

بررسی اثربخشی روش افشای هیجانی به شیوه گفتاری / نوشتاری بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر تبریز

هانیه اکبری نخجوانی^{۱*}، رحیم بدری گرگری^۲

تاریخ دریافت 1394/02/15 تاریخ پذیرش 1394/04/22

چکیده

پیش زمینه و هدف: سرطان سینه دومین سرطان شایع در جهان می‌باشد. این بیماری و درمان‌های مربوط به آن بر سطح عملکردهای کیفیت زندگی تأثیرگذار است. درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش افشای هیجانی به شیوه گفتاری/ نوشتاری بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه تبریز بود.

مواد و روش کار: در این پژوهش با بهره‌گیری از طرح نیمه آزمایشی، نمونه‌ای شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه، عضو در انجمن حمایت از بیماران سرطان سینه آذربایجان شرقی، انتخاب و پس از جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند (در هر گروه ۱۵ نفر). ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های کیفیت زندگی EORTC QLQ-C30، V.3، تواما^۲ با پرسشنامه BR23، V.3 متعلق به سازمان اروپایی تحقیقات درمان سرطان، بود. در فرایند اجرا، گروه افشای هیجانی به مدت چهار جلسه به افشاء خاطرات ناخوشایند مرتبط با بیماری پرداختند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج به‌وسیله نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج حاصل از روش تحلیل کوواریانس نشان داد که روش افشای هیجانی در مؤلفه‌های عملکرد جسمانی، شناختی، اجتماعی، عاطفی، کیفیت عمومی و علائم بیماری، باعث بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شده است ولی بر مؤلفه‌های عملکرد جنسی و ایفای نقش، تأثیری نداشته است.

نتیجه‌گیری: می‌توان از روش افشای هیجانی به‌عنوان یک روش مؤثر در بهبود کیفیت زندگی این دسته از بیماران در مراکز آنکولوژی و به‌عنوان درمان‌های تکمیلی در کنار درمان‌های پزشکی سود جست.

کلید واژه‌ها: افشای هیجانی به شیوه گفتاری/ نوشتاری، کیفیت زندگی، سرطان سینه

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره ششم، ص 530-519، شهریور 1394

آدرس مکاتبه: تبریز خ آزادی - خ لاله زار - کوی عادل پلاک ۱، تلفن: ۰۹۱۴۱۰۰۱۰۷۶

Email: Hanieh.nakhjovani@gmail.com

مقدمه

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل‌توجه علم پزشکی، همچنان سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری قلب و عروق است. سرطان سینه شایع‌ترین نوع سرطان و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در میان زنان می‌باشد (۱). یکی از موضوعات بسیار مهمی که در سال‌های اخیر در مورد بیماران دچار سرطان در کنار میزان بقا و طول عمر این بیماران مطرح‌شده بحث کیفیت زندگی این بیماران است.

مطالعه حسن‌پور که بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به انواع سرطان انجام داد بیانگر آن است که ۳۴ درصد بیماران تحت بررسی کیفیت زندگی مطلوبی نداشتند (۱). چرا که تشخیص سرطان تجربه بسیار ناخوشایند و غیرقابل‌باوری برای هر فرد است. سرطان باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی، اجتماعی - خانوادگی دچار اختلال شده و منجر به ویرانی زندگی فرد گردد و بخصوص بر روی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار شامل وضعیت روحی و روانی و اجتماعی و عملکرد جنسی تأثیر دارد (۲).

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی، تبریز، ایران

سرطان سینه نیز به واسطه علائم و عوارض جانبی ناشی از درمان‌های موضعی و سیستمیک از جمله جراحی و شیمی‌درمانی می‌تواند کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار دهد چرا که ماهیت این بیماری به گونه‌ای است که هویت و شخصیت زنانه مبتلایان را به خطر می‌اندازد (۳). از آنجایی که بررسی‌ها نشان می‌دهد که مبتلایان به سرطان سینه در ایران ۱۰ سال جوان‌تر از مبتلایان به این بیماری در کشورهای غربی هستند و این مسئله اهمیت بررسی، تشخیص و کنترل و بهبود کیفیت زندگی بیماران را در کشور نشان می‌دهد (۴). درمان‌های طولانی، توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی یا به عنوان زن خانه‌دار یا شاغل، مورد تهدید قرار می‌دهد. سطح بالای استرس، تأثیر منفی طولانی‌مدتی بر خودباوری زنان دارد که نهایتاً تأثیر نامطلوبی بر عملکرد خانوادگی، نقش زناشویی و نیز پائین آمدن سطح کیفی زندگی آنان می‌گذارد (۴). بنابراین می‌توان با انجام مداخلات لازم به افزایش کیفیت زندگی و تسریع بهبودی در این بیماران کمک کرد. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب و معاشرت و سلامت روانی بیمار می‌باشد (۱). در حال حاضر کیفیت زندگی به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و به کار می‌رود (۵). شوماخر کیفیت زندگی را به عنوان مفهومی چندبعدی که دربرگیرنده سلامت کلی فرد شامل وضعیت روحی، روانی، اجتماعی و جسمانی می‌باشد تعریف کرده است (۶). دانشمندان مختلف تعاریف مختلفی برای کیفیت زندگی ارائه داده‌اند ولی تمامی پژوهشگران در مورد مفهوم کیفیت زندگی در سه اصل توافق دارند.

۱. کیفیت زندگی حاصل یک ارزشیابی ذهنی است و خود بیمار بهتر از هر کس دیگری می‌تواند راجع به کیفیت زندگی خود قضاوت کند؛ اما گاهی شرایطی وجود دارد که این قضاوت را برای بیمار مشکل می‌سازد که در این موارد خاص از فرد مراقبت‌کننده (پزشک و پرستار) می‌خواهیم ارزیابی را انجام دهد.
۲. کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا، بدین معنا که در طول زمان همگام با تغییرات درونی و بیرونی تغییر می‌کند.
۳. کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی می‌باشد و باید از زوایا و ابعاد مختلفی سنجیده شود که این ابعاد محور اصلی چهارچوب پنداشتی تحقیقات کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد. در حقیقت اندازه‌گیری کیفیت زندگی به کارگیری درمان را از نظر ارزش افزایش طول عمر بیمار با توجه به جنبه‌های اجتماعی

و روانی در کنار جنبه‌های فیزیکی مورد ارزشیابی قرار می‌دهد. این امر که آیا کیفیت زندگی به عنوان عاملی مؤثر بر میزان بقا در سرطان دارای اثر است نیز اخیراً مورد توجه قرار گرفته است (۷). سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آن‌ها نیز می‌شود که در این میان واکنش‌هایی مثل انکار، خشم، احساس گناه در این بیماران مشاهده می‌شود. از طرفی چنانچه این واکنش‌ها به درستی ابراز نگردد این امکان وجود دارد که به درون فرد جهت یابد و منجر به افسردگی، ناامیدی و باعث اختلال در روند طبیعی زندگی و کیفیت آن گردد (۸). از آنجایی که میزان بقای مبتلایان به سرطان سینه طولانی بوده و در نتیجه مدت زمان بیشتری با سرطان و عوارض و پیامدهای آن دست‌به‌گریبان هستند. از این رو انجام اقداماتی در جهت شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی این مبتلایان ضروری به نظر می‌رسد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که مردم بخش اعظمی از تجارب روزمره خود را با دیگران در میان می‌گذارند (۹). اما از در میان گذاشتن بخش کوچکی از تجارب زندگی با دیگران خودداری می‌کنند. برخی از این تجارب و افکار بارزهای شخصی افراد مغایر بوده و یا به قدری دردناک هستند که به خاطر آوردن و صحبت درباره آن‌ها بسیار دشوار می‌باشد (۱۰). تحت چنین شرایطی افراد از آشکار کردن افکار و احساسات خود جلوگیری می‌کنند و یا به اصلاح بازداری می‌کنند. تلاش برای مخفی نگه داشتن افکار و احساسات موجب سرکوب آن‌ها شده و سرکوب تجارب هیجانی دردناک منجر به تجلی آن‌ها در قالب رؤیاهای، افکار ناخواسته مزاحم، نشخوارهای ذهنی می‌گردد (۱۱). مفهوم افشای هیجانی به عنوان یکی از فرایندهای تغییر در درمان تاریخچه‌ای طولانی دارد. این مفهوم برای اولین بار تحت عنوان پالایش روانی در نوشته‌های ارسطو مطرح شد. وی باور داشت که یکی از بهترین روش‌ها برای تسکین آلام برانگیختن هیجان‌ها از طریق صحنه‌های نمایشی است (۱۲). مطالعه عینی و نظام‌دار تأثیر بیان تجارب منفی برای اولین بار در حوزه روانکاوی صورت گرفت. در سال ۱۸۸۰ با انتشار مجدد آراء ارسطو علاقه به پالایش روانی یا برون‌ریزی هیجانی و نقش آن در بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی در بین دانشمندان اوج گرفت. در همین ایام فروید و بروئر در پژوهش‌های خود در مورد هیستری نشان دادند که تجربه شدید در یک موقعیت آسیب‌زا و عدم امکان ابراز و لمس هیجان همخوان با اضطراب، زمینه‌ساز روان‌نژندی‌هاست، بر همین اساس آن‌ها روش درمان این اختلالات را افشا و هشیاری به خاطرات و عواطف دردناک همخوان با تجربه آسیب‌زا عنوان نمودند (۱۳). در ادبیات روانشناسی و پزشکی شواهد بسیار زیادی وجود دارد که تجارب منفی و استرس‌زای بازداری شده سلامت جسمی و

روانی را با مشکل مواجه می‌سازد (۱۴). به دلیل مسئله بازداري امروزه در بین درمانگران این توافق به وجود آمده که یکی از جنبه‌های مشترک درمان‌ها این است که به مراجع اجازه داده شود تجارب هیجانی خود را در قالب کلمات بیان کند (۱۲). به عبارت دیگر صرف بیان و افشای هیجانی صرف‌نظر از رویکرد درمانی و نوع بازخورد درمانگر نقش بسیار مهمی در بهبود وضعیت جسمانی و روانی فرد دارد. در مورد شیوه‌های مختلف افشا و پیامدهای آن پژوهش‌های متعددی انجام شده. در این زمینه دو خط پژوهشی نسبتاً متمایز را مشخص نموده‌اند: نخست پژوهش ریمه که بر کلامی کردن و در میان گذاشتن تجارب هیجانی خود با دیگران در یک زمینه بین فردی تمرکز دارد (۹). و دوم، مطالعه پنه بیکر که افشای هیجانی را به عنوان یکی از راه‌های پیشگیری و درمان آسفتگی‌های هیجانی در یک زمینه درون فردی مورد توجه قرار داده و عمدتاً بر افشای هیجانی نوشتاری تمرکز نموده‌اند (۱۴). با توجه به دو خط پژوهشی ذکر شده دو شیوه اصلی افشای هیجانی قابل شناسایی است.

۱. افشای هیجانی کلامی که به صورت بین فردی و درون فردی و در اشکال مختلفی انجام می‌شود

۲. افشای هیجانی و نوشتاری است که در آن فرد تجارب هیجانی خود را به صورت دستی می‌نویسد (۱۴).

افشای هیجانی در واقع به این معنی است که یک فرد عمیق‌ترین تجارب هیجانی خود را به صورت گفتاری یا نوشتاری برای دیگران یا خود بیان نماید (۱۵). در مورد این که چگونه این شیوه مؤثر واقع می‌شود دو نظریه اصلی مطرح شده است.

۱. نظریه بازداري که نقش بازداري هیجان‌ها در اشغال ظرفیت‌های فیزیولوژیکی - روانی و تأثیر ضد بازدارندگی افشاء را مطرح می‌کند. بر اساس نظریه بازداري حرف نزدن درباره وقایع، افکار و تجربیات مهم زندگی مستلزم این است که ذهن به صورت فعال از آشکار شدن این افکار و احساسات جلوگیری کند. این فرایند به عنوان استرس‌زای مزمن عمل کرده و به اختلالات متعددی مانند اضطراب، افسردگی و ... منجر می‌شود. به لحاظ نظری افشای هیجانی با شکستن فرایند بازداري موجب کاهش استرس و از این طریق از مشکلات جسمانی و روانی می‌کاهد.

۲. نظریه تغییرات شناختی است که بر اساس آن ابزار هیجان‌ها و احساسات در قالب کلمات موجب بازنگری در رویدادها و تجارب هیجانی شده و شیوه‌های سازمان‌دهی و باز جذب آن‌ها را تغییر می‌دهد. بر اساس نظریه تغییرات شناختی، افشای هیجانی از طریق مواجهه با تجارب آسیب‌زا به افراد کمک می‌کند که رویدادهای زندگی را بازبینی کرده، آن‌ها را بهتر درک کرده و معنای جدیدی در آن‌ها بیابند. این کار در نهایت باعث می‌شود که

تجارب هیجانی با ساختار جدیدی در سیستم شناختی جذب شده و فرد آن را به عنوان یکی از تجارب معمول زندگی بپذیرد (۱۵).

مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی حاکی از اثربخشی مداخلات روانشناسی بر بهبود کیفیت زندگی است در پژوهش کهرآزنی، دانش و آزاد در زمینه کیفیت زندگی تأثیر رفتار درمانگری شناختی بر بهبود کیفیت زندگی و عملکرد بیماران دچار سرطان نشان داده می‌شود (۱۶). یافته‌های پژوهش مردانی و واحد، حاکی از آن است که حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران سرطانی با حیطه‌های سلامت روان آن‌ها ارتباط دارد و سرطان بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران اثر می‌گذارد (۱۷). مطالعه مقطعی وحدانی نیا، صدیقی و منتظری، نیز نشان می‌دهد که به کارگیری دستورالعمل‌های درمانی معتبر و نیز ارتقای کیفیت زندگی در بهبود بقاء در بیماران مبتلا به سرطان سینه دارای اهمیت است (۱۲). همچنین نتایج پژوهش شریعتی، صالحی، انصاری و لطیفی، تأثیر آرام‌سازی بنسون را در ارتقای مقیاس عملکردی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه نشان داده است (۱۸). و همچنین پینه بیکر و چانگ، در چند سال اخیر بر نقش شیوه افشای هیجانی (نوشتاری) در افزایش سلامت روان شناختی، بهبود سیستم ایمنی، کاهش مشکلات جسمانی و کاهش افکار مزاحم و علائم افسردگی تأکید نموده‌اند (۱۵). لی پور، در بررسی تأثیر افشاء بر ارتباط افکار مزاحم و افسردگی به این نتیجه رسیدند که افشای هیجانی (نوشتاری) تأثیر افکار مزاحم روی علائم افسردگی را تعدیل نموده و از این طریق موجب کاهش علائم افسردگی می‌شود (۱۹). در پژوهشی نتایج استرلینگ، آنتونی، فلیچر، نشان داد که در پایان جلسات افشاء هر دو گروه آزمایشی گفتاری/نوشتاری در مقایسه با گروه کنترل عملکرد ایمنی بهتری نشان دادند ولی گروه افشای کلامی نتایج نسبتاً بهتری داشتند (۲۰). قربانی، نیز نشان داد که افشای هیجانی عمیق از طریق فن "بازگشایی ناهشیار" در سطح جسمانی و ایمنی شناختی موجب افزایش چشمگیری در سطح سلول‌های کمک‌کننده و در سطح روان شناختی موجب کاهش اضطراب، افسردگی، حمایت‌های بین فردی و وسواس فکری/ عملی گردید (۱۱). هم‌چنین سلطانی، رضانی، عبدالهی و نجفی، در پژوهشی اثربخشی افشای هیجانی را بر روی دانشجویان انجام داده و نتایج نشان داد که افشای هیجانی نوشتاری و گفتاری باعث کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس افراد دارای این علائم بالینی می‌شود (۲).

با اهمیت یافتن این موضوع که خاطرات و تجارب هیجانی ناگفته نقش مهمی در جنبه‌های مختلف سلامت ما دارد و افشای آن‌ها می‌تواند اثرات درمانی داشته باشد سؤال پژوهشی این تحقیق عبارت است از اینکه آیا اجرای روش افشای هیجانی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر واقع خواهد شد؟.

مواد و روش کار

این پژوهش، مطالعاتی از نوع نیمه تجربی بوده که بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه تبریز صورت گرفته بدین منظور تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان سینه عضو در انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان سینه استان آذربایجان شرقی انتخاب شد. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از اینکه از لحاظ مدت زمان ابتلا به بیماری (بین ۱ تا ۵ سال) و وضعیت تأهل (افراد متأهل) و سن ابتلا به بیماری (بالای ۳۸) همسان‌سازی شدند، تعداد ۳۰ نفر با در نظر گرفتن امکان حضورشان در جلسات و رضایت شخصی انتخاب شدند و به ۲ گروه ۱۵ نفر تقسیم شدند و در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند و قبل از اجرای برنامه آموزشی روش افشای هیجانی از هر دو گروه خواسته شد تا پرسشنامه کیفیت زندگی وابسته به سازمان بهداشت جهانی را پاسخ بدهند. سپس بر روی گروه آزمایش برنامه افشای هیجانی در طی ۴ جلسه و به مدت نیم ساعت در حضور درمانگر در مورد خاطرات ناخوشایند هیجانی خود صحبت نمودند و یا در همان جلسه شروع به نوشتن در مورد خاطرات ناخوشایند هیجانی خود کردند. در ابتدای جلسات بعدی هم همین دستورالعمل به مدت ۲ ماه (به دلیل تعداد آزمودنی‌ها ۴ جلسه هر فرد در ۱ ماه تمام نشد) اجرا شد. به هر فرد ۴ جلسه، نیم‌ساعته اختصاص داده شده بود تا به افشاء خاطرات ناخوشایند مرتبط با بیماری به صورت گفتاری و یا با نوشتن خاطرات ناخوشایند بپردازند. بعد در پایان مراحل اجرا هر دو گروه آزمایش و کنترل بار دیگر توسط پرسشنامه کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها:

در این پژوهش برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه EORTCQLQ_C30.V.3 تواما^۱ با پرسشنامه استاندارد EORTCQLQ_BR23.V.3 استفاده شده است؛ که متعلق به سازمان اروپایی تحقیقات درمان سرطان جهت بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان می‌باشد. هر دو پرسشنامه شامل سؤال‌هایی دربرگیرنده دو مفهوم وضعیت عملکردی و علائم و نشانگان شایع ناشی از سرطان و درمان آن است و در هر حیطه، تعدادی سؤال به این منظور ترتیب شده‌اند. در حیطه کیفیت زندگی عمومی، عملکرد جسمی، ایفای نقش، عملکرد هیجانی،

عملکرد شناختی، عملکرد اجتماعی، خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، اختلال خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال، وضعیت اقتصادی سؤالاتی مطرح شده است. امتیازات گرفته شده در هر حیطه بر مبنای ۱۰۰-۰ بوده و امتیاز بیشتر در حیطه‌های عملکردی، نشان‌دهنده سطح عملکرد بهتر و در حیطه‌های علامتی، نشانه شدیدتر بودن علائم بوده. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران بررسی شده است (۳). هم‌چنین روایی و پایایی پرسشنامه EORTCQLQ_C30.V.3 و EORTCQLQ_BR23.V.3 در مطالعات مورد ارزیابی قرار گرفته که هر دو پرسشنامه از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار بوده‌اند. ضریب آلفای کرون باخ در مورد مقیاس‌های چندگزینه‌ای در پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، از ۹۵٪-۴۸٪ در پیگیری متغیر بوده است و در این مطالعه میزان آلفای کرون باخ در ابعاد مختلف بین ۹۳٪-۷۶٪ بوده است (۲۲،۳). در پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی اختصاصی مبتلایان به سرطان سینه، مقدار این ضریب در مورد مقیاس‌های چندگزینه‌ای بین ۹۵٪-۶۳٪ متغیر بوده و میزان آلفای کرون باخ در ابعاد مختلف بین ۹۵٪-۷۱٪ بوده است. هم‌چنین تحلیل روایی پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، با استفاده از روش هم‌خوانی بین مقیاس‌ها انجام گرفته شده است. تقریباً تمام مقیاس‌هایی که از نظر مفهومی با یکدیگر مرتبط بودند، از نظر آماری در جهت مورد انتظار، همبستگی داشتند. نسخه فارسی این پرسشنامه را انجمن اروپایی تحقیق و درمان سرطان به عنوان ابزار روا و پایا تأیید کرده است (۳). هم‌چنین نتایج مطالعات نشان داده که سومین ویرایش نسخه فارسی این پرسشنامه ابزاری پایا و معتبر برای سنجش کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان است و در پژوهش همه‌گیرشناسی و بالینی سرطان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. ضریب آلفای کرون باخ ثبات داخلی مقیاس‌ها را در حد مطلوب برخوردارند. آلفای کرون باخ مقیاس خستگی ۰/۶۵، درد ۰/۶۹، تهوع و استفراغ ۰/۶۶ و بقیه مقیاس‌ها بالای ۰/۷۰، برآورد شده که نشان‌دهنده پایایی و اعتبار این پرسشنامه است. (۲۲).

یافته‌ها

خصوصیات نمونه‌های موردبررسی برحسب مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ ارائه شده است. از آنجاکه هر گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون موردسنجش قرار گرفته است. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هردو گروه در هریک از مؤلفه‌ها نیز در جدول ۲ نشان داده شده است. اجرای آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت برخی مفروضه‌ها

و ۲-) قرار دارند و نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف نشان می‌دهد که $P > 0.05$ است می‌توان گفت توزیع نمرات کیفیت زندگی نرمال می‌باشد.

می‌باشد. به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده‌شده که در جدول ۳ نتایج این آزمون برای نمرات کل کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده‌شده و به دلیل اینکه نتایج کجی و کشیدگی در بازه ۲)

جدول (۱): اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها

گروه سنی	تعداد	درصد
۳۸-۴۵	۹	۳۰.۰
۴۶-۵۲	۷	۲۲.۳
۵۳-۶۰	۱۴	۴۶.۷
مدت ابتلا به بیماری		
۱ سال	۷	۲۲.۳
۲ سال	۶	۲۰.۰
۳ سال	۸	۲۶.۷
۴ سال	۹	۳۰.۰
تحصیلات		
ابتدایی - راهنمایی	۱۶	۵۲.۳
دبیرستان - دیپلم	۱۲	۴۰.۰
دانشگاهی	۲	۶.۷
وضعیت تأهل		
متاهل	۲۷	۹۰.۰
بیوه	۳	۱۰.۰

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌ها در مقیاس‌های عملکردی در مراحل پیش و پس‌آزمون

عملکرد / علائم	میانگین و (انحراف استاندارد)	میانگین و (انحراف استاندارد)	میانگین و (انحراف استاندارد)	میانگین و (انحراف استاندارد)	تعداد
عملکرد جسمانی	پیش آزمون کنترل (۲.۴۳۳)۸.۷۳۳	پس آزمون کنترل (۲.۱۳۳)۸.۵۳۳	پیش آزمون ذهن آگاهی (۲.۳۴۴)۸.۰۶۶	پس آزمون ذهن آگاهی (۱.۶۹۸)۷.۲۰۰	۱۵
عملکرد شناختی	پیش آزمون کنترل (۱.۶۳۸)۳.۴	پس آزمون کنترل (۱.۶۳۸)۳.۴	پیش آزمون ذهن آگاهی (۱.۷۵۱)۴.۰۶۶	پس آزمون ذهن آگاهی (۰.۷۷۴)۲.۸	۱۵
عملکرد عاطفی	پیش آزمون کنترل (۱.۸۰۷)۸.۱۳۳	پس آزمون کنترل (۱.۴۸۶)۸.۰۶۶	پیش آزمون ذهن آگاهی (۳.۳۷۷)۸.۵۳۳	پس آزمون ذهن آگاهی (۱.۷۰۹)۵.۷۳۳	۱۵
عملکرد ایفای نقش	پیش آزمون کنترل (۱.۷۱۸)۳.۶۶۶	پس آزمون کنترل (۱.۷۶۷)۳.۱۳۳	پیش آزمون ذهن آگاهی (۱.۲۲۲)۳.۰۶	پس آزمون ذهن آگاهی (۰.۶۳۲)۲.۴۰۰	۱۵
عملکرد اجتماعی	پیش آزمون کنترل (۱.۵۹۷)۳.۵۳۳	پس آزمون کنترل (۱.۵۶۷)۳.۲	پیش آزمون ذهن آگاهی (۱.۳۵۵)۳.۵۳۳	پس آزمون ذهن آگاهی (۰.۵۹۳)۲.۲۶۶	۱۵
عملکرد جنسی	پیش آزمون کنترل (۲.۹۷۲)۱۴.۸۶۶	پس آزمون کنترل (۲.۷۷۲)۱۴.۶	پیش آزمون ذهن آگاهی (۴.۰۳۳)۱۵.۵۳۳	پس آزمون ذهن آگاهی (۴.۰۳۰)۱۵.۵۳۰	۱۵
کیفیت عمومی	پیش آزمون کنترل (۲.۰۲۸)۹.۴	پس آزمون کنترل (۲)۹.۸	پیش آزمون ذهن آگاهی (۱.۸۶۹)۸.۷۳۳	پس آزمون ذهن آگاهی (۰.۹۷۵)۱۱.۶۶۶	۱۵
علائم بیماری	پیش آزمون کنترل (۵.۰۵۲)۳۹.۶۶۶	پس آزمون کنترل (۴.۷۳۸)۳۸.۸	پیش آزمون ذهن آگاهی (۶.۶۷۲)۳۷.۶۶۶	پس آزمون ذهن آگاهی (۴.۰۹۹)۳۱.۳۳	۱۵

جدول (۳): شاخص‌های توصیفی نمرات کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	آزمون کولموگروف اسمیرنف	سطح معنی داری Z
پیش‌آزمون	۹۴.۳۱	۱۲.۹۸	۰.۳۸	-۰.۶۶	۰.۷۶	۰.۶۱
پس‌آزمون	۸۲.۰۸	۱۰.۲۵	۰.۷۰	-۰.۴۸	۱.۰۳	۰.۲۴

مقدار F معنی‌دار نباشد یعنی ($P > 0/05$) باشد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مقدار F معنی‌دار نیست پس می‌توان گفت همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

به‌منظور بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس تعامل بین متغیر هم پراش پیش‌آزمون و متغیر مستقل مورد بررسی قرار گرفت که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است. برای اثبات همگونی شیب رگرسیون باید

جدول (4): آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس به‌منظور بررسی تعامل بین متغیر هم پراش پیش‌آزمون و پس‌آزمون

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	۱۴/۱۱	۲	۷/۰۵	۰/۶۵	۰/۵۲
پیش‌آزمون	۳۲۳۱/۴	۱	۳۲۳۱/۴	۳۰۱/۵۳	۰/۰۰
گروه*پیش‌آزمون	۵۴/۹۴	۲	۲۷/۴۷	۲/۵۶	۰/۹۰
خطا	۴۱۷/۹۵	۳۹	۱۰/۷۱		
کل	۳۱۴۳۹۱/۰۰	۴۵			

مقدار F معنی‌دار نیست پس می‌توان گفت همگونی واریانس‌ها رعایت شده است. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود

به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. برای همگن بودن واریانس‌ها نیز باید مقدار F معنی‌دار نباشد یعنی

جدول (5): نتایج آزمون لوین مبنی بر همگنی واریانس‌ها

پس‌آزمون	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی‌داری
	۰/۴۵	۲	۴۲	۰/۶۳

می‌باشد. اما مقدار F در مؤلفه‌های عملکرد جنسی برابر با $\text{sig}=0/21$ و در ایفای نقش برابر با $\text{sig}=0/83$ می‌باشد، یعنی $P > 0/05$ است و مقدار F معنی‌دار نمی‌باشد. معنی‌دار بودن مقدار F در آزمون کوواریانس دلیل بر اثربخشی روش افشای هیجانی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به گروه کنترل باشد. که اثربخشی این روش در مؤلفه‌های عملکرد جسمانی، عاطفی، شناختی، اجتماعی، و علائم بیماری و کیفیت عمومی قابل‌مشاهده است و در دو مؤلفه عملکرد جنسی و ایفای نقش این روش در مقایسه با گروه کنترل اثربخش نبوده است.

نتایج

بعد از انجام پیش‌فرض‌ها، برای آزمودن فرضیه با آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس به مقایسه نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی بین گروه افشای هیجانی و گروه کنترل پرداخته و نتایج در جدول ۶ ارائه شده است. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که مقدار F در مؤلفه‌های عملکرد عاطفی، علائم بیماری و کیفیت عمومی برابر با $\text{sig}=0/00$ و در مؤلفه عملکرد جسمانی برابر با $\text{sig}=0/01$ و در مؤلفه شناختی برابر با $\text{sig}=0/03$ و در مؤلفه اجتماعی برابر با $\text{sig}=0/01$ می‌باشد، یعنی $P < 0/05$ است و مقدار F معنی‌دار

جدول (6): تجزیه و تحلیل کوواریانس نمرات پس از آزمون کیفیت زندگی بین گروه افشای هیجانی و گروه کنترل

منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجزور اتا	توان آزمون
گروه	پس از آزمون جسمانی	۴/۱۲	۱	۴/۱۲	۱۵/۲۶	۰/۰۱	۰/۴۳	۰/۹۶
	پس از آزمون عاطفی	۳۷/۲۲	۱	۳۷/۲۲	۶۱/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۷۵	۱/۰۰
	پس از آزمون شناختی	۲/۶۷	۱	۲/۶۷	۴/۹۳	۰/۰۳	۰/۱۹	۰/۵۶
	پس از آزمون اجتماعی	۳/۳۹	۱	۳/۳۹	۸/۱۰	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۷۷
	پس از آزمون ایفای نقش	۰/۱۹	۱	۰/۱۹	۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۰۳	۰/۰۵۵
	پس از آزمون جنسی	۰/۳۹	۱	۰/۳۹	۱/۶۳	۰/۳۱	۰/۷۶	۰/۲۳
	پس از آزمون علائم	۲۲۶/۵۳	۱	۲۲۶/۵۳	۲۶/۴۳	۰/۰۰۰	۰/۵۶	۰/۹۹
	پس از آزمون کیفیت عمومی	۲۸/۵۵	۱	۲۸/۵۵	۳۶/۴۳	۰/۰۰۰	۰/۶۴	۱/۰۰
خطا	پس از آزمون جسمانی	۵/۳۹	۲۰	۰/۳۷				
	پس از آزمون عاطفی	۱۲/۰۵	۲۰	۰/۶۰				
	پس از آزمون شناختی	۱۰/۸۶	۲۰	۰/۵۴				
	پس از آزمون اجتماعی	۸/۳۸	۲۰	۰/۴۱				
	پس از آزمون ایفای نقش	۸/۵۹	۲۰	۰/۴۳				
	پس از آزمون جنسی	۴/۸۱	۲۰	۰/۳۴				
	پس از آزمون علائم	۱۷۱/۳۹	۲۰	۸/۵۷				
	پس از آزمون کیفیت عمومی	۱۵/۶۷	۲۰	۰/۷۸				
کل	پس از آزمون جسمانی	۱۹۷۴	۳۰					
	پس از آزمون عاطفی	۱۵۴۱	۳۰					
	پس از آزمون شناختی	۳۲۷	۳۰					
	پس از آزمون اجتماعی	۲۷۰	۳۰					
	پس از آزمون ایفای نقش	۲۸۰	۳۰					
	پس از آزمون جنسی	۷۱۵۳	۳۰					
	پس از آزمون علائم	۳۷۸۵۸	۳۰					
	پس از آزمون کیفیت عمومی	۳۵۵۳	۳۰					

بحث

نتایج آزمون کوواریانس بیانگر آن است که اجرای روش افشای هیجانی به شیوه گفتاری / نوشتاری باعث بهبود کیفیت زندگی در عملکردهای جسمانی، عاطفی، شناختی، اجتماعی، علائم بیماری و کیفیت عمومی، زنان مبتلا به سرطان سینه شده است. مطالعات مختلفی نشان داده است که افشای هیجانی پیامدهای مثبت هیجانی، روانی، اجتماعی فراوانی دارد (۱۴). قربانی نشان داد که افشای هیجانی عمیق از طریق فن "بازگشایی ناهشیار" در سطح جسمانی و ایمنی شناختی موجب افزایش چشمگیری در سطح سلولهای کمک کننده و در سطح روان شناختی موجب کاهش اضطراب، افسردگی، حمایت های بین فردی و وسواس فکری/ عملی گردید (۱۱). رضانی، احمدی، موسوی در بررسی تأثیر افشای هیجانی نوشتاری بر افسردگی به این نتیجه دست یافتند که افشای هیجانی علی رغم پیامدهای منفی بلافاصله بعد از افشا، در هفته های بعدی موجب کاهش علائم منفی می شود و میزان علائم افسردگی را کاهش می دهد (۲۳). مطالعه علی پور، نوربالا، یزدان فر و همکاران حاکی از آن است که افشای هیجانی نوشتاری اگرچه در زمان نوشتن دردناک است، اما در طولانی مدت بر تعدیل و کاهش استرس تأثیر مثبت دارد. همچنین این عمل باعث کاهش پدیده بازداری شده و کمک

می کند تا سلامت روانی و جسمی فرد بهبود یابد و همچنین نشانگر این است که افشای هیجانی با ایجاد بینش، همدلی و حمایت گری می تواند عملکرد شناختی فرد را بهبود بخشد تا از مکانیسم های دفاعی سازش یافته کمتر استفاده کند (۲۴). در پژوهشی نتایج استرلینگ، آنتونی، فلیچر نشان داد که در پایان جلسات افشاء هر دو گروه آزمایشی گفتاری/ نوشتاری در مقایسه با گروه کنترل عملکرد ایمنی بهتری نشان دادند ولی گروه افشای کلامی نتایج نسبتاً بهتری داشتند (۲۰). کمپل، پنه بیکر نیز معتقد بودند این شیوه در کاهش مشکلات جسمی مؤثر می باشد (۲۵). نیدرهافر، پنه بیکر معتقدند که درمان های مبتنی بر افشای هیجانی باعث کاهش استرس ادراک شده آزمودنی ها می شود. آن ها معتقدند درست همان گونه که افکار منع شده، احساسات یا رفتارها در ارتباط با یک طغیان عاطفی استرس ایجاد می کند، انتظار می رود نوشتن و گفتن درباره این تجربیات نیز استرس بازداری را کاهش می دهد (۱۰). تحقیقات میکاویچ، مییر، کوپر این نتیجه را در پی داشت که افشای هیجانی را می توان به عنوان یکی از سبک های مقابله ای سازش یافته به افراد آموزش داد (۲۶). کازویچ، اسلاتجر، پنه بیکر همچنین هریست، کارلوزی، مک گورن، افشای هیجانی را به عنوان یکی از راهبردهای ارتقای بهداشت روان، بالا بردن ظرفیت های شناختی و در نهایت احساس بهزیستی

روان‌شناختی، موردبررسی قرار داده‌اند و نتایج از نقش افشای هیجانی نوشتاری در ارتقای توانایی‌های شناختی و سطح بهداشت روان افراد حمایت کرده‌اند (۲۷،۲۸). پینه بیکر و چانگ در چند سال اخیر بر نقش شیوه افشای هیجانی (نوشتاری) در افزایش سلامت روان‌شناختی، بهبود سیستم ایمنی، کاهش مشکلات جسمانی و کاهش افکار مزاحم و علائم افسردگی تأکید نموده‌اند (۱۵). گوردن، کینگ، گلون در تحقیقات خود نقش افشای هیجانی و کاربرد موفقیت‌آمیز آن در درمان بسیاری از اختلالات روان‌تنی را نشان داده‌اند (۲۹). بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان نقش بسیار مهمی در دامنه گسترده‌ای از پیامدهای روان‌شناختی بازی می‌کند (۳۰). و عامل مهمی در تعیین سلامت و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (۳۱). نظریه‌های هیجان تأکید می‌کنند که چگونگی تفسیر یا ارزیابی ما از یک رویداد می‌تواند کارکرد مهمی در پاسخ هیجانی ما داشته باشد (۳۲). باز ارزیابی با استفاده از هر دو مقیاس خود گزارشی و فیزیولوژیکی در کاهش عاطفه منفی مؤثر شناخته‌شده است (۳۳). استفاده همیشگی از باز ارزیابی شناختی با سلامت روانی زیاد و سطوح پایین از آسیب روانی همراه است (۳۴). به‌طور کلی، تنظیم هیجان سازه‌ای که تصوری شود تأثیر زیادی بر سلامت روانی و جسمانی دارد و در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی نقش مهمی دارد. موفقیت در تنظیم هیجان با افزایش پیامدهای سلامت، عملکرد تحصیلی و شغلی همراه است. و برعکس، عدم توانایی در تنظیم هیجان با اختلال‌های روانی، شخصیتی و اضطرابی و ... مرتبط است (۳۵). اعتقاد بر این است که استفاده از نوشتن به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای می‌تواند افراد را در رویارویی با تجارب منفی، زندگی کارآمد نموده و از پیامدهای نامطلوب جسمانی و روانی این تجارب پیشگیری نماید. برخی از پژوهشگران افشای هیجانی را به‌عنوان یکی از راهبردهای ارتقای بهداشت روان، بالا بردن ظرفیت‌های شناختی و درنهایت احساس بهزیستی روان‌شناختی موردبررسی قرار داده‌اند. افشای هیجانی را می‌توان درمجموع به‌عنوان یکی از روش‌های ساده، سازنده، کم‌هزینه و مؤثر در رویارویی و مقابله با تجارب آسیب‌زای زندگی دانست. هنگام افشای واقعی احساسات و هیجان‌ها، واژه‌ها امکان ساخت دهی، سازمان‌دهی و درنهایت درونی سازی تجارب هیجانی و رویدادهای مسبب آن‌ها را فراهم می‌سازد (۱۸). مرور مطالعات انجام‌شده از کاربرد پیشگیرانه و درمانی نوشتن حمایت می‌کنند و پیشنهاد می‌کنند که نوشتن درباره تجارب آشفته ساز می‌تواند سلامت جسمانی و روانی را بهبود بخشد. بعلاوه، نوشتن درباره هیجان‌ها و واقعیت‌های پیرامون رخدادی استرس‌زا، منجر به افزایش کوتاه‌مدت هیجان‌های منفی و کاهش هیجان‌های مثبت

می‌شود و در بلندمدت، انجام مواجهه با تجارب آسیب‌زای هیجانی همراه با ارتقاء سلامت روان است. نوشتن همراه با افزایش بینش، بازتاب خود، خوش‌بینی، احساس کنترل و عزت‌نفس است (۳۶،۲۰). درمجموع، تحلیل یافته‌ها، نشان‌دهنده اثربخش بودن اجرای روش افشای هیجانی به شیوه گفتاری/ نوشتاری، بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه هست. این یافته‌ها بدین معنا است که روش افشای هیجانی به دلیل داشتن برنامه‌های افشا به‌صورت گروهی در رابطه با خاطرات ناخوشایند مرتبط با بیماری از زمان مطلع شدن به بیماری و در طول درمان و بعد از درمان و در زندگی کنونی باعث می‌شد تا افراد از احساس‌ها و عواطف مربوط به ریزش مو، نداشتن عضوی از اعضاء زنانه، قضاوت و برداشت‌های اطرافیان صحبت کنند. و به دلیل گروهی بودن جلسات و همسان بودن این عواطف با اعضای گروه، مطرح‌شدن این خاطرات باعث کم‌رنگ شدن این رویدادها می‌شد. و همچنین افشا به‌صورت نوشتاری که اغلب به‌صورت تکلیف خانگی و مربوط به خاطراتی که حاضر به بیان در جمع نبودند و بعدها توسط اجراکننده به‌صورت ناشناس خوانده می‌شد، باعث کم شدن نشخوار فکری در رابطه با این خاطرات می‌شد. چرا که حرف زدن درباره وقایع و افکار و تجربیات مهم زندگی نظیر بیماری باعث آشکار شدن این افکار و احساسات شده و فرایند استرس ناشی از بازداري این افکار را کاهش داده و باعث بهتر شدن سلامت جسم و روان و متعاقب آن کیفیت زندگی می‌شود. و هم چنین با ابراز هیجانات ناشی از بیماری و قطع عضو زنانه و پیامدهای آن در قالب کلمات باعث بازنگری در این تجارب شده و بر اساس نظریه تغییرات شناختی باعث درک بهتر موضوع و یافتن معنای جدید درباره آن واقعه می‌شود و باعث می‌شود فرد بیماری را به صورت تجربه معمول زندگی خود بپذیرد. در مجموع می‌توان گفت روش افشای هیجانی به شیوه گفتاری/ نوشتاری با آموزش راهبردهایی در جهت کاهش بار منفی ناشی از مشکلات جسمانی و خاطرات ناخوشایند مرتبط با بیماری به‌وسیله نوشتن به‌تنهایی و افشا کردن به‌صورت گفتاری در گروه‌های همسان خود، می‌تواند کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه را بهبود بخشد.

از محدودیت‌های این پژوهش به دلیل عدم دسترسی به کل جامعه زنان مبتلا به سرطان سینه انتخاب نمونه تصادفی در دسترس بود و از لحاظ زمان و مکان مربوط به شهر تبریز و سال ۹۲ می‌باشد و همچنین قابل‌تعمیم به سایر سرطان‌های زنان نمی‌باشد. همچنین به دلیل پایین آمدن سن ابتلا به این بیماری پیشنهاد می‌شود مشابه این پژوهش بر روی زنان جوان‌تر و حتی دختران مبتلا به سرطان سینه انجام شود. انجام مطالعات پیگیری جهت بررسی تداوم اثربخشی در طول زمان و استفاده از افشای

معنایی رادارند پیشنهاد می‌شود. با تشکر و قدردانی از مسئولین انجمن حمایت از بیماران سرطان پستان آذربایجان شرقی که در این پژوهش همراهی و همکاری نمودند.

هیجانی توسط درمانگران فعال در مراکز و انجمن‌های حمایتی بیماران سرطانی برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران خصوصاً در زمان‌های ابتدایی درمان که بیشترین افت از لحاظ کیفیت زندگی و

References:

- Hasanpour A, Azari E. Quality of life and related factors in cancer Patients. Abstrack Book of National Congress of care in special diseases Ahvaz. Ahvaz: Ahvaz University of Medical Science; 2006. (Persian)
- Isikhan V, Güner P, Kömürçü S, Ozet A, Arpacı F, Öztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer-I. Cancer Nurs 2001;24(6):490-5.
- Montazeri A, Harrichi I, vahdani I, khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The EORTC breast cancer Specific quality of life questionnaire (EORTC -BR23):translation. And Validation study of the Iranian version. Qual life Res 2000;2. (Persian)
- Luecken Linda J. Stress, Coping and immune Function in breast cancer. Ann Behav Med 2002; 24.4.
- Guggenmous I. Quality of life. In: Guggenmous I.;Hoziman I. Quality of life and health. Berlin: Blackwell Wissenschaft; 1995.
- Shumuker SA. In quality of life assessment in clinical trials. In: Shumuker SA.; Andersone RT. Psychological Test and scales: in quality of life assessment in clinical trials. New York:USA: Raven Press; 1998.
- Vahdani niya M, Sadigi J, Montazeri A. Predictive value of quality of life in women with breast cancer 5-year survival rate: A cross-sectional study. Payesh J; 2004, 1. (Persian)
- Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C, et al. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. Gynecol Oncol 2008;111(1):144-50.
- Rime B. Mental rumination, social sharing, and the recovery from emotional experience. In J. W. Penne baker (Ed.), Emotion, disclosure, health Washington, DC: American Psychological Association; 1995.
- Neider hoffer K.G, Penne baker J.W. Sharing one's story: on the benefits of writing or talking about emotional experience. In C. R. Snyder & S.J. Lopez(eds), Handbook of positive psychology Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Gorbani N. Cognitive, emotional, mental, physiological consequences of failure to disclose resistance and therapy exit thesis. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modarres University; 2008. (Persian)
- Prvchaska C, Nvrkras JS, Seyed Mohammad IY. Translation theories of psychotherapy. Tehran: Roshd Publications; 2006. (Persian)
- Gorbani N. Short-term dynamic psychotherapy. Tehran: Samt Publication; 2003(Persian).
- Pennebaker J.W, Zech E, Rime B. Disclosing and sharing emotion: psychological, social and health consequences. In M.S. Stroebe, W. Stroebe, R.O. Hansson, & H. Schut (eds), Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington DC: American Psychological Association; 2001.
- Penne baker JW, Chung CK. Expressive Writting , Emotional upheavals, and heath ,In H. Friedman and R. Silver (Eds) hand book of health Psychology. New York. Oxford University press; 2007.
- Khrazyy F, Danesh E, Azadfallah P. The effectiveness of cognitive behavior therapy in

- improving the quality of life for cancer patients; J Appl Psychol 2011; 5: 2. (Persian)
17. Mardani hamule M, Shahraki vahed A. The relationship between mental health and quality of life in cancer patients. J shahid Sadoughi Univ Med Sci 2010; 18: 2. (Persian)
18. Shariati A, Salehi M, Ansari M, Latifi M. Effect of Beneson relaxation the performance measures of quality of life in breast cancer patients receiving chemotherapy. Jundishapur Sci Med J 2010; 9: 6. (Persian)
19. Lepore SJ. Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. J Pers Soc Psychol 1997;73(5):1030–7.
20. Esterling BA, Antoni MH, Fletcher MA, Margulies S, Schneiderman N. Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. J Consult Clin Psychol 1994;62(1):130–40.
21. Ahmadi Tahoor Soltani M, Ramezani V, Abdollahi MH, Najafi M, Rabiei M. The Effectiveness of Emotional Disclosure (Written and Verbal) on Symptoms of Depression, Anxiety and Stress in Students. J Clin Psychol 2011;2(4):51–9. (Persian)
22. Safaee A, Moghimi Dehkordi B. Validation study of a quality of life (QOL) questionnaire for use in Iran. Asian Pac J Cancer Prev 2007;8(4):543–6. (Persian).
23. Ramazani V, Ahmadi A, Mosavi A. Effect of written emotional disclosure on depression and memory capacity in students with high depressive symptoms. J Psychol Health 2008; 1:4. (Persian)
24. Alipur A, Nurbala AA, Yazdanfar M, Agah harris M. Emotional disclosure intervention effectiveness in reducing stress and inhibition of patients with psychosomatic disorders. Jahrom Med J 2011; 9:2. (Persian)
25. Campbell RS, Pennebaker JW. The secret life of pronouns: flexibility in writing style and physical health. Psychol Sci 2003;14(1):60–5.
26. Milkavich A, Meier JA, Cooper JR. Emotional writing Effectiveness: Do coping styles and timing of the Event predict outcomes. Am J Psychol Res 2005;1(1):112–22.
27. Kacewicz E, Slatcler R.B, Pennebaker J.W. Expressive Writing: An Alternative to Traditional Methods. In Luciano L'Abate(ed), Lowcost interventions to promote physical and mental health: Theory, research,and practice. New York: Springer; 2007.
28. Harrist S, Carlozzi BL, McGovern AR, Harrist AW. Benefits of expressive writing and expressive talking about life goals. J Res Personal 2007;41(4):923–30.
29. Gordon J, King N, Gullone E, Muris P, Ollendick TH. Nighttime fears of children and adolescents: frequency, content, severity, harm expectations, disclosure, and coping behaviours. Behav Res Ther 2007;45(10):2464–72.
30. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol 2003;85(2):348–62.
31. Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. Dev Psychopathol 1995;7(01):1–10.
32. Scherer KR. What are emotions? And how can they be measured? Soc Sci Info 2005;44(4):695–729.
33. Ochsner KN, Gross JJ. Cognitive Emotion Regulation: Insights from Social Cognitive and Affective Neuroscience. Curr Dir Psychol Sci 2008;17(2):153–8.
34. Eftekhari A, Zoellner LA, Vigil SA. Patterns of emotion regulation and psychopathology. Anxiety Stress Coping 2009;22(5):571–86.

35. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30(2):217-37.
36. Zare H, Shaghaghi F, Delir M. Written disclosure of the effect on depression symptom severity in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychol* 2011; 3: 4.

EFFICACY OF METHODS OF EMOTIONAL DISCLOSURE (VERBAL / WRITTEN) TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER

Hanieh Akbari Nakhjovani^{1*}, Rahim Badri Gargari²

Received: 5 May, 2015; Accepted: 13 Jul, 2015

Abstract

Background & Aims: Breast cancer is the second most common cancer in the world. These diseases and their treatment influence the quality of life functions. Psychological treatment can improve the quality of life of these patients. The present study made an attempt to comparatively study the efficacy of emotional disclosure practices using verbal/writing on improving the quality of life for women with breast cancer in Tabriz.

Materials & Methods: Utilizing a quasi-experimental design, a sample of 30 women with breast cancer from breast cancer support community members in Tabriz were selected randomly into two experimental groups and control group (n = 15 in each group). Data collection included questionnaires EORTCQLQ_C30.V.3 along with BR23.V.3 questionnaire belonging to the European Organization for Cancer Research and Treatment, respectively. In the implementation process, emotional disclosure group was trained for 4 sessions to impart unpleasant memories associated with the disease, and the control group did not receive any intervention.

Results: The results of co-variance test showed that emotional disclosure in women with breast cancer improve quality of life on the components of physical function, cognitive, social, emotional, and general quality and symptoms but has no effect on sexual function and role playing elements, and there was no difference between mindfulness-based cognitive therapy and emotional disclosure.

Conclusion: We can take advantage of these methods as complementary therapies in oncology centers along with medical treatment.

Keywords: Emotional disclosure practices using verbal / writing, Quality of life, Breast cancer

Address: No.1, Adeli St., Lalezar Ave., Tabriz, Iran

Tel: +98 9141001076

Email: Hanieh.nakhjovani@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(6): 530 ISSN: 1027-3727

¹ Master in General Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

² Associate Professor, Psychology Department, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran