رابطه بین دوسوگرایی در ابراز هیجان و افسردگی با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان

عاطفه بشیری نژادیان[۱]، محمدحسین بیاضی*[۲]، رضا جوهری فرد[۳]، علی رضا رجایی[٤]

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۱۱/۰۳ تاریخ پذیرش ۱٤۰۰/۰۱/۲۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: امروزه سرطان یکی از عوامل کشنده در جهان و جزء سه علت اول مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته و ایران هست. پژوهش‌های مختلف، عوامل روان‌شناختی متعددی را شناسایی کرده‌اند که بر واکنش‌های افراد در برابر نشانه‌های جسمانی بیماری و پیروی از درمان در بیماران تأثیر می‌گذارد. ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین دوسوگرایی در ابراز هیجان و افسردگی با پیروی از درمان در افراد مبتلا به سرطان بود.

مواد و روش کار: بر اساس هدف، پژوهش حاضر از نوع مطالعات بنیادی و بر اساس روش، از نوع مطالعات همبستگی است. بدین منظور ۲۰۶ نفر (زن و مرد) مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر دزفول به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب‌شده و پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان و مقیاس‌های افسردگی و پیروی از درمان را تکمیل کردند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{26}$ و روش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دوسوگرایی در ابراز هیجان با متغیر پیروی از درمان (r= -۰/۱۸۴) و بین افسردگی با پیروی از درمان (r=-۰/۳۲۰) رابطه منفی معنادار (p< ۰/۰۱) وجود دارد و متغیر افسردگی درمجموع ۱۰ درصد از پیروی از درمان در مبتلایان به سرطان را پیش‌بینی می‌کند (R^2=۰/۱۰۲).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد متغیر افسردگی یکی از پیش‌بینی کننده‌های پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان است. با توجه به اهمیت پیروی از درمان در بیماران مبتلا به بیماری مزمن، شناسایی عوامل مختل‌کننده پیروی از درمان در تعیین اینکه کدام بیماران در معرض خطر عدم پیروی هستند ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: دوسوگرایی در ابراز هیجان، افسردگی، پیروی از درمان، سرطان

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و دوم، شماره سوم، ص ۲۰۵-۱۹٦ ، خرداد ۱٤۰۰

آدرس مکاتبه: تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام، گروه روان‌شناسی تلفن: ۰۵۱۵۲۵۱۰۲۲۲

Email: bayazi123@gmail.com

مقدمه

سرطان، ازجمله بیماری‌های مزمنی است که ماهیت چندعاملی دارد. پژوهشگران بیان می‌کنند گرچه رشد نابهنجار بافت‌ها به‌عنوان علت سرطان شناخته شده است، ولی عوامل روان‌شناختی و محیطی نیز در پیشگیری، پیدایش، کنترل، درمان و سازگاری با این بیماری تأثیرگذار هستند (۱). علی‌رغم پیشرفت‌های قابل‌توجه علم پزشکی، امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و هرساله بیش از ۷ میلیون نفر قربانی می‌گیرد (۲). آمار مبتلایان به سرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می‌کند و سرطان بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی دومین علت مرگ‌ومیر در ایران است (۳). بر اساس پیش‌بینی‌ها تعداد موارد جدید ابتلا به سرطان در سال ۲۰۲۵ به بیش از ۱۳۰ هزار نفر در ایران خواهد رسید که حدود ۳۵ درصد بیشتر از وضعیت موجود می‌باشد (۴).

پژوهش‌های مختلف، عوامل روان‌شناختی متعددی را شناسایی کرده‌اند که بر واکنش‌های افراد در برابر نشانه‌های جسمانی بیماری و پیروی از درمان در بیماران تأثیر می‌گذارد. یکی از این عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سلامت و بیماری، هیجان است. از دیرباز این باور وجود داشته که تجارب هیجانی آسیب‌زا، پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی منفی دارند (۵) و به‌طورکلی

---

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران (نویسنده مسئول)

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

٤. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

اعتقاد بر این است که ابراز یا عدم ابراز هیجان به‌خودی‌خود نمی‌تواند مشکل‌ساز باشد بلکه آنچه مشکل ایجاد می‌کند تعارض یا دوسوگرایی است که فرد در ابراز هیجان تجربه می‌کند (۶). دوسوگرایی در ابراز هیجان به‌عنوان تمایل شدید به ابراز هیجان اما ناتوانی در انجام آن، ابراز هیجان بدون تمایل به آن، و یا ابراز هیجان اما بعد پشیمانی از انجام آن تعریف می‌شود (۷). درواقع دوسوگرایی در ابراز هیجان سازه‌ای است که به ناتوانی در ابراز هیجان به‌طور طبیعی و آسوده اشاره دارد (۸)؛ و این امر می‌تواند پیامدهای منفی بسیاری برای بیماران به همراه داشته باشد. لو و همکاران[1] (۲۰۱۷)، نیز نشان داده‌اند، بیمارانی که در ابراز هیجان‌های خود دوسوگرا هستند، سطح بالاتری از علائم اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سرطان را تجربه می‌کنند و افکار منفی بیشتری در مورد بیماری‌شان خواهند داشت، که همه این‌ها به این دلیل است که این افراد فرصت در میان گذاشتن هیجان‌هایشان با دیگران را از دست می‌دهند (۹). همچنین بر اساس نتایج پژوهش‌ها دوسوگرایی در ابراز هیجان یکی از انواع بازداری هیجانات است که در بلندمدت می‌تواند با بروز علائم اضطراب و افسردگی در ارتباط باشد (۱۰).

افسردگی یکی از نابسامانی‌های بنیادین روانی است و حالتی است که بر احساسات، افکار، رفتار و سلامت جسمانی فرد تأثیر ژرفی می‌گذارد (۱۱). افراد افسرده ازلحاظ هیجانی ناامید و منزوی، ازلحاظ ویژگی‌های شناختی دچار کندی فرآیندهای تفکر، نگرانی وسواسی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، دارای خودپنداره منفی، سرزنش خود و هذیان‌های گناه و بیماری و ازنظر ویژگی‌های حرکتی دچار خستگی مفرط، کاهش اشتها و خواب و کاهش فعالیت حرکتی هستند (۱۲). افسردگی ازجمله اختلالات خلقی است که سلامت روان را دچار آسیب کرده و آسیب سلامت روان نیز به‌نوبه‌ی خود، علاوه بر آن‌که روان انسان را پریشان می‌سازد بر ابعاد دیگر سلامت ازجمله سلامت جسمی و سلامت اجتماعی نیز اثرگذار است (۱۳). همچنین افسردگی در بیماران می‌تواند تعهد به درمان و تصمیم‌گیری پزشکی را مختل نماید (۱۴). به‌عنوان‌مثال، عمرانی‌فرد و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهش خود نشان دادند میزان تبعیت بیمار از درمان در بیماران به میزان زیادی به‌شدت افسردگی بستگی دارد. از سویی دیگر در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تعهد به درمان و پیروی از رژیم‌درمانی بسیار اهمیت دارد و اثربخشی درمان‌های برنامه‌ریزی‌شده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۵). پیروی از درمان توسط سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان میزان مطابقت رفتار فرد با دستورات سلامتی یا درمانی تعریف می‌شود (۱۶). در بیماری‌های مزمن که در آن‌ها بیمار مدت‌زمانی طولانی را با فرآیند درمانی سر می‌کند به‌صورت معمول پیروی از درمان کاهش می‌یابد و این در حالی است که پیروی از درمان، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در کنترل این بیماری‌ها است و پیروی ضعیف از درمان، هم برای بیماران و هم برای سیستم‌های ارائه‌کننده مراقبت‌های مرتبط با سلامت زنگ خطر محسوب می‌شود؛ زیرا از منظر بالینی پیروی نکردن از درمان می‌تواند سبب کاهش اثرات مفید درمانی، افزایش عوارض و افزایش میزان بستری یا حتی مرگ در بیماران گردد (۱۷).

با توجه به موارد مطرح‌شده به‌طورکلی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های غیر واگیر سرطان می‌باشد که به دلیل ماهیت مزمن بودن و بار بیماری ناشی از آن، به‌خصوص در کشورهای درحال‌توسعه و هزینه‌های سرسام‌آور درمان، اولویت زیادی داشته و در نظام‌های سلامت کشورها موردتوجه قرار می‌گیرد. تشخیص سرطان و همین‌طور طولانی بودن و پیچیده بودن روند درمان و عوارض ناشی از درمان و بیماری می‌تواند بر سلامت روان‌شناختی و بهداشت روان بیماران تأثیرات منفی داشته و به طبع آن پیروی از درمان را که یک عنصر کلیدی در فرآیند پیچیده و طولانی درمان این بیماران است را تحت تأثیر قرار دهد. لذا مهم است که علاوه بر ارائه خدمات درمان پزشکی و توجه به وضعیت جسمی بیماران به سلامت روانی بیماران از ابتدای مرحله تشخیص تا طی مراحل درمان و پس‌ازآن توجه شود. ازاین‌روی با توجه به اینکه تأثیر عوامل روان‌شناختی در پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان کمتر در پژوهش‌ها موردتوجه قرار گرفته است پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا دوسوگرایی در ابراز هیجان و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌توانند پیش‌بینی‌کننده پیروی از درمان در این بیماران باشند؟

مواد و روش کار

بر اساس هدف، پژوهش حاضر از نوع مطالعات بنیادی و بر اساس روش، از نوع مطالعات همبستگی است؛ و با توجه به ماهیت طرح، از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده شده است.

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به سرطان (بر اساس تشخیص آنکولوژیست)، مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دزفول در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند. نمونه موردمطالعه در این پژوهش شامل ۲۰۶ نفر (زن و مرد)، مبتلا به هر یک از انواع

[1]. Lu, Q. & et al.

سرطان از جامعه مذکور بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

در راستای کاهش اثر عوامل مداخله‌گر، ملاک‌هایی جهت ورود و خروج از پژوهش در نظر گرفته شد تا تبیین دقیق‌تری از فعالیت متغیرهای موردنظر در این پژوهش به دست آید. ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش شامل موارد زیر بود:

معیارهای ورود به پژوهش: بازه سنی ۱۶ تا ۶۵ سال، آگاهی فرد از بیماری خود، گذشت حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری، داشتن حداقل تحصیلات سیکل (توانایی خواندن و نوشتن)، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی از زمان شروع بیماری تا زمان اجرای پژوهش، عدم وجود هرگونه بیماری زمینه‌ای دیگر، عدم وجود شرایط انتهایی بیمار ((End Stage، عدم وجود اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی و یا اختلالات سایکوتیک بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-V و **معیارهای خروج** از پژوهش عبارت بودند از: عدم تمایل آزمودنی به همکاری در پژوهش و ناتوانی جسمی ناشی از دوره‌ی درمان.

روش جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که بعد از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با آنکولوژیست، پژوهشگر در زمان حضور متخصص در محل حضور داشت و پس از ارائه توضیحات لازم و کسب رضایت آگاهانه کتبی و اطمینان از توانایی بیماران مبنی بر تکمیل پرسشنامه، پرسشنامه‌های پژوهش را در اختیار بیماران قرار داد. لازم به ذکر است که اجرای مقیاس‌ها در پژوهش حاضر به‌صورت فردی انجام شد و در صورت وجود هرگونه سؤال یا نیاز به راهنمایی در حین تکمیل پرسشنامه‌ها، پژوهشگر در محل حضور داشت.

ملاحظات اخلاقی لحاظ شده در پژوهش حاضر نیز عبارت بودند از: اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش. به تمام بیماران موردمطالعه توضیح داده شد در هر مرحله‌ای از طرح که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج‌شده و تمام اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه حفظ می‌شود. همچنین به بیماران اطمینان داده شد که عدم شرکت در مطالعه یا ادامه ندادن همکاری هیچ‌گونه تأثیری بر خدمات درمانی که به آن‌ها ارائه می‌شود ندارد و خللی در روند درمان آن‌ها ایجاد نمی‌کند.

در هیچ‌یک از مراحل جمع‌آوری داده‌ها، ورود داده‌ها و تهیه گزارش نهایی، اطلاعات نمونه موردمطالعه یا اسامی آن‌ها فاش نشده و در اختیار هیچ شخص حقیقی یا حقوقی قرار نگرفت. همچنین، مشارکت در پژوهش هیچ‌گونه بار مالی برای داوطلبان نداشت.

ابزار پژوهش مورداستفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه دوسوگرایی در ابراز هیجان و مقیاس‌های افسردگی و پیروی از درمان بود.

الف- پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان[2] (AEQ)

پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان در نسخه اصلی خود شامل ۲۸ سؤال است که در نسخه ایرانی آن تعداد سؤالات به ۲۳ سؤال تقلیل پیدا کرده است. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط کینگ و امونز ساخته‌شده و دارای ۲ عامل دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های مثبت و دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های منفی است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از هرگز تا همیشه به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. کینگ و امونز (۱۹۹۰)، نشان دادند که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی برخوردار است. آن‌ها آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای کل پرسشنامه، ۰/۸۷ برای دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های مثبت و ۰/۷۷ برای دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های منفی محاسبه کردند (۱۸). در ایران علوی، اصغری‌مقدم، رحیمی‌نژاد و فراهانی (۱۳۹۶)، روایی و پایایی این پرسشنامه را موردبررسی قرار دادند. روایی این ابزار در پژوهش آن‌ها، مورد تأیید قرار گرفت و نتایج نشان داد که پایایی به روش آلفای کرونباخ نیز بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۶ است (۱۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شده است.

ب- مقیاس افسردگی زونگ[3] (ZDS)

مقیاس افسردگی زونگ، توسط ویلیام زونگ در سال (۱۹۶۵)، انتشار یافت. این مقیاس دارای ۲۰ ماده است و شدت افسردگی را در چهار سطح نشان می‌دهد. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای (به‌ندرت، گاهي اوقات، اغلب اوقات و همیشه)، میزان تجربه‌ی هر یک از حالات ارائه‌شده را مشخص کند. نحوه تفسیر نتایج آزمون به این صورت است که امتیاز کمتر از ۵۰ دارای خلق طبیعی و بدون آسیب‌شناسی روانی است، امتیاز ۵۰ تا ۵۹ دارای افسردگی خفیف تا متوسط، امتیاز ۶۰ تا ۶۹ دارای افسردگی متوسط تا آشکار و امتیاز بیشتر از ۷۰ دچار افسردگی شدید می‌باشد (۲۰). در ایران بختیاری‌زاده (۱۳۸۲)، روایی این مقیاس را ۰/۷۳ گزارش کرده است (۲۱). رومرا و همکاران (۲۰۰۸)، نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را در گروه بزرگی از افراد دارای افسردگی اساسی موردبررسی قرار دادند؛ و نتایج نشان‌دهنده ساختار عاملی ۴ بعدی و همسانی درونی مناسب ابزار بود (۲۲). در

[2]. Ambivalence over Emotional Expression Questionnaire

[3]. Zung Depression Scale

پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شده است.

ج-مقیاس پیروی کلی[4] (GAS)

این مقیاس توسط هیز و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. آزمودنی می‌تواند در عرض ۲ تا ۵ دقیقه به این پرسشنامه پاسخ دهد و می‌بایست برای هر سؤال یکی از جواب‌های همیشه - بیشتر مواقع - مواقع زیادی - بعضی مواقع - مواقع کمی و یا هیچ موقع را علامت بزند. مقیاس پیروی کلی، تمایل بیمار به پیروی از توصیه‌های پزشک را به‌طورکلی اندازه می‌گیرد، که دارای ۵ ماده آزمون در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای است؛ نمرات ۲ ماده از آزمون (سؤالات ۱ و ۵) به شکل وارونه نمره‌گذاری می‌شود. در مطالعه‌ی هیز، روایی آزمون از طریق روایی سازه با روش همسانی درونی در حد قابل‌قبول (R= ۰/۸۱)، گزارش‌شده و پایائی این مقیاس نیز بر اساس آزمون مجدد با فاصله ۲ سال قابل‌قبول به دست آمده است (N=۲۱۸۱/GAS= ۰/۶۰) (۲۳). در ایران، زرانی و همکاران (۱۳۸۹)، پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ،۰/۴۷ به دست آوردند (۲۴). در پژوهش زاهدنژاد و همکاران (۱۳۹۱)، نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۸ به دست آمده است (۲۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۶ محاسبه شده است.

یافته‌ها

بر اساس داده‌های به دست آمده، میانگین سن نمونه موردمطالعه در پژوهش حاضر ۴۴/۹۰ سال و سطح تحصیلات از دیپلم تا کارشناسی ارشد بود. ازنظر وضعیت تأهل نیز ۸۲درصد از اعضای نمونه متأهل بوده و ۱۸درصد بیماران متاستاز بیماری و ۴۰/۳درصد سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان را گزارش کردند. همچنین ۸۱/۷درصد از اعضای نمونه تحت حمایت بیمه قرار داشتند.

نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول شماره یک قابل‌مشاهده است.

جدول (۱): نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص‌های آماری	سرطان
دوسوگرایی در ابراز هیجان	میانگین	۷۵/۲۸
	انحراف معیار	۱۴/۷۴
افسردگی	میانگین	۴۵/۵۶
	انحراف معیار	۸/۹۵
پیروی از درمان	میانگین	۲۲/۹۱
	انحراف معیار	۴/۶۴

بر اساس مندرجات جدول شماره ۱ بیشترین میانگین در بین سه متغیر موردبررسی مربوط به دوسوگرایی در ابراز هیجان (۷۵/۲۸)، می‌باشد.

در ادامه جهت بررسی همبستگی دوسوگرایی در ابراز هیجان و افسردگی با پیروی از درمان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ قابل‌مشاهده است.

جدول (۲): نتایج ضریب همبستگی دوسوگرایی در ابراز هیجان و افسردگی با پیروی از درمان

		دوسوگرایی در ابراز هیجان	افسردگی	پیروی از درمان
دوسوگرایی در ابراز هیجان	ضریب همبستگی	۱		
	سطح معناداری			
افسردگی	ضریب همبستگی	××۰/۴۱۵	۱	
	سطح معناداری	۰/۰۰۱		
پیروی از درمان	ضریب همبستگی	××-۰/۱۸۴	××-۰/۳۲۰	۱
	سطح معناداری	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱	

P<0/01 ××

[4]. General Adherence Scale

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین دوسوگرایی در ابراز هیجان با متغیر پیروی از درمان (r= -۰/۱۸۴) و بین افسردگی با پیروی از درمان (r=-۰/۳۲۰) رابطه منفی معنادار (p< ۰/۰۱) وجود دارد.

در ادامه جهت پیش‌بینی نمره دوسوگرایی در ابراز هیجان و افسردگی بر اساس پیروی از درمان از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شده است که نتایج آن در جداول شماره ۳ و ۴ قابل‌مشاهده است.

جدول (۳): نتایج رگرسیون گام‌به‌گام دوسوگرایی در ابراز هیجان و حمایت اجتماعی با پیروی از درمان

مدل	متغیر		شاخص‌ها						
			SS	df	Ms	F	sig	R	R2
گام ۱	افسردگی	رگرسیون	۴۵۸/۱۲۸	۱	۴۵۸/۱۲۸	۲۳/۲۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰	۰/۱۰۲
		باقیمانده	۴۰۱۸/۳۹۷	۲۰۴	۱۹/۶۹۸				
		کل	۴۴۷۶/۵۲۴	۲۰۵					

همان‌طور که نتایج تحلیل واریانس مدل نشان می‌دهد مدل رگرسیونی به دست آمده در سطح p<۰/۰۱ معنی‌دار است؛ و متغیر افسردگی درمجموع ۱۰ درصد از پیروی از درمان در مبتلایان به سرطان را پیش‌بینی می‌کند (R^2=۰/۱۰۲).

جدول (۴): ضرایب رگرسیون گام‌به‌گام دوسوگرایی در ابراز هیجان و افسردگی با پیروی از درمان

متغیر	ضریب B	خطای معیار	ضریب بتا	t	sig
مقدار ثابت	۳۰/۳۲۰	۱/۶۰۸		۱۸/۸۵۳	۰/۰۰۱
افسردگی	-۰/۱۶۷	۰/۰۳۵	-۰/۳۲۰	-۴/۸۲۳	۰/۰۰۱

بر اساس مندرجات جدول شماره ۴ میزان بتای به دست آمده برای متغیر افسردگی برابر است با ۰/۱۶۷-که با توجه به آماره‌ی t (t=-۴/۸۲۳) در سطح p< ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین دوسوگرایی در ابراز هیجان و افسردگی با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین دوسوگرایی در ابراز هیجان با پیروی از درمان (r= -۰/۱۸۴) و بین افسردگی با پیروی از درمان (r=-۰/۳۲۰) رابطه منفی معنادار (p< ۰/۰۱) وجود دارد؛ و متغیر افسردگی درمجموع ۱۰ درصد از پیروی از درمان در مبتلایان به سرطان را پیش‌بینی می‌کند (R^2=۰/۱۰۲).

در تبیین تأیید ارتباط بین دوسوگرایی در ابراز هیجان با پیروی از درمان، می‌توان به این امر اشاره کرد که فرایندهای کنترل و ابراز هیجان نقش اساسی در سلامت روان‌شناختی افراد ایفا می‌کنند و به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز آسیب‌شناسی روانی و بیماری‌های جسمانی مطرح می‌باشند (۲۶). یک فرد دارای سلامت هیجانی قادر است احساسات خود را تشخیص دهد و به سبک مناسب آن‌ها را ابراز نماید، برای روبرو شدن با نیازهای هیجانی‌اش تلاش کند و مسئول رفتارش باشد. افراد توانمند ازنظر هیجانی در رویارویی با هر آنچه آزاردهنده است، احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند. این افراد در مقایسه با افرادی که مهارت و توانایی ابراز مناسب هیجان‌های خود را ندارند، در کنارآمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردارند و سازگاری مناسب‌تری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان می‌دهند (۲۷). این در حالی است که در بیماران مبتلا به سرطان اطلاع از ابتلا به بیماری، بسیار ترسناک بوده و اغلب باعث آشفتگی روانی آنان می‌گردد (۲۸). همچنین درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی، بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان را دچار اختلال می‌سازد (۲۹)؛ و بحران‌های ناشی از ابتلا به سرطان، سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان در بیماران می‌شود (۳۰). از سویی دیگر بیماران مبتلا به سرطان در مراحل مختلف بیماری از تشخیص تا مراحل پایانی واکنش‌های هیجانی متفاوتی ازجمله شوک، ترس، ناباوری، ناامیدی، اضطراب، افسردگی

و خشم نسبت به خود یا بیماری، از دست دادن کنترل و خودمختاری، از دست دادن یکپارچگی جسمی و تنهایی، انکار، و حتی احساس گناه را تجربه می‌کنند (۳۱)؛ که هر یک از این عوامل به‌نوبه خود می‌تواند کنترل و ابراز هیجان در بیماران را دچار اختلال کرده و درنتیجه پیروی از درمان را در بیماران تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش‌ها نیز ثابت کرده‌اند که بیماران در سبک‌های ابراز هیجان متفاوت از افراد عادی (غیر بیمار)، هستند (۳۲). همچنین بر اساس نتایج پژوهش‌ها افراد مبتلا به سرطان سطح بالایی از دوسوگرایی در ابراز هیجان را تجربه می‌کنند (۳۳).

در زمینه ارتباط بین افسردگی و پیروی از درمان یافته‌های این پژوهش با اکثر یافته‌های مشابه در این زمینه همخوانی دارد (۳۴-۱۵-۳۵). به‌عنوان‌مثال یافته‌های پژوهش هیمن و همکاران (۲۰۱۹)، در بیماران مبتلا به لوپوس نشان داد که بین افسردگی و پیروی از درمان در این بیماران ارتباط معناداری وجود دارد (۳۶). همچنین آنتول و همکاران (۲۰۱۸)، در بررسی پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان‌های ریه، روده بزرگ و پستان به این نتیجه رسیدند که به‌طورکلی پیروی کمتر از رژیم دارویی با ناخوشی‌های جسمی و روحی بیشتر همراه است (۳۴).

به‌طورکلی درمان موفق بیماران مبتلا به سرطان نیازمند پیروی صحیح از رژیم‌درمانی است؛ و علی‌رغم این موضوع، بیماران افسرده تمایل کمتری به رعایت برنامه‌های مربوط به رژیم غذایی، ورزش، کاهش استرس و افزایش حمایت اجتماعی دارند؛ و این افسردگی تأثیر منفی بر پیامدهای درمان بیماران دارد. در این زمینه می‌توان استدلال نمود که افسردگی با کاهش خودکارآمدی بیمار برای انجام منظم یک رفتار خاص، میل به انجام رفتار، تداوم و پیگیری آن رفتار را طی زمان کاهش می‌دهد (۳۷). در بیماری‌های مزمن و دارای پروسه درمانی طولانی و گهگاه پیچیده، بیماران موانع خودمدیریتی بیماری را همانند چالش‌های غیرقابل‌کنترل می‌بینند و ازآنجاکه در مدت بیماری جسمی خود، نمی‌توانند کارایی‌های همیشگی جسمانی خود را داشته باشند و بسیاری از فعالیت‌هایشان محدود می‌گردد، این وضعیت، آن‌ها را دچار اضطراب و خشم می‌کند و درنهایت با استرس و بحران روانی مواجه می‌شوند و به دلیل علائم ناتوان‌کننده بیماری، ممکن است توان سازگاری با شرایط این بیماری و امید به زندگی خود را از دست بدهند و دچار افسردگی شدید شده و درنتیجه پیروی از درمان بیماران تحت تأثیر منفی قرار گیرد. همچنان که در پژوهش‌های قبلی مشخص شده است که با افزایش روان‌رنجوری، تبعیت از درمان در بیماران کاهش می‌یابد (۳۸). از سویی دیگر، افراد دارای علائم افسردگی، بیشتر دارای کانون کنترل سلامت بیرونی هستند تا درونی؛ و این احتمال می‌رود که این افراد پیروی کمتری از توصیه‌های درمانی داشته باشند (۱۴).

به‌طورکلی با توجه به نتایج پژوهش و با توجه به اهمیت پیروی از درمان در بیماران مبتلا به بیماری مزمن، شناسایی عوامل مختل‌کننده پیروی از درمان اولین گام ضروری است در تعیین اینکه کدام بیماران در معرض خطر عدم پیروی هستند و همچنین شناسایی این عوامل، به ارتقای برنامه‌هایی که در بهبود پیروی نقش دارند کمک می‌کند. بنابراین شناخت مشکلات این بیماران و تلاش در جهت رفع و یا کاهش این مشکلات، به‌ویژه در کشورهایی همچون ایران که از شیوع نسبتاً بالای ابتلا به سرطان برخوردار است و هزینه‌های درمانی بالایی برای افراد و جامعه در بر دارد ضروری به نظر می‌رسد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش:

ازجمله محدودیت‌هایی که در پژوهش حاضر می‌توان به آن اشاره کرد این است که در این پژوهش صرفاً از پرسشنامه جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است که ممکن است منجر به سوگیری نتایج شود. از سویی دیگر یکی از مهم‌ترین مشکلات پژوهش‌های علوم انسانی، نگرانی از ارزیابی آزمودنی‌ها است که به صداقت و صحت انتخاب پاسخ‌ها مربوط می‌شود. چراکه بسیاری از افراد تمایل دارند خود را بهتر ازآنچه هستند نشان دهند، خصوصاً وقتی اطلاعات درخواستی مربوط به ویژگی‌های فردی و شخصی باشند که این موضوع می‌تواند تهدیدی به اعتبار پژوهش باشد. لذا تکرار این مطالعه با استفاده از ابزارهای ارزیابی عمیق‌تر و دقیق‌تر نظیر مصاحبه‌های تشخیصی و بالینی فردی می‌تواند صحت نتایج حاضر را مورد تأیید قرار دهد.

همچنین پژوهش حاضر از نوع روابط همبستگی و مقطعی بوده و در جامعه مشخصی انجام گرفته است لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرها و استان‌های دیگر و با فرهنگ‌های مختلف نیز انجام گیرد تا بتوان از این طریق قابلیت تعمیم نتایج پژوهش را افزایش داد.

از سویی دیگر متنوع بودن نوع سرطان بیماران در این پژوهش یکی از محدودیت‌های این پژوهش است چراکه انواع مختلف سرطان ازلحاظ شدت با یکدیگر تفاوت دارند. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی روابط موردبررسی در این پژوهش فقط در یک سرطان خاص موردبررسی قرار گیرند چراکه به دلیل متفاوت بودن نوع و شدت سرطان‌های مختلف این احتمال وجود دارد که نتایج بسته به نوع سرطان متفاوت باشد.

تشکر و قدردانی

این مقالـــه منـــتج از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی سلامت مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام بـــا شناســـه اخـلاق IR.IAU.TJ.REC.1399.004 است. بدین‌وسیله از تمامی مشـارکت‌کنندگان در پـــژوهش مراتب سپاس و قدردانی به عمل می‌آید.

References:

1- Mohammadi SH. Health Psychology. Kurtis AJ. (Author). Tehran: Virayesh Publications; 2018. (Persian)

2- Saki A, Hajizadeh E, Tehranian N. Evaluating the Risk Factors of Breast Cancer Using the Analysis of Tree Models. Horizon Med Sci 2011; 17 (1):60-8. (Persian)

3- Khanjani Z, Bashirpoor Khosroshahi K, Bahadori J. The Comparative Study of Personality Traits, Stress, and Depression on Individuals Suffering From Cancer and Normal Individuals. Stud Med Sci 2013; 23 (6):619-27. (Persian)

4- Abachizadeh K, Keramatinia AA. Anticipating Cancer Rates of Iran in 2025. J Commu Heal 2016; 3(1): 66-73. DOI: 10.22037/ch.v3i1.13101. (Persian)

5- Shahgholian M, Moradi A, Kafee M. Relationship of Alexithymia with Emotional Expression Styles and General Health among University Students. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2007; 13(3): 238-48. (Persian).

6- Alavi KH, Asghari Moghadam MA, Rahiminejad A, Farahani H, Allame Z. Relationship between ambivalence over emotional expression and depression: The intermediary role of interpersonal problems. J Thoug Behav in Clin Psychol 2016; 11(41): 27- 36. (Persian)

7- Chen SXH, Cheung FM, Bond MH, Leung J. Decomposing the construct of ambivalence over emotional expression in a Chinese cultural context. Europ J Personality 2005;19(3): 185–204.

8- Mülle J, Bühner M, Ziegler M, Sahin L. Are alexithymia, ambivalence over emotional expression, and social insecurity overlapping constructs? Journal of Psychosom Res 2008; 64(3): 319–25.

9- Lu Q, Yeung N, Man J, Gallagher MW, Chu Q, Deen SH. Ambivalence over emotional expression, intrusive thoughts, and posttraumatic stress symptoms among Chinese American breast cancer survivors. J Support Care in Can 2017; 25(10): 3281-7.

10- Krause ED, Mendelson T, Lynch TR. Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. Child Abuse Negl 2003; 27(2): 199–213.

11- Ganji M. Psychopathology based on DSM5. Tehran: Savalan Publications; 2020. (Persian)

12- Rocha BM, Rhodes S, Vasilopoulou E, Hutton P. Loneliness in Psychosis: A Meta-analytical Review. Schizophr Bull 2018; 44(1): 114–25.

13- Hasannezhad Reskati M, Mirzaian B, Hosseini S H. A Systematic Review and Meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy on Mental Health and Quality of Life of Women with Breast Cancer. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28(167):192-207. (Persian)

14- Van Dijk S, van den Beukel T, Dekker FW, le Cessie S, Kaptein AA, Honig A, et al. Short-term versus long-term eff ects of depressive symptoms on mortality in patients on dialysis. J Psychosom Med 2012; 74: 854–60.

15- Omranifard V, Ebrahimi A, Basti T, Sharbafchi MR, Sajjadieh S, Mortazavi M. The Relationship of Drug Compliance with Depression, Anxiety and Coping Strategies in Patients with Kidney Transplantation. J Isfahan Med Sch 2017; 34(409): 1430-8. (Persian)

16- Tan BK, Chua SS, Chen LC, Chang KM, Balashanker S, Bee PC. Efficacy of a medication management service in improving adherence to tyrosine kinase inhibitors and clinical outcomes of patients with chronic myeloid leukaemia: a randomised controlled trial. Support Care Cancer 2020; 28: 3237–47.

17- Shirkavand L, Alaee Karahroudy F, Mohtashami J, Ghasemi E. Effects of Coping Style Training on the

Treatment Adherence in Adolescents with Congenital Heart Disease. Iran J Nurs 2019; 32(119): 70-9. DOI:10.29252/ijn.32.119.70 (Persian).

18- King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. J Person Soc Psychol 1990; 58: 864-77.

19- Alavi KH, Asghari Moghadam MA, Rahiminezhad A, Farahani H. Psychometric properties of Ambivalence over Emotional Expression Questionnaire. J Res psychol heal 2017; 11 (1): 74- 91.DOI: 10.29252/rph.11.1.74 (Persian)

20- Zung WW. A self-rating depression scale. J Arch Gen Psychi 1965; 12: 63-70.

21- Bakhtiyari Zade, T. Evaluation of anxiety in patients with major depression and comparison with the control group. (Dissertation). Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Afzalipour School of Medicine; 2003. (Persian).

22- Romera I, Delgado-Cohen H, Perez T, Caballero L, Gilaberte I. Factor analysis of the Zung self-rating depression scale in a large sample of patients with major depressive disorder in primary care. BMC Psychiatry2008; 8(1): 4.

23- Hays RD, Kravitz RL, Mazel R. M, Sherburn CD, Demettero MR, Rogers WH, et al. The impact of patient with chronic disease in the medical outcome study. J Behav Med 1994; 17: 347-60.

24- Zarani F, Zamani R, Besharat MA, Bahrami H, Rahiminejad A, Sadeghian S. Effectiveness of the information- motivation- behavioral skills model in the adherence rate of coronary artery bypass grafting patients. J Psychol Res 2010; 12(3-4): 24: 24- 43. (Persian)

25- Zahednezhad H, Poursharifi H, Babapour J. Relationship between Health Locus of Control, Memory, and Physician – Patient relationship Whit Satisfaction of Treatment in Type II Diabetic Patients. Nurs Midwifery J2011; 9 (2). (Persian)

26- Haskett ME, Stelter R, Proffit K, Nice R. Parent emotional expressiveness and children's self-regulation: Associations with abused children's school functioning. Child Abuse Negl 2012; 36 (4): 296-307.

27- Veld DMJ, Walraven JM, Weerth CD. The relation between emotion regulation strategies and physiological stress responses in middle childhood. J Psycho neuroendocrin 2012; 37 (8): 1309-19.

28- Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks HN, Tuinstra J, Coyne JC. Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. J Psychol Bull 2008; 134(1):1-30.

29- Safarzade S, Savari K. Application of Acceptance and Commitment Theory (ACT) on Anxiety Personality Trait, Alexithymia and Adherence to Treatment in Women with Breast Cancer. J Clin Psychol Personal 2019; 18(1): 17-27. DOI: 10.22070/cpap.2020.2919. (Persian)

30- Burnard P, Edwards D, Bennett K, Thaibah H, Tothova V, Baldacchino D, et al. A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania. Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. Nurse Educ Today 2008; 26:134-45.

31- Fritzsche K, McDaniel SH, Wirsching M. Psychosomatic Medicine An International Guide for the Primary Care Setting. Springer International Publishing; 2020. P. 173-89.

32- Amiri S, Ghasemi Gheshlagh M, Abbas Zadeh, Z. Comparison of emotional structures (Ambivalence and Alexithymia) and personality traits based on brain-behavioral systems in patients and normal individuals. Sci J Shahid Sadoughi Unive Med Sci 2018; 26(1):16-26. (Persian)

33- Ji L, Tsai W, Sun X L, Lu Q, Wang HD, Wang LJ, et al. The detrimental effects of ambivalence over emotional expression on well-being among Mainland Chinese breast cancer patients: Mediating role of perceived social support. J psycho oncol 2019; 28(5): 1142-8.

34- Antol DD, Casebeer AW, Khoury R, Michael T, Renda A, Hopson S, et al. The relationship between comorbidity medication adherence and health related

quality of life among patients with cancer. J Patient Report Out 2018; 2: 29.

35- Mousavizadeh SN, Ashktorab T, Ahmadi F, Zandi M. Evaluation of barriers to adherence to therapy in patients with diabetes. J Diabet Nurs 2016; 4 (3):94-108. (Persian)

36- Heiman E, Lim SS, Bao G, Drenkard C. Depressive Symptoms Are Associated With Low Treatment Adherence in African American Individuals With Systemic Lupus Erythematosus. J Clin Rheum 2018; 24(7): 368-74.

37- Wen S, Xiao H, Chen Y, Zheng J, Lin, X. Cognitive Appraisal and Depression in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Mediation by Perceived Stress and Self-efficacy. J Lancet, In press. 2020.

38- Hazrati-Meimaneh Z, Amini-Tehrani M, Pourabbasi A, Gharlipour Z, Rahimi F, Ranjbar-Shams, P, et al. The impact of personality traits on medication adherence and self-care in patients with type 2 diabetes mellitus: The moderating role of gender and age. J Psychosom Res 2020; 136: 1-9.

Original Article

RELATIONSHIP BETWEEN AMBIVALENCE OVER EMOTIONAL EXPRESSION AND DEPRESSION WITH ADHERENCE TREATMENT IN CANCER PATIENTS

Atefeh Bashiri Nejadian[1], Mohammad Hosein Bayazi[2], Reza Johari Fard[3], Ali Reza Rajaei[4]*

Received: 22 January, 2021; Accepted: 21 October, 2021

Abstract

Background & Aims: Today, cancer is one of the main causes of death in the world. Moreover, one of the top three causes of death in developed countries and Iran is cancer. Various studies have identified a number of psychological factors that affect individuals' reactions to physical symptoms of the disease and adherence to treatment in patients. Therefore, the aim of this study was to investigate the relationship between ambivalence over emotional expression and depression with adherence treatment in cancer patients.

Materials & Methods: Based on the purpose, the present study is a basic study and based on the method, it is a correlational study. For this purpose, 206 subjects (women and men) with cancer referred to Dezful medical centers were selected by convenience sampling, and they completed Ambivalence over Emotional Expression Questionnaire (AEQ), and Zung Depression Scale, and General Adherence Scale. Statistical analyses were conducted by SPSS26 software and correlation coefficient and stepwise regression.

Results: The results showed that there was a negative and significant relationship between ambivalence over emotional expression with adherence treatment (r=-0.184), and depression with adherence treatment (r=-0.320)($p<0.01$). Also, the depression variable predicts a total of 10% of adherence treatment in cancer patients (R2= 0.102).

Conclusion: The results showed that the variable of depression is one of the predictors of treatment in cancer patients. Given the importance of adherence to treatment in patients with chronic disease, it is necessary to identify the factors that impede adherence to treatment in determining which patients are at risk of non-adherence.

Keywords: Ambivalence over Emotional Expression, Depression, Adherence Treatment, Cancer

Address: Department of Psychology. Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran
Tel: +985152510222
Email: bayazi123@gmail.com

SOURCE: STUD MED SCI 2021: 32(3): 205 ISSN: 2717-008X

[1]. PhD student in Health Psychology, Department of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

[2]. Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran (Corresponding Author)

[3]. Assistant Professor Department of psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

[4]. Associate Professor, Department of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran