



Evaluation of the effectiveness of emotional regulation psychotherapy on self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion and conflict resolution styles in cancer patients in Isfahan in 1398

Abstract

Article Info

Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotion regulation psychotherapy on self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion and conflict resolution styles in cancer patients in Isfahan in 2018.

Materials and methods: The current research method was semi-experimental with a pre-test-post-test method with a control group. The statistical population included all cancer patients of Isfahan province in 2018. In this research, 30 cancer patients were selected non-randomly. The experimental group received the educational intervention during two and a half months in 8 sessions of 90 minutes. However, the control group did not receive any intervention. The questionnaires used in this study include the Simmons and Gahr Distress Tolerance Scale (DTS) (2005), the Self-conscious Emotion Questionnaire (TOSCA), GP. Tangney et al. (1989), Wickes (1994) and Fisher & Avery (1991) Conflict Resolution Questionnaire, Garnfsky et al. (2001) Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire. The data were analyzed by multivariate covariance using Bonferroni modulation by SPSS23 statistical software

Results: The results of data analysis showed that cognitive emotion regulation is effective on the components of conflict resolution style, self-conscious emotion, distress tolerance and self-blame component of patients ($P < 0.05$).

Conclusion: Emotional regulation psychotherapy has an effect on self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion and conflict resolution styles of cancer patients in Isfahan in 1398.

Keywords: Emotional regulation psychotherapy, Self-blaming, Distress tolerance, Self-conscious emotion, Conflict resolution styles

Authors:

Yeganeh Yavari¹

Hassan Khosh Akhlaq^{*2}

Mohammadreza

Sherbafchizadeh³

Affiliations

1. Department of Psychology, Nayin Branch, Islamic Azad University, Nayin, Iran..

2. Department of Psychology, Nayin Branch, Islamic Azad University, Nayin, Iran. Tel: 09133123835

E-mail: khoshakhlagh_h@yahoo.com

3. Department of Psychiatry, University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.



بررسی اثربخشی روان درمانی تنظیم هیجانی بر خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸

اطلاعات مقاله

چکیده

یگانه یآوری^۱
حسن خوش اخلاق^{۱*}
محمد رضا شهربافچی زاده^۲

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی تنظیم هیجانی بر خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان سال ۱۳۹۸ انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران سرطانی بیمارستان امید استان اصفهان در سال ۱۳۹۸ می‌شد. در این پژوهش ۳۰ بیمار سرطانی به صورت غیر تصادفی انتخاب شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی دو ماه و نیم در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش دربرگیرنده پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) (۲۰۰۵)، عاطفه خودآگاه (TOSCA) جی‌پی. تانگنی و همکاران (۱۹۸۹)، حل تعارض ویکز (۱۹۹۴) و فیشور و اوری (۱۹۹۱) و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) بود. داده‌های به دست آمده به شیوه کوواریانس چندمتغیره با استفاده از تعدیل بونفرونی، توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که تنظیم شناختی هیجان بر میزان مولفه‌های سبک حل تعارض، عاطفه‌ی خودآگاه، تحمل پریشانی و مولفه خودسرزنشگری بیماران موثر است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: روان درمانی تنظیم هیجانی بر خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان سال ۱۳۹۸ تاثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: روان درمانی تنظیم هیجانی، خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه، سبک‌های حل تعارض

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

*۲. گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران. تلفن: ۰۹۱۳۳۱۲۳۸۳۵ ایمیل: khoshakhlagh_h@yahoo.com

۳. گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران.

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روزبه‌روز افزایش می‌یابد (۱). علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، این بیماری در سال‌های اخیر شیوع فزاینده‌ای داشته و تأثیرات آن بر ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی زندگی، باعث شده است که سرطان به عنوان یکی از مهمترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگومیر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح شود (۲). شواهد نشان می‌دهد که تشخیص سرطان و مواجه شدن بیماران با آن، دغدغه‌ها و نگرانی‌هایی را در آنها به وجود می‌آورد که منجر به تغییرات شدید روانی در بیماران می‌گردد و زندگی آن‌ها را مختل می‌کند (۳). به نظر می‌رسد در بیماران مبتلا به سرطان، تنظیم هیجانات و عواطف دچار مشکل می‌شود و تشخیص سرطان منجر به استفاده از هیجانات منفی شده و این هیجانات منفی بر سرعت و رشد بیماری تأثیر معناداری می‌گذارد (۴).

یکی از زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان، خودسرزنش‌گری می‌باشد که شکلی از نشخوارفکری و تفکر تکراری منفی است که هدفش بی‌ارزش‌سازی خود می‌باشد و پژوهشگران عنوان کرده‌اند که با مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و خشم در ارتباط است (۵)؛ دینگر و همکاران (۶) و ابی حبیب و لایتن (۷) در پژوهش خود دریافتند، افراد خودسرزنشگر در مقابل دیگران رقابتگر، خصمانه و دوسوگرایانه رفتار می‌کنند. آن‌ها به راحتی نسبت به دیگران از خود خشم نشان می‌دهند و به سختی خشم خود را در مقابل دیگران کنترل می‌کنند که این اغلب منجر به تعارض در روابط بین فردی نیز می‌شود.

اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در تحقیقات زیادی تأیید شده است (۸-۱۰). تروی و ماوس (۱۱) اعتقاد دارند از آنجایی که وقایع استرس‌زا، ذاتاً بسیار هیجانی است؛ راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور ممکن است منتج به خلاصی سریع افراد از هیجانات منفی گردد (۱۲). این راهبرد بخصوص برای کسانی که تحمل آشفتگی پایینی دارند، شیوه‌ای مناسب به شمار می‌رود (۱۴). در حقیقت، تحمل پریشانی به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی و تحمل محرک آزارنده یا تهدیدکننده اشاره می‌کند (۱۵).

طبق تحقیق سیمونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵)، تحمل آشفتگی از دیگر متغیرهایی است که بنظر می‌رسد در مبتلایان به بیماری سرطان و افراد سالم جسمی متفاوت باشد. از بعد جسمانی

رفتاری، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (۱۶، ۱۷). افرادی که تحمل آشفتگی پایینی دارند، اولاً، هیجان در نظر این افراد غیرقابل تحمل است و توانایی رسیدگی به پریشانی را ندارند. دوماً ویژگی تنظیم هیجانی افراد با تحمل پریشانی پایین، تلاش زیاد این افراد برای جلوگیری از بروز هیجانات منفی در حال تجربه است (۱۲)، سوم اینکه این افراد وجود هیجان را انکار می‌کنند و از آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند. چون در خود توانایی مقابله با هیجانات را نمی‌بینند (۱۸). این احساس شرم و گناه می‌تواند تمایل به مخفی کردن کاستی‌های فرد را افزایش دهد که در این صورت، احتمال کاربرد راهبردهای مستقیم حل تعارض را کاهش می‌دهد و دوم اینکه شرم می‌تواند هیجانات منفی و تمایل به تنبیه اطرافیان را افزایش دهد که هر دو با هم شرایطی را فراهم می‌کنند که حل تعارض سازنده را دشوار سازند (۱۹). واژه تعارض اشاره به ناتوانی در حل تفاوت‌ها دارد و بیشتر اوقات با تنش، خصومت یا پرخاشگری همراه است. برخی اوقات مشاهده شده است که تعارض، بعضی از رفتارهای سازش نایافته را در افرادی که سعی در مقابله با آن دارند ایجاد کرده است (۲۰). این گونه تعارض، نه تنها بر عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد بلکه اختلالات روانتنی را نیز به دنبال دارد و از این طریق سلامتی فرد را به مخاطره می‌اندازد. داشتن شیوه‌های حل تعارض منطقی، می‌تواند مانع موثری در برابر تعارض‌های بینفردی منحل‌کننده بیماران باشد و حتی می‌تواند به حل بهتر مسائل پیش روی بیماران کمک کند (۲۱).

مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان عامل مهم در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق و تعاملات و اجتماعی است و سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت ذهنی، خلق مثبت، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقا‌دهنده‌ی سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند (۲۲). تنظیم هیجانی شامل استفاده از استراتژی‌های رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان و یا شدت تجربه‌ی یک هیجان می‌باشد (۲۳). با توجه به مطالب ذکر شده و وجود آسیب‌های روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان و از سویی با نظر به کارایی درمان مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان در کاهش آسیب‌های روانشناختی افراد مختلف، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان مذکور در بیماران مبتلا به سرطان می‌پردازد. این پژوهش به دلیل افزایش روزافزون بیماری سرطان و کلیدی بودن نقش عوامل روانشناختی در فرایند درمان این بیماری انجام

معرفی جلسات تنظیم هیجان، آشنایی افراد با هیجانات و عملکرد آنها در زندگی روزمره، منطق انجام تکالیف اهمیت یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجانی در زندگی روزمره و انواع هیجانات اولیه و ثانویه بیان هیجان نرمال، هیجان مشکل‌آفرین و خودآگاهی هیجانی.

جلسه‌ی دوم: هیجان‌ها و نامگذاری آن‌ها، بیان دیدگاه‌های سالم در مورد هیجانات، شناسایی و تشخیص هیجانات و برچسب زدن به آنها. هیجانات بیماری‌زا و ضرورت درمان آن، علایم اختلال هیجانی و درمان مناسب و علل اختلال هیجانی.

جلسه‌ی سوم: کارکرد هیجانات، روش کارکرد هیجانات در زندگی روزمره و ارائه‌ی مثال، چرایی ادامه هیجانات خاص بر خلاف خواسته‌های فرد، خطاهای شناختی و شاخص‌های اختلال هیجانی.

جلسه‌ی چهارم: تعامل هیجانات با افکار و رفتارها، ترسیم چرخه‌ی این تعاملات و تأثیرگذاری آنها بر یکدیگر داستان اختلال هیجانی و تفسیرها.

جلسه‌ی پنجم: معرفی افسانه‌های هیجانی، به چالش کشیدن افسانه‌های هیجانی، حقایق اساسی در مورد هیجانات، ساختن خوداظهاری‌های قوی برای مقابله با افسانه‌های هیجانی تغییر و اصلاح تفاسیر.

جلسه‌ی ششم: آموزش مهارت کاهش آسیب‌پذیری برای هیجانات منفی، آموزش افزایش هیجانات مثبت و فعالیتهای لذتبخش و آموزش ذهن آگاهی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان.

جلسه‌ی هفتم: تمرکز بر تغییر هیجانات منفی، آموزش تکنیک حل مسأله برای تغییر هیجانات منفی. فرض‌ها و اصول و باورهای هسته‌ای.

جلسه‌ی هشتم: جمع‌بندی موارد و کاربرد تکنیکها در زندگی روزمره، ارائه‌ی جعبه‌ی احساس‌های قوی به افراد و اجرای آزمون‌ها به عنوان پس آزمون.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (DTS)^۱: این مقیاس یک پرسشنامه خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که به وسیله سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانهای منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی می‌باشد. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج

می‌شود. بنابراین هدف کلی این مطالعه بررسی اثربخشی روان‌درمانی تنظیم هیجانی شناختی بر سبک حل تعارض، عاطفه‌ی خودآگاه، خودسرزنشگری، تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه بیماران سرطانی بیمارستان امید استان اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه مورد مطالعه این پژوهش را ۳۰ بیمار سرطانی تشکیل دادند که به صورت غیرتصادفی انتخاب شدند و برای انجام آزمایش به صورت گمارش تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره (گروه کنترل ۱۵ نفر و گروه آزمایش ۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیار ورود به مطالعه عبارت بود از تمایل فرد به شرکت در پژوهش و جلسات آموزشی و تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، سن آنها بین ۱۵ تا ۶۵ سال باشد، نیازمند جلسات شیمی‌درمانی باشد، عدم دریافت آموزش‌ها و درمان‌های روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، نداشتن مشکل حاد روانی یا علایم سایکوتیک بر اساس DSM-۵؛ همچنین معیار خروج شامل عدم پاسخ‌گویی به بیش از ۵ درصد سؤالات هر پرسشنامه، عدم تمایل اولیه برای شرکت در پژوهش، مصرف داروهای روان‌درمانی، عدم شرکت در دو جلسه از جلسات درمانی و همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف پیشنهاد شده‌ی درمانگر بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی دو ماه و نیم در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده، به شیوه کوواریانس چند متغیره با استفاده از تبدیل بونفرونی توسط نرم‌افزار آماری SPSS۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. خلاصه محتوای جلسات آموزشی نیز به شرح زیر است:

جلسات مهارت‌های تنظیم هیجانی:

جلسه‌ی اول: جلسه‌ی توجیه‌ی توضیح قوانین گروه برای بیماران، برقراری ارتباط مناسب با اعضای گروه، اجرای پرسشنامه‌های موردنظر، ارائه‌ی برنامه‌ی جلسات و زمان‌بندی آن‌ها، اشتراک اهداف جلسات آموزشی با تمام اعضای گروه

تست پایا و معتبر بودند.

پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان: این پرسشنامه را گارنفسکی و همکارانش (۲۰۰۲) به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی تطابقی بعد از تجربه رخداد های ناراحت کننده ابداع کردند. پرسشنامه ۳۶ عبارت دارد که هر کدام بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت در دامنه ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) قرار دارد. هر ۴ عبارت یک خرده مقیاس را تشکیل می دهد و در مجموع ۹ خرده مقیاس وجود دارد که هر کدام راهبردی خاص از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را می سنجد. خرده مقیاس ها عبارت اند از: پذیرش خود، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش دادند. در ایران روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس های آزمون بررسی شد که دامنه ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در برمی گرفت که همگی معنی دار بودند و ضرایب آلفای به دست آمده برای این پرسشنامه ۰/۸۵ محاسبه گردید (۲۶).

یافته ها

در این مطالعه، در هر دو گروه آزمایش و کنترل، تعداد زنها بیشتر بود و اکثر افراد ۴۰ سال به بالا بودند. بیشترین نوع سرطان در گروه کنترل سرطان تخمدان و در گروه آزمایش، سرطان سینه بود (جدول ۱).

طبق نتایج جدول ۲، تنظیم شناختی هیجان بر میزان مولفه های سبک حل تعارض موثر است و این تأثیر از نظر آماری معنادار است ($P < 0/05$). در این تحلیل تأثیر پیش آزمون مهار شده است. همچنین، تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات خرده مقیاسها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش آزمون معنی دار است؛ بنابراین آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر مولفه های سبک حل تعارض آنها تأثیر دارد.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات خرده مقیاسها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش آزمون معنی دار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر میزان تحمل پریشانی آنها تأثیر دارد.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که تنظیم شناختی هیجان بر مولفه عاطفه خودآگاه بیماران موثر است و این تأثیر از نظر آماری معنادار است ($P < 0/05$). همچنین، تفاوت بین میانگین

درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند. نمره های بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس ها ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ برآورد شده است. عزیزی و همکاران (۲۰۱۰)، نیز مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند (۲۴).

پرسشنامه عاطفه خودآگاه (TOSCA): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی برای سنجش ۴ عاطفه خودآگاه شامل آمادگی برای گناه، آمادگی برای شرم، غرور آلفا و غرور بتا^۲ و ۲ سبک اسناد برونساز^۵ و بیتفاوتی^۶ است. پاسخ ها روی یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت نمره گذاری میشوند، که از ۱ «هرگز» تا ۵ «به احتمال زیاد» درجه بندی شده است. در مطالعه حاضر فقط از مقیاس های شرم و گناه استفاده شده است. در مطالعه مارشال و همکاران^۷ (۱۹۹۶) آلفای کرونباخ مقیاس های شرم و گناه در جمعیت دانشجویان به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۸ گزارش شده است. در مطالعه خدابخش پیرکلانی و صفاییان (۱۳۹۸) آلفای کرونباخ مقیاس های شرم و گناه به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۳ گزارش شده است (۲۵).

پرسشنامه حل تعارض و یکز^۸ (۱۹۹۴)، فیشر و اوری^۹ (۱۹۹۱): این پرسشنامه برای اندازه گیری ایده های حل تعارض و توانایی شخص در خلق و ارائه راه حل های برنده - برنده تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۴۰ گویه و ۱۰ خرده مقیاس می باشد. خرده مقیاس های آن عبارتند از: دیدن طبیعی تعارض، فضا و موقعیت، شفاف سازی، توجه به نیازها به جای خواسته ها، ایجاد همکاری، تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته، ارائه گزینه هایی برای سود متقابل، ملاحظه کاری و مراعات. گویه های این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ گزینه ای از تقریباً هرگز، گاهی، نیمی، معمولاً و تقریباً نمره گذاری می شود. هن اینگ (۲۰۰۳) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۷ و ضریب پایایی آن را ۰/۶۹ بدست آورد. اعتبار سازه با روش تحلیل عوامل وجود ۱۰ زیر مقیاس پرسشنامه را تأیید کرد؛ آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ۰/۸۲. تست روایی سازه خوبی داشته و ارزیابی کلی این تست نشان می دهد با استفاده از روش دو نیمه کردن نمره دو فاکتور دو و هفت از کل فاکتورهای این

1. Test Of Self-Conscious Affect
2. Guilt-proneness
3. Shame-proneness
4. Alpha pride and Beta pride
5. Externalization
6. Detachment
7. Marschall et al.
8. Weeks
9. Fisher & Ury

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و درصد نمونه پژوهش برحسب شرکت کنندگان

متغیر	سن	گروه کنترل		گروه آزمایش		کل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۰	۶۷	۱۰	۶۷	۲۰	۶۷
	مرد	۵	۳۳	۵	۳۳	۱۰	۳۳
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۳	۲۰	۲	۱۳	۵	۱۷
	۳۰ تا ۴۰ سال	۳	۲۰	۲	۱۳	۵	۱۷
	۴۰ سال به بالا	۹	۶۰	۱۱	۷۴	۲۰	۶۷
نوع سرطان	تخمدان	۲	۱۳	۵	۳۴	۷	۲۳
	سینه	۴	۲۷	۳	۲۰	۷	۲۳
	ریه	۳	۲۰	۲	۱۳	۵	۱۷
	لنفوی	۳	۲۰	۳	۲۰	۶	۲۰
	دیگر سرطان‌ها	۳	۲۰	۲	۱۳	۵	۱۷

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر تنظیم شناختی بر مولفه‌های تحمل پریشانی

مولفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مدل	تحمل ^a ۰/۹۸۳	۴	۰/۲۴۶	۰/۲۰۶	۰/۹۲۹
	جذب ^b ۱/۹۳۳	۴	۰/۴۸۳	۰/۶۲	۰/۶۵۹
	ارزیابی ^c ۵/۶۰۰	۴	۱/۴	۲/۹۱۷	۰/۰۷۷
	تنظیم ^d ۲/۶۵۰	۴	۰/۶۶۲	۰/۴۴۳	۰/۷۷۵
گروه	تحمل	۱	۱۲۴/۷۱۲	۱۰۴/۳۲۶	۰
	جذب	۱	۱۶۸/۰۳۳	۲۱۵/۴۲۷	۰
	ارزیابی	۱	۱۶۰/۲۳۷	۳۳۳/۸۲۷	۰
	تنظیم	۱	۹۰/۷۱۲	۶۰/۶۷۷	۰
خطا	تحمل	۱۰	۱۱/۹۵		
	جذب	۱۰	۷/۸		
	ارزیابی	۱۰	۴/۸		
	تنظیم	۱۰	۱۴/۹۵		
کل	تحمل	۳۰	۲۲۲		
	جذب	۳۰	۲۶۶		
	ارزیابی	۳۰	۲۷۵		
	تنظیم	۳۰	۱۹۱		

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر تنظیم شناختی هیجان بر میزان مولفه‌های سبک حل تعارض

مدل	مولفه‌ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
مدل	دیدن طبیعی تعارض	^a ۲/۱۳۳	۴	۰/۵۳۳	۰/۴۹۴	۰/۷۴۱
	فضا و موقعیت	^b ۱۲/۷۳۳	۴	۳/۱۸۳	۱/۶۷۵	۰/۲۳۱
	شفاف‌سازی	^c ۱۳/۷۰۰	۴	۳/۴۲۵	۱/۵۳۶	۰/۲۶۵
	توجه به نیازها به جای خواسته‌ها	^d ۵/۶۰۰	۴	۱/۴	۱/۰۹۴	۰/۴۱۱
	ایجاد همکاری	^e ۸/۱۰۰	۴	۲/۰۲۵	۲/۷	۰/۰۹۲
	تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته	^f ۱۱/۰۰۰	۴	۲/۷۵	۲/۵	۰/۱۰۹
	ارائه گزینه‌هایی برای سود متقابل	^g ۵/۴۳۳	۴	۱/۳۵۸	۰/۹۵	۰/۴۷۵
	بسط و ارائه کارهای شدنی	^h ۵/۹۳۳	۴	۱/۴۸۳	۱/۶۴۸	۰/۲۳۷
	ایجاد توافق‌های مبتنی بر سود متقابل	ⁱ ۱/۹۳۳	۴	۰/۴۸۳	۰/۲۷۲	۰/۸۹
	مراعات و ملاحظه‌کاری	^j ۲/۱۸۳	۴	۰/۵۴۶	۰/۳۱۱	۰/۸۶۴
	دیدن طبیعی تعارض	۸۵/۵۷	۱	۸۵/۵۷	۷۹/۲۳۲	۰
گروه	فضا و موقعیت	۸۸/۹۸۱	۱	۸۸/۹۸۱	۴۶/۸۳۲	۰
	شفاف‌سازی	۷۵/۷۳۷	۱	۷۵/۷۳۷	۳۳/۹۶۳	۰
	توجه به نیازها به جای خواسته‌ها	۸۱/۱۲۶	۱	۸۱/۱۲۶	۶۳/۳۸	۰
	ایجاد همکاری	۴۰/۸۳۳	۱	۴۰/۸۳۳	۵۴/۴۴۴	۰
	تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته	۵۷/۸۷	۱	۵۷/۸۷	۵۲/۶۰۹	۰
	ارائه گزینه‌هایی برای سود متقابل	۵۵/۱۲۶	۱	۵۵/۱۲۶	۳۸/۵۵	۰
	بسط و ارائه کارهای شدنی	۵۷/۸۷	۱	۸۷/۵۷	۶۴/۳	۰
	ایجاد توافق‌های مبتنی بر سود متقابل	۱۰۳/۲۹۳	۱	۱۰۳/۲۹۳	۵۸/۰۳	۰
	مراعات و ملاحظه‌کاری	۱۰۶/۴۰۸	۱	۱۰۶/۴۰۸	۶۰/۶۳۲	۰
	دیدن طبیعی تعارض	۱۰/۸	۱۰	۱/۰۸		
	فضا و موقعیت	۱۹	۱۰	۱/۹		
خطا	شفاف‌سازی	۲۲/۳	۱۰	۲/۲۳		
	توجه به نیازها به جای خواسته‌ها	۱۲/۸	۱۰	۱/۲۸		
	ایجاد همکاری	۷/۵	۱۰	۰/۷۵		
	تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته	۱۱	۱۰	۱/۱		
	ارائه گزینه‌هایی برای سود متقابل	۱۴/۳	۱۰	۱/۴۳		
	بسط و ارائه کارهای شدنی	۹	۱۰	۰/۹		
	ایجاد توافق‌های مبتنی بر سود متقابل	۱۷/۸	۱۰	۱/۷۸		
	مراعات و ملاحظه‌کاری	۱۷/۵۵	۱۰	۱/۷۵۵		
	دیدن طبیعی تعارض	۱۷۳	۳۰			
	فضا و موقعیت	۱۷۹	۳۰			
	شفاف‌سازی	۱۷۱	۳۰			
کل	توجه به نیازها به جای خواسته‌ها	۱۷۲	۳۰			
	ایجاد همکاری	۱۱۷	۳۰			
	تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته	۱۵۷	۳۰			
	ارائه گزینه‌هایی برای سود متقابل	۱۴۳	۳۰			
	بسط و ارائه کارهای شدنی	۱۴۴	۳۰			
	ایجاد توافق‌های مبتنی بر سود متقابل	۲۰۰	۳۰			
	مراعات و ملاحظه‌کاری	۲۰۷	۳۰			

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر تنظیم شناختی هیجان بر مولفه عاطفه‌ی خودآگاه بیماران

مولفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مدل	مستعد بودن به صفت شرم	$a_{3/733}$	۴	۰/۵۴۳	۰/۷۰۸
	مستعد بودن به صفت گناه	$b_{4/633}$	۴	۰/۷۸۸	۰/۵۵۹
	بی تفاوتی کردن (انزوا)	$c_{6/900}$	۴	۱/۹۸۳	۰/۱۷۳
	برونی کردن	$d_{7/783}$	۴	۱/۴۳۶	۰/۲۹۲
	غرور آلفا	$e_{10/183}$	۴	۲/۳۶۸	۰/۱۲۳
	غرور بتا	$f_{7/433}$	۴	۲/۹۵	۰/۰۷۵
گروه	مستعد بودن به صفت شرم	۱۱۲/۱۳۳	۱	۶۵/۱۹۴	۰
	مستعد بودن به صفت گناه	۱۱۲/۱۳۳	۱	۶۷/۲۸۱	۰
	بی تفاوتی کردن (انزوا)	۱۰۸/۳	۱	۱۲۴/۴۸۳	۰
	برونی کردن	۱۰۱/۴۴۵	۱	۷۴/۸۶۷	۰
	غرور آلفا	۷۰/۰۲۳	۱	۶۵/۱۳۸	۰
	غرور بتا	۱۱۶/۰۳۳	۱	۱۸۴/۱۸	۰
خطا	مستعد بودن به صفت شرم	۱۷/۲	۱۰	۱/۷۲	
	مستعد بودن به صفت گناه	۱۴/۷	۱۰	۱/۴۷	
	بی تفاوتی کردن (انزوا)	۸/۷	۱۰	۰/۸۷	
	برونی کردن	۱۳/۵۵	۱۰	۱/۳۵۵	
	غرور آلفا	۱۰/۷۵	۱۰	۱/۰۷۵	
	غرور بتا	۶/۳	۱۰	۰/۶۳	
کل	مستعد بودن به صفت شرم	۱۸۱	۳۰		
	مستعد بودن به صفت گناه	۲۲۱	۳۰		
	بی تفاوتی کردن (انزوا)	۱۸۹	۳۰		
	برونی کردن	۲۲۳	۳۰		
	غرور آلفا	۱۸۱	۳۰		
	غرور بتا	۲۰۱	۳۰		

سرطان بر مولفه‌های خود سرزنشگری سرطانی تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر در مورد مقایسه سبک حل تعارض در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش تأثیر داشته و همچنین در مقایسه با گروه کنترل این تأثیر در تفاوت بین میانگین خرده مقیاسها نیز تفاوت معناداری را نشان داده است. این یافته با نتایج مطالعات اتوب و همکاران (۲۰۱۲)؛ مارتین و داهلن (۲۰۰۵)؛ کرینگ و ورنر (۲۰۰۴) و سووگ و همکاران (۲۰۱۰)؛ همراستا است. در همین راستا واتو و همکاران (۲۰۱۴)، نشان دادند که استفاده از استراتژی‌های مربوط به

باقیمانده نمرات خرده مقیاس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر مولفه‌های عاطفه‌ی خودآگاه بیماران سرطانی تأثیر دارد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان بر مولفه خودسرزنشگری بیماران موثر است و این تأثیر از نظر آماری معنادار است ($P < 0.05$). در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همچنین تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات خرده مقیاس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به

جدول شماره ۵- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر تنظیم شناختی هیجان بر خود سرزنشگری

مولفه‌ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
مدل	راهبرد ملامت خویش	^a ۷/۰۳۳	۴	۱/۷۵۸	۲/۱۱۸
	پذیرش	^b ۰/۶۵۰	۴	۰/۱۶۳	۰/۲۳۴
	نشخوارگری	^c ۳/۶۵۰	۴	۰/۹۱۲	۰/۹۱۷
	تمرکز مجدد مثبت	^d ۵/۰۳۳	۴	۱/۲۵۸	۱/۰۲۳
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	^e ۴/۲۳۳	۴	۱/۰۵۸	۱/۴۱۱
	ارزیابی مجدد مثبت	^f ۱/۹۳۳	۴	۰/۴۸۳	۰/۲۴۴
	دیدگاه‌پذیری	^g ۶/۸۵۰	۴	۱/۷۱۲	۱/۷۹۳
	فاجعه‌انگاری	^h ۳/۶۰۰	۴	۰/۹	۱/۰۲۳
	سلامت دیگران	ⁱ ۵/۱۸۳	۴	۱/۲۹۶	۰/۶۵۶
گروه	راهبرد ملامت خویش	۴۷/۲۹۳	۱	۴۷/۲۹۳	۵۶/۹۷۹
	پذیرش	۵۴/۶۷۵	۱	۵۴/۶۷۵	۷۸/۶۶۹
	نشخوارگری	۶۱/۱۵۶	۱	۶۱/۱۵۶	۶۱/۴۶۴
	تمرکز مجدد مثبت	۵۵/۱۲۶	۱	۵۵/۱۲۶	۴۴/۸۱۸
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۱۳/۴۲۶	۱	۱۱۳/۴۲۶	۱۵۱/۲۳۵
	ارزیابی مجدد مثبت	۸۰/۰۳۳	۱	۸۰/۰۳۳	۴۰/۴۲۱
	دیدگاه‌پذیری	۱۰۰/۲۲۳	۱	۱۰۰/۲۲۳	۱۰۴/۹۴۶
	فاجعه‌انگاری	۷۴/۶۸۱	۱	۷۴/۶۸۱	۸۴/۸۶۵
	سلامت دیگران	۸۶/۱۳۴	۱	۸۶/۱۳۴	۴۳/۶۱۲
خطا	راهبرد ملامت خویش	۸/۳	۱۰	۰/۸۳	
	پذیرش	۶/۹۵	۱۰	۰/۶۹۵	
	نشخوارگری	۹/۹۵	۱۰	۰/۹۹۵	
	تمرکز مجدد مثبت	۱۲/۳	۱۰	۱/۲۳	
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۷/۵	۱۰	۰/۷۵	
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۹/۸	۱۰	۱/۹۸	
	دیدگاه‌پذیری	۹/۵۵	۱۰	۰/۹۵۵	
	فاجعه‌انگاری	۸/۸	۱۰	۰/۸۸	
	سلامت دیگران	۱۹/۷۵	۱۰	۱/۹۷۵	
کل	راهبرد ملامت خویش	۹۷	۱۵		
	پذیرش	۹۴	۱۵		
	نشخوارگری	۱۰۰	۱۵		
	تمرکز مجدد مثبت	۱۲۴	۱۵		
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۹۲	۱۵		
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۶۹	۱۵		
	دیدگاه‌پذیری	۱۷۰	۱۵		
	فاجعه‌انگاری	۱۶۶	۱۵		
	سلامت دیگران	۱۶۶	۱۵		

به سرطان به میزان بیشتری از راهبردهای غیرانطباقی (فاجعه‌انگاری، خودسرزنشگری، نشخوار فکر و سرزنش دیگری) نسبت به افراد عادی استفاده می‌کنند و در این رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد سرطانی کمک می‌کند. اگرچه پژوهشهای بسیار کمی درباره خودسرزنشگری و سرطان وجود دارد اما اغلب اوقات بیمارانی که به سرطان مبتلا می‌شوند در مورد سبک زندگی که داشته و دارند از سوی اطرافیان مورد سرزنش قرار می‌گیرند. برای مثال به بیماران مبتلا به سرطان سینه گفته می‌شود که چون اضافه وزن و استرس داشتند و همچنین تحرک کافی و رژیم غذایی سالمی هم نداشتند به سرطان مبتلا شده‌اند. این سرزنش‌ها و شماتت‌ها موجب می‌شود تا بیمار سرطانی خود را در بروز بیماری‌اش مقصر بداند و دائماً این سوال آزاردهنده را در ذهن داشته باشد که چرا حتی کسانی هم که رژیم غذایی سالمی دارند و ورزش می‌کنند نیز به این بیماری مبتلا می‌شوند. آموزش شناخت هیجان‌ها می‌تواند با چگونگی برخورد با ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت صحیح آن از ایجاد خودسرزنشگری در بیمار سرطانی جلوگیری کرده و نیز با مدیریت صحیح روابط با افراد سمی باعث جلوگیری از ایجاد رفتارهای مسموم با دیگران و آسیب‌های روانی شود.

باتوجه به مطالب گفته شده، پیشنهاد می‌شود در رابطه با بیماران سرطانی مداخله‌های مثبتی همچون تنظیم هیجان به صورت جدی اجرا گردد تا در این مسیر دشوار، تحمل بیماری کارساز باشد و این افراد آسیب‌های روانی کمتری را در طول دوره ابتلای خود ببینند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر میتوان به کم بودن حجم نمونه‌ها و احتمال کاهش دقت در پاسخگویی به سوالات پرسشنامه اشاره نمود؛ هرچند پژوهشگر سعی نمود تا با فراهم نمودن شرایط مناسب این محدودیت را تا حدودی کنترل نماید.

تضاد و منافع: نویسندگان مقاله هیچگونه تضاد منافی را اعلام نمی‌دارند.

تشکر و قدردانی:

این پژوهش با رعایت حق مؤلفان و نویسندگان در استفاده از متون و منابع چاپی و الکترونیک انجام شد و حاصل پایان‌نامه‌ای در مقطع دکتری روانشناسی در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه آزاد اسلامی با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF. REC.1399.065 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد خوراسگان بود. نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان در تحقیق که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تنظیم هیجان منجر به افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی می‌شود. افرادی که به بیماری سرطان مبتلا هستند به دلیل شرایط روانشناختی خویش که شاید ناشی از خودمقصربینی آنها باشد، تعارض را به گونه‌ای متفاوت ادراک کرده و همچنین مقابله شناختی آنها با شرایط دشوار تا حدی متفاوت از افراد عادی است. لذا آموزش تنظیم هیجان به این افراد میتواند نتایج بسیار مطلوبی را در پی داشته باشد. همچنین، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر میزان تحمل پریشانی آنها اثربخش است. افراد سرطانی که در گروه آزمایش قرار داشتند و تحت آموزش تنظیم شناختی هیجان قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه گواه، از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری بینشان وجود دارد. هوایی و همکاران (۱۳۹۵)، نشان دادند که تنظیم هیجان باعث کاهش میزان مشکلات تنظیم هیجان و بهبود تحمل پریشانی بیماران می‌شود (۲۷). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند موقعیتهای استرس‌زا را به طور منفی ارزیابی میکنند و چون قادر به تحمل پریشانی نیستند، راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان را برمیگزینند. اما با آموزش تنظیم هیجان در بیماران سرطانی، این افراد یاد میگیرند که موقعیت پیش آمده را بپذیرند و با تسکین هیجان منفی، بر تحمل پریشانی اثر بگذارند.

نتایج این مطالعه درخصوص عاطفه خودآگاه حاکی از آن بود که آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر عاطفه خودآگاه آنها تأثیر دارد. در پژوهشهای بررسی شده آموزش تنظیم هیجان بر عاطفه افراد بررسی نشده بود و این پژوهش برای اولین بار به بررسی این متغیر پرداخته است. در تبیین این یافته‌ها میتوان گفت که پس از ابتلا و دریافت تشخیص سرطان، مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی بسیاری برای فرد دچار سرطان و خانواده وی ایجاد می‌شود که احساس گناه را در فرد دچار سرطان افزایش می‌دهد. احساس گناه در دور باطلی مشکلات متعددی را در سطوح گسترده‌ای از زندگی بیماران ایجاد می‌کند که برای بیمار غیرقابل حل می‌رسد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر خودسرزنشگری آنها تأثیر دارد و بین دو گروه در نمرات خودسرزنشگری تفاوت معناداری وجود دارد. به‌طوریکه تنظیم شناختی هیجان توانسته است باعث تغییر قابل ملاحظه میانگین خودسرزنشگری شود. در این راستا نتایج مطالعه انجام شده توسط عزیزی و همکاران (۱۳۹۴)، در این رابطه نشان‌دهنده این است که مبتلایان

منابع

- modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012;43(3):931-7.
9. Dillon DG, Deveney CM, izzagalli DA. From Basic Processes to Real-World Problems: How Research on Emotion and Emotion Regulation Can Inform Understanding of Psychopathology, and Vice Versa. *Emot Rev*. 2011;3(1):74-82.
10. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. NY, US: The Guilford Press. 2010:13-37.
11. Troy AS, Mauss IB. Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. 2011:30-44.
12. Azizi AR, Mirzaei A, Shams J. Correlation Between Distress Tolerance And Emotional Regulation With Students Smoking Dependence. *Hakim Research Journal*. 2010;13(1):8-11. [Persian]
13. Lazarus RS. Cognition and motivation in emotion. *Am Psychol*. 1991;46(4):352-67.
14. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(6):713-33.
15. Ellis AJ, Salgari G, Miklowitz D, Loo SK. Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry Research*. 2018;267:210-4.
16. Bernstein A, Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Moos R. Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: a hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behav Ther*. 2009;40(3):291-301.
17. MacKillop J, de Wit H. *The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology*: John Wiley & Sons 2013.
1. Yarmohammadi vassel m, jokar f, farhadi m, zoghi paydar m. Structural model of relationships between integrative self-knowledge, perception of suffering and quality of life among cancer patients (stages 3 & 4). *rph*. 2020;14(2):1-19. [Persian]
2. Bakhshalizadeh Irani F, Shahidi S, Hazini A. Psychological Experiences of Terminal Cancer Patients with an Emphasis on Their Concerns and Needs: A Phenomenological Study. *rph*. 2020;14(2):20-33. [Persian]
3. Kashanaki H, Dehghani Arani F, Ferdousi T. Normal and Abnormal Personality Patterns in a Patient with Leukemia: A Clinical Case study. *Research In Psychological Health*. 2019;12(4):80-93. [Persian]
4. Esfahani A, Zeinali S, Kiani R. Effect of Acceptance and Commitment Therapy On Pain-Related Anxiety and Cognitive Emotion Regulation in Breast Cancer Patients: A Clinical Trail. *HBI_Journals*. 2020;23(2):138-49. [Persian]
5. Smart LM, Peters JR, Baer RA. Development and Validation of a Measure of Self-Critical Rumination. *Assessment*. 2016;23(3):321-32.
6. Dinger U, Barrett MS, Zimmermann J, Schauenburg H, Wright AG, Renner F, et al. Interpersonal problems, dependency, and self-criticism in major depressive disorder. *J Clin Psychol*. 2015;71(1):93-104.
7. Abi-Habib R, Luyten P. The role of Dependency and Self-Criticism in the relationship between anger and depression. *Personality and Individual Differences*. 2013;55(8):921-5.
8. Berking M, Poppe C, Luhmann M, Wupperman P, Jaggi V, Seifritz E. Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to

26. Keshavarz Mohammadi R, khalatbari J. Effectiveness of self-compassion on distress tolerance, emotion regulation and anxiety sensitivity in divorced women. *fpcej*. 2018;4(1):17-32. [Persian]
27. Havaïy A, Kazemi H, Habibollahi A, Izadikhah Z. The Effect of Emotion Regulation on the Amount of Tension Tolerance and Emotion Regulation Difficulties in Women with Tension-type Headaches. *SSU_Journals*. 2017;24(10):840-51. [Persian]
18. Hawkins K, Vel P. Attitudinal loyalty, behavioural loyalty and social media: an introspection. *The Marketing Review*. 2013;13(2):125-41.
19. Tangney JP, Dearing RI. *Shame & guilt*. New York, London: The Guilford Press; 2004.
20. Pourbaferani M, Etemadi O, Akbarzadeh M, Jazayeri R. Evaluating The Role Of Mother Personality, Maternal Marital Conflict, Mother Conflict Resolution Style And Daughter Conflict Resolution Style In Predicting Of Mother-Daughter Conflict. *Sociology Of Women (Journal Of Woman And Society)*. 2015;6(3):105-26. [Persian]
21. Babapour J. Study of Relationship Between Communicational Conflict Resolution Styles and Psychological Well- being Among University Students. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2007;1(4):27-46. [Persian]
22. Jafari ESA, Ghazanfarian F, Aliakbari Dehkordi M, Kamarzarin H. The Effectiveness Of Coping Skills' Training On Emotional Regulation In Delinquent Adolescents. *Journal Of Psychological Achievements Journal Of Education & Psychology*. 2017;23(1):97-110. [Persian]
23. Gross JJ, Thompson RA. *Emotion regulation: Conceptual foundations*. New York: Guilford Press; 2007.
24. Aminalroaya R, Kazemian S, Esmaeili M. Forecasting Distress Tolerance on the Base of the Communication Components of Original Family among Divorces and Non-Divorced Women. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2017;7(28):91-106. [Persian]
25. khodabakhsh Pirkhany r, Safaeian E. Comparing the Defense styles and the Self-conscious affect of Shame and Guilt in subtypes of Narcissism and comparison with ordinary people. *Journal of Psychological Studies*. 2020;15(4):7-24. [Persian]