



Comparison of Family Resilience and Coping Strategies amongst Married Women Diagnosed with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy, Breast Cancer Survivors and Women without Cancer

Sana Peykani ^{1,*}, Dehghani Mohsen ², Mona Malekzada Moghani ³

¹ MSc, Psychology Department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Center for Cancer Research, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Sana Peykani, MSc, Psychology Department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. E-mail; Sana.peykani@Yahoo.com

Received: 15 Apr 2017

Accepted: 08 Sep 2017

Abstract

Introduction: One of the most important fields of research that is of interest to researchers, is psychological and familial consequences caused by cancer and its treatment. The aim of this study was to compare levels of family resilience and coping strategies amongst married women diagnosed with breast cancer undergoing chemotherapy, breast cancer survivors, and women without cancer.

Methods: In this study, three groups of 60 married women diagnosed with breast cancer, survivors of breast cancer and non-cancer counterparts, who were admitted to Shohada Hospital, were compared. Data on demographic, family coping strategies and resilience questionnaires were entered in the SPSS-22 software and multivariate analysis of variance and Bonferroni post hoc test was performed.

Results: Analysis of data showed that the index of family resilience and coping strategies between the two groups of breast cancer survivors and women diagnosed with breast cancer were significantly different ($P < 0.05$). In this study, breast cancer survivors undergoing chemotherapy and non-cancerous counterparts showed an improvement in the level of family resilience and coping strategies.

Conclusions: Considering the results of the research, including low levels of resiliency amongst families and the use of coping strategies, emotion-focused therapy for women diagnosed with breast cancer, follow-up and services to increase the quality of life among this group of people is essential.

Keywords: Family Resilience, Coping Strategies, Breast Cancer, Chemotherapy



مقایسه سطوح تاب آوری خانوادگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان متأهل مبتلاء و نجات یافته از سرطان پستان با هممتایان غیر مبتلاء

ثنا پیکانی^{۱*}، محسن دهقانی^۲، مونا ملک‌زاده مغانی^۳

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: ثنا پیکانی، کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: sana.peykani@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۲۶

چکیده

مقدمه: از مهم‌ترین زمینه‌های تحقیقاتی که امروزه مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، پرداختن به پیامدهای روانی و خانوادگی ایجاد شده به دنبال سرطان و درمان‌های پس از آن می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه سطوح تاب‌آوری خانوادگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان متأهل مبتلاء و نجات یافته از سرطان پستان با هممتایان غیر مبتلاء به سرطان بود.

روش کار: در این مطالعه مقطعی سه گروه ۶۰ نفره از زنان از متأهل مبتلاء به سرطان پستان، نجات یافته از سرطان پستان و هممتایان غیر مبتلاء به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، راهبردهای مقابله‌ای و پرسشنامه تاب‌آوری خانوادگی گردآوری شده و به وسیله نرم‌افزار SPSS-22 و آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که در شاخص‌های تاب‌آوری خانواده و راهبردهای مقابله‌ای بین سه گروه زنان مبتلاء، نجات یافته از سرطان پستان و زنان غیر مبتلاء تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P > 0/05$). بدین صورت که زنان تحت درمان نسبت به هممتایان نجات یافته و زنان غیر مبتلاء به سرطان پستان، در شاخص تاب‌آوری خانوادگی دچار مشکلات متعددی بوده و در شاخص راهبردهای مقابله‌ای نیز بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کردند. در گروه زنان نجات یافته از سرطان پستان با هممتایان تحت شیمی‌درمانی و زنان غیر مبتلاء نیز، نتایج نشان دهنده بالا بودن سطح تاب‌آوری خانوادگی و راهبردهای مقابله‌ای بود.

نتیجه‌گیری: با در نظر داشتن نتایج بدست آمده از پژوهش از جمله پایین بودن سطوح تاب‌آوری خانوادگی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور در گروه زنان مبتلاء به سرطان پستان، پیگیری و ارائه خدمات جهت ارتقاء ابعاد مذکور و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی در میان این گروه از افراد جزء ضروریات به حساب می‌آید. لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به بررسی مداخلات و کارآزمایی‌های بالینی جهت بهبود سطوح تاب‌آوری خانوادگی و افزایش استفاده از راهبردهای مؤثر و مسئله محور اقدام نمایند.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری خانوادگی، راهبردهای مقابله‌ای، سرطان پستان، شیمی‌درمانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

جدید از این نوع سرطان در کشور گزارش می‌شود که ۷۷۷۸ مورد آن مربوط به زنان می‌باشد (۱). اگرچه جراحی، هورمون‌درمانی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی به عنوان رایج‌ترین روش‌های مورد استفاده در درمان سرطان پستان بقای این افراد را افزایش می‌دهند، اما این روش‌های درمانی به نوبه خود سبب عوارض جانبی و بلند مدتی در این بیماران می‌گردند. به طوری که بیماران مبتلاء و

سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین سرطان تشخیص داده شده در میان زنان به حساب می‌آید (۱) که ۲۳ درصد از سرطان‌های جدید تشخیص داده شده در سراسر جهان را شامل شده و دومین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در میان آنها می‌باشد (۲). در کشور ایران نیز همانند سایر کشورهای دنیا، سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان به حساب می‌آید و سالانه حدود ۸۴۰۰ مورد

درمان یافته از سرطان پستان طیف وسیعی از علائم و نشانه‌های جسمانی، شناختی، روانی و اجتماعی را طی فرایند تشخیص و درمان بیماری از خود نشان می‌دهند (۳)، که می‌تواند اثرات معکوس بسیاری را بر روی بیمار و خانواده او بر جای بگذارد. امروزه نیز یکی از مهم‌ترین زمینه‌های تحقیقاتی، پرداختن به همین پیامدهای ناگوار روانی، خانوادگی و اجتماعی در بیماران مبتلاء به سرطان می‌باشد (۴). از مهم‌ترین متغیرهای روانی تاثیرگذار بر روی سلامت روان بیماران مبتلاء به سرطان، مفهوم تاب‌آوری می‌باشد (۵). تاب‌آوری به عنوان توانایی افراد برای مقابله با رویدادهای آسیب‌زا تعریف شده است. به بیانی دیگر تاب‌آوری، توانایی افراد برای حفظ نسبتاً پایدار سطوح سلامت روانشناختی و عملکرد فیزیکی و همچنین تولید و به وجود آوردن تجارب و احساسات مثبت تعبیر می‌شود (۶). یکی از مهم‌ترین انواع تاب‌آوری، تاب‌آوری خانواده می‌باشد. پژوهشگران تاب‌آوری خانواده را به عنوان توانایی خانواده برای مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای مجدد و دوباره فعال نمودن تعادل خود بعد از یک بحران تعریف می‌کنند (۷). این متغیر روانشناختی به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان، کیفیت زندگی، افسردگی و امیدواری در بیماران مطرح گردیده است، به طوری که در مطالعه تله‌پسند، پورآقا و کاظمی (۸) نشان داده شد که تاب‌آوری بیماران مبتلاء به سرطان پستان در بلند مدت با افزایش در کیفیت زندگی رابطه داشته و بین نمرات تاب‌آوری و ابعاد کلی کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. در کنار مطالعات متعدد صورت گرفته بر روی تاب‌آوری افراد مبتلاء به سرطان پستان، مطالعه مشخصی که در ارتباط با مفهوم تاب‌آوری خانواده در بیماران مبتلاء و درمان یافته از سرطان پستان صورت گرفته و در فضای علمی کشور انتشار یافته باشد یافت نشد که این مهم از انگیزه‌های اصلی انجام مطالعه حاضر به حساب می‌آید.

همسو با بعد تاب‌آوری، چگونگی مقابله بیمار با تشخیص سرطان و نوع راهبردهای مورد استفاده برای مقابله با استرس‌های ناشی از تشخیص و درمان سرطان، به عنوان یکی دیگر از عوامل پیش‌بینی‌کننده سازگاری جسمی و روانشناختی در بین بیماران مبتلاء به سرطان پستان می‌باشد (۹). پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه استرس نیز بر این نکته تاکید دارند که آنچه سلامت رفتار را با خطر روبرو می‌کند خود استرس نیست، بلکه شیوه ارزیابی فرد از استرس و روش‌های مقابله با آن است. به بیان دیگر مقابله، یک متغیر تعدیل‌گر مهم در رابطه بین استرس و پیامدهایی همچون، اضطراب و افسردگی به شمار می‌رود، از این رو اگر تلاش‌های مقابله‌ای فرد از نوع مؤثر، کارآمد و سازگارانه باشد، استرس کمتر فشارزا به شمار رفته و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی است (۱۰). در مقابل، اگر سبک یا الگوی مقابله، ناسازگارانه و ناکارآمد باشد، نه تنها استرس را مهار نمی‌کند بلکه خود، منبع فشار به شمار آمده و شرایط را نیز بدتر می‌نماید (۱۱). در همین راستا حیاتی و محمودی (۱۲) به بررسی سبک‌های مقابله‌ای زنان مبتلاء به سرطان پرداخته و در طی پژوهشی مقطعی بر روی ۱۷۵ نفر از بیماران، به تکمیل پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای اقدام نمودند. در این پژوهش نشان داده شد که غالب افراد تحت درمان

از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کردند. از جمله محدودیت این پژوهش تمرکز بر روی گروه مبتلایان به سرطان پستان و عدم مقایسه این نتایج با نجات‌یافتگان از بیماری و هم‌تایان سالم می‌باشد که در پژوهش حاضر مد نظر قرار گرفته است. با توجه به مطالب ارائه شده و با تحلیل دقیق مطالعات صورت گرفته، می‌توان دریافت که پژوهش‌های صورت گرفته در باب راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری خانوادگی دارای محدودیت‌های چندی می‌باشند. از یک سو بسیاری از مطالعات به بررسی راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلاء و تحت درمان پرداخته و مقایسه راهبردهای مقابله‌ای در میان دو گروه نجات یافته و تحت درمان با هم‌تایان غیر مبتلاء به عنوان جنبه جدیدی از پژوهش در مطالعه حاضر لحاظ گردیده است و از سوی دیگر اینکه متغیر تاب‌آوری خانوادگی در گروه زنان مبتلاء و نجات یافته از سرطان پستان مورد توجه نبوده و می‌توان مطالعه حاضر را به عنوان یکی از نخستین مطالعات این حوزه در نظر داشت. در نهایت اینکه با بررسی ساختارهایی پژوهش حاضر می‌توان به طرح‌ریزی و کاربردی کارآزمایی‌های بالینی در راستای ارتقاء این کارکردهای روانی در میان زنان مبتلاء و نجات‌یافتگان از سرطان پستان اقدام نمود. از این روی پژوهش حاضر به بررسی سطوح تاب‌آوری خانوادگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان متأهل مبتلاء به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، نجات‌یافتگان از این بیماری و هم‌تایان غیر مبتلاء به سرطان پرداخته است.

روش کار

پژوهش حاضر در دسته مطالعات مقطعی و مورد شاهدهی قرار دارد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان متأهل مبتلاء سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی و نجات یافته از سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش تشکیل داده است. روش نمونه‌گیری نیز از نوع نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود که در برگیرنده ۶۰ نفر از زنان مبتلاء به سرطان پستان تحت درمان به وسیله داروهای شیمیایی، ۶۰ نفر از زنان نجات یافته از سرطان پستان دارای سابقه شیمی‌درمانی و ۶۰ نفر گروه کنترل که در برگیرنده زنان غیر مبتلاء به سرطان، می‌باشد که به لحاظ سنی با یکدیگر هم‌تا شده بودند. معیارهای ورود در گروه زنان مبتلاء و نجات یافته از سرطان پستان شامل، زنان مبتلاء به سرطان پستان درمان شده توسط شیمی‌درمانی با گذشت حداقل ۶ ماه از مدت زمان اتمام درمان، دارا بودن حداقل سنین ۲۰ تا ۶۰ سال؛ زنان مبتلاء به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی با گذشت حداقل ۶ ماه از مدت زمان آغاز درمان، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل راهنمایی و تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش و معیارهای ورود در گروه زنان غیر مبتلاء به سرطان پستان نیز شامل زنان سالم بدون سابقه وجود بیماری سرطان، دارا بودن سنین بین ۲۰ تا ۶۰ سالگی، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل راهنمایی و تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های عدم ورود به پژوهش شامل: دارا بودن سابقه وجود سرطان درمان شده در گروه تحت درمان و زنان غیر مبتلاء، دارا بودن سابقه بیماری‌های پزشکی

نیز آلفای کرونیباخ این مقیاس ۷۸ / ۰ بدست آمد که نشان دهنده پایایی بالای پرسشنامه جهت گردآوری داده‌ها می‌باشد.

پرسشنامه تاب آوری خانوادگی

این مقیاس یک ابزار استاندارد برای اندازه‌گیری تاب آوری خانواده است که به وسیله سیکسی (۱۴) و بر اساس نظریه سیستمی تاب آوری خانواده والش ساخته شده است. این پرسشنامه در ایران توسط حسین چاری (۱۵) ترجمه و اعتبار یابی شده است. شواهد روایی همگرایی این پرسشنامه در پژوهش حسین چاری در مقیاس‌های مرتبط مورد تأیید بوده و پایایی آن نیز با دو شاخص پایایی سنجی و ضریب آلفای کرونیباخ و ضریب تنصیف تأیید شد. پرسشنامه حاضر یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی محسوب می‌شود که شامل درجات ۱: کاملاً مخالفم تا ۴: کاملاً موافقم می‌گردد. نمرات این مقیاس در طیفی بین ۶۶ - ۲۰۴ قرار می‌گیرد که نمرات بالا نشان دهنده سطح بالایی از تاب آوری در خانواده است و نمرات پایین نشان دهنده این است که خانواده سطح پایینی از تاب آوری را دارا می‌باشد. این مقیاس مشتمل بر ۶۶ آیت می‌باشد، که به بررسی میزان تاب آوری خانواده در ۶ حوزه می‌پردازد که عبارتند از: ارتباط و حل مسئله، منابع اقتصادی و اجتماعی، چشم انداز مثبت، تماس، تعالی و معنویت و معنایابی برای سختی‌ها (۱۴). در پژوهش سیکسی (۱۲) نمره کل پایایی این مقیاس ۰/۹۶ و روایی ملاکی همزمان با ابزار سنجش خانواده فرم ۱ و ابزار سنجش خانواده نسخه ۲ و شاخص معنای شخصی خوب ارزیابی شد. همچنین بوجانان (۱۶) پایایی کل مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونیباخ ۰/۹۶ گزارش می‌دهد و روایی ملاکی همزمان آن را از طریق بررسی همبستگی نمرات مقیاس اندازه‌گیری تاب آوری خانواده با ابزار اندازه‌گیری خانواده ۱ و ابزار اندازه‌گیری خانواده ۲، بالا و مطلوب گزارش می‌دهد. در مطالعه حاضر نیز ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونیباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

یافته‌ها

تعداد کل افراد گروه نمونه شامل ۱۸۰ نفر بودند که از این تعداد ۶۰ نفر در گروه زنان مبتلاء به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، ۶۰ نفر در گروه زنان نجات یافته از سرطان پستان و ۶۰ نفر نیز در گروه زنان سالم بدون سابقه سرطان اختصاص داشت (جدول ۱).

و روانپزشکی مزمن، افراد دارای سابقه سوءمصرف مواد و مصرف کنندگان سیگار، افراد دارای هر نوع آسیب در نواحی شنوایی، بینایی یا مشکلات یادگیری که ممکن است مانع از انجام درست آزمون‌ها گردد در نظر گرفته شد. روش انجام مطالعه به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس پرونده پزشکی و با توجه به معیارهای ورود و خروج، در بازه زمانی تیر تا آذر ماه سال ۹۵ از بخش آنکولوژی بیمارستان شهدای تجریش، آزمونگر در اتاقی مجزا، آرام و به صورت انفرادی با بیماران، به معرفی خود پرداخته و محتوای پژوهش و هدف از آن را توضیح می‌داد. سپس رضایت آگاهانه بیماران جهت شرکت در پژوهش به صورت کتبی اخذ گردیده و ابزارهای پژوهش با همکاری آزمودنی‌ها تکمیل می‌گردید. گروه همتایان غیر مبتلاء به سرطان نیز که به صورت در دسترس و از میان مراجعین همراه در بخش بیمارستان شهدای تجریش انتخاب شده بودند، پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه کرده پس از آن آزمون‌های مذکور مطابق با روند اجراشده بر روی بیماران بر روی آنها نیز اجرا می‌گردید.

داده‌های پژوهش حاضر از طریق پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، راهبردهای مقابله‌ای و پرسشنامه تاب آوری خانوادگی گردآوری شده و به وسیله نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS-22 و در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی به ارائه میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده گردید.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس نحوه پاسخگویی افراد به حوادث استرس‌زا را می‌سنجد. نسخه اولیه این پرسشنامه شامل ۳۲ سؤال بلی/خیر بود که دو نوع مقابله رفتاری مسئله مدار و راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار را مورد سنجش قرار می‌داد. بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۴ در بررسی رفتارهای مقابله‌ای گروهی از بیماران افسرده، آیت‌های پرسشنامه قبلی را به ۳۲ ماده افزایش دادند و به جای بلی/خیر از مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای استفاده نمودند. در پژوهش پورشه‌باز ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه ۰/۷۳ = r بدست آمد. دهقانی نیز ضریب آلفای کرونیباخ این پرسشنامه را بالای ۰/۹۰ بدست آورده است (۱۳). در مطالعه حاضر

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی گروه‌ها به تفکیک سن، میزان تحصیلات و اشتغال

متغیرها گروه‌ها	زنان مبتلاء به سرطان تحت شیمی‌درمانی	زنان نجات یافته از سرطان پستان	زنان بدون سابقه سرطان
سن (سال)	۴۳/۰۷ ± ۹/۰۶	۴۲/۰۵ ± ۹/۳۵	۴۲/۵۵ ± ۷/۴۹۷
میزان تحصیلات			
دیپلم	۵۷/۵٪	۷۰٪	۷۲/۵٪
کارشناسی	۲۷/۵٪	۱۹/۵٪	۲۰٪
ارشد و دکتری	۱۵٪	۱۰/۵٪	۷/۵٪
وضعیت اشتغال			
شاغل	۲۲/۵٪	۳۷/۵٪	۵۷/۵٪
خانه‌دار	۷۷/۵٪	۶۲/۵٪	۴۲/۵٪

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات سطح تاب آوری خانوادگی و زیر مقیاس‌های آن به تفکیک گروه

متغیرها گروه‌ها	زنان مبتلاء به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی	زنان نجات یافته از سرطان پستان	همتایان غیر مبتلاء
ارتباط خانواده و حل مسئله (تاب آوری خانوادگی)	۷۳/۳۱ ± ۶/۸۹	۸۵/۱۵ ± ۹/۲۶	۸۰/۱۵ ± ۸/۱۴
کاربرد منابع اقتصادی و اجتماعی (تاب آوری خانوادگی)	۱۹/۵۵ ± ۳/۵۰	۲۰/۵۱ ± ۳/۶۶	۲۲/۰۰ ± ۳/۱۷
تشبیت یک چشم انداز مثبت (تاب آوری خانوادگی)	۱۷/۲۰ ± ۲/۲۳	۲۰/۰۱ ± ۲/۵۶	۱۸/۸۰ ± ۲/۱۸
تماس خانواده (تاب آوری خانوادگی)	۱۵/۸۱ ± ۱/۷۱	۱۶/۷۶ ± ۲/۴۹	۱۶/۰۸ ± ۱/۹۳
معنویت خانواده (تاب آوری خانوادگی)	۱۳/۱۵ ± ۱/۳۷	۱۲/۶۸ ± ۱/۵۹	۱۱/۸۰ ± ۱/۵۸
توانایی معناسازی برای مصیبت (تاب آوری خانوادگی)	۹/۵۸ ± ۱/۱۵	۱۰/۱۰ ± ۱/۵۵	۹/۰۵ ± ۱/۲۹
نمره کل (تاب آوری خانوادگی)	۱۴۸/۶۱ ± ۹/۵۹	۱۶۵/۲۳ ± ۱۳/۶۴	۱۵۷/۸۸ ± ۱۱/۶۰
سبک مقابله مشکل مدار (راهبردهای مقابله‌ای)	۱۷/۲۳ ± ۳/۷۵	۱۹/۶۵ ± ۳/۴۱	۲۰/۰۰ ± ۳/۹۷
سبک مقابله هیجان مدار (راهبردهای مقابله‌ای)	۱۵/۶۱ ± ۳/۰۵	۱۳/۱۵ ± ۳/۲۵	۱۲/۸۸ ± ۳/۵۶

* مقادیر جدول بصورت میانگین ± انحراف معیار بیان شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) سطح تاب آوری خانوادگی و راهبردهای مقابله‌ای

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطا درجه آزادی	سطح معناداری
(تاب آوری خانوادگی) Wilks lambda	۰/۵۱۰	۹۱۱/۴۶۹	۱۲/۰۰۰	۳۴۴/۰۰۰	۰/۰۰۱
(راهبردهای مقابله‌ای) Wilks lambda	۰/۷۹۲	۹۱۰/۸۶۳	۴/۰۰۰	۳۵۲/۰۰۰	۰/۰۰۱

جدول ۴: تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه عملکرد تاب آوری خانوادگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلاء و نجات یافتگان از سرطان پستان دارای سابقه شیمی‌درمانی و همتایان سالم

متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
ارتباط خانواده و حل مسئله (تاب آوری خانوادگی)	۴۲۳۴/۴۴۴	۲	۲۱۱۷/۲۲۲	۳۱/۸۲۸	۰/۰۰۱
منابع اقتصادی و اجتماعی (تاب آوری خانوادگی)	۱۸۲/۷۴۴	۲	۹۱/۳۷۲	۷/۶۵۱	۰/۰۰۱
تشبیت یک چشم انداز مثبت (تاب آوری خانوادگی)	۲۳۹/۴۷۸	۲	۱۱۹/۷۳۹	۲۱/۹۸۱	۰/۰۰۱
تماس خانواده (تاب آوری خانوادگی)	۲۸/۸۱۱	۲	۱۴/۴۰۶	۳/۳۶۲	۰/۰۳۷
معنویت خانواده (تاب آوری خانوادگی)	۵۶/۴۱۱	۲	۲۸/۲۰۶	۱۲/۱۷۰	۰/۰۰۱
توانایی معناسازی برای مصیبت (تاب آوری خانوادگی)	۳۳/۰۷۸	۲	۱۶/۵۳۹	۹/۱۲۴	۰/۰۰۱
نمره کل (تاب آوری خانوادگی)	۸۳۲۰/۱۴۴	۲	۴۱۶۰/۰۷۲	۳۰/۲۲۸	۰/۰۰۱
سبک مقابله مشکل مدار (راهبردهای مقابله‌ای)	۲۷۲/۳۴۴	۲	۱۳۶/۱۷۲	۹/۸۲۸	۰/۰۰۱
سبک مقابله هیجان مدار (راهبردهای مقابله‌ای)	۲۷۲/۵۳۳	۲	۱۳۶/۲۶۷	۵۳۶۸۱۲	۰/۰۰۱

همگنی واریانس داده‌ها و شیب رگرسیون برقرار می‌باشد و می‌توان تحلیل واریانس را اجرا نمود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار هر سه گروه در ابعاد تاب آوری خانوادگی و راهبردهای مقابله‌ای گزارش شده است و در جداول ۳ و ۴ نیز نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) قابل مشاهده است.

بر اساس نتایج به دست آمده از این آزمون کولموگروف-اسمیرنف، چون مقادیر به دست آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود، بنابراین شرط توزیع نرمال بودن داده‌ها برقرار بوده است. مفروضه همگنی واریانس نمرات گروه‌ها با استفاده از آزمون لون نیز نشان دهنده این بود مقدار F لون در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار نبوده لذا مفروضه

جدول ۵: مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های تاب آوری خانوادگی و راهبردهای مقابله‌ای در سه گروه بیماران مبتلا به سرطان پستان، نجات‌یافته از سرطان پستان و هم‌تایان عادی با آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	تحت درمان و غیر مبتلاء			نجات یافته و غیر مبتلاء			تحت درمان و نجات یافته		
	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
ارتباط خانواده و حل مسئله (تاب آوری خانوادگی)	*-۶/۸۳۳۳	۱/۴۸۹۰۹	۰/۰۰۰	*۵/۰۰۰۰	۱/۴۸۹۰۹	۰/۰۰۳	*-۱۱/۸۳۳۳	۱/۴۸۹۰۹	۰/۰۰۰
منابع اقتصادی و اجتماعی (تاب آوری خانوادگی)	*-۲/۴۵۰۰	۰/۶۳۰۹۴	۰/۰۰۰	-۱/۴۸۳۳	۰/۶۳۰۹۴	۰/۰۵۹	-۰/۹۶۶۷	۰/۶۳۰۹۴	۰/۳۸۲
تثبیت یک چشم انداز مثبت (تاب آوری خانوادگی)	*-۱/۶۰۰۰	۰/۴۲۶۱۲	۰/۰۰۱	*۱/۲۱۶۷	۰/۴۲۶۱۲	۰/۰۱۴	*-۲/۸۱۶۷	۰/۴۲۶۱۲	۰/۰۰۰
تماس خانواده (تاب آوری خانوادگی)	-۰/۲۶۶۷	۰/۳۷۷۹۰	۱/۰۰۰	۰/۶۸۳۳	۰/۳۷۷۹۰	۰/۲۱۷	*-۰/۹۵۰۰	۰/۳۷۷۹۰	۰/۰۳۸
معنویت خانواده (تاب آوری خانوادگی)	*۱/۳۵۰۰	۰/۲۷۷۹۵	۰/۰۰۰	*۰/۸۸۳۳	۰/۲۷۷۹۵	۰/۰۰۵	۰/۴۶۶۷	۰/۲۷۷۹۵	۰/۲۸۵
توانایی معناسازی برای مصیبت (تاب آوری خانوادگی)	۰/۵۳۳۳	۰/۲۴۵۸۱	۰/۰۹۴	*۱/۰۵۰۰	۰/۲۴۵۸۱	۰/۰۰۰	-۰/۵۱۶۷	۰/۲۴۵۸۱	۰/۱۱۱
نمره کل (تاب آوری خانوادگی)	*۹/۲۶۶۷	۲/۱۴۱۸۲	۰/۰۰۰	*۷/۳۵۰۰	۲/۱۴۱۸۲	۰/۰۰۲	*-۱۶/۶۱۶۷	۲/۱۴۱۸۲	۰/۰۰۰
سبک مقابله مشکل مدار (راهبردهای مقابله‌ای)	*-۲/۷۶۶۷	۰/۶۷۹۵۹	۰/۰۰۰	-۰/۳۵۰۰	۰/۶۷۹۵۹	۱/۰۰۰	*-۲/۴۱۶۷	۰/۶۷۹۵۹	۰/۰۰۱
سبک مقابله هیجان مدار (راهبردهای مقابله‌ای)	*۲/۷۳۳۳	۰/۶۰۱۹۵	۰/۰۰۰	۰/۲۶۶۷	۰/۶۰۱۹۵	۱/۰۰۰	*۲/۴۶۶۷	۰/۶۰۱۹۵	۰/۰۰۰

نموده‌اند. در مقایسه نتایج مولفه‌های تاب آوری خانوادگی میان زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی و نجات یافته از سرطان پستان نیز نتایج بدست آمده نشان دهنده تفاوت معنی‌دار در مولفه‌های ارتباط خانواده و حل مسئله، تثبیت یک چشم انداز مثبت، تماس خانواده و نمره کل تاب آوری خانوادگی وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در شاخص راهبردهای مقابله‌ای نیز نشان داد که بین مولفه‌های سبک مقابله مشکل مدار و هیجان مدار در دو گروه زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان شیمی‌درمانی با نجات یافته از سرطان پستان و هم‌تایان سالم بدون سابقه بیماری‌های مزمن تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). بدین صورت که زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی نسبت به هم‌تایان سالم خویش از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدارتر ($P < ۰/۰۱$)، $F = ۲۷۲/۸۳۳$ استفاده نموده و در زیر مقیاس سبک مقابله مشکل مدار ($P < ۰/۰۱$)، $F = ۹/۸۲۸$ نمرات پایین‌تری را دریافت نمودند. در مقایسه میان زنان نجات یافته از سرطان و هم‌تایان غیر مبتلاء به سرطان پستان نیز نتایج داده‌ها تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. همچنین نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که بین مؤلفه‌های هیجان مدار و مشکل مدار راهبردهای مقابله‌ای در زنان نجات یافته از سرطان پستان با هم‌تایان سالم تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

همانطور که در نتایج جدول ۳ نیز مشاهده می‌گردد، نتایج حاصل از آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۰۱$). بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین سه گروه مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این هدف از تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جداول ۴ و ۵ گزارش شده است. با توجه به نتایج حاصل از جدول ۴ می‌توان دریافت که بین متغیرهای مورد بررسی در سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان می‌دهد که در شاخص تاب آوری خانوادگی، بین مولفه‌های ارتباط خانواده و حل مسئله ($F = ۳۱/۰۱$, $P < ۰/۸۲۸۱$)، تثبیت یک چشم انداز مثبت ($F = ۲۱/۲۹۸$, $P < ۰/۰۱$) و نمره کل ($F = ۳۰/۲۲۸$, $P < ۰/۰۱$) در بین گروه زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان و نجات یافته از سرطان تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج بدست آمده در مقایسه زنان نجات یافته از سرطان پستان و هم‌تایان غیر مبتلاء نیز نشان دهنده این است که در شاخص‌های ارتباط خانواده و حل مسئله ($F = ۳۱/۰۱$, $P < ۰/۸۲۸۱$)، تثبیت یک چشم انداز مثبت ($F = ۲۱/۹۸۱$, $P < ۰/۰۱$)، معنویت خانواده ($F = ۱۲/۱۷۰$, $P < ۰/۰۱$) و نمره کل در بین دو گروه ($F = ۳۰/۲۲۸$, $P < ۰/۰۰۱$) نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشته ($P < ۰/۰۰۱$) و در این میان زنان قطع درمان شده نمرات بالاتری را در ابعاد مذکور کسب

همتایان قطع درمان شده و سالم خویش می‌توان اینطور بیان نمود که تشخیص سرطان پستان به عنوان یک بحران در زندگی بسیاری از افراد مبتلاء به سرطان به حساب آمده و غالب این افراد به هنگام تشخیص این بیماری دوره‌هایی از استرس حاد و حالاتی از افسردگی را نیز تجربه می‌کنند که با گذشت زمان و طی چند دوره از مراحل درمان، از جمله جراحی و شیمی‌درمانی و افزایش امید به بقاء این مشکلات روانی رو به کاهش گذاشته و تا حدی قابل کنترل می‌گردد. همسو با کاهش حالات افسردگی و استرس حاد ناشی از تشخیص سرطان، بسیاری از افراد با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور و گرایشات معنوی و مذهبی سعی در قابل کنترل کردن مشکلات روانی و مبارزه با بیماری را در خود می‌پروانند، همچنان که یافته‌ها و به موازات آن پیشینه پژوهش نیز نشان داد، گرایشات معنوی در بیماران مبتلاء به سرطان پستان نسبت به همتایان غیر مبتلاء به سرطان بیشتر بوده و این گروه از زنان گرایش بیشتری به آرام‌سازی و پالایش خود از طریق ارتباط با خدا و مناسبت‌های مذهبی دارند. اما به موازات کاهش استرس ناشی از تشخیص و انطباق با بیماری، عوارض جانبی ناشی از درمان بیماری نیز به عنوان عوامل اثرگذار بعدی بر سطوح تاب آوری به حساب می‌آیند، به طوری که در مشاهدات بالینی پژوهشگر نیز گزارش بسیاری از بیماران، شکایت از عوارضی چون ریزش مو، ضعف و بی‌حالی در خانه، عدم رسیدگی به امور منزل، عدم انجام وظایف مادری و همسری، کاهش آمد و شد خانوادگی با دیگر اعضای خانواده و اقوام و به وجود آمدن مشکلات اقتصادی در نتیجه هزینه‌های درمان بود که می‌توان در زیر مجموعه عوارض و مشکلات ایجاد شده به دنبال دوره‌های درمان به حساب آورد.

در تبیین نتایج بدست آمده در گروه زنان نجات یافته از سرطان پستان نیز می‌توان اینطور استنباط نمود که وجود سرطان پستان که در بدو امر، بسیاری از افراد آن را معادل مرگ و از دست رفتن فرد مبتلاء در نظر می‌گیرند، دوره‌های آسیب و مشکلات رفتاری و روانی را ایجاد نموده و باعث کاهش سطوح تاب آوری و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور می‌گردد، اما با طی شدن دوره درمان و به دنبال آن بقاء یافتگی از سرطان پستان، این باور کلیشه‌ای سرطان معادل مرگ شکسته و افراد مبتلاء و به تبع آن خانواده‌های آنها اتحاد بیشتری را در مقابله با شاید و مصیبت‌ها از خود نشان می‌دهند. همچنان که گزارشات و مشاهدات بالینی پژوهشگر نیز تأیید کننده این مطلب است. به طوری که بسیاری از زنان قطع درمان شده به این نکته اذعان داشتند که با گرفتار شدن به این بیماری سیل احساس ترحم و دلسوزی از سمت اطرافیان سرازیر شده و به سطوح استرس و افسردگی آنها دامن می‌زد، اما با مبارزه بیماری و غلبه بر آن این احساس ترحم بیشتر به قدرشناسی تبدیل شده و موجبات افزایش سطوح ارتباطات و محبت بین اعضای خانواد شد، چرا که نگاه از دست رفتگی به فرد مبتلاء به نگاه بازگشت مجدد تبدیل شده و اعضای خانواده تجدید در رفتار گذشته خویش را اعمال می‌کنند. در زمینه راهبردهای مقابله‌ای نیز همانطور که در بخش یافته‌ها ملاحظه گردید، نتایج تحلیل داده‌ها نشان دهنده این بود که در شاخص راهبردهای مقابله‌ای، بین مولفه‌های سبک مقابله مشکل مدار و هیجان مدار در دو گروه زنان مبتلاء به سرطان پستان تحت درمان شیمی‌درمانی با نجات یافته از سرطان پستان و همتایان غیر مبتلاء به سرطان بدون سابقه بیماری‌های مزمن

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای سطوح تاب آوری خانوادگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان متأهل مبتلاء به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، نجات‌یافتگان از سرطان پستان و زنان غیر مبتلاء به سرطان انجام گرفت نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که بین سه گروه از بیماران مبتلاء و نجات یافته از سرطان پستان با زنان غیر مبتلاء به سرطان، از نظر متغیرهای مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به طوری که در شاخص تاب آوری خانوادگی و زیرمقیاس‌های آن میان سه گروه از زنان متأهل مبتلاء و نجات‌یافتگان از سرطان پستان با زنان غیر مبتلاء به سرطان پستان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین ترتیب که زنان مبتلاء به سرطان تحت شیمی‌درمانی در مقایسه با همتایان سالم خویش در مولفه‌های ارتباط خانواده و حل مسئله، کاربرد منابع اقتصادی و اجتماعی، تثبیت یک چشم انداز مثبت، معنویت خانواده و نمره کل تاب آوری خانوادگی نمرات کمتری را کسب کرده و نسبت به همتایان قطع درمان شده خویش نیز مولفه‌های ارتباط خانواده و حل مسئله، تثبیت یک چشم انداز مثبت و نمره کل خانوادگی را ضعیف‌تر گزارش کردند. تنها بعد دارای عملکرد بالا در شاخص تاب آوری زنان مبتلاء به سرطان، مؤلفه معنویت خانواده بود که در مقایسه این گروه نسبت به همتایان قطع درمان شده، زنان مبتلاء به سرطان پستان عملکرد بهتری را از خود گزارش کردند. در مقایسه صورت گرفته میان زنان نجات یافته از سرطان پستان با همتایان غیرمبتلاء و زنان مبتلاء به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی نیز نتایج بدست آمده نشان دهنده این بود که در مولفه‌های ارتباط خانواده و حل مسئله، تثبیت یک چشم انداز مثبت و نمره کل خانوادگی شاخص تاب آوری خانوادگی زنان نجات یافته از سرطان پستان نمرات بالاتری را کسب کرده و به طور معنی‌داری در این ابعاد عملکرد مناسب‌تری داشتند. هرچند که مطالعه در باب تاب آوری خانوادگی در گروه زنان مبتلاء و نجات یافته از سرطان پستان مورد توجه نبوده و تا حد زیادی به لحاظ پژوهشی مغفول مانده است، اما مطالعات چندی به بررسی تاب آوری در این گروه از افراد پرداخته‌اند که جهت تبیین یافته‌ها از این مطالعات سود خواهیم جست.

نتایج بدست آمده از این مطالعه را می‌توان همسو با یافته‌های پژوهش‌های صورت گرفته توسط مینگ و همکاران (۱۷)، حبیبی و همکاران (۱۸) و جون و همکاران (۱۹) دانست. کلیه این پژوهشگران در مطالعات خویش بر روی زنان مبتلاء به سرطان پستان، به این نتیجه رسیدند که این گروه از بیماران سطوح پایینی از تاب آوری را از خود نشان داده و سرطان اثرات معکوسی را بر سطح تاب آوری افراد مبتلاء بر جای می‌گذارد. همچنین می‌توان نتیجه بدست آمده از این مطالعه را مغایر با نتیجه پژوهش مین و همکاران (۲۰) دانست که در پژوهش خویش به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلاء سرطان در ابعاد مختلف تاب آوری نمرات بالاتری را کسب کرده و عملکرد بهتری را نیز از خود نشان می‌دادند. از دلائل اصلی این تفاوت نیز عدم تمرکز یافتگی این پژوهشگران بر روی یک طیف خاصی از سرطان می‌باشد که در این پژوهش با تمرکز بر روی زنان مبتلاء و نجات یافته از سرطان پستان، این محدودیت مرتفع گردید. در تبیین نتایج بدست آمده مبنی بر ضعف سطوح تاب آوری خانوادگی در بیماران مبتلاء به سرطان نسبت به

بوده و راهبردهای هیجان محور بر این بیماران غالب می‌گردد. لذا می‌توان اینطور استنباط نمود که در بیماران تحت شیمی درمانی با اثرگذاری درمان بر کارکردهای عصب شناختی، این کارکردها دچار اختلال شده و سطح پردازش اطلاعات فرد به منظور استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مشکل مدار کاهش می‌یابد، در نتیجه بیشترین راهبردهای گزارش شده توسط این گروه از افراد سبک مقابله‌ای هیجان محور می‌باشد. در گروه زنان نجات یافته نیز می‌توان گفت که با کاهش علائم و عوارض جانبی ایجاد شده در اثر شیمی درمانی، سیر بهبودی در کارکردهای عصب شناختی نیز افزایش داشته و در راهبرد غالب این گروه از افراد به سمت مسئله مدار گرایش داشته است.

نتیجه‌گیری

همانطور که در مطالعه حاضر نیز نشان داده شد، بین شاخص تاب آوری خانوادگی و راهبردهای مقابله‌ای در سه گروه از زنان متأهل مبتلاء و نجات یافته از سرطان پستان تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نیازمند پیگیری و ارائه خدمات جهت ارتقاء ابعاد مذکور در میان این گروه از افراد می‌باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نمونه پژوهش و عدم دسترسی به طیف وسیعی از بیماران مبتلاء به سرطان پستان بود، لذا در تعمیم یافته باید این نکته را لحاظ نمود. با توجه به یافته‌های بدست آمده می‌توان پیشنهاد نمود که مطالعات بعدی علاوه بر افزایش تعداد نمونه پژوهش، به بررسی مداخلات و کارآزمایی‌های بالینی جهت بهبود سطوح تاب آوری خانوادگی و افزایش استفاده از راهبردهای مؤثر و مسئله محور اقدام نمایند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه مؤلف مسئول مقاله می‌باشد که با مساعدت و حمایت مرکز تحقیقات روانشناسی سرطان دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی و بیمارستان شهدای تجریش انجام گردیده است. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه بیماران حاضر در پژوهش و کارکنان مرکز تحقیقات روانشناسی سرطان و بیمارستان شهدای تجریش اعلام می‌دارند.

تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین ترتیب که در مؤلفه سبک مقابله مشکل مدار گروه زنان غیر مبتلاء عملکرد بهتری را گزارش نموده و زنان مبتلاء به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی عملکرد ضعیفتری داشتند. در بعد سبک مقابله هیجان مدار نیز زنان مبتلاء به سرطان پستان بیشترین نمرات را کسب کرده و سبک غالب خویش را سبک هیجان محور گزارش نمودند.

نتایج بدست آمده از این مطالعه را می‌توان همسو با یافته‌های پژوهشگرانی چون دراگستف و همکاران (۲۱)، کارامویون سلیک و همکاران (۲۲)، داوهاور و همکاران و گیر و همکاران (۲۳) دانست. همانطور که در گزارش نتایج مطالعه گیر و همکاران (۲۳) نیز نشان داده شد، روش‌های مقابله در بیماران مبتلاء به سرطان پستان در گذر زمان ثابت نداشته و روش‌های گزارش شده در مصاحبه اولیه، متفاوت از روش‌های مقابله در طی سال‌های بعد و خصوصاً اتمام درمان است. خلیلی و همکاران (۲۴) نیز نشان دادند که بیشترین راهبرد مورد استفاده توسط زنان ایرانی مبتلاء به سرطان پستان شامل راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار بوده که همین بعد به صورت معنادار و مثبتی با جنبه‌هایی از کیفیت زندگی مرتبط بوده و بر روی ادراک درد بیماران نیز اثر گذار می‌باشد. در این مطالعه نیز نشان داده شد که دو گروه از زنان مبتلاء و قطع درمان که دو دوره زمانی متفاوتی از زندگی را سپری می‌کنند با یکدیگر تفاوت داشته و به بیانی از سبک‌های متفاوتی در برخورد با مشکلات خویش استفاده می‌کنند. در تبیین چگونگی این مسئله در درجه نخست و در ابعادی تازه، می‌توان به نقش عوارض جانبی ناشی از درمان سرطان بر کارکردهای مختلف جسمی، روانی و شناختی بیماران مبتلاء به سرطان اشاره نمود. یکی از عوارض جانبی ناشی از شیمی درمانی، مشکلات در کارکردهای عصب‌شناختی همچون توجه، حافظه، برنامه ریزی و حل مسئله است که در پژوهش حاضر نیز مورد بررسی قرار گرفت. مطابق با مطالعات صورت گرفته همبستگی مثبت معنی‌داری بین مشکلات عصب شناختی ناشی از شیمی درمانی و نوع راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده توسط بیماران مبتلاء به سرطان پستان تحت شیمی درمانی وجود دارد (۲۵). بدین منظور که با افزایش سطوح مشکلات گزارش شده در کارکردهای عصب شناختی بیماران تحت درمان، سطح استفاده از راهبردهای مقابله‌ای حل مسئله پایین‌تر

References

1. Harirchi I, Kolahdoozan S, Karbakhsh M, Chegini N, Mohseni SM, Montazeri A, et al. Twenty years of breast cancer in Iran: downstaging without a formal screening program. *Ann Oncol*. 2011;22(1):93-7. DOI: 10.1093/annonc/mdq303 PMID: 20534622
2. Gurm BK, Stephen J, MacKenzie G, Doll R, Barroetavena MC, Cadell S. Understanding Canadian Punjabi-speaking South Asian women's experience of breast cancer: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(2):266-76. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.023 PMID: 17049350
3. Asadzadeh Vostakolaei F, Broeders MJ, Mousavi SM, Kiemeny LA, Verbeek AL. The effect of demographic and lifestyle changes on the burden of breast cancer in Iranian women: a projection to 2030. *Breast*. 2013;22(3):277-81. DOI: 10.1016/j.breast.2012.07.002 PMID: 22835919
4. Ruini C, Masoni L, Ottolini F, Ferrari S. Positive Narrative Group Psychotherapy: the use of traditional fairy tales to enhance psychological well-being and growth. *Psychol Well Being*. 2014;4(1):13. DOI: 10.1186/s13612-013-0013-0 PMID: 26568907
5. Henry BJ. Quality of Life and Resilience: Exploring a Fly Fishing Intervention for Breast Cancer Survivors. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(1):E9-E14. DOI: 10.1188/17.CJON.E9-E14 PMID: 28107325
6. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004;59(1):20-8. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20 PMID: 14736317
7. Patterson JM. Integrating family resilience and family stress theory. *J Marr Fam*. 2002;64(2):349-60.
8. Talepasand S, Pooragha F, Kazemi M. Resiliency and quality of life in patients with cancer: moderating role

- of duration of awareness of cancer. *Iran J Cancer Prev.* 2013;6(4):222-6. [PMID: 25250138](#)
9. Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):875-82. [PMID: 11068973](#)
 10. Kenne Sarenmalm E, Browall M, Persson LO, Fall-Dickson J, Gaston-Johansson F. Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psychooncology.* 2013;22(1):20-7. [DOI: 10.1002/pon.2053](#) [PMID: 21910162](#)
 11. Addelyan Rasi H, Timpka T, Lindqvist K, Moula A. Can a psychosocial intervention programme teaching coping strategies improve the quality of life of Iranian women? A non-randomised quasi-experimental study. *BMJ Open.* 2013;3(3):e002407. [DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002407](#) [PMID: 23533213](#)
 12. Hayati F MM. Coping strategies in women with breast cancer who were referred to hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Iranian J Breast Dis.* 2009;1(2):43-38.
 13. Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests. Ardebil: Baghe Rezvan; 2003.
 14. Sixbey MT. Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs. Florida, USA: University of Florida; 2005.
 15. Hoseini F, Chari M. Survey evidence relating to validity and reliability of Family Resilience Scale. *J Counsel Psychother Fam.* 2013;3(2):182-208.
 16. Buchanan T. Family resilience as a predictor of better adjustment among international adoptees: ProQuest; 2008.
 17. Kun H, Qin X, Ming J. Survey of psychological resilience level of breast cancer patients undergoing postoperative chemotherapy and its influencing factors [J]. *Chin Nurs Res.* 2013;6:008.
 18. Habibi M, Salmani K, Amani O, Rafezi Z, Nematalahzadeh Mahani S. The Comparison of Spiritual Experience and Resilience Between Women with Breast Cancer and Healthy Women. *J Res Behav Sci.* 2016;14(1):50-5.
 19. Jun SY, Ju HJ, Yu JS, Lee JH. A Prediction Model for the Resilience and the Quality of Life in Cancer Patients with Radiotherapy. *Asian Oncol Nurs.* 2015;15(4):228-38.
 20. Min JA, Yoon S, Lee CU, Chae JH, Lee C, Song KY, et al. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2013;21(9):2469-76. [DOI: 10.1007/s00520-013-1807-6](#) [PMID: 23604453](#)
 21. Drageset S, Lindstrom TC, Underlid K. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *J Adv Nurs.* 2010;66(1):149-58. [DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x](#) [PMID: 20423441](#)
 22. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol.* 2010;27(1):108-13. [DOI: 10.1007/s12032-009-9181-4](#) [PMID: 19225913](#)
 23. Geyer S, Koch-Giesselmann H, Noeres D. Coping with breast cancer and relapse: Stability of coping and long-term outcomes in an observational study over 10 years. *Soc Sci Med.* 2015;135:92-8. [DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.04.027](#) [PMID: 25957951](#)
 24. Khalili N, Farajzadegan Z, Mokarian F, Bahrami F. Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013;18(2):105-11. [PMID: 23983738](#)
 25. Von Ah D, Carpenter JS, Saykin A, Monahan P, Wu J, Yu M, et al. Advanced cognitive training for breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;135(3):799-809. [DOI: 10.1007/s10549-012-2210-6](#) [PMID: 22918524](#)