحراف معیار) نمرات مربوط به شدت درد در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد. همچنین در گروه مداخله میانگین‌هاو انحراف معیا نمرات مربوط به میزان خشم در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد؛ این کاهش شدت درد و خشم در بیماران سرطان پستان تا مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. یافته‌های این پژوهش همسو است با یافته‌های پژوهشی که درآن درمان متمرکز بر هیجان در کاهش پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، عصبانیت و خصومت در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است (۲۶). همچنین پژوهش گوالرینو[1] و همکاران که اثربخشی درمان هیجان محور بر تظاهرات پرخاشگرانه در زنان مبتلا به سرطان پستان را نشان داده است (۲۷) با پژوهش حاضر همسو است.

از طرفی یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش سپیلا[2] و همکاران (۲۸) که نشان دادند رابطه‌ای بین تنظیم هیجان و درد وجود ندارد، مغایر است. مطالعات تحقیقاتی نشان می‌دهد که زنان دارای سرطان سینه، بیان هیجانی کمتر و بازداری عاطفی بیشتری نشان می‌دهند. سرکوب عاطفی و نشخوار فکری در این بیماران شایع است (۳۰، ۲۹). بنابراین، محققان معتقدند که کسب مهارت ابراز هیجان و مواجهه درست با احساسات خود و برون ریزی آن‌ها، از طریق آموزش رویکردهای درمانی هیجان‌محور، به‌عنوان مثال، مواجهه فعال با پردازش هیجان‌ها و بیان احساسات به شیوه مثبت و سازگارانه موجب پاسخ‌های اجتماعی مناسب و جلب حمایت اجتماعی بیشتر در بیماران می‌شود. حمایت اجتماعی مانند سپری مقاوم در برابر بیماری عمل می‌کند و سازگاری بیماران سرطانی را افزایش می‌دهد. یکی از درمان‌هایی که با بیان احساسات سروکار دارد، درمان آگاهی و ابراز هیجانی است که اثرات مثبتی بر افسردگی و اضطراب بیماران دچار سرطان پستان داشته است. درمان آگاهی و ابراز هیجانی یک درمان متمرکز بر هیجان است که به رشد شخصیت و خود سازی کمک می‌کند، در واقع کلید این نوع درمان، کسب مهارت خود تنظیمی است.

در درمان آگاهی و ابراز هیجانی، روانشناسان کمک می‌کنند که احساسات و هیجانات تؤام با باورهای منفی و تحریف شده پیرامون بیماری و تجربیات دردناک ناشی از این احساسات تغییر یابند. همچنین به آن‌ها کمک می‌شود که از تجربه عاطفی خود آگاه شده و آن را بپذیرند و درک کنند تا احساسات دردناک ناشی از باورهای غیرمنطقی در خصوص بیماری تغییر یابد و آرامش بیشتری کسب کنند. در این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌شود که با تمرکز بر احساسات و محتوای ذهنی تحریف شده خود به معنای جدیدی از تجربیات بدنی خود دست یابند. (۳۱).

اغلب، نزدیک شدن به تجربه‌های تلخ روحی و عاطفی و افکار و باورهای منفی برای بیماران سخت و درناک است، لذا در این راستا درمانگران با ایجاد یک رابطه کارآمد و آموزش مستمر در چند جلسه به بیماران کمک می‌کنند تا آگاهانه بر احساسات خود متمرکز شوند و آن‌ها را سازگارانه مدیریت کنند. ایجاد امیدواری و نیل به معنویت برای کسب آرامش و مقابله با اضطراب بیماری از اهداف دیگر این

[1] .Guarino

[2] Sipilä

رویکرد درمانی می‌باشد. درمانگر طی سه مرحله درمانی که می‌تواند در ۱۰۸-۸ جلسه تکمیل شود به افراد کمک می‌کند تا تعارضات خود را حل کنند. هدف درمان آگاهی و ابراز هیجانی، تغییر طرح‌های هیجانی از طریق پردازش هیجانی تطبیقی است. تجارب عاطفی جدید به تغییر خاطرات عاطفی کمک می‌کند. ظاهراً فعال‌سازی خاطرات عاطفی در حین درمان و انسداد فرآیند تثبیت حافظه می‌تواند به‌عنوان مکانیزم درمان متمرکز بر هیجان برای کاهش احساسات منفی مانند اضطراب عمل کند. با توجه به این واقعیت که خاطرات طرح‌های هیجانی ناسازگار ممکن است باعث ایجاد احساساتی مانند اندوه، ترس، شرم و غیره شوند، قطع طرح‌واره عاطفی از قبل تثبیت‌شده از طریق ممانعت از تثبیت مجدد می‌تواند به حل مشکلات عاطفی بیماران کمک کند، در این در مرحله، بیماران یاد می‌گیرند که نسبت به خود، آگاهی کسب کنند تا احساسات و پردازش آن‌ها به جای سرکوب یا اجتناب، واقع بینانه تجربه و پذیرش شوند. تنظیم احساسات، راه را برای خودآگاهی عاطفی هموار کرده و این امر به خودی خود در کاهش خشم و اضطراب ناشی از بیماری مؤثر است. در سطح سوم ادغام و تحکیم، بیماران یاد می‌گیرند که به احساسات تازه ظهور خود اعتماد کنند و واکنش‌های جدیدی در برابر نیازهای خود تجربه کنند. در این مرحله، روان درمانگر، روشی را به‌کار می‌بندد که بیماران، بیماری خود و درمان مربوطه را بپذیرید. درنهایت، تجربه تطبیقی بلی احساساتی مانند شفقت به خود و خشم سازگار منجر به تغییر در احساسات ناسازگار اولیه می‌شود. درنهایت، علاوه بر تعدیل درد عاطفی و کسب تجربیات جدید، تجربه احساسات دردناک ناسازگار هم متقابلاً کاهش می‌یابند.

سرطان زندگی بیماران را به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی برای فرد به دنبال داشته باشد. فرد در مواجهه با این بیماری از سرکوبی هیجان به‌عنوان یک راهبرد استفاده می‌کند (۳۲). طبق پژوهشی ناگویی هیجانی و دشواری درشناسایی احساسات با درد رابطه مستقیم دارد (۳۰). هیجانات سرکوب شده‌ای مانند خشم در برخی از افراد به‌صورت نشانه‌های سایکوسوماتیک از جمله دردهای مختلف خودش را نشان می‌دهد بنابراین سرکوبی هیجان باعث ایجاد علائم و تشدید علائم جسمانی مانند درد در بیماران می‌شود در حالی که ابرازگری هیجانی از طریق تغییر حس‌های جسمانی و ادراک درد بر درد زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر می‌گذارد، ابرازگری هیجانی مثبت موجب می‌شود که زنان سرطانی در فرآیند درمان درد کمتری را تجربه کنند (۳۳). از طرفی طبق یافته‌ها آگاهی و ابراز درست هیجان بصورت تجربه درست خشم مانع از برون ریزی خام احساس خشم به‌صورت پرخاشگری و تعارض می‌گردد (۳۴).

با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که درمان آگاهی و ابراز هیجانی برای کاهش خشم و شدت درد ناشی از سرطان پستان مؤثر است. بر اساس یافته‌های پژوهشی حاصل، پیشنهاد می‌شود که برنامه ریزان و سیاستگذاران مملکتی، ترتیبی اتخاذ نمایند که بیماران دچار سرطان پستان از مداخلات روان‌شناختی به مدت بیشتری استفاده کنند و فقط به دوره پی‌گیری دوماهه بعد از پژوهش توسط پژوهشگران به‌دلیل محدودیت زمانی و مالی اکتفا نشود. در این راستا ضروریست که به‌ویژه این بیماران از حمایت مالی جهت شرکت در جلسات روان درمانی با مداخلاتی مانند درمان آگاهی و ابراز هیجانی بهره مند شوند و استفاده از فنون مشاوره و روان‌درمانی تحت پوشش بیمه‌های خدمات درمانی قرار گیرند تا همه بیماران از این نوع خدمات استفاده کنند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش آن است که جامعه آماری پژوهش حاضر محدود به زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران بوده است، بنابراین، تعمیم نتایج به افراد دیگر باید با احتیاط انجام شود. استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش دهی در مواردی ممکن است کسب اطلاعات واقعی از بیماران را محدود کند، لذا در تحقیقات آتی توصیه می‌شود که از مصاحبه بالینی ساختارمند و مطالعه کیفی استفاده شود تا نتایج کامل‌تری حاصل شود. همچنین لازم است این رویکرد درمانی بر نمونه بیشتری از بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شود و دوره پی‌گیری درمانی هم افزایش یابد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه ازاد اسلامی واحد رودهن، اساتید محترم راهنما و مشاور، همچنین از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز خیریه مهر سهیلا واقع در شهرستان البرز که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع:

نویسندگان این مقاله هیچ گونه تعارض منافعی با یکدیگر ندارند.

حمایت مالی:

پژوهش حاضر برگرفته از پایا ن نامه مقطع دکتری روانشناسی بالینی در دانشگاه ازاد اسلامی واحد رودهن است.

ملاحظات اخلاقی:

این پژوهش مستخرج از پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی با شناسه کد اخلاق IR.IAU.R.REC.1402.034 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد رودهن و کد کارآزمای بالینی IRCTID: IRCT20240615062139N1 می‌باشد.

References:

1. World Health Organization, Breast cancer. Updated13March 2024: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
2. Mokhatri H, Montazeri A. Health related quality of life in breast cancer patients: reviews from 2008 to 2018. Health Qual Life Out 2002;18(338):252-67 https://doi.org: 10.1186/s12955-020-01591-x
3. Rolf A H, Snijders L,Brom L, Theunissen M,Marieke H J, Everdingen B.Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis.Cancers (Basel) 2022;15(3):1530- 591
4. Cascella M: Introductory Chapter: The Rationale for a Multimodal Approach to Pain Treatment. In: Cascella M, editor. From Conventional to Innovative Approaches for Pain Treatment. Ebook: https://www.intechopen.com/chapters/66613؛ 2019;214.
5. Spivey TL, Gutowski ED, Zinboonyahgoon N, King TA, Dominici L, Edwards RR, et al. Chronic pain after breast surgery: A prospective, observational study. Ann Surg Oncol 2018;25(10):2917–24. DOI: 10.1245/s10434-018-6644-x
6. Giacomo D, Rimier J, Guerra F, Perilli E, Sanchez M G, Passafiume D, et al. Survivorship in young women after early breast cancer: a cross-sectional study of emotional traits along 3-years perspective. Rivis di Psichiat 2019;54(4):160-7. https://doi.org: 10.1708/3202.31798
7. Sommer I, Lukic N, Rössler W, Ettlin DA. Measuring anger in patients experiencing chronic pain - A systematic review. J Psych Res 2019;9(125):78-109 https://doi.org 10.1016/j.jpsychores.2019.109778
8. Lotsch J, Sipila R, Tasmuth T, Kringel D, Estlander A M, Meretoja T. Machinelearning-derived classifier predicts absence of persistent pain after breast cancer surgery with high accuracy. Breast Cancer Res Treat 2018;171(2):399-411 https://doi.org: 10.1007/s10549-018-4841-8
9. Wang Y, Yi J, He J, Chen G, Li L, Yang Y, et al. Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with brst canc. Psych-Onc 2014;23(3):93-9 https://doi.org: 10.1002/pon.3376
10. Brioso E K, Costa L, Ouakinin S. Association of Anger Expression-Out with NK Cell Counts in Colorectal Cancer Patients. Acta Med Port 2018;31(3):152-8 https://doi.org: 10.20344/amp.9573
11. Bruno A, Pandolfo G, Scimeca G, Leonardi V, Cedro C, RacchiusaS. Anger in health, benign breast disease and brt can: a prospective case–control study. InVivo 2014;15(28):73-97
12. Brandão T, Schulz M S, Matos PM. Attachment and adaptation to breast cancer: The mediating role of avoidant emotion processes. Cancer Care 2018;27(2):67-74 https://doi.org:: 10.1111/ecc.12830
13. Beuken V D, Everdingen MH J, Kuijk S M J, Janssen D J A, Joosten E A J. Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalized Medicine. Cancers Basel 2018;10(12):121-33 https://doi.org: 10.3390/cancers10120502
14. Jafari A, Shiralizadeh S. Prediction of pain intensity based on emotional expression in women with breast cancer during the covid-19 pandemic: the mediating role of lifestyle. Cancer Care 2023;2(2):13-23 http://ijca.ir/article 1 131 en.html
15. Hedayati M, Hajializade K, Hedayati M, Fathi E.An Investigation of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple's Group Therapy (EFCT) on Relational Aggression of Couples with Breast Cancer in Wives: A Semi-Experimental Study. Iran J of Brt Dis 2021;13(4):54-68 https://doi.org: 10.30699/ijbd.13.4.40
16. Guarino A, Polini C, Forte G, Favier F, Boncompagni I, Casagrande L. The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta Analysis. J of Clin Med

2020;9(1):209-32. https://doi.org: 10.3390/cancers15030591

.17. Lumley MA, Schubiner H, Lockhart NA, Kidwell K M, Harte S E, Clauw D, et al. Emotional awareness and expression therapy, cognitive-behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. Pain 2017;158(12):2354–63. https://doi.org: 10.1097/j.pain.0000000000001036

18. Lumley MA, Keefe FJ, Mosley-Williams A, Rice JR, McKee D, Waters SJ, Partridge RT, Carty JN, Coltri AM, Kalaj A, Cohen JL, Neely LC, Pahssen JK, Connelly MA, Bouaziz YB, Riordan PA. The effects of written emotional disclosure and coping skills training in rheumatoid arthritis: a randomized clinical trial. J Con Clin Psychol 2014;82(4):644-5 https://doi.org: 10.1037/a0036958

19. Lumley MA, Schubiner H. (2019). Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Pain: Rationale, Principles and Techniques, Evidence, and Critical Review. Curr Rheumatol Rep 2019;21(7):103-16 https://doi.org: 10.1007/s11926-019-0829-6

20.Lumley MA, Sklar ER, Carty JN. Emotional disclosure interventions for chronic pain: from the laboratory to the clinic. Transl Behav Med 2012;2(1):73-81. https://doi.org: 10.1007/s13142-011-0085-4

21. Khatibi A, Dehghani M, Sharpe L, Asmundson G J G, Pouretemad H. Selective Attention towards Painful Faces among Chronic Pain paitients: Evidence from a Modified Version of Dot-probe. J Pain 2009;142(48):42-7. https://doi.org: 10.1016/j.pain.2008.11.020

22. Boonstra A M, Preuper H R S, Reneman M F, Posthumus J B, Stewart R E. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain Int J Rehabil Res 2008;31(2):165-9. https://doi.org: 10.1097/MRR.0b013e3282fc0f93

23. Tavakkoli A, Norouzi M, Hajizadeh A. Patients Satisfaction of Pain Relief After Surgery in Kerman Educational Hospitals. J Kerman Univ Med Sci.2005;11(2):206-214.

24. Siegel D, Judith M. The Multi-Dimensional Anger Inventory. J - of Per and SociPsycho.1986;51(1):191-200.

25.Besharat M, Hoseni A, Mohamadmehr R, Azizi K. Investigating the reliability, validity and factor analysis of anger rumination scale in Tehran University students. Res Edusys 2012;5(2):9-23 https://doi.org: 10.2466/02.08.09.PR0.108.1.317-328

26. Hedayati M, Hajializade K, Hedayati M, Fathi E. An Investigation of the Effectiveness of Emotionally-Focused Couple's Group Therapy (EFCT) on Relational Aggression of Couples with Breast Cancer in Wives: A Semi-Experimental Study. Iran J Breast Dis 2021;13(4):23-34 https://doi.org: 10.30699/ijbd.13.4.40

27. Guarino A, Polini C, Forte G, Favieri F, Boncompagni I, Casagrande M. The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med 2020;9(1):209-26 https://doi.org: 10.3390/jcm9010209

28. Sipilä R, Hintsa T, Lipsanos J, Tasmuth T, islander A M, Kalso E. The relationship between anger regulation, mood, pain, and pain-related disability in women treated for breast cancer. Psyconco 2019;10(28):2002-8

29. Sud A, Jones M, Broggio J, Loveday C, Torr B, Garrett A, et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. Ann Oncol 2020;31(8):1065-74 https://doi.org: 10.1016/j.annonc.2020.05.009

30. Molavi P, Mikaeili N, Daneshvar S, Narimani M, Mehri S. The role of denial and alexithymia on pain perception in women with breast cancer. Stud Med Sci 2015;26(2):102-11. http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2775-en.html

31. Diamond G M, Shahar B, Sabo D, Tsvieli N. Attachment-Based Family Therapy and Emotion-Focused Therapy for Unresolved Anger: The Role of

Productive Emotional Processing. Psych 2016;53(1):34–44. https://doi.org: 10.1037/pst0000025

32. Roosta P, Bahreinian A, Ahi G, Ghanifar M. The Impact of Mentalization-Based Treatment on Object Relations and Emotional Expression in Conflicted Mother-Child Relationships. Nurs Midwifery J 2024;22(5):341-51. URL: http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-5115-en.html
33. Shogi M, Aliabadi Z, Mohammadi R. Relationship between Resilience and Caregiving Burden of Mothers of Children with Cancer Undergoing Chemotherapy. Nurs Midwifery J 2024;22(2):93-102. URL: http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-5104-en.html
34. Ghasemihabashi A, Mahmoud Alilou M, Esmaeilpour K, Bakhshi Pour Roudsari A. The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Sleep Quality and Aggression in Women with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Nurs Midwifery J 2024;21(12):959-68. URL: http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-5090-en.html

Original Article

THE INTERVENTIONAL EFFECT OF EMOTIONAL AWARENESS AND EXPRESSION THERAPY ON ANGER AND PAIN INTENSITY OF WOMEN WITH BREAST CANCER: A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY

Somayeh Alinasab[1], Najmeh Hamid[2], Malek Mirhashemy[3]*

Received: 22 June, 2024; Accepted: 25 September, 2024

Abstract

Background & Aim: Breast cancer is the most common cancer in women. Cancer pain is a frequent and debilitating consequence of cancer, reducing the ability to regulate various emotions, such as anger. This disease also has psychological effects that affect the quality of life of these patients. This study aimed to investigate the effect of mindfulness and emotional expression interventions on anger and pain intensity in women with breast cancer.

Materials & Methods: The present study used a quasi-experimental design with pretest, posttest, and control groups, followed by a two-month follow-up stage. The research focused on women with breast cancer referred to the Mehr Soheila charity center in Alborz City. Fifty eligible individuals were purposefully sampled and randomly assigned to either the Emotional Awareness and Expression Therapy group (25 subjects) or the control group (25 subjects). The experimental group (EAET) participated in eight 90-minute group sessions between winter 2023 and spring 2024. Research data was collected using Siegel's Multidimensional Anger Scale (MAI) and Visual Pain Scale (VAS) questionnaires. The data were analyzed using SPSS software version 24 and covariance analysis with repeated measurements.

Result: The results indicate that awareness and emotional expression therapy significantly impacted the overall pain and anger intensity scores in breast cancer patients. This effect was sustained even after the follow-up stage ($P<0.05$).

Conclusion: Due to the lack of knowledge about the nature of the disease and the determining role of psychological factors in the rate of recovery and the treatment process, it is necessary to provide conditions in breast cancer patients so that their feelings and emotions are well regulated and expressed. Creating conditions for patients to regulate and express their feelings and emotions can be beneficial due to the lack of knowledge about the nature of the disease. Therefore, it is recommended that health psychologists in therapeutic centers and psychological clinics use emotional awareness and expression therapy (EAET) along with drug treatments to reduce the pain and anger of breast cancer patients.

Keywords: Anger, Awareness Therapy, Breast Cancer, Emotional Expression, Pain

Address: Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
Tel: +989161187586
Email: n.hamid@scu.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

[1] *PhD student in clinical psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Tehran, Iran*
[2] *Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)*
[3] *Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Tehran, Iran*